K ÚČINNOSTI NAŠICH ZDRAVOTNÍCH PROGRAMŮ

ON THE EFFECTIVITY OF THE CZECH NATIONAL HEALTH PROGRAMMES

JAROSLAV KOTULÁN

Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ochrany a podpory zdraví, Brno

SOUHRN

Český národní program „Zdraví 21“, zahájený v roce 2002, zcela selhal v oblasti primární prevence. V první dekádě jeho plnění se zdravotně významné komponenty životního stylu (kuřáctví, stravovací zvyklosti, nadváha, pohybová aktivita, alkohol, drogy) v české populaci nezlepšily, ale naopak, v některých směrech dále upadaly. Incidence hromadných neinfekčních onemocnění narůstala. V připravovaném programu na léta 2015–2020 by bylo třeba v uvedených směrech dosáhnout obratu. Jsou diskutovány předpoklady k naplnění tohoto cíle.

Klíčová slova: Zdraví 21, veřejné zdraví – ochrana, programy podpory zdraví, prevence nemocí

SUMMARY

The Czech national programme „Health 21“, launched in 2002, completely failed in the field of primary prevention. The health determinants of life style (smoking, diet, overweight, physical activity, alcohol, drugs) did not improve in the 2002–2011 period. On the contrary, they got worse in some aspects. The incidence of mass non-infectious diseases increased. In the new programme in preparation for the period 2015–2020, a turn for the better should be reached. Prerequisites to it are discussed.

Key words: Health 21, public health protection, health promotion programmes, disease prevention

Máme nový zdravotní program „Zdraví 2020“ (1). Pánuje oficiální uspokojení. Pochvaluje si jej ministr zdravotnictví i hlavní hygienik, program je podporován vládou i parlamentem. Na 35 stranách popisuje zvolenou strategii, definuje a analyzuje řešený problém prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví, probírá strategické cíle a prioritní oblasti a nastiňuje program implementace národní strategie. V rozsáhlých přílohách na 72 stranách informuje o dosavadním plnění Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu, o vybraných legislativních, strategických a koncepčních materiálech, o efektivitě primární prevence nemocí, o vývoji délky života ve zdraví, o hlavních příčinách úmrtí a jejich determinantách, uvádí přehled stávajících screeningových programů a příklady řešení prevence v zahraničí.

Není to náš první zdravotní program. Kromě prvotních návrhů v 90. letech minulého století to byl především Program „Zdraví 21“ (2), který měl být významným podkladem zdravotní politiky v počátku nového století. Podnětem k jeho zpracování byl evropský zdravotní program „Health 21“ (3) vydaný v roce 1998, který měl být výzvou a inspirací k tvorbě národních programů v jednotlivých evropských zemích.

Pokusím se zde podat přehled tohoto našeho staršího programu a posoudit získané zkušenosti. Podle mého názoru to může být poučné pro program nově zahajovaný a pro efektivní zdravotní politiku vůbec. Především

bychom měli do budoucna dát pozor na případné opakování postupů, které se zjevně neosvědčily.

Náš program Zdraví 21, schválený vládou ČR v říjnu 2002, převzal všech 21 cílů programu evropského a rozvedl je do nevídaných podrobností. Uvedené cíle byly dále děleny na dílčí úkoly (celkem 68), každý se stanovenými kritérii plnění (celkem 179 ukazatelů) a s rozvednutím do definovaných realizačních aktivit (celkem 295), každá se stanovenou odpovědností, spoluprací a termíny plnění, vesměs velmi krátkými (do nejbližších let). Jako celek je to výčet všech myslitelných problémů a úkolů, v jehož neúnosném rozsahu mezi záležitostmi nepodstatnými a okrajovými, jichž je většina, jsou souřadně uváděny problémy a úkoly zásadní důležitosti a zcela tak zanikají priority, které by měly být hlavními nosnými směry programu. Autoři programu jakoby našli mimořádné zalíbení v sepisování všech myslitelných plánovacích položek, se zaujetím větším než pro samotnou realizaci, o níž bylo již z dikce programu zřejmé, že nemůže být naplněna. Svoji roli snad hrála i skutečnost, že podrobně a pěkně sepsaný plán podle evropského vzoru může usnadnit přístup k evropským penězům.

