

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut veřejné a sociální politiky



Bc. Kamila Machová

**Přístup české zdravotní politiky ke strategii
Zdraví 2020**

Diplomová práce

Praha 2013

Autor práce: Bc. Kamila Machová

Vedoucí práce: MUDr. Petr Háva, CSc.

Oponent práce:

Datum obhajoby: 2013

Hodnocení:

Bibliografický záznam

MACHOVÁ, Kamila. *Přístup české zdravotní politiky ke strategii Zdraví 2020*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Katedra veřejné a sociální politiky, 2013. 122 s. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

Anotace

Cílem práce je hodnocení vývoje přístupu aktérů české zdravotní politiky k „evropské“ strategii Zdraví 2020 s využitím metody kritické diskurzivní analýzy a vyhodnocení vývoje agendy Zdraví 2020 v letech 2010-2012 v kontextu předchozích aktivit Světové zdravotnické organizace. Přístup aktérů české zdravotní politiky ke strategii byl hodnocen na základě programových prohlášení vlád od roku 1998, Národního programu reforem České republiky 2011 a rozhovorech s aktéry z české zdravotní politiky a českého zdravotnictví.

Přístup aktérů české zdravotní politiky ke strategii Zdraví 2020 byl zhodnocen jako velmi problematický. Samotný průběh tvorby a projednávání Zdraví 2020 se pro české Ministerstvo zdravotnictví stal v roce 2012 kritickou bariérou. Z tohoto důvodu neexistuje širší povědomí v české zdravotní politice o této strategii ani její česká verze a samotné cíle české zdravotní politiky ani v jednom bodě nereflektují cíle Zdraví 2020.

Annotation

The aim of the thesis is the assessment of developments in the approach towards the "European" strategy Health 2020 by Czech political players while using methods of critical discourse analysis and the assessment of the development of the Health 2020 agenda during the period 2010-2012 in the context of previous activities of the World Health Organization. The approach of the Czech health care political players to the

strategy had been assessed on the basis of governmental programmatic statements since 1998, the National Reform Program of Czech Republic 2011 and interviews with participants in the Czech health policy and Czech health care.

The approach of Czech health policy towards the Health 2020 strategy had been evaluated as extremely problematic. The course of creation and discussion of Health 2020 in 2012 had become a critical barrier for the Czech Ministry of Health. As a result, no wider awareness of this strategy exists in Czech health policy, neither does exist a Czech translation of this strategy. Lastly, the goals of Czech health policy do not reflect in a single point of the goals of the Health 2020 strategy.

Klíčová slova

Zdraví 2020, cíle zdravotní politiky, zdravotnický systém, programová prohlášení vlád, kritická diskurzivní analýza, tematická analýza, determinanty zdraví, New Governance for Health

Keywords

Health 2020, goals of health policy, health system, policy statements, critical discursive analysis, thematic analysis, determinants of health, New Governance for Health

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 14. 5. 2013

Kamila Machová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce panu MUDr. Petru Hávovi, CSc. za jeho odborné rady a připomínky a všem respondentům, kteří mi ochotně poskytli rozhovory a umožnili mi tak nahlédnout na českou zdravotní politiku z odborného a praktického hlediska.



TEZE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd
Institut sociologických studií
Katedra veřejné a sociální politiky

Přístup české zdravotní politiky ke strategii Zdraví 2020

DIPLOMANT: Bc. Kamila Machová

KONZULTANT: MUDr. Petr Háva, CSc.

1. Vymezení předmětu zkoumání a strukturace výzkumného problému

World Health Organization (WHO) nyní pracuje na sestavení strategie Zdraví 2020 (orig. Health 2020). Strategie, které by se měly držet členské státy WHO, včetně České republiky vyjde v září 2012. Nyní jsou k dispozici drafty, webové stránky a části strategie s jejím hlavním zaměřením.

Strategie Zdraví 2020 se dle WHO bude zaměřovat na zapojení horizontální linie veřejné politiky, tedy o začlenění co nejvíce států a sektorů a na aplikování nových cest řízení zdravotní politiky, než tomu bylo doposud. Strategii můžeme označit za modernizaci, neboť se místo na vytvoření nových technologií a metod léčení soustředí především na prevenci chronických onemocnění a na podporu zdraví, jako takovou. Tento cíl Zdraví 2020 se očividně liší od cílů české zdravotní politiky řešící primárně financování zdravotnictví. Z tohoto důvodu se bude tato diplomová práce zabývat analýzou přístupu české zdravotní politiky ke strategii Zdraví 2020.

Strategie WHO rozděluje své cíle na několik kategorií:

Spolupráce států.

Zlepšení zdraví.

Inovace zdravotní politiky.

Navrhnutí strategických cílů.

Zrychlení modernizace a sdílení informací.

Zvýšení participace.

Tato diplomová práce se bude zabývat přístupem české zdravotní politiky nejen k celkové strategii Zdraví 2020, ale i k jednotlivým strategickým cílům této strategie, neboť je známé, že státy většinou přijmou a implementují jen ty části dané politiky, jež jim přijdou co nejvíce prospěšné, nejméně kontroverzní a nejsnazší na provedení. Dále se práce bude snažit zaměřit na možné ovlivnění české zdravotní politiky jinými státy,

např. sousedskými státy a ostatními členy Evropské unie dle teorie difúzního a inovativního modelu od Berry.

2. Teoretická východiska

Práce bude obsahovat teoretická východiska vázaná k tématu a použitým metodám. Bude se jednat především o:

- teorii jednání
- diskurzivní analýzu
- analýzu aktérů
- analýzu komunikace
- difúzní a inovativní model.

3. Cíle diplomové práce

Primárním cílem diplomové práce bude zjištění postoje české zdravotní politiky k evropské strategii zdraví „Zdraví 2020“.

Dalším cílem práce bude nastínit přístup České republiky k evropským strategiím zdraví a zjistit příčiny, které vedou k tomu, že česká zdravotní politika zaostává za světovými trendy a přehlíží evropský vývoj zdravotní politiky.

4. Výzkumné otázky a hypotézy

Jak se staví česká zdravotní politika ke strategii Zdraví 2020?

Věnuje se česká zdravotní politika prevenci zdraví?

Bere v potaz česká zdravotní politika determinanty zdraví?

Jaké jsou příčiny vedoucí k zaostávání české zdravotní politiky za evropským vývojem?

5. Metodologie, metody a prameny

Diplomová práce bude obsahovat klasické metody, jako je indukce, dedukce, strom problémů, expertízu, rozhovory s aktéry a sekundární analýza dat. Hlavní metodou výzkumu bude kritická diskurzivní analýza rozebírající mluvené a psané projevy daného tématu.

6. Předpokládaná struktura diplomové práce

Úvod
Teoretická východiska
Metody
Deskriptivní část
Analytická část
Závěry

7. Základní literatura k tématu

Habermas, J. The Philosophical Discourse of Modernity. Twelve Lectures. The MIT Press Cambridge, Massachusetts 1987

Habermas, J. The Theory of Communicative Action. Reason and the Rationalization of Society. Polity Press, Cambridge 1991, 1995, 1997

Schiffrin, D. et al. The Handbook of Discourse Analysis. Blackwell Publishing, Oxford 2003

- University of Florida. 2020 Vision for The Future of Health Care: What will tomorrow bring? In The Gator Nurse, The Newsletter for The Alumni of The UF College of Nursing. SporterChilds Printing Company Inc. 2008, volume X, number 4
- South Dakota Department of Health. South Dakota Department of Health 2020: Promote, protect, and improve the health and well-being of all South Dakotans. 2011
- MISSLER, J. Kritická diskurzivní analýza (CDA) a velké množství masmediálních textů. In Média a text II. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2008. ISBN 978-80-8068-730-4, s. 118-124. 2007, Prešov.
- KNOEPFEL, P. et al. Public Policy Analysis. Great Britain: The Policy Press, 2007
- WHO. The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches. Baku, Azerbaijan: Regional Committee for Europe, 2011
- HÁVA, P., TUŠKOVÁ, E., MÜLLER, L. Význam kvalitativních metod ve výzkumu zdravotní politiky (diskurzivní analýza a kritická diskurzivní analýza). In Zdravotnictví v České republice 4/XIV/2011. Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2011
- JACAB, Z. Inequality in health – WHO European policies and activities Moving towards Health 2020. Denmark: WHO, 2011.
- JACAB, Z. Priorities in Europe – Health 2020. Albania: WHO, 2012.
- JACAB, Z. Better Health for Europe, The new European policy for health – Health 2020. Azerbaijan: WHO, 2011
- JACAB, Z. Report on the work of the WHO Regional Office for Europe. Azerbaijan: WHO, 2011
- JAKAB, Z. Building a new European Policy for Health on Today's Evidence. Germany: WHO, 2011
- JAKAB, Z. Health and well-being in times of austerity. Belgium: WHO, 2012
- JAKAB, Z. Health for Europe's future: Health 2020. Hungary: WHO, 2012
- JAKAB, Z. Social determinants and the new European health policy, Health 2020 at the Social Determinants of Health: European and Global Actions Conference. London: WHO, 2011

JAKAB, Z. Health 2020: a new policy for a new era. Austria: WHO, 2011

JAKAB, Z. Health 2020 – a new European health policy for better health in Europe.
Finland: WHO, 2011

<http://www.discourses.org/>

<http://www.lboro.ac.uk/research/mmethods/resources/links/da.htm>

<http://www.ling.lancs.ac.uk/profiles/263>

HYPERLINK "http://www.cadaad.org/" <http://www.cadaad.org/>

HYPERLINK "http://www.who.int/en/" <http://www.who.int/en/>

HYPERLINK "http://www.mzcr.cz/" <http://www.mzcr.cz/>

V Praze dne

Konzultant: MUDr. Petr Háva, CSc.

Diplomant: Bc. Kamila Machová

Podpis:

Podpis:

Obsah

| | |
|--|------------|
| OBSAH..... | 10 |
| 1. ÚVOD..... | 11 |
| 2. VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY..... | 13 |
| 2.1. VÝZKUMNÉ CÍLE..... | 13 |
| 2.2. VÝZKUMNÉ OTÁZKY..... | 13 |
| 3. TEORETICKÁ VÝCHODISKA..... | 15 |
| 3.1. ZDRAVOTNÍ POLITIKA | 15 |
| 3.1.1. <i>Aktéři</i> | 16 |
| 3.1.2. <i>Kontext</i> | 17 |
| 3.1.3. <i>Hodnoty ve zdravotní politice</i> | 18 |
| 3.2. NEW GOVERNANCE FOR HEALTH..... | 20 |
| 3.3. ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM..... | 23 |
| 3.3.1. <i>Funkce zdravotnického systému</i> | 24 |
| 3.3.2. <i>Řízení zdravotnického systému</i> | 25 |
| 3.4. DETERMINANTY ZDRAVÍ..... | 27 |
| 3.4.1. <i>Situace v České republice</i> | 32 |
| 4. METODICKÁ ČÁST..... | 36 |
| 4.1. KRITICKÁ DISKURZIVNÍ ANALÝZA..... | 38 |
| 4.1.1. CDA V PRAXI..... | 39 |
| 4.1.2. <i>Deskripce, explanace a interpretace</i> | 41 |
| 4.2. APLIKACE CDA NA HEALTH 2020 POLICY FRAMEWORK AND STRATEGY..... | 43 |
| 4.2.1. <i>Analýza diskurzivní praxe</i> | 43 |
| 4.2.2. <i>Analýza textu</i> | 56 |
| 4.2.3. <i>Sociální praxe diskurzu</i> | 60 |
| 4.3. APLIKACE CDA NA PROGRAMOVÁ PROHLÁŠENÍ VLÁD..... | 61 |
| 4.3.1. <i>Analýza diskurzivní praxe</i> | 62 |
| 4.4. ANALÝZA TEXTU..... | 66 |
| 4.5. SOCIÁLNÍ PRAXE DISKURZU..... | 71 |
| 4.5.1. <i>Národní program reforem České republiky 2011: Příspěvek České republiky ke strategii Evropa 2020</i> | 72 |
| | 73 |
| 4.6. TEMATICKÁ ANALÝZA..... | 73 |
| 4.7. TEMATICKÁ ANALÝZA V PRAXI..... | 74 |
| 4.7.1. <i>Tematická analýza korespondence Ministerstva zdravotnictví ČR a Regionálního úřadu WHO</i> | 74 |
| 4.7.2. <i>Polostrukturované rozhovory se zúčastněnými aktéry</i> | 77 |
| 5. DISKUZE..... | 85 |
| 6. ZÁVĚR..... | 89 |
| 7. POUŽITÁ LITERATURA..... | 91 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 101 |
| PŘÍLOHY..... | 102 |

1. Úvod

Česká republika je jedním z 53 členských států Světové zdravotnické organizace (WHO). WHO je organizací, která nese zodpovědnost za agendu veřejného zdraví v Organizaci spojených národů a spolupracuje s velkým množstvím aktérů tak, aby mohla zajistit spolupráci všech členských států vedoucí k vývoji a implementaci efektivních zdravotních politik a posílení zdravotnického systému (WHO 2013). Vzhledem k tomuto cíli formuloval Evropský úřad WHO v Kodani od 70. let minulého století několik strategií vývoje zdraví a jeho determinant.

Předchozí strategie WHO byly Českou republikou přijaté a do českého jazyka přeložené (např. Zdraví pro všechny a Zdraví 21). V minulém roce (2012) byla po dvou letech příprav a projednávání se zástupci členských zemí Evropského regionu WHO vydána nová evropská strategie Zdraví 2020, která má charakter koordinujícího nástroje pro oblast zdravotní politiky v příštích deseti letech. Tato strategie vytváří prostor pro sdílení zkušeností a pomoc v dalším vývoji zdravotnických systémů členských zemí tak, aby byly schopné efektivně čelit novým zdravotním výzvám a rizikům.

Z dvouleté smlouvy uzavřené mezi Českou republikou a Regionálním úřadem¹ Světové zdravotnické organizace pro evropský region na období 2008 - 2009 vidíme závazek České republiky též pro období 2008 - 2013. Česká republika se zde zavazuje k prohloubení prevence a omezování chronických nepřenositelných nemocí, zlepšení přístupu ke zdravotním službám a jejich efektivnosti (neboli omezení a sledování rizikových faktorů) a posílení dostupnosti a kvalifikace pracovníků ve zdravotnictví. (Dvouletá smlouva o spolupráci mezi Ministerstvem zdravotnictví České republiky a Regionálním úřadem Světové zdravotnické organizace pro Evropu na období 2008 - 2009).

Na webových stránkách Regionálního evropského úřadu WHO, v části týkající se České republiky můžeme shlédnout ústřední body aktivit české zdravotní politiky.

1

Originální název Regional Office for Europe. Kancelář WHO v České republice používá jako český ekvivalent Regionální kancelář WHO nebo Regionální úřad. V práci je dále používán výraz Regionální úřad.

Zde je na prvním místě prioritou pro období 2012 - 2013 vývoj zdravotních politik, strategií a akčního plánu v kontextu sociálních determinant zdraví a zdravotních nerovností prostřednictvím politického rámce Zdraví 2020 (Czech Republic WHO 2013). Vzhledem k nejasnému postavení českého Ministerstva zdravotnictví k této strategii a dlouhotrvajícím rozdílům mezi zdravotním stavem obyvatel v České republice a průměrem Evropské unie², které se nelepší, je předmětem této diplomové práce právě zjištění přístupu české zdravotní politiky ke strategii Zdraví 2020.

Dlouhodobým přetrvávajícím problémem České republiky je nejen „mezera ve zdraví“ v porovnání s členskými státy EU před rozšířením v roce 2004 (např. ve střední délce života), ale především v přístupech a cílovém zaměření české zdravotní politiky. Ta se prioritně orientuje na oblasti individuálně poskytovaných zdravotních služeb a podceňuje významnou oblast veřejného zdraví a podpory zdraví, tj. kontrolu vývoje determinant zdraví (Institut zdravotní politiky a ekonomiky 2004). Průběh tvorby a projednávání strategie Zdraví 2020 se pro české MZ ČR stal v roce 2012 kritickou bariérou. Po oficiálním přijetí (Albánie, květen 2012) a publikaci (podzim 2012) strategie Zdraví 2020 tak vzniká otevřený problém ohledně přístupu odpovědných tvůrců české zdravotní politiky k dalšímu rozvoji funkcí a cílů českého zdravotnického systému. Zejména pak k rozvoji politiky podpory zdraví a veřejného zdraví. Poznatková východiska strategie Zdraví totiž vychází především z konceptu determinant zdraví a je primárně zaměřena na efektivní kontrolu vývoje zátěže chronickými nemocemi. Z hlediska udržitelnosti dalšího vývoje zdravotního stavu jde o základní podmínku v oblasti investic do zdraví, konkurenceschopnosti, ale také zvládnutí důsledků rizikového vývoje v oblasti determinant zdraví v rámci současných sociálních a globálně ekonomických změn.

2 Jedná se především o rozdíl ve střední délce života v České republice oproti průměru Evropské unie před rozšířením v roce 2004. (Pozn. autorky)

2. Výzkumné cíle a otázky

Výzkumné cíle a otázky reagují na výzkumný problém rozebraný v úvodu práce. Jedná se především o dlouhotrvající a přetrvávající mezery ve zdravotním stavu obyvatel České republiky v porovnání s průměrem Evropské unie před rozšířením v roce 2004 a komplikované projednávání přijaté strategie Zdraví 2020 Ministerstvem zdravotnictví České republiky.

2.1. Výzkumné cíle

Hlavním výzkumným cílem této diplomové práce je vyhodnocení vývoje agendy Zdraví 2020 v letech 2010 – 2012 v kontextu předchozích aktivit WHO, kritická diskurzivní analýza základní prodloužené verze strategie a hodnocení aktuálního přístupu aktérů české zdravotní politiky ke Zdraví 2020.

Hodnocení aktuálního přístupu českých aktérů zdravotní politiky je potom provedeno na základě komparace formulovaných cílů a principů v České republice (programové prohlášení vlád od roku 1998, Národní program reforem České republiky 2011) se strategií Zdraví 2020 (Evropský region WHO).

2.2. Výzkumné otázky

1. Jak reaguje česká zdravotní politika na dlouhodobý rozdíl ve zdravotním stavu obyvatel v porovnání s vývojem ostatních členských zemí EU?
2. Jaké agendy a cíle formulovala česká zdravotní politika v oblasti veřejného zdraví a podpory zdraví po roce 1998 v kontextu mezinárodního vývoje poznání v této oblasti?

3. Z jakých poznatkových východisek vychází strategie WHO Zdraví 2020 přijatá v roce 2012?

4. Zaostává česká zdravotní politika za mezinárodními přístupy v oblasti kontroly determinant zdraví?

5. Jaké příčiny vedou k zaostávání české zdravotní politiky za evropským vývojem?

6. Jaké rozdíly existují ve formulacích cílů a principů současné české zdravotní politiky v porovnání s dokumenty strategie Zdraví 2020?

3. Teoretická východiska

Teoretická východiska slouží k podepření metodické části práce. Na základě těchto teorií bude přistupováno k hodnocení provedených analýz a analýzám samotným. Teoretická východiska jsou jak základními opěrnými body strategie Zdraví 2020, tak i opěrnými body pro programová prohlášení vlád a celé směřování české zdravotní politiky.

3.1. Zdravotní politika

Politika odkazuje na plány a procesy vytvořenými a implementovanými vládou, organizacemi a úřady (Bryant 2009). Zdravotní politiku můžeme vysvětlit jako činnost státu, která není náhodná, ale účelná a řízená stanovenými cíli (Porche 2011, 1). Ty se soustředí především na: *...slad'ování hospodářské, sociální a ekologické politiky se zdravotně politickými požadavky, tvorbu legislativních dokumentů, zajištění dozoru nad dodržováním zákonem daných preventivních opatření, podporu zdravotnických programů, podporu výzkumu a investic a kooperaci mezinárodních zdravotních programů.* (Drbal 1997, 50)

Rámec zdravotní politiky je příliš složitý na jednoduché porozumění. Je složen z mnoha proměnných a mnoho z nich je spojeno s proměnnými z jiného kontextu. Důležitou roli v tomto rámci hrají instituce, pravidla, podmínky, volební preference, katastrofy, ekonomické podmínky a technologie (Weissert 2012, 294). Zdravotní politiku můžeme ale přiblížit pomocí modelu, který poukazuje na to, jak je důležité nahlížet na obsah politiky, proces tvorby politiky a použití autority (moci) ve zdravotní politice. Tedy i na roli státu, národních a mezinárodních skupin a pochopení jejich vlivu na zdravotní politiku. Speciální roli ve zdravotní politice mají ale i zdravotní sestry a další lékařsky vzdělaný personál, jež by se měl o politiku zajímat a aktivně participovat

na tvorbě politických rozhodnutí (Porche 2011, 1). Následující model se soustředí na obsah, kontext, proces a aktéry.



Zdroj: Walt and Gibson 1994 in Buse et al. 2005, upraveno autorkou

Triangl je velmi zjednodušeným modelem zdravotní politiky, ale zobrazuje nám, že čtyři faktory zdravotní politiky můžeme vnímat odděleně, i když ve skutečnosti jeden ovlivňuje druhý. Aktéři jsou ovlivněni kontextem, v němž žijí a pracují. Kontext je ovlivněný mnoha faktory, jako například ideologiemi, historií a kulturou. Proces tvorby politiky je zpětně ovlivněný aktéry, jejich pozicí v mocenské struktuře a jejich vlastními hodnotami a očekáváními. (Buse et al. 2005)

3.1.1. Aktéři

Aktéři jsou centrem zdravotní politiky. Mohou to být jednotlivci, skupiny, ale i organizace nebo stát a vláda. Stát plní jednu z nejdůležitějších rolí, protože vytváří ekosociální klima k životu a chování občanů. Stát stojí za úrovní veřejného zdraví, které je složeno z kulturních, vzdělanostních materiálních a sociálních standardů (Drbal 1997, 50). Navíc pouze stát a jeho vláda musí vést zdravotní politiku k inovaci, pokud jsou občané nespokojeni se současným stavem (Danis et al. 2002, 184).

Jednotlivci nemohou být odděleni od organizací, kde pracují. V rámci organizací potom máme několik rozdílných osob nestojících za stejným názorem a vyznávajících různé hodnoty a víru. Všichni aktéři se následně od státu a vlády liší především v tom,

že nemají formální politickou moc, ačkoliv chtějí ovlivnit ty, kteří ji mají. (Buse et al. 2005)

Snahou aktérů může být působení na politický proces v lokální, národní, regionální nebo mezinárodní úrovni. Pokaždé se stanou částí sítě konzultující a rozhodující se v rámci několika politických levelů. (Buse et al. 2005)

3.1.2. Kontext

Kontext nás odkazuje k situacím, jež mohou mít vliv na zdravotní politiku. Veliký důraz při tvorbě politiky je kladen na různé faktory a zájmy, které aktéři berou v potaz při svém rozhodování. Důležitým bodem proto je nalézt to, na čem lidem záleží, jaký mají problém a jak na něj nahlíží (Ball 2006, 215). Problémy či faktory ovlivňující zdravotní politiku mohou být například politické, ekonomické a sociální, které můžeme rozdělit do následujících kategorií:

Situační: Pomíjivé a nestálé podmínky jež mohou ovlivnit politiku (např. válka). Například epidemie viru HIV má vliv na snahu vyvinout novou léčbu a kontrolní politické opatření zaměřené na tuberkulózu, protože tyto dva viry se navzájem ovlivňují.

Strukturální: Relativně neměnicí se elementy společnosti. Mohou obsahovat politický systém a možnosti civilní společnosti participovat na politických rozhodnutích. Strukturální faktory působící na zdravotní politiku mohou často obsahovat i demografické rysy a technologický pokrok. Například země se stárnoucí populací mají vysoké výdaje na nemocnice a léky, protože s přibývajícím věkem roste i potřeba zdravotní pomoci.

Kulturní: Pozice minoritních skupin, které se liší od majoritní populace, může být znevýhodněná nižší informovaností o jejich právech. Tam, kde mají ke zdravotní péči tyto skupiny znevýhodněný přístup, musejí autority vyvinout lepší systém a nastolit adresování zdravotních služeb těm, kteří je potřebují na lokální a národní úrovni (Scriven, Garman 2007).

Mezinárodní nebo vnější: Vedou k velkým rozdílům mezi státy a ovlivňují jejich suverenitu a mezinárodní spolupráci v otázkách zdraví. Některé zdravotní problémy je nutné řešit v rámci několika států, regionů apod.

Politicky hodnotící: Hodnotí, co se stane tehdy, když je zavedeno politické opatření. Faktory hodnotící politiku mohou být stadiem, ve kterém jsou politiky měněny nebo ukončeny v zájmu zavedení nového politického opatření.

(Buse et al. 2005)

3.1.3. Hodnoty ve zdravotní politice

Mezi dvě nejdůležitější hodnoty zdravotní politiky podle Deborah Stone³ patří spravedlnost a účinnost. *Účinnost* je ale v podstatě jiný výraz pro smlouvání. Jejím hlavním úkolem je dostat víc za méně prostředků. Jedná se o hodnotu, která má podporu všech do té doby, kdy někdo řekne, co skutečně znamená a přináší. V rámci účinnosti měříme výdaje na všechny programy, nabídky a procedury. Potom je porovnáme a vybereme ten program, jenž nám přinese nejvíc za nejméně prostředků. Účinnost ale přináší nesprávnou myšlenku, že je empiricky měřitelná. Správně je však spíše konceptem přicházejícím z určitého bodu pohledu. Účinnost můžeme měřit pouze s referencemi ohledně výhod určitého bodu (např. programu), které jsou částečné, ale ne univerzální. Účinnost tedy není nejlepší cestou, jak dělat dobré věci pro blaho společnosti. (Stone in Moron, Litman, Robins 2008, 24)

Cílem zdravotní péče by naopak primárně mělo být zdraví. To znamená, že je nutné se zaměřit na socioekonomické změny, medicínu a veřejné zdraví. Socioekonomické podmínky jsou důležité pro zachování a zlepšení zdravotního stavu populace. Navíc nám zasahují do schématu zdravotní péče, která by měla být podporována a organizována tak, aby byla přístupná spravedlivě všem občanům. (Callahan in Danis et al. 2002, 4)

Spravedlnost pracuje s rovným přístupem⁴ a možnostmi nehledě na jakékoliv rozdíly mezi lidmi, tedy nehledě na pohlaví, etnikum, příjem apod. Spravedlnost je ve většině států podporována skrze zdravotní pojištění, které by mělo přinášet všem pojištěncům stejný přístup ke zdravotní péči a stejné výsledky. (Stone in Moron, Litman, Robins 2008, 26)

3 Deborah Stone je autorkou několika knih o sociální politice. Je výzkumnou profesorkou a zajímá se především o sociální politiku, zdraví a rodiny. (Darmouth 2013)

4 Přístup ke zdravotní péči můžeme definovat tak, že jednotlivci se dostane do a ze zdravotního systému a bude schopen zaplatit za poskytnuté služby. (Lovett-Scott, Prather 2013, 32)

Spravedlnost nám dále odkazuje na rovnost ve zdraví. Zde se ale nejedná pouze o rovný přístup ke zdravotním službám ve vztahu k pohlaví, etnikům, příjmu apod. Nerovností je zde i odlišný zdravotní stav či přístup ke zdravotním službám v rámci různých oblastí v daném státu. Nerovný přístup zahrnuje ale také faktory, jako jsou přímé platby, spoluplatby⁵ a rozdíly ve vymezení rozsahu zdravotního pojištění. Dále můžeme do nerovného přístupu zahrnout i čekací doby na poskytnutí určitých služeb. (OECD 2004, 11)

Efektivní „pro-rovnost“ zaměřená zdravotní politika může dosáhnout absolutního či relativního zlepšení zdravotního stavu chudých skupin obyvatelstva a zaměřit se na faktory, které determinují přístup ke zdravotní péči, ale i vystavení se nebezpečným faktorům negativně ovlivňujících zdravotní stav. (WHO West Pacifik Region 2009)

Geografické bariéry jsou výsledkem horší koncentrace zdravotních zařízení a zdravých pracovních míst v průmyslových zónách s horší dopravní dostupností. Chudší a znevýhodnění lidé bydlí spíše v horších a průmyslovějších oblastech, kde trpí zhoršenými enviromentálními podmínkami. (WHO West Pacifik Region 2009)

3.2. New governance for health

Teorii „New governance for health“ lze volně přeložit jako „novou správu a řízení zdraví“. Podle Margaret Chan⁶ veřejné zdraví čelí výzvám, jež se staly natolik rozšířenými a komplexními, že není možné je nadále řešit pomocí podnikových přístupů.⁷ (Kickbusch, Behrendt 2012)

Teorii představila Světová zdravotnická organizace v knize Governance for health in the 21st century a podle této teorie byla sestavená i strategie Zdraví 2020. Koncept vyžaduje tři základní směry:

5 Spoluplatbou můžeme chápat i doplatky na potřebné léky apod., které mohou být pro příjmově nejslabší skupiny obyvatelstva nedostupné.

6 Margaret Chan je WHO Director-General, pozn. autorky.

7 Jako podnikový přístup bychom mohli chápat většinu stávajících používaných přístupů. Například New Public Management zaměřený na výkonnost v podmínkách decentralizace. Tento přístup se zaměřuje i na zákazníky, e-government, zlepšení kvality regulace a zlepšení kooperace veřejného a soukromého sektoru. (Ochrana, Půček 2011, 31)

1. Nejvyšší představitelé vlády budou brát otázku zdraví jako prioritu, kterou je nutné se zabývat.
2. Všechny sektory a úrovně vlády a společnosti budou brát zdraví jako svůj vlastní cíl, ale také jako zodpovědnost vůči celé společnosti.
3. Zdravotní sektor uzná otázku zdraví jako problém vyžadující co nejlepší vedení.

(Kickbusch, Gleicher 2012, 81-89)

Ministerstva zdravotnictví mají velmi důležitou roli při kvalitní správě zdraví. Podporují zdraví za celou vládu. Ministerskou autoritu používají k lepšímu podchycení dalších aktérů a iniciativě jejich zapojení, sestavení rámce pro mikro-rozhodování skrze politiky směřující k společnosti stejně tak jako k vládě. Také se snaží porozumět lidským zájmům a příspěvkům skrze strategie civilního sektoru. (Kickbusch, Gleicher 2012, 81-89)

Studie nicméně potvrzují, že nestačí, aby zdraví bylo v rukou pouze ministerstva zdravotnictví. Pokud chceme vyřešit alarmující zdravotní problémy populace, tak zdraví vyžaduje synergetické nastavení politik skrze několik ministerstev a zapojení širokého spektra aktérů. (Kickbusch, Behrendt 2012, 1)

New governance for health je návrhem Světové zdravotnické organizace a dokument Zdraví 2020 má pomoci podpořit vládu v rozvíjení zdravotní politiky tím, že přijme osm následujících doporučení:

1. Zdraví

Zdraví a dobrý stav občanů musí být cílem pro celou vládu a společnost. Zdraví je základním společenským cílem, který souvisí s dobrým zdravotním stavem lidí, ekonomickým a sociálním vývojem a ochranou životního prostředí. Je nedílnou součástí udržitelného rozvoje a dobré vlády (Tulchinsky, Varavikova 2009, 375). New governance for health obsahuje též závazky vůči zdraví jako takovému. Ty musejí být tvořeny novou cestou, v tomto případě tak, že zdraví je založené na lidských právech⁸.

