



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Světová zdravotnická
organizace
Evropu

ZDRAVÍ 2020

Osnova evropské zdravotní politiky
pro 21. století



Zdraví 2020

**Osnova evropské zdravotní politiky
pro 21. století**

Souhrn

53 zemí evropského regionu schválilo na zasedání Regionálního výboru SZO pro Evropu v září 2012 nový regionální program Zdraví 2020 vycházející ze základních hodnot a založený na publikovaných důkazech. Program Zdraví 2020 se zaměřuje na zlepšení zdraví pro všechny a na překonávání nerovností ve zdraví cestou lepšího vedení a řízení v oblasti zdraví. Dokument se zaměřuje na hlavní zdravotnické problémy současnosti. Vymezuje čtyři prioritní oblasti politických opatření a je inovativní v hledání odpovědí napříč všemi úrovněmi a resorty vlády a napříč společnostmi, při orientaci na přínosnost opatření a rozvíjení odolnosti v rámci komunity, na emancipaci a na vytváření podpůrného prostředí. Podrobně se zabývá posílením role zdravotnických služeb a zdravotnického systému. Program Zdraví 2020 byl schválen v dvojí verzi. Kratší z nich představuje rámec evropské politiky podpory akcí napříč vládou a společnostmi se zaměřením na zdraví a duševní pohodu a je určena pro politiky a rozhodovací orgány. Delší verze, Rámec politiky a strategie Zdraví 2020, zachází do větších podrobností. Realizace programu Zdraví 2020 v jednotlivých zemích evropského regionu nyní představuje základní úkol nejvyšší priority.

Přeloženo z anglického originálu Health 2020: a European policy Framework and strategy for the 21st century, vydaného Regionální úřadovnou WHO pro Evropu v roce 2013.

© Světová zdravotnická organizace 2013

Vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2, ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, Šrobárova 48, 100 42 Praha 10.

© Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2014

Překlad: prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.
PhDr. Karel Zástěra, Ph.D.

Překladatel této publikace přebírá odpovědnost za správnost překladu.
Ministerstvo zdravotnictví děkuje všem, kteří přispěli k vydání české publikace.

Tisk: TIGIS, spol s. r. o, Kounická 3129/70, 100 00 Praha 10

ISBN: 978-80-85047-48-6

Úvod	1
Zdraví 2020: rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu	5
Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století	25

Úvod

Program Zdraví 2020 je zaměřen na zdraví a životní pohodu obyvatel evropského regionu Světové zdravotnické organizace (SZO). Je to osnova zdravotní politiky založená na hodnotovém přístupu a na vědecky ověřených důkazech. Lze vyslovit naději, že program přispěje k pochopení zdravotní problematiky a k posílení inspirace všech obyvatel evropského regionu, kteří chtějí využít nových příležitostí ke zlepšení zdraví a životní pohody současných i budoucích generací, kteří budou poukazovat jak na problémy, tak i na možnosti jejich řešení a budou se i aktivně podílet na dalším rozvoji péče o zdraví. Program 2020 je pro každého, nejen pro politiky a odborníky ale i pro celou občanskou společnost, nejrůznější sociální skupiny, rodiny i jednotlivce.

Proč je program Zdraví 2020 důležitý? Je výraznou pobídkou pro zvýšení aktivity. Jasně dokládá, že zdraví a životní pohoda jsou naprosto nezbytné pro zajištění úspěšného ekonomického a sociálního rozvoje. Je orientován na zdraví jako na lidské právo, předpokládá zapojení celé vlády a celé společnosti do péče o zdraví, usiluje o spravedlivé zlepšování zdraví lidí a o pevné, nově pojaté vedení a řízení směřující ke zdraví, počítá s vytvořením nových forem mezirezortní spolupráce založené na společných prioritách, poukazuje na nutnost posílit schopnosti všech složek společnosti v oblasti péče o zdraví a vytváří základ pro jejich partnerskou spolupráci.

Regionální výbor SZO pro Evropu schválil program Zdraví 2020 v roce 2012 ve dvou verzích, které jsou součástí této publikace. Kratší verze – „Rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu“ – poskytuje politikům a dalším řídicím pracovníkům základní informaci o hodnotách a principech nezbytných pro zavedení programu do praxe. Uvádí jak hlavní současné zdravotní problémy, tak možnosti jejich zvládnutí. Poskytuje zásadní politické i ekonomické argumenty pro péči o zdraví a vyzývá k formulaci vlastních cílů a priorit zdravotní politiky.

Delší verze – „Zdraví 2020 – osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století“ – obsahuje podrobnější a obsáhlejší analýzu a hlavní metody a opatření, jejichž účinnost již byla prokázána, i informace o prostředcích, které jsou nezbytné pro realizaci strategie péče o zdraví. Důraz, který je kladen na nová a důkazy podložená opatření, by měl pomoci těm, kteří budou program konkretizovat a zavádět do praxe. Dokument není strnulým návodem, ale živoucím textem, který by měl být podle potřeb a možností průběžně měněn a doplňován v návaznosti na nové poznatky a praktické zkušenosti.

Obě zmíněné verze vycházející z dlouhé historie světového i evropského myšlení poskytují flexibilní osnovu pro zdravotní politiku i pro konkrétní opatření v jednotlivých členských státech evropského regionu. Program Zdraví 2020 je v souladu s reformním procesem SZO a bude aktivně podporován Evropskou regionální úřadovnou SZO. Členskými státy bude poskytována podpora v návaznosti na jejich individuální potřeby a priority. SZO bude rozvíjet partnerskou spolupráci a bude spoléhat na to, že každý, kdo se zapojí do realizace programu Zdraví 2020, bude program hájit, rozvíjet a přispívat k jeho přínosu.

**Zdraví 2020:
rámcový souhrn opatření připravených
s cílem pomoci vládám
a všem společenským aktivitám,
aby přispívaly ke zdraví a životní
pohodě obyvatel evropského regionu**

Program Zdraví 2020 – úvodní poznámka.....	8
Předmluva	10
Předmluva	11
Zdraví je základní společenská i ekonomická hodnota	13
Významný hodnotový základ: dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví	14
Pádné sociální a ekonomické argumenty pro zlepšování zdraví	14
Strategické cíle Zdraví 2020: větší spravedlnost a lepší řízení v oblasti péče o zdraví a zdravotnictví	15
Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví	15
Posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení všechny komponenty společnosti, sociální skupiny i jednotlivce	17
Spolupráce na společných prioritách v oblasti zdraví	17
Prioritní oblast 1: Celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví	18
Prioritní oblast 2: Čelit největším zdravotním problémům Evropy – neinfekčním a infekčním nemocem	19
Prioritní oblast 3: Posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích	20
Prioritní oblast 4: Podílet se na vytváření motivovaných a odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví.....	22
Pracujme společně: partnerská spolupráce je přidanou hodnotou.....	22
Program Zdraví 2020 – společný záměr a sdílená odpovědnost	24

Program Zdraví 2020 – úvodní poznámka

„Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství bezcenné a důvtip bezmocný.“ Zhruba před dvěma a půl tisíci lety formuloval tuto myšlenku řecký filozof a lékař Hérakleitos z Efesu. Moderním jazykem ji vyjádřil i jeden z posledních ředitelů Světové zdravotnické organizace dr. Halfdan Mahler: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.“ Možná jinými slovy, ale ve stejném smyslu si tuto myšlenku lidé uvědomují již po staletí. Někdo častěji a včas, někdo málo a jiný pozdě. Nevyhnutelně k ní však dospějeme všichni.

Není vůbec náhodou, že takto veřejně a s publicitou ji formulují právě lékaři. Jejich úlohou je nejen léčit nemoci, ale i **připomínat hodnotu zdraví, zdraví posilovat, rozvíjet a chránit, stejně jako koordinovat v tomto duchu úsilí celé společnosti.** Tato úloha však bývá někdy upozaděna, resp. se ztrácí v diskusích o nákladech na léčbu, poplatcích, či v zápalu pro nové léčebné metody a všemohoucí účinky léků. Přesto právě zmíněná úloha zdravotníků sehrává rozhodující roli jak při ovlivňování veřejného zdraví – zdravotního stavu obyvatelstva a jeho skupin, tak při zpětné regulaci zdravotního systému, snižování jeho nákladů a efektivním cílení na dominantní zdravotní problémy.

Program Zdraví 2020 připravovala Regionální úřadovna Světové zdravotnické organizace (SZO) pro Evropu více než dva roky za účasti mnoha dalších organizací a institucí. Program byl předložen 62. zasedání regionálního výboru pro Evropu (10.–13. září 2012) ve dvou verzích, které se liší zejména rozsahem textu. Kratší verze má v anglickém originálu 14 stran, delší verze 152 stran a obsahuje jak rozsáhlý seznam literatury, tak i vysvětlení základních používaných pojmů.

Kratší verze je určena politikům, pracovníkům veřejné správy a široké občanské veřejnosti. Byla přeložena do češtiny a je dávana k dispozici všem, kteří si zdraví váží. Lze připustit, že žádný překlad není dokonalý. Nezbyvá než doporučit, aby při případné nejasnosti čtenář nahlédl do anglické verze.

Obsáhlejší verze je dostupná na internetu v angličtině (němčině, ruštině a francouzštině) a měli by se s ní seznámit zejména odborní pracovníci zabývající se problematikou studia zdravotního stavu obyvatelstva, podporou zdraví, prevencí nemocí, zdravotní politikou a všemi dalšími okolnostmi, které ovlivňují zdraví lidí.

Je vhodné v této úvodní poznámce připomenout několik základních tezí, které tvoří jádro současné evropské zdravotní politiky:

- **Zdraví je významnou ekonomickou, humánní, individuální i sociální hodnotou.**
- **V zájmu každého státu je usilovat o co nejlepší zdraví svých obyvatel.** Program Zdraví 2020 proto zdůrazňuje společnou a sdílenou odpovědnost vlády, celé veřejné správy, všech organizací a institucí, rodin i jednotlivců.
- **Výrazný vliv na zdraví mají podmínky, do nichž se lidé rodí, v nichž vyrůstají, učí se, pracují, odpočívají i stárnou.** Zlepšení takových podmínek je velmi důležité pro zlepšení zdraví lidí. Sociální determinanty zdraví, jejich studium a zvládnání, patří k důležitým tématům ochrany a podpory zdraví. Jsou i důležitou součástí sdílené odpovědnosti všech typů a stupňů veřejné správy a všech dalších komponent společnosti.
- **Podpora zdraví a prevence nemocí zahrnuje širokou oblast a pestrou škálu aktivit, které přispívají ke zdraví lidí. SZO naléhavě doporučuje tuto oblast podstatně posílit personálně a finančně i vybavit potřebným zařízením. Rovněž doporučuje zlepšit a rozvíjet informační systém, odbornou přípravu a výzkum.**
- Pokud se péče o zdraví ponechá jen na jednotlivcích a pokud se zdravotní problémy řeší až v nemocnicích, pak je takový zdravotní systém málo účinný a zbytečně nákladný.
- **Nemoci nerespektují hranice státu.** Mezinárodní spolupráce je nezbytná, a to v oblasti informací, výměny zkušeností i při bezprostředním ohrožení a humanitárních katastrofách.
- **Zdravotní problémy nelze zvládnout v rámci jednoho rezortu – ministerstva zdravotnictví.** Proto SZO vyzývá členské státy, aby v potřebné míře rozvinuly mezirezortní spolupráci (*whole of government approach*) a aby vytvářely nové společenské vazby v rámci celé společnosti (*whole of society approach*). Každé rozhodnutí a opatření může ovlivnit zdraví (*health in all policies*).

- **Velmi důležité je prozíravé řízení přispívající ke zdraví**, a to jak v rámci rezortu zdravotnictví (*health governance*), tak i v celé společnosti (*governance for health*).
- Je žádoucí, aby úroveň zdraví všech obyvatel byla co nejvyšší. Současně je nezbytné dbát na to, aby ve společnosti nebyly příkré rozdíly ve zdravotní úrovni, a to jak mezi jednotlivci, tak i mezi sociálními skupinami. Špatný zdravotní stav jedné sociální skupiny představuje vážné zdravotní riziko i pro ostatní.

Na základě dřívějších zkušeností s programem Zdraví 21 lze vyslovit domněnku, že je velmi těžké překročit medicínské a zdravotnické hranice péče o zdraví a pochopit, že nejde jen o činnost ministerstva zdravotnictví, ale i o poslání obou komor parlamentu, vlády a všech úrovní a typů veřejné správy, organizací, institucí, sociálních skupin, rodin i jednotlivců.

Pokud jde o tradiční metody, je vhodné posílit zdravotní výchovu, ochranu a podporu zdraví, prevenci nemocí a rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví (*public health*). Nové informační technologie umožňují uplatnit nové metody komunikace, narůstá role médií v péči o zdraví a uplatňuje se vliv občanských iniciativ. Je tedy nezbytné motivovat pro péči o zdraví všechny komponenty demokratické společnosti. Když se v této oblasti něco podcení, nežádoucím důsledkem je horší zdraví, než by mohlo být. Následky se potom velmi nákladně a nedostatečně napravují ve zdravotnických zařízeních.

Lze namítnout, že program je poněkud obecný a že v něm některé oblasti a aktivity chybí. To není jeho nedostatek. Program vyzývá ke kritickému uvažování, k iniciativním návrhům a k užitečné aktivitě. Je výrazem evropské zdravotní politiky usilující o zlepšení zdraví všech lidí a o snížení zdravotních rozdílů.

Účinná a hospodárná péče o zdraví začíná v rodinách, ve školách a na pracovištích. Významnou rolí všech komponent společnosti je motivovat a usnadňovat ta rozhodnutí, která přispívají ke zdraví, a navrhopvat i realizovat opatření zlepšující zdravotní i životní podmínky lidí. Zdraví je záležitostí všech, každého z nás.

Program Zdraví 2020 je poněkud obtížný v tom, že předpokládá hodnotově zakotvené systémové myšlení. Staví na sounáležitosti jednotlivců i sociálních skupin a přispívá k rozvoji a uplatnění demokratických mechanismů. Rozhodně stojí za to se s programem seznámit a přispět svým podílem k jeho realizaci.

Člověk ve svém životě jde různými cestami. Některé z těchto cest jsou rovné a krátké, některé jsou naopak klikaté a dlouhé. Co je rozhodující, je to, kam nás zavedou, jaký mají cíl. Zda to je cíl, který opravdu chceme, a zda lze věřit těm, kteří ukazují tu jedinou správnou cestu. V této souvislosti bych rád citoval **Omara Nelsona Bradleyho** (1893–1981), pětihvězdičkového generála americké armády a spolutvůrce Marshallova plánu: „**Je načase, abychom se naučili kormidlovat podle hvězd a ne podle mihotavých světýlek všech projíždějících lodí.**“

Tento citát evokuje řadu otázek bezprostředně se dotýkajících zdraví, zdravotnictví i prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví v České republice: **Podle kterých hvězd a kterých souhvězdí budeme kormidlovat? Dokážeme rozeznat trvalé humánní hodnoty od krátkodechého balastu? Bude jednou z hvězd ukazujících cestu i zdraví lidí? Je cesta ke zdraví lidí naše cesta?**

Program Zdraví 2020 není podrobným návodem, ale právě pozváním na tuto nelehkou a náročnou cestu směřující ke zdraví lidí. Text by měl být především inspirací k úvahám a rozhovorům a ve svém důsledku i motivem ke společnému úsilí v oblasti péče o zdraví. Ostatně nejde jen o zdraví. Záměrem je, aby svébytní a kompetentní lidé pochopili hodnotu zdraví a dokázali přijmout svou část sdílené odpovědnosti nejen za své zdraví, ale i za zdraví těch, kteří to potřebují.

MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.

Hlavní hygienik ČR a náměstek ministra zdravotnictví
pro ochranu a podporu veřejného zdraví

Předmluva

Zdraví 2020: Rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu přichází s prozíravým a ambiciózním plánem. Na této koncepci se shodlo všech 53 členských států Evropského regionu Světové zdravotnické organizace (SZO) a došlo k tomu v pravou chvíli. Vzhledem k tomu, že se blíží rok 2015 a termín pro dosažení rozvojových cílů tisíciletí, pomůže nám tento program při zapracování zdraví do globálních cílů příští generace.

Program zúročuje naše nedávné poznatky o úloze zdraví. Maximalizace zdraví ve všech etapách života představuje základní právo každého jednotlivce a nikoli privilegium pro malý počet vyvolených. Dobrý zdravotní stav znamená výhodu a je zdrojem ekonomické a sociální stability. Má klíčovou úlohu v boji s chudobou a přispívá k udržitelnému rozvoji, který je zároveň prospěšný zdraví. Navíc nadále není možno považovat dobrý zdravotní stav za zásluhu jednoho rezortu, protože udržitelné a spravedlivé zlepšování zdraví je výsledkem efektivní politiky napříč všemi složkami vlády a usilovné spolupráce mezi jednotlivými složkami společnosti.

Čtenáři uvidí, že tento přístup je podstatou celého programu. Evropský region čeká řada významných úkolů. Nerovnosti v oblasti zdraví v rámci jednotlivých zemí i mezi různými zeměmi jsou odrazem ekonomických a sociálních rozdílů ve společnosti. Vlivem rostoucího ekonomického tlaku a stoupajících nákladů na zdravotní péči dochází ke zvýšení hrozby sociálního vyloučení a příliš často se zapomíná právě na ty, kdo zdravotní péči potřebují nejvíce. Zároveň si uvědomujeme, že očekávání veřejnosti, která chce mít přístup k nejnovějším a nejlepším zdravotnickým technologiím, v kombinaci s měnícím se podílem onemocnění, která převažují u stárnoucí populace, vyvíjí obrovský tlak na rozpočet. Pokud se v zemích evropského regionu má univerzální pokrytí zdravotní péče stát skutečností, nutně potřebujeme nové přístupy a pohledy. Změna postoje politických činitelů, zdravotníků i veřejnosti, od toho, že se na zdraví pohlíží jako na boj s nemocí, k tomu, aby se zaměřili především na podporu zdraví a životní pohody, je klíčem k budoucnosti. Úspěšnost této koncepce závisí na její politické podpoře, na zavádění nových technických a administrativních postupů a na změnách ve využívání finančních prostředků a dalších zdrojů.

Rámcová koncepce pro Evropu úzce navazuje na 12. generální program SZO a představuje praktický odraz programu reformy v SZO, které mají umožnit, aby tato organizace mohla v rychle se měnícím světě efektivněji reagovat na potřeby svých členských států. V evropském regionu, podobně jako v jiných regionech, je předpokladem k dosažení výsledků stanovených v tomto programu rozvíjení schopnosti mezinárodních organizací spolupracovat nejen s ministerstvy jednoho rezortu, ale i se všemi důležitými složkami vlády, s kolegy v jiných mezinárodních organizacích, které mají vliv na zdraví, dále se zástupci průmyslu a akademických institucí, jakož i s občanskou společností. Rámcový program pro Evropu ukazuje cestu vpřed, pokud jde o nové přístupy ke zdraví a životní pohodě na celém světě.



Margaret Chan
Generální ředitelka SZO

Předmluva

Mám to potěšení přivítat s vámi program Zdraví 2020, rámcovou evropskou koncepci zdraví pro všechny. Ať už jste prezident, premiér, starosta, politický činitel, zdravotnický pracovník nebo komunitní aktivista, v dokumentu Zdraví 2020 najdete informace, ze kterých budete moci vycházet při přijímání zdravějších, bezpečnějších a ekonomicky výhodnějších rozhodnutí a opatření.

Zdravotnictví se v 21. století utváří pod vlivem rostoucí vzájemné provázanosti na globální, regionální, národní a místní úrovni a stále složitější řady vzájemně propojených faktorů, které ovlivňují zdraví a životní pohodu. Před námi všemi stojí například úkol, abychom porozuměli mnoha různým faktorům a rezortním službám (jako například zajištění bydlení, dodávky vody a energií, potravy a zdravotní péče), které potřebujeme k zajištění štěstí a zdraví pro nás samotné, naše rodiny a naše obyvatelstvo. Všichni víme, že špatný zdravotní stav znamená mrhání potenciálem, plodí zoufalství a utrpení a odčerpává finanční prostředky. Řešení těchto úkolů na jakékoli úrovni – osobní, institucionální, komunitní, obecní nebo národní – vyžaduje promyšlený, strategický a koordinovaný postup. Všechny 53 členské státy evropského regionu SZO vypracovaly a přijaly program Zdraví 2020 jako koncepční rámec pro podporu takového postupu.

Program Zdraví 2020 rozpracovává vizi systému veřejného zdraví jako dynamické sítě zainteresovaných subjektů na všech úrovních společnosti a jeho cílem je podpora opatření sloužících jednotnému účelu napříč evropským regionem. Veškerá doporučení v programu Zdraví 2020 vycházejí z věrohodných důkazů. Na vypracování programu Zdraví 2020 se podílela celá řada odborníků. Naším cílem po celou dobu bylo na základě nejlepších dostupných podkladů vypracovat unikátní program.

Program Zdraví 2020 staví na rozsáhlém přehledu publikovaných důkazů, na údajích vycházejících ze zkušeností a na konzultacích nebyvalého rozsahu se zainteresovanými subjekty v měřítku celého regionu. V procesu jeho vývoje došlo k rozsáhlému přehodnocení současných mechanismů, procesů, vztahů a institucionálních dohod v oblasti zdravotnictví. Nakonec jsme v programu Zdraví 2020 získali unikátní regionální vodítko, díky němuž se můžeme poučit ze zkušeností nabytých v praxi a které nám pomůže nastavit si priority a najít lepší cesty, jak koordinovat akce mezi zainteresovanými subjekty ve všech rezortech, aby to vedlo ke zlepšení zdravotního stavu a životní pohody jak u jednotlivců, tak u celé populace.

Program Zdraví 2020 uznává a vítá velkou různorodost zdravotnických systémů a přístupů napříč evropským regionem. Jeho snahou není, aby národní a místní zdravotnické systémy byly jednotné, ale aby byly jednotně lepší. Přijetím programu Zdraví 2020 si všechny státy vytkly dva společné cíle, a to jednak snahu o zlepšení zdravotního stavu všech občanů a zmenšení rozdílů v oblasti zdraví, jednak snahu o posílení vedení a účasti na řízení v oblasti zdraví.

Program Zdraví 2020 ukazuje cesty, jak těchto cílů dosáhnout, a navrhuje nové formy řízení v oblasti zdraví s tím, že zdraví a životní pohoda jsou chápány jako úkol celé společnosti a celé vlády, a vyzývá k aktivní účasti veřejnosti na strategickém rozhodování.

Zabývá se socioekonomickými důvody pro zlepšení zdraví a uvádí pádnou argumentaci založenou na důkazech, proč je třeba, s využitím integrovaných přístupů, investovat do podpory zdraví a životní pohody a do prevence nemocí. Popisuje ovlivnění sociálních determinant cestou vývoje metod pro zapracování zdraví do všech koncepcí s cílem zlepšení zdravotního stavu každého jednotlivce, které ve svém důsledku povede ke snížení vlivu sociálních determinant na všechny lidi, a dále cestou cílených opatření, která se zaměří na nejvíce znevýhodněné.

Program Zdraví 2020 ukazuje nové systémy účasti na řízení, které podporují inovativní přístupy k sociální mobilizaci pro rovný, udržitelný a odpovědný postoj ke zdraví.

Program Zdraví 2020 se zabývá celou řadou novátorských a efektivních cest k řešení současných komplexních úkolů v oblasti zdraví. Představuje celou řadu strategií a opatření, jež lze uplatnit při řešení hlavních úkolů v oblasti zdraví v průběhu lidského života v souvislosti s nepřenosnými i infekčními onemocněními. Ukazuje cesty jak propojit klinická opatření s úsilím o dosažení rovnosti a o ovlivnění sociálních determinant zdraví a upozorňuje na nezbytné klíčové vstupy zdravotnických systémů, jako jsou lidské zdroje a léčiva ve vyšší kvalitě, posílení dohod o hrazení zdravotnické péče a zefektivnění řízení v oblasti zdraví.

Uvedením společného souboru hodnot, důkazů a zkušeností vytváří program Zdraví 2020 platformu pro partnerství a spolupráci. Vybízí k zapojení celé společnosti jakožto předpokladu pro plánování koncepcí zdravotnictví, rozvoje, zavádění opatření a jejich monitorování na všech úrovních. Nabízí přesvědčivé argumenty pro zapojení lidí, občanů, spotřebitelů a pacientů do procesu rozhodování, protože právě to má rozhodující vliv na zlepšení výsledků ve zdravotnictví. Velký význam přikládá také zapojení zdravotnických pracovníků do tohoto procesu.

Co udělá Světová zdravotnická organizace, aby pomohla? Regionální úřadovna bude podporovat státy při přijímání programu Zdraví 2020, a to tak, že bude analyzovat situaci ve zdravotnictví, stanoví přínos opatření, podpoří politické závazky ze strany nejvyšších představitelů států, poskytne koncepční doporučení a bude monitorovat dosažený pokrok. Podpoří vedení a správné řízení v oblasti zdraví, bude navrhovat mechanismy pro celospolečenské a celoládní postupy a podpoří rozvoj schopností.

Program Zdraví 2020 existuje v kratší a delší verzi. Kratší verze, určená pro potřeby vlády a společnosti při podpoře zdraví a životní pohody, přináší politikům, rozhodovacím orgánům a odborníkům v praxi shrnutí hlavních hodnot a zásad, jimiž by se při uvádění programu Zdraví 2020 do života na svých místech měli řídit. Delší verze programu Zdraví 2020 přináší více podrobných informací o publikovaných důkazech a je určena těm, kdo se zabývají vytvářením koncepcí a jejich realizací v praxi.

Věřím, že program Zdraví 2020 může být významným přínosem jak pro individuální, tak pro kolektivní práci na zlepšování zdraví a životní pohody. Může posloužit jako jedinečný zdroj, který bude základem budoucích úspěchů a prosperity jak v jednotlivých zemích, tak v regionu jako celku a přinese prospěch všem jeho národům. Aktivní informování a uvádění každodenní praxe do souladu s hodnotami a přístupy programu Zdraví 2020 nám umožní vybudovat zdravější Evropu pro nás a pro naše děti.



Zsuzsanna Jakab
Regionální ředitelka SZO pro Evropu

„Dosažení co nejvyšší možné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každé lidské bytosti.“

Ústava SZO

Vážený pane premiére, pane ministře, pane primátore nebo pane poslanče:

Dobrý zdravotní stav obyvatelstva podporuje sociální a ekonomický rozvoj a vytváří příznivé podmínky pro zlepšení práce všech rezortů. Ekonomická a finanční krize, které čelí mnoho zemí, však představuje vážné problémy a potenciální rizika podkopávající dosud dosažené dobré výsledky. Zároveň je ale významnou příležitostí k přehodnocení a oživení našeho úsilí zlepšit zdraví všech lidí.

Všechny rezorty a úrovně státní správy přispívají k dobrému zdraví. **Vaše vedoucí postavení a kompetence mohou přispět k zásadní změně v oblasti zdraví a životní pohody obyvatel** ve vaší zemi, státě, regionu nebo městě a rovněž i v evropském regionu jako celku.

Vaše podpora programu Zdraví 2020 má skutečně zásadní význam.

„Chceme, aby se zlepšilo zdraví a životní pohoda všech lidí, protože je to právo každé lidské bytosti. Lepší zdraví nelze koupit za peníze, ale dobrá a spravedlivá zdravotní politika zvyšuje šanci na jeho dosažení. Musíme se vypořádat s hlavními příčinami nemocí i nespravedlností prostřednictvím opatření, která budou zaměřena na sociální determinanty zdraví a která se stanou záležitostí veřejné správy i celé společnosti.“

Dr. Margaret Chan,
generální ředitelka SZO

53 členských států evropského regionu SZO schválilo nový evropský program **Zdraví 2020. Mezi společné cíle všech evropských států patří „výrazné zlepšení zdraví a životní pohody obyvatelstva, snížení rozsahu nerovností v oblasti zdraví, posílení péče o zdraví lidí, a to zejména ochrany a podpory zdraví i prevence nemocí, a vytvoření všeobecně dostupných, spravedlivých, udržitelných a vysoce kvalitních zdravotních systémů zaměřených na lidi.“**

Program Zdraví 2020 respektuje rozmanitost zemí v rámci regionu. Je určen mnoha osobám ve veřejné správě i mimo ni s cílem ukázat směr a poskytnout inspiraci pro řešení složitých zdravotních problémů v 21. století. Program Zdraví 2020 potvrzuje hodnoty programu „Zdraví pro všechny“, je podložen důkazy v připojených dokumentech a definuje dva hlavní strategické směry a čtyři oblasti prioritních politických opatření. Program staví na zkušenostech získaných během realizace předchozího programu „Zdraví pro všechny“ a představuje vodítko jak pro členské státy, tak pro Regionální úřadovnu SZO pro Evropu.

Zdraví je základní společenská i ekonomická hodnota

Dobrý zdravotní stav lidí je přínosem pro všechny rezorty i celou společnost. To z něj činí významnou hodnotu. Dobré zdraví je nesmírně důležité pro ekonomický a sociální rozvoj a má zásadní význam jak pro život každého jednotlivce, tak i pro rodiny a všechny společenské skupiny. Špatný zdravotní stav plýtvá lidským potenciálem, vede ke stavům beznaděje a odčerpává prostředky ze všech rezortů. Umožníme-li lidem získat kontrolu nad svým zdravím a nad jeho základními determinanty, přispějeme tím ke zlepšení životní situace sociálních skupin a kvality života lidí. Bez aktivního zapojení občanů by bylo promarněno mnoho možností chránit i zlepšovat jak jejich zdraví, tak i celkovou životní situaci.

Opatření, která vedou k úspěšnému rozvoji lidských společenství, jdou ruku v ruce se zlepšováním zdravotního stavu lidí. Respektování této skutečnosti napomáhá k lepším výsledkům. Spravedlivý přístup ke vzdělávání, přiměřená práce, bydlení a příjem – to vše podporuje zdraví. Zdraví přispívá ke zvýšení produktivity, větší efektivitě pracovních sil, zdravějšímu stárnutí, nižším výdajům na nemoci i sociální dávky a k vyšším daňovým příjmům. Zdraví a lepších životních podmínek populace lze nejlépe dosáhnout zaměřením pozornosti celé veřejné správy na sociální i individuální determinanty zdraví. Dobrý zdravotní stav může přispět k ekonomickému oživení a dalšímu rozvoji.

Efektivita zdravotnictví a výkonnost ekonomiky jsou vzájemně propojeny. Proto je nezbytné, aby rezort zdravotnictví zlepšil využívání svých prostředků. Rezort zdravotnictví je významný jak pro svůj přímý, tak i nepřímý dopad na ekonomiku. Nejenže ovlivňuje zdraví lidí a jejich produktivitu, ale je rovněž jedním z největších ekonomických odvětví ve všech středně a vysoko-příjmových zemích. Je významným zaměstnavatelem, důležitým majitelem půdy, stavitelem a spotřebitelem. Je rovněž výraznou motivační silou rozvoje výzkumu a inovací i důležitou oblastí, v níž se uplatňuje mezinárodní konkurence lidí, nápadů a produktů. Význam zdravotnictví bude růst i nadále, stejně tak jako jeho přínos k dosahování širších společenských cílů.

V evropském regionu SZO se zdraví lidí v posledních desetiletích velmi zlepšilo, avšak ne všude a ne pro každého stejně; značné a nespravedlivé rozdíly jsou nepřijatelné. Mnohé skupiny a oblasti zaostávají a v mnoha případech je nevyvážený ekonomický vývoj doprovázen nárůstem zdravotních rozdílů jak

Politické prohlášení z konference o sociálních determinantách zdraví v Riu (2011)

„Nerovnosti ve zdraví vznikají vlivem společenských podmínek, v nichž se lidé rodí, rostou, žijí, pracují a stárnou. Tyto podmínky ovlivňující zdraví nazýváme sociálními determinantami zdraví.“

Účastníci konference prohlásili:

„Zdůrazňujeme, že nadměrné nerovnosti ve zdraví uvnitř i mezi zeměmi jsou politicky, sociálně a ekonomicky nepřijatelné, jsou nespravedlivé a bylo by možné se jim ve velké míře vyhnout. Podpora spravedlnosti ve zdravotní oblasti je základem udržitelného rozvoje a lepší kvality života. Podílí se na zlepšování životní situace všech lidí, což ve svém důsledku přispívá k míru a bezpečnosti.“

Co je sociální gradient?

Sociální gradient ve zdraví dokládá, že úroveň zdraví se progresivně zlepšuje s rostoucím socioekonomickým postavením jednotlivců anebo sociálních skupin. Důsledky nespravedlivých nerovností v oblasti zdraví dopadají na každého. Jedná se o celosvětový jev, který se týká všech zemí, bez ohledu na výši jejich příjmů.

Investice do zdraví mají smysl

Nárůst výdajů na zdravotnictví významně souvisí s růstem hrubého domácího produktu (HDP). Během posledních tří desetiletí začaly výdaje do zdravotnictví ve většině zemí v rámci Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) stoupat – průměrně o 1 % ročně rychleji než reálný HDP v OECD. V roce 1950 dosahovaly výdaje na zdravotnictví ve Spojeném království 3 % HDP. Dokonce i ve Spojených státech činily výdaje na zdravotnictví v roce 1970 pouze 7 % HDP. Průměrné výdaje na zdravotnictví v rámci OECD vzrostly z 5 % HDP v roce 1970 na 9 % v roce 2010.

uvnitř zemí, tak i mezi nimi. Národnostní menšiny, některé komunity migrantů a skupiny, jako jsou kočovníci a Romové, neúměrně strádají. Mění se struktura nemocnosti, migrace a další demografické změny ovlivňují pokrok v oblasti zdraví a vyžadují soustavnou pozornost a navazující opatření. Rychlý nárůst chronických onemocnění a duševních poruch, nedostatečná sociální soudržnost, hrozby v oblasti životního prostředí a finanční nejistota – to značně komplikuje proces zlepšování zdraví a ohrožuje udržitelnost zdravotnictví i systémů sociálního zabezpečení. Proto je nezbytné zaměřit se na hledání všeobecně přijatelných tvůrčích a novátorských přístupů i řešení.

Významný hodnotový základ: dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví

Program Zdraví 2020 je založen na hodnotách zakotvených v Ústavě SZO, v níž je uvedeno: „Dosažení co nejvyšší možné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každé lidské bytosti.“ Země evropského regionu SZO potvrzují právo na zdraví a zavázaly se k všeobecné dostupnosti zdravotní péče, k solidaritě a k rovnému přístupu jako k základním hodnotám, které musí být respektovány při organizaci a financování jejich zdravotnických systémů. Je nezbytné usilovat o co nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví bez ohledu na etnický původ, pohlaví, věk, sociální postavení nebo finanční situaci. K základním hodnotám patří spravedlnost, udržitelnost, kvalita, transparentnost, odpovědnost, rovnost pohlaví, důstojnost a právo podílet se na rozhodování.

Pádné sociální a ekonomické argumenty pro zlepšování zdraví

Výdaje na zdravotnictví jsou pro vlády závažnějším problémem než kdykoli předtím. V mnoha zemích je podíl výdajů na zdravotnictví ze státního rozpočtu větší než v minulosti a náklady na zdravotní péči rostou rychleji než HDP. U některých zemí však nelze z dostupných dat prokázat korelaci mezi výdaji na zdravotní péči a zdravotními výsledky. Mnohé zdravotnické systémy nejsou schopny udržet náklady v potřebné výši a finanční tlak, kterému jsou vystaveny, způsobuje, že poskytování zdravotní a sociální péče je stále obtížnější. Růst nákladů je v první řadě ovlivněn novými léčebnými postupy a technologiemi, zvyšujícími se nároky lidí na ochranu před zdravotními riziky a nároky na přístup k vysoce kvalitní zdravotní péči. Před zahájením jakékoli zdravotnické reformy je nutno důkladně zvážit a přezkoumat ekonomické i politické zájmy a sociální i kulturní problémy. Uvedené problémy nemohou vyřešit ministři zdravotnictví jen v rámci svého rezortu. Proto je účast celé vlády a ostatních rezortů nezbytná.

Pokud jsou použity účinné postupy, lze i s omezenými prostředky dosahovat dobrých zdravotních výsledků. Závěry nových věrohodných studií věnovaných ekonomickým aspektům prevence nemocí dokládají, že růst nákladů na zdravotnictví lze omezit, pokud bude věnována potřebná pozornost jak nejzranitelnějším skupinám obyvatelstva, tak i nerovnostem, ke kterým dochází v důsledku sociálního gradientu.

V současné době vlády vynakládají pouze zlomek ze svého zdravotnického rozpočtu na podporu zdraví a prevenci nemocí (zhruba 3 % v zemích OECD) a mnohé z nich se soustavně nezabývají nerovnostmi ve zdraví. Významným přínosem pro zdraví se může stát efektivní využití výsledků sociálního a technologického rozvoje, a to zejména v oblasti informací, sociálního marketingu a sociálních médií.

Prevence je užitečná ...

Například výsledky z Polska ukazují, že změna stravovacích návyků a omezení kouření vedou k nižšímu výskytu chronických onemocnění srdce a ke snížení celkové míry předčasných úmrtí.

Nejefektivnější strategií pro omezení kouření je zvýšení daní. Zvýšení cen o 10 % by mohlo mít za následek snížení počtu předčasných úmrtí v zemích východní Evropy a střední Asie o 0,6 až 1,8 miliónu.

... pro všechny rezorty ...

Podle odhadu mělo zvýšení daně u alkoholu v Anglii hmatatelný přínos ve formě snížení nákladů na zdravotnictví a sociální péči o 183 miliónů € a snížení ztrát spojených s produktivitou pracovních sil ve výši 405 miliónů €, přičemž náklady na realizaci činily méně než 0,10 € na osobu (celkem 3,7 miliónu €).

Úspory v oblasti zdravotnických služeb, které byly výsledkem sníženého počtu pacientů hospitalizovaných v souvislosti s alkoholem, byly odhadnuty na 65 miliónů € v prvním roce; kromě toho byly uspořeny náklady související s trestnou činností ve výši 118 miliónů €.

V zemích jako je Ruská federace by komplexní preventivní balíček nestál více než 4 USD na osobu ročně.



Převzato z: Dahlgren G, Whitehead M. *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?* London, King's Fund, 1993.

... musí však být zaměřena na snižování nerovností ve zdraví

Existují výrazné nerovnosti uvnitř zemí, které se týkají jak mnoha charakteristik životního stylu (kouření, obezita a sedavý způsob života), tak i životních podmínek, a to včetně nesnáží, které přinášejí chronické neinfekční nemoci.

Kromě toho 20 % obyvatelstva s nejnižším příjmem zřejmě odkládá návštěvu lékaře z důvodu obav z nejrůznějších poplatků.

Efektivní využívání prostředků v rezortu zdravotnictví může omezit tempo růstu nákladů. Evropské zdravotnické systémy jsou nuceny zlepšit svou výkonnost a zvládat nové problémy. Lepší využití stávajících prostředků mohou přinést změny ve struktuře služeb, nové kompetence anebo zavedení nových motivačních a úhradových systémů. Zdravotnictví se musí, stejně jako jiné rezorty, přizpůsobit a změnit. Potvrzují to i závěry a prohlášení v oblasti zdravotní politiky ze strany organizací, jako je Evropská unie a OECD.

V globalizovaném světě je nezbytné, aby země rozšiřovaly svou spolupráci při řešení mnoha důležitých zdravotních problémů. To vyžaduje nadnárodní spolupráci. Mnohé mezinárodní smlouvy tento požadavek zdůrazňují, jako např. Mezinárodní zdravotní řád (*IHR – International Health Regulations*), Rámcová úmluva o kontrole tabáku (*WHO Framework Convention on Tobacco Control*) nebo Deklarace o Dohodě o obchodních aspektech práv k duševnímu vlastnictví a o veřejném zdravotnictví (*Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*).

Strategické cíle Zdraví 2020: větší spravedlnost a lepší řízení v oblasti péče o zdraví a zdravotnictví

Program Zdraví 2020 připomíná, že úspěšné vlády mohou dosáhnout výrazného zlepšení zdraví svých obyvatel, když rozvinou spolupráci mezi rezorty a zapojí všechny stupně veřejné správy do plnění dvou vzájemně souvisejících strategických cílů:

- zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví;
- posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny komponenty společnosti, sociální skupiny i jednotlivce.

Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví

Země, regiony a města, která stanovují společné cíle a společně investují do zdraví a jiných oblastí, mohou výrazně zlepšit zdraví a životní situaci obyvatel. Prioritní oblasti jsou zejména tyto: předškolní výchova, úroveň vzdělávání, zaměstnanost a pracovní podmínky, sociální zabezpečení a omezování chudoby. Možnými metodami jsou: zvýšení odolnosti komunit, sociální začlenění a soudržnost; zvyšování životní úrovně; rovnost pohlaví a rozvíjení schopností jednotlivců i společenských skupin chránit a podporovat zdraví, jako jsou např. individuální dovednosti a pocit sounáležitosti. Stanovení konkrétních cílů zaměřených na snížení nerovností v oblasti zdraví může pomoci nastartovat potřebné aktivity a je jedním z hlavních kritérií při hodnocení rozvoje zdraví na všech úrovních.

Řešení sociálních nerovností výrazně přispívá ke zdraví a životní pohodě. Příčiny nerovností jsou složité, mají kořeny v samém začátku životního cyklu a působí v celém jeho průběhu. Znevýhodnění osob a jejich zranitelnost se během života obvykle prohlubuje.

Program Zdraví 2020 zdůrazňuje, že narůstá nutnost zabývat se nízkou úrovní zdraví některých sociálních skupin, a to jak v rámci zemí, tak v celém evropském regionu. Rozdíl v naději dožití při narození činí v rámci evropského regionu SZO 16 let, s rozdílnými hodnotami u mužů a u žen; míra mateřské úmrtnosti je v některých zemích regionu až 43 krát vyšší než v ostatních.

Tyto extrémní nerovnosti v oblasti zdraví jsou podmíněny i jednáním, které má důležitý vliv na zdraví, např. užívání alkoholu a kouření, stravovací návyky,

Vzdělání a zdraví spolu souvisí

Věrohodné důkazy podporují tvrzení, že vzdělání a zdraví jsou úzce propojeny. Ze statistik vyplývá, že počet let absolvovaného školního vzdělání úzce souvisí s dosahovanou úrovní zdravotního stavu.

Zpráva o lidském rozvoji (*Human development report*) Rozvojového programu OSN (UNDP) z roku 2003 uvádí: „Vzdělání, zdraví, výživa, voda a hygiena se vzájemně doplňují, přičemž investice do kterékoli z těchto oblastí přináší lepší výsledky i v ostatních oblastech.“

Zapojení celé veřejné správy

Aktivity zapojující celou veřejnou správu se týkají všech jejích stupňů (od lokálních až po globální) a v rostoucí míře zahrnují i nevládní organizace. Taková součinnost musí spočívat na důvěře, na společné etice i kultuře a vyžaduje i nové dovednosti.

Předpokládá rovněž i lepší koordinaci a integraci. Aktivity by měly být zaměřeny na celospolečenské cíle v souladu s vládním programem.

V zemích s federálními systémy a v těch státech, v nichž jsou regionální a lokální úrovně politicky autonomní, jsou žádoucí podrobné konzultace mezi jednotlivými stupni správy. Je nezbytné dbát na odpovědnost na všech úrovních a ve všech systémech.

U všech opatření je nutné zvažovat jejich vliv na zdraví

Cílem strategie *Health in all policies* je, aby se úsilí o lepší zdraví a zdravější životní podmínky (*governance for health*) stalo prioritou všech rezortů. Tato koncepce je obousměrná. Všechny rezorty by měly chápat svou odpovědnost za zdraví a podle toho také jednat. Zároveň by si měly být vědomy dopadů, které má zdraví na jiná odvětví.

tělesná aktivita a psychické problémy. Zmíněné chování je do značné míry důsledkem stresu a dalších životních nesnází.

Přijetí opatření, která by se zabývala sociálními determinantami zdraví a dalšími vlivy životního prostředí, může přispět k účinnému zvládnutí celé řady nerovností. Výzkumy ukazují, že podmínkou přijetí účinných opatření jsou příznivé politické okolnosti, které umožňují mezirezortní spolupráci a zavádění integrovaných programů. Je například prokázáno, že integrovaná péče o děti věnovaná jak jejich životním podmínkám, tak i jejich růstu a vývoji vede k dobrým výsledkům v oblasti zdraví i vzdělávání. Dostatečná pozornost věnovaná determinantám zdraví je jedním ze základních předpokladů rozvoje měst. Stejně tak je nezastupitelná role starostů a místních úřadů při podpoře zdraví a zlepšování životních podmínek. Účinnost místních programů je posilována aktivním zapojením občanů, sdílenou odpovědností a adekvátními mechanismy financování.

Posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení všechny komponenty společnosti, sociální skupiny i jednotlivce

V evropském regionu je role ministrů zdravotnictví a orgánů veřejného zdravotnictví při úsilí zvládat nemoci a jejich důsledky nesmírně důležitá a je nezbytné ji nadále posilovat. Rezort zdravotnictví odpovídá za přípravu a realizaci národních a územních zdravotních plánů, za stanovení cílů a záměrů v oblasti zdravotní péče, za hodnocení výsledků, které přinesla opatření jiných rezortů, za poskytování vysoce kvalitních a účinných zdravotnických služeb a za zajištění základních funkcí veřejného zdravotnictví. Rezort zdravotnictví musí rovněž řádně zvážit, jaký dopad mají rozhodnutí v oblasti péče o zdraví na jiné rezorty a zainteresované strany.

Ministerstva zdravotnictví a orgány veřejného zdravotnictví postupně rozšiřují mezirezortní spolupráci a působí i jako zprostředkovatelé a zastánci zdraví. Ministerstva zdravotnictví by měla všem rezortům, veřejné správě i celé společnosti zdůrazňovat ekonomický, sociální i politický přínos dobrého zdraví a současně poukazovat na všechny negativní důsledky špatného zdravotního stavu obyvatel. Pro naplnění této důležité role je nezbytná diplomacie, věrohodné důkazy, argumenty a přesvědčivost. Rezort zdravotnictví je i partnerem ostatních rezortů, a to zejména tehdy, pokud lepší zdraví může přispět k dosažení jejich cílů. Všechny země, které se zúčastnily zasedání OSN o prevenci a zvládání neinfekčních nemocí a Světového zdravotnického shromáždění, vyjádřily podporu rozvoje takové spolupráce, která znamená zapojení celé veřejné správy a celé společnosti (*whole-of-government approach a whole-of-society approach*).

Vlády a další stupně veřejné správy zvažují vytvoření nových organizačních struktur pro posílení soudržnosti a rozvoj mezirezortní spolupráce. Cílem je zlepšit koordinaci a reagovat na nevyváženost politického vlivu různých rezortů. Zdravotní aspekty by měly být posuzovány ve všech oblastech. Přístup *Health in all policies* posouvá zdraví do popředí politických programů, rozvíjí politický dialog o zdraví a jeho determinantách a posiluje odpovědnost za výsledky v oblasti zdraví. Hodnocení zdravotních dopadů a ekonomické hodnocení jsou cennými nástroji pro posouzení spravedlnosti i konečných výsledků přijatých opatření. Předpokladem věrohodného hodnocení je sběr a ověřování kvalitativních a kvantitativních dat, která mají vztah ke zdraví. K tomu může přispět výzkum věnovaný zdraví a životní úrovni, který provádějí i jiné organizace, např. OECD.