Podkladem pro zhodnocení efektu programu Zdraví 21 nám může být oficiální zpráva o jeho plnění v letech 2003–2012, uvedená na 33 stranách jako Příloha 1 programu Zdraví 2020 (1) a rozváděná i v dalších přílohách, zejména č. 4 a 5.

Orientujeme se přitom zejména na hlavní cíl a smysl celého programu – zlepšit zdravotní stav obyvatelstva.

Úvodní část hodnocení konstatuje s uspokojením prodloužení střední délky života (od roku 2000 u mužů 3,1 roku a u žen 2,6 roku) a konstatuje, že uvedený nárůst je způsoben především poklesem úmrtnosti na kardiovaskulární choroby. V evropském kontextu nejde o nikterak pronikavý úspěch, v naději na dožití spadá ČR do spodní třetiny zemí EU 27. Nedaří se u nás redukovat podíl kuřáků v populaci a roste podíl obézních osob. Je zřejmé, že pokles kardiovaskulární úmrtnosti je působen především (ne-li v celém rozsahu) pokroky intervenční a invazivní kardiologie. Při vší účtce k jejím fascinujícím výsledkům se přece jen vtírá otázka, co nás to stojí. Jde o zákroky velmi drahé a přitom ve významné míře prováděné v případech, jimž bylo možno účinnou primární prevencí zabránit.

Z pohledu na hlavní příčiny smrti a jejich determinanty se v hodnocení konstatuje, že úmrtnost na ICHS v letech 2004–2012 víceméně stagnuje, zřejmě v souvislosti s částečným vyčerpáním terapeutických možností. Více bychom se v této souvislosti dověděli z údajů o vývoji incidence kardiovaskulárních chorob a ICHS zvláště. O té je ve zprávě jen jeden dílčí údaj: šetření MONICA zjistilo mezi lety 2000 a 2008 v české dospělé populaci nárůst výskytu hypertenze.

Pokud jde o úmrtnost, je významnějším kritériem délka života ve zdraví. V letech 2007–2009 stagnuje a je o 9 let kratší než ve Švédsku. Souvisí to nesporně s životním stylem. Česká republika má ve srovnání se Švédskem dvojnásobnou spotřebu cigaret, dvojnásobnou spotřebu alkoholu, více než dvojnásobný výskyt obezity, poloviční spotřebu zeleniny atp.

Celkově je přitom k úmrtnosti a střední délce života jako kritériu národního zdraví nutno zdůraznit, že její změny jsou efektem trojích aktivit, primární prevence, sekundární prevence a terapie, přičemž podíl těchto jednotlivých složek na efektu nelze rozpoznat. Nás z toho zajímá prevence, a to především primární. Sekundární prevenci je třeba v plánování i hodnocení programů přísně oddělovat. Nebrání vzniku nemocí, ale pouze jejich progresi. Je využitelná jen u několika málo chorobných stavů. Orientuje se na osoby již nemocné (s počínající chorobou nebo jejími prodromy), u neinfekčních nemocí nesnižuje incidenci, tj. neovlivní výskyt nových případů onemocnění v populaci. Rozhodujícím kritériem úspěšnosti preventivních programů musí být klesající incidence, a ta závisí téměř výlučně na prevenci primární.

Vývoj incidence kardiovaskulárních onemocnění, jakožto mimořádně významnou charakteristiku změn národního zdraví, zpráva kromě výše uvedené zmínky o hypertenzi z programu MONICA podrobněji neuvádí a neanalyzuje. U zhoubných nádorů konstatuje, že incidence roste. Tento trend není doprovázen rostoucí úmrtností, což hodnotící zpráva právem vysvětluje zvyšující se kvalitou léčby. Znovu zde tedy vyvstává otázka finančních nákladů a důsledků zanedbávané primární prevence. Narůstá počet lidí trpících cukrovkou (diabetes mellitus) II. typu a jejími komplikacemi, v Česku se léčí asi tři čtvrtě milionu lidí, oproti roku 2000 to bylo v roce 2011 o 130 000 diabetiků více. Léčba je spojena s blíže nespecifikovanými náklady, z nichž část by bylo možno účinnou prevencí ušetřit. S náklady spojenými s narušeným zdravím souvisí též invalidita. Zpráva

uvádí, že počet částečných invalidních důchodů na 100 000 obyvatel vzrostl mezi roky 2000 a 2012 o 42 %. Finanční náklady na invalidní důchody a na rehabilitační péči nejsou ve zprávě vyčísleny. Z výčtu hlavních příčin invalidity je opět jasné, že zde nepůsobí efektivní primární prevence.

Celkově je možno konstatovat, že pokud se zdravotní stav obyvatelstva v některých směrech zlepšuje, je to v rozhodující míře dáno rostoucí kvalitou diagnostické a terapeutické medicíny včetně její rostoucí finanční náročnosti. Primární prevence, nesrovnatelně levnější, jejímž jádrem je úsilí o změny životních podmínek a životního stylu nejširších vrstev obyvatelstva, zcela zaostává. Zpráva o tom poskytuje významné svědectví.

Prevalence kuřáctví zůstává neovlivněna, podíl kuřáků v české populaci neklesá. Nebyl také zaznamenán trend, že by se více kuřáků pokoušelo svého návyku zbavit. 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. Podíl kuřáků (včetně příležitostných) se v populaci ČR pohybuje v rozmezí 28–32 %. V průběhu let 1997–2010 nedošlo ke snížení prevalence kouření. Cigarety kouří 31 % českých žáků ve věku 13–15 let (2011).

Nedaří se pozitivně ovlivňovat stravovací zvyklosti v populaci ČR. U generace středního věku se podle studie HELEN za posledních šest let nepodařilo snížit podíl osob se špatnými stravovacími zvyklostmi a naopak dostatečně zvýšit podíl osob se zvyklostmi vyhovujícími správné výživě; týká se to zejména mužů. Podrobnější údaje o vývoji výživové spotřeby a výživových zvyklostí zpráva neuvádí a nekomentuje.

Významným rizikovým faktorem je nadváha. Dostupné údaje ukazují, že polovina dospělých (54 %) 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. Mezi lety 2001/2002 a 2010/2011 stoupl podíl obézních 13letých chlapců o zhruba 30 %, dívek o 40 %. Přitom choroby spojené s obezitou jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí, kterým je možné předcházet, hned po onemocněních souvisejících s kouřením.

Dostatečná pohybová aktivita ve středním věku, důležitá také pro udržení fyzické zdatnosti v rámci zdravého stárnutí, klesla mezi léty 2004–2010 u mužů i u žen. V letech 2005/2006 nesplňovalo doporučenou pohybovou aktivitu 80 % 11letých českých dětí. Podle WHO přitom fyzická neaktivita přispívá ve vyspělých zemích ke vzniku 16 % případů rakoviny tlustého střeva, 15 % cukrovky II. typu, 10 % případů rakoviny prsu a 21 % případů ischemické choroby srdeční.

Spotřeba alkoholu je stabilizována na relativně vysoké úrovni přibližně 10 litrů čistého alkoholu na obyvatele za rok (!). Podle SZÚ (2012) se 18 % mužů a 11 % žen vystavuje riziku zdravotních problémů způsobených nadměrnou spotřebou alkoholu. Varovná je situace dětí a mladistvých, např. ve věku 13 let konzumuje minimálně jednou týdně alkohol 15 % chlapců a 10 % dívek, ve věku 11 let 6,9 % chlapců a 4 % dívek (2010).