⁸ V České republice je zdravotní systém vymezený Ústavou ČR: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ (Nolč: Ústava ČR, Lidská práva a základní svobody, Hlava druhá, Článek 31).

Především pak na odpovědnosti ke zdraví celé společnosti (Kickbusch, Gleicher 2012, 81-89).

2. Zakládání politiky na nových konceptech

Je důležité, aby vláda a s ní i společnost měly větší povědomí o komplexnosti dynamiky zdraví a jeho determinantech. A byly schopné rozeznat sociální determinanty zdraví, nerovnosti a rizika spojená s globalizací a modernizací. Je tedy nutné, aby aktéři byli dobře vybaveni a měli dostatek zkušeností a možností k rozeznání základních problémů. New governance for health je při zakládání nových aspektů politiky postavené na propojení všech sektorů a jejich spolupráci na identifikování nejnaléhavějších problémů ovlivňujících politiku. Data a informace by měly být přístupné také veřejnosti, protože zlepšení zdraví souvisí i se zlepšením a zdokonalením zdravotní gramotnosti společnosti, stejně jako vládních sektorů. (Kickbusch, Gleicher 2012, 81-89)

3. Institucionalizované procesy pro všechny směry vlády

Institucionalizované procesy jsou vyžadovány kvůli podpoře mezisektorového řešení problémů a adresných nástrojů. Vláda může koordinovat tvoření politiky skrze strategické plány, které stanoví základní cíle a zvýší vertikální a horizontální odpovědnost napříč všemi sektory. Možnost k zapojení by měli mít všichni občané, alespoň skrze organizace reprezentující jejich zájmy (Graham, Amos, Plumtre 2003, 3). Proto tento nový princip zahrnuje nový formát reportů, jako je například měření externalit mezi sektory a mezi národními a nadnárodními efekty zdraví, jež jsou předmětem pečlivých externích kontrol. (Kickbusch, Gleicher 2012, 81-89)

4. Inovace partnerství pro celospolečenské přístupy

Mnoho současných zdravotních výzev by mohlo být lépe vyřešeno pomocí celospolečenských přístupů. Ty vyžadují snahu a zapojení se několika rozdílných ministerstev, ale i právnických osob, občanů a masmédií (Bakirci et al. WHO 2009, 7). Při spolupráci se třetími stranami v občanské společnosti a soukromém sektoru byla vláda pojmána jako činitel zaměřený navenek. To znamená, že měla na starosti regulaci odvětví, kde již neměla potřebnou kontrolu nebo odborné znalosti. Díky této spolupráci

ale vláda posílila svou legitimitu a získala další sociální kapitál, který ji pomohl zajistit, aby její politiky odrážely místní potřeby. Navíc vláda získala i přístup k cenným zdrojům odborných informací a kontakty třetích stran. (Kickbusch, Gleicher 2012, 81-89)

Zdraví 2020 může pomoci ministerstvům zdravotnictví a agendám veřejného zdraví lépe dosáhnout jejich cílů a nabídnout nové programy a sítě zainteresovaných aktérů skrze celou Evropu. (Kickbusch, Gleicher 2012, 81-89)

5. Závazek k informování občanů a občanské participaci

Zdravotnictví se musí zavázat k participativní povaze a inteligentní správě zdraví. Životní styl ovlivňující zdraví nemůže být dále rozdělován na veřejné nebo osobní chování, a to z toho důvodu, že prostřednictvím nových technologií se lidé informují přímo. Sami si mohou hledat potřebné informace a dál je sdílet a vyměňovat s ostatními (Kickbusch, Gleicher 2012, 81-89). Zdravotnictví musí tedy počítat s tím, že každý občan má právo zapojení se a vláda by mu proto měla být schopná poskytnout jasné možnosti participace (Graham, Amos, Plumtre 2003, 3).

Veřejné zdraví závisí na informovanosti. Sbírání a analýza těchto informací je primárně důležitá a musí být dostupná všem, kteří se o zdraví zajímají. (Tulchinsky, Varavikova 2009, 392)

6. Globální perspektiva

Nové vlády musí integrovat všechny možné úrovně vládnutí, od lokálních po globální. Zdraví 2020 nastoluje prostředí, ve kterém jsou tvůrci politik propojeni ke společné odpovědnosti za problémy týkající se zdraví. Je zde tedy nutné podpořit zdravotní diplomacii, která bude podporovat soudržnost mezi sektory. (Kickbusch, Gleicher 2012, 81-89)

7. Inovativní a podporující Regional Office (krajský úřad WHO)

Zdraví 2020 a Regional Office stojí za pořádáním pravidelných zasedání ministerstev zdravotnictví a předními představiteli ostatních sektorů vlády. To má vést k tvoření reportů obsahujících nejlepší, ale i špatné a neúspěšné inovativní praktiky

zdravotní politiky používané při dosahování jejích cílů. (Kickbusch, Gleicher 2012, 81-89)

8. Společný závazek k inovaci řízení a správy

V kontextu Zdraví 2020 by členské státy WHO měly monitorovat pokrok ve zdravotní politice v Evropském regionu. (Kickbusch, Gleicher 2012, 81-89)

3.3. Zdravotnický systém

Zdravotnický systém má několik definicí. Nejvíce z nich se zaměřuje na zdravotnický systém zahrnující zdravotní péči o pacienty, jasné vstupy a výstupy a služby týkající se nemoci, neschopnosti a smrti. Definice spojují všechny determinanty, které se přímo či nepřímo týkají zdraví. (Figueras 2012)

Definice zdravotnického systému přímo od WHO z roku 2000 zní: „...všechny aktivity jejichž primárním zaměřením je podpora, obnova a udržení zdraví.“ (WHO 2000, 5, překlad autorka). Zdravotnický systém v praktickém použití obsahuje následující položky:

Zdravotnické služby (založené na populaci a jednotlivcích) obsahující primární a sekundární prevenci, léčbu, péči a rehabilitaci.

Aktivity podporující dostupnost zdravotnických služeb, především pak financování, zdroje a jejich spravování.

Správa aktivit zaměřených na ovlivnění zdravotního dopadu relevantních intervencí v ostatních sektorech.

(Figueras 2012)

Kromě poskytování zdravotních služeb by zdravotní systém měl vypracovávat podklady pro zdravotní politiku, podporovat celospolečenské i mimozdravotnické programy a zaměřit se na ochranu, podporu a rozvoj zdraví. (Drbal 1997, 51)

3.3.1. Funkce zdravotnického systému

V dnešní době se lidé na zdravotnický systém obracejí s daleko širším spektrem problémů než dříve. Ne vždy z důvodu léčby, úlevy od bolesti a emoční nerovnováhy, ale i kvůli radám ohledně zdravého životního stylu, výchovy dětí a sexuálního chování. Za normální situace lidé přijdou do styku se zdravotnickým systémem jako pacienti. Daleko častěji dochází ale k jejich kontaktu prostřednictvím konzumace předepsaných léčiv a příjmu rad a doporučení spojených se zdravím. Ve výsledku nemá zdravotnický systém odpovědnost pouze za zlepšení zdravotního stavu lidí, ale i za jejich ochranu proti finančním výdajům spojeným s nemocemi a důstojnou léčbu (WHO 2000). Pacient je ve zdravotním systému vlastně konzument využívající například nemocnice a pojištění. Zdravotní systém je tak založen na prvcích marketingu, kdy i pacienta podporuje k využívání nabízených služeb v případě potřeby (Wolper 2011, 325).

Tři hlavní záměry zdravotnického systému jsou:

Zlepšení zdraví a služeb, které zdravotnický systém poskytuje.

Vyhovět lidským požadavkům a předpokladům.

Nabídnout finanční ochranu proti výdajům spojeným s nemocemi.

(WHO 2000)

3.3.2. Řízení zdravotnického systému

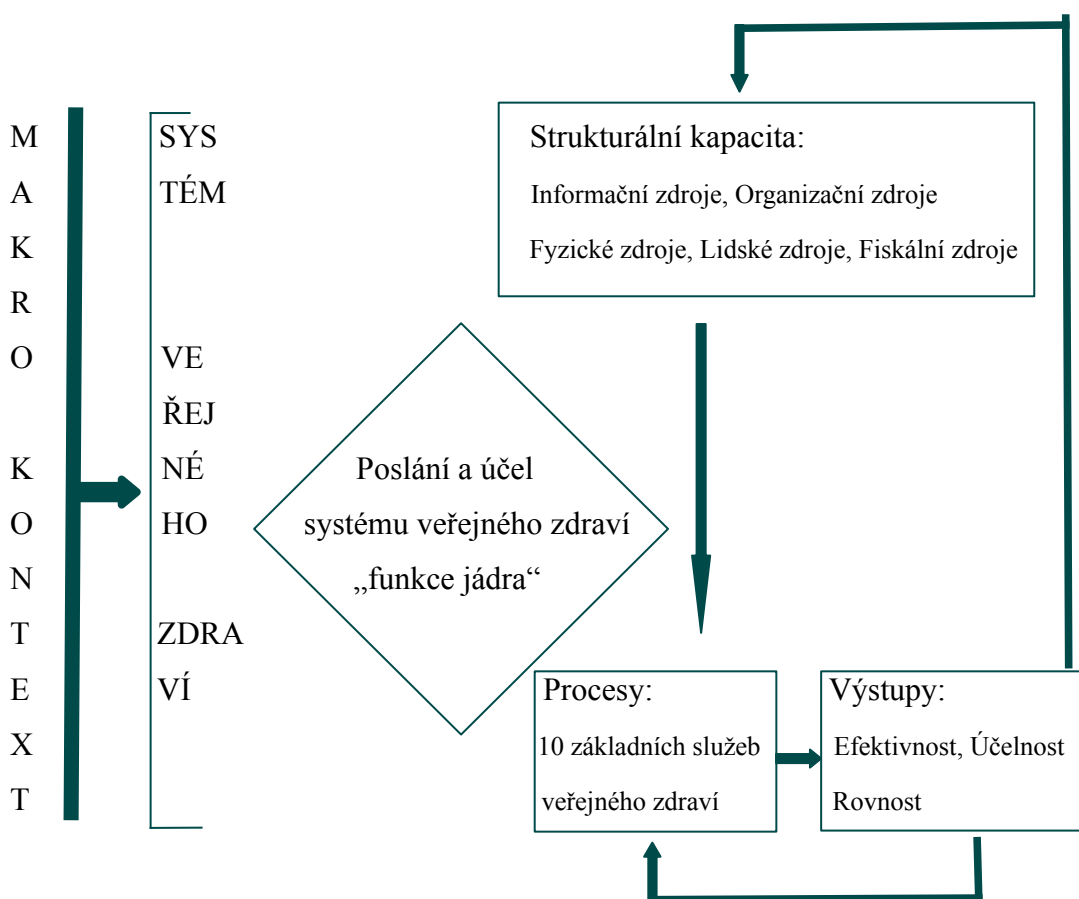
Odpovědnost za cíle a funkce zdravotnického systému nesou nejčastěji ministerstva zdravotnictví. Nicméně rozšířená zdravotnická péče zasahuje i do ostatních politických sektorů a ty ji tak musejí brát v potaz při správě svých zájmů. Jedná se o termín „Health in All Policies“.⁹ Jednodušeji řečeno, zodpovědností většiny sektorů jsou otázky týkající se financování, zajištění a správy mnoha zdravotně relevantních problémů. (Figueras 2012)

Ministerstva zdravotnictví a ekvivalentní orgány veřejné správy spravují činnost všech aktérů a ovlivňují alokaci zdrojů tak, aby zajistily maximalizaci zdravotního užitku a nákladovou efektivnost. V nejlepším možném případě by ministerstva

9 Přeložitelné jako „Zdraví v každé politice“. Pozn. autorky.

zdravotnictví měla mít kontrolu nad nákladovou efektivností zdravotnických výdajů v každém sektoru. Jedná se ale bohužel o normativní ideál a ne deskripci současného stavu. Pravdou je, že ministerstva zdravotnictví mají velmi slabou moc a musejí hledat vhodné cesty k tomu, aby byla schopná hrát hlavní roli v řízení zdravotnického systému a ovlivňovat determinanty zdraví i v ostatních sektorech. (Figueras 2012)

V rámci možného aplikování teorie zdravotnického systému je nutné stanovit konceptuální rámec, který vysvětluje faktory ovlivňující výstupy zdravotnického systému a umožňuje je měřit. Jedním z nich je například konceptuální rámec vyvinutý Centry pro kontrolu nemocí (the Centers for Disease Control and Prevention: CDC). Hlavní komponenty modelu jsou: poslání, strukturální kapacita, procesy a výstupy. Tyto čtyři faktory jsou ovlivněny pátým: makro kontextem.



Zdroj: Handler, Issel, Turnock 2001, str. 1236 in A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System, upraveno autorkou

Makro kontext představuje systém, který přímo či nepřímo ovlivňuje existenci a funkci systému veřejného zdraví. Zahrnuje například sociální, politické a ekonomické fenomény. (Handler, Issel, Turnock 2001)

Poslání systému veřejného zdraví zahrnuje cíle, jež jsou operacionalizovány. V dnešní době je posláním veřejného zdraví zajistit podmínky, za nichž budou lidé zdraví. Konceptualizace poslání jsou činnosti funkcí jádra, jako například vývoj politiky, jistota a hodnocení. (Handler, Issel, Turnock 2001)

Strukturální kapacita systému veřejného zdraví obsahuje zdroje a vztahy potřebné k uskutečnění důležitých procesů veřejného zdraví. Obsahuje například: informační zdroje, organizační zdroje, lidské zdroje a fyzické zdroje. (Handler, Issel, Turnock 2001)

Procesy jsou základem služeb veřejného zdraví. Monitorují zdravotní statusy a identifikují zdravotní problémy. Diagnostikují a vyšetřují zdravotní problémy a rizika společnosti. Informují, vzdělávají a povzbuzují lidi v otázkách zdraví a mobilizují společenské partnerství k identifikaci a řešení zdravotních problémů. (Handler, Issel, Turnock 2001)

Výstupy znamenají systémové plánování a politický vývoj procesů za účelem zlepšení zdraví, coby součást zdravotnického systému. (Handler, Issel, Turnock 2001)

Nový rámec zdravotního systému je navržený dokument WHO: The World Health Report 2000 (dále WHR). WHR byl navržen tak, že bral v potaz vývoj v delším časovém období napříč populacemi. Byl založen na předpokladu, že čisté zaměření na výsledky zdravotního systému je nutné, pokud má být nový zdravotní systém plně realizován a dosažen. Definování zdravotního systému WHR probíhá skrze stanovení cílů a spojování všech aktérů, institucí a zdrojů tak, aby se zapojovali do zdravotní politiky a jednali v zájmu primárního záměru: zlepšení zdraví. (OECD 2002, 197)

Zdravotní systém podporuje mnoho cílů, které jsou sociálně prospěšné, včetně zlepšení zdravotního stavu, dosažení lepšího vzdělání a podpory příjmů jednotlivců a domácností (OECD 2002, 198).

3.4. Determinanty zdraví

Zdravotní stav populace není závislý pouze na zdravotní politice daných států nebo dostupné zdravotní péči a její kvalitě. Velkou roli hraje především životní styl populace a prostředí, ve kterém žije. Strategie Zdraví 2020 vychází ze základních zdravotních problémů lidí žijících v Evropě. V 87 % úmrtí jsou hlavní příčinou non communicable diseases (NCD`s) neboli chronická onemocnění populace (Holčík 2011, 10).

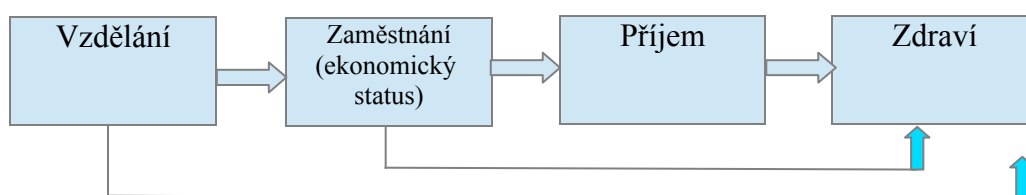
Péče o zdraví je ovlivněna problematikou kouření, alkoholu, drog, výživy, tělesné aktivity a sociálních a ekonomických podmínek. Především pak sociální a ekonomické podmínky jsou hlavními determinanty¹⁰ životního stylu. Tyto faktory způsobují velké rozdíly ve zdraví mezi státy, ale i vně států mezi regiony. Na každém místě můžeme pozorovat skupiny obyvatel, které mají vysoké riziko onemocnění v důsledku špatného životního stylu, špatné výživy, návykových látek apod. (Holčík 2011, 11). V průběhu posledního století jsou sice známé silné důkazy o rostoucí délce života, ale jsou právě důsledkem kontroly determinant zdraví pomocí jejich diagnózy a prevence (Fox 2010, 13).

¹⁰ Determinanty zdraví jsou příčiny a podmínky působící na zdraví člověka. To je tak kladně nebo záporně determinováno souborem vnějších a vnitřních podmínek. (Čeledová, Čevela 2010, 27)

Model socio-ekonomických determinant zdraví

Zdroj: Dahlgren and Whitehead's Social Determinants of Health Rainbow in Cannon 2008, 5

Mezi základní determinanty zdraví obyvatel ČR potom můžeme řadit změny v **sociální stratifikaci**. V rámci nezaměstnaných se objevily skupiny bezdomovců, vyčlenily se ale i skupiny bohatých, intelektuálů a důchodců. Tyto skupiny jsou potom v různých vrstvách zařazeny do jednotlivých regionů. Z poznatků několika studií je potom známo, že sociálně výše postavené a vzdělané vrstvy mají lepší zdravotní stav. V následujícím grafu můžeme sledovat vliv vzdělání, zaměstnání a příjmu na zdraví.

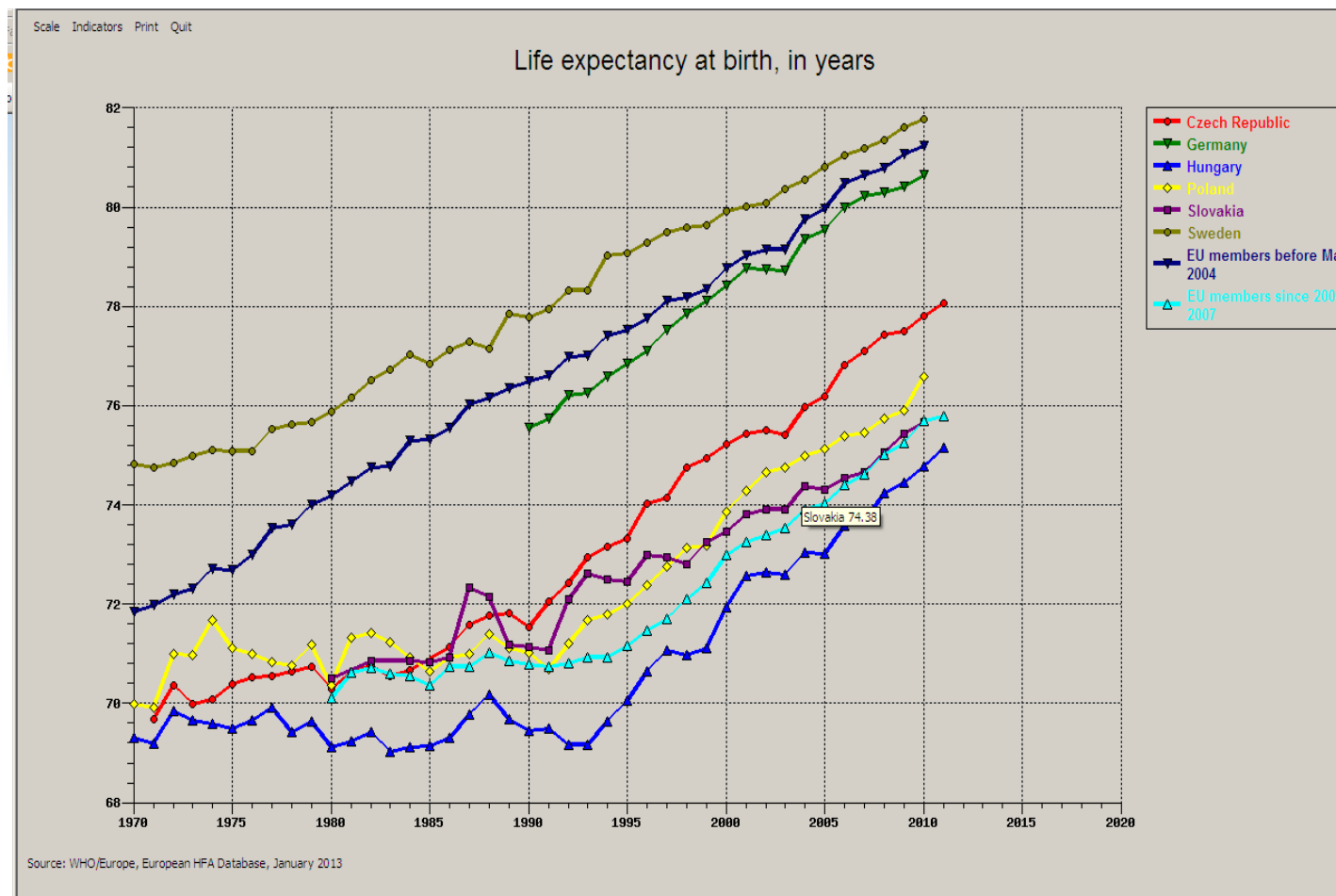
Model vlivu vzdělání a příjmu na zdraví

Zdroj: Lahelma et al. 2004, 328, upraveno autorkou.

Role občana jako jednotlivce. Charakter civilizačních chorob je odrazem způsobu života. Ten ale není jen naší volbou, ale je ovlivněn i **životním prostředím**.

V následujícím grafu vidíme porovnání naděje dožití ČR s členskými zeměmi EU před rozšířením v roce 2004 a po tomto rozšíření. Před rozšířením v roce 2004 měla Česká republika naději na dožití až o čtyři roky horší, než byl průměr Evropské unie. To nám ukazuje na značnou bariéru ve zdravotním stavu obyvatel České republiky v porovnání se západními a severními státy Evropy.

Graf naděje dožití v České republice a Evropské unii



Zdroj: WHO/Europe, European HFA Database, January 2013, dostupné z: <<http://data.euro.who.int/hfa>>

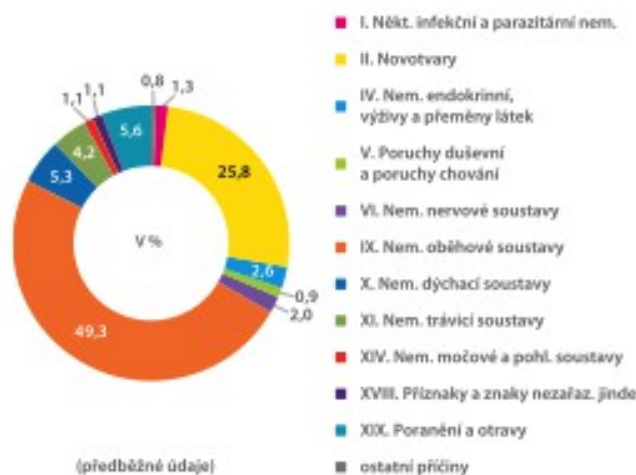
Mezi determinanty zdraví také patří faktory životního prostředí. Jedná se například o vodu, kvalitu vzduchu, emise, urbanizaci, klimatické změny a extrémní podmínky počasí. Faktory životního stylu a našeho chování jsou zmiňované návykové látky, jako je alkohol, kouření, ale i stravování a cvičení. Především pak dva poslední zmiňované faktory mají ohromný vliv na zvyšování prevalence chronických onemocnění. (WHO 2011a, 10)

K sestavování plánů zdravotní politiky na základě determinant zdraví přistoupila Světová zdravotnická organizace a její členské státy už v dokumentu Zdraví pro všechny a v Talinnské chartě. (WHO 2011a, 10)

3.4.1. Situace v České republice

Z analýzy zdravotního stavu populace České republiky vychází určité priority, kterým je potřeba se věnovat. Jsou to především choroby, které se nejvíce podílejí na úmrtnosti: *nemoci oběhové soustavy, zhoubné nádory a poranění a otravy*.

Graf znázorňující nejčastější příčiny úmrtí v roce 2011



Zdroj: ČSÚ in Statistika a my: *Statistika zemřelých podle příčin smrti se změnila*, 2012, str. 24

Dále je nutné brát zřetel i na významná rizika: *infekce, metabolické poruchy, imunodeficienci a narkomani*. A v neposlední řadě na nejpočetnější příčiny nemocnosti: *záněty horních dýchacích cest a nemoci pohybového aparátu*. Výše zmíněné priority mají společnou preventabilitu, tedy fakt, že pomocí změny našeho životního stylu se

můžeme těmto problémům do velké míry vyhnout, ale zároveň je můžeme předpokládat a s předstihem jednat. (Hlávka 3/1997)

V rámci možné preventability se soustředíme především na původ neinfekčních chronických onemocnění, který se přisuzuje životnímu stylu. V rámci životního stylu potom primárně sledujeme BMI, fyzickou aktivitu, stravovací návyky a celkový počet chronicky nemocných. Dle výběrového šetření o zdravotním stavu populace v České republice můžeme pozorovat rostoucí BMI, které značí zvyšující se problémy s váhou a obezitou.

Co se týče fyzické aktivity, je o něco vyšší u mužů než u žen, např. dle údaje z roku 1997 má muž v rámci 1,2 dne fyzickou aktivitu a žena v rámci 0,8 dne (PSP ČR 2001). Dle základních doporučení WHO by měl být pohyb pro účinnou prevenci chronických onemocnění alespoň třikrát týdně na třicet minut. V tomto srovnání jsme v rámci prevence pomocí pohybu velmi pozadu.

V rámci stravovacích návyků můžeme pozorovat preferování rostlinného tuku, který je obecně brán za méně škodlivý než tuk živočišný.

| Preferování rostlinného tuku | | 1993 | 1996 | 1999 |
|------------------------------|------|--------|--------|--------|
| | Muži | | 53,00% | 57,80% |
| Ženy | | 69,50% | 78,10% | 78,20% |

Zdroj: (PSP ČR 2001, 35, upraveno)

Velký vliv na prevenci onemocnění má i přísun ovoce a zeleniny. V rámci šetření PSP se zkoumal přísun čerstvé zeleniny jednou týdně v zimě. I když se jedná pouze o konzumaci jednou týdně, tak není výsledek stoprocentní, ale za rok 1999 v průměru 86 % (PSP ČR 2001, 35). Pokud bychom ale ovoci a zelenině chtěli připisovat preventivní účinky proti onemocnění a podporu zdraví, je doporučováno sníst 3 – 5 kusů ovoce a zeleniny denně. Mnohonásobně více, než je česká populace zvyklá konzumovat.

Co se týče chronických onemocnění, tak bez nemoci bylo v roce 1999 48,3 % žen a 52,1 % mužů (PSP ČR 2001, 35). Dle těchto údajů vidíme závažnost tohoto problému. Shrnutí šetření PSP potvrzuje názor WHO, že chronické nemoci se stávají hlavním problémem zdravotního stavu a zdravotní stav je vysoce ovlivněný životním stylem. Pozitivní vliv na zdravotní stav má pozvolná změna stravovacích návyků a

negativní vliv má BMI¹¹ (přímá úměra: vyšší BMI=horší zdravotní stav) a nedostatek fyzické aktivity. (PSP ČR 2001, 39)

Závažnost situace dokazuje následující tabulka od Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Jedná se o Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR – EHIS CR zaměřující se na Index tělesné hmotnosti, fyzickou aktivitu a spotřebu ovoce a zeleniny.

Podíl osob ve sledovaných charakteristikách podle pohlaví a věkových skupin

| Věk | Počet respondentů | % osob s nadváhou | % osob s vysokou fyzickou aktivitou | % osob konzumujících alespoň jednou denně | | |
|-------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------|---|----------|---------------|
| | | | | ovoce | zeleninu | džusy / šťávy |
| Muži | | | | | | |
| 15–24 | 150 | 29,5 | 91,0 | 56,3 | 56,1 | 12,4 |
| 25–34 | 169 | 55,9 | 94,3 | 52,1 | 58,6 | 8,0 |
| 35–44 | 140 | 67,8 | 92,5 | 58,7 | 42,7 | 14,7 |
| 45–54 | 124 | 72,0 | 83,3 | 57,4 | 54,5 | 8,6 |
| 55–64 | 191 | 81,7 | 87,0 | 61,5 | 52,9 | 6,4 |
| 65–74 | 98 | 79,0 | 79,3 | 58,3 | 52,8 | 8,1 |
| 75+ | 68 | 71,3 | 61,0 | 64,1 | 48,0 | 15,6 |
| celkem | 940 | 62,6 | 87,7 | 57,4 | 53,1 | 10,0 |
| Ženy | | | | | | |
| 15–24 | 138 | 10,7 | 80,3 | 73,7 | 62,3 | 16,6 |
| 25–34 | 158 | 23,7 | 88,1 | 73,3 | 62,9 | 10,9 |
| 35–44 | 159 | 37,2 | 86,4 | 69,8 | 66,4 | 10,4 |
| 45–54 | 114 | 65,1 | 83,5 | 82,0 | 75,4 | 11,6 |
| 55–64 | 182 | 72,0 | 77,9 | 77,4 | 72,6 | 7,1 |
| 65–74 | 138 | 74,4 | 77,5 | 75,1 | 66,0 | 5,9 |
| 75+ | 126 | 70,3 | 44,9 | 69,8 | 50,5 | 11,2 |
| celkem | 1 015 | 46,4 | 79,5 | 74,5 | 65,9 | 10,7 |

Zdroj: Láchová, Daňková, ÚZIS 2010, str. 2, Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR – EHIS CR, Tab. 1: Podíly osob ve sledovaných charakteristikách (BMI, fyzická aktivita, stravování) podle pohlaví a věkových skupin.

Dle tabulky vidíme vysoký problém s nadváhou v České republice, který značí horší životní styl a zvýšenou pravděpodobnost k postižení chronickým onemocněním. Životní styl patří do determinant zdraví, je tedy zřejmé, že je nutné se věnovat

11

BMI značí Index tělesné hmotnosti, který je vyjádřen vzorcem: hmotnost / výška na druhou. Normální váha je značena číselným údajem od 18,5 do 25. Nadváhu určuje číslo 25 až 30 a obezitu 30 a výše. (Pozn. autorky)

determinantům zdraví a prevenci, abychom předcházeli budoucím zdravotním problémům.

