



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



ZDRAVÍ 2020

Národní strategie ochrany a podpory
zdraví a prevence nemocí



ZDRAVÍ 2020

Národní strategie ochrany a podpory
zdraví a prevence nemocí

© Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2014

Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR, Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2 ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, Šrobárova 48, 100 42 Praha 10

1. vydání

Praha 2014

Tisk: Geoprint s.r.o., Krajinská 1110, Liberec

ISBN: 978-80-85047-47-9

Obsah

Úvodní slovo ministra zdravotnictví ČR	6
Úvodní slovo hlavního hygienika ČR.....	7
Usnesení vlády ČR č. 23 ze dne 8. ledna 2014.....	8
Usnesení Poslanecké sněmovny PČR č. 175 ze 7. schůze 20. března 2014.....	9
1. Úvod	10
1.1. Základní informace o strategii	10
1.2. Kontext vzniku a existence strategie	11
1.3. Účel strategie.....	11
1.4. Uživatelé strategie	12
1.5. Základní používané pojmy	12
1.6. Ostatní relevantní strategické dokumenty	12
2. Definice a analýza řešeného problému	13
2.1. Definice řešeného problému	13
2.2. Prostředí a očekávaný budoucí vývoj.....	13
2.3. Vývoj při tzv. nulové variantě	14
2.4. Souhrn výsledků klíčových analýz.....	14
3. Vize a základní strategické směřování	16
3.1. Vize a strategické cíle Národní strategie.....	19
3.1.1 Strategický cíl 1	19
3.1.2 Strategický cíl 2.....	20
3.2. Prioritní oblasti strategie	21
4. Popis cílů v jednotlivých prioritních oblastech.....	23
4.1. Prioritní oblast 1	23
4.2. Prioritní oblast 2	24
4.3. Prioritní oblast 3	25
4.4. Prioritní oblast 4	26
5. Implementace Národní strategie.....	27
5.1. Implementační struktura a systém řízení implementace Národní strategie	27
5.2. Plán realizace aktivit a časový harmonogram	30
5.3. Rozpočet a zdroje financování Národní strategie	31
5.4. Systém monitorování a evaluace realizace Národní strategie.....	31
6. Postup tvorby strategie	32
7. Tým pro tvorbu Národní strategie.....	33
8. Seznam použitých zkratk	34
9. Přílohy	36

Úvodní slovo

Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí je založena na principech programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 2020“, který klade důraz na zlepšení zdraví a životní pohody obyvatel, snížení nerovností v oblasti zdraví a posílení role veřejného zdravotnictví. Cílem je vytvořit udržitelný zdravotní systém, založený na kvalitě, dostupnosti a principu rovnocenného postavení lidí, jako partnerů při dosahování lepšího zdraví pro všechny.

Zdraví nevzniká v nemocnicích, ale v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí a pracují, odpočívají a stárnou. Mezinárodní zkušenosti ukazují, že zdravotní péče má podíl na celkovém zdraví obyvatel pouze asi z 20 %; zbývající podíl je důsledkem faktorů, které na lidi působí v jejich běžném životě. A právě tam je těžiště péče o zdraví. Je vhodné a potřebné posílit zdravotní výchovu, ochranu a podporu zdraví, prevenci nemocí a rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví. Nové informační technologie nám rovněž umožňují uplatnit nové metody komunikace, narůstá role médií v péči o zdraví a uplatňuje se vliv občanských iniciativ.

Je velmi těžké překročit medicínské a zdravotnické hranice péče o zdraví a pochopit, že nejde jen o činnost ministerstva zdravotnictví, ale i o poslání obou komor parlamentu, vlády a všech úrovní a typů veřejné správy, organizací, institucí, sociálních skupin, rodin i jednotlivců. Je tedy nezbytné motivovat pro péči o zdraví všechny komponenty demokratické společnosti. Nevyužití potenciálu efektivní prevence nemocí a podpory zdraví může vést jedině ke zvyšování nákladů na zdravotní péči, což je pro společnost dlouhodobě neudržitelné. Cílem rovněž je, aby s rostoucí průměrnou délkou života rostla především délka života prožitá ve zdraví.

Jsem rád, že se podařilo připravit text Národní strategie tak, aby zastřešil rozvoj zdravotní politiky ve všech zásadních prioritách ochrany a podpory zdraví, prevence nemocí a rozvoje integrovaného zdravotnického systému zaměřeného na lidi. Výčet horizontálních témat Národní strategie nabízí jednotlivé oblasti pro rozvoj aktivit, které se společně zaměří na hlavní příčiny nemocnosti a úmrtnosti populace. Nedílnou součástí pak tvoří vertikální témata, zejména rozvoj zdravotní gramotnosti a snižování nerovnosti ve zdraví, která by měla být zohledněna ve všech opatřeních na podporu zdraví a posílit tak roli jednotlivců i komunit v péči o svoje zdraví.

Skutečnost, že Národní strategie byla podpořena jak vládou ČR, tak Parlamentem ČR, ukazuje, že zdraví je prioritou napříč politickým spektrem. Národní strategie je klíčovým dokumentem určujícím směr celospolečenských aktivit, a zároveň jasnou vizí, která musí zůstat platnou bez ohledu na konkrétní obsazení vládních či poslaneckých funkcí.



MUDr. Svatopluk Němeček, MBA
Ministr zdravotnictví ČR

Úvodní slovo

„Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství bezcenné a důvtip bezmocný.“ Zhruba před dvěma a půl tisíci lety formuloval tuto myšlenku řecký filozof a lékař Hérakleitos z Efesu. Moderním jazykem ji vyjádřil i jeden z posledních ředitelů Světové zdravotnické organizace dr. Halfdan Mahler: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.“ Možná jinými slovy, ale ve stejném smyslu si tuto myšlenku lidé uvědomují již po staletí. Někdo častěji a včas, někdo málo a jiný pozdě. Nevyhnutelně k ní však dospějeme všichni. Není vůbec náhodou, že takto veřejně a s publicitou ji formulují právě lékaři. Jejich úlohou je nejen léčit nemoci, ale i **připomínat hodnotu zdraví, zdraví posilovat, rozvíjet a chránit, stejně jako koordinovat v tomto duchu úsilí celé společnosti.** Tato úloha však bývá někdy upozaděna, resp. se ztrácí v diskusích o nákladech na léčbu, poplatcích, či v zápalu pro nové léčebné metody a všemohoucí účinky léků. Přesto právě zmíněná úloha zdravotníků sehrává rozhodující roli jak při ovlivňování veřejného zdraví – zdravotního stavu obyvatelstva a jeho skupin, tak při zpětné regulaci zdravotního systému, snižování jeho nákladů a efektivním cílení na dominantní zdravotní problémy.

„Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“ je rámcovým souhrnem pro rozvoj veřejného zdraví v ČR a současně i nástrojem pro implementaci programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 2020“ v ČR. Národní strategie navazuje na „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21“, je naplněním požadavku vlády na aktualizaci tohoto strategického dokumentu a vychází z jeho analýzy. Dále „Národní strategie“ čerpá i ze schválené „Koncepte hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví“.

„Národní strategie“ bude dále rozpracována **do implementačních dokumentů** podle stanovených priorit zdravotního stavu obyvatelstva ČR, ochrany a podpory veřejného zdraví a prevence nemocí a dalších témat veřejného zdravotnictví a zdravotní péče. V jednotlivých implementačních dokumentech, které budou připraveny do 31. 12. 2015, budou blíže specifikovány dílčí cíle, odpovědnost, ukazatele a termíny plnění včetně stanovení požadavků na finanční a materiálové pokrytí nutně souvisejících nákladů. Koncem roku 2013 byla jako poradní orgán ministra zdravotnictví zřízena **Resortní pracovní skupina pro podporu a ochranu veřejného zdraví a prevenci nemocí a pro implementaci programu Zdraví 2020 v ČR**, která je koordinátorem přípravy implementačních dokumentů v souladu se stanovenými strategickými cíli a prioritními oblastmi. Naplňování Národní strategie a implementačních dokumentů na meziresortní úrovni zajišťuje a koordinuje **Rada vlády pro zdraví a životní prostředí.**

Hlavním cílem Národní strategie je **zlepšit zdravotní stav populace ČR a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet.** Hlavní vizí je rozvoj systému veřejného zdravotnictví a stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví s nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Nezbytným předpokladem pro dosažení hlavních cílů a priorit Národní strategie je **zapojení jak všech složek státní správy a společnosti s důrazem na účast komunit i jedinců.** Výsledný efekt, tj. dobrý zdravotní stav populace, bude přínosem pro všechny rezorty i celou společnost.

Člověk ve svém životě jde různými cestami. Některé z těchto cest jsou rovné a krátké, některé jsou naopak klikaté a dlouhé. Co je rozhodující, je to, kam nás zavedou, jaký mají cíl. Zda to je cíl, který opravdu chceme, a zda lze věřit těm, kteří ukazují tu jedinec správnou cestu. V této souvislosti bych rád citoval **Omara Nelsona Bradleyho** (1893–1981), pěťhvězdičkového generála americké armády a spolutvůrce Marshallova plánu: **„Je načase, abychom se naučili kormidlovat podle hvězd a ne podle mihotavých světýlek všech projíždějících lodí.“**

Tento citát evokuje řadu otázek bezprostředně se dotýkajících zdraví, zdravotnictví i prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví v České republice: **Podle kterých hvězd a kterých souhvězdí budeme kormidlovat? Dokážeme rozeznat trvalé humánní hodnoty od krátkodechého balastu? Bude jednou z hvězd ukazujících cestu i zdraví lidí? Je cesta ke zdraví lidí naše cesta?**

Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí je pozváním na tuto nelehkou a náročnou cestu směřující ke zdraví lidí. Je inspirací k úvahám a rozhovorům a ve svém důsledku i motivem ke společnému úsilí v oblasti péče o zdraví. **Ostatně nejde jen o zdraví. Záměrem je, aby svěbytní a kompetentní lidé pochopili hodnotu zdraví a dokázali přijmout svou část sdílené odpovědnosti nejen za své zdraví, ale i za zdraví těch, kteří to potřebují.**



MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.

Hlavní hygienik ČR a náměstek ministra zdravotnictví pro ochranu a podporu veřejného zdraví

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY



USNESENÍ VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY ze dne 8. ledna 2014 č. 23

o Zdraví 2020 -Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Vláda

I. **bere na vědomí** Zdraví 2020 - Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, obsaženou v části III materiálu č.j. 1464/13, (dále jen „Národní strategie“), která navazuje na Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století a je pokračováním již realizovaných aktivit v souladu s novými prioritami tak, aby byla zajištěna kontinuita zdravotní politiky České republiky;

II. **pověřuje** předsedu vlády předložit Národní strategii předsedovi Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky a předsedovi Senátu Parlamentu České republiky a požádat je o podporu její realizace;

III. **ukládá**

1. ministru zdravotnictví

- a) rozpracovat do 31. prosince 2015 Národní strategii do jednotlivých implementačních dokumentů uvedených v kapitole č. 5.2 Národní strategie,
- b) informovat vládu jedenkrát ročně o stavu realizace Národní strategie s tím, že první zpráva bude vládě předložena do 30. září 2015,
- c) seznámit hejtmany s Národní strategií,

2. ministrům spolupracovat s ministrem zdravotnictví při naplňování Národní strategie a při tvorbě jednotlivých implementačních dokumentů,

3. ministrům dopravy, kultury, obrany, práce a sociálních věcí, pro místní rozvoj, průmyslu a obchodu, ministryni spravedlnosti, ministru školství, mládeže a tělovýchovy, místopředsedovi vlády a ministru vnitra, ministrům zemědělství a životního prostředí

- a) využívat Národní strategii a její implementační dokumenty při přípravě právních předpisů a strategických dokumentů a při přípravě podkladů pro návrh státního rozpočtu České republiky v letech 2015 - 2020,
- b) spolupracovat s ministrem zdravotnictví při přípravě zprávy o stavu realizace Národní strategie uvedené v bodě III/1b tohoto usnesení;

IV. **doporučuje** hejtmanům využít Národní strategii při přípravě obdobných programů v rámci zdravotní politiky kraje.

Provedou:

předseda vlády,
ministři

Na vědomí:

hejtmani

*Předseda vlády
Ing. Jiří Rusnok, v.r.*

Parlament České republiky
POSLANECKÁ SNĚMOVNA
2014
7. volební období

175
USNESENÍ
Poslanecké sněmovny
ze 7. schůze 20. března 2014

k dokumentu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí /sněmovní tisk 113/

Poslanecká sněmovna

I. bere na vědomí dokument Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí /sněmovní tisk 113/;

II. vyzývá vládu, aby

1. podporovala realizaci Národní strategie formou spolupráce všech resortů a zohledňovala zdravotní aspekty ve všech politikách,
2. zohledňovala realizaci Národní strategie při schvalování státního rozpočtu.

Jan Hamáček v.r.
předseda Poslanecké sněmovny

Jaroslav Kláška v.r.
ověřovatel Poslanecké sněmovny

1. Úvod

1.1. Základní informace o strategii

ZÁKLADNÍ INFORMACE O STRATEGII	
Název strategie	Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí
Zadavatel strategie	Ministr zdravotnictví ČR
Gestor tvorby strategie	Náměstek ministra pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavní hygienik ČR
Koordinátor tvorby strategie	Ředitel odboru strategie a řízení ochrany a podpory veřejného zdraví
Rok zpracování strategie	Říjen 2012 – listopad 2013
Schvalovatel strategie	Ministr zdravotnictví, vláda ČR, Poslanecká sněmovna PČR
Datum schválení	MZ 16. 12. 2013, vláda ČR 8. 1. 2014, PS 20. 3. 2014
Forma schválení	porada vedení MZ, usnesení vlády ČR, usnesení PS PČR
Související legislativa	Zákon č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 372/2011 Sb., zákon č. 373/2011 Sb., zákon č. 95/2004 Sb., zákon č. 96/2004 Sb.
Doba realizace strategie	2014–2020
Odpovědnost za implementaci	Náměstek ministra pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavní hygienik
Rozpočet implementace	<p>Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (dále jen „Národní strategie“ či „NS Zdraví 2020“) předpokládá využití finančních prostředků z Evropského strukturálního a investičního fondu EU pro zdravotnictví v období 2014–2020, podporu v rámci finančního programu Evropské komise – Třetího akčního programu Evropské unie v oblasti zdraví pro roky 2014–2020.</p> <p>Další náklady budou pokryty v souladu s možnostmi státního rozpočtu. NS Zdraví 2020 bude realizována prostřednictvím implementačních dokumentů. Jelikož každý z těchto dokumentů projde zvlášť řádným schvalovacím procesem, bude alokace dostupných a odpovídajících prostředků plánována a stanovena v souladu s konkrétními úkoly.</p> <p>Další finanční prostředky i technická a odborná podpora bude ČR poskytnuta ze Světové zdravotnické organizace v rámci Dvouletých smluv o spolupráci, které se uzavírají mezi Regionální úřadovnou WHO pro Evropu a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Nejbližší smlouva je plánována na léta 2014–2015, což koresponduje s přípravným obdobím implementačních dokumentů Národní strategie.</p> <p>Oblast elektronizace zdravotnictví dále předpokládá podporu jak v rámci Operačního programu Zaměstnanost pro tzv. „měkké“ investice, tak v rámci IROP, kde bude zastoupena problematika elektronizace zdravotnictví (eHealth) jako součást prioritní osy 3 – Dobrá správa území a zefektivnění veřejných institucí a specifického cíle 3.3 – Zvyšování efektivity a transparentnosti veřejné správy prostřednictvím rozvoje využití a kvality systémů ICT.</p>
Kontext vzniku strategie	Národní strategie vychází z programu Světové zdravotnické organizace (SZO) Zdraví 2020. Navazuje na „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21“ podpořený vládou ČR v roce 2002 usnesením č. 1046/2002 a je naplněním požadavku vlády na aktualizaci tohoto strategického dokumentu. Využívá mimo jiné zkušenosti a doporučení „Zprávy o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2003 do roku 2012“ a rovněž navazuje na „Koncepci hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví“, která byla přijata Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2013. Je v souladu s vývojem a závazky na mezinárodní úrovni jak v rámci Evropské unie (EU), tak evropského regionu SZO.
Stručný popis řešeného problému a obsahu strategie	Účelem Národní strategie je především stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Národní strategie Zdraví 2020 rozpracovává vizi systému veřejného zdraví jako dynamické sítě zainteresovaných subjektů na všech úrovních společnosti a je tedy určena nejen institucím veřejné správy, ale také všem ostatním složkám – jedincům, komunitám, neziskovému a soukromému sektoru, vzdělávacím, vědeckým a dalším institucím. Má za úkol přispět k řešení složitých zdravotních problémů 21. století spojených s ekonomickým, sociálním a demografickým vývojem, a to zejména cestou prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví.

1.2. Kontext vzniku a existence strategie

Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (dále jen „Národní strategie“ či „NS Zdraví 2020“) vychází zejména z programu Světové zdravotnické organizace (SZO) Zdraví 2020, schváleného na 62. zasedání Regionálního výboru SZO pro Evropu v září 2012, a potvrzuje tak rovněž hodnoty programu SZO „Zdraví pro všechny“ (*Health for all*).

Zdraví 2020 je adaptabilním a praktickým strategickým rámcem, umožňujícím jedinečné a specificky zaměřené přístupy zohledňující například pohlaví, věk či sociální zázemí lidí. K dosažení společných cílů Zdraví 2020 využívá Národní strategie zejména nástrojů a postupů ochrany a podpory veřejného zdraví a prevence nemocí zaměřených na lidi, kteří jsou hlavními partnery v procesu rozvoje veřejného zdraví.

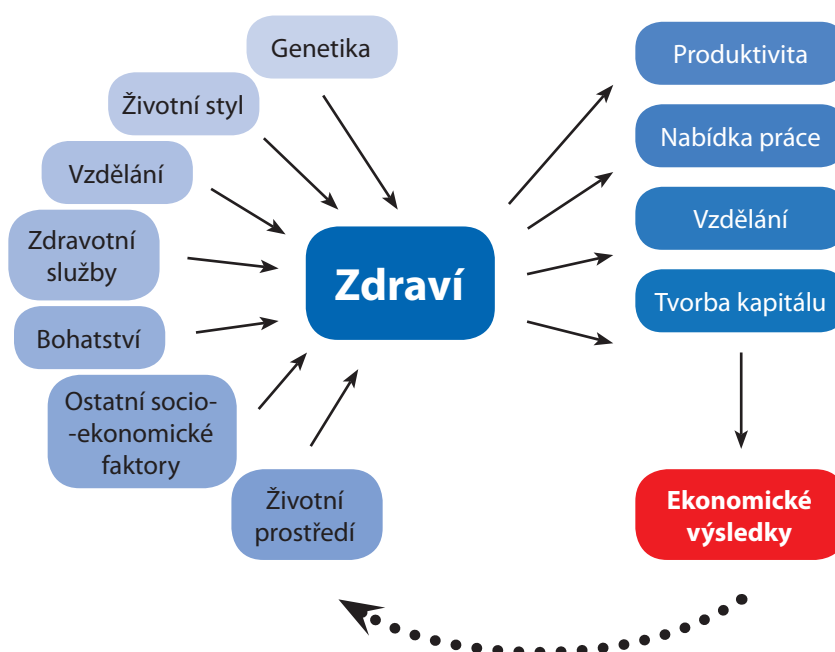
Dokument navazuje na „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21“ (dále jen „Zdraví 21“) podpořený vládou ČR v roce 2002 usnesením č. 1046/2002 a je naplněním požadavku vlády na aktualizaci tohoto strategického dokumentu. Národní strategie je podložena důkazy v přípojených dokumentech. Využívá zkušenosti a doporučení mimo jiné ze „Zprávy o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2003 do roku 2012“ (**příloha č. 1**) a je v souladu s vývojem a závazky na mezinárodní úrovni jak v rámci Evropské unie (EU), tak evropského regionu SZO.

Národní strategie jako rámcový souhrn opatření **bude dále rozpracována do jednotlivých implementačních dokumentů** (akčních plánů či jiných strategických a koncepčních dokumentů – viz kapitola 5 dokumentu) dle stanovených témat ochrany a podpory veřejného zdraví a prevence nemocí, zdravotního stavu obyvatelstva ČR a dalších témat veřejného zdravotnictví a organizace zdravotní péče, specifikovaných v kapitole 3.2 této strategie. **V jednotlivých implementačních dokumentech, které budou připraveny do 31. 12. 2015, budou blíže specifikovány dílčí cíle, odpovědnost, ukazatele a termíny plnění včetně stanovení požadavků na finanční a materiálové pokrytí nutně souvisejících nákladů.**

1.3. Účel strategie

Účelem Národní strategie je především stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace.

Schéma č. 1: Zdraví znamená bohatství



Zdroj: *The Contribution of health to the economy in the EU, Brussels 2005*

1.4. Uživatelé strategie

NS Zdraví 2020 rozpracovává vizi systému veřejného zdraví jako dynamické sítě zainteresovaných subjektů na všech úrovních společnosti a je tedy určena nejen institucím veřejné správy, ale také všem ostatním složkám – jedincům, komunitám, neziskovému a soukromému sektoru, vzdělávacím, vědeckým a dalším institucím. Má za úkol přispět k řešení složitých zdravotních problémů 21. století spojených s ekonomickým, sociálním a demografickým vývojem, a to zejména cestou prevence nemocí a podpory zdraví.

1.5. Základní používané pojmy

Zdraví je Světovou zdravotnickou organizací definováno jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady (SZO, 1948).

Determinantami zdraví se rozumí faktory, které mají nejvýznamnější, ať již pozitivní, či negativní, vliv na zdraví. Zahrnují sociální, ekonomické a fyzické prostředí jedince, stejně jako jeho individuální charakteristiky a chování (dědičnost, biologické pohlaví, životní styl apod.). Sociálně-ekonomické determinanty, jakými jsou například chudoba, sociální vyloučení, rodinná situace, nezaměstnanost či nevyhovující bydlení, silně korelují se zdravotním stavem a přispívají k nerovnostem ve zdraví.

Veřejné zdraví je chápáno jednak jako věda, ale také jako umění prevence nemocí, prodlužování života a podpory zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí celé společnosti (Sir Donald Acheson, 1988).

Ochrana zdraví je souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a k zabránění šíření infekcí a hromadně se vyskytujících onemocnění.

Primární prevence je předcházení vzniku nemocí, ovlivňování determinant, které působí na zdraví a snižování zdravotních rizik. Na primární prevenci nemocí navazují **sekundární prevence nemocí**, jejímž posláním je vyhledávat časná stadia poruch zdraví preventivními prohlídkami a screeningovými programy s cílem zlepšení šancí na úspěšnost léčby, a **terciární prevence**, která se zaměřuje na znovu nastolení zdraví, když již nemoc propukla, a to péčí, ošetřením, léčbou či zmírněním projevů nemoci nebo jejích symptomů. Aktuálně se začíná hovořit i o tzv. **kvartérní prevenci**, která se začíná zabývat aktivitami zdravotní péče zaměřenými na zmírnění dopadů či vyhnutí se následkům nepotřebných či nadměrných léčebných intervencí.

Podpora zdraví je souhrn činností pomáhajících lidem posilovat a zlepšovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad determinantami zdraví. Zahrnuje činnosti k zajištění příznivých sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek pro rozvoj zdraví, zdravotního stavu a životního stylu. Týká se aktivit fyzických osob, činností státu, samosprávy i dalších složek společnosti.

Odolnost komunit je měřítkem přizpůsobivosti komunit a jedinců v reakci na nepříznivé situace či události. Zahrnuje schopnost využívat dostupných prostředků a vlastního potenciálu při zdolávání těchto situací a následnou obnovu, včetně řešení problémů souvisejících se zdravím.

1.6. Ostatní relevantní strategické dokumenty

Národní strategie navazuje na Zdraví 21 a je naplněním požadavku vlády na aktualizaci tohoto strategického dokumentu. Vychází především z „**Hodnotící zprávy plnění cílů Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 2003–2012**“ a rovněž z „**Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví**“, která byla přijata Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2013.

Vzájemná provázanost Zdraví 21 a NS Zdraví 2020 je znázorněna v kapitole č. 3. Zdraví 21 zůstává i nadále plnohodnotným dokumentem, jehož **aktualizované cíle** budou na základě již provedené analýzy naplňovány v implementačních dokumentech NS Zdraví 2020.

Národní strategie využívá zkušenosti a je v souladu s vývojem na mezinárodní úrovni jak v rámci Evropské unie (EU), tak Evropského regionu SZO. Hlásí se k realizaci globálních, evropských i národních usnesení, úmluv, strategických a podobných dokumentů, které se týkají problematiky prevence infekčních a neinfekčních onemocnění a dalších oblastí veřejného zdraví. Indikativní výčet nejvýznamnějších dokumentů je **v příloze č. 2.**

2. Definice a analýza řešeného problému

2.1. Definice řešeného problému

Prevence nemocí a ochrana a podpora zdraví jsou důležitými prioritami České republiky. Jsou založeny na vědeckých důkazech a mezinárodních zkušenostech o vysokém společenském a ekonomickém přínosu předcházení nemocem a posilování zdraví. Předpokladem efektivního účinku na zdravotní stav populace je **spoluúčast všech složek společnosti, občanů, rodin, státní správy a samosprávy, podnikatelské sféry, nevládních organizací a sdělovacích prostředků**.

Dosavadní zkušenosti vyspělých států i ČR ukazují, že prevence nemocí a ochrana a podpora zdraví mají reálný přínos pro zlepšování zdravotního stavu populace a přinášejí významné úspory nákladů na zdravotní služby a další ekonomické přínosy.

Zdraví nevzniká v nemocnicích, ale v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí a pracují, odpočívají a stárnou. Zdraví zlepšují, nebo zhoršují ty okolnosti, které na lidi působí v jejich běžném životě, a právě tam je těžiště péče o zdraví. I když je důležité, aby každý sám pečoval o své zdraví, je zřejmé, že to nestačí.

Péče o zdraví musí být provázena sdílenou odpovědností všech složek společnosti pod odbornou koordinační rolí Ministerstva zdravotnictví. Vláda, parlament, všechny úrovně veřejné správy, organizace a instituce i podnikatelská sféra by měly vnímat hodnotu zdraví a najít své místo v ochraně i rozvoji zdraví – motivovat a vést lidi k chápání hodnoty zdraví a svým příkladem a konkrétní aktivitou dokázat, že péči o zdraví berou vážně.

V ČR je historicky vědeckou a institucionální bází ochrany a podpory veřejného zdraví hygienická služba, tvořená orgány a institucemi ochrany a podpory veřejného zdraví. Ta je nositelkou odbornosti, iniciuje zavádění nových poznatků a metod v ochraně a podpoře veřejného zdraví do praxe, koordinuje činnosti v této oblasti na celostátní i regionální úrovni. Spolupracuje s poskytovateli zdravotních služeb, dalšími institucemi působícími v oblasti zdravotnictví i orgány státní správy a samosprávy. V úzké spolupráci se zdravotními ústavy provádí sběr, zpracování a analýzu řady nezbytných dat o zdravotním stavu obyvatelstva.

2.2. Prostředí a očekávaný budoucí vývoj

Zdraví je základní společenskou i ekonomickou hodnotou. Dobrý zdravotní stav lidí je přínosem pro všechny resorty i celou společnost. Dobré zdraví je nesmírně důležité pro ekonomický a sociální rozvoj společnosti a má zásadní význam jak pro život každého jednotlivce, tak i pro rodiny a všechny společenské skupiny. Špatný zdravotní stav plýtvá lidským potenciálem, vede ke stavům beznaděje a odčerpává veřejné i soukromé finanční prostředky. Umožníme-li lidem získat kontrolu nad svým zdravím a nad jeho základními determinanty, přispějeme tím ke zlepšení životní situace populačních skupin a kvality života lidí. Bez aktivního zapojení občanů se sníží možnost chránit i zlepšovat jejich zdraví i celkovou životní situaci.

Opatření směřující k úspěšnému rozvoji lidských společenství jdou ruku v ruce se zlepšováním zdravotního stavu lidí. Respektování této skutečnosti napomáhá k lepším výsledkům. Spravedlivý přístup ke vzdělávání, přiměřená práce, bydlení a příjem – to vše podporuje zdraví. Zdraví přispívá ke zvýšení produktivity, větší efektivitě práce, zdravějšímu stárnutí, nižším výdajům na nemoci i sociální dávky, k vyšším daňovým příjmům, a tudíž i ke zlepšení celkové ekonomické situace celé společnosti. Zaměřením pozornosti celé společnosti, včetně veřejné správy, na sociální i individuální determinanty zdraví lze dosáhnout lepšího zdraví a životních podmínek populace. Péče o dobrý zdravotní stav obyvatel České republiky může přispět k ekonomickému oživení a dalšímu společenskému rozvoji.

Efektivita zdravotnictví a výkonnost ekonomiky jsou vzájemně propojeny. Je proto nezbytné zlepšit využívání prostředků v resortu zdravotnictví, který má významný přímý i nepřímý dopad na ekonomiku. Nejen že ovlivňuje zdraví lidí a jejich produktivitu, ale je rovněž jedním z největších ekonomických odvětví. Je významným zaměstnavatelem, stavitelem a spotřebitelem. Je rovněž výraznou motivační silou rozvoje výzkumu a inovací i důležitou oblastí, v níž se uplatňuje mezinárodní konkurence lidí, nápadů a produktů. Význam zdravotnictví poroste i nadále, stejně tak jako jeho přínos k dosahování širších společenských cílů.

2.3. Vývoj při tzv. nulové variantě

Tzv. nulová varianta je za současného stavu neudržitelná, jelikož možnosti dostupné zdravotní péče a nových technologií jsou do značné míry vyčerpány a jejich další extenzivní růst je ekonomicky nákladný a nepřináší očekávaný efekt v ovlivnění zdraví obyvatelstva. Nutno také přihlídnout k rizikům demografických změn v populaci – především jejímu stárnutí. K tomu přistupuje rychle se měnící životní styl, který přináší řadu negativních zdravotních důsledků, především narůstá podíl obézních lidí, nedostatečná je pohybová aktivita, roste průměrná hodnota krevního tlaku v populaci, nedaří se redukovat podíl kuřáků a stále vysoká je spotřeba alkoholu a stresová zátěž. S tím narůstá počet závažných neinfekčních onemocnění, zejména diabetu mellitu II. typu, nádorových, kardiovaskulárních, duševních onemocnění a nemocí pohybového ústrojí. Mění se životní podmínky, životní styl, globalizace a migrace obyvatel přináší i zvýšené riziko infekčních nemocí, výskyt nových infekcí a znovu se objevujících již dříve potlačených infekcí, a stejně tak nárůst vnímavých skupin obyvatelstva. Efektivním řešením této situace je **prevence nemocí, ochrana a podpora zdraví**.

2.4. Souhrn výsledků klíčových analýz

Je prokázáno, že realizací známých a vědecky podložených metod prevence je možné výrazně snížit dosavadní náklady na zdravotní péči. Mnohokrát zdůraznily SZO i EU, že pokud se zdravotní problémy nezvládají tam, kde k nim dochází, ale převážně až ve zdravotnických zařízeních, je to velice nákladné a ekonomicky neúnosné. Naléhavě proto vyzývají členské státy, aby posílily své kapacity a aktivity v preventivně zaměřeném veřejném zdravotnictví. Potenciál efektivity primární prevence nemocí dokumentuje analýza v příloze č. 3. V ČR ještě zdaleka nejsou využity možnosti prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví; tento nedostatek řeší i Národní strategie. Silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby jsou uvedeny ve schématu č. 2.

Schéma č. 2: SWOT analýza primární prevence, ochrany a podpory veřejného zdraví v ČR**Silné stránky**

- tradice primární prevence
- zakotvení ve společnosti i v systému zdravotnictví
- úspěchy v minulosti i v současnosti
- legislativní zakotvení (zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a další zákony)
- zakotvení primární prevence v koncepcích lékařských oborů
- historicky založená vysoká odbornost primární prevence
- dostatek vědeckých důkazů o efektivitě primární prevence
- solidní informační databáze o zdravotním stavu a jeho determinantách
- respekt veřejnosti k činnosti systému ochrany a podpory veřejného zdraví.

Příležitosti

- využití zahraničních zkušeností a dobrých praxí – například z veřejné konzultace k Zelené knize EK o pracovnících ve zdravotnictví v Evropě či strategických a dalších dokumentů či dopadových studií jak na úrovni EU, tak i SZO či OECD
- účast v mezinárodních projektech a grantech v oblasti primární prevence a podpory zdraví
- revitalizace systému ochrany a podpory veřejného zdraví
- stále existující personální kapacita schopná regenerovat oblast primární prevence
- důvěra veřejnosti v prevenci nemocí a možnosti posilování zdraví.

Hrozby

- pokračující omezování kapacit systému ochrany a podpory veřejného zdraví po již proběhlé restrukturalizaci, která snížila kapacitu o více než 40%
- nezajištění generační obměny v potřebném spektru vzdělání
- finanční nestabilita ohrožující efektivní fungování
- nevyužití potenciálu, nástrojů a možností, které má stát v ochraně a podpoře veřejného zdraví, s negativními dopady na vývoj zdravotního stavu obyvatelstva i nákladovosti zdravotní péče.

Slabé stránky

- slabá reflexe společenských změn
- nízká aktivizace jednotlivých složek společnosti k spoluúčasti na řešení problémů ovlivňujících zdraví lidí
- dlouhodobá nestabilita institucionální, vědecké i výukové báze
- nepříznivá věková struktura odborníků
- pokles zdravotnické odbornosti, komerčně motivované a vědecky nepodložené přístupy v podpoře zdraví
- historická dominance infekčních rizik a zdravotně policejních metod v ochraně zdraví
- slabost systému ochrany a podpory veřejného zdraví (OPVZ) čelit chybnému individuálnímu rozhodování a řízení
- podfinancování, chybějící investiční strategie v oblasti primární prevence
- absence systematického hodnocení efektivity prevence a OPVZ.

3. Vize a základní strategické směřování

Národní strategie definuje hlavní cíl, k němuž vedou dva strategické cíle, rozpracované do čtyř oblastí prioritních politických opatření zaměřených na řešení vybraných dominantních problémů zdravotního stavu populace ČR.

Hierarchie NS Zdraví 2020 **zapracovává jednotlivé cíle Zdraví 21 a využívá existujících monitorovacích mechanismů, včetně indikátorů – schéma č. 3.**

Dva strategické cíle NS Zdraví 2020 přímo navazují na systémové a hodnotové cíle Zdraví 21 – viz **schéma č. 4. Další cíle Zdraví 21** zaměřené na jednotlivé oblasti podpory zdraví jsou pak začleněny **do čtyř oblastí prioritních opatření NS Zdraví 2020**. Tato návaznost je rozpracována ve **schématu č. 5**.

Schéma č. 3: NS Zdraví 2020 – hierarchie

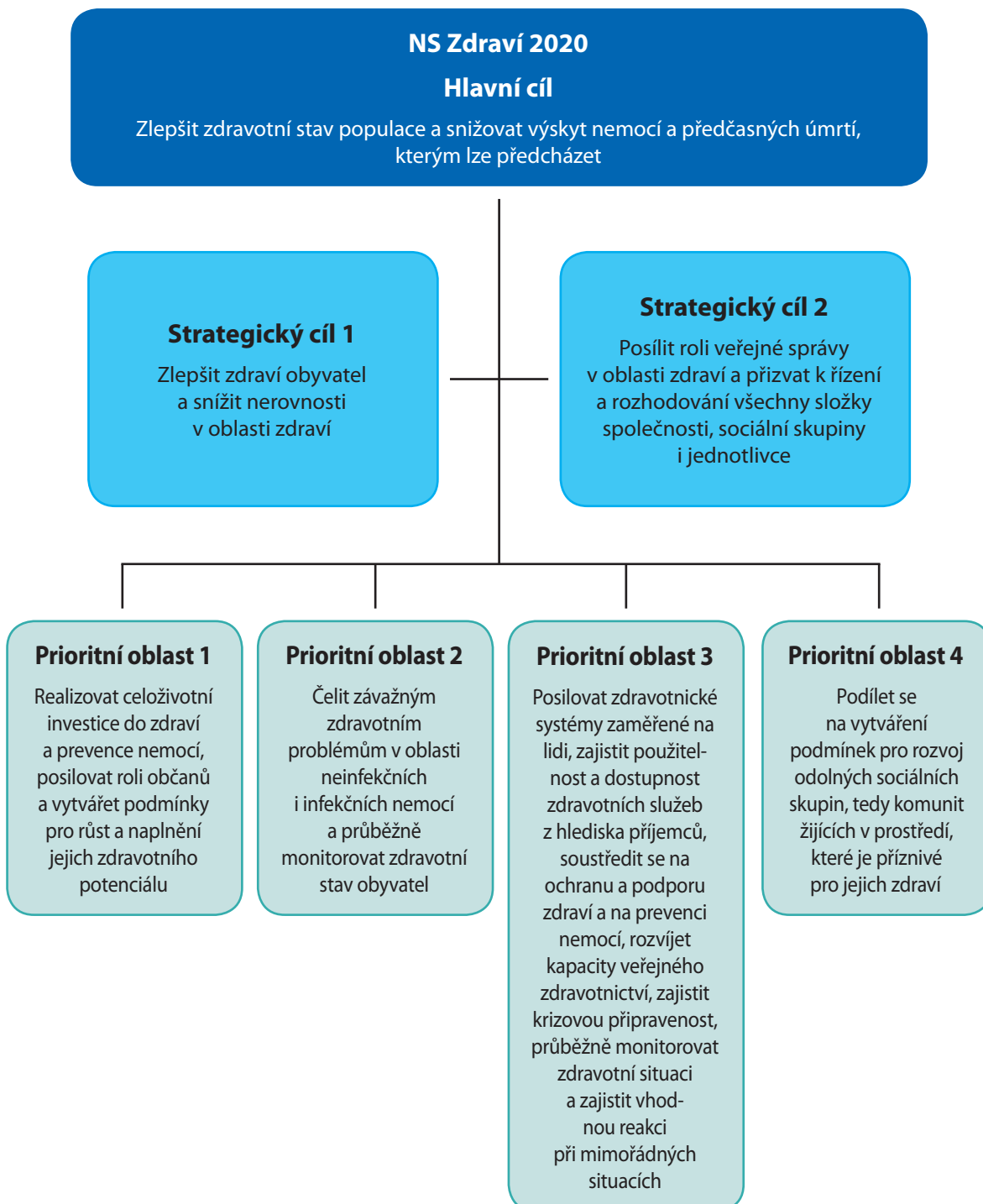


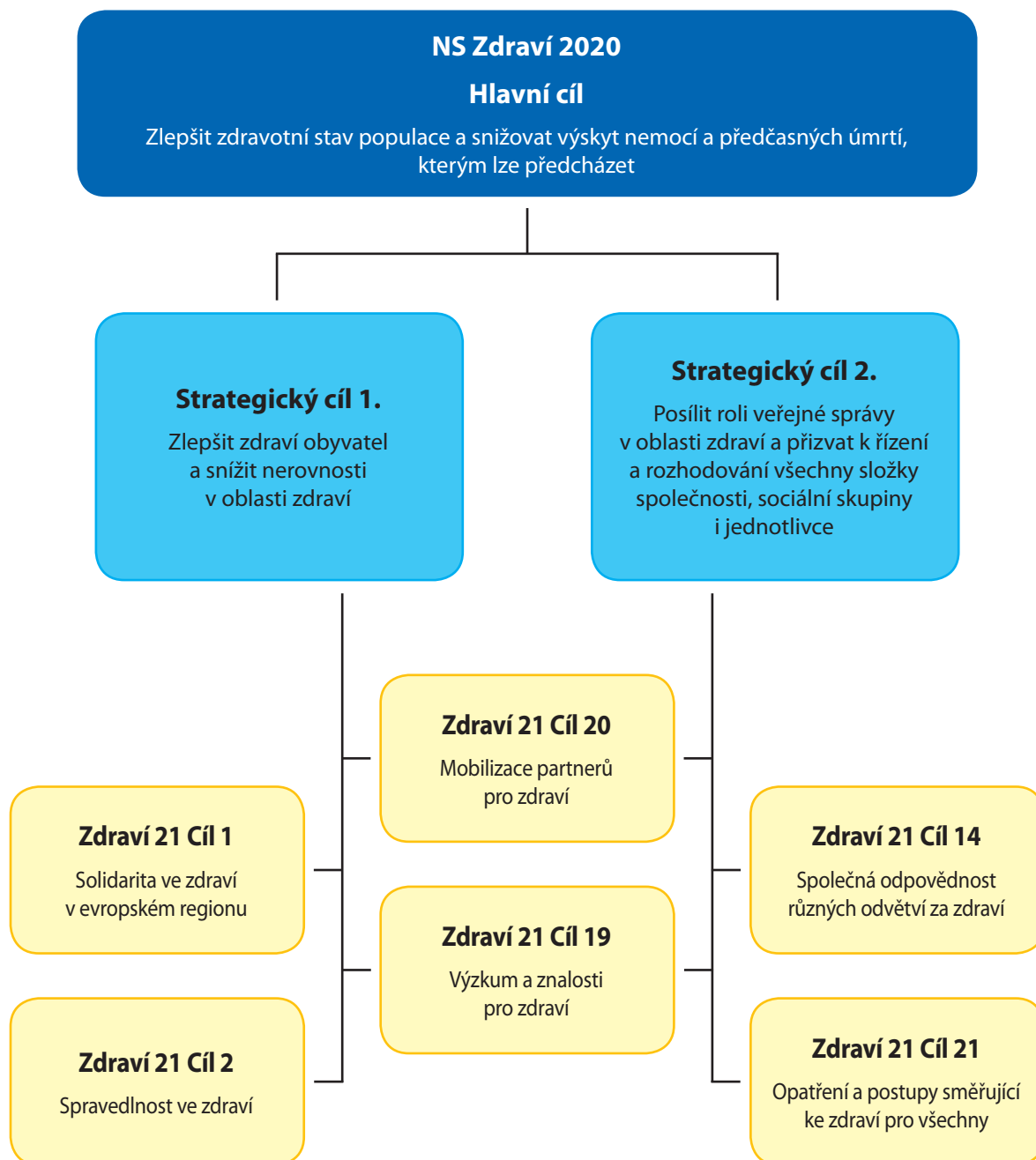
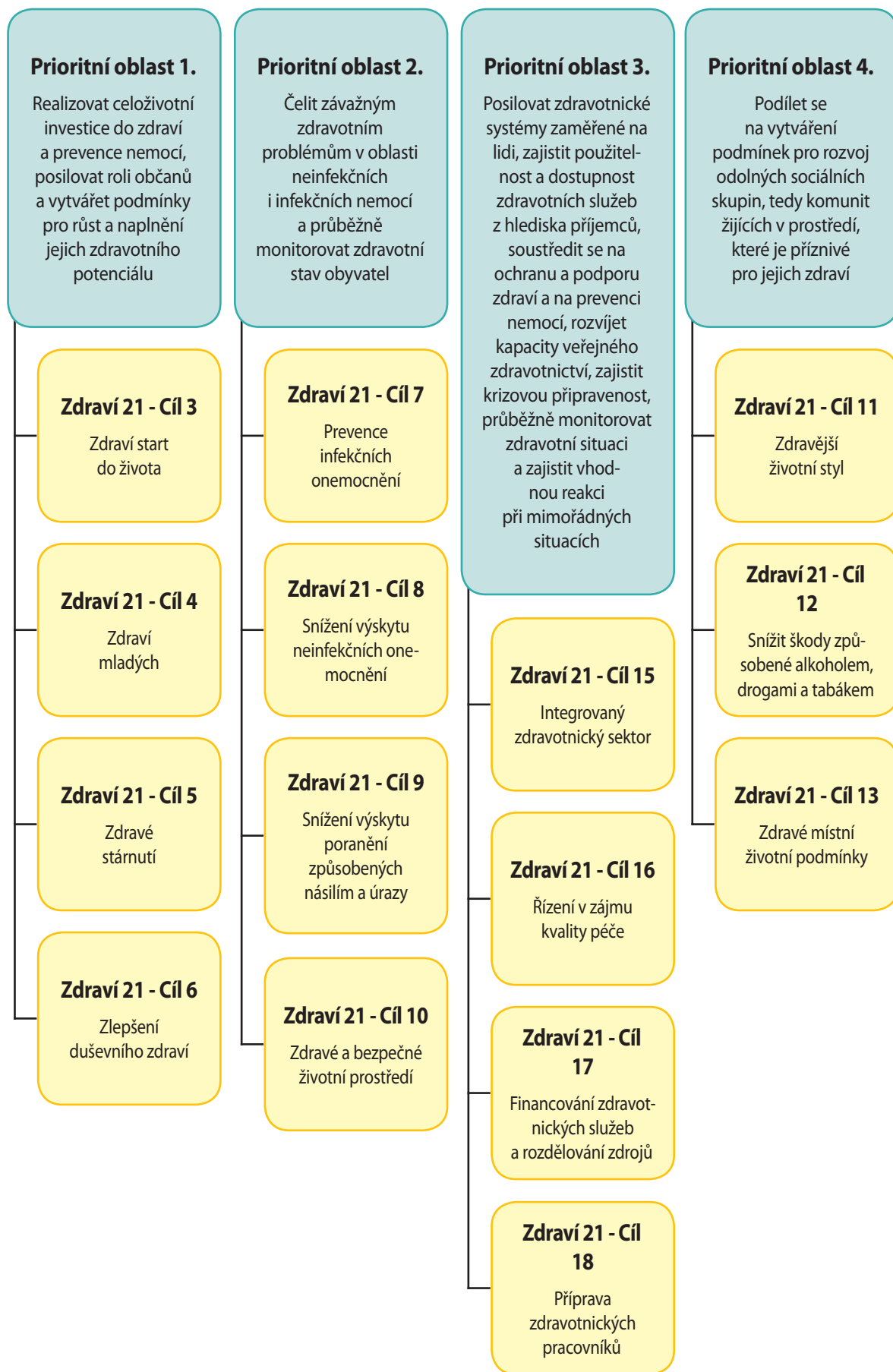
Schéma č. 4: Návaznost strategických cílů NS Zdraví 2020 na cíle Zdraví 21

Schéma č. 5: Návaznost prioritních oblastí NS Zdraví 2020 na cíle Zdraví 21



3.1. Vize a strategické cíle Národní strategie

Hlavním cílem Národní strategie je **zlepšit zdravotní stav populace a snížit výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet**, přičemž hlavní vizí do roku 2020 je především stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů spolupráce mezi resorty zapojením všech stupňů veřejné správy ke zlepšení zdravotního stavu populace. Důsledkem bude zlepšení životní pohody a kvality života lidí, zvýšení produktivity práce, snížení nákladů na zdravotní služby a prodloužení života prožitého ve zdraví.

Délka života ve zdraví je v ČR výrazně nižší než v jiných vyspělých státech a je rozdílná i podle pohlaví, což přináší sníženou kvalitu života a zvýšené náklady na zdravotní služby (**příloha č. 4**).

Naplnění tohoto hlavního cíle lze dosáhnout rozvojem spolupráce mezi resorty a zapojením všech stupňů veřejné správy do **plnění dvou vzájemně souvisejících strategických cílů**:

- Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví;
- Posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce.

3.1.1. Strategický cíl 1

Strategický cíl 1

Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví

Česká republika, regiony a města, které stanovují společné cíle a společně investují do zdraví a jiných oblastí, mohou výrazně zlepšit zdraví a životní situaci obyvatel. Prioritní oblasti jsou zejména tyto: předškolní výchova, úroveň vzdělávání, zaměstnanost a pracovní podmínky, sociální zabezpečení a omezování chudoby. Možnými metodami jsou: zvýšení odolnosti komunit, sociální začlenění a soudržnost; zvyšování životní úrovně; rovnost pohlaví v přístupu ke zdravotní péči a rozvíjení schopností jednotlivců i společenských skupin chránit a podporovat zdraví, jako jsou např. individuální dovednosti a pocit sounáležitosti. Stanovení konkrétních cílů zaměřených na snížení nerovností v oblasti zdraví může pomoci nastartovat potřebné aktivity a je jedním z hlavních kritérií při hodnocení rozvoje zdraví na všech úrovních.

Řešení sociálních nerovností výrazně přispívá ke zdraví a životní pohodě. Příčiny nerovností jsou složité, mají kořeny v samém začátku životního cyklu a působí v celém jeho průběhu. Znevýhodnění osob a jejich zranitelnost se během života obvykle prohlubuje a je podmíněna jednáním, které má důležitý vliv na zdraví, např. rizikové a škodlivé užívání alkoholu a kouření, špatné stravovací návyky, nedostatečná pohybová aktivita a psychické problémy. Zmíněné chování je do značné míry důsledkem stresu a dalších životních nesnází.

Přijetí opatření, která by se zabývala sociálními determinanty zdraví a dalšími vlivy životních podmínek a biologického pohlaví, může přispět k účinnému zvládnutí celé řady nerovností. Výzkumy ukazují, že podmínkou přijetí účinných opatření jsou příznivé politické okolnosti, které umožňují meziresortní spolupráci a zavádění integrovaných programů. Je například prokázáno, že integrovaná péče o děti věnovaná jak jejich životním podmínkám, tak i jejich růstu a vývoji vede k dobrým výsledkům v oblasti zdraví i vzdělávání. Dostatečná pozornost věnovaná determinantám zdraví je jedním ze základních předpokladů rozvoje měst. Stejně tak je nezastupitelná role starostů a místních úřadů při podpoře zdraví a zlepšování životních podmínek. Účinnost místních programů je posilována aktivním zapojením občanů, sdílenou odpovědností a adekvátními mechanismy financování.

3.1.2. Strategický cíl 2

Strategický cíl 2

Posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce

Role ministra zdravotnictví, celého resortu zdravotnictví a zejména orgánů a institucí ochrany a podpory veřejného zdraví při úsilí zvládat nemoci a jejich důsledky je nesmírně důležitá a je nezbytné ji nadále posilovat. Resort zdravotnictví odpovídá za přípravu a realizaci národních a územních zdravotních plánů, za stanovení cílů a záměrů pro zlepšení zdraví, za hodnocení dopadů na zdraví, které přinesla opatření jiných resortů, za poskytování vysoce kvalitních a účinných zdravotnických služeb a za zajištění základních funkcí veřejného zdravotnictví. Resort zdravotnictví musí rovněž řádně zvažovat, jaký dopad mají rozhodnutí v oblasti veřejného zdraví na jiné resorty a zainteresované strany.

Ministerstvo zdravotnictví a orgány a instituce ochrany a podpory veřejného zdraví postupně rozšiřují meziresortní spolupráci a působí i jako zprostředkovatelé a zastánci zdraví. Ministerstvo zdravotnictví by mělo všem resortům, veřejné správě i celé společnosti zdůrazňovat ekonomický, sociální i politický přínos dobrého zdraví a současně poukazovat na všechny negativní důsledky špatného zdravotního stavu obyvatel. Pro naplnění této důležité role je nezbytná diplomacie, věrohodné důkazy, argumenty a přesvědčivost. Resort zdravotnictví je i partnerem ostatních resortů, a to zejména tehdy, pokud lepší zdraví může přispět k dosažení jejich cílů.

Veřejná správa by měla využít svých organizačních struktur, aby posilovala soudržnost a rozvíjela meziresortní spolupráci. Cílem je zlepšit koordinaci a reagovat na nevyváženost politického vlivu různých resortů. Zdravotní aspekty by měly být posuzovány ve všech oblastech. Přístup „Zdraví ve všech politikách“ (*Health in all policies*) zohledňuje zdraví jako prioritu při tvorbě všech politických opatření, rozvíjí politický dialog o zdraví a jeho determinantách a posiluje odpovědnost za výsledky v oblasti zdraví. Jedním z důležitých nástrojů je i místní Agenda 21, která slouží nejen ke zlepšení kvality veřejné správy a zapojování veřejnosti, ale rovněž k ochraně a podpoře zdraví v konkrétních municipalitách. Hodnocení zdravotních dopadů a ekonomické hodnocení jsou cennými nástroji pro posouzení spravedlnosti i konečných výsledků přijatých opatření. Předpokladem věrohodného hodnocení je sběr a ověřování kvalitativních a kvantitativních dat, která mají vztah ke zdraví.

Cílem je posílení a rozvoj **regionálních aktivit v ochraně a podpoře veřejného zdraví** a zapojení organizačních struktur státní správy a samosprávy na úrovni krajů, obcí, mikroregionů a dalších územních celků.

Veřejná správa by měla organizačně zajistit aktivní zapojení širokého spektra relevantních partnerů. To je velmi důležité pro občanské organizace, sociální skupiny a všechny další organizační struktury, které vytvářejí občanskou společnost. Aktivní občanské skupiny stále častěji spojují své síly při prosazování zdravotní problematiky na všech úrovních řízení. Širokou škálu příkladů zastupuje například Národní síť Zdravých měst.

Účinná motivace, řízení a koordinace celospolečenských aktivit může přispět k lepším výsledkům v oblasti zdraví. Odpovědné a účinné řízení, jak dokládají výsledky výzkumů, se neobejde bez nových forem vedení a bez zapojení všech zainteresovaných stran. Ve 21. století se mohou jak jedinci, tak i nejrůznější organizace podílet na řešení zdravotní problematiky. Může být využito mnoho forem, které vyžadují kreativitu a nové schopnosti, zejména pokud jde o zvládání střetu zájmů a hledání nových způsobů řešení obtížných a složitých problémů.

Posilovat a rozvíjet schopnosti občanů, spotřebitelů a pacientů, aby dostali své odpovědnosti za zdraví, je zásadní podmínkou dalšího zlepšení výsledků v oblasti zdraví, výkonnosti zdravotnictví i spokojenosti pacientů. Hlas občanské společnosti, včetně jednotlivců a pacientských organizací, mládeže i seniorů, je nezbytný při poukazování na okolnosti, které jsou pro zdraví škodlivé, na nebezpečný životní styl, závadné zboží a na nedostatky v kvalitě i poskytování zdravotní péče. Hlas občanů je rovněž důležitým zdrojem nových nápadů a myšlenek.

Hledání vhodných a etických metod zapojení soukromého obchodního sektoru. Tento sektor čím dál více ovlivňuje každodenní život lidí. Jeho vliv může pomoci zdraví zlepšit, ale i zhoršit. Je důležité stanovit pevná pravidla v oblasti ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí pro aktéry z řad soukromého sektoru a motivovat i rozvíjet jejich odpovědnost.

3.2. Prioritní oblasti strategie

Plnění strategických cílů NS Zdraví 2020 je rozpracováno do **čtyř vzájemně propojených oblastí prioritních politických opatření**:

- realizovat celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí, posilovat roli občanů a vytvářet podmínky pro růst a naplnění jejich zdravotního potenciálu;
- čelit závažným zdravotním problémům v oblasti neinfekčních i infekčních nemocí a průběžně monitorovat zdravotní stav obyvatel;
- posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, zajistit použitelnost a dostupnost zdravotních služeb z hlediska příjemců, soustředit se na ochranu a podporu zdraví a na prevenci nemocí, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích;
- podílet se na vytváření podmínek pro rozvoj odolných sociálních skupin, tedy komunit žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví.

Činnost v souladu se čtyřmi uvedenými prioritami musí spočívat v kombinaci metod, které vedou ke zdraví, spravedlnosti a životní pohodě. Vláda by měla být schopna předvídat změny, usnadňovat inovace a poskytovat dostatek finančních prostředků na ochranu a podporu zdraví a prevenci nemocí. Metody řízení budou zahrnovat jak státní opatření a regulace, tak i nové formy spolupráce s občanskými organizacemi, nezávislými agenturami a odbornými institucemi. Roste potřeba náležitěho odůvodnění navrhovaných opatření, je nezbytné ctít etické principy, zajišťovat dostupnost informací, respektovat soukromí, zvažovat vliv rizikových faktorů a hodnotit dosahované výsledky.

Základní referenční rámec celé Národní strategie tvoří koncept determinant zdraví a všechny aktivity budou posuzovány z tohoto pohledu. Determinanty zdraví jsou zobrazeny ve **schématu č. 6**.

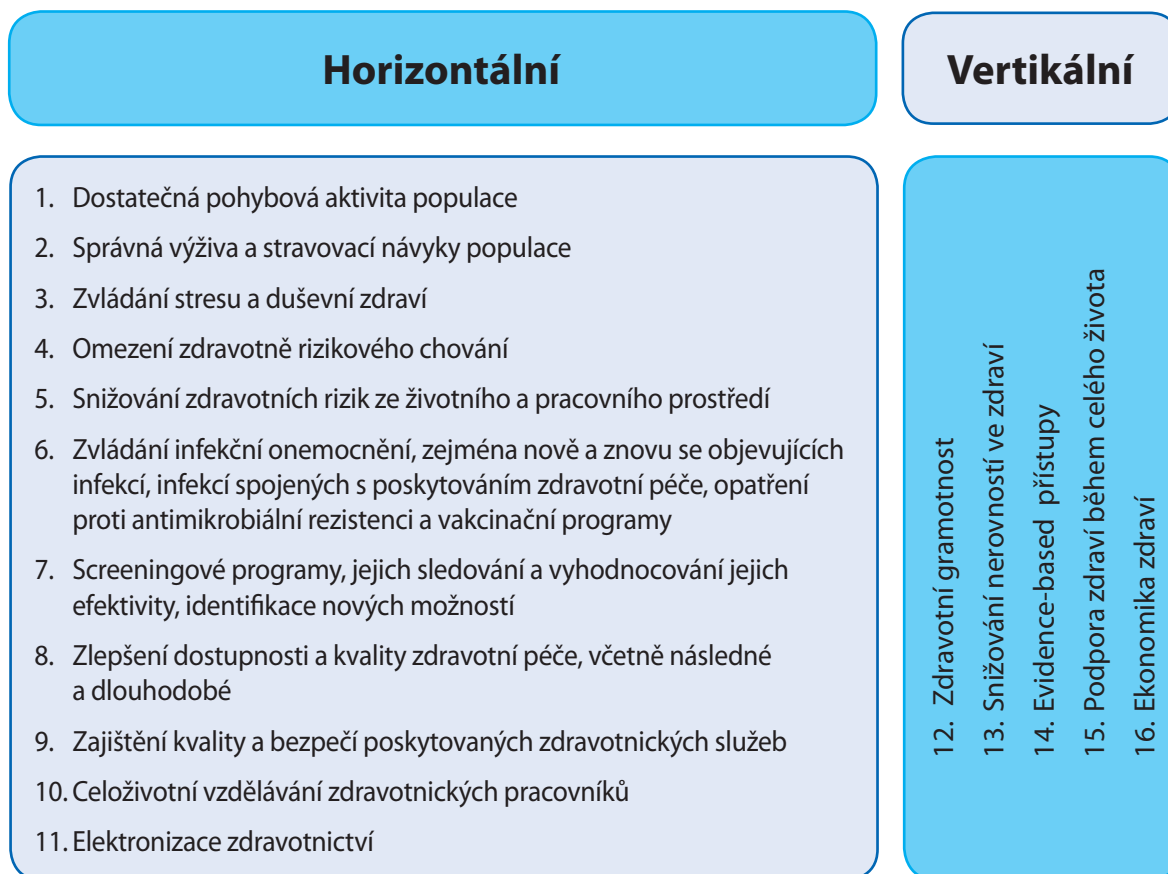
Schéma č. 6: Co způsobuje zdravotní rozdíly?



Převzato z: Dahlgren G, Whitehead M. *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?* London, King's Fund, 1993.

Pro oblast prevence nemocí a podpory zdraví je možno rozlišit jedenáct horizontálních a pět vertikálních témat (schéma č. 7) pro rozvoj aktivit, které společně ovlivňují hlavní příčiny úmrtnosti a nemocnosti populace (onemocnění srdce a cév, nádorová onemocnění, diabetes mellitus II. typu, obezitu, onemocnění pohybového aparátu, psychická onemocnění, úrazy a infekce) a rozhodují o kvalitě života a délce života ve zdraví. Hlavní příčiny úmrtí a jejich determinanty jsou uvedeny v **příloze č. 5**.

Schéma č. 7: Témata pro rozvoj aktivit v rámci NS Zdraví 2020



4. Popis cílů v jednotlivých prioritních oblastech

Čtyři prioritní oblasti jsou provázány, jsou na sobě závislé a navzájem se podporují. Aktivity týkající se zdraví během celého životního cyklu a vytváření podmínek pro posilování zodpovědnosti lidí za zdraví mohou pomoci při zvládnání epidemie chronických neinfekčních nemocí i ve snaze posílit kapacitu veřejného zdravotnictví a v neposlední řadě mohou pomoci v boji proti infekčním nemocem. Veřejná správa zvýší svůj příznivý vliv v péči o zdraví, když se jí podaří propojit svá opatření a investice a další aktivity zaměřit na snížení nerovností.

4.1. Prioritní oblast 1

Prioritní oblast 1

Realizovat celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí, posilovat roli občanů a vytvářet podmínky pro růst a naplnění jejich zdravotního potenciálu

Snaha o co nejlepší zdravotní stav během celého života zvyšuje šanci na delší dobu prožitou ve zdraví i na dlouhověkost; obojí přináší ekonomický, sociální i individuální užitek. Demografické změny, které probíhají, vyžadují účinnou celoživotní strategii, která doceňuje přínos nových metod ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Už v době těhotenství a raného vývoje dětí je žádoucí usilovat o podporu zdraví a posílení spravedlnosti v péči o zdraví. Zdravé děti se lépe učí, zdraví dospělí jsou produktivnější, zdraví senioři mohou aktivně přispívat k rozvoji společnosti. Proto je celoživotní přístup k prevenci nemocí a podpoře zdraví politickou prioritou i důležitým tématem výzkumu.

Skutečným přínosem jsou takové programy ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, které posilují roli i schopnosti občanů a motivují je k aktivnímu zapojení. Záměrem je vytvářet lepší podmínky pro zdraví, zvyšovat zdravotní gramotnost, posilovat samostatnost a usnadňovat ta rozhodnutí, která přispívají ke zdraví. Důležité je především zajistit ženám bezpečný průběh těhotenství umožňující novorozencům zdravý vstup do života, ochrana zdraví dětí a mládeže, zajištění bezpečí a životní pohody, rozšiřování zdravých pracovišť a podpora zdravého stárnutí.

Komunity ve spolupráci s institucemi mohou napomoci ke zvyšování zdravotní gramotnosti, tzn. schopnost získat, interpretovat a pochopit základní zdravotní informace a služby a schopnost využít tyto informace a služby k lepšímu zdraví. Předpokladem pro zvýšení zdravotní gramotnosti je i dostupnost kvalitních a srozumitelných informací s využitím informačních systémů zaměřených na lidi, jako jsou např. sdělovací prostředky, eHealth, webové informace či informace pro spotřebitele na výrobcích.

Nezbytné je posilování role občanů s důrazem na vytvoření edukační databáze o procesech probíhajících u poskytovatelů zdravotních služeb s cílem upozornit pacienty na rizika při poskytování zdravotních služeb a na možné nástroje zejména v oblasti prevence nežádoucích událostí a medikačních pochybení.

Věrohodné a vědecky podložené poznatky dokládají, že efektivní a ne příliš finančně nákladné metody mohou přímo zlepšit zdraví a životní podmínky populace. Narůstá počet praktických zkušeností s realizací programů podpory zdraví a programů zaměřených na prevenci nejdůležitějších skupin nemocí, jako jsou kardiovaskulární a nádorová onemocnění nebo diabetes mellitus II. typu. Je doloženo, že dobrých výsledků lze dosáhnout kombinací kvalitního řízení ze strany veřejné správy, podpůrného prostředí a metod motivujících a posilujících roli občanů. Rozvoj výzkumu orientovaného na faktory spojené s chováním lidí a na sociální determinanty může poukázat na ještě účinnější metody, které zlepšují zdraví.

Velmi důležité je rozšíření programů orientovaných na podporu duševního zdraví. Naléhavým úkolem je zajistit včasnou diagnostiku deprese a prevenci sebevražd. Přínosem jsou komunitní intervenční programy. Výzkum pomáhá lépe pochopit nebezpečné vazby mezi duševními problémy a sociální marginalizací, nezaměstnaností, bezdomovectvím a různými formami závislostí. Je rovněž nutné věnovat pozornost novým formám závislostí spojených s virtuálním internetovým světem.

Obzvláště cenné jsou metody zaměřené na zdravý životní styl mladých lidí a starší populace, včetně programů na podporu mezigeneračních aktivit a s ohledem na specifické potřeby mužů a žen v průběhu celoživotní péče o zdraví. Aktivity pro mladé lidi zahrnují vzdělávání mezi vrstevníky (tzv. *peer-to-peer*), zapojení mládežnických organizací a školní programy na podporu zdravotní gramotnosti. Je velmi důležité zahrnout do této práce i oblast duševního a sexuálního zdraví. Iniciativy zaměřené na aktivní a zdravé stárnutí mohou pomoci starším lidem zlepšit jejich zdraví i kvalitu života.

Velmi důležité je utvořit podmínky k potřebnému financování podpory zdraví a preventivních programů, včetně očkování. Naléhavým úkolem je zajistit vysokou proočkovanost proti onemocněním, kde očkování bylo zařazeno do očkovacího kalendáře dětí. Úloha státu je v této oblasti nezastupitelná a nepřenositelná na jiné subjekty. Kromě zajištění potřebné vysoké proočkovanosti dětí je nezbytné věnovat pozornost a příslušnou péči i očkování populace mladistvých, dospělých a seniorů. Pro tyto věkové kategorie zatím nejsou ani řádně vytvořena očkovací schémata.

4.2. Prioritní oblast 2

Prioritní oblast 2

Čelit závažným zdravotním problémům v oblasti neinfekčních i infekčních nemocí a průběžně monitorovat zdravotní stav obyvatel

Je třeba se zaměřit na **efektivní integrované strategie a intervence**, jejichž cílem je řešení hlavních zdravotních problémů. Jedná se jak o neinfekční, tak infekční nemoci. Oba typy vyžadují kombinaci cílených aktivit veřejného zdravotnictví a systému zdravotní péče. Účinnost těchto strategií je posilována aktivitami zaměřenými na spravedlnost, sociální determinanty zdraví, na posilování aktivního postoje lidí k vlastnímu zdraví a na vytváření zdravého životního prostředí.

Pro úspěšné zvládnutí problémů, jejichž příčinou jsou chronické neinfekční nemoci, je nezbytné kombinovat jednotlivé metody. Národní strategie podporuje uplatnění integrovaného přístupu zapojujícího všechny úrovně veřejné správy a celou společnost. Je totiž zřejmé, že aktivity zaměřené na ovlivnění individuálního chování mají jen omezený dopad. Neinfekční nemoci jsou nerovnoměrně rozšířeny, jejich výskyt je úzce spjat s existencí a účinností opatření orientovaných na životní styl, sociální determinanty zdraví a na faktory životního prostředí.

V návaznosti na text **Ottawské charty podpory zdraví (SZO, 1986) je podpora zdraví jádrem všech deklarací a strategií**, které vyzývají vlády k rozvoji meziřesortních národních strategií zacílených na hlavní problémy související s neinfekčními nemocemi. **Závěrečná zpráva komise SZO pro sociální determinanty zdraví (2008)** pak přináší konkrétní směry pro politická opatření, a to zlepšení životních podmínek a podporu spravedlnosti v oblasti zdraví.

Národní strategie rovněž podporuje soustavné úsilí v boji s infekčními nemocemi, včetně problematiky připravenosti zdravotnického systému na zvládnání vysoce nebezpečných nákaz. Nemůžeme si dovolit polevit v dosavadní ostražitosti. Musíme neustále usilovat o udržení nejvyšších možných standardů. Priority zahrnují:

- **Rozšiřování kapacit v oblasti informací a stálého dohledu.** Je nutná zejména realizace Mezinárodního zdravotního řádu (IHR – *International Health Regulations*, SZO, 2005) v podmínkách České republiky prostřednictvím naplňování Akčního plánu pro implementaci mezinárodních zdravotnických předpisů přijatého Usnesením vlády č. 785 ze dne 25. října 2011 a rovněž naplňování Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1082/2013/EU o vážných přeshraničních zdravotních hrozbách (EU, 2013). Dále je třeba zlepšit výměnu informací a v případě potřeby i součinnost dozorových orgánů v oblasti kontroly a zvládnání infekčních nemocí, s cílem lépe zvládat infekční nemoci. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat zejména těm infekčním nemocem, které mohou být přenášeny ze zvířat na člověka, objevují se jako nové nozologické jednotky, jsou způsobovány původci, kteří jsou rezistentní vůči lékům, popřípadě těm infekčním nemocem, které jsou přenášeny vodou nebo potravinami.
- **Zvládnutí vážných virových a bakteriálních hrozeb.** Důležité jsou zejména tyto úkoly a opatření: čelit antimikrobiální rezistenci; zabránit výskytu a šíření organismů a infekcí rezistentních vůči lékům prostřednictvím vhodného užívání antibiotik; zvládat infekce spojené se zdravotní péčí; udržet vysoký standard bezpečnosti základních komodit, jako jsou voda a potraviny; udržovat doporučený systém preventivního očkování.

Pro úspěšné zvládnutí problémů, jejichž příčinou jsou infekční agens, je nutno zajistit podmínky včasné diagnostiky a následné rychlé cílené terapie a surveillance na národní i mezinárodní úrovni. Je nezbytné toto zajistit pro onemocnění již známá, ale i pro nová nebo znovu se objevující infekční onemocnění. Nezbytnou podmínkou je zajistit finanční zdroje pro rutinní používání molekulárních metod v mikrobiologických laboratořích jak pro účely rychlé a přesné diagnostiky, tak pro účely surveillance na

národní i mezinárodní úrovni. Rovněž je žádoucí vzít v úvahu skutečnost, že s přibýváním pacientů s chronickými neinfekčními onemocněními (diabetes, novotvary, poruchy imunity, kardiovaskulární choroby) stoupá v populaci proporce osob ve zvýšeném riziku k výskytu infekčních onemocnění a úmrtí na infekční onemocnění. Pro tuto rizikovou část populace je žádoucí vybudovat speciální programy prevence infekčních onemocnění, včetně vakcinačních strategií.

4.3. Prioritní oblast 3

Prioritní oblast 3

Posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, zajistit použitelnost a dostupnost zdravotních služeb z hlediska příjemců, soustředit se na ochranu a podporu zdraví a na prevenci nemocí, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích

Dosažení vysoké úrovně kvality péče a lepších výsledků v oblasti zdraví vyžaduje systémy, které jsou finančně životaschopné, pokrývají potřeby, jsou zaměřené na lidi a na ochranu a podporu zdraví a prevenci nemocí a spočívají na důkazech a informacích. Musí se přizpůsobovat měnící se demografii, výši a struktuře nemocnosti, zejména s ohledem na duševní a chronické nemoci a stavy související se stárnutím. Proto je nutné upravit zaměření systémů zdravotní péče a klást důraz na prevenci nemocí, průběžně zvyšovat kvalitu a posilovat integraci služeb, zajistit kontinuitu péče, podporovat svépomoc pacientů a přiblížit lékařskou péči co nejbližší k domovu a posilovat její bezpečnost a efektivitu.

Národní strategie vnímá základní zdravotní péči jako hlavní součást zdravotnických systémů 21. století. Primární péče by měla reagovat na dnešní potřeby vytvořením a podporou partnerského prostředí, které podněcuje lidi k účasti na nových metodách léčby a k lepší péči o vlastní zdraví. Plné využití nástrojů a inovací 21. století, jakými jsou komunikační technologie (digitální záznamy, telemedicína a elektronické zdravotnictví) a sociální média, může přispět k lepší a efektivnější péči. Důležitou zásadou je rovněž vnímání pacientů jako partnerů a plné přijetí odpovědnosti za výsledky jejich léčby.

Nezbytné je zajistit dostupnost a organizaci fungování sítě poskytovatelů zdravotních služeb poskytujících zdravotní péči v souladu s celostátní koncepcí. Na tuto skutečnost velice úzce navazuje potřeba **centralizovat** vysoce specializovanou, popř. těž specializovanou péči do personálně, věcně i technicky vybavených pracovišť. Centralizací péče dojde ke zvýšení úrovně, kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče.

Podpora zdraví představuje jednu z oblastí kvality poskytovaných služeb v nemocnicích. Program SZO **Nemocnice podporující zdraví** vede poskytovatele zdravotních služeb k tomu, aby kladly větší důraz na podporu zdraví a prevenci nemocí a ne pouze na samotnou diagnostiku a léčbu. Cílem je zvyšovat kvalitu a bezpečnost zdravotních služeb pomocí intervencí zaměřených na skupinové terapie u zaměstnanců, kteří jsou vystaveni psychicky vyčerpávající práci, a na snižování stresové zátěže pacientů při hospitalizaci.

Zdravotnický systém nám může být nápomocen při podpoře aktivního stárnutí díky preventivním vyšetřením, jejichž záměrem je podpora „funkčního“ zdraví a soběstačnosti včasnou diagnostikou a léčbou chorob vyššího věku a v neposlední řadě podporou aktivit k posílení zdravého životního stylu. Potenciální zdravotní prospěch z preventivních programů je u staršího obyvatelstva velmi významný.

Zlepšení výsledků zdravotnických systémů vyžaduje výrazné posílení funkcí a kapacit v oblasti veřejného zdravotnictví. Je žádoucí, aby byla přednostně finančně zajištěna činnost potřebných institucí, aby byla rozvíjena jejich kapacita, a aby tak byla podpořena prevence nemocí i ochrana a podpora zdraví. Pomoci může rovněž přezkoumání a přizpůsobení právních předpisů a jiných dokumentů v oblasti ochrany a podpory zdraví lidí za účelem modernizace a posílení funkcí veřejného zdravotnictví.

Revitalizace veřejného zdravotnictví vyžaduje uzpůsobení vzdělávání a školení zdravotnických odborníků. V odborné přípravě by měla být věnována větší pozornost novým metodám ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí zaměřeným na lidi. Součástí jsou i týmová práce při poskytování zdravotní péče, nové formy poskytování služeb (včetně domácí péče a dlouhodobé péče), umění posilovat roli pacientů a jejich schopnosti v oblasti sebepéče a zlepšení strategického plánování, řízení, meziresortních aktivit a vedení. To vyžaduje novou pracovní kulturu posilující nové formy spolupráce mezi odborníky veřejného zdravotnictví a zdravotní péče a rovněž spolupráci mezi odborníky z oborů zdravotnických a sociálních služeb i dalších resortů. Ve větší míře by měla být zapojena zejména do pregraduální přípravy i praxe v terénu ochrany a podpory zdraví.

Velmi důležité jsou **návrhy takových opatření, jejichž prostřednictvím dovedou instituce a občané pružně reagovat na měnící se okolnosti, předvídat budoucí vývoj a zvládat mimořádné zdravotní situace**. Opatření musí brát v úvahu komplexnost kauzálních cest a musí být schopna rychle a novátorsky reagovat na mimořádné události, jako je např. propuknutí epidemie infekční choroby. Mezinárodní zdravotní řád vyžaduje, aby Česká republika v plném rozsahu respektovala a rozvíjela meziresortní a nadnárodní charakter zdravotních krizových situací, aby dovedla reagovat na široké spektrum rizikových faktorů a aby byla připravena účinně zvládat zdravotní aspekty **mimořádných událostí a humanitárních katastrof**. Obdobné závazky vyplývají i z Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1082/2013/EU o vážných přeshraničních zdravotních hrozbách a rozvoje mezinárodní spolupráce v rámci EU - Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC).

4.4. Prioritní oblast 4

Prioritní oblast 4

Podílet se na vytváření podmínek pro rozvoj odolných sociálních skupin, tedy komunitnějších v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví

Posilování odolnosti je rozhodujícím prvkem ochrany a podpory zdraví, prevence nemocí i životní pohody na úrovni jednotlivců i komunit. Pravděpodobnost, že člověk bude zdravý, je úzce podmíněna okolnostmi, v nichž se lidé rodí, vyrůstají, pracují a stárnou. Soustavné hodnocení sociálních a ekonomických determinant zdraví v rychle se měnícím prostředí, a to zejména pokud jde o technologie, práci, výrobu energie a urbanizaci, je naprosto zásadní. Na výsledky hodnocení musí navazovat meziresortní opatření vedoucí ke zlepšení zdravotní situace. Motivované a odolné sociální skupiny pohotově reagují na nové nebo nepříznivé situace, jsou připraveny na ekonomické a sociální změny i na vývoj životního prostředí a jsou schopny zvládat krize i těžké podmínky. Národní síť Zdravých měst vycházející z iniciativy „Zdravá města a komunity SZO“ poskytuje mnoho příkladů, jak posilovat motivaci a odolnost, zejména zapojením místních lidí a rozvíjením sdílené odpovědnosti za zvládání problémů souvisejících se zdravím. Podobné zkušenosti dokládá i realizace dalších programů, jako jsou „Zdravé regiony SZO“, „Škola podporující zdraví“ nebo „Podnik podporující zdraví“.

Klíčovou rolí při plnění tohoto cíle je zapojení veřejné správy v jednotlivých regionech. Veřejná správa na úrovni regionů, ať krajů nebo obcí by měla mít k dispozici ukazatele zdravotního stavu ve svém regionu, vyhodnocovat tyto ukazatele, posuzovat zdravotní stav obyvatel a vliv determinant zdraví na zdravotní stav obyvatel příslušného regionu. Měla by i navrhnout opatření, která povedou ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel, prevenci nemocí a zmírnění vlivu negativních determinant zdraví, alokovat finanční prostředky pro aktivity vedoucí k ochraně a podpoře zdraví a organizačně zajistit aktivní zapojení širokého spektra relevantních partnerů. To je velmi důležité pro občanské organizace, sociální skupiny a všechny další organizační struktury, které vytvářejí občanskou společnost.

Má-li být zdraví lidí chráněno před rizikovými faktory nebezpečného a kontaminovaného životního prostředí a mají-li být přijata vhodná sociální a další opatření v konkrétních lokálních podmínkách, je naprosto nezbytné, aby **resort zdravotnictví úzce spolupracoval s resortem životního prostředí a dalšími věcně příslušnými resorty**. Rizika plynoucí ze životního prostředí jsou významnými determinantami zdraví. Zdravotní stav je úzce spjat s prostředím, např. pokud jde o expozici škodlivým emisím, a souvisí i s vlivem klimatických změn, které společně se sociálními determinantami působí na zdraví. Bude nezbytné věnovat zvýšenou pozornost preventivním opatřením především v regionech s vysokým rizikem kontaminant životního prostředí.

5. Implementace Národní strategie

5.1. Implementační struktura a systém řízení implementace Národní strategie

Systém řízení

K základním prvkům efektivního systému řízení ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí patří:

- **Rada vlády pro zdraví a životní prostředí** - její využití jako meziresortního orgánu pro realizaci cílů Národní strategie a souvisejících implementačních dokumentů.
- **Resortní pracovní skupina** pro podporu a ochranu veřejného zdraví a prevenci nemocí a pro implementaci programu Zdraví 2020 v ČR jako **poradní orgán ministra zdravotnictví** – jejím prvořadým úkolem bude naplňování a realizace této Národní strategie a metodické vedení, iniciace, koordinace a konkretizace krátkodobých, střednědobých a dlouhodobých opatření v oblasti prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví a zajištění souladu s vývojem a závazky na mezinárodní úrovni. Členové jsou jmenováni v souladu s tématy pro oblast prevence nemocí a podpory zdraví (**Schéma č. 7: Tematické oblasti pro rozvoj aktivit v rámci NS Zdraví 2020**).
- **Organizační útvar v rámci Státního zdravotního ústavu** – jeho hlavním úkolem bude operativní řízení a zajišťování aktivit v prevenci nemocí, ochraně a podpoře zdraví, vyhodnocování efektivity preventivních aktivit a opatření, metodické vedení v hodnocení vlivu na zdraví, navrhování optimalizace činností, metodické řízení programů s cílem vytvořit efektivní jednotku podporující rozhodovací procesy Ministerstva zdravotnictví v oblasti veřejného zdravotnictví.
- **Kontinuální revize a úprava strategických dokumentů**, které souvisí s cíli a prioritami Národní strategie.
- **Systematické vyhodnocování zdravotního stavu populace na národní i regionální úrovni, plnění cílů Národní strategie, vyhodnocování jednotlivých opatření a jejich přínosu pro zlepšování zdraví.**
- **Systematické vyhodnocování činnosti orgánů státní správy působících v oblasti ochrany veřejného zdraví** (Krajské hygienické stanice) **či veřejného zdraví se dotýkajících** (Státní zemědělská potravinářská inspekce, Státní veterinární správa, Česká obchodní inspekce, Česká inspekce životního prostředí, Inspektorát bezpečnosti práce atd.).
- **Zohlednění zdravotních aspektů při tvorbě politických opatření napříč sektory**, sledování a vyhodnocování dopadů těchto opatření na zdraví.

Lidské zdroje

Pro personální zajištění efektivní ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí je zapotřebí:

- **Definovat a zajistit profesní kapacity v resortu zdravotnictví a v ostatních resortech** pro potřeby prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví na základě personální a věcné analýzy činností a náplně práce.
- **Rozvíjet odborné vzdělávání a výchovu pro potřeby prevence, ochrany a podpory zdraví**, například zatraktivněním výuky oboru hygiena a epidemiologie, včetně preventivní medicíny na lékařských i nelékařských fakultách, a to i prostřednictvím vhodné praxe, a zařazením této problematiky do specializačního a celoživotního vzdělávání lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků.
- **Zajistit odpovídající odborné vzdělávání pro zdravotnické i nezdravotnické pracovníky** věnující se prevenci nemocí a podpoře zdraví a **zdravotnické vzdělávání pro pracovníky orgánů ochrany veřejného zdraví** jako základního předpokladu efektivní činnosti v prevenci nemocí a ochraně a podpoře veřejného zdraví.

Udržitelné financování prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví

Pro dobře fungující a efektivní prevenci nemocí a ochranu a podporu zdraví je nezbytné zajistit udržitelné financování. To musí být zajištěno následujícím postupem:

- Identifikovat zdroje a vyčíslit stávající prostředky v systému.
- Stanovit investiční strategii a alokaci prostředků.
- Stanovit parametry pro finanční udržitelnost.
- Systematicky vyhodnocovat efektivitu (cost–benefit analýza) prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví.

Legislativa

Pro úspěšnou realizaci Národní strategie je nezbytné zajistit legislativní zakotvení a účinnou oporu se zohledněním relevantních právních předpisů EU a jiných souvisejících dokumentů.

Toto předpokládá **novelizaci již existujících právních norem, zejména novelizaci zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví**, který musí více reflektovat komplexní šíři veřejného zdraví a zdravotnictví, více zohlednit a popsat úlohu státu, orgánů ochrany veřejného zdraví i samosprávy v prevenci nemocí, ochraně a podpoře zdraví, ve strategiích a politikách veřejného zdravotnictví, jejich přijímání, realizaci i hodnocení, ve sledování a analýze zdravotního stavu a jeho determinant.

Základní právní rámec týkající se poskytování zdravotních služeb je dán **zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**.

Institucionální báze

Nezbytným předpokladem úspěšné **realizace prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví** je **vytvoření funkční a efektivní institucionální infrastruktury na meziresortní i resortní úrovni a v dalších složkách společnosti**.

Meziresortní úroveň zajišťuje Rada vlády pro zdraví a životní prostředí a nezbytná spolupráce všech resortů při naplňování implementačních dokumentů.

Na resortní úrovni se jedná zejména o Ministerstvo zdravotnictví, Státní zdravotní ústav, krajské hygienické stanice, zdravotní ústavy, zdravotní pojišťovny a Ústav zdravotnických informací a statistiky. Důležitá je i rozšířená spolupráce s nemocnicemi a dalšími zdravotnickými zařízeními, a to zejména ve smyslu podpory zdraví, následné péče a komunikace s pacientem, podobně jako institucionální zajištění poskytování dostupných informací tak, aby lidé mohli činit informovaná rozhodnutí o svém zdraví.

Pro plnění úkolů vyplývajících z Národní strategie je nezbytné **revitalizovat stávající infrastrukturu prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví**. S dokončením transformace orgánů a institucí ochrany a podpory veřejného zdraví přijetím novely zákona č. 258/2000 Sb. v roce 2012 je nutné tento systém personálně a finančně stabilizovat a upravit jeho náplň ve smyslu uvedených legislativních opatření.

Při plnění úkolů je nezbytné spolupracovat se širokým spektrem složek společnosti – zejména s občany, rodinami, zástupci komunit, občanskými iniciativami, nevládními organizacemi, zastupitelstvy, odbornými společnostmi a institucemi, školami, podnikatelským sektorem a sdělovacími prostředky.

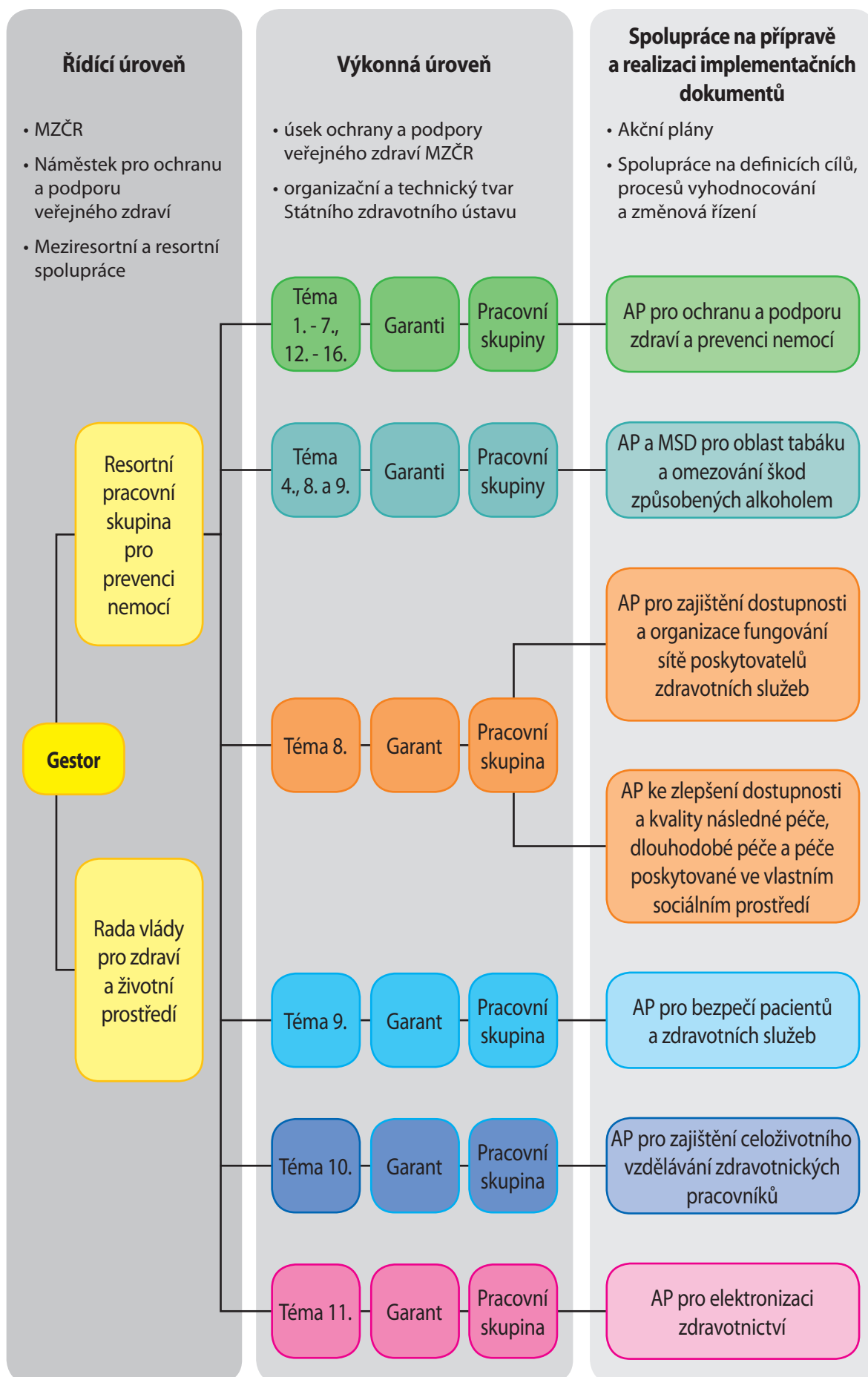
Nezbytná pro realizaci prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví na základě vědeckých poznatků je též podpora a spolupráce jednotlivých útvarů Ministerstva zdravotnictví, odborných lékařských společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, České lékařské komory, lékařských a pedagogických fakult a dalších.