Vlády se rovněž zavázaly, že organizačně zajistí aktivní zapojení širokého spektra zainteresovaných stran. To je velmi důležité pro některé občanské organizace, sociální skupiny (například migranty) a všechny další organizační struktury, které vytvářejí občanskou společnost. Aktivní občanské skupiny stále častěji

Zapojení celé společnosti

Celospolečenské úsilí přesahuje hranice institucí, ovlivňuje a mobilizuje místní a celosvětovou kulturu a média, venkovské i městské komunity a všechny relevantní rezorty, jako je školství, doprava a životní prostředí. Svou roli mohou sehrát i struktura a funkce měst a další okolnosti, jako je např. růst obezity a vývoj globálního potravinového systému.

Zapojení celé společnosti je forma řízení, která spočívá na široké spolupráci a doplňuje státní politiku. Využívá koordinaci prostřednictvím všeobecně uznávaných hodnot a posiluje důvěru mezi širokou škálou aktérů.

Díky zapojení soukromého sektoru, občanské společnosti, komunit a jedinců může celospolečenský přístup posílit schopnost lidí odolávat rizikům, která ohrožují zdraví, bezpečnost a životní pohodu.

spojují své síly při prosazování zdravotní problematiky na všech úrovních řízení. Široká škála příkladů sahající od globální až po lokální úroveň zahrnuje sumity OSN věnované zdraví, činnost Meziparlamentní unie, hnutí Zdravá města a další aktivity SZO, celosvětové iniciativy pro boj s chudobou, skupiny zaměřené na problematiku HIV, národní iniciativy definující cíle v oblasti zdraví a podílející se na regionálních zdravotních programech, např. v Evropské unii. Všechny tyto skupiny hrají významnou roli při podpoře zdraví a posilování zdravotní agendy na všech úrovních.

Účinná motivace, řízení a koordinace celospolečenských aktivit může přispět k lepším výsledkům v oblasti zdraví. Odpovědné a účinné řízení, jak dokládají výsledky výzkumů, se neobejde bez nových forem vedení a bez zapojení všech zainteresovaných stran. Ve 21. století se mohou jak jedinci, tak i nejrůznější organizace podílet na řešení zdravotní problematiky. Může být využito mnoho forem, které vyžadují kreativitu a nové schopnosti, zejména pokud jde o zvládání střetu zájmů a hledání nových způsobů řešení obtížných a složitých problémů. SZO se spolu se členskými státy hlásí k plné odpovědnosti za zvládání této problematiky a bude podporovat ministerstva zdravotnictví při dosahování jejich cílů.

Posilovat a rozvíjet schopnosti lidí, občanů, spotřebitelů a pacientů, aby dostali své odpovědnosti za zdraví, je zásadní podmínkou dalšího zlepšení výsledků v oblasti zdraví, výkonnosti zdravotnictví i spokojenosti pacientů. Hlas občanské společnosti, včetně jednotlivců a patientských organizací, mládežnických organizací a seniorů, je nezbytný při poukazování na okolnosti, které jsou pro zdraví škodlivé, na nebezpečný životní styl, závadné zboží a na nedostatky v kvalitě i poskytování zdravotní péče. Hlas občanů je rovněž důležitým zdrojem nových nápadů a myšlenek.

Spolupráce na společných prioritách v oblasti zdraví

Přírnos občanské společnosti

Občanská společnost je hlavním subjektem při formulování, prosazování a realizaci změn. Evropský region SZO usiluje o vytváření nových forem spolupráce s občanskou společností, včetně sociálních skupin s vyšším rizikem ohrožení (jakými jsou například lidé s HIV), a s nevládními organizacemi, které takové služby podporují a poskytují. V souvislosti s nárůstem počtu osob s HIV bylo v dané oblasti vytvořeno i několik celoevropských sítí a organizací.

Program Zdraví 2020 je založen na čtyřech prioritách:

- celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví;
- čelit největším zdravotním problémům Evropy — infekčním i neinfekčním nemocem;
- posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích;
- podílet se na vytváření odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví.

Zmíněné čtyři prioritní oblasti vycházejí z „kategorií pro určování priorit a programů SZO“, na kterých se dohodly členské státy na globální úrovni. Odpovídají situaci i zkušenostem evropského regionu. Respektují rovněž relevantní strategie a akční plány SZO na regionální i globální úrovni.

Čtyři prioritní oblasti jsou provázány, jsou na sobě závislé a navzájem se podporují. Například aktivity týkající se zdraví během celého životního cyklu a vytváření podmínek pro posilování zodpovědnosti lidí za zdraví mohou pomoci při zvládání epidemie chronických neinfekčních nemocí i ve snaze posílit kapacitu veřejného zdravotnictví a v neposlední řadě to může pomoci v boji proti infekčním nemocem. Vlády zvýší svůj příznivý vliv na zdraví, když se jim podaří propojit svá opatření, investice a další aktivity a zaměřit se na snížení nerovností. Regionální úřadovna SZO pro Evropu se bude snažit působit jako iniciátor a na-

Hlavní cíle programu Zdraví 2020

Záměrem programu Zdraví 2020 je dosáhnout prokazatelného zlepšení zdraví v evropském regionu. Členské státy se dohodly na šesti regionálních cílech:

1. Do roku 2020 snížit předčasnou úmrtnost.
2. Zvýšit naději dožití (střední délku života).
3. Snížit nerovnosti v oblasti zdraví.
4. Zvýšit životní pohodu obyvatel.
5. Zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče a respektovat právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví.
6. V jednotlivých členských státech stanovit národní zdravotní cíle a záměry.

Skupina doporučených ukazatelů, na nichž se členské státy dohodly, může usnadnit přípravu, realizaci i hodnocení národních zdravotních cílů a záměrů.

Zdravotnické informační systémy podporující realizaci programu Zdraví 2020

V rámci členských států evropského regionu SZO musí být rozvíjeny zdravotnické informační systémy a služby. Regionální úřadovna SZO pro Evropu pomáhá členským státům hodnotit informační systémy i soustavně je zdokonalovat a poskytuje členským státům zdravotnické informace prostřednictvím:

- spolupráce s mezinárodními partnery s cílem zajistit standardizaci, mezinárodní srovnatelnost a kvalitu zdravotnických dat;
- spolupráce se sítí zdravotnických agentur, které sbírají a zpracovávají zdravotnická data a poskytují věrohodné analýzy;
- aktivního shromažďování dat týkajících se zdraví, a to včetně výsledků výzkumných studií a jejich následného šíření. Záměrem je zajistit všeobecný a snadný přístup ke všem důležitým údajům a výsledkům analýz.

vrhovatel takových opatření, která jsou podpořena důkazy, a poskytovat užitečné příklady integrovaných přístupů. Hodnocení, zda a do jaké míry jsou plněny hlavní cíle programu **Zdraví 2020**, bude usnadněno monitorováním dosažených výsledků pomocí doporučených ukazatelů.

Činnost v souladu se čtyřmi uvedenými prioritami musí spočívat v kombinaci metod, které vedou ke zdraví, spravedlnosti a životní pohodě. Rozumná vláda je schopna předvídat změny, usnadňovat inovace a poskytovat finanční prostředky na podporu zdraví a prevenci nemocí. Metody řízení budou zahrnovat jak státní opatření a regulace, tak i nové formy spolupráce s občanskými organizacemi, nezávislými agenturami a odbornými institucemi. Roste potřeba náležitě zdůvodňovat navrhovaná opatření, ctít etické principy, zajišťovat dostupnost informací, respektovat soukromí, zvažovat vliv rizikových faktorů a hodnotit dosažené výsledky.

Program Zdraví 2020 respektuje rozdílné výchozí pozice, specifika a možnosti jednotlivých zemí. Je třeba vzít v úvahu, že mnohá rozhodnutí týkající se zdravotní politiky vznikají na základě nejistých a nedokonalých informací a že nelze plně předvídat přímé ani nepřímé důsledky reforem zdravotnických systémů. Řešení složitých problémů jako je např. obezita, multimorbidita a neurodegenerativní onemocnění je nesporně náročné. Roste význam a využívání poznatků mnohých dalších oborů zabývajících se společností, chováním lidí, politikou, sociálním marketingem, ekonomikou a neurovědou. Některé zkušenosti poukazují na přínos sice menších, ale komplexnějších opatření využívajících výchovných metod a usnadňujících adaptaci sociálních skupin. Spolupráce v rámci evropského regionu může urychlit rozvoj odborných znalostí: každá země a každý rezort se může na jedné straně učit a na druhé straně i přispívat svými poznatky a zkušenostmi.

Prioritní oblast 1: Celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví

Úsilí o co nejlepší zdravotní stav během celého života zvyšuje vyhlídky na delší dobu prožitou ve zdraví i na dlouhověkost; obojí může přinést ekonomický, sociální i individuální užitek. Demografické změny, které probíhají v jednotlivých zemích, vyžadují účinnou celoživotní strategii, která doceneňuje přínos nových metod podpory zdraví a prevence nemocí. Už v době těhotenství a raného vývoje dětí je žádoucí usilovat o zlepšení zdraví a posílení spravedlnosti v péči o zdraví. Zdravé děti se lépe učí, zdraví dospělí jsou produktivnější, zdraví senioři mohou aktivně přispívat k rozvoji společnosti. Zdravé a aktivní stárnutí je politickou prioritou i důležitým tématem výzkumu.

Skutečným přínosem jsou takové programy podpory zdraví, které posilují roli i schopnosti občanů a motivují je k aktivnímu zapojení. Záměrem je vytvářet lepší podmínky pro zdraví, zvyšovat zdravotní gramotnost, posilovat samostatnost a usnadňovat ta rozhodnutí, která přispívají ke zdraví. Důležité je zajištění bezpečného průběhu těhotenství umožňujícího novorozencům zdravý vstup do života; zajištění bezpečí a životní pohody; ochrana dětí a mládeže; rozšiřování zdravých pracovišť a podpora zdravého stárnutí. V důsledku rostoucí epidemie obezity v Evropě se zajištění zdravého jídla a výživy během celého života stalo prioritou.

Dobré řízení, které vede ke zlepšení zdraví, obvykle kombinuje různé metody

Moskevská deklarace o zdravém životním stylu a zvládnání neinfekčních nemocí (2011) uvádí:

„... uvědomujeme si, že je nezbytné změnit dosavadní metodické přístupy, máme-li zvládnout chronické neinfekční nemoci, neboť příčinou těchto nemocí nejsou jen biomedicínské faktory, ale do značné míry je způsobují a ovlivňují sociální a ekonomické faktory i další okolnosti podmíněné chováním a životním prostředím.“

Podarilo se najít účinné, věrohodné a efektivní metody přispívající k omezení kouření. Patří sem i Rámcová úmluva SZO o kontrole tabáku a šest strategií MPOWER podporujících realizaci Rámcové úmluvy na národní úrovni:

1. *Monitor*: sledování spotřeby tabáku a hodnocení účinnosti preventivních opatření.
2. *Protect*: ochrana lidí před vystavením tabákovému kouři.
3. *Offer*: nabídka služeb pro pomoc při odvykání kouření.
4. *Warn*: upozornění na nebezpečnost tabáku.
5. *Enforce*: důsledné omezování reklamy, propagace a sponzoringu tabákových výrobků.
6. *Raise*: zvýšení tabákových daní.

Opatření omezující spotřebu tabákových výrobků jsou druhým nejefektivnějším způsobem, jak vynaložit finanční prostředky na zlepšení zdraví. Na prvním místě stojí očkování dětí.

Podobné postupy založené na důkazech musí být vyvinuty i pro další zdravotní rizika, jakým je například obezita. Pokud jde o alkohol, členské státy již schválily globální i regionální strategii.

Věrohodné poznatky dokládají, že efektivní a ne příliš nákladné metody mohou přímo zlepšit zdraví a životní podmínky populace. V celém evropském regionu narůstá počet praktických zkušeností s realizací programů podpory zdraví a národních programů zaměřených na nejdůležitější skupiny nemocí, jako jsou kardiovaskulární nemoci nebo cukrovka. Je doloženo, že dobrých výsledků lze dosáhnout kombinací kvalitního řízení ze strany veřejné správy, podpůrného prostředí a metod motivujících a posilujících roli občanů. Rozvoj výzkumu orientovaného na faktory spojené s chováním lidí a na sociální determinanty může poukázat na ještě účinnější metody, které zlepšují zdraví.

Velmi důležité je rozšíření programů orientovaných na podporu duševního zdraví. Každý čtvrtý člověk žijící v evropském regionu má zkušenosti s nějakou formou duševního onemocnění. Naléhavým úkolem je zajistit včasnou diagnostiku deprese a prevenci sebevražd. Přínosem jsou komunitní intervenční programy. Výzkum pomáhá lépe pochopit nebezpečné vazby mezi duševními problémy a sociální marginalizací, nezaměstnaností, bezdomovectvím a užíváním alkoholu i jiných omamných látek. Je rovněž nutné věnovat pozornost novým formám závislosti spojeným s virtuálním internetovým světem.

Obzvláště cenné jsou metody zaměřené na zdravý život mladých lidí a starší populace. Široké spektrum zainteresovaných stran může přispět k programům podpory zdraví, včetně mezigeneračních aktivit. Aktivity pro mladé lidi zahrnují vzdělávání mezi vrstevníky (tzv. *peer-to-peer*), zapojení mládežnických organizací a školní programy na podporu zdravotní gramotnosti. Je velmi důležité zahrnout do této práce i oblast duševního a sexuálního zdraví. Iniciativy zaměřené na aktivní a zdravé stárnutí mohou pomoci starším lidem zlepšit jejich zdraví i kvalitu života.

Prioritní oblast 2: Čelit největším zdravotním problémům Evropy – neinfekčním a infekčním nemocem

Program Zdraví 2020 se zaměřuje na řadu efektivních integrovaných strategií a intervencí, jejichž cílem je řešení hlavních zdravotních problémů regionu. Jedná se především o neinfekční a infekční nemoci. Oba typy vyžadují kombinaci cílených aktivit veřejného zdravotnictví a systému zdravotní péče. Účinnost těchto strategií je posilována aktivitami zaměřenými na spravedlnost, sociální determinanty zdraví, na posilování aktivního postoje lidí k vlastnímu zdraví a na vytváření zdravého životního prostředí.

Pro úspěšné zvládnutí problémů, jejichž zdrojem jsou chronické neinfekční nemoci, je nezbytné kombinovat jednotlivé metody. Program Zdraví 2020 podporuje uplatnění integrovaného přístupu zapojujícího všechny úrovně veřejné správy a celou společnost. To se osvědčilo při realizaci mnoha předchozích regionálních a globálních programů. Je totiž zřejmé, že aktivity zaměřené na ovlivnění individuálního chování mají jen omezený dopad. Neinfekční nemoci jsou nerovnoměrně rozšířeny, a to jak mezi zeměmi, tak i uvnitř států. Jejich výskyt je úzce spjat s existencí a účinností opatření orientovaných na sociální determinanty zdraví a na faktory životního prostředí.

Nepříznivé důsledky chronických neinfekčních nemocí

Evropský region vykazuje celosvětově nejvyšší hodnoty výskytu neinfekčních nemocí. Dvě skupiny nemocí, a to nemoci kardiovaskulární a nádory, jsou příčinou téměř tří čtvrtin úmrtí v regionu. Tři skupiny nemocí, a to kardiovaskulární nemoci, nádory a duševní poruchy, představují více než polovinu všech nemocí (měřeno pomocí ukazatele DALYs – disability-adjusted life-years, tedy let života ztracených z důvodu špatného zdravotního stavu, invalidity a předčasného úmrtí). Mnoha předčasným úmrtím by bylo možné se vyhnout: odhady dokládají, že přinejmenším 80 % všech srdečních chorob, mozkových příhod a cukrovky 2. typu a jedné třetiny nádorových onemocnění by bylo možno předejít. Nerovnosti ve výskytu neinfekčních nemocí uvnitř zemí i mezi zeměmi poukazují na velké možnosti dalšího zlepšování zdraví.

Nežádoucí důsledky duševních poruch

Duševní poruchy jsou druhou nejvýznamnější zdravotní zátěží evropského regionu (19 %) a jsou hlavní příčinou invalidity (měřeno pomocí DALYs). Stárnutí populace vede ke zvýšenému výskytu demence. Běžnými duševními poruchami (depresí a stavy úzkosti) trpí každoročně přibližně každý čtvrtý člověk. Avšak zhruba 50 % lidí s duševními poruchami nedostane žádnou odbornou péči. Stigma a diskriminace patří mezi hlavní důvody, proč se lidé obávají vyhledat lékařskou pomoc.

Škody, které způsobuje tuberkulóza

V roce 2010 zaznamenal evropský region odhadem 420 000 nových a recidivujících případů tuberkulózy a 61 000 úmrtí způsobených tuberkulózou. Většina případů tuberkulózy (87 % nových případů a 94 % úmrtí) se vyskytlo ve střední a východní části regionu. Evropský region má nejnižší míru úspěšnosti léčby na celém světě z důvodu vysokého podílu tuberkulózy rezistentní vůči lékům; multi-rezistentní tuberkulóza byla zjištěna u 13 % nově léčených případů a u 42 % dříve léčených případů. Onemocnění je často spojeno se špatnými socioekonomickými podmínkami a také s dalšími determinanty, včetně bezdomovectví.

Program Zdraví 2020 usiluje o plnou realizaci globálních i regionálních usnesení a smluv, které se týkají neinfekčních nemocí. Mezi prioritní oblasti patří:

- **Existující deklarace a strategie:** Politická deklarace OSN o neinfekčních nemocech (summit v roce 2011); Rámcová úmluva SZO o kontrole tabáku; Globální strategie pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví; Globální strategie a regionální akční plán pro snížení škodlivého užívání alkoholu; Akční plán pro realizaci Evropské strategie prevence a kontroly neinfekčních nemocí 2012–2016; Akční plán duševního zdraví pro Evropu (SZO).
- **Podpora zdraví.** V návaznosti na text Ottawské charty podpory zdraví je podpora zdraví jádrem všech deklarací a strategií, které vyzývají vlády k rozvoji mezirezortních národních strategií, zacílených na hlavní problémy související s neinfekčními nemocemi.

Program Zdraví 2020 podporuje soustavné úsilí v boji s infekčními nemocemi. Žádná země si nemůže dovolit polevit ve své ostražitosti. Každá země musí neustále usilovat o udržení nejvyšších možných standardů. Priority pro evropský region zahrnují:

- **Rozšiřování kapacit v oblasti informací a stálého dohledu.** Je nutná realizace Mezinárodního zdravotního řádu (*IHR – International Health Regulations*), zlepšení výměny informací a v případě potřeby i součinnost v oblasti dozoru a kontroly nemocí prostřednictvím veřejných zdravotnických, veterinárních, potravinářských a zemědělských úřadů, s cílem lépe zvládat infekční nemoci. Pozornost je žádoucí věnovat zejména těm infekčním nemocem, které mohou být přenášeny ze zvířat na člověka, objevují se jako nové nozologické jednotky, jsou způsobovány původci, kteří jsou rezistentní vůči lékům, popřípadě těm infekčním nemocem, které jsou přenášeny vodou nebo potravinami.
- **Zvládnutí vážných virových a bakteriálních hrozeb.** Důležité jsou zejména tyto úkoly a opatření: připravit a realizovat regionální a akční plány; čelit antimikrobiální rezistenci; zabránit výskytu a šíření organismů a infekcí rezistentních vůči lékům prostřednictvím vhodného užívání antibiotik a zvládnutím infekcí; zajistit bezpečné základní komodity, jako je voda a potraviny; udržovat doporučený systém preventivního očkování a podílet se na regionálním a globálním vymýcení obrny, spalniček, zarděnek a malárie. Dále je nutné prostřednictvím účinných opatření, která jsou podložena věrohodnými důkazy, zvládnout závažné choroby, jako je tuberkulóza, HIV a chřipka, a to zajištěním dostupnosti zdravotní péče pro celou populaci, včetně zranitelných skupin.

Prioritní oblast 3: Posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích

Dosažení vysoké úrovně kvality péče a lepších výsledků v oblasti zdraví vyžaduje systémy, které jsou finančně životaschopné, pokrývají potřeby, jsou zaměřené na lidi a spočívají na důkazech a informacích. Všechny země se musí přizpůsobovat měnící se demografii, výši a struktuře nemocnosti, ze-

Zdravotnický systém

„V politické a institucionální struktuře každé země je zdravotnický systém souhrnem všech veřejných a soukromých organizací, institucí a zdrojů, odpovědných za zlepšování či obnovu zdraví. Zdravotnické systémy zahrnují služby jednotlivcům, služby pro obyvatelstvo a aktivity ovlivňující opatření a činnosti i jiných rezortů, s cílem zvládat determinanty zdraví, a to sociální, ekonomické a týkající se životního prostředí.“

Tallinská charta: Zdravotnické systémy pro zdraví a blahobyt.

Technologický a vědecký pokrok

Studium lidského genomu podstatně mění výzkum v oblasti zdraví populace, politiku i praxi a přináší četné objevy v oblasti genetického základu zdraví a nemoci. Rychlý vědecký pokrok a nové nástroje genetiky přispěly k pochopení mechanismu nemoci.

Nanotechnologie umožňuje manipulaci s vlastnostmi a strukturami na nanoúrovni. Používá se k cílenější terapii pomocí klasických nebo nových léků. Mnohé z nových léčebných metod prokázaly menší vedlejší účinky a jsou účinnější než tradiční léčba.

K výrazným změnám v léčebné a ošetrovatelské péči a ke snižování nákladů přispívají nově zaváděné metody, které rozšiřují možnosti ošetrovatelů i pacientů. Jsou to např. nástroje pro sebezpečí, zařízení pro průběžnou a lepší kontrolu zdravotního stavu a vybavení pro domácí péči o chronicky nemocné.

jména s ohledem na duševní a chronické nemoci a stavy související se stárnutím. Proto je nutné upravit zaměření systémů zdravotní péče a klást důraz na prevenci nemocí, průběžně zvyšovat kvalitu a posilovat integraci služeb, zajistit kontinuitu péče, podporovat soběstačnost pacientů a přiblížit lékařskou péči co nejbližší domovu, a posilovat její bezpečnost a efektivitu. Je rovněž nutné docenit možnosti individualizované medicíny.

Program Zdraví 2020 znovu potvrzuje odhodlání SZO a jejích členských států zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče, a to včetně léků a vysoce kvalitní lékařské péče. Mnohé země již dosáhly všeobecné dostupnosti, je však žádoucí v regionu postupně odstraňovat neúměrně vysoké platby. Je nutné posílit dlouhodobou udržitelnost zdravotnických systémů a jejich odolnost vůči ekonomickým cyklům, omezit zvyšování nákladů vyvolané nabídkou, odstranit plýtvání prostředky a současně zajistit přiměřenou úroveň finanční ochrany. Hodnocení zdravotnických technologií a mechanismy pro zajištění kvality jsou velmi důležité pro rozvoj transparentnosti a posílení odpovědnosti v rámci zdravotnického systému a jsou nedílnou součástí kultury zaměřené na bezpečnost pacienta.

Program Zdraví 2020 i nadále vnímá základní zdravotní péči jako hlavní součást zdravotnických systémů 21. století. Primární péče může reagovat na dnešní potřeby vytvořením a podporou partnerského prostředí, které podněcuje lidi k účasti na nových metodách léčby a k lepší péči o vlastní zdraví. Plné využití nástrojů a inovací 21. století, jakými jsou komunikační technologie (digitální záznamy, telemedicína a elektronické zdravotnictví) a sociální média, může přispět k lepší a efektivnější péči. Důležitou zásadou je rovněž vnímání pacientů jako partnerů a plné přijetí odpovědnosti za výsledky jejich léčby.

Zlepšení výsledků zdravotnických systémů vyžaduje výrazné posílení funkcí a kapacit v oblasti veřejného zdravotnictví. I když se kapacita a prostředky v oblasti veřejného zdravotnictví v rámci regionu liší, je žádoucí, aby byla přednostně finančně zajištěna činnost potřebných institucí, aby byla rozšířena jejich kapacita a aby tak byla podpořena prevence nemocí i ochrana a podpora zdraví. Pomoci může rovněž přezkoumání a přizpůsobení právních předpisů a jiných dokumentů v oblasti ochrany a podpory zdraví lidí za účelem modernizace a posílení funkcí veřejného zdravotnictví. Vzrůstá i význam spolupráce při řešení globálních a přeshraničních zdravotních problémů, stejně tak jako důležitost koordinace v zemích, jež předaly a decentralizovaly kompetence v oblasti ochrany a podpory zdraví.

Revitalizace veřejného zdravotnictví a transformace poskytování služeb vyžaduje reformu vzdělávání a školení zdravotnických odborníků. Flexibilnější, všestranně kvalifikovaní a týmově orientovaní pracovníci jsou srdcem zdravotnického systému vhodného pro 21. století. V odborné přípravě by měla být věnována pozornost týmové práci při poskytování zdravotní péče; novým formám poskytování služeb (včetně domácí péče a dlouhodobé péče); umění posilovat roli pacientů a jejich schopnosti v oblasti sebezpečí; zlepšení strategického plánování, řízení, mezirezortních aktivit a vedení. To vyžaduje novou pracovní kulturu posilující nové formy spolupráce mezi odborníky veřejného zdravotnictví a zdravotní péče a rovněž spolupráci mezi odborníky z oborů zdravotnických a sociálních služeb i dalších rezortů. Celosvětová krize zdravotnických pracovních sil vyžaduje zavést a dodržovat Světový kodex zásad SZO pro mezinárodní nábor zdravotnických pracovníků.

Velmi důležité jsou návrhy takových opatření, jejichž prostřednictvím dovedou instituce a občané pružně reagovat na měnící se okolnosti, předvídat budoucí vývoj a zvládat mimořádné zdravotní situace. Opatření musí brát v úvahu komplexnost kauzálních cest a musí být schopna rychle a novátorsky reagovat na mimořádné události, jako je např. propuknutí epidemie infekční choroby. Mezinárodní zdravotní řád vyžaduje, aby země v plném rozsahu respektovaly a rozvíjely mezirezortní a nadnárodní charakter zdravotních krizových situací, aby dovedly reagovat na široké spektrum rizikových faktorů a aby byly připraveny účinně zvládat zdravotní aspekty mimořádných událostí a humanitárních katastrof.

Veřejné zdravotnictví

V evropském regionu SZO se používá Achesonova definice veřejného zdravotnictví (*Public Health*): „věda a umění prevence nemocí, prodlužování života a podpory zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti“. Na veřejném zdravotnictví se podílejí státní a podle okolností i další instituce a kolektivní aktivity prostřednictvím tradičních metod, jako je zdravotnická situační analýza, zdravotnický dozor, podpora zdraví, prevence, kontrola infekčních onemocnění, ochrana životního prostředí a hygiena, krizová připravenost a schopnost rychlé reakce v krizových situacích, ochrana zdraví při práci a další. Novější metody zahrnují sociální determinanty zdraví, vliv sociálního gradientu na zdraví a soustavný a cílevědomý rozvoj podpory zdraví.

20 let evropských zdravotních aktivit zaměřených na životní prostředí

Země evropského regionu, které znepokojil rostoucí počet důkazů o vlivu nebezpečného prostředí na lidské zdraví, zahájily v roce 1989 společně s Regionální úřadovnou SZO pro Evropu vůbec první zdravotnický program orientovaný na faktory životního prostředí s cílem eliminovat nejvýznamnější zdravotně rizikové faktory.

Ke zmíněnému úsilí přispěla řada ministerských konferencí, které se konají každých pět let a jsou koordinovány Regionální úřadovnou SZO pro Evropu. Konference jsou jedinečnou příležitostí pro upevnění spolupráce mezi různými rezorty a poskytují dobré východisko pro návrhy a tvorbu opatření zaměřených na životní prostředí a zdraví v evropském regionu.

Prioritní oblast 4: Podílet se na vytváření motivovaných a odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví

Posilování odolnosti je rozhodujícím prvkem ochrany a podpory zdraví i životní pohody na úrovni jednotlivců i komunit. Pravděpodobnost, že člověk bude zdravý, je úzce podmíněna okolnostmi, v nichž se lidé rodí, vyrůstají, pracují a stárnou. Soustavné hodnocení zdravotních determinant v rychle se měnícím prostředí, a to zejména pokud jde o technologie, práci, výrobu energie a urbanizaci, je naprosto zásadní. Na výsledky hodnocení musí navazovat opatření vedoucí ke zlepšení zdravotní situace. Motivované a odolné sociální skupiny pohotově reagují na nové nebo nepříznivé situace, jsou připravené na ekonomické a sociální změny i na vývoj životního prostředí a jsou schopny zvládat krize i těžké podmínky. Iniciativa SZO Zdravá města a komunity poskytuje mnoho příkladů, jak posilovat motivaci a odolnost, zejména zapojením místních lidí a rozvíjením sdílené odpovědnosti za zvládání problémů souvisejících se zdravím. Podobné zkušenosti dokládá i realizace dalších programů, jako jsou Škola podporující zdraví nebo Podnik podporující zdraví.

Má-li být zdraví lidí chráněno před rizikovými faktory nebezpečného a kontaminovaného životního prostředí a mají-li být přijata vhodná sociální i další opatření v konkrétních lokálních podmínkách, je naprosto nezbytné, aby rezort zdravotnictví úzce spolupracoval s rezortem životního prostředí. Rizika plynoucí ze životního prostředí jsou významnými determinantami zdraví. Zdravotní stav je úzce spjat s prostředím, např. pokud jde o expozici škodlivým emisím, a souvisí i s vlivem klimatických změn, které společně se sociálními determinanty působí na zdraví. V kontextu Ria +20, konference OSN o udržitelném rozvoji, probíhá hodnocení přínosů, které pro zdraví může mít snížení emisí a další opatření v oblasti péče o životní prostředí. Státy začaly připravovat a realizovat opatření, která přispívají jak ke zdraví planety, tak i ke zdraví lidí, a uznávají důležitost spolupráce mezi rezorty s cílem chránit zdraví lidí před rizikovými faktory nebezpečného nebo kontaminovaného prostředí.

Účinnost veřejného zdravotnictví zvyšuje mezioborová a mezirezortní spolupráce respektující souvislosti mezi zdravím lidí i zvířat a kvalitou životního prostředí. Můžeme sem zahrnout: plnou realizaci multilaterálních dohod o životním prostředí a respektování doporučení obsažených v dokumentu *European environment and health process*; rostoucí základnu vědeckých poznatků; hodnocení zdravotních důsledků, ke kterým došlo po realizaci opatření různých rezortů; pozornost si zaslouží zejména ta opatření, která mají vliv jak na zdraví, tak i na životní prostředí; rozvíjení aktivit zlepšujících životní prostředí a zdraví; podporu zdravotnickému rezortu při rozvoji aktivit šetrnějších k životnímu prostředí.

Pracujme společně: partnerská spolupráce je přidanou hodnotou

Cílů programu Zdraví 2020 bude dosaženo spojením individuálního a kolektivního úsilí. K úspěchu vede stanovení společných cílů a široká spolupráce lidí, organizací i celé společnosti. Týká se to vlády, nevládních organizací, občanské společnosti, soukromého sektoru, vědeckých a akademických institucí, odborníků v oblasti zdravotnictví, sociálních skupin i každého jednotlivce.

Řízení zlepšující zdraví

Vláda, která si zdraví váží, podporuje spolupráci jak zdravotnického rezortu s ostatními rezorty, tak i veřejných a soukromých subjektů i občanů s cílem hájit a naplňovat společné zájmy. Východiskem by se měl stát souhrn společných opatření, z nichž mnohé se týkají jiných rezortů, než je zdravotnictví, a organizací, které nespádají do veřejné správy. Proto je nezbytné vytvářet organizační struktury a používat metody, které širokou spoluprací umožňují a dále ji pomáhají rozvíjet.

To dává ministrům zdravotnictví a orgánům veřejného zdravotnictví plně oprávnění zaujímat a plnit nové role při přípravě a realizaci opatření se záměrem posilovat zdraví a zlepšovat životní pohodu.

Soulad s celosvětovým rozvojem zdraví

Program Zdraví 2020 je plně v souladu s požadavky a iniciativami rozvoje zdraví na celém světě. Ztělesňuje globální vizi pomoci lidem dosáhnout lepšího zdraví, zahrnutou v reformním procesu SZO.

Přínos SZO

Světová zdravotnická organizace (SZO) prochází reformním procesem, jehož cílem je zlepšit výsledky v oblasti zdraví a dosáhnout širšího souhlasu a soudržnosti, pokud jde o zvládnutí globálních zdravotních problémů. SZO by se měla stát organizací, která usiluje o špičkovou kvalitu, účinnost, efektivitu, vnímavost, transparentnost a odpovědnost.

Hlavním cílem je přechod z organizace, poskytující samostatné výstupy prostřednictvím série technických programů, na organizaci, která uplatňuje svůj vliv prostřednictvím koordinovaného úsilí národních kanceláří, regionálních úřadoven, ústředí a jejich poboček, přičemž všechny tyto subjekty by měly pracovat jako součást velké, vzájemně propojené sítě.

Klíčem k úspěchu programu Zdraví 2020 bude široká spolupráce členských států a SZO i schopnost zapojit další partnery. Nezbytným východiskem je úzká spolupráce mezi Regionální úřadovnou SZO pro Evropu, ústředím SZO a všemi regiony. Důležitou pomocí je aktivní účast dalších subjektů zapojených do regionálních sítí, jako je Společenství nezávislých států, Euroasijské ekonomické společenství (EAEC), země jihovýchodní Evropy a EU.

Regionální úřadovna SZO pro Evropu bude plnit svou základní roli danou Ústavou SZO s cílem působit jako řídicí a koordinační autorita pro mezinárodní zdravotní aktivity v evropském regionu. Bude navazovat a udržovat efektivní spolupráci s mnoha partnery a bude státům poskytovat technickou pomoc. Bude usilovat o rozšíření spolupráce a zaměří se zejména na tyto úkoly: zlepšit provázanost opatření a aktivit; přispívat k částečnému sjednocení navrhovaných opatření; sdílet zdravotnická data; zajistit monitorování zdravotní situace; podporovat rozvoj nových typů spolupráce využívající moderní informační technologie. Bude v rámci evropského regionu působit jako centrální zdroj ověřených doporučení a bude připravovat a rozvíjet nové formy spolupráce s členskými zeměmi SZO.

Spolupráce s Evropskou unií je silnou základnou nabízející významné příležitosti a další výhody. Ve 28 členských státech EU, které tvoří podstatnou část evropského regionu SZO, je proces integrace a spolupráce v oblasti péče o zdraví založen na zdravotní strategii EU, na kterou navazují další opatření a právní i finanční mechanismy zajišťující její plnění. Kandidátské země, potenciální kandidátské země a země Evropského nástroje sousedství a partnerství (ENPI – *European Neighbourhood and Partnership Instrument*) rovněž pracují na postupném sladění své legislativy a postupů se záměry EU. To může významně přispět k realizaci programu Zdraví 2020. Společná deklarace Evropské komise a SZO, která zahrnuje šest metod širší spolupráce, je důležitým krokem v rozvoji vzájemného partnerství.

Posilována je rovněž existující spolupráce mezi SZO a mezinárodními organizacemi působícími v evropském regionu. K takovým organizacím patří např. agentury OSN, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), Rada Evropy, rozvojové agentury a fondy i hlavní nevládní organizace. Státy v rámci regionu přispívají ke spolupráci a využívají výhod spolupráce s mezinárodními organizacemi, což představuje cenný prostředek pro plnění společných cílů programu Zdraví 2020 a rovněž cílů jiných rezortů a organizací.

Významnou podporu přinese propojení s novými, rodícími se typy partnerské spolupráce v oblasti péče o zdraví, které se uplatňují na různých úrovních řízení v rámci regionu. Zásadní přínos mají nové metody spolupráce, jako jsou: Zdravotní síť jihovýchodní Evropy (SEEHN – *South-eastern Europe Health Network*) a strategie *Northern Dimension* (společná opatření EU, Ruska, Norska a Islandu); Evropská síť Zdravých měst SZO (*WHO European Healthy Cities Network*), národní sítě zdravých měst a Regiony pro zdraví; subregionální sítě v rámci Společenství nezávislých států a sítě SZO podporující zdraví, včetně škol, pracovišť, nemocnic a věznic v regionu.

Spolupráce s občanskou společností napomůže realizovat program Zdraví 2020. Mnoho dobrovolných a svépomocných organizací pojalo zdraví jako významnou část svých aktivit a mnoho zdravotnických služeb je i nadále poskytováno jako součást rodinné a komunitní péče i sebez péče. Jedná se o organizace pracující od místní až po globální úroveň, které do svých programů zahrnují zdraví a jeho sociální determinanty. Podpora jejich přínosu je proto cenná pro realizaci programu Zdraví 2020 na všech úrovních.

Hledání vhodných a etických metod zapojení soukromého obchodního sektoru. Postoj vůči soukromému sektoru v oblasti zdraví se v rámci zemí a mezi různými zeměmi liší. Avšak firmy čím dál tím více zasahují do životů lidí. Jejich vliv může pomoci zdraví zlepšit, ale i podkopat. Je důležité stanovit pevná pravidla v oblasti zdraví pro aktéry z řad soukromého sektoru a motivovat i rozvíjet jejich sociální odpovědnost.

Záměr programu Zdraví 2020

Naší vizí je evropský region SZO, v němž jsou všichni lidé podporováni a schopni dosáhnout co nejvyššího potenciálu zdraví a životní pohody a v němž státy jednotlivě i společnými silami usilují o snížení nerovností ve zdraví – jak v rámci regionu, tak i za jeho hranicemi.

Další informace

Bylo provedeno a kriticky ověřeno několik studií s cílem zajistit, aby veškeré analýzy a návrhy aktivit v rámci programu Zdraví 2020 byly založeny na věrohodných důkazech a zkušenostech. Patří k nim:

- Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
- *Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (připravuje se).
- McDaid D, Sassi F, Merkur S, eds. *The economic case for public health action*. Maidenhead, Open University Press (připravuje se).
- McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for health in all policies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
- Bertollini R, Brassart C, Galanaki C. *Review of the commitments of Member States and the WHO Regional Office for Europe between 1990 and 2010: analysis in the light of the Health 2020 strategy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.

Program Zdraví 2020 – společný záměr a sdílená odpovědnost

Program Zdraví 2020 je adaptabilní a praktický strategický rámec. Poskytuje slibnou platformu pro společné získávání vědomostí a sdílení znalostí i zkušeností mezi zeměmi. Bere na vědomí, že každá země je jedinečná a bude usilovat o dosažení společných cílů rozdílnými cestami. Země mají různou výchozí pozici, mají však společný cíl. Politický souhlas s tímto procesem je nezbytný. Státy jej vyjádřily tím, že se podílely na stanovení regionálních cílů.

Ve vzájemně provázaném světě narůstá potřeba spolupráce mezi státy. V současné době existuje široká škála globálních a regionálních sil ovlivňujících lidské zdraví a jeho determinanty. I když dnes, ve větším počtu než kdykoli dříve, mají lidé možnost dosáhnout vyšší úrovně zdraví, žádná země nedokáže sama izolovaně využít potenciál inovací a změnit nebo vyřešit problémy související se zdravím a životní pohodou.

Budoucí prosperita jednotlivých zemí a celého regionu bude záležet na ochotě a schopnosti využít nových příležitostí ke zlepšení zdraví a životní pohody současných i budoucích generací. **Program Zdraví 2020 motivuje a podporuje ministerstva zdravotnictví, aby zapojila všechny důležité partnery do sdíleného úsilí o zdravější evropský region.**

**Zdraví 2020:
osnova evropské zdravotní politiky**

Předmluva	29
Zdraví 2020 – Úvod	33
Část 1. Zdraví 2020: Obnovení úsilí dosáhnout co nejlepšího zdraví a životní pohody – okolnosti a nástroje	37
Široké pojetí programu: proč je zdraví důležité pro celou společnost a pro všechny složky veřejné správy	38
Hlavní hodnoty programu Zdraví 2020	41
Nové možnosti řízení: demografie, epidemiologie a sociální, technologická a ekonomická opatření	44
Část 2. Zdraví 2020: Zavádění vědecky ověřených účinných metod a hlavní účastníci	59
Úvod	60
Cíle	60
Zabývat se vzájemnou provázaností determinant zdraví	60
Zlepšení zdraví všech lidí a snížení zdravotních nerovností	62
Základem jsou věrohodné důkazy – získávání souhrnných zkušeností	66
Spojení poznatků ze sociální psychologie, behaviorálních věd a sociálního marketingu je základem nového myšlenkového přístupu	66
Řízení péče o zdraví v 21. století	66
Společná práce na společných zdravotních prioritách	69
Celoživotní investice do zdraví a posilování role občanů	70
Čelit největším zdravotním problémům Evropy – neinfekčním i infekčním nemocem	87
Posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích	105
Zajištění bezpečnosti ve zdravotní oblasti, Mezinárodní zdravotní řád a připravenost na nouzové situace, které ohrožují zdraví obyvatel	120
Podílet se na vytváření motivovaných a odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví	122

Část 3. Zdraví 2020: Snaha o účinnou realizaci – nezbytné podmínky, užitečné postupy a průběžné vzdělávání	135
Úvod	136
Lze to zvládnout – úkoly pro politiky a organizátory	136
Vedení, které předpokládá posílení role ministrů zdravotnictví a zdravotnického rezortu	137
Příprava, realizace a hodnocení národních a krajských zdravotních opatření, strategií a plánů počítajících s účastí dalších rezortů	138
Partnerská spolupráce je pro péči o zdraví cennou hodnotou	140
Přijmou-li všechny složky veřejné správy a celá společnost odpovědnost za zdraví, vede to k reálným a dobrým výsledkům	142
Sledování, hodnocení a priority výzkumu v oblasti veřejného zdravotnictví	151
Zdraví na křižovatce problémů a možností v 21. století	152
Silná role SZO	153
Vize budoucnosti	154
Literatura	156
Příloha: Slovník pracovních definic a vysvětlujících poznámek týkajících se pojmů a termínů použitých v programu Zdraví 2020	176

Mám to potěšení přivítat s vámi program Zdraví 2020, rámcovou evropskou koncepci zdraví pro všechny. Ať už jste prezident, premiér, starosta, politický činitel, zdravotnický pracovník nebo komunitní aktivista, v dokumentu Zdraví 2020 najdete informace, ze kterých budete moci vycházet při přijímání zdravějších, bezpečnějších a ekonomicky výhodnějších rozhodnutí a voleb.

Všechny členské státy v Evropském regionu SZO schválily v září 2012 program Zdraví 2020, a to ve dvou verzích, které jsou obě součástí této publikace. Rámcová evropská koncepce vládní a společenské podpory zdraví a životní pohody přináší politikům a klíčovým realizátorům politiky strategické poradenství založené na hodnotách a na důkazech, které jim pomůže při uvádění programu Zdraví 2020 do praxe. Delší verze rámcové koncepce a strategie Zdraví 2020 předkládá mnohem podrobnější informace o poznatcích a praxi v oblasti zdraví a životní pohody. Je určena především lidem, kteří se zabývají vypracováváním koncepční politiky a jejím prováděním v praxi, a to na všech úrovních. Měla by sloužit také jako cenný zdroj informací pro zastánce zdravého životního stylu, výzkumné pracovníky a lidi z praxe, kteří si chtějí zjistit další podrobnosti k různým doporučením, s nimiž se setkali v kratší verzi rámcové koncepce. Náš plán navíc počítá s tím, že z delší verze dokumentu uděláme něco jako živého průvodce, který bude přinášet průběžně aktualizované odkazy na nové důkazy a praktické poznatky pro každého, kdo se – ve zdravotnictví i v dalších resortech – zabývá vytvářením politiky a jejím uváděním do praxe. Aby si Regionální úřadovna SZO pro Evropu zajistila přístup k nejkvalitnějším poznatkům a mohla je zapracovat do programu, navázala aktivní spolupráci se stovkami odborníků v oblasti zdravotnictví, ekonomiky a celé řady dalších vědních oborů napříč Evropským regionem SZO i mimo něj. Tyto odborníky jsme požádali ne o popsání problémů, ale o to, aby prokázali, co dobře funguje a co naopak nefunguje při řešení dnešních problémů v oblasti zdraví v různých částech Evropského regionu. Po celou dobu bylo naší hlavní snahou zajistit každému rovnější přínos významného zlepšení zdravotního stavu, kterého bylo v posledních desetiletích dosaženo napříč Evropským regionem. Nově zadané studie se zaměřením na možnosti při překonávání nerovností, sociální determinanty zdraví, přístupy k řízení a ekonomickou stránku prevence nemocí a podpory zdraví přinesly podklady pro vypracování této koncepce založené na důkazech. Díky tomuto procesu shrnuje dokument Zdraví 2020 nejnovější poznatky v oblasti zdravotní politiky. Na konzultacích k dokumentu Zdraví 2020 se podílely řídicí orgány SZO v Evropském regionu, zejména Regionální výbor SZO pro Evropu, a jeho schválení tímto výborem v září roku 2012 znamenalo důležitý mezník na cestě ke zlepšení zdraví napříč regionem. Členské země Evropského regionu SZO se do tohoto procesu zapojily i jinými způsoby, prostřednictvím svých mnohohvrstevných forem správy, jakož i na základě svých odborných i laických zájmových uskupení. Zapojení občanské společnosti do konzultačního procesu mělo zásadní význam, což platí i v případě sítí SZO včetně Zdravých měst a Regionů pro zdraví. V dokumentu Zdraví 2020 se jasně uvádí, že dnešní řízení zdraví probíhá na horizontální úrovni, rozptýleně a prostřednictvím sítí, a bylo vynaloženo nemalé úsilí, aby se na zpracovávání dokumentu Zdraví 2020 podílela celá škála těchto složek ve své bohatosti. Celou dobu bylo naší hlavní snahou vědecky zdůvodnit, proč je potřeba aktivně jednat a podchytit a podnítit zájem všech subjektů, které budeme potřebovat již dnes i později v budoucnu. S tímto cílem se rámcová koncepce zabývá jak problémy, tak možnostmi jejich řešení, a snaží se být nástrojem, který může usnadnit rozhodování o dalších cestách.

Až příliš často dochází napříč Regionem k tomu, že možností se jednoduše nevyužívá a dokonce panují i obavy, že vývoj hospodářské krize významně ohrožuje současné výdobytky v péči o zdraví. Stále se vynakládá příliš málo prostředků na podporu zdraví a prevenci nemocí ve srovnání s léčbou. Zdraví 2020 jednoznačně poukazuje na to, že tento poměr je třeba změnit ve prospěch aktivních opatření pro prevenci budoucího lidského i ekonomického břemene, které představuje terminální fáze různých onemocnění nebo invalidita.

Ke klíčovým problémům a tématům, kterými se zabývá dokument Zdraví 2020 patří:

- Nové přístupy jako například vedení na základě spolupráce, které svádějí dohromady nejrůznější partnery a mobilizují širokou politickou a kulturní podporu pro rozvoj zdraví.
- Porozumění novým vedoucím rolím a možnostem, které umožní efektivnější navázání jednání s ostatními na úrovni vlády i mimo ni s cílem najít společné řešení.
- Ekonomicky podložená argumentace ve prospěch investic do zdraví včetně prokázání jejich přínosu a uplatnění efektivních přístupů pro dosažení zdraví v koncepcích předkládaných na všech úrovních.
- Hledání cest k posílení pravomocí občanů a pacientů jakožto klíčových subjektů v oblasti zlepšování výsledků léčby, výkonnosti zdravotnického systému a spokojenosti se zdravotní péčí.
- Hledání efektivních cest k lepšímu využití nových sítí, partnerství a komunikačních a technologických možností.
- Uplatnění společného regionálního mechanismu při budování, podpoře a udržování jednoty a provázanosti systému komunikace v obci zdravotnických pracovníků.
- Vymezení chybějících poznatků a stanovení nových priorit výzkumu.
- Vytvoření platformy pro průběžnou komunikaci, která umožní výměnu praktických zkušeností mezi politiky a zastánci zdravého života napříč Evropským regionem.
- Chápaní zdraví a životní pohody jakožto barometru vývoje.

