

ÚVOD

Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech. Zdraví je v deklaraci, obdobně jako v české ústavě, stanoveno jedním ze základních lidských práv a jeho zlepšování hlavním cílem sociálního a hospodářského vývoje. Uskutečňování této zásady vyžaduje spravedlnost a solidaritu, všeobecný přístup ke zdravotním službám, založeným na současných vědeckých poznatcích, dobré kvalitě a udržitelnosti pozitivního rozvoje. Deklarace byla přijata, aby zdůraznila a podpořila program Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny ve 21. století. Jeho hlavními cíli je ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život a snížení výskytu nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí. K signatářům deklarace patřila také Česká republika (dále jen „ČR“), jejíž vláda nyní schvaluje národní rozpracování tohoto programu, vědoma si, že zdraví obyvatelstva patří mezi nejdůležitější priority její činnosti a činnosti všech resortů.

Význam dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - Zdraví pro všechny v 21. století (dále jen „ZDRAVÍ 21“) je v tom, že představuje racionální, dobře strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj, vypracovaný týmy předních světových odborníků z medicínských oborů a odborníků pro zdravotní politiku a ekonomiku. Pro členské státy Světové zdravotnické organizace je ZDRAVÍ 21 podnětem a návodem k vlastnímu řešení otázek péče o zdraví, k vlastním cestám, jak dosáhnout 21 cílů společného evropského programu k povznesení zdravotního stavu národů a regionu. Protože cíle vesměs nejsou stanoveny v absolutních ukazatelích, ale koncipovány jako zlepšení současných národních úrovní, jsou stejně náročné pro státy s různou výchozí úrovní zdraví obyvatelstva.

Důležitým cílem ZDRAVÍ 21 je snížit rozdíly ve zdravotním stavu uvnitř států a mezi státy Evropy, protože jsou jedním z prvků sociálních nerovností a faktorem, který může ovlivňovat stabilitu národních společenství a v důsledcích i regionu. ČR z tohoto hlediska nepatří mezi země s kritickou úrovní zdravotního stavu obyvatelstva, není však bez problémů a přes znatelný pokrok dosud nedosáhla parametrů zdraví v nejvyspělejších demokratických průmyslových státech. Nadto má úroveň zdraví výraznou časovou dynamiku a teoretická i reálná hladina zdraví jednotlivce a populace se v prosperujících společnostech stále posunuje výš.

Velký význam přikládá ZDRAVÍ 21 účasti všech složek společnosti na zlepšování národního zdraví a společné odpovědnosti všech resortů. Zdraví jako konkrétní důvod spolupráce resortů a jedno z kritérií pro politické rozhodování dosud není běžnou praxí činnosti ministerstev. Jde o zdravotní dopady zásadních rozhodnutí v energetice, dopravě, legislativě, zemědělství, vzdělávání či v daňových otázkách. Je známo, že dopravní obslužnost významně ovlivňuje dostupnost zdravotní péče, že obsah a úroveň vzdělání silně determinují postoje ke zdraví, že důležitým předpokladem dobrého zdraví je sociální úroveň lidí. V některých zemích už se používá hodnocení dopadu strategických rozhodnutí na zdraví (Health impact assessment). Dobrým příkladem meziresortní kooperace je v ČR Akční plán životního prostředí a zdraví. Je třeba dále ho rozvíjet a intenzivněji aplikovat na regionálních a místních úrovních. Obdobou těchto zásad v dokumentu ZDRAVÍ 21 jsou ustanovení článku 152 Amsterodamské smlouvy Evropské unie (dále jen „EU“), kde je řečeno, že „vysoká úroveň lidského zdraví se musí zahrnout do veškerých politik a strategií Evropského

společenství“. ZDRAVÍ 21 respektuje všechny dosud schválené dokumenty, které se dotýkají zdravotního stavu obyvatelstva, jako např. Státní politika životního prostředí, Dopravní politika, Energetická politika.

V současné době charakterizuje zdravotní stav populace vyspělých států s tržní ekonomikou a bývalých socialistických zemí, podle konstatování Světové zdravotnické organizace, deset hlavních příčin nemocnosti: Ischemická choroba srdeční, unipolární deprese, cévní mozkové nemoci, dopravní úrazy, následky konzumace alkoholu, osteoartróza, nádorové nemoci trávicího ústrojí, průdušek a plic, poranění a vrozené vady. V ČR patří bezpochyby k nejzávažnějším nádorová onemocnění, která jsou ročně evidována u 290 tisíc lidí, nových onemocnění je ročně hlášeno téměř 60 tisíc a trend výskytu je u většiny diagnóz vzestupný. Cukrovkou trpí 650 tisíc lidí a trend je rovněž vzestupný. Alergie postihuje kolem 600 tisíc lidí. Vedle závažných chronických a dlouhodobých nemocí se na souhrnném zdravotním stavu obyvatelstva podílí akutní nemoci, v nichž počtem dominují akutní dýchací infekce a chřipka, které ve vrcholech sezónních epidemií způsobují týdně 200 až 400 tisíc onemocnění.

Přes pokles úmrtí na nemoci srdce a cév v posledních letech převyšují dosud tyto choroby v ČR svou četností obdobné ukazatele v zemích EU a představují hlavní příčinu úmrtí (přes 50 % ze všech úmrtí). Na druhém místě jsou nádorové nemoci (25 %) a na třetím úrazy (8 %), které jsou u mužů do 45 let hlavní příčinou smrti. V roce 1999 zemřelo na nemoci oběhové soustavy přes 60 tisíc lidí, na nádorové nemoci přes 28 tisíc a na poranění a otravy 7 tisíc lidí.

Nejčastější příčinou pracovní neschopnosti jsou onemocnění dýchacího ústrojí (přes 600 tisíc dnů ročně), způsobené zejména akutními dýchacími infekcemi. Nemoci pohybového aparátu způsobují přes 490 tisíc dnů neschopnosti ročně a poranění a otravy přes 320 tisíc, nemoci oběhové soustavy přes 120 tisíc a nádorové nemoci více než 50 tisíc dnů neschopnosti ročně. Čísla nerepresentují všechny ošetřené nemoci u všech segmentů populace (zahrnují jen pracující obyvatelstvo). Jsou ilustrací vysokých nároků na materiální a personální zdroje.

Úmrtnost v ČR v posledním desetiletí 20. století sice zřetelně klesá, ale na druhé straně výskyt dlouhodobých a chronických nemocí, zejména nádorových, trvale stoupá. Tím narůstá počet nemocných, které je třeba léčit, často pomocí finančně velmi náročné terapie.

Budoucí vývoj zdraví obyvatelstva v ČR dosud nebyl předmětem soustavného vědeckého zkoumání, dílčí studie a úvahy však očekávají pokračování trendů z 90. let, tudíž stálý vzestup počtu nových nádorových nemocí, metabolických nemocí, zejména cukrovky, nemocí pohybového aparátu, nervových a duševních nemocí, psychosomatických důsledků užívání drog, některých infekcí (AIDS). Na druhé straně celková úmrtnost v posledním desetiletí 20. století zřetelně klesala a tento pozitivní trend je v ČR nejvýraznější ze všech bývalých socialistických států střední Evropy. Příznivý vývoj může a měl by pokračovat právě pomocí předkládaného programu tak, aby během příštích 10 až 15 let bylo ve všech nejvýznamnějších indikátorech zdravotního stavu obyvatelstva dosaženo hodnot vyspělých členských zemí EU.

Některé nepříznivé determinanty budou zřejmě ovlivňovat zdraví v příštích deseti letech podobně jako dosud. Týká se to nedostatků v životním stylu - kouření, nevyvážené výživy, nadměrné spotřeby alkoholu, nedostatku pohybu, stresu, zneužívání drog, podceňování rizika úrazů a nepříznivých účinků pracovního prostředí. Nicméně existují důkazy pozitivních změn v chování lidí, které přinesly dílčí úspěchy ve zlepšení skladby výživy některých populačních skupin, v zastavení vzestupu kuřáctví u dospělých mužů a v potlačování některých infekcí. Životní prostředí, kromě hluku, bude mít menší škodlivé dopady na zdraví než v minulosti, pokud nevzniknou nová nebo dosud neznámá rizika. Jedním z nejvýraznějších faktorů určujících zdraví je ve vyspělých státech s tržní ekonomikou socioekonomická úroveň lidí spojená s vysokou úrovní vzdělání. Vzestup hospodářské prosperity ČR bude stálý zájem společnosti o zdraví podporovat.

Program ZDRAVÍ 21, jehož národní variantu vláda projednala, je výzvou čelit nebezpečí nepříznivého vývoje, k němuž nutno počítat i stagnaci ukazatelů zdravotního stavu. Realizací cílů ZDRAVÍ 21 by členské státy měly dosáhnout výrazného snížení úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy, na nádory, úrazy a snížit výskyt závažných nemocí a faktorů, které je ovlivňují. Prostředkem je k tomu pokrok v prevenci příčin a rizik nemocí. Zdravotnická péče by totiž nedokázala za přijatelných nákladů účinně vyléčit rostoucí počty nemocí a příznivý vývoj úmrtnosti by se mohl zastavit, místo aby pokračoval a zrychloval se. Prevence nemocí a podpora zdraví jsou vůbec výraznou komponentou celého programu. Jsou součástí strategických přístupů u většiny cílů. Pojetí ZDRAVÍ 21 je v tomto ohledu blízké Amsterodamské smlouvě EU, která v článku 152 deklaruje, že „akce Společenství budou zaměřeny na zlepšení veřejného zdraví, prevenci nemocí a poruch zdraví a na odstranění zdrojů zdravotních nebezpečí“.

V souvislosti s žádoucím zlepšováním zdravotního stavu a snižováním úmrtnosti, je nutno zmínit nesprávné obavy, že zvyšování délky života způsobí mimořádné zvýšení nákladů na léčení velkého množství starší populace. Snížení úmrtnosti totiž není cílem, ale důsledkem lepšího zdravotního stavu obyvatelstva díky účinné prevenci nemocí nebo jejich včasné a racionálnější léčbě. Zkušenosti vyspělých států dokumentují, že takový vývoj vede ke zlepšování zdravotnosti a soběstačnosti starých lidí a ke snižování nákladů na sociální služby. Zvyšování průměrného věku lidí však nemá jen ekonomický, ale i neméně důležitý společenský a etický rozměr.

Tento zdravotně politický dokument byl v ČR vytvořen širokým okruhem odborníků mnoha zdravotnických profesí ve spolupráci s reprezentanty dalších resortů. Ministerstvo zdravotnictví jmenovalo a řídilo početný tým 30 pracovních skupin pro jednotlivé dílčí cíle programu. Kooperaci obsahově příbuzných dílčích úkolů zajišťovali koordinátoři z řad vedoucích pracovníků MZ a konečnou redakci provedla skupina pod vedením náměstka ministra a hlavního hygienika ČR.

Program ZDRAVÍ 21 je rozsáhlý soubor aktivit zaměřených na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Na plnění programu se budou podílet všechny složky společnosti. Základní zodpovědnost za plnění programu má vláda a její Rada pro zdraví a životní prostředí, při níž je zřízen Výbor pro tento program. Program je otevřený dokument, který se v průběhu postupné realizace bude podle potřeby a zkušeností plynule upravovat a doplňovat. Těmto otázkám se bude Rada a její Výbor ZDRAVÍ 21 pravidelně věnovat. Řídicím centrem programu je MZ, které si jako pomocnou složku zřídí ve Státním zdravotním ústavu malý odborný útvar podléhající řediteli tohoto ústavu.

U úkolů, jejichž realizace předpokládá legislativní opatření, zařadí odpovědné resorty návrhy legislativního procesu do návrhu plánu legislativních úkolů vlády na příslušné období ve smyslu uváděných termínů. Finanční nároky promítne do své kapitoly státního rozpočtu každý zodpovědný a spolupracující resort a zabezpečí i úkoly institucí, jichž je zřizovatelem.

MZ ve spolupráci s dalšími resorty zabezpečí informovanost odborné i široké veřejnosti publikováním programu a využitím spolupráce se všemi sdělovacími prostředky. Seriózní medializaci programu bude věnována průběžná pozornost.

Program je pracovním podkladem pro přípravu konkrétních projektů s podrobným věcným a časovým rozpracováním jednotlivých aktivit. Rozpracování konkrétních realizačních postupů se uskuteční zejména v roce 2003 a v souvislosti s tím bude rovněž dále konkretizována účast a spolupráce nositelů jednotlivých úkolů s nevládními organizacemi, odbornými a profesními společnostmi, vysokými školami, obcemi a přímo řízenými organizacemi resortů apod.

Smyslem práce bylo připravit zásadní dokument o dlouhodobé zdravotní strategii ČR, poprvé po v podstatě nedokončených pokusech na počátku 90. let. Ve ZDRAVÍ 21 je uplatněna koncepce cílů definovaných ukazateli zdraví, nikoli parametry činnosti zdravotních

služeb. Cíle se opírají o analogický dokument Světové zdravotnické organizace, nejsou však pasivně přebírány. Současně je zaváděno monitorování ukazatelů, které budou indikovat realizaci ZDRAVÍ 21, signalizovat problémy a iniciovat případné úpravy.

CÍL 1: SOLIDARITA VE ZDRAVÍ V EVROPSKÉM REGIONU

DO ROKU 2020 BY SE MĚL SOUČASNÝ ROZDÍL VE ZDRAVOTNÍM STAVU MEZI JEDNOTLIVÝMI ČLENSKÝMI STÁTY EVROPSKÉHO REGIONU SNÍŽIT ALESPŮŇ O JEDNU TŘETINU

V ČR stejně jako ve většině evropských států je tradičně vysoké povědomí o důležitosti solidarity v zabezpečování péče o zdraví. Solidarita se realizuje zdravotním pojištěním a řadou dalších forem podpory populačních skupin, které mají horší podmínky k zabezpečování základních zdravotních potřeb. Důležitou podmínkou pro efektivní solidaritu jsou objektivní analýzy současné situace a vytváření koncepčních řešení.

Dílčí úkol č. 1. 1.

Snížit rozdíly ve střední délce života mezi nejlepší a nejhorší třetinou evropských zemí alespoň o 30 %

Současný stav:

Splnění cíle 1 je úkolem celého evropského regionu a jeho monitorování především úkolem WHO EURO. K plnění tohoto cíle může ČR přispět dvěma způsoby. Za prvé zlepšováním vlastních výsledků pokud jde o zdravotní stav obyvatel a za druhé mezinárodní pomocí zemím, které jsou na tom hůře než ČR.

Průměrná střední délka života první třetiny zemí byla v letech 1998 a 1999 přibližně 78 let, zatímco poslední třetina zemí dosáhla průměru necelých 69 let. Rozdíl tedy činí 9 let.

Průměrná střední délka života v ČR činí 75,2 roku (přičemž rozdíl mezi průměrnou střední délkou života žen a mužů činí 7 let ve prospěch žen).

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 1.1.1: Zúčastnit se evropských aktivit na pomoc v řešení zdravotních problémů
odpovědnost: MZ
spolupráce: poskytovatelé a plátcí zdravotní péče, vládní a nevládní organizace
termíny: průběžně
- 1.1.2: Sledovat vývoj střední délky života v ČR
odpovědnost: MZ
spolupráce: ÚZIS, ČSÚ
termíny: průběžně 1 x ročně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- střední délka života při narození, muži, ženy.

Dílčí úkol č. 1. 2.

Variační šíře hodnot hlavních ukazatelů nemocnosti, invalidity a úmrtnosti v různých zemích by se měla snížit rychlejším tempem tam, kde je situace nejhorší

Současný stav:

Splnění cíle 1 je snahou celého evropského regionu a zejména zemí, kde je zdravotní stav nejhorší (především bývalé státy Sovětského svazu). Monitorování je úkolem WHO EURO. K plnění tohoto cíle může ČR přispět zlepšováním vlastních výsledků, pokud jde o zdravotní stav obyvatel.

Nejlépe sledovaným ukazatelem je úmrtnost, mezinárodně srovnatelných ukazatelů nemocnosti a zdravotních poruch není mnoho a jsou stále předmětem výzkumu.

Aktivita ke splnění dílčího úkolu:

1.2.1: Sledovat vývoj invalidity v ČR podle věku, pohlaví a skupin diagnóz

odpovědnost: MPSV

spolupráce: MZ, ČSSZ, ČÚBP

termíny: průběžně 1 x ročně

1.2.2: Sledovat vývoj nemocnosti v ČR podle věku, pohlaví, skupina diagnóz a speciálních skupin obyvatel dle sociálně-ekonomického zastoupení a expozice zdravotně rizikovým faktorům

odpovědnost: MZ

spolupráce: ÚZIS, ČSÚ

termíny: průběžně 1 x ročně

1.2.3: Vypracovat způsob posuzování poskytované zdravotní péče ve struktuře i objemu srovnáváním s vyspělými státy

odpovědnost: MZ

spolupráce: IZPE

termíny: 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- standardizovaná úmrtnost,
- data o invalidních důchodech (věk, pohlaví, skupina diagnóz, kraj bydliště, druh důchodu),
- hospitalizace, pracovní neschopnost, nemocnost na vybrané nemoci,
- zdravotní stav sociálně deprivovaných skupin obyvatel.

CÍL 2: SPRAVEDLNOST VE ZDRAVÍ

DO ROKU 2020 SNÍŽIT ZDRAVOTNÍ ROZDÍLY MEZI SOCIOEKONOMICKÝMI SKUPINAMI NEJMÉNĚ O JEDNU ČTVRTINU ZLEPŠENÍM ÚROVNĚ DEPRIVOVANÝCH POPULAČNÍCH SKUPIN

Spravedlnost ve zdraví je významná etická a pragmatická kategorie zcela zásadní pro tvorbu zdravotní politiky. Její naplňování znamená, že standardní péče o zdraví je zajišťována rovnoprávně a rovnoměrně pro všechny sociální, etnické, národnostní, věkové a další segmenty obyvatelstva. Průzkumy veřejného mínění v ČR dosud neupozornily na větší problémy v této oblasti, objektivních podkladů však není dostatek a lze očekávat, že pokračující sociální diference by mohla přinést nepříznivé důsledky pro zdraví některých částí populace.

Dílčí úkol č. 2. 1.

Snížit rozdíly ve střední délce života v jednotlivých socioekonomických skupinách nejméně o 25%

Současný stav:

Prakticky neexistují informace o střední délce života pro různé deprivované skupiny obyvatel. Faktem zůstává, že určité rozdíly existují a je nutné je snižovat.

Aktivita ke splnění dílčího úkolu:

- 2.1.1: Speciální programy zlepšení a posílení zdraví vybraných skupin obyvatel
odpovědnost: MZ,
spolupráce: MPSV, MŠMT, ČÚBP, poskytovatelé a plátcí zdravotní péče, územní samosprávné celky
termíny: průběžně
- 2.1.2: Výzkum a speciální výběrová šetření zaměřená na podklady pro výpočet střední délky života a života prožitého ve zdraví
odpovědnost: MZ
spolupráce: ÚZIS, ČSÚ, ČÚBP, SZÚ, IZPE
termíny: průběžně 1x za 3 roky
- 2.1.3: Výpočet střední délky života u vybraných socioekonomických skupin obyvatel
odpovědnost: MZ
spolupráce: ÚZIS, ČSÚ, ČÚBP
termíny: 1x ročně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- střední délka života při narození, muži, ženy.

Dílčí úkol č. 2. 2.

Hodnoty hlavních ukazatelů nemocnosti, invalidity a úmrtnosti by měly být rovnoměrněji rozloženy na všechny společensko-ekonomické skupiny

Současný stav:

Určité rozdíly zcela jistě existují a je nutné je snižovat. Prakticky neexistují validní informace o zdravotním stavu různých deprivovaných skupin obyvatel, protože v rutinních statistikách nejsou podchyceny (z důvodů ochrany osobních údajů) prakticky žádné údaje, které by umožňovaly identifikovat určité deprivované skupiny obyvatel.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

2.2.1: Výzkum a speciální výběrová šetření na sledování zdravotního stavu vybraných skupin obyvatel

odpovědnost: MZ

spolupráce: MPSV, ÚZIS, SZÚ

termíny: průběžně 1x za 3 roky

2.2.2: Zhodnocení vývoje zdravotního stavu obyvatel podle socioekonomických kritérií na základě rutinních statistik (úmrtnost, invalidita, hospitalizace apod.)

odpovědnost: MZ

spolupráce: ÚZIS, ČSÚ, ČSSZ, územní samosprávné celky

termíny: 1 x za 3 roky

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- úmrtnost podle pohlaví, věku, místa bydliště, skupin diagnóz,
- invalidita podle věku, pohlaví, skupin diagnóz, kraje bydliště
- hospitalizovanost podle pohlaví, věku, místa bydliště, skupin diagnóz.

Dílčí úkol č. 2.3.

Omezovat socioekonomické vlivy, které negativně působí na zdraví, jedná se zejména o výrazné rozdíly v příjmu, dosaženém vzdělání a v uplatnění na trhu práce

Současný stav:

Trojstranný vztah mezi výší příjmu, dosaženým vzděláním a uplatněním na trhu práce nebyl dosud analyzován. Je však známa kladná korelace mezi výší příjmu a dosaženým vzděláním. Dále je známo, že možnosti uplatnění na trhu práce s dosaženým vzděláním výrazně rostou, (zatímco ukazatel míry nezaměstnanosti u osob s pouhým základním vzděláním se pohybuje okolo 20 %, u osob s vysokoškolským vzděláním nepřekračuje 3 %).

Z hlediska zdravotního stavu lze pozorovat jak vztah k dosaženému vzdělání (vzdělanější osoby více pečují o své zdraví), tak vztah k výši příjmu (chudoba je z hlediska zdraví nepříznivým faktorem).

Ve vazbě zdraví k uplatnění na trhu práce lze sledovat oboustrannou závislost. Nezaměstnanost, zejména dlouhodobá, může být příčinou nepříznivého zdravotního stavu a na druhé straně nepříznivý zdravotní stav sám o sobě představuje rizikový faktor pro

uplatnění na trhu práce. Od roku 1995 do roku 2000 míra nezaměstnanosti v ČR trvale rostla a v současné době se ustálila na více než 9 % s výraznými regionálními odchylkami (3 % - 22 %). Nepříznivým jevem je fakt, že narůstá nezaměstnanost dlouhodobá (delší než 6 měsíců).

V případě dlouhodobé nezaměstnanosti jsou zvláště ohroženou skupinou především osoby se zdravotním handicapem (doba jejich setrvání v evidenci uchazečů o zaměstnání na úřadech práce je oproti zdravým jedincům přibližně trojnásobná). Dalšími rizikovými skupinami jsou čerství absolventi škol, ženy s malými dětmi a osoby v předdůchodovém věku. Nelze zapomenout ani na fakt, že osoby dlouhodobě nezaměstnané jsou zpravidla ochotny přijmout práci i za nevyhovujících pracovních podmínek.

Zlepšování socioekonomických podmínek negativně působících na zdraví lidí spočívá v jejich lepším poznání a uplatnění nových přístupů ke zmírnění jejich negativních důsledků, zejména přijímání opatření k vyrovnávání příležitostí na trhu práce.

Aktivita ke splnění dílčího úkolu:

- 2.3.1: Zlepšovat systém vzdělávání a prosazovat systém celoživotního vzdělávání, které umožní měnit nebo zvyšovat kvalifikaci, zejména osobám se změněnou pracovní schopností vzniklou z důvodu jejich zdravotního stavu, věku, sociálního postavení aj., a to provázaně se systémem poskytování podpory vhodného poradenství pro volbu povolání, odborný výcvik a rehabilitaci
odpovědnost: MŠMT
spolupráce: MPSV, MZ, VÚPSV
termíny: průběžně
přijetí potřebných právních předpisů 2005
- 2.3.2: Vytvářet podmínky pro vznik specializovaných poradenských a vzdělávacích služeb pro podporu a ochranu zdraví na pracovištích, zejména v malých a středních podnicích k zajištění trvalé péče o zdraví, pracovní prostředí a bezpečnost při práci
odpovědnost: MZ, MPSV
spolupráce: ČSÚ, ČBÚ, SZÚ, VÚPSV, příslušné odborové svazy, svazy podnikatelů a zaměstnavatelů
termíny: průběžně
- 2.3.3: Vydávat v souladu s mezinárodními dokumenty, zejména s úmluvami MOP a Evropskou sociální chartou, právní předpisy k zajištění realizace práva na bezpečné a zdravé pracovní prostředí a pracovní podmínky a stanovit opatření k vynucení takových právních předpisů formou dozoru
odpovědnost: MZ, MPSV
spolupráce: ČÚBP, ČBÚ, HS
termíny: průběžně
- 2.3.4: Podporovat společné konzultace mezi zaměstnavateli a zaměstnanci, popř. tam, kde to je vhodné a potřebné, podporovat mechanismus pro dobrovolné vyjednávání mezi organizacemi zaměstnavatelů a zaměstnanců za účelem zlepšování pracovního prostředí kolektivními smlouvami
odpovědnost: MPSV
spolupráce: ostatní resorty, svazy podnikatelů a zaměstnanců
termíny: průběžně

- 2.3.5: Přijmout mezinárodní kritéria důsledků zdravotního postižení (ICF)
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV
termíny: 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- sledování mzdové distribuce,
- šetření na zjišťování pracovních podmínek,
- ukazatele uvedené NAPZ 2002,
- počet osob zapojených do systému celoživotního vzdělávání se zaměřením na osoby se zdravotním postižením a dlouhodobě nezaměstnané.

Dílčí úkol č. 2.4.

Zamezit zvyšování podílu osob, které žijí v nedostatku finančních prostředků

Současný stav:

Dle materiálu WHO je chudoba – at' je definována v kategorii příjmu, sociálně-ekonomického postavení, životních podmínek nebo úrovně vzdělání – největší samostatnou determinantou špatného zdraví. Život v bídě souvisí s vyšší mírou konzumace látek jako je tabák, alkohol a drogy, s vyšším výskytem depresí, sebevražd, antisociálního chování a násilí a s vyšším rizikem konzumace závadné stravy a velkými fyzickými potížemi. V současnosti velký a stále se zvětšující počet obyvatel Evropy je vystaven riziku, že bude žít část svého života v bídě.

V ČR má každý nemajetný občan s nedostatečnými příjmy, které si nemůže zvýšit vzhledem k věku, zdravotnímu stavu nebo z jiných vážných příčin vlastním přičiněním, právo na takovou pomoc, aby ho ochránila před hmotnou nouzí v souladu se zákonem o životním minimu a o sociální potřebnosti. K ochraně před chudobou a sociálním vyloučením bude v ČR obdobně jako v zemích Evropské unie v roce 2003 připravován Národní akční plán proti sociálnímu vyloučení. V tomto komplexním strategickém dokumentu bude podle přijaté metodiky EU vyjádřena srovnatelným způsobem chudoba v ČR a budou navržena potřebná opatření, která by měla zamezit jejímu zvyšování (v ČR lze v současné době odhadnout nízký přibližně 4 % podíl domácností, tj. cca 5 % populace, ohrožených chudobou). Chudoba má velmi úzkou souvislost s nezaměstnaností. Ochrana před chudobou formou možného uplatnění na trhu práce, včetně získávání odpovídající potřebné kvalifikace a motivace k zaměstnání před pobíráním sociálních dávek je obsažena v Národním akčním plánu zaměstnanosti. Národní akční plán zaměstnanosti, který ve svých čtyřech pilířích obsahuje opatření směřující k plné a efektivní zaměstnanosti práceschopného obyvatelstva je každoročně aktualizován a vyhodnocován.

V ČR není v současné době k dispozici mnoho aktuálních a spolehlivých dat o rozsahu, struktuře, příčinách a dynamice chudoby. Posledním šetřením využitelným k posuzování příjmové chudoby byl Mikrocensus v roce 1996.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 2.4.1: Předložit vládě ČR návrh Národního plánu proti sociálnímu vyloučení
odpovědnost: MPSV
spolupráce: MZ, VÚPSV
termíny: 2004

- 2.4.2: Vyhodnocovat a aktualizovat Národní akční plán zaměstnanosti
odpovědnost: MPSV
termíny: každoročně
- 2.4.3: Realizovat šetření Mikrocensus
odpovědnost: ČSÚ
spolupráce: MPSV
termíny: 2004
- 2.4.4: Sociální programy k omezení podílu osob odkázaných na příjem sociálních dávek
odpovědnost: MPSV
spolupráce: MZ, poskytovatelé zdravotní a sociální péče, územní samosprávné celky
termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet osob odkázaných na příjem sociálních dávek (dle skupin dávek),
- počet osob s příjmy oscilujícími kolem životního minima.

CÍL 3: ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA

DO ROKU 2020 VYTVOŘIT PODMÍNKY, ABY VŠECHNY NAROZENÉ DĚTI A DĚTI PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU MĚLY LEPŠÍ ZDRAVÍ UMOŽŇUJÍCÍ JIM ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA

Důležité komponenty tělesného a duševního zdraví se vyvíjejí již v raných fázích života. Zdravotní stav mladé generace a péče o ni je obrazem sociální a kulturní úrovně každé civilizované země.

ČR se řadí mezi státy s velmi nízkou úrovní porodnosti a plodnosti. Dosaženou úroveň celkové perinatální mortality 4,4 promile patří ČR mezi země s nejlepšími výsledky na světě.

Výrazný pokles úmrtnosti v dětském věku je odrazem odborného zkvalitnění péče především v prenatálním období. Těhotné ženy, u nichž lze předpokládat narození plodu s nízkou porodní hmotností, nebo ženy s rizikovým průběhem těhotenství, jsou směřovány do péče perinatologických center. Integrální součástí perinatologických center jsou vysoce specializovaná pracoviště neonatální péče o nezralé novorozence, či novorozence s nízkou porodní hmotností (dále jen NPH). V ČR je frekvence novorozenců s NPH cca 6 %, což odpovídá statistickému srovnání s vyspělými evropskými zeměmi. Ve výskytu vrozených vad (dále jen VV) dochází k relativnímu zvýšení jejich frekvence ve vztahu k počtu živě narozených dětí. Zvýšení je způsobeno zkvalitněním diagnostiky VV (včetně důsledného vyšetřování všech těhotných žen ultrazvukem) a zlepšením jejich vykazování.

Díky koncepčně preventivnímu zaměření má současná pediatrie velmi dobře zavedený systém jednotných preventivních prohlídek, zaměřených na sledování všestranného vývoje dětí a imunizační program na základě očkovacího kalendáře. Komplexní preventivní prohlídky se v kojeneckém věku zaměřují na sledování doby kojení a správné podávání kojenecké výživy a vitamínů, vývoje délky a hmotnosti, zraku, sluchu, řeči, na vývoj dentice, pohybového ústrojí, psychomotoriky a úroveň péče o dítě rodiči. Dětské lékaři podávají rodičům odborně fundované připomínky k problematice životního stylu se zaměřením na zdravou výživu, přiměřený pohyb a vedou rodiče k abstinenci rizikového chování.

Dětské lékařství (pediatrie) má několik užších specializací, které dovolují vysokou odbornou koncentraci na určitá vývojová období dítěte. Neonatologie se věnuje novorozeneckému období, perinatologie době od 24. týdne těhotenství do 7. dne života novorozence. Prenatálním obdobím se označuje celá doba vývoje dítěte před narozením, postnatálním obdobím doba po porodu.

Ohrožené a chronicky nemocné či postižené děti jsou zařazovány do dispenzárních skupin, ve kterých jsou zvýšeně sledovány dětským lékařem a příslušnými specialisty. V dispenzární péči pediatrů je ročně sledováno v průměru každé páté dítě. V mnoha případech je ve spolupráci s odbornými ambulancemi a praktickými lékaři pro děti indikována, v rámci tzv. komplexní péče, lázeňská péče a pobyty v odborných léčebnách. Ve výjimečných případech selhání rodiny v péči o své dítě, např. zanedbávání, týrání či zneužívání, je ve spolupráci s resortem práce a sociálních věcí a soudu, indikován pobyt ve zvláštních dětských zařízeních typu kojenecký ústav a dětský domov resortu zdravotnictví.

Zdravotní stav dětské populace v ČR se i přes dobrou úroveň zdravotnické péče o tuto skupinu obyvatelstva výrazně nezlepšuje. Stoupá počet vrozených vad, alergických onemocnění, trvá nárůst onemocnění nervového systému, mentální retardace, závažných poruch chování, poměrně značně stoupá počet závažných úrazů a toxikomanie u dětí a mladistvých. Extrémně vysoká nemocnost akutními respiračními onemocněními se vyskytuje zejména u dětí navštěvujících předškolní dětská zařízení.

Za nejzávažnější příčiny tohoto stavu lze považovat nesprávnou životosprávu, nepříznivé socioekonomické vlivy a některé faktory životního prostředí dítěte.

Dílčí úkol č. 3. 1.
Lepší přístup k prenatální a perinatální péči

Současný stav:

Péče prenatální je součástí péče perinatální. Kritériem úspěšnosti péče je perinatální úmrtnost (PÚ), která je dále diferencována na prenatální, intrapartální a neonatální. Dosaženou úroveň celkové perinatální mortality 4,4 promile patří ČR mezi země s nejlepšími výsledky na světě (to platí i pro jednotlivé komponenty PÚ). Těmito kritérii je hodnocena péče prenatální, péče v průběhu porodu a péče novorozenecká. Tyto složky péče jsou zajištěny v ČR pro všechny těhotné systémem 3stupňové diferencované péče. Další snižování perinatální úmrtnosti s výjimkou desetin promile není v nejbližších letech reálné.

K problémům, které mohou negativně ovlivnit vynikající úroveň výsledků perinatální péče v ČR patří:

- a) perinatální péče o imigranty, kteří přicházejí z oblastí, kde nebyla poskytována prenatální péče. Tyto pacientky obvykle představují klienty pro akutní péči a obvykle nemají zdravotní pojištění. Problém je medicínský - těhotné bez adekvátní prenatální péče - a problém finanční - nepojištěné pacientky představují zátěž pro péči poskytující zařízení. Zvyšování podílu takových pacientek při neřešení výše zmíněných problémů může vést k ovlivnění výsledků perinatální péče v negativním smyslu.
- b) vysoký podíl porodnic s méně než jedním porodem za den. V těchto zařízeních musí být k dispozici stálý tým pracovníků a vybavení odpovídající úrovni, přičemž jejich využití je minimální. Takových zařízení je v ČR stále ještě cca 20 %, čímž se lišíme od ostatních evropských zemí. Geografické důvody (vzdálenost) nejsou argumentem pro hustotu sítě takto malých zdravotnických zařízení.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

3.1.1: Identifikace a analýza potřeb imigrantní populace z hlediska perinatální péče

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MV, ČLS JEP, ZP

Termíny: v roce 2003

3.1.2: Zajištění adekvátní zdravotní péče v imigrantní populaci

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MV, ČLS JEP, ZP

Termíny: v období 2004-2006

3.1.3: Zajištění způsobu hrazení péče poskytované nepojištěným těhotným imigrantkám

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MV, ČLS JEP, ZP

Termíny: v roce 2003

3.1.4: Redukovat počet porodnických pracovišť s ohledem na zajištění efektivity práce, kvality zdravotní péče a dostupnosti těchto zdravotnických zařízení.

Odpovědnost: MZ
Spolupráce: ČLS JEP, ZP, územní samosprávné celky
Termíny: průběžně, roční analýzy

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- perinatální úmrtnost a její součásti (mrtvorozenost a časná novorozenecká úmrtnost), včetně údajů institucionálních a regionálních,
- procento transferu rizikových gravidit a novorozenců do perinatologických center,
- podíl porodů bez prenatální péče.

Dílčí úkol č. 3. 2. Snížení míry kojenecké úmrtnosti

Současný stav:

Neonatologie se v současné době jednoznačně podílí na kvalitě raného vývoje dítěte. Perinatální úmrtnost během posledních 10 až 12 let v ČR plynule klesala a v roce 2000 byla nižší než 5‰ (přesně 4.4/1000 porodů). Stejný trend lze pozorovat při hodnocení neonatální mortality a kojenecké úmrtnosti. Neonatální mortalita poklesla v roce 1999 pod hranici 3‰ a v roce 2000 se dále snížila (na 2.4/1000 živě narozených). Bude nutné průběžně vynakládat velké úsilí, abychom dosažené výsledky udrželi i v následujících letech. Kojenecká úmrtnost ve stejném období rovněž zaznamenala podstatné zlepšení a klesla pod hranici 5‰. Paralela snižování neonatální a kojenecké úmrtnosti napovídá, že nedochází k přesunu úmrtnosti v důsledku perinatální nemoci do postneonatálního období. "Hrubými ukazateli" kvality poskytované zdravotní péče, tj. úmrtností v nejranějším dětství, jsme se tak zařadili k předním zemím na světě a WHO vytčené cíle pro Evropský region pro první období 21. století jsme výrazně překročili.

Praktický lékař pro děti a dorost (dále PLDD) je v ČR samostatně pracující pediatr v primární péči. Pacienti mají volný přístup k ošetření dle své svobodné volby lékaře. PLDD své pacienty registruje a nadále přebírá do komplexní péče preventivní, diagnostické i léčebné. Sleduje své pacienty co nejbližně jejich sociálnímu prostředí, je v kontaktu s rodinou, vykonává návštěvní službu v rodině.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

3.2.1: Snížit prevalenci pozdní (postneonatální) morbidity

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: Sekce perinatální medicíny při ČGPS, Česká neonatologická společnost v součinnosti s Perinatologickou komisí při MZ, OSPDL, SPLDD

Termíny: průběžně:

Roční analýzy (audit) perinatální a neonatální péče s rozбором perinatální morbidity a pozdní morbidity (děti pod 1500 g a děti s prokázanou perinatální hypoxií, infekcí a dalšími rizikovými faktory).

Hodnocení změn prevalence pozdní, postneonatální morbidity (postižení) ve 2-3 letech intervalech.

