

## ÚVOD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **CÍL 1: SOLIDARITA VE ZDRAVÍ V EVROPSKÉM REGIONU**

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

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

### **Dílčí úkol č. 1. 1.**

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

#### **Současný stav:**

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

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

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

#### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- střední délka života při narození, muži, ženy.

## **Dílčí úkol č. 1. 2.**

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

### **Současný stav:**

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

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

### **Aktivita ke splnění dílčího úkolu:**

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

odpovědnost: MPSV

spolupráce: MZ, ČSSZ, ČÚBP

termíny: průběžně 1 x ročně

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

odpovědnost: MZ

spolupráce: ÚZIS, ČSÚ

termíny: průběžně 1 x ročně

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

odpovědnost: MZ

spolupráce: IZPE

termíny: 2004

### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

## **CÍL 2: SPRAVEDLNOST VE ZDRAVÍ**

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

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

### **Dílčí úkol č. 2. 1.**

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

#### **Současný stav:**

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

#### **Aktivita ke splnění dílčího úkolu:**

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

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- střední délka života při narození, muži, ženy.

### **Dílčí úkol č. 2. 2.**

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

#### **Současný stav:**

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

#### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

odpovědnost: MZ

spolupráce: MPSV, ÚZIS, SZÚ

termíny: průběžně 1x za 3 roky

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

odpovědnost: MZ

spolupráce: ÚZIS, ČSÚ, ČSSZ, územní samosprávné celky

termíny: 1 x za 3 roky

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

### **Dílčí úkol č. 2.3.**

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

#### **Současný stav:**

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

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

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



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

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

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

### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

2.3.1: Zlepšovat systém vzdělávání a prosazovat systém celoživotního vzdělávání, které umožní měnit nebo zvyšovat kvalifikaci, zejména osobám se změněnou pracovní schopností vzniklou z důvodu jejich zdravotního stavu, věku, sociálního postavení aj., a to provázaně se systémem poskytování podpory vhodného poradenství pro volbu povolání, odborný výcvik a rehabilitaci

odpovědnost: MŠMT

spolupráce: MPSV, MZ, VÚPSV

termíny: průběžně

přijetí potřebných právních předpisů 2005

2.3.2: Vytvářet podmínky pro vznik specializovaných poradenských a vzdělávacích služeb pro podporu a ochranu zdraví na pracovištích, zejména v malých a středních podnicích k zajištění trvalé péče o zdraví, pracovní prostředí a bezpečnost při práci

odpovědnost: MZ, MPSV

spolupráce: ČSÚ, ČBÚ, SZÚ, VÚPSV, příslušné odborové svazy, svazy podnikatelů a zaměstnavatelů

termíny: průběžně

2.3.3: Vydávat v souladu s mezinárodními dokumenty, zejména s úmluvami MOP a Evropskou sociální chartou, právní předpisy k zajištění realizace práva na bezpečné a zdravé pracovní prostředí a pracovní podmínky a stanovit opatření k vynucení takových právních předpisů formou dozoru

odpovědnost: MZ, MPSV

spolupráce: ČÚBP, ČBÚ, HS

termíny: průběžně

2.3.4: Podporovat společné konzultace mezi zaměstnavateli a zaměstnanci, popř. tam, kde to je vhodné a potřebné, podporovat mechanismus pro dobrovolné vyjednávání mezi organizacemi zaměstnavatelů a zaměstnanců za účelem zlepšování pracovního prostředí kolektivními smlouvami

odpovědnost: MPSV

spolupráce: ostatní resorty, svazy podnikatelů a zaměstnanců

termíny: průběžně

### 2.3.5: Přijmout mezinárodní kritéria důsledků zdravotního postižení (ICF)

odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV  
termíny: 2004

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

#### **Dílčí úkol č. 2.4.**

#### **Zamezit zvyšování podílu osob, které žijí v nedostatku finančních prostředků**

#### **Současný stav:**

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

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

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

#### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

#### 2.4.1: Předložit vládě ČR návrh Národního plánu proti sociálnímu vyloučení

odpovědnost: MPSV  
spolupráce: MZ, VÚPSV  
termíny: 2004

2.4.2: Vyhodnocovat a aktualizovat Národní akční plán zaměstnanosti

odpovědnost: MPSV

termíny: každoročně

2.4.3: Realizovat šetření Mikrocensus

odpovědnost: ČSÚ

spolupráce: MPSV

termíny: 2004

2.4.4: Sociální programy k omezení podílu osob odkázaných na příjem sociálních dávek

odpovědnost: MPSV

spolupráce: MZ, poskytovatelé zdravotní a sociální péče, územní samosprávné celky

termíny: průběžně

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

### **CÍL 3: ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Současný stav:**

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

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

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

**Aktivita ke splnění dílčího úkolu:**

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

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MV, ČLS JEP, ZP

Termíny: v roce 2003

3.1.2: Zajištění adekvátní zdravotní péče v imigrantní populaci

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MV, ČLS JEP, ZP

Termíny: v období 2004-2006

3.1.3: Zajištění způsobu hrazení péče poskytované nepojištěným těhotným imigrantkám

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: MV, ČLS JEP, ZP

Termíny: v roce 2003

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

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

### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

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

#### **Současný stav:**

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

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

#### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

##### 3.2.1: Snížit prevalenci pozdní (postneonatální) morbidity

Odpovědnost: MZ

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

Termíny: průběžně:

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

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

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

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

**Dílčí úkol č. 3. 3.**  
**Snížit podíl vrozených vad na úmrtnosti živě narozených dětí**

**Současný stav :**

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

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

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

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

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

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

### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

3.3.1: Zavedení programů primární prevence

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: ČLS JEP

Termíny: 2003-2010

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

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: ČLS JEP

Termíny: 2003-2005

3.3.3: Léčba vybraných skupin VV na specializovaných pracovištích

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: ČLS JEP

Termíny: průběžně, roční hodnocení

3.3.4: Vypracování systému dlouhodobého sledování dětí narozených s VV

Odpovědnost: MZ

Spolupráce: ČLS JEP, ÚZIS

Termíny: průběžně, roční hodnocení

### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- podíl VV na poporodní úmrtnosti včetně analýzy spektra VV,



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

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

**Současný stav:**

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

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

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

**Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

Odpovědnost: MZ

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

Termíny: 2004

3.4.2: Zavést dotazník anamnézy úrazu dítěte pro odborné ambulantní lékaře

Odpovědnost: MZ

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

Termíny: 2003

3.4.3: Provést analýzu násilného jednání na dítěti

Odpovědnost: MZ

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

3.4.4: Analýza a prevence náhlé smrti kojence (SIDS)

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

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

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

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

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

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

**Dílčí úkol č. 3. 5.**

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

**Současný stav:**

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

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

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

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

#### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: průběžně, roční analýzy

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: v roce 2003, dále průběžně po 2 letech

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: v období 2004-2006

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

## **CÍL 4: ZDRAVÍ MLADÝCH**

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

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

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

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

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

#### **Dílčí úkol č. 4. 1.**

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

#### **Současný stav:**

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

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

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

#### **Aktivita ke splnění dílčího úkolu:**

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

### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

#### **Dílčí úkol č. 4. 2.**

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

#### **Současný stav:**

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

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

#### **Aktivita ke splnění dílčího úkolu:**

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

odpovědnost: MZ,

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

termíny: 2003 vypracování návrhu

2004 zavedení

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

odpovědnost: MŠMT

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

termíny: průběžně

### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

#### **Dílčí úkol č. 4. 3.**

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

#### **Současný stav:**

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

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

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

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

#### **Aktivita ke splnění dílčího úkolu:**

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

odpovědnost: MŠMT

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

termíny: průběžně

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

odpovědnost: MŠMT

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

termíny: průběžně

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

#### **Dílčí úkol č. 4.4.**

##### **Snížit o třetinu počet těhotenství u dospívajících dívek**

#### **Současný stav:**

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

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

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

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

#### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

odpovědnost: MZ, MŠMT

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

termíny: průběžně

4.4.2: Zajištění vhodných metod kontracepce

odpovědnost: MZ,

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

termíny: průběžně

Aktivity budou zahrnovat:

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

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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



## CÍL 5: ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

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

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

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

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

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

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

### Dílčí úkol č. 5. 1.

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

#### **Současný stav:**

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

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

### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: průběžné - 2005, 2010  
konečný - 2020

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

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: průběžné - 2005, 2010  
konečný - 2020

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

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: průběžné - 2005, 2010  
konečný - 2020

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

odpovědnost: MSMT

spolupráce: občanská sdružení v tělovýchově

termíny: průběžně

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

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: 2003

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

#### **Dílčí úkol č. 5. 2.**

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

#### **Současný stav:**

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

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

### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: 2003 - metodika  
2005 - sledování

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

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: 2003 - návrh  
2005 - zavedení

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: 2003 - metodika  
2004 - zavedení do praxe

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

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

odpovědnost: MZ

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

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

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

## **CÍL 6: ZLEPŠENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ**

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

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

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

### **Dílčí úkol č. 6. 1.**

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

#### **Současný stav:**

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

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

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

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

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

#### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

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



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

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

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

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

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

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

#### **Dílčí úkol č. 6.2. Snížit počet sebevražd alespoň o jednu třetinu**

#### **Současný stav:**

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

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

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

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

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

### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

## **CÍL 7: PREVENCE INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ**

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

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

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

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

### **Dílčí úkol č. 7. 1.**

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

#### **Současný stav:**

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

#### **Aktivita ke splnění dílčího úkolu:**

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

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

**Dílčí úkol č. 7. 2.**  
**Eliminovat novorozenecký tetanus**

**Současný stav:**

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

**Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

7.2.1: Pokračovat v očkování proti tetanu, i nadále dosahovat vysokou proočkovanost, provádět administrativní kontrolu pravidelného očkování dětí, provádět kontrolu výsledků očkování sérologickými přehledy, zajišťovat epidemiologické šetření každého případu tetanu, výsledky hlásit SZÚ

odpovědnost: MZ

spolupráce: očkující lékaři, hlásící lékaři, Národní referenční laboratoř pro tetanus FN Olomouc, HS, SZÚ

termíny: průběžně - ročně  
sérologické přehledy ve schválených termínech

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

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

**Současný stav :**

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

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

### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

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

odpovědnost: MZ

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

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

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

sledování dalších ukazatelů - průběžně ročně do roku 2010

### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

#### **Dílčí úkol č. 7. 4.**

**Nejpozději do roku 2010 dosáhnout výskyt:**

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

### **Současný stav :**

V ČR je výskyt:

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

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

#### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

### **Dílčí úkol č. 7. 5.**

#### **Nejpozději do roku 2015**

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

### **Současný stav :**

V ČR je

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



### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: průběžně ročně do roku 2015

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

odpovědnost: MZ

spolupráce: pracovníci oboru TRN, HS, SZÚ

termíny: průběžně ročně do roku 2015

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: každoročně do roku 2015

pandemický plán - ve schválených fázích podle vývoje epid. situace

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

odpovědnost: MZ

spolupráce: HS, SZÚ

termíny: průběžně ročně do roku 2015

### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

## **CÍL 8: SNÍŽENÍ VÝSKYTU NEINFEKČNÍCH NEMOCÍ**

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

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

### **Dílčí úkol č. 8.1.**

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

#### **Současný stav:**

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

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

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

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

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

### **Aktivita ke splnění dílčího úkolu:**

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

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: průběžně

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

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

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: průběžně

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

odpovědnost: MZ

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

termíny: 1 x za 5 let

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

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

**Dílčí úkol č. 8.2.**

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

**Současný stav:**

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

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

**Aktivita ke splnění dílčího úkolu:**

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

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

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

### **Dílčí úkol č. 8.3.**

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

#### **Současný stav:**

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

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

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

#### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

odpovědnost: MZ

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

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

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

odpovědnost: MZ

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

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

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

odpovědnost: MZ

spolupráce: ÚZIS, odborné společnosti ČLS JEP

termíny: 2003

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

odpovědnost: MZ

spolupráce: Odborné společnosti zdravotních sester

termíny: 2004

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

#### **Dílčí úkol č. 8.4.**

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

#### **Současný stav:**

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

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

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

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

#### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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



### **Dílčí úkol č. 8.5.**

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

#### **Současný stav :**

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

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

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

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

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

#### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

8.5.1: Akční program zlepšování orálního zdraví dětí a mládeže

odpovědnost: MZ

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

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

8.5.2: Stanovit síť stomatologů pro děti školního a předškolního věku

odpovědnost: MZ

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

termíny: 2003

8.5.3: Provádět epidemiologické studie u vybraných věkových skupin populace

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

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

## **CÍL 9: SNÍŽENÍ VÝSKYTU PORANĚNÍ ZPŮSOBENÝCH NÁSILÍM A ÚRAZY**

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

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

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

### **Dílčí úkol č. 9. 1.**

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

#### **Současný stav :**

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

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

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

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

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

### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

## **Dílčí úkol č. 9.2.**

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

### **Současný stav :**

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

### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

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

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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

#### **Dílčí úkol č. 9. 3.**

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

#### **Současný stav :**

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

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

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

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

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

### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

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

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

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