Evropská regionální úřadovna SZO podpoří přizpůsobení dokumentu Zdraví 2020 podle podmínek v jednotlivých zemích:

- Poskytnutím pomoci při analyzování situace ve zdravotnictví v jednotlivých zemích a při stanovení aktiv a potřeb a doporučením priorit koncepční politiky a způsobů jejího provádění i sledování jejího dopadu.
- Povzbuzováním prezidentů a premiérů, jakož i všech ostatních resortů a dalších aktivních účastníků k vybudování mechanismů pro uplatňování vládních a celospolečenských přístupů a pro sledování dosaženého pokroku.
- Podporou navýšení kapacity podle potřeb v oblasti vedení, řízení, aktivní účasti a komunikace.

Zdraví 2020 představuje koncepci SZO, která je určena pro každého. Staví na dlouhé historii celosvětového i regionálního koncepčního myšlení a je plně v souladu s reformním procesem, který probíhá ve SZO. Evropská regionální

úřadovna SZO bude aktivně podporovat a prosazovat její praktické provádění v členských zemích SZO. Není sice v silách SZO samotné dosáhnout toho, aby se z koncepce stal základní kámen péče o zdraví a zlepšování zdraví a životní pohody, ale bude o to usilovat ve spolupráci s četnými partnery. Společně můžeme přispět k tomu, aby politika a řízení v oblasti zdravotnictví lépe odpovídalo dnešním potřebám a aby byla přijata opatření pro zlepšení zdraví a životní pohody současné populace i jejích budoucích generací.



*Zsuzsanna Jakab
Regionální ředitelka SZO pro Evropu*

Zdraví 2020 – úvod

53 členských států evropského regionu SZO schválilo nový evropský program – Zdraví 2020.

Mezi společné cíle všech evropských států patří:

...výrazné zlepšení zdraví a životní pohody obyvatelstva, snížení rozsahu nerovností v oblasti zdraví, posílení péče o zdraví lidí, a to zejména ochrany a podpory zdraví i prevence nemocí, a vytvoření všeobecně dostupných, spravedlivých, udržitelných a vysoce kvalitních zdravotních systémů zaměřených na lidi.

*Program Zdraví 2020
respektuje rozmanitost zemí
v rámci regionu*

Je určen mnoha osobám ve veřejné správě i mimo ni s cílem ukázat směr a poskytnout inspiraci pro řešení složitých zdravotních problémů v 21. století. Program Zdraví 2020 potvrzuje hodnoty programu „Zdraví pro všechny“, je podložen důkazy v připojených dokumentech a definuje dva hlavní strategické směry a čtyři oblasti prioritních politických opatření. Program staví na zkušenostech získaných během realizace předchozího programu „Zdraví pro všechny“ a představuje vodítko jak pro členské státy, tak pro Evropskou regionální úřadovnu SZO. Tato širší verze programu je v souladu s jeho stručnou verzí: Program Zdraví 2020: Rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a k životní pohodě obyvatel evropského regionu - *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being* (dokument EUR/RC62/9).

*Zdraví je základní společenská
i ekonomická hodnota*

Dobrý zdravotní stav lidí je přínosem pro všechny rezorty i celou společnost. To z něj činí významnou hodnotu. Dobré zdraví je nesmírně důležité pro ekonomický a sociální rozvoj a má zásadní význam jak pro život každého jednotlivce, tak i pro rodiny a všechny společenské skupiny. Špatný zdravotní stav plýtvá lidským potenciálem, vede ke stavům beznaděje a odčerpává prostředky ze všech rezortů. Umožníme-li lidem získat kontrolu nad jejich zdravím a nad jeho základními determinantami, přispějeme tím ke zlepšení životní situace sociálních skupin a kvality života lidí. Bez aktivního zapojení občanů by bylo promarněno mnoho možností chránit i zlepšovat jak jejich zdraví, tak i celkovou životní situaci. Lidské zdraví je zásadní společenská hodnota. To znamená, že je nezbytné navázat spolupráci s ostatními rezorty spočívající na společných prioritách (např. výchova, sociální inkluze a soudržnost, omezení chudoby, posílení odolnosti společnosti a zlepšení životní pohody). Společná mezirezortní činnost zaměřená na tyto determinanty zdraví bude znamenat přínos pro celou společnost a povede i k odpovídajícímu zlepšení ekonomické situace.

*Opatření, která vedou k úspěšnému rozvoji
lidských společenství, jdou ruku v ruce se
zlepšováním zdravotního stavu lidí*

Respektování této skutečnosti napomáhá dosahovat lepších výsledků. Spravedlivý přístup ke vzdělávání, přiměřená práce, bydlení a příjem – to vše podporuje zdraví. Zdraví přispívá ke zvýšení produktivity, větší efektivitě pracovních sil, zdravějšímu stárnutí, nižším výdajům na léčení i na sociální dávky. Dobrého zdraví a lepších životních podmínek populace lze nejlépe dosáhnout zaměřením pozornosti celé veřejné správy na sociální i individuální determinanty zdraví. Dobrý zdravotní stav může přispět k ekonomickému oživení a dalšímu rozvoji.

Efektivita zdravotnictví a výkonnost ekonomiky jsou vzájemně propojeny

V evropském regionu SZO jako celku se v posledních desetiletích zdraví lidí podstatně zlepšilo, ale ne všude a ne u každého. Mnohé skupiny a oblasti zaostávají a některé okolnosti, např. nevyvážený ekonomický vývoj, vedly k prohloubení zdravotních rozdílů jak mezi jednotlivými zeměmi, tak i mezi některými sociálními skupinami. V nepříznivé situaci jsou např. Romové a přistěhovalci. Pokud se nepodaří přijmout vhodná opatření, lze očekávat, že mění se struktura nemocnosti, demografické změny a migrace budou překážkou dalšího zlepšování zdraví. Trvalou udržitelnost systému zdravotní a sociální péče ohrožuje překotný nárůst chronických nemocí a duševních poruch, nedostatek sociální soudržnosti, rizikové faktory životního prostředí a finanční nejistota. Na to je nezbytné reagovat vhodným způsobem.

Hodnota zdraví je základem programu, který usiluje o dosažení co nejvyšší možné úrovně zdraví

Program Zdraví 2020 vychází z hodnot zakotvených v Ústavě Světové zdravotnické organizace: „Těšit se z co nejlepšího zdraví je jedno ze základních práv každého člověka“ (1). Státy regionu se přihlásily k právu na zdraví a zavázaly se, k všeobecné dostupnosti zdravotní péče, k solidaritě a k rovnému přístupu jako k základním hodnotám, které musí být respektovány při organizaci i financování jejich zdravotnických systémů. Je nezbytné usilovat o co nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví lidí bez ohledu na jejich etnický původ, pohlaví, věk, sociální postavení a platební schopnost. K základním hodnotám patří spravedlnost, trvalá udržitelnost, kvalita, transparentnost a schopnost skládat účty, právo podílet se na rozhodování a důstojnost.

Pádné sociální i ekonomické argumenty pro aktivitu

Nároky, které na vlády klade nárůst výdajů na zdravotní péči, jsou vyšší než kdykoli dříve. Výdaje na zdravotní péči tvoří v mnohých státech podstatnou část státního rozpočtu a rostou rychleji než státní příjmy. V některých zemích však nelze z dostupných dat prokázat korelaci mezi výdaji na zdravotní péči a zdravotními výsledky. Mnohé zdravotnické systémy nejsou schopny udržet náklady v potřebné výši a finanční tlak, kterému jsou vystaveny, způsobuje, že poskytování zdravotní a sociální péče je stále obtížnější. Mnohé z nákladů jsou vyvolány větší nabídkou; jsou to například nové metody a technické vybavení. A rovněž lidé očekávají účinnější ochranu proti zdravotně rizikovým faktorům a lepší přístup k vysoce kvalitní lékařské péči. Jakékoli reformy zdravotní péče musí počítat jak s výraznými finančními i politickými zájmy, tak i se sociální a kulturní opozicí. Tyto problémy nemohou vyřešit ministři zdravotnictví v rámci svých kompetencí.

Reálný přínos a nové možnosti

Pokud jsou použity účinné postupy, lze i s omezenými prostředky dosahovat dobrých zdravotních výsledků. Závěry nových věrohodných studií věnovaných ekonomickým aspektům prevence nemocí dokládají, že růst nákladů na zdravotnictví lze omezit, pokud bude věnována potřebná pozornost jak nejzranitelnějším skupinám obyvatelstva, tak i nerovnostem, ke kterým dochází v důsledku sociálního gradientu. V současné době vlády vynakládají pouze zlomek ze svého zdravotnického rozpočtu na podporu zdraví a prevenci nemocí (zhruba 3 % v zemích OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development) a mnohé z nich se soustavně nezabývají nerovnostmi ve zdraví. Rozpočet i činnost jiných rezortů, než je zdravotnictví, v mnoha zemích nebere v úvahu zdraví lidí a spravedlnost v péči o zdraví. Významným přínosem pro zdraví

se může stát efektivní využití výsledků sociálního a technologického rozvoje, a to zejména v oblasti informací, sociálního marketingu a sociálních médií.

Efektivní využívání prostředků v rezortu zdravotnictví může omezit tempo růstu nákladů

Jednotlivé zdravotnické systémy usilují o zlepšení své výkonnosti a snaží se reagovat na nové problémy. Mění strukturu zdravotnických služeb a kompetencí, modifikují financování zdravotnictví, věnují pozornost investicím a snaží se plně využít finanční prostředky. Zdravotnické systémy se musí stejně jako ostatní systémy přizpůsobit a změnit. Politická stanoviska takových organizací jako je Evropská unie (EU) a OECD to opětovně zdůrazňují.

V globalizovaném světě musí státy, chtějí-li zvládat své hlavní zdravotní problémy, pracovat společně

To vyžaduje nadnárodní spolupráci. Mnohé mezinárodní smlouvy tento požadavek zdůrazňují, jako např. Mezinárodní zdravotní řád (*IHR – International Health Regulations*), Rámcová úmluva o kontrole tabáku (*WHO Framework Convention on Tobacco Control*) nebo Deklarace o Dohodě o obchodních aspektech práv k duševnímu vlastnictví a o veřejném zdravotnictví (*Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*).

Zdraví jako základní lidské právo

Právo na zdraví bylo poprvé vyhlášeno v roce 1948 v předmluvě Ústavy SZO (1) a následně v témže roce v 25. článku Všeobecné deklarace lidských práv (2). V roce 1976 vstoupil v platnost Mezinárodní pakt o ekonomických, sociálních a kulturních právech (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*) (3), který potvrdil ve 12. článku, že těžit se z nejvýše dosažitelného zdraví je lidským právem a součástí mezinárodního práva.

Úroveň zdraví, která vede k sociálně a ekonomicky produktivnímu životu

V květnu 1977 členské státy stanovily, že hlavním sociálním cílem pro vlády a SZO je, aby všichni lidé na světě dosáhli do roku 2000 „takovou úroveň zdraví, která by jim umožnila vést sociálně a ekonomicky produktivní život“ (4). Na to v roce 1976 navázala Deklarace z Alma-Aty věnovaná základní zdravotní péči (5). Členské státy evropského regionu SZO se přihlásily ke zmíněnému globálnímu úsilí tím, že na 30. zasedání Evropského regionálního výboru ve Fezu v Maroku v září 1980 schválily svou první společnou zdravotní politiku: Evropskou strategii zaměřenou na Zdraví pro všechny.

Členské státy SZO se ke zmíněnému záměru přihlásily v květnu 1981 na 34. Světovém zdravotnickém shromáždění a schválily Globální strategii zaměřenou na Zdraví pro všechny (6), která zdůraznila, že dosažení co nejvyšší možné úrovně zdraví je základním lidským právem a vyzvala členské státy, aby věnovaly pozornost etickým aspektům zdravotní politiky, zdravotnického výzkumu i zdravotnických služeb.

Světové zdravotnické shromáždění v roce 1998 ve Světové zdravotnické deklaraci (7) uvedlo:

„My, členské státy Světové zdravotnické organizace (SZO) potvrzujeme svůj souhlas s principy vyhlášenými Ústavou SZO, že těžit se z co nejvýše možné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každé lidské bytosti. Současně potvrzujeme důstojnost a hodnotu každé osobnosti, rovnoprávnost, stejné povinnosti a sdílenou odpovědnost všech lidí za zdraví.“

Obnova strategie a opětovné ověření nastoupené cesty

Uvedený globální a regionální souhlas s právem na zdraví svědčí o vznešených ideálech. Aby bylo možné se účinně vypořádat se současnými problémy a využít nové příležitosti pro jejich řešení, je nezbytné se znovu kriticky zabývat dosavadním řízením péče o zdraví, strukturou veřejného zdravotnictví a poskytováním zdravotnických služeb. Je načase obnovit evropskou zdravotní politiku a zaměřit se na právo na zdraví v návaznosti na to, co známe a čeho se dá dosáhnout v oblasti podpory a zachování zdraví. Výsledky by měly být v plné míře dostupné všem. Jejich dosažení si ovšem vyžádá nový a radikálně jiný typ řízení, které by mělo být důsledně zaměřeno na zdraví.

Trvale udržitelný rozvoj – návaznost sociálních a ekonomických problémů, problematiky životního prostředí a pozornosti věnované nerovnostem

Základním principem trvale udržitelného rozvoje je, že současná generace by neměla ohrozit životní prostředí budoucích generací. To se týká jak zdravotnictví, tak i ostatních rezortů. Sociální a ekonomické nerovnosti, které by byly dány do vínku budoucím generacím, by vyústily v trvalé a nezvladatelné zdravotní nerovnosti. Zlepšení zdravotní spravedlnosti (ekvity), spočívající i v odstranění mezigenerační nerovnosti a v omezení přenosu nerovností na budoucí generace, to je hlavní záměr programu Zdraví 2020. Snaha o dosažení spravedlnosti a úsilí o trvale udržitelný rozvoj musí jít ruku v ruce při respektování návaznosti sociálního, ekonomického a životního prostředí i mezigenerační spravedlnosti (ekvity).

Tyto principy jsou obsaženy v Politické deklaraci z Ria z roku 2011 zaměřené na sociální determinanty zdraví (8). Je tam uvedeno:

„Potvrzujeme, že zdravotní nerovnosti uvnitř zemí a mezi státy jsou politicky, sociálně a ekonomicky nepřijatelné, nespravedlivé a do značné míry odstranitelné a že posílení zdravotní ekvity je základní podmínkou trvale udržitelného rozvoje a cestou vedoucí k lepšímu životu a k životní pohodě všech, což ve svém důsledku přispívá k míru a bezpečnosti.“

Další text tohoto dokumentu je členěn do tří částí:

- Část 1. **Zdraví 2020** – obnovení úsilí dosáhnout co nejlepšího zdraví a životní pohody – okolnosti a nástroje
- Část 2. **Zdraví 2020** – Využití účinných vědecky prokázaných postupů a hlavní účastníci
- Část 3. **Zdraví 2020** – Snaha o účinnou realizaci – nezbytné podmínky, užitečné postupy a průběžné vzdělávání.

Část 1

Zdraví 2020:

Obnovení úsilí dosáhnout co nejlepšího zdraví a životní pohody – okolnosti a nástroje

Široké pojetí programu: proč je zdraví důležité pro celou společnost a pro všechny složky veřejné správy

První část pojednává o tom, čeho chce program Zdraví 2020 dosáhnout v návaznosti na dané podmínky, determinanty zdraví a životní pohody a na hlavní současné sociální, technologické a ekonomické nástroje, trendy a možnosti.

Vize, záměry, strategické cíle a priority programu Zdraví 2020

Program Zdraví 2020 je výsledkem společného odhodlání Evropské regionální úřadovny SZO a 53 členských států připravit novou zdravotní strategii. Navrhovaná vize programu Zdraví 2020 (panel 1) je v souladu jak s pojetím zdraví jako lidského práva, tak i se snahou omezit stávající zdravotní nerovnosti. Program Zdraví 2020 navazuje na již existující dokumenty, které členské státy schválily, jako je např. Deklarace tisíciletí OSN (United Nations Millennium Declaration) (9) a Rozvojové cíle tisíciletí (Millennium Development Goals) (10), které vyjadřují odhodlání států celého světa spolupracovat s cílem zlepšit životní situaci všech lidí, zejména těch, kteří jsou na tom nejhůře.

Panel 1. Vize programu Zdraví 2020

Evropský region SZO, v němž jsou všichni lidé podporováni, aby dosáhli svého plného zdravotního potenciálu a v němž státy individuálně i společně usilují o snížení nerovností ve zdraví, a to jak uvnitř regionu, tak i mimo něj.

Program Zdraví 2020 může být přijat a upraven podle konkrétních podmínek, které charakterizují evropský region. Obsahuje návod jak zlepšit, udržet a hodnotit zdraví i životní pohodu, pokud se budeme snažit posilovat soudržnost společnosti, zvyšovat bezpečnost, upravovat životní podmínky, pečovat o zdraví a umožňovat vzdělání. Program přesahuje tradiční hranice zdravotnického rezortu a obrací se na pracovníky veřejné správy i na všechny ostatní občany a poskytuje inspiraci i konkrétní pokyny jak zvládat komplexní zdravotní problémy 21. století. Program se hlásí k hodnotám, je založen na vědecky ověřených důkazech, vymezuje strategické směry a základní činnosti. Staví na zkušenostech získaných během realizace programu „Zdraví pro všechny“ a usměřňuje aktivity jak členských států, tak i Regionální úřadovny.

Vize programu směřuje k vysokým ideálům. Je nezbytné ji rozpracovat do konkrétního záměru, který je obsahem panelu 2.

Panel 2. Záměr programu Zdraví 2020

Výrazně zlepšit zdraví a životní pohodu obyvatel, omezit zdravotní nerovnosti, posílit veřejné zdravotnictví a zajistit zdravotnický systém, který je všeobecně dostupný, spravedlivý, trvale udržitelný, vysoce kvalitní a orientovaný na občany.

Program Zdraví 2020 vychází z přesvědčení, že úspěšné vlády mohou dosáhnout výrazného zlepšení zdraví svých obyvatel, když rozvinou spolupráci mezi rezorty a zapojí všechny stupně veřejné správy do plnění dvou vzájemně souvisejících strategických cílů (panel 3).

Panel 3. Dva hlavní strategické cíle programu Zdraví 2020

- zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví;
- posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce.

Program Zdraví 2020 navrhuje čtyři prioritní oblasti (panel 4).

Panel 4. Čtyři základní priority programu Zdraví 2020

- celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví;
- čelit největším zdravotním problémům Evropy – infekčním i neinfekčním nemocem;
- posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích;
- podílet se na vytváření odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví.

Zdraví a životní pohoda – stav jedince a společenské zdroje

Zdraví a životní pohoda jsou veřejným statkem a přínosem pro rozvoj sociálních skupin i životním zájmem každé osoby, rodiny i komunity. Dobré zdraví je pro jednotlivce dynamickým stavem dobré tělesné duševní a sociální pohody. Je to mnohem více než stav bez nemoci nebo vady. Pro společnost znamená dobré zdraví reálnou možnost stát se silným, dynamickým a tvořivým společenstvím (panel 3). Zdraví a životní pohoda obsahuje aspekt tělesný, poznávací, duševní, emoční a sociální a je ovlivňována širokou škálou faktorů biomedicínských, psychologických, sociálních a dalších charakteristik životního prostředí, které mezi sebou reagují a působí rozdílně v odlišných etapách života lidí.

V minulých desetiletích se zdraví lidí v evropském regionu výrazně změnilo. Ke zlepšení zdraví a současně i k prohlubujícím se zdravotním nerovnostem přispívají nové poznatky o determinantách zdraví, lepší informace o přidělování prostředků a o jejich využívání. Mění se i možnosti a metody jejich realizace.

Aktivity v oblasti péče o zdraví a v ekonomice jsou úzce propojeny. Zdravotnický rezort, který je ve středně i velmi bohatých státech jedním z největších, se musí soustředit na lepší využívání prostředků, které má k dispozici. Nejde jen o to, do jaké míry zdravotnický rezort přispívá ke zlepšení zdraví lidí, ale i o to, jak přispívá k rozvoji ekonomiky uvnitř jednotlivých zemí i v mezinárodním měřítku. Zdravotnický rezort je velký zaměstnavatel, významný vlastník půdy, stavitel i konzument. V těchto svých rolích bere v úvahu, a někdy i prohlubuje, společenské rozdíly. Zdravotnický rezort představuje významnou motivaci pro rozvoj výzkumu a inovace. Uplatňuje se rovněž v mezinárodní konkurenci prostřednictvím svých pracovníků, myšlenek i produktů. Jeho význam bude i nadále narůstat a stejně tak poroste i jeho odpovědnost za jeho podíl na rozvoji společnosti, a to včetně jeho vlivu na širší determinanty zdraví a na celé společenství.

Životní pohoda (*well-being*)

Životní pohodu měří OSN od roku 1990 prostřednictvím Indexu lidského rozvoje (Human Development Index) se záměrem přesunout hlavní pozornost od ekonomického rozvoje měřeného hrubým domácím produktem k opatřením, která se přímo týkají lidí. Index lidského rozvoje má od vydání *Zprávy o lidském rozvoji za rok 2010 (11)* tři ukazatele vztahující se ke zdravému a dlouhému životu: naděje dožití při narození, přístup ke vzdělání, průměr doby školní docházky a očekávané roky školní docházky a dobrý životní standard měřený národním důchodem na osobu (upraveným podle kupní síly).

Už po určitý čas se v mezinárodním měřítku uplatňuje snaha věnovat pozornost nejen ekonomickému růstu (měřenému výší hrubého domácího produktu), ale i blahobytu a sociálnímu rozvoji. Výzkumné studie provedené v nedávné minulosti doložily, že přes nevidanou ekonomickou prosperitu, ke které došlo v posledních 35 letech, se mnoho lidí necítí lépe a nejsou šťastnější ať už jako jednotlivci nebo členové sociálních skupin. V minulých desetiletích se ekonomické výsledky mnoha států podstatně zlepšily, ale úroveň subjektivní životní pohody a pocitu štěstí stagnuje a nerovnosti mezi lidmi narůstají.

Ve výzkumu je věnována narůstající pozornost životní pohodě. Pojem „pohoda“ byl začleněn do definice zdraví SZO už v roce 1948, ale informační základna SZO pojednávající o zdravotním stavu obyvatelstva je zaměřena především na data o nemocnosti a úmrtnosti. Hlavním důvodem je především snadná dostupnost takových dat. V dnešní době se orientace na životní pohodu začíná považovat za nový a aktuální úkol veřejné politiky v 21. století. Celostní pohled programu Zdraví 2020 a jeho důraz na zdravé lidi i jeho doporučení průběžně sledovat plnění úkolů stanovených pro evropský region vyžaduje, aby životní pohoda byla řádně definována a měřena v návaznosti na zdraví.

Studiem životní pohody se zabývá mnoho mezinárodních i národních pracovišť, která mají mnoho námětů pro další výzkum. Např. Iniciativa OECD pro lepší život se zabývá jak nynější životní pohodou (kvalita života a materiální životní podmínky), tak i budoucí životní pohodou (trvalá udržitelnost). Výzkum probíhá i v zemích EU: COURAGE (Collaborative Research on Ageing in Europe) je výzkumný projekt, který se zabývá zdravím a výsledky péče o zdraví ve starší populaci. Další mezinárodní skupina zabývající se životní pohodou má svou základnu v Austrálii. Potvrdila, že osobní dotazníky zaměřené na subjektivní vnímání životní pohody mohou poskytnout věrohodné údaje. Tyto údaje jsou obsahem výzkumných zpráv publikovaných v Austrálii (Australian Unity Well-being Index Surveys). SZO se snaží přispět k uvedeným činnostem tím, že pracuje na přehledu dosavadních aktivit, analýz i výsledků s cílem navrhnout definici životní pohody, její hlavní oblasti, ukazatele, cíle a návrhy na zaměření budoucí práce.

Lze počítat s všeobecným souhlasem s tím, že životní pohoda je mnohorozměrný pojem a že se jedná o kombinaci subjektivních a objektivních údajů. Má-li být životní pohoda pojata jako cíl veřejné politiky, je žádoucí, aby byla měřitelná. Studie zpracovaná Eurostatem zdůraznila, že je důležité, aby návrh vhodných opatření spočíval na souhrnném modelu životní pohody, který by zahrnoval „všechny aspekty životní pohody, a to včetně dosahovaných výsledků, osobních charakteristik, vnějších podmínek a informací o tom, jak lidé ve skutečnosti reagují na životní podmínky celé společnosti“ (12).

Hlavní hodnoty programu Zdraví 2020

Program Zdraví 2020 je založen na hodnotách zakotvených v Ústavě SZO a zejména na tom, že dosažení co nejvyššího zdravotního standardu je lidským právem. V Ústavě SZO je to formulováno takto:

“Těšit se z dosažení co nejvyšší možné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každé lidské bytosti.”

To se v rostoucí míře považuje za nepostradatelné východisko ochrany zdraví lidí i řízení péče o zdraví.

Konkrétní hodnotový základ programu Zdraví 2020 spočívá v respektování a uplatňování takových hodnot, jako je např. právo lidí na zdraví, solidarita, spravedlnost a trvalá udržitelnost. V těchto hodnotách je obsaženo mnoho dalších, které jsou důležité pro evropský region SZO: všeobecná dostupnost, slušnost, právo podílet se na rozhodování, důstojnost, autonomie, snaha nediskriminovat, transparentnost a odpovědnost.

Je důležité, že z práva na zdraví vyplývá pro vládu a celou veřejnou správu povinnost vytvářet takové podmínky, aby každý mohl být zdravý tak, jak je to jen možné (13). Ve svém důsledku to předpokládá širokou škálu opatření, např. ujistění, že zdravotnické služby jsou dostupné, že si je lidé mohou dovolit. Důležité je, aby veřejné zdravotnictví přijalo taková opatření, která jsou zaměřena na zdravé a bezpečné pracovní podmínky, vhodné bydlení, výživnou stravu a na další okolnosti, které chrání a zlepšují zdraví. A na druhé straně, i občané by měli chápat hodnotu svého zdraví a měli by se aktivně podílet na zlepšování zdraví v celé společnosti.

Respektování práva na zdraví je ve svém důsledku východiskem takového řízení, jehož cílem je realizovat jak právo na zdraví, tak i všechna ostatní práva, která se zdravím souvisejí a která spadají do kompetence vlády a dalších stupňů veřejné správy. Zmíněné pojetí lidských práv bylo přijato v rámci OSN v roce 2003 a poté schváleno v roce 2005 na Valném shromáždění OSN. Členské státy se jednomyslně rozhodly začlenit lidská práva do svých politických dokumentů i praxe (14). Příprava i realizace zdravotní politiky by se měla zakládat na lidských právech a měla by zamezovat jakékoli formě diskriminace a usilovat o odstranění všech nežádoucích a nespravedlivých rozdílů mezi muži a ženami.

Odpovědnost za dodržování lidských práv náleží v prvé řadě vládám jednotlivých zemí. Všechny členské země evropského regionu SZO se prostřednictvím mezinárodních dohod zavázaly podporovat, chránit, respektovat a naplňovat právo na zdraví. V evropském regionu jsou v tomto ohledu důležité zejména dva dokumenty. Jednak je to Evropská sociální charta (15) připravená pod záštitou Rady Evropy a jednak Charta základních práv Evropské unie (16), které jsou součástí Lisabonské smlouvy. Plnění zmíněných a dalších dohod je pravidelně kontrolováno na mezinárodní i regionální úrovni a hodnotí se, zda a do jaké míry státy plní přijaté dohody. Jsou určeni nezávislí zahraniční odborníci, aby průběžně sledovali, jak se státy vyrovnávají s dodržováním zdravotních práv, např. Zvláštní zpravodaj OSN věnující se zdravotnímu právu a Komisař Rady Evropy pro lidská práva.

Jádrem výkonu lidských práv je uznání, že jsou univerzální, tzn. že s každým má být zacházeno stejně a důstojně, a rovněž, že lidská práva jsou provázaná, vzájemně závislá a nedělitelná. Aplikace lidských práv v oblasti péče o zdraví se týká nejen cílů a výsledků, ale i samotného procesu. Standardy a zásady lidských práv – jako je participace, rovnost, nediskriminace, transparentnost

a odpovědnost – by měly být integrovány do všech etap přípravy zdravotních programů a měly by být vedoucím principem zdravotní politiky.

Rovnost mužů a žen je nedílnou součástí lidských práv a její prosazování je jednou z hlavních strategií uplatňování lidských práv, která posiluje princip nediskriminace, rovnosti a participace. Jestliže zdravotnický systém přijímá svou odpovědnost za řešení problémů spojených s nežádoucími rozdíly mezi muži a ženami, pak musí být v tomto ohledu vytvářen od samého začátku na vhodném právním základu. Celý proces by mělo provázet průběžné sledování a analýza, která je základní podmínkou uplatňování lidských práv.

Sociální hodnoty tvoří východisko zdravotní politiky i praxe. Zjevné i skryté hodnoty jsou tvořeny a posléze i upravovány mnoha okolnostmi. A dále, hodnoty podmiňují i to, jak je zdravotní politika pojmána, jak a jakými ukazateli je hodnocena, jak jsou formulovány cíle a jak jsou realizovány v praxi prostřednictvím vhodných rozhodnutí i praktických činností. K běžným demokratickým procesům patří diskuze a případný nesouhlas jak se zjevnými, tak i se skrytými hodnotami. Vzhledem k tomu, že příprava zdravotní politiky a určování jejích priorit je velmi komplexní a zvládnání zdravotních determinant zasahuje do zájmů vlády, občanské společnosti i tržních subjektů, dochází často ke komplikovanému vyjednávání provázenému dílčími ústupky. Proto je nezbytné, aby se na samém začátku jasně uvedlo, na jakých hodnotách je program založen a jaké hodnoty budou v průběhu formulace i realizace programu respektovány, hájeny i rozvíjeny.

Společnost i jednotlivci mají mnoho různých cílů. Aby se podařilo zlepšit zdraví a životní pohodu, je žádoucí, aby se zájmy zúčastněných partnerů sblížily, neboť zdraví je přínosem pro splnění cílů a záměrů i ostatních rezortů. Cesta k lepšímu zdraví není jednosměrnou ulicí. Chybí-li zdraví, pak je to překážka k naplnění všech dalších životních cílů.

Zdravotní ekvita (spravedlnost)

Zdravotní ekvita je etickým principem, který úzce souvisí se standardy lidských práv; týká se rozdělování prostředků a všech ostatních procesů, které mohou vést k nežádoucím a odstranitelným rozdílům. Je to součástí sociální spravedlnosti. Inekvity jsou takové nerovnosti, které mohou být považovány za neslušné nebo nespravedlivé. Snaha o zdravotní ekvitu spočívá v minimalizaci rozdílů, a to jak pokud jde o zdraví, tak i co se týče zdravotních determinant.

Zdravotní rozdíly, které se dají odstranit únosnými prostředky, jsou nespravedlivé. Proto se k popisu zmíněného sociálního cíle používá termín zdravotní ekvita. Zdraví je vysoce ceněno jednotlivci i společností. Měla by být zavedena a přednostně realizována ta opatření, která snižují odstranitelné zdravotní nerovnosti. Jsou pro to v mnohých oblastech společné morální i ekonomické důvody. Investice do výchovy a vzdělání dětí jsou plně efektivní i spravedlivé.

Právo na zdraví a uplatňování ekvity je založeno na předpokladu, že situace jednotlivých sociálních skupin bude srovnávána s tou skupinou, která má pro dosažení zdraví ty nejlepší podmínky. Pro naplnění práva na zdraví a záměru zdravotní ekvity je nezbytný výzkum, který umožní, aby stát splnil v tomto ohledu své závazky. Ekvita mužů a žen se týká všech opatření, která by měla být k mužům a ženám spravedlivá s cílem snížit nežádoucí a odstranitelné rozdíly ve zdravotním stavu a v přístupu ke zdravotnickým službám.

Společná aktivita

Z čeho vzniká zdraví a životní pohoda? Jak mohou být tyto všeobecně uznávané lidské hodnoty zajištěny? Na podobné otázky nyní dokážeme odpovědět.

Zdraví a životní pohoda jsou výsledkem vlivů a vzájemného působení osob, sociálních skupin a celé společnosti, které probíhá v čase a je provázeno výměnou generací. „Evropská analýza sociálních determinant a zdravotních rozdílů“ (17), (dále jen analýza), která vychází ze dřívějších poznatků a dále je doplňuje, se týká důsledků ekvity v působení faktorů ekonomických, sociálních, politických a kulturních. Jejich vzájemné ovlivňování ve svém dopadu vede k různým stupňům zdravotního ohrožení a k sociálnímu vyloučení.

Zdravotní ohrožení je výsledkem sociálního procesu, který je ovlivněn rozdílnou finanční situací a dalšími okolnostmi omezujícími zvládnání životních těžkostí. Analýza se soustředí na takové procesy (nedostupnost kvalitního vzdělání a nedosažitelnost náležitého bydlení a zaměstnání), které ve svém důsledku představují zdravotní ohrožení a vedou k dalším problémům i ke špatnému zdraví.

Těmto socioekonomickým důsledkům dnes rozumíme lépe než dříve. Rozdíly ve zdravotním stavu jsou výsledkem rozdílných socioekonomických podmínek. Hlavní příčinou odstranitelných zdravotních rozdílů je toxická směs špatné sociální politiky a programů, nízká úroveň vzdělání a nespravedlivé ekonomické poměry. Zdravotní ohrožení je důsledkem nerovností ve vzdělání, ve finanční situaci a v možnostech čelit těžkostem života. Jde o podmínky, do nichž se lidé rodí, v nichž rostou, žijí, pracují a stárnou a které jsou ve svém souhrnu sociálními determinantami zdraví. Zmíněné procesy se v různé míře uplatňují v různých sociálních skupinách, vytvářejí kontinuum inkluze a exkluze a vedou ke vzniku sociálně zdravotního gradientu. Tento gradient narůstá se stupněm deprivace.

Lze říci, že čím nižší je sociální pozice jednotlivce, tím horší je jeho zdraví. Lidé, kteří žijí ve znevýhodněných skupinách, jsou na tom hůře než ti, kteří jsou součástí lépe situovaných skupin. To znamená, že gradient má tendenci narůstat. A dále, v některých společnostech mohou znevýhodněné skupiny představovat většinu, tedy ne vyloučenou menšinu. Nespravedlnosti se kumulují během celého života a v řadě případů se přenášejí na další generaci a vedou ke stálým potížím, a to jak pokud jde o zdraví, tak i co se týče dalších možností rozvoje rodin a dalších sociálních skupin. Někdy proces znevýhodnění a vyloučení přetrvává a postupně se zhoršuje, např. u Romů¹, přistěhovalců a u lidí se zdravotním postižením.

Státy, sociální skupiny i jednotlivci by si měli osvojit takové metody, kterými by byli schopni zvládat nesnáze a vytvářet takové prostředí, které by vedlo ke zdraví a životní pohodě. K tomu je žádoucí využít kulturního zázemí, široké škály pozitivních sociálních možností i příznivého životního prostředí. Důležitá je i odolnost, která pomáhá čelit jak zdravotnímu poškození, tak i dalšímu nepříznivému vývoji sociální situace. Zdravotní přínos závisí na mnoha faktorech, které posilují schopnost chránit a udržet zdraví a životní pohodu. Pochopení významu hodnoty a přínosu zdraví vede k rozvoji ochranných a dalších příznivých zdravotních faktorů, které zlepšují zdraví jednotlivců, skupin i společnosti jako celku. Takové faktory pomáhají zvládat životní těžkosti a zlepšují využívání všech možností vedoucích k lepšímu zdraví a životní pohodě. Jde o zvýšení schopností lidí a skupin určovat svůj životní i zdravotní osud.

¹ V tomto dokumentu se v souladu s materiálem Rady Evropy: „Roma and Travellers glossary“ (18), termín Romové vztahuje na všechny, kteří se sami jako Romové identifikují, a na další, kteří se Romům v některých aspektech podobají (např. Aškali), i když tvrdí, že jsou etnicky odlišní.

Nové možnosti řízení: demografie, epidemiologie a sociální, technologická a ekonomická opatření

Nové možnosti řízení péče o zdraví: trendy, možnosti a rizika

I když se zdraví v evropském regionu podstatně zlepšilo, vlády čelí v oblasti péče o zdraví větším problémům než kdykoli dříve. Lidé očekávají ochranu před zdravotními riziky – jako je například nezdravé životní prostředí nebo nebezpečné zboží – a vyžadují si přístup k vysoce kvalitním zdravotnickým službám během celého svého života. Je to však čím dál tím těžší vzhledem k rostoucím finančním nákladům na péči o zdraví a na sociální systém. V mnoha státech se vydává na zdraví stále větší podíl finančních prostředků ze státního rozpočtu a výdaje na zdravotnické služby rostou rychleji než hrubý domácí produkt (HDP). Každá zdravotnická reforma se musí vyrovnat s pevně hájenými politickými a ekonomickými zájmy, stejně jako se sociálními a kulturními procesy. Dosáhnout rovnováhy při naplňování práva na zdraví je tak obtížný úkol, že jej nedovedou zvládnout samotná ministerstva zdravotnictví, a to zejména v dobách ekonomické krize.

Vhodná opatření a postupy mohou zmírnit narůstající křivku nákladů na zdravotní péči. Když podíl zdravotnictví na HDP a jeho ekonomický význam roste, zvyšuje se odpovědnost zdravotnictví vůči ostatním rezortům a celé společnosti.

Růst nákladů na zdravotní péči současně přináší nové možnosti zlepšení zdraví a zdravotní péče (např. pokroky medicíny, informační technologie). Kapacita technologií umožňujících porozumět a předcházet nemocem, diagnostikovat a léčit je roste téměř exponenciálně. Možnosti úspěšných medicínských intervencí se rychle zvětšují, stejně jako přínos nových léků. Nové informační technologie ovlivňují rychlost změn v oblasti zdravotní péče, např. e-health a telemedicína. Využívání nanotechnologií je na dohled.

Narůstá i počet nových poznatků o návaznosti mezi zdravím a trvale udržitelným rozvojem. Dřívější pojetí zdravotních potřeb, které se týkalo zejména nákladných lékařských zákroků, je nahrazováno novým chápáním účasti společnosti na péči o zdraví a vědomím, že dobré zdraví přispívá jak k ekonomickému rozvoji a bezpečnosti, tak i k plnění základních sociálních cílů. Podařilo se dosáhnout všeobecného souhlasu, že zdraví lidí je důležité pro sociální soudržnost a ekonomický růst a že je i základní podmínkou dalšího sociálního rozvoje.

Proces globalizace² klade nároky na všechny země. Ale žádná země se sama nedokáže vyrovnat s nároky, které na ni klade zdravotní a sociální péče a stejně tak nedokáže bez rozsáhlé spolupráce využít všech možností inovace. Zdraví se stalo globálním ekonomickým a bezpečnostním tématem. Ve vzájemně provázaném světě musí jednotlivé státy spolupracovat, aby zajistily zdraví svých obyvatel a svůj rozvoj. Otázky spolupráce a vzájemné závislosti se dostávají do popředí politického zájmu v celosvětovém měřítku.

Nezbytná jsou opatření, která by zajistila účast občanů a pacientů na rozhodování, chránila by lidská práva a přispěla by k přijetí zákonů, které by zamezily diskriminaci. To zahrnuje i zajištění práva na zdraví a ochranu proti nezákonné diskriminaci v důsledku nemoci nebo zdravotního postižení. Je nezbytné zajistit podíl na rozhodování, svébytnost, nezávislost a možnost ovlivnit své vlastní zdraví a jeho determinanty. Je zapotřebí vytvořit taková

² Globalizace je definována jako „proces, který obsahuje příčiny, děje a důsledky mezinárodní a mezikulturní integrace lidských aktivit a dalších procesů“.

společností, v nichž lidé, a to včetně nemocných a zdravotně postižených mají k dispozici nezbytné prostředky, aby využili své možnosti a aby se plně účastnili života společnosti. Dále je žádoucí, aby měli přístup k potřebným znalostem, k podpoře zdraví a prevenci stejně jako ke službám, které jsou založeny na vzájemném respektu a na komunikaci mezi těmi, kteří služby poskytují a těmi, kteří je dostávají.

Všechny tyto okolnosti motivují snahy přejít k novým formám práce. A nad to, stávající situace vytváří neúprosný tlak na vyšší efektivitu práce ve zdravotnictví a na poskytování kvalitní péče. Dochází k významným změnám, pokud jde o roli zdravotnických pracovníků a občanů, kteří jsou více informovaní a očekávají, že se budou moci více podílet na výběru zdravotnických služeb, které dostanou. Rovněž je nutné se zabývat problémem medikalizace (19) a rovnováhou mezi sociálním a individuálním očekáváním na jedné straně a možnostmi růstu zdravotnictví na straně druhé.

Byly přijaty některé dokumenty celosvětového významu, např. Rozvojové cíle tisíciletí, revize Mezinárodního zdravotního řádu a Rámcová úmluva o kontrole tabáku připravená SZO (20). Po těchto materiálech, které měly významný regionální i národní vliv, budou jistě následovat i další. Dále je vhodné ocenit pozornost, která byla věnována zdraví na tak významné politické úrovni, jako je Valné shromáždění OSN, jednání skupiny osmi průmyslových zemí (G8) a konference Světové obchodní organizace. Důležitý je i zájem hlav států o zdravotní problematiku a zařazení zdravotních otázek do jednání představitelů obchodu, jako je např. Světové obchodní fórum. To vše je dokladem, že politický význam zdraví ve světovém měřítku roste. Valné shromáždění OSN v roce 2009 poukázalo ve své rezoluci A/RES/64/108 zaměřené na globální zdravotní a zahraniční politiku (21) na výrazné mezinárodní změny a vyzvalo členské státy, aby „při formulaci zdravotní politiky braly v úvahu zdravotní problémy“. EU v roce 2007 vyhlásila novou strategii veřejného zdravotnictví (Bílá kniha „Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013“) (22).

Využívání zkušeností

V minulých třech desetiletích jsme byli v evropském regionu svědky převratných politických i sociálních změn, ale základní principy rozvoje péče o zdraví v regionu se nezměnily. „Zdraví pro všechny“ a základní zdravotní péče jsou trvalými nástroji, které neztratily nic na svém významu. Zdraví 2020 staví na dosavadních zkušenostech, na podrobném vymezení metod a na skloubení priorit zaměřených na cíle a výsledky týkající se zdraví a životní pohody. Motivuje nejen práci ministerstev zdravotnictví, ale také činnost hlav států, ostatních rezortů i dalších zainteresovaných stran.

Podrobná analýza, která byla připravena pro Evropský regionální výbor SZO v roce 2005 (23) doložila, že hlavní hodnoty programu Zdraví pro všechny byly všeobecně přijaty. Současně bylo ovšem uvedeno, že jednotlivé země zvolily svou vlastní cestu při přípravě zdravotní politiky. I když cíle, které státy přijaly, byly obdobné jako ty, které navrhla SZO, ukázalo se, že k velkým nesrovnalostem docházelo mezi formulací zdravotní politiky a její realizací. Problémy nastaly i v případě soustavného sledování a hodnocení výsledků a postupného doladění konkrétních úkolů.

Tallinnská charta: Zdravotní systémy pro zdraví a blahobyt (24) byla v roce 2008 založena na souboru uznávaných hodnot programu Zdraví pro všechny, a to na solidaritě, ekvité a na participaci. Zdůraznila, že investice do zdraví mohou poskytnout více než jen zdravotnické služby, ale že jde i o prevenci nemocí, podporu zdraví a o snahu ovlivnit práci i ostatních rezortů a orientovat ji na zdraví. A dále, ministři zdravotnictví by měli podporovat začlenění zdravotních cílů do celé veřejné politiky.

Současná demografická a epidemiologická situace v evropském regionu³

Počet obyvatel 53 členských zemí evropského regionu SZO je přibližně 900 milionů (26). Ve svém celku se zdraví v regionu zlepšuje, jak dokládá naděje dožití při narození, která v roce 2010 dosáhla hodnoty 75 let; od roku 1980 narostla o 5 let. Na úmrtnosti a na předčasných úmrtích se podílejí především chronické neinfekční nemoci. Čtyři nejzávažnější příčiny ohrožující zdraví (při použití ukazatele DALYs – disability-adjusted life-years) jsou unipolární deprese, ischemická srdeční nemoc, ztráta sluchu v dospělosti a Alzheimerova nemoc spolu s ostatními typy demence. Nový i opětovný výskyt infekčních nemocí (např. infekce HIV a tuberkulóza) zůstává předmětem naléhavé pozornosti v mnoha zemích regionu. Zájem všech zemí regionu je soustředěn na některé globální problémy, jako např. pandemie chřipky H1N1 v roce 2009 a další tiché hrozby, např. rostoucí mikrobiální rezistence.

Determinanty zdraví a nežádoucí zdravotní rozdíly

Determinanty zdraví jsou mnohotvárné a zahrnují biologické, psychologické a sociální faktory i charakteristiky životního prostředí. Všechny determinanty reagují mezi sebou a ovlivňují jak odolnost, tak náchylnost k nemoci jednotlivců i sociálních skupin. Vzhledem k tomu, že determinanty zdraví nejsou rozloženy rovnoměrně, jejich důsledkem jsou rozdíly v úrovni zdraví, které jsou patrné v evropském regionu. Jsou to rozdíly mezi zeměmi, sociální gradient uvnitř sociálních skupin a mezi oblastmi jednotlivých zemí. Je důležité, že mnohé z determinantů jsou ovlivnitelné. Opatření, která jsou realizována v jiných rezortech, než je zdravotnictví se záměrem dosáhnout výsledků důležitých pro daný rezort, často ovlivní zdravotní determinanty a zdravotní rozdíly. Příklady bychom našli třeba u ministerstva školství, sociální péče a životního prostředí.

Jednotlivci, skupiny i státy mohou mít schopnosti i prostředky jak chránit a zlepšovat zdraví. Je to dáno jejich kulturou, sociálními kontakty i přírodními zdroji. Potřebné prostředky a odhodlání jsou důležité pro spravedlivý a trvale udržitelný rozvoj. Pokud jde o doporučení pro praxi, zpráva připomíná potřebu zlepšit spolupráci mezi rezorty, zamezit škodám a zvládat sociální problémy. Dosáhnout potřebné rovnováhy a orientovat se na budoucí rozvoj, to je jádro programu Zdraví 2020.

Sociální a ekonomické determinanty

V evropském regionu způsobují sociální nerovnosti mnoho nemocí. Rozdíl mezi zeměmi, které mají nejvyšší a nejnižší naděje dožití je 16 let. Jejich obyvatelstvo je vystaveno různým podmínkám. Mateřská úmrtnost je v zemi s nejvyšší mateřskou úmrtností 42krát větší než v zemi s nejnižší hodnotou tohoto ukazatele. Rozložení zdraví a naděje dožití v evropském regionu ukazuje, že pokud jde o možnost být zdravý a být vystaven riziku nemoci a předčasné smrti, existují dosud výrazné a trvalé rozdíly, které lze omezit.

Mnoho ze zmíněných rozdílů je podmíněno sociálně. Bohužel, sociální rozdíly navazující na zdraví uvnitř zemí i mezi nimi přetrvávají a v řadě případů i narůstají. Extrémní zdravotní rozdíly existují uvnitř zemí. Zdravotní rozdíly rovněž souvisejí s chováním, které ovlivňuje zdraví, např. kouření, požívání alkoholu, dieta, tělesná aktivita apod. Přijetím programu Zdraví 2020 se země

³ Evropská zpráva o zdraví z roku 2012 (25) poskytuje podrobnou informaci o demografických a epidemiologických trendech v evropském regionu.

zavazují, že se budou věnovat těmto nepřijatelným nerovnostem, a to jak ve zdravotnictví, tak i mimo ně. Mnohé z těchto nerovností mohou být zvládnuty aktivitami zaměřenými na sociální determinanty zdraví.

