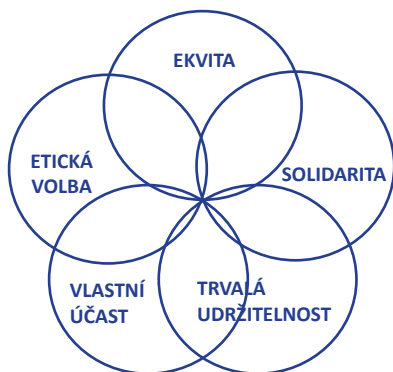


SYSTEM PÉČE O ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICTVÍ

Jan Holčík
Pavlína Kaňová
Lukáš Prudil



SYSTÉM PÉČE O ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICTVÍ

východiska, základní pojmy a perspektivy

prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.
Mgr. Pavlína Kaňová, Ph.D.
JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.



ISBN 978-80-7013-575-4

OBSAH

Předmluva	5
I. Úvod do problematiky péče o zdraví	7
1. Zlepšení zdraví lidí je jednou z nesporných priorit.....	7
2. Zdravotní situace v České republice	8
3. Transformace zdravotnictví	10
II. Základní pojmy	12
4. Péče o zdraví a zdravotnictví.....	12
5. Zdraví a nemoc.....	14
6. Biomedicínský a ekologicko-sociální model zdraví	16
III. Metodický základ	18
7. Studium zdravotního stavu obyvatelstva.....	18
8. Ukazatelé výskytu nemoci v populaci	22
9. Soustava zdravotnické statistiky	24
10. Sociální a zdravotní politika	26
11. Role práva v péči o zdraví	27
12. Některé etické problémy zdravotní péče.....	30
13. Dílčí poznámky ke zdravotnickému managementu.....	31
14. Sociologie a zdraví	32
15. Sociální lékařství	35
16. Veřejné zdravotnictví	37
IV. Systémové pojetí a metody zdravotní péče	39
17. Péče o zdraví a zdravotnictví jako systém	39
18. Zdroje zdravotnictví	41
19. Financování zdravotnických služeb	42
20. Zdravotní systémy ve světě.....	44
21. Typy zdravotní péče.....	45
22. Zdravotní výchova.....	46
23. Podpora zdraví (health promotion)	51
24. Prevence.....	53
25. Základní zdravotní péče a sebek péče	55
26. Primární péče – Primary Care	58
27. Zdravotní gramotnost.....	59

V. Zdravotní péče jako předmět výzkumu	61
28. Výzkum v oblasti zdravotní péče	61
29. Hodnocení výsledků zdravotnických služeb	64
30. Efektivita zdravotní péče	67
31. Kvalita zdravotní péče	69
VI. Zdravotní politika a její realizace	71
32. Evropská zdravotní strategie	71
33. Hodnotový základ evropské zdravotní politiky	72
34. Nová varianta programu ZPV „ZDRAVÍ 21“, 21 cílů pro 21. století	76
35. Program ZDRAVÍ 2020	77
36. Základní údaje o Světové zdravotnické organizaci	79

Přílohy

1. Grafická část	82
2. Deklarace z Alma-Aty	84
3. Ottawská charta posilování a rozvoje zdraví (health promotion, podpora zdraví)	87
4. Závěry a doporučení konference v Adelaide	93
5. Lublaňská charta o reformě zdravotní péče	100
6. Zdraví 2020	105
7. Holčík, J. Program Zdraví 2020 je dobrou zdravotní strategií	106

Autorský kolektiv:

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.

Mgr. Pavlína Kaňová, Ph.D. – autorka tématu 14. Sociologie a zdraví

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D. – autor tématu 11. Role práva v péči o zdraví

Členové autorského kolektivu využili své zkušenosti z pedagogické a vědecko-výzkumné praxe na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity.

Předmluva

Učební text byl připraven jako podkladový materiál pro kurzy Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Cílem bylo napsat poměrně stručný materiál, který by objasnil základní pojmy v systému péče o zdraví a zdravotnictví.

„Nic z toho, co se dnes učíme, nám nevystačí na celý zbytek života. Naši předkové se mohli po celý svůj život spoléhat na to, co se dozvěděli ve škole; my se musíme učit nové věci každých pět let, nemáme-li být zcela z obrazu.“ Je překvapivé, že to napsal J. W. Goethe už v roce 1809. Kdybychom k tomu měli něco dodat, pak snad jen to, že se nestačí učit nové věci každých pět let, ale pořád, a s narůstajícím úsilím a tempem.

Málokterá oblast se tak rychle rozvíjí a prochází tolika změnami jako oblast péče o zdraví. Roste význam mnoha relativně nových disciplín, např. zdravotnické ekonomie, informatiky, řízení, etiky, výchovy, legislativy, sociologie atd.

Rychle se mění nejen technická zařízení, počítače, programy, mobily apod. Vyvíjí se i náš pohled na svět, na naši roli v péči o zdraví. Jsou však i zásady a hodnoty, které jsou relativně stálé a stojí za to je respektovat, hájit i rozvíjet.

Podobně jako v ostatních oborech lidské činnosti se i v péči o zdraví vyplatí stavět na solidním poznání podmíněném dobrou informační základnou a soustavným výzkumem. Nejsou k dispozici snadné návody vedoucí ke skvělým výsledkům. Bez dlouhodobé a systematické přípravy všech zdravotnických pracovníků a bez jejich schopnosti nezaujatě poznávat, tvořivě myslet, kriticky hodnotit a účinně jednat se žádný úspěšný stát dnes již neobejde. Dobrý rozvoj sociálních systémů nelze v demokratickém prostředí zajistit jen centrálními pokyny; do značné míry závisí na kultivaci odborné i široké občanské veřejnosti.

Základním smyslem odborné přípravy je poznávat, chápat a zvládat zdravotně sociální problémy v populaci tak, aby se při omezených zdrojích podařilo dosahovat co nejvyšší možné úrovně zdraví občanů a současně přispívat k rozvoji individuality, důstojnosti a kvality života každého jednotlivce.

Východiskem předkládaného textu byly materiály, které se již po několik let používají ve výuce. Osvědčilo se velmi stručné a až heslovité zpracování textu. Počítá se s tím, že obsah bude během výuky dále doplňován a konkretizován.

Dosavadní pedagogické zkušenosti doložily, že není zdaleka ideální připravit a poskytnout jen rámcový výklad základních pojmů, ale že je vhodné uvést čtenáře do studia běžné odborné literatury. Proto byly ke studijnímu textu přiřazeny jednak překlady vybraných důležitých materiálů Světové zdravotnické organizace a jednak články, jehož obsahem je program Zdraví 2020, který je základem evropské zdravotní politiky. To sice na jedné straně poněkud zvětšilo rozsah předkládaného textu, na

druhé straně to však čtenáři umožňuje seznámit se bez časově náročného hledání v knihovnách s některými dalšími studijními materiály.

Autorský kolektiv si je vědom, že je téměř vyloučené napsat text, který by obsahoval vše, co je v oblasti péče o zdraví důležité. Autoři se soustředili na to, k čemu mají blízko a s čím mají ve výuce dobré zkušenosti. Bylo by jistě žádoucí, aby to, co se nepodařilo do textu začlenit, se stalo motivem pro další autory k napsání navazujících učebních materiálů. Jedině společnou tvůrčí a publikační činností lze zlepšit stávající poměrně malou nabídku dobrých učebních textů v oblasti péče o zdraví.

Autoři uvítají všechny návrhy a připomínky, které by zlepšily sdělnost i kvalitu textu. Bylo by žádoucí, aby se studijní materiál nestal jen pramenem dílčích, i když nesporně důležitých poznatků, ale aby byl i podnětem pro samostatné myšlení a další systematické studium, a co je hlavní, aby ve svém důsledku přispěl k prozíravému a správnému jednání v široké oblasti péče o zdraví, a zejména ve zdravotnické praxi.

Děkuji všem pracovníkům a pracovnícím NCO NZO za úsilí, kterým přispěli k vydání rukopisu.

Brno, 2015

prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.
holcik44@gmail.com

I. ÚVOD DO PROBLEMATIKY PÉČE O ZDRAVÍ

1. ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ LIDÍ JE JEDNOU Z NESPORÝCH PRIORIT

Východiskem zájmu o zdraví lidí a navazujícího studia zdravotního stavu obyvatelstva jsou tři otázky: (a) Jaké je zdraví lidí? (b) Proč je takové? (c) Co se dá udělat pro zlepšení zdraví?

Zmíněné tři otázky jsou studovány v širokých sociálních souvislostech a v návaznosti na vývoj politických, ekonomických, legislativních i dalších sociálních okolností.

První otázka se týká popisu (kdo, co, kde, kdy, jak dlouho, do jaké míry apod.). Na druhou otázku „proč“ odpovídají výsledky analytických prací. Hlavní pozornost je věnována determinantám zdraví lidí, přičemž sociálním okolnostem je připisována hlavní role. Odpovědi na třetí otázku je široce pojímána péče o zdraví, která zahrnuje vše, čím společnost jako celek, organizace a instituce, skupiny i jednotlivci přispívají ke zdraví lidí. Odborná část péče o zdraví je zdravotnictví, které poskytuje zdravotnické služby.

Zmíněné tři otázky i odpovědi na ně jsou podmíněny sociálně ekonomickou situací a konkrétními životními podmínkami jednotlivců, rodin, sociálních skupin i společnosti jako celku. Už v roce 1966 v závěrečném materiálu konference, kterou uspořádala Světová zdravotnická organizace v kanadské Ottawě, se mimo jiné uvádí, že zdraví nevzniká v nemocnicích. Tam se jen s velkým úsilím a náklady napравuje to, co se už pokazilo. Zdraví vzniká v rodinách, ve školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí, pracují, odpočívají i stárnou a radují se ze všeho, co plný lidský život může poskytnout.

Motivem zájmu o zdraví lidí je pochopení hodnoty zdraví. Už starověký filosof a lékař Herakleitos z Efesu napsal: „Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství je bezcenné a důvtip bezmocný.“ A obdobně to vyjádřil bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace Halfdan Mahler: Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic“.

Individuální hodnota zdraví je úzce podmíněna pudem sebezáchovy. Jen ve výjimečných situacích dávají lidé vědomě přednost jiným hodnotám a obětují své zdraví, ne-li dokonce svůj život. Mnoho lidí hodnotu zdraví podceňuje, ať už z nevědomosti nebo pohodlnosti, a význam zdraví pochopí, až když onemocní. Je proto důležité pomáhat občanům, aby si hodnotu svého zdraví uvědomili, když jsou ještě zdraví, aby si zdraví vážili a naučili se je účinně chránit.

Sociální hodnota zdraví – význam zdraví býval na sociální úrovni chápán nejprve z vojenského hlediska – armáda potřebovala zdravé muže. Ekonomický aspekt – výrobní organizace potřebovaly zdravé pracovníky. Sociální hodnota zdraví je ovšem mnohem bohatší. Jde o bezpečnost a spokojenost lidí, o právo žít ve zdravém prostředí a ve zdravé společnosti. Lidé by měli být zdraví ne proto, aby se stali vojáky nebo dělníky, ale zejména proto, aby se mohli těšit ze všeho, co zdravý, plný a důstojný život může lidem poskytnout. Každý správný orgán, který si váží lidí, by si měl vážit i jejich zdraví, citlivě i odpovědně zvažovat zdravotní důsledky svých aktivit a volit taková rozhodnutí, která vedou ke zdraví. Všechna rozhodnutí vlády, parlamentu a dalších řídicích orgánů mají ty nebo ony zdravotní dopady. Je proto žádoucí, aby zdraví bylo respektováno i jako sociální hodnota.

Ekonomická hodnota zdraví – zdraví a vzdělání lidí je základní podmínkou konkurenceschopnosti národní ekonomiky. Příznivá ekonomika je důležitým východiskem silné sociální politiky.

Politická hodnota zdraví – v řadě evropských zemí se zdraví lidí dostalo do popředí zájmu voličů. Dobrá zdravotní politika orientovaná na zdraví a jeho determinanty a silná sociální politika představují ve svém důsledku důležitý nástroj růstu ekonomické výkonnosti a v neposlední řadě je i podmínkou kulturního a sociálního rozvoje státu.

2. ZDRAVOTNÍ SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE

Zdravotní situace v ČR není jednoznačná. Dílčí zlepšení některých ukazatelů je provázáno celou řadou přetrvávajících problémů. Obecně lze uvést, že vývoj, úroveň ani rozložení zdraví lidí v ČR neodpovídá ani potřebám ani skutečným možnostem.

O závažných zdravotních problémech vypovídají:

- a. ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva,
- b. charakteristiky životního způsobu,
- c. charakteristiky životního prostředí,
- d. stav, činnost a výsledky zdravotnictví.

A. Zdravotní stav obyvatelstva (zdraví lidí)

Vývoj naděje dožití (střední délky života) je relativně příznivý. Je však patrné zaostávání za vyspělými zeměmi. V ČR je vysoký výskyt chorob kardiovaskulárních, nádorových onemocnění i psychických nemocí.

Jedním z východisek zlepšení situace by měla být úvaha o determinantách zdraví lidí (viz dále), o prioritách i o možných regulačních mechanismech.

B. Životní způsob

K závažným rizikovým faktorům, jejichž vliv roste, patří zejména kuřáctví, energeticky nadměrná a nevhodně složená strava, nízká pohybová aktivita, vysoká úroveň psychických tenzí a stresů, zneužívání alkoholu, léků a drog, nevhodné sexuální chování apod.

C. Životní prostředí

Ve druhé polovině minulého století se životní prostředí v ČR soustavně zhoršovalo, např. pokud jde o znečišťování ovzduší, vody, půdy, potravin, chemizaci zemědělství a škodlivé fyzikální faktory, hluk, záření apod. Dosavadní stav životního prostředí je na jedné straně příznivě ovlivňován nově pojímanou ochranou a tvorbou životního prostředí, na druhé straně narůstají rizikové faktory vyvolané nedostatkem financí a převahou živelné komercializace řady oblastí nad zaváděním vhodných regulačních nástrojů.

D. Systém zdravotnictví

Zdravotnictví bylo v minulých desetiletích řízeno převážně byrokratickými metodami, centralisticky, bez zpětné vazby a s minimálními zdroji. V současné době prochází obtížným obdobím transformace. Nesnáze se projevují v oblasti zdrojů (peníze, lidé, zařízení, znalosti), činností (účinnost, efektivita a kvalita zdravotnických služeb) i výstupů a dopadů zdravotní péče (spokojenost občanů a saturování zdravotnických potřeb). Péče o zdraví je dosud pojmána převážně rezortně, s nedostatečným důrazem na prevenci, podporu a rozvoj zdraví, a zejména na základní zdravotní péči.

Východisko ze současné situace nelze vidět jen v dílčích rezortních organizačních opatřeních, ale v novém pojetí zdravotní péče, ve vytvoření a skutečně odborném zvládnutí moderního systému péče o zdraví, jehož základním dlouhodobě orientovaným cílem je: zlepšit zdraví lidí.

3. TRANSFORMACE ZDRAVOTNICTVÍ

Už v roce 1990 byl vládou přijat „Návrh reformy péče o zdraví“, který definoval cíle transformace zdravotnictví a jeho základní charakteristiky.

Cílem bylo vytvořit:

- novou strukturu orgánů podílejících se na tvorbě zdravotní politiky,
- novou strukturu organizace zdravotnických služeb,
- nové způsoby financování,
- nové vlastnické poměry,
- nový způsob vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Záměrem bylo vytvořit takový systém, který by měl mít tyto charakteristiky:

1. Nový systém zdravotní péče bude součástí celospolečenské strategie obnovy a podpory zdraví.
2. Východiskem péče o zdraví se stane svobodné jednání informovaného občana a občanského společenství.
3. Stát zaručí občanům poskytování přiměřené zdravotní péče.
4. Tvorba, provádění a kontrola zdravotní politiky bude monopolizována a vytvoří se konkurenční poměry ve zdravotnických službách.
5. Obec bude realizovat zásady státní zdravotní politiky na svém území.
6. Občan bude mít právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení.
7. Monopolní postavení státního zdravotnictví bude odstraněno. Převládající formou zdravotní péče se stane veřejné zdravotnictví.
8. Základním prvkem veřejného zdravotnictví bude samostatné zdravotnické zařízení.
9. Subsystémy zdravotní péče (podpora zdraví a výchova ke zdraví, preventivní péče, léčebná péče, rehabilitace) musí být dotvořeny a provázány, protože společně ovlivňují zdravotní stav občanů.
10. Těžištěm léčebné péče bude léčba ambulantní, zejména primární zdravotní péče.
11. Zdravotnictví bude čerpat finanční prostředky z různých zdrojů (prostředky ze státního rozpočtu, prostředky obcí, podniků, obyvatel).
12. Povinné zdravotní pojištění bude nezbytnou součástí nového systému zdravotní péče a podmínkou jeho fungování.
13. Nový informační systém zdravotní péče bude nutným předpokladem naplnění státních záruk ve zdravotní péči a jejího rozvoje.

Dominantními tématy následujících let se stala privatizace, zdravotní pojištění a financování zdravotnických služeb, na kterém se podílelo několik zdravotních pojišťoven. Postupně se však ukazuje, že dobré zvládnutí zdravotnického systému nemůže spočívat jen na typu financování a na navazující legislativě.

Koncepční práce, která by byla široce orientována na hodnoty a kritéria péče o zdraví, je pro rozvoj zdravotnictví nesmírně důležitá. Není to zdaleka jen teoretický požadavek. Právě praxe dokládá, že podcenění koncepční práce vedlo k podcenění zdravotní výchovy, podpory zdraví a prevence a k výraznému nárůstu nákladů na individuálně poskytované zdravotnické služby. Oslabení koordinace zdravotnického systému vedlo k jeho fragmentaci a k výraznějšímu uplatňování dílčích finančních skupinových zájmů. Ukázalo se, jak je ošidné spoléhat na regulační moc trhu. Zkušenost ukazuje, že je užitečné, když jsou sociální systémy vhodným způsobem řízeny, když jsou využívány a analyzovány potřebné informace a když je ujasněn hodnotový a teoretický základ systému jako celku.

Reformy zdravotnických systémů jsou trvalým úkolem pro všechny demokratické státy. Měly by respektovat očekávání občanů, využívat dané možnosti a být odborně podloženy.

Dosavadní vývoj dokládá, že transformace rezortně pojatého zdravotnictví nepřináší potřebné výsledky. Nestačí rozvíjet klinické zdravotnické služby poskytované jednotlivým pacientům.

Je nezbytné začít vytvářet široký systém péče o zdraví, který by zahrnoval všechny faktory a okolnosti, které ovlivňují zdraví a který by motivoval, respektoval i oceňoval podíl občanů, rodin a všech organizací i institucí na péči o zdraví.

II. ZÁKLADNÍ POJMY

4. PÉČE O ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICTVÍ

otázka č.3

A. Vymezení pojmů

Péče o zdraví je široce pojatý souhrn zdravotnických, organizačních, ekonomických, výchovných a dalších prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví. Těžiště péče o zdraví spočívá v rodinách, školách a na pracovištích. Ty zdravotní problémy, jejichž řešení přesahuje možnosti běžné občanské veřejnosti, se stávají předmětem profesních zdravotnických aktivit.

Zdravotnictví je rezortní systém obsahující soustavu odborných zařízení, orgánů a institucí (spolu s lidmi, vybavením, poznatky a metodami), které byly vytvořeny s cílem poznávat a uspokojovat zdravotní potřeby i oprávněné požadavky lidí. Zdravotnictví je subsystémem široce pojímané péče o zdraví a představuje její odbornou, profesionálně vykonávanou a rezortně pojímanou část.

B. Cíle péče o zdraví a zdravotnictví

Cílem péče o zdraví je umožnit všem, aby dosáhli pokud možno plného zdravotního potenciálu.

Cílem zdravotnictví je přispívat ke zlepšování zdraví lidí a zajistit dobrou funkci systému poskytujícího zdravotnické služby.

C. Základní funkce a orientace systému zdravotnictví

Zdravotnictví má dvě základní funkce:

a. **V širším smyslu:** vhodně usměrňovat a koordinovat široce pojatý systém péče o zdraví. Spolu se zdravotnictvím se na péči o zdraví podílí mnoho dalších rezortů a organizačních komponent. V této souvislosti je zdravotnictví zaměřeno na zdraví lidí, jeho ochranu, posilování a obnovu. Znamená to zájem o zdraví (včetně jeho poruch) a spoluodpovědnost za zdraví lidí. Ve svém důsledku jde jak o zdraví, tak

o všechny okolnosti, které s ním souvisejí. Proto se zdravotnictví zajímá o celou zdravotní situaci, její vývoj, determinanty a o možnosti jejího ovlivnění.

b. V užším smyslu: řídit (ať už přímo nebo nepřímo) soustavu zdravotnictví jako souhrn zdravotnických zařízení poskytujících odborné zdravotnické služby. Zdravotnictví vychází ze svých zdrojů (pracovníci, zařízení, peníze, poznatky a kvalifikace), soustředí se na činnosti (zdravotnické služby) ve snaze dosáhnout co nejlepších výsledků (nemocnost, úmrtnost, kvalita života, spokojenost pacientů apod.). Zdravotnictví se zabývá i možnostmi vhodné regulace a významnými charakteristikami okolí systému zdravotnictví.

I když zmíněné funkce a orientace zdravotnictví jsou poměrně stálé, je přirozené, že jejich uplatnění je politicky, sociálně, historicky, kulturně i geograficky podmíněno. Otázka, jak je naplnit, jak se s nimi vyrovnat, je kladena vždy znovu v návaznosti na změny politické, ekonomické i organizační. Odpověď na ni se stává obsahem koncepčních úvah i písemných koncepcí zdravotnictví.

Je žádoucí, aby zdravotnictví bylo provázáno se systémem péče o zdraví a aby v tomto smyslu úzce spolupracovalo s ostatními resorty (viz obr. 1).



Obr. 1. Péče o zdraví a zdravotnictví

Zaměření péče o zdraví

a. Zvýšit celkovou úroveň zdraví

- přidat roky životu (snížit počet předčasných úmrtí),
- přidat zdraví životu (snížit nemocnost),
- přidat život létům (posilovat i rozvíjet zdraví a zvyšovat kvalitu života).

Klást důraz na posilování a rozvoj zdraví, podporovat a usnadňovat zdravý životní způsob, redukovat nebo vyloučit zvládnutelné rizikové faktory a rozvíjet zdravotnické služby.

b. Snížit rozdíly v úrovni zdraví mezi jednotlivými sociálními skupinami

Zajistit, aby ekonomické a další sociální faktory nebyly překážkou dosažitelnosti zdraví a dostupnosti zdravotnických služeb. Preference musí být poskytována nejvíce znevýhodněným sociálním skupinám.

Druhý zmíněný cíl bývá někdy povrchně vnímán jako problematické rovnostářství. Z odborného hlediska se však dá připustit, že nikdo nemůže být úplně zdravý v nemocné společnosti. Pokud by byly zdravotní problémy sociálně deprivovaných skupin podceňovány, potom dříve či později ohrozí zdraví všech občanů.

Nezbytnost věnovat se zdraví všech lidí dokládají v poslední době aktivity zejména v oblasti AIDS a tuberkulózy. Není sporu o tom, že zvládnání zdravotních populačních problémů přesahuje možnosti jednotlivců. Zdraví lidí se proto stává jak významnou individuální potřebou, tak i veřejným zájmem a důležitou sociální hodnotou.

otázka č. 1

5. ZDRAVÍ A NEMOC

Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady. *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity* (část ústavy SZO, přijato v roce 1946 na konferenci v New Yorku).

Zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí. (prof. dr. R. Bureš)

Zdraví je relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí. (prof. dr. A. Žáček)

Zdraví vzniká a uplatňuje se v běžném životě, všude tam, kde lidé žijí, učí se, pracují, hrají si i milují. Zdraví je vytvářeno péčí o sebe i o druhé, je podmíněno jednak možností rozhodovat, volit si a ovládat své životní podmínky a jednak ujištěním, že společnost, v níž žijeme, umožňuje všem občanům dosáhnout zdraví. (Ottawa Charter for Health Promotion – 1986)

Zdraví stojí za to, abychom se ptali a zkoumali jaké je, proč je takové, a co společně uděláme pro jeho zlepšení. Zdraví stojí i za to, abychom to udělali.

Definice koncepční – operační; mnohorozměrnost a komplexnost; široké celostní pojetí zdraví, právo na zdraví, odpovědnost za zdraví. Viz dále biomedicínský a ekologicko-sociální model zdraví.

Nemoc lze pojímat jako objektivní stav, jako subjektivní odraz ve vědomí i jako důvod poskytnutí zdravotnické služby.

Nozologie se zabývá definováním a tříděním nemocí.

Názvosloví je odborná terminologie k označení nozologických jednotek, syndromů, patologických stavů, anomálií, odchylek od normy a reakcí organismu na poruchu homeostázy.

Klasifikace je pevný systém, v němž všechny nemoci jsou beze zbytku seskupeny do tříd, skupin a podskupin.

Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti (MKN)

1893 – mezinárodní seznam příčin smrti; další klasifikace 1900, 1909, 1920, 1929, 1938, 1948, 1955, 1965, 1975. Devátá revize (z roku 1975) vstoupila u nás v platnost 1. 1. 1979.

V roce 1990 přijalo plenární zasedání Světového zdravotnického shromáždění SZO 10. revizi pod názvem „Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“ a doporučilo členským zemím SZO její zavedení od roku 1993. Klasifikace je alfanumerická. Její obsah se ve srovnání s předchozí zdvojnásobil. MZ ČR rozhodlo o jejím zavedení v České republice od roku 1994.

otázka č. 2

6. BIOMEDICÍNSKÝ A EKOLOGICKO-SOCIÁLNÍ MODEL ZDRAVÍ

V biomedicínském modelu hrají rozhodující roli symptomy nemoci, diagnostická kritéria, dostupnost vyšetření a vhodná terapie. Otázkou je, zda nemoc byla prokázána. Stav nepřítomnosti nemoci je považován za zdraví. Takové pojetí zdraví vychází z běžné klinické praxe, kdy se lékaři snaží přispět k řešení těch zdravotních problémů, se kterými se na ně obracejí jejich pacienti.

Biomedicínský model je dobrým nástrojem přírodovědecky orientovaného lékařství a jeho aplikace přináší nesporné příznivé výsledky. Pokud lékaři občas připomínají, že „zdravý člověk je jen nedostatečně vyšetřený pacient“, je zřejmé, že si uvědomují relativnost pojmu zdraví a mnoho dalších okolností, které ovlivňují návštěvu pacienta u lékaře, dostupnost diagnostické techniky apod.

Zhruba od 70. let 20. století se významně zvýšila pozornost věnovaná nemocnému jako svébytné osobnosti, pro kterou je nedůstojné, pokud se stane předmětem „objektivistického kultu exaktní vědy“ a podcení se jeho dosavadní život, zkušenosti, názory, hodnoty, práva apod.

U ekologicko-sociálního modelu zdraví zůstává jedinec a jeho zdraví v centru pozornosti, současně se však chápe a zdůrazňuje, že řada opatření realizovaných na populační úrovni může mít příznivý, popřípadě i negativní dopad na zdraví lidí.

Hlavní charakteristiky ekologicko-sociálního modelu zdraví jsou:

- a. Zaměření na celou osobnost jedince jako člena rodiny a společnosti, příslušejícího k určité kultuře a plnícího odpovídající občanské a sociální role.
- b. Zájem o sociální charakteristiky zdraví, např. úroveň zdraví v závislosti na příjmu, pohlaví, věku, vzdělání apod.
- c. Snaha porozumět kulturním, sociálním a individuálním hodnotám a posoudit jejich vztah ke zdraví.
- d. Pozornost věnovaná subjektivní stránce zdraví a roli osobních pocitů a emocí ve vztahu ke zdraví. Jde v této souvislosti o vnímání jak pozitivního zdraví, tak poruch zdraví a v neposlední řadě i o subjektivní vztah k jednotlivým determinantám zdraví.
- e. Úsilí o pochopení jednání směřujícího ke zdraví v kontextu každodenního života. Lidé jako členové společnosti nejsou jen „kuřáci“, „alkoholici“ nebo „invalidé“. Jsou to především celí lidé, kteří jsou v běžném životě vystaveni mnoha dalším podmínkám a okolnostem, radostem i nesnázím. Sociální život a jeho podmínky představují významný komplex determinant zdraví.

- f. Zdraví je pojmáno v celé šíři s vědomím, že výsledný zdravotní stav není jen výsledkem vztahu lékaře a pacienta, ale je do značné míry důsledkem aktivity samotného jedince i sociálních skupin a institucí i společnosti jako celku.
- g. Snaha vzbudit a pěstovat vědomí vlastní důstojnosti. Péče o sebe je nezbytnou základní podmínkou a první formou péče, na kterou potom navazují další zdravotnické služby.
- h. Vědomí, že existuje široká škála metod péče, léčení a uzdravování.

Ekologicko-sociální model zdraví neusiluje o oddělení léčby, prevence a občanských aktivit. Snaží se o jejich rovnováhu, komplementární působení a o co největší účinnost. Je nutné ovšem zdůraznit, že sociálně ekologický model zdraví rozhodně není protipólem biomedicínského přístupu, ale jeho významným rozšířením.

III. METODICKÝ ZÁKLAD

7. STUDIUM ZDRAVOTNÍHO STAVU OBYVATELSTVA

Základní vědeckou disciplínou věnující se studiu zdravotního stavu obyvatelstva je epidemiologie. Vychází ze tří základních předpokladů: (a) nemoci se u lidí neobjevují náhodou, (b) s nemocemi lidí jsou spojeny příčinné i protektivní faktory, které lze identifikovat systematickým studiem orientovaným na populaci a její podskupiny v určité lokalitě a čase, (c) získanými poznatky, volbou a realizací opatření lze přispět ke zvládnutí zdravotních problémů.

Epidemiologie se z počátku soustředila na nemoci, které se vyskytovaly hromadně. Ponejvíce to byly nemoci infekční. Později se epidemiologie začala zabývat všemi nemocemi a tomu odpovídala i její definice:

Epidemiologie je studium rozložení nemocí nebo poruch zdraví v lidské populaci ve vztahu k faktorům, které určují toto rozložení.

Výraz „rozložení“ se vztahuje k výskytu nemoci v čase, prostoru (území) a v podskupinách osob tříděných podle nejrůznějších znaků; „populací“ se rozumí statistický soubor lidí vymezených geograficky nebo socioekonomicky; termínem „faktory“ se označují příčiny a podmínky (obecně determinanty) nemoci, které mohou mít přírodní nebo sociální povahu.

Zmíněná definice je spojena s všestranným rozvojem epidemiologie zejména v 60. a 70. letech 20. století a dodnes je dobrým východiskem pro řešení celé řady medicínských problémů. Postupně se však začalo ukazovat, že většina zdravotních nesnází se netýká jen nemocí, jejich příčinných a protektivních faktorů, prevence, diagnostiky, léčby a rehabilitace, ale že jde o problémy komplexnější, orientované spíše na široce pojímané zdraví než na jeho dílčí poruchy.

Zdravotní problémy bychom neměli spojovat jen s vysokou nemocností nebo úmrtností. Spíše jde o komplexy jevů, podmínek, determinant a dějů, jejichž souvislosti a důsledky mají rozsáhlou škálu sociálních, ekonomických, kulturních, behaviorálních a dalších aspektů.

Pro řešení takto pojímaných zdravotních problémů byla zmíněná definice poměrně úzká a podporu si začala získávat definice širší, zaměřená více na zdraví a jeho determinanty než na nemoci a kladoucí důraz na zvládnutí zdravotních problémů.

V průběhu 70. let 20. století byla proto formulována a posléze i přijata nová definice epidemiologie orientovaná na zdraví.

Epidemiologie studuje rozložení a determinanty stavů a událostí majících vztah ke zdraví v určených populačních skupinách a využívá výsledků tohoto studia ke zvládnutí zdravotních problémů.

Tato definice umožňuje využít všech dosavadních epidemiologických metod a současně je dobrým základem pro rozvoj nových přístupů, a to jak v tradiční medicínské oblasti, tak v celé sociální realitě. Jde o potřebný základ zdravotní politiky spočívající na věrohodných údajích a kompetentních analýzách.