- 3.2.2: Vytvořit standardizovaný systém integrované rané péče o perinatálně ohrožené a postižené děti na regionální úrovni, a to na základě vytvoření příslušného legislativního návrhu
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: MPSV, MŠMT, Společnost rané péče (občanské sdružení), OSPDL, SPLDD, územně samosprávné celky
Termíny: průběžně
konečný termín - návrh konec roku 2005
- 3.2.3: Volba pediatra pro novorozence - doporučený postup
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: odborné společnosti ČLS JEP - neonatologická, praktických lékařů pro děti a dorost, pediatriká
Termíny: průběžně
- 3.2.4: Způsob propuštění novorozenců - doporučený postup
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: odborné společnosti ČLS JEP - neonatologická a pediatriká, OSPDL, SPLDD
Termíny: průběžně
- 3.2.5: Převzetí novorozence do péče prosazením zákonné povinnosti registrace dětí u PLDD
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: odborné společnosti ČLS JEP - neonatologická a pediatriká, OSPDL, SPLDD
Termín: průběžně
- 3.2.6: Podporovat rozvoj zdravotnických zařízení zapojených do hnutí „baby - friendly“
odpovědnost: MZ
spolupráce: odborné společnosti ČLS JEP - neonatologická a pediatriká, OSPDL, SPLDD, ÚZIS
termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- Perinatální, neonatální, kojenecká úmrtnost a pozdní (postneonatální) morbidita. Vyhodnocování vývojových trendů pozdní morbidity dětí pod 1500 g ve 2-3 letech periodách a porovnání s relevantními daty z EU, zámoří (metodika již zavedena).
- Cerebrální morbidita dětí s perinatální zátěží hypoxie nebo závažného infekčního onemocnění.

Dílčí úkol č. 3. 3.

Snížit podíl vrozených vad na úmrtnosti živě narozených dětí

Současný stav :

Podíl vrozených vad (VV) na časně novorozenecké úmrtnosti (ČNÚ) byl v roce 2000 0,6 promile, tj. 37 %. K dalším úmrtím z důvodů VV dochází v pozdním novorozeneckém

a ponovorozeneckém období, nicméně neznáme velikost tohoto podílu. Vhodné by bylo diferencovat vady strukturální a metabolické a vady slučitelné a neslučitelné s životem.

Registrace VV má již 40letou tradici, včetně podrobných analýz tuzemských i zahraničních. V současné době neexistuje v ČR obecně přijímaný program pro primární prevenci VV (vitaminová suplementace, osvěta zdravotnických pracovníků, osvěta laické veřejnosti). Výsledky sekundární prevence jsou naprosto srovnatelné s výsledky zahraničních registrů.

Zlepšení je možné prostřednictvím programů primární prevence. Dalším řešením problému je další zlepšování prenatalní diagnostiky (větší efektivita používaných a zavádění nových metod) a uplatňování sekundární prevence (ukončení gravidity za souhlasu rodičů).

Jednou z možností je zavedení screeningových metod prenatalní diagnostiky do období I. trimestru. Kombinovaný screening v I. trimestru gravidity umožní detekovat větší podíl VV, než je tomu u dosud rutinně používaného biochemického screeningu II. trimestru. Takový přístup by také mohl snížit frekvenci invazivních diagnostických výkonů, které jsou prováděny při falešné pozitivitě screeningu II. trimestru. Další možností je kombinace screeningových metod I. a II. trimestru (integrováný test), který si klade podobné cíle. Otázkou zůstává, kde mají být taková screeningová vyšetření prováděna (obvodní gynekolog versus screeningová centra; otázka funkčních licencí a odborných a technických podmínek v terénu apod.). V případě vad se životem slučitelných jejich detekce a léčba (včetně koncentrace takových případů v Perinatologických centrech, která jsou schopna takto postiženým novorozencům zajistit adekvátní perinatální a zejména postnatální péči).

Pokud jde o další postižení, je nutné definovat pojem postižení ve smyslu perinatální morbidity (psychoneurologické následky) a zmapovat kvalitu života takto postižených dětí.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

3.3.1: Zavedení programů primární prevence

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: ČLS JEP

Termíny: 2003-2010

3.3.2: Zlepšení efektivitativy prenatalní diagnostiky, včetně vypracování systému provádění screeningu v ČR

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: ČLS JEP

Termíny: 2003-2005

3.3.3: Léčba vybraných skupin VV na specializovaných pracovištích

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: ČLS JEP

Termíny: průběžně, roční hodnocení

3.3.4: Vypracování systému dlouhodobého sledování dětí narozených s VV

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: ČLS JEP, ÚZIS

Termíny: průběžně, roční hodnocení

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- podíl VV na poporodní úmrtnosti včetně analýzy spektra VV,

- úspěšnost prenatalní detekce VV,
- počet umělých přerušeni těhotenství v důsledku detekované VV,
- poporodní morbidita v důsledku VV.

Dílčí úkol č. 3. 4.
Snížit úmrtnost a zdravotní postižení způsobené nehodami a násilím páchaném na dětech mladších 5 let o 50 %.

Současný stav:

V současnosti přetrvávají nedostatky v hlášení PLDD při podezření na násilí páchaném na dětech. Důvody jsou mnohé, např. nezkušenost PLDD odhalovat skryté násilí na dětech, obava o ztrátu pacienta při hlášení podezření, nejistota v postupu komu, jakou formou a kdy hlásit. Častá je nediskrétnost ve spolupráci mezi pracovníky sociální sféry, policií a školskými pracovníky a zdravotníky při následném přešetřování skutečností orgány činnými v trestním řízení. Citelně chybí dostatek dobře vyškolených psychologů a psychoterapeutů v této oblasti. Chybí vzájemná informovanost a koordinace postupů různých odborníků a nestátních organizací pro realizaci interdisciplinární spolupráce.

V současné době je vypracován doporučený postup pro PLDD při náhlé smrti kojence a dále součástí hlášení ÚZIS budou evidována náhlá úmrtí samostatně.

Z hlediska oboru soudního lékařství bude prvořadým úkolem zjistit incidenci (zpětně za dobu 10 let) v ČR se zaměřením na vraždu novorozeného dítěte matkou a týrání, zanedbávání a sexuální zneužívání dítěte. Je potřeba provést zpětnou studii nálezů soudně-lékařských pracovišť ČR. Výsledkem studie bude přesná informace o počtu takových úmrtí, což dosud chybí. Je nutné vypracovat příslušné hlášení o násilí na dítěti, které by nejspíše vystavoval PLDD. Problematika náhlé smrti se týká kojeneckého věku. V současné době je incidence cca 0,5 promile živě narozených dětí a jedná se o nejčastější příčinu smrti v kojeneckém věku. K řešení i prevenci problematiky dětí se syndromem CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte) přispívají sociální služby, jako např. Centrum krizové pomoci, krizové telefonní linky, azylové domy.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

3.4.1: Zavedení do praxe doporučeného postupu pro všechny praktické lékaře při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, včetně komerčního sexuálního zneužívání dětí

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MŠMT, MPSV, MV, územní samosprávné celky, Společnost sociální pediatrie ČLS JEP, Koordinační centrum sociálně právní ochrany dětí (obč. sdružení), OSPDL, SPLDD

Termíny: 2004

3.4.2: Zavést dotazník anamnézy úrazu dítěte pro odborné ambulantní lékaře

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: Odborná společnost sociální pediatrie ČLS JEP, OSPDL, SPLDD, Koordinační centrum sociálně právní ochrany dětí (obč. sdružení)

Termíny: 2003

3.4.3: Provést analýzu násilného jednání na dítěti

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MV, MS, MPSV, Koordinační centrum sociálně právní ochrany dětí (obč. sdružení), pracoviště v oboru soudního lékařství (pro zjištění incidence vražd novorozeného dítěte matkou a týrání a zanedbávání a sexuální zneužívání dítěte), OSPDL, SPLDD
Termíny: 2005

3.4.4: Analýza a prevence náhlé smrti kojence (SIDS)

Odpovědnost: MZ
Spolupráce: pracoviště v oboru soudního lékařství, Český výbor pro UNICEF
Termíny: 2005

3.4.5: Zjistit incidenci vražd novorozeného dítěte matkou a týrání, zanedbávání a sexuální zneužívání dítěte

odpovědnost: MZ
spolupráce: MV, MPSV, MS, odborné společnosti ČLS JEP, zdravotnická pracoviště soudního lékařství, OSPDL, SPLDD, Společnost sociální pediatrie
termíny: 2003

3.4.6: Podporovat vytváření sociálně preventivních programů zamezujících páchaní násilí na dětech

odpovědnost: MPSV
spolupráce: MV, MZ, orgány sociálně-právní ochrany dětí
termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- náhlé úmrtí, děti se sy. CAN, počet sebevražd dětí,
- počty dispenzarizovaných dětí podle kategorií MKN 10,
- počet sociálně preventivních programů zamezujících páchaní násilí na dětech.

Dílčí úkol č. 3. 5.

Snížit podíl dětí s porodní hmotností méně než 2 500 g o 20 %

Současný stav:

V ČR je frekvence novorozenců s nízkou porodní hmotností nižší než 2 500 g cca 6 % a tento podíl je více méně stabilní a podobný vyspělým evropským zemím. Je potřebné diferencovat čistou prematuritu a intrauterinní růstovou retardaci a kombinaci prematurity s intrauterinní retardací růstu plodu.

Frekvence novorozenců s NPH v ČR je již déle než 10 let stabilní a úroveň odpovídá vyspělým evropským zemím a neskýtá vysokou pravděpodobnost pro významné snížení této frekvence.

Potenciálním problémem v udržení nízké frekvence novorozenců NPH může být zvyšující se podíl pacientek bez prenatální péče, obvykle z populace imigrantů. Také etnické rozdíly v distribuci porodní hmotnosti mohou ovlivnit celkovou frekvenci NPH.

Řešením (ve smyslu snížení frekvence NPH o desetiny procenta) může být další zdokonalování již vynikající centralizace rizikových gravidit do perinatologických center a zlepšování prenatalní péče o riziková těhotenství.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

3.5.1: Zlepšení centralizace rizikových gravidit do perinatologických center a zlepšování prenatalní péče o riziková těhotenství, včetně preventivních opatření

odpovědnost: MZ

spolupráce: ČLS JEP (odborné společnosti), Perinatologická komise, ÚZIS

termíny: průběžně, roční analýzy

3.5.2: Analýza podílu intrauterinní růstové retardace na populaci novorozenců nízké porodní hmotnosti

odpovědnost: MZ

spolupráce: ČLS JEP (odborné společnosti), Perinatologická komise, ÚZIS

termíny: v roce 2003, dále průběžně po 2 letech

3.5.3: Zajištění adekvátní prenatalní péče ženám z rizikových skupin, včetně populace imigrantů

odpovědnost: MZ

spolupráce: MV, ČLS JEP (odborné společnosti), Perinatologická komise, ÚZIS

termíny: v období 2004-2006

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet dětí s nízkou porodní váhou,
- frekvence intrauterinní růstové retardace,
- procento transferu rizikových gravidit a novorozenců do perinatologických center (viz též 3.1),
- procento žen bez prenatalní péče (viz též 3.1).

CÍL 4: ZDRAVÍ MLADÝCH

VYTVOŘIT PODMÍNKY, ABY DO ROKU 2020 MLADÍ LIDÉ BYLI ZDRAVĚJŠÍ A SCHOPNĚJŠÍ PLNIT SVOJI ROLI VE SPOLEČNOSTI

Dětství a dospívání jsou důležitými etapami lidského života, v nichž každý prochází významným tělesným a duševním vývojem, získává sociální a zdravotní návyky, které si uchovává po celý život. Zdravý vývoj mladých lidí je úzce podmíněn dobrým rodinným zázemím a dalšími sociálními vztahy mimo rodinu. Mladé lidi ohrožuje celá řada zdravotních rizik typických pro toto životní období, např. drogy, tabák, alkohol, touha po sexuálních zkušenostech.

Snížení tělesné aktivity a nezdravé stravovací návyky vedou v mnoha zemích k vyššímu počtu obézních osob mezi mladými lidmi. Obezita mnohdy přetrvává do dospělosti. Děti a mládež minimálně sportují.

I přes dobrou úroveň zdravotnické péče o tuto skupinu obyvatelstva se zdravotní stav dětí a mladistvých výrazně nezlepšuje. Stoupá počet alergických onemocnění, onemocnění nervového a pohybového systému, trvá nárůst poruch chování, stoupá počet závažných úrazů. Úmrtnost dorostu v posledních 10 letech stagnuje. Hlavní příčinou smrti jsou poranění a otravy (včetně sebepoškození), a to v 72 % (v celé populaci činí tato příčina 7 %). Nejrizikovější populační skupinou mládeže jsou učni.

Sebevraždy se v ČR staly, stejně jako v ostatních rozvinutých zemích, jednou z častých příčin úmrtí v tomto věku.

Dílčí úkol č. 4. 1.

Děti a dospívající mládež by měly být způsobilější ke zdravému životu a měly by získat schopnost dělat zdravější rozhodnutí

Současný stav:

Z hlediska dorostového lékařství je základem zdravého vývoje jedince vývoj v harmonické rodině. Proto je třeba vytvořit podmínky pro to, aby zejména u rodin s větším počtem dětí mohl jeden z rodičů pečovat o děti, jejich potřeby a spolupracovat při rozvoji jejich zájmů a aktivit. To předpokládá, že druhý rodič bude s to zajistit standardní materiální potřeby rodiny. Péče nefrustrovaného rodiče o děti je nejjistější prevencí nežádoucích jevů. Další důležitý vliv má škola. Její kladné působení dokumentuje projekt „Škola podporující zdraví“. Nově se též na školách zavádí nepovinný předmět Výchova k prosociálnosti. Způsobilost ke zdravému životu silně narušuje v ČR ovlivňování mládeže nevhodnou reklamou. Narůstá tzv. syndrom rizikového chování v dospívání. Stejně tak pohyb adolescenta v rizikovém prostředí poškozuje jeho zdravotní stav, např. diskotéky se zdravotně závadnou hladinou zvuku a nadměrným použitím zábavných laserových produkcí.

Chybí dostatečná nabídka sportovních a tělovýchovných aktivit mimo rámec sportovního tréninku na úrovni výkonnostního popřípadě vrcholového sportu, zejména v městských aglomeracích a na velkých sídlištích. Je třeba vytvářet dostatečnou nabídku a získávat mládež pro sportovní a tělovýchovné aktivity především z řad „sportovně nentalentované mládeže“, o níž není ve sportovních klubech zájem. Je proto zapotřebí všestranně podpořit veškeré organizace takové aktivity provozující a rozvíjející.

Více pozornosti bude třeba věnovat zdravotnímu stavu školních dětí a mladistvých ve vztahu k provozním podmínkám školy, režimu života a vztahům mezi spolužáky (šikana). Pro žáky zdravotně oslabené vytvářet takové podmínky, které by jim umožnily účast v hodinách zdravotní tělesné výchovy a nevyřazovaly je z pedagogického procesu školní tělesné výchovy. Stejně tak je potřeba zlepšit kvalifikované hodnocení a posuzování zdravotní způsobilosti mladistvých ve vztahu k volbě povolání.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 4.1.1: Prohlubovat systém vzdělávání a výchovy k zodpovědnosti za zdraví
odpovědnost: MŠMT
spolupráce: MZ, SZÚ, územní samosprávné celky
termíny: průběžně
- 4.1.2: Kontrolovat dodržování přípustné hladiny hluku a používání laserů na diskotékách a v klubech
Odpovědnost: MZ
spolupráce: HS, SZÚ, územní samosprávné celky
termíny: průběžně za jeden rok
konečný 3 roky
- 4.1.3: Při kontrolní činnosti dozorových orgánů v oblasti reklamy zaměřit pozornost na reklamy vztahující se k životnímu stylu, výsledky vyhodnotit a případně je použít pro přípravu další legislativy v oblasti regulace reklamy
Odpovědnost: MPO, MZ, SÚKL
Spolupráce: MŠMT, SZÚ, územní samosprávné celky
Termíny: průběžně
- 4.1.4: Pokračovat v systematické prevenci násilí a šikany ve školách a školských zařízeních
odpovědnost: MŠMT
spolupráce: územní samosprávné celky
termíny: průběžně
- 4.1.5: Pokračovat ve vytváření podmínek pro volnočasové aktivity pro děti a mládež, aktivity strukturované, definované a organizované (i nepřímým způsobem)
odpovědnost: MŠMT, územní samosprávné celky
spolupráce: neziskové organizace
termíny: průběžně
- 4.1.6: Pokračovat ve vytváření podmínek pro volnočasové sportovní aktivity
odpovědnost: MŠMT, územní samosprávné celky
spolupráce: nestátní organizace
termíny: průběžně
- 4.1.7: Pokračovat ve vytváření podmínek pro zapojení zdravotně oslabených do hodin Zdravotní tělesné výchovy
odpovědnost: MŠMT, zřizovatelé škol
termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet kontrol hluku na diskotékách a v klubech a počet sankcí.

Dílčí úkol č. 4. 2.

Snížit počet úmrtí a invalidity mladých lidí v důsledku násilí a nehod alespoň o 50 %

Současný stav:

Velmi negativním celospolečenským jevem je v současnosti vysoká úrazovost mládeže. V ČR byla v minulých letech sledována a analyzována v SZÚ. Nejvíce úrazů bylo zjištěno u učňů. Byly doporučeny nezbytné úpravy prostředí a aktivní protiúrazové působení pedagogů, psychologů, trenérů a lékařů. Dopravní úrazy v tomto věku jsou často zaviněny alkoholem a zřejmě i psychoaktivními látkami (kanabinoidy). Závažné úrazy a zranění, mnohdy s invalidizujícími následky na celý život, utrpí děti a mladiství, kteří nepoužívají ochranné pomůcky při neorganizovaném sportování (cyklistika, kolečkové brusle, lyžování atd).

Násilí proti sobě, resp. sebevraždy, se staly jednou z nejčastějších příčin úmrtí v tomto věku.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

4.2.1: Přijetím potřebných právních předpisů zajistit zavedení povinného používání homologovaných ochranných pomůcek při sportování

odpovědnost: MZ,

spolupráce: MŠMT, MV, MDS, MPSV, ČÚBP, odborné společnosti ČLS JEP, ZP, neziskové organizace, PLDD, SPLDD

termíny: 2003 vypracování návrhu
2004 zavedení

4.2.2: Rozvíjet vzdělávání osob, které se věnují profesionálně i neprofesionálně výchově dětí a mládeže se zřetelem na snižování úrazů při mimoškolní činnosti ve školním roce i v době školních prázdnin.

odpovědnost: MŠMT

spolupráce: MPSV, MZ, MDS, MV, územně samosprávné celky

termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počty dispenzarizovaných dětí a mládeže podle kategorií MKN 10 (viz též 3.4).

Dílčí úkol č. 4. 3.

Podstatně snížit podíl mladých lidí, kteří se podílejí na zdraví škodlivých formách chování, ke kterým patří konzumace drog, tabáku a alkoholu

Současný stav:

Za poslední desetiletí došlo k nárůstu problematiky adolescentů v oblasti psychosociálního a rizikového sexuálního chování. Mluví se o tzv. nové morbiditě mládeže nebo o syndromu rizikového chování v dospívání. Jednotlivé formy rizikového chování (konzumace

návykových psychoaktivních látek - negativní jevy psychosociální - předčasné a rizikové sexuální chování) se v dospívání typicky prolínají a mají při svém vzniku a vývoji společné rizikové a ochranné faktory. Prostřednictvím těchto faktorů může společnost toto chování ovlivňovat.

Velmi důležitá je individuální nespécifická primární prevence, jak ukazují zkušenosti oboru návykových mocí. Americké lékařské společnosti (pediatrická a dorostová) vypracovaly směrnice pro začlenění této problematiky do preventivních prohlídek v primární péči. Doporučuje se jejich užívání v Evropě. Je ovšem třeba (a to i z jiných důvodů), aby preventivní prohlídky v dospívání byly každoroční - jak stanovil i dokument státní politika vzhledem k mládeži z roku 1999. Umožní to včasný screening nežádoucích jevů. Při výchově ke zdravému životu a rozhodování je třeba zaměřit úsilí kromě mládeže etnických minorit zvláště na mládež učňovskou, jejíž postoje jsou v tomto směru průkazně horší.

Bezpodmínečně se jeví jako nutnost daleko větší spolupráce PLDD s příslušnou školou dítěte a mladistvého. Jedině touto cestou je možné ovlivnit výchovu mladé populace ke zdraví. Stejně tak je potřeba v daleko větší míře využívat sociální služby směřující k podpoře omezení zdraví škodlivého života mladých lidí (např. streetwork, nízkoprahová centra).

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

4.3.1: Nadále aplikovat komplexní přístup k rizikovému chování dětí a mládeže, vč. komerčního sexuálního zneužívání dětí

odpovědnost: MŠMT

spolupráce: MPSV, MV, MZ, Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky, Subkatedra dorostového lékařství IPVZ, SZÚ, HS

termíny: průběžně

4.3.2: Pokračovat v podpoře zájmových sportovních aktivit mládeže řízené kvalifikovanými pracovníky s mládeží v oblasti tělesné výchovy a sportu

odpovědnost: MŠMT

spolupráce: MZ, územní samosprávné celky, tělocvičné organizace, HS

termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet dospívajících problémových uživatelů psychoaktivních látek,
- evidovat počty učňů a středoškoláků, kteří nedokončili přípravu na povolání, podle oborů a škol,
- počet stavebních povolení k umístění reklam zaměřených na děti a mládež.

Dílčí úkol č. 4.4.

Snižít o třetinu počet těhotenství u dospívajících dívek

Současný stav:

Ve srovnání s vyspělými zeměmi je v ČR podíl této skupiny žen na počtu těhotenství relativně nižší. Od roku 1990 se výskyt umělých přerušení těhotenství výrazně snížil u žen všech věkových kategorií. Zde po dlouhém období získala v roce 1998 prvenství věková skupina 20-24letých žen (9 735) před 25-29letými ženami (9 627). V roce 1999 byla opět nejčetněji zastoupena věková skupina 25-29 let, což potvrzuje i rok 2000. Tuto věkovou kategorii představuje 8 094 žen. Dívky věkové skupiny 15-19 let vykazují 2 918 umělých přerušení těhotenství a 26 dívek bylo mladších 14 let.

Např. podle údajů z roku 1996 má nejvyšší míru ukončených gravidit dospívajících dívek Anglie a Wales (22/1000) a nejnižší Španělsko (5/1000) a Belgie (6/1000).

Rizikový životní styl, k němuž předčasná těhotenství dívek patří, není ve své komplexnosti zatím v naší společnosti reflektován, ani jeho rizikové a ochranné faktory, které hrají v prevenci velkou roli.

V dospívání nejde celkem o přímočarý vztah „informace - omezení rizika“ jako v dospělosti. Rizikovým chováním často dospívající řeší svoji určitou momentální vývojovou nesnáz a důležitou roli zde hraje velká řada vlivů celé biopsychosociální sféry, které v prevenci nelze opomíjet, má-li být efektivní. S tím souvisejí i opakovaně prokázaná známá fakta, že kontracepce a ochrana před STD selhávají v dospívání častěji než v dospělosti a že nejhůře se dosahuje této ochrany právě tam, kde je jí nejvíce třeba - tj. u nejmladších, nejpromiskuitnějších, rizikově se chovajících i v dalších oblastech. A také, že těhotenství u části dívek nejsou jen omylem začátku sexuálního života, ale jsou chtěná vlivem životního stylu jejich a jejich rodin (v USA v současnosti je to až 22 % adolescentních gravidit). Faktory, které pomohly snížit výskyt těhotenství v dospívání podle posledního výzkumu při univerzitě ve Washingtonu (pořadí podle účinnosti): 1) větší důraz na odsunutí koitarché do dospělosti, 2) konzervativnější postoj teenagerů k příležitostnému sexu, 3) strach z pohlavních nemocí, 4) depotní hormonální kontracepce, 5) perspektiva zaměstnanosti. Účinné byly ty programy, které u dospívajících pěstovaly sebedůvěru, pocit vlastní užitečnosti, hledání pozitivních hodnot a radostí, učily je sociálním kompetencím v rozhodování, plánování činnosti apod. Podobné zaměření (i úspěch) mají některé programy v Evropě.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

4.4.1: Pokračovat v rámci vzdělávací oblasti „Výchova ke zdraví“ ve specifické edukaci mládeže z hlediska cíle tohoto dílčího úkolu a prevence rizikového chování

odpovědnost: MZ, MŠMT

spolupráce: HS, subkatedra dorostového lékařství IPVZ, Výzkumný ústav vývoje dítěte, Odborná společnost sociální pediatrie, ČLS JEP

termíny: průběžně

4.4.2: Zajištění vhodných metod kontracepce

odpovědnost: MZ,

spolupráce: subkatedra dorostového lékařství IPVZ, Výzkumný ústav vývoje dítěte, Odborná společnost sociální pediatrie, ČLS JEP, ZP

termíny: průběžně

Aktivity budou zahrnovat:

- rozvíjení sociálních dovedností a schopnosti komunikace,
- prevenci celého rizikového životního stylu (včetně rizikového sexuálního chování),
- speciálně připravené programy sociální pomoci např. pro dívky, které vyrůstaly v problematických rodinných situacích a u nichž je těhotenství v dospívání často chtěné (viz Evropská longitudinální studie těhotenství u dívek s účastí ČR),
- doplnění stávajících programů o jasnou informaci, že odsunutí sexuálního startu v dospívání je vhodné.

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počty těhotenství, porodů, potratů u dospívajících dívek,
- počty předepsané antikoncepce dívkám do 19 let.

CÍL 5: ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

DO ROKU 2020 BY MĚLI MÍT LIDÉ NAD 65 LET MOŽNOST PLNĚ VYUŽÍT SVŮJ ZDRAVOTNÍ POTENCIÁL A AKTIVNĚ SE PODÍLET NA ŽIVOTĚ SPOLEČNOSTI

Zdravotní potenciál ve stáří je možné hodnotit nejen délkou života (aspekty mortality), ale především funkční zdatností (aspekty disability), zdravím podmíněné kvality života (aspekty seberealizace, důstojnosti, autonomie, participace) a spotřeby společenských zdrojů na zdravotní a sociální péči (aspekty účelnosti a únosnosti nákladů).

Demografické prognózy předpokládají, že v polovině století bude ČR při stávajících trendech natality a mortality patřit k nejstarším populacím na světě (více než 40 % obyvatel ve věku nad 60 let). V seniorské populaci bude přibývat relativně i absolutně osob ve věku nad 80 let. Z hlediska organizace a kapacity zdravotnických služeb se významně projeví zestárnutí populačně silných ročníků (tzv. baby booms) narozených po skončení 2. světové války a v 70. letech.

Ve vyspělých státech je zřejmý trend nejen k prodlužování života ve stáří (podle křivky přežívání jde o směřování k hodnotám kolem 85 let), ale také k poklesu funkčně závažné nemoci, nezdatnosti ve stáří. To vede nejen k žádoucí kvalitě života ve stáří, ale také k omezení růstu nákladů při financování zdravotnictví. Koncept úspěšného stárnutí vychází z představy, že na funkčním stavu ve stáří se kromě neovlivnitelné biologické involuce podílejí významně i choroby (ovlivnitelné prevencí i účelnou intervencí), kondice (ovlivnitelná životním způsobem, intervenčními programy) a vlivy prostředí, včetně jeho náročnosti (rizika úrazů, hendikepující situace, bariéry).

Seniorská populace je z hlediska zdravotního a funkčního velmi heterogenní a vyžaduje diferencované přístupy a projekty. U významné části seniorů, které je možno chápat jako typicky geriatrické pacienty, vystupuje do popředí křehkost (vyžadující včasnou intervenci), atypičnost chorobných projevů a mnohočetnost jejich obtíží (vyžadující komplexní diagnostiku). Jen u menšiny seniorů dochází ke ztrátě soběstačnosti, která je vždy důsledkem kombinace zdravotního postižení (nikoli pouhé involuce), nároků prostředí a sociální situace (významná je zvláště osamělost). U těchto seniorů je třeba zajistit účelnou koordinaci služeb zdravotnických a sociálních s využitím všech možností k životu v přirozeném prostředí (dlouhodobou ústavní péči vyžaduje ve vyspělých státech méně než 5 % osob starších 65 let, resp. méně než 20 % osob starších 80 let).

Hlavními zdravotními riziky ve stáří jsou z hlediska funkčního (disabilita, kvalita života): projevy a komplikace aterosklerózy, degenerativní onemocnění mozku (Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc), osteoporóza (zvláště v souvislosti s pády a úrazy), osteoartróza, chronická obstrukční plicní nemoc, smyslová postižení (hypakusis, poruchy vízu – zvláště makulární degenerace sítnice a katarakta), deprese, poruchy výživy (malnutrice) a dekondice (hypokinetický syndrom).

Dílčí úkol č. 5. 1.

Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20 %

Současný stav:

V parametrech střední délka života při narození, očekávaná doba dožití ve věku 65 let, střední délka života bez zdravotního postižení (health adjusted life expectancy, HALE) v současnosti

ČR zaostává za vyspělými státy, předstihuje však ostatní tzv. postsocialistické státy v regionu (kromě Slovinska). Dle World Health Report 2001 (SZO) činí HALE pro věk 60 let v ČR pro muže 13.0 (12.2-13.8) a pro ženy 15.8 (15.2-16.4). Nejvyšší hodnoty vykazují Japonsko (17.6 pro muže, 21.4 pro ženy) a Švýcarsko (17.0, resp. 19.7). Zlepšení parametrů o požadovaných 20 % znamená dosažení dnešní úrovně Velké Británie či Kanady u mužů, respektive Švédska či Itálie u žen. Závažným problémem je nedostatek spolehlivých údajů k výpočtu HALE. Při dané metodice se na hodnotách podílí nejen samotný zdravotní stav, ale také účelnost a účinnost nemocničních služeb a domácí ošetrovatelské péče, koordinace se službami sociálními, pojetí chráněného bydlení apod. Závažným problémem zůstává bezpečnost a účelnost nemocničních pobytů křehkých seniorů z hlediska nadměrného výskytu komplikací (geriatrický hospitalizmus, indukování nesoběstačnosti), nevládnutí mnohočetné nemoci ve stáří a víceoborovosti, neúčelné řešení obsazování lůžek s nadměrným překládáním do zařízení následné péče, účinnost domácí ošetrovatelské péče.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.1.1: Snížit prevalenci funkčně závažných projevů chorob kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních - důsledná kontrola projevů a rizikových faktorů aterosklerózy ve středním věku (zvláště u mužů), především účelná kontrola:

- arteriální hypertenze,
- poruch lipidového metabolismu,
- prevence a kompenzace diabetes mellitus (především II. typu),
- metabolicky významné obezity,
- nikotinizmu,
- prokrvení rozhodujících orgánů (mozek, srdce, event. ledviny a dolní končetiny)

odpovědnost: MZ

spolupráce: ÚZIS, IPVZ, Baťova nemocnice Zlín, odborné společnosti ČLS JEP, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: průběžné - 2005, 2010
konečný - 2020

5.1.2: Snížit prevalenci funkčně významných úrazů a jejich důsledků, především zlomenin se zaměřením na:

- snížení prevalence osteoporózy u žen,
- zdravotněvýchovné programy,
- zvyšování bezpečnosti prostředí (domácnosti, veřejná prostranství, doprava),
- zlepšení dostupnosti a účelnosti využití kompenzačních pomůcek,
- rekondiční a fyzioterapeutické programy pro osoby s poruchami stability a chůze,
- zdravý životní styl

odpovědnost: MZ

spolupráce: MMR, MPSV, MDS, občanská sdružení seniorů, ZP, BESIP, SZÚ, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: průběžné - 2005, 2010
konečný - 2020

5.1.3: Zlepšit účinnost a účelnost zdravotnických služeb pro seniory (geriatrická modifikace stávajících služeb) s funkční optimalizací výstupů zdravotnických výkonů, především rozpracování metodiky:

- intervenčních geriatrických přístupů (rychlá diagnostika a залéčení atypicky probíhajících dekompenzujících onemocnění),
- prevence komplikací ústavní péče (geriatrického hospitalizmu),
- komplexního geriatrického hodnocení (comprehensive geriatric assessment) a zkvalitnění propouštěcího procesu hospitalizovaných křehkých geriatrických pacientů,
- rozvoje ústavní i komunitní rehabilitace (ergoterapie i fyzioterapie), včetně účinnějšího snižování náročnosti domácího prostředí s odstraňováním hendikepujících situací,
- zapojení do projektu EU Care and Management of Services for Older People: a European Network (CARMEN) - European network on integrated care for older people a využití jeho výsledků v praxi v ČR.
- prevence vlivu nežádoucích účinků léčiv v důsledku lékových interakcí

odpovědnost: MZ

spolupráce: FN Olomouc, IPVZ, IZPE, VZP, Baťova nemocnice Zlín, Gerontocentrum Praha 8, odborné společnosti ČLS JEP, ADP ČR, NCDP ČR, ZP

termíny: průběžné - 2005, 2010
konečný - 2020

5.1.4: Podporovat programy občanských sdružení v oblasti tělovýchovy zaměřené na podporu pohybových aktivit stárnoucí populace.

odpovědnost: MSMT

spolupráce: občanská sdružení v tělovýchově

termíny: průběžně

5.1.5: Dopracovat metodiku sběru a hodnocení podkladových údajů pro výpočet HALE:

- úprava zdravotnického výkaznictví (sledování parametrů nejen podle místa výkonu, ale také podle místa bydliště ke sledování regionální equity),
- zapojení do projektu EU The study of Ageing, health and retirement in Europe (AGIR) a využití jeho výstupů v ČR.

odpovědnost: MZ

spolupráce: ÚZIS, odborné společnosti ČLS JEP, MU Brno, IZPE, Agentury domácí péče, Centrum sociální pomoci a služeb Hradec Králové, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- střední délka života prožitého ve zdraví (HALE),
- počty hospitalizovaných na vybrané choroby (zlomeniny krčku stehenní kosti, arteriální hypertenze, diabetes mellitus aj.).

Dílčí úkol č. 5. 2.

Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti.

Současný stav:

Není znám, chybějí validní údaje, zvláště s celoplošnou či regionální výpovědní hodnotou. Zejména není k dispozici:

- hodnověrné subjektivní hodnocení seniorské populace (dotazníková šetření, seniorské organizace),
- pasportizace stavu na komunitní úrovni (místní správa),
- centrální hodnocení cenzočních či jiných statistických podkladových materiálů,
- systém sociálních služeb výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu života starší populace. Cílem reformy sociálních služeb je podporovat důstojný, samostatný život osob v přirozeném prostředí - v domácnosti, v komunitě.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.2.1: Vypracovat metodiku k získání validní vstupní informace a k průběžnému sledování funkčního stavu, zabezpečení a spokojenosti rizikových seniorů v domácím prostředí (adaptace některé z mezinárodních metod hodnocení kvality života pro potřeby společnosti v ČR)

odpovědnost: MZ

spolupráce: Centrum sociální pomoci a služeb Hradec Králové, Národní centrum primární péče, MU Brno, IZPE, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: 2003 - metodika
2005 - sledování

5.2.2: Rozpracovat koncept „rizikového seniora“ (kromě jiného věk nad 80 let) především na komunitní úrovni, zejména:

- metodika identifikace rizikového seniora,
- způsob dispenzarizace zdravotního a funkčního stavu,
- koordinace poskytovaných služeb, včetně propojení péče zdravotní a sociální,
- problematika domácího násilí, zanedbávání a týrání seniorů,
- metodika zabránění lékových interakcí v důsledku polyfarmacie

odpovědnost: MZ

spolupráce: MPSV, odborné společnosti ČLS JEP, ADP ČR, NCDP ČR, Hestia, FN Olomouc

termíny: 2003 - návrh
2005 - zavedení

5.2.3: Rozpracovat metodiku komplexního geriatrického hodnocení a zavést ho do praxe

odpovědnost: MZ

spolupráce: odborné společnosti ČLS JEP, IPVZ, ZP, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: 2003 - metodika
2004 - zavedení do praxe

5.2.4: Vytvořit předpoklady pro rozvoj služeb zlepšujících funkční potenciál rizikových seniorů v pokročilém stáří, zejména:

- aktivity prevence (primární i sekundární),
- ergoterapie,
- fyzioterapie,
- rekondiční programy,
- hodnocení a zlepšování výživy,
- komunitní a poradenské programy

odpovědnost: MZ

- spolupráce: MPSV, odborné společnosti ČLS JEP, seniorské organizace, ADP ČR, NCDP ČR
termíny: průběžný - 2005, 2010
konečný - 2020
- 5.2.5: Vytvořit předpoklady pro kompenzaci hendikepů prostředí, pro zvyšování jeho bezpečnosti a pro optimalizaci domácí ošetrovatelské péče, zejména:
- bezbarierové úpravy,
- komunikační, signalizační a telemonitorovací systémy,
- účelné poskytování kompenzačních a zdravotních pomůcek,
- optimalizace domácích sociálních služeb,
- kvalitní výchova pracovníků pro domácí péči schopných zajistit životní standard seniorů odkázaných na cizí pomoc i v domácích podmínkách.
odpovědnost: MZ, MMR
spolupráce: MPSV, MDS, Svaz měst a obcí, Národní rada zdravotně postižených ČR, ZP, Národní centrum primární péče, ADP ČR, NCDP ČR
termíny: průběžné - 2005, 2007
konečný - 2010
- 5.2.6: Vytvořit podmínky pro rozvoj důstojného, autonomního chráněného bydlení pro seniory (standardizace zabezpečení klientů s ohledem na jejich funkční a zdravotní stav), zejména koordinace zdravotních a sociálních služeb
odpovědnost: MMR
spolupráce: MZ, MPSV, Svaz měst a obcí, Národní centrum primární péče, ADP ČR, NCDP ČR, územní samosprávné celky
termíny: průběžné - 2005, 2007
konečný - 2010
- 5.2.7: Vytvořit podmínky pro respitní spolupráci s rodinou, pro intenzifikované programy aktivizační či rehabilitační (ošetrovatelsko rehabilitační centra) a pro rozvoj domácích zdravotně sociálních služeb
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, MMR, ZP, Gerontocentrum Praha 8, Centrum sociálních služeb Hradec Králové, odborné společnosti ČLS, Diakonie, ADP ČR, NCDP ČR
termíny: průběžné - 2005, 2010
konečný - 2020
- 5.2.8: Vytvořit podmínky pro rozvoj svépomocného a dobrovolnického hnutí a pro jejich účelné využití v geriatrických a zdravotně sociálních službách
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, občanská sdružení seniorů, Národní dobrovolnické centrum - HESTIA, Diakonie, ADP ČR, NCDP ČR
termíny: průběžné - 2005, 2010
konečný - 2020
- 5.2.9: Vypracovat metodiku pro hodnocení komunitních služeb a následné zdravotní péče
odpovědnost: MZ

spolupráce: MMR, MPSV, odborné společnosti ČLS JEP, IPVZ, ADP ČR,
NCDP ČR
termíny: metodika - 2003
průběžný - 2005, 2010
konečný - 2020

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet komunitních plánů a programů k rozvoji domácí integrované péče.