Komise pro sociální determinanty zdraví (27) uvedla, že sociální nespravedlnost zabíjí mnoho lidí, a poukázala na morální závazek čelit těmto formám nespravedlnosti. Nerovnosti ve zdraví vypovídají o úrovni slušnosti a sociální spravedlnosti v dané společnosti. Ta je podmíněna kvalitou a výsledky řízení. Rozsah a formy sociální nespravedlnosti v daném státě jsou výsledkem působení sociálních, ekonomických a environmentálních faktorů – sociálních determinantů zdraví. Ty jsou do značné míry ovlivněny politikou a rozhodováním o investicích, jejichž dopad může zvýhodňovat nebo naopak znevýhodňovat každou osobu během jejího života.

Uvnitř sociálního systému dochází k interakci čtyř vzájemně propojených aspektů moci – sociálního, politického, ekonomického a kulturního. Nerovný přístup k moci a k prostředkům, které jsou s ní spojeny, vede k rozdílným životním podmínkám v návaznosti na další faktory, jako je pohlaví, etnický původ, třída, vzdělání a věk. Takové rozdíly omezují schopnosti a možnosti lidí (biologické, sociální, duševní a ekonomické) bránit se proti takovým okolnostem a ve svém důsledku vedou ke zdravotním potížím, omezují přístup ke zdravotnickým a dalším službám i k prostředkům nezbytným pro ochranu a podporu zdraví. Takové procesy způsobují nespravedlivé zdravotní rozdíly, které potom vedou k dalším rozdílům a zvětšují rozsah sociálně podmíněného znevýhodnění.

Osobní podíl na vytváření ekonomických, sociálních a kulturních vztahů má skutečnou hodnotu a naopak překážky participace nepříznivě ovlivňují zdraví a životní pohodu. Taková omezení vedou k různým formám deprivace, jako je např. vyloučení z pracovního trhu anebo zařazení na podřadné, hůře placené místo, což může vést k nevhodnému stravování, špatnému bydlení a k výslednému horšímu zdravotnímu stavu.

Ve evropském regionu nejsou stejné podmínky pro muže a ženy. Ženy pracují ve větší míře na částečný úvazek, jsou méně placeny za stejnou práci a vykonávají většinou neplacené práce. V roce 2011 ženám náleželo 25 % parlamentních křesel (rozpětí 10–45 %).

Pokud se nepřijmou a nebudou se realizovat opatření zaměřená na zmíněné nerovnosti v oblasti sociálních determinantů zdraví, dá se očekávat, že budou narůstat nežádoucí zdravotní i další rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, ale i uvnitř států.

Determinanty životního prostředí

21. století je charakterizováno mnoha hlubokými a důležitými změnami životního prostředí, které jsou motivem pro širší pojetí determinantů zdraví populace. Dochází k obrovské ztrátě bohatství přírodních zdrojů. Důsledkem jsou změny klimatu, ozónový stratosférický deficit, znečištění ovzduší a jeho dopad na ekosystém (například ztráta biodiverzity, kyselost povrchových vod a nepříznivé důsledky intenzivního zemědělství), degradace systému výroby potravin, vyčerpané zásoby pitné vody a šíření invazivních druhů rostlin i živočichů. Tento vývoj začíná ohrožovat dlouhodobou kapacitu biosféry přispívat k udržení zdraví lidí. Zátěž, kterou pro lidské zdraví představuje působení životního prostředí, se odhaduje v evropském regionu na 15–20 % z celkové úmrtnosti a pokud jde o ztráty života v důsledku zdravotního postižení (DALYs) je to přibližně 10–15 %. Horší je situace ve východních částech regionu.

Mění se standardy bydlení, dopravy, výroby potravin, využívání zdrojů energie a ekonomické aktivity mají velký vliv na skladbu chronických neinfekčních nemocí. Klimatické změny⁴ budou mít dlouhodobé dopady na životní prostředí a na vzájemné vztahy lidí s jejich okolím. To povede k velkým změnám v šíření infekčních nemocí, zejména prostřednictvím vody, potravin a dalších přenašečů.

Snaha o snížení emisí skleníkových plynů a další opatření zmírňující klimatické změny mají i významné důsledky pro zdraví lidí. Všeobecně přijímané modely dokládají, že snížení emisí oxidu uhličitého v EU z 3876 miliónů tun v roce 2000 na 2867 miliónů tun v roce 2030 by snížilo počet let ztracených v důsledku zdravotních nesnází způsobených znečištěním ovzduší na polovinu.

Životní styl a způsob chování

Úroveň zdraví v současné době ovlivňují zejména lidé, záleží na tom, jak je zdraví utvářeno v kontextu každodenního života. Podpora zdraví je procesem, který umožňuje lidem pečovat o zdraví a vyrovnat se s jeho determinanty. Pokud se lidé nepodílí na péči o zdraví, potom se promarní mnoho možností ochrany i zlepšení zdraví. Lidé jsou ovšem součástí společnosti. Pokud budou žít v prostředí, které podporuje a usnadňuje zdravý životní styl, posílí je to v jejich snaze pečovat o své zdraví. V krátkosti „zdravotní kultura“ je potřebná jako jeden z faktorů, který usnadňuje a umožňuje pečovat o zdraví na úrovni jednotlivců i společnosti. Péče o zdravé životní prostředí v konkrétních lokalitách (29) má své kořeny v Ottawské chartě podpory zdraví (30) a představuje jednu z neúčinnějších forem vytváření podmínek příznivých pro zdraví. Taková péče je souhrnem mnoha metod, je multidisciplinární, klade důraz na řízení, na schopnosti a aktivní účast lidí i na spravedlnost. Konkrétní lokalita vymezuje jednotlivým osobám místo jejich existence i další sociální okolnosti, v nichž lidé žijí, věnují se běžným činnostem a kde organizační i osobní faktory vzájemně reagují a ovlivňují zdraví a životní pohodu. Konkrétní lokality mohou být v této souvislosti vymezeny určitými hranicemi, může jít o skupiny lidí zastávajících určité role nebo o osoby spojené určitou organizační strukturou. Příkladem takové lokality může být škola, pracoviště, nemocnice, vesnice nebo město.

Sociální procesy ovlivňují i míru expozice rizikovým a protektivním faktorům, náchylnost k nemocem i odolnost. To vše je ve společnosti rozděleno nerovnoměrně v závislosti na sociální pozici i na jejich dalších charakteristikách, jako je například etnický původ a zvyky i hodnoty spojené s chováním a rolí mužů a žen. Důležitý je i vliv konzumní společnosti, intenzivní a neregulovaná reklama a nedostatečná regulace nebezpečného zboží. Zdravotní gramotnost společnosti se stala jedním z rozhodujících faktorů. Umožňuje správnou volbu zdravého chování a do značné míry ovlivňuje dovednosti, které se vytvářejí již v dětství (31).

Nemoci a jejich rizikové faktory, které lze ovlivnit prevencí, představují v Evropě hlavní zdravotní problém. Jsou to: kardiovaskulární nemoci, zhoubné nádory, cukrovka a respirační nemoci. Aby bylo možné účinně ovlivnit takové rizikové faktory, jako je kouření, dieta, požívání alkoholu a malá tělesná aktivita, je nezbytné se věnovat sociálním determinantám. Těžiště opatření by mělo spočívat v hledání příčin rozdílů v životním stylu (příčiny příčin). Jejich kořeny jsou v sociálním a ekonomickém prostředí.

⁴ Klimatické změny se týkají změn v průměru a ve variabilitě klimatu a jeho vlastností, které přetrvávají delší dobu, obvykle desetiletí nebo déle. V materiálu OSN „Framework Convention on Climate Change“ v 1. článku (28) jsou klimatické změny definovány jako „změny klimatu, které jsou připisovány lidské aktivitě (přímé nebo nepřímé), která mění složení globální atmosféry. Klimatické změny jsou spolu s přírodním klimatickým kolísáním zjišťovány během srovnatelného intervalu.“

Prostředky a efektivita zdravotnických systémů

Pro zdraví i životní pohodu je důležitá činnost zdravotnického systému, a zejména poskytování zdravotnických služeb. V tomto smyslu zdravotnický systém působí jako silná sociální determinanta zdraví. Lze očekávat, že jeho přínos se zvětší, když budou v návaznosti na každou nemoc rozvíjeny vhodné metody, jako je podpora zdraví, prevence nemocí, diagnostika i léčba a rehabilitace.

Role zdravotnického systému je významná i tím, že rozdíly v dostupnosti zdravotnických služeb v sobě zahrnují i rozdíly v náchylnosti k nemocem, což je do značné míry podmíněno sociálně. Avšak rozdíly v dostupnosti zdravotnických služeb nemohou vysvětlit velké sociální rozdíly ve zdravotních potřebách a jen částečně se podílejí na rozdílech ve zdravotních výsledcích (32). Zdravotnický systém může přímo reagovat na rozdíly v expozici rizikovým faktorům tím, že bude rozvíjet mezirezortní spolupráci a půjde příkladem ve snaze o co nejspravedlivější poskytování zdravotní péče.

Ministři zdravotnictví a ministerstva mají zásadní roli, pokud jde o formování zdravotnického systému, o jeho přínos pro zlepšení zdraví a životní pohody společnosti i o zapojení dalších rezortů, aby věnovaly pozornost zdraví a jeho determinantám. Bohužel, prostředky na splnění zmíněných úkolů jsou často nižší, než by bylo zapotřebí, a organizace zdravotnictví nedrží krok s tempem změn, kterými prochází společnost. Veřejné zdravotnictví a jeho prostředky jsou poměrně slabé, malá pozornost se věnuje rozvoji základní zdravotní péče i podpora zdraví a prevence nemocí je podceňována. A dále, hierarchické uspořádání zdravotnictví vede obvykle k tomu, že nižší články nestačí inovačnímu tempu ve zdravotnictví jako celku a nedokáží prosadit své požadavky prostřednictvím svých pacientů. Z těchto důvodů je zdravotnický systém mnohem méně produktivní, pokud jde o zdraví, než by mohl být.

Technologický rozvoj v oblasti zdravotní péče

Zdravotnická technologie může být definována různým způsobem. Mohou tím být míněny metody, zařízení a činnosti sloužící k poskytování zdravotnických služeb. To by zahrnovalo i nové vědecké oblasti, jako je genomika, nové lékařské postupy a chirurgické metody, léky, lékařské přístroje a nové systémy podpory pacientů. V užším pojetí může zmíněný termín být definován jako zařízení užívané k prevenci, diagnostice, monitorování a léčení nemocí nebo zdravotních obtíží. Například to mohou být léky potahované stenty, magnetická rezonance, skenery, kardiostimulátory, neinvazivní chirurgie, metody hojení ran, zvládání inkontinence i prostředky, které usnadňují sebepečí a domácí péči, jako např. měření hladiny krevního cukru nebo konzultační služby využívající informační technologie.

Zvládání ischemické srdeční nemoci je dobrým příkladem změn, které postupně přinášela nová technologie do prevence i léčby nemocí. V sedmdesátých letech byly zakládány koronární jednotky, které byly schopné se vyrovnat s arytmiemi, ke kterým docházelo po srdečních infarktu. Později byly zavedeny betablokátoři, jimiž byl po prodělaném infarktu snižován krevní tlak, a poté se začaly široce používat preparáty na snížení srážlivosti krve. Velkým přínosem bylo rozšíření arteriální koronografie. V osmdesátých letech se po infarktu začaly používat preparáty na ředění krve jako prevence proti recidivě, pro stabilizaci pacientů se prováděla angioplastika. V devadesátých letech se použití angioplastiky rozšířilo a začala se používat při akutních potížích i jako nástroj revaskularizace spolu se stenty, které zajišťovaly průchodnost cév. Po přelomu tisíciletí se srdeční infarkt začal lépe diagnostikovat, začaly se široce

používat potahované stenty a byly připraveny nové kombinace léků a další léčebné postupy.

Všeobecně známým příkladem technologického rozvoje jsou zobrazovací metody. Technická zařízení a metody, jako je počítačová tomografie, magnetická rezonance a pozitronová emisní tomografie přinesly do klinické praxe revoluční změny, umožňují ve velkém počtu případů přesnější diagnostiku a vedou i k vyšší účinnosti terapie.

Dalším příkladem technologického rozvoje, který zřejmě ovlivní praxi i náklady vynakládané na prevenci a léčbu je nanotechnologie, která umožňuje manipulovat s látkami a strukturami velmi malých rozměrů, v řádu nanometrů. Nanotechnologie se používá pro aplikaci cílených léčivých přípravků nebo pro podávání „chytrých léků“. Tento nový typ terapie má slabší vedlejší účinky a je mnohem účinnější než tradiční terapie. V budoucnosti nanotechnologie umožní přípravu takových molekulárních systémů, které by se mohly podobat živým systémům. Takové molekulární struktury by se mohly stát východiskem regenerace nebo náhrady částí těla, které byly zničeny v důsledku infekce, nehody nebo nemoci. Nanotechnologie je už v současnosti používána pro mnohem účinnější podávání léků a mohla by vytvořit „lešení“ důležité pro regeneraci nervů. Očekává se rovněž, že investice do nanotechnologie by mohly vést k převratným změnám ve zjišťování, diagnostice i terapii různých typů nádorů.

Dalším příkladem je telemedicína, e-health (elektronické zdraví) a m-health (mobilní zdraví). Jsou to významné nástroje rozšiřující možnosti pacientů podílet se na rozhodování o zdravotních problémech. Dá se očekávat, že zmíněné metody umožní i cílenější zaměření a průběžné hodnocení zdravotnického systému při současném snižování nákladů. Nové formy spojení lékař-pacient a nové technické vybavení vede k rozšíření domácí péče a umožňuje lidem, aby zůstali aktivní a společensky prospěšní. Tento technologický rozvoj může být doplněn návody na sebepečí; spolu s dostupností dalších zařízení umožní pacientům a poskytovatelům zdravotnických služeb zajistit jak péči o zdraví, tak i zvládat chronické nemoci v domácím prostředí.

Jeden typ technologického rozvoje je zvláště důležitý. Práce na lidském genomu v posledním desetiletí změnila povahu a důsledky mnohých nemocí. Tato práce ovlivnila i výzkum a praxi v oblasti veřejného zdravotnictví. Rychlý vědecký pokrok a nové metody pomohly porozumět mechanismu nemoci. Počítá se s tím, že se ke každé osobě bude vztahovat individuální informace zahrnující klinický a genetický aspekt spojený s informacemi o životním prostředí. To umožní pečovat o zdraví jedince v průběhu jeho celého života. V roce 2005 byla přijata definice genomiky v oblasti veřejného zdravotnictví: „odpovědné a účinné využívání vědeckých poznatků a metod genomiky ke zlepšování zdraví lidí“ (33). Posláním genomiky v oblasti veřejného zdravotnictví je uplatnit výsledky genomiky a biomedicíny ve výzkumu a v opatřeních i programech veřejného zdravotnictví. Takové poznatky budou v rostoucí míře integrovány do aktivit, jejichž cílem je přispět ke zlepšení zdraví lidí.

I když je nutné brát v úvahu mnoho etických problémů (34), dá se očekávat, že moderní genomika posílí trend směřující k personalizované a individualizované medicíně i péče o zdraví v celé řadě aspektů, v podpoře zdraví, prevenci nemocí, v diagnostice i léčbě. Budoucnost přinese mnohem účinnější metody odhalování nemocí i jejich léčby. Rozvoj systémové biologie (35) umožní zlepšit detekci nemocí pomocí molekulárních ukazatelů ještě před objevením prvních příznaků nemoci. Předpokládá se, že genové sítě budou identifikovány pomocí proteinových bází.

Všechny nemoci mají genetické komponenty. Hostitelské genetické faktory rozhodují o tom, zda a jak se nemoc projeví. U některých nemocí (jako

např. u cystické fibrózy a Downova syndromu) je genetický základ jediným faktorem, který vyvolá onemocnění. Skupina nemocí, které jsou označovány jako chronické neinfekční nemoci (kardiovaskulární nemoci, cukrovka, obezita, osteoporóza, duševní poruchy, astma a nádory) jsou geneticky podmíněné v různé míře, ale genetické faktory nejsou jedinou příčinou. Záleží na souběhu s faktory, které jsou vázány na chování nebo životní prostředí. Proto se tato skupina nemocí nazývá komplexní chronické nemoci. A dokonce i nemoci, které jsou běžně pojímány jako infekční a předpokládalo se, že jsou způsobovány infekčním patogenem, mají svou genetickou komponentu. Z tohoto hlediska lze soudit, že dosavadní třídění na infekční a neinfekční nemoci nebude v budoucnosti tak důležité a že podobně, jako je tomu se zdravím, budou nemoci pojímány holisticky.

Různé charakteristiky jedinců budou pravděpodobně zvažovány společně s rizikovými faktory, v návaznosti na možnosti zvládnutí chronických neinfekčních nemocí, včetně jejich prevence, podpory zdraví a zlepšení kvality života. Takové charakteristiky budou zahrnovat i informace o genomu (genetická úroveň, epigenetické informace, údaje o proteinech), o faktorech životního stylu, včetně diety, tělesné aktivity, kouření, o duševních, ekonomických a sociálních faktorech, jako je bydlení, práce a společenský život, osobní a rodinná anamnéza spolu se vztahy uvedených faktorů. Další oblastí aplikací, kde práce teprve začíná, je využití molekulárních charakteristik umožňujících rozdělit nemoci do dílčích skupin s cílem použít účinnější diferencovanou terapii. Na některé příklady lze poukázat v oblasti zhoubných nádorů.

Úspěšné zavedení zmíněných metod záleží na ochotě změnit strukturu dosavadních opatření a na schopnosti zavést nezbytnou odbornou přípravu pracovníků ve veřejném zdravotnictví. Zdravotnické systémy by měly být změněny a řídicí zdravotničtí pracovníci by měli být odborně připraveni tak, aby dokázali využít znalosti získané při výzkumu genomu v praxi veřejného zdravotnictví. To je hlavní úkol genomiky ve veřejném zdravotnictví a současně je to důležitá inovační oblast v Evropě. Zdravotní politika by měla být připravena naplnit tuto vizi v medicíně i v péči o zdraví. To znamená, že nestačí věnovat pozornost jen biologickým determinantám zdraví nebo na druhé straně zdůrazňovat jen sociální determinanty. Zdraví by mělo být pojímáno v souvislosti se všemi determinantami, a to s faktory biologickými, životního stylu a životního prostředí a se sociálními charakteristikami. Důležité jsou rovněž interakce mezi nimi. V budoucnosti by měla genomika v oblasti veřejného zdravotnictví integrovat znalosti o genomu (jako část biologických determinant) do zdravotní politiky a praxe zdravotnických systémů.

Technologické inovace již vytvářejí nové možnosti pro zlepšení zdraví a péči o zdraví. Tyto změny významně ovlivňují náklady na zdravotní péči, zejména když jsou podporovány vhodnými organizačními změnami. Dokládá to výrazný nárůst nákladů na zdravotní péči v posledním roce života. Vzhledem k tomu, že nové technologie vedou k lepším výsledkům, vyšší náklady umožňují poskytovat větší objem účinné zdravotní péče. Některé metody, například vlastní měření hladiny krevního cukru, si vyžadují vyšší počáteční náklady, ale vedou ke snížení nákladů na léčení následných komplikací.

Zavádění nových technologií může vést jak k nárůstu, tak i poklesu nákladů na zdravotní péči. Ovlivňuje to několik faktorů. Jak se změní náklady na léčbu jednotlivce? Kolikrát je nová metoda použita? Z jakých důvodů může být odepřena? Jak nová metoda ovlivňuje stávající praxi? Potřebuje nová metoda vyšší náklady, ale vede k budoucím úsporám? Nové metody mohou prodloužit naději dožití, a to ovlivní typ i množství zdravotnických služeb, které osoby dostanou během průběhu dalšího života. Skutečný hospodářský výsledek

založený na nákladech a úsporách může být zhodnocen až za delší dobu prostřednictvím dlouhodobých epidemiologických a ekonomických studií.

Makroekonomika zdraví a životní pohody

Zdraví – klíčový faktor produktivity, ekonomického rozvoje a růstu

Program Zdraví 2020 si všímá ekonomických a finančních aspektů zdraví a systému zdravotnictví. V těch zemích, které se dobře sociálně rozvíjely a byly stabilní, byla věnována pozornost podpoře zdraví a vzdělání. Prostřednictvím veřejných služeb a stabilního veřejného financování byla zřízena účinná a bezpečná sociální síť. Pokud se zmíněné cíle nepodařilo splnit, vedlo to k poklesu důvěry v občanské instituce a byly narušeny sociální vztahy.

O zdraví se v rostoucí míře soudí, že má vliv jak na ekonomiku, tak na sociální soudržnost. Je proto žádoucí lépe rozumět vlivu zdraví a životní pohody na makroekonomiku. V minulých třiceti letech byly zdravotnickému rezortu poskytovány finance ve snaze udržet v chodu ekonomiku. Ve světě je dnes zdravotnictví jedním z největších a nejrychleji se rozvíjejících průmyslových odvětví, které se v nejbohatších zemích podílí 10 % na HDP a zaměstnává přibližně 10 % z celkového počtu pracovních sil. Provází jej široké spektrum obchodních odvětví, továren a dodavatelů jak na místní, tak i na globální úrovni. Jeho stálý rozvoj se během nedávné ekonomické krize stal v mnoha zemích významným stabilizačním faktorem. Není však pochyb o tom, že jeho výkon, zejména jeho efektivita, by se měla zlepšit.

Nárůst výdajů na zdravotní péči se v některých zemích nedaří zvládnout a přináší konkurenční nevýhodu. Financování zdravotnictví se proto stává předmětem diskuzí, jejichž obsahem je hledání nových finančních zdrojů. Objevuje se snaha snížit závislost finančních prostředků na přímých daních placených zaměstnanci. To se týká zejména veřejného zdravotního pojištění, které je tradičně založeno na procentu z platu. Výsledkem je stírání rozdílů mezi systémy založenými na daních a dalšími systémy zdravotního pojištění. Některé typy zdravotního pojištění využívají i jiných zdrojů financí. Tyto změny vyvolávají otázky týkající se účinnosti a kvality zdravotní péče.

Ekonomické důvody pro podporu zdraví, ochranu zdraví a prevenci nemocí

Vlády zápolí s náklady na zdravotnictví více než kdy předtím. Zdravotnické výdaje rostou rychlejším tempem než ekonomika mnoha členských zemí. To vede k finančním problémům, které ohrožují dlouhodobou stabilitu zdravotnictví. Značná zdravotní zátěž vyvolaná chronickými neinfekčními nemocemi výrazně postihuje pracovní trh a produktivitu. Důsledkem nemocí vznikají rozdíly v pracovních příležitostech i ve výši mezd, klesá produktivita práce, narůstá délka pracovní neschopnosti a rostou požadavky na sociální dávky.

Vývoj a zavádění nových lékařských technologií a terapie zvyšuje náklady na zvládnutí chronických nemocí a multimorbiditu. Tyto finanční nesnáze jsou podnětem pro podporu zdraví a prevenci nemocí. Investice do podpory zdraví a prevence mohou vést při únosných nákladech ke skutečnému zdravotnímu přínosu. Rostoucí počet studií věnovaných ekonomice prevence nemocí dokládá, že taková opatření mohou ohnout křivku dosavadního růstu nákladů

na zdravotní péči a mohou omezit i zdravotní rozdíly tím, že se zaměří na ty nejpotřebnější.

Dosud se nedaří v potřebné míře využívat nové technologické prostředky v sociální oblasti, a to zejména u informačních a dalších sociálních médií. Jejich lepší využití je dobrou příležitostí zlepšit péči o zdraví za přijatelnou cenu, do určité míry snížit zdravotní výdaje a současně omezit zdravotní nerovnosti. Tak by bylo možné prostřednictvím podpory zdraví a životní pohody do značné míry omezit problémy i ekonomické náklady, které si vyžadují chronické nemoci, a rozvíjet účinná preventivní opatření jak v rámci zdravotnictví, tak i mimo něj.

Důvodem pro to, aby vláda podporovala zdravý životní styl, jsou jednak negativní zdravotní důsledky špatného životního stylu a jednak dosavadní malá informovanost občanů. Následky pasivního kouření a oběti opilých řidičů jsou výrazným příkladem negativních důsledků, které mohou být omezeny vyšším zdaněním cigaret a alkoholu i zákazem kouření ve veřejných prostorech. Účinné jsou i zákony, které řidičům striktně zakáží alkohol. Nedostačující informace o kouření, obezitě a dalších rizikových faktorech jsou motivem pro účinnější podporu zdravého životního stylu.

Pokud má být podpora zdraví a prevence nemocí úspěšná, je nezbytné vzít v úvahu, že komplexní povaha chronických nemocí, jejichž vznik je podmíněn mnoha determinantami a kauzálními cestami, si vyžaduje trvalé úsilí a rozsáhlý soubor opatření realizovaných mnoha subjekty. V současnosti však vlády vynakládají na prevenci nemocí jen malý podíl nákladů na zdravotnictví (v zemích OECD je to přibližně 3 % celkových nákladů na zdravotnictví).

Očekávání, která jsou spojena s přínosem prevence, musí být realistická. Prevence může efektivněji zlepšit zdraví a životní pohodu, než jiné všeobecně aplikované metody zdravotní péče. Omezení nákladů na zdravotnictví by však nemělo být hlavním cílem, neboť od mnohých preventivních programů se tento výsledek nedá očekávat. Ani snížení zdravotních nerovností se nedá od mnohých metod prevence očekávat, neboť jejich dopad může být menší právě u takové sociální skupiny, která je náchylnější k nemocem. Nezamýšleným důsledkem potom může být zvětšení rozdílů ve zdravotním stavu. A dále, determinanty mnohých nemocí a navazující chování se rozvíjí až během života. Některé preventivní programy jsou proto zaměřeny až na pozdní stadia nemocí.

Věrohodné důkazy

Evropská regionální úřadovna SZO podporuje spolupráci, jejímž cílem je shromažďování a prezentace zkušeností s metodami, které jsou ekonomicky příznivé a týkají se zejména chronických neinfekčních nemocí. Nejde jen o studium ekonomického přínosu takových metod, které jsou aplikovány uvnitř zdravotnického systému, jako je např. vakcinace a skríníng. Záměrem je doložit výzkumem, že se vyplatí investovat do široké škály opatření ještě dříve, než vypukne chronická neinfekční nemoc a než vyvolá požadavky na zdravotnické služby. Využívají se ekonomické studie, jako je analýza „náklady-účinek“ a „náklady-přínos“. Záměrem je rovněž omezit rizikové chování, jako je kouření a konzumace alkoholu a podporovat tělesné a duševní zdraví prostřednictvím diety a cvičení, předcházet duševním nemocem a snižovat počet preventabilních úrazů, jako jsou dopravní nehody a expozice rizikovým faktorům vnějšího prostředí. Závěrečné výsledky se teprve zpracovávají (36), ale některé předběžné důkazy budou zmíněny dále.

Jednoznačné důkazy svědčí o efektivitě programů zaměřených na kouření. Mnohé z nich jsou nenákladné a dokonce vedou k úsporám. Programy, jako

např. zvýšení daní v návaznosti na stanovení výše minimální daně, (je to nejeftivnější opatření), podpora hnutí za prostředí bez kouření, zákaz reklamy i propagace kouření a zahájení kampaně v médiích. Vhodná opatření by měla přispívat k náležitě realizaci a k průběžnému sledování programů, pomáhat vládní politice nezávislé na tabákových koncernech a bojovat proti korupci.

Opatření, která jsou zaměřena na problematiku alkoholu, jsou vysoce efektivní. Prokazuje to mnoho studií i metaanalýzy. Výrazně efektivní jsou opatření omezující dostupnost alkoholu v maloobchodním prodeji, zakazující reklamu alkoholu (i v médiích), zvyšující zdanění alkoholu a stanovující minimální cenu za gram alkoholu. O něco méně, ale pořád ještě efektivní jsou zákonná opatření týkající se zákazu alkoholu pro řidiče a zavádějící dechové kontroly řidičů, zdravotní osvěta upozorňující na nebezpečí rizikového pití alkoholu a léčba zdravotních nesnází způsobených pitím alkoholu.

Snaha zlepšit zdravou výživu je velmi efektivní, pokud se přijatá opatření týkají celé populace. K relativně nenákladným opatřením patří omezení příjmu soli, nasycených mastných kyselin a saturovaných tuků. Lze toho dosáhnout dohodou všech zainteresovaných stran nebo zákonným opatřením. Příznivou efektivitu při relativně nízkých nákladech vykazují finanční opatření (například daně a subvence) a regulace reklamy na dětskou výživu. Překážkou realizace však mohou být konfliktní zájmy. Dobrou investicí jsou i programy, které zlepšují dostupnost informací a zdravotní gramotnost, jako jsou např. akce médií a informace uvedené na potravinách. Mají však menší efektivitu u chudší části populace.

Relativně nenákladné a efektivní jsou akce médií zaměřené na podporu tělesné aktivity. Avšak dopad na zdravotní stav je menší než u cíleně zaměřených opatření, např. na pracovištích. Změny v dopravním systému a v životním prostředí mohou přispět ke zvýšení tělesné aktivity, ale vyžadují pečlivé hodnocení z hlediska dostupnosti i proveditelnosti. Důležité je rovněž zhodnotit, do jaké míry změny ovlivní ty sociální skupiny, které mají vyšší zdravotní a sociální potřeby. Ta opatření, která se týkají dospělé populace s vyšším zdravotním rizikem, mívají výraznější výsledky v kratším časovém intervalu.

Věrohodné důkazy dokládají, že prevence depresí, které jsou hlavní příčinou zdravotních omezení, je proveditelná i efektivní. Deprese vede k předčasným úmrtím a oslabuje funkci rodiny, bezprostředně ovlivňuje individuální chování, vede k mimořádně vysokým ekonomickým nákladům v důsledku zdravotní péče i co se týče poklesu produktivity. Díky vhodné prevenci a včasnému záchytu mohou být zmíněné nepříznivé zdravotní důsledky deprese podstatně oslabeny. Dosavadní poznatky doporučují opatření během celého života, od časného dětství, kdy je žádoucí zlepšit sociální a emoční vývoj, rozvíjet schopnosti čelit nesnázím a zlepšit vztahy mezi rodiči a dětmi. To vše se může stát přínosem pro další průběh života.

Dobré ekonomické důkazy, jako je úprava dopravních komunikací, jednosměrné ulice, ztišení provozu ve městech (zpomalující pásy), kontrola překračování povolené rychlosti pomocí radarů a kamer zejména v rizikových úsecích, podporují prevenci dopravních nehod. Velmi efektivní je rovněž podpora legislativy zaměřené na bezpečnost silničního provozu.

Ekonomické studie podporují aktivity věnované řešení problematiky chemických rizik v životním prostředí. Jako příklad může posloužit souhrnná regulační reforma zavedená v roce 2007. Regulační pokyny pro nakládání s chemickými látkami (REACH) se týkají registrace, hodnocení, povolování a omezování chemických látek, zákazu nátěrů obsahujících olovo, snížení hladiny znečištění způsobované rtuť z tepelných elektráren, snížení dopravních emisí,

zejména v oblastech s vysokým provozem – např. prostřednictvím poplatků zaváděných ve většině velkých měst. Taková opatření mohou vést k úsporám v oblasti zdravotní péče a k omezení dalších nákladů, které souvisejí s dětským astmatem, bronchiolitidou a s dalšími respiračními chorobami dětského věku.

Investice do vzdělání jsou investicemi do zdraví. Rostoucí počet výzkumných studií dokládá, že přijetí opatření ke zkvalitnění vzdělávání vedlo v řadě zemí k posílení zdravého životního stylu a k delšímu a zdravějšímu životu. Např. studie věnované školským reformám přijatým v některých zemích doložily, že výsledkem nebylo jen delší školní vzdělávání, ale i snížení výskytu kouření a obezity. Když země zvažují návratnost investic do vzdělání a do zvládnutí dalších sociálních determinant zdraví, měly by vzít v úvahu i možné zdravotní přínosy.

Základní přístupy

Chronické nemoci mohou být efektivně ovlivněny změnami chování a životního stylu. Je žádoucí postupně omezovat zdravotní nerovnosti mezi jednotlivými zeměmi. Změna dosavadních trendů, ke kterým došlo ve 20. století ve vývoji, výskytu a ve struktuře chronických nemocí, si vyžaduje základní změny v sociálních normách, které ovlivňují individuální i sociální chování. Takové změny předpokládají zavedení široce pojeté preventivní strategie zaměřené na mnohočetné determinanty zdraví napříč sociálními skupinami.

Většina zemí se snaží zlepšit zdravotní výchovu a informovanost. Avšak pouhé poskytování informací je zřídka účinné (nebo efektivní) a v některých případech může přispět k nárůstu nerovností. Pokud se však uplatní širší systémová strategie, pak je zmíněná snaha o vyšší informovanost mnohem účinnější a přináší lepší výsledky. Je nezbytné zavádět taková opatření, která posilují schopnosti jednotlivých osob ovlivnit zdravotní determinanty a ujasnit si potřebné změny v individuálním i sociálním chování. Některé faktory nemusejí být bezprostředně ovlivnitelné jednotlivými osobami, a proto si jejich zvládnutí vyžaduje širší pojetí determinant zdravého životního stylu. Přísnější patření, jako např. regulace reklamy a daňová opatření se mohou setkat s odporem jednotlivců a dalších zainteresovaných skupin, ale jsou obvykle méně nákladná a mnohem účinněji přispívají k rychlým zdravotním výsledkům.

Změnit chování populace a posílit zdravý styl života je náročný úkol, ale rostoucí počet důkazů dokládá, že široký a mnohostranný přístup rozšiřuje možnosti zlepšení situace. I když běžný postup spočívá v rozšíření dostupnosti informací o zdravém a nezdravém životním stylu, zkušenost ukazuje, že je to neúčinné a že to nevede k trvalé změně. Zdravotní komunikace a zdravotní výchova by měly být rozvíjeny jako součást rozsáhlého souboru opatření s cílem vytvořit takové prostředí, které by podporovalo zdravý životní styl. Různé způsoby chování se mohou vzájemně příznivě ovlivňovat. Efektivita jednotlivých opatření se zvyšuje, pokud jsou skloubena do větších celků orientovaných na širší sociální determinanty.

V mnohých zemích se zavádějí nová regulační i daňová opatření, např. pokud jde o omezení kouření a konzumace alkoholu. Bývá stanoven minimální věk pro nákup cigaret a alkoholu, což bývá uvedeno i na zboží. Je zakázána reklama a oba druhy zboží jsou výrazně zdraženy. Všechna tato opatření přispívají k omezení prodeje a práce SZO dokládá, že jsou velmi efektivní. Avšak daňová opatření je obtížné navrhnout i prosadit a jejich mnohé důsledky lze jen těžko

předpovědět. Ve svém důsledku mohou více postihovat lidi s nízkými příjmy než lépe situované sociální skupiny.

Nedávná ekonomická krize

Program Zdraví 2020 je osnovou opatření, která jsou vhodná pro dobrou i horší ekonomickou situaci. Lze se však poučit z nedávného ekonomického poklesu a finanční krize. Zdravotní a sociální rezort je velmi citlivý na škrty během ekonomického poklesu, a to nejen vzhledem k jejich podílu na vládním rozpočtu, ale i v důsledku relativně slabé vyjednávací pozice ministrů zdravotnictví. V Tallinnské chartě (24) členské státy prohlásily, že „dnes je nepřijatelné, aby lidé zchudli v důsledku špatného zdraví“. To ale může být popřeno, pokud vlády přenesou finanční těžkosti na domácnosti. Ekonomická krize klade na členské státy velké nároky, např. pokud jde o respektování ekvity, solidarity a finanční ochrany, ale současně vytváří příležitosti pro obhajobu investic do zdraví a do posílení a rozvoje zdravotnického systému.

Nedávná ekonomická krize postihla v evropském regionu mnoho zemí a podrobila zkoušce plnění závazků se sociálními cíli, včetně zdraví a ekvity, kterou by bylo žádoucí za současného ekonomického poklesu znovu obhájit. Sociální priority jsou důležitější než krátkodobé škrty realizované s cílem stabilizace rozpočtu. Zkušenosti z předchozích ekonomických šoků, které postihly členské země regionu, poskytují poučení pro současné řídicí pracovníky, jak omezit negativní dopad finančních těžkostí na zdraví a životní situaci obyvatel. Důležitý je zdravotnický systém se silným vedením a dobrou organizací, a to zejména během krize.

Zdravotní důsledky ekonomické krize, jak dokládají nové studie, jsou komplexní a ohrožují zdraví lidí v mnoha směrech. V důsledku klesajících příjmů a vyšších cen může dojít ke snížení dopravních nehod a k omezení výskytu obezity. Může se zvýšit sociální soudržnost. Vzhledem k ekonomickým nesnázím však narůstá sociální stres, zvyšuje se počet sebevražd, dochází k různým formám nezdravého chování, narůstají požadavky na zdravotnické služby, a to jak pokud jde o tělesné, tak i duševní zdravotní potřeby.

I když v tomto ohledu je nutné důkazy i nadále ověřovat, funkce zdravotnického systému musí být náležitě zajištěna i v dobách ekonomického poklesu. Z preventivních důvodů musí být posílena psychosociální podpora, a to zejména u slabších sociálních skupin a u lidí náchylných k onemocnění. A nejde jen o bezprostřední dopady na zdraví. Škrty mohou zvýšit finanční zátěž lidí, kteří potřebují péči, a to zejména lékařskou. Pokud se finanční problémy přesunou zavedením přímých plateb z veřejných financí na jedince, kteří potřebují péči, potom jsou domácnosti vystaveny velkému riziku, že zchudnou v důsledku špatného zdraví a že budou muset omezit zdravotnické služby, které potřebují. To ve svém důsledku povede ke zvýšeným nákladům na zdravotnický systém a ke zhoršení zdraví jednotlivých osob.

Výdaje v sociální oblasti mají velký vliv na zdraví lidí. Dostupné údaje dokládají, že nárůst takových výdajů vede k sedminásobně většímu poklesu úmrtnosti, než může přivodit obdobné zvýšení hrubého domácího produktu (37). Nepříznivé důsledky na zdraví byly poměrně malé v těch zemích, které udržely nebo dokonce zvýšily výdaje v sociální oblasti při současném omezení veřejných výdajů na zdravotní péči.

V roce 2009 svolala Evropská regionální úřadovna SZO spolu s norskou vládou konferenci na vysoké úrovni do Osla. Doporučení se týkala opatření zaměřených na zdraví a na podporu slabších sociálních vrstev. Důraz byl kladen na efektivní metody veřejného zdravotnictví a na základní zdravotní péči. Účastníci poukázali na důležitost efektivního využívání veřejných zdrojů (za peníze více zdraví), což je důležitá podmínka pro úspěšnou obhajobu požadavku na zvýšení finančních nákladů na péči o zdraví. V Oslu bylo doporučeno zavést novou daň na cukr a sůl a zvýšit zdanění tabáku a alkoholu, což je ověřené a velmi účinné opatření.

Členské státy připravily celou řadu opatření zaměřených na zlepšování zdraví a na ochranu obyvatel před finančními těžkostmi spojenými s vyhledáním zdravotní péče. Takové metody mohou být rozděleny takto:

- *Uvažovat v dlouhodobém časovém horizontu.* Jedna z možností je vytvářet rezervy ve fondech zdravotních pojišťoven (šetří v dobách dostatku, utrácej ve špatných časech) nebo využít peníze z daní na zdravotní péči. Takové postupy mohou oslabit vliv náhlých ekonomických změn a jejich nežádoucí dopad na zdraví lidí.
- *Bránit se neuváženým škrtem.* Jestliže musí být rozpočet snížen z finančních důvodů, je důležité nepřístupovat k tomu čistě administrativně („od stolu“), ale cíleně, na základě konkrétních úkolů. Pokud byla infrastruktura rezortu plně funkční před krizí, lze doporučit odklad investic. Je to široce používané a poměrně bezpečné opatření. Zdravotnickému rezortu to umožní udržet úroveň i objem zdravotnických služeb, včetně aktivit veřejného zdravotnictví.
- *Zaměřit veřejné výdaje na sociální potřeby, chránit chudé a zdravotně ohrožené.* Nepříznivým důsledkům ekonomického poklesu lze čelit udržením dostupnosti zdravotnických služeb pro chudé a zdravotně ohrožené. Dobrým opatřením je změna struktury zdravotnických služeb poskytovaných z veřejného zdravotního pojištění. Může to být i dobrý nástroj pro stanovení priorit zdravotnického systému. Změny by měly být podloženy vědeckými důkazy o účinnosti a efektivitě nově zaváděných zdravotnických služeb.
- *Zvýšit efektivitu rozumnějším využíváním lékařských metod.* Zvýšení efektivity poskytovaných zdravotnických služeb je dobrou volbou pro všechny země, které chtějí omezit nepříznivé důsledky ekonomického poklesu. Některým zemím se podařilo zvýšit efektivitu účinnějším využíváním léčivých přípravků a proplácením zdravotnických technologií v návaznosti na výsledky hodnocení jejich přínosu. Některé země omezily náklady tím, že stanovily výrobním podnikům strop pro výdaje, vyjednaly nižší ceny, zavedly výběrová řízení na léky, rozšířily předepisování a využívání generických léčiv, snížily marže pro prodejce a distributory léčiv a rozšířily racionální farmakoterapii.
- *Zvýšit efektivitu prostřednictvím lepší struktury poskytovaných zdravotnických služeb.* Pokud se financování zdravotní péče omezí, zejména nemocnicím, a to bez náležitých opatření zlepšujících účinnost nemocniční péče, pak poskytovatelé sami začnou hledat cesty, jak se s tím vyrovnat. Začnou péči odkládat, odmítat a snižovat její kvalitu. Krize poskytuje možnost zavést dlouho odkládané reformy, které se před krizí nepodařilo politicky prosadit. Je obtížné dosáhnout úspor v krátkém čase. Riziko, že se lidem nedostanou potřebné zdravotnické služby, je vysoké. Ale při uvážlivém postupu lze očekávat přínos v delším časovém intervalu.

Ministerstva zdravotnictví a vlády mají významnou vedoucí roli v obecném slova smyslu. I když účinná prevence proti ekonomickému poklesu neexistuje, vlády se mohou lépe připravit na problémy, kterým musí čelit. Základním úkolem je v dobách ekonomické prosperity věnovat pozornost odpovědnému využívání veřejných financí provázenému prozíravou měnovou politikou ve veřejném sektoru. Při ekonomickém poklesu je potom možné reagovat na sociální potřeby a zajistit všeobecnou dostupnost zdravotnických služeb a dbát i na jejich efektivitu a spravedlnost. Země, které postihne ekonomický pokles a které mají určité rezervy, mohou zvládnout i případné zadlužení. Mají tak větší možnosti chránit své obyvatelstvo a vyrovnat se s důsledky krize. Za všechna opatření v průběhu krize však přejímá odpovědnost celá vláda.

„Zapeklité“ problémy a systémové myšlení

Vzhledem ke komplexnosti, složitosti, víceúrovňové povaze a rychle se měnící dynamice je řešení současných zdravotních problémů krajně obtížné. Ekonomické, sociální, politické a kulturní procesy probíhají během celého života a určují sociální postavení i soudržnost. Nová řešení si s rostoucí naléhavostí vyžadují takové problémy, jako je obezita, zneužívání alkoholu, užívání narkotik, narůstající zdravotní rozdíly, demografické změny, rizikové faktory životního prostředí, velké epidemie, finanční tlak na zdravotní a sociální systém a další technologické a sociální změny. Termínem „zapeklitý“ problém (angl. „wicked“) (38) jsou označovány takové problémy, které je krajně neschopné vyřešit. Jsou neurčité, nestálé, protichůdné a proměnlivé. Mnohé zdravotní nesnáze 21. století jsou zapeklité. Jejich působení je komplexní a je neschopné specifikovat příčinu a následek. Zapeklité problémy musí být pojímány jako komplexní otevřené systémy.

Vzhledem k těmto okolnostem by opatření měla být zaváděna jako široce pojaté experimenty provázené průběžným sledováním a hodnocením, které umožní učit se ze zkušeností a vhodným způsobem regulovat další postup. Obezita je výborným příkladem zapeklitého problému 21. století. Existují různé, komplexní a multidimenzionální typy chování, které vedou k obezitě. Rizikové faktory jsou lokální (např. nedostatek hřišť a cyklistických stezek), národní (nedostatky v nápisech na potravinách) a globální (obchod a zemědělská politika). Jen široký systémový přístup a mnohočetná opatření na různých úrovních řízení, které respektuje komplexitu a zapeklitou povahu zvládnutí obezity, může dosáhnout úspěchu (39).

Část 2

**Zdraví 2020:
Zavádění vědecky ověřených účinných
metod a hlavní účastníci**

Úvod

Druhá část programu Zdraví 2020 začíná výčtem cílů, které se týkají celého evropského regionu SZO a které představují základní osnovu navrhovaných opatření. Dále jsou uvedeny ověřené metody, které jsou členěny podle etap realizace programu a podle subjektů, které je mají využívat. Druhá část je zaměřena na dva základní cíle programu. Jednak zlepšit zdraví všech lidí a omezit zdravotní rozdíly, a jednak zdokonalit řízení péče o zdraví a zajistit aktivní účast všech, kterých se to týká. Konkrétní činnost by měla být zaměřena na čtyři základní oblasti: celoživotně investovat do zdraví, posilovat roli občanů a vytvářet podmínky pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví; čelit největším zdravotním problémům Evropy – infekčním i neinfekčním nemocem; posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích; podílet se na vytváření odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví. To jsou základní priority programu. Východiskem se musí stát zásadní změny. Nová realita vyžaduje, aby do péče o zdraví byly zapojeny všechny rezorty, nejen ministerstvo zdravotnictví.

Cíle

Program Zdraví 2020 obsahuje hlavní regionální cíle prováděné vhodnými ukazateli, které umožní zhodnotit celkovou zdravotní situaci v regionu. Jde o cíle kvantitativní i kvalitativní, specifické, měřitelné, dosažitelné, relevantní a časově konkretizované. Každý cíl programu Zdraví 2020 představuje konkrétní krok ke zlepšení péče o zdraví. To se týká jak metod a výsledků, tak i dopadů na zdraví lidí.

Cíle jsou rozpracovány ve třech hlavních oblastech, které se týkají dvou hlavních cílů a čtyř priorit programu. Názorně je to uvedeno v panelu 5. Jde o tyto tři hlavní oblasti:

- zátěž, kterou znamenají nemoci, a rizikové faktory;
- zdraví lidí, životní pohoda a její determinanty;
- činnost a řízení zdravotnických systémů.

Stanovení cílů není samoúčelné. Cíle zlepšují výběr a zaměření aktivit, posilují odpovědnost. Cíle jsou regionální, neboť byly regionálně schváleny a jejich plnění bude průběžně sledováno na regionální úrovni. Na plnění cílů se budou jednotlivé státy podílet v návaznosti na svou konkrétní situaci a budou průběžně sledovat, jak se daří cíle plnit. Každý stát se rozhodne, jakým způsobem a jakým tempem se bude na plnění cílů podílet. Je žádoucí, aby si jednotlivé státy určily vlastní zdravotní cíle. Cíle byly stanoveny tak, aby jejich plnění mohlo být hodnoceno především běžně dostupnými ukazateli rutinních statistik a aby nebylo nutné sbírat další data. Regionální cíle jsou vedeny v panelu 5.

