

# MOŽNÉ CESTY IMPLEMENTACE HODNOCENÍ VLIVŮ NA ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

## POSSIBLE WAYS OF IMPLEMENTING HEALTH IMPACT ASSESSMENT IN THE CZECH REPUBLIC

LENKA MAŘINCOVÁ<sup>1</sup>, JANA LOOSOVÁ<sup>2</sup>, GABRIEL GULIŠ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Katedra rozvojových studií, Olomouc

<sup>2</sup>Krajská hygienická stanice Libereckého kraje se sídlem v Liberci, Liberec

<sup>3</sup>University of Southern Denmark, Unit for Health Promotion Research, Esbjerg, Denmark

### SOUHRN

Plošná implementace hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessment) v České republice stojí na rozcestí. Inspirovat a poučit se můžeme z implementačních modelů zemí, které mají tuto výzvu již za sebou. Zde existují dva základní přístupy: zakotvení do legislativy (tzv. Top-down přístup) a právního rámce, anebo skrz úroveň obcí (tzv. Bottom-up přístup). Příkladem první varianty je slovenský model, příkladem druhé je dánský model implementace. Článek analyzuje ukotvení HIA v právních předpisech v České republice a hledá inspiraci, pozitiva a výzvy u dvou výše zmíněných modelů.

**Klíčová slova:** hodnocení vlivů na zdraví, orgán ochrany veřejného zdraví, zákonodárství

### SUMMARY

Nationwide implementation of Health Impact Assessment in the Czech Republic stands at a crossroads. We can learn and find inspiration from HIA implementation models in countries where this challenge has already been successfully addressed. There are two main approaches: anchorage in legislation and legal framework (Top-down approach) and implementation through municipalities and cities (Bottom-up approach). Slovak and Danish models of implementation are quoted as examples of such approaches. The article analyses HIA implementation in Czech legislation and discusses the inspiration, strengths and challenges of the two aforementioned models.

**Key words:** health impact assessment, public health authority, legislation

<http://dx.doi.org/10.21101/hygiena.a1441>

### Úvod

Je všeobecně přijímáno, že zdravotní stav populace je ovlivňován řadou faktorů, které leží mimo kontrolu orgánů ochrany veřejného zdraví. Právě hodnocení vlivů na zdraví (Health Impact Assessment) představuje systematický a účinný nástroj k včasné identifikaci činností a politik, které by mohly mít závažný negativní dopad na zdraví obyvatel (1).

HIA k hodnocení využívá svou metodologii, která má za cíl nejen zmírnění všech rizik, ale i zvýšení pozitivních efektů širokého spektra koncepcí na zdraví populace. Skládá se z pěti kroků – 1. Screening, 2. Scoping, 3. Identifikace dopadů, 4. Hodnocení dopadů a vytváření doporučení a 5. Monitoring dopadů vlivů (2). HIA patří do velké skupiny konceptů „hodnocení vlivů“ (Impact Assessment, IA), které neustále procházejí vývojem a zhruba od 60. let 20. století daly vznik jeho několika formám včetně hodnocení vlivů na životní prostředí (EIA – Environment Impact Assessment).

Český právní i zdravotní systém prodělal od porevolučního období mnoho systematických změn a některé z nich probíhají dodnes. Hodnocení vlivů na zdraví se v něm hodně prolíná s hodnocením vlivů na životní prostředí. HIA se snaží však hledat svou vlastní cestu. Využití této metodiky zde, oproti ostatním evropským i mimoevropským zemím, není tak časté a čelí mnoha výzvám – od ujednání definice a pojetí konceptu přes strategii implementace. Způsobů a strategií implementace je více. Inspiraci a různé modely můžeme hledat za hranicemi České republiky, ale i v rámci ní.

Cílem tohoto článku je analyzovat právní zakotvení HIA v předpisech v České republice. A následně si představit dvě možnosti implementace HIA na případových studiích ze Slovenska a Dánska. Na příkladu Slovenské republiky článek popisuje zakotvení do legislativy (tzv. Top-down přístup) a právního rámce a u Dánského modelu skrz úroveň obcí (tzv. Bottom-up přístup).

**Zakotvení HIA v právních předpisech v České republice**

V právních předpisech České republiky je posuzování vlivů na zdraví konkrétně zakomponováno ve 3. oddíle zákona č. 100/2001 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (zákon o posuzování vlivů na životní prostředí), jenž byl změněn a o problematiku hodnocení koncepcí doplněn zákonem č. 93/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 100/2001 Sb., o posuzování vlivů na životní prostředí a o změně některých souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 100/2001 Sb.) (3). Zde v § 10a najdeme „Předmět posuzování vlivů koncepce na životní prostředí“, v § 10b „Způsob posuzování vlivů koncepce na životní prostředí“, v § 10c, 10d, 10e, 10f, 10g a 10h je pak zakotven proces hodnocení vlivů koncepce na životní prostředí (3). Problémem z hlediska hodnocení dopadů koncepcí na zdraví je právě § 10a. Ten stanovuje, že pod zákon spadají pouze vyjmenované koncepce anebo koncepce, které jsou spolufinancované z prostředků fondů Evropských společenství. Tím pádem dochází k tomu, že některé strategické materiály nejsou hodnoceny, ačkoliv jejich dopad na zdraví obyvatel je zřejmý, například oblast školství, sociální nebo zdravotní.

V právních předpisech je snaha vymezit, kdo je oprávněn provádět hodnocení zdraví. V § 19 zákona č. 100/2001 Sb. je zakotveno, že část dokumentace týkající se posuzování vlivů na veřejné zdraví musí být zpracována osobou, která je držitelem osvědčení odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví (3). Osvědčení odborné způsobilosti pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví uděluje a odnímá Ministerstvo zdravotnictví. Ze zákona vyplývá, že ten, kdo má autorizaci pro hodnocení zdravotních rizik dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů (4), může provádět posuzování vlivů na obyvatelstvo v rámci procesu EIA, bez ohledu na to, jaký set složil. Pokud to shrneme, tak hodnocení vlivu na zdraví může provádět buď ten, který získal osvědčení pro oblast posuzování vlivů na veřejné zdraví, tak jak to ukládá zákon č. 100/2001 Sb., nebo držitel osvědčení o autorizaci pro hodnocení zdravotních rizik, který toto oprávnění získává automaticky.

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

vů na veřejné zdraví jsou zveřejňovány Ministerstvem zdravotnictví ČR (prostřednictvím webových stránek).

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

Z výše uvedeného vyplývá, že oprávnění pro oblast hodnocení vlivů na zdraví, je pojímáno široce a bez zaměření pouze na problematiku HIA. Zkušenosti z praxe ukazují, že Česká republika má nedostatek odborníků v této oblasti. Jedná se pouze o úzký okruh expertů, a to zejména z oblasti zdravotnictví. Komplexnosti metodologie HIA v českém prostředí chybí především multioborový a participativní přístup. Problematice HIA se z hlediska publikací zabývala na národní úrovni dr. Rychlíková a s kolegy napsali jedinou publikaci: Hodnocení vlivů na zdraví: Health Impact Assessment (HIA) pro strategické hodnocení vlivů na životní prostředí (SEA) (5). Hodnocení vlivů díky zpracování ex-post se stává součástí koncepce až v závěru zpracování a veřejnost má příležitost se poprvé vyjádřit až na veřejném projednání koncepce, nikoliv v průběhu vzniku. Analýza participace v České republice (6) poukazuje na aktuální situaci obecného zapojení veřejnosti do rozhodovacích procesů a upozorňuje především na skutečnost, že participace je v českém prostředí z pohledu veřejné správy vnímána ambivalentně, není dostatečně legislativně ukotvená a především přetrvává nedůvěra v politiky a nezáměr či nechuť veřejnosti vstupovat do veřejného dění.

**Zakotvení HIA do centrální legislativy – slovenský model implementace**

Jedním ze způsobů, jak docílit plošné implementace, je zakotvit požadavek jeho ochrany a podpory do národních předpisů a vytvořit nový legislativní rámec, podle kterého se bude řídit rozvoj regionů a státu po příštích léta (7). Tento způsob zvolila i Slovenská republika, která v roce 2007 vydala novelu zákona o ochraně veřejného zdraví a ošetřila tak legislativní rámec HIA (8).

Ministerstvo zdravotnictví je ústředním orgánem státní správy v oblasti veřejného zdravotnictví. Úřad veřejného zdravotnictví odborně a metodicky řídí, usměrňuje a kontroluje výkon státní správy (regionálních úřadů veřejného zdravotnictví) v oblasti veřejného zdravotnictví. Těchto úřadů je celkově 36 (9). HIA je koordinována v rámci Oddělení hygieny životního prostředí a zdraví jednotlivých regionálních úřadů veřejného zdravotnictví (8).

První pokusy implementovat HIA na Slovensku proběhly za podpory Evropské komise a Světové zdravotnické organizace. Vedením projektu Evropské komise PHASE byla pověřena Národní síť zdravých měst, pod jejíž záštitou bylo uspořádáno na úrovni obcí ně-

kolik seminářů (10). Následoval další projekt nazvaný „HIA-NMAC project (Health Impact Assessment in New Member States and Pre-Accession Countries)“, který navazoval na předchozí aktivity, ale již s účastí politiků (11). Až v roce 2007 došlo k zakotvení v centrální legislativě. Slovenská republika v zákoně č. 355/2007 Sb., o ochraně, podpoře a rozvoji veřejného zdraví zakotvila povinnost pracovníků regionálních úřadů veřejného zdraví posuzovat koncepční dokumenty a jejich vlivy na zdraví. Jeho finální schválení se ale prodlužovalo a konečnou platností bylo posunuto až na leden 2011. V roce 2008 byla zřízena expertní skupina složená z osmi pracovníků Úřadu veřejného zdravotnictví SR a regionálních úřadů veřejného zdravotnictví a 4 zástupců nezdravotních úřadů. Tato skupina měla za cíl připravit Slovenskou republiku na implementaci HIA, a to především díky budování kapacit (12). V roce 2009 reagoval na tehdejší situaci další workshop (pod záštitou Světové zdravotnické organizace a Ministerstva zdravotnictví SR), který cílil na budování kapacit, vyzdvihnutí role sociálních determinant zdraví, zdravotní ekvity a možnost hodnocení strategických dokumentů pomocí HIA jako způsob prosazování ochrany zdraví populace (8). Podobná akce se odehrála ještě o rok později se zaměřením na vzdělání expertní skupiny. Z důvodu další legislativní podpory implementace HIA vydalo Ministerstvo zdravotnictví Slovenské republiky vyhlášku č. 233/2014 Sb., o podrobnostech hodnocení vlivů na veřejné zdraví (13). Tato vyhláška definuje i obsah a strukturu hodnotících zpráv, aby se dodržela jejich jednotnost, ucelenost a přehlednost.

O'Mullane se v roce 2013 zabývala tehdejší aktuální situací implementace HIA a zaměřila se právě na Regionální úřady veřejného zdravotnictví (8). Z výzkumu vyplynulo, že celková připravenost infrastruktury operacionalizovat HIA byla nedostatečná. Respondenti se z větší části shodli, že načasování bylo správné a uznali potřebnost implementace tohoto konceptu, ale upozorňovali na nutnost připravit systém a společnost na určité změny. Bez tohoto kroku je proces implementace značně složitý a Slovensko této složité situaci i nadále čelí. V závěru studie poukazuje na nutnost dalších vzdělávacích akcí a budování kapacit, publikování podpůrných materiálů ve slovenském jazyce, důležitost vzniku národního centra a regionálních referenčních center pro HIA a chybějící celkovou podporu napříč republikou.

### Implementace na úrovni krajů a obcí – dánský model implementace

Systém dánské zdravotní péče lze charakterizovat jako silně decentralizovaný s odpovědností za primární a sekundární péči přenesenou na úroveň měst a obcí (14). Všechny tři politické a správní úrovně (národní, regionální a místní) prokazují vzájemně úzkou spolupráci, čímž vytvářejí podmínky pro koherentní a dobře fungující systém péče o zdraví (15). Dánské municipality se zaměřují především na aktivity podporující prevenci nemocí a veřejné zdraví. Jejich legislativní pravomoci jsou však velice omezené (16).

Dánsko se setkal s prvním pokusem implementovat HIA na národní úrovni již v roce 1996. Ministerstvo zdravotnictví tehdy předložilo dánské vládě návrh implementace metody HIA na národní úrovni. Vláda ale

příslušný návrh neshledala relevantní a ke schválení nedošlo (16). Těto myšlenky se ale ujalo malé dánské město Nordborg (od organizační změny státní správy a samosprávy je součástí města Sonderborg), které se stalo průkopníkem implementace HIA na regionální úrovni. V roce 2003 byla přijata rezoluce nařizující povinný HIA screening všech strategických dokumentů v tomto kraji. Tento přístup k hodnocení strategických dokumentů se začal šířit především díky Národní síti zdravých měst do podobně smýšlejících krajů nebo měst. Následovala celoplošná reforma veřejné správy (strukturální, administrativní) zaměřená na decentralizaci (2007). Podporou veřejného zdraví byly pověřeny kraje a obce (17). Tento krok byl velkou motivací pro implementaci HIA na regionální a lokální úrovni. Na to reagovala i Národní rada pro veřejné zdraví (National Board of Health), která vydala HIA manuál zaměřený na municipality. V roce 2009 přišel další pokus o zakotvení HIA do národní legislativy, který ale opět selhal. Byla však vydána rezoluce č. 52, která dala vznik Komisi pro prevenci nemocí (Disease Prevention Committee). Tato komise vydala hodnotící zprávu, kde v závěrečném doporučení apelovala na implementaci a používání HIA. Město Horsens následoval Nordborg a v roce 2009 pod záštitou Národní sítě zdravých měst inicioval vznik neformální skupiny krajů a obcí, které HIA implementovaly nebo jsou právě v procesu implementace. S další podporou Národní rady pro veřejné zdraví toto neformální uskupení dalo podnět ke vzniku platformy a e-learningového modulu pro sdílení metodik, postupů, nástrojů, informací a příkladů dobré praxe na regionální a lokální úrovni (16).

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

Podobnost s tímto modelem můžeme sledovat i v rámci České republiky. Možnosti využít metody HIA jako účinného nástroje k prosazování zdraví do koncepcí si jako první v České republice uvědomil Liberecký kraj. Liberecký kraj použil cestu implementace HIA v rámci právních předpisů (nařízení), které může vydávat rada v přenesené působnosti. Změna systému posuzování byla iniciována identifikací problému v rámci projektu WHO Investment for health and development. Krajská hygienická stanice přijala roli koordinátora a odborného garanta celé implementace. V prvním usnesení rady kraje bylo uloženo předložit návrh systému posuzování rozvojových dokumentů. Po vytvoření specifické metodiky implementace metody HIA bylo dalším usnesením uloženo zpracovat metodiku proškolení, metodiku posuzování a zajištění trvalého zakotvení posuzování v kraji. Výsledkem byla realizace dvou školení, vytvoření návodu posuzování a vznik finálního usnesení rady, kde byla uložena povinnost zadavatelům krajských dokumentů vždy zpracovávat hodnocení na zdraví (HIA) a posouzení souladu se zdravotní politikou. V současné době tak probíhá již devátým rokem prosazování analýz jednotlivých regionálních koncepčních a strategických dokumentů s ohledem na implementaci zdraví, založené právě na základě usnesení Rady Libereckého kraje č. 1034/06/RK z roku 2006.

Počátky využití hodnocení zdravotních vlivů a právní zakotvení na regionální úrovni v Libereckém kraji by mohly být inspirací pro další územní jednotky. Vy-



užila by se zde přenesená působnost krajů. Z úrovně krajů by se dalo postupovat i níže – tj. na úroveň obcí. A zde by mohla pomoci inspirace dánským modelem implementace. Jak je výše uvedeno, hlavní roli zde sehrála iniciativa Světové zdravotnické organizace „Zdravá města“ (z ang. Healthy Cities). Národní síť zdravých měst je v České republice též velice aktivní a jeví se jako možný potenciační impuls k implementaci v rámci Místní Agendy 21. Mimo jiné též zřídila první platformu pro sdílení HIA hodnocení, příkladů dobré praxe a tzv. lessons learned (18).

## Diskuse

Zakotvení do legislativního rámce je jedna z možných cest, jak HIA uvést do praxe, zvýšit využitelnost, povědomí a iniciovat diskusi. Má ale svá rizika. Pokud toto legislativní zakotvení nemá jako dodatek i implementační strategii, k plošnému zavedení do praxe chybí ten nejdůležitější krok. V rámci teoretického rámce můžeme najít několik implementačních modelů, které by bylo možné využít – např. Sabatier a Mazmanian (19). Jako příklad se můžeme podívat na model Rogerse (20) vycházející z teorie šíření inovací – jedné z nejstarších sociálních teorií pocházející z roku 1962 (21). Inovace, komunikační kanály, čas a sociální systém považoval Rogers za hlavní elementy difuzního procesu. Tyto čtyři elementy jsou klíčovou podmínkou k jeho úspěchu. Inovace je v našem případě HIA, která je zkušenostmi a literaturou již osvědčená (22). Pokud by byla HIA zakotvená v legislativě, hrozí zde, že se z participativního procesu stane rutinní záležitost, která popírá jednotlivé kroky HIA. Pokud akceptujeme metodiku s 5 kroky, kde screening je prvním z nich, muselo by se v zákoně přesně definovat, na které kroky tento zákon platí. Pokud by tomu tak nebylo a v rámci screeningu vyšlo, že HIA hodnocení není nutné (ať už z důvodů, že dopady na zdraví jsou předem známe nebo nevýznamné) a neprovedlo se, dostali bychom se do rozporu se zákonem. Zde je možnost se inspirovat slovenským modelem, který má povinnost screeningu legislativně zakotvenou. Legislativní rámec může tento proces ale i podpořit – např. kvalifikační požadavky na vykonavatele nebo nastavení systému kontroly. Stejně tak ve vztahu k sociálnímu systému, který je vnímán jako systém zainteresovaných institucí – zákon by musel přesně definovat a delegovat role a odpovědnost jednotlivých institucí k tvorbě HIA. Komunikační kanály vyzdvihuje Rogers tři: pomocí masových médií, interpersonální komunikace a skrze internet a sociální síť (23). Zakotvení v právním systému a jeho schválení nebo přijetí výkonným orgánem je od svého data platnosti v podstatě samo o sobě informačním kanálem směrem do praxe. Interpersonální způsob šíření znalostí a zkušeností v implementaci HIA hraje důležitou roli, a tak ale zůstává otázka kapacity lidských zdrojů a vzdělávání nejen vykonavatelů, ale i příjemců. Čas je neopomenutelný prvek při zkoumání šíření inovace. Obecně se přijímá, že vzhledem k náročnosti procesu implementace HIA na národní úrovni se jedná o velice dlouhý proces.

Možné by bylo zvolit cestu mezi národním legislativním zakotvením a regionálním prosazováním a zakotvit metodu HIA v rámci SEA, obdobně jako je v sou-

časnosti používána metoda hodnocení zdravotních rizik v rámci EIA, tj. na základě potřeby pro ten daný případ. V současné době je HIA požadována, a to zejména orgány ochrany veřejného zdraví, ale Ministerstvo životního prostředí ČR tento požadavek upravuje a nechává koncepci posoudit pouze ve smyslu přílohy č. 9. Pak záleží jen na zpracovateli, zda se vypořádá při zpracování kapitoly věnované veřejnému zdraví formou HIA, či nikoliv. V případě zakotvení HIA v rámci procesu SEA, obdobně jako na Slovensku, bylo by třeba vyrovnat se s plošně nezavedenou metodikou, nedostatkem odborníků a s neznalostí HIA u orgánů, které SEA zaštiťují.

## Závěr

V celoplošné implementaci HIA velice záleží na specifickém prostředí každého státu, regionu nebo města. Jako klíčové faktory se jeví politická vůle, kapacita odborníků na HIA, systém vzdělávání a budování lidských zdrojů, přesné delegování odpovědnosti institucí a jejich multioborový přístup. Proto nelze implementační model pouze převzít, ale vždy se musí upravit na místní podmínky. Navíc každý z nich má mnoho pozitiv, ale i negativ a výzev.

Tento článek se snaží nastínit dva příklady implementace HIA na národní úrovni – Bottom-up a Top-down přístup. Každopádně inspirace ať dánským, slovenským, či jiným modelem implementace může být jednoznačně přínosem, který pomůže cestu implementace HIA v ČR učinit co nejméně trnitou a zároveň co nejvíce vyhovující situaci, zvykům a zavedeným postupům v oblasti hodnocení zdraví.

## LITERATURA

1. Lock K. Health impact assessment. BMJ. 2000 May 20;320(7246):1395-8.
2. World Health Organization. Health Impact Assessment (HIA). Tools and methods [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2015 Nov 6]. Available from: <http://www.who.int/hia/tools/en/>.
3. Zákon č. 100/2001 Sb. ze dne 20. února 2001 o posuzování vlivů na životní prostředí a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o posuzování vlivů na životní prostředí). Sbírka zákonů ČR. 2001;částka 40:2794-824.
4. Zákon č. 258/2000 Sb. ze dne 14. července 2000 o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Sbírka zákonů ČR. 2000;částka 74:3622-62.
5. Rychlíková E, et al. Hodnocení vlivů na zdraví - Health Impact Assessment (HIA) pro strategické hodnocení vlivů na životní prostředí (SEA). Praha: Státní zdravotní ústav; 2006.
6. Haken R, Havlín F, Marek O, Mička P, Nawrath M, Vachúnová Z a kol. Analýza občanské participace v ČR [Internet]. Agora CE; 2015 [cit. 18. července 2016]. Dostupné z: <http://www.paktparticipace.cz/dokumenty/analiza>.
7. Valenta V, Kučerová J. Zpracování hodnocení vlivů na zdraví do strategických dokumentů. Hygiena. 2007;52(2):59-61.
8. O'Mullane M. Implementing the legal provisions for HIA in Slovakia: an exploration of practitioner perspectives. Health Policy. 2014 Jul;117(1):112-9.
9. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. Organizačná štruktúra [Internet]. 2009 [cit. 25. února 2016]. Dostupné z: [http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=67&Itemid=57](http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=57).

10. Mannheimer LN, Gulis G, Lehto J, Ostlin P. Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods. *Eur J Public Health*. 2007 Oct;17(5):526-31.
11. O'Mullane M, editor. Integrating health impact assessment with the policy process: lessons and experiences from around the world. Oxford: Oxford University Press; 2013.
12. Zákon č. 355/2007 Z. z., o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zbierka zákonov SR. 2007;čiasťka 154:1286-1409.
13. Vyhláška č. 233/2014 Z. z., o podrobnostiach hodnotenia vplyvov na verejné zdravie. Zbierka zákonov SR. 2014;čiasťka 76:1768-71.
14. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark health system review. *Health Syst Transit*. 2012;14(2):i-xxii, 1-192.
15. Fousková H. Systémy zdravotní péče ve vybraných zemích a jejich srovnání se systémem zdravotní péče v České republice. [atestační práce]. Praha: IPVZ; 2001.
16. Guliš G, Kollárová J. HIA implementation and public health policy systems in Slovakia and Denmark. In: O'Mullane M, editor. Integrating Health Impact Assessment with the Policy Process: Lessons and experiences from around the world. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 55-65.
17. Andersen PT, Jensen JJ. Healthcare reform in Denmark. *Scand J Public Health*. 2010 May;38(3):246-52.
18. Hodnocení dopadů na zdraví HIA [Internet]. 2015 [cit. 10. listopadu 2015]. Dostupné z: <http://healthimpact.cz/>.
19. Sabatier P, Mazmanian D. The Implementation of public policy: a framework of analysis. *Policy Stud J*. 1980;8(4):538-60.
20. Rogers EM. Diffusion of innovations. 4th ed. New York: Free Press; 1995.
21. Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: Free Press of Glencoe; 1962.
22. Dannenberg AL, Bhatia R, Cole BL, Dora C, Fielding JE, Kraft K, et al. Growing the field of health impact assessment in the United States: an agenda for research and practice. *Am J Public Health*. 2006 Feb;96(2):262-70.
23. Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.

*Došlo do redakce: 16. 12. 2015*

*Přijato k tisku: 1. 4. 2016*

*Mgr. Lenka Mařincová  
Katedra rozvojových studií  
Přírodovědecká fakulta  
Univerzita Palackého Olomouc*

*17. listopadu 12*

*779 00 Olomouc*

*Česká republika*

*E-mail: [lenka.marincova@gmail.com](mailto:lenka.marincova@gmail.com)*