

TEZE KONCEPCE A STRATEGIE HYGIENICKÉ SLUŽBY

představené Hlavním hygienikem ČR MUDr. Vladimírem Valentou, Ph.D. v říjnu 2012

Výchozí situace

- Dlouhodobá nestabilita institucionální, vědecké i výukové báze hygienické služby;
- Redukce kapacit a financování ochrany a podpory veřejného zdraví o téměř 50% během 10ti let;
- Chybí personální strategie, nutná generační obměna v potřebném spektru vzdělání;
- Chybí investiční strategie v celé oblasti primární prevence;
- Absence systematického hodnocení efektivity prevence a ochrany zdraví;
- Zákonem č. 115/2012 Sb. kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb. č. byla dokončena strukturální část transformace orgánů ochrany veřejného zdraví;
- Usnesením Senátu ČR č. 499 z 26.1.2012 Senát žádá Ministerstvo zdravotnictví o předložení koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví;
- Sekce hlavního hygienika MZ nenaplňuje dostatečně svou řídicí úlohu;
- Metanolová aféra a diskuse o rozříštění dozoru nad bezpečností potravin.

Strategie přístupu k řešení výchozí situace:

1. Realizace „Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví“ (dále jen „Koncepce“),
2. Realizace personálních a organizačních změn v sekci Hlavního hygienika MZ ČR;
3. Realizace systémových i operativních opatření v hygienické službě reagujících na zkušenosti z mimořádných situací. Zachování nutné integrity státního zdravotního dozoru nad všemi rozhodujícími determinantami zdraví.

Základní teze „Koncepce“ :

Ad 1

- **Řeší hygienickou službu jako nedílnou součást zdravotní péče** v žádoucí návaznosti na zdravotní služby a s vyváženými rolemi ochrany i podpory zdraví.
- **Vyjmenovává hlavní směry a priority prevence** celkově i v náplni hygienické služby.

- **Navrhuje změny v systému řízení a v organizaci prevence** od úrovně institucionální, resortní až po meziresortní a vytyčuje úlohu hygienické služby na centrální i regionální úrovni jako iniciátora a koordinátora preventivních aktivit (Národní rada pro zdraví, prevence nemocí a ochranu a podporu zdraví jako poradní orgán vlády, resortní pracovní skupiny pro prevenci nemocí, ochranu a podporu zdraví jako poradní orgán ministra, organizační útvar v rámci SZÚ pro operativní řízení, inventura strategických dokumentů, systematické vyhodnocování zdravotního stavu populace atd.).
- **Popisuje kroky k personální stabilizaci.** Stanovení nepodkročitelného minima odborných pracovníků, zpracování kariérního řádu, který by zajistil vysokou zdravotnickou úroveň ochrany a podpory veřejného zdraví. Porovnáním požadavků minima a kariérního řádu s reálnou situací a věkovou analýzou definuje společenskou objednávku pro lékařské a zdravotnické fakulty. Návrhy řešení (Popis pracovních pozic a kvalifikačních požadavků či Standard celoživotního vzdělávání) jsou nyní dokončovány v projektu „Nastavení efektivního systému vzdělávání zaměstnanců KHS“. Rozvíjet pregraduální vzdělávání zatraktivněním výuky hygieny a epidemiologie na lékařských fakultách zařazením praxe v terénu.
- **Stanovuje podmínky udržitelného financování** prevence a ochrany a podpory zdraví. Identifikace zdrojů a vyčíslení prostředků jdoucích do prevence celkem. Stanovení investiční strategie a alokace prostředků. Systematické hodnocení efektivity (cost-benefit analýza). Stanovení parametrů pro finanční udržitelnost podílem nákladů na hygienickou službu z celkových nákladů na zdravotnictví. Nastavením parametrů v relativní formě vyjadřuje provázanost hygienické služby se zdravotnictvím. Relativní parametry umožní lépe reagovat na vývoj prostředků jdoucích do zdravotnictví, vyjádří zaostávání tohoto segmentu zdravotnictví (2002: 1,32%, 2012: 0,46%). V posledních 10ti letech byla hygienická služba jediným segmentem zdravotní péče, kterému se snížil objem finanční dotace (téměř o 50%)
- **Definuje legislativní podporu.** Pro realizaci „Koncepte“ je nezbytné zajistit legislativní zakotvení. Toto předpokládá novelizaci již existujících norem, zejména novelizaci zákona o ochraně veřejného zdraví, který by měl více reflektovat komplexní šíři veřejného zdraví, popsat podrobněji úlohu státu, hygieniků i samosprávy v ochraně a podpoře zdraví, ve strategiích a politikách veřejného zdraví, jejich přijímání, realizaci i hodnocení, ve sledování a analýze zdravotního stavu a jeho determinant.
- **Navazuje na zdravotní politiku.** V souladu se zákonem i logikou věci je hygienická služba jako jeden z hlavních subjektů na poli ochrany a podpory veřejného zdraví povinna spolupracovat na zdravotní politice. V současné situaci to znamená spolupracovat na návrhu zdravotní politiky vycházející ze Zdraví 2020, respektovat programové dokumenty EU a využít zkušenosti demokratických evropských zemí.

Ad 2

- Organizačními změnami (instalací hlavních odborníků, efektivnějším zapojením Státního zdravotního ústavu, novým organizačním řádem), doplněním náplně o řízení lidských zdrojů a personální obměnou **naplnit metodickou a řídicí úlohu sekce**

Hlavního hygienika. Oslovit veřejnost a vysvětlit nové pojetí práce s lépe vyváženým podílem ochrany i podpory zdraví.

Ad 3

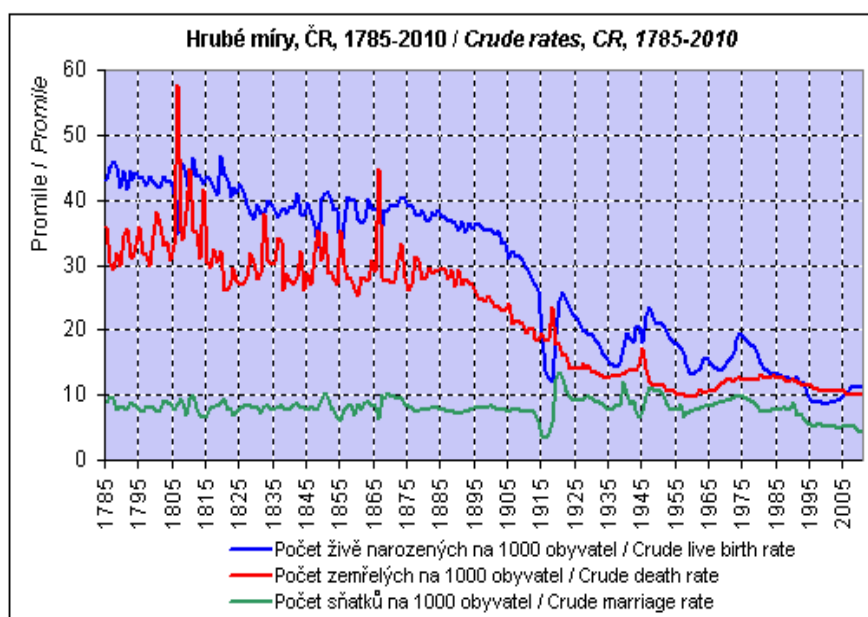
- **Vzhledem k převažujícím zájmům ochrany zdraví nad zájmem inspekce** (viz příloha) **řešit lepší zabezpečení potravin buď operativně provázaností informačních systémů dozorových orgánů** (např. při metanolové aféře fungovala velmi dobře na basi GIS bez dalších finančních nákladů) **či systémově přesunutím celého sektoru od úrovně „kontaktu potravin se spotřebitelem“ do gesce hygieny.**
- **Flexibilnější výkon státního zdravotního dozoru** tak, aby rychleji reagoval na výstupy z monitoringu a vyhodnocování zdravotního stavu a životních podmínek i na další podněty.

Shrnutí:

Po všech restrukturalizacích, optimalizacích a transformacích, kterými hygienická služba prošla v minulých letech, potřebujeme stabilizovat systém, řečeno stručně: Normálně pracovat.

EFEKTIVITA PRIMÁRNÍ PREVENCE NEMOCÍ

vybrané příklady



Graf ukazuje dlouhodobý pokles celkové úmrtnosti.

Podíl infekcí na úmrtnosti se během 20. století snížil více než 250krát, z 1250/1000 obyvatel na méně než 5/1000.

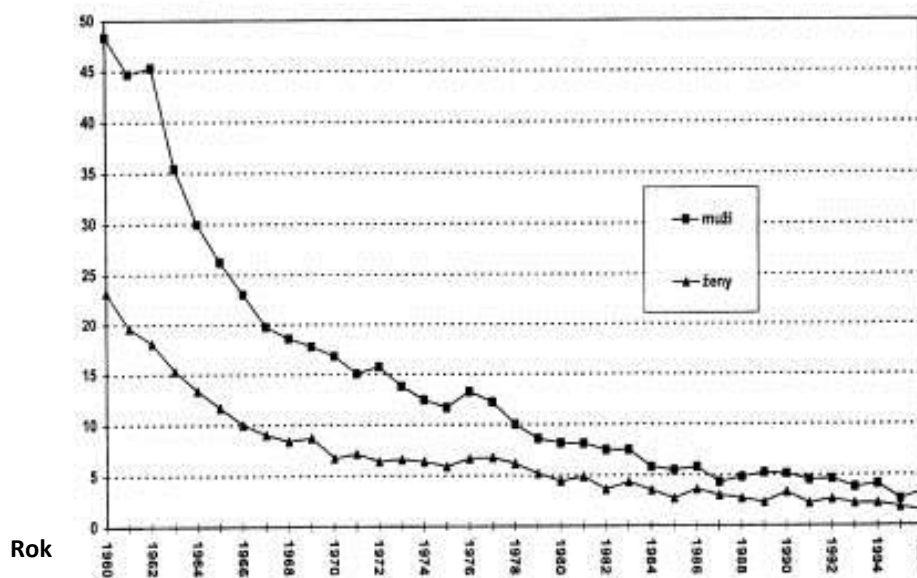
Byl to důsledek primární prevence: výrazného zlepšení hygienických podmínek, hygienických opatření a očkování.

Ještě na počátku 20. stol. tvořily infekce 50% všech úmrtí.