Zabývat se vzájemnou provázaností determinant zdraví

Program Zdraví 2020 ve svém souhrnu zdůrazňuje význam reálných současných problémů, kterým v regionu čelí jednotlivé státy. I když každý stát je jiný, počet narůstajících problémů se týká všech. Program Zdraví 2020 nezůstává jen u popisu jednotlivých problémů, ale věnuje se i nástinu možných řešení tam, kde dosavadní zkušenosti dokládají, že by bylo možné dosáhnout příznivého

Panel 5. Regionální cíle programu Zdraví 2020			
Hlavní záměry programu Zdraví 2020	Cíle	Návaznost na strategické cíle programu Zdraví 2020	Návaznost na priority Zdraví 2020
1. Zátěž, kterou znamenají nemoci a rizikové faktory	1. Do roku 2020 snížit v Evropě předčasnou úmrtnost	1. Zlepšit zdraví všech lidí a snížit zdravotní rozdíly	2. Čelit největším zdravotním problémům Evropy – infekčním i neinfekčním nemocem
2. Zdraví lidé, životní pohoda a její determinanty	2. V Evropě prodloužit naději dožití	1. Zlepšit zdraví všech lidí a snížit zdravotní rozdíly	1. Celoživotní investice do zdraví, posilovat roli občanů a vytvářet podmínky pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví 4. Podílet se na vytváření odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví
	3. V Evropě snížit zdravotní nerovnosti (cíl zahrnující sociální determinanty)	1. Zlepšit zdraví všech lidí a snížit zdravotní rozdíly	1. Celoživotní investice do zdraví, posilovat roli občanů a vytvářet podmínky pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví 4. Podílet se na vytváření odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví
	4. Zlepšit životní pohodu obyvatel Evropy	1. Zlepšit zdraví všech lidí a snížit zdravotní rozdíly	1. Celoživotní investice do zdraví, posilovat roli občanů a vytvářet podmínky pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví 4. Podílet se na vytváření odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví
3. Činnost a řízení zdravotnických systémů	5. Všeobecná dostupnost zdravotní péče a „právo na zdraví“	2. Zlepšit řízení a zajistit účast všech na péči o zdraví	3. Posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích
	6. Členské státy si určí vlastní cíle	2. Zlepšit řízení a zajistit účast všech na péči o zdraví	3. Posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích

výsledku. Proto obsahuje základní osnovu kladoucí důraz na strategické cíle, které se týkají celého systému péče o zdraví.

Vychází z poznání, že různé determinanty zdraví jsou vzájemně propojeny; jedná se o kombinaci biologických, psychologických a sociálních faktorů i charakteristik životního prostředí, přičemž každý z takových faktorů je důležitý. To vyvolalo nezbytnost přípravy široce zaměřené strategie i snahu vyvarovat se jednostranné izolované kampaně. Důležité je věnovat pozornost všem oblastem a snažit se spojenými silami dosáhnout dobrých výsledků.

Klasický a všeobecně známý model, který je uveden níže na obrázku (obr. 1), ilustruje vztah mezi různými determinantami zdraví. Vychází ze skutečnosti, že je nutné brát v úvahu jak ty faktory, které přímo ovlivňují zdraví jedinců i populace, tak i širší sociální determinanty. Důležitost sociálních determinant zdraví spočívá v tom, že jednak přímo ovlivňují zdraví lidí (např. špatné bydlení) a jednak mají nepřímý vliv na jednání a rozhodování lidí, na možnosti jejich volby, na jejich životní záměry a na další okolnosti, které potom zpětně působí na osobní volbu životního stylu.

Zlepšení zdraví všech lidí a snížení zdravotních nerovností

Komise zabývající se sociálními determinantami zdraví stanovila ve své zprávě (27) tři základní zásady činnosti:

- Zlepšit podmínky každodenního života – okolnosti, do nichž se lidé rodí, v nichž vyrůstají, žijí, pracují a stárnou.
- Zvládnout nerovnoměrné a nespravedlivé rozložení moci, peněz a dalších prostředků – hlavní okolnosti, které určují podmínky každodenního života – globálně, národně i lokálně.
- Identifikovat problémy, hodnotit opatření, rozšiřovat poznatkovou základnu, připravovat pracovníky, kteří jsou vzděláni v oblasti sociálních determinant zdraví a dokáží posílit vědomí veřejnosti o důležitosti sociálních determinant zdraví.

Aby bylo možné zlepšit zdraví lidí, je nezbytné věnovat pozornost politickému, sociálnímu, ekonomickému i institucionálnímu prostředí. Důležitá jsou i mezirezortní opatření. Všechny složky veřejné správy by měly na všech úrovních zvažovat zdravotní důsledky všech svých regulačních, sociálních i ekonomických opatření (41).

Zdraví a životní pohoda lidí se může zlepšit, pokud si státy, kraje a města stanoví společné cíle a pokud se ministerstvo zdravotnictví podělí o zdravotní náklady i s ostatními rezorty. Prioritou je výchova a vzdělávání, zaměstnání a zdravotní podmínky, sociální ochrana a omezení výskytu chudoby. Patří sem i posílení odolnosti celé společnosti, sociální začlenění i soudržnost a podpora podmínek vedoucích k životní pohodě. To znamená klást důraz na všechno, co pomáhá chránit a rozvíjet zdraví, jako jsou např. individuální schopnosti a pocit sounáležitosti. Celý proces lze urychlit tím, že úkoly budou konkretizovány z roku na rok na základě průběžného hodnocení zdravotní situace a se záměrem snížit zdravotní nerovnosti. Takové činnosti musí být systematické a trvalé.

Sociální nerovnosti do značné míry ovlivňují zdraví a životní pohodu. Aby se podařilo omezit zdravotní gradient, je nezbytné stanovit široce pojatý

Obr. 1. Vztah mezi různými determinantami zdraví



Převzato z: Dahlgren G, Whitehead M, 1993 (40).

cíl, jehož realizace by vyrovnávala dostupnost péče o zdraví pro jednotlivé sociální skupiny, a to včetně odstranění zdravotního znevýhodnění a omezení zdravotních rozdílů. Aktivita, které budou zaměřeny na snížení těchto rozdílů, pomohou všem potřebným, pokud budou aplikovány na celou společnost. Všeobecná sociální ochrana a péče bude mít větší dopad na lidi a účinněji omezí chudobu než úzce zaměřené programy. Avšak nespravedlnosti mohou být efektivně omezeny jen tehdy, jestliže intenzita opatření bude odpovídat potřebám jednotlivců i sociálních skupin. V tomto ohledu je žádoucí se soustředit na ty zdravotní a sociální problémy, k jejichž řešení jsou dostupné vhodné a účinné metody. Je tedy zřejmé, že hlavní opatření by se měla týkat především těch nejvíce znevýhodněných a těch, kteří jsou náchylní k nemocem. Měly by se ovšem brát v úvahu i ostatní sociální skupiny.

Opatření zaměřená na sociální determinanty a na charakteristiky životního prostředí mohou ovlivnit mnoho typů zdravotních nerovností. Nespravedlivé rozdíly ve zdraví nemohou být sníženy bez omezení nespravedlivých nerovností v příčinách nemocí, jako jsou podmínky každodenního života a rozložení moci, peněz a dalších prostředků. Zmíněné rozdíly jsou dále ovlivněny pohlavím a dalšími formami sociální nespravedlnosti, nestejnou expozicí škodlivinám, různou úrovní odolnosti a nespravedlivými rozdíly v životních podmínkách (dostupnost zdravotní péče, výchovy a vzdělání, podmínky v práci a ve volném čase, domácnost, společnost, místo bydliště) a jejich možnostmi vést uspokojivý zdravý život (8, 27, 41, 42). Aby se podařilo tyto nespravedlnosti zvládnout, je nezbytné, aby každý dosáhl alespoň na standard zdravého života zajištěný základními materiálními podmínkami, které umožňují důstojný

život a dobrý životní start (všeobecné zajištění časného vývoje, vzdělání a zaměstnání), schopnost plánovat a ovlivnit svůj životní osud, politický vliv a možnost podílet se na rozhodovacích procesech. Naplnění těchto základních lidských práv je nezbytné, má-li být omezena nespravedlnost. Členské státy mají povinnost je respektovat, chránit a naplňovat (27, 44, 45).

Opatření by měla být společná, ale měla by být poskytována s ohledem na sociální gradient, tedy v intenzitě, která je v poměru k sociálním a zdravotním potřebám – „proporcionální univerzalismus“ (46). Aby bylo možné omezit socioekonomický gradient a navazující zdravotní rozdíly v dané populaci, je nezbytné více usilovat o zlepšení zdraví nižších sociálních vrstev než těch nejbohatších. A obdobně, respektování sociálního gradientu neznamená věnovat pozornost jen těm nejohroženějším. Uplatňování strategie založené na sociálním gradientu spočívá na kombinaci široce pojatých opatření a cílených aktivit zaměřených na skupiny vystavené nejvyššímu riziku. Pokud by byla pozornost věnována jen těm skupinám, které jsou na tom nejhůře, pak by to neovlivnilo nežádoucí rozložení determinant zdraví v celém socioekonomickém spektru.

Stanovisko týkající se opatření, která jsou potřebná v globálním měřítku, bylo formulováno v rezoluci Světového zdravotnického shromáždění z roku 2009 WHA62.14 o omezení zdravotních nerovností prostřednictvím aktivit zaměřených na sociální determinanty zdraví (47). Podobné stanovisko bylo přijato i nedávnou Světovou konferencí v Riu de Janeiru (8). Skutečné změny si však vyžadují více než jen deklarace, i když jsou podloženy důkazy a jsou motivovány dobrou vůlí. Jako pokračování rezoluce Světového zdravotnického shromáždění je nyní připravována strategie SZO a globální plán opatření týkající se sociálních determinant zdraví. Zaměření na sociálně podmíněné nespravedlnosti si vyžaduje silný politický souhlas, integrovaná opatření, systémový přístup, účinný a výkonný systém i politickou soudržnost a návaznost v širokém spektru vládních opatření, včetně rezortu zdravotnictví (48, 49).

Opatření, která spočívají na sociálních determinantách zdraví, jsou často v protikladu s přístupem založeným na příležitostech, na svobodné vůli a osobní odpovědnosti za své vlastní zdraví, např. pokud jde o chování ovlivňující zdraví. Avšak když v praxi analyzujeme zdravotní stav, tak zjišťujeme, že např. vysoká úmrtnost je podmíněna podmínkami, do nichž se lidé rodí, v nichž vyrůstají, pracují, žijí a stárnou. Pro jednotlivce je zjevně obtížné přijmout odpovědnost za své zdraví bez sociálních opatření vytvářejících takové podmínky, v nichž lidé mohou určovat svůj životní osud. Ve skutečnosti se nejedná o to, zda je žádoucí snižovat nespravedlivé rozdíly v úrovni zdraví, ale o to, čeho lze dosáhnout únosnými náklady (50). Aby byla přijatá opatření účinná, je nezbytné stavět na veřejné i politické podpoře.

Je žádoucí, aby všech 53 zemí evropského regionu připravilo jasnou strategii zaměřenou na sociální determinanty zdraví s cílem napravit dosavadní formy a rozsah zdravotních nerovností (panel 6). Mělo by jít o část celkového strategického přístupu, který by byl založen na rovnováze vlivu chování jednotlivců i společnosti. Je zřejmé, že výchozí situace se v jednotlivých zemích velmi liší (úroveň zdravotního stavu, spravedlnost, socioekonomický rozvoj). To sice může ovlivnit počáteční výsledky, ale nemělo by to ovlivnit dlouhodobé záměry strategie.

Panel 6. Oblasti, které by měly být součástí strategie zaměřené na omezení nespravedlivých zdravotních rozdílů

Jedná se o tyto oblasti:

Životní podmínky v průběhu života jedinců a rodin

- Zajistit přiměřenou sociální a zdravotní péči pro ženy, těhotné a mladé rodiny.
- Poskytnout všeobecně dostupnou, vysoce kvalitní výchovu a péči v počátečních letech života.
- Vyloučit nezdravou a nebezpečnou práci a posílit opatření zajišťující zdravá pracoviště. Umožnit přístup k zaměstnání i vysoce kvalitní práci.
- Přijmout společná a účinná mezirezortní opatření zvládající nerovnosti ve vyšším věku, a to jak pokud jde o prevenci, tak i o léčbu chronických nemocí. Snížit úmrtnost v souvislosti se sociálním gradientem.

Okolnosti existence větších sociálních skupin

- Zlepšit úroveň a rozdělování sociální péče podle potřeb s cílem zlepšit zdraví a postihnout zdravotní nerovnosti.
- Motivovat a vyvolat společné úsilí vedoucí ke snížení nerovností, pokud jde o lokální determinanty zdraví. Rozvinout spolupráci a partnerství se všemi, kterých se to týká, s občanskou společností a dalšími občanskými partnery.
- Přijmout opatření týkající se sociálně vyloučených skupin, vytvořit nové a rozšířit stávající systémy zaměřené na celou společnost, s cílem zlepšit jejich účinnost a provázanost.
- Zajistit rovnoprávnost mužů a žen se záměrem pochopit a ovlivnit socioekonomické a nežádoucí zdravotní rozdíly mezi muži a ženami.

Širší souvislosti

- Využít daňový systém a přerozdělování k posílení sociální spravedlnosti. Ty země, které na péči o zdraví a na sociální péči vydávají menší podíl národního rozpočtu, než je průměr v EU, by měly zmíněný podíl zvýšit.
- Plánovat v dlouhodobém časovém horizontu, dbát na zájmy budoucích generací a ve všech opatřeních respektovat vazby mezi charakteristikami životního prostředí a faktory sociálními i ekonomickými.

Systémy

- Zvládnout sociální determinanty zdraví a zdravotní ekvitu a posílit návaznost opatření všech rezortů (činnost, investice a služby), všech zainteresovaných (veřejný a soukromý sektor a dobrovolníci) i koordinaci všech úrovní řízení (mezinárodní, národní, krajské a lokální).
- Dlouhodobý charakter spravedlivé prevence a léčby nemocí si vyžaduje všeobecnou účast a odezvu. To umožní zajistit spravedlivé a trvale udržitelné změny v prevenci i léčbě nemocí.
- Zdravotní nerovnosti a nerovnosti v sociálních determinantách zdraví by měly být průběžně hodnoceny na základě dosahovaných výsledků a měl by být prováděn pravidelný průzkum stanovisek veřejnosti. Řídící proces by měl být hodnocen na všech úrovních (mezinárodní, národní, krajské a lokální).

Základem jsou věrohodné důkazy – získávání souhrnných zkušeností

I když dosavadní změny jsou patrné, narůstá počet nových poznatků dokládajících, co může přispět ke zlepšení zdraví a životní pohody jak jednotlivců, tak i společnosti. Vzhledem k tomu, že zdraví je ovlivňováno mnoha okolnostmi, jsou poznatky o podstatě tohoto procesu, o jeho pochopení a o možnostech jeho ovlivnění obsahem mnoha akademických a odborných disciplín. Ve zdravotnickém rezortu, a zejména v odborné přípravě se důraz klade na stav a vývoj biofyzikálních a medicínských oborů. I když jejich důležitost je nesporná, jejich dopad je ve své jednostrannosti omezený. Z toho vyplývá, že výraznější úlohu musí sehrát i ostatní obory, a to zejména ty, které se zabývají sociálními faktory a chováním lidí.

Spojení poznatků ze sociální psychologie, behaviorálních věd a sociálního marketingu je základem nového myšlenkového přístupu

V nedávných letech se podařilo mnohem lépe pochopit faktory, které ovlivňují chování lidí. To vedlo k poznání, že k příznivému ovlivnění životního stylu nestačí běžné informace a zprávy. Mezioborová integrace poznatků ze sociálních a behaviorálních oborů (sociální marketing, sociální psychologie, behaviorální ekonomie a neurovědy) vytváří nové možnosti účinných opatření, která reagují na odlišné chování různých sociálních skupin. Jde o proces směřující od prosté komunikace k hlubšímu pochopení a k silnějšímu vlivu na chování lidí. Nástrojem jsou zdravotní programy, které přinášejí měřitelné a trvalé výsledky a které pomáhají lidem, aby směřovali k vlastním zdravotním cílům. Takový postup obohacený o zájem o sociální determinanty zdraví podstatně přispívá k významu a účinnosti opatření.

Řízení péče o zdraví v 21. století

Zlepšení vedení a posílení aktivní účasti na řízení

Aby bylo možné zvládat zdravotní problémy v evropském regionu, je nepochybné, že řídicí role ministerstva zdravotnictví a institucí veřejného zdravotnictví zůstane nadále velmi důležitá a musí být posílena. Centrální zdravotnické instituce musí zdůrazňovat, že pro vládu a celou společnost je ekonomickým, sociálním i politickým přínosem, když jsou lidé zdraví, a že nemoci a zdravotní nerovnosti jsou pro společnost ztrátou a nebezpečnou zátěží. Je nezbytné, aby si ministerstva zdravotnictví a instituce veřejného zdravotnictví osvojily novou roli, která bude podporovat zdraví a životní pohodu. Znamená to připravit a realizovat opatření, která povedou ke všeobecnému zlepšení zdraví a k podstatnému rozšíření spolupráce v oblasti péče o zdraví. Je proto nezbytné využívat širokou škálu metod a dovedností, jako je diplomacie, shromažďování důkazů, argumentování a přesvědčování.

Je ovšem nezbytné zavést nové metody řízení ve vládě i v celé společnosti. Takové formy řízení (governance) mohou být různě definovány. V programu

Zdraví 2020 je uvedena tato definice (51): „Jde o snahu vlád a dalších forem řízení koordinovat a usměrňovat sociální skupiny, státy a skupiny států ve snaze dosáhnout co nejlepšího zdraví jako integrální součásti životní pohody prostřednictvím mezirezortního (whole-of-government) a celospolečenského (whole-of-society) úsilí.“ Tato definice zařazuje zdraví a životní pohodu mezi rozhodující faktory, které jsou podmínkou úspěšné existence společnosti ve 21. století. Zavedení mezirezortních a celospolečenských aktivit směřujících ke zdraví si ovšem vyžaduje pevné vedení. Zdravotní politika a sociální shoda na cestě ke zdraví nevznikne sama od sebe. Okolnosti, které působí na zdraví v moderní společnosti, jsou tak různorodé, že předpokladem zlepšení se musí stát nové myšlení a nové formy jednání. Tradiční lineární racionální modely plánování už nestačí.

Probíhá transformace směřující od státně centralistického modelu k modelu založenému na spolupráci, jehož řízení je kolektivní za účasti státních i společenských institucí a dalších subjektů (ministerstva, parlament, instituce, komise, obchodní organizace, občané, sociální skupiny, nadace i média). Takové řízení směřující ke zdraví je rozptýleno a je horizontální. Podporuje společné akce sledující společné zájmy jak zdravotnického, tak i ostatních rezortů.

Veřejná správa na všech úrovních zvažuje vytvoření struktur i procesů, které by napomáhaly soudržnosti a mezirezortnímu řešení problémů. Vlády se zabývají i mocenskou nerovnováhou jednotlivých rezortů. Struktury a metody, které usnadňují spolupráci, by měly podporovat společnou cestu ke zdraví. V tomto smyslu je účinné víceúrovňové řízení právě tak důležité, jako mezirezortní řízení a podíl na rozhodování. Řízení a opatření směřující ke zdraví musí být transparentní a otevřené, zajišťující co nejširší účast všech rezortů, úrovní a zájmových skupin. Vhodná a podle okolností se měnící opatření se musí vyrovnat se značnou komplexitou i nejistotou.

Základním úkolem je dospět k přesvědčení, že zdravotní cíle jsou součástí celospolečenských ekonomických a rozvojových cílů. Všechny oblasti, nejen zdravotnictví, musí hledat cesty jak aplikovat nové formy a přístupy při tvorbě i realizaci politiky na globální, regionální i lokální úrovni. A co je důležité, rezort zdravotnictví není jediný, který potřebuje spolupráci s ostatními rezorty. Pro všechny rezorty je žádoucí rozvíjet mezirezortní politiku v důsledku společných bilaterálních i multilaterálních potřeb.

Rozvoj mezirezortní aktivity v rámci vládní administrativy není snadný. Důvodů je mnoho, např. komplexnost problémů, „zapeklitá“ povaha některých problémů a zkostnatělost byrokratického systému. Vliv zmíněných okolností je dále posilován způsobem rozdělování prostředků a vlivu ve společnosti, konfliktem zájmů mezi jednotlivými ministerstvy a nedostatkem motivace a podpory z nejvyšších míst.

Tento nový způsob řízení spojuje a posiluje již dříve zmíněné mezirezortní aktivity na základě mnohem širšího vládního a celospolečenského úsilí. Samozřejmě sem patří snaha myslet na zdraví při všech aktivitách (health-in-all-policies), což znamená pozvednout politický význam zdraví, rozvíjet diskuzi o zdraví a o determinantách zdraví a posilovat odpovědnost za zdraví. Tyto přístupy nezdůrazňují jen potřebu lepší koordinace a integrace vládních aktivit, ale směřují vně vlády. Snaží se tím přispět ke společné účasti na plnění obecných sociálních cílů, jako je prosperita, životní pohoda, spravedlnost a trvalá udržitelnost.

Zdravotnické řízení

Program Zdraví 2020 referuje o řízení zdravotnictví jako o zdravotnickém řízení (health governance). To v sobě zahrnuje odpovědnost za přípravu a realizaci národní zdravotnické politiky, tzn. stanovení zdravotnických cílů a úkolů v oblasti zlepšování zdraví, poskytování vysoce kvalitních a účinných zdravotnických služeb a zajištění základních funkcí veřejného zdravotnictví. Patří sem i odpovědnost za důsledky, které zdravotnická politika přináší dalším rezortům a zúčastněným subjektům.

Zdravotnické řízení vytváří podmínky pro lepší výkonnost, odpovědnost a transparentnost. Usiluje i o výraznější zapojení pacientů. Prostřednictvím institucionální organizační struktury zajišťuje peníze, kvalifikovaný personál poskytující zdravotnické služby v souladu se schválenými záměry a národní zdravotnickou politikou. Žádoucí je rovněž všeobecné pochopení a souhlas s metodami, které naplňují stanovené cíle.

Ministerstva zdravotnictví jsou v rostoucí míře zapojována do mezirezortní spolupráce v oblasti zdravotní péče a pracují jako prostředníci a advokáti. Jak zdůraznila Tallinnská charta (24), zdravotnický rezort se musí zapojit do konstruktivní spolupráce s ostatními rezorty spočívající na vzájemné podpoře a oboustranně výhodné strategii („win to win“) k dosažení všeobecných sociálně zdravotních cílů i k zajištění individuálních zdravotnických služeb. Zdravotnický rezort je rovněž partnerem pro ostatní rezorty, a to zejména tehdy, když zlepšení zdraví lidí může napomoci k plnění úkolů jiných rezortů. Na konferenci OSN zaměřené na prevenci a zvládnutí neinfekčních nemocí a na Světovém zdravotnickém shromáždění SZO byly všechny země vyzvány, aby posilovaly takovou spolupráci a aby uplatňovaly přístupy založené na spolupráci státu i celé občanské společnosti.

Důmyslné řízení

I když normativní přístupy k řízení mohou být zpochybněny, je možné principy a postupy dobrého řízení zvažovat v návaznosti na jednotlivé státy. To je obsahem zprávy Světové banky „Celosvětový projekt indikátorů řízení“ (52). Zpráva poukazuje na úzkou souvislost mezi dobrým řízením a zdravím. Řízení zaměřené na zdraví i zdravotnické řízení vychází ze stejného hodnotového základu, který je typický pro dobré řízení. Důmyslné řízení popisuje mechanismus, který umožňuje dosáhnout dobrých výsledků prostřednictvím aplikace principů dobrého řízení.

Výzkum potvrzuje, že pro dosažení dobrého zdraví a životní pohody je zapotřebí využívat kombinace různých typů řízení: hierarchického, rozptýleného i participačního. Lze vymezit pět typů důmyslného řízení směřujících ke zdraví:

- *Řízení využívající spolupráci.* Je žádoucí věnovat pozornost spolupráci a osvědčenému cyklu obsahujícímu komunikaci, důvěru, souhlas a pochopení, vhodný výběr dostupných metod, transparentnost a odpovědnost.
- *Řízení stavějící na aktivním podílu občanů.* Když se řízení stává rozptýlenější a přenáší se na celou společnost, potom přímá spolupráce s veřejností může posílit transparentnost a odpovědnost. Rozvoj partnerství a posílení vlivu veřejnosti je naprosto nezbytné, chceme-li se ujistit, že byly respektovány správné hodnoty. Technologie, zejména nové sociální sítě, umožňují občanům změnit metody práce veřejné správy i zdravotnického systému. Motivem pro inovace se stávají komplexní vztahy mezi participací, transparentností a odpovědností.
- *Řízení prostřednictvím regulací a přesvědčování.* Metody řízení se rychle mění, je víceúrovňové, je ovlivňováno mnoha zúčastněnými a musí

být modifikováno podle měnících se okolností. Tradiční hierarchické mechanismy jsou v rostoucí míře doplňovány jinými metodami, např. mírným uplatňováním síly a mírnými zákony. To zahrnuje seberegulaci, koordinaci a řízení spočívající na přesvědčování, spolupráci a na vzájemných vztazích. Metody podpory zdraví jsou novelizovány tak, aby se mohly stát motivem žádoucích změn (53). Prostřednictvím regulací, původně vypracovaných na globální úrovni a postupně aplikovaných v lokálním měřítku, se podařilo změnit životní styl jednotlivých osob. Příkladem může být „Rámcová úmluva o kontrole tabáku“.

- *Řízení za účasti nezávislých institucí a expertních skupin.* Takové subjekty hrají rostoucí roli ve shromažďování poznatků, sledují dodržování etických zásad, posilují odpovědnost v procesu řízení, i pokud jde o odpovědnost za zdraví, a uplatňují se i v takových oblastech, jako je ochrana soukromí, hodnocení rizik, kontrola kvality, hodnocení zdravotnických technologií a zdravotních dopadů.
- *Řízení prostřednictvím průběžně upravovaných opatření, pružných struktur a předvídatosti.* Činnost všech složek veřejné správy musí reagovat na měnící se okolnosti a odrážet složitost příčinných vztahů protože komplex „zapeklitých problémů“ nemá řešení v modelu lineární kauzality. Decentralizované rozhodování a osobní kompetence nebo sociální sítě pomáhají všem zúčastněným rychle a nově reagovat na neočekávané události. Opatření se mohou opakovat a stát se základem pro průběžné poučení. Zkušenosti všech zúčastněných se mohou shromažďovat a vzájemně sdílet. Takový postup vede k dalšímu uvolnění a k průběžné úpravě postupu. Opatření v jedné oblasti může mít nezamýšlené důsledky na jiném úseku. Dosavadní studie poukazují na to, že je užitečné počítat s určitou odlišností opatření realizovaných v různých lokalitách, sledovat jejich účinnost a učit se z dosahovaných výsledků. Předvídaté řízení provázené odhadem budoucího vývoje může posílit odolnost sociálních skupin a orientaci zdravotní politiky, která dosud věnovala pozornost zejména rizikovým faktorům, více se zaměřit na systémové změny a současně rozvinout diskuzi o sociálních, hodnotových a vědeckých aspektech veřejné politiky.

Společná práce na společných zdravotních prioritách

Program Zdraví 2020 – Rámcový souhrn opatření – nabízí čtyři obecné oblasti opatření. Vycházejí ze zdravotních priorit a programů SZO a schválily je členské státy na globální úrovni. Byly upraveny na základě zkušeností a požadavků evropského regionu. Staví na strategiích SZO a na akčních plánech přijatých pro regionální a lokální úroveň. Jsou to tyto priority:

- celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví;
- čelit největším zdravotním problémům Evropy – infekčním i neinfekčním nemocem;
- posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích;
- podílet se na vytváření odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví.

Tyto čtyři priority nejsou oddělené oblasti, jsou mnohonásobně provázány a vzájemně se podporují. Např. opatření přijatá v průběhu života a posilující kompetenci lidí pomohou zvládnout epidemii neinfekčních nemocí, a stejně

tak zvýší výkonnost veřejného zdravotnictví. Všechny složky veřejné správy dosáhnou lepších výsledků, pokud se jim podaří propojit opatření, investice a služby a pokud se zaměří na snížení nerovností. Evropská regionální úřadovna SZO posílí svoji roli ve tvorbě vnitřně skloubené politiky založené na příkladech a ověřených zkušenostech.

Zvládání uvedených priorit předpokládá kombinaci řídicích metod, hierarchické, disperzní a participační tak, aby každý mohl dosáhnout zdraví a životní pohody. Takové řízení bude předvídat změny, motivovat inovace a bude počítat s investicemi do podpory zdraví a do prevence nemocí. Nové metody řízení budou zahrnovat řízení využívající spolupráci, budou usilovat o výraznější zapojení občanů, budou využívat regulace i přesvědčování a budou spolupracovat s nezávislými institucemi a expertními skupinami. To pomůže zvýšit význam ověřených zkušeností, zvažovat etické hranice, zajišťovat transparentnost a posilovat demokratickou odpovědnost v takových oblastech, jako je soukromí, hodnocení rizik a zdravotních důsledků.

Program Zdraví 2020 – Rámcový souhrn opatření – vychází ze skutečnosti, že mnohá rozhodnutí o zdravotních opatřeních jsou přijímána v podmínkách nejistoty a na základě neúplných informací. Není dosud plně známo, co může nejlépe přispět ke zvládnutí takových komplexních problémů, jako je obezita, multimorbidita a neurodegenerativní nemoci. Důležité jsou i ostatní okolnosti, neboť to, co může být účinné v jednom systému nebo zemi, nemůže být převzato bez vhodných úprav. Rovněž systémové důsledky mnoha aspektů zdravotnické reformy se nedají plně předvídat. Studie uvádějí, že užitečná je celá řada poměrně malých a různorodých opatření, která jsou zaměřena na dílčí problémy lokálních komunit a dalších sociálních skupin a která motivují k dalšímu studiu a adaptaci.

Celoživotní investice do zdraví a posilování role občanů

Úsilí o co nejlepší zdravotní stav během celého života zvyšuje vyhlídky na delší dobu prožitou ve zdraví i na dlouhověkost; obojí může přinést ekonomický, sociální i individuální užitek. Demografické změny, které probíhají v jednotlivých zemích, vyžadují účinnou celoživotní strategii, která doceněje přínos nových metod podpory zdraví a prevence nemocí. Už v době těhotenství a raného vývoje dětí je žádoucí usilovat o zlepšení zdraví a posílení spravedlnosti v péči o zdraví. Zdravé děti se lépe učí, zdraví dospělí jsou produktivnější, zdraví senioři mohou aktivně přispívat k rozvoji společnosti. Zdravé a aktivní stárnutí je politickou prioritou i důležitým tématem výzkumu.

Skutečným přínosem jsou takové programy podpory zdraví, které posilují roli i schopnosti občanů a motivují je k aktivnímu zapojení. Záměrem je vytvářet lepší podmínky pro zdraví, zvyšovat zdravotní gramotnost, posilovat samostatnost a usnadňovat ta rozhodnutí, která přispívají ke zdraví. Důležité je zajištění bezpečného průběhu těhotenství umožňující novorozencům zdravý vstup do života; zajištění bezpečí a životní pohody; ochrana dětí a mládeže; rozšiřování zdravých pracovišť a podpora zdravého stárnutí. V důsledku rostoucí epidemie neinfekčních nemocí a nárůstu jejich determinant v Evropě se zajištění zdravého jídla a trvale udržitelného rozvoje během celého života stalo prioritou. Podpora iniciativ, které usilují o zlepšení životního prostředí, je jedinečnou příležitostí pro zlepšení zdravotní gramotnosti.

Zdravé ženy, matky a děti

Situační analýza

Pro zdraví a životní pohodu ženy je mimořádně důležité její reprodukční období. Život dítěte je úzce spojen s životem matky. Základní podmínkou zdravého vývoje a růstu dítěte je vhodné plánování rodiny, bezpečné těhotenství, porod a kojení. Pro mnoho žen je však dosud velkým rizikem jak těhotenství, tak i porod. I když se mateřská úmrtnost snížila v letech 1990 až 2006 v evropském regionu jako celku téměř na polovinu, její pokles byl nerovnoměrný a mezi jednotlivými zeměmi dosud přetrvávají výrazné rozdíly. Mateřství může vést ke komplikacím. Na každou ženu, která zemře při porodu, připadá v celosvětovém měřítku nejméně dvacet dalších, pro které to znamená zranění, infekci nebo zdravotní postižení (54).

Ženy musí mít možnost zvládat problémy reprodukce. U některých žen by rozhodování o vlastním těhotenství a mateřství dosud vedlo ke značným potížím.

V mnohých zemích není dostupná bezpečná a účinná antikoncepce. Evropský region vykazuje nejvyšší potratovost ze všech ostatních regionů SZO, přičemž nebezpečné potraty v některých zemích jsou příčinou až 30% mateřské úmrtnosti (55, 56).

K hlavním příčinám mateřské nemoci a úmrtnosti patří krvácení, infekce, vysoký krevní tlak, nebezpečný potrat a porodní překážky. Zmíněným příčinám je možné předejít zajištěním základní a efektivní péče, která však není dostupná všem ženám evropského regionu.

V mnoha zemích evropského regionu klesá věková hranice začátku pohlavního života. Nechráněný sex vede k pohlavním nemocem a k nechtěnému těhotenství. Ženy i muži plánují rodinu a mají děti až v pozdějším věku. Vede to ke zvýšení rizika vrozených vývojových vad, neplodnosti, asistované reprodukce, rizikového těhotenství v důsledku chronických nemocí a dalších zdravotních problémů (57, 58).

V regionu jsou značné a nespravedlivé rozdíly uvnitř zemí i mezi nimi v dostupnosti antenatální péče a kvalifikované porodní péče, v plánovaném rodičovství i v dalších službách týkajících se reprodukce. Naděje ženy na úspěšné těhotenství a porod je podstatně ovlivňována výší jejího dosaženého vzdělání, jejím zdravím a výživou, socioekonomickým postavením, společensky očekávanou rolí ženy ve společnosti i kvalitou zdravotnických a sociálních služeb (59).

Kojenecká úmrtnost v evropském regionu klesla od roku 1990 o více než 50 %. Její úroveň se však v jednotlivých zemích podstatně liší. Mezi zeměmi s nejvyšší a nejnižší kojeneckou úmrtností jde až o 25 násobný rozdíl. Např. kojenecká úmrtnost v Kazachstánu, ve středoasijské republice, je více než dvakrát vyšší než je průměr v evropském regionu a čtyřikrát vyšší než vykazují země, které do EU vstoupily před rokem 2004 (EU15). Děti jsou vystaveny největšímu riziku, že zemřou v prvních 28 dnech života. K 75 % úmrtí ve zmíněném intervalu dochází během prvního týdne života (60, 61).

K hlavním příčinám smrti nově narozených dětí patří nezralost, nízká porodní váha, infekce, asfyxie, porodní trauma a vrozené vývojové vady. Uvedené příčiny způsobují téměř 80 % úmrtí a jejich kořeny jsou nesporně socioekonomické. Úzce souvisí s úrovní zdraví matky a se sociálními podmínkami, ve kterých žije, a s péčí, kterou dostala před, během i po porodu. Obecně platí, že když novorozenecká úmrtnost klesá, potom podíl úmrtí, jejichž příčinou jsou

vrozené vývojové vady a nezralost, narůstá. Když se zlepšuje péče, pak podíl úmrtí způsobených infekcemi klesá (62).

Účinná opatření

Na snížení mateřské, novorozenecké a kojenecké úmrtnosti má vliv spolu se zdravotnickou péčí i celá řada dalších okolností, např. zdravé životní prostředí, schopnosti a vzdělání žen. Zdravotnictví má na dětskou úmrtnost obvykle dominantní vliv, ale nesporně důležité jsou i další faktory. Pokud se vnější podmínky dramaticky změní, pak vliv i silného zdravotnického systému na úmrtnost klesá. A obdobně, i při relativně dobrých životních okolnostech může špatný zdravotnický systém omezit snižování úmrtnosti.

Dobrá sexuální výchova, plánované rodičovství a bezpečné potraty pomáhají bez omezení plodnosti snížit počet nechtěných těhotenství i úmrtnost a nemocnost v důsledku potratů.

Zavedení metodiky SZO týkající se odborné přípravy v oblasti účinné perinatální péče (63) přispělo ke snížení perinatální úmrtnosti a k omezení rozdílů. Průběžné hodnocení mateřské a perinatální úmrtnosti prokázalo, že tato metodika napomohla ke snížení porodních komplikací. Ke snížení mateřské a perinatální úmrtnosti přispívá rovněž příprava a zavedení národních klinických standardů a konzultační perinatální systém. Základnou pro strategické plánování se může stát lepší registrace perinatálních úmrtí.

Pokud se poskytnou známé a účinné zdravotnické služby během těhotenství, porodu a v prvním týdnu po porodu, může se tím snížit novorozenecká úmrtnost až o dvě třetiny, omezit mateřská úmrtnost a zajistit lepší životní start pro nově narozené. Taková opatření, která pomáhají matkám i dětem, jsou účinná i za situace, kdy jsou prostředky velmi omezené. Rostoucí počet důkazů dokládá, že investice do raného dětství jsou tím nejúčinnějším opatřením, které mohou země udělat ve snaze omezit zdravotní problémy, které přinášejí chronické nemoci (26, 64–73).

Důležitou součástí péče o novorozence a malé děti je kojení. Vede ke zlepšení výživy a tělesného vývoje, snižuje náchylnost k běžným dětským nemocem, posiluje odolnost a schopnost dětí se s nemocemi vypořádat, snižuje riziko některých neinfekčních nemocí v pozdějším věku a posiluje vztah mezi dítětem a matkou a zlepšuje psychosociální vývoj.

Důležité strategie SZO na globální i regionální úrovni se týkají sexuálního života a zdravé reprodukce (74, 75), prevence a zvládnání pohlavních nemocí (76) a výživy novorozenců a malých dětí (77). Práce SZO je navázána na Rozvojové cíle tisíciletí OSN (69, 78), a to zejména na ty, které jsou orientovány na snížení dětské úmrtnosti a na zlepšení zdraví matek. Rozvojový cíl č. 1, který je zaměřen na vymýcení extrémní chudoby a hladu, se týká i výživy novorozenců a malých dětí. Rozvojový cíl č. 3 podporuje rovnoprávnost žen a rozvoj jejich schopností. V roce 2010 OSN vydalo Globální strategii zaměřenou na ženy a děti. V ní bylo uvedeno, že zdraví žen a dětí je rozhodující pro všechny další rozvojové cíle (79–81). Aby byla zlepšena globální informovanost o této problematice a na ní navazující odpovědnost, SZO v roce 2010 vytvořila Komisi pro informace a odpovědnost v oblasti zdraví žen a dětí.

Zdravé děti a zdravá mládež

Situační analýza

V evropském regionu SZO jsou země, které ve světovém měřítku mají nejnižší dětskou úmrtnost. Většina dětí a mládeže dosahuje vysokou úroveň zdraví a životní pohody. Avšak i zde jsou velké rozdíly. Úmrtnost dětí do pěti let věku je v zemi, která je na tom nejhůře, 25krát vyšší, než v zemi s nejnižší dětskou úmrtností.

Dětská úmrtnost (do pěti let věku) je v evropském regionu 9,81 na 1000 živě narozených. Úmrtnost dětí mladších než 15 let klesla ve všech skupinách zemí evropského regionu. Dětská úmrtnost (do pěti let věku) je nejnižší ze všech ostatních regionů SZO, ale podstatně se liší mezi jednotlivými zeměmi. Např. dětská úmrtnost klesá mnohem pomaleji ve Společenství nezávislých států (CIS)⁵, kde narozené dítě má třikrát větší pravděpodobnost, že zemře do pěti let, než dítě, které se narodilo v EU.

K vedoucím příčinám úmrtí dětí do pěti let v evropském regionu patří neonatální stavy, zápal plic a průjem. Téměř polovina úmrtí je spojena se špatnou výživou. Děti jsou rovněž vystaveny rizikům životního prostředí, ohrožuje je obezita a nezdravý životní styl. Ve městech je špatné životní prostředí umocňováno socioekonomickými rozdíly. Tam, kde se podařilo získat data, bylo prokázáno, že dětská úmrtnost se liší ve městech a na venkově a v rodinách s nejnižším a nejvyšším příjmem (27, 69, 82–85).

Na počtu úmrtí a na zdravotním postižení mladých lidí se podstatně podílejí sebevraždy a nehody. Každý den v evropském regionu zemře více než 300 mladých lidí z příčin, kterým by bylo možné předejít. Téměř 10 % osmnáctiletých v evropském regionu trpí depresí. Úrazy jsou u mladých lidí nejčastější příčinou smrti. Dopravní nehody jsou hlavní příčinou úrazů ve věkové skupině 10–24 roků (86–90). Sebevraždy a nehody postihují častěji mladé muže, a to ve všech zemích a napříč socioekonomickými skupinami (91).

Zdravý start do života je východiskem dalšího zdravého života. Dobrý životní start má tyto charakteristiky: matka si mohla zvolit své reprodukční chování, je zdravá během těhotenství, porodí dítě s adekvátní váhou, dítě je během dětství začleněno do vřelého a vnímavého vztahu, má přístup k vysoce kvalitní pediatričké péči a k časnému vzdělání, žije v motivujícím prostředí, které mu umožní, aby si venku bezpečně hrál. Důkazy dokládají, že vysoce kvalitní pediatričké služby s dopadem na rodiče, mohou kompenzovat nepříznivé sociální podmínky v raném dětství.

První rok života má zásadní důležitost pro zdravý tělesný i duševní vývoj. Děti a mládež potřebují bezpečné a podpůrné prostředí: čistý vzduch, bezpečné bydlení, výživnou stravu, čistou vodu a zdravý životní styl. Dítě potřebuje přístup ke službám, které jsou přátelské a odpovídají jeho věku. Podpora tělesného, poznávacího, sociálního a emočního rozvoje je zásadní pro všechny děti od časného dětství. Dětem, které zažily dobrý start, se pravděpodobně bude dařit i ve škole, získají lépe placené zaměstnání a budou v dospělosti zdravější po tělesné i duševní stránce.

Předpokladem dosažení životní pohody je, aby problémy dítěte byly zvládnuty, aby žilo v emoční pohodě a v tělesném bezpečí. To vše předznamenává další zdravý vývoj. Pokud si dítě postupně osvojí základní životní dovednosti už v raném dětství, je to dobrým základem pro jeho další příznivý životní osud.

⁵Státy CIS v době sběru údajů zahrnovaly Arménii, Ázerbájdžán, Bělorusko, Gruzii, Kazachstán, Moldavskou republiku, Ruskou federaci, Tádžikistán, Turkmenistán, Ukrajinu a Uzbekistán.

Děti, které se narodí do horších poměrů (bydlení, rodina), jsou vystaveny většímu riziku špatného růstu a vývoje. Má-li další vývoj probíhat dobře, je nutné věnovat pozornost prvním zkušenostem, které dítě získá. Dobré sociální, emoční a duševní zdraví pomáhá chránit dítě před problémy v oblasti chování, pokud jde o emoční nesnáze, násilí a kriminální činy, těhotenství mladistvých, zneužívání drog a alkoholu. Dobrá zdravotní situace pomáhá dítěti zvládat školní docházku (92–100).

Mnoho vážných nemocí a problémů s rizikovými faktory (např. kouření a špatné stravovací návyky) v dospělosti mají své kořeny v dětství a dospívání. Kouření, duševní problémy, pohlavní nemoci včetně HIV, špatné stravování a málo pohybu mohou později vést k nemocem a k předčasné smrti. Prevalence nadváhy u dětí mladších 16 let kolísá v evropském regionu mezi 10–20 %, vyskytuje se častěji v jižních oblastech. Dietní návyky mládeže nejsou pro zdraví optimální: spotřeba ovoce a zeleniny je nižší, než se doporučuje, vysoká je spotřeba slazených nápojů. Úroveň tělesné aktivity v průběhu dospívání klesá, zejména u děvčat. Prevalence kouření v evropském regionu je ve věku 13 let 5% a narůstá na 19 % ve věku 15 let. Téměř dvě třetiny šestnáctiletých v posledních 30 dnech pily alkohol. Procento patnáctiletých, kteří uvedli, že měli pohlavní styk, kolísá v jednotlivých zemích evropského regionu od 12 do 38 % (58, 101–103). Používání kondomů a dalších metod antikoncepce kolísá jak v jednotlivých zemích, tak mezi pohlavími.

Dospívání je obvykle období, kdy jsou chlapci i děvčata zdraví a kdy lze očekávat další růst a vývoj. V dnešní době mládež dospívá rychleji, než tomu bylo dříve. Avšak dospívání je také rizikovým obdobím, a to zejména pokud jde o nebezpečnou sexuální aktivitu, užívání nevhodných látek a nehody. Sociální a ekonomické prostředí, v němž mládež žije, má často velký vliv na chování, které si mládež osvojí (93). Výzkum ukazuje, že se chlapci a děvčata liší, pokud jde o expozici i citlivost vůči některým rizikům a dalším okolnostem, jako je deprese, zranění, zneužívání drog a dalších návykových látek, poruchy příjmu potravy, pohlavní nemoci, násilí, sebevraždy a sebepoškozování (91).

Účinná opatření

Mnohým nemocem a úmrtím u dětí a mládeže lze předejít. Levná a účinná opatření mohou předejít dvěma třetinám úmrtí. Některým dětským nemocem lze předejít imunizací a relativně jednoduchými a lacinými metodami. Strategie SZO zaměřená na zvládání dětských nemocí (WHO Integrated Management of Childhood Illnesses – IMCI) poskytuje soubor jednoduchých, dostupných a účinných opatření pro souhrnné zvládání hlavních dětských nemocí a podvýživy, používání antibiotik, léčení anémie, očkování a kojení (104, 105).

Opatření, která by měla mládež chránit před kouřením a alkoholem, je nutné přijmout na populační úrovni ve formě regulačních opatření, jako je zákaz reklamy, zákaz prodeje nezletilým osobám, podpora nekuřáckého prostředí a cenová opatření. Děti jsou citlivé vůči marketingovému tlaku. Vhodná opatření je mohou chránit před reklamou nabízející jídlo s vysokým obsahem nasycených tuků, mastných kyselin, cukru a soli. Opatření týkající se životního prostředí mohou ovlivnit tělesnou aktivitu, např. prostřednictvím tvorby městského prostředí a náplně školního dne.

Velmi cenná jsou opatření zaměřená na zdravé bydlení a zdravý životní styl mládeže. Životní pohodu dětí ovlivňuje mnoho faktorů, např. jejich vzhled, rodinné zázemí, prostředí, ve kterém rodina žije, i celá společnost. Důležité je posoudit, co s tím mohou udělat samotní lidé. Mnoho aktérů může pomoci realizovat programy a podpořit zdraví, včetně účasti více generací. Pro mladé lidi jsou důležitá taková opatření, která zlepší sociální a ekonomickou úroveň dětí z horších sociálních poměrů (91, 92, 95, 106–109), rozvíjejí školské aktivity posilující sociální i ekonomickou situaci dětí, včetně školských programů zaměřených na zdravotní gramotnost. Důležité je i vzdělávání mezi vrstevníky a rozvoj organizací mládeže. Mimořádně významné jsou integrované programy zaměřené na duševní a sexuální zdraví.

Strategie SZO na globální i regionální úrovni se týkají rozvoje dětí a mládeže (110), prevence a zvládání pohlavních nemocí (76), výživy novorozenců (77) a akčního plánu pro tvorbu životního prostředí dětí (83). Další práce jsou zaměřeny na plnění již zmíněných Rozvojových cílů tisíciletí, kde cíl č. 1 se týká snížení dětské úmrtnosti a cíl č. 2 je zaměřen na zajištění všeobecně dostupného základního vzdělání. Výsledky výzkumů upozorňují, že při snaze zlepšit zdraví mládeže je žádoucí připravit specifická opatření pro chlapce a děvčata, např. v oblasti duševního zdraví, obezity, úrazů, HIV, chronických nemocí, sexuálního a reprodukčního zdraví a životní pohody (91).