4. Metodická část

Policy research¹² neboli výzkum politiky či v našem případě výzkum ve veřejné politice je často kritizován, a to především ze strany tvůrců politik. Na druhou stranu je velmi důležitý, protože tvůrce politik nutí dbát na objektivní připomínky a rady. Díky němu bývají rozhodnutí ve veřejné politice založená na informacích ze studií a výzkumů, které pomáhají zefektivnit správu a řízení jednotlivých politik (Haas, Springer 1998, 3). Policy research byl právě proto identifikován jako směr, který pomáhá tvůrcům politiky pracovat s relevantními informacemi (Majchrzak 1984, 15). Na druhou stranu policy research je směr, který se zaměřuje též na studium a případnou kritiku implementovaných politických opatření nebo politických kroků snažících se o vyřešení určitých problémů. Studie již implementovaných opatření je potom doménou především univerzit, ne jednotlivců zastupujících určité společnosti a firmy. (Majchrzak 1984, 16)

Kvalitativní výzkum není jemným, ideologickým nebo impresionistickým, jak je občas nazýván skeptiky. Naopak může být vědeckým, nekompromisním a precizním stejně jako kvantitativní. Nicméně i tak je používání kvalitativního výzkumu obtížné tím, že nejprve výzkumník musí zdůvodnit jeho samotné použití a upřednostnění nad jinými formami výzkumu. (Murphy, Dingwall 2003)

Kvalitativní výzkum se snaží systematicky popsat fakta a charakteristiky daného fenoménu nebo vztahu mezi událostmi a fenoménu. Kvalitativní výzkum se zajímá o pochopení toho, jak lidé jednají, jak konstruuji svůj svět a jaký význam připisují jejich zkušenostem. Místo soustředění se například na to, kolik lidí v důchodu pracuje na polovičním úvazku se snažíme zaměřit na to, jak se lidé vypořádávají s důchodem, jak smýšlejí o této fázi života a podobně. (Merriam 2009)

Právě díky širokému zaměření kvalitativního přístupu se jedná o holistický směr. Moderní holistický směr vidí jednotlivce a jeho prostředí jako organizovaný celek funkcí. Na každé úrovni je celek charakterizován vztahy mezi všemi zainteresovanými elementy, ne tedy pouze vlivem jednoho faktoru na celek. Každý aspekt struktury a

12 Policy research je termín obsahující mnoho informací a aktivit, kterým se zavazují veřejné úřady a zastupitelstva, aby usnadnili tvorbu rozhodnutí. Policy research je většinou složen z politické analýzy současné situace a možných řešení, nastavení a implementace rozhodnutí a následné evaluace. (Haas, Springer 1998, 5)

procesu, stejně jako každá část celého prostředí má signifikantní význam na roli, kterou celý celek hraje. (Bergman et al. 2009, 42)

Kvalitativní výzkum holistického zaměření je tedy speciální pojetí analýzy, jež se zaměřuje na všechny zainteresované faktory. Každý tento faktor, stejně jako prostředí, ve kterém se zkoumaný fenomén odehrává, hraje významnou roli na finální výstupy. Právě z tohoto důvodu jsem se ve své práci rozhodla pro použití kvalitativního výzkumu. Česká zdravotní politika je celkem, složeným z nespočetného množství aktérů a specifickým prostředím, v němž se odehrává. Kvůli tomu je nutné se při zkoumání tématu této práce zaměřit právě na takový přístup, jenž umožní učinit analýzu komplexní.

Klasické statistické metody hrají důležitou roli v získávání informací pro makro-sociální politiku, ale mají významná omezení pro politické agendy zdravotní politiky 21. století. Největší limity jsou znatelné právě v holistických výzvách současné politiky zdravotní péče a její praxe. V klimatických změnách, prevence zaměřené na socio-ekonomické determinanty zdraví, v souladu s problémy s chronickými onemocněními a zachování kvality zdravotních služeb je důležité použít taková výzkumná paradigmat, jež berou v úvahu bio-psycho-sociální faktory. Navíc, mnoho současných výzev zdravotní politiky vyžaduje použití takové metody, která je zaměřena na vztahy pacienta, nabízených služeb a komunity s daným nastavením zdravotní politiky. (Bell 2010, 65)

Kvalitativní výzkum aplikovaný na problémy zdravotní politiky může být a též je obrovským přínosem vedoucím ke zlepšení úrovně zdravotní politiky a nových vědomostí (Ginzberg 1991, 7). Navíc je jeho použití velmi vhodné v situaci, kdy výzkumník o daném tématu neví příliš mnoho¹³, protože zůstává otevřený širokému spektru možností a je schopný učinit výzkum více objektivní (Shi 2008, 143). Z možných kvalitativních metod se pak jako nejvhodnější metodou jevila právě použitá kritická diskurzivní analýza. Například dle Hodgese, Kupra a Reeve (2009) je tato metoda jednou z nejefektivnějších ve zkoumání otázek ze zdravotní politiky a to především v problémech zdravotní péče a zdravotních služeb. Kvůli podchycení co nejširšího kontextu a zvýšení validity výzkumu byla následně kritická diskurzivní analýza doplněna o kvalitativní polostrukturované rozhovory se zúčastněnými aktéry. Ty

13 Strategie Zdraví 2020 je vydaná v září 2012, tedy ještě před zvolením tématu práce a byla tak autorce neznámá. (Pozn. autorky)

byly kvůli již nastoleným diskurzům¹⁴ zanalyzovány tematickou analýzou. Tematická analýza je jedna z nejvhodnějších metod na rozbor dat získaných rozhovory. Navíc je v rámci této práce kvůli podobným výstupům s kritickou diskurzivní analýzou velmi vhodná na použití všech dat získaných z analýz k vytvoření závěrů výzkumu.

4.1. Kritická diskurzivní analýza

Kritická diskurzivní analýza (dále CDA) je specifickou metodou analýzy, jejímž zakladatelem je Norman Fairclough (Vašát 2009). CDA se nicméně věnuje hned několik uznávaných odborníků¹⁵ a většina z nich si tuto metodu analýzy přizpůsobuje do své vlastní odnože CDA. Vždy ale můžeme rozlišit pět základních společných rysů:

1. Charakteristika sociálních a kulturních procesů a struktury je částečně lingvisticky-diskurzivní: cílem CDA je osvětlit lingvisticky-diskurzivní dimenzi sociálních a kulturních fenoménů a proces změn v pozdní modernitě. Problémem tohoto rysu je tendence přistupovat k obrázkům stejně jako k lingvistickým textům. (Jorgensen, Phillips 2002, 61)

2. Diskurz je konstitutivní i konstituovaný. „*Konstitutivní proto, že konstituuje určitou reprezentaci světa, a konstituovaný, protože naopak sám je tímto světem částečně determinován.*“ (Vašát, 2009 Kritická diskurzivní analýza: sociální konstruktivismus v praxi). Diskurz je propojený s ostatními sociálními dimenzemi. Nezpůsobuje pouze tvarování a změny sociálních struktur, ale též je reflektuje. (Jorgensen, Phillips 2002, 61)

3. Jazyk empiricky analyzovaný skrze sociální kontext: lingvistická analýza textu je analýzou jazyka používaného v sociálních interakcích. (Jorgensen, Phillips 2002, 62)

4. Ideologické efekty diskurzu: diskurzivní praxe způsobuje nerovný vztah mezi sociálními skupinami, např. mezi ženami a etnickými minoritami (Jorgensen, Phillips 2002, 62). Diskurz je schopný ovlivňovat obsah, názory a

14 V rozhovorech se výzkumník ptá na předem dané otázky a respondent tak reaguje na předem dané okruhy. Z tohoto důvodu není metodicky správné použít na rozhovory CDA, jež z textů analyzuje používané diskurzy, protože je respondentům sami předhazujeme. (Pozn. autorky)

15 Např. Phillips, Jorgensen, Wodack, Antaki, Howarth, van Dijk a Foucault.

vztahy mezi subjekty. Jedná se o koncepci moci a sociálních bojů. Rozlišujeme dva typy moci: moc v rámci diskurzu a moc za diskurzem¹⁶ (Vašát 2009).

5. Kritický výzkum: CDA je politicky neutrální, nicméně jako kritický přístup je politicky zavázána sociální změně. (Jorgensen, Phillips 2002, 64)

Diskurz je všeobecně používán k deskripci diskuze, konverzace, řeči nebo textu. Nicméně je popisován několika definicemi:

Diskurz jako jazyk sociální praxe determinovaný sociální strukturou. (Fairclough 1984 in Pierce 2008).

Diskurz jako systém významů obsahující všechny typy sociální a politické praxe. (Howarth 1995 in Piece 2008)

Diskurz jako specifický souhrn idejí a konceptů, které jsou produkovány a transformovány do praxe, která jim dává význam v sociálních realitách. (Hajer 1995:44 in Pierce 2008)

V této diplomové práci přistupuji k CDA dle Fairclougha a diskurz chápu jako důležitou formu sociální praxe, která reprodukuje změny vědění, identit a sociálních vztahů (Jorgensen, Phillips 2002, 64). Ve zdravotní péči je dominantním diskurzem medicína jako vědní obor. Diskurz v tomto smyslu je prezentován určitým používáním jazyka a dalších symbolů (Fairclough 1992, 3). Diskurz zdravotní politiky tak pojmám jako sociální praxi používající svůj specifický odborný jazyk a podporování výzkumů týkajících se medicíny, zdravotní péče a demografických vývojů. Zdravotní politika je pro mě hlavním diskurzem, který obsahuje další diskurzy, jež stanovím samotnou analýzou Zdraví 2020 a programových prohlášení vlády.

4.1.1. CDA v praxi

Kritická diskurzivní analýza je efektivní metodou právě pro výzkumy týkající se otázek zdravotní péče a zdravotních profesí (Hodges, Kuper, Reeves 2008) v rámci analýzy Zdraví 2020 a dokumentů za stranu české zdravotní politiky, jako jsou

¹⁶ Moc v rámci diskurzu odkazuje na setkání dvou aktérů v rámci jednoho diskurzu, příkladem je lékař uplatňující svoji moc několika způsoby dle daných pravidel. Moc za diskurzem je skrytou hybnou silou, která ovlivňuje diskurzy a jejich subjekty. (Vašát 2009)

například programová prohlášení vlády, budu postupovat dle stanovených kroků CDA Fairclougha, jež se věnoval kritické diskurzivní analýze.

Základní uchopení CDA dle Fairclougha jsou tři dimenze používaného jazyka:

1. Text, proslov, psaný projev, obrázky anebo jejich kombinace (Jorgensen, Phillips 2002, 68). Jedná se o lingvistickou analýzu posuzující konzistenci stylu, žánru a užitých výrazů (Háva, Tušková, Müller 2011, 7).

2. Diskurzivní praxe, která produkuje texty, proslovy a psané projevy a je řízená svými specifickými pravidly (Vašát). Diskurzivní praxe zkoumá i významy připisované výrazům v textu (Háva, Tušková, Müller 2011, 7).

3. Sociální praxe, do které patří komunikativní události (Jorgensen, Phillips 2002, 68). Zde se zaměřujeme na interdiskurzivitu a intertextualitu, tedy jak jsou v rámci komunikativních událostí různé diskurzy probírány dohromady (Vašát 2009).

Aplikování Faircloughova rámce má šest základních kroků:

1. Vybrání výzkumného problému. Výzkumným problémem této diplomové práce jsou diametrální rozdíly v cílech české zdravotní politiky v porovnání s cíli ostatních evropských států a především pak v porovnání s cíli Světové zdravotnické organizace. Výzkumným problémem jsou ale i obrovské rozdíly mezi veřejným zdravím české populace a výstupy českého zdravotnictví oproti výstupům a veřejnému zdraví ostatních vyvinutých evropských států.

2. Formulace výzkumných otázek. Základní výzkumné otázky jsou: Jak reaguje česká zdravotní politika na dlouhodobý rozdíl ve zdravotním stavu v porovnání s vývojem ostatních členských zemí EU? Jaké agendy a cíle formulovala česká zdravotní politika v oblasti veřejného zdraví a podpory zdraví po roce 2000 v kontextu mezinárodního vývoje poznání v této oblasti? Z jakých poznatkových východisek vychází strategie WHO „Zdraví 2020“ přijatá v roce 2012? V čem „zaostává“ česká zdravotní politika za mezinárodními přístupy v oblasti kontroly determinant zdraví? Jaké příčiny vedou k zaostávání české zdravotní politiky za evropským vývojem? Jaké rozdíly existují ve formulacích

cílů a principů současné české zdravotní politiky v porovnání s dokumenty strategie Zdraví 2020? Co je příčinami existujících rozdílů?

3. Výběr výzkumného materiálu. Vzhledem k výzkumným otázkám, výzkumnému problému a cílům této práce jsou hlavními výzkumnými dokumenty obě verze Zdraví 2020, programová prohlášení vlády české republiky od roku 2000 (programová prohlášení za vlády Miloše Zemana, Vladimíra Špidly, Stanislava Grosse, Jiřího Paroubka, Mirka Topolánka a Petra Nečase). Do výzkumného materiálu se budou počítat i data sesbíraná pomocí kvalitativních rozhovorů.

4. Transkripce. Jedná se o shromáždění a přepis případného audio materiálu. V této práci se bude transkripce týkat pouze sesbíraných dat z kvalitativních rozhovorů.

5. Analýza. Samotná analýza se bude skládat z rozlišení mezi základními výše zmíněnými třemi dimenzemi CDA. Analýza diskurzivní praxe se zaměřuje na text, který je produkován a na to, jak je přijímán. Jakými procesy text prošel před vydáním a jakými změnami prošel. Důležitý je obsah a transformace, ale i fáze formulování hypotéz. (Jorgensen, Phillips 2002, 82)

V rámci nejdůležitější části CDA, kterou je analýza textu se zaměřujeme na tři části: *explanaci*, *deskripci* a *interpretaci* (Pierce 2008, 286).

4.1.2. Deskripce, explanace a interpretace

Deskripce zkoumá slovní zásobu, gramatiku a strukturu textu. Sleduje se hodnota slov, expresivní hodnoty slov, použité metafory, hodnota gramatiky, spojení vět a struktura textu (Vašát 2009). Bližší informace o tom, na co se zaměřuje deskripce je v následující tabulce od Hávy, Tuškové a Müllera dle Fairclougha z roku 1992.

| Tab. 3. Analýza textu (deskripce) | | |
|--|---|---|
| – slovní zásoba, gramatika, struktura | | |
| Nastolování témat a symetričnost práv a prostoru aktérů, turn-taking | Vzájemné pozice mluvčích v případě interaktivního textu (např. přepisu rozhovoru) | Kdo a jak kontroluje interakci? Kdo má v interakci převahu? Kdo nastoluje témata? Jsou práva mluvčích symetrická či asymetrická? Kdo si tzv. "bere slovo" častěji a jakým způsobem? |
| Koheze | Logická koheze textu a rétorika | Je výpověď logicky formulovaná? Je výpověď jednoduchá z hlediska užití rétoriky (jde o argumentaci, vyprávění, ad.)? |
| Projevy úcty | Způsoby projevování úcty | Jak se liší mluvčí z hlediska prokazování slušnosti ostatním? Můžeme z toho usuzovat na vzájemné postavení mluvčích, jejich role, nadřazenost/podřazenost? |
| Gramatika | Gramatické obraty a výrazy | Jsou v textu užívány metafory? Jaké obraty jsou užívány ke zdůvodňování argumentů, k vyvozování zodpovědnosti? |
| Zastoupení témat (obsahová analýza) | Výskyt různých témat | Jaká témata se v textu vyskytují více než ostatní? |
| Subjektivní a objektivní modalita | Konstrukce a podložení argumentů | Jaké argumenty jsou vydávány za objektivní a jaké za pouze subjektivní a tudíž nerelevantní? |
| Klíčová slova, floating signifiers (dynamicky se měnící významy) | Klíčová slova, okolo nichž se text "točí" | Jaká jsou klíčová slova textu/ diskurzu? Jaký význam těmto slovům/ symbolům kteří mluvčí připisují? Odkazují se aktéři při formulování smyslu slov na nějaké definice – na které? Dochází v textu, v případě že jde o interaktivní text, ke střetům nad smyslem některých slov? |
| Užívání metafor | Metafory | Odkud užitá metafora pochází? Z jakého oboru/disciplíny/zánru? |

Zdroj: Háva, Tušková, Müller 2011, 8 dle Fairclough 1992: kpt. 8.

Explanace odpovídá na tři otázky z textu: Jaké mocenské vztahy ovlivňují diskurz, situační, institucionální, nebo sociální? Jaké aspekty zdrojů aktérů jsou ideologické? A zůstává diskurz stejný nebo se mění pod působením mocenských vztahů? (Pierce 2008, 290). Snažíme se objevit sociální determinanty tvarující diskurz, viz otázka první. Ideologie, tzn. ideologický charakter interpretací a efekty (otázka třetí). Ve fázi explanace se analýza soustředí na to, kdy je diskurz dominantní a ovlivňuje, a kdy je ovlivňován. (Vašát 2009)

Interpretace je interpretací samotného textu. Co texty produkují a jakým způsobem. Snaha o identifikování různých diskurzivních typů, které jsou spojené s různými typy situací. Zaměřujeme se na to, o co jde, o koho jde a vztahy mezi subjekty, abychom mohli vypovídat o kontextu. (Vašát 2009)

4.2. Aplikace CDA na Health 2020 policy framework and strategy

4.2.1. Analýza diskurzivní praxe

Interdiskurzivita

Interdiskurzivita značí prolínání diskurzů a použité diskurzy v Health 2020. Diskurzy ze strategie rozlišuji na hlavní dominantní a podřazené. Mezi hlavní diskurzy potom můžeme zařadit:

- Veřejné zdraví a podpora zdraví
- Ekonomika
- Lidská práva
- Demokracie a občanská participace
- Technický vývoj

Hlavní diskurzy nejsou na sobě primárně závislé, ale hrají důležitou úlohu v Health 2020. Vzhledem k zaměření textu na zdraví všeobecně, hraje i diskurz Zdraví největší roli ve strategii a ostatní diskurzy jsou sice hlavními vzhledem ke své nezávislosti na ostatních diskurzích, ale vzhledem k zaměření jsou zároveň diskurzy vedlejšími. Pod diskurz Zdraví potom můžeme zařadit další menší diskurzy hrající v Health 2020 důležitou roli. Jedná se o:

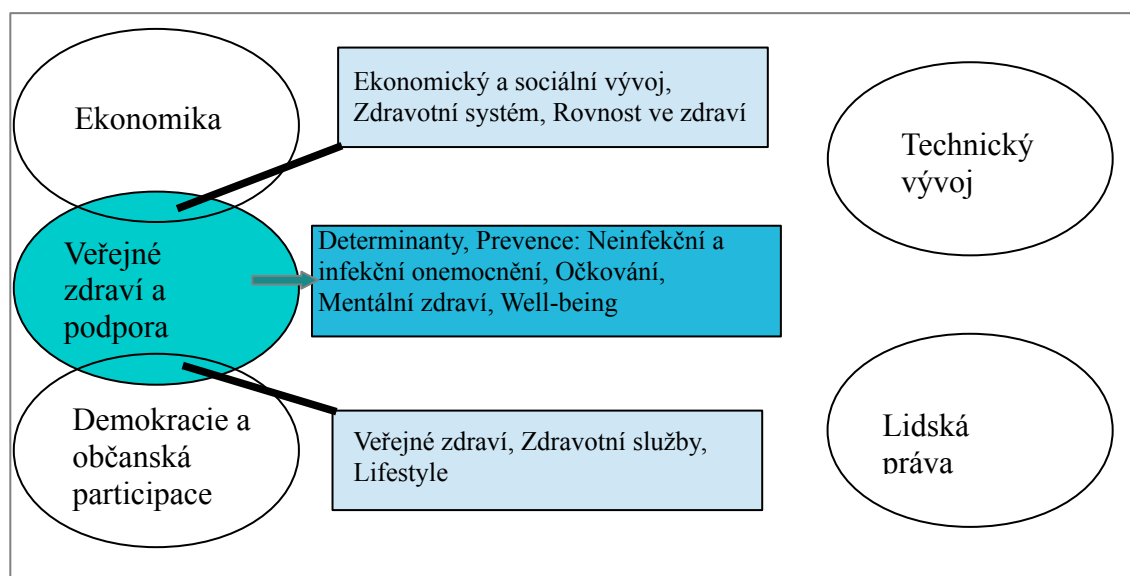
- Determinanty
- Prevence (pod prevencí můžeme zařadit diskurz *neinfekční a infekční onemocnění*)
- Očkování
- Mentální zdraví
- Well-being (fyzická a psychická pohoda)

Do interdiskurzivity patří i *teoretické pozadí diskurzů a argumentů* v textu. Nejpodstatnějším pozadím spojující všechny probírané diskurzy je souhlas na celém analyzovaném textu 53 členskými státy WHO, což opodstatňuje argument spolupráce

všech zainteresovaných komunit. Sdílenou hodnotou je zároveň několik základních sdílených cílů: značně zlepšit zdraví populace, redukovat zdravotní nerovnosti, zajistit vysokou kvalitu, posílit veřejné zdraví a zajistit udržitelnost na lidi orientovaného zdravotního systému, který je univerzální.

Inovativní myšlenkou Health 2020 je pronikání diskurzu Zdraví do Ekonomiky. Pod oba propojené diskurzy dále můžeme zařadit vedlejší diskurzy: *Ekonomický a sociální vývoj*, *Zdravotní systém* a *Rovnost ve zdraví*. Diskurz Zdraví ale proniká též do diskurzu Komunita a v jejich propojení nalézáme: *Veřejné zdraví*, *Zdravotní služby* a *Lifestyle*. Jednodušeji řečeno zde shledáváme propojení sociálních, enviromentálních a ekonomických otázek.

Zdravotně-politický rámec strategie Zdraví 2020



Zdroj: autorka z CDA Health 2020

Ve zdravotně-politickém rámci strategie vidíme hlavní diskurzy Zdraví 2020. Vzhledem ke stanoveným cílům práce budeme dále pracovat pouze s hlavním diskurzem strategie: *Veřejné zdraví a podpora zdraví*, ze které získáváme další důležitá témata a sice *determinanty, prevenci, neinfekční a infekční onemocnění, očkování,*

*mentální zdraví a well-being*¹⁷. Důležité je i inovativní propojení diskurzu Veřejného zdraví a podpory zdraví s Ekonomikou, kdy nám vznikají témata: *Ekonomický a sociální vývoj, Zdravotní systém a Rovnost ve zdraví*. Dalším inovativním propojením je propojení s diskurzem Demokracie a občanské participace, kdy se do popředí dostává téma *Veřejné zdraví, Zdravotní služby a Lifestyle*.

Intertextuální řetězce a manifestovaná intertextualita

Intertextuální řetězec a manifestovaná intertextualita odkazují na texty, na které analyzovaný text reaguje a zároveň, na které konkrétní jiné texty se vztahují přítomné citace. Health 2020 odkazuje na 300 referenčních textů, jejich seznam je v *příloze č. 1*. Strategie je ale intertextuálně spjatá především s předchozími strategiemi od WHO. Nejdůležitější a v Health 2020 zmiňované jsou: Health for All, Tallinn Charter, Health in All Policies, Governance for Health in the 21st Century.

Podmínky diskurzivní praxe: vývoj strategie Zdraví 2020

Podmínky diskurzivní praxe jsou chápány jako vývoj daného textu, v našem případě vývoj Health 2020, kterému předcházelo několik základních jednání a shromáždění členských států WHO. Následuje zjednodušený vývoj do několika nejdůležitějších událostí:

9. - 11. 3. 2011: Andora

První setkání členů WHO kvůli projednání připravované strategie Health 2020 proběhlo 9. - 11. 3. 2011 v Andoře. Health 2020 je určena pro 53 členských států Světové zdravotnické organizace a hlavními diskutovanými body byla lidská práva, determinanty zdraví a vývoj společnosti a člověka. Dle Dr. Roberta Bertoliniho, Chief Scientist WHO Regional Office for Europe, se strategie Health 2020 nesoustřeďuje pouze na zdraví, ale i na tzv. „well-being“ a společnost jako takovou. Strategie je navíc průlomová tím, že není určena pouze ministerstvům zdravotnictví, ale celé vládě, protože se soustředí na několik aspektů ovlivňujících zdraví společnosti.

Zsuzsanna Jakab, WHO Director for Europe, zase vyzdvihuje jasně dané priority strategie a potřebu toho, aby členské státy pracovaly na pokroku společně. Dr. Piroška Östlin, WHO Regional Office for Europe, dává důraz na to, že Health 2020 není pouze

¹⁷ Well-being je pojem, jež je hůře přeložitelný do českého jazyka. Znamená v podstatě fyzickou a duševní pohodu člověka. (Pozn. autorky)

dokumentem sestaveným na základě teoretických poznatků, ale je strategií, pro jejíž sestavení byl klíčem výzkum zajišťující efektivní práci. (WHO 2012a)

2011: Liege

Další setkání probíhalo v roce 2011 v Liege, kde se opět přednášely hlavní body Health 2020, o které se mezi mnohými vyjádřil například i Zvonimir Sostar, Head of Health Office Zagreb: „2020 je vize, která mi pomůže splnit mou vlastní misi na lokální úrovni.“ (WHO 2012b, překlad autorka)

24. - 26. srpna 2011: Turku, Finsko: Konference o podpoře zdraví a dokumentu Health 2020

Základním cílem je lepší zdraví v Evropě. Tohoto cíle se snaží dosáhnout WHO prostřednictvím členských států Světové zdravotnické organizace. Nejznámější definicí zdraví je právě definice od WHO z roku 1948: „Zdraví je stav kompletní fyzické, psychické a sociální pohody a ne jen absencí nemoci nebo slabosti.“ (Preamble to the Constitution of the World Health Organization, which was adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (*Official Records of the World Health Organization*, Vol. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.)

Jakab na konferenci v Turku poukazuje na to, že zdraví obyvatelstva a i průměrný věk dožití se zlepšuje a zvyšuje a dále se předpokládá jeho růst, nicméně se nejedná o fakt, platný pro všechny. Skrze regiony můžeme pozorovat obrovské rozdíly a nerovnosti mezi různými zeměmi, populacemi na základě jejich etnicity, pohlaví, socio-ekonomických statusů, vzdělání a geografické polohy. Největším problémem způsobující nejvyšší počet úmrtí jsou potom takzvaná chronická onemocnění populace. Právě ta souvisejí se způsobem našeho životního stylu a můžeme je sami ovlivnit. (Jakab 2011a)

Chronické onemocnění způsobují určité faktory, takzvané „Risk factors“. Můžeme mezi ně řadit například: konzumaci alkoholu, kouření, stravu, pohyb, ale i nedostatečné materiální zázemí. Tyto aspekty jsou sociálními determinanty zdraví a současnými trendy. Sociální determinanty také určují samotný fakt, zda má daná osoba přístup ke zdravotní péči a potom i kvalitu poskytované zdravotní péče. (Jakab 2011a)

Důvody, proč jsou dynamické politiky podpory zdraví důležitější a potřebnější než kdy jindy:

Nová éra s velmi rychle a globálně rozvíjejícími se trendy.

Zvýšený tlak faktorů ovlivňujících zdraví a determinanty zdravotní nerovnosti.

Nové výzvy zdraví, jako lidského práva a veřejného zboží.

Nevyrovnaný pokrok v dosahování cílů.

Díky těmto důvodům WHO zpracovala novou evropskou zdravotní politiku: Zdraví 2020. (Jakab 2011a)

Hlavními hodnotami Zdraví 2020, které byly představeny na konferenci v Turku jsou:

3. Univerzalita práva na zdraví a zdravotní péči
4. Rovnost
5. Solidarita
6. Udržitelnost
7. Právo na rozhodování se v otázce osobního zdraví a zdraví společnosti, ve které žijeme
8. Důstojnost

(Jakab 2011a)

Hlavní hodnoty Zdraví 2020 určují též základní cíle strategie:

- 1 Spolupráce: práce na spolupráci WHO Regional Office for Europe a členských států k podpoře zdraví
- 2 Vytvořit lepší zdraví: prodloužit dobu, ve které lidé žijí ve zdraví, redukovat nerovnosti a vypořádat se s vlivem demografických změn
- 3 Zlepšit zdravotní politiku (skrze zlepšení vlády): ilustrovat, jakým způsobem mohou faktory sociálních změn ovlivnit zdraví
- 4 Stanovit jasné strategické cíle: podpořit vývoj politik a strategií v členských zemích

5 Zrychlit přenos a sdílení vědomostí: zlepšit základní vědomosti o zdraví pro vývoj zdravotní politiky, vylepšit adaptaci nových směrů veřejného zdraví profesionály z této sféry

6 Zvýšit participaci: podpořit lidi v posuzování zdravotních výzev, kterým čelí a zajistit orientaci zdravotního systému přednostně na pacienta

(Jakab 2011a)

12. - 15. 9. 2011: Baku

V roce 2011 se v Baku konala konference WHO, jejíž hlavní náplní bylo shrnutí práce Světové zdravotnické organizace od šedesátého zasedání Regionální komise. Prostor dostala i tehdy ještě připravovaná strategie Zdraví 2020, která pokročila v klíčových konceptech z Tallinské charty. Jednalo se především o osvěžení veřejného zdraví a začlenění důležitých kapitol do zdravotní politiky. Na konferenci v Baku se dále poukazovalo na další kroky, které plánovalo WHO. Co se týče kroků souvisejících se strategií Zdraví 2020, šlo především o naplánování tréninkových kurzů strategie, jež by měly pomoci členským státům pochopit hlavní klíčové body, cíle a prostředky jak cílů dosáhnout. (Jakab 2011b)

V Baku se opět zdůraznilo hlavní poselství Zdraví 2020, tedy lepší zdraví pro Evropu a nutnost spolupráce členských států WHO a partnerů k redukování nerovností ve zdraví. (Jakab 2011b)

Další část konference v Baku nesla název Lepší zdraví pro Evropu: Zdraví 2020. Hlavními body byly dílčí cíle strategie. Jednalo se především o pomoci lidem žít zdravý a plnohodnotný život, zmenšit rozdíly ve zdraví skrze regiony, zlepšit zdravotní politiku a její zajišťování všech sektorů odpovědných za zdraví, investování do řešení adresovaných veřejnému zdraví a jednání odpovědnému za zdraví, podporovat inovace, zmenšit epidemii chronických onemocnění, podporovat solidaritu a vylepšit zdravotní péči jako takovou. (Jakab 2011e)

Říjen 2011: Berlín

Konference v Berlíně se soustředila na čtyři hlavní části Zdraví 2020: rovnost ve zdraví, zdravotní politiku, ekonomika prevence a veřejné zdraví.