Zdroj: ČSÚ Obyvatelstvo - roční časové řady

http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu

Vývoj standardizované úmrtnosti na infekční nemoci v ČR



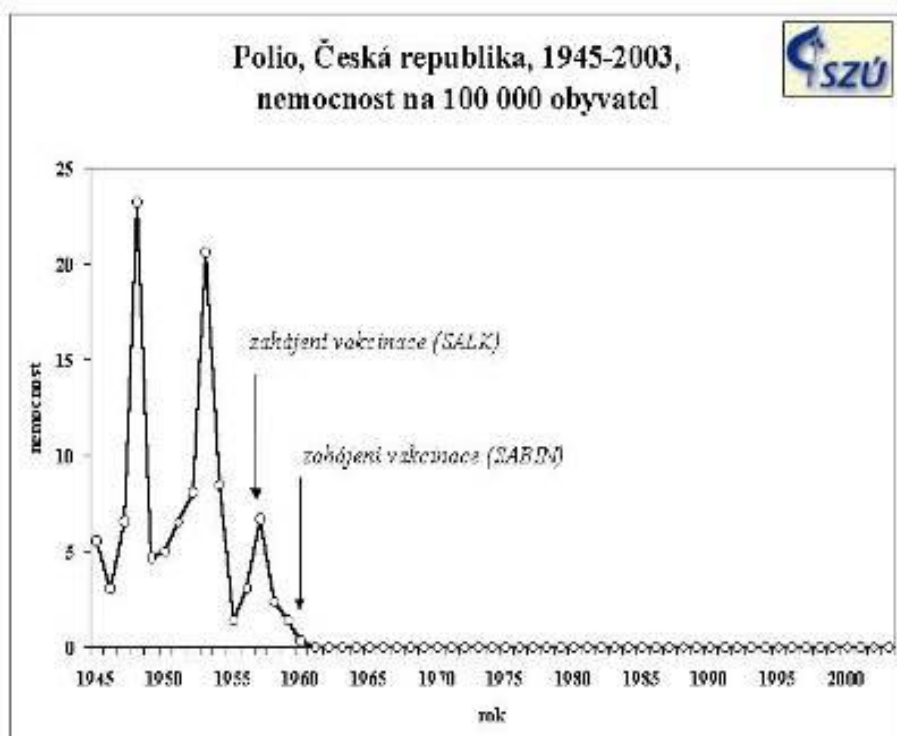
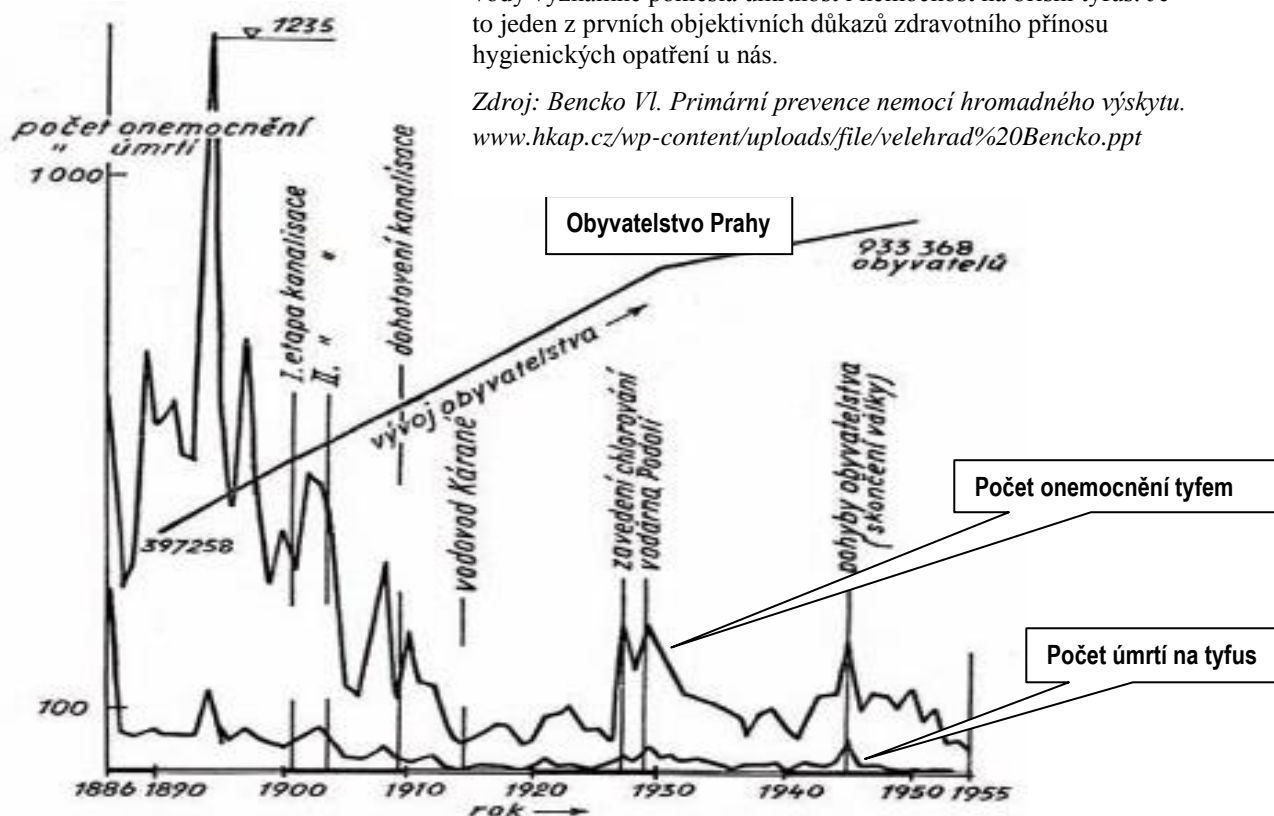
Graf ukazuje pokles úmrtnosti na infekce v druhé polovině 20. století, kdy se na poklesu úmrtnosti uplatňuje léčení, zejména antibiotiky.

Bez primární prevence by však zvládnutí infekcí bylo méně úspěšné a nadto vysoce nákladné.

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

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

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



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

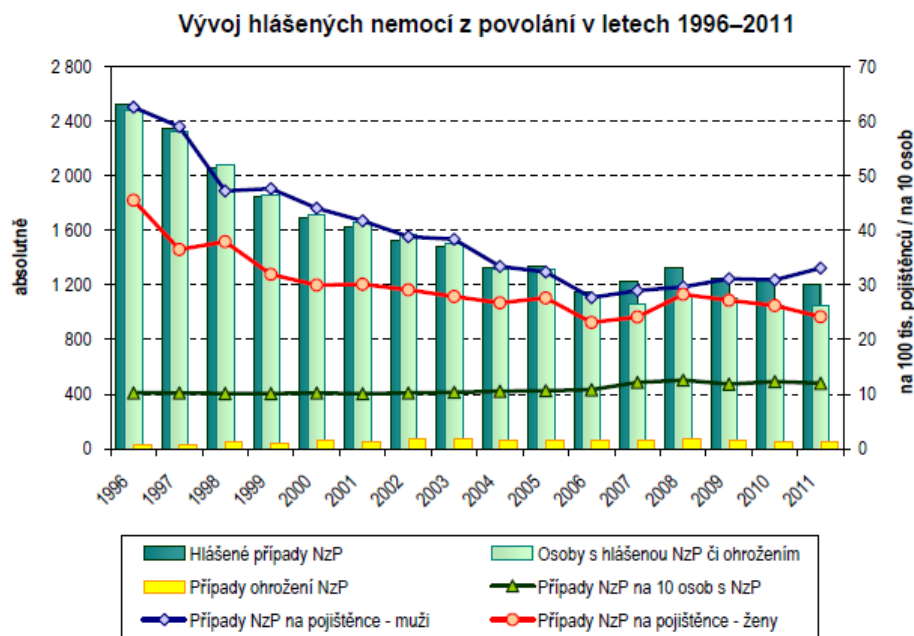
Podobné údaje existují i pro další infekce, proti nimž se očkuje.



Další příklad zvládnutí infekční nemoci očkováním. Jedna dávka očkovací látky se ukázala jako nedostatečná, proto bylo zavedeno očkování druhou dávkou.

Dokud nebylo očkování povinné, patřily spalničky mezi nejčastější příčiny smrti u dětí do 5 let. Jednalo se hlavně o navazující zápaly plic, průdušnice, mozku nebo srdečního svalu.

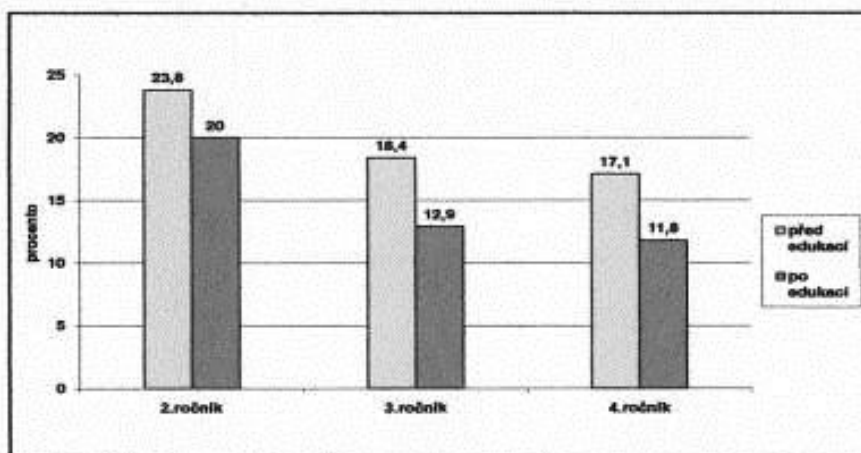
Vývoj počtu nemocí z povolání a ohrožení nemocí z povolání



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

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

Relativní četnosti celkového počtu dopravních úrazů v jednotlivých ročnících ZŠ – Snížení dopravních úrazů u dětí v 10 okresech Středočeského kraje – před a po edukativní intervenci



V ČR utrpí dopravní úraz ročně okolo 4000 dětí. Preventivní program v letech 2007 – 2008, zaměřený na dopravní výchovu, snížil výskyt těchto úrazů o 12 – 20%.

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

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

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

Prevence poruch štítné žlázy z nedostatku jódu

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

Realizované preventivní aktivity:

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

Stav se postupně zlepšoval, po roce 2002 byl deficit jódu odstraněn a zavedená opatření se ukázala jako trvale udržitelná. Úspěch potvrdila Mezinárodní komise pro poruchy

z nedostatku jódu při WHO a ČR se stala jednou z nemnoha zemí s rychlým a efektivním vyřešením problému. Pozitivní zkušeností byla dobrá spolupráce s podnikatelským sektorem (výrobci potravin, nápojů a léčiv).

Ekonomický přínos primární prevence neinfekčních chronických chorob

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

Příkladem je diabetes mellitus II. typu, který způsobuje roční souhrnné ztráty 20.400 roků zdravého života s plným pracovním nasazením, což představuje snížení příspěvku do HDP o 16 mld. Kč/rok. Výdaje na léčení jsou okolo 20 mld. Kč/rok. Nemoc tedy ochuzuje společnost o 36 mld. Kč/rok. Snížením výskytu nemoci efektivní primární prevencí o 5 %, by společnost získala 1,8 mld. Kč/rok.

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

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

Přínos do HDP při 5% snížení pracovní neschopnosti pro nemoc

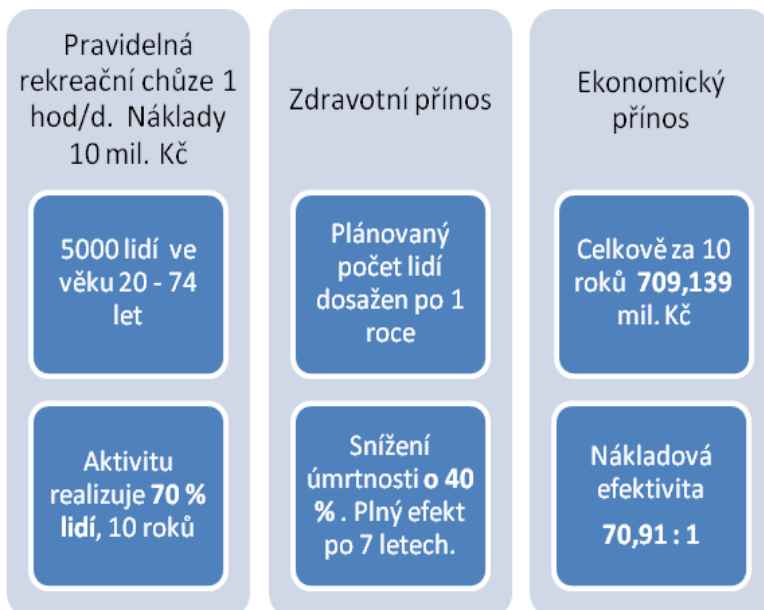
V ČR je ročně okolo 2,5 mil. případů pracovní neschopnosti pro nemoc (rok 2008). Podíl nemocí, kterým lze předcházet, činí okolo 80 %, tj. 2 mil. případů. Při průměrném trvání neschopnosti 35 dnů to představuje 191.780 ztracených roků. Roční příspěvek jednoho pracujícího člověka do HDP činí v průměru 785.000 Kč, celková ztráta na HDP tedy tvoří téměř 150 mld. Kč/rok.

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

Ekonomický a zdravotní přínos pravidelné pohybové aktivity

Pravidelná pohybová aktivita patří mezi nejdůležitější způsoby posilování zdraví a primární prevence řady nemocí: srdečních a oběhových, metabolických (obezita, diabetes mellitus II. typu aj.), pohybových, nádorových a některých duševních poruch. Světová zdravotnická organizace (WHO) vypracovala metodu modelování zdravotního a ekonomického přínosu

pravidelné rekreační chůze a cyklistiky. Jeho pomocí byl vypracován následující příklad efektivního intervenčního programu:



Z příkladu je patrné, že díky intervenčnímu preventivnímu programu, který by přesvědčil 70 % z 5000 lidí, aby se denně věnovali chůzi trvající 1 hodinu, a vytrvali by 10 roků, by se jejich úmrtnost snížila o 40 %, což by přineslo celkové úspory 709,139.000 Kč. Kdyby do programu bylo investováno 10 mil. Kč, nákladová efektivita by byla 70,91: 1, tj. jedna investovaná koruna by přinesla téměř 71 Kč.

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

Etická dimenze primární prevence nemocí

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

SWOT ANALÝZA STAVU PRIMÁRNÍ PREVENCE, OCHRANY A PODPORY VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ V ČR

1. Silné stránky

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

2. Slabé stránky

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

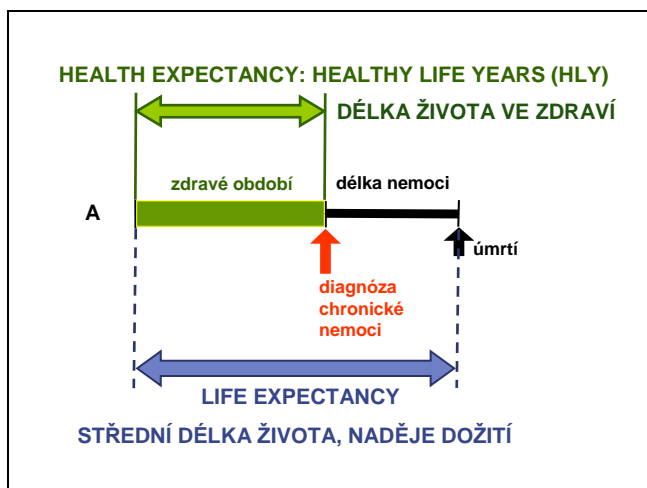
3. Příležitosti

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

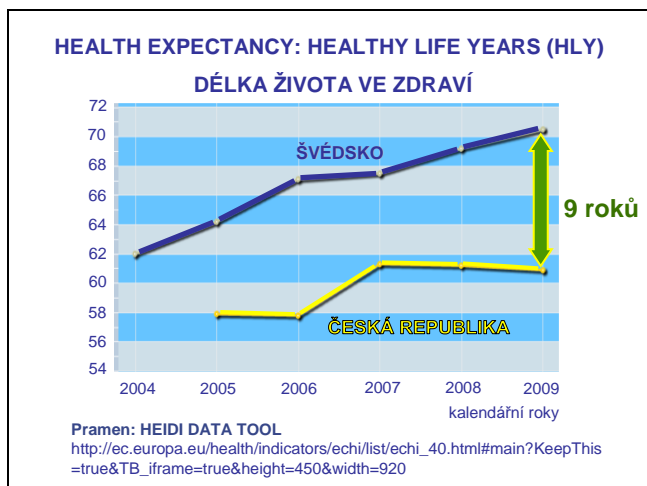
4. Hrozby

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

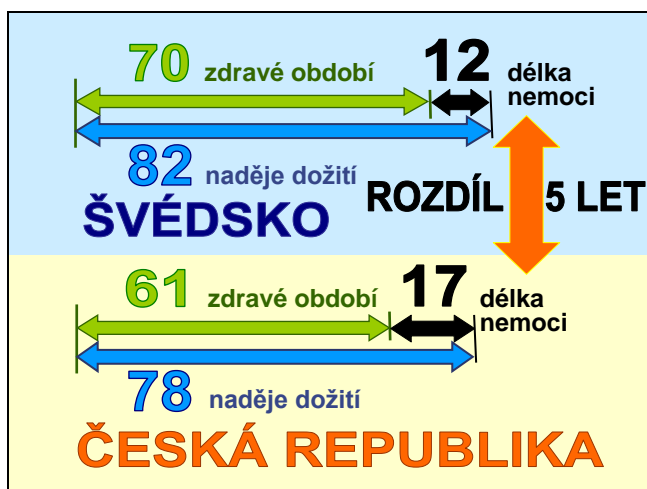
VÝVOJ DÉLKY ŽIVOTA VE ZDRAVÍ



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



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



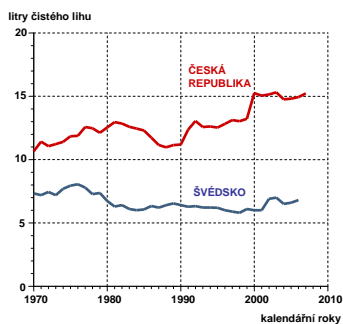
Vzhledem k tomu, že celková střední délka života je ve Švédsku delší o 4 roky, prožijí tedy Švédové nejen delší, ale z hlediska zdraví i kvalitnější život, či opačně v nemoci a s výrazně omezenou kvalitou života strávíme v ČR o 5 let více než ve Švédsku. Což znamená i to, že české zdravotnictví léčí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

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



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

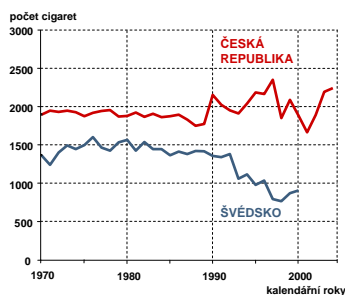
Spotřeba alkoholu na osobu starší 15 let v litrech čistého lihu
pramen: databáze Světové zdravotnické organizace



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

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

Počet prodaných cigaret na 1 obyvatele za rok v České republice a ve Švédsku,
pramen: databáze Světové zdravotnické organizace a ČSÚ

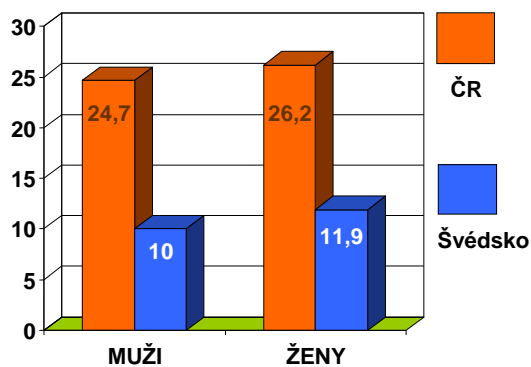


Průměrné množství ovoce a zeleniny na osobu a rok (kg) ve Švédsku a České republice

pramen: databáze Světové zdravotnické organizace



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

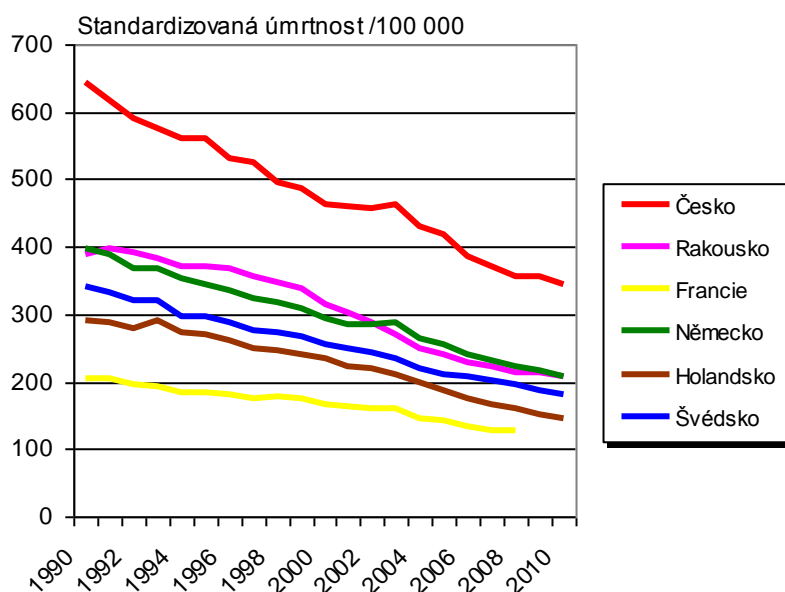


Pokud má Česká republika ve srovnání se Švédskem

- dvojnásobnou spotřebu cigaret
 - dvojnásobnou spotřebu alkoholu
 - více než dvojnásobný výskyt obezity
 - poloviční spotřebu zeleniny,
- nemůže očekávat při jakkoli vysokých nákladech na provoz ambulancí a nemocnic, že dosáhne takovou úroveň zdraví lidí, jaká je ve Švédsku.

HLAVNÍ PŘÍČINY ÚMRTÍ A JEJICH DETERMINANTY

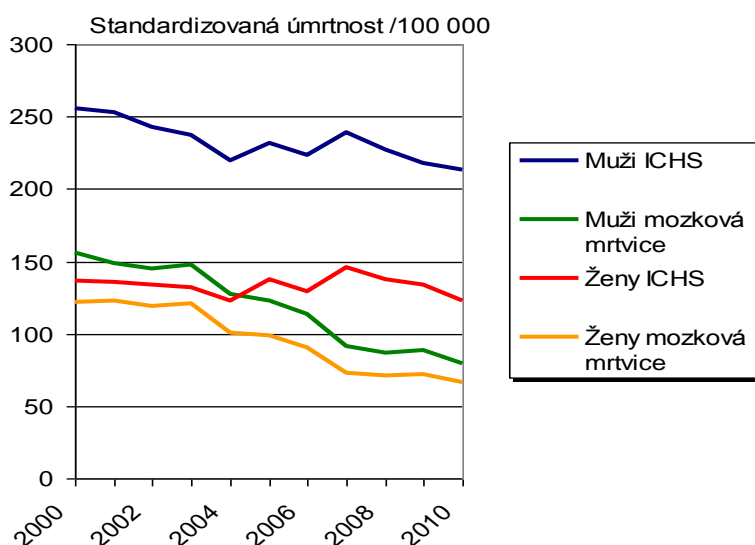
Vývoj úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění, srovnání s vyspělými státy EU, 1990 – 2010



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

Zdroj: WHO Health for All Database

Vývoj úmrtnosti na ischemickou chorobu srdeční a mozkovou mrtvici, ČR 2000 – 2010



Zdroj: WHO Health for All Database

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

Podíl předčasné úmrtnosti (do 64 let) na kardiovaskulární onemocnění z celkové úmrtnosti na tato onemocnění (v %)

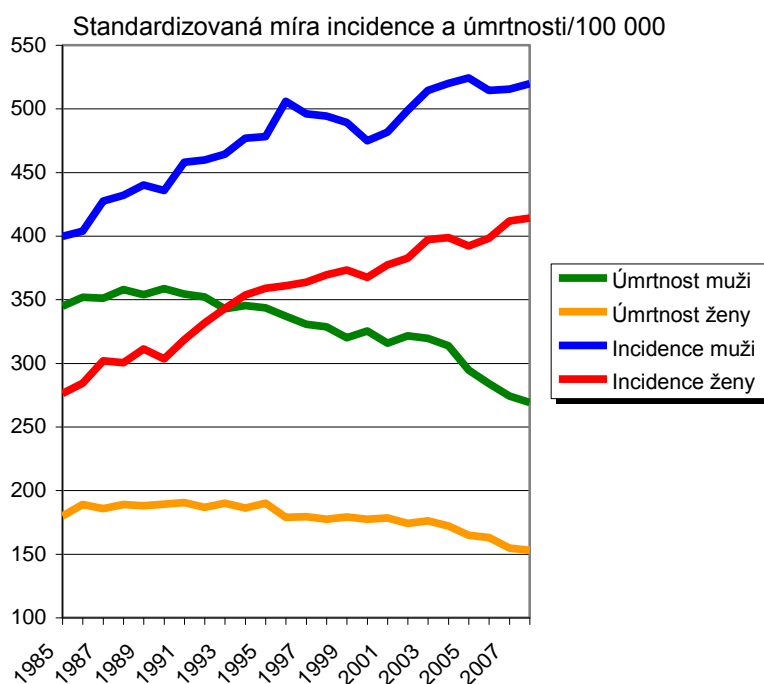
Rok	Muži	Ženy
2000	22,8	11,4
2010	22,0	10,3

Zdroj: WHO Health for All Database

Přes pozitivní trend snižování úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění (KVO) činí tzv. předčasná úmrtnost (tj. ve věkové skupině obyvatel do 64 let) významný podíl na celkové úmrtnosti na kardiovaskulární nemoci. V roce 2010 tvořila předčasná úmrtnost na KVO u mužů 22 % z celkové úmrtnosti, u žen pak více než 10 %.

V posledních deseti letech se tento podíl nepodařilo významně snížit.

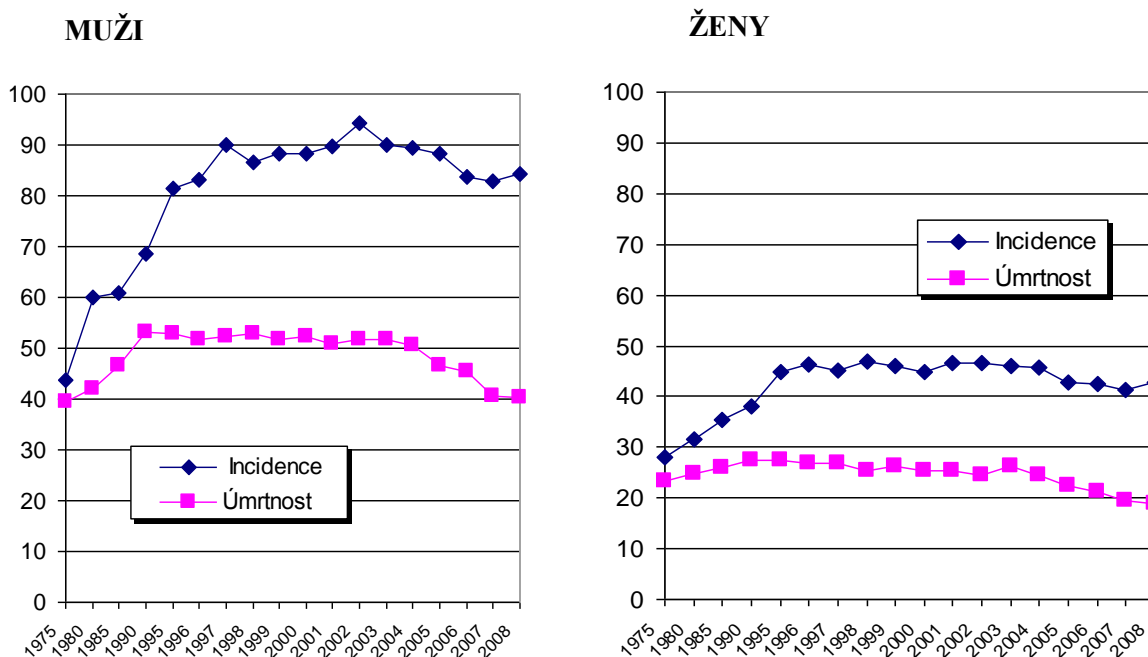
Vývoj incidence a úmrtnosti na nádorová onemocnění, 1985 – 2008



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

Zdroj: ÚZIS

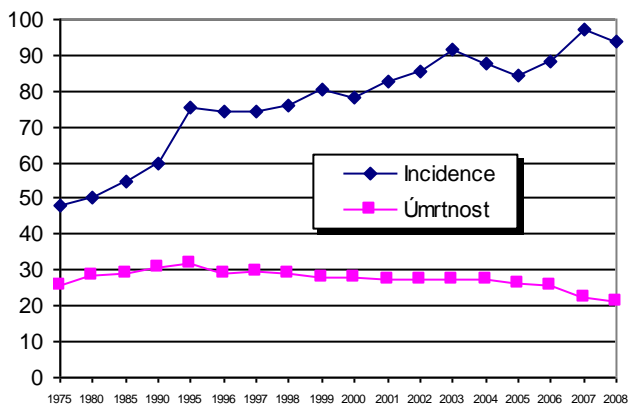
Standardizovaná míra incidence a úmrtnosti na rakovinu kolorekta (MKN10, C18-21), na 100 000 obyvatel, 1975 – 2008



Zdroj: ÚZIS

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

Standardizovaná míra incidence a úmrtnosti na rakovinu prsu (MKN10, C50), na 100 000 obyvatel, 1975 – 2008



Stabilní úmrtnost při rostoucí incidenci svědčí o dopadu screeningového programu, který v současnosti pokrývá okolo 50 % cílové populace a podílí se na zlepšování hodnot přežití žen s karcinomem prsu. Nicméně i v tomto screeningovém programu stále zaostáváme za nejvyspělejšími zeměmi, pokrytí mamárním screeningem v ČR v posledních dvou letech spíše stagnuje a pro další prodloužení přežití pacientů bude potřebné zapojení větší části populace do tohoto screeningu.

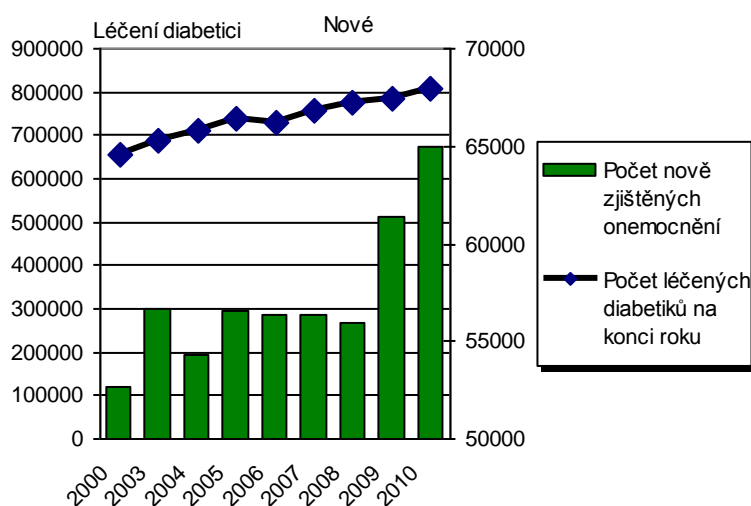
Zdroj: ÚZIS, rok 2008 poslední dostupný (incidence)

Podíl osob účastnících se screeningových programů (% cílové populace)

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

Zdroj: ÚZIS, NRC

Vývoj počtu nově zjištěných a léčených diabetiků v letech 2000 – 2010

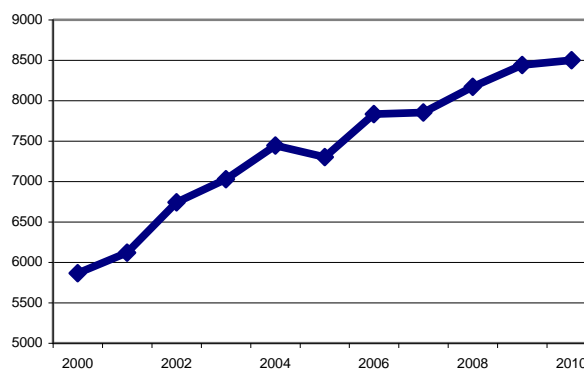


Narůstá počet lidí nemocných cukrovkou (diabetes mellitus) II. typu. Tento nárůst souvisí zejména s nevhodným životním stylem, kromě toho i se stárnutím populace. S diabetem se v současné době v Česku léčí asi tři čtvrtě milionu lidí. V roce 2010 to bylo zhruba o 150 tisíc více než před deseti lety. Pokud by počet diabetiků přibýval podobným tempem jako nyní, bude v roce 2035 postižen každý desátý občan ČR.

Zdroj: ÚZIS

Vývoj počtu amputací v důsledku diabetické nohy, 2000 – 2010

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

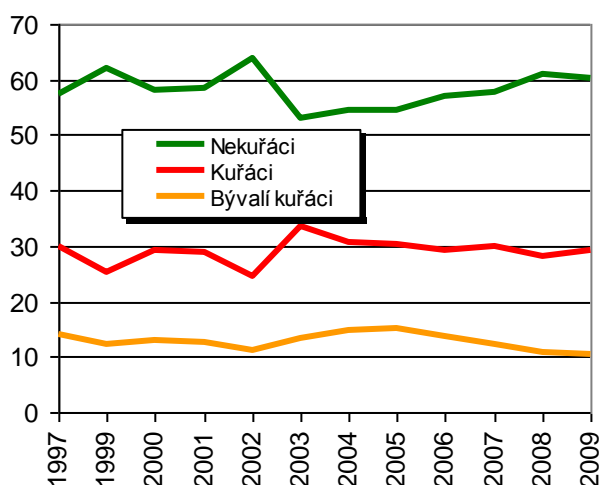


Zdroj: ÚZIS

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

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

Výskyt kuřáctví v populaci ČR (15 – 64 let) v letech 1997 – 2009, v %



V průběhu sledování výskytu kuřáctví v letech 1997–2009 nedošlo ke snížení podílu kuřáků v populaci, ani nebyl zaznamenán trend ve snaze o zanechání kouření.

To vypovídá o velkých rezervách preventivních aktivit v této oblasti v ČR.

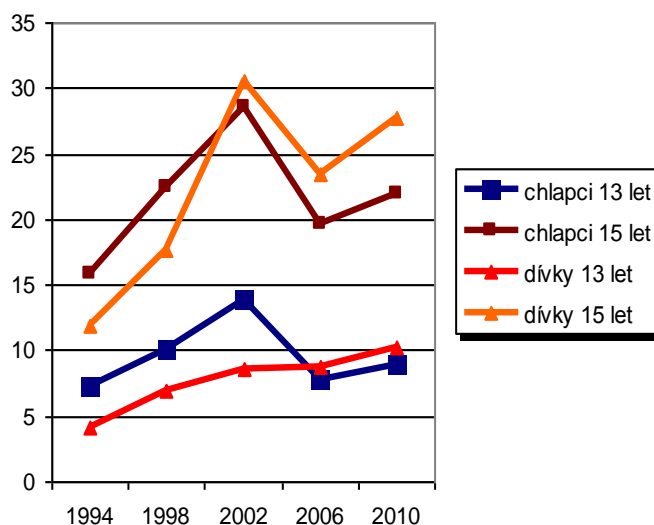
Zdroj: Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, 2010, SZÚ

Vývoj prevalence kuřáctví u dětí v letech 1994 – 2010, v % dětí

V užívání tabákových výrobků u dětí a mladistvých byl v roce 2006 zaznamenán pokles, nicméně při posledním šetření v roce 2010 je zřejmý opětý nárůst.

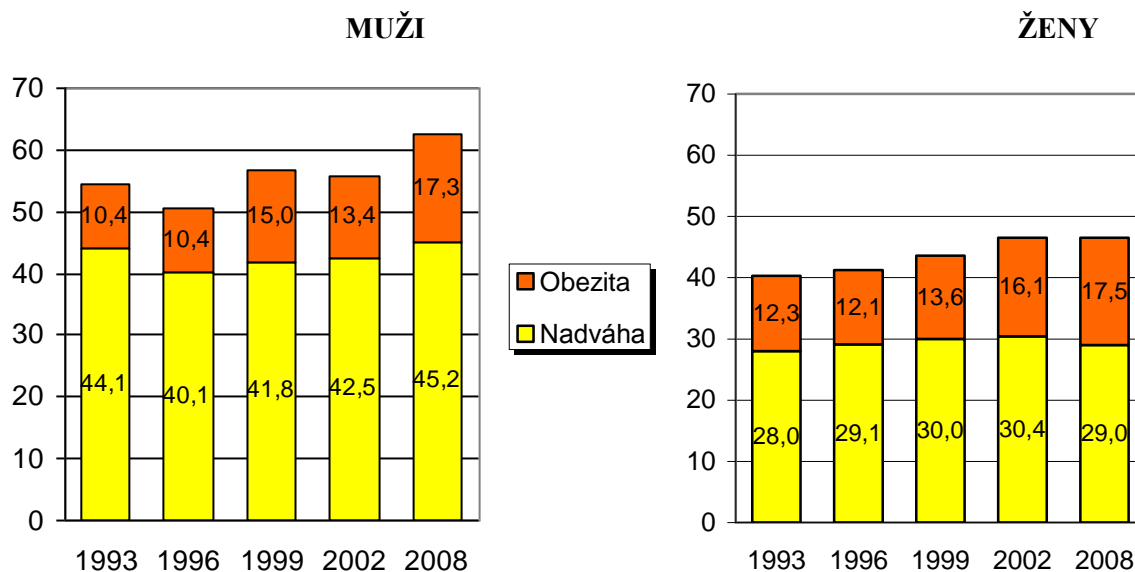
I v ČR se již projevuje trend nastoupený v zemích západní a severní Evropy, kdy převažuje počet kouřících dívek nad chlapci.

Dostupnost tabákových výrobků je u mladých lidí i navzdory zavedeným legislativním opatřením vysoká. Také ochrana dětí a mladistvých proti expozici nepřímému tabákovému kouři je nedostatečná.



Zdroj: Šetření HBSC 1994 – 2010, SZÚ

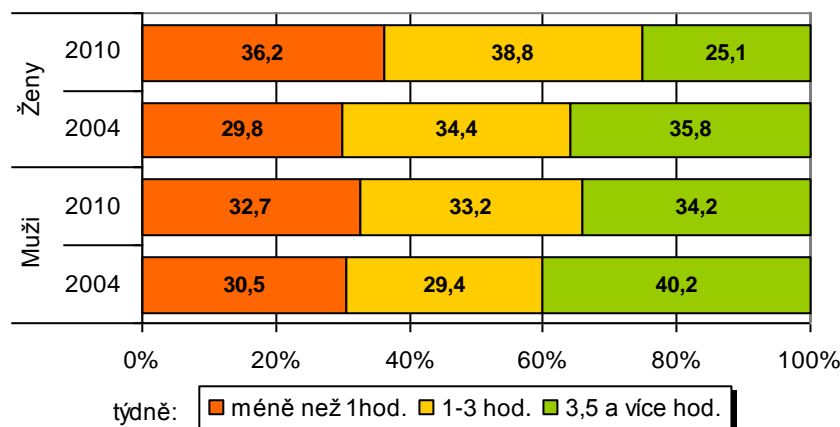
Podíl osob (15+ let) s nadváhou (BMI 25–29,9) a obezitou (BMI přes 30) v letech 1993 – 2008, ČR (v %)



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

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

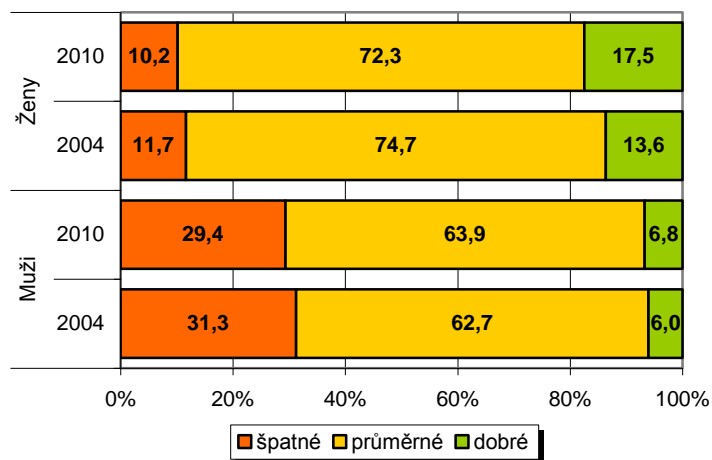
Podíl osob ve věku 45–54 let v kategoriích podle pohybové aktivity, 2004 a 2010



Výsledky české studie HELEN (*Health, Life style and Environment*) ukazují, že dostatečná pohybová aktivita ve středním věku, důležitá také pro udržení fyzické zdatnosti v rámci zdravého stárnutí, klesla mezi lety 2004 a 2010 u mužů i u žen. V roce 2010 se nezabývalo žádnou cílenou pohybovou činností přes 30 % populace v uvedeném věku.

Zdroj: Systém monitorování, SZÚ

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



Zdroj: Systém monitorování, SZÚ

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

Šetření MONICA zjistilo mezi lety 2000 a 2008 v české dospělé populaci nárůst výskytu hypertenze, stále nedostatečnou kontrolu s včasným podchycením a léčbou hypertenze, a mírný pokles střední hodnoty obsahu cholesterolu v krvi.

Výskyt vybraných rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění v ČR (v %)

Muži	2000/2001	2007/2008
Výskyt hypertenze	45,6	50,2
Kontrola hypertenze u hypertoniků	13,1	24,4
Cholesterol* (mmol/l)	5,88	5,29
Ženy	2000/2001	2007/2008
Výskyt hypertenze	33,0	37,3
Kontrola hypertenze u hypertoniků	22,2	24,9
Cholesterol* (mmol/l)	5,82	5,30

Pozn.: * představuje průměrnou hodnotu v populaci reprezentativního vzorku obyvatel 9 okresů ČR ve věku 25–64 let.

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

PŘEHLED STÁVAJÍCÍCH SCREENINGOVÝCH PROGRAMŮ

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

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

Screening je organizovaný populační program sekundární prevence, který, pokud je dobře organizovaný:

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

Cíle screeningových programů:

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

MZ organizuje screeningové programy prostřednictvím jím zřizovaných komisí

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

Screening nádorů prsu

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

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

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

Screening nádorů děložního hrdla

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

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

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

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

Screening nádorů kolorekta

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

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

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

STRATEGICKÉ DOKUMENTY A KONCEPČNÍ MATERIÁLY V OBLASTI PODPORY A OCHRANY VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ

Obecné materiály

- Zdraví 2020 – evropský rámec pro politiky pro zdraví a prosperitu (WHO, 2012)
- Evropský akční plán pro posílení kapacit a služeb ve veřejném zdraví (WHO, 2012)
- Článek 168 Smlouvy o fungování Evropské unie-ve znění Lisabonské smlouvy
- WHO Talinská charta: Zdravotní systémy pro zdraví a blahobyt (2008)
- Bílá kniha – Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008 – 2013 (2007)
- Zelená kniha – akční program pro veřejné zdraví (COM/2005/637)
- Akční program společenství v oblasti zdraví (2008–2013) (rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady EU č.1350/2007 ES)
- Sdělení Komise: Solidarita ve zdraví: snížení nerovností ve zdraví v EU (2009) a související závěry Rady (2010)
- Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky – NEHAP (UV č. 810/1998 Sb.)
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (včetně prováděcích předpisů)
- Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (UV 1046/2002)
- „Strategický rámec udržitelného rozvoje České republiky“ (prioritní osa 1 – Populace, člověk a zdraví) (UV 37/2010)
- Strategie podpory dostupnosti a kvality veřejných služeb (UV č.824/2004 Sb.)
- Národní program podpory jakosti – národní politika jakosti (UV č. 458/2000)
- Zdraví 21 - Health 21 – Health for all in the 21st century (WHO, 1999)

Problematika životního prostředí a zdraví

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

- WHO Parmská deklarace k životnímu prostředí a zdraví (2010)
- Celoevropský program doprava, zdraví a životní prostředí UNECE a WHO/Evropa (Ženeva 2002)

Problematika ochrany zdraví při práci

- Úmluva MOP C187 o podpůrném rámci pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (ČR ratifikovala 13. 10. 2008)
- Úmluva MOP č. 161, v ČR jako vyhláška č. 145/1988 Sb. O Úmluvě o závodních zdravotních službách
- Národní politika bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (usnesení vlády ČR č. 920 ze dne 23. července 2008)
- Národní akční program bezpečnosti a ochrany zdraví při práci na období 2009-2010 (schváleno Radou vlády pro BOZP 17. 12. 2008)
- Globální akční plán WHO pro zdraví dělníků 2008–2017 (WHA60.26, Ženeva, 2007)
- Nařízení (EC) č. 1338/2008 Evropského parlamentu a Rady o statistice Společenství v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci

Problematika infekční epidemiologie

- Národní pandemický plán ČR přijatý usnesením vlády
- Národní akční plán ČR pro případ vzniku události podléhající mezinárodnímu zdravotnímu řádu (IHR) – t.č. v přípravě – v plánovacím období bude v platnosti
- Národní akční plán na zlepšení proočkovanosti proti sezónní chřipce (2010)
- Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období let 2008–2012 (UV 130/2008)
- Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012 (MZČR)
- Akční plán Národního antibiotického programu
- Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 2119/98/ES ze dne 24. září 1998 o zřízení sítě epidemiologického dozoru a kontroly přenosných nemocí ve Společenství
- Doporučení Rady EU (2002/77/ES) o obezřetném používání antimikrobiálních látek v lékařství
- Doporučení Rady EU ze dne 22. prosince 2009 o očkování proti sezónní chřipce (2009/1019/EU)
- Doporučení Rady EU ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C 151/01)

Problematika podpory zdraví

- Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018 (UV 340/2010)
- Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů
- Strategie bezpečnosti potravin a výživy na období let 2010 až 2013 (UV 61/2010)
- Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (UV 8/2008)
- Sdělení EK: Strategie EU na podporu členských států při snižování škod souvisejících s alkoholem (2006) a související závěry Rady (2007, 2009)
- Globální strategie pro snižování škodlivého užívání alkoholu (2010)
- Evropský Akční plán k snižování škodlivého užívání alkoholu (2011)
- WHO Rámcová úmluva o kontrole tabáku (WHO, 2003) /ČR ratifikovala v r. 2012
- Deklarace o duševním zdraví pro Evropu (2005)

- Zelená kniha – Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii. Brusel, 14. 10. 2005
- Strategie a akční plán pro zdravé stárnutí v Evropě 2012–2020 (WHO, 2012)
- Evropská smlouva o duševním zdraví a osobní pohodě (European Pact for Mental Health and Well-being, Brusel, 12. - 13. 6. 2008)
- Evropská strategie pro prevenci a kontrolu neinfekčních onemocnění (WHO/Europe, 2006)
- Bílá kniha – Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou (2007)
- Evropská charta boje proti obezitě (WHO, 2006)
- Globální strategie zaměřená na výživu, pohybovou aktivitu a zdraví (2003)
- Akční plán ke Globální strategii pro prevenci a kontrolu chronických neinfekčních onemocnění na léta 2000 – 2013
- Bílá kniha o sportu (2007)
- Závěry Rady týkající se omezení příjmu soli u obyvatelstva
- Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (UV 8/2008)
- Otawská charta podpory zdraví, 1986
- Globální doporučení pohybové aktivity pro zdraví
- Akční plán pro implementaci Evropské strategie pro prevenci a kontrolu nepřenositelných onemocnění (2011–2016), Baku, září 2011 (EUR/RC61/12)
- Akční plán pro Globální kampaň pro prevenci násilí pro roky 2012 - 2020 , WHO, Ženeva 21. květen 2012

Problematika bezpečnosti potravin a výživy

- Strategie bezpečnosti potravin a výživy pro ČR (usnesení vlády č.61/2010) platné do roku 2013, ale lze předpokládat zachování strategického směru na celé desetiletí včetně tvorby navazujícího dokumentu
- zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (včetně prováděcích předpisů)
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 178/2002 ze dne 28. ledna 2002, kterým se stanoví obecné zásady a požadavky potravinového práva, zřizuje se Evropský úřad pro bezpečnost potravin a stanoví se postupy týkající se bezpečnosti potravin
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 852/2004 ze dne 29. dubna 2004 o hygieně potravin
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 882/2004, ze dne 29. dubna 2004 o úředních kontrolách za účelem ověření dodržování právních předpisů týkajících se krmiv a potravin a pravidel o zdraví zvířat a dobrých životních podmínkách zvířat;
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1935/2004 ze dne 27. října 2004 o materiálech a předmětech určených pro styk s potravinami a o zrušení směrnice 80/590/EHS a 89/109/EHS;
- Evropský akční plán WHO pro potraviny a výživovou politiku 2007 – 2012 (WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012)
- Bílá kniha o zdravotní nezávadnosti potravin (1999)
- Doporučení Evropské komise ze dne 28. dubna 2010 o výzkumné iniciativě společného plánování „Zdravá strava pro zdravý život“ (doporučení č.2010/250/EU).

PERSONÁLNÍ A FINANČNÍ STABILIZACE SYSTÉMU ORGÁNŮ A INSTITUCÍ OCHRANY A PODPORY VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ (SYSTÉM OPVZ)

Doporučení pro personální stabilizaci:

1. **Stanovit nepodkročitelná minima počtu pracovníků** pro odborné činnosti alespoň principiálně.
2. **Zpracovat kariérní řád**, který by zajistil odbornou zdravotnickou úroveň výkonu primární prevence a ochrany a podpory veřejného zdraví a zajistil regionální srovnatelnost.
3. **Zpracovat nový organizační řád** zohledňující navrhované věcné změny v zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.
4. **Motivovat management i zaměstnance ke vzdělávání** (celoživotní i specializační vzdělávání, publikování, aktivní účast na konferencích a jejich pořádání, účast v řídicích a pracovních skupinách systému).

Návrhy možných řešení byly vytvořeny a konkretizovány v rámci projektu „**Nastavení efektivního systému vzdělávání zaměstnanců krajských hygienických stanic**“.

V rámci tohoto projektu byla explicitně řešena následující témata:

- Popis současného stavu řízení lidských zdrojů na KHS;
- Metodika tvorby a ověřování Strategie rozvoje lidských zdrojů pro Krajské hygienické stanice;
- Strategie rozvoje lidských zdrojů na KHS;
- Popis pracovních pozic paspart kvalifikačních požadavků;
- Standard adaptace nového zaměstnance KHS;
- Standard celoživotního vzdělávání zaměstnanců KHS;
- Standard hodnocení zaměstnance KHS;
- Etický kodex zaměstnance KHS.

Analýza personálního zajištění systému OPVZ:

Personální zajištění systému orgánů a institucí ochrany a podpory veřejného zdraví v posledních deseti letech, tj. od roku 2002 do roku 2011 (což je poslední rok s přesnými údaji), **trvale klesá**. Pokles je velmi razantní, v jiných oblastech zdravotnictví prakticky neznámý. Počet pracovníků krajských hygienických stanic, tj. orgánů ochrany veřejného zdraví, klesl v tomto období z původních 3 083 pracovníků na 2 095, tj. prakticky o 1/3. K ještě výraznějšímu poklesu došlo na zdravotních ústavech – na Státním zdravotním ústavu o 37% a zdravotních ústavech pak o 56%. **V celkovém počtu došlo v systému OPVZ,**

kterému je státem svěřena ochrana a podpora veřejného zdraví, k poklesu personálního zajištění o 43%.

Za pozornost zajisté stojí i skutečnost, že k mnohem výraznějšímu poklesu personálního zajištění systému OPVZ došlo v posledních letech, tj. ve druhé polovině uvedené dekády – zatímco v letech 2002 – 2006 došlo ke snížení personálního zajištění tohoto systému o necelých 10%, následně v letech 2007 – 2011 pak o více než 35%.

Velmi nepříznivý je také pokles personálního zajištění Sekce Hlavního hygienika na MZ ČR – zatímco v roce 2003 zde pracovalo 80 pracovníků, v roce 2011 to bylo již pouze 51 a v roce 2012 dokonce pouze 49 pracovníků. Jedná se o pokles ve výši téměř 40%.

Tabulka č. 1: Vývoj personálního zajištění systému orgánů a institucí ochrany a podpory veřejného zdraví v období 2002 – 2011

Rok	KHS	ZÚ	SZÚ	Celkem HS	MZ sekce HH
2002	3 083	x	695	6 457	x
2003	2 841	2 622	661	6 124	80
2004	2 900	2 585	663	6 148	74
2005	2 858	2 528	657	6 043	61
2006	2 814	2 457	592	5 864	68
2007	2 773	2 342	584	5 699	65
2008	2 510	1 542	620	4 672	57
2009	2 419	1 418	546	4 383	56
2010	2 336	1 308	459	4 103	50
2011	2 095	1 155	438	3 688	51
2011 / 2002-3	68%	44%	63%	57%	64%
pokles o	32%	56%	37%	43%	36%

Poznámka: Celkový součet počtu pracovníků v HS je v roce 2002 včetně pracovníků OHS, které zanikly delimitací k 31.12.2012.

Doporučení pro finanční stabilizaci systému:

1. **Nastavit a zajistit udržitelnost financování systému OPVZ** tak, aby prevence a ochrana a podpora zdraví v ČR byla efektivní a vedla k postupnému zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva a ke snižování zdravotních rizik a posilování pozitivně působících determinant zdraví.
2. **Propojit odborné a finanční řízení systému OPVZ** na centrální úrovni.

3. **Parametry finanční udržitelnosti systému OPVZ stanovit podílem nákladů na jeho činnost z celkových nákladů na zdravotnictví.** Nastavení parametrů v této relativní formě vyjadřuje provázanost systému primární prevence a ochrany a podpory zdraví s celým zdravotnictvím. Relativní parametry umožní lépe reagovat na celkový vývoj prostředků jdoucích do zdravotnictví, vyjádří eventuelní zaostávání tohoto segmentu zdravotnictví.
4. **Definovat objem státní zakázky na služby zdravotních ústavů ve 4 kategoriích –** stanovené legislativou, na základě posouzení míry zdravotních rizik, na základě regionálních priorit a krizových potřeb ve formě rezervy (ve stávající situaci výše státní zakázky určuje její rozsah, odborné požadavky se této výši přizpůsobují, a to jak ve smyslu umělého navyšování, tak zejména nyní ve smyslu odborně neodůvodněné redukce).
5. **Efektivně využívat** k financování prevence a ochrany a podpory zdraví také finančních prostředků z Evropské unie, všeobecného zdravotního pojištění a případně dalších zdrojů.

Tabulka č. 2: Vývoj financování systému orgánů a institucí ochrany a podpory veřejného zdraví v období 2002 – 2012 v mil. Kč

Rok	KHS	ZÚ	SZÚ	Celkem HS
2002	1 503	x	279	2 280
2003	1 256	582	370	2 207
2004	1 288	599	350	2 237
2005	1 292	587	329	2 208
2006	1 303	616	317	2 236
2007	1 356	588	291	2 234
2008	1 439	60	317	1 816
2009	1 403	22	304	1 728
2010	1 307	10	235	1 552
2011	1 144	14	203	1 361
2012	1 142	5	175	1 322
2012 / 2002	76%	1%	63%	58%
pokles o	24%	99%	37%	42%

Poznámka: Celkový součet finančních prostředků HS je v roce 2002 včetně rozpočtů OHS, které zanikly delimitací k 31.12.2012.

Analýza financování systému OOVZ:

Výdaje na ochranu a podporu veřejného zdraví klesly v období mezi lety 2002 až 2012, jako jediné v celém sektoru zdravotnictví, na 58%, tj. o plných 42%. Výdaje na činnost orgánů ochrany veřejného zdraví (tj. pro krajské hygienické stanice) klesly během uvedeného období o 24%, příspěvek pro Státní zdravotní ústav o 37% a pro zdravotní ústavy dokonce

o 99%. Naproti tomu celkové výdaje na zdravotnictví narostly v tomto období o více než 2/3 (o 67%), výdaje na zdravotnictví z veřejných prostředků pak vzrostly o 56%.

Výrazným způsobem **také klesá objem finančních prostředků na služby zdravotních ústavů pro zajištění podkladů pro státní zdravotní dozor** (tj. pro KHS). Zatímco v roce 2008, kdy došlo poprvé k vyčlenění těchto prostředků, byl jejich objem ve výši 135 mil. Kč, v roce 2012 tato částka činila pouze 75 mil. Kč – za 6 let došlo k poklesu o 44%.

Relativní podíl finančních prostředků na systém OPVZ z celkových výdajů na zdravotnictví klesl ze 1,32% v roce 2002 na 0,46% v roce 2012.

Obdobně popisuje vývoj financování orgánů prevence a ochrany veřejného zdraví v České republice databáze OECD „Health Care Expenditure“ a Český statistický úřad v materiálu „Výsledky zdravotnických účtů“. Vývoj financování orgánů prevence a ochrany veřejného zdraví v ČR podle databáze OECD „Health Care Expenditure“ v letech 2000 – 2008 je uveden v tabulce i textově v následující příloze č. 9.

UDRŽITELNÉ FINANCOVÁNÍ PRIMÁRNÍ PREVENCE, OCHRANY A PODPORY ZDRAVÍ

A. Identifikace zdrojů a vyčíslení stávajících prostředků

- Tato celková identifikace a vyčíslení (náklady na KHS, SZÚ, ZÚ, rezortní i neresortní preventivní dotační programy, prevence ze zdravotního pojištění, očkování, monitoring, státem nařízené odvody na dobročinnou činnost atd.) ukazují celkovou ochotu státu investovat do prevence;
- Alokace i výše nákladů na prevenci jsou v základu popsány v databázi OECD „Health Care Expenditure“ a ČSÚ „Výsledky zdravotnických účtů“ (viz níže). Bude ale nutné v dalším procesu a za spolupráce dalších subjektů (např. Společnosti veřejného zdravotnictví, Společnosti hygieny a komunitní medicíny ČLSJEP, Katedry veřejného zdravotnictví LF, Národního referenčního centra zdravotních pojišťoven, příslušných odborů MZ ČR) tato data upřesnit, zejména pokud se týká přesného definování a popisu preventivních aktivit – viz tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Vývoj financování orgánů prevence a ochrany veřejného zdraví v ČR podle databáze OECD „Health Care Expenditure“ v letech 2000 – 2008

<i>MILLION OF NATIONAL CURRENCY UNITS</i> <i>JEDNOTKA NÁRODNÍ MĚNY – V MILIONECH</i>	2000	2002	2004	2006	2008
TOTAL EXPENDITURE ON HEALTH CELKOVÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ	143 303	174 525	202 214	224 413	262 419
PUBLIC EXPENDITURE ON HEALTH <i>VEŘEJNÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ</i>	129 430	157 899	180 276	194 632	216 619
TOTAL CURRENT EXPENDITURE ON HEALTH <i>CELKOVÉ BĚŽNÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ</i>	136 043	166 232	195 552	217 637	255 923
TOTAL EXPENDITURE ON PERSONAL HEALTH CARE <i>CELKOVÉ VÝDAJE NA INDIVIDUÁLNÍ ZDRAVOTNÍ PĚČI</i>	129 959	158 934	184 152	202 060	235 852
TOTAL EXPENDITURE ON COLLECTIVE HEALTH CARE <i>CELKOVÉ VÝDAJE NA KOLEKTIVNÍ ZDRAVOTNÍ PĚČI</i>	6 084	7 298	10 363	11 609	15 727
TOTAL EXPENDITURE ON PREVENTION AND PUBLIC HEALTH CELKOVÉ VÝDAJE NA PREVENCI A VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ	2 197	2 684	3 957	4 662	6 807
MATERNAL AND CHILD HEALTH; FAMILY PLANNING AND COUNSELLING <i>ZDRAVÍ MATEK A DĚTÍ, PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ A PORADENSTVÍ</i>			141	381	552

PREVENTION OF COMMUNICABLE DISEASES <i>PREVENCE INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ</i>			566	547	461
PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES <i>PREVENCE CHRONICKÝCH NEINFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ</i>			2 327	2 568	4 426
OCCUPATIONAL HEALTH CARE <i>PRACOVNÍ LÉKAŘSTVÍ</i>			575	784	1 003
ALL OTHER MISC. PUBLIC HEALTH SERVICES <i>OSTATNÍ VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY</i>			348	382	366
TOTAL EXPENDITURE ON HEALTH ADMINISTRATION & INSURANCE <i>CELKOVÉ VÝDAJE NA SPRÁVU ZDRAVOTNICTVÍ A POJIŠTĚNÍ</i>	3 887	4 613	6 406	6 946	8 920
FOOD, HYGIENE AND DRINKING WATER CONTROL <i>HYGIENA, KONTROLA POTRAVIN A PITNÉ VODY</i>	1 806		946	1 242	1 134

Zdroj: OECD Health Data: <http://www.ecosante.org>, Eurostat Statistics Database:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database

DOPORUČENÍ: přesně identifikovat a definovat alokaci i výši nákladů na prevenci a ochranu a podporu veřejného zdraví.

B. Stanovení investiční strategie a alokace prostředků

Identifikace a vyčíslení prostředků jdoucích do primární prevence, ochrany a podpory zdraví by měly hlavně vést ke stanovení investiční strategie v oblasti prevence, která by alokovala zdroje v souladu:

- s prioritami zdravotního stavu obyvatelstva,
- se zásadami medicíny založené na důkazech (evidence based medicine)
- s moderními poznatky
- s efektivitou (cost-effectiveness).

DOPORUČENÍ: Stanovení investiční strategie v oblasti prevence.

C. Stanovení parametrů pro finanční udržitelnost

Základním parametrem finanční udržitelnosti je výše finančních prostředků jdoucí do prevence vyjádřená jako % čerpání z celkových prostředků jdoucích do zdravotnictví. Relativní parametry umožňují lépe reagovat na celkový vývoj prostředků jdoucích do zdravotnictví, vyjádří eventuelní zaostávání tohoto segmentu zdravotní péče.

Srovnání financování v roce 2000 a roce 2008 podle OECD:

- celkové výdaje na zdravotnictví (A) narostly o 83%,
- celkové výdaje na prevenci a veřejné zdravotnictví (B) vzrostly 3x, přesto činí pouze 2,6% celkových nákladů jdoucích do zdravotnictví, jejich alokace není koncepční ani strategická,
- výdaje na hygienu, kontrolu potravin a pitnou vodu (C) klesly, jako jediné v sektoru zdravotnictví, na 63% a relativní podíl klesl ze 1,2 na 0,4% celkových nákladů jdoucích do zdravotnictví,
- celkové náklady na prevenci, veřejné zdravotnictví, hygienu, kontrolu potravin a pitnou vodu (B + C), stouply 2x a jejich relativní podíl na celkové zdravotní péči se prakticky nezměnil.

Tabulka č. 2: Srovnání financování zdravotnictví, prevence a ochrany veřejného zdraví v letech 2000 a 2008 podle OECD

SROVNÁNÍ FINANCOVÁNÍ	2000	%	2008	%	2008/2000 (%)
<i>(A) - CELKOVÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ</i>	143 303	100	262 419	100	183
<i>(B) - CELKOVÉ VÝDAJE NA PREVENCI A VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ</i>	2 197	1,5	6 807	2,6	309
<i>(C) - HYGIENA, KONTROLA POTRAVIN A PITNÉ VODY</i>	1 806	1,2	1 134	0,4	63
SOUČET (B) + (C)	4 003	2,8	7 941	3,0	198

- Za významnou podporu v nastavení udržitelnosti zdravotních systémů lze považovat možnost využití zahraničních zkušeností a dobrých praxí – například informací získaných z veřejné konzultace vymezené Zelenou knihou o pracovnících ve zdravotnictví v Evropě či strategických a dalších dokumentů či dopadových studií jak na úrovni EU, tak i dalších organizací, jakými jsou WHO či OECD, zdůrazňujících potřebu posílení kapacit v oblasti veřejného zdraví.

DOPORUČENÍ: Jako parametry finanční udržitelnosti stanovit % podíly nákladů na prevenci z celkových nákladů na zdravotnictví.

D. Systematické hodnocení efektivity (cost – benefit analýza) programů primární prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví

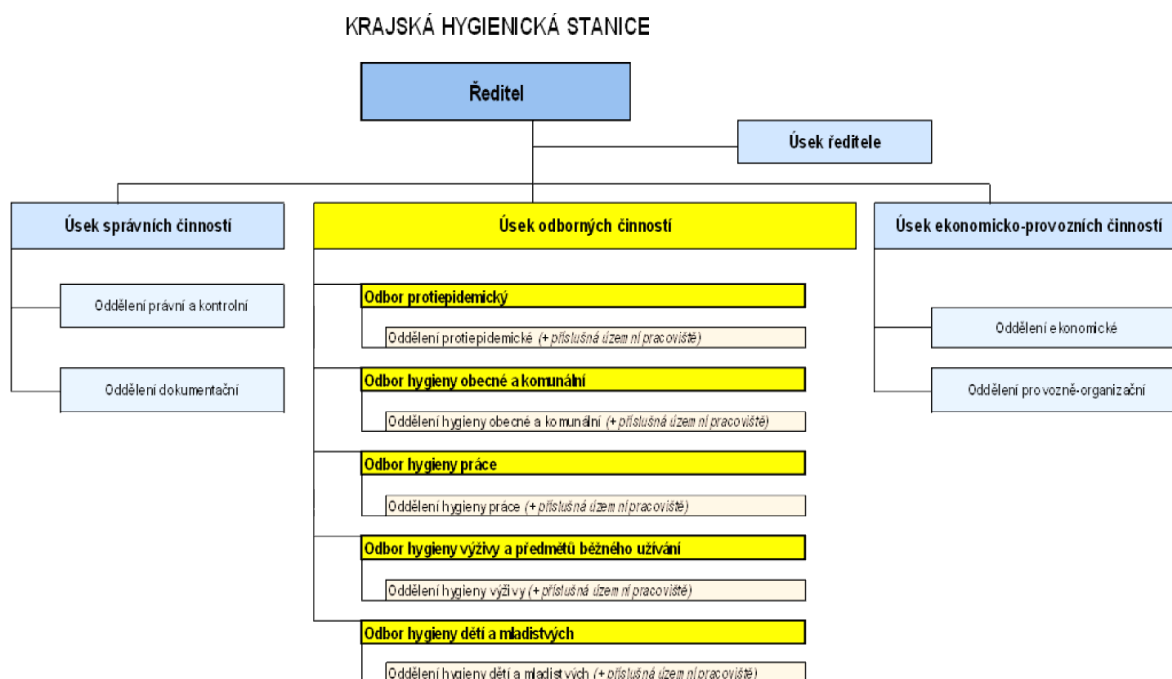
- Přinášet důkazy o efektivitě prevence a ochrany a podpory veřejného zdraví je naprosto nezbytným argumentem při obhajování prostředků i činností (paradoxně se však obdobná diskuze nevede v léčebné péči...).
- Stanovení parametrů a ukazatelů je až následnou otázkou, která bude opět vyžadovat více času, ale řada údajů i ukazatelů je už k dispozici.
- Efektivita prevence, ochrany a podpory veřejného zdraví by neměla být primárně vyjadřována jen v penězích, protože prioritně je nezbytné získat a udržet „hodnotu“ jako je zdraví. Náklady na její dosažení – cost/effectiveness poměr však vyjádřit v mnoha případech lze (náklady na rok života adjustovaný na kvalitu QUALY).

Doporučení: Novela zákona 258/2000 Sb., doplnění § 80 zákona – KHS se podílí na monitorování efektivity prevence a ochrany a podpory veřejného zdraví.

VYMEZENÍ INFRASTRUKTURY OCHRANY A PODPORY VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ PODLE ZÁKONA č. 258/2000 SB., O OCHRANĚ VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ

V resortu zdravotnictví státní správu v ochraně veřejného zdraví vykonávají Ministerstvo zdravotnictví a krajské hygienické stanice. Krajské hygienické stanice jsou správními úřady, jejichž správní obvody, působnost a pravomoci jsou legislativně vymezeny.

Jednotná organizační struktura krajské hygienické stanice komplexně zajišťující realizaci ochrany a podpory veřejného zdraví v soustavě orgánů státní správy:



Soustava tvořená čtrnácti správními úřady a Ministerstvem zdravotnictví je dále doplněna soustavou tří specifických zdravotnických zařízení, jež svojí činností orgánům ochrany veřejného zdraví poskytují odbornou podporu a kromě toho vykonávají specifické zdravotnické činnosti dané příslušnou legislativou. Těmito zařízeními jsou:

Státní zdravotní ústav – hlavním úkolem Státního zdravotního ústavu je příprava podkladů pro národní zdravotní politiku, pro ochranu a podporu zdraví, zajištění metodické a referenční činnosti na úseku ochrany veřejného zdraví, monitorování a výzkum vztahů životních podmínek a zdraví, mezinárodní spolupráce, kontrola kvality poskytovaných služeb v ochraně veřejného

zdraví, postgraduální výchova v lékařských oborech ochrany a podpory zdraví, zdravotní výchova obyvatelstva a další činnosti v ochraně a podpoře veřejného zdraví uvedené zákonem č. 258/2000 Sb. jako úkoly zdravotních ústavů. Státní zdravotní ústav se dále může věnovat vědecké a výzkumné činnosti v ochraně a podpoře zdraví.

Zdravotní ústavy – a to zdravotní ústavy se sídlem v Ústí nad Labem a v Ostravě. Hlavními úkoly zdravotních ústavů jsou vyšetřování a měření složek životních a pracovních podmínek, výrobků, vyšetřování biologického materiálu a provádění biologických expozičních testů pro účely výkonu státního zdravotního dozoru a sledování ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva, monitorování vztahů zdravotního stavu obyvatelstva a faktorů životního prostředí a životních a pracovních podmínek, příprava podkladů pro hodnocení a řízení zdravotních rizik a pro činnost orgánu ochrany veřejného zdraví jako složky integrovaného záchranného systému.

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

Nizozemí

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

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

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

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

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

Francie

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

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

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

Pětileté strategické plány veřejného zdravotnictví vyplývají z analýz prováděných Radou pro veřejné zdravotnictví a z aktuálních studií WHO. Pro období 2004 – 2008 bylo definováno 5 strategických priorit: (1) Rakovina; (2) Zdraví a prostředí; (3) Vzácná onemocnění (zahrnující např. i Alzheimerovu nemoc); (4) Násilí, zneužívání, rizikové a návykové chování; a (5) Chronické nemoci a kvalita života. Těchto 5 strategických plánů se dělí na 100 dosažitelných cílů stanovených na základě současných zkušeností a zdrojů. Jsou zaměřeny na rizikové determinanty, jako spotřeba tabáku a alkoholu a na populační skupiny, např. seniory, děti a mládež nebo vězně. Plány se diskutují na konzultacích řízených Národní radou pro zdraví, která je poradním orgánem ministra zdravotnictví a konzultačním orgánem vlády při projednávání otázek zdraví. Hlavní strategické záměry jsou často sloučeny s dalšími národními či regionálními programy. Např. národní plán na snížení zdravotních dopadů násilí a zneužívání pro období 2007-2011 zahrnoval i programy na prevenci úrazů, plán duševního zdraví a program prevence návykového chování. Na konci pětiletého období je realizace cílů vždy zhodnocena v parlamentu.

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

Slovenská republika

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

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

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

Kanada

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

Podpora zdraví je běžnou agendou provinciálních, regionálních i místních institucí v celé Kanadě. V ministerstvech zdravotnictví provincií existují divize podpory zdraví. Povinnosti v podpoře zdraví upravuje dokument „Health Promotion Act“, ve kterém jsou např. uvedeny povinné zdravotní programy a služby vč. toho, že každý zdravotní úřad musí dohlížet, provádět nebo zajišťovat realizaci zdravotních programů v oblastech podpory a ochrany veřejného zdraví

a prevence nemocí a úrazů včetně kontroly kardiovaskulárních nemocí, rakoviny, AIDS a dalších nemocí.

USA

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

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

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

Velká Británie

V Anglii, která prochází v posledních letech ve zdravotnictví velkými změnami, existuje tzv. Národní zdravotní služba (NHS), která zastřešuje všechny složky zdravotní péče a veřejného zdravotnictví. Orgánem spravujícím ochranu zdraví, je Agentura pro ochranu zdraví, která se zabývá především ochranou před infekčními nemocemi a environmentálními hrozbami a je i poradním orgánem NHS, MZ i místních samospráv. Její funkci přebírá od 1.4. 2013 agentura Public Health England (PHE), která se bude zaměřovat především na ochranu zdraví, zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a vědu a výzkum.

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

- umožnit každému dítěti co nejlepší start do života;
- umožnit dětem, mládeži a dospělým maximalizovat svůj potenciál a převzít kontrolu nad svým životem;
- vytvořit spravedlivé pracovní podmínky pro všechny;
- zajistit všem zdravý životní standard;

- vytvořit a rozvíjet zdravé a udržitelné komunity;
- posílit roli a účinnost prevence.

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

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