Zdravotní politika

Pro tvorbu a realizaci zdravotní politiky orientované na cíle Národní strategie je mimo jiné nezbytné:

- **využít výsledky provedené analýzy implementace strategického dokumentu Zdraví 21;**
- brát v potaz členství České republiky v Evropské unii a v jiných mezinárodních organizacích a závazky z toho pro ni vyplývající;
- **využít zkušeností jiných vyspělých států světa.** Příklady institucionálního zajištění a řešení prevence nemocí a podpory zdraví ve vybraných zemích světa jsou uvedeny **v příloze č. 7.**

Schéma č. 8: Implementační struktury Národní strategie



5.2. Plán realizace aktivit a časový harmonogram

Národní strategie bude rozpracována do jednotlivých implementačních dokumentů (akčních plánů či jiných strategických a koncepčních dokumentů) dle stanovených témat ochrany a podpory veřejného zdraví a prevence nemocí, zdravotního stavu obyvatelstva ČR a dalších prioritních témat veřejného zdravotnictví a organizace zdravotní péče. V těchto dokumentech budou blíže specifikovány dílčí cíle, odpovědnost, ukazatele a termíny plnění, včetně stanovení požadavků na finanční a materiálové pokrytí nutně souvisejících nákladů.

Seznam konkrétních implementačních dokumentů

• Akční plán pro ochranu a podporu zdraví a prevenci nemocí

Bude zahrnovat témata 1–7, 12 - 16 (viz kap. 3.2, **schéma č. 7**) s důrazem na:

- Tvorbu podmínek k potřebnému financování podpory zdraví a preventivních programů, včetně očkovaní.
- Tvorbu a realizaci strategie celoživotního vzdělávání a výchovy pro zdraví zaměřené na pomoc občanům vážít si svého zdraví a rozvíjet schopnosti činit informovaná rozhodnutí o svém zdraví.
- Využití účinných metod sociálního marketingu k nabídce zdravějších variant životního stylu na základě soudobých vědeckých poznatků.
- Tvorbu podmínek, které podporují zdraví a zdravý životní styl, zvyšují úroveň znalostí o zdraví, o primární prevenci nemocí a o screeningových či vakcinačních programech a snižují nerovnosti ve zdraví za aktivní účasti všech resortů a dalších složek společnosti.
- Posílení celospolečenského přístupu směřujícího ke zlepšování stavu životního a pracovního prostředí a životní úrovně lidí.
- Podporu vývoje a aplikace metod hodnocení – ekonomické hodnocení zdraví, hodnocení nerovnosti ve zdraví, metoda hodnocení zdravotního dopadu (Health Impact Assessment – HIA) v rámci koncepcí, hodnocení zdravotních rizik atd.

Dále se předpokládá tvorba nástrojů pro Implementaci Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1082/2013/EU o vážných přeshraničních zdravotních hrozbách (IHR).

• Akční plány a meziresortní strategické dokumenty pro oblast kontroly tabáku a omezování škod působených alkoholem

Akční plány a meziresortní strategické dokumenty budou zahrnovat témata 8, 9 a 4 (viz kap. 3.2, **schéma č. 7**). V tématu 4 se zaměří na tvorbu meziresortních nástrojů navazujících na cíl č. 12 Zdraví 21 v souladu s Národní strategií protidrogové politiky na období 2010–2018 a jejími akčními plány a dalšími národními i mezinárodními dokumenty zaměřenými na tato témata (v případě tabáku bude zohledněna zejména Rámcová úmluva SZO o kontrole tabáku).

• Akční plán pro zajištění dostupnosti a organizace fungování sítě poskytovatelů zdravotních služeb

Akční plán bude zahrnovat téma 8 (viz kap. 3.2, **schéma č. 7**) a zaměří se zejména na centralizaci vysoce specializované péče v souladu se zákonem o zdravotních službách a na stanovení sítě dalších poskytovatelů zdravotních služeb s cílem koncentrovat určité druhy zdravotní péče.

• Akční plán ke zlepšení dostupnosti a kvality následné péče, dlouhodobé péče a péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí

Akční plán bude zahrnovat téma 8 (viz kap. 3.2, **schéma č. 7**) a zaměří se na zlepšení dostupnosti postakutní péče při stárnutí populace s cílem postupně eliminovat převis poptávky po těchto službách, nastaví pravidla přestupů mezi jednotlivými druhy postakutní péče a zajistí zvýšení jistoty pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb ohledně jejich nároků a výše úhrad.

• Akční plán kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb

Akční plán bude zahrnovat téma 9 (viz kap. 3.2, **schéma č. 7**) a zaměří se na realizaci aktivit a úkolů vedoucích k zajištění, řízení a zvyšování kvality zdravotních služeb a bezpečí pacientů, včetně podpory zdraví (zavedení a rozvoj standardů SZO/Nemocnice podporující zdraví) v návaznosti na kvality zdravotních služeb.

• Akční plán celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků

Tento akční plán bude zahrnovat téma 10 (viz kap. 3.2, **schéma č. 7**) a nabídne systém analýz a prognóz v souladu se zvyšujícími se nároky na vzdělávání. Cílem akčního plánu je zvýšit podíl zdravotnických pracovníků zapojených do celoživotního učení a vzdělávání a zlepšit jejich měkké a ICT dovednosti a odborné znalosti a dovednosti v péči o zdraví a v prevenci nemocí a v podpoře zdraví obyvatelstva.

• Akční plán pro elektronizaci zdravotnictví

Akční plán bude zahrnovat téma 11 (viz kap. 3.2, **schéma č. 7**). Řídícím výborem projektu elektronického zdravotnictví bylo v srpnu 2013 rozhodnuto o zpracování Národní koncepce elektronického zdravotnictví, která bude základem pro přípravu projektů elektronického zdravotnictví v České republice. Akční plán pro elektronizaci zdravotnictví by měl být implementačním nástrojem této koncepce přispívajícím rovněž k naplňování NS Zdraví 2020.

Časový harmonogram

2014–2015: příprava jednotlivých akčních plánů, termín pro schválení nejpozději do 31. 12. 2015; v tomto období bude nadále probíhat realizace aktivit dle stanovených cílů Zdraví 21 dle usnesení vlády č. 1046/2002 a usnesení vlády č. 936/2007. První zpráva o stavu realizace NS Zdraví 2020 bude předložena vládě ČR v termínu do 30. 9. 2015.

2016–2020: realizace akčních plánů.

2017: průběžné hodnocení Národní strategie a souvisejících implementačních dokumentů s možností aktualizace Národní strategie na období po roce 2020.

2021: zpracování závěrečné hodnotící zprávy.

5.3. Rozpočet a zdroje financování Národní strategie

Národní strategie předpokládá využití finančních prostředků z Evropského strukturálního a investičního fondu EU pro zdravotnictví v období 2014–2020 a rovněž podporu v rámci finančního programu Evropské komise – Třetího akčního programu Evropské unie v oblasti zdraví pro roky 2014–2020. Další náklady budou pokryty v souladu s možnostmi státního rozpočtu. Jelikož každý z implementačních dokumentů projde zvláště řádným schvalovacím procesem, bude alokace dostupných a odpovídajících prostředků plánována a stanovena v souladu s konkrétními úkoly.

Další finanční prostředky i technická a odborná podpora bude ČR poskytnuta ze Světové zdravotnické organizace v rámci Dvouletých smluv o spolupráci, které se uzavírají mezi Regionální úřadovnou WHO pro Evropu a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Nejbližší smlouva je plánována na léta 2014–2015, což koresponduje s přípravným obdobím implementačních dokumentů Národní strategie.

Oblast elektronizace zdravotnictví dále předpokládá podporu jak v rámci Operačního programu Zaměstnanost pro tzv. „měkké“ investice, tak v rámci IROP, kde bude zastoupena problematika elektronizace zdravotnictví (eHealth) jako součást prioritní osy 3 - Dobrá správa území a zefektivnění veřejných institucí, a specifického cíle 3.3 - Zvyšování efektivity a transparentnosti veřejné správy prostřednictvím rozvoje využití a kvality systémů ICT.

5.4. Systém monitorování a evaluace realizace Národní strategie

V souladu s usneseními vlády č. 1046/2002 a č. 936/2007 budou nadále předkládány pravidelné roční zprávy o naplňování Zdraví 21. Následně ve smyslu Národní strategie budou předkládány pravidelné zprávy o stavu realizace dle nového usnesení vlády.

Výchozí hodnoty monitorovacích ukazatelů pro hodnocení realizace Národní strategie jsou výstupem „Zprávy o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2003 do roku 2012“.

6. Postup tvorby strategie

Formálnímu zahájení příprav na tvorbě Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí předcházela potřeba aktualizace programu Zdraví 21 s ohledem na schválení programu SZO Zdraví 2020 na 62. zasedání Regionálního výboru SZO pro Evropu v září 2012.

K dosažení společných cílů Zdraví 2020 využívá Národní strategie zejména nástrojů a postupů ochrany a podpory veřejného zdraví a prevence nemocí.

Národní strategie navazuje na program Zdraví 21 podpořený vládou ČR v roce 2002 usnesením č. 1046/2002 a je

- naplněním požadavku vlády na aktualizaci tohoto strategického dokumentu, ale využívá i zkušenosti a doporučení mimo jiné ze „Zprávy o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2003 do roku 2012“ (příloha č. 1) a je v souladu s vývojem a závazky na mezinárodní úrovni jak v rámci Evropské unie (EU), tak evropského regionu SZO.

Dalším důvodem přípravy Národní strategie je

- potřeba stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a
- nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace.

Senát Parlamentu ČR usnesením č. 499 ze dne 26. 1. 2012, které bylo přijato v souvislosti s projednáváním návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, požádal Ministerstvo zdravotnictví o předložení koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví.

Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví (dále jen Koncepce) byla připravena v období duben 2012 – březen 2013 a vyšla z „Tezí koncepce a strategie hygienické služby“ představených MUDr. Vladimírem Valentou, Ph.D. po jeho uvedení do funkce náměstka ministra pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavního hygienika ČR v říjnu 2012.

Tuto Koncepci předložilo Ministerstvo zdravotnictví Senátu Parlamentu ČR v dubnu 2013 jako východisko pro stabilizaci a rozvoj systému ochrany a podpory veřejného zdraví jako nedílné součásti zdravotnického systému. Koncepce se stala zároveň základem pro Národní strategii Zdraví 2020.

Zástupci Ministerstva zdravotnictví se účastnili procesu přípravy Zdraví 2020 na úrovni SZO i na přípravě překladu a odborné korektury a vydání dokumentu SZO Zdraví 2020 v období březen – září 2013.

V období červenec – září 2013 byla ukončena analytická část přípravy Národní strategie a byl nastartován proces zpracování Národní strategie Zdraví 2020 jako průniku programu SZO Zdraví 2020 s Koncepcí hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví.

Národní strategie byla schválena ministrem zdravotnictví MUDr. Martinem Holcátem, MBA. v prosinci 2013 a po projednání v meziresortním připomínkovém řízení byla schválena v lednu 2014 vládou ČR a v březnu 2014 Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR.

7. Tým pro tvorbu Národní strategie (v abecedním pořadí)

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.	Společnost sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
Doc. MUDr. Jaroslav Kříž	Společnost hygieny a komunitní medicíny, Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
MUDr. Růžena Kubínová	Státní zdravotní ústav
MUDr. Jarmila Rážová, Ph.D.	Ministerstvo zdravotnictví ČR
Ing. Jitka Sosnovcová	Státní zdravotní ústav
Marta Špillingová M.A.	Ministerstvo zdravotnictví ČR
MUDr. Vladimír Valenta Ph.D.	Ministerstvo zdravotnictví ČR
MUDr. Stanislav Wasserbauer	Ministerstvo zdravotnictví ČR

Při tvorbě strategie byly zohledněny připomínky, které k dřívějším verzím návrhu textu uplatnily následující subjekty

V rámci Ministerstva zdravotnictví ČR

- Odbor evropských fondů MZČR
- Odbor mezinárodních věcí a Evropské unie MZČR
- Odbor zdravotních služeb MZČR
- Odbor informatiky MZČR
- Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním MZČR

Přímo řízené organizace MZČR

- Krajská hygienická stanice Jihomoravského kraje
- Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje
- Krajská hygienická stanice Libereckého kraje
- Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje
- Krajská hygienická stanice Pardubického kraje
- Krajská hygienická stanice Plzeňského kraje
- Krajská hygienická stanice Středočeského kraje
- Krajská hygienická stanice Zlínského kraje
- Státní zdravotní ústav
- Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem

Ostatní resorty

- Ministerstvo práce a sociálních věcí
- Ministerstvo pro místní rozvoj
- Ministerstvo průmyslu a obchodu

Krajské úřady

- Krajský úřad Zlínského kraje

Ostatní subjekty

- Akademie věd ČR
- Českomoravská konfederace odborových svazů
- Technologická agentura ČR
- Úřad pro ochranu osobních údajů

8. Seznam použitých zkratek

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome, Syndrom získaného imunodeficitu
AP	Akční plán
APHA	The American Public Health Association, Americká asociace veřejného zdravotnictví
BMI	Body mass index, index tělesné hmotnosti
ČNR	Česká národní rada
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DALYs	Disability Adjusted Life Years - počet roků ztracených nemocemi a předčasným úmrtím
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control - Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí
e- Health	Elektronické zdravotnictví
EK	Evropská komise
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs,
EU	Evropská unie
IHR	International Health Regulations – Mezinárodní zdravotní řád
ICHs	Ischemická choroba srdeční
ICT	Informační a komunikační technologie
INPES	The National Institute for Prevention and Health Education, Národní ústav prevence a výchovy ke zdraví ve Francii
IROP	Integrovaný regionální operační program
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
HDP	Hrubý domácí produkt
HBSC	Health Behavior in School-aged Children - Zdraví a životní styl dětí a školáků
HELEN	Health, Life style and Environment
HIA	Health Impact Assessment – metoda hodnocení zdravotního dopadu na veřejné zdraví
KHS	Krajská hygienická stanice
KMVP	Koordinační, monitorovací a výzkumné pracoviště implementaci Evropské strategie kontroly tabáku a Evropského akčního plánu o alkoholu
KRK	Kolorektální karcinom
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
MHD	Městská hromadná doprava
MKN -10	mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených nemocí
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MOP	Mezinárodní organizace práce
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MSD	Mezinárodní soudní dvůr (International Court of Justice)
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MŽP	Ministerstvo životního prostředí
NEHAP	Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky
NICE	National Institute for Health and Care Excellence, Národní institut pro zdraví a kvalitu péče

NIGZ	Nizozemský ústav pro podporu zdraví
NPPZ	Národní program podpory zdraví
NS	Národní strategie
NS Zdraví 2020	Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí
NSZM	Národní síť zdravých měst
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development – organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OPVZ	Ochrana a podpora veřejného zdraví
PHE	Public Health England, úřad veřejného zdraví v Anglii
RIVM	The Netherlands National Institute for Public Health and the Environment, Národní institut pro veřejné zdravotnictví a životní prostředí v Nizozemí
RSPH	The Royal Society for Public Health, Královská společnost pro veřejné zdraví
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
EU–SILC	Studie European Union – Statistics on Income and Living Conditions
SDR	Standardizovaná úmrtnost
SHARE	Studie The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SR	Slovenská republika
SRUR	Strategický rámec udržitelného rozvoje České republiky
SZO	Světová zdravotnická organizace
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TOKS	Vyšetření na okultní krvácení ve stolicích
VR IGA	Vědecká rada interní grantové agentury
VR MZ	Vědecká rada Ministerstva zdravotnictví
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí
WHO	World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace
ZN	Zhoubné novotvary
ZÚ	Zdravotní ústav

9. Přílohy

- Příloha č. 1: Souhrn Hodnotící zprávy plnění cílů Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 2003–2012
- Příloha č. 2: Vybrané legislativní, strategické a koncepční materiály v oblasti podpory a ochrany veřejného zdraví
- Příloha č. 3: Efektivita primární prevence nemocí
- Příloha č. 4: Vývoj délky života ve zdraví
- Příloha č. 5: Hlavní příčiny úmrtí a jejich determinanty
- Příloha č. 6: Přehled stávajících screeningových programů
- Příloha č. 7: Příklady institucionálního zajištění a řešení prevence nemocí a podpory zdraví ve vybraných zemích světa

Příloha č. 1

**SOUHRN HODNOTICÍ ZPRÁVY
PLNĚNÍ CÍLŮ DLOUHODOBÉHO PROGRAMU
ZLEPŠOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU OBYVATELSTVA ČR
V LETECH 2003–2012**

Obsah

Úvod	3
1. Naděje dožití, úmrtnost, kardiovaskulární onemocnění.....	3
2. Zhoubné novotvary	6
3. Diabetes mellitus	8
4. Invalidita, nemoci svalové a kosterní soustavy	10
5. Alergická onemocnění.....	11
6. Orální zdraví.....	12
7. Rizikové faktory životního stylu, primární prevence.....	12
8. Návykové látky	14
9. Infekční onemocnění	17
10. Sociálně - ekonomické podmínky a zdraví.....	22
11. Zdraví dětí a mládeže	24
12. Stárnutí populace	26
13. Duševní zdraví	28
14. Environmentální determinanty	28
15. Primární péče	29
16. Vzdělávání a plánování zdravotnických pracovníků.....	30
17. Zdravotnický výzkum.....	30
18. Řízení a financování zdravotní péče	30
19. Účast všech resortů.....	31
20. Iniciativy občanů a profesionálů.....	31
Závěr	32

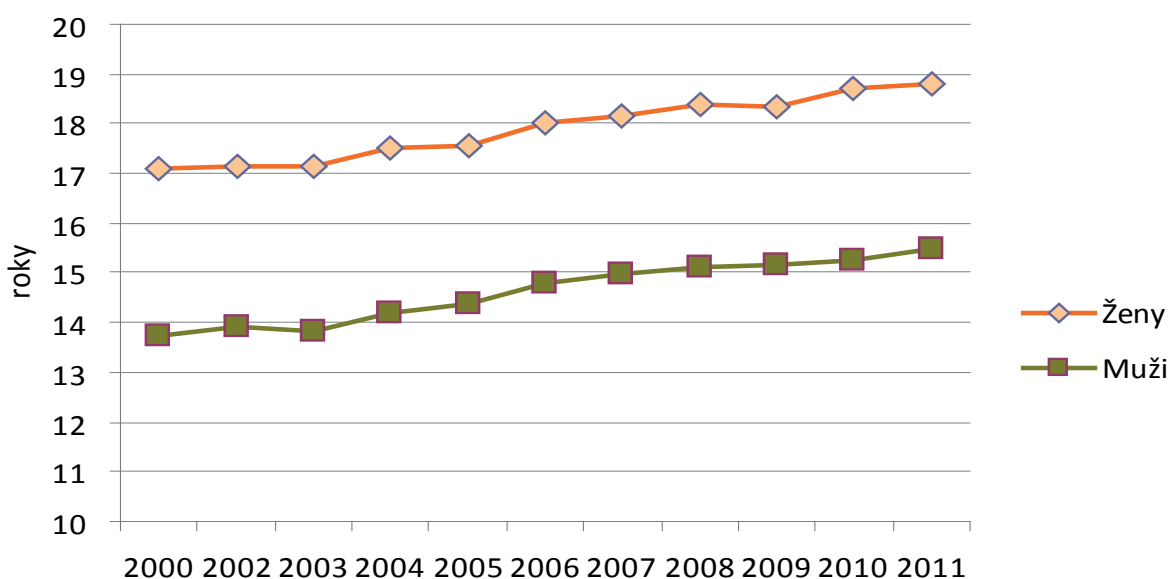
Úvod

Hodnoticí zpráva plnění cílů Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 2003–2012 byla vytvořena společně členy mezirezortní pracovní skupiny. Vzhledem ke značnému rozsahu této hodnoticí zprávy byl ve spolupráci garantů jednotlivých cílů zpracován materiál, který shrnuje nejdůležitější výstupy a závěry. Toto shrnutí nezmiňuje všech 21 cílů, ale spojuje některé z nich do úzce provázaných oblastí, které lépe reflektují nejvýznamnější výzvy v oblasti podpory a ochrany veřejného zdraví v ČR. Níže uvedené shrnutí se zaměřuje na nejzávažnější zdravotní hrozby (onemocnění), které zatěžují systém veřejného zdravotního pojištění největší měrou, a proto je žádoucí zavádět v těchto oblastech konkrétní systémová opatření.

1. Naděje dožití, úmrtnost, kardiovaskulární onemocnění

Za dobu necelých deseti let realizace programu Zdraví 21 pokračoval **růst naděje dožití** (střední délky života) při narození, která dosáhla v roce 2012 74,8 let u mužů a 81,1 let u žen. Od roku 2000 to představuje nárůst o 3,1 roku u mužů a o 2,6 roku u žen (obr. 1).

Obr. 1 Střední délka života v 65 letech, ČR, 2000–2011

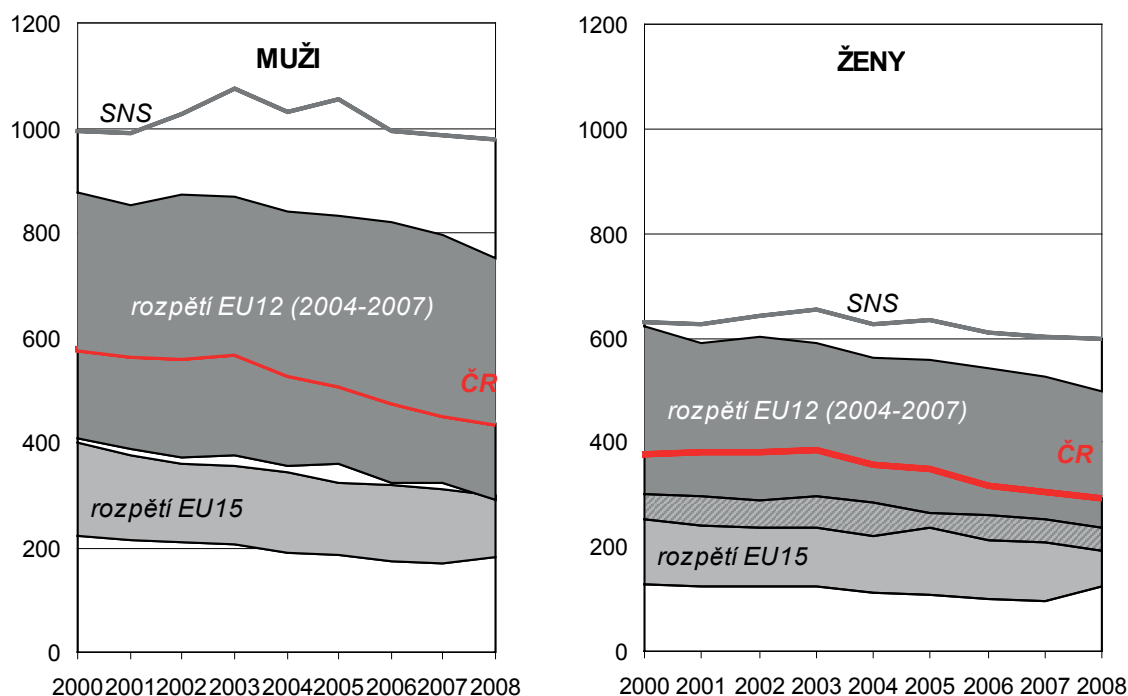


Zdroj: ČSÚ

Růst naděje dožití souvisí s poklesem úmrtnosti; standardizovaná úmrtnost v dlouhodobém vývoji v ČR klesá již od 80. let, největší pokles byl zaznamenán v první polovině 90. let. Z pohledu příčin úmrtí byl nárůst naděje dožití způsoben především poklesem úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění (KVO).

Česká republika se na začátku 90. let vyznačovala **jednou z nejvyšších intenzit úmrtnosti (dále jen úmrtnosti) na KVO na světě**. Od roku 1990 došlo k výraznému poklesu úmrtnosti na tato onemocnění; v období 2000–2012 poklesla úmrtnost o zhruba 25 %. Přes toto výrazné zlepšení zůstává úmrtnost na KVO v Česku přibližně dvakrát vyšší než ve vyspělých evropských zemích (bývalá EU15), (obr. 2).

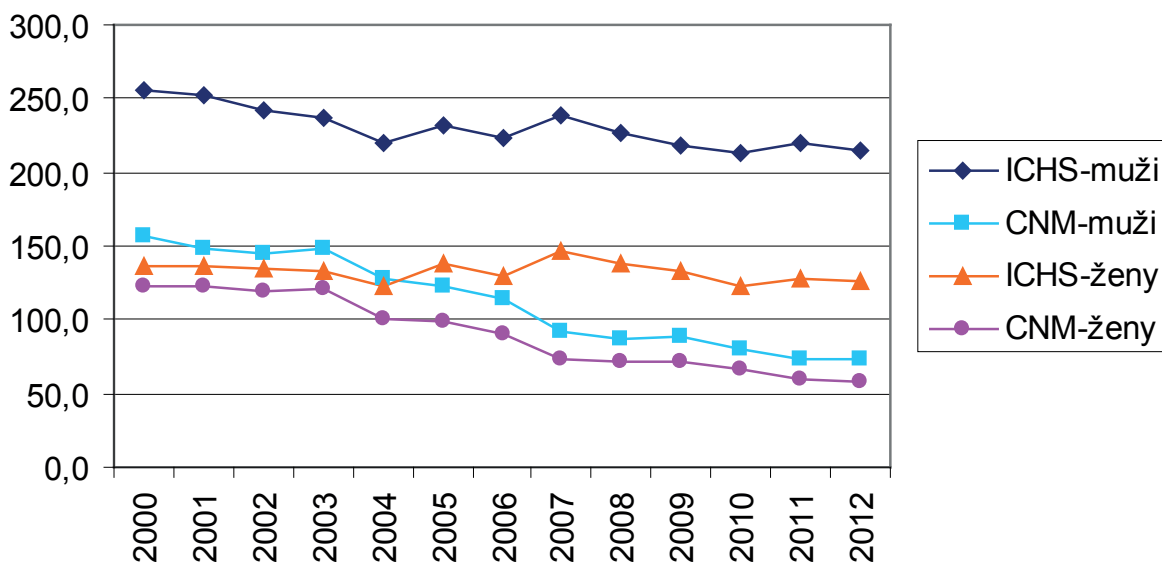
Obr. 2 Vývoj intenzity úmrtnosti (SDR) na nemoci oběhové soustavy (MKN10, dg. I00-I99) v letech 2000–2010, (počet na 100 000 obyvatel)



Pozn.: SNS - země bývalého Sovětského svazu, které WHO zahrnuje do Evropského regionu (Společenství nezávislých států – SNS)
Zdroj: WHO HFA DB

Téměř 70 % všech kardiovaskulárních úmrtí představují ischemická choroba srdeční (ICHS) a cévní onemocnění mozku. Zatímco úroveň standardizované úmrtnosti na cévní onemocnění mozku do roku 2010 klesala, úmrtnost na ICHS v posledních letech víceméně stagnovala (obr. 3).

Obr. 3 Vývoj standardizované úmrtnosti na ischemické nemoci srdce a cévní nemoci mozku, 2000–2010 (počet/100 000 obyvatel)

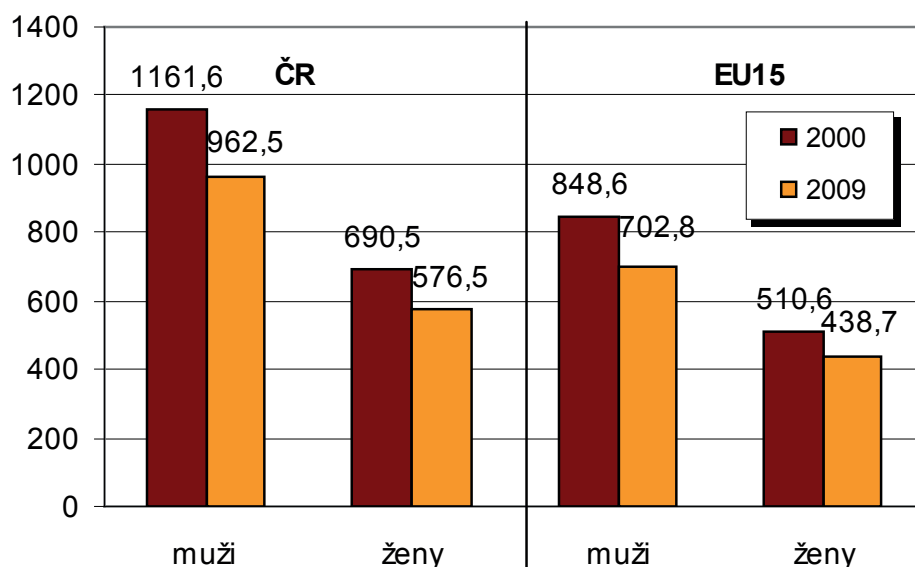


Zdroj: ÚZIS

To pravděpodobně na jedné straně souvisí s částečným vyčerpáním možností lékařské péče a nových technologií, na straně druhé však s velmi pozvolnou změnou životního stylu české populace: **nedaří se redukovat podíl kuřáků v populaci, přibývá osob trpících diabetem II. typu** (80 % diabetiků umírá na nemoci oběhové soustavy) a **roste podíl obézních osob v populaci**. Projevuje se odlišný trend ve věkových skupinách - zatímco ve věkové skupině do 64 let úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění celkově i na ICHS plynule klesá, u osob ve věku nad 65 let v posledních letech roste. Přes pozitivní trend snižování úmrtnosti na KVO ve věkové skupině do 64 let představuje tato tzv. předčasná úmrtnost významný podíl na celkové KVO úmrtnosti (22,5 % u mužů a 6,4 % u žen v roce 2012). V roce 2011 bylo pod lékařským dohledem praktického či jiného odborného lékaře 1 785 068 pacientů pro hypertenzní nemoci, 692 032 pro ischemické nemoci srdeční, z toho 86 tisíc pro akutní infarkt myokardu a 260 tisíc pro cévní nemoci mozku. Zatímco počet nově zjištěných případů akutního infarktu myokardu a cévního onemocnění mozku u pacientů sledovaných u praktického nebo odborného lékaře byl v roce 2011 v porovnání například s rokem 2005 srovnatelný, počet pacientů sledovaných lékařem pro hypertenzní nemoc vzrostl v tomto období o 25 %. To nemusí znamenat absolutní nárůst případů hypertenze, ale například vyšší podíl zjištěných a léčených osob s hypertenzí v důsledku lepší informovanosti pacientů a důslednosti lékařů. Výskyt rizikových faktorů pro vznik kardiovaskulárních onemocnění ukazuje tab. 1; šetření MONICA potvrdilo nárůst prevalence hypertenze mezi lety 2000 a 2008 a naopak pokles střední hodnoty obsahu cholesterolu v krvi. Pokud se týká péče o nemocné po cévních mozkových příhodách, je třeba vytvořit systém komplexní interdisciplinární péče; v naprosté většině případů jsou pacienti dosud pouze v péči praktických lékařů. Na krajských i místních úrovních by měla být zajištěna lepší spolupráce s přednemocniční péčí.

Po nastartování společenských změn po roce 1990, které se logicky dotkly velmi významně i zdravotnictví, si řada odborníků kladla otázku, za jak dlouho bude možné se v hrubých ukazatelích zdravotního stavu (úmrtnost, střední délka života) přiblížit vyspělým státům Evropy. Přestože i nadále pokračuje pozitivní vývoj u řady sledovaných ukazatelů, ze srovnání se státy západní a severní Evropy, ve kterých je vývoj obdobný, vyplývá, že k přiblížování nedochází. Česká republika se v rámci zemí EU27 řadí k zemím spíše s nižší nadějí dožití; na začátku i na konci období let 2000–2011 spadala do nejhůřší třetiny zemí EU27. **Délka naděje dožití při narození v ČR nedosahuje ani průměrné hodnoty v zemích EU27**. Ze zemí EU12 (vstoupily po roce 2004) má sice ČR jednu z nejnižších hodnot míry standardizované úmrtnosti (po Kypru, Slovinsku a Maltě), na druhou stranu je však ve srovnání s průměrem zemí EU15 úmrtnost českých mužů zhruba o třetinu a žen o pětinu vyšší (obr. 4).

Obr. 4 Standardizovaná úmrtnost v ČR ve srovnání se zeměmi EU15, 2000 a 2009, (počet úmrtí na 100 000 obyvatel)



Zdroj: WHO HFA DB

Lze konstatovat, že trend vývoje ukazatelů střední délky života a úmrtnosti je u nás obdobný jako ve vyspělých státech, ovšem na podstatně nižší úrovni.

Tab. 1 Výskyt vybraných rizikových faktorů pro vznik kardiovaskulárních onemocnění v ČR

Muži		2000/2001	2007/2008
Krevní tlak*	systolický	131,9	132,5
(mmHg)	diastolický	83,7	84,4
Prevalence hypertenze (%)		45,6	50,2
Kontrola hypertenze (%)		13,1	24,4
Cholesterol* (mmol/l)		5,88	5,29
Ženy		2000/2001	2007/2008
Krevní tlak*	systolický	125,9	126,7
(mmHg)	diastolický	79,3	80,6
Prevalence hypertenze (%)		33,0	37,3
Kontrola hypertenze (%)		22,2	24,9
Cholesterol* (mmol/l)		5,82	5,30

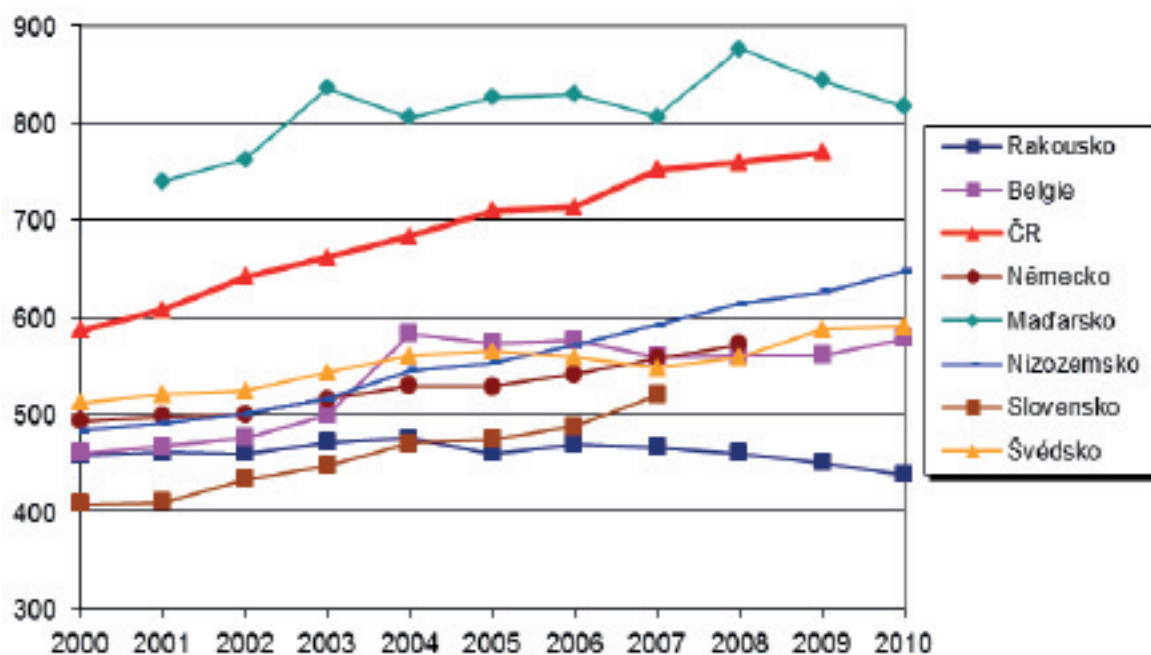
Pozn.: *Krevní tlak a cholesterol představují průměrnou hodnotu v populaci reprezentativního vzorku obyvatel 9 okresů ČR ve věku 25–64 let.

Zdroj: Cífková et al. 2010, Longitudinal trends in major cardiovascular risk factors in the Czech population between 1985 and 2007/8. Czech MONICA and Czech post-MONICA.

2. Zhoubné novotvary

Incidence zhoubných novotvarů (ZN) stále roste, Česko patří k evropským zemím s nejvyšší incidencí ZN (obr. 5). V roce 2011 činil počet nových případů o téměř 17 tisíc více než v roce 2000.

Obr. 5 Incidence nádorových onemocnění v ČR a vybraných zemích EU, 2000–2010, (počet onemocnění na 100 000 obyvatel)



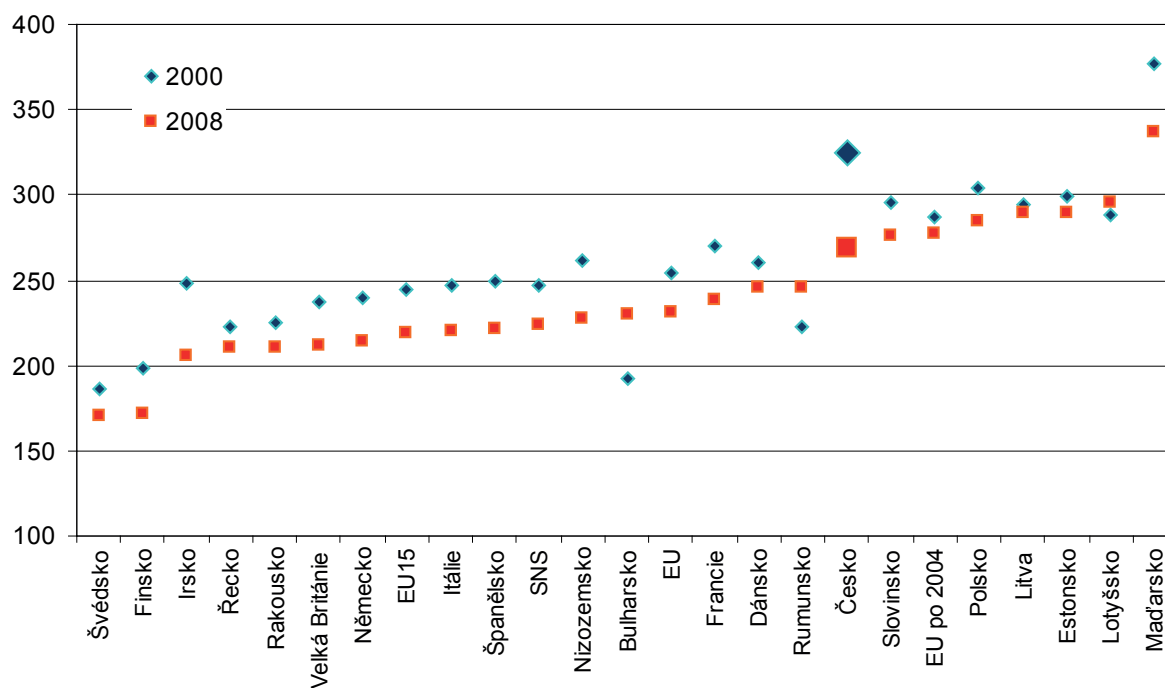
Zdroj: HFA DB

Zvyšování počtu nových případů nádorových onemocnění je pravděpodobně důsledkem jednak stárnutí populace, dále expozice karcinogenům v životním prostředí a v neposlední řadě zlepšující se diagnostiky, zejména plošného onkologického screeningu¹. Tento trend však není provázen rostoucí úmrtností na nádorová onemocnění, která naopak v posledních několika letech mírně klesá. To lze vysvětlit zvyšující se kvalitou léčby a také právě časnějším záchytem onemocnění, kdy je léčba úspěšnější. U mužů došlo mezi lety 2000 a 2011 k poklesu úmrtnosti na zhoubné novotvary o 17 %, u žen o 14 %.

K výraznému poklesu intenzity úmrtnosti došlo u mužů u všech tří nejčastějších příčin úmrtí na ZN: úroveň úmrtnosti na ZN plic, ZN prostaty a ZN kolorekta se snížily o více než 20 %. U žen byl podobný pozitivní trend zaznamenán u ZN kolorekta a ZN prsu, avšak na rozdíl od mužů došlo u žen k nárůstu úmrtnosti na ZN plic, a to o 5 %. Tento rozdílný vývoj mezi muži a ženami je patrně způsoben rozdílnou fází šíření kuřáctví v populaci.

Klesající trend je patrný také v případě tzv. předčasné úmrtnosti na zhoubné nádory, tedy úmrtnosti ve věku do 64 let (SDR), (obr. 6,7). U mužů v této věkové skupině došlo mezi lety 2000 a 2011 k poklesu intenzity úmrtnosti na ZN o 23 %, u žen o 17 %. Úmrtnost na rakovinu plic se snížila u mužů do 64 let o 34 %, avšak pouze o 1 % u žen do 64 let.

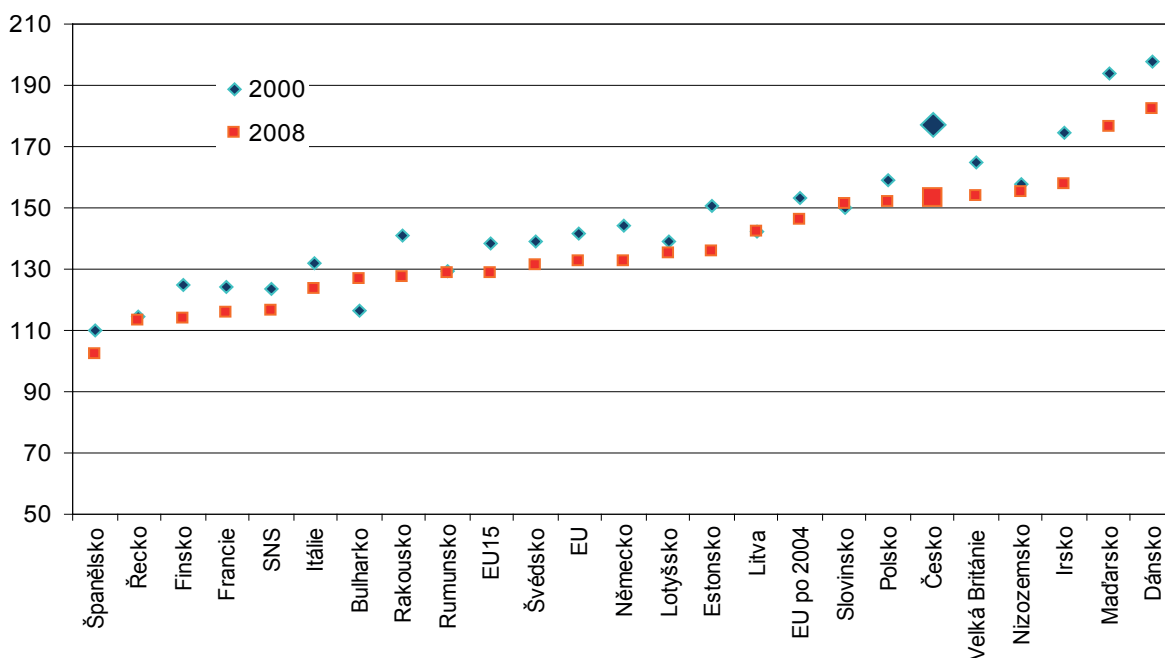
Obr. 6 Vývoj intenzity úmrtnosti (SDR) na zhoubné novotvary (dg. C00-C97), 2000–2009/2010, Evropa, muži



Zdroj: WHO, HFA DB

¹ Od roku 2002 byl zahájen celoplošný program mamografického screeningu, od roku 2008 (oficiálně) cervikálního screeningu, od roku 2009 kolorektálního screeningu.

Obr. 7 Vývoj intenzity úmrtnosti (SDR) na zhoubné novotvary (dg. C00–C97), 2000–2009/2010, Evropa, ženy

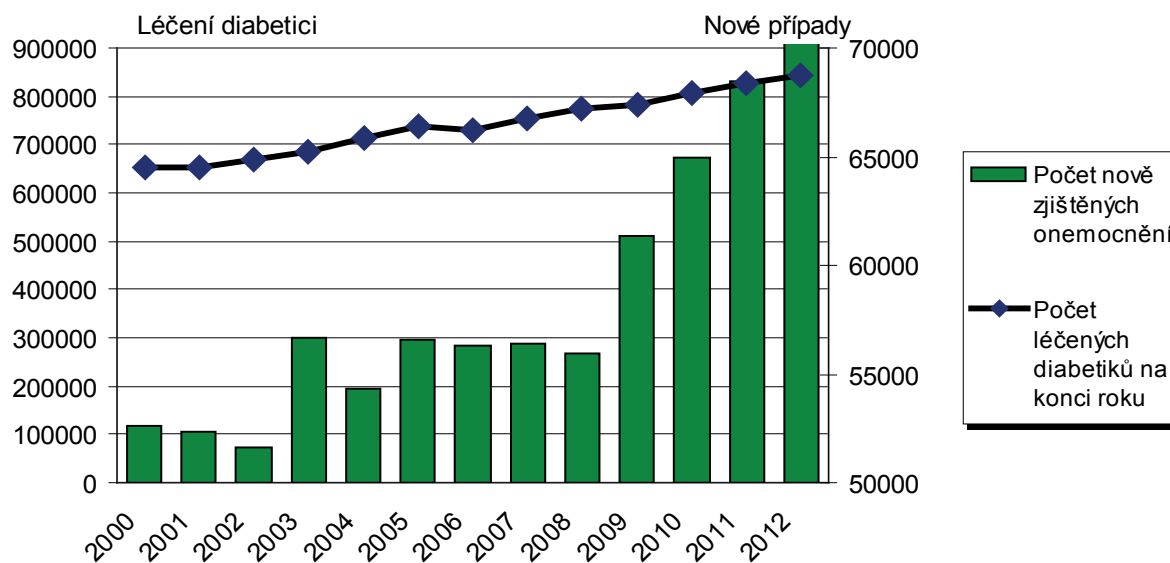


Zdroj: WHO

3. Diabetes mellitus

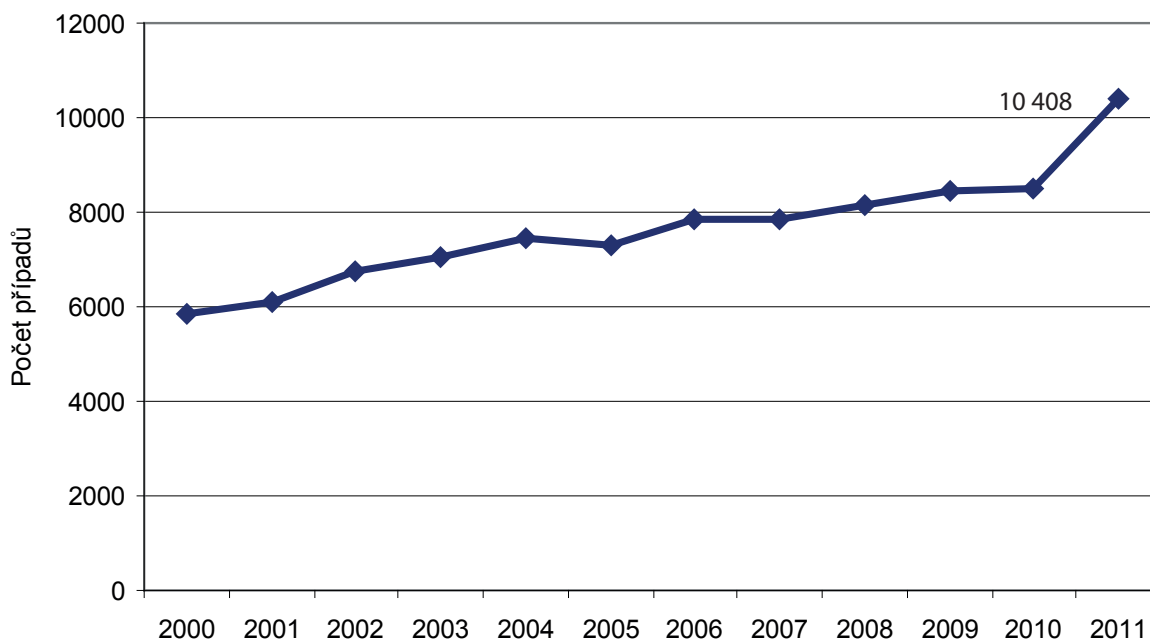
Narůstá počet lidí trpících cukrovkou (diabetes mellitus) II. typu, což souvisí mimo jiné také se stárnutím populace. S diabetem se v současné době v Česku léčí asi tři čtvrtě milionu lidí. Oproti roku 2000 bylo v roce 2011 o 130 000 diabetiků více (obr. 8). Vzrůstá také absolutní počet komplikací diabetu.

Obr. 8 Vývoj počtu léčených diabetiků a nových případů, ČR, 2000–2011



Zdroj: ÚZIS

Počet případů retinopatie (onemocnění oční sítnice) stoupl mezi lety 2000 a 2009 zhruba o 28 %, nefropatie (onemocnění ledvin) o 71 %, výskyt diabetické nohy o 16 %. Roste také absolutní počet vyplývajících vážnějších důsledků: zdvojnásobil se počet případů nedostatečnosti ledvin, o 14 % přibýlo případů slepoty a o 44 % amputací končetiny (obr. 9).

Obr. 9 Vývoj počtu amputací dolní končetiny pro komplikace onemocnění cukrovkou v ČR, 1993–2010

Zdroj: ÚZIS

Počet případů retinopatie na 100 000 diabetiků mezi lety 2000 a 2009 stoupl o zhruba o 7 %. V roce 2009 bylo z celkového počtu pacientů s diabetickou retinopatií 2,5 % postiženo slepotou. Také počet případů onemocnění ledvin na 100 000 diabetiků v uvedeném období stoupl, a to o 43 %. V roce 2009 mělo 34 % z celkového počtu nemocných již známky snížené funkce ledvin.

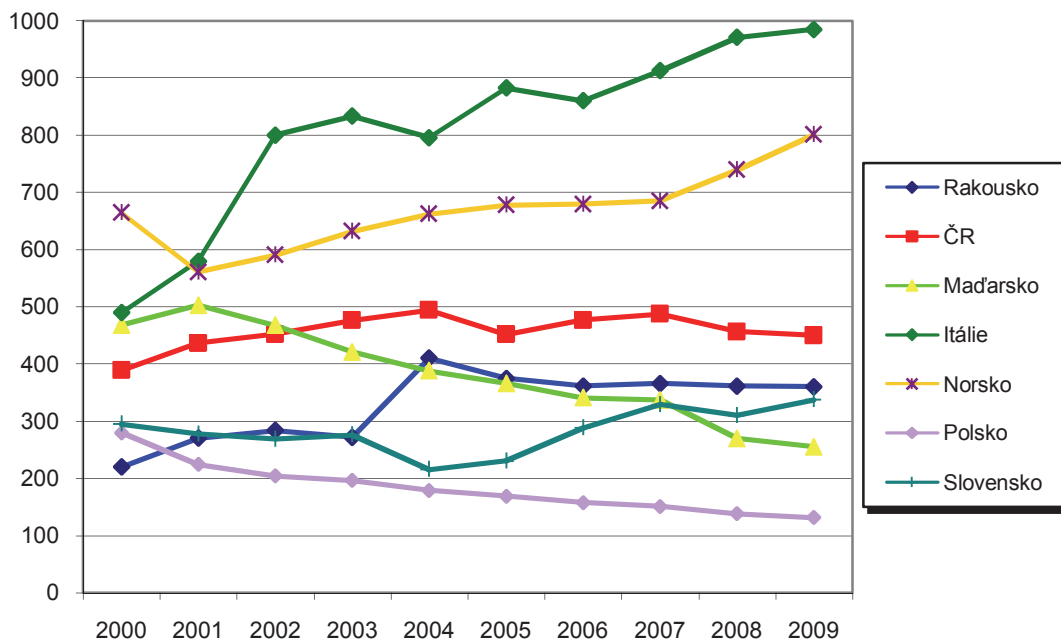
Stále existují diabetici, a podle statistik i část lékařů, kteří důsledně neakceptují přísnou kontrolu a léčbu všech přítomných cévních rizikových faktorů. Důvodem může být nepoměr mezi vysokými náklady na vyžádanou péči a léčbu a nízkými zisky z povolených zdravotních výkonů, které mohou být na diabetologii prováděné.

Vysoké náklady na testování glykovaného hemoglobinu a mikroalbuminurie vedou k jejich omezené indikaci. Přesto je třeba pokračovat v zavádění monitorace těchto rizikových parametrů onemocnění cév u nemocných cukrovkou přímo do ambulance diabetologa a pokračovat v edukaci lékařů i nemocných.

4. Invalidita, nemoci svalové a kosterní soustavy

V důsledku vážného onemocnění nebo úrazu může dojít ke vzniku invalidity, tedy ke ztrátě či snížení pracovní schopnosti a soběstačnosti. Počet vyplácených plných invalidních důchodů se v porovnání let 2000 a 2012 v absolutních počtech téměř nezměnil, v roce 2012 činil 425 718. Při přepočtu na 100 000 obyvatel došlo v roce 2012 k malému poklesu oproti roku 2000. Naopak počet částečných invalidních důchodů na 100 000 obyvatel vzrostl mezi roky 2000 a 2012 o 42%. Podle Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí (VÚPSV) se ČR řadí mezi státy s relativně vyšší mírou invalidity obyvatel (obr. 10).

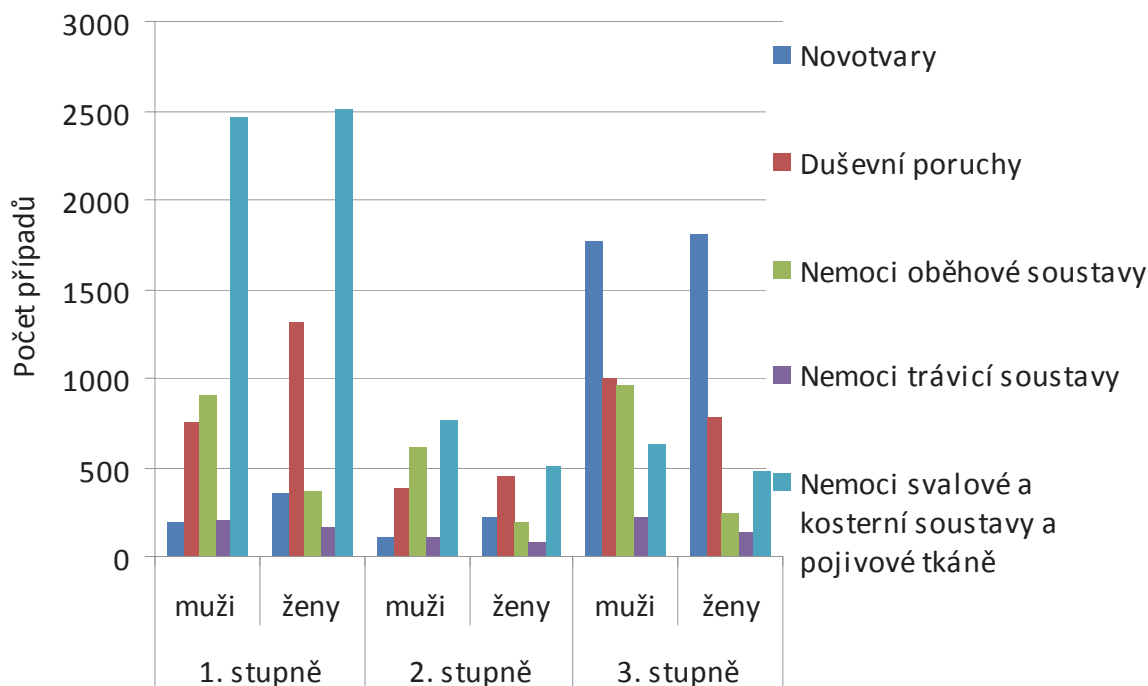
Obr. 10 Vývoj nových případů invalidity ve vybraných evropských zemích, počet na 100 000 obyvatel, 2000–2009



Zdroj: WHO HFA DB

Nejčastějšími příčinami přiznání invalidního důchodu jsou spolu s nádorovými onemocněními nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně – skupina 13 (obr. 11). Počet nově přiznaných plných invalidních důchodů pro tyto nemoci na 100 000 obyvatel mezi lety 2003–2010 poklesl o 12 %, u částečných invalidních důchodů došlo naopak k nárůstu o 10 %. Počet případů pracovní neschopnosti v důsledku těchto onemocnění se mezi lety 2000 a 2009 snížil na polovinu, naopak došlo k nárůstu hospitalizovanosti o 20 %, výrazně zejména ve věkové kategorii 50–54 let a vyšších. Pokud jde podle MKN–10 o diagnózy zánětlivé polyartropatie (M05–M14) a artrózy (M15–M19), došlo mezi lety 2000–2009 ke snížení počtu případů hospitalizace o 57 %, respektive o 40 %. Výskyt pracovní neschopnosti pro onemocnění krčních a jiných meziobratlových plotének poklesl ve sledovaném období na polovinu. Naopak dvojnásobný nárůst byl zaznamenán u onemocnění měkkých tkání – svalů, synoviální blány a šlachy (M60–M79).

Obř. 11 Počet nově přiznaných plných invalidních důchodů podle věku a vybraných skupin onemocnění, ČR, 2011



Zdroj: ČSSZ

Podle materiálu Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích v letech 2003–2008 (VÚPSV, 2010) je klíčovým faktorem v systému péče o invalidní a potenciálně invalidní pacienty léčebná rehabilitace. Diagnostická a léčebná rehabilitační péče zmírňuje průběh a následky chorobných a úrazových stavů. V současné době není u nás rehabilitační péče v dostatečné míře využívána. Lékař nemá povinnost pacientům léčebnou rehabilitaci doporučit. Pokud pacient nabídnutou rehabilitační péči odmítne (a nespolupracuje tak na zlepšení svého zdravotního stavu), nejsou z toho vyvozovány žádné důsledky.

5. Alergická onemocnění

Podle odhadu trpí asi 20 % světové populace alergickým onemocněním a astma se v průběhu 90. let 20. století stalo jednou z nejčastějších chronických nemocí vůbec. Současné studie ukazují, že výskyt alergických onemocnění v Evropě má stále rostoucí trend a již není omezen na specifickou sezónu nebo prostředí. Výskyt astmatu v dětském věku je zřetelně vyšší než u dospělých. U dětí v ČR je odhadován na 5–15 % v závislosti na věku dětí a metodikách prováděných studií. Podle periodicky opakovaného šetření prevalence alergií² bylo v roce 2006 lékařem diagnostikováno astma u 8 % dětí, což představuje nárůst o polovinu ve srovnání s rokem 1996. Výskyt příznaků astmatu byl v roce 2001 udáván u 9,4 % dětí, v roce 2006 již u 14 %. Podle tohoto šetření **vzrostl počet dětí** s diagnostikovaným alergickým onemocněním v průběhu deseti let téměř **dvojnásobně**: ze 17 % v roce 1996 na 32 % v roce 2006.

Nejčastějším onemocněním je alergická rýma pylová a atopický ekzém; obě tyto alergie činí přes polovinu všech diagnostikovaných alergických onemocnění. V současné době je třeba brát v úvahu několik hypotéz o příčinách nárůstu astmatu a alergií, například zvýšení expozice celoročně působících alergenů, vlivy výživy, změny životního stylu a změny v imunologické odezvě. Tyto změny se mohou vyvíjet také v důsledku nedostatečného kontaktu s nejrůznějšími mikroorganismy, zvýšené hygieny, zvýšeného používání antibiotik a rozvoje očkování.

Jedním z rozhodujících vlivů na kvalitu života alergika je včasná diagnostika a následná léčba nemocí. Nedostatečná diagnostika astmatu a alergických onemocnění vede k neadekvátní kontrole onemocnění a k vyšším nákladům na léčení.

² Šetření koordinované SZÚ v rámci Systému monitorování zdraví a životního prostředí realizované v 5 letých intervalech, www.szu.cz/tema/prevence/alergicka-onemocneni-v-detske-populaci-v-cr

Klíčovým prvkem v systému péče je úloha praktického lékaře pro děti a dorost, který by si měl být vědom vysoké prevalence astmatu a na tuto diagnózu u pacientů aktivně myslet. Úlohou specialisty-alergologa je především potvrzení diagnózy, doplnění podrobných vyšetření funkce plic, alergologického vyšetření a také řádná edukace nemocného, včetně stanovení dlouhodobého plánu péče. Důležité je zvyšovat povědomí lidí o těchto nemocech, o významu včasného a správného léčení a důležitosti rizikových faktorů a rizikového chování.

6. Orální zdraví

Informací o stavu orálního zdraví české populace není mnoho, poslední data sbíraná Ústavem zdravotních informací a statistiky pocházejí z roku 2003. Lze konstatovat, že **počet dětí bez zubního kazu roste**, nicméně podle posledních údajů studie z let 2008/2009³ je pouze asi 50 % 5letých dětí bez zubního kazu. Průměrná hodnota kazivosti (KPE) zubů (zkažený, chybějící nebo zaplombovaný zub) u 12letých klesá, avšak velmi pomalu (v roce 2003 2,96 na dítě, v období 2008/2009 2,14). Byl zjištěn **závažný nárůst počtu neošetřených zubních kazů** (klesající restorativní index). To svědčí pro zařazení programů podpory orálního zdraví do koncepce podpory zdraví a zdravého životního stylu populace.

Při edukaci pacientů záleží v současné době na vůli a ochotě zubních lékařů. Čas na preventivní prohlídku spojenou s řádnou edukací pacienta neodpovídá ohodnocení výkonu zdravotní pojišťovnou. Ke zlepšení stavu orálního zdraví by měly být koncipovány celoplošné efektivní preventivní a profylaktické programy podpory orálního zdraví, dosud existují pouze ojedinělé projekty.

Na Ministerstvu zdravotnictví byla v roce 2008 ustavena Komise pro prevenci v zubním lékařství, jejímž úkolem je připravit návrh národního programu prevence v oblasti zubní péče, zejména pro věkové skupiny předškolních a školních dětí.

7. Rizikové faktory životního stylu, primární prevence

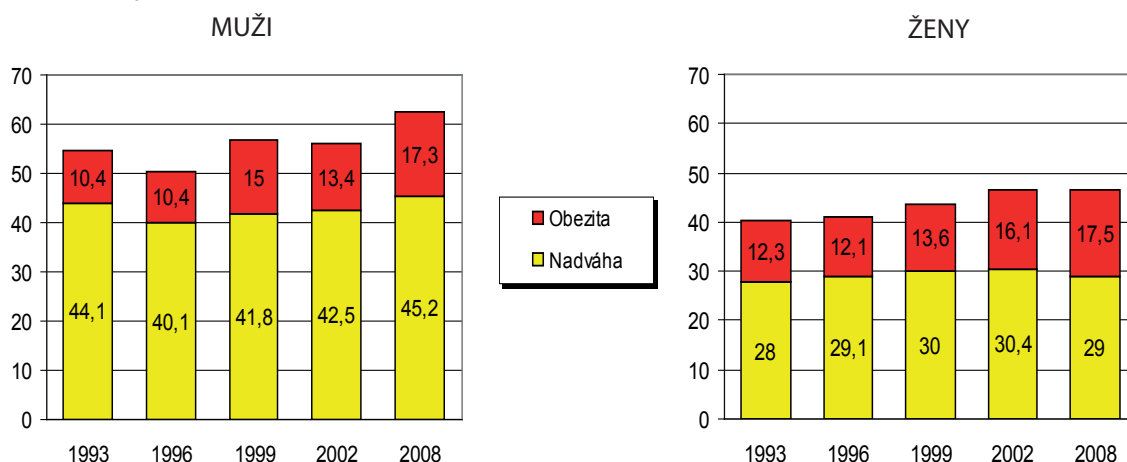
Pozitivní vývoj zdravotního stavu obyvatelstva po roce 1990 byl ovlivněn řadou faktorů. K nejvýznamnějším patřila zejména zvýšená dostupnost moderní zdravotnické techniky, vysoce účinných léčiv, zavádění moderních léčebných metod, výrazný vzestup počtu výkonů zdravotnických služeb (např. kardiologických operací). **V posledních několika letech je růst naděje dožití zpomalen**, což souvisí se zpomalením poklesu úmrtnosti; zdá se, že některé prvotní stimuly růstu se již vyčerpaly.

Z dlouhodobého hlediska má hlavní úlohu v redukci chronických neinfekčních onemocnění primární prevence - pozitivní ovlivňování faktorů životního stylu soustavnou a dlouhodobou edukací a motivací obyvatelstva v oblastech výživy, pohybové aktivity, zvládání stresu, kuřáckých zvyklostí apod., které se zatím nedaří dostatečně zlepšovat. Kvalifikované a srozumitelné informování občanů i orgánů a institucí, které se podílejí na ovlivnění zdravotního stavu obyvatelstva o možnostech a cestách ke zdravému způsobu života a vytváření zdravého prostředí se děje zejména prostřednictvím intervenčních programů Zdravé město, Škola podporující zdraví a Podnik podporující zdraví. Žádoucí participace občanů na podpoře, ochraně a rozvoji vlastního zdraví i zdraví spoluobčanů však zůstává stále na nevyhovující úrovni.

Chronická neinfekční onemocnění, která jsou zejména determinována obezitou v důsledku špatných stravovacích návyků a nedostatečnou pohybovou aktivitou, tak představují v rozvinutých zemích nejčastější příčinu úmrtí.

Podle Světové zdravotnické organizace by bylo možno **zdravou výživou, přiměřenou fyzickou aktivitou a nekouřením zabránit vzniku ischemické choroby srdeční z 80 %, cukrovky 2. typu z 90 % a nádorů ze 30 %**. Dostupná data ukazují, že se v české populaci zvyšuje počet osob s nadměrnou hmotností - polovina dospělých má vyšší než normální hmotnost (54 %) a tento podíl se nedaří snižovat. Podíl obeztních osob od počátku 90. let stoupá, v roce 2008 bylo obeztních 17 % dospělé populace (obr. 12). Přitom choroby spojené s obezitou jsou po onemocněních souvisejících s kouřením druhou nejčastější příčinou úmrtí, kte-
rým je možné předcházet. Také podíl dětí s vyšší než normální váhou roste.

3 Štěpánka Bálková: Monitorování orálního zdraví u dětí v ČR, atestační práce, IPVZ, 2010 ap-ra.ipvz.cz/download.asp?docid=284

Obr. 12 Dospělí starší 15 let s nadváhou (BMI 25–29,9) a obezitou (BMI ≥30) v %, ČR, 1993–2008

Pozn.: Na základě údajů respondenta šetření o výšce a hmotnosti.
Zdroj: ÚZIS, šetření HIS (1993–2002) a EHIS (2008)

Podle tří etap mezinárodního šetření HBSC (*Health Behavior in School-aged Children*) vzrostl mezi lety 2001/2002, 2005/2006 a 2010/2011 tento podíl u 13letých chlapců o zhruba 30 % a u dívek o 40 %. Sledování výskytu obezity v populaci zařadily některé evropské země jako jeden z indikátorů udržitelného rozvoje života. Mezi hlavní cíle aktualizovaného dokumentu ochrany a podpory veřejného zdraví je třeba zahrnout prosazování ozdravení stravovacích návyků a zvýšení úrovně pohybové aktivity populace, zastavení nárůstu prevalence nadváhy a obezity v populaci a zastavení nárůstu komorbidit obezity (kardiometabolických onemocnění) léčbou obezity.

Výsledky české studie HELEN⁴ (Health, Life style and Environment) ukazují, že dostatečná⁵ pohybová aktivita ve středním věku, důležitá také pro udržení fyzické zdatnosti v rámci zdravého stárnutí, klesla mezi lety 1999–2009 u mužů i u žen. V roce 2009 se nezabývalo žádnou cílenou pohybovou činností přes 30 % populace v tomto věku. Podle mezinárodní studie HBSC z let 2005/2006 kolem 80 % 11letých českých dětí nesplňovalo doporučení pro dostatečnou pohybovou aktivitu v dětství⁶.

Je potřeba vytvářet antiobezitogenní prostředí podporou pohybové aktivity a utvářením bezpečného prostředí ve městech a obcích, podporou správné výživy prostřednictvím bezpečných a nutričně hodnotných potravin, vytvářením prostředí podporujícího zdravou volbu jako tu nejjednodušší („make healthy choice easy choice“) podporou aktivní dopravy, podporou pasivní prevence inovací složení potravinářských výrobků, regulací nevhodných marketingových aktivit, značení potravin, **podporou správné výživy a stravovacích návyků**. Je potřeba podporovat **pohyb jako nedílnou součást životního stylu**, nikoli zaměřovat se pouze na podporu vrcholového sportu.

Dalším krokem primární prevence je realizace preventivních prohlídek a zejména screeningových programů zaměřených na včasné vyhledávání nemocných a vytipování rizikových osob. Realizace těchto programů však většinou naráží na nedostatek finančních prostředků, přestože z dlouhodobého hlediska jsou tyto programy efektivnější a i výrazně levnější než pozdější terapie. Kromě zajištění finančních prostředků na screeningové programy je třeba zajistit účast obyvatel ve **screeningových programech**, která dosud není dostatečná (tab. 2), a to cíleným zvaním k vyšetření, postaveným na využití databáze pojištěnců zdravotních pojišťoven.

Politika v oblasti prevence neinfekčních chronických onemocnění nemá náležitou politickou podporu ani rozpočtovou prioritu. Dosud také neexistuje dostatečný **tlak veřejnosti, například na kvalitu potravin**, kdy jsou preferovány finančně dostupnější, energeticky bohaté, ale nutričně chudé potraviny. Není finančně zajištěn trvalý systém sběru dat pro hodnocení zdravotních rizik životních podmínek a výzkum v této oblasti.

Je třeba pokračovat v nastartovaných aktivitách a podporovat dotační programy jako nástroje orgánů státní správy k naplňování úkolů národních strategií. V roce 2005 byla zřízena Národní rada pro obezitu, která se zabývá problematikou výživy a potravin, fyzické aktivity, léčby obezity, dětské obezity, komunitními programy a edukací.

4 Studie koordinovaná Státním zdravotním ústavem na reprezentativním vzorku městské populace ve věku 45–54 let, www.szu.cz/publikace/subsystem-vi

5 minimálně 3,5 hodin týdně cílené fyzické aktivity

6 minimálně 1 hodina pohybové aktivity denně, podle US CDC a ministerstva zdravotnictví UK

Tab. 2 Podíl osob účastnících se screeningových programů (%)

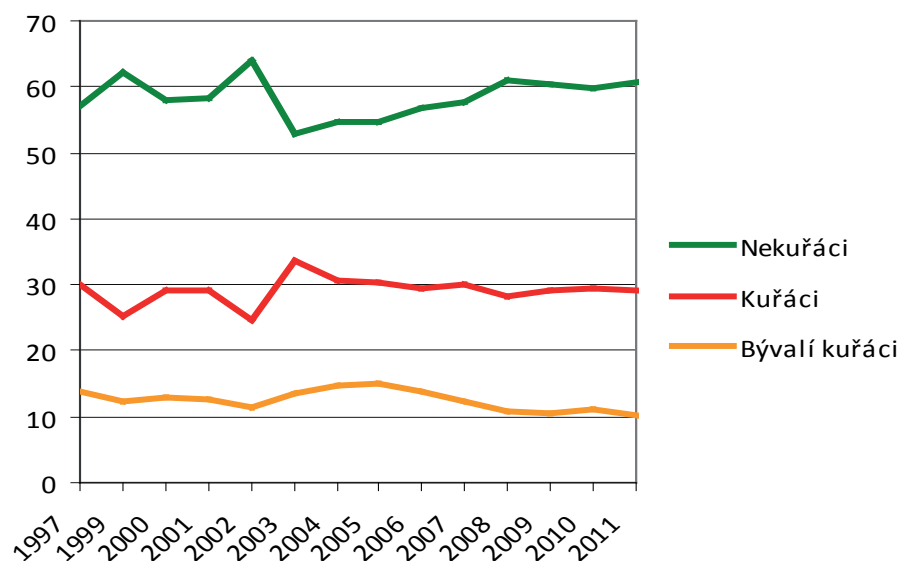
Rok	Cervikální screening	Mamografický screening	Kolorektální screening
	ženy ve věku 20–69 let	ženy ve věku 50–69 let	osoby ve věku 50+
2001	33,3		
2002	34,1		
2003	35,8		
2004	36,5	25,7	
2005	37,4	31,4	
2006	37,5	35,6	
2007	39,5	42,6	16,0*
2008	46,1	49,6	

*Pozn.: údaj za období 2006/2007

Zdroj: ÚZIS, www.kolorektum.cz

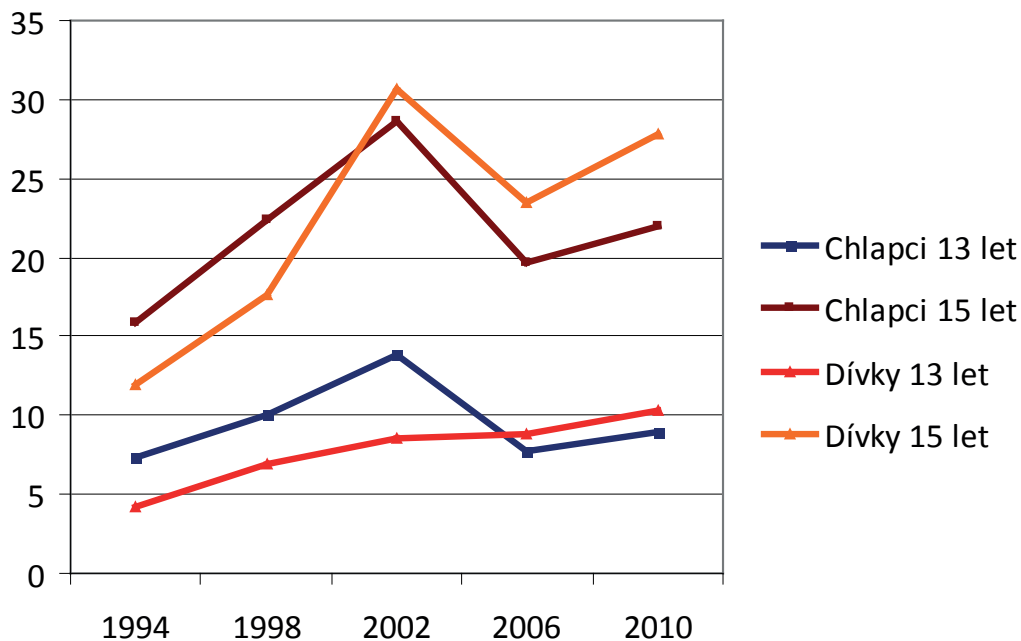
8. Návykové látky

Podíl kuřáků (včetně příležitostných) se v populaci ČR pohybuje v rozmezí 28–32 %. **V průběhu let 1997 – 2010 nedošlo ke snížení prevalence kouření** (obr. 13), ani nebyl zaznamenán trend ve snaze zanechání kouření. Stále platí, že tabákové výrobky užívají více dospělí muži než ženy.

Obr. 13 Kuřáctví v dospělé populaci (15–64 let) v %, ČR, 1997–2010

Zdroj: SZÚ

Podle studie HBSC (*Health Behavior in School-aged Children*) výskyt užívání tabákových výrobků u dětí a mladistvých po roce 2002 klesal, nicméně při posledním šetření v roce 2010 je zřejmý opětovný nárůst ve srovnání s rokem 2006 (obr. 14). Projevuje se v zemích západní a severní Evropy již nastoupený trend převažujícího počtu kouřících dívek nad chlapci (22 % 15letí chlapci versus 28 % 15leté dívky, 2010). V této studii bylo prokázáno, že kouření (i jeho intenzita) má úzký vztah k vyššímu výskytu jiných forem návykového chování.

Obr. 14 Vývoj pravidelného kuřáctví u chlapců a dívek v %, ČR, 1994–2010

Zdroj: HBSC 1994–2010, SZÚ

Podle studie GYTS (*Global Youth Tobacco Survey*) z roku 2011 kouří cigarety 31 % českých žáků ve věku 13–15 let. Z výsledků této studie také vyplývá, že dostupnost tabákových výrobků je u mladých lidí i navzdory nově zavedeným legislativním opatřením po roce 2002 vysoká.

Také ochrana dětí a mladistvých proti expozici nepřímému tabákovému kouři je nedostatečná. Dlouhodobě zůstává problémem expozice tabákovému kouři v domácím prostředí. Podle provedených šetření⁷ je třeba považovat tuto expozici za relativně vysokou - zhruba jedna třetina českých dětí a mladistvých žije v kuřáckých domácnostech, kde jsou vystaveni tabákovému kouři. Na základě odborných studií je odhadováno, že v zemích bývalé EU25 více než 16 tisíc nekuřáků umírá v důsledku expozice tabákovému kouři doma.⁸

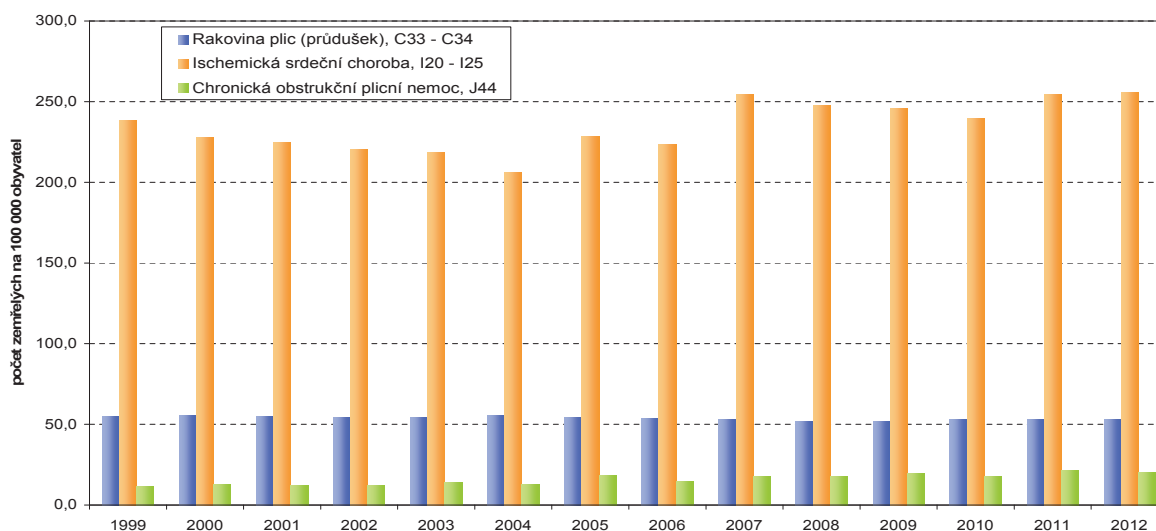
Spotřeba alkoholu je stabilizována na relativně **vysoké úrovni** přibližně 10 litrů čistého alkoholu za rok na obyvatele, včetně dětí. Nepříznivá je rovněž skladba spotřeby alkoholických nápojů, kdy sice přibližně polovina celkové spotřeby je ve formě piva, ale zhruba třetinu spotřeby reprezentují lihoviny. Podle výsledků šetření SZÚ (2012) o spotřebním chování dospělé populace vůči alkoholu se 18 % mužů a 11 % žen vystavuje riziku zdravotních problémů způsobených nadměrnou spotřebou alkoholu⁹. Na obr. 15 je znázorněn vývoj zemřelých podle vybraných diagnóz souvisejících s užíváním alkoholu v letech 1999–2012. K mírnému zvýšení došlo u počtu úmrtí souvisejících s alkoholickými onemocněními jater.

7 Studie GYTS 2007, šetření prevalence alergických onemocnění - Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ČR ve vztahu k životnímu prostředí, SZÚ

8 Green Paper. Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU level. Brussels, Commission for the European Communities, 2007.

9 zdravotně rizikové dávky alkoholu větší než 40 gramů pro muže a 20 gramů pro ženy za den

Obr. 15 Počet zemřelých osob podle vybraných diagnóz souvisejících s užíváním alkoholu, ČR, 1999–2012



Zdroj: Statistika zemřelých

Varovná je i situace dětí a mladistvých, u kterých je konzumace alkoholu, včetně jejích obzvláště zdravotně nežádoucích forem, velmi rozšířená. Z výsledků studie HBSC (2010) vyplynulo, že ve věku 13 let konzumuje minimálně jednou týdně alkohol 15 % chlapců a 10 % dívek (ve věku 11 let 6,9 % chlapců a 4 % dívek), viz tab. 3.

Tab. 3 Pravidelné pití alkoholických nápojů u dětí školního věku podle věku a pohlaví (%)
(Pravidelné pití je definováno jako pití daného nápoje s frekvencí jednou týdně a častěji.)

Druh nápoje	Pohlaví	Věková skupina											
		11 let				13 let				15 let			
		1998	2002	2006	2010	1998	2002	2006	2010	1998	2002	2006	2010
Pivo	Chlapci	14,1	9,3	9,1	6,9	15,0	21,1	15,0	16,8	29,3	36,9	35,6	38,8
	Dívky	6,7	4,0	3,6	4,0	8,5	8,0	10,0	10,4	14,2	23,1	20,5	20,4
Víno	Chlapci	3,0	2,1	2,2	2,8	2,5	6,4	5,1	7,0	4,7	10,9	10,0	11,8
	Dívky	0,5	1,0	0,4	1,3	1,8	3,3	4,5	5,8	6,5	12,1	9,6	14,1
Lihoviny	Chlapci	1,9	1,4	1,1	1,5	2,8	2,7	3,5	3,5	5,5	10,6	10,2	12,7
	Dívky	0,7	0,0	0,1	0,4	0,8	0,5	2,3	4,0	3,2	6,4	6,5	9,6

Pozn.: pravidelné pití je definováno jako pití daného nápoje s frekvencí jednou týdně a častěji.

Zdroj: SZÚ, HBSC 1998–2010

Podle studie ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, 2011) nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) konzumovalo více než třikrát v posledním měsíci 21 % 16letých žáků. Zkušenosti s užitím drog v obecné populaci se zvyšují. Dosud byly realizovány tři studie zaměřené na užívání nelegálních drog: v letech 2004 a 2008 (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2004, resp. 2008, 2012). Přestože srovnatelnost studií není úplná, velmi pravděpodobně došlo k **nárůstu prevalence užívání nelegálních drog** v obecné populaci, zejména mladých dospělých. Mezi nimi dosáhla ČR v roce 2012 nejvyšších prevalencí užívání konopných drog, extáze, stimulantů amfetaminového typu a halucinogenů v Evropě. Prevalence problémových uživatelů drog, tj. zejména injekčních uživatelů drog a dlouhodobých pravidelných uživatelů opiátů/opioidů a pervitinu (metamfetaminu), neklesla. V letech 2004–2012 byl stabilní či mírně sestupný trend výskytu smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (tzv. přímých drogových úmrtí).

V roce 2006 vstoupil v účinnost zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, který **se týká omezení dostupnosti tabákových výrobků a alkoholu**. Právní úprava týkající se zákazu kouření v restauračních a dalších společenských zařízeních zůstává prozatím nedostatečná (i v porovnání s řadou jiných zemí EU a navzdory jednoznačným výsledkům reprezentativních studií veřejného mínění) a vzhledem k prevenci a ochraně před pasivním kouřením spíše neúčinná. Z hlediska mezinárodního došlo k ratifikaci WHO Rámcové úmluvy o kontrole tabáku, která je pro tuto problematiku důležitou mezinárodní právní dohodou.

Pokud jde o léčbu závislosti na tabáku - od roku 2004 vznikají v ČR Centra léčby závislosti na tabáku. Léčba závislosti na tabáku je však dostupná i mimo tato centra. Pomoc při léčbě závislosti mohou nabídnout i praktičtí lékaři, případně lékárníci, kteří podají odborné poradenství a doporučí náhradní nikotinovou léčbu. Poradenství a léčba v oblasti závislosti na návykových látkách je v ČR poskytována v rámci stávajících ambulantních a lůžkových zařízení. Podařilo se vybudovat a udržet příznivý stav dostupnosti relativně široké nabídky služeb pro uživatele nelegálních drog a jejich blízké. Podpora kontaktních a poradenských služeb, terénních programů, programů léčby a následné péče ze strany státu je zajišťována zejména dotačnými tituly RVKPP (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky) a resortů - MZ a MPSV. V současné době je **připravována koncepce adiktologické¹⁰ péče**, v rámci které by měla být definována minimální síť služeb pro osoby závislé na návykových látkách.

Bylo zřízeno **Koordinační, monitorovací a výzkumné pracoviště (KMVP)** pro implementaci Evropské strategie kontroly tabáku a Evropského akčního plánu o alkoholu. V letech 2003–2012 pracoviště plnilo úkoly stanovené statutem a řešilo další úkoly na základě aktuální situace v problematice tabáku a alkoholu. V posledních letech však dochází ke snížení počtu pracovníků a finančních prostředků na činnost pracoviště. Jako negativní jsou vnímány omezené možnosti v ovlivňování a realizaci aktivit vedoucích k snižování dopadu kouření tabáku a užívání alkoholu na zdraví populace.

V následujících letech je třeba za podpory nových komunikačních technologií zvýšit informovanost veřejnosti o škodách působených tabákem a alkoholem. Dále omezit marketing alkoholických nápojů a tabákových výrobků, zlepšit systém koordinace primární prevence a podpory zdraví, zlepšit dostupnost léčby závislosti na tabáku a alkoholu a provázanost s dalšími službami. Pro další rozvoj činnosti je třeba zajistit stabilní systém pravidelného sběru dat a jejich hodnocení, a to vše podpořit navýšením finančních prostředků z veřejného rozpočtu do příslušných dotačních programů.

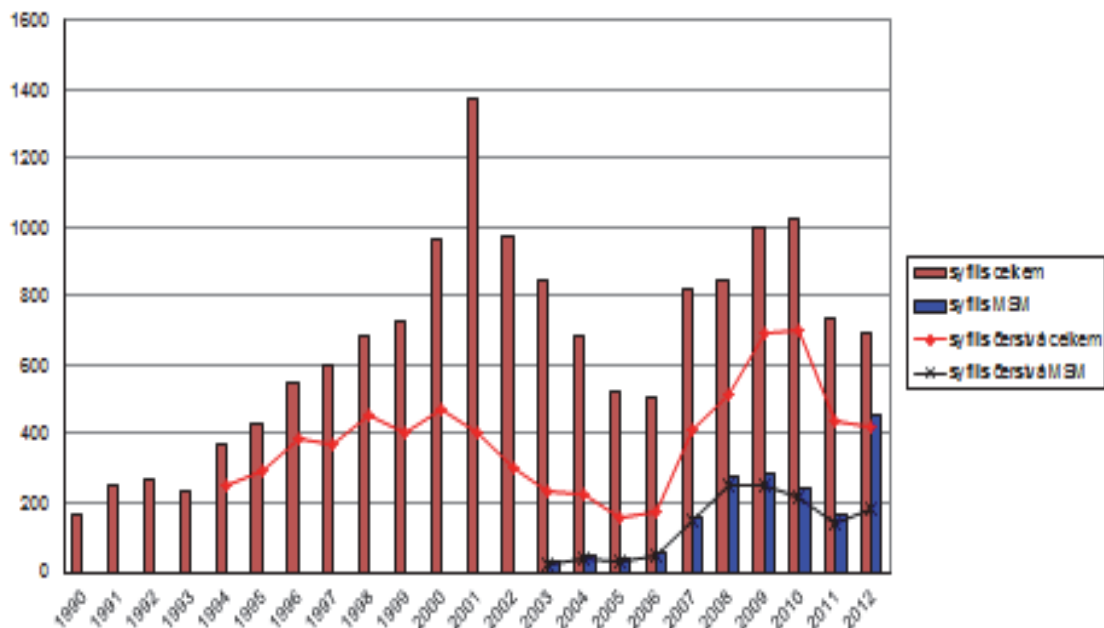
9. Infekční onemocnění

U některých infekčních onemocnění přetrvává příznivá situace. Byla eliminována dětská obrna, novorozenecký tetanus či nezavlečené spalničky, řadu onemocnění se podařilo významně snížit (např. záškrt, TBC), a to díky vysoké proočkovanosti. Každoročně je prováděna administrativní kontrola proočkovanosti dětské populace u pravidelných očkování dle očkovacího kalendáře. Žádoucí jsou také odhady proočkovanosti proti nemocem, které nejsou v očkovacím schématu a proočkovanost dospělé populace a různých věkových skupin. Také imigrace podmiňuje potřebu věnovat pozornost očkování a případně kontrole proočkovanosti u skupin osob s potencionálně horším přístupem ke zdravotní péči.

Na druhou stranu od roku 2007 **roste výskyt syfilis** (obr. 16), zejména u mužů majících sex s muži. Také výskyt HIV/AIDS má v posledních letech vzestupný trend (obr. 17 a 18).

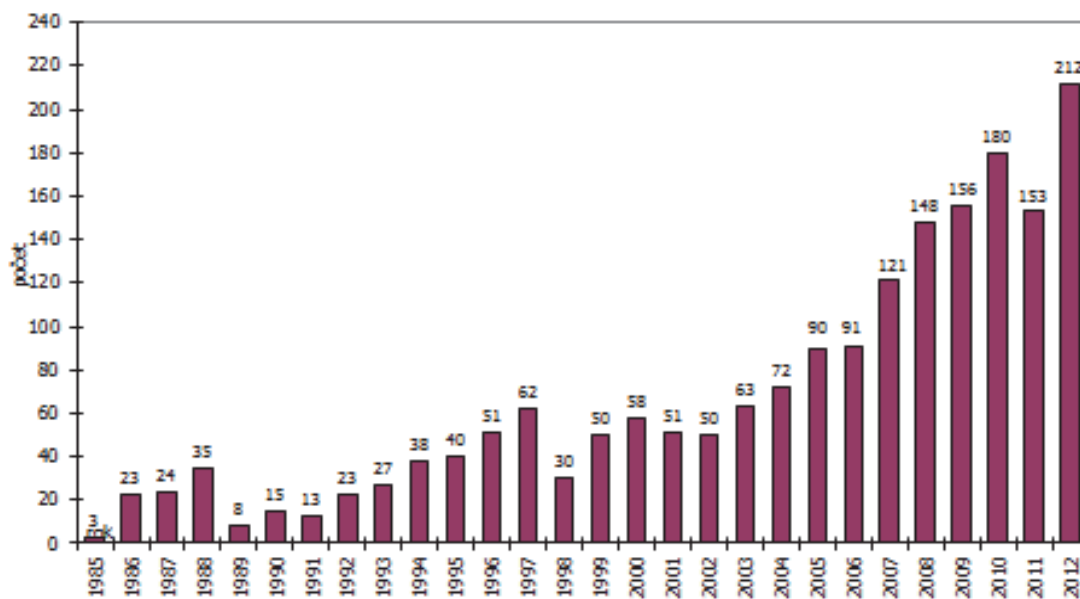
¹⁰ Zabývá se závislostmi, jejich prevencí, původem, léčbou, výzkumem, poradenství a jinými souvislostmi. V užším pojetí se zabývá závislostmi na návykových látkách.

Obr. 16 Výskyt syfilis v obecné populaci a u mužů **majících sex s muži** v ČR 1990–2012



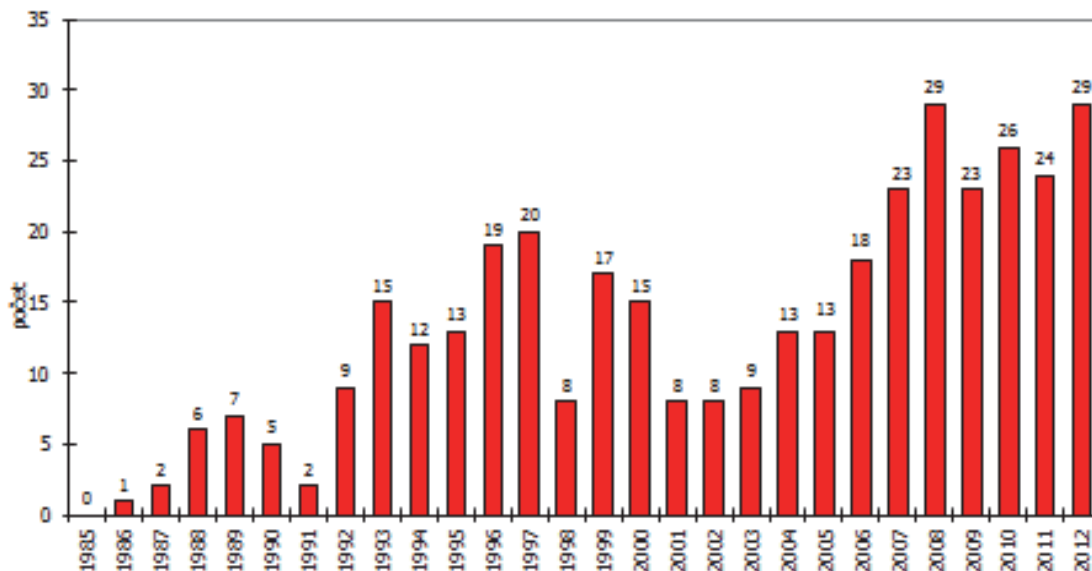
Zdroj: ÚZIS

Obr. 17 Počty nových případů infekce HIV v ČR (občané ČR a cizinci s trvalým pobytem), absolutní počty ke dni 31. 12. 2013



Zdroj: SZÚ

Obr. 18 Počty nových případů onemocnění AIDS v ČR (občané ČR a cizinci s trvalým pobytem), absolutní počty ke dni 31. 12. 2013



Zdroj: SZÚ

Zatímco v roce 2000 bylo hlášeno 58 případů HIV pozitivních, v roce 2012 již 212 (týká se občanů ČR a cizinců s dlouhodobým pobytem), což představuje téměř trojnásobný nárůst. Počet nově hlášených onemocnění **AIDS stoupl** z 15 v roce 2000 na 23 v roce 2009. Preventivní programy/aktivity nejsou dostatečné ve všech cílových skupinách mládeže, migrantů a cizinců – zejména ze zemí východní Evropy a subsaharské Afriky, ve zranitelných skupinách HIV pozitivních osob a jejich partnerů, osob v erotickém průmyslu, vězňů a pacientů s pohlavně přenosnými infekcemi. Klesá dostupnost anonymního bezplatného testování na HIV, zejména v regionech, a projevuje se nedostatek finančních prostředků na preventivní aktivity.

Vývoj epidemiologické situace v roce 2009–2012 byl v ČR stejně jako v ostatních státech poznamenán vyhlášením pandemie chřipky způsobené novou variantou chřipkového viru (Pandemic H1N1). Význam systému surveillance akutních respiračních onemocnění se osvědčil zejména v době vyhlášení 6. stupně pandemické pohotovosti. **Proočkovanost proti sezónní chřipce zůstává v ČR i nadále nízká.** Ačkoliv se očkování proti chřipce doporučuje zejména u osob nad 65 let věku a u osob s chronickými onemocněními, očkování i dalších populačních skupin je též žádoucí nejen z hlediska individuální ochrany jednotlivce, ale i pro omezení šíření chřipkového viru. Ke zlepšení situace by měla přispět realizace úkolů obsažených v Národním akčním plánu na zvýšení proočkovanosti proti chřipce.

V posledních letech je v řadě zemí Evropy zjišťován **vzestup nemocí**, proti nimž jsou dostupné očkovací látky – např. černého kašle (obr. 19) a **příušnic** (obr. 20), také u očkovaných osob nebo vzestup nemocností a smrtelnosti působený hypervirulentními klony – např. **meningokokových invazivních onemocnění.** V rámci epidemiologické i virologické surveillance infekčních agens je nutné průběžně udržovat i připravenost na zvládnutí nových a závažných patogenů, jako jsou např. nové subtypy chřipkového viru typu nebo nové, k antituberkulotikům rezistentní, kmeny *M. tuberculosis*. K tomu je zapotřebí organizační i finanční zajištění kontroly a reakcí na tuto skupinu infekcí.

Obr. 19 Dávivý kašel – pertussis v ČR, 1945–2012, nemocnost na 100 000 obyvatel



Zdroj: SZÚ

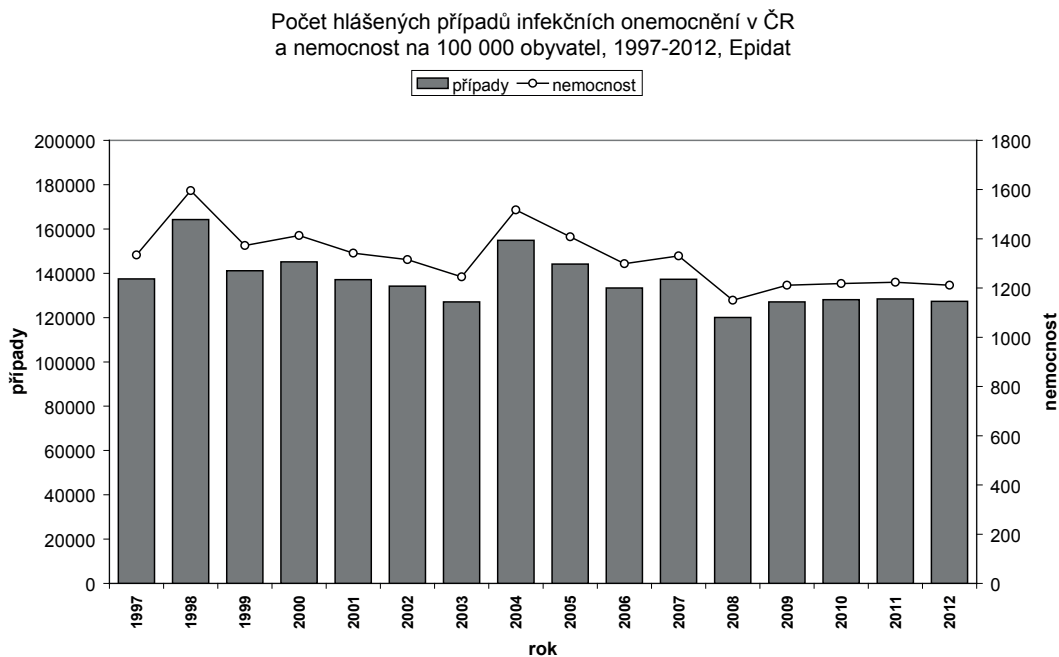
Obr 20 Epidemický zánět průšnic – parotitis epidemica v ČR, 1955–2012, nemocnost na 100 000 obyvatel



Zdroj: SZÚ

Každoroční počet hlášených infekčních onemocnění v ČR dosahuje kolem 150 000 a za období 1997–2012 má nemocnost na infekční choroby setrvalý trend (obr. 21).

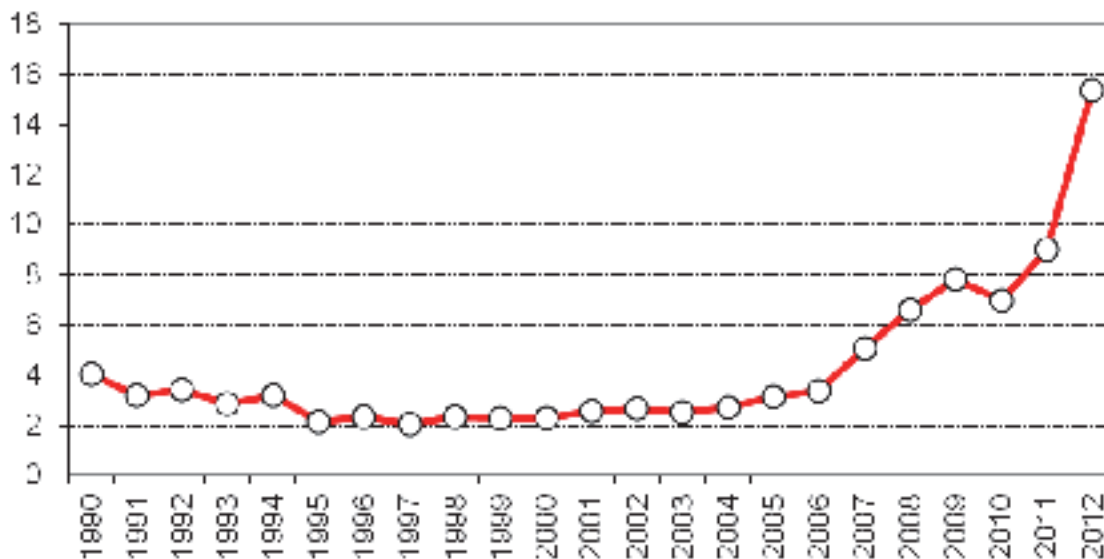
Obr. 21 Počet hlášených případů infekčních onemocnění v ČR, nemocnost na 100 000 obyvatel, 1997–2012



Zdroj: EPIDAT

Tato situace zasluhuje řešení právě v oblasti primární péče včetně očkovacích programů cílených na děti a dospělou i starší populaci. Rovněž je žádoucí vzít v úvahu skutečnost, že s přibýváním pacientů s chronickými neinfekčními onemocněními (diabetes, novotvary, poruchy imunity, kardiovaskulární choroby) stoupá v populaci podíl osob ve zvýšeném riziku výskytu a úmrtí na infekční choroby (obr. 22).

Obr. 22 Úmrtnost na infekce v ČR na 100 000 obyvatel, všechny věkové skupiny



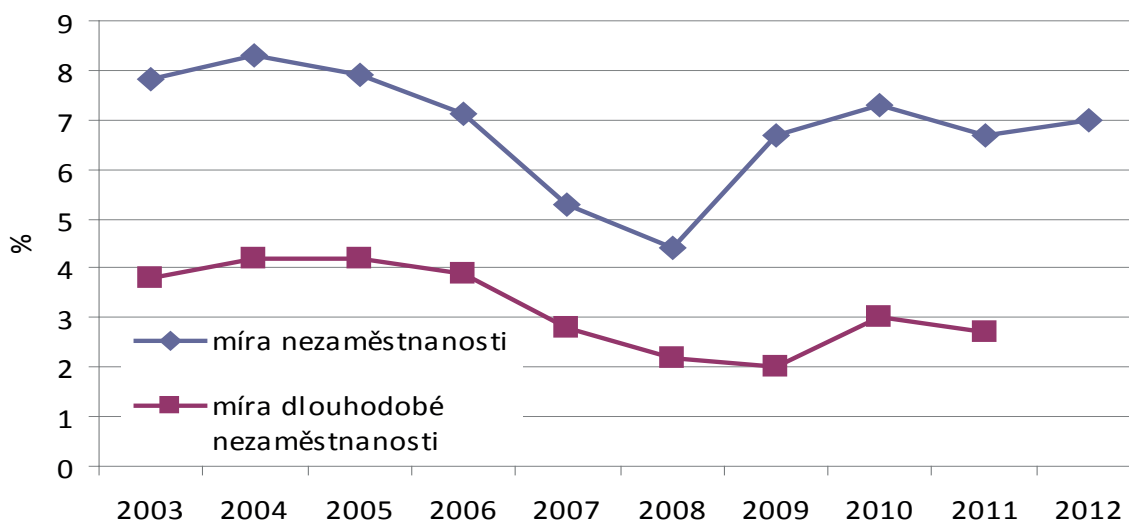
Zdroj: WHO HFA-DB

Pro tuto rizikovou část populace je žádoucí vybudovat speciální programy prevence infekčních onemocnění včetně vakcinačních strategií.

10. Sociálně - ekonomické podmínky a zdraví

Je dostatečně prokázaným faktem, že zdraví je ovlivněno sociálně ekonomickými podmínkami života; ty jsou dány úrovní vzdělání, sociálním postavením, pracovními podmínkami, příjmem apod. Pokračující **sociální diferenciaci společnosti může mít za následek nepříznivý dopad na zdraví** znevýhodněných skupin populace. Nadnárodní zdravotní organizace prosazují jako jednu z priorit v oblasti veřejného zdraví bránit zhoršování a naopak zlepšovat zdravotní stav znevýhodněných populačních skupin. Cesty jsou prostřednictvím zapojení do celoživotního učení, podporou zaměstnanosti těchto skupin obyvatel, vytvářením pracovních příležitostí a cílenými programy podpory zdraví.

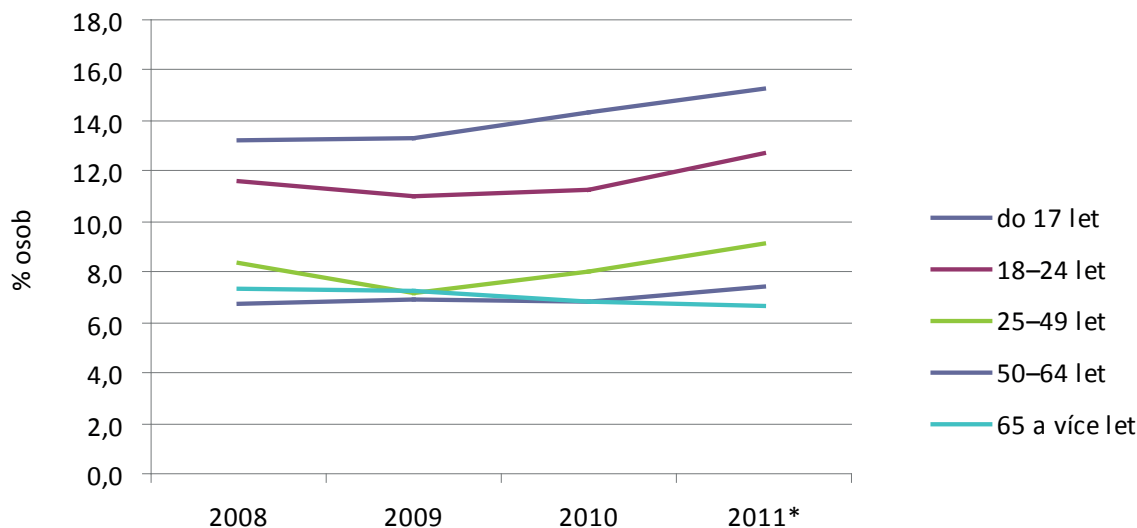
Obr. 23 Míra nezaměstnanosti – nezaměstnané osoby jako podíl z ekonomicky aktivní populace, 2002–2012 (%)



Pozn.: Míra nezaměstnanosti mladých - nezaměstnané osoby 15–24 let jako podíl z ekonomicky aktivní populace stejné věkové skupiny, míra dlouhodobé nezaměstnanosti – dlouhodobě nezaměstnaní (12 měsíců a více) jako podíl z ekonomicky aktivní populace

Zdroj: Eurostat

V ČR klesá od roku 2005 dlouhodobá nezaměstnanost jen velmi mírně (obr. 23). Nejvíce ohrožuje skupiny osob, u kterých se kumulují různá znevýhodnění, např. zdravotní postižení, nízká kvalifikace, věk do 25 nebo nad 50 let, nezaměstnanost déle než 6 měsíců a potřeba zvláštní pomoci (osoby pocházející ze sociokulturně znevýhodněného prostředí apod.). Podle šetření EU-SILC (*European Union – Statistics on Income and Living Conditions*) žilo v ČR v roce 2009 zhruba **8,6 % obyvatel v riziku chudoby**. Skupinou nejvíce ohroženou chudobou jsou kromě nezaměstnaných (47 % v riziku chudoby) také neúplné rodiny s dětmi, z nichž 40 % žije pod hranicí chudoby. Pokud se týká seniorů, chudobou jsou více ohroženi seniori (65+), kteří žijí v domácnosti sami (příjem pod hranicí chudoby má 20 % seniorů v této skupině), než seniori (65+) jako populační skupina (8 %). Z hlediska trendu podíl osob v riziku chudoby celkově mírně klesá. Neklesá však vysoký podíl neúplných rodin s dětmi nacházejících se v riziku chudoby, u seniorů dokonce roste (obr. 24). Národní akční plán sociálního začleňování 2008–2010 specifikuje cílové skupiny obyvatel, formuluje potřebná opatření a vytváří institucionální mechanismy. Mezi prioritní cíle patří prostřednictvím sociální pomoci a služeb **posílit integraci osob a rodin sociálně vyloučených** nebo tím ohrožených. Jedním z opatření ke zvyšování kvalifikace a v boji proti nezaměstnanosti je nová koncepce celoživotního učení. Efekty těchto opatření však zatím nebyly vyhodnoceny. Problémem podchycení rozdílů ve zdravotním stavu z důvodu socioekonomických podmínek je absence informací o zdravotním stavu znevýhodněných či vulnerabilních skupin obyvatelstva.

Obr. 24 Osoby v riziku chudoby podle typu domácnosti a sociálního postavení v %, ČR 2008–2011* *předběžné údaje*

Pozn.: Hranice chudoby zde 60 % mediánu ekvivalizovaného příjmu

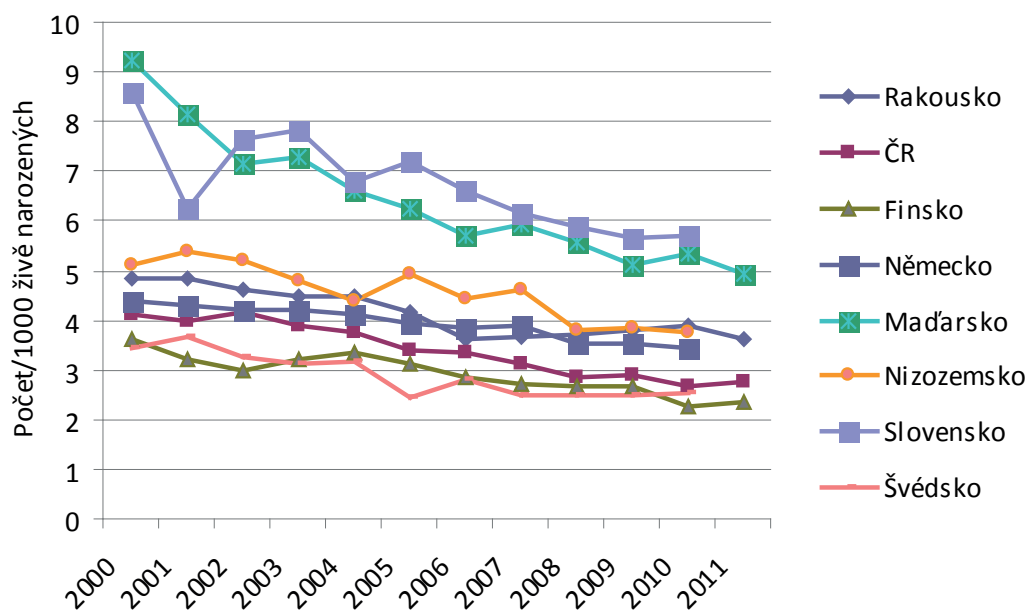
Zdroj: ČSÚ

V rutinních statistikách nejsou z důvodů ochrany osobních údajů podchyceny žádné údaje, které by tyto skupiny obyvatel umožňovaly identifikovat. Řešením by bylo monitorování zdravotního stavu podle věku, pohlaví, skupin diagnóz a sociálně-ekonomického zastoupení. Šetření zdravotního stavu cílená na tyto skupiny obyvatel nejsou až na výjimky organizována. Bylo by potřeba využívat **výběrová šetření u nezaměstnaných, imigrantů, osamělých matek s dětmi** apod. Je třeba rozhodnout, zda je vůle se problematikou zlepšování zdravotního stavu znevýhodněných skupin obyvatel v ČR zabývat a zda pro to budou poskytnuty potřebné finanční prostředky.

11. Zdraví dětí a mládeže

ČR patří k zemím s velmi dobrou péčí o nejmladší populační skupiny. **Kojenecká úmrtnost** v ČR se řadí mezi nejnižší na světě (obr. 25), mezi lety 2000–2011 poklesla ze 4,1 na 2,74 ‰. Je to důsledkem zejména velmi nízké novorozenecké úmrtnosti, a to především časně. Intenzita výskytu vrozených vývojových vad v České republice během posledních čtyřiceti let kolísala. V posledních 10–20 letech většinou docházelo k **nárůstu četností hlášených vrozených vad**. Není jasné, nakolik je zvýšení incidence vrozených vad důsledkem změn v registraci hlášení vrozených vad, pokroku v medicínských technologiích anebo narušením genofondu a změnami životního stylu populace. Incidence vrozených vad reflektuje i biosociální změny v populaci – změnu věkového zastoupení těhotných žen, zvyšující se podíl vícečetných gravidit, těhotenství po asistované reprodukci a další.

Obr. 25 Vývoj kojenecké úmrtnosti (do 1 roku věku) ve vybraných evropských zemích, 2000–2011 (počet/1000 živě narozených)



Zdroj: WHO

U některých typů vrozených vad se četnosti v novorozenecké populaci snižují díky úspěšné prenatální diagnostice (defekty neurální trubice, Downův syndrom aj.), některé však i přes úspěšnou prenatální diagnostiku (agenze/hyoplasie ledvin) nebo naopak pro nemožnost běžně prenatálně diagnostikovat (vrozené vady jícnu, anorektální malformace aj.) vykazují nárůst. Lze konstatovat, že podíl vrozených vad na úmrtnosti dětí se pravděpodobně nesnižuje. Prenatální záchyt vrozených vad měl od počátku evidence v roce 1985 stoupající tendenci jak v absolutních počtech, tak na 10 000 živě narozených. Od roku 1995 se nárůst zpomalil a zdá se, že při současných možnostech prenatální diagnostiky již bude pouze pozvolný.

Na počátku 70. let byl podíl živě narozených dětí s nízkou porodní hmotností (pod 2500 g) mírně nad 6 % a až do počátku let devadesátých pozvolna klesal. Příčinou tohoto pozitivního trendu byl rozvoj lékařské vědy a lepší odhalování rizik v těhotenství, která se daří udržovat do vyšších týdnů. Zhruba od poloviny 90. let se **podíl dětí narozených s nízkou porodní hmotností** opět zvyšoval a v roce 2009 dosáhl úrovně 7,6 % z celkového počtu živě narozených. Příčinou je komplex mnoha jevů. Narůstá počet dětí narozených po umělém oplodnění, počet dětí narozených z vícečetných porodů, zvyšuje se průměrný věk matek při porodu a tím i podíl žen rodičích ve věku nad 35 let. Zvyšuje se tedy počet žen, které mají k předčasnému porodu vyšší sklony. Také medicína je již na takové úrovni, že se často podaří zachránit děti narozené ve 26. týdnu těhotenství nebo i dříve. Aktivity by měly být do budoucna zaměřeny zejména na prevenci rizikového chování těhotných (kouření, užívání alkoholu a návykových látek).

Těhotné ženy, u nichž lze předpokládat narození plodu s nízkou porodní hmotností nebo ženy s rizikovým průběhem těhotenství, jsou směřovány do péče **perinatologických center**. Perinatálně ohroženým a postiženým dětem je poskytována vysoce specializovaná zdravotní péče, hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Integrovaná raná péče o perinatálně ohrožené a postižené děti je poskytována v Plzni (FN Plzeň) a od roku 2010 pilotně v Praze (VFN). Je třeba podporovat budování standardizovaného systému integrované rané péče o perinatálně ohrožené a postižené děti také na regionální úrovni.

Díky koncepčně preventivnímu zaměření má současná pediatrie dobře **zavedený systém preventivních prohlídek** cílených na sledování všestranného vývoje dětí a imunizační program na základě očkovacího kalendáře. Je však potřebné prosadit zákonnou **povinnost registrace** dětí u praktického lékaře pro děti a dorost.

Ukazatelem kvality života dětí je jejich názor na to, jak jsou spokojené s tím, co se okolo nich děje, jak jsou spokojeny se svým životem, s kamarády. Z výsledků mezinárodní studie HBSC z roku 2010 vyplývá, že většina českých dětí je se svým životem spokojená a považuje své zdraví za dobré anebo vynikající. Přesto je závažné zjištění, že 11 % jedenáctiletých dětí se necítí šťastně. Děť i vyrůstající v příznivých rodinných podmínkách se cítí zdravější a šťastnější. Změny vnímání významu vlastního zdraví u dětí jsou znatelné, přesto je třeba prohlubovat systém vzdělávání a výchovy k zodpovědnosti za zdraví, pokračovat v systematické prevenci násilí šikany ve školách a školských zařízeních, ve vytváření podmínek pro volnočasové aktivity pro děti a mládež.

Nejčastější příčinou úmrtí dětí a mladých dospělých a třetí nejčastější příčinou úmrtí v celé populaci jsou **v ČR úrazy**. Podle statistik dochází k nejzávažnějším úrazům dětí v dopravním prostředí; nejčastějším místem vzniku úrazu dětí je domov a škola. Ve srovnání s rokem 2005 došlo v ČR v roce 2008 k významnému poklesu standardizované úmrtnosti dětí 0–14 let na vnější příčiny. Zatímco v roce 2005 byla tato úmrtnost 7,00 na 100 tisíc dětí, v roce 2008 byla 4,34 na 100 tisíc dětí. ČR se podle posledních dat z roku 2008 zařadila mezi státy EU s nižší hodnotou ukazatele úmrtnosti na vnější příčiny u dětí. Pro úraz je ročně hospitalizováno 26,5 tisíc a ambulantně ošetřeno 445 tisíc dětí do čtrnácti let.

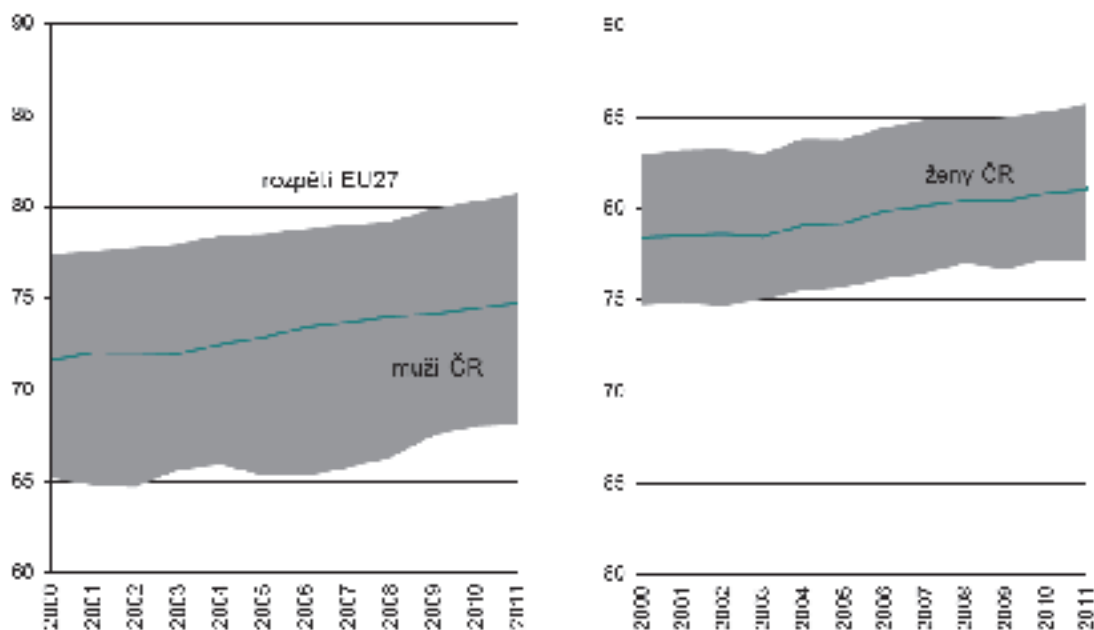
V ČR existuje řada aktivit zabývajících se problematikou prevence dětských úrazů, díky kterým došlo v posledních letech ke zlepšení v úmrtnosti dětí v důsledku úrazů. Ustavení Meziresortní pracovní skupiny pro prevenci dětských úrazů na MZ a vytvoření a následné plnění Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007–2017 lze považovat za zásadní krok systémového řešení problematiky dětských úrazů, který je velmi kladně hodnocen také orgány WHO a EU. Dosud nebyl ustaven sběr úrazových dat zákonem v rámci Národního registru úrazů. Preventivní aktivity stále nejsou dostatečně propojeny a koordinovány.

V současné době neexistují souhrnná validní data o násilí na dětech v ČR. Sběr údajů probíhá v rámci resortu Ministerstva vnitra, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví, České školní inspekce a Ústavem pro informace ve vzdělávání. Například v roce 2007 bylo evidováno celkem 5 435 trestných činů, které byly spáchány na dítěti, přičemž největší skupinu zde tvoří násilné a mravnostní trestné činy. Přitom připravovaný registr dětských úrazů poskytne data pouze o úmyslných úrazech/úrazech způsobených fyzickým násilím. V oblasti týrání, zneužívání a zanedbávání dětí bohužel přetrvávají nedostatky v mezioborové spolupráci mezi lékaři, psychology, policií, oddělení sociálně právní ochrany dětí atd. Další nedostatky spočívají v nízké efektivnosti preventivních programů a nedostatku finančních prostředků na plnění programů prevence. V rámci resortu zdravotnictví byla v roce 2008 vydána metodika „Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte (sy CAN)“, která obsahuje též problematiku komerčního sexuálního zneužívání dětí, domácího násilí, obchodování a nedovolené manipulace a pronásledování. Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN, Child Abuse and Neglect) byl v roce 2000 diagnostikován ve věkové skupině 0–14 let u 476 dětí (0,28 na 1000 registrovaných u dětského lékaře), v roce 2009 u 337 dětí (0,23 na 1000 registrovaných), což znamená mírný pokles. Podrobnou analýzu situace bude možné provést až na základě sběru validních dat týkajících se násilí na dětech, a to v rámci plnění Národního akčního plánu k realizaci Národní strategie prevence násilí v ČR na dětech na období let 2009–2010 a Národního akčního plánu k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti.

12. Stárnutí populace

Ve vyspělých společnostech se stále více lidí dožívá vyššího věku a také starší lidé žijí déle. Urychluje se tzv. demografické stárnutí populací. V období 2000–2009 se střední délka života u 65letých českých mužů zvýšila o 1,5 roku a u žen o 1,2 roku. V roce 2009 měl před sebou 65letý muž v průměru 15 let života a 65letá žena necelých 19 let života (obr. 26).

Obr. 26 Naděje dožití (věk) při narození v zemích EU a v ČR, 2000–2011



Zdroj: Human Mortality database

S prodlužováním délky života vyvstala otázka, zda snižování úmrtnosti nepovede k narůstání počtu let života ve špatném zdravotním stavu. Do popředí zájmu se tak dostává **problematika zdravého, resp. úspěšného stárnutí** a kvality života, soběstačnosti a chronických onemocnění ve stáří (zejména komplikace aterosklerózy, degenerativní onemocnění mozku, osteoporóza, osteoartróza, smyslová postižení, deprese, poruchy výživy a dekonidice). Podpora a rozvoj soběstačnosti starších lidí, zachování funkčního stavu a jejich co nejdéle aktivní působení ve společnosti se stává prioritou zdravotních a sociálních politik vyspělých států.

V ČR **naděje dožití ve zdraví ve věku 65 let¹¹ vzrostla** v posledních pěti letech na 8 let u mužů a představuje 53 % zbývajícího života, a na 8,3 let u žen, kde představuje 45 %. Vzhledem k celkově nižší naději dožití ve věku 65 let u mužů a zhruba stejné době prožité ve zdraví tak stráví starší ženy větší podíl života v horším zdravotním stavu než muži.

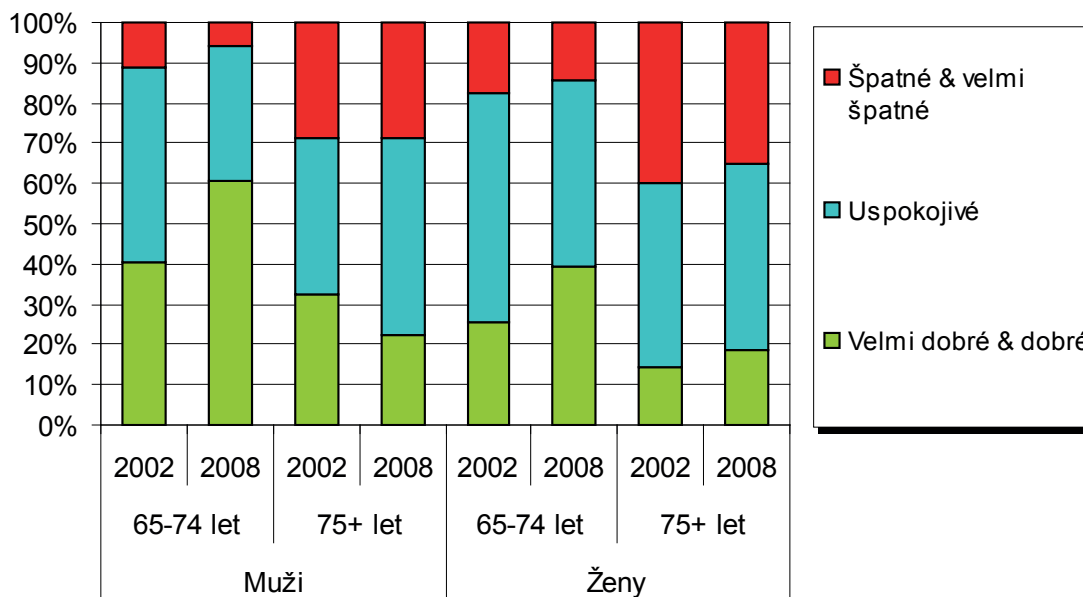
Seniorská populace je ze zdravotního hlediska velice heterogenní a vyžaduje různorodé přístupy a projekty. Část seniorů je typickými geriatrickými pacienty, u kterých do popředí vystupuje stařecká křehkost (frailty), atypičnost chorobných stavů, mnohočetnost obtíží a tzv. „nemocnost bez chorob“. Jen u menší části seniorů dochází ke ztrátě soběstačnosti, která je kromě zdravotních potíží důsledkem nároků prostředí a sociální situace. Na základě mezinárodní studie o zdraví a stárnutí v Evropě s názvem *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) má ve věku 70–79 let alespoň jedno omezení v každodenních aktivitách kolem 10 % českých seniorů a problémy se zvládnutím chodu domácnosti čtvrtina seniorů v tomto věku. U seniorů nad 80 let je to již kolem 30 % a tento podíl s vyšším věkem dále výrazně stoupá. **Subjektivně hodnocené zdraví celé české populace se v posledních dvaceti letech výrazně zlepšilo**, k jednomu z nejvýraznějších zlepšení došlo právě ve věkové skupině 65–74 let. Podíl mužů v této věkové skupině hodnotících své zdraví pozitivně mezi roky 2002–2008 vzrostl na 60 % a žen na 40 %¹². Tento trend

¹¹ Podle European Health Expectancy Monitoring Unit na základě šetření SILC

¹² Ukazatel sledovaný v rámci studií HIS a EHIS, zdroj ÚZIS.

však již neplatí pro věkovou skupinu 75+, kde podíl osob hodnotících své zdraví jako dobré nebo velmi dobré naopak poklesl (obr. 27).

Obr. 27 Subjektivní hodnocení zdraví ve věku 65–74 let a nad 75 let, 1999–2008 (podíl respondentů), ČR



Zdroj: ÚZIS, šetření HIS (2002) a EHIS (2008)

Podle Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří) je většina zdravotní péče v současnosti organizována na modelu **akutní péče, který neodpovídá potřebám starších a chronicky nemocných pacientů**. Praxe je taková, že senior po propuštění z akutní péče - pokud není možno zabezpečit domácí péči - jde do léčebny dlouhodobě nemocných. Podle analýzy a prognózy potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, kterou vydal VÚPSV v roce 2010, nedošlo na celorepublikové úrovni od roku 1995 k výrazným změnám z hlediska rozsahu péče v domovech pro seniory, ve struktuře vybavenosti službami pro seniory, ani z hlediska rozsahu pečovatelské služby, nedostatečná je podpora pro rozvoj a rozšiřování služeb domácí péče. Podle této zprávy se současné evropské trendy v odklonu od péče poskytované v rezidenčních zařízeních k péči poskytované v přirozeném domácím prostředí seniorů uplatňují v ČR pouze ve velmi omezeném měřítku. Při MPSV vznikl expertní panel k sociálně zdravotní péči, jehož hlavním cílem je zpracovat koncepci rozvoje systému zdravotních a sociálních služeb **v modelu dlouhodobé péče** a navrhnout systém jeho financování. Panel se pokouší navrhnout koncepci dlouhodobé péče, která bude navazovat na obory geriatry a gerontologie.

Je třeba zvážit, zda mezi cíle aktualizovaného dokumentu Zdraví 21 zahrnout zejména rozvíjení zdravotního potenciálu a funkční zdatnosti seniorů (zajištění preventivních aktivit v oblasti podpory zdravého životního stylu starších lidí, včetně preventivních prohlídek ve středním věku) nebo také nutné změny ve zdravotní, následné a dlouhodobé péči o seniory. V případě, že aktivity v rámci aktualizovaného Zdraví 21 budou zaměřeny také na péči o seniory, je nutno podniknout kroky k tomu, aby se systém péče přizpůsobil faktu, že ve starším věku existují komplexy obtíží, kdy se nejedná o jednotlivé indexové nemoci. V rámci zdravotní péče je proto třeba se zaměřit na geriatrické obtíže mimo model nemocí. Málo se ví o zacházení s tzv. křehkostí seniorů a s multikauzálními geriatrickými syndromy (syndrom instability s pády, syndrom hypomobility apod.). Je potřeba také přizpůsobit vzdělávání nových lékařů v tomto oboru tak, aby nebyli produkováni pouze úzce zaměřeni odborníci. Dále je potřeba zajistit koordinaci jak zdravotních, tak sociálních služeb, pokud možno v přirozeném prostředí seniora.

13. Duševní zdraví

Nárůst závažnosti problematiky duševního zdraví souvisí na jedné straně se stárnutím populace a prodloužením naděje dožití a na straně druhé se změnami životního tempa a měnícím se životním stylem, se změnami ve společnosti, ekonomickou krizí, nezaměstnaností a dalšími civilizačními aspekty. Proto péči o duševní zdraví nelze redukovat pouze na poskytování zdravotních služeb v oboru psychiatrie. Měla by být prioritou společnosti a jako priorita zasahovat co nejširší oblast životních podmínek populace. Bohužel, **v ČR nebyl dosud vytvořen komplexní program péče o duševní zdraví** populace ani o psychiatricky nemocné.

Podle odhadu Světové zdravotnické organizace má s duševním zdravím problémy 15–20 % evropské populace. V České republice stoupá incidence neurotických a afektivních poruch. Počty sebevražd dle statistik v české populaci v posledních letech klesají, s výjimkou věkové skupiny 50–59 let a ve vysokých věkových skupinách. Publikované údaje jsou nicméně zřejmě podhodnoceny.

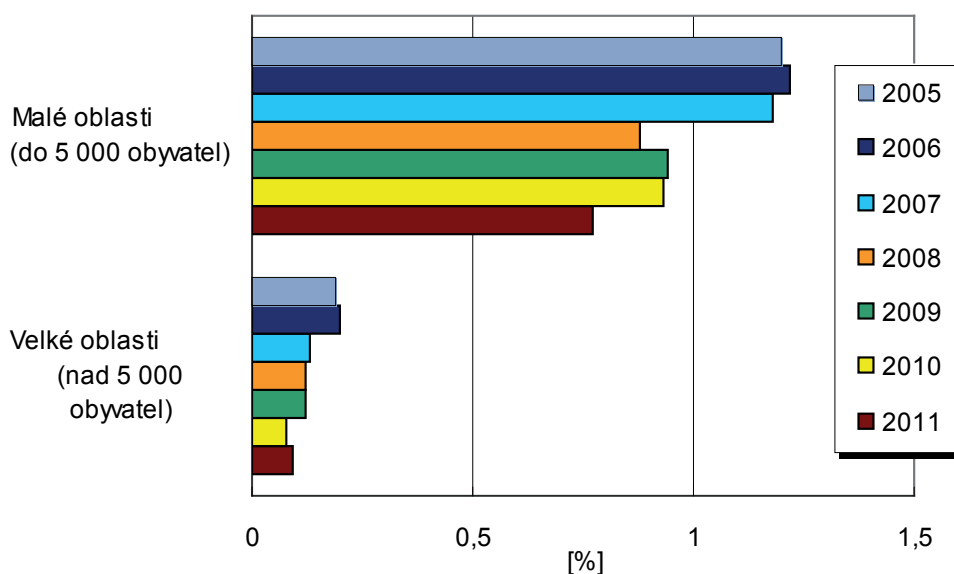
V příštích letech je třeba se zaměřit na **transformaci psychiatrické péče**, včetně jejího financování. Měla by pokračovat snaha o přesun akutní péče z léčenben do psychiatrických oddělení, **domácí péče a krizových center**. Dosud se nepodařilo změnit strukturu sítě psychiatrických lůžek a komunitních služeb tak, jak bylo cílem, a nadále zůstává nevyjasněná otázka vztahů a financování mezi zdravotními a sociálními službami. Mělo by dojít k vyššímu zapojení služeb komunitní a primární péče.

V oblasti mimo zdravotnictví je nutné klást důraz na význam negativních dopadů životního stylu a podmínek na duševní zdraví a prosazovat fakt, že duševní zdraví populace jako hodnota nezávisí pouze na poskytování zdravotních psychiatrických služeb.

14. Environmentální determinanty

Kvalita životního prostředí je jednou z významných determinant zdravotního stavu populace. Podle Světové zdravotnické organizace způsobuje **znečištění životního prostředí v evropském regionu až 19 % onemocnění**. Nejvýznamnějšími zdravotními dopady expozice znečištěnému životnímu prostředí jsou respirační a gastrointestinální onemocnění, alergie, kardiovaskulární a metabolická onemocnění, vývojové a reprodukční poruchy a také nádorová onemocnění. Snižovat expozice obyvatel ČR zdraví škodlivým látkám se daří pouze částečně. Expozice z pitné vody z veřejných vodovodů, na které je napojeno zhruba 92 % obyvatel, je na nízké úrovni a dále mírně klesá (obr. 28). Jakost povrchových vod se zlepšuje. **Kvalita rekreačních vod je poměrně dobrá, v průběhu posledních několika let se mírně zlepšila.**

Obr. 28 Četnost nedodržení limitních hodnot pro zdravotně významné ukazatele jakosti pitné vody v zásobovaných oblastech, 2005–2011 (% odběrů)



Zdroj: SZÚ

Naproti tomu expozice škodlivinám v ovzduší stále představuje relativně významné zdravotní riziko. Podle odhadů WHO **zemře v Evropě pouze v důsledku znečištění ovzduší aerosolovými částicemi předčasně přibližně 280 tisíc lidí**, podle Státního zdravotního ústavu (SZÚ) odhad pro ČR činí 2–3 % předčasně zemřelých z celkového počtu úmrtí. Expozice obyvatel sídel benzo(a)pyrenu, jednomu z polyaromatických uhlovodíků s karcinogenním účinkem v ovzduší, představuje v ČR významné riziko nádorového onemocnění zhruba ve výši dvou případů na 10 000 obyvatel. Na znečištění ovzduší sídel se běžně nejvíce podílejí automobilová doprava a lokální topeniště na pevná paliva.

Opatření pro snižování vlivu dopravy na zdraví obyvatel na národní úrovni jsou většinou realizována (dodržování emisních limitů EURO, podpora zavádění vozidel na alternativní pohony). Větší podporu by mohlo mít dodržování některých předpisů, např. operativní kontrolou emisních parametrů vozidel. Na regionální a lokální úrovni je realizace většiny opatření pro snížení dopadů dopravy na zdraví (např. omezení vjezdu do vybraných částí měst, zavedení zón snížené rychlosti, zlepšení kvality MHD, podpora systémů „Park and Ride“, „Bike and Ride“ apod.) v kompetenci měst a obcí, nejsou však relevantně využívána. Možnost kontroly nad dalším významným zdrojem znečišťování ovzduší - domácími topeništi - je obtížně prosaditelná.

Je třeba konstatovat, že současné procedury posuzování zdravotních rizik nejsou optimální; je potřeba vytvořit mechanismy pro lepší zapojení orgánů ochrany veřejného zdraví do posuzování zdravotních rizik ze životního prostředí. Nízká je například **kontrola minimalizace zdravotních rizik při nakládání s odpady**, zejména s nebezpečným odpadem. Je nutné dále zvyšovat povědomí o zdravotních rizicích zejména u správních orgánů, ale i v odborné a širší veřejnosti. Aktualizované úkoly ke snižování expozic ze životního prostředí by měly reflektovat cíle obsažené v deklaraci 5. ministerské konference zdraví a životního prostředí v Parmě 2010 a zahrnout aktuální úkoly Akčního plánu zdraví a životního prostředí (NEHAP), přijatého vládním usnesením v roce 1998.

15. Primární péče

Základním článkem zdravotní péče je péče primární. Jde o koordinovanou komplexní zdravotně-sociální péči poskytovanou na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, ošetřováním a rehabilitací. Tyto činnosti by měly být poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí pacienta a respektovat jeho bio-psycho-sociální potřeby.

Celosvětově i v Evropě existují významné rozdíly v pojetí primární péče, v ČR je tradičně založena na **funkci praktických lékařů pro děti a dorost a praktických lékařů pro dospělé**. Od zavedení systému rodinných lékařů bylo upuštěno. Praktičtí lékaři registrují k dlouhodobé péči obyvatele dané lokality. S ohledem na znalost socioekonomických vlivů prostředí, konkrétních sociálních podmínek rodiny a dostupnost dalších specializovaných zdravotnických zařízení v regionu je tím umožněna koordinace péče o registrované pacienty nejen po stránce zdravotní, ale i po stránce sociální.

Zajištění primární péče o pacienty funguje v České republice dlouhodobě bez výraznějších změn. V průměru připadalo v roce 2008 na 1 úvazek praktického lékaře pro dospělé 1 626 registrovaných pacientů (1 523 pacientů na 1 lékaře v roce 2000). Na 1 registrovaného pacienta připadalo v průměru za rok 5,1 návštěv praktického lékaře (6,5 v roce 2000). Podle závěrů Zprávy o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví ČR (Kulatý stůl, 2008) nicméně primární péče neplní zcela roli koordinátora čerpání zdravotních služeb, protože k tomu nemá nástroje. Chybí právní úprava řízení péče od praktického lékaře ke specialistům. Navíc, **praktický lékař nemá vždy dostatečné informace o čerpání zdravotní péče** jeho registrovanými pacienty, protože ostatní lékaři ne vždy plní povinnost informovat praktického lékaře o poskytnutých službách, a informační systém zatím neexistuje.

Problematika primární péče a integrace systému poskytování péče zůstává prioritou a je zásadní i pro otázky prevence a další témata veřejného zdraví. Její začlenění výrazně zkvalitní nově aktualizovaný dokument a navíc přispěje i k jeho akceptování širším spektrem zdravotníků a odborníků. Je nutné dospět k legislativnímu zakotvení primární péče v ČR, definovat její postavení v systému a s tím související kompetence pro efektivně fungující zdravotní systémy. Zdravotně - sociální systém potřebuje posílit infrastrukturu primární péče, vyjasnit strategie a koncepce, aby mohl spoluřešit aktuální témata veřejného zdraví, reagovat na demografické a další současné i budoucí trendy ve společnosti, což je v souladu s rezolucí WHO k posílení primární péče.

16. Vzdělávání a plánování zdravotnických pracovníků

V rámci probíhající reformy zdravotnictví se vytváří nové koncepce vzdělávání zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, probíhá uznání již absolvovaného studia, vzájemné **uznávání diplomů a odborných kvalifikací, volný pohyb osob a služeb**. V nově vytvořené koncepci vzdělávání zdravotnických pracovníků však byly zjištěny nedostatky, a proto je nyní nutná novelizace legislativy v této oblasti.

Dosud se **nepodařilo zavést systém plánování**, který by zajistil, aby počty a odborné složení zdravotnických pracovníků odpovídaly aktuálním i budoucím potřebám. Nicméně počet pracovníků ve zdravotnictví je alespoň sledován, a to v rámci Programu statistických zjišťování MZ, který je součástí Národního zdravotnického informačního systému. V nejpočetněji zastoupených hlavních oborech činnosti dlouhodobě nedochází k výrazným změnám v počtu registrovaných lékařů. V roce 2010 v oboru všeobecné praktické lékařství pracovalo 5 259 lékařů (5 258 v r. 2000), v oboru **praktické lékařství pro děti a dorost** 3 212 lékařů, což znamenalo **mírný pokles** oproti roku 2000 (3 345 v r. 2000). Na jednoho registrovaného lékaře v ČR v roce 2000 připadlo 249 obyvatel, v roce 2009 o něco méně - 233 obyvatel. V uvedeném období se zvýšil počet lékařů v řadě oborů, např. kardiologii, diabetologii, geriatrici nebo alergologii. Dochází k proměně věkové struktury v lékařských povoláních. Zatímco v roce 2000 činil podíl lékařů nad 60 let 11 % celkového počtu, v roce 2009 to bylo 17%. U zubních lékařů byl tento posun ze 7 % v roce 2000 na 20% v roce 2009. **Mezi lety 2000 a 2009 stoupl počet absolventů všeobecného lékařství i středních zdravotnických škol**. Počet absolventů všeobecného lékařství na VŠ stoupl o 28 %. U zubních lékařů došlo k více než trojnásobnému nárůstu počtu absolventů. U absolventů středních a vyšších zdravotnických škol byl nárůst téměř dvojnásobný.

Je vhodné problematiku přípravy zdravotnických pracovníků v aktualizovaném dokumentu Zdraví 21 ponechat a přetrvávající či nové úkoly lépe definovat a konkretizovat, než jak tomu bylo v původním dokumentu Zdraví 21.

17. Zdravotnický výzkum

V ČR existuje stabilizovaný systém institucionalizovaného a orientovaného zdravotnického výzkumu, jehož garantem je Interní grantová agentura MZ. Zaměření výzkumu je dáno dlouhodobými cíli a prioritami, schválenými VR IGA a VR MZ. Vedle toho se na výzkumu podílí Grantová agentura ČR, Technologická agentura ČR a stále více také mezinárodní grantové agentury, zejména evropský 7. rámcový plán Evropského společenství pro výzkum, technologický rozvoj a demonstrace. Resortní program výzkumu a vývoje Ministerstva zdravotnictví (RVP) Koncepce zdravotnického aplikovaného výzkumu a vývoje do roku 2015 přímo vychází z tezí dokumentu Zdraví 21.

Zásadním problémem v oblasti vědy a výzkumu je **nedostatek finančních prostředků** v rámci rozpočtového ukazatele kapitoly MZ Věda a výzkum a jeho následné krácení. Dalším z problémů je **vysoké množství odmítaných posudků od nezávislých oponentů**. Podstatnou úlohu má zde i nízký rozpočet na hodnocení veřejné soutěže. Podpora výzkumu v oblasti veřejného zdraví v aktualizovaném dokumentu Zdraví 21 je žádoucí, je však potřeba lépe formulovat a konkretizovat úkoly k řešení.

18. Řízení a financování zdravotní péče

Problematika je v současné době řešena v rámci reformy zdravotnictví – jedná se o **reformní návrh zákona o zdravotních službách**. Otázka řízení kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacientů péče je řešena v rámci Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012. Také financování zdravotnického sektoru, zvyšování efektivity systému poskytování služeb a efektivní alokace nákladů zdravotní péče je součástí zdravotnické reformy. Současný systém úhrad zdravotní péče neodpovídá plně požadavku efektivního a ekonomického chování poskytovatelů zdravotní péče. Je nezbytné optimalizovat cenové hladiny a rozsah zdravotních výkonů plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění ve vztahu k možnostem jeho zdrojů a k potřebě zajištění adekvátní úrovně zdravotní péče.

19. Účast všech resortů

Zdraví obyvatelstva je podmínkou prosperity státu. Podpora a ochrana zdraví občanů by proto měly být důležitým kritériem při tvorbě strategií a programů všech resortů. Je faktem, že v minulých letech vznikla řada resortních strategických dokumentů a programů, které se přímo týkají podpory či ochrany veřejného zdraví, např. Národní strategie rozvoje cyklistické dopravy, Národní strategie bezpečnosti silničního provozu (MD), Strategie bezpečnosti potravin a výživy na období let 2010–2013 (MZe ve spolupráci s MZ a dalšími subjekty), Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012, Národní akční plán sociálního začleňování (MPSV), Státní politika životního prostředí (MŽP), atd. Nicméně nebyl vytvořen mechanismus pro hodnocení důsledků zásadních koncepcí a opatření resortů a vlády na veřejné zdraví. Posuzování zdravotních dopadů plynoucích z chystaných koncepcí a strategií není požadováno, zpracováváno a vyhodnocováno.

Nový Strategický rámec udržitelného rozvoje České republiky (SRUR), který vláda ČR schválila v lednu 2010 usnesením č. 37, by mohl přispět k vyšší zodpovědnosti resortů za zdraví obyvatel. V rámci prioritní osy 1 Společnost, člověk a zdraví je požadována ochrana zdraví obyvatelstva. Vláda v usnesení uložila ministrům a vedoucím ostatních ústředních správních úřadů vycházet při zpracování koncepčních a strategických dokumentů ze SRUR a poměřovat je s tímto rámcem. Dále doporučila guvernérovi ČNB, hejtmanům, primátorům statutárních měst a starostům obcí s rozšířenou působností, aby při koncepční činnosti jimi řízených úřadů vycházeli ze SRUR, která je tak zastřešujícím dokumentem pro všechny koncepční dokumenty vypracovávané v ČR.

20. Iniciativy občanů a profesionálů

Zvláštní důležitost při naplňování úkolů vedoucích k lepšímu zdraví obyvatelstva mají **iniciativní hnutí občanů nebo profesionálů**, jako je Zdravé město, Škola podporující zdraví nebo Bezpečná komunita, Stop obezitě apod. Jako dobrou je možno hodnotit práci některých nevládních organizací, zejména asociace Národní sítě Zdravých měst ČR (NSZM), která spolupracuje s dalšími nevládními subjekty, ale též s resorty (MŽP, MZ, MMR) a jimi řízenými organizacemi (např. SZÚ). NSZM je asociací aktivních místních samospráv, které se programově hlásí k principům udržitelného rozvoje, zapojují veřejnost do rozhodovacích procesů a podporují zdravý životní styl svých obyvatel.

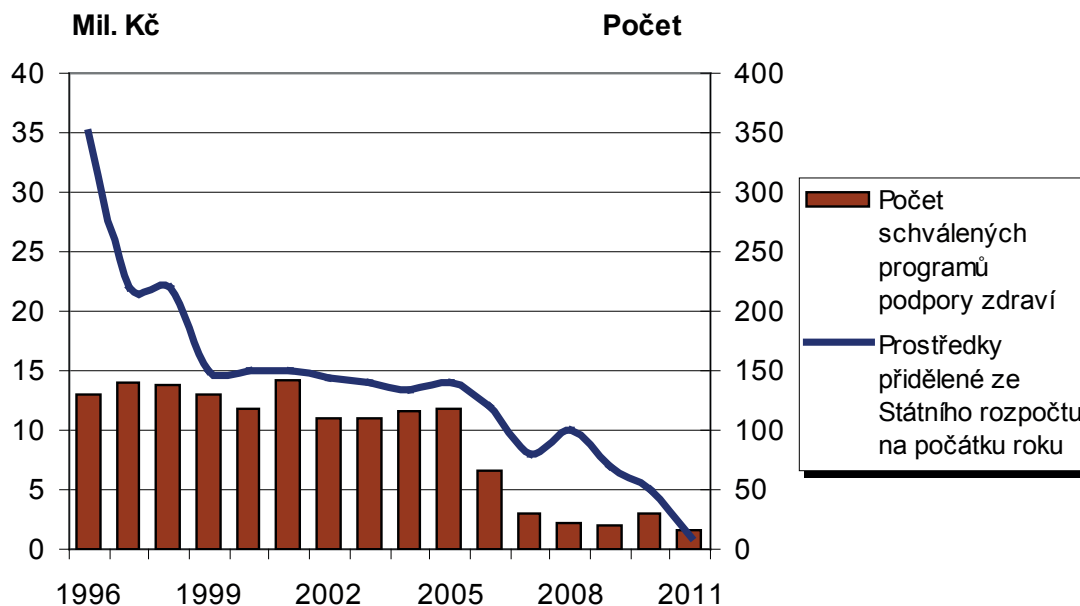
V souhrnu lze říci, že Zdravá města, obce a regiony se **promyšleně snaží utvářet město** (obec, region) jako kvalitní a příjemné místo pro život na základě dohody s obyvateli. Přínos členství v NSZM je především v zastřešení významnou mezinárodní autoritou (OSN-WHO) na principech a doporučeních EU a OSN. Plnění cílů programu Zdraví 21 by mělo být i nadále orientováno na zapojování veřejnosti do místních aktivit podpory zdraví ve Zdravých městech ČR. Do roku 2015 by mělo být nejméně 30 % municipalit ČR součástí sítě Zdravých měst či Zdravých komunit.

Závěr

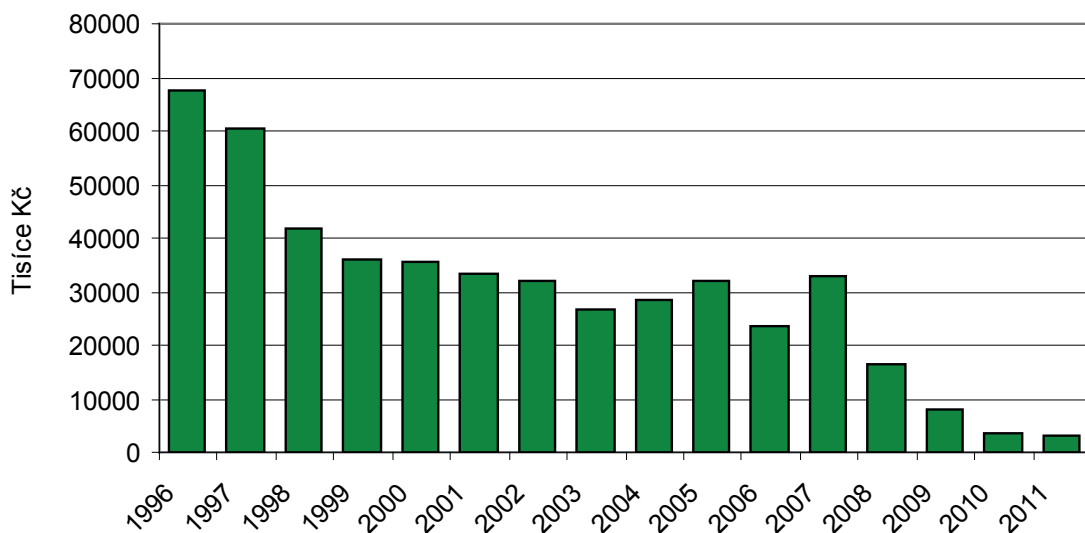
Pokud se týká implementace národního programu Zdraví 21 na krajské úrovni jakožto dlouhodobé strategie rozvoje zdravotního stavu obyvatel kraje, jej má v současné době zpracováno 10 krajů. Úroveň naplňování aktivit programu je však v jednotlivých krajích výrazně odlišná. V některých krajích je sice program zpracován, ale není aktualizován a **plnění jeho úkolů není hodnoceno**. Problémem je fakt, že bez opory v právních předpisech ČR je obtížné prosazovat plnění úkolů Zdraví 21 v krajích a municipalitách, neboť usnesení vlády jsou závazná pouze pro vládní sektor. Jedním z nástrojů pro naplňování cílů ochrany a podpory zdraví v dokumentu Zdraví 21 na této úrovni by podle Akčního plánu pro období 2011 až 2013 **Koncepce podpory místní Agendy 21 do roku 2020 (MA21)** měla být právě místní Agenda 21, která přispívá ke zlepšování kvality veřejné správy, zapojování veřejnosti, s cílem podpořit systematický postup k udržitelnému rozvoji na místní či regionální úrovni. Zapojení komerčního sektoru do aktivit na poli podpory zdraví je dosud minimální.

Finanční prostředky uvolňované na plnění cílů Zdraví 21 v krajích a na městské a obecní úrovni **neustále klesají**. Dlouhodobě klesá objem finančních prostředků na realizaci projektů podpory zdraví (obr. 29) a projektů v oblasti aktivit HIV/AIDS (obr. 30) z rozpočtu MZ. Dominantní zdrojem financování projektů se stávají v současné době Evropské strukturální fondy, které ovšem nejsou pro řadu organizací s regionální působností v oblasti prevence a podpory veřejného zdraví dostupné. Trvale klesají finanční prostředky věnované resorty, včetně zdravotnického, cestou dotačních řízení na podporu nestátních neziskových organizací pracujících v oblasti podpory zdraví v krajích a municipalitách.

Obr. 29 Finanční prostředky v mil. Kč přidělené ze státního rozpočtu na projekty podpory veřejného zdraví a jejich schválený počet v období 1996–2011



Zdroj: MZ OOVZ

Obr. 30 Finanční prostředky v tis. Kč vydané na řešení problematiky HIV/AIDS, 1996–2011

Zdroj: MZ OOVZ

Infrastruktura ochrany a podpory veřejného zdraví je v současné době spolu s financováním limitujícím faktorem pro plnění aktivit programu Zdraví 21. V posledních letech došlo ke **snížení počtu odborných pracovníků v oblasti podpory zdraví** na dislokovaných pracovištích podpory zdraví Státního zdravotního ústavu, čímž byla narušena odborná a intervenční činnost v oblasti primární prevence a podpory zdraví v krajích, a dále k redukci počtu pracovníků podpory zdraví také na MZ.

Příloha č. 2

VYBRANÉ LEGISLATIVNÍ, STRATEGICKÉ A KONCEPČNÍ MATERIÁLY V OBLASTI PODPORY A OCHRANY VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ¹

¹ Jedná se o indikativní seznam klíčových legislativních, strategických a koncepčních dokumentů.

Obsah

OBECNÉ DOKUMENTY	3
Světová zdravotnická organizace (SZO).....	3
Rada Evropy.....	3
Evropská unie (EU)	3
Česká republika.....	3
PROBLEMATIKA ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ A ZDRAVÍ	4
Světová zdravotnická organizace (SZO).....	4
Česká republika.....	4
PROBLEMATIKA OCHRANY ZDRAVÍ PŘI PRÁCI	4
Mezinárodní organizace práce (MOP).....	4
Světová zdravotnická organizace (SZO).....	4
Evropská unie (EU)	4
Česká republika.....	4
PROBLEMATIKA INFEKČNÍCH NEMOCÍ.....	5
Světová zdravotnická organizace (SZO).....	5
Evropská unie (EU)	5
Česká republika.....	5
PROBLEMATIKA PODPORY ZDRAVÍ.....	5
Organizace spojených národů (OSN)	5
Světová zdravotnická organizace (SZO).....	5
Evropská unie (EU)	6
Česká republika.....	6
PROBLEMATIKA BEZPEČNOSTI POTRAVIN A VÝŽIVY	7
Světová zdravotnická organizace (SZO).....	7
Evropská unie (EU)	7
Česká republika.....	7

OBECNÉ DOKUMENTY

Světová zdravotnická organizace (SZO)

- Zdraví 2020 – evropský rámec pro politiky pro zdraví a prosperitu (SZO, 2012)
- Evropský akční plán pro posílení kapacit a služeb ve veřejném zdraví (SZO, 2012)
- Talinská charta: Zdravotní systémy pro zdraví a blahobyt (SZO, 2008)
- Zdraví 21/Health 21 – HealthforAll in the 21st Century (SZO, 1999)

Rada Evropy

- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod
- Úmluva Rady Evropy o lidských právech a biomedicině

Evropská unie (EU)

- Článek 168 Smlouvy o fungování Evropské unie-ve znění Lisabonské smlouvy
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 851/2004 o zřízení ECDC
- Bílá kniha – Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008 – 2013 (2007)
- Zelená kniha – akční program pro veřejné zdraví (COM/2005/637)
- Akční program společenství v oblasti zdraví (2008–2013) (rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady EU č.1350/2007 ES)
- Sdělení Komise: Solidarita ve zdraví: snížení nerovností ve zdraví v EU (2009) a související závěry Rady (2010)

Česká republika

- Ústava České republiky (ústavní zákon č. 1/1993 Sb.)
- Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky – NEHAP (UV č. 810/1998)
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (96/2004 Sb.)
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (včetně prováděcích předpisů)
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- Zákon č. 373/2011 Sb., zákon o specifických zdravotních službách
- Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (UV č. 1046/2002)
- „Strategický rámec udržitelného rozvoje České republiky“ (prioritní osa 1 – populace, člověk a zdraví) (UV č. 37/2010)
- Strategie podpory dostupnosti a kvality veřejných služeb (UV č. 824/2004)
- Národní program podpory jakosti – národní politika jakosti (UV č. 458/2000)

PROBLEMATIKA ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ A ZDRAVÍ

Světová zdravotnická organizace (SZO)

- Parnská deklarace k životnímu prostředí a zdraví (SZO, 2010)
- Evropská zdravotní strategie péče o děti a mládež (SZO, 2005)
- Evropský akční plán pro zdraví a životní prostředí pro děti (SZO, 2004)
- Celoevropský program doprava, zdraví a životní prostředí UNECE a Evropské úřadovny SZO (2002)

Česká republika

- Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky ve vztahu k životnímu prostředí (UV č. 369/1991 Sb.)
- Protokol o vodě a zdraví (v ČR ratifikován 2001, právní závaznost od r. 2005) – dlouhodobý strategický dokument, v současnosti stanovené národní cíle končí rokem 2015, ale některé jsou „průběžné“ a budou pokračovat i po r. 2015
- Nařízení vlády č. 197/20003 Sb., o plánu odpadového hospodářství ČR
- Stockholmská úmluva o persistentních organických polutantech (UV č. 483/2001)
- Národní implementační plán Stockholmské úmluvy o perzistentních organických polutantech (UV č. 1572/2005)
- Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017 (UV č. 926/2007)
- Národní strategie rozvoje cyklistické dopravy České republiky (UV č. 678/2004)
- Revize a aktualizace Národní strategie bezpečnosti silničního provozu na období let 2008 až 2010 (2012), (UV č. 1584/2008)

PROBLEMATIKA OCHRANY ZDRAVÍ PŘI PRÁCI

Mezinárodní organizace práce (MOP)

- Úmluva Mezinárodní organizace práce (MOP) č. 187 o podpůrném rámci pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (MOP, 2006; ČR ratifikovala 13. 10. 2008)

Světová zdravotnická organizace (SZO)

- Globální akční plán SZO pro zdraví dělníků 2008–2017 (SZO, 2007)

Evropská unie (EU)

- Nařízení (EC) č. 1338/2008 Evropského parlamentu a Rady o statistice Společenství v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci

Česká republika

- Úmluva MOP č. 161, v ČR jako vyhláška č. 145/1988 Sb. O Úmluvě o závodních zdravotních službách (MOP, 1985; UV č. 145/1988)
- Národní politika bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (UV 920/2008)
- Národní akční program bezpečnosti a ochrany zdraví při práci na období 2009-2010 (schváleno Radou vlády pro BOZP 17. 12. 2008)

PROBLEMATIKA INFEKČNÍCH NEMOCÍ

Světová zdravotnická organizace (SZO)

- Mezinárodní zdravotní řád (SZO, 2005)

Evropská unie (EU)

- Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 2119/98/ES ze dne 24. září 1998 o zřízení sítě epidemiologického dozoru a kontroly přenosných nemocí ve Společenství
- Sdělení Komise Evropskému parlamentu a Radě – Akční plán proti rostoucím hrozbám antimikrobiální rezistence (KOM/2001/0748)
- Doporučení Rady EU (2002/77/ES) o obezřetném používání antimikrobiálních látek v lékařství
- Doporučení Rady EU ze dne 22. prosince 2009 o očkování proti sezónní chřipce (2009/1019/EU)
- Core functions of microbiology reference laboratories (ECDC, 2010)
- Doporučení Rady EU ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C 151/01)
- ECDC dlouhodobá strategie surveillance 2014-2020
- Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1082/2013/EU ze dne 22. října 2013 o vážných přeshraničních zdravotních hrozbách

Česká republika

- Národní pandemický plán ČR (UV č. 682/2011)
- Národní akční plán ČR pro případ vzniku události podléhající mezinárodnímu zdravotnímu řádu (IHR) – t.č. v přípravě
- Národní akční plán na zlepšení proočkovanosti proti sezónní chřipce (UV č. 600/2011)
- Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období let 2008–2012 (UV č. 130/2008)
- Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012 (MZČR)
- Akční plán Národního antibiotického program pro období 2011-2013

PROBLEMATIKA PODPORY ZDRAVÍ

Organizace spojených národů (OSN)

- Politická deklarace OSN o neinfekčních nemocech (OSN, 2011)

Světová zdravotnická organizace (SZO)

- Rámcová úmluva SZO o kontrole tabáku (SZO, 2003; ČR ratifikovala v r. 2012)
- Strategie a akční plán pro zdravé stárnutí v Evropě 2012–2020 (SZO, 2012)
- Globální strategie pro snižování škodlivého užívání alkoholu (SZO, 2010)
- Akční plán pro Globální kampaň pro prevenci násilí pro roky 2012 – 2020 (SZO, 2012)
- Akční plán pro implementaci Evropské strategie pro prevenci a kontrolu nepřenosných onemocnění (2011–2016), Baku, (SZO, 2011)
- Globální strategie a Evropský Akční plán k snižování škodlivého užívání alkoholu 2012 - 2020 (SZO, 2010 a 2011)

- Globální doporučení pohybové aktivity pro zdraví (SZO, 2010)
- Globální akční plán SZO pro prevenci a kontrolu neinfekčních onemocnění 2013-2020 (2013)
- Akční plán ke Globální strategii pro prevenci a kontrolu chronických neinfekčních onemocnění na léta 2008 – 2013 (SZO, 2008)
- Akční plán pro realizaci Evropské strategie prevence a kontroly neinfekčních onemocnění 2012–2016 (SZO, 2012);
- Evropská strategie pro prevenci a kontrolu neinfekčních onemocnění 2012–2016 (SZO, 2012)
- Evropská charta boje proti obezitě (SZO, 2006)
- Deklarace o duševním zdraví pro Evropu (SZO, 2005)
- Akční plán duševního zdraví pro Evropu 2013-2020 (SZO, 2013)
- Globální strategie zaměřená na výživu, pohybovou aktivitu a zdraví (SZO, 2003)
- Ottawská charta podpory zdraví (SZO, 1986)
- Závěrečná zpráva komise SZO pro sociální determinanty zdraví (SZO, 2008)

Evropská unie (EU)

- Sdělení EK: Strategie EU na podporu členských států při snižování škod souvisejících s alkoholem (2006) a související závěry Rady (2007, 2009)
- Zelená kniha – Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva: Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii. Brusel, 14. 10. 2005
- Bílá kniha – Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou (2007)
- Bílá kniha o sportu (2007)
- Závěry Rady ze dne 8. června 2010 o opatřeních týkajících se omezení příjmu soli u obyvatelstva v zájmu lepšího zdraví
- Evropský pakt o duševním zdraví a osobní pohodě (European Pact for Mental Health and Well-being, Brusel, 12. - 13. 6. 2008)
- Doporučení Rady ze dne 30. listopadu 2009 o nekuřáckém prostředí
- Závěry Rady ze dne 1. prosince 2009 o alkoholu a zdraví
- Závěry Rady ze dne 7. prosince 2012 o zdravém stárnutí v průběhu životního cyklu
- Závěry Rady ze dne 2. prosince 2011 o odstraňování rozdílů v oblasti zdraví v rámci EU prostřednictvím koordinovaných opatření na podporu zdravých životních návyků

Česká republika

- Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018 (UV č. 340/2010)
- Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů
- Strategie bezpečnosti potravin a výživy na období let 2010 až 2013 (UV č. 61/2010)
- Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (UV č. 8/2008)

PROBLEMATIKA BEZPEČNOSTI POTRAVIN A VÝŽIVY

Světová zdravotnická organizace (SZO)

- Vídeňská deklarace o výživě a nepřenosných onemocněních v kontextu programu Zdraví 2020 (SZO, 2013)
- Evropský akční plán SZO pro potraviny a výživovou politiku 2007 – 2012 (SZO, 2008)

Evropská unie (EU)

- Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 178/2002 ze dne 28. ledna 2002, kterým se stanoví obecné zásady a požadavky potravinového práva, zřizuje se Evropský úřad pro bezpečnost potravin a stanoví se postupy týkající se bezpečnosti potravin
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 852/2004 ze dne 29. dubna 2004 o hygieně potravin
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 882/2004, ze dne 29. dubna 2004 o úředních kontrolách za účelem ověření dodržování právních předpisů týkajících se krmiv a potravin a pravidel o zdraví zvířat a dobrých životních podmínkách zvířat;
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 1935/2004 ze dne 27. října 2004 o materiálech a předmětech určených pro styk s potravinami a o zrušení směrnic 80/590/EHS a 89/109/EHS;
- Bílá kniha o zdravotní nezávadnosti potravin (1999)
- Doporučení Evropské komise ze dne 28. dubna 2010 o výzkumné iniciativě společného plánování „Zdravá strava pro zdravý život“ (doporučení č.2010/250/EU).

Česká republika

- Strategie bezpečnosti potravin a výživy pro ČR 2010 – 2013 (UV č.61/2010)
- Strategie bezpečnosti potravin a výživy pro ČR 2014 – 2020 (UV č. 25/2014)
- Zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (včetně prováděcích předpisů)

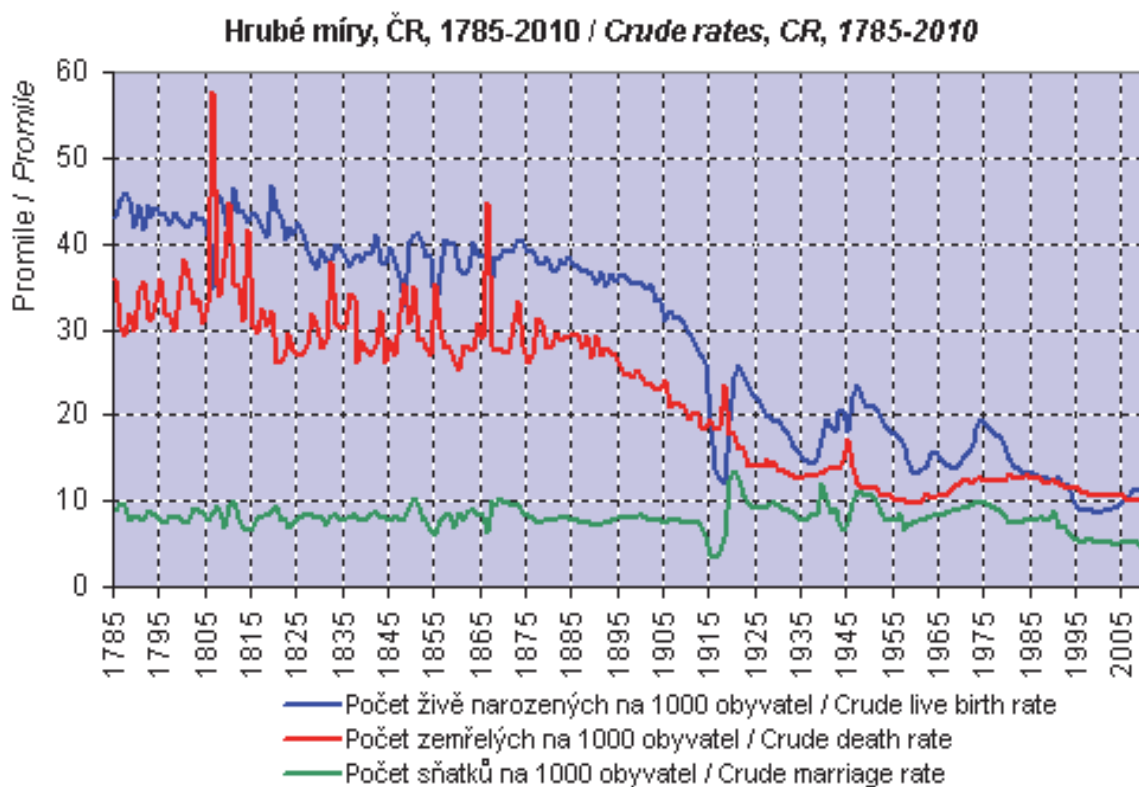
Příloha č. 3

EFEKTIVITA PRIMÁRNÍ PREVENCE NEMOCÍ

Vybrané příklady

Graf č. 1 Dlouhodobý pokles celkové úmrtnosti jako důsledek primární prevence

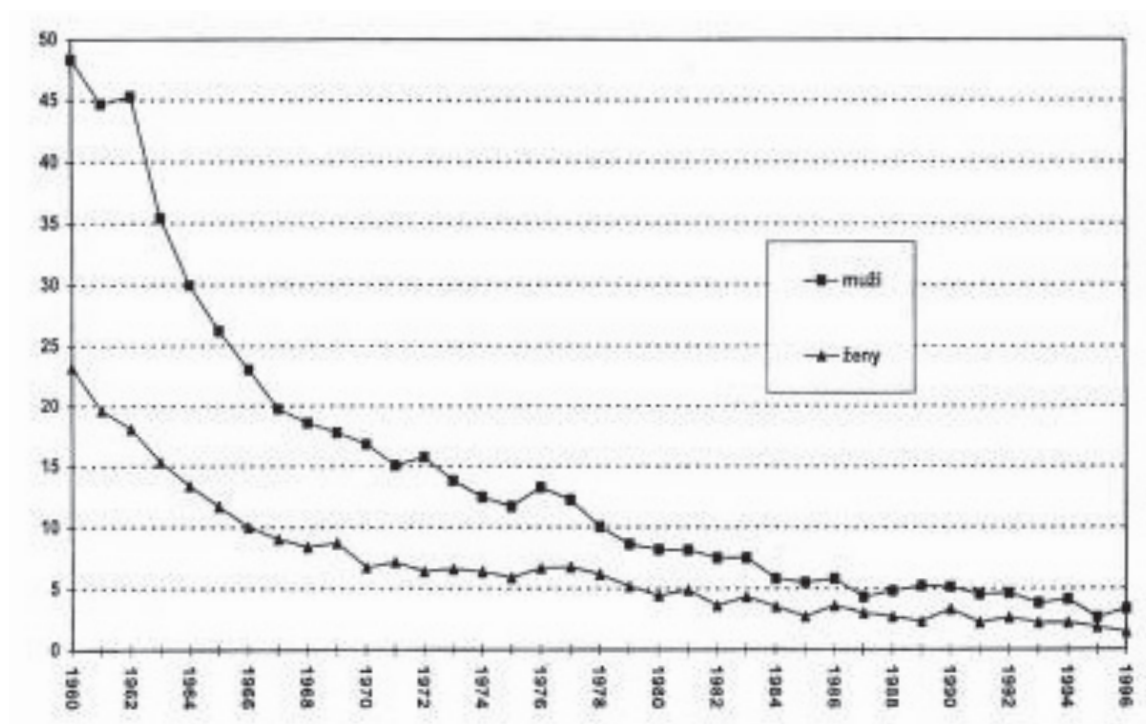
Podíl infekcí na úmrtnosti se během 20. století snížil více než 2,5krát, z 12,5/1000 obyvatel na méně než 5/1000. Byl to důsledek primární prevence, především: výrazného zlepšení hygienických podmínek, hygienických opatření a očkování. Ještě na počátku 20. století tvořily infekce 50% všech úmrtí. Graf znázorňuje dlouhodobý pokles zemřelých na 1 000 obyvatel.



Zdroj: ČSÚ Obyvatelstvo - roční časové řady http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu

Grafč. 2 Pokles úmrtnosti na infekce v druhé polovině 20. století

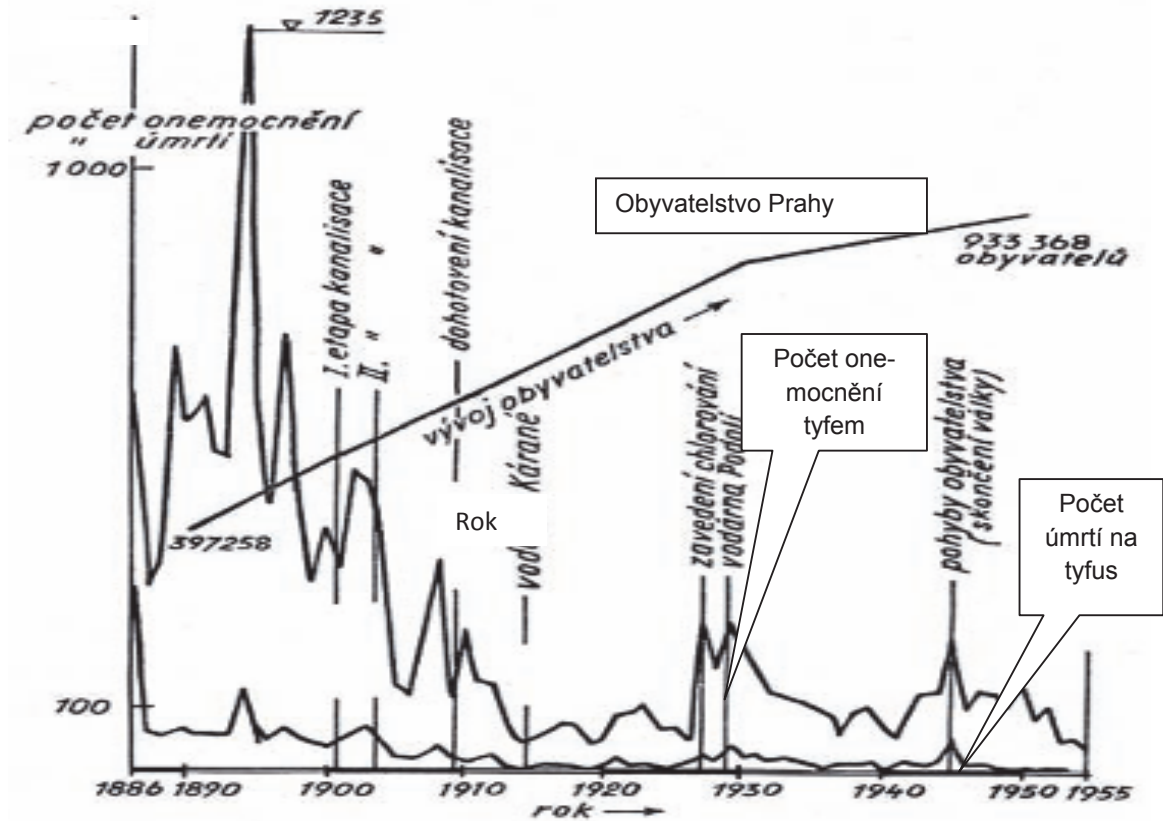
Na grafu je znázorněn pokles úmrtnosti, ke kterému došlo zásluhou zavedení antibiotické léčby. Bez primární prevence by však zvládnutí infekcí bylo méně úspěšné a nadto vysoce nákladné.



Zdroj: Státní zdravotní ústav, http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/odbor_epidem_nemoci.pdf

Graf č. 3 Pokles úmrtnosti na břišní tyfus po zavedení hygienických opatření

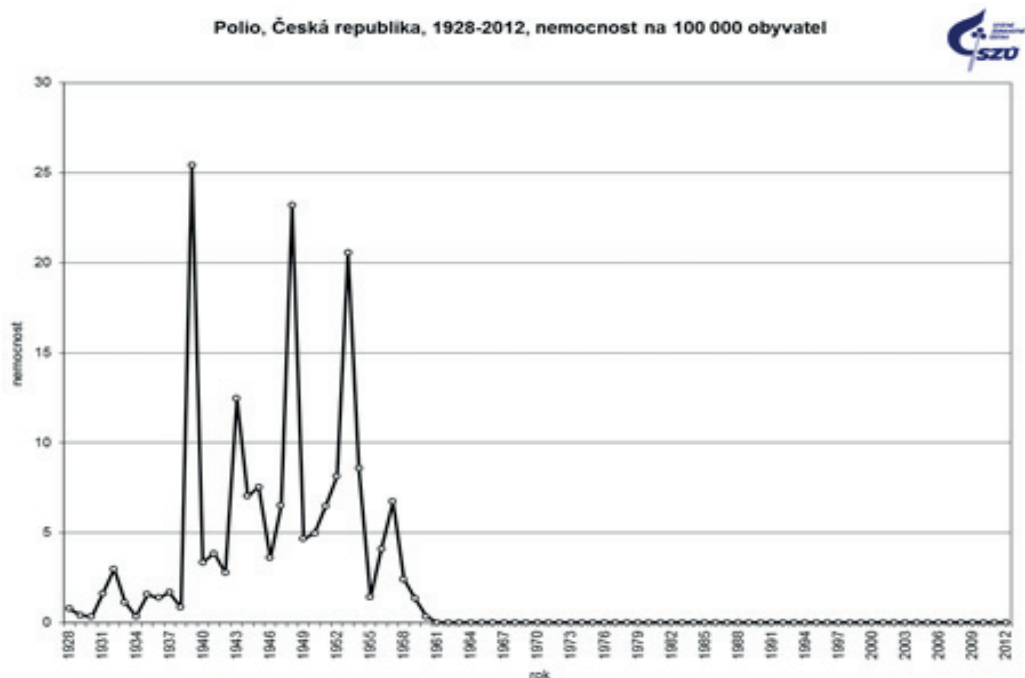
Po vybudování kanalizace, vodovodu a po zavedení chlorace pitné vody významně poklesla úmrtnost i nemocnost na břišní tyfus. Je to jeden z prvních objektivních důkazů zdravotního přínosu hygienických opatření u nás.



Zdroj: Bencko V. Primární prevence nemocí hromadného výskytu. www.hkap.cz/wp-content/uploads/file/velehrad%20Bencko.ppt

Graf č. 4 Potlačení dětské obrny očkováním

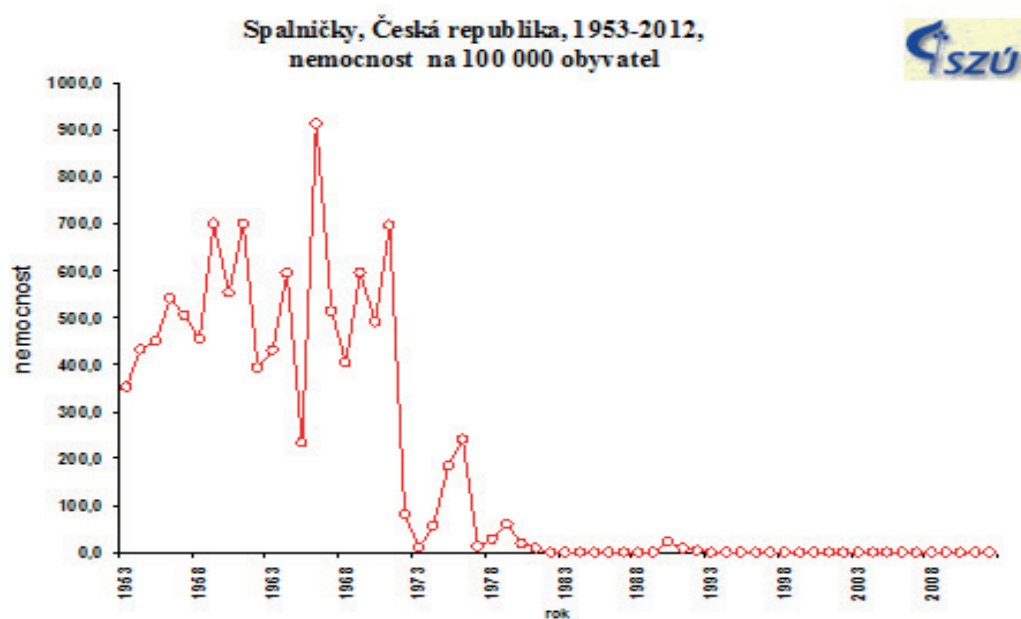
Potlačení dětské obrny, poliomyelitidy je důkazem jednoznačného efektu primární prevence. Podmínkou úspěchu je dostatek prostředků a vysoká proočkovanost, daná perfektní organizací očkování a monitorováním specifické imunity proti dané nákaze.



Zdroj: SZÚ

Graf č. 5 Zvládnutí spalniček očkováním

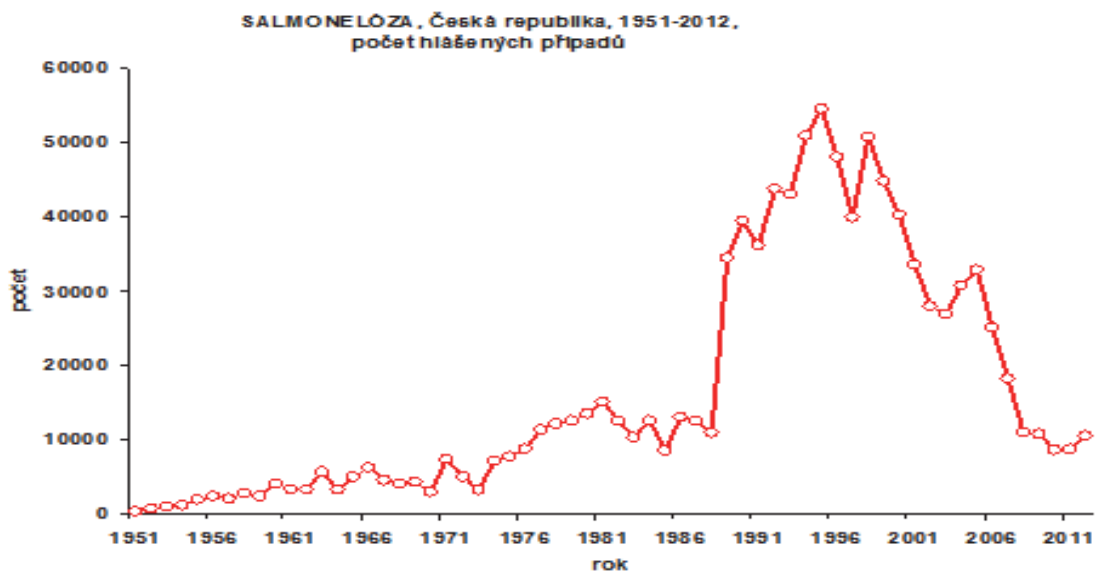
Dokud bylo očkování nepovinné, patřily spalničky mezi nejčastější příčiny smrti u dětí do 5 let. Jednalo se hlavně o navazující zápaly plic, průdušnice, mozku nebo srdečního svalu. Jedna dávka očkovací látky se ukázala jako nedostatečná, proto bylo zavedeno očkování druhou dávkou.



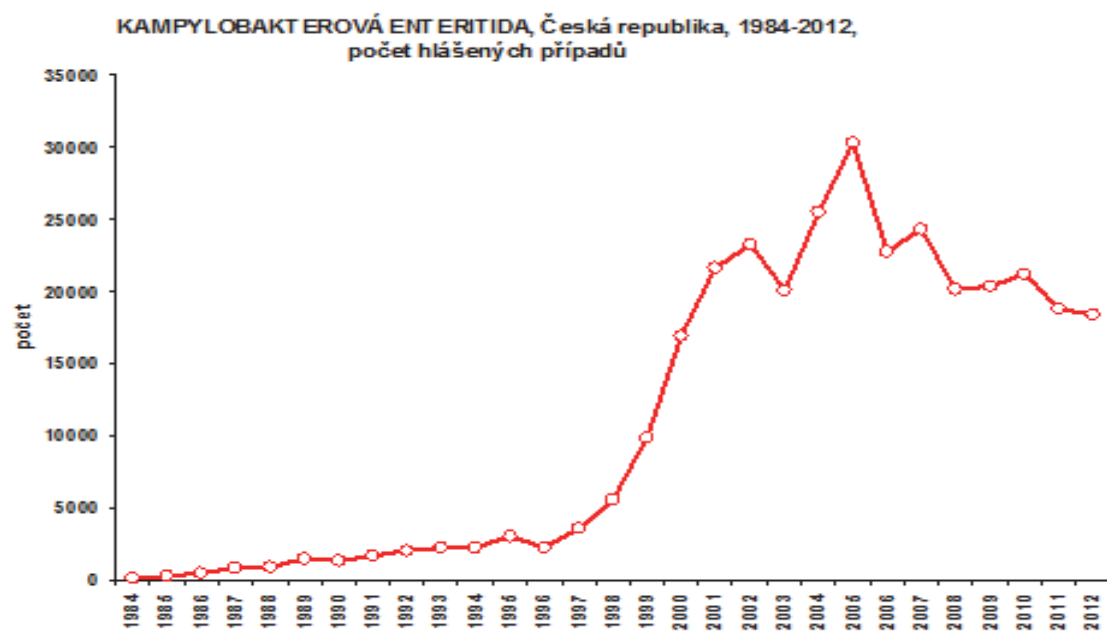
Zdroj: SZÚ

Graf č. 6, 7,8 Zásluha hygienických opatření na zvládnutí infekcí z potravin

U řady infekčních nemocí se podařilo díky prevenci zvládnout vzestupný trend a v posledních letech jsou na ústupu: například salmonelózy, kampylobakterové enteritidy a listeriózy.

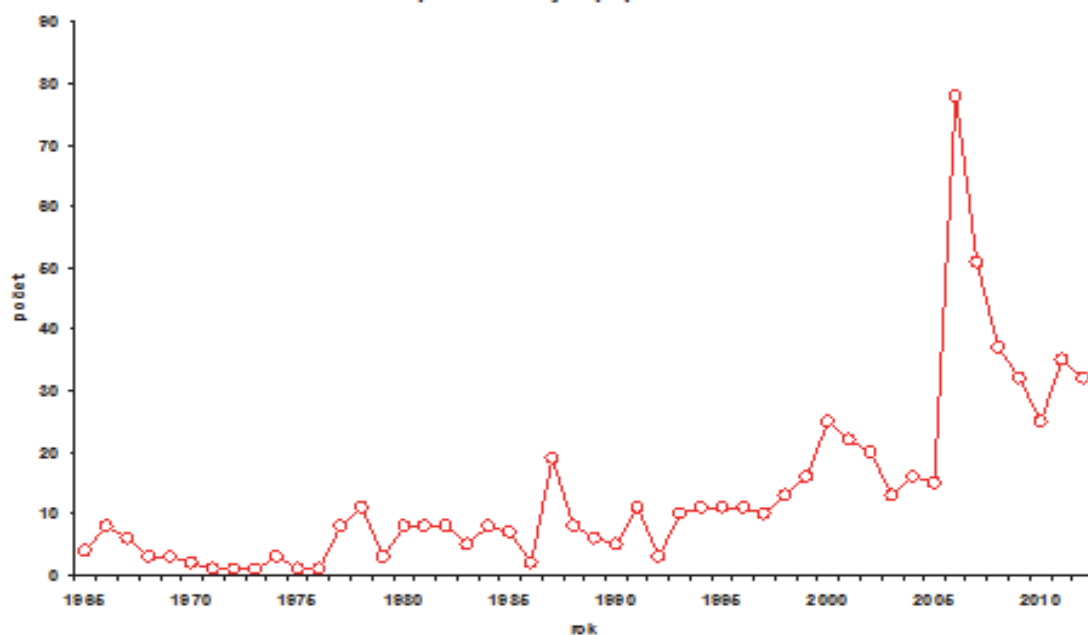


Zdroj: SZÚ



Zdroj: SZÚ

LISTERIÓZA, Česká republika, 1965-2012,
počet hlášených případů

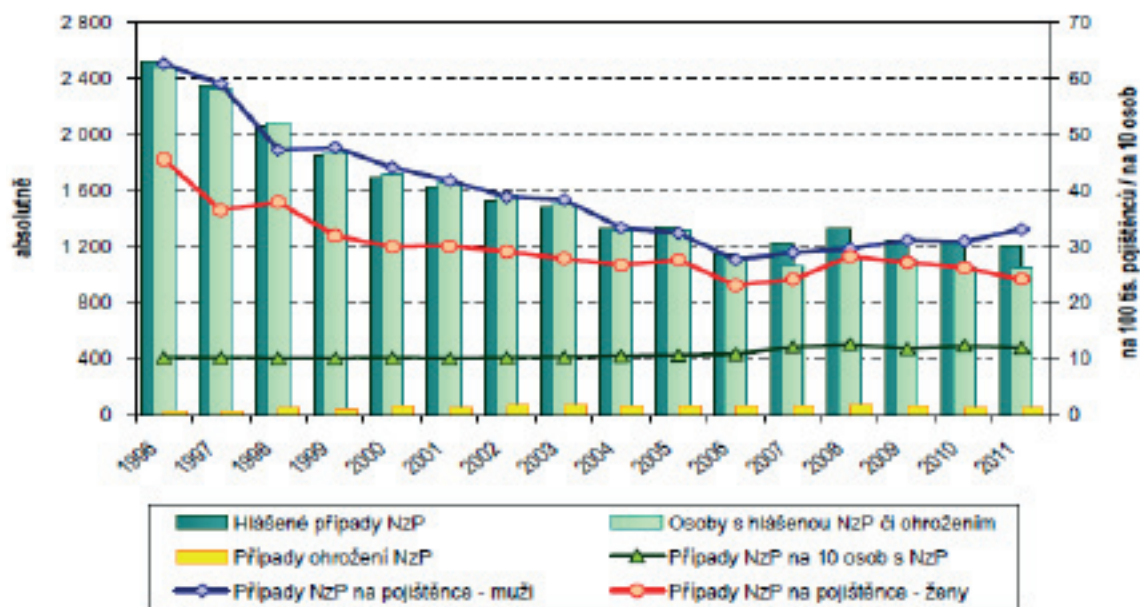


Zdroj: SZÚ

Graf č. 9 Vývoj počtu nemocí z povolání a ohrožení nemocí z povolání

Klesající počet nemocí z povolání je pozitivním výsledkem spoluúčasti více partnerů při ochraně zdraví na pracovištích: orgánů státního zdravotního dozoru, podnikatelů, zaměstnanců a odborů. Příznivý trend se však v posledních letech zastavil.

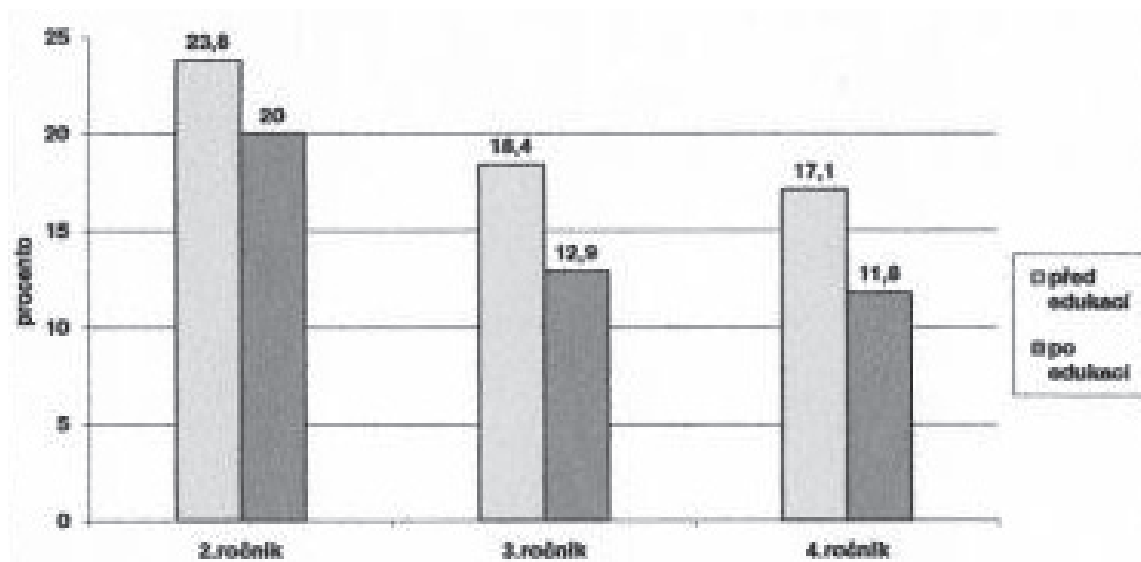
Vývoj hlášených nemocí z povolání v letech 1996–2011



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 27/2012

Graf č. 10 Pokles úrazů po realizaci preventivního programu u dětí

Snížení dopravních úrazů u dětí v 10 okresech Středočeského kraje před a po edukativní intervenci. V ČR utrpí dopravní úraz ročně okolo 4000 dětí. Preventivní program v letech 2007–2008 zaměřený na dopravní výchovu snížil výskyt těchto úrazů o 12–20%. Relativní četnosti celkového počtu dopravních úrazů v jednotlivých ročnících ZŠ



Zdroj: Časopis Hygiena 2008, č. 4, str. 120

Největší epidemie virové hepatitidy A v ČR (1979–1980)

Epidemie byla způsobena hrubými závadami v technologii výroby jahodových mixů v Československé socialistické republice, a to při výrobě zmrzliny, mražených krémů a dalších produktů, kdy zamražené jahody z Polska nebyly při výrobě před jejich smícháním se smetanou nebo tvarohem a zamražením tepelně opračované. Onemocnělo 32 tisíc lidí, což způsobilo ztrátu okolo 8000 roků produktivního života, a ztráta představovala, po přepočtu na dnešní ceny, 4,4 mld. Kč. Vesměs onemocněly děti, jinak by byly ztráty na produktivitě větší. Náklady na léčení byly okolo 16 mld. Kč. 2 roky epidemie tedy způsobily škody za více než 20 mld. Kč. Stanovením účinných protiepidemických opatření se šíření nákazy zastavilo a zamezilo se dalším ztrátám.

Prevence poruch štítné žlázy z nedostatku jódu

Systematická preventivní opatření realizovaná v letech 1995–2005 odstranila v ČR nedostatek jódu v potravě, který začal vážně ohrožovat zdraví populace, zejména dětí. Na preventivním programu se podílel Státní zdravotní ústav, Endokrinologický ústav, hygienická služba a odborníci v pediatrii.

Realizované preventivní aktivity:

- ustavení Meziresortní komise pro jódový deficit
- navýšení obsahu jódu v kuchyňské soli a nahrazení nestabilního jodidu jodičnanem
- obohacování dětských přesnídávek a mléčných výrobků pro náhradní kojeneckou výživu jódem
- zvýšení podílu jódované soli při velkovýrobě potravin
- informační kampaně pro veřejnost
- monitorování saturace jódem u populace a jódu v potravinách a surovinách.

Stav se postupně zlepšoval, po roce 2002 byl deficit jódu odstraněn a zavedená opatření se ukázala jako trvale udržitelná. Úspěch potvrdila Mezinárodní komise pro poruchy z nedostatku jódu při WHO a ČR se stala jednou z nemnoha zemí s rychlým a efektivním vyřešením problému. Pozitivní zkušeností byla dobrá spolupráce s podnikatelským sektorem (výrobci potravin, nápojů a léčiv).

Ekonomický přínos primární prevence neinfekčních chronických chorob

80 % nemocí, které tvoří hlavní zátěž rozpočtu zdravotnictví, jsou nemoci, jimž lze předcházet. Na jejich léčení se vydává okolo 185 mld. Kč/rok. Efektivní primární prevencí lze v brzké době dosáhnout snížení výskytu závažných chronických onemocnění přinejmenším o 5 %. Přineslo by to úspory na zdravotní péči okolo 10 mld. Kč/rok a přínos 10 mld. Kč/rok do hrubého domácího produktu (HDP) omezením ztrát z absencí v zaměstnání. Do nákladově efektivních programů primární prevence je třeba investovat okolo 10 % očekávaných přínosů.

Příkladem je diabetes mellitus II. typu, který způsobuje roční souhrnné ztráty 20 400 roků zdravého života s plným pracovním nasazením, což představuje snížení příspěvku do HDP o 16 mld. Kč/rok. Výdaje na léčení jsou okolo 20 mld. Kč/rok. Nemoc tedy ochuzuje společnost o 36 mld. Kč/rok. Snížením výskytu nemoci efektivní primární prevencí o 5 % by společnost získala 1,8 mld. Kč/rok.

Ředitelka Evropské úřadovny Světové zdravotnické organizace Zsuzsana Jakab konstatovala, že aktivitami zaměřenými na zvládnutí sedmi rizikových faktorů – vysokého krevního tlaku, vysokého cholesterolu v krvi, vysokého krevního cukru, nadměrné tělesné hmotnosti, nedostatečné pohybové aktivity, kouření a nadměrné konzumace alkoholu - by bylo možné snížit počet roků ztracených nemocemi a předčasným úmrtím (DALYs) v Evropě o 60 % a ve vysokopříjmových zemích o 45 %.

Zdroj: Zsuzsana Jakab: Health 2020: a new policy for a new policy era. 11th European Health Forum Gastein, 6 Oct. 2011, Bad Hofgastein, Austria.

Přínos do HDP při 5% snížení pracovní neschopnosti pro nemoc

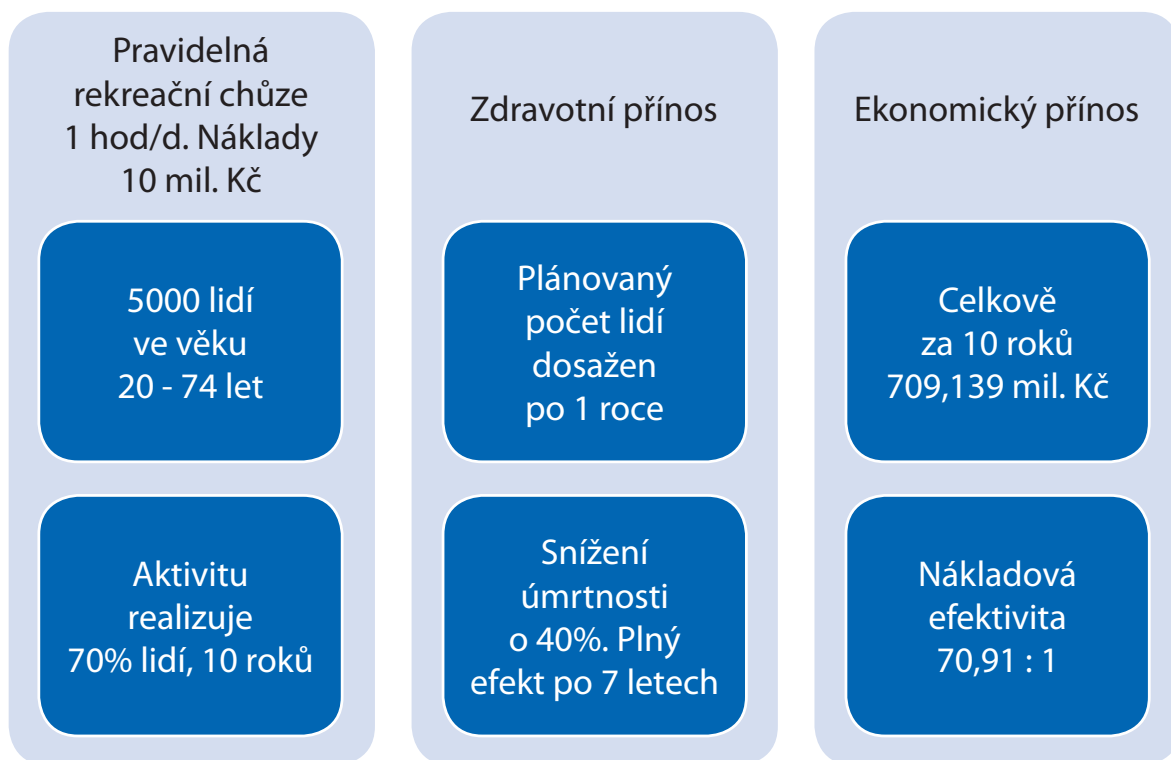
V ČR je ročně okolo 2,5 mil. případů pracovní neschopnosti pro nemoc (rok 2008). Podíl nemocí, kterým lze předcházet, činí okolo 80 %, tj. 2 mil. případů. Při průměrném trvání neschopnosti 35 dnů to představuje 191 780 ztracených roků. Roční příspěvek jednoho pracujícího člověka do HDP činí v průměru 785 000 Kč, celková ztráta na HDP tedy tvoří téměř 150 mld. Kč/rok.

Pokud by se efektivní primární prevencí snížil počet pracovních neschopností o 5 %, přineslo by to do HDP 7,5 mld. Kč/rok. Investice do primární prevence okolo 500–750 mil. Kč/rok by byla z hlediska snížení pracovní neschopnosti nákladově efektivní.

Ekonomický a zdravotní přínos pravidelné pohybové aktivity

Pravidelná pohybová aktivita patří mezi nejdůležitější způsoby posilování zdraví a primární prevence řady nemocí: srdečních a oběhových, metabolických (obezita, diabetes mellitus II. typu aj.), pohybových, nádorových a některých duševních poruch. Světová zdravotnická organizace (WHO) vypracovala metodu modelování zdravotního a ekonomického přínosu pravidelné rekreační chůze a cyklistiky. Jeho pomocí byl vypracován následující příklad efektivního intervenčního programu: **Z příkladu je patrné**, že díky intervenčnímu preventivnímu programu, který by přesvědčil 70 % z 5000 lidí, aby se denně věnovali chůzi trvající 1 hodinu,

a vytrvali by 10 roků, by se **jejich úmrtnost snížila o 40 %**, což by přineslo celkové úspory 709 139 000 Kč. Kdyby do programu bylo investováno 10 mil. Kč, nákladová efektivita by byla 70,91 : 1, tj. jedna investovaná koruna by přinesla téměř 71 Kč.



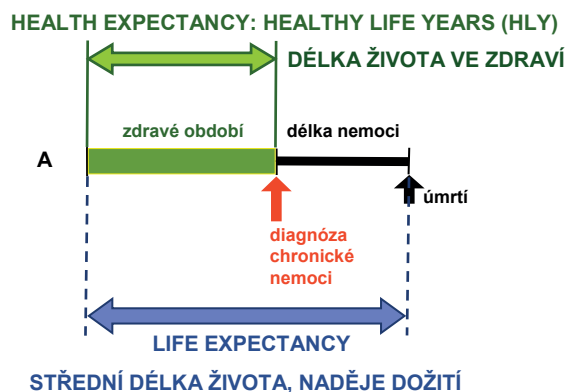
Zdroj: WHO: Health economic assessment tool (HEAT) www.euro.who.int/HEDAT po dosažení modelových dat ČR do výpočtu

Etická dimenze primární prevence nemocí

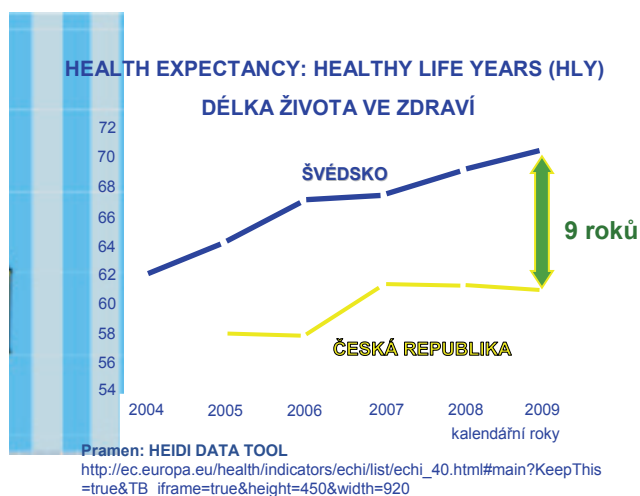
Uvedené příklady ekonomické efektivity primární prevence jsou jen jednou stránkou významu předcházení nemocem. Neméně důležitá je i stránka etická. Každá vážná nemoc představuje velké strádání nemocných a jejich blízkých, bolest, omezení soběstačnosti a snížení kvality života.

Příloha č. 4

VÝVOJ DÉLKY ŽIVOTA VE ZDRAVÍ



Délka života ve zdraví je ukazatelem, který kombinováním informací o úmrtnosti a zdravotním stavu jednoduchou formou popisuje zdraví populace, vyjadřuje počet let, které v průměru zbývají osobě v určitém věku či při narození k prožití ve zdraví.



Srovnatelnost tohoto indikátoru zdraví není závislá na velikosti populace a její věkové struktuře. Indikátor je tedy dobře srovnatelný jak mezi populacemi, tak z hlediska vývoje a času. Ve Švédsku je zdravé období života (tj. délka života ve zdraví) o 9 roků delší než v České republice.



Vzhledem k tomu, že celková střední délka života je ve Švédsku delší o 4 roky, prožijí tedy Švédové nejen delší, ale z hlediska zdraví i kvalitnější život, či opačně v nemoci a s výrazně omezenou kvalitou života strávíme v ČR o 5 let více než ve Švédsku. Což znamená i to, že české zdravotnictví léčí a vynakládá finanční prostředky na každého z nás o 5 let déle než ve Švédsku.

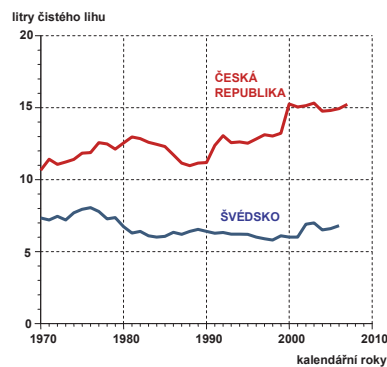
Je nezbytné využít všech mechanismů, které má společnost k dispozici, s cílem prodloužit délku zdravého období života a zlepšit navazující péči. Je to úkol pro všechny rezorty, pro všechny organizace, rodiny i jednotlivce.



Nestačí usilovat jen o ekonomickou reformu zdravotnických zařízení ani zvyšovat náklady na provoz ambulance a nemocnic.

Spotřeba alkoholu na osobu starší 15 let v litrech čistého lihu

pramen: databáze Světové zdravotnické organizace

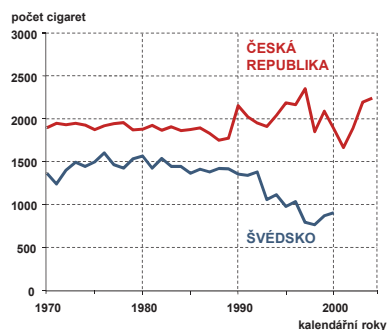


Cesta k prodloužení délky života ve zdraví vede přes primární prevenci, ochranu a podporu zdraví a ovlivnění hlavních determinant zdraví.

Následující grafy ukazují na zásadní rozdíly v některých důležitých determinantách zdraví v ČR a ve Švédsku.

Počet prodaných cigaret na 1 obyvatele za rok v České republice a ve Švédsku,

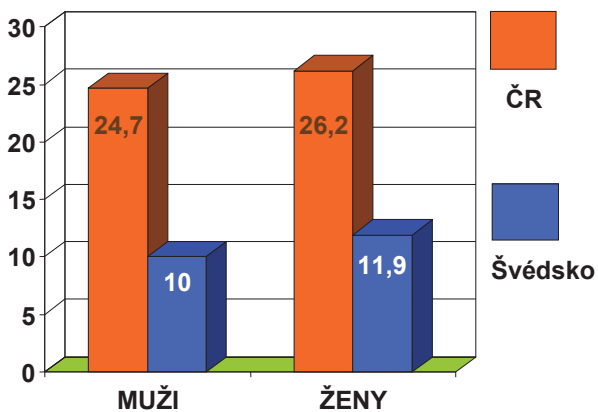
pramen: databáze Světové zdravotnické organizace a ČSÚ



**Průměrné množství ovoce a zeleniny
na osobu a rok (kg) ve Švédsku a České republice**
pramen: databáze Světové zdravotnické organizace a ČSÚ



**PROCENTO OBÉZNÍCH MUŽŮ A ŽEN NAD 25 LET
v České republice a ve Švédsku v letech 1996-1998**



**Pokud má Česká republika ve srovnání
se Švédskem**

- dvojnásobnou spotřebu cigaret
- dvojnásobnou spotřebu alkoholu
- více než dvojnásobný výskyt obezity
- poloviční spotřebu zeleniny,

**nemůže očekávat při jakkoli vysokých
nákladech na provoz ambulancí a nemocnic,
že dosáhne takovou úroveň zdraví lidí, jaká
je ve Švédsku.**

Zdroj: Holčík, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno, MSD a MU 2010, 293s.

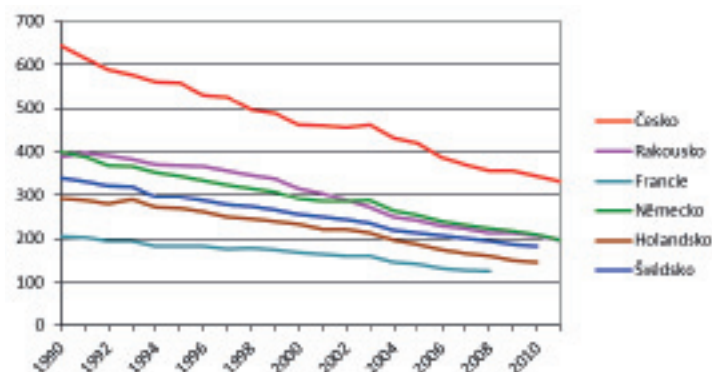
Příloha č. 5

HLAVNÍ PŘÍČINY ÚMRTÍ A JEJICH DETERMINANTY

Vývoj úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění, srovnání ČR s vyspělými státy EU 1990–2011

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) jsou nejčastější příčinou úmrtí ve většině evropských populací. Úmrtnost na tato onemocnění v ČR mají podobně klesající trend jako ve vyspělých evropských státech, přesto Česko v porovnání se západní Evropou velmi zaostává. Intenzita úmrtnosti např. ve srovnání s Francií (kde je vůbec nejnižší úmrtnost na KVO) je v ČR téměř třikrát vyšší.

Standardizovaná míra úmrtnosti na 100 000 osob

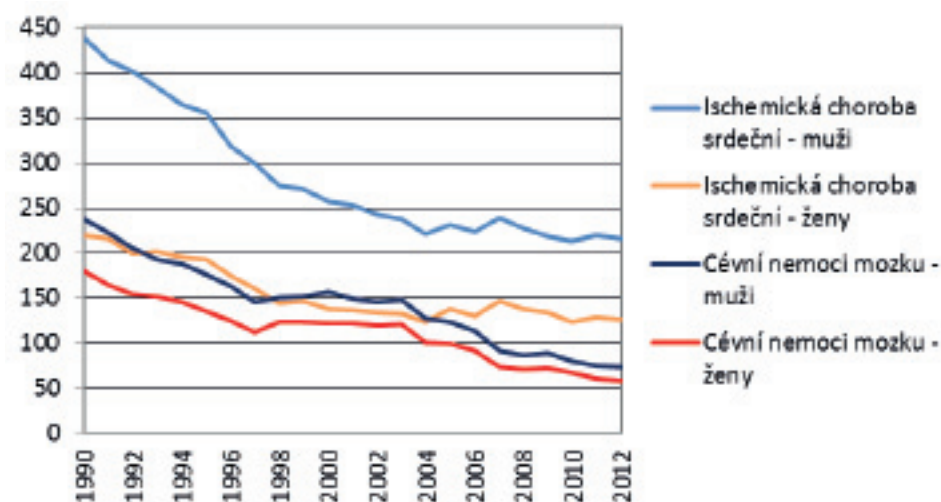


Zdroj: WHO Health for All Database

Vývoj úmrtnosti na ischemickou chorobu srdeční a cévní onemocnění mozku v ČR 1990–2012

Přes 70 % všech kardiovaskulárních úmrtí představují ischemická choroba srdeční (ICHS) a cévní onemocnění mozku. Zatímco úmrtnost na cévní onemocnění mozku v ČR klesá, úmrtnost na ICHS v posledních letech víceméně stagnuje. To pravděpodobně souvisí s částečným vyčerpáním možností lékařské péče a nových technologií, v neposlední řadě také s pouze velmi pozvolnou změnou životního stylu české populace: nedaří se redukovat podíl kuřáků v populaci, přibývá osob trpících diabetem II. typu (80 % diabetiků umírá na nemoci oběhové soustavy) a roste podíl obézních osob v populaci.

Standardizovaná míra úmrtnosti na 100 000 osob



Zdroj: ČSÚ

Podíl předčasné úmrtnosti (0-74 let) na kardiovaskulární onemocnění z celkové úmrtnosti na tato onemocnění (v %)

Přes pozitivní trend snižování úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění (KVO) činí tzv. předčasná úmrtnost (tj. ve věkové skupině obyvatel do 75 let) významný podíl na celkové úmrtnosti na kardiovaskulární nemoci. V roce 2012 tvořila předčasná úmrtnost na KVO u mužů 44 % z celkové úmrtnosti, u žen pak více než 17 %.

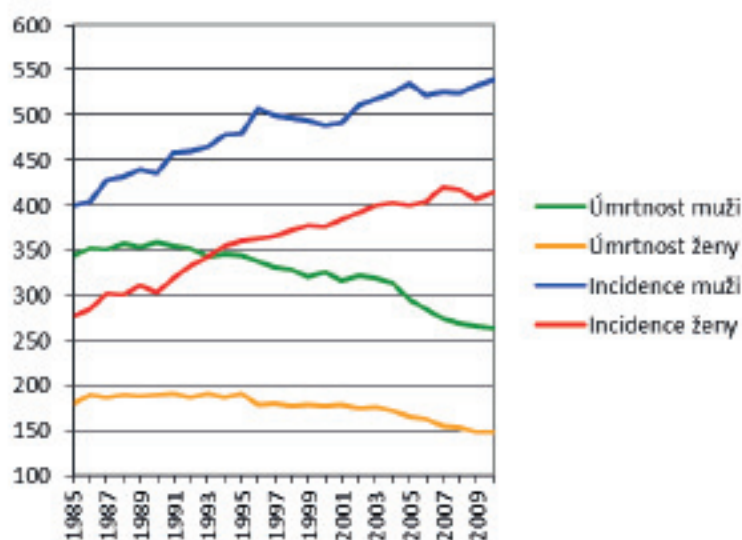
Rok	Muži	Ženy
2000	50,0	23,8
2012	43,6	17,1

Zdroj: ČSÚ

Vývoj incidence a úmrtnosti na nádorová onemocnění v ČR, 1985 – 2010

Nádorová onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí. Zvyšování počtu nových případů nádorových onemocnění (incidence) je především důsledkem stárnutí populace, nezdravého životního stylu, ale také expozice karcinogenům v životním prostředí, v neposlední řadě též zlepšující se diagnostiky. Tento trend nicméně není provázen rostoucí úmrtností na nádorová onemocnění. To lze vysvětlit zvyšující se kvalitou léčby a také časnějším záchytem onemocnění, kdy je léčba úspěšnější.

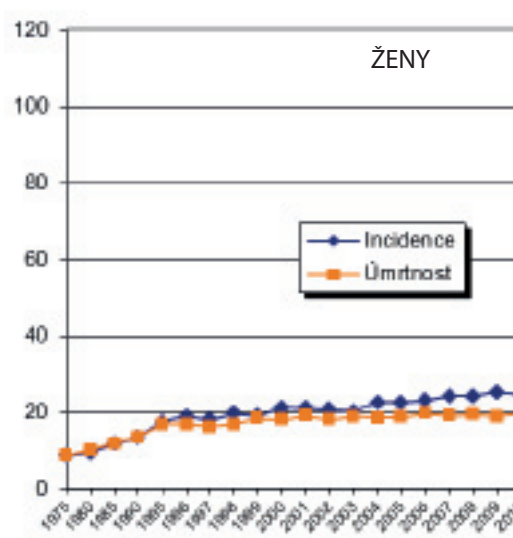
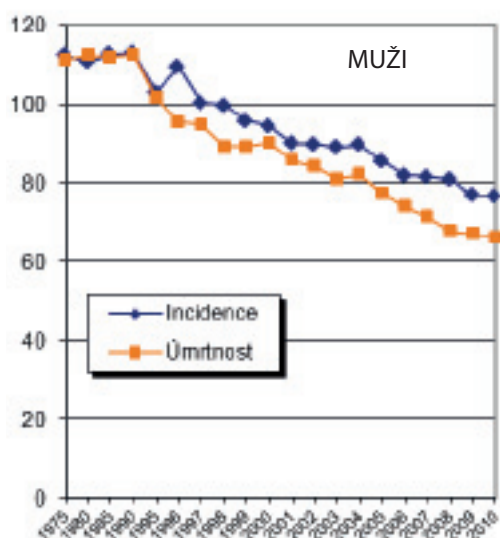
Standardizovaná míra incidence (bez dg. C44) a úmrtnosti/100 000 osob



Zdroj: ÚZIS

Nejčastější příčinou úmrtí na nádorová onemocnění u mužů je zhoubný novotvar (ZN) průdušky a plic, tlustého střeva a konečníku a ZN prostaty. U žen je nejčastější příčinou ZN průdušky a plic, tlustého střeva a konečníku a ZN prsu. Míra fatality (počet úmrtí na danou nemoc k počtu osob s danou nemocí) jednotlivých typů nádorových onemocnění je různá, zejména lokalizace onemocnění (a samozřejmě včasnost zahájení léčby) výrazně ovlivňuje prognózu pacienta a následně úmrtnost.

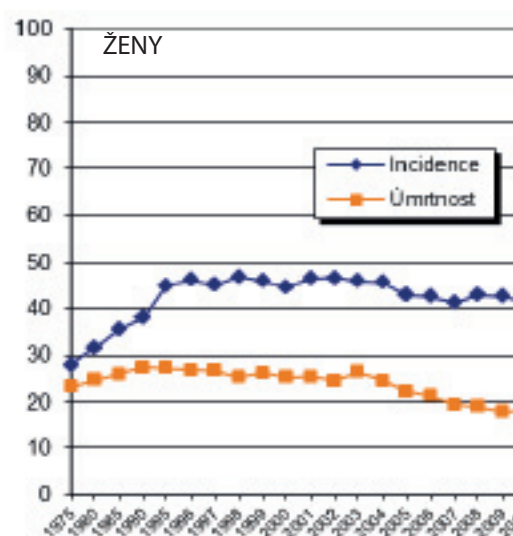
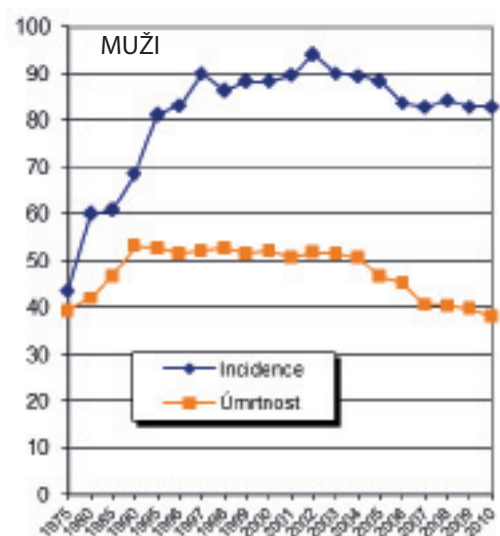
Standardizovaná míra incidence (nových onemocnění) a úmrtnosti na rakovinu plic a průdušek (MKN10, C33, 34) v ČR, na 100 000 obyvatel, 1975–2010



Zdroj: ÚZIS

Rozdílné vývojové trendy tohoto onemocnění u mužů a žen, které odrážejí různý stupeň rozšíření kuřáctví v populaci žen a populaci mužů, se následně odráží v míře incidence (nových onemocnění) a intenzitě úmrtnosti. Přestože je úroveň úmrtnosti i míra incidence u mužů 3,5krát vyšší než u žen, z dlouhodobého pohledu dochází k poklesu obou sledovaných ukazatelů u mužů, zatímco u žen jak míra incidence, tak míra úmrtnosti narůstá. Shodné trendy ve vývoji incidence i úmrtnosti znamenají vysokou míru fatality tohoto onemocnění.

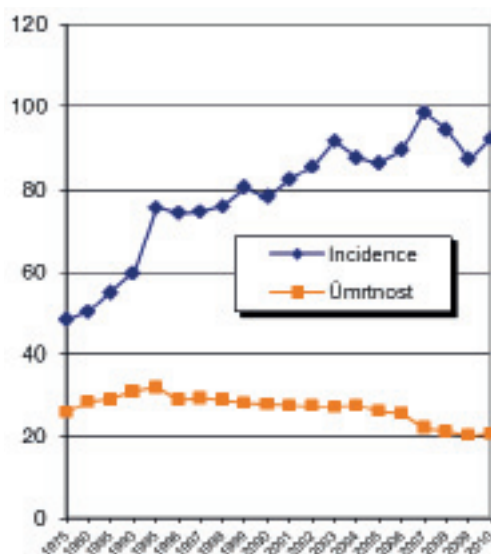
Standardizovaná míra incidence a úmrtnosti na rakovinu kolorekta (MKN10, C18-21) v ČR, na 100 000 obyvatel, 1975–2010



Zdroj: ÚZIS

ČR dlouhodobě vykazuje zejména vysoký výskyt zhoubného novotvaru tlustého střeva a konečníku. Úroveň úmrtnosti i míra incidence kolorektálního ZN dlouhodobě stagnovaly, v posledních několika letech lze pozorovat náznak poklesu intenzity úmrtnosti na tato onemocnění. Relativně špatné výsledky přežití u kolorektálního karcinomu v ČR jsou dány především faktem, že více než 54 % pacientů s touto diagnózou je v ČR diagnostikováno v pokročilém klinickém stadiu. Zde by mohla situaci zlepšit opět v široké míře změna životního stylu a zvýšení podílu osob účastnících se screeningového programu.

Standardizovaná míra incidence a úmrtnosti na rakovinu prsu (MKN10, C50) v ČR, na 100 000 obyvatel, 1975–2010



Stabilní úmrtnost při rostoucí incidenci svědčí o dopadu screeningového programu, který v současnosti pokrývá okolo 50 % cílové populace a podílí se na zlepšování hodnot přežití žen s karcinomem prsu. Nicméně i v tomto screeningovém programu stále zaostáváme za nejnávštějšími zeměmi. OECD nedávno kritizovala Česko za to, že stále neexistuje adresné zvaní na screening nádorových onemocnění. Ministerstvo zdravotnictví získalo finanční podporu EU na dvouletý projekt, v rámci kterého budou zdravotní pojišťovny cíleně zvat občany, kteří mají na preventivní vyšetření nárok a nevyužívají jej.

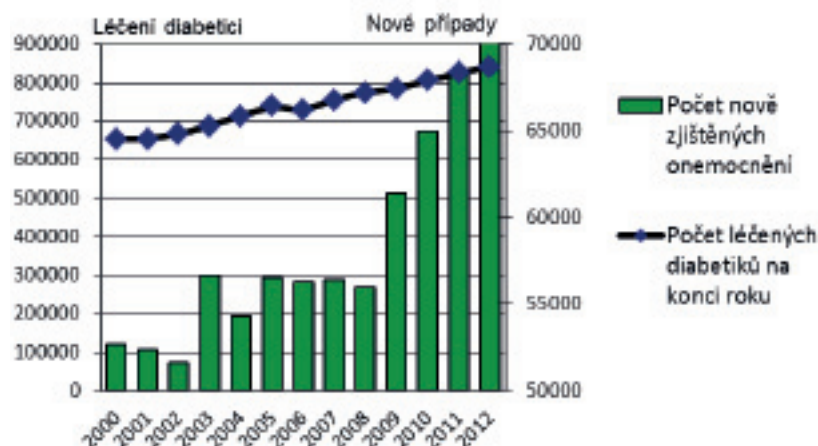
Zdroj: ÚZIS

Podíl osob účastnících se screeningových programů (% cílové populace)

Rok	Cervikální screening	Mamografický screening	Kolorektální screening
	ženy ve věku 20–69 let	ženy ve věku 50–69 let	osoby ve věku 50+ TOKS
2001	33,3		5,4
2002	34,1		10,5
2003	35,8		11,5
2004	36,5	25,7	12,4
2005	37,4	31,4	13,4
2006	37,5	35,6	14,3
2007	39,5	42,6	15,9
2008	46,1	49,6	17,9
2009		49,8	18,6
2010		51,2	22,7

Zdroj: ÚZIS

Vývoj počtu nově zjištěných a léčených diabetiků v ČR, 2000–2012

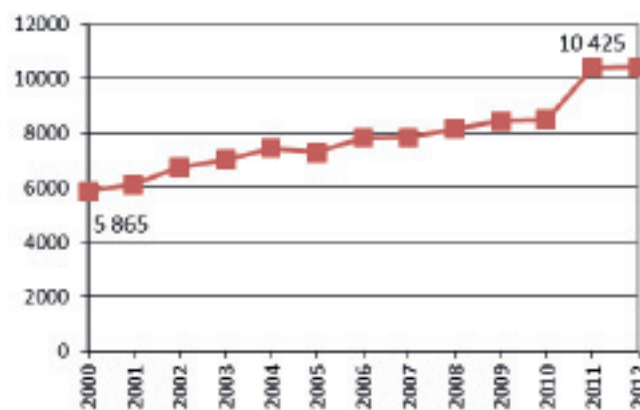


Zdroj: ÚZIS

Narůstá počet lidí nemocných cukrovkou (diabetes mellitus) II. typu. Tento nárůst souvisí zejména s nevhodným životním stylem, kromě toho i se stárnutím populace. S diabetem se v současné době v Česku léčí více než tři čtvrtě milionu lidí. V roce 2012 to bylo zhruba o 175 tisíc více než před deseti lety. Pokud by počet diabetiků přibýval podobným tempem jako nyní, bude v roce 2035 postižen každý desátý občan ČR.

Vývoj počtu amputací v důsledku diabetické nohy v ČR, 2000–2012

Vzrůstá počet komplikací diabetu, jako je retinopatie (onemocnění oční sítnice), nefropatie (onemocnění ledvin) a výskyt diabetické nohy. To vede k ekonomicky nejnáročnějším důsledkům onemocnění: za posledních zhruba deset let se zdvojnásobil počet případů nedostatečnosti ledvin, o 20 % přibylo případů slepoty, téměř o polovinu amputací končetiny.



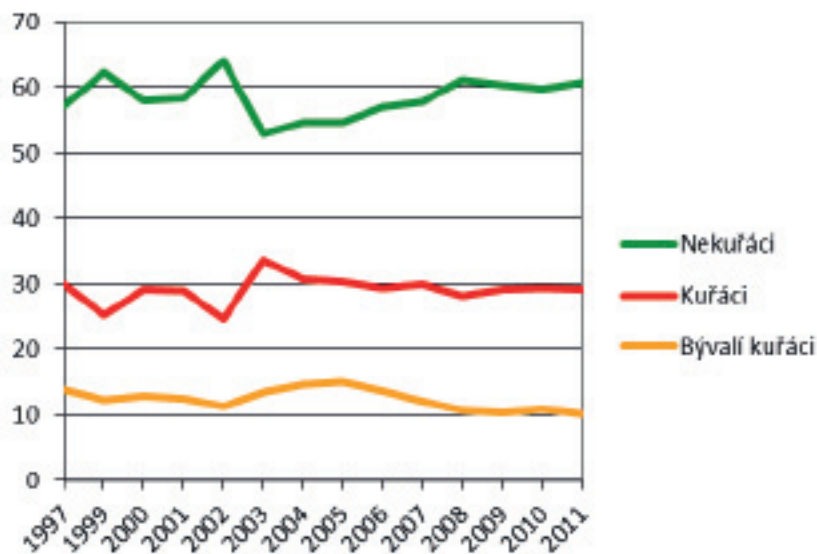
Zdroj: ÚZIS

Pozitivní vývoj zdravotního stavu obyvatelstva ČR po roce 1990 byl ovlivněn řadou faktorů. K nejvýznamnějším patřila zejména zvýšená dostupnost moderní zdravotnické techniky, vysoce účinných léčiv, zavádění moderních léčebných metod, výrazný vzestup počtu výkonů zdravotnických služeb (např. kardiologických operací). V posledních několika letech je růst naděje dožití zpomalen. Z dlouhodobého hlediska má nyní hlavní úlohu v redukci chronických neinfekčních onemocnění primární prevence a podpora zdraví – účinné pozitivní ovlivňování faktorů životního stylu, které jsou významnými rizikovými faktory, například nadměrné hmotnosti, nedostatku pohybu, nesprávné výživy, přetrvávajícího stresu, kouření a nadměrné konzumace alkoholu.

Podle Světové zdravotnické organizace by bylo možno správnou výživou, přiměřenou pohybovou aktivitou a nekouřením zabránit vzniku ischemické choroby srdeční z 80 %, cukrovky II. typu z 90 % a nádorů z 30 %.

Vývoj kuřáctví v populaci ve věku 15–64 let v ČR v období 1997–2011, v %

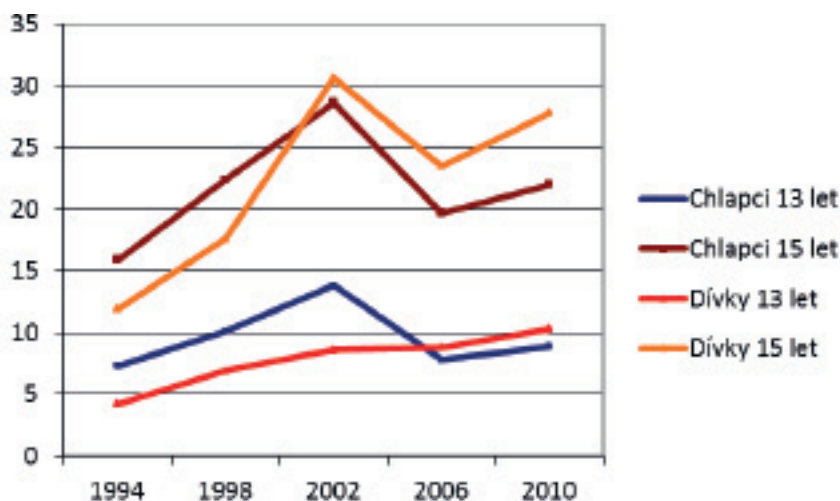
Vývoj kuřáctví v české populaci ukazuje, že v období let 1997–2011 podíl kuřáků neklesá; v posledních letech se tento podíl (včetně příležitostných kuřáků) pohybuje v populaci 15–64 letých v rozmezí 28–32 % a nebyl zatím zaznamenán ani trend, že by se více kuřáků než v minulých letech pokoušelo svého návyku zbavit.



Zdroj: Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, 2012, SZÚ

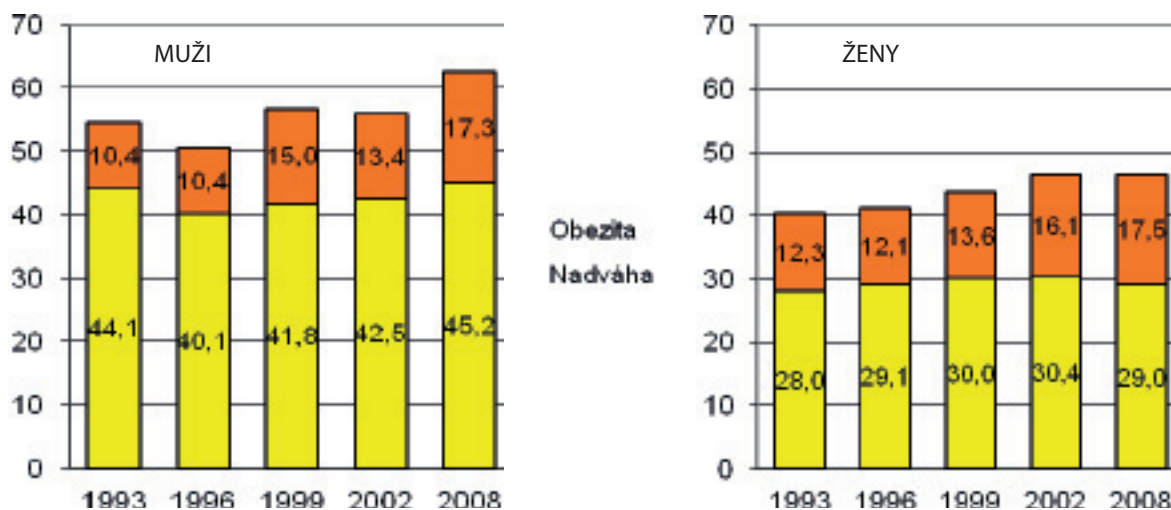
Vývoj kuřáctví u dětí v ČR, 1994–2010, v %

V užívání tabákových výrobků dětmi a mladistvými byl v roce 2006 zaznamenán pokles, nicméně při posledním šetření v roce 2010 je zřejmý opětový nárůst. I v ČR se již projevuje trend nastoupený v zemích západní a severní Evropy, kdy převažuje počet kouřících dívek nad chlapci. Dostupnost tabákových výrobků je u mladých lidí i navzdory zavedeným legislativním opatřením vysoká. Také ochrana dětí a mladistvých proti expozici nepřímému tabákovému kouři je nedostatečná. Odhaduje se, že v ČR je doma vystaveno tabákovému kouři zhruba 40 % dětí.



Zdroj: Šetření HBSC 1994–2010, SZÚ

Podíl dospělých osob (15 a více let) s nadváhou (BMI 25–29,9) a obezitou (BMI přes 30) 1993–2008, v ČR, v %

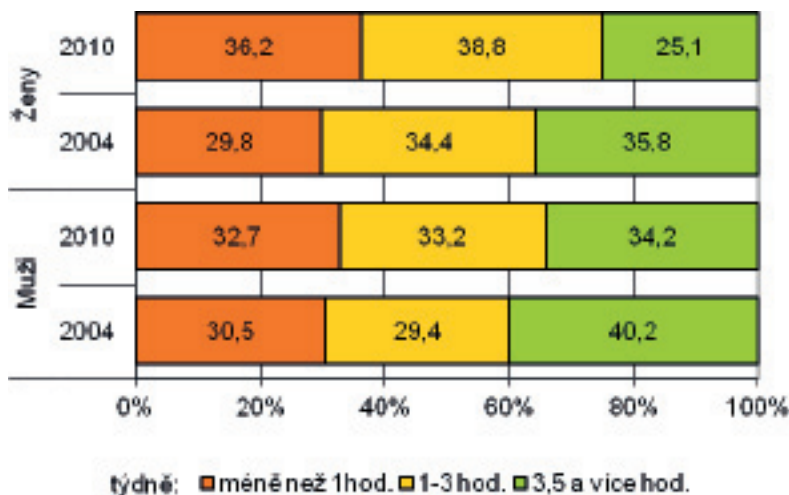


Pozn.: Na základě údajů respondentů šetření o výšce a hmotnosti.
Zdroj: ÚZIS, šetření HIS (1993–2002) a EHIS (2008)

Dostupné údaje ukazují, že polovina dospělých obyvatel ČR má vyšší než normální hmotnost a tento podíl se nedaří snižovat. Podíl obézních osob od počátku 90. let stoupá, v roce 2008 bylo obézních 17 % dospělé populace. Přitom choroby spojené s obezitou jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí, kterým je možné předcházet, hned po onemocněních souvisejících s kouřením.

Podíl dospělých osob ve věku 45–54 let v ČR v kategoriích podle pohybové aktivity v %, 2004–2010,

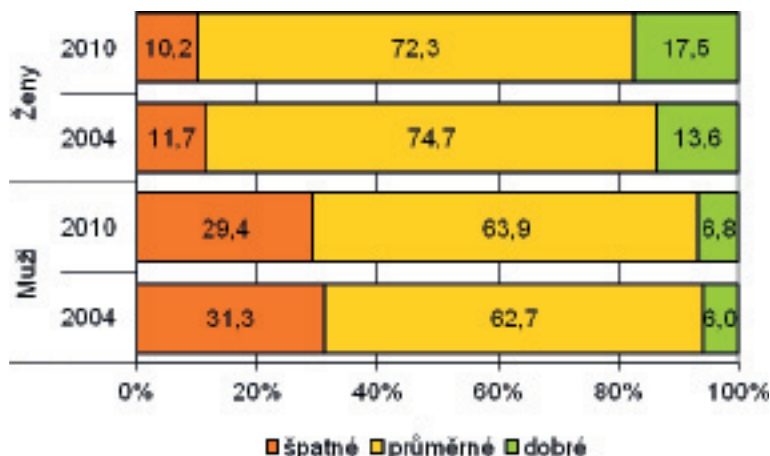
Výsledky studie HELEN ukazují, že dostatečná pohybová aktivita ve středním věku, důležitá také pro udržení fyzické zdatnosti v rámci zdravého stárnutí, klesla mezi lety 2004–2010 u mužů i u žen. Podle WHO přispívá fyzická neaktivita ve vyspělých zemích ke vzniku 16 % případů rakoviny tlustého střeva, 15 % cukrovky II. typu, 10 % případů rakoviny prsu a 21 % případů ischemické choroby srdeční.



Zdroj: Systém monitorování zdravotního stavu, SZÚ

Podíl osob ve věku 45–54 let v ČR v kategoriích podle úrovně stravovacích zvyklostí v %, 2004 a 2010

Nedaří se pozitivně ovlivňovat stravovací zvyklosti v populaci ČR. U generace středního věku se podle studie HELEN za posledních šest let nepodařilo snížit podíl osob se špatnými stravovacími zvyklostmi a naopak dostatečně zvýšit podíl osob se zvyklostmi vyhovujícími správné výživě – týká se to zejména mužů.

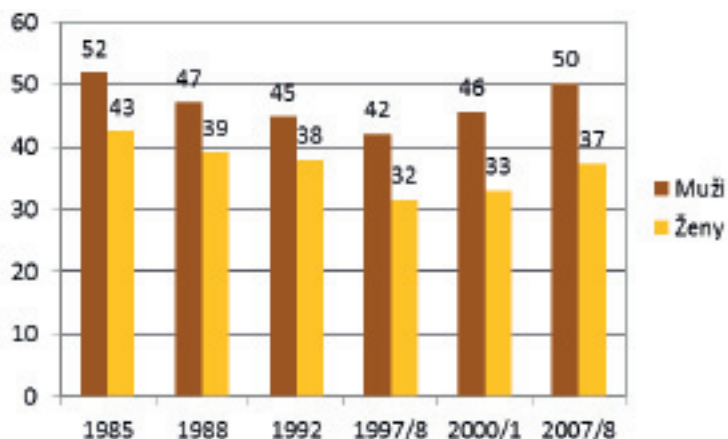


Zdroj: Systém monitorování zdravotního stavu, SZÚ

Šetření MONICA zjistilo mezi lety 2000 a 2008 v české dospělé populaci nárůst výskytu hypertenze a stále nedostatečnou kontrolu s včasnou diagnostikou a léčbou hypertenze.

Podíl dospělých (25–64 let) v ČR se zjištěnou hypertenzí v %, 1985–2007/8

Výskyt vysokého krevního tlaku v období mezi lety 1985 a 2007/8 významně poklesl, avšak pouze u žen. Počáteční sestupný trend výskytu hypertenze se u obou pohlaví změnil kolem přelomu tisíciletí na vzrůstající a při posledním šetření v letech 2007/8 byla hypertenze (ve studii zjištěná průměrná hodnota krevního tlaku vyšší nebo rovna 140/90 mmHg + užívání antihypertenziv) zjištěna u poloviny dospělých mužů a více než třetiny žen. Přes plynulé zlepšování v posledních zhruba 20 letech je pouze zhruba čtvrtina léčených hyperteniků léčena úspěšně (jejich krevní tlak se podařilo léčbou snížit pod hranici 140/90 mmHg).



Zdroj: Cífková et al. 2010, Longitudinal trends in major cardiovascular risk factors in the Czech population between 1985 and 2007/8. Czech MONICA and Czech post-MONICA.

Příloha č. 6

**PŘEHLED STÁVAJÍCÍCH
SCREENINGOVÝCH PROGRAMŮ**

Výskyt zhoubných nádorů má u populace v ČR dlouhodobě vzrůstající tendenci. Celkově činil počet všech nově diagnostikovaných nádorových onemocnění v letech 1995–1996 cca 56 577 ročně, v letech 2004–2007 pak cca 71 579 ročně, což je nárůst o 27 %.

Za účinný prostředek v boji proti nárůstu incidence zhoubných nádorů a jako účinný nástroj napomáhající jejímu poklesu jsou považovány celoplošné screeningové programy.

Screening je organizovaný populační program sekundární prevence, který v případě dobré organizovanosti:

- zajistí vysokou účast klientů,
- zajistí adekvátní kvalitu diagnostického procesu,
- hodnotí vlastní výkon a optimalizuje se,
- nelze jej však zajistit bez průběžného sběru a hodnocení dat.

Cíle screeningových programů:

- odhalit včasná nebo přednádorová stadia nádorů a tím zahájit léčbu co možná nejdříve,
- minimalizovat finanční zátěž zdravotního systému, kterou tyto nemoci představují,
- minimalizovat lidské utrpení, které nádorová onemocnění způsobují.

MZ organizuje screeningové programy prostřednictvím jím zřizovaných komisí

- Komise pro screening mamárního karcinomu od r. 2002
- Komise pro screening karcinomu děložního hrdla od r. 2003
- Komise pro screening nádorů tlustého střeva a konečníku – činnost obnovena v roce 2008.

Screening nádorů prsu

Vyšetření hrazené z veřejného zdravotního pojištění se provádí ve dvouletých intervalech od 45. roku bez omezení horní hranice věku. Kromě indikace na základě věku ženy může být screeningové vyšetření prsu doporučeno lékařem také z důvodu vysokého rizika vzniku karcinomu prsu při výskytu alespoň jednoho případu karcinomu prsu u ženských příbuzných klientky v přímé linii, u klientek, jimž byly diagnostikovány mutace genů BRCA1 a BRCA2 na specializovaných pracovištích, nebo na základě jiného specifického doporučení zdravotnického zařízení nádorové genetiky.

Aktuální **pokrytí cílové populace** mamografickým screeningem během doporučeného screeningového intervalu dosahuje hodnoty cca **51,2 %**.

V současné době je **akreditováno 66 mamografických pracovišť**.

Screening nádorů děložního hrdla

Na preventivní vyšetření karcinomu děložního hrdla má v souladu s vyhláškou o preventivních prohlídkách právo každá dospělá žena. Screeningovým vyšetřením se rozumí cytologické vyšetření navazující na preventivní prohlídku u registrujícího gynekologa, které je ženám hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění 1x za rok.

Ženy ve věku 25–60 let, které 2 roky nebyly v rámci gynekologické prevence vyšetřeny, jsou zdravotní pojišťovnou informovány o možnosti preventivního gynekologického vyšetření hrazeného z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Nedostaví-li se, je informována každý následující rok.

Aktuální **pokrytí cílové populace** cervikálním screeningem dosahuje hodnoty cca **48,4 %**.

V současné době je akreditováno **46 cytologických laboratoří**.

Screening nádorů kolorekta

Screeningem kolorektálního karcinomu (KRK) se rozumí organizované, kontinuální a vyhodnocované úsilí o časný záchyt zhoubných nádorů kolorekta prováděním preventivních vyšetření na okultní krvácení ve stolici (TOKS) ve věku od 50 do 54 let v jednoročním intervalu. Od věku 55 let se asymptomatickým (bezpříznakovým) jedincům nabízí buď opakovaný test na okultní (skryté) krvácení ve stolici ve dvouletém intervalu, nebo jako alternativní metoda primární screeningová kolonoskopie, která může být v intervalu 10 let zopakována.

Aktuální **pokrytí cílové populace** kolorektálním screeningem dosahuje hodnoty cca **17,9 %**.

V současné době je **akreditováno 160 screeningových pracovišť**.

Ministerstvo zdravotnictví v rámci Systému podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR – screeningové programy připravilo projekt tzv. adresného zvaní s výzvou k návštěvě preventivního vyšetření, na němž participují všechny zdravotní pojišťovny. Projekt byl zahájen v lednu 2014, celkově může být v případě opakovaného zvaní osloveno až 3,5 milionů lidí. Rozesílání dopisů je podpořeno celorepublikovou informační kampaní. Jejím cílem je upozorňovat pojištěnce na nutnost péče o své zdraví.

Příloha č. 7

**PŘÍKLADY INSTITUCIONÁLNÍHO
ZAJIŠTĚNÍ A ŘEŠENÍ PREVENCE NEMOCÍ
A PODPORY ZDRAVÍ VE VYBRANÝCH ZEMÍCH SVĚTA**

Obsah

Nizozemí.....	3
Francie.....	3
Slovenská republika.....	4
Kanada.....	4
USA.....	5
Velká Británie.....	5

Nizozemí

Zodpovědnost za veřejné zdraví v Nizozemsku má Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu. Formuluje mj. základní cíle pro prevenci a podporu zdraví a dohlíží na jejich implementaci a na efektivní realizaci aktivit v této oblasti. Podle zákona o veřejném zdraví (Public Health Act) leží zodpovědnost za prevenci a podporu zdraví na lokálních úřadech, které mají povinnost každé čtyři roky formulovat příslušné strategie pro svoji oblast. Vedle toho existuje 30 center komunitních zdravotních služeb (ústavů pro podporu zdraví – GGD), které slouží svým regionům. Pomáhají vytvářet programy a intervence v prevenci a podpoře zdraví, případně implementují programy národního institutu.

Public Health Act (z roku 2008) ukládá péči o veřejné zdraví, např. aktivity zahrnující prevenci a časnou detekci nemocí, zaměřené na ochranu a podporu zdraví obyvatelstva jako celku, nebo zvláštních skupin. Je zde i stanoveno, že obecní exekutiva musí přinejmenším podporovat ustavení, realizaci a koordinaci programů prevence a podpory zdraví a také se musí starat, aby obecní služba veřejného zdravotnictví měla své odborníky pro jednotlivé úseky, mezi nimiž je explicitně uvedena i podpora zdraví.

Ústřední odbornou institucí pro realizaci podpory zdraví je Nizozemský ústav pro podporu zdraví (NIGZ), nezávislá nezisková organizace, která má 50 zaměstnanců a roční rozpočet okolo 50 mil. €. Mezi jeho hlavní úkoly patří příprava a realizace projektů podpory zdraví na místní, národní a mezinárodní úrovni, např. ve školách, na pracovištích nebo ve zdravotnických zařízeních. Také pomáhá lokálním službám podpory zdraví.

Expertní institucí je Národní institut pro veřejné zdravotnictví a životní prostředí (RIVM), jehož využití je multi sektorální. Součástí je i Centrum pro zdravý život, které spolupracuje se specializovanými instituty podpory zdraví zaměřenými na konkrétní národní priority podpory zdraví, tedy na prevenci úrazů a nehod, sport a tělesnou aktivitu, zdraví migrantů, sexuální a reprodukční zdraví, výživu, AIDS a sexuálně přenosné choroby, prevenci kouření, duševní zdraví a závislosti. Mezi úkoly Centra patří i sledování a vyhodnocování lidských zdrojů a správa databáze intervencí v podpoře zdraví, podpora procesu uznání jednotlivých opatření s ohledem na kvalitu a efektivitu a publikace materiálů pro rozvoj zdravých škol a zdravých obcí.

V souladu s myšlenkou, že prevence je přínosnější než léčba, vydal holandský ministr zdravotnictví v roce 2006 politický dokument s názvem „Volíme zdravý život“, ve kterém identifikoval 5 klíčových oblastí prevence, a to kouření, alkohol, nadváhu, diabetes a deprese. Přijatá opatření jsou kombinací tří přístupů: ochrany zdraví, primární prevence a podpory zdraví, součástí jsou i restriktivní opatření a daňová politika (např. zákon zakazující kouření v uzavřených veřejných prostorách přijatý v roce 2008).

Francie

Francie zaručuje občanům rovnost ve zdraví, zdravotní péči i prevenci. Prevence se skládá jak z podpory včasné a dostupné péče, tak z nápravy rizikového chování a expozice rizikovým a toxickým faktorům. Např. v roce 2002 věnovala Francie na prevenci 10,5 mld. €, tj. 6,4 % rozpočtu běžných výdajů na zdravotnictví. Polovina uvedených nákladů na prevenci byla určena přímo na prevenci nemocí, čtvrtina pak na screening a testy a další čtvrtina na prevenci rizikových faktorů.

Preventivní aktivity jsou hlavní komponentou vládní zdravotní politiky a souvisejících víceletých plánů vycházejících ze zákona o politice veřejného zdravotnictví (z roku 2004). Národní ústav prevence a výchovy ke zdraví (INPES) je hlavní institucí prevence a podpory zdraví. Ústav mj. zahrnuje prevenci a zdravotní výchovu do směrnic ke zdravotní politice, je zodpovědný za implementaci politik k prevenci nemocí a výchovu ke zdraví. Slouží jako konzultační a expertizní pracoviště, vytváří a realizuje vzdělávací a preventivní programy. Dalšími orgány jsou Rada pro veřejné zdravotnictví a Státní ústav pro hygienický dozor.

Důležitou součástí aktivit v prevenci a podpoře zdraví jsou i zdravotní pojišťovny, například prostřednictvím zdravotních kampaní. Například v roce 2002 byla zahájena kampaň zaměřená na snížení nadužívání antibiotik. Zhodnocení této kampaně ukazuje, že mezi léty 2002-2008 došlo ke snížení spotřeby antibiotik o 23 %, což odpovídá úspoře pojišťoven ve výši 850 mil. €. Kampaň byla vedena jak mediální kampaní, tak cílenou edukací lékařů a zavedením rychlých diagnostických testů.

Pětileté strategické plány veřejného zdravotnictví vyplývají z analýz prováděných Radou pro veřejné zdravotnictví a z aktuálních studií WHO. Pro období 2004 – 2008 bylo definováno 5 strategických priorit: (1) Rakovina; (2) Zdraví a prostředí; (3) Vzácná onemocnění (zahrnující např. i Alzheimerovu nemoc);

(4) Násilí, zneužívání, rizikové a návykové chování; a (5) Chronické nemoci a kvalita života. Těchto 5 strategických plánů se dělí na 100 dosažitelných cílů stanovených na základě současných zkušeností a zdrojů. Jsou zaměřeny na rizikové determinanty, jako spotřeba tabáku a alkoholu a na populační skupiny, např. seniory, děti a mládež nebo vězně. Plány se diskutují na konzultacích řízených Národní radou pro zdraví, která je poradním orgánem ministra zdravotnictví a konzultačním orgánem vlády při projednávání otázek zdraví. Hlavní strategické záměry jsou často sloučeny s dalšími národními či regionálními programy. Např. národní plán na snížení zdravotních dopadů násilí a zneužívání pro období 2007-2011 zahrnoval i programy na prevenci úrazů, plán duševního zdraví a program prevence návykového chování. Na konci pětiletého období je realizace cílů vždy zhodnocena v parlamentu.

Významnými pilíři národní preventivní politiky je i imunizační politika, ochrana proti rizikům spojeným se zdravotní péčí, zdravotnickými výrobky, prací, životním prostředím a potravou. Regionální prefekti připravují regionální plány veřejného zdravotnictví v souladu s národním plánem. Zahrnují do nich i regionální modifikace projednané s představiteli regionálních zdravotních rad.

Slovenská republika

Prevence a podpora zdraví jsou hlavní složkou Národního programu podpory zdraví Slovenské republiky (NPPZ), který je pravidelně aktualizován. Výchozími záměry programu bylo zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva v souladu se strategií WHO Health for All, vytvoření efektivních mechanismů integrované mezi sektorové spolupráce a redukce rizikových faktorů za účelem snížení úmrtnosti. Pozdější aktualizace vedly ke konkretizaci priorit na specifické cíle, především s ohledem na implementaci strategie WHO Zdraví 21. Poslední aktualizace, schválená vládou SR dne 14. prosince 2011, se opírá o výsledky monitorování zdravotního stavu obyvatelstva a projekty, které jsou zaměřeny na mapování výskytu rizikových faktorů. Program je prioritně zaměřen na ovlivňování determinant a rizikových faktorů působících na zdraví obyvatel prostřednictvím preventivních opatření zaměřených na snižování výskytu chronických neinfekčních a výskytu infekčních onemocnění. Hodnocení aktualizovaného NPPZ se předkládá Vládě SR každých 5 let. Průběžné hodnocení má na starosti Ústřední koordinační rada pro ochranu a podporu zdraví, zřízená jako poradní orgán ministra zdravotnictví SR.

Slovensko má rovněž řadu dílčích národních preventivních programů (zaměřených na prevenci obezity, péči o děti a dorost, prevenci nemocí srdce a cév, podporu duševního zdraví aj.). Mezi priority MZ SR patří i programy zaměřené na mateřská centra, školy podporující zdraví, nebo program „Mám 65+ a jsem rád, že žiji zdravě“.

Ochranu veřejného zdraví upravuje zákon č. 355/2007 Sb. o ochraně, podpoře a rozvoji veřejného zdraví. Podle Koncepce státní politiky zdraví SR je cílem nasměrovat zájmy a snahy všech složek společnosti na zdraví jako klíčový faktor rozvoje společnosti, a to v souladu se strategií Health in all Policies. Orgánem, který zajišťuje výkon státní správy ve věcech veřejného zdravotnictví je Úřad veřejného zdravotnictví Slovenské republiky, společně se sítí regionálních úřadů veřejného zdravotnictví.

Kanada

Aktivity v podpoře zdraví realizuje v Kanadě Úřad veřejného zdravotnictví (*The Public Health Agency of Canada*), vládní agentura patřící pod ministerstvo zdravotnictví, vzniklá na základě vládního nařízení z r. 2004. V čele agentury je zástupce ministra zdravotnictví, který je současně vysokým úředníkem federální vlády. Úřad se zabývá podporou zdraví, prevencí a kontrolou chronických nemocí a úrazů, prevencí infekčních onemocnění a připraveností na řešení náhlých ohrožení veřejného zdraví. Dále se zabývá studiem determinant zdraví a faktorů, které udržují zdraví nebo vedou k nemoci či úrazu. V této oblasti využívá k podpoře činnosti grantové prostředky na financování komunitních, dobrovolných a neziskových organizací. Úřad financuje současně až 1500 projektů v celé zemi a má více než 2000 zaměstnanců a roční rozpočet 478 mil. CAD.

Podpora zdraví je běžnou agendou provinciálních, regionálních i místních institucí v celé Kanadě. V ministerstvech zdravotnictví provincií existují divize podpory zdraví. Povinnosti v podpoře zdraví upravuje dokument „Health Promotion Act“, ve kterém jsou např. uvedeny povinné zdravotní programy a služby vč. toho,

že každý zdravotní úřad musí dohlížet, provádět nebo zajišťovat realizaci zdravotních programů v oblastech podpory a ochrany veřejného zdraví a prevence nemocí a úrazů včetně kontroly kardiovaskulárních nemocí, rakoviny, AIDS a dalších nemocí.

USA

Ve Spojených státech se v současné době realizuje střednědobý program „Healthy People 2020“, s podtitulem „Zdraví lidé ve zdravých komunitách“ odvozený od strategie WHO „Health for All“. Je pokračováním předchozích programů, pečlivě připravených a dopro-vázených monitorováním výsledků. Prioritami jsou zdravé životní prostředí, podpora pohybu, prevence obezity, užívání tabáku a drog, zdravá výživa, prevence úrazů a skriningové programy, zejména rakoviny, hypertenze a diabetu. Garantem programu je ministerstvo zdravotnictví, kde je zřízen „Office of Disease Prevention and Health Promotion“.

Podporou zdraví se v USA zabývá také Americká asociace veřejného zdravotnictví (APHA). Stará se o zlepšování veřejného zdraví, snaží se chránit Američany, jejich rodiny a komunity před preventabilními zdravotními riziky a usiluje o zajištění aktivit komunitní podpory zdraví a prevence nemocí. Služby Asociace jsou dostupné po celém území USA. Členy jsou desetitisíce osob a státních či místních institucí, kteří realizují aktivity a projekty podpory zdraví a prevence nemocí. Komunikační a publikačním fórem jsou časopis, noviny i internetové stránky.

V mnoha zemích USA (v jejich tzv. okresech) existují tzv. „County Health Department“, které mají celou řadu funkcí podobných hygienické službě v ČR. Např. vymáhají zdravotní právo a nařízení, identifikují a vyšetřují zdravotní problémy a rizika, vytváří zdravotní politiku, mobilizují partnerství v komunitě k řešení zdravotních problémů, kontrolují přenosné nemoci, dozorují veřejné stravování, zabývají se problematikou životního prostředí, podpory zdraví, prevencí kouření a užívání drog, monitorování nemocí.

Velká Británie

V Anglii, která prochází v posledních letech ve zdravotnictví velkými změnami, existuje tzv. Národní zdravotní služba (NHS), která zastřešuje všechny složky zdravotní péče a veřejného zdravotnictví. Orgánem spravujícím ochranu zdraví je agentura Public Health England (PHE), která od 1. 4. 2013 přebrala funkci Agentury pro ochranu zdraví a dalších odborných institucí. PHE se zaměřuje především na ochranu zdraví, zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a vědu a výzkum.

Národní institut pro zdraví a kvalitu péče (*National Institute for Health and Care Excellence – NICE*) je zprostředkovatelem expertízy pro pracovníky ve zdravotnictví, představitele státní správy, a další subjekty poskytující zdravotnické či sociální služby. Nabízí široké spektrum instrukcí v oblasti standardů kvality péče a vědecky podložená doporučení v oblasti veřejného zdravotnictví, bezpečnosti a kvality léků, diagnostických a lékařských technologií a výzkumu.

Národní politika veřejného zdravotnictví je v Anglii zaměřena na podporu zdraví v průběhu celého života a na snahu o redukci negativního vlivu zdravotních a sociálních determinant. Strategie národní zdravotní politiky je založena na doporučeních, formulovaných v roce 2010:

- umožnit každému dítěti co nejlepší start do života;
- umožnit dětem, mládeži a dospělým maximalizovat svůj potenciál a převzít kontrolu nad svým životem;
- vytvořit spravedlivé pracovní podmínky pro všechny;
- zajistit všem zdravý životní standard;
- vytvořit a rozvíjet zdravé a udržitelné komunity;
- posílit roli a účinnost prevence.

Podpora zdraví je také jedním z úkolů „The Royal Society for Public Health“ (RSPH), což je nezávislá, multidisciplinární organizace, zaměřená na podporu a ochranu kolektivního zdraví a pohody lidí.

Nový zákon o zdravotnictví a sociální péči, přijatý v roce 2012 obsahuje značné množství ustanovení, týkající se nutnosti zlepšení kvality zdravotních služeb s ohledem na prevenci, podporu zdraví a zlepšení veřejného zdravotnictví a současně posiluje roli státního tajemníka pro zdraví v této oblasti.

ZDRAVÍ 2020

Národní strategie ochrany a podpory
zdraví a prevence nemocí