Zdraví dospělí

Situační analýza

Pro interval dospělosti je typické zaměstnání, rodičovství, plnění občanských povinností a péče o rodiče. Pro mnohé jedince, zejména pro ženy a rodiče v neúplných rodinách, není snadné nalézt rovnováhu mezi prací a soukromým životem. Ženy jsou znevýhodněny na trhu práce, muži musí obvykle čelit určitým problémům v rodinném životě.

Tradiční modely rodiny předpokládají, že muži se věnují placené práci a ženy vykonávají neplacenou práci nutnou pro existenci rodiny. V mnoha zemích evropského regionu vžitě zvyky brání ženám, aby se ucházely o placenou práci. Přetrvává značná nerovnováha mezi muži a ženami, pokud jde o rozložení domácích a rodinných povinností. Mateřství omezuje ženy, pokud jde o zaměstnání. Mnoho žen dává přednost flexibilnímu zaměstnání, nebo se raději práce vzdá. Ženy jsou rovněž znevýhodněny v kariéřním postupu, přetrvávají rozdíly mezi muži a ženami ve výši platu a v úrovni následného důchodu.

Dobrá rodinná politika by měla ženám s dětmi usnadnit zvládání těžkostí života, podporovat zdraví i vývoj jejich dětí a usilovat o výraznější zapojení mužů do rodičovské role. Rodičům s dětmi by se mělo usnadnit, aby skloubili pracovní a domácí povinnosti, tzn. umožnit jim práci na kratší úvazek s pružnou pracovní dobou, aby mohli zajistit potřebnou péči dětem. Rovněž by neměli být vystaveni nejistotě ze ztráty zaměstnání.

Schopnost rodičů úspěšně skloubit soukromý a pracovní život ovlivňuje ochotu rodičů mít děti, podporuje plodnost a generační obnovu. Ve stárnoucí populaci mají rodiče obvykle dvojí povinnost péče: jednak o děti a jednak i o své rodiče. Páry i jednotlivci by měli mít možnost se svobodně rozhodnout, kdy a kolik budou mít dětí. K tomu by měli mít informace i prostředky. Sexuální

zdraví a reprodukční období do značné míry ovlivňuje zdraví a životní pohodu mužů i žen. V některých částech regionu je však tato oblast považována za příliš soukromou a citlivou, než aby jí mohla být věnována potřebná pozornost.

Péče o sexuální zdraví nespočívá jen v poradenství a informacích týkajících se reprodukce a pohlavních nemocí. Usiluje o zlepšení života a osobních vztahů. Dokumenty SZO jsou v tomto směru zaměřeny a doporučují pečovat o sexuální zdraví a vhodně volit partnera (74, 75).

V evropském regionu dochází k mnoha změnám, které v nestejně míře ovlivňují dospělé obyvatelstvo a působí rozdílně v různých životních etapách. Důležitou podmínkou zdraví je dobré zaměstnání spojené s jistotou a možností rozhodovat a ve kterém odměna odpovídá vynaloženému úsilí. Nezaměstnanost mladých lidí je dosud vysoká. Poměrně značná nejistota počátečního zaměstnání má nepříznivý vliv jak na plodnost, tak na zakládání rodin. Pracovní nejistota mnohdy narůstá i u starších lidí. Řešením pracovních problémů bývá odchod do předčasného důchodu. Vyšší podíl zaměstnaných žen vede k zavádění nových forem práce.

Pokud pracovník nemůže v potřebné míře ovlivňovat své pracovní podmínky a situaci v rodině, může to ohrožovat jeho zdraví. Zdravotním rizikem je jak zaměstnání kladoucí na zaměstnance vysoké nároky, tak i takové zaměstnání, v němž zaměstnanci nemohou nic ovlivnit, nemají možnost využít svou kvalifikaci a nemohou o ničem rozhodovat.

Za možné příčiny tělesných i duševních poruch lze označit nezaměstnanost, nejistotu, diskriminaci a ztrátu zaměstnání. Déle trvající nezaměstnanost může vést k dlouhodobým zdravotním následkům.

Účinná opatření

V evropském regionu je žádoucí podporovat životní pohodu dospělé části populace mnoha nejrůznějšími metodami. Slibné jsou sociální inovace umožňující zapojovat občany jak do řešení mnoha problémů, tak i do dalších aktivit, které vedou ke zlepšování životní situace a obohacují každodenní život. Pro zaměstnance i zaměstnavatele jsou užitečná taková opatření, která nejsou zaměřena jen na prevenci nemocí, ale směřují ke zlepšení celkové situace na pracovišti. K lepšímu zdraví i k vyšší produktivitě vede rozšiřování možností pracovníků podílet se na úpravě pracovních podmínek.

Vlády by měly usilovat o snížení nezaměstnanosti (zejména dlouhodobé), o omezení pracovní nejistoty a ztráty zaměstnání i o vyloučení diskriminace na pracovním trhu. K hlavním opatřením, která mohou příznivě ovlivnit zdraví, patří aktivní politika zaměstnanosti, uzavírání smluv na dobu neurčitou, úprava pracovních podmínek podle potřeb zaměstnanců, rozšíření možností pracovníků podílet se na změnách pracovního prostředí a posílení zdravotní péče na pracovišti. Vzhledem k tomu, že se zvyšuje věk odchodu do důchodu, je žádoucí věnovat pozornost specifickým potřebám starších pracovníků.

V období ekonomického poklesu mohou zdraví příznivě ovlivnit sociální opatření, například aktivní politika zaměstnanosti a opětovné přijetí do práce (111). Úmrtností trendy v EU za posledních třicet let dokládají, že je možné zamezit nárůstu sebevražd vynaložením 200 USD na osobu do programů aktivní politiky zaměstnanosti, které lidem umožňují získat a udržet si nové zaměstnání.

V zemích, v nichž obyvatelé mají nízké nebo střední příjmy, budou opatření zaměřena na zdravý a trvale udržitelný ekonomický rozvoj, získávání poznatků a dovedností, zvyšování zaměstnanosti, a to zejména mezi mladými lidmi, a dosažení větší stability zaměstnání u těch, kteří jsou nezaměstnaností

nejvíce ohroženi. Je rovněž nezbytné omezit expozici rizikovým faktorům, a to jak právní úpravou na národní úrovni, tak i zlepšením zdravotního dohledu a péče na pracovišti.

V zemích, v nichž jsou běžné vysoké příjmy, budou opatření zaměřena na udržení vysoké zaměstnanosti prostřednictvím podpory ekonomického rozvoje, ochranou a udržováním dobrých pracovních podmínek, zavedením metod umožňujících sledování a zvládání pracovních rizik. Budou zlepšovat i bezpečnost práce a věnovat pozornost rizikovým skupinám, např. nezaměstnaným.

Aby se podařilo sladit zaměstnání a rodinný život, lze využít celou řadu opatření, jako je např. placená mateřská dovolená, pomoc při péči o děti, volitelná pracovní doba, omezování přílišných rozdílů mezi platy mužů a žen, sladění délky školního vyučování, práce a otevírací doby v obchodech a službách. Politika zaměstnanosti by měla podporovat, aby muži a ženy vyváženě čerpali mateřskou dovolenou i dobu na ošetřování dítěte a starších členů rodiny. Rozdíly mezi zeměmi mohou doložit, čeho se dá dosáhnout dobrou sociální politikou.

Na důležitost rovnosti příležitostí poukázala strategie EU přijatá v Lisabonu (112). Evropská strategie zaměstnanosti, která tvoří součást procesu usilujícího o snížení chudoby a omezení sociálního vyloučení, doporučuje lépe skloubit práci a rodinný život. Důležitá je i rezoluce SZO věnující se sociálnímu začlenění, rovnoprávnosti pohlaví, chudobě a zdraví na globální i regionální úrovni (113).

Zdraví starších obyvatel

Situační analýza

K prodloužení naděje dožití mužů a žen podstatnou měrou přispěla sociální a zdravotní politika. V důsledku prodloužení naděje dožití se více lidí dožívá věku 65 let a více, tzn. že rychle narůstá počet starších osob. Lze očekávat, že v roce 2050 bude více než jedna čtvrtina obyvatelstva (27 %) starší než 65 let. Ve skupině lidí starších než 85 let na jednoho muže připadá 2,5 ženy, a tato nerovnováha se bude do roku 2050 dále zvyšovat (70).

I když ženy žijí v evropském regionu v průměru o 7,5 roku déle než muži, stráví v nemoci větší část života než muži. Ženy se častěji potýkají se zdravotními obtížemi a tvoří značnou většinu velmi starých lidí, kteří potřebují trvalou zdravotní i sociální péči (114).

V průběhu stárnutí se hlavní příčinou nemocnosti, zdravotního postižení i úmrtnosti stávají chronické neinfekční nemoci. Běžnou se rovněž stává multimorbidita. Socioekonomický stav je v tomto ohledu výraznou determinantou zdraví. Nemocnost v pozdějším věku je povětšinou vyšší u osob s nižším sociálním postavením a tomu odpovídajícím zaměstnáním. Hlavní podíl nákladů a potřebné zdravotní péče je soustředěn do několika posledních roků života.

Pokud si lidé dokáží uchovat zdraví do vyššího věku, může k závažným nemocem dojít až v posledních několika měsících života. Nicméně i toto odložení nemocnosti nemůže oslabit skutečnost, že narůstá počet starších lidí a že narůstá i počet osob se zdravotním postižením. Okolo 20 % osob starších 70 let a 50 % osob starších 85 let udává potíže s vykonáváním aktivit v běžném životě, jako je koupání, oblékání a toaleta. Podobně jsou problémy s domácími pracemi, jako je např. praní prádla a užívání léků. Běžně je omezena

pohyblivost a jsou sníženy smyslové funkce. Okolo jedné třetiny lidí ve věku 75–84 let poukazuje na sluchové nesnáze během rozhovoru s ostatními lidmi a přibližně jedna pětina uvádí nesnáze při čtení denního tisku a knih.

Mnoho zemí v evropském regionu vykazuje velmi nízkou plodnost a velkou naději dožití (70). V důsledku toho spočívá podpora a péče o rostoucí počet starších lidí na snižujícím se počtu lidí v produktivním věku. Péče o starší lidi se povětšinou považuje spíše za rodinnou povinnost než za závazek státu. V mnoha zemích poskytují běžnou péči ženy. Stav, rozvoj a rozsah péče o starší lidi se liší mezi zeměmi evropského regionu více, než jiné zdravotní a sociální programy. Institucionální péče o starší občany je dostupnější v městských oblastech. Dostupnost a úroveň domů s pečovatelskou službou se v Evropě velmi liší. Dochází k omezení soukromí, není dostatečný přístup ke zdravotní péči, léčba nebývá přiměřená a preventivní opatření jsou neúčinná.

I když je dlouhověkost nesporným úspěchem, může přinášet i problémy. Prognózy např. odhadují, že veřejné výdaje spojené se stárnutím populace (důchody, zdravotní a dlouhodobá péče) narostou v období 2004–2050 pro země EU15 o 4–5 % hrubého domácího produktu (HDP) (115). Ekonomický dopad stárnutí populace během nastávajících desetiletí může být oslaben, když delší život bude provázen současným zvyšováním důchodového věku.

Zdraví a aktivita ve vyšším věku je důsledkem životních podmínek i činnosti osob během celého dosavadního života. Životní zkušenosti ovlivňují životní pohodu ve vyšším věku. Celoživotní finanční nesnáze jsou spojeny s následným horším zdravím a lidé, kteří po celý dospělý věk žili v manželství, žijí déle, než ti ostatní.

Starší lidé nejsou homogenní skupina. Individuální odlišnosti narůstají s věkem. Tempo funkčního poklesu není ovlivňováno jen chováním jednotlivých osob, ale i sociálními a ekonomickými okolnostmi a faktory životního prostředí, jejichž ovlivnění přesahuje možnosti jedince. Mnohdy dochází k věkové diskriminaci v dostupnosti vysoce kvalitní lékařské péče. Rozdíly v životních podmínkách a v úrovni životní pohody jsou u starších lidí větší než u mladých, neboť velmi záleží na celkové rodinné situaci, na úrovni penzí i na velikosti majetku (116).

Existuje vztah mezi dřívějším odchodem do důchodu, ztrátou zaměstnání a dalšími traumatizujícími zážitky ve vyšším věku na straně jedné a horším zdravotním stavem ve středním a vyšším věku na straně druhé. Kvalitu života starších lidí výrazně ovlivňuje sociální opora, a zejména dobré vztahy s rodinou a přáteli. Některé okolnosti souvisí s horším zdravím i se sociálními kontakty starších lidí, např. pohlaví (ženy), rodinný stav (vdovy a vdovci, svobodní) a nedostatek prostředků (bez auta).

Účinná opatření

K základním potřebám starších lidí patří samostatnost, možnost podílet se na rozhodování a příslušnost k nějaké skupině. Prevence osamělosti a izolace patří k účinným metodám podpory zdraví a zlepšuje životní pohodu starších lidí. Rozhodující je v tomto ohledu podpora rodiny i vrstevníků. Přínosem pro zdraví i kvalitu života jsou iniciativy věnované aktivnímu a zdravému stárnutí. Členské státy evropského regionu mají připravenou regionální strategii SZO zaměřenou na zdravé stárnutí (2012–2020) (117).

Pokles funkčních schopností starších lidí může být příznivě ovlivněn v každém věku. Důležitá jsou opatření na úrovni jednotlivých osob, skupin i veřejné správy, a to zejména taková, která zlepšují i zpřijemňují životní prostředí starších lidí.

Zdravé stárnutí je podmíněno celým dosavadním životem. Důležitý je zdravý start do života a okolnosti dalšího růstu a vývoje. Lidé by měli mít možnost ovlivnit kvalitu svého života, zvolit si zdravý životní styl a v průběhu svého života se připravovat na změny, které přinese stáří. Starší lidé by měli být motivováni, aby si osvojili zdravý životní styl. Měli by mít např. možnost cvičit, zdravě se stravovat a měli by dostat vhodnou pomoc, pokud se rozhodnou přestat kouřit. Mezi účinná opatření, která podporují zdravé stárnutí, patří právní regulace, sociální a ekonomická opatření poskytující adekvátní sociální ochranu (dostatečný příjem, dostupnost dopravy, vhodné bydlení a aktivity veřejného zdravotnictví směřující k omezení rizikových faktorů).

Má-li být ustaven trvale udržitelný systém zdravotní a sociální péče, je nezbytné vytvořit a zavést v lokálních podmínkách vhodnou kombinaci zdravotních a sociálních služeb, technického zázemí i podpory neformálních služeb (118). Hlavní je vytvořit takové prostředí a poskytovat takové služby, aby lidé mohli být déle zdraví a práce schopní. Přispěje to ke zvládnutí dlouhodobé nezaměstnanosti, invalidity a předčasného odchodu do důchodu. Výstavba bytů, měst i veřejné dopravy by měla odpovídat potřebám starších lidí a zdravotně postižených osob. To jim umožní prodloužit délku své soběstačnosti, omezit negativní dopad zdravotních potíží a zvýší jejich možnosti účastnit se společenského života.

Podpora zdraví a zlepšování životní pohody by měla být orientována zejména těmito směry: připravovat opatření a rozvíjet iniciativy umožňující důstojné a zdravé stárnutí, omezovat nespravedlivé nerovnosti, udržovat důchodový systém a hájit práva zdravotně postižených. Důležité je vyzvat starší lidi k účasti na tvorbě zdravotní politiky a umožnit jim, aby spolurozhodovali o své léčbě a další péči. Žadoucí je vytvářet podmínky pro zlepšení zdravotní gramotnosti a zdravotní péče v rámci rodiny, omezovat rizika duševních poruch u osob s tělesným postižením, prostřednictvím médií se zaměřit na oslabení negativních sociálních stereotypů, které se týkají starších lidí, a zavést nezávislý systém kontroly kvality institucionálních služeb.

Obdobně jako u dětí je i u starších lidí důležité očkování. Umožňuje snížit nemocnost i úmrtnost na některé infekční nemoci. Nemocnost a úmrtnost na některé nemoci lze u starších lidí omezit i vyhledáváním časných stadií choroby, např. rakoviny prsu.

Paliativní péče podporuje život a považuje umírání za normální proces. Jejím účelem není ani urychlit ani prodloužit umírání. Poskytuje úlevu od bolesti a od dalších nepříjemných zdravotních obtíží. Měla by být poskytována podle potřeby a dříve, než se strasti umírání stanou nezvladatelné (119). Tradičně, a to na poměrně vysoké úrovni, bývá poskytována hospitalizovaným onkologickým pacientům. Ale měla by být poskytována mnohem většímu počtu pacientů trpících i jinými nemocemi, např. lidem s demencí. Měla by připadat v úvahu v dalších zařízeních zdravotně sociální péče i v rámci různých typů domácí péče (120). Paliativní péče umožňuje lidem žít aktivně tak dlouho, jak je to jen možné, a usnadňuje i rodinným příslušníkům zvládnout skličující situaci.

Rezoluce SZO o aktivním stárnutí (121) vyzvala členské státy, aby zajistily pro starší občany co nejvyšší dosažitelný standard zdraví a životní pohody. Nová rezoluce Výkonného výboru SZO (122) doplnila, že je žádoucí se soustředit na rozvoj primární péče, která by měla být vstřícná vůči starším lidem. Druhé světové zasedání věnované stárnutí, které se konalo v Madridu v roce 2002, přijalo Mezinárodní akční plán o stárnutí (123). SZO připravila pro zmíněné zasedání rámcovou osnovu opatření týkajících se zdravého stárnutí (124).

Nesporná efektivita veřejných výdajů v oblasti sociální a zdravotní péče není dostatečně vnímána a oceňována. Lze doložit, že dobrá péče snižuje potřebu pohotovostních služeb a dlouhodobé hospitalizace. Výzkumné studie rovněž naznačují jak co nejlépe využít některé nové metody, např. možnosti telemedicíny. Ukazuje se, že by měla být lépe integrována akutní a dlouhodobá zdravotní péče a že během dlouhodobé péče by měla být zlepšena ochrana lidských práv a důstojnosti. Kvalita služeb by měla být zvýšena zavedením systému hodnocení kvality a dalšími kontrolními mechanismy i prostřednictvím nových modelů koordinace a integrace péče, a to včetně individuálně plánované zdravotní a sociální péče.

Nezbytným předpokladem zdravého stárnutí jsou opatření, která pomáhají zvládnout neinfekční chronické nemoci v průběhu celého života. K nim patří společnost vstřícná vůči starším lidem, lepší přístup k vysoce kvalitní zdravotní a sociální péči. Pomoc většímu počtu lidí, kteří potom mohou být déle aktivní v práci i mimo ni, přispívá ke zdravému stárnutí a umožňuje, aby zdravotní a sociální péče byla dlouhodobě udržitelná. Rostoucí počet příkladů koordinace, integrace a návaznosti zdravotní a sociální péče může pomoci jednotlivým státům reformovat systém zdravotní péče tak, aby zajistil sociální ochranu a zdravotní péči starším obyvatelům v souladu s jejich potřebami.

Skupiny zdravotně a sociálně ohrožené a jejich zdraví

Situační analýza

Zdravotní ohrožení se obvykle chápe jako nedostatek tělesné a duševní odolnosti jednotlivých osob. Zde jde ale o širší pojetí. Jde o sníženou odolnost sociální i zdravotní, která má své kořeny v sociálním vyloučení, ke kterému dochází postupně a jehož výsledkem je sociální gradient v úrovni zdraví. Pro studium a zvládnutí sociálního vyloučení by se mohlo zdát důležité soustředit se na poznání procesu vyloučení. Praxe však ukazuje, že je vhodné se zabývat jednotlivci a skupinami, které jsou sociálně vyloučené, a věnovat jim pozornost jak ve výzkumu, tak i v konkrétní sociální praxi. Dále jsou zmíněny dvě takové skupiny, a to migranti a Romové. V jejich případě lze poukázat na mnoho obecných problémů, se kterými se potýkají i ostatní zdravotně a sociálně ohrožené skupiny.

Migranti

Ve stávající evropské migraci lze najít mnoho různých skupin. Jsou to např. pravidelní i nepravidelní migranti, oběti obchodu s lidmi, žadatelé o azyl, uprchlíci, vysídlené osoby i navrátilci. Mnoho lidí migruje z ekonomických důvodů. V evropském regionu SZO žije 75 milionů migrantů, což je 8 % celkové populace a 39 % ze všech migrantů ve světě (78). Většinu migrantů v evropském regionu SZO tvoří mladí dospělí lidé. Ženy představují zhruba polovinu migrantů a jsou častěji zastoupeny v ohrožených skupinách, jako oběti obchodování s lidmi za účelem sexuálního zneužívání (125).

Úroveň zdravotního stavu skupin migrantů se v jednotlivých státech značně liší. Zdravotní problémy migrantů nezačleněných do společnosti jsou však všude nepříjemně velké (126). Bylo zjištěno, pokud existují vhodná data, že migranti mají nižší naději na dožití a některé skupiny vykazují i vyšší kojeneckou úmrtnost. Nemoci migrantů jsou zhruba obdobné jako u ostatní populace. Některé skupiny však mají více zdravotních problémů, např. infekční nemoci, špatná výživa, alkohol, drogy, sexuální problémy a pohlavní nemoci, zdravotní nesnáze v zaměstnání a duševní poruchy (127–129).

Většina migrantů je zdravotně ohrožena nebezpečným pracovním prostředím, špatným bydlením, vykořisťováním v práci a nepřiměřenou dostupností zdravotní péče. U zaměstnaných migrantů je přibližně dvojnásobný výskyt pracovních úrazů než u ostatních zaměstnanců v evropském regionu (126).

Jak zdravotní stav, tak i životní podmínky jsou v domovských zemích migrantů nepříznivé. Tato skutečnost je dále umocňována působením dalších zdravotních rizik během migrace, jako jsou např. úrazy (130). Zdravotní situaci migrantů po příjezdu do cílové země zhoršuje chudoba a sociální vyloučení v návaznosti na dostupnost, přijatelnost a kvalitu zdravotnických služeb v hostitelské zemi (126). Narůstá i riziko duševních problémů, což může ohrozit začlenění migrantů do nové společnosti. Migrantů se rovněž mohou setkat s překážkami v přístupu ke službám v důsledku své stigmatizace, nedostatku informací a vzhledem k určitému stupni jazykové bariéry.

Romové

V evropském regionu žije zhruba 12–15 miliónů Romů. Odhaduje se, že v EU je to 10 miliónů. V Bulharsku činí Romové okolo 10 % obyvatel, na Slovensku 9 %, v Rumunsku je to 8 %. Zmíněná procenta postupně narůstají (126, 131).

Dostupná data uvádějí, že naděje dožití Romů je zhruba o 10–15 let menší než je průměr, kojenecká úmrtnost je vyšší a nebezpečně vysoká je mateřská i dětská nemocnost a úmrtnost (131–133).

U Romů se vyskytuje více nemocí než ve většinové populaci, týká se to např. diabetu 2. typu, koronární srdeční nemoci a obezity dospělých. U dětí jde zejména o špatnou a nedostatečnou výživu. V Srbsku 51 % romských žen trpí podvýživou a téměř všechny kouří. V průběhu rozvojového programu OSN, který byl zaměřen na zdravotně ohrožené skupiny, se zjistilo, že 50 % romských dětí je vystaveno riziku nedostatečné výživy dvakrát do měsíce, zatímco u dětí většinové populace je to v Srbsku jen 6 % (134–136).

Značný podíl Romů má v různých zemích nízké příjmy. To vede k jejich zařazení do skupin osob žijících na nižší sociální úrovni. Sociální vyloučení je spolu s diskriminací Romů rizikovým faktorem jejich chudoby (132, 137).

Srovnání Romů a většinové populace ukazuje, že mezi oběma skupinami existují značné a nespravedlivé rozdíly jak v dostupnosti zdravotní péče, tak v úrovni zdravotního stavu. Jsou například patrné značné rozdíly v prenatální péči, častější je nízká porodní hmotnost, nižší je prevalence kojení, matky častěji kouří, je horší výživa a menší proočkovanosť. Tyto rozdíly v některých aspektech přetrvávají, i když jsou Romové srovnáváni s chudší pětinou většinové populace (138, 139).

Účinná opatření

Zdravotní problémy migrantů a dalších ohrožených skupin mohou být způsobovány nebo zhoršovány jejich špatnou sociální pozicí. Pro zlepšení jejich zdravotní situace jsou proto nejdůležitější taková opatření, která zamezí jejich sociálnímu vyloučení. Spolu s tímto úsilím je žádoucí odstraňovat nespravedlivé rozdíly v dostupnosti zdravotních a sociálních služeb. Mnohé z naznačených postupů se netýkají přímo Romů, ale jsou společné i pro ostatní etnické menšiny a další vyloučené skupiny. Lze doporučit odbornou přípravu zdravotnických pracovníků zaměřenou na práci s minoritami a vyloučenými

skupinami, začlenění problematiky těchto skupin do přípravy, realizace a hodnocení zdravotních programů a zlepšit zdravotnický informační systém tak, aby bylo možné sbírat a zpracovávat data za jednotlivé ohrožené skupiny. Nejúčinnější jsou taková opatření, která dovedou souhrnně postihnout velký počet příčin a podmínek vedoucích k sociálnímu vyloučení (140).

Mnohé ze zdravotních a socioekonomických problémů spojených s migrací jsou důsledkem globální nerovnováhy. Opatření, která budou přijímat jen hostitelské země, budou proto méně účinná, než integrované globální programy připravené tak, aby upravily situaci jak ve výchozích zemích, tak i v zemích cílových.

Migranti často čelí problémům vyplývajícím z rozdílnosti rolí obou pohlaví, a to zejména pokud jde o mateřství, kojeneckou a dětskou úmrtnost, sexuální a reprodukční zdraví a násilí. Migrantům by měly být včas poskytovány zdravotnické služby týkající se reprodukce, prevence, podpory zdraví, skríningu, těhotenství a porodu. Zvláštní pozornost by měla být věnována ženám a dívkám, které byly zneužívány, popřípadě se staly oběťmi násilí.

Ohrožených skupin se týkají rezoluce SZO přijaté na globální a regionální úrovni a zaměřené na sociální začlenění, chudobu a zdraví. Mezi ně patří například rezoluce Světového zdravotnického shromáždění věnovaná odstraňování nespravedlivých zdravotních rozdílů prostřednictvím aktivit zaměřených na sociální determinanty zdraví (47), rezoluce Regionálního výboru SZO EUR/RC52/R7 o chudobě a zdraví (141), a dále materiály pojednávající o nespravedlivých zdravotních rozdílech ve vztahu k migrantům a etnickým skupinám (126).

Zdravím migrantů se cíleně zabývala rezoluce Světového zdravotnického shromáždění z roku 2008 (142). Na ni navazovala jednání mezi SZO a Mezinárodní organizací pro migranty, jejichž výsledkem byl rámcový dokument přijatý během španělského předsednictví EU v roce 2010 (143). Na potřebu koordinovaných a průběžných mezinárodních opatření poukázala mnohá politická jednání a konference, jejichž výsledkem byly závěrečné dokumenty, jako např. Bratislavská deklarace o zdraví, lidských právech a migraci, kterou v roce 2007 podepsaly členské země Rady Evropy (144) a materiál o mobilitě, migraci a dostupnosti zdravotní péče, který přijal Výbor ministrů Rady Evropy v roce 2011 (145). Širší pojetí univerzálního lidského práva na zdraví poskytuje Mezinárodní konvence o ochraně práv všech migrujících pracovníků a členů jejich rodin (146).

Dekáda začleňování Romů 2005–2015 je politickým závazkem vlád států evropského regionu, jehož záměrem je zlepšení socioekonomické situace a sociální začlenění Romů. Zdraví je prioritou spolu se vzděláním, zaměstnáním a bydlením. V roce 2011 vydala Evropská komise rámcový dokument EU obsahující Národní strategii integrace Romů do roku 2020. Strategie vyzývá všechny členské státy, aby připravily a realizovaly cílená opatření směřující k integraci v oblasti zdraví, bydlení vzdělání a zaměstnání (129). Další důležité podklady obsahují jednání Evropské rady o solidaritě v oblasti zdraví a závěry Evropské rady týkající se Romů (147).

Rovnost pohlaví v celoživotním pojetí

Situační analýza

Pro pochopení a zvládnutí zdravotních a socioekonomických nespravedlivých rozdílů je nezbytné zabývat se problematikou rovnosti pohlaví. Jde o slušnost a spravedlnost při rozdělování výhod, moci, prostředků a odpovědností mezi ženami a muži s návazností na možnosti dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu. Ženy a muži mají různé potřeby i příležitosti, které ovlivňují jejich zdravotní stav, dostupnost zdravotnických služeb a jejich podíl na zdravé pracovní síle. Je zřejmé, že zmíněné rozdíly by měly být zjištěny a měly by se stát předmětem takových opatření, která by přispěla ke spravedlivé rovnováze mezi oběma skupinami.

Rozdíly v úmrtnosti a nemocnosti mužů a žen byly plně prokázány. Jejich velikost však velmi kolísá mezi jednotlivými zeměmi evropského regionu SZO. Je důležité věnovat pozornost i ostatním zdravotním rozdílům, nejen naději dožití, a zabývat se i vývojem zdravotního stavu jednotlivých osob během jejich života. Pokud hodnotíme délku života prožitého ve zdraví, pak delší život žen ji prodlužuje, ale vyšší nemocnost a invalidita žen naopak přispívá k jejímu zkrácení. Jsou rovněž doloženy rozdíly mezi ženami a muži, pokud jde o spotřebu zdravotnických služeb, expozici rizikovým faktorům, zranitelnost a vstřícnost zdravotnického systému (148).

Zdraví mužů je podmíněno jejich rolí a dalšími zvyklostmi. Jsou více vystaveni zdravotně rizikovým faktorům v zaměstnání. S mužským životním stylem je mnohdy spojeno rizikové chování. Odlišné je rovněž chování mužů, pokud jsou nemocní (jsou méně ochotní jít k lékaři, když jsou nemocní; s menší ochotou sdělují své potíže a neradi informují o své nemoci).

Role mužů a žen i další zvyklosti ovlivňují vnímání sexuality mládeží. Mají vliv i na ochotu přijmout riziko a na dostupnost a využití informací a služeb. Dosažitelnost služeb týkajících se pohlavního života žen bývá podmíněna jak zažitými zvyklostmi, tak i socioekonomickými překážkami (91).

Důležitost péče o malé děti a vzdělávání je podmíněna existencí všeobecného, vysoce kvalitního a bezplatného vzdělávacího systému zajišťujícího základní i střední vzdělání. Většina zemí v evropském regionu má dobrý vzdělávací systém, avšak v některých zemích bývají děvčata v menší míře přijímána na střední stupeň vzdělání, popřípadě je častěji nedokončují. To má nejenom celoživotní dopad na nerovnost pohlaví, ale rovněž to omezuje potenciál ekonomického rozvoje a růstu jednotlivých zemí.

Ženy patří ve stáří k rizikovým skupinám s nízkou sociální pozicí. Je žádoucí věnovat pozornost zejména těm ženám, které v důsledku dosavadních životních podmínek a vysokého stáří mají mnoho zdravotních problémů. V radě případů potřebují ve zvýšené míře zdravotnické služby a přitom nejsou schopné si je zajistit.

Účinná opatření

Světové zdravotnické shromáždění svojí rezolucí WHA60.25 (2007) vyzvalo členské země, aby při přípravě zdravotních opatření a programů využívaly data dělená podle pohlaví a aby se ujistily, že tato problematika je brána v úvahu při poskytování zdravotnických služeb na všech úrovních, a to zejména pokud jde o mládež (113). V roce 2007 byl založen Evropský ústav pro rovnost pohlaví (EIGE), jako evropská agentura pomáhající EU a členským státům v úsilí dosáhnout rovnosti pohlaví. Pokud by se nepodařilo zvládnout

diskriminaci a nespravedlivé rozdíly mezi ženami a muži, došlo by ke snížení účinnosti zdravotnických služeb a bylo by velmi těžké dosáhnout Rozvojových cílů tisíciletí, zejména cílů 4 a 5 (55).

Základními předpoklady pro dosažení rovnosti pohlaví jsou: všeobecná a vysoce kvalitní péče v raném věku, vzdělání a systém zdravotní a sociální péče. Splnění těchto podmínek by umožnilo ženám pracovat, přispívat do rodinného rozpočtu a zlepšit životní šance dětí, které mají zdravotní a další problémy (např. tělesně postižené děti, děti z některých etnických skupin, např. Romové). Rovněž by to posílilo samostatnost starších žen.

Opatření realizovaná v průběhu celého života, která umožňují zvládat zdravotní nerovnosti a jejich sociální determinanty

Některá opatření postihující zdravotní nerovnosti a jejich sociální determinanty lze odvodit z hlavních etap životního cyklu.

- *Matky a děti.* Pro podporu zdraví matek a malých dětí je nutná široká škála opatření, a to nejen uvnitř zdravotnického rezortu. Důležitá opatření se týkají zajištění alespoň minimálního životního standardu, možnosti volby v oblasti reprodukce, ochrany těhotných žen v pracovním procesu, možnosti návratu matek do zaměstnání, možnosti upravy pracovní doby podle potřeb rodičů, možnost podělit se o čerpání mateřské dovolené a usilovat o rovnost mužů a žen. Taková opatření si vyžadují aktivní účast vlády a celé veřejné správy, soukromého sektoru i nevládních organizací.
- *Děti a mládež.* Rezorty zdravotnictví, školství i práce a sociálních věcí jsou společně zodpovědné za zdraví a náležitý vývoj dětí a mládeže. Spolupráce může usnadnit rozdělení kompetencí v oblasti péče o zdraví dětí a mládeže i v navazujících oblastech. Lze například připravit seznam společných úkolů a hodnotících kritérií, která jsou provázána s financováním. Rozvoj národního informačního systému a stanovení dobře definovaných ukazatelů umožní průběžně sledovat úroveň zdraví a dalších charakteristik vývoje dětí a mládeže, a to jak v populaci jako celku, tak i v jednotlivých sociálních vrstvách. Je nutné zjistit, zda stávající právní, politické a další regulační systémy odpovídají záměrům péče o zdraví dětí a mládeže. Je rovněž nutné přistoupit k nezbytným změnám, kterými by bylo zajištěno, že právo dětí a mládeže na zdraví a na vysoce kvalitní zdravotní péči je respektováno, chráněno a v celém rozsahu naplňováno (91, 106, 149).
- *Dospělí.* Práce a zaměstnání má v Evropě významnou společenskou roli. Zajišťuje finanční příjem, vytváří prestiž a poskytuje pocit vlastní hodnoty, umožňuje být společností přijat jako její respektovaný člen, který se podílí na společenském životě. Nezaměstnanost vylučuje osoby z podílu na životě společnosti a bere jim výhody, které přináší zaměstnání. V důsledku ekonomické krize však úroveň nezaměstnanosti v poslední době dramaticky roste, a to zejména mezi mladými pracovníky v některých oblastech Evropy.

Každá země by se měla snažit omezit expozici lidí nezdravému a nebezpečnému pracovnímu prostředí a měla by zavádět opatření posilující zdraví a bezpečnost při práci. Do toho patří i psychosociální opatření, která omezují stres, jako je např. zvládání pracovních povinností, jistota zaměstnání, proměnlivá pracovní doba a další opatření pomáhající rodinám, adekvátní sociální ochrana a postavení i ocenění, které odpovídá vynaloženému úsilí.

Předpokladem sociálního a ekonomického rozvoje společnosti je vyrovnaný podíl mužů a žen jak na pracovním trhu, tak i na rodinném životě.

To má důsledky pro další rozvoj i zaměstnání, pro začleňování ohrožených skupin, omezení dětské chudoby a pro dosažení rovnosti žen a mužů. Aby se podařilo dosáhnout zmíněných cílů, je nezbytné přijmout širokou škálu opatření v oblasti vzdělání, zaměstnanosti, zdravotní a sociální péče, která by lidem poskytla reálné životní možnosti.

- *Starší lidé.* Pro podporu zdravého stárnutí je žádoucí zavést opatření v oblasti daní, sociální péče, zdravotnictví, dopravy, výstavby měst, bydlení, justice a vzdělávání. Některá z těchto opatření mohou být realizována na národní úrovni, jiná lze snadněji uskutečnit v místních podmínkách jako součást národní zdravotní strategie nebo plánu (150). V mezinárodním měřítku lze věnovat pozornost rostoucímu počtu migrujících pečovateli, z nichž mnozí se věnují nechráněným a neregistrovaným činnostem v domácnostech (151).

Mnoho oblastí může přispět k dobrému životnímu prostředí, které je přátelské vůči starším lidem, umožňuje jim plnou účast na společenském životě a předchází vzniku zdravotních problémů. Patří sem např. změna pracovní doby, úprava pracovního prostředí, modifikace městského prostředí a dopravní opatření, která zvyšují bezpečnost chůze v ulicích, možnost tělesného cvičení, které pomáhá udržet funkční schopnosti, popřípadě je obnovit, programy celoživotního vzdělávání, poskytování pomůcek pro zlepšení sluchu a zraku. K efektivním metodám patří operace šedého zákalu, náhrada kyčelního kloubu a vytváření možností výdělků pro starší lidi, který jim umožní lepší život.

Jiná opatření se týkají sociálních problémů, norem a hodnot uplatňujících se v průběhu celého života.

- *Migranti.* Metody, které přispívají k sociálnímu začlenění, mohou obsahovat opatření proti diskriminaci, formy vzdělávání, které respektují potřeby migrantů, politiku zaměstnanosti zaměřenou na odstraňování překážek na pracovním trhu, sociální ochranu, opatření v oblasti bydlení a životního prostředí zaměřená na zlepšení životních podmínek a zdravotnická opatření zajišťující spravedlivou dostupnost zdravotnických služeb. Hodnocení dopadu těchto opatření na zdraví může pomoci posoudit, do jaké míry opatření jednotlivých rezortů působí na sociální determinanty zdraví.
- *Romové.* Vlády jsou povinny dodržovat a plnit všechny závazky přijaté na mezinárodní úrovni, které se týkají sociálního začleňování, chudoby, zdraví a diskriminace. Například 12 zemí, které se účastní na Dekádě začleňování Romů, se zavázalo, že připraví národní akční desetiletý plán. Problémy spojené s právy Romů a jejich začleňování budou důležitým bodem jednání se zeměmi, které se chystají na vstup do EU.
- *Rovnost pohlaví.* Během celého životního cyklu je nutné zvládat různé zvyklosti a role, které společnost spolu s nerovnoměrným rozdělením moci a prostředků přisuzuje mužům a ženám od jejich narození. Pokud jde o zdraví, ve všech zemích, v sociálních i věkových skupinách jsou expozice rizikovým faktorům a různé formy ohrožení podmíněny biologickým pohlavím a na pohlaví závislými sociálními zvyklostmi a rolemi (gender). Soustavná pozornost věnovaná těmto rozdílům ve všech oblastech při plánování, realizaci i při průběžném sledování je v anglické terminologii označována jako „gender mainstreaming“.

Posílení vlivu občanů a pacientů

Základním principem programu Zdraví 2020 je význam podílu občanů na rozhodování a vstřícnost vůči pacientům při plném zapojení všech osob. Posílení vlivu občanů je mnohostranný sociální proces, během něhož jedinci i populace posilují svoji schopnost ovlivňovat svůj životní osud. Jako součást emancipačního hnutí a rozvoje všeobecné gramotnosti si lidé ve větší míře osvojují roli spolutvůrců svého zdraví. Je zapotřebí, aby se rozvíjely schopnosti lidí ovlivňovat determinanty svého vlastního zdraví. Vzhledem k růstu aktivity a informovanosti pacientů se zvyšuje i jejich podíl na rozhodování o svém vlastním léčebném postupu. Důležitou podmínkou je zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti a dostupnost relevantních informací o zdravotní problematice.

Rostoucí počet důkazů dokládá, že zdravotní péče je mnohem účinnější, pokud jsou pacienti ve větší míře zapojeni do celého procesu zdravotní péče. Pacienti se musí stát hlavním subjektem poskytované zdravotní péče a měli by se podílet na jejím řízení, a to zejména v těch případech, kdy je péče velmi komplexní a individuálně zaměřená. Dalším důvodem je skutečnost, že ve stárnoucí populaci se častěji vyskytují chronické nemoci a polymorbidita, která si vyžaduje zapojení celého týmu zdravotnických pracovníků. Sociální a geografické rozdíly ve vzdělání, zaměstnání, v přístupu k informacím, technologiím a v dalších životních podmínkách by neměly oslabit možnost účasti pacientů i občanů na rozhodování.

Evropský region SZO je na předním místě, pokud jde o navazování nových partnerských vztahů s občanskou společností (152), a to včetně sociálních skupin vystavených většímu riziku, jako jsou osoby s HIV. Navazuje spolupráci s nevládními organizacemi, které usilují o poskytování potřebných služeb. Byly založeny nové organizace a vytvořeny nové celoevropské sociální sítě; další se úspěšně rozvíjejí, např. sociální síť osob s HIV (153).

Občanská společnost je hlavním subjektem při formulaci, podpoře a realizaci změn. Občanská společnost by měla být při poskytování potřebných služeb považována za rovnocenného partnera. Některé organizace prokázaly svou schopnost poskytovat zdravotnické služby zejména těm osobám, kterým by se jich v důsledku diskriminace a z dalších důvodů jinak nedostalo.

Posílení schopností a zapojení občanů je základní podmínkou zlepšení zdraví a zvládnutí jeho determinant. Postavení pacienta do centra pozornosti při poskytování zdravotnických služeb je důležitým předpokladem dalšího zlepšení zdravotních výsledků, výkonnosti zdravotnického systému a zvýšení spokojenosti pacientů. To vše může ve svém důsledku snížit rozsah požadavků na zdravotnické služby a omezit náklady, zlepšit komunikaci mezi pacienty a zdravotnickým personálem a přispět k dodržování léčebného režimu ze strany pacientů. Péče, která je skutečně zaměřena na pacienta, zlepšuje vnímání kvality péče, posiluje souhlas pacienta se zvoleným typem léčby, spokojenost s dosaženými výsledky a přispívá k omezení nadbytečné péče. Tím, že se pacienti a jejich rodiny podílejí na rozhodování, stávají se členy terapeutického týmu. A v neposlední řadě, péče orientovaná na pacienta respektuje kulturní tradice, osobní preference, hodnoty, rodinnou situaci a životní styl. Takový přístup ovšem vyžaduje posílení investic do vzdělání pacientů a do zdravotní gramotnosti. Dobré výsledky může přinést výraznější zapojení občanské společnosti.

K zapojení pacientů může docházet na různých úrovních. Pokud jde o kolektivní úroveň, je důležité, že každý se může zúčastnit diskuze o sociální ochraně a sociální péči, o zdraví a zdravotní péči. Na individuální úrovni jsou poskytovány informace posilující schopnosti pacientů zasvěceně rozhodovat o svém zdraví a o zvolené léčbě a v potřebné míře sledovat kvalitu poskytovaných služeb.

Je v tom zahrnuta i schopnost vybrat si poskytovatele zdravotnické služby, informovat veřejnost o výsledcích jednotlivých zdravotnických zařízení a zajistit přístup ke zdravotnické dokumentaci.

Individuální práva pacientů jsou přijímána a respektována, aby posílila a naplnila základní lidské právo na soukromí a osobní integritu v konkrétních podmínkách zdravotní péče. Pokud práva pacientů mají spíše preventivní význam, v některých případech jsou ve formě stanovisek a prohlášení, bývají doplňována zákonnými normami, které se týkají odpovědnosti zdravotnických pracovníků, a jsou provázena návrhy na odškodnění, pro případ poškození pacienta.

I když postavení pacientů může být posíleno mnoha způsoby, je zapotřebí překonat ještě mnoho překážek, např. v oblasti kultury, sociální péče i ve zdravotnictví. Ne každý je schopný nebo ochotný převzít odpovědnost za své zdraví a léčbu. I zdravotnický personál je někdy nutné přesvědčovat a motivovat, aby umožnil pacientům zaujmout významnou roli v terapeutickém procesu.

Ve snaze posílit postavení pacienta je nezbytné, aby se i zdravotničtí organizátoři vyrovnali s celou řadou problémů. Je na nich, aby se podíleli na přípravě opatření, která by usnadňovala veřejnosti zapojit se do úsilí o zdravý životní styl, a vedla by pacienty k aktivnímu podílu na své terapii i péči. Nesnadným úkolem je vytvoření vhodného informačního systému. Je nezbytné posilovat zdravotní gramotnost. Dalším těžkým úkolem je zajistit pro zdravé osoby i pacienty možnost výběru, aby se mohli opřít o důvěryhodné informace a uplatnit svou svébytnost. Nebezpečí zde představuje konzumní přístup, který může ohrozit snahu zlepšit zdravotní péči, využívat věrohodné informace a v potřebné míře koordinovat péči o zdraví.

Zajištění zdravého bydlení pro mladé lidi je jednou z nejdůležitějších investic do zdraví a do posílení schopnosti lidí věnovat se svému zdraví. Mladí by se měli stát aktivním subjektem takové strategie a měli by být mobilizováni všichni, kteří mohou pomoci připravit a realizovat zdravotní programy pro mládež. Obsahem takových aktivit může být vzdělávání mezi vrstevníky, zapojení mládežnických organizací a využití školských programů zaměřených na zdravotní gramotnost. Zvláštní pozornost je žádoucí věnovat duševnímu a sexuálnímu zdraví.

Čelit největším zdravotním problémům Evropy – neinfekčním i infekčním nemocem

Program Zdraví 2020 se zaměřuje na řadu účinných integrovaných strategií a intervencí, jejichž cílem je řešení hlavních zdravotních problémů regionu. Jedná se především o neinfekční a infekční nemoci. Oba typy vyžadují kombinaci cílených aktivit veřejného zdravotnictví a systému zdravotní péče. Účinnost těchto strategií je posilována aktivitami zaměřenými na spravedlnost, sociální determinanty zdraví, na posilování aktivního postoje lidí k vlastnímu zdraví a na vytváření zdravého životního prostředí. Aby bylo možné zvládnout značné potíže, které jsou v Evropě způsobovány chronickými neinfekčními nemocemi, je žádoucí kombinovat a společně využívat všechny vhodné metody.

Program Zdraví 2020 podporuje uplatnění integrovaného přístupu zapojujícího všechny úrovně veřejné správy a celou společnost. To se osvědčilo při realizaci mnoha předchozích regionálních a globálních programů. Je totiž zřejmé, že aktivity zaměřené na ovlivnění individuálního chování mají jen omezený dopad. Neinfekční nemoci jsou nerovnoměrně rozšířeny, a to jak mezi zeměmi, tak i uvnitř států. Jejich výskyt je úzce spjat s existencí a účinností opatření orientovaných na sociální determinanty zdraví. Úkolem zdravotnického systému je jednak zajistit účinnou prevenci, a jednak čelit nárůstu chronických nemocí, a to včetně duševních poruch a nemocí souvisejících s věkem.

Neinfekční nemoci

Situační analýza

V evropské statistice příčin smrti zaujímají neinfekční nemoci přední místo. V roce 2008 na ně zemřelo přibližně 80 % osob z celkového počtu zemřelých. Nejčastější příčinou smrti jsou kardiovaskulární nemoci, na něž umírá přibližně 50 % zemřelých. Zmíněný podíl však mezi jednotlivými zeměmi kolísá a je podmíněn vývojem a skladbou existujících rizikových faktorů. V zemích EU, které do ní vstoupily před květnem roku 2004, je to okolo 35 %, naproti tomu v zemích bývalého Sovětského svazu je podstatně vyšší, a to 65 %. Kardiovaskulární nemoci jsou rovněž nejčastější příčinou předčasných úmrtí. Jejich počet se však v nedávné době začal snižovat. Problémy, které přinášejí nemoci svalového a kosterního aparátu a neurodegenerativní choroby, narůstají v návaznosti na stárnutí populace.