CÍL 6: ZLEPŠENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

DO ROKU 2020 ZLEPŠIT PODMÍNKY PRO PSYCHOSOCIÁLNÍ POHODU LIDÍ A PRO LIDI S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI ZAJISTIT DOSTUPNOST KOMPLEXNÍCH SLUŽEB

V oblasti péče o duševní zdraví má být věnováno hodně pozornosti snižování stigmatu spojeného s duševním onemocněním a prevenci a podpoře duševního zdraví. Důležitou roli v péči o osoby s duševní poruchou má hrát primární péče. Péče ve velkých psychiatrických zařízeních a léčebnách musí být nahrazena vyváženou kombinací psychiatrické nemocniční péče a služeb poskytovaných v rámci komunity - komunitní péče.

Zdravotnický personál pečující o nemocné musí být způsobilý a kontinuálně vzděláván tak, aby dokázal identifikovat rizikové faktory, působit na ně a vhodně používat moderní léčebné metody. Včasné a správné diagnostikování a léčba depresí může mít podstatný vliv na počet sebevražd. Pozornost v péči o duševní zdraví je nutno věnovat především rizikovým skupinám obyvatel.

Dílčí úkol č. 6. 1.

Podstatně omezit výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch a posílit schopnost vyrovnávat se se stresujícími životními okamžiky

Současný stav:

V posledních deseti letech v ČR sice probíhá postupná proměna péče o duševní zdraví - duševní onemocnění, ale tato transformace probíhá spíše živelně. Nemá jasnou koncepci, koordinaci, financování na celostátní i regionální úrovni.

V ČR je s duševními onemocněními i službami pro ně určenými stále spojeno vysoké stigma. Informovanost široké veřejnosti o problematice duševního zdraví a duševní nemoci je nedostatečná. Existují programy drogové prevence, méně již programy podpory duševního zdraví, prevence stresů, duševních poruch.

Primární péče je jen částečně propojena s oblastí péče o duševní zdraví - duševní poruchy. Pracovníci primární péče nejsou vždy plně informováni o včasné diagnostice a moderních přístupech prevence, terapie a rehabilitace duševních poruch.

Uspořádání lůžkové psychiatrické péče je nevyhovující. Je poskytována na 11 400 lůžkách, většina z nich je stále umístěna ve velkých, někdy zanedbaných psychiatrických léčebnách. Kvalita péče je někdy nevyhovující i z hlediska lidských práv pacientů. Jen kolem 20 % lůžkové kapacity je umístěno v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic.

Péče mimo nemocniční je poskytována v psychiatrických ambulancích, jejichž kapacita je v řadě míst nedostatečná. Teprve v posledních letech se rozvíjející komunitní zařízení a služby /krizová centra, denní stacionáře, chráněné dílny, chráněné bydlení atd./ jsou ve zcela nedostatečném množství. Nedořešená zůstává otázka kompetencí a spolupráce mezi zdravotnickým a sociálním resortem zvláště v oblasti péče o osoby s dlouhodobými duševními poruchami.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

6.1.1: Vytvořit program komplexního řešení péče o duševní zdraví včetně transformace stávající péče

- odpovědnost: MZ
 spolupráce: MPSV, MMR, MS, MV, MŠMT, ZP, územní samosprávné celky, profesní organizace poskytovatelů služeb, patientské organizace na úseku péče o duševně nemocné, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR
- termíny: 2003 - vytvoření mezíresortní koordinační skupiny
 2004 - vytvoření komplexního programu
 2005-2015 - naplňování jednotlivých kroků a dokončení hlavní části reformy
- 6.1.2: Zajistit racionální využívání stávajících finančních zdrojů tak, aby systém péče o duševně nemocné byl motivován k transformaci a zajištění regulérního financování nově zaváděných služeb
 odpovědnost: MZ, MPSV
 spolupráce: MV, územní samosprávné celky, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR
 termíny: průběžně - dílčí úpravy
 2006 - komplexní transformace financování péče o duševní zdraví
- 6.1.3: V rámci systému zvyšování kvality péče vytvořit standardy diagnostických a terapeutických postupů se zohledněním lidských práv
 odpovědnost: MZ, MPSV
 spolupráce: Úřad vlády - zmocněnec pro lidská práva, MS, MV, Etická komise pro biomedicínu, ČLS, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR
 termíny: průběžné vytváření a zavádění standardů
- 6.1.4: Transformace systému přesunem většiny akutní psychiatrické péče z psychiatrických léčen do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic, domácí péče a systému krizových center
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: ZP, územní samosprávné celky, organizace poskytovatelů a odborné organizace, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR
 termíny: 2003 - vytipování míst pro vznik psychiatrických oddělení
 2004 - organizační i finanční oddělení akutní a následné péče v psychiatrických léčebnách
 2005 - vytvoření podmínek pro rozvoj psychiatrické domácí péče a systému krizových center
 do 2010 - vznik sítě cca 40-50 psychiatrických oddělení s celkovou kapacitou cca 3000-4000 lůžek a regionálních sítí domácí psychiatrické péče a péče krizových center.
- 6.1.5: Zkvalitnění a restrukturalizace lůžek následné péče v psychiatrických léčebnách celkovou humanizací psychiatrických léčen, zvýšení kapacit a kvality socio-rehabilitačních programů. Zvýšení návaznosti péče v PL na mimonemocniční /komunitní/ péči a přesun části kapacit následné péče do komunitní péče tak, aby celková kapacita následné péče v psychiatrických léčebnách nepřesahovala 5000-6000 lůžek a aby pokud možno žádná z psychiatrických léčen neměla kapacitu větší než 500 lůžek

odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, územní samosprávné celky, ZP, organizace poskytovatelů, odborné společnosti ČLS JEP, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR
termíny: průběžné, plošné a postupné rozšiřování modelových řešení
konečný termín do 2010

6.1.6: Zvýšit zapojení služeb komunitní a primární péče do prevence a do péče o duševní zdraví /včetně duševně nemocných/

odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, územní samosprávné celky, organizace pacientů, profesní organizace, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR
termíny: průběžné, plošné a postupné rozšiřování modelových řešení
konečný termín do roku 2010

6.1.7: Začlenit nové přístupy a formy péče o duševně nemocné do pregraduálních, postgraduálních a kontinuálních systémů vzdělávání a dle potřeby vytvářet nové programy pro odpovídající poskytovatele péče

odpovědnost: MZ, MPSV, MŠMT
spolupráce: odborné společnosti ČLS JEP, IPVZ, IDVZ, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR
termíny: 2003 - deskripce konkrétních potřeb a stávajících možností v oblasti vzdělávání
2004 - vytvoření vzdělávacích modulů a programů
2005 - komplexní systém vzdělávání v moderních trendech

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- incidence duševně nemocných na vybrané diagnózy,
- počet lůžek v psychiatrických léčebnách,
- počet a typ služeb v rámci komunity,
- objem dotací pro nestátní poskytovatele sociálních služeb,
- naplňování standardů kvality sociálních služeb zohledňujících lidská práva.

Dílčí úkol č. 6.2.

Snížit počet sebevražd alespoň o jednu třetinu

Současný stav:

Sebevražednost v ČR od roku 1970 postupně pozvolna klesá z 33/100.000 obyvatel na 23/100.000 obyvatel (1999). ČR tak stojí asi v polovině řady 50 evropských států. Je vyšší mezi populací mužskou, což je všeobecný jev. Příčiny poklesu počtu sebevražd u nás nejsou známy. Od roku 1990 je v ČR ve věkové kategorii dospívajících (15 - 19 let) patrný vzestup. Sebevražednost je ve státech Evropy na 2. /muži/, event. 3. /ženy/ místě úmrtnosti ve věkové skupině 15-34 let. Je ale známo, že dokonané sebevraždy souvisí sice jen částečně, ale zřetelně:

- s věkem: vysoký výskyt v populaci nad 69 let, a to zvláště u mužů. U mladistvých je vysoký počet sebevražedných pokusů,

- s výskytem duševních poruch (zvláště s depresivní poruchou, se závislostmi na alkoholu a jiných návykových látkách, se schizofrenií a s akutními psychickými krizemi), přičemž se očekává v nejbližších letech značný nárůst depresivních poruch,
- s náboženským přesvědčením (u osob s náboženskou vírou, lhostejno kterou, je výskyt sebevražd podstatně nižší),
- s dalšími již méně významnými faktory: rodinná zátěž, životní ztráty, izolovanost a nedostatek kontaktů s lidmi, rozpadlý rodinný domov, povahové vlastnosti (impulzivita, labilita, snížená schopnost snášet zátěž)

Naproti tomu není zřejmé, že by sebevraždy souvisely se socioekonomickými změnami ve společnosti. Sebevražedných pokusů je asi 10 - 20x více než dokonaných sebevražd.

V ČR existují dlouhodobé statistiky sebevražednosti. Evidence a analýza sebevražedných pokusů byla v roce 1992 zrušena, rozbory sebevražednosti se nyní neuskutečňují. Speciální evidence a prevence nyní neexistuje. Zjišťování a terapii duševního stavu, včetně sebevražedných aktivit, se v našem zdravotnictví věnuje jen malá pozornost.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 6.2.1: Systematické školení lékařů primární péče v rozpoznávání a léčení deprese, nebezpečí sebevraždy a kultivace vztahu lékař - pacient
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: IPVZ, odborné společnosti ČLS JEP
 termíny: do roku 2005
- 6.2.2: Zlepšení a zvýšení efektivity psychiatrických služeb rozšířením sítě Krizových center, linek důvěry a psychiatrických oddělení nemocnic, vybudování sítě proti alkoholních poraden (AT) a zlepšení dostupnosti inovativních psychofarmak
 odpovědnost: MZ, MPSV
 spolupráce: MF, Kategorizační léková komise MZ
 termíny: průběžně, konečný termín rok 2006
- 6.2.3: Snížení stigmatu psychicky nemocných a odstranění jejich diskriminace
 odpovědnost: MZ, MPSV
 spolupráce: psychiatrická společnost ČLS JEP
 termíny: průběžně, konečný termín rok 2008
- 6.2.4: Opětné zavedení evidence sebevražedných pokusů
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: ÚZIS, ČSÚ
 termíny: do roku 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- statistika dokonaných sebevražd a sebevražedných pokusů v ČR, podle věku, pohlaví a sociálních skupin, organizovaná ÚZIS a ČSÚ,
- rozvoj sociálních služeb pro psychicky nemocné, antidiskriminace psychicky nemocných ve standardizaci kvality sociálních služeb.

CÍL 7: PREVENCE INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ

PODSTATNĚ SNÍŽIT NEPŘÍZIVÉ DŮSLEDKY INFEKČNÍCH NEMOCÍ PROSTŘEDNICTVÍM SYSTEMATICKY REALIZOVANÝCH PROGRAMŮ NA VYMÝCENÍ, ELIMINACI NEBO ZVLÁDNUTÍ INFEKČNÍCH NEMOCÍ, KTERÉ VÝZNAMNĚ OVLIVŇUJÍ ZDRAVÍ VEŘEJNOSTI

Cíl je rozdělen do 5 dílčích úkolů, zaměřených konkrétně na:

- Eliminaci dětské obrny z evropského regionu SZO a z globálního pohledu na její úplnou eradikaci. Původní termín byl nyní pro problémy v některých státech subsaharské Afriky a jihovýchodní Asie posunut do roku 2005. Z hlediska ČR je dílčí úkol již splněn, samozřejmě bude třeba v zadaných úkolech (surveillance polio včetně očkování, surveillance akutních chabých paréz, eliminace divokých poliovirů v laboratořích, sledování cirkulace poliovirů z odpadních vod) pokračovat až do úplné globální eradikace.
- Eliminaci novorozeneckého tetanu. I tento úkol byl na našem území již splněn, dokonce v důsledku celonárodního očkování proti tetanu v letech 1973-5 již před cca 30 lety. I zde však bude třeba v surveillance tetanu, včetně očkování pokračovat a příznivou situaci udržet.
- Eliminaci nezavlečených spalniček. Zde patří dosavadním vývojem nemocnosti ČR mezi zatím nejúspěšnější státy Evropy. K splnění stanoveného dílčího úkolu bude třeba dokončit novou surveillance spalniček, seznámit s ní zdravotnickou veřejnost a začít podle ní postupovat. Nosnými úkoly přitom budou vysoká proočkovanost, kompletnost hlášení, včetně suspektních spalniček a jejich sérologické vyšetřování.
- Snížení nemocnosti dalšími závažnými infekcemi, proti kterým se očkuje, tj. záškrtu, hepatitidy B, dávivého kašle, příušnic, zarděnek a vrozeného zarděnkového syndromu a konečně i agresivních chorob, vyvolaných *Haemophilus influenzae* b. I zde budou používány osvědčené prvky surveillance, tj. očkování, hlášení, laboratorní diagnostika a samozřejmě nezbytná zdravotní výchova, kterou bude zřejmě nezbytné využívat především v prevenci syfilis, kde očkování není k dispozici a kde je možnou cestou využívání pravidel bezpečného sexu.
- Snížení nemocnosti dalšími významnými a závažnými infekcemi regionu, jakými jsou malárie, HIV/AIDS a další pohlavní nemoci, tuberkulóza, akutní respirační a akutní průjemová onemocnění. I zde půjde o to, pokračovat v dosud přijatých opatřeních a podle možností je dále rozšiřovat.

Z uvedeného vyplývá, že ČR je schopna a připravena cíl 7 v požadovaném rozsahu a čase splnit. Jak vyplývá z dílčích úkolů, řada aktivit, s nimiž dílčí úkoly počítají, již splněna byla a nyní půjde o to, dosažený příznivý stav udržet. U ostatních aktivit by mělo být v silách našeho zdravotnictví předpokládané dílčí cíle včas dosáhnout.

Dílčí úkol č. 7. 1.

Eliminovat z území evropského regionu SZO případy dětské obrny a nejpozději do roku 2003 toto věrohodně potvrdit

Současný stav:

Od roku 1961 nebyl na území ČR zjištěn žádný případ paralytické poliomyelitidy. Proočkovanost je ve všech krajích vyšší než 95 %, v okresech neklesá pod 92 %. Výsledky sérologických přehledů potvrzují vysokou proočkovanost (prevalence pozitivních titrů nad 90 %). Výsledky sledování cirkulace poliovirů v odpadních vodách ukázaly, že od roku 1992 až do současnosti (cca 450 vzorků ročně) z izolovaných poliovirů se ani v jednom případě nejednalo o divoký poliovirus. V roce 1992 byl zaveden systém sledování akutních chabých paréz a jejich vyšetřování u dětí do 15 let věku a od roku 1999 se daří dosahovat parametrů, které SZO vyžaduje k certifikaci eradikace polio. Národní referenční laboratoř pro polio od roku 1999 dosahuje plné akreditace od SZO. Byl zaveden systém spolupráce a kontroly kvality vyšetřování ve spolupracujících terénních laboratořích, s využíváním metod doporučených SZO. Byla provedena opatření k tomu, aby se s cíli a metodami, směřujícími k dosažení eradikace a její certifikace v podmínkách ČR, seznámili pracovníci, kterých se problematika týká (epidemiologové, virologové, neurologové, infekcionista, pediatři - s využitím odborných článků, konzultačních dnů, osobních jednání atd.). Jsou vytvářeny podmínky k splnění úkolů eradikace, zaměřených na zničení divokého polioviru nebo materiálů, které by jej mohly obsahovat v laboratořích (bylo osloveno 144 laboratoří, ke konci října 2001 žádná z nich neměla divoký poliovirus). ČR již předložila dokumentaci, vyžadovanou k certifikaci polioeradikace na národní úrovni. Tato dokumentace byla projednána v roce 1999 na zasedání SZO EURO, v prosinci 2001 byla doplněna o údaje za rok 1999-2001 a hodnocení bylo předáno SZO EURO jako podklad pro certifikaci polioeradikace. Národní certifikační komise zhodnotila ve své poslední zprávě pro SZO EURO současnou situaci v plnění cíle následujícím způsobem: „Vysoká úroveň a dobrá organizace zdravotní péče spolu s funkčním surveillance systémem jsou schopné detekovat všechny případy suspektní poliomyelitidy a včas reagovat na jejich eventuální záchyt.“

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 7.1.1: Pokračovat v plnění surveillance programu SZO k eradikaci poliomyelitidy v plném rozsahu tak jako dosud
- odpovědnost: MZ
- spolupráce: SZÚ, očkovací lékaři, lůžková dětská, neurologická a infekční oddělení, vybrané virologické laboratoře, HS
- termíny: průběžně - ročně do r. 2005
sérologický přehled - vyhodnocení do 31.12.2002, další podle stanovených termínů

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počty akutních chabých paréz u dětí do 15 let věku,
- procento proočkovanosti,
- počet hlášených poliomyelitid,
- výsledky sérologických přehledů,
- výsledky sledování cirkulace poliovirů z odpadních vod.

Dílčí úkol č. 7. 2.
Eliminovat novorozenecký tetanus

Současný stav:

V ČR se výskyt tetanu pohybuje od roku 1980 v hodnotách cca 1-2 případy ročně, tj. nemocnost 0,01- 0,02 na 100 tisíc obyvatel, novorozenecký tetanus byl naposledy hlášen před cca 30 lety, od té doby se nevyskytuje. Dílčí úkol byl v ČR již dosažen díky strategii očkování, které zahrnuje vedle základního očkování a přeočkování v dětském věku ještě další přeočkování v indikovaných případech poranění a v dospělém věku vždy v intervalech každých 10-15 let. Vysokou proočkovanost dokládají i výsledky sérologických přehledů.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 7.2.1: Pokračovat v očkování proti tetanu, i nadále dosahovat vysokou proočkovanost, provádět administrativní kontrolu pravidelného očkování dětí, provádět kontrolu výsledků očkování sérologickými přehledy, zajišťovat epidemiologické šetření každého případu tetanu, výsledky hlásit SZÚ
- odpovědnost: MZ
- spolupráce: očkující lékaři, hlásící lékaři, Národní referenční laboratoř pro tetanus FN Olomouc, HS, SZÚ
- termíny: průběžně - ročně
sérologické přehledy ve schválených termínech

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- nemocnost na novorozenecký tetanus,
- procento proočkovanosti proti tetanu,
- výsledky sérologických přehledů.

Dílčí úkol č. 7. 3.
Nejpozději do roku 2007 na území regionu eliminovat nezavlečené spalničky

Současný stav :

V ČR je zavedeno povinné očkování proti spalničkám od roku 1969 jako očkování jednou dávkou, od roku 1975 jako očkování dvěma dávkami (ČR je v této strategii první na světě). Očkovací schéma, resp. věk očkovaných se podle výsledků sérologických přehledů několikrát měnil, nynější strategie se používá od roku 1980 a spočívá v podání dvou dávek, přičemž první dávka se podává co nejdříve po dosažení 14 měsíců věku, druhá pak v intervalu 6-10 měsíců po podání dávky první. Provádí se i sérologický přehled spalniček (poslední v roce 2001). V roce 1984 byla zavedena surveillance spalniček, jejíž součástí je definice spalniček, systém hlášení, včetně systému ověřování spalniček sérologickými metodami. Před zavedením očkování se počet hlášených případů spalniček pohyboval okolo 60 000 případů a 50-60 úmrtí ročně, po zavedení očkování nemocnost postupně klesala a od roku 1982 do roku 1989 se počet případů pohyboval okolo 10 ročně, v letech 1990-1992 došlo k menšímu epidemiologickému vzplanutí především u dříve neočkovaných nebo nedostatečně očkovaných (cca 800 případů ročně). Od roku 1993 do roku 1999 bylo celkem hlášeno 72 případů, tj. cca 10 případů ročně. Těmito výsledky se ČR řadí mezi státy Evropy s nejlepší situací na úseku spalniček. Dosahovaná proočkovanost se pohybuje v průměru okolo 95 %. Je zaveden dvoudávkový systém očkování, který SZO pro dosažení cíle doporučuje. V SZÚ je Národní referenční laboratoř pro spalničky, která zpracovává sérologické přehledy a pokouší

se o zavedení systému ověřování všech v terénu laboratorně ověřených případů spalniček. Existuje sice plán surveillance spalniček z roku 1984, ale v současných podmínkách organizace zdravotnictví již není aplikovatelný.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

7.3.1: Zpracovat a vydat nový surveillance program spalniček, vycházející z harmonogramu úkolů SZO ke splnění cíle - eliminace spalniček, který bude obsahovat podrobné rozvedení následujících opatření:

- pokračovat v očkování proti spalničkám, dosahovat proočkovanost minimálně 95 %,
- provádět administrativní kontrolu proočkovanosti proti spalničkám,
- provádět kontrolu výsledků očkování sérologickými přehledy metodikou, doporučenou SZO nebo EU,
- zajistit, aby ve všech případech suspektních spalniček bylo prováděno epidemiologické šetření podle jednotné metodiky a všechny výsledky byly předávány k dalšímu zpracování SZÚ,
- zajistit, aby ve všech případech suspektních spalniček byla odebírána krev k laboratornímu vyšetření a aby vždy jeden alikvot byl zaslán NRL pro spalničky k ověření,
- v případě, že analýza proočkovanosti ukáže „kapsy“ nedostatečně očkovaných nebo že v případě výskytu spalniček budou v ohnisku zjištěni neočkovaní, zajistit jejich doočkování.

odpovědnost: MZ

spolupráce: SZÚ, očkující a hlásící lékaři, laboratoře, HS

termíny: vydání nového metodického návodu: do 31. 12. 2002

sérologické přehledy: vyhodnocení do 31. 12. 2002 a další ve stanovených termínech

sledování dalších ukazatelů - průběžně ročně do roku 2010

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet hlášených případů spalniček,
- procento proočkovaných dětí,
- výsledky sérologických přehledů.

Dílčí úkol č. 7. 4.

Nejpozději do roku 2010 dosáhnout výskyt:

- záškrtu pod 0,1 případu na 100 000 obyvatel,
- snížení výskytu nových nosičů viru hepatitidy B o nejméně 80 % tím, že se vakcína proti hepatitidě B stane součástí imunizačního programu pro děti,
- nižší než 1 případ na 100 000 obyvatel v případě příušnic, dávivého kašle a agresivních chorob, vyvolaných *Haemophilus influenzae* b,
- vrozené syfilis nižší než 0,01 případů na 1 000 živě narozených dětí,
- vrozeného zarděnkového syndromu nižší než 0,01 případů na 100 živě narozených dětí.

Současný stav :

V ČR je výskyt:

- záškrtu vzácný, poslední případ byl registrován v roce 1995 (jednalo se o případ s největší pravděpodobností zavlečený, k dalšímu šíření na našem území nedošlo, tzn. že index 0,1 na 100 000 obyvatel nepřekračujeme a zřejmě ani překračovat nebudeme,

- výskyt nových případů nosičství virové hepatitidy B není zatím rutinně sledován, počet nových případů onemocnění činí cca 700 ročně, je pravděpodobné, že zavedením celoplošného očkování dětí do 1 roku věku a dvanáctiletých v roce 2001 se požadovaný ukazatel dosáhne,
- výskyt dáivého kašle činil od r. 1996 do r. 2001 v průměru 100 případů, tj. 1,0 na 100 000 ročně, výskyt příušnic činil ve stejném období v průměru 1,2 na 100 000 ročně, výskyt agresivních chorob, způsobených H. influenzae b od roku 1999, kdy byla zavedena surveillance této nákazy, činil cca 100 případů, tj. 1 případ na 100 000. Je pravděpodobné, že pokračováním očkování proti pertussi, příušnicím a zavedením celoplošného očkování jednoletých dětí proti nákazám, vyvolaným H. influenzae b, v roce 2001, se podaří uvedené indexy dosáhnout,
- výskyt vrozené syfilis je hlášen až v posledních letech, v přepočtu na 1 000 dětí z 90 000 dětí, narozených ročně od roku 1999, to bylo 0,18, což je podstatně více než činí požadovaný index. Vzhledem k tomu, že k dosažení cílového indexu jsou k dispozici jen nespecifická opatření a s ohledem na vývoj v dané oblasti půjde o problém,
- hlášený výskyt vrozeného zarděnkového syndromu je nulový a s ohledem na výsledky očkování proti zarděnkám u nás (854 hlášených případů v roce 2001 především u neočkovaných starších hochů) je toto číslo zřejmě blízko skutečnosti.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 7.4.1: Pokračovat v očkování proti záškrtu a dáivému kašli, proti zarděnkám a příušnicím, i nadále dosahovat vysokou proočkovanost, provádět administrativní kontrolu proočkovanosti, zajistit postup podle nové vyhlášky o očkování č. 439/2000 Sb.
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: SZÚ, očkující lékaři, HS
 termíny: průběžně ročně do roku 2010
- 7.4.2: Ověřit výsledky administrativní kontroly proočkovanosti v sérologických přehledech s cílem navrhnout včas event. doočkování skupin s poklesem imunity
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: SZÚ, praktičtí lékaři zapojení do sběru sér, HS
 termíny: vyhodnocení přehledu z r. 2001 do 31. 12. 2002, další přehledy ve stanovených termínech
- 7.4.3: Pokračovat v hlášení, epid. šetření a analýze případů difterie, pertusse, příušnic, zarděnek, virové hepatitidy B, nákaz vyvolaných Haemophilum influenzae b, vrozené syfilis, doplnit hlášení virové hepatitidy B o hlášení nosičství, vytvořit program exportu pohlavních nákaz do systému EPIDAT
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: hlásící lékaři, HS, SZÚ
 termíny: průběžně ročně do roku 2010
 program exportu PN do systému EPIDAT do 31. 12. 2002
- 7.4.4: Pokračovat ve zdravotně-výchovném působení, směřujícím k omezení dalšího šíření pohlavně přenosných nákaz včetně syfilis
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: SZÚ, dermatovenerologové, HS
 termíny: průběžně ročně do r. 2010

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- hlášená nemocnost na uvedené nemoci,
- procento proočkovanosti na uvedené nemoci,
- výsledky sérologických přehledů.

Dílčí úkol č. 7. 5.

Nejpozději do roku 2015

- **výskyt malárie omezit na méně než 5 případů na 100 000 obyvatel a zajistit aby v regionu nedocházelo k žádným úmrtím v důsledku neimportované malárie,**
- **zajistit trvalé a pokračující snižování výskytu, úmrtnosti a negativních dopadů infekce HIV/AIDS, dalších pohlavně přenosných chorob, tuberkulózy a akutních respiračních a průjmových onemocnění**

Současný stav :

V ČR je

- výskyt neimportované malárie možno považovat za nevýznamný. Počet hlášených případů se pohybuje okolo 0,3 případu na 100 000 obyvatel ročně, vesměs se jedná o importované případy ať již u našich občanů, vracejících se ze služebních nebo rekreačních cest ze zemí endemického výskytu, nebo cizinců, přicházejících z těchto oblastí. Vzhledem k našim pro šíření malárie nepříznivým podmínkám se nemusíme jejího šíření v našich podmínkách obávat. Nicméně bude třeba zlepšit úroveň hlášení, informovanost lékařů prvního styku o této nákaze a věnovat pozornost i tzv. letištní malárii jako novému fenoménu,
- infekce HIV/AIDS povinně hlášena, počet nových případů infekce HIV v posledních letech od roku 1998 začal po předchozím neustálém vzestupu jevit sestupnou nebo spíše setrvalou tendenci. Ve srovnání se situací v ostatních státech Evropy patříme stále mezi státy s relativně nízkou incidencí. Další infekce, přenášené pohlavním stykem jsou charakterizovány vzestupem incidence syfilis (v roce 1999 na cca 800 případů proti cca 300 případům na počátku devadesátých let) a poklesem incidence kapavky (v roce 2000 na cca 2 000 případů proti cca 7 000 případů na počátku devadesátých let),
- výskyt tuberkulózy je charakterizován od poloviny osmdesátých let po předchozím neustálém poklesu incidence setrvalým na prakticky stejné hladině do roku 1998 (okolo 20 případů na 100 000 osob tuberkulózy všech forem), od roku 1999 je po uvedené dlouhé době setrvalého výskytu zaznamenán opět pomalý pokles. Nadále je třeba zaměřit pozornost na rychlou bakteriologickou diagnostiku, na diagnostiku rezistentních a multirezistentních kmenů a při hlášení na kompletnost hlášených dat,
- výskyt akutních respiračních onemocnění nejeví změny, proti chřipce se očkují vybrané skupiny zdravotně stigmatizovaných osob. Procento očkovaných je celkově nízké, dosahuje cca 200 000 - 300 000 osob ročně, tj. 2-3 % naší populace,
- výskyt průjmových onemocnění infekčního původu je charakterizován poklesem infekcí, přenášených především interhumánně, a naopak výrazným nárůstem infekcí přenosných ze zvířat (např. salmonelóza nebo kamylobakterií v devadesátých letech). Výskyt cholery na našem území v posledních desetiletích zaznamenán nebyl.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

7.5.1: Zintenzivněním zdravotně-výchovných programů v oblasti pohlavně přenosných nemocí, především HIV/AIDS, zavedením výchovy k reprodukčnímu zdraví do obsahu vzdělávání posledních tříd základních a všech tříd středních škol, zaváděním „peer výchovy“ a metody „streetworku“ a zapojováním aktivit občanských sdružení, specializovaných na prevenci uvedených nákaz u cílových skupin s rizikovým chováním, příznivě ovlivňovat situaci, pokračovat v samostatném Programu řešení problematiky HIV/AIDS v ČR včetně jeho finanční dotace

odpovědnost: MZ

spolupráce: MŠMT, MPSV, dermatovenerologové, HS, pracovníci AIDS center, SZÚ, Česká společnost dorostového lékařství ČLS JEP, občanská sdružení specializovaná na problematiku HIV/AIDS

termíny: průběžně ročně do roku 2015

7.5.2: V oblasti tuberkulózy uplatňovat program SZO k zajištění řádné léčby a jeho kontrolu, v rámci hygienické služby pokračovat ve státním zdravotním dozoru v této oblasti

odpovědnost: MZ

spolupráce: pracovníci oboru TRN, HS, SZÚ

termíny: průběžně ročně do roku 2015

7.5.3: V oblasti akutních respiračních onemocnění prohloubit spolupráci s terénními laboratořemi v oblasti včasné diagnostiky, sledovat novou vyhláškou o očkování zavádění očkování proti pneumokokovým nákazám u pacientů léčených pro dlouhodobě nemocné, ústavů sociální péče a domovů důchodců, pokračovat v naplňování vládou přijatého „pandemického plánu“ pro případ nové shiftové varianty chřipkového viru

odpovědnost: MZ

spolupráce: očkující lékaři, HS, členové Pracovní skupiny pro „pandemický plán“, SZÚ

termíny: každoročně do roku 2015

pandemický plán - ve schválených fázích podle vývoje epid. situace

7.5.4: V oblasti prevence vzniku a šíření průjmových onemocnění infekčního původu klást důraz především na zdravotní výchovu „potravinařů“, ale i celé veřejnosti s cílem informovat na všech úrovních a s využitím masmedií především o zásadách hygieny a prevence infekcí z potravin (Deset zlatých pravidel SZO).

odpovědnost: MZ

spolupráce: HS, SZÚ

termíny: průběžně ročně do roku 2015

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- nemocnost uvedenými infekcemi a HIV pozitivita,
- problematika HIV/AIDS v ČR pro období 2003 - 2007,
- počty preventivních sociálních komunitních programů pro osoby HIV pozitivní.

CÍL 8: SNÍŽENÍ VÝSKYTU NEINFEKČNÍCH NEMOCÍ

DO ROKU 2020 BY SE MĚLA SNÍŽIT NEMOCNOST, ČETNOST ZDRAVOTNÍCH NÁSLEDKŮ A PŘEDČASNÁ ÚMRTNOST V DŮSLEDKU HLAVNÍCH CHRONICKÝCH NEMOCÍ NA NEJNIŽŠÍ MOŽNOU ÚROVEŇ

Nejčastějšími neinfekčními nemocemi jsou kardiovaskulární a nádorová onemocnění, cukrovka, plicní onemocnění, nemoci pohybového aparátu a kazivost chrupu. K dosažení cíle je třeba najít ucelený přístup k nejdůležitějším rizikovým faktorům v chování jednotlivce i v životním prostředí, tj. pozitivně ovlivnit kouření, spotřebu alkoholu, nezdravou výživu, omezovat duševní stres a podporovat dostatek tělesné aktivity. Opatření orientovaná na vyhledávání rizikových faktorů nemocí a časně odhalování jejich počátečních stadií jsou hlavním přístupem k jejich snižování. Tento individuální přístup je však efektivní pouze v případě jeho propojení s organizačními opatřeními zaměřenými na snižování vlivu a omezování důsledků společných rizikových faktorů (populační přístup). Doporučení SZO proto směřuje k integrovanému programovému omezování výskytu neinfekčních nemocí.

Dílčí úkol č. 8.1.

Snížit počet úmrtí v důsledku kardiovaskulárních chorob u osob mladších 65 let o 40 %

Současný stav:

Hlavní příčinou úmrtí v Evropě jsou kardiovaskulární onemocnění (KVO), na která ročně zemřou 4 miliony osob (podíl KVO na celkovém počtu úmrtí: muži 43 %, ženy 55 %). KVO jsou v evropských zemích také nejčastější příčinou úmrtí u osob mladších 65 let. V této věkové skupině se KVO podílejí na celkové úmrtnosti 30 % u mužů a 29 % u žen .

V ČR jsou KVO rovněž hlavní příčinou úmrtí. V roce 2000 na KVO zemřelo 58 192 osob, na celkové úmrtnosti se podílely 53,4 % (48,2 % muži; 58,6 % ženy). Ve věku do 65 r. jsou KVO rovněž nejčastější příčinou úmrtí, jejich podíl na celkové úmrtnosti je však obdobně jako v ostatních evropských zemích nižší (v roce 2000 byla KVO příčinou úmrtí u 39,5 % mužů a 47,8 % žen).

V úmrtnosti na KVO jsou v evropských zemích patrné rozdílné vývojové trendy. Zatímco v zemích severní, západní a jižní Evropy dochází k dlouhodobému poklesu, v zemích střední a východní Evropy je v posledních 10 letech zřejmý vzestupný trend úmrtnosti na KVO. Výjimkou mezi zeměmi bývalého východního bloku je mj. ČR. Od poloviny 80. let úmrtnost na KVO pozvolna klesá. Výrazný pokles nastal od r. 1990 a trvá dosud. V roce 2000 byla u nás standardizovaná úmrtnost na KVO 576,8 u mužů a u žen 378,9 na 100 tisíc obyvatel. V porovnání se zeměmi EU je to hodnota vysoká - průměrná úmrtnost na KVO v 15 zemích EU byla 341,2 u mužů a 216,5 na 100 tis. obyvatel u žen (data z roku 1997). S poklesem úmrtnosti na akutní formy KVO přibývá nemocných s chronickými formami KVO, a to zejména ve vyšších věkových kategoriích (srdeční a ledvinné selhání).

Dílčí úkol 8.1 si klade za cíl snížení předčasné úmrtnosti na KVO u osob mladších 65ti let o 40 %. V roce 2000 zemřelo v ČR v tomto věkovém rozpětí 5755 mužů a 2042 žen. Tzn., že na konci programu v roce 2020 by měl být roční počet úmrtí na KVO o 2302 mužů a o 816 žen nižší. Pro představu o reálnosti splnění tohoto cíle uvádíme, že mezi rokem 1985 a 2000

se snížil počet zemřelých na KVO o 3765 mužů a 1873 žen. Nelze však s jistotou předpokládat, že kardiovaskulární mortalita bude i nadále klesat u mladších osob stejně strmě, pravděpodobnější je pozvolnější pokles.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

8.1.1: Prevence ischemické choroby srdeční a dalších kardiovaskulárních onemocnění důsledným uplatňováním společných doporučení českých odborných společností „Prevence ischemické choroby srdeční v dospělém věku“:

- vypracováním detailních doporučení k diagnostice a terapii těchto onemocnění (včetně farmakoterapie) na základě doporučení odborných společností s přihlédnutím k ekonomickým možnostem úhrady z veřejného zdravotního pojištění a pojištění občanů ČR,
- prosazování těchto doporučení a jejich důsledná kontrola

odpovědnost: MZ

spolupráce: ZP, Česká kardiologická společnost, Česká společnost pro aterosklerózu, Česká společnost pro hypertenzi, Česká internistická společnost ČLS JEP, Česká diabetologická společnost ČLS JEP, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Česká angiologická společnost ČLS JEP, Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP, Česká obezitologická společnost ČLS JEP, IPVZ

termíny: průběžně

8.1.2: Aktivity ke snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění v rámci primární prevence. Primárně preventivní aktivity, k nimž patří prevence kuřáctví, zlepšení stravovacích zvyklostí a tělesné aktivity jsou uvedeny v cílech č. 11 a 12.

8.1.3: Zabezpečit léčebnou péči o nemocné s kardiovaskulárními a cévními mozgovými chorobami, zejména

- dostatečné kapacity kardiocenter, včetně zpracování koncepce v rámci jednotlivých krajů,
- zlepšení organizace a péče přednemocniční fáze akutních onemocnění,
- zlepšení péče o nemocné s akutními příhodami - zlepšit dostupnost revaskularizačních výkonů v akutní fázi onemocnění, zejména v iniciální fázi infarktu myokardu,
- zlepšení péče o nemocné s chronickými kardiovaskulárními a cévními mozgovými onemocněními.

odpovědnost: MZ

spolupráce: Česká kardiologická společnost, Česká neurologická společnost (Sekce cerebrovaskulárních onemocnění), ZP, odborná pracoviště zdravotnických zařízení v rámci kraje, územní samosprávné celky

termíny: průběžně

8.1.4: Provádět periodicky epidemiologické studie prevalence nejzávažnějších rizikových faktorů KVO a kardiovaskulární morbidity

odpovědnost: MZ

spolupráce: IKEM, HS, SZÚ, ÚZIS, VLA JEP

termíny: 1 x za 5 let

- 8.1.5: zavést registr infarktu myokardu a cerebrovaskulárních příhod
odpovědnost: MZ
spolupráce: Česká kardiologická společnost, Česká neurologická společnost,
ÚZIS
termíny: 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- úmrtnost na všechny příčiny, úmrtnost na KVO (100-199), hypertenzi (110-115), ischemickou chorobu srdeční (120-125), cévní nemoci mozku (160-169), ostatní KVO
- hospitalizace pro KVO (počet, délka hospitalizace), včetně specifikace dle jednotlivých forem KVO
- počet akutních hospitalizací na koronárních a iktových jednotkách
- spotřeba léků na léčení KVO
- prevalence nejzávažnějších rizikových faktorů KVO
- počet výkonů invazivní kardiologie
- počet kardiologických výkonů

Dílčí úkol č. 8.2.

Úmrtnost u všech typů nádorových onemocnění u osob mladších než 65 let snížit nejméně o 15 %, přičemž úmrtnost u rakoviny plic snížit o 25 %

Současný stav:

Nádorová onemocnění jsou v ČR druhou nejčastější příčinou úmrtnosti. Ročně umírá na nádorová onemocnění více než 27 tisíc osob, což představuje 23 % z celkové úmrtnosti. Nádorová onemocnění jsou rovněž druhou nejzávažnější příčinou nemocnosti ekonomicky aktivní části obyvatelstva. Ročně je evidováno 33 tisíc případů pracovní neschopnosti způsobené onemocněním rakovinou. Celkově tvoří ztráty národního důchodu, vydané na léčbu, hospitalizaci, nemocenské dávky a invalidní důchody 8,3 miliardy Kč ročně. Příčiny vysoké úmrtnosti a ekonomických ztrát spočívají jednak v narůstající incidenci, jednak v pozdějším záchytu příznaků nádorových onemocnění.

ČR zaujímá přední místo v celoevropských statistikách v incidenci rakoviny obecně a ve výskytu nádorů tlustého střeva a rekta u mužů. Karcinomy prsu u žen vykazují vzestupný trend v jejich incidenci a rovněž vysokou mortalitu.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 8.2.1: Návrh a realizace programu primární prevence, včasné diagnostiky a léčby nádorových onemocnění
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŽP, MZe, MŠMT, odborné lékařské společnosti a specializovaná onkologická pracoviště; zařízení zaměřená na realizaci programů podpory zdraví, SZÚ, nevládní organizace
termíny: návrh programu - 2003
implementace - 2004 a dále
- 8.2.2: Screening vybraných nádorových onemocnění (nádory prsu, děložního čípku, tlustého střeva a rekta)

- odpovědnost: MZ
 spolupráce: specializovaná onkologická pracoviště, Česká onkologická společnost JEP, Česká gynekologická společnost, Radiologická společnost ČLS JEP, Gastroenterologická společnost JEP, Liga proti rakovině, pracoviště zaměřená na problematiku podpory zdraví, svépomocné patientské skupiny, ZP
 termíny: návrh programu - 2003
 implementace - 2004 a dále
- 8.2.3: Standardizace diagnostických a léčebných postupů, jejich odborná oponentura a periodická aktualizace
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: Česká onkologická společnost JEP, Radiologická společnost ČLS JEP, ZP
 termíny: průběžně
- 8.2.4: Vytvoření sítě akreditovaných specializovaných a superspecializovaných onkologických pracovišť, včetně stanovení podmínek jejich technického a personálního vybavení
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: Česká onkologická společnost JEP
 termíny: návrh sítě - 2002
- 8.2.5: Zlepšit podmínky pro rehabilitaci onkologických pacientů s důrazem nejen na rehabilitaci fyzickou, ale i resocializaci s možností jejich začlenění do pracovního procesu při jejich změněné pracovní schopnosti. Za tím účelem vytvořit potřebnou právní úpravu.
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: MPSV, MMR, MPO, Česká onkologická společnost JEP, Liga proti rakovině, onkologická pracoviště, organizace zaměřené na poskytování domácí péče, dobrovolné onkologické organizace
 termíny: průběžně; právní úprava 2005
- 8.2.6: Zvýšit kvalitu paliativní léčby a terminální péče u onkologicky nemocných
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: MPSV, Česká onkologická společnost JEP, přední onkologická pracoviště, organizace zaměřené na poskytování domácí péče, dobrovolné onkologické organizace
 termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- incidence, prevalence a úmrtnost na onkologická onemocnění,
- počet osob vyšetřených ve screeningovém programu,
- spotřeba analgetik v zařízeních poskytujících paliativní péči.

Dílčí úkol č. 8. 3.

Amputace, oslepnutí, poruchy ledvin, těhotenské komplikace a další závažné zdravotní komplikace související s cukrovkou snížit o jednu třetinu

Současný stav:

Výskyt diabetu se každoročně v ČR zvyšuje, přičemž ke zdvojnásobení počtu dochází po 17-20 letech. V roce 2000 bylo evidováno v ČR 647 625 diabetiků (dle ÚZIS), z nichž u 7 % je klasifikována diabetická nefropatie (asi 2 % má renální insuficienci), u 11 % je evidována diabetická retinopatie (2,5 % má proliferativní retinopatii, kdežto slepotu 0,4 % diabetiků) a u 0,9 % dochází k amputaci dolní končetiny. Tato relativní čísla doznala v posledních letech jen malý nárůst, ale vzhledem k přibývajícimu počtu diabetiků je nárůst absolutního počtu významný. Tento nárůst je jen zčásti podmíněn větším screeningem a tedy odhalením dalších jedinců s komplikacemi. Naproti tomu celkový počet evidovaných diabetiků vzrostl za 10 let z 479 125 na 647 625 osob, tedy „jen“ o 35 %. Dále je třeba počítat s tím, že v naší populaci je dalších asi 200-250 tisíc diabetiků, u nichž nemoc nebyla dosud rozpoznána, nevyhledají tudíž cíleně lékaře a unikají běžným kontrolám.

Zatím nelze ovlivnit rozvoj diabetu podmíněný geneticky (tj. vlohu), ale je možno zasahovat do zevních faktorů, které vedou k demaskování uvedené vlohy. Jde především o realizaci zdravého způsobu života (vhodná strava, pohyb, redukce kouření, snížení nadváhy a obezity aj.)

Snížení mikrovaskulárních komplikací o třetinu je dlouhodobým cílem vyplývajícím ze závěrů St. Vincentské deklarace. Právě vzhledem k dlouhodobému působení diabetu v genezi komplikací nelze očekávat výsledek i při zajištění všech opatření dříve jak za 15-20 let. Současně se musí realizovat požadavky jednotlivých úrovní prevence diabetu a jeho komplikací.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

8.3.1: Prevence cévních komplikací diabetu (sekundární a terciární) spočívající v co nejlepší kompenzaci diabetu, krevního tlaku, sérových lipidů, tělesné hmotnosti (jde o komplexní terapii pacienta), která se musí zajistit na všech úrovních léčebně preventivní péče (praktický lékař, diabetolog, internista atd.), a to v terénu i v Diabetologických centrech

odpovědnost: MZ

spolupráce: MPSV, MZe, každý lékař pečující o diabetika - odborné společnosti ČLS JEP, ambulantní terénní pracoviště - diabetologická centra, diabetologická pracoviště - pracoviště dalších specialistů

termíny: průběžné (hodnocení v rámci hlášení ÚZIS, tj. roční)
dlouhodobé (po 5 letech v rámci registrů či epidemiolog. studií)

8.3.2: Primární prevence diabetu se zaměřením na zdravý způsob života (vhodnou stravu, pohyb, redukci kouření, snížení nadváhy a obezity aj.)

odpovědnost: MZ

spolupráce: MŠMT, MPSV, MMR, MV, odborné společnosti ČLS JEP (každé zdravotnické zařízení, každý ošetřující lékař), ZP, ÚZIS

termíny: průběžné (hodnocení vývoje diabetu a jeho komplikací v ČR)
dlouhodobé (hodnocení po 5 a 10 letech)

8.3.3: Využívat i nadále Pražského registru diabetiků, pokračovat v epidemiologických studiích a připravit návrh na evidenci výskytu ischemické choroby srdeční a cévních mozkových příhod u diabetiků.

odpovědnost: MZ

spolupráce: ÚZIS, odborné společnosti ČLS JEP

termíny: 2003

8.3.4: Vytvořit standard ošetrovatelské péče o nemocné s diabetem, včetně komplikací diabetu ve snaze co nejvíce snížit riziko komplikací, event. zabránit vzniku dalších komplikací

odpovědnost: MZ

spolupráce: Odborné společnosti zdravotních sester

termíny: 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- incidence diabetu a jednotlivých komplikací (retinopatie, nefropatie, amputace dolní končetiny a mikroangiopatické komplikace).

Dílčí úkol č. 8.4.

Snížit nemocnost a výskyt trvalých postižení na nemoci svalové a kosterní soustavy a na další časté chronické nemoci

Současný stav:

Onemocnění pohybového aparátu je v ČR na druhém místě příčin krátkodobé a dlouhodobé pracovní neschopnosti. Při podrobnější analýze se zjišťuje, že se jedná na prvním místě o vertebrogenní obtíže (nejčastěji mechanického původu), dále o osteoartrózu váhonosných kloubů a páteře, tzv. mimokloubní choroby (bolestivé rameno, záněty šlach a tíhových váčků, úponů - enthesopatie) a o velkou skupinu chronických zánětlivých revmatických chorob. Z kostních onemocnění stojí na prvním místě osteoporóza. Tato onemocnění se vyskytují ve všech věkových skupinách, část z nich je charakteristická pro vyšší věkové skupiny. U dětí jsou v popředí vývojové postižení páteře a periferních kloubů. Komplexní program soustavné péče o tato onemocnění neexistuje a nemocní jsou často málo efektivně a nesoustavně léčeni všeobecnými lékaři, ambulantními specialisty, lázeňskou léčbou na lůžkových odděleních neurologických, ortopedických (zde je v popředí nákladná implementace totálních kloubních náhrad). Primární prevence těchto onemocnění v podstatě neexistuje.

Ke snížení pracovní neschopnosti v důsledku onemocnění páteře a pohybového aparátu je třeba zapojit nejenom zdravotníky, ale i zaměstnavatele v oblastech lidské činnosti, v kterých dochází k rizikovému zatížení pohybového aparátu. Zde jde především o řešení ergonomické problematiky. Podobně by měly být zapojeny i školy s programem aktivní prevence trvalých poškození páteře a kloubů školské mládeže. V oblasti zdravotnické by měl být rozpracován program standardizované léčebné péče, v které by hlavní diagnostickou a prvotně léčebnou úlohu měli hrát všeobecní lékaři. V indikovaných případech by pak podle určitých pravidel měli být zapojováni i ambulantní specialisté z oborů ortopedie, revmatologie, neurologie, rehabilitace a fyziatrie, pediatrie, dorostového lékařství. Do úvahy přichází i vybudování center komplexní péče o nemoci pohybového aparátu v jednotlivých krajích a přehodnocení úlohy nákladné lázeňské léčby.

Péče o nemocné s tuberkulózou je v náplni oboru tuberkulóza a respirační nemoci a je poskytována v zařízeních oboru TRN v odpovídajícím rozsahu i kvalitě. U některých nemocných se závažnými nebo komplikovanými formami tuberkulózy je však nutná vysoce specializovaná a nákladná péče, kterou stávající zařízení oboru TRN (ani jiných oborů) nejsou v současné době schopna poskytovat v potřebné kvalitě a rozsahu. Jedná se především o nemocné s tuberkulózou vyvolanou multirezistentními kmeny mykobakterií, dále nemocné, jejichž stav z různých důvodů vyžaduje intenzivní péči, a nemocné s aktivní tuberkulózou s nutností operačního výkonu.

V současné době je výrazný nedostatek lůžek včasné léčebné rehabilitace v nemocnicích akutní péče. Tato skutečnost snižuje efektivitu vynakládaných společenských prostředků na léčení a je v ČR vážným ekonomickým i společenským problémem.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 8.4.1: Vypracovat akční program prevence a péče o nejčastější nemoci pohybového aparátu, včetně návrhu potřebných legislativních opatření
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, MŠMT, odbory, zaměstnanecké svazy, komerční pojišťovny, ZP, odborné společnosti ČLS JEP
termíny: vypracování programu - 2003
implementace - 2004 -2010
- 8.4.2: Vytvořit podmínky pro zřízení a provoz Centrální jednotky pro péči o nemocné s multirezistentní tuberkulózou a jinými závažnými formami plicní tuberkulózy
odpovědnost: MZ
spolupráce: zdravotnická zařízení, kde bude vysloveno podezření na multirezistentní tuberkulózu nebo jinou komplikovanou formu tuberkulózy, FN Bulovka, Plicní léčebna v Prosečnici, Česká pneumologická a fizeologická společnost
termíny: 2004
- 8.4.3: Dobudovat síť rehabilitačních center v krajích k systémovému řešení rehabilitace a zvýšit počty lůžek včasné léčebné rehabilitace
odpovědnost: MZ
spolupráce: územní samosprávné celky
termíny: 2005
- 8.4.4: Vytvořit systém péče o pacienty se sekundární osteoporózou jako nežádoucího účinku terapie kortikoidy
odpovědnost: MZ
spolupráce: pojišťovny, odborné společnosti ČLS JEP
termíny: vypracování programu - 2003
- 8.4.5: Zvýšit úroveň všestranné pohybové aktivity obyvatelstva
Primárně preventivní aktivity jsou uvedeny v dílčím úkolu č. 11 (11.1.3)

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- hospitalizovanost na vybrané chronické choroby
- pracovní neschopnosti pro nemoci pohybového aparátu,
- počet podporujících programů (školy zad apod.).

Dílčí úkol č. 8.5.

Dosáhnout, aby alespoň 80 % dětí ve věku 6 let bylo bez zubního kazu a ve věku 12 let měly děti v průměru maximálně 1,5 KPE zubů (zkažený, chybějící nebo zaplombovaný zub)

Současný stav :

V roce 2000 nemělo v ČR 24,6 % dětí ve věku 5 let žádné dočasné zuby s kazem. Rozdíly mezi jednotlivými regiony ČR nepřesahují 5 % republikového průměru tohoto ukazatele. Prevalence kazu v dočasném chrupu u předškolních dětí je v ČR vysoká a signalizuje absenci nebo neúčinnost primárně preventivních opatření. Ve velkých zemích západní Evropy (Velká Británie, Francie, Dánsko, Itálie) se tento ukazatel ke konci 90. let pohyboval kolem 50 %, ve Skandinávii, Švýcarsku a Nizozemí mezi 60-70 %.

Průměrný počet KPE zubů ve věku 12 let činila 3,09 a meziregionální rozdíly nepřesáhly 0,7 KPE na dítě. Ve stupnici Světové zdravotnické organizace jde o kazivost střední. Ve velkých evropských státech se v současnosti tento ukazatel pohybuje kolem 2,5 KPE na dítě, ve Skandinávii mezi 1,2-1,5 KPE na dítě, ve Švýcarsku, Nizozemí mezi 0,8-1,2 KPE na dítě. Stav v ČR je výsledkem absence až malé účinnosti primárně preventivních opatření a malé dostupnosti stomatologické péče v předškolním a na počátku školního věku.

Uvedené cíle v redukci kazivosti chrupu předškolních a školních dětí jsou v horizontu následujících dvou dekad splnitelné za předpokladu neprodlené mobilizace primárně preventivních individuálních a skupinových opatření.

Primární prevence zubního kazu v předškolním a školním věku spočívá ve včasném a pravidelném provádění orálně hygienických praktik, v nastavení optimálního alimentárního příjmu fluoridu v kombinaci s jeho lokální aplikací a v bezpečném stravovacím režimu. Individuální preventivní opatření uplatňovaná v rodině musí být k zajištění shora uvedených cílů doplněna o opatření skupinová, pravidelně prováděná v předškolních a školních zařízeních.

Pro zvýšení účinnosti individuálních preventivních opatření je nezbytná koordinovaná spolupráce pediatriů a stomatologů, podmínkou účinnosti skupinových opatření je koordinovaná spolupráce resortů zdravotnictví, školství a regionální správy.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

8.5.1: Akční program zlepšování orálního zdraví dětí a mládeže

odpovědnost: MZ

spolupráce: MŠMT, MZe, MŽP, Česká stomatologická společnost JEP; ČLS JEP; Česká společnost pro dětskou stomatologii JEP, Výzkumný ústav stomatologický - VFN Praha, Česká stomatologická komora, SPLDD

termíny: vypracování programu rok 2003
zahájení a realizace 2004 - 2010

8.5.2: Stanovit síť stomatologů pro děti školního a předškolního věku

odpovědnost: MZ

spolupráce: MŠMT, ZP, ČSK, Česká stomatologická společnost JEP

termíny: 2003

8.5.3: Provádět epidemiologické studie u vybraných věkových skupin populace

odpovědnost: MZ
spolupráce: MŠMT, ÚZIS, Výzkumný ústav stomatologický - VFN, Česká
stomatologická komora, územní samosprávné celky
termíny: v pětiletých intervalech

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- prevalence kazu v dočasném chrupu (caries index) hodnocená v 3letých intervalech,
- prevalence kazu ve stálém chrupu u 12letých, hodnocená v 3letých intervalech.

CÍL 9: SNÍŽENÍ VÝSKYTU PORANĚNÍ ZPŮSOBENÝCH NÁSILÍM A ÚRAZY

DO ROKU 2020 ZAJISTIT, ABY POČTY ZRANĚNÍ, POSTIŽENÍ A ÚMRTÍ, KTERÁ JSOU DŮSLEDKEM NEHOD A NÁSILNÝCH ČINŮ, TRVALE A VÝRAZNĚ POKLESLY

Úrazy jsou závažným problémem nejenom z hlediska zdravotnického, ale i humánního a ekonomického. Patří k nejzávažnějším příhodám trvale měnícím zdravotní stav početné části populace a znamenají nejen lidské utrpení, ale zvyšují i počet předčasných úmrtí a stojí společnost obrovské prostředky. Záchrané práce, léčení, rehabilitace a sociální dávky pro postižené jsou spojeny s vysokými finančními náklady. Léčení těžce zraněného pacienta v ČR se blíží milionu korun. V USA v posledních letech tvořily přímé i nepřímé náklady spojené s dětskými úrazy přibližně 7 miliard dolarů ročně, v Rakousku pro všechny věkové kategorie se tyto náklady odhadují na 155 miliard šilinků ročně. V ČR chybí validní ekonomické zhodnocení přímých i nepřímých nákladů spojených s úrazy.

Většina úrazových dějů je předvídatelná a tudíž preventabilní. Zkušenosti především ze severních evropských států dokazují, že koordinovaným mezioborovým a komplexním programovým přístupem realizovaným na různých úrovních lze úrazovou incidenci a mortalitu výrazně snížit.

Dílčí úkol č. 9. 1.

Počty smrtelných a vážných zranění v důsledku dopravních nehod snížit alespoň o 30%

Současný stav :

Na území ČR se stalo v roce 2000 celkem 211 516 nehod v silničním provozu, při kterých bylo usmrceno 1 336 osob, těžce zraněno 5 525 osob a lehce zraněno 27 063 osob. Za posledních deset let se stalo 1 758 377 nehod při nichž bylo usmrceno 13 460, těžce zraněno, 59 444 a lehce zraněno 283 277 osob.

V roce 2000 se stalo 3 527 nehod při nichž utrpělo zdravotní újmu dítě do 15 let v roli chodce, cyklisty nebo spolujezdce - 46 bylo usmrceno, 430 těžce zraněno a 3 051 zraněno lehce. Nejvíce úrazů utrpěly děti jako spolujezdci (1 458), následují chodci (1 350) a cyklisté (699). Počet dětí, které zavinily dopravní nehodu v roce 2000, byl 1 025 chodců a 786 cyklistů, celkem 1 811 nehod. Trend ve vývoji dopravní nehodovosti je ale nutné převádět na počty dětí v dané populaci a je již řadu let nepříznivý. Na rozdíl od řady členských zemí OECD, kde se počet usmrcených na komunikacích snižuje, je v ČR roční nárůst o 14 %.

Nízké používání prvků pasivní bezpečnosti, zejména bezpečnostních pásů ve vozidlech, sedaček a cyklistických přileb přispívá ke zhoršení následků nehod dětí i dospělých. Je všeobecně nízké povědomí o poskytování první pomoci.

V zákoně č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, se objevila opatření směřující k ochraně zranitelnějších účastníků silničního provozu, zvláště dětí. Přesto některá z opatření se mívá účinkem. Zejména povinnost použití zádržných systémů pro děti pouze na dálnicích, nebo povinnost použít cyklistickou přilbu pouze na komunikacích I. třídy.

Prevence nehod v dopravě a snížení počtu smrtelných a vážných zranění vyžaduje komplexní přístup a nutnost spolupráce více složek.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 9.1.1: V celostátním programu školní dopravní výchovy dále rozvíjet individuální a skupinový přístup s větším důrazem na výcvik v reálné situaci
odpovědnost: MŠMT, MV
spolupráce: MZ, MDS, občanské iniciativy, Český červený kříž, ČÚBP, HS
termíny: 2003
- 9.1.2: Legislativní opatření: Novela zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, legislativní podpora tlaku na výrobce automobilů k zavádění technických opatření zvyšujících bezpečnost jak motoristů, tak chodců, používání cyklistických přileb. Přehodnocení právní úpravy chování jednotlivých účastníků silničního provozu, kontrolu dodržování pravidel a postihů.
odpovědnost: MDS, MV
spolupráce: nevládní organizace, ČÚBP
termíny: 2004-2006
- 9.1.3: Vytvářet místní preventivní programy a v jejich rámci řešit i dopravně inženýrská opatření, rozšíření sítě měst účastnících se projektu Bezpečná komunita.
odpovědnost: MDS, MV, MZ
spolupráce: územní samosprávné celky, nevládní organizace, ČÚBP, HS
termíny: 2004-2006
- 9.1.4: Propojit policejní a zdravotnické informační systémy o počtu, závažnosti a místě vzniku úrazů v důsledku dopravních nehod, s cílem vyhodnocovat místa častých a závažných dopravních nehod, kde je zapotřebí intervenčního zásahu
odpovědnost: MV, MZ
spolupráce: MDS, ÚZIS, ZP
termíny: 2004
- 9.1.5: Vybudovat systém výchovy dětí, mládeže a dospělých k poskytování první pomoci
odpovědnost: MZ
spolupráce: MV, MŠMT, MDS, vzdělávací instituty, Český červený kříž
termíny: průběžně
- 9.1.6: Zajistit periodické vyhodnocování přímých i nepřímých nákladů spojených s úrazy vzniklými v důsledku dopravních nehod. Využít pro to způsob výpočtu těchto nákladů u pracovních úrazů
odpovědnost: MZ
spolupráce: MV, MDS, ČÚBP
termíny: 2004, 2008, 2012

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- incidence dopravních nehod (Policie ČR, MV, Centrum dopravního výzkumu Ministerstva dopravy a spojů),
- incidence a mortalita dopravních úrazů, hospitalizace (ÚZIS) a náklady na léčení a rehabilitaci (ZP),

Dílčí úkol č. 9.2.

Počty úmrtí a vážných úrazů na pracovišti, doma a při rekreaci snížit nejméně o 50%

Současný stav :

V příčinách úmrtí v ČR jsou úrazy v celkové populaci na třetím místě a u dětí a mladších dospělých (do 40 roku věku) dokonce na místě prvním. Zatímco v celkové populaci poranění a otravy způsobují zhruba 7 % všech úmrtí, u dětí do 14 let je to zhruba 20 %. Pro srovnání, ve Švédsku jsou tyto hodnoty poloviční. Každý rok v ČR v důsledku úrazu umírá kolem 5 000 lidí a přibližně 150 000 lidí je přijato k hospitalizaci. V roce 2000 bylo ošetřeno na chirurgických odděleních pro úraz 1 720 187 osob, z toho 455 857 dětí do 14 let. Pracovních event. školních úrazů bylo ošetřeno 231 917. Počet hospitalizací v důsledku úrazu byl 179 123. Závažným faktorem je nárůst hospitalizovanosti dětí. Nejvíce hospitalizovaných (z důvodu úrazu ve volném čase) bylo ve věkové skupině 15 až 24 let. Současně tato věková skupina byla nejrizikovější pro muže. Pro ženy byla nejrizikovější skupina 75-84 let. Nejčastější příčinou zranění byly pády (54 % případů). V 15 % případů vznikly vinou dopravní nehody. Do skupiny vystavení se mechanickým silám patří například úder sportovním náradím či kousnutí psem. Suma všech ošetřovacích dnů za celou republiku dosáhla 1 649 151 dní. Celkově se průměrná ošetřovací doba pohybovala okolo 9 dní. U žen dosahovala vyšší průměrné hodnoty než u mužů. S věkem průměrná ošetřovací doba stoupala. Nejvyššímu počtu zraněných se stal úraz doma (36 % případů). Ulice a silnice byla na druhém místě (10,2 %). V roce 2000 bylo hlášeno 92 906 případů pracovní neschopnosti pro pracovní úraz s průměrnou dobou PN na 1 případ v délce 40,7 dní (skoro 2x více než u ostatních onemocnění).

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 9.2.1: Vypracovat a realizovat národní plán prevence úrazů, jejich léčení a rehabilitace, se zdůrazněním jeho důležitosti jako veřejně-zdravotnického problému, ustavit pro jeho koordinaci meziřesortní skupinu
odpovědnost: MZ
spolupráce: MV, MŠMT, MPSV, MS, MDS, MMR odborné společnosti JEP, SZÚ, Český červený kříž
termíny: vypracování a ustavení meziřesortní pracovní skupiny 2003
realizace 2004-2015
- 9.2.2: Zřídit a podporovat centrum pro kontrolu úrazů v rámci léčebně preventivní péče, zhodnotit účinnost stávajícího systému traumatologické péče, zavést jednotný systém sběru dat o povaze a mechanismu úrazů, včetně kódů vnějších příčin vždy, když je úraz hlavní diagnózou při hospitalizaci
odpovědnost: MZ
spolupráce: MV, MDS, ČÚBP, ČBÚ, komerční pojišťovny, ÚZIS, odborné společnosti JEP, SZÚ, ZP
termíny: zřízení 2003
zavedení systému 2004

- 9.2.3: Zvýšit povědomí a podporu prevence úrazů ve veřejném i privátním sektoru. Výchovné a intervenční aktivity zaměřit na prevenci, akutní péči a následnou rehabilitaci. Zvláštní pozornost věnovat rizikovým skupinám (děti a mládež, senioři, minority).
 odpovědnost: MZ - meziresortní koordinační skupina (viz 9.2.1.)
 spolupráce: MV, MŠMT, MPSV, MS, MDS, nevládní organizace, odborné společnosti JEP, SZÚ, Český červený kříž
 termíny: průběžně 2003-2015
- 9.2.4: Zajistit výchovu profesionálů (praktiků i vědců) na všech úrovních prevence, léčebné péče a rehabilitace. Vytvořit strategický plán vzdělávání na základě priorit v prevenci úrazovosti. Zkvalitnit výuku první pomoci
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: MPSV, MŠMT, MDS, vzdělávací instituty, odborné společnosti JEP, SZÚ, Český červený kříž
 termíny: průběžně 2003-2015
- 9.2.5: Biomedicínský a sociální výzkum zaměřit na vliv prostředí, výrobků a chování na úrazovost, do státních norem implementovat požadavky na bezpečnost, se zaměřením na snížení pracovních, ale i domácích úrazů a úrazů ve volném čase
 odpovědnost: MZ - koordinační meziresortní skupina
 spolupráce: MPSV, MŠMT, MP, MDS, komerční pojišťovny, vzdělávací instituty, odborné společnosti JEP, SZÚ, Český červený kříž
 termíny: průběžně 2003-2015
- 9.2.6: Zvýšit úroveň preventivních a výchovných aktivit v oblasti prevence úrazů a usilovat o zvýšení finančních prostředků směřovaných do této oblasti
 odpovědnost: MZ, MV
 spolupráce: MDS, ZP, komerční pojišťovny
 termíny: 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- incidence a mortalita v důsledku úrazů, hospitalizace a náklady na léčení a rehabilitaci (ZP),
- náklady na výplatu pevných a částečných invalidních důchodů v důsledku mimopracovních úrazů.

Dílčí úkol č. 9. 3.

Úmrtí v důsledku domácího násilí, násilí orientovaného na druhé pohlaví a organizovaného zločinu, stejně jako zdravotní důsledky takto vzniklých zranění snížit alespoň o 25 %

Současný stav :

Se stoupající kriminalitou, zvláště v oblasti trestných činů proti životu a zdraví a proti osobnosti a lidské důstojnosti stoupá i počet zdravotních poškození obětí, a to jak v oblasti somatické, tak v oblasti psychické.

V případě úrazu v důsledku násilí se jedná zejména o domácí násilí, násilí orientované na opačné pohlaví a sexuální zneužívání a týrání dětí.

Hlavním rizikovým faktorem všech forem násilí a úrazů je alkohol. K dalším významným faktorům patří sociálně-ekonomická deprivace (např. chudoba, špatné podmínky bydlení) a nezaměstnanost. Násilí páchané v rodinách je často skryté před veřejností, protože oběť nebo násilník se k němu málokdy přiznají, a nebývá zařazováno do běžných statistik. Další závažnou skutečností je zneužívání starých a duševně a fyzicky hendikepovaných lidí, především těch, kteří jsou v péči institucí. Roste sociálně motivované násilí páchané na uprchlících a etnických menšinách. Předmětem pozornosti je šikana a organizované násilí.

Oblast násilných trestných činů se vyznačuje nepřesnými či neexistujícími statistickými údaji, jak pokud jde o jejich počet, tak o jejich zdravotní důsledky.

Poskytovatelé zdravotní péče se setkávají s následky páchaného násilí vyžadujícími lékařský zásah (jak s oběťmi, tak pachateli), mohou však být i těmi, kteří mohou včas rozpoznat různé formy násilí a tak jim zabránit. Všeobecně je však malá povědomost o možnostech a standardních postupech preventivního zásahu.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 9.3.1: Vytvořit, realizovat a vyhodnotit programy pro snížení úrazovosti způsobené násilím, především ty, které ovlivňují vývoj budoucího násilného chování u dětí a duševní poruchy související se sebepoškozováním
odpovědnost: MZ, MV (Republikový výbor pro prevenci kriminality)
spolupráce: MPSV, MŠMT, ÚZIS, odborné společnosti JEP, Bílý kruh bezpečí a další nevládní organizace
termíny: 2004
- 9.3.2: Vyhodnotit síť prevence kriminality (ve školách, obcích, komunitní péči, zdravotnictví).
odpovědnost: MZ, MV, MŠMT (Republikový výbor pro prevenci kriminality)
spolupráce: MPSV, ÚZIS, odborné společnosti JEP, Bílý kruh bezpečí a další nevládní organizace
termíny: 2003
- 9.3.3: Rozvinout meziresortní spolupráci tak, aby všechna odvětví bránila sexuálnímu zneužívání dětí a aby pomáhala posilovat roli rodiny jako ochránce dětí před jejich sexuálním a obchodním zneužíváním.
odpovědnost: MZ, MV (Republikový výbor pro prevenci kriminality), MPSV
spolupráce: odborné společnosti JEP, nevládní organizace, orgány sociálně právní ochrany dětí
termíny: průběžně
- 9.3.4: Prostřednictvím komplexního programu zdravotnických aspektů prevence kriminality vytvořit metodiku, výukové materiály a zajistit vzdělávání zdravotnických pracovníků na všech úrovních v primární, sekundární a terciární prevenci kriminality. Vytvořit standardy a doporučené postupy vzdělávání ve zdravotní prevenci kriminality.
odpovědnost: MZ
spolupráce: MV, MŠMT, MPSV, odborné společnosti JEP, nevládní organizace
termíny: 2003-2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- ukazatele incidence a mortalita úrazů zapříčiněná jinou osobou, hospitalizace a náklady na léčení a rehabilitaci - (ÚZIS, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Centrum prevence úrazů),
- počet trestných činů (Policie ČR; MV; MS),
- náklady na sociální dávky a invalidizaci (MPSV),
- počet komunitních preventivních programů zaměřených na prevenci sociálně patologických jevů.

CÍL 10: ZDRAVÉ A BEZPEČNÉ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ

DO ROKU 2015 ZAJISTIT BEZPEČNĚJŠÍ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ, V NĚMŽ VÝSKYT ZDRAVÍ NEBEZPEČNÝCH LÁTEK NEBUDE PŘESAHOVAT MEZINÁRODNĚ SCHVÁLENÉ NORMY

Zdraví kromě jiných faktorů má úzkou souvislost s kvalitou životního prostředí. Riziko, které pro zdraví znamená životní prostředí, není rozloženo rovnoměrně v prostoru ani v čase.

V roce 1989 byla ve Frankfurtu nad Mohanem přijata Evropská charta životního prostředí a zdraví a v roce 1994 v Helsinkách Evropský akční plán pro životní prostředí a zdraví. Na základě těchto dokumentů byl zpracován Akční plán zdraví a životního prostředí ČR, který schválila vláda ČR usnesením č. 810 ze dne 9. prosince 1998. Akční plán vychází z principu společné strategie více odvětví a je výrazem politického konsenzu jednotlivých resortů ve vztahu ke strategii řešení problémů zdraví a životního prostředí. K řízení, koordinaci a kontrole činností spojených s Akčním plánem ustavila vláda jako svůj poradní a iniciativní orgán Radu pro zdraví a životní prostředí, jejímž předsedou je ministr zdravotnictví a členy zástupci 12 resortů na úrovni náměstků ministrů. Rada pracuje od roku 1999 a o plnění aktivit vyplývajících z Akčního plánu a o své činnosti každoročně informuje vládu ČR. Činnost Rady, která má meziresortní působnost, je přínosem pro zajišťování úkolů a aktivit vyplývajících z Akčního plánu, které jsou postupně plněny a většina z nich má dlouhodobý charakter.

V roce 1999 se konala v Londýně Třetí ministerská konference o životním prostředí a zdraví. K realizaci závěrů této konference přijala vláda ČR usnesení č. 706 ze dne 12. července 2000. Koordinací úkolů, koncepcí a doporučení vyplývajících z Třetí ministerské konference a z usnesení vlády č. 706/2000 byla vládou pověřena rovněž Rada pro zdraví a životní prostředí.

Zásadním koncepčním dokumentem v této oblasti je rovněž Státní politika životního prostředí ČR, která byla v aktualizované formě přijata usnesením vlády ČR č. 38 ze dne 10. ledna 2001.

Analýza stavu zdraví a životního prostředí a řada opatření a úkolů k prevenci a zvládnutí zdravotních rizik v životním prostředí v ČR je uvedena a bude nadále řešena v rámci výše uvedených usnesení vlády a přijatých základních koncepčních dokumentů a činnosti Rady pro zdraví a životní prostředí.

Péče o zdravé a bezpečné životní prostředí je nekončící kontinuální proces. Pokroky civilizace totiž nepřinášejí jen řešení poznaných nebezpečí, ale i vznik jiných zdravotních rizik. Kromě toho se nároky na kvalitu života neustále zvyšují.

Dílčí úkol č. 10. 1.

Snižit expozice obyvatelstva zdravotním rizikům souvisejícím se znečištěním vody, vzduchu a půdy látkami mikrobiálními, chemickými a dalšími, aktivity koordinovat s cíli, stanovenými v Akčním plánu zdraví a životního prostředí ČR

Současný stav:

Kvalita ovzduší, vody a půdy patří mezi důležité determinanty lidského zdraví a jejich další zlepšení je jednou z podmínek zlepšení zdraví obyvatel.

V posledních letech dochází k postupnému snižování znečištění ovzduší některými látkami. Nejvýraznější je tento trend u oxidu siřičitého, klesají také koncentrace prašného aerosolu, ale

trend je méně výrazný a toto znečištění zůstává problémem. U oxidů dusíku dochází ke snižování emisí za současného zvyšování podílu dopravy, který způsobuje v řadě míst stagnaci koncentrací v přízemní vrstvě atmosféry. Koncentrace ozónu pozvolna mírně narůstají, znečištění vybranými organickými látkami je zvýšené. V intenzivněji zatížených lokalitách je znečištění ovzduší zdrojem zdravotních rizik.

Kontaminace půd škodlivými látkami má v ČR lokální charakter v závislosti na průmyslové aglomeraci, těžbě nerostných surovin a ukládání odpadů, zejména kalů z čistíren odpadních vod. Velkoplošná kontaminace půd podle dosavadních výsledků monitoringu zemědělských půd nebyla prokázána. Zvýšená kontaminace půdního povrchu toxickými kovy a perzistentními organickými látkami ve velkých městech a v průmyslových aglomeracích je zdrojem zdravotního rizika především pro dětskou populaci. Významné riziko pro lidské zdraví představují staré ekologické zátěže, zahrnující kontaminaci výrobních provozů, půdy, horninového prostředí a podzemních vod.

Celková produkce odpadů i celková produkce nebezpečných odpadů se v roce 2000 zvýšila v porovnání s rokem 1999. Přetrvává významný podíl skládkování odpadů a nízký podíl recyklace odpadů. Jen pozvolna se zvyšuje množství odpadů využívaných jako druhotné suroviny. Při nakládání s odpady nejsou v dostatečné míře používány technologie, které preferují ochranu lidského zdraví a životního prostředí. Potenciálně se tak nesnižuje riziko pro veřejné zdraví. Nakládání s nemocničním odpadem, přes značné zlepšení, nedosahuje úrovně odpovídající ochraně zdraví pracovníků a ochraně veřejného zdraví, a to od nedostatečného třídění odpadu v místě jeho vzniku, přes skladování a transport až po konečné zneškodnění.

Znečištění hlavních toků v posledních letech významně kleslo, ale neprojevovalo se na drobných vodních tocích. Přes stoupající podíl čištěných odpadních vod dosud téměř 5 000 obcí o velikosti 100-1000 obyvatel nemá vyřešeno odkanalizování a čištění odpadních vod. Většina velkých čistíren odpadních vod není vybavena technologií pro snížení obsahu dusíku a fosforu. Stále vysoké zatížení povrchových vod živinami (dusíkaté a fosforečné sloučeniny) vede k vysoké eutrofizaci a explozivnímu rozvoji sinic a řas. Důsledkem je zvýšené zdravotní riziko a opakované omezení rekreačního využití. Problémem je kontaminace některých úseků povrchových vod specifickými škodlivinami (kovy, organické látky, pesticidy)

Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ČR ve vztahu k životnímu prostředí, realizovaný v gesci MZ Státním zdravotním ústavem a hygienickou službou od roku 1994, má významný přínos pro znalosti o vlivu prostředí na zdraví. Je ale třeba, aby byla také na lokální úrovni identifikována zdravotní rizika související se znečištěním vody, půdy a ovzduší. Hodnocení a řízení těchto zdravotních rizik se dosud nestalo rutinní součástí procesů hodnocení vlivu staveb na životní prostředí a zdraví lidí, legislativní řešení této oblasti má nedostatky a umístění nových staveb bývá provázáno obavami obyvatel. V oblasti hodnocení a řízení těchto rizik též dosud nebylo na všech úrovních dosaženo plně funkční a efektivní spolupráce a součinnosti orgánů ochrany veřejného zdraví ochrany životního prostředí a dalších orgánů státní správy.

Aktivita ke splnění dílčího úkolu:

10.1.1: Na základě dostupných údajů identifikovat a vyhodnotit hlavní lokální zdravotní rizika z vody, půdy a ovzduší na území krajů ČR a stanovit priority k řešení
odpovědnost: MZ, MŽP
spolupráce: MDS, HS, ČIŽP, územní samosprávné celky
termíny: průběžné - roční zprávy od 2004
závěrečný - 2005

10.1.2: Soustavně monitorovat a vyhodnocovat ukazatele kvality ovzduší a ukazatele zdravotního stavu

- odpovědnost: MŽP, MZ
spolupráce: MDS, HS, ČHMÚ, SÚJB
termíny: průběžně - 1x ročně zpráva
- 10.1.3: Zavést monitoring půd městských aglomerací
odpovědnost: MŽP
spolupráce: MZ, MŽP, MDS, SÚJB
termíny: průběžně - 2005
- 10.1.4: Zavést systém celostátního monitoringu kvality vod v koupalištích a koupacích oblastech
odpovědnost: MZ
spolupráce: MZe, MŽP, HS, SZÚ, SÚJB
termíny: průběžné - od 2003
- 10.1.5: Snižovat vliv dopravy na životní prostředí a zdraví obyvatel
odpovědnost: MDS
spolupráce: MMR, MŽP, MZ, SZÚ, HS
termíny: průběžné - 2005
- 10.1.6: Snižovat energetickou náročnost technologií, podporovat opatření ke snižování emisí znečišťujících látek, včetně produkce skleníkových plynů
odpovědnost: MŽP, MPO
spolupráce: MMR, MDS
termíny: průběžné - 2003
- 10.1.7: Uplatňovat ekonomické nástroje pro využívání ekologičtějších zdrojů výroby energií, soustředit pozornost na snižování emisí z malých zdrojů
odpovědnost: MŽP
spolupráce: MMR, MDS, MPO, MZe
termíny: průběžné - 2003
- 10.1.8: V rámci zákona o půdě a zákona o starých ekologických zátěžích stanovit limity koncentrací těžkých kovů a toxických organických látek v zemědělských půdách, pro obytné, školní, rekreační a sportovní plochy a pro půdy určené k sanaci i z hlediska minimalizace zdravotního rizika
odpovědnost: MZ, MŽP a MZe
spolupráce: organizace řízené MZ, MŽP a MZe
termíny: 2003
- 10.1.9: Dopracovat registr kontaminovaných zemědělských půd a registr starých ekologických zátěží z hlediska hodnocení zdravotního rizika
odpovědnost: MŽP
spolupráce: MZ, MZe, SZÚ
termíny: průběžně - 2005

- 10.1.10: Systematicky hodnotit zdravotní rizika v celém cyklu nakládání s odpady, a to zejména při nakládání s nebezpečnými odpady, a vytvářet podklady pro opatření na minimalizaci zdravotního rizika
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: MŽP, SZÚ, HS
 termíny: průběžně
- 10.1.11: V rámci plánů odpadového hospodářství stanovit cíle minimalizace zdravotního rizika a podmínky z hlediska ochrany veřejného zdraví
 odpovědnost: MŽP, MZ
 spolupráce: ostatní resorty, územně samosprávné celky
 termíny: 2003
- 10.1.12: Zlepšovat efektivitu spolupráce mezi resorty a jejich organizacemi při hodnocení zdravotních rizik a uplatňovat opatření na ochranu veřejného zdraví
 odpovědnost: MZ, MŽP, MPO, MDS, MV, MPSV
 spolupráce: HS, územní samosprávné celky, SÚJB
 termíny: průběžné - 2005

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- znečištění vody, půdy a ovzduší, získávané v rámci Informačního systému kvality ovzduší (ISKO), Monitoringu zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí (MZSO) a dalších systémů,
- podíl populace, vystavené určité úrovni expozice škodlivým faktorům,

Dílčí úkol č. 10. 2.

Zajistit obyvatelstvu dobrý přístup k dostatečnému množství pitné vody uspokojivé kvality

Současný stav:

87,1 % obyvatelstva ČR je zásobováno pitnou vodou z vodovodu pro veřejnou potřebu (stav v roce 2000). V naprosté většině je kvalita vody v těchto vodovodech pravidelně kontrolována. Výjimkou jsou některé malé vodovody v majetku obcí nebo v majetku soukromého majitele, které někde ani nejsou řádně zkolaudovány a provozovány.

U vodovodů zařazených do „Systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí“ (celkem zásobují asi 50 % obyvatel zásobovaných veřejnými vodovody) je situace velmi příznivá, protože k překročení limitních hodnot u zdravotně závažných ukazatelů dochází méně než v 0,5 % případů.

Z ostatních užívaných vodovodů jich přibližně 20 nesplňuje nový limit pro některý z následujících prvků: nikl, berylium, arsen, antimon. Dále existuje okolo 250 vodovodů, kde obsah dusičnanů občas nebo trvale překračuje limit 50 mg/l. Tyto vodovody zásobují asi 100 tisíc obyvatel.

Vodovody pro veřejnou potřebu v ČR fungují spolehlivě a dodávají vodu nepřetržitě v množství potřebném pro pití i hygienické a sanitační potřeby.

Necelých 14 % obyvatel je zásobováno pitnou vodou ze soukromých nebo veřejných studní. Není centrální přehled o kvalitě vody z těchto studní, zejména proto, že u soukromých studní

neexistuje žádná povinnost jejich kontroly (výjimkou jsou studny používané ke komerčním účelům).

Také péče o veřejné studny a jejich stav obecně není na odpovídající úrovni. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, stanovil všem vlastníkům veřejných studní nebo osobám, které je označily jako zdroj pitné vody, povinnost pravidelné kontroly kvality vody a odpovědnost za její kvalitu. Panuje obava, že toto ustanovení může vést k hromadnému rušení statutu studní (aby se vlastník vyhnul nezbytné péči) nebo dokonce k jejich likvidaci.

Na základě několika jednorázově provedených přehledů se odhaduje, že u více než poloviny studní nevyhovuje kvalita pitné vody v jednom či více zdravotně závažných ukazatelích.

V letech 1995-2000 bylo v ČR evidováno 11 epidemií infekčních onemocnění z pitné vody, které postihly celkem asi 950 obyvatel, s těmito diagnózami: akutní gastroenteritida, virová hepatitida A, bacilární úplavice, tularémie. Pouze ve 2 případech pocházela voda z vodovodu pro veřejnou potřebu, v ostatních případech se jednalo o soukromé nebo neveřejné studny (7 případů) nebo o podnikový vodovod (2 případy).

Požadavky na kvalitu vody jsou od 1. 1. 2001 stanoveny Vyhláškou MZ ČR č. 376/2000 Sb. a odpovídají požadavkům evropské směrnice 98/83/EC.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

10.2.1: Urychlit uvedení provozu nezkolaudovaných a řádně neprovozovaných vodovodů pro veřejnou potřebu do souladu s právními předpisy - kolaudace a určení odpovědné osoby za provoz a kontrolu.

Orgány ochrany veřejného zdraví předají vodoprávní úřadům podněty, které se týkají provozovaných, ale nezkolaudovaných vodovodů, k jejich uvedení do souladu s požadavky zákona č. 274/2001 Sb., o veřejných vodovodech a kanalizacích. Tuto problematiku dořeší vodoprávní úřad

odpovědnost: územní samosprávné celky

spolupráce: HS

termíny: 2003

10.2.2: Rozšířit počet obyvatel zásobovaných z veřejných vodovodů, zvláště v místech, kde kvalita vody v místních studnách neodpovídá hygienickým požadavkům (napojením na stávající vodovod nebo vybudováním nového vodovodu pro veřejnou potřebu), podle „Plánu rozvoje vodovodů“

odpovědnost: územní samosprávné celky

spolupráce: MZe, MŽP, právnické a fyzické osoby, které se podílely na zpracování „Plánu rozvoje vodovodů“, vodoprávní úřady

termíny: průběžné hodnocení situace (každoročně)

dosažení žádoucího stavu, tj. -

- zásobování 88,34 % obyvatel z veřejných vodovodů - 2005

- zásobování 89,58 % obyvatel z veřejných vodovodů - 2010

10.2.3: Zlepšit kvalitu pitné vody ve veřejných vodovodech, tak aby nikde nedocházelo k trvalému překračování limitních hodnot zdravotně závažných ukazatelů.

odpovědnost: vlastníci - provozovatelé vodovodů

spolupráce: HS, vodoprávní úřady

termíny: průběžné hodnocení situace (každoročně)

dosažení žádoucího stavu (2009)

10.2.4: Optimalizovat síť a stav veřejných studní v obcích, v nichž není zajištěno zásobování pitnou vodou sítí veřejných vodovodů. Účelem je vytvoření racionální sítě potřebných malých zdrojů vody v požadovaném stavu a se zdravotně nezávadnou vodou vhodnou k běžné konzumaci. Došlo by též ke zhospodárnění a zefektivnění nákladů na údržbu studní a zajištění ochrany podzemních vod daného území a tím i ostatních podzemních zdrojů pitné vody.

Tato optimalizace by měla být provedena ve shodě s územním plánem a koncepcí nouzového zásobování pitnou vodou okresu (v současné době se pracuje na vytvoření celorepublikového systému vodních zdrojů pro nouzové zásobování vodou).

odpovědnost: územní samosprávné celky

spolupráce: MZe, HS (zhodnocení kvality pitné vody)

termíny: zhodnocení stavu a navržení potřebných opatření 2005
realizace navržených opatření 2010

10.2.5: Informační kampaň pro uživatele, resp. majitele soukromých studní, zaměřená na zdravotní rizika vyplývající z užívání vody neznámé kvality (význam kontroly kvality vody a péče o okolí a technický stav studny).

odpovědnost: MZ

spolupráce: MZe, SZÚ, HS, vodoprávní a stavební úřady a územní samosprávné celky

termíny: 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet provozovaných, ale nezkolaudovaných vodovodů,
- procentuální podíl obyvatel zásobovaných z veřejných vodovodů,
- procentuální podíl překročení limitních hodnot zdravotně závažných ukazatelů (z celkového počtu vzorků),
- počet veřejných studní odpovídajících technickým stavem a kvalitou vody ČSN 75 51 15 a vyhlášce č. 376/2000 Sb.

CÍL 11: ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL

DO ROKU 2015 BY SI LIDÉ V CELÉ SPOLEČNOSTI MĚLI OSVOJIT ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl představuje z hlediska ovlivnění zdraví jeden z nejvýznamnějších faktorů. Jeho vliv se uplatňuje v celé řadě oblastí života - v rodině, ve škole, na pracovišti, volnočasových aktivitách atd.

Na neuspokojivém zdravotním stavu se významně podílela a dosud podílí nevhodná skladba výživy (nadměrný energetický přívod, převaha živočišných tuků, jednoduchých cukrů, soli, stále ještě nedostatečná konzumace vlákniny, zeleniny a ovoce), i když v posledních letech došlo ke změnám ve spotřebě potravin, které je možno pokládat za pozitivní (zvýšená spotřeba zeleniny, ovoce, drůbežího masa, pokles spotřeby vepřového masa, trvanlivých salámů, másla, vajec, cukru). Přesto se vyskytuje příliš často nadváha až obezita u mužů i žen. Souvisí to i s nízkou pohybovou aktivitou populace.

Na úseku výživy a nezávadnosti potravin je nutná těsná spolupráce při určování cílů přispívajících ke zdraví v rámci mezíresortní potravinové politiky. Důležitost takové spolupráce narůstá. Vhodné potraviny dokáží snížit riziko mnoha chorob a jejich zemědělská a potravinářská produkce může navíc přispívat k trvale udržitelnému rozvoji a zdravému životnímu prostředí.

Řada úkolů i v této oblasti je zapracována a řešena v Akčním plánu zdraví a životního prostředí ČR, v programech podpory zdraví a v materiálu „Strategie zajištění bezpečnosti (nezávadnosti) potravin v České republice“, který byl přijat vládou usnesením vlády ze dne 10.12.2001 č.1320 a v Národním programu rozvoje sportu pro všechny přijetím usnesení vlády č. 17 ze dne 5. 1. 2000.

Pro další zlepšování zdraví jsou pozitivní změny životního stylu jedním z nejdůležitějších a nejsložitějších cílů.

Dílčí úkol č. 11. 1.

Rozšířit zdravé chování ve výživě a zvýšit tělesnou aktivitu

Současný stav :

V posledním desetiletí bylo v ČR vykonáno mnoho pro změnu životního stylu populace, jehož pozitivní ovlivňování je jednou z priorit Národního programu zdraví. Většina aktivit byla směřována do edukace veřejnosti, zdravotnických i jiných profesionálů a díky široce koncipovaným projektům podpory zdraví v rámci Národního programu zdraví bylo dosaženo výsledků, které se začínají odrážet v jednání a chování lidí. Důležitými předpoklady zdravého způsobu života jsou nadále změny ve výživě a zvýšení pohybové aktivity.

Současný stav výživy populace v ČR není, přes některá zlepšení, uspokojivý. Pro zlepšení vlivu výživy na zdraví je nutno dosáhnout dalších změn ve spotřebě i úpravě potravin.

Více než polovina české populace nespňuje doporučenou úroveň pohybové aktivity. Nedostatek středně intenzivní pohybové zátěže způsobuje časté vady držení těla, podílí se na vzniku mnoha chronických neinfekčních onemocnění (obezity, kardiovaskulárních nemocí,

diabetu, osteoporózy aj.), které postihují značný počet lidí produktivního věku a jsou častou příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 11.1.1: Zlepšit spotřebu potravin snížením příjmu celkové energie, tuků, soli a cukru a zvýšením příjmu zeleniny, ovoce, brambor, mléka, luštěnin, celozrnných obilných výrobků a ryb.
- řídit se výživovými doporučeními WHO CINDI,
 - zvýšit četnost zařazování zeleniny v každodenním jídelníčku,
 - realizovat prevenci jódového deficitu a monitorovat situaci,
 - snižovat počet dětí a dospělých s nadváhou a obezitou a stabilizovat jejich optimální váhy na základě ozdravení stravovacích návyků,
 - zlepšovat přísun vápníku podporou spotřeby mléka a mléčných výrobků, podporou spotřeby mléka ve školách,
 - zabezpečovat edukaci o potravních zdrojích kyseliny listové a suplementaci cílových skupin (těhotné ženy),
 - projednat otázku fortifikace obilovin kyselinou listovou a pyridoxinem
- odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, MZe, MŠMT, podnikatelé, Společnost pro výživu, VLA JEP, nevládní organizace, SZÚ, HS, těhotenské poradny, pediatři, odborné společnosti ČLS JEP
termíny: 2005
- 11.1.2: Zabezpečit příjem zdravotně nezávadných potravin
- zvyšováním úrovně znalostí populace o zdravotně žádoucích potravinách, zvyšováním nabídky a dostupnosti zdravotně žádoucích potravin a omezováním nabídky a dostupnosti potravin nežádoucích,
 - zvyšováním znalostí zaměstnanců v oblasti školního, společného a veřejného stravování,
 - kontrola a postih prodejců potravin při zjištěných závadách
- odpovědnost: MZ, MŠMT, MZe
spolupráce: MPSV, instituce řízené MZe, podnikatelé, Společnost pro výživu, VLA JEP, nevládní organizace, SZÚ, HS, ČZPI
termíny: průběžně a rok 2003
- 11.1.3: Zvýšit úroveň všestranné pohybové aktivity obyvatelstva:
- vytvářením podmínek pro pohybovou aktivitu budováním veřejných a školních sportovišť, turistických a cyklistických stezek, podporou sportovních akcí pro širokou veřejnost, zejména všestranně podporovat rozvoj organizací pěstujících pobyt v přírodě a tělovýchovné a sportovní aktivity na úrovni rekreačního sportu i za cenu přechodného snížení podpory výkonnostního sportu; podporovat výuku a výchovu cvičitelů a učitelů takto zaměřených aktivit,
 - propagací významu a zdravotní prospěšnosti pohybové aktivity a ovlivňováním postojů dětí, rodičů, osob nad 65 let, učitelů, státních a zastupitelských orgánů,
 - sledováním tělesné zdatnosti mládeže a výskytu onemocnění pohybového aparátu
- odpovědnost: MZ, MŠMT
spolupráce: MDS, SZÚ, HS, územně samosprávné celky, pediatři, VLA JEP, nevládní organizace

termíny: 2003-2005

- 11.1.4: Prostřednictvím školy zlepšit stav pohybového aparátu dětí a za tím účelem:
- v základních a středních školách zavést nové vzdělávací standardy Člověk a zdraví orientované na školní tělesnou výchovu
 - zvýšit úroveň informovanosti učitelů (pravidelné semináře, sledování nových trendů v prevenci poruch pohybového aparátu dětí),
 - propagovat a zavádět školní tělesnou výchovu zaměřenou především na všestranný a zdravý tělesný rozvoj a vychovávat příslušně vzdělané učitele zavést osnovy, které by umožnily zapojení všech žáků do aktivního pohybu v průběhu celé vyučovací hodiny tělesné výchovy,
 - zlepšovat ergonomickou situaci ve školách (vybavovat školy vyhovujícím nábytkem),
 - zavádět prostřednictvím dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků cílené preventivní programy včetně možností psychické relaxace
- odpovědnost: MŠMT, MMR
spolupráce: MZ, SZÚ, HS, VLA JEP, nevládní organizace, územně samosprávné celky
termíny: 2003-2005

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- saturace obyvatelstva jódem,
- výskyt obezity,
- spotřeba potravin,
- počet dispenzarizovaných dětí pro nemoci pohybového aparátu

Dílčí úkol č. 11. 2.

Zvýšit nabídku, cenovou dostupnost a dosažitelnost biologicky hodnotných, hygienicky a zdravotně nezávadných potravin (tzv. bezpečných potravin)

Současný stav:

Potraviny tvoří z hlediska životních nákladů stále vysoký podíl v rodinném rozpočtu. To vede nezřídka k jednostrannému nákupu levných druhů potravin, jejichž sortiment a nutriční složení nemusí být v některých obdobích roku plně ve shodě s výživovými doporučeními. Zatímco doporučené dávky potravin jsou v ČR prakticky dodrženy u cereálií, spotřeba zeleniny je pouze asi na 60 % doporučení, spotřeba ovoce asi na 65 % doporučení a mléka asi na 60 % doporučení. Spotřeba masa je asi o 20 % vyšší než je doporučení.

Počet alimentárních onemocnění je v ČR stále vysoký, i když průmyslově vyráběné potraviny, či společné stravování netvoří převahu případů. Expozice chemickým látkám a přívod mikronutrientů je pravidelně sledován. I když se nabídka druhů potravin v posledním desetiletí mimořádně zvýšila (prakticky desetinásobně), problémem zůstává dostupnost některých druhů, především zeleniny, ovoce, mléka a mléčných výrobků, pro sociálně slabší vrstvy obyvatel. Svou roli stále ještě hrají i nevhodné stravovací návyky. Na trhu roste podíl potravin z tzv. organického zemědělství, ale tyto potraviny jsou většinou dostupné pouze za vyšší ceny. Nikdo zatím v ČR vědecky nedokázal, že jejich bezpečnost je obecně vyšší než

u konvenčních potravin. Na trhu se postupně také objevují tzv. potraviny nového typu, včetně potravin vyrobených z geneticky modifikovaných surovin. Veřejnost k takovým potravinám často přistupuje s obavami, někdy s neodůvodněnou kritikou či optimizmem. Objevují se také potraviny ošetřené netradičními metodami, například konzervované ozáření, které mohou být i zdravotně bezpečnější, ale veřejnost se jich obává bez znalosti podstaty věci.

I když se veřejná komunikace o bezpečnosti potravin prohlubuje, nedávné problémy s BSE, dioxiny, listeriem, či jinými nebezpečnými agens, zvyšují psychologický tlak na konzumenty, kteří se cítí být často nedostatečně informováni nebo jsou i některými zájmovými skupinami dezinformováni. Programy podpory zdraví výchovně působí na různé cílové skupiny obyvatel, přesto u části populace převládá při výběru potravin především tlak ceny.

V těchto podmínkách je potřebné organizovat aktivity, do kterých jsou zapojeny všechny složky společnosti - státní instituce, nezávislé akademické instituce, zástupci spotřebitelů a výrobců potravin.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 11.2.1: Podporovat komunikaci mezi státem, výrobcí potravin a spotřebiteli s cílem nastolit trvalou spolupráci - vytvořit komunikační platformu pro všechny účastníky.
odpovědnost: MZ, MZe
spolupráce: MF, instituce řízené MZe, SZÚ, spotřebitelské svazy, výrobní svazy
termíny: 2004
- 11.2.2: Podporovat produkci bezpečných potravin
odpovědnost: MZe
spolupráce: MZ, MF
termíny: průběžně
- 11.2.3: Podporovat management zdravotních rizik a kontrolovat zavedení programů typu HACCP
odpovědnost: MZe
spolupráce: MZ, svazy spotřebitelů, kontrolní organizace
termíny: průběžně
- 11.2.4: Rozvíjet programy podpory zdraví s cílem zlepšit výchovu výrobců a konzumentů v dané oblasti
odpovědnost: MZ
spolupráce: MZe, MŠMT, spotřebitelské svazy, výrobní svazy, SZÚ, HS
termíny: průběžně
- 11.2.5: Sledovat dietární expozici chemickým látkám
odpovědnost: MZ
spolupráce: SZÚ, HS, ČZPI, SVS
termíny: průběžně
- 11.2.6: Sledovat spotřebu potravin
odpovědnost: MZ, MZe
spolupráce: SZÚ, HS, ČSÚ

termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- cenový index vybraných potravin,
- hlášená alimentární onemocnění a incidence mikrobiální kontaminace potravin,
- výskyt patogenních mikroorganismů v potravinách na trhu v ČR,
- počet potravin nového typu na trhu v ČR

CÍL 12: SNÍŽIT ŠKODY ZPŮSOBENÉ ALKOHOLEM, DROGAMI A TABÁKEM

DO ROKU 2015 VÝRAZNĚ SNÍŽIT NEPŘÍZNVÉ DŮSLEDKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK, JAKO JE TABÁK, ALKOHOL A PSYCHOAKTIVNÍ DROGY

Kouření cigaret způsobuje rozsáhlá poškození zdravotního stavu obyvatelstva, zejména zvýšení výskytu nemocí srdce a cév, nemocí dýchacího ústrojí, a je hlavní příčinou rakoviny plic a jiných zhoubných nádorů.

Nadměrný konzum alkoholu má kromě sociálních důsledků vliv na riziko úrazů, na některé druhy zhoubného bujení a výskyt nervových a dalších nemocí.

Drogy mají kromě toxických účinků vážné sociální dopady, vliv na psychické poruchy a zvyšují riziko některých závažných infekcí (AIDS, virové záněty jater atd.).

Všechny vyspělé státy mají v různém rozsahu vypracovány postupy na řešení těchto vážných zdravotních rizik. V roce 2002 MZ připravuje přepracované znění návrhu zákona o ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Dílčí úkol č. 12. 1.

Mezi osobami staršími než 15 let by mělo být 80 procent nekuřáků a mezi osobami mladšími než 15 let by nekuřáci měli představovat téměř 100 procent

Současný stav:

V ČR neexistuje moderně pojatý zákon, který by poskytl komplexní legislativní rámec pro účinné snižování škod způsobených kouřením. Levné tabákové výrobky (včetně kusových cigaret) jsou velmi snadno dostupné. Přetrvává oficiální (reklama) i skrytá (mediální, chování veřejných osobností, propagace sponzorských darů) podpora tabákového průmyslu a kouření. Tabákové výrobky jsou stále zařazeny mezi potravinářské zboží, jsou nejdostupnější potravinářskou komoditou a jejich prodej je stále zdrojem značného zisku pro prodejce.

Důsledkem je vysoká prevalence kuřáků především v populaci dospívajících a mladých dospělých do 34 let (20 % patnáctiletých, z toho 22 % chlapců a 18 % dívek, kouří alespoň jednu cigaretu týdně), nízká úroveň ochrany nekuřáků před tabákovým kouřem v prostředí, zejména dětí předškolního a školního věku, vysoká prevalence fatálních i nefatálních následků kouření, vyšší úroveň úmrtnosti na nádory související s kouřením v porovnání s ostatními státy.

Současně narůstají aktivity nevládních organizací a vybraných skupin zdravotnických odborníků při tvorbě a realizaci programů primární prevence kouření a léčby závislosti farmakologické a behaviorální. V důsledku osvětového působení začíná veřejnost více vnímat kouření nejen jako vážné zdravotní riziko, ale také jako společensky nevhodné chování.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 12.1.1: Pro zvrácení negativního trendu vývoje kuřáctví přijmout účinná legislativní opatření
odpovědnost: MZ, MZe

- spolupráce: všechny resorty, PLDD, odborné společnosti ČLS JEP, poradní skupina SZÚ pro prevenci kouření, nevládní organizace, např. EMASH (Asociace lékařů „Kouření nebo zdraví“), Koalice proti tabáku
- termíny: příprava zákona o ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky a do konce roku 2002 jeho předložení Parlamentu, pak kontrola dodržování tohoto zákona průběžně
- 12.1.2: Cílenou daňovou politikou v oblasti zdanění tabákových výrobků přispět ke snižování škod na zdraví způsobených tabákem
 odpovědnost: MF
 spolupráce: MZ, PLDD
 termíny: 2005
- 12.1.3: Zákaz reklamy na tabákové výrobky, jejich propagace a sponzorství spojeného s reklamou tabákových společností
 odpovědnost: MPO
 spolupráce: MZ, MŠMT, ČOI, nevládní organizace
 termíny: v roce 2003 příprava legislativního opatření, pak kontrola průběžně
- 12.1.4: Účinná ochrana nekuřáků, především dětí, před pasivním kouřením
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: MŠMT, nevládní organizace, odborné společnosti ČLS JEP, poradní skupina SZÚ pro prevenci kouření
 termíny: v roce 2002 příprava legislativního opatření. Do konce roku 2003 zavedení do praxe, pak kontrola průběžně
- 12.1.5: Podpora účinných preventivních programů a podpora osvětových kampaní zaměřených na zvýšení informovanosti široké veřejnosti o rizicích kouření pro zdraví, na změnu postojů a chování ve prospěch zdravého způsobu života
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: MŠMT, MF, MPSV, územní samosprávné celky, nevládní organizace, odborné společnosti ČLS JEP, poradní skupina SZÚ pro prevenci kouření, HS
 termíny: v roce 2002 vypracovat návrh mediální kampaně, využívat příležitosti Světového dne bez tabáku SZO (květen) a Mezinárodního nekuřáckého dne (listopad) průběžně.
- 12.1.6: Dostupnost léčby závislosti na tabáku a specializovaného poradenství v odvykání kouření
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: HS, IPVZ, ZP, územní samosprávné celky, nevládní organizace
 termíny: v roce 2002 mapování stávající sítě, do konce roku 2002 po konzultaci s odbornými společnostmi ČLS JEP definování cílového stavu. Do konce roku 2005 dosažení cílového stavu. Kontroly průběžně, po roce 2005 přizpůsobování sítě aktuálním potřebám a trendům průběžně.

- 12.1.7: Zřízení koordinačního, monitorovacího a výzkumného pracoviště, které převezme odpovědnost za implementaci Evropského akčního plánu Evropa bez tabáku v ČR
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŠMT, MPSV, SZÚ
termíny: leden 2003
- 12.1.8: Rozvinout preventivní programy a v příslušných legislativních návrzích řešit určení finanční spoluúčasti všech subjektů, které se na tvorbě a realizaci programů podílejí (týká se i dílčího úkolu č. 12.2.4).
odpovědnost: MZ
spolupráce: ZP
termíny: příprava legislativních opatření 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- prevalence kuřáctví ve vybraných skupinách populace,
- počet zařízení poskytujících léčbu a poradenství osobám, které chtějí přestat kouřit,
- spotřeba tabákových výrobků,
- výskyt onemocnění vyvolaný užíváním tabákových výrobků (nádorová onemocnění, onemocnění srdce a cév, chronická plicní onemocnění), úmrtnost, hospitalizovanost, pracovní neschopnost,
- počet komunitních preventivních programů proti návykovým látkám

Dílčí úkol č. 12. 2.

Spotřeba alkoholu na osobu by neměla přesáhnout 6 litrů za rok a u osob mladších 15 let by měla být nulová

Současný stav :

Spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje kolem 10 litrů 100% alkoholu a v 90. letech se zvyšovala. Podobně nepříznivě se zvyšovaly i ukazatele týkající se spotřeby alkoholu a výskytu opilosti u dětí a dospívajících a další relevantní ukazatele. Tento trend kontrastuje s vývojem v západoevropských zemích, ale i např. v Polsku, kde spotřeba alkoholu klesala, nebo se alespoň stabilizovala.

Podklady k uvedenému úkolu zdůrazňují význam Evropského akčního plánu o alkoholu. ČR se k Evropskému akčnímu plánu o alkoholu připojila a měla by ho i plnit. Snížení spotřeby alkoholu na jednoho obyvatele, jak dílčí úkol 12.2. explicitně stanoví, vyžaduje razantní legislativní kroky provázené rozsáhlou preventivní a přesvědčovací kampaní pro širokou veřejnost. Preventivní aktivity v této oblasti (i prevenci škod způsobených jinými návykovými látkami) vyžadují dostatečné a předvídatelné financování.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 12.2.1: Zřídit centrální koordinační, monitorovací a výzkumné pracoviště při Státním zdravotním ústavu, které převezme zodpovědnost za implementaci Evropského akčního plánu o alkoholu.
odpovědnost: MZ
spolupráce: SZÚ
termíny: 2003

- 12.2.2: Sledovat záměr upřednostňovat spotřebu nealkoholických nápojů před nápoji alkoholickými i v nástrojích daňové politiky, zejména v příslušných sazbách spotřebních daní
 odpovědnost: MF
 spolupráce: MZe, ČZPI
 termíny: 2003 příprava legislativního opatření, pak zavedení do praxe a kontrola průběžně
- 12.2.3: Cílenými programy ve školách nadále usilovat o snížení poptávky po alkoholu a jiných návykových látkách u dětí a dospívajících
 odpovědnost: MŠMT, MZ
 spolupráce: MDS
 termíny: do roku 2005 by program mělo mít 50 % škol
- 12.2.4: Potlačovat řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu
 odpovědnost: MDS, MV
 spolupráce: MZ
 termíny: 2003 příprava legislativního opatření, do roku 2004 jeho realizace, pak průběžně kontrola.
- 12.2.5: Zákaz reklamy a nepřímé reklamy alkoholických nápojů a sponzorství, spojeného s reklamou, sportovních a kulturních akcí alkoholovým průmyslem
 odpovědnost: MPO
 spolupráce: MŠMT, MZ
 termíny: Do roku 2004 příprava legislativního opatření, do roku 2005 jeho realizace, pak průběžně kontrola
- 12.2.6: Vytvořit dostatečnou síť ambulantních i lůžkových zařízení poskytujících bezplatně léčbu a poradenství osobám, které mají problémy s alkoholem, a jejich rodinám, včetně poradenských a krizových sociálních služeb
 odpovědnost: MZ, MPSV
 spolupráce: MS (léčba ve výkonu trestu, alternativní tresty)
 termíny: do roku 2003 mapování stávající sítě, od roku 2003 po konzultaci se Společností návykových nemocí ČLS JEP definování cílového stavu. Do konce roku 2005 dosažení cílového stavu. Kontroly průběžně, po roce 2005 přizpůsobování sítě aktuálním potřebám a trendům průběžně.
- 12.2.7: Zakotvit v právním řádu odpovědnost prodejců alkoholu
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: MV, MZe, MPO, ČZPI, územně samosprávné celky
 termíny: v roce 2002 návrh legislativního opatření

- 12.2.8: Zpracovat resortní program vzdělávání v oboru prevence škod působených alkoholem
 Příklady:
 1. vzdělávání prodejců alkoholu, jak poznat intoxikaci, jak se chovat k intoxikovaným osobám, kdy volat pomoc atd.
 2. programy pomoci zaměstnancům ohrožených profesí (zdravotníci, stavební profese a další profese, kde je snadná dostupnost alkoholu a vysoká míra stresu).
 odpovědnost: všechny resorty
 spolupráce: MZ
 termíny: v roce 2003 předložit návrh Ministerstvu zdravotnictví ke konzultaci a dopracování. Od září roku 2004 realizace.
- 12.2.9: Podporovat nevládní organizace a nezávislá hnutí, která pomáhají předcházet škodám způsobeným alkoholem a podporují zdravý životní styl
 odpovědnost: všechny resorty
 spolupráce: všechny resorty
 termíny: průběžně
- 12.2.10: Uskutečnit mediální preventivní kampaň provázanou s aktivitami na místní úrovni (poradenství pro rodiče, distribuce svépomocných příruček, informace o tom, kde hledat pomoc apod.)
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: MŠMT, MPSV
 termíny: 2003 zpracování projektu, 2004 realizace, vyhodnocení a příprava další fáze, která by měla začít v roce 2005.
- 12.2.11: Provádět testy na alkohol u zaměstnanců jako součást komplexního preventivního programu pro pracoviště spojená se zvýšeným rizikem (doprava, ozbrojené síly, senzitivní průmyslové obory např. chemický průmysl, energetika apod.)
 odpovědnost: všechny resorty v okruhu své působnosti
 spolupráce: MZ - metodická spolupráce a vedení
 termíny: do roku 2003 vytvořit příslušné zákonné normy a připravit laboratorní zázemí, od roku 2004 plná realizace, následně průběžně kontrola.
- 12.2.12: Vytvořit národní program, který bude vycházet z Evropské charty o alkoholu, a jeho implementace
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: všechny resorty při realizaci, SZÚ
 termíny: do konce roku 2002 příprava legislativního opatření. Do roku 2003 zřízení pracoviště a zpracování národního programu prevence škod způsobených alkoholem. Realizace a kontrola průběžně do roku 2015

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- spotřeba alkoholu,
- počet malých interaktivních preventivních programů ve školách k nácviu sociálních dovedností a další efektivní postupy v rozsahu nejméně 15 hodin v průběhu nejméně dvou po sobě jdoucích let (např. u žáků 6. a 7. ročníku),
- počet odebraných řidičských oprávnění při řízení pod vlivem alkoholu,

- počet zařízení pro léčbu a specializované poradenství a krizové sociální služby,
- počet resortních programů vzdělávání v oboru prevence škod způsobených alkoholem,
- procento pracovišť, které má zpracováno komplexní program prevence škod způsobených alkoholem a jinými návykovými látkami, včetně fetování,
- počet mediálních preventivních kampaní v rámci komunitních plánů sociálních služeb.

Dílčí úkol č. 12. 3.

Snížit rozšiřování drog alespoň o 25 % a úmrtnost v důsledku jejich užívání alespoň o 50 %

Současný stav:

Výskyt rizikového užívání návykových látek je v ČR zejména u dospívajících a mladých dospělých vysoký i v porovnání s okolními zeměmi a zeměmi západní Evropy. Značná je také spotřeba tlumivých léků (léky proti bolesti, hypnotika), jejichž neindikované užívání s sebou přináší škody ekonomické i zdravotní, včetně např. rizik v dopravě.

Aktivita ke splnění dílčího úkolu:

- 12.3.1: Financovat a vyhodnocovat preventivní programy
 odpovědnost: Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky
 spolupráce: MZ, MŠMT
 termíny: v roce 2002 příprava legislativního opatření. Do poloviny roku 2003 zavedení do praxe, pak kontrola průběžně
- 12.3.2: Usilovat o snížení poptávky po návykových látkách u dětí a dospívajících
 odpovědnost: MŠMT, MZ
 spolupráce: MV, Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky
 termíny: do roku 2005 by mělo program mít 50 % škol
- 12.3.3: Potlačit řízení vozidel pod vlivem návykových látek
 odpovědnost: MDS, MV
 spolupráce: MZ
 termíny: do roku 2003 příprava legislativního opatření, do roku 2004 jeho realizace, pak průběžně kontrola
- 12.3.4: Dostupnost léčby, specializovaného poradenství i postupů typu „harm reduction“ (mírnění škod tam, kde není možná léčba orientovaná k abstinenci). Vytvoření sítě státem garantované péče
 odpovědnost: MZ, Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky
 spolupráce: MŠMT, MS (léčba ve výkonu trestu, alternativní tresty)

- termíny: do roku 2003 mapování stávající sítě, do roku 2004 po konzultaci s Radou vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky a Společností návykových nemocí ČLS JEP definování cílového stavu. Do roku 2006 dosažení cílového stavu. Kontroly průběžně, po roce 2005 přizpůsobování sítě aktuálním potřebám a trendům průběžně
- 12.3.5: Zpracovat resortní program vzdělávání v oboru prevence škod způsobených návykovými látkami u vybraných profesí v resortu (zaměstnání spojená se zvýšeným rizikem, ti, kdo pracují přímo s uživateli drog nebo se s nimi ve své praxi setkávají nebo jsou návykovými látkami více ohroženi).
 odpovědnost: všechny resorty
 spolupráce: MZ
 termíny: v roce 2003 předložit návrh Radě vlády ČR pro koordinaci politiky ke konzultaci, do roku 2004 dopracování. Od roku 2005 realizace
- 12.3.6: Podporovat nevládní organizace a nezávislá hnutí, která pomáhají předcházet škodám působeným nealkoholovými návykovými látkami a podporují zdravý životní styl.
 odpovědnost: všechny resorty, Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky
 spolupráce: všechny resorty navzájem
 termíny: do roku 2015 průběžně
- 12.3.7: Provádět testy na nealkoholové návykové látky u zaměstnanců jako součást komplexního preventivního programu pro pracoviště spojená se zvýšeným rizikem (doprava, ozbrojené síly, rizikové obory, např. chemický průmysl, energetika apod.).
 odpovědnost: všechny resorty v okruhu své působnosti
 spolupráce: MZ - metodická spolupráce a vedení, Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky
 termíny: do roku 2003 vytvořit příslušné zákonné normy a připravit laboratorní zázemí, od roku 2004 plná realizace, následně průběžná kontrola
- 12.3.8: Uspořádat mediální preventivní kampaň provázanou s aktivitami na místní úrovni (poradenství pro rodiče, distribuce svépomocných příruček, informace o tom, kde hledat pomoc apod.).
 odpovědnost: MZ, Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky
 spolupráce: všechny resorty, územní samospráva, HS
 termíny: do roku 2003 zpracování projektu, do roku 2004 realizace, do poloviny roku 2004 vyhodnocení a příprava další fáze, která by měla začít v roce 2005

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- procento škol, které využívají malé interaktivní preventivní programy k nábívkou sociálních dovedností a další efektivní postupy v rozsahu nejméně 15 hodin v průběhu nejméně dvou po sobě jdoucích let (např. u žáků 6. a 7. ročníků),
- počet odebraných řidičských oprávnění při řízení pod vlivem návykových látek,
- počet ambulantních i lůžkových zařízení poskytujících bezplatně léčbu a poradenství a další péči včetně mírnění škod osobám, která mají problémy

s návykovými látkami,

- počet resortních programů vzdělávání v oboru prevence škod způsobených návykovými látkami u vybraných profesí v resortu ,
- výše finančních příspěvků na podporu preventivních programů,
- procento pracovišť, která mají zpracován komplexní program prevence škod způsobených alkoholem a jinými návykovými látkami.

CÍL 13 - ZDRAVÉ MÍSTNÍ ŽIVOTNÍ PODMÍNKY

DO ROKU 2015 BY OBYVATELÉ MĚLI MÍT VÍCE PŘÍLEŽITOSTÍ ŽÍT VE ZDRAVÝCH SOCIÁLNÍCH I EKONOMICKÝCH ŽIVOTNÍCH PODMÍNKÁCH DOMA, VE ŠKOLE, NA PRACOVIŠTI I V MÍSTNÍM SPOLEČENSTVÍ

Domov je prostředí, které by mělo přispívat ke zdraví. Normy pro bydlení a stavební normy by měly zajistit používání jen bezpečných a vhodných stavebních materiálů a postupů. Objekty by měly být odolné proti nadměrnému hluku a měly by mít odpovídající osvětlení a mikroklima.

Opatření týkající se zdravého bydlení se týkají v širším kontextu i územního plánování.

Pokud jde o pracoviště, cíl se neomezuje na pouhou redukci rizikových faktorů, ale stimuluje snahy o větší zapojení zaměstnanců i zaměstnavatelů do tvorby bezpečnějšího a zdravějšího pracovního prostředí a úsilí o snižování stresu. Každé pracoviště by mělo konkretizovat záměry programu ZDRAVÍ 21 na vlastní podmínky ve formě společně připravených cílů a opatření. Programy by se neměly zabývat jen prevencí a léčbou následků úrazů a nemocí, ale také širšími otázkami životního stylu a prostředí a rozvíjet takovou firemní kulturu, která podporuje týmovou práci a otevřenou diskuzi o problémech.

Příprava a zavedení místní zdravotní politiky orientované podle ZDRAVÍ 21 patří k nedílným součástem realizace programu. Každá místní komunita by se tímto záměrem měla soustavně zabývat. Usnesením vlády č. 706/2000 byly vytvořeny předpoklady pro zpracování místních plánů zdraví a životního prostředí. Síť Zdravá města je příkladem hodným následování.

Zdraví postižených osob lze zlepšit, pokud pro ně účinnější sociální a zdravotní programy vytvoří takové možnosti, které jim umožní se plně a rovnoprávně zapojit do běžného sociálního a ekonomického života společnosti.

K naplnění tohoto cíle je třeba rozvíjet v ČR již existující programy „Školy podporující zdraví“, „Zdravá města“, „Zdravý podnik“, další komplexní programy zaměřené na podporu zdraví a podporu zdravotně postižených v ČR a v neposlední řadě i aktivity v příslušných částech Akčního plánu zdraví a životního prostředí.

Dílčí úkol č. 13. 1.

Zlepšit bezpečnost a kvalitu domácího prostředí jak rozvojem schopností jednotlivců i rodin chránit a zlepšovat své zdraví, tak snížením vlivu zdravotních rizikových faktorů existujících v domácnostech

Současný stav:

Kvalita domácího prostředí je velmi důležitým prvkem odrážejícím se na zdraví svých obyvatel. Je to dáno zejména délkou pobytu osob v domácnostech, vytvářením sociálních vazeb v tomto prostředí. Důležitá je nejen přítomnost, resp. nepřítomnost rizikových faktorů chemické, fyzikální, biologické povahy, ale i působení psychologických a sociálních faktorů.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

13.1.1: Vytvořit a aktualizovat legislativní nástroje vedoucí k omezení zdravotních rizik z domácího prostředí

odpovědnost: MMR, MZ
spolupráce: MŽP, MPO, SÚJB, Česká společnost pro rozvoj bydlení, SZÚ, HS
termíny: průběžné - 2004
 konečné - 2015

13.1.2: Zvýšit informovanost o možných rizicích ovlivňujících zdraví a vytváření zdravého domácího prostředí

odpovědnost: MZ
spolupráce: MŽP, MPO, MMR, ČOI, MV, SÚJB, HS, SZÚ,
termíny: průběžně
 konečné - 2015

13.1.3: Zjišťovat a hodnotit úroveň zátěže obyvatel ve vztahu k bydlení

odpovědnost: MZ
spolupráce: MŽP, MDS, SZÚ, HS, stavební úřady, SÚJB
termíny: průběžné - 1 x za rok
 konečné - 2015

13.1.4: Respektovat psychosociální aspekty při plánování a výstavbě bytů, včetně začlenění do bytové politiky

odpovědnost: MMR
spolupráce: MPSV, stavební úřady, územní samosprávné celky
termíny: průběžné - 1 x za rok
 konečné - 2015

13.1.5: Posílit a rozšiřovat pozitivní vlivy a zdravotně prospěšné aktivity v oblasti bydlení

odpovědnost: MMR
spolupráce: MŽP, MZ, MPO, MDS, územní samosprávné celky, stavební úřady, HS, SZÚ
termíny: průběžné - pravidelně
 konečné - 2015

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- indikátory úrovně bydlení - m² obytné plochy na osobu, počet osob na byt,
- podíl osob spokojených se svým bydlením,
- počet komunitních programů bydlení pro sociálně slabé občany.

Dílčí úkol č. 13. 2.

Zajistit lidem s postižením více příležitostí jak pečovat o svoje zdraví a jak se zapojit do rodinného, pracovního, veřejného i společenského života v souladu se Standardními pravidly OSN pro vyrovnání příležitostí postižených osob

Současný stav:

V ČR byl tento úkol plněn dokonce ještě před schválením Standardních pravidel pro vyrovnávání příležitostí zdravotně postižených osob, které přijala OSN 28. listopadu 1993.

Vláda ČR svým usnesením č. 493 ze dne 8. září 1993 přijala Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, který se v dalších letech stal pilířem státní podpory zdravotně postiženým a chronicky nemocným občanům. V roce 1998 byl tento plán nahrazen Národním plánem vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (dále jen Národní plán, který byl schválen usnesením vlády ČR č. 256 dne 14. 4. 1998. Tento Národní plán navazoval přímo na Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením OSN a je rozpracováním tohoto dokumentu pro ČR. Obsahuje konkrétní úkoly, které jsou pravidelně vyhodnocovány ve Vládním výboru pro zdravotně postižené občany. Součástí tohoto plánu jsou i dotační programy, zaměřené na podporu projektů organizací zdravotně postižených a chronicky nemocných. Většinu těchto programů vyhlašuje a spravuje Ministerstvo zdravotnictví.

Okruh uživatelů je dán počtem 1 000 000 zdravotně postižených osob v ČR.

V ČR byl zřízen Vládní výbor pro zdravotně postižené občany na nejvyšší úrovni. Předsedá mu premiér a mezi místopředsedy jsou tři členové kabinetu. Vládní výbor zajišťuje nezprostředkovanou komunikaci vlády a ústředních orgánů s populací zdravotně postižených.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 13.2.1: Pokračovat v činnosti Vládního výboru pro zdravotně postižené občany
odpovědnost: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany
spolupráce: střeškové organizace zdravotně postižených a chronicky nemocných občanů, především Národní rada zdravotně postižených v ČR
termíny: stanovují se ad hoc se schvalováním úkolů a průběžně se hodnotí jejich plnění.
- 13.2.2: Pokračovat v realizaci Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením
odpovědnost: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany
spolupráce: zúčastněné resorty a organizace zdravotně postižených a chronicky nemocných občanů
termíny: stanovují se ad hoc se schvalováním úkolů a průběžně hodnotí jejich plnění ve spolupráci se sekretariátem Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, který pracuje při Úřadu vlády ČR.
- 13.2.3: Nadále vyhlašovat dotační programy zaměřené na podporu zdravotně postižených v ČR, zejména:
- Program podpory občanských sdružení a humanitárních organizací,
- Program veřejně prospěšných aktivit občanských sdružení zdravotně postižených občanů a
- Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. (Vychází ze stejnojmenného Národního plánu a je určen především na podporu projektů, které nemohou být dotovány z výše uvedených programů).
odpovědnost: MZ
spolupráce: všechny resorty, především MPSV, MŠMT a nositelé úkolů - dotované organizace zdravotně postižených a chronicky nemocných občanů.
termíny: vyhlašování dotačních programů a ostatní termíny upravuje usnesení vlády k hlavním oblastem státní podpory vůči nestátním neziskovým organizacím.

13.2.4: Příprava zákonné úpravy „ucelené“ rehabilitace osob se zdravotním postižením
odpovědnost: MPSV
spolupráce: MZ, MŠMT
termíny: 2005

13.2.5: Zajistit aktivity související s Evropským rokem zdravotně postižených, který byl EU vyhlášen na rok 2003
odpovědnost: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany
spolupráce: MZ, MPSV
termíny: 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- objemy finančních prostředků určených na podporu zdravotně postižených v ČR.

Dílčí úkol č. 13. 3.
Úrazy v domácnosti a na pracovišti omezit tak jak to specifikuje dílčí úkol č. 9. 2.

Úkol bude řešen v rámci dílčího úkolu č. 9.2.

Dílčí úkol č. 13. 4.
Zajistit, aby nejméně 50 % dětí mělo příležitost zařadit se do mateřských škol podporujících zdraví a 95 % do základních škol podporujících zdraví

Současný stav :

Evropský program SZO Škola podporující zdraví (dále jen „ŠPZ“) se v ČR realizuje jako koordinovaná síť certifikovaných škol mateřských a základních. Národní program ŠPZ je v domácích poměrech a v evropské síti hodnocen jako efektivně vedená aktivita podpory zdraví. Pro samotný proces početního nárůstu účasti škol v programu ŠPZ jsou však možnosti resortu zdravotnictví již dnes limitovány. Vliv programu ŠPZ na žáky a učitele se projevuje pozitivními změnami sociálního prostředí ve škole, odpovědnějším způsobem chování ke zdraví a novými dovednostmi v zacházení se zdravotními riziky. Finanční zdroje pro činnosti spojené s realizací programu ŠPZ jsou získávány částečně z účelově vázaných prostředků SZO a částečně z nabídky grantů, především Národního programu zdraví. Činnost ŠPZ není zabezpečena stálou dotací ze státního rozpočtu. V rámci daných možností byly dosaženy první výsledky v oboustranné spolupráci resortu zdravotnictví a MŠMT a jeho institucemi na konkrétních úkolech.

Dlouhodobý proces početního nárůstu ŠPZ bude probíhat zhruba ve třech etapách:

1. etapa: síť certifikovaných ŠPZ (koordinována zpočátku z centra, později na úrovni krajů), má za úkol připravovat podmínky pro vznik hnutí škol identifikujících se s programem;
2. etapa: vzniká hnutí ŠPZ, které jsou v kontaktu s příslušnou krajskou sítí certifikovaných ŠPZ a připravují svůj školní vzdělávací program cíleně podle modelového programu ŠPZ;

3. etapa: prakticky všechny školy se orientují na podporu zdraví tím, že si vypracovávají školní vzdělávací program podle státních rámcových vzdělávacích programů (dále jen „RVP/ZŠ a RPPV/MŠ“), v němž se již uplatňují požadavky z oblasti podpory zdraví.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 13.4.1: Pokračovat v koordinaci a obnovování sítě certifikovaných ŠPZ (modelové školy, příklady dobré praxe) – s perspektivou přenosu jejich koordinace z centra na kraje
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŠMT, MV, územní samosprávné celky, SZÚ
termíny: do roku 2005
- 13.4.2: Připravit a realizovat začlenění státní správy a samosprávy na úrovni krajů do odpovědností při koordinaci aktivit ve prospěch rozšiřování počtu škol (ZŠ a MŠ), které se na jejich území budou programově orientovat na podporu zdraví.
odpovědnost: MV, územní samosprávné celky
spolupráce: MŠMT, krajsí koordinátoři podpory zdraví ve školách
termíny: do konce roku 2003, aby v roce 2004 již převzali plnou odpovědnost;
v dalším období (2005-2015) všechny aktivity opakovat a obnovovat.
- 13.4.3: Implementovat podporu zdraví do škol pomocí státních rámcových vzdělávacích programů - RPPV (MŠ) a RVP (ZŠ), v nichž jsou filozofie a principy programu Škola podporující zdraví a témata podpory zdraví zahrnuty
odpovědnost: MŠMT
spolupráce: SZÚ
termíny: první etapa do začátku implementace 2003 v MŠ a do 2004 v ZŠ; ověřování a revize v tří až čtyřletých cyklech.
- 13.4.4: Zavést tematiku podpory zdraví a metodiku tvorby školního vzdělávacího programu do programů dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků (DVPP) v pedagogických centrech
odpovědnost: MŠMT
spolupráce: MZ, SZÚ
termíny: moduly budou vypracovány a nabídnuty do r. 2003;
v dalších letech se moduly cyklicky zkoušejí, evaluují a revidují do r. 2010
- 13.4.5: Vytvořit podmínky pro zavedení výchovy k podpoře zdraví do studijního programu středních pedagogických škol a do pregraduální přípravy učitelů (pro společný základ i pro nové aprobace spojené s novými vzdělávacími obsahy RVP a RPPV)
odpovědnost: MŠMT
spolupráce: SZÚ, Českomoravská psychologická společnost, sekce psychologie, Česká společnost dorostového lékařství ČLS JEP
termíny: do roku 2004 vydat učební text pro PF, do roku 2005 ověřit první modelové programy, další cyklus do roku 2007, všechny PF a v celém cyklu do roku 2010

- 13.4.6: Připravit školní inspektory MŠ a ZŠ v celé síti ČŠI na evaluaci programu ŠPZ ve všech třech etapách procesu nárůstu počtu škol podporujících zdraví (ŠPZ v síti, ŠPZ v hnutí, podpora zdraví prostřednictvím RVP/RPPV)
 odpovědnost: MŠMT
 spolupráce: MZ, SZÚ
 termíny: 2003 indikátory evaluace ŠPZ a první cyklus kurzů, 2004 opakování pro nové inspektory, 2005 souhrnná inspekční zpráva
- 13.4.7: Rozvíjet poznatky v oblasti podpory zdraví ve škole jako součást mezioborové vědecké disciplíny, zabývat se evaluací efektivity programu podpory zdraví ve školách a výzkumným řešením problémů teoretických i z praxe škol, zvláště ŠPZ
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: MŠMT, SZÚ, Česká společnost dorostového lékařství ČLS JEP, subkatedra dorostového lékařství IPVZ
 termíny: termín prvního vydání VŠ učebnice do konce roku 2003, výzkum každým rokem po 10 let: 2003 metodika a první šetření, 2008 poslední šetření, publikace s ročním intervalem
- 13.4.8: Pokračovat ve sbližování programů pro školy, které se týkají otázek trvale udržitelné kvality života a snaží se pro to vytvářet podmínky (program MŠMT pro prevenci sociálně patologických jevů, environmentální program MŽP a další)
 odpovědnost: MŠMT
 spolupráce: MZ, MŽP
 termíny: průběžně pokračovat s programem prevence soc. patologických jevů, do roku 2003 dosáhnout podobného výsledku u environmentálního programu
- 13.4.9: Rozšiřovat pravidelně informace o programu podpory zdraví do sítě škol v ČR prostřednictvím zavedených tištěných periodik a webových stránek
 odpovědnost: MZ, MŠMT
 spolupráce: SZÚ
 termíny: průběžně, vlastní časopis od roku 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet základních a mateřských škol přihlášených do sítě ŠPZ,
- počet ZŠ a MŠ, které se staly akreditovanými vzdělávacími středisky podpory zdraví,
- počet krajů, v nichž začal pracovat koordinátor podpory zdraví ve školách,
- počet dotovaných programů v každém kraji,
- počet akreditovaných programů krajských pedagogických center (PC), jejichž součástí je podpora zdraví a program ŠPZ a semináře „učíme se podpoře zdraví navzájem“,
- počet VŠ, které začlenily a akreditovaly podporu zdraví do svých studijních programů,
- počet inspektorů ZŠ a MŠ podle inspekčních regionů, kteří prošli kurzem programu,
- počet finančně dotovaných výzkumných projektů na úrovni resortů MŠMT a MZ,
- procento dětí, které navštěvují školy zapojené do hnutí ŠPZ.

Dílčí úkol č. 13. 5.

Dosáhnout, aby nejméně 50 % měst, městských oblastí a komunit bylo aktivními členy sítě Zdravých měst či Zdravých komunit

Současný stav:

Přes aktivní činnost Národní sítě Zdravých měst ČR (dále jen „NSZM ČR“), která byla založena v roce 1994 a nyní zastřešuje 31 měst, není přijímání zdravotních politik a plánů na místní úrovni běžným prvkem municipalit v ČR.

V posledních letech dochází k nárůstu zájmu představitelů měst i veřejnosti v ČR o mezinárodní Projekt Zdravé město SZO, což se projevilo i v počtu členů národní sítě - nárůst o 20 měst za 7 let. V pokrytí populace je situace poměrně příznivá, ve Zdravých městech ČR nyní žije 1 080 tisíc obyvatel, což činí zhruba 11 % obyvatelstva ČR. Tento trend však dosud není dostatečný pro splnění úkolu 13.5 stanoveného ve ZDRAVÍ 21 do roku 2015. ZDRAVÍ 21 obsahuje vedle kvantitativních ukazatelů v úkolu 13.5 též sledování kvality managementu podpory zdraví ve Zdravých městech (adekvátně k procesu na národní úrovni), a to v cíli 21. V tomto směru NSZM ČR získala v roce 2001 certifikát kvality SZO, který ji zařadil ke 14 národním sítím na evropské úrovni kvality. Postup NSZM ČR získal ocenění Worldwide Project EXPO 2000 za praktické propojení zdraví a udržitelného rozvoje v managementu měst. Zdravá města ČR postupně přijímají politické deklarace Projektu Zdravé město, které jsou dobrovolným závazkem k realizaci ZDRAVÍ 21 na místní úrovni. Deklaraci dosud přijalo 12, tj. 20 % členských měst. Management podpory zdraví je prováděn prostřednictvím Plánů zdraví (City Health Development Plans), které jsou zpracovány ve 27 městech (85 % členů). Ve všech případech spolupracují města s hygienickou službou jako hlavním odborným partnerem při tvorbě a realizaci Plánu zdraví; do procesu přípravy i realizace místního akčního plánu je silně zapojena veřejnost (v souladu s cílem 21). Zdravá města ČR systematicky implementují prostřednictvím Plánů zdraví doporučení ZDRAVÍ 21; plány zahrnují LEHAP a místní Agendu 21 (podle doporučení OSN - WHO, HABITAT, UNDP ad.). Činnost Zdravých měst ČR je součástí Evropské kampaně udržitelných měst a obcí (ESCTC) a je zahrnuta do připravované Národní strategie udržitelného rozvoje ČR, která bude prezentována na Světovém summitu o udržitelném rozvoji (WSSD) v Johannesburgu na podzim 2002.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 13.5.1: Upravit vstupní podmínky do NSZM ČR tak, aby byly vstřícné vůči zájemcům o členství.
odpovědnost: NSZM ČR
spolupráce: Svaz měst a obcí
termíny: konečný 2003
- 13.5.2: Rozšířit možnost členství v NSZM ČR pro všechny typy municipalit v ČR (obce, městské části, mikroregiony, kraje)
odpovědnost: NSZM ČR
spolupráce: MZ, MMR, MDS, územně samosprávné celky
termíny: konečný 2003
- 13.5.3: Zlepšit propagaci Projektu Zdravé město SZO a Zdravých měst ČR na národní úrovni
odpovědnost: NSZM

spolupráce: MMR, MŽP, územně samosprávné celky
termíny: průběžně od 2003

13.5.4: Zlepšit propagaci Zdravých měst na místní úrovni (místní média, regionální státní správa).

odpovědnost: NSZM ČR

spolupráce: MZ, MŽP, HS, ČEÚ, územně samosprávné celky

termíny: od 2003

13.5.5: Propagovat aktivity u představitelů měst i veřejnosti v ČR

odpovědnost: kancelář SZO v ČR

spolupráce: MZ, SZÚ, NSZM ČR

termíny: průběžně od 2003

13.5.6: Využívat objektivní odborné podklady pro tvorbu lokálních akčních plánů zdraví a životního prostředí ve Zdravých městech ČR

odpovědnost: NSZM ČR

spolupráce: MZ, MŽP, MDS, SZÚ, HS

termíny: průběžně od 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet členů NSZM ČR - Zdravých měst ČR (podíl na celkovém počtu měst v ČR (měst nad 20 tis. obyvatel v ČR),
- počet všech municipalit zapojených do NSZM ČR (podíl na celkovém počtu municipalit v ČR),
- procento populace ČR žijící ve Zdravých městech, zapojených do NSZM ČR.

Dílčí úkol č. 13. 6.

Zavázat alespoň 10 % středních a velkých firem k dodržování principů zdravé společnosti /firmy

Současný stav:

Realizace projektu Zdravý podnik vytyčeného ve strategickém programu MZ, schváleném usnesením vlády ČR č. 273/1992, byla v roce 1995 svěřena Ministerstvem zdravotnictví ČR na základě iniciativy SZO-Euro Národní síti podpory zdraví na pracovišti. Podpora zdraví na pracovišti rozšiřuje ochranu zdraví na závodech o nové pojetí zdravotní výchovy, avšak na rozdíl od ochrany zdraví a bezpečnosti práce, provádění podpory zdraví na pracovišti není podloženo právními předpisy a jedná se tudíž o jakýsi nadstandard. Příslušná infrastruktura je zatím slabá a zejména chybí motivační pobídky pro podniky ze strany státní správy, a to navzdory okolnostem, že podniky v západní Evropě tuto strategii v rostoucí míře využívají pro příznivý vliv na produktivitu a image podniků a prospěch zaměstnance a že úrazové pojišťovny motivují zaměstnavatele vyšší pojistného v závislosti na péči o zaměstnance.

Oficiálně tyto okolnosti vyjádřila Deklarace 3. ministerské konference o životním prostředí a zdraví z června 1999 a její dokument Za dobrou praxi v řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci v podnicích a jiných institucích (dohodnutá zkratka GP-HESME).

I. národní konference s názvem Dobrá praxe v řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci v průmyslových a jiných podnicích, konaná 19.-20. 9. 2001 v Olomouci byla dalším krokem k aktivaci snah o realizaci programů podpory zdraví na pracovišti, na druhé straně však ukázala na úkoly, které je nutno naplňovat, tj. vývoj referenčních ukazatelů efektivity, zabezpečení výcviku a vzdělávání odborníků v jednotlivých oblastech podpory zdraví a vytvoření sítě poradenských služeb a vytváření motivačních podmínek (bonifikace apod.). Důležitým úkolem je také zmapování potřeb pro zajištění a provádění regionálních a místních programů podpory zdraví.

Zajišťování úkolů probíhá za součinnosti odpovědných resortů, především MZ a MPSV a dále zástupců zaměstnavatelů a zaměstnanců.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 13.6.1: Zpracovat návrh zákona o pracovně lékařské péči
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, MDS, SZÚ, Společnost pracovního lékařství ČLS JEP
termíny: 2003
- 13.6.2: Zpracovat Národní program bezpečnosti a ochrany zdraví při práci
odpovědnost: MPSV, MZ
spolupráce: ČÚBP, SZÚ, VÚBP, svazy zaměstnavatelů, odborové svazy, Společnost pracovního lékařství ČLS JEP
termíny: 2003
- 13.6.3: Zpracovat kritéria a indikátory programu podpory zdraví ve smyslu dokumentů a strategie SZO a EU
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, SZÚ
termíny: 2003
- 13.6.4: Projednat a vybrat vhodné podniky pro přípravu a realizaci pilotních studií GP-HESME na úrovni ČR a krajů
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, MPO, MDS, ČÚBP, VÚBP, Sdružení pro cenu ČR za jakost, odborové svazy, svazy zaměstnavatelů, SZÚ, HS, územně samosprávné celky
termíny: 2003
- 13.6.5: Oslovit podniky - nositele ocenění Bezpečný podnik a podniky, které jsou žadateli a nositeli Národní ceny ČR za jakost. Využít jejich zkušeností především z hlediska managementu a pozitivního ovlivnění zaměstnanců i pro program podpory zdraví. Postupně spojit soutěže Bezpečný podnik a Zdravý podnik do jednoho ocenění.
odpovědnost: MZ, MPSV, MPO, ČÚBP, VÚBP, Sdružení pro cenu ČR za jakost,
spolupráce: SZÚ, HS
termíny: 2003
- 13.6.6: Průběžně hodnotit regionální pilotní studie GP-HESME a případné dotváření a doplnění kritérií a indikátorů programů podpory zdraví
odpovědnost: MZ

- spolupráce: MPSV, MO, územně samosprávné celky, nevládní organizace, SZÚ, HS
termíny: průběžně 2004-2006
konečný 2006
- 13.6.7: Ověřit referenční ukazatele výkonnosti řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci umožňující srovnání mezi podniky stejného průmyslového odvětví případě mezi kraji nebo městy, včetně návaznosti na místní komunitní programy.
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, svazy zaměstnavatelů, nevládní a neziskové organizace, SZÚ, HS
termíny: průběžně
konečný 2006
- 13.6.8: Podporovat propojení podpory zdraví, péče o zdraví a bezpečnost při práci a vytvoření komplexního a koordinovaného systému řízení a edukace v této oblasti, včetně vytváření vhodných psychosociálních podmínek práce, za účasti organizací zaměstnavatelů, odborů, zdravotních pojišťoven, státní a veřejné správy a nevládních organizací, aby využití dostupných finančních prostředků bylo optimální. K tomu by měly napomoci i návrhy na zákonné úpravy v daňové oblasti, které budou více než v současnosti rozvíjet ochranu a podporu zdraví a posilovat vazby zdravotního, nemocenského a úrazového pojištění na zvýšení stimulace a motivace podniků.
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, ZP, pojišťovny poskytující zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu, svazy zaměstnavatelů, odborové svazy, poskytovatelé pracovních lékařské péče
termíny: průběžně
konečný 2006
- 13.6.9: Na základě zhodnocení pilotních studií GP-HESME a splnění úkolů v předcházejících bodech budou nabídnuty programy podpory zdraví dalším podnikům. Činnost bude zaměřena tak, aby se do roku 2015 nejméně 10 % středních a velkých podniků zavázalo dodržovat principy zdravé společnosti/firmy
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, ZP, pojišťovny poskytující zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu, svazy zaměstnavatelů, odborové svazy, SZÚ, HS
termíny: průběžně 2006-2015
konečný 2015
- 13.6.10: Zlepšovat podmínky pro zdravotnické pracovníky z hlediska prevence nemocí z povolání a vysoké psychické zátěže
odpovědnost: MZ
spolupráce: ZP, odborové svazy
termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet právnických subjektů, které se přihlásily k aktivitám Zdravý podnik uvedeným pod body 13.6.1 - 13.6.4.

CÍL 14: ZDRAVÍ, DŮLEŽITÉ HLEDISKO V ČINNOSTI VŠECH RESORTŮ

DO ROKU 2020 BY SI VŠECHNA ODVĚTVÍ MĚLA UVĚDOMIT A PŘIJMOUT SVOJI ODPOVĚDNOST ZA ZDRAVÍ

Vysoká úroveň zdraví je základním atributem hospodářsky a společensky vyspělého státu. Zdraví obyvatelstva je podmínkou prosperity a vysoká hospodářská úroveň a politická vyspělost naopak pozitivně ovlivňují zdraví. Podpora a ochrana zdraví občanů by proto měly být důležitým kritériem při volbě postupů a strategií jak v ekonomických, tak sociálních resortech. Když všechny resorty budou dbát ve své činnosti na zdravotní hlediska, v řadě případů podpoří své vlastní cíle a podpoří svou práci.

Dílčí úkol č. 14. 1.

Představitelé resortů, zodpovědní za strategická rozhodnutí, budou orientovat svá opatření a činnosti na příznivý dopad pro zdraví obyvatelstva

Současný stav:

Lidé, společnost a její složky včetně resortů dosud dostatečně nevnímají svoji zodpovědnost za zdraví. Za cestu ke zlepšování zdraví národa se často pokládá jen další zdokonalování zdravotnických služeb. Resorty a jiné části státní správy a podnikatelský sektor se většinou starají o zdraví obyvatel a zaměstnanců jen pasivním plněním zákonných normativů na ochranu zdraví, mnohdy se snahou o oddálení povinností nebo o úlevy z povinností. Negativní lobbying někdy znemožňuje přijetí zdravotně prospěšných zákonů.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

14.1.1: Informace pro vládu o zdravotním stavu obyvatelstva a jeho determinantách
odpovědnost: MZ
spolupráce: ÚZIS, SZÚ, ČSÚ, IZPE
termíny: 1x ročně počínaje rokem 2004 (za rok 2003)

14.1.2: Analýza vlivu strategických opatření resortů na zdraví obyvatelstva
odpovědnost: všechny resorty
spolupráce: MZ
termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- plán práce vlády,
- podání informace o zdravotním stavu obyvatelstva vládě,
- počet strategických opatření (legislativních aj. výstupů resortu), u nichž byl analyzován dopad na zdraví populace .

Dílčí úkol č. 14. 2.

Vytvořit mechanismus pro hodnocení zdravotních důsledků opatření a činností na zdraví, který zajistí, že všechny resorty se trvale budou podílet na společné zodpovědnosti za zdraví.

Současný stav:

Zdraví a jeho ukazatele dosud nejsou zahrnuty jako objektivní kritérium úrovně všech zásadních rozhodnutí a činností vlády a resortů. Zdravotní aspekty jsou součástí Akčního plánu zdraví a životního prostředí a systému EIA (Environmental Health Assessment), avšak v neúplné podobě. Vytvoření systémového modelu pro tento typ práce je velmi náročný politicko-organizační úkol.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 14.2.1: Vypracovat, projednat a zavést způsob hodnocení zdravotních důsledků činností resortů a jejich zodpovědnosti za zdraví
odpovědnost: MZ
spolupráce: všechny resorty
termíny: 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- vydání metody hodnocení zdravotních důsledků strategických resortních rozhodnutí.

CÍL 15: INTEGROVANÝ ZDRAVOTNICKÝ SEKTOR

DO ROKU 2010 ZAJISTIT LEPŠÍ PŘÍSTUP K ZÁKLADNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI, KTERÁ JE ORIENTOVÁNA NA RODINU A NA MÍSTNÍ SPOLEČENSTVÍ A OPÍRÁ SE O FLEXIBILNÍ A VHODNĚ REAGUJÍCÍ NEMOCNIČNÍ SYSTÉM

Cílem SZO je zajištění lepšího přístupu občanů k rodinné a komunálně orientované primární péči, zohledňující věkovou stratifikaci, zajišťující občanům, tedy dětem, mladistvým, dospělým a starým lidem kvalitní péči.

Primární zdravotní péče je integrovanou součástí systému péče a pomoci v komunitě a je podporována odpovědným a flexibilním nemocničním (ústavním) systémem.

Racionální systém doporučení ze strany praktických lékařů a účinná zpětná vazba a podpora ze sekundární a terciární péče jsou předpokladem funkčního systému sdílení péče o pacienta mezi jednotlivými odbornostmi i z hlediska míry specializace.

Nedílnou součástí primární péče je i péče domácí. Její význam umocňuje celosvětový trend k rozvoji integrovaných forem péče a pomoci v komunitě, snaha o humanizaci a individualizaci systému zdravotní a sociální péče, tlak na snížení incidence vzniku nosokomiálních nákaz, snížení finančních nákladů spojených s hospitalizací a společenská podpora rozvoji domácí hospicové péče určené klientům v terminálním stadiu života.

Racionální systém činnosti praktických lékařů a její návaznost a účinná zpětná vazba na sekundární a terciární péči jsou předpokladem funkčního systému péče o pacienta a jejího efektivního poskytování z hlediska jednotlivých odborností a míry specializace.

Dílčí úkol č. 15. 1.

Vytvořit ucelený systém primárních zdravotních služeb, který zajistí návaznost péče v podobě účinné a nákladově efektivní struktury, vzájemné interakce a zpětné vazby se sekundárními a terciárními nemocničními službami

Současný stav:

Stupeň integrace zdravotnických služeb se v různých systémech péče o zdraví výrazně liší jak podle místa, tak i v čase. ČR je toho téměř ukázkovým příkladem. Před začátkem transformace zdravotnictví na počátku 90. let byl český systém péče o zdraví formálně plně integrovaný, neexistovala zde samostatná zdravotnická zařízení. Naopak, všechna byla zahrnuta do rozsáhlých organizací typu OÚNZ, KÚNZ. To ovšem neznamenalo, že úplná integrace byla plně funkční, naopak, přehnaný centralismus a průvodní rigidita velkých struktur byla jedním z limitujících faktorů dalšího pozitivního vývoje. I proto byla dekompozice rozsáhlých zdravotnických institucí jedním z prvních kroků proměn českého systému péče o zdraví po roce 1990. Ze zpětného pohledu lze konstatovat, že dekompozice proběhla spíše živelně a došlo tak k až ne zcela funkčnímu rozložení soustavy, prakticky až na prvočinitele. Z několika desítek okresních a krajských ústavů národního zdraví, které v sobě spojovaly jak lůžková, tak ambulantní zdravotnická zařízení vzniklo, v průběhu několika málo let (zhruba mezi 1992 – 1995) téměř 25 000 jednotlivých zdravotnických zařízení, nemocnic, léčen, stacionářů, množství individuálních praxí ambulantních specialistů, stomatologů a praktických lékařů. V českém zdravotnictví přežily pouze léty nezbytné a osvědčené

funkční a teritoriální vazby. Dosud se projevují nedostatky a nedořešené otázky ve spolupráci uvnitř jednotlivých etází péče, v pojetí lékařské pohotovostní služby, spádovosti zdravotnických zařízení, vzájemného zastupování zdravotníků, v koordinaci zdravotně sociální péče a pracovně lékařské péče.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 15.1.1: Vytvoření pracovních skupin a příprava zásad a vytvoření programu integrace zdravotnických služeb
odpovědnost: MZ, územní samosprávné celky
spolupráce: MPSV, MV, MS, profesní a odborné organizace zdravotníků, ZP, SPLDD, OSPDL, ČLS JEP
termíny: pracovní skupiny a příprava zásad - 2003
vytvoření programu - 2004
- 15.1.2: Nový systém sledování kvality integrované zdravotní péče
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, MV, MS, územní samosprávné celky, profesní a odborné organizace zdravotníků, ZP, SPLDD, OSPDL, ČLS JEP
termíny: konečný termín 2004
- 15.1.3: Informatické zajištění systému integrované zdravotní péče
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, MV, MS, územní samosprávné celky, profesní a odborné organizace zdravotníků, ZP, SPLDD, OSPDL, ČLS JEP
termíny: konečný termín 2005
- 15.1.4: Vytvoření a zavedení nového systému financování integrované zdravotní péče
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, MV, MS, MF, územní samosprávné celky, ZP, profesní a odborné organizace zdravotníků, SPLDD, OSPDL, ČLS JEP
termíny: 2006

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet hospitalizací,
- počet nozokomiálních nákaz

Dílčí úkol č. 15. 2.

Prioritní postavení práce praktických lékařů a zdravotních sester v rámci integrované primární zdravotní péče, spolupracujících s týmy odborníků z různých zdravotnických oborů, sociální péče, dalších resortů a zástupců místní komunity

Současný stav:

Na začátku roku 2002 lze konstatovat, že v ČR jsou praktičtí lékaři stabilní součástí zdravotního systému. Po stránce struktury je zdravotní péče zajišťována dostatečnou sítí

praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost (dále jen praktických lékařů), kteří působí nezávisle jako smluvní lékaři zdravotních pojišťoven. Působí v převážné většině v individuálních praxích, které splňují stanovené podmínky pro poskytování zdravotní péče. Pro praktické lékaře je charakteristická vysoká profesionální organizovanost a pokračující odborná emancipace, posilovaná vzděláváním funkčním dnes na všech stupních, tedy pregraduálním, postgraduálním i celoživotním.

V ČR neplatí systém řízeného přístupu ke specialistům, nicméně praktičtí lékaři tuto roli z velké míry hrají a jsou nejbližšími partnery a rádci pacientů při vstupu do zdravotního systému. Do role strážce zdrojů jsou nepřímo nuceni regulačními nástroji a smluvní politikou zdravotních pojišťoven. Politika pojišťoven také nejvyšší měrou ovlivňuje chování praktických lékařů a jejich motivaci k preferenci různých úkolů, které vyplývají z činnosti praktického lékaře.

Snaha ovlivnit nepříznivou bilanci u některých chorob a stavů se projevuje zvyšováním nároků na praktické lékaře zejména v oblasti sekundární prevence. Praktičtí lékaři jsou tak stále více medicínskými důkazy přesvědčováni k ovlivňování života bezpříznakových osob. Efekt včasného záchytu a depistáže chorob je přímo úměrný motivaci a uvědomění cílových skupin populace.

Část agendy praktických lékařů představuje smluvní činnost pro orgány sociálních služeb a okresní úřady. Řada dalších činností v přímé souvislosti s poskytováním léčebné péče je spíše v sociální oblasti a často klade na lékaře a jeho čas velké nároky. Tato oblast není podepřena smluvně, ani dána oficiální společenskou objednávkou, je u praktického lékaře historicky předpokládána. Existuje tedy rozpor mezi „komplexní péčí praktického lékaře o zdraví svých registrovaných pacientů“ a nasmlouvanou činností s pojišťovnami a institucemi. Negativně ve směru k integraci zde působí přetrvávající trend k individualizaci praxí. Dnes již historické odborně-metodické direktivní řízení oborů primární péče bylo nahrazeno sítí a strukturou profesních a odborných (Odborné společnosti JEP) organizací, jejichž prostřednictvím dochází k přenosu informací i nejdůležitěji k ovlivňování kvality poskytované péče.

Na území republiky působí přes 500 nezávislých agentur domácí péče, které poskytují odbornou péči a služby ve vlastním sociálním prostředí klienta. Jako nový prvek zdravotního systému v 90. letech si domácí péče vytvořila optimální metodické zázemí a dobré předpoklady pro rozvoj. Rozsah a dostupnost této odborné a kvalifikované péče nejsou koncepčně ukotveny a dosud neexistuje jasné a systémově správné vymezení působnosti oboru v dikci platných právních norem. V některých oblastech agentury dosud nejsou zavedeny nebo někteří praktičtí lékaři chybně zaměňují služby svých sester v návštěvní službě se systémem domácí zdravotní péče. Současné nastavení financování domácí péče podporuje vzájemnou konkurenci poskytovatelů.

Součástí primární zdravotní péče v širším slova smyslu jsou i ambulantní gynekologové, stomatologové a lékárenská péče. Do systému primární péče je třeba zařadit i pohotovostní službu mimo ordinální hodiny praktických lékařů a lékárenskou pohotovostní službu. Ta je v současné době předmětem diskuzí.

Nejbližšími spolupracovníky lékařů a sester primární zdravotní péče v sociální oblasti jsou pracovníci pečovatelské služby a další pracovníci obecních (komunitních, komunitárních) sociálních služeb.

Pro vzájemnou koordinaci těchto služeb neexistuje v současné době klíč. Je variabilní a závislá na místních poměrech a aktivitách jednotlivých poskytovatelů. V různých oblastech je i různá nabídka a dostupnost lůžkových (zdravotně) sociálních zařízení.

Metodika „případové konference“ je používána výjimečně nebo experimentálně. Neexistují standardy péče v oblasti zdravotně sociální.

Srovnání se světem je obtížné, protože role a činnosti zdravotníků významně ovlivňuje organizace zdravotní péče, rozsah kompetencí a systém úhrad. Např. ve Velké Británii je model integrace usnadněn existencí integrovaných zdravotních center, kde vedle praktického lékaře pracují další zdravotníci a sociální pracovníci. Jiný model komunitní péče představuje organizace primární péče v Holandsku nebo ve skandinávských zemích. Ve všech jmenovaných zemích působí praktický lékař jako integrující článek v systému primární péče. Je ovšem také řádně finančně i ekonomicky za tuto činnost oceněný.

Aktivita ke splnění dílčího úkolu:

- 15.2.1: Zařadit problematiku integrace zdravotní a sociální péče do vzdělávání zdravotníků (příp. zaměstnanců státní a regionální správy) v komunitní péči, včetně vypracování metodiky vzdělávání
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŠMT, MPSV, VÚPSV, IPVZ, IDVZ, SVL a OSPDL, SPL a SPLDD, ADP ČR, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, ZP, ČLS JEP
termíny: kurikulum do konce roku 2003, realizace do konce roku 2004
- 15.2.2: Zlepšit orientaci v sociálně zdravotní oblasti pro lékaře v primární péči prostřednictvím standardů pro odborné postupy, v rovině obecné (národní) i praktické (místní)
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, VÚPSV, SPL a SPLDD ČR, SVL a OSPDL, ADP, Centrum pro rozvoj duševního zdraví, ZP, ČLS JEP
termíny: shromáždění informací a vytvoření návrhu - 2003
implementace 2004
- 15.2.3: Zavádět případové konference jako prvek kvality v komunitní péči
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, VÚPSV, SVL+SPL, OSPDL+SPLDD, ADP ČR, Centrum pro rozvoj duševního zdraví, IPVZ, IPVZ, ZP, ČLS JEP
termíny: obecná metodika do konce roku 2003, implementace během 2004 -5
- 15.2.4: Posilovat a sledovat efektivitu preventivních programů v primární péči: ovlivňování postojů a motivací praktických lékařů i cílové populace k státem podporovaným programům sekundární prevence (depistáž kolorektálního karcinomu). Monitoring depistáže a sledování zvolených ukazatelů efektivity programu v ordinacích praktických lékařů. Udržení vysokého standardu očkování a preventivních prohlídek v dětském věku. Sledování efektivity preventivních prohlídek monitorováním záchytu zjištěných vad a chorob.
odpovědnost: MZ
spolupráce: SVL, OSPDL, SPL, SPLDD, ČPS, Katedra pediatrie IPVZ, ZP, ČLS JEP
termíny: 2003 - 2006

15.2.5: Ustavit a rozvíjet činnost Center praktických lékařů a Krajských center praktických lékařů.

(Centrum praktických lékařů (CPL) sdružuje odborné společnosti (SVL a OSPDL ČLS JEP) a profesní sdružení (SPL a SPLDD ČR) dvou základních odborností primární zdravotní péče. Úzce spolupracuje se vzdělávacími institucemi (Katedra VL a Katedra pediatrie IPVZ, katedry nebo oddělení VL lékařských fakult). Krajská centra jsou koncipována v návaznosti na CPL, přirozeně nahrazují metodicko-organizační strukturu oborů bez sankční agendy a měla by se uplatnit v přenosu informací a koordinaci činností. Součástí zadání těmto centrům je i uplatňování programů kvality na úrovni regionu a podpora úkolů 15.2.1., 15.2. 2, 15.2.3 a 15.2.4 na regionální úrovni.)

odpovědnost: MZ

spolupráce: IPVZ, ADP ČR, SVL, OSPDL, SPL, SPLDD, Regionální správa, ZP, ČLS JEP

termíny: funkční činnost CPL v roce 2002-2003, krajských center 2002-2005

15.2.6: Koncepce postavení rodinného lékaře v ČR

(V současné době neexistuje v ČR žádný naléhavý důvod ani vnější tlak ke změně v poskytování primární zdravotní péče ve smyslu zavedení jediného praktického - rodinného lékaře. Nicméně racionální diskuse na toto téma, zahrnující analýzy kvality poskytované péče, demografického vývoje společnosti, nákladovosti, potřeb profesionálů, regionálních rozdílů a mezinárodních trendů, by měla probíhat a je v zájmu a v konsensu zástupců obou odborností.)

odpovědnost: MZ

spolupráce: SVL ČLS JEP, OSPDL ČLS JEP, IPVZ, SPL a SPLDD ČR, Pediatrická společnost ČLS JEP, ZP

termíny: 2002-2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počty provedených TOKS (test okultního krvácení)

Dílčí úkol č. 15.3.

Zahrnout do poskytování zdravotní péče podíl občanů a respektovat i podporovat jejich roli jako spolutvůrců péče o zdraví

Současný stav:

Žádoucí participace občanů na podpoře, ochraně a rozvoji vlastního zdraví i zdraví spoluobčanů je zatím na nevyhovující úrovni. Základní příčiny tohoto stavu tkví v dlouhodobém předchozím paternalistickém a resortně chápaném pojetí péče o zdraví a s tím souvisejícím nedocenením hodnoty zdraví na všech úrovních společenské hierarchie. Důsledkem je nedostatečný zájem o vytváření podmínek a nástrojů k potřebnému pozitivnímu ovlivňování determinant zdraví ve sféře politické, ekonomické, ekologické, výchovné i v oblasti konkrétního způsobu života každého jednotlivce, rodiny a místních komunit.

Významnou roli v realizaci daného úkolu má resort zdravotnictví. Ten musí prostřednictvím výzkumu a jeho výsledků získávat potřebné poznatky, plnit úlohu zdroje kvalifikovaných

informací, iniciovat žádoucí aktivity mimo zdravotnictví a zabezpečovat potřebná odborná opatření v rámci zdravotnictví. Z této jeho role pramení jeho vztahy k ostatním resortům, zákonodárným orgánům, orgánům státní správy a samosprávy, institucím a občanským iniciativám.

Veškeré aktivity k naplnění tohoto úkolu musí být průběžné a soustavné. Jejich skutečným výsledkem musí být posílení potenciálu zdraví obyvatel, snížení prevalence chorobných stavů v populaci, posléze pak dosažení takových hodnot základních ukazatelů zdravotního stavu, které by byly plně srovnatelné s vyspělými státy světa.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 15.3.1: Dosáhnout trvalé, kvalifikované, zdůvodněné a srozumitelné informovanosti občanů i orgánů a institucí, podílejících se na ovlivnění zdravotního stavu obyvatelstva, o možnostech a způsobech zdravého způsobu života a vytváření zdravého prostředí, pomáhat lidem a zejména rizikovým skupinám v návaznosti na jejich hodnotovou a kulturní orientaci zprostředkovat výměnu pozitivních zkušeností v péči o své vlastní zdraví
odpovědnost: MZ
spolupráce: MK, územní samosprávné celky, odborné společnosti JEP, ČLS, SZÚ, HS, patientské organizace, ZP
termíny: průběžně
- 15.3.2: Cílevědomě a trvale vytvářet objektivní podmínky pro podporu, ochranu a návrat zdraví a aktivovat motivační nástroje k žádoucímu využívání získaných informací i daných podmínek k podpoře a ochraně zdraví
odpovědnost: MZ
spolupráce: územně samosprávné celky, odborné společnosti JEP, ČLS, SZÚ, HS, patientské organizace, ZP
termíny: průběžně
- 15.3.3: Věnovat pozornost zejména rodinám a poskytování zdravotní péče na komunitní úrovni a přispívat k rozvoji svépomocných občanských iniciativ reagujících na zdravotní potřeby občanů
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, územní samosprávné celky, odborné společnosti ČLS JEP, patientské organizace, ZP
termíny: termíny - průběžně
- 15.3.4: Získávat připomínky občanů k činnosti zdravotnického systému a využívat je ke zlepšení kvality zdravotní péče a ke zvýšení spokojenosti občanů s poskytovanými zdravotnickými službami. Studovat zdravotní potřeby jednotlivců i dílčích sociálních skupin a citlivě na ně reagovat jak ve zdravotní politice, tak v praxi.
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, územní samosprávné celky, VÚPSV, odborné společnosti ČLS JEP, patientské organizace, ZP
termíny: průběžně
- 15.3.5: Vytvořit legislativní a organizační podmínky pro implementaci zásadních ustanovení Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod

odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, Rada vlády pro lidská práva, ZP
termíny: 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- antropologické ukazatele vývoje dětí a mládeže,
- počet poskytovatelů komunitních sociálně zdravotních služeb a svépomocných skupin

CÍL 16: ŘÍZENÍ V ZÁJMU KVALITY PÉČE

DO ROKU 2010 ZAJISTIT, ABY ŘÍZENÍ RESORTU ZDRAVOTNICTVÍ OD ZDRAVOTNÍCH PROGRAMŮ AŽ PO INDIVIDUÁLNÍ PÉČI O PACIENTA NA KLINICKÉ ÚROVNI BYLO ORIENTOVÁNO NA VÝSLEDEK

Přelom tisíciletí je v hospodářsky vyspělém světě ve všech oblastech lidské činnosti ve znamení stoupajícího významu kvality - jakosti. Nízká cena a množství produktu na trhu již v silné konkurenci nestačí. Poptávka je především po zboží a službách poskytovaných ve správný čas, na správném místě, za nejvýhodnější cenu a v dokonalé kvalitě. Tato tržní premisa je platná v nejširším slova smyslu i ve zdravotnických službách.

Dílčí úkol č. 16. 1.

Účinnost hlavních zdravotních programů hodnotit podle dosaženého zdravotního přínosu. Výběr postupů ke zvládnutí individuálních zdravotních problémů se bude opírat o porovnání zdravotních výsledků a nákladů

Současný stav:

ČR neměla v minulých letech s výjimkou národní zdravotnické statistiky (ÚZIS) žádné institucionální nástroje pro měření výsledků péče. Rovněž hodnocení nákladů jednotlivých případů bylo až dosud předmětem spíše menších, individuálních projektů, které nebyly koordinovány na úrovni vládních autorit. Vytvořením Rady pro kvalitu ve zdravotnictví, ustanovením Centra pro řízení kvality ve zdravotnictví a definováním několika klíčových programů kvality jsou vytvořeny institucionální podmínky pro měření efektivity na úrovni vlády. Díky dezintegraci poskytovatelů i plátců zdravotní péče je obtížný sběr a koncentrace důležitých údajů. Chybí pohled na celý proces péče o pacienta včetně období, kdy je poskytována sociální péče, chybí propojení informací z domény zdravotní a sociální péče. Je dosud nedostatečná integrující role praktického lékaře. Porovnávání zdravotních výsledků a nákladů je obtížné a nelze jej prakticky objektivním způsobem provádět.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

16.1.1: Implementovat objektivní metody měření výsledků a nákladů péče. Hodnotit spokojenost pacientů s péčí v oblasti klíčových problematických skupin onemocnění při zajištění ochrany osobních údajů a respektování práv pacientů. Tvorba standardů návaznosti procesů léčebné péče.

odpovědnost: MZ

spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, Rada pro kvalitu ve zdravotnictví, IPVZ Praha, NKZP, ZP, NKZP

termíny: průběžně roční kontrolní zprávy
konečný - závěrečná zpráva v roce 2010

- 16.1.2: Vytvořit transparentní právní rámec umožňující metodicky jednotným způsobem zabezpečit sledování a vyhodnocování kvality a efektivity poskytované zdravotní péče v oblasti veřejného zdravotnictví, včetně sociálních služeb
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, IPVZ Praha, NKZP, ZP
termíny: průběžně roční kontrolní zprávy
konečný - závěrečná zpráva v roce 2010
- 16.1.3: Zavést jako základní nástroje pro volbu efektivních léčebných postupů kritické vyhodnocování zdravotnických technologií
odpovědnost: MZ
spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, NKZP, ZP
termíny: 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- kvalita života podle metody Euro QoL,
- průměrné náklady na případ,
- průměrná doba léčení,
- celkový nemocniční stupeň úmrtnosti (lokalita),
- pooperační mortalita,
- celková dětská úmrtnost.

Dílčí úkol č. 16. 2.

Vytvořit celostátně platný mechanismus, jak kontinuálně monitorovat a rozvíjet kvalitu péče alespoň deseti hlavních onemocnění. Tento mechanismus by měřil i faktor zdravotního dopadu, úspornosti a spokojenosti pacientů

Současný stav:

Přechod empirické medicíny na kauzální medicínu a ekonomické limity zdravotní péče si vyžadují zásadní změny ve způsobu poskytování zdravotní péče, v myšlení a chování pacientů, poskytovatelů a plátců i v přístupu státní správy. Prioritou se stává kvalita poskytovaných služeb, její zajišťování a kontinuální zvyšování včetně měření, vyhodnocování a porovnávání získaných dat pomocí standardizovaných postupů. Systémy zdravotní péče tak na celém světě usilují o naplnění stejného cíle a řeší přitom stejný problém. Oním cílem je poskytování kvalitní zdravotní péče. Přitom pojem „kvalitní“ v sobě obsahuje především schopnost uspokojit potřeby pacientů, tedy přinášet očekávaný užitek, ale i objektivně definovaný a měřitelný užitek vyjádřený standardizovanou potřebností a experty očekávaným, tedy obvyklým výsledkem péče. Není dosud plně doceněna spolupráce pacienta při sledování a zvyšování kvality zdravotní péče. Autorita pacientů je minimální při hodnocení jednotlivých zdravotnických zařízení.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 16.2.1: Implementovat objektivní metody měření kvality výsledků péče v oblasti klíčových problematických skupin onemocnění, při zajištění ochrany osobních údajů. Tvorba doporučených postupů a klinických standardů. Edukace, certifikace a akreditace poskytovatelů. Další rozvoj programů kvality. Implementace efektivnějších metod financování
- odpovědnost: MZ
- spolupráce: Rada pro kvalitu ve zdravotnictví, Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, management zdravotnických zařízení, IPVZ Praha, NKZP, ZP, NKZZP
- termíny: průběžné - roční kontrolní zprávy
konečný - závěrečná zpráva v roce 2010
- 16.2.2: V souladu se zaváděním akreditačního systému ve zdravotnictví zajistit změnu legislativy umožňující periodické vyhodnocování kvality diagnostické a léčebné péče na pracovištích všech stupňů poskytované lékařské péče. Vytvořit účinné mechanismy zajišťující kontinuální rozvoj kvality.
- odpovědnost: MZ
- spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, NKZP, ZP
- termíny: 2004
- 16.2.3: Definovat alespoň 5-10 hlavních onemocnění a zdravotních problémů, které by se měly stát předmětem monitorování:
- nádorová onemocnění, kardiovaskulární onemocnění, úrazy, infekční choroby, postižení pohybového aparátu, duševní poruchy a návyková onemocnění, metabolická onemocnění s důrazem na diabetes mellitus, život ohrožující stavy v intenzivní péči vyžadující postupy orgánové podpory (sepsy, polytrauma v relaci incidence, výsledku, nákladů), problematika zdravotně postižených, péče o seniory, péče o transplantované, péče o novorozence patologické a s nízkou porodní hmotností, hodnocení technologií výrazně zvyšujících kvalitu života a snižujících následné dávky sociálního pojištění v souvislosti s onemocněním (intervenční kardiologie), dlouhodobé a sociální hospitalizace - jejich diferenciaci z hlediska péče a financování a zahájení práce na tvorbě národních registrů sloužících ke sledování vývoje výše uvedených stavů.
- odpovědnost: MZ
- spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, management zdravotnických zařízení, IPVZ Praha, ÚZIS, ZP, NKZP
- termíny: průběžné - roční kontrolní zprávy
konečný - závěrečná zpráva v roce 2010

16.2.4: Vypracovat systém kontinuální podpory účelné farmakoterapie:

- sběr dat o preskripci ve vazbě na typ a vstupní indikátory léčeného stavu, jejich statistické, medicínské a ekonomické vyhodnocení,
- ošetřujícím lékařům poskytovat rozборы preskripce, včetně srovnání s kolegy zajišťujícími obdobný typ léčebné péče,
- vytvářet srozumitelné návody na správnou léčbu alespoň u 5-10 hlavních onemocnění, tyto distribuovat a prosazovat v praxi,
- identifikovat nesprávné preskripční návyky, příslušné lékaře na ně upozorňovat, doškolovat a motivovat k účelné preskripci,
- poskytovat nezávislé informace o lécích a jejich skutečné léčebné hodnotě vycházející z principů kritického vyhodnocování zdravotnických technologií,
- monitorovat přehled farmakoterapie konkrétních pacientů, zapojit do sledování a vyhodnocování farmakoterapie včetně samoléčitelství lékárníky (prostřednictvím lékových záznamů pacienta)

odpovědnost: MZ

spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, NKZP, ZP, ČLÉK

termíny: v roce 2003 - zveřejnění koncepce a zřízení základních struktur
v roce 2004 - pilotní projekt, nastartování celého systému, poté průběžně vyhodnocovat každý rok

16.2.5: Zřídit a spravovat národní zdravotní registry a vytvářet podmínky pro jednotný sběr relevantních dat kvality a efektivity poskytované péče

odpovědnost: MZ

spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, NKZP, ZP

termíny: 2004 a průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- ukazatele budou zařazeny na základě výsledků plnění aktivit k dílčímu úkolu 16.2.

Dílčí úkol č. 16. 3.

Zlepšit výsledky zdravotní péče nejméně u pěti z vybraných nemocí a definovat rostoucí spokojenost pacientů s kvalitou služeb a respektování práv pacientů

Současný stav:

Nalezení rovnováhy mezi dosahováním požadované kvality péče a nezbytnou spotřebou dostupných zdrojů je společným problémem. Ve vyspělých zemích pacienti a plátcí péče - tedy pojišťovny a stát očekávají, že v jejich zdravotnických zařízeních bude poskytována kvalitní zdravotní péče „za dobrou cenu“ - při respektování práv pacientů. ČR tento trend plně akceptuje a v souvislosti s ekonomickými limity požaduje od poskytovatelů zdravotní péče předkládání důkazů o kvalitě jimi poskytované péče. Není dosud všude dostatečně sledována spokojenost pacientů ani respektování práv pacientů.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

16.3.1 Zavést šetření QoL u kritických stavů dle metody Euro QoL. Hodnotit spokojenost pacientů dle Pickera a respektovat práva pacientů. Realizovat specifické projekty pro jednotlivé zdravotní problémy. Tvorba standardů návaznosti procesů léčebné péče. Posílení integrující role praktického lékaře. Vytvoření komunikace mezi poskytovateli.

odpovědnost: MZ

spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, odborné společnosti ČLS JEP, management zdravotnických zařízení, ZP, Česká asociace sester, ÚZIS, IPVZ Praha, NKZP

termíny: průběžné - roční kontrolní zprávy
konečný - závěrečná zpráva v roce 2010

16.3.2: Zlepšit kvalitu služeb zavedením modelu celkového řízení jakosti v oblasti zdravotnictví, a to na základě sběru dat, měření výkonnosti a správného nastavení úhrady poskytované péče

odpovědnost: MZ

spolupráce: MF, Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, NKZP, ZP

termíny: 2003 a průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- ukazatele budou zařazeny na základě výsledků aktivit k dílčímu úkolu 16.3.

CÍL 17: FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB A ROZDĚLOVÁNÍ ZDROJŮ

DO ROKU 2010 ZAJISTIT TAKOVÝ MECHANISMUS FINANCOVÁNÍ A ROZDĚLOVÁNÍ ZDROJŮ PRO ZDRAVOTNICTVÍ, KTERÝ BUDE SPOČÍVAT NA ZÁSADÁCH ROVNÉHO PŘÍSTUPU, EFEKTIVITY, SOLIDARITY A OPTIMÁLNÍ KVALITY

Hlavním strategickým cílem ve zdravotnictví je zlepšení zdravotního stavu obyvatel tak, aby bylo v hlavních parametrech dosaženo kompatibility s průměrem států EU. Hlavními prostředky k dosažení tohoto cíle je optimalizace funkce a struktury zdravotnické soustavy z hlediska zajištění dostupnosti, návaznosti a kvality zdravotní péče a zefektivnění rozdělování finančních prostředků a jejich využívání.

Z hlediska výdajů na zdravotní péči se nejedná jen o potřebu navýšení finančních zdrojů, ale zejména o zvyšování efektivity systému poskytování služeb a efektivní alokaci nákladů zdravotní péče. Současný systém úhrad zdravotní péče neodpovídá plně požadavku efektivního a ekonomického chování poskytovatelů zdravotní péče - existuje vysoký počet ambulantních kontaktů a akutních lůžek. V oblasti financování a zdravotního pojištění budou transformační kroky směřovat k restrukturalizaci veřejných zdrojů. V zájmu efektivního financování je nutné uplatňovat strategická rozhodování o rozmisťování zdrojů do jednotlivých segmentů zdravotní péče, včetně přehodnocení stávajícího způsobu úhrad a vypracování a zavedení nových způsobů úhrad pro lůžková a ambulantní zdravotnická zařízení. Je nezbytné optimalizovat cenové hladiny a rozsah zdravotních výkonů plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění ve vztahu k možnostem zdrojů veřejného zdravotního pojištění a k potřebám zajištění adekvátní úrovně zdravotní péče. Měl by být zdokonalen mechanismus stanovení úhrady zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Dílčí úkol č. 17.1.

Výdaje na zdravotní služby musí být adekvátní a odpovídat zdravotním potřebám obyvatelstva

Současný stav:

Výdaje na zdravotnictví v evropském regionu se pohybují v rozmezí 3,1-10,7 % z HDP. V ČR tvoří podle různých metodik 6,7-8,5 % z HDP, což odpovídá střednímu evropskému standardu. Protože i vývoj základních indikátorů zdravotního stavu a výsledků zdravotní péče (střední délka života a novorozenecká úmrtnost) je příznivý, mohlo by se zdát, že výdaje na zdravotní služby jsou dostatečné. Proti tomu ovšem stojí relativně vysoká pracovní neschopnost, vysoká úmrtnost na kardiovaskulární choroby, nádory a úrazy, nízká dostupnost služeb, zvyšujících kvalitu života (ortopedická operativa, domácí péče, zdravotně sociální péče o staré lidi), investiční zanedbanost nemocnic a vysoká míra nespokojenosti pracovníků ve zdravotnictví, zejména pokud jde o mzdovou úroveň.

Pokud se navíc berou v úvahu průzkumy veřejného mínění, které ukazují vysoké postavení zdraví a dostupnosti zdravotnických služeb v hierarchii hodnot a kombinují-li se s možnostmi současné medicíny poskytovat prokázaný zdravotní efekt i v oblastech těch technologií, které nejsou tč. v ČR ufinancovatelné (např. léky na Alzheimerovu chorobu, dostatečná operativa velkých kloubů, transplantace kostní dřeně, spinální operativa, invazivní léčba akutních infarktů myokardu, onkologické screeningové programy aj.), výdaje adekvátní nejsou.

Z pohledu adekvátnosti výdajů na zdravotní služby by zlepšení nemuselo nutně znamenat jenom požadavek na navyšování finančních zdrojů, ale také na zlepšování efektivity systému poskytování služeb, která je nízká (vysoký počet ambulantních kontaktů, vysoký počet akutních lůžek, nedostatečná domácí péče, geograficky nerovnoměrné rozložení kapacit, služeb a nákladů aj.). Oprávněné poukazování politiků na neefektivnost systému brání v této situaci rozvinutí diskuze o možném přehodnocení priorit v alokaci zdrojů. Zvýšení % HDP, plynoucího do zdravotnictví, je v této atmosféře proto nemožné, i když by bylo pro životní standard občanů země prospěšné. Zvýšení efektivity systému poskytování zdravotních služeb je tudíž třeba považovat za prioritu plnění úkolu a teprve potom se stane politicky průchodným znovu diskutovat o absolutním navyšování finančních zdrojů.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 17.1.1: Zvýšit míru odpovědnosti občana za své zdraví
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, MŠMT, SZÚ, ZP a ostatní organizace poskytovatelů zdravotní péče, Asociace nemocnic ČR, Asociace českých a moravských nemocnic, PLDD, SPLDD, ÚZIS, NKZP, ČLÉK
termíny: průběžně v horizontu 5 let
- 17.1.2: Omezit nežádoucí pohyb pacienta v systému
odpovědnost: MZ
spolupráce: SPL ČR, PLDD, SPLDD, ÚZIS, NKZP
termíny: průběžně v horizontu 5 let
- 17.1.3: Kontrolovat zavádění nových drahých technologií a zajistit jejich plošnou dostupnost v případě financování ze zdravotního pojištění
odpovědnost: MZ
spolupráce: NKZP
termíny: průběžně v horizontu 5 let
- 17.1.4: Kontrolovat kvalitu (zejména výsledky) ve vztahu k nákladům péče u jednotlivých skupin poskytovatelů
odpovědnost: MZ
spolupráce: Národní referenční centrum DRG, ZP, NKZP
termíny: průběžně v horizontu 5 let
- 17.1.5: Vytvořit efektivní rozhodovací mechanismus pro alokaci finančních zdrojů ve zdravotnickém systému z pohledu jednotlivých segmentů poskytované péče
odpovědnost: MZ
spolupráce: Národní referenční centrum DRG, ZP, NKZP
termíny: průběžně v horizontu 5 let

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- střední délka života a novorozenecká úmrtnost,
- mortalita na kardiovaskulární a onkologická onemocnění a snižování úrazovosti,
- počet lůžek (akutní lůžka, ošetrovatelská lůžka, lůžka sociální péče) a počet ambulantních kontaktů s lékařem,
- náklady a jejich frekvence na jednoho kmenového pacienta v krajích ČR podle jednotlivých segmentů péče a skupiny pacientů dle DRG,
- počty prováděných vybraných výkonů (např. počet kloubních endoprotéz na 1000 kmenových obyvatel podle okresů, % akutních infarktů myokardu léčených invazivně v jednotlivých nemocnicích a dle kmenových obyvatel okresů) a sledování počtu analogických výkonů v ČR a v zahraničí,

Dílčí úkol č. 17. 2., 3

Rozdělovat zdroje mezi podporu zdraví a jeho ochranu, léčbu a péči, a to na základě posouzení zdravotního výsledku, efektivity a dostupnosti vědeckých údajů

Systémy financování zdravotní péče musí garantovat všeobecnou dostupnost, solidaritu a trvalou udržitelnost

Současný stav:

V ČR platí v současné době zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Tento předpis stanoví práva a povinnosti pojištěnců, vymezuje rámec zdravotního pojištění a principy úhrad zdravotní péče prostřednictvím zdravotních pojišťoven a rozsah zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. V zákoně je zakotven princip solidarity zdravých s nemocnými a ekonomicky aktivních s ekonomicky pasivními pojištěnci. Dále jsou v zákoně zakotvena základní pravidla pro jednání o úhradách zdravotní péče. Na základě těchto pravidel jsou stanovovány způsoby a výše úhrad zdravotní péče a cenová kalkulace jednotlivých výkonů.

Při hodnocení účinnosti a rozsahu zmíněného zákona je třeba konstatovat, že některá ustanovení zaostávají za praxí a vývojem ekonomického systému, úrovní lékařských a léčebných technologií a postupů a rozšiřujícím se spektrem možností v oblasti léků a zdravotnických prostředků. Bylo by třeba zákon i na něj navazující normy nižší právní váhy průběžně aktualizovat.

V současné době jsou úhrady zdravotní péče hrazeny prostřednictvím zdravotního pojištění (jednozdrojové financování). Projekty podpory zdraví a jeho ochrany, rozvoje techniky a technologií (investiční prostředky do zdravotnictví) jsou financovány prostřednictvím státního rozpočtu. K přidělení těchto prostředků na jednotlivé akce jsou na Ministerstvu zdravotnictví zřízeny příslušné kompetenční orgány (odbory), které v rámci daném legislativními pravidly pro tuto oblast zajišťují přidělení, následné využití a kontrolu těchto finančních prostředků.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 17.2.1: Zavést nové formy úhrad zdravotní péče v oblasti ambulantní a hospitalizační
odpovědnost: MZ
spolupráce: ZP, NKZP, PLDD, SPLDD

termíny: průběžně v horizontu 5 let

17.2.2: Zapojit MZ do projektu Phare - úhrady zdravotní péče - DRG

odpovědnost: MZ

spolupráce: ZP, NKZP, PLDD, SPLDD

termíny: průběžně v horizontu 3 let

17.2.3: Kontinuálně sledovat aktualizaci legislativních norem v oblasti zdravotního pojištění a úhrad zdravotní péče s cílem co nejrychlejší novelizace norem stávajících, nebo jejich náhrady normami novými

odpovědnost: MZ

spolupráce: MF, NKZP

termíny: průběžně v horizontu 10 let

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- zavedení DRG do praxe.

CÍL 18: PŘÍPRAVA ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

DO ROKU 2010 ZAJISTIT, ABY ODBORNÍCI VE ZDRAVOTNICTVÍ I ZAMĚSTNANCI DALŠÍCH ODVĚTVÍ ZÍSKALI ODPOVÍDAJÍCÍ VĚDOMOSTI, POSTOJE A DOVEDNOSTI K OCHRANĚ A ROZVOJI ZDRAVÍ

Vzdělávání všech pracovníků ve zdravotnictví je v ČR trvalým předmětem zájmu široké občanské veřejnosti. Do středu pozornosti se dostává především vzdělávání v oblasti ošetrovatelství s cílem přiblížit je systémům osvědčeným ve většině vyspělých zemí. Ale i lékařské fakulty a další vysoké školy hledají moderní formy výuky a modely studia, které by nejlépe odpovídaly budoucím potřebám vzdělání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a ostatních povolání pro zdravotnictví.

Dílčí úkol č. 18.1.

Vzdělání odborné zdravotnické veřejnosti odpovídající zásadám ZDRAVÍ 21

Současný stav :

Systém dalšího vzdělání lékařů a dalších zaměstnanců ve zdravotnictví stojí v ČR před velkými změnami souvisejícími mj. s projednáváním nového zákona o způsobilosti k výkonům zdravotnických povolání, který jeho principy přizpůsobuje platným zvyklostem ve vyspělých zemích. Připravovaný návrh se zabývá i otázkou celoživotního vzdělávání, ponechaného především v působnosti profesních komor a odborných společností.

Vzdělávání v oblasti HFA se projevuje v rámci odborné specializace veřejné zdravotnictví. Institucemi pověřenými organizací dalšího vzdělání ve zdravotnictví (IPVZ a IDVPZ) jsou pořádány k programu HFA vzdělávací akce přístupné všem zaměstnancům působícím ve zdravotnictví.

Ve výuce lékařů, sester a porodních asistentek i všech nezdravotnických povolání je kladen zvýšený důraz na otázky etiky a morálky a právního vědomí. Výzkumnými studii je podporováno sledování kouření u lékařů, studentů medicíny i sester a porodních asistentek. Publikované výsledky jsou diskutovány především z hlediska dopadu tohoto fenoménu na ostatní populaci a pacienty. Ve spolupráci MZ s profesními komorami jsou vypracovávány doporučené diagnostické a léčebné postupy, vycházející z nejnovějších poznatků lékařské vědy.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

18.1.1: Meziresortní spolupráce při úpravě postgraduálního zdravotnického vzdělávání, která by umožnila odborné zdravotnické vzdělávání srovnatelné s ostatními vyspělými zeměmi a akceptovatelné zvláště v zemích Evropské unie.

odpovědnost: MZ

spolupráce: MŠMT, MPSV

termíny: konečný termín úprav v souladu se vstupem ČR do Evropské unie

- 18.1.2: Úprava specializačního vzdělávání zdravotnických povolání v souladu se zásadami Evropské komise o volném pohybu osob a služeb se vzájemným uznáváním diplomů a odborných kvalifikací zdravotnických povolání
odpovědnost: MZ
spolupráce: IPVZ, IDVPZ, NKZP
termíny: kontrolní termíny průběžně jedenkrát ročně k 30. 6. každého roku
- 18.1.3: Implementace systematického postgraduálního vzdělávání lékařů ve farmakologii jako protiváha jednostranných informací komerčního charakteru
odpovědnost: MZ
spolupráce: SÚKL
termíny: 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- přijetí zákona o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání.

Dílčí úkol č. 18. 2.

Zavést systém plánování, který zajistí, aby počty a odborné složení zdravotnických pracovníků odpovídalo aktuálním i budoucím potřebám

Současný stav:

Aktuální i budoucí potřeby zdravotnického personálu jsou trvale systematicky sledovány jak z hlediska počtů, tak i z hlediska odborného složení. Gestorem dobře vedené evidence v resortu zdravotnictví v ČR je MZ. Počty lékařů-specialistů pro jednotlivé obory sleduje soustavně ÚZIS, a to včetně věkové struktury odborných lékařů působících v jednotlivých oborech. IPVZ a IDVPZ vykazují počty nových absolventů specializačních zkoušek (atestací) v příslušných oborech lékařů, zubních lékařů a farmaceutů.

Počty lékařů v ČR jsou diskutovány ve vztahu k aktuálním počtům studentů lékařských fakult, popřípadě i počtu těchto fakult. Poslední rozbor nasvědčují, že zejména ve vztahu k věkové struktuře dnes činných lékařů odpovídají aktuální počty studentů budoucím potřebám lékařů. Naopak počty studujících zubní lékařství bude třeba z výše uvedených důvodů zvyšovat. I počty sester a porodních asistentek v ČR jsou diskutovány ve vztahu k aktuálním počtům studentů. Aktuální potřeba zdravotních sester a nižších zdravotnických pracovníků je již nyní zčásti kryta občany přicházejícími ze zahraničí. Lze předpokládat, že tento trend bude i v příštích letech pokračovat.

Statistické údaje o lékařích působících v jednotlivých oborech má k dispozici rovněž Česká lékařská komora na základě evidence a povinného členství lékařek a lékařů v této stavovské organizaci, jejíž činnost byla v ČR znovuoobnovena v roce 1991. Podobnou evidenci má o svých členech Česká stomatologická komora a Česká lékárnická komora.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 18.2.1: Vypracovat a navrhnout systém ukazatelů, který by umožnil soustředit informace i o dalších zdravotnických povoláních (v první řadě v oblasti ošetrovatelství) a v systému integrované sociálně zdravotní péče

odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, ÚZIS, IPVZ, IDVPZ
termíny: 2004

18.2.2: Uvést systém ukazatelů do funkčního praktického užívání
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, ÚZIS, IPVZ, IDVPZ
termíny: 2009

18.2.3: Soustavně sledovat počty a odborné složení zdravotnického personálu
odpovědnost: ÚZIS
spolupráce: MPSV, IPVZ, IDVPZ
termíny: kontrola 2 x ročně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- zaměstnanost zdravotnických pracovníků podle evidence na Úřadech práce a MPSV,
- přehledy zaměstnanosti počtu specialistů a nově získaných specializací,

Dílčí úkol č. 18. 3.

Vytvořit systém adekvátní odborné přípravy v oblasti veřejného zdravotnictví se zaměřením na řízení a řešení praktických problémů v České republice

Současný stav:

Příprava odborníků pro práci v oblasti veřejného zdravotnictví prošla v předchozích letech významnými změnami. Na většině lékařských fakult byly nově ustaveny ústavy veřejného zdravotnictví, které jsou základnami pro výuku mediků v této oblasti. Pro vzdělávání ve veřejném zdravotnictví v rámci postgraduálního vzdělání je Škola veřejného zdravotnictví v IPVZ. Počty absolventů této školy vykazují mimořádný vzestup a představují procentuálně největší nárůst specialistů ze všech specializačních oborů v dalším vzdělávání.

Obsah výuky je průběžně konzultován předními odborníky v oboru u nás i v zahraničí. Materiály SZO, nyní zejména HFA, představují významnou součást vzdělávání.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

18.3.1: Sledovat vývoj vzdělání v oblasti veřejného zdravotnictví
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŠMT, Technické centrum Akademie věd ČR, Škola veřejného zdravotnictví IPVZ v Praze, IZPE, odborná Společnost veřejného zdravotnictví ČLS JEP
termíny: hodnocení 1 x ročně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počty odborných lékařů ve veřejném zdravotnictví.

Dílčí úkol č. 18. 4.

Vzdělávání odborníků z jiných odvětví obsahující základní zásady politiky ZDRAVÍ 21 a speciálně vědomosti o vlivu jejich práce na zdravotní determinanty a metodách jejich ovlivňování

Současný stav:

Systém specializačního vzdělávání ve zdravotnictví zahrnuje v ČR i pracovníky nezdravotnických profesí. Čelní odborníci z jiných odvětví tak získávají specializaci i v oblasti veřejného zdravotnictví. Zájem o vzdělání v tomto oboru je značný a přesahuje zájem v ostatních oborech. Zvláštní pozornost je věnována problematice ochrany před ionizujícím zářením.

Široké spektrum odborníků nezdravotnických profesí působících ve zdravotnictví se vzdělává především v rámci akcí Školy veřejného zdravotnictví IPVZ v Praze.

Materiály SZO, zejména HFA, jsou významnou součástí vzdělávacích programů. Představují tak vhodné podklady pro rozšíření vzdělávacích aktivit, včetně podkladů k samostatnému celoživotnímu vzdělávání a podkladů ke srovnatelným znalostem implementovaným v celoživotním systému vzdělávání v rámci zemí Evropské unie.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

18.4.1: Meziresortní návrh principů spolupráce na koordinaci vzdělávacích programů odborností, které lze uplatnit ve zdravotnictví

odpovědnost: MZ

spolupráce: MŠMT, MPSV, MZe, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče, Česká vědeckotechnická společnost, SÚJB, IPVZ, IDVPZ, ČLS JEP

termíny: Kontrolní termíny jedenkrát ročně v rámci výročních konferencí České vědeckotechnické společnosti.

18.4.2: Stanovit podíl vzdělávacích programů různých resortů na společném meziresortním zajištění vzdělávání nezdravotnických odborníků

odpovědnost: MZ

spolupráce: MŠMT, MPSV, MPO, MO, MZe, Rada pro vzdělávání a VR MZ, Česká vědeckotechnická společnost, ČLS JEP

termíny: Kontrolní termíny jedenkrát ročně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- vydání vyhlášky k zákonu o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání.
- přehled programů vzdělávání pracovníků (např. v sociálních službách)

CÍL 19: VÝZKUM A ZNALOSTI V ZÁJMU ZDRAVÍ

DO ROKU 2005 ZAVÉST TAKOVÝ ZDRAVOTNÍ VÝZKUM A INFORMAČNÍ I KOMUNIKAČNÍ SYSTÉM, KTERÝ UMOŽNÍ VYUŽÍVAT A PŘEDÁVAT ZNALOSTI VEDOUcí K POSILOVÁNÍ A ROZVOJI ZDRAVÍ VŠECH LIDÍ

V ČR existuje stabilizovaný systém institucionalizovaného a orientovaného zdravotnického výzkumu, jehož garantem je Interní grantová agentura MZ. Zaměření výzkumu je dáno dlouhodobými cíli a prioritami, schválenými VR IGA a VR MZ. Vedle toho se na výzkumu podílí GA ČR a stále víc také mezinárodní grantové agentury, zejména evropský 4. a 5. rámcový plán VaV. Nově se zpracovává pro časový horizont 2020 plán OVaV, kde je z hlediska ZDRAVÍ 21 důležité akcentovat oblast kvality života.

Vzdělanost obyvatel v ČR je vysoká, na úseku výchovy ke zdraví však je stále řada rezerv. Veřejnost je mnohdy ovlivňována informacemi, které nemají vědecký základ. Znalosti v zájmu zdraví je třeba stále zvyšovat.

Dílčí úkol č. 19. 1.

Politiku výzkumu orientovat na priority dlouhodobé politiky zdraví pro všechny

Současný stav:

Politika výzkumu v oblasti zdravotnictví v ČR odpovídá základním podkladům HFA.

Kompetenčním zákonem je určeno, že zdravotnický výzkum spadá do působnosti resortu zdravotnictví. V současné době je členěn do 12 programů, které korespondují s prioritami stanovenými WHO (kardiovaskulární výzkum, nádorová onemocnění, genetika a reprodukce, zdraví a prostředí, zdravotní systémy a informatika, imunologie, mikrobiologie a infekční choroby, pediatrie aj.).

V rámci každého programu jsou vytyčena prioritní témata pro příslušné oblasti výzkumu. Na jejich koncipování se účastní přední specialisté doporučení odbornými společnostmi ČLS JEP, špičkovými pracovišti v oboru, lékařskými fakultami apod. Celá posuzovací činnost týkající se přihlášek o grant, hodnocení průběžných a závěrečných zpráv za řešení projektů atd. je v plném souladu s doporučeními EMRC, která byla formulována na semináři EMRC v Praze v roce 1998 a představitelé IGA MZ se na nich autorsky podíleli.

Lze konstatovat, že řízení zdravotnického výzkumu v rámci gesce Ministerstvem zdravotnictví se osvědčilo. Jde jednak o výzkum institucionální a orientovaný a podporu výzkumu industriálního. Na těchto základech lze doporučit, aby zdravotnický výzkum byl v resortu zdravotnictví ponechán.

Návrh ponechat zdravotnický výzkum v gesci resortu nemění nic na faktu, že v souladu s rozhodnutím vlády ČR je v současnosti koncipována MŠMT ve spolupráci s Radou vlády ČR pro výzkum a vývoj Národní politika výzkumu a vývoje v ČR, jejíž součástí je rovněž návrh programu výzkumu a vývoje ve zdravotnictví. I tento materiál, který je zatím projednáván, je koncipován v návaznosti na doporučení WHO, 6. Rámcový program Evropské unie a na další mezinárodně významné materiály.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 19.1.1: Politiku orientovaného výzkumu a vědy ve zdravotnictví zaměřit na kvalitu života
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŠMT, MZe, ČAV, VR IGA MZ, VR MZ, Technologické centrum AV
termíny: kontrolní termín 1 x ročně
- 19.1.2: Politiku zdravotnického výzkumu organizací přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví zaměřit na aktuální problémy českého zdravotnictví
odpovědnost: MZ
spolupráce: IZPE, VR MZ, VR IGA MZ, Technologické centrum AV
termíny: kontrolní termín 1 x ročně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počty schválených grantů a hodnocení závěrečných zpráv.

Dílčí úkol č. 19. 2.

Vytvořit mechanismy umožňující poskytovat a rozvíjet zdravotní služby na základě vědeckých poznatků

Současný stav:

V ČR je vžitý a tradicí vyzkoušený systém vzdělávání všech povolání potřebných k zajištění zdravotních služeb. Je organizovaný a kontrolovaný IPVZ v Praze a IDVPZ v Brně pod přímou kontrolou a rozhodování Ministerstva zdravotnictví. Vědecké bádání a uplatnění jeho nejnovějších výsledků ve vzdělávání odborníků všech zdravotnických povolání na základě medicíny založené na důkazech je zajištěno přímou spoluprací s odbornými vědeckými společnostmi v čele s ČLS JEP, profesními komorami a s vysokými školami. Podílejí se na akreditaci vzdělávacích pracovišť i na hodnocení znalostí při specializačních zkouškách (atestacích). Je tak zajištěna zpětná vazba informací o znalostech školitelům.

K rozšiřování vědeckých poznatků k rozvoji zdravotních služeb přispívají sami řešitelé výzkumných projektů, jejich pracoviště, instituce organizující výzkum i ministerstvo a jeho poradní orgány. Řešitelé výzkumných projektů předkládají poznatky výzkumů veřejnosti a napomohli tak využití svých výsledků při poskytování zdravotní péče v dalších zdravotnických zařízeních. Podmínkou pozitivního hodnocení řešení výzkumných prací v rámci zdravotnického výzkumu je publikování jejich výsledků.

Orgány IGA MZ pravidelně jednou ročně hodnotí dosažené průběžné výsledky z řešení výzkumných projektů, které MZ finančně podporuje, a také výsledky ukončených projektů, jejichž řešitelé předkládají závěrečné zprávy. O nejvýznamnějších výsledcích dosažených při řešení výzkumných projektů je informováno vedení ministerstva a nejlepší z nich jsou oceněny výroční cenou ministra zdravotnictví. Všechny závěrečné zprávy řešení výzkumných projektů IGA MZ jsou ze zákona shromažďovány a uchovávány, a to v Národní lékařské knihovně, kde tak jsou výsledky výzkumu trvale zpřístupněny.

Tento zavedený systém je obecně akceptovaný a v nejširší občanské veřejnosti známý a přijímaný. K jeho rozšíření instalovalo Ministerstvo zdravotnictví Institut pro zdravotnickou politiku a ekonomiku, jehož jedním z úkolů je právě činnost v uvedené oblasti. V jeho dalším rozvíjení je nezbytné co nejširší využívání dostupných informačních systémů.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

19.2.1: Vypracovat systém spolupráce Ministerstva zdravotnictví s IPVZ, IDVPZ, vysokými školami, komorami a odbornými společnostmi k aplikaci nových vědeckých poznatků do vzdělávání ve zdravotnictví.

odpovědnost: MZ

spolupráce: MŠMT, IPVZ, IDVPZ, IZPE, VR MZ, Rada pro vzdělávání MZ, ČLÉK, ČSK

termíny: kontrola bude dána s datem platnosti prováděcích vyhlášek k návrhu zákona o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání

19.2.2: Zavést systém celoživotního vzdělávání ve zdravotnictví

odpovědnost: MZ

spolupráce: MŠMT, IPVZ, IDVPZ, ČLÉK, ČSK, NKZP

termíny: projednání Radou pro vzdělávání MZ

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- přehled žádostí o finanční podporu výzkumu a zhodnocení přínosu jejich řešení (ceny ministra).

Dílčí úkol č. 19. 3.

Užitečnost a dostupnost informací o zdraví pro politiky, manažery, odborníky ze zdravotnictví i pro širokou veřejnost

Současný stav:

Všechny řešené výzkumné projekty a výzkumné záměry jsou pravidelně zveřejňovány a postupovány do centrální evidence projektů a záměrů, spravovaných Radou vlády ČR pro výzkum a vývoj. Rovněž výsledky výzkumu jsou zpracovávány pro Centrální evidenci výsledků výzkumu (CEV), spravovanou rovněž výše uvedeným poradním orgánem vlády a zpřístupňované podobně jako projekty a záměry v internetové síti pro všechny zájemce.

Vedle těchto aktivit vyplývajících ze zákona o výzkumu a vývoji jsou o výzkumu podporovaném Ministerstvem zdravotnictví zveřejňovány pravidelně podrobné zprávy především v Časopise lékařů českých a příležitostně i v dalších odborných časopisech. K 10 letům činnosti IGA byla zpracována publikace shrnující působení za toto období, která byla dána k dispozici jak odborné veřejnosti, tak např. členům vlády.

Národní zdravotnický informační systém (NZIS) je legislativně zakotven. Odpovědnou institucí za provoz NZIS je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). Obsah NZIS je definován ve spolupráci s MZ, odbornými společnostmi, výzkumnými a vzdělávacími institucemi, tak aby pokrýval potřeby většiny uživatelů včetně požadavků

vyplývající z našeho členství v mezinárodních organizacích (WHO, OECD, přidružení k EU apod.). NZIS má velmi slušnou úroveň, ale přesto je stále co zlepšovat.

Vědecko-lékařské informace zpracované ÚZIS, IZPE aj. jsou trvale k dispozici prostřednictvím Národní lékařské knihovny. K jejich urychlené aplikaci je vhodné využívat více telematiky ve veřejném zdravotnictví. Pro potřeby individuální péče o pacienta je třeba větší podpory informačním sítím vznikajícím v českém zdravotnictví. Příkladem mohou sloužit klinické konference s přenosem obrazových dat založených na jejich digitálním zpracování a archivaci například v oblasti radiologie, endoskopické chirurgie aj. (IKEM, FN Bohunice).

Česká republika se připojila na summitu Evropské unie ve švédském Göteborgu v červnu 2001 k Akčnímu plánu eEurope+ 2003, společnému politickému závazku kandidátských zemí střední a východní Evropy, jehož cílem je využít příležitostí spojených s rozvojem nové, digitální a znalostní ekonomiky k realizaci informační společnosti. Jednou z priorit eEurope+ 2003 je i rozvoj zdravotnictví on-line. Koordinací implementace Akčního plánu eEurope+ 2003 byl pověřen Úřad pro veřejné informační systémy.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 19.3.1: Zlepšovat obsah a kvalitu sbíraných dat v rámci NZIS
odpovědnost: MZ
spolupráce: ÚZIS, poskytovatelé a plátcí zdravotní péče, odborné společnosti ČLS JEP, vládní a nevládní organizace
termíny: průběžně
- 19.3.2: Poskytovat potřebné, věrohodné a kvalitní informace včas všem uživatelům včetně široké veřejnosti pomocí dostupných prostředků a forem (aktuální informace, publikace, přehledy a to jak v papírové podobě, tak i elektronicky)
odpovědnost: MZ
spolupráce: ÚZIS
termíny: průběžně
- 19.3.3: Rozšiřovat nejdůležitější výsledky výzkumu a vývoje ve zdravotnictví
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŠMT, MDS, VR MZ, VR IGA MZ, Rada pro vzdělávání MZ, Technologické centrum AV, IZPE
termíny: kontroly průběžně jedenkrát ročně v rámci odborných vědeckých společností
- 19.3.4: Informovat o zdravotním stavu obyvatelstva a hlavních vývojových trendech
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŽP, IZPE, SZÚ, ÚZIS
termíny: kontroly průběžně jedenkrát ročně
- 19.3.5: Zpřístupnit výsledky výzkumu a vývoje na webových stránkách MZ, v časopisech, publikacích i speciálních monografiích
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŽP, Národní lékařská knihovna
termíny: kontrola průběžně jedenkrát ročně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- zřízení webových stránek MZ o výsledcích výzkumu a vývoje.
- procento odborníků ve zdravotnictví, kteří mají přístup na Internet
- využití různých kategorií informačního obsahu webu zdravotnickými odborníky

Dílčí úkol č. 19. 4.

Opatření k vytvoření politiky v oblasti komunikace a přípravy zdravotních programů, které podpoří program Zdraví pro všechny a usnadní přístup k informacím

Současný stav:

MZ spolupracuje s představiteli státní správy na vytvoření národní politiky výzkumu a vývoje. Nezbytnou součástí této přípravy je vytvoření informační sítě, která umožní nejen kontrolu nákladů a získaných výsledků, ale zpětně povede k informačnímu stimulu dalšího vývoje. Telematika, která v českém zdravotnictví již nabývá konkrétních forem každodenní potřeby, bude vyžadovat rozsáhlý systém soustavné přípravy, odborného procvičování a systému celoživotně probíhajícího vzdělávání.

MZ přispěje k harmonizaci plánů aktivitou na poli legislativních úprav postgraduálního vzdělávání a připraví půdu pro vznik jednotného systému komunikace při tvorbě a plnění zdravotních programů.

Zajištění přístupu nejširší občanské veřejnosti k informacím o funkci zdravotního systému v ČR podpoří záměr projednávané strategie Zdraví pro všechny.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 19.4.1: Zajistit kooperaci při tvorbě Národního programu výzkumu a vývoje
odpovědnost: Rada vlády pro výzkum a vývoj
spolupráce: Technologické centrum AV, MZ, MŠMT, MZe, MPSV, MŽP, Akademie věd, Národní lékařská knihovna, IZPE
termíny: Kontrola průběžně jedenkrát ročně
- 19.4.2: Dohoda o mezinárodním uznávání úrovně vzdělávání a platnosti dokladů k výkonu zdravotnických povolání
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŠMT, MPSV, IPVZ, IDVPZ
termíny: 2010

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- vydání publikace Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - ZDRAVÍ 21.

CÍL 20: MOBILIZACE PARTNERŮ PRO ZDRAVÍ

DO ROKU 2005 ZAPOJIT DO NAPLŇOVÁNÍ STRATEGIE ZDRAVÍ 21 OBČANY, JEJICH ORGANIZACE, VEŘEJNÝ I SOUKROMÝ SEKTOR.

Na determinanty zdraví, tj. vlivy, které ho určují, působí mnoho účastníků, kteří zatím nebývají vždy pokládáni za partnery usilující o zdravotní pokrok. Je proto potřeba překonat omezený sektorový přístup a jednostrannou orientaci na úzce resortní cíle.

Program ZDRAVÍ 21 se týká všech členů společnosti, kteří mohou přispět k jeho zlepšování jako jednotlivci nebo svojí profesionální činností. Nejdůležitějším účastníkem aktivit pro zdraví je vláda. Jejím posláním je vytvářet osnovu cílů péče o zdraví a pravidel, která vymezují prostor ostatním partnerům a vytvářejí jim co nejlepší podmínky pro aktivitu a uplatnění zájmu o zdraví. Důležitou roli má Rada pro zdraví a životní prostředí jakožto poradní a pracovní orgán vlády. Významnou pomoc mohou ostatním poskytnout činitelé působící v infrastruktuře veřejného zdravotnictví.

Zvláštní důležitost mají iniciativní hnutí občanů nebo profesionálů jako je Zdravé město, Zdravá škola, nebo Bezpečná komunita, Stop obezitě, CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Intervention Disases program), EMASH – Evropské hnutí lékařů Kouření nebo zdraví, Klub českých turistů, Nadace partnerství - Greenways, aj.

Dílčí úkol č. 20. 1.

Zdůrazňovat význam zdraví a hodnotu zdraví a účast všech resortů na sdílení společných cílů

Současný stav

Práce resortů je dosud zaměřena především na vlastní, oficiálně stanovené kompetence a zdraví obyvatelstva není průřezovým zájmem, ačkoli jde o období jiného uznávaného kritéria úspěšnosti, jakým je životní úroveň. Zdraví by však k základním cílům činnosti všech resortů mělo patřit.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 20.1.1: Uspořádat pracovní setkání zástupců resortů k projednání způsobů a metod rozpracování programu ZDRAVÍ 21
odpovědnost: MZ
spolupráce: všechny resorty, Rada pro zdraví a životní prostředí
termíny: leden 2003
- 20.1.2: Informovat vládu ČR o postupu plnění úkolů vyplývajících z programu ZDRAVÍ 21
odpovědnost: MZ
spolupráce: všechny resorty, Rada pro zdraví a životní prostředí
termíny: 1 x ročně, první zprávu předložit do 30. 9. 2004

- 20.1.3: Předložit ministru zdravotnictví konkrétní realizační postupy k plnění dílčích úkolů a aktivit, včetně informace o požadavcích, které resorty uplatnily ke splnění programu ZDRAVÍ 21 do návrhu státního rozpočtu a legislativního plánu vlády na rok 2004
odpovědnost: všechny resorty
spolupráce: MZ
termíny: 30. 6. 2003
- 20.1.4: Předložit ministru zdravotnictví každoročně zprávu o plnění dílčích úkolů a aktivit vyplývajících z programu ZDRAVÍ 21 za předešlý rok
odpovědnost: všechny resorty
spolupráce: MZ
termíny: každý rok do 30. 6., první zprávu do 30. 6. 2004
- 20.1.5: Rozvíjet činnost Rady pro zdraví a životní prostředí se zaměřením na koordinaci úkolů souvisejících s ochranou a podporou zdraví
odpovědnost: MZ a Rada pro zdraví a životní prostředí
spolupráce: resorty zastoupené v Radě zdraví a životního prostředí
termíny: průběžně
- 20.1.6: Nadále informovat vládu o plnění Akčního plánu zdraví a prostředí
odpovědnost: MZ a Rada pro zdraví a životní prostředí
spolupráce: resorty zastoupené v Radě zdraví a životního prostředí
termíny: 1 x ročně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet společných aktivit zaměřených na ochranu a podporu zdraví koordinovaných Radou pro zdraví a životní prostředí v běžném roce.

Dílčí úkol č. 20. 2.

Rozvíjet stávající a vytvářet nové institucionální podmínky pro rozvoj spolupráce pro zdraví

Současný stav:

Dobře se uplatňuje Akční plán životního prostředí a zdraví řízený Radou vlády pro zdraví a životní prostředí, v níž jsou zastoupeny hlavní resorty. Novelizovaný statut Rady byl schválen usnesením vlády č. 36/2002. Podle článku č. 6 statutu bude zřízen Výbor ZDRAVÍ 21 Rady, který bude tento specifický rozsáhlý a dlouhodobý program průběžně sledovat a předkládat Radě návrhy a stanoviska k řízení, koordinaci a kontrole úkolů vyplývajících z uvedeného programu. Na rozdíl od pracovní skupiny Rady, která je tvořena pracovníky ministerstev zastoupených v Radě, budou členy Výboru především externí spolupracovníci – odborníci navrženými příslušnými resorty, zástupci odborných společností, krajů, nevládních organizací apod.

Zájem o zdraví v životě všech složek společnosti však musí být podstatně vyšší než dosud a musí se na něm podílet víc partnerů. Novou složkou v péči o zdraví jsou v ČR kraje, jejich orgány a zastupitelstva.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 20.2.1: Ustavit Výbor pro program ZDRAVÍ 21 Rady pro zdraví a životní prostředí
odpovědnost: MZ a předseda Rady pro zdraví a životní prostředí
spolupráce: resorty zastoupené v Radě
termíny: 2002
- 20.2.2: Přizvat nevládní organizace a další instituce ke spolupráci při zajišťování ZDRAVÍ 21
odpovědnost: Výbor pro program ZDRAVÍ 21, ustavený podle bodu 20.2.1
termíny: 2003
- 20.2.3: Spolupracovat s partnery při realizaci ZDRAVÍ 21
doporučeno krajským hejtmanům
spolupráce: MZ, HS
termíny: 2003
- 20.2.4: Uložit ředitelům krajských hygienických stanic spolupodílet se na tvorbě
uskutečňování krajské zdravotní politiky - ZDRAVÍ 21
odpovědnost: MZ
termíny: 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- zřízení Výboru pro ZDRAVÍ 21 Rady pro zdraví a životní prostředí,
- počet krajů, které zajistily trvalou spolupráci partnerů při realizaci ZDRAVÍ 21.

CÍL 21: OPATŘENÍ A POSTUPY SMĚŘUJÍCÍ KE ZDRAVÍ PRO VŠECHNY

DO ROKU 2010 PŘIJMOUT A ZAVÉST POSTUPY SMĚŘUJÍCÍ K REALIZACI ZDRAVÍ 21, A TO NA CELOSTÁTNÍ, KRAJSKÉ A MÍSTNÍ ÚROVNI, KTERÉ BUDOU PODPOROVÁNY VHODNOU INSTITUCIONÁLNÍ INFRASTRUKTUROU, ŘÍZENÍM A NOVÝMI METODAMI VEDENÍ

Pro složitý, politicky, odborně i organizačně náročný cíl - trvale zlepšovat všechny ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva - je třeba vytvořit systémové podmínky. Ty musí především zvýšit zájem všech složek společnosti o zdraví a vytvořit cesty, kterými se tento zájem realizuje buď obligatorně na úrovni státní správy nebo iniciativně v nestátním sektoru.

Stejně důležité je motivovat a inspirovat všechny partnery k zájmu o zdraví a poskytnout jim metody práce a monitorovat plnění cílů.

Dílčí úkol č. 21. 1.

Motivovat kraje, obce a organizace k uskutečňování cílů ZDRAVÍ 21

Současný stav:

V roce 2001 se uskutečnil první krok reformy státní správy - vznik krajů, krajských úřadů a krajských zastupitelstev. V roce 2002 budou zrušeny okresy a okresní úřady a jejich kompetence se posunou zčásti na kraje, zčásti na pověřené obce. Nové celky, především kraje, nemají dosud vlastní dokument o strategii dlouhodobého rozvoje péče o zdraví. Dobrým základem této důležité práce je program ZDRAVÍ 21.

Aktivita ke splnění dílčího úkolu:

- 21.1.1: Poskytnout představitelům krajů komentované vládní usnesení k programu ZDRAVÍ 21 a motivovat je ke spolupráci a rozpracování pro podmínky kraje
odpovědnost: MZ
spolupráce se doporučuje krajským hejtmanům
termíny: 2002
- 21.1.2: Uspořádat informační a propagační kampaň k podpoře ZDRAVÍ 21 a průběžně věnovat pozornost seriózní medializaci programu a příslušných cílů a úkolů
odpovědnost: Rada pro zdraví a životní prostředí
spolupráce: MZ, Rada pro rozhlasové a televizní vysílání, územně samosprávné celky
termíny: 2003 a průběžně
- 21.1.3: Zorganizovat pro představitele krajů seminář k práci na zdravotní politice kraje - ZDRAVÍ 21
odpovědnost: MZ
spolupráce se doporučuje krajským hejtmanům
termíny: 2003

- 21.1.4: Vypracovat krajský program ZDRAVÍ 21 jako dlouhodobou strategii rozvoje péče o zdraví, včetně způsobu trvalého monitorování jeho realizace doporučeno krajským hejtmanům
spolupráce: MZ
termíny: 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet krajských programů ZDRAVÍ 21.

Dílčí úkol č. 21. 2.

Přijmout a zavádět metody, které by umožnily a usnadnily práci na tvorbě, realizaci a hodnocení programů péče o zdraví, a pověřit nebo vytvořit pro to institucionální základ

Současný stav:

V ČR se v 90. letech vytvořila dobrá teoretická i empirická základna pro programy ochrany a podpory zdraví. Deset let se v ČR realizuje Národní program zdraví podporující odborně a materiálně dobrovolné aktivity komunit a organizací zaměřené na podporu zdraví a prevenci nemocí. Národní program zdraví se zahrnuje do aktivit k realizaci programu ZDRAVÍ 21 s tím, že v oblasti projektů podpory zdraví je nutné jejich zabezpečení, zvyšování jejich úrovně a materiální podpory. Proto je nutné specifický ukazatel státního rozpočtu „Národní program zdraví“ zatím zachovat. Pozitivní zkušenosti také přináší hnutí Zdravé město a Zdravá škola. V ČR tedy existuje dobrý základ pro programy péče o zdraví.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 21.2.1: Nadále zabezpečovat realizaci projektů podpory zdraví, zvyšovat jejich úroveň a materiální podporu
odpovědnost: MZ
spolupráce: SZÚ, HS, Rada pro zdraví a životní prostředí, územní samosprávné celky
termíny: průběžně
- 21.2.2: Zdokonalit metody hodnocení efektivity programů péče o zdraví
odpovědnost: MZ
spolupráce: SZÚ
termíny: 2004
- 21.2.3: Vytvořit pro práce spojené s řízením ZDRAVÍ 21 na MZ a v SZÚ nezbytné personální vybavení
odpovědnost: MZ
spolupráce: SZÚ
termíny: 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- prostředky pro realizaci Národního programu zdraví ve státním rozpočtu.

Dílčí úkol č. 21. 3.

Připravit a zavést přiměřené metody spočívající na hodnotách programu ZDRAVÍ 21 a průběžně sledovat i pravidelně hodnotit plnění krátkodobých, střednědobých i dlouhodobých organizačních záměrů, cílů a priorit prostřednictvím schválených ukazatelů

Současný stav:

Národní zdravotnický informační systém (NZIS) obsahuje již v současné době řadu ukazatelů, pomocí kterých je možné hodnotit plnění úkolů Národního programu ZDRAVÍ 21. Další ukazatele budou navrženy řešitelskými týmy pro jednotlivé dílčí úkoly.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

21.3.1: Shromáždit a vyhodnotit požadavky jednotlivých řešitelských týmů na NZIS a ve spolupráci s koordinátory jednotlivých cílů a gestory dílčích úkolů připravit metodiku sběru a zpracování dat pro výpočty ukazatelů navržených pro monitorování konkrétního úkolu

odpovědnost: MZ

spolupráce: ÚZIS, odborné společnosti ČLS JEP

termíny: do konce března 2003

21.3.2: Pravidelně zpracovávat navržené ukazatele pro monitorování programu ZDRAVÍ 21 a poskytovat je všem uživatelům pro hodnocení plnění jednotlivých cílů a dílčích úkolů

odpovědnost: ÚZIS

spolupráce: MZ, ČSÚ, ostatní resorty poskytující informace do NZIS

termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- vydání přehledu ukazatelů k monitorování dílčích úkolů.

Přehled použitých zkratk	
ADP ČR	Asociace domácí péče
AT	Protialkoholová poradna
AV	Akademie věd
BSE	Bovinní spongiformní encephalopatie
CEV	Centrální evidence výsledků výzkumu
CPL	Centrum praktických lékařů
ČBÚ	Český báňský úřad
ČEÚ	Český ekologický ústav
ČGPS	Česká gynekologická a porodnická společnost
ČHMÚ	Český hydrometeorologický ústav
ČIŽP	Česká inspekce životního prostředí
ČLÉK	Česká lékárnická komora
ČSK	Česká stomatologická komora
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČNÚ	Časná novorozenecká úmrtnost
ČOI	Česká obchodní inspekce
ČPS	Česká pediatrická společnost
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
ČŠI	Česká školní inspekce
ČÚBP	Český úřad bezpečnosti práce
ČZPI	Česká zemědělská a potravinářská inspekce (od 1.1.2003 Státní zemědělská a potravinářská inspekce)
DRG	Systém financování ve zdravotnictví DRG platbou
EIA	Environmental Health Assessment
EMASH	Evropské hnutí lékařů Kouření nebo zdraví
EMRC	European Medical Research Council
EPIDAT	Informační systém infekčních nemocí
EU	Evropská unie
FN	Fakultní nemocnice
GA ČR	Grantová agentura
GP-HESME	Dokument Za dobrou praxi v řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci v podnicích a jiných institucích

HACCP	Hazard acceptable critical control point
HALE	Health Adjusted Life Expectancy
HDP	Hrubý domácí produkt
HFA	Zdraví pro všechny
HS	Hygienické stanice
IDVPZ	Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
IZPE	Institut pro zdravotní politiku a ekonomiku
KPE	Zkažený, chybějící nebo zaplombovaný zub
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
LEHAP	Lokální plány zdraví a životního prostředí
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MŠ	Mateřská školka
MDS	Ministerstvo dopravy a spojů
MF	Ministerstvo financí
MK	Ministerstvo kultury
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MO	Ministerstvo obrany
MPO	Ministerstvo průmyslu a obchodu
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MS	Ministerstvo spravedlnosti
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MZe	Ministerstvo zemědělství
MŽP	Ministerstvo životního prostředí
VVZ	Věda a výzkum ve zdravotnictví
MZSO	Monitoring zdravotního stavu obyvatelstva
NAPZ	Národní akční plán politiky zaměstnanosti
NCDP ČR	Národní centrum domácí péče
NKZP	Národní koalice zdravotnických pracovníků
NPH	Nízká porodní hmotnost
NRL	Národní referenční laboratoř
NSZM ČR	Národní síť zdravých měst
OECD	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj

OSN	Organizace spojených národů
OSPDL	Odborná společnost praktických dětských lékařů
PL	Psychiatrická léčebna
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
PÚ	Perinatální úmrtnost
QoL	Quality of Life - kvalita života
RVP/ZŠ, RRV/MŠ	Rámcové vzdělávací programy
SPL ČR	Sdružení praktických lékařů pro dospělé
SPLDD	Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
STD	Sexual transmitted diseases - sexuálně přenosné nemoci
SÚJB	Státní úřad pro jadernou bezpečnost
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SVL ČLS JEP	Společnost všeobecného lékařství
SVS	Státní veterinární správa
sy.CAN	Syndrom týraného dítěte
SZO	Světová zdravotnická organizace
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ŠPZ	Škola podporující zdraví
TOKS	Test na okultní krvácení do stolice
TRN	Tuberkulóza a respirační nemoci
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VaV	Věda a výzkum
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
VL	Všeobecné lékařství
VLA JEP	Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyně
VR IGA	Vědecká rada Interní grantové agentury
VR MZ	Vědecká rada MZ
VÚBP	Výzkumný ústav bezpečnosti práce
VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí
VV	Vrozené vady
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO; SZO	Světová zdravotnická organizace
WHO EURO	Regionální úřadovna WHO pro Evropu
ZP	Zdravotní pojišťovny
ZŠ	Základní škola

Obsah

Úvod	str.	1
Cíl 1	Solidarita ve zdraví v evropském regionu	5
	Do roku 2020 by se měl současný rozdíl ve zdravotním stavu mezi jednotlivými členskými státy evropského regionu snížit alespoň o jednu třetinu	
	Dílčí úkoly č. 1.1. - 1.2.	5
Cíl 2	Spravedlnost ve zdraví	7
	Do roku 2020 snížit zdravotní rozdíly mezi socioekonomickými skupinami nejméně o jednu čtvrtinu zlepšením úrovně deprivovaných populačních skupin	
	Dílčí úkoly č. 2.1. - 2.4.	7
Cíl 3	Zdravý start do života	12
	Do roku 2020 vytvořit podmínky, aby všechny narozené děti a děti předškolního věku měly lepší zdraví umožňující jim zdravý start do života	
	Dílčí úkoly č. 3.1. - 3.5.	13
Cíl 4	Zdraví mladých	20
	Vytvořit podmínky, aby do roku 2020 mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti	
	Dílčí úkoly č. 4.1. - 4.4.	20
Cíl 5	Zdravé stárnutí	25
	Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti	
	Dílčí úkoly č. 5.1. - 5.2.	25
Cíl 6	Zlepšení duševního zdraví	31
	Do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb	
	Dílčí úkoly č. 6.1. - 6.2.	31
Cíl 7	Prevence infekčních onemocnění	35
	Podstatně snížit nepříznivé důsledky infekčních nemocí prostřednictvím systematicky realizovaných programů na vymýcení, eliminaci nebo zvládnutí infekčních nemocí, které významně ovlivňují zdraví veřejnosti	
	Dílčí úkoly č. 7.1. - 7.5.	36
Cíl 8	Snížení výskytu neinfekčních nemocí	42
	Do roku 2020 by se na území celého evropského regionu měla snížit nemocnost, četnost zdravotních následků a předčasná úmrtnost v důsledku hlavních chronických nemocí na nejnížší možnou úroveň	

Dílčí úkoly č. 8.1 - 8.5	42
Cíl 9 Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy Do roku 2020 zajistit, aby počty zranění, postižení a úmrtí, která jsou důsledkem nehod a násilných činů trvale a výrazně poklesly	51
Dílčí úkoly č. 9. 1. - 9.3.	51
Cíl 10 Zdravé a bezpečné životní prostředí Do roku 2015 zajistit bezpečnější životní prostředí, v němž výskyt zdraví nebezpečných látek nebude přesahovat mezinárodně schválené normy	57
Dílčí úkoly č. 10.1. - 10.2.	57
Cíl 11 Zdravější životní styl Do roku 2015 by si lidé v celé společnosti měli osvojit zdravější životní styl	63
Dílčí úkoly č. 11. 1. - 11.2.	63
Cíl 12 Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem Do roku 2015 výrazně snížit nepříznivé důsledky návykových látek, jako je tabák, alkohol a psychoaktivní drogy	68
Dílčí úkoly č. 12.1. - 12.3.	68
Cíl 13 Zdravé místní životní podmínky Do roku 2015 by obyvatelé měli mít více příležitostí žít ve zdravých sociálních i ekonomických životních podmínkách doma, ve škole, na pracovišti i v místním společenství	76
Dílčí úkoly č. 13.1. - 13.6.	76
Cíl 14 Zdraví, důležité hledisko v činnosti všech resortů Do roku 2020 by si všechna odvětví měla uvědomit a přijmout svoji odpovědnost za zdraví	86
Dílčí úkoly č. 14.1. - 14.2.	86
Cíl 15 Integrovaný zdravotnický sektor Do roku 2010 zajistit lepší přístup k základní zdravotní péči, která je orientována na rodinu a na místní společenství a opírá se o flexibilní a vhodně reagující nemocniční systém	88
Dílčí úkoly č. 15.1. - 15.3.	88
Cíl 16 Řízení v zájmu kvality péče Do roku 2010 zajistit, aby řízení resortu zdravotnictví od zdravotních programů až po individuální péči o pacienta na klinické úrovni byla orientována na výsledek	95
Dílčí úkoly č. 16.1. - 16.3.	95
Cíl 17 Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů Do roku 2010 zajistit takový mechanismus financování a rozdělování zdrojů pro zdravotnictví, který bude spočívat na zásadách rovného přístupu, efektivity, solidarity a optimální kvality	100

Dílčí úkoly č. 17.1. - 17.2.3	100
Cíl 18 Příprava zdravotnických pracovníků	104
Do roku 2010 zajistit, aby odborníci ve zdravotnictví i zaměstnanci dalších odvětví získali odpovídající vědomosti, postoje a dovednosti k ochraně a rozvoji zdraví	
Dílčí úkoly č. 18.1. - 18.4	104
Cíl 19 Výzkum a znalosti v zájmu zdraví	108
Do roku 2005 zavést takový zdravotní výzkum a informační i komunikační systém, který umožní využívat a předávat znalosti vedoucí k posilování a rozvoji zdraví všech lidí	
Dílčí úkoly č. 19.1. - 19.4.	108
Cíl 20 Mobilizace partnerů pro zdraví	113
Do roku 2005 zapojit do naplňování strategie ZDRAVÍ 21 občany, jejich organizace, veřejný i soukromý sektor	
Dílčí úkoly č. 20.1. - 20.2.	113
Cíl 21 Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny	116
Do roku 2010 přijmout a zavést postupy směřující k realizaci ZDRAVÍ 21, a to na celostátní, krajské a místní úrovni, které budou podporovány vhodnou institucionální infrastrukturou, řízením a novými metodami vedení	
Dílčí úkoly č. 21.1. - 21.3.	116
Přehled použitých zkratk	119