Rovnost ve zdraví je dle strategie sociálně determinovaná. Nejedná se přímo o problematiku stejného přístupu ke zdraví pro všechny, ale o problematiku různě

vyvinuté zdravotní péče na základě rozvinutosti daného státu a jeho zdravotní politiky. Můžeme očekávat, že v chudších a méně rozvinutých státech bude proto rovnost ve zdraví menší a bude znatelný rozdíl právě mezi těmito státy (např. Moldávie, Litva, Estonsko) a státy, které jsou o něco vyspělejší (Česká republika, Slovensko, Polsko). (Jakab 2011c)

Zdravotní politika se soustředí na nutnost kooperace ve zdraví. Ministerstva zdravotnictví by měla sdílet informace mezi různými sektory a úrovněmi vlády a s ostatními zúčastněnými aktéry. Zdravotní péče by měla být sdílená mezi pacienty a profesionály. Ministerstva zdravotnictví a další úrovně vlády sdílejí informace a fungují především na efektivním přenášení informací. Pacienti a profesionálové naopak sdílejí především technologie. Spojení informací a technologií potom tvoří revoluci vědění. (Jakab 2011c)

Ekonomika prevence je část věnující se nákladům ve zdravotnictví. Například kardiovaskulární nemoci spotřebují 60 % veškerých výdajů na zdravotnictví Evropské unie. Ekonomika prevence se zabývá ale i ekonomickými návraty, tedy pozdějšími přínosy daných výdajů. (Jakab 2011c)

Veřejné zdraví je část, která se zabývá upevňováním veřejného zdraví jako takového. Nástrojem pro tento cíl je deset základních operací veřejného zdraví: dohled nad zdravím populace, identifikace zdravotních problémů, služby na ochranu zdraví, přípravy a plánování pro nouzové situace týkající se veřejného zdraví, prevence nemocí, podpora zdraví, zajištění kompetentní zdravotnické péče, financování a evaluace kvality a efektivnosti služeb veřejného zdraví, komunikace v oblasti veřejného zdraví a výzkumy související se zdravím člověka. (Jakab 2011c)

Listopad 2011: Londýn

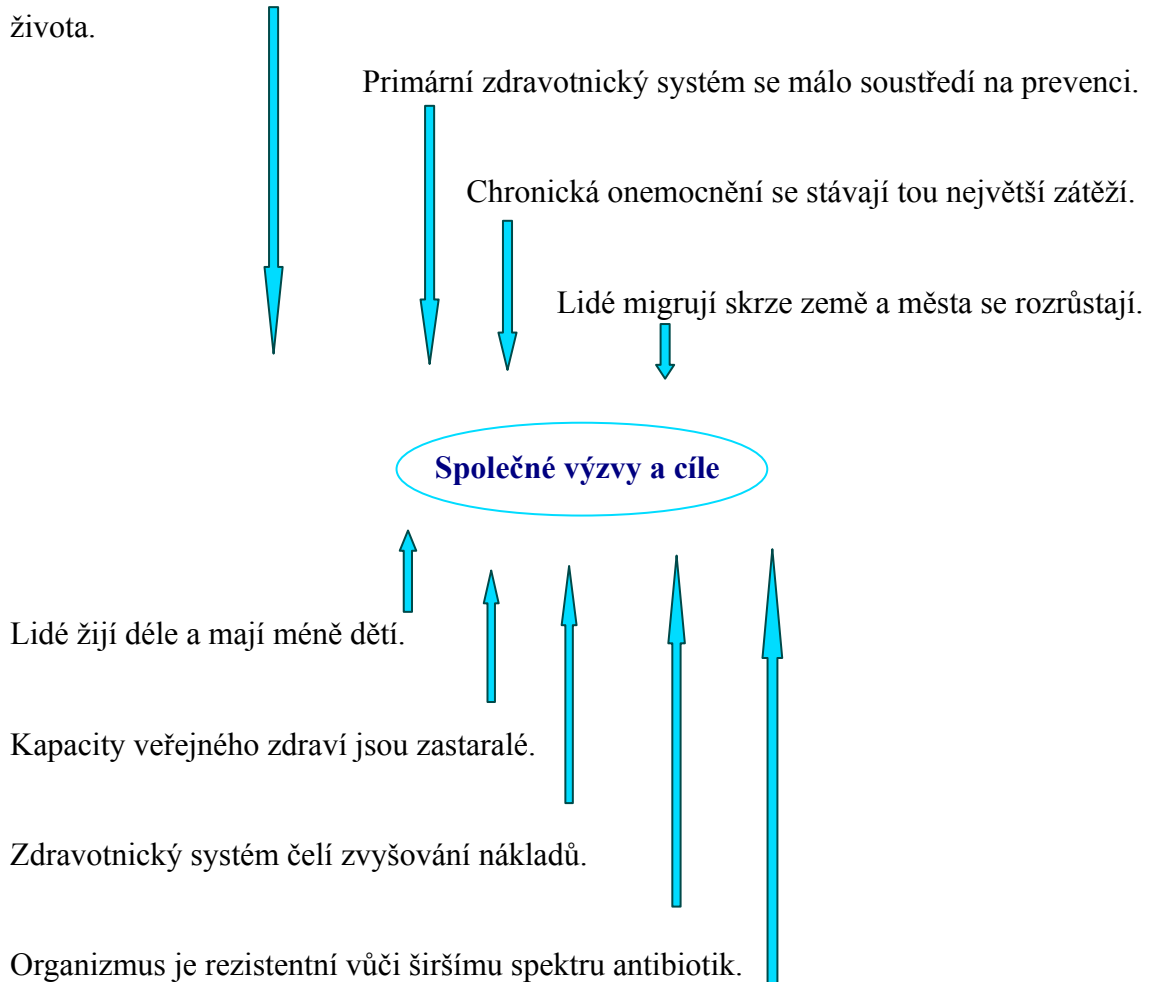
Na konferenci v Londýně Jakab představila Zdraví 2020 jako evropský politický rámec, který je jasnou vizí a cestou pro podporu zdraví a jednoty pro 900 miliónů lidí v regionu Světové zdravotnické organizace. Vize Zdraví 2020 potom byla popsána jako snaha o podporu všech lidí v dosáhnutí jejich plnohodnotného a zdravého bytí a snaha o spolupráci všech členských zemí v redukování nerovností mezi regiony. (Jakab 2011d)

Únor 2012: Maďarsko

Konference v Maďarsku nesla název Zdraví pro evropskou budoucnost: Zdraví 2020. Zabývala se otázkou: „Proč Zdraví 2020?“. Evropské regiony se vyvíjí, ale ne tak

rychle, jak by mohly. Každá členská země má sice rozdílný počáteční bod, ze kterého začíná, ale i tak sdílí společné výzvy a cíle:

Deprese a srdeční onemocnění jsou způsobené dlouhodobým nezdravým způsobem života.



Infekční onemocnění jako je HIV a tuberkulóza stále zůstávají výzvou k získání kontroly nad nimi.

Zdroj: Autorka z Jakab 2012a

19. - 20. 4. 2012: Brusel

Konference 19. - 20. 4. 2012 v Bruselu byla setkáním nejvyšších zástupců členských států WHO. Zde dostal slovo například Agis Tsouros, Head of Policy and Cross-cutting Programmes WHO/Europe, který označil Health 2020 za unikátní vizi a rámec politiky, který dává dohromady to, co všichni sice známe, ale způsobem, který bude nejlépe fungovat a spojovat naše hodnoty, principy a koncepty. Zsuzsanna Jakab dále zvýraznila, že tvrdá práce na přípravě strategie probíhá od roku 2010 a zpětné vazby na prvotní seznamovací prezentace a diskuze jsou velmi pozitivní. (WHO 2012c)

11. 5. 2012: Albánie

Na konferenci v Albánii se rozebírala strategie Zdraví 2020 v rámci konzultace budoucnosti. Zdraví 2020 je systém zdravotní politiky či správy zdraví pro 21. století. Přičemž evropské zkušenosti jsou adresovány především na sociální determinanty zdraví a strategie představuje upevňování zdravotního systému v regionech Světové zdravotnické organizace. Důraz je kladen na implementaci Tallinské charty a podporu kapacit a služeb veřejného zdraví v Evropě. V Albánii byla strategie poprvé rozdělena do dvou dokumentů. Jednalo se o cíl, který již byl i naplněn, a sice zpracování krátké verze Zdraví 2020 jakožto politického dokumentu obsahujícího klíčové důkazy, argumenty a prostory pro politické jednání adresované výzvám veřejného zdraví. Dlouhá verze Zdraví 2020 je politickým rámcem a strategií poskytující kontextuální analýzu a základní strategie a intervence, které fungují a popisují potřebné kroky k implementaci politiky. (Jakab 2012b)

Další kapitola se bude věnovat deskripci kratší verze strategie Zdraví 2020, jež patří také do pozadí vývoje samotné strategie.

Vybrané události WHO, časová osa vývoje Zdraví 2020

| | | | |
|--|---|---|--|
| Čas vybraných událostí WHO zabývajících se strategií Zdraví 2020 | 9. - 11. 3. 2011 | 2011 | 24. - 26. 8. 2011 |
| Místo | Andora | Liege | Turku, Finsko |
| Nejdůležitější body ke strategii Zdraví 2020 | Hlavními diskutovanými body byla lidská práva, determinanty zdraví a vývoj společnosti a člověka. | Zdraví 2020 je brána jako vize, která pomůže členským státům splnit jejich vlastní vize a cíle na lokální úrovni. | Stanovené důvody pro vznik Zdraví 2020 a základní hodnoty strategie. |
| Hlavní cíle a principy | Důraz na determinanty zdraví. | Zdraví 2020 pomáhající členským státům WHO splnit cíle jejich zdravotní politiky. | |
| ČR | Programové prohlášení vlády Nečase (viz. CDA programových prohlášení vlád) | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Čas vybraných událostí WHO zabývajících se strategií Zdraví 2020 | 12. - 15. 9. 2011 | Říjen: 2011 | Listopad: 2011 |
| Místo | Baku | Berlín | Londýn |
| Nejdůležitější body ke strategii Zdraví 2020 | Hlavními body byly dílčí cíle strategie. Jednalo se především o pomoc lidem žít zdravý a plnohodnotný život, investování do řešení adresovaných veřejnému zdraví a jednání odpovědnému za zdraví, podporovat inovace, zmenšit epidemii chronických onemocnění, podporovat solidaritu a vylepšit zdravotní péči jako takovou. | Konference v Berlíně se soustředila na čtyři hlavní části Zdraví 2020: rovnost ve zdraví, zdravotní politiku, ekonomika prevence a veřejné zdraví. | Zdraví 2020 představeno jako politický rámec. |
| Hlavní cíle a principy | Pomoc společnosti k plnohodnotnému zdravému životu, podpora inovací a prevence chronických neinfekčních onemocnění. | Zajistit rovnost ve zdraví a zaměření se na prevenci. | Zdraví 2020 jako politický rámec. |
| ČR | Programové prohlášení vlády Nečase (viz. CDA PPV) | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| Čas vybraných událostí WHO zabývajících se strategií Zdraví 2020 | Únor: 2012 | 19. - 20. 4. 2012 | 11. 5. 2012 |
| Místo | Maďarsko | Brusel | Albánie |
| Nejdůležitější body ke strategii Zdraví 2020 | Odpovědi na otázku? „Proč Zdraví 2020?“. | Setkáním nejvyšších zástupců členských států WHO. Pozitivní zpětné reakce od členských států. | Zdraví 2020 je systém zdravotní politiky či správy zdraví pro 21. století. |
| Hlavní cíle a principy | | | |
| ČR | Programové prohlášení vlády Nečase (viz. CDA programových prohlášení vlád) | | |

Zdroj: autorka.

Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being

Kratší verze strategie Zdraví 2020 není nazývána WHO strategií, ale draftem. Jedná se o draft, na kterém pracovaly všechny členské státy WHO a zahrnuje projednané revize z plné verze. Úpravy proběhly v rámci čtvrtého setkání v Ženevě ve Švýcarsku, 19. a 20. května 2012.

Draft je pojímán jako rámec zohledňující okolnosti každého členského státu a vyžadující spolupráci členských států s Regionálním úřadem WHO a všemi aktéry, kteří participují na podpoře zdraví. Regionální komise je vyzvána ke zvážení a přijetí tohoto rámce, jenž obsahuje i detaily nutné pro správnou implementaci. (WHO Regionální evropská kancelář 2012)

Společným cílem všech 53 členských států, které přijaly rámec Zdraví 2020 je: „výrazně zlepšit zdraví populace, redukovat zdravotní nerovnosti, posílit veřejné zdraví a zajistit univerzální zdravotní systém zaměřený na lidi, který bude rovnocenný, udržitelný a vysoké kvality.“ (WHO Regionální evropská kancelář 2012, 3, přeloženo autorkou).

Základní body rámce 2020:

Rámec vychází z hodnot strategie Zdraví pro všechny (Health for All) a identifikuje dva základní strategické směry a čtyři prioritní oblasti zájmu veřejné politiky.

Zdraví jako základní hodnotový zdroj, ze kterého mohou profitovat všechny sektory. Zdraví jako základ pro ekonomický a sociální vývoj.

Rovnocenný přístup ke vzdělání, práci, ubytování a příjmu podporuje zdraví a zdraví zvyšuje zpětně produktivitu a efektivnost práce.

Zdravotní stav je propojený s ekonomickým stavem. Zdravotní sektor má přímý i nepřímý vliv na ekonomiku. Nezáleží pouze na tom, jak zdraví ovlivňuje lidskou produktivitu, ale také na tom, že zdraví se stalo jedním z největších ekonomických sektorů na trhu.

Rovnost ve zdraví mezi všemi regiony jako jeden z nejdůležitějších cílů.

Zdraví 2020 je založené na hodnotách zakotvených v konstituci WHO. Snahou je docílit nejvyšší možný standard zdraví bez rozdílu etnicity, pohlaví, věku, sociálního statusu nebo schopnosti zaplatit.

Výzva v podobě rostoucích nákladů na zdravotnictví, kdy dle studií některých států zde není pozitivní korelace mezi rostoucími výdaji a zdravotními výstupy.

Efektivní využívání zdrojů. Evropský zdravotní systém je nucen čelit novým výzvám a rizikům a musí se vylepšit. Zdravotní systém se musí stejně jako ostatní sektory politiky adaptovat a změnit.

V době globalizace je nutná spolupráce na vyřešení mnoha klíčových zdravotních výzev.

Úspěšné vládnutí může dosáhnout zlepšení ve zdraví, pokud se bude snažit zlepšit zdraví pro všechny a redukovat nerovnosti a pokud vylepší vedení a participaci vlády v této otázce.

Extrémní zdravotní nerovnosti vycházejí také z našeho chování, jako je například kouření, požívání alkoholu, složení stravy, fyzická aktivita a psychické nerovnosti způsobené stresem. Proto je nutné se zaměřit na sociální a environmentální determinanty zdraví.

Vedení ministerstev zdravotnictví se musí posílit. Zdravotnický sektor je odpovědný za: vývoj a implementaci národních zdravotních strategií, stanovení cílů zdravotní politiky, cílů pro zlepšení zdraví, vliv ostatních sektorů na zdravotnictví, poskytování vysoce kvalitních služeb a brání ohledu na to, jak zdravotnictví může ovlivnit ostatní sektory.

Zdraví by se mělo odrážet ve všech politikách. Tento proces podporuje soudržnost a mezisektorové řešení problémů.

Vlády jsou také zavázány k zavedení takové struktury a procesů, které budou schopny zvýšit zapojení co nejširšího okruhu zúčastněných aktérů. Hlavní důraz by zde měl být kladen na občany, společenské organizace a ostatní skupiny dotvářející civilní společnost.

Efektivní vedení skrze společnost může podpořit lepší výsledky ve zdraví. Výzkumy ukazují vysokou korelaci mezi odpovědností vlády, nové formy vládnutí a participací.

Podporování občanů a pacientů je nezbytně důležité pro zlepšení výstupů zdravotnictví, zlepšení zdravotního systému a spokojenosti pacientů.

Čtyři prioritní okruhy zájmu politické činnosti: investování do zdraví skrze podpoření občanů, bojovat proti největším zdravotním výzvám chronických neinfekčních onemocnění, posílit zdravotnický systém zaměřený na občany, kapacitu veřejného zdraví a přežití a vytvořit odolné komunity a podporující prostředí.

Podpora dobrého zdravotního stavu vede ke zvýšení naděje na dožití a může přinést důležité ekonomické, společenské a individuální benefity.

Vysoce relevantní je zaměření se na posílení podpory mentálního zdraví. Výzkumy ukazují, že každý čtvrtý člověk v evropském regionu trpí nějakým psychickým problémem během svého života. Hlavním cílem zde je důraz na včasnou diagnostiku deprese a prevenci sebevražd pomocí společenských intervenčních programů. Důležitý je i důraz na lepší pochopení vztahu sociální marginalizace, nezaměstnanosti a bezdomovectví s psychickými problémy.

Kombinace několika přístupů je důležitá pro úspěšné zvládnutí vysoké zátěže chronických onemocnění. Zdraví 2020 podporuje implementaci celistvých integrovaných vládních programů a celospolečenských přístupů.

Všechny země musí přijmout demografické změny a modely nemocí, především současné výzvy mentálního zdraví, chronických onemocnění a kondice související s věkem. Tento přístup vyžaduje přeorientování zdravotního systému na prevenci nemocí.

Vyvinutí přizpůsobivých politik, odolné struktury a efektivního zapojení. Odolná struktura je klíčovým faktorem v ochraně a podpoře zdraví ať už na úrovni jednotlivců nebo celé společnosti.

Cílů Zdraví 2020 by se mělo dosáhnout skrze kombinaci individuální a kolektivní snahy.

(WHO Regionální evropská kancelář 2012)

4.2.2. Analýza textu

Samotná lingvistická analýza textu se skládá dle Fairclougha z osmi částí. Nastolení témat (turn-taking), koheze, projevů úcty, gramatiky, zastoupení témat, subjektivní a objektivní modalita, klíčových slov a užívání metafor. Vzhledem k textu, jež odpovídá formě strategie, některé části nelze správně aplikovat na analýzu daného textu Zdraví 2020, protože by neměly vypovídající hodnotu. Jedná se především o nastolení témat, neboť daný text není přepisem konverzace či rozhovoru více aktérů, ale jedná se text psaný několika aktéry za jednu organizaci, a sice WHO. Dále se jedná o projevy úcty, které díky formě textu nejsou k dispozici, stejně jako užívání metafor a subjektivní a objektivní modalita zajímavější se o subjektivní nebo objektivní podložení argumentů. Vzhledem k vysoce formálnímu a politickému stylu strategie se předpokládá nepoužívání subjektivních podložení argumentů a používání metafor, které by snižovalo úroveň strategie.

Koheze

Koheze textu je logická. Text je rozdělen na tři části. První část se věnuje závazkům strategie ke zdraví a well-being a vytyčeným cílům. Dále je v první části věnovaný prostor kontextu a faktorům, které strategii řídí. Druhá část je o aplikaci kroků strategie a hlavních zúčastněných aktérech. Třetí část se potom věnuje efektivní implementaci, jejím požadavkům, možným cestám implementace a dalšímu vzdělávání.

První část je dále logicky uspořádána následujícím způsobem. Jako první téma je úvod do dané problematiky, v tomto případě se jedná o vysvětlení toho, proč je zdraví důležité pro celou společnost i vládu. Jednodušeji řečeno je zde vysvětleno, proč celá strategie vznikla a proč by strategii měly vlády členských států WHO věnovat pozornost. Za tímto krokem následuje vytyčená vize strategie, její cíle a priority. Celou

první část potom dokresluje velmi podrobný popis hlavních témat a problémů obsažených ve vizi a cílech strategie. Je zde dokreslené pozadí včetně určitého historického vývoje daných problematik a cíle, ke kterým strategie směřuje, tedy cílový stav, jež by měl být nastolen.

Druhá část strategie obsahuje úvod k aplikaci strategie a jejím cílům. Důležitým bodem je zde stavění všech cílů a aplikace strategie na důkazech, kdy se jedná o integrovaný vzdělávací směr. Aplikace strategie má být stavěna na základě nového přístupu zdravotních politik *Governance for health in the 21st century*, jež vysvětluje důležité body aplikace nových politik. I tomuto tématu je zde věnován prostor a podrobnější vysvětlení toho, jak by proces měl správně fungovat. V druhé části se dozvíme i o nutnosti spolupráce členských států a posílení zdravotních systémů a kapacity veřejného zdraví.

Třetí část věnující se efektivní implementaci upozorňuje na vedení, role ministerstev a zdravotního sektoru, ale i následujícímu monitoringu, evaluaci a prioritám výzkumů veřejného zdraví.

Strategie jako celek je velmi logicky uspořádána a každému důležitému tématu je věnován dostatečný prostor, není zde nic opomenuto. Výpověď jako taková, tedy celý text jako celek, je z hlediska užití rétoriky též konzistentní. Rétorika je zde velmi formální a popisná, nejde o subjektivní popis či emocionálně zatížené projevy. Nicméně se jedná o text, který je hodnotově zatížený. Na druhou stranu jsou zde hodnoty velmi jasně specifikovány a přiznány, nejde tedy o text snažící se vypadat subjektivně a formálně, ale o text, jež je formálním, ale zároveň poznamenaný přiznanými a nastíněnými hodnotami, jež mohou na celkové subjektivitě ubírat.

Gramatika

Vzhledem k textu stavěnému do rámce strategie zde nejsou používané metafory, naopak jsou všechny problémy a témata jasně specifikovány a formulovány. Mezi velmi časté obraty používané ke zdůvodnění argumentů, respektive k zvětšení důrazu dané problematiky jsou velmi často používané obraty *nicméně*, *avšak* apod.

Př. „*Common mental disorders (depression and anxiety) affect about 1 in 4 people in the community every year. However, about 50 % of people with mental disorder do not receive any form of treatment.*“ (p. 60)

K upřesnění určitého tématu jsou místo metafor používané rovnou příklady.

Př. „...*These molecular structures could be the basis for regenerating or replacing body parts that are currently lost to infection, accident or disease. For example, nanotechnology is already being used as the basis for new, more effective drug delivery system and is in early stage development as „scaffolding“ in nerve regeneration.*“ (p. 18)

K podpoření důležitosti daných problematik je také velmi často používán čistě formální a statistický ráz textu.

Př. „*Women are overrepresented in part-time work, have less pay for the same job and perform most of the unpaid work. In 2011, women occupied 25 % of parliamentary seats, ranging from less than 10 % to 45 %.*“ (p. 16)

„*Resistance has been found in 25 % or more of bacterial infections in several EU countries.*“ (p. 66)

Potvrzení toho, že je strategie stavěná na integrovaném vzdělávacím přístupu, který využívá dané statistiky a studie, a není tedy logicky odvozeným dokumentem, jsou nejen výše zmíněné statistické údaje, ale i odkazování se na určité studie v referencích a samotném textu.

Př. „*The survey results are presented at national policy dialogues, at which interventions for child maltreatment prevention are given priority for mainstreaming into child health and development programmes.*“ (p. 63)

Zastoupení témat

Ve strategii Zdraví 2020 se nejvíce můžeme setkat s tématem zdraví. Blíže potom ale i s determinanty zdraví, prevencí, neinfekčními chronickými onemocněními, infekčními onemocněními, očkováním, mentálním zdravím a well-being. Mezi hlavní témata strategie dále patří i ekonomický a sociální vývoj, zdravotní systém, rovnost ve zdraví, veřejné zdraví, zdravotní služby a životní styl.

Dokument je rozdělen na hlavní tři okruhy. Prvním je závazek ke zdraví a well-being, druhým je aplikování strategie a klíčoví aktéři. Třetím posledním okruhem je poté podpora efektivní implementace. Nejméně prostoru z těchto třech okruhů je věnováno právě třetí části, tedy podpoře efektivní implementace. Pod ní potom spadají méně zastoupená témata, jako je například vedení a role ministerstev, vytvoření celospolečenské a celovládní zodpovědnosti za zdravou práci, monitorování, evaluace a priority výzkumů veřejného zdraví.

Středně zastoupeným okruhem je okruh první, věnující se závazkům a cílům strategie. Zde je středně věnován prostor demografickým, epidemiologickým, společenským, technickým a ekonomickým ukazatelům. Nejvíce zastoupené téma je aplikování strategie. Nový přístup Governance for health in the 21st century, podpora spolupráce, investování do zdraví skrze všechny životní cykly a posílení zdravotního systému zaměřeného na lidi.

Jedenáct základních témat strategie Zdraví 2020 a jejich četnost výskytu

| Pořadí | Téma | „Keyword“ | Výskyt/počet stran |
|--------|------------------|-----------------|--------------------|
| 1. | Zdraví | Health | 143 / 149 |
| 2. | Zdravotní systém | Health System | 114 / 149 |
| 3. | Veřejné zdraví | Public Health | 95 / 149 |
| 4. | Vývoj | Development | 83 / 149 |
| 5. | Determinanty | Determinants | 80 / 149 |
| 6. | Well-being | Well-being | 77 / 149 |
| 7. | Zdravotní služby | Health Services | 75 / 149 |
| 8. | Rovnost | Equity | 50 / 149 |
| 9. | Prevence | Prevention | 42 / 149 |
| 10. | Životní styl | Lifestyle | 14 / 149 |
| 11. | Očkování | Vaccination | 10 / 149 |

Zdroj: autorka.

Klíčová slova, floating signifiers

Mezi klíčová slova strategie Zdraví 2020 můžeme řadit veřejné zdraví, zdravotní systém, sociální a ekonomické determinanty, well-being, rovnost ve zdraví, životní styl a Governance for health in 21st century.

V textu nedochází ke střetu nad definicemi klíčových slov. Vše je uceleno do jednoho konzistentního dokumentu používajícího jednu danou definici u každého tématu. Pokud je možné jednu věc definovat několika významy, strategie použije pro lepší pochopení více významů a následně definici blíže ukáže na přímém příkladu.

Př. „*Health technology can be defined in different ways. It can mean the procedures, equipment and processes... The term can also more narrowly describe the devices used to prevent, diagnose, monitor or treat diseases... Examples would be drug-eluting stents, magnetic resonance imaging (MRI) scanners, pacemakers...*“

4.2.3. Sociální praxe diskurzu

Sociální praxe zkoumá výpovědi jako jednání. Způsob, jakým ovlivňují sociální realitu a opačně možný vliv sociální reality na diskurzy v textu. V rámci sociální praxe diskurzu sledujeme sociální matrix diskurzu, uspořádání diskurzu a ideologický a politický efekt diskurzu.

Sociální matrix diskurzu

Strategie Zdraví 2020 není konvenčním dokumentem, ale inovativním. To znamená, že nezůstává u statusu quo, ale jeho účelem je změna současného stavu k lepšímu. Co se týče otázky, zda je strategie textem konformním nebo kreativním, zde závisí, z jakého pohledu se na danou situaci dívám. Zdraví 2020 je strategie podporována 53 členskými státy. V rámci těchto států můžeme shledávat diametrální rozdíly v cílech určitých státních zdravotních politik.

Například země Visegrádské čtyřky, do kterých se řadí i Česká republika, bude brát strategii jako kreativní text, protože hlavní zájem zdravotních politik těchto států se obrací k financování zdravotního systému, otázce privatizace nemocnic apod. Zdraví 2020 se zaměřuje spíše na zapojení občanů, snahu o kontrolu sociálně-ekonomických determinant zdraví a další otázky.

Důležitým bodem je i určitá snaha strategie o změnu sociální struktury, protože zde vidí nespravedlnost v podobě nerovností ve zdraví. Nejedná se pouze o problém s rovným přístupem ke zdravotní péči, ale i o diametrální rozdíly mezi kraji v rámci jednoho státu. Tyto rozdíly mohou mít závažnější podoby, jako například dvacetiletý rozdíl v naději na dožití nebo relativně vysoký rozdíl ve výskytu určitých typů rakoviny.

Uspořádání diskurzu

Co se týče uspořádání diskurzu, soustředíme se na otevřenost nebo naopak uzavřenost daných diskurzů. Kdo má přístup do diskurzu a jaké formy komunikace jsou preferovány.

Strategie je dokument utvořený WHO, nicméně do diskurzu a celkového vyjednávání daných cílů a bodů strategie mělo přístup všech 53 členských států WHO. Komunikace, která předcházela utváření textu a byla směřována na předem naplánované konference, kde se veškeré body projednávaly. Po utvoření prvních draftů, kratších verzí Zdraví 2020, měla ministerstva zdravotnictví členských států prostor pro otázky či návrhy. Zde například Ministerstvo zdravotnictví České republiky zaslalo dopis (viz příloha č. 2) s podněty přímo ředitelce regionálního úřadu WHO pro Evropu Zsuzsanně Jakab. V odpovědi se k podnětům Jakab vyjádřila a zároveň zvala ministra zdravotnictví Leoše Hegera na zasedání, v rámci kterého měl možnost své připomínky osobně prodiskutovat i s ostatními členskými státy.

Ke Zdraví 2020 měli možnost se vyjádřit tedy zástupci ministerstev zdravotnictví členských států.

Ideologický a politický efekt diskurzu

Zdraví 2020 představuje shrnutí nejpálčivějších zdravotních témat, která by měla být shodná pro všech 53 členských států. Strategie je postavena na základě velkého množství výzkumů a měla by tak reflektovat současný stav zdravotních systémů a nejvhodnější směřování do budoucnosti v rámci několika následujících let. V předchozích strategiích můžeme pozorovat podobné diskurzy a témata, nicméně stále můžeme pokládat strategii za průlomovou a rozhodně ovlivňující sociální vztahy. Předmětem práce nejsou vztahy ostatních států ke Zdraví 2020, ale jen vztah České republiky k danému textu. Komplikovanost tohoto vztahu můžeme pozorovat již jen z toho, že Zdraví 2020 není zatím všem aktérům české zdravotní politiky známé a není přeložené do českého jazyka. Bližší posouzení je předmětem dalších částí analýzy.

4.3. Aplikace CDA na programová prohlášení vlád

V rámci aplikace CDA na programová prohlášení vlády se soustředíme na vývoj od roku 2000. Do analýzy tedy spadá sedm programových prohlášení. Jedná se o:

Programové prohlášení vlády Miloše Zemana 1998 - 2002

Programové prohlášení vlády Vladimíra Špidly 2002 - 2004

Programové prohlášení vlády Stanislava Grosse 2004 - 2005

Programové prohlášení vlády Jiřího Paroubka 2006 - 2007

Programové prohlášení vlády Mirka Topolánka 2006 - 2007

Programové prohlášení vlády Mirka Topolánka 2007 - 2009

Programové prohlášení vlády Jana Fischera 2009 - 2010

Programové prohlášení vlády Petra Nečase 2010 - 2013

4.3.1. Analýza diskurzivní praxe

Interdiskurzivita

V rámci diskurzů, které můžeme nalézt ve výše zmíněných programových prohlášení českých vlád se nám několik základních hlavních diskurzů opakuje. Jedná se o následující:

Zdravotní pojišťovny

Ekonomika

Farmaceutika

Zdravotní péče

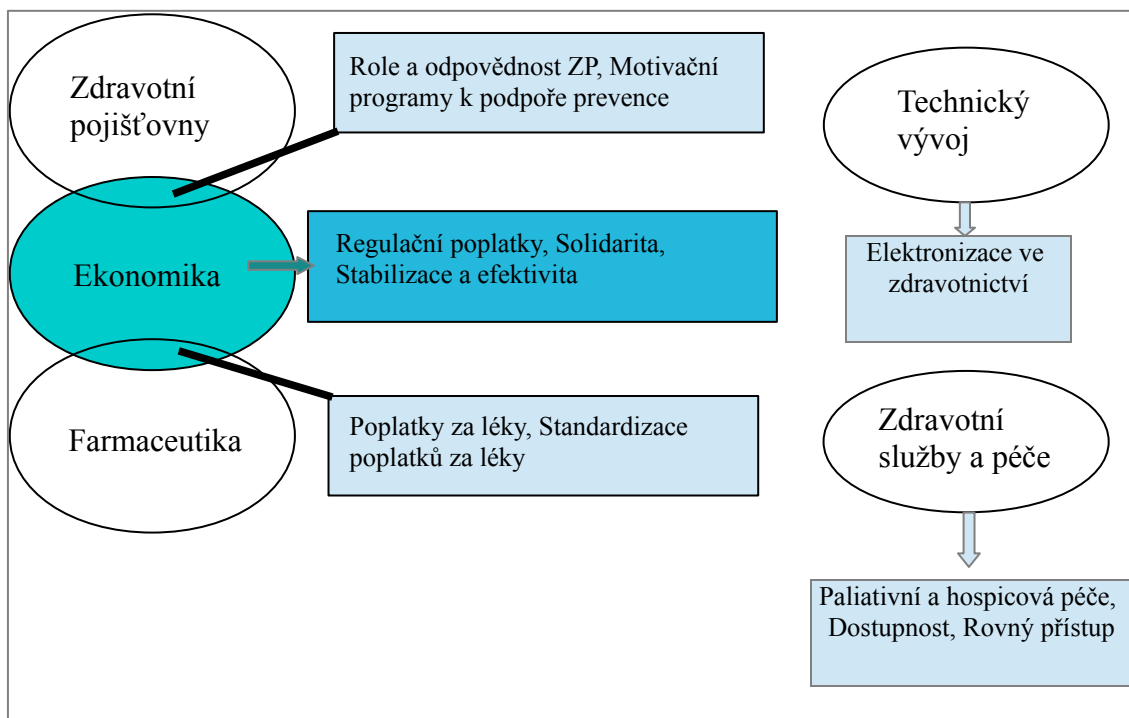
Veřejné zdraví a podpora zdraví

Vzdělávací systém

Při porovnání s hlavními diskurzemi strategie bychom našli shodu v diskurzu Ekonomika a Veřejné zdraví a podpora zdraví. Zde se shodují cíle programových prohlášení vlády se strategií Zdraví 2020 v nastolení dostupné a kvalitní zdravotní péče, v soustředění se na prevenci a podporu zdravého životního stylu a zajištění lepší rovnosti ve zdraví. Nicméně je důležité zmínit, že při hodnocení přístupu ke strategii Zdraví 2020 bychom přednostně porovnávali Programové prohlášení vlády Nečase, které jako jediné vzhledem k časové ose má možnost své cíle pro zdravotní politiku přizpůsobit cílům Zdraví 2020. V rámci Programového prohlášení vlády Nečase diskurz Veřejné zdraví a podpora zdraví nenalezneme a shodujeme se pouze u diskurzu Ekonomika. Když bychom ale porovnali vedlejší diskurz, které se řadí pod ekonomiku, nenalezneme žádnou shodu.

Vláda Nečase se zabývá hlavně ekonomickou stránkou zdravotních pojišťoven a regulačními poplatky, zatímco Zdraví 2020 řeší otázky zdravotního systému, ekonomický a sociální vývoj a rovnost ve zdraví. Na druhou stranu vláda Nečase prosazuje prevenci, sice ne přímo přes zdravotnický systém, jako je to u Zdraví 2020, ale skrze pozitivní motivaci pojištěnců zdravotních pojišťoven. Nicméně věnování se prevenci, ať už přes jakéhokoliv prostředníka, odkazuje na určitý zájem o determinanty zdraví, byť ne třeba v tak vysoké míře jako propaguje samotná strategie. Je důležité ale zmínit, že zájem o prevenci a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a samotných determinantů zdraví můžeme v menších zmínkách pozorovat v každém programovém prohlášení od roku 1998.

V rámci předchozích evropských zdravotních strategií nalezneme v cílech české zdravotní politiky snahu o jejich implementaci. Jedná se jmenovitě o strategii Zdraví 21, kterou nalezneme v Programovém prohlášení vlády Špidly a strategii Zdraví pro všechny, která se nachází v Programovém prohlášení vlády Grosse. V Programovém prohlášení vlády Nečase není žádná informace o Zdraví 2020 a ani cíle tohoto prohlášení se s cíli strategie neshodují. Jediným společným cílem je rovnost v přístupu ke zdravotní péči.

Zdravotně-politický rámec diskurzů Programového prohlášení vlády Nečase

Zdroj: autorka.

Teoretické pozadí diskurzů a argumentů

Programová prohlášení vlád obsahují vize a úkoly vlád. Jsou zpracovány koaličními vládami, které jsou složeny z politických stran zvolených volbami do Poslanecké sněmovny. Programová prohlášení jsou tedy dokumenty, na základě kterých má koaliční vláda možnost provést reformní kroky a hluboké strukturální změny. Reprezentují cíle politických stran, zvolených samotnými občany České republiky. (Programové prohlášení Vlády České republiky 2010, 2)

Sdílenou hodnotou a cílem programových prohlášení je především zajistit rozvoj České republiky a úspěšně čelit současným ekonomickým a hospodářským podmínkám tak, aby rozvoj neohrozily, ale naopak podpořily.

Inovativní myšlenkou u všech programových prohlášení vlád je pronikání diskurzu Zdravotní pojišťovny do diskurzu Ekonomika. Jedná se především o snahu zlepšit financování zdravotního systému přes procesy zdravotních pojišťoven, ale také zvýšit samotnou účast pojišťoven na financování zdravotního systému.

Dalším inovativním faktorem je poté propojení diskurzu Veřejného zdraví s diskurzem Farmaceutika a současně propojení diskurzu Farmaceutika s diskurzem Ekonomika. Zde můžeme pozorovat velký zájem Vlády České republiky o léčiva a to z několika pohledů. Jedná se předně o snahu docílit standardizace cenové politiky léčiv, která se nachází v propojení s diskurzem Ekonomika a poté zajištění možné náhrady léčiva jiným léčivem bez nutného doplatku. Zde nám farmaceutika pronikají do samotného diskurzu Veřejné zdraví.

Intertextuální řetězce a manifestovaná intertextualita

Intertextuální řetězec a manifestovaná intertextualita odkazují na texty, na které analyzovaný text reaguje a zároveň, ke kterým konkrétním textům jsou přítomné citace. V rámci programových prohlášení vlád nejsou přítomné citace ani přímé odkazy na jiné texty. Nicméně v programovém prohlášení Vlády Grosse a Zemana se nachází nepřímý odkaz na evropské zdravotní strategie Zdraví pro všechny a Zdraví 21.

Podmínky diskurzivní praxe: pozadí programových prohlášení vlád

Programové prohlášení vlády Miloše Zemana

Vláda s premiérem Milošem Zemanem byla nastolena od roku 1998. Jednalo se o menšinovou vládu ČSSD. Ministry zdravotnictví byl nejdříve Ivan David a poté Bohumil Fišer.

Můžeme zde pozorovat změnu v přístupu ke zdravotní politice a její soustředění na podporu solidarity mezi občany, ale i podporu rovnosti v přístupu ke zdravotní péči. (Programové prohlášení vlády 1998)

Programové prohlášení vlády Vladimíra Špidly

Jedná se o vládu trvající od roku 2002, kdy premiérem byl Vladimír Špidla a ministry zdravotnictví byla nejdříve Marie Součková a následně Jozef Kubinyi. Důraz byl kladen na dostupnost zdravotní péče, lidská práva a prevence sociopatologických faktorů. Například drog, kouření a požívání alkoholu. Toto programové prohlášení též přímo odkazuje na evropskou strategii Zdraví 21. (Programové prohlášení vlády 2002)

Programové prohlášení vlády Stanislava Grosse

Vláda od roku 2004. Premiérem byl Stanislav Gross a ministryní zdravotnictví Milada Emmerová. Vláda Grosse podporuje realizaci programu Zdraví pro všechny a skrze tento program se zaměřuje na posílené prevence a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Zde se vychází z teze, že zdraví není pouze medicínskou záležitostí, ale též humánní. (Programové prohlášení vlády 2004)

Programové prohlášení vlády Jiřího Paroubka

Vláda od roku 2006 s premiérem Jiřím Paroubkem a ministry zdravotnictví Miladou Emmerovou, Zdeňkem Škromachem a Davidem Rathem. Jiří Paroubek podporoval zdravotní politiku s vyrovnaným financováním. Dále preventivní programy a pěstování zdravého životního stylu. Důležitým bodem bylo též zvýšení informovanosti pacientů a jejich právo na výběr zdravotní péče. (Britské listy 2005)

Programové prohlášení vlády Mirka Topolánka

Období od roku 2006, premiérem vlády byl Mirek Topolánek a ministry zdravotnictví Tomáš Julínek a Daniela Filipiová. Topolánek se zabýval zachování principu solidarity a posílení financování zdravotnictví skrze rozvoj veřejného zdravotního pojištění. Byla zde i snaha o vytvoření možnosti oficiálního připlacení si na nadstandardní péči. Prioritou byla prevence směřující k ochraně dětí a mládeže před negativními účinky závislostí. (Programové prohlášení vlády 2008)

Programové prohlášení vlády Jana Fischera

Vláda od roku 2009 s premiérem Janem Fischerem a ministryní zdravotnictví Danou Juráškovou. Jan Fischer jako jediný premiér v podstatě podporoval status quo, tedy zachování stávajícího stavu a distancoval se od zásadních změn v systému zdravotní péče i zdravotního pojištění. (ČT24 2009)

Programové prohlášení vlády Petra Nečase

Vláda od roku 2010 s premiérem Petrem Nečasem a ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem. Vláda Nečase nechce dopustit zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče a chce zefektivnit prevenci občanů ČR proti nemocem. Vláda též

prosazuje posílení práv pacientů a solidaritu zdravých s nemocnými. Také se řeší otázka transformace některých nemocnic na nemocnice univerzitní a elektronizace zdravotnictví, což by mělo směřovat ke zlepšení transparentnosti a efektivity zdravotního systému. (Programové prohlášení vlády České republiky 2010)

4.4. Analýza textu

Stejně jako u lingvistické analýzy strategie Zdraví 2020 i u programových prohlášení vlád nebude aplikované nastolení témat, projevy úcty, používání metafor a subjektivní a objektivní modalita. Tyto části jsou dobře aplikovatelné na přepisy rozhovorů nebo text vznikající jako rozhovor aktérů, kde má každý prostor pro vyjádření. Stejně jako u Zdraví 2020 i u programových prohlášení vlád se tyto části neobjevují, protože jsou sestavené danou vládou a mají doporučující politický charakter.

Analýza textu bude aplikována na všechna vybraná programová prohlášení dohromady.

Koheze

Koheze textu není jasně formulovaná a logická. Text není napsán podle určitého řádu či sledu. Pokud by se braly v potaz celá programová prohlášení vlád, pak by byla struktura textu jasně rozdělena do sekcí určitých politik a zájmů dané vlády. Jedná se například o části jako: preambule, úvod, veřejné rozpočty a mandatorní výdaje, sociální a důchodový systém, zdravotnictví apod. V rámci celku je koheze textů jasná a členěná. V rámci jednotlivých témat se ale koheze textu vytrácí a stává se nejasnou. Jedná se spíše o nahodilé myšlenky a cíle daných vlád a hlavní problémy, na které se daná vláda v rámci svého volebního mandátu hodlá soustředit.

Jediným jasným bodem, jenž můžeme pozorovat u většiny programových prohlášení, je krátký úvod do daného tématu vysvětlující, co daná část pro vládu znamená a jak se k ní staví.

Př. *“Vláda považuje zdravotnictví za jednu ze svých hlavních programových priorit, proto nedopustí zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče a efektivní prevence pro občany České republiky.”* (Programové prohlášení vlády České republiky 2010, 9)

“Zdraví občanů vláda chápe jako veřejný zájem, zdroj a bohatství a podmínku dobré kvality života, nikoli pouze jako soukromý zájem a statek.” (Programové prohlášení vlády 1998)

Problémem v kohezi textu je i nahodilé uspořádání a skákání z jednoho tématu na druhé.

Př. *“Vláda ve spolupráci s kompetentními představiteli krajů bude pokračovat v realizaci tvorby sítě zdravotnických zařízení. Vláda chce neprodleně řešit složitou problematiku organizace zdravotní péče na území hlavního města Prahy v souvislosti s poskytováním péče i pro občany Středočeského kraje... Vláda nepřipustí zúžení stávajícího rozsahu zdravotní péče hrazené ze solidárního veřejného zdravotního pojištění a nemíni v následném období zvyšovat finanční spoluúčast pacientů.” (Britské listy 2005)*

Gramatika

V rámci všech programových prohlášení vlád se nesetkáváme s metaforami. Problémy a témata jsou jasně formulovány a specifikovány. Nicméně žádný z nastíněných problémů či kroků, které vlády chtěly v rámci svého období provést, nejsou podloženy argumenty, jež by dané kroky opodstatňovaly. Nejsou zde ani údaje ze statistik či výzkumů podporujících navržené téma jako problém hodný pozornosti. Z příkladů uvedených níže je potom jasné, že vláda nemá potřebu své kroky, jež hodlá učinit vysvětlit či podložit jejich potřebnost. Pouze se soustředí na sepsání svých budoucích kroků do zadané formy. Jednou je daná vláda zvolená občany a její kroky jsou tak dopředu v podstatě chápány jako podporované a nevyvratitelné. Občané si dané politické strany volili, respektive měli volit, na základě souhlasu s jejich hlavními cíli v programech daných politických stran.

Př. *“V investiční výstavbě vláda hodlá zdokonalit programové financování v oblasti sítě vysoce specializované péče, za niž i nadále ponese odpovědnost stát.” (Programové prohlášení vlády 2002)*

Vzhledem k nepoužívání statistik či výzkumů se setkáváme i s částmi, ze kterých není jasné, co je problémem a jak ho vláda chce řešit. Naopak se jedná o velmi obecné výroky, pod nimiž se může schovávat v podstatě cokoliv.

Př. *“Vláda chce neprodleně řešit složitou problematiku organizace zdravotní péče na území hlavního města Prahy v souvislosti s poskytováním péče i pro občany Středočeského kraje.”* (Britské listy 2005)

Př. *“Bude podpořena úloha prevence v systému zdravotního zabezpečení a podniknuty kroky ke zlepšení ochrany spotřebitele a zdraví veřejnosti.”* (Programové prohlášení vlády 2008)

Zastoupení témat

Při analýze zastoupení témat jsem nejprve porovnála zastoupení nejčastějších témat ze Zdraví 2020, abychom měli představu, do jaké míry se zaměření programových prohlášení vlád dá srovnávat se strategií.

Porovnání témat Zdraví 2020 s tématy PPV

| Pořadí | Téma | „Keyword“ | Výskyt/počet stran | Výskyt v PPV/počet PPV | Celkový počet výskytu |
|--------|------------------|-----------------|--------------------|------------------------|-----------------------|
| 1. | Zdraví | Health | 143 / 149 | 7 / 8 | 23 x |
| 2. | Zdravotní systém | Health System | 114 / 149 | 0 | 0 |
| 3. | Veřejné zdraví | Public Health | 95 / 149 | 2 / 8 | 2 |
| 4. | Vývoj | Development | 83 / 149 | 1 / 8 | 1 x |
| 5. | Determinanty | Determinants | 80 / 149 | 0 | 0 |
| 6. | Well-being | Well-being | 77 / 149 | 0 | 0 |
| 7. | Zdravotní služby | Health Services | 75 / 149 | 0 | 0 |
| 8. | Rovnost | Equity | 50 / 149 | 2 / 8 | 2 x |
| 9. | Prevence | Prevention | 42 / 149 | 6 / 8 | 6 x |
| 10. | Životní styl | Lifestyle | 14 / 149 | 4 / 8 | 5 x |
| 11. | Očkování | Vaccination | 10 / 149 | 0 | 0 |

Zdroj: autorka.

Nejprve vidíme, v kolika programových prohlášeních vlád z celkových osmi sledovaných se téma objevilo. Poté vidíme, kolikrát se objevilo celkově ve všech programových prohlášeních dohromady.

V následující tabulce vidíme nejčastějších 11 témat z programových prohlášení. Stejně jako v tabulce výše je základním údajem v kolika programových prohlášeních se téma vyskytuje z celkových osmi sledovaných PPV a následně kolikrát se téma vyskytuje ve všech PPV dohromady.

Výskyt nejčastějších jedenácti témat v PPV

| Pořadí | Téma | Výskyt v PPV/počet PPV | Celkový počet výskytu |
|--------|----------------------|------------------------|-----------------------|
| 1. | Zdravotní pojištění | 8 / 8 | 48 x |
| 2. | Zdravotní péče | 8 / 8 | 39 x |
| 3. | Zdraví | 7 / 8 | 23 x |
| 4. | Dostupnost | 8 / 8 | 20 x |
| 5. | Solidarita | 5 / 8 | 10 x |
| 6. | Vzdělávání | 4 / 8 | 9 x |
| 7. | Ekonomika | 3 / 8 | 8 x |
| 8. | Zdravotní pojišťovny | 2 / 8 | 6 x |
| 9. | Životní styl | 4 / 8 | 5 x |
| 10. | Standardizace | 3 / 8 | 3 x |
| 11. | Rovnost | 2 / 8 | 2 x |

Zdroj: autorka.

V rámci zdravotní politiky by nejčastějším tématem mělo být zdraví, veřejné zdraví apod. V rámci PPV se ale setkáváme s tím, že nejdůležitějším cílem a bodem české zdravotní politiky je otázka zdravotního pojištění. V nejčastější míře se jedná především o to, aby zdravotní pojištění pokrylo více nákladů na zdravotnictví a fungovalo zároveň jako regulátor několika problémů, např. regulátor životního stylu, kdy by mělo být levnější zdravotní pojištění pro lidi, kteří žijí zdravým životním stylem a věnují se tak dalšímu palčivému problému, prevenci. Hlavní slovo a odpovědnost v řešení základních otázek zdravotní politiky by tak bylo z vlády přeneseno na zdravotní pojišťovny a pojištěnce.

Klíčová slova, floating signifiers

Záleží na jednotlivých programových prohlášeních, nicméně nejzákladnějšími obecnými klíčovými slovy jsou: vláda, premiér, pojištění, zdravotní péče a zdraví.

4.5. Sociální praxe diskurzu

V rámci sociální praxe se budeme zaměřovat na výpovědi jako jednání. Především jakým způsobem ovlivňují sociální realitu.

Sociální matrix diskurzu

PPV by měly být inovativním dokumentem. Obsahují především cíle současné vlády v několika oblastech. Nicméně i zde se občas najde výjimka v podobě konvenčního dokumentu. Tímto příkladem může být ze sledovaných programových prohlášení prohlášení Fischera, které v rámci zdravotní politiky spíše zachovávalo status quo a neobsahovalo žádnou inovativní myšlenku nebo krok, jež by tato vláda chtěla učinit.

V rámci konformity nebo kreativity je text spíše kreativním. Pokud nebereme v potaz prohlášení pana Fischera. Je to především z toho důvodu, že každé programové prohlášení chce za své volební období, pro které bylo sepsáno navrhnout nějaké změny v dané politice či se zaměřit na nejdůležitější problémy. Ať je toto splněno či nikoliv, každé PPV obsahuje určité nové kroky, jež nebyly například v předchozím období brané za předmět zájmu. Z tohoto důvodu se pokaždé jedná o určitým způsobem kreativní text vydávající se i novými cestami.

Uspořádání diskurzu

Co se týče uspořádání diskurzu, soustředíme se na otevřenost nebo naopak uzavřenost daných diskurzů. Kdo má přístup do diskurzu a jaké formy komunikace jsou preferovány.

Diskurz programových prohlášení vlád je velmi uzavřeným diskurzem. Podmínkou pro vstup do diskurzu je nejprve zvolení politické strany ve volebním období, následné sestavení vlády ze zvolených stran, návrhnutí a odsouhlasení

programového prohlášení. Největší přístup do diskurzu má zvolený premiér a jeho politická strana, kterou zastupuje. V rámci forem komunikace je vše řízeno českým právním systémem a dle něj probíhá i projednávání navrhnutého programového prohlášení. Není zde prostor pro inovativní formy komunikace nebo jiné výjimky.

Ideologický a politický efekt diskurzu

PPV představují základní kroky dané vlády, kterým by se chtěla věnovat v rámci svého volebního období. Správně by všechny nastíněné cíle v PPV měly být za toto období splněny a vláda by se jim měla věnovat. Pokud by tomu tak nebylo nebo by vláda činila kroky odlišné od těch, jimž se zavázala v PPV, mohla by být prohlášena nedůvěra vládě. Na nedůvěru vládě je potřeba 101 hlasů poslanců a znamenala by konec stávající vlády a nutnost sestavení nové.

Předmětem práce je vztah české zdravotní politiky ke Zdraví 2020. Ten je analyzován především na základě programových prohlášení vlád a jejich shodě či neshodě se strategií. Primární zaměření je tak na stanovené cíle, směr, kterým se česká zdravotní politika ubírá a jeho porovnání se směrem evropské zdravotní politiky zastoupené jednáním WHO. (Europe 2020, 2006)

4.5.1. Národní program reforem České republiky 2011: Příspěvek České republiky ke strategii Evropa 2020

Strategie Evropa 2020 je reformní strategií Evropské unie s výhledem do roku 2020, stejně jako Zdraví 2020. Nahrazuje Lisabonskou strategii, která zaujímal časový horizont do roku 2010. Hlavním cílem této strategie je dosažení hospodářského růstu a udržitelné ekonomiky (Vláda ČR 2009-2013a). Strategie vychází vstříc politické Evropě a demokracii bere jako základ a jádro konstrukce. Soustředí se na reformu institucí, jež by měly být schopny se adaptovat na výzvy 21. století. Navíc upozorňuje na důležitost měřitelnosti výzev a používání vhodných prostředků při nastolování nových politik.

Úspěch Evropy 2020 závisí na schopnostech členských států EU zavádět vnitrostátní reformy a spolupracovat s Komisí. Proto musí členské státy každý rok v dubnu předkládat dvě zprávy o plnění svých vnitrostátních cílů (Evropská komise 2012). Strategie má národní přesah v podobě národních cílů, jež si měly stanovit členské státy ve spolupráci s Evropskou komisí a to právě s ohledem na jejich specifika v hospodářském a sociálním sektoru (Vláda ČR 2009-2013b).

V rámci Národního programu reforem potom můžeme pod sekci III.1.3. najít reformu systému zdravotnictví a veřejného zdravotního pojištění. Zde se Česká republika zabývá několika cíli. Například se jedná o vyjasnění postavení pacientů a jejich práv při poskytování zdravotní péče. Dále o vytvoření úhradových standardů zdravotní péče, zefektivnění vzdělávání lékařů, úpravu práv pojištěnců a informační technologie. Reforma by se měla týkat i reformy zdravotnické záchranné služby s cílem stanovení jednotlivých podmínek pro poskytování služeb a zajištění jejich dostupnosti. Implementační horizont si Vláda ČR stanovila na 2-3 roky prostřednictvím změn stávajících zákonů. (Národní program reforem České republiky 2011, 24-25)

V rámci Národního programu reforem České republiky vidíme reakci na strategii Evropa 2020 a jasný plán vnitrostátních reforem České republiky, který reflektuje cíle této strategie. Strategie Zdraví 2020 takovouto odezvu v ČR neměla a cíle Národního programu reforem za zdravotní politiku se v ničem neshodují s cíli či doporučenými opatřeními Zdraví 2020.

4.6. Tematická analýza

Tematickou analýzu (dále i jako TA) použijí na zanalyzování dopisové korespondence mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Regionálním úřadem WHO a rozhovory se zúčastněnými aktéry. V rámci těchto dokumentů není vhodné používat kritickou diskurzivní analýzu, protože korespondence i rozhovory jsou výpovědi již na dané diskurzy a odkazují se specificky na strategii nebo předem dané otázky ptající se na určité diskurzy či témata.

Tematická analýza je nejzákladnější metodou kvalitativního výzkumu. Je používána na analyzování klasifikací a prezentovaných témat či vzorců relativních k dostupným datům (Braun, Clarke 2006, 79). Data tak interpretujeme velmi podrobně a v souvislosti k základnímu tématu. TA dovoluje výzkumníkovi determinovat vztah mezi koncepty a porovnat je na základě replikovaných dat. Velmi vhodná je tedy na interpretaci shromážděných dat (korespondence a rozhovory) a zároveň dovoluje jejich porovnání s dalšími daty. (Ibrahim 2012)

TA může být realistickou metodou reportující zkušenosti, významy a realitu aktérů nebo konstruktivní metodou zobrazující cesty, ve kterých události, realita a významy jsou ovlivněné polem diskurzů jednajících skrze společnost (Braun, Clarke 2006, 81).

Především pak TA identifikuje základní podstatu celého rozhovoru (Morse, Field 1995, 139). V rámci TA použité na korespondenci a rozhovory s aktéry se jedná o konstruktivní metodu, protože aktéři se vyjadřují k určitým diskurzům a nereportují svoji realitu a zkušenosti bez předchozího vymezení objektu zájmu.

4.7. Tematická analýza v praxi

Při používání TA se vlastně zabýváme redukcí dat do tematických celků. Při redukcí je základním pravidlem přečíst si analyzované texty minimálně dvakrát, abychom správně pochopily souvislosti. Následně pak analyzujeme slovo od slova za použití tabulky, která nám odkrývá vzorce a témata¹⁸. V druhé fázi redukce se soustředíme na podtrhnutí celých vět, jež mohou být použité jako příklad odpovídající na studované otázky (výzkumné otázky). Třetí fáze redukce potom spočívá v rozbití těchto zvýrazněných vět do malých segmentů nebo témat (Ibrahim 2012). Bohužel pro TA neexistuje univerzální kódovací schéma a každý výzkumník tak může najít ve stejném textu rozdílná témata (Lewis-Beck et al. 2004, 186).

Proces TA začíná už v momentě, kdy výzkumník zaznamenal či začal hledat modely významů ve shromážděných datech. Celý proces se blíže dá rozdělit do šesti jednotlivých částí:

Seznámení se s daty: přepisy rozhovorů, čtení a opakované čtení dat a základní poznámky.

Generování základních kódů: kódování zajímavých dat do systematických setů.

Hledání témat: přehazování zakódovaných dat do potenciálních témat.

Revize témat: kontrola témat, zda odpovídají výzkumným otázkám.

Definování a pojmenování témat: definování specifickým témat, čisté definice pro každé téma.

Zpráva: finální analýza, zkompletování příkladů, spojení výzkumu k výzkumným otázkám a literatuře. (Ely et al., 1997 in Braun, Clarke 2006, 87)

18 Neexistuje jednotná definice pro témata vytvořená pomocí tematické analýzy. Nicméně je několik pravidel. Například definování tématu vždy obsahuje jeho opakování ve zkoumaném textu a musí být rozlišitelné od ostatních. (King, Horrocks 2010, 149)

4.7.1. Tematická analýza korespondence Ministerstva zdravotnictví ČR a Regionálního úřadu WHO

Prvním dopisem v korespondenci je dopis Ministerstva zdravotnictví ČR, respektive ministra zdravotnictví, doktora Leoše Hegera, jenž je adresován paní Jakob z Regionálního úřadu WHO. Dopis byl poslán 6. dubna 2012. Obsahuje průvodní dopis na jednu stranu a přílohu obsahující připomínky ke strategii Zdraví 2020 na čtyři strany.

V rámci tematické analýzy jsem stanovila tři sekce, do kterých řadím obsahovaná témata. Jedná se o sekce:

Negativní

Pozitivní

Neutrální

V rámci negativní sekce jsou témata vyjadřující nesouhlas či negativní názor na jednotlivé body strategie či politiku implementace a evaluace Zdraví 2020. Pozitivní sekce obsahuje vyjádřené souhlasy či vyjádřenou podporu za odvedenou práci na strategii. Neutrální sekce obsahuje především doporučení ČR k finalizaci strategie, jež nejsou psaná primárně negativně, i když skrytě vyjadřují nesouhlas se stávajícím stavem a doporučuje jeho změnu.

Negativní

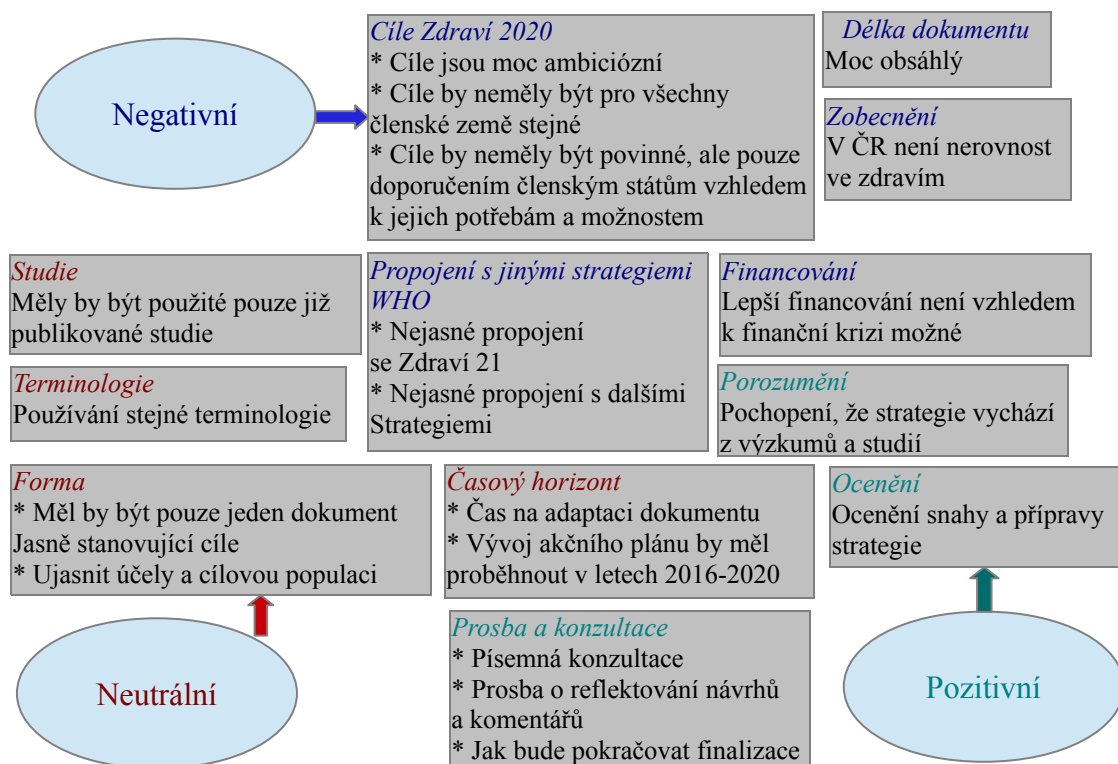
V negativní části můžeme nalézt následující témata: *délka dokumentu, propojení s jinými strategiemi WHO, cíle Zdraví 2020, zobecnění a financování.*

Pozitivní

Pozitivní témata jsou následující: *ocenění, porozumění, prosba a konzultace.*

Neutrální

V neutrální sekci nalezneme: *forma, studie, časový horizont a terminologie.*

Model tematické analýzy dopisu Leoše Hegera

Zdroj: autorka.

Odpověď Regionálního úřadu WHO Ministerstvu Zdravotnictví ČR

Celý dopis Zsuzsanny Jakab Leošovi Hegerovi je k naleznutí v příloze č. 2. V rámci primárního zkoumání přístupu české zdravotní politiky ke strategii Zdraví 2020 a ne naopak nebudu používat tematickou analýzu i na tuto část korespondence, ale jen v bodech shrnu důležité argumenty paní Jakab na připomínky pana Hegera.

Zsuzsanna Jakab vyjádřila poděkování panu Hegerovi za jeho náměty a připomínky. Zmiňuje, že kratší verze, nebo-li draft, Zdraví 2020 byl přijatý a odsouhlasený členskými státy WHO. Navíc sekretariát WHO obdržel širokou podporu pro přijetí updatované prodloužené verze. Cíle strategie se probraly na schůzi v Bruselu, protože se jedná o téma zajímavější většinu členských států. V rámci stanovení cílů zmiňuje Jakab, že je důležitá spolupráce při jejich stanovení, která se odehrála právě na této schůzi a bylo stanoveno šest základních cílů.

Zsuzsanna Jakab dále vyjadřuje víru v osobní setkání na následujícím sezení v Ženevě, kde členské státy budou diskutovat finální verze obou dokumentů před tím, než budou schváleny na 62. sezení v Maltě, v září 2012. Česká republika se nabízené diskuze nezúčastnila (pozn. autorky).

Co se týkalo dalších dotazů, tak Regionální úřad upozorňuje na fakt, že zasláná verze strategie reflektovala současnou a reálnou situaci zemí a zastává jinou perspektivu názoru na výrok, že strategie není relevantní všem členským státům. Navíc přidává ujištění, že Zdraví 2020 je sestavené opravdu na základě již vydaných a publikovaných studií.

4.7.2. Polostrukturované rozhovory se zúčastněnými aktéry

Polostrukturované rozhovory se řadí do kvalitativního výzkumu. Zaměření otázek je stanovené výzkumníkem. Hlavním cílem rozhovorů je zjištění respondentova pohledu na danou problematiku. Výhodami rozhovorů je jejich vysoká validita, protože lidé mají prostor mluvit o něčem v detailech a do hloubky. Komplexní otázky, které mohou být diskutovány a vysvětleny, předvýběr témat, na něž se chce výzkumník ptát, protože jsou středem jeho zájmu a jednoduché zaznamenání nahrávky. (Sociology.org.uk)

V rozhovorech byly použité otevřené otázky a respondenti měli možnost se vyjádřit ke všemu, co pokládali za důležité v dané oblasti zájmu. Vzhledem k citlivosti tématu a na základě přání respondentů jsou případné citace anonymní a přepisy rozhovorů nejsou k dispozici k nahlédnutí. Níže je seznam otázek použitých v rozhovorech:

Okruh č. 1: Determinanty zdraví

Jakou roli ve zdraví podle Vás hrají: determinanty, životní styl a prevence?

Měl/a jste již možnost se setkat s novou strategií Zdraví 2020?

Okruh č. 2: Zdravotní služby

Jak kvalitní jsou podle Vás poskytované zdravotní služby v ČR?

Jak byste porovnal/a vývoj zdravotního stavu v České republice s evropským průměrem?

Jaká je podle Vás v české společnosti situace s rovností ve zdraví?

Jaká je podle Vás situace v České republice s neinfekčními chronickými onemocněními?

Okruh č. 3: Sociální a individuální důsledky

Jakou roli podle Vás v českém zdravotnictví hraje takzvaný „well-being“, neboli duševní a fyzická pohoda?

Dle různých výzkumů je zjištěný velký vliv životního stylu na zdraví. Co podle Vás zhoršuje zdravotní stav?

Okruh č. 4: Česká zdravotní politika

Jakým způsobem se vyvíjely agendy a cíle české zdravotní politiky v oblasti veřejného zdraví a podpory zdraví v rámci Vašeho oboru v posledních deseti letech?

Myslíte si, že Česká republika zaostává za mezinárodními přístupy v oblasti kontroly determinant zdraví? Pokud ano, jaké jsou podle Vás příčiny?

Jaké si myslíte, že jsou v současnosti cíle české zdravotní politiky? Máte možnost sledovat programová prohlášení vlády? (Příkladem může být prevence nádoru tlustého střeva apod.)

Na poslední čtvrtý okruh otázek z prostředí české zdravotní politiky respondenti dostali možnost neodpovídat, pokud by nechtěli nebo si nebyli jistí. Jediný čtvrtý okruh otázek nebyl sestaven na základě CDA Zdraví 2020, ale na základě cíle této práce. A sice zjistit přístup české zdravotní politiky ke strategii na základě porovnání cílů a agend české zdravotní politiky s cíly a agendami Zdraví 2020.

Rozhovory se zúčastněnými aktéry jsou doplněním kritické diskurzivní analýzy, která nám ukazuje, kam v posledních letech směřuje česká zdravotní politika, jaké další cíle si stanovuje a na kolik tyto cíle korespondují s těmi evropskými. Rozhovory by měly být doplněním této části o pohled zúčastněných aktérů nejen přímo z české zdravotní politiky, ale i ze zdravotnického systému. Cílem rozhovorů bylo zjistit, jak vidí a hodnotí respondenti předem daná témata v české zdravotní politice a zdravotnictví. Tato témata, ze kterých byly složeny podpůrné otázky pro respondenty

jsou základní diskurzy strategie Zdraví 2020 zjištěné na základě předchozí CDA. Ve shrnutí bylo cílem zjištění, zda v daných tématech vidí ve zdravotní politice a zdravotnictví aktéři na území České republiky problém či nikoliv.

Vzhledem k tomu, že respondenti odpovídali pouze v rámci předem určených diskurzů, rozhovory jsou analyzovány tematickou analýzou a ne CDA, aby byly zachované správné metody analýzy.

Rozhovory byly provedené se třemi lidmi z české zdravotní politiky a třemi lékaři. Šest respondentů bylo zvoleno proto, že se jedná pouze o doplnění předchozího výzkumu, nikoliv základ výzkumné části a další rozhovory by nebyly přínosné vzhledem k již nasycenému vzorku. Počet respondentů tedy nebyl předem stanoven, ale byl určen až nasycením vzorku. Rozhovory byly provedeny s následujícími aktéry:

MUDr. Vladimír Pavelka

Vladimír Pavelka je lékařem a jedním ze zakladatelů Všeobecné zdravotní pojišťovny. Devatenáct let byl členem politické strany KDU-ČSL a osm let byl náměstkem hejtmána Jihočeského kraje. Řídil oblast sociálních věcí a zdravotnictví. Vladimír Pavelka byl též průkopníkem transformace nemocnic na akciové společnosti. (TOP 09, 2009)

MUDr. Jaroslav Krákora

Jaroslav Krákora je poslancem za Českou stranu sociálně demokratickou. Dále je členem Výboru pro zdravotnictví, Podvýboru pro ekonomiku ve zdravotnictví, zdravotní pojištění a lékovou politiku a Správní rady VZP. Jaroslav Krákora předložil i návrh zákona o specifických zdravotních službách, který byl následně v roce 2011 přijat. Jedná se o Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, článek 59, Posuzování zdravotní způsobilosti osoby ucházející se o zaměstnání. (PSP ČR 2010)

JUDr. Vladimír Stárek

Vladimír Stárek se v současnosti věnuje advokacii a je provozovatelem a jediným jednatelem dětské ozdravovny Javorník. Byl také provozovatelem nemocnice Vimperk.

MUDr. Tomáš Melicher

Tomáš Melicher je psychiatrem v Psychiatrickém centru Praha a vědeckým pracovníkem v oblasti psychiatrie.

MUDr. Pavel Demo

Pavel Demo je obvodním lékařem pro Prahu 3.

Doc. MUDr. Alexander Pilin, CSc.

Alexander Pilin je soudním lékařem a přednostou Ústavu soudního lékařství a toxikologie VFN v Praze a 1. LF UK. Dále je soudním znalcem, manažerem a vědeckým pracovníkem.

Tematická analýza rozhovorů

Tematická analýza rozhovorů probíhala na trochu odlišné bázi než tematická analýza korespondence mezi Ministerstvem zdravotnictví a Regionálním úřadem WHO. Důvodem byl především fakt, že MZ volně reagovalo na celou strategii, na některé její části pozitivně, na některé negativně nebo neutrálně. Respondenti měli možnost se vyjádřit k nejpalčivějším problémům či cílům předestřenými strategií Zdraví 2020. Cílem rozhovorů bylo zjištění pohledu zúčastněných aktérů na daná témata. Co si o nich myslí a především, zda si myslí, že Česká republika například zaostává v daném problému či naopak je na srovnatelné úrovni s Evropou.

Otázky kladené respondentům byly rozděleny do čtyř okruhů: okruh č. 1: Determinanty zdraví, okruh č. 2: Zdravotní služby, okruh č. 3: Sociální a individuální důsledky a okruh č. 4: Česká zdravotní politika. V rámci každého okruhu jsem uplatnila tematickou analýzu a hledala nejčastěji opakovaná témata a názory.

Determinanty zdraví

V rámci okruhu týkajícího se determinantů zdraví dodali respondenti otázku, jakou mají determinanty zdraví, životní styl a prevence roli na zdravotní stav. Dalším zkoumaným bodem byl fakt, zda se již měli možnost setkat se strategií Zdraví 2020.

Většina respondentů přisuzuje determinantům velmi významnou roli, která je ale těžce měřitelná. Přesto ale mají dle jejich názoru obrovský vliv na zdravotní stav a hrají v něm primární roli. Bohužel se většina respondentů shodla na tom, že determinanty nejsou prioritou lékařů.

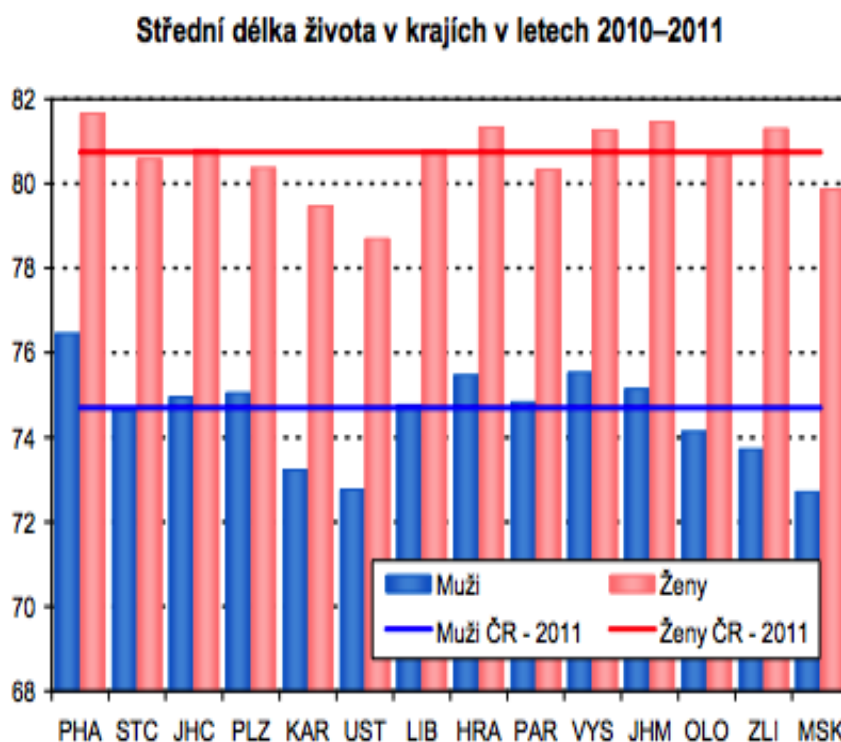
Se Zdravím 2020 se setkali dva ze šesti respondentů, což odkazuje na následující výrok jednoho z respondentů: „*Je zajímavé, že neexistuje česká verze, ale existují k tomu zprávy Ministerstva zdravotnictví, což je o to zajímavější.*“.

Zdravotní služby

V rámci této sekce byli respondenti dotazováni na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb v ČR, porovnání vývoje zdravotního stavu v České republice s evropským průměrem, na situaci s rovností ve zdraví a na situaci s neinfekčními chronickými onemocněními. Zde všichni poukazují na vysokou kvalitu poskytovaných služeb, jež je srovnatelná s Evropskou Unií. Bohužel, zde také záleží na oborech. Nejlépe jsme na tom s kardiologií a transplantační medicínou. Zaostáváme například v prostředí nemocnic, rehabilitaci a dlouhodobé péči.

Vývoj zdravotního stavu je podle respondentů v evropském průměru. Na druhou stranu bylo poukazováno na výborné zlepšení demografických ukazatelů od 80. let. Problém s neinfekčními chronickými onemocněními je otázkou priorit a financí. Respondenti si myslí, že zde české zdravotnictví nevidí zásadní problém.

Otázka ohledně rovnosti ve zdraví se ukázala nejproblematictější faktorem všech rozhovorů. Bylo poukazováno na výbornou rovnost ve zdraví, dokonce „*až moc dobrou*“, kdy je daná dokonce zákonem. Problém v až moc dobré rovnosti spočívá v nemožnosti připlacení za nadstandardní služby, kdy každý dostane tu samou péči. Problém zde je, že se jedná vyjádření pouze k přístupu ke zdravotní péči. Rovnost přitom značí dle výše zmíněných teoretických východisek daleko širší záběr faktorů. V rámci rozhovorů byl zmíněný pouze geografický problém, kdy ale: „*se jedná o vlastní rozhodnutí, zde svobodně žít*“ a je tu možnost nedostatku zdravotních zařízení a pomalejší pomoci v případě potřeby. V rámci České republiky jsou v některých případech signifikantní rozdíly v demografických ukazatelích mezi regiony. Problém s přístupem ke zdravotní péči mohou mít ale i lidé ve slabých ekonomických podmínkách neplátcí si zdravotní pojištění, cizinci, ale i například senioři.

Graf střední délky života v jednotlivých krajích

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zemřelí 2011: Zdravotnická statistika, 2011: 14*

V grafu výše sice nevidíme tak znatelné nerovnosti jako například ve výskytu rakoviny na kraje ČR a v počtu úmrtí na rakovinu, nicméně i čtyřletý rozdíl v naději na dožití pro muže je velmi signifikantní rozdíl mezi Hlavím městem Prahou a Ústeckým nebo Mosteckým krajem.

Sociální a individuální důsledky

V sekci sociálních a individuálních důsledků byly položeny otázky, jakou roli hraje v českém zdravotnictví pojem well-being a co podle respondentů zhoršuje zdravotní stav, aneb co mohou lidé sami změnit, aby byli zdraví.

Všechny názory respondentů bychom mohli shrnout do následujícího výroku: „...nikoho nezajímá, ale hraje velmi důležitou roli.“. V rámci faktorů, jež ovlivňují zdraví, se též respondenti shodli na následujících: nezdravé životní prostředí, nekvalitní potraviny, celková strava, fyzická aktivita, kouření, alkohol, stres, ale i třeba nezaměstnanost, nespokojenost s prací či nespokojenost celkově.

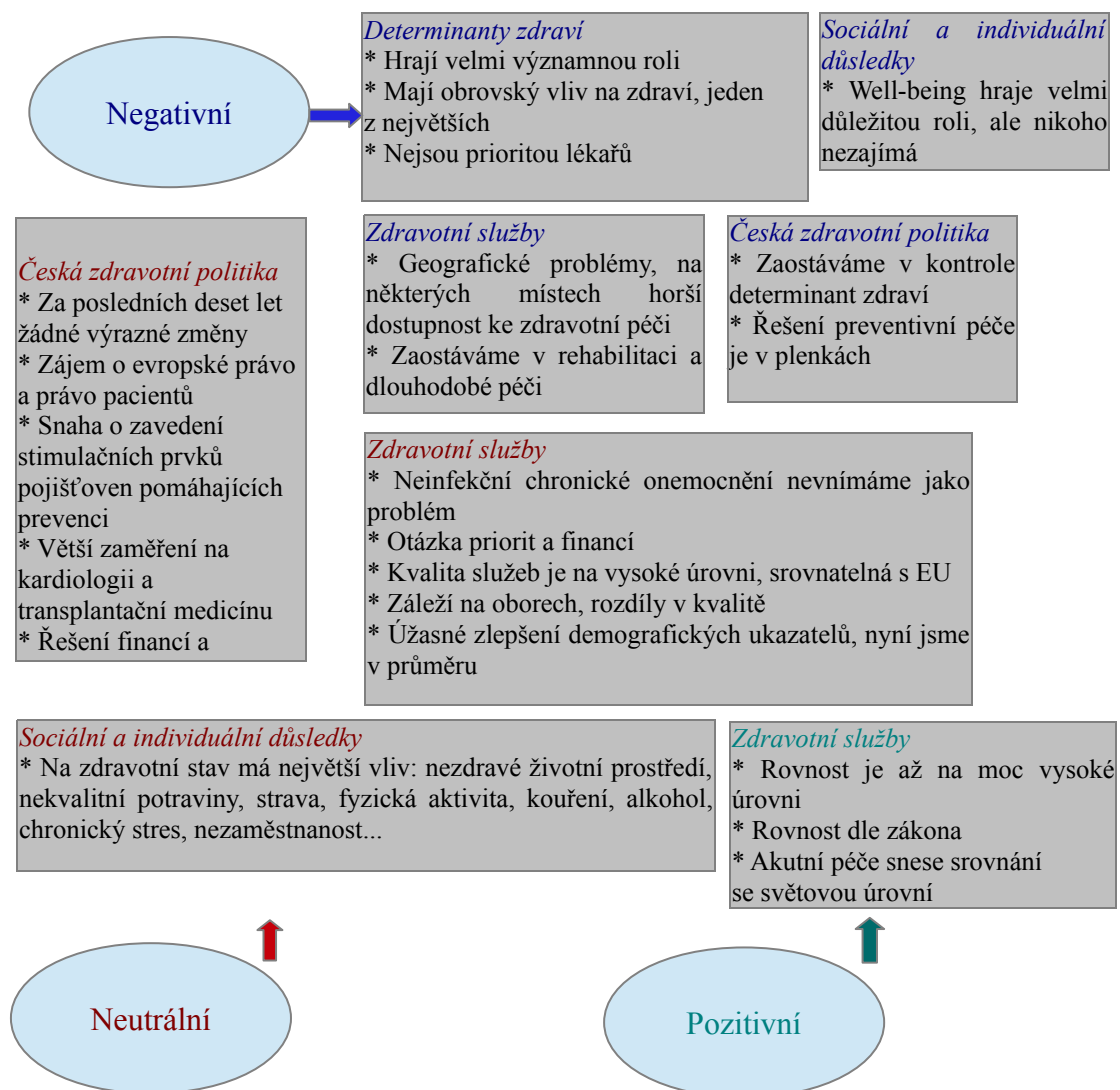
Česká zdravotní politika

Poslední okruh o české zdravotní politice je jediným okruhem, jehož otázky nebyly položeny na základě CDA Zdraví 2020. Jedná se o otázky reflektující způsob vývoje agend a cíle české zdravotní politiky v oblasti veřejného zdraví a podpory zdraví v posledních deseti letech, přístup české zdravotní politiky ke kontrole determinant zdraví a současné cíle české zdravotní politiky. Jedná se o důležitý okruh zejména proto, aby byla práce podložena nejen cíly zdravotní politiky z programových prohlášení vlád, ale též z jiného zdroje.

V posledních deseti letech se respondenti shodli na tom, že neproběhly žádné významné změny a dokonce bylo několikrát zmíněno, že chybí ucelenější cíle a koncepty. Česká republika se vydávala pouze cestou evropského práva a vyvíjení práv ve zdravotnictví pro pacienty. V kontrole determinant zdraví zaostáváme, protože „řešení preventivní péče je v plenkách“. Nicméně se řeší a delší dobu vyvíjí stimulační prvky pojišťoven. Na dobré úrovni jsou v České republice zdravotnické statistiky. Současné cíle jsou potom zaměřené především na financování a úspory, efektivnost a dále do předních zdravotnických oborů České republiky: kardiologie a transplantační medicíny.

Níže vidíme model tematické analýzy rozhovorů. V rámci zachování jednotné přehledné struktury, je sestaven na stejném principu jako předchozí model tematické analýzy korespondence MZ s RK WHO. Při prvním pohledu by se mohlo zdát, že rozhovory s aktéry se nesly v negativním duchu. Zde bych ráda upozornila, že tomu tak nebylo. Naopak hodnotili českou zdravotní politiku vesměs kladně. Nicméně srovnání českého zdravotnictví s průměrem EU neberu jako kladné ohodnocení, ale jako ohodnocení neutrální. Za kladné ohodnocení jsem brala srovnání se světovou úrovní nebo vyloženě kladně řečené výroky. Ve shrnutí bylo hodnocení našeho zdravotnictví z většiny neutrální a čistě negativních výroků bylo rozhodně méně než ostatních.

Model tematické analýzy rozhovorů



Zdroj: autorka.

5. Diskuze

V rámci předposlední kapitoly se věnuji zodpovězení výzkumných otázek a shrnutí hlavních poznatků analýz.

Jak reaguje české zdravotní politika na dlouhodobý rozdíl ve zdravotním stavu obyvatel v porovnání s vývojem ostatních členských zemí EU?

Na základě analýz bylo zjištěno, že Česká republika má tři přední zdravotní odvětví, ve kterých dosahuje velmi dobrých výsledků, srovnatelných na světové úrovni. Jedná se o obor kardiologie, transplantační medicíny a potom o akutní péči, pod kterou spadá například záchranná služba. Veškeré cíle české zdravotní politiky za posledních patnáct let se věnují především otázkám spojeným s pojišťovnamy a financováním zdravotnictví. Doménu zde hraje i nastolení jednotné cenové politiky pro léčiva. Můžeme zde ale vidět i zaměření se právě na obory, ve kterých se Česká republika řadí mezi špičky v daném oboru. Cíle české zdravotní politiky se tedy věnují dále rozvíjení zmíněné kardiologie a transplantační medicíny, i když o nich není zmínka v programovém prohlášení. Respondenti při rozhovorech potvrdili soustředění se na další rozvoj těchto oborů. Zaměření se na akutní zdravotní péči už nalezneme i ve většině programových prohlášení vlád, které se zabývají otázkou reformy a dalšího vylepšení záchranné služby. V kontrastu pozitivních výsledků v akutní péči musíme zmínit, že naopak české zdravotnictví silně zaostává v dlouhodobé péči a rekonvalescenci. Na toto slabé místo se cíle české zdravotní politiky zaměřují, nicméně nejsou stanovené žádné specifitější, reálnější a především měřitelné koncepty pro oblast péče o chronicky nemocné pacienty.

Česká zdravotní politika v posledních 7 letech nijak zvlášť nereaguje na dlouhodobý rozdíl ve zdravotním stavu obyvatel v porovnání s vývojem ostatních zemí EU. Naopak se dále zaměřuje na místa, ve kterých tyto rozdíly nejsou a české zdravotnictví v nich nad ostatními státy vyniká.

Jaké agendy a cíle formulovala česká zdravotní politika v oblasti veřejného zdraví a podpory zdraví po roce 1998 v kontextu mezinárodního vývoje poznání v této oblasti?

Od roku 1998 česká zdravotní politika formulovala především následující cíle:

- a) Zlepšení financování českého zdravotnictví a jeho zefektivnění. Posílit roli pojišťoven v jeho financování a také jim přenechat řešení některých problémů (např. podpoření prevence proti chronickým onemocněním, podpoření zdravého životního stylu).
- b) Ustálit jednotnou cenovou politiku léčiv.
- c) Podpořit solidaritu a rovný přístup ke zdravotní péči.
- d) Zavést elektronizaci ve zdravotnictví.
- e) Zaměřit se na standardizaci regulačních poplatků.
- f) Zajistit lepší paliativní a hospicovou péči.

Když se zpět ohlédneme na cíle Zdraví 2020 prezentující mezinárodní vývoj, zjistíme, že česká zdravotní politika formulovala agendy a cíle na základě svého vlastního nastavení a především historického a politického kontextu. Mezinárodní kontext se v nastolených agendách a cílech nezobrazil od roku 2005. V letech 2002 - 2004 programové prohlášení vlády Vladimíra Špidly odkazovalo na evropskou strategii Zdraví 21 a v letech 2004-2005 programové prohlášení vlády Stanislava Grosse odkazovalo na strategii Zdraví pro všechny. Obě tyto strategie jsou evropskými strategiemi, pro které Česká republika zajistila českou verzi. Zdraví 2020 se nedostalo v podstatě žádné pozornosti a ani jeden z cílů programového prohlášení vlády Petra Nečase se neshoduje s cíli Zdraví 2020. Bohužel ani korespondence od Ministerstva zdravotnictví Regionálnímu úřadu WHO neprojevuje snahu o implementaci navržených cílů nebo jejich většího projednání.

Z jakých poznatkových východisek vychází strategie WHO Zdraví 2020 přijatá v roce 2012?

Zdraví 2020 je strategie podložená velkým množstvím výzkumů a studií. Nejdůležitější jsou ale definovaná teoretická východiska, o které se strategie opírá. Jedná se o nový koncept správy a řízení zdravotní politiky New Governance for Health. O teorii socio-ekonomických determinantů zdraví, hodnoty ve zdravotní politice, pod něž řadíme především rovnost ve zdraví, dále o zdravotní systém a občanskou participaci.

Zaostává česká zdravotní politika za mezinárodními přístupy v oblasti kontroly determinant zdraví?

Na základě kritické diskurzivní analýzy zjišťujeme, že česká zdravotní politika se kontrolou determinant zdraví především vůbec nezabývá. Toto zjištění potvrzují i respondenti rozhovorů, kteří poukazují na fakt, že je kontrola determinant zdraví otázkou priorit a financí a česká zdravotní politika se o tento problém zatím vůbec nezajímá. Jednoznačně tedy zaostává za mezinárodními přístupy kontroly determinant zdraví.

Jaké příčiny vedou k zaostávání české zdravotní politiky za evropským vývojem?

Primárními příčinami zaostávání české zdravotní politiky za evropským vývojem je naprosto odlišná cesta, po které se česká zdravotní politika v porovnání se strategií Zdraví 2020 vydává. Veškeré stanovené cíle a agendy jsou v posledních sedmi letech naprosto odlišné od cílů „evropské zdravotní politiky“. Problémem nejsou pouze odlišně formulované cíle, ale i způsob stanovování cílů. Především pak jejich forma. Nejzávažnější cíle, kterých by se česká zdravotní politika měla držet a zavazuje se k jejich plnění jsou cíle stanovené v programových prohlášeních vlád a Národním programu reforem (2011). Forma stanovených cílů je ale velmi obecná a specifikovaná tak, že je nekontrolovatelná, protože samotné takto formulované cíle není možné kvantifikovat. Chybí zde navíc jakékoliv upřesnění cílů, ale i cílový stav, kterého by česká zdravotní politika ráda dosáhla.

Jaké rozdíly existují ve formulacích cílů a principů současné české zdravotní politiky v porovnání s dokumenty strategie Zdraví 2020?

Formulované cíle a principy české zdravotní politiky jsou předně naprosto odlišné v porovnání s dokumenty strategie Zdraví 2020. Nenajdeme zde ani jeden stejný cíl, kromě snahy o zefektivnění výdajů zdravotnictví.

Zatímco česká zdravotní politika se vydává několik posledních let směrem úpravy práv a povinností pojištěven, standardizace regulačních poplatků, standardizace cenové politiky léčiv, elektronizace ve zdravotnictví a úprav dlouhodobé péče, Zdraví 2020 se zaměřuje na socio-ekonomické determinanty zdraví. Dále pak na lepší

participaci občanů, kontrolu neinfekčních chronických onemocnění, podporu prevence ve zdravotnictví, roli well-being ve vztahu ke zdravotnímu stavu, rovnost ve zdraví a nový systém řízení a správy zdravotní politiky - New Governance for Health.

6. Závěr

Strategie Zdraví 2020 se začala poprvé oficiálně projednávat v Andoře, v březnu 2011. Hlavními diskutovanými body v Andoře byla lidská práva, determinanty zdraví a vývoj společnosti a demografických statistických údajů. Na základě dlouhodobých studií a řady výzkumů byla sestavena oficiální finální verze Zdraví 2020, jež je určená všem 53 členským státům WHO. Před vydáním v září 2012 měly všechny členské státy možnost se k cílům a koncepci Zdraví 2020 vyjádřit a diskutovat své připomínky jak přes písemnou korespondenci, tak osobně na několika konferencích určených členským státům WHO. Česká republika měla před vydáním strategie hned několik návrhů a připomínek jak k cílům strategie, tak k poznatkovým zdrojům, na základě nichž byla sepsána. Tyto návrhy a připomínky zaslala v dopise Regionálnímu úřadu WHO, jež obratem nabízel možnost přímé konzultace nejen s Regionálním úřadem, ale i se zbytkem zástupců členských států, které se Česká republika již nezúčastnila a ke strategii se dále nevyjadřovala.

V květnu 2012 se uskutečnila konference v Albánii, na které byly poprvé představeny obě verze Zdraví 2020. Krátká verze je draftem obsahujícím klíčové argumenty a cíle. Dlouhá verze je potom přímo politickým rámcem, jenž popisuje potřebné kroky k implementaci navrhovaných agend - New Governance for Health. Tato změna je důležitá proto, že v současnosti čelí zdravotní politiky všech států novým komplexním výzvám, na jejichž řešení a podchycení úzce manažersky zaměřené přístupy nestačí.

New Governance for Health stojí na hlavním cíli, a to zajistit zdraví pro celou společnost. Vlády nicméně potřebují mít povědomí i o determinantách zdraví a rizicích spojených s globalizací a modernizací. Možnost k zapojení se do politického procesu by měli mít všichni občané a politické procesy by měly fungovat na spolupráci aktérů z vertikální i horizontální linie politiky. To znamená mimo jiné zapojení více ministerstev a úřadů do procesu zdravotní politiky, protože ten není předmětem pouze Ministerstva zdravotnictví, ale zasahuje i do dalších úseků. Především pak do agend Ministerstva financí a práce a sociálních věcí. Členské státy WHO by též měly monitorovat pokroky ve zdravotní politice a srovnávat se s evropským regionem.

Cíle současné české zdravotní politiky se soustředí především na zlepšení kooperace veřejného a soukromého sektoru a na upravení role pojišťoven v českém

zdravotnictví tak, aby měly větší roli ve financování české zdravotní politiky a samy přispěly k řešení některých problémů, jako je například podpora prevence proti chronickým onemocněním. V tomto ohledu se jedná o decentralizaci zdravotní politiky. Dále se cíle české zdravotní politiky soustředí na výkonnost, financování a zefektivnění procesů. Důležitý bod hraje i standardizace cen léčiv, zavedení elektronizace ve zdravotnictví, standardizace regulačních poplatků a zlepšení hospicové a paliativní péče.

Nejen forma programových prohlášení vlád, ale i veškeré cíle české zdravotní politiky ve zkoumaném období od roku 1998 stojí na principech přístupů New Public Management a tržně orientovaných reforem. V letech 1998 - 2005 byly v cílech české zdravotní politiky inovativní myšlenky a snaha zaměřit se na determinanty zdraví, prevenci a pěstování zdravého životního stylu. Navíc programová prohlášení vlád v letech 2002 - 2005 odkazovala na implementaci evropských strategií Zdraví pro všechny a Zdraví 21. Bohužel od roku 2005 se česká zdravotní politika vydává diametrálně odlišnou cestou od evropských strategií včetně zkoumané strategie Zdraví 2020. Jak bylo uvedeno výše, dle WHO do budoucna nebudou podnikové přístupy ve zdravotních politikách dostačující k vypořádání se s výzvou 21. století. Česká zdravotní politika by se tak měla v budoucnosti zaměřit na změnu přístupu a správy politických procesů ve zdravotnictví.

Přístup české zdravotní politiky ke strategii Zdraví 2020 je problematický. Jeví se dle analýz jako negativní a přehlížející evropské cíle a trendy. Na druhou stranu se jedná především o odlišné nastavení řízení a správy ve zdravotní politice včetně nastolování dalších cílů a agend na základě svého vlastního historického a hlavně politického kontextu, jež je sestaven na bázi čtyřletých volebních období. Aktéři zde nemají dostatečný prostor, ale ani vůli stanovovat cíle a prostředky na delší časová období, jež jsou v tomto případě podstatná pro celkové zlepšení a kontrolu současných zdravotních výzev a rizik.

7. Použitá literatura

BAKIRCI, N. WHO. *WHOLE-OF-SOCIETY PANDEMIC READINESS: WHO guidelines for pandemic preparedness and response in the non- health sector*. Ženeva, 2009.

BALL, D. *Environmental health policy*. Maidenhead: McGraw Hill/Open University Press, 2006, ix, 283 p. ISBN 0-335-21843-1.

BELL, Erica. *Research for health policy*. New York: Oxford University Press, 2010, xii, 228 p. ISBN 01-995-4933-8.

BERGMAN, Lars R. *Developmental science and the holistic approach*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, 2000, x, 484 p. ISBN 08-058-3374-9.

BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006, roč. 2006, s. 77-101. Dostupné z: <www.QualResearchPsych.com>

BRITSKÉ LISTY. Programové prohlášení vlády Jiřího Paroubka. *Britské listy* [online]. 2005 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <<http://blisty.cz/art/23317.html>>

BRYANT, Toba. *An introduction to health policy*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc, 2009. ISBN 978-155-1303-499.

BUSE, Kent, Nicholas MAYS a Gillian WALT. *Making health policy*. Maidenhead: Open University Press, 2005, vii, 206 p. Understanding public health. ISBN 0 335 21839 3.

CALLAHAM in DANIS, Marion, Carolyn M CLANCY a Larry R CHURCHILL. *Ethical dimensions of health policy*. New York: Oxford University Press, 2002, xxvii, 395 p. ISBN 01-951-4070-2.

CANNON, Richard. *The social determinants of health*. Unley, SA: South Australian Council of Social Service, 2008. ISBN 978-090-8293-537.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138.

ČT24. *Premiér Fischer: Vláda v pondělí schválí programové prohlášení*. [online]. 2009 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/55524-premier-fischer-vlada-v-pondeli-schvali-programove-prohlaseni/>>

CZECH REPUBLIC WHO. *World Health Organization* [online]. [cit. 2013-05-06]. Dostupné z: <<http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/czech-republic/areas-of-work>>

DANIS, Marion, Carolyn M CLANCY a Larry R CHURCHILL. *Ethical dimensions of health policy*. New York: Oxford University Press, 2002, xxvii, 395 p. ISBN 01-951-4070-2.

DARMOUTH. Deborah A. Stone. *Department of Government* [online]. 2013 [cit. 2013-04-29]. Dostupné z: <<http://www.dartmouth.edu/~govt/faculty/stone.html>>

DRBAL, Ctibor. *STUDIE NÁRODOHOSPODÁŘSKÉHO ÚSTAVU JOSEFA HLÁVKY. Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví*. Praha 1997: Národohospodářský ústav.

DVOULETÁ SMLOUVA O SPOLUPRÁCI MEZI MINISTERSTVEM ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY A REGIONÁLNÍM ÚŘADEM SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE PRO EVROPU NA OBDOBÍ 2008-2009 [online]. [cit. 2013-05-03]. Dostupné z: <http://www.who.cz/attachments/article/28/BCA_2008_09_cz.pdf>

EUROPE 2020. *Book Vision 2020. Europe 2020* [online]. [cit. 2013-05-03]. Dostupné z: <<http://www.europe2020.org/spip.php?article44&lang=en>>

EVROPSKÁ KOMISE. Členské státy EU. *Evropa 2020* [online]. 2012 [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/europe2020/who-does-what/member-states/index_cs.htm>

FAIRCLOUGH, Norman. *Discourse and social change*. Cambridge, MA: Polity Press, 1992, 259 p. ISBN 07-456-0674-1.

FOX, Daniel M. *The convergence of science and governance: research, health policy, and American states*. Berkeley: University of California Press, c2010, xii, 168 p. ISBN 978-052-0262-386.

GINZBERG, Eli. *Health services research: key to health policy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1991, xv, 397 p. ISBN 06-743-8575-6.

GRAHAM, John, Bruce AMOS a Tim PLUMPTRE. Principles for Good Governance in the 21st Century: Policy Brief No.15. In: *Institute on Governance* [online]. 2003 [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: <http://www.growourregion.ca/images/file/governance/policybrief15_0.pdf>

HANDLER, Arden, Michele ISSEL a TURNOCK. A conceptual framework to measure performance of the public health system. *American Journal of Public Health* [online]. 2001, roč. 91, č. 8, s. 1235-9 [cit. 2013-01-01]. DOI: 11499110. Dostupné z: <<http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.91.8.1235>>

HAAS, Peter J a J SPRINGER. *Applied policy research: concepts and cases*. New York: Garland Pub., 1998, xviii, 311 p. ISBN 08-153-2093-0.

HÁVA, P., TUŠKOVÁ, E., MÜLLER, L. *Zdravotnictví v České republice*. Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2011, roč. 4, XIV. ISSN 1213-6050. Dostupné z: <<http://www.zdravcr.cz/Stranky/zcr4-11.pdf>>

HODGES, B., KUPER, A., REVEES, S. QUALITATIVE RESEARCH: Discourse analysis. *BMJ* [online]. 2008, č. 337, s. 570-576 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <<http://www.bmj.com/content/337/bmj.a879>>

IBRAHIM, Mohammed. Thematic analysis: a critical review of its process and evaluation. In: *Academic Conference Proceedings*. Záhřeb, 2012, s. 8-18. Dostupné z: <<http://www.westeastinstitute.com/wp-content/uploads/2012/10/ZG12-191-Mohammed-Ibrahim-Alhojailan-Full-Paper.pdf>>

INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 62 s. ISBN 80-866-2514-1.

JAKAB, Z. *Health 2020 – a new European health policy for better health in Europe*. Finland: WHO, 2011a

JAKAB, Z. *Report on the work of the WHO Regional Office for Europe*. Azerbaijan: WHO, 2011b

JAKAB, Z. *Building a new European Policy for Health on Today's Evidence*. Germany: WHO, 2011c

JAKAB, Z. *Social determinants and the new European health policy, Health 2020 at the Social Determinants of Health: European and Global Actions Conference*. London: WHO, 2011d

JAKAB, Z. *Better Health for Europe, The new European policy for health – Health 2020*. Azerbaijan: WHO, 2011e

JAKAB, Z. *Health for Europe's future: Health 2020*. Hungary: WHO, 2012a

JAKAB, Z. *Priorities in Europe – Health 2020*. Albania: WHO, 2012b

JØRGENSEN, Marianne a Louise PHILLIPS. *Discourse analysis as theory and method*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 2002, viii, 229 p. ISBN 07-619-7112-2.

KICKBUSCH, Ilona a Thorsten BEHRENDT. *Interim report Supporting Health 2020: governance for health in the 21st century*. World Health Organization Regional Office for Europe: 2012.

KICKBUSCH, Ilona a David GLEICHER. *Governance for health in the 21st century*. Dánsko: WHO Regional Office for Europe, 2012. ISBN 978 92 890 0274 5.

KING, Nigel a Christine HORROCKS. *Interviews in qualitative research*. Los Angeles: SAGE, 2010, viii, 248 p. ISBN 14-129-1257-1.

LAHELMA, E. et al. Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology*. 2004, roč. 58, č. 4, s. 327-332. ISSN 0143-005x. DOI: 10.1136/jech.2003.011148.

LÁCHOVÁ, Jitka a Šárka DAŇKOVÁ. Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS CR: Index tělesné hmotnosti, fyzická aktivita, spotřeba ovoce a zeleniny. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky*. 2010.

LEWIS-BECK, Michael S, Alan BRYMAN a Tim Futing LIAO. *The Sage encyclopedia of social science research methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage, c2004, 3 v. ISBN 07-619-2363-2.

LOVETT-SCOTT, Margie a Faith PRATHER. *Global health systems: comparing strategies for delivering health services*. Burlington, Mass.: Jones, c2013, p. ISBN 14-496-1899-5.

MAJCHRZAK, Ann. *Methods for policy research*. Beverly Hills: Sage, c1984, 111 p. ISBN 08-039-2060-1.

MERRIAM, Sharan B a Sharan B MERRIAM. *Qualitative research: a guide to design and implementation*. San Francisco: Jossey-Bass, c2009, xvi, 304 p. ISBN 978-047-0283-547.

MORONE, James A, Theodor J LITMAN a Leonard S ROBINS. *Health politics and policy*. 4th ed. Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning, c2008, xvi, 499 p. ISBN 14-180-1428-1.

MORSE, Janice M, Peggy-Anne FIELD a Peggy-Anne FIELD. *Qualitative research methods for health professionals*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, c1995, xiii, 254 p. ISBN 08-039-7327-6.

MURPHY, Elizabeth a Robert DINGWALL. *Qualitative methods and health policy research*. New York: Aldine de Gruyter, c2003, vi, 230 p. ISBN 02-023-0710-7.

NÁRODNÍ PROGRAM REFORM. *Investice pro evropskou konkurenceschopnost: Příspěvek České republiky ke Strategii Evropa 2020* [online]. 2011, [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <<http://www.vlada.cz/scripts/file.php?id=92896>>

NOLČ, Jiří. *Ústava ČR s úvodním komentářem*. 1. vyd. (k 1. 4. 2005)-. Brno: CP Books, 2005-, 153 s. Právní předpisy v platném znění. ISBN 80-251-0362-5.

OECD. *Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 96 s. ISBN 80-866-2518-4.

OECD. *Measuring up: improving health system performance in OECD countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, c2002, 362 p. ISBN 92-641-9676-5.

OCHRANA, František a Milan PŮČEK. *Efektivní zavádění a řízení změn ve veřejné správě: smart administration*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011, 246 s. ISBN 978-807-3576-677.

PIERCE, Roger. *Research methods in politics: a practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2008, xi, 339 p. ISBN 978-141-2935-517.

PORCHE, Demetrius James. *Health policy: application for nurses and other healthcare professionals*. Sudbury, MA: Jones, c2012, xv, 293 p. ISBN 978-076-3783-136.

PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. In: Praha, 2010. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/Programove_prohlaseni_vlady.pdf>

PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ VLÁDY. In: Praha, 2008 Dostupné z: <<http://www.vlada.cz/cz/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/mirek-topolanek-1/programove-prohlaseni-vlady-37071/>>

PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ VLÁDY. In: Praha, 2004 Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/stanislav-gross/Programove-prohlaseni-vlady-Ceske-republiky_1.pdf>

PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ VLÁDY. In: Praha, 2002 Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/vladimir-spidla/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf>

PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ VLÁDY. In: Praha, 1998 Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/milos-zeman/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf>

PSP ČR. MUDr. Jaroslav Krákora. *Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky* [online]. 2010 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/detail.sqw?id=5279>>

PSP ČR. *Zdraví v novém miléniu*. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna: Výbor pro sociální politiku a zdravotnictví, 2001

SCRIVEN, Angela a Sebastian GARMAN. *Public health: social context and action*. Editor Angela Scriven, Sebastian Garman. New York, NY: Open University Press, 2007, xvi, 234 p. ISBN 9780335221509.

SHI, Leiyu. *Health services research methods*. 2nd ed. Clifton Park, NY: Thomson/Delmar Learning, c2008, xvii, 481 p. ISBN 14-283-5229-5.

SOCIOLOGY.ORG.UK. Focused (Semi-structured) Interviews in *Sociology.org.uk* [online]. [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <<http://www.sociology.org.uk/methfi.pdf>>

Statistika zemřelých podle příčin smrti se změnila. *Statistika & my* [online]. č. 5, s. 24-25 [cit. 2013-05-03]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/F4002C4583/\\$File/1804120524_25.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/F4002C4583/$File/1804120524_25.pdf)>

TOP 09. Vladimír Pavelka: člen předsednictva TOP 09. *TOP 09* [online]. 2009 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <<http://www.top09.cz/osobnosti/vladimir-pavelka-521.html>>

TULCHINSKY, Theodore H a Elena VARAVIKOVA. *The new public health*. 2nd ed. Boston: Elsevier / Academic Press, c2009, xxiv, 672 p. ISBN 978-012-3708-908.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zemřelí 2011: Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011. ISBN 978-80-7472-003-1.

VAŠÁT, Petr. Kritická diskurzivní analýza: sociální konstruktivismus v praxi. *Centrum aplikované antropologie a terénního výzkumu* [online]. 2009 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://www.antropologie.org/attachments/317_Vasat_kriticka_diskurzivni_analyza_soc_ialni_konstruktivismus_v_praxi.pdf>

VLÁDA ČRa. Strategie Evropa 2020. *Vláda České republiky* [online]. 2009-2013 [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: <<http://www.vlada.cz/cz/evropske-zalezitosti/evropske-politiky/strategie-evropa-2020/strategie-evropa-2020-78695/>>

VLÁDA ČRb. Strategie Evropa 2020 a ČR. *Vláda České republiky* [online]. 2012 [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: <<http://www.vlada.cz/cz/evropske-zalezitosti/evropske-politiky/strategie-evropa-2020/strategie-evropa-2020-78695/>>

WEISSERT, William G, Carol S WEISSERT a Carol S WEISSERT. *Governing health: the politics of health policy*. 4th ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2012, p. ISBN 14-214-0621-7.

WHO. *Developing the new European policy for health – Health 2020* [online]. World Health Organization, 2011. [cit. 2012-11-23]. Dostupné z WWW: <http://www.ops-oms.org.pa/drupal/SCMDSS/3%20Case%20studies%20and%20key%20documents/WHO%20Regional%20Office%20of%20Europe/EURO_Health2020_2011.pdf>

WHO. Who we are. *World Health Organization* [online]. [cit. 2013-05-06]. Dostupné z: <<http://www.euro.who.int/en/who-we-are>>

WHOa. *Video: WHO discusses Health 2020 in Andorra* [online]. World Health Organization, 2012. Dostupné z WWW: <<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020/the-journey/who-discusses-health-2020-in-andorra>>

WHOb. *Video: Governance for health at the local level: People, citizens and assets for health* [online]. World Health Organization, 2012. Dostupné z WWW: <<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020/the-journey/video-governance-for-health-at-the-local-level-people,-citizens-and-assets-for-health>>

WHOc. *Video: Third meeting of the European Health Policy Forum of High-Level Government Officials* [online]. World Health Organization, 2012. Dostupné z WWW: <<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020/the-journey/video-third-meeting-of-the-european-health-policy-forum-of-high-level-government-officials>>

WHO. *The world health report 2000: health systems : improving performance*. Geneva: World Health Organization, 2000, xix, 215 p. ISBN 92 4 156198 X.

WHO/EUROPE. European health for all database (HFA-DB): World Health Organization Regional Office for Europe. *World Health Organization* [online]. 2013 [cit. 2013-05-11]. Dostupné z: <<http://data.euro.who.int/hfad/>>

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Malta, 2012.

WHO WEST PACIFIC REGION. *Promoting Health and Equity: Evidence, Policy and Action Cases from the Western Pacific Region*. Ženeva: WHO Press 2009. ISBN 987 92 9061 427 2.

WOLPER, Lawrence F. *Health care administration: managing organized delivery systems*. 5th ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, c2011, xx, 794 p. ISBN 07-637-5791-8.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Referenční literatura k Health 2020 policy framework and strategy

Příloha č. 2: Korespondence mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Regionálním úřadem WHO

Přílohy

Příloha č. 1: Referenční literatura k Health 2020 policy framework and strategy

EUR/RC62/8 page 121

References11

1. [Constitution of the World Health Organization](#). In: Basic documents. 45th ed. Supplement, October 2006. Geneva, World Health Organization, 2006.
2. [Universal Declaration of Human Rights](#). Paris, United Nations, 1948.
3. [International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights](#). New York, United Nations, 1966.
4. World Health Assembly resolution WHA30.43. In: Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board. Volume II: 1978–1984. Geneva, World Health Organization, 1985:1.
5. [Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978](#). Geneva, World Health Organization, 1978.
6. United Nations General Assembly. [Global Strategy for Health for All by the Year 2000](#). New York, United Nations, 1981.
7. World Health Assembly. World Health Declaration. Geneva, World Health Organization, 1998.
8. [Rio Political Declaration on Social Determinants of Health](#). World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011. Geneva, World Health Organization, 2011.
9. United Nations General Assembly. [United Nations Millennium Declaration](#). New York, United Nations, 2000.
10. [Millennium Development Goals](#) [web site]. New York, United Nations, 2012.
11. [Human development report 2010. The real wealth of nations](#). New York, United Nations Development Programme, 2010.
12. [Eurostat feasibility study for well-being indicators](#). Brussels, Eurostat, 2010.
13. [The right to health](#). Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2008.
14. [2005 World Summit Outcome. General Assembly resolution A/RES/60/1](#). New York, United Nations, 2005.
15. [European Social Charter \(revised\)](#). Strasbourg, Council of Europe, 1996.
16. [Charter of Fundamental Rights of the European Union](#). Brussels, Commission of the European Communities, 2010 (Official Journal of the European Communities, 2000/C 364/01A).
17. European review of social determinants of health and the health divide. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
18. Roma and Travellers glossary. Strasbourg, Council of Europe, 2006.
19. Sadler JZ, Jotterand F, Lee SC, Inrig S. Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. *Theor Med Bioeth*.2009;30(6):411-425
20. [WHO Framework Convention on Tobacco Control](#) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012.

EUR/RC62/8 page 122

21. United Nations General Assembly. [Resolution A/RES/64/108 on global health and foreign policy](#). New York, United Nations, 2009.
22. [White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008 – 2013](#). Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (COM(2007) 630 final).
23. [The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (document EUR/RC55/8).

24. [Health Systems, Health and Wealth: WHO European Ministerial Conference on Health Systems: Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008: report](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
25. The European health report 2012. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
26. [European Health for All database](#) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
27. Commission on Social Determinants of Health. [Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health](#). Geneva, World Health Organization, 2008.
28. [United Nations Framework Convention on Climate Change](#). New York, United Nations, 1992.
29. Dooris M, et al. The settings-based approach to health promotion. In: Tsouros A, et al. (eds.) Health-promoting universities: Concept, experience and framework for action. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
30. [Ottawa Charter for Health Promotion, 1986](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
31. [Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region – executive summary](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
32. Adler NE et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 1994,49:15–24.
33. Genome-based research and population health. Report of an expert workshop held at the Rockefeller Foundation Study and Conference Centre, Bellagio, Italy, April 14–20, 2005. Cambridge, PHG Foundation, 2005.
34. Wertz D, Fletcher JC, Berg K Review of ethical issues in medical genetics. Report of consultants to WHO. Geneva, World Health Organization, 2003.
35. Kirschner MW. The meaning of systems biology. *Cell*, 2005, 121:503–504.
36. McDaid D, Sassi F, Merkur S, eds. The economic case for public health action. Maidenhead, Open University Press (forthcoming).
37. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programs. *British Medical Journal*, 2010, 340:c3311.
38. Rittel H, Webber M. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 1973, 4:155–169.
39. Tackling wicked problems: a public policy perspective. Canberra, Australian Public Service Commission, 2007.
40. [Interim second report of the social determinants of health and the health divide in the WHO European Region](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.

EUR/RC62/8 page 123

41. [Reducing health inequalities in the EU. European Parliament Resolution, 9 March 2011](#). Brussels, European Parliament, 2011.
42. [The Banja Luka Pledge. Health in all policies in south-eastern Europe: a shared goal and responsibility. Third Health Ministers' Forum, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina, 13– 14 October 2011](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
43. Wilkinson R, Pickett K. The spirit level: why more equal societies almost always do better. London, Allen Lane, 2009.
44. Popay J et al. [Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, from the Social Exclusion Knowledge Network](#). Lancaster, WHO Social Exclusion Knowledge Network, 2008.
45. Fair society, healthy lives (The Marmot review). [Strategic review of health inequalities in England 2010](#). London.
46. World Health Assembly resolution WHA62.14 on reducing health inequities through action on the social determinants of health. Geneva, World Health Organization, 2009.
47. [Interim report on implementation of the Tallinn Charter](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
48. Governance and delivery for social determinants. Task group report, European review on social determinants of health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
49. Marmot M et al. Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. *Lancet*, 2011, 379:181–188.

50. [Governance for health in the 21st century](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/inf.Doc./6).
51. [Worldwide Governance Indicators Project](#) [web site]. Washington, DC, World Bank, 2012.
52. Marteau TM et al. Judging nudging: can nudging improve population health? *British Medical Journal*, 2011, 342: d228.
53. Nanda G et al. Accelerating progress towards achieving the MDG to improve maternal health: a collection of promising approaches. Washington, DC, World Bank, 2005.
54. [Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008](#). 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
55. Sedgh G et al. Induced abortion: rates and trends worldwide. *Lancet*, 2007, 370:1338–1345.
56. Oliveira da Silva M et al. The reproductive health report. The state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2011, 16(Suppl. 1).
57. Currie C et al. [Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
58. Malarcher S. [Social determinants of sexual and reproductive health. Informing future research and programme implementation](#). Geneva, World Health Organization, 2010.
59. [Children: reducing mortality](#). Geneva, World Health Organization, 2012 (Fact sheet No. 178).
60. [Newborns: reducing mortality](#). Geneva, World Health Organization, 2012 (Fact sheet No. 333).

EUR/RC62/8 page 124

61. Beck S et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:31–38.
62. [Effective perinatal care training package \(EPC\)](#) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
63. WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank. [Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank](#). Geneva, World Health Organization, 2010.
64. [Statistics and stories: improving the quality of maternal and neonatal health in Europe](#). *Entre Nous: the European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 2010, 70.
65. [Are we on track? Progress towards MDG3, 4 and 5 in Europe](#). *Entre Nous: the European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 2011, 71.
66. [European strategic approach for making pregnancy safer: improving maternal and perinatal health](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
67. [How health systems can accelerate progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on child and maternal health by promoting gender equity](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
68. [Millennium Development Goals in the WHO European Region: a situational analysis at the eve of the five-year countdown](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
69. [The European health report 2009 – Health and health systems](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
70. A review of progress in maternal health in eastern Europe and central Asia. Istanbul, UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia, 2009.
71. [Achieving Millennium Development Goal 5: target 5A and 5B on reducing maternal mortality and achieving universal access to reproductive health. Briefing note](#). Geneva, World Health Organization, 2009.
72. World Health Organization, United Nations Population Fund, UNICEF and World Bank. [Accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care as part of improving reproductive health: mapping of in-country activities. Joint country support](#). Geneva, World Health Organization, 2009.
73. [Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets](#). Geneva, World Health Organization, 2004.
74. [WHO regional strategy on sexual and reproductive health](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.

75. [Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006– 2015. Breaking the chain of transmission.](#) Geneva, World Health Organization, 2007.
76. WHO and UNICEF. [Global strategy for infant and young child feeding.](#) Geneva, World Health Organization, 2003.
77. [The MDGs in Europe and central Asia: achievements, challenges and the way forward.](#) Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2010.
78. United Nations Secretary-General. [Global Strategy for Women's and Children's Health.](#) Geneva, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2010.
79. [Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health.](#) Keeping promises, measuring results. Geneva, World Health Organization, 2011.

EUR/RC62/8 page 125

80. [WHO's role in the follow-up to the United Nations High-level Plenary Meeting of the General Assembly on the Millennium Development Goals.](#) Geneva, World Health Organization, 2011 (resolution WHA64.12).
81. [World health statistics 2011.](#) Geneva, World Health Organization, 2011.
82. [Children's Environment and Health Action Plan for Europe. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health, Budapest, Hungary, 23–25 June 2004.](#) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
83. [Countdown to 2015: Tracking progress in maternal, newborn & child survival. The 2008 report.](#) Geneva, World Health Organization, 2008.
84. [European Charter on Counteracting Obesity.](#) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
85. Patton GC et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009, 374:881–892.
86. [Youth-friendly health policies and services in the European Region.](#) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
87. [Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference.](#) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
88. Sethi D, Racioppi F, Mitis F. [Youth and road safety in Europe: policy briefing.](#) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.
89. [European report on child injury prevention.](#) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
90. [“Young people's health as a whole-of-society response” series \[web site\].](#) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
91. [European strategy for child and adolescent health and development.](#) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
92. [Adolescent-friendly health services – an agenda for change.](#) Geneva, World Health Organization, 2002.
93. [Youth and health risks.](#) Report by the Secretariat. Geneva, World Health Organization, 2011 (document A64/25).
94. [Helping parents in developing countries improve adolescents' health.](#) Geneva, World Health Organization, 2007.
95. [The European health report 2005 – Public health action for healthier children and populations.](#) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
96. [A critical link: Interventions for physical growth and psychological development.](#) Geneva, World Health Organization, 1999.
97. [Early child development: a powerful equalizer.](#) Final report to WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
98. [The Lancet child development in developing countries series \[web site\].](#) Geneva, World Health Organization, 2007.

99. [IMCI care for development: for the healthy growth and development of children](#). Geneva, World Health Organization, 2001.

100. [The European report on tobacco control policy](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.

EUR/RC62/8 page 126

101. [The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.

102. [Childhood obesity surveillance in the European Region](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (Fact sheet 5).

103. [Integrated Management of Childhood Illness computerized training tool](#). Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.icatt-training.org>).

104. [IMCI chart booklet – standard](#). Geneva, World Health Organization, 2008.

105. [Joint statement by heads of United Nations entities for the launch of the International Year of Youth](#). New York, United Nations, 2011.

106. [Broadening the horizon: balancing protection and risk for adolescents](#). Geneva, World Health Organization, 2001.

107. [A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health](#). Geneva, World Health Organization, 2007.

108. WHO and UNICEF. [Child and adolescent injury prevention: a global call to action](#). Geneva, World Health Organization, 2005.

109. [WHO European strategy for child and adolescent health and development: from resolution to action 2005–2008](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.

110. Stuckler D et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009, 374:315–323.

111. [Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union](#). Brussels, Commission of the European Communities, 2008 (Official Journal of the European Union C 115/47, 9 May 2008).

112. World Health Assembly resolution 60.25. [Strategy for integrating gender analysis and actions in the work of WHO](#), Geneva, World Health Organization, 2007.

113. Huber M et al. Facts and figures on long-term care – Europe and North America. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.

114. Przywar B. Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results. Brussels, European Commission, 2010 (European Economic Papers No. 417).

115. Huber M et al. Quality in and equality of access to healthcare services. Brussels, European Commission, 2008.

116. [How can health systems respond to population ageing?](#) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.

117. [The solid facts: palliative care](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.

118. Hall S et al. [Palliative care for older people: better practices](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.

119. World Health Assembly resolution WHA52.7 on active ageing. In: Fifty-second World Health Assembly, Geneva, 17–25 May 1999. Volume 1. Resolutions and decisions, annexes. Geneva, World Health Organization, 1999:8–9.

120. [WHO Executive Board resolution EB130.R6 on strengthening noncommunicable disease policies to promote active ageing](#). Geneva, World Health Organization, 2012.

121. United Nations/DESA. The Madrid International Plan of Action on Ageing. New York, United Nations, 2002.

EUR/RC62/8 page 127

122. [Active ageing: a policy framework](#). Geneva, World Health Organization, 2002.

123. Van Liemt G. Human trafficking in Europe: an economic perspective.

Declaration/WP/31/2004. Geneva, International Labour Organization, 2004.

124. [How health systems can address health inequalities linked to migration and ethnicity](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
125. Carballo M. Non-communicable diseases. In: Fernandes A, Pereira Miguel J, eds. [Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society](#). Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009:71–78.
126. Carballo M. Communicable diseases. In: Fernandes A, Pereira Miguel J, eds. [Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society](#). Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009:53–69.
127. Carta MG et al. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2005, 1:13.
128. [Migrant health: background note to the ECDC report on migration and infectious diseases in the EU](#). Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2009.
129. [An EU framework for national Roma integration strategies up to 2020](#). Brussels, European Commission, 2011.
130. [The Roma in central and eastern Europe: avoiding the dependency trap](#). Bratislava, United Nations Development Programme, 2003.
131. [Health and the Roma community, analysis of the situation in Europe](#). Madrid, Fundación Secretariado Gitano, 2009.
132. Schaaf M. [Confronting a hidden disease: TB in Roma communities](#). New York, Open Society Institute, 2007.
133. [Left out: Roma and access to health care in eastern and south-eastern Europe](#). New York, Open Society Institute, 2007.
134. [At risk: Roma and the displaced in southeast Europe](#). Bratislava, United Nations Development Programme, 2006.
135. Milcher S. [Poverty and the determinants of welfare for Roma and other vulnerable groups in southeastern Europe](#). *Comparative Economic Studies*, 2006, 48:20–35.
136. [Republic of Macedonia, Multiple Indicator Cluster Survey 2005–2006](#). Skopje, State Statistical Office, the former Yugoslav Republic of Macedonia, 2007.
137. [The state of children in Serbia in 2006](#). Belgrade, UNICEF, 2007.
138. [First findings of Roma Task Force and report on social inclusion](#). Brussels, European Commission, 2010.
139. [WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC52/R7 on poverty and health – evidence and action in WHO’s European Region](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
140. [World Health Assembly resolution WHA61.17 on health of migrants](#). Geneva, World Health Organization, 2008.
141. [Health of migrants – the way forward. Report of a global consultation](#). Madrid, Spain, 3– 5 March 2010. Geneva, World Health Organization. 2010.
142. [Bratislava Declaration on health, human rights and migration](#). Strasbourg, Council of Europe, 2007.
- EUR/RC62/8 page 128
143. [Recommendation CM/REC\(2011\)13 of the Committee of Ministers to member states on mobility, migration and access to health care](#). Strasbourg, Council of Europe, 2011.
144. [International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families](#). Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1990.
145. [Council conclusions on an EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020](#). Brussels, Council of the European Union, 2011.
146. Payne S (2009) [How can gender equity be addressed through health systems](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

147. Youth and health risks. Resolution WHA64.28, 24 May 2011. Geneva, World Health Organization, 2011.
148. Green G, Tsouros A, eds. [City leadership for health. Summary evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
149. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011.
150. [Defining civil society](#) [web site]. Washington, DC, World Bank, 2010.
151. [Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS. Report by the Secretary-General](#). New York, United Nations, 2009.
152. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. [The vital link between chronic disease and depressive disorders](#). *Prevention of Chronic Diseases*, 2005, 2.
153. [European cardiovascular disease statistics 2008](#). Brussels, European Heart Network, 2008.
154. Suhrcke M et al. *Chronic disease: an economic perspective*. London, Oxford Health Alliance 2006.
155. Bloom DE et al. [The global economic burden of noncommunicable diseases](#). Geneva, World Economic Forum, 2011.
156. [European Strategy for Tobacco Control](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
157. [European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
158. [Framework for alcohol policy in the WHO European Region](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2005.
159. [Steps to health. A European framework to promote physical activity for health](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.
160. [MPOWER](#) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012.
161. [Raise taxes on tobacco](#) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012.
162. [Global strategy to reduce the harmful use of alcohol](#). Geneva, World Health Organization, 2010.
163. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F, eds. [Physical activity and health in Europe](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
164. [Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
- EUR/RC62/8 page 129
165. [Global recommendations on physical activity and health](#). Geneva, World Health Organization, 2010.
166. Edwards P, Tsouros AD. [Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments. The solid facts](#). Copenhagen, World Health Organization, 2006.
167. [Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health](#). Geneva, World Health Organization, 2004.
168. Davey Smith G et al. Genetic epidemiology and public health: hope, hype and future prospects. *Lancet*, 2005, 366:1484–1498.
169. Hall WD, Mathews R, Morley KI. Being more realistic about the public health impact of genomic medicine. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e1000347.
170. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D. [Environmental burden of disease associated with inadequate housing. Methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region. Summary report](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
171. [WHO guidelines for indoor air quality: selected pollutants](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
172. [Early detection. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes, module 3](#). Geneva, World Health Organization, 2007.

173. [Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk](#). Geneva, World Health Organization, 2007.
174. [Moscow Declaration on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control](#). Geneva, World Health Organization, 2011.
175. [World Health Assembly resolution WHA64.11 Preparations for the High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases, following on the Moscow Conference](#). Geneva, World Health Organization, 2011.
176. [Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
177. [European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
178. [United Nations General Assembly. Political Declaration of the High-level Meeting on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases](#). New York, United Nations, 2011.
179. [Preventing chronic diseases: a vital investment](#). Geneva, World Health Organization, 2005.
180. [The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life](#). Geneva, World Health Organization, 2002.
181. [Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
182. Beaglehole R et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*, 2011, 377:1438–1447.
183. World Economic Forum and WHO. [From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries](#). Geneva, World Health Organization, 2011.
- EUR/RC62/8 page 130
184. [WHO Mental Health Gap Action Programme \(mhGAP\)](#) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012.
185. [Disease and injury regional estimates: cause-specific mortality \(2008 Global Burden of Disease\)](#). Geneva, World Health Organization, 2008.
186. Sethi D et al. [Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
187. [Mortality by 67 causes of death, age and sex](#) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
188. Krug EG et al. [World report on violence and health](#). Geneva, World Health Organization, 2002.
189. Racioppi F et al. [Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
190. [Preventing injuries and violence. A guide for ministries of health](#). Geneva, World Health Organization, 2007.
191. Sethi D et al. Reducing inequalities from injuries in Europe. *Lancet*, 2006, 368:2243–2250.
192. Sethi D et al. [Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
193. [WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R9 on the prevention of injuries](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995.
194. [TEACH-VIP users’ manual](#). Geneva, World Health Organization, 2005.
195. [Global Alert and Response \(GAR\): Global Outbreak Alert & Response Network](#) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012.
196. Odolini S et al. Travel-related imported infections in Europe. *Clin. Microbiol Infect.*, 2012, 18(5):468–474.
197. [UNAIDS Report on the global AIDS epidemic](#). Geneva, UNAIDS, 2010.
198. European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. [HIV/AIDS surveillance in Europe 2009](#). Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2010.

199. European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. [Tuberculosis surveillance in Europe 2009](#). Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2011.
200. Kardar SS. Antibiotic resistance: new approaches to a historical problem. Reston, VA, Action Bioscience, 2005
201. Heymann DL, Rodier G. Global surveillance, national surveillance, and SARS. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10:173–175
202. [Communicable diseases and public policy](#). Washington, DC, World Bank, 2007.
203. [Immunization summary: a statistical reference containing data through 2009](#). New York, UNICEF Statistics and Monitoring Section Division of Policy and Practice and Geneva, World Health Organization, 2011.
204. [Important changes to the childhood immunisation programme](#). Brussels, European Cervical Cancer Association, 2009.
- EUR/RC62/8 page 131
205. Trotter CL, Ramsay ME, Slack MP. Rising incidence of *Haemophilus influenzae* type b disease in England and Wales indicates a need for a second catch-up vaccination campaign. *Communicable Disease and Public Health* 2003, 6:55–58.
206. [Pneumococcal vaccine added to the childhood immunisation programme; more protection against meningitis and septicaemia](#). London, Department of Health, 2006.
207. Meningococcal vaccines: polysaccharide and polysaccharide conjugate vaccines. *WHO Weekly Epidemiological Record*, 2002, 77:331–338.
208. [European Immunization Week](#) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
209. Mankertz A et al. Molecular genotyping and epidemiology of measles virus transmission in the World Health Organization European Region, 2007–2009. *Journal of Infectious Diseases*, 2010, 204(Suppl 1):S335–S342.
210. [Centralized Information System for Infectious Diseases](#) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
211. [Laboratory Data Management System for Polio Laboratory Network](#) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
212. Shooter RA. Report of the investigation into the cause of the 1978 Birmingham smallpox occurrence. London, H.M. Stationery Office, 1980.
213. Lim PL et al. Laboratory-acquired severe acute respiratory syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350:1740–1745.
214. Kumarasamy KK et al. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the United Kingdom: a molecular, biological, and epidemiological study. *Lancet Infectious Disease*, 2010, 10:597–602.
215. Abubakar I et al. Tackling the spread of drug-resistant tuberculosis in Europe. *Lancet*, 2012, 379:e21–e23.
216. Dara M, Kluge H. [Roadmap to prevent and combat drug-resistant tuberculosis](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
217. Abubakar I et al. [Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test](#). Geneva, World Health Organization, 2011.
218. WHO, UNAIDS and UNICEF. [Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010](#). Geneva, World Health Organization, 2010.
219. [European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
220. [What is quality improvement in HIV prevention?](#) Geneva, IQhiv, 2012.
221. Mirzoev I et al. [Efficiency of a package of therapeutic and preventive measures in the Republic of Tajikistan in the malaria postepidemic period (2000–2007)]. [Article in Russian]. *Med Parazitol (Mosk)*. 2009,(4):47–49.
222. Barbić L et al. Spreading of West Nile virus infection in Croatia. *Vet Microbiol*. 2012, doi 10.1016/j.vetmic.2012.04.038.
223. Christodoulou V. et al. Re-emergence of visceral and cutaneous leishmaniasis in the Greek island of Crete. *Vector-borne Zoonotic Diseases*, 2012, 12(3):214–222.
224. Ryan J et al. Establishing the health and economic impact of influenza vaccination within the European Union 25 countries. *Vaccine*, 2006, 24:6812–6822.

225. [How to become a WHO-recognized national influenza centre: guidance on the process for influenza laboratories in the WHO European Region](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
226. [Recommendations for good practice in pandemic preparedness: identified through evaluation of the response to pandemic \(H1N1\) 2009](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
227. Ritsatakis A, Makara P. [Gaining health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases](#). Copenhagen, World Health Organization, 2009.
228. Busse R et al. [Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges](#). Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010 (Observatory Studies Series, No. 20).
229. [WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC58/R4. Stewardship/governance of health systems in the WHO European Region](#). Copenhagen, World Health Organization, 2008.
230. Acheson D. [Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function](#). London, H.M. Stationery Office, 1988.
231. [The world health report 2008 – Primary health care – now more than ever](#). Geneva, World Health Organization, 2008.
232. [The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel](#). Geneva, World Health Organization, 2010.
233. [The world health report 2010 – Health systems financing: the path to universal coverage](#). Geneva, World Health Organization, 2010.
234. Kutzin J, Cashin C, Jakab S, eds. [Implementing health financing reform: lessons from countries in transition](#). Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
235. Thomson S et al. [Addressing financial sustainability in health systems](#). Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
236. Rodier G et al. [Global public health security](#). *Emerging Infectious Diseases*, 2007, 13(10):1447–1452.
237. [International Health Regulations. IHR Core Capacity Monitoring Framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties](#). Geneva, World Health Organization, 2010.
238. [Human Development Report 2011 – Human Development Index Trends 1980–2011](#). New York, United Nations Development Program, 2011.
239. [Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of diseases](#). Geneva, World Health Organization, 2006.
240. [Health and environment in Europe: progress assessment](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
241. [WHO guidelines on indoor air quality: dampness and mould](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
242. [Burden of disease from environmental noise](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
- EUR/RC62/8 page 133
243. [PCT databank on soil-transmitted helminthiasis \[online database\]](#). Geneva, World Health Organization, 2012.
244. [Progress on sanitation and drinking-water, 2010 update](#). Geneva, World Health Organization, 2010.
245. [Environmental health inequalities in Europe. Assessment report](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
246. Lang T, Rayner G. [Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers](#). *Obesity Reviews*, 2007, 8(suppl. 1):165–181.
247. Morris G et al. [Getting strategic about the environment and health](#). *Public Health*, 2006, 120:889–903.
248. [European environment outlook](#). Copenhagen, European Environment Agency, 2005 (EEA Report no. 4/2005).
249. Menne B et al. [Protecting health in Europe from climate change](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.

250. Stern N. The economics of climate change: the Stern Review. Cambridge, Cambridge University Press, 2007.
251. [European process on environment and health](#) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
252. [Protecting children's health in a changing environment. Report of the Fifth Ministerial Conference on Environment and Health](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
253. [Regional report on the status of implementation of the Protocol on Water and Health to the Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes. Second session of the Meeting of the Parties \(Bucharest, 23–25 November 2010\)](#). Economic Commission for Europe and WHO Regional Office for Europe, 2010.
254. United Nations Economic Commission for Europe et al., eds. [From transition to transformation: sustainable and inclusive development in Europe and central Asia](#). Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2012.
255. [Earth Summit. Agenda 21. The United Nations Programme for Action from Rio](#). New York, United Nations, 1992.
256. [Rio Declaration on Environment and Sustainable Development](#). New York, United Nations, 1992.
257. Global risks 2011. 6th ed. Geneva, World Economic Forum, 2011.
258. [Sustainable development: from Brundtland to Rio 2012](#). New York, United Nations, 2010.
259. Hosking J, Mudu P, Dora C. [Health co-benefits of climate change mitigation - Transport sector](#). Geneva, World Health Organization, 2012.
260. [Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – housing sector](#). Geneva, World Health Organization, 2011.
261. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World urbanization prospects, the 2009 revision: highlights. New York, United Nations, 2010.
262. Vlahov D et al. (eds). Urban health: global perspectives. San Francisco, Wiley and Sons, 2010.
- EUR/RC62/8 page 134
263. Unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Geneva, WHO and UN- HABITAT, 2010.
264. Barton H et al. Healthy urban planning in European cities. Health Promotion International, 2009, 24:91–99.
265. Tsouros A. City leadership for health and sustainable development. Health Promotion International, 2009, 24:4–10.
266. Tsouros A, Green G, Healthy Cities: lessons learnt. In: Vlahov D et al. (eds). Urban health: global perspectives. San Francisco, Wiley and Sons, 2010.
267. [Phase V \(2009–2013\) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
268. Gilson L et al. [Challenging inequity through health systems. Final report of the Knowledge Network on Health Systems of the Commission on the Social Determinants of Health](#). Geneva, World Health Organization, 2007.
269. Morgan A, Davies M, Ziglio E. Health assets in the global context. London, Springer, 2010.
270. United Nations Secretary-General's High-level Panel on Global Sustainability. Resilient people, resilient planet: a future worth choosing. New York, United Nations, 2012.
271. [Assets Alliance Scotland](#). Edinburgh, LTCAS, Scottish Community Development Centre and the Scottish Government, 2011.
272. Strand M et al. [Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
273. Buzeti T, Zakotnik JM. [Investment for health and development in Slovenia. Programme MURA](#). Murska Sobota, Centre for Health and Development, 2008.
274. Brown C et al. Governance for SDH – appraisal tool. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
275. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco, Jossey-Bass, 1979.
276. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay

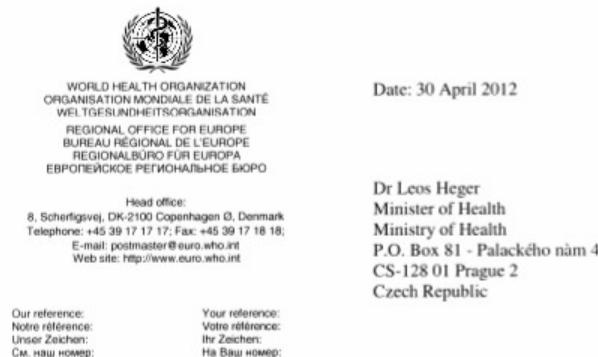
- well. San Francisco, Jossey-Bass, 1987.
277. Morgan A, Ziglio E. Revitalizing the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*, 2007, 2(Suppl.):17–22.
278. [Living Well across communities: prioritizing well-being to reduce inequalities](#). Manchester, NHS North West, 2010.
279. Placing social determinants of health on the regional development agenda: investment for health and development in Slovenia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press.
280. A whole-of-government approach to reducing health inequalities: the Scottish experience. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press.
281. Swanson D et al. Seven guidelines for policy making in its uncertain world. In: Swanson D, Bhadwal S, eds. *Creating adaptive policies: a guide for policy making in an uncertain world*. London, Sage, 2009.
282. [White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008 – 2013](#). Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (COM(2007) 630 final).
283. [European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing](#) [web site]. Brussels, Commission of the European Communities, 2012.
- EUR/RC62/8 page 135
284. [Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases](#). New York, United Nations, 2011 (document A/66/L/1).
285. Paquet G. The new governance: subsidiarity and the strategic state. In: *Governance in the 21st century*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001.
286. [HealthyPeople.gov](#) [web site]. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2012.
287. Brown C et al. Governance for health equity and the social determinants of health – a companion resource to support national review. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
288. Brown C. Progress and opportunities in implementing health in all policies – a rapid appraisal of learning from Europe and internationally. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
289. Harrison D et al. Report of the Task Group on Governance and Delivery Mechanisms. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
290. Marks L. Accountability for social determinants of health and health equity. In: Brown C et al. *Governance for health equity and the social determinants of health – a companion resource to support national review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
291. South Australia's Strategic Plan: progress report. Adelaide, South Australia's Strategic Plan Audit Committee, 2010.
292. McDaid D. Joint budgeting: can it facilitate intersectoral action? In: McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (forthcoming).
293. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: an EU framework for national Roma integration strategies up to 2020. Brussels, Commission of the European Communities, 2011 (COM(2011) 173 final).
294. Dahlgren G, Whitehead M. [European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2](#). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 3).
295. Biennial report 2008–2009 and key developments for 2010–2011 of the WHO European Office for Investment for Health and Development. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
296. Brown C, Ziglio E, Rohregger B. Appraisal of governance systems and capacity for addressing social determinants of health and health equity. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
297. Report on the 3rd Ministerial Meeting of the Countries of the South-Eastern Europe Health Network – opportunities for scaling up and strengthening health in all policies in south-eastern Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
298. Blas E, Sivasankara KA, eds. [Equity, social determinants and public health programmes](#). Geneva, World Health Organization, 2011.

299. Blas E, Sommerfeld J, Sivasankara AK, eds. *Social determinants approaches to public health: from concept to practice*. Geneva, World Health Organization, 2011.

EUR/RC62/8 page 136

300. Bertolini R, Brassart C, Galanaki C. Review of Member States' and the WHO Regional Office for Europe's commitments between 1990 and 2010. Analysis in the light of the Health 2020 strategy. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).

Příloha č. 2: Korespondence mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Regionálním úřadem WHO



Dear Sir,

Thank you for your letter of 06 April 2012, with the detailed opinion of the Ministry of Health of the Czech Republic on the two draft Health 2020 policy framework documents and the European Action Plan for strengthening public health capacities and services, which I sent to Member States for written consultation in February 2012.

I do thank you for your opinions, which we have studied very carefully. These really make a very helpful contribution to improving the content and impact of these documents. I will address each of these two policy areas in turn.

Health 2020

A fully revised set of Health 2020 documents were presented at the third meeting of the European Health Policy Forum for High-Level Government Officials, held in Brussels, Belgium on 19–20 April. These documents incorporated many of the comments received by Member States during the written consultation, e.g. making a clear and direct link between the Health 2020 priorities and the wider WHO reform process, as well as other global and regional strategies and policy processes; adjusting the tone and language in order to better reach its target audience with its messages; and in general making the document shaper and more concise.

The revised version of the short Health 2020 document was discussed at length and was particularly appreciated by a broad range of Member States. The Secretariat further received wide support for submitting an updated version of this document to the Standing Committee of the Regional Committee (SCRC) at its extended session before the World Health Assembly in May this year.

During the meeting in Brussels, we also discussed Health 2020 and target-setting, as this topic interests many Member States. It is an area where good collaboration is key, both in deciding what targets are relevant to the Region and its ambitions, and also in relation to the implementation of Health 2020. As a result of this discussion, it is anticipated that six overarching regional "headline" targets will be proposed for consideration by the SCRC.

| | | |
|---|--|---|
| 8, Scheffgövej DK-2100 Copenhagen Ø Denmark | Telephone: +45 39 17 17 17 Fax: +45 39 17 18 18 | E-mail: postmaster@euro.who.int Web site: http://www.euro.who.int |
|---|--|---|

These changes and developments mirror very much the comments provided by you in your letter, and we do hope that the new versions of the Health 2020 documents that you will receive before the SCRC session will better reflect your view. We really value your contribution in this process, and we greatly appreciated the fact that the Czech Republic was present at the high-level meeting in Brussels.

I do hope to see you personally at the upcoming extended SCRC session in Geneva. Participants will discuss the final versions of both Health 2020 documents before they are submitted for consideration by the WHO Regional Committee for Europe at its 62nd session in Malta in September this year.

European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (EAP)

Following a consultation held in Brussels on 12–13 March, jointly -organized with EuroHealthNet, we have also been working continuously on improving the EAP. In the latest version of the EAP, a strong and clear link to Health 2020 is explicitly made. I believe that this draft much more fully reflects your views.

In addition, I would like to provide you with some detailed clarifications:

1. You expressed concern about the need to strengthen the relevance of the EAP to the WHO reform process and all other already accepted action plans for the WHO European Region. I completely agree, and I assure you that the relevance of the EAP to all of the WHO European Region's specific disease-related policies and action plans, as well as to the ongoing process of health system strengthening, is our main objective.
2. We would like to assure you that the latest version does indeed reflect the situation in countries. The EAP provides Member States with an extensive list of actions to choose from after they make their own evaluation of their public health capacities and services, using a set of ten essential public health operations (EPHOs) to illustrate their respective features and services. A concrete description and analysis of the relevance of EAP to the needs of all Member States has now been added in a separate chapter, with reference to all available published documents. We have also used the recent European Union report on *Review of public health capacities in the EU countries*. Finally, the Regional Office Secretariat is just finalizing, for presentation at the 62nd session of the Regional Committee, an information document tentatively entitled *Summary report of the strengths, weaknesses, threats and opportunities for public health services in Europe*, which will provide the relevant evidence and justification needed and will accompany the EAP when it is considered by the Regional Committee in Malta later this year.
3. You have stated that the EPHOs are not different from the ones endorsed by the Regional Committee at its 61st session. We have addressed this as in the meantime, and based on the wealth of feedback we received in the period January–March 2012, we have revised the EPHOs at an expert meeting here in Copenhagen on 29–30 March.
4. You consider that the EPHOs (as endorsed by the Regional Committee last year) are not relevant to all Member States. We, however, have a different perspective on this point. The EPHOs (as endorsed by the Regional Committee), are presented as putting into practice Sir Donald Acheson's (1988) definition of "public "health, adopted by the Regional Committee, which states that:

"Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society".

- 2 -

We feel that these 10 horizontal EPHOs and their respective core individual, community and population-based services are an essential operational requirement for any government, subregion and local authority if they have the goals of improving health and well-being and prolonging life. We are aware that the Czech Republic has always had well-developed public health services, but not all countries in the Region can say this at the present time.

5. You consider that the actions should be formulated as recommendations to Member States to be implemented if needed. We have accordingly made the respective texts in the EAP more exact, stronger and more easily readable and understandable, to avoid any misunderstandings. Each country is recommended to tailor the actions to its circumstances and in relation to identified gaps and weaknesses.
6. You consider that implementation should go hand in hand with consultations and meetings with Member States. Of course, once the EAP is approved, our vision is that we will provide individual technical assistance to Member States in the implementation process. Additionally, we plan to hold regular meetings on the implementation process. We hope that the Czech Republic will not only participate but be one of the pilot leaders in the process.
7. You have stated that the proposed timeline 2012–2015 is somehow incoherent and propose that we first assess implementation of the EAP and then think eventually whether an extension for 2016–2020 is needed. This is understood, and we have added explicit paragraphs to the last version of the EAP to that end.
8. You are strongly requesting an assessment of implementation of the EAP. We will develop this approach jointly with Member States, of course. As for the baseline for all countries, we can only say that the level of delivery will be the baseline. The ultimate goal will be to improve delivery throughout the Region. We will work jointly with Member States and international partners on the common targets, indicators and criteria. We fully agree with your proposal to use the same terminology for all documents. We are working now to add a glossary of terms to the EAP, which will also be part of the Health 2020 glossary. We will make every attempt to use terms consistently in all documents while finalizing them for presentation at the 62nd session of the Regional Committee.
9. You request that the EAP should refer to the studies that have been published to date. We would like to assure you that that is true and the EAP does do so. Nevertheless, we have to say that any action plan needs continuous monitoring, evaluation of progress with implementation and updating. We have looked at the wording of this EAP objective to be more precise and sharp.

Lastly, we are more than willing to set up a meeting with the WHO Secretariat to discuss individually the points you have raised, in order to clarify any outstanding issues.

Lastly, may I thank you once again for your comments and opinions and say how constructive and valuable they have been in the ongoing revision process.

Yours very truly,


Zsuzsanna Jakab
Regional Director

- 3 -



MINISTRY OF HEALTH
OF THE CZECH REPUBLIC
Leoš HEGER
Minister

Prague, 6 April 2012
No 12004/2012
Enclosure

Dear Ms Jakab,

With reference to your letter of 10th February 2012 concerning written consultation on Health 2020 policy documents and the European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services I would like to thank you for launching this consultation and preparation of the drafts of these strategic documents.

I fully understand that three provided strategic documents represent the outcomes of an extensive process of formal and informal development held by WHO Regional Office for Europe since 2010 based on a large number of studies in the field of health and health systems in WHO European Region. I would like to assure you that the Czech Republic appreciates your effort during development and preparation of these strategic documents.

The comments and suggestions of the Czech Republic are enclosed. I would appreciate if you could provide me with information on how these comments and suggestions will be reflected by WHO Regional Office for Europe and how the process of finalization of the policy documents will continue before their submission to the 62nd Regional Committee for approval.

Thank you for your cooperation.

Yours sincerely,

Ms Zsuzsanna Jakab
Regional Director
WHO Regional Office for Europe
B, Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen
Denmark



Ministry of Health, Palackého náměstí 4, 128 01 Prague 2, Czech Republic
tel./fax: +420 224 371 111, e-mail: r.leda@mzcr.cz, www.mzcr.cz

Enclosure

Comments of the Czech Republic

European Policy for Health – Health 2020

The Czech Republic believes that **only a single document on Health 2020** should be prepared which would in a **comprehensive and clear way define the main objectives, principles and framework priorities for the period up to 2020** and be based on the already published analyses and studies in the field of health and health systems (*Health 2020* would thus only contain references to these analyses and studies). (Note: in our opinion, the *Longer Health 2020 policy framework and strategy document* is, as a document for discussion, too extensive and due to the short time period provided for its analysis it is not possible to react on its content adequately).

As the Czech Republic recommends providing one document with a clear content and of reasonable length and also assumes that *Health 2020* will be further modified, our opinion is not structured in accordance with the questions provided by WHO/Europe but only in the following single summarising form.

In general, the Czech Republic recommends **clarifying better the actual purpose of Health 2020 as well as its target audience** (and, possibly, within the context of WHO global priorities and objectives, better specification of its added value for the WHO European Region). In its introduction, the *Short Health 2020 policy document* states that it is primarily addressed to readers at the political, or decision-making, level and other stakeholders who significantly contribute to health and conditions of public health and health systems in the WHO/Europe countries. In this perspective, *Health 2020* can be viewed as a horizontal document summarising current acute problems and on the basis of which individual WHO/Europe countries (which are different from one another) may analyse in which areas there are still gaps which need to be tackled at their national level. On the other hand, the document also indicates priorities and tasks for the Regional office for Europe (e.g. working in partnership) and specifies further in the Annex concrete targets and outcomes to be applied to the whole Region and the implementation of which should be, most likely, monitored by the Regional Office (to read more about the targets see below).

In the opinion of the Czech Republic, *Health 2020* should also be **generally perceived as a contribution of WHO/Europe to the WHO priorities and activities at the global level** and should be closely related to them (better linking of agendas at global and regional level is also one of the priorities of the planned WHO reform). In this perspective, however, it is essential to seriously reconsider the **timing of the document adoption**. At the moment, the discussions on the WHO reform as well as on the setting and formulation of its priorities are still ongoing. Also, other specific subjects are under discussion at the WHO global level such as in the area of NCDs¹. Therefore, it is not possible to ensure that the priorities and approaches to be adopted in *Health 2020* possibly this September will fully correspond with

¹ Ongoing consultation on „Monitoring framework and targets for the prevention and control of NCDs and on a set of voluntary global targets for the prevention and control of NCDs”.
http://www.who.int/nmh/events/2012/consultation_april_2012/en/index.html

the WHO global priorities (and their proposed targets and indicators) to be adopted afterwards. From this point of view, it is also not clear to what extent *Health 2020* is linked to *Health 21* and its targets defined up to 2015, or even 2020.

21 targets, or outcomes, set in the Annex of the Short Health 2020, which are presented as recommendations of the SCRC working group, have also raised several questions. Should *Health 2020* be primarily a reference document for national policy making, as it is mentioned above, it is not clear how and why these targets should apply to all countries of the Region and be assessed accordingly. The wording of the Annex also does not correspond very well with the structure (four strategic objectives/six areas for policy action) as well as the content (specific recommendations in individual areas for policy action) of *Health 2020* (such as targets related to reduction of suicides, improving road safety or reduction in violence not specifically mentioned in *Health 2020* whereas other objectives mentioned in *Health 2020* are omitted entirely). Further, the approach to quantification of these targets, which is quite ambitious in some cases (e.g. 50% reduction in the difference in premature or avoidable mortality in European populations), is not clear as well as the expected methods of their comparable measurement (such as in the case of the increase in child health and well-being).

The Czech Republic would also like to recall that the Regional Office for Europe has recently submitted a **number of other proposals** – on country strategies, *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*, etc. – while, at the same time, their mutual relation and link to *Health 2020* as well as the global WHO reform process is not clearly defined. Therefore, it will be appreciated if the submitted proposals of political and strategic documents of the Regional Office for Europe have clear **relation to the reform process and reform decisions** of the WHO Member States at the global level and **take into account already adopted policy-specific action plans** (such as those in the field of prevention and control of NCDs, HIV/AIDS, TBC, ATB resistance, harmful use of alcohol), which were adopted at the 61st Regional Committee (hereinafter "RC61") last September and the time schedule of which includes the period 2015-2020.

As regards the Czech Republic itself, several concrete objections can be given to some of the policy recommendations of *Health 2020*. For instance, *Short Health 2020* in its point 33 (p.8) recommends ensuring "that the year-on-year reduction of health inequities becomes one of the principal criteria used to assess health system performance and the effectiveness of government action as a whole". This criterion, however, is not very relevant for the Czech Republic as with regard to its health system arrangement and historical experience, the level of health inequity is minimum. Further, we are of general opinion that this criterion should not be used as one of the principle criteria for assessment of the health system performance. We have also some doubts about the wording of point 50 (p.14) calling for greater public financing of health systems. In this context, the primary focus should be placed on the effective use of health investments, health system modernisation and application of new technologies and innovative models of healthcare. These conclusions also correspond with the debate on financial sustainability of health systems currently ongoing at the EU level. It is all the more relevant in the light of the current economic crisis.

Finally, as regards the actual questions on *Shorter Health 2020*, the Czech Republic would like to point out that the question on the relevance of scientific evidence and arguments underpinning the described priorities and approaches should be directed rather at the

2

Regional Office itself; all the more when a number of the expert works referred to in the document have not been yet published.

European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (hereinafter "EAP")

In general, as the *EAP* itself states that it will be subject to further updates and revisions, the Czech Republic believes that **it is not feasible to adopt the document in its current wording in near future** (e.g. see point 7 stating that "the objective of the *EAP* is to develop, implement, monitor, evaluate and continuously update actions to strengthen public health capacities and services..." or the section on the EPHOs, point 15, which states that the process of EPHOs evaluation will continue over the next two years in at least ten additional countries). Also, we believe that the *EAP* should rather present a framework of recommended activities for strengthening public health capacities which, however, should contain more than just a set of tasks for WHO/Europe Member States, i.e. **it should also better reflect the actual situation in individual countries within the Region**, including their different initial positions and economic possibilities.

Furthermore, the Czech Republic would like to point out that the *EAP* **does not sufficiently define its relation to the European health policy framework *Health 2020***. It only specifies that the "EAP provides one of the routes for putting "...policies of *Health 2020* into practice" (point 9). Also, as it has already been mentioned earlier, the *EAP* should reflect the varied specific needs of the Member States within the Region; thus the *EAP* should include a **concrete description or analysis documenting the need and relevance of the *EAP* for the Member States** according to their specific needs. Therefore, the introductory parts "Guiding principles" and "Current state of public health capacities and services in Europe: strengths, weaknesses and the need for action" should be much more specific and detailed.

Although *Resolution EUR/RC61/2 on strengthening public health capacities and services in Europe* provided for further development and modification of the EPHOs (**Essential Public Health Operations**) to correspond with specific needs of all the WHO/Europe Member States (reflecting both systems based on national health services and systems involving health insurance companies), the *EAP* does not clearly state whether this has actually happened. In point 13 it is stated that "the EPHOs have been developed in consultation with Member States", yet it is **not clear which particular countries were involved** (and at which level). Also, we would like to stress that all the ten EPHOs as described in the *EAP* (see Table 1 and Annex 1) are **no different from the EPHOs proposal submitted to RC61** which had been subject to a number of principal objections from several WHO/Europe Member States, especially EU Member States.

The Czech Republic has a similar objection to the statement provided in point 15 that "A process of evaluation of public health services based on the 10 EPHOs and a web-based self-assessment tool has been carried out in 17 central and south-eastern European countries and some of the newly independent states of the former Soviet Union. ... This process will continue over the next two years in at least ten additional countries". With regards to objections raised during RC61, the Czech Republic is seriously concerned that the EPHOs, as it is described in Annex 1, is **not relevant to all the Member States** despite the fact that its wide use is one of the expected implementation measures of the *EAP*. Therefore,

3

the Czech Republic would like to point out that the adoption of EAP at RC62 can be problematic.

As regards formulation of mid-term actions for 2012-2015, the Czech Republic believes that with respect to the WHO/Europe Member States, the **actions should be formulated as recommendations to be implemented as relevant to the possibilities and needs of the Member States**. Therefore, in the section 'Eight avenues for action' the Czech Republic suggests rewording of the introductory sentences at individual avenues „Member States should take the following actions” so that it is clear that these actions are recommendations and their implementation is to be decided by the Member States themselves according to their needs and possibilities.

In this context, it should be also pointed out that some of the actions proposed at the Member State level specify the target audience such as governments, health ministries, or even finance ministries. Leaving out the possibility of interference with national competencies, it needs to be emphasized that such commitments should go hand in hand with relevant **consultations and technical meetings on the EAP** which should be attended by representatives of the relevant Member State authorities responsible, according to the WHO, for the EAP implementation. As regards actions to be implemented by the Regional Office, it is recommended to clearly specify who is included in “its partners”, also for transparency purposes.

Further, the **proposed timeline 2012-2015 for the EAP implementation is somewhat incoherent** as the first possible opportunity for adoption of the EAP is no earlier than in September 2012. In this context, the Czech Republic recommends omitting the commitment to develop subsequent action plan for the period 2016–2020 (see point 60, “Next steps”) as it is **vital to firstly properly assess the EAP implementation in the preceding time period**, its relevance and actual applicability in the Member States, as well as their further needs in this area. Only after that it will be possible to take decisions on possible development of another EAP.

As regards the planned assessment of the EAP implementation, it should be also **specified more in detail which approach will be taken in individual Member States**, how it will be assessed and interpreted, including indication on how the different initial position of the Member States will be taken into account.

Finally, the Czech Republic strongly recommends using the same terminology in all the documents submitted by the Regional Office. Also, we would like to point out that the EAP should refer to the studies that have been already published.