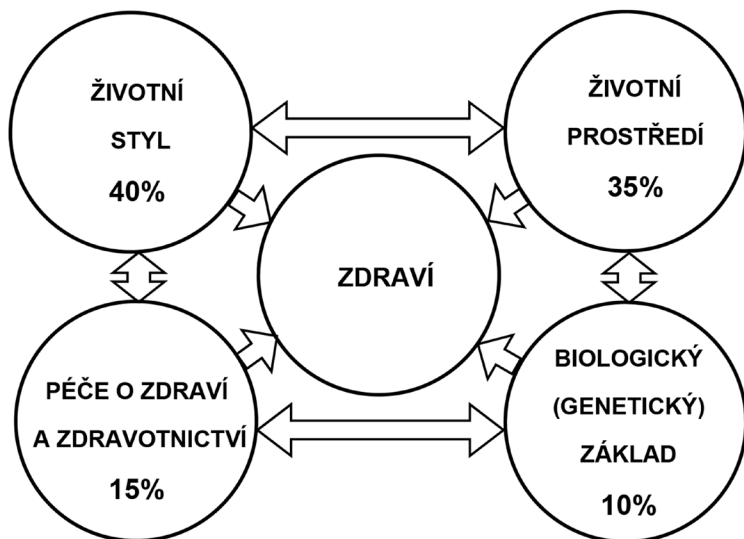
Nová orientace epidemiologie byla cenným podnětem pro její nebyvalý rozvoj i pro posílení její spolupráce s mnoha navazujícími medicínskými obory, jako je sociální lékařství, hygiena, preventivní lékařství i s některými vzdálenějšími disciplínami např. sociologie, psychologie, ekonomie, právní vědy, vědy o řízení, informatika apod.

Postupně vznikala představa o široké podmíněnosti zdraví, přičemž se ukázvalo, že úloha tradičně pojímaného zdravotnictví je menší, než se původně soudilo (15%). Řada studií dokládala vliv genetických faktorů na zdraví (10%), dominantní působení životního způsobu (chování lidí) (40%) a konečně i význam životního prostředí s jeho přírodními i sociálními faktory (35%).

Tyto čtyři zmíněné determinanty zdraví je možné znázornit jednoduchým schématem (viz obr. 2) vyjadřujícím rovněž přibližný vliv na zdraví lidí v procentech. Pokud bychom vyšli z předpokladu, že zdraví lze zhruba ze 75% ovlivnit zlepšením životního prostředí a zdravějším chováním lidí, pak je zřejmé, že dosud se této oblasti věnuje jen poměrně malá pozornost.

Těžko říct, proč tomu tak je. Odborníkům se zmíněná oblast může jevit jako „málo medicínská“, politikům jako obtížně ovlivnitelná, občanům jako nepříjemně zasahující do jejich soukromí a ohrožující jejich právo na svobodnou volbu svých životních aktivit.

Jak už to však bývá, hlavní problém je asi v tom, že zmíněné schéma je velmi zjednodušující a že např. v životním způsobu je skryta celá řada významných okolností, např. kouření, obezita, sedavý způsob života, stres, výživa, alkohol a drogy.



Obr. 2. Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech.

Nespornou důležitost má politická a ekonomická situace (bylo by možné ji zařadit do životního prostředí), která do značné míry předznamenává možnost skutečné volby občanů, např. v oblasti pitné vody, výživy, bydlení, vzdělání apod. Další významnou okolností je kultura, která obsahuje tradice, zvyklosti, hodnoty, historickou zkušenost a řadu dalších faktorů, které ovlivňují zdraví lidí.

Nejvýznamnější relativně samostatnou determinantou zdraví je kouření. Jeho nebezpečí roste, a to zejména pokud jde o nárůst kouření mládeže.

Současně je vhodné připomenout, že jednotlivé determinanty zdraví se vyskytují a působí v návaznosti na mnoho dalších podmínek. Řada studií dokládá, že jednou z rozhodujících okolností pro zdravotní osudy jedince má jeho sociální pozice a řada sociálních faktorů, které s ní souvisejí.

V posledních desetiletích se věnuje rostoucí pozornost zdravotním rozdílům mezi muži a ženami (gender related determinants). Nejde jen o odlišný biologický základ, ale zejména o vliv celého komplexu faktorů na lidi, kteří žijí v relativně stejných sociálních podmínkách, ale kteří se v důsledku své společenské role (muži – ženy) liší svým zdravotním osudem.

I když je tedy užitečné studovat vliv jednotlivých determinant izolovaně a na základě výsledků vědeckých studií doporučovat vhodná opatření, je nesporné, že bychom neměli zapomínat na prostou skutečnost, že zdraví lidí i možnosti péče o zdraví je žádoucí posuzovat v souhrnné biopsychosociální integritě.

V této souvislosti je vhodné připomenout, že narůstající sociálně ekonomické rozdíly ve společnosti se stávají v řadě zemí jedním z dominantních zdravotně sociálních problémů, na který je jen krajně obtížné reagovat v tradičních hranicích zdravotnické soustavy.

Je to problém velmi naléhavý, ale ne nový. Poukázal na něj již koncem 18. století Johann Peter Frank (1745-1821). Napsal: „Nechť vládci, mohou-li, odvrátí od hranic proniknutí smrtelných nákaz; nechť ustanoví nad provinciemi muže vynikající ve vědách lékařských; nechť staví nemocnice a spravují je co nejlépe; jestliže přitom zanedbají jedinou věc – nezbytnost odstranit nebo alespoň učinit snesitelnější nejčastější příčinu nemocí, bezměrnou bídu lidí, stěží uvidí jaký prospěch ze svého zdravotnického zákonodárství.“

Jakkoli je nesporné, že je žádoucí investovat do dalšího rozvoje zdravotnických služeb, zlepšovat jejich dostupnost i kvalitu, je současně nepochybné, že zdraví vzniká a rozvíjí se v rodinách, školách a na pracovištích a že je v zásadní míře podmíněno sociálně ekonomickou a kulturní situací lidí.

Ta vláda a celá společnost, která stojí o to, aby obyvatelé byli zdraví, jim pomáhá pochopit hodnotu zdraví, usnadňuje jim zdravou volbu životního způsobu a poskytuje jim potřebné informace.

Jak to nakonec dopadne, to už bude záviset na jednotlivých lidech, jejich rodinách i jejich okolí. V demokratické společnosti se lidé musí učit rozhodovat sami za sebe, přejímat a nést svůj díl odpovědnosti za své zdraví. A na druhé straně by měli být konkrétním vývojem v oblasti péče o zdraví denně přesvědčováni o tom, že na péči o své zdraví nejsou sami, že žijí ve společnosti, která si zdraví váží a dovede pro zdraví lidí přijímat správná rozhodnutí a že dovede realizovat ta opatření, která jsou pro zdraví lidí užitečná.

Nejvýraznější determinantou zdraví jsou lidé. Svou činností někdy zdraví ohrožují, ne-li přímo poškozují, ale dokáží i zdraví chránit a obnovovat. Výsledky studia zdravotního stavu obyvatelstva jsou pro volbu i realizaci užitečných aktivit lidí v oblasti péče o zdraví nesmírně užitečné.

8. UKAZATELÉ VÝSKYTU NEMOCÍ V POPULACI

Nemoc jako proces mající svůj začátek, trvání a konec můžeme charakterizovat třemi základními ukazateli nemocnosti, a to **incidencí**, průměrnou délkou trvání nemoci a **prevalencí**.

Incidence (I) se vztahuje vždy k určitému časovému intervalu. Rozeznáváme jednak **absolutní incidenci**, která zachycuje počet nových případů nemoci, k nimž došlo ve stanoveném intervalu (nejčastěji jeden rok) a jednak **relativní incidenci**, kdy počet nových případů nemoci (absolutní incidence) je dáván do poměru k počtu osob v exponované populaci.

Zvláštní kategorií incidence je takzvaná **rate** (čti: rejt)(někdy nazývaná *incidence rate*). *Rate*, stejně jako výše definovaná incidence (přesněji nazývaná incidence risk neboli riziko) je mírou frekvence výskytu nových případů onemocnění v populaci. Rozdíl mezi *rate* a rizikem je v definici jmenovatele při jejich výpočtu. Zatímco riziko (*incidence risk*) podává informaci o počtu nových případů onemocnění za určité období ve vztahu k počtu osob ve sledované populaci na začátku sledování, *rate* bere v úvahu možné změny ve velikosti a složení populace během sledování.

Lze si totiž snadno představit, že osoby, které se začnou účastnit výzkumné studie či jsou součástí studované populace na začátku sledování, přestanou být součástí exponované populace z nejrůznějších důvodů. U některých se vyvine sledované onemocnění (tzn. již nejsou nadále vystaveni „riziku“, že se u nich onemocnění objeví), jiní zemřou, odstěhují se či odmítnou další účast na studii.

Při výpočtu *incidence rate* dělíme počet nových onemocnění v dané populaci za specifikovaný časový interval součtem dob sledování všech exponovaných osob v dané populaci (osobaxčas). Jednotkami přitom mohou být osobaxroky sledování, osobaxdny sledování apod. Při výpočtu a prezentaci *rate* je vždy důležité specifikovat dobu sledování a uvést časové jednotky měření (osobaxčas).

Průměrná délka trvání onemocnění (t) se vypočítá tak, že součet všech prostonaných dnů vydělíme celkovým počtem případů nemoci.

V poslední době se průměrná délka některých chronických nemocí prodlužuje, a to v návaznosti na časnější diagnózu a účinnější léčbu, jejímž důsledkem je prodloužení života nemocného.

Prevalence (P) podává informaci o rozsahu (objemu) nemocí v populaci. Z časového hlediska je to průřezový ukazatel zachycující počet existujících nemocí k určitému datu.

Můžeme ji obdobně jako incidenci vyjádřit počtem nemocí (absolutní prevalence) nebo počet nemocí dát do poměru k celkové exponované populaci (relativní prevalence).

Rozeznáváme tyto základní typy prevalence:

Okamžiková prevalence zachycuje počet nemocí (nemocných osob) k určitému datu ve vymezené skupině exponovaných osob. Vyjadřujeme ji v procentech:

$$\text{okamžiková prevalence} = \frac{\text{počet existujících nemocí}}{\text{počet exponovaných osob}} \times 100$$

Jako příklad může sloužit procento pracovní neschopnosti vztahující se k určitému datu.

Intervalová prevalence (IP) udává počet nemocí (nemocných osob), které se vyskytly ve vymezeném časovém intervalu. Vypočítává se jako součet okamžikové prevalence na začátku intervalu a incidence daného intervalu.

$$\text{intervalová prevalence} = \frac{\text{počet nem. na začátku int.} + \text{počet nových onem. během intervalu}}{\text{počet exponovaných osob}} \times 100$$

Průměrná intervalová prevalence (PIP) se vypočítá jako průměr jednotlivých denních prevalencí za určitý časový interval (např. měsíc nebo rok). Jako příklad lze uvést průměrné procento pracovní neschopnosti.

Prevalence je užitečným ukazatelem pro potřeby zdravotní správy. Informuje o rozsahu postižení populace, a tím i nepřímo o potřebě prostředků a sil vynakládaných na zdravotní péči. Mluvíme-li o prevalenci bez bližší specifikace, pak jde zpravidla o počet nemocí, resp. procento nemocných osob v populaci.

Pro interpretaci zmíněných ukazatelů je vhodné si uvědomit jejich vzájemné vztahy. Prevalenci u jednotlivých druhů nemocí většinou neznáme. Můžeme ji ovšem odhadovat. Je funkcí dvou složek, incidence a délky trvání nemoci. Přibližně platí vztah:

$$P = I \times t.$$

Například, jestliže nemoc trvá v průměru tři roky a incidence (za 1 rok) je 10 případů na 1 000 obyvatel, můžeme očekávat prevalenci 30 nemocných na 1 000 obyvatel (při zmíněném výpočtu musíme vyjádřit délku nemoci ve stejné časové jednotce jako interval, ke kterému se vztahuje incidence).

Uvedený vztah plně neodpovídá skutečnosti při rychlém nástupu nebo ústupu epidemie. Je poměrně adekvátní při ustálené úrovni nemocnosti. Poněkud výstižněji bychom mohli psát:

$$PIP = I \times t.$$

U některých chronických nemocí se prevalence v posledních letech zvyšuje, přičemž incidence se nijak výrazně nemění. Je to převážně důsledek časně diagnózy a účinnější terapie, která prodlužuje život chronicky nemocným. Např. prevalence diabetu v ČR byla v roce 1955 0,5% (registrované případy); v současné době nabývá hodnoty výrazně vyšší (v roce 2012 to bylo 8% populace).

Růst prevalence za těchto okolností nemusí být sám o sobě nepříznivým indikátorem zdravotního stavu. Poněkud přiléhavější informací je v tomto směru incidence, kterou můžeme považovat za míru rizikovosti prostředí, popřípadě za ukazatel vnímavosti (predispozice k nemoci) obyvatelstva. Na základě úrovně incidence můžeme rovněž posuzovat účinnost preventivních opatření.

Chceme-li na základě studia hodnotit skutečný přínos zdravotnických služeb, měli bychom brát v úvahu nejen výskyt klinických diagnóz, nýbrž i prevalenci nejruznějších nepříjemných důsledků (jejich druh, míru i trvání) poruch zdraví pro jedince, jednotlivé skupiny i populaci jako celek. Zlepšováním zdravotní péče se zřejmě nepodaří všechny nemoci odstranit, je však žádoucí, aby se pokud možno omezil nepříznivý dopad nemocí na populaci.

9. SOUSTAVA ZDRAVOTNICKÉ STATISTIKY

Důležitým přínosem pro zdravotní péči jsou bezesporu ty informace, které si opatřuje samo zdravotnictví. Rutinní zdravotnická statistika byla vytvářena postupně jako nástroj zdravotních správ; reagovala na jejich základní požadavky, např. účinně zasáhnout při vzniku epidemií, administrativně zaznamenat a vyhodnotit ústavní léčení apod.

Rutinní zdravotnická statistika obsahuje informace o obyvatelstvu, zdravotním stavu, síti a činnosti zdravotnických zařízení a pracovních ve zdravotnictví. Jsou zaznamenávány a hodnoceny i základní ekonomické údaje a dostupné údaje jsou podle možností srovnávány v mezinárodním měřítku. V návaznosti na systémové pojetí zdravotní péče by bylo možné uvést, že zdravotnická statistika si všímá zdrojů vkládaných do zdravotnictví (finance, zařízení a pracovníci), činnosti zdravotnických zařízení a výstupů, což je zdravotní stav obyvatel.

Z jednotlivých typů rutinních zdravotnických statistik je důležitá zejména statistika příčin smrti (všimá si struktury zemřelých podle diagnóz), statistika nemocnosti spojená s pracovní neschopností (dočasná a dlouhodobá), statistika nemocnosti hospitalizovaných osob (ze záznamu hospitalizace), statistika povinně hlášených nemocí, a to infekčních nemocí (samostatnému hlášení podléhá tuberkulóza, pohlavní nemoci a plísňová onemocnění), zhoubných nádorů, nemocí z povolání a vrozených vývojových vad.

Soustava zdravotnické statistiky je ucelena do *Národního zdravotnického informačního systému*. Jeho obsahem jsou formy sběru, zpracování, uchování a publikace informací z těchto oblastí:

A. Zdravotní stav obyvatelstva

- a. informační systém (IS) o jednotlivých onemocněních a stavech – např. přenosné nemoci (hyg. služba), vrozené vývojové vady (ÚZIS), pohlavní nemoci (ÚZIS), dokonané sebevraždy (ÚZIS), TBC (ÚZIS), zhoubné novotvary (ÚZIS).
- b. IS o nemocnosti populačních skupin, nemoci z povolání (oddělení pracovního lékařství), pracovní neschopnost (Česká správa sociálního zabezpečení – ČSSZ), invalidita (ČSSZ), samovolné potraty a přerušení těhotenství (ÚZIS), zdravotní stav rodiček a novorozenců (ÚZIS), hospitalizovaná nemocnost (ÚZIS), příčiny smrti (ČSÚ, ÚZIS).

B. Zdravotnická ekonomika – registr zdravotnických zařízení (ÚZIS), pracovníci (registr lékařů a farmaceutů a výkazy PaM – ÚZIS), mzdové prostředky – výkazy PaM (ÚZIS).

C. Činnost zdravotnických zařízení – ambulantní péče (ÚZIS), ústavní péče (ÚZIS), komplement (ÚZIS), hyg. služba (ÚZIS), ostatní zařízení (ÚZIS).

D. Sociálně-demografické charakteristiky populace – narození, zemřelí (ČSÚ), obyvatelstvo (ČSÚ), životní úroveň (ČSÚ).

E. Životní a pracovní prostředí (Ministerstvo životního prostředí)

Sběr informací patří k relativně nákladným procesům a je důležité, aby získaná data byla náležitě využívána. Zdravotnický informační systém by zřejmě neměl být pojímán jako izolovaná soustava, ale jako podpůrný systém, jehož smyslem je mimo jiné přispívat k tvorbě, realizaci i hodnocení zdravotní politiky. Jeho konečný přínos je proto do značné míry závislý na kvalitě koncepční práce v oblasti zdravotní

péče. Základní publikací shrnující údaje zdravotnické statistiky je *Zdravotnická ročenka České republiky* publikovaná každoročně ÚZIS ČR.

Podrobnější informaci o zdravotních registrech a o dalších dílčích informačních systémech lze najít na internetové stránce Ústavu zdravotnických informací a statistiky (www.uzis.cz), nebo na stránce Českého statistického úřadu (www.czso.cz).

10. SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ POLITIKA

A. Sociální politika v tržním hospodářství

Liberalismus – *Adam Smith* (1723-1790)

- odmítání vměšování státu
- odmítání moci založené na absolutistických privilegiích a korupci, potlačující ideály svobody a podnikání.

Oslabení liberalismu koncem 19. století

John Maynard Keynes (1883-1946) – stimulace růstu prostřednictvím zvýšení veřejné poptávky, „Nový úděl“.

Sociální tržní hospodářství (*L. Erhardt, A. Müller Armack*) přerozdělování, svoboda, jistota, spravedlnost, spravedlnost startu (stejná hospodářská práva, rovnoprávnost, stejná šance vzdělání), spravedlnost při výkonu (stejná mzda za stejný výkon), spravedlnost spotřeby (zajištění existenčního minima).

Krise keynesovského modelu – priority

- snížení daňového klíče, které mělo podpořit podnikání, ve svých důsledcích vést k růstu daňových příjmů a k vytváření pracovních příležitostí,
- posílení tržního mechanismu deregulací a privatizací,
- snížení státních výdajů včetně výdajů na sociální politiku.

Sociální politika v tržním hospodářství je výrazem institucionálně zakotvené snahy čelit sociálním problémům, které by ohrožovaly existenci jedinců i stabilitu a rozvoj společnosti. Vychází z principu solidarity a spočívá na odpovědnosti státu vůči svým občanům. Sociální politika je nezbytná pro zachování politické stability.

Hlavní podmínky: ekonomická efektivnost, kulturní úroveň a sociální spravedlnost. Základní mechanismy: daňová soustava, sociální pojištění, minimální mzda, vyspělý školský a zdravotnický systém, aktivní politika zaměstnanosti.

B. Zdravotní politika je východiskem, nástrojem i výsledkem zájmu o zdraví a touhy po spravedlnosti při spravování záležitostí obce i formou odpovědnosti za zdraví lidí.

Předmět zdravotní politiky a určující podmínky.

Stát: státní správa (centrální, regionální a lokální), legislativa, ekonomické zajištění, soustava zdravotnických zařízení, meziresortní spolupráce, mezinárodní aspekty.

Zdravotnictví: odborné, účinné, efektivní a kvalitní zdravotnické služby, jejich návaznost, výzkum, informace, výchova, rozdělování prostředků.

Občané: zdravotní politika pro lidi, srozumitelná, motivující a spravedlivá, dostupná a přijatelná zdravotní péče.

Zdravotní problémy: pojetí, závažnost a možnosti řešení.

Zdravotní priority: jejich volba, projednání a zvládnutí.

Zdravotní potřeby, potřeba zdravotnických služeb.

C. Strategie sociálních změn

- empiricko racionální strategie,
- normativně reedukativní strategie,
- strategie založená na síle a útlaku (power-coercive strategy).

11. ROLE PRÁVA V PÉČI O ZDRAVÍ

otázka č. 5

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

Cíl zlepšit zdraví lidí je tak významný, náročný a komplexní, že je žádoucí využít všech možností, které má společnost k dispozici. Právo patří k významným nástrojem sociální regulace. Hraje důležitou a nepostradatelnou roli ve zdravotnické soustavě a podstatně ovlivňuje široký systém péče o zdraví.

Pojem práva

Právo bývá definováno jako souhrn norem (objektivní právo) nebo jako souhrn možností chovat se normami vymezenými způsoby (subjektivní právo). Uvedené definice práva nejsou pochopitelně dokonalé, zejména nepostačují zcela k odlišení práva jako normativního systému od normativních systémů dalších (např. morálky), které však s právem úzce souvisí. Je zřejmé, že právo nepůsobí izolovaně od ostatních normativních systémů. Lze předpokládat, že je-li právo ve shodě s obecně respektovanými pravidly (např. morálka a náboženství), působí zamýšleným směrem účinněji.

Chybou by bylo, kdybychom právo, resp. existenci určitých právních norem, chápali jako cíl našeho snažení, nikoli jako prostředek, jako nástroj k dosažení určitého požadovaného stavu. Je-li znám smysl a účel právní normy, je snáze vyložitelná a aplikovatelná. Vždyť i jeden z výroků tradice římského práva uvádí, že „*lex plus laudatur, quando ratione probatur*“, tzn. zákon je více chválen (uznáván), když je jeho smysl poznatelný (jasný).

Mezinárodní návaznost právních norem

V uplynulých letech bylo vypracováno na mezinárodní úrovni mnoho dokumentů, které stanovují záměry a priority v oblasti veřejného zdravotnictví. Nejedná se většinou o dokumenty formálně právně závazné (jednou z výjimek je Úmluva o lidských právech a biomedicíně a její dodatkové protokoly), jedná se spíše o programové záměry a cíle, které však mají sloužit mimo jiné jako podkladové materiály pro zpracování obecně závazných právních předpisů, a dále pak o dokumenty, v jejichž duchu (pakliže k nim jednotlivé státy přistoupily) by měly být interpretovány obecně závazné právní předpisy.

Za nejvýznamnější z těchto dokumentů je možno pro evropský region považovat program Světové zdravotnické organizace „Zdraví 2020“, vymezující konkrétní cíle, k jejichž dosažení by mělo směřovat úsilí v národním i nadnárodním měřítku. Dle uvedeného programu je právo osobně se účastnit na péči o zdraví jednou ze základních hodnot. Předpokládá se, že uvedené programové dokumenty budou rozpracovány na národní úrovni a v některých oblastech bude jistě nezbytné je včlenit do vnitrostátních právních řádů. Právo se tak může stát jedním, nikoli však jediným, nástrojem pomáhajícím vytvářet i dále rozvíjet systém péče o zdraví, a tím i podstatně přispívat ke zlepšení zdraví lidí.

Vybrané problémy výkladu a aplikace právních norem

V rámci svých profesí se zdravotničtí pracovníci setkávají se značně rozsáhlou škálou problémů. Mají velké množství povinností, jejichž nesplnění může způsobit vznik různých druhů odpovědnostních vztahů, ať už občansko právních,

pracovně právních, trestně právních nebo i některých speciálních (např. u lékařů, stomatologů či lékárníků disciplinární odpovědnost v rámci příslušné stavovské komory). Většinou se ve své podstatě jedná o **vztahy právně dosti komplikované**, jejichž popis a vysvětlení není předmětem tohoto textu. Existují navíc specifické oblasti, jako je např. problematika klinického hodnocení léčiv, výzkumu a zásahů do genomu, asistované reprodukce, patentů v oblasti zdravotnictví, kde se mnohdy objevují kvalitativně nové problémy a obtížné je už jen samotné vymezení všech úskalí, natož pak nalezení vhodného řešení.

U některých již existujících právních norem postrádáme jejich výklad, ke kterému by dospěly soudy při rozhodování v individuálních kauzách. Taková rozhodnutí, i přesto, že v ČR nejsou precedenty pramenem práva, by nepochybně usnadnila orientaci dotčených subjektů v dané problematice. To se týká např. souhlasu a nesouhlasu pacienta s poskytovanou péčí, prolomení povinné mlčenlivosti ve vztahu k soudům a orgánům činným v trestním řízení, mlčenlivosti po smrti fyzické osoby apod. Nárůst soudních sporů je dnes již zcela zřetelný ve věcech poškození zdraví při poskytování zdravotní péče, ve věcech zásahu do přirozených práv člověka, ale i v dalších souvisejících oblastech.

Obecně závazných právních předpisů v oblasti zdravotnictví je poměrně hodně a jsou dosti nepřehledné, což mnohdy vede k rezignaci subjektů na právní regulaci jako takovou. I tam, kde potřebné právní normy existují, naráží někdy jejich smysluplná aplikace na dosud pomalou činnost soudnictví.

Možná východiska zlepšení zdravotnické legislativy

Při volbě žádoucího cílového stavu zdravotnického systému je nezastupitelná role státu. Je na něm, aby (ve spolupráci s orgány veřejné správy, nejrůznějšími sdruženími, a to nejen zdravotnických pracovníků) připravil návrh koncepce a stanovil cíle, kterých má být dosaženo. Po diskusi v odborné i široké občanské veřejnosti by měly být konkretizovány úkoly, na něž budou orientovány jednotlivé složky systému péče o zdraví.

Pokud bude koncepce zdravotnictví vypracována a přijata, je nezbytné její realizaci průběžně a kriticky hodnotit. Při určování cílů a koncepcí v jednotlivých oblastech zdravotní péče je žádoucí využít již hotových nebo rozpracovaných koncepcí medicínských oborů připravovaných odbornými společnostmi. Při dosažení shody na koncepcích, a to jak na úrovni národní, tak i na úrovni jednotlivých složek zdravotnického systému, je třeba zvolit vhodné nástroje, kterými budou koncepce naplňovány.

Právo se jeví jako nástroj vhodný, nikoli však jediný. Významnou roli hraje výchova a výuka, a to nejen zdravotnických pracovníků, ale i výchova ke zdraví všech občanů. Ztotožní-li se občané s tím, že usilovat o zdraví je dobré, pak se dá

očekávat, že budou ochotněji dodržovat přijaté právní normy. Dobře připravená koncepce nepochybně povede i k tomu, že se sníží potřeba opakovaných novelizací a ad hoc řešení. Nelze jistě očekávat, že se podaří připravit napoprvé ideální právní předpis (existuje-li vůbec něco takového jako ideální právní předpis).

Aby se tak právo mohlo skutečně stát nástrojem účinně přispívajícím ke zlepšování zdraví lidí, je nezbytné jasně stanovit cíle, kterých má být dosaženo, a zvolit odpovídající nástroje, tzn. mimo jiné připravit vhodná legislativní opatření, schválit je a uvést je do praxe, spolu se zajištěním jejich reálné vymahatelnosti.

otázka č. 6

12. NĚKTERÉ ETICKÉ PROBLÉMY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Hodnotový a postojový přístup je důležitým aspektem péče o zdraví. V této oblasti nejvýznamnější místo zaujímá **lékařská etika (bioetika)** chápaná jako **kritické zkoumání morálních aspektů rozhodování v oblasti zdravotní péče.**

ETIKA je forma vědecké reflexe morální intuice a morální volby. Lékařská etika spočívá ve studiu rozhodování v medicíně. Netýká se jen lékařů, ale i všech ostatních pracovníků ve zdravotnictví a v určitém smyslu i celé občanské veřejnosti (zahrnuje i morální aspekty rozhodnutí učiněná pacienty, příbuznými, politiky apod.).

K základním principům patří:

1. **Autonomie** (*autonomy*), respekt k důstojnosti osoby, sebeurčení, samostatnosti, vědomí odpovědnosti, možnost dalšího osobního rozvoje (self-determination, self-government, sense of responsibility, self-development).
2. **Nepoškozování** (*non-maleficence*). *Don't harm*. Neškod.
3. **Pomoci** (poskytování dobra – beneficence). *Help if you can*. Pomoz, můžeš-li.
4. **Spravedlnosti** (*justice*). *Act justly*. Jednej spravedlivě.

Etika je rovněž vnímána jako cenný nástroj řešení etických problémů. Etický problém vzniká tehdy, když (a) je možnost výběru (poskytnout nebo neposkytnout terapii), (b) zúčastněné osoby jsou vystaveny možnosti rozdílných hodnotových důsledků (např. přežití-úmrtí).

Etika se uplatňuje v celé šíři péče o zdraví. S určitým zjednodušením lze vymezit pět základních oblastí.

1. **Otázky života a smrti**, antikoncepce, sterilizace a kastrace, umělé oplodnění, potrat, genetické inženýrství, péče o těžce malformované, euthanasie, péče o umírající.

- 2. Experimentování a aplikace techniky**, pokusy na lidech (zvířatech), zavádění nových léčebných metod (léků), použití dobrovolníků, transplantace tkání a orgánů, databanky a lidské soukromí.
- 3. Mezilidské vztahy v péči o zdraví**, dehumanizace medicíny, vztah lékař-pacient (paternalismus), vztah lékař a společnost (komora, pojišťovna, občané), etika týmové práce.
- 4. Léčba a prevence**, diagnóza a volba terapie, prevence jako zásah do prostředí a jednání lidí, přidávání cizorodých látek do vody a potravin, povinné očkování a preventivní prohlídky.
- 5. Funkce systému péče o zdraví jako celku**, zdravotní politika, účast veřejnosti, přidělování omezených zdrojů, účinnost a efektivita, kvalita, organizační struktura a funkce zdravotnictví, humanizace medicíny – cíle a možnosti apod.

I když se všeobecně připouští, že etika hraje v péči o zdraví nespornou a výraznou roli, její plné uplatnění je spojeno s mnoha problémy. Ohrožuje jí ideologická předpojatost, ekonomické nesnáze, individuální i skupinová chamtivost, zjednodušující vidění světa, orientace na krátkodobé cíle apod. Není ovšem sporu o tom, že z dlouhodobého hlediska je etika základním předpokladem důstojné lidské existence.

13. DÍLČÍ POZNÁMKY KE ZDRAVOTNICKÉMU MANAGEMENTU

Význam slova management lze najít ve slovníku:

- řízení, vedení, správa podniku, vedoucí činitelé,
- snaha o zvládnutí něčeho, péče, starost o něco,
- obratnost v jednání, prohanost, intriky.

Obtížnější je vymezit pojem management. Jednoduše vzato, jde o to „zařídít, aby se věci udělaly“. Ve skutečnosti se jedná o velice široký komplexní pojem, jehož obsah je konkretizován spíše praktickou činností a potřebami řídicí práce než teoretickými definicemi.

V některých kursech nebo učebnicích nebývá pojem management jednoznačně definován. Po výkladu jeho smyslu, cílů, funkcí a prostředků i kritérií hodnocení bývají studenti vyzváni, aby se sami pokusili management definovat tak, jak mu porozuměli.

Někdy se obsah pojmu management záměrně zužuje, aby vyniklo to hlavní, co je náplní kursu nebo co bude obsahem další práce účastníků kursu. Obsah pojmu

management pak bývá chápán např. jako „činnost, která udržuje organizace v chodu“ nebo „sestavení, příprava a vedení pracovního týmu“.

Management bychom mohli (i když poněkud zúženě) chápat jako činnost vedoucí ke splnění úkolů a dosažení cílů prostřednictvím sladění práce lidí a účinným využitím zdrojů (prostředků). Za důležitou součást managementu bývá označováno i vymezení problémů, stanovení cílů a priorit, plánování, organizování, rozhodování, vedení lidí, tvorba a využívání informačního systému (komunikace), kontrola, hodnocení a výzkum.

Management však nepodává přesný návod jak jednat v konkrétních případech, ani nenahrazuje profesionální přípravu v jednotlivých oborech. Zaměřuje se především na ty činnosti, které jsou obecné a typické pro řízení organizací a pracovních kolektivů, a na ty poznatky, zkušenosti a dovednosti, které realizaci takových činností usnadňují a zvyšují jejich účinnost i kvalitu.

Z teoretického hlediska management vychází zejména z teorie řízení a teorie systémů. Využívá poznatků celé řady dalších vědních disciplín, např. kybernetiky, psychologie, sociologie, ekonomie, právní vědy, pedagogiky, informatiky, praxeologie, filozofie a etiky, politologie apod.

Autorita řídicího pracovníka není podmíněna jen jeho funkčním místem a organizačními schopnostmi, ale i jeho odbornou erudicí, kulturním rozhledem, rozvojem osobnosti a morálními kvalitami. Žádná pravidla managementu nemohou sama o sobě zajistit účinnost řízení a dosažení stanovených cílů. Je nezbytné pohotově reagovat na měnící se situaci a vytvářet i využívat nové příležitosti.

V oblasti zdravotní péče je management úzce spjat s odbornou zdravotnickou činností a je výrazně podmíněn aktuálními zdravotními problémy, omezeností zdrojů, výběrem, způsobem poskytování i úhradou a hodnocením zdravotnických služeb.

Z medicínského hlediska znamená dobrý zdravotnický management především dobrou zdravotní péči.

14. SOCIOLOGIE A ZDRAVÍ

Mgr. Pavlína Kaňová, Ph.D.

Sociologii lze stručně definovat jako **vědu o lidské společnosti**. Zabývá se studiem společenských jevů, útvarů a procesů z hlediska jejich struktury, vývoje, funkcí i vzájemných vztahů. Za tvůrce termínu „sociologie“ je považován Auguste

Comte (ógyst komt) (1798-1857), francouzský filozof, zakladatel pozitivismu. Studium společnosti rozdělil na sociální statiku, která se zabývá sociálním řádem a stabilitou společnosti, a na sociální dynamiku studující procesy, které ve společnosti probíhají a způsobují její změnu a vývoj. Sociologii považoval za teoreticko-empirickou vědu, to znamená, že teorie o fungování společnosti je vytvářena a rozvíjena na základě empirického zkoumání sociální reality, s cílem odhalit zákonitosti, kterými se řídí dění ve společnosti.

Sociologie není a ve skutečnosti ani nikdy nebyla jednotně pojímanou disciplínou. Pod slovem sociologie se skrývá řada různých sociologických přístupů. Jednotlivé přístupy se od sebe liší pojetím společnosti, což se odráží v tom, že za klíčové považují odlišné úrovně sociální skutečnosti (individua, skupiny, organizace, národní či globální společnosti), dávají důraz na jiné aspekty společenské existence (např. sociální struktura, sociální jednání, každodennost) a k jejich zkoumání využívají různé metody poznání.

Po dlouhou dobu byla existence různorodých pojetí sociologie vnímána negativně, jako znak nevyspělosti tohoto vědního oboru, dnes je její pluralitní rozvoj připisován složitosti předmětu, který zkoumá. Současný lidský svět je natolik komplikovaný, že chceme-li jej skutečně poznat, je nutné ho zkoumat z různých úhlů a různými postupy, které jsou chápány jako komplementární.

Sociologie je vnitřně různorodá nejen z hlediska teoretických koncepcí, ale také z hlediska obsahu. V tomto smyslu ji obvykle dělíme na **obecnou sociologii** jako základní teoretickou disciplínu a na řadu **speciálních sociologických disciplín**, např. na sociologii práce, práva, mládeže, rodiny, politiky, komunikace, náboženství apod. Slučování poznatků o jednotlivých stránkách sociální skutečnosti vede k novým poznatkům o společnosti jako celku. Jednou z nejmladších, ale nejrychleji se rozvíjejících speciálních disciplín je medicínská sociologie.

Ačkoli ke sblížování a spolupráci sociologie a medicíny docházelo již od počátku 19. století, samostatnou disciplínou se medicínská sociologie stala až v polovině 20. století. Největší zásluhu na tom měl americký sociolog T. Parsons (pásnz), který svoji obecnou teorii o fungování sociálních systémů rozvíjel a dokládal na příkladech z oblasti zdravotnictví. Jako první např. studoval nemoc nejen jako jev biologický, ale i sociální, dále definoval sociální roli nemocného a lékaře, zabýval se vztahem lékař – pacient a provedl analýzu nemocnice jako sociálního systému. Jeho dílo i námitky, které vyvolalo, přispěly k růstu zájmu o studium sociálních jevů souvisejících se zdravím, nemocí a péčí o zdraví.

Medicínská sociologie aplikuje sociologické přístupy, teorie a metody na studium jevů spojených se zdravím a nemocí. Má blízko k lékařským oborům všímajícím si společenské podmíněnosti zdraví a péče o zdraví, jako jsou např. sociální lékařství,

veřejné zdravotnictví, epidemiologie. Sdílí s nimi řadu východisek a problémů a jejich tématické okruhy se někdy překrývají. V rámci medicínské sociologie vedle sebe existují dvě odlišně orientované linie, které bývají označovány jako sociologie medicíny (*sociology of medicine*) a sociologie v medicíně (*sociology in medicine*).

Sociologie medicíny (zdravotnictví) – jedná se o sociologickou, teoreticky orientovanou disciplínu studující zdravotnický systém zvnějšku. Zabývá se např. institucionalizací zdravotní péče; zdravotnickými profesemi (vzdělávání, moc, prestiž, hodnoty); sociální rolí lékaře, zdravotní sestry a pacienta; vztahem mezi lékařem a pacientem; analýzou jednotlivých typů zdravotnických zařízení; typy zdravotnických systémů; procesem medicinalizace života atd. Sociologům slouží poznatky o pacientech, zdravotnicích a formách péče o zdraví primárně k lepšímu porozumění společnosti jako celku.

Sociologie v medicíně (zdraví) – spadá do oblasti aplikované sociologie, která se zaměřuje na řešení praktických problémů definovaných lékaři. Jejím hlavním přínosem je, že rozšiřuje úzké biomedicínské pojetí zdraví a nemoci a jejich determinant tím, že je zasazuje do sociálního kontextu. Ve své podstatě představuje holistický koncept spočívající na celostním pojetí sociální reality. Podílí se na zkoumání těch jevů a procesů, které charakterizují, popřípadě determinují zdravotní situaci (tj. nejen zdravotní stav jednotlivých skupin obyvatelstva, ale i jejich životní styl, životní prostředí i stav, činnost a výsledky zdravotnické soustavy). Typickými tématy jsou sociální determinanty zdraví, nerovnosti ve zdraví, chování vzhledem ke zdraví, sociální aspekty života s chronickou nemocí, úloha různých forem péče o zdraví atd.

Medicínská sociologie nepřispívá ke studiu zdraví, nemoci a péče o zdraví pouze sociologickými teoriemi a koncepty, ale i sociologickou metodologií. Jde o rozsáhlý soubor teoretických i praktických poznatků o specifických postupech, které se používají k získání, pochopení a vysvětlení údajů o sociální realitě. Tyto postupy můžeme rozdělit na dvě základní skupiny, a to na kvantitativní a kvalitativní.

Kvantitativní metody umožňují získávat údaje o rozložení, výskytu a podobách určitého jevu, zjišťovat vlastnosti, názory a postoje lidí ve zkoumaném vzorku osob. Takové údaje slouží buď k prostému popisu, nebo jsou využívány k ověřování hypotéz o sociálních jevech, procesech a jejich vzájemných vztazích vyvozených z teorie. V kvantitativních výzkumech jsou získávány informace od velkého počtu jedinců, avšak rozsah těchto informací je poměrně malý. Výhodou je, že získaná zjištění lze zobecnit na celou populaci, kterou zkoumaný vzorek reprezentuje.

Kvalitativní metody se využívají ve výzkumech, jejichž cílem je porozumět určitému jevu, poznat a pochopit podstatu problému, který ještě dobře neznáme, a to z pohledu lidí, kterých se týká, to znamená v jejich interpretaci a jazyce. V kvalitativním výzkumu získáváme mnoho informací od malého počtu jedinců, které vypovídají o motivech k určitým postojům a jednání. Výsledkem je nová hypotéza nebo teorie. Zobecnění závěrů výzkumu na celou populaci je problematické, někdy nemožné.

Oba typy metod mají své výhody a nevýhody a jejich použití závisí především na povaze výzkumného problému. Někdy je vhodné využít oba postupy při řešení stejného výzkumného úkolu, protože kvalitativní metody mohou doplnit či vysvětlit kvantitativně odvozené závěry a kvantitativní metody mohou posloužit k ověření závěrů vyvozených z kvalitativní analýzy.

Sociologie svými údaji, metodami, poznatky i jejich interpretací významně přispívá k pochopení i zlepšení péče o zdraví. Spolu s celou řadou ostatních disciplín se podílí na studiu okolností souvisejících se zdravím a jeho poruchami. Sociální determinanty zdraví a zejména prohlubující se sociální i zdravotní nerovnosti se stávají významnými tématy v oblasti, která zde byla pracovní nazvána: sociologie a zdraví.

15. SOCIÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ

Sociální lékařství (SL) je vědní, medicínský a interdisciplinární obor, který se zabývá zdravím populace a péčí o zdraví ve společnosti.

SL spoluvytváří a využívá filozofickou, informační, poznatkovou i metodickou základnu sloužící k popisu, rozboru a hodnocení zdravotní situace, studiu zdravotního stavu obyvatelstva (včetně zdravotních potřeb občanů) a k pochopení, tvorbě, plnému využití, hodnocení i optimalizaci systému péče o zdraví (zdravotní politika, zdravotní programy, soustava zdravotnických služeb, opatření správné, legislativní, ekonomická apod.) s cílem přispět ke zlepšení zdraví lidí.

Historicky obor navazuje na humánní orientaci sociálně zdravotní péče koncipované a rozvíjené po I. světové válce prof. dr. F. Procházkou a prof. dr. F. Hamzou, na teorii a praxi zdravotního a nemocenského pojištění i na anglosaské zkušenosti z oblasti *Public Health* uvedené do československého sociálního lékařství před II. světovou válkou prof. dr. H. Pelcem spolu se statistickou metodologií. Významným krokem v rozvoji SL bylo uplatnění moderní metodické základny široce pojímané

epidemiologie, informatiky a systémového přístupu. Obsahově i metodicky se obor rychle vyvíjí a průběžně doplňuje.

Interdisciplinarita a široké zaměření SL přisuzuje oboru mnoho funkcí a úkolů. Z hlediska výuky, výzkumu a zdravotnické praxe lze za nejdůležitější označit čtyři základní funkce, které na sebe navazují a vzájemně se prolínají.

- a) **Funkce poznávací a metodická.** SL se v tomto ohledu zabývá jevy, které lze definovat, měřit a srovnávat, vztahy, které lze kvantifikovat, studovat a pokud možno i vysvětlit, a hypotézami, které lze ověřit. Jde v podstatě o moderní epidemiologii chápanou jako studium událostí majících vztah ke zdraví a využití výsledků tohoto studia ke zvládnutí zdravotních problémů.
- b) **Funkce hodnotová a postojová.** Významnou disciplínou v této oblasti je filozofie a lékařská etika jako „kritické zkoumání morálních aspektů rozhodování v oblasti zdravotní péče“. Vztah kognitivního a hodnotového přístupu je komplementární. Pro náležité zhodnocení sociálních jevů a vztahů jsou obě komponenty nezbytné.
- c) **Funkce aplikační a formativní.** Spočívá v přípravě návrhů, realizaci a ověření nejrůznějších opatření, jejichž smyslem je přispívat k vytváření, funkci, kontrole i hodnocení systému zdravotní péče. Do této oblasti bývá běžně začleňována problematika řízení zdravotnictví, včetně jednotlivých zdravotnických zařízení. Základní metodickou základnu v této oblasti tvoří systémová analýza a vědy o řízení, ekonomie (zejména její aplikace ve zdravotnictví), právo a zdravotnická legislativa, sociální psychologie, politologie apod.
- d) **Funkce výchovná.** SL může plnit své základní úkoly jen při cílevědomém rozvoji výchovy. Jde zejména o pregraduální výchovu na lékařských fakultách, postgraduální výchovu a další vzdělávání všech zdravotnických pracovníků i o široký komplex výchovy ke zdraví orientovaný na celou občanskou veřejnost.

SL se orientuje více na skupiny lidí než na jednotlivé osoby, klade důraz na studium vlivu sociálních činitelů na zdraví lidí. Zabývá se spíše zdravím než nemocí, počítá s celou řadou sociálních regulačních mechanismů a vyznačuje se vysokým stupněm komplexity. K základním aplikačním oblastem SL patří veřejné zdravotnictví a zdravotní politika.

16. VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ

Veřejné zdravotnictví (VZ) je interdisciplinární obor orientující se na problematiku zdraví, péče o zdraví a zdravotnictví. Staví na předpokladu, že zdraví, péče o zdraví a zdravotnictví není jen důležitým individuálním zájmem a potřebou, ale i významnou sociální prioritou, veřejným statkem a všeobecnou humánní hodnotou.

VZ vychází zejména z těchto disciplín: sociální lékařství, hygiena, epidemiologie, preventivní lékařství, zdravotní výchova a podpora zdraví, vědy o řízení a zdravotnický management, zdravotnická ekonomie, právo, zdravotnická legislativa, statistika a medicínská informatika, sociologie, sociální psychologie, filozofie a lékařská etika, historie medicíny apod. VZ plně respektuje svébytnost zmíněných oborů, čerpá z jejich poznatků a využívá jejich metodologii. Svými výsledky je do určité míry zpětně obohacuje.

Mezinárodně se VZ opírá zejména o myšlenky, orientaci a výsledky tradičně pojímaného oboru *Public Health* i o jeho nové poznatky a rozvojové směry (*New Public Health*). Věnuje plnou pozornost jak determinantám zdraví, jejich sociální podmíněnosti i ovlivnitelnosti, tak podílu veřejnosti, všech institucí i jednotlivých občanů na péči o zdraví. V tomto směru se seznamuje s cennými zahraničními zkušenostmi, které ověřuje a využívá.

Ve VZ se uplatňuje jak složka medicínská, tak nemedicínská. Je to dáno mezioborovou povahou péče o zdraví i skutečností, že na vlastní péči o zdraví se podílejí odborníci kvalifikovaní v mnoha různých oborech. VZ usiluje o co nejlepší integraci všech poznatků, metod i konkrétních činností s cílem přispět ke zlepšení zdraví lidí.

Ve výchově VZ respektuje interdisciplinární povahu oboru. K důležitým společným obsahovým prvkům výuky patří informace o zaměření, struktuře, funkci, kompetenci a odpovědnosti jednotlivých složek organizační soustavy zdravotnictví.

Ve výzkumu se VZ orientuje na dominantní zdravotní problémy a možnosti jejich řešení, přispívá k tvorbě, realizaci i hodnocení zdravotní politiky, věnuje se studiu a koordinaci zdrojů, činností a výstupů jak systému zdravotní péče, tak i zdravotnické soustavy.

Významnou oblastí výzkumné práce ve VZ je hodnocení účinnosti, hospodárnosti a kvality zdravotní péče, včetně otázek spravedlnosti při poskytování zdravotnických služeb.

Ve své praktické aplikaci VZ zahrnuje zejména soustavu institucí, dalších organizačních prvků i veřejných sdružení, které ve své činnosti reagují na základní sociálně zdravotní problémy a přispívají k jejich zvládnutí.

VZ se snaží respektovat širokou škálu názorů jednotlivců, sociálních skupin i společnosti jako celku na celou širší problematiku, usiluje o získání a plné využití

potřebných informací, volí vhodné formy sociální regulace (např. výchovné, ekonomické, legislativní apod.) a systematicky hodnotí dosahované výsledky.

Obor VZ se velmi rychle rozvíjí, usiluje o citlivou, pohotovou a průběžnou reakci na stávající problémy. Každé vymezení oboru VZ je žádoucí chápat jako prozatímní, jako východisko nových snah účinněji zvládat zdravotní problémy spolu s lidmi a v souladu s jejich zájmy i potřebami. V tomto smyslu je VZ otevřeným oborem, který vítá každé úsilí směřující ke zdraví lidí. Snaží se o sladění takových činností, oceňuje jejich komplementaritu a přispívá k rozvoji veřejné aktivity v oblasti zdravotní péče.

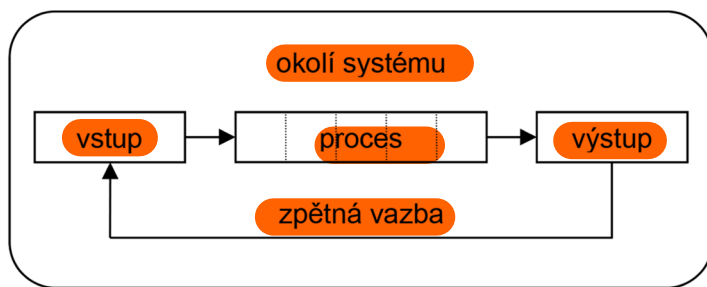
IV. SYSTÉMOVÉ POJETÍ A METODY ZDRAVOTNÍ PÉČE

otázka č. 8

17. PÉČE O ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICTVÍ JAKO SYSTÉM

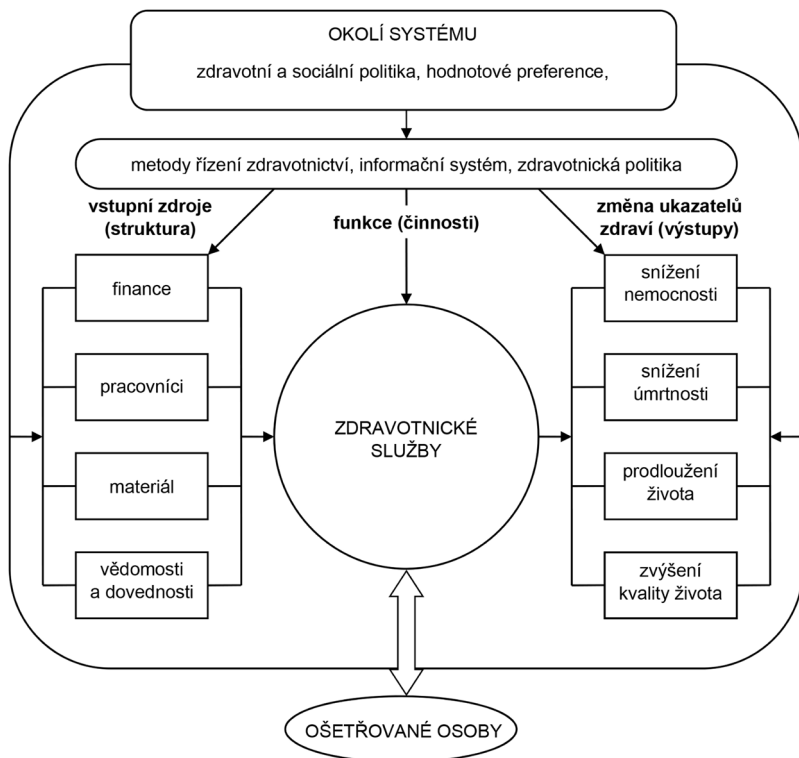
Věci, struktury, děje i problémy jsou pojímány z hlediska celistvosti, dynamiky, funkčnosti, zdrojů, činností i výsledků. **Systém je komplex na sobě závislých prvků, se svým okolím tvoří zvláštní funkční jednotu a je v něm obsažen prvek autoregulace.** Okolí systému zahrnuje objekty stojící mimo daný systém, jejichž vlastnosti daný systém ovlivňují. Struktura systému je souhrn prvků systému a jejich vztahů určujících funkci – chování systému. **Systém má kybernetické uspořádání charakterizované vstupem, procesem, výstupem a mechanismem zpětné vazby.** Významnou roli hrají informace a proces jejich předávání, tzn. komunikace.

K základním zdrojům zdravotnictví řadíme finance, materiál (technika, léky) a zdravotnická zařízení, čas, pracovníky a informace, vědomosti a dovednosti. Činnosti představují zdravotnické služby (promotivní, preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, pečovatelské a paliativní), k výstupům počítáme uspokojení zdravotních potřeb, změny úmrtnosti a nemocnosti, zvýšení kvality života apod.



Obr. 3. Obecné schéma systému v kybernetickém pojetí.

K okolí zdravotnictví patří např. socioekonomické poměry, kulturní chování (hodnoty, morálka, odpovědnost, ekonomická podpora, politická vůle), výživa, bydlení, výchova, kultura, zdravotní uvědomění apod.



Obr. 4. Zdravotnictví jako systém

Zdravotnictví je subsystémem péče o zdraví. Je podstatně ovlivňováno okolím systému. Je velmi důležité, jak veřejné správa, organizace, instituce, rodiny i jednotlivci vnímají hodnotu zdraví, jak chápou a přijímají svůj díl odpovědnosti za zdraví lidí.

18. ZDROJE ZDRAVOTNICTVÍ

Vstupem do systému zdravotnictví jsou zdroje, které obvykle dělíme na: zaměstnance (zdravotníčtí pracovníci, jejich náležitá kvalifikace a struktura), budovy a zařízení, zboží a zásoby, informace a poznatky. Univerzálním zdrojem jsou peníze, za něž lze jednotlivé zdroje pořídit.

Nespornou překážkou při manipulaci se zdroji však není jen nedostatek peněz, ale i čas. Např. výchova jednotlivých typů zdravotnických pracovníků trvá určitou dobu, stejně tak výstavba vhodných budov, jejich postupné vybavení a uvedení do praxe. Tuto nesnáz lze do určité míry překonat vhodným plánováním, tedy rozhodováním v přítomnosti o tom, jak dosáhnout žádoucích výsledků v budoucnosti.

Peníze vynaložené na budovy a nákladné zařízení se obvykle zařazují mezi investice, které jsou spojeny jak s počátečními výdaji, tak s průběžnou údržbou, popřípadě obměnou.

Mezi zboží se zařazují léky, prádlo, strava apod. Jde povětšinou o spotřební materiál, kterým se zajišťuje provoz zdravotnického zařízení.

Významnou část nákladů tvoří mzdy zdravotnických pracovníků. Jejich dobrá profesní struktura závisí jak na roli jednotlivých typů zdravotnických pracovníků, tak i na dělbě jejich práce a zejména na náležitých spolupracích. I když je jistě užitečné vymezit dílčí kompetence v péči o občany i pacienty, o konečném výsledku rozhoduje skloubení a návaznost všech činností.

Informace, znalosti a zkušenosti jsou významným zdrojem systému. Není sporu o tom, že informace o pacientech je nezbytné vhodným způsobem chránit před zneužitím, stejně tak je ovšem žádoucí získané informace náležitě zpracovávat a využívat.

Vhodná struktura zdrojů je úzce provázána s funkcí celého systému. Např. nadměrné rozšiřování lůžkového fondu nebo relativně vysoké náklady na léky mohou vést k omezení financí věnovaných na jiné zdroje.

Při úvahách o zdrojích je žádoucí vzít v úvahu možnosti jejich získání, metody rozdělování, využívání (pokud možno tam, kde přinášejí co největší užitek) a hodnocení.

Z obecného hlediska lze za jeden ze zdrojů považovat i celkovou zdravotní situaci a zejména úroveň zdraví lidí. Jedná se o východisko činnosti systému, které do značné míry předznamenává jeho možnosti.

Ve všech zemích jsme svědky **nárůstu výdajů na zdravotnictví**. Příčiny jsou zejména tyto:

1. Rostoucí možnosti medicíny a zvýšené požadavky na zdravotnické služby

Žádný zdravotnický systém nedokáže poskytnout tolik služeb, kolik by občané (mnohdy pod vlivem falešných představ) dokázali požadovat, žádná ekonomika není schopna vyprodukovat tolik zdrojů, kolik by zdravotničtí pracovníci dokázali utratit.

2. Demografické stárnutí obyvatelstva

Stárnutí obyvatelstva není samo o sobě problémem. Když se lidé dožívají vyššího věku je to dobrý výsledek zdravotní a sociální péče. Zdravý životní styl, dobré životní prostředí, podpora zdraví a prevence může významně prodloužit délku života ve zdraví. Problém může nastat, když společnost nedokáže na stárnutí obyvatelstva vhodným způsobem reagovat.

3. Epidemiologická transformace

V současné době převažují chronické neinfekční nemoci vyžadující dlouhodobou péči. Účinnou prevencí je lze podstatně omezit.

4. Další vlivy

K nárůstu nákladů na zdravotnictví přispívá nestabilita systému, překotné změny, deregulace a fragmentace, komercializace, plýtvání, nedostatky v řízení a v legislativě, nedostatek věrohodných informací, chybné analýzy, nekompetentní rozhodování apod.

19. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

A. Zdroje finančních prostředků pro zdravotnictví

1. Veřejné a státní, všechny úrovně správy, pojištění (veřejnoprávní).
2. Soukromé – přímé, nepřímé, připojištění (soukromoprávní pojištění).
3. Dobrovolné a dobročinné organizace.
4. Zaměstnavatelé.
5. Lokální zdroje.
6. Cizí pomoc – zahraniční.
7. Další – dary a loterie.

B. Formy úhrady

Ve světě je využívána celá řada systémů odměňování zdravotnických pracovníků poskytujících zdravotnické služby. Každý způsob má své výhody a nevýhody. Nejlepší bývá jejich kombinace. Správná volba bude zřejmě jiná u preventivních činností nebo u ambulantní či ústavní péče.

Základní typy jsou:

1. **Pevný plat (*Salary*)** – vede obvykle k šetrnosti a ke snížení kvality péče, k poklesu výkonů, snižuje celkové náklady.
2. **Podle počtu pacientů (*Capitation*)** - podněcuje zájem o zdraví občanů a vede k posílení prevence a zdravotní výchovy.
3. **Podle výkonů (*Fee-for-service*)** – zavádí se obvykle pomocí sazebníku. Vede k růstu nadbytečných výkonů a k celkovému zvyšování výdajů.
4. **Podle případů (*Case payment*, např. *DRGs*)** – přihlíží se k typu diagnózy, stupni rozvoje nemoci, ovlivnitelnosti symptomů a výsledků, léčby. Vlastní realizace je velmi obtížná a poměrně nákladná. Klade vysoké nároky na informační systém a průběžný výzkum. Správná aplikace vede ve svém důsledku k vysoké efektivitě a kvalitě služeb.
5. **Úhrada za návštěvu**, jde o paušál za jednu návštěvu pacienta.
6. **Úhrada za ošetřovací den (*Daily charge*)** – využívá se zejména k úhradě hospitalizace, může vést k prodloužení pobytu pacienta v nemocnici.
7. **Úhrada za dohodnutou práci (*Flat-rate, bonus-payment*)** např. za očkování daného rozsahu.
8. **Rozpočet (*Global payment*)** – je určena výše peněžních prostředků, které lze použít, určitá míra volnosti je např. ve struktuře výdajů.

Jednotlivé zdravotnické služby mohou být podmíněny částečnou finanční úhradou od pacienta (*cost-sharing*), např. **spoluúčast na pojištění**, určitá procentní sazba, kterou pacient platí z ceny výkonu, **spoluplatba**, pacient platí pevnou částku vždy, když je mu poskytnuta zdravotnická služba, **balancovaná platba**, pacient platí rozdíl mezi cenou pojišťovny a cenou poskytovatele, **platba za výlučný výkon**, pacient platí plnou částku za službu, kterou nehradí pojišťovna.

Spoluúčast pacienta (*co-payment*) není pouhým příplatkem (např. na brýle), ale finanční účastí na úhradě určité základní zdravotnické služby (např. hospitalizace).

otázka č. 9

20. ZDRAVOTNÍ SYSTÉMY VE SVĚTĚ

Zdravotní systémy jsou výslednicí dlouhodobého a složitého společenského vývoje. Protože sociální, ekonomické, kulturní a politické podmínky v jednotlivých zemích byly různé, jsou různé i zdravotnické soustavy těchto zemí. Jejich vývoj probíhal většinou pozvolna a postupně spolu s pokroky vědy a techniky. Každá z následujících generací přizpůsobovala obsah a formy zdravotní péče svým zájmům a potřebám, utvářeným ponejvíce interakcí sociálních a ekonomicko-politických sil.

Různými, více nebo méně intenzivními změnami procházejí zdravotní systémy většiny států světa. Výsledkem těchto reformních procesů, vyvolaných místními ekonomickými, sociálními a technickými silami, je neobyčejná pestrost existujících zdravotnických soustav. Je velmi obtížné provést jejich uspokojivé třídění. Nejvhodnějším klasifikačním znakem se ukázala být míra regulačních zásahů do struktury a funkce zdravotnictví vykonávaná státem nebo jinými společenskými institucemi. Podle tohoto hlediska můžeme zhruba rozeznávat pět odlišných typů zdravotnických soustav:

Komerční typ – lékaři jsou samostatní podnikatelé, kteří „po živnostensku“ přímo prodávají odborné služby pacientům (spotřebitelům). Stále narůstající komplexita a návaznost služeb i potřeba týmové práce způsobily, že tento typ zdravotního systému ve své čisté formě prakticky neexistuje.

Liberalistický typ – zdravotní péče je pokládána jednak za zboží, jednak za veřejnou službu. Do vztahu pacient – lékař vstupuje stát, aby vyrovnal příkré sociální nerovnosti. Převládají tržní vztahy přizpůsobené místním podmínkám a kulturním zvyklostem (USA, Švýcarsko).

Pojišťovnický (pluralitní – smíšený) – jeho charakteristickým rysem je účast nemocenských (zdravotních) pojišťoven (veřejných a soukromých), které poskytují některé druhy služeb svým pojištěncům. Nejlépe situovaní občané si platí soukromé služby (Francie, Německo, Japonsko).

Národní zdravotní služba – vyznačuje se silnou účastí státu, který vlastní většinu zdravotnických zařízení a slabším podílem soukromého sektoru. V posledních letech jsou zaváděny ekonomické prvky řízení s cílem zvýšit motivaci lékařů a posílit hospodárnost zdravotnických služeb (Anglie, Norsko).

Státní typ – zdravotníci jsou státní zaměstnanci se stálým platem. Veškeré náklady jsou hrazeny ze státních fondů.

Problémem i varováním jsou některé modifikace totalitních systémů, v nichž předsudky a ideologická dogmata bývají nadřazena věrohodným odborným poznatkům a etickým zásadám.

Žádná typologie zdravotnických soustav ale nedovede zúžit enormní variabilitu všech jejich možných forem a modifikací. Mezi 193 členskými zeměmi SZO se nenaleznou dva státy, které by měly naprosto stejné organizační uspořádání zdravotní péče.

Situaci dále komplikuje skutečnost, že zdravotnictví existuje souběžně s mnoha dalšími systémy, jejichž činnost zdravotnickou soustavu složitými sociálními mechanismy ovlivňuje (některé z nich přímo vstupují do systému zdravotnictví). Je to např. systém výchovy, sociální hodnoty a na ně navazující orientace společnosti a její organizace, výzkum ve všech odvětvích a jeho praktické využívání, integrované informační soustavy, stav a možnosti rozvoje ekonomiky, obsah a formy sociální péče, sociální tradice, kulturní okolnosti apod.

Ideální model zdravotnictví neexistuje. Politická volba spočívá v rozhodnutí, které problémy zvládnout a se kterými je nezbytné se naučit žít.

otázka č. 10

21. TYPY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Při úvahách o systému zdravotní péče je důležité si uvědomit, že existují různé typy zdravotní péče. Je ovšem žádoucí, aby její jednotlivé prvky na sebe vhodně navazovaly a podle možností se i doplňovaly. Zdravotnictví je sociální systém, který nemůže být redukován na dílčí poskytování relativně oddělených zdravotnických služeb. Pokud dojde k disproporcím v rozvoji jednotlivých komponent zdravotní péče, zákonitým důsledkem je plýtvání, nehospodárnost a pokles účinnosti a kvality zdravotnictví jako celku.

Obecně lze základní modality (formy) zdravotní péče rozčlenit podle typu a cíle takto:

MODALITY

Sanogenní činnost

Primární prevence

CÍLE

dosažení vyššího stupně zdraví (souběžně se zvyšováním kvality života), podpora zdraví (health promotion).

předcházení vzniku nemoci.

Sekundární prevence	včasně odhalování nemoci a její včasné a účinné léčení.
Diagnostika	zařazení poruchy zdraví do příslušného klasifikačního schématu.
Terapie	odborná intervence usilující o příznivou změnu přirozené historie nemoci.
Prognóza	odhad dalšího vývoje nemoci v relevantních dimenzích a pracovní expertíza včetně pracovních funkcí.
Léčebná rehabilitace	terapeutické působení s cílem obnovit psychomotorické funkce.
Pracovní rehabilitace	příprava jedince po zdravotní a odborné stránce k výkonu povolání nebo příspěvek k jeho soběstačnosti.
Sociální reintegrace	adaptace k zastávání společenských rolí.
Udržovací péče	stabilizace dosaženého stupně zdraví pomocí symptomatické a paliativní péče.
Terminální péče	umožnění přirozeného a bezbolestného odchodu ze života.

Nesmírně důležitá je péče o lidi, včetně kvalifikované ošetrovatelské péče. Musí být provázena hlubokou lidskou, osobní a láskyplnou účastí nad osudem člověka se všemi jeho bolestmi, úzkostmi i nadějemi.

Lze očekávat, že dostupnost extrémně nákladných terapeutických postupů nebude všeobecná. Potřebná základní péče by však měla být dostupná všem.