Velmi pravděpodobně došlo k nárůstu prevalence užívání nelegálních drog v obecné populaci, zejména mladých dospělých. Mezi nimi dosáhla ČR v roce 2012 nejvyšších prevalencí užívání konopných drog, extáze, sti-

mulancií amfetaminového typu a halucinogenů v Evropě.

Bilance primární prevence je tedy po 10 letech existence programu Zdraví 21 velmi smutná, v podstatě jde o úplné selhání. Hodnotící zpráva právem uvádí, že podle Světové zdravotnické organizace by bylo možno zdravou výživou, přiměřenou fyzickou aktivitou a nekouřením zabránit vzniku ischemické nemoci srdeční z 80 %, cukrovky 2. typu z 90 % a nádorů z 30 %.

Zpráva eufemisticky konstatuje, že pozitivní ovlivňování faktorů životního stylu soustavnou a dlouhodobou edukací a motivací obyvatelstva v oblastech výživy, pohybové aktivity, zvládání stresu, kuřáckých zvyklostí apod. „se zatím nedaří dostatečně zlepšovat“. Vysvětlení je ovšem kuriózní. Příčina je spatřována v „nedostatu kvalifikovaného a srozumitelného informování (!) občanů, orgánů a institucí, což se děje zejména prostřednictvím programů Zdravé město, Škola podporující zdraví a Podnik podporující zdraví“. Tato neuvěřitelná simplifikace svědčí pro nezáměr o hlubší analýzu tak vážného problému, jakým je naprostý neúspěch v ovlivňování životního stylu.

Je dobře známo, že informování občanů a institucí, je jen jednou dílčí stránkou problému a samo o sobě nemůže životní styl lidí významně ovlivnit. Všichni kuřáci jsou jistě informováni, jak škodlivému zlovyku holdují. A uváděné tři intervenční programy, jak ukazují dosavadní zkušenosti, zatím hrají v celonárodních potřebách změn životního stylu jen roli zcela okrajovou.

Nezájem o skutečnou analýzu nápadně kontrastuje s oprávněným konstatováním v příloze 3. „Ekonomický přínos primární prevence neinfekčních 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.“

Uvedené doklady 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.

V primární prevenci není respektován ani deklarovaný požadavek rovnosti ve zdraví. Preventivní poradny a úkony nejsou hrazeny pojišťovnou, vesměs přecházejí na komerční bázi. Poradny zdravé výživy, dentální hygiena, kurzy přípravy na porod aj. jsou nabízeny za poměrně vysoké částky, pro nízkopříjmové skupiny obyvatelstva jsou těžko dostupné.

K totálnímu neúspěchu primární prevence se však zpráva nevyjadřuje ani v závěrech. Konstatuje pouze, že úroveň naplňování národního programu Zdraví 21 v jednotlivých krajích je výrazně odlišná, že jedním z nástrojů naplňování cílů ochrany a podpory zdraví na této úrovni by měla být právě místní agenda 21. Pak si jen stěžuje na pokles uvolňování potřebných finančních prostředků v krajích a na městské a obecní úrovni, a snižování počtu odborných pracovníků v oblasti podpory zdraví.

Práce na programu Zdraví 21 a přípravě programu 2020 je přitom dokonale „proorganizována“. Rozsáhlý je seznam programových materiálů a zainteresovaných pracovních skupin a institucí. Mj. je to

- Relativně bezzubý zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami,
- Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky – NEHAP,
- Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (UV č. 1046/2002),
- Strategický rámec udržitelného rozvoje České republiky“ (prioritní osa 1 – Populace, člověk a zdraví (UV č. 37/2010),
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018 (UV č. 340/2010),
- Strategie bezpečnosti potravin a výživy na období let 2010 až 2013 (UV č. 61/2010),
- Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (UV č. 8/2008),
- Akční plán pro období 2011 až 2013 Koncepce podpory místní agendy 21,
- Koordinační, monitorovací a výzkumné pracoviště pro implementaci Evropské strategie kontroly tabáku a Evropského akčního plánu o alkoholu. („V letech 2003–2012 plnilo stanovené úkoly“. Čeho dosáhlo, zpráva neuvádí.).

Významnou institucí by mohla být Rada pro zdraví a životní prostředí jakožto poradní a iniciativní orgán vlády pro tuto oblast. Mohla by výrazně napomáhat ke zlepšování mezíresortní spolupráce v oblasti ochrany zdraví. Publikované zprávy o zasedáních Rady z let 2011 až 2014 (4) však pro efektivní naplňování této role nesvědčí. Většinou nejde o předpokládanou koordinaci účast rezortů k vytýčeným cílům, ale o vyslechnutí zpráv o podpoře nevládních organizací, o evropské studii EHES, odborná garance zpracování materiálu „Souhrnná zpráva o mezíresortním naplňování strategických dokumentů v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví za rok 2010“, která je souhrnem dílčích zpráv jednotlivých rezortů o naplňování úkolů a aktivit obsažených v následujících strategických dokumentech, dále seznámení s Protokolem o vodě a zdraví, Chartou o dopravě, životním prostředí a zdraví, Deklarací Čtvrté ministerké konference o životním prostředí a zdraví, s Dlouhodobým programem zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století a s Akčním plánem zdraví a životního prostředí České republiky.

V roce 2012 byla podána informace k zákonu o hluku, o metodě plánování odpadového hospodářství, o metanolu, asbestu a o hodnocení látek pod vedením EU. Shodná náplň jednání je uváděna i v roce 2013, dále informace o dotačních programech podporujících zdravý životní styl, o materiálu o vyhodnocení Zdraví 21 do roku 2012, o přípravě návrhu na úpravu cílů k mezinárodní úmluvě o ochraně a využívání hraničních vodních toků, informace k e-cigaretám, o programu WHO Zdraví 2020, k čerpání peněz z evropských fondů, k vodě a zdraví.

Byly projednány změny a aktualizace Statutu Rady a návrh na změnu Statutu Rady byl zaslán vládě ČR, která materiál projednala na svém zasedání dne 21. 8. 2013 a schválila ho svým usnesením č. 660 (5). Statut vytvá-

ří předpoklady pro efektivní práci Rady v oblasti primární prevence. Bude záležet na tom, do jaké míry budou využívány.

V současné době (2014 a 2015) je připravován navazující nový, již výše zmíněný program Zdraví 2020 (1), akceptovaný v lednu 2014 vládou ČR a v březnu 2014 poslaneckou sněmovnou. Hlavní starostí jeho tvůrců a koordinátorů by nyní mělo být, aby překonal nedostatky Programu 21 a neselhal stejně v plnění základních preventivních cílů.

Opět jsou deklarovány správné záměry. Ministr zdravotnictví k programu píše, že „zdraví nevzniká v nemocnicích, ale v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí a pracují, odpočívají a stárnou ...“, a dále, že v programu „nejde jen o činnost ministerstva zdravotnictví, ale i o poslání obou komor parlamentu, vlády a všech úrovní a typů veřejné správy, organizací, institucí, sociálních skupin, rodin i jednotlivců. Je tedy nezbytné motivovat pro péči o zdraví všechny komponenty demokratické společnosti.“ Program ovšem ani nenaznačuje, jak by bylo možné k zainteresování celé společnosti dospět.

Program zatím obsahuje jen obecné strategické rysy zamýšlené náplně, „Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“. Má být realizován v období 2014 až 2020. Do konce roku 2015 bude národní strategie dále rozpracována do implementačních dokumentů. Koordinátorem jejich přípravy je nově zřízená Resortní pracovní skupina pro podporu a ochranu veřejného zdraví a prevenci nemocí a pro implementaci programu Zdraví 2020 v ČR. Naplňování Národní strategie a implementačních dokumentů na mezirezortní úrovni má zajišťovat a koordinovat Rada vlády pro zdraví a životní prostředí.

Zmíněné rozpracování jednotlivých implementačních dokumentů, „akčních plánů či jiných strategických a koncepčních dokumentů dle stanovených témat ochrany a podpory veřejného zdraví a prevence nemocí, zdravotního stavu obyvatelstva ČR a dalších témat veřejného zdravotnictví a organizace zdravotní péče“ má blíže specifikovat dílčí cíle, odpovědnost, ukazatele a termíny plnění včetně stanovení požadavků na finanční a materiálové pokrytí nutně souvisejících nákladů.

Plánovací administrativa je mimořádně bohatá. Zahnuje (kapitola 5.2): Akční plán pro ochranu a podporu zdraví a prevenci nemocí, Akční plány a mezirezortní strategické dokumenty pro oblast kontroly tabáku a omezování škod působených alkoholem, Akční plán pro zajištění dostupnosti a organizace fungování sítě poskytovatelů zdravotních služeb, Akční plán ke zlepšení dostupnosti a kvality následné péče, dlouhodobé péče a péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí, Akční plán kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, Akční plán celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a dokonce i Akční plán pro elektronizaci zdravotnictví. Časový harmonogram má stanovit přípravu dílčích plánů do konce roku 2015 a plnění v období 2016–2020. Obsahuje tedy řadu položek, které s národním zdravím v širokém slova smyslu souvisí spíše jen okrajově. Dá se očekávat, že přirozenou snahou každé autorské skupiny bude vyjmenovat co nejvíce dílčích úkolů a cílů; je zde tedy nebezpečí obdobné záplavy dílčích položek plánu, z valné části irelevantních nebo okrajových, mezi nimiž důležité

priority zaniknou, podobně jako se to stalo v programu předchozím. Cílem by neměl být elaborát co nejrozsáhlejší, ale naopak rozsahem střídmy a orientovaný jen na položky podstatné pro zlepšování široce pojatého národního zdraví.

Primární prevence je v Národní strategii pouze deklarována, představa o její náplni chybí. Zatímco pro sekundární prevenci je v příloze 6 popsán přehled screeningových programů, o primární prevenci není uvedeno nic srovnatelně konkrétního. Pro zdravotní politiku (kapitola 5.1) mají být využity výsledky provedené analýzy implementace strategického dokumentu Zdraví 21, kde, jak jsme ukázali výše, analýza nebyla v podstatě provedena a materiál zůstal bez hodnotících závěrů.

Je zde tedy namísto obava, že program skončí v oblasti primární prevence obdobně neslavně jako Program Zdraví 21 v létech 2000 až 2011.

Jestliže by měla být dosažena pozitivní změna, muselo by být probíhající rozpracování programu nově pojato a naplnit řadu specifických podmínek. Pokusím se je vyjmenovat.

- 1) Prioritní postavení primární prevence v programu. Primární prevence, jakožto rozhodující komponenta řešení základního problému a dosahování základního cíle, tj. zlepšování zdraví obyvatelstva, by měla v programu jednoznačně dominovat rozsahem záměrů, konkretizací postupů a metod a prioritami finančního a personálního zabezpečení. Mnohé další položky programu, které mají k uvedenému cíli jen nevýznamný nebo dokonce žádný vztah, by měly být silně potlačeny nebo vypuštěny, aby nedocházelo k rozměňování základních priorit.
- 2) Orientace programu na nejširší veřejnost, se zaměřením nejlépe celostátním, nebo u jednotlivých jeho částí alespoň krajským či okresním. Malé projekty, podporované dotačním programem MZ a orientované na lokální komunity, většinou nemají z hlediska celkového národního zdraví význam. Výjimkou by byly pouze projekty koncipované jako pilotní studie s výsledky slibnými k následnému využití pro širokou veřejnost.
- 3) Kritériem úspěšnosti programu a jeho složek musí být prokazatelné pozitivní změny v chování lidí a v životních podmínkách jednoznačně významných pro zdraví, resp. v dalších fázích i v ukazatelích incidence nemocí. Jiná kritéria jsou irelevantní.
- 4) Institucionální zabezpečení. V programu je spatřováno především v hygienické službě a příslušném útvaru Státního zdravotního ústavu. Hygienická služba je podle nově zpracované koncepce (6) nositelkou odbornosti, iniciuje zavádění nových poznatků a metod v ochraně a podpoře veřejného zdraví do praxe a koordinuje činnosti v této oblasti na celostátní i regionální úrovni. Značné naděje jsou vkládány i do SZÚ. Při vši úctě k nesporně záslužné činnosti těchto institucí je však třeba konstatovat, že předpokládanou roli v programu primární prevence nemohou zvládat, a to nejen pro kritický nedostatek financí a omezené počty personální, ale i z hlediska odborných kompetencí, neboť efektivní primární prevence vyžaduje významnou účast odborníků i z jiných oblastí než zdravotnictví.
- 5) Účinné metody a pracovní postup. Mnozí zdravotničtí pracovníci vidí jádro primární prevence v tradičně

pojímané „zdravotní výchově“, tedy jako přednášky nebo písemné a názorné materiály víceméně podrobně popisující nemoci a jejich příčiny, vlastnosti jednotlivých složek výživy, různé zdravotní důsledky kouření apod. V primární prevenci ovšem nejde v první řadě o rozšiřování znalostí, samo o sobě je prakticky neúčinné. Rozhodující je ovlivnění postojů a pozitivní změny v návycích a jednání. Významnou roli zde musí sehrát využití psychologie, sociologie, behaviorálních přístupů, a také marketing. Je k tomu dnes k dispozici rozsáhlá literatura, na niž mj. poukázaly i některé publikace uveřejněné v Hygieně (7, 8). I když se přirovnání k reklamě může jevit jako nevkusné, zaměření je analogické v tom, že reklama rovněž směřuje ke změnám jednání. Je nesporně v mnoha směrech úspěšná, a to ne proto, že by podrobně vysvětlovala podstatu struktury resp. vnitřních funkcí nabízeného zboží, ale využitím speciálních metod marketingového působení. Obdobné přístupy by neměly být opomíjeny ani v primární prevenci. Mimořádný význam by zde mělo v Konceptu HS zmíněné založení vědeckého centra pro výzkum v oblasti primární prevence. Mělo by jít o vědecky fundovanou a výzkumně zaměřenou pracovní skupinu složenou nejen ze zdravotníků, ale ze zainteresovaných představitelů dalších uvedených oborů. Měla by za úkol navrhnout nové postupy, testovat jejich účinnost a osvědčené připravovat k celostátnímu využití. Pro tyto úkoly by musela být náležitě personálně vybavena a finančně dotována.

- 6) Účast nezdravotnických institucí a organizací. Základní změna náplně činnosti by měla být dosažena v Radě vlády pro zdraví a životní prostředí, v níž jsou potenciálně přítomny zatím téměř nevyužité rozsáhlé možnosti rozšiřování primárně preventivních aktivit i mimo zdravotnictví, na celospolečenskou úroveň. U nevládních organizací, jako je v programu příznivě hodnocená asociace Národní síť Zdravých měst ČR, Škola podporující zdraví, Podnik podporující zdraví, Bezpečná komunita, Stop obezité aj. by měla být aplikována náročnější kritéria. Jako nesporně pozitivní efekty by u nich měly být hodnoceny jen prokazatelné pozitivní změny životního stylu, návyků a jednání v širším populačním měřítku, a případně i s nimi spjaté změny incidence nemocí. K tomuto cíli by měly být tyto organizace zaměřovány. Hodnocení podle vykonaných akcí, organizačních propojení, blíže nespecifikovaného „zapojování veřejnosti“ apod. je z hlediska efektivní primární prevence bezvýznamné.

Nedosáhneme ovšem mnoho, budeme-li o možnostech podpory a zlepšení zdraví národa debatovat jen mezi sebou. Je to záležitost celospolečenská, vyžaduje rozsáhlou a cílenou součinnost prakticky všech sektorů státní správy a nejrůznějších institucí. Tedy záležitost politická. Značné úsilí by proto bylo třeba vyvinout zejména směrem k parlamentu. V debatách s politiky se při propagování primární prevence často argumentuje úsporami na snížených léčebných nákladech. Mohou být jistě vysoké, i když časově odložené. Touto argumentací ovšem poskytujeme pole pro další skeptické až odmítavé debaty, poukazující na zvýšené zdravotní náklady pokud se nemoc stejně dostaví, ale později, a vůbec na rostoucí náklady na zdravotní péči ve vyšším věku.

Takové debaty jsou nesporně malicherné a zavádějící. Politické strany, jak známo, prosazují, resp. preferují zá-

jmy určitých společenských vrstev nebo skupin. Zájem uchovat zdraví je však všeobecný, shodný ve všech populačních vrstvách a sociálních skupinách, a proto mu přísluší také všeobecná politická podpora, jak se s oblibou říká „napříč politickým spektrem“.

Lidé, alespoň někteří, snad vstupují do politiky nejen pro osobní prospěch, ale alespoň zčásti i s upřímným úmyslem pro společnost něco dobrého udělat. A uspokojování zdravotních zájmů lidí by zde mělo být na předním místě. Individuální život každého člověka je jedinečný a neopakovatelný příběh, který nabízí mnohé šance, ale neodpouští závažnější chyby, většinou neumožňuje návraty nebo reparáty. Nesporným základním zájmem každého člověka, ať si to uvědomuje nebo ne, je prožít jej v rámci genetických dispozic v optimální kvalitě a délce. Politici pro to mohou mnoho udělat. Přispívejme k tomu, aby to lépe chápali.

LITERATURA

1. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [Internet]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR; 2014 [cit. 25. ledna 2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8663_114_1.html.
2. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století [Internet]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR; 2002 [cit. 25. ledna 2015]. Dostupné z: http://www.spolecnost-hygieny.cz/dokumenty/zdravi_21.pdf.
3. Health21: the health for all policy framework for the WHO European region. European health for all series, no. 6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999.
4. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Výroční zprávy o činnosti Rady vlády pro zdraví a životní prostředí [Internet]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR; 2014 [cit. 25. ledna 2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/vyrocnizpravy-o-cinnosti-rady-vlady-pro-zdravi-a-zivotni-prostredi_3147_5.html.
5. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Rada pro zdraví a životní prostředí. Statut (Text po změně dle usnesení vlády č. 660 ze dne 21. srpna 2013) [Internet]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR; 2014 [cit. 25. ledna 2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/statut-a-jednaci-rad_9358_3145_5.html.
6. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Koncepte hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví [Internet]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR; 2013 [cit. 25. ledna 2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/koncepce-hygienicke-sluzby-2013_7740_5.html.
7. Chytková Z, Karlíček M, Hrkál M. Sociálněmarketingové programy na podporu zdravého životního stylu: možné teoretické přístupy. Hygiena. 2011;56(4):127-31.
8. Kunzová Š, Hrubá D, Řimák P, Sochor O, Chováň A a zdraví IV. Možnosti ovlivnění chování ve vztahu ke zdraví. Hygiena. 2014;59(3):123-30.

Došlo do redakce: 25. 1. 2015

Přijato k tisku: 12. 4. 2015

*Prof. MUDr. Jaroslav Kotulán, CSc.
Ústav ochrany a podpory zdraví LF MU
Kamenice 5
625 00 Brno
E-mail: kotulan@med.muni.cz*