V evropském regionu se zátěž, kterou představují neinfekční nemoci, mění, jak pokud jde o strukturu, tak i co se týče podílu z celkového počtu zemřelých. V evropském regionu během posledních dvou až tří desetiletí souhrnná úmrtnost na kardiovaskulární nemoci klesala. Avšak některé rozdíly se zvětšily. Během zmíněného období klesla úmrtnost na kardiovaskulární nemoci v zemích EU15 na polovinu, zatímco v zemích bývalého Sovětského svazu narostla o 10 %. Úmrtnost na zhoubné nádory ve svém souhrnu stagnuje, ve struktuře úmrtnosti na zhoubné nádory však dochází k některým změnám. Rychle klesá např. úmrtnost na bronchogenní karcinom u mužů a současně však narůstá úmrtnost na bronchogenní karcinom u žen (70).

Neinfekční nemoci jsou hlavní příčinou tzv. zátěže, která je počítána na základě údajů úmrtnosti i nemocnosti. Na předních místech je při použití ukazatele DALYs deprese a ischemická srdeční nemoc. Neinfekční nemoci spolu navzájem souvisejí. Například duševní nemoci se častěji vyskytují u osob s kardiovaskulárními nemocemi, nádory a u osob s cukrovkou. Deprese nepříznivě ovlivňuje průběh i výsledek ostatních chronických nemocí a na druhé straně, výskyt neinfekčních nemocí zvyšuje pravděpodobnost vzniku deprese (154).

Tyto nemoci mají výrazné ekonomické důsledky. Např. kardiovaskulární nemoci stojí ekonomiku EU přibližně 192 miliard € ročně (155). I když náklady zdravotnického rezortu rostou, dochází i mimo něj k významným ekonomickým důsledkům. Zaměstnavatelům rostou náklady vzhledem k pracovní neschopnosti zaměstnanců, snížené produktivitě a k obměně pracovníků. Jednotlivci a jejich rodiny se musí vyrovnat s poklesem příjmu, s odchodem do předčasného důchodu, s rostoucí závislostí na sociální péči a s přímými i nepřímými náklady na nemoc (156, 157). Stát utrpí značnou ztrátu v důsledku menšího výběru peněz z daní, a to jak z příjmu, tak vzhledem k nižší spotřebě obyvatel i z DPH.

Další vývoj nepříznivých důsledků, které přinášejí zmíněné nemoci, bude záviset na společném působení tří faktorů. Jednak jsou to demografické změny, např. stárnutí populace a poměrně velká migrace. Dále to jsou změny způsobené vývojem a strukturou rizikových faktorů podmíněné urbanizací a ekonomickou globalizací. A konečně je to i pokles výskytu infekčních nemocí. V evropském regionu roste spotřeba tabáku mezi ženami a děvčaty, a to zejména v jeho východní části. Spotřeba alkoholu roste ve východních oblastech, zatímco v západní části regionu jen mírně klesá. Celkový výskyt obezity a nadváhy nebezpečně narůstá jak u dospělých, tak u dětí (70).

Odhaduje se, že v evropském regionu se podíl osob starších 85 let zvýší během dvou desetiletí o 50 %. Stěhování do i z evropského regionu narůstá. Migranti mají obvykle více neinfekčních nemocí a jsou více vystaveni rizikovým faktorům než domácí populace a mívají omezený přístup ke zdravotním a sociálním službám.

Zdravotní determinanty, jejichž důsledkem jsou zmíněné rozdíly, jsou komplexní a zahrnují individuální i sociální faktory. Individuální rozdíly v náchylnosti k nemoci a v odolnosti vůči nim jsou do určité míry podmíněny geneticky. Komise SZO zaměřená na sociální determinanty zdraví připisuje nespravedlivé zdravotní rozdíly podmínkám, do nichž se lidé rodí, v nichž žijí, pracují a stárnou. K rozdílu přispívá i zdravotnický systém, který se snaží zvládnout nemoci. Sociální determinanty jsou z širšího hlediska podmíněny rozdíly v distribuci moci, peněz a dalších prostředků (27).

Nejzávažnější nemoci dospělých vznikají během dlouhého časového intervalu. Zdravotní důsledky chování, které poškozuje zdraví, se obvykle projeví až po delší době expozice, obvykle až v dospělosti nebo ve stáří. Akumulace a spojení různých nepříznivých faktorů vede u mnoha jedinců i skupin ke zvýšené pravděpodobnosti předčasného úmrtí a invalidity. Pomoc v kterékoli fázi životního cyklu na makro a mikro úrovni může přispět ke zvýšení odolnosti a ke zlepšení zdraví a životní pohody.

Jak výskyt chování, které je pro zdraví nebezpečné, tak i náchylnost k nemoci je v populaci rozložena nerovnoměrně v návaznosti na socioekonomickou pozici a na některé demografické charakteristiky, jako je např. rasa, etnikum nebo pohlaví. Například vyšší vzdělání úzce souvisí se zdravější výživou a s menším výskytem kuřáctví. Zmíněné faktory rovněž ovlivňuje konzumní společnost, intenzivní marketing a v některých společnostech i chybějící regulační mechanismy bránící prodeji nebezpečného zboží.

Výsledky výzkumu dokládají, že rizikové faktory neinfekčních nemocí, např. cukrovky 2. typu a srdečních nemocí začínají působit už v raném dětství a dokonce i dříve, během fetálního života. Zdraví je značně ovlivněno socioekonomickou pozicí na začátku života. Její důsledky se projevují později výskytem neinfekčních nemocí. Zdraví a aktivita ve stáří je souhrnem působení životních podmínek během celého dosavadního života. Mají-li se omezit nepříznivé lidské i sociální důsledky neinfekčních nemocí, je nezbytné trvat na celoživotní snaze zlepšit zdraví lidí.

Účinná opatření

Je žádoucí věnovat pozornost čtyřem formám životního stylu a chování: kouření, nebezpečné pití alkoholu, sedavý způsob života a nezdravá výživa (20,158–161). I když jsou jednotlivá cílená opatření uvedena níže, je vhodné připomenout, že osoby jsou obvykle vystaveny několika rizikovým faktorům současně, a proto za nejúčinnější lze označit integrovaná opatření, která lépe postihují souhrnnou situaci. Je rovněž vhodné uvést, že narůstá tendence využívat v širším měřítku již schválená regulační a restriktivní opatření, pokud jsou považována za účinná a sociálně přijatelná (např. pokud jde o kouření).

Účinné a odůvodněné strategie týkající se omezení kouření již byly vypracovány a shrnuty SZO v Rámcové smlouvě o kontrole tabáku (20) a dále ve strategii MPOWER (162), která pomáhá realizovat rámcovou politiku na lokální úrovni. Strategie obsahuje šest opatření: sledovat spotřebu tabáku a účinnost preventivních opatření; chránit osoby před expozicí tabákovému kouři; poskytovat pomoc při odvykání kouření; varovat před nebezpečnými účinky tabáku; omezit jak reklamu na tabákové výrobky a jejich prosazování, tak i s tabákovými produkty spojené sponzorství; a prosadit zvýšení daní z tabákových výrobků. Opatření směřující k omezení kouření jsou po očkování dětí druhou nejefektivnější investicí pomáhající zlepšit zdraví lidí. Pokud by z rámcové smlouvy mělo být využito alespoň jedno doporučení, pak by to mělo být zvýšení cen tabákových výrobků. Je to nejúčinnější jednotlivé opatření snižující spotřebu tabákových výrobků a motivující k zanechání kouření (163).

Prevence: determinanty a rizikové faktory

Aby se podařilo omezit nebezpečné pití alkoholu, opatření by měla brát v úvahu odlišnosti jednotlivých zemí a zvážit možnosti jak přimět lidi, aby změnilí své chování. Všechny země by však měly zvážit tato opatření: vytvořit systém zdanění alkoholických nápojů, který by bral v úvahu procento alkoholu a jehož nedodržování by bylo provázeno konkrétními sankcemi, regulovat počet a strukturu prodejních míst, regulovat prodejní dobu a omezit prodejní dny, stanovit vhodnou věkovou hranici pro nákup a konzumaci alkoholických nápojů a přijmout další opatření, která by zamezila mládeži nakupovat a pít alkohol, zavést a prosadit horní limit hladiny alkoholu v krvi pro řidiče, a stanovit nižší limit pro profesionální, mladé a začínající řidiče, zavést ověřování střízlivosti a namátkové dechové zkoušky na alkohol, podporovat zjišťování problémů spojených s alkoholem v základní zdravotní péči, včetně odhalení alkoholizmu u těhotných žen a žen pečujících o malé děti. Vytvořit koordinovaný a integrovaný systém prevence, léčby a péče o osoby, které mají problémy s alkoholem v návaznosti na další nemoci, jako např. užívání drog, deprese, sebevraždy, infekce HIV a TBC (164).

Pravidelná tělesná aktivita významně zlepšuje zdraví, omezuje riziko většiny chronických neinfekčních nemocí a přispívá k duševnímu zdraví i k celkové životní pohodě (165). Účast na cvičení rozšiřuje možnosti sociálních kontaktů a upevňuje pocit sounáležitosti s určitou sociální skupinou (166). Je vhodné zdůraznit příznivý vliv střední až vyšší tělesné aktivity, které by se měl dospělý věnovat po 30 minut denně a dítě 60 minut denně (167). Když byly k tělesné aktivitě přivedeny skupiny, pro které byl dosud typický sedavý způsob života, vedlo to ke zlepšení jejich zdraví. Sociální a životní prostředí by mělo být uzpůsobeno tak, aby tělesná aktivita byla bezpečná a mohla se snadno stát součástí běžného života, např. úprava komunikací umožňující bezpečnou chůzi a jízdu na kole (168).

V prevenci neinfekčních nemocí hraje významnou úlohu zdravá strava, která umožňuje rovnováhu energetické bilance a napomáhá k dosažení odpovídající hmotnosti, omezuje příjem energie z tuků, přesunuje spotřebu nasycených tuků k nenasyceným a omezuje přísun mastných kyselin, snižuje příjem volného cukru a soli, ujišťuje se, že sůl je jodidována, zvyšuje příjem ovoce a zeleniny, luštěnin, cereálií a ořechů. V materiálu SZO týkajícího se globální strategie výživy, tělesné aktivity a zdraví (169) je uvedeno, že země by měly přijmout kombinaci opatření odpovídajících jejich možnostem a epidemiologické situaci, která jsou zaměřena na vzdělávací programy, komunikaci a na motivaci zájmu veřejnosti, na gramotnost dospělých, na marketing, reklamu, sponzoring, označování potravin, vyřizování stížností a hodnocení informací, které mají vztah ke zdraví. A dále, potravinová a zemědělská opatření by měla být v souladu s ochranou a podporou zdraví lidí.

Spolu s podporou zdraví a prevencí nemocí, která je zaměřena na již uvedené čtyři hlavní rizikové faktory, je nutné brát v úvahu sexuální zdraví, infekční nemoci a vliv životního prostředí na zdraví, a to zejména co se týče prevence zhoubných nádorů a prevence geneticky podmíněných nemocí. Legislativa a prosazení regulačních mechanismů může omezit expozici kancerogenním látkám na pracovišti i v životním prostředí. Výchovou ke zdravému pohlavnímu životu a očkováním lze předcházet nádorům, jejichž příčinou jsou viry (papilomavirus, žloutenka typu B).

Riziko, že osoba onemocní, závisí na její náchylnosti k nemoci a na interakci mezi ní a širším životním prostředím. Některé nemoci, jako je např. cukrovka a astma jsou geneticky podmíněny (170). Poznání a pochopení osobního genetického profilu umožňuje individualizovanou prevenci nemocí. Je ovšem třeba dokázat, že takový postup zlepšuje výsledky dosavadních účinných

preventivních opatření realizovaných na úrovni celé populace (171). Naproti tomu rostoucí počet důkazů poukazuje na výrazný vliv životního prostředí na vznik chronických nemocí. Např. znečištění ovzduší (vnitřního i vnějšího) zvyšuje riziko astmatu a dalších nemocí dýchacího systému. Jemné prachové částice v ovzduší zvyšují riziko kardiovaskulárních nemocí a bronchogenního karcinomu a významně ovlivňují naději dožití (172). Radon je po kouření druhá nejzávažnější příčina bronchogenního karcinomu. Primární prevence nemocí spočívá ve snížení nebo ve vyloučení rizikových faktorů zevního prostředí (173). K příkladům dokládajícím, že opatření v rámci životního prostředí mohou významně pozitivně ovlivnit zdraví lidí, patří zákaz kouření na veřejných místech a snížení znečištění ovzduší, což přispělo k omezení výskytu kardiovaskulárních nemocí.

Včasné odhalení nemoci, pokud je možné ji účinně léčit, je významnou součástí integrované zdravotní péče. Např. by bylo možné vyléčit jednu třetinu pacientů se zhoubným nádorem, pokud by nemoc byla včas zjištěna a pokud by byla bezprostředně zahájena léčba. Rostoucí znalosti veřejnosti i zdravotníků o počátečních symptomech nádorů mohou přispět k tomu, že nemoc bude zachycena včas a že následná léčba bude účinná a hospodárná. Pokud jde o včasný záchyt nemocí, je patrné, že existují rozdíly uvnitř zemí i mezi nimi. Když zdravotnický systém podporuje a realizuje skrínigové programy, které zahrnou ty, kterým mohou pomoci, potom to vede k prevenci invalidity a úmrtí a přispívá to ke kvalitě života. Existují údaje, které potvrzují, že v těch zemích, které dokáží poskytnout účinnou terapii, patří časný záchyt karcinomu prsu a karcinomu děložního čípku k účinným metodám sekundární prevence (174).

Další z ověřených klinických preventivních metod spočívá na hodnocení zvýšeného individuálního rizika kardiovaskulární nemoci na základě skóre vypočítaného ze zjištěných údajů o věku, pohlaví, kouření, diabetu, o krevním tlaku a cholesterolu. Na základě desetiletého sledování bylo prokázáno, že u osob se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních nemocí o 15 % je velmi efektivní užívat kombinace léků (aspirin, betablokátory, diuretika a statiny), a to dokonce i v zemích s nízkými a středními příjmy (175).

Chronické neinfekční nemoci jsou hlavní příčinou zdravotních postižení, jako je slepota, amputace dolní končetiny u diabetiků, nebo motorické dysfunkce po mrtvici. Odhaduje se, že nemoci pohybového ústrojí tvoří v EU polovinu pracovní neschopnosti a 60 % případů invalidity.

To není nevyhnutelné. Včasná a účinná léčba může vést k vyléčení a popřípadě i ke snížení pravděpodobnosti jak recidivy, tak i dlouhodobých nepříznivých následků. Rehabilitace a zlepšené metody péče dovedou upravit následky nemocí tak, že i těžká postižení lze zvládnout. Úpravy domácího a pracovního prostředí mohou lidem pomoci zachovat si soběstačnost a pracovní aktivitu. Například rehabilitace po infarktu zaměřená na cvičení vedla k podstatnému snížení úmrtnosti a léčba mrtvice na specializovaném oddělení snížila o 25 % úmrtnost nebo podíl závislosti na okolí v důsledku neschopnosti vykonávat běžné denní činnosti. I když prevalence a závažnost mnohých chronických nemocí a jejich následků narůstá ve stáří, není to nevyhnutelný důsledek stáří.

Nedělitelnou součástí dlouhodobé péče je paliativní péče. Pomáhá lidem, aby i v konečných stadiích nemoci měli co nejvyšší kvalitu života a umožňuje jim pokojný a bezbolestný konec života. I když se nejčastěji poskytuje nemocným

Počáteční stadia nemocí, skrínig a časná diagnóza

Prevence zdravotního postižení a invalidity

se zhoubným nádorem, je jako součást terminální péče přínosem i pro ostatní nemocné. Jednoduché a relativně nenákladné opatření, jako je perorální podávání morfinu při velkých bolestech, může zlepšit kvalitu života velkého počtu lidí.

Shrnutí: integrovaný přístup

Během roku 2011 došlo v oblasti neinfekčních nemocí k několika významným událostem. První celosvětová ministerská konference o zdravém životním stylu a zvládání neinfekčních nemocí se konala v Moskvě v dubnu roku 2011. Jejím výsledkem byla Moskevská deklarace (176), která byla přijata Světovým zdravotnickým shromážděním v květnu 2011 (177). Regionální výbor SZO pro Evropu schválil v září 2011 akční plán pro neinfekční nemoci (178) a alkohol (179). Bylo rovněž svoláno zasedání na nejvyšší úrovni o prevenci a zvládání neinfekčních nemocí v rámci Valného shromáždění OSN. Spojilo problematiku neinfekčních nemocí s rozvojem oblastí. Výsledkem byla politická deklarace (180), která nastínila velikost, hrozbu a dopad neinfekčních nemocí a vymezila metody, jak zvládat stávající problémy prostřednictvím zapojení vlády a celé veřejné správy i aktivitou celé společnosti.

Regionální priority jsou zakotveny v těchto hlavních dokumentech: Politická deklarace OSN o neinfekčních nemocech (180), Rámcová úmluva SZO o kontrole tabáku (20), Globální strategie o výživě, tělesné aktivitě a zdraví (169). Globální strategie a regionální akční plán o nebezpečném požívání alkoholu (179), Akční plán prevence a zvládání neinfekčních nemocí (178) a Akční plán duševního zdraví. Základem je podpora zdraví, která byla definována v Ottawské chartě podpory zdraví (30). Tyto oblasti aktivit koordinují jednotlivé vlády a připravují mezirezortní strategii s uvedením cílů a úkolů, které by byly zaměřeny na řešení hlavních problémů souvisejících s neinfekčními nemocemi.

Dvě skupiny nemocí (kardiovaskulární nemoci a zhoubné nádory) jsou příčinou téměř tří čtvrtin všech úmrtí v evropském regionu SZO. Tři hlavní skupiny nemocí (kardiovaskulární nemoci, zhoubné nádory a duševní poruchy) způsobují více než polovinu zátěže měřené ukazatelem DALYs, kterou na populaci kladou všechny nemoci. Bylo by možné předejít značnému počtu předčasných úmrtí. Odhaduje se, že preventabilních je 80 % všech nemocí srdce, mrtvic a diabetu 2. typu a nejméně jedna třetina nádorů (181). Existující rozdíly uvnitř zemí i mezi nimi dokládají, jak obrovské jsou možnosti zlepšení zdraví.

Hlavní prioritou je realizovat přijatá opatření v plném rozsahu, spravedlivě, snižovat nežádoucí rozdíly a ujistit se, že existující znalosti jsou lépe využívány a že je dodržována profesionální etika. Neinfekční nemoci mají mnoho společných rizikových faktorů a determinant, u některých jsou účinná i obdobná preventivní opatření. Lze je ovlivňovat jak v průběhu nemoci, tak během celého životního cyklu. Např. sedm hlavních rizikových faktorů (kouření, alkohol, vysoký krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu, nadváha, nízká spotřeba ovoce a zeleniny a sedavý způsob života) má v Evropě na svědomí téměř 60 % zátěže způsobené nemocemi. Integrovaná preventivní opatření zaměřená na zmíněné skupiny rizikových faktorů spolu s péčí o chronicky nemocné pacienty může přinést dobré výsledky (182).

Evropská strategie prevence a zvládání neinfekčních nemocí (183) se hlásí k souhrnnému a integrovanému řešení: doporučuje zavádět v populačním měřítku programy podpory zdraví a prevence nemocí, aktivně se věnovat skupinám i jednotlivcům vystaveným vysokému riziku, poskytovat všem

potřebným účinnou léčbu i péči a integrací všech záměrů a aktivit snižovat nežádoucí rozdíly ve zdraví. V souladu s mezinárodní snahou zaměřit se na to nejužitečnější („best buys“) (184, 185), se akční plán pro realizaci této strategie (178) zaměřil zejména na soubor opatření, která mohou co nejučinněji ovlivnit úmrtnost a nemocnost: ovlivnit spotřebu potravin daňovou regulací a reklamou, nasycené tuky nahrazovat v potravě nenasycenými mastnými kyselinami, omezit spotřebu soli, hodnotit a ovlivnit kardio-metabolické riziko a zajistit vyhledávání časných stadií nádorových onemocnění. Tato opatření jsou provázána snahou o zvýšení pohybové aktivity a o vytváření zdravého životního prostředí (např. pracoviště a bydlení).

Je rovněž nutné připomenout význam očkování proti některým nádorovým onemocněním (hepatitis B – rakovina jater a papilomavirus – karcinom děložního čípku). Z hlediska potenciálního dopadu na kvalitu života si zaslouží zmínku také další oblast, kterou představuje paliativní péče v terminální fázi onemocnění, především účinná léčba bolesti.

Duševní zdraví

Situační analýza

Pokud použijeme ukazatel DALYs, duševní poruchy tvoří v evropském regionu, druhou největší část zátěže způsobenou nemocemi (19 %) a jsou nejdůležitější příčinou invalidity. Stárnutí populace přispívá k nárůstu výskytu demence. Běžné psychické poruchy (deprese a úzkostné stavy) postihují každý rok 25 % osob. Avšak kolem 50 % osob trpících psychickými nemocemi nedostává žádnou léčbu. Společenské stigma a diskriminace jsou hlavní důvody, proč lidé nevyhledávají potřebnou pomoc.

Oblast duševního zdraví významně ovlivňuje výskyt nežádoucích zdravotních rozdílů. Duševní problémy mají závažné důsledky nejen pro jednotlivé osoby a jejich rodiny, ale i pro konkurenceschopnost ekonomiky a životní pohodu společnosti. Špatné duševní zdraví není jen příčinou, ale i následkem nespravedlnosti, chudoby a sociálního vyloučení. Duševní problémy jsou rovněž rizikovým faktorem nemocnosti a úmrtnosti na mnoho dalších nemocí. Bylo zjištěno, že výskyt deprese výrazně ovlivňuje dobu přežití lidí s kardiovaskulárními nemocemi a nádory. Problémy s depresí mají dvakrát častěji ženy než muži.

Téměř všechny země evropského regionu přijaly v oblasti duševních nemocí významná opatření i právní normy. Avšak existují značné rozdíly, pokud jde o kapacitu a kvalitu péče. Zatímco některé země zavřely, nebo podstatně zredukovaly počet ústavů a nahradily je různými formami komunitní péče, jiné země dosud plně spoléhají na tradiční ústavní psychiatrické služby a 90% nákladů na psychiatrickou péči je určeno pro psychiatrické ústavy. Investice do programů usilujících o prevenci duševních poruch v dětství, které často předznamenávají celoživotní potíže, jsou téměř zanedbatelné.

Nejefektivnější opatření, které přichází v úvahu na populační úrovni, je vytváření pracovních míst ve veřejném sektoru nebo vhodnými pobídkami v soukromém sektoru. S rostoucím zájmem je studován vztah zaměstnání a duševních poruch, neboť dobré zaměstnání je příznivé jak pro zdraví, tak i pro další okolnosti, které s ním souvisejí (dobrá úroveň bydlení, sebeúcta a sociální participace). To může přispět ke zvýšení počtu zdravých a produktivních pracovních sil a současně je to přínosem pro rodiny i celou společnost. Účinné služby pracovního lékařství mohou pomoci zjistit, sledovat a pomáhat zvládnout pracovní rizika od samého začátku zaměstnání. Jsou-li některé skupiny vystaveny vyššímu riziku, je prospěšné, pokud jsou vhodně

informovány a průběžně sledovány. Osoby s duševními problémy by měly být zachyceny v systému primární péče a lidé s těžšími poruchami by měli být odesláni ke specialistům.

Účinná opatření

Regionální evropská strategie SZO věnovaná duševnímu zdraví je připravována a očekává se, že bude předmětem jednání Evropského regionálního výboru SZO v roce 2013. Součástí strategie je záměr udržet životní pohodu společnosti v dobách, kdy ekonomický růst je minimální a veřejné výdaje jsou omezeny. Důsledkem je růst nezaměstnanosti (zejména dlouhodobé nezaměstnanosti) a chudoby. S tím souvisí i nárůst depresí, zatímco se psychiatrické služby potýkají s poklesem finančních prostředků. Nepříznivé jsou rovněž důsledky psychosociálního stresu vyvolaného nejistotou zaměstnání. Významným úkolem je zajistit možnost včasné diagnózy deprese a preventivně působit proti sebevraždám prostřednictvím komunitních programů a dalších metod, jako je např. krizová telefonní linka a poradenská služba. Mladým lidem vystaveným riziku by měla být poskytnuta pomoc ve škole, např. formou varovných systémů a zamezením šikany. Je rozvíjen výzkum, jehož posláním je lépe pochopit vztahy mezi duševními poruchami a sociální marginalizací, nezaměstnaností, bezdomovectvím, alkoholem a užíváním drog. Je žádoucí věnovat pozornost i novým formám závislostí, které vznikají v důsledku nových informačních technologií a tzv. virtuálních světů.

Některé země reagují na ohrožení svých občanů rozšířením poradenských služeb. Je rovněž věnována pozornost vztahu deprese a zadluženosti. Pro zajištění finanční bezpečnosti jsou velmi důležité poradenské služby usnadňující zvládnout rizika zadluženosti.

Právo na zdravotní péči vyžaduje, aby psychiatrická péče byla bezpečná, podpůrná a všeobecně dostupná, aby každý pacient byl léčen s úctou a aby u každého pacienta byla respektována jeho důstojnost. Nemocné osoby by se měly podílet na rozhodování o své terapii. Zdravotníci poskytující psychiatrické služby by měli vést pacienty k tomu, aby si volili metody poskytované péče, měli by jim usnadňovat přístup k informacím a měli by je zapojit do rozhodování o formách, poskytování a hodnocení zdravotnických služeb.

Nebezpečí, které je spojeno s duševními nemocemi, je i příležitostí pro navázání nových netradičních vazeb mezi subjekty, které dosud v této oblasti nespolupracovaly, jako jsou např. dobročinné organizace, finanční poradenství, a služby, které na komunitní úrovni pečují o duševní zdraví. Základní podmínkou účinnosti i efektivity přijatých opatření je jejich koordinace. Pracovníci komunitních služeb pečujících o duševní zdraví mají pro tuto roli potřebné předpoklady.

SZO připravila akční program týkající se duševního zdraví (186), v němž jsou konkretizována účinná opatření věnovaná duševním poruchám. Evropská regionální úřadovna SZO se v nově chystaném materiálu bude zabývat metodami jak zlepšit duševní zdraví a pohodu, jak předcházet vzniku duševních nemocí a jak zajistit všeobecný a spravedlivý přístup k vysoce kvalitní péči. Regionální úřadovna rovněž spolupracuje s jednotlivými zeměmi na odborné přípravě pracovníků, kteří by byli schopni zvládnout stávající problémy.

Systémy pečující o duševní zdraví rozšířily svou působnost i mimo své tradiční oblasti, tedy prevenci a léčbu duševních nemocí. Vhodná opatření, legislativa a její zavedení směřuje k vytváření struktur a zdrojů, jejichž cílem je umožnit lidem s duševními nesnáze, aby využili své vlastní schopnosti a aby žili rodinným i společenským životem. Podmínkou pro dosažení zmíněného cíle jsou takové aktivity a služby, které posílí schopnosti a možnosti lidí i sociálních skupin, a v neposlední řadě je to ochrana a podpora lidských práv.

Úrazy a násilí

Situační analýza

V evropském regionu způsobí úrazy, ať už neúmyslné (dopravní nehody, otravy, utonutí, požáry a pády) nebo úmyslné (násilí v důsledku mezilidských vztahů a sebepoškození) ročně 700 000 úmrtí (187). Jsou na prvním místě příčin smrti ve věku 5–44 let. Přední místo zaujímají dopravní nehody, otravy, násilí mezi osobami a sebepoškození. Úrazům lze připsat 9 % úmrtí v regionu, ale 14 % zátěže způsobené nemocemi při použití ukazatele DALYs (188). I když dřívější trend byl klesající, v současné době je patrné, že v dobách socioekonomických a politických změn úmrtnost v důsledku úrazů roste (189). Úrazy jsou v regionu hlavní příčinnou nespravedlivých zdravotních nerovností. Úmrtnost v důsledku úrazů je v zemích bývalého Sovětského svazu čtyřikrát vyšší než v EU. K 76 % úmrtí v regionu dochází v zemích s nízkými a středními příjmy.

V rámci jednotlivých zemí úrazy a násilí úzce souvisejí se socioekonomickým postavením a jsou příčinou zdravotní nerovnosti. Výrazné jsou zejména tyto rizikové faktory: zneužívání alkoholu a drog, chudoba, deprivace, nízké dosažené vzdělání a nebezpečné prostředí (190, 191). Zmíněné rizikové faktory rovněž souvisí s výskytem neinfekčních nemocí a se schopností na ně společně a účinně reagovat. Mnoho rizikových faktorů je sociálně podmíněno. Příprava preventivních strategií by měla vzít v úvahu kořeny rizikových faktorů a možnosti změn individuálního a skupinového chování.

Násilí mezi muži a ženami je jedním z citlivých indikátorů rovnosti pohlaví a může výrazně ovlivnit tělesné i duševní zdraví. V evropském regionu sice nejsou k dispozici srovnatelná data, ale dílčí studie v některých zemích doložily, že 10–60 % žen bylo napadeno partnerem.

Účinná opatření

V evropském regionu je ve světovém měřítku několik nejbezpečnějších zemí. Kdyby všechny země regionu snížily úmrtnost v důsledku úrazů na úroveň těch nejlepších, odhaduje se, že by v regionu mohlo být každoročně zachráněno půl milionu životů. Země, v nichž je úrazovost nízká, pojmají investice do bezpečnosti jako svou sociální povinnost. Bezpečného prostředí a žádoucího chování (na silnicích, doma i v nočním životě) se jim podařilo dosáhnout kombinací opatření v oblasti legislativy, technologií, výchovy a vzdělání (190). Bylo nutné zapojit i jiné rezorty, než je zdravotnictví. Řešení problému násilí a úrazů by se mělo stát prioritou všech politiků a všech rezortů (192). Opatření by měla být realizována ve všech životních etapách. To, co se podaří zvládnout v dětství, je přínosem i pro další život.

Věrohodné údaje dokládají, že prevence úrazů může být účinná a efektivní. To potvrzuje, že investice do této prevence je přínosem pro společnost jako celek. Např. každé € investované do bezpečných dětských sedaček ušetří 32 €; pro motocyklistickou helmu je to 16 €, pro požární hlásič 69 €; pro domácí návštěvy informující rodiče o nebezpečí zneužívání dětí 19 €, pro preventivní prohlídky dětským lékařem 10 € a pro toxikologická centra 7 € (193). SZO navrhla 100 ověřených opatření, jejichž realizace by podstatně omezila nerovnosti v důsledcích úrazů v evropském regionu (192). Ta zahrnují preventivní opatření jak na populační, tak i na individuální úrovni, např. omezení zneužívání alkoholu (hlavní rizikový faktor úrazů a násilí). Na populační úrovni patří k efektivním opatřením zejména regulace, cenová opatření a omezení reklamy. Na individuální úrovni je to zejména poradenská činnost lékaře. Jádrem strategie SZO je působení na členské státy, aby přijaly 100 již zmíněných opatření, která byla potvrzena rezolucí Evropského

regionálního výboru SZO EUR/RC55/R9 zaměřenou na prevenci úrazů (194). Opakovaná šetření dokládají, že dosavadní dosažené výsledky jsou dobré, i když je toho třeba ještě hodně udělat.

Příkladem opatření v konkrétní oblasti je rezoluce OSN vydaná 11. května roku 2011 zaměřená na aktivity usilující o zvýšení bezpečnosti silničního provozu v letech 2011–2020. Mnoho zemí evropského regionu zařadilo bezpečnost silničního provozu do svého vnitrostátního programu. SZO je v kontaktu s ministry zdravotnictví jednotlivých zemí i s dalšími partnery a snaží se přispět ke splnění národních cílů. Mnoho zemí chce snížit do roku 2020 počet úmrtí v důsledku dopravních úrazů na polovinu. Ve snaze získat potřebné argumenty a zastavit dosavadní násilí jsou v některých zemích realizovány výzkumné studie zjišťující nepříznivé zkušenosti dětí. Výsledky jsou prezentovány na národní úrovni, stávají se předmětem dialogu a vedou k tomu, že podpora zdraví dětí a programy prevence špatného zacházení s dětmi a se stávají prioritou. Dále byla zaznamenána zvýšená aktivita ve dvou dalších, poněkud zanedbávaných oblastech: násilí mezi mládeží a špatné zacházení se staršími lidmi.

Pokud se podaří realizovat doporučená opatření, mohou být omezeny důsledky, které přinášejí úrazy. Jak již bylo uvedeno, SZO navrhla 100 opatření i metody, jak je realizovat a sledovat jejich průběh (194). Zavést zmíněná opatření je hlavním úkolem v oblasti prevence úrazů a násilí. Vzhledem k tomu, že některá z nich leží mimo oblast působnosti ministerstva zdravotnictví, je nezbytné, aby se zdravotnický systém stal výraznějším iniciátorem a propagátorem potřebné prevence. To znamená hájit a navrhovat opatření, rozvíjet a řídit preventivní aktivity, průběžně sledovat vývoj situace, dbát na výzkum a hodnocení, zajišťovat zdravotní péči a rehabilitaci pro oběti úrazů a násilí. Aby zdravotnický sektor splnil v tomto ohledu své poslání, měl by využít materiál SZO (TEACH VIP curriculum) a zařadit jej do odborné přípravy zdravotnických pracovníků (196).

Infekční nemoci

Situační analýza

I když infekční nemoci při použití ukazatele DALYs (82,197) jsou pro populaci relativně jen menší zátěží, představují v evropském regionu důležitou skupinu nemocí a předčasných úmrtí, kterým bylo možné předejít. V mnoha zemích byly dosaženy skvělé výsledky, pokud jde o zvládnutí celé řady infekčních nemocí, jako je dětská obrna, černý kašel, malárie a přenos nákazy HIV na dítě. Evropský region však v této oblasti čelí dosud mnoha vážným problémům. Je to např. nárůst infekce HIV a tuberkulózy, návrat některých nemocí, proti nimž existuje očkování, a narůstající rezistence na antibiotika.

Spolu se stárnutím populace narůstá v evropském regionu podíl obyvatel náchylný k některým infekčním nemocem (chřipka) a k některým závažným komplikacím (septikémie). V budoucnosti bude žádoucí zavést očkovací programy určené starším lidem.

Evropský region je centrem světového obchodu a turistiky. Je proto vystaven riziku importu nemocí z okolních zemí. Mnohé z takových nemocí mohou vyvolat epidemii, jako např. nemoci způsobené potravinami nebo nemocemi zvířat (198). V souvislosti s pokračujícími konflikty a politickým napětím ve světě, v němž jsou biotechnologie široce dostupné, nelze vyloučit záměrné zneužití infekčního materiálu.

Evropský region a zejména jeho rostoucí městská centra budou i nadále přitahovat migrující populaci a spolu s nimi i sociálně slabé sociální vrstvy. Vytvářejí se tím oblasti chudoby, v nichž žijí osoby náchylné k nemocem a s omezeným přístupem ke zdravotní péči (např. ti, kteří žijí v ubytovných

migrantů a v dalších přeplněných noclehárnách). Tyto skupiny osob jsou vystaveny vyššímu riziku černého kašle a tuberkulózy. Čas od času mohou těmito nemocemi ohrozit ostatní populaci.

Přes dosavadní úspěchy dosažené v evropském regionu je nezbytné zachovávat bdělost a rozvíjet prevenci infekčních nemocí. Důvodem je mimo jiné neustálý přísun exotických infekčních materiálů, z nichž mnohé mohou vyvolat epidemii, velký počet příjezdějících turistů a činnost celosvětových potravinových řetězců.

I když byla prokázána účinnost celé řady opatření a v některých případech to dokládají desetileté zkušenosti, vhodná prevence není v potřebném rozsahu dostupná a využívá se nedostatečně. Týká se to zejména sociálně slabé a rizikové populace. Rostoucí popularita některých „alternativních“ metod, jejichž účinnost je většinou pochybná a je provázena všeobecnou nedůvěrou ve státem podporovanou medicínu, vede některé sociální skupiny v bohatších zemích k odmítání některých preventivních metod, jako je očkování, popřípadě dávají při léčbě přednost podvodným přípravkům. Takové jednání vystavuje osoby i jejich rodiny většímu riziku zdravotních potíží. Všechny tyto okolnosti provázené všeobecným uspokojením se zvládnutím mnoha infekčních nemocí brání náležité prevenci a účinnějšímu zvládnutí infekčních nemocí v evropském regionu (199–201). Zmíněné uspokojení existuje navzdory varování, že narůstá počet patogenů rezistentních na antimikrobiální léčbu, zejména na antibiotika (202) a že se do evropského regionu vrací nemoci již téměř vymýcené, jako jsou spalničky, zarděnky, dětská obrna, epidemie způsobené potravinami a nemocnými zvířaty. V globalizovaném a všestranně propojeném světě narůstá nebezpečí importování závažných epidemií, jako je akutní respirační syndrom (SARS) nebo chřipka H1N1 (203).

V evropském regionu způsobují preventabilní infekční nemoci vážné ekonomické škody (204), např. značný podíl pracovní neschopnosti způsobuje sezónní chřipka. K ekonomickým ztrátám v cestovním ruchu, obchodu a dopravě přispívá riziko zápalu mozkových blan a střevních infekcí.

Aby bylo možné zvládnout zmíněné problémy, SZO spolupracuje se členskými státy, s jejich vládními úřady a institucemi a s hlavními organizacemi evropského regionu⁶. SZO se musí v evropském regionu i nadále orientovat na plnění regionálních úkolů zaměřených na prevenci a zvládnutí infekčních nemocí a tam, kde je to možné, na jejich vymýcení. SZO musí i nadále sledovat riziko, které infekční nemoci znamenají pro starší populaci, jejíž náchylnost k nemocem narůstá, obdobně jako riziko těžkých infekčních komplikací. Aby bylo možné zvládnout dosavadní problémy, je nutné zajistit hlášení a sledování výskytu infekčních nemocí, jejich zvládnutí, všeobecný přístup k uvážlivé antibiotické terapii, souhrnný očkovací program a posílení zdravotnického systému.

Účinná opatření

Je k dispozici mnoho ověřených, vědecky podložených a efektivních opatření umožňujících bojovat proti infekčním nemocem. Většina celosvětových nejlepších metod zahrnuje očkování dětí proti hlavním dětským nemocem,

⁶ Subjekty spolupracující se SZO: European Commission, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC), United Nations Children's Fund (UNICEF), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Development Programme (UNDP), United Nations Population Fund (UNFPA), Food and Agricultural Organization of the United Nations (FAO), International Organization for Migration (IOM), multilaterální organizace, jako je Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria a the GAVI Alliance, the World Bank, the Asian Development Bank (ADB), Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), the World Organization for Animal Health (OIE), specializovaná spolupracující centra SZO, bilaterální ministerské a rozvojové organizace, nadace a soukromé mezinárodní organizace jako je CARE a Project HOPE.

používání moskytiér proti hmyzu, domácí postřiky proti hmyzu a preventivní léčba malárie v endemických oblastech, zajištění všeobecné dostupnosti k diagnostice TBC a účinné léčbě (DOTS-plus) a účinná diagnostika a léčba lidí s multirezistentní TBC, prevence přenosu HIV prostřednictvím používání kondomů, antiretrovirální terapie, oslabování následků onemocnění, vyloučení rizika, že injekce aplikovaná v průběhu léčby způsobí infekční onemocnění, prevence nozokomiálních infekcí a infekcí přenášených v komunitě. Zásadní důležitost má zdravotnický informační systém umožňující včasný záchyt onemocnění. Je nezbytný i při rozhodování, plánování a realizaci investic do nejvhodnějších zdravotnických opatření.

Okolnosti, které limitují plné využití přínosu preventivních opatření, jsou zejména tyto: problémy, které jsou nemocemi způsobovány, možnost uhradit nezbytné náklady, politický souhlas a přijetí veřejným míněním, zdravotnický systém schopný absorbovat nové produkty a metody jejich aplikace, dostupnost, a to zejména pro populaci vystavenou vysokému riziku, požadavky lidí a vnímání rizika. Příkladem mohou být nové vakcíny proti karcinomu děložního čípku, pneumokokovému zápalu plic, proti střevním infekcím způsobeným rotaviry. Nové vakcíny jsou velmi nákladné a jejich efektivita by měla být ověřována prostřednictvím ukazatele DALYs. Jejich rozšíření bude záviset na ceně a na tom, zda je veřejnost přijme.

Přínos opatření podmiňuje společné úsilí mnoha rezortů. Aby jejich účinnost byla co největší, jsou nutné právní podklady, dále je důležitá doprava, voda a sanitace, zemědělství, potraviny a jejich zpracování. Například je známo, že při realizaci programu substituční terapie pro osoby závislé na drogách provázené výměnou injekčních jehel způsobuje mnohé nesnáze skutečnost, že je nezbytná právní úprava celého procesu a spolupráce zákonodárných sborů. Prevence nemocí způsobených kontaminací potravin bakterií *Escherichia coli* musí spočívat na regulačních opatřeních spočívajících v průběžné kontrole a sledování potravin a zemědělské produkce a na dozoru nad kvalitou vody a sanitace. Schopnost trvalého dohledu a pohotové reakce na vstupních místech (přístavy, letiště a hraniční přechody) je nezbytná součástí dopravního systému, která brání zavlečení infekce a čelí riziku vzplanutí epidemie.

Nemoci, jimž lze předejít očkováním

Vytvoření a zavedení národních imunizačních programů před několika desetiletími se setkala s kladným přijetím veřejností a podařilo se dosáhnout značných úspěchů. Proočkovanosť přesáhla 90 % (205), v roce 2002 bylo regionu vystaveno potvrzení, že se v něm nevyskytuje dětská obrna; výskyt spalniček se podařilo snížit o 90 % ve srovnání s rokem 1990. Pozornost veřejnosti se však později obrátila na některé nepříznivé vedlejší účinky očkování a přikládala jim větší význam než riziku onemocnění. To mělo ovšem negativní důsledky pro zvládnání zmíněných nemocí. V některých skupinách vnímavějších osob se znovu objevují některé již dříve zvládnuté nemoci, a to i přes poměrně vysoké procento očkovaných. V roce 2007 výskyt spalniček v evropském regionu dosáhl svého minima. Do roku 2011 však výskyt spalniček narostl čtyřnásobně, přičemž k největšímu počtu případů došlo v západní a střední části regionu.

Nehledě na zmíněné problémy, rutinní očkování dětí⁷ zůstává hlavním život zachraňujícím nástrojem veřejného zdravotnictví.

V členských státech se zavádějí do běžných očkovacích plánů některé nové důležité očkovací látky, např. proti pneumokokům a rotavirům. Očkovací látky proti některým nádorům (hepatitis B a humánní papilomavirus) oslabují rozdíly mezi infekčními a neinfekčními nemocemi (206–209).

⁷ Spalničky, zarděnky, příušnice, dětská obrna, černý kašel, tetanus, záškrt, žloutenka typu B, *Haemophilus influenzae* a plané neštovice.

Některé cílené kampaně, jako např. každoroční Evropský imunizační týden (210) jsou pro země příležitostí k zahájení široce pojaté očkovací kampaně a k posílení odhodlání zachovat v rámci regionu vysokou proočkovanost.

Aby bylo zachováno a posíleno očkování proti všem nemocem, kterým lze pomocí očkování čelit, je nezbytné zachovat a dále posílit systém průběžného sledování a kontroly. Evropská regionální úřadovna SZO disponuje systémem průběžného sledování, do kterého je zapojena síť specializovaných laboratoří. Lze zjistit vznik jednotlivých případů onemocnění, jejich místo a možnosti dalšího přenosu, a to ještě před plným rozvinutím klinických příznaků onemocnění. V takových systémech pracují kliničtí lékaři, epidemiologové a síť více než 200 plně akreditovaných laboratoří, které podle standardů SZO zjišťují a sledují jednotlivé případy a jsou schopny laboratorními metodami identifikovat patogeny a sledovat jejich cirkulaci jak mezi lidmi, tak v životním prostředí. Dovedou rovněž zjistit původ nákazy, způsob jejího přenosu, využívat genetická data a sledovat výsledek poskytnutého očkování (211).

Evropská regionální úřadovna SZO pokračuje ve vytváření sítí umožňujících dohled a sledování a zlepšuje aktuálnost i přesnost poskytovaných dat. Členským státům je již po několik let k dispozici Centralizovaný informační systém pro infekční nemoci (CISID) (212) a v nedávné době byl uveden do provozu systém obsahující laboratorní data o dětské obrně (213), který poskytuje aktuální data o každém případě s dříve nedosažitelnou přesností. Podobný systém je připravován i pro ostatní laboratoře začleněné do sítě regionální úřadovny.

Historie eradikace černých neštovic (214) i nedávné události, ke kterým došlo v laboratořích uchovávajících virus SARS (215), upozorňují na skutečnost, že se laboratoře mohou stát zdrojem infekcí. Bezpečnost laboratoří se musí stát v evropském regionu pro pracovníky laboratoří prioritou, a to zejména pokud jde o dětskou obrnu, která by měla být celosvětově eradikována.

Dosavadní prodlužování naděje dožití v evropském regionu bylo do určité míry způsobeno zavedením antibiotik. Další růst naděje dožití je ohrožen v důsledku narůstající mikrobiální rezistence. Antibiotika používaná k záchraně života ztrácejí svou účinnost nebo jsou stále dražší a představují vážný technický i finanční problém pro lékaře, zdravotnické systémy a pacienty ve všech zemích, a to zejména při značném omezení finančních zdrojů. To se týká i léků používaných při léčbě mnoha dalších mikrobiálních infekcí, jako jsou infekce močového systému a pneumonie. Zvláště významné je to při léčbě TBC. Stále častěji se objevují formy TBC, které jsou rezistentní vůči lékům první i druhé volby (multirezistentní a plně rezistentní TBC).

V některých zemích EU byla rezistence zjištěna u více než 25 % mikrobiálních infekcí. Dá se odhadnout, že to jen v EU vedlo každoročně k 25 000 zbytečným úmrtím a k dalším nákladům na zdravotnické služby a ke společenským ztrátám v celkové výši 1,5 miliard €.

Bakterie rezistentní na antibiotika snadno pronikají přes hranice. To je doloženo mezinárodním rozšířením bakterie obsahující enzym New Delhi metallo-beta-laktamázu (NDM-1), který způsobuje rezistenci na široké spektrum antibiotik (216) a dokonce i na karpapenam, který se již používal na léčbu infekcí rezistentních na antibiotika. Zmíněná situace je velmi vážná, neboť chybí nové řady účinných antibiotik, a to zejména proti gramnegativním bakteriím.

Proces vývoje mikrobiální rezistence na antibiotika je dobře prozkoumán. Je vyvolán špatným používáním antibiotik (málo i nadměrně) v humánním

Mikrobiální rezistence

lékařství i v živočišné výrobě. Špatná kontrola a zvládnání infekcí v nemocnicích a na klinikách přispívá k rozšíření rezistentních nozokomiálních infekcí.

Široce pojaté mezirezortní aktivity pomohou omezit zneužívání antibiotik a zpomalí proces rezistence vůči existujícím lékům. Dobré informace o rezistenci v rámci evropského regionu poskytnou rozšířené sledování a dohled. Je rovněž nutná dobrá spolupráce s rezortem zemědělství, kde se antibiotika používají pro stimulaci růstu jatečných zvířat, což přispívá ke vzniku rezistentních mikroorganismů.