Postupně narůstá význam zejména těchto forem zdravotní péče: zdravotní výchova a podpora zdraví (*health promotion*), prevence, základní zdravotní péče, primární péče a domácí péče.

otázka č. 11

22. ZDRAVOTNÍ VÝCHOVA

Historie dokládá, že **výchova je cenným nástrojem péče o zdraví.** Zdravotní výchova, jako ostatně všechny lidské činnosti, má svůj obsah, zaměření i vývoj. Definicí zdravotní výchovy je mnoho, od těch, které zahrnují jakékoli působení na jednotlivce a skupiny, až po ty, které poukazují na nutnost cílevědomého a pozitivního vlivu na lidské zdraví.

Je sice možné připustit, že například **působení reklamy na televizní diváky může ovlivnit jejich zdravotní chování, ale pokud jde o propagaci kouření nebo alkoholu, těžko se dá mluvit o výchově.** Spíše lze takovou činnost označit za zdravotní pseudo-výchovu nebo dokonce za anti-výchovu.

Obecně lze zdravotní výchovu pojímat jako: **souhrn výchovně-vzdělávacích aktivit zaměřených na duševní, tělesný i sociální rozvoj lidí se záměrem přispět ke zlepšení zdraví jedinců, skupin i celé společnosti.**

Obsahem zdravotní výchovy jsou tři tradiční tematické okruhy:

- (a) výchova a vzdělávání týkající se lidského těla a postupů jak o ně pečovat;
- (b) informace o zdravotnickém systému, jaké zdravotnické služby, proč a kdy mohou být užitečné, komu a za jakých okolností jsou poskytovány;
- (c) výchova a vzdělávání věnované širším problémům a východiskům zdravotní politiky, možnostem zdravotních aktivit v národním i lokálním měřítku a všem dalším okolnostem, které zdravotní podmínky i zdraví lidí významně ovlivňují.

První okruh je nezbytný, a to zejména při výchově dětí a mládeže, druhé téma je v současnosti podceňováno a je rozvíjeno povětšinou jen prostřednictvím nabídky těchto služeb, jejichž poskytování je shodou okolností výhodné pro poskytovatele. Jen výjimečně jsou k dispozici dobré informace o skutečně potřebných a dostupných zdravotnických službách a jen ojediněle dochází v této oblasti k mnohostranné diskuzi, ve které jsou brány v úvahu požadavky a přání pacientů i připomínky jejich blízkých a celé občanské veřejnosti. Třetí okruh je zatím na samém okraji zájmu. Jako by bylo těžké připustit, že péče o zdraví úzce souvisí s politikou, ekonomikou, legislativou, demokracií i spravedlností a že zdravotní výchova by neměla být zaměřena jen na funkci buněk, tkání a orgánů lidského organismu, ale že by měla být orientována i na společenské struktury a aktivity, které jsou důležité pro zdraví lidí.

Zdravotní výchova může být podle svého zaměření rozdělena na mnoho typů. Zde připomeneme alespoň tři, a to tradiční zdravotní výchovu orientovanou zejména na pacienta a nemoci, zdravotní výchovu zaměřenou na rizikové faktory a zdravotní výchovu orientovanou na zdraví.

A. *Tradiční zdravotní výchova orientovaná zejména na pacienta a nemoci (edukace pacientů)*

Tradiční zdravotní výchova se orientuje na prevenci a na rady nemocným v průběhu léčby a rehabilitace. Hlavní pozornost je věnovaná konkrétním diagnózám a zejména tělesným projevům nemoci. Informace je poskytována medicínskými vzdělanými osobami a poučované osoby jsou informovány, přesvědčovány a motivovány k náležitému chování. Není sporu o tom, že tento typ zdravotní výchovy je důležitý. Tvoří nepostradatelnou část působení lékaře a dalších zdravotnických

pracovníků na pacienta ve smyslu náležitěho poučení nemocného a všech, kteří mohou ovlivnit průběh jeho nemoci.

Dříve byla taková zdravotní výchova označována termínem „zdravotnická osvěta“. Jde v podstatě o interakci náležitě vzdělaného odborníka a laika. Nevysloveným předpokladem je zde jednak přesvědčení, že laik poučení přijme, pochopí, poslechne dobře míněné rady a žádoucím způsobem změni své chování, a jednak, že se jeho jednání řídí svobodnou vůlí a že právě na něm záleží, jak a do jaké míry změni své chování.

Dosavadní zkušenost však dokládá, že přes nespornou potřebnost a užitečnost je tento typ zdravotní výchovy provázen mnoha problémy. Mnozí zdravotníci jsou rozladěni tím, že pacienti jsou neposlušni, svéhlaví nebo lhotejní. Mnohdy je to tím, že poučení nemocného není adekvátní, je nesrozumitelné, neodpovídá vzdělání, komunikačním zvyklostem a kulturnímu zázemí pacienta nebo je v důsledku nedostatku času povrchní či nevěrohodné.

Za dílčí nevýhodu lze označit podceňování širších sociálních souvislostí, např. to, že ke konkrétnímu životnímu stylu se osoba dopracovala v důsledku dlouhodobě působících životních okolností (sociálních, ekonomických, kulturních) a že obvykle nestačí sdělit informaci nebo něco zakázat či přikázat. Rovněž lze namítnout, že převážná orientace na jedince a na jednotlivé diagnózy pomíjí význam rozvoje pozitivního zdraví a potřebu zdravotních opatření na úrovni sociálních skupin, a to zejména pokud jde o žádoucí úpravu životního prostředí.

Byla by však velká chyba v důsledku zmíněných nedostatků tento typ zdravotní výchovy odmítat. Právě naopak. Základní prioritou by mělo být pochopit důležitost této stránky komunikace mezi pacientem a všemi zdravotnickými pracovníky, zlepšit její kvalitu a zvýšit její přínos.

Vzhledem k tomu, že předmětem zájmu jsou zde především jednotlivé nemoci nebo skupiny nemocí (zhoubné nádory, kardiovaskulární nemoci, úrazy apod.), je pozornost věnována zejména těm rizikovým faktorům, které se k takovým nemocem vztahují, přičemž jsou pacienti povětšinou nabádáni, aby něco nedělali (nekouřili, nepili alkohol, nejedli tučná a smažená jídla), nebo naopak, aby s něčím (obvykle nepohodlným) začali (dodržovali přísnou dietu, cvičili apod.).

Nespornou výhodou zdravotní výchovy orientované na jednotlivé nemoci a s nimi spojené rizikové faktory je možnost poměrně věrohodně doložit dosahované výsledky sledováním nemocnosti a úmrtnosti na dané diagnózy a tyto údaje provázat s informacemi o výskytu rizikových faktorů.

B. Zdravotní výchova zaměřená na rizikové faktory

Nárůst znalostí o celé řadě rizikových faktorů vedl postupem doby k částečnému posunu a podstatnému rozšíření tradiční zdravotní výchovy směrem k jednotlivým rizikovým faktorům, přičemž důraz je kladen na preventivní a populační přístup a na charakteristiky životního prostředí. Odpovídá to zhruba strategii hygienické služby i teoretické orientaci preventivního lékařství.

Zaměření na rizikové faktory vychází z poznatku, že jeden rizikový faktor (např. kouření) může způsobit řadu zdravotních potíží (např. bronchogenní karcinom i mnoho dalších nádorů a kardiovaskulárních nemocí). Vzhledem k tomu, že většina rizikových faktorů je spojena s určitým životním stylem, jsou občané nabádáni, aby zvolili zdravější životní styl, aby nekouřili, zvýšili svoji pohybovou aktivitu a dávali přednost pestré stravě s menším množstvím kalorií, nižším obsahem tuku, s vyšším podílem čerstvé zeleniny apod.

Poznatky o zdravotně rizikových faktorech vedly nejen k jejich identifikaci a k odhalení mechanismů jejich vlivu, ale vyvolaly i otázky týkající se jejich ovladatelnosti. Zkušenost doložila, že zvládnutí mnohých rizikových faktorů není v silách jednotlivců a že je nutné zvažovat širěji zaměřená opatření. Např. snaha omezit kouření nemůže spoléhat jen na přesvědčování jednotlivých osob, aby nekouřily, ale je žádoucí věnovat pozornost i opatřením ekonomickým (např. zdanění tabákových produktů), legislativním (např. zákaz reklamy a zákaz prodeje tabákových výrobků dětem i jeho plné respektování) apod.

Toto poznání přispělo k rozšíření zdravotní výchovy dvěma významnými směry:

- a. Jednak bylo zřejmé, že je nezbytné věnovat pozornost nejen rizikovým faktorům, které vedou k vyššímu riziku vzniku onemocnění, ale i těm okolnostem, které ovlivňují výskyt rizikových faktorů a sílu jejich působení. Tím do zdravotní výchovy začala vstupovat sociální problematika. Přispělo to k poznání, že sociální faktory patří mezi významné a nepominutelné determinanty zdraví lidí.
- b. Ukázalo se rovněž, že nestačí se orientovat jen na pacienty, ev. ohrožené osoby, ale že je žádoucí obrátit se na širší občanskou veřejnost, a zejména na ty osoby, které mají možnost situaci změnit (zákonodárci, pracovníci místních samospráv, známé a vlivné osobnosti apod.).

Medicínská orientace zdravotní výchovy realizovaná povětšinou zdravotnickými pracovníky se tak postupně obohacuje o oboustrannou komunikaci mezi občany a těmi, kteří se snaží zlepšit celkovou zdravotní situaci zejména omezením vlivu zdravotně rizikových faktorů.

C. Zdravotní výchova orientovaná na zdraví

Tento typ zdravotní výchovy se v evropském kontextu rozvíjí velmi dynamicky. Důraz na zmíněné zaměření bývá vyjadřován označením „výchova ke zdraví“, které našlo své uplatnění jako název vyučovacího předmětu na základních i středních školách.

Zdraví je zde pojímáno ve svých dvou základních složkách, a to jak zdraví negativní (nemoci), tak pozitivní (rozvoj pohody, zdatnosti i odolnosti). Aniž se podceňuje snaha vyloučit rizikové faktory, důraz je kladen na pozitivní motivaci. Tzn., že zdravá strava není spojena se zákazy a odpíráním, ale je představována jako chutná a lákavá. A podobně, cvičení není pojímáno jako „mučení těla“, ale jako radostná relaxace a příjemný pohyb, který je lidem, a zejména dětem a mládeži zcela přirozený.

Dbá se na to, aby komunikace byla důsledně oboustranná, resp. vícestranná. Nemělo by jít o „vědoucího“ a „poučovaného“, ale o partnerský dialog mezi svobodnými a odpovědnými občany, kteří společně hledají cestu ke zdraví a těší se na to, že po ní společně vykoučí.

Takový přístup nutně respektuje sociální postavení, ekonomickou situaci a vzdělání osob, bere v úvahu rozdílnost životních cílů i odlišnosti ve světonázorové orientaci občanů. Nejde, a tedy ani jít nemůže, o nějaký jednotný návod vhodný pro všechny, ale o dynamicky se měnící proces v závislosti na stávající situaci.

Zdraví zde není představováno jako stav bez nemoci, ale jako důležitá životní hodnota, kterou má smysl poznávat, uvědomit si, co ji ovlivňuje, a pro kterou stojí za to něco užitečného udělat.

Znamená to, že spolu s tradičními medicínskými poznatky se zde uplatňuje mnoho dalších znalostí i zkušeností. Je například důležité, aby aktivita celé společnosti posilovala sebedůvěru, svébytnost a odpovědnost občanů, aby jim pomáhala posilovat kontrolu nad svým vlastním životem a aby respektovala jejich rozhodnutí. Jsou to okolnosti jen zdánlivě vzdálené od zdraví. Zkušenost dokládá, že aktivní a odpovědný občan, který si váží zdraví, nemusí být intenzivně jednostranně poučován, ale dokáže se v základních věcech zorientovat, vyhledat potřebné poznatky a popřípadě se i poradit s vhodnými odborníky.

Nejde o to, aby změna chování byla vynucována. Je důležité, aby každý měl příležitost se seznámit s tím, co bylo ověřeno a co přispívá ke zdraví. Byla by chyba rozhodovat za občany. Je žádoucí jim pomoci, aby, pokud to uznají za vhodné, dávali přednost takovým rozhodnutím, která povedou ke zdraví.

Tato moderní a nesporně důležitá orientace zdravotní výchovy ovšem neznamená, že by bylo vhodné podcenit orientaci zdravotní výchovy na nemoci, rezignovat na poučení nemocného nebo nevěnovat náležitou institucionální pozornost

zdravotně rizikovým faktorům. I když je výchova ke zdraví nesmírně cenným typem zdravotní výchovy, nemůže sama o sobě nahradit celou mnohotvárnou škálu zdravotní výchovy, se všemi jejími úkoly i metodami.

otázka č. 12

23. PODPORA ZDRAVÍ (HEALTH PROMOTION)

V řadě zemí Evropy došlo v 60. a 70. letech 20. století k obratu v názoru na orientaci péče o zdraví. Stále více lidí si začalo uvědomovat význam zdravotní výchovy, prevence, širokého zapojení občanské veřejnosti do péče o zdraví a nezbytnost rozvoje meziresortní spolupráce směřující ke zdraví. Zmíněné názory se začaly uplatňovat v oblasti posilování a rozvoje zdraví, nazvané *Health Promotion* (HP). Doslovný překlad by asi vedl k poněkud nezvyklému „povznesení zdraví“. V České republice se dává přednost termínu „podpora zdraví“. Termín „podpora“ však nevystihuje celou šíři pojmu „promotion“. Jde o ochranu, posilování, udržování i rozvoj zdraví.

HP bylo původně součástí zdravotní výchovy. Později se s ním začalo explicitně počítat ve společenských zdravotních programech. Zahrnovalo celou škálu preventivně orientovaných zdravotnických činností, u nichž byla žádoucí spolupráce se širokou veřejností, např. plánování rodičovství, hypertenze, těhotenství a péče o kojence, imunizace, pohlavní nemoci, boj proti úrazům, kouření, alkoholismus a toxikomanie, tělesná výchova, duševní hygiena apod.

Celosvětovou základnu získalo HP uspořádáním mezinárodní konference v kanadské Ottawě v roce 1986, na níž byla přijata tzv. Ottawská charta (příloha 3).

Poněkud zjednodušeně se dá uvést, že zmíněnou konferencí HP překročilo hranice tradiční zdravotní výchovy a svým pojetím se začlenilo do široce pojímané sociálně medicínské, politické i občanské aktivity a stalo se cenným nástrojem změn systému péče o zdraví a v tomto směru i východiskem a metodou zdravotní politiky. K tomuto tématu byla svolána další konference, která se konala v roce 1988 v australském městě Adelaide (příloha 4).

HP představuje neustále doplňovaný souhrn myšlenek, prostředků a metod, který bychom mohli stručně nazvat: posilování, upevňování, podpora, ochrana a rozvoj zdraví za aktivní účasti jednotlivých občanů, skupin, organizací i společnosti jako celku. Smyslem HP je rozšířit možnosti lidí podílet se na ochraně a posilování svého zdraví, realizovat a rozvíjet zdravý životní styl. Mělo by cílevědomě napomáhat uspokojování zdravotních potřeb lidí.

HP není chápáno jako resortní záležitost zdravotnictví. Je pojímáno spíše jako nástroj mnohotvárné společenské praxe a mělo by příznivě ovlivňovat poli-

tická, ekonomická, sociální a další opatření, přispívat k ochraně a tvorbě zdravého životního prostředí, podílet se na zvládnání konfliktních situací vyvolaných mnohdy protichůdnými zájmy různých sociálních skupin a posilovat aktivitu jedinců i společnosti jako celku orientovanou na řešení zdravotních problémů.

HP vychází z těchto pěti základních principů:

1. HP je více zaměřeno na celou populaci a na podmínky její existence než na vymezené populační skupiny vystavené vyššímu riziku určitého onemocnění.
2. HP se věnuje zejména takovým opatřením, která postihují determinanty zdraví i nemoci.
3. HP využívá sice různé, ale především komplementární (tj. doplňkové, zejména ke spolupráci vedoucí) metody a postupy.
4. HP usiluje o účast a konkrétní podíl veřejnosti.
5. Zdravotničtí pracovníci, zejména v základní zdravotní péči, hrají důležitou roli v dalším rozvoji a plném uplatnění HP.

V popředí zájmu HP jsou zejména tyto aktivity: pomáhat lidem správně si zvolit životní styl vedoucí ke zdraví, přispívat k ochraně a tvorbě zdravého životního prostředí, posilovat sociální vazby, potřebnou spolupráci a šíření informací majících vztah ke zdraví.

HP představuje nové pojetí zdraví a jeho determinant i zdravotní péče. Jde o nový přístup k sobě samému, svým nejbližším i celé společnosti. Je známou skutečností, že jen ten člověk, který si váží sám sebe, dovede si vážit i svého zdraví.

V oblasti HP je nezbytné průběžně zvládat celou řadu etických problémů, citlivě hledat a znovu nastolovat obtížnou rovnováhu mezi právem jedince na svobodnou volbu a povinností společnosti dbát o zdraví lidí a zlepšovat celkovou zdravotní situaci.

HP vychází z nesporné společenské potřeby, kterou si uvědomuje rostoucí počet lidí, je koncipováno v nadresortním a systémovém pojetí, staví na ověřených zkušenostech sociální psychologie, využívá epidemiologických metod umožňujících nalézat determinanty nemoci a průběžně sledovat účinnost realizovaných opatření. Ve společnosti je většinou kladně přijímáno a je respektováno zdravotnickými pracovníky. Prokazatelně napomáhá ke zlepšení zdravotní situace a je systematicky rozvíjeno rozsáhlým a poměrně dobře mezinárodně koordinovaným kolektivem tvůrčích pracovníků. Lze ovšem připustit, že (a to zejména v České republice) dosud zdaleka nevyčerpalo své možnosti.

Zdá se, že jedním z rozhodujících faktorů úspěšnosti HP bude snaha přispět k rozvoji osobnosti jedince a zlepšit schopnost lidí navazovat spolupráci a tvůrčí

spojenectví v těch případech, kdy zvládnutí problému přesahuje možnosti jednotlivce.

Důležitá role v HP připadá ženám. Zkušenosti ze všech zemí potvrzují, že zdravotní úroveň rodiny v rozhodující míře formují ženy, a to jak co se týče péče o děti, jejich výchovy a výživy, tak i pokud jde o hodnotový systém rodiny a o volbu priorit. I když by byla chyba podcenit význam základních hygienických návyků, rozhodující význam pro další zdravotní osudy jedince bude mít zřejmě jeho celková životní orientace. Nejde tedy jen o běžnou výchovu dětí (to dělej, to nedělej), ale o relativně samostatný rozvoj osobnosti každého jednotlivce. V tomto smyslu je v našich podmínkách role rodiny dosud nedocenená.

Významné místo patří v HP vzdělaným a obecně kultivovaným lidem s přirozenou autoritou a tedy i s výrazným vlivem na své okolí. Na nich do značné míry záleží, kterým směrem bude rozvíjena činnost nejrůznějších skupin, organizací a institucí. Při rozvoji demokratických mechanismů vliv takových osobností roste.

Může se zdát, že to všechno jsou spíše dobře míněná přání než konkrétní výčet reálných opatření. Životnost a reálné možnosti rozvoje HP dokládají např. programy „Zdravá města“ a „Zdraví podporující škola“. Nejde o to něco někomu „nalinkovat“, ale spíše ukázat cestu, motivovat, pomáhat i vhodným způsobem hodnotit, usměrňovat a koordinovat.

Jde o to pomoci občanům přijmout zdravý životní styl a řídicím pracovníkům usnadnit volbu takových rozhodnutí, která přispívají ke zdraví lidí.

otázka č. 12

24. PREVENCE

Před více než 200 lety Johan Peter Frank napsal: „Jelikož je nekonečně snazší předcházet tělesným neduhům, než je léčit, až když se objevily, preventivní lékařství je nejdůležitější částí medicíny, třebaže bylo zanedbáváno po delší dobu než kterákoli její jiná část.“

Kategorizace prevence – Prevencí v užším smyslu rozumíme zabránění vzniku nemoci. V širším smyslu, a takto je dnes pojem převážně chápán, prevence znamená předcházení vzniku, rozvoji, komplikacím, nepříznivým následkům nemoci a předčasnému úmrtí, a to intervencemi na úrovni jedince nebo společnosti.

Na prevenci můžeme pohlížet z těchto hledisek: kdy dochází k preventivnímu zákroku, kdo je objektem, kdo je subjektem a jaké metody bylo použito.

A. Podle času

- a. **Primární prevence** – sanogenní činnost (health promotion)
 - primordiální prevence – předcházení vzniku a vlivu rizikových faktorů.
 - přímo orientovaná na určité nemoci (očkování).
- b. **Sekundární prevence** – jde o včasné vyhledání nemocného správnou diagnostiku nemoci s navazující včasnou a účinnou léčbou.
- c. **Terciální prevence** – se vztahuje k doléčování a rehabilitaci. Předcházení vad, dysfunkcí a handicapů lze nazvat terciální prevencí první, druhé a třetí úrovně.

B. Podle objektu

- a. **Prevence hromadná** – zaměřená na všechno obyvatelstvo.
- b. **Prevence selektivní** – týká se jednoznačně definovaných rizikových skupin.
- c. **Prevence indikativní** – osoby jsou zařazeny do rizikové skupiny až po odborném vyšetření (osoby s hypertenzí).

C. Podle subjektu

- a. **Prevence společenská** – vykonávají ji státní orgány, instituce, společenské organizace, zájmové skupiny apod.
- b. **Prevence osobní** – prováděná jednotlivci (dodržování zásad správné životosprávy, odvykání škodlivým návykům apod.).
- c. **Prevence zdravotnická** – sanitárně hygienické protiepidemické intervence, zdravotní výchova, individuální nebo hromadná apod.

D. Podle metod

- a. **Vysokoriziková strategie prevence** (pozornost je věnována např. osobám s vysokou hladinou cholesterolu v krvi). Uplatňuje se zejména v péči o jednotlivé pacienty.
- b. **Nízkoriziková strategie prevence** (cílem jsou opatření, např. v oblasti výživy, která by pomohla snížit hladinu cholesterolu v krvi u celé populace). Vzhledem k tomu, že postihuje rozsáhlé populační skupiny, jsou její příznivé zdravotní důsledky výraznější, než u vysokorizikové strategie.

Významná úloha v preventivní orientaci péče o zdraví připadá hygienické službě. Jejím záměrem je ochrana i zlepšování zdraví lidí. Je orientována jak na monitorování životního prostředí, tak na sledování a hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva. Soustředí se zejména na identifikaci a měření zdravotních rizikových faktorů a na omezení jejich nepříznivého vlivu na zdraví lidí.

25. ZÁKLADNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A SEBEPÉČE

Základní zdravotní péče (ZZP) (angl. *primary health care*), je nezbytně nutná péče, založená na praktických, vědecky zdůvodněných a společensky přijatelných metodách a postupech. Je všeobecně dostupná jednotlivcům i rodinám, a to za cenu, kterou si společnost může dovolit. Je integrální součástí jak zdravotnictví, jehož je významným článkem i metodou, tak i celkového sociálního rozvoje společnosti. Zahrnuje přinejmenším výchovu zaměřenou na hlavní zdravotní problémy, metody jejich prevence a zvládnutí, podporu správné výživy, dostatečnou dodávku nezávadné pitné vody, základní sanitární hygienu, péči o matku a dítě včetně plánování rodiny, očkování proti hlavním nakažlivým chorobám, prevenci a zvládnutí místních endemických nemocí, řádné léčení běžných nemocí a poranění a zásobování základními léky (viz obr. 5).

Smyslem ZZP je:

- dosáhnout kontaktu s každým, kdo potřebuje pomoc ve zdravotních nesnázích,
- působit v rodinách a domácnostech a nejen ve zdravotnických zařízeních,
- rozvíjet kontakty se všemi lidmi a rodinami.

ZZP vychází z těchto pěti základních principů:

1. Všeobecná dostupnost ZZP pro celou populaci a její poskytování podle potřeb.

Východiskem by měla být zásada ekvity. Nikdo by neměl být pominut, ani ten nejchudší nebo ten, kdo bydlí daleko. Jestliže by ZZP nemohla být poskytnuta všem, přednost by měli mít ti nejpotřebnější.

2. ZZP by měla obyvateľstvu pomáhat a posilovat jeho samostatnost, měla by být orientována na prevenci, léčení a rehabilitaci.

ZZP by měla vést občany k pochopení vztahu zdraví a životního stylu a měla by postihovat základní příčiny zdravotních nesnází. Poskytování zdravotnických služeb by mělo posilovat zájem občanů o ZZP jako celek.

3. ZZP by měla být účinná, efektivní, kulturně a ekonomicky přijatelná a vhodně organizovaná.

Je nezbytné zavést odpovídající informační systém, znát ekonomické souvislosti, včetně finančních zdrojů a možností místní správy zajistit odpovídající péči. Výsledky jsou do značné míry ovlivněny uplatňovaným systémem řízení.

4. Místní obyvatelstvo by se mělo podílet na ZZP, a tím se naučit rozvíjet vlastní soběstačnost.

Občané by se měli podílet na celém procesu ZZP, od definování zdravotních problémů a potřeb až po zavádění a hodnocení úspěšnosti zdravotních programů.

5. Výsledná úroveň zdraví je podmíněna i činností ostatních rezortů podílejících se na společenském rozvoji.

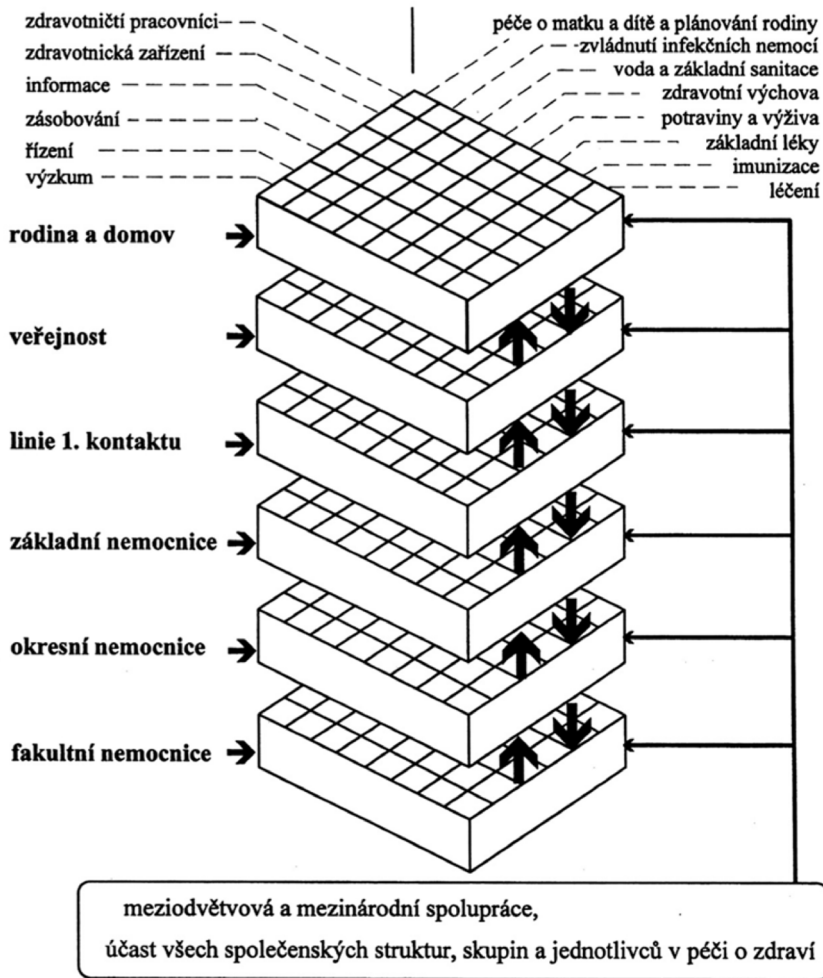
Je důležitá např. úroveň vzdělanosti, výše příjmů, zajištění vody a sanitace, úroveň bydlení a stav životního prostředí, formy dopravy, postavení žen apod. ZZP úzce navazuje na ostatní formy zdravotní péče a zdravotnických služeb.

Sebepéče do značné míry rozhoduje o výsledném zdravotním stavu a v určitém smyslu i o účinnosti běžných zdravotnických služeb. Měla by jí být věnována odpovídající pozornost v oblasti výzkumu, výchovy a pokud jde o používání vhodných technických pomůcek i dostupných léků. Jde o širokou oblast péče, na které se podílejí jednotliví občané. Odhaduje se, že jde o 60-90% veškeré zdravotní péče.

Zahrnuje laickou péči, péči dobrovolníků, vzájemnou pomoc, činnost svépomocných skupin i svépomocných organizací.

FUNKČNÍ INFRASTRUKTURA

PRVKY ZÁKLADNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE



Obr. 5. Základní zdravotní péče (primary health care) v systému péče o zdraví.

26. PRIMÁRNÍ PÉČE – PRIMARY CARE

Někdy se tato péče označuje ne zcela výstižně jako linie prvního kontaktu. Je vhodné připomenout, že obsahem primární péče (PP) není jen jednorázový první kontakt, ale že jde ve většině případů o přijetí určité odpovědnosti za trvalou, integrovanou osobní zdravotní péči poskytovanou ambulantně, popřípadě v domácím prostředí.

PP poskytují profesionálně kompetentní zdravotničtí pracovníci přiměřeně technicky vybavení za úzké spolupráce s pacienty, rodinami, popřípadě občanskými skupinami.

PP zahrnuje hlavní objem prvních kontaktů občanů se zdravotnickým systémem, bezprostřední naléhavá ošetření a soustavnou odbornou péči u těch stavů a událostí, které nevyžadují specializovanější zdravotnickou péči. Je úzce spojena se systémem odesílání pacientů k náročnějším zdravotnickým službám, popřípadě k hospitalizaci. Jejím obsahem jsou základní zdravotnické služby orientované na zdravotní výchovu a rozvoj zdraví, prevenci, diagnostiku, terapii, ošetřování a rehabilitaci.

Dostupnost PP by měla být všeobecná a měla by být jasná široké veřejnosti, která by měla mít představu o přiměřeném využívání PP i o možnostech dalších odborných služeb, ev. hospitalizace. Pravidla určující kdy, na koho a na jaké zařízení se pacient může obrátit, by měla především odpovídat potřebám občanů. Takto by měla být orientována i legislativa a finanční mechanismy, které by měly účinně stimulovat jak zdravotníky, tak příslušná zařízení.

Jedná se o relativně levný segment zdravotní péče, na který je ve vyspělých zemích vynakládáno průměrně 16% prostředků na zdravotnictví. Primární péči prochází naprostá většina pacientů. Její poskytování není vázáno na hospitalizaci spojenou s vytržením nemocného ze známého sociálního prostředí rodiny.

V oblasti PP dosud téměř chybí informační systém, nezbytný výzkum vedoucí k systematickému zlepšování PP i vhodně pojatá výchova odpovídající významu rolí jednotlivých zdravotnických pracovníků.

V některých zemích, jako např. v Holandsku a Dánsku, jsou základní zdravotnické služby poskytovány na územním principu všeobecnými zdravotními sestrami, sociálními pracovníky a domácími pomocníky (pečovatelská služba). Tento tým spolu s praktickým (rodinným) lékařem pracujícím na základě smlouvy s pojišťovnou poskytuje příslušnou PP. Do PP mohou být začleněny i služby některých specialistů (např. pediatrů, gynekologů, stomatologů apod.), pokud se na ně mohou občané obracet přímo.

Důležitým úkolem je zvážit vhodné formy týmové práce všech zdravotnických pracovníků, kteří se na PP podílejí. Nezbytné je rovněž věnovat odpovídající pozornost sociálně ekonomickým a psychologickým problémům pacientů.

Primární péče se ve většině vyspělých zemí stává nejvýznamnější komponentou systému zdravotnictví. Její důležitost nespočívá jen v ní samotné, ale zejména v její návaznosti na ostatní formy zdravotní péče. Její náležité uplatnění je podmíněno celou řadou okolností, zejména cílevědomou pregraduální a postgraduální výukou, vhodným finančním oceněním i prestiží praktického (rodinného) lékaře, která ovšem nemůže být dodána zvenčí, ale musí být odrazem významné a užitečné role, kterou by primární péče měla hrát, i výrazem respektované solidní odbornosti a lidské kvality praktického lékaře. Na PP navazuje **sekundární péče** poskytovaná v nemocnicích (ústavních zařízeních) a **terciární péče** poskytovaná ve fakultních nemocnicích.

otázka č. 13

27. ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

Podle definice SZO zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využít je k rozvoji a udržení dobrého zdraví.

Obvykle se rozlišují tři typy zdravotní gramotnosti:

Funkční zdravotní gramotnost – se týká výsledku tradiční zdravotní výchovy spočívající v poskytování informací o zdravotních rizicích a o tom, jak si počínat ve zdravotnickém systému. Cílem je rozšířit a prohloubit znalosti lidí o zdravotních rizikových faktorech a vést je k ochotě přijímat předepsaná opatření. Takový přístup nevyžaduje oboustrannou komunikaci, neposiluje samostatnost osob ani nerozvíjí jejich schopnost řešit nestandardní zdravotní problémy. V řadě případů je však zmíněný přístup účinný a napomáhá jak zlepšení zdraví jednotlivců, tak celé populace (např. účast na očkování, dodržování harmonogramu preventivních prohlídek). Typickými aktivitami zdravotnických pracovníků v této oblasti je příprava informačních letáků a brožurek i tradiční zdravotní výchova pacientů.

Interaktivní zdravotní gramotnost – do značné míry obsahuje nové zaměření zdravotní výchovy v posledních 20 letech. Záměrem je zde rozvíjet schopnosti občanů jednat samostatně, zejména posílit jejich motivaci a odpovědnost při respektování pokynů. Nejde zde tedy jen o poslušnost a snahu vyhovět všem dobře

míněným radám zdravotníků, ale o rozvoj svébytnosti a samostatnosti při rozhodování, o upevňování vnitřní motivace ve snaze přispět ke zlepšení zdraví. Patří sem zdravotně výchovné programy orientované na konkrétní problémy některých populačních skupin, např. svépomocné skupiny pacientů. Zdravotničtí pracovníci zde nepůsobí jako dominantní učitelé, ale spíše jako konzultanti poukazující na možnost volby a očekávaný přínos jednotlivých aktivit.

Kritická zdravotní gramotnost – rozvíjí u jedinců takové schopnosti, které se týkají jak jejich individuálního chování, tak sociálně a politicky orientovaných činností, jejichž smyslem je podílet se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí. Obsahem zdravotní výchovy je v tomto kontextu poskytování informací i rozvíjení komunikace o zdraví. Důležité je rovněž rozvíjení schopnosti navrhnout i posoudit organizační a politickou realizovatelnost opatření, která by měla mít vliv na sociální, ekonomické a další determinanty zdraví a životního prostředí.

Zdravotní gramotnost zlepšuje efektivitu širokého systému péče o zdraví i zdravotnictví. Týká se každého jedince, jednotlivých sociálních skupin i společnosti jako celku. Výstižná je i tato definice: „Zdravotní gramotnost je schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti.“

V. ZDRAVOTNÍ PÉČE JAKO PŘEDMĚT VÝZKUMU

28. VÝZKUM V OBLASTI ZDRAVOTNÍ PÉČE

a. Potřeba a některé překážky rozvoje výzkumu v oblasti zdravotních systémů

Ve vyspělých demokratických zemích jsme svědky velmi rychlého rozvoje sociomedicínského výzkumu, a to zejména té jeho oblasti, které se v anglosaských zemích říká *health systems research* (výzkum zdravotních systémů), *operational research* (operační výzkum), *health services research* (výzkum zdravotnických služeb). Často se rovněž objevují názvy jako *audit* (*clinical audit*, *medical audit*, *quality assurance*), *technology assessment* (hodnocení metod a přístrojů) apod. Rostoucí pozornost výzkumu je ve zdravotních systémech spojena zejména s pojmem *evidence-based health care* (vědecky ověřená zdravotní péče), který bývá dáván do protikladu k pojmu *opinion-based decision* (rozhodování spočívající na názoru, popřípadě dojmu).

V České republice je vývoj systémového výzkumu poněkud opožděn. Důsledkem toho je nízká, resp. povětšinou neznámá účinnost řízení a překonávání jedněch problémů při vyvolávání problémů nových.

V minulých desetiletích byly podmínky pro rozvoj výzkumu zdravotních systémů velmi špatné z celé řady důvodů, např.: tíživé dědictví minulých desetiletí, tempo a rozsah změn ve zdravotnictví, podcenění koncepční práce a neujasněnost cílů, nízká teoretická a odborná úroveň zdravotnických řídicích pracovníků, simplifikace dosavadních problémů, neřešené problémy v jiných oblastech.

b. Vznik, vymezení a základní orientace výzkumu zdravotních systémů

Výzkum – *soustavné zkoumání probíhající podle určitých pravidel, jehož cílem je jednak popsat zvolené jevy, vztahy a děje a jednak vytvořit takové teorie, které by přispěly k vysvětlení zkoumané reality.*

Zdravotní výzkum – *proces získávání znalostí a ověřování praktických metod, které mohou být využity pro zlepšení zdraví jednotlivců a skupin. Vychází ze základních*

informací o zdravotním stavu lidí, skupin i populačních celků. Usiluje o vytvoření možností, jak posilovat zdraví, jak zlepšit prevenci, diagnostiku a terapii nemocí i jak omezit následky nemocí. Ve svém důsledku jde o nalezení cest, jak zdraví chránit i navracet, jak vytvářet i rozvíjet co nejlepší zdravotní péči.

Ukazuje se, že nestačí jen znalosti a zkušenosti získat, ale že je nezbytné je i vhodným způsobem v praxi využít. Svě odůvodnění má v tomto ohledu pojem **výzkum a rozvoj** (research and development), který poukazuje na nutnost aplikovat získané poznatky.

Operační (systémový) výzkum je nástrojem umožňujícím racionálně, logicky, systémově a skutečně vědecky analyzovat proces řízení a přispět ke zvládnutí organizačních a řídicích problémů. Využívá systémového pojetí, mezioborového přístupu a dalších vědeckých metod k poznání, pochopení, zhodnocení a předpovědi výsledků jednotlivých rozhodnutí, metod řízení i celkové strategie. Jeho poslání spočívá v pomoci řídicímu pracovníkovi správně rozhodovat a účinně jednat.

Výzkum zdravotních systémů je orientován na celý zdravotní systém i jeho okolí. Spoluvytváří a využívá jak metody systémového výzkumu, tak celou řadu dalších disciplín (medicína, ekonomie, řízení a systémová analýza, právo a zdravotnická legislativa, statistika, informatika, filozofie, demografie, sociologie apod.). Jeho základním cílem je přispět ke zdokonalení zdravotní péče a ke zlepšení zdraví lidí. Orientuje se na vstupy (zdroje finanční, materiální, lidské a ideové), činnosti (modality zdravotní péče), výstupy (hodnocení výsledků zdravotnických služeb i dopadů jednotlivých opatření na zdraví lidí) i na široce pojaté okolí systému (determinanty zdraví lidí).

Výzkum zdravotnických systémů by měl přispívat k řešení např. těchto problémů:

- politických, např. chybějící nebo nedostatečná zdravotní politika,
- ekonomických, např. neujasněné principy alokace zdrojů a neefektivní kontrola,
- medicínsko-technologických, např. neúčinné nebo ekonomicky nepřijatelné preventivní, diagnostické, terapeutické nebo rehabilitační postupy;
- socio-behaviorálních, např. nedostatečný podíl občanů na péči o zdraví,
- etických, např. nerespektování ekvity, humánních hodnot a práv občanů,
- organizačních a koordinačních, např. malá návaznost zdravotnických zařízení a nedostatečná meziodvětvová koordinace.

Výzkum zdravotnických služeb je orientován na zlepšení zdraví lidí, a to zejména prostřednictvím zvýšení kvality (účinnosti, hospodárnosti a ekonomické únosnosti, humánnosti a ekvity) zdravotnického systému jako celku i jeho jednotlivých dílčích komponent.

Hodnocení zdravotnických služeb, které spočívá ve sběru a posouzení dat o zdrojích, struktuře, činnosti a výsledcích zdravotnických služeb i o jejich *přiměřenosti*.

Přiměřenost (*appropriateness*) se týká odpovědi na otázku, zda očekávaný zdravotní přínos odůvodňuje poskytnutí zdravotnické služby. V návaznosti na celou řadu dalších okolností bývají zvažovány i ekonomické podmínky.

Nepřiměřenost se týká těch zdravotnických služeb, které jsou neúčinné, zjevně nehospodárné, příliš riskantní nebo zbytečné.

Výzkum zdravotních systémů může být schematicky rozdělen na několik fází. První je **fáze popisná** vycházející z informačních databází a řešící otázky typu: **co, kdo, kdy, kde, jak dlouho** apod. V určitém smyslu lze běžný informační zdravotnický systém považovat za jedno z důležitých východisek a za součást výzkumu zdravotních systémů.

Fáze analytická si všímá vztahů mezi sledovanými jevy. Dominující otázkou je zde otázka **proč?** Mnoho epidemiologických studií lze z tohoto hlediska pojímat jako cenný prvek výzkumu zdravotních systémů.

Další dílčí otázka se týká návrhu vhodných opatření. Mohli bychom ji formulovat jako **co tedy?**, ev. **jak?** Dostáváme se tak k **fázi koncepční a metodické**, v níž se snažíme rozhodnout, co udělat, resp. co neudělat, abychom dosáhli stanoveného cíle.

Výzkum zdravotních systémů by měl hledat odpověď i na otázku, jak navržená opatření realizovat, jak průběžně hodnotit jejich působení, jak je diferencovat, popřípadě modifikovat v návaznosti na měnící se podmínky. Významným přínosem jsou zde zejména metody ekonomické analýzy (např. cena-zisk, cena-účinek, cena-prospěch). Tuto část výzkumu zdravotních systémů by bylo možné nazvat jako **fázi operační, realizační a kontrolní**.

Významnou částí výzkumu zdravotních systémů je **fáze hodnotící**. Tu je žádoucí pojmout v plné šíři. Nestačí se ptát, zda byl dosažen stanovený cíl, popřípadě kolik to stálo, ale musíme zvážit i humánní a sociální hodnotu dosahovaného cíle. Nejde jen o očekávané nebo žádoucí výsledky, ale i o nežádoucí a mnohdy skryté důsledky, které se mohou projevit v jiné oblasti (např. v sociální péči), a to mnohdy až za delší dobu.

Konečná volba opatření nebude spočívat jen na vědeckých objektivně ověřených výsledcích, ale i na politických rozhodnutích, na moci a vlivu, na hodnotách, cílech i na celkové politické situaci a kultuře.

Tato okolnost vyvolává celou řadu rizik, které jsou v běžné vědecké práci poměrně vzácné. Politická rozhodnutí o využití získaných výsledků výzkumu zdravotních systémů mohou být provázena určitou předpojatostí vyvolanou vyhraněným ideologickým stanoviskem, stranickým programem, politickou taktikou před volbami apod. To vše může do určité míry znehodnotit výsledky výzkumu, popřípadě omezit jejich využití.

Odpovědnost za realizaci a výsledky přijatých opatření zůstává v naprosté většině případů na příslušném vedoucím (politickém) představiteli. Úkolem vědeckých pracovníků je v tomto kontextu především usnadnit politicky odpovědným pracovníkům volbu správných opatření.

Základní orientace výzkumu zdravotních systémů by mohla být vyjádřena třemi hlavními úkoly:

- a. zlepšit funkci toho, co už existuje,**
- b. zvážit, co nového by se mělo zavést (popř. zrušit) a za jakých podmínek,**
- c. jaké změny (popřípadě trendy) lze očekávat v jednotlivých oblastech v dlouhodobé perspektivě a jak lze na ně vhodně reagovat.**

Je velmi žádoucí, aby návrhy na další postup transformace zdravotnictví vycházely z odpovídajících informačních podkladů i vědecky věrohodných analýz a aby v průběhu diskusí jak v odborné, tak i v široké občanské veřejnosti mohly být provázeny přesvědčivými argumenty a doloženou představou skutečného přínosu jak pro zdravotní systém (včetně poskytovatelů zdravotnických služeb), tak – a to zejména – pro zdraví lidí.

29. HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Hodnocení – je proces, jehož cílem je stanovit, do jaké míry se podařilo dosáhnout předem stanoveného záměru. Může jít např. o otázku, zda jsou zdravotnické služby účinné, efektivní, užitečné, spravedlivé, kvalitní, humánní a trvale udržitelné. Hodnocení může být zaměřeno na mnoho dalších aspektů zdravotnických služeb. Zde je uváděn jen stručný přehled vybraných základních pojmů.

Produktivita – množství odborných výkonů a služeb poskytnutých jedním zdravotníkem v jednotce času, souhrn aktivit zdravotnického zařízení vykonaných za určité období (jednotkou může být výkon, bod, ošetrovací den apod.).

Účinnost (*effectiveness*) je míra či stupeň dosažené změny nebo předem stanoveného cíle.

Pro vyhodnocování zdravotnických činností se osvědčilo rozdělení účinnosti do tří kategorií: na účinnost medicínskou, ekonomickou a společenskou.

Účinnost medicínská, ovlivnitelnost (efficacy) – jde o schopnost metody v ideálních podmínkách prokazatelně ovlivnit studovaný proces.

Na individuální úrovni je vyjádřena stupněm změny přirozené historie nemoci docílené odbornou intervencí (kontrolovaný pokus).

Na populační úrovni – základem je srovnání měřitelných výstupů zdravotní péče ve dvou, popřípadě více souborech:

- před a po zavedení určitého programu v těžce populaci,
- ve studované (s programem) a kontrolní (bez programu) populaci.

Především jde o posouzení těchto výsledků zdravotní péče:

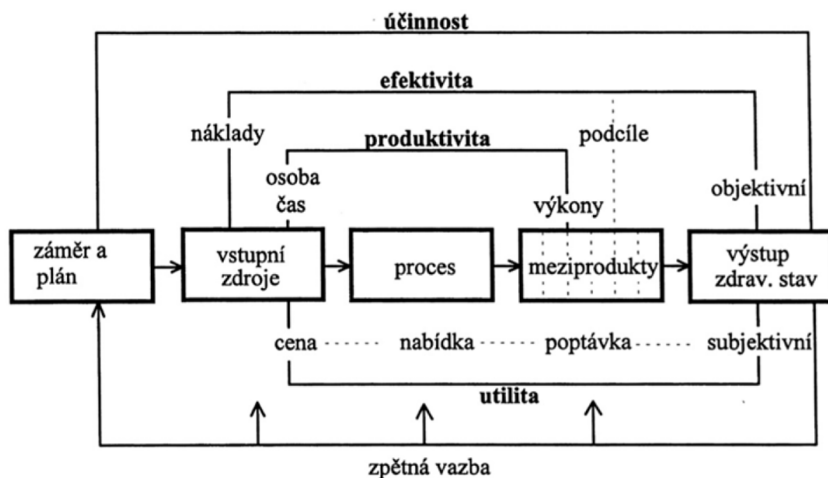
1. snížení incidence nemoci v populaci,
2. zmenšení pravděpodobnosti přechodu z nižší do vyšší vývojové fáze nemoci,
3. snížení prevalence jednotlivých stadií rozvoje nemoci.

Obecnými mírami zdraví obyvatelstva jsou úmrtnost, nemocnost, naděje dožití (střední délka života), invalidnost a pracovní neschopnost. Doplnkovými údaji může být dále nemocniční úmrtnost (možnosti zkraslení), opětovné přijetí do nemocnice (plánované-neplánované, odvratitelné-nevyhnutelné, podmínky přijetí apod.), podmínky činnosti zdravotnického zařízení (intenzita a rozsah činnosti, formy kontroly a hodnocení) a odvratitelná úmrtí.

Předmětem hodnocení by se měla stát též funkční a emocionální odpověď organismu na zdravotnické intervence, jako je spokojenost, aktivita, odolnost, fyzická výkonnost, duševní zdatnost, adaptibilita apod.

Ekonomická účinnost (efektivita – viz dále) se měří ukazateli hospodárnosti (úspor- nosti), které odpovídají na otázku, co stálo dosažení cílů v peněžních jednotkách (např. odhalení jednoho případu nemoci, náklady na obsazené-neobsazené nemoc- niční lůžko apod.). Snahou je dosažení stanoveného cíle za nejnižší možnou cenu.

Společenská účinnost (společenský užitek) je souhrnnou hodnotovou kategorií, jejímž smyslem je hodnotit přínos zdravotnických služeb v širokém humánním a sociálním kontextu.



Obr. 6. Hodnotící vztahy v systému zdravotní péče

Pro souhrnné zhodnocení činnosti zdravotnického systému je používán termín **performance**. Jde o posouzení výkonu, resp. výkonnosti zdravotnického systému. V této souvislosti se hodnotí, do jaké míry jsou využívány zdroje. Je to schopnost systému dosáhnout co nejlepších výsledků v daných podmínkách, přičemž za nejlepší výsledky se považuje (a) dosažení co nejlepšího zdraví, (b) co nejvyšší responzivnost (viz dále) a (c) co nejslušnější financování.

Responzivnost lze označit za vstřícnost vůči pacientovi. Jde o projevy úcty, vážnosti a odpovědnosti k lidem, zachovávání důvěrnosti osobních informací týkajících se zdraví, zahrnuje rovněž bezodkladnou pomoc ve stavech ohrožení života, vytvoření pohodlného prostředí (čistota, dostatečný prostor, chutná strava

apod.), zajištění sociální opory pacientů (rodina, přátelé, sociální péče) a možnost volby poskytovatele zdravotní péče.

Za **slušné financování** se považuje systém, který poskytuje nemocným finanční ochranu, tzn., že rizika velkých nákladů se přesouvají na instituce, obvykle pojišťovny, které získávají peníze od občanů podle výše příjmu a peníze jsou přerozdělovány podle potřeb nemocných.

Pro dobré řízení se v této souvislosti používá v materiálech Světové zdravotnické organizace termín **stewardship**. Znamená to pečlivé a odpovědné řízení něčeho, co je svěřeno do péče. Nejde jen o splnění nějakých jednoduchých kritérií, např. o dosažení co největšího zisku, ale o co nejlepší funkci svěřeného systému, a hlavně o výsledky.

Ve zdravotní péči je *stewardship* podmíněn třemi základními podmínkami. Jsou to:

- formulace zdravotní politiky (definování vize a záměru zdravotnického systému),
- regulace (stanovení spravedlivých pravidel v jednotlivých oblastech zdravotní péče),
- informační a analytická práce (hodnocení výkonnosti a poskytování informací občanům).

otázka č. 14

30. EFEKTIVITA ZDRAVOTNÍ PÉČE

O nezbytnosti kompetentního ekonomického hodnocení ve zdravotní péči není pochyb.

Efektivita (*efficiency*) v systémovém pojetí značí vztah mezi vstupními náklady a cílovým výstupem. Cílem však není ušetřit, nýbrž **uspokojit zdravotní potřeby při co nejlepším využití vzácných zdrojů**.

Technická efektivita – spočívá v dosažení stanoveného výsledku při co nejnižších nákladech, nebo dosažení co nejlepšího výsledku při daných nákladech.

Alokační efektivita – jde o volbu vhodných proporcí při rozdělování zdrojů na dosažení zdravotních a ostatních společenských cílů v závislosti na hodnotové hierarchii daného společenského celku.

Vstup ve zdravotní péči obvykle měříme velikostí úsilí vynakládaného na vyřešení problému, nebo finančními náklady nutnými na zabezpečení potřebných intervencí.

Výstup lze měřit buď ukazateli zdravotního stavu nebo peněžním ziskem, který přinese zlepšení zdraví.

Je málo informací o povaze vztahu mezi zdravotními problémy (nemocemi) a potřebnými náklady na jejich zvládnutí. Z empirie můžeme soudit, že vztah není lineární. Je různý pro různé nemoci a různý u téže nemoci za odlišných podmínek (např. při různé velké prevalenci, v různých etapách historie nemoci a za různých druhů intervencí).

Velikost efektu je obvykle spojena s historií problému. Snižování nemocnosti na infekční nemoci se dobře daří v počáteční fázi vysoké prevalence až k určitému okamžiku, kdy zbylý objem morbidit vzrůstá i velkým úsilím provázeným vysokými náklady. Otázkou potom je, zda pokračovat ve ztíženém úsilí o další redukci problému, nebo zda zdrojů, jež má společnost k dispozici, použít na řešení jiného problému s nadějí na vyšší zdravotní zisk. Je nutno však počítat i s tím, že klesne-li úsilí o zvládnutí nějaké infekční nemoci, může dojít k rychlému vzplanutí epidemie.

Zdravotnické činnosti nebo programy jsou ekonomicky a medicínsky efektivní, jestliže zdravotní zisk, který přivodí, odpovídá vyšší nákladů na jejich realizaci. To je ovšem hodnotový, subjektivní a politický úsudek.

Protipólem vysoké efektivity je nízká efektivita (ineficiency), která může být důsledkem malé ovlivnitelnosti problému (při jeho velké závažnosti mohou být vysoké náklady oprávněny i při relativně nízkém efektu) anebo projevem plýtvání, což je nedbalá, popřípadě bezohledná nebo rozmařilá spotřeba zdrojů provázená nízkou (pověštině spíše neznámou a podezření vyvolávající) účinností medicínskou, ekonomickou i společenskou.

Měření efektivity spočívá v posouzení relace „náklady-efekt“ se snahou maximalizovat výnos při minimalizaci nákladů. Většinou nečiní potíže stanovit vyšší nákladů. Překážkou bývá jen nedostatek informací. Nesnáze jsou spojeny s měřením efektu.

Rozeznáváme tři základní metody pro stanovení efektivity:

- cena-zisk, výstup zdravotní péče je rámcově vyjádřen v peněžních jednotkách;
- cena-účinek, výstupy se měří ukazateli nemocnosti a úmrtnosti;
- cena-prospěch, výstupem je subjektivně vnímaná kvalita zdraví.

otázka č. 15

31. KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE

Obtížnost definice kvality ve zdravotní péči je provázána velkým počtem nej-různějších definic, např.:

- Kvalita zdravotní péče je schopnost uspokojovat zdravotní potřeby těch, kteří jsou na péči závislí.
- Kvalitní zdravotní péčí se dosahuje toho, co bylo zamýšleno.
- Provádění správných věcí správným způsobem.
- Kvalita jako forma a míra zdravotní péče, jejímž prostřednictvím se zvyšuje pravděpodobnost příznivého výsledku.

Kvalita zdravotní péče v užším smyslu je stupeň, v jakém byly zdravotnické služby nebo jiné činnosti provedeny podle platných odborných norem.

V širším smyslu se kvalitou rozumí nejen úroveň technického provedení, ale též celý komplex dalších hodnotících hledisek zahrnujících účinnost, efektivitu, utilitu a neškodnost. Při hodnocení můžeme vycházet ze vztahu pacient-lékař, popřípadě se lze zaměřit na celou komunitu. Hodnocení kvality musí být podloženo pevnou koncepcí a operační definicí pojmu kvalita. Kritéria kvality jsou hodnotové úsudky vztahující se k různým aspektům, vlastnostem, komponentám a dimenzím procesu zdravotní péče, a to jak z hlediska příjemců, tak poskytovatelů zdravotnických služeb.

Předmětem hodnocení nemusí být jen činnosti (vlastní proces), ale také zdroje vkládané do služeb a výstup (dopad) zdravotní péče.

Rozeznáváme tři základní typy studií kvality:

- **Studie strukturální** se zabývají měřením kvality zdrojů, prostředků a zdravotnických zařízení, kvalifikací pracovníků, organizací práce, administrativním uspořádáním apod.
- **Studie procesuální** jsou orientovány na proces poskytování zdravotnických služeb.
- **Studie cílové (výsledkové)** jsou zaměřeny na posouzení dopadu a výstupu všech předcházejících aktivit.

Pro každý konkrétní případ hodnocení je nutné vypracovat **operační definici** kvality a zvolit vhodné, validní, citlivé a spolehlivé ukazatele. Jejich volba je podmíněna třemi požadavky:

1. stanovit soubor definovaných a měřitelných jevů (znaků);
2. rozhodnout o hodnotové orientaci výše ukazatele (co je žádoucí, nežádoucí, dobré, špatné);
3. stanovit numerickou hodnotu jako kritériální hranici.

Hodnocení kvality *nemocniční péče* je relativně snadnější než evaluace péče ambulantní. O činnostech v nemocnici jsou vedeny podrobné záznamy a moderní informační technika umožňuje zpracovávat velký počet údajů. Dosud však tyto možnosti zůstávají nevyužity.

V *ambulantní péči* je hodnocení kvality obtížnější. Začátek a konec nemoci bývá mnohdy neurčitý, lékař má menší kontrolu nad pacientem, existuje více typů ambulantních zařízení, informační základna se zatím více týká výkonů než znaků pacienta a okolností vzniku, průběhu a stupně zvládnutí nemoci.

Hodnocení kvality *preventivní péče* je velmi nesnadné; mělo by se opírat o co nejdůležitější posouzení nákladů a o co nejširší pojetí výsledků a široce pojímaných důsledků přijatých opatření.

VI. ZDRAVOTNÍ POLITIKA A JEJÍ REALIZACE

otázka č. 16

32. EVROPSKÁ ZDRAVOTNÍ STRATEGIE

Mnohé ze zdravotních problémů nelze zvládnout dílčím opatřením. Přínosem se stala metodika cíleně plánovaných programů. Nejznámějším a nejúspěšnějším programem SZO se stal program eradikace černých neštovic.

Důležitým motivem dalšího programového úsilí byly závažné zdravotní problémy, které se začaly projevovat v řadě členských zemí ve druhé polovině sedmdesátých let minulého století. Byly to zejména tyto nesnáze:

- rychlý růst výdajů na zdravotní péči,
- stagnace zdravotní úrovně společnosti,
- obtíže při kontrole a redukci rizikových faktorů, neboť většina z nich působí mimo tradiční rezortní hranice zdravotnictví.

Podnětem pro přípravu nového programu byla rezoluce přijatá na 30. Světovém zdravotnickém shromáždění v roce 1977, v níž byl stanoven základní cíl SZO na příští dvě desetiletí: „Všichni lidé na světě by měli dosáhnout do roku 2000 takové úrovně zdraví, která by jim dovolila vést společensky a ekonomicky plodný život“. Zmíněný cíl se stal východiskem přípravy programu „Zdraví pro všechny do roku 2000 (ZPV)“.

Orientaci programu ZPV příznivě ovlivnila konference v Alma-Atě v roce 1978 (viz přílohu 2) zaměřená na nové pojetí základní zdravotní péče, která byla označena za nejdůležitější prostředek realizace programu ZPV. Konference vyzvala všechny vlády, aby nově formovaly národní zdravotní politiku, strategii a úkoly s cílem ustavit, rozvinout a upevnit základní zdravotní péči jako součást národní péče o zdraví.

V roce 1980 označilo 33. Světové zdravotnické shromáždění program ZPV za prioritu a připomnělo nutnost respektovat zásady, cíle i metody realizace programu ve všech oblastech činnosti SZO. Program SZO se tak stal základní osou práce SZO i nosným směrem rozvoje zdravotní péče v evropských zemích.

V roce 1981 přijalo 34. Světové zdravotnické shromáždění dokument „Globální strategie pro zdraví pro všechny do roku 2 000“.

Vypracování evropské varianty programu si vyžádalo delší čas. V roce 1980 byly na 30. zasedání Evropského regionálního výboru schváleny hlavní oblasti programu: životní způsob a zdraví, rizikové faktory, změny v soustavě zdravotní péče a získání politické, organizační a technologické podpory pro realizaci změn.

V roce 1982 se členské státy dohodly na tom, jaké zdravotní cíle by měly být v Evropě stanoveny. Měly by být zaměřené na hlavní zdravotní problémy, věrohodné a realistické, jednoduše a jasně formulované, kontrolovatelné (vyjádřené pokud možno kvantitativně), měly by být v souladu s globální strategií ZPV, politicky přijatelné, smysluplné a atraktivní pro veřejnost, politiky i zdravotníky.

V roce 1984 byl schválen návrh 38 regionálních cílů pro Evropu a v roce 1985 byla publikována evropská varianta programu ZPV. Velkým přínosem byla Ottawská konference orientovaná na podporu zdraví (1986).

Na program ZPV navázal v 90. letech minulého století **program Zdraví 21**.

otázka č. 17

33. HODNOTOVÝ ZÁKLAD EVROPSKÉ ZDRAVOTNÍ POLITIKY

Jednou z hlavních hodnot je **ekvita**. V materiálech Světové zdravotnické organizace (SZO) je v anglické verzi programu použito slovo *equity*. Podíváme-li se do slovníku, pak zjistíme, že **equity je spravedlnost, spravedlivost, opírající se spíše o lidskou slušnost, než o literu zákona**.

Při troše zjednodušení by se dalo uvést, že spravedlnosti, se kterými se můžeme setkat v anglosaské odborné literatuře, jsou dvě. Jednak *justice*, která má oporu v zákonech a soudní praxi, a již zmíněná *ekvita*. Snad každá společnost se opírá o tyto dva typy spravedlnosti, i když v nestejně míře. Je iluze domnívat se, že veškerou spravedlnost lze včlenit do zákonů a dalších zákonných norem. V běžném životě lidé potřebují vžitou představu zvyků nebo mravnosti, která jim pomáhá chovat se k sobě ohleduplně a slušně.

Humánní hodnoty vycházejí jak z historické zkušenosti, tak ze stávající reality. Hrají významnou roli při úvahách o budoucnosti, klademe-li si např. tyto **otázky: Jaká by měla být péče o zdraví? Kam by měla směřovat? Jakou roli by měla plnit? Jaké hodnoty by měla respektovat? Co je na ní dobré a co špatné? Co se dá společně udělat pro to, aby péče byla lepší?**

Zmíněné otázky týkající se péče o zdraví jsou do značné míry podmíněné odpověďmi na otázky obecnější, a to např.: **Jaký vlastně chceme život? Oč nám v životě jde? Co jsme a kam směřujeme? Čemu dáváme přednost? Ve své podstatě jde o otázky filozofické, které tvoří základ tzv. hodnotových rozhodnutí.**

Hodnoty jsou skutečné, existují nezávisle na naší vůli, a to v té míře, v jaké je respektují, rozvíjejí a prožívají jiní lidé. Hodnoty lze studovat, posuzovat i vysvětlovat. Zahrnují životní zkušenost, sociální vztahy i větší nebo menší znalost toho, co hodnotíme, proč to hodnotíme a co od hodnocení očekáváme.

Jednotlivé hodnoty jsou mezi sebou složitě propojeny. Jejich vzájemné sepětí není výsledkem jen subjektivních soudů, ale ve svém důsledku představuje objektivní skutečnost, kterou je žádoucí poznávat, srovnávat, analyzovat a opakovaně ji ověřovat i ovlivňovat.

Zkusme si položit otázku, **jaké jsou naše individuální hodnoty**, popřípadě které hodnoty jsou typické pro dnešní dobu?

Ekvita je jednou z důležitých kategorií zdravotnické etiky. Etické problémy je nezbytné studovat a zvládat v mnoha oblastech medicíny, ve zdravotní politice, pokud jde o práva občanů, pacientů, jednotlivých sociálních skupin a celých populačních celků, při poskytování zdravotnických služeb i pokud jde o různá meziodvětvová opatření v péči o zdraví. Etickým aspektem rozhodování a jednání by měla být v demokratickém systému zdravotní péče věnována náležitá pozornost.

K vysvětlení pojmu ekvity může přispět její pracovní definice publikovaná SZO: **„Ekvita ve zdraví znamená, že v ideálních podmínkách by každý měl mít stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu a – řečeno pragmatičtěji – nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování, lze-li se ovšem takovému znevýhodnění vyhnout.“**

To, zda určitá situace bude pojmána jako nespravedlivá, do značné míry závisí na možnosti volby zúčastněných lidí. Pokud lidé nemají žádnou nebo mají jen minimální volbu životních a pracovních podmínek, pak výsledné **zdravotní rozdíly ve srovnání s těmi lidmi, kteří takovou volbu mají, lze s vysokou pravděpodobností označit za nespravedlivé.** Cílem opatření orientovaných na posílení ekvity ve zdraví tedy není vyrovnat všechny zdravotní rozdíly, ale redukovat zejména ty, které jsou **důsledkem nespravedlnosti, popřípadě diskriminace.**

Za nespravedlivé obvykle nebývají považovány rozdíly způsobené biologickou variabilitou nebo svobodnou volbou chování, které může poškodit zdraví, jako je např. účast na sportech a zábavách. V řadě vyspělých zemí je za nespravedlivý **zdroj rozdílu považováno zdravotně nebezpečné chování, které lidé nemohou nebo nedokáží změnit, expozice nezdravým životním a pracovním podmínkám a nedostatečný přístup k veřejným službám.** Zdrojem nespravedlnosti se např. může stát nerovnoměrné rozložení zdravotnických zařízení, obtížná dosažitelnost zdravotnických služeb pro některé sociální skupiny apod.

Ekvita však není jen teoretickou kategorií mravní filozofie, je i jednou z nej-důležitějších souhrnných charakteristik systému zdravotní péče, a to zejména pokud jde o jeho humánní kvality. Je podmíněna orientací zdravotního systému, jeho strukturou, funkcí, hodnocením i jeho ovlivnitelností a širokým komplexem charakteristik jeho okolí.

Měli bychom se ekvité naučit lépe rozumět a ptát se: Je to nebo ono opatření spravedlivé? Pomáhá těm, kteří potřebují pomoci? Nevystavuje ty, kteří mají problémy, dalším obtížím? Nevýhodňuje ty, kteří již jsou ve výhodě?

V kontextu programu Zdraví 2020 ekvita znamená, že všichni lidé mají právo na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj plný zdravotní potenciál.

Zdravotní potenciál (zdravotní dispozice) je v této souvislosti pojímán jako ten nejvyšší stupeň zdraví, kterého může jedinec dosáhnout. Je podmíněn jak možnostmi, schopnostmi a aktivitou jedince, tak podmínkami, které vytváří společnost.

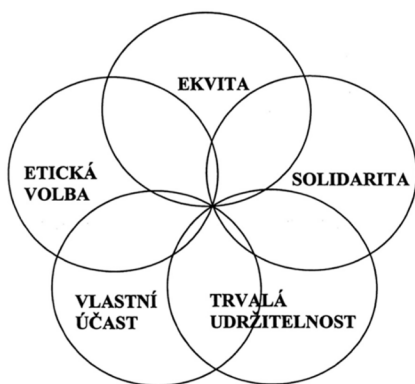
Neznamená to však, že každý bude mít stejnou úroveň zdraví nebo že bude spotřebovávat stejné množství zdravotních služeb bez ohledu na své potřeby. Snad srozumitelněji se to dá vyjádřit tak, že je žádoucí odstranit jakoukoli diskriminaci v péči o zdraví.

Může to připadat jako zcela nereálný a nedostižný ideál. Všichni víme, že jak národy, tak různé sociální skupiny v jednotlivých státech se podstatně liší, pokud jde o úroveň zdravotního stavu a celou řadu dalších charakteristik. Takové rozdíly mohou být měřeny a hodnoceny na základě údajů běžné zdravotnické statistiky. Všechny podobné rozdíly však nesvědčí o inekvité (nespravedlnosti). Inekvita (nedostatek ekvity) má etickou povahu. Týká se těch rozdílů, které nejsou nevyhnutelné, je možno je snížit a současně je možno o nich soudit, že jsou nespravedlivé. Pokud bychom tedy chtěli označit nějaký rozdíl jako inekvitu, pak bychom měli uvažovat i o jeho příčině a posoudit, zda v aktuálním sociálním kontextu jej lze pojmout jako nespravedlivý.

Ve většině evropských států se považuje za spravedlivé, aby zdravotnický systém zajistil stejný přístup ke zdravotnickým službám při stejném onemocnění, aby stejné potřebě zdravotnických služeb odpovídala jejich stejná spotřeba a zhruba i stejné náklady. Takový přístup však neznamená, že ekvitu lze nahradit rovností. Ekvita znamená i přednost pro ty, kteří by v důsledku svého zdravotního stavu měli být spravedlivě preferováni.

Otevřeným a často diskutovaným problémem zůstává finanční ekvita, která přihlíží ke způsobilosti placení za zdravotnické služby. Vzhledem k tomu, že porucha zdraví je nepředvídatelná a její další vývoj bývá nejistý, vážné onemocnění se může stát pro mnohé rodiny finanční katastrofou. Je všeobecně přijímán názor, že je eticky žádoucí, aby společnost odstraňovala překážky, které brání sociálně slabším skupinám v přístupu k potřebné zdravotní péči.

Dosavadní zkušenost dokládá, že ekvita je pevně provázána s ostatními principy programu Zdraví 2020. Tato skutečnost je znázorněna na obr. 7.



Obr. 7. Pět vzájemně provázaných principů programu Zdraví 2020.

Ekvita znamená ve svém důsledku jednak spravedlivou možnost pro každého a jednak vhodnou pomoc pro ty, kteří jsou tak nebo onak znevýhodněni. To je i smyslem **solidarity** – posílit ty, jejichž možnosti jsou omezeny a které by nepříznivé podmínky mohly vážně ohrozit. **Trvalá udržitelnost** je rozšířením ekvity o časový aspekt. Připomíná, že „uspokojování potřeb v přítomnosti by nemělo ohrozit možnosti budoucích generací uspokojit své vlastní potřeby”.

Vlastní účast je v tomto kontextu jedním ze základních lidských práv a podmínkou existence i rozvoje občanské společnosti. Jedná se jak o možnost pečovat o své zdraví, tak o podíl na rozhodování, které zdraví ovlivňuje. Ruku v ruce by se měla jednak zlepšovat informovanost o tom, jak se zdroje rozdělují i využívají, a jednak posilovat ochrana těch, kteří jsou ve společnosti ti nejohroženější.

Je vhodné zvláště zdůraznit obecnou zásadu **etické volby**. Je tomu tak proto, že konzumní a tržní povaha společnosti může vést k podcenění již zmíněných principů a že vědecký a technologický rozvoj ovlivňuje základní prvky lidské existence, jako je např. oplodnění, narození, rodičovství a smrt. Etická volba umožňuje rovněž hledat nezbytnou rovnováhu mezi respektovanými etickými hodnotami, jako je např. autonomie jedince na jedné straně a princip neškodit na straně druhé.

Ekvitu a respektování ostatních hodnot nemohou zajistit centrální politická rozhodnutí, ani byrokratická kontrola, dílčí zájmy profesionálních organizací, ani jen periodické hlasování občanů. Jde mimo jiné o důležitý projev demokratické kultury, o identifikaci občanů s potřebami země, ve které žijí, o rozvoj kultivovaného

sociálního vědomí. Pokud nám jde o demokratický systém zdravotní péče, pak se této oblasti nemůžeme vyhnout.

John H. Bryant ve svém článku o budoucnosti medicíny mimo jiné napsal: „Jestliže je jedno slovo, které by mělo vyjádřit hodnoty předznamenávající budoucnost zdravotní péče, pak je to ekvita.“

Jak však víme, budoucnost obvykle nespočívá na jednom nebo několika slovech, ale na tom, co se podaří vykonat. Proto je tak důležité, aby se pojem ekvity stal předmětem nejen teoretických pojednání, ale i běžnou sociální praxí.

Představuje to nesporně obtížnou, ale nezbytnou společnou práci spočívající na humánních hodnotách a přispívající k důstojnému, plnému a zdravému životu.

Pokud se problematika hodnot a preferencí občanů podcení, pak se dá očekávat, že vývoj zdravotnického systému nebude splňovat oprávněná očekávání a bude provázen nespokojeností občanské veřejnosti. Znamená to, že mnoho prostředků věnovaných na rozvoj péče o zdraví nepřinese potřebný užitek.

34. NOVÁ VARIANTA PROGRAMU ZPV „ZDRAVÍ 21“, 21 CÍLŮ PRO 21. STOLETÍ

Nová varianta programu byla pod názvem Zdraví 21 schválena v září 1998. Ve srovnání s předchozí variantou programu z roku 1991 bylo do programu nově zařazeno celoživotní pojetí (*life course approach*) a byla zdůrazněna multisektorová zdravotní strategie. Počet cílů byl zmenšen z 38 na 21. Větší důraz byl kladen na solidaritu a ekvitu, několik populačně orientovaných cílů bylo zredukováno na tři, a to zdravý životní start, zdraví mladých lidí a zdravé stárnutí. Dřívější cíle této skupiny nebyly vypuštěny, ale prostupují celým programem, jako např. problémy spojené s nerovnostmi mezi muži a ženami.

Základní cíl programu byl dosáhnout plného zdravotního potenciálu pro všechny. Na tento cíl navázaly dva hlavní cíle, a to:

- posilování a ochrana zdraví lidí během jejich celého života;
- snížení výskytu (incidence) hlavních nemocí a omezení strádání, které lidem přinášejí.

Etický základ programu byl tvořen třemi základními hodnotami:

- zdraví jako základní lidské právo;
- ekvita (spravedlnost) ve zdraví a solidarita při činnosti mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí, a to včetně žen a mužů;

- vlastní účast a odpovědnost jednotlivých osob, skupin, společenství, organizací a resortů v rozvoji zdraví.

Byly zvoleny **čtyři základní postupy**, jejichž smyslem bylo přispět k realizaci programu využitím vědeckých, ekonomických i politických podmínek:

- *meziresortní strategie* postihující determinanty zdraví a beroucí v úvahu zdravotní, ekonomické, sociální, kulturní a další okolnosti a soustavně hodnotící zdravotní dopad přijatých opatření;
- *příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky* a důsledné hodnocení investic do zdraví z hlediska jejich přínosu;
- *integrovaná základní zdravotní péče* zaměřená na rodinu a celé společenství podporována pružným a citlivým nemocničním systémem;
- *participační zdravotní rozvoj*, jehož prostřednictvím bude rozvíjena účast všech, kteří mohou ke zdraví lidí přispět, např. rodin, škol, pracovišť, místních společenství a územních celků, přičemž smyslem je posílit společné rozhodování, realizaci i odpovědnost.

35. PROGRAM ZDRAVÍ 2020

Na 60. zasedání Evropského regionálního výboru SZO (září 2010) daly členské státy Evropské úřadovně SZO mandát připravit novou evropskou zdravotní politiku, Zdraví 2020. Na 61. zasedání Evropského regionálního výboru SZO (září 2011) byl předložen návrh nové strategie evropské zdravotní politiky Zdraví 2020. Na 62. zasedání Evropského regionálního výboru SZO (září 2012) byla schválena nová strategie evropské zdravotní politiky Zdraví 2020, se záměrem posílit národní zdravotní systémy a rozšířit zapojení veřejnosti do péče o zdraví s cílem zlepšit zdraví lidí.

V programu Zdraví 2020 se mimo jiné uvádí: „V některých zemích brzdí rozvoj veřejného zdravotnictví nedostatek politické vůle. Systém, který ovládají specialisté a jehož jádrem je nemocniční péče, je velmi nákladný a nereaguje na důležité zdravotní potřeby. Naproti tomu systém, který doceňuje prevenci a podporu zdraví, je hospodárnější. Primární péče se v řadě zemí potýká s mnoha nesnáze, řeší jen dílčí problémy, nevyužívá týmovou práci, není respektována, má slabou vazbu na vyšší úroveň zdravotní péče a je podfinancována. Tyto okolnosti vedou k nevyváženému financování zdravotnictví, k mocenským bojům mezi zdravotníky, jejichž výsledkem je preference akutních terapeutických služeb a nákladných technicky

komplikovaných diagnostických metod na úkor primární péče, prevence nemocí, podpory zdraví, rehabilitace a sociální péče.“

Páteří zdravotnického systému by měla být primární péče a základní nemocnice. Přímý přístup pacientů v neakutních případech ke specialistům a do fakultních nemocnic je nákladný. Svobodná volba lékaře, zejména pokud jde o ambulantní specialisty, by měla být znovu pečlivě zvážena. Narůstající počet pacientů těch nejnákladnějších zdravotnických zařízení, by měl být motivem pro hodnocení efektivity stávající organizační struktury a pro opětovné posouzení pravidel poskytování zdravotnických služeb.

SZO se v programu Zdraví 2020 věnuje hodnocení současné situace a na zjištěné problémy a nedostatky reaguje doporučením metod, které byly ověřeny v některých zemích.

SZO nazvala program Zdraví 2020 osnovou evropské zdravotní politiky. Postavit řízení péče o zdraví na skutečně odborný základ využívající ověřených zkušeností i aktuálních informací si zřejmě vyžádá určitý čas i hodně finančních prostředků. Z dlouhodobého hlediska to však bude nepochybně hospodárné.

Námítky, že by to bylo nákladné, lze oslabit poukázáním na zkušenost, že nejnákladnější jsou důsledky chybného rozhodování bez informací a analýz, bez náležitého důrazu na respektování základních humánních hodnot a bez potřebné odborné připravenosti.

Program Zdraví 2020 obsahuje dva základní strategické úkoly: (a) zlepšit zdraví lidí a snížit rozdíly v úrovni zdraví a (b) zlepšit řízení péče o zdraví a rozvíjet společnou aktivitu vedoucí ke zvýšení úrovně zdraví. Byly rovněž schváleny čtyři priority: (a) investovat do zdraví během celého života a posilovat schopnosti lidí, (b) orientovat se na zvládnutí hlavních zdravotních problémů Evropy, (c) posilovat zdravotní systém zaměřený na lidi, na rozvoj kapacit „Public Health“ a na schopnost systému čelit akutním problémům a (d) vytvářet společnost schopnou čelit zdravotním rizikům a vytvářet zdravé životní prostředí.

Program Zdraví 2020 by se měl stát motivem pro přehodnocení dosavadní strategie zdravotnictví (*health governance*) a pro soustavný rozvoj péče o zdraví (*governance for health*). Účinná péče o zdraví musí být zakotvena i v mezirezortních vazbách (*whole-of-government approach*) a musí stavět na širokém spektru aktivit (*whole-of-society approach*). Při každém rozhodnutí veřejné správy by měly být zvažovány jeho zdravotní aspekty (*health in all politics*) a jeho zdravotní důsledky (*health impact assessment*). Lidé by měli být v průběhu celého života (*life course approach*) lépe informováni o všem, co souvisí se zdravím (*health determinants*), a měl by jim být umožněn větší podíl na rozhodování o svém zdravotním osudu (*empowerment*). Celá společnost by měla být vedena k tomu, aby si vážila zdraví

a aby rozhodování lidí v běžném životě bralo v úvahu zdravotní okolnosti (*health literacy*).

Velmi důležité je posílit roli i kapacitu veřejného zdravotnictví (*public health*) finančně i personálně zajistit jeho základní činnosti (*essential public health operations*). Nová evropská zdravotní strategie by měla vést ke zlepšení zdraví lidí, přispět ke zvýšení odolnosti populace a k její schopnosti vyrovnat se se zdravotními problémy (*resilience*), k posílení sociální soudržnosti (*social capital*) a ke zvýšení životní pohody (*well-being*).

V myšlenkovém pojetí představuje program Zdraví 2020 revoluci. Z praktického hlediska jde o dlouhodobý postupný proces, který je v evropském kontextu nejen potřebný, ale ve své podstatě i nezbytný.

Jakkoli je institucionální aktivita pro program Zdraví 2020 důležitá, jeho realizace a skutečné výsledky budou do značné míry záležet na mnohých, většinou neznámých lidech, kteří pochopili, že zdraví je důležitou hodnotou, že stojí za to se o zdraví zajímat a něco pro zdraví u sebe, ve svém okolí i v širším měřítku taky udělat. Samotný program Zdraví 2020 je slibným nástrojem péče o zdraví, ale jen nástrojem. Záleží na tom, jaké hlavy pochopí jeho význam a jaké ruce se chopí jeho realizace.

otázka č. 18

36. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACI

Založení Světové zdravotnické organizace (SZO) (*World Health Organization – WHO*) bylo výsledkem více než stoletého úsilí spojit síly národů a států při řešení společných zdravotních problémů, a to zejména těch, které přesahují hranice jednotlivých států.

Už v roce 1945 bylo na konferenci OSN usneseno vytvořit novou mezinárodní organizaci věnovanou zdravotní problematice. V roce 1946 byla schválena ústava, cíl a program SZO. Bylo dohodnuto, že SZO bude ustavena tehdy, až její základní dokumenty podepíše šestadvacátý stát. Stalo se tak 7. dubna 1948. Tento den je každoročně připomínán jako Světový den zdraví.

SZO je specializovanou organizací v rámci soustavy OSN. SZO však není podřízena OSN; má vlastní vedení, členství a rozpočet. SZO je řídicím a koordinačním orgánem pro mezinárodní spolupráci v péči o zdraví. Má obdobné postavení v OSN jako Mezinárodní dětský fond (UNICEF), Mezinárodní organizace pro výchovu, vědu a kulturu (UNESCO) a další. Členy SZO jsou vlády jednotlivých států, které také poskytují finanční prostředky pro rozpočet SZO. Každý člen SZO má jeden hlas bez ohledu na výši příspěvku.

Cílem SZO je, aby všichni lidé na světě dosáhli co nejvyšší možné úrovně zdraví. SZO považuje právo na zdraví za jedno ze základních práv každého člověka bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení a hospodářského nebo sociálního postavení. Podle Ústavy SZO jsou vlády odpovědny za zdraví občanů, jehož může být dosaženo jedině zajištěním přiměřených zdravotních a sociálních opatření.

SZO je řízena 193 členskými státy prostřednictvím Světového zdravotního shromáždění. Poprvé se sešlo v červnu 1948; schází se každoročně, obvykle v červnu v Ženevě. Hodnotí činnost SZO za uplynulý rok a schvaluje program a rozpočet na další období.

Výkonný výbor SZO (*Executive Board – EB*) se schází dvakrát ročně a je tvořen 30 členy zvolenými na Světovém zdravotnickém shromáždění.

Sekretariát SZO má sídlo v Ženevě, tvoří jej zaměstnanci SZO z jednotlivých zemí. V jeho čele stojí generální ředitel. SZO je decentralizována do šesti regionů, v jejichž čele stojí regionální ředitelé, kteří řídí Regionální úřady a Regionální výbory. Jednotlivé regiony SZO jsou: Evropa, Amerika, (Jižní, Střední, Severní), Afrika (mimo arabské země), Východní Středomoří, Jihovýchodní Asie a Západní Tichomoří.

SZO zajišťuje zejména tyto úkoly:

- stálé služby ve světovém měřítku, které mohou zajímat všechny státy (např. boj proti infekčním nemocem);
- odbornou pomoc vládám, které o to požádají (např. pomoc při živelných katastrofách apod.);
- organizaci a podporu výzkumu v oblasti péče o zdraví.

Od svého vzniku věnuje SZO pozornost tvorbě a rozvoji zdravotnických systémů, pomáhá při výchově zdravotnických pracovníků, usiluje o celosvětové zvládnutí nejdůležitějších chorob, podporuje a rozvíjí péči o matky a děti, věnuje se i zdravotní výchově a péči o životní prostředí. Významné úkoly plní v informační oblasti (pohotovostní epidemiologické informace, úpravy mezinárodní statistické klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti, stanovení mezinárodních standardů, pomoc při návrzích právních norem apod.). SZO rovněž koordinuje výzkum, rozvíjí rozsáhlou publikační činnost apod.

SZO svolává studijní skupiny odborníků k vyjasnění nové problematiky a k posouzení forem aplikace zjištěných poznatků, poskytuje stipendia a pomáhá školit zdravotnické pracovníky všech kategorií, organizuje terénní studie, zřizuje referenční pracoviště, poskytuje poradenskou službu. Na požádání jednotlivých vlád se pracovníci, ev. týmy SZO přímo podílejí na řešení praktických problémů zdravotnického terénu. SZO nezasahuje do kompetence a vnitřních záležitostí jednotlivých států.

Hlavním posláním SZO, jako mezinárodního koordinátora zdravotních záležitostí, je pomáhat všem vládám nést odpovědnost za zdraví občanů, cílevědomě posilovat účast všech resortů na plnění zdravotních programů a rozšiřovat aktivní podíl veřejnosti na péči o zdraví. SZO ve své činnosti vychází z plánů (programů) přijatých na pětiletá až šestiletá období.

Sídlo Regionální úřadovny SZO pro Evropu je v Kodani. Tvoří ji přibližně 300 stálých pracovníků. Každým rokem svolává přes 1 000 expertů na porady a semináře. Má přibližně 400 spolupracujících výzkumných center. Je vedena regionální ředitelkou (dr. Zsuzsanna Jacab z Maďarska – od 1. 2. 2010). Člení se na oddělení, která se orientují na plnění stanovených cílů evropské zdravotní strategie.

Ve většině zemí má SZO kancelář se svým zástupcem (styčným důstojníkem SZO), který pochází z dané země a je zaměstnancem SZO.

SZO se soustředí zejména na těchto šest základních funkcí:

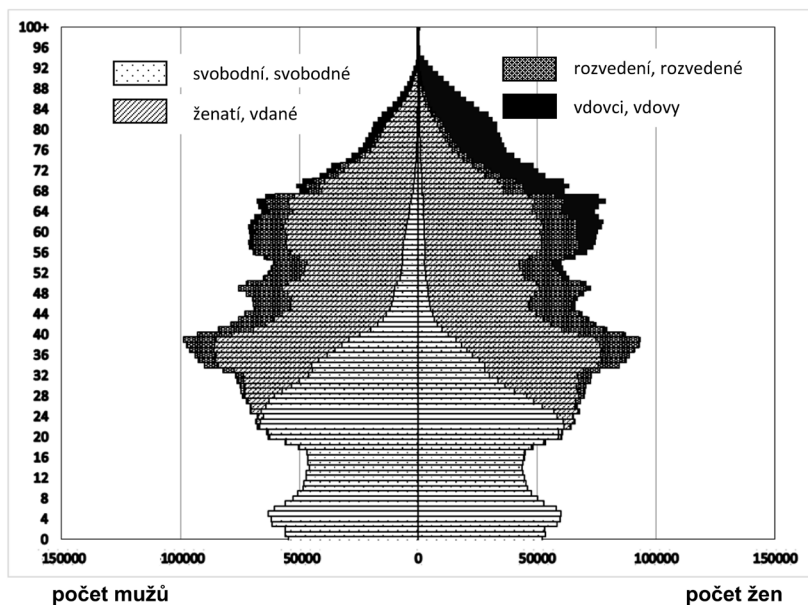
- formulování a obhajoba věrohodné, eticky a vědecky podložené zdravotní politiky;
- zpracování informací, jejich srovnání, hodnocení trendů a rozvoj výzkumu v této oblasti;
- organizační podpora změn s cílem rozvíjet spolupráci a posílit možnosti řešení zdravotních problémů;
- rozvoj partnerství na národní i mezinárodní (globální) úrovni;
- určování, ověřování, monitorování a zavádění norem a standardů;
- podpora a rozvoj nových technologií, nástrojů a doporučení (směrnic) pro zvládnutí nemocí, omezení rizik, řízení péče o zdraví a poskytování zdravotnických služeb.

SZO každoročně připomíná šest „Světových dnů“:

- 24. března – Světový den boje proti tuberkulóze (World TB Day),
- 7. dubna – Světový den zdraví (World Health Day) s každoročně vyhlášeným tématem,
- 31. května – Světový den boje proti kouření (World No Tobacco Day),
- 14. června – Světový den dárců krve,
- 28. července – Světový den boje proti žloutence,
- 1. prosince – Světový den boje proti AIDS (World AIDS Day).

Grafická část

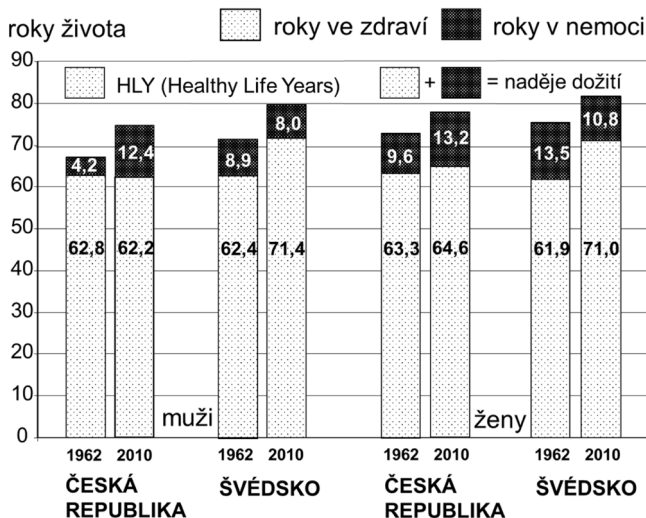
Struktura populace podle věku, pohlaví a rodinného stavu je jednou ze základních demografických charakteristik každé populace. Graf znázorňující strukturu populace podle věku a pohlaví se obvykle nazývá „věková pyramida“. Obyvatelstvo se dle rodinného stavu třídí na svobodné, ženaté a vdané, rozvedené a ovdovělé.



Obr. 1. Věková struktura obyvatel podle věku, pohlaví a rodinného stavu k 31. 12. 2013

Pramen: Český statistický úřad

(viz také animované grafy: <http://www.czso.cz/animgraf/cz/>)



Obr. 2. Srovnání roků života ve zdraví a nemoci v České republice a ve Švédsku u mužů a žen v letech 1962 a 2010.

V informačních databázích byla zjištěna naděje dožití a délka života ve zdraví. Odečtením zmíněných hodnot byla vypočítána délka života v nemoci.

Z obrázku je patrné, že u mužů v České republice se sice prodloužila naděje dožití, avšak v důsledku delší doby strávené v nemoci. Naproti tomu u švédských mužů podstatně narostla délka života strávená ve zdraví a dokonce se snížila délka života připadající na nemoc. Obdobná situace je i u žen, i když délka života ve zdraví se u žen v České republice o trochu prodloužila.

I když je péče o nemocné velmi důležitá a snižování jejich úmrtnosti patří k nesporným úspěchům medicíny, je potřeba zdůraznit, že užitečnější je, aby lidé byli co nejdéle zdraví.

Znamená to větší pozornost a péči v dětství, v době dospívání, v dospělosti i ve stáří. Samotné stárnutí populace nemusí vést k větší nemocnosti, pokud bude prováděno podstatným prodloužením života ve zdraví.

Deklarace z Alma-Aty 1978

Mezinárodní konference o základní zdravotní péči (primary health care) na svém zasedání v Alma-Atě 12. září 1978 vyzvala všechny vlády, zdravotníky a veřejné činitele a celou světovou veřejnost, aby chránili, posilovali a rozvíjeli zdraví všech lidí na světě. Konference přijala toto prohlášení:

- I. Konference zdůrazňuje, že zdraví, které je stavem plné tělesné, duševní a sociální pohody a ne jen pouhou nepřítomností nemoci nebo vady, je základním lidským právem. Dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví je nejdůležitějším celosvětovým společenským cílem, jehož realizace vyžaduje společné úsilí zdravotnictví a všech dalších společenských a ekonomických sektorů.
- II. Dosavadní závažné rozdíly ve zdravotním stavu lidí, nejen mezi rozvinutými a rozvojovými zeměmi, ale také uvnitř států, jsou politicky, sociálně a ekonomicky nepřijatelné a jejich odstranění je společným zájmem všech zemí.
- III. Ekonomický a sociální rozvoj založený na „Nových mezinárodních ekonomických pravidlech“ má základní význam pro dosažení zdraví všech lidí a pro zmenšení propasti mezi zdravotním stavem obyvatelstva v rozvojových a rozvinutých zemích. Rozvoj a ochrana zdraví lidí je nezbytným předpokladem trvalého ekonomického a sociálního rozvoje, zlepšuje kvalitu života a přispívá ke světovému míru.
- IV. Lidé mají právo a povinnost podílet se na péči o své zdraví, a to jak jednotlivci, tak i celé kolektivy.
- V. Vlády nesou za zdraví svého lidu odpovědnost, které se mohou zhostit jen uplatněním přiměřených zdravotnických a sociálních opatření. Hlavní sociální úkol všech vlád, mezinárodních organizací a celé světové veřejnosti pro nejbližších deset let by měl být: dosáhnout do roku 2000 takové úrovně zdraví lidí na celém světě, která by jim umožnila vést společensky a ekonomicky produktivní život. Základní zdravotní péče je prostředkem k dosažení tohoto cíle, který odpovídá sociálně spravedlivému pokroku.

VI. Základní zdravotní péče je nezbytně nutná péče, založená na praktických, vědecky zdůvodněných a společensky přijatelných metodách a postupech. Je všeobecně dostupná jednotlivcům a rodinám, a to za cenu, kterou si společnost a stát mohou dovolit na určitém stupni svého rozvoje v souladu s vlastním pojetím, odpovědností a sebeurčením. Je integrální součástí jak zdravotnictví, jehož je hlavním článkem a metodou, tak celkového sociálního a ekonomického rozvoje společnosti. Je první linií kontaktu jednotlivců, rodiny a veřejnosti se zdravotnictvím, které přibližuje péči o zdraví co nejvíce k bydlišti a k pracovišti; základní zdravotní péče je současně základním článkem péče o zdraví.

VII. **Základní zdravotní péče:**

- a. Je odrazem a produktem ekonomických poměrů, společenských, kulturních a politických charakteristik země a obyvatel, opírá se o aplikaci podstatných výsledků výzkumu sociálních a zdravotnických služeb a o zkušenosti veřejného zdravotnictví.
- b. Soustřeďuje se na hlavní zdravotní problémy společnosti a zajišťuje odpovídající preventivní, léčebné a rehabilitační služby.
- c. Zahrnuje výchovu zaměřenou na hlavní zdravotní problémy, metody jejich prevence a zvládání, podporu správné výživy, dostatečnou dodávku nezávadné vody a základní hygienu, péči o matku a dítě včetně plánování rodiny, očkování proti hlavním nakažlivým chorobám, prevenci a kontrolu místních endemických nemocí, řádné léčení běžných nemocí i poranění a zásobování základními léčivými.
- d. Týká se kromě zdravotnictví dalších odvětví a faktorů celostátního a místního rozvoje, zejména zemědělství a chovu domácího zvířectva, výroby potravin, průmyslu, výchovy, bydlení, výstavby, dopravy a spojí a vyžaduje koordinované úsilí všech těchto odvětví.
- e. Vyžaduje a prosazuje maximální soběstačnost skupin a jednotlivců a jejich spoluúčast na plánování, organizaci, řízení a kontrole základní péče o zdraví při nejplnějším využití místních, celostátních i jiných dostupných zdrojů, a proto vhodnou výchovou rozvíjí podíl veřejnosti na péči o zdraví.
- f. Měla by být zajištěna integrovanými systémy se zpětnou vazbou, vzájemně se podporujícími a vedoucími k postupnému zlepšování péče o zdraví všech lidí, a to zejména těch, kteří to potřebují nejvíce.
- g. Spočívá na územně orientované zdravotní péči poskytované zdravotnickými pracovníky, tj. lékaři, sestrami, porodními asistentkami, pomocnými pracovníky, popřípadě i dalšími léčitelmi, vždy však řádně vzdělanými společensky a odborně, kteří jako členové zdravotnických týmů přejímají odpovědnost

za výsledky své kolektivní práce a za uspokojování zdravotních potřeb společnosti.

- VIII. Všechny vlády by měly formulovat svou politiku, strategii a plány činnosti tak, aby základní zdravotní péče byla zavedena a udržována jako součást celého zdravotnického systému a byla koordinována s ostatními sektory. K tomu je nezbytné využít všech politických mechanismů, mobilizovat vlastní prostředky a racionálně užívat prostředků poskytnutých odjinud.
- IX. Všechny státy by měly spolupracovat v duchu přátelství a pomoci, aby zajistily všude základní zdravotní péči všem občanům, protože dosažení uspokojivé úrovně zdraví v jedné zemi se přímo týká i jiných zemí a příznivě je ovlivňuje. V této souvislosti představuje spolupráce Světové zdravotnické organizace (WHO) a Dětského fondu OSN (UNICEF) solidní základ pro další rozvoj a funkci základní zdravotní péče na celém světě.
- X. Přijatelné úrovně zdraví pro všechny lidi na světě do roku 2000 lze dosáhnout plnějším a lepším využitím světových zdrojů, jejichž značná část se nyní vydává na zbrojení a na vojenské konflikty. Upřímná politika nezávislosti, míru, uvolnění napětí a odzbrojení by mohla a měla uvolnit další zdroje, kterých by mohlo být dobře použito k mírovým účelům, zejména k urychlení sociálního a ekonomického rozvoje. Na základní zdravotní péči, která je jeho podstatnou součástí, by měly být vynaloženy odpovídající prostředky.

Mezinárodní konference o základní zdravotní péči vyzývá k okamžitým a účinným domácím a mezinárodním opatřením k rozvoji a vybudování základní zdravotní péče na celém světě a zejména v rozvojových zemích v duchu odborné spolupráce a v souladu s „Novými mezinárodními ekonomickými pravidly“. Vyzývá vlády, WHO a UNICEF, ostatní mezinárodní organizace, nadační agentury, všechny zdravotníky a celou světovou veřejnost, aby podporovali domácí i mezinárodní snahy o rozvoj základní zdravotní péče a aby jí poskytovali zvýšenou odbornou i finanční podporu zejména v rozvojových zemích.

Konference vyzývá všechny, aby spolupracovali při zavádění, rozvoji a udržování základní zdravotní péče v souladu s obsahem této deklarace.

Ottawská charta posilování a rozvoje zdraví (*health promotion, podpora zdraví*)

V Ottawě (Kanada) se 21. listopadu 1986 konala první mezinárodní konference o posilování a rozvoji zdraví, která projednala a schválila tuto CHARTU s cílem splnit záměry programu Zdraví pro všechny do roku 2000.

Tato konference reagovala především na rostoucí naději vkládanou do nového zdravotního hnutí, do něhož se zapojuje veřejnost na celém světě. Diskuse se zaměřila zejména na potřeby průmyslově vyspělých zemí, ale brala v úvahu i situaci ve všech dalších státech. Vyšla z dosavadních výsledků, které přinesla Deklarace o základní zdravotní péči přijatá v Alma-Atě, z cílů stanovených Světovou zdravotnickou organizací v rámci programu Zdraví pro všechny i z nedávné diskuse na Světovém zdravotnickém shromáždění týkající se nadrezortního pojetí péče o zdraví.

POSILOVÁNÍ A ROZVOJ ZDRAVÍ

Posilování a rozvoj zdraví je proces, který umožňuje lidem rozšířit svůj podíl na ochraně a zlepšení svého zdraví. Má-li být dosaženo stavu fyzické, duševní a sociální pohody, musí být skupiny i jednotlivci schopni formulovat a plnit svá přání, uspokojovat své potřeby a své životní prostředí změnit nebo se v něm naučit žít. Zdraví je pojímáno jako podmínka každodenního života, ne jako jeho cíl. Zdraví je pozitivní pojem umocňující sociální a osobní možnosti jedince i jeho tělesnou výkonnost. Posilování a rozvoj zdraví není proto záležitostí jen zdravotnického sektoru, ale přesahuje i rámec zdravého životního způsobu a směřuje k vytvoření dobré životní pohody.

Výchozí podmínky zdraví

Základní podmínkou a předpokladem zdraví je mír, obydlí, vzdělání, potrava, příjem, stabilní ekosystém, dostatečné zdroje, rovnoprávnost a sociální spravedlnost. Zdraví lze zlepšovat jen při splnění těchto základních podmínek.

Hájit a prosazovat

Dobré zdraví je důležitým předpokladem sociálního, ekonomického i osobního rozvoje a je podstatnou komponentou kvality života. Zdraví může být posilováno, nebo naopak ohrožováno širokou škálou faktorů politických, ekonomických, sociálních, kulturních, behaviorálních a biologických. Smyslem posilování a rozvoje zdraví je zlepšovat všechny tyto podmínky života důslednou obhajobou a prosazováním zdraví.

Umožňovat

Posilování a rozvoj zdraví usiluje o sociální spravedlnost v péči o zdraví. Jeho cílem je zmenšovat rozdíly v běžném zdravotním stavu, vytvořit stejné možnosti zdravotní péče pro všechny, a tím umožnit všem lidem dosáhnout jejich plný zdravotní potenciál. To znamená: vytvářet zdravé životní prostředí, zlepšovat přístup k informacím, rozvíjet schopnosti zdravě žít a usnadňovat správnou volbu zdravého životního stylu. Lidé by nemohli dosáhnout nejvyšší možné úrovně zdraví, pokud by neměli možnost účinně formovat ty podmínky, které zdraví ovlivňují. To se týká stejnou měrou mužů i žen.

Koordinovat

Samotný zdravotnický sektor nemůže zajistit všechny podmínky pro zdraví lidí. A co je ještě důležitější, posilování a rozvoj zdraví vyžaduje součinnost všech zúčastněných složek: řídicích orgánů, zdravotnického, sociálního a ekonomického sektoru, společenských a zájmových organizací, místních orgánů, průmyslu i sdělovacích prostředků. Tato činnost se týká všech lidí, ať už jako jednotlivců, rodin nebo skupin. Profesionální i sociální skupiny, a zejména zdravotníci nesou hlavní odpovědnost za koordinaci a sladění různých zájmů ve společnosti ve prospěch zdraví.

Strategie a programy posilování a rozvoje zdraví by měly být přizpůsobeny místním potřebám a možnostem jednotlivých zemí a oblastí při zvážení různých sociálních, kulturních a ekonomických systémů.

POSILOVAT A ROZVÍJET ZDRAVÍ ZNAMENÁ:

Vytvořit zdravotní politiku

Posilování a rozvoj zdraví přesahuje běžné hranice zdravotní péče. Orientuje pozornost řídicích pracovníků všech sektorů a úrovní na zdraví, vede je k tomu, aby si uvědomili zdravotní důsledky svých rozhodnutí a aby přijali ten díl odpovědnosti za zdraví, který jim přísluší.

Politická opatření směřující k posílení a rozvoji zdraví jsou kombinací sice rozdílných, avšak komplementárních přístupů zahrnujících legislativní a finanční opatření, daňovou politiku a organizační změny. Jedná se o koordinovanou činnost, která posiluje sociální spravedlnost a určité vyrovnání ve zdravotní, platové a sociální politice. Na to navazuje úsilí přispívající k zajištění bezpečného a zdravějšího zboží a služeb, čistšího a příjemnějšího prostředí.

Aby politika zaměřená na posílení a rozvoj zdraví byla úspěšná, je nezbytné identifikovat překážky, které brání nebo ztěžují realizaci zdravotních opatření v ostatních resortech, a hledat účinné způsoby, jak zjištěné překážky odstraňovat. Cílem musí být usnadnit řídicím pracovníkům správnou volbu a přijetí takových opatření, která vedou k posílení a rozvoji zdraví.

Vytvořit příznivé životní prostředí

Naše společnost je velmi složitá a vnitřně propojená mnoha vazbami. Zdraví nelze oddělit od ostatních společenských hodnot a cílů. Základem socio-ekologického přístupu ke zdraví je vědomí úzkého sepětí lidí s jejich životním prostředím. Dominantním principem platným pro svět a národy i pro jednotlivé oblasti a populační skupiny je nezbytnost všestranné péče jak o naše společenství, tak o naše životní prostředí. Měli bychom klást důraz na globální odpovědnost za zachování a ochranu přírodních zdrojů na celém světě.

Měnicí se životní styl, a to jak v zaměstnání, tak ve volném čase, významně ovlivňuje zdravotní stav. Práce a odpočinek by měly přispívat k rozvoji zdraví. Způsob organizace práce by měl napomáhat rozvoji zdravé společnosti. Posilování a rozvoj zdraví by mělo vést k vytváření takových podmínek, které jsou bezpečné, motivující, uspokojující a příjemné.

Je nezbytné systematicky hodnotit vliv rychle se měnícího životního prostředí, zejména v oblasti technologie, práce a urbanizace zdraví a využívat zjištěných výsledků ke skutečnému zlepšení zdravotního stavu populace. Ochrana životního

prostředí i všech přírodních zdrojů musí být obsažena ve všech opatřeních v oblasti posilování a podpory zdraví.

Zvýšit společenskou aktivitu

Posilování a rozvoj zdraví působí prostřednictvím konkrétní a efektivní účasti společnosti při určování priorit, rozhodování, plánování i při realizaci zdravotních opatření. Jádrem tohoto procesu je podpora společenského úsilí podílet se na vytváření svého vlastního osudu.

Rozvoj společnosti vychází z již existujících lidských i materiálních zdrojů, využívá svépomoci i sociální podpory, rozšiřuje podíl veřejnosti na řízení péče o zdraví. Nezbytný je plný a trvalý přístup k informacím, možnost vhodné výchovy i potřebná finanční podpora.

Rozvíjet osobní schopnosti

Posilování a rozvoj zdraví přispívá k osobnímu i sociálnímu rozvoji poskytováním informací, výchovou i rozvojem osobních schopností. Pomáhá tak lidem, aby lépe využili dostupných možností k upevnění svého zdraví.

Základním požadavkem je umožnit lidem, aby se mohli po celý život učit, připravit se na všechny jeho etapy, aby se uměli vyrovnat s chronickou nemocí a aby adekvátně reagovali v případě zranění. V tomto směru by měla pomoci škola, rodina, pracovní kolektivy i osobní kontakty v místě bydliště. Pomoc očekáváme ode všech vzdělávacích, odborných, obchodních i dobrovolných organizací a institucí.

Nově orientovat zdravotnické služby

Působnost zdravotnického rezortu by se měla rozšířit i na oblast posilování a rozvoje zdraví. Znamená to poskytovat takové zdravotnické služby, které vycházejí ze zdravotních potřeb jedinců i společnosti, povedou ke spolupráci i s ostatními rezorty a budou reagovat na široké spektrum sociálních, politických, ekonomických a dalších podmínek a charakteristik. V určitém smyslu by zdravotnické služby měly respektovat kulturní potřeby obyvatel a vhodným způsobem na ně reagovat.

Nová orientace zdravotnických služeb vyžaduje věnovat pozornost zdravotnickému výzkumu, připravit a zavést odpovídající změny ve výuce. To musí vést i ke

změně jak hodnotové orientace, tak organizační struktury systému zdravotnických služeb, které musí reagovat na potřeby jednotlivců jako celistvých osobností.

CESTA DO BUDOUCNOSTI

Zdraví vzniká a uplatňuje se v běžném životě, všude tam, kde lidé žijí, učí se, pracují, hrají si i milují. Zdraví je vytvářeno péčí o sebe i o druhé, je podmíněno jednak možnostmi rozhodovat, volit si a ovládat své životní podmínky a jednak ujištěním, že společnost, v níž žijeme, umožňuje všem občanům dosáhnout zdraví.

Péče, smysl pro celek (holismus) a ekologie, to jsou základní složky dalšího rozvoje strategie posilování zdraví. V každé fázi plánování, realizace a hodnocení posilování a rozvoje zdraví by měla být respektována zásada partnerské rovnosti mužů a žen.

Závazek pro rozvoj zdraví

Účastníci této konference se zavazují:

- vstoupit do veřejné zdravotní politiky a prosazovat jasný politický záměr: posilovat a rozvíjet zdraví a uplatňovat sociální spravedlnost ve všech oblastech;
- bránit výrobě a prodeji škodlivých produktů, vyčerpávání zdrojů, nezdravým životním podmínkám a špatné výživě; zaměřit pozornost na vše, co ovlivňuje zdraví lidí, jako je znečišťování životního prostředí, pracovní rizika, bydlení apod.;
- reagovat na rozdíly ve zdravotním stavu lidí uvnitř populačních skupin i mezi nimi, bránit vzniku rozdílů ve zdraví způsobených předpisy i společenskou praxí;
- uvědomit si, že hlavním zdrojem zdraví jsou lidé, podporovat je a umožnit jim, aby si oni sami, jejich rodiny a přátelé uchovávali své zdraví pomocí finančních a jiných prostředků, a souhlasit s tím, že společnost má hlavní slovo v otázkách svého zdraví, zdravotních podmínek i životní pohody;
- změnit orientaci zdravotnických služeb i jejich zdrojů na posilování a rozvoj zdraví, sdílet pravomoc s jinými resorty a ostatními disciplínami a co je nejdůležitější, se samotnými lidmi;
- považovat zdraví a jeho udržení za hlavní společenský vklad a závazek a zaměřit v tomto směru ekologické hnutí.

Konference vyzývá všechny, jichž se to týká, aby se připojili k tomuto závazku a aby vytvořili pevné zdravotně politické hnutí celé veřejnosti.

Výzva k mezinárodní činnosti

Konference vyzývá SZO a jiné mezinárodní organizace, aby na všech vhodných fórech zdůrazňovaly a vysvětlovaly potřebu posilování a rozvoje zdraví a aby podpořily jednotlivé země při přípravě strategií a programů posilování a rozvoje zdraví. Konference je pevně přesvědčena, že jestliže spojí své síly všichni lidé, společenské a zájmové organizace, vlády, SZO a všechny ostatní zainteresované organizace a budou-li spolupracovat v souladu s morálními a sociálními hodnotami obsaženými v této Chartě, pak se „Zdraví pro všechny do roku 2000“ stane skutečností.

Závěry a doporučení konference v Adelaide – 1988

Přijetí Deklarace z Alma-Aty před deseti lety předznamenalo přípravu programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny do roku 2000“ vyhlášeného jako obecný záměr Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1977. Zmíněná deklarace obsahuje nové pojetí zdravotní politiky vycházející z širokého chápání zdraví jako důležitého společenského cíle a z pochopené potřeby účasti veřejnosti na péči o zdraví. Východiskem tohoto přístupu se stala základní zdravotní péče (*primary health care*) rozvíjející a usměrňující aktivitu všech složek společnosti.

ODKAZ ALMA-ATY

Závěry z Alma-Aty byly plně respektovány při přípravě Charty posilování, podpory a rozvoje zdraví (*health promotion*) v Ottawě v roce 1986. Charta vyzývá k novému pojetí a k realizaci zdravotní politiky označující spravedlnost jako nezbytnou charakteristiku péče o zdraví.

Charta vymezila pět oblastí posilování a rozvoje zdraví: přípravu nové zdravotní politiky, vytváření příznivého životního prostředí, rozvoj osobních schopností, zvýšení aktivity veřejnosti a změnu orientace zdravotnických služeb.

Závěry konference z Adelaide úzce navazují na výsledky konferencí v Alma-Atě a Ottawě. 220 účastníků ze 42 zemí se podělilo o své zkušenosti z přípravy a realizace zdravotní politiky. Výsledkem všeobecného souhlasu účastníků konference je doporučení nové strategie zdravotní politiky.

ZDRAVOTNÍ POLITIKA

Zdravotní politika je pojímána jako projev výrazného zájmu o zdraví a touhy po spravedlnosti při spravování záležitostí obce i jako forma odpovědnosti za zdraví lidí. Hlavním cílem zdravotní politiky je vytvořit a rozvíjet příznivé životní prostředí, v němž by lidé mohli žít zdravě. Taková zdravotní politika usnadňuje správnou volbu zdravého způsobu života a klade důraz na to, aby přírodní i sociální životní prostředí bylo dobrým východiskem zdraví lidí. Je nutné, aby všechny resorty (zemědělství, obchodu, školství, průmyslu, dopravy, spojů apod.) plně respektovaly zdravotní aspekty. Tyto sektory by měly převzít plnou

odpovědnost za zdravotní důsledky svých rozhodnutí. Měly by věnovat zdraví lidí obdobnou pozornost jako ekonomickým aspektům své činnosti.

Hodnota zdraví

Zdraví je jak lidským právem, tak i zdravou sociální investicí. Aby se zdraví lidí zlepšilo, je nezbytné, aby jak centrální vlády, tak i ostatní orgány státní moci investovaly do opatření vedoucích ke zdraví. Konference potvrdila, že bezprostřední investice do zdraví jsou z dlouhodobého hlediska ekonomicky výhodné. Je nezbytně nutné skloubit sociální, ekonomická a zdravotní opatření a rozvinout společnou aktivitu za široké účasti veřejnosti.

Spravedlnost, dostupnost a rozvoj

Rozdíly ve zdravotním stavu mají své kořeny v sociální nerovnosti. Pokud bychom chtěli reagovat na zdravotní rozdíly mezi sociálně znevýhodněnými a lépe situovanými občany, pak budeme muset vážít, jak zlepšit dostupnost zboží a služeb, které napomáhají zdraví, a jak pomoci vytvářet příznivé životní prostředí. Zdravotní politika by měla respektovat kulturní a etnické rozdíly. Všeobecná dostupnost zdravotnických služeb je nezbytným předpokladem spravedlivé péče o zdraví.

Rychlý technický rozvoj a rozsáhlé strukturální změny mohou vyvolat nové nežádoucí rozdíly. První cíl Evropské varianty programu Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny do roku 2000 zní: „Do roku 2000 se mají nyní největší rozdíly ve zdravotním stavu mezi zeměmi a mezi skupinami uvnitř zemí snížit alespoň o 25%, a to zlepšením úrovně zdraví znevýhodněných národů a skupin.“

Konference prokázala, že vyspělé země mohou příkladem své zdravotní politiky příznivě ovlivnit zdravotní opatření v rozvojových zemích. Konference doporučila všem zemím, aby v uvedeném směru rozvíjely svou zdravotní politiku.

ODPOVĚDNOST ZA ZDRAVÍ

Závěry a doporučení přijaté na konferenci budou realizovány jen tehdy, budou-li se na jejich realizaci podílet všechny národní, oblastní i místní orgány. Rozvoj zdravotní politiky na lokální úrovni je právě tak důležitý jako v celostátním měřítku. Orgány státní správy na všech úrovních by měly vážít, schválit a realizovat zdravotní cíle s důrazem na ochranu, posilování a rozvoj zdraví.

Odpovědnost veřejnosti za zdraví je základním motivem rozvoje zdravotní politiky. Orgány státní moci, všechny ostatní úřady a instituce rozhodující o využití společenských zdrojů (finančních, lidských a materiálních) by se měly veřejnosti zodpovídat za zdravotní důsledky svých přijatých a v určitém smyslu i nepřijatých opatření.

Odpovědnost veřejnosti za zdraví musí být provázena povinností státních orgánů hodnotit a publikovat výsledky zdravotních opatření tak, aby tomu rozuměly všechny společenské skupiny, tzn. respektovat jejich celkovou úroveň, zejména vzdělání. Aktivita veřejnosti a její účast je hlavním faktorem posílení a dalšího rozvoje zdravotní politiky.

Konference zdůraznila potřebu hodnotit přínos zdravotní politiky. To by se mělo stát úkolem nového zdravotnického informačního systému, který bude nezbytné v tomto směru rozvíjet. Kvalitní informace o stávající zdravotní situaci by se měly stát solidním východiskem při rozhodování o budoucím přidělování prostředků na realizaci zdravotní politiky.

Význam faktorů ležících mimo zdravotní péči

Zdravotní politika se snaží reagovat na zdravotní změny vycházející z širokého komplexu sociálně ekonomických a ekologických vazeb. Na většinu z nich nelze dostatečně reagovat jen v oblasti zdravotnictví. Základem se proto musí stát úsilí v oblasti posilování a rozvoje zdraví, které předpokládá koordinovaný postup v sociální a ekonomické oblasti. Světová zdravotnická organizace již v minulém desetiletí poukázala na důležitost úzkého sepětí mezi zdravotní a sociální reformou.

Účastníci zdravotní politiky

Orgány státní správy plní důležitou funkci v obecně pojaté péči o zdraví. Zdraví je ale podstatně ovlivňováno i zájmy obchodních společností, nevládními orgány a společenskými organizacemi. Na posilování a rozvoji zdraví by se měli podílet všichni. Odborové organizace, obchodní a průmyslové instituce, vzdělávací ústavy i náboženské osobnosti mají mnoho možností jak jednat ve zdravotním zájmu celé společnosti. **Měla by být navázána nová spojení a ustavena nová společenství, která by vyvolávala i usměrňovala zdravotní aktivitu veřejnosti.**

OBLASTI ROZVOJE

Na konferenci byly stanoveny čtyři priority zdravotní politiky:

Podpora zdraví žen

Ženy se na celém světě podílejí na základní zdravotní péči a většinu práce vykonávají zdarma nebo za minimální mzdu. Jejich činnost a organizace může sloužit jako model při plánování a realizaci aktivit v oblasti posilování a rozvoje zdraví. Zdravotnické instituce a řídicí pracovníci by měli přínos žen pro zdraví plně uznat a jejich činnost podpořit. Nedocení práce žen by se mohlo stát zdrojem nespravedlnosti v oblasti péče o zdraví.

Aby byl podíl žen na posilování a rozvoji zdraví co nejefektivnější, je nutné zajistit jejich přístup k informacím, organizačním strukturám i k finančním prostředkům. Všechny ženy, bez ohledu na národnost a etnickou skupinu, mají mít plné právo rozhodovat o svém zdraví a měly by být rovnocennými partnery v oblasti zdravotní politiky i péče.

Konference navrhla, aby jednotlivé země zahájily přípravu zdravotní politiky pro ženy, jejímž hlavním předmětem by bylo zdraví žen a která by se rovněž týkala:

- spravedlivé dělby práce ve společnosti;
- těhotenství a porodu v souladu s požadavky a potřebami žen;
- podpory matek s dětmi, mateřské dovolené a zabezpečení nemocných osob závislých na svém okolí.

Potraviny a výživa

Odstranění hladu a špatné výživy je jedním z hlavních cílů zdravotní politiky. Přijatá opatření v oblasti výživy a potravin musí navazovat na jejich distribuci (soukromou i veřejnou) s cílem zajistit spravedlivou dostupnost potravin, a to za cenu, kterou si lidé mohou dovolit.

Politika v oblasti výživy a potravin zahrnující i opatření v zemědělství, ekonomice a životním prostředí a přispívající ke zdraví národa, by se měla stát prioritou pro všechny orgány státní moci. Prvním krokem by mělo být určení cílů vedoucích ke správné výživě. Daňový systém a subvence by měly usnadňovat dostupnost nezávadných potravin a vést ke zdravotně příznivé skladbě stravy.

Konference doporučila, aby státní správa na všech úrovních okamžitě přijala konkrétní opatření zajišťující jak kontrolu trhu a zásobování potravinami (např.

dodávky potravin do nemocnic, škol, různých pečovatelských zařízení, dobročinných spolků apod.), tak možnost racionální výživy obyvatel.

Kouření a alkohol

Kouření a zneužívání alkoholu jsou dva hlavní rizikové faktory, na které musí zdravotní politika bezprostředně a účinně reagovat. Kouření neohrožuje jen kuřáky. Nebezpečné je i tzv. pasivní kouření, a to zejména pro děti. Alkohol vyvolává sociální problémy, vede ke škodám tělesným i duševním. Pěstování tabáku jako tržní plodiny může při nerozvinutém zemědělství přispívat k celosvětové potravinové krizi.

Výroba i prodej tabákových výrobků a alkoholu je zdrojem značných zisků, zejména pro stát ve formě daní. Státní orgány se někdy obávají, že ekonomické ztráty vyvolané snížením výroby a spotřeby tabáku a alkoholu by představovaly vysokou cenu za dílčí zlepšení zdraví.

Konference apeluje na všechny vlády, aby vzaly v úvahu **cenu, kterou platí za ztrátu lidského potenciálu** způsobenou úmrtím a nemocemi, jejichž příčinou je kouření a zneužívání alkoholu. Vlády by měly přijmout svůj díl odpovědnosti a do zdravotní politiky začlenit cíle do roku 2000 vedoucí k podstatnému snížení výroby, prodeje a spotřeby tabákových produktů a alkoholu.

Tvorba a ochrana bezpečného životního prostředí

Mnoho lidí žije a pracuje v podmínkách, které ohrožují jejich zdraví. Obyvatelstvo je součástí komplexního ekosystému. Lidské zdraví by mělo být chráněno před nepříznivými účinky rizikových faktorů. Rozmanité, ale omezené přírodní zdroje, které obohacují život a upevňují zdraví, jsou nezbytné pro zachování lidstva. Cíle podpory zdraví mohou být dosaženy jen ve zdravém životním prostředí.

Svůj díl odpovědnosti musí převzít každá úroveň řízení. Je zapotřebí koordinovaného meziodvětvového úsilí, aby se posouzení zdravotních aspektů stalo výchozím bodem úvah o dalším průmyslovém a zemědělském rozvoji. SZO by měla přispět k prosazení těchto principů na mezinárodní úrovni.

Tato konference poukazuje na nezbytnost vzájemného propojení péče o zdraví a ekologického hnutí a na potřebu společného postupu jak při posuzování cílů a možností dalšího socioekonomického rozvoje, tak při ochraně omezených přírodních zdrojů.

VYTVÁŘENÍ NOVÝCH SPOJENECTVÍ

Zdravotní politika se rodí z diskusí, porad a jednání. Je nezbytné podporovat každého (zájmové skupiny, tisk apod.), kdo poukazuje na význam zdravotních aspektů politického rozhodování. Je důležité, aby se instituce a vládní orgány seznámily s principy zdravotní politiky a aby se přihlásily k její realizaci.

Vzdělávací instituce by měly reagovat na nové potřeby péče o zdraví změnou dosavadních osnov a rozvojem schopností motivovat, koordinovat a vést veřejnost ke zdraví. Měly by konkretizovat, realizovat a hodnotit zdravotní politiku. Mohly by zprostředkovat výměnu odborných zkušeností na místní, národní a mezinárodní úrovni.

Konference doporučuje, aby místní, národní a mezinárodní orgány zřídily informační centra výměny zkušeností z oblasti zdravotní politiky a aby usnadnily kontakty a spolupráci vědeckých, pedagogických a řídicích pracovníků s cílem přispět k realizaci a náležitému zhodnocení zdravotní politiky.

PŘIJETÍ ODPOVĚDNOSTI ZA ZDRAVÍ SVĚTOVÉ VEŘEJNOSTI

Základním předpokladem sociálního a zdravotního rozvoje je mír a sociální spravedlnost, zdravá výživa a čistá voda; velmi důležitou roli ve společnosti má vzdělání, přiměřené bydlení a odpovídající příjem, ochrana přírodních zdrojů a ekosystému. Představa zdravotní politiky vychází z možnosti dosažení těchto základních podmínek zdravého života. Z mezinárodního hlediska je důležitou podmínkou dosažení nezávislosti. Výsledky společného úsilí jsou podmíněny dosaženým stupněm mezinárodní spolupráce.

BUDOUCÍ ÚKOLY

1. Zajištění spravedlivé distribuce zdrojů i při nepříznivé celkové ekonomické situaci představuje důležitý úkol pro všechny národy.
2. Zdraví pro všechny se podaří dosáhnout jen tehdy, budou-li vytvořeny zdravé životní a pracovní podmínky. Práce v širokém slova smyslu (zvládnutí práce, pracovní příležitosti, kvalita pracovního života) významně ovlivňuje zdraví a štěstí jedince. Měl by se rozvíjet výzkum vlivu pracovních a sociálních podmínek na zdraví.
3. Hlavním úkolem jednotlivých národů a mezinárodních institucí v oblasti zdravotní politiky je navázat a rozvíjet partnerské vztahy v míru, na základě lidských

práv a sociální spravedlnosti, se zaměřením na ekologii a trvalý rozvoj celého světa.

4. Ve většině zemí je zdraví předmětem činnosti státních orgánů různých úrovní. Je žádoucí nalézt nové formy návaznosti a spolupráce mezi jednotlivými stupni řízení.
5. Zdravotní politika musí zajistit, aby medicínský pokrok spíše posiloval, než oslaboval sociální spravedlnost.

Konference naléhavě doporučuje, aby SZO pokračovala v dynamickém rozvoji posilování a podpory zdraví s přihlédnutím k pěti hlavním postupům vyjádřeným v Ottawské chartě. Vybízí SZO, aby tuto iniciativu rozšiřovala ve všech oblastech jako nedílnou součást své běžné práce. **Podpora rozvojových zemí je důležitý rys tohoto procesu.**

PŘIPOMENUTÍ SPOLEČNÉ ODPOVĚDNOSTI ZA ZDRAVÍ

V zájmu rozvoje zdraví na celém světě účastníci Adelaidské konference vyzývají všechny, jichž se to týká, **aby přijali odpovědnost za zdraví** vyjádřenou v Ottawské chartě a aby usilovali o vytvoření celosvětového spolenectví pro zdraví.

LUBLAŇSKÁ CHARTA O REFORMĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE (přijato na mezinárodní konferenci 19. června 1996)

Úvod

1. Záměrem této charty je formulovat soubor principů, které jsou nedílnou částí současných systémů zdravotnictví nebo které by mohly ve všech státech evropského regionu SZO zlepšit zdravotní péči. Takové principy vycházejí jednak ze zkušeností zemí reformujících své zdravotnictví a jednak z cílů evropské strategie, a to zejména z těch, které se týkají zdravotních systémů.
2. Tato charta pojednává o reformách evropských zdravotních systémů. Vychází ze zásady, že zdravotní péče má vést především ke zlepšení zdraví a kvality života lidí.
3. Zlepšení zdravotního stavu populace je indikátorem společenského vývoje. I když je zdravotnictví důležité, není jediným rezortem, který má vliv na lidskou pohodu. I další rezorty přispívají ke zdraví a podílejí se na odpovědnosti za zdraví; vzájemná návaznost práce jednotlivých rezortů je v tomto ohledu během reformy zdravotnictví naprosto nezbytná.
4. Uznávající tyto zásady, ministři zdravotnictví nebo jejich zástupci z členských zemí evropského regionu SZO (účastníci Lublaňské konference) se zavazují podporovat dále uvedené principy a vyzývají jak všechny občany, tak vlády, instituce a veškerá společenství, aby se k tomuto úsilí připojili. Rovněž žádají, aby Evropská regionální úřadovna SZO vyvíjela potřebnou činnost podporující členské státy v jejich úsilí naplnit zmíněné principy.

Základní principy

5. *Evropské zdravotní systémy musí být:*

5.1. *Vedeny hodnotami*

Reforma zdravotnictví musí spočívat na zásadách lidské důstojnosti, spravedlnosti, solidarity a odborné etiky.

5.2. *Zacíleny na zdraví*

Reforma zdravotnictví by měla mít jasně formulované cíle, pokud jde o přínos pro zdraví. Ochrana a rozvoj zdraví musí být prvořadým zájmem celé společnosti.

5.3. *Zaměřeny na lidi*

Reforma zdravotnictví musí být prostřednictvím demokratického procesu orientována na potřeby lidí a brát v úvahu jejich očekávání v oblasti zdraví a zdravotní péče. Reforma by měla zajistit, aby občané mohli rozhodujícím způsobem ovlivnit strukturu i funkci zdravotnictví. Občané musí také sdílet odpovědnost za své vlastní zdraví.

5.4. *Orientovány na kvalitu*

Neustálé zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb včetně hospodárnosti musí být cílem každé zdravotnické reformy. Na zmíněný cíl by měla navazovat jasná realizační opatření.

5.5. *Založeny na solidním financování*

Financování zdravotnických systémů by mělo umožňovat trvalé poskytování zdravotní péče. To znamená všeobecné pokrytí celé populace a spravedlivý přístup všech lidí k nezbytné péči. To současně vyžaduje hospodárné využívání zdrojů pro zdravotní péči. Aby byla zajištěna solidarita, vlády musí hrát rozhodující roli při regulaci financování zdravotnických systémů.

5.6. *Orientovány na základní zdravotní péči*

Reforma vycházející z úvah o základní zdravotní péči by měla zajistit, aby zdravotní služby na všech úrovních ochraňovaly a rozvíjely zdraví, zlepšovaly kvalitu života, předcházely nemocem a léčily je, rehabilitovaly pacienty a poskytovaly péči trpícím a nevyčleřitelně nemocným. Reforma by měla rozvíjet společné rozhodování pacienta a poskytovatele péče a napomáhat komplexní a kontinuální péči v konkrétním kulturním prostředí.

Principy řízení změn

6. Má-li být změna systému zavedena hospodárně, je důležité respektovat tyto principy:

6.1. *Rozvoj zdravotní politiky*

6.1.1. Reforma zdravotnictví musí probíhat jako nedílná součást celkové zdravotní politiky, která odpovídá sociálně ekonomickým podmínkám dané země. Rozvoj tohoto politického procesu musí spočívat na širokém sociálním konsenzu zahrnujícím co nejvíce účastníků.

6.1.2. Jak volba základního směru, tak i řídicí a technická rozhodnutí o vývoji zdravotnického systému by měla být založena na všech dostupných údajích. Průběh reformy musí být průběžně monitorován a hodnocen tak, aby výsledky byly srozumitelné veřejnosti.

6.1.3. Vlády musí upozorňovat na hodnotové aspekty a předkládat je veřejnosti k diskusi, dbát na spravedlivé přidělování zdrojů a na všeobecnou dostupnost zdravotnických služeb. Vlády musí rovněž napomáhat legislativním a regulačním iniciativám. Kdekoli je vhodné uplatnit tržní mechanismus, tam by vlády měly podporovat konkurenci, a to jak při zajišťování kvality, tak při využívání omezených zdrojů.

6.2. Naslouchat hlasům občanů a respektovat jejich volbu

6.2.1. Hlasům občanů a jejich volbě je třeba při změnách ve zdravotnictví přisuzovat stejnou váhu jako rozhodnutím učiněným na jiných úrovních řízení v oblasti ekonomické, řídicí nebo odborné.

6.2.2. Hlasy občanů by měly být vzaty v úvahu v případech jako např. obsah zdravotní péče, její smluvní úpravy, kvalita služeb v návaznosti na vztah poskytovatele a pacienta, sestavování pořadníků na specializované výkony a vyřizování stížností.

6.2.3. Uplatnění volby pacienta a výkon jeho práv vyžaduje rozsáhlou, přesnou a včas poskytnutou informaci, stejně jako určité vzdělání. Předpokládá to přístup k veřejně ověřitelným informacím o poskytování zdravotnických služeb.

6.3. Změny v poskytování zdravotnických služeb

6.3.1. Péče o vlastní zdraví, rodinná péče a další neformální péče, stejně jako činnost nejrůznějších sociálních institucí, musí být co nejužěji propojena s formálními zdravotnickými službami. To vyžaduje průběžnou komunikaci, náležitý systém doporučování k dalšímu ošetření a rozvoj informačního systému.

6.3.2. Dobře promyšlená opatření by měla přispívat k přesunu zdravotnických pracovníků z akutní péče v nemocnicích do sféry základní zdravotní péče, komunitní péče, denních stacionářů a domácí péče, kdykoli je to nezbytné.

6.3.4. Regionální síť zdravotnických služeb je třeba nově uspořádat tak, aby se dosáhlo vysoké efektivity využití nákladů, umožnila se lepší organizace lékařských pohotovostních služeb a usnadnila se spolupráce mezi nemocnicemi a základní zdravotní péčí.

6.3.5. Neustálý rozvoj kvality zdravotní péče vyžaduje informační systémy založené na vybraných indikátorech kvality, které nejsou ovlivněny stavem rutinní práce, mají zpětný vliv na jednotlivé lékaře, sestry a ostatní poskytovatele péče.

6.4. *Změnit zaměření zdravotnických pracovníků*

6.4.1. V oblasti zdravotnických služeb je zapotřebí věnovat větší pozornost vymezení a podpoře těch odborností, které se mohou podílet na práci multidisciplinárních týmů zítřejších zdravotních systémů.

6.4.2. V základní odborné přípravě, specializaci a dalším vzdělávání je potřeba vycházet ze širších souvislostí, než je obvyklé v tradiční léčebné péči. Nedílnou součástí výuky by měla být kvalita péče, prevence nemocí a posilování a rozvoj zdraví.

6.4.3. Vhodný prémiový systém by měl motivovat zdravotnické pracovníky tak, aby si více hleděli kvality, nákladů a výsledků zdravotní péče. Takový vývoj by měl být podpořen spoluprací zdravotnických pracovníků a plátců zdravotní péče.

6.5. *Posílit řízení*

6.5.1. Je nezbytné rozvinout řadu řídicích funkcí a infrastrukturu veřejného zdravotnictví s cílem vést a ovlivňovat celý systém tak, aby se skutečně dosáhlo žádoucího zlepšení zdraví populace.

6.5.2. Jednotlivým zdravotnickým zařízením by se mělo dostat co největší pravomoci, pokud jde o využívání vlastních zdrojů, při respektování zásady spravedlnosti a hospodárnosti zdravotního systému.

6.5.3. Rozvoj řízení by měl být podporován schopnostmi jednotlivců vést, vyjednávat a komunikovat i vytvářením institucionálních nástrojů pro hospodárnější a účinnější poskytování zdravotní péče.

6.6. *Učit se ze zkušeností*

6.6.1. Je potřeba rozvíjet národní a mezinárodní výměnu zkušeností se zaváděním zdravotních reforem a podporou reformních iniciativ.

6.6.2. Tato podpora se musí opírat o důkladně ověřenou poznatkovou základnu reformy zdravotnictví a brát v úvahu správně pochopené a adekvátně zhodnocené národní a kulturní rozdíly.

Zdraví 2020:

rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu

Souhrn

Na zasedání Regionálního výboru SZO pro Evropu v září 2012 schválilo 53 zemí evropského regionu nový regionální program Zdraví 2020, který se opírá o základní hodnoty a je podložen věrohodnými důkazy a zkušenostmi. Program Zdraví 2020 se zaměřuje na zlepšení zdraví pro všechny a na překonávání nerovností ve zdraví cestou lepšího vedení a řízení v oblasti péče o zdraví. Dokument se soustřeďuje na hlavní problémy současnosti. Vymezuje čtyři prioritní oblasti politických opatření a je inovativní v hledání odpovědí napříč všemi úrovněmi a rezorty vlády a napříč společnostmi, s důrazem na posilování a rozvoj schopností a odolnosti komunit a na vytváření podpůrného prostředí. Podrobně se zabývá posílením role zdravotnických služeb a zdravotnického systému. Program Zdraví 2020 byl schválen ve dvojí verzi; rámcový souhrn opatření má pomoci vládám a společnosti k rozvoji politických opatření, delší verze pak slouží jako podrobnější strategický podklad. Realizace programu Zdraví 2020 v jednotlivých zemích evropského regionu nyní představuje základní úkol nejvyšší důležitosti.

Program Zdraví 2020 je k dispozici na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky. Jednak ve zkrácené verzi: Zdraví 2020_Rámcový souhrn (PDF, 362Kb) a jednak v širší verzi: viz http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/ramcovy-souhrn-opatreni-zdravi-2020_8526_3016_5.html.

V návaznosti na evropský program Zdraví 2020 zpracovalo MZ ČR dva základní dokumenty, a to:

1. Zprávu o zdraví obyvatel ČR 2014 (PDF, 7484Kb)

http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zprava-o-zdravi-obyvatel-ceske-republiky2014-_9420_3016_5.html

2. Zdraví 2020_Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (PDF, 4480Kb) (v české a anglické verzi). http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zprava-o-zdravi-obyvatel-ceske-republiky2014-_9420_3016_5.html

Článek byl publikován v časopise Hygiena, 59, 2014, 3: 140-144.

Program Zdraví 2020 je dobrou zdravotní strategií

Jan Holčík

SOUHRN

Program Zdraví 2020 poskytuje vizi, strategickou cestu, vytyčuje priority a podává celou řadu návrhů účinných opatření ověřených výzkumem a zkušenostmi mnoha zemí. Zdravotní péče potřebuje nejen nové finanční zdroje, ale i novou zdravotní strategii, nové formy řízení zdravotnictví a péče o zdraví. Aby bylo možné zlepšit zdravotní výsledky, je nezbytné podstatně posílit veřejné zdravotnictví, jeho funkce i kapacitu. Dobrým nástrojem je zdravotní gramotnost, která je orientována na dynamické vztahy v oblasti zdraví. Program Zdraví 2020 je dobrá zdravotní strategie pro 21. století.

Klíčová slova: zdraví, veřejné zdravotnictví, Světová zdravotnické organizace, Zdraví 2020, zdravotní gramotnost.

SUMMARY

Health 2020 is a good strategy for health

Jan Holčík

Health 2020 provides a vision, a strategic path, a set of priorities and a range of suggestions to show what works, based on research and experience in many countries. Health care needs not only more financial resources, but new strategic approach and new types of health governance and governance for health. Achieving better health outcomes in the European Region requires significantly strengthening public health functions and capacity. Health literacy is a promising actionable concept that addresses the dynamic interactions in the area of health. Health2020 is good health strategy for the 21st century.

Key words: Health, Public Health, World Health Organization, Health 2020, Health Literacy.

Úvod

„... a hlavně hodně zdraví“, je jedním z nejčastějších přání, s nímž se obracíme na své blízké, kterým chceme přát to nejlepší. Svého zdraví si většina lidí váží, i když mnozí, až když onemocní. Nabízí se otázka, zda a do jaké míry si zdraví lidí váží řídicí společenské struktury, od zákonodárných sborů přes vládu a další orgány veřejné správy. Jaký mají zájem o zdraví lidí a jakou část odpovědnosti dokáží za zdraví lidí přijmout? Program zdraví 2020 (1), který byl přijat na 62. zasedání Evropského regionálního výboru v roce 2012, vyzývá ke kritické analýze a nabízí ověřené metody přispívající ke zdraví lidí.

Při společném úsilí o zdokonalování demokratických mechanismů v péči o zdraví je žádoucí si položit otázku, co lidé chtějí (úleva od bolesti a od dalších nesnáží způsobených nemocí má jistě přednost) i co je potřeba (jak zlepšit zdraví lidí a jak omezit zbytečné nemoci a úmrtí).

Už od 60. let minulého století někteří teoretikové péče o zdraví varovali, že snaha poskytovat co nejnákladnější zdravotnické služby co největšímu počtu pacientů má své ekonomické limity. Při současném podcenění podpory zdraví a prevence nemocí, to zákonitě vede k prudkému nárůstu nákladů na zdravotnictví, s čímž se v té či oné míře potýkají všechny evropské země. Ve snaze alespoň částečně zvládnout finanční těžkosti v oblasti zdravotnictví se obvykle navrhuje tři standardní řešení:

1. Zvýšení přísunu finančních prostředků do zdravotnictví, patří sem např. nárůst platby státu za tzv. státní pojištění, úvahy o zvýšení platby na zdravotní pojištění, žádosti o další prostředky ze státního rozpočtu a hledání dalších finančních zdrojů (sponzoři, investoři, zahraniční dotace apod.). Lze ovšem připomenout, že přidání peněz může být sice užitečné a pomůže oddálit bezprostřední nesnáze, ale problém se tím nevyřeší.

2. Zvýšení efektivity poskytovaných zdravotnických služeb je založeno na hodnocení dosažených výsledků k poměru k vynaloženým nákladům. V mnoha zemích je v tomto směru uplatňována celá řada metod, např. hodnocení zdravotnických metod (*Health Technology Assessment – HTA*) a hodnocení zdravotních výsledků, popřípadě dopadů (*Health Impact Assessment – HIA*).

Aplikace zmíněných metod si ovšem vyžaduje informační, technické i personální zajištění a zejména zájem o skutečné zhodnocení efektivity a kvality zdravotnických služeb. Zdá se však, že zdravotnická zařízení nemají skutečný zájem o takové analýzy. Spíše se orientují na ty zdravotnické služby, které pojišťovny výhodně zaplatí,

a snaží se, účetnický vzato, zůstat v černých číslech. Mnoho úsilí se v některých zemích věnuje dohledu nad poskytováním a kvalitou zdravotní péče (*Health Care Audit*). Je známo, že nejméně efektivní a ve svém důsledku i nejdražší je nekvalitní, popřípadě zbytečná zdravotnická služba.

3. Hledání možností jak omezit rozsah poskytovaných zdravotnických služeb.

Jde o kontroverzní a obtížné téma. V anglosaské literatuře se v této souvislosti používá termín *rationing*, který se někdy chybně překládá jako racionalizace. Slovem *rationing* byl za II. světové války nazván ve Velké Británii lístkový systém. V podstatě jde o přidělování vzácných prostředků v případě krajní nouze. V péči o zdraví se uplatňují dva základní typy rationingu, a to implicitní a explicitní rationing.

Implicitní rationing je realizován zdravotnickými pracovníky. I když právo pacienta dostat potřebnou zdravotnickou službu musí být respektováno, jsou metody implicitního rationingu využívány ve všech zdravotnických systémech. Patří sem např. zavádění spoluúčasti a nejrůznějších „regulačních“ poplatků, odkládání neakutních zákroků, odrazování pacienta od požadavků na zdravotnické služby, např. důsledné informování o rizicích případného zákroku, neinformování pacienta o všech možnostech terapie, neposkytnutí zdravotnické služby v důsledku neznalosti, např. nevyhledávání dosud skrytých problémů, snižování počtu nemocničních lůžek a zdravotnického personálu, úsilí o co nejkratší délku hospitalizace, stanovení finančních limitů na některé zdravotnické služby apod.

Redukce zdravotnických služeb obvykle nebývá zdravotnickým pracovníkům přímo ukládána, ale často jsou k ní nepřímo nuceni nejrůznějšími administrativními nebo ekonomickými mechanismy. Ve svém důsledku pak nesou za svou odbornou práci plnou odpovědnost. Není divu, že lékaři se s podobnými metodami vyrovnávají se značnou nelibostí a požadují, aby sama pojišťovna, ministerstvo nebo vláda jasně stanovily, na co má pacient nárok a kterou zdravotnickou službu nedostane.

To je podstata **explicitního rationingu**, kdy pojišťovna nebo jiná instituce otevřeně stanoví standardy a limity zdravotní péče. Administrativní orgány a řídicí pracovníci v demokratických zemích neradi přijímají za sestavení pravidel explicitního rationingu výlučnou odpovědnost a k rozhodování o pravidlech organizují jednání, která by měla přesunout odpovědnost za redukci zdravotnických služeb na odbornou veřejnost. Žádná vláda si nedává omezování zdravotní péče do programu, nebývá to ani deklarováno jako jeden z principů zdravotní péče. A přitom je zřejmé, že omezování zdravotní péče je nutné vždy, když potřeby, resp. požadavky občanů na zdravotnické služby (mnohdy vyvolané marketingem zainteresovaných obchodních společností) převyší zdroje, které jsou k dispozici.

Na první pohled se zdá, že je nutné se rozhodnout pro jednu ze tří uvedených metod, popřípadě uvažovat o jejich více nebo méně vyvážených kombinacích. Světová zdravotnická organizace (SZO) uznává dílčí přínos zmíněných metod. Prostřednictvím programu Zdraví 2020 (1) však věnuje pozornost zejména dvěma dalším možnostem, které do značné míry přesahují tradiční hranice zdravotnického rezortu.

4. Zlepšit zdraví lidí a tedy prodloužit dobu prožitou ve zdraví bez nákladných požadavků na zdravotnické služby, které jsou vyvolány nutností terapie zejména chronických neinfekčních nemocí. Stárnutí populace nemusí být spojeno s růstem počtu nemocných. Pokud se podaří aplikovat poznatky o příčinách nemocí a o okolnostech ovlivňujících zdraví, pak lze podstatně prodloužit dobu, po kterou nebude nutné osobám poskytovat nákladné zdravotnické služby. Východiskem tohoto úsilí se staly práce, které poukazyvaly na skutečnost, že zdravotní osud lidí výrazně ovlivňují podmínky, do kterých se lidé rodí, v nichž rostou, pracují, odpočívají a stárnou. Jsou to tzv. „příčiny příčin“. Velmi důležitou roli hrají v této souvislosti sociální determinanty zdraví, a to sociální gradient, stres, zdravotní a sociální podmínky v dětství, chudoba a sociální izolace, problémy v rodině a na pracovišti, míra jistoty zaměstnání, sociální opora a sociální kontakty, sociální prostředí ovlivňující spotřebu alkoholu a cigaret, okolnosti stravování a kvalita dopravy. Dosavadní studie doložily, že mnohé ze zmíněných determinant zdraví výrazně překračují tradiční hranice rezortu zdravotnictví. To bylo podnětem k další skupině opatření týkajících se řízení systému péče o zdraví.

5. Změnit řízení zdravotnictví a zlepšit řízení široce chápaného systému péče o zdraví, a to zejména zapojením ostatních rezortů, posílením role veřejné správy v oblasti zdraví a přizváním k řízení a rozhodování všechny komponenty společnosti, rodiny i jednotlivce. Klíčem ke změnám by měla být nově pojatá role ministerstva zdravotnictví, a zejména výrazné posílení veřejného zdravotnictví (*Public Health*), které je věda a umění, jak předcházet nemocem, prodlužovat život a zlepšovat zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti.

V programu Zdraví 2020 se mimo jiné uvádí (1): „V některých zemích brzdí rozvoj veřejného zdravotnictví nedostatek politické vůle. Systém, který ovládají specialisté a jehož jádrem je nemocniční péče, je velmi nákladný a nereaguje na důležité zdravotní potřeby. Naproti tomu systém, který doceněje prevenci a podporu zdraví, je hospodárnější. Primární péče se v řadě zemí potýká s mnoha nesnáze, řeší jen dílčí problémy, nevyužívá týmovou práci, není respektována, má slabou vazbu na vyšší úrovně zdravotní péče a je podfinancována. Tyto okol-

nosti vedou k nevyváženému financování zdravotnictví, k mocenským bojům mezi zdravotníky, jejichž výsledkem je preference akutních terapeutických služeb a nákladných technicky komplikovaných diagnostických metod na úkor primární péče, prevence nemocí, podpory zdraví, rehabilitace a sociální péče.“

Páteří zdravotnického systému by měla být primární péče a základní nemocnice. Přímý přístup pacientů v neakutních případech ke specialistům a do fakultních nemocnic je nákladný. Svobodná volba lékaře, zejména pokud jde o ambulantní specialisty, by měla být znovu pečlivě zvážena. Narůstající počet pacientů těch nejnákladnějších zdravotnických zařízení, by měl být motivem pro hodnocení efektivity stávající organizační struktury a pro opětovné posouzení pravidel poskytování zdravotnických služeb.

SZO se v programu Zdraví 2020 věnuje hodnocení současné situace a na zjištěné problémy a nedostatky reaguje doporučením metod, které byly ověřeny v některých zemích. Není zde možné uvést všechny cenné podněty, ale je jistě vhodné se zmínit alespoň o některých.

A. Vedení, které předpokládá posílení role ministrů zdravotnictví a zdravotnického rezortu

Vedení, které směřuje ke zdraví a zdravotní ekvítě (spravedlnosti), je v současné době důležitější než kdykoli dříve. Má-li v 21. století takové zdravotní vedení dosahovat potřebných výsledků, musí si osvojit nové dovednosti. Značná část autority vedoucích představitelů nebude v budoucnosti vycházet z jejich funkce, ale bude spočívat na jejich schopnosti přesvědčit ostatní, že zdraví je důležité i pro ostatní rezorty. Vedení nebude jen individuální, ale i institucionální, kolektivní, zaměřené na celé místní společenství a založené na spolupráci. Ministři zdravotnictví a ministerstva zdravotnictví hrají v této oblasti rozhodující roli. Jejich pevné vedení je pro zlepšení zdraví nezbytné. Patří sem: příprava a realizace národní a krajské strategie zlepšující zdraví a životní pohodu, obhajoba a zavedení mezirezortní spolupráce ve zdravotní oblasti, zajištění účasti a spolupráce všech subjektů, poskytování vysoce kvalitních a účinných služeb veřejného zdravotnictví i dalších zdravotnických služeb, definování a kontrola standardů výkonnosti a jasně vymezená zodpovědnost všech zúčastněných.

B. Příprava, realizace a hodnocení národních a krajských zdravotních opatření, strategií a plánů počítajících s účastí dalších rezortů

Záměrem zdravotní politiky je dosáhnout konkrétních a měřitelných výsledků, a to zejména prodloužit délku života prožitou ve zdraví a v případě chronických nemocí prodloužit délku soběstačnosti. Zájem o zdraví by měl být jednou z priorit na všech úrovních řízení. To předpokládá existenci účinného a integrovaného zdravotnického

systemu, který reaguje na zdravotní potřeby populace a jehož jádrem je základní zdravotní péče. Aby se zmíněných cílů podařilo dosáhnout, je nezbytné připravit souhrnný plán rozvoje zdraví, jehož součástí je posílení zdravotnických služeb, včetně podpory zdraví a prevence nemocí. Takový plán se nemůže soustředit jen na poskytování zdravotnických služeb, ale musí zaměřit pozornost i na širší okolí péče o zdraví, na sociální determinanty zdraví a na spolupráci zdravotnictví a ostatních rezortů v oblasti péče o zdraví. Národní zdravotní strategie, která může mít různou formu, by měla přinést širokou, „zastřešující“ strategii zahrnující velký počet zainteresovaných subjektů a rezortů a měla by být zaměřena na zlepšení zdraví lidí. Takové strategii mohou pomoci sdílené hodnoty, pevnější součinnost, transparentnost a odpovědnost. Aby bylo možné zajistit dlouhodobou stabilitu zdravotní politiky, je nezbytné, aby byla politicky i právně závazná. Určitá míra flexibility je nezbytná; umožňuje reagovat na neočekávaný vývoj v politice, ekonomii a v životním prostředí. Hodnota zdravotní politiky je úzce podmíněna tím, jak vznikala. Úspěšné jsou s větší pravděpodobností takové strategie, které přijali za své ti, kteří je realizují, a které odpovídají možnostem, zdrojům a dosavadním omezením. Musí být navrženy realistické cesty rozvoje kapacit a zdrojů prostřednictvím zapojení i těch subjektů, které mají rozdílné zájmy.

C. Partnerská spolupráce je pro péči o zdraví cennou hodnotou

Současné složité zdravotní problémy musí být řešeny na všech úrovních řízení, celou společností, celou vládou a za účasti nejen státu a veřejného sektoru, ale i občanské společnosti, soukromého sektoru a médií. Úspěch je podmíněn společným záměrem a spoluprací všech subjektů v celé zemi (vláda, občanská společnost, soukromý sektor, vědecká a akademická oblast, sociální skupiny a každý jednotlivec). Na všech úrovních organizační struktury je nezbytné zvažovat asymetrii možností, kompetencí i odpovědností. I když se mnohé organizace hlásí k podpoře partnerství a zdůrazňují, že zájmy partnerů jsou pro ně důležité, výzkumné studie a další analýzy dokládají beze vší pochyby, že ne všechny strany partnerství vítají, rozumějí kultuře ostatních partnerů a souhlasí s principy, ke kterým se přihlásily, a respektují zásady dobré organizace a řízení. Mnohé z takových problémů poukazují na nutnost zvažovat formy řešení i skrývaných nesnází, potenciálních konfliktů a věnovat pozornost řádnému projednání všech aspektů partnerství. Partnerství je důležité i při mezisektorové spolupráci. Vytváření a uchování partnerství přispívající ke zdraví předpokládá nové způsoby myšlení o formách organizace, struktury a aktivitě. Kvalita vztahu je nesmírně důležitá a vyžaduje jasné a přímé jednání vyjadřující respekt k partnerům. Komunikace prostřednictvím informačních sítí může být užitečnější než běžné byrokratické zvyklosti. Je důležité, aby se každý mohl svobodně a otevřeně vyjádřit ke způsobům rozhodování, k přidělování

a využívání prostředků a k rozdělení odpovědnosti. Spolupráce v široké oblasti péče o zdraví je novým kategorickým imperativem.

D. Přijme-li celá vláda a celá společnost odpovědnost za zdraví, vede to k reálným a dobrým výsledkům

Stěžejní odpovědnost musí spočívat na vládě. Ta je zavázána chránit a zlepšovat zdraví lidí, kterým slouží, a společnosti, kterou zastupuje. Aby bylo možné dostát odpovědnosti za zlepšování zdraví a životní pohody, je na všech úrovních řízení společnosti politická závaznost nezbytná. Řízení, které má směřovat ke zdraví a životní pohodě, vyžaduje vládu, která posílí provázanost politiky, investic, služeb a činností všech rezortů i dalších subjektů. Návaznost všech opatření, z nichž mnohá jsou realizována vně zdravotnického rezortu, je nezbytná a měla by být prováděna mechanismy, které podporují další rozvoj spolupráce. Mnoho determinant zdraví a zdravotních rozdílů je i sdílenými prioritami jiných rezortů, např. zlepšení vzdělávání, posilování sociální inkluze a soudržnosti, omezení chudoby, zvýšení odolnosti celé společnosti a zlepšení životní pohody. Důležité je získávat nové zkušenosti a posilovat vědeckou základnu účinné zdravotní politiky a navažujících vládních opatření. Pro přípravu opatření zaměřených na určité populační skupiny jsou v rostoucí míře využívané sociálně vědní disciplíny, které přispívají i ke zvýšení zájmu o sociální determinanty zdraví. Větší důraz na behaviorální aspekty může přispět k návrhu na prosazení vhodných opatření, může pomoci i v analytické práci a při plánování. Je mimořádně důležité začlenit problematiku ekvity do práce místní veřejné správy, a to jak ve městech, tak i na venkově, a usilovat o zvládnutí dlouhotrvajících sociálně zdravotních rozdílů.

E. Sledování, hodnocení a priority výzkumu v oblasti veřejného zdravotnictví

Všechna opatření a činnosti zaměřené na zlepšení zdraví musí stavět na vědeckých poznatcích. Realizace programu Zdraví 2020 vyžaduje podstatné zlepšení informačního systému a zdokonalení analytické práce. Politikové by měli vycházet z věrohodných a aktuálních informací o zdravotním stavu, o úrovni životní pohody, o zdravotních potřebách a o cílech i o výsledcích zdravotnictví. Informace o zdraví jsou jedním ze zdrojů nezbytných pro plánování, realizaci a hodnocení opatření. Potřebné jsou rovněž informace o všech okolnostech týkajících se zdraví, které poskytuje výzkum, např. o zdravotních problémech, o činnosti zdravotnictví, o účinnosti a efektivitě poskytovaných služeb i o dosahovaných výsledcích. Dobrý výzkum zaměřený na zdravotní problematiku je jeden z nejceněnějších a nejdůležitějších společenských nástrojů, který umožňuje položit základy účinnější zdravotní strategie, jejímž záměrem je zlepšit zdraví lidí a péči o zdraví.

F. Důležitost mezinárodní spolupráce

Ve vzájemně provázaném světě narůstá důležitost spolupráce všech zemí. V současné době působí na zdraví a jeho determinanty široká škála světových i regionálních sil. I když dnes, jako nikdy předtím, nemělo tolik lidí možnost zlepšit své zdraví, žádná země nemůže samotná využít potenciál inovací a zvládnout všechny problémy týkající se zdraví a zdravotních determinant. Budoucí prosperita evropského regionu závisí na jeho ochotě a schopnosti využít nové příležitosti pro zlepšení zdraví současných i budoucích generací. Program Zdraví 2020 obsahuje vizi, strategickou cestu, seznam priorit a řadu doporučení poukazujících na to, co je účinné a co bylo ověřeno výzkumem a zkušenostmi mnoha zemí. Konstatuje, že základní podmínkou zlepšení zdraví a životní pohody je spolupráce mnoha partnerů. To neznamená, že zdraví je všechno a že je to jediný aspekt života, kterého si máme vážit. Program Zdraví 2020 však zdůrazňuje, že zdraví je základní podmínkou dosažení ostatních životních cílů. Zdraví je i prostředkem, který umožňuje každému, aby využil své životní příležitosti a aby přispěl i k celkovému rozvoji společnosti.

G. Význam zdravotní gramotnosti

Z dlouhodobého hlediska je jedním z nejdůležitějších úkolů zlepšit zdravotní gramotnost všech lidí. O její dosavadní nízké úrovni svědčí vysoká spotřeba cigaret a alkoholu, vysoké procento obézních i malá spotřeba zeleniny. Nestačí zdůrazňovat dílčí znalosti, které jsou sice důležité (první pomoc, prevence drogových závislostí, správná výživa apod.), avšak dostatečně nemotivují k aktivnímu přístupu k vlastnímu zdraví, ke snaze příznivě ovlivnit charakteristiky životního prostředí a dostát své odpovědnosti za svůj zdravotní osud. Tím, že jsou přeceňovány pasivní znalosti a je podceňováno výchovné působení v oblasti postojů, názorů a potřeb, dochází k růstu kognitivní disonance, tedy k rozporu mezi tím, co lidé vědí a tím, co dělají.

Zdravotní gramotnost je schopnost lidí rozhodovat a jednat v běžném životě tak, aby to bylo příznivé pro jejich zdraví. Týká se zejména zaměstnanců veřejné správy, lékařů, učitelů a všech, kteří by měli chápat hodnotu zdraví a měli by příznivě působit na své okolí.

Lze ovšem soudit, že zdravotní gramotnost lidí se nezlepší sama od sebe. Systém zdravotní výchovy (edukace pacientů, varování před zdravotními riziky a výchova ke zdraví) byl v minulých desetiletích nejen podceňen, ale i výrazně omezován. Význam zdravotní gramotnosti pro jedince i pro celou společnost se dříve nebo později stane silným motivem pro výrazné posílení zdravotní výchovy ve všech jejích formách.

ZÁVĚR

SZO nazvala program Zdraví 2020 osnovou evropské zdravotní politiky. V anglické verzi má 148 stran. Proč byl označen za pouhou osnovu lze pochopit, podíváme-li se na seznam literatury, který obsahuje 300 položek. Velký podíl tvoří materiály určené členským zemím, které se zavázaly ke splnění doporučených úkolů. Je ovšem zřejmé, že mnoho z takových úkolů bylo splněno jen formálně a některé zůstaly zcela pomínuty. Seznam literatury dokládá, jak velké intelektuální bohatství se podařilo v oblasti péče o zdraví vytvořit a připomíná, že řízení péče o zdraví není jen ideologickou, stranickou a politickou aktivitou, ale že se jedná o vysoce odbornou disciplínu, která se opírá o rozsáhlou teoretickou základnu i náročný výzkum a měla by vyústit v dobrou odbornou přípravu všech pracovníků veřejného zdravotnictví a do jisté míry i všech řídicích zdravotnických pracovníků.

Postavit řízení péče o zdraví na skutečně odborný základ využívající ověřených zkušeností i aktuálních informací si zřejmě vyžádá určitý čas i hodně finančních prostředků. Z dlouhodobého hlediska to však bude nepochybně hospodárné.

Námítky, že by to bylo nákladné, lze oslabit poukázáním na zkušenost, že nejnákladnější jsou důsledky chybného rozhodování bez informací a analýz, bez náležitého důrazu na respektování základních humánních hodnot a bez potřebné odborné připravenosti.

Program Zdraví 2020 by se měl stát motivem pro přehodnocení dosavadní strategie zdravotnictví (*health governance*) a pro soustavný rozvoj péče o zdraví (*governance for health*). Účinná péče o zdraví musí být zakotvena i v mezirezortních vazbách (*whole-of-government approach*) a musí stavět na širokém spektru aktivit (*whole-of-society approach*). Při každém rozhodnutí veřejné správy by měly být zvažovány jeho zdravotní aspekty (*health in all politics*) a jeho zdravotní důsledky (*health impact assessment*). Lidé by měli být v průběhu celého života (*life course approach*) lépe informováni o všem, co souvisí se zdravím (*health determinants*), a měl by jim být umožněn větší podíl na rozhodování o svém zdravotním osudu (*empowerment*). Celá společnost by měla být vedena k tomu, aby si vážila zdraví a aby rozhodování lidí v běžném životě bralo v úvahu zdravotní okolnosti (*health literacy*) (2).

Velmi důležité je posílit roli i kapacitu veřejného zdravotnictví (*public health*) finančně i personálně zajistit jeho základní činnosti (*essential public health opera-*

tions). Nová evropská zdravotní strategie by měla vést ke zlepšení zdraví lidí, přispět ke zvýšení odolnosti populace a k její schopnosti vyrovnat se se zdravotními problémy (*resilience*), k posílení sociální soudržnosti (*social capital*) a ke zvýšení životní pohody (*well being*).

Je zřejmé, že zdraví lidí není jen soukromým statkem a záležitostí jednotlivců. Zdraví je nesmírně důležitou sociální i ekonomickou hodnotou a spolu se vzděláním obyvatel má nepopíratelný makroekonomický význam, je i přirozenou komponentou konkurenceschopnosti. V myšlenkovém pojetí představuje program Zdraví 2020 revoluci. Z praktického hlediska jde o dlouhodobý postupný proces, který je v evropském kontextu nejen potřebný, ale ve své podstatě i nezbytný.

Jakkoli je institucionální aktivita pro program Zdraví 2020 důležitá, jeho realizace a skutečné výsledky budou do značné míry záležet na mnohých, většinou neznámých lidech, kteří pochopili, že zdraví je důležitou hodnotou, že stojí za to se o zdraví zajímat a něco pro zdraví u sebe, ve svém okolí i v širším měřítku taky udělat. Samotný program Zdraví 2020 je slibným nástrojem péče o zdraví, ale jen nástrojem. Záleží na tom, jaké ruce se chopí jeho realizace a jaké hlavy pochopí jeho význam.

Literatura

1. World Health Organization. Health 2020, policy framework and strategy. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf
2. Holčík J. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. Brno: Masarykova univerzita; 2010.

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.
email: holcik44@gmail.com

Název: SYSTÉM PÉČE O ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICTVÍ
Autor: prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.
Mgr. Pavlína Kaňová, Ph.D.
JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.
Určeno pro: pracovníky ve zdravotnictví, SV
Vydal a vytiskl: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů,
Vinařská 6, 603 00 Brno
Vydání: druhé upravené
Počet stran: 115
Vyšlo: Brno 2015
Výr. číslo: 40/2015
Tirážní znak: 57-851-15

Tato publikace, ani žádná její část, nesmí být kopírována a rozmnožována za účelem dalšího rozšiřování v jakékoliv formě a jakýmkoliv způsobem, ať již mechanickým nebo elektronickým, včetně pořizování fotokopíí, nahrávek informačních databází na magnetických nosičích, bez písemného souhlasu vlastníka autorských práv a vydavatelského oprávnění.

Publikaci si můžete zakoupit na adrese vydavatele:
NCO NZO, prodejna odborné literatury, Vinařská 6, 603 00 Brno,
prodejna@nconzo.cz, internetový prodej – www.nconzo.cz

Cena: Kč

ISBN 978-80-7013-575-4



9 788070 135754