

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Přírodovědecká fakulta**  
**Katedra rozvojových a environmentálních studií**



Přírodovědecká  
fakulta

Studijní program: P1314 Geografie  
Obor: 6702V004 Mezinárodní rozvojová studia

## **Health Impact Assessment v rozvojové agendě**

### **Disertační práce**

Mgr. Lenka MAŘINCOVÁ

Školitel: doc. RNDr. Pavel NOVÁČEK, CSc.

Olomouc 2019

## ***AUTORSKÉ PROHLÁŠENÍ***

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci doktorského studia Mezinárodní rozvojová studia na Katedře rozvojových a environmentálních studií Přírodovědecké fakulty Univerzity Palackého v Olomouci vypracovala samostatně pod vedením školitele doc. RNDr. Pavla Nováčka, CSc.

Všechny použité materiály a zdroje jsou citovány s ohledem na vědeckou etiku, autorská práva a zákony na ochranu duševního vlastnictví.

Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 30. 8. 2019  
Mgr. Lenka Mařincová

## ***PODĚKOVÁNÍ***

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému školiteli doc. RNDr. Pavlu Nováčkovi, CSc. za jeho podporu, rady a čas, které mi v posledních letech věnoval. Dále mu děkuji za jeho pozitivní, lidský a přátelský přístup, kterého jsem si vždy vážila a vážím.

Dále bych chtěla poděkovat Ing. Janě Loosové, Ph.D., za její odborné vedení, začlenění do českého HIA prostředí, nadšení pro dané téma, přátelství a motivaci, a to nejen studijní. Děkuji též Evě za její pomoc při finalizaci práce.

Největší díky patří především mým přátelům a mé rodině, která mi vytvořila skvělé podmínky pro studium, podporovali mě, věřili mi a byli velice ohleduplní při tvorbě této práce.

## SEZNAM ZKRATEK

ADB	Asijská rozvojová banka	<i>Asian Development Bank</i>
CSDH	Komise pro sociální determinanty zdraví	<i>Commission on Social Determinants of Health</i>
ČRA	Česká rozvojová agentura	
DAH	Zdravotně orientovaná rozvojová spolupráce	<i>Development Assistance for Health</i>
DRR	Snížování rizika katastrof	<i>Disaster Risk Reduction</i>
EHIA	Hodnocení vlivů na environmentální zdraví	<i>Environmental Health Impact Assessment</i>
EIA	Hodnocení vlivů na životní prostředí	<i>Environmental Impact Assessment</i>
EU	Evropská unie	<i>European Union</i>
FoRS	Fórum pro rozvojovou spolupráci	
HDP	Hrubý domácí produkt	
HIA	Hodnocení vlivů na zdraví	<i>Health Impact Assessment</i>
HiAP	Zdraví ve všech politikách	<i>Health in all Policies</i>
HNP	Hrubý národní produkt	
HR	Hodnocení zdravotních rizik	<i>Health risks</i>
IA	Hodnocení vlivů	<i>Impact Assessment</i>
IFC	Mezinárodní finanční korporace	<i>International Financial Corporation</i>
LCA	Životní cyklus produktu	<i>Life Cycle Assessment</i>
LDCs	Nejméně rozvinuté země	<i>Least developed countries</i>
MDGs	Rozvojové cíle tisíciletí	<i>Millennium Development Goals</i>
MMF	Mezinárodní měnový fond	
MoU	Memorandum o porozumění	<i>Memorandum of understanding</i>
MZV ČR	Ministerstvo zahraničních věcí České republiky	
NNO	Nestátní neziskové organizace	
ODA	Oficiální rozvojová pomoc	<i>Official Development Assistance</i>
OEDC	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
ORS	Odbor rozvojové spolupráce Ministerstva zahraničních věcí ČR	
OSN	Organizace spojených národů	

PRSP	Strategický dokument o snižování chudoby	<i>Poverty Reduction Strategy Papers</i>
SB	Světová banka	
SDGs	Cíle udržitelného rozvoje	<i>Sustainable Development Goals</i>
SEA	Posuzování vlivů koncepcí na životní prostředí	<i>Strategic Environmental Assessment</i>
SIA	Posuzování vlivů koncepcí na sociální prostředí	<i>Social Impact Assessment</i>
SZO/WHO	Světová zdravotnická organizace	<i>World Health Organization</i>
WATSAN	Přístup k vodě a kanalizaci	<i>Water and Sanitation</i>
ZRS ČR	Zahraniční rozvojová spolupráce České republiky	

## **OBSAH**

Úvod .....	6
1    Cíle práce.....	11
1.1    Konceptuální rámec práce .....	11
1.2    Záměr a cíle práce .....	14
2    Metody a metodický postup.....	18
2.1    Výzkumný vzorek .....	18
2.2    Metody sběru dat .....	18
2.3    Metody analýzy dat .....	20
2.4    Indikátory kvality výzkumu .....	20
2.5    Postup zpracování.....	20
2.6    Limity výzkumu .....	21
3    Koncept pojmu zdraví a jeho determinanty .....	22
3.1    Zdraví .....	22
3.2    Determinanty zdraví a jejich následky .....	25
3.3    Zdravotní následky.....	28
3.4    Zdravotní ekvita .....	29
3.5    Cesta k dosažení „Zdraví ve všech politikách“ .....	31
4    Hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessment, HIA) .....	34
4.1    Historické kořeny .....	34
4.2    Definice .....	36
4.3    Hodnoty .....	37
4.3.1    Udržitelný rozvoj.....	38
4.3.2    Demokratický přístup .....	38
4.3.3    Etické použití důkazů .....	38
4.3.4    Ekvita .....	39
4.4    Proces HIA.....	39
4.4.1    Screening .....	40
4.4.2    Scoping a vytvoření týmu HIA .....	43
4.4.3    Hodnocení dopadů a tvorba doporučení .....	52
4.4.4    Tvorba závěrečné zprávy/reportu .....	57
4.4.5    Monitorování a evaluace.....	57
4.4.6    Kvalita hodnocení HIA .....	58
4.5    Příklady implementace v jiných zemích.....	59
4.5.1    Příklad implementace – Slovensko.....	59
4.5.2    Příklad implementace – Dánsko .....	61
4.5.3    Příklad implementace – Nizozemsko .....	62
4.5.4    Příklad implementace – Austrálie .....	63
5    Postavení HIA v českém prostředí HiAP.....	65
5.1    Detailní ukotvení HIA v českém legislativním systému .....	65

5.2	Historické kořeny HIA v ČR a současný stav .....	71
5.3	Příklady dobré praxe v rámci České republiky.....	77
6	Výzkum I.....	79
6.1	Výzkumný vzorek, metody sběru dat .....	79
6.2	Výsledky průzkumu .....	82
6.3	Diskuse .....	86
6.4	Závěr výzkumu I. ....	92
7	Rozvojová agenda a zdraví.....	94
7.1	Rozvoj.....	94
7.2	Globální rozvojová agenda a role zdraví.....	99
7.3	Systém zahraniční rozvojové spolupráce České republiky .....	103
7.4	Metodika zahraniční rozvojové spolupráce.....	107
7.5	Příklad využití principů HIA v mezinárodním kontextu – Mezinárodní finanční korporace .....	109
8	Zdraví ve všech politikách v tzv. rozvojových regionech .....	111
8.1	Africký region .....	114
8.2	Region Latinské Ameriky.....	117
8.3	Asijský region .....	118
9	Výzkum II.....	121
9.1	Výzkumný vzorek, metody sběru dat .....	121
9.2	Dotazníkové šetření .....	121
9.3	Výsledky dotazníkového šetření .....	124
9.4	Polostrukturované rozhovory .....	133
9.5	Výsledky polostrukturovaných rozhovorů .....	134
9.6	Závěr výzkumu II. ....	139
9.7	Kontrolní list (screeningový checklist) .....	141
10	Závěr.....	151
11	Summary .....	155
12	Použitá literatura a zdroje.....	159
13	Přílohy .....	177
13.1	Příloha č. 1 .....	177
13.2	Příloha č. 2 .....	177

## **SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK**

Obrázek 1 Konceptuální rámeček práce (Z – označuje číslo záměru práce, detailní popis viz kapitola č. 2.3) .....	13
Obrázek 2 Vztah mezi determinanty, zdravotními následky a návrhem/projektem .....	25
Obrázek 3 Dělení determinantů a jejich příklady .....	26
Obrázek 4 Základní socio-ekologický model determinant zdraví .....	27
Obrázek 5 Tzv. Bartonův a Grantův model determinant zdraví (Barton a Grant 2006) .....	27
Obrázek 6 Grafické znázornění procesu HIA (Kučerová a Havel 2015; Hebert et al. 2012; Birley 2011) .....	40
Obrázek 7 Proces posuzování koncepcí na životní prostředí (SEA) .....	67
Obrázek 8 Postup výběru cílového vzorku dotazníkového šetření .....	82
Obrázek 9 Sektorový přehled alokace ZRS ČR (ČRA ČR 2017) .....	107
Obrázek 10 Schéma procesu projektového cyklu ZRS ČR (ČRA ČR 2018) .....	108
Obrázek 11 Analýza transkripce rozhovorů a vzniklé kódy a jejich členění .....	135
Graf 1 Četnost vypracovaných hodnocení držiteli licence HIA/rok .....	83
Graf 2 Názor respondentů na začlenění HIA do projektového cyklu ZRS ČR – výsledky dotazníků .....	133
Tabulka 1 Příklady nejvýznamnějších kategorií zdravotních důsledků relevantních k HIA (Birley 2011) .....	29
Tabulka 2 Návodná tabulka pro hodnocení dopadů (Kučerová a Havel 2015) .....	56
Tabulka 3 Významy rozvoje v historické perspektivě .....	96
Tabulka 4 SWOT analýza na téma „Začlenění nástroje HIA do ZRS ČR“ na základě výsledků dotazníků .....	131
Tabulka 5 Seznam provedených rozhovorů a kódování respondentů .....	134



## Úvod

Na lidském žebříčku hodnot je zdraví bezesporu hodně vysoko. Nepředstavuje samo o sobě cíl života, ale představuje rozhodně jednu z podmínek smysluplného žití. Navíc zájem, sdílená odpovědnost a péče o zdraví se stávají nezbytnou charakteristikou demokratické společnosti, která si zdraví váží (Holčík 2012). Nejen, že je zdraví uznáváno jako základní lidské právo (Česko 1992a), ale v posledních letech byl potvrzen i předpoklad, že zdravé obyvatelstvo je nedílná součást ekonomického rozvoje a politické stability státu (Fehr 2014).

Stav našeho zdraví určuje nejen naše genetická výbava, ale i prostředí, ve kterém žijeme. Toto je již obecně přijatý fakt. Na tuto skutečnost se zaměřili finští představitelé, když během předsednictví v Radě Evropské unie v roce 2006 vytvořili koncept „Zdraví ve všech politikách“. Tento koncept vycházel z myšlenky, že strategické dokumenty a projekty, které nejsou primárně zaměřené na zdraví, rapidně ovlivňují zdraví komunit. Tyto strategie nebo projektové záměry jsou většinou realizovány proto, aby se naše životní podmínky zlepšily. Může se ale stát, že i s tou nejlepší myšlenkou mohou mít tyto dokumenty vedlejší negativní dopady, které nemusí být na první pohled viditelné, nemusíme si je uvědomit, nebo ovlivňují určité skupiny v rozdílné míře. K tomu, aby se těmto negativním dopadům nebo nerovnostem předešlo, je využíván nástroj, který v podstatě hlídá dopad projektů/strategických dokumentů na zdraví lidských bytostí – Health Impact Assessment (Hodnocení vlivů na zdraví, HIA).

Mohlo by se říci, že HIA je určena k momentu zastavení se, zamyšlení se nad tím, co danou činností ovlivníme a na koho to bude mít dopad. Takže je v jádru zaměřena na sebereflexi lidských činností. Což není někdy úplně lehké.

Tento koncept byl mezinárodně uznán jako součást správné cesty za udržitelným rozvojem. Globálními i národními závazky státy přislíbily, že se budou snažit touto optikou dívat na důsledky svých aktivit, ať už v podobě národních koncepčních materiálů, nebo realizací mezinárodních projektů.

Právě oblast mezinárodní spolupráce a rozvoje je tématem této práce – potenciální možnost využití konceptu HIA u projektů zahraniční rozvojové spolupráce – projektů malého finančního objemu ve srovnání s objemy poskytnutými velkými

rozvojovými bankami. Protože i projekty objemově menší by měly být maximálně odpovědné vůči prostředí a vůči lidem. Je zde značná šance, že začleněním tohoto nástroje do již zaběhnuté metodiky projektového cyklu dojde ke zvýšení odpovědnosti realizovaných projektů.

Aby mohlo být toto potenciální začlenění v českém prostředí analyzováno, je nutné znát, jaká je momentální situace, využití, znalost a legislativní zakotvení nástroje HIA v České republice. Z těchto důvodů je práce rozdělena do dvou částí. První část mapuje obecné využití konceptu HIA v České republice. Od expertů, držitelů osvědčení, kteří mohou hodnocení HIA provádět, zjišťuje aktuální využití konceptu a jejich názor na nynější situaci. Druhá část se věnuje zahraniční rozvojové spolupráci České republiky a již zmíněnému možnému začlenění HIA do metodiky projektového cyklu. Zároveň se zaměřuje na povědomí a zkušenosti aktérů rozvojové spolupráce. Přemostění mezi českým a mezinárodním prostředím je především ve společných závazcích k udržitelnému rozvoji.

Hlavní inspirací ke zpracování tohoto tématu bylo propojení oborů veřejného zdraví a rozvojových studií a kniha Dr Martina Birleyho „Health Impact Assessment of Development Project“ (Birley 1995). Po přečtení této knihy se objevila první otázka, zda nástroj pro kontrolu dopadů na zdraví, který využívají mezinárodní instituce a rozvojové banky, by šel aplikovat i na projekty malého rozsahu a finančního objemu v rámci rozvojové spolupráce.

# 1 CÍLE PRÁCE

## 1.1 Konceptuální rámec práce

Konceptuální rámec ukazuje vztahy mezi výchozími koncepty, přístupy a předpoklady, ze kterých vychází struktura práce.

Prvotní premisa vychází z konceptu lidských práv. A tedy, že každá **lidská bytost** má právo na **zdraví**. Je to obecně přijatý a uznávaný fakt, podložený Základní listinou práv a svobod. Stejně uznávanou skutečností je, že zdraví není pouhá nepřítomnost nemoci, ale je o celkovém well-beingu<sup>1</sup> člověka. Na základě této myšlenky bylo akceptováno, že především okolní životní podmínky a životní prostor ovlivňují zdraví lidí. Z tohoto předpokladu se vycházelo i při tvorbě konceptu **Zdraví ve všech politikách**, kdy se upozorňovalo na závažné důsledky implementace politických a strategických dokumentů nebo projektových záměrů, které se explicitně nevěnují zdraví (tj. nejsou zdravotními politikami), ale jejich dopad je zásadní (např. doprava, územní rozvoj, vzdělávání). Zdraví ve všech politikách bylo oficiálně přijato Evropskou unií (dále jen EU) a následně Světovou zdravotnickou organizací (dále jen SZO) v roce 2006 jako základní stavební kámen primární prevence.

Jako implementační nástroj pro kontrolu těchto dopadů byl vybrán koncept ze skupiny Hodnocení vlivů (Impact Assessment, dále jen IA), který je zaměřen přímo na hodnocení dopadů na zdravotní determinanty – tedy Hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessment, dále jen HIA).

Hodnocení vlivů na zdraví má v rámci českého prostředí omezenou legislativní podporu, ale objevuje se jako závazek v národních dokumentech – z pohledu zdravotní politiky v Národní strategii Zdraví 2020 a z pohledu strategie udržitelného rozvoje v dokumentu Česká republika 2030.

Zdraví ve všech politikách odkazuje na všechny oblasti politik, které jsou implementovány, včetně té zahraniční, a o úroveň níže tedy i **rozvojovou agendu**. Společným jmenovatelem nástroje na hodnocení vlivů dopadů na zdraví a rozvojové agendy jsou především výchozí hodnoty. Tyto hodnoty staví zejména na konceptu

---

<sup>1</sup> Pocit pohody a zdraví. (Vokurka a Hugo 2015)

**udržitelného rozvoje** a snaží se k němu směřovat. Globálně zastřešujícím závazkem k udržitelnému rozvoji jsou Cíle udržitelného rozvoje (SDGs) schválené na summitu OSN v září 2015 v New Yorku. Podpora lidského zdraví a zlepšení životních podmínek lidí jsou jedním z klíčových prvků udržitelného rozvoje, tedy i SDGs.

Součástí globální rozvojové agendy je i systém rozvojové spolupráce Evropské unie. Členové Evropské unie poskytují největší objem finančních prostředků určených na rozvojovou spolupráci a Česká republika je od roku 2004 součástí **evropského systému rozvojové spolupráce**.

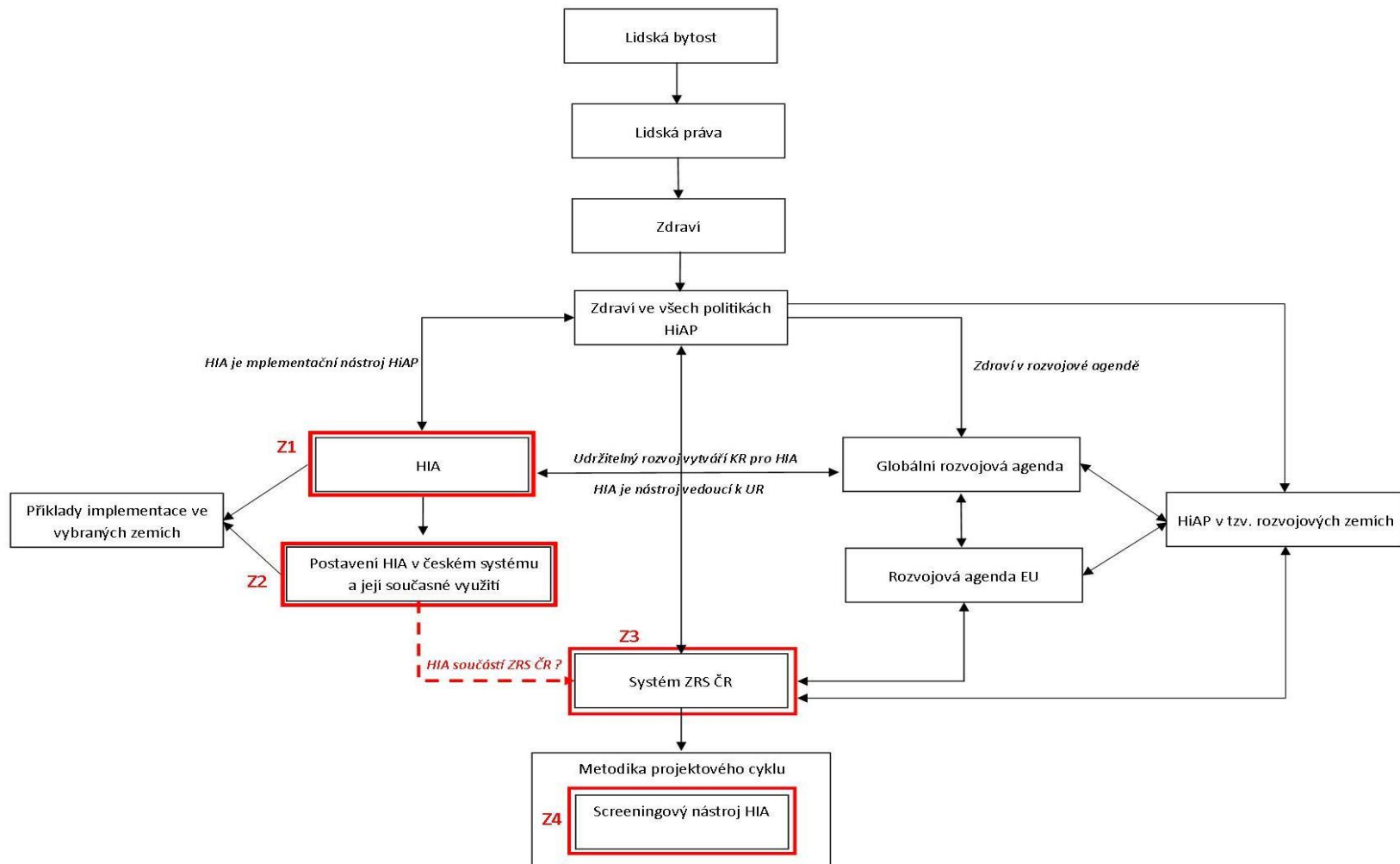
Koncept Zdraví ve všech politikách byl přijat na globální úrovni. Tedy i ve státech, vůči kterým je rozvojová politika uplatňována a které jsou partnery a příjemci rozvojových projektů. Proto i zpětně ovlivňují realizaci těchto projektů svými strategickými rozvojovými dokumenty a v nich stanovenými požadavky.

Zahraniční rozvojová spolupráce je tedy zaštitěna globálními závazky k udržitelnému světu, politikou Evropské unie, národní legislativou a strategií a zároveň je odpovědná vůči přijímajícím státům. Výstupem této práce je tedy analyzovat komplexní situaci implementačního nástroje Zdraví ve všech politikách – HIA a možnost jeho využití v systému rozvojové spolupráce jako zvýšení odpovědnosti vůči přijímajícím komunitám.

### **Vymezení základních pojmů**

**Rozvojová agenda** je v této práci brána ve smyslu mezinárodního rozvoje a rozvojové spolupráce. Obsahuje systém opatření vedoucí k udržitelnému rozvoji a systém rozvojové spolupráce ve vztahu k tzv. rozvojovým zemím. Pojem rozvojová agenda je používán i ve smyslu místního rozvoje např. v České republice (územní plánování atd.). V této oblasti a podmínkách se nástroj HIA též využívá, ale rozsah a zadání práce byl zaměřen pouze na obecné zmapování aktuální situace a na mezinárodní aspekt rozvoje.

**Hodnocení vlivů na zdraví (HIA)** je bráno ve své široké definici popsané a akceptované v mezinárodních odborných kruzích, tj. vychází ze socio-ekologického modelu determinant zdraví. Nejedná se o pouhé hodnocení zdravotních rizik.



Obrázek 1 Konceptuální rámec práce (Z – označuje číslo záměru práce, detailní popis viz podkapitola č. 1.2)

## 1.2 Záměr a cíle práce

Disertační práce se věnuje tématu „Health Impact Assessment“ jako implementačnímu nástroji evropské klíčové strategie „Zdraví ve všech politikách“ (Leppo 2013) v českém prostředí.

Práce obsahuje celkem čtyři hlavní záměry. První záměr je čistě teoretický a čerpá především z dostupné literatury. Druhý a třetí záměr má část teoretickou, na kterou navazuje část praktická. Čtvrtý záměr se orientuje především na praktický přínos.

Záměry práce:

Záměr 1: Představit koncept Hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessment).

Záměr 2: Analyzovat historii a postavení HIA v českém prostředí.

Záměr 3: Analyzovat potenciální využití konceptu HIA v systému rozvojové spolupráce České republiky.

Záměr 4: Navrhnout screeningový nástroj určený pro projekty zahraniční rozvojové spolupráce.

Nejprve došlo k formulaci záměrů a cílů. Cíle byly následně převedeny do konkrétní podoby a jednotlivé výzkumné otázky povedou právě k naplnění cílů a následně i záměrů.

Pro jednodušší orientaci jsou použity následující zkratky: C – cíl, VO – výzkumná otázka.

### **Záměr 1: Představit koncept Hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessment).**

- C1: Vysvětlit model determinant zdraví a koncept „Zdraví ve všech politikách“.
  - ~ VO1: Z čeho model determinant zdraví vychází, z jakých předpokladů?
  - ~ VO2: Jaké jsou historické kořeny konceptu „Zdraví ve všech politikách“ a co koncept tvrdí?
- C2: Popsat konceptuální rámec, historické kořeny, typy a výchozí hodnoty HIA.
  - ~ VO1: Jaké jsou historické kořeny metodiky „Hodnocení vlivů na zdraví“ a z jakých hodnot koncept vychází??
  - ~ VO2: Jaké kroky obsahuje proces HIA?
  - ~ VO3: Jaké jsou typy HIA?
- C3: Uvést příklady dobré praxe a různé způsoby implementace HIA ve vybraných zemích.
  - ~ VO1: Jaké jsou příklady způsobu implementace HIA na národní úrovni ve vybraných zemích?

První záměr je věnován samotnému konceptu a metodologii HIA. Nejprve dochází k ujasnění si pojmu zdraví a vysvětlení výchozího modelu, tj. determinant zdraví. Práce dále navazuje popisem konceptu „Hodnocení vlivů na zdraví“ a sleduje historii vývoje konceptu, definici, zasazení do ostatních součástí Impact Assessmentu, detailně rozepisuje postup, použité metody, typy a provádí rešerši dosavadní literatury. Zároveň kompletuje všechny dosavadní zdroje a studie, které byly v rámci tématu dostupné. Uvádí i příklady dobré praxe implementace konceptu HIA na národní úrovni a zakotvení ve vybraných státech.

### **Záměr 2: Analyzovat historii a postavení HIA v českém prostředí.**

- Cíl 4: Charakterizovat historii a legislativní ukotvení HIA v české legislativě.
  - ~ VO1: Jaké je historické pozadí a legislativní postavení HIA v českém systému?
  
- Cíl 5: Zjistit, jak vidí držitelé osvědčení odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví postavení HIA v českém prostředí. Jaké jsou příklady dobré praxe, jaká je frekvence využívání hodnocení, návaznost na Národní strategii Zdraví 2020 a regionální politiky. Jaké jsou největší problémy a, v neposlední řadě, jaký je jejich názor na způsob možné plošné implementace?
  - ~ VO1: Jaké je aktuální využití konceptu HIA v České republice?
  - ~ VO2: Reflektuje hodnocení HIA „Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020“ a regionální politiky?
  - ~ VO3: Jaká je situace v oblasti lidských zdrojů?
  - ~ VO4: Jaký je názor držitelů osvědčení na připravenost a způsob implementace HIA na národní úrovni?

Druhý záměr se věnuje postavení „Hodnocení vlivů na zdraví“ v České republice, a to především jeho legislativnímu ukotvení. Dále se věnuje vztahu s „Hodnocením dopadů na životní prostředí (EIA)“ a „Posuzováním koncepcí na životní prostředí (SEA)“. V rámci praktické části Záměru 2 se práce zaměřuje na zjištění vnímání postavení a využívání konceptu v českém prostředí očima držitelů osvědčení. Zároveň práce otevírá otázku plošné implementace a zjišťuje názory expertů na ideální cestu implementace v České republice.

### **Záměr 3: Analyzovat potenciální využití konceptu HIA v systému rozvojové spolupráce České republiky.**

- Cíl 6: Popsat historické kořeny mezinárodního rozvoje, najít styčné body mezi globálními závazky, konceptem determinant zdraví a „Zdravím ve všech politikách“.
  - ~ VO1: Jaké jsou společné body a mezinárodní závazky v rámci globálního rozvoje, konceptem determinant zdraví a „Zdravím ve všech politikách“?
- Cíl 7: Analyzovat situaci zakotvení konceptu „Zdravím ve všech politikách“ v tzv. rozvojových zemích.
  - ~ VO1: Jaké jsou závazky Zdravím ve všech politikách v rámci vybraných jednotlivých rozvojových regionů?
- Cíl 8: Zjistit, jaké je povědomí o využívání konceptu HIA mezi aktéry české rozvojové spolupráce a jaké vidí příležitosti/ohrožení jejího začlenění do Metodiky ZRS ČR.
  - ~ VO1: Jaké je povědomí obecně o IA, konkrétně o HIA mezi aktéry ZRS ČR?
  - ~ VO2: Jaké je využití HIA nebo podobného nástroje ve fungování organizací/institucí v rámci ZRS ČR?
  - ~ VO3: Jaké vidí zástupci ZRS ČR pozitiva/příležitosti zahrnutí HIA do Metodiky projektového cyklu rozvojové spolupráce?
  - ~ VO4: Jaké vidí zástupci ZRS ČR negativa/hrozby zahrnutí HIA do Metodiky projektového cyklu rozvojové spolupráce?

Záměr 3 byl orientován na potencionální využití konceptu „Hodnocení vlivů na zdraví“ v české rozvojové agendě. V teoretické části dochází k popisu historických kořenů rozvoje a rozvojového diskurzu. Hledá společné body s konceptem determinant zdraví a Zdravím ve všech politikách. Nejprve na globální a mezinárodní úrovni, následně pak v českém prostředí. Na situaci se dívá i z obráceného hlediska – jak je koncept Zdravím ve všech politikách vnímán v tzv. rozvojových zemích.

**Záměr 4: Navrhnout screeningový nástroj určený pro projekty zahraniční rozvojové spolupráce.**

- C9: Navrhnout kontrolní list (screeningový checklist) pro projekty zahraniční rozvojové spolupráce.
  - ~ VO1: Jak by vypadal kontrolní list určený pro projekty zahraniční rozvojové spolupráce?

Záměr 4 se zaměřil na návrh screeningového nástroje, který by byl vhodný pro projekty zahraniční rozvojové spolupráce.



Tyto cíle a výzkumné otázky představují komplexní přístup k analýze postavení Hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessmentu) jako implementačního nástroje konceptu Zdraví ve všech politikách. Konkrétně se věnují systému zahraniční rozvojové spolupráce.

## 2 METODY A METODICKÝ POSTUP

### 2.1 Výzkumný vzorek

Praktická část výzkumu probíhala celkem ve třech záměrech:

- Záměru 2, cíli 5: Zjistit, jak vidí držitelé osvědčení odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví postavení HIA v českém prostředí. Jaké jsou příklady dobré praxe, jaká je frekvence využívání hodnocení, návaznost na Národní strategii Zdraví 2020 a regionální politiky. Jaké jsou největší problémy a, v neposlední řadě, jaký je jejich názor na způsob možné plošné implementace?
- Záměru 3, cíli 8: Zjistit, jaké je povědomí o využívání konceptu HIA mezi aktéry české rozvojové spolupráce a jaké vidí příležitosti/ohrožení jejího začlenění do Metodiky ZRS ČR.
- Záměru 4, cíli 9: Navrhnout kontrolní list (screeningový checklist) pro projekty zahraniční rozvojové spolupráce.

Data byla získána metodami rozhovorů a dotazníků. Výběrový soubor byl zvolen nepravděpodobnostní technikou výběru vzorku, konkrétně kriteriálním vzorkováním (tj. vybíráme všechny případy, které splňují předem daná kritéria). Dále bylo využito metody sněhové koule. Jak uvádí Disman (1999), *technika sněhové koule* spočívá ve výběru jedinců, při kterém nás původní informátor vede k jiným členům naší cílové skupiny a zároveň říká: „*Je to technika identifikace populace, a ne vytvoření reprezentativního vzorku.*“ (Disman 1999), tj. do „teoretické nasycenosti vzorku“, kdy se už noví jedinci neobjevují.

### 2.2 Metody sběru dat

V průběhu sběru dat a naplnění záměru 1, 2, 3 a 4 bylo využito několika metod.

Teoretická část práce je založena na rešerši literatury a kompilaci získaných informací. Autorka se snažila dohledat veškerou vhodnou a dostupnou literaturu k tématu. Bohužel české zdroje jsou velice omezené a na dané téma existuje pouze velice nízký počet publikací – Rychlíková et al. 2006; Valenta a Kučerová 2007; Kučerová a Havel 2015. Literaturu dále doplňuje česká legislativa a příslušné zákony.

Byla tedy využita převážně literatura v anglickém jazyce. Do dnešní doby byly publikovány v českých odborných periodikách pouze dva články na dané téma (Valenta a Kučerová 2007; Mařincová, Loosová, a Guliš 2016). V odborných zahraničních periodikách se autorce nepodařilo dohledat jediný článek, recenzi nebo kapitolu knihy.

Příspěvky na konferenci reflektující situaci HIA v České republice byly prezentovány dva, a to na European Public Health Conference v roce 2015, 2017 a v roce 2018 byl vystaven poster (Mařincová a Kučerová 2015; Loosová 2017; Mařincová 2018). Tato práce má mimo jiné v úmyslu obohatit existující literaturu na téma Hodnocení vlivů na zdraví v České republice.

U každého dílčího výzkumu Záměrů 2, 3 a 4 jsou na začátku kapitoly detailně popsány použité metody sběru dat, výzkumný vzorek, výsledky a diskuse.

U Záměru 2 a 3 jsou hlavně využity dotazníky. Dotazníky byla plošně sesbírána širší a obecnější data, která byla metodou rozhovorů konkretizována. Tato metoda byla zvolena především z několika důvodů – relativně nízké nároky na čas a finance, možnost opakovaného použití dotazníku, určitá míra anonymity a reprezentativnost výsledků. Dotazník obsahoval jak uzavřené, tak otevřené otázky. Zaměřil se na tyto typy otázek: výzkumné (tj. ty, které poskytují potřebné informace a údaje), filtrační (dělí respondenty podle toho, jestli se mohou k problému vyjádřit, či nikoliv) a projekční (neklade otázku přímo respondentovi, ale ptá se respondenta na názor jiných lidí, zároveň předpokládá, že do odpovědi promítne názor vlastní). (Reichel 2009) Před konečnou distribucí bylo několik dotazníků pilotně otestováno, a to hlavně pro finalizaci jejich logické struktury a srozumitelnosti kladených otázek.

Dále výzkum použil metodu polostrukturovaných rozhovorů (Záměr 3). Struktura rozhovoru nebyla striktně dána, aby umožnila autorce vkládat další otázky. Byla však vytvořena jejich osnova a stěžejní otázky, kterých se autorka držela. Zde byl též brán zřetel na určitou citlivost tématu – vzhledem k tomu, že se jedná o téma, které je závislé na politické podpoře, výsledky rozhovorů jsou brány jako osobní názory dotazovaných respondentů, nikoliv oficiální vyjádření ani stanovisko instituce nebo organizace. Z tohoto důvodu byla dodržena i anonymita respondentů.

V Záměr 4 došlo k vyhledání již existujících screeningových nástrojů – převážně checklistů. Následně došlo k jejich hodnocení kvalitativními kritérii, analýze, brainstormingu, konzultacím a k vytvoření vlastního nástroje.

Každý konkrétní cíl této práce je něčím specifický, jednotlivé metody se prolínaly a doplňovaly a byly použity tak, aby bylo docíleno co nejlepších výsledků šetření. Výsledky šetření a práce byly zaslány všem účastníkům výzkumu a zainteresovaným skupinám.

## **2.3 Metody analýzy dat**

Cílem metod analýzy dat je přinést přesvědčivé informace o existenci určitého jevu. Existuje několik typů, strategií a přístupů, které lze použít. Tato práce především reflektuje realistický přístup, tzn., že autorka chápe získaná data jako jedinou realitu, za využití strategie redukce, rozkrytí a interpretace (kódování) dat. Při analýze dat a přehledu literatury bylo využito dedukce (usuzování) a indukce (generalizace).

## **2.4 Indikátory kvality výzkumu**

Autorka se ztotožňuje s jedním z uvedených náhledů na kritéria kvality v kvalitativním výzkumu dle Švaříčka a Šedové (2010) – přebírání zaužívaných kritérií kvalitativního výzkumu – tzv. základní triády: objektivita – nezávislost výsledků na osobách, které je analyzují a vyhodnocují; validita – platnost výsledků, zjištění toho, co mělo být zjištěno; spolehlivost – porovnání, zda by za stejných okolností došlo k identickým závěrům i v případě jiného tazatele. Objektivitu se autorka snažila dodržet správným vymezením problematiky, výběrem použitých metod a precizním formulováním výzkumných otázek. K zjišťování reliability bylo využito porovnávání více odpovědí respondentů, kteří hodnotí stejnou situaci za použití více metod (kombinace dotazníků a rozhovorů).

Jak již bylo zmíněno, k tomu, aby se docílilo kvalitního výzkumu, bylo využito několik metod sběru dat (rozhovory, dotazníky, analýza dokumentů), tj. byla využita triangulace. Autorka si je vědoma toho, že výzkum by měl být transparentní.

## **2.5 Postup zpracování**

Řešení cílů a záměrů probíhalo dle standardů, které jsou kladeny na odborný text. V úvodu došlo především k formulaci záměrů a výzkumných otázek tak, aby směřovaly k naplnění cílů práce. K tomu byly využity výše zmíněné metody za dodržení uvedených podmínek pro kontrolu kvality získaných dat. Následně proběhla detailní analýza dostupné literatury.

K pochopení komplexní problematiky a promítnutí těchto znalostí do teoretické i praktické části práce výrazně přispěla odborná tříměsíční stáž na Univerzitě jižního Dánska (Health Research Unit), dvouměsíční stáž na Kalifornské univerzitě (Global Health Department) a odborná stáž na Státním zdravotním ústavu v Praze.

Praktická část byla výsledkem interakce oslovených cílových skupin a teoretických znalostí.

V práci se používá spojení Hodnocení vlivů na zdraví/HIA/Health Impact Assessment ve stejném významu. Autorka narazila na nesoulad ve skloňování slova HIA. Pojem Health Impact Assessment se v českém jazyce překládá jako Hodnocení vlivů na zdraví. Zkratka se využívá z anglického originálu, tj. HIA. Občas dochází k problémům se skloňováním – pokud se v textu píše o Hodnocení vlivů na zdraví, používá se střední rod. Pokud se vyskytuje zkratka HIA, využívá se ženský rod. V práci byla využita zaběhnutá praxe v českém prostředí u Hodnocení vlivů na životní prostředí, tj. EIA.

U vymezení zemí, které jsou příjemci rozvojových projektů, je používáno označení tzv., a to z důvodu rozvojového diskurzu a debatě, jak správně měřit rozvoj a jaké je korektní označení.

## **2.6 Limity výzkumu**

Autorka též reflektuje limity výzkumu.

Práce se především potýkala s nedostatkem podkladů v české literatuře. Počet odborné literatury, manuálů a návodů je velmi omezený. Tento nedostatek se autorka pokusila nahradit zahraniční literaturou, a to především anglickou. Na druhou stranu tato situace dává prostor disertační práci mezeru částečně vyplnit, toto téma podpořit a rozšířit povědomí nejen mezi odborníky, ale i mezi aktéry rozvojové spolupráce.

Další omezení je vidět ve sběru dat v rámci dotazníkového šetření a počtu rozhovorů. Práce se zaměřuje na dvě velice specifické cílové skupiny, které nejsou v České republice příliš velké, a tomu odpovídá i velikost vzorku, který byl osloven. Z tohoto důvodu se analýza získaných dat více zaměřovala na obsah a kvalitu dat než na kvantitativní analýzu.

Vzhledem k povaze tématu, které je na národní úrovni závislé na politické vůli a otevřenosti, se jedná spíše o práci teoretickou, která vychází z mezinárodních závazků. Bohužel autorka nemohla nijak ovlivnit následné využití výstupů v praxi.

### 3 KONCEPT POJMU ZDRAVÍ A JEHO DETERMINANTY

#### **Záměr 1: Představit koncept Hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessment).**

- C1: Vysvětlit model determinant zdraví a koncept „Zdraví ve všech politikách“.
  - ~ VO1: Z čeho model determinant zdraví vychází, z jakých předpokladů?
  - ~ VO2: Jaké jsou historické kořeny konceptu „Zdraví ve všech politikách“ a co koncept tvrdí?

#### **3.1 Zdraví**

Každý člověk si dokáže představit, co se pod pojmem „zdraví“ ukrývá. Definovat ho však není vůbec jednoduché. Můžeme se ale shodnout, že všechny definice považují zdraví za důležitý prostředek k uskutečňování životních cílů, tj. jako dynamický jev (Křivohlavý 2003).

Požitek z nejvyššího dosažitelného stupně zdraví je jedním ze základních práv každého člověka (Česko 1992a), bez ohledu na rasu, náboženství, politické přesvědčení či ekonomické a sociální podmínky (Nováček 2010). Zároveň je zdraví jedna z nejméně ceněných osobních (individuálních) a společenských (sociálních) hodnot. Jak navíc konstatuje Kučerová a Havel (2015): *„Zdravé obyvatelstvo už ze své podstaty představuje základní předpoklad pro rozvoj státu.“* Tudíž je zdraví považováno za hodnotu celospolečenské ochrany.

Jako nejčastěji citovaná definice zdraví slouží jeden z odstavců Ústavy Světové zdravotnické organizace (SZO) (WHO 1946): *„Zdraví je stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“* Tato již víc jak půlstoletí stará definice často vyvolává mezinárodní debatu o její realitě a idyličnosti (Holčík 2012; Saracci 1997). Základní otázkou by bylo, kdo by byl vlastně stoprocentně zdravý a jak přesně by se definovala duševní, tělesná a sociální pohoda.

Holčík (2012) se pokouší tuto definici rozebrat a přiblížit: *„Není to definice ale v pravém slova smyslu. Spíše se jedná o formulaci záměru WHO, která se neorientuje jen na nemoci a poruchy zdraví, ale věnuje se zdraví v celé jeho šíři a plnosti i v návaznosti na všechny okolnosti, které s ním souvisejí.“* Především tedy odkazuje právě na tři základní aspekty zdraví – duševní, tělesnou a sociální stránku, i když je přesně ale nedefinuje. A tím se vzdaluje od pojmu, že zdraví je pouhá nepřítomnost

nemoci. (Warwick-Booth et al. 2012) Základním předpokladem pochopení celého konceptu je vnímat zdraví jako velký multidimenzionální systém a ani na jednu z těchto složek nezapomínat.

Nad výhodami i zápory této definice se zamýšlí Křivohlavý (2003) a pokouší se je shrnout. Za klady uvedeného vymezení zdraví lze rozhodně považovat, že definice SZO ukazuje na zdraví jako na kladnou obecně žádoucí hodnotu a zároveň že zdraví je více než nepřítomnost nemoci nebo pouze fyzický rozměr, ale zahrnuje i problematiku duševního zdraví a zdravých vzájemných vztahů mezi lidmi; současně se snaží mít motivační charakter, jelikož naznačuje cíl a v neposlední řadě je to definice krátká, stručná a srozumitelná širokému spektru lidí. Oproti tomu doplňuje již zmíněné zápory, např. že nedefinuje pojmy, které používá, ani kritéria ideálu, který stanoví; sice je nejčastěji citována, ale je nepraktická, nerealistická a může být vnímána tak, že poukazuje na v podstatě nedosažitelný stav a opomíjí subjektivní pocity člověka (kdy jedinec má pocit, že ho něco trápí, ale neví se, jaké povahy by to mohlo být). Proto se na této definici neustále pracuje a její nejnovější pojetí bylo rozpracováno do tzv. pracovní definice, která reflektuje vytýkané negativní aspekty. Dle tohoto pojetí je zdraví *„celkový (tělesný, psychický, sociální) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“* (Křivohlavý 2003).

Akademický diskurz se zabýval pojetím zdraví z mnoha úhlů pohledu a popsáno bylo několik modelů (např. humanitní, sociologický, biologický, behaviorální) (Holčík 2004). Zaměříme se pouze na charakteristiku dvou: biomedicínského a socio-ekologického.

Biomedicínský, tzv. přírodovědný model má hluboké historické kořeny v klinické praxi a zaměřuje se především na symptomy nemoci, diagnostická kritéria, dostupnost vyšetření a vhodné terapie. *„Odpovídá na otázku, zda byla nemoc prokázána. Stav nepřítomnosti nemoci je považován za zdraví.“* (Holčík 2004)

S rozvojem sociologie a humanitních oborů na tento model navazovaly další modely, které se již zaměřovaly a upozorňovaly na multidimenzionalitu celého konceptu zdraví (Chatterji et al. 2002), jehož pochopení je základním předpokladem pro přípravu i realizaci opatření vedoucích k prevenci a zlepšení zdraví. *„Pacient je v této souvislosti chápán jako součást společnosti a širokého ekosystému.“* (Holčík

2004) Z této myšlenky vychází i socio-ekologický model. Na lidskou bytost je nahlíženo jako na člena (rodina, škola, zaměstnání nebo zájmové kroužky) populačního prostředí a zdůrazňuje, že řada opatření realizovaných na populační úrovni může mít příznivý, popřípadě i negativní dopad na lidské zdraví (Holčík 2012). Další charakteristiky modelu vysvětluje (Holčík 2009) a shrnuje je do následujících bodů:

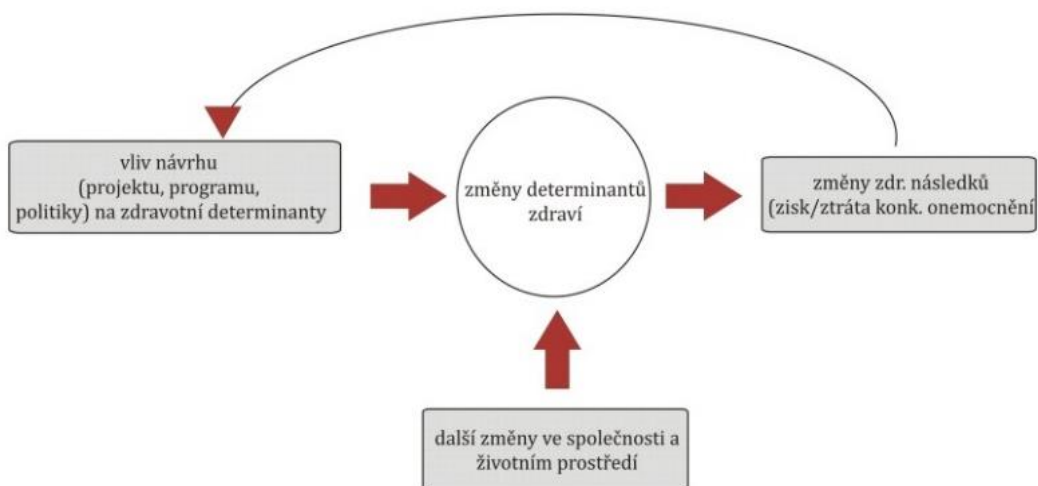
- jeví zájem o všechny charakteristiky zdraví, zejména o sociální (věk, vzdělání, příjem apod.),
- je vnímavý ke kulturním, sociálním i individuálním humánním hodnotám a studuje jejich vztah ke zdraví,
- věnuje pozornost jak objektivní, tak subjektivní stránce zdraví a jeho poruch,
- respektuje skutečnosti, že lidé mohou příznivě reagovat na celou škálu metod péče o zdraví (neexistuje jen jediná cesta),
- studuje vztah jednání lidí a zdraví v kontextu každodenního života,
- chápe, že zdraví je podmíněno vztahy mnoha lidí a zdaleka nejde jen o důsledek vztahu lékaře a pacienta,
- pracuje s vědomím vlastní důstojnosti, péče o sebe sama, s pocitem sounáležitosti a dobré vůle pomoci ostatním, tvoří základní východisko péče o zdraví i poskytování zdravotnických služeb.

Tento model se též neustále vyvíjí a je základním východiskem pro další nově vznikající modely reflektující především dnešní rychle se vyvíjející, globalizovaný a technologicky pokročilý svět čelící civilizačním a globálním problémům. V těchto modelech se pak objevují nové aspekty a charakteristiky zdraví, např. nezdolnost (z *angl. hardiness*) jako úspěšné zvládnání stresu, popřípadě schopnost adaptace, zralost – ve vývojovém smyslu, spontaneita a kreativita, subjektivní vnímání sebe sama (z *angl. self-respect, self-reliance, high self-esteem, self-efficiency*) apod. (Holčík et al. 1998) Právě z tohoto modelu vychází celý koncept Health Impact Assessmentu – zdraví a nemoc jsou výsledkem dynamického vztahu mezi organizmem a prostředím. A mění se v závislosti na změnách, které probíhají jak v lidském organizmu, tak v prostředí, ve kterém člověk žije (Čevela et al. 2009). Tuto myšlenku dále rozvíjí Holčík (2009) a poznamenává: „Zdraví vzniká v rodinách, ve školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí, pracují, odpočívají i stárnou a radují se ze všeho, co plnohodnotný lidský život může poskytnout.“ Zdraví tedy není stav, ale proces. Tento proces je ovlivňován mnoha faktory, které obecně nazýváme determinanty zdraví (WHO 2015d).



### 3.2 Determinanty zdraví a jejich následky

Health Impact Assessment si zakládá na svém holistickém přístupu ke zdraví a ve svém hodnocení se snaží zahrnout všechna zdravotní rizika, která jsou oprávněně spojená s hodnoceným dokumentem (ať už se jedná o strategický dokument, politiku, nebo projektovou dokumentaci). Birley (2011) uvádí, že jeden ze způsobů, jak ujednotit výchozí metodologii Health Impact Assessmentu (HIA), je vycházet z konceptu determinant<sup>2</sup> zdraví a jejich následků.



Obrázek 2 Vztah mezi determinanty, zdravotními následky a návrhem/projektem

Determinanty zdraví se dělí do několika podskupin: sociální determinanty (životní prostředí – sociální a fyzické), behaviorální (životní styl), biologické (genetický základ) a zdravotnická péče. Životní styl má z hlediska vlivu na zdraví lehce přes nadpoloviční většinu, životní prostředí kolem 20–25 %, genetické a konstituční faktory kolem 10–15 % a zdravotnická péče kolem 10–5 %. (Tarlov 1999; Dolanský 2008; Machová a Kubátová 2009; Centre for Disease Control and Prevention 2015)

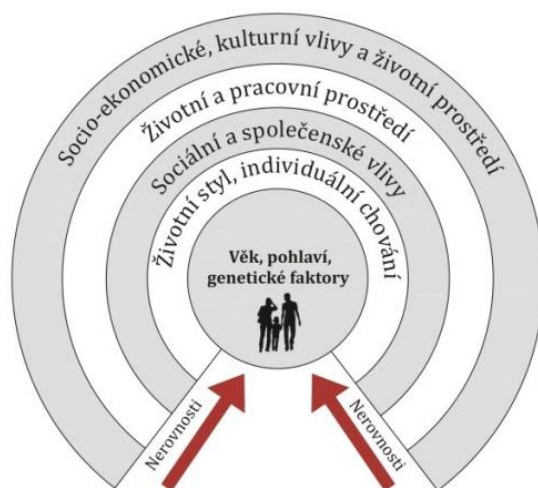
<sup>2</sup> Souhrn jevů a podmínek, které určují, popř. výrazně ovlivňují zdraví. Zahrnují širokou škálu osobních, sociálních a ekonomických faktorů i charakteristik životního prostředí. Často se připomínají tyto čtyři základní determinanty zdraví, a to genetický základ, životní prostředí, chování lidí a zdravotnické služby. Faktory psychické a behaviorální jsou výslednicí působení sociálního a vnitřního prostředí. (Vokurka a Hugo 2015)



**Obrázek 3 Dělení determinantů a jejich příklady**

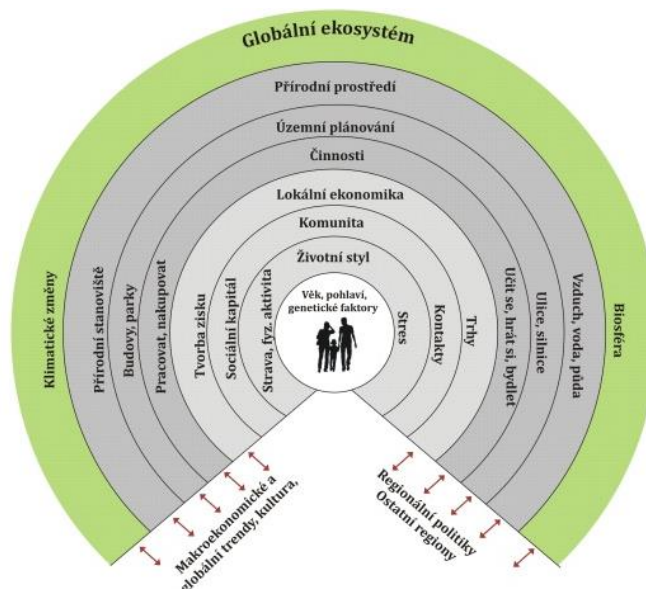
Prvním z průkopníků vnímání důležitosti determinant zdraví byl Marc Lalonde, úspěšný kanadský politik a ministr zdravotnictví, pod jehož vedením byla v roce 1974 publikována zpráva „A new perspective on the health of Canadians“. Tato zpráva tvrdila, že dosavadní důraz na biomedicínsky pojatý systém zdravotní péče je nedostatečnou cestou pro zlepšení celkového zdraví populace a že se potřebujeme nově podívat za tradiční „systém péče o zdraví“ a propojit všechny sektory. Poté jsme schopni dosáhnout skutečného zvýšení úrovně veřejného zdraví. Tato zpráva byla pak s odstupem let hodnocena v literatuře jako první moderní dokument představený v západním světě, který upozorňoval na široké pojetí determinant zdraví. (Lemco 1994)

Ze stejného vnímání determinant a jejich vlivu na zdraví v rámci socio-ekologického modelu vycházeli Dalgren a Whiteheadová (1991), když v roce 1991 publikovali svůj model. Snažili se graficky znázornit vztah mezi jednotlivcem, jeho prostředím a nemocí. Jedinec je umístěn do centra grafu s již předem danou genetickou výbavou. Vrstvy, které jedince obklopují, jsou vlivy a faktory, které může ovlivnit ku prospěchu nebo neprospěchu svého zdraví. První vrstva pokrývá osobní chování a způsob života. Další vrstva se zaměřuje na životní prostředí, interakci v komunitě anebo faktory, které se dají v rámci komunity ovlivnit. Třetí vrstva obsahuje strukturální faktory: bydlení, pracovní podmínky, přístup ke službám apod. Poslední vrstva celý model zastřešuje a odkazuje na celkové socioekonomické, kulturní podmínky a životní prostředí.



Obrázek 4 Základní socio-ekologický model determinant zdraví

Tento model následně rozpracovali Barton a Grant (2006). Tzv. Bartonův a Grantův model determinant zdraví původní model rozšiřuje o globální úroveň. Upozorňuje především na to, že čím dále směrem od středu diagramu jste, tím více jsou jednotlivé skupiny determinant ovlivněny různými strategickými dokumenty, politikami, projekty a programy v různých sektorech – např. životní prostředí, doprava, územní plánování, vzdělávací politika a systém, úroveň kriminality, zdravotní systém.



Obrázek 5 Tzv. Bartonův a Grantův model determinant zdraví (Barton a Grant 2006)

Od roku 2005, kdy byla ustanovena Komise Světové zdravotnické organizace pro sociální determinanty zdraví vedená sirem Michalem Marmotem, se do pozornosti

dostaly především sociální determinanty zdraví – podmínky, ve kterých se lidé narodí, vyrůstají, žijí a zestárnou (Fehr 2014). Podmínky, které jsou utvářené rozdělením bohatství, moci, výskytem (nejen přírodních) zdrojů na úrovni malých komunit přes obce, města až po státy a kontinenty. Podmínky, které jsou ovlivnitelné především politickými a strategickými dokumenty. (Wismar et al. 2007; WHO 2015d) V roce 2008 komise publikovala závěrečnou zprávu „Closing the gap between generations“ (CSDH 2008), která shrnuje důkazy o enormním vlivu sociálních determinant na zdraví. Poukazuje především na nové strategie podpory veřejného zdraví a snížení nerovností ve zdraví. Efektivní podpora zdraví a eliminace zdravotní ekvity<sup>3</sup> jsou jedny z hlavních globálních výzev.

### **3.3 Zdravotní následky**

Dle podstaty biologického modelu zdraví se zdravotními následky rozumí konkrétní diagnostikovaná nemoc. Mezinárodně jsou nemoci klasifikované podle standardizovaného systému nazvaného Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (ÚZIS ČR 2015). Tento systém je ale pro HIA nepoužitelný a je určen speciálně pro lékařsky vzdělané pracovníky (např. I21.1 Akutní infarkt myokardu spodní stěny).

V socio-ekologickém modelu se odráží koncept sociálních determinant zdraví i v oblasti zdravotních následků. Tomu se věnuje Birley (2011) a zdravotní následky rozděljuje do dvou skupin: první skupina je vymezena lékařsky – následky mají původ v onemocněních (př. malárie, astma) nebo v míře postižení následkem úrazu; druhá skupina je vymezena sociálně a odráží spíše duševní a psychosomatickou stránku zdraví (př. strach, stres). Pro potřeby tvorby posudku HIA Birley (2011) identifikoval ty nejdůležitější zdravotní následky. Seznam je uzpůsobený nelékařským profesím. Jedná se o důsledky, které jsou relevantní při tvorbě projektů a programů. Aplikovatelné jsou však i na politiky a strategické dokumenty.

---

<sup>3</sup> Z hlediska zdraví znamená, že každý by měl mít příležitost plně rozvinout svůj zdravotní potenciál. Termínem inekvita jsou naopak označovány takové rozdíly ve zdraví, jež jsou nejen odstranitelné, ale jsou též považovány za nespravedlivé. (Vokurka a Hugo 2015)

Hlavní kategorie zdravotních následků	Příklad
Infekční onemocnění	Sexuálně přenosná onemocnění (HIV/AIDS), infekce dýchacích cest, malárie, průjmová onemocnění
Chronická onemocnění	Kardiovaskulární onemocnění, nemoci plic způsobené zevními činiteli, akutní a chronické otravy (nebezpečné chemikálie a látky)
Výživa	Nedostatek nebo nadbytek živin a minerálů, potravinová bezpečnost
Úrazy	Úrazy v důsledku dopravních nehod, utonutí nebo násilí
Duševní zdraví a psychosociální poruchy	Sebevraždy, deprese, nevraživost a násilí v komunitě, drogová závislost, stres, strach (i z možné katastrofy), patologické hráčství
Well-being	Šťěstí, naplnění, podpora rodiny a komunit

Tabulka 1 Příklady nejvýznamnějších kategorií zdravotních důsledků relevantních k HIA (Birley 2011)

### 3.4 Zdravotní ekvita

Výzkum nerovností ve zdraví slouží jako nástroj analýzy dopadů chudoby a souvisejících socio-ekologických determinantů na lidské zdraví. Porovnává míry zdravotních následků (např. očekávanou délku života) s mírou chudoby jako ukazatele socioekonomického statusu (Birley 2011). Birley (2011) též uvádí, že v současné době existuje mnoho důkazů prokazujících, že chudoba je ve většině zemí hlavním determinantem zdraví. Tento jev se začal nazývat jako sociální gradient zdraví<sup>4</sup>.

Zdravotní ekvita tedy vychází z předpokladu, že sociální gradient zdraví je v rámci obcí, krajů a zemí způsoben nerovnoměrným rozdělením moci, příjmů, zboží, služeb, a to jak na globální, národní, tak i lokální úrovni (CSDH 2008). Když to řekneme laicky, tak v podstatě život našich dětí se bude významně lišit v závislosti od toho, v jakém státě a v jaké obci se narodily. Je vědecky dokázáno, že úroveň zdraví souvisí s ekonomickým příjmem rodiny, stejně jako s úrovní vzdělání. „*Ti nejchudší trpí početnými nemocemi a umírají předčasně*“ (CSDH 2008). Tento trend dokumentuje i Shkolnikov et al. (2006) a upozorňuje na vztah mezi očekávanou délkou života a úrovní vzdělání ve střední a východní Evropě. Můžeme uvést příklady:

<sup>4</sup> Vliv úrovně socioekonomických faktorů a determinací (např. vzdělání, zaměstnání, výše příjmu, kvality bydlení, rodiny, společenského postavení) na zdraví.

- Kojenecká úmrtnost na Islandu je 2 děti na 1 000 živě narozených dětí, zatímco v Mosambiku více než 120 na 1 000 živě narozených dětí (WHO 2015c).
- Ve Švédsku umírá během nebo krátce po těhotenství pouze 1 žena ze 17 400 žen, v Afghánistánu je to ale to je 1 z 8 žen (WHO 2015c).
- Míra gramotnosti v Čadu u jedinců nad 15 let věku je 38 %, v Polsku je 100 % (World Bank 2015).
- 42 % obyvatel Kambodži má přístup k adekvátní kanalizaci a pitné vodě, v Hondurasu je to 83 % (World Bank 2015).

Příklady zdravotní nerovnosti v rámci jednotlivých zemí:

- Dětská úmrtnost u dětí matek bez vzdělání je větší než 100 na 1 000 dětí, zatímco u dětí matek s minimálně středoškolským vzděláním je dětská úmrtnost pod 40 na 1 000 dětí (WHO 2015c).
- Očekávaná délka života u mužů v kantonu Calton (Glasgow, UK) je 54 let, několik kilometrů odtud v kantonu Lenzie je o 28 let delší (WHO 2015c).
- U mužů původem z Evropy ve věku 80+ je riziko dlouhodobého postižení u 58,8 %, u mužů s nižším vzděláním je to 40,2 % (WHO 2015c).

V posledních letech se tlak na zdravotní ekvitu neustále zvyšuje. Patří též mezi hlavní cíle české národní koncepce Zdraví 2020 (Ministerstvo zdravotnictví 2014). V českém prostředí je ekvita vnímána jako etický princip a je součástí sociální spravedlivosti. Přesnou definici uvádí Ministerstvo zdravotnictví (2014): *„Snaha o zdravotní ekvitu spočívá v minimalizaci rozdílů (mezi jednotlivými skupinami obyvatel), a to, pokud jde o zdraví, tak i co se týče zdravotních determinant.“*

Závěrečná zpráva Komise pro sociální determinanty zdraví ještě výše uvedené doplňuje: *„Toto nerovnoměrné rozdělení zdraví poškozujících podmínek není v žádném případě přírodním nebo přirozeným jevem, je výsledkem nevhodné kombinace špatných sociálních politik a programů, neférového ekonomického uspořádání a špatných politických rozhodnutí.“* (CSDH 2008) Tento fenomén a příčiny nerovnosti v rámci evropského kontinentu popsali i Mackenbach, Karanikolos, a McKee (2013). Upozorňují na vliv sociálních politik, ekonomického rozvoje a investic na eliminaci mortality v jednotlivých částech Evropy a tyto faktory vyzdvihují jako příčiny nerovností ve zdraví v rámci jednotlivých zemí. I přesto, že tyto nerovnosti byly a jsou identifikovány v mnoha zemích, nejedná se o nezměnitelnou situaci. (Guliš et al. 2012)

Douglasová a Scott-Samuel (2001) jako lektori mnoha HIA seminářů v článku *Addressing health inequalities in health impact assessment* dodávají, že HIA by se měla primárně orientovat na nerovnosti ve zdraví – a to jak mezi znevýhodněnými skupinami, tak v rozložení napříč celou populací. Rovnost příjmů anebo příležitostí jsou důležitými zdravotními determinanty, které jsou obecně dokázány (CSDH 2008), a ke kontrole rovností v rámci dopadů na zdraví je nástroj HIA ideální.

### **3.5 Cesta k dosažení „Zdraví ve všech politikách“**

Nejen model Bartona a Granta (2006) upozornil na fakt, že v podstatě 80–90 % determinant zdraví lze ovlivnit strategickými dokumenty, politikami či projektovými záměry. Když Světová zdravotnická organizace (WHO 1946) svou definicí zdraví upozornila na ten samý problém a zaměřila se na holistický přístup, začala tento postoj reflektovat ve svých činnostech a propagovat na úrovni globální i lokální. Mezinárodní společenství ji následovalo (O'Mullane 2014). Již v 70. letech 20. stol. se rozproudila debata, která reflektovala aktuální poznatky o nutném mezioborovém přístupu k podpoře zdraví a vysvětlovala, že většina strategických dokumentů, politik a projektů z jiných sektorů má na zdraví enormní dopad. Zlepšení zdravotního stavu obyvatel neleží tedy pouze na sektoru zdravotnictví, ale většinou právě na ostatních sektorech. (Birley 2011; O'Mullane 2013) Práce zdravotního personálu a pracovníků podpory zdraví musí být navázána na spolupráci s pracovníky ostatních sektorů. Holčík (2004) ujasňuje důvody tohoto myšlenkového posunu: „*Problémy by měly být, pokud možno, řešeny těmi mechanismy, kterými vznikají.*“ Principem podpory zdraví je tedy řešit příčiny, a ne důsledky. Na potřebu kontroly těchto mechanismů, sociálních politik a jejich vlivů na zdraví upozorňovala Milio (1981) již v roce 1981 ve své knize „*Promoting health through public policy*“.

Světová zdravotnická organizace v prosazování a upozorňování na tento fenomén pokračovala. Zdraví pro všechny do roku 2000 (z angl. *Health for All by the Year 2000*) byl program na podporu veřejného zdraví vyhlášený na Světovém hromadném shromáždění v roce 1978 v Alma-Atě. Deklaraci z Alma-Aty podepsalo 134 členských zemí SZO a zavázalo se soustředit na primární prevenci. (WHO 2015a). Navazující agenda Zdraví pro všechny (z angl. *Health for All*) tento přístup ještě více zdůrazňovala a zaměřovala se především na sociální spravedlnost (O'Mullane 2013). Definování



a detailní rozpracování konceptu Veřejné politiky podporující zdraví (*z angl. Healthy Public Policies*) přinesla v roce 1986 Ottawská charta na podporu zdraví (*z angl. Ottawa Charter on Health Promotion*) jako jeden z jejích pěti klíčových akčních plánů podpory zdraví (WHO 1986).

Iniciativa pokračovala a snaha pod vedením evropské sekce Světové zdravotnické organizace a jejích členských států vyvrcholila novou strukturou agendy nazvanou Zdraví pro všechny v 21. století (*z angl. Health for All in the 21 Century*) (WHO/Europe 1998). Jejím hlavním smyslem bylo zlepšit zdraví lidí, a to jak pokud jde o jeho úroveň, tak co se týče nežádoucích rozdílů mezi jednotlivými skupinami (Holčík 2004). V neposlední řadě, již několikrát zmíněná, závěrečná zpráva Komise pro sociální determinanty zdraví (CSDH 2008) předešlé snažení podpořila řadou případových studií a doporučení. Závěrem uvádí tři strategická doporučení, jak holistický přístup ke zdraví podpořit: 1) zlepšit životní podmínky, 2) vyřešit nerovnoměrné rozdělení moci, financí a zdrojů a 3) identifikovat, pochopit problém a dokázat odhadnout rozsah a dopad našeho chování/jednání.

Výše popsané úsilí přistupovat k podpoře zdraví holistickým přístupem, zohledňovat zdraví ve všech sektorech a budovat politiky podporující zdraví se zformovalo do jednoho konceptu nazvaného Zdraví ve všech politikách (*z angl. Health in All Policies, HiAP*). Tato politická strategie vznikla za předsednictví Finska Evropské komisi a doposud patří mezi velice ceněné dokumenty a iniciativy. (Ståhl 2006) Zdraví ve všech politikách bylo následně přijato jako evropská strategie zdraví. (European Commission 2015b).

Jeden z posledních dokumentů věnujících se tomuto tématu vznikl na mezinárodním setkání zástupců mnoha odvětví za podpory Světové zdravotnické organizace a Jižní Austrálie v roce 2010. Výsledkem jednání je Prohlášení z Adelaide: zdraví ve všech politikách (*z angl. Adelaide Statement on Health in All Policies*) a jeho hlavním cílem je vtáhnout vlády do boje za HiAP a od slov a úmluv se přesunout k činům, a to od místní úrovně až po tu mezinárodní (World Health Organization a Government of South Australia 2010).

Mezinárodní iniciativy završil Světový kongres sociálních determinant zdraví v Rio de Janeiro v roce 2011 (O'Mullane 2013). Zde byla podepsána deklaráce členskými státy Světové zdravotnické organizace, kterou můžeme brát za globální iniciativu



a závazek v rámci boje za sociální spravedlivost a zdravotní ekvitu, a to díky cílení na sociální determinanty zdraví. (WHO 2011)

Výše uvedené iniciativy a zprávy mají společné nejen to, že jsou zaměřeny na prosazování HiAP, ale všechny ve svých doporučeních a strategiích implementace uvádějí konkrétní nástroj k předcházení negativních dopadů politik, projektů a programů na zdraví obyvatel – Health Impact Assessment (HIA, Hodnocení vlivů na zdraví) a zároveň dávají HIA koncepční rámec.

## 4 HODNOCENÍ VLIVŮ NA ZDRAVÍ (HEALTH IMPACT ASSESSMENT, HIA)

### Záměr 1: Představit koncept Hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessment).

- C2: Popsat konceptuální rámec, historické kořeny, typy a výchozí hodnoty HIA.
  - ~ VO1: Jaké jsou historické kořeny metodiky „Hodnocení vlivů na zdraví“ a z jakých hodnot koncept vychází??
  - ~ VO2: Jaké kroky obsahuje proces HIA?
  - ~ VO3: Jaké jsou typy HIA?
- C3: Uvést příklady dobré praxe a různé způsoby implementace HIA ve vybraných zemích.
  - ~ VO1: Jaké jsou příklady způsobu implementace HIA na národní úrovni ve vybraných zemích?

### 4.1 Historické kořeny

Dle Birleyho (2011) se nedá určit přesný vznik konceptu HIA. Jedná se spíše o shodu událostí a trendů na různých místech v určitých sektorech a v různých přístupech ke strategickým dokumentům.

Za historicky první posudek hodnocení vlivů na zdraví označili Hamlin (2008) a Hennock (2000) článek z roku 1842 „An inquiry into the sanitary condition of the labouring population of Great Britain“, dále rozvedený v publikaci „Report on the sanitary conditions of the labouring population of Great Britain“ (Chadwick 1843). První „novodobý“ HIA posudek, tak jak ho vnímáme nyní, byl vypracován v roce 1998 v Liverpoolu (Kemmm 2013).

V roce 1996 publikoval Alex Scott-Samuel (1996) článek s názvem: „Health Impact Assessment: An idea whose time has come“. V tu chvíli netušil, jak moc pravdivý název článku to bude (Kemmm 2005; 2013). Na počátku 90. let 20. století byly teoretický koncept a metodologie HIA využívány pouze v několika málo zemích. Mezinárodní společenství však vyslechlo Scott-Samuelovo volání po používání tohoto konceptu. On sám ho o dva roky později nazval jako „klíčový nástroj zdravotní politiky založené na důkazech“ (z *angl. Evidence-based health policy*) (O'Mullane 2013). Jeho dlouholetou propagaci Světovou zdravotnickou organizací (viz iniciativy SZO uvedené výše)

podpořily další organizace jako Organizace africké jednoty (z angl. *Organisation of African Unity, OAU*) nebo skupina Světové banky (z angl. *World Bank, WB*).

Následoval „boom“. Počty posudků rostly a po celém světě se začala tvořit expertní centra věnující se HIA. Můžeme tedy říct, že v roce 1998 započaly novodobé dějiny samostatného konceptu HIA. Rostoucí používání tohoto nástroje, který se velice rychle rozvíjel, začalo vyžadovat jeho ujednocení a vznik koncepčního rámce. Z těchto důvodů vznikl v roce 1999 tzv. Göteborgský konsenzus (z angl. *Gothenburg consensus*) (European Centre for Health Policy 1999). Tento koncepční dokument dal HIA jeho první definici, vyzvedl jeho hodnoty, nastínil proces a poskytl výchozí základ pro diskusi, připomínky a náměty pro další rozvoj metodologie HIA a jeho souvisejících nástrojů (European Centre for Health Policy 1999). I když Göteborgský konsenzus v podstatě splnil svůj účel, debata pokračovala.

Birley (2002) odkazuje již na rok 1842 a vysvětluje, že už tehdy se zformulovaly tři odlišné proudy, které ke vzniku HIA přistupují z jiného úhlu pohledu. Tyto proudy se v podstatě zachovaly dodnes.

Prvním z nich je koncept „veřejné politiky podporující zdraví“ (tzv. „*healthy public policies*“), kterému dala vznik Ottawská charta<sup>5</sup> (WHO 1986). Vychází z výše vysvětleného předpokladu, že veškeré politiky a strategické dokumenty ovlivňují zdraví a negují majoritní vliv zdravotních politik a investic do zdravotnictví.

Druhý proud navazuje na koncept hodnocení rizik (z angl. *Health Risk Assessment, HRA*) a environmentální epidemiologii a je založený na kvantitativním přístupu a sběru dat, a především na biologickém modelu zdraví.

A třetí proud vyvstal z konceptu Posuzování vlivů na životní prostředí (EIA). S Posuzováním vlivů na životní prostředí se dlouhou dobu spojoval. HIA a EIA, mají stejné kořeny, ale vycházejí z jiného modelu zdraví. Zatímco EIA je založena na

---

<sup>5</sup> První mezinárodní konference věnující se podpoře zdraví se konala v Ottawě dne 21. listopadu 1986 a výsledkem bylo přijetí charty, která se zaměřovala primárně na ochranu veřejného zdraví. Tato konference byla především reakcí na rostoucí očekávání nového hnutí pro veřejné zdraví po celém světě. Diskuse se zaměřily na potřeby v průmyslově vyspělých zemích, ale ve všech ostatních regionech zohlednily jejich specifika. Vycházela z Deklarace o primární prevenci v Alma-Atě, dokumentu Světové zdravotnické organizace Health for all a výsledků debaty na Valném shromáždění SZO o mezisektorových opatřeních v oblasti zdraví. (WHO 1986)

biologickém modelu a orientuje se na hodnocení rizik vycházejících z environmentálního zdraví (kvality vody, půdy, ovzduší, expozice vůči chemickým látkám, záření, hluku atd.), tak HIA si zakládá na tom, že vychází ze socio-ekologického modelu a do své analýzy zahrnuje všechny determinanty zdraví. Toto je též předmětem časté debaty jak na akademické půdě, tak mezi experty z praxe. EIA obsahuje část, která se věnuje zdraví, ale pouze z biologického pohledu. Polemiky nad tím, zda HIA začlenit, nebo ponechat samostatně, se vedou již minimálně posledních deset let (Mindell et al. 2003; Ahmad 2004; Bhatia a Wernham 2008). Někdy se objevuje i mutace obou konceptů a rozměr zdraví je zahrnut do EIA a vznikne tedy EHIA (Environmental Health Impact Assessment), který navazuje spíše na kvantitativní přístup hodnocení zdravotních rizik, vnímáním úzkého pojmu zdraví a proměnných environmentálního zdraví.

Tyto proudy se zachovaly dodnes a mezinárodní debata neustále pokračuje. Každý expert si sám tvoří a volí koncepční rámec, se kterým následně pracuje. Health Impact Assessment se stal hlavním implementačním nástrojem konceptu Zdraví ve všech politikách, a z toho důvodu jde další historický vývoj konceptu HIA ruku v ruce s výše popsanými milníky „Zdraví ve všech politikách“ (European Commission 2015).

## 4.2 Definice

Nejvíce používaná a citovaná definice pochází z koncepčního dokumentu Göteborgský konsenzus (z angl. *Gothenburg Consensus Paper*) (European Centre for Health Policy 1999). Tato definice byla mnohokrát upravena a pozměněna – např. Quigley et al. (2003) ji doplnili o identifikaci doporučených kroků pro management pozitivních i negativních dopadů:

*„Health Impact Assessment je nástroj skládající se z kombinací postupů, metod a nástrojů, pomocí kterých jsou posuzovány strategické dokumenty, programy a projekty vzhledem k jejich potencionálním vlivům na zdraví populace (a rozložení těchto vlivů v populaci). HIA se zaměřuje na identifikaci vhodných aktivit k eliminaci negativních vlivů a posílení pozitivních.“*

Ale jak Guliš a Zeegers Paget (2014) uvádějí, mezinárodní debata o přesné definici a vymezení samotného pojmu stále probíhá. Mezinárodní společenství by mělo vyvolat další diskusi o potřebě rozvoje této metody. Každá instituce, stát nebo předkladatel

projektů, programů a politik by si měly jasně definovat, co pro ně HIA znamená, a přesně si ji vymežit. Samozřejmě v návaznosti na to též uzpůsobit samotný mechanismus metody a nástroje HIA.

Není jedna jediná správná předloha, která by se dala aplikovat na různé typy projektů, strategických dokumentů a koncepcí (Piedad a Mekel 2014) vždy záleží na kontextu. Proto bylo navrženo a je používáno několik definic (Mindell et al. 2003). Ale obecně se tyto definice shodují na následujících principech:

- cílem je maximalizovat pozitivní a minimalizovat negativní dopady na zdraví, které vyplnou z návrhu strategických dokumentů, politik,
- HIA by měl být multidisciplinární, mezioborový a participativní proces zaměřený na nerovnosti ve zdraví a založený na kvantitativních i kvalitativních důkazech vědy a výzkumu,
- výchozími hodnotami HIA jsou ekvita, demokratický přístup, udržitelný rozvoj a etické použití důkazů doplněné participací a rovností (všech zainteresovaných stran v procesu, ale především postižených komunit).

Jeden z prvních kroků implementace HIA je stanovení si vlastní definice, vymezení pojmu a výchozích hodnot pro každé kulturní prostředí. To se odráží i v literatuře. Göteborský konsenzus není brán jako dogma, ale spíše jako výchozí materiál, který se velmi často modifikuje.

### **4.3 Hodnoty**

Celý koncept HIA je postaven na klíčových hodnotách, které vymezil Göteborský konsenzus (European Centre for Health Policy 1999) – ekvita, demokratický přístup, udržitelný rozvoj a etické použití důkazů (tzv. evidence-based přístup). „Göteborské hodnoty“ si vzalo za své mnoho autorů (Simpson et al. 2005; Birley 2011; Harris-Roxas a Harris 2011; Haigh et al. 2012) a uvádějí je jako stavební pilíře celého konceptu.

Zajímavou analýzu udělal Herbert et al. (2012), který se podíval celkem na 45 návodů a příruček HIA z různých zemí a hodnotil, které klíčové hodnoty jsou uváděny – autoři více jak poloviny příruček se shodují na základních Göteborských hodnotách. Ostatní příručky upozorňují především na holistický přístup ke zdraví a jeho podpoře, interdisciplinarní konceptu a efektivní využití času a prostředků. Až 96 % příruček uvádí důraz na zahrnutí zdravotní ekvity.

#### **4.3.1 Udržitelný rozvoj**

Koncept udržitelného rozvoje není podle Birleyho (2002) pouze výchozí hodnotou celého konceptu, ale zároveň je jeho „hnací silou“.

Udržitelný rozvoj byl definovaný již Světovou komisí OSN pro životní prostředí a rozvoj v roce 1987 (UNWCED 1987) jako „takový rozvoj, který uspokojuje potřeby nynějších generací, aniž by oslaboval možnosti budoucích generací naplňovat jejich vlastní potřeby. V nejširším smyslu je strategie udržitelného rozvoje zaměřená na prosazování harmonie mezi lidskými bytostmi a mezi lidstvem a přírodou.“ Zdraví je jeho jedna z nejdůležitějších a nedílných součástí. Stejně je chápán v prostředí Health Impact Assessmentu, který se vyvinul jako nástroj určený pro podporu udržitelného rozvoje.

Health Impact Assessment má s konceptem udržitelného rozvoje společný ještě tzv. princip předběžné opatrnosti. V konceptu udržitelného rozvoje říká, že *„tam, kde hrozí vážná nebo nenapravitelná škoda, nesmí být nedostatek vědecké jistoty zneužit pro odklad účinných opatření, která by mohla zabránit poškození životního prostředí“*. (Dušková et al. 2011) Právě z těchto důvodů se HIA začala aplikovat na projekty/programy/strategické dokumenty s důrazem na lidské zdraví.

#### **4.3.2 Demokratický přístup**

Demokratický přístup se ve vztahu k HIA vymezuje možností lidí podílet se na přípravě a implementaci strategických dokumentů, politik a projektů, které mohou mít dopad na jejich životy (Birley 2011; O’Mullane 2013; WHO 2015c). Tuto hodnotu dále podporuje především důraz na participativní přístup při tvorbě hodnocení a zapojení stakeholderů do procesu, včetně využití participativních metod při získávání dat.

#### **4.3.3 Etické použití důkazů**

Ačkoli koncept využití výzkumů a vědeckých prací pro tvorbu koncepcí rozhodnutí a přípravu strategických dokumentů není nový, začal se více zdůrazňovat v posledních desetiletích. Dnešní rychle se vyvíjející společnost stále více vyžaduje konkrétní vědecké důkazy – podpořit teorie, hypotézy nebo je zpochybnit a k tomu využít nejlepší dostupné kvantitativní a kvalitativní metody (Almeida a Báscolo 2006).

HIA by měl být na tomto konceptu vystavěn a tím napomoci k transferu poznatků vědy a výzkumu do politických rozhodnutí.

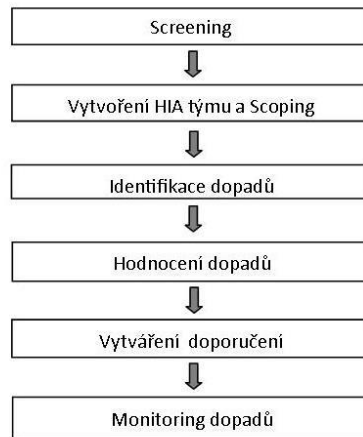
#### 4.3.4 Ekvita

Ekvitu ve zdraví vysvětluje profesor Holčík (2004). „Zdravotní ekvita (z angl. equity) je především spravedlnost a slušnost v péči o zdraví.“ Ekvita v kontextu globálního zdraví podle SZO znamená, že všichni lidé mají právo na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj plný zdravotní potenciál (WHO 2015b) „nikdo by neměl být znevýhodněn při dosahování plného zdraví, lze-li se ovšem takovému znevýhodnění vyhnout“, doplňuje Holčík, Káňová, a Prudil (2005). Holčík (2004) se toto snaží vysvětlit ještě jednodušeji a uvádí: „Snad srozumitelněji se to dá vyjádřit ještě tak, že je žádoucí odstranit jakoukoli diskriminaci v péči o zdraví.“

#### 4.4 Proces HIA

Většina dostupné literatury se shoduje na šesti krocích, které na sebe systematicky navazují (Hebert et al. 2012). Se zahraniční literaturou se shoduje i jediný český manuál Kučerové a Havla (2015):

Prvním krokem je **screening**. V této fázi se rozhodne, zda by dokument měl obsahovat posouzení vlivů na zdraví. Pokud je rozhodnuto, že ano, následuje vytvoření týmu, tj. multidisciplinární skupiny lidí, která posuzuje pozitivní a negativní vlivy. Navazuje třetí část, tzv. **scoping**. Zde se určuje geografický rozsah, skupina obyvatel, kterých se koncepce týká, včetně citlivých skupin, dále časový rozvrh, předpokládané dopady, způsob a rozsah posouzení. Čtvrtým krokem je **identifikace** možných návrhů změn koncepce. V následném kroku, pátém, se identifikované dopady zhodnotí za účelem **naformulování doporučení** ke zlepšení dopadů na zdraví. Na fázi vytváření doporučení, která by měla maximalizovat pozitivní a minimalizovat negativní dopady na lidské zdraví, navazuje **monitoring**. Monitoring přichází až ve fázi realizace přijaté pozměněné koncepce/projektu/programu.



Obrázek 6 Grafické znázornění procesu HIA (Kučerová a Havel 2015; Hebert et al. 2012; Birley 2011)

#### 4.4.1 Screening

V české literatuře se první krok procesu vytvoření hodnocení HIA nazývá jako tzv. fáze zjišťovací (Rychlíková 2006). Základní otázka, která musí být v této fázi položena, je: „*Má tato koncepce (strategický dokument, projektový záměr) dopad na zdraví lidí?*“ Zdraví lidí je v tomto pojetí myšleno jak v úzkém slova smyslu, tj. přímo dotčené osoby danou koncepcí, ale i skupiny obyvatel nepřímo zasažené.

Screening nemá žádnou přesně danou matici, podle které by měl probíhat. Měl by to být flexibilní nástroj, vždy vyvinutý pro dané pracoviště nebo organizaci, upravený tematicky a přizpůsobený kontextu, kulturnímu a sociálnímu prostředí. Každopádně před samotným screeningem musí být celkově přihlédnuto k základním vstupním kritériím (UCLA 2019):

- význam/potřebnost HIA: pravděpodobnost a rozsah významných dopadů na zdraví obyvatel,
- přidaná hodnota: přidaná hodnota HIA při tvorbě politiky,
- zdroj dat: stav současných znalostí; dostupnost dat,
- realizace: dostupné zdroje pro vedení HIA (čas, peníze, personál).

Ve své podstatě je tento nástroj založen na matici vybraných screeningových kritérií. Nástroj může být pojat v různých formách a formátech (elektronický, interaktivní formulář atd.), ale nejčastěji se vyskytuje jako tzv. checklist (kontrolní list). V návaznosti na uvedený model determinant zdraví by se výše uvedená otázka dala formulovat právě v kontextu determinant, tedy: „*Má koncepce vliv na jednu nebo více determinant zdraví?*“ (Kučerová a Havel 2015). Vzhledem ke komplexnosti socio-



ekologického modelu determinant zdraví je vhodné si vytvořit určité skupiny determinant. Kučerová a Havel (2015) vytvářejí celkem čtyři kategorie: sociální prostředí, životní styl a chování, dostupnost služeb a životní prostředí. Velice podobně s tímto pracuje i zahraniční literatura (Kemmer, Parry, a Palmer 2004; Kemmer 2013) a uvádí podobné kategorie: lidský kapitál, kapitál přírodních zdrojů, životní prostředí, sociální prostředí a ekonomický kapitál. Zde též přichází základní myšlenka, kde se má zapojit koncept rovnosti ve zdraví – ujistit se, zda posuzovaný dokument má vliv na všechny skupiny stejně nebo některou upřednostňuje a některé naopak znevýhodňuje. Stejně tak je vhodné dát důraz na kontrolu dopadu na mentální zdraví – v poslední době velice alarmující determinant.

*„Cílem ‚kontrolního listu (checklistu)‘ je tedy zjistit, které determinanty zdraví mohou být rozvojovým dokumentem negativně nebo pozitivně ovlivněny, jaká je podstata a závažnost těchto vlivů a jaké jsou k dispozici znalosti k jejich analýze. To nám umožní se zamyslet nad tím, jaké může mít koncepce (nebo jiná forma dokumentu) zdravotní dopady,“* uvádí Kučerová a Havel (2015).

Zahraniční literatura tento proces více analyzuje. Birley (2011) uvádí rozdíly mezi dvěma přístupy ke screeningu, a to na základě toho, kdo daný screening provádí. Pokud se jedná o osobu, která nemá žádné zdravotně-sociální vzdělání, screeningový nástroj tomuto faktu musí být přizpůsobený a velice často je v omezené formě. Za těchto podmínek se tento krok někdy nazývá jako tzv. prescreening. Pokud screening provádí osoba z oboru veřejného zdraví nebo expert a držitel licence, probíhá samotný screening podrobněji.

Pokud po zvážení vstupních kritérií dostaneme pozitivní výsledek, pokračuje se dalšími kroky (UCLA 2019):

1. Určení nástroje, který bude použit (např. checklist, online nástroje atd.).
2. Zvolení experta/vytvoření týmu, který bude screening provádět.
3. Na základě předběžného vyhodnocení rozhodnout o nutnosti hodnocení zdravotních dopadů.
4. Zpětná kontrola rozhodnutí.

Birley (2011) rozebírá různé varianty personálního obsazení osob, které dělají screening. Velice důležité je, aby daná osoba byla přinejmenším proškolená v oblasti

determinantů a veřejného zdraví. Pokud screening dělá tým, měl by být alespoň jeden člen týmu z oboru. Tímto by měla být zaručena kvalita a rozsah determinantů. Upozorňuje též na to, že pokud screening bude dělat manažer nebo orgán, který tlačí na rychlou implementaci strategie nebo koncepce, hrozí, že bude tlak na rychlost a přeskočení tohoto kroku nebo bude kvalita screeningu a celé HIA potlačena.

Kemm (2013) v kapitole popisující screening dále shrnuje čtyři oblasti, na které by se měl brát během procesu screeningu zřetel: ekonomická stránka – velikost projektu a populace, která bude ovlivněna, vynaložené prostředky a jejich distribuce. Na ekonomickou stránku poukazuje i Birley (2011) a doporučuje, aby v rámci screeningu byly zváženy ekonomické náklady s ohledem na zaměření projektů/koncepcí. Pokud screeningem prochází hodně malých projektů stejného zaměření v podobném geografickém regionu, bude vysoce pravděpodobné, že jejich dopad na lidské zdraví bude podobný. Proto se doporučuje vytvořit pilotní screening a aplikovat ho na stejné skupiny projektů malého rozsahu. U velkých rozvojových projektů se doporučuje vždy pečlivě vytvářet vlastní screening. Ani jeden z autorů nerozebírá, jaká hranice by měla být mezi velkým a malým projektem, ale z textu vyplývá, že se jedná o finanční alokace.

Vedle ekonomické stránky uvádí Kemm (2013) další oblasti, na které by se měl screening soustředit. Měl by se zaměřit na výsledky projektu/koncepce, stupeň očekávaného dopadu na zdraví/zdravotní služby, četnost (incidence/prevalence) potenciálních dopadů, konzistenci vnímání experta a komunity pravděpodobnosti a závažnosti dopadů na jejich zdraví. V neposlední řadě zahrnout strategické hledisko – tímto Kemm v podstatě přidává větší váhu dlouhodobým strategickým dokumentům před projekty. Vcelku logicky argumentuje tím, že pokud vlivy na zdraví budou podchyceny v těchto dokumentech, bude zaručena nejvyšší míra principu předběžné opatrnosti a jako doplňující kontrolní mechanismus budou na nižší úroveň dokumentů aplikovány odpovídající nástroje. Od strategických dokumentů ale přechází k dokumentům na místní úrovni a upozorňuje na místní samosprávy a jejich neopomenutelnou relevanci při hodnocení strategického hlediska.

Ač se může zdát, že se jedná o dlouhý proces, nemusí tomu tak být. Pokud je kontrolní list nebo screeningový nástroj odborně a adekvátně vytvořen, jeho použití je velice rychlý proces. Kemm (2013) a Birley (2011) se shodují, že impulsů ke spuštění procesu HIA může být několik (i externích) a že vzhledem ke komplexnosti determinant

se najde pouze málo dokumentů, které by nějakým způsobem (ať už přímo, nebo nepřímo) nějaký determinant neovlivnily.

Každopádně na konci screeningového procesu by měly být jasné odpovědi na několik zásadních otázek. Kučerová a Havel (2015) tyto otázky shrnují do třech základních bodů: a) zhodnocené ovlivněné determinanty zdraví podle předem stanovených kritérií, b) shrnutí k otázkám, c) rozhodnutí o provádění/neprovádění HIA. Kemm (2013) doplňuje ještě další neopomenutelné body: jsou všechny dopady dokumentu na zdraví ihned viditelné, nebo se některé objeví až po určité době?; je někdo, kdo si přeje udělat HIA?; budou politici ovlivněni HIA?; jsou finanční zdroje pro provedení HIA?

#### **4.4.2 Scoping a vytvoření týmu HIA**

Scoping následuje bezprostředně po screeningu, pokud je tedy jeho výsledkem, že u daného dokumentu je HIA nutné provádět. Jedná se v podstatě o krok, kdy zodpovědná osoba naplánuje, jak by měla konkrétní HIA vypadat (Kemm 2013). Birley (2011) ještě dodává, že se jedná o krok, kdy je nejlepší příležitost rozhodnout, co vše má být obsahem hodnocení a co už nikoliv a jakým způsobem. Scoping udává hranice hodnocení, rámuje hodnocení v prostoru, času a odhaduje potřebné zdroje. Zároveň staví na informacích, které byly získány během screeningu, a dává první prostor pro zaangażování zainteresovaných skupin a stakeholderů. Dva přední zahraniční autoři (Kemm, Parry, a Palmer 2004; Birley 2011) se v několika jejich dílech shodují na aspektech, které se v této fázi definují: časový rámec, geografické území, zainteresované skupiny a jejich velikost, metodologický rámec a v neposlední řadě právě tým, který bude celé hodnocení provádět. Na těchto oblastech se shoduje i česká literatura (Kučerová a Havel 2015), ale jediný bod oproti zahraniční literatuře neuvádí, a to je vznik tzv. dozorčí rady. Především u velkých rozvojových projektů (např. stavba přehrady s přesídlováním populace, stavba dálnice atd.) se doporučuje vytvoření této komise, která má ryze dohlížející charakter, ale zároveň má rozhodovací práva. Měla by být tím pádem dostatečně velká, aby obsahovala všechny potřebné profese a zainteresované strany, ale zároveň ne příliš velká, aby byla schopná efektivní práce s jasně stanovenými rozhodovacími právy. Samotná komise/rada tedy přímo

hodnocení neprovádí, ale může být velice nápomocná v komunikaci, ať už s ovlivněnou populací, s aktivistickými skupinami, nebo při dalším vyjednávání.

#### **4.4.2.1 Časový rámec**

V ideálním případě by se mělo hodnocení provádět po představení návrhu koncepce/strategického dokumentu/projektové žádosti. Tento návrh by měl vstupovat do screeningu jako primární zdroj informací, a to především proto, že zde zůstává ještě prostor pro úpravu a zvážení postupů realizace, implementace a případné negativní vlivy mohou být eliminovány a pozitivní naopak ještě vyzdviženy. Především (Kemmer, Parry, a Palmer 2004; Kemmer 2013) upozorňují na fakt a velmi častou chybu, která se během vytváření hodnocení děje, a to, že pokud se HIA vytvoří po finalizaci hodnoceného dokumentu, po stanovení rozpočtu nebo až ve fázi realizace nebo implementace, kdy se nedají negativní vlivy již eliminovat, je to „*marná práce a plýtvání času všech zúčastněných*“. O'Mullane (2013, s. 186) tento postup potvrzuje a ještě dodává, že pokud se hodnocení udělá v momentě, kdy dokument není ještě plně vyvinut a dopracován, nemusí obsahovat všechny souvislosti.

Naopak Birley (2011) rozebírá časový rámec trochu podrobněji a spíše z projektového hlediska. Uvádí, že každý projektový návrh má celkem čtyři fáze – přípravu návrhu, fázi realizace, provozu a odstavení z provozu – a upozorňuje, že všechny tyto fáze mají různý vliv na zdravotní determinanty. Popisuje, jak jsou v prvotní fázi očekávání místní komunity seznámeny s budoucím projektem a jsou prováděny přípravné práce. Upozorňuje na determinanty mentálního zdraví, kdy očekávání pozitivních dopadů místních obyvatel může být mnohonásobně vyšší, než je reálný přínos. Z opačného pólu emocí by se jednalo o stres s přesunem vesnic a obydlí, ztrátu domova nebo zásah do zvyklostí komunitního života. Během další fáze realizace, výstavby nebo také rekonstrukce se rapidně zvýší doprava na místě stavby, hluchost, prašnost. Po dokončení stavby a uvedení objektu do provozu může opadnout prašnost, hluchost a intenzita dopravy, ale je to fáze, která může trvat až např. více jak 50 let. Každopádně zde hrozí další znečišťování složek životního prostředí, včetně zdrojů vody a ovzduší. V poslední fázi, kdy dojde k ukončení provozu daného zařízení, dochází k velice problematické situaci zahrnující likvidaci odpadu a zabezpečení objektu. Zde hrozí především znečištění zdrojů pitné vody a půdy. A shrnuje, že během prvních dvou fází dojde k nárůstu především akutních a infekčních onemocnění, úrazů a ztrátě nebo

tlaku na well-being. Ve zbývajících dvou fázích se do popředí dostanou především chronická onemocnění, problémy s výživou, úrazy a mentální zdraví (deprese, naučená bezmoc). Samozřejmě musíme vzít v úvahu velikost a zaměření projektu. Každopádně všechny zmíněné aspekty jsou relevantní jak ve velkém, tak v menším měřítku. Velké rozvojové projekty některých finančních institucí (např. Světová banka) dosahují těchto měřítek, zatímco projekty rozvojových agentur jednotlivých států budou menší.

#### **4.4.2.2 Geografické území**

V rámci scopingu dojde též k vymezení geografického rozsahu území, kde bude hodnocení probíhat, což by mělo odpovídat přesně území, které bude ovlivněno hodnoceným dokumentem. Dle logického geografického dopadu půjdeme od území, které je nejmenší, tj. malých místních projektů, přes regionální, krajské až po národní. Toto by odpovídalo územnímu členění v rámci České republiky. Samozřejmě pokud budou vzaty v potaz strategické dokumenty, které mají národní, celokontinentální, nebo dokonce globální dopad, hodnocení probíhá v jiném měřítku a za zapojení jiných aktérů i vstupních informací. Globálnímu dopadu a hodnocení HIA v rámci toho měřítka se věnuje Kemm (2013), který upozorňuje především na zdravotní dopady v rámci klimatických změn a v důsledku devastace životního prostředí (např. zvyšování koncentrace skleníkových plynů). Zabývá se praktickou stránkou a efektivitou zpracování těchto posudků pro velké geografické území – velmi často se stává, že jeden problém mohou různé lokality vnímat jinak (např. zvyšování hladiny oceánů v pobřežních oblastech versus v horských oblastech). V opačném měřítku se může objevit situace, kdy např. pro místní komunitu dojde k výraznému zhoršení životních podmínek, ale velké části populace se naopak životní podmínky významně zlepší (např. výstavba centrální spalovny nebo skládky odpadů). Z projektového pohledu Kemm (2013) v návaznosti na tento fakt zmiňuje složitost přesného určení geografického rozsahu i s ohledem na správné určení lokality, kde se bude projekt realizovat, a popisuje syndrom NIMBY (z *angl. Not In My Back Yard*, česky „ne na mém dvorku“). Jedná se o sociální úkaz, kdy místní komunity jsou si vědomy potřebnosti daného projektu/záměru pro široké blaho populace, ale zároveň reflektují negativní dopady na jejich životní podmínky, a proto protestují proti realizaci tohoto záměru. Birley (2011) zdůrazňuje ještě více projektové vidění a lokální hledisko geografického rozsahu. Při hodnocení projektů malého měřítka je třeba brát v úvahu především místní

geografické podmínky a na první pohled neovlivnitelná místa (např. lokalita po proudu řeky). Oba autoři se ale shodují, že nejdůležitější je určit kilometráž potencionálního vlivu a přesné vymezení ovlivnitelného území a pro toto rozhodnutí mít podpůrné dokumenty.

#### **4.4.2.3 Zainteresované subjekty (stakeholders)**

Správné určení stakeholders neboli zainteresovaných subjektů, dotčených komunit je klíčovým úspěchem dobře vytvořené HIA. A jednoznačně se bude jednat o jeden z nejtěžších úkolů. I tomuto tématu se věnují oba nejvýznamnější autoři v oboru: Kemm (2013) upozorňuje na složitost výběru a na nutnost pečlivého výběru, kdy i při projektu velice malého rozsahu může dojít k ovlivnění až několika tisíc osob. Rozebírá to na příkladu jednoduchého projektu stavby silnice na určitém úseku – do zasažených osob nebude počítat pouze ty osoby, které bydlí kolem dané komunikace, ale všechny obyvatele daného města, všechny osoby, které po té komunikaci budou cestovat, a zároveň i ty, které např. kolem dané cesty provozují nějakou službu, což je zvykem především v zemích s nízkými a středními příjmy.

V té samé kapitole se Kemm dotýká velice zajímavého tématu, kdy popisuje časovou omezenost HIA, a to s ohledem na budoucí generace. HIA je též nástroj foresightu, tj. orientuje se na skutečnost, že budoucnost není předem daná, a tudíž se nedá dopředu odhadnout nebo vyzkoumat, co se stane. Vzniká však prostor pro ovlivnění budoucnosti vlastním rozhodnutím (De Jouvenel 2000). Kemm uvádí, že posudky by měly být vypracovány i s ohledem na budoucí generace. Je to velice složité a často se hodnotitelé drží dopadu na generace přímo ovlivněné v čase, kdy se posudek vytváří.

Dalším výrazným rysem metodiky HIA je její participativní přístup k zapojení skupin, které jsou ovlivněné daným rozvojovým dokumentem/záměrem. V této fázi HIA dochází i ke stanovení participativních metod.

#### **4.4.2.4 Participace**

Zapojení veřejnosti je jedním z hlavních atributů procesu hodnocení HIA (Frankish et al. 1996; Scott-Samuel 1996; Lock 2000). Díky participaci veřejnosti dochází k obohacování hodnocení a ke vzniku materiálů, které zohledňují místní znalosti, zkušenosti, vnímají hodnoty a rizika, a neopomíjejí všechny cílové skupiny populace

včetně menšin, které se v dané oblasti zájmu koncepce nacházejí (Valenta a Kučerová 2007).

Světová zdravotnická organizace (WHO 2015e) vnímá participaci jako:

- poskytování objektivních informací,
- podporu adekvátního budování kapacit komunity,
- spolupráci s přímo dotčenými komunitami v každém aspektu rozhodování, včetně nalézání alternativ řešení,
- podporu komunity při konečné kontrole nad klíčovými rozhodnutími, která ovlivňují jejich blahobyt.

Kemm et al. (2004) s výše uvedenými body souhlasí a ještě více rozepisují a shrnují výhody zapojení komunit do procesu hodnocení HIA. Dojde k získání cenných informací od osob, které v dané oblasti žijí, a tím pádem o tomto území vědí nejvíce. Lidé mají právo být informováni, že se chystají změny, které ovlivní jejich zdraví a well-being – především v negativním smyslu, ale i ten pozitivní by jim měl být vysvětlen. Navíc mají právo nejen být informováni, ale být i zapojeni do rozhodovacích procesů, což jde ruku v ruce s další výchozí hodnotou HIA, a tou je demokracie. Další přidanou hodnotou může být, že lidé, pokud jsou součástí rozhodovacího procesu, lépe přijímají rozhodnutí, která pro ně nemají pozitivní dopad – vědí, proč a jak k takovému rozhodnutí došlo. Komunitní participace může navíc sloužit i jako forma zvyšování zdravotní gramotnosti v dané oblasti. Přispívá k lepšímu chápání významu determinant zdraví (Douglas a Scott-Samuel 2001) a především ke zvýšení pocitu vlastnictví rozhodnutí/projektu danou komunitou a následně tedy ke snadnější implementaci (Kearney 2004). V posledních letech došlo k rozvoji širokého spektra participativních metod (Centrum občanského vzdělávání 2019). Může se jednat např. o world café, kulatý stůl, tvorbu scénářů nebo participativní mapování. Participativní mapování je již od Konference v Riu v roce 1992 označováno jako jeden z nejlepších nástrojů pro komunitní a trvale udržitelný rozvoj a podporu komunit (Vlok a Panek 2013).

Kearney (2004) upozorňuje na výsledky mnoha studií, které se shodly, že účinné zapojení veřejnosti do praxe je obecně velice obtížné a jedná se o velice složitý a náročný proces, který je ovlivněn mnoha faktory. Jeden z nejdůležitějších faktorů je vůle dané komunity se výzkumu účastnit. Komunity si často stěžují, že mechanismy pro efektivní zapojení jsou nedostatečné. Dlouholetá spolupráce s veřejností se zaměřením na dlouhodobý rozvoj komunit se často opomíjí. Kearney (2004) též varuje před

lobbistickými praktikami mnoha politiků, politických hnutí a odborníků, kteří participací velice často argumentují a zdůrazňují její výhody. Ale v praxi se tento pojem zneužívá a reálně se žádná participativní šetření nerealizují. V závěru uvádí: „*Především by se mělo přestat tolik mluvit a začít jednat a zajistit skutečnou účast komunit v procesu HIA. Pokud chce HIA naplnit svůj potenciál, který zajisté má, je nezbytné tuto propast mezi rétorikou a realitou uznat a zajistit adekvátní budování kapacit jak na straně pracovníků v terénu, tak na straně účastníků výzkumu.*“

Opačným problémem se jeví být únava a zklamání komunit. Do tohoto bodu komunita dojde, pokud je do participativních procesů tlačena příliš často, ale zároveň nevidí reálný přínos (Morrison et al. 2001). Hrozí, že dojde ke ztrátě důvěry (Kearney 2004). Komunity musí vědět, že proces HIA je zaměřen především na jejich ochranu. Na druhou stranu musí být komunita obeznámena s faktem, že nikde není napsáno, že výsledná zpráva bude obsahovat všechny jejich komentáře. Stejně tak může dojít ke konfrontaci názorů expertů a komunity.

Kemm (2013) tuto patovou situaci vysvětluje tím, že mnohdy i přesto, že experti vědí, že žádné riziko nehrozí, ale komunita si myslí opak, je velice těžké komunitu uklidnit. Facilitátoři se musí zaměřit především na zklidnění situace. Experti musí přijmout fakt, že se komunita obává určitého rizika, a upravit doporučení tak, aby se ošetřily jejich obavy, a mohlo se intenzivně pracovat na zvyšování zdravotní gramotnosti. Někdy má komunita přehnaná očekávání nebo strach i v důsledku již zmiňovaného NIMBY syndromu, se kterým též musí experti adekvátně pracovat (Birley 2011).

Každopádně, když shrneme výše uvedené, tak i za složitých realizačních podmínek je participace v posledních letech čím dál tím častější metodou sběru jak kvalitativních, tak kvantitativních dat. V procesu HIA se stává klíčovým prvkem a potřeby a názor komunit jsou zásadními informacemi, které by se měly odrazit v závěrečných doporučeních.

#### **4.4.2.5 Typologie HIA**

Další aspekt, který se musí v rámci Scopingu rozhodnout, je zvolit adekvátní typ HIA. Jak česká, tak zahraniční literatura se shoduje na třech základních typech HIA (Kemm, Parry, a Palmer 2004; Birley 2011; Kemm 2013; Kučerová a Havel 2015), a to



podle rozsahu, času a potřebného finančního kapitálu. Dle těchto atributů se pak i odvíjí velikost a složení hodnotících týmů.

#### a) Desk-based HIA

V překladu by tento výraz znamenal „HIA prováděná od stolu“. Kučerová a Havel (2015) tento výraz nepřekládají a popisují jej jako rychlý proces, který může trvat řádově několik hodin nebo jeden den. Do procesu vstupují pouze základní informace dostupné z podkladů a pracuje se se screeningovými nástroji (většinou checklist v papírové nebo online formě). Nedochozí k zapojení stakeholderů, analýze souvisejících dokumentů nebo literatury ani k vytváření HIA týmu. Provádějící osoba by měla mít patřičný rozsah znalostí, aby byla schopná vyhodnotit dopad dokumentu na determinanty zdraví ovlivněné populace. Jedná se o nejrychlejší a nejméně náročnou variantu – a to jak na časové, lidské, tak finanční zdroje. U tohoto typu jsou největšími riziky především omezené a nesystematické vyhledávání literatury, spoléhání na obecně známá fakta a hrozba rutinního přístupu.

#### b) Rapid HIA

Z časového hlediska se jedná o proces, který může trvat dny až týdny. V zahraniční literatuře se uvádí dokonce 6–12 měsíců (Dua a Acharya 2014). Poskytuje systematictější a detailnější obraz o dané problematice než desk-based HIA a obsahuje i limitovanou analýzu všech dostupných dokumentů. Zahrnuje i časově a finančně omezenou práci v terénu a participaci místních zainteresovaných skupin. V tomto bodě se literatura trochu rozchází – Kemm (2013) uvádí, že participace nebo konzultace při tomto typu HIA nejsou součástí hodnocení, ale např. Birley 2011; Dua a Acharya 2014; Kučerová a Havel 2015 se vyjadřují kladně a doporučují tyto participativní metody zapojit. Kemm (2013) doplňuje, že se nemusí jednat o jednu osobu, ale malý tým o dvou až třech lidech, aby se zachovala sebekontrola a reflexe. Do týmu mohou být zapojeni i experti z relevantních oborů.

#### c) Comprehensive HIA

Jedná se o nejvíce detailní a nejnáročnější formu hodnocení HIA po všech stránkách. Analýza jde velice do hloubky, dochází k rozsáhlému zkoumání adekvátní a dostupné literatury, rozsáhlým rešerším a sběru primárních dat v terénu. Participace

zainteresovaných stakeholderů je v tomto typu HIA klíčovým prvkem získávání dat. Tomuto také odpovídá velikost týmu. Bude se jednat o velkou skupinu lidí – a to jak přímo hodnotícího týmu včetně externích expertů a odborníků z různých relevantních sfér (akademický sektor, veřejná správa, soukromá sféra, sociologové, psychologové, technické odbornosti, experti na územní plánování, hygienikové, ekologové atd.), tak osob zapojených do participativních aktivit. Tento typ hodnocení HIA poskytuje komplexní hodnocení pravděpodobných vlivů na zdraví a řádově může trvat až několik měsíců (Dua a Acharya 2014; Kučerová a Havel 2015). Pokrýt finanční rozpočet k uskutečnění tak rozsáhlého hodnocení bude náročné a v projektové dokumentaci nebo u přípravy strategických dokumentů, které potřebují takto obsáhlé hodnocení, se musí předem počítat i s náležitou dostatečnou časovou a finanční dotací.

#### d) Intermediate HIA

Některé zdroje uvádějí (Dua a Acharya 2014; Kučerová a Havel 2015), že existuje i přechodová varianta mezi Rapid HIA a Comprehensive HIA – a nazývají ji právě Intermediate. Tento typ je založen na kombinaci participativního zapojení klíčových stakeholderů, aby si hodnotící tým vytvořil podrobnější obraz o možných dopadech na zdraví, než by byl identifikován během Rapid nebo Desktop HIA.

Výše uvedené dělení typů HIA odráželo hloubku získaných, analyzovaných dat a popisovalo náročnost vypracování hodnocení HIA. Avšak u všech čtyř typů bylo dáno, že se hodnocení provádí před implementací projektů nebo ve fázi před nabytím účinnosti dané koncepce nebo strategického dokumentu. Každopádně se může stát, že se z různých důvodů nepodaří hodnocení udělat před fází realizace nebo účinnosti. Pokud se tomu tak stane a hodnocení se udělá zpětně, bude se jednat o tzv. retrospektivní HIA (Wales Health Impact Assessment Support Unit 2019). Retrospektivní HIA hodnotí vliv stávajícího projektu nebo politiky a může být použita jako evaluační nástroj. Často se využívá i při analýze nenadálých událostí a může se tím pádem stát součástí managementu rizik, adaptačních opatření nebo konceptu snižování rizika katastrof (z *angl.* DRR – *Disaster Risk Reduction*). Výsledky hodnocení mohou být využity při úpravách nebo tvorbě adaptačních a rizikových plánů.

Dalším typem bude prospektivní HIA (Wales Health Impact Assessment Support Unit 2019). Pod toto označení by spadaly všechny výše popsané typy a) – d) hodnocení

HIA. Hodnocení se dívá do budoucna a odhaduje možné dopady a scénáře. Jak již bylo zmíněno, vše jde ruku v ruce s principem předběžné opatrnosti a myšlením orientovaným na budoucnost. Z časového hlediska zbývá ještě jedna možnost, a to je varianta, kdy hodnocení HIA probíhá současně s realizací projektu nebo zaváděním politiky či implementací strategického dokumentu. V tomto případě stejně jako u retrospektivní HIA dojde k tomu, že se potlačí hlavní myšlenka konceptu, a tou je, že HIA eliminuje negativní vlivy. V době realizace je jasné, že možnost eliminace negativních vlivů je již minimální, ale aspoň dochází k analýze a vyhodnocení všech rizik. Zároveň tyto výsledky přeformulované do opatření mohou být použity a aplikovány na projekty podobného zaměření.

Existují i další označení hodnocení HIA – např. mandatorní – ta, která je daná legislativou (z *angl. mandated*); HIA, která vznikla na podporu rozhodnutí, zda danou koncepci nebo projekt/program realizovat (z *angl. decision support*), nebo HIA, která vznikla za účelem lobování za nějakou změnu (z *angl. advocacy HIA*) (Harris-Roxas a Harris 2011).

Pro oblast rozvojové agendy a rozvojové spolupráce s důležitostí participace (Harris-Roxas a Harris 2011) by mohl být přínosný uváděný typ hodnocení HIA, a to je tzv. komunitou řízená HIA (z *angl. community-led HIA, někdy se využívá community-driven HIA (CDHIA)*) (Kemmer, Parry, a Palmer 2004). „Jedná se o demokratický a politický proces, spíše než o technokratický a racionální.“ V důsledku tohoto faktu se mění i postavení experta, který hodnocení provádí. Dochází k posunu spíše do role facilitátora, který poskytuje technické rady. Zároveň upozorňuje, že samotný výsledek nemůže být brán jako přímý výsledek hodnocení HIA, ale jako zajímavá sonda do procesu posilování komunity a samotného definování postojů a pocitů komunity. Tento přístup dává též možnost komunitě se přesunout z pozice jednoho ze zapojených subjektů s poradním hlasem do pozice vyjednávací, což dává prostor pro vyjednávání alternativních řešení přívětivých především pro komunitu.

V literatuře na tento přístup navazuje a principiálně ho využívá tzv. PATH (z *angl. People Assessing Their Health*) koncept představený kanadskou autorkou Coollen Cameron (Cameron et al. 2011; Cameron a Wasacase 2017). PATH tedy je proces, který využívá hodnocení zdravotního dopadu k vybudování schopnosti lidí stát se aktivními účastníky rozhodování. Jedná se o nástroj pro přímou podporu zdraví příslušníků

komunity, ale zároveň rozvojový komunitní přístup. Tento přístup podporuje schopnost lidí v kritickém myšlení hodnocení vlivů na zdraví. Vzhledem k tomu, že zvyšuje analytické dovednosti a poskytuje komunitám vlastní jedinečný nástroj pro hodnocení potenciálního dopadu projektů, programů nebo politik na zdraví a well-being jejich komunity, jedná se o výrazný nástroj empowermentu – a to především ve smyslu ohodnocení jejich vlastních vědomostí a vnímání.

Využívá celkem pěti kroků:

- Z pohledu komunity se zamyslet nad tím, co je potřeba udělat pro to, aby se komunita cítila zdravá.
- Představit si obraz (vizi) zdravé komunity.
- Identifikovat faktory potřebné k dosažení vize a uspořádat je do hodnotícího nástroje.
- Vyzkoušet a upravit hodnotící nástroj.
- Vytvořit plán pro využití hodnotícího nástroje dopadů na zdraví.

Jak Cameronová et al. (2011) uvádí, ne všechny komunity daný nástroj využívají a svoji vizi plní, ale používají třeba pouze dílčí nástroje a sami si ověří, zda jsou takového procesu schopni. Každopádně jako každý takový participativní nástroj, CDHIA i PATH musí být podpořeny nejen finančními prostředky, dobrým facilitátorem, ale především politickou vůlí, ochotou a snahou místní komunity.

#### **4.4.3 Hodnocení dopadů a tvorba doporučení**

Pokud je již na základě screeningů a scopingů rozhodnuto, že hodnocení HIA se bude provádět, a je vybrán nejvhodnější typ HIA k daným podmínkám a finančním prostředkům, může začít praktická část HIA, a tím je vlastní hodnocení dopadů.

Dle Kemm (2013) koncept hodnocení HIA prohlašuje, že dokáže určit případné důsledky pro lidské zdraví při implementaci různých projektů, programů nebo politik. Celkově by toto hodnocení mělo obsáhnout čtyři základní body:

- rozsah – které skupiny budou ovlivněny,
- povaha změny/dopadu – např. nemoc, diskomfort, úzkost, strach,
- směr změny – zvýšení nebo snížení jevu,
- velikost změny – jak vážně, jak často.

Tato část hodnocení HIA je založena především na různých metodách sběru dat (Birley 2011; Kemm 2013; Kučerová a Havel 2015). Podle toho, jakou perspektivou se díváme na pojem a model zdraví, vybíráme si i vhodné metody. Existuje mnoho

modelů zdraví, ale vysvětleny byly pouze dva, a to biomedicínský a ekologicko-sociální. Pokud bude hodnocení vlivů na zdraví vypracovááno z pohledu biomedicínského, do popředí se dostanou především kvantitativní metody sběru dat na základě epidemiologie, statistiky a měření v terénu. Tyto metody jsou využívány především při hodnocení zdravotních rizik a v rámci určení zdravotních dopadů při hodnocení zdravotní složky v rámci EIA nebo SEA.

Koncept hodnocení HIA od začátku prosazuje primární myšlenku, že člověk je v centru dění. Orientuje se především na model ekologicko-sociální. Dává důraz na kvalitativní data a snaží se o nejvyšší možnou míru participace.

Birley (2011) uvádí, že nejsou přímo vyhraněné nebo určené metody pro HIA, ale každý expert nebo hodnotitel může využít metody, které jsou mu blízké. Představuje návrh postupu, jak dojít k co nejlepším výsledkům:

- Sesbírat co nejvíce epidemiologických a sociologických dat od co nejvíce stakeholderů, které se jakkoliv dotýkají návrhu, a to co nejvíce metodami.
- Vytvořit rešerši dostupné odborné literatury a poznatky využít k identifikaci všech vlivů na zdraví.
- Popsat jednotlivé profily všech zasažených komunit a identifikovat vlivy na zdraví.
- Popsat politický kontext, ve kterém je HIA prováděna k určitému časovému období (národní, místní politiky).
- Uspořádat všechny identifikované zdravotní dopady do kategorií.
- Sumarizovat podpůrná fakta jednotlivých dopadů na základě odborné literatury.
- Upřednostňovat nejvýznamnější zdravotní dopady.
- Vytvořit odůvodnitelné doporučení, jak ovlivnit a zvládnout zdravotní dopady.

Předtím, než se Birley (2011) pouští do detailnějšího popisu jednotlivých kroků, upozorňuje na sedm faktů, které velice ovlivňují výběr správných metod, a to pod výstižným názvem podkapitoly „Co HIA není“:

- HIA není knížka na poličku – HIA má být co nejvíce zaměřena na implementaci výsledků hodnocení do reálných opatření při realizaci projektů, programů nebo strategických dokumentů. Mnohem větší přidanou hodnotu má, pokud bude zaměřena prakticky, a ne teoreticky. Autor zdůrazňuje, že větší přínos bude mít, pokud HIA bude napsaná na kousku papírku, ale ovlivní dění, než když bude ve formě krásně vytisknuté knihy, která bude bez reálného dopadu.

- HIA nehledá pravdu – hodnocení HIA nehledá absolutní pravdu, nejedná se o nástroj, který by chtěl ověřovat vědecké hypotézy. Cílem je mít možnost ovlivnit návrh koncepce či projektu s cílem ochránit zdraví lidí v zasažených komunitách.
- HIA nemusí být perfektní – každý dokument operující s pravdivými údaji věnující se ochraně lidského zdraví je lepší než žádný dokument.
- HIA není čtení budoucnosti – nejedná o jasné předvídaní budoucnosti, ale o nastínění možných scénářů budoucích dopadů.
- HIA není nástrojem porovnávání „před a po“ – někdy se stává, že je hodnocení až zneužíváno. Pokud je zodpovědný orgán za implementaci „napaden“ nějakými zájmovými a advokačními skupinami, je výhodné mít hodnocení HIA, které obsahuje epidemiologická data, která argumentují a odhadují, že po fázi implementace bude zdravotní stav obyvatel lepší než před zahájením. Každopádně primárním cílem není podpora projektu, ale reálný obraz.
- HIA nevyužívá pozitivistického přístupu – hodnocení HIA by mělo vycházet z hermeneutického přístupu.
- HIA neblokuje návrhy – hodnocení HIA se nedělá s cílem nějaký návrh koncepce nebo projektu blokovat nebo brzdit. Zadavatel HIA by měl vnímat toto hodnocení jako přidanou hodnotu, ne jako povinnou položku.

Tento výčet pomůže hodnotiteli ujasnit si cíl hodnocení a připomenout hodnoty, na kterých je HIA postavena. Zároveň si zvolit ten nejefektivnější postup a metody hodnocení.

Jak z výše uvedených informací vyplývá, prvním krokem hodnocení je sběr dat. *„Součástí identifikace vlivu by měla být i stručná analýza stávajícího zdravotního stavu obyvatelstva. Cílem je získání informací o citlivých, vyloučených skupinách. Dále pak zjištění ‚výchozího zdravotního stavu‘ pro monitoring a identifikaci problémů.“* (Kučerová a Havel 2015)

Primárně se mohou využít dostupné databáze nebo zprávy od místních samospráv, na národní úrovni nebo i od mezinárodních organizací. Dle typu, velikosti a geografických podmínek zasažených komunit jsou tyto metody sběru dat přizpůsobeny. Níže budou vhodné metody využívané při hodnocení HIA pouze vyjmenované, nebudou vzhledem k rozsahu práce detailně rozpracovány.

Z kvantitativních metod se bude jednat především o epidemiologická data – deskriptivní studie, analytické a intervenční studie, křivky odezvy na dávku, měření (např. hladiny hluku a tvorba hlukových map, kvality ovzduší, rozbor kvality vzorků

vody atd.). V rámci ekologicko-sociálního modelu lze kvantitativní data využít i v rámci korelací a regresí jednotlivých determinantů zdraví (Kemmm 2013), stejně jako při modelování různých typů (Birley 2011). Oba autoři též vyzdvihují používání tzv. příčinných a vývojových diagramů, stromů problémů a myšlenkových map.

*„Další součástí identifikace vlivu může být kvalitativní nebo kvantitativní hodnocení zdravotních rizik. Cílem je určit nebezpečnost faktoru/chemické látky, vyhodnotit vztah mezi dávkou faktoru/chemické látky a odpovědí organismu, vyhodnotit expozici (v rámci které se objasní expoziční cesty) a charakterizovat riziko – tj. pravděpodobnost poškození. Kvantitativní hodnocení je možné provést v případě dostupnosti dat o determinantech zdraví a při dostatečné znalosti důkazu o vztahu dávky a účinku. Je zde nutné poznamenat, že proti hodnocení zdravotních rizik je však HIA mnohem širší, komplexnější, vyžaduje zvážení celého spektra možných determinant a pravděpodobnosti jejich více či méně zprostředkovaných změn, způsobených plánovanou aktivitou. Využívá odborný odhad pravděpodobného vývoje různých determinant. Hodnotí nejen rizika, ale i potenciální pozitivní dopady na zdraví.“*  
(Rychlíková 2006)

Kučerová a Havel (2015) vysvětlují rozdíl mezi čistým hodnocením zdravotních rizik a hodnocením HIA. Jak je výše zmíněno, epidemiologická data a hodnocení rizik je základem pro hodnocení HIA, na které navazuje rozsáhlé kvalitativní šetření zaměřené především na sociální determinanty zdraví.

Na stěžejních kvalitativních metodách se shoduje česká i nejvýznamnější zahraniční literatura (Kemmm et al. 2004; Birley 2011; Kemmm 2013; Kučerová a Havel 2015). Jedná se především o rozhovory, dotazníkové šetření, veřejné projednávání, fotodokumentaci a její rozbor, brainstorming, anketu a velký důraz je kladen na fokusní skupiny. Především Birley rozebírá používání těchto metod s ohledem na respektování místního prostředí, kulturních zákonitostí daných komunit, adekvátní komunikaci, a to především při realizaci projektů v rozvojovém kontextu. Kučerová a Havel (2015) ještě upozorňují na nezbytnou analýzu regionálních a národních politik týkajících se zdraví.

Na základě výše zmíněných metod dojde k získání kvantitativních i kvalitativních dat, které by měly v ideálním případě pokrýt co nejvíce determinant zdraví. Následně dojde k dalšímu klíčovému kroku hodnocení HIA – k vyhodnocení informací o podstatě, pravděpodobnosti a velikosti možných vlivů na zdraví (Kučerová a Havel 2015).

V tento moment musí celý tým pracovat i s principem předběžné opatrnosti. Velice zajímavě tento přístup rozebírá Kemm (2013), který upozorňuje na to, že i s tímto předpokladem se musí v rozhodovacích procesech zacházet opatrně. Dodává, že časté a neuvážené aplikování tohoto principu může vést ke špatným rozhodnutím. Pokud tedy v hodnocení HIA stojí proti sobě rozhodnutí, zda přijmout koncepci, nebo nepřijmout, není správné na základě principu předběžné opatrnosti projekt nebo návrh odmítnout. Pokud je závěrem zlepšení well-beingu lidí, ale s negativními doprovodnými jevy, zváží se vždy takové řešení, které je z nabízených možností nejmenším rizikem.

Výsledkem je seznam možných zdravotních dopadů v důsledku implementace strategického dokumentu nebo realizace projektu/programu.

Cíl koncepce	Dopad na determinanty	Prospěšný vliv na zdraví		Negativní vliv na zdraví	
		Dopad	Možná opatření	Dopad	Možná opatření

Tabulka 2 Návodná tabulka pro hodnocení dopadů (Kučerová a Havel 2015)

*„Doporučení ke zvýšení zdravotních benefitů z realizace projektu/koncepce a minimalizace potenciálních negativních dopadů by měla být stručná, jasná a výstižná, reálná, proveditelná, objemově zvládnutelná, nestranná a měla by reflektovat důkazy a názory všech členů HIA týmu.“* (Wales Health Impact Assessment Support Unit 2019) Birley (2011) souhlasí a doplňuje, že doporučení a opatření by měla splňovat tzv. SMART přístup (*z angl. specific, measurable, achievable, realistic, timely*). Zároveň musí pokrývat všechny části realizace projektu (přípravu návrhu, fázi realizace, fázi provozu, fázi odstavení z provozu). Současně musí být formulována tak, aby z nich bylo jasné, jaké zdravotní riziko je pokryto – a to jak dobře argumentačně, tak graficky. Vysvětluje, že existuje tzv. mitigační hierarchie. Úplně na vrcholu této pyramidy se objevují opatření, která dokáží úplně odstranit nějaké zdravotní riziko. Většinou se jedná o změnu designu koncepce nebo projektu, změnu lokality nebo změnu procesu implementace. Tato opatření připadají na instituce, firmy, korporátní společnosti, nebo dokonce na celou společnost. Mají tudíž široký dopad. Na druhém protipólu této pyramidy jsou opatření, která jsou zaměřena na ochranu jedinců před konkrétním



rizikem. Pro lepší pochopení uvádí příklad kouření. Mnohem efektivnější bude, pokud bude zavedeno opatření proti pasivnímu kouření zákazem kouření ve veřejných prostorech. Obecně totiž platí, že nejméně efektivní jsou opatření, která jsou závislá na změně lidského chování. Demonstrační obrázky o rakovině plic v důsledku kouření na krabičkách cigaret byly v hierarchii mnohem níže. Tohoto principu by se měla držet i opatření formulována v rámci HIA.

#### **4.4.4 Tvorba závěrečné zprávy/reportu**

Pokud jsou všechna opatření a doporučení formulována, dochází k sepsání finální zprávy. Podoba může být různá, stejně jako rozsah i obsah. Doporučuje se co nejnázornější ztvárnění na úkor délky a složitosti textů. Výstižně to bylo popsáno v předešlé kapitole, kdy Birley zmiňoval, že HIA jako celek má být spíše pracovním nástrojem, živoucím dokumentem, názorným návodem než obsáhlou vědeckou publikací. Každopádně každá zpráva musí být přesně upravená pro zadání a mít přesný cíl, který byl definován v zadávací dokumentaci.

Pokud je závěrečná zpráva hodnocení určena pro politiky a jejich rozhodnutí, musí být dobře zvolen jazyk a prezentovaná forma. Dobrá praxe ukazuje, že by se finální verze měla poslat všem zainteresovaným subjektům a všem členům HIA týmu. V ideálním případě by mělo dojít k úplnému odsouhlasení všemi stranami ke konsensu. V praxi k tomu ale většinou nedochází (Kemmm 2013). V některých případech dochází k poskytnutí zprávy médiím nebo lobbistickým skupinám. Zde samozřejmě hrozí překrucování výsledků a zneužití. Ale všechny zprávy by měly být zveřejněny na veřejnosti přístupných platformách, a to nejen proto, aby byl zachován nárok na přístup k informacím, ale i pro sdílení příkladů dobré praxe a možné inspirace při tvorbě podobných hodnocení.

#### **4.4.5 Monitorování a evaluace**

Nedílnou součástí hodnocení HIA je poslední fáze, kterou je monitoring. Jedná se o monitorování v průběhu fáze realizace projektu, fáze provozu i fáze odstavení z provozu (Birley 2011). Všechna doporučení by měla být transformována do jednoduchých, jasných a „chytrých“ indikátorů. Tyto indikátory by měly být lehce přeformulovatelné do rozšiřujících opatření, pokud se během monitoringu ukáže, že se objevují dopady, které mohou mít předem nepředvídatelné důsledky.

*„Cílem monitoringu je odpovědět na otázky typu: Měli obyvatelé předpokládané výhody z realizace koncepce? Neutrpla populace větší škody, než se očekávalo nebo bylo akceptováno? Mohlo zdraví zaznamenat pozitivní vývoj? Jak velký? Byla doporučení HIA zohledněna při naplňování koncepce nebo realizace projektu? S jakými obtížemi se realizace doporučení HIA při naplňování koncepce setkávala?“ (Kučerová a Havel 2015)*

Část monitoringu by měla být součástí zadávacích požadavků na HIA. Jak realizační tým HIA, tak zadavatelé s touto částí musí počítat, i když je někdy velice časově náročná, a to s ohledem na délku projektu (programu) nebo délku implementace strategického dokumentu.

Někdy se monitoring zaměřuje s evaluací nebo retrospektivní HIA. Evaluace probíhá až po ukončení projektu nebo doby implementace dané koncepce a má vlastní mechanismus a pravidla, podle kterých je prováděna. Součástí samotného konceptu hodnocení HIA není. Není však překážkou, aby byla nástavbou na hodnocení a fungovala jako zpětná vazba nejen pro tým, který hodnocení HIA prováděl, ale i pro zadavatele, zda byla zadávací dokumentace správně připravena a hodnocení HIA správně vyhotoveno.

#### **4.4.6 Kvalita hodnocení HIA**

Velice často diskutovaným tématem nejen v zahraničí, ale i v českém prostředí je kvalita hodnocení HIA. Základní otázkou je: Jak zajistit, aby hodnocení bylo kvalitní? Už z logiky samotné otázky vyplývá, že odpověď není jednoduchá. Jak je vidět z výše uvedeného textu, celý proces HIA je jasně strukturovaný a jednotlivé kroky jsou přesně dané. Ale stejně jako u ostatních nástrojů je kvalita výsledného hodnocení závislá především na individuálním přístupu hodnotících a všech členů týmu, na kvalitativních požadavcích zadavatelů a též na motivaci zadavatelů. Samozřejmě pokud k hodnocení zadavatelé přistupují jako k nutnosti nebo povinnosti, na kvalitě jim příliš záležet nebude. Pokud vědí, k čemu je hodnocení HIA dobré a jak z něj mohou vytěžit co nejvíce, jejich přístup bude odlišný.

Pokud je hodnocení HIA nařízeno legislativou, hrozí, že se z hodnocení stane rutinní a stereotypní záležitost, a to především u screeningů. Zaměstnanci vykonávající hodnocení a screening by měli být z oboru zdravotnictví nebo z veřejného zdraví a měli

by být dostatečně vyškoleni, aby si byli vědomi účelu a přínosu HIA. U přístupu bottom-up, tedy kdy motivace provádět HIA nepřichází z legislativy, ale z uvědomění samotné organizace, je riziko vzniku stereotypu menší.

Kemm (2013) též zmiňuje složitost tohoto problému a uvádí, že jeden z efektivních prostředků, jak alespoň částečně zajistit kvalitu, je povinnost uveřejnit posudky na přístupných stránkách. Hodnotitelé tak mají alespoň částečnou motivaci zajistit si dobré jméno a perspektivu dalších zakázek kvalitním zpracováním.

V odborných kruzích se nejdéle kvalitě hodnocení HIA věnují autoři Ben Cave a Alan Bond. Ve spolupráci s dánskou universitou vyvinuli zatím jediný dostupný nástroj pro kontrolu kvality hodnocení HIA (Fredsgaard, Cave, a Bond 2009). Původně se jednalo o checklist pro kontrolu EIA, který se upravil pro kontrolu HIA. Obsahuje celkem osm oblastí s konkrétními podotázkami, které zadavatele nebo hodnotitele navedou k reflexi, zda daný dokument obsahuje všechny nutné části.

#### **4.5 Příklady implementace v jiných zemích**

Ve světě je HIA zdařile implementována v různých podobách – většinou se jedná o implementaci přes legislativu a právní rámec (tzv. top-down přístup) nebo skrz regionální a lokální úroveň (tzv. bottom-up přístup). Například na evropském kontinentě byla HIA Nizozemskem implementována formou Akčního plánu HIA (1995) a následným zřízením koordinačních jednotek. Slovenskem byla zakotvena do zákona o ochraně veřejného zdraví (2007), Dánskem prostřednictvím Sítě zdravých měst (2003) nebo Velkou Británií, kde je HIA začleněna do systému procesu posuzování dopadů vlády a je využívána vládními útvary (O'Mullane 2013). Vybrané příklady jsou popsány níže:

##### **4.5.1 Příklad implementace – Slovensko**

Slovensko je příklad země, která docílila plošné implementace HIA zakotvením požadavku jeho podpory do národních předpisů a vytvořila nový legislativní rámec, podle kterého řídí rozvoj regionů a státu pro příští léta (Valenta a Kučerová 2007). V roce 2007 byla vydána novela zákona o ochraně veřejného zdraví a ošetřila tak legislativní rámec HIA (O'Mullane 2014).

Ministerstvo zdravotnictví je ústředním orgánem státní správy v oblasti veřejného zdravotnictví. Úřad veřejného zdravotnictví odborně a metodicky řídí, usměrňuje

a kontroluje výkon státní správy (regionálních úřadů veřejného zdravotnictví) v oblasti veřejného zdravotnictví. Těchto úřadů je celkem 36 (Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej Republiky 2009). HIA je koordinována v rámci Oddělení hygieny životního prostředí a zdraví jednotlivých regionálních úřadů veřejného zdravotnictví (O'Mullane 2014).

První pokusy implementovat HIA na Slovensku proběhly za podpory Evropské komise a Světové zdravotnické organizace. Vedením projektu Evropské komise PHASE byla pověřena Národní síť zdravých měst, pod jejíž záštitou bylo uspořádáno na úrovni obcí několik seminářů (Mannheimer et al. 2007). Následoval další projekt nazvaný „HIA-NMAC project (Health Impact Assessment in New Member States and Pre-Accession Countries)“, který navazoval na předchozí aktivity, ale již s účastí politiků. (O'Mullane 2013) Až v roce 2007 došlo k zakotvení v centrální legislativě. Slovenská republika v zákoně č. 355/2007 Sb., o ochraně, podpoře a rozvoji veřejného zdraví, zakotvila povinnost pracovníků regionálních úřadů veřejného zdraví posuzovat koncepční dokumenty a jejich vlivy na zdraví. Jeho finální schválení se ale prodlužovalo a s konečnou platností bylo posunuto až na leden 2011. V roce 2008 byla zřízena expertní skupina složená z osmi pracovníků Úřadu veřejného zdravotnictví SR a regionálních úřadů veřejného zdravotnictví a čtyř zástupců nezdravotních úřadů. Tato skupina měla za cíl připravit Slovenskou republiku na implementaci HIA, a to především skrze budování kapacit. (Slovensko 2007) V roce 2009 reagoval na tehdejší situaci další seminář (pod záštitou Světové zdravotnické organizace a Ministerstva zdravotnictví SR), který cílil na budování kapacit, vyzdvižení role sociálních determinant zdraví, zdravotní ekvity a možnost hodnocení strategických dokumentů pomocí HIA jako způsobu prosazování ochrany zdraví populace. (O'Mullane 2014) Podobná akce se odehrála ještě o rok později se zaměřením na vzdělání expertní skupiny. Z důvodu další legislativní podpory implementace HIA vydalo Ministerstvo zdravotnictví Slovenské republiky vyhlášku č. 233/2014 Sb., o podrobnostech hodnocení vlivů na veřejné zdraví (Slovensko 2014). Tato vyhláška definuje i obsah a strukturu hodnotících zpráv, aby se dodržela jejich jednotnost, ucelenost a přehlednost.

O'Mullane (2014) se v roce 2013 zabývala tehdejší aktuální situací implementace HIA a zaměřila se na Regionální úřady veřejného zdravotnictví. Z výzkumu vyplynulo, že

celková připravenost infrastruktury operacionalizovat HIA byla nedostatečná. Respondenti se z větší části shodli, že načasování bylo správné, a uznali potřebnost implementace tohoto konceptu, ale upozorňovali na nutnost připravit systém a společnost na určité změny. Bez tohoto kroku je proces implementace značně složitý a Slovensko této složité situaci i nadále čelí. V závěru studie poukazuje na nutnost dalších vzdělávacích akcí a budování kapacit, publikování podpůrných materiálů ve slovenském jazyce, důležitost vzniku národního centra a regionálních referenčních center pro HIA a chybějící celkovou podporu napříč republikou.

#### **4.5.2 Příklad implementace – Dánsko**

Systém dánské zdravotní péče lze charakterizovat jako silně decentralizovaný s odpovědností za primární a sekundární péči přenesenou na úroveň měst a obcí. (Olejaz et al. 2012) Všechny tři politické a správní úrovně (národní, regionální a místní) prokazují vzájemně úzkou spolupráci, čímž vytvářejí podmínky pro koherentní a dobře fungující systém péče o zdraví (Fousková 2001). Dánské municipality se zaměřují především na aktivity podporující prevenci nemocí a veřejné zdraví. Jejich legislativní pravomoci jsou však velice omezené (Guliš a Kollárová 2013).

Dánsko se setkala s prvním pokusem implementovat HIA na národní úrovni již v roce 1996. Ministerstvo zdravotnictví tehdy předložilo dánské vládě návrh implementace metody HIA. Vláda ale příslušný návrh neshledala relevantní a ke schválení nedošlo. (Guliš a Kollárová 2013) Této myšlenky se ale ujalo malé dánské město Nordborg (od organizační změny státní správy a samosprávy je součástí města Sonderborg), které se stalo průkopníkem implementace HIA na regionální úrovni. V roce 2003 byla přijata rezoluce nařizující povinný HIA screening všech strategických dokumentů v tomto kraji. Tento přístup k hodnocení strategických dokumentů se začal šířit především díky Národní síti zdravých měst do podobně smýšlejících krajů nebo měst. Následovala celoplošná reforma veřejné správy (strukturální, administrativní) zaměřená na decentralizaci (2007). Podporou veřejného zdraví byly pověřeny kraje a obce. (Andersen a Jensen 2010) Tento krok byl velkou motivací pro implementaci HIA na regionální a lokální úrovni. Na to reagovala i Národní rada pro veřejné zdraví (National Board of Health), která vydala HIA manuál zaměřený na municipality. V roce 2009 přišel další pokus o zakotvení HIA do národní legislativy, který ale opět selhal.

Byla však vydána rezoluce č. 52, která dala vznik Komisi pro prevenci nemocí (Disease Prevention Committee). Tato komise vydala hodnotící zprávu, kde v závěrečném doporučení apelovala na implementaci a používání HIA. Město Horsens následoval Nordborg a v roce 2009 pod záštitou Národní sítě zdravých měst inicioval vznik neformální skupiny krajů a obcí, které HIA implementovaly nebo jsou právě v procesu implementace. S další podporou Národní rady pro veřejné zdraví toto neformální uskupení dalo podnět ke vzniku platformy a e-learningového modulu pro sdílení metodik, postupů, nástrojů, informací a příkladů dobré praxe na regionální a lokální úrovni (Guliš a Kollárová 2013).

Dánsko je typický příklad bottom-up přístupu implementace HIA, kdy zakotvení do legislativy dvakrát selhalo, ale velice efektivní byla cesta prostřednictvím krajů a měst.

#### **4.5.3 Příklad implementace – Nizozemsko**

Rozvoj HIA v Nizozemsku můžeme pozorovat již od 90. let 20. stol., a to především ve dvou větvích. Jedna větev zahrnuje environmentální přístup a je součástí EIA (Kemmer 2013), druhá větev je založena na zakomponování HIA do veřejného zdraví na multisektorové úrovni a implementovala přístup HiAP.

Nizozemsko patří mezi země, které se jako jedny z prvních přiřadily k tzv. londonskému modelu zdraví. Již ve strategickém dokumentu „*Safe and Sound. Framework for the national health policy 1995–1998*“ vláda vyzdvihla, že bude rozvoj konceptu do praxe plně podporovat. Byl vyvinut dvoustupňový systém, který obsahuje screeningový proces. Tento screeningový nástroj zachytává veškeré rozvojové dokumenty. Celému procesu velice pomohlo zřízení referenční kanceláře pro HIA na The Netherlands School of Public Health, která plnila poradní funkci, nastavovala procesy a snažila se dát určitý rámec kontrole kvality. Nicméně v roce 2003 rozhodlo Ministerstvo zdravotnictví o ukončení fungování této kanceláře a změnilo strategii implementace především na místní úrovni (Kemmer 2013). Jedním z důvodů byla evaluační zpráva, která uvedla, že tento způsob není příliš efektivní, jelikož dochází k dublování hodnocení na různých ministerstvech (Bekker et al. 2013). Zajímavé je, že doposud nebyla vytvořena centrální legislativa, ale vše bylo vytvořeno právě bez nutnosti legislativního zakotvení, a to i na úrovni veřejné správy. Každopádně od roku 2007 vláda přijala několik opatření, která by měla napomoci plné implementaci HiAP,

a to především tím, že vláda značně decentralizovala zdravotní péči na místní úroveň. Momentálně jsou právě municipality zodpovědné za implementování Národního aktu zdraví a též sociální politiky. Municipalities jsou též provozovateli rodinných center, které poskytují integrovanou preventivní péči.

Momentálně hraje roli především tzv. PPP (z *angl. public-private partnership*) – partnerství veřejného a soukromého sektoru. Memorandum o veřejném zdraví zdůrazňuje, že odpovědnost by měla být sdílena mezi místními vládami, sociálními instituty, vzdělávacími, zdravotními a sociálními institucemi a soukromými firmami. Na národní úrovni byly zřízeny tzv. centra zdravého žití (z *angl. Healthy Living Centre*), která mají agendu HiAP plně v kompetenci a na tato partnerství dohlížejí. Dodnes není HIA jako samostatný nástroj legislativně ukotvena. V rámci impact assessmentů je legislativně pouze pokryta EIA a SEA, což dává nějaký prostor pro zákonnou kontrolu dopadů na zdraví v rámci environmentálních projektů a strategických dokumentů. Nizozemská vláda je někdy kritizována za to, že i přes silnou podporu HIA veškeré závazky implementace přenesla na municipalities (Bekker et al. 2013).

V podstatě se tedy jedná o top-down přístup, který se postupem času změnil v bottom-up přístup, a hlavní úspěch realizace je závislý na otevřeném přístupu místních municipalit.

#### **4.5.4 Příklad implementace – Austrálie**

Austrálie patří mezi průkopníky rozvoje metody HIA a již dlouhodobě je zde vidět zájem o tuto problematiku.

V roce 1994 byla vydána první zpráva, která se na HIA zaměřila s tím, že by HIA neměla být souběžným procesem s EIA, ale měla by být začleněna do celkového procesu posuzování dopadů na životní prostředí a zdraví. Byla to první zpráva, která se přiklonila k variantě, že zdraví je ovlivněno sociálními, psychologickými, ekonomickými, ekologickými a fyzickými faktory. Zároveň je nezbytným předpokladem udržitelného rozvoje a odráží požadavek sociální spravedlnosti (Harris a Spickett 2011).

Mezi lety 2000 a 2004 australská federální vláda zřídila v rámci výzkumných center dva programy zaměřené na HIA (Harris et al. 2013). Zároveň byla vydána zpráva „*In All Fairness*“ (New South Wales 2004), která doporučila HIA jako klíčový nástroj ke zvýšení schopnosti zdravotního systému bojovat s nerovnostmi. Vznikl tak třífázový program

budování kapacit, jehož stěžejní částí byla strategie LbD (z *angl. learning by doing*). (Harris et al. 2013) Proces hodnocení HIA byl začleněn do běžného procesu hodnocení fungování státní správy. Začal probíhat screening, školením prošlo 200 pracovníků nejen zdravotních sektorů, byla vydána série komplexních návodů, screeningových nástrojů a byla vytvořena platforma pro sdílení příkladů dobré praxe. Tento podpůrný systém byl při evaluaci samotnými účastníky procesu velice oceňovaný. Velký přínos měla supervize speciálních týmů expertů, kteří byli k dispozici dílčím týmům a radili v nejasných situacích. (Harris et al. 2013)

Na základě tohoto přístupu se podařilo HIA implementovat, ale byl to dlouhý proces podpořený vůlí zainteresovaných pracovníků. Austrálie se zároveň stala světovým lídrem v prosazování EFHIA (z *angl. Equity Focused Health Impact Assessment, tj. HIA zaměřená na rovnost*).



## 5 POSTAVENÍ HIA V ČESKÉM PROSTŘEDÍ HIAP

### **Záměr 2: Analyzovat historii a postavení HIA v českém prostředí.**

- Cíl 4: Charakterizovat historii a legislativní ukotvení HIA v české legislativě.
  - ~ VO1: Jaké je historické pozadí a legislativní postavení HIA v českém systému?

Český právní i zdravotní systém prodělal od porevolučního období mnoho systematických změn a některé z nich probíhají dodnes. Hodnocení zdravotních rizik (HR) se v něm hodně prolíná s Hodnocením vlivů na životní prostředí (EIA). Hodnocení vlivů na zdraví se však snaží hledat svou vlastní cestu. Využití této metodiky v ČR, oproti ostatním evropským i mimoevropským zemím, není tak časté a čelí mnoha výzvám – od sjednocení definice a pojetí konceptu přes strategii implementace (Mařincová, Loosová, a Guliš 2016).

### **5.1 Detailní ukotvení HIA v českém legislativním systému**

Historické kořeny vedou až do roku 1992, kdy bylo jako součást procesu hodnocení vlivů na životní prostředí (dále jen EIA) poprvé zakotveno v české legislativě i hodnocení vlivu na zdraví člověka v zákoně č. 244/1992 Sb., o hodnocení vlivů na životní prostředí (Česko 1992b). Toto hodnocení vlivu na zdraví bylo však uvedeno pouze jako kapitola v rámci EIA. Tento zákon ještě neznal hodnocení vlivů koncepcí na životní prostředí, a tedy i na zdraví a byl zrušen k 1. květnu roku 2004.

V současnosti tuto problematiku řeší zákon 100/2000 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o posuzování vlivů na životní prostředí), v platném znění (Česko 2001a). Tento zákon ukládá povinnost vypracovávat hodnocení vlivu na zdraví jak u záměrů projektů, tak u koncepcí. Posuzování vlivů na zdraví je zakomponováno konkrétně ve 3. oddíle zákona č. 100/2001 Sb., kam byla problematika hodnocení koncepcí (SEA)<sup>6</sup> implementována

---

<sup>6</sup> Strategické posuzování vlivů na životní prostředí (strategic impact assesment). Proces posuzování vlivů koncepcí zahrnuje zjištění, popis a zhodnocení předpokládaných přímých a nepřímých vlivů, provedení i neprovedení koncepce a jejích cílů, a to pro celé období jejího předpokládaného

prostřednictvím zákona č. 93/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 100/2001 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o posuzování vlivů na životní prostředí). (Česko 2004)

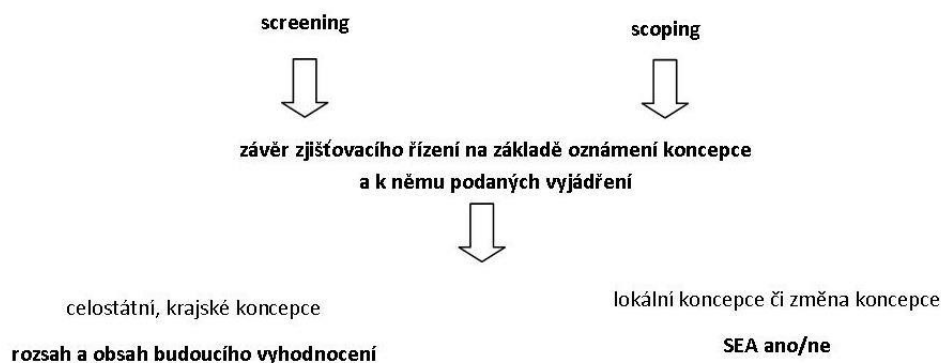
V tomto zákoně:

- v § 10 písm. a) „Předmět posuzování vlivů koncepce na životní prostředí“ jsou vymezeny koncepce, na které se hodnocení vztahuje,
- v § 10 písm. b) „Způsob posuzování vlivů koncepce na životní prostředí“ pak najdeme, co má posuzování obsahovat (zjištění, popis a zhodnocení předpokládaných přímých a nepřímých vlivů provedení i neprovedení koncepce a jejích cílů), a povinnost stanovit v rámci koncepce opatření k předcházení nepříznivých vlivů na životní prostředí a veřejné zdraví, k vyloučení, snížení, zmírnění nebo kompenzaci těchto vlivů, popřípadě ke zvýšení příznivých vlivů na životní prostředí a veřejné zdraví,
- § 10 písm. c), d), e), f), g), h) popisuje proces hodnocení vlivů koncepce na životní prostředí.

Problémem z hlediska hodnocení dopadů koncepcí na zdraví je v zákoně č. 93/2004 Sb., a tím i v zákoně č. 100/2001 Sb., právě § 10. Ten stanovuje, že pod zákon spadají pouze vyjmenované koncepce anebo koncepce, které jsou spolufinancované z prostředků fondů Evropských společenství. Dalším omezením je, že koncepce spadající pod tento zákon jsou zaměřeny na složky životního prostředí. Tím pádem dochází k tomu, že některé strategické materiály nejsou hodnoceny, ačkoliv jejich dopad na zdraví obyvatel je zřejmý, například oblast školství, sociální nebo zdravotní. (Česko 2004)

Vzhledem k tomu, že metoda hodnocení vlivů na zdraví bývá nejčastěji součástí SEA, je zde tento proces popsán následujícím schématem.

-----  
provádění. Cílem procesu je zmírnění nepříznivých vlivů záměrů obsažených v koncepcích na životní prostředí.



Každý může zaslat písemné vyjádření do 20 dnů.

**Obrázek 7 Proces posuzování koncepcí na životní prostředí (SEA)**

Níže jsou rozepsány jednotlivé kroky procesu (Obluk 2004):

### **Oznámení koncepce**

Zadavatel koncepce je povinen oznámit koncepci příslušnému úřadu. Pokud tato koncepce splňuje všechny náležitosti, zašle se do 10 dnů k vyjádření dotčeným správním úřadům a dotčeným územním samosprávným celkům a zveřejní se. Každý se může vyjádřit k oznámení koncepce do 20 dnů. (Obluk 2004)

### **Zjišťovací řízení**

Cílem zjišťovacího řízení (tj. screening a scoping) je upřesnění vyhodnocení obsahu a rozsahu vlivů koncepce na životní prostředí a veřejné zdraví. U zákonem vymezených koncepcí je cílem zjištění, zda koncepce nebo změna koncepce bude posuzována podle zákona č.100/2001 Sb. (tj. detailněji). Příslušný úřad provede zjišťovací řízení na podkladě oznámení, obdržených vyjádření a ukončí jej nejpozději do 35 dnů ode dne zveřejnění oznámení koncepce písemným závěrem. V tom stanoví, zda koncepce bude hodnocena nebo nebude hodnocena. Pokud ano, stanovuje obsah a rozsah včetně variant a navrhne průběh posuzování koncepce včetně konání veřejného projednání. (Nezvalová Šváblová 2019)

### **Návrh koncepce**

Předkladatel je povinen předat příslušnému úřadu návrh koncepce. Pokud návrh koncepce obsahuje všechny náležitosti, zašle příslušný úřad tento návrh do 10 dnů ode dne, kdy mu byl doručen, k vyjádření dotčeným správním úřadům a dotčeným územním samosprávným celkům a zveřejní jej (Česko 2001a, s. 100). Každý může zaslat

své písemné vyjádření k návrhu koncepce příslušnému úřadu nejpozději do 5 dnů ode dne konání veřejného projednání návrhu koncepce.

### **Veřejné projednání**

Informace o místě a času konání veřejného projednání návrhu koncepce je zveřejněna na příslušné úřední desce, na internetu a nejméně ještě jedním v dotčeném území obvyklým způsobem (například v tisku apod.), a to nejméně 10 dnů před jeho konáním. Veřejné projednání návrhu koncepce nemůže být konáno dříve než po uplynutí 30 dnů ode dne předložení návrhu koncepce příslušnému úřadu. Předkladatel je povinen nejpozději do 5 dnů ode dne konání veřejného projednání návrhu koncepce zaslat zápis z tohoto veřejného projednání příslušnému úřadu a současně jej zveřejnit na internetu.

### **Stanovisko k návrhu koncepce**

Příslušný úřad vydá na základě návrhu koncepce, podaných vyjádření a veřejného projednání stanovisko k posouzení vlivů koncepce na životní prostředí a veřejné zdraví ve lhůtě do 30 dnů ode dne obdržení zápisu z veřejného projednání návrhu koncepce. Příslušný úřad může ve svém stanovisku vyjádřit nesouhlas s návrhem koncepce z hlediska možných negativních vlivů na životní prostředí a veřejné zdraví nebo může navrhnout jeho doplnění, kompenzační opatření. Příslušný úřad zašle stanovisko ke koncepci neprodleně po jeho vydání předkladateli, dotčeným správním úřadům a dotčeným územním samosprávným celkům a zároveň jej zveřejní. (Česko 2001a)

### **Schválení koncepce**

Jak zákon č. 100 o posuzování vlivů na životní prostředí (2001a) uvádí, schvalující orgán je povinen zohlednit požadavky a podmínky vyplývající ze stanoviska ke koncepci, popřípadě pokud toto stanovisko požadavky a podmínky obsahuje a do koncepce nejsou zahrnuty nebo jsou zahrnuty pouze zčásti, je schvalující orgán povinen svůj postup odůvodnit. Schvalující orgán je povinen zveřejnit schválenou koncepci, odůvodnění a opatření pro zajištění sledování a rozboru vlivů koncepce na životní prostředí a veřejné zdraví. O tomto zveřejnění je povinen do 7 pracovních dnů informovat příslušný úřad, dotčené správní úřady a dotčené územní samosprávné celky.

## **Monitoring**

Předkladatel je povinen zajistit monitoring a analýzu vlivů schválené koncepce na životní prostředí a veřejné zdraví. Pokud se zjistí, že provádění koncepce má nepředvídané závažné negativní vlivy na životní prostředí nebo veřejné zdraví, je povinen zajistit přijetí opatření k odvrácení nebo zmírnění takových vlivů, informovat o tom příslušný úřad a dotčené správní úřady a současně rozhodnout o změně koncepce. Dotčené správní úřady v rámci své působnosti podle zvláštních právních předpisů sledují vlivy schválené koncepce na životní prostředí a veřejné zdraví a jsou oprávněny podat podnět ke změně koncepce, nelze-li v dohodě se schvalujícím orgánem nepředvídané závažné negativní vlivy odvrátit nebo zmírnit jinak. (Česko 2001a, s. par. 10 odst. h)

## **Orgány ochrany veřejného zdraví (OOVZ)**

Důležitou roli ve výše uvedeném postupu screeningu a scopingu hrají orgány ochrany veřejného zdraví. V paragrafu 23 odstavci 5 zákona č. 244/2001 Sb. je uvedeno, že územně příslušné krajské hygienické stanice jsou dotčeným správním úřadem při posuzování vlivů na životní prostředí z hlediska vlivů na veřejné zdraví a Ministerstvo zdravotnictví pro záměry a koncepce přesahující rámec kraje. (Česko 1992b)

Strategické dokumenty přicházejí na krajské hygienické stanice často až právě díky procesu posuzování vlivů strategie na životní prostředí a veřejné zdraví (dále jen SEA). (Loosová 2019) Mnozí zpracovatelé SEA hodnocení vlivů na veřejné zdraví vypracují velmi stručně a v nezbytném rozsahu daném zákonem č. 100/2001 Sb., (Česko 2001a) a maximálně se pokusí popsat základní kroky metody hodnocení zdravotních rizik (HRA).

Orgán ochrany veřejného zdraví se tedy potýká s následujícími problémy (Loosová 2019):

- nepatří v nezdravotnických strategických materiálech do týmu, který koncepci či politiku tvoří, a v důsledku toho neovlivňuje koncepci hned při tvorbě, ale až v procesu SEA, kdy se hůře zohledňuje zdraví v koncepci, která je již hotová,
- ne všechny koncepce přichází na stůl hygienika, i když se zdraví obyvatel dotýká,

- zpracované posouzení bývá stručné, většinou obsahuje popis vlivů na zdraví, některé pak obsahují pokus o hodnocení zdravotních rizik a pouze pár základních indikátorů, jako je úmrtnost.

### **Osoby, které mohou provádět hodnocení vlivů na zdraví**

V právních předpisech je snaha vymezit, kdo je oprávněn provádět hodnocení zdraví. V paragrafu 19 zákona č. 100/2001 Sb. je zakotveno, že část dokumentace týkající se posuzování vlivů na veřejné zdraví musí být zpracována osobou, která je držitelem osvědčení odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví (Česko 2001a). Osvědčení odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví uděluje a odnímá Ministerstvo zdravotnictví. Ze zákona vyplývá, že ten, kdo má autorizaci pro hodnocení zdravotních rizik dle zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (Česko 2001b), může provádět posuzování vlivů na obyvatelstvo v rámci procesu EIA bez ohledu na to, jaký set složil. Pokud to shrneme, tak hodnocení vlivu na zdraví může provádět buď ten, který získal osvědčení pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví, tak jak to ukládá zákon 100/2001 Sb., nebo držitel osvědčení o autorizaci pro hodnocení zdravotních rizik, který toto oprávnění získává automaticky. (Mařincová et al. 2016)

Ti, kteří nejsou držitelem osvědčení o autorizaci pro hodnocení zdravotních rizik, postupují dle vyhlášky č. 353/2004 Sb., kterou se stanoví bližší podmínky osvědčení o odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví, postup při jejich ověřování a postup při udělování a odnímání osvědčení, kde jsou upraveny podmínky odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví. Pravidla pro získání osvědčení odborné způsobilosti jsou detailněji v návaznosti na vyhlášku uvedena ve zkušebním řádu pro zkoušky odborné způsobilosti v oblasti posuzování vlivů na veřejné zdraví (HIA) v rámci posuzování vlivů na životní prostředí (EIA) – HEM-300-26.8.04/23803. Přezkoušení je prováděno z celého spektra hodnocení zdravotních rizik. Pouze jedna z otázek je věnovaná hodnocení dopadu na zdraví (HEM-300-26.8.04/23803). Informace o držitelích osvědčení odborné způsobilosti pro posuzování vlivů na veřejné zdraví jsou zveřejňovány Ministerstvem zdravotnictví ČR (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2017).

Jak se stát držitelem osvědčení o autorizaci pro hodnocení zdravotních rizik, ukládá zákon č. 258/2000 Sb. v paragrafu 83e (Česko 2001b). Autorizace je udělena na základě úspěšného složení zkoušky odborné způsobilosti, při které je nutno prokázat znalosti stanovené prováděcím právním předpisem vyhláškou č. 490/2000 Sb., o rozsahu znalostí a dalších podmínkách k získání odborné způsobilosti v některých oborech ochrany veřejného zdraví. Znalosti nutné ke zkoušce odborné způsobilosti k získání autorizace pro hodnocení zdravotních rizik jsou uvedeny v příloze č. 4 zákona, kdy jeden ze zkoušených bodů zahrnuje posuzování vlivu na veřejné zdraví, negativní a pozitivní vlivy, vliv socioekonomických faktorů, vnímání zdravotních rizik a komunikace v oblasti zdravotních rizik (Mařincová et al. 2016).

Z výše uvedeného vyplývá, že oprávnění pro oblast hodnocení vlivů na zdraví je pojímáno široce a bez zaměření pouze na problematiku HIA. Zkušenosti z praxe ukazují, že Česká republika má nedostatek odborníků v této oblasti. Jedná se pouze o úzký okruh expertů, a to zejména z oblasti zdravotnictví (Mařincová et al. 2016). Komplexnosti metodologie HIA v českém prostředí tak chybí především multioborový a participativní přístup.

Problematice HIA se na národní úrovni významně věnovala MUDr. Rychlíková a ve spolupráci s Ministerstvem životního prostředí vydala „Hodnocení vlivů na zdraví: Health Impact Assessment (HIA) pro strategické hodnocení vlivů na životní prostředí (SEA)“ (Rychlíková 2006). Hodnocení vlivů díky zpracování ex-post se stává součástí koncepce až v závěru zpracování a veřejnost má příležitost se poprvé vyjádřit až na veřejném projednání koncepce, nikoliv v průběhu vzniku. Což se ukazuje jako velice častý případ v českém prostředí. Analýza participace v České republice (Haken et al. 2015) poukazuje na aktuální situaci obecného zapojení veřejnosti do rozhodovacích procesů a upozorňuje především na skutečnost, že participace je v českém prostředí z pohledu veřejné správy vnímána ambivalentně, není dostatečně legislativně ukotvená a především přetrvává nedůvěra v politiky a nezájem či nechuť veřejnosti vstupovat do veřejného dění.

## **5.2 Historické kořeny HIA v ČR a současný stav**

Česká republika, jako člen Evropské unie od roku 2004, se snaží ve svých politikách, koncepcích a strategických materiálech reflektovat nařízení a doporučení

jednotlivých legislativních orgánů EU. Již Amsterdamská smlouva v článku č. 152 (European Union 1997) uvádí, že ve všech komunitních strategických dokumentech a u plánovaných nebo probíhajících aktivit by měla být zajištěna vysoká míra ochrany lidského zdraví. V roce 2004 vydala Evropská komise dokument s názvem „*European Policy Health Impact Assessment*“, který slouží jako jednotný nástroj a návod pro hodnocení evropských rozvojových politik. A také jako doporučený nástroj pro všechny členské země s využitím na národní i místní úrovni (Mekel et al. 2004). Tento návod vznikl jako výstup projektu, který podporuje strategii Evropského společenství v oblasti veřejného zdraví. Zahrnuje i dílčí cíl zavést pilotní projekty pro rozvoj a využívání metodiky HIA pro posouzení dopadů politik a všech projektových činností evropského společenství na zdraví (Mekel et al. 2004).

Evropská komise se speciálně věnuje jak EIA, tak SEA a vydala nařízení, které stanovuje povinnost vytváření posudků EIA u některých veřejných a soukromých projektů. Směrnicí, která upravuje proces EIA, je směrnice Evropského parlamentu a Rady Evropy 2011/92/EU, o posuzování vlivů, v novelizovaném znění (European Commission – EIA 2015). Proces SEA je upraven směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2001/42/ES, o posuzování vlivů některých plánů a programů na životní prostředí (European Commission – SEA 2015). Hodnocení vlivů na zdraví svoji zvláštní směrnicí doposud nemá.

V obecnější rovině se HIA a komunitnímu rozvoji věnuje část strategie veřejného zdraví s názvem „*Together for Health: a Strategic Approach for the EU 2008-2013*“, která již upozorňuje na nutnost brání zřetele na zdravotní složku ve všech politikách. HIA doporučuje jako její implementační nástroj a nástroj, který snižuje nerovnosti ve zdraví a společnosti s odkazem na široký model determinant zdraví (European Commission 2007).

V České republice byl na národní úrovni první pokus implementovat metodu HIA v roce 2006 a 2007, kdy vznikla publikace věnující se problematice HIA a proběhl úvodní seminář. Avšak k systematické implementaci a rozvoji metody HIA na národní úrovni doposud nedošlo, přestože se tento požadavek objevil již v roce 2014 v Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020. „*Účelem Národní strategie Zdraví 2020 je především nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Neméně významná je i její role*



*jako klíčového dokumentu pro splnění předběžné podmínky Evropské komise pro čerpání finančních prostředků z evropských fondů pro oblast zdravotnictví.“ (Ministerstvo zdravotnictví 2014) A HIA dlouhodobě udržitelným mechanismem bezesporu je.*

Téma eliminace nerovností ve zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti se přímo objevuje mezi vertikálními tématy pro rozvoj aktivit v rámci Národní strategie Zdraví 2020. V oblasti horizontálních témat se HIA bezprostředně dotýká snižování zdravotních rizik životního a pracovního prostředí, kde se přímo objevuje v příslušném akčním plánu. Vzhledem k tomu, že sama Národní strategie propaguje socio-ekologický model dle Dalgrena a Whiteheadové, nepřímo se právě dotýká i ostatních horizontálních témat, jako je „Zvládnutí stresu a duševní zdraví“ nebo „Omezení zdravotně rizikového chování“ (Ministerstvo zdravotnictví 2014). Na tento aplikovaný model determinant reaguje koncepce i ve fázi implementace, kdy vychází z předpokladu, že její plnění je závislé na všech rezortech.

Autoři samotného „Akčního plánu č. 5: Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí na období 2015-2020“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2015) si byli vědomi toho, jak velký vliv mají determinanty na lidské zdraví, jaké jsou ekonomické důsledky nemoci pro jednotlivce i pro stát, a hned na začátku z této premise vycházejí: *„Kvalita životního a pracovního prostředí představuje významné determinanty zdraví. Znečištěné a poškozené prostředí přispívá ke vzniku nebo způsobuje přímo řadu onemocnění, předčasných úmrtí a úrazů, jejichž ekonomické důsledky nese občan i stát. Přitom tyto ztráty na zdraví a životech jsou do značné míry preventabilní.“* a níže stanovuje prioritu č. 1 akčního plánu: *„Prioritou akčního plánu je zlepšit prevenci zdravotních dopadů zkvalitněním hodnocení vlivů na zdraví a zdravotních rizik plánovaných záměrů a strategických materiálů na národní, regionální i sídelní úrovni.“* Jako výstup je v logickém rámci uvedeno: *„Implementace hledisek zdraví prostřednictvím metody HIA (Hodnocení vlivů na zdraví) do posuzování všech nových koncepcí/strategií.“*

Pod tento výstup spadají dvě hlavní aktivity (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2015):

- Příprava podkladů pro legislativní zakotvení posuzování vlivů na zdraví všech koncepcí/strategií včetně přípravy metodik, zavedení systému pregraduálního a postgraduálního vzdělávání v metodě HIA a diseminace.

- Zpracování a diseminace metodických a autorizačních návodů k identifikaci, posouzení a interpretaci rizik pro zdraví nových záměrů, ke sjednocení postupů a k součinnosti při kontrole kvality zpracovaných hodnocení, včetně vzdělávání pracovníků Orgánů veřejného zdraví.

První hlavní aktivita měla určen harmonogram realizace do konce roku 2017, druhá dokonce do konce roku 2016. V detailnějším popisu se čtenář dozvídá, jaká je nynější situace ve využívání hodnocení HIA, že se v současné době *provádí pouze u takových materiálů, které podléhají povinnosti posouzení vlivů na životní prostředí v procesu SEA. To znamená, že nejsou z hlediska zdraví posuzovány všechny koncepce, byť evidentně mohou veřejné zdraví ovlivňovat*“. (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2015) Tento zásadní fakt se opakuje v Národní strategii ještě jednou, a to u detailního rozepsání hlavní priority věnujících se HIA:

*„5.1.1 Příprava podkladů pro legislativní zakotvení posuzování vlivů na zdraví všech koncepcí/strategií včetně přípravy metodik, diseminace, a zavedení systému pregraduálního a postgraduálního vzdělávání v metodě HIA: Mezi základní prostředky v oblasti prevence a snižování negativních dopadů na veřejné zdraví patří posuzování strategických materiálů. Zákon č. 100/2001 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o posuzování vlivů na životní prostředí) stanovuje, že předmětem posuzování dopadů na veřejné zdraví jsou pouze tam vyjmenované koncepce, anebo koncepce, které jsou spolufinancované z fondů EU. V zásadě jde o koncepce, kde je posuzován vliv na životní prostředí a zdravotnické koncepce. Jiné strategické materiály nejsou v současné době z hlediska vlivu na veřejné zdraví posuzovány. Resortní koncepce/strategie obecně mají svůj zamýšlený cíl a dopad, ale spolu s ním mají i dopady nezamýšlené a neočekávané, které mohou ovlivnit zdraví obyvatel. Nástrojem pro komplexní zhodnocení všech přímých i nepřímých dopadů na zdraví zamýšlených aktivit je Metodika hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessment, HIA), používaná v zahraničí. V ČR není dosud v celé šíři implementována do praxe. Aktivitou předkládaného Akčního plánu je připravit k legislativnímu zakotvení posuzování vlivů na zdraví všech koncepčních materiálů na národní, regionální i místní úrovni, a to vypracováním návodů, začleněním postgraduálního vzdělávání pracovníků krajských hygienických stanic a zavedením*

*systemu pregraduálního vzdělávání v metodě HIA, a edukace státní správy na všech úrovních. Součástí úkolu je i zřízení registru zpracovaných HIA.“*

V roce 2016 proběhl v Praze seminář pod vedením Regionálního úřadu Světové zdravotnické organizace pro Evropu s názvem „Hodnocení vlivu na zdraví (HIA) a zdraví v posuzování životního prostředí – posílení praxe HIA v České republice“. (Guliš 2017)

Celý seminář byl zaměřen především na podporu rozvoje a implementace hodnocení vlivu na zdraví v České republice a stanovil si tyto cíle:

- Zavedení HIA jako nástroje podpory mezioborové spolupráce.
- Posouzení aktuální situace implementace HIA a aplikace zdravotního hodnocení v rámci hodnocení dopadu na životní prostředí.
- Diskusi s národními experty o různých možnostech a strategiích pro implementaci HIA.
- Identifikaci kapacitních a datových potřeb pro další implementaci HIA a integraci zdraví do hodnocení vlivu na životní prostředí a strategické hodnocení.
- Identifikaci kroků a praktických opatření pro další posílení HIA a role zdraví v EIA a SEA.

Obsah semináře tedy kopíroval výše zmíněné potřeby identifikované v Národní strategii. Výstupem workshopu je souhrnný report, který rozebírá hlavní výsledky a popisuje aktuální situaci a výzvy, kterým HIA v České republice čelí.

Z evaluačních dotazníků vyplynulo, že účastníci (zástupci Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva životního prostředí, Ministerstva dopravy, místních úřadů, národních a regionálních institucí veřejného zdraví a Národní sítě Zdravých měst, držitelé osvědčení ze soukromých firem a zástupci univerzit) velice ocenili možnost setkání se a otevření důležitých a velice palčivých témat.

Chronologicky následoval rok 2017, kdy podle tiskové zprávy Ministerstva zdravotnictví uvedené na webových stránkách (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2018) tehdejší ministr zdravotnictví uložil provést inventuru stavu jednotlivých akčních plánů s revizí jejich priorit. Tato revize však nepřinesla příliš dobré zprávy o plnění Programu Zdraví 2020 a odhalila značné disproporce v plnění cílů jednotlivých akčních programů. Zároveň uvedla důvod značného zpoždění, a to především v důsledku nedostatečného finančního krytí plánovaných aktivit. Na počátku roku 2018 tedy proběhla pod vedením

ministra Adama Vojtěcha revitalizace Programu Zdraví 2020 a pro koordinaci Programu Zdraví 2020 byl ustaven nově složený Řídící výbor.

V publikovaném dokumentu „Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017 – září 2018 k zajištění bodu III/1. b) usnesení vlády č. 23 ze dne 8. ledna 2014“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2018) je i zhodnocení plnění akčního plánu č. 5. Zpráva rozepisuje analýzu realizace podle vyjádření jednotlivých resortů. V části „Stručná charakteristika plnění jednotlivých akčních plánů na základě zpráv garantů a gestorů“ je uvedena pouze jedna informace, a to, že příprava metodiky HIA byla zahájena. Bohužel nejsou uvedeny podrobnější informace, jako např. který útvar je za metodiku odpovědný, kdy je předpokládané dokončení apod.

Z další kapitoly „Plnění Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017 – září 2018 v resortu Ministerstva zdravotnictví“ se čtenář dozvídá, že pod vedením pracovní skupiny k hodnocení vlivů na zdraví (HIA) došlo k identifikaci nedostatků v implementační praxi a došlo k návrhům na její posílení, a to včetně zařazení do pregraduální výchovy na vysokých školách.

V poslední kapitole hodnotící zprávy „Plnění Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017 – září 2018 dalšími resorty“ se v rámci analýzy Akčního plánu č. 5 neuvádí o implementaci HIA a plnění dílčích cílů žádná informace.

Zmíněná pracovní skupina s názvem „Pracovní skupina k posílení praxe v hodnocení vlivů na zdraví (HIA) v České republice“ vznikla v návaznosti na konaný workshop na podzim roku 2016 pod záštitou Státního zdravotního ústavu v Praze a poprvé se setkala v září roku 2017. Před zasedáním této pracovní skupiny byl realizován průzkum s názvem „Prioritizace cílů k posílení národní kapacity a rozvoji praxe v Posuzování vlivů na zdraví (HIA)“ mezi členy pracovní skupiny. Výsledkem bylo šest skupin stanovených priorit, které byly hodnoceny na škále nejvyšší, střední, nižší. Ke každé prioritě byl též přiřazen omezující faktor. Účastníci vybírali z omezujících faktorů: finance, lidi, vůle, sektor, čas, nic a jiné. U každé priority byla možnost doplnit vlastní pohled. Autorka práce je členem této pracovní skupiny.

V rámci šesti skupin tedy vyplynuly tyto největší priority, které byly následně debatovány:

- Právní předpisy, metodické návody: diskuse o legislativním zakotvení – úpravě existujících zákonů nebo vzniku nového zákona, zahrnutí HIA do zákona EIA, zahrnutí HIA do stavebního zákona, zakotvení povinného screeningu a scopingu do práce Orgánů ochrany veřejného zdraví a ministerstev.
- Manuály, nástroje, návody: vytvoření metodického pokynu pro KHS ohledně posuzování HIA, vytvoření podrobných manuálů, zajištění překladů vhodných zahraničních materiálů k HIA, vytvoření PR strategie pro HIA.
- Platforma, webová stránka, databáze: vznik celonárodní platformy.
- Udržitelnost HIA, kvalita, vzdělávání: vytvoření standardů kvality, síťování a budování HIA komunity, vytvoření online vzdělávacího prostředí, vytvoření celkového nového vzdělávacího systému HIA, implementování metody HIA do výuky na vysokých školách.
- Indikátory: zrevidování indikátorů používaných v monitoringu HIA, zavedení nových indikátorů.
- Ostatní: posílení implementace nerovností ve zdraví a well-beingu do hodnocení formou vytvoření manuálu, zjištění dalších možností financování.

Vznik skupiny a prioritizaci cílů můžeme považovat za velice důležitý krok v současném stavu HIA v České republice a obnovení zájmu expertů o tuto problematiku. Pokud by pracovní skupina dostala dostatek podpory od politického vedení země a finanční alokaci, mohla by být výraznou hnací silou v implementaci HIA v České republice.

### **5.3 Příklady dobré praxe v rámci České republiky**

Možnosti využít metody HIA jako účinného nástroje k prosazování zdraví do koncepcí si jako první v České republice uvědomil Liberecký kraj. Liberecký kraj použil cestu implementace HIA v rámci právních předpisů (nařízení), které může vydávat rada v přenesené působnosti. Změna systému posuzování byla iniciována identifikací problému v rámci projektu WHO „Investment for health and development“. Krajská hygienická stanice přijala roli koordinátora a odborného garanta celé implementace. V prvním usnesení rady kraje bylo uloženo předložit návrh systému posuzování rozvojových dokumentů. Po vytvoření specifické metodiky implementace metody HIA

bylo dalším usnesením uloženo zpracovat metodiku proškolení, metodiku posuzování a zajištění trvalého zakotvení posuzování v kraji. Výsledkem byla realizace dvou školení, vytvoření návodu posuzování a vznik finálního usnesení rady, kde byla uložena povinnost zadavatelům krajských dokumentů vždy zpracovávat hodnocení na zdraví (HIA) a posouzení souladu se zdravotní politikou. V současné době tak probíhá již devátým rokem prosazování analýz jednotlivých regionálních koncepčních a strategických dokumentů s ohledem na implementaci zdraví, založeném právě na základě usnesení rady kraje č. 1034/06/RK (Rada Libereckého kraje 2006). (Mařincová et al. 2016)

Počátky využití hodnocení zdravotních vlivů a právní zakotvení na regionální úrovni v Libereckém kraji by mohly být inspirací pro další územní jednotky. Využila by se zde přenesená působnost krajů. Z úrovně krajů by se dalo postupovat i níže – tj. na úroveň obcí. A zde by mohla pomoci inspirace dánským modelem implementace. Jak je výše uvedeno, hlavní roli zde sehrála iniciativa Světové zdravotnické organizace „Zdravá města“ (z *angl. Healthy Cities*). Národní síť zdravých měst je v České republice též velice aktivní a jeví se jako možný potencionální impuls k implementaci v rámci Místní Agendy 21. Mimo jiné také zřídila první platformu pro sdílení HIA hodnocení, příkladů dobré praxe a tzv. lessons learned ([www.healthimpact.cz](http://www.healthimpact.cz)) (Mařincová et al. 2016). Bohužel se v posledních letech nezdá, že by byla platforma funkční a nové materiály na ní nepřibývají (Národní síť zdravých měst 2015).

## 6 VÝZKUM II.

### **Záměr 2: Analyzovat historii a postavení HIA v českém prostředí.**

- Cíl 5: Zjistit, jak vidí držitelé osvědčení odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví postavení HIA v českém prostředí. Jaké jsou příklady dobré praxe, jaká je frekvence využívání hodnocení, návaznost na Národní strategii Zdraví 2020 a regionální politiky. Jaké jsou největší problémy a, v neposlední řadě, jaký je jejich názor na způsob možné plošné implementace?
  - ~ VO1: Jaké je aktuální využití konceptu HIA v České republice?
  - ~ VO2: Reflektuje hodnocení HIA „Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020“ a regionální politiky?
  - ~ VO3: Jaká je situace v oblasti lidských zdrojů?
  - ~ VO4: Jaký je názor držitelů osvědčení na připravenost a způsob implementace HIA na národní úrovni?

Východiskem úspěšného rozvoje daného přístupu v prostředí jsou bezesporu lidské zdroje, vůle lidí a víra v to, že daný koncept má smysl. V českém prostředí by tahouny měli být bezesporu držitelé osvědčení odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví, kteří tvoří expertní základnu konceptu hodnocení HIA. Držitelé osvědčení HIA tvoří jedinečnou skupinu expertů, kteří mají každodenní praktické zkušenosti s prováděním HIA v České republice v rámci procesu EIA a SEA, a právě tyto zkušenosti jsou unikátním zdrojem informací, které by měly být využity při nastavování plošné implementace.

### **6.1 Výzkumný vzorek, metody sběru dat**

Z výše zmíněných důvodů byli jako cílová skupina výzkumu identifikováni právě držitelé osvědčení odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví. Jejich seznam vede Ministerstvo zdravotnictví a v době tvorby průzkumu byl aktualizovaný k datu 30. 6. 2012 (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2017). Zároveň byl vzorek doplněn o osoby uvedené v seznamu Držitelé osvědčení o autorizaci podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, pro osoby působící v oblasti ochrany veřejného zdraví. Tento seznam je uveřejněný na stránkách Státního

zdravotního ústavu v Praze a držitelé automaticky získávají oprávnění provádět hodnocení vlivů na zdraví (Státní zdravotní ústav 2011). Oba tyto seznamy Držitelů osvědčení HIA byly zkombinovány a upraveny dle potřeb výzkumu.

Podle databáze držitelů osvědčení HIA k datu 30. 6. 2012 bylo celkem 43 osob registrováno jako osoba s povolením k vykonávání HIA v rámci SEA/EIA. Po podrobnějším prozkoumání seznamu bylo 15 osob vyloučeno, a to z důvodu nemožnosti dohledat kontaktní email, ukončení jejich činnosti v rámci HIA/SEA/EIA apod. Zbývajících 28 osob bylo zahrnuto do této studie.

Jako nejvhodnější metoda pro sběr dat byl definován strukturovaný dotazník na pomezí kvalitativního a kvantitativního přístupu. Dotazník se skládal celkově z 12 otázek, z nichž sedm otázek bylo otevřených. Pět otázek bylo uzavřených, avšak vždy byla možnost vyjádřit názor pomocí komentáře. Pokud to otázka vyžadovala, bylo možné označit více odpovědí. Dotazník umožňoval přeskočit otázku, pokud respondent nechtěl na danou otázku odpovídat. Respondenti byli v úvodu dotazníku informováni o anonymitě dotazníků, jeho časové náročnosti, počtu otázek i o dostupnosti získaných dat. Anonymní dotazník byl zvolen z důvodu vyšší pravděpodobnosti návratnosti. Dotazník byl distribuován jako odkaz na online průzkum pomocí aplikace Google Form. Sběr dat proběhl v měsících duben až květen 2016.

V prvním kole bylo emailem osloveno 28 respondentů. Z těchto osob 3 osoby odpověděly emailem, že se již tomuto tématu nevěnují. V druhém kole obesílání dotazníků, bylo tedy již osloveno pouze 25 osob. Návratnost dotazníků po druhém kole rozesílky činila 48 % ( $n=12$ ). Časové rozpětí mezi první a druhou rozesílkou bylo tři týdny.

Tematicky byl dotazník rozdělen do 4 sekcí:

- První oddíl se snažil zmapovat aktuální situaci v České republice. Zaměřoval se především na frekvenci výskytu použití HIA a zda je koncept využíván samostatně nebo v rámci jiného procesu.
- Druhý oddíl se zaměřil na promítnutí regionálních politik a Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020 do procesu HIA.
- Třetí část se věnovala problematice zajištění kvality procesu HIA a budování kapacit včetně vzdělávání.
- Poslední část zjišťovala názor expertů na připravenost ČR na plošnou implementaci.

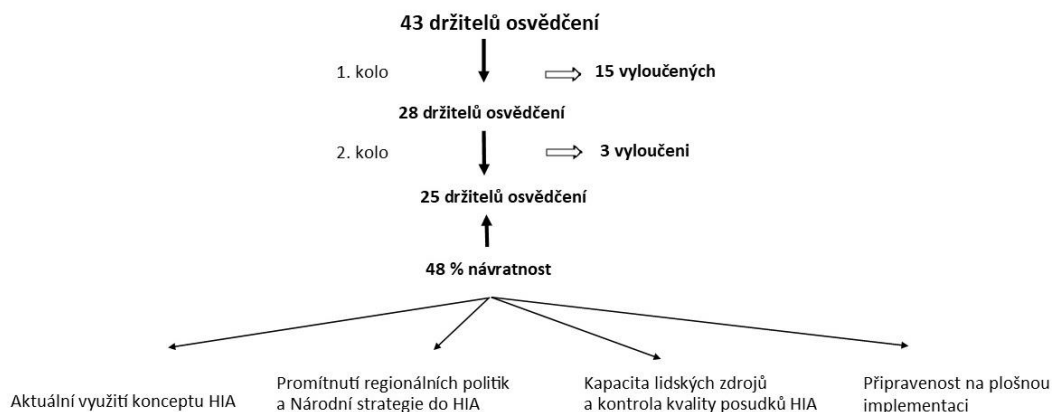


K analýze dat byl využit program Microsoft Excel. Data byla analyzována v rámci jednotlivých sekcí.

Výsledky jsou porovnány s výstupy z průzkumu připravenosti ČR na implementaci HIA, debat kulatého stolu v rámci workshopu a analýzou jejich závěrů z workshopu pod vedením Regionálního úřadu Světové zdravotnické organizace pro Evropu s názvem „Hodnocení vlivu na zdraví (HIA) a zdraví v posuzování životního prostředí – posílení praxe HIA v České republice“ (Guliš 2017), který měl podobné zaměření. Časový odstup získaných dat je řádově v měsících – všechna data byla sesbírána v roce 2016.

V rámci workshopu byla provedena studie připravenosti České republiky na implementaci HIA (Guliš 2017). Metodologie byla využita podobná té, kterou autor doc. Guliš použil při podobném průzkumu v Polsku a kterou upravil pro místní podmínky v České republice. Doc. Guliš se inspiroval a upravil původní metodologii od (Edwards et al. 2000), který se věnoval právě problému, jak zkoumat připravenost komunity na implementaci něčeho nového. Klíčové kategorie byly identifikovány autorem této zprávy jako připravenost hodnocení dopadu obecně, existence personální kapacity, dobrá kultura veřejného zdraví, existence a dostupnost dat, existence dalších zdrojů, jako je infrastruktura a praxe mezioborové práce. Tyto kategorie byly řešeny prostřednictvím 21 otázek a respondenti byli požádáni, aby přiřadili skóre připravenosti komunity podle jejich vlastního vnímání. Výzkum sám o sobě byl prováděn on-line za použití aplikace SurveyXact. Bylo kontaktováno 29 expertů provádějících HIA. Přesný zdroj seznamu účastníků průzkumu autor neuvádí, ale z textu vyplývá, že byli osloveni účastníci workshopu.

Míra návratnosti byla 76 %: z 29 pozvaných účastníků odpovědělo 22. Z toho 15 respondentů pocházelo ze zdravotnictví, mezi nimi 8 z regionálních zdravotnických úřadů (Krajská hygienická stanice), 3 z oblasti životního prostředí, 1 z regionální administrativy (Krajský úřad) a 3 ze soukromých poradenských společností, které se zabývají hodnocením dopadu.

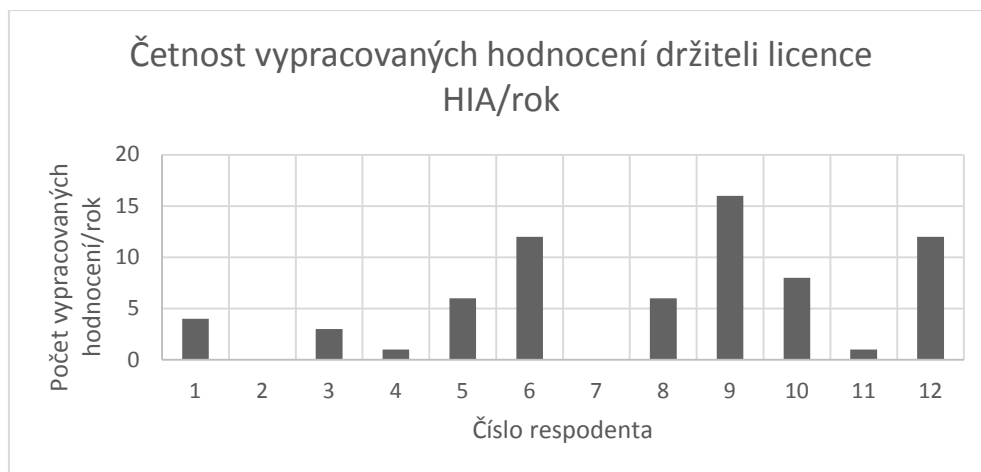


**Obrázek 8** Postup výběru cílového vzorku dotazníkového šetření

## 6.2 Výsledky průzkumu

### Aktuální využití konceptu Health Impact Assessment v České republice

Podle mediánu se držitelé osvědčení setkávají s posudky HIA přibližně šestkrát za rok ( $n = 12$ ,  $\bar{x} = 5,75$ ,  $m = 5$ ). Jednotlivé odpovědi se však velice liší. Dva respondenti uvádějí, že „s čistou podobou HIA“ se v podstatě nesetkávají. Ve dvou případech se objevuje počet přibližně 3–4 krát za rok a respondenti upozorňují na fakt, že je to velice individuální a záleží na osobních kontaktech a zaměření experta. Jeden respondent komentuje výrazný pokles poptávky po hodnocení HIA za posledních pět let. Ve dvou případech se objevuje frekvence vypracovávání hodnocení jednou za měsíc. Ve dvou případech experti uvádějí, že velice často nevypracovávají celou HIA, ale pouze využívají z hodnocení jen některou část. V této sekci se narazilo i na nejednotnost terminologie a definice pojmu v českém prostředí ve vztahu k tomu mezinárodnímu: „HIA není český termín, v cizí literatuře se používá jak pro vliv na zdraví v SEA, tak v procesu EIA. U nás je HIA považována spíše za strategické hodnocení čili součást SEA.“ V podobném duchu uvedli čtyři respondenti, že se s procesem HIA setkávají výhradně v rámci Posuzování vlivů koncepcí na životní prostředí (SEA). V šesti případech odkazují především na kombinaci SEA a EIA a ve dvou případech se s konceptem HIA respondenti setkávají čistě v rámci EIA.



**Graf 1 Četnost vypracovaných hodnocení držitelů licence HIA/rok**

Respondenti též uváděli, ve kterých tematických oblastech se v České republice v rámci HIA nejvíce hodnotí: posuzování záměrů těžby nerostných surovin, stavby logistických, obchodních, administrativních a bytových center, zemědělské provozy živočišné výroby, lakovny, lomy, galvanovny, závody chemické výroby, bioplynové stanice, papírny, větrné elektrárny a dopravní strategie.

Experti využívají mezinárodně uznávaný postup HIA, který se skládá celkem ze šesti kroků. Oslovení experti se v osmi případech shodují, že v rámci českého prostředí by bylo nejvhodnější posílit především poslední krok hodnocení HIA, a to monitoring dopadů vlivů, který většinou není dostačující. Celý proces většinou končí vypracováním hodnocení a následný monitoring se málokdy využívá, a to především kvůli další finanční zátěži. Následně respondenti zařadili Scoping a Identifikaci dopadů. Dle výsledků dotazníků u Screeningu, Hodnocení dopadů, Vytvoření doporučení pociťují stejnou nutnost posílení. Avšak experti upozorňují na to, že Screening by bylo vhodné zavést a nastavit celoplošně.

**Promítnutí regionálních politik a Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020 do HIA**

Většina expertů souhlasila s tím, že by do procesu HIA měla být promítnuta regionální zdravotní politika anebo Národní strategie ochrany a podpory zdraví – Zdraví 2020 (83 %). Komentáře k tomuto bloku reagují především na to, že by promítnutí regionální politiky do HIA mělo být i dle metodiky HIA samozřejmostí. Jeden respondent situaci komentuje:

*„Pro hodnotitele HIA je zdravotní politika závazná. Náležitě vzdělaní odborníci (zpracovatelé HIA) ve veřejném zdraví vědí, že cíle zdravotních politik BUDOOU promítat do hodnocených strategií a z tohoto hlediska strategické dokumenty i hodnotit. Tím pádem chybějící cíle politik veřejného zdraví do HIA hodnocených dokumentů DOPLNÍ. Proto proces HIA je. Záleží ale na tom, jak si tuto pozici v celém SEA-HIA hodnocení OBHÁJÍ.“*

Jiný respondent se po souhlasu s tvrzením zamýšlí nad příčinou toho, proč to tak dle jeho názoru není v praxi: *„Podle mne prakticky chybí důraz krajských hygienických stanic vyžadovat doložení oprávnění dle zákona ap. V tom vnímám největší problém. Jde o to, že chybí tzv. enforcement in field.“* Nad Národní strategii Zdraví 2020 se dva komentáře pozastavují, avšak v různém pojetí. Jeden respondent polemizuje, zda strategie Zdraví 2020 není pojata příliš obecně pro její konkrétní využití v rámci HIA, zatímco druhý respondent poukazuje na společný teoretický základ HIA a Zdraví 2020, a tím je model determinant zdraví.

#### **Kapacita lidských zdrojů a kontrola kvality posudků HIA**

Velkou roli v budoucí plošné implementaci hrají lidské zdroje. Klíčovým prvkem bývá dostatek vyškolených odborníků a nastavený systém vzdělávání. Právě proto je otázka vzdělávání v této oblasti dosti palčivá. Tři respondenti se shodují, že současný stav nedostatku odborníků reaguje na poptávku. Jelikož je poptávka po hodnocení HIA nízká, není nárůst nových žadatelů o certifikaci. S tím souhlasí i písemné vyjádření osloveného experta, který odpověděl na úvodní email: *„Bohužel jsem už autorizaci pro naprostý nezájem (ze strany případných zákazníků, žádný požadavek za 2 období platnosti) neobnovil.“* Toto tvrzení je ale v rozporu s názory dalších třech respondentů, kteří nemají pocit nedostatku odborníků – shodují se, že je jak dostatečná odborná základna, tak vysoká poptávka. Každopádně většina respondentů souhlasí ( $n = 12$ , 75 %), že v podstatě neexistuje vzdělávací systém zaměřený na HIA. Doporučují opětovné zavedení školicích akcí a kurzů (i na bázi dobrovolnosti), zákonnou podporu a dostatečnou publicitu. Jeden z komentářů situaci shrnuje: *„To bude těžké, není systematické zdravotnické vzdělávání v základním hodnocení rizik, natož v HIA. Situaci lze změnit jedině kvalitním vzděláváním v pregraduálu, postgraduálu a v celoživotním vzdělávání. EIA přednášejí všechny fakulty (v rámci relevantně zaměřených oborů), u HIA se výuka většinou omezí na to, že existuje a že hodnotí dopad záměru na zdraví.“*

*I ze strany hygienické služby, ale hlavně MŽP a orgánů KÚ nejsou výsledky HIA brány vážně, což je demotivující...*“ Objevil se i názor, který navrhuje rozšíření stávající autorizace Hodnocení zdravotních rizik (HRA) o HIA.

S otázkou nastavení systému edukace v hodnocení vlivů na zdraví je úzce spojena i otázka kvality posudků. Tu by podle respondentů měly kontrolovat krajské hygienické stanice ( $n = 12$ , 60 %). Pouze jeden respondent se domnívá, že by se otázkou kontroly mělo zabývat Ministerstvo zdravotnictví. Tři respondenti podpořili myšlenku vzniku nového kontrolního orgánu (referenční kanceláře) pod záštitou Státního zdravotního ústavu v Praze nebo Ministerstva zdravotnictví. Bohužel se experti neshodli na „vzorovém“ a dle jejich názoru kvalitním hodnocení.

### **Názor expertů (držitelů HIA certifikace) na připravenost České republiky na plošnou implementaci**

Nadpoloviční většina (63,7 %) respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku ( $n = 1$ ), se shodla, že Česká republika není připravena na plošnou implementaci. Dotazník dále zjišťoval, jaké vidí respondenti překážky a výzvy pro přípravu českého prostředí na národní implementaci.

Z deseti odpovědí byl nejvíce pozitivní přístup respondenta, který uvádí, že z praxe v zahraničí *„se osvědčilo nějak začít i přesto, že se země bude potýkat s mnoha překážkami, ale už ten samotný krok je velice důležitý, spousta problémů se vyřeší za pochodu, už jenom proto, že bude implementace již rozjeta“*. Tři experti vidí jako překážky implementace především nedostačující systém vzdělávání v oboru, nutnost budování kapacit odborníků HIA a nejednotnost pojetí HIA. Dva respondenti vidí největší prostor pro změny v zakotvení procesu v legislativě. Nynější pojetí HIA v legislativě se jim zdá nedostačující a nejasné. Jeden respondent upozorňuje na fakt, že *„se HIA někdy v rámci EIA stala velmi formální, nejsou alternativy a někdy jsou posudky jak přes kopírák. Cestou je brát výsledky HIA vážně a mít podporu kompetentních orgánů.“* Na to navazuje další příspěvek, který vyzdvihuje téma politické podpory slovy: *„Přesvědčení odborné veřejnosti a zejména politiků o užitečnosti a smysluplnosti tohoto hodnocení.“* Na podobný problém upozorňuje další expert, který zdůrazňuje především nutnost pochopit smysluplnost celého konceptu a varuje před situací, kdy se HIA stane pouze administrativním úkonem.

Problematika přesvědčení veřejnosti a politického spektra o nutnosti a potřebnosti konceptu HIA se objevila i u otázky šíření informací: *„Je nutné přestat podceňovat prevenci zdravotních rizik. Do té doby nebude brána vážně ani HIA.“* Respondenti doporučují šíření informací o konceptu HIA implementovat na dvou úrovních, a to jak na úrovni široké veřejnosti, tak mezi odborníky. Efektivní by byla spolupráce s médii (televize, rádio, internet), která by byla nápomocná v představení konceptu a vysvětlení jeho potřebnosti. Mezi odborníky by se nejlépe šířily informace na odborných (i mezioborových) fórech, školeních a setkáních.

V dotazníku navazovala otázka, jaká by byla tedy ta nejlepší cesta plošné implementace HIA v České republice. Odpovědělo celkově 12 dotazovaných. V deseti odpovědích se objevuje odkaz na implementaci prostřednictvím zákona č. 100/2001 Sb., o vlivu na životní prostředí. V sedmi případech se respondenti odkazují na zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Z komentářů ale vyplývá, že by se respondenti minimálně v polovině odpovědí přiklonili k zakotvení HIA v obou výše zmíněných zákonech a poznamenávají: *„Dosavadní snaha o prosazení HIA do praxe dobrovolnou formou selhává.“* a *„Pokud by to nebylo zákonem, tak to nemá žádný význam.“*

Jeden expert polemizuje i nad zakotvením HIA do SEA: *„Strategické dokumenty většina lidí, včetně úředníků veřejného zdraví řadí do kapitoly ‚politika‘, která je vesměs nezajímá a je považovaná za cosi negativně poznamenaného, nechává strategie běžet mimo svoji pozornost jako cosi zbytečného. Opak je pravdou, pokud lidé věří tomu, co sami dělají.“*

### **6.3 Diskuse**

#### **Aktuální využití konceptu Health Impact Assessment v České republice**

Koncept HIA není určen pouze pro tvůrce politiky, ale i pro orgány státní správy a samosprávy a také pro veřejnost samotnou. Celkově výsledky průzkumu poukazují na nejednotnost vnímání celého konceptu HIA v České republice u odborné veřejnosti a na fakt, že implementace HIA pro SEA je z historicky daných důvodů „ve vleku“ systému vytvořeného pro HRA a nemá potřebnou šíři.

Samotní držitelé licence pro Hodnocení vlivů na zdraví se v rámci průzkumu rozcházejí v tom, jak široce HIA pojímají a co přesně pro ně HIA znamená. Definice HIA

je velmi často zaměňována nebo sloučena s definicí hodnocení zdravotních rizik (která se více vztahuje na biologický model zdraví) nebo je vnímána jako název hodnocení vlivů na veřejné zdraví vytvořených v rámci oznámení nebo dokumentace procesu EIA – ale ne jako samostatný a plnohodnotný koncept.

V rámci workshopu byly též prodiskutovány rozdíly mezi pojmy hodnocení rizik a HIA. *„Experti se shodli, že hodnocení rizika je relativně úzká standardní metodologie použitá pro odhad rizik související s jednotlivou škodlivinou nebo kombinací škodlivin. Obvykle začíná na základě vědeckého zájmu nebo potřeby nových znalostí.“* Zároveň bylo vysvětleno, že HIA je široký a otevřený proces, který v určitém stadiu též obsahuje hodnocení rizik nebo využívá již znalosti z dříve provedených hodnocení rizik. Zde účastníci upozornili především na to, že je důležité, aby si tohoto rozdílu, a především širších souvislostí dopadů na zdraví byli vědomi nejen experti, kteří samotné hodnocení provádějí, ale zároveň osoby, které jsou odpovědné za implementaci nebo schválení koncepce nebo realizaci projektu. Z diskuse též vyplynulo, že hodnocení rizik pracuje především s hodnotami a dopady u jednotlivých škodlivin, které jsou známy, a pokud známy nejsou, dochází k dalšímu měření. Dopad u jednotlivých škodlivin na zdraví bude za obdobných podmínek velice podobný. Zatímco u hodnocení dopadů determinant zdraví se musí brát silný zřetel na prostředí a názory stakeholderů. Účastníci průzkumu v rámci workshopu komentovali, že existuje dobrá znalost determinantů zdraví mezi zdravotnickými odborníky a některými neziskovými organizacemi, které se pohybují v oblasti veřejného zdraví. Tato znalost a povědomí se však zřídka přenáší do přípravy politických a strategických dokumentů a regulace. Často jsou to jen determinanty fyzikálního prostředí, které se zvažují (voda, vzduch, hluk atd.), což má za následek právě praxi hodnocení rizik. Základním předpokladem pro implementaci je tedy především pochopení celého přístupu HIA a zdraví jako velkého multidimenzionálního systému, ve kterém nelze ignorovat žádný individuální aspekt.

Nejednotnost pojetí konceptu HIA se výrazně projevila i ve frekvenci vypracování studií. Odpovědi s vysokým počtem vypracovaných studií mohly být zkresleny především kvůli nejednotnému porozumění pojmu. Z výsledků není jasné, co a v jaké podobě bylo započteno do daného počtu.

Jak dále vyplynulo z dotazníkového šetření, problémem je současná poptávka po aplikaci metody HIA. Tři respondenti reagovali na emailovou korespondenci vyjádřením, že poptávka není v posledních letech dostatečná, koncept v České republice neprochází inovacemi a jeho atraktivnost značně klesá. Tato situace může nastat v důsledku malého povědomí o konceptu mezi odbornou i laickou veřejností, slabou politickou vůlí, nedocenení konceptu, slabou personální základnou a neexistujícím systémem vzdělávání.

K poptávce se na workshopu účastníci též vyjádřili. *„Zatímco poptávka po klasické HIA je většinou na dobrovolné bázi, EIA/SEA se obvykle zakládá na právních nařízeních a to má značný vliv na dopad dodržování metodologie. HIA, jak již bylo uvedeno výše, se v České republice provádí většinou jako druh hodnocení zdravotních rizik a část EIA/SEA. Hodnocení je zahájeno na základě smlouvy nebo nařízení, a proto se screeningová část HIA vypouští.“* Stejně tak se často vypouští scopingová část, která se většinou udělá, pouze pokud je k dispozici dostatek financí. Doporučení od účastníků workshopu tedy vedlo k zavedení screeningu a k značnému posílení scopingové části, která by mohla napomoci lepšímu zhodnocení vlivů a podpoře kvality. U screeningu se experti shodují, že v českém prostředí zcela nefunguje.

Účastníci workshopu vyzdvihli i myšlenku, která se u dotazníků neobjevila. Podpořili vznik seznamů, které by byly podobné výpisům příkladů, kdy HIA provádět a kdy nikoli, tak jak je to obvyklé v přílohách k legislativě EIA. Může být spekulováno o tom, že vzhledem k větším systémovým nedostatkům by tento krok nebyl prioritní.

#### **Promítnutí regionálních politik a Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020 do HIA**

Jak bylo uvedeno v kapitole 5.2, Národní strategie Zdraví 2020 hraje speciální roli v implementaci. Zde se objevuje taková oboustranná implementace. Zdraví 2020 je závazný dokument přijatý vládou, který udává, že se dle Akčního plánu č. 5 má HIA implementovat a nastavit její systém, stejně tak systém vzdělávání. Na druhou stranu HIA ze své podstaty má v průběhu hodnocení dopadů a tvorby doporučení analyzovat a vzít v potaz všechny relevantní koncepční a strategické dokumenty – takže primárně Zdraví 2020 a další regionální politiky.



## **Kapacita lidských zdrojů a kontrola kvality posudků HIA**

Kapacity lidských zdrojů byly hojně debatovaným tématem jak v rámci dotazníkového šetření, tak v rámci workshopu.

Výsledky šetření ukazují, že samotní experti jsou rozpolčení, zda je odborná základna dostatečná, nebo není. Logický se zdá být argument, který říká, že počet reaguje na poptávku a, jak bylo již zmíněno, poptávka po čisté a kompletní HIA je velice nízká. Každopádně pokud se detailněji podíváme na použité seznamy respondentů šetření, je evidentní, že existuje pouze úzký okruh odborníků, zejména z oblasti zdravotnictví. Kromě toho neexistují důkazy o existenci multidisciplinárních týmů se zástupci příslušných oblastí. Lidské zdroje a budování kapacit v oblasti HIA jsou však nezbytnými předpoklady pro jejich praktickou realizaci, efektivitu, diskusi a sdílení zkušeností. Je to jeden ze stavebních kamenů procesu implementace HIA. Také (na rozdíl od metody hodnocení zdravotních rizik) postrádá informační základ, který by byl zaměřen na sjednocení procesů v této oblasti. Tento základ by měl také tvořit platformu pro diskusi a sdílení osvědčených postupů, doporučení a získaných zkušeností.

Jak účastníci workshopu, tak účastníci šetření se ale jednomyslně shodují na chybějícím systému vzdělávání. Největší poptávka po vzdělávacích akcích je ze strany samotných držitelů osvědčení. Aktuální vzdělávací a licenční systém řeší pouze doplňkové vzdělání týkající se hodnocení zdravotních rizik, ale nikoli celý rozsah HIA. Účastníci obou průzkumů vyslovili zájem o další školení HIA od odborníků a hodnotitelů z praxe, a to jak na národní, tak mezinárodní úrovni. Účastníci workshopu se vyjádřili, že věří, že by takové vzdělávání mohlo zvýšit poptávku po HIA, začít nastavovat kvalitu posudků a zlepšit využití a aplikaci doporučení. Zároveň dodávají, že ale cítí i nedostatek expertů a odborníků, kteří by takové školení mohli vést a měli pro experty vykonávající hodnocení přidanou hodnotu a nastavbové zkušenosti (Guliš 2017).

Vzdělávací systém chybí však i pro zaměstnance orgánů veřejné správy, hygienických stanic a studenty relevantních vysokých škol. Vysokoškolské vzdělání nevěnuje HIA dostatečnou pozornost a tato metodika není konkrétně vyučována. Neexistují také žádné vypsání předmětů a samostatné kurzy. Jediný samostatný vysokoškolský předmět byl realizován v akademickém roce 2016 na Technické univerzitě v Liberci pod názvem Trvalá udržitelnost a bezpečnost.

Můžeme souhlasit s O'Mullan a Gulišem (2014), kteří uvádějí, že zvyšování povědomí a využívání metody HIA vede k podpoře vzájemného sdílení a šíření informací a k výměně standardizovaných nástrojů (i z jiných oblastí posuzování dopadů) v rámci jedné země i mezi zeměmi. Zatraktivnění by napomohlo zřízení centrální koordinační jednotky HIA, která by tento koncept zastřešila. Fungovala by jako kontaktní místo pro implementaci HIA – pro experty, zástupce soukromé sféry i jako poradní orgán pro veřejnou správu. Centrální koordinační jednotka HIA by koordinovala též propagační aktivity a vzdělávací aktivity mezi laickou i odbornou veřejností, vytvořila by platformu pro sdílení příkladů dobré praxe, zaměřila by se na sledování mezinárodních standardů a trendů a jejich sdílení s českými odborníky, a to v rámci nově vzniklého vzdělávacího systému. A především by byla koordinační a metodologickou podporou pro vznik metodik a příruček. Stejný přístup byl využit v Nizozemsku a pro vybudování metodologické a personální základny se osvědčil. Každopádně je to ale velká zátěž na finanční zdroje, což může být velice limitující faktor pro vznik takové jednotky.

Dalším palčivým tématem je potřeba systematické národní platformy pro výměnu metodologie, případů dobré praxe, zkušeností s prováděním HIA, doporučenou literaturou a databází hodnocení. V rámci workshopu bylo navrženo, aby vzhledem k historickým vazbám mezi oběma zeměmi, mohly Česká republika a Slovensko rozvíjet spolupráci a sdílení praxe, pořádat konference, inspirovat se od sebe a od ostatních států. Takové partnerství by mohlo být zaštitěno např. Visegrádskou skupinou, v rámci které by pak mohlo dojít k rozvoji partnerství v oblasti HIA mezi všemi členy Visegrádské skupiny. HIA v současné době využívá jako svůj zdroj databázi Strategic Environmental Assessment, která je k dispozici na webových stránkách Ministerstva životního prostředí ČR a České informační agentury pro životní prostředí (CENIA) (Cenia 2015). Bohužel neobsahuje kompletní hodnocení HIA, ale pokrývá především hodnocení rizik v rámci SEA. Očekávání vzniku takové platformy by mohla splnit i databáze založená Národní sítí zdravých měst (Národní síť zdravých měst 2015). Vzhledem k tomu, že ale tato platforma není momentálně aktualizována, musela by Národní síť najít finanční prostředky a personální kapacity pro její provoz.

## **Názor expertů (držitelů HIA certifikace) na připravenost České republiky na plošnou implementaci**

V teoretické části bylo nastíněno, že způsobů implementace je několik. V České republice se zatím jako příklad dobré praxe objevil bottom-up přístup v Libereckém kraji. Každopádně experti se jak v rámci šetření, tak v rámci workshopu přiklání spíše k opačnému přístupu, a to k legislativnímu zakotvení. Především v rámci workshopu se experti ztotožňují se slovenskou cestou implementace. Legislativní regulace by dala systému řád a pravidelnost, a především povinnost. Experti jsou si ovšem vědomi toho, že taková úprava legislativy by musela být velice podrobně připravena, a hlavně podpořena velkou politickou vůlí. Zajištěny by musely být personální kapacity, jejich rozvoj a již zmiňovaný vzdělávací systém.

V otázce implementace HIA značně naráží na mezeru v legislativě. V České republice vedle nedostatečného systému podpory budování lidských zdrojů chybí cílená podpora implementace, ať již u vlastních tvůrců politik, tak u orgánů ochrany veřejného zdraví, kteří mají možnost požadovat posouzení alespoň u těch strategií, které prochází systémem posuzování v rámci SEA. Jak od účastníků obou šetření, tak v rámci debaty vyplynulo, že by se Česká republika měla pokusit napodobit slovenskou praxi v otázce implementace HIA. Aby bylo možné HIA zajistit na pravidelné bázi, měla by být zvažena legislativní regulace. Taková legislativa by měla být pečlivě připravena a měla by být jasná s ohledem na úroveň HIA a rozvoj kapacit. S cílem zvýšit povědomí osob odpovědných za politiky i rozhodování by měly být vytvořeny a šířeny národní směrnice HIA.

Zvláštní důraz by měl být kladen na přidanou hodnotu získanou prostřednictvím HIA a další integraci zdraví do posuzování životního prostředí. Další rozvoj HIA by též vyžadoval obecné přijetí, že vedle biomedicínského modelu zdraví vhodného pro hodnocení zdravotních rizik je nutné zvýšit obecné povědomí a přijetí HIA na základě socio-ekologického modelu zdraví. A především je třeba vyzdvihnout přidanou hodnotu HIA ke zlepšení životních podmínek a udržitelnému rozvoji. To v podstatě znamená, že by musela být velice silně podpořena mezioborová spolupráce a aplikace konceptu Zdraví ve všech politikách, a to především v nezdravotnických oblastech.

Z průzkumu vyplynulo, že Česká republika je připravena na plošnou implementaci. Stavět může především na historických kořenech ustáleného konceptu veřejného

zdraví a tradici hodnocení zdravotních rizik. Data potřebná pro hodnocení jsou dostupná, i když ne vždy na nezbytně nutné úrovni (lokální, regionální, státní) a přístup je často omezený. Bylo by však možné, aby na nově vzniklé platformě byl přehled všech dostupných dat a jejich zdrojů. Hlavní roli v plošné implementaci by měl zaujímat Státní zdravotní ústav. Dle škály, kterou uvádí Edwards et al. (2000), se Guliš (2017) přiklonil k závěru, že Česká republika se nachází ve stádiu „*aktivního plánování se zaměřením na detaily, leadership je aktivní, zdroje jsou rozšiřovány*“ (Guliš 2017). Pokud se ale podíváme na výsledky dotazníkového šetření z roku 2016, závěry debat a průzkumu z roku 2017 a zhodnocení Akčního plánu č. 5 v implementaci HIA v rámci Národní strategie Zdraví 2020 z roku 2018, je otázkou, zda si Česká republika drží „*aktivní přístup*“ v implementaci. Každopádně je obecně známo, a také z vybraných popsaných případových studií je vidět, že implementace je velice dlouhodobý proces, který musí mít silného „*tahouna*“, tím je instituce, která si vezme (ať už dobrovolně, nebo legislativně) danou agendu pod svoji odpovědnost. Je zajímavé, že i přes to, že je uvedený příklad implementace v rámci Libereckého kraje, tzn. bottom-up přístup, v kruzích expertů dobře znám, experti spíše prosazují cestu legislativní implementace. Příliš se nezamýšlí nad možnou cestou šíření na úrovni krajů a měst. Způsobeno to může být vírou v to, že když je něco povinností, je větší pravděpodobnost, že se to bude realizovat. Implementace na bázi legislativního zakotvení s sebou nese jedno velké riziko, že se z HIA stane rutinní záležitost postrádající především své původní hodnoty a cíle.

#### **6.4 Závěr výzkumu I.**

Po sjednocení definice, ujasnění přínosu konceptu, vybudování dostatečného lidského kapitálu a nastavení systému vzdělávání by mělo mít české prostředí lepší výchozí podmínky pro plošnou implementaci konceptu. Budování systému HIA ale musí jít ruku v ruce s uvědoměním si přínosu konceptu a ošetření všech rizik, které by mohly vést k rutinnímu vytváření hodnocení.

Seznam vyplývajících doporučení z výzkumu:

- Zdůraznit respekt a význam konceptu HIA – vysvětlit přidanou hodnotu HIA tvůrcům politik a veřejnému publiku – objasnit definici a specifikaci konceptu HIA.

- Posílit proces screeningu politik a plánů – zvýšit povědomí a atraktivitu koncepce a zapojit mladé odborníky.
- Vytvořit odpovídající vzdělávací systém pro odborníky, zaměstnance orgánů veřejného zdraví a studentů veřejného zdraví a podporovat budování kapacit.
- Vytvořit komplexní příručku v českém jazyce včetně celosvětových trendů.
- Zřídit referenční kancelář a národní koordinační jednotku HIA.
- Legislativní podpora.

Ve spolupráci se zastoupením WHO v Praze a Evropskou kanceláří WHO v Bonnu proběhl v říjnu 2016 edukační seminář zaměřený na metodu HIA s cílem rozšířit a prohloubit povědomí o této metodě, a především vyvolat diskusi. To se také stalo a minimálně u odborné veřejnosti vyvolalo zájem opět tuto oblast otevřít. Výstupy dotazníků vykreslují stávající situaci v České republice a diskuze vedená v rámci semináře to jen potvrdila.

Koncept HIA je v mnoha zemích zaveden různými způsoby, ale dosavadní znalosti a zkušenosti stále jednoznačně neurčují, který způsob implementace je ten nejlepší (O'Mullane a Guliš 2014). Každá země má jiné politické a socioekonomické výchozí postavení. Česká republika není jedinou zemí, která stojí na křižovatce a je připravena zvolit si cestu pro implementaci HIA za svých specifických podmínek. Jedná se o dlouhodobý proces, který je ovlivněn mnoha faktory – legislativním rámcem, politickou snahou a prioritou, odborným zázemím či nedostatkem a vůlí všech zúčastněných stran.

Česká republika si je vědoma významu konceptu HIA a jeho nutnosti. Zakotvení požadavku HIA do Národní strategie Zdraví 2020, promítnutí národní strategie do akčního plánu Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí a také vznik pracovní skupiny jsou záblesky, které mohou podnítit pozitivní změnu v oblasti HIA. Výsledkem by mohlo být zakotvení metody HIA a zvýšení jejího využití jako účinného nástroje při prosazování zdraví na úrovni státní správy i samosprávy.

## 7 ROZVOJOVÁ AGENDA A ZDRAVÍ

**Záměr 3: Analyzovat potenciální využití konceptu HIA v systému rozvojové spolupráce České republiky.**

- Cíl 6: Popsat historické kořeny mezinárodního rozvoje, najít styčné body mezi globálními závazky, konceptem determinant zdraví a „Zdravím ve všech politikách“.
  - ~ VO1: Jaké jsou společné body a mezinárodní závazky v rámci globálního rozvoje, konceptem determinant zdraví a „Zdravím ve všech politikách“?

Právo na zdraví je globálně platné, a aby mohli všichni lidé tohoto práva dosáhnout, je to podmíněno úrovní a rozvojem jejich životních podmínek. Zdraví a socio-ekologické determinanty hrají v mezinárodním rozvoji důležitou roli a většina projektů, programů nebo rozvojových politik je na ně přímo či nepřímo zaměřena.

### 7.1 Rozvoj

Pojem rozvoj je velice těžké definovat. Jedná se o složitý a nejednotný pojem. Záleží na přístupu, kontextu a konceptuálním rámci, ve kterém je pojem použit.

Chambers (2004) na začátku své knihy „Ideas for Development: Reflecting Forwards“ píše, že člověk má přirozenou snahu něco vylepšovat a zdokonalovat. Obecně tuto snahu můžeme najít na všech úrovních – od osobní přes organizační, státní až globální. A od této globální snahy se odráží vývoj konceptu „rozvoj“. Toto úsilí je pojímáno různě a doprovázeno vznikem mnoha teorií a přístupů.

Dle Summery a Tribeho (2008) v Navrátilové (2013) se v současném sociálně-vědním diskursu rozvoj používá ve třech významech:

- rozvoj jako dlouhodobý proces strukturální společenské transformace,
- rozvoj jako krátkodobý či střednědobý výsledek cíleného jednání a dosažení žádoucích cílů,
- rozvoj jako dominantní diskurs západní modernity (zejména postrozvojové myšlení).

Zdůrazňují přitom, že jednotlivá pojetí rozvoje od sebe nejsou hermeticky oddělená, tj. že se vzájemně prolínají.

Konkrétněji je rozvoj chápán jako „proces vnitřních a vnějších změn, které se v dané společnosti či skupině dotýkají blahobytu, spravedlnosti a možností jejích členů, především pak těch nejchudších, nejvíce marginalizovaných“ dle Woolcocka (2009) v Rabitsch Adamčíkové (2015). To v podstatě shrnuje Horký (2011) slovy: „Rozvoj se dá s výhradou vyjádřit jako pozitivní společenská změna.“ Rabitsch Adamčíková (2015) ale kritickým pohledem doplňuje: „Jedná se o plánovanou sociální změnu, při které zasahuje jedna skupina do záležitostí druhé, méně vyspělé skupiny, s cílem přinést pozitivní změnu.“ Tato definice je ale často kritizována proudy rozvojových studií, které upozorňují na negativní společenské, politické, kulturní a environmentální dopady rozvoje a rozporují samotnou možnost označení změn za pozitivní (Horký 2011).

Zíková (2007) ve svém článku Rozvoj a rozvojová antropologie popisuje: „Období vzniku rozvojového diskurzu je možné spojit s obdobím po 2. světové válce, kdy obsahový význam pojmu rozvoj byl propojen s ekonomickým rozvojem tzv. nerozvinutých oblastí. Počátek ‚věku rozvoje‘ může být datován k 20. lednu 1948, kdy prezident Spojených států Harry Truman použil ve svém inauguračním projevu označení ‚nerozvinutý‘ (v angl. *underdeveloped*).“ Politicky tedy byly snahy o mezinárodní rozvoj odstartovány právě tímto inauguračním projevem a úspěch Marshallova plánu směřovaného k západní Evropě vzbudil optimismus ohledně možnosti řízeného rozvoje (Navrátilová 2013). Od této doby se též ujalo rozdělení zemí na rozvinuté (z angl. *developed*) a rozvojové (z angl. *underdeveloped*).

„Následně se pojetí rozvoje stalo předmětem významných pokusů o kodifikaci na teoretické, ale především také na praktické úrovni místními, národními i mezinárodními institucemi, které následně ve jménu takto definovaného rozvoje určovaly rozvojové politiky nebo prováděly rozvojové intervence.“ (Horký 2011) Jednotliví aktéři (OSN, skupina Světové banky, NNO) podporují určité paradigma rozvoje. Příklady uvádí Navrátilová (2013), která zmiňuje, že na půdě OSN je dominantním přístupem lidský rozvoj, naopak finanční instituce ideově čerpají z neoliberálního paradigmatu.

Období	Perspektiva	Význam rozvoje
1850	Koloniální ekonomie	Spravování zdrojů, poručnictví
1870	Opozdilci (latecomers)	Industrializace, dohánění
1940	Rozvojová ekonomie	Ekonomický růst, Industrializace
1950	Modernizační teorie	Růst, politická a sociální modernizace

1960	Teorie závislosti	Akumulace
1970	Alternativní rozvoj	Lidský rozkvět
1980	Lidský rozvoj	Rozvoj kapacit, rozšíření možnost voleb
1980	Neoliberalismus	Ekonomický růst – strukturální reformy, deregulace, privatizace, liberalizace
1990	Postrozvoj	Autoritativní inženýrství, rozvoj jako katastrofa

Tabulka 3 Významy rozvoje v historické perspektivě

Tato teoretická a praktická kodifikace dala vznik rozvojovým teoriím. Cílem této práce není jednotlivé rozvojové teorie rozebrat a analyzovat, ale pro úplnost koncepčního rámce bude zmíněna historická linie jejich vývoje.

Druhá vlna kolonialismu z konce 18. a začátku 19. století byla ve znamení rozkvětu koloniálních mocností, pro které hrály kolonie významnou ekonomickou roli a byly zdrojem surovin, odbytištěm evropských průmyslových výrobků a místem pro bezpečné investování kapitálu a levné práce (Navrátilová 2009).

Daněk (2011) nastiňuje další vývoj: „*Postupně evropské mocnosti ovládly světový obchod a finanční trhy. Jejich snaha ‚pomoci rozvinout‘ ovládané společnosti do podoby co nejbližší evropským zvyklostem byla považována za univerzálně žádoucí standard.*“ Kolonialismus skončil dekolonizací v druhé polovině 20. století. O jeho konci se ale vedou silné polemiky a objevuje se nový termín „neokolonialismus“, který odkazuje na koncept pokračující závislosti bývalých kolonií na svých kolonizátorech.

V druhé polovině 20. století postoj k rozvoji definovali především ekonomové a rozvoj se často zjednodušoval na „ekonomický růst“. Modernizační teorie přináší především teorii Stadií ekonomického růstu od W. W. Rostowa a tvorbu politik podle Harrod-Domarova modelu ekonomického růstu. Zde byl rozvoj vnímán jako důsledek nastartování ekonomického růstu pomocí akumulace kapitálu a přílivu moderních technologií. (Navrátilová 2011)

Lidský rozvoj je koncept, který vznikl v reakci na úzce pojatý ekonomický rozvoj. Vychází především z myšlenek Amartya Sena. Nositel Nobelovy ceny za ekonomii přišel s tezí, že chudoba není nedostatek příjmů, nýbrž nemožnost plnohodnotně žít kvůli nedostatku ekonomických prostředků. Důraz na ekonomický růst např. v modernizační teorii popírá a říká, že růst je pouze jedním z prostředků pro plnohodnotný život



a rozvoj tvůrčího potenciálu. Mezi klíčové předpoklady lidského rozvoje patří možnost prožít dlouhý a zdravý život, získat adekvátní vzdělání, mít přístup ke zdrojům, které zajistí lidem důstojný život, a mít možnost podílet se na rozhodování, které ovlivňuje vlastní komunitu (Sen 2011).

Sen a jeho kolegové se orientovali především na potřeby jednotlivců a komunit, a tím se zásadně odlišovali od modernistů nebo vyznavačů teorie závislosti. Koncept lidského rozvoje naráží ale na jeho složitější operacionalizaci do konkrétních rozvojových strategií. S tím vcelku úspěšně bojují nevládní organizace a od začátku 90. let 20. století se na tento přístup začínají orientovat. Pomáhá jim především rozvoj participativních technik a metod (Opršal 2014).

V 80. a 90. letech začala být především role volného trhu (tzv. přístup laissez-faire). Státní intervence byly kritizovány, jelikož vedou k neefektivnosti. Důraz byl kladen na trh, který efektivněji alokuje vzácné zdroje, a přítomná konkurence na trhu přispívá k celkovému fungování ekonomiky. Neoliberalismus eliminuje sociální politiky – např. zavedení přímých plateb ve zdravotnictví, školné atd. Nástrojem neoliberalismu v rozvojových zemích se staly tzv. programy strukturálního přizpůsobení. Dle Steina (1996) se tyto programy obhajovaly tím, že překážky vytvořené státem jsou těmi nejvýznamnějšími faktory, které zabraňují expanzi privátního sektoru.

V pozdních 90. letech se diskurz opět posunul. Pozornost se přesunula i na sociální a ekologická opatření, která byla předtím opomíjená. Aktéři v rozvoji začali tato témata umísťovat do své agendy a obecně se do centra dění dostává člověk jako individuum. Tyto změny v myšlení byly vloženy do vytváření Rozvojových cílů tisíciletí (Šafaříková 2013).

Společnost viděla, že výše uvedené teorie nejsou zcela efektivní a vyvstalo i mnoho otázek – především etických, ekonomických a ekologických. Společnost začínala vnímat rozvoj jako rozpínání západních norem a institucí na prostor rozvojového světa (Mehmet 1999). V důsledku tohoto se zformoval další proud myšlení nazvaný „postrozvoj“ (z *angl. postdevelopment*). Tento směr vychází z myšlenek M. Foulcauta a „základním způsobem napadá samotné základy a praktiky rozvoje a volá po jejich opuštění“ (Navrátilová a Harmáček 2011). Podle představitelů postrozvojové teorie je koncept rozvoje zasazen do nekoloniálních konstruktů a je

klíčovým ideologickým nástrojem globálních mocenských vztahů (Navrátilová a Harmáček 2011). Navrátilová (2013, s. 155) cituje Ziaiu (2009), zástupce postrozvojových autorů, který ve své knize „*Exploring Post-development: Theory and Practice, Problems and Perspectives*“ vysvětluje, že rozvoj má mít těžiště v lokálních hnutích (z angl. *grassroots movements*), ve vesnicích a městských komunitách a v neformálním sektoru. Jako reakci na selhání rozvoje je třeba vytvořit nové sociální struktury, které jsou založené na rozdílných konceptech: a) ekonomie – změny založené na solidaritě a vzájemnosti; b) politiky – prosazování přímé demokracie; c) vědění – preference tradičního vědění. Navíc Opršal (2014) kritizuje také celý „rozvojový průmysl“, tedy komplex rozvojových agentur, mezinárodních i nevládních organizací, poradců, vědců a eurocentrické řešení v podobě rozvojových projektů a programů apod.

Další velkou kapitolou v otázkách rozvoje je možnost jeho kvantifikace. Díky jeho multidimenzionalitě je velice složité určit monitorovací indikátory. Nejznámější mezinárodní indikátor je Index lidského rozvoje (z angl. *Human Development Index*) skládající se ze třech rozměrových indexů. Index očekávané délky života (z angl. *Life Expectancy Index*) obsahuje očekávanou délku života při narození v letech. Spolu s Indexem vzdělání (z angl. *Education Index*) a Indexem Hrubého národního produktu (z angl. *Income Index*) vytváří výsledný HDI index, kterým je jejich geometrickým průměrem. Tento index je prostředek pro srovnání klíčových rozměrů lidského rozvoje. (UNDP 2015) Další používané indikátory v oblasti lidského rozvoje, resp. chudoby jsou např. Multidimenzionální index chudoby (z angl. *Multidimensional Poverty Index*) nebo Hrubé národní štěstí (z angl. *Gross National Happiness*).

Jak je vidět, otázky rozvoje vyvolávají řadu debat, a to jak mezi odbornou, tak laickou veřejností. Můžeme souhlasit se Summerem a Tribem (2008), kteří tvrdí, že je tomu především proto, že rozvoj není nikdy hodnotově neutrální. Je vždy etickou, normativní otázkou. Zíková (2007) doplňuje: „*Od zveřejnění přelomové studie Římského klubu ‚Limits růstu‘ se také stále více začalo uvažovat o rozvoji jako o multidimenzionálním konceptu, který zahrnuje materiální, sociální, environmentální, politické a kulturní složky, neboť všechny tyto části mají na kvalitu života přímý vliv. V souvislosti s tímto pohledem na rozvoj se také prosazoval názor, že neexistuje jeden model rozvoje, který by byl správný a žádoucí pro všechny části světa.*“ Zde uvedený

důraz na multidimenzionalitu doplňuje koncept holistického přístupu determinant zdraví a udržitelného rozvoje prostředí, ve kterém lidé žijí.

## 7.2 Globální rozvojová agenda a role zdraví

K dosažení udržitelného rozvoje musí společnost učinit pokrok ve 4 dimenzích: hospodářský rozvoj včetně vymýcení extrémní chudoby (ekonomický pilíř); sociální začleňování (sociální pilíř); udržitelnost životního prostředí (ekologický pilíř) a řádná správa věcí veřejných (institucionální pilíř, který byl v průběhu vývoje konceptu přidán; v angl. velmi často používané spojení „*good governance*“, které se v některých českých zdrojích též vyskytuje) (Mirshojaeian Hosseini a Kaneko 2012).

Každý z těchto pilířů přispívá k ostatním a pokrok napříč všemi čtyřmi je nutný pro individuální a společenský blahobyt. Jak již bylo zmíněno, zdraví je lidské právo, ale zároveň je to též podmínka k dosažení těchto čtyř pilířů. (Sustainable Development Solution Network 2014) Zpráva Týmu technické podpory OSN (Technical Support Team UN 2013) shrnuje: „*Zdraví je benefit rozvoje a zároveň jeho podmínka.*“

Prvopočátky rozvojové spolupráce (z angl. *development cooperation*) se datují k prvnímu setkání Brettonwoodských institucí v roce 1944 a následnému vzniku Organizace spojených národů (OSN) v roce 1945 a Světové zdravotnické organizace v roce 1948 (WHO). V širším pojetí lze zahrnout různorodé rozvojové intervence bilaterálních a multilaterálních donorů, ale také prostředky nevládních organizací a soukromých nadací a dárců. V užším pojetí se na rozvojovou spolupráci díváme jako na tzv. oficiální rozvojovou pomoc (toky pouze ze strany bilaterálních, multilaterálních donorů). Systém oficiální rozvojové spolupráce<sup>7</sup> (z angl. *Official Development Assistance, ODA*) a dalších oficiálních zdrojů na podporu sociálního prostředí a zdraví (v angl. literatuře je využívána zkratka *DAH – Official Development Assistance for Health*) byl mezinárodními aktéry rozpracován v roce 1969 (Führer 1996).

Ram (2013) shrnuje, že celý koncept globálního rozvoje prošel vývojem, řadou kritik, změn a aplikací nových metod a technik. Původní systém byl založen primárně

-----  
<sup>7</sup> Jakýkoliv tok kapitálu či veřejných financí ve formě půjček nebo grantů do jiných zemí, který splňuje dvě kritéria: 1. Tento kapitál nemá, z pohledu dárce, komerční určení. 2. V případě půjček jde o kapitál, poskytovaný za zvýhodněných (koncesionálních) podmínek; úroková míra a doba splatnosti pro zapůjčený kapitál by měly být výhodnější než za běžných podmínek. (Djakoualno a Bláha 2011)

na vztahu donora a příjemce, tj. na bilaterální spolupráci. Tento systém byl následně doplněn o multilaterální přístup. I přesto, že objem financí poskytovaných na bilaterální úrovni neustále roste, oproti objemu z multilaterálních projektů je to mnohonásobně méně. „EU se zavázala kolektivně dosáhnout podílu 0,7 % ODA/HND do konce platnosti Agendy 2030 a zároveň kolektivně dosáhnout podílu 0,20 % ODA/HND pro nejméně rozvinuté země (LDCs), přičemž byla zachována vnitřní diference závazku pro EU-13 ve výši 0,33 % ODA/HND do roku 2030.“ (Ministerstvo zahraničních věcí ČR 2017a) Česká republika poskytuje zhruba 0,15 % svého HDP. (Ministerstvo zahraničních věcí ČR 2019b)

Mezi aktéry globální rozvojové spolupráce patří instituce na různých úrovních: od Organizace spojených národů, velkých regionálních rozvojových bank (např. Asijská rozvojová banka, Africká rozvojová banka atd.), Evropské unie po národní rozvojové agentury, nevládní a neziskové organizace a soukromé dárce. Každý z těchto subjektů přistupuje k rozvoji dle svých interních kodexů a pravidel.

Důležitost zdravotní složky vyplývá i z mnoha jednání na mezinárodní úrovni, kde se právě pojmy jako udržitelný rozvoj, zdraví, well-being, životní podmínky a životní prostředí neustále prolínaly, a především vytvořily konceptuální rámec pro globální rozvojovou agendu.

Na roli zdraví a životního prostředí upozornila již v roce 1992 Konference OSN o životním prostředí a rozvoji, také známá jako Summit Země nebo dále Konference v Riu, konaná v brazilském Rio de Janeiro. Vrchol mezinárodní debaty pak přišel na přelomu tisíciletí. V roce 2000 na Miléniovém summitu OSN v New Yorku došlo ke konsensu 189 členů OSN (plus Švýcarsko a Vatikán) a přijetí Miléniové deklarace, na jejímž základě slíbily zúčastněné státy spolupracovat na splnění Rozvojových cílů tisíciletí (*z angl. Millenium Development Goals, MDG*) (UN 2015). Deklaraci ratifikovala i Česká republika. V roce 2008 následovala finální zpráva „Closing the gap in a generation“ (Chatterji et al. 2002; CSDH 2008).

„Národní ambice hospodářského růstu a rozvoje nemohou být dosaženy bez zdravého a produktivního obyvatelstva, jelikož právě zdravé a produktivní obyvatelstvo je hodnoceno jako urychlující činitel celého procesu rozvoje. Tato myšlenka se i odrazila v agendě Rozvojových cílů tisíciletí.“ (Sustainable Development Solution Network 2014) Z osmi Rozvojových cílů tisíciletí byly tři přímo zaměřeny na zdraví obyvatel a zbylých

pět nepřímo (např. úroveň vzdělání přímo koreluje s úrovní zdraví, stejně tak jako chudoba a hlad; ženy a matky hrají důležitou roli v podpoře zdraví v rodině a komunitě; kvalita životního prostředí a ekosystému se odráží na lidském zdraví) (UN 2015).

V roce 2002 se na Světovém summitu o udržitelném rozvoji v Johannesburgu otázky chudoby a lidského zdraví logicky dostaly též do popředí. Všechny tyto události potvrzovaly, že zájem o sociální determinanty zdraví rychle roste, a HIA se zdejevila jako nástroj, který by v tomto boji mohl být velice nápomocný. To potvrdila i Světová zdravotnická organizace, jelikož se HIA objevila ve dvou klíčových dokumentech: Zdraví pro všechny (adoptovaná deklaráce z Alma-Aty, 1977) (Hall a Taylor 2003) a v dokumentech zakládajících projekt Zdravá města SZO (zaměřený na roli samosprávy v ovlivňování veřejného zdraví) (Sim a McKee 2011). Iniciativa WHO na poli HIA vyvrcholila zahrnutím doporučení o využívání HIA v Evropské regionální politice Zdraví 21 (WHO/Europe 1998).

Vznik mezinárodních dokumentů a jejich závazky vedou k jejich implementaci. Ta ale nemusí být vždy jednoduchá, a tak se efektivita (účinnost) pomoci/spolupráce stala na několik desetiletí jednou z velice nosných výzev rozvojové spolupráce. Obavy z nedostatečné koordinace rozvojové spolupráce mimo jiné iniciovaly založení Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) v roce 1961. (Führer 1996) Od té doby se neustále objevují výzvy, kterým koncept rozvojové spolupráce čelí. K nejčastějším patří např. objem pomoci, nedostatečná harmonizace dárců, problematika vázané a nevázané pomoci, nedostatečná koherence rozvojových politik, a především efektivita (OECD 2005). Přijetí Rozvojových cílů tisíciletí vedlo mezinárodní aktéry k obnovení zájmu o řešení těchto přetrvávajících výzev. K jejich projednávání sloužily Fóra na vysoké úrovni. Tato setkání vedla k několika globálním dohodám, včetně Pařížské deklaráce o účinnosti pomoci<sup>8</sup> (2005), Akčnímu programu z Akkry

-----  
<sup>8</sup> „Pařížská deklaráce vyzdvihuje vlastnictví rozvojového procesu rozvojovými zeměmi (v angl. *democratic ownership a leadership*), harmonizaci postupu donorů při přípravě programů i při dokládání výsledků, respektování rozvojových programů připravených rozvojovými zeměmi (v angl. *alignment*) a vzájemnou odpovědnost (v angl. *mutual accountability*). Ještě podstatně dál jde Akční agenda z Akkry, která klade důraz na využívání administrativních systémů partnerských zemí, na zvýšení podílu poskytované přímé rozpočtové pomoci z celkové rozvojové pomoci, na dělbu práce mezi donorskými zeměmi, na nevázaní pomoci i na její víceleté plánování.“ (MZV ČR 2010)

(2008) a Pusanskému partnerství pro účinnou rozvojovou spolupráci (2011).  
(Ram 2013)

V roce 2008 Komise SZO pro sociální determinanty zdraví vydala svou závěrečnou zprávu s řadou doporučení pro členské státy SZO. Odkazovala se i na aplikaci „konceptuálního rámce sociálních determinant zdraví“ do rozvojové agendy a „sladění prostředků určených na rozvojovou spolupráci s širšími rozvojovými programy příjemců“ (CSDH 2008). Pokud by byl koncept Zdraví ve všech politikách začleněn do strategických dokumentů zaměřených na rozvojovou spolupráci, mělo by to signifikantní dopad na koherenci politik<sup>9</sup> a efektivitu rozvojové spolupráce.

Agenda Miléniových cílů tisíciletí v roce 2015 skončila. V tom samém roce došlo k vytvoření a přijetí dalších zásadních dokumentů: Sendaický rámec pro snižování DRR (2015–2030), Akční program OSN z Addis Abeby o financování rozvoje, Pařížská dohoda o změně klimatu (UN 2019). Na Summitu Organizace spojených národů o udržitelném rozvoji v New Yorku ve dnech 25. – 27. 9. 2015 byl Valným shromážděním OSN přijat závěrečný dokument s názvem „*Přeměna našeho světa: Agenda 2030 pro udržitelný rozvoj*“, jehož jádrem je 17 Cílů udržitelného rozvoje (Sustainable Development Goals, SDGs) s celkem 169 podcíli (UN 2019).

SDGs jsou naléhavou výzvou, aby se všechny země vyvíjely v globálním partnerství. Dokument shrnuje myšlenky, že konec chudoby a dalších deprivací musí jít ruku v ruce se strategiemi, které zlepšují zdraví, vzdělání, snižují nerovnosti a podněcují hospodářský růst – to vše zároveň při řešení změny klimatu a při práci na ochraně našich oceánů a lesů. Apeluje na vznik tzv. Globálního partnerství pro rozvoj

-----  
<sup>9</sup> „Vztahy globálního Severu a globálního Jihu jsou plné paradoxů. Jsou totiž poznamenány mnoha různorodými politikami jednotlivých států, které jsou důsledkem střetávání zájmů rozličných aktérů. V praxi se pak může stát, že cíle jedné politiky jsou v naprostém rozporu s cíli politiky jiné. Tento rozpor nacházíme i v případě rozvojové spolupráce. Jejím hlavním úkolem je snížení chudoby ve světě a zlepšení života obyvatel v zemích globálního Jihu. Ačkoli se jednotlivé dárcovské země zavázaly k dosažení těchto cílů prostřednictvím svých rozvojových politik, jsou jejich snahy neustále bržděny či mařeny ostatními rozhodnutími, které jednotlivé státy na mezinárodním poli či v rámci dvoustranných vztahů přijímají. Výsledkem je, že pravá ruka neví, co dělá levá. Např. Evropská unie je největším poskytovatelem rozvojové pomoci (Official Development Aid, ODA), v rámci níž podporuje mj. místní farmáře v zemích globálního Jihu, na straně druhé je svou zemědělskou politikou přidělování dotací evropským zemědělcům, které pokřivuje mezinárodní trhy, mnohem více poškozuje. V současné době nabývá toto téma na významu, neboť je stále více zřetelné, že problémy chudoby a nerovnosti není a nebude možné vyřešit jen prostřednictvím rozvojové pomoci.“ (FoRS 2019b)

multidimenzionálního systému zahrnujícího všechny hráče – veřejnou správu, soukromé firmy a občanskou společnost, a to na všech úrovních – globální, národní, regionální i místní (European Commission 2015a). Pokud se podíváme na všech 17 SDGs, můžeme říci, že se nám v nich odráží model socio-ekologický, kdy člověk je v centru pozornosti, ale v naprostém napojení na kvalitu a ochranu prostředí, ve kterém žije, a to na všech úrovních a ve všech dimenzích.

Nad rolí zdraví a konceptu Zdraví ve všech politikách v rámci rozvojové spolupráce se zamýšlí Ram (2013) v kapitole *Making development assistance for health more effective through HiAP* a vysvětluje: „Rozvojové země a donoři mají velice pozitivní zkušenosti s HiAP, i když tento koncept nebyl ještě nikdy použit explicitně v rozvojové agendě. Představení tohoto konceptu bude velice důležité a bude se muset vyjednávat mezi experty na veřejné zdraví a tvůrci politik. Zásadní roli zde sehraje budování kapacit na všech úrovních – u donora i příjemce a partnera rozvojové spolupráce.“ Následně shrnuje klíčové body vztahující se k současnému stavu rozvojové spolupráce, a které jsou relevantní pro diskusi o začlenění konceptu Zdraví do všech politik následovně: a) Je obecně přijímáno, že pouze zdravotně orientovaná rozvojová spolupráce (z *angl. Development Assistance for Health, DAH*) není schopna pokrýt všechny determinanty zdraví, a proto je nutná koordinace s ostatními sektory; b) Rozvojová spolupráce orientovaná na zdraví by měla být navázána především na mezioborové programování, zejména s oblastmi vzdělávání, zemědělství, potravin a výživy, vody, sanitace a hygienických zařízení; c) Architektura systému ODA je v neustálém pohybu, a to díky příchodu nových aktérů, způsobů financování, politických rozhodnutí a zásad účinnosti pomoci. To jde ruku v ruce s prohlášením Výboru pro rozvojovou spolupráci OECD (z *angl. Development Assistance Committee, DAC*), které potvrdilo, že výsledný stav zdraví je ovlivněn mnoha faktory, které jsou za hranicemi zdravotnictví. Tudíž by rozvojová spolupráce měla být jedním z hlavních partnerů pro podporu socio-ekologického modelu determinant zdraví. (OECD 2009)

### **7.3 Systém zahraniční rozvojové spolupráce České republiky**

Před rokem 1989 se česká rozvojová pomoc orientovala především na tehdy spřátelené socialistické země. Počátky se formulovaly již v 50. letech 19. století. Zaměření a cílové země kopírovaly tehdejší rozložení studené války. Jednalo se jak



o hmotnou pomoc (vývoz dodávky potravin, léků, pracovního nářadí), tak pomoc technickou (vysílání odborníků) a systém poskytování stipendií pro studium na českých vysokých školách. Po revolučním roce 1989 došlo vzhledem k velké nedůvěře občanů k značnému úpadku poskytování finanční i materiální pomoci do zahraničí. Logicky bylo dáno též přednosti na transformační procesy v rámci republiky. (Sládková 2011)

Velkým impulsem pro obnovení tradice poskytování rozvojové spolupráce byl v roce 1995 vstup do Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). V tom samém roce vláda schválila „Zásady pro poskytování zahraniční pomoci“, které daly první legislativní rámec rozvojové a humanitární pomoci. (Sládková 2011) Kolem přelomu tisíciletí došlo k první reformě, která změnila celý koncept, přihlásila se k MDGs a stanovila prioritní země. Schválena byla první Koncepce zahraniční rozvojové spolupráce ČR. V roce 2014 došlo k dalším legislativním úpravám, a to ještě v důsledku vstupu ČR do Evropské unie v roce 2004 a sladění národní legislativy s tou evropskou, včetně rozvojové agendy s důrazem na koherenci politik.

Česká republika se tedy podílí na rozvojových aktivitách EU (Ministerstvo zahraničních věcí ČR 2010). „EU a její členské státy jsou společně největším světovým dárcem, přičemž v roce 2018 dosáhla celková výše jejich oficiální rozvojové pomoci 74,4 mld. EUR. Rozvojová spolupráce je sdílenou pravomocí EU: Unie může provádět společnou rozvojovou politiku za předpokladu, že nebrání členským státům ve výkonu jejich pravomocí v této oblasti.“ (Evropský parlament 2019) Strategie ZRS ČR pak specifikuje, že na základě mezinárodních smluv se Česká republika zavázala usilovat o dosažení podílu 0,33 % HND na ODA do roku 2030 (Ministerstvo zahraničních věcí ČR 2017b). Evropská unie se tedy již od roku 1957, kdy byl zřízen Římskou smlouvou Evropský rozvojový fond, snaží podpořit tzv. rozvojové země prosazováním udržitelného rozvoje. (Evropský parlament 2019)

Strategie zahraniční rozvojové spolupráce České republiky 2018–2030 (Ministerstvo zahraničních věcí ČR 2017b) uvádí propojení mezi rozvojovou politikou České republiky a Evropské unie: „Důležitý rámec pro ZRS ČR představuje rozvojová politika Evropské unie formulovaná v Evropském konsensu o rozvoji, jehož cílem je pomoci implementovat Agendu 2030 v rozvojových zemích a zároveň lépe koordinovat pomoc evropských dárců. Nový konsensus vychází z Globální strategie EU, přijaté v roce 2016, která nastínila komplexní vizi vnějšího evropského angažmá.“ Zmíněným novým



konsensem je společné prohlášení Rady a zástupců vlád členských států zasedajících v Radě, Evropském parlamentu a Komisi s názvem 2017/C 210/01 „*Nový evropský konsensus o rozvoji: náš svět, naše důstojnost, naše budoucnost*“ (Evropská Unie 2017). Toto prohlášení navazuje a aktualizuje Evropský konsensus o rozvoji z roku 2006, který vycházel z rozvojové agendy Miléniových cílů tisíciletí. (European Commission 2006) Nový konsensus vychází z aplikace Agendy 2030 a navazujícího konceptu SDGs.

Nový konsensus se věnuje zdraví a hodnocení vlivů na zdraví především v bodě 27. Zabývá se rolí zdraví v rozvoji a odkazuje na koncept lidských práv a mimo jiné zavazuje členské státy Evropské unie k přijetí závazků k řešení celosvětových zdravotních výzev od infekčních onemocnění, prevence, po chronické onemocnění nebo investice do inovativních technologií. V poslední větě odkazuje na nutnou podporu a prosazování konceptu Zdraví ve všech politikách, a to především a hlavně jako podpora a nástroj propojování a koherence evropských rozvojových politik. (Evropská unie 2017)

Vedle evropských závazků vychází Strategie ZRS ČR z Agendy 2030 a konceptu SDGs. (Ministerstvo zahraničních věcí ČR 2010) V roce 2017 přijala Česká republika svoji adaptaci Agendy 2030 – Strategický rámec Česká republika 2030 (Úřad vlády České republiky 2017). Jedná se o nejrozsáhlejší a nepropracovanější dokument cílený na udržitelný rozvoj ve všech oblastech.

Česká rozvojová spolupráce je legislativně ukotvena v zákoně č. 151/2010 Sb., o zahraniční rozvojové spolupráci a humanitární pomoci poskytované do zahraničí a o změně souvisejících zákonů. (Česko 2010) Tento zákon definuje rozvojovou spolupráci jako „*souhrn činností hrazených ze státního rozpočtu, jejichž cílem je přispět k odstraňování chudoby v kontextu udržitelného rozvoje, včetně plnění rozvojových cílů tisíciletí, k ekonomickému a sociálnímu rozvoji, k ochraně životního prostředí, jakož i k podpoře demokracie, dodržování lidských práv a řádné správy věcí veřejných v rozvojových zemích*“. Gestorem ZRS ČR je Ministerstvo zahraničních věcí, a tudíž musí jít i poskytování ZRS ČR shodným směrem jako zahraniční politika České republiky. Koncepte zahraniční politiky ČR si ve své strategii Ministerstvo zahraničních věcí ČR (2015) stanovuje cíle a nástroje české zahraniční rozvojové politiky. Konkrétně se bod 4.2 detailně věnuje Prosperitě a udržitelnému rozvoji a bod 4.3 Lidské důstojnosti a lidským právům. Tyto body odkazují na výše zmíněnou politiku Evropské unie,

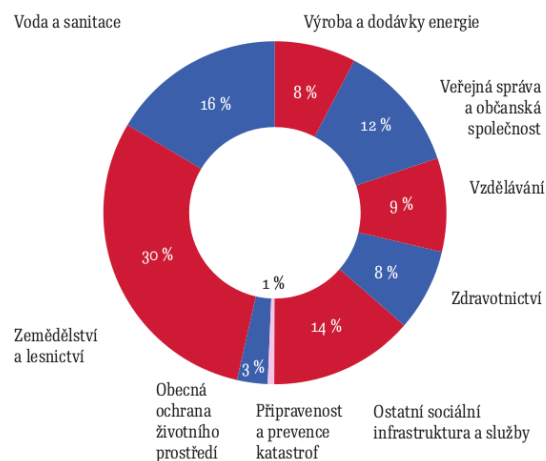
globální závazky k podpoře udržitelného rozvoje a globální odpovědnosti s odkazem na koherenci politik. Zároveň koncepce stanovuje prioritní tematické oblasti, na které se zaměří:

- Řádná demokratická správa věcí veřejných – SDG 16 Mír, spravedlnost a silné instituce.
- Udržitelné nakládání s přírodními zdroji – SDG 5 Pitná voda, kanalizace; SDG 13 Klimatická opatření.
- Ekonomická transformace a růst – SDG 7 Dostupné a čisté energie; SDG 8 Důstojná práce a ekonomický růst.
- Zemědělství a rozvoj venkova – SDG 2 Konec hladu; SDG 15 Život na souši.
- Inkluzivní sociální rozvoj – SDG 2 Konec hladu; SDG 15 Život na souši.

Ve výše vybraných tematických oblastech se opět velice výrazně projevuje socio-ekologický model determinant. Člověk je v centru dění a na jeho zdraví má dopad spektrum faktorů a životní prostředí. Nesoustředí se pouze na přítomnost nebo nepřítomnost nemoci. Jak je vidět z výše uvedeného – všechny provádějící a závazné dokumenty pro rozvojovou spolupráci, jak na národní, tak na globální úrovni, se prolínají v obecné rovině udržitelnosti, podpoře lidských práv s velkým důrazem na člověka a jeho životní prostor.

Zároveň si koncepce stanovuje hlavní implementační principy a kritéria výběru, jako jsou především vlastnictví (*z angl. ownership*), udržitelnost a dopady realizovaných aktivit. Tyto dva body jsou klíčové k finálnímu ukotvení hlavní myšlenky této práce do koncepčního rámce – viz Záměr 3 a Záměr 4. V rámci rozvojové spolupráce je jedním z hlavních kritérií výběru jak prioritních zemí, tak projektů dopad realizovaných aktivit na místní populace a jejich životní prostředí.

Sektorové zaměření ZRS ČR je znázorněno na následujícím obrázku (ČRA ČR 2017). Největší zastoupení mají projekty zaměřené na oblast zemědělství a lesnictví (30 %). Následuje oblast věnující se čištění zdrojů vody a budování kanalizace. Zhruba stejné procentuální zastoupení alokace patří budování ostatní sociální infrastruktury a služeb. Zdravotnictví, vzdělávání, výroba a dodávka energie zastupují stejný díl, a to kolem 8–9 %. 12 % z celkové alokace je vyčleněno na podporu občanské společnosti a veřejné správy.



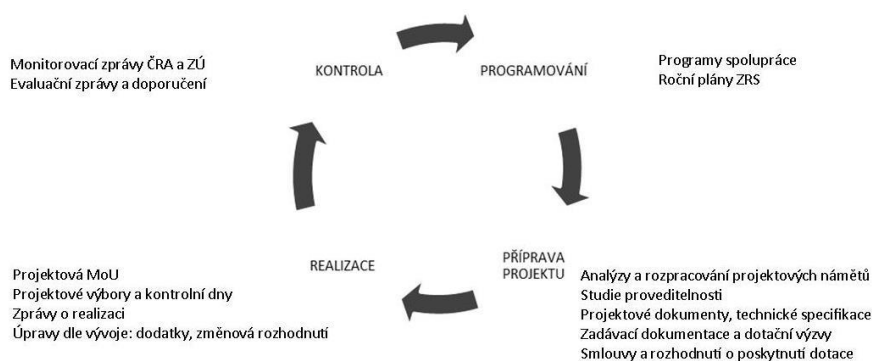
Obrázek 9 Sektorový přehled alokace ZRS ČR (ČRA ČR 2017)

## 7.4 Metodika zahraniční rozvojové spolupráce

Hlavní dokument, který se věnuje procesu realizace projektů, se jmenuje Metodika zahraniční rozvojové spolupráce (ČRA ČR 2018). Jedná se o dokument, který určuje „*vymezení rolí a stanovení standardních postupů jednotlivých aktérů, kteří se podílejí na realizaci aktivit/projektů ZRS ČR vyhlášených v souladu s plánem ZRS ČR. Text vychází z platných dokumentů, zejména zákona č. 151/2010 Sb., o zahraniční rozvojové spolupráci a humanitární pomoci poskytované do zahraničí a o změně souvisejících zákonů, a Strategie zahraniční rozvojové spolupráce ČR 2018–2030 (usnesení vlády ČR ze dne 21. srpna 2017 č. 591)*“.

Principiálně metodika vychází z metodiky projektového cyklu a „představuje logickou posloupnost kroků směřujících k efektivnímu dosahování cílů ZRS ČR“, a to „*od logicky propojených fází projektových aktivit od vzniku až po ukončení a vyhodnocení projektu*“ (ČRA ČR 2018).

Pro účely této práce se zaměříme na metodiku bilaterálních projektů. Metodika uvádí následující schéma procesu:



Obrázek 10 Schéma procesu projektového cyklu ZRS ČR (ČRA ČR 2018)

Jedná se celkem o 4 kroky: programování, příprava projektů, realizace a kontrola.

V rámci části „**programování**“ dojde především k 1.) výběru prioritní země, 2.) přípravě programů spolupráce a 3.) schválení programu. Tato část cyklu se věnuje koncepčnímu a strategickému zaměření ZRS ČR pod odpovědností MZV ČR, ORS a Rady vlády pro ZRS. Vybranou zemi schvaluje vláda České republiky a na přípravě programu se podílí i zastupitelský úřad v dané zemi a místní vláda.

Druhá část projektu, která je nazvaná jako „**příprava projektu**“, obsahuje již konkrétní podklady k jednotlivým projektům – dochází k „*rozpracování identifikovaného projektového námětu do formy projektu s měřitelnými rozvojovými dopady, které jsou udržitelné a vlastněné příjemcem projektu*“. Tato část obsahuje následující kroky:

- shromáždění a postoupení projektových námětů,
- příprava podkladů k projektovým námětům,
- vyhodnocení projektových námětů,
- rozhodnutí o nástrojích a formě financování,
- příprava projektového dokumentu při veřejné zakázce,
- příprava projektového dokumentu při dotaci (dotační výzva),
- příprava projektového dokumentu při rozpočtovém opatření,
- příprava projektového dokumentu v rámci spolupráce se subjekty z partnerských zemí,
- vyhlášení a průběh výběrového řízení.

Odpovědnost za tyto kroky přechází od navrhovatelů k ČRA, MZV ORS, zastupitelským úřadům až po partnerské organizace a Radu pro ZRS.

Metodika též uvádí, že „*nedílnou součástí tohoto procesu je vyhodnocení širšího kontextu projektu (předpoklady a rizika, koherence s jinými aktivitami vlastními i dalších donorů, možné návaznosti) a rozhodnutí o způsobu realizace identifikované aktivity*“. Tato část a toto tvrzení je opět vzhledem k zaměření práce klíčové. Zde je tedy fáze projektového cyklu, kdy dochází k analýze dopadu, projektová dokumentace se nachází v přípravě a zároveň kdy je ještě možnost ji upravit.

Následuje fáze „**realizace**“. Projekt se tedy z přípravné fáze předá realizátorovi k jeho uskutečnění. Metodika uvádí opět několik fází: 1.) zahájení realizace, 2.) průběh projektu a koordinace, 3.) změny v projektu, 4.) ukončení projektu. V této fázi dochází též k úpravě projektové dokumentace dle aktuálního vývoje realizace, k projektovým a kontrolním dnům a reportování zpráv o realizaci.

V „**kontrolní fázi nebo ve fázi monitoringu a evaluace**“ dochází k „*průběžné kontrole realizace projektů, vyhodnocování jejich přínosů a získávání poznatků pro plánování dalších aktivit i pro informování úřadů a obyvatel v partnerských zemích, české veřejnosti i jiných donorů*“. V evaluaci dochází spíše k zpětnému vyhodnocení z celkového pohledu relevance, hospodárnosti, účelnosti, dopadů a udržitelnosti. Zároveň dochází k internímu a externímu monitoringu. Plán evaluací se tvoří v rámci ročního plánu, je schválen Radou ZRS a zadává se externím subjektům.

Jednotlivé fáze projektového cyklu jsou uzpůsobeny specifickým nástrojům spolupráce, které česká ZRS využívá – stipendia, tuzemské dotace atd.

## **7.5 Příklad využití principů HIA v mezinárodním kontextu – Mezinárodní finanční korporace**

Jedním z největších subjektů je skupina Světové banky. Do této skupiny patří Mezinárodní banka pro obnovu a rozvoj, Mezinárodní asociace pro rozvoj Mezinárodní finanční korporace a Multilaterální agentura pro investiční záruky (World Bank 2015).

Jednu z hlavních rolí v implementaci procesu HIA sehrály Mezinárodní finanční korporace (z angl. *International Financial Corporation, IFC*), které své projekty zaměřují na soukromé podnikatele v rozvojových zemích. V roce 2006 zavedly ekologické a sociální standardy (Performance Standards) (IFC 2006). Konkrétně se standard č. 4 věnuje komunitnímu a veřejnému zdraví a bezpečnosti. Toto nařízení uděluje klientům povinnost zhodnotit všechna reálná i potencionální rizika a vlivy na

zdraví lidí během všech fází realizace projektů (plánování, výstavba, spuštění provozu a v provozu, ukončení provozu) a navrhnout preventivní opatření nebo řešení (Birley 2011). Využití metody HIA není nařízeno, ale je silně doporučeno. IFC vydaly návod, který přesně popisuje její postup (IFC 2009). Zajímavé je, že tyto standardy platí pouze pro země, které nejsou členem OECD. U těch se předpokládá, že mají veřejnou správu rozvinutou na takové úrovni, že jejich bezpečnostní standardy jsou dostačující a nepotřebují rozšíření. (Birley 2011)

V roce 2006 byly IFC vytvořeny tzv. Rovníkové principy (Equator principles 2006). Rovníkové principy představují kritérium pro podporu environmentálních a sociálních oblastí u rozvojových projektů, které jsou financovány mezinárodními institucemi. Finanční instituce je přijaly za účelem ubezpečení se, že projekty, které financují, se vyvíjejí způsobem, který je sociálně odpovědný a reflektuje čestné praktiky environmentálního managementu. Takovým jednáním by se mělo tam, kde je to možné, předejít negativním vlivům. Jedná se především o projekty ovlivňující ekosystémy, lidské zdraví, ale i sociální pohodu a životní podmínky. Pokud jsou tyto vlivy nevyhnutelné, měly by být redukovány, zmírněny a/nebo řádně kompenzovány. Regionální rozvojové banky využívají právě Rovníkové principy a sociální standardy (konkrétně č. 4) Mezinárodních finančních institucí (Equator principles 2006). Tato kombinace se stala nejčastějšími požadavky finančních institucí po realizátorech rozsáhlých rozvojových projektů (Birley 2011). Tyto principy nebo jim podobné mechanismy však nebyly adaptovány na úroveň národních rozvojových agentur nebo na úroveň neziskových a soukromých firem realizujících projekty rozvojové spolupráce.

## 8 ZDRAVÍ VE VŠECH POLITIKÁCH V TZV. ROZVOJOVÝCH

**Záměr 3: Analyzovat potenciální využití konceptu HIA v systému rozvojové spolupráce České republiky.**

- Cíl 7: Analyzovat situaci zakotvení konceptu „Zdraví ve všech politikách“ v tzv. rozvojových zemích.
  - ~ VO1: Jaké jsou závazky Zdraví ve všech politikách v rámci vybraných jednotlivých rozvojových regionů?

### REGIONECH

Jak již bylo popsáno v kapitole 3, od Světového kongresu sociálních determinant zdraví v Rio de Janeiro v roce 2011 se všechny členské státy Světové zdravotnické organizace zavázaly, že budou prosazovat ochranu sociálních determinant zdraví a uznají jejich vliv na kvalitu života. Vzhledem k tomu, že Světová zdravotnická organizace sdružuje celkově 191 států v boji za lepší zdraví populace, má tento přístup naprosto globální charakter.

Z historického hlediska došlo od 50. do 80. let 19. století k značnému důrazu na rozvoj sociálních politik, což bylo dokázáno např. v Chile, Číně nebo Tunisku, kde došlo ke značným investicím do primární péče, vzdělávání a základní infrastruktury. Toto výrazné zlepšení životních podmínek bylo především na pozadí politické vůle, solidárních ideologií a egalitářství. (Merrien 2013) V 80. letech došlo ale v důsledku tzv. Washingtonského konsensu a neoliberalních politik k rapidnímu zhoršení životních podmínek a tyto přístupy šly obzvláště proti podpoře sociálních determinant zdraví. V důsledku neoliberalismu došlo k tomu, že v Subsaharské Africe, Latinské Americe a Asii většina výdajů na zdravotnictví je pokrývána samotnými pacienty a tzv. out-of-pocket financováním, tzn. přímými platbami po ošetření. (Cook, Zhang, a Yi 2013)

Vztah mezi zdravím a ekonomickými ukazateli rozvoje je již velice dlouho akceptován, tj. korelace mezi zdravím a průměrným příjmem je prokázána a velice často se průměrné výdaje na zdravotnictví berou jako předpoklad dobrého zdravotního stavu obyvatel daného státu (Pritchett a Summers 1996). Tento vztah dokazuje i Prestonova Miléniová křivka znázorňující vztah mezi HDP/osoba a očekávanou délkou života. Na této křivce můžeme pozorovat, že za stejných výdajů může být dosaženo

jiné kvality života. Od určité hladiny HDP/osoba se ale očekávaná délka života nevyvíjí po exponenciále, ale začne výrazně stagnovat až do spíše lineárního vztahu. O tomto bodě se mluví jako o tzv. faktoru nasycení. Jako příklad mohou být uvedeny Spojené státy americké, které s extrémně vysokým HDP podle parity kupní síly mají očekávanou délku života nižší než mnohé státy EU (např. „krizové“ Řecko, Itálie atd.) a pohybují se na úrovni Kuby. Toto může být způsobeno hlavně různými sociálními a rozvojovými politikami. Každopádně platí, že v tzv. rozvojových zemích je korelační vztah „HDP–zdraví–očekávaná délka života“ velice silný (Deaton 2004).

Situaci ještě komplikuje zdravotní zátěž, která je v těchto regionech posílena i tím, že se v posledních letech objevuje tzv. dvojitá zátěž nemocí (z *angl.* *double burden of disease*). Zatímco rozvinuté státy již netrpí vysokou úmrtností v důsledku infekčních onemocnění, ale nesou si zátěž nemocí chronických, které jsou ekonomicky velice náročné, tzv. rozvojové země trpí zátěží obou těchto kategorií nemocí. V důsledku geografických podmínek, životního prostředí, behaviorálních zvyků a špatných životních podmínek stále bojují s infekčními onemocněními (např. malárie, sexuálně přenosná onemocnění, tropická opomíjená onemocnění, žloutenky atd.), ale zároveň dochází k rapidnímu nárůstu prevalence chronických onemocnění (např. diabetes, mentální onemocnění, srdeční onemocnění, rakovina, mozková mrtvice atd.). Z výše uvedeného vyplývá, že tato tzv. dvojitá zátěž je extrémní zátěží na zdravotní systém, financování a státní správu a s rapidním dopadem na kvalitu života obyvatel. Dalším velkým problémem v tzv. rozvojových zemích jsou nerovnosti. Vzhledem k tomu, že velice často nefunguje základní zdravotní systém, soustředit se na pak na pokrývání nerovností je v podstatě nemožné.

V konečném důsledku je snaha o dosažení podstatného zlepšení životní podmínky a s tím souvisejících nerovností – ať už v oblasti zdraví, příjmů, nebo jiných dimenzí – politickou volbou a bez politické vůle je tento proces neproveditelný. (Bangura 2011) Mezi důležité faktory, které tento proces mohou ovlivnit, patří především typ režimu (autoritativní/demokratický) nebo typ volebního systému. Samozřejmě je též vyžadována pevná a fungující vládní struktura a dostatečné lidské zdroje (Cook, Zhang, a Yi 2013).

Výše popsaná situace v tzv. rozvojových zemích se nemusí zdát být úplně pozitivní ve schopnosti pokrýt všechny potřebné politiky k ochraně sociálních determinant



zdraví. Jsou ale země, které reprezentují příklady dobré praxe – země, které si jsou vědomy zákonitostí dopadů determinant na životní podmínky lidí a ve kterých proběhla alespoň nějaká snaha o zakomponování konceptu HiAP do jejich legislativního systému.

Pokud se podíváme na celkovou situaci v Africe, může být konstatováno, že HIA je aplikována především na velké infrastrukturální projekty, ale ani u nich není implementována v systematické a integrované formě. A i přesto, že jsou si politici vůdci vědomi faktu, že projekty způsobují zdravotní komplikace pro místní populaci, v projektové dokumentaci se s touto myšlenkou nepracuje (Viliani a Clarke 2013). Vilianiová a Clarková (2013) dále též popisují, že dalším aspektem, který je typický v africkém prostředí, je ten, že pokud už jsou projektové dokumentace zaměřené na dopad na zdraví, především se jedná o infekční onemocnění. Málokterá dokumentace bere v potaz i chronická onemocnění, well-being nebo duševní zdraví.

Obecně má HIA v rozvojovém kontextu historické kořeny v rozvojových projektech zaměřených na vodní hospodářství – zavlažovací projekty nebo vodní nádrže pro výrobu elektrické energie, které byly realizovány napříč kontinenty. Tyto projekty se v rozvojových zemích realizovaly již od 50. let 19. století. Místní vlády byly z počátku ovlivněny především pozitivním dopadem těchto velkých projektů – zlepšení podmínek pro zemědělství a v důsledku toho i zlepšení výživy obyvatel nebo značné podpory obchodu a exportu. Každopádně bylo zřejmé, že se objeví i negativní dopady na zdraví (jako např. zvýšení výskytu onemocnění přenášené vektory, podvýživa, psychosociální poruchy) (Birley 2011; Viliani a Clarke 2013). Projekty z oblasti vodohospodářství jsou svými dopady jedny z nejsložitějších. (Scudder 2006) Postupem času tedy bylo obecně přijato, že pod „nálepkou“ rozvojového projektu s dobrými úmysly, který ale nebere v potaz všechny oblasti sociálních nebo ekologických determinant, může docházet k závažnému poškození životního prostředí nebo spíše zhoršení kvality životních podmínek (Hunter, Rey, a Scott 1982). Toto období dalo základní kameny používání systému Impact Assessmentu v rozvojových zemích.

Stejně jako ve většině regionů, tak v rozvojových zemích nejprve došlo k rozšíření EIA. A jak uvádí Vilianiová a Clarková (2013), nebyl to úplně náhodný krok. Byl to především krok, který byl podpořen mezinárodní komunitou rozvojových agentur,

akademického prostředí a mezinárodních institucí, samozřejmě za nutné alespoň minimální podpory místních vlád.

## 8.1 Africký region

Stěžejní událostí pro africký kontinent byl rok 1999, kdy se zástupci mnoha rozvojových a akademických institucí dohodli na založení neformálního partnerství s názvem „Jednat proti proudu“ (z *angl. Acting Upstream*) (WHO 2001). Toto partnerství mělo za cíl začít systematicky pracovat na místní úrovni na budování institucionálních kapacit v oblasti Health Impact Assessmentu. Mezi hlavní partnery patřily instituce jako Světová banka, Africká rozvojová banka, Regionální zastoupení Světové zdravotnické organizace pro Afriku. Akademickou podporu poskytla především Liverpoolská škola tropické medicíny, Dánská laboratoř pro bilhariózu. Výsledkem tohoto jednání bylo především uznání všech partnerů, že budování kapacit v oblasti posuzování dopadů na zdraví má zásadní význam v procesu rozhodování o udržitelném rozvoji jednotlivých států. Koalice si je vědoma i toho, že udržitelnost musí jít nad rámec využívání přírodních zdrojů planety, včetně základny lidských zdrojů, pro kterou je primárně rozvoj určen. Byla též domluvena strategie postupu implementace HIA, a to tak, že bude především posílena pozice HIA v rámci EIA, která již nějakou tradici přeci jen má. Bude zároveň silně podpořen vznik a implementace SEA na všechny strategické dokumenty, které se týkají především zdravotních, sociálních a environmentálních dopadů. Z hlediska budování kapacit lidských zdrojů bylo ujasněno, že musí dojít především k systematickému posilování nastavování mezioborového prostředí a vybudování silného systému vzdělávání. (WHO 2001)

Následoval rok 2001, kdy došlo k druhému setkání všech partnerů v tanzanské Arushi. Toto setkání se přirovnává ke Göteborgskému konsensu v Evropě, který proběhl o dva roky dříve. Zde byly potvrzeny výsledky z předchozího jednání a ještě více byla zdůrazněna potřeba implementace HIA. Vzhledem k politickému prostředí a výzvam, se kterými africké státy bojují, bylo upevněno rozhodnutí, že HIA bude zahrnuta do procesu EIA, ale bude silně podpořen socio-ekologický model determinant zdraví. EIA je totiž již legislativně zakotvena ve všech afrických zemích, tudíž se bude jednat o nejeftivnější cestu implementace (Viliani a Clarke 2013). Jak již bylo ale několikrát zmíněno, základem implementace jsou především dostatečné lidské kapacity. Z těchto

důvodů se výše zmíněné partnerství rozhodlo přispět k budování HIA komunity a pod jejich záštitou zorganizovalo několik školení a seminářů. Tyto iniciativy vyústily v publikaci s názvem „Health opportunities in development: a course manual on developing intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment“ (Birley et al. 2003). Vydání této publikace bylo bráno jako zlom, protože byla přesně uzpůsobena pro složité podmínky v tzv. rozvojových zemích. Už nebylo žádných překážek, proč by neměla být HIA součástí EIA – tímto manuálem došlo k celkové podpoře IA s důrazem na široké spektrum dopadů v asociaci s rozvojovými projekty a politikami, a to jak v pozitivním, tak negativním smyslu. Ale jak Vilianiová a Clarková (2013) dodávají tu nejdůležitější poznámku na závěr, fakt je, že v realitě bohužel k tomuto začlenění na národních úrovních nikdy nedošlo.

Současné problémy v rozvojových zemích odráží neustálé výzvy, které s sebou implementace HIA nese. Tyto problémy nevidíme pouze v těchto regionech, ale i ve velice rozvinutých státech – nedostatek systematického přístupu, a to jak na projektové úrovni, tak u strategických dokumentů; výzvy efektivní mezioborové spolupráce; nedostatek finančních zdrojů pro celkovou implementaci HIA; začlenění HIA do EIA; nedostatek lidského kapitálu nebo nedostatečná dostupnost primárních dat pro výchozí studie nebo monitoring indikátorů (Appiah-Opoku 2001). Milníkem byla první ministerská konference v gabonském Libreville v roce 2008, která byla zaměřena především na eliminaci negativních vlivů na zdraví a životní podmínky s cílem realizace udržitelného rozvoje. Výstupem této akce je Librevillská deklarace, která obsahuje deset zásadních bodů a implementace HIA je jedním z nich. (Viliani a Clarke 2013) Navíc bod číslo devět vyzývá národní vlády a mezinárodní instituce k „*aplikaci systematického procesu hodnocení dopadů na zdraví a životní prostředí, a to zejména rozvojem postupů pro posuzování dopadů na zdraví*“ (WHO 2009). Ke zhodnocení této snahy došlo přesně po deseti letech, a to třetí ministerskou konferencí, která se konala v roce 2018 v Gabonu. V rámci tohoto setkání došlo nejen k projednání Librevillské deklarace a zhodnocení jejího plnění, ale též k propojení s Cíli udržitelného rozvoje (SDGs) a adaptací na klimatické změny. (WHO 2018)

Výstupem této konference je rozpracovaná a aktualizovaná Librevillská deklarace, která staví HIA a EIA mezi jedny z nejvýznamnějších priorit. Ze shrnutí se čtenář dozvídá, že „*monitorovací a evaluační systém v afrických státech není dobře vyvinut*

*a vhodná data nejsou k dispozici. Každopádně některé státy mají dobré systémy pro sledování prevalence infekčních, chronických onemocnění a dalších zdravotních ukazatelů. Většina států tedy vypracovává národní souhrnnou zprávu o zdravotním stavu obyvatel a životním prostředí a zároveň legislativně nařizují podrobit všechny rozvojové projekty hodnocení EIA. Posouzení dopadů na zdraví (HIA) je mnohem méně běžné než posuzování vlivů na životní prostředí (EIA) a legislativa ho obecně nepodporuje.“ A především, že je „plošná implementace EIA a HIA považována za urgentní“ (WHO 2009).*

Z rozvojového kontextu je též zajímavé, že se dokument zabýval začleněním těchto nástrojů do PRSP (z *angl. Poverty Reduction Strategy Papers*), které sice poskytují užitečné rámce pro koordinaci a odpovědnost, postrádají však konkrétně stanovené mechanismy pro mezisektorové iniciativy. V PRSP a v dalších národních rozvojových plánech se často přistupuje ke zdraví a životnímu prostředí zvlášť a možnosti kombinovaných přístupů nejsou prozkoumány. Tudíž vzhledem k nutnosti harmonizace je zde opět silná poptávka po nástrojích, jako je EIA a HIA. Z přehledu dále vyplývá, že pouze jedna africká země vykazuje funkční, samostatný proces HIA (Sierra Leone), zatímco tři země uvádějí, že provádějí posouzení dopadů na ad hoc bázi. Země, které uvádějí, že integrovaly HIA do EIA (8 zemí), ale dodávají, že integrace není v uspokojivé míře. Často není zdravotní část hodnocení prováděna odborníky a má spíše „sociální“ charakter než odborný. (WHO 2009) Zde se ale objevuje otázka, co autoři dokumentu myslí pod pojmem „sociální charakter“. Jednou z důležitých složek procesu HIA je i participativní složka a sociální rozměr determinant. Z vědeckých podkladů se má vycházet, ale hodnotitelé mají hodnocení podložit i daty sesbíranými z terénu a od zapojených komunit na bázi tzv. lay knowledge.

Report uvádí, že pro úspěšnou integraci hodnocení HIA je zapotřebí velkého množství kvalifikovaných pracovníků a zastřešujících institucí a zlepšení komunikačních systémů pro propojení subjektů, které se zabývají zdravím, a subjektů se zaměřením na oblast životního prostředí. Společným jmenovatelem budování kapacit lidských zdrojů a nastavení komunikačních systémů je především budování integrovaných kapacit pro systematické hodnocení zdravotních a environmentálních rizik. (WHO 2018)

Africká rozvojová banka je aktivní již od prvopočátku vyjednávání partnerství Acting Upstream a situaci vývoje implementace HIA ještě podpořila v roce 2015, kdy

vydala „Operational Safeguard Requirements on Health. Guidance on Safeguard Issues“. (African Development Bank 2015) Tento dokument bohužel pouze obecně rozebírá dopady z různých možných úhlů pohledu, nevěnuje se speciálně zdraví obyvatel, ale můžeme ho považovat za prvotní publikovaný dokument věnující se tématu HIA.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že je nutné vytvořit pro celý africký kontinent koncept HIA, který bude integrován tam, kde to půjde, do EIA. A tento krok je jednou z největších priorit. Velmi pozitivně může být vnímáno, že deset let po Librevillské deklaraci si jsou političtí hodnostáři stále vědomi nutnosti a urgency hodnocení vlivů projektů a strategických dokumentů na zdraví. Z dokumentu je patrné, že jsou si vědomi i toho, že musí být učiněny konkrétní kroky, které budou vyžadovat zdroje. Výsledkem ale může být rapidní dopad na životní úroveň obyvatel jejich států. Důležité však bude, aby se tyto konkrétní kroky opravdu staly a nezůstaly pouze a jen v teoretické rovině další deklarace.

## **8.2 Region Latinské Ameriky**

V Latinské Americe se v roce 2002 též konala ministerská konference, kde byly identifikovány velice podobné problémy jako na africkém kontinentě. Zde byly vyzdviženy především nerovnosti – region Latinské Ameriky patří k jedněm z nejvíce postižených regionů nerovnostmi na světě. (Drewry a Kwiatkowski 2015) Většina výše zmíněných problémů a výzev, které byly nastíněny v rámci afrického kontinentu, jsou platné pro všechny rozvojové regiony. Země Latinské Ameriky jsou v implementaci HIA oproti evropským zemím, Spojeným státům nebo Austrálii pozadu (Kemmm 2013; O’Mullane 2013). Ze sektorového hlediska je největší nevyužitý potenciál pro vytváření hodnocení především v zemědělství, dopravě, územním plánování a těžbě. Ve státech Latinské Ameriky se nacházejí jedny z největších lomů na světě a i přesto, že zdravotní důsledky spojené s tak masivním zásahem do krajiny jsou známé, nejsou zcela adresovány (Drewry a Kwiatkowski 2015). K tomu, aby se mohlo začít jednat ohledně konkrétních sektorů, je ale zapotřebí opět vytvoření implementačního rámce a technické pomoci pro země, které s integrováním HIA bojují. Drewry a Kwiatkowski (2015) též zdůrazňují, že je nutná integrace HIA do rozvojových projektů s důrazem na spolupráci mezi subjekty, vytvoření platformy pro sdílení příkladů dobré praxe, a tím

podpoření pilíře udržitelného rozvoje. Bohužel ani Interamerická rozvojová banka není na poli implementace HIA příliš aktivní. Z přehledu Asijské rozvojové banky (Asian Development Bank 2018) vyplývá, že se zatím věnuje tématu pouze interně a oficiálně nevydala žádný manuál nebo doporučující prohlášení.

### 8.3 Asijský region

Pokud se podíváme na asijský kontinent, jednoznačným lídrem v oblasti je Asijská rozvojová banka (dále jen ADB). Již v roce 1992 publikovala první návod s názvem „Guidelines for the Health Impact Assessment of Development Projects“ (Asian Development Bank 1992), který byl především určený pro nespécializované pracovníky ADB, konzultanty ze sektorů mimo zdravotnictví a zaměstnance státní správy, NNO a ADB v regionu. Vznik této publikace vysvětluje ADB tím, že *„fyzická a duševní pohoda lidí je hlavním důvodem, proč usilovat o hospodářský rozvoj, a zajištěním toho, aby se tento proces vyhnul nebo minimalizoval negativní dopady na fyzické prostředí a, skrze něj, na lidi“*. V 90. letech 20. století se jedná o velice pokrokovou myšlenku v oblasti rozvoje a je to přímé uznání socio-ekologického modelu determinant zdraví. O dekádu později publikuje ADB další dokument s názvem „A Primer on Health Impacts of Development Programs“ (Asian Development Bank 2003), který slouží jako aktualizace původní verze návodů a ještě více vyzdvihuje širší použití HIA v napojení na MDGs a primárním boji s chudobou v tomto regionu. Ale zároveň upozorňuje, že pouze rapidní ekonomický růst, založený na těžkém průmyslu, způsobuje vážné dopady na životní podmínky obyvatel, a též reflektuje fakt, že mezi členy banky jsou v rozvoji rapidní nerovnosti. Zpracováním je tento dokument velice promyšlený. Obsahuje hlavní oblasti, kterým se Asijská rozvojová banka věnuje v rámci svých rozvojových projektů (např. vzdělávání, doprava, zemědělství atd.), a u nich stanovuje napojení na jednotlivé MDGs a uvádí shrnující tabulku určenou pro projektové manažery, kde stanovuje hlavní zdravotní problémy, jejich příčiny, vhodnou intervenci a benefity ze správně provedené intervence. A zároveň sadu klíčových otázek relevantních k dané oblasti, které pokrývají hlavní zdravotní problémy a upozorňují někdy i na souvislosti, které nejsou úplně zřejmé na první pohled. Následují příklady vzorových projektů a příklady dobré praxe. Na tomto dokumentu může být především velice oceněna jeho praktičnost. U ostatních analyzovaných dokumentů je někdy velice těžké si z faktů

a informací obecně položených vzít něco konkrétního. Asijská rozvojová banka v těchto dokumentech ukazuje, že i na mezinárodní úrovni lze pracovat jinak.

A stejný přístup uplatnila u další a poslední publikace v roce 2018 „Health Impact Assessment: a Good Practice Sourcebook“ (Asian Development Bank 2018). V tomto dokumentu ADB opět reaguje na dokončené MDGs a upravuje své zaměření dle aktuálních SDGs, má ale spíše charakter příručky. Oproti předchozí verzi je škoda, že autoři ubrali na počtu příkladů. Ale samotní autoři uvádí, že se spíše jedná o aktualizaci, zopakování si základních hodnot, ze kterých politika ADB vychází a rozšíření předchozí příručky o novou teorii a přístupy. Oceněna však může být příloha zaměřená na eliminaci infekčních onemocnění a onemocnění přenášených vektorem. Právě v eliminaci malárie ADB předně doporučuje implementaci HIA, a to ve své strategii a návodu „*Malaria elimination as an entry point for health systems strengthening and regional health security and a public health best buy*“. (Asian Development Bank 2015)

V porovnání s ostatními rozvojovými bankami nebo i s vývojem na ostatních kontinentech nás může upoutat otevřené vnímání ADB vůči sociálním determinantům zdraví již od 90. let 20. století. Otázkou je, co byl ten impuls v tomto „pokroku“. Pokud se podíváme na autory a odborné zastřešení výše uvedených dokumentů, zjistíme, že společným jmenovatelem je Dr Martin Birley. Dr Birley je přední osobností na poli Health Impact Assessmentu, a to nejen v akademickém prostředí, ale je i předním expertem mezinárodních korporátních firem, soukromých firem, mezinárodních institucí i politických vyjednávání (např. v rámci výše zmíněného afrického partnerství). I s ohledem na jeho akademickou práci (Birley 1995; 2002; 2003; 2005; 2011) je možné, že právě on stál u budování tohoto odvětví v rámci Asijské rozvojové banky a dal impuls k převzetí toho přístupu. Samozřejmě by to nebylo možné bez podpory celého vedení banky a uvědomění si této základní myšlenky, a především ochoty a vidění nutnosti celý koncept přenést do praxe a opravdu ho aplikovat.

ADB tedy nejen aplikuje HIA na všechny projekty, které financuje, ale i podporuje vlády svých členských států k implementaci HIA na národní úrovni. Zde situaci zmapovali Caussy a Kumar (2003), kdy ze šetření vyplynulo, že mezi nejvíce připravené státy pro implementaci HIA jsou Indonésie, Indie, Thajsko a Srí Lanka. Především v Thajsku se tato cesta opravdu povedla. Během deseti let se Thajsko dostalo od

počáteční myšlenky implementace HIA přes konference a přípravu případových studií až po její zakotvení do národní ústavy. Proces to byl plný úskalí a projevilo se, že mít legislativní zakotvení neznamená plynulý proces a fungování v praxi (O'Mullane 2013). I přes identifikovaný potenciál v případě Indie nedošlo k zakotvení HIA do legislativy a k výraznému posunutí situace. Političtí lídři si jsou vědomi její potřeby a nutnosti implementace. Z dokumentů vyplývá i to, že je obecně známo, že rozvojové projekty jsou často za hranicí působnosti ministerstva zdravotnictví, ale zároveň mají na zdraví populace enormní dopad (Dua a Acharya 2014).



## 9 VÝZKUM II.

### **Záměr 3: Analyzovat potenciální využití konceptu HIA v systému rozvojové spolupráce České republiky.**

- Cíl 8: Zjistit, jaké je povědomí o využívání konceptu HIA mezi aktéry české rozvojové spolupráce a jaké vidí příležitosti/ohrožení jejího začlenění do Metodiky ZRS ČR.
  - ~ VO1: Jaké je povědomí obecně o IA, konkrétně o HIA mezi aktéry ZRS ČR?
  - ~ VO2: Jaké je využití HIA nebo podobného nástroje ve fungování organizací/institucí v rámci ZRS ČR?
  - ~ VO3: Jaké vidí zástupci ZRS ČR pozitiva/příležitosti zahrnutí HIA do Metodiky projektového cyklu rozvojové spolupráce?
  - ~ VO4: Jaké vidí zástupci ZRS ČR negativa/hrozby zahrnutí HIA do Metodiky projektového cyklu rozvojové spolupráce?

### **9.1 Výzkumný vzorek, metody sběru dat**

Cílovou skupinou výzkumu byli zvoleni vybraní aktéři, kteří se podílejí na rozvojové spolupráci České republiky. Subjekty byly rozděleny do třech skupin: státní správa, nestátní neziskové organizace a soukromé firmy.

Jako nevhodnější metoda použití pro sběr dat byl vybrán strukturovaný dotazník na pomezí kvalitativního a kvantitativního přístupu a polostrukturované rozhovory.

### **9.2 Dotazníkové šetření**

Dotazník se skládal celkově z osmi otázek, z nichž pět otázek bylo otevřených. Pět otázek bylo uzavřených, avšak vždy byla možnost vyjádřit názor pomocí komentáře. Dotazník umožňoval funkci přeskočit otázku, pokud respondent nechtěl na danou otázku odpovídat. Respondenti byli v úvodu dotazníku informováni o anonymitě dotazníků, jeho časové náročnosti, počtu otázek i o způsobu dostupnosti získaných dat. Anonymní dotazník byl zvolen z důvodu vyšší pravděpodobnosti návratnosti. Sběr dat proběhl v měsících říjen a listopad 2015. Dotazník byl distribuován jako odkaz na online průzkum pomocí aplikace Google Form.

Pro oslovení nestátních neziskových organizací byl využit seznam členů a pozorovatelů FoRS<sup>10</sup> (FoRS 2019c). Z uvedeného seznamu byly podle webových stránek vybrány organizace, které realizují projekty rozvojové spolupráce v zahraničí. Vyjmuty byly organizace, které se zaměřují na globální rozvojové vzdělávání v České republice, ale jsou členy nebo pozorovateli FoRS. Z uvedeného seznamu bylo identifikováno deset vhodných organizací – Adra, Člověk v tísni, Arcidiézní Charita Olomouc, Alterra, Care, Centrum Dialog, Cavitas per populi, Česká zemědělská univerzita, Diakonie, Světlo pro svět. V rámci každé vybrané organizace byly podle jejich webových stránek identifikovány všechny dostupné kontakty, na které byl odeslán email s prosbou o zapojení se do výzkumu, odkazem a vysvětlením, k čemu budou data použita. Celkově bylo osloveno 43 potenciálních respondentů.

Soukromé firmy byly osloveny po dvou liniích. Jedna vedla přes Platformu podnikatelů pro zahraniční rozvojovou spolupráci<sup>11</sup>. Dotazník byl rozeslán přes hromadný email na celou členskou základnu s prosbou o spolupráci. Druhá linie vedla skrz přímé oslovení firem. Celkově bylo identifikováno jako vhodných 11 soukromých firem, které jsou zapojené do bilaterální i multilaterální rozvojové spolupráce. Kontakty byly vyhledány pomocí jejich webových stránek a osloven byl vždy ředitel mezinárodní sekce nebo vedoucí implementace projektů.

Za státní správu byla oslovena především Česká rozvojová agentura a Ministerstvo zahraničních věcí. V rámci České rozvojové agentury byl osloven vedoucí Oddělení

-----  
<sup>10</sup> „FoRS – České fórum pro rozvojovou spolupráci – je platformou českých nevládních neziskových organizací (NNO) a dalších neziskových subjektů, které se zabývají rozvojovou spoluprací, rozvojovým vzděláváním a humanitární pomocí. Organizace ve FoRS sdílejí společný zájem prosazovat vyšší relevanci a efektivnost české i mezinárodní zahraniční rozvojové spolupráce a zvyšovat její pozitivní dopady pro obyvatele rozvojových a transformujících se zemí. Hlavním úkolem FoRS je zastupování společných zájmů členů a posilování spolupráce a vztahů mezi státními institucemi v ČR i EU a nevládními organizacemi na poli rozvojové spolupráce.“ (FoRS 2019a)

<sup>11</sup> „Platforma umožňuje sdílet informace a znalosti podnikatelů se zkušeností z rozvojových zemí s ostatními potenciálními zájemci o ekonomické aktivity tamtéž. Zázemí Platformy může tyto zkušenosti a znalosti vhodně umocňovat informacemi z vlastních, stále rozšiřovaných zdrojů informací. Založení bylo reakcí na změny v systému zadávání projektů oficiální rozvojové pomoci ČR a politiky zahraniční rozvojové spolupráce. Tyto změny asociace podpořily, ale pro další podporu účasti českého podnikatelského sektoru bylo potřeba vytvořit komunikačního partnera pro jednání s koordinátorem české rozvojové pomoci, kterým je Ministerstvo zahraničí ČR. Soukromý sektor má zástupce v Radě pro zahraniční rozvojovou spolupráci a má tak možnost, v rámci mezinárodně uznávaných principů rozvojové pomoci, hájit zájmy podnikatelů a určitým způsobem ovlivňovat politiku české ZRS do budoucna.“ (Platforma podnikatelů pro zahraniční rozvojovou spolupráci 2019)

formulace projektů a programová manažerka projektů zaměřených na zdraví z Teritoriálního oddělení s prosbou o přeposlání odkazu na pracovníky ČRA, a to z důvodu nepřístupnosti kontaktních adres na jednotlivé pracovníky na webových stránkách. V rámci Ministerstva zahraničních věcí České republiky byl kontaktován Odbor rozvojové spolupráce (ORS), který je zodpovědný za koordinaci celostátního systému zahraniční rozvojové spolupráce a humanitární pomoci ČR a koncepčně tuto problematiku zpracovává (Ministerstvo zahraničních věcí ČR 2019a). Vzhledem k tomu, že ani Ministerstvo zahraničních věcí nemá uveřejněné kontakty na webové stránce, byl též Odbor pro rozvojovou spolupráci osloven s prosbou o šíření dotazníkového šetření.

Všechny výše uvedené kontakty byly osloveny ve dvou kolech.

První část byla zaměřena na zjištění povědomí mezi respondenty obecně o konceptu Hodnocení vlivů – Impact Assessmentu (IA). Následně dotazník zjišťoval, zda organizace, kde dotazovaný pracuje, využívá jakoukoliv formu IA. Další dvě otázky se pokoušely zjistit, zda se dotazovaní setkali s typem HIA, a to i na obecné rovině, a co si pod tímto pojmem představí. Pokud dotazovaný odpověděl, že koncept HIA nezná a ani si pod tím nedovede nic představit, dotazník ho přesměroval na stránku, kde byl koncept HIA stručně vysvětlen a představen. Následovalo nastínění implementace do projektového cyklu ZRS a zjišťování, zda by v této změně respondenti viděli pozitiva nebo negativa. Poslední otázka obsahovala pět tvrzení na téma začlenění HIA do projektového cyklu ZRS a respondenti se měli vyjádřit, do jaké míry se s těmito tvrzeními ztotožňují.

Celkově byl tedy osloven vzorek o velikosti 55 konkrétních osob a dvě instituce státní správy (MZV ORS, ČRA), kde nebylo možné přesně vyčíslit počet oslovených. V rámci vzorku nestátních neziskových organizací bylo osloveno 43 osob, ze skupiny soukromých firem zapojených do bilaterální i multilaterální rozvojové spolupráce bylo osloveno 11 subjektů. Návratnost u vzorku NNO je 25 dotazníků, tj. 58 %. U soukromých firem se vrátilo 4 dotazníky, tj. 36% návratnost. U oslovených institucí státní správy, pod kterou spadá koordinace rozvojové spolupráce, se vrátilo 9 dotazníků.

### 9.3 Výsledky dotazníkového šetření

První část dotazníku zkoumala, zda cílová skupina má obecné povědomí o konceptu „Hodnocení vlivů“ Impact Assessmentu (IA), a pokud ano, konkrétně s jakým typem se již respondenti setkali.

**Napište prosím, které pojmy Vás napadnou jako první, když se řekne obecně „Impact Assessment (Hodnocení vlivů)“**

#### **Nestátní neziskové organizace**

Na tuto otázku odpovědělo celkem 23 respondentů. Z odpovědí je vidět, že respondenti hodně pracují s projektovým cyklem. Nejčastěji se objevila odpověď, která obsahovala slova jako „hodnocení dopadů projektu; hodnocení udržitelnosti; evaluace“, a to v 16 případech. Zmiňují se ale o negativních i pozitivních dopadech. Dále se ve čtyřech případech respondenti zmínili, že se bude jednat primárně o dopad na životní prostředí. Ve třech případech se respondenti zamýšlí nad hodnocením smyslu dopadu určitého projektu. Jeden respondent zmiňuje též koncept „Do no harm“<sup>12</sup>.

Další z respondentů uvádí, že si představí především rizika a hazardy, které jsou s realizací projektů spojené, a dodává ještě, že při analýze těchto rizik a hazardů musí být zohledněny podmínky kulturní, sociální, náboženské, klimatické, ekonomické a politické. Jeden respondent uvádí již přímo konkrétní typy, a to EIA, SEA a dopady na biologické posuzování.

Pokud se na výsledky podíváme obecně, respondenti rozhodně evidují, že koncept Hodnocení vlivů existuje a představují si pod ním nástroj vhodný k evaluaci dopadů projektů, a to pod záminkou hodnocení udržitelnosti a dopadů projektů na místní komunitu pod reflexí určitých podmínek.

Dva respondenti tuto otázku přeskočili. Jeden respondent uvedl, že neví, co si má pod tímto termínem představit.

---

<sup>12</sup> Koncept „Do no harm“ v rámci humanitární pomoci vychází z principu, že kdykoliv vstupuje zahraniční pomoc do kontextu válečného konfliktu, stává se jeho nedílnou součástí, a to i když se dárci snaží být neutrální a nezávislí na stranách konfliktu. (Hoch 2011)

### **Soukromý sektor**

Respondenti z oblasti soukromých firem pod tímto pojmem vidí též hodnocení rizik a hrozeb, bezpečnost práce a dva respondenti ze čtyř se shodují na pojmu životní podmínky. Jeden respondent uvádí přímo EIA. Zde tedy můžeme předpokládat, že se s tímto konceptem již setkal.

### **Státní správa**

Zástupci státní správy vidí pod pojmem IA především hodnocení vlivů dopadů, výzkumy a výchozí studie, hodnocení dopadů projektů na životní podmínky obyvatel. Ve dvou případech jsou ale též zmíněné „hodnoty, gender a dobré vládnutí“. Jeden respondent uvádí i veřejné politiky a Organizaci pro ekonomickou spolupráci a rozvoj. Zde se opět odráží oblast, kde cílová skupina pracuje – respondenti aplikují obecný pojem na své pracovní prostředí, proto se objevují pojmy z oblasti politických spekter.

**Impact Assessment (Hodnocení vlivů) se obecně dělí na několik typů podle svého zaměření. Pokud nějaký/nějaké znáte, můžete ho/je uvést?**

### **Nestátní neziskové organizace**

Tuto otázku odpovědělo celkem 19 respondentů. Šest respondentů ji přeskočilo. Z odpovědí vyplývá, že celkem 10 respondentů (tj. 52 %) zná přímo Hodnocení vlivů na životní prostředí (EIA). Tři respondenti uvádějí, že si odpovědi nejsou úplně jistí, ale že se bude jednat o sociální a ekonomický dopad nebo o dopad na well-being a zdraví komunit. Pět respondentů přímo uvedlo, že konkrétní typ neznají.

### **Soukromý sektor**

V rámci soukromých firem byly získány čtyři odpovědi, z nichž dva respondenti žádný konkrétní typ neznají. Dva respondenti uvádějí, že znají konkrétně Hodnocení vlivů na životní prostředí (EIA) a Strategické hodnocení vlivů (SEA). Jeden respondent zmiňuje i Hodnocení životního cyklu produktu – LCA (*z angl. Life Cycle Assessment*)<sup>13</sup>.

### **Státní správa**

U státní správy byly získány pouze tři odpovědi z devíti dotazníků, tj. 33 %. Všechny tři odpovědi uvádějí hodnocení dopadů na životní prostředí. Dvě z nich zmiňují ještě dopady na zdraví a životní podmínky.

-----

<sup>13</sup> „Jedná o základní metodiku pro hodnocení environmentální kvality produktu.“ (Envimat 2019)

Výsledky ukazují, že nejvíce se s konkrétními typy IA setkali zástupci neziskového sektoru. V odpovědích jsou využívány konkrétní zkratky a jasná pojmenování metodiky EIA. Konkrétní znalost typu IA ze soukromé sféry a státní správy je zhruba stejná. Zaměstnanci státní správy by se s nejvyšší pravděpodobností setkali s EIA nebo SEA, každopádně ani jedna aplikace metodiky nespadá do sektoru MZV ČR. V rámci ČRA je tedy vidět, že její pracovníci mají obecné povědomí o konceptu IA, ale konkrétně ho neznají, a tudíž s tímto pojmem ani nepracují při identifikaci, formulaci nebo implementaci projektu.

### **Slyšeli jste už pojem Health Impact Assessment (Hodnocení vlivů na zdraví)?**

Další otázka zjišťovala, zda účastníci šetření znají přímo koncept Hodnocení vlivů na zdraví (HIA). Z výsledků předchozí otázky je patrné, že respondenti mají povědomí o tom, že v rámci obecného konceptu hodnocení vlivů lze hodnotit i dopad na zdraví, ale konkrétně zmíněna HIA nebyla.

Respondenti odpovídali na uzavřenou otázku, a to možností z výběru tří odpovědí:

- a. Ne.
- b. Ano, ale jen vzdáleně.
- c. Ano, tento termín znám.

Pokud byla odpověď „ano“, byli účastníci vyzváni k ujasnění odpovědi, a to v jaké konkrétní souvislosti se s HIA setkali.

### **Nestátní neziskové organizace**

V rámci neziskového sektoru z celkového vzorku 22 odpovědí celkem osm respondentů koncept HIA vůbec nezná (tj. 36,4 %). Celkem 12 respondentů se s konceptem HIA setkalo, ale jen vzdáleně nebo povrchově (tj. 54,5 %). Dva respondenti uvádějí (9,1 %), že koncept HIA znají.

Zajímavé výsledky se objevují u vysvětlení, kde se s pojmem HIA účastníci setkali v rámci rozvojové agendy. Jedna respondentka zmínila, že se s hodnocením zdravotních dopadů setkává v řadě rozvojových intervencí. Další při reportování projektů zaměřených na tzv. WATSAN (*z angl. water and sanitation*) v Etiopii; při plánovacím semináři na Kavkaze. Dvě odpovědi se týkaly ekologické zátěže v důsledku těžby a chemického průmyslu. Jedna z odpovědí se týká mezinárodních institucí, a to v rámci projektů Světové zdravotnické organizace a Evropské komise.

### **Soukromý sektor**

V rámci soukromého sektoru odpověděli na otázku všichni čtyři účastníci dotazníkového šetření. 75 % z nich koncept HIA nezná, jeden respondent ho zná a většinou se podílí na přípravě hodnocení analýzy rizik a HIA ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem.

### **Státní správa**

33,3 % zaměstnanců MZV a ČRA přímo koncept HIA nezná. 66,7 % koncept zná, ale jen okrajově a není schopno ho vysvětlit nebo popsat.

Z výsledků je opět patrné, že největší povědomí o konceptu HIA mají zaměstnanci neziskového sektoru. Toto zjištění je místy trochu překvapující oproti předpokladu před dotazníkovým šetřením. Spíše byl předpoklad, že větší povědomí budou mít soukromé firmy zapojené do více technických a odborných projektů i v rámci multilaterální spolupráce. Jsou i patrné náznaky, že se s konceptem HIA setkali v rámci jejich působení v rozvojovém prostředí, ale spíše na mezinárodní půdě než na základě požadavků z českého prostředí.

### **Využívá Vaše instituce Health Impact Assessment?**

**Využívá Vaše instituce podobný nástroj, jako je Health Impact Assessment? (Pokud využíváte jiný typ Impact Assessmentu, prosím, uveďte ho též.)**

**Víte o nějaké organizaci/společnosti/instituci, která podobného konceptu využívá?**

### **Nestátní neziskové organizace**

95 % odpovědí ze vzorku 21 zodpovězených dotazníků uvádí, že tento koncept v rámci své práce a organizace nevyužívá. Pouze jedna odpověď je kladná, ale respondent bohužel neodpověděl na rozšiřující otázku v případě kladné odpovědi, a to na podrobnější informace.

Na navazující otázku odpovědělo o tři respondenty méně, tj. 18 respondentů. Z tohoto vzorku odpovědělo 10 respondentů, že jejich organizace nepoužívá ani jiný podobný nástroj HIA. Osm respondentů odkazuje na podobné hodnotící nástroje, které využívají při jejich pracovních činnostech. Pět z nich zkoumá dopad jejich realizovaných projektů na životní prostředí, jeden respondent uvádí ex ante hodnocení dopadů a dva zmiňují Social Impact Assessment a genderovou rovnost.

### **Soukromý sektor**

Ze čtyř zodpovězených otázek vyplývá, že 75 % soukromých firem, které vyplnily danou otázku, tento koncept nevyužívá. Kladně se vyjádřila opět jen pouze jedna soukromá firma, ale respondent též neodpověděl na rozšiřující otázku.

Na navazující otázku odpověděli respondenti totožně. Respondent, který se vyjádřil kladně, zmínil především analýzu rizik kontaminovaného území, analýzu rizik průmyslové havárie a EIA.

### **Státní správa**

V rámci státní správy, pod kterou spadá koordinace rozvojové agendy, se vzhledem k legislativnímu zakotvení neočekávalo používání HIA v rámci pracovní náplně zaměstnanců. Výsledky ukázaly, že z devíti odpovědí celkem sedm potvrzuje tuto myšlenku. Dvě odpovědi jsou kladné. Na navazující otázku odpovědělo pouze šest respondentů, jeden tedy otázku přeskočil. Z odpovědí vyplývá, že dva pracovníci státní správy se setkávají s hodnocením projektů na genderovou rovnost a prvky EIA/SEA. Jeden respondent uvádí poznámku, že k zevrubnému použití dochází především v důsledku nedostatečné kapacity lidských zdrojů.

Na otázku, zda respondenti znají nějakou další organizaci/subjekt/společnost, která by používala podobné nástroje, z celkového počtu odpovědí (n = 29) 19 respondentů potvrdilo, že zná jinou organizaci, která využívá podobné nástroje. Nejčastěji byla zmíněna Evropská komise a její požadavek hodnocení EIA (celkem 5krát), dále Světová zdravotnická organizace (celkem 4krát). V jednom případě byly zmíněny Mezinárodní finanční korporace a jejich Rovníkové principy. Ostatní odpovědi byly zjednodušeny především na formulaci „v zahraničí“. Ze zmíněných tuzemských institucí se nejčastěji objevila „vládní instituce“, Státní zdravotní ústav a Ministerstvo dopravy.

Když výsledky shrneme, celkově ze všech 32 odpovědí vyplývá, že 87,5 % respondentů v rámci rozvojové agendy v České republice nevyužívá ve fungování své organizace Hodnocení vlivů na zdraví. Mezi nástroje, které jsou do určité míry využívány, bude patřit především hodnocení vlivů na životní prostředí EIA, hodnocení dopadů na životní podmínky komunit a na vyloučené nebo marginalizované skupiny zapojených komunit, včetně genderové rovnosti. Zde se ale může jednat o různé



nástroje, které nemusí spadat pod IA. Účastníci šetření mají z 65 % povědomí o jiných, jak českých, tak mezinárodních organizacích, které využívají nějaký nástroj z IA.

V následujícím oddílu bylo účastníkům šetření vysvětleno, co je myšleno konceptem Zdraví ve všech politikách a konkrétně nástrojem Hodnocení vlivů na zdraví (HIA), jeho výchozí hodnoty, jaký je koncepční rámec a jak zapadá do systému globální odpovědnosti.

**Jaká vidíte pozitiva/příležitosti zahrnutí Health Impact Assessmentu do projektového cyklu ZRS ČR?**

**Jaká vidíte negativa/hrozby zahrnutí Health Impact Assessmentu do projektového cyklu ZRS ČR?**

Další část otázek zjišťovala vnímání aktérů na poli zahraniční rozvojové spolupráce České republiky pomocí SWOT analýzy. Nejdříve byly zjišťovány pozitiva a příležitosti, následně negativa a hrozby začleněním HIA do systému ZRS ČR jako implementačního nástroje konceptu Zdraví ve všech politikách. Data za všechny tři oslovené skupiny byla agregována a výsledkem je jedna SWOT analýza.

Mezi nejvíce zmiňované silné stránky zakomponování konceptu HIA do projektového cyklu dle respondentů by patřilo především vidění projektu z komplexnější perspektivy, odhalení nežádoucích dopadů na zdraví obyvatel, která nejsou přímo zřejmá, nebo ochrana určité skupiny obyvatel. V podstatě se respondenti shodují, že je to vysoce relevantní myšlenka vzhledem ke globální odpovědnosti. Přínos respondenti vidí i ve zvýšení reputace ZRS ČR, a to především v zahraničí – Česká republika by dala na jasný signál, že si je vědoma svých závazků na globální úrovni a snaží se být maximálně odpovědná vůči podpoře místních komunit, kde projekty ZRS ČR realizuje.

Jeden respondent se zamýšlí nad využitím pouze v konceptu ZRS ČR a celkově výstižně shrnuje celý koncept IA. Uvádí: „Každý assessment je účinnou minimalizací nečekaných potíží, následků apod. každého projektu. Tj. každý assessment může maximalizovat pozitivní dopad na cílovou skupinu.“

Mezi nejčastěji zmiňované slabé stránky patří především finanční zdroje, lidské kapacity a časová dotace na přípravu a realizaci projektů. Respondenti vyjadřovali obavy nad vybalancováním přínosu, vložených zdrojů a energie. Obecně vyplynulo ze silných stránek, že účastníci šetření si jsou vědomi teoretického přínosu a významu

celého konceptu, ale nad uvedením do praxe spíše polemizovali. Objevili se i dva respondenti, kteří tuto myšlenku zavrhlí jako velice nevhodnou a označili ji pouze za zbytečné navyšování administrativy a zátěže na personál, který má realizaci projektů na starost a již tak bojuje za „dobrou věc neadekvátním papírováním“. V podobném, spíše negativním duchu se zamýšlel jeden respondent ohledně odpovědnosti a správného umístění HIA v projektovém cyklu: *„Je důležité si uvědomit, že musí být jasně nastavené kompetence v rámci ZRS ČR – projektový cyklus ZRS totiž znamená, že formulaci projektu zajišťuje zadavatel. Na rozdíl od žádostí o dotaci v rámci výběrových řízení na dodávky do projektu musí mít zadavatel představu, jakým negativním dopadům chce zabránit, a formulovat své požadavky v zadání soutěže. Tuto odpovědnost nelze přenášet na dodavatele projektu. Jakýkoliv pokus o toto zbavování se vlastní odpovědnosti zadavatele projektu je nepřijatelný a politováníhodný.“* Z toho vyplývá, že respondent upozorňuje na fakt, že jakékoliv HIA hodnocení by nemělo být v projektovém cyklu v momentě, kdy se začíná projekt realizovat, ale celá odpovědnost za projekt je v rukou zadavatele.

<b>Silné stránky</b>	<b>Slabé stránky</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zvýšení povědomí o dopadech na zdraví u realizátorů i u komunit.</li> <li>• Eliminace negativních nezamýšlených dopadů na zdraví komunit.</li> <li>• Systematický monitoring vlivu intervence na zdraví a životní podmínky obyvatel.</li> <li>• Možnost rozšíření spektra vnímání dopadů projektů.</li> <li>• U realizace projektů brán zřetel na opomíjené skupiny s důrazem na genderovou rovnost.</li> <li>• Relevantní myšlenka vzhledem ke globální odpovědnosti.</li> <li>• Vyšší komplexnost, ucelenost a přehlednost projektů.</li> <li>• Lepé formulované zaměření projektů.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vysoký tlak na kapacitu lidských zdrojů.</li> <li>• Vysoký tlak na časovou dotaci.</li> <li>• Vysoký tlak na finanční rozpočet projektu.</li> <li>• Přílišná složitost celého konceptu.</li> <li>• HIA není klíčový komponent ZRS ČR.</li> <li>• Projekty ZRS ČR jsou objemově malé.</li> <li>• Nejasnost odpovědnosti za výsledky studie HIA v rámci projektového cyklu – zadavatel/dodavatel.</li> <li>• Nedostatek sběru dat, podkladových materiálů.</li> </ul>
<b>Příležitosti</b>	<b>Hrozby</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Využití na sektorové, programové úrovni.</li> <li>• Velký přínos u velkých investičních projektů.</li> <li>• Využito by mělo být u všech projektů, ne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stane se pouze nástrojem vykonávaným „pro forma“.</li> <li>• Nedostatek vůle k implementaci.</li> <li>• Zdržení realizace projektu.</li> </ul>

<p>pouze u ZRS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Přímo součást projektového cyklu – v rámci prvotního hodnocení a postevaluace.</li> <li>• Zvýšení reputace ZRS ČR v zahraničí.</li> <li>• Zvýšení smyslu a udržitelnosti ZRS ČR.</li> <li>• Možnost lépe poznat výchozí stav a životní podmínky v místě realizace projektu.</li> <li>• Spolupráce s místními vládami.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencionální znehodnocení projektových investic.</li> <li>• Nedůvěra cílových skupin ZRS ČR.</li> <li>• Formulace nereálných doporučení, která nejdou již změnit nebo vyžadují velké zapojení místní komunity, která je unavena.</li> <li>• Aplikace nebude mít reálný dopad.</li> <li>• Vyhotoví se tak, aby splnilo již předem jasnou projektovou dokumentaci, tj. upravování reality.</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabulka 4 SWOT analýza na téma „Začlenění nástroje HIA do ZRS ČR“ na základě výsledků dotazníků

Výsledkem dotazníkového šetření je podrobná SWOT analýza silných a slabých stránek, příležitostí i hrozeb a zahrnutí hodnocení na zdraví HIA do projektového cyklu ZRS. Ze SWOT analýzy vyplývá, že respondenti v zahrnutí konceptu vidí příležitost ve zvýšení odpovědnosti, udržitelnosti přínosu ZRS a komplexnosti u poznání výchozího stavu. V neposlední řadě bylo zmíněno i zvýšení reputace nejen české ZRS, ale celé České republiky v zahraničí. Mezi největší hrozby patří obava z prodlužování přípravné fáze projektů a z toho, že se z hodnocení HIA stane pouze rutinní nástroj, který nebude ve finále zohledňovat realitu. Mezi největší externí faktory patří především to, že každá změna zavedených mechanismů ve státní sféře vyžaduje velkou míru politické vůle. V rámci NNO by změna nevyžadovala podporu politiků, ale vedení organizace by zase muselo přijmout zcela novou strategii a změnit interní směrnice.

K dalšímu ověření výsledků SWOT analýzy vedla poslední otázka dotazníkového šetření. Obsahovala pět tvrzení a respondenti měli zaujmout postoj k těmto tvrzením textovým vyjádřením se na Likertově škále: *naprosto souhlasím, spíše souhlasím, nevím, spíše nesouhlasím, naprosto nesouhlasím.*

Přehled tvrzení:

1. Začlenění HIA do projektového cyklu by mohlo být užitečné pro eliminaci negativních dopadů na zdraví obyvatel.
2. Začlenění HIA do projektového cyklu ZRS ČR je další administrativní zátěž a tlak na lidské zdroje, ale přesto vidím více pozitiv pro jeho začlenění.
3. Začlenění HIA do projektového cyklu ZRS ČR vidím pouze jako další zbytečnou administrativní zátěž.

4. Začlenění HIA do projektového cyklu ZRS ČR nemohu posoudit, jelikož celý proces HIA dostatečně neznám a k celé problematice nemám dost informací.
5. Health Impact Assessment by měla provádět organizace/společnost podávající žádost o dotaci/ hlásící se na výzvu k veřejné zakázce.

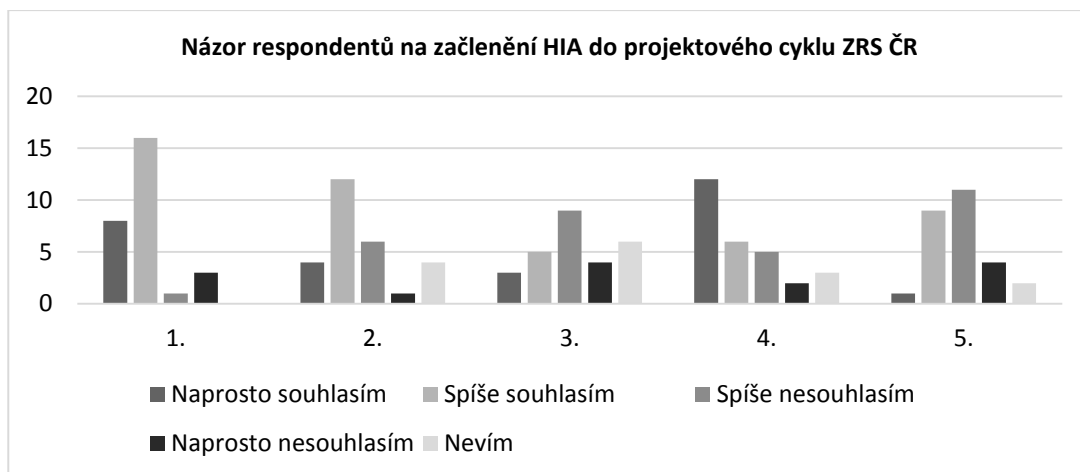
Výsledky byly agregovány za všechny tři oslovené skupiny, celkový počet vyplněných dotazníků za tuto otázku pro tvrzení č. 1 a 4 byl 28 a pro tvrzení 2, 3 a 5 byl 27.

Z dotazníkového šetření tedy vyplynulo, že s prvním tvrzením respondenti z 86 % souhlasí. Z toho 29 % naprosto souhlasí a 58 % spíše souhlasí. Naprosto s tímto tvrzením nesouhlasili 3 respondenti.

S druhým tvrzením, a tedy i tím, že i přes administrativní zátěž vidí respondenti přínos, souhlasilo 59 %. Z toho naprosto souhlasí 14 % a spíše souhlasí 45 % respondentů. 14 % respondentů se ale nedokázalo s tvrzením ztotožnit a uvedlo, že neví. Spíše s tím tvrzením nesouhlasil každý pátý respondent, tj. cca 22 % odpovědí.

Proti třetímu tvrzení se vyhranilo nejvíce respondentů s odpovědí, že spíše nesouhlasí (33 %). Respondenti u tohoto tvrzení byli trochu rozpolceni a nedá se říct, že by jedna z kategorií výrazně převážila. Ostatní čtyři kategorie jsou procentuálně zhruba vyrovnané (spíše souhlasí 18 %, naprosto souhlasí 11 %, naprosto nesouhlasí 15 %). 22 % se přiklonilo k odpovědi „nevím“.

Se čtvrtým tvrzením (respondenti nemohou posoudit vhodnost zapojení vzhledem k tomu, že dané problematice nerozumí) naprosto souhlasí největší počet respondentů (43 %). Z toho vyplývá, že respondenti mají spíše obecné povědomí o problematice, ale necítí se kompetentní jednoznačně se k problematice vyjádřit.



Graf 2 Názor respondentů na začlenění HIA do projektového cyklu ZRS ČR – výsledky dotazníků

U pátého, posledního tvrzení se respondenti rozdělili do dvou větších skupin, většina z nich se vyjádřila spíše nesouhlasně (11 respondentů, 41 %). V rámci tvorby SWOT analýzy a v rámci předchozích otázek bylo respondenty uvedeno, že pokud by byla HIA do projektového cyklu začleněna, mělo by to být v iniciační fázi a odpovědnost by měla být na zadavateli, tj. ČRA, nikoliv na dodavateli dodávky veřejné zakázky, aby nedocházelo k přenosu odpovědnosti. Druhá největší skupina se vyjádřila spíše souhlasně (9 respondentů, 33 %). Oba tyto názory jsou v podstatě vyrovnané.

#### 9.4 Polostrukturované rozhovory

Zástupci výše zmíněných tří vytipovaných oblastí subjektů, které jsou zapojené do českého systému rozvojové spolupráce, byli též osloveni k polostrukturovaným rozhovorům. Rozhovorů se konalo celkem šest, po dvou z každé oslovené oblasti.

Vzhledem k zapojení státních institucí byla dodržena anonymita rozhovorů a analýza výsledků byla brána pouze jako osobní názor respondentů, nikoliv názor daného úřadu nebo oficiální vyjádření instituce. Transkripce rozhovorů nikdy nebyly poskytnuty k uveřejnění třetí straně, zůstaly utajeny a byly použity pouze pro výsledky této práce.

Seznam předpřipravených otázek se držel výše popsané struktury dotazníků a kopíroval hlavní výzkumné otázky záměru 3 cíle 8 (osnova viz Příloha č. 1):

- Povědomí o konceptu Impact Assessmentu, typech assessmentů, Health Impact Assessmentu.
- Použití HIA v rámci instituce nebo organizace, popř. jiného typu nebo konceptu/ inspirace u jiné organizace.

- Pozitiva/příležitosti/negativa/hrozby zahrnutí HIA do projektového cyklu.

Rozhovory byly zaznamenány na nahrávací zařízení a následně byla provedena doslovná transkripce. Pouze jeden rozhovor nebyl přepsaný, a to z toho důvodu, že byl proveden přes webové rozhraní, které neumožňuje nahrávat záznam.

Tazatelka si předpřipravené otázky upravila dle zaměření působení respondenta a během rozhovorů reagovala úpravou otázek dle vývoje rozhovoru.

Sektor	Kódování
Státní správa	SS1
	SS2
NNO	NNO1
	NNO2
Soukromý sektor	SOUKR1
	SOUKR2

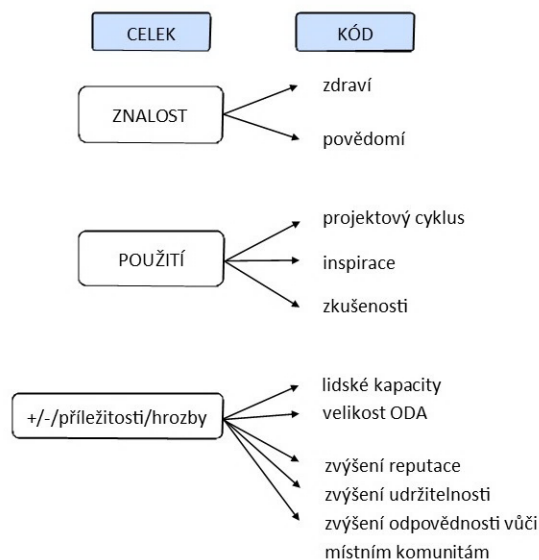
Tabulka 5 Seznam provedených rozhovorů a kódování respondentů

Analýza transkripce rozhovorů proběhla dle zásad analýzy dat kvalitativního výzkumu (Hendl 1997). Nejprve došlo k setřídění informací a sjednocení formátu dat. Následně byly prepisy několikrát detailně pročteny a došlo k deskriptivnímu kódování, tj. k textu byly přiřazeny kódy s nízkou mírou indukce, které sloužily spíše k organizaci dat a pojmenování identifikačních charakteristik (Švaříček a Šedřová 2010). Následně byly transkripce okódovány hodnotovými kódy. Jednotlivé kódy vznikly jak dedukcí (od obecného ke konkrétnímu), tak indukci (od konkrétního k obecnému) a byly vytvořeny koncepty založené na jednotlivých kódech a výzkumných otázkách. Nakonec došlo k interpretaci dat.

Analýza byla doplněna poznámkami. Kódování proběhlo v tištěné formě na vytisknutých prepisech rozhovorů.

## 9.5 Výsledky polostukturovaných rozhovorů

Výše zmíněné kódy byly rozděleny do třech celků: povědomí, použití, klady/zápory/příležitosti/hrozby.



**Obrázek 11 Analýza transkripce rozhovorů a vzniklé kódy a jejich členění**

V rámci prvního celku bylo pod kódem „**povědomí**“ z rozhovorů identifikováno, že mezi respondenty je vcelku vysoká míra povědomí o konceptu Impact Assessmentu. Respondenti uváděli, že obecně tento pojem zajisté slyšeli, i když by ho nebyli v prvním okamžiku schopni jasně definovat. Ale souhlasili, že pojem „assessment“ se často využívá i v českém prostředí, a to především pro hodnocení rizik a a priori je spojen především s dopadem na životní prostředí. Konkrétně SS1 a NNO1 popsali, že si udělali obrázek o tématu až poté, co se připravovali na tento rozhovor. Základní pojmy si vyhledali na internetových zdrojích a začali si spojovat různé indicie, zda by se mohla najít nějaká paralela s principy, které využívají v rámci svých organizací. Pokud došlo na znalost konceptu HIA, konkrétně SS2 uvádí: *„Pojem jsem neznala, jen podle toho, co jste psala, jsem si udělala představu a pak si některé informace dohledala, ale předtím jsem o něm neslyšela...“* Respondent SS1 doplňuje: *„On není pouze HIA, ale těch assessmentů je více – sleduje se dnes i na gender, průřezová témata, na sociální zohledňování. Gender už má i toto rozklíčování na úroveň významnosti podle tří stupňů, stejně jako je to u životního prostředí – na desertifikaci.“* Uvedené oblasti jsou všechny oblasti, které se týkají globálních výzev a které jsou vysoce relevantní v rámci rozvojové agendy.

Respondenti SOUKR1 a SOUKR2 měli velice detailní vhled do problematiky, a to jak v českém, tak zahraničním prostředí, jelikož oba jsou držitelé licencí EIA a HIA. Zde se velice projevilo vnímání definice a obsahu HIA v rámci České republiky, jelikož

respondent SOUKR 1 uvádí, že „z 99,9 % se zkoumá jen hluk a ovzduší, takže jen rizika, expozice. Velice málo jsou tam zahrnuty nějaké determinanty... Záleží na tom, co si objednatel přeje, každopádně se s tím nesetkávám skoro vůbec.“ Takže poptávka v českém prostředí je většinou pouze po hodnocení zdravotních rizik, což potvrzují výsledky z kapitoly 6. Respondent SOUKR 2 má vedle toho více zkušeností s realizací hodnocení v zahraničním prostředí, kde se setkávají hodně s konceptem SIA, tj. Social Impact Assessment. Celkově můžeme ale říci, že ze všech typů IA je nejvíce znám koncept EIA, který byl zmíněn všemi respondenty.

Další kód se věnoval pojmu „**zdraví**“. Respondenti se zamýšleli nad rolí zdraví v rozvoji a do jaké míry je propojení zdraví s impact assessmentem aktuální. Respondent NNO1 uvedl: „*Já si myslím, že tyto koncepty teď budou mnohem více, jak se schválily SDGs – zdraví je jejich nedílnou součástí. Dosažení jednoho cíle by nemělo jít proti dosažení nebo směru jiného cíle. Ten tlak bude hodně silný na to, aby se dosáhlo všech cílů za značné podpory zdraví a životních podmínek a nemělo to negativní vliv na tyto složky.*“ K Cílům udržitelného rozvoje a roli zdraví se několikrát vrací i SS1: „*Po přechodu od MDGs na SDGs cítíme jasný přechod k jiným modelům vnímání rozvoje – ten tlak na průřezová témata bude velký a zdraví je bezpochyby průřezové téma. I když máte projekt, který není zaměřen primárně na zdraví, dopad na zdraví je tam enormní, např. projekty na přístup k nezávadné pitné vodě, který jinak spadá pod WATSAN nebo lehké infrastrukturní projekty.*“ Zde tedy můžeme pozorovat, že sami respondenti přicházejí na základě mezinárodních dokumentů a závazků na smysl a princip socio-ekologického modelu zdraví a na významnou roli determinant ve zlepšení podmínek životního prostředí lidí. Zároveň můžeme pozorovat zvyšující se povědomí o tom, že investice pouze do zdravotnického sektoru nevedou k rapidnímu zlepšení zdraví lidí. Tuto myšlenku podporuje i respondent NNO2: „*Především v terénu vidíme, co všechno se pod pojmem ‚zdraví‘ skrývá, a ať si nějaké definice říkají, co chtějí, zdraví je prostě jen jedno a všechno, co se kolem vás děje, vaše zdraví ovlivňuje. A v tom rozvojovém kontextu chudého venkova je to o to víc znát.*“

V rámci druhého celku „**použití**“ byly identifikovány celkem tři kódy: projektový cyklus, inspirace, zkušenosti.

V rámci kódu „**zkušenosti**“ byly identifikovány celky, které se v rozhovorech věnovaly jednotlivým zkušenostem z tzv. rozvojových zemí. Respondenti, kteří tyto



zkušenosti měli, se shodli, že v zahraničním prostředí nejvíce chybí vzdělávání, budování kapacit a metodologická základna. Respondent SOUKR2 uvedl: *„V zemích, kde jsme dělali hodnocení jak dopadů na sociálně, tak hlavně rizika, tak to někdy byl boj. Buď to není legislativně vůbec ošetřeno, nebo to není vůbec metodicky ošetřeno, tj. chybí tam úplně metodické postupy. Nemají žádnou normu nebo metodický pokyn, který by to upravoval, a oni tomu nerozumí. Nerozumí, proč se to dělá.“* S tímto výrokem souhlasí i respondent SOUKR1, který má podobné zkušenosti. Respondent SOUKR2 dodává, že podle jeho vlastní zkušenosti v tzv. rozvojových zemích není především dostatek dat a metodiky k použití těchto dat. *„Především pro baseline studie je strašně těžké sehnat nějaká data. Používáte pak data, která jsou např. určena pro celou Afriku, a absolutně to neodpovídá situaci v daném regionu, kde se projekt realizuje.“*

Z pohledu státní správy se k tomu vyjádřil i respondent SS1: *„Někdy se o to ti partneři vůbec nezajímají. Je jim jedno, jestli budou mít skládku na místě A, anebo na místě B – a neřeší, jaký to vůbec bude mít dopad na zdraví lidí. To jsou zase na druhou stranu ty rozvojové aspekty, které do toho vnášíme my při té formulaci projektů, a snažíme se na to myslet, i když to nemáme metodicky pojmenované jako HIA.“*

Další kód „**inspirace**“ vznikl na základě výpovědí respondentů, kteří tyto koncepty zaznamenali u jiných organizací nebo je aktivně využívají. Respondent NNO2 uvádí svou zkušenost z prostředí jihovýchodní Asie: *„Na naše projekty to nevyužíváme, ale tady od ostatních expatů a z té rozvojové komunity vím, že v tomto je lídr Asijská rozvojová banka a IFC. Nejsem si jistý, ale už dávno měli něco jako ty Rovníkové principy, myslím, že to funguje stejně, jako vy mi teď vysvětlujete HIA.“* Podobnou zkušenost uvádí i NNO2: *„EBRD – Evropská banka pro obnovu a rozvoj - též vyžaduje assessmenty na sociální složku zdraví, berou to jako nezbytný podklad pro přípravu investičních plánů [... ] Samozřejmě čím více se jde na východ nebo jihovýchod, čím dále od Evropy, tím v podstatě je to horší po všech stránkách. Horší porozumění principů, tím méně se tomu přikládá vážnost, tím méně je to legislativně ošetřené, ale běží to, jelikož ta banka to vyžaduje a jelikož spolufinancuje nebo financuje velké množství nejrůznějších projektů.“* Další inspirace přichází od Evropské komise, Světové banky a Světové zdravotnické organizace. Z rozhovorů bylo cítit, že kromě dvou výše zmíněných a velice konkrétních příkladů je povědomí respondentů spíše povrchné

a že předpokládají, že zrovna tyto organizace, dle hodnot, na jakých staví, by měly tyto koncepty šířit.

V rámci všech rozhovorů bylo s respondenty řešeno, kam by se v rámci projektového cyklu mělo hodnocení HIA zařadit. Tyto informace byly označeny kódem „**projektový cyklus**“. Debata nad tímto tématem byla rozsáhlá. Zástupci státní sféry se shodli, že pokud by se HIA zahrnuje do projektového cyklu, muselo by to být ve fázi iniciační. SS1 se vyjádřil: *„To použití vidím ve fázi identifikace... Kromě toho, že identifikujeme problémy, které chceme řešit, rizika, kapacitu partnerů, zapojení mužů a žen v rámci genderu, sociálně kulturní faktory, udržitelnost technologie, obecnou udržitelnost, životní prostředí... tak prostě ještě přemýšlet, alespoň nějakou tabulkou si odpovědět, dokázat to vybalancovat i se zdravím.“* Stejnou myšlenkou debatu podpořil i respondent SS2. Zástupci soukromého sektoru hodně debatovali nad veřejnými zakázkami, zákonem o veřejných zakázkách a odpovědností. Narazili na stejné téma, které bylo zmíněno již v dotazníkovém šetření – zda by mělo být hodnocení již hotovo před vypsáním zadávacího řešení, aby dodavatelé věděli, jaká jsou rizika a možné negativní vlivy, anebo zda by to mělo být součástí dodávky. Na ideálním řešení se neshodli.

Třetí celek byl věnován „**kladům a záporům/příležitostem a hrozbám**“ zahrnutí HIA do projektového cyklu. V transkripci byly vyznačovány plusy a mínusy, během rozhovorů byly dělány poznámky s příležitostmi a hrozbami. Respondenti v rámci rozhovorů působili velice otevřeně novým konceptům a po detailnějším rozebrání konceptu HIA byli překvapeni, že česká legislativa daný koncept neobsahuje. Respondent SS2 uvedl, že *„ted' nerozumím příliš tomu, proč je takový důraz na EIA a HIA je tak rapidně opomíjena. I s ohledem na ty determinanty – sice tomu tak neříkáme, ale myslím, že tyto souvislosti ve vztahu ke zdraví jsou přeci již dlouhodobě známé a obecně přijaté.“* Mezi největší klady, které respondenti identifikovali, patřilo především zvýšení odpovědnosti vůči místním komunitám, zvýšení udržitelnosti a zvýšení reputace. Mezi největší obavy z implementace dalšího konceptu patřil především nedostatek „**lidských a finančních zdrojů**“. Především respondenti z neziskového a soukromého sektoru polemizovali nad kapacitami jejich organizací, rozpočty a získáváním prostředků na další aktivity. Další obava byla z prodloužení doby přípravy projektu nebo zadávací dokumentace – nejen při její přípravě, ale i při

vyjednávání s místní vládou. Respondent NNO2 se vyjádřil: *„Těch nápadů je hodně, co by šlo dělat a co by rozhodně zase pozvedlo udržitelnost a smysluplnost. Hodnotový přístup má HIA skvělý, ale je otázka, jak moc by to bylo efektivní. Jsou naši lidé schopni se vyškolit na takový koncept, budou to umět, nebudou to dělat jen proto, že to má být a že je to další administrativní cvičení do seznamu úkolů. Ty počáteční náklady budou velké a opravdu přemýšlím nad tím, zda by byla vůle udělat takovou změnu.“*

Velice zajímavá debata se objevila mezi respondenty ohledně české ODA. V porovnání s jinými zeměmi v rámci Evropské unie i světa patří Česká republika spíše k menším dárcům. V roce 2017 objem ODA tvořil dle MZV (Ministerstvo zahraničních věcí ČR 2019b) 0,15 % HDP, což je 7,1 mld. Kč. Respondenti se shodně vyjádřili, že objem této pomoci je malý na to, aby se aplikovaly takové koncepty. Respondent NNO1 situaci okomentoval: *„Ať budeme chtít být jakkoliv zodpovědní a naše úmysly budou ty nejčistší, objem české rozvojovky je malý a ty projekty jsou malé. Nemůžeme to srovnávat s projekty Světové banky.“* Situaci, ale spíše v pozitivním duchu, shrnuje respondent NNO2: *„Jasně, objem našich projektů je extrémně malý, oproti korporátům, rozvojovým bankám... Na druhou stranu, proč by nemohla být i malá rozvojovka něčím unikátní a jít příkladem v odpovědnosti vůči komunitám.“*

## **9.6 Závěr výzkumu II.**

Výsledky dotazníkového šetření a polostrukturovaných rozhovorů se přímo váží na Záměr 3, cíl 8 a výzkumné otázky 1. – 4. a vedou k odpovědím na ně.

Z odpovědí respondentů v rámci výzkumu vyplynulo, že pod pojmem Impact Assessment vnímají hodně hodnocení dopadů ve smyslu dopadu projektu na cílovou komunitu. Z hlediska načasování si respondenti většinou představují, že k hodnocení dochází po implementaci projektu. Takže by proces HIA nahrazoval nebo se překrýval s evaluací. Tento myšlenkový postup není špatný, jelikož i jeden typ HIA je retrospektivní hodnocení. Jediné negativum, které by se zde ale vyskytlo, je to, že by byla popřena základní myšlenka, která říká, že HIA má preventivně eliminovat negativní vlivy a znásobit vlivy pozitivní.

Jelikož aktéři české rozvojové spolupráce jsou především nevládní neziskové organizace a soukromé firmy, které pracují s metodou projektového cyklu

a projektového řízení, které obsahuje rizikovou analýzu, logicky se rizika a hazardy promítaly do jejich vnímání Assessmentu.

Z celé skupiny IA je nejvíce známý Environment Impact Assessment (EIA), a to především kvůli jeho legislativnímu zakotvení a nutnosti vypracovat toto hodnocení u projektů financovaných z fondů Evropské unie, a to i u cílové skupiny tohoto výzkumu. Přestože zkratka je to až notoricky známá, ne každý respondent ji dokázal vysvětlit a spojit si ji nejen s evropskou legislativou, ale též s překladem a obsahem v českém jazyce. O Health Impact Assessmentu nejvíce slyšeli respondenti z oblasti neziskového sektoru. Nemůže být ale shrnuto, že by tento koncept znali. Věděli jeho výchozí hodnoty a hlavní cíl jeho použití, ale celkově se jednalo pouze o velice zevrubné povědomí. Tento fakt naprosto odpovídá tomu, že zástupci české rozvojové spolupráce s tímto konceptem nepracují. Ze získaných informací můžeme usuzovat, že příčina bude ve faktu, že koncept Zdraví ve všech politikách není v České republice implementován do všech strategií a koncepcí, tj. včetně zahraniční politiky a Strategie zahraniční rozvojové spolupráce.

Ze získaných informací i v rámci dotazníkového šetření v kapitole 9.3 vyplývá, že Hodnocení vlivů na zdraví se netěší takovému mediálnímu zájmu jako právě EIA, chybí vzdělávací systém, legislativní podpora, metodiky a především osvěta, což je další důvod, proč respondenti z cílové skupiny tohoto výzkumu o tomto konceptu mají pouze zevrubné povědomí. A ani s tímto konceptem nepracují. Sice vědí, že ve velkých rozvojových bankách a nadnárodních rozvojových institucích je tento druh hodnocení využíván, ale nemají s jeho využitím v rámci rozvojového konceptu praktické zkušenosti, takže vzhledem k pracovní vytíženosti a k faktu, že všichni respondenti zmínili, že mezi největší problémy patří nedostatek lidských zdrojů, nemají prostor a čas vyvíjet a zkoušet nové postupy, pokud jim to nenařídí legislativa nebo nadnárodní autorita.

Výsledky mohou být shrnuty tak, že respondenti vidí smysl v myšlence začlenění HIA do metodiky projektového cyklu především v prevenci dopadu negativních dopadů na cílové komunity, ale v rámci svých pracovišť bojují s nedostatkem lidských zdrojů a kapacit přijímat a rozvíjet pro ně nadstavbové a inovativní prvky v rámci projektového cyklu. Pokud by hodnocení dopadů na zdraví bylo začleněno do projektového cyklu, mělo by to být ve fázi iniciační, tedy ve fázi programování,

a vyhotoveno by mělo být před vyhlášením veřejné zakázky na danou realizaci projektového záměru.

## 9.7 Kontrolní list (screeningový checklist)

### **Záměr 4: Navrhnout screeningový nástroj určený pro projekty zahraniční rozvojové spolupráce**

- C9: Navrhnout kontrolní list (screeningový checklist) pro projekty zahraniční rozvojové spolupráce.
  - ~ VO1: Jak by vypadal kontrolní list určený pro projekty zahraniční rozvojové spolupráce?

Základní myšlenkou tohoto záměru bylo vyhledat co nejvíce dostupných screeningových nástrojů a na základě kompilace vytvořit vlastní screeningový nástroj.

Plnění tohoto záměru tedy začalo nejprve velmi detailní analýzou dostupné literatury. Použity byly především odborné elektronické zdroje a webový vyhledávač. Byla zvolena následující klíčová slova: Health impact assessment, checklist, screening tool, HIA tool, HIA checklist, HIA screening, HIA scoping, rapid HIA assessment. Nejprve byla klíčová slova zadávána odděleně. Následně bylo využito Booleovských operátorů „AND“ a „OR“. Do vyhledávání byly zahrnuty všechny články od roku 1990. Většina těchto nástrojů však není publikována v odborných periodikách, ale jsou dostupné z různých interních dokumentů organizací nebo na jejich webových stránkách.

Následně byla stanovena kritéria selektování vhodných článků/dokumentů/webových stránek. Kritéria se dívala především na kvalitu článku/webové stránky/dokumentu a relevanci obsahu. Screeningový nástroj určený na použití v rámci rozvojové agendy nebyl nalezen. Většina popsaných screeningových nástrojů se věnovala hodnocení strategií nebo projektů v rámci územního rozvoje, vzdělávání, rozvoje infrastruktury a podpory komunitního života.

V odborných periodikách za využití vyhledávačů EBSCO, PubMed, Medline bylo nalezeno celkem 120 článků věnujících se tématu. Bohužel valná většina článků obsahovala pouze popis nebo rozebírala různé aspekty využití těchto nástrojů, ale neuváděla žádný screeningový nástroj. Z knižních zdrojů byly využity především knihy – (Birley 1995; Asian Development Bank 1992; Kemm 2013) a dokumenty Asijské rozvojové banky (Asian Development Bank 1992; 2018; 2003).

Z webových stránek a online přístupných nástrojů bylo získáno celkem 5 screeningových nástrojů (viz Příloha č. 2). Převážně se jednalo o screeningové checklisty. Tyto checklisty byly opět podrobeny kvalitativnímu posouzení dle stanovených kritérií: kvalita zdroje, relevantnost, hloubka propracování a zaměření. Následně byly detailně prostudovány a nalezeny společné rysy. Mezi ty patřily především: forma zpracování, členění podle tematických oblastí, sekce doplňujících otázek, vybrané determinanty.

Dalším krokem bylo využití metody brainstormingu a analýzy dostupné literatury. Dle oblastí zaměření české rozvojové zahraniční spolupráce byly vypsány determinanty zdraví, které do daných oblastí patří. Seznam oblastí a determinantů byl následně konzultován s odborníky a držiteli osvědčení hodnocení, a to pomocí emailové komunikace v několika kolech.

Výsledkem je Screeningový nástroj určený pro projekty rozvojové spolupráce. Nástroj je univerzální a obsahuje široké spektrum determinantů zdraví, které jsou členěné podle tematických oblastí.

Checklist je rozdělen do dvou částí: úvodní část – ta se zaměřuje na základní informace o projektu – jaký je jeho hlavní cíl, jaké skupiny a jak velkou komunitu ovlivní. Tato část též obsahuje prostor pro brainstorming hodnotitele. Brainstorming by měl sloužit k prvotnímu uvědomění si, na co je projekt zaměřen a jaký bude mít dopad na komunitu/y. Hodnotitel tak bude mít prostor si uvědomit základní myšlenky ještě bez ovlivnění nabídkou determinantů zdraví. Checklist hodnotiteli v úvodní části připomene základní myšlenky:

Základní myšlenka, na kterou při vyplňování myslíme: *„Příprava a realizace tohoto projektu nesmí zhoršit zdraví a well-being dotčených komunit.“* Seznam determinantů zdraví slouží i k potencionálnímu rozšíření aktivit projektu s cílem dalšího zlepšení zdraví a well-beingu dotčených stakeholderů.

Ptáme se na otázku: Jaká je pravděpodobnost, že realizace projektu ve všech jeho fázích ovlivní determinanty zdraví a v jaké míře?

Následně může hodnotitel přistoupit k hodnocení vlivu projektu na zdraví lidí a jejich well-being. V checklistu hodnotí, jaká je pravděpodobnost ovlivnění daného determinantu projektem na škále 1 – nepravděpodobné; 2 – nevíme, 3 – pravděpodobné. Poté ohodnotí, jak velký je předpokládaný dopad na

škále -2 významný negativní dopad; -1 mírný negativní dopad; 0 bez dopadu; 1 mírný pozitivní dopad; 2 významný pozitivní dopad. V tomto hodnocení má hodnotitel možnost vybrat polaritu dopadu – negativní, nebo pozitivní. Tím pádem v konečném hodnocení bude vidět největší hrozby, ale i přidané hodnoty projektu pro danou komunitu.

V závěru hodnocení se určí, ve kterých oblastech převažuje negativní vliv a ve kterých vliv pozitivní, a rozhodne se, zda je nutné přistoupit k podrobnější HIA, a tím pádem i k dalšímu kroku, kterým je Scoping.

Hodnotitel si může checklist upravit dle relevantnosti a zaměření projektu a to především vzhledem k obsáhlému rozsahu checklistu. Rozsah determinant byl zvolen takto účelně, aby sloužil zároveň i jako inspirace a vodítko.

Screeningový nástroj byl po jeho finalizaci a konzultacích též pilotně odzkoušen na vzorových dostupných projektových záměrech vybraných projektů a koncepcí.

### Kontrolní list (screeningový checklist) – Zhodnocení vlivů na zdraví (HIA) v rámci projektů ZRS ČR

Hodnotitel:
Číslo projektu/ Název projektu:
Datum zpracování:
Tematická oblast:
Jaký je očekávaný cíl projektu?
Jaké skupiny obyvatel tento projekt ovlivní?
Jaká je předpokládaná velikost ovlivněné skupiny?
Jak velké území projekt ovlivní (geograficky)?
<b>Závěr:</b> Je nutné u tohoto projektu udělat detailnější hodnocení? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Oblasti, které projekt s největší pravděpodobností ovlivní: Oblasti, které budou mít největší dopad: Navrhované podmínky projektu, zajišťující eliminaci nebo snížení negativního dopadu: Poznámky:



Základní myšlenka, na kterou při vyplňování myslíme: Příprava a realizace tohoto projektu nesmí zhoršit zdraví a well-being dotčených komunit. Seznam determinantů zdraví slouží i k potenciaálnímu rozšíření aktivit projektu s cílem dalšího zlepšení zdraví a well-beingu dotčených stakeholderů. Ptáme se na otázku: Jaká je pravděpodobnost, že realizace projektu ve všech jeho fázích ovlivní determinanty zdraví a v jaké míře?

Část brainstormingu:

Prosím zamyslete se nad hlavním cílem projektu a vypište primární dopady projektu na lidské zdraví všech stakeholderů.

**Pravděpodobnost vlivu:** 1 – nepravděpodobné, 2 – nelze hodnotit, 3 – pravděpodobné

**Míra dopadu:** -2 významný negativní dopad, -1 mírný negativní dopad, 0 bez dopadu, 1 mírný pozitivní dopad, 2 významný pozitivní dopad

			Pravděpodobnost (1,2,3)	Míra dopadu (-2,-1,0,1,2)	Poznámky	
<b>Životní prostředí</b>						
hluk			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
ovzduší			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
vibrace			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
odpady			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
půda	možné znečištění		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	sanace		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	dekontaminace		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
voda	přístup		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	kontaminace		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	zranitelnost vody dle typu	mořská		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		povrchová		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	vzdálenost		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	typ zdroje (pumpa,...)		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	stálost zdroje		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	udržitelnost zdroje		1 2 3	-2 -1 0 1 2		

	osvěta		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
záření	ionizující		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	neionizující		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
biologická rozmanitost			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
emise CO <sub>2</sub>			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
klimatické podmínky			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
změna rázu krajiny	odlesňování		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	monokultury		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Doprava</b>					
kapacita			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
prašnost			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
bezpečnost			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
infrastruktura	pokrytí sítě		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	bezpečnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	dostupnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Vzdělávání</b>					
kvalita			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
dostupnost	geografická		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	zaměření		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	úroveň		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
bezpečnost dopravy do školy			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
sanitace/hygiena			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
strava	možnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	pestrost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Zdravotní péče</b>					
kvalita			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
kapacita			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
dostupnost	specializované ordinace	gynekologie	1 2 3	-2 -1 0 1 2	

		stomatologie	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		kardiologie	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		diabetes	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		pediatrie	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		alergologie	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	všeobecné		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	lékárny		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	záchranná služba		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	vzdělávání lékařů	vysokoškolské	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		celoživotní	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	přístroje		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	vybavení		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
personální kapacity	lékařů		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	zdravotního personálu		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Primární prevence</b>					
zajištění surveillance	monitoring onemocnění		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	řízení epidemií		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
zajištění epidemií			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
programy primární prevence			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
dostupnost očkování			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
zdravotní rizika	antibiotická resistance		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	vektory	eliminace	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		kontrola výskytu	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	chemické látky		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	alergeny		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Životní styl</b>					
strava	pestrost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	nezávadnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	

	nutriční kvalita		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	dostupnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
pohybová aktivita			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
sexuální chování			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
kouření			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
alkoholismus			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
drogová závislost			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
duševní zdraví			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
násilí			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
pocit bezpečí			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Bydlení</b>					
sanitace			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
stavební materiál			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
zdroj vaření a vytápění			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Pracovní prostředí</b>					
dostupnost práce			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
pracovní podmínky			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
nerovnost příjmu			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
diskriminace			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
úrazy			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
dětská práce			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
práce těhotných			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
prevence nemocí z povolání, úrazů			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Národní úroveň</b>					
rasismus			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
pocit vykořenění dalších generací			1 2 3	-2 -1 0 1 2	

historické dědictví			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
městské prostředí			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
územní plánování			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
hospodářství			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
politická situace			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
migrace	vnitrostátní		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	mezinárodní		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
demografické změny	porodnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	úmrtnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
<b>Komunitní život</b>						
komunitní participace			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
náboženství			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
tradice			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
kulturní prostředí			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
politické prostředí			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
politická participace			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
dostupnost služeb	policie		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	školy		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	školky		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	obchody		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	sociální služby		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	volnočasové služby	senioři		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		děti		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
mladiství			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
dostupnost orgánů veřejné správy			1 2 3	-2 -1 0 1 2		
péče o sociálně zranitelné skupiny			1 2 3	-2 -1 0 1 2		

kriminalita			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
přelidněnost (stresový faktor)			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Katastrofy</b>					
klimatické změny a adaptace	vysoké teploty		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	mrazy		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	sucho		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	povodně		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	požáry		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
zemětřesení	varovný systém		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	monitoring		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
hurikány	varovný systém		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	monitoring		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
tsunami	varovný systém		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	monitoring		1 2 3	-2 -1 0 1 2	

## 10 ZÁVĚR

Disertační práce se věnuje tématu „Health Impact Assessment“ (HIA) jako implementačnímu nástroji evropské klíčové strategie „Zdraví ve všech politikách“ v českém prostředí. První část práce je zaměřena na představení samotného nástroje HIA, jeho aktuální postavení v rámci legislativního systému a především využití. V druhé části se práce věnuje potenciálnímu využití konceptu HIA v české rozvojové agendě.

Výchozím předpokladem této práce bylo přijetí konceptu Zdraví ve všech politikách Českou republikou. Tento přístup říká, že politiky, strategické dokumenty a projektové záměry, které nejsou primárně zaměřené na zdraví, na něj ale mohou mít zásadní vliv. K tomu byl vyvinut nástroj Hodnocení vlivů na zdraví, který dokáže za správného použití eliminovat negativní dopady na lidské zdraví a zároveň vyzdvihnout ty pozitivní. Implementací tohoto nástroje dojde tedy k plnění závazků konceptu Zdraví ve všech politikách. Hnacím motorem čím dál častějšího používání tohoto nástroje jsou především globální závazky a konsensus států o směřování k udržitelnému způsobu žití a rozvoji.

Jedná se o postup, který má přesně dané kroky, ale zároveň umožňuje každému hodnotiteli určitou svobodu v tom, jak daný proces pojme. Důležité ale je, aby bylo hodnocení založeno na širokém modelu socio-ekologických determinant a hodnotitel uvažoval v souvislostech komplexního zdraví a well-beingu u ovlivněných komunit. Důraz je kladen na zapojení dotčených komunit, jelikož jejich názory jsou nedocenitelné pro daný projekt/strategický dokument. Provedení hodnocení závisí i na časové dotaci a finančních prostředcích, které jsou k dispozici a prostředí, ve kterém hodnocení probíhá. Tyto faktory mohou být někdy velice limitující.

Udržitelnost je základ globálního rozvoje a zahraniční rozvojové spolupráce. Lidské zdraví a well-being se staví do středu zájmu rozvojových projektů. Myšlenku využití nástroje HIA v kontrole dopadů rozvojových projektů přijaly rozvojové banky a mezinárodní finanční instituce. Zavedly hodnocení HIA u jimi realizovaných projektů a vydaly podpůrné metodické materiály. Dostupná literatura neuvádí, že by tento mechanismus byl využit i v rámci bilaterální rozvojové spolupráce malého rozsahu.

Převzetí a začlenění HIA do českého rozvojového prostředí by bylo inovativní myšlenkou.

Pro diskusi o potencionálním využití HIA v rámci rozvojové agendy je ale nutné znát aktuální stav jeho legislativní podpory, závazků a využití v obecné rovině v rámci České republiky. Česká republika nyní stojí na křižovatce zavedení HIA. Zdrojem cenných informací o momentálním využití jsou především držitelé osvědčení, kteří mají povolení samotné hodnocení provádět. Diskuse ohledně připravenosti České republiky na plošnou implementaci je velice živá a jednotný závěr zatím není zřejmý. Experti jsou si vědomi rezerv, které český systém hodnocení vlivů má, ale zároveň vidí v HIA mnoho příležitostí. Pozorují výrazný pokles poptávky a malé všeobecné povědomí o tomto konceptu. Pokud by k celoplošné implementaci opravdu došlo, doporučují především úpravu stávající nebo vytvoření nové národní legislativy.

Úspěšnou implementaci, vyšší poptávku a využitelnost konceptu HIA by podpořil nový vzdělávací systém, upravená, aktualizovaná metodická příručka, více publikované literatury a zvýšení obecného povědomí mezi politiky a širokou veřejností o přidané hodnotě tohoto nástroje. Výše zmíněné body se ale nedají realizovat bez značné finanční alokace, institucionálního zastřešení a především politické vůle celkově koncept ukotvit, posunout a zdůraznit jeho pozitivní smysl. Každý z výše zmíněného způsobu má určitá pozitiva nebo negativa. Na příkladech vybraných států vidíme různé způsoby implementace HIA. Slovensko si zvolilo cestu čistě legislativní, kdy došlo k zakotvení HIA do zákona o ochraně veřejného zdraví. V Dánsku se rozmohlo využití HIA především díky podpoře Síť zdravých měst. V Nizozemsku zásadní roli sehrály koordinační jednotky a ve Velké Británii tento nástroj využívá především vláda. Každý z přístupů je unikátní a přizpůsoben legislativě a systému dané země. Nejen uvedené příklady mohou být České republice nápomocné při hledání vlastní cesty. V rámci České republiky existuje jeden příklad dobré praxe. Liberecký kraj je jedním z hlavních průkopníků v zavedení hodnocení HIA u koncepcí, strategických dokumentů a rozvojových projektů v rámci působnosti kraje. Česká republika má tedy základ, kde se inspirovat a sdílet zkušenosti.

Vedle Evropské unie a České republiky se k ochraně sociálních determinant zdraví přihlásili všichni členové Světové zdravotnické organizace, tj. i tzv. rozvojové regiony. Tento přístup podporuje korelační vztah mezi mírou rozvoje a úrovní zdraví – takže



zdravá populace se stává předpokladem pro ekonomický rozvoj státu. V rámci těchto regionů není aplikován jednotný přístup implementace HIA. Na úrovni kontinentů byly většinou z iniciativ rozvojových bank a Světové zdravotnické organizace přijaty základní dokumenty se závazky nebo doporučeními k používání nástroje HIA. Dle literatury je HIA nejméně rozšířena v rámci Latinské Ameriky, a to paradoxně ve státech, které trpí největšími nerovnostmi na světě. Naopak nejvíce si ho oblíbila Asijská rozvojová banka, která podmiňuje realizaci svých projektů právě tímto hodnocením. Na africkém kontinentu došlo především k obecným závazkům využívání HIA u realizace rozvojových projektů.

Česká republika přispívá k mezinárodnímu rozvoji nejen finančními závazky v rámci evropského systému rozvojové spolupráce, ale i díky svému systému ZRS ČR, který klade důraz na odpovědnost vůči komunitám a udržitelnému způsobu rozvoje a života. Dochází tedy v principu k dvojímu důrazu na ochranu zdraví a well-beingu – přijímající státy se snaží ochránit své obyvatele a dárcovské země dostát svých závazků. K tomu by mohl být právě nástroj HIA využit.

Zahraniční rozvojová spolupráce ČR je realizována na základě metodiky projektového cyklu. Je koordinována Ministerstvem zahraničních věcí a Českou rozvojovou agenturou a projekty jsou implementovány subjekty ze soukromé nebo neziskové oblasti. Ze zjištěných informací vyplynulo, že aktéři české rozvojové spolupráce mají obecné povědomí o konceptu Hodnocení vlivů, ale praktické zkušenosti nejsou běžné. Po představení nástroje HIA při použití dotazníků a během rozhovorů vyplynulo, že aktéři ZRS vidí v HIA potenciál a přidanou hodnotu. HIA by pro ně byla nástrojem, který by ještě zvýšil odpovědnost vůči komunitám, ohlídal nechtěné negativní dopady a zároveň by pomohl zvýšit mezinárodní reputaci a vyzdvihnout unikátnost českého rozvojového prostředí. Jsou si ale vědomi další administrativní zátěže, nedostatku volných kapacit lidských zdrojů, potřebné odbornosti a vůle inovovat zaběhnuté postupy. V rámci nastaveného procesu projektového cyklu by nejlepší moment pro vznik hodnocení HIA byl v době přípravy projektové dokumentace.

Součástí práce bylo vytvoření screeningového nástroje, tj. kontrolního checklistu, jako prvního kroku Hodnocení vlivů na zdraví u projektů rozvojové spolupráce malého

rozsahu. Tento nástroj je zaměřen na široké spektrum determinant zdraví a je určen pro využití v různých oblastech.

Na začátku práce byly stanoveny celkem čtyři výzkumné záměry a devět podcílů. Každý podcíl obsahuje své specifické výzkumné otázky. Práce na všechny výzkumné otázky odpověděla, všechny cíle a záměry naplnila a zároveň se snažila svým vznikem podpořit chybějící literaturu k tématu Health Impact Assessmentu v českém jazyce.

## 11 SUMMARY

The dissertation provides an in depth analysis of the "Health Impact Assessment" (HIA) tool for implementing the European key strategy called "Health in all policies" (HiAP) in the Czech environment. The first part of the thesis is focused on the introduction of the HIA tool itself, its current position within the legislative system and its current use. In the second part, the potential use of the HIA concept within the Czech development agenda is analyzed.

This research study is based on the assumption that the Czech Republic has adopted the Health in All Policies effort and highlights the impact of non-health public policies, strategic documents and project ideas on public health. Health Impact Assessment is a mechanism to determine the potential effects of a proposed policy, plan, or project on public health. If used properly, the HIA can mitigate negative impacts and emphasize the positive impacts on public health. By implementing the HIA, the Czech Republic can fulfill the Health in All Policies commitments. The main driving force to use this mechanism is the global commitment and consensus of all states towards sustainable livelihood and development.

There are steps that must be followed to implement the tool. However, the assessment is flexible and depends on the assessor's understanding of the process. It is important that the assessment is based on a broad model of socio-ecological determinants and that the assessor takes into account the context of complex health and well-being in affected communities. Emphasis must be put on involving the affected communities because their opinions are invaluable for the project/strategic document. The evaluation also depends on the time and financial resources available including the environment in which the evaluation takes place. These factors may become limiting.

Sustainability is the basis for global development and international development cooperation. Public health and wellbeing are at the forefront of many development projects. International financial institutions and Development banks have adopted the idea to use HIA to assess the impact of development projects. Both institutions implemented the HIA assessment in their projects and provided methodical support and materials. The information available in literature does not suggest this mechanism

had been used in small scale projects in bilateral development cooperation. Adoption and implementation of HIA into Czech development environment would be an innovative approach.

However, to discuss the potential use of HIA in the development agenda, it is necessary to know the current state of its legislative support, commitments and its general use in the Czech Republic. The country is now at the crossroads of HIA implementation and only certified assessors have the latest information about its current use. The country's readiness for large-scale implementation is being discussed and there are no final conclusions yet. The experts are aware of the limitations of the Czech system, however, they see potential in HIA. Experts say there is a decrease in demand for the tool and low public awareness about the concept. The experts further suggest that current national legislation would have to be changed, or a new legislation developed in order for the tool to be implemented in large-scale.

A new educational system, updated methodical brochures, more published literature and increased awareness among the general public and policymakers about the added value of this tool would support its increased demand and successful implementation. These action points cannot be realized without significant financial funds, institutional framework and, most importantly, a political will to establish and develop the project and emphasize its positive impact. All of the above mentioned action points represent challenges and opportunities. Different ways to implement HIA can be seen in selected countries. In Slovakia, the HIA was embedded into the National Law on Public Health Protection. In Denmark, the use of HIA increased due to the support of the Network of Healthy Towns. In the Netherlands, coordination groups played a crucial role. In UK, the tool is used mostly by the government. Every approach is unique and must be adjusted to the local legislation and system. These examples can help the Czech Republic establish its own strategy. An example of good practice in the Czech Republic is the Liberecký region. It has become the pioneer of HIA implementation in concepts, strategic documents and development projects at the regional level. This can be a good resource for the Czech Republic for sharing knowledge and inspiration.

In addition to the European Union and the Czech Republic, all members of the World Health Organization, including the developing countries, have agreed to protect

social determinants of health. This approach supports the correlation between the level of development and public health within a country – a healthy population is a prerequisite for economic development of the state. There is no common and unified approach to implement HIA in these regions. At the continental level, commitments and recommendations to implement HIA contained in basic policy documents were adopted, mostly due to the efforts of development banks, and the World Health Organization initiative. According to the literature, the HIA is the least prevalent in Latin America. Paradoxically, in the world's most unequal countries. On the contrary, the HIA assessment became popular in Asia and it is required for all Asian Development Bank projects. In Africa, general commitments to use HIA have been accepted for development projects.

The Czech Republic contributes to the international development not only by meeting its international financial commitments under the EU Development Cooperation. Its Development Cooperation system insists on the importance of accountability to communities and sustainable development and livelihood. Therefore, there is more emphasis on health and well-being protection – receiving states seek to protect their citizens and donor countries aim at meeting their commitments. This could be the purpose of HIA.

The Development Cooperation Strategy of the Czech Republic is based on Project Cycle Management method. Projects are implemented by nonprofit or private sector entities and subsequently coordinated by state administration under the auspices of Ministry of Foreign Affairs of the Czech Republic and Czech Development Agency. There is a general awareness about the HIA tool among the major players in the development cooperation, but practical skills are not common. After distributing questionnaires, in which the HIA tool was introduced to various stakeholders, and after conducting several interviews, it was found that the major players in the Czech Development Cooperation see potential and the added value that HIA offers. They also saw HIA as a tool to further increase the accountability to communities, mitigate the unintended consequences and for raising our international profile. However, they were concerned about the additional administrative burden, insufficient human resources, and the lack of necessary expertise and political will to introduce innovation

to already existing procedures. The best time to introduce the HIA assessment in the Project Cycle Management would be during the preparation of project documents.

A part of this research was to develop a screening tool, a checklist, as a first step to assess the impacts of project on health in small-scale development projects. The tool focuses on large spectrum of health determinants and can be used in various areas.

The results presented in this thesis had four sub-areas and nine sub-targets. Each sub-target consists of specific research question. All research questions were answered properly, all objectives and targets were achieved and its inception was aimed at supporting the lack of literature on Health Impact Assessment in Czech language.

## 12 POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

AFRICAN DEVELOPMENT BANK, 2015. *Safeguards and sustainability series: Integrated Safeguards System – Guidance Materials – Vol. 2: Guidance on Safeguard Issues* [online]. Abidjan, Cote D'Ivoire: African Development Bank Group [vid. 2019-05-02]. Dostupné z: <https://www.afdb.org/en/documents/document/integrated-safeguards-system-guidance-materials-vol-2-guidance-on-safeguard-issues-85675/>

AHMAD, Balsam, 2004. Integrating health into impact assessment: challenges and opportunities. *Impact Assessment and Project Appraisal* [online]. **22**(1), 2–4 [vid. 2015-11-21]. ISSN 1461-5517. Dostupné z: doi:10.3152/147154604781766094

ALMEIDA, Celia a Ernesto BÁSCOLO, 2006. Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. *Cadernos De Saúde Pública*. **22 Suppl**, 7–19. ISSN 0102-311X.

ANDERSEN, Pernille Tanggaard a Jens-Jørgen JENSEN, 2010. Healthcare reform in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health* [online]. **38**(3), 246–252. ISSN 1651-1905. Dostupné z: doi:10.1177/1403494809350521

APPIAH-OPOKU, Seth, 2001. Environmental impact assessment in developing countries: the case of Ghana. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **21**(1), 59–71 [vid. 2019-05-01]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: doi:10.1016/S0195-9255(00)00063-9

ASIAN DEVELOPMENT BANK, 1992. *Guidelines for the Health Impact Assessment of Development Projects* [online]. B.m.: Asian Development Bank [vid. 2019-05-02]. Dostupné z: <https://www.adb.org/documents/guidelines-health-impact-assessment-development-projects>

ASIAN DEVELOPMENT BANK, 2003. *A Primer on Health Impacts of Development Programs* [online]. B.m.: Asian Development Bank [vid. 2019-05-02]. ISBN 978-971-561-511-2. Dostupné z: <https://www.adb.org/publications/primer-health-impacts-development-programs>

ASIAN DEVELOPMENT BANK, 2015. *Malaria Elimination* [online]. B.m.: Asian Development Bank [vid. 2019-05-02]. Dostupné z: <https://www.adb.org/publications/rmtf-malaria-elimination>

ASIAN DEVELOPMENT BANK, 2018. *Health Impact Assessment: A Good Practice Sourcebook* [online]. Manila, Philippines: Asian Development Bank [vid. 2019-05-02]. Dostupné z: doi:10.22617/TIM189515-2

BANGURA, Yusuf, 2011. Inequality and the Politics of Redistribution. *The European Journal of Development Research* [online]. **23**(4), 531–536. Dostupné z: <https://EconPapers.repec.org/RePEc:pal:eurjdr:v:23:y:2011:i:4:p:531-536>

BARTON, Hugh a Marcus GRANT, 2006. A health map for the local human habitat. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* [online]. **126**(6), 252–253

[vid. 2015-06-09]. ISSN 1757-9139, 1757-9147. Dostupné z: doi:10.1177/1466424006070466

BEKKER, Marleen, Mieke STEENBAKKERS, Ilse STORM a Maria JANSEN, 2013. From instruments towards programme for HiAP decision-support? Health Impact Assessment in the Netherlands. In: Monica O'MULLANE, ed. *Integrating Health Impact Assessment into the Policy Process: Lessons and Experiences from Around the World*. Oxford.

BHATIA, Rajiv a Aaron WERNHAM, 2008. Integrating Human Health into Environmental Impact Assessment: An Unrealized Opportunity for Environmental Health and Justice. *Environmental Health Perspectives* [online]. **116**(8), 991–1000 [vid. 2015-11-21]. ISSN 0091-6765. Dostupné z: doi:10.1289/ehp.11132

BIRLEY, Martin, 1995. *The Health Impact Assessment of Development Projects*. London: HMSO Publications Centre. ISBN 0-11-580262-2.

BIRLEY, Martin, 2002. A review of trends in health impact assessment and the nature of the evidence used. *Environmental Management and Health* [online]. **13**(1), 21–39. ISSN 0956-6163. Dostupné z: doi:10.1108/09566160210417804

BIRLEY, Martin, 2003. Health impact assessment, integration and critical appraisal. *Impact Assessment and Project Appraisal* [online]. **21**(4), 313–321 [vid. 2015-05-19]. ISSN 1461-5517. Dostupné z: doi:10.3152/147154603781766158

BIRLEY, Martin, 2005. Health impact assessment in multinationals: A case study of the Royal Dutch/Shell Group. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **25**(7–8), Health Impact Assessment, 702–713 [vid. 2015-11-11]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: doi:10.1016/j.eiar.2005.07.001

BIRLEY, Martin, 2011. *Health Impact Assessment: Principles and Practice*. B.m.: Routledge. ISBN 978-1-136-76444-8.

BIRLEY, Martin, Peter FURU, Charles E. ENGEL a Robert BOS, 2003. Health opportunities in development: a course manual on developing intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment [online]. B.m.: World Health Organization [vid. 2019-05-01]. ISBN 978-92-4-154563-1. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/96618>

CAMERON, Colleen, Sebanti GHOSH a Susan L. EATON, 2011. Facilitating communities in designing and using their own community health impact assessment tool. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **31**, 433–437. Dostupné z: doi:10.1016/j.eiar.2010.03.001

CAMERON, Colleen a Tanya WASACASE, 2017. Community-driven health impact assessment and asset-based community development: An innovate path to community well-being. In: Rhonda PHILLIPS a Cecilia WONG, ed. *Handbook of community well-being research*. [online]. New York, USA: Springer Science + Business Media, International handbooks of quality-of-life; ISSN: 2468-7227 (Print), 2468-7235 (Electronic), s. 239–259. Dostupné z: doi:10.1007/978-94-024-0878-2\_13



- CAUSSY, Deoraj a Priti KUMAR, 2003. Health impact assessment needs in south-east Asian countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 6.
- CENIA, 2015. *CENIA – česká informační agentura životního prostředí* [online] [vid. 2015-11-11]. Dostupné z: <http://www1.cenia.cz/www/>
- CENTRE FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015. *Social Determinants of Health* [online] [vid. 2015-11-19]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/nchhstp/socialdeterminants/index.html>
- CENTRUM OBČANSKÉHO VZDĚLÁVÁNÍ, 2019. *Participativní metody* [online] [vid. 2019-04-20]. Dostupné z: <http://www.participativnimetody.cz/>
- COOK, Sarah, Shufang ZHANG a Ilcheong YI, 2013. Health and Development: challenges and pathways to HiAP in low-income countries. In: *Health in All Policies: seizing opportunities, impelmenting policies*. Malta: Ministry of Social Affairs and Health, Finland. ISBN 978-952-00-3406-1.
- CSDH, ed., 2008. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. ISBN 978-92-4-156370-3.
- ČESKO, 1992a. *Základní listina práv a svobod* [online]. 1992. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
- ČESKO, 1992b. Zákon č. 244/1992 Sb., zákon České národní rady o posuzování vlivů na životní prostředí. 1. červenec 1992.
- ČESKO, 2001a. *Zákon č. 100/2001 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí* [online]. jaro 2001. Dostupné z: <https://www.mzp.cz/www/platnalegislativa.nsf/%24%24OpenDominoDocument.xsp?documentId=8A12B8F25817A234C125729D0039D956&action=openDocument>
- ČESKO, 2001b. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. jaro 2001.
- ČESKO, 2004. Zákon č. 93/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 100/2001 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o posuzování vlivů na životní prostředí). 2004.
- ČESKO, 2010. Zákon č. 151/2010 Sb., o zahraniční rozvojové spolupráci a humanitární pomoci poskytované do zahraničí [online]. 2010. [vid. 2019-06-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-151>
- ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ a Hynek DOLANSKÝ, 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2860-5.
- ČRA ČR, 2017. *Sektorové zaměření ZRS ČR/Co děláme*. [online] [vid. 2019-06-15]. Dostupné z: <http://www.czechaid.cz/nase-aktivity/co-delame/>
- ČRA ČR, 2018. *Metodika Zahraniční rozvojové spolupráce České republiky* [online]. Dostupné

z: [https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni\\_vztahy/rozvojova\\_spoluprace/koncepce\\_publicace/koncepce/metodika\\_zrs\\_cr.html](https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/rozvojova_spoluprace/koncepce_publicace/koncepce/metodika_zrs_cr.html)

DAHLGREN, Goran a Margaret WHITEHEAD, 1991. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Policy Studies.

DANĚK, Petr, 2011. Kolonialismus. In: Lenka DUŠKOVÁ, Jaromír HARMÁČEK, Petra KRYLOVÁ, Zdeněk OPRŠAL, Miroslav SYROVÁTKA a Simona ŠAFAŘÍKOVÁ *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

DE JOUVENEL, Hugues, 2000. A Brief Methodological Guide to Scenario Building. *Technological Forecasting and Social Change* [online]. **65**(1), 37–48 [vid. 2015-06-13]. ISSN 0040-1625. Dostupné z: doi:10.1016/S0040-1625(99)00123-7

DEATON, Angus S., 2004. Health in an Age of Globalization. *SSRN Electronic Journal* [online]. [vid. 2019-04-30]. ISSN 1556-5068. Dostupné z: doi:10.2139/ssrn.567841

DESIGN FOR HEALTH, 2019. *Health Impact Assessment – Design for Health* [online] [vid. 2019-07-20]. Dostupné z: <http://designforhealth.net/hia/>

DISMAN, Miroslav, 1999. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0139-7.

DJAKOUALNO, Lukáš a Pavel BLÁHA, 2011. *Oficiální rozvojová pomoc (ODA)* [online]. 2011. B.m.: AMO. Dostupné z: <https://www.amo.cz/wp-content/uploads/2016/01/PSS-Ofici%C3%A1ln%C3%AD-rozvojov%C3%A1-pomoc-GA.pdf>

DOLANSKÝ, Hynek, 2008. *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetřovatelství. ISBN 978-80-7248-494-2.

DOUGLAS, Margaret a Alex SCOTT-SAMUEL, 2001. Addressing health inequalities in health impact assessment. *Journal of Epidemiology & Community Health* [online]. **55**(7), 450–451 [vid. 2015-11-21]. ISSN 0143005X. Dostupné z: doi:10.1136/jech.55.7.450

DREWRY, Jonathan a Roy KWIATKOWSKI, 2015. The role of health impact assessment in advancing sustainable development in Latin America and the Caribbean. *Journal of Environmental Health*. **77**(8), 16–20. ISSN 0022-0892.

DUA, Binny a Anita S. ACHARYA, 2014. Health impact assessment: Need and future scope in India. *Indian Journal of Community Medicine* [online]. **39**(2), 76 [vid. 2019-04-08]. ISSN 0970-0218. Dostupné z: doi:10.4103/0970-0218.132719

DUŠKOVÁ, Lenka, Jaromír HARMÁČEK, Petra KRYLOVÁ, Zdeněk OPRŠAL, Miroslav SYROVÁTKA, Simona ŠAFAŘÍKOVÁ a KOLEKTIV, 2011. *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2948-9.

EDWARDS, Ruth W., Pamela JUMPER THURMAN, Barbara A. PLESTED, Eugene R. OETTING a Louis SWANSON, 2000. Community readiness: Research to practice. *Journal*

*of Community Psychology* [online]. **28**(3), 291–307 [vid. 2019-04-26]. ISSN 1520-6629. Dostupné z: doi:10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9

ENVIMAT, 2019. LCA – Life Cycle Assessment. *Envimat – stavební výrobky a životní prostředí* [online] [vid. 2019-05-05]. Dostupné z: <http://www.envimat.cz/metodika/lca/>

EQUATOR PRINCIPLES, 2006. *Equator principles* [online] [vid. 2015-06-17]. Dostupné z: [http://www.equator-principles.com/resources/equator\\_principles\\_II.pdf](http://www.equator-principles.com/resources/equator_principles_II.pdf)

EUROPEAN CENTRE FOR HEALTH POLICY, 1999. *Gothenburg Consensus* [online]. Report. B.m.: HIA Gateway, West Midlands Public Health Observatory [vid. 2015-05-19]. Dostupné z: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44163>

EUROPEAN COMMISSION, 2006. *The European consensus on Development*. Luxembourg: Office for Official Publ. of the European Communities. Development, 129. ISBN 978-92-79-01254-9.

EUROPEAN COMMISSION, 2007. Health Strategy. *Public Health - European Commission* [online] [vid. 2019-04-22]. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/health/policies/background/review/strategy\\_en](https://ec.europa.eu/health/policies/background/review/strategy_en)

EUROPEAN COMMISSION, 2015a. A Global Partnership for Poverty Eradication and Sustainable Development after 2015. *International Cooperation and Development* [online] [vid. 2015-06-16]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/europeaid/communication-global-partnership-poverty-eradication-and-sustainable-development-after-2015\\_en](http://ec.europa.eu/europeaid/communication-global-partnership-poverty-eradication-and-sustainable-development-after-2015_en)

EUROPEAN COMMISSION, 2015b. *Health Policy* [online] [vid. 2015-11-20]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/health\\_policies/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_en.htm)

EUROPEAN COMMISSION – EIA, 2015. *Environmental Impact Assessment – EIA* [online] [vid. 2015-06-16]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/environment/eia/eia-legalcontext.htm>

EUROPEAN COMMISSION – SEA, 2015. *Strategic Environmental Assessment – SEA* [online] [vid. 2015-06-16]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/environment/eia/sea-legalcontext.htm>

EUROPEAN COMMISSION, 2015. Health in all Policies. *European Commission – Public Health* [online]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/health\\_policies/impact/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/health_policies/impact/index_en.htm) 20. 5. 2015

EUROPEAN UNION, 1997. Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the treaties establishing the European Communities and certain related acts. Luxembourg : Lanham, Md: Office for Official Publications of the European Communities ; Bernan Associates [distributor]. ISBN 978-92-828-1652-3.

EVROPSKÁ UNIE, 2017. Nový evropský konsensus o rozvoji: Náš svět, naše důstojnost, naše budoucnost [online]. 28. Dostupné z: [http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0241\\_CS.html](http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0241_CS.html)

EVROPSKÝ PARLAMENT, 2019. *Všeobecný přehled rozvojové politiky* [online] [vid. 2019-06-02]. Dostupné z: <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/cs/sheet/163/a-general-survey-of-development-policy>

FEHR, Rainer, ed., 2014. *Health in Impact Assessments: Opportunities not to be missed* [online]. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe [vid. 2015-06-09]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/health-impact-assessment/publications/2014/health-in-impact-assessments-opportunities-not-to-be-missed>

FORS, 2019a. *Informace o FoRS* [online] [vid. 2019-04-28]. Dostupné z: <http://www.fors.cz/informace-o-fors/#.XMWYhaTgpPY>

FORS, 2019b. *Koherence politik pro rozvoj* [online] [vid. 2019-06-02]. Dostupné z: [http://www.fors.cz/koherence-politik-pro-rozvoj-ve-fors/#.XPN49I\\_gpPY](http://www.fors.cz/koherence-politik-pro-rozvoj-ve-fors/#.XPN49I_gpPY)

FORS, 2019c. *Seznam členů a pozorovatelů FoRS* [online] [vid. 2019-04-28]. Dostupné z: <http://www.fors.cz/clenove-a-pozorovatele/seznam-clenu-a-pozorovatele/#.XMWrs6TgpPY>

FOUSKOVÁ, Helena, 2001. Systémy zdravotní péče ve vybraných zemích a jejich srovnání se systémem zdravotné péče v České republice. Praha. Atestační práce. IPVZ.

FRANKISH, James, Lawrence W. GREEN, Pamela A. RATNER, Treena CHOMIK a Craig LARSEN, 1996. *Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy* [online]. 1996. B.m.: University of British Columbia. [vid. 2015-12-06]. Dostupné z: <http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/healthimpact.PDF?Archive=192469191064>

FREDSGAARD, Mette Winge, Ben CAVE a Alan BOND, 2009. *A review package for health impact assessment reports of development projects*. Leeds, UK: Ben Cave Associates. ISBN 978-1-907210-02-0.

FÜHRER, Helmut, 1996. The story of official development assistance a history of the development assistance committee and the development co-operation directorate in dates, names and figures [online]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD/GD(94)67) [vid. 2015-12-11]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/dac/1896816.pdf>

GULIŠ, Gabriel, 2017. *Hodnocení vlivu na zdraví (HIA) a zdraví v posuzování životního prostředí – posílení praxe HIA v České republice* [online]. Kodaň, Dánsko: World Health Organisation. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/334673/enhancing-HIA-Czech-Republic.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/334673/enhancing-HIA-Czech-Republic.pdf?ua=1)

GULIŠ, Gabriel a Jana KOLLÁROVÁ, 2013. Health impact assessment implementation and public health policy systems in Denmark and Slovakia. In: Monica O'MULLANE, ed. *Integrating Health Impact Assessment with Policy Process*. Great Britain, Croydon: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-963996-0.

- GULIŠ, Gabriel, Matthew SOEBERG, Marco MARTUZZI a Julia NOWACKI, 2012. *Strengthening the implementation of health impact assessment in Latvia* [online]. 2012. B.m.: World Health Organization. [vid. 2015-11-21]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/160810/e96481.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/160810/e96481.pdf?ua=1)
- GULIŠ, Gabriel a Dineke ZEEGERS PAGET, 2014. What is and what is not Health Impact Assessment. *European Journal of Public Health* [online]. **24**(6), 875. ISSN 1464-360X. Dostupné z: [doi:10.1093/eurpub/cku132](https://doi.org/10.1093/eurpub/cku132)
- HAIGH, Fiona, Patrick HARRIS a Neil HAIGH, 2012. Health impact assessment research and practice: A place for paradigm positioning? *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **33**(1), 66–72 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: [doi:10.1016/j.eiar.2011.10.006](https://doi.org/10.1016/j.eiar.2011.10.006)
- HAKEN, Roman, František HAVLÍN, Ondřej MAREK, Pavel MIČKA, Martin NAWRATH, Zuzana VACHŮNOVÁ a Aleš ZIEGLER, 2015. *Analysis of participation in the Czech Republic (Analýza participace v ČR)* [online]. B.m.: Agora CE, o.p.s. Dostupné z: <http://www.paktparticipace.cz/dokumenty/analyza>
- HALL, John J. a Richard TAYLOR, 2003. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Medical Journal of Australia* [online]. **178**(1) [vid. 2015-06-16]. ISSN 0025-729X. Dostupné z: <https://www.mja.com.au/journal/2003/178/1/health-all-beyond-2000-demise-alma-ata-declaration-and-primary-health-care>
- HAMLIN, Christopher, 2008. *Public health and social justice in the age of Chadwick: Britain, 1800-1854*. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-58363-3.
- HARRIS, Elizabeth, Ben HARRIS-ROXAS, Patrick HARRIS a Lynn KEMP, 2013. “Learning by Doing”: Building Workforce Capacity to Undertake HIA. An Australian Case Study. In: Monica O’MULLANE, ed. *Integrating Health Impact Assessment with the Policy Process: Lessons and experiences from around the world*. B.m.: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-963996-0.
- HARRIS, Patrick a Jeff SPICKETT, 2011. Health impact assessment in Australia: A review and directions for progress. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **31**(4), Health Impact Assessment in the Asia Pacific, 425–432 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: [doi:10.1016/j.eiar.2010.03.002](https://doi.org/10.1016/j.eiar.2010.03.002)
- HARRIS-ROXAS, Ben a Elizabeth HARRIS, 2011. Differing forms, differing purposes: A typology of health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **31**(4), Health Impact Assessment in the Asia Pacific, 396–403 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: [doi:10.1016/j.eiar.2010.03.003](https://doi.org/10.1016/j.eiar.2010.03.003)
- HEBERT, Katherine A., Arthur M. WENDEL, Sarah K. KENNEDY a Andrew L. DANNENBERG, 2012. Health impact assessment: A comparison of 45 local, national, and international guidelines. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **34**, 74–82 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: [doi:10.1016/j.eiar.2012.01.003](https://doi.org/10.1016/j.eiar.2012.01.003)

- HENDL, Jan, 1997. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-7184-549-2.
- HENNOCK, E. P., 2000. The urban sanitary movement in England and Germany, 1838–1914: a comparison. *Continuity and Change* [online]. **15**(02), 269–296 [vid. 2015-11-30]. ISSN 1469-218X. Dostupné z: doi:null
- HIA CONNECT, 2019. *HIA Connect | Building capacity to undertake health impact assessment* [online] [vid. 2019-07-20]. Dostupné z: <http://hiaconnect.edu.au/>
- HOCH, Tomáš, 2011. Možnosti rozvoje de facto států prostřednictvím humanitární pomoci, rozvojové spolupráce a aktivit organizací občanské společnosti: případová studie Abcházie. Praha: European Science and Art Publishing. ISBN 978-80-87504-13-0.
- HOLČÍK, Jan, 2004. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století* [online]. B.m.: Ministerstvo zdravotnictví ČR [vid. 2015-11-18]. ISBN 978-80-85047-33-2. Dostupné z: <https://is.muni.cz/publication/566360>
- HOLČÍK, Jan, 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví* [online]. B.m.: MSD, spol. s r.o. [vid. 2015-11-18]. ISBN 978-80-7392-089-0. Dostupné z: <https://www.muni.cz/research/publications/835458>
- HOLČÍK, Jan, 2012. *Zdraví jako osobní a společenská hodnota* [online] [vid. 2015-06-13]. Dostupné z: [http://prakt.upol.cz/zdravi\\_holcik.php](http://prakt.upol.cz/zdravi_holcik.php)
- HOLČÍK, Jan, Pavlína KÁŇOVÁ a Lukáš PRUDIL, 2005. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-417-7.
- HOLČÍK, Jan, Adolf ŽÁČEK a Ilona KOUPILOVÁ, 1998. *Sociální lékařství*. [online]. B.m.: Masarykova univerzita [vid. 2015-05-20]. ISBN 80-210-1907-7. Dostupné z: <http://www.muni.cz/press/research/publications/80-210-1907-7/623>
- HORKÝ, Ondřej, 2011. Rozvoj. In: Lenka DUŠKOVÁ, Jaromír HARMÁČEK, Petra KRYLOVÁ, Zdeněk OPRŠAL, Miroslav SYROVÁTKA a Simona ŠAFAŘÍKOVÁ *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 262.
- HUNTER, John, Luis REY a David SCOTT, 1982. Man-made lakes and man-made diseases. Towards a policy resolution. *Social Science & Medicine* (1982). **16**(11), 1127–1145. ISSN 0277-9536.
- CHADWICK, Edwin, 1843. Report on the sanitary conditions of the labouring population of Great Britain. A supplementary report on the results of a special inquiry into the practice of interment in towns. Made at the request of Her Majesty's principal secretary of state for the Home department [online]. Great Britain, London: Printed by W. Clowes and sons for H. M. Stationery off. [vid. 2015-11-30]. Dostupné z: <http://catalog.hathitrust.org/Record/001581950>



- CHAMBERS, Robert, 2004. *Ideas for development: reflecting forwards*. Brighton: Institute of Development Studies. Working paper / Institute of Development Studies, 238. ISBN 978-1-85864-848-4.
- CHATTERJI, Somnath, Bedirhan USTÜN a Ritu SADANA, 2002. The conceptual basis for measuring and reporting on health. *Health Policy Discussion* [online]. (45). Dostupné z: <http://www.who.int/entity/healthinfo/paper45.pdf>
- IFC, 2006. *Environmental and Social Performance Standards and Guidance Notes* [online] [vid. 2015-06-17]. Dostupné z: [http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/topics\\_ext\\_content/ifc\\_external\\_corporate\\_site/ifc+sustainability/our+approach/risk+management/performance+standards/environmental+and+social+performance+standards+and+guidance+notes](http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/topics_ext_content/ifc_external_corporate_site/ifc+sustainability/our+approach/risk+management/performance+standards/environmental+and+social+performance+standards+and+guidance+notes)
- IFC, 2009. *Introduction to Health Impact Assessment* [online]. [vid. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/a0f1120048855a5a85dcd76a6515bb18/healthimpact.pdf?mod=ajperes>
- KEARNEY, Matthew, 2004. Walking the walk? Community participation in HIA: A qualitative interview study. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **24**(2), 217–229 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: [doi:10.1016/j.eiar.2003.10.012](https://doi.org/10.1016/j.eiar.2003.10.012)
- KEMM, John, 2005. HIA — Growth and prospects. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **25**(7–8), Health Impact Assessment, 691–692 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: [doi:10.1016/j.eiar.2005.07.002](https://doi.org/10.1016/j.eiar.2005.07.002)
- KEMM, John, ed., 2013. *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. B.m.: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-965601-1.
- KEMM, John, Jayne PARRY a Stephen PALMER, ed., 2004. *Health Impact Assessment*. B.m.: Also available as: eBook. ISBN 978-0-19-852629-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-774-7.
- KUČEROVÁ, Jana a Bohumil HAVEL, 2015. Návod pro posuzování koncepcí z hlediska hodnocení vlivů na zdraví a v návaznosti na Zdraví 2020 (popřípadě regionální zdravotní politiku) [online]. Návod. Dostupné z: <http://www.healthimpact.cz/>
- LEMCO, Jonathan, ed., 1994. *National health care: lessons for the United States and Canada*. Ann Arbor: University of Michigan Press. ISBN 978-0-472-10440-6.
- LEPPO, Kimmo, ed., 2013. *Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies*. B.m.: Ministry of Social Affairs and Health, Finland. ISBN 978-952-00-3406-1.
- LOCK, Karen, 2000. Health impact assessment. *BMJ : British Medical Journal* [online]. **320**(7246), 1395–1398 [vid. 2015-11-09]. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118057/>

- LOOSOVÁ, Jana, 2017. HIA in the Czech Republic. *European Journal of Public Health* [online]. **27**(suppl\_3) [vid. 2019-06-15]. ISSN 1101-1262, 1464-360X. Dostupné z: doi:10.1093/eurpub/ckx187.639
- LOOSOVÁ, Jana, 2019. Fungování OOVZ, proces SEA, EIA v české legislativě.
- MACKENBACH, Johan P, Marina KARANIKOLOS a Martin MCKEE, 2013. The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. *The Lancet* [online]. **381**(9872), 1125–1134 [vid. 2015-12-06]. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(12)62082-0
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ, 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MANNHEIMER, Louise Niluger, Gabriel GULIŠ, Juhani LEHTO a Piroska ÖSTLIN, 2007. Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods. *The European Journal of Public Health* [online]. **17**(5), 526–531. Dostupné z: doi:10.1093/eurpub/ckl267
- MAŘINCOVÁ, Lenka, 2018. *First steps of nationwide HIA implementation in the Czech Republic: expert group established* [online]. 2018. Dostupné z: [https://ephconference.eu/repository/conference/2018/Programme\\_Book\\_Ljubljana\\_2018.pdf](https://ephconference.eu/repository/conference/2018/Programme_Book_Ljubljana_2018.pdf)
- MAŘINCOVÁ, Lenka a Jana KUČEROVÁ, 2015. Implementation of Health Impact Assessment in the Czech Republic: a case study of bottom-up approach. *The European Journal of Public Health* [online]. **25**(suppl 3). Dostupné z: doi:10.1093/eurpub/ckv172.030
- MAŘINCOVÁ, Lenka, Jana LOOSOVÁ a Gabriel GULIŠ, 2016. Možné cesty implementace hodnocení vlivů na zdraví v České republice. *Hygiena* [online]. **61**(3), 114–118 [vid. 2019-04-21]. ISSN 18026281, 18031056. Dostupné z: doi:10.21101/hygiena.a1441
- MEHMET, Ozay, 1999. *Westernizing the Third World: The Eurocentricity of Economic Development Theories*. 2 edition. London : New York: Routledge. ISBN 978-0-415-20574-0.
- MEKEL, Odile, Fiona HAIGH, Rainer FEHR, Alex SCOTT-SAMUEL, Debbie ABRAHAMS, Andy PENNINGTON, Lea DEN BROEDER, Cathal DOYLE a Owen METCALFE, 2004. Policy Health Impact Assessment for the European Union. *Das Gesundheitswesen* [online]. **66**(08/09), s-2004-833973 [vid. 2019-04-22]. ISSN 0941-3790, 1439-4421. Dostupné z: doi:10.1055/s-2004-833973
- MERRIEN, François-Xavier, 2013. Social Protection as Development Policy: A New International Agenda for Action. *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement* [online]. **4**(4.2), 89–106 [vid. 2019-04-29]. ISSN 1663-9375. Dostupné z: <http://journals.openedition.org/poldev/1525>
- MILIO, Nancy, 1981. *Promoting health through public policy*. B.m.: FA Davis Co.



MINDELL, Jenifer, Erica ISON a Mikte JOFFE, 2003. A glossary for health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health* [online]. **57**(9), 647–651 [vid. 2015-11-11]. ISSN , 1470-2738. Dostupné z: doi:10.1136/jech.57.9.647

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR, 2010. *Koncepce zahraniční rozvojové spolupráce České republiky na léta 2010-2017* [online]. [vid. 2015-06-09]. Dostupné z: [http://www.mzv.cz/public/5b/5c/67/501254\\_391744\\_Koncepce\\_ZRS.doc](http://www.mzv.cz/public/5b/5c/67/501254_391744_Koncepce_ZRS.doc)

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR, 2015. *Koncepce zahraniční politiky České republiky* [online]. 2015. Dostupné z: [https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni\\_vztahy/analyzy\\_a\\_koncepce/koncepce\\_zahranicni\\_politiky\\_cr.html](https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/analyzy_a_koncepce/koncepce_zahranicni_politiky_cr.html)

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR, 2017a. *Nárůst oficiální rozvojové pomoci v roce 2016* [online] [vid. 2019-06-15]. Dostupné z: [https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni\\_vztahy/rozvojova\\_spoluprace/aktualne/narust\\_oficialni\\_rozvojove\\_pomoci\\_v\\_roce.html](https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/rozvojova_spoluprace/aktualne/narust_oficialni_rozvojove_pomoci_v_roce.html)

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR, 2017b. *Strategie zahraniční rozvojové spolupráce České republiky* [online]. 2017. Dostupné z: [http://www.czechaid.cz/wp-content/uploads/2017/10/strategie\\_mzv\\_2017\\_A4\\_09.pdf](http://www.czechaid.cz/wp-content/uploads/2017/10/strategie_mzv_2017_A4_09.pdf)

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR, 2019a. *Odbor rozvojové spolupráce | Ministerstvo zahraničních věcí České republiky* [online] [vid. 2019-04-28]. Dostupné z: [https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni\\_vztahy/rozvojova\\_spoluprace/koordinace\\_zrs/odbor\\_rozvojove\\_spoluprace/index.html](https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/rozvojova_spoluprace/koordinace_zrs/odbor_rozvojove_spoluprace/index.html)

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR, 2019b. *Oficiální rozvojová pomoc (ODA) ČR za rok 2017* [online] [vid. 2019-05-08]. Dostupné z: [https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni\\_vztahy/rozvojova\\_spoluprace/koncepce\\_publicace/vyrocní\\_prehledy/oficialni\\_rozvojova\\_pomoc\\_oda\\_cr\\_za\\_rok\\_4.html](https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/rozvojova_spoluprace/koncepce_publicace/vyrocní_prehledy/oficialni_rozvojova_pomoc_oda_cr_za_rok_4.html)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2014. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Národním zdravotním ústavem. ISBN 978-80-85047-50-9.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2015. Akční plánč. 5 : Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí na období 2015-2020. In: *Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2017. *Evidence držitelů osvědčení odborné způsobilosti o posuzování vlivů na veřejné zdraví* [online] [vid. 2017-02-26]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/evidence-drzitelu-osvedceni-odborne-zpusobilosti-o-posuzovani-vlivu-naverejne-\\_6710\\_5.html](http://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/evidence-drzitelu-osvedceni-odborne-zpusobilosti-o-posuzovani-vlivu-naverejne-_6710_5.html)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2018. Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017–září 2018 [online]. Tisková zpráva. [vid. 2019-04-22]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/informace-o-stavu-realizace-zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zd\\_16291\\_3016\\_5.html](https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/informace-o-stavu-realizace-zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zd_16291_3016_5.html)

MIRSHOJAEIAN HOSSEINI, Hossein a Shinji KANEKO, 2012. Causality between pillars of sustainable development: Global stylized facts or regional phenomena? *Ecological Indicators* [online]. **14**(1), 197–201 [vid. 2016-01-26]. ISSN 1470-160X. Dostupné z: doi:10.1016/j.ecolind.2011.07.005

MORRISON, David, Marc PETTICREW a Hilary THOMSON, 2001. Health Impact Assessment-and beyond. *Journal of Epidemiology and Community Health*. **55**(4), 219–220. ISSN 0143-005X.

NÁRODNÍ SÍŤ ZDRAVÝCH MĚST, 2015. *Hodnocení dopadů na zdraví - HIA* [online] [vid. 2015-11-10]. Dostupné z: <http://healthimpact.cz/>

NAVRÁTILOVÁ, Alice, 2009. *Definice rozvoje, rozvojová teorie a rozvojová studia* [online]. Brno [vid. 2016-02-02]. Disertační práce. Masarykova Univerzita v Brně. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/19016/fss\\_d/finalni\\_verze\\_x.pdf](https://is.muni.cz/th/19016/fss_d/finalni_verze_x.pdf)

NAVRÁTILOVÁ, Alice, 2011. Modernizační škola. In: Lenka DUŠKOVÁ, Jaromír HARMÁČEK, Petra KRYLOVÁ, Zdeněk OPRŠAL, Miroslav SYROVÁTKA a Simona ŠAFAŘÍKOVÁ *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

NAVRÁTILOVÁ, Alice, 2013. *Nerovný vývoj světa a rozvojová teorie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6675-5.

NAVRÁTILOVÁ, Alice a Jaromír HARMÁČEK, 2011. Postrozvoj. In: Lenka DUŠKOVÁ, Jaromír HARMÁČEK, Petra KRYLOVÁ, Zdeněk OPRŠAL, Miroslav SYROVÁTKA a Simona ŠAFAŘÍKOVÁ *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

NEW SOUTH WALES, 2004. *NSW Health and equity statement: In all fairness : increasing equity in health across NSW*. North Sydney, N.S.W.: NSW Dept. of Health. ISBN 978-0-7347-3671-0.

NEZVALOVÁ ŠVÁBOVÁ, Jana, 2019. *Metodické doporučení pro posuzování vlivů obecných koncepcí na životní prostředí*. 2019. B.m.: Ministerstvo životního prostředí ČR.

NOVÁČEK, Pavel, 2010. *Udržitelný rozvoj* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [vid. 2015-06-15]. ISBN 978-80-244-2514-6. Dostupné z: <http://www.kosmas.cz/knihy/170415/udrzitelny-rozvoj/>

O'MULLANE, Monica a Gabriel GULIŠ, 2014. Health impact assessment. In: Rainer FEHR *Health in Impact Assessment*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

OBLUK, Václav, 2004. Environmental Impact Assessment: rukověť oznamovatele: správný postup oznamovatele záměru při přípravě investičního záměru v procesu posuzování vlivů na životní prostředí podle zákona č. 100/2001 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o posuzování vlivů na životní prostředí), ve znění zákona č. 93/2004 Sb. Praha: MŽP. ISBN 978-80-7212-320-9.

OECD, 2005. *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action* [online]. B.m.: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD/GD(94)67) [vid. 2015-12-11]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm>

OECD, 2009. *Aid for better health - what are we learning about what works and what we still have to do? Interim report from the Task Team on Health as a Traces Sector*. Paris: Working Party on Aid Effectiveness (DCD)/DAC/EFF. 14.

OLEJAZ, Maria, Annerete JUUL NIELSEN, Andreas RUDKJOBING, Hans OKKELS BIRK, Allan KRASNIK a Cristina HERNÁNDEZ-QUEVEDO, 2012. Denmark: health system review. *Health Systems in Transition* [online]. **14**(2), 1–192 [vid. 2016-02-14]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/160519/e96442.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf)

O'MULLANE, Monica, ed., 2013. *Integrating Health Impact Assessment with the Policy Process: Lessons and experiences from around the world*. Great Britain, Croydon: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-963996-0.

O'MULLANE, Monica, 2014. Implementing the legal provisions for HIA in Slovakia: An exploration of practitioner perspectives. *Health Policy* [online]. **117**(1), 112–119 [vid. 2015-06-15]. ISSN 01688510. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthpol.2014.03.005

OPRŠAL, Zdeněk, 2014. *Mezinárodní rozvojová spolupráce: vybrané aspekty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3948-8.

PIEDAD, Martin-Olmedo a Odile MEKEL, 2014. Risk Assessment, Impact Assessment, and Evaluation. In: Gabriel GULIŠ, Odile MEKEL, Balázs ÁDÁM a Liliana CORI, ed. *Assessment of Population Health Risks of Policies*. B.m.: Springer Science & Business Media, s. 282. ISBN 978-1-4614-8597-1.

PLATFORMA PODNIKATELŮ PRO ZAHRANIČNÍ ROZVOJOVOU SPOLUPRÁCI, 2019. *O platformě* [online] [vid. 2019-04-28]. Dostupné z: <http://www.ppzrs.org/inpage/o-platforme/>

PRITCHETT, Lant a Lawrence SUMMERS, 1996. Wealthier is Healthier. *Journal of Human Resources* [online]. **31**(4), 841–868 [vid. 2019-04-30]. Dostupné z: [https://econpapers.repec.org/article/uwpjhriss/v\\_3a31\\_3ay\\_3a1996\\_3ai\\_3a4\\_3ap\\_3a841-868.htm](https://econpapers.repec.org/article/uwpjhriss/v_3a31_3ay_3a1996_3ai_3a4_3ap_3a841-868.htm)

QUIGLEY, Robert J. a Lorraine C. TAYLOR, 2003. Evaluation as a key part of health impact assessment: the English experience. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. **81**(6), 415–419 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0042-9686. Dostupné z: doi:10.1590/S0042-96862003000600010

RABITSCH ADAMČÍKOVÁ, Jitka, 2015. *Antropologie rozvoje* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [vid. 2016-02-02]. ISBN 978-80-244-4742-1. Dostupné z: <http://www.cbdb.cz/kniha-158519-antropologie-rozvoje-antropologie-rozvoje>

RADA LIBERECKÉHO KRAJE, 2006. *Usnesení č. 1034/06/RK*. 2006.

- RAM, Ravi, 2013. Making development assistance for health more effective through HiAP. In: Kimmo LEPPÖ, Eeva OLLILA, Sebastián PEÑA, Matthias WISMAR a Sarah COOK, ed. *Health in All Policies: seizing opportunities, implementing policies*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health, Finland, s. 350. ISBN 978-952-00-3406-1.
- REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů* [online]. B.m.: Grada [vid. 2015-06-11]. ISBN 978-80-247-3006-6. Dostupné z: [http://www.grada.cz/kapitoly-metodologie-socialnich-vyzkumu\\_5805/kniha/katalog/](http://www.grada.cz/kapitoly-metodologie-socialnich-vyzkumu_5805/kniha/katalog/)
- RYCHLÍKOVÁ, Eva, 2006. Hodnocení vlivů na zdraví – Health Impact Assessment (HIA) pro strategické hodnocení vlivů na životní prostředí (SEA). Praha, Česká republika: Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7071-263-4.
- SARACCI, Rodolfo, 1997. The world health organisation needs to reconsider its definition of health. *BMJ* [online]. **314**(7091), 1409 [vid. 2015-06-15]. ISSN 0959-8138, 1756-1833. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.314.7091.1409
- SCOTT-SAMUEL, Alex, 1996. Health impact assessment. *BMJ* [online]. **313**(7051), 183–184 [vid. 2015-11-21]. ISSN 0959-8138, 1468-5833. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.313.7051.183
- SCUDDER, Thayer, 2006. The future of large dams: dealing with social, environmental, institutional and political costs. London: Earthscan. ISBN 978-1-84407-338-2.
- SEN, Amartya, 2011. *Development as Freedom* [online] [vid. 2016-02-04]. Dostupné z: [https://books.google.cz/books/about/Development\\_as\\_Freedom.html?hl=cs&id=XmfleDy\\_taYC](https://books.google.cz/books/about/Development_as_Freedom.html?hl=cs&id=XmfleDy_taYC)
- SHKOLNIKOV, Vladimir, Evgueni M ANDREEV, Domantas JASILIONIS, Mall LEINSALU, Olga ANTONOVA a Martin MCKEE, 2006. The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. *Journal of Epidemiology & Community Health* [online]. **60**(10), 875–881 [vid. 2015-12-06]. ISSN 0143-005X. Dostupné z: doi:10.1136/jech.2005.044719
- SIM, Fiona a Martin MCKEE, 2011. *Issues in Public Health*. B.m.: McGraw-Hill Education (UK). ISBN 978-0-335-24423-2.
- SIMPSON, Sarah, Mary MAHONEY, Elizabeth HARRIS, Rosemary ALDRICH a Jenny STEWART-WILLIAMS, 2005. Equity-focused health impact assessment: A tool to assist policy makers in addressing health inequalities. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **25**(7–8), Health Impact Assessment, 772–782 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: doi:10.1016/j.eiar.2005.07.010
- SLÁDKOVÁ, Zuzana, 2011. Czech Republic and its Official Development Assistance. *AMO and FoRS* [online]. [vid. 2015-06-17]. Dostupné z: [http://fors.cz/user\\_files/fors\\_bf.pdf](http://fors.cz/user_files/fors_bf.pdf)
- SLOVENSKO, 2007. Zákon č. 355/2007 Z. Z., o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia. 2007.

SLOVENSKO, 2014. Vyhláška č. 233/2014 Z. z., o podrobnostiach hodnotenia vplyvov na verejné zdravie. 2014.

STÅHL, Timo, ed., 2006. *Health in all policies: prospects and potentials*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health. ISBN 952-00-1964-2.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2011. Držitelé Osvědčení o autorizaci podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, pro osoby působící v oblasti ochrany veřejného zdraví [online]. 2011. Dostupné z: [http://apps.szu.cz/cekz/dokumenty/autorizace/osvedceni\\_HRA.pdf](http://apps.szu.cz/cekz/dokumenty/autorizace/osvedceni_HRA.pdf)

STEIN, Howard, 1996. Institutional Theories and Structural Adjustment in Africa. In: Janet HUNTER a Colin LEWIS *New Institutional Economics and Third World Development*. London: Routledge.

SUMMER, Andy a Michael TRIBE, 2008. What could Development Studies be? *Development in Practice* [online]. **18**(6) [vid. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.developmentinpractice.org/journals/what-could-development-studies-be>

SUSTAINABLE DEVELOPMENT SOLUTION NETWORK, 2014. *Health in the Framework of Sustainable Development, technical report for the post-2015 development agenda* [online]. Dostupné z: <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/Health-For-All-Report.pdf>

ŠAFARÍKOVÁ, Simona, 2013. The influence of sport and physical activities on youth development within the context of developing countries (The Kids League, Uganda) [online]. B.m. [vid. 2016-02-02]. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury. Dostupné z: <https://theses.cz/id/e1lzl4?info=1;isslret=Simona%3B%C5%A0AFA%C5%98%C3%8DKOV%C3%81%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dsafarikova%20simona%26start%3D1>

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* [online]. B.m.: Portál [vid. 2015-06-11]. ISBN 978-80-7367-313-0. Dostupné z: <http://knihy.abz.cz/prodej/kvalitativni-vyzkum-v-pedagogickych-vedach>

TARLOV, Alvin R., 1999. Public Policy Frameworks for Improving Population Health. *Annals of the New York Academy of Sciences* [online]. **896**(1), 281–293 [vid. 2015-11-19]. ISSN 1749-6632. Dostupné z: doi:10.1111/j.1749-6632.1999.tb08123.x

TECHNICAL SUPPORT TEAM UN, 2013. *TST Issue brief: Health and Sustainable Development* [online]. [vid. 2016-01-28]. Dostupné z: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/18300406tstissueshealth.pdf>

UCLA, 2019. *Phases of HIA 1. Screening | Health Impact Assessments - UCLA SPH* [online] [vid. 2019-03-09]. Dostupné z: <http://www.hiaguide.org/methods-resources/methods/phases-hia-1-screening>

- UN, 2015. *Millennium Development Goals* [online] [vid. 2015-06-16]. Dostupné z: <http://www.un.org/millenniumgoals/>
- UN, 2019. *Sustainable development goals – Sustainable Development Knowledge Platform* [online] [vid. 2015-06-16]. Dostupné z: <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals>
- UNDP, 2015. *Human Development Reports/HDI* [online] [vid. 2015-12-13]. Dostupné z: <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>
- UNWCED, 1987. *Our Common Future – World Commission On Environment and Development*. 1 edition. Oxford ; New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-282080-8.
- ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY, 2009. *Organizačná štruktúra* [online] [vid. 2016-02-25]. Dostupné z: [http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=67&Itemid=57](http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=57)
- ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2017. *Strategický rámec Česká republika 2030*. [online]. 1. ISBN 978-80-7440-181-7. Dostupné z: [https://www.mzp.cz/C1257458002F0DC7/cz/agenda\\_2030/\\$FILE/OUR\\_Strategicky\\_ramec\\_20181015.pdf](https://www.mzp.cz/C1257458002F0DC7/cz/agenda_2030/$FILE/OUR_Strategicky_ramec_20181015.pdf)
- ÚZIS ČR, 2015. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online] [vid. 2015-12-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu>
- VALENTA, Vladimír a Jana KUČEROVÁ, 2007. Zpracování hodnocení vlivů na zdraví do strategických dokumentů. *Hygiena*. (2).
- VILIANI, Francesca a Edith Essie CLARKE, 2013. Realities and opportunities for health impact assessment in Africa. In: *Integrating Health Impact Assessment with the Policy Process: Lessons and experiences from around the world* [online]. B.m.: Oxford University Press [vid. 2019-04-30]. ISBN 978-0-19-175548-4. Dostupné z: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199639960.001.0001/med-9780199639960-chapter-14>
- VLOK, C.A. a Jiri PANEK, 2013. Participativní mapování jako nástroj komunitního rozvoje – případová studie Koffiekraal, Jihoafrická republika. In: *Geografické rozhledy: časopis pro výuku a popularizaci geografie*.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. ISBN 978-80-7345-456-2.
- WALES HEALTH IMPACT ASSESSMENT SUPPORT UNIT, 2019. *What is HIA* [online] [vid. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/en/about-us/what-hia/>
- WARWICK-BOOTH, Louise, Ruth CROSS a Diane LOWCOCK, 2012. *Contemporary health studies: An introduction*. B.m.: Polity.



WHIASU, 2019. *Health Impact Assessment – Practical Guide* [online]. 2019. Dostupné z: [https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/7714/9555/1126/Whiasu\\_Guidance\\_Report\\_English\\_V2\\_WEB.pdf](https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/7714/9555/1126/Whiasu_Guidance_Report_English_V2_WEB.pdf)

WHO, 1946. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO, 1986. *Ottawa Charter on Health Promotion*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO, 2001. Report of an Inter-regional Meeting on Harmonization and Mainstreaming of HIA in the World Health Organization and of a Partnership Meeting on the Institutionalization of HIA Capacity Building in Africa [online]. 2001. Dostupné z: [http://origin.who.int/water\\_sanitation\\_health/resources/wsh0107.pdf](http://origin.who.int/water_sanitation_health/resources/wsh0107.pdf)

WHO, 2009. *Libreville Declaration* [online]. B.m.: WHO Regional Office for Africa [vid. 2019-05-01]. Dostupné z: <https://www.afro.who.int/publications/libreville-declaration>

WHO, 2011. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. In: *World conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO, 2015a. Global Health Declarations. *WHO* [online] [vid. 2015-11-20]. Dostupné z: <http://www.who.int/trade/glossary/story039/en/>

WHO, 2015b. Health Equity. *WHO* [online] [vid. 2015-11-19]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>

WHO, 2015c. Social determinants of health – Key concepts. *WHO* [online] [vid. 2015-12-09]. Dostupné z: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/)

WHO, 2015d. Social determinants of health. *WHO – Social determinants of health* [online] [vid. 2015-06-05]. Dostupné z: [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)

WHO, 2015e. Social participation. *WHO* [online] [vid. 2015-12-06]. Dostupné z: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/)

WHO, 2018. *Interministerial Conference on Health and Environment in Africa* [online] [vid. 2019-05-01]. Dostupné z: <http://hesa.africa/imche3-background>

WHO/EUROPE, 1998. *HEALTH21 – health for all in the 21st century* [online]. [vid. 2015-06-13]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>

WISMAR, Matthias, Julia BLAU, Josep FIGUERAS a Kelly ERNST, ed., 2007. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting*

*decision-making in Europe*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. ISBN 978-92-890-7295-3.

WOOLCOCK, Michael, 2009. The next 10 years in development studies: From modernization to multiple modernities, in theory and practice. *European Journal of Development Research* [online]. **21**(1), 4–9 [vid. 2016-02-02]. ISSN 0957-8811. Dostupné z: doi:10.1057/ejdr.2008.3

WORLD BANK, 2015. *Improved sanitation facilities (% of population with access)* [online] [vid. 2015-12-09]. Dostupné z: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.ACSN>

WORLD HEALTH ORGANIZATION a GOVERNMENT OF SOUTH AUSTRALIA, 2010. *Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being : report from the International Meeting on Health in All Policies, Adelaide 2010*. Geneva, Switzerland; [Adelaide, S. Aust.]: World Health Organization ; Government of South Australia. ISBN 978-92-4-159972-6.

ZIAI, Aram, ed., 2009. Exploring Post-development: Theory and Practice, Problems and Perspectives. *Development and Change* [online]. **40**(3), 586–587 [vid. 2016-02-04]. ISSN 0012155X, 14677660. Dostupné z: doi:10.1111/j.1467-7660.2009.01540\_5.x

ZÍKOVÁ, Tereza, 2007. Rozvoj a rozvojová antropologie. *AntropoWebzin* [online]. (2–3), 57–76 [vid. 2015-12-11]. ISSN 1801-8793. Dostupné z: [http://www.antropoweb.cz/webzin/achive\\_old/webzin\\_2-3\\_2007/06\\_Zikova.pdf](http://www.antropoweb.cz/webzin/achive_old/webzin_2-3_2007/06_Zikova.pdf)



## 13 PŘÍLOHY

### 13.1 Příloha č. 1

#### Osnova polostrukturovaných rozhovorů

1. Máte obecné povědomí o konceptu IA, HIA?
2. Setkali jste se v rámci své práce s použitím tohoto konceptu?
3. Používá Vaše organizace některý z Impact Assessmentů?
4. Využívá Vaše společnost/organizace/úřad podobný nástroj, jako je Health Impact Assessment? (Pokud využíváte jiný typ Impact Assessmentu, prosím, uveďte ho též.)
5. Jaká vidíte pozitiva/příležitosti implementace HIA do projektového cyklu ZRS ČR?
6. Jaká vidíte negativa/hrozby implementace HIA do projektového cyklu ZRS ČR?
7. Víte o nějaké organizaci/společnosti/úřadu, který podobného konceptu využívá?
8. Jak by se k tomuto konceptu stavila státní správa? Myslíte, že je to reálné?
9. Má některá programová nebo projektová země HIA v PRSP?

### 13.2 Příloha č. 2

#### Seznam screeningových nástrojů

##### **Design for Health (Design for health 2019)**

[http://designforhealth.net/wp-content/uploads/2012/12/BCBS\\_CompChecklist\\_092607WithIntro.pdf](http://designforhealth.net/wp-content/uploads/2012/12/BCBS_CompChecklist_092607WithIntro.pdf)

##### **UCLA – HIA Training Resources (UCLA 2019)**

[http://www.ph.ucla.edu/hs/health-impact/training/pdfs/UCLA\\_HIA\\_checklist.pdf](http://www.ph.ucla.edu/hs/health-impact/training/pdfs/UCLA_HIA_checklist.pdf)

##### **WHIASU – HIA (WHIASU 2019)**

[https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/7714/9555/1126/Whiasu\\_Guidance\\_Report\\_English\\_V2\\_WEB.pdf](https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/7714/9555/1126/Whiasu_Guidance_Report_English_V2_WEB.pdf)

##### **HIA Connect (HIA Connect 2019)**

[http://hiaconnect.edu.au/old/files/HIA%20\\_Bro\\_Taf\\_all.pdf](http://hiaconnect.edu.au/old/files/HIA%20_Bro_Taf_all.pdf)[http://hiaconnect.edu.au/old/files/HIA%20\\_Bro\\_Taf\\_all.pdf](http://hiaconnect.edu.au/old/files/HIA%20_Bro_Taf_all.pdf)

##### **Kučerová a Havel (2015)**

[https://www.dataplan.info/img\\_upload/5c84ed46aa0abfec4ac40610dde11285/rapid\\_hia\\_navod\\_15\\_10\\_2014.pdf](https://www.dataplan.info/img_upload/5c84ed46aa0abfec4ac40610dde11285/rapid_hia_navod_15_10_2014.pdf)

## **Health Impact Assessment v rozvojové agendě**

AUTOREFERÁT DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program: P1314 Geografie

Obor studia: 6702V004 Mezinárodní rozvojová studia

Školitel: doc. RNDr. Pavel Nováček, CSc.

Katedra rozvojových a environmentálních studií  
Přírodovědecká fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci



Přírodovědecká  
fakulta

Mgr. Lenka MAŘINCOVÁ

Olomouc 2019

Disertační práce byla vypracována v prezenční formě doktorského studia na Katedře rozvojových a environmentálních studií Přírodovědecké fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

***Předkladatel:***

**Mgr. Lenka MAŘINCOVÁ**

Katedra rozvojových a environmentálních studií

Přírodovědecká fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

17. listopadu 12

771 47 Olomouc

***Školitel:***

**doc. RNDr. Pavel NOVÁČEK, CSc.**

Katedra rozvojových a environmentálních studií

Přírodovědecká fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

17. listopadu 12

771 47 Olomouc

***Oponenti:***

**doc. RNDr. Gabriel GULIŠ, CSc.**

**doc. RNDr. Peter MEDERLY, PhD.**

Obhajoba disertační práce se koná dne **2. 12. 2019** před komisí pro obhajoby disertačních prací doktorského studia v programu P1314 Geografie, studijním oboru Mezinárodní rozvojová studia, v prostorách Přírodovědecké fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, 17. listopadu 12, 771 47 Olomouc.

*S disertační prací je možno se seznámit na studijním oddělení Přírodovědecké fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, 17. listopadu 12, 77 46 Olomouc.*

## OBSAH

Úvod.....	4
1 Cíle práce.....	5
1.1 Konceptuální rámec práce.....	5
1.2 Záměr a cíle práce.....	7
2 Metody a metodický postup.....	9
3 Koncept pojmu zdraví a jeho determinanty.....	10
3.1 Zdraví.....	10
3.2 Determinanty zdraví a jejich následky.....	10
4 Hodnocení vlivů na zdraví.....	12
4.1 Proces HIA.....	12
4.2 Historie HIA.....	12
4.3 Hodnoty HIA.....	13
4.4 Příklady implementace v jiných zemích.....	13
5 Postavení HIA v českém prostředí HiAP.....	14
5.1 Historické kořeny HIA v ČR a současný stav.....	15
6 VÝZKUM I. ....	16
6.1 Výzkumný vzorek, metody sběru dat.....	16
6.2 Závěr výzkumu I. ....	17
7 Zdraví ve všech politikách v tzv. rozvojových regionech.....	18
8 Rozvojová agenda a zdraví.....	19
8.1 Globální rozvojová agenda a role zdraví.....	19
8.2 Systém zahraniční rozvojové spolupráce České republiky.....	20
9 Výzkum II. ....	21
9.1 Dotazníkové šetření.....	21
9.2 Polostrukturované rozhovory.....	22
9.3 Závěr výzkumu II. ....	23
9.4 Kontrolní list (screeningový checklist).....	24
10 Závěr.....	31
11 Summary.....	34
12 Použitá literatura a zdroje.....	37
13 Odborný životopis autorky.....	51

## Úvod

Na lidském žebříčku hodnot je zdraví bezesporu hodně vysoko. Nepředstavuje samo o sobě cíl života, ale představuje rozhodně jednu z podmínek smysluplného žití. Navíc zájem, sdílená odpovědnost a péče o zdraví se stávají nezbytnou charakteristikou demokratické společnosti, která si zdraví váží (Holčík 2012). Nejen, že je zdraví uznáváno jako základní lidské právo (Česko 1992a), ale v posledních letech byl potvrzen i předpoklad, že zdravé obyvatelstvo je nedílná součást ekonomického rozvoje a politické stability státu (Fehr 2014).

Stav našeho zdraví určuje nejen naše genetická výbava, ale i prostředí, ve kterém žijeme. Toto je již obecně přijatý fakt. Na tuto skutečnost se zaměřili finští představitelé, když během předsednictví v Radě Evropské unie v roce 2006 vytvořili koncept „Zdraví ve všech politikách“. Tento koncept vycházel z myšlenky, že strategické dokumenty a projekty, které nejsou primárně zaměřené na zdraví, rapidně ovlivňují zdraví komunit. Tyto strategie nebo projektové záměry jsou většinou realizovány proto, aby se naše životní podmínky zlepšily. Může se ale stát, že i s tou nejlepší myšlenkou mohou mít tyto dokumenty vedlejší negativní dopady, které nemusí být na první pohled viditelné, nemusíme si je uvědomit, nebo ovlivňují určité skupiny v rozdílné míře. K tomu, aby se těmito negativním dopadům nebo nerovnostem předešlo, je využíván nástroj, který v podstatě hlídá dopad projektů/strategických dokumentů na zdraví lidských bytostí – Health Impact Assessment (Hodnocení vlivů na zdraví, HIA).

Mohlo by se říci, že HIA je určena k momentu zastavení se, zamyšlení se nad tím, co danou činností ovlivníme a na koho to bude mít dopad. Takže je v jádru zaměřena na sebereflexi lidských činností. Což není někdy úplně lehké.

Tento koncept byl mezinárodně uznán jako součást správné cesty za udržitelným rozvojem. Globálními i národními závazky státy přislíbily, že se budou snažit touto optikou dívat na důsledky svých aktivit, ať už v podobě národních koncepčních materiálů, nebo realizací mezinárodních projektů.

Právě oblast mezinárodní spolupráce a rozvoje je tématem této práce – potenciální možnost využití konceptu HIA u projektů zahraniční rozvojové spolupráce – projektů malého finančního objemu ve srovnání s objemy poskytnutými velkými rozvojovými bankami. Protože i projekty objemově menší by měly být maximálně odpovědné vůči prostředí a vůči lidem. Je zde značná šance, že začleněním tohoto nástroje do již zaběhnuté metodiky projektového cyklu dojde ke zvýšení odpovědnosti realizovaných projektů.

Aby mohlo být toto potenciální začlenění v českém prostředí analyzováno, je nutné znát, jaká je momentální situace, využití, znalost a legislativní zakotvení nástroje HIA v České republice. Z těchto důvodů je práce rozdělena do dvou částí. První část mapuje obecné využití konceptu HIA v České republice. Od expertů, držitelů osvědčení, kteří mohou hodnocení HIA provádět, zjišťuje aktuální využití konceptu a jejich názor na nynější situaci. Druhá část se věnuje zahraniční rozvojové spolupráci České republiky a již zmíněnému možnému začlenění HIA do metodiky projektového cyklu. Zároveň se zaměřuje na povědomí a zkušenosti aktérů rozvojové spolupráce. Přemostění mezi českým a mezinárodním prostředím je především ve společných závazcích k udržitelnému rozvoji.

Hlavní inspirací ke zpracování tohoto tématu bylo propojení oborů veřejného zdraví a rozvojových studií a kniha Dr Martina Birleyho „Health Impact Assessment of Development Project“ (Birley 1995). Po přečtení této knihy se objevila první otázka, zda nástroj pro kontrolu dopadů na zdraví, který využívají mezinárodní instituce a rozvojové banky, by šel aplikovat i na projekty malého rozsahu a finančního objemu v rámci rozvojové spolupráce.

# 1 CÍLE PRÁCE

## 1.1 Konceptuální rámec práce

Konceptuální rámec ukazuje vztahy mezi výchozími koncepty, přístupy a předpoklady, ze kterých vychází struktura práce.

Prvotní premisa vychází z konceptu lidských práv. A tedy, že každá **lidská bytost** má právo na **zdraví**. Je to obecně přijatý a uznávaný fakt, podložený Základní listinou práv a svobod. Stejně uznávanou skutečností je, že zdraví není pouhá nepřítomnost nemoci, ale je o celkovém well-beingu<sup>1</sup> člověka. Na základě této myšlenky bylo akceptováno, že především okolní životní podmínky a životní prostor ovlivňují zdraví lidí. Z tohoto předpokladu se vycházelo i při tvorbě konceptu **Zdraví ve všech politikách**, kdy se upozorňovalo na závažné důsledky implementace politických a strategických dokumentů nebo projektových záměrů, které se explicitně nevěnují zdraví (tj. nejsou zdravotními politikami), ale jejich dopad je zásadní (např. doprava, územní rozvoj, vzdělávání). Zdraví ve všech politikách bylo oficiálně přijato Evropskou unií (dále jen EU) a následně Světovou zdravotnickou organizací (dále jen SZO) v roce 2006 jako základní stavební kámen primární prevence.

Jako implementační nástroj pro kontrolu těchto dopadů byl vybrán koncept ze skupiny Hodnocení vlivů (Impact Assessment, dále jen IA), který je zaměřen přímo na hodnocení dopadů na zdravotní determinanty – tedy Hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessment, dále jen HIA).

Hodnocení vlivů na zdraví má v rámci českého prostředí omezenou legislativní podporu, ale objevuje se jako závazek v národních dokumentech – z pohledu zdravotní politiky v Národní strategii Zdraví 2020 a z pohledu strategie udržitelného rozvoje v dokumentu Česká republika 2030.

Zdraví ve všech politikách odkazuje na všechny oblasti politik, které jsou implementovány, včetně té zahraniční, a o úroveň níže tedy i **rozvojovou agendu**. Společným jmenovatelem nástroje na hodnocení vlivů dopadů na zdraví a rozvojové agendy jsou především výchozí hodnoty. Tyto hodnoty staví zejména na konceptu **udržitelného rozvoje** a snaží se k němu směřovat. Globálně zastřešujícím závazkem k udržitelnému rozvoji jsou Cíle udržitelného rozvoje (SDGs) schválené na summitu OSN v září 2015 v New Yorku. Podpora lidského zdraví a zlepšení životních podmínek lidí jsou jedním z klíčových prvků udržitelného rozvoje, tedy i SDGs.

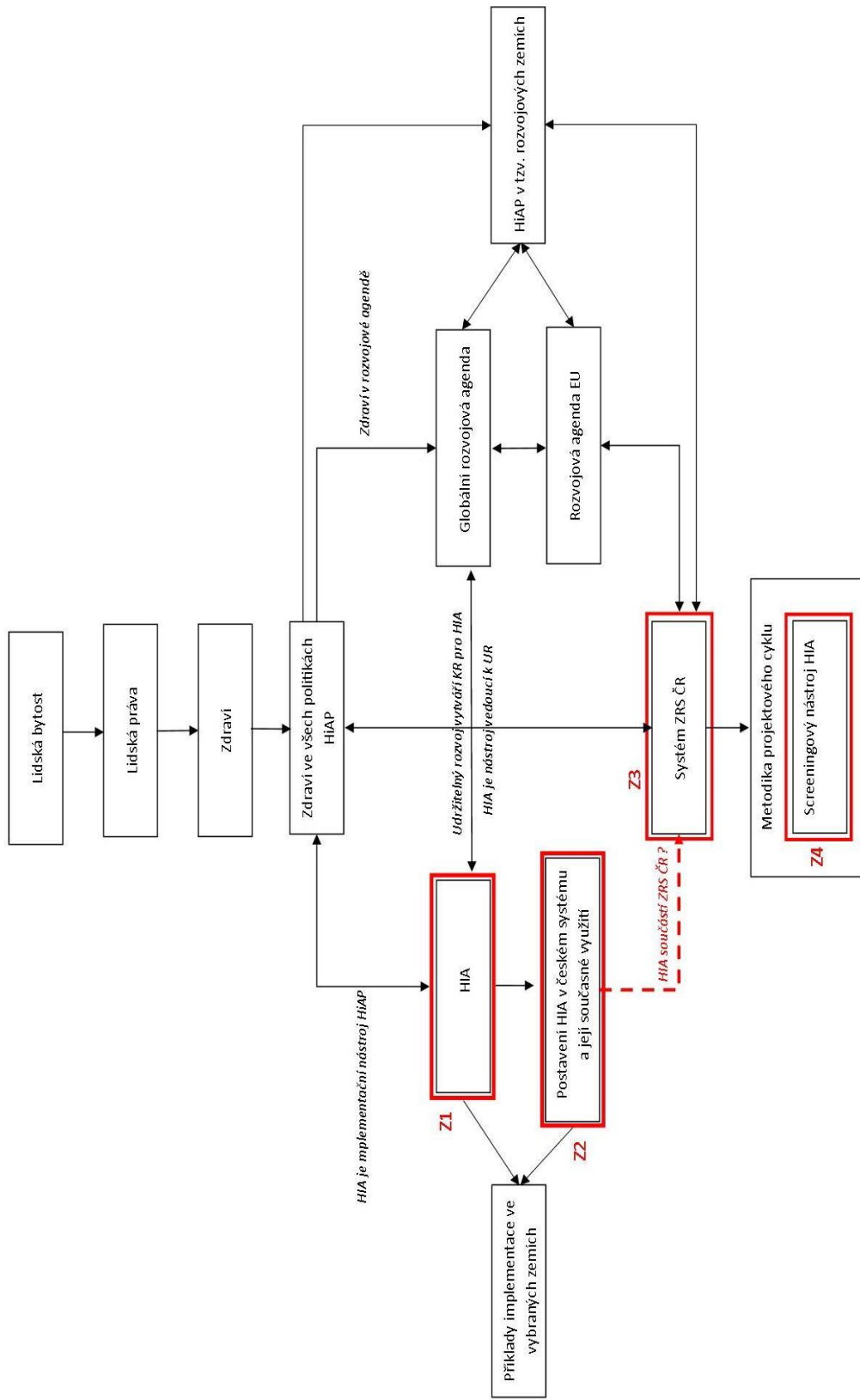
Součástí globální rozvojové agendy je i systém rozvojové spolupráce Evropské unie. Členové Evropské unie poskytují největší objem finančních prostředků určených na rozvojovou spolupráci a Česká republika je od roku 2004 součástí **evropského systému rozvojové spolupráce**.

Koncept Zdraví ve všech politikách byl přijat na globální úrovni. Tedy i ve státech, vůči kterým je rozvojová politika uplatňována a které jsou partnery a příjemci rozvojových projektů. Proto i zpětně ovlivňují realizaci těchto projektů svými strategickými rozvojovými dokumenty a v nich stanovenými požadavky.

Zahraněční rozvojová spolupráce je tedy zaštitěna globálními závazky k udržitelnému světu, politikou Evropské unie, národní legislativou a strategií a zároveň je odpovědná vůči přijímajícím státům. Výstupem této práce je tedy analyzovat komplexní situaci implementačního nástroje Zdraví ve všech politikách – HIA a možnost jeho využití v systému rozvojové spolupráce jako zvýšení odpovědnosti vůči přijímajícím komunitám.

---

<sup>1</sup> Pocit pohody a zdraví. (Vokurka a Hugo 2015)



Obrázek 1 Konceptuální rámec práce (Z – označuje číslo záměru práce, detailní popis viz podkapitola č. 1.2)

## 1.2 Záměr a cíle práce

Disertační práce se věnuje tématu „Health Impact Assessment“ jako implementačnímu nástroji evropské klíčové strategie „Zdraví ve všech politikách“ (Leppo 2013) v českém prostředí.

Práce obsahuje celkem čtyři hlavní záměry. První záměr je čistě teoretický a čerpá především z dostupné literatury. Druhý a třetí záměr má část teoretickou, na kterou navazuje část praktická. Čtvrtý záměr se orientuje především na praktický přínos.

Pro jednodušší orientaci jsou použity následující zkratky: C – cíl, VO – výzkumná otázka.

### **Záměr 1: Představit koncept Hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessment).**

- C1: Vysvětlit model determinant zdraví a koncept „Zdraví ve všech politikách“.
  - ~ VO1: Z čeho model determinant zdraví vychází, z jakých předpokladů?
  - ~ VO2: Jaké jsou historické kořeny konceptu „Zdraví ve všech politikách“ a co koncept tvrdí?
- C2: Popsat konceptuální rámec, historické kořeny, typy a výchozí hodnoty HIA.
  - ~ VO1: Jaké jsou historické kořeny metodiky „Hodnocení vlivů na zdraví“ a z jakých hodnot koncept vychází??
  - ~ VO2: Jaké kroky obsahuje proces HIA?
  - ~ VO3: Jaké jsou typy HIA?
- C3: Uvést příklady dobré praxe a různé způsoby implementace HIA ve vybraných zemích.
  - ~ VO1: Jaké jsou příklady způsobu implementace HIA na národní úrovni ve vybraných zemích?

První záměr je věnován samotnému konceptu a metodologii HIA. Nejprve dochází k ujasnění si pojmu zdraví a vysvětlení výchozího modelu, tj. determinant zdraví. Práce dále navazuje popisem konceptu „Hodnocení vlivů na zdraví“ a sleduje historii vývoje konceptu, definici, zasazení do ostatních součástí Impact Assessmentu, detailně rozepisuje postup, použité metody, typy a provádí rešerši dosavadní literatury. Zároveň kompletuje všechny dosavadní zdroje a studie, které byly v rámci tématu dostupné. Uvádí i příklady dobré praxe implementace konceptu HIA na národní úrovni a zakotvení ve vybraných státech.

### **Záměr 2: Analyzovat historii a postavení HIA v českém prostředí.**

- Cíl 4: Charakterizovat historii a legislativní ukotvení HIA v české legislativě.
  - ~ VO1: Jaké je historické pozadí a legislativní postavení HIA v českém systému?
- Cíl 5: Zjistit, jak vidí držitelé osvědčení odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví postavení HIA v českém prostředí. Jaké jsou příklady dobré praxe, jaká je frekvence využívání hodnocení, návaznost na



Národní strategii Zdraví 2020 a regionální politiky. Jaké jsou největší problémy a, v neposlední řadě, jaký je jejich názor na způsob možné plošné implementace?

- ~ VO1: Jaké je aktuální využití konceptu HIA v České republice?
- ~ VO2: Reflektuje hodnocení HIA „Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020“ a regionální politiky?
- ~ VO3: Jaká je situace v oblasti lidských zdrojů?
- ~ VO4: Jaký je názor držitelů osvědčení na připravenost a způsob implementace HIA na národní úrovni?

Druhý záměr se věnuje postavení „Hodnocení vlivů na zdraví“ v České republice, a to především jeho legislativnímu ukotvení. Dále se věnuje vztahu s „Hodnocením dopadů na životní prostředí (EIA)“ a „Posuzováním koncepcí na životní prostředí (SEA)“. V rámci praktické části Záměru 2 se práce zaměřuje na zjištění vnímání postavení a využívání konceptu v českém prostředí očima držitelů osvědčení. Zároveň práce otevírá otázku plošné implementace a zjišťuje názory expertů na ideální cestu implementace v České republice.

### **Záměr 3: Analyzovat potenciální využití konceptu HIA v systému rozvojové spolupráce České republiky.**

- Cíl 6: Popsat historické kořeny mezinárodního rozvoje, najít styčné body mezi globálními závazky, konceptem determinant zdraví a „Zdravím ve všech politikách“.
  - ~ VO1: Jaké jsou společné body a mezinárodní závazky v rámci globálního rozvoje, konceptem determinant zdraví a „Zdravím ve všech politikách“?
- Cíl 7: Analyzovat situaci zakotvení konceptu „Zdravím ve všech politikách“ v tzv. rozvojových zemích.
  - ~ VO1: Jaké jsou závazky Zdravím ve všech politikách v rámci vybraných jednotlivých rozvojových regionů?
- Cíl 8: Zjistit, jaké je povědomí o využívání konceptu HIA mezi aktéry české rozvojové spolupráce a jaké vidí příležitosti/ohrožení jejího začlenění do Metodiky ZRS ČR.
  - ~ VO1: Jaké je povědomí obecně o IA, konkrétně o HIA mezi aktéry ZRS ČR?
  - ~ VO2: Jaké je využití HIA nebo podobného nástroje ve fungování organizací/institucí v rámci ZRS ČR?
  - ~ VO3: Jaké vidí zástupci ZRS ČR pozitiva/příležitosti zahrnutí HIA do Metodiky projektového cyklu rozvojové spolupráce?
  - ~ VO4: Jaké vidí zástupci ZRS ČR negativa/hrozby zahrnutí HIA do Metodiky projektového cyklu rozvojové spolupráce?

Záměr 3 byl orientován na potenciální využití konceptu „Hodnocení vlivů na zdraví“ v české rozvojové agendě. V teoretické části dochází k popisu historických kořenů rozvoje a rozvojového diskurzu. Hledá společné body s konceptem determinant zdraví a Zdravím ve všech politikách. Nejprve na globální a mezinárodní úrovni, následně

pak v českém prostředí. Na situaci se dívá i z obráceného hlediska – jak je koncept Zdraví ve všech politikách vnímán v tzv. rozvojových zemích.

#### **Záměr 4: Navrhnout screeningový nástroj určený pro projekty zahraniční rozvojové spolupráce.**

- C9: Navrhnout kontrolní list (screeningový checklist) pro projekty zahraniční rozvojové spolupráce.
  - ~ VO1: Jak by vypadal kontrolní list určený pro projekty zahraniční rozvojové spolupráce?

Záměr 4 se zaměřil na návrh screeningového nástroje, který by byl vhodný pro projekty zahraniční rozvojové spolupráce.

Tyto cíle a výzkumné otázky představují komplexní přístup k analýze postavení Hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessmentu) jako implementačního nástroje konceptu Zdraví ve všech politikách. Konkrétně se věnují systému zahraniční rozvojové spolupráce.

## **2 METODY A METODICKÝ POSTUP**

Praktická část výzkumu probíhala celkem ve třech záměrech: záměru 2, cíli 5; záměru 3, cíli 8 a záměru 4, cíli 9.

Teoretická část práce je založena na rešerši literatury a kompilaci získaných informací. Autorka se snažila dohledat veškerou vhodnou a dostupnou literaturu k tématu. Bohužel české zdroje jsou velice omezené a na dané téma existuje pouze velice nízký počet publikací. Literaturu dále doplňuje česká legislativa a příslušné zákony. Data byla získána metodami rozhovorů a dotazníků. Výběrový soubor byl zvolen nepravděpodobnostní technikou výběru vzorku, konkrétně kriteriálním vzorkováním (tj. vybíráme všechny případy, které splňují předem daná kritéria). Dále bylo využito metody sněhové koule.

Byla využita převážně literatura v anglickém jazyce. Tato práce má mimo jiné v úmyslu obohatit existující literaturu na téma Hodnocení vlivů na zdraví v České republice.

U Záměru 2 a 3 jsou hlavně využity dotazníky. Dotazníky byla plošně sesbírána širší a obecnější data, která byla metodou rozhovorů konkretizována. Zaměřil se na tyto typy otázek: výzkumné (tj. ty, které poskytují potřebné informace a údaje), filtrační (dělí respondenty podle toho, jestli se mohou k problému vyjádřit, či nikoliv) a projekční (neklade otázku přímo respondentovi, ale ptá se respondenta na názor jiných lidí, zároveň předpokládá, že do odpovědi promítne názor vlastní). (Reichel 2009) Před konečnou distribucí bylo několik dotazníků pilotně otestováno, a to hlavně pro finalizaci jejich logické struktury a srozumitelnosti kladených otázek.

Dále výzkum použil metodu polostrukturovaných rozhovorů (Záměr 3). Struktura rozhovoru nebyla striktně dána, aby umožnila autorce vkládat další otázky. Byla však vytvořena jejich osnova a stěžejní otázky, kterých se autorka držela. Zde byl též brán zřetel na určitou citlivost tématu – vzhledem k tomu, že se jedná o téma, které je závislé na politické podpoře, výsledky rozhovorů jsou brány jako osobní názory

dotazovaných respondentů, nikoliv oficiální vyjádření ani stanovisko instituce nebo organizace. Z tohoto důvodu byla dodržena i anonymita respondentů.

V Záměr 4 došlo k vyhledání již existujících screeningových nástrojů – převážně checklistů. Následně došlo k jejich hodnocení kvalitativními kritérii, analýze, brainstormingu, konzultacím a k vytvoření vlastního nástroje.

### **3 KONCEPT POJMU ZDRAVÍ A JEHO DETERMINANTY**

#### **3.1 Zdraví**

Požitek z nejvyššího dosažitelného stupně zdraví je jedním ze základních práv každého člověka (Česko 1992a), bez ohledu na rasu, náboženství, politické přesvědčení či ekonomické a sociální podmínky (Nováček 2010). Zároveň je zdraví jedna z nejméně ceněných osobních (individuálních) a společenských (sociálních) hodnot. Jak navíc konstatuje Kučerová a Havel (2015): *„Zdravé obyvatelstvo už ze své podstaty představuje základní předpoklad pro rozvoj státu.“* Tudíž je zdraví považováno za hodnotu celospolečenské ochrany.

Jako nejčastěji citovaná definice zdraví slouží jeden z odstavců Ústavy Světové zdravotnické organizace (SZO) (WHO 1946): *„Zdraví je stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“* Tato již víc jak půlstoletí stará definice často vyvolává mezinárodní debatu o její reálnosti a idyličnosti (Holčík 2012; Saracci 1997). Základní otázkou by bylo, kdo by byl vlastně stoprocentně zdravý a jak přesně by se definovala duševní, tělesná a sociální pohoda.

Akademický diskurz se zabýval pojetím zdraví z mnoha úhlů pohledu a popsáno bylo několik modelů (např. humanitní, sociologický, biologický, behaviorální) (Holčík 2004). Nejčastěji používané jsou biomedicínský a socio-ekologický.

Biomedicínský, tzv. přírodovědný model má hluboké historické kořeny v klinické praxi a zaměřuje se především na symptomy nemoci, diagnostická kritéria, dostupnost vyšetření a vhodné terapie. U modelu socio-ekologického je na lidskou bytost nahlíženo jako na člena (rodina, škola, zaměstnání nebo zájmové kroužky) populačního prostředí a zdůrazňuje, že řada opatření realizovaných na populační úrovni může mít příznivý, popřípadě i negativní dopad na lidské zdraví (Holčík 2012).

#### **3.2 Determinanty zdraví a jejich následky**

Health Impact Assessment si zakládá na svém holistickém přístupu ke zdraví a ve svém hodnocení se snaží zahrnout všechna zdravotní rizika, která jsou oprávněně spojená s hodnoceným dokumentem (ať už se jedná o strategický dokument, politiku, nebo projektovou dokumentaci). Birley (2011) uvádí, že jeden ze způsobů, jak ujednotit výchozí metodologii Health Impact Assessmentu (HIA), je vycházet z konceptu determinant zdraví a jejich následků.

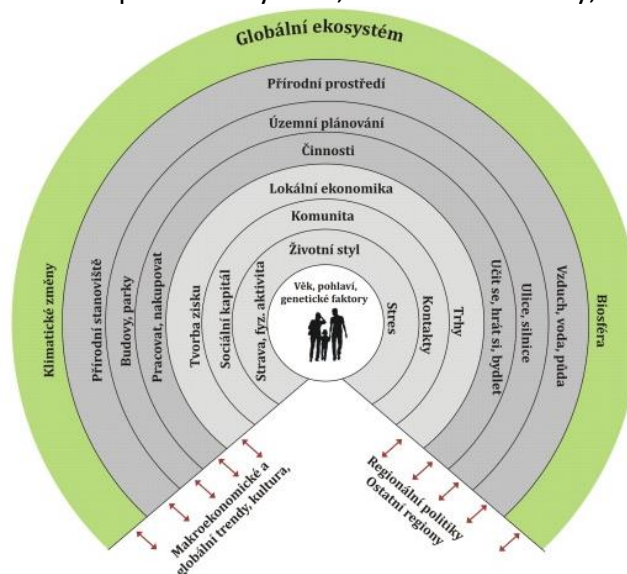
Determinanty zdraví se dělí do několika podskupin: sociální determinanty (životní prostředí – sociální a fyzické), behaviorální (životní styl), biologické (genetický základ)

a zdravotnická péče. Životní styl má z hlediska vlivu na zdraví lehce přes nadpoloviční většinu, životní prostředí kolem 20–25 %, genetické a konstituční faktory kolem

10–15 % a zdravotnická péče kolem 10–5 %. (Tarlov 1999; Dolanský 2008; Machová a Kubátová 2009; Centre for Disease Control and Prevention 2015)

Ze stejného vnímání determinant a jejich vlivu na zdraví v rámci socio-ekologického modelu vycházeli Dalgren a Whiteheadová (1991), když v roce 1991 publikovali svůj model. Snažili se graficky znázornit vztah mezi jednotlivcem, jeho prostředím a nemocí. Jedinec je umístěn do centra grafu s již předem danou genetickou výbavou. Vrstvy, které jedince obklopují, jsou vlivy a faktory, které může ovlivnit ku prospěchu nebo neprospěchu svého zdraví. První vrstva pokrývá osobní chování a způsob života. Další vrstva se zaměřuje na životní prostředí, interakci v komunitě anebo faktory, které se dají v rámci komunity ovlivnit. Třetí vrstva obsahuje strukturální faktory: bydlení, pracovní podmínky, přístup ke službám apod. Poslední vrstva celý model zastřešuje a odkazuje na celkové socioekonomické, kulturní podmínky a životní prostředí.

Tento model následně rozpracovali Barton a Grant (2006). Tzv. Bartonův a Grantův model determinant zdraví původní model rozšiřuje o globální úroveň. Upozorňuje především na to, že čím dále směrem od středu diagramu jste, tím více jsou jednotlivé skupiny determinant ovlivněny různými strategickými dokumenty, politikami, projekty a programy v různých sektorech – např. životní prostředí, doprava, územní plánování, vzdělávací politika a systém, úroveň kriminality, zdravotní systém.



Obrázek 2 Tzv. Bartonův a Grantův model determinant zdraví (Barton a Grant 2006)

Od roku 2005, kdy byla ustanovena Komise Světové zdravotnické organizace pro sociální determinanty zdraví vedená sirem Michalem Marmotem, se do pozornosti dostaly především sociální determinanty zdraví – podmínky, ve kterých se lidé narodí, vyrůstají, žijí a zestárnou (Fehr 2014). Podmínky, které jsou utvářené rozdělením bohatství, moci, výskytem (nejen přírodních) zdrojů na úrovni malých komunit přes obce, města až po státy a kontinenty. Podmínky, které jsou ovlivnitelné především politickými a strategickými dokumenty. (Wismar et al. 2007; WHO 2015d) V roce 2008 komise publikovala závěrečnou zprávu „Closing the gap between generations“ (CSDH 2008), která shrnuje důkazy o enormním vlivu sociálních determinant na zdraví. Poukazuje především na nové strategie podpory veřejného zdraví a snížení nerovností

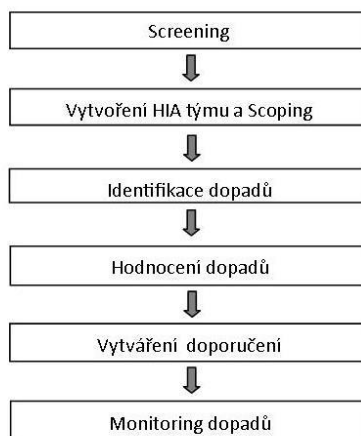
ve zdraví. Efektivní podpora zdraví a eliminace zdravotní ekvity<sup>2</sup> jsou jedny z hlavních globálních výzev.

## 4 HODNOCENÍ VLIVŮ NA ZDRAVÍ

### 4.1 Proces HIA

Většina dostupné literatury se shoduje na šesti krocích, které na sebe systematicky navazují (Hebert et al. 2012). Se zahraniční literaturou se shoduje i jediný český manuál Kučerové a Havla (2015):

Prvním krokem je **screening**. V této fázi se rozhodne, zda by dokument měl obsahovat posouzení vlivů na zdraví. Pokud je rozhodnuto, že ano, **následuje vytvoření** týmu, tj. multidisciplinární skupiny lidí, která posuzuje pozitivní a negativní vlivy. Navazuje třetí část, tzv. **scoping**. Zde se určuje geografický rozsah, skupina obyvatel, kterých se koncepce týká, včetně citlivých skupin, dále časový rozvrh, předpokládané dopady, způsob a rozsah posouzení. Čtvrtým krokem je **identifikace** možných návrhů změn koncepce. V následném kroku, pátém, se identifikované dopady zhodnotí za účelem **naformulování doporučení** ke zlepšení dopadů na zdraví. Na fázi vytváření doporučení, která by měla maximalizovat pozitivní a minimalizovat negativní dopady na lidské zdraví, navazuje **monitoring**. Monitoring přichází až ve fázi realizace přijaté pozměněné koncepce/projektu/programu.



Obrázek 3 Grafické znázornění procesu HIA (Kučerová a Havel 2015; Hebert et al. 2012; Birley 2011)

### 4.2 Historie HIA

Dle Birleyho (2011) se nedá určit přesný vznik konceptu HIA. Jedná se spíše o shodu událostí a trendů na různých místech v určitých sektorech a v různých přístupech ke strategickým dokumentům.

Za historicky první posudek hodnocení vlivů na zdraví označili Hamlin (2008) a Hennock (2000) článek z roku 1842 „An inquiry into the sanitary condition of the labouring population of Great Britain“, dále rozvedený v publikaci „Report on the sanitary conditions of the labouring population of Great Britain“ (Chadwick 1843).

<sup>2</sup> Z hlediska zdraví znamená, že každý by měl mít příležitost plně rozvinout svůj zdravotní potenciál. Termínem inekvita jsou naopak označovány takové rozdíly ve zdraví, jež jsou nejen odstranitelné, ale jsou též považovány za nespravedlivé. (Vokurka a Hugo 2015)

První „novodobý“ HIA posudek, tak jak ho vnímáme nyní, byl vypracován v roce 1998 v Liverpoolu (Kemmer 2013).

Birley (2002) odkazuje již na rok 1842 a vysvětluje, že už tehdy se zformulovaly tři odlišné proudy, které ke vzniku HIA přistupují z jiného úhlu pohledu. Tyto proudy se v podstatě zachovaly dodnes.

Prvním z nich je koncept „veřejné politiky podporující zdraví“ (tzv. „*healthy public policies*“), kterému dala vznik Ottawská charta<sup>3</sup> (WHO 1986). Vychází z výše vysvětleného předpokladu, že veškeré politiky a strategické dokumenty ovlivňují zdraví a negují majoritní vliv zdravotních politik a investic do zdravotnictví.

Druhý proud navazuje na koncept hodnocení rizik (z *angl. Health Risk Assessment, HRA*) a environmentální epidemiologii a je založený na kvantitativním přístupu a sběru dat, a především na biologickém modelu zdraví.

A třetí proud vyvstal z konceptu Posuzování vlivů na životní prostředí (EIA). S Posuzováním vlivů na životní prostředí se dlouhou dobu spojoval. HIA a EIA, mají stejné kořeny, ale vycházejí z jiného modelu zdraví. Zatímco EIA je založena na biologickém modelu a orientuje se na hodnocení rizik vycházejících z environmentálního zdraví (kvality vody, půdy, ovzduší, expozice vůči chemickým látkám, záření, hluku atd.), tak HIA si zakládá na tom, že vychází ze socio-ekologického modelu a do své analýzy zahrnuje všechny determinanty zdraví.

#### 4.3 Hodnoty HIA

Celý koncept HIA je postaven na klíčových hodnotách, které vymezil Göteborgský konsenzus (European Centre for Health Policy 1999) – ekvita, demokratický přístup, udržitelný rozvoj a etické použití důkazů (tzv. evidence-based přístup). „Göteborgské hodnoty“ si vzalo za své mnoho autorů (Simpson et al. 2005; Birley 2011; Harris-Roxas a Harris 2011; Haigh et al. 2012) a uvádějí je jako stavební pilíře celého konceptu.

#### 4.4 Příklady implementace v jiných zemích

Ve světě je HIA zdařile implementována v různých podobách – většinou se jedná o implementaci přes legislativu a právní rámec (tzv. top-down přístup) nebo skrz regionální a lokální úroveň (tzv. bottom-up přístup). Například na evropském kontinentě byla HIA Nizozemskem implementována formou Akčního plánu HIA (1995) a následným zřízením koordinačních jednotek. Slovenskem byla zakotvena do zákona o ochraně veřejného zdraví (2007), Dánskem prostřednictvím Sítě zdravých měst (2003) nebo Velkou Británií, kde je HIA začleněna do systému procesu posuzování dopadů vlády a je využívána vládními útvary (O'Mullane 2013).

---

<sup>3</sup> První mezinárodní konference věnující se podpoře zdraví se konala v Ottawě dne 21. listopadu 1986 a výsledkem bylo přijetí charty, která se zaměřovala primárně na ochranu veřejného zdraví. Tato konference byla především reakcí na rostoucí očekávání nového hnutí pro veřejné zdraví po celém světě. Diskuse se zaměřily na potřeby v průmyslově vyspělých zemích, ale ve všech ostatních regionech zohlednily jejich specifika. Vycházela z Deklarace o primární prevenci v Alma-Atě, dokumentu Světové zdravotnické organizace Health for all a výsledků debaty na Valném shromáždění SZO o mezisektorových opatřeních v oblasti zdraví. (WHO 1986)

## 5 POSTAVENÍ HIA V ČESKÉM PROSTŘEDÍ HIAP

Český právní i zdravotní systém prodělal od porevolučního období mnoho systematických změn a některé z nich probíhají dodnes. Hodnocení zdravotních rizik (HR) se v něm hodně prolíná s Hodnocením vlivů na životní prostředí (EIA). Hodnocení vlivů na zdraví se však snaží hledat svou vlastní cestu. Využití této metodiky v ČR, oproti ostatním evropským i mimoevropským zemím, není tak časté a čelí mnoha výzvám – od sjednocení definice a pojetí konceptu přes strategii implementace (Mařincová, Loosová, a Guliš 2016).

Historické kořeny vedou až do roku 1992, kdy bylo jako součást procesu hodnocení vlivů na životní prostředí (dále jen EIA) poprvé zakotveno v české legislativě i hodnocení vlivu na zdraví člověka v zákoně č. 244/1992 Sb., o hodnocení vlivů na životní prostředí (Česko 1992b). Toto hodnocení vlivu na zdraví bylo však uvedeno pouze jako kapitola v rámci EIA. Tento zákon ještě neznal hodnocení vlivů koncepcí na životní prostředí, a tedy i na zdraví a byl zrušen k 1. květnu roku 2004.

V současnosti tuto problematiku řeší zákon 100/2000 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o posuzování vlivů na životní prostředí), v platném znění (Česko 2001a). Tento zákon ukládá povinnost vypracovávat hodnocení vlivu na zdraví jak u záměrů projektů, tak u koncepcí. Posuzování vlivů na zdraví je zakomponováno konkrétně ve 3. oddíle zákona č. 100/2001 Sb., kam byla problematika hodnocení koncepcí (SEA)<sup>4</sup> implementována prostřednictvím zákona č. 93/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 100/2001 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o posuzování vlivů na životní prostředí). (Česko 2004)

V tomto zákoně:

- v § 10 písm. a) „Předmět posuzování vlivů koncepce na životní prostředí“ jsou vymezeny koncepce, na které se hodnocení vztahuje,
- v § 10 písm. b) „Způsob posuzování vlivů koncepce na životní prostředí“ pak najdeme, co má posuzování obsahovat (zjištění, popis a zhodnocení předpokládaných přímých a nepřímých vlivů provedení i neprovedení koncepce a jejích cílů), a povinnost stanovit v rámci koncepce opatření k předcházení nepříznivých vlivů na životní prostředí a veřejné zdraví, k vyloučení, snížení, zmírnění nebo kompenzaci těchto vlivů, popřípadě ke zvýšení příznivých vlivů na životní prostředí a veřejné zdraví,
- § 10 písm. c), d), e), f), g), h) popisuje proces hodnocení vlivů koncepce na životní prostředí.

Problémem z hlediska hodnocení dopadů koncepcí na zdraví je v zákoně č. 93/2004 Sb., a tím i v zákoně č. 100/2001 Sb., právě § 10. Ten stanovuje, že pod zákon spadají pouze vyjmenované koncepce anebo koncepce, které jsou spolufinancované z prostředků fondů Evropských společenství. Dalším omezením je, že

---

<sup>4</sup> Strategické posuzování vlivů na životní prostředí (strategic impact assesment). Proces posuzování vlivů koncepcí zahrnuje zjištění, popis a zhodnocení předpokládaných přímých a nepřímých vlivů, provedení i neprovedení koncepce a jejích cílů, a to pro celé období jejího předpokládaného provádění. Cílem procesu je zmírnění nepříznivých vlivů záměrů obsažených v koncepcích na životní prostředí.



koncepce spadající pod tento zákon jsou zaměřeny na složky životního prostředí. Tím pádem dochází k tomu, že některé strategické materiály nejsou hodnoceny, ačkoliv jejich dopad na zdraví obyvatel je zřejmý, například oblast školství, sociální nebo zdravotní. (Česko 2004)

Vzhledem k tomu, že metoda hodnocení vlivů na zdraví bývá nejčastěji součástí SEA, je zde tento proces popsán následujícím schématem.



Obrázek 4 Proces posuzování koncepcí na životní prostředí (SEA)

## 5.1 Historické kořeny HIA v ČR a současný stav

Česká republika, jako člen Evropské unie od roku 2004, se snaží ve svých politikách, koncepcích a strategických materiálech reflektovat nařízení a doporučení jednotlivých legislativních orgánů EU. Evropská komise se speciálně věnuje jak EIA, tak SEA a vydala nařízení, které stanovuje povinnost vytváření posudků EIA u některých veřejných a soukromých projektů. Směrnicí, která upravuje proces EIA, je směrnice Evropského parlamentu a Rady Evropy 2011/92/EU, o posuzování vlivů, v novelizovaném znění (European Commission – EIA 2015). Proces SEA je upraven směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2001/42/ES, o posuzování vlivů některých plánů a programů na životní prostředí (European Commission – SEA 2015). Hodnocení vlivů na zdraví svoji zvláštní směrnici doposud nemá.

V obecnější rovině se HIA a komunitnímu rozvoji věnuje část strategie veřejného zdraví s názvem „*Together for Health: a Strategic Approach for the EU 2008-2013*“, která již upozorňuje na nutnost braní zřetele na zdravotní složku ve všech politikách. HIA doporučuje jako její implementační nástroj a nástroj, který snižuje nerovnosti ve zdraví a společnosti s odkazem na široký model determinant zdraví (European Commission 2007).

V České republice byl na národní úrovni první pokus implementovat metodu HIA v roce 2006 a 2007, kdy vznikla publikace věnující se problematice HIA a proběhl úvodní seminář. Avšak k systematické implementaci a rozvoji metody HIA na národní úrovni doposud nedošlo, přestože se tento požadavek objevil již v roce 2014 v Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020. „Účelem Národní strategie Zdraví 2020 je především nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných



*mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Neméně významná je i její role jako klíčového dokumentu pro splnění předběžné podmínky Evropské komise pro čerpání finančních prostředků z evropských fondů pro oblast zdravotnictví.“ (Ministerstvo zdravotnictví 2014) A HIA dlouhodobě udržitelným mechanismem bezesporu je.*

## 6 VÝZKUM I.

### 6.1 Výzkumný vzorek, metody sběru dat

Jako cílová skupina výzkumu byli identifikováni držitelé osvědčení odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví. Jejich seznam vede Ministerstvo zdravotnictví a v době tvorby průzkumu byl aktualizovaný k datu 30. 6. 2012 (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2017). Zároveň byl vzorek doplněn o osoby uvedené v seznamu Držitelé osvědčení o autorizaci podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, pro osoby působící v oblasti ochrany veřejného zdraví. Oba tyto seznamy Držitelů osvědčení HIA byly zkombinovány a upraveny dle potřeb výzkumu.

Podle databáze držitelů osvědčení HIA k datu 30. 6. 2012 bylo celkem 43 osob registrováno jako osoba s povolením k vykonávání HIA v rámci SEA/EIA. Po podrobnějším prozkoumání seznamu bylo 15 osob vyloučeno, a to z důvodu nemožnosti dohledat kontaktní email, ukončení jejich činnosti v rámci HIA/SEA/EIA apod. Zbývajících 28 osob bylo zahrnuto do této studie.

Jako nejvhodnější metoda pro sběr dat byl definován strukturovaný dotazník na pomezí kvalitativního a kvantitativního přístupu. Dotazník se skládal celkově z 12 otázek, z nichž sedm otázek bylo otevřených. Pět otázek bylo uzavřených, avšak vždy byla možnost vyjádřit názor pomocí komentáře.

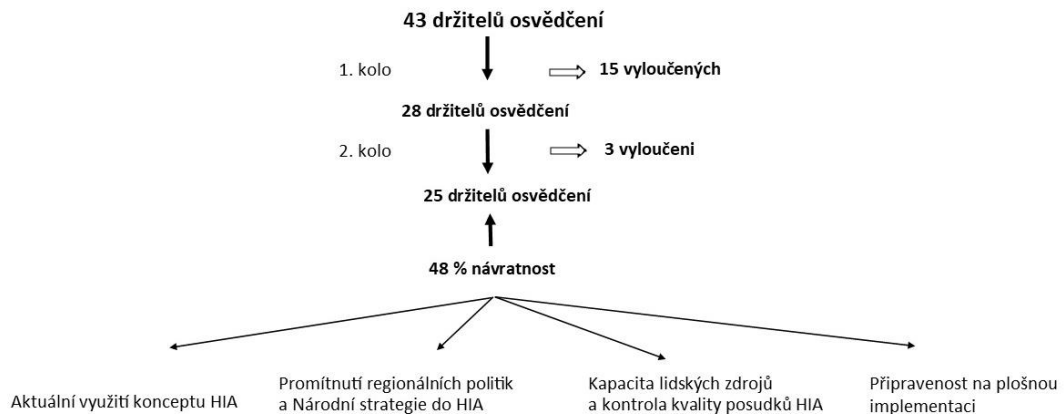
V prvním kole bylo emailem osloveno 28 respondentů. Z těchto osob 3 osoby odpověděly emailem, že se již tomuto tématu nevěnují. V druhém kole obesílání dotazníků, bylo tedy již osloveno pouze 25 osob. návratnost dotazníků po druhém kole rozesílky činila 48 % ( $n=12$ ). Časové rozpětí mezi první a druhou rozesílkou bylo tři týdny.

Tematicky byl dotazník rozdělen do 4 sekcí:

- První oddíl se snažil zmapovat aktuální situaci v České republice. Zaměřoval se především na frekvenci výskytu použití HIA a zda je koncept využíván samostatně nebo v rámci jiného procesu.
- Druhý oddíl se zaměřil na promítnutí regionálních politik a Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020 do procesu HIA.
- Třetí část se věnovala problematice zajištění kvality procesu HIA a budování kapacit včetně vzdělávání.
- Poslední část zjišťovala názor expertů na připravenost ČR na plošnou implementaci.

K analýze dat byl využit program Microsoft Excel. Data byla analyzována v rámci jednotlivých sekcí. Výsledky jsou porovnány s výstupy z průzkumu připravenosti ČR na implementaci HIA, debat kulatého stolu v rámci workshopu a analýzou jejich závěrů

z workshopu pod vedením Regionálního úřadu Světové zdravotnické organizace pro Evropu s názvem „Hodnocení vlivu na zdraví (HIA) a zdraví v posuzování životního prostředí – posílení praxe HIA v České republice“ (Guliš 2017), který měl podobné zaměření. Časový odstup získaných dat je řádově v měsících – všechna data byla sesbírána v roce 2016.



Obrázek 5 Postup výběru cílového vzorku dotazníkového šetření

## 6.2 Závěr výzkumu I.

Po sjednocení definice, ujasnění přínosu konceptu, vybudování dostatečného lidského kapitálu a nastavení systému vzdělávání by mělo mít české prostředí lepší výchozí podmínky pro plošnou implementaci konceptu. Budování systému HIA ale musí jít ruku v ruce s uvědoměním si přínosu konceptu a ošetření všech rizik, které by mohly vést k rutinnímu vytváření hodnocení.

Seznam vyplývajících doporučení z výzkumu:

- Zdůraznit respekt a význam konceptu HIA – vysvětlit přidanou hodnotu HIA tvůrcům politik a veřejnému publiku – objasnit definici a specifikaci konceptu HIA.
- Posílit proces screeningu politik a plánů – zvýšit povědomí a atraktivitu koncepce a zapojit mladé odborníky.
- Vytvořit odpovídající vzdělávací systém pro odborníky, zaměstnance orgánů veřejného zdraví a studentů veřejného zdraví a podporovat budování kapacit.
- Vytvořit komplexní příručku v českém jazyce včetně celosvětových trendů.
- Zřídit referenční kancelář a národní koordinační jednotku HIA.
- Legislativní podpora.

Ve spolupráci se zastoupením WHO v Praze a Evropskou kanceláří WHO v Bonnu proběhl v říjnu 2016 edukační seminář zaměřený na metodu HIA s cílem rozšířit a prohloubit povědomí o této metodě, a především vyvolat diskusi. To se také stalo a minimálně u odborné veřejnosti vyvolalo zájem opět tuto oblast otevřít. Výstupy dotazníků vykreslují stávající situaci v České republice a diskuze vedená v rámci semináře to jen potvrdila.

Koncept HIA je v mnoha zemích zaveden různými způsoby, ale dosavadní znalosti a zkušenosti stále jednoznačně neurčují, který způsob implementace je ten nejlepší

(O'Mullane a Guliš 2014). Každá země má jiné politické a socioekonomické výchozí postavení. Česká republika není jedinou zemí, která stojí na křižovatce a je připravena zvolit si cestu pro implementaci HIA za svých specifických podmínek. Jedná se o dlouhodobý proces, který je ovlivněn mnoha faktory – legislativním rámcem, politickou snahou a prioritou, odborným zázemím či nedostatkem a vůlí všech zúčastněných stran.

Česká republika si je vědoma významu konceptu HIA a jeho nutnosti. Zakotvení požadavku HIA do Národní strategie Zdraví 2020, promítnutí národní strategie do akčního plánu Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí a také vznik pracovní skupiny jsou záblesky, které mohou podnítit pozitivní změnu v oblasti HIA. Výsledkem by mohlo být zakotvení metody HIA a zvýšení jejího využití jako účinného nástroje při prosazování zdraví na úrovni státní správy i samosprávy.

## **7 ZDRAVÍ VE VŠECH POLITIKÁCH V TZV. ROZVOJOVÝCH REGIONECH**

Vztah mezi zdravím a ekonomickými ukazateli rozvoje je již velice dlouho akceptován, tj. korelace mezi zdravím a průměrným příjmem je prokázána a velice často se průměrné výdaje na zdravotnictví berou jako předpoklad dobrého zdravotního stavu obyvatel daného státu (Pritchett a Summers 1996). V konečném důsledku je snaha o dosažení podstatného zlepšení životní podmínky a s tím souvisejících nerovností – ať už v oblasti zdraví, příjmů, nebo jiných dimenzí – politickou volbou a bez politické vůle je tento proces neproveditelný. (Bangura 2011) Mezi důležité faktory, které tento proces mohou ovlivnit, patří především typ režimu (autoritativní/demokratický) nebo typ volebního systému. Samozřejmě je též vyžadována pevná a fungující vládní struktura a dostatečné lidské zdroje (Cook, Zhang, a Yi 2013).

Výše popsaná situace v tzv. rozvojových zemích se nemusí zdát být úplně pozitivní ve schopnosti pokrýt všechny potřebné politiky k ochraně sociálních determinantů zdraví. Jsou ale země, které reprezentují příklady dobré praxe – země, které si jsou vědomy zákonitostí dopadů determinantů na životní podmínky lidí a ve kterých proběhla alespoň nějaká snaha o zakomponování konceptu HiAP do jejich legislativního systému.

Pokud se podíváme na celkovou situaci v Africe, může být konstatováno, že HIA je aplikována především na velké infrastrukturální projekty, ale ani u nich není implementována v systematické a integrované formě. A i přesto, že jsou si politici vědomi faktu, že projekty způsobují zdravotní komplikace pro místní populaci, v projektové dokumentaci se s touto myšlenkou nepracuje (Viliani a Clarke 2013). Vilianiová a Clarková (2013) dále též popisují, že dalším aspektem, který je typický v africkém prostředí, je ten, že pokud už jsou projektové dokumentace zaměřené na dopad na zdraví, především se jedná o infekční onemocnění. Málokterá dokumentace bere v potaz i chronická onemocnění, well-being nebo duševní zdraví.

Obecně má HIA v rozvojovém kontextu historické kořeny v rozvojových projektech zaměřených na vodní hospodářství – zavlažovací projekty nebo vodní nádrže pro výrobu elektrické energie, které byly realizovány napříč kontinenty. Tyto projekty se v rozvojových zemích realizovaly již od 50. let 19. století. Místní vlády byly

z počátku ovlivněny především pozitivním dopadem těchto velkých projektů – zlepšení podmínek pro zemědělství a v důsledku toho i zlepšení výživy obyvatel nebo značné podpory obchodu a exportu. Každopádně bylo zřejmé, že se objeví i negativní dopady na zdraví (jako např. zvýšení výskytu onemocnění přenášené vektory, podvýživa, psychosociální poruchy) (Birley 2011; Viliiani a Clarke 2013). Projekty z oblasti vodohospodářství jsou svými dopady jedny z nejsložitějších. (Scudder 2006) Postupem času tedy bylo obecně přijato, že pod „nálepkou“ rozvojového projektu s dobrými úmysly, který ale nebere v potaz všechny oblasti sociálních nebo ekologických determinant, může docházet k závažnému poškození životního prostředí nebo spíše zhoršení kvality životních podmínek (Hunter, Rey, a Scott 1982). Toto období dalo základní kameny používání systému Impact Assessmentu v rozvojových zemích.

Stejně jako ve většině regionů, tak v rozvojových zemích nejprve došlo k rozšíření EIA. A jak uvádí Vilianiová a Clarková (2013), nebyl to úplně náhodný krok. Byl to především krok, který byl podpořen mezinárodní komunitou rozvojových agentur, akademického prostředí a mezinárodních institucí, samozřejmě za nutné alespoň minimální podpory místních vlád.

## 8 ROZVOJOVÁ AGENDA A ZDRAVÍ

### 8.1 Globální rozvojová agenda a role zdraví

K dosažení udržitelného rozvoje musí společnost učinit pokrok ve 4 dimenzích: hospodářský rozvoj včetně vymýcení extrémní chudoby (ekonomický pilíř); sociální začleňování (sociální pilíř); udržitelnost životního prostředí (ekologický pilíř) a řádná správa věcí veřejných (institucionální pilíř, který byl v průběhu vývoje konceptu přidán; v angl. velmi často používané spojení „*good governance*“, které se v některých českých zdrojích též vyskytuje) (Mirshojaeian Hosseini a Kaneko 2012).

Každý z těchto pilířů přispívá k ostatním a pokrok napříč všemi čtyřmi je nutný pro individuální a společenský blahobyt. Jak již bylo zmíněno, zdraví je lidské právo, ale zároveň je to též podmínka k dosažení těchto čtyř pilířů. (Sustainable Development Solution Network 2014) Zpráva Týmu technické podpory OSN (Technical Support Team UN 2013) shrnuje: „*Zdraví je benefit rozvoje a zároveň jeho podmínka.*“

V roce 2008 Komise SZO pro sociální determinanty zdraví vydala svou závěrečnou zprávu s řadou doporučení pro členské státy SZO. Odkazovala se i na aplikaci „*konceptuálního rámce sociálních determinant zdraví*“ do rozvojové agendy a „*sladění prostředků určených na rozvojovou spolupráci s širšími rozvojovými programy příjemců*“ (CSDH 2008). Pokud by byl koncept Zdraví ve všech politikách začleněn do strategických dokumentů zaměřených na rozvojovou spolupráci, mělo by to signifikantní dopad na koherenci politik a efektivitu rozvojové spolupráce.

Agenda Miléniových cílů tisíciletí v roce 2015 skončila. Následují SDGs, které jsou naléhavou výzvou, aby se všechny země vyvíjely v globálním partnerství. Dokument shrnuje myšlenky, že konec chudoby a dalších deprivací musí jít ruku v ruce se strategiemi, které zlepšují zdraví, vzdělání, snižují nerovnosti a podněcují hospodářský růst – to vše zároveň při řešení změny klimatu a při práci na ochraně našich oceánů a lesů. Apeluje na vznik tzv. Globálního partnerství pro rozvoj multidimenzionálního systému zahrnujícího všechny hráče – veřejnou správu, soukromé firmy a občanskou společnost, a to na všech úrovních – globální, národní,

regionální i místní (European Commission 2015a). Pokud se podíváme na všech 17 SDGs, můžeme říci, že se nám v nich odráží model socio-ekologický, kdy člověk je v centru pozornosti, ale v naprostém napojení na kvalitu a ochranu prostředí, ve kterém žije, a to na všech úrovních a ve všech dimenzích.

Nad rolí zdraví a konceptu Zdraví ve všech politikách v rámci rozvojové spolupráce se zamýšlí Ram (2013) v kapitole *Making development assistance for health more effective through HiAP* a vysvětluje: „Rozvojové země a donoři mají velice pozitivní zkušenosti s HiAP, i když tento koncept nebyl ještě nikdy použit explicitně v rozvojové agendě. Představení tohoto konceptu bude velice důležité a bude se muset vyjednávat mezi experty na veřejné zdraví a tvůrci politik. Zásadní roli zde sehraje budování kapacit na všech úrovních – u donora i příjemce a partnera rozvojové spolupráce.“ Následně shrnuje klíčové body vztahující se k současnému stavu rozvojové spolupráce, a které jsou relevantní pro diskusi o začlenění konceptu Zdraví do všech politik následovně: a) Je obecně přijímáno, že pouze zdravotně orientovaná rozvojová spolupráce (z angl. *Development Assistance for Health, DAH*) není schopna pokrýt všechny determinanty zdraví, a proto je nutná koordinace s ostatními sektory; b) Rozvojová spolupráce orientovaná na zdraví by měla být navázána především na mezioborové programování, zejména s oblastmi vzdělávání, zemědělství, potravin a výživy, vody, sanitace a hygienických zařízení; c) Architektura systému ODA je v neustálém pohybu, a to díky příchodu nových aktérů, způsobů financování, politických rozhodnutí a zásad účinnosti pomoci. To jde ruku v ruce s prohlášením Výboru pro rozvojovou spolupráci OECD (z angl. *Development Assistance Committee, DAC*), které potvrdilo, že výsledný stav zdraví je ovlivněn mnoha faktory, které jsou za hranicemi zdravotnictví. Tudíž by rozvojová spolupráce měla být jedním z hlavních partnerů pro podporu socio-ekologického modelu determinant zdraví. (OECD 2009)

## **8.2 Systém zahraniční rozvojové spolupráce České republiky**

Před rokem 1989 se česká rozvojová pomoc orientovala především na tehdy spřátelené socialistické země. Počátky se formulovaly již v 50. letech 19. století. Zaměření a cílové země kopírovaly tehdejší rozložení studené války. Jednalo se jak o hmotnou pomoc (vývoz dodávky potravin, léků, pracovního nářadí), tak pomoc technickou (vysílání odborníků) a systém poskytování stipendií pro studium na českých vysokých školách. Po revolučním roce 1989 došlo vzhledem k velké nedůvěře občanů k značnému úpadku poskytování finanční i materiální pomoci do zahraničí. Logicky bylo dáno též přednosti na transformační procesy v rámci republiky. (Sládková 2011)

(Sládková 2011) Kolem přelomu tisíciletí došlo k první reformě, která změnila celý koncept, přihlásila se k MDGs a stanovila prioritní země. Schválena byla první Koncepce zahraniční rozvojové spolupráce ČR. V roce 2014 došlo k dalším legislativním úpravám, a to ještě v důsledku vstupu ČR do Evropské unie v roce 2004 a sladění národní legislativy s tou evropskou, včetně rozvojové agendy s důrazem na koherenci politik.

Česká republika se tedy podílí na rozvojových aktivitách EU (Ministerstvo zahraničních věcí ČR 2010). Strategie ZRS ČR pak specifikuje, že na základě mezinárodních smluv se Česká republika zavázala usilovat o dosažení podílu 0,33 % HND na ODA do roku 2030 (Ministerstvo zahraničních věcí ČR 2017b). Strategie zahraniční rozvojové spolupráce České republiky 2018–2030 (Ministerstvo zahraničních věcí ČR 2017b) uvádí propojení mezi rozvojovou politikou České republiky a Evropské

unie: „Důležitý rámec pro ZRS ČR představuje rozvojová politika Evropské unie formulovaná v Evropském konsensu o rozvoji, jehož cílem je pomoci implementovat Agendu 2030 v rozvojových zemích a zároveň lépe koordinovat pomoc evropských dárců. Nový konsensus vychází z Globální strategie EU, přijaté v roce 2016, která nastínila komplexní vizi vnějšího evropského angažmá.“ Zmíněným novým konsensem je společné prohlášení Rady a zástupců vlád členských států zasedajících v Radě, Evropském parlamentu a Komisi s názvem 2017/C 210/01 „Nový evropský konsensus o rozvoji: náš svět, naše důstojnost, naše budoucnost“ (Evropská Unie 2017). Toto prohlášení navazuje a aktualizuje Evropský konsensus o rozvoji z roku 2006, který vycházel z rozvojové agendy Miléniových cílů tisíciletí. (European Commission 2006) Nový konsensus vychází z aplikace Agendy 2030 a navazujícího konceptu SDGs.

## 9 VÝZKUM II.

Cílovou skupinou výzkumu byli zvoleni vybraní aktéři, kteří se podílejí na rozvojové spolupráci České republiky. Subjekty byly rozděleny do třech skupin: státní správa, nestátní neziskové organizace a soukromé firmy.

### 9.1 Dotazníkové šetření

Dotazník se skládal celkově z osmi otázek, z nichž pět otázek bylo otevřených. Pět otázek bylo uzavřených, avšak vždy byla možnost vyjádřit názor pomocí komentáře. Pro oslovení nestátních neziskových organizací byl využit seznam členů a pozorovatelů FoRS<sup>5</sup> (FoRS 2019c). Z uvedeného seznamu byly podle webových stránek vybrány organizace, které realizují projekty rozvojové spolupráce v zahraničí. Vyjmuty byly organizace, které se zaměřují na globální rozvojové vzdělávání v České republice, ale jsou členy nebo pozorovateli FoRS. Z uvedeného seznamu bylo identifikováno deset vhodných organizací – Adra, Člověk v tísni, Arcidiézní Charita Olomouc, Alterra, Care, Centrum Dialog, Cavitas per populi, Česká zemědělská univerzita, Diakonie, Světlo pro svět. Celkově bylo osloveno 43 potenciálních respondentů.

Soukromé firmy byly osloveny po dvou liniích. Jedna vedla přes Platformu podnikatelů pro zahraniční rozvojovou spolupráci<sup>6</sup>. Druhá linie vedla skrz přímé

---

<sup>5</sup> „FoRS – České fórum pro rozvojovou spolupráci – je platformou českých nevládních neziskových organizací (NNO) a dalších neziskových subjektů, které se zabývají rozvojovou spoluprací, rozvojovým vzděláváním a humanitární pomocí. Organizace ve FoRS sdílejí společný zájem prosazovat vyšší relevanci a efektivnost české i mezinárodní zahraniční rozvojové spolupráce a zvyšovat její pozitivní dopady pro obyvatele rozvojových a transformujících se zemí. Hlavním úkolem FoRS je zastupování společných zájmů členů a posilování spolupráce a vztahů mezi státními institucemi v ČR i EU a nevládními organizacemi na poli rozvojové spolupráce.“ (FoRS 2019a)

<sup>6</sup> „Platforma umožňuje sdílet informace a znalosti podnikatelů se zkušeností z rozvojových zemí s ostatními potenciálními zájemci o ekonomické aktivity tamtéž. Zázemí Platformy může tyto zkušenosti a znalosti vhodně umocňovat informacemi z vlastních, stále rozšiřovaných zdrojů informací. Založení bylo reakcí na změny v systému zadávání projektů oficiální rozvojové pomoci ČR a politiky zahraniční rozvojové spolupráce. Tyto změny asociace podpořily, ale pro další podporu účasti českého podnikatelského sektoru bylo potřeba vytvořit komunikačního partnera pro jednání s koordinátorem české rozvojové pomoci, kterým je Ministerstvo zahraničí ČR. Soukromý sektor má zástupce v Radě pro zahraniční rozvojovou spolupráci a má tak možnost, v rámci mezinárodně uznávaných principů rozvojové

oslovení firem. Celkově bylo identifikováno jako vhodných 11 soukromých firem, které jsou zapojené do bilaterální i multilaterální rozvojové spolupráce. Za státní správu byla oslovena především Česká rozvojová agentura a Ministerstvo zahraničních věcí. Všechny výše uvedené kontakty byly osloveny ve dvou kolech.

První část byla zaměřena na zjištění povědomí mezi respondenty obecně o konceptu Hodnocení vlivů – Impact Assessmentu (IA). Následně dotazník zjišťoval, zda organizace, kde dotazovaný pracuje, využívá jakoukoliv formu IA. Další dvě otázky se pokoušely zjistit, zda se dotazovaní setkali s typem HIA, a to i na obecné rovině, a co si pod tímto pojmem představí. Pokud dotazovaný odpověděl, že koncept HIA nezná a ani si pod tím nedovede nic představit, dotazník ho přesměroval na stránku, kde byl koncept HIA stručně vysvětlen a představen. Následovalo nastínění implementace do projektového cyklu ZRS a zjišťování, zda by v této změně respondenti viděli pozitiva nebo negativa. Poslední otázka obsahovala pět tvrzení na téma začlenění HIA do projektového cyklu ZRS a respondenti se měli vyjádřit, do jaké míry se s těmito tvrzeními ztotožňují.

Celkově byl tedy osloven vzorek o velikosti 55 konkrétních osob a dvě instituce státní správy (MZV ORS, ČRA), kde nebylo možné přesně vyčíslit počet oslovených. V rámci vzorku nestátních neziskových organizací bylo osloveno 43 osob, ze skupiny soukromých firem zapojených do bilaterální i multilaterální rozvojové spolupráce bylo osloveno 11 subjektů. Návratnost u vzorku NNO je 25 dotazníků, tj. 58 %. U soukromých firem se vrátily 4 dotazníky, tj. 36% návratnost. U oslovených institucí státní správy, pod kterou spadá koordinace rozvojové spolupráce, se vrátilo 9 dotazníků.

## 9.2 Polostrukturované rozhovory

Zástupci výše zmíněných tří vytipovaných oblastí subjektů, které jsou zapojené do českého systému rozvojové spolupráce, byli též osloveni k polostrukturovaným rozhovorům. Rozhovorů se konalo celkem šest, po dvou z každé oslovené oblasti.

Vzhledem k zapojení státních institucí byla dodržena anonymita rozhovorů a analýza výsledků byla brána pouze jako osobní názor respondentů, nikoliv názor daného úřadu nebo oficiální vyjádření instituce. Transkripce rozhovorů nikdy nebyly poskytnuty k uveřejnění třetí straně, zůstaly utajeny a byly použity pouze pro výsledky této práce.

Seznam předpřipravených otázek se držel výše popsané struktury dotazníků a kopíroval hlavní výzkumné otázky záměru 3 cíle 8 (osnova viz Příloha č. 1):

- Povědomí o konceptu Impact Assessmentu, typech assessmentů, Health Impact Assessmentu.
- Použití HIA v rámci instituce nebo organizace, popř. jiného typu nebo konceptu/ inspirace u jiné organizace.
- Pozitiva/příležitosti/negativa/hrozby zahrnutí HIA do projektového cyklu.

Rozhovory byly zaznamenány na nahrávací zařízení a následně byla provedena doslovná transkripce. Pouze jeden rozhovor nebyl přepsaný, a to z toho důvodu, že byl proveden přes webové rozhraní, které neumožňuje nahrávat záznam.

---

*pomoci, hájit zájmy podnikatelů a určitým způsobem ovlivňovat politiku české ZRS do budoucna.“ (Platforma podnikatelů pro zahraniční rozvojovou spolupráci 2019)*

Tazatelka si předpřipravené otázky upravila dle zaměření působení respondenta a během rozhovorů reagovala úpravou otázek dle vývoje rozhovoru.

Analýza transkripce rozhovorů proběhla dle zásad analýzy dat kvalitativního výzkumu (Hendl 1997). Nejprve došlo k setřídění informací a sjednocení formátu dat. Následně byly přepisy několikrát detailně pročteny a došlo k deskriptivnímu kódování, tj. k textu byly přiřazeny kódy s nízkou mírou indukce, které sloužily spíše k organizaci dat a pojmenování identifikačních charakteristik (Švaříček a Šedřová 2010). Následně byly transkripce okódovány hodnotovými kódy. Jednotlivé kódy vznikly jak dedukcí (od obecného ke konkrétnímu), tak indukci (od konkrétního k obecnému) a byly vytvořeny koncepty založené na jednotlivých kódech a výzkumných otázkách. Nakonec došlo k interpretaci dat.

Analýza byla doplněna poznámkami. Kódování proběhlo v tištěné formě na vytisknutých přepisech rozhovorů.

### **9.3 Závěr výzkumu II.**

Výsledky dotazníkového šetření a polostrukturovaných rozhovorů se přímo váží na Záměr 3, cíl 8 a výzkumné otázky 1. – 4. a vedou k odpovědím na ně.

Z odpovědí respondentů v rámci výzkumu vyplynulo, že pod pojmem Impact Assessment vnímají hodně hodnocení dopadů ve smyslu dopadu projektu na cílovou komunitu. Z hlediska načasování si respondenti většinou představují, že k hodnocení dochází po implementaci projektu. Takže by proces HIA nahrazoval nebo se překrýval s evaluací. Tento myšlenkový postup není špatný, jelikož i jeden typ HIA je retrospektivní hodnocení. Jediné negativum, které by se zde ale vyskytlo, je to, že by byla popřena základní myšlenka, která říká, že HIA má preventivně eliminovat negativní vlivy a znásobit vlivy pozitivní.

Jelikož aktéři české rozvojové spolupráce jsou především nevládní neziskové organizace a soukromé firmy, které pracují s metodou projektového cyklu a projektového řízení, které obsahuje rizikovou analýzu, logicky se rizika a hazardy promítaly do jejich vnímání Assessmentu.

Z celé skupiny IA je nejvíce známý Environment Impact Assessment (EIA), a to především kvůli jeho legislativnímu zakotvení a nutnosti vypracovat toto hodnocení u projektů financovaných z fondů Evropské unie, a to i u cílové skupiny tohoto výzkumu. Přestože zkratka je to až notoricky známá, ne každý respondent ji dokázal vysvětlit a spojit si ji nejen s evropskou legislativou, ale též s překladem a obsahem v českém jazyce. O Health Impact Assessmentu nejvíce slyšeli respondenti z oblasti neziskového sektoru. Nemůže být ale shrnuto, že by tento koncept znali. Věděli jeho výchozí hodnoty a hlavní cíl jeho použití, ale celkově se jednalo pouze o velice zevrubné povědomí. Tento fakt naprosto odpovídá tomu, že zástupci české rozvojové spolupráce s tímto konceptem nepracují. Ze získaných informací můžeme usuzovat, že příčina bude ve faktu, že koncept Zdraví ve všech politikách není v České republice implementován do všech strategií a koncepcí, tj. včetně zahraniční politiky a Strategie zahraniční rozvojové spolupráce.

Ze získaných informací i v rámci dotazníkového šetření v kapitole 9.3 vyplývá, že Hodnocení vlivů na zdraví se netěší takového mediálního zájmu jako právě EIA, chybí vzdělávací systém, legislativní podpora, metodiky a především osvěta, což je další důvod, proč respondenti z cílové skupiny tohoto výzkumu o tomto konceptu mají pouze zevrubné povědomí. A ani s tímto konceptem nepracují. Sice vědí, že ve velkých



rozvojových bankách a nadnárodních rozvojových institucích je tento druh hodnocení využíván, ale nemají s jeho využitím v rámci rozvojového konceptu praktické zkušenosti, takže vzhledem k pracovní vytíženosti a k faktu, že všichni respondenti zmínili, že mezi největší problémy patří nedostatek lidských zdrojů, nemají prostor a čas vyvíjet a zkoušet nové postupy, pokud jim to nenařídí legislativa nebo nadnárodní autorita.

Výsledky mohou být shrnuty tak, že respondenti vidí smysl v myšlence začlenění HIA do metodiky projektového cyklu především v prevenci dopadu negativních dopadů na cílové komunity, ale v rámci svých pracovišť bojují s nedostatkem lidských zdrojů a kapacit přijímat a rozvíjet pro ně nadstavbové a inovativní prvky v rámci projektového cyklu. Pokud by hodnocení dopadů na zdraví bylo začleněno do projektového cyklu, mělo by to být ve fázi iniciační, tedy ve fázi programování, a vyhotoveny by mělo být před vyhlášením veřejné zakázky na danou realizaci projektového záměru.

#### **9.4 Kontrolní list (screeningový checklist)**

Základní myšlenkou tohoto záměru bylo vyhledat co nejvíce dostupných screeningových nástrojů a na základě kompilace vytvořit vlastní screeningový nástroj.

Plnění tohoto záměru tedy začalo nejprve velmi detailní analýzou dostupné literatury. Použity byly především odborné elektronické zdroje a webový vyhledávač. Byla zvolena následující klíčová slova: Health impact assessment, checklist, screening tool, HIA tool, HIA checklist, HIA screening, HIA scoping, rapid HIA assessment. Nejprve byla klíčová slova zadávána odděleně. Následně bylo využito Booleovských operátorů „AND“ a „OR“. Do vyhledávání byly zahrnuty všechny články od roku 1990. Většina těchto nástrojů však není publikována v odborných periodikách, ale jsou dostupné z různých interních dokumentů organizací nebo na jejich webových stránkách.

Následně byla stanovena kritéria selektování vhodných článků/dokumentů/webových stránek. Kritéria se dívala především na kvalitu článku/webové stránky/dokumentu a relevanci obsahu. Screeningový nástroj určený na použití v rámci rozvojové agendy nebyl nalezen. Většina popsaných screeningových nástrojů se věnovala hodnocení strategií nebo projektů v rámci územního rozvoje, vzdělávání, rozvoje infrastruktury a podpory komunitního života.

V odborných periodikách za využití vyhledávačů EBSCO, PubMed, Medline bylo nalezeno celkem 120 článků věnujících se tématu. Bohužel valná většina článků obsahovala pouze popis nebo rozebírala různé aspekty využití těchto nástrojů, ale neuváděla žádný screeningový nástroj. Z knižních zdrojů byly využity především knihy – (Birley 1995; Asian Development Bank 1992; Kemm 2013) a dokumenty Asijské rozvojové banky (Asian Development Bank 1992; 2018; 2003).

Z webových stránek a online přístupných nástrojů bylo získáno celkem 5 screeningových nástrojů (viz Příloha č. 2). Převážně se jednalo o screeningové checklisty. Tyto checklisty byly opět podrobeny kvalitativnímu posouzení dle stanovených kritérií: kvalita zdroje, relevantnost, hloubka zpracování a zaměření. Následně byly detailně prostudovány a nalezeny společné rysy. Mezi ty patřily především: forma zpracování, členění podle tematických oblastí, sekce doplňujících otázek, vybrané determinanty.

Dalším krokem bylo využití metody brainstormingu a analýzy dostupné literatury. Dle oblastí zaměření české rozvojové zahraniční spolupráce byly vypsány

determinanty zdraví, které do daných oblastí patří. Seznam oblastí a determinantů byl následně konzultován s odborníky a držiteli osvědčení hodnocení, a to pomocí emailové komunikace v několika kolech.

Výsledkem je Screeningový nástroj určený pro projekty rozvojové spolupráce. Nástroj je univerzální a obsahuje široké spektrum determinant zdraví, které jsou členěné podle tematických oblastí.

Checklist je rozdělen do dvou částí: úvodní část – ta se zaměřuje na základní informace o projektu – jaký je jeho hlavní cíl, jaké skupiny a jak velkou komunitu ovlivní. Tato část též obsahuje prostor pro brainstorming hodnotitele. Brainstorming by měl sloužit k prvotnímu uvědomění si, na co je projekt zaměřen a jaký bude mít dopad na komunitu/y. Hodnotitel tak bude mít prostor si uvědomit základní myšlenky ještě bez ovlivnění nabídkou determinant zdraví. Checklist hodnotiteli v úvodní části připomene základní myšlenky:

Základní myšlenka, na kterou při vyplňování myslíme: *„Příprava a realizace tohoto projektu nesmí zhoršit zdraví a well-being dotčených komunit.“* Seznam determinantů zdraví slouží i k potencionálnímu rozšíření aktivit projektu s cílem dalšího zlepšení zdraví a well-beingu dotčených stakeholderů.

Ptáme se na otázku: Jaká je pravděpodobnost, že realizace projektu ve všech jeho fázích ovlivní determinanty zdraví a v jaké míře?

Následně může hodnotitel přistoupit k hodnocení vlivu projektu na zdraví lidí a jejich well-being. V checklistu hodnotí, jaká je pravděpodobnost ovlivnění daného determinantu projektem na škále 1 – nepravděpodobné; 2 – nevíme, 3 – pravděpodobné. Poté ohodnotí, jak velký je předpokládaný dopad na škále -2 významný negativní dopad; -1 mírný negativní dopad; 0 bez dopadu; 1 mírný pozitivní dopad; 2 významný pozitivní dopad. V tomto hodnocení má hodnotitel možnost vybrat polaritu dopadu – negativní, nebo pozitivní. Tím pádem v konečném hodnocení bude vidět největší hrozby, ale i přidané hodnoty projektu pro danou komunitu.

V závěru hodnocení se určí, ve kterých oblastech převažuje negativní vliv a ve kterých vliv pozitivní, a rozhodne se, zda je nutné přistoupit k podrobnější HIA, a tím pádem i k dalšímu kroku, kterým je Scoping.

Hodnotitel si může checklist upravit dle relevantnosti a zaměření projektu a to především vzhledem k obsáhlému rozsahu checklistu. Rozsah determinant byl zvolen takto účelně, aby sloužil zároveň i jako inspirace a vodítko.

Screeningový nástroj byl po jeho finalizaci a konzultacích též pilotně odzkoušen na vzorových dostupných projektových záměrech vybraných projektů a koncepcí.

### **Kontrolní list (screeningový checklist) – Zhodnocení vlivů na zdraví (HIA) v rámci projektů ZRS ČR**

Hodnotitel:
Číslo projektu/ Název projektu:
Datum zpracování:
Tematická oblast:
Jaký je očekávaný cíl projektu?

Jaké skupiny obyvatel tento projekt ovlivní?						
Jaká je předpokládaná velikost ovlivněné skupiny?						
Jak velké území projekt ovlivní (geograficky)?						
<b>Závěr:</b> Je nutné u tohoto projektu udělat detailnější hodnocení? ANO            NE Oblasti, které projekt s největší pravděpodobností ovlivní: Oblasti, které budou mít největší dopad: Navrhované podmínky projektu, zajišťující eliminaci nebo snížení negativního dopadu: Poznámky:						
Základní myšlenka, na kterou při vyplňování myslíme: Příprava a realizace tohoto projektu nesmí zhoršit zdraví a well-being dotčených komunit. Seznam determinantů zdraví slouží i k potencionálnímu rozšíření aktivit projektu s cílem dalšího zlepšení zdraví a well-beingu dotčených stakeholderů. Ptáme se na otázku: Jaká je pravděpodobnost, že realizace projektu ve všech jeho fázích ovlivní determinanty zdraví a v jaké míře?						
Část brainstormingu: Prosím zamyslete se nad hlavním cílem projektu a vypište primární dopady projektu na lidské zdraví všech stakeholderů.						
<b>Pravděpodobnost vlivu:</b> 1 – nepravděpodobné, 2 – nelze hodnotit, 3 – pravděpodobné						
<b>Míra dopadu:</b> -2 významný negativní dopad, -1 mírný negativní dopad, 0 bez dopadu, 1 mírný pozitivní dopad, 2 významný pozitivní dopad						
			Pravděpodobnost (1,2,3)	Míra dopadu (-2,- 1,0,1,2)	Poznámky	
<b>Životní prostředí</b>						
	hluk		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	ovzduší		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	vibrace		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	odpady		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
půda	možné znečištění		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	sanace		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	dekontaminace		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
voda	přístup		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	kontaminace		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	zranitelnost vody dle typu	mořská		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		povrchová		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	vzdálenost		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	typ zdroje (pumpa,...)		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
	stálost zdroje		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
udržitelnost zdroje		1 2 3	-2 -1 0 1 2			

	osvěta		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
záření	ionizující		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	neionizující		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
biologická rozmanitost			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
emise CO <sub>2</sub>			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
klimatické podmínky			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
změna rázu krajiny	odlesňování		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	monokultury		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Doprava</b>					
kapacita			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
prašnost			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
bezpečnost			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
infrastruktura	pokrytí sítě		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	bezpečnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	dostupnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Vzdělávání</b>					
kvalita			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
dostupnost	geografická		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	zaměření		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	úroveň		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
bezpečnost dopravy do školy			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
sanitace/hygiena			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
strava	možnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	pestrost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Zdravotní péče</b>					
kvalita			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
kapacita			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
dostupnost	specializované ordinace	gynekologie	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		stomatologie	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		kardiologie	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		diabetes	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		pediatrie	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		alergologie	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	všeobecné		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	lékárny		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	záchranná služba		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	vzdělávání lékařů	vysokoškolské	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		celoživotní	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	přístroje		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	vybavení		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
personální	lékařů		1 2 3	-2 -1 0 1 2	

kapacity	zdravotního personálu		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Primární prevence</b>					
zajištění surveillance	monitoring onemocnění		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	řízení epidemií		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
zajištění epidemií			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
programy primární prevence			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
dostupnost očkování			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
zdravotní rizika	antibiotická resistance		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	vektory	eliminace	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		kontrola výskytu	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	chemické látky		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
alergeny		1 2 3	-2 -1 0 1 2		
<b>Životní styl</b>					
strava	pestrost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	nezávadnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	nutriční kvalita		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	dostupnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
pohybová aktivita			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
sexuální chování			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
kouření			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
alkoholismus			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
drogová závislost			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
duševní zdraví			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
násilí			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
pocit bezpečí			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Bydlení</b>					
sanitace			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
stavební materiál			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
zdroj vaření a vytápění			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Pracovní prostředí</b>					
dostupnost práce			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
pracovní podmínky			1 2 3	-2 -1 0 1 2	

nerovnost příjmu			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
diskriminace			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
úrazy			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
dětská práce			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
práce těhotných			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
prevence nemocí z povolání, úrazů			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Národní úroveň</b>					
rasismus			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
pocit vykořenění dalších generací			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
historické dědictví			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
městské prostředí			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
územní plánování			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
hospodářství			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
politická situace			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
migrace	vnitrostátní		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	mezinárodní		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
demografické změny	porodnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	úmrtnost		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Komunitní život</b>					
komunitní participace			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
náboženství			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
tradice			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
kulturní prostředí			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
politické prostředí			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
politická participace			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
dostupnost služeb	sociální služby	policie	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		školy	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		školky	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		obchody	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		senioři	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	volnočasové služby	děti	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
		mladiství	1 2 3	-2 -1 0 1 2	
dostupnost orgánů veřejné správy			1 2 3	-2 -1 0 1 2	

péče o sociálně zranitelné skupiny			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
kriminalita			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
přelidněnost (stresový faktor)			1 2 3	-2 -1 0 1 2	
<b>Katastrofy</b>					
klimatické změny a adaptace	vysoké teploty		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	mrazy		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	sucho		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	povodně		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	požáry		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
zemětřesení	varovný systém		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	monitoring		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
hurikány	varovný systém		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	monitoring		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
tsunami	varovný systém		1 2 3	-2 -1 0 1 2	
	monitoring		1 2 3	-2 -1 0 1 2	

## 10 ZÁVĚR

Disertační práce se věnuje tématu „Health Impact Assessment“ (HIA) jako implementačnímu nástroji evropské klíčové strategie „Zdraví ve všech politikách“ v českém prostředí. První část práce je zaměřena na představení samotného nástroje HIA, jeho aktuální postavení v rámci legislativního systému a především využití. V druhé části se práce věnuje potencionálnímu využití konceptu HIA v české rozvojové agendě.

Výchozím předpokladem této práce bylo přijetí konceptu Zdraví ve všech politikách Českou republikou. Tento přístup říká, že politiky, strategické dokumenty a projektové záměry, které nejsou primárně zaměřené na zdraví, na něj ale mohou mít zásadní vliv. K tomu byl vyvinut nástroj Hodnocení vlivů na zdraví, který dokáže za správného použití eliminovat negativní dopady na lidské zdraví a zároveň vyzdvihnout ty pozitivní. Implementací tohoto nástroje dojde tedy k plnění závazků konceptu Zdraví ve všech politikách. Hnacím motorem čím dál častějšího používání tohoto nástroje jsou především globální závazky a konsensus států o směřování k udržitelnému způsobu žití a rozvoji.

Jedná se o postup, který má přesně dané kroky, ale zároveň umožňuje každému hodnotiteli určitou svobodu v tom, jak daný proces pojme. Důležité ale je, aby bylo hodnocení založeno na širokém modelu socio-ekologických determinant a hodnotitel uvažoval v souvislostech komplexního zdraví a well-beingu u ovlivněných komunit. Důraz je kladen na zapojení dotčených komunit, jelikož jejich názory jsou nedocentitelné pro daný projekt/strategický dokument. Provedení hodnocení závisí i na časové dotaci a finančních prostředcích, které jsou k dispozici a prostředí, ve kterém hodnocení probíhá. Tyto faktory mohou být někdy velice limitující.

Udržitelnost je základ globálního rozvoje a zahraniční rozvojové spolupráce. Lidské zdraví a well-being se staví do středu zájmu rozvojových projektů. Myšlenku využití nástroje HIA v kontrole dopadů rozvojových projektů přijaly rozvojové banky a mezinárodní finanční instituce. Zavedly hodnocení HIA u jimi realizovaných projektů a vydaly podpůrné metodické materiály. Dostupná literatura neuvádí, že by tento mechanismus byl využit i v rámci bilaterální rozvojové spolupráce malého rozsahu. Převzetí a začlenění HIA do českého rozvojového prostředí by bylo inovativní myšlenkou.

Pro diskusi o potencionálním využití HIA v rámci rozvojové agendy je ale nutné znát aktuální stav jeho legislativní podpory, závazků a využití v obecné rovině v rámci České republiky. Česká republika nyní stojí na křižovatce zavedení HIA. Zdrojem cenných informací o momentálním využití jsou především držitelé osvědčení, kteří mají povolení samotné hodnocení provádět. Diskuse ohledně připravenosti České republiky na plošnou implementaci je velice živá a jednotný závěr zatím není zřejmý. Experti jsou si vědomi rezerv, které český systém hodnocení vlivů má, ale zároveň vidí v HIA mnoho příležitostí. Pozorují výrazný pokles poptávky a malé všeobecné povědomí o tomto konceptu. Pokud by k celoplošné implementaci opravdu došlo, doporučují především úpravu stávající nebo vytvoření nové národní legislativy.

Úspěšnou implementaci, vyšší poptávku a využitelnost konceptu HIA by podpořil nový vzdělávací systém, upravená, aktualizovaná metodická příručka, více publikované literatury a zvýšení obecného povědomí mezi politiky a širokou veřejností o přidané hodnotě tohoto nástroje. Výše zmíněné body se ale nedají realizovat bez značné finanční alokace, institucionálního zastřešení a především politické vůle celkově koncept ukotvit, posunout



a zdůraznit jeho pozitivní smysl. Každý z výše zmíněného způsobu má určitá pozitiva nebo negativa. Na příkladech vybraných států vidíme různé způsoby implementace HIA. Slovensko si zvolilo cestu čistě legislativní, kdy došlo k zakotvení HIA do zákona o ochraně veřejného zdraví. V Dánsku se rozmohlo využití HIA především díky podpoře Síť zdravých měst. V Nizozemsku zásadní roli sehrály koordinační jednotky a ve Velké Británii tento nástroj využívá především vláda. Každý z přístupů je unikátní a přizpůsoben legislativě a systému dané země. Nejen uvedené příklady mohou být České republice nápomocné při hledání vlastní cesty. V rámci České republiky existuje jeden příklad dobré praxe. Liberecký kraj je jedním z hlavních průkopníků v zavedení hodnocení HIA u koncepcí, strategických dokumentů a rozvojových projektů v rámci působnosti kraje. Česká republika má tedy základ, kde se inspirovat a sdílet zkušenosti.

Vedle Evropské unie a České republiky se k ochraně sociálních determinant zdraví přihlásili všichni členové Světové zdravotnické organizace, tj. i tzv. rozvojové regiony. Tento přístup podporuje korelační vztah mezi mírou rozvoje a úrovní zdraví – takže zdravá populace se stává předpokladem pro ekonomický rozvoj státu. V rámci těchto regionů není aplikován jednotný přístup implementace HIA. Na úrovni kontinentů byly většinou z iniciativ rozvojových bank a Světové zdravotnické organizace přijaty základní dokumenty se závazky nebo doporučeními k používání nástroje HIA. Dle literatury je HIA nejméně rozšířena v rámci Latinské Ameriky, a to paradoxně ve státech, které trpí největšími nerovnostmi na světě. Naopak nejvíce si ho oblíbila Asijská rozvojová banka, která podmiňuje realizaci svých projektů právě tímto hodnocením. Na africkém kontinentu došlo především k obecným závazkům využívání HIA u realizace rozvojových projektů.

Česká republika přispívá k mezinárodnímu rozvoji nejen finančními závazky v rámci evropského systému rozvojové spolupráce, ale i díky svému systému ZRS ČR, který klade důraz na odpovědnost vůči komunitám a udržitelnému způsobu rozvoje a života. Dochází tedy v principu k dvojímu důrazu na ochranu zdraví a well-beingu – přijímající státy se snaží ochránit své obyvatele a dárcovské země dostát svých závazků. K tomu by mohl být právě nástroj HIA využit.

Zahraniční rozvojová spolupráce ČR je realizována na základě metodiky projektového cyklu. Je koordinována Ministerstvem zahraničních věcí a Českou rozvojovou agenturou a projekty jsou implementovány subjekty ze soukromé nebo neziskové oblasti. Ze zjištěných informací vyplynulo, že aktéři české rozvojové spolupráce mají obecné povědomí o konceptu Hodnocení vlivů, ale praktické zkušenosti nejsou běžné. Po představení nástroje HIA při použití dotazníků a během rozhovorů vyplynulo, že aktéři ZRS vidí v HIA potenciál a přidanou hodnotu. HIA by pro ně byla nástrojem, který by ještě zvýšil odpovědnost vůči komunitám, ohlídal nechtěné negativní dopady a zároveň by pomohl zvýšit mezinárodní reputaci a vyzdvihnout unikátnost českého rozvojového prostředí. Jsou si ale vědomi další administrativní zátěže, nedostatku volných kapacit lidských zdrojů, potřebné odbornosti a vůle inovovat zaběhnuté postupy. V rámci nastaveného procesu projektového cyklu by nejlepší moment pro vznik hodnocení HIA byl v době přípravy projektové dokumentace.

Součástí práce bylo vytvoření screeningového nástroje, tj. kontrolního checklistu, jako prvního kroku Hodnocení vlivů na zdraví u projektů rozvojové spolupráce malého rozsahu. Tento nástroj je zaměřen na široké spektrum determinant zdraví a je určen pro využití v různých oblastech.

Na začátku práce byly stanoveny celkem čtyři výzkumné záměry a devět podcílů. Každý podcíl obsahuje své specifické výzkumné otázky. Práce na všechny výzkumné otázky

odpověděla, všechny cíle a záměry naplnila a zároveň se snažila svým vznikem podpořit chybějící literaturu k tématu Health Impact Assessmentu v českém jazyce.

## 11 SUMMARY

The dissertation provides an in depth analysis of the "Health Impact Assessment" (HIA) tool for implementing the European key strategy called "Health in all policies" (HiAP) in the Czech environment. The first part of the thesis is focused on the introduction of the HIA tool itself, its current position within the legislative system and its current use. In the second part, the potential use of the HIA concept within the Czech development agenda is analyzed.

This research study is based on the assumption that the Czech Republic has adopted the Health in All Policies effort and highlights the impact of non-health public policies, strategic documents and project ideas on public health. Health Impact Assessment is a mechanism to determine the potential effects of a proposed policy, plan, or project on public health. If used properly, the HIA can mitigate negative impacts and emphasize the positive impacts on public health. By implementing the HIA, the Czech Republic can fulfill the Health in All Policies commitments. The main driving force to use this mechanism is the global commitment and consensus of all states towards sustainable livelihood and development.

There are steps that must be followed to implement the tool. However, the assessment is flexible and depends on the assessor's understanding of the process. It is important that the assessment is based on a broad model of socio-ecological determinants and that the assessor takes into account the context of complex health and well-being in affected communities. Emphasis must be put on involving the affected communities because their opinions are invaluable for the project/strategic document. The evaluation also depends on the time and financial resources available including the environment in which the evaluation takes place. These factors may become limiting.

Sustainability is the basis for global development and international development cooperation. Public health and wellbeing are at the forefront of many development projects. International financial institutions and Development banks have adopted the idea to use HIA to assess the impact of development projects. Both institutions implemented the HIA assessment in their projects and provided methodical support and materials. The information available in literature does not suggest this mechanism had been used in small scale projects in bilateral development cooperation. Adoption and implementation of HIA into Czech development environment would be an innovative approach.

However, to discuss the potential use of HIA in the development agenda, it is necessary to know the current state of its legislative support, commitments and its general use in the Czech Republic. The country is now at the crossroads of HIA implementation and only certified assessors have the latest information about its current use. The country's readiness for large-scale implementation is being discussed and there are no final conclusions yet. The experts are aware of the limitations of the Czech system, however, they see potential in HIA. Experts say there is a decrease in demand for the tool and low public awareness about the concept. The experts further suggest that current national legislation would have to be changed, or a new legislation developed in order for the tool to be implemented in large-scale.

A new educational system, updated methodical brochures, more published literature and increased awareness among the general public and policymakers about the added value of this tool would support its increased demand and successful implementation. These action points cannot be realized without significant financial funds, institutional framework and, most importantly, a political will to establish and develop the project and emphasize its

positive impact. All of the above mentioned action points represent challenges and opportunities. Different ways to implement HIA can be seen in selected countries. In Slovakia, the HIA was embedded into the National Law on Public Health Protection. In Denmark, the use of HIA increased due to the support of the Network of Healthy Towns. In the Netherlands, coordination groups played a crucial role. In UK, the tool is used mostly by the government. Every approach is unique and must be adjusted to the local legislation and system. These examples can help the Czech Republic establish its own strategy. An example of good practice in the Czech Republic is the Liberecký region. It has become the pioneer of HIA implementation in concepts, strategic documents and development projects at the regional level. This can be a good resource for the Czech Republic for sharing knowledge and inspiration.

In addition to the European Union and the Czech Republic, all members of the World Health Organization, including the developing countries, have agreed to protect social determinants of health. This approach supports the correlation between the level of development and public health within a country – a healthy population is a prerequisite for economic development of the state. There is no common and unified approach to implement HIA in these regions. At the continental level, commitments and recommendations to implement HIA contained in basic policy documents were adopted, mostly due to the efforts of development banks, and the World Health Organization initiative. According to the literature, the HIA is the least prevalent in Latin America. Paradoxically, in the world's most unequal countries. On the contrary, the HIA assessment became popular in Asia and it is required for all Asian Development Bank projects. In Africa, general commitments to use HIA have been accepted for development projects.

The Czech Republic contributes to the international development not only by meeting its international financial commitments under the EU Development Cooperation. Its Development Cooperation system insists on the importance of accountability to communities and sustainable development and livelihood. Therefore, there is more emphasis on health and well-being protection – receiving states seek to protect their citizens and donor countries aim at meeting their commitments. This could be the purpose of HIA.

The Development Cooperation Strategy of the Czech Republic is based on Project Cycle Management method. Projects are implemented by nonprofit or private sector entities and subsequently coordinated by state administration under the auspices of Ministry of Foreign Affairs of the Czech Republic and Czech Development Agency. There is a general awareness about the HIA tool among the major players in the development cooperation, but practical skills are not common. After distributing questionnaires, in which the HIA tool was introduced to various stakeholders, and after conducting several interviews, it was found that the major players in the Czech Development Cooperation see potential and the added value that HIA offers. They also saw HIA as a tool to further increase the accountability to communities, mitigate the unintended consequences and for raising our international profile. However, they were concerned about the additional administrative burden, insufficient human resources, and the lack of necessary expertise and political will to introduce innovation to already existing procedures. The best time to introduce the HIA assessment in the Project Cycle Management would be during the preparation of project documents.

A part of this research was to develop a screening tool, a checklist, as a first step to assess the impacts of project on health in small-scale development projects. The tool focuses on large spectrum of health determinants and can be used in various areas.

The results presented in this thesis had four sub-areas and nine sub-targets. Each sub-target consists of specific research question. All research questions were answered properly, all objectives and targets were achieved and its inception was aimed at supporting the lack of literature on Health Impact Assessment in Czech language.

## 12 POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

- AFRICAN DEVELOPMENT BANK, 2015. *Safeguards and sustainability series: Integrated Safeguards System – Guidance Materials – Vol. 2: Guidance on Safeguard Issues* [online]. Abidjan, Cote D'Ivoire: African Development Bank Group [vid. 2019-05-02]. Dostupné z: <https://www.afdb.org/en/documents/document/integrated-safeguards-system-guidance-materials-vol-2-guidance-on-safeguard-issues-85675/>
- AHMAD, Balsam, 2004. Integrating health into impact assessment: challenges and opportunities. *Impact Assessment and Project Appraisal* [online]. **22**(1), 2–4 [vid. 2015-11-21]. ISSN 1461-5517. Dostupné z: [doi:10.3152/147154604781766094](https://doi.org/10.3152/147154604781766094)
- ALMEIDA, Celia a Ernesto BÁSCOLO, 2006. Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. *Cadernos De Saúde Pública*. **22 Suppl**, 7–19. ISSN 0102-311X.
- ANDERSEN, Pernille Tanggaard a Jens-Jørgen JENSEN, 2010. Healthcare reform in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health* [online]. **38**(3), 246–252. ISSN 1651-1905. Dostupné z: [doi:10.1177/1403494809350521](https://doi.org/10.1177/1403494809350521)
- APPIAH-OPOKU, Seth, 2001. Environmental impact assessment in developing countries: the case of Ghana. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **21**(1), 59–71 [vid. 2019-05-01]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: [doi:10.1016/S0195-9255\(00\)00063-9](https://doi.org/10.1016/S0195-9255(00)00063-9)
- ASIAN DEVELOPMENT BANK, 1992. *Guidelines for the Health Impact Assessment of Development Projects* [online]. B.m.: Asian Development Bank [vid. 2019-05-02]. Dostupné z: <https://www.adb.org/documents/guidelines-health-impact-assessment-development-projects>
- ASIAN DEVELOPMENT BANK, 2003. *A Primer on Health Impacts of Development Programs* [online]. B.m.: Asian Development Bank [vid. 2019-05-02]. ISBN 978-971-561-511-2. Dostupné z: <https://www.adb.org/publications/primer-health-impacts-development-programs>
- ASIAN DEVELOPMENT BANK, 2015. *Malaria Elimination* [online]. B.m.: Asian Development Bank [vid. 2019-05-02]. Dostupné z: <https://www.adb.org/publications/rmtf-malaria-elimination>
- ASIAN DEVELOPMENT BANK, 2018. *Health Impact Assessment: A Good Practice Sourcebook* [online]. Manila, Philippines: Asian Development Bank [vid. 2019-05-02]. Dostupné z: [doi:10.22617/TIM189515-2](https://doi.org/10.22617/TIM189515-2)
- BANGURA, Yusuf, 2011. Inequality and the Politics of Redistribution. *The European Journal of Development Research* [online]. **23**(4), 531–536. Dostupné z: <https://EconPapers.repec.org/RePEc:pal:eurjdr:v:23:y:2011:i:4:p:531-536>
- BARTON, Hugh a Marcus GRANT, 2006. A health map for the local human habitat. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* [online]. **126**(6), 252–253 [vid. 2015-06-09]. ISSN 1757-9139, 1757-9147. Dostupné z: [doi:10.1177/1466424006070466](https://doi.org/10.1177/1466424006070466)
- BEKKER, Marleen, Mieke STEENBAKKERS, Ilse STORM a Maria JANSEN, 2013. From instruments towards programme for HiAP decision-support? Health Impact Assessment in the Netherlands. In: Monica O'MULLANE, ed. *Integrating Health Impact Assessment into the Policy Process: Lessons and Experiences from Around the World*. Oxford.
- BHATIA, Rajiv a Aaron WERNHAM, 2008. Integrating Human Health into Environmental Impact Assessment: An Unrealized Opportunity for Environmental Health and Justice. *Environmental Health Perspectives* [online]. **116**(8), 991–1000 [vid. 2015-11-21]. ISSN 0091-6765. Dostupné z: [doi:10.1289/ehp.11132](https://doi.org/10.1289/ehp.11132)

- BIRLEY, Martin, 1995. *The Health Impact Assessment of Development Projects*. London: HMSO Publications Centre. ISBN 0-11-580262-2.
- BIRLEY, Martin, 2002. A review of trends in health impact assessment and the nature of the evidence used. *Environmental Management and Health* [online]. **13**(1), 21–39. ISSN 0956-6163. Dostupné z: doi:10.1108/09566160210417804
- BIRLEY, Martin, 2003. Health impact assessment, integration and critical appraisal. *Impact Assessment and Project Appraisal* [online]. **21**(4), 313–321 [vid. 2015-05-19]. ISSN 1461-5517. Dostupné z: doi:10.3152/147154603781766158
- BIRLEY, Martin, 2005. Health impact assessment in multinationals: A case study of the Royal Dutch/Shell Group. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **25**(7–8), Health Impact Assessment, 702–713 [vid. 2015-11-11]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: doi:10.1016/j.eiar.2005.07.001
- BIRLEY, Martin, 2011. *Health Impact Assessment: Principles and Practice*. B.m.: Routledge. ISBN 978-1-136-76444-8.
- BIRLEY, Martin, Peter FURU, Charles E. ENGEL a Robert BOS, 2003. Health opportunities in development: a course manual on developing intersectoral decision-making skills in support of health impact assessment [online]. B.m.: World Health Organization [vid. 2019-05-01]. ISBN 978-92-4-154563-1. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/96618>
- CAMERON, Colleen, Sebanti GHOSH a Susan L. EATON, 2011. Facilitating communities in designing and using their own community health impact assessment tool. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **31**, 433–437. Dostupné z: doi:10.1016/j.eiar.2010.03.001
- CAMERON, Colleen a Tanya WASACASE, 2017. Community-driven health impact assessment and asset-based community development: An innovate path to community well-being. In: Rhonda PHILLIPS a Cecilia WONG, ed. *Handbook of community well-being research*. [online]. New York, USA: Springer Science + Business Media, International handbooks of quality-of-life; ISSN: 2468-7227 (Print), 2468-7235 (Electronic), s. 239–259. Dostupné z: doi:10.1007/978-94-024-0878-2\_13
- CAUSSY, Deoraj a Priti KUMAR, 2003. Health impact assessment needs in south-east Asian countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 6.
- CENIA, 2015. *CENIA – česká informační agentura životního prostředí* [online] [vid. 2015-11-11]. Dostupné z: <http://www1.cenia.cz/www/>
- CENTRE FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015. *Social Determinants of Health* [online] [vid. 2015-11-19]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/nchstp/socialdeterminants/index.html>
- CENTRUM OBČANSKÉHO VZDĚLÁVÁNÍ, 2019. *Participativní metody* [online] [vid. 2019-04-20]. Dostupné z: <http://www.participativnimetody.cz/>
- COOK, Sarah, Shufang ZHANG a Ilcheong YI, 2013. Health and Development: challenges and pathways to HiAP in low-income countries. In: *Health in All Policies: seizing opportunities, impelmenting policies*. Malta: Ministry of Social Affairs and Health, Finland. ISBN 978-952-00-3406-1.
- CSDH, ed., 2008. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. ISBN 978-92-4-156370-3.
- ČESKO, 1992a. *Základní listina práv a svobod* [online]. 1992. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
- ČESKO, 1992b. Zákon č. 244/1992 Sb., zákon České národní rady o posuzování vlivů na životní prostředí. 1. červenec 1992.

- ČESKO, 2001a. *Zákon č. 100/2001 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí* [online]. jaro 2001. Dostupné z: <https://www.mzp.cz/www/platnalegislativa.nsf/%24%24OpenDominoDocument.xsp?documentId=8A12B8F25817A234C125729D0039D956&action=openDocument>
- ČESKO, 2001b. *Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů*. jaro 2001.
- ČESKO, 2004. *Zákon č. 93/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 100/2001 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o posuzování vlivů na životní prostředí)*. 2004.
- ČESKO, 2010. *Zákon č. 151/2010 Sb., o zahraniční rozvojové spolupráci a humanitární pomoci poskytované do zahraničí* [online]. 2010. [vid. 2019-06-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-151>
- ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ a Hynek DOLANSKÝ, 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2860-5.
- ČRA ČR, 2017. *Sektorové zaměření ZRS ČR/Co děláme*. [online] [vid. 2019-06-15]. Dostupné z: <http://www.czechaid.cz/nase-aktivity/co-delame/>
- ČRA ČR, 2018. *Metodika Zahraniční rozvojové spolupráce České republiky* [online]. Dostupné z: [https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni\\_vztahy/rozvojova\\_spoluprace/koncepce\\_publicace/koncepce/metodika\\_zrs\\_cr.html](https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/rozvojova_spoluprace/koncepce_publicace/koncepce/metodika_zrs_cr.html)
- DAHLGREN, Goran a Margaret WHITEHEAD, 1991. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Policy Studies.
- DANĚK, Petr, 2011. Kolonialismus. In: Lenka DUŠKOVÁ, Jaromír HARMÁČEK, Petra KRYLOVÁ, Zdeněk OPRŠAL, Miroslav SYROVÁTKA a Simona ŠAFARÍKOVÁ *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- DE JOUVENEL, Hugues, 2000. A Brief Methodological Guide to Scenario Building. *Technological Forecasting and Social Change* [online]. **65**(1), 37–48 [vid. 2015-06-13]. ISSN 0040-1625. Dostupné z: doi:10.1016/S0040-1625(99)00123-7
- DEATON, Angus S., 2004. Health in an Age of Globalization. *SSRN Electronic Journal* [online]. [vid. 2019-04-30]. ISSN 1556-5068. Dostupné z: doi:10.2139/ssrn.567841
- DESIGN FOR HEALTH, 2019. *Health Impact Assessment – Design for Health* [online] [vid. 2019-07-20]. Dostupné z: <http://designforhealth.net/hia/>
- DISMAN, Miroslav, 1999. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0139-7.
- DJAKOUALNO, Lukáš a Pavel BLÁHA, 2011. *Oficiální rozvojová pomoc (ODA)* [online]. 2011. B.m.: AMO. Dostupné z: <https://www.amo.cz/wp-content/uploads/2016/01/PSS-Ofici%C3%A1ln%C3%AD-rozvojov%C3%A1-pomoc-GA.pdf>
- DOLANSKÝ, Hynek, 2008. *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetřovatelství. ISBN 978-80-7248-494-2.
- DOUGLAS, Margaret a Alex SCOTT-SAMUEL, 2001. Addressing health inequalities in health impact assessment. *Journal of Epidemiology & Community Health* [online]. **55**(7), 450–451 [vid. 2015-11-21]. ISSN 0143005X. Dostupné z: doi:10.1136/jech.55.7.450
- DREWRY, Jonathan a Roy KWIATKOWSKI, 2015. The role of health impact assessment in advancing sustainable development in Latin America and the Caribbean. *Journal of Environmental Health*. **77**(8), 16–20. ISSN 0022-0892.



- DUA, Binny a Anita S. ACHARYA, 2014. Health impact assessment: Need and future scope in India. *Indian Journal of Community Medicine* [online]. **39**(2), 76 [vid. 2019-04-08]. ISSN 0970-0218. Dostupné z: doi:10.4103/0970-0218.132719
- DUŠKOVÁ, Lenka, Jaromír HARMÁČEK, Petra KRYLOVÁ, Zdeněk OPRŠAL, Miroslav SYROVÁTKA, Simona ŠAFAŘÍKOVÁ a KOLEKTIV, 2011. *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2948-9.
- EDWARDS, Ruth W., Pamela JUMPER THURMAN, Barbara A. PLESTED, Eugene R. OETTING a Louis SWANSON, 2000. Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology* [online]. **28**(3), 291–307 [vid. 2019-04-26]. ISSN 1520-6629. Dostupné z: doi:10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9
- ENVIMAT, 2019. LCA – Life Cycle Assessment. *Envimat – stavební výroby a životní prostředí* [online] [vid. 2019-05-05]. Dostupné z: <http://www.envimat.cz/metodika/lca/>
- EQUATOR PRINCIPLES, 2006. *Equator principles* [online] [vid. 2015-06-17]. Dostupné z: [http://www.equator-principles.com/resources/equator\\_principles\\_II.pdf](http://www.equator-principles.com/resources/equator_principles_II.pdf)
- EUROPEAN CENTRE FOR HEALTH POLICY, 1999. *Gothenburg Consensus* [online]. Report. B.m.: HIA Gateway, West Midlands Public Health Observatory [vid. 2015-05-19]. Dostupné z: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44163>
- EUROPEAN COMMISSION, 2006. *The European consensus on Development*. Luxembourg: Office for Official Publ. of the European Communities. Development, 129. ISBN 978-92-79-01254-9.
- EUROPEAN COMMISSION, 2007. Health Strategy. *Public Health - European Commission* [online] [vid. 2019-04-22]. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/health/policies/background/review/strategy\\_en](https://ec.europa.eu/health/policies/background/review/strategy_en)
- EUROPEAN COMMISSION, 2015a. A Global Partnership for Poverty Eradication and Sustainable Development after 2015. *International Cooperation and Development* [online] [vid. 2015-06-16]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/europeaid/communication-global-partnership-poverty-eradication-and-sustainable-development-after-2015\\_en](http://ec.europa.eu/europeaid/communication-global-partnership-poverty-eradication-and-sustainable-development-after-2015_en)
- EUROPEAN COMMISSION, 2015b. *Health Policy* [online] [vid. 2015-11-20]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/health\\_policies/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_en.htm)
- EUROPEAN COMMISSION – EIA, 2015. *Environmental Impact Assessment – EIA* [online] [vid. 2015-06-16]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/environment/eia/eia-legalcontext.htm>
- EUROPEAN COMMISSION – SEA, 2015. *Strategic Environmental Assessment – SEA* [online] [vid. 2015-06-16]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/environment/eia/sea-legalcontext.htm>
- EUROPEAN COMMISSION, 2015. Health in all Policies. *European Commission – Public Health* [online]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/health\\_policies/impact/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/health_policies/impact/index_en.htm) 20. 5. 2015
- EUROPEAN UNION, 1997. Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the treaties establishing the European Communities and certain related acts. Luxembourg : Lanham, Md: Office for Official Publications of the European Communities ; Bernan Associates [distributor]. ISBN 978-92-828-1652-3.
- EVROPSKÁ UNIE, 2017. Nový evropský konsensus o rozvoji: Náš svět, naše důstojnost, naše budoucnost [online]. 28. Dostupné z: [http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0241\\_CS.html](http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0241_CS.html)
- EVROPSKÝ PARLAMENT, 2019. *Všeobecný přehled rozvojové politiky* [online] [vid. 2019-06-02]. Dostupné z: <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/cs/sheet/163/a-general-survey-of-development-policy>

- FEHR, Rainer, ed., 2014. *Health in Impact Assessments: Opportunities not to be missed* [online]. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe [vid. 2015-06-09]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/health-impact-assessment/publications/2014/health-in-impact-assessments-opportunities-not-to-be-missed>
- FORS, 2019a. *Informace o FoRS* [online] [vid. 2019-04-28]. Dostupné z: <http://www.fors.cz/informace-o-fors/#.XMWYhaTgpPY>
- FORS, 2019b. *Koherence politik pro rozvoj* [online] [vid. 2019-06-02]. Dostupné z: [http://www.fors.cz/koherence-politik-pro-rozvoj-ve-fors/#.XPN49I\\_gpPY](http://www.fors.cz/koherence-politik-pro-rozvoj-ve-fors/#.XPN49I_gpPY)
- FORS, 2019c. *Seznam členů a pozorovatelů FoRS* [online] [vid. 2019-04-28]. Dostupné z: <http://www.fors.cz/clenove-a-pozorovatele/seznam-clenu-a-pozorovatele/#.XMWrs6TgpPY>
- FOUSKOVÁ, Helena, 2001. Systémy zdravotní péče ve vybraných zemích a jejich srovnání se systémem zdravotné péče v České republice. Praha. Atestační práce. IPVZ.
- FRANKISH, James, Lawrence W. GREEN, Pamela A. RATNER, Treena CHOMIK a Craig LARSEN, 1996. *Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy* [online]. 1996. B.m.: University of British Columbia. [vid. 2015-12-06]. Dostupné z: <http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/healthimpact.PDF?Archive=192469191064>
- FREDSGAARD, Mette Winge, Ben CAVE a Alan BOND, 2009. *A review package for health impact assessment reports of development projects*. Leeds, UK: Ben Cave Associates. ISBN 978-1-907210-02-0.
- FÜHRER, Helmut, 1996. The story of official development assistance a history of the development assistance committee and the development co-operation directorate in dates, names and figures [online]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD/GD(94)67) [vid. 2015-12-11]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/dac/1896816.pdf>
- GULIŠ, Gabriel, 2017. *Hodnocení vlivu na zdraví (HIA) a zdraví v posuzování životního prostředí – posílení praxe HIA v České republice* [online]. Kodaň, Dánsko: World Health Organisation. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/334673/enhancing-HIA-Czech-Republic.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/334673/enhancing-HIA-Czech-Republic.pdf?ua=1)
- GULIŠ, Gabriel a Jana KOLLÁROVÁ, 2013. Health impact assessment implementation and public health policy systems in Denmark and Slovakia. In: Monica O'MULLANE, ed. *Integrating Health Impact Assessment with Policy Process*. Great Britain, Croydon: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-963996-0.
- GULIŠ, Gabriel, Matthew SOEBERG, Marco MARTUZZI a Julia NOWACKI, 2012. *Strengthening the implementation of health impact assessment in Latvia* [online]. 2012. B.m.: World Health Organization. [vid. 2015-11-21]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/160810/e96481.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/160810/e96481.pdf?ua=1)
- GULIŠ, Gabriel a Dineke ZEEGERS PAGET, 2014. What is and what is not Health Impact Assessment. *European Journal of Public Health* [online]. **24**(6), 875. ISSN 1464-360X. Dostupné z: [doi:10.1093/eurpub/cku132](https://doi.org/10.1093/eurpub/cku132)
- HAIGH, Fiona, Patrick HARRIS a Neil HAIGH, 2012. Health impact assessment research and practice: A place for paradigm positioning? *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **33**(1), 66–72 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: [doi:10.1016/j.eiar.2011.10.006](https://doi.org/10.1016/j.eiar.2011.10.006)
- HAKEN, Roman, František HAVLÍN, Ondřej MAREK, Pavel MIČKA, Martin NAWRATH, Zuzana VACHŮNOVÁ a Aleš ZIEGLER, 2015. *Analysis of participation in the Czech Republic (Analýza participace v ČR)* [online]. B.m.: Agora CE, o.p.s. Dostupné z: <http://www.paktparticipace.cz/dokumenty/analyza>

- HALL, John J. a Richard TAYLOR, 2003. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Medical Journal of Australia* [online]. **178**(1) [vid. 2015-06-16]. ISSN 0025-729X. Dostupné z: <https://www.mja.com.au/journal/2003/178/1/health-all-beyond-2000-demise-alma-ata-declaration-and-primary-health-care>
- HAMLIN, Christopher, 2008. *Public health and social justice in the age of Chadwick: Britain, 1800-1854*. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-58363-3.
- HARRIS, Elizabeth, Ben HARRIS-ROXAS, Patrick HARRIS a Lynn KEMP, 2013. "Learning by Doing": Building Workforce Capacity to Undertake HIA. An Australian Case Study. In: Monica O'MULLANE, ed. *Integrating Health Impact Assessment with the Policy Process: Lessons and experiences from around the world*. B.m.: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-963996-0.
- HARRIS, Patrick a Jeff SPICKETT, 2011. Health impact assessment in Australia: A review and directions for progress. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **31**(4), Health Impact Assessment in the Asia Pacific, 425–432 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: doi:10.1016/j.eiar.2010.03.002
- HARRIS-ROXAS, Ben a Elizabeth HARRIS, 2011. Differing forms, differing purposes: A typology of health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **31**(4), Health Impact Assessment in the Asia Pacific, 396–403 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: doi:10.1016/j.eiar.2010.03.003
- HEBERT, Katherine A., Arthur M. WENDEL, Sarah K. KENNEDY a Andrew L. DANNENBERG, 2012. Health impact assessment: A comparison of 45 local, national, and international guidelines. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **34**, 74–82 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: doi:10.1016/j.eiar.2012.01.003
- HENDL, Jan, 1997. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-7184-549-2.
- HENNOCK, E. P., 2000. The urban sanitary movement in England and Germany, 1838–1914: a comparison. *Continuity and Change* [online]. **15**(02), 269–296 [vid. 2015-11-30]. ISSN 1469-218X. Dostupné z: doi:null
- HIA CONNECT, 2019. *HIA Connect | Building capacity to undertake health impact assessment* [online] [vid. 2019-07-20]. Dostupné z: <http://hiaconnect.edu.au/>
- HOCH, Tomáš, 2011. Možnosti rozvoje de facto států prostřednictvím humanitární pomoci, rozvojové spolupráce a aktivit organizací občanské společnosti: případová studie Abcházie. Praha: European Science and Art Publishing. ISBN 978-80-87504-13-0.
- HOLČÍK, Jan, 2004. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století* [online]. B.m.: Ministerstvo zdravotnictví ČR [vid. 2015-11-18]. ISBN 978-80-85047-33-2. Dostupné z: <https://is.muni.cz/publication/566360>
- HOLČÍK, Jan, 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví* [online]. B.m.: MSD, spol. s r.o. [vid. 2015-11-18]. ISBN 978-80-7392-089-0. Dostupné z: <https://www.muni.cz/research/publications/835458>
- HOLČÍK, Jan, 2012. *Zdraví jako osobní a společenská hodnota* [online] [vid. 2015-06-13]. Dostupné z: [http://prakt.upol.cz/zdravi\\_holcik.php](http://prakt.upol.cz/zdravi_holcik.php)
- HOLČÍK, Jan, Pavlína KÁŇOVÁ a Lukáš PRUDIL, 2005. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-417-7.

- HOLČÍK, Jan, Adolf ŽÁČEK a Ilona KOUPILOVÁ, 1998. *Sociální lékařství*. [online]. B.m.: Masarykova univerzita [vid. 2015-05-20]. ISBN 80-210-1907-7. Dostupné z: <http://www.muni.cz/press/research/publications/80-210-1907-7/623>
- HORKÝ, Ondřej, 2011. Rozvoj. In: Lenka DUŠKOVÁ, Jaromír HARMÁČEK, Petra KRYLOVÁ, Zdeněk OPRŠAL, Miroslav SYROVÁTKA a Simona ŠAFARŇKOVÁ *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 262.
- HUNTER, John, Luis REY a David SCOTT, 1982. Man-made lakes and man-made diseases. Towards a policy resolution. *Social Science & Medicine* (1982). **16**(11), 1127–1145. ISSN 0277-9536.
- CHADWICK, Edwin, 1843. Report on the sanitary conditions of the labouring population of Great Britain. A supplementary report on the results of a special inquiry into the practice of interment in towns. Made at the request of Her Majesty's principal secretary of state for the Home department [online]. Great Britain, London: Printed by W. Clowes and sons for H. M. Stationery off. [vid. 2015-11-30]. Dostupné z: <http://catalog.hathitrust.org/Record/001581950>
- CHAMBERS, Robert, 2004. *Ideas for development: reflecting forwards*. Brighton: Institute of Development Studies. Working paper / Institute of Development Studies, 238. ISBN 978-1-85864-848-4.
- CHATTERJI, Somnath, Bedirhan USTÜN a Ritu SADANA, 2002. The conceptual basis for measuring and reporting on health. *Health Policy Discussion* [online]. (45). Dostupné z: <http://www.who.int/entity/healthinfo/paper45.pdf>
- IFC, 2006. *Environmental and Social Performance Standards and Guidance Notes* [online] [vid. 2015-06-17]. Dostupné z: [http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/topics\\_ext\\_content/ifc\\_external\\_corporate\\_site/ifc+sustainability/our+approach/risk+management/performance+standards/environmental+and+social+performance+standards+and+guidance+notes](http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/topics_ext_content/ifc_external_corporate_site/ifc+sustainability/our+approach/risk+management/performance+standards/environmental+and+social+performance+standards+and+guidance+notes)
- IFC, 2009. *Introduction to Health Impact Assessment* [online]. [vid. 2015-06-14]. Dostupné z: <http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/a0f1120048855a5a85dcd76a6515bb18/healthimpact.pdf?mod=ajperes>
- KEARNEY, Matthew, 2004. Walking the walk? Community participation in HIA: A qualitative interview study. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **24**(2), 217–229 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: doi:10.1016/j.eiar.2003.10.012
- KEMM, John, 2005. HIA — Growth and prospects. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **25**(7–8), Health Impact Assessment, 691–692 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: doi:10.1016/j.eiar.2005.07.002
- KEMM, John, ed., 2013. *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. B.m.: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-965601-1.
- KEMM, John, Jayne PARRY a Stephen PALMER, ed., 2004. *Health Impact Assessment*. B.m.: Also available as: eBook. ISBN 978-0-19-852629-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-774-7.
- KUČEROVÁ, Jana a Bohumil HAVEL, 2015. Návod pro posuzování koncepcí z hlediska hodnocení vlivů na zdraví a v návaznosti na Zdraví 2020 (popřípadě regionální zdravotní politiku) [online]. Návod. Dostupné z: <http://www.healthimpact.cz/>
- LEMCO, Jonathan, ed., 1994. *National health care: lessons for the United States and Canada*. Ann Arbor: University of Michigan Press. ISBN 978-0-472-10440-6.
- LEPPO, Kimmo, ed., 2013. *Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies*. B.m.: Ministry of Social Affairs and Health, Finland. ISBN 978-952-00-3406-1.

- LOCK, Karen, 2000. Health impact assessment. *BMJ : British Medical Journal* [online]. **320**(7246), 1395–1398 [vid. 2015-11-09]. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1118057/>
- LOOSOVÁ, Jana, 2017. HIA in the Czech Republic. *European Journal of Public Health* [online]. **27**(suppl\_3) [vid. 2019-06-15]. ISSN 1101-1262, 1464-360X. Dostupné z: [doi:10.1093/eurpub/ckx187.639](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx187.639)
- LOOSOVÁ, Jana, 2019. Fungování OOVZ, proces SEA, EIA v české legislativě.
- MACKENBACH, Johan P, Marina KARANIKOLOS a Martin MCKEE, 2013. The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. *The Lancet* [online]. **381**(9872), 1125–1134 [vid. 2015-12-06]. Dostupné z: [doi:10.1016/S0140-6736\(12\)62082-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62082-0)
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ, 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MANNHEIMER, Louise Niluger, Gabriel GULIŠ, Juhani LEHTO a Piroska ÖSTLIN, 2007. Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods. *The European Journal of Public Health* [online]. **17**(5), 526–531. Dostupné z: [doi:10.1093/eurpub/ckl267](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl267)
- MAŘINCOVÁ, Lenka, 2018. *First steps of nationwide HIA implementation in the Czech Republic: expert group established* [online]. 2018. Dostupné z: [https://ephconference.eu/repository/conference/2018/Programme\\_Book\\_Ljubljana\\_2018.pdf](https://ephconference.eu/repository/conference/2018/Programme_Book_Ljubljana_2018.pdf)
- MAŘINCOVÁ, Lenka a Jana KUČEROVÁ, 2015. Implementation of Health Impact Assessment in the Czech Republic: a case study of bottom-up approach. *The European Journal of Public Health* [online]. **25**(suppl 3). Dostupné z: [doi:10.1093/eurpub/ckv172.030](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv172.030)
- MAŘINCOVÁ, Lenka, Jana LOOSOVÁ a Gabriel GULIŠ, 2016. Možné cesty implementace hodnocení vlivů na zdraví v České republice. *Hygiena* [online]. **61**(3), 114–118 [vid. 2019-04-21]. ISSN 18026281, 18031056. Dostupné z: [doi:10.21101/hygiena.a1441](https://doi.org/10.21101/hygiena.a1441)
- MEHMET, Ozay, 1999. *Westernizing the Third World: The Eurocentricity of Economic Development Theories*. 2 edition. London : New York: Routledge. ISBN 978-0-415-20574-0.
- MEKEL, Odile, Fiona HAIGH, Rainer FEHR, Alex SCOTT-SAMUEL, Debbie ABRAHAMS, Andy PENNINGTON, Lea DEN BROEDER, Cathal DOYLE a Owen METCALFE, 2004. Policy Health Impact Assessment for the European Union. *Das Gesundheitswesen* [online]. **66**(08/09), s-2004-833973 [vid. 2019-04-22]. ISSN 0941-3790, 1439-4421. Dostupné z: [doi:10.1055/s-2004-833973](https://doi.org/10.1055/s-2004-833973)
- MERRIEN, François-Xavier, 2013. Social Protection as Development Policy: A New International Agenda for Action. *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement* [online]. **4**(4.2), 89–106 [vid. 2019-04-29]. ISSN 1663-9375. Dostupné z: <http://journals.openedition.org/poldev/1525>
- MILIO, Nancy, 1981. *Promoting health through public policy*. B.m.: FA Davis Co.
- MINDELL, Jenifer, Erica ISON a Mikte JOFFE, 2003. A glossary for health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health* [online]. **57**(9), 647–651 [vid. 2015-11-11]. ISSN , 1470-2738. Dostupné z: [doi:10.1136/jech.57.9.647](https://doi.org/10.1136/jech.57.9.647)
- MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR, 2010. *Koncepce zahraniční rozvojové spolupráce České republiky na léta 2010-2017* [online]. [vid. 2015-06-09]. Dostupné z: [http://www.mzv.cz/public/5b/5c/67/501254\\_391744\\_Koncepce\\_ZRS.doc](http://www.mzv.cz/public/5b/5c/67/501254_391744_Koncepce_ZRS.doc)
- MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR, 2015. *Koncepce zahraniční politiky České republiky* [online]. 2015. Dostupné

z: [https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni\\_vztahy/analyzy\\_a\\_koncepce/koncepce\\_zahranicni\\_politiky\\_cr.html](https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/analyzy_a_koncepce/koncepce_zahranicni_politiky_cr.html)

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR, 2017a. *Nárůst oficiální rozvojové pomoci v roce 2016* [online] [vid. 2019-06-15]. Dostupné

z: [https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni\\_vztahy/rozvojova\\_spoluprace/aktualne/narust\\_oficialni\\_rozvojove\\_pomoci\\_v\\_roce.html](https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/rozvojova_spoluprace/aktualne/narust_oficialni_rozvojove_pomoci_v_roce.html)

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR, 2017b. *Strategie zahraniční rozvojové spolupráce České republiky* [online]. 2017. Dostupné z: [http://www.czechaid.cz/wp-content/uploads/2017/10/strategie\\_mzv\\_2017\\_A4\\_09.pdf](http://www.czechaid.cz/wp-content/uploads/2017/10/strategie_mzv_2017_A4_09.pdf)

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR, 2019a. *Odbor rozvojové spolupráce | Ministerstvo zahraničních věcí České republiky* [online] [vid. 2019-04-28]. Dostupné

z: [https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni\\_vztahy/rozvojova\\_spoluprace/koordinace\\_zrs/odbor\\_rozvojove\\_spoluprace/index.html](https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/rozvojova_spoluprace/koordinace_zrs/odbor_rozvojove_spoluprace/index.html)

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR, 2019b. *Oficiální rozvojová pomoc (ODA) ČR za rok 2017* [online] [vid. 2019-05-08]. Dostupné

z: [https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni\\_vztahy/rozvojova\\_spoluprace/koncepce\\_publikace/vyrocní\\_prehledy/oficialni\\_rozvojova\\_pomoc\\_oda\\_cr\\_za\\_rok\\_4.html](https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/rozvojova_spoluprace/koncepce_publikace/vyrocní_prehledy/oficialni_rozvojova_pomoc_oda_cr_za_rok_4.html)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2014. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Národním zdravotním ústavem. ISBN 978-80-85047-50-9.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2015. Akční plánč. 5 : Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí na období 2015-2020. In: *Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2017. *Evidence držitelů osvědčení odborné způsobilosti o posuzování vlivů na veřejné zdraví* [online] [vid. 2017-02-26]. Dostupné

z: [http://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/evidence-drzitelu-osvedceni-odborne-zpusobilosti-o-posuzovani-vlivu-naverejne-\\_6710\\_5.html](http://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/evidence-drzitelu-osvedceni-odborne-zpusobilosti-o-posuzovani-vlivu-naverejne-_6710_5.html)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2018. Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017–září 2018 [online]. Tisková zpráva. [vid. 2019-04-22]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/informace-o-stavu-realizace-zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zd\\_16291\\_3016\\_5.html](https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/informace-o-stavu-realizace-zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zd_16291_3016_5.html)

MIRSHOJAEIAN HOSSEINI, Hossein a Shinji KANEKO, 2012. Causality between pillars of sustainable development: Global stylized facts or regional phenomena? *Ecological Indicators* [online]. **14**(1), 197–201 [vid. 2016-01-26]. ISSN 1470-160X. Dostupné z: doi:10.1016/j.ecolind.2011.07.005

MORRISON, David, Marc PETTICREW a Hilary THOMSON, 2001. Health Impact Assessment-and beyond. *Journal of Epidemiology and Community Health*. **55**(4), 219–220. ISSN 0143-005X.

NÁRODNÍ SÍŤ ZDRAVÝCH MĚST, 2015. *Hodnocení dopadů na zdraví - HIA* [online] [vid. 2015-11-10]. Dostupné z: <http://healthimpact.cz/>

NAVRÁTILOVÁ, Alice, 2009. *Definice rozvoje, rozvojová teorie a rozvojová studia* [online]. Brno [vid. 2016-02-02]. Disertační práce. Masarykova Univerzita v Brně. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/19016/fss\\_d/finalni\\_verze\\_x.pdf](https://is.muni.cz/th/19016/fss_d/finalni_verze_x.pdf)

NAVRÁTILOVÁ, Alice, 2011. Modernizační škola. In: Lenka DUŠKOVÁ, Jaromír HARMÁČEK, Petra KRYLOVÁ, Zdeněk OPRŠAL, Miroslav SYROVÁTKA a Simona ŠAFAŘÍKOVÁ *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

NAVRÁTILOVÁ, Alice, 2013. *Nerovný vývoj světa a rozvojová teorie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6675-5.

NAVRÁTILOVÁ, Alice a Jaromír HARMÁČEK, 2011. Postrozvoj. In: Lenka DUŠKOVÁ, Jaromír HARMÁČEK, Petra KRYLOVÁ, Zdeněk OPRŠAL, Miroslav SYROVÁTKA a Simona ŠAFAŘÍKOVÁ *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

NEW SOUTH WALES, 2004. *NSW Health and equity statement: In all fairness : increasing equity in health across NSW*. North Sydney, N.S.W.: NSW Dept. of Health. ISBN 978-0-7347-3671-0.

NEZVALOVÁ ŠVÁBOVÁ, Jana, 2019. *Metodické doporučení pro posuzování vlivů obecných koncepcí na životní prostředí*. 2019. B.m.: Ministerstvo životního prostředí ČR.

NOVÁČEK, Pavel, 2010. *Udržitelný rozvoj* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [vid. 2015-06-15]. ISBN 978-80-244-2514-6. Dostupné z: <http://www.kosmas.cz/knihy/170415/udrzitelny-rozvoj/>

O'MULLANE, Monica a Gabriel GULIŠ, 2014. Health impact assessment. In: Rainer FEHR *Health in Impact Assessment*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

OBLUK, Václav, 2004. Environmental Impact Assessment: rukověť oznamovatele: správný postup oznamovatele záměru při přípravě investičního záměru v procesu posuzování vlivů na životní prostředí podle zákona č. 100/2001 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o posuzování vlivů na životní prostředí), ve znění zákona č. 93/2004 Sb. Praha: MŽP. ISBN 978-80-7212-320-9.

OECD, 2005. *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action* [online]. B.m.: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD/GD(94)67) [vid. 2015-12-11]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm>

OECD, 2009. Aid for better health - what are we learning about what works and what we still have to do? Interim report from the Task Team on Health as a Traces Sector. Paris: Working Party on Aid Effectiveness (DCD)/DAC/EFF. 14.

OLEJAZ, Maria, Annegerete JUUL NIELSEN, Andreas RUDKJOBING, Hans OKKELS BIRK, Allan KRASNIK a Cristina HERNÁNDEZ-QUEVEDO, 2012. Denmark: health system review. *Health Systems in Transition* [online]. **14**(2), 1–192 [vid. 2016-02-14]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/160519/e96442.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf)

O'MULLANE, Monica, ed., 2013. Integrating Health Impact Assessment with the Policy Process: Lessons and experiences from around the world. Great Britain, Croydon: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-963996-0.

O'MULLANE, Monica, 2014. Implementing the legal provisions for HIA in Slovakia: An exploration of practitioner perspectives. *Health Policy* [online]. **117**(1), 112–119 [vid. 2015-06-15]. ISSN 01688510. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthpol.2014.03.005

OPRŠAL, Zdeněk, 2014. *Mezinárodní rozvojová spolupráce: vybrané aspekty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3948-8.

PIEDAD, Martin-Olmedo a Odile MEKEL, 2014. Risk Assessment, Impact Assessment, and Evaluation. In: Gabriel GULIŠ, Odile MEKEL, Balázs ÁDÁM a Liliana CORI, ed. *Assessment of Population Health Risks of Policies*. B.m.: Springer Science & Business Media, s. 282. ISBN 978-1-4614-8597-1.

PLATFORMA PODNIKATELŮ PRO ZAHRANIČNÍ ROZVOJOVOU SPOLUPRÁCI, 2019. *O platformě* [online] [vid. 2019-04-28]. Dostupné z: <http://www.ppzrs.org/inpage/o-platforme/>

PRITCHETT, Lant a Lawrence SUMMERS, 1996. Wealthier is Healthier. *Journal of Human Resources* [online]. **31**(4), 841–868 [vid. 2019-04-30]. Dostupné

z: [https://econpapers.repec.org/article/uwpjhriss/v\\_3a31\\_3ay\\_3a1996\\_3ai\\_3a4\\_3ap\\_3a841-868.htm](https://econpapers.repec.org/article/uwpjhriss/v_3a31_3ay_3a1996_3ai_3a4_3ap_3a841-868.htm)

QUIGLEY, Robert J. a Lorraine C. TAYLOR, 2003. Evaluation as a key part of health impact assessment: the English experience. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. **81**(6), 415–419 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0042-9686. Dostupné z: doi:10.1590/S0042-96862003000600010

RABITSCH ADAMČÍKOVÁ, Jitka, 2015. *Antropologie rozvoje* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [vid. 2016-02-02]. ISBN 978-80-244-4742-1. Dostupné z: <http://www.cbdb.cz/kniha-158519-antropologie-rozvoje-antropologie-rozvoje>

RADA LIBERECKÉHO KRAJE, 2006. *Usnesení č. 1034/06/RK*. 2006.

RAM, Ravi, 2013. Making development assistance for health more effective through HiAP. In: Kimmo LEPPO, Eeva OLLILA, Sebastián PEÑA, Matthias WISMAR a Sarah COOK, ed. *Health in All Policies: seizing opportunities, impelmenting policies*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health, Finland, s. 350. ISBN 978-952-00-3406-1.

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů* [online]. B.m.: Grada [vid. 2015-06-11]. ISBN 978-80-247-3006-6. Dostupné z: [http://www.grada.cz/kapitoly-metodologie-socialnich-vyzkumu\\_5805/kniha/katalog/](http://www.grada.cz/kapitoly-metodologie-socialnich-vyzkumu_5805/kniha/katalog/)

RYCHLÍKOVÁ, Eva, 2006. Hodnocení vlivů na zdraví – Health Impact Assessment (HIA) pro strategické hodnocení vlivů na životní prostředí (SEA). Praha, Česká republika: Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7071-263-4.

SARACCI, Rodolfo, 1997. The world health organisation needs to reconsider its definition of health. *BMJ* [online]. **314**(7091), 1409 [vid. 2015-06-15]. ISSN 0959-8138, 1756-1833. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.314.7091.1409

SCOTT-SAMUEL, Alex, 1996. Health impact assessment. *BMJ* [online]. **313**(7051), 183–184 [vid. 2015-11-21]. ISSN 0959-8138, 1468-5833. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.313.7051.183

SCUDDER, Thayer, 2006. The future of large dams: dealing with social, environmental, institutional and political costs. London: Earthscan. ISBN 978-1-84407-338-2.

SEN, Amartya, 2011. *Development as Freedom* [online] [vid. 2016-02-04]. Dostupné z: [https://books.google.cz/books/about/Development\\_as\\_Freedom.html?hl=cs&id=XmfleDy\\_taYC](https://books.google.cz/books/about/Development_as_Freedom.html?hl=cs&id=XmfleDy_taYC)

SHKOLNIKOV, Vladimir, Evgueni M ANDREEV, Domantas JASILIONIS, Mall LEINSALU, Olga ANTONOVA a Martin MCKEE, 2006. The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. *Journal of Epidemiology & Community Health* [online]. **60**(10), 875–881 [vid. 2015-12-06]. ISSN 0143-005X. Dostupné z: doi:10.1136/jech.2005.044719

SIM, Fiona a Martin MCKEE, 2011. *Issues in Public Health*. B.m.: McGraw-Hill Education (UK). ISBN 978-0-335-24423-2.

SIMPSON, Sarah, Mary MAHONEY, Elizabeth HARRIS, Rosemary ALDRICH a Jenny STEWART-WILLIAMS, 2005. Equity-focused health impact assessment: A tool to assist policy makers in addressing health inequalities. *Environmental Impact Assessment Review* [online]. **25**(7–8), Health Impact Assessment, 772–782 [vid. 2015-05-19]. ISSN 0195-9255. Dostupné z: doi:10.1016/j.eiar.2005.07.010

SLÁDKOVÁ, Zuzana, 2011. Czech Republic and its Official Development Assistance. *AMO and FoRS* [online]. [vid. 2015-06-17]. Dostupné z: [http://fors.cz/user\\_files/fors\\_bf.pdf](http://fors.cz/user_files/fors_bf.pdf)

SLOVENSKO, 2007. Zákon č. 355/2007 Z. Z., o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia. 2007.

SLOVENSKO, 2014. Vyhláška č. 233/2014 Z. z., o podrobnostiach hodnotenia vplyvov na verejné zdravie. 2014.



STÅHL, Timo, ed., 2006. *Health in all policies: prospects and potentials*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health. ISBN 952-00-1964-2.

STÁTNI ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2011. Držitelé Osvědčení o autorizaci podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, pro osoby působící v oblasti ochrany veřejného zdraví [online]. 2011. Dostupné z: [http://apps.szu.cz/cekz/dokumenty/autorizace/osvedceni\\_HRA.pdf](http://apps.szu.cz/cekz/dokumenty/autorizace/osvedceni_HRA.pdf)

STEIN, Howard, 1996. Institutional Theories and Structural Adjustment in Africa. In: Janet HUNTER a Colin LEWIS *New Institutional Economics and Third World Development*. London: Routledge.

SUMMER, Andy a Michael TRIBE, 2008. What could Development Studies be? *Development in Practice* [online]. **18**(6) [vid. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.developmentinpractice.org/journals/what-could-development-studies-be>

SUSTAINABLE DEVELOPMENT SOLUTION NETWORK, 2014. *Health in the Framework of Sustainable Development, technical report for the post-2015 development agenda* [online]. Dostupné z: <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/Health-For-All-Report.pdf>

ŠAFAŘÍKOVÁ, Simona, 2013. The influence of sport and physical activities on youth development within the context of developing countries (The Kids League, Uganda) [online]. B.m. [vid. 2016-02-02]. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury. Dostupné z: <https://theses.cz/id/e1zl4?info=1;isshlret=Simona%3B%C5%A0AFA%C5%98%C3%8DKOV%C3%81%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dsafarikova%20simona%26start%3D1>

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* [online]. B.m.: Portál [vid. 2015-06-11]. ISBN 978-80-7367-313-0. Dostupné z: <http://knihy.abz.cz/prodej/kvalitativni-vyzkum-v-pedagogickych-vedach>

TARLOV, Alvin R., 1999. Public Policy Frameworks for Improving Population Health. *Annals of the New York Academy of Sciences* [online]. **896**(1), 281–293 [vid. 2015-11-19]. ISSN 1749-6632. Dostupné z: [doi:10.1111/j.1749-6632.1999.tb08123.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08123.x)

TECHNICAL SUPPORT TEAM UN, 2013. *TST Issue brief: Health and Sustainable Development* [online]. [vid. 2016-01-28]. Dostupné z: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/18300406tstissueshealth.pdf>

UCLA, 2019. *Phases of HIA 1. Screening | Health Impact Assessments - UCLA SPH* [online] [vid. 2019-03-09]. Dostupné z: <http://www.hiaguide.org/methods-resources/methods/phases-hia-1-screening>

UN, 2015. *Millennium Development Goals* [online] [vid. 2015-06-16]. Dostupné z: <http://www.un.org/millenniumgoals/>

UN, 2019. *Sustainable development goals – Sustainable Development Knowledge Platform* [online] [vid. 2015-06-16]. Dostupné z: <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals>

UNDP, 2015. *Human Development Reports/HDI* [online] [vid. 2015-12-13]. Dostupné z: <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>

UNWCED, 1987. *Our Common Future – World Commission On Environment and Development*. 1 edition. Oxford ; New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-282080-8.

ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY, 2009. *Organizačná štruktúra* [online] [vid. 2016-02-25]. Dostupné z: [http://www.uvzs.sk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=67&Itemid=57](http://www.uvzs.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=57)

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2017. *Strategický rámec Česká republika 2030*. [online]. 1. ISBN 978-80-7440-181-7. Dostupné

z: [https://www.mzp.cz/C1257458002F0DC7/cz/agenda\\_2030/\\$FILE/OUR\\_Strategicky\\_ramec\\_20181015.pdf](https://www.mzp.cz/C1257458002F0DC7/cz/agenda_2030/$FILE/OUR_Strategicky_ramec_20181015.pdf)

ÚZIS ČR, 2015. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online] [vid. 2015-12-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu>

VALENTA, Vladimír a Jana KUČEROVÁ, 2007. Zpracování hodnocení vlivů na zdraví do strategických dokumentů. *Hygiena*. (2).

VILIANI, Francesca a Edith Essie CLARKE, 2013. Realities and opportunities for health impact assessment in Africa. In: *Integrating Health Impact Assessment with the Policy Process: Lessons and experiences from around the world* [online]. B.m.: Oxford University Press [vid. 2019-04-30]. ISBN 978-0-19-175548-4. Dostupné z: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199639960.001.0001/med-9780199639960-chapter-14>

VLOK, C.A. a Jiri PANEK, 2013. Participativní mapování jako nástroj komunitního rozvoje – případová studie Koffiekraal, Jihoafrická republika. In: *Geografické rozhledy: časopis pro výuku a popularizaci geografie*.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. ISBN 978-80-7345-456-2.

WALES HEALTH IMPACT ASSESSMENT SUPPORT UNIT, 2019. *What is HIA* [online] [vid. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/en/about-us/what-hia/>

WARWICK-BOOTH, Louise, Ruth CROSS a Diane LOWCOCK, 2012. *Contemporary health studies: An introduction*. B.m.: Polity.

WHIASU, 2019. *Health Impact Assessment – Practical Guide* [online]. 2019. Dostupné z: [https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/7714/9555/1126/Whiasu\\_Guidance\\_Report\\_English\\_V2\\_WEB.pdf](https://whiasu.publichealthnetwork.cymru/files/7714/9555/1126/Whiasu_Guidance_Report_English_V2_WEB.pdf)

WHO, 1946. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO, 1986. *Ottawa Charter on Health Promotion*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO, 2001. Report of an Inter-regional Meeting on Harmonization and Mainstreaming of HIA in the World Health Organization and of a Partnership Meeting on the Institutionalization of HIA Capacity Building in Africa [online]. 2001. Dostupné z: [http://origin.who.int/water\\_sanitation\\_health/resources/wsh0107.pdf](http://origin.who.int/water_sanitation_health/resources/wsh0107.pdf)

WHO, 2009. *Libreville Declaration* [online]. B.m.: WHO Regional Office for Africa [vid. 2019-05-01]. Dostupné z: <https://www.afro.who.int/publications/libreville-declaration>

WHO, 2011. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. In: *World conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO, 2015a. Global Health Declarations. *WHO* [online] [vid. 2015-11-20]. Dostupné z: <http://www.who.int/trade/glossary/story039/en/>

WHO, 2015b. Health Equity. *WHO* [online] [vid. 2015-11-19]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>

WHO, 2015c. Social determinants of health – Key concepts. *WHO* [online] [vid. 2015-12-09]. Dostupné z: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/)

WHO, 2015d. Social determinants of health. *WHO – Social determinants of health* [online] [vid. 2015-06-05]. Dostupné z: [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)

- WHO, 2015e. Social participation. *WHO* [online] [vid. 2015-12-06]. Dostupné z: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/)
- WHO, 2018. *Interministerial Conference on Health and Environment in Africa* [online] [vid. 2019-05-01]. Dostupné z: <http://hesa.africa/imche3-background>
- WHO/EUROPE, 1998. *HEALTH21 – health for all in the 21st century* [online]. [vid. 2015-06-13]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>
- WISMAR, Matthias, Julia BLAU, Josep FIGUERAS a Kelly ERNST, ed., 2007. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. ISBN 978-92-890-7295-3.
- WOOLCOCK, Michael, 2009. The next 10 years in development studies: From modernization to multiple modernities, in theory and practice. *European Journal of Development Research* [online]. **21**(1), 4–9 [vid. 2016-02-02]. ISSN 0957-8811. Dostupné z: doi:10.1057/ejdr.2008.3
- WORLD BANK, 2015. *Improved sanitation facilities (% of population with access)* [online] [vid. 2015-12-09]. Dostupné z: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.ACSN>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION a GOVERNMENT OF SOUTH AUSTRALIA, 2010. *Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being : report from the International Meeting on Health in All Policies, Adelaide 2010*. Geneva, Switzerland; [Adelaide, S. Aust.]: World Health Organization ; Government of South Australia. ISBN 978-92-4-159972-6.
- ZIAI, Aram, ed., 2009. *Exploring Post-development: Theory and Practice, Problems and Perspectives. Development and Change* [online]. **40**(3), 586–587 [vid. 2016-02-04]. ISSN 0012155X, 14677660. Dostupné z: doi:10.1111/j.1467-7660.2009.01540\_5.x
- ZÍKOVÁ, Tereza, 2007. Rozvoj a rozvojová antropologie. *AntropoWebzin* [online]. (2–3), 57–76 [vid. 2015-12-11]. ISSN 1801-8793. Dostupné z: [http://www.antropoweb.cz/webzin/achive\\_old/webzin\\_2-3\\_2007/06\\_Zikova.pdf](http://www.antropoweb.cz/webzin/achive_old/webzin_2-3_2007/06_Zikova.pdf)

## 13 ODBORNÝ ŽIVOTOPIS AUTORKY

### Osobní údaje

---

**Mgr. Lenka Mařincová**

lenka.marincova@gmail.com; 734 355 359

### Vzdělání

---

2011 – doposud	Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Katedra rozvojových studií, <b>Doktorský studijní program:</b> Mezinárodní rozvojová studia
2009 – 2011	Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Katedra rozvojových studií, <b>Magisterský studijní program:</b> Mezinárodní rozvojová studia Absolvovala s vyznamenáním
2009 – 2011	Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Katedra rozvojových studií, <b>Souběžné doplňující studium učitelství geografie pro střední školy</b>
2006 – 2009	Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Katedra rozvojových studií, <b>Bakalářský studijní program:</b> Mezinárodní rozvojová studia Absolvovala s vyznamenáním

### Pracovní zkušenosti

---

7/2016 - doposud	<b>Programová manažerka</b> Ministerstvo financí České republiky, odbor Mezinárodní vztahy, Centrum pro zahraniční pomoc
1/2015 – doposud	<b>Konzultantka Národní sítě zdravých měst</b> Národní síť zdravých měst Česká republika
1/2012 – 6/2016	<b>Projektová manažerka, lektorka</b> Katedra rozvojových studií, Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Česká republika
1/2012 – 6/2016	<b>Asistentka</b> Katedra rozvojových studií, Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Česká republika
4/2010 – 11/2010	<b>Členka výzkumného týmu Světové zdravotnické organizace</b> HQ/PHE Protection of the Human Environment – Global Task Force on Cholera Control, Ženeva, Švýcarsko – výzkum pro Cholera Task Force on Cholera Control – Surveillance system for diarrhoea diseases in Africa

### Konference, letní školy, odborné stáže

---

10/2015 – 12/2015	Odborná stáž – <b>University of Southern Denmark</b> , Unit for Health Promotion Research (Health Impact Assessment Unit), Esbjerg, Dánsko
9/2013 – 11/2013	Odborná stáž – Global Health Science Department, <b>University of California</b> , (Health Impact Assessment Unit), San Francisco, USA
7/2013	Letní škola pro studenty PhD - "Bridging Research and Policy for Sustainable Development", <b>University of Helsinki</b> , Helsinki, Finsko
4/2013 – 5/2013	Odborná stáž – <b>Státní zdravotní ústav Praha</b> , Centrum podpory veřejného zdraví – pod vedením MUDr. Marie Nejedlé – koncepční a terénní činnost v rámci centra

8/2012	Letní škola „International health“ – <b>Copenhagen University</b> , Faculty of Medicine, Dánsko – certifikát
8/2011 – 12/2011	GLEN (Global Education Network of Young Europeans), odborná stáž – Supporting HIV/AIDS Community Development Initiatives with projects and developing a platform – <b>organizace SCDI Hanoi</b> , Vietnam
8/2009 – 11/2009	Odborná stáž – Institut of preventive and social medicine, <b>Geneva University</b> , Switzerland

### Kurzy, certifikáty, konference

10/2015	<b>European Public Health Conference</b> , prezentace: Health Impact Assessment in the Czech republic: a case study of bottom up approach, Miláno, Itálie – přednášející
11/2014	<b>Health Impact Assessment comprehensive course</b> , IMPACT and Institute of Psychology, Health and Society, University of Liverpool, UK – účastník
4/2012	<b>Geneva Health Forum 2012</b> : A Critical Shift to Chronic Conditions: Learning From the Frontliners – účastník, prezentace posteru: Social/Solidarity Economy as a New Way of Health Care Provision: The Case of Cordoba, Argentina
2/2011	<b>International student festival (ISFIT)</b> , Téma: Globalize this: Health, Trondheim, Norsko – Workshop: Klima a životní prostředí – účastník
7/2010	<b>16 th Asia – Europe Foundation University</b> , Lodz, Polsko – Téma: Public Health and Vulnerable Groups: Access to Quality Health Care Services ) – účastník, certifikát
7/2010 – 9/2010	<b>The Women’s Commission for Refugee Women and Children</b> , New York – online kurz – Certificate of Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations ) – účastník, certifikát
4/2010	<b>Geneva Health Forum 2010</b> : Globalization, Crisis, and Health Systems: Confronting Regional Perspectives ) – účastník, certifikát

### Ocenění

2010	Mezinárodní soutěž o nejlepší studentskou esej na téma: Udržitelný způsob života – 2. místo (pod záštitou Geografického ústavu Slovenské akademie věd)
2009	Celostátní soutěž studentských odborných prací s rozvojovou problematikou – 2. místo – kategorie bakalářských prací: Malomocenství – doposud nevyřešený problém? (pod záštitou Katedry rozvojových studií, PŘF UPOL)

### Publikační činnost

(In press) MAŘINCOVÁ, Lenka a Simona ŠAFAŘÍKOVÁ, (2019). Analysis of main risk factors contributing to obesity in the region of East Africa: meta-analysis . *African Health Science*

MAŘINCOVÁ, Lenka, 2018. First steps of nationwide HIA implementation in the Czech Republic: expert group established [online]. 2018. Dostupné z: [https://ephconference.eu/repository/conference/2018/Programme\\_Book\\_Ljubljana\\_2018.pdf](https://ephconference.eu/repository/conference/2018/Programme_Book_Ljubljana_2018.pdf)

PÁNEK Jiří, MAŘINCOVÁ Lenka, HÁJEK Jiří, PUTALOVÁ Lenka a Lukáš MAREK, 2017 . Crowdsourcing of environmental health quality perceptions - pilot study of Kroměříž, Czech Republic. *CaGIS Special Issue on Crowdsourced Mapping*. Dostupné z: 10.1007/978-3-319-51629-5\_12

MAŘINCOVÁ, Lenka, Jana LOOSOVÁ a Gabriel GULIŠ, 2016. Možné cesty implementace hodnocení vlivů na zdraví v České republice. *Hygiena* [online]. 61(3), 114–118 [vid. 2019-04-21]. ISSN 18026281, 18031056. Dostupné z: doi:10.21101/hygiena.a1441

MAŘINCOVÁ, Lenka a Jana KUČEROVÁ, 2015. Implementation of Health Impact Assessment in the Czech Republic: a case study of bottom-up approach. *The European Journal of Public Health* [online]. **25**(suppl 3). Dostupné z: doi:10.1093/eurpub/ckv172.030

PÁNEK Jiří, HÁJEK Jiří, MAŘINCOVÁ Lenka a Lenka PUTALOVÁ, 2015. Emoční mapy v místním rozhodovacím procesu veřejné správy (abstrakt). In: 21. kartografická konference – sborník abstraktů. Lednice: Kartografická společnost ČR a Kartografická společnost SR, 2015, s. 33. ISBN 978-80-260-8586-7.

MAŘINCOVÁ, Lenka a Radka CAHLÍKOVÁ, 2014. Globální aspekty zdraví. In: Nováček, P. (ed.) *Rozvojová studia – vybrané kapitoly*. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc.

### **Účast na konferencích a odborných seminářích – s uvedením přednesených příspěvků, prezentovaných posterů:**

Mařincová, Lenka.; Loosová Jana. Hodnocení vlivu na zdraví (HIA) a zdraví v posuzování životního prostředí – posílení praxe HIA v České republice – účast a prezentace na expertním semináři na Ministerstvu zdravotnictví pořádaným Kanceláří WHO v Bonnu

Mařincová, Lenka; Loosová Jana – Prezentace – Praxe HIA ve světě – Slezské dny preventivní medicíny 2017

Mařincová, Lenka, Pánek Jiří. Využití pocitových map v budování Místní Agendy 21, Konference Mapy jsou pro každého, 14. června 2016

Mařincová, Lenka.; Kučerová, Jana. Implementation of Health Impact Assessment in the Czech Republic: a case study of bottom-up approach, 8th European Public Health Conference, Milano Congressi (Mico), Milan, Italy, 14 – 17 October 2015

### **Zkušenosti s výukou**

---

Katedra rozvojových a environmentálních studií PŘF UPOL :

MRS/CME – Globální zdraví 1 – ZS

MRS/EHV – Globální zdraví 2 – LS

MRS/GLOV – Globální rozvojové vzdělávání - LS

MRS/PEDI – Základy pedagogiky a didaktiky - LS

MRS/ PIN – Praxe v instituci – ZS i LS

MRS/PXI1X – Praxe v instituci – ZS i LS

MRS / BPS1X – Bakalářský seminář 1

MRS / BPS2X – Bakalářský seminář 2

### **Odborné zájmy**

---

veřejné zdraví v rozvojovém kontextu, tropická medicína, participativní metody