

Univerzita Karlova Praha

Fakulta sociálních věd

Katedra veřejné a sociální politiky (magisterský program veřejná a sociální politika)

Posudek diplomové práce

Přístup české zdravotní politiky ke strategii Zdraví 2020

Autorka práce: Kamila Machova

Posudek vedoucího práce: MUDr. Petr Háva, CSc.

Datum: 12.6. 2013

Další rozvoj teorie a praxe podpory zdraví a veřejného zdraví představují na počátku 21. století klíčové téma, jemuž je věnována intenzivní mezinárodní pozornost. Zatímco rozvoj samotné medicíny je výrazně limitován, potenciál rozvoje podpory zdraví a očekávaný přínos v této oblasti mohou v případě jejich úspěšného využití vyřešit celou řadu problémů, před nimiž se zdravotnické systémy a zdravotní politiky nyní ocitají. Funkce podpory zdraví a veřejného zdraví patří ve zdravotnických systémech řady států k zanedbané a podceněné oblasti.

Česká republika (ale i ostatní státy střední a východní Evropy, které prošly transformačním procesem v rámci neoliberální revoluce) se bohužel po roce 1989 vydala cestou soustavného zanedbávání podpory zdraví a vsadila na prioritu individuálně pojatého liberalismu. Ve vývoji mezinárodního diskurzu této agendy stojí Česká republika dlouhodobě stranou a dává s tragickým přehlížením poznatkového vývoje přednost co nejrychlejšímu rozvoji byznysu ve zdravotnictví. Společenské důsledky tak neodpovědného jednání české vlády mohou být pro českou společnost mnohem horší než např. pokračující zadlužování veřejných financí nebo ztráty společnosti v důsledku korupce ve společnosti. Aktéři vládní zdravotní politiky výše uvedená rizika vůbec nezahrnují do politické agendy. Jejich jednání je pro českou společnost patrně ještě více neodpovědné, než tomu bylo před rokem 1989. Vývoj zdravotního stavu a kontroly jeho odvratitelných determinant jsou významným tématem veřejné politiky (ne jenom zdravotní politiky). **Při podcenění této oblasti se totiž snadno může stát, že střední délka života a další ukazatele zdravotního stavu následných generací se v naší společnosti mohou poměrně snadno zhoršit.** Současný český politický, mediální a veřejný diskurs péče o zdraví něčemu takovému vůbec pozornost nevěnuje. V české společnosti není věnována pozornost existujícím důsledkům rostoucích příjmových a majetkových nerovností, tedy sociálně ekonomickým determinantám zdraví. V ČR převažuje dlouhodobě dominance medicínského paradigmatu nad paradigmaty podpory zdraví a veřejného zdraví.

Úvodní část předložené DP (str. 12.-13.) se věnuje vymezení kontextu výzkumného problému a to zejména v rovině tvorby a implementace strategických dokumentů WHO, počínaje do 70. Let minulého století. Již zde je však primárním politickým procesem příprava strategie Zdraví 2020 Světové zdravotnické organizace (konkrétně její Evropská úřadovna v Kodani, jde tedy o Evropský region WHO se skupinou 53 členských států) a její rozdíly v porovnání s přístupem ČR.

Výzkumný problém autorka explicitně formuluje na str. 13. („*jedná se především o dlouhotrvající a přetrvávající mezery ve zdravotním stavu obyvatel ČR v porovnání s průměrem EU před rozšířením v roce 2004 a komplikované projednávání přijaté strategie Zdraví 2020 Ministerstvem zdravotnictví České republiky*“), ale ještě jednou v pozměněném pořadí pak na str. 39. Formulace výzkumného problému na str. 39. Je vymezena následovně: „*Výzkumným problémem této diplomové práce jsou diametrální rozdíly v cílech české zdravotní politiky v porovnání s cíli ostatních evropských států a především pak v porovnání s cíli Světové zdravotnické organizace. Výzkumným problémem jsou ale i obrovské rozdíly mezi veřejným zdravím české populace a výstupy českého zdravotnictví oproti výstupům a veřejnému zdraví ostatních vyvinutých evropských států*“.

Tato určitá na první pohled dvojakost ve vymezení výzkumného problému představuje určitý metodicko-formální problém. Z obsahového hlediska jsou zde uvedeny následující dimenze výzkumného problému: (1) rozdíly ve formulaci cílů současné české vládní zdravotní politiky v porovnání se strategií WHO Zdraví 2020, (2) rozdíl ve vývoji zdravotního stavu v ČR v porovnání s EU (před rokem 2004). Hlavním „pracovním“ výzkumným problémem je první ze dvou uvedených dimenzí (tato dimenze je také na prvním místě formulována v tezích práce). O druhé dimenzi výzkumného problému (rozdíly ve vývoji zdravotního stavu) lze nepochybně diskutovat z hlediska jejího vztahu k výzkumnému zaměření vlastní práce. Jde více o významný kontext výzkumného problému. V průběhu obhajoby práce bude tedy zapotřebí upřesnit vymezení výzkumného problému ve vztahu k jeho následnému zpracování v empirické části práce. Z mého pohledu nejde o zásadní problém, který by zcela narušil logický přístup v empirické části práce a hodnocení touto cestou získaných poznatků. Srovnání s cíli ostatních evropských států do vymezení výzkumného problému nepatří – to by bylo možné realizovat jako určitý doplněk v rámci diskuse.

Cílem práce je „*vyhodnocení vývoje agendy Zdraví 2020 v letech 2010-2012 v kontextu předchozích aktivit WHO, kritická diskursivní analýza základní prodloužené verze strategie a hodnocení aktuálního přístupu aktérů české zdravotní politiky ke Zdraví 2020*.“ Při kontrole formulace cíle mi osobně unikla chyba, že se zde místo hodnocení vývoje diskurzu objevila formulace „kritická diskursivní analýza“. Jde o poměrně častou chybu u studentů, že do formulace samotného cíle mají tendenci začleňovat již také informace, týkající se metod. To se bohužel ještě týká druhého odstavce vymezení výzkumného cíle na str. 13., který se rovněž zaměřuje na metodický aspekt (komparace formulovaných cílů zdravotní politiky)

Šest výzkumných otázek (str. 13.-14.) se zaměřuje především na komparativní deskripci procesu tvorby české zdravotní politiky v oblasti podpory zdraví/veřejného zdraví v kontextu vývoje zdravotního stavu v ČR a v kontextu vývoje mezinárodního diskurzu podpory zdraví ve vztahu ke zdravotní politice. Cílem této práce tedy není zjistit příčiny zkoumaného jevu, tj. příčiny tak odchýlného přístupu české vládní zdravotní politiky. Před deseti lety jsem měl možnost se poměrně aktivně účastnit na hodnocení infrastruktury politiky podpory zdraví v ČR. V této souvislosti jsme pochopitelně věnovali pozornost i tomuto aspektu. Pro diplomovou práci by nebylo reálné se na takový cíl zaměřit. Jde totiž o výzkum jednání většího okruhu odpovědných aktérů v kontextu transformačního procesu po roce 1989. Ani pro event. diskusi těchto aspektů již v této práci nepodařilo nalézt časový prostor, který byl vyplněn prací na deskriptivním přístupu. To vše je možné a nepochybně je také výzvou pro následující závěrečné práce studentů.

Přehled souvisejících teoretických poznatků je zaměřen na zdravotní politiku, její aktéry, kontext, hodnoty, způsoby řízení a správy v oblasti péče o zdraví (new governance for health), zdravotnický systém (funkce, cíle, řízení), determinanty zdraví a vývoj zdravotního stavu v ČR. Tento přehled je v souladu s aktuálním vývojem. Primární pozornost je zaměřena především na procesy zdravotní politiky, formulaci agend a cílů zdravotní politiky ve vztahu k funkcím a cílům zdravotnických systémů.

Výzkumný plán je zaměřen na základní popis rozdílů v přístupech formulace mezinárodního rámce pro vývoj zdravotní politiky (WHO, členské státy Evropského regionu WHO) a české vládní zdravotní politiky, reprezentované klíčovými oficiálními dokumenty (programová prohlášení vlády ČR, Národní program reforem ČR – součást koordinačního procesu politik EU v rámci Lisabonské strategie). Vzhledem k tomu, že v případě WHO aktivit jde o poměrně komplexní strategický dokument, podložený multidisciplinárně strukturovaným poznatkovým vývojem (výsledky předchozích výzkumů), doporučil jsem autorce využít metodu kritické diskursivní analýzy, jejímuž využití v oblasti výzkumu veřejné politiky je věnována z hlediska mezinárodního srovnání rostoucí pozornost. Pro oblast politických věd je zjevně nejbližším. Na rozdíl od samotné standardní kvantitativně zaměřené obsahové analýzy nebo věcně a právně zaměřené argumentační analýzy (charakteristické metodicky spíše pro právní vědy), umožňuje kritická diskursivní analýza (CDA) v pojetí Normana Fairglowa (Discourse and Social Change, 1992) a další jeho monografie. Tento metodický přístup je zatím v rámci studentský prací našich studentů zatím v počátcích využití jeho potenciálu.

V empirické části se podařilo objektivizovat diametrální odlišnosti v přístupech WHO a české vládní zdravotní politiky. V předložené práci jde převážně o využití deskriptivního potenciálu, který je následně částečně rozšířen o vysvětlování příčin existujících rozdílů cestou polostrukturovaných rozhovorů s vybranými aktéry zdravotní politiky. Dva z těchto aktérů patří k reprezentantům vládní zdravotní politiky v kombinaci s Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR. Výsledky těchto a dalších rozhovorů potvrzují, že v posledních deseti letech se od doby hodnocení vývoje infrastruktury politiky podpory zdraví nepodařilo dosáhnout potřebného vývoje. To je také patrné z dopisu MZ ČR (2012), zasláného Evropské úřadovně WHO v Kodani. **Klíčovými zdroji dat pro použití CDA** však byly: (1) oba základní dokumenty Strategie 2020 (WHO, 2012), (2) Programová prohlášení vlády ČR z období 1998 až 2010, (3) dopis MZ ČR z roku 2012, zasláný do Evropské úřadovny WHO v Kodani, (4) Národní program reforem ČR 2011 (tento dokument je součástí metody otevřené koordinace politik v EU v rámci Lisabonské strategie). Výběru těchto dat jsme věnovali v rámci konzultací poměrně značnou pozornost. Zde bylo nutné vymezit zvládnutelný okruh dat. Samotný vývoj agendy tvorby Strategie 2020 představuje řadu událostí a informací (viz str. 44.-52.). Určitou výhodou z pohledu výzkumné praxe je dostupnost těchto dat prostřednictvím internetu. To samé bohužel neplatí pro vývoj srovnatelných diskurzů v ČR, kde dlouhodobě převládá ve veřejné politice spíše netransparentnost a komunikační uzavřenost. Nyní s odstupem lze navrhnout, že pro přehlednost vývoje zkoumaných událostí by určitě přispělo zpracovat tabulku, zachycující časový vývoj klíčových kroků vývoje tvorby zdravotní politiky v ČR v návaznosti na vývoj ve WHO.

Z hlediska hodnocení této práce bych rád zohlednil některé skutečnosti, které jsem měl možnost při vedení této práce sledovat. První takovou skutečností je *samostatnost autorky*, která prokázala schopnost aplikovat metodu CDA, s kterou se vlastně během svého studia neměla možnost seznámit. *Samostatný přístup* projevila také při vyhledávání zahraniční literatury vedle té, která jí byla doporučena. To bohužel nebývá u studentů tak samozřejmé. Okruh poznatků, které souvisejí se

Strategii 2020 a předchozí vývoj v této oblasti v posledních 30 letech představují poměrně komplexní předmět, s nímž bylo zapotřebí se vyrovnat a to se poměrně tvořivým přístupem autorce podařilo s využitím potřebné redukce dat na hlavní témata diskurzu s využitím metodického rámce CDA. Jde o její vlastní přínos, do kterého jsem příliš nezasahoval. **V modelech na str. 43. a 63. Se jí podařilo objektivně reflektovat významné rozdíly zdravotně politických rámců diskurzů: (1) strategie Zdraví 2020, WHO a (2) Programového prohlášení vlády ČR z roku 2010.** V této souvislosti by bylo vhodné explicitně uvést výsledky bakalářské práce Vacátka (UK FSV), jejímž předmětem bylo poměrně podrobné srovnání vývoje cílů české zdravotní politiky v jednotlivých programových prohlášeních vlády ČR po roce 1990. Bylo by možné zde uvádět i další související náměty pro diskusi zjištěných rozdílů v přístupu WHO/ČR, podobně jako např. i diskusi nad cílovým zaměřením zdravotní politiky v USA s využitím etického hodnotícího rámce. Prostor pro tyto aspekty se již nepodařilo vytvořit. To poněkud omezilo realizaci možných navazujících kroků. Ve spěchu dokončování vznikly i některé formální nedostatky – do literatury se již nedostaly citované publikace jako Figueras, McKee 2011.

Obsahově a metodicky logickou součástí práce je **5. Kapitola (Diskuse, str. 84.-87.)**, v níž jsou systematicky a přehledně formulovány odpovědi na výzkumné otázky. V této části jsme již bohužel nenašli společný časový prostor v rámci konzultací, aby bylo možno využít příležitostí pro diskusi, využívajících další výsledky výzkumu, osobních zkušeností nebo i výstupů ze zúčastněného pozorování a existující dokumenty politické praxe. Určitou podnětnou výjimkou v řadě dokumentů v letech 1998-2006 by např. mohly být koncepční dokumenty zdravotní politiky z období působení Milady Emmerové ve funkci ministryně zdravotnictví ((1)Lidsky důstojné a efektivně fungující zdravotnictví – Návrh koncepce péče o zdraví v ČR v letech 2004-2009, určený pro celospolečenskou diskusi, MZČR 7. Listopadu 2004. a (2) Návrh koncepce zdravotnictví na léta 2005-2009, MZ ČR 31. ledna 2005). Tyto dokumenty věnovaly pozornost také vývoji zdravotního stavu a jeho determinantám v evropském kontextu. To vše jsou nyní z mého pohledu možné další náměty, pokud by výsledky této DP byly využity jako podklad pro event. zpracování odborného článku. V rámci celkového hodnocení se musím soustředit na výsledky zpracované a předložené v této DP, nikoliv na přehled možných dalších „nevyužitých“ příležitostí.

Při návrhu celkového hodnocení práce jsem si vědom, že hodnotím i svůj vlastní podíl z hlediska vedení a zpětných vazeb, formulovaných během konzultací. Při dokončování DP jde často o závod s časem, jehož důsledkem pak mnohdy je nevyužití některých existujících příležitostí nebo vznik formálních nedostatků. V tomto případě došlo z mé strany při závěrečné kontrole k přehlédnutí nepřesností a nejednotnosti při vymezení výzkumného problému a hlavního cíle práce. Při hodnocení vycházím z té dimenze výzkumného problému, která byla hlavním předmětem empirické části práce (tj. rozdíly v přístupech k formulaci cílů české vládní zdravotní politiky a cílů ve strategii Zdraví 2020 (WHO).

Jsem si vědom, že se nepodařilo upřesnit některá zjednodušení na vývoj v letech 1998-2006, která se mne i osobně dotýkají, neboť jsem se osobně účastnil tvorby koncepčních dokumentů péče o zdraví v době působnosti Milady Emmerové na MZ ČR, kriticky jsem reflektoval některé vývojové etapy tvorby zdravotní politiky v letech 2002-2004. Nestihli jsme rovněž využít výsledky publikovaných výzkumů, které jsou poměrně dobře dostupné v časopise Zdravotnictví v České republice. Tyto nevyužití zdroje bohužel celkový výsledek práce snižují. **Hlavní (až vlastně v posudcích upřesněný) cíl a výzkumné otázky této práce byly splněny**, navíc z hlediska naší vlastní výzkumné praxe s využitím modernizujícího metodického přístupu (CDA). Práce je objektivizujícím a

validním poznatkovým přínosem, kriticky reflektujícím vývoj české zdravotní politiky na zvolené úrovni procesu formulace cílů. Jedním z významných opěrných bodů takové kritiky je existence rozdílů ve vývoji zdravotního stavu (health gap). Samozřejmě, že ex post je možné diskutovat další související fáze politického procesu, události, jednání aktérů. Řešení výzkumného problému (existující rozdílů a rozpory mezi přístupy ČR a WHO) byl v této práci redukován na okruh vybraných zdrojů dat se vztahem k formulaci cílů zdravotní politiky. Předmětem základního hodnocení práce je pak z mého hlediska na jedné straně skutečnost dosažených výsledků s použitými daty a metodami. Na druhé straně pomyslných váh jsou pak nedostatky, které se vyskytly při formulaci výzkumného záměru a výzkumného cíle. Z hlediska věcné interpretace samotného empirického zaměření práce však lze konstatovat, že nedošlo k zásadní obsahové nebo logické kolizi, která by znehodnotila empirickou část a její výsledky. Osobně dávám větší váhu získaným poznatkům a vynaloženému úsilí k jejich získání.

V diskusi obecně existuje prostor, v němž lze na konci práce (ne)výhody potřebných zjednodušení a postupů komentovat z hlediska jejich vlivu na poznatkový přínos. Tato práce se přitom soustředila na základní vztah, jímž je česká vládní zdravotní politika (reprezentovaná vybranými dokumenty) a obsahové zaměření strategie Zdraví 2020 (WHO, 2012.).

Práci doporučuji k obhajobě a navrhuji její hodnocení velmi dobře.