Ředitelka SZO pro Evropu připravila pod svým vedením speciální program, jehož cílem je omezit mikrobiální rezistenci na antibiotika. Strategický plán v rámci evropského regionu SZO spočívá na odhodlání plnit jej společně a uplatnit známé a účinné metody v jejich návaznosti (217). Obsahuje sedm hlavních oblastí: podpora národní a mezirezortní koordinace, posílené sledování rezistence, zpřísnění dohledu a větší pozornost věnovaná užívání antibiotik, dohled nad používáním antimikrobiálních látek v živočišné výrobě, zlepšit sledování, hodnocení a zvládnání infekcí, ke kterým došlo ve zdravotnických zařízeních, rozvoj výzkumu a posílení inovací při přípravě nových léků, zvýšit bezpečnost pacientů při podávání antibiotik a dbát na nebezpečí vzniku rezistence.

A co je důležité, výzkumné studie prokázaly, že jednoduchá protiinfekční opatření, např. důkladné mytí rukou, mohou podstatně přispět ke snížení výskytu mikrobů rezistentních na antibiotika, jako je např. methicillin-rezistentní zlatý stafylokok (MRSA) a další nozokomiální infekce.

Tuberkulóza

Odhaduje se, že v roce 2010 došlo v evropském regionu k 420 000 nových a opakovaných případů TBC. K velké většině z nich došlo ve východní a centrální části regionu – 87 % nových případů a 94 % úmrtí. Z celosvětového hlediska region vykazuje nejnižší úspěšnost léčby. Počáteční léčba nevede k úspěchu téměř u jedné třetiny nových případů a u více než poloviny dříve léčených pacientů. To dokládá vysoký podíl rezistentní TBC. Mutirezistentní TBC byla zjištěna u 13 % nově léčených případů a u 40 % již dříve léčených nemocných. Jestliže se nepodaří zastavit nárůst rezistence, může to vést k naprosté ztrátě účinných léků proti TBC a návrat k nesnáším, které způsobovala TBC před antibiotickou érou.

Opětovné zvýšení výskytu TBC a narůstající problémy s rezistentní a zejména s multirezistentní TBC jsou v některých zemích spojeny se selháváním zdravotnického systému, který nedokáže zajistit zdravotnické služby těm, kteří je skutečně potřebují. I když TBC nepostihuje jen jednu sociální vrstvu, výskyt nemoci je obvykle spojen se špatnými socioekonomickými podmínkami a dalšími okolnostmi, jako je ubytování v přeplněných ubytovnách a bezdomovectví. Obdobně jako je tomu u HIV, lidé, kteří si injekčně aplikují drogy a vězni, jsou vystaveni vyššímu riziku TBC, podobně jako alkoholici a bezdomovci. HIV a TBC je smrtící kombinace, TBC je hlavní příčina smrti u nemocných s HIV. TBC je v evropském regionu rovněž nebezpečnou nemocí pro 9 800 dětí, které každoročně onemocní.

Některé země, např. baltické státy prokázaly, že dlouhodobé investice a všestranná spolupráce umožňuje zvládnout TBC i její multirezistentní formu. Ukázalo se, že všeobecná dostupnost zdravotní péče, vysoce kvalitní diagnostika a léčení, včetně účinné diagnózy a dlouhodobé léčby pacientů s multirezistentní TBC je účinná v mnoha zemích evropského regionu. Není však v potřebné míře zavedena v celém evropském regionu.

Diagnostika a léčba lidí s multirezistentní TBC je vysoce efektivní (218). Regionální ředitelka SZO pro Evropu připravila speciální program ve snaze omezit výskyt TBC a multirezistentní TBC. Členské země v roce 2011 podepsaly pětiletý konsolidační akční plán prevence a boje proti multirezistentní a plně rezistentní TBC (219). Podle tohoto regionálního plánu jsou připravovány národní plány s pomocí Evropské regionální úřadovny SZO, národních a mezinárodních institucí, občanské společnosti, dobročinných organizací a sponzorů, a zejména za podpory Celosvětového fondu boje proti AIDS, tuberkulóze a malárii.

Byly vypracovány metody, které umožní vymezit a splnit hlavní úkoly zdravotnického systému v oblasti prevence a zvládnutí TBC a stanou se pravděpodobně cenným nástrojem pro všechny státy, v nichž je TBC hlavním problémem veřejného zdravotnictví. Do diagnostiky a sledování osob s TBC musí být plně zapojena primární péče. Financování zdravotnictví by mělo vést k racionálnímu využívání nemocniční péče, podporovat ambulantní péči a všechny další typy péče, jako je např. domácí péče. SZO podpořila a schválila nové molekulárně diagnostické testy, jejichž prostřednictvím může být TBC a multirezistentní TBC diagnostikována do dvou hodin. Tyto testy by měly být zavedeny a v rozumné míře i rozšířeny (220).

Vzhledem k tomu, že TBC úzce souvisí s chudobou a se špatnými životními podmínkami, je nezbytné, aby úsilí směřující k jejímu zvládnutí zahrnovalo i snahu zlepšit životní podmínky a výživu. Proto musí být do tohoto úsilí zapojeny i ostatní rezorty.

Přijatá opatření musí reagovat na potřeby určitých skupin obyvatelstva, např. vězňů a migrantů. Je důležité zlepšit dostupnost zdravotnických služeb pro osoby s TBC a zajistit jejich diagnózu i léčbu již v primární péči.

Evropská regionální úřadovna SZO a její partneři připravili minimální standardy kontroly při překračování hranic s ohledem na diagnostiku a léčbu TBC. Materiál zdůrazňuje kroky nezbytné pro včasnou diagnózu, vhodnou léčbu a souhlas se sledováním pacientů s TBC.

Zbytek světa v současné době pozoruje pokles počtu pacientů nově infikovaných HIV. Ve východní části evropského regionu SZO však došlo k nejrychleji rostoucí epidemii HIV v celosvětovém měřítku. Počet lidí s HIV se od roku 2000 ztrojnásobil, přičemž počet nových případů narůstal během let 2004 až 2009 každoročně téměř o 30 %. Epidemie HIV má v různých částech evropského regionu různý charakter. Zatímco v západních částech regionu odeznívá, ve střední části začíná.

Infekce HIV

Obtíže, které přináší HIV, jsou nerovnoměrně rozloženy mezi hlavní populační skupiny. Postihuje zejména ty sociální skupiny, které jsou vystaveny vyššímu riziku, a to zejména osoby žijící na okraji společnosti, a ty, které jsou stigmatizovány nebo v rozporu se zákonem.

K tomuto obrazu epidemie přispívá zdravotnický systém a sociální bariéry, které brání účinné léčbě a potřebnému dohledu. Ve východní části regionu dostává potřebnou antiretrovirovou terapii méně než 20 % těch, kteří potřebují léčbu. To je celosvětově jedno z nejnižších procent poskytované terapie (221). V rámci regionu je nemocným lidem s HIV dosud odpírán vstup do cílových zemí, popřípadě byli z důvodu nakažení virem HIV deportováni z ostatních zemí. Takový postup nemocné stigmatizuje a ztěžuje zvládnutí epidemie. Aby se podařilo epidemii ovládnout, je nezbytné zajistit všeobecný přístup k prevenci HIV, terapii, péči a k podpoře.

Výskyt a ekonomická zátěž v důsledku HIV bude zřejmě narůstat, neboť roste počet nových onemocnění a nemocní přežívají díky antiretrovirové terapii déle. V blízké budoucnosti se HIV zařadí mezi nejnákladnější chronické nemoci.

Jsou však patrné i známky příznivých změn. Např. státy východní části evropského regionu úspěšně spojily prevenci HIV s mateřskou, novorozeneckou a dětskou zdravotní péčí. Výsledkem je, že 93 % těhotných žen pozitivních na HIV dostává antivirovou profylaxi, aby se předešlo přenosu nákazy z matky na dítě (200).

V boji proti epidemii HIV byla realizována celá řada účinných opatření. Ukázalo se, že je cenné, pokud se politický a organizační zájem soustředí na hlavní sociální skupiny, které jsou vystaveny riziku expozice a přenosu HIV. Na takových opatřeních se podílejí hromadné sdělovací prostředky a vzdělávací systém. V sociálních skupinách s vysokým rizikem je doporučováno použití kondomu při každém pohlavním styku. Rozšiřuje se péče o nemocné s pohlavními chorobami, u nichž je vysoké riziko HIV. Zajišťuje se všeobecná dostupnost antiretrovirové terapie, poradenství a testování na HIV. Poskytuje se antiretrovirová profylaxe, která je vysoce účinnou metodou proti přenosu HIV při heterosexuálním styku nestálých partnerů a proti přenosu HIV z matky na dítě. Jsou přijímána opatření ke snížení rizika přenosu HIV u drogově závislých (substituční terapie, výměna jehel a stříkaček).

Nastal čas k užšímu propojení a integraci národních programů proti HIV a AIDS s širšími záměry zdravotní politiky, a to při spolupráci vlád a dalších organizací jako je UNAIDS a Celosvětový fond pro boj proti AIDS, TBC a malárii. Důležitá je i role občanské společnosti. To je i cílem Evropského akčního plánu HIV/AIDS 2012–2015 (222), ve kterém jsou vytyčeny čtyři základní směry: optimalizace prevence HIV, diagnostika, terapie, péče a všestranná podpora; prostřednictvím aktivit proti HIV dosáhnout lepších celkových zdravotních výsledků; vytváření silného a dlouhodobě udržitelného systému; omezit vnímavost vůči této nemoci a odstraňovat překážky bránící všeobecné dostupnosti zdravotnických služeb.

Prevence by měla být zaměřena velmi široce, a to i na zdravotní nesnáze způsobované ostatními chronickými nemocemi, které postihují pacienty s HIV. Zkušenost ukázala, že do tohoto úsilí mohou být zapojeni nemocní s HIV a další sociální skupiny občanské společnosti. Měly by být zvažovány možnosti, jak pomoci takovým skupinám, aby získaly větší vliv, a usnadňována užší spolupráce na všech úrovních s cílem dosáhnout co nejvyšší účinnosti realizovaných opatření ve všech sociálních skupinách (223).

Eliminace malárie do roku 2015

Pokud jde o eliminaci malárie, v evropském regionu se podařilo dosáhnout výrazných výsledků. Díky účinným opatřením proti moskýtům, jakožto přenašečům malárie (224), počet endemických případů onemocnění klesl z 90 000 evidovaných v roce 1995 na méně než 200 v roce 2010. Všechny případy byly v roce 2010 způsobeny Plasmodiem vivax. Tento pozoruhodný výsledek byl dosažen díky společné politické vůli postižených zemí, která byla potvrzena v roce 2005 Taškentskou deklarací: Od částečného zvládnutí malárie k její eliminaci. Deklaraci podepsala Arménie, Ázerbájdžán, Gruzie, Kazachstán, Kyrgyzstán, Tádžikistán, Turecko, Turkmenistán a Uzbekistán.

Hlavním současným cílem je eliminace malárie do roku 2015. Toho lze dosáhnout poskytováním moskytiér napuštěných proti hmyzu a domácích insekticidních postřiků i prevencí v endemických oblastech. Toto úsilí vedlo k novým úspěchům. Malárie byla eliminována v Turkmenistánu v roce 2010, v Arménii v roce 2011 a v Kazachstánu v roce 2012. Přenosu malárie se podařilo zabránit i v Gruzii. Má-li být malárie skutečně eliminována, je důležité zamezit jejímu opětovnému vzplanutí, a to zejména při klimatických změnách a v souvislosti se znovu se objevujícími nemocemi v jižní části evropského regionu, jako je západonilská horečka, dengue a chikungunya (225).

Za zmíněné situace se rozvíjí spolupráce mezi Evropskou regionální úřadovnou SZO, Evropským centrem pro prevenci a kontrolu nemocí a Evropskou asociací pro kontrolu moskytů. Cílem je upozornit národní zdravotnické představitele na závažnost těchto nových rizik v oblasti veřejného zdravotnictví a vyzvat je, aby přijali vhodná organizační a preventivní opatření. Je důležité posílit výzkum zaměřený na biologické přenašeče nemocí (vektory), aby navazující opatření v Evropě mohla být účinnější. Týká se to jak malárie, tak i ostatních nemocí, které jsou přenášeny moskyty, jako je např. leishmanióza (226).

Chřipka a ostatní respirační nemoci jsou pro evropský region velkou zdravotní zátěží, a to jak při hodnocení ukazatelem DALYs, tak pokud jde o úmrtnost. Virus chřipky A a B způsobuje epidemii respiračních nemocí, které na severní polokouli postihují každou zimu 5–15 % obyvatel, přičemž nejohroženější skupinou jsou děti do pěti let. Sezónní chřipková epidemie způsobuje každoročně značné přímé i nepřímé, sociální i ekonomické škody. Každoroční přímé náklady, které si vyžadují návštěvy zdravotnických zařízení a následné hospitalizace v důsledku sezónní chřipky, se v EU odhadují na 10 miliard € (227).

Chřipka a další respirační nemoci

Periodicky dochází k chřipkovým pandemiím, které jsou způsobovány podtypy jejího viru. Závažnost a důsledky takových pandemií lze jen těžko předvídat. Je ovšem známo, že minulé čtyři pandemie, ke kterým došlo mezi roky 1900 až 2010, byly příčinou mnoha úmrtí a postihly jak zdravotnický rezort, tak i mnoho dalších oblastí. Čtyři pandemie byly různě závažné. Např. ta v roce 1918 byla velmi závažná, v letech 1957 a 1968 byla střední a v roce 2009 byla relativně mírná. Virus chřipky A může nakazit lidi i různé druhy zvířat. Původcem virů, které způsobují pandemie, jsou obvykle zvířata. Značné ekonomické škody způsobila od roku 1997 ptačí chřipka H5N1, která je vysoce infekční pro drůbež. Postižena byla jihovýchodní Asie, Egypt a některé evropské země. Lidé byli nakaženi jen ojediněle, ale průběh nemoci byl velmi závažný. Z 573 celosvětově potvrzených případů onemocnění zemřelo 336 osob.

Každoroční sezónní chřipku i pandemickou chřipku provázejí těžké nemoci, které postihují skupiny osob vystavené vysokému riziku. I když je v mnoha zemích evropského regionu zavedeno průběžné sledování osob nemocných chřipkou, dosud se málo sleduje vliv chřipky na průběh ostatních závažných onemocnění. Tato skutečnost vede k mylnému názoru, že chřipka není závažná nemoc. To ztěžuje odhad závažnosti jednotlivých sezónních epidemií i nebezpečí hrozící pandemie.

Před rokem 2009 země regionu vynaložily poměrně značné prostředky, aby se připravily na případnou pandemii. Vedly je k tomu zkušenosti s epidemií SARS a hrozba ptačí chřipky H5N1. Přínosem bylo i zavedení Mezinárodních zdravotních regulací v roce 2005. I když pandemie v roce 2009 proběhla poměrně mírně, mnoho lidí, a dokonce i ti, kteří byli před onemocněním zcela

zdraví, prodělali těžké onemocnění a někteří i zemřeli. Zdravotnické služby a zejména jednotky intenzivní péče byly velmi zatíženy.

Chřipce lze předcházet očkováním. Země musí dále připravovat a rozvíjet výrazné preventivní programy, jejichž prostřednictvím se zvýší proočkovanosť rizikových skupin a zdravotnických pracovníků (aby chránili sami sebe, své pacienty a aby posílili ochotu veřejnosti nechat se očkovat). Mnohé státy organizují informační a výchovné programy, jejichž posláním je zvýšit informovanost veřejnosti o nebezpečí chřipky, o prevenci přenosu infekce i o přínosu očkování.

Lidé trpící vážnými nemocemi, které může chřipka ovlivnit, musí mít zajištěn přístup ke kvalitním zdravotnickým službám v nemocnicích a na jednotkách intenzivní péče. K tomu přispívá odborná příprava zdravotnických pracovníků zaměřená na rizikové faktory závažných nemocí a na včasné rozpoznání varovných symptomů.

Základem je systém, který umožňuje hodnotit vývoj chřipkové epidemie, sledovat pacienty léčené ambulantně i související závažné nemoci a úmrtnost. Takový systém umožní, aby země mohly odhadnout zátěž připadající na vrub nemoci i úmrtnost a aby se mohly rozhodnout, které rizikové skupiny je žádoucí očkovat.

Je nezbytné zachovat národní protichřipková centra (228), která hodnotí programy sledování kvality zdravotnických služeb, zlepšují informovanost a přispívají k co nejvyšší úrovni praxe.

Opakované investice členských států do připravenosti na případné pandemie (229) umožní správně reagovat na budoucí pandemie, přispějí k naplnění Mezinárodních zdravotních předpisů i ke všeobecné připravenosti, zejména pokud jde o zdravotnické služby.

Postupy připravené pro hlavní skupiny nemocí a umožňující zvládnout nespravedlivé zdravotní rozdíly i jejich sociální determinanty

Postupy, které by byly zaměřeny na jednotlivé sociální skupiny s cílem omezit nežádoucí zdravotní rozdíly a jejich sociální determinanty, lze vyložit v návaznosti na hlavní skupiny nemocí.

Neinfekční nemoci

Pro prevenci a zvládnání neinfekčních nemocí je nezbytný celospolečenský přístup založený na součinnosti vlády, všech složek veřejné správy, občanské společnosti i soukromého sektoru. Jedná-li se o tak komplikované problémy, jako je např. obezita, je při jeho řešení žádoucí použít systémové myšlení a analýzu, spolupráci všech zainteresovaných, a to jak ve vládě, tak i mimo ni, a řídicí mechanismus, který usnadní společnou práci všech rezortů a všech úrovní veřejné správy (85).

V zemích evropského regionu se používá mnoho úzce i široce orientovaných metod, které jsou zaměřeny na prevenci a zvládnání neinfekčních nemocí. Jejich koordinace je však malá a mnohdy na sebe ani nenavazují, a to zejména v případě takových opatření, která se snaží včas reagovat na sociální determinanty zdraví. Aby bylo možné dosáhnout větší integrace jednotlivých metod, je zapotřebí věnovat pozornost širšímu zaměření zdravotní politiky, vymezit společné cíle a úkoly, vytvořit společný informační systém, projekty realizovat ve vzájemné spolupráci, předkládat obdobné materiály hromadným sdělovacím prostředkům a společně plánovat i stanovovat priority (230).

Kouření a alkohol jsou dalším příkladem, kde je spolupráce a navazující regulace nezbytná. Rámcová úmluva o kontrole tabáku připravená SZO vyzývá vlády, aby zavedly víceúrovňové regulace od globální až po místní, aby všechny složky veřejné správy přijaly opatření v oblasti legislativy, cen, dostupnosti tabákových produktů a rozšiřování nekuřáckého prostředí. Je

nezbytné uplatnit společný postup všech složek veřejné správy i pokud jde o snižování dostupnosti a konzumace alkoholu prostřednictvím cenových úprav i dalších opatření.

Moderní zdravotnické služby musí být schopné zajistit dlouhodobé potřeby chronických pacientů. Obtížnost úkolu zajistit integrovanou a koordinovanou péči často spočívá v problematické návaznosti primární a sekundární péče, zdravotní a sociální péče, léčebné péče a praxe veřejného zdravotnictví. Nesnáze mohou vzniknout i mezi profesionálními skupinami a jednotlivými odborníky. Takové rozdíly se mohou dále prohloubit v důsledku odlišného členění institucí, vlivem rozdílných právních a finančních pravidel, kulturními odlišnostmi i rozdíly v řízení a odpovědnosti. Při řešení těchto problémů musí být respektována struktura systému. Je žádoucí stavět na spolupráci a přeshraniční kooperaci i na součinnosti jednotlivých profesí, poskytovatelů a institucí. Hlavní je soustředit se na přínos pro jednotlivé pacienty s chronickými nemocemi. K lepší personifikaci péče o nemocné může přispět partnerství mezi nemocnými, jejich rodinami a poskytovateli zdravotnických služeb. Mechanizmy zdravotnického systému, jako je např. způsob financování, musí pomáhat a ne překážet koordinaci a musí usnadňovat kontinuitu péče (231).

Úrazy a násilí

Máme-li se zabývat širšími sociálními determinantami a vlivem faktorů životního prostředí na úrazy a násilí, musíme nezbytně vyjít z celospolečenského přístupu. Prevence úrazů a násilí je ve své povaze mezirezortní a vyžaduje nejen spolupráci, ale i skutečné zapojení jak zdravotnického, tak i ostatních rezortů a posílení jejich odpovědnosti za zdraví, např. v oblasti soudnictví, dopravy, školství, financí a sociální péče. K tomu je zapotřebí, aby se těmito záležitostmi zabývala skutečně celá vláda. Příkladem takového přístupu je např. rezoluce Valného shromáždění OSN o dopravní bezpečnosti a o právech dítěte. Zajištění bezpečnosti by se mělo stát prioritou pro všechny rezorty. Dekáda aktivit pro zajištění bezpečnosti silničního provozu vyhlášená OSN je dalším příkladem podpory mezirezortního přístupu.

Infekční nemoci

Dnešní očkování čelí nesnázím, které způsobil dřívější úspěch. Uklidnění politiků i veřejnosti, pokud jde o infekční nemoci, ovlivnilo mnoho národních programů očkování. Jestliže se nemoci nevyskytují, očkování se nepovažuje za prioritu. Je nezbytné získat a posílit souhlas politických kruhů na regionální, národní i místní úrovni, přesvědčit veřejnost o užitečnosti očkování a zajistit potřebné zdroje pro realizaci národních programů očkování.

Posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích

Zdravotnické systémy

Poskytování vysoce kvalitní péče a zlepšení výsledků v oblasti zdraví vyžaduje systémy, které jsou finančně životaschopné, pokrývají potřeby, jsou zaměřené na lidi a spočívají na důkazech a informacích. Funkční zdravotnické systémy zvyšují úroveň zdravotního stavu obyvatelstva, chrání nemocné občany před finančními problémy a naplňují oprávněné očekávání obyvatelstva, pokud jde o přínos zdravotnických služeb. Všechny země se musí přizpůsobovat měnící se demografii, výši a struktuře nemocnosti, zejména s ohledem na duševní a chronické nemoci a stavy související se stárnutím. Proto je nutné upravit zaměření systémů zdravotní péče a klást důraz na prevenci nemocí,

průběžně zvyšovat kvalitu a posilovat integraci služeb, zajistit kontinuitu péče, podporovat soběstačnost pacientů a přiblížit lékařskou péči co nejdříve domovu a posilovat její bezpečnost a efektivitu.

Program Zdraví 2020 znovu potvrzuje odhodlání SZO a jejích členských států zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče, a to včetně léků a vysoce kvalitní lékařské péče. Je nutné posílit dlouhodobou udržitelnost zdravotnických systémů a jejich odolnost vůči ekonomickým cyklům, omezit zvyšování nákladů vyvolané nabídkou a odstranit plýtvání prostředky. Hodnocení zdravotnických technologií a mechanismy pro zajištění kvality jsou velmi důležité pro rozvoj transparentnosti a posílení odpovědnosti v rámci zdravotnického systému, jsou i nedílnou součástí kultury zaměřené na bezpečnost pacienta.

Podpis a oficiální schválení Tallinnské charty: Zdravotní systémy pro zdraví a blahobyt (24) je výrazem odhodlání evropských členských států posílit zdravotnické systémy a splnit schválené úkoly. Program Zdraví 2020 se hlásí k jádru Tallinnské charty tím, že podporuje inovační procesy, které posilují hlavní funkce zdravotnického systému. Program znovu zdůrazňuje potřebu hledat taková řešení, která pomáhají lidem a odolávají ekonomickým poklesům, poskytují účinné a adekvátní služby veřejného zdravotnictví, zajišťují přístup k vědecky podloženým a na jednotlivé pacienty orientované zdravotnické služby, umožňují zajistit potřebné zdroje, včetně kvalifikovaných pracovníků a léků, a jsou realizovány účinnou organizační strukturou a dobrým systémem řízení.

Situační analýza

I když se zdravotnické systémy jednotlivých evropských členských zemí značně liší, a to jak pokud jde o financování, tak co se týče organizace, některé problémy, kterým musí čelit, jsou společné. Např. zvládnout zátěž, kterou společnosti přináší neinfekční nemoci a zastavit nárůst nemocí infekčních. Zdroje jsou však omezené, je nutné obtížně volit co realizovat a co pominout, což je velmi aktuální v dobách ekonomického poklesu. Narůstá komplexnost zdravotní péče, urychluje se technologický vývoj, pokračuje stárnutí populace, pacienti jsou lépe informováni o možnostech terapie, roste i intenzita migrace. Aby mohly zdravotnické systémy na tyto změny reagovat, je nezbytné, aby uvažovaly o nových řešeních zaměřených na konečné adresáty zdravotnických služeb, a to na zdravé občany i na pacienty, kteří jsou v potřebné míře informováni a jsou pokud možno odolní vůči ekonomickým výkyvům.

Evropské zdravotnické systémy na zmíněné problémy průběžně reagují, postupně se mění a reformují. Výrazným milníkem tohoto procesu se stala ministerská konference SZO o zdravotnických systémech, která se konala v Tallinnu od 25. do 27. června 2008. Byla projevem důležitosti, kterou členské státy připisují jak zlepšování, tak své odpovědnosti za výkonnost svých zdravotnických systémů. Politický závazek byl přijat podpisem Tallinnské charty (24) a byl později potvrzen rezolucí Regionálního výboru zaměřenou na řízení zdravotnictví v evropském regionu SZO (232). Většina zemí, a to přes důsledky ekonomického poklesu, uhájila při poskytování zdravotnických služeb princip solidarity. Ostatní země pokračovaly ve snaze zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče. Do popředí veřejné diskuze se dostávají jednak otázky týkající se efektivit zdravotnických služeb, tzn. jaký užitek přináší vynaložené prostředky, jednak problematika stárnutí obyvatelstva ve vztahu k nedávné ekonomické krizi. To vede mnohé země k přehodnocení systému zdravotnictví i k dílčím změnám v jeho struktuře a řízení.

Zdravotní politika a navazující plány a strategie by měly vycházet z pochopení zdravotních potřeb obyvatel i z vize jejich nezbytného naplnění, a to jak prostřednictvím aktivit veřejného zdravotnictví, tak pokud jde o poskytování individuální zdravotní péče. Nedostatky ve struktuře i objemu poskytovaných zdravotnických služeb v regionu však představují překážku na cestě směřující k vědecky podloženým a pro lidi užitečným změnám.

V mnoha zemích se dosud nepodařilo uvést do praxe moderní pojetí veřejného zdravotnictví. V některých zemích neexistuje národní strategie pro rozvoj služeb veřejného zdravotnictví, platí zastaralé zákony o veřejném zdraví a nedaří se uplatňovat partnerskou spolupráci. K hlavním nástrojům veřejného zdravotnictví patří prevence, podpora zdraví a iniciativa zdola, usilující o zvládnutí sociálních determinant. Malé finanční prostředky a některé nezamýšlené důsledky dosavadních reforem však vedly k oslabení infrastruktury veřejného zdravotnictví a k nízké kvalitě služeb.

Struktura poskytovaných služeb (na individuální i populační úrovni) mnohdy reaguje na bývalé problémy a souvisí s historicky zažitými formami financování, které neodpovídají zdravotnickému systému pro 21. století. Ten by měl sloužit lidem a měl by usilovat o zvládnutí jak chronických nemocí, tak i problémů souvisejících se stárnutím populace. Např. je patrné, že služby veřejného zdravotnictví se v mnohých zemích stále ponejvíce věnují infekčním nemocem a jen pomalu vytvářejí organizační strukturu a navazující aktivity, které by byly zaměřeny na neinfekční nemoci. Systém, který ovládají specialisté a jehož jádrem je nemocniční péče, je velmi nákladný a nereaguje na důležité zdravotní potřeby. Naproti tomu systém, který doceňuje prevenci a podporu zdraví je hospodárnější. Primární péče se v řadě zemí potýká s mnoha nesnázemi, řeší jen dílčí problémy, nevyužívá týmovou práci, není respektována, má slabou vazbu na vyšší úroveň zdravotní péče a je podfinancována. Tyto okolnosti vedou k nevyváženému financování zdravotnictví, k mocenským bojům mezi zdravotníky, jejichž výsledkem je preference akutních terapeutických služeb a nákladných technicky komplikovaných diagnostických metod na úkor primární péče, prevence nemocí, podpory zdraví, rehabilitace a sociální péče.

Integrace a koordinace zdravotní péče je dosud mnohdy nedostatečná. Chybí potřebná návaznost služeb veřejného zdravotnictví na zdravotní i sociální péči. Týká se to podpory zdraví, prevence nemocí, reakcí na akutní onemocnění, řízení péče a rehabilitace. Příčin nedostatečné koordinace je mnoho, např. slabé řízení zdravotnictví, špatná a dezintegrovaná organizace poskytování zdravotnických služeb, nedostatek finančních pobídek a formy financování, které koordinaci nepodporují, rozdíly v lékařské klinické praxi (u praktických lékařů i specialistů) a nedostatek ověřených metod vhodně reagujících na široké spektrum zdravotních nesnází.

Existují rozdíly, pokud jde o odhodlání zlepšit stávající situaci v oblasti veřejného zdravotnictví i klinických služeb. Je žádoucí si osvojit metody celoživotního vzdělávání, omezit náročnost administrativní práce, připustit, že bezpečnost je skutečně důležitá, zajistit vhodnou motivaci pro zlepšení situace, osvojit si náležitou kulturu měření, využívat zpětnou vazbu a poskytovat zdravotnické služby na týmovém základě. Zmíněné zásady nejsou dosud v mnoha zemích respektovány a výsledkem je, že péče nespočívá na vědeckých základech a není zaměřena na lidi.

V minulých letech došlo k mnoha reformám v oblasti financování zdravotnictví s cílem zajistit všeobecnou dostupnost zdravotnických služeb. Ještě mnoho se však musí vykonat, aby se zabránilo katastrofickým situacím vyvolaným chudobou pacientů a jejich neschopností uhradit požadované náklady. Týká se to zejména chronicky nemocných a některých ohrožených skupin populace. Mnohé země už dokázaly zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče i určité formy finanční ochrany pacientů. Avšak 19 miliónů osob regionu je odkázáno na přímou platbu za zdravotnické služby, což pro jejich rodinné rozpočty představuje obrovskou zátěž. Šest miliónů lidí se v důsledku své nemoci propadlo do chudoby. Závažné bariéry brání mnohým lidem, kteří trpí vážnými nemocemi, aby se jim dostalo vysoce kvalitní a dlouhodobé péče. Dostupnost zdravotní péče pro chronicky nemocné není v řadě zemí

všeobecná. Mezi zeměmi existují rozdíly, pokud jde o výši spoluúčasti na zdravotnických službách a léčích pro chronicky nemocné. To vede k odkládání potřebné péče, což ovlivňuje léčebné výsledky, zejména u nízkopříjmových skupin obyvatel, a vede to k nárůstu zdravotních rozdílů v rámci regionu.

Aby bylo zdravotnictví v potřebném rozsahu založeno na vědecky ověřených metodách a využívalo jak populační, tak i individuální přístup, neobejde se bez odborně připravených pracovníků. Zdravotnické systémy mají nedostatek kvalifikovaných lidí, s odbornými dovednostmi a na správných místech, a to zejména zdravotních sester a praktických lékařů. Spolupráce s ostatními rezorty je v mnohých případech špatně organizovaná a nerozvíjí se. Chybí i společné cíle a formy financování. Rozmístění zdravotnických pracovníků je nerovnoměrné, jsou převážně ve městech a chybí na venkově. Nemají dobré pracovní prostředí, při značné feminizaci chybí možnost flexibilní pracovní doby. Formy řízení zdravotnickým pracovníkům nepomáhají, sociální podmínky nejsou brány v úvahu. To vše oslabuje morálku zdravotnických pracovníků. Jejich vzdělávání a odborná příprava nedejme krok s rychlým vývojem problémů, kterým čelí zdravotnický systém. To vede k nesouladu mezi kompetencemi graduovaných pracovníků a potřebami pacientů a populace jako celku. Jedním z důsledků zmíněného stavu je orientace na nemocniční služby a na úzké technické pojetí služeb bez respektování širších souvislostí. Je omezeno odhodlání dále se vzdělávat, protože možnosti dalšího kariérního postupu jsou omezeny, platy jsou nízké a chybí finanční pobídky. V mnoha zemích dochází k odlivu zdravotnických pracovníků z veřejného sektoru do privátní praxe, což má výrazný nepříznivý vliv jak na kvalitu a dostupnost zdravotní péče, tak na možnosti spolupráce s ostatními rezorty.

V mnoha zemích dosud nejsou pro pacienty cenově dostupné kvalitní léky, a to zejména pro pacienty s často se vyskytujícími zdravotními problémy, jako je např. hypertenze, astma a cukrovka. Léky jsou nezbytné pro prevenci i léčbu nemocí. Nekvalitní léky představují pro populaci vážné nebezpečí. Na léky se vydává podstatná část nákladů na zdravotnictví. V zemích EU je to 10–20 %, ve východní části regionu je to nad 40 %. V některých zemích východní části regionu nejsou dosud dostupné vysoce kvalitní, bezpečné a cenově únosné léky. Příčinou je nízký rozpočet a špatná distribuce léků. Dodávky léků nejsou náležitě regulovány a přímá platba za léky je značně vysoká. Vhodná regulace distribuce léků přispívá jak ke zdravotním výsledkům, tak k finanční ochraně jednotlivých osob. Velkým problémem pro všechny země je zavádění nové, nesmírně nákladné technologie v oblasti farmakoterapie a technického vybavení. Tento proces obvykle není provázen odpovídajícími důkazy o účinnosti a bezpečnosti léků a technologií a dohodami o sdílení rizika při jejich aplikaci. Zavedení a plné využívání generik je jednou z nejefektivnějších metod, pomáhající omezovat výdaje v zemích s nízkými, středními i vysokými příjmy.

Řízení by mělo rozvíjet partnerství a spolupráci s cílem postavit zdravotnický systém na vědecký i informační základ a orientovat jej na užitek pro lidi. Jde mimo jiné o rozhodování poskytovatelů péče na více úrovních, o zlepšení kultury poskytování zdravotnických služeb, o posilování odpovědnosti založené na věrohodných informacích a o širší zapojení veřejnosti, která by se měla podílet na řešení zdravotních problémů. Lepší řízení by se mělo týkat volby opatření, plánování, financování a poskytování zdravotnických služeb a mělo by přispívat k realizaci potřebných změn ve zdravotnickém systému.

Účinná opatření

Zlepšení výkonnosti zdravotnického systému je v popředí politického zájmu zemí evropského regionu. Jsou respektovány nové přístupy a zavádějí se nová

opatření, která zlepšují úroveň zdraví a přispívají ke spravedlnosti v péči o zdraví. Hlavní oblasti a úkoly programu Zdraví 2020 jsou zejména tyto: zlepšit služby jak veřejného zdravotnictví, tak i klinické medicíny; zajistit potřebné zdroje, tzn. kvalitní pracovníky a účinné léky, posílit financování zdravotnictví a zlepšit řízení zdravotnického systému. Dále budou uvedena nová opatření, inovace a ověřené metody, které by mohly bezprostředně přispět ke zlepšení zdraví lidí a k posílení spravedlnosti. Tato navrhovaná řešení jsou důležitá pro různé formy zdravotnických systémů, bez ohledu na způsob financování (financování z daní na rozdíl od financování z jiných plateb), na formy poskytování zdravotnických služeb (integrované nebo fragmentované) a na formy řízení (centralizované nebo decentralizované).

Služby veřejného zdravotnictví

Posílení a rozvoj veřejného zdravotnictví je jednou ze základních podmínek zlepšení zdraví lidí v evropském regionu. I když se struktura a výkonnost veřejného zdravotnictví v jednotlivých zemích evropského regionu liší, potřeba investic a institucionálního rozvoje je společná. Je důležité zlepšit ochranu zdraví, posílit podporu zdraví a prevenci nemocí. To je prioritní. Jednou z dobrých možností je přijmout nově pojatý zákon o veřejném zdravotnictví, který by modernizoval strukturu i jeho funkci. Velmi důležitá je koordinace v celosvětovém i regionálním měřítku a přeshraniční spolupráce. Je žádoucí upevnit řízení v těch zemích, které služby veřejného zdravotnictví decentralizovaly.

Služby veřejného zdravotnictví musí být užitečné a vědecky podložené, provázené dostupnými informacemi jak o vynakládaných prostředcích, tak o strategických záměrech podpory zdraví. Investice do veřejného zdravotnictví představují významnou hodnotu a přispívají k ekonomické produktivitě i blahobytu celé společnosti.

Společnou a jednotící zásadou veřejného zdravotnictví je jeho skutečně veřejná povaha a důsledná orientace na zdraví celé populace. Veřejné zdravotnictví překračuje hranice zdravotnického rezortu. Spolupracuje se všemi zainteresovanými osobami i institucemi se záměrem ovlivnit jak přímé příčiny nemocí, tak i ostatní důležité okolnosti, např. sociální determinanty zdraví. Lze však připustit, že v mnoha zemích regionu není moc jasné, co je veřejné zdravotnictví a jakou má funkci. Služby i institucionální struktura veřejného zdravotnictví je v mnoha zemích neuspokojivá a možnosti zvládnout současné zdravotní problémy jsou velmi limitované.

V některých zemích rozvoj veřejného zdravotnictví brzdí nedostatek politické vůle. Rozhodujícím úkolem veřejného zdravotnictví je důsledně uplatnit své zásady a své služby v rámci celé společnosti, zlepšit informovanost v celospolečenském měřítku, zapojit všechny složky veřejné správy, rozvíjet mezirezortní spolupráci, dbát na zdraví a na zdravotní důsledky u všech přijímaných a navrhovaných opatření a posílit zdravotnický systém.

Aby bylo možné změnit dosavadní postavení veřejného zdravotnictví, je nezbytné pro služby veřejného zdravotnictví získat potřebné finanční prostředky a považovat je za dlouhodobou investici do zdraví a životní pohody populace jako celku. Vedoucí pracovníci veřejného zdravotnictví musí být schopni zahájit a vést informační diskuzi na politické, odborné i všeobecné úrovni, aby získali celou veřejnost pro opatření, která přispějí ke zlepšení zdraví lidí. Taková debata by měla vést k souhrnnému zhodnocení jak zdravotních potřeb, tak i možností dalšího zlepšení zdraví celé společnosti. Bude zapotřebí analyzovat zdravotní politiku v širokém měřítku, vytvořit inovační hnutí schopné zajistit spolupráci všech rezortů a dalších zúčastněných a stát se katalyzátorem potřebných změn.

Podpora zdraví a prevence nemocí jsou velmi důležité prvky veřejného zdravotnictví a spolu s dalším rozvojem základní zdravotní péče představují hlavní osu strategie veřejného zdravotnictví a nezbytný předpoklad účinného poskytování služeb. Kombinace dřívějšího podhodnocení prevence a některých dalších reforem a změn, např. decentralizace a privatizace zdravotnických služeb, vedla k tomu, že mnohé země nemají takovou infrastrukturu veřejného zdravotnictví, která je nezbytná pro poskytování účinných služeb. V celém regionu jsou finanční prostředky vynaložené na programy veřejného zdravotnictví poměrně malé.

Ochrana a podpora zdraví populace nevyhnutelně přesahuje činnost veřejného zdravotnictví v jakékoli jednotlivé zemi. Spolupráce více zemí je nezbytná z mnoha důvodů. Je zapotřebí se zabývat problémy vyvolanými globalizací, je žádoucí spolupracovat s mnoha mezinárodními organizacemi a dalšími subjekty i brát v úvahu zdravotní důsledky globální ekonomiky, obchodních dohod i vliv překotně se rozvíjejících komunikačních technologií. Je nutné rozvíjet jak horizontální spolupráci (mezi jednotlivými rezorty), tak i spolupráci vertikální (mezi jednotlivými stupni veřejné správy, lokálními, komunitními, národními i regionálními aktivitami a institucemi).

Řešení mnohých ze současných naléhavých problémů ovlivňujících zdraví populace, např. zdravotní nerovnosti, klimatické změny a obezita, si vyžaduje komplexní přístup. Zvládnutí takových nesnází přesahuje možnosti jediné organizace a je to motivem pro společné úsilí. Často bývají různé názory na příčiny komplikovaných problémů a na možnosti, jak se s nimi vypořádat. Aby bylo možné jednak pochopit a zhodnotit dopad zmíněných okolností na zdraví lidí a jednak navrhnout účinná opatření pro všechny složky veřejné správy a celou společnost, je nezbytné si osvojit systémové a analytické myšlení. Je to velmi důležité zejména pro zvládnutí problémů spojených s neinfekčními nemocemi.

Program Zdraví 2020 byl připravován souběžně s Evropským akčním plánem posílení kapacit a služeb veřejného zdravotnictví (233). Evropský akční plán předkládá vizi veřejného zdravotnictví pro 21. století a obsahuje osnovu potřebných opatření⁸.

Oba dokumenty staví na odhodlání zlepšit zdraví lidí, věnovat pozornost zdravotním nerovnostem a uplatnit celoládní a celospolečenský přístup, který umožňuje zvládnutí všech problémů souvisejících se zdravím a který spočívá v respektování a hájení lidských práv, sociální spravedlnosti, právu participace, partnerství a na snaze o trvalou udržitelnost. Evropský akční plán se na svém začátku hlásí k Achesonově definici veřejného zdravotnictví, které je „vědou a uměním, jak předcházet nemocem, prodlužovat život a zlepšovat zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti“ (234).

Evropský akční plán věnuje prvořadou pozornost udržení, dalšímu rozvoji a posílení stávajících kapacit a aktivit veřejného zdravotnictví s cílem zlepšit zdraví a ovlivnit zdravotní nerovnosti prostřednictvím opatření zaměřených na sociální determinanty zdraví. Plán rovněž připomíná, že veřejné zdravotnictví má hlavní roli při podpoře a rozvoji zdravotnického systému. Ministerstvo zdravotnictví je vedoucím činitelem zdravotnického systému, je i centrem řízení veřejného zdravotnictví. Veřejné zdravotnictví věnuje pozornost činnosti zdravotnického systému. Ten může být účinný jen tehdy, pokud je veřejné zdravotnictví jeho důležitou součástí.

Jak program Zdraví 2020, tak i Evropský akční plán vychází z definice zdravotnického systému, která byla uvedena v Tallinnské chartě (24):

⁸ Evropský akční plán posílení kapacit a služeb veřejného zdravotnictví je jedním ze základních pilířů realizace programu Zdraví 2020.

“V politické a institucionální struktuře každé země je zdravotnický systém souhrnem všech veřejných a soukromých organizací, institucí a zdrojů, odpovědných za zlepšování či obnovu zdraví. Zdravotnické systémy zahrnují služby jednotlivcům, služby pro obyvatelstvo a aktivity ovlivňující opatření a činnosti i jiných rezortů, s cílem zvládat determinanty zdraví, a to sociální, ekonomické a týkající se životního prostředí.”

Na žádost členských států se Evropská regionální úřadovna SZO stala vedoucí institucí pro realizaci Evropského akčního plánu. Ten je založen na deseti vzájemně propojených záměrech, které jsou provázeny deseti základními aktivitami veřejného zdravotnictví v evropském regionu. Ty tvoří východisko a osnovu moderního zdravotnického systému.

Návrh základních aktivit veřejného zdravotnictví se stává jednotící směrnicí pro ministerstva zdravotnictví a další řídicí instituce všech zemí regionu s cílem ustavit, sledovat a hodnotit činnost veřejného zdravotnictví. Seznam deseti základních aktivit veřejného zdravotnictví je uveden v panelu 7. Aby je bylo možné naplnit, je nezbytná podpora všech složek veřejné správy. Ta umožní dbát na zdravotní důsledky všech přijímaných opatření, integrovat potřebné aktivity a překračovat tradiční hranice jednotlivých rezortů.

Evropský akční plán bude doplněn jak ověřenou institucionální strukturou schopnou poskytovat služby veřejného zdravotnictví, tak i seznamem účinných metod užitečných pro praxi i pro další posílení veřejného zdravotnictví.

Individuální zdravotnické služby: zlepšení dostupnosti a kvality

Jsou k dispozici účinná opatření, která zlepšují poskytování zdravotnických služeb, zvyšují dostupnost vysoce kvalitní zdravotní péče zaměřené na občany a posilují věrohodnou informovanost o možnostech zdravotnictví. Hlavním posláním reformy zdravotní péče je zaměřit ji jak na potřeby lidí, tak i na jejich očekávání, přizpůsobit ji sociální situaci a zlepšit její výsledky. Dále uvedená témata připomínají důležitost orientace zdravotní péče na občany, nezbytnost posilování a aktivní podpory základní zdravotní péče,

Panel 7. Deset základních funkcí veřejného zdravotnictví

1. Průběžně zjišťovat a hodnotit zdraví populace a úroveň životní pohody.
2. Sledovat výskyt závažných rizikových faktorů a mimořádných událostí a vhodným způsobem na ně reagovat.
3. Chránit zdraví na pracovišti, v životním prostředí a dbát na bezpečnost potravin.
4. Podporovat zdraví, reagovat na sociální determinanty zdraví a na nežádoucí zdravotní rozdíly.
5. Předcházet nemocem a vyhledávat jejich časná stadia.
6. Zajistit řízení široce pojaté péče o zdraví a přispívat k životní pohodě.
7. Zajistit dostatečný počet kompetentních zdravotnických pracovníků.
8. Zajistit trvale udržitelnou organizační strukturu a její financování.
9. Obhajovat i prosazovat vhodná opatření a mobilizovat veřejnost pro zdraví.
10. Podporovat rozvoj výzkumu a vytvořit informační základnu pro řízení i praxi.

kteřá je základnou dalších etází zdravotní péče. Poukazují na roli náležitě podporovaného a strukturovaného nemocničního systému a přispívají k potřebné koordinaci zdravotní péče. Zmíněné přístupy jsou užitečné pro mnoho druhů zdravotnických služeb a pro různé zdravotnické instituce (veřejné zdravotnictví, primární péče, nemocnice, sociální péče a další) a organizace s různým typem vlastnictví (veřejné, soukromé, ziskové i neziskové).

V éře chronických nemocí musí být zdravotnické služby více orientovány na občany. Chronické nemoci trvají dlouho, vyžadují opakované zdravotnické služby a ve většině případů se jejich průběh zhoršuje. Záměrem moderního poskytování zdravotnických služeb je vytvořit a podporovat takové služby, které počítají s osobním podílem pacienta na péči, jsou poskytovány co nejbližší domovu nemocného, jsou bezpečné a hospodárné. Umožňují pacientům, aby se podíleli na rozhodování o své vlastní péči a aby ji i plánovali. To ovšem vyžaduje, aby byl vytvořen vhodný informační a konzultační systém, který by pacientům jejich rozhodování usnadnil. Lze vymezit některé činnosti, které by měly v tomto směru pacientům pomoci:

- umožnit pacientům, aby se na péči podíleli a aby mohli vyslovit svůj názor v průběhu přípravy, realizace i hodnocení zdravotnických opatření a služeb;
- zavést nové formy partnerství, společného rozhodování pacientů a zdravotnických pracovníků a v tomto směru orientovat odbornou přípravu i nácvik dovedností;
- poskytovat pacientům adekvátní informace o možnostech léčby a o jejich právech;
- zjišťovat překážky, které brání pacientům v přístupu k informacím, péči, rehabilitaci a ke zdravotním pomůckám pro chronické pacienty a zdravotně postižené;
- vytvořit metody pro měření a hodnocení, zda a do jaké míry je poskytovaná péče zaměřená na lidi, a zveřejňovat srovnatelné ukazatele o provedené práci.

Zvláštní pozornost je zapotřebí věnovat ohroženým sociálním skupinám, rozšiřovat programy, které by je mohly ovlivnit, a hledat nové formy poskytování služeb. Běžné formy poskytovaných služeb se mnