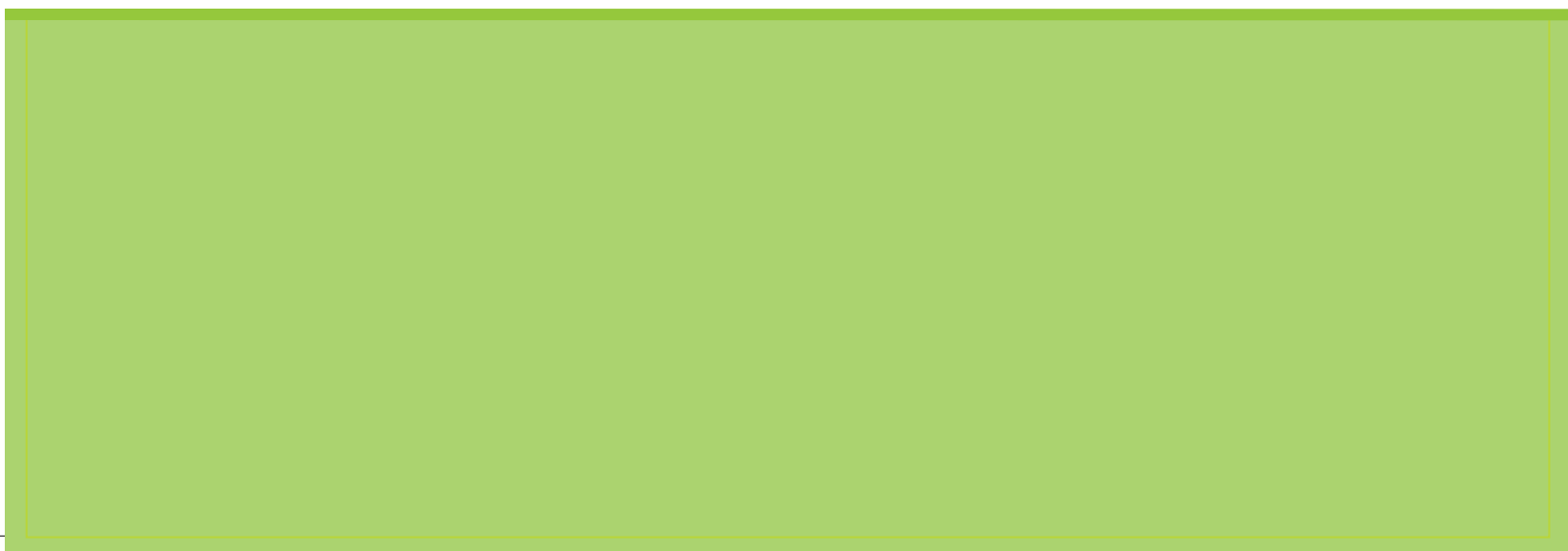




Zdraví ve všech politikách

**Zpráva odborné skupiny
k tematickému okruhu**

DOPRAVA, ÚZEMNÍ PLÁNOVÁNÍ A ZDRAVÍ



Titul:

Zdraví ve všech politikách
- zpráva odborné skupiny k tematickému okruhu doprava, územní plánování a zdraví

Datum:

květen 2012

Autor:

© Malcolm Ward (Public Health Wales)

Překlad:

© Josef Mudra

Koordinátorka projektu v ČR:

Hana Janatová, Státní zdravotní ústav

Asistence:

Dana Fragnerová, Národní síť podpory zdraví, o.s.

Poděkování:

Jiřímu Štikovi, Ministerstvo pro místní rozvoj
a Jaroslav Martínkovi, Centrum dopravního výzkumu

ISBN: 978-80-7071-325-9

© Státní zdravotní ústav



Předmluva

Většina politik, strategií a činností má dopad na zdraví. Hovoříme o strategii Zdraví ve všech politikách. Znamená to metodiku spolupráce různých sektorů, jež zajistí, že péče o zdraví, prevence nemocí a jeho podpora bude zohledňována ve všech oblastech politiky. Je stále zřejmější, že zdraví občanů je základem ekonomické prosperity a že udržitelnost zdravotních systémů není možná bez uplatňování prevence nemocí a podpory zdraví ovlivněním širších determinant zdraví, jako je vzdělávání, sociálně ekonomické postavení, ale i doprava, urbanistická infrastruktura, způsob bydlení, životní prostředí, sociální oblast.

Udržení a podpora zdraví, a tím i snižování nákladů na zdravotní péči a následnou zdravotně sociální péči, není možné bez spolupráce resortů mimo zdravotnictví. Úkolem veřejného zdravotnictví současnosti je stát se iniciátorem a koordinátorem aktivit vedoucích k uplatňování strategie Zdraví ve všech politikách.

Česká republika není nováčkem, ani nepokulhává za dřívějšími členy EU v implementaci Zdraví ve všech politikách, ač tento termín není často používán. Je možné najít mnoho příkladů aktivit iniciovaných a prováděných mimo zdravotnický sektor, které ve výsledku přispívají k ochraně a podpoře zdraví.

Popsané případové studie, jejich analýza a výsledky využitelné pro další projekty jsou základem publikace, kterou vydává Státní zdravotní ústav pro potřeby odborníků a úředníků v nejrůznějších oblastech s cílem přinést větší vzájemné porozumění tomu, co znamená podpora zdraví ve všech politikách.

Ing. Jitka Sosnovcová

Ředitelka Státního zdravotního ústavu, Praha

1. Úvod

1.1 Crossing Bridges

Projekt *Crossing Bridges* si kladl za cíl navázat na práci vykonanou v rámci projektů spolufinancovaných Evropskou komisí *Closing the Gap* (2004-2007) a *DETERMINE* (2007-2010) a doplní projekt Společné akce v oblasti nerovností ve zdraví (*Joint Action on Health Inequalities*, 2011-2014) s cílem pokročit v uplatňování konceptu zdraví ve všech politikách (*Health in All Policies*, dále jen HiAP) v členských státech EU. Docílil toho vytvořením metodik založených na důkazech a budováním kapacit jako součást svého poslání zvýšit spravedlnost ve zdraví uvnitř národních států i mezi nimi. Partneři projektu s cílem poznat a poučit se ze stávajících postupů, jimiž členské státy zohledňují zdravotní hlediska mimo vlastní oblast zdravotní politiky, identifikovali případové studie, které byly utříděny, posouzeny a analyzovány z hlediska společných rysů a z nich plynoucích potenciálních poznatků, které mohou - nebo nemusí - být přenositelné do ostatních oblastí politik. Tato zpráva se zaměřila konkrétně na příklady z odvětví dopravy a územního plánování a využila případových studií z Rakouska, České republiky, Francie, Německa a Walesu.

Je důležité poznamenat, že tyto případové studie byly vybrány partnery projektu a byly realizovány a analyzovány v krátkodobém horizontu. V žádném případě tedy nereprezentují celou škálu možných příkladů, ale přesto jsou cenným příspěvkem do vznikající databáze znalostí a poskytují užitečné poznatky o způsobech, jimiž mohou být zdravotní hlediska začleněna do jiných oblastí politik.

1.2 Doprava, územní plánování a zdraví

„Rostoucí urbanizací se zvýšila závislost na automobilech a mnoho dnešních rezidenčních oblastí a nákupních center je vyprojektováno pro potřebu aut. Chodci a cyklisté se často necítí v takovém prostředí bezpečně a jsou odrazováni od pěší chůze nebo jízdy na kole.“

John Sorrel, předseda Komise pro architekturu a výstavbu v příspěvku na Výročním vědeckém zasedání londýnské Fakulty veřejného zdraví v červnu 2005

Historie

Vazby mezi územním plánováním a otázkami zdraví sahají do počátků průmyslové revoluce, kdy se v reakci na problémy s rychlou urbanizací, včetně přelidnění, znečištění ovzduší, půdy a vody a průmyslových havárií vyvinulo moderní územní plánování. Tento odkaz přetrvává dodnes, přestože sféra územního plánování byla rozšířena o širokou škálu dalších hledisek. Některé z nich mají méně evidentní souvislost se zdravím, ale téměř vždy ovlivňují, a to jak pozitivně, tak negativně, sociální determinanty zdraví. Doprava se vyvinula ve stejném období ze systému doslova závislého na koňské síle v dnešní systém s převahou stále rychlejších, přetíženějších a obecně více znečišťujících způsobů dopravy, včetně silničních a leteckých dopravních systémů. To má opět vliv na zdraví, a to jak přímo ve formě nehod a znečištění ovzduší, tak ve formě širších sociálních dopadů - abychom jmenovali alespoň některé, snižováním kvality rezidenčních oblastí, změnou klimatu a zvyšováním vzdálenosti přepravy potravin.

Literatura

Studii podporujících vztah mezi těmito různými sektory je nyní poměrně velké množství. Ve Spojeném království jde o publikaci „Marmotova zpráva: Důsledky pro územní plánování“ (*The Marmot Review: Implications for Spatial Planning*. Geddes a kol., 2011), která podrobně popisuje dostupná fakta a jejich důsledky pro zdravotní nerovnosti a jež inspirovala pozdější směrnice

Národního institutu pro zdraví a klinickou excelenci (NICE) o územním plánování a zdraví. Pracovní skupiny podílející se na této studii identifikovaly následující faktory s významným vlivem na zdraví, jejichž kladné i záporné dopady zároveň souvisejí se sociální a ekonomickou stratifikací:

- znečištění
- zezeň, veřejné plochy
- doprava
- potraviny
- bydlení
- zapojení do společnosti a sociální izolace

Zpráva dospěla ke třem hlavním doporučením:

1. Stanovit takové priority politik a opatření, které snižují nerovnosti v oblasti zdraví a zároveň přispívají ke zmírnění změny klimatu:
 - a. zlepšením aktivních forem cestování (*pěší chůze, cyklistika – pozn. překl.*) napříč sociálním gradientem;
 - b. zlepšením kvality zeleně a veřejných ploch dostupných napříč sociálním gradientem;
 - c. zvýšením energetické účinnosti bydlení napříč sociálním gradientem.
2. Plně zapojit plánování, dopravu, bydlení, životní prostředí a zdravotnictví do řešení sociálních determinant zdraví v jednotlivých lokalitách.
3. Podpořit místně vyvinuté a na důkazech založené programy komunitní regenerace, které:
 - a. odstraní překážky zapojení do společnosti;
 - b. sníží sociální izolaci.

V roce 2002 zahájily Světová zdravotnická organizace (WHO) a Evropská hospodářská komise OSN (UNECE) tzv. **PEP (Panevropský program)**, který podporuje opatření v oblasti dopravy, ochrany zdraví a životního prostředí prostřednictvím sady nástrojů dostupných na webu, jež od roku 2009 nabízí případové studie, informace a doporučení pro účinná opatření využívající nejlepších možných „zdravých“ přístupů k dopravě a životnímu prostředí. Mezi těmito doporučeními je uvedeno:

„Mezirezortní spolupráce je při vývoji řešení problémů v dopravě klíčová, protože mohou vznikat velké přínosy jak pro životní prostředí, tak pro zdraví. Pokud jsou sdíleny zájmy, je dosaženo plodné mezioborové spolupráce. Slibné praktiky ukázaly několik příkladů úspěšně integrovaných dopravních plánů, které řeší společné problémy a mají značný vliv na zdraví i na životní prostředí. Budování kapacit pro výměnu osvědčených postupů mezi příslušnými orgány a jinými subjekty zúčastněných stran může podporovat dialog mezi různými sektory.“ Měl by být „vytvořen seznam indikátorů pro dopravu, životní prostředí a zdraví a na jejich základě by měla být vyhodnocena situace před a po zavedení plánu. Tímto způsobem mohou být posouzeny dopady určitého plánu nebo politiky. To posílí vůli ostatních přijmout podobný plán nebo politiku.“ (WHO Evropa a UNECE, 2009)

V roce 2010 se konalo expertní jednání k přezkoumání „dopadu a účinnosti vybraných směrnic EU, které mají vliv na územní plánování a městské životní podmínky“ (WHO, 2010). Výsledná zpráva založená na příspěvcích vědeckých pracovníků, urbanistů a odborníků z praxe zhodnotila dopad a účinnost současných regulačních rámců a evropských směrnic, které ovlivňují územní plánování a městské životní prostředí. Pro diskusi a případové studie o environmentálních a zdravotních dopadech městského plánování byly využity zkušenosti a pohledy místních orgánů odpovědných za územního plánování ve dvou městech, Rennes a Turíně. Zpráva dospěla ke třem hlavním doporučením pro Světovou zdravotnickou organizaci:

- Zvýšit komunikaci a výměnu zkušeností s dalšími odborníky, aby byl podpořen zdravotní rozměr jejich činnosti.
- Sdílet více znalostí s odborníky na územní plánování, nejen s odborníky zabývajícími se zdravím, a zvýšit důraz na zdraví v příslušných učebních osnovách vzdělávacích programů.
- Předložit důkazy o zdravotních dopadech některých charakteristik městského prostředí, které mohou být řešeny pomocí vhodných nástrojů územního plánování.

Jmenovitě byl zdůrazněn význam Programu Světové zdravotnické organizace pro zdravá města (*WHO Healthy Cities programme*) pro další rozvoj těchto přístupů a sítí (WHO, 2010).

Zevrubně zpracovanou komplexní studii v konkrétním vztahu k nerovnostem v oblasti zdraví je zpráva Světové zdravotnické organizace „Sociálně a environmentálně determinované nerovnosti v oblasti zdraví u dětí a dospívajících“ (*Socio-environmentally determined health inequities among children and adolescents*. WHO/HBSC Forum, 2010). S využitím případových studií z celé Evropy se tato zpráva zaměřuje především na vlivy životního prostředí na dětskou úrazovost a na úroveň fyzické aktivity a ukazuje podstatné a alarmující rozdíly vyplývající ze sociálně-ekonomického gradientu, jelikož děti ze znevýhodněných komunit se nacházejí v nepoměrně horší situaci než děti z privilegovanějšího prostředí.

Závěrem je třeba zmínit, že v této době ekonomických úspor vyvstává naléhavá potřeba finančně zajistit a odůvodnit opatření a činnosti ve všech oblastech politiky. Přestože v minulosti stačilo pro přijetí konkrétních politických rozhodnutí nebo při vytváření hygienických opatření vycházet ze zdravotnických studií či z přínosů opatření pro zdraví, v současné situaci je nezbytné rovněž dobře formulovat a doložit ekonomické dopady opatření. Z případových studií zahrnutých do této zprávy je zřejmé, že největším rizikem pro efektivitu, nebo dokonce pouhé přežití projektů je významně snižující se objem disponibilních zdrojů, zejména tam, kde jsou zdroje spravovány sektory mimo oblast veřejného zdraví. V posledních letech však došlo k významnému zlepšení jak ekonomických dat, tak i dostupných nástrojů k jejich sběru. To platí zejména ve vztazích dopravy a zdraví, což dokládá nedávná zpráva ze Spojeného království „Hodnota za peníze: Ekonomické hodnocení investic do pěší turistiky a cyklistiky“ (*Value for Money: An Economic Assessment of Investment in Walking and Cycling*), která na základě britských i mezinárodních příkladů uvádí poměry zdravotních přínosů ve vztahu k nákladům. Jedním ze závěrů této zprávy je, že „téměř všechny studie uvádějí ekonomické přínosy, které jsou velmi významné, při průměrném poměru přínosů a nákladů 13:1 (ve Spojeném království i mimo Spojené království).“ (A. Davies, 2010).

2. Shrnutí

Doprava a územní plánování jsou významné oblasti ovlivňující širší determinanty zdraví a v minulosti již musely reagovat na řadu výzev spojených se zdravím, hlavně v souvislosti s úrazy a zraněními a s vlivy znečišťujících látek. Případové studie obsažené v této zprávě vedly ke zjištění, že tyto zdravotní problémy se nadále v uvedených sektorech vyskytují, ale zároveň se dnes uznávají širší dopady týkající se fyzické aktivity, obezity, sociální izolace, duševního zdraví atd., které vyplývají z politik a programů dopravy a územního plánování. Nicméně plný potenciál vyplývající z těchto výzev nebyl dosud realizován. Desítky případových studií z pěti zemí může poskytnout pouze letmý vzorek příkladů, ale přesto nabízí některé postřehy ohledně přetrvávajících překážek a možných příležitostí k dalšímu posílení konceptu zdraví ve všech politikách (HiAP) v těchto i dalších odvětvích. Případové studie jsou převážně celostátní, pouze jedna se zabývá lokální úrovní v rozsahu velkoměsta, ale zahrnují politiky, programy a projekty rovnoměrně rozdělené mezi sektor dopravy a územního plánování.

Mezi společně identifikovanými problémy jsou obtíže spojené s termínem „zdraví“, který může být vnímán experty z jiných odvětví ve velmi úzkém biomedicinském kontextu. Proto může být obtížné je přesvědčit, aby se vzhledem k práci v jejich vlastních oblastech odbornosti plně zapojili do spolupráce. Alternativní pojmy, které mohou tyto experty úspěšně motivovat ke spolupráci, jsou „životní pohoda“, „kvalita života“, „udržitelný rozvoj“, „ekonomické argumenty“ či „sociální determinanty“. Bylo však také zjištěno, že v některých případech to byli sami experti v sektoru zdraví, kteří byli v kontaktu s jinými odvětvími zdrženlivější než jejich protějšky v těchto odvětvích. Důležitou charakteristikou, která se vyskytla ve všech případových studiích a jež patrně zvyšuje pravděpodobnost, že zdravotní hlediska budou úspěšně integrována do jiných politik, byla přítomnost rozsáhlých sítí, do nichž se zapojily různé zúčastněné strany (stakeholdeři). Tyto sítě jsou často dobře zavedené a neustále se vyvíjejí, mohou být relativně neformální a počáteční faktory vedoucí k jejich vzniku jsou často neznámé. Tyto vztahy a vazby se nicméně zdají být užitečné, produktivní a důležité a lze se domnívat, že širší rozsah účastníků sítí zvyšuje pravděpodobnost, že do agendy zdraví budou moci být zapojeny ostatní sektory. Téměř univerzální poznatek z těchto případových studií, který vyvolává určité znepokojení, je v neposlední řadě skutečnost, že ostatní odvětví do svých politik a programů sice zahrnují zdravotní hlediska, nevyhodnocují však výsledky v oblasti zdraví, a to ani v případech, kdy existují silné spojitosti politik s těmito výsledky. Zároveň partneři ze sektoru zdraví vykazují pouze malé úsilí, aby situaci ovlivnili nebo aby použili data z monitoringu a vyhodnocení dopravy a územního plánování k ovlivnění zdravotní politiky v jiných oblastech, než je prevence dopravních nehod či znečištění životního prostředí.

3. Případové studie

3.1 Rakousko

Přehled konceptu zdraví ve všech politikách

Zdraví ve všech politikách je v Rakousku stále velmi nové téma. Rakouský zdravotní ústav (*Gesundheit Österreich GmbH*) zahájil v Rakousku proces implementace hodnocení vlivu na zdraví (HIA), čímž zvýšil povědomí o zdraví ve všech politikách. Nicméně zdraví jako mezioborová problematika je v politickém rozhodovacím procesu zohledňováno spíše ojediněle.

Koncepce rozvoje cyklistiky

Koncepce rozvoje cyklistiky (*Cycling Masterplan*) je národní strategie pod vedením Ministerstva životního prostředí na podporu cyklistiky jako dopravního prostředku v Rakousku. Strategie byla spuštěna v roce 2006 a zahrnuje 7 oblastí činnosti (spolupráce mezi zúčastněnými stranami; zlepšení cyklistické infrastruktury, systém veřejné dopravy přátelský k cyklistice, řízení mobility, intermodální sítě, zvyšování informovanosti, dopravní vzdělávání a obecné prostředí přátelské k cyklistice) a 17 dílčích opatření. Za hlavní pozitivní dopad na zdraví bylo označeno zvýšení tělesné aktivity, jež snižuje množství nemocí a zdravotních dopadů souvisejících s životním stylem. Negativní vlivy na zdraví, které koncepce zmiňuje, jsou nemoci ze znečištění ovzduší (inhalovaného při jízdě na kole) a nehody. Zatímco koncepce byla vyvinuta z hlediska dopravy a životního prostředí, byly pozitivní zdravotní účinky cyklistiky vnímány jako zřejmé a byly do Koncepce rozvoje cyklistiky integrovány (ale nejsou hlavním cílem). Počáteční monitoring a evaluace koncepce byly především zaměřeny na infrastrukturu, ale nová opatření na roky 2011-2015 zohledňují nárůst cyklistiky jako trend podporující zdraví. Do počáteční fáze vývoje a implementace koncepce nebyla zapojena další odvětví. Příčinou byl patrně názor, že širší konzultace by mohly působit jako překážka pro efektivní implementaci. Nicméně v dalších fázích, a to zejména při monitoringu a evaluaci, byly zapojeny ostatní sektory včetně zdraví.

Vedoucí odvětví (resort): Životní prostředí.

Spolupracující odvětví (resorty): Hospodářství, rodina a mládež, doprava, cestovní ruch, vzdělávání, sociální zabezpečení, zdravotnictví.

Klíčové problémy: Existují obavy, že se sektor zdravotnictví dosud plně nezabýval touto agendou a nevidí související zdravotní výhody. Někteří experti se zdají být zaměřeni na potenciální negativní zdravotní následky, např. zvýšení počtu cyklistických nehod.

Činitele změny politik: Mezioborová platforma pro cyklistiku a podporu zdraví; Expertní setkání zainteresovaných subjektů ze sektoru zdraví i z ostatních sektorů.

Zdravotní činitele: Změna klimatu, přínosy z fyzické aktivity.

Koncepční přístup: Životní pohoda.

Rizika: Nedostatek povědomí o zapojení sektoru zdraví.

Plán územního rozvoje Vídně STEP 05

V roce 2002 byl odborem městského rozvoje a plánování vídeňského magistrátu vypracován Plán územního rozvoje Vídně STEP 05. Je trvalým nástrojem všeobecného a prozíravého územního plánování, respektujícího zásady udržitelného rozvoje, účasti veřejnosti, začlenění rovnosti mužů a žen do všech oblastí rozhodování (gender mainstreamingu) a rozmanitosti. STEP 05 byl vyvinut v meziodvětvové spolupráci s dalšími příslušnými odbory magistrátu. Součástí jeho přípravy byla i činnost pracovních skupin v oblasti rozvoje bydlení, zeleně, zaměstnanosti, sociálních věcí, kultury, kvality života i zdraví. Pátevní myšlenkou při zpracování tohoto plánu byla „kvalita života“ a „životní pohoda“ a metodicky byl kladen důraz na využití participativních technik, aby byla zajištěna optimální účast občanů na vytváření plánu. Ve výsledku bylo nalezeno mnoho potenciálních pozitivních dopadů na zdraví, a to v oblasti životního stylu, mobility, bydlení a sociálního začlenění. Byly identifikovány potenciální negativní zdravotní důsledky umístění podniků s dopady na kvalitu života v důsledku zvýšení objemu dopravy, což bylo vnímáno jako největší hrozba. Sektor zdraví nebyl zahrnut v počáteční fázi vývoje plánu. Sektor zodpovědný za územní plánování také vyjádřil obavu, že začlenění specifických zdravotních ukazatelů by bylo neoprávněným zásahem do kompetencí zdravotních expertů. Strategie se proto dotýká zdraví nepřímo, prostřednictvím termínů „kvalita života“ a „pohoda“, ale ne pomocí explicitně formulovaných zdravotních ukazatelů (jedná se o přístup, který obecně vychází z politické tradice ve Vídni, která je založena na silně resortní struktuře.)

Vedoucí odvětví (resort): Rozvoj města a územní plánování.

Spolupracující odvětví (resorty): Bydlení, kultura, veřejná prostranství a zeleň, zaměstnanost, sociální věci, zdraví.

Klíčové problémy: Vnímání profesní hranice oddělující zdraví od jiných sektorů, absence zdravotních ukazatelů pro hodnocení zdravotních dopadů.

Činitele změny politik: Agenda „životní pohody“.

Zdravotní činitele: „Kvalita života“, zdravotní postižení, životní styl.

Koncepční přístup: Životní pohoda.

Rizika: Absence explicitních zdravotních ukazatelů, omezená spolupráce mezi sektorem zdraví a ostatními odvětvími.

Odkazy: STEP 05 - Plán územního rozvoje Vídně 2005. Krátká zpráva:

<http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/strategien/step/step05/download/pdf/step05kurz-en.pdf>



3.2 Česká republika

Přehled konceptu zdraví ve všech politikách

Principy zdraví ve všech politikách jsou v České republice implementovány, ale je obtížné posoudit do jaké míry. Tento proces není snadné rozpoznat, protože pojem „zdraví ve všech politikách“ se explicitně nepoužívá ani v jednotlivých politikách a strategiích ani v tom, jak jsou označovány a popisovány. V důsledku toho byly tyto případové studie identifikovány na základě zkušeností autorů s meziodvětvovými politikami a jejich práce s tvůrci politik z různých ministerstev, výzkumné práce a též rozhovory s úředníky a odborníky.

Tzv. kompetenční zákon je národní legislativa, která striktně určuje kompetence jednotlivých ministerstev. To je velmi prospěšné pro usnadnění správy jednoho resortu, ale lze to považovat za hlavní překážku účinné meziresortní spolupráce, což je i případ konceptu začlenění zdraví do všech politik. Zdraví a související otázky jsou identifikovány pouze v působnosti Ministerstva zdravotnictví, a tak pro ostatní resorty je v praxi velmi obtížné se zabývat zdravotními problémy bez značného právního a administrativního úsilí. Výjimkou jsou preventivní programy v oblasti zneužívání drog, které jsou také v kompetenci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy; Ministerstva práce a sociálních věcí v programech věnovaných sociálnímu začleňování; Ministerstva vnitra jako součást prevence sociálně patologických jevů. Vláda může do určité míry měnit kompetence prostřednictvím vlastních nařízeních, ale kompetenční zákon má větší právní sílu.

Program Bezbariérové obce

Tento bezbariérový program byl zahájen Ministerstvem pro místní rozvoj v návaznosti na Národní rozvojový program mobility pro všechny v roce 2008. Program Bezbariérové obce je zaměřen na investiční a neinvestiční podporu zmírňování a odstraňování bariér pro zdravotně postižené nebo pohybově znevýhodněné občany v budovách městských a obecních úřadů a domů s pečovatelskou službou/střediskem denní péče pro seniory. Konzultace se zdravotnickými pracovníky a s cílovou skupinou zdravotně postižených jsou nezbytnou součástí hodnocení projektů žádajících o spolufinancování. Technické pokyny vycházejí z vyhlášky o bezbariérovém přístupu a všechny projekty jsou podle toho hodnoceny. Program je realizován prostřednictvím každoročních grantů určených výhradně pro obce.

I když zdraví není uvedeno výslovně v žádném z programových dokumentů, které jsou přístupné veřejnosti, má se za to, že program se silně dotýká zlepšení sociální a psychické pohody a zdravotního stavu a že zvyšuje rovnost v přístupu k všeobecným veřejným službám, což se týká zejména sociálních a zdravotních služeb, a snižuje mezeru v rovném postavení zdravotně postižených a seniorů. Program byl zahájen v roce 2008 a je každoročně obnovován. Program je zaměřen na ohrožené skupiny včetně zdravotně postižených a starších osob a očekává se, že povede ke zlepšení kvality života a tělesného a duševního zdraví těchto skupin, ačkoli zdravotní dopady nejsou v programových dokumentech explicitně zmíněny.

Vedoucí odvětví (resort): Ministerstvo pro místní rozvoj.

Spolupracující odvětví (resorty): Ministerstvo dopravy, Ministerstvo financí, Ministerstvo kultury, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo pro místní rozvoj, Ministerstvo spravedlnosti, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo zdravotnictví, Česká pošta, Český katastrální úřad, Státní fond dopravní infrastruktury.

Klíčové problémy: Koncept zdraví ve všech politikách není v obecném povědomí a metodách nezdravotnických odvětví, chybí vyhodnocování zdravotních indikátorů.

Činitele změny politik: Schůzky na úrovni ministrů; právní předpisy (stavební zákon).

Zdravotní činitele: Sociální faktory, tělesné a duševní zdraví zranitelných skupin.

Koncepční přístup: Sociální determinanty.

Rizika: Rozpočtové škrty.

Odkazy: <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/vvzpo/program-mobility/program-mobility-15394/>

Národní strategie rozvoje cyklistické dopravy

Ministr zdravotnictví inicioval ratifikaci Charty o dopravě, životním prostředí a zdraví přijaté v červnu 1999 v Londýně. Po ní následovala dvě usnesení vlády z let 2000 a 2004, která vyústila v přípravu Národní strategie rozvoje cyklistické dopravy, která je v gesci Ministerstva dopravy jako součást Dopravní politiky České republiky na léta 2005-2013. Strategie je koncipována jako celostátní a je implementována na regionální a místní úrovni s využitím strukturálních fondů (regionální operační programy, programy přeshraniční spolupráce). Tato strategie je v současné chvíli podpořena vládním programovým prohlášením a nyní se aktualizuje s předpokládaným obdobím realizace 2013 - 2020.

Vedoucí odvětví (resort): Ministerstvo dopravy.

Spolupracující odvětví (resorty): Ministerstvo financí, Ministerstvo pro místní rozvoj, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo vnitra a Ministerstvo zdravotnictví.

Klíčové problémy: Absence systematického hodnocení zdravotních dopadů.

Činitele změny politik: systémová práce s městy (poradenství, semináře a každoroční celostátní konference), podpůrné webové stránky, agenda zdraví, podklady pro změnu legislativy.

Zdravotní činitele: Životní styl, včetně přínosů fyzické aktivity a jejich dopadů na chronické nemoci.

Koncepční přístup: trvalá udržitelnost, kvalita života, životní pohoda.

Rizika: Snížení financování a nedostatečné zajištění kontinuity na straně klíčových hráčů.

Odkazy: Souhrnná zpráva o mezíresortním naplňování strategických dokumentů v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví za rok 2009:

http://www.mzcr.cz/dokumenty/souhrnna-zprava-o-meziresortnim-naplnovani-strategickych-dokumentu-v-oblasti-ochrany-a-podpory-verejneho-zdravi-za-rok_4567_1101_5.html

<http://cyklostrategie.cz/>, www.cyklokonference.cz, www.ceskojede.cz

3.3 Francie

Přehled konceptu zdraví ve všech politikách

Koncept zdraví ve všech politikách (HiAP) se ve Francii rozvíjí, přestože je ve veřejném diskursu zmiňován pouze zřídka. Mnohem častěji hovoří oficiální dokumenty vágně, ale s narůstající četností, o potřebě meziresortní spolupráce. Literatura zejména ukazuje, že začlenění zdraví do všech politik a/nebo mezioborová spolupráce se ve Francii stala široce uznávanou nutností při identifikaci a realizaci zdravotní politiky a programů na místní úrovni (města a regiony) a při řešení sociálně podmíněných nerovností v oblasti zdraví. Zatímco vláda si udržuje vedoucí postavení při stanovování zdravotních politik, je jejich realizace narůstající měrou delegována na regionální a místní úroveň, kde může identifikace potřeb probíhat výrazně více participativním způsobem a kde může být snadnější též spolupráce mezi různými sektory při hledání celostního řešení. Tento přístup je považován za zásadní, zejména pro snížení sociálních nerovností s dopadem na zdraví.

Národní plán zdraví a životního prostředí

První Národní plán pro zdraví a životní prostředí (Plan National Santé Environnement- PNSE) byl vytvořen s cílem „zajistit příznivější prostředí pro zdraví snížením znečištění a rizik, která z něj plynou.“ Plán měl původně tři hlavní cíle:

1. zajistit dobrou kvalitu ovzduší a pitné vody;
2. zabránit onemocněním vyplývajících z nepříznivého životního prostředí, zejména rakovině;
3. zvýšit informovanost populace a chránit zranitelné skupiny (děti a těhotné ženy).

Cíle druhého Národního plánu jsou:

1. snížit míru environmentálních vlivů zodpovědných za onemocnění s výrazným dopadem na zdraví (rakovina, kardiovaskulární, respirační a neurologická onemocnění, reprotoxická apod.);
2. snížit environmentální nerovnosti.

Vedoucí odvětví (resort): Ministerstvo práce, zaměstnanosti a zdraví, Ministerstvo životního prostředí, udržitelného rozvoje, dopravy a bydlení, Ministerstvo vyššího vzdělávání a výzkumu.

Spolupracující odvětví (resorty): Přestože uvedená ministerstva jsou garanty národního akčního plánu, mnoho subjektů je zapojeno do regionálních konkretizací národního plánu a do jednotlivých dílčích akcí. Například v oblasti zdravotnictví a dopravy je do akce „Upřednostňování aktivní dopravy“ zapojeno několik útvarů z celé řady ministerstev a rovněž z místní administrativy.

Klíčové problémy:

- Zdravotní argumenty nepocházejí vždy z oblasti zdravotnictví.
- Zdravotní dopady jsou velmi často řešeny formou odhadů, avšak spolehlivé podpůrné důkazy shromážděné v průběhu implementace nejsou vždy zaměřeny na zdravotní dopady.
- „Ekonomické argumenty“ ve prospěch aktivních druhů dopravy je u tvůrců politik na národní úrovni neefektivnější, to ale neplatí pro širokou veřejnost a ještě méně pro místní úroveň veřejné správy.
- Řízení a správa jsou považovány za klíčové prvky monitorování a implementace.
- Otázkám zdravotní ekvity je věnována malá pozornost.

Činitele změny politik: Hospodářské faktory; integrace sektorových politik.

Zdravotní činitele: Znečištění životního prostředí, prevence neinfekčních nemocí, dopravní nehody.

Koncepční přístup: Zdravé životní prostředí.

Rizika: Rozpočtová omezení, skeptické postoje části zainteresovaných stran, „provinčnost“ některých partnerů, závislost na úsilí konkrétních jednotlivců.

Odkazy: <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-sante-environnement-pnse,3480.html> - První Národní plán pro zdraví a životní prostředí a jeho vyhodnocení

<http://www.sante.gouv.fr/deuxieme-plan-national-sante-environnement-pnse-2-2009-2013.html> - Druhý Národní plán pro zdraví a životní prostředí a jeho vyhodnocení

Meziresortní koordinátor podpory cyklistiky

Funkce meziresortního koordinátora pro podporu cyklistiky byla zřízena předsedou vlády v roce 2006 jako pozice organizačně a finančně zajištěná Ministerstvem dopravy. Koordinátor zkoumá ve spolupráci s příslušnými orgány všechny otázky týkající se podpory využívání jízdních kol, např. v politice průmyslu, cestovního ruchu, sportu, výstavby komunikací, trvale udržitelného rozvoje aj. Posláním koordinátora je předkládat v těchto oblastech návrhy založené na osvědčených postupech z Francie i ze zahraničí, dále podporovat šíření užitečných informací a osvědčených postupů a sdílet je s různými zúčastněnými stranami, zejména místními úřady.

Vedoucí oddělení (resort): Ministerstvo dopravy.

Spolupracující oddělení: (resorty) - Ministerstvo vnitra, zámořských území, místních úřadů a přistěhovalectví, Ministerstvo hospodářství, financí a průmyslu, Ministerstvo životního prostředí, udržitelného rozvoje, dopravy a bydlení, Ministerstvo práce, zaměstnanosti a zdraví, Ministerstvo sportu, Ministerstvo pro cestovní ruch (nyní včleněno do Ministerstva hospodářství). **Ostatní** - sektory dopravy a cestování, výzkumu, územního plánování a výstavby, bezpečnosti silničního provozu, silničního hospodářství, bydlení a bytové výstavby, cestovního ruchu, vzdělávání a vysokých škol, sportu, zdravotnictví, průmyslu, zemědělství, záležitostí venkova, cyklotras a zelených stezek, trvale udržitelného rozvoje, ekologie a ochrany životního prostředí.

Klíčové problémy: Údaje týkající se dopravních nehod, využívání jízdních kol atd. nezohledňují širší dopady na zdraví.

Činitele změny politik: Zdraví, místní rozvoj, ekonomický rozvoj a bezpečnost silničního provozu.

Zdravotní činitele: Fyzická aktivita.

Koncepční přístup: Zdravý životní styl.

Rizika: Přetrvávají obavy týkající se bezpečnosti silničního provozu, a to navzdory důkazům o opaku; absence trvalého zapojení klíčových hráčů, jako je Ministerstvo hospodářství.

Odkazy: <http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Monsieur-Velo-et-ses-partenaires-.html> – Webová stránka národního koordinátora

http://www.voirie-pour-tous.info/sites/wir-people.com/IMG/pdf/Economie_du_velo_E.pdf - celostátní studie o ekonomických přínosech cyklistiky



3.4 Německo

Přehled konceptu zdraví ve všech politikách

V Německu neexistuje žádná univerzální strategie začlenění zdraví do všech politik, ale vedle Ministerstva zdravotnictví zahrnuje mnoho dalších německých ministerstev podporu zdraví a prevenci do svých programů a aktivit. Mezioborová spolupráce, která zohledňuje zdravotní aspekty, získává během posledních let na významu, a tudíž v Německu existuje řada příkladů dobré praxe o úspěšné mezioborové spolupráci, jež bere v potaz dopady na zdraví. Nástroje HiAP jako je posouzení vlivu na zdraví (HIA) nejsou pravidelně využívány a explicitních odkazů na HIA v Německu je poměrně málo.

Sociálně integrující města

V roce 1996 shromáždila Německá konference zemských ministrů pro výstavbu a bydlení ARGEBAU poznatky vyplývající z národních a mezinárodních projektů a zahájila iniciativu „sociálně integrujících městských komunit“, jejímž cílem bylo „prozkoumat integrující a meziodvětvové přístupy pro rozvoj znevýhodněných městských čtvrtí“. Některé ze spolkových zemí zahájily své vlastní programy a v roce 1998 stanovila koaliční dohoda mezi Sociálně demokratickou stranou Německa (SPD) a Zelenými, že spolková vláda ve spolupráci se zemskými vládami zahájí společný program „městské čtvrti se specifickými potřebami rozvoje - Sociálně integrující města“. Provádění tohoto komplexního a ambiciózního programu vyžadovalo vysokou míru sdílení zkušeností a předávání znalostí, spolupráce a práce na poli public relations. Hlavním cílem bylo vyrovnání se s narůstajícími sociálně-prostorovými disparitami v německých městech s cíli stabilizovat a vylepšit fyzické prostředí a ekonomickou základnu v dotčených městských čtvrtích a zvýšit životní šance zprostředkováním zvýšení kvalifikace a znalostí.

Vedoucí odvětví (resort): Spolkové ministerstvo pro dopravu, stavebnictví a rozvoj měst.

Spolupracující odvětví (resorty): Národní úroveň - Spolkové ministerstvo zdravotnictví, regionální (zemská) úroveň - hospodářství, životní prostředí, rodiny, sociální věci, zaměstnanost a další.

Klíčové problémy: Sektor zdraví nebyl zahrnut od počátku, ale byl zapojen do rozvoje programu později.

Činitele změny programu: Síť sociálně integrujících měst zahrnující též oblast zdravotních služeb a podpory zdraví; workshopy a mezioborové expertní skupiny.

Zdravotní činitele: Zlepšování životního stylu a řešení nerovností.

Koncepční přístup: Sociální determinanty.

Rizika: Snížení rozpočtu.

Odkazy: <http://www.sozialestadt.de/programm/> (webová stránka programu).



3.5 Wales

Přehled konceptu zdraví ve všech politikách

V rámci přípravy politik a strategií velšské samosprávy je koncept začlenění zdraví do všech politik stále známějším a uznávanějším pojmem, který výslovně zmiňují čerstvé klíčové koncepční dokumenty. Je detailně popsán ve strategii veřejného zdraví „Naše zdravá budoucnost“ vydané velšským hlavním zdravotním radou (*Chief Medical Officer's Public Health Strategy for Wales 'Our Healthy Future'*. Welsh Assembly Gov., 2009). Tato strategie mj. konstatuje, že „propojování zdraví s ostatními oblastmi politik představuje pro tvůrce politik řadu výzev. Velšská samospráva již na tyto výzvy reagovala vytvořením procesu posuzování dopadu jednotlivých politik. Nástroj připomínkových řízení *One Wales Policy Gateway Tool* má za cíl zajistit, aby politiky ze všech oblastí zohledňovaly nejen vlastní specifické cíle, ale také přispívaly k naplňování širších cílů velšské samosprávy stanovených v programu *One Wales*.“

Prováděcí dokument k výše uvedené strategii podrobně odkazuje na koncept zdraví ve všech politikách. Velšská samospráva usiluje o snížení nerovností v oblasti zdraví prostřednictvím nedávno publikovaného akčního plánu „Spravedlivější zdravotní výsledky pro všechny“ (*Fairer Health Outcomes for All*). Toto úsilí podpořila ministryně zdravotnictví a sociálních služeb v roce 2010 dopisem pracovníkům svého aparátu, jímž je vyzvala, aby podnítili širší přijetí přístupu založeného na zdraví ve všech politikách.

Odkazy: Our Healthy Future – prováděcí dokument:

<http://wales.gov.uk/docs/phhs/publications/100527technicalen.pdf>

Spravedlivější zdravotní výsledky pro všechny – strategický akční plán k omezení nespravedlností v oblasti zdraví (Our Healthy Future – prováděcí dokument 2):

<http://wales.gov.uk/docs/phhs/publications/110329working2en.pdf>

Velšská dopravní strategie

„Jeden Wales: propojení národa“ (*One Wales: Connecting the Nation*, 2008) je velšská dopravní strategie vydaná pod hlavičkou *One Wales*, která má v návaznosti na vznik velšské koaliční samosprávy demonstrovat provázanost různých politik a koncepcí. Strategie výslovně pojmenovává souvislosti mezi dopravou a zdravím, a to jak ve vztahu ke zdravotní péči, tak i v širším kontextu, kdy je zdraví vnímáno jako faktor přispívající k životní pohodě. Zároveň strategie popisuje způsoby, jimiž může přispět k zajištění ekvity. Cílovou populací jsou lidé z Walesu. Strategie deklaruje cíl „umožnit velšské samosprávě ve spolupráci s místní správou a dalšími zainteresovanými stranami maximalizovat pozitivní úlohu dopravy ve Walesu 21. století. Provazuje rozhodnutí o umístění služeb bydlení, vzdělávání, zdravotnictví, sociální péče, zaměstnanosti, maloobchodu a územního plánování s dopady, které budou tyto oblasti mít na způsob, jak lidé cestují.“

Vedoucí odvětví (resort): Sekce velšské samosprávy pro hospodářství a dopravu.

Spolupracující odvětví (resorty): Sekce velšské samosprávy pro zdraví, vzdělání, životní prostředí, plánování, útvar hlavního zdravotního rady, místní úřady, zdravotní výbory, dopravní konsorcia agentury životního prostředí a rozvoje venkova, nevládní organizace v oblasti dopravy.

Klíčové problémy: Provedení posouzení zdravotních dopadů této politiky; vysoká úroveň ukazatelů v odvětví dopravy, ale žádné zdravotní ukazatele.

Činitele změny politik: Nástroj *Policy Gateway*; fungující expertní síť.

Zdravotní činitele: Znečištění vzduchu a vody, hluková zátěž, obezita, přínosy fyzické aktivity.

Koncepční přístup: Udržitelný rozvoj.

Rizika: Snižující se lidské a finanční zdroje.

Odkazy: *One Wales: Connecting the Nation* – dopravní strategie velšské samosprávy:
<http://cymru.gov.uk/deet/publications/transport/wts/wtstrategy/wtsfe.pdf;jsessionid=K6hQTc7QFGTsQp2QRNpp1rp10J9pCGvGy0YgWYqyHzNK6jn8TLdz!889719512?lang=en>

Politika územního plánování Walesu

„Politika územního plánování Walesu – 4. cyklus“ (*Planning Policy Wales – Edition 4*) je nejnovější verzí pravidelného dokumentu politiky územního plánování velšské samosprávy. Byla zveřejněna v únoru 2011. Politika územního plánování Walesu (PPW) je nástrojem velšské samosprávy. Je doplněna řadou tzv. Poznámek k technickým doporučením (TAN), které spolu s PPW, s věstníky a upřesňujícími oběžníky tvoří celek územního plánování ve Walesu. Politika územního plánování Walesu spolu s Velšským územním plánem (*Wales Spatial Plan*) musí být zohledňována při přípravě místních územních a rozvojových plánů. PPW obsahuje národní směry územního plánování, které jsou závazné pro místní orgány a další zainteresované strany ve vztahu k celé řadě otázek, včetně místního územního plánování, udržitelného rozvoje, přírodního dědictví, historického prostředí, hospodářského rozvoje, dopravy, bydlení, maloobchodu, plánování rozvoje měst, rekreace, sportu, cestovního ruchu, rizik pro životní prostředí a znečištění. Ve všech těchto otázkách se zdraví explicitně uznává jako klíčový činitel, který je třeba brát v úvahu.

Politika je založena na národních i evropských právních předpisech. Hovoří o „rozličných dopadech územních plánů na zdraví a jeho determinanty“ ve vztahu k místnímu plánování rozvoje a v této souvislosti činí několik dalších doporučení s ohledem na nutnost zvážit dopady na zdraví a roli sociálních determinantů zdraví.

Vedoucí oddělení (resort): Územní plánování.

Spolupracující oddělení (resorty): Hlavní zdravotní rada, sekce velšské samosprávy pro zdraví a vzdělávání (a všechny ostatní sekce velšské samosprávy v rámci procesu meziresortních konzultací, tj. nástroje *Policy Gateway*).

Klíčové problémy: Politika územního plánování je přezkoumána a aktualizována čtvrtletně podle potřeby v reakci na měnící se požadavky právních předpisů a osvědčených postupů.

Činitele změny politik: Strategické zhodnocení životního prostředí (SEA), hodnocení vlivů na životní prostředí (EIA), místní rozvojové plány, poznámky k technickým doporučením (TAN).

Zdravotní činitele: Znečištění vzduchu, půdy a vody, hluk a světelné znečištění, ionizující záření, úmrtí v důsledku veder, zdraví lidu a životní pohoda.

Koncepční přístup: Udržitelný rozvoj.

Rizika: Žádná nebyla identifikována.

Odkazy: <http://wales.gov.uk/docs/desh/publications/110228ppwedition4en.pdf>~HEAD=NNS

Velšská planeta zdraví

„Velšská planeta zdraví“ - územní plánování pro životní prostředí, dopravu a zdraví (v originále *Planet Health Cymru - Planning for Environment, Transport and Health*) je webová stránka určená odborníkům v oblasti veřejného zdraví, dopravy, územního plánování a rozvoje měst, návrhářům, konstruktérům, architektům, expertům na udržitelný rozvoj a obnovu území, odborníkům na využití volného času apod. Poskytuje přístup k informacím, politikám, případovým studiím, nástrojům (včetně HIA), výzkumům, odkazům na další zdroje, zprávám, informacím o pořádaných akcích, vzdělávacím materiálům a technickým dokumentům, které vedou nebo přispívají ke zlepšení zdravotních výsledků. Pro zajištění kvality těchto informací byl zřízen poradní výbor složený z národních organizací, které zastupují cílové sektory a profese. Jeho posláním je podpořit, aby tvůrci politik i představitelé praxe zvážili možnost užší spolupráce v odvětví dopravy a územního plánování v podmínkách města i venkova.

Iniciativa se vyvinula z memoranda o porozumění mezi Radou velšského venkova (*Countryside Council for Wales*) a Velšským centrem pro zdraví (*Wales Centre for Health*). Byla rozpoznána potřeba ústředního multidisciplinárního zdroje a tento nápad se dále rozvíjel spolu s nárůstem počtu zúčastněných stran, než se nakonec stal zvláštním doporučením v národním Akčním plánu fyzické aktivity (*Physical Activity Action Plan*). Zdravotní hlediska v tomto zdroji se zpočátku týkala zejména obezity, avšak deklarovaným záměrem je vyvinout takový zdroj, který by bral v úvahu řadu dalších oblastí souvisejících se zdravím: duševní zdraví, zdravé stárnutí, změny klimatu, nehody a zranění, kvalitu ovzduší, zdravotní postižení aj.

Vedoucí odvětví (resort): Sekce velšské samosprávy pro památkovou péči a sport.

Spolupracující odvětví (resorty): Odvětví zaměřená na zlepšování zdravotního stavu, veřejné zdraví, územní plánování, přírodu a životní prostředí, udržitelný rozvoj a dopravu; nevládní organizace; odvětví architektury a designu; akademická obec.

Klíčové problémy: Byla identifikována potřeba spolupráce mezi sektorem veřejného zdraví a venkovskými oblastmi, která byla zrealizována politikou v oblasti sportu a kultury a posílena politikou zaměřenou na zlepšení zdravotního stavu.

Činitele změny politik: Multidisciplinární poradní skupina; implementace veřejného zdraví.

Zdravotní činitele: Obezita; podpora duševního zdraví; životní styl.

Koncepční přístup: Sociální, ekologický.

Rizika: Účinnost zapojení cílových skupin.

Odkazy: www.planethealthcymru.org

4. Aktéři

Kromě ministerstev, která mají v přímé kompetenci dopravu a územní plánování, zdůrazňují případové studie řadu dalších oblastí politik, které hrají významnou úlohu při tvorbě a implementaci koncepcí a programů v oblasti dopravy a územního plánování. Patří mezi ně: regionální rozvoj, životní prostředí, rozvoj měst, stavebnictví a bydlení, ekonomika, památková péče a sport. Nejpozoruhodnějším poznatkem však byla ve většině případů nápadně široká škála spolupracujících odvětví, včetně financí, kultury, spravedlnosti, školství, vnitra, rodiny a mládeže, cestovního ruchu, sociálního zabezpečení, životního prostředí a zeleně, zdravotního systému a veřejného zdraví. Rozhodně se zdá, že pro země, které se účastní činnosti této odborné skupiny, nebylo problémem zaangažovat širokou škálu rozdílných politik.

Bylo konstatováno, že v některých případech vznikl dojem, že ze všech spolupracovníků zapojených do tvorby a provádění politik bylo nejobtížnější zapojit sektor zdravotnictví, který se někdy dokonce zapojení bránil. Zdraví však bylo často chápáno v klinických nebo biomedicínských souvislostech s evidentním zaměřováním rolí veřejného zdraví, podpory zdraví a odborníků na zdravotní služby, jako jsou lékaři. Ve většině případových studií to byli odborníci z oblasti veřejného zdraví a podpory zdraví, kteří si vytvořili vazby s partnerskými odvětvími.

Jeden z dotazovaných expertů ze sektoru územního plánování nás rovněž upozornil, že moderní urbanismus má své kořeny v oblasti veřejného zdraví, neboť původně reagoval na zdravotní problémy 19. století vyplývající z rychlého rozvoje městských aglomerací v průběhu průmyslové revoluce, která vedla k přelidnění, znečištění a zamoření měst škůdci. Navzdory stále širší agendě městského plánování zůstává tento základní úkol urbanistů, stejně jako zdravotní rozměr jejich práce, zachován.

Klíčová poselství:

1. Někdy jsou ostatní sektory k podpoře konceptu zdraví ve všech politikách otevřenější než samotný sektor zdraví.
2. Zúžené vnímání zdraví pouze v biomedicínském pojetí může v jiných odvětvích vytvořit nedorozumění a zmatek.

5. Struktura

Procesy tvorby politik, stejně jako podpůrné struktury, se v jednotlivých zemích značně liší. V důsledku toho je obtížné generalizovat, pokud jde o doporučení nebo klíčová poselství jednotlivých případových studií. V Rakousku byla jistá politika prováděná bez širší konzultace s ostatními odvětvími, neboť bylo shledáno, že by proces byl jinak vážně zpomalen dobou potřebnou k získání konsensu ohledně zahájení implementace této politiky. Teprve po skončení implementace byla do dalšího rozvoje této politiky zapojena další odvětví. Byl však kladen velký důraz na zapojení veřejnosti, aby výsledný program byl plně inspirován a spoluvytvářen široce chápanou společností. Wales však zavedl nástroj „*Policy Gateway*“, který vyžaduje, aby se všechny útvary samosprávy zapojily do nově vznikajících politik ostatních útvarů, a ovlivnily tak jejich další směřování. Obdoba tohoto přístupu byla zaznamenána ve Francii, která klade důraz na to, aby se komplementární politiky vzájemně podporovaly, čímž dochází k synergickým efektům.

V České republice, a to i přes existenci kompetenčního zákona, který vymezuje konkrétní oblasti působnosti každého ministerstva, byla doložena poměrně dobrá meziresortní spolupráce v zohledňování zdravotních hledisek, přestože oblast zdraví byla ve vymezené kompetenci jen Ministerstva zdravotnictví.

I přes různé přístupy se zdraví setkalo mezi experty z odvětví územního plánování a dopravy ve většině případů s pozorným publikem, i když jen někdy v pozdní fázi procesu, přestože bylo často obtížné určit, co bylo spouštěcím mechanismem zapojení těchto expertů. V některých případech se ukázalo, že se v minulosti utvořily neformální sítě mezi sektory, které již existovaly po dlouhou dobu, avšak nebylo možné určit, jak a kdy tyto struktury začaly fungovat.

Rovněž se v těchto případových studiích do určité míry liší koncepční přístupy nebo „návnady“, které dodaly zdravotním tématům váhu. V některých případech zvýšilo povědomí o zdravotním rozměru prosté založení tvorby politiky na modelu „sociálních determinant“. V jiném případě byl „návnadou“ udržitelný rozvoj, zatímco v dalším byly spouštěčem pro zohledňování zdravotních hledisek „životní pohoda“ a „kvalita života“.

K dispozici je jeden příklad situace, kdy sjednocující hnací silou byly finanční otázky, přičemž zapojení partnerů do spolupráce na zdravé dopravě a územním plánování bylo podníceno užitím ekonomických argumentů podložených silnými důkazy.

Klíčová poselství:

1. Profesionální sítě, do nichž jsou zapojeni též zdravotní experti, zřejmě představují důležitý mechanismus pro optimální začlenění zdraví do všech politik. Tyto sítě se mohou vyvinout neformálně a není vždy možné určit moment, kdy začaly existovat. Zkušenosti naznačují, že neformální sítě mohou být stejně účinné jako ty formální.
2. „Návnadou“ pro zohlednění principů HiAP spíše není pojem „zdraví“, které může být vnímáno jinými odvětvími negativně či nervózně. Lepšími „návnadami“ je např. pohoda/ blahobyt, sociální determinanty a udržitelný rozvoj.
3. V některých dalších odvětvích mohou být experti lépe informováni o zdravotních aspektech své práce, než si uvědomujeme.
4. Ekonomické argumenty ve spojení s dobrými důkazy mohou poskytnout silnou motivaci pro akce založené na spolupráci, které mohou mít kladný dopad na zdraví.

6. Zdravotní dopady

Jak se očekávalo, zdravotní přínosy vztahující se k odvětví dopravy byly převážně zaměřeny na přínosy pěší chůze a cyklistiky; byly uznány konkrétní dopady na chronická onemocnění, jako je obezita, ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda apod.

Byl však rovněž často identifikován negativní zdravotní potenciál a v některých odvětvích způsobil značné obavy, zejména v souvislosti s úrazy a zraněními z chůze a jízdy na kole, přičemž důkazy těchto skutečností byly často interpretovány odděleně od průkazných pozitivních přínosů. Další významné zdravotní dopady byly identifikovány ve vztahu ke kvalitě ovzduší.

Z hlediska územního plánování byly zohledněny přínosy spojené se zlepšením životního stylu v důsledku zvýšení tělesné aktivity a rovněž pozitivní efekty přírody, zeleně a životního prostředí na duševní zdraví a životní pohodu. Potenciální negativní vlivy na zdraví se v převážné míře týkaly znečištění vzduchu, půdy a vody, nadměrného hluku, světelného a radiačního znečištění a změny klimatu, ale byly také identifikovány širší sociální dopady (jako jsou vlivy sociální soudržnosti, zdravého bydlení nebo vyčlenění z komunity) na kvalitu života a celkovou životní pohodu.

Vyskytly se některé příklady situací, kdy údaje z výzkumů inspirovaly k úvahám o potřebě opatření, která se zabývají zdravotními aspekty v daných oblastech politiky. Nicméně jen v jednom případě bylo provedeno hodnocení vlivu na zdraví s cílem posoudit dopad navrhované politiky, a to dokonce v omezeném rozsahu i objemu závěrů. V některých případech bylo zjištěno, že celostátní politiky mohou určovat směr místních opatření způsobem, který vyžaduje od místních partnerů sledování a hodnocení zdravotních dopadů. Všeobecně se však zdá, že přes velkou pozornost věnovanou tomu, aby se zdraví zapojilo v určitém okamžiku do procesu, politika dopravy a územního plánování a s ní spojené činnosti a akce se zaměřují převážně na indikátory týkající se strukturálních výsledků. To znamená, že dopravní politiky a strategie měří věci, jako je počet cyklistů, kilometry cyklostezek atd., u opatření územního plánování byly sledovány dopady na životní prostředí, dostupnost služeb, demografické profily apod. Chyběly doklady o tom, že by ve vztahu k sektorové politice nebo opatření byly měřeny širší výsledky v oblasti zdraví, tj. dopady fyzické aktivity, obezita atd.

Výše naznačené výjimky se spíše zaměřovaly na negativní zdravotní důsledky, například nehody a úrazy chodců a cyklistů. Zde je nebezpečí, že by dostupné „důkazy“ mohly být vychýleny ve prospěch těchto negativních zdravotních důsledků, které nemají protiváhu v dokladech o přínosech pro zdraví. Rovněž bylo k dispozici málo důkazů o dopadech zdravotní ekvity, výjimkou je německý program Sociálně integrujících měst, který se explicitně zaměřoval na nerovnosti, i když přesná váha těchto dopadů, jejich rozsah ani metoda identifikace nejsou bezprostředně zřejmé.

Klíčová poselství:

1. Dokonce i tehdy, když jsou zdravotní hlediska brána v jiných oblastech politiky v potaz, chybí vážné snahy o měření pozitivních zdravotních důsledků či dopadů.
2. Při práci se sektory územního plánování a dopravy se ukázalo, že zjištěné zdravotní dopady spadají do tří skupin: životní styl (např. fyzická aktivita), zdraví a bezpečnost (např. nehody a zranění) a ochrana zdraví (např. kvalita vzduchu a míra znečištění životního prostředí).

7. Evaluace

Ve většině případů byl proveden monitoring a evaluace předložených politik a programů. Nicméně, jak již bylo uvedeno, i když mohou být vyhodnoceny některé faktory, které ovlivňují zdraví, a to zejména ve fázi plánování politik a programů, žádná z případových studií výslovně nehodnotila zdravotní výsledky politik nebo opatření. Navíc existuje jen málo záznamů o tom, že by se měřily dopady opatření na zdravotní ekvitu nebo nerovnosti ve zdraví.

Klíčová zjištění:

1. Přestože je prováděna evaluace, existuje jen málo důkazů o evaluacích, které berou v úvahu zdravotní výsledky.
2. Existuje jen málo důkazů o dopadech na ekvitu ve zdraví, resp. na zdravotní nerovnosti.

8. Výsledky

Případové studie:

- K dispozici bylo celkem 10 případových studií z 5 zemí: Rakouska, České republiky, Francie, Německa a Walesu.
- Případové studie se týkaly ve 4 případech dopravy, ve 3 případech územního plánování a ve 3 případech obou oblastí.
- Mezi případovými studii bylo 6 politik (vč. strategií) a 4 programy nebo iniciativy.
- Místní úrovni se zabývala 1 případová studie, 9 případových studií se věnovalo situaci na národní úrovni.

Shrnutí klíčových zjištění:

1. Někdy jsou jiná odvětví otevřenější k podpoře konceptu zdraví ve všech politikách než samotný sektor zdraví.
2. Vnímání zdraví v zúžené biomedicinském pojetí může v jiných odvětvích vytvářet nedorozumění a zmatky.
3. Důležitým mechanismem pronikání konceptu HiAP se ukazují být expertní sítě, v nichž je sektor zdraví zapojen. Tyto sítě se mohou vyvíjet neformálně a není vždy možné určit moment, kdy vznikly. Důkazy nasvědčovaly tomu, že neformální sítě mohou být stejně účinné jako formální.
4. „Návnadou“ pro uplatňování konceptu HiAP spíše není pojem „zdraví“, který může být v jiných odvětvích vnímán negativně či s rozpaky. Lepšími „návnadami“ jsou životní pohoda, sociální faktory a udržitelný rozvoj.
5. Experti z některých dalších odvětví mohou být lépe informováni o zdravotních aspektech své práce, než si uvědomujeme.
6. Ekonomické argumenty ve spojení s dobrými důkazy mohou být silnou motivací pro akce založené na spolupráci, které mohou mít kladný dopad na zdraví.
7. Dokonce i tehdy, jsou-li v jiných oblastech politiky přítomna zdravotní hlediska, chybí vážná snaha měřit pozitivní zdravotní důsledky či dopady.
8. Při práci s odvětvími územního plánování a dopravy byly zjištěny zdravotní dopady, které zřejmě lze zařadit do tří základních skupin: životní styl (např. fyzická aktivita), zdraví a bezpečnost (např. úrazy a zranění) a ochrana zdraví (např. kvalita vzduchu a znečištění životního prostředí).
9. Přestože je prováděna evaluace, existuje málo důkazů o tom, že by zahrnovala hodnocení výsledků v oblasti zdraví.
10. Existuje jen málo důkazů o dopadech na zdravotní ekvitu a nerovnosti.

Zpětná vazba od účastníků

"Tato případová studie uvádí zkušenosti z odvětví dopravy, včetně dalších odvětví, jako je sektor zdraví, při tvorbě koncepce podpory cyklistiky v Rakousku. Navzdory tomu, že cyklistika má jasný silný

pozitivní dopad na zdraví, zapojení zdravotnictví (zejména "systému financování") bylo obtížné. Spolupráce s Rakouským zdravotním ústavem přesto vypadá slibně.

Meziodvětvová spolupráce by se neměla soustředit jen na podporu konceptu zdraví ve všech politikách a její sdílení s ostatními odvětvími; ještě je třeba vyvinout mnoho úsilí pro zvýšení povědomí o tomto konceptu ve zdravotnictví samotném. Zdraví jako širší koncept, než jen „nemoci a špatné zdraví“, jak je uvedeno v Ottawské chartě, se dosud stěží odráží v rozhodování zdravotní politiky. Aby spolupracující partneři podporovali spolupráci, musí jim být zřejmé pozitivní účinky. V případě, že účinky nejsou patrné, musí být před oslovením dalších odvětví připravena určitá krátká informace (např. formou stručného písemného podkladu) shrnující pozitiva. Tento přístup také napomáhá předcházet podezřením o vměšování ze strany jiných oborů a negativním důsledkům včetně následného blokování spolupráce.“ **Rakousko**

„Případová studie odhalila obavy jiných odvětví (např. územního plánování), že explicitní definice ukazatelů týkajících se zdraví by mohla být považována za zasahování do kompetencí zdravotnictví. Situaci by mohlo napomoci jasné prohlášení určené zdravotnímu sektoru, že spolupráce a myšlenka „zdraví ve všech politikách“ je velmi ceněna a vítána.“ **Rakousko**

"Některé jiné sektorové politiky mají přímé dopady na zdraví, aniž by to zmiňovaly. Sektor zdraví by si toho měl být vědom a snažit se být více proaktivní, aby se zvýšily zdravotní přínosy jiných sektorových politik. Mezioborová spolupráce na národní úrovni by měla být formalizována (vládním rozhodnutím a jinými právními předpisy). V opačném případě by byl Kompetenční zákon (vzhledem ke konfliktu formálních a právních kompetencí) hlavní překážkou pro začlenění zdraví do všech politik.

Silné vedení a motivace tvůrců politiky by mohlo být důležitější než finanční zdroje. Zdravotní přínosy a výsledky by měly být zdůrazňovány – odvětví politik mimo zdraví by je mohly vnímat jako podpůrný argument pro implementaci vlastních politik – často překvapivě.“ **Česká republika**

"Nástroje začlenění zdraví do všech politik, jako je hodnocení vlivu na zdraví, se v Německu obvykle nepoužívají, nicméně lze vyvodit obecné závěry z meziresortní spolupráce ve zdravotnictví a dalších odvětvích. Aby bylo možné realizovat mezioborovou spolupráci, je třeba nastavit účinnou koordinaci a efektivní řízení. Kromě profesionálního řídicího orgánu potřebuje mezioborová spolupráce zdroje, pokud jde o čas, finance a personál. Pravidelná setkání spolupracujících stran jsou mimořádně důležitá. Měly by být podepsány závazné dohody o spolupráci mezi jednotlivými stranami a mělo by být zajištěno, aby spolupráce probíhala na základě rovnosti. Spolupracující strany musejí ukázat zájem a schopnost spolupráce a společný smysl pro odpovědnost, uznání a ocenění kompetencí jiných stran a rovněž je třeba zajistit transparentní komunikační procesy.

Měly by se rozvinout meziodvětvové mechanismy financování a sdružování zdrojů. Mezioborová spolupráce by měla být pravidelně hodnocena, monitorována a dále rozvíjena. Kromě toho je nanejvýš důležité, aby pro jednotlivé aktéry existovaly pobídky k účasti a spolupráci s ostatními odvětvími. Mohou to být peníze, ale také vědomí, že společné řešení komplexního problému může vést k většímu úspěchu. V neposlední řadě by bylo užitečné, pokud by byl k dispozici manuál o tom, jak může být dosahováno mezioborové spolupráce.“ **Německo**

„Hlavním inovativním aspektem této případové studie je investice do výzkumu s cílem podat solidní důkazy o výhodách aktivních druhů dopravy. Je obzvláště zajímavé (a koneckonců přenositelné), že prováděný výzkum bral v úvahu přínosy v různých oblastech: zdraví, dopravě, hospodářství, průmyslovém rozvoji, znečištění životního prostředí atd. Zejména hodnocení ekonomických přínosů plynoucích ze zvýšení podílu cyklistiky na přepravě osob je v jistém smyslu způsob, jak najít společný „jazyk“ mezi různými sektory.

Dalším zajímavým aspektem této případové studie je interakce mezi různými národními plány (zdraví a životní prostředí, výživa, rakovina, obezita), které se vzájemně posilují a zvyšují počet partnerů a zúčastněných stran, čímž se úsilí v jednotlivých oblastech synergicky posiluje a zvyšují se šance potenciálních pozitivních výsledků.

Kromě toho vedla kritika první PNSE ke zlepšení povědomí o potřebě nastolit stabilní řídicí procesy.

- *Je třeba provést detailnější evaluaci celého procesu a specifických zdravotních dopadů.*
- *Politiky by měly být dlouhodobě životaschopné a neměly by být odkázané na nasazení konkrétních jednotlivců.*
- *Je třeba učinit krok vpřed k posunu od pojmu „meziodvětvová spolupráce“ k systematickému a komplexnímu přístupu začlenění zdraví do všech politik, a to na národní, regionální a místní úrovni, zejména na stupni, kde jsou politiky vytvářeny.*
- *Je třeba zvýšit pozornost těch, kdo tvoří a implementují různé politiky, k otázkám ekvity, stejně jako k vytváření vhodných ukazatelů pro vyhodnocení míry hájení zájmů ekvity.*
- *Způsob, jakým je „zdraví“ vnímáno, by měl být širší než jen „absence nemoci“. **Francie***

9. Závěry

Případové studie

I když tato zpráva může poskytnout pouze letmý přehled o tom, jak by koncept zdraví ve všech politikách mohl být uplatňován v politice dopravy a územního plánování a případně dalších oblastech politik, poskytuje užitečný příspěvek k vzájemnému učení a debatě kolem tohoto přístupu. Společné rysy, které se objevují v rámci všech těchto oblastí politiky, zahrnují mimo jiné:

1. Již v minulosti docházelo ze strany tvůrců politik v oblasti územního plánování a dopravy k jednoznačnému uznání mnoha zdravotních dopadů těchto politik a opatření, nicméně převážně ve vztahu k znečištění životního prostředí, dopravním nehodám a v poslední době též ke změně klimatu.
2. Klinické konotace spojené s pojmem „zdraví“ mohou omezovat zájem zapojit do tohoto tématu ostatní sektory.
3. Aby mohlo být téma „zdraví“ plně integrováno do jiných politik, je třeba, aby se zdravotní profesionálové více a příměji zapojovali do ostatních sektorů.
4. Je třeba rozvíjet přístupy založené na spolupráci při sběru a analýze dat zkoumajících a zjišťujících zdravotní výsledky vyplývající z opatření přijatých v rámci jiných politik.
5. Nástroje pro podporu začlenění zdraví do všech politik, jako je hodnocení vlivu na zdraví (HIA), jsou stále používány pouze sporadicky, s nemnoha nebo žádnými důkazy o jejich účinném používání v oblasti tvorby politik.
6. „Profesionální“ jazyk se může stát překážkou pro efektivní spolupráci napříč sektory.
7. Klesající finanční i lidské zdroje vedou k hrozbě nepříznivého obratu dosažených výsledků při rozvoji meziodvětvových přístupů v důsledku toho, že organizace procházejí racionalizací a profesní přesahy jednotlivých pracovníků jsou omezovány bezprostředními požadavky jejich vlastních oblastí působnosti.

Jak se očekávalo, mnohé poznatky uvedené v těchto případových studiích odrážely obdobné poznatky předchozích prací, ale také pomohly zdůraznit zásadní význam některých z těchto starších poznatků, jako je potřeba lepší evaluace programů a existence zdravotních dat, potřeba prolomit profesní hranice a „mluvit stejným jazykem“, větší využívání nástrojů, jako je posouzení vlivu na zdraví (HIA) i hodnota schopnosti „umět prodat“ zdravotní argumenty v ekonomickém kontextu. Nicméně existují rovněž zcela nové poznatky, které mohou pomoci utvářet budoucí diskurs v této oblasti, zejména se jedná o přiznání toho, že často sám zdravotní sektor je překážkou pro efektivní začlenění zdraví do všech politik; že odborníci v oboru dopravy a územního plánování jsou často ochotní a dobře informovaní spolupracovníci, a konečně, že pojem „zdraví“ nemusí být nutně nejlepší „návnadou“ pro ostatní odborníky, aby se zapojili do konceptu zdraví ve všech politikách - stejně účinnými pojmy, které jsou často lépe akceptovatelné při zavádění zdravotní agendy jiných oblastí, je „životní pohoda“, „udržitelný rozvoj“ či „kvalita života“.

Přenos politik

Zatímco případové studie obsahují nezpochybnitelné množství poznatků, z nichž se lze poučit, je třeba mít na paměti, že pokusení jednoduše přebírat přístupy z jedné oblasti politik a kopírovat je v dalších situacích musí být mírněno uznáním kritické důležitosti kontextu. V nedávné souhrnné studii o přenosu politik a poznatků v oblasti dopravy (A. Davies, 2011) pojmenoval Dr. Adrian Davies mimo jiné „... značnou mezeru v evaluaci úspěchů (či neúspěchů) politik, které byly předmětem

určité formy přenosu.“ Tento výzkum se však soustředil spíše na přenos politik, k němuž docházelo při nespokojenosti s určitým stavem, spíše než tam, kde se jednalo o úmyslnou snahu identifikovat přenositelné prvky.

Přes omezený výzkum v této oblasti a přes zjištění některých možných nedostatků (G. Marsden a D. Stead, cit. v A. Davies 2011) by měl být potenciál pro přenos politik plně využíván, a to i nadále. Je třeba také poznamenat, že výzkum dochází k závěru, že je přenos politik neúčinný, identifikuje však neschopnost vyhodnotit takové příklady. Dále je třeba konstatovat, že oblasti politik, jako jsou doprava a územní plánování, plní významné a dlouhodobé funkce související se zdravím, které jim téměř jistě umožní, aby se zapojily do agendy zdraví s větší připraveností než jiné oblasti, jako je např. ekonomika, kultura a rozvoj venkova.

Jazyk

Otázka, která se vyskytla v literatuře, případových studiích a také v širší diskusi mezi partnery projektu, je problém účinného sdělování, „prodávání“ argumentů týkajících se zdraví. Na jedné úrovni se jedná o věčný problém vnímání zdraví jako nepřítomnosti nemoci, nebo ve smyslu „zdravotnictví“, tj. technické nebo vědecké disciplíny náležející určité profesní skupině. V tomto ohledu může být docela užitečné uplatnit starý axiom, že zdravotních výsledků lze často dosáhnout nepřímými, zdánlivě nesouvisejícími prostředky („*health by stealth*“). Případové studie rovněž zmiňují a dokládají evidentní úspěch využívání alternativních termínů, pomocí nichž je zaváděna zdravotní dimenze do ostatních politik, jako je „pohoda“, „udržitelný rozvoj“ či „sociální determinanty“. Dalším aspektem formulace a předávání tohoto sdělení je nicméně problém spojený s vnímáním samotných zdravotnických profesionálů ostatními experty, neboť existuje reálné riziko, že na ně může být nahlíženo jako na „nadřazené“, „vlezlé“ nebo „povýšené“, jako na ty, kteří předpokládají, že jejich agenda má větší význam než ostatní, jak trefně shrnul jeden pozorovatel: „Lidé mohou být motivováni zdravotními argumenty, ale těžko sektorem zdravotnictví!“ Samotný termín „zdraví ve všech politikách“ evokuje pocit přeceňování významu této agendy.

Je důležité, aby zdravotnictví uznávalo význam a hodnotu opačného vztahu, tedy zahrnutí „všech politik do oblasti zdraví“ stejnou měrou, jako je správné zavádět zdravotní rozměr do dalších oblastí politiky.

Při vývoji zdravotních opatření a politik musí zdravotníci brát v úvahu jiné oblasti a jim příslušející odborné znalosti, dovednosti, poznatky, jazyk a informace. Ať už jde o plánování nových služeb, přípravu zdravotních programů či tvorbu zdravotní strategie, zvyšuje pochopení role a vlivu ostatních odvětví pravděpodobnost úspěchu implementace, ale pomáhá též vytvářet efektivní a udržitelné vztahy napříč sektory. Dopravní projektanti a urbanisté nevykonávají svou práci se záměrem poškodit lidi, například prostřednictvím návrhů přispívajících k vytváření obezogenního prostředí. Jsou vystaveni politickým požadavkům i profesním standardům a zpravidla usilují o to, aby vyvinuli strukturální řešení sociálních problémů, mj. za situace omezených zdrojů, zaběhnutých politických procesů, kulturních vlivů a právních norem. Uznání těchto obtíží a vědomí omezení zvyšuje šance na dosažení praktických a efektivní řešení, která budou zohledňovat agendy všech zainteresovaných.

Nástroje

Podpora pro zahrnutí zdravotních hledisek do ostatních odvětví je nyní dobře rozvinutá a v posledních letech se v této oblasti vyvinula řada nástrojů. Nejpopulárnější z nich je hodnocení vlivu na zdraví (HIA), ačkoli je zřejmé, že je používáno sporadicky a nerovnoměrně. I nadále přetrvává napětí vyplývající z rozdílnosti se míry podpory a důrazu na používání HIA a ukazuje se potřeba provádět

více takových typů hodnocení, které jsou legislativně zakotvené, jako je hodnocení vlivů na životní prostředí (EIA) a strategického hodnocení životního prostředí (SEA). Je také zajímavé povšimnout si, jak v některých zemích je použití HIA interpretováno jako explicitní „důkaz“ o začlenění zdraví do politik, i když případové studie ukazují, že je možné narazit v určitých sektorech politik na zdravotní hlediska, která nebyla podnícena formálním procesem hodnocení. Dalším námětem pokračující debaty je role hodnocení dopadů zdravotních ekvity (*Health Equity Impact Assessments*), přičemž někteří se domnívají, že kvalitní HIA tak jako tak pokrývá i tuto dimenzi.

Alternativním nástrojem, který řeší výzvy urbanismu a územního plánování se zaměřením na zdravotní ekvitu, je „Nástroj zdravotní ekvity a reakce ve městech Urban HEART“ (*Urban Health Equity & Response Tool - Urban HEART*), který spustila WHO (2010) jako „uživatelsky přívětivého průvodce pro tvůrce politik a osoby s rozhodovací pravomocí na národní a místní úrovni s cílem:

- identifikovat a analyzovat nespravedlnosti v oblasti zdraví mezi lidmi žijícími v různých částech města, nebo patřící do různých socioekonomických skupin uvnitř měst a mezi městy;
- usnadnit rozhodování o životaschopných a efektivních strategiích, intervencích a akcích, které by měly být použity ke snížení nespravedlností v oblasti zdraví uvnitř měst a mezi městy.“

Urban HEART podporuje očekávání „... mnoha odvětví zapojených do plnění společných cílů, včetně podpory zdravotní ekvity“. Tento nástroj poskytuje na důkazech založený rámec pro meziresortní spolupráci, která ze své podstaty podporuje přístup začlenění zdraví do všech politik se zvláštním důrazem na řešení výzev plynoucích ze sociálních determinantů a na snižování nerovností v oblasti zdraví.

Národní institut pro veřejné zdraví a životní prostředí v Nizozemsku (RIVM) vyvinul databázi metod a nástrojů, které jsou k dispozici pro hodnocení zdravotních důsledků územního plánování a městského rozvoje. Příkladem jsou matematické modely, metody přechodu od strategického k operativnímu plánování, koncepční rámce a nástroje, které by měly být společně používány při provádění politiky životního prostředí. Tato databáze je k dispozici on-line na adrese: [http://gezondeplannen.ibase.info/ibaserivm/\(S\(q2sczb3qbuыр1m45d2nc1m55\)\)/Default.aspx](http://gezondeplannen.ibase.info/ibaserivm/(S(q2sczb3qbuыр1m45d2nc1m55))/Default.aspx)

RIVM také vyvinul „**Průvodce zdravím v územním plánování**“, který poskytuje lokálním aktérům lepší vhled do environmentálních, sociálních a s péčí souvisejících faktorů životního stylu, které mohou mít vliv na zdraví dotčených obyvatel. Průvodce si klade systematické otázky a podává přehled faktorů, které mohou pozitivně nebo negativně ovlivnit zdraví dotčených občanů. Průvodce je k dispozici také v angličtině a lze jej nalézt na adrese: <http://www.gezondheidinmer.nl/isurveyuk/>

Obdobně spustila nedávno skupina místní správy v Anglii nový zdroj „Propagace zdraví v územním plánování“ (*Plugging Health into Planning*, Local Government Group, 2011), který je založen na široké škále případových studií, jež poskytují inspiraci, vodítka, databázi důkazů, vývoje, provádění a monitorování politik, sledování změn, způsobů komunitní participace, struktur vedení a spolupráce a vytváření specializovaných míst. Zdroj je dostupný on-line na adrese <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/28692849>

Důkazy

Máme-li být úspěšní v přesvědčování ostatních odvětví o jejich roli při ovlivňování výsledků v oblasti zdraví, je nezbytné, abychom byli schopni zdravotní výsledky doložit. Případové studie silně naznačují, že existuje jen velmi málo příkladů, kdy k tomuto dojde. Nad rámec několika tradičních ukazatelů souvisejících s látkami znečišťujícími životní prostředí či statistik nehod nebo zranění dosud nebylo vynaloženo dostatečné úsilí k vytvoření důvěryhodných údajů o zdravotních výsledcích vyplývajících z politik a opatření v těchto oblastech. To ovšem neznamená, že by neprobíhal sběr dat;

právě naopak vyniká odvětví dopravy shromažďováním značného množství dat. Podobně shromažďuje velké množství informací sektor veřejného zdraví. Nicméně v současné době neexistují žádné uznávané systémy nebo postupy pro syntézu příslušných údajů tak, aby mohly být objeveny potenciální korelace, a v mnoha případech stále existují mezery v informacích, které by mohly zaplnit užitečné údaje o zdravotních důsledcích, např. vztahy mezi velikostí hřišť a obezitou dětí, mapování „potravinářských pouští“ atd.

Dalším hlediskem je ekonomický rozměr, jak je uvedeno ve francouzské případové studii i v doporučeních z databáze RIVM pro územní plánování (RIVM, 2011). Bylo zjištěno, že ekonomické argumenty mohou být významným jednotícím hlediskem při vytváření víceoborových vztahů, kde se stává zdraví společným rysem politik, a v tomto kontextu nově vznikají nástroje, které pomáhají shromažďovat, analyzovat a interpretovat data v ekonomickém kontextu. Patří mezi ně Nástroj WHO pro ekonomické hodnocení zdraví v oblasti cyklistiky a pěší chůze (HEAT), což je on-line zdroj pro odhad ekonomických úspor vyplývajících ze snížení úmrtnosti v důsledku pravidelné jízdy na kole a/nebo chůze a je založen na nejlepších dostupných důkazech s použitím parametrů, které mohou být přizpůsobeny pro specifické situace. Výchozí parametry jsou platné v evropském kontextu. (WHO, 2011)

Budování kapacit

Mnohá nedorozumění, informačních mezery a rozdíly mezi zamýšlenou politikou a praxí uvedené v případových studiích a v literatuře lze zmírnit, nebo jim lze dokonce předejít lepší odbornou přípravou a sdílením informací, a to zejména ve víceoborovém prostředí. Je snazší pochopit a překonat bariéry, problémy a omezení, s nimiž se potýkají ostatní disciplíny, jsme-li jim vystaveni sami, ať už v prostředí formálního vzdělávání nebo v „reálném světě“. K dispozici jsou příklady z obou prostředí. Centra pro kontrolu nemocí a prevenci ve Spojených státech pořádají každý rok soustředění zaměřená na vztah mezi tělesnou aktivitou a veřejným zdravím. Tato soustředění jsou založená na sociálních a ekologických modelech chování ve vztahu k fyzické aktivitě, jichž se společně účastní odborníci a vědci z oblasti veřejného zdraví, územního plánování, dopravy, volného času, sportu a dalších odvětví, kteří se navzájem učí a sdílejí zkušenosti a informace ze svých oborů.

Koncept tohoto kurzu byl kopírován na jiných kontinentech a v ostatních zemích a pomáhá prolomit profesní hradby, které mohly dříve bránit účinné víceodvětvové práci v této oblasti. Alternativní přístup k překonání těchto profesních hranic je vytvoření sdílených pracovních pozic, čehož příkladem je Dr. Davies, který pracuje tři dny v týdnu jako konzultant v oblasti veřejného zdraví pro zdravotní rady v Anglii a v dalších dvou dnech pracuje v odboru dopravy v místní správě. To poskytuje významnou příležitost k tomu, aby bylo zajištěno, že zdravotní hlediska budou zahrnuta do procesu dopravního plánování a přípravy politik a zároveň k zahrnutí dopravních hledisek do přípravy koncepcí v oblasti veřejného zdraví na místní úrovni. Dr. Davies doplňuje tyto aktivity školením místních expertů v oblasti dopravy i veřejného zdraví.

Myšlenka společných schůzek není nic nového a samozřejmě existuje mnoho příkladů, zejména v oblasti veřejného zdraví, kde k obdobnému setkávání dochází. Nicméně v žádném případě nejde o běžný jev a jejich potenciál a potřeba nachází odezvu v jiných dokumentech, včetně doporučení PEP „Budování kapacity pro výměnu osvědčených postupů mezi příslušnými orgány, úřady a jinými subjekty zainteresovaných stran“ (*Capacity building to exchange good practices between the responsible bodies, authorities and stakeholders*, vyd. Kancelář WHO pro Evropu a EHK OSN, 2009) a setkání odborníků WHO „Zvýšení komunikace a výměny s ostatními odbornými kruhy k podpoře zdravotního rozměru jejich práce“ (*Increase communication and exchange with other professional circles in order to facilitate the health dimension of their work*, WHO, 2010).

10. Potřeba dalších opatření

I přes relativně omezený počet případových studií v této zprávě je bezprostředně zřejmé, že zkušenosti identifikované partnery projektu *Crossing Bridges* odrážejí témata obdobná vzájemně i ve vztahu k těm, která jsou zdůrazněna v jiných zprávách a případových studiích z celé Evropy včetně zprávy Světové zdravotnické organizace „Urbanismus, životní prostředí a zdraví: od důkazů k politickým činům“ (*Urban Planning, Environment & Health: From evidence to policy action*, WHO, 2010), informační databáze územního plánování spravovaná nizozemským Národním institutem pro veřejné zdraví a životní prostředí (RIVM), která je dostupná on-line na adrese [http://gezondeplannen.ibase.info/ibaserivm/\(S\(q2sczb3qbuyr1m45d2nc1m55\)\)/Default.aspx](http://gezondeplannen.ibase.info/ibaserivm/(S(q2sczb3qbuyr1m45d2nc1m55))/Default.aspx) a sada nástrojů výše uvedeného Panevropského programu („PEP Toolbox“ Evropské kanceláře WHO a Hospodářské komise OSN pro Evropu, 2009). Stejně tak všechny podstatné nálezy a doporučení učiněná ve výše zmíněném dokumentu k Marmotově zprávě o územním plánování (Geddes a kol., 2011) byly rovněž identifikovány některými ze zahrnutých případových studií.

S ohledem na existující literaturu, případové studie a při povědomí o souhrnu znalostí partnerů a dotazovaných osob lze doporučit, aby tato opatření zvyšovala pravděpodobnost a efektivitu zahrnutí zdraví mezi významné faktory, k nimž je při tvorbě politik a opatření v oblasti územního plánování i dopravy přihlíženo a které mohou být přenositelné i do ostatních politik:

Budování kapacit

- Zavedení víceoborového školení tvůrců politik a vedoucích úředníků pracujících v oblasti dopravy, územního plánování a zdraví. Takové školení by zahrnovalo informace o důkazech, nástrojích (včetně HIA), politikách na místní a národní úrovni, sociálních determinantech a nerovnostech v oblasti zdraví, případových studiích a příkladech dobré praxe. Takové školení by pokud možno mělo zahrnovat zástupce všech odvětví tvorby politik, praxe i výzkumu, což by napomohlo prolomení úzce profesních bariér a nastolení vzájemné empatie a porozumění.
- Měly by být zváženy společné schůzky odborníků na veřejné zdraví, kteří tráví část svého pracovního času v jiných odvětvích, např. v dopravě. Tito odborníci následně mohou poskytovat rady a informace o zdravotních aspektech, podporovat školení, poradenství a podporu při tvorbě a analýze společných datových souborů, poskytovat podporu a poradenství v oblasti výzkumu a důkazů, podporovat HIA a poskytovat zpětnou vazbu kolegům v oblasti veřejného zdraví.
- Pokud je to možné, měla by být podpořena profesní a vzdělávací výměna mezi sektorem veřejného zdraví a dalšími oblastmi politik za účelem podpory předávání znalostí, vytváření podmínek pro vzájemné porozumění a příležitostí pro spolupráci.

Důkazy a sběr dat

- Měly by být vytvořeny společné soubory dat, které budou sdíleny mezi jednotlivými obory a odvětvími a které by měly obsahovat důležitá data o zdravotních výsledcích a determinantech zdraví (např. fyzická aktivita, kvalita života, duševní zdraví a pohoda apod.)
- Je třeba identifikovat příležitosti pro mezioborový výzkum, zahájit jej a publikovat výstupy, a tím se pokusit řešit mezery ve znalostech a důkazech, které v současnosti existují jak v rámci jednotlivých politik, tak mezi různými oblastmi politiky (např. vztahy mezi kvalitou a dostupností městské zeleně a dětskou obezitou).

- Je třeba vyvinout větší úsilí při identifikaci, rozvoji a podpoře takových nástrojů, které umožní podpořit práci a odborný dialog napříč odvětvími (např. hodnocení vlivu na zdraví, Nástroj WHO pro zdravotně ekonomické hodnocení pěší chůze a cyklistiky).
- Je třeba shromažďovat zdravotně ekonomické důkazy a doložitelná fakta a rozšiřovat je mezi odborníky z dalších sektorů, aby posloužily pro formování různých politik a postupů a pro zdůvodnění a vyčíslení zdravotních přínosů.

11. Zdroje

Davies A. (2011) - Essential Evidence on a page, No 71: Policy transfer and learning in the field of transport. Vyd.: Bristol City Council, 2011.

Geddes I., Allen J., Allen M. a Morrissey L. (2011) - The Marmot Review: Implications for Spatial Planning. Vyd.: NICE, 2011. Dostupné on-line:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12111/53895/53895.pdf>

Marsden G., Stead D. (2011) - Policy transfer and learning in the field of transport: A review of concepts and evidence, in: Transport Policy, 18(3), s. 492-500.

RIVM (2009) – Guide to health in Spatial Planning. Dostupné on-line:
<http://www.gezondheidinmer.nl/isurveyuk/>

RIVM (2011) – Urban Planning Database. Vyd.: The National Centre for Health & Environment, 2011. Dostupné on-line:
[http://gezondeplannen.ibase.info/ibaserivm/\(S\(q2sczb3qbuyr1m45d2nc1m55\)\)/Default.aspx](http://gezondeplannen.ibase.info/ibaserivm/(S(q2sczb3qbuyr1m45d2nc1m55))/Default.aspx)

Ross A. (2011) – Plugging Health into Planning – Evidence & Practice: A guide to help practitioners integrate health and spatial planning. Vyd.: Local Government Group, Londýn, červen 2011. Dostupné on-line: <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/28692849>

Welsh Assembly Government (2008) – One Wales: Connecting the Nation – The Wales Transport Strategy. Vyd.: Welsh Assembly Government, 2008.

Welsh Assembly Government (2010) – National Transport Plan: Equality Impact Assessment. Vyd.: Welsh Assembly Government, únor 2010. Dostupné on-line:
<http://wales.gov.uk/about/aboutresearch/social/ocsropage/equalitiesevidenceguides/;jsessionid=jXhDKwIDyNzypp20SctTJLsYLvkS0SNLJwZSVzb93kLvBtXJWZh!-973246136?lang=en>

Welsh Assembly Government (2010) – National Transport Plan. Vyd.: Welsh Assembly Government, březen 2010.

Welsh Assembly Government (2011) – Planning Policy Wales (4. vydání). Vyd.: Welsh Assembly Government, únor 2011.

World Health Organisation (2009) - Socio-environmentally determined health inequities among children and adolescents - Summary of outcomes, background papers and country case studies. Vyd.: WHO Europe, 2009. Dostupné on-line:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/135891/e94866.pdf

World Health Organisation (2010) – Urban Planning, Environment & Health: From evidence to policy action – Meeting Report. Vyd.: World Health Organisation, 2010. Dostupné on-line:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/114448/E93987.pdf

World Health Organisation (2010) – Urban HEART: Urban Health Equity Assessment and Response Tool. Vyd.: WHO, 2010. Dostupné on-line: www.who.or.jp/urbanheart

World Health Organisation (Europe) & United Nations Economic Commission for Europe (2009) – The PEP: Transport, Environment & Health Pan-European Programme. Dostupné on-line: http://www.healthytransport.com/athena/site/file_database/key_messages.pdf

World Health Organisation (2011) – Health Economic Assessment Tool (HEAT) for Walking & Cycling. Vyd.: WHO Europe. Dostupné on-line: <http://www.heatwalkingcycling.org/>

11.1 Bibliografie

Davies A. (2010) - Value for Money: An Economic Assessment of Investment in Walking and Cycling. Vyd.: Department of Health: Government Office South West, březem 2010.

Davies R., Wilkins C., Harrison E., Sibley E. & Owen D. (2011) – Quality of Life in Ethnically Diverse Neighbourhoods. Vyd.: European Foundation for the Improvement of Living & Working Conditions, Dostupné on-line: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2011/22/en/1/EF1122EN.pdf>

Dorgello A., Pos S., Vervoordeldonk J., Jensen J. - Tackling the Gradient in Health: Reasons for a differential impact of policies and interventions on the social gradient of health (A literature review). Vyd.: The Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, NIGZ, 2010.

Gray S., Barton H., Lease H., Carmichael L., Pilkington P. (2010) - Review 5/6, Spatial Planning & Health - Integrating health into the planning process. Vyd.: Spatial Planning for Health Collaborating Centre University of the West of England, Bristol, říjen 2010.

Rzwewnicki R., Koellinger C. (ed.) (2011) – Bringing Cycling to Life: Lifecycle best practice handbook. Vyd.: European Union Public Health Programme. Dostupné on-line: [http://lifecycle.cc/docs/The LIFE CYCLE Best Practice Handbook.pdf](http://lifecycle.cc/docs/The_LIFE_CYCLE_Best_Practice_Handbook.pdf)

Welsh Assembly Government (2004) – People, Places, Futures – The Wales Spatial Plan. Vyd.: Welsh Assembly Government, listopad 2004.

Welsh Assembly Government (2010) - National Transport Plan: WelTAG Assessment. Vyd.: Welsh Assembly Government, únor 2010.

12. Poděkování

Tato zpráva byla zpracována v rámci projektu *Crossing Bridges* sítě EuroHealthNet. Rádi bychom vyjádřili poděkování za cenné příspěvky následujícím osobám a institucím:

Ministerstvo zemědělství, lesnictví, životního prostředí a vodního hospodářství, Rakousko

Kurt Mittringer, magistrátní odbor rozvoje města a územního plánování (MA 18), Vídeň

Jiří Štika, Ministerstvo pro místní rozvoj, Praha - stijir@mmr.cz

MUDr. Hana Janatová, Státní zdravotní ústav, Praha

Jaroslav Martínek, Centrum dopravního výzkumu, Olomouc - jaroslav.martinek@cdv.cz

Christa Böhme, Německý institut pro urbanismus, Zimmerstraße 13-15, 10969 Berlin

Debbie Paramore, seniorní poradkyně velšské vlády pro dopravní politiku

Jeff C. Phillips, vedoucí oddělení realizace v sekci územního plánování velšské vlády

Ioan Francis, koordinátor, Physical Activity Network Wales, Public Health Wales

Rainer Christ, Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien

Ilonka Horvarth, Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien

Charlotte Wirl, Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien

Claudia Marinetti, projektový koordinátor pro zdravotní ekvitu, EuroHealthNet

Noelle Cotter, Institut veřejného zdraví, Irsko

Owen Metcalfe, ředitel, Institut veřejného zdraví, Irsko

Yoline Kuipers, projektový manažer pro zdravotní ekvitu, EuroHealthNet

Caren Wiegand, Spolková centrála pro vzdělávání ve zdravotnictví

Sara Debenedetti, projektový asistent IUHPE, 42 Bd. de la Libération, 93203 Saint Denis Cedex, Francie

Sara Bensaude de Castro Freire, koordinátor publikací a vědeckých projektů IUHPE, 42 Bd. de la Libération, 93203 Saint Denis Cedex, Francie

Diane Bouchenot, Club des villes et territoires cyclables (Sdružení měst a oblastí přátelských k cyklistice), Francie

Thomas Jouannot, CERTU (Centrum pro studia páteřní infrastruktury, dopravy, urbanismu a veřejné výstavby), Francie

Caroline Paul, Generální ředitelství pro zdraví, Ministerstvo práce, zaměstnanosti a zdravotnictví Francie

Marie Fiori, Generální ředitelství pro zdraví, Ministerstvo práce, zaměstnanosti a zdravotnictví Francie

David Ritchie, North West Health

Nicoline Tamsma, seniorní poradce pro mezinárodní vztahy, RIVM – Národní institut pro veřejné zdraví a životní prostředí, Nizozemsko

Frank Lehman, Gabriele Walker a Helene Reemann, BZGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Spolková centrála zdravotní osvěty)

Caroline Costongs, zástupkyně ředitele, EuroHealthNet

Adrian Davies, konzultant v oblasti veřejného zdraví a dopravy, Bristol, Spojené království

Obsah

1. Úvod	4
1.1 Crossing Bridges	4
1.2 Doprava, územní plánování a zdraví	4
2. Shrnutí	7
3. Případové studie	8
3.1 Rakousko	8
<i>Přehled konceptu zdraví ve všech politikách</i>	
<i>Koncepce rozvoje cyklistiky</i>	
<i>Plán územního rozvoje Vídně STEP 05</i>	
3.2 Česká republika	10
<i>Přehled konceptu zdraví ve všech politikách</i>	
<i>Program Bezbariérové obce</i>	
<i>Národní strategie rozvoje cyklistické dopravy</i>	
3.3 Francie	12
<i>Přehled konceptu zdraví ve všech politikách</i>	
<i>Národní plán zdraví a životního prostředí</i>	
<i>Meziresortní koordinátor podpory cyklistiky</i>	
3.4 Německo	14
<i>Přehled konceptu zdraví ve všech politikách</i>	
<i>Sociálně integrující města</i>	
3.5 Wales	15
<i>Přehled konceptu zdraví ve všech politikách</i>	
<i>Velšská dopravní strategie</i>	
<i>Politika územního plánování Walesu</i>	
<i>Velšská planeta zdraví</i>	
4. Aktéři	18
5. Struktura	19
6. Zdravotní dopady	20
7. Evaulace	21
8. Výsledky	22
9. Závěry	25
10. Potřeba dalších opatření	29
11. Zdroje	31
11.1 Bibliografie	32
12. Poděkování	33





Autorka české verze: MUDr. Hana Janatová
Překlad: Josef Mudra
Grafická úprava: GEOPRINT, s.r.o.
Odpovědná redaktorka: Mgr. Dana Fragnerová

Vydal Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, Praha 10 jako součást projektu Crossing Briges (2009 12 23),
který je spolufinancován Evropskou komisí v rámci Programu EU v oblasti veřejného zdraví

Vytiskl GEOPRINT, s.r.o. Krajinská 1110, Liberec

1. vydání, Praha 2012

© Státní zdravotní ústav

NEPRODEJNÉ