

ANALÝZA EVROPSKÝCH ZKUŠENOSTÍ S POLITIKOU ZDRAVÍ PRO VŠECHNY PRO 21. STOLETÍ

ANALYSIS OF THE EUROPEAN EXPERIENCE WITH THE HEALTH FOR ALL POLICY FOR THE 21ST CENTURY

JAROSLAV KŘÍŽ

Státní zdravotní ústav Praha

SOUHRN

Článek podává stručnou informaci o studii, kterou v letech 2003–2004 provedla Evropská úřadovna WHO o realizaci politického rámce Zdraví pro všechny v Evropském regionu. Výsledky studie ukázaly velkou pestrost v přístupech členských zemí a přinesly řadu myšlenek pro zobecnění. Staly se podnětem k nedávné aktualizaci (2005) evropské politiky zdraví pro všechny.

Klíčová slova: „ZDRAVÍ 21“, analýza realizace, země Evropy

SUMMARY

Brief information is given on the European WHO study of implementation of the Health for All policy framework in the European region carried out in 2003–2004. The study showed great diversity of approaches to policy implementation in the member states and brought a wide range of experience to be generalized. The results became a challenge for the last update (2005) of the Health for All policy framework for the European region.

Key words: „HEALTH 21“, implementation analysis, countries of Europe

První koncept Zdraví pro všechny (Health for All, HFA) byl formulován v r. 1978 na konferenci Světové zdravotnické organizace (WHO) v Alma-Atě. Od té doby se politický rámec programu i jeho konkretizace plynule vyvíjely, přes evropskou strategii „Zdraví pro všechny do roku 2000“ z roku 1984 až k přijetí verze z roku 1998 – „Zdraví pro všechny pro 21. století“ („Zdraví 21“).

Připomeňme, že Česká republika přijala svoji politiku zdraví pro všechny ve 21. století (ZDRAVÍ 21) usnesením vlády č. 1046 z 30. 10. 2002. Základem je 21 cílů totožných s evropským Health for All z r. 1998 a u nich uvedených dílčích úkolů. Specificky národní úroveň mají aktivity ke splnění dílčích úkolů a ukazatele k monitorování realizace. Usnesení vlády současně zřídilo Výbor ZDRAVÍ 21 při Radě vlády pro zdraví a životní prostředí, uložilo ministrům plnit program a Ministerstvu zdravotnictví každoročně informovat vládu o plnění úkolů.

Nedávno uzavřela evropská úřadovna práci, shrnující poznatky s uskutečňováním strategie HFA v Evropě, které se nahromadily od schválení poslední verze v roce 1998. Byly provedeny rozsáhlé konzultace a průzkumy v členských zemích a u klíčových partnerských agentur. Dokument byl nazván Health for All Update 2005 (Aktualizace HFA k roku 2005) a obsahuje konkrétní

informace o pojetí HFA politik a jejich naplňování na národních úrovních. Z obsáhlého dokumentu zde podáváme informaci o části, která probírá pojetí a realizaci ZDRAVÍ 21 v evropských zemích.

Marc Danzon, regionální ředitel evropské úřadovny WHO, v úvodu knižního vydání prezentuje významný poznatek z průzkumů: dřívější cíle stanovené pro regionální úroveň nebraly v úvahu ohromnou rozdílnost sociálních, ekonomických a zdravotních podmínek zemí regionu a Aktualizace 2005 už proto regionální cíle neobsahuje. Nadále však zdůrazňuje užitečnost jejich stanovení na národní a podnárodní úrovni.

Další novinkou je velký akcent na volnost a tvůrčí využití politického rámce HFA v členských státech WHO. Výslovně se říká, že Aktualizace 2005 není model k přijetí nebo napodobení, ale nabídka možné architektury pro národní zdravotní politiku. Členské státy tento rámec mají použít takovým způsobem, který uznají za nejužitečnější vzhledem ke svým specifickým zdravotním, ekonomickým, kulturním a historickým potřebám. Tvůrci národní politiky sami musí rozhodnout, které prvky HFA zahrnou do své zdravotní politiky, např. zda budou alokovat speciální fondy pro realizaci vize HFA. Národní záležitostí je také, zda bude přijata politika

HFA jako celek, nebo zda bude HFA integrována do každé národní politiky týkající se zdraví. Zdůrazňuje se, že nynější aktualizace není novou politikou HFA. Je součástí kumulativního vývoje politiky HFA a představuje její poslední stupeň.

Aktualizace z r. 2005 potvrzuje klíčové principy HFA, kterými jsou:

- Konečným cílem zdravotní politiky je, aby každý dosáhl plného potenciálu zdraví.
- Pro veřejné zdraví regionu je zásadní zmenšování rozdílů mezi zeměmi a uvnitř zemí.
- Pro rozvoj zdraví je podstatná participace lidí.
- Rozvoje zdraví může být dosaženo jen pomocí mezi-sektorových strategií a investic, které zapůsobí na determinanty zdraví.
- Každý sektor společnosti je odpovědný za zdravotní dopad svých vlastních aktivit.

Politika HFA v členských státech

Významnou částí Aktualizace 2005 jsou výsledky dvouletého průzkumu, který v členských zemích provedla evropská úřadovna WHO. Z analyzovaných zdravotních politik 52 států 40 dostatečně odpovídalo čtyřem kritériím HFA, jak jsou uvedena v předchozím odstavci. V 9 státech existuje HFA politika jen ve formě návrhů. Mezi 12 státy bez kvalifikované politiky měly 2 státy rezortní dokumenty o zdravotní politice, které dostatečně odpovídaly všem kritériím, kromě multisektorality. Unikátním příkladem je Ruská federace, která má množství materiálů zaměřených na jednotlivé sektory (např. zajištění zdravotní péče).

Subnárodní dokumenty HFA politiky existují ve 22 členských státech, data o nich ale nebyla tak úplná jako o národních politikách. Státy, které nemají národní politiku HFA, mají někdy subnárodní politiky a naopak. Naprostá většina států má HFA politiku alespoň na jedné úrovni.

Časový plán politiky HFA v členských státech pokrývá dobu od data počátku k datu ukončení, kdy se předpokládá dosažení navržených cílů. 46 dokumentů politiky HFA začíná mezi rokem 1994–2003 a většina časových plánů pokrývá 7–10 roků. Nejkratší trvá 3 roky, některé až 20 roků. Ve třech případech není konec stanoven. V 11 dokumentech mají cíle spíše různé než jednotné ukončení.

35 ze 40 zkoumaných politik HFA má podobu oficiálního dokumentu, buď vládního nebo odpovídajícího ministerstva, 5 je publikováno jako neoficiální zprávy. U dvou případů je zahrnuta i legislativa a v jednom případě spojila své postavení s HFA hlava státu. Právní postavení politik HFA je různé. Některé státy ji zakotvily do zákona, např. Francie. V Itálii má národní politika HFA silně závazný charakter, třebaže nebyla včleněna do legislativy. Tvoří významný referenční rámec pro mnoho jiných dokumentů, jako je Národní zdravotní plán a zpráva o zdravotním stavu italské populace. Některé státy schválily svoji politiku dekretem, aby podtrhly její důležitost. Ve Švédsku přijalo HFA politiku národní shromáždění, čímž se veřejné zdraví dostalo na vyšší úroveň politické agendy. Současně byl ustanoven zvláštní ministr pro veřejné zdraví a vláda dala švédskému Národnímu ústavu veřejného zdraví zvláštní roli při realizaci národní zdravotní politiky. Podobně přijalo politiku HFA Velké národní shromáždění Turecka. Některé státy zvolily neformální cestu, např. Spojené království, kde

vznikla Bílá kniha jako podklad pro navrhování nebo provádění HFA politiky.

Politická prohlášení k HFA, která mají orientační povahu bez závaznosti, jsou považována za právně „měkká“. Nehrají sice žádnou roli v navrhování legislativy, mohou ale motivovat a inspirovat, třebaže zůstává otázkou, do jaké míry je jejich nezávaznost dobrou věcí. Záleží to na situaci. Politickou odpovědnost za realizaci politiky HFA má předseda vlády nebo kompetentní ministr. Premiér obvykle stanovuje hlavní politické směrnice, kabinet rozhoduje o vládní politice a ministři ji uskutečňují, ale role mohou být velmi různé.

Zdravotní cíle

V Evropě měla první politika HFA z roku 1984 a potom z r. 1991 38 cílů, aktualizace z r. 1998 – ZDRAVÍ 21 má 21 cílů. V posuzovaných 40 politikách HFA pro 21. století se počet cílů pohyboval od 4 do 100. 8 politik HFA mělo víc než 38 cílů převzatých z politiky z r. 1984 a 16 politik HFA mělo víc než 21 cílů politiky Zdraví 21. 4 státy přejaly všechny cíle Zdraví 21 slovo od slova. Poznamenejme, že tak postupovala také Česká republika. Objevil se názor, že stanovení cílů by mělo být pragmatictější, zaměřené jen na několik cílů, vzhledem k obtížím s plněním jejich velkého počtu. Důkazy pro to však nejsou jasné a i v případech jen několika cílů se vyskytují poměrně četné podcíle.

Jak ovlivnila evropská politika HFA formulaci národních politik

Nejobvyklejším indikátorem vlivu evropské strategie HFA na národní politiky byla zmínka o HFA v samotných dokumentech. Ze 40 zdravotních politik 32 výslovně citovalo evropskou politiku HFA jako rámec nebo zdroj inspirace. 14 dokumentů zmiňovalo starší verze, 14 zmiňovalo Zdraví 21 (1998) a 4 oboje. 6 dokumentů uvádělo účast expertů WHO na procesu navrhování. 8 zemí ve své národní politice HFA výslovně neuvádělo spojitost s evropskou politikou HFA (Bělorusko, Dánsko, Estonsko, Francie, Irsko, Itálie, Nizozemí a bývalá jugoslávská republika Makedonie).

Přenos evropského politického rámce HFA do národního kontextu

Studie zkoumala, zda národní zdravotní politiky byly skutečně ovlivněny evropskou HFA politikou a když ano, jakými cestami. Byly identifikovány tři mechanismy:

1. Politický transfer: Záměrné přijetí např. institucionálních struktur, ideologií, přístupů a myšlenek (Kazachstán)
2. Difuze politiky: Pronikání myšlenek HFA do národních politiky. Jednalo se zejména o pronikání inovačních praktik (Německo)
3. Politické sblížení: Formulace národní zdravotní politiky zcela nezávisle na WHO a jejím politickém rámci, které se objevuje u zemí s trvalou tradicí reagovat nezávisle na obecné podněty (Francie).

Role evropské politiky HFA ve formulaci národních zdravotních politik

Evropská politika HFA hrála různou roli při úsilí členských států formulovat své zdravotní politiky. V některých případech byla evropská politika HFA silným iniciačním činitelem, v jiných usnadňovala debatu v přípravném procesu. Také byla používána ke zdůvodnění politiky, která už byla plánována.

V tomto oddíle je uvedena jako příklad Česká republika: „Česká republika, podníčená debata a usnadnění politické formulace. V České republice politický rámec HFA nastartoval debatu o zdravotní politice a po téměř 20 let tento proces usměrňuje. V 80. letech se země zavázala realizovat politiku HFA a do češtiny bylo přeloženo 38 evropských cílů. V 90. letech bylo navrženo několik politik v linii HFA. Návrh reformy péče o zdraví (reflektoval multisektorový přístup k podpoře zdraví) a Národní program obnovy a podpory zdraví. V roce 2002 vláda schválila dlouhodobou strategii zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva nazvanou Zdraví 21: Zdraví pro všechny v 21. století. Dokument popisuje hlavní cíle pro rozvoj národního zdraví včetně úkolů a způsobů jak jich dosáhnout.“ (Doslovná citace)

Ovlivnění podnárodní úrovně

Rozšíření politiky HFA do podnárodní úrovně nebylo překvapením, protože tyto úrovně mají v mnoha evropských státech svou politickou reprezentaci, administrativní kompetence a finanční zodpovědnost za klíčové zdravotní funkce. Podnárodní politiky jsou silně ovlivněny zvláštními okolnostmi, a mají proto různou podobu. Např. ve Spojeném království v roce 1998 vznikly samostatné legislativní útvary Skotsko, Wales a Severní Irsko a byla na ně delegována péče o zdraví, nebo Německo, kde polovina států má formulovanou nebo navrženou zdravotní politiku nebo zdravotní cíle. Státy požádaly federální vládu, aby formulovala svou vlastní zdravotní politiku a cíle tak, aby doplňovaly kompetence států ve zdravotních oblastech. Doplňme, že v ČR se řadu let realizuje krajská HFA politika odvozená od národního programu ZDRAVÍ 21 v Libereckém a Pardubickém kraji. Aktualizace 2005, z níž citujeme, však tuto informaci neobsahuje.

Plány financování politiky HFA, infrastruktura a monitoring

Studie také zkoumala souvislost mezi formulací politiky HFA a její realizací. Jednou z takových spojek je plánování infrastruktury a finanční zdroje potřebné k realizaci politiky HFA a systémy k jejímu monitorování. Udržitelná politika vyžaduje manažerskou, lékařskou a vědeckou infrastrukturu stejně jako dostatečné prostředky k realizaci a monitorování politických opatření a intervencí. Nejsou-li tyto věci plánovány, není pravděpodobné, že i nejlepšími slovy formulovaná HFA politika bude úspěšně realizována. Ze 40 zkoumaných politik HFA, 32 obsahovalo určitá opatření k realizaci. Šlo o financování, infrastrukturu a monitorování výstupů.

Ovlivnily národní politiky HFA realizaci zdravotních iniciativ?

Studie nenašla důkazy, že národní politiky HFA ovlivnily přímo reformy zdravotnictví, programy nebo projekty. Zatímco evropská regionální politika HFA měla silný a často přímý vliv na způsob, jak členské státy formulovaly své národní zdravotní politiky, národní HFA politiky měly velmi malý přímý vliv na realizaci zdravotních aktivit. Současný vývoj, jako jsou nové francouzské a švédské zdravotní politiky, by mohl v dohledné budoucnosti ukázat lepší výsledky.

Poslední částí analýzy je několik poznatků o působení evropské HFA na některé společenské aktivity. Jsou uvedeny následující zkušenosti:

- Změna vnímání některých otázek. Tento účinek HFA byl uveden z Finska. Změna vnímání významu cílevědomé politiky může být důležitým prvním krokem, který ovlivňuje rozhodování a realizaci programů a projektů.
- Vliv rozhodovacího procesu. Další příklad z Finska: Zastánci veřejného zdraví pokládají za účinné odkazovat na evropský politický rámec, protože byl vytvořen respektovanou mezinárodní organizací a doporučen členskými státy.
- Orientace na aktivisty veřejného zdraví, zdravotnické profesionály a členy akademické komunity veřejného zdraví. Jde o důležitý, třebaže nepřímý vliv, který se ukázal jako účinný ve Spojeném království a dále.
- Pomoc v prosazování oprávněnosti požadavku na zlepšení infrastruktury péče o zdraví. V Kazachstánu byla národní politika faktorem pro ustavení Školy veřejného zdravotnictví.

Dalšími částmi dokumentu HFA Update 2005, o kterých zatím neinformujeme, jsou kapitoly o základních principech politiky HFA, o její historii, dále návod k praktické aplikaci principů a hodnot HFA a stručný přehled základních pomůcek pro hodnocení, kontrolu a implementaci HFA, určený tvůrcům politiky.

LITERATURA

1. The health for all policy framework for the WHO European Region: 2005 Update. European Health for All Series No. 7. Copenhagen: WHO; 2005.
2. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR: zdraví pro všechny v 21. století. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR; 2003.

Doc. MUDr. Jaroslav Kříž
Státní zdravotní ústav
Šrobárova 48
100 42 Praha 10
jkriz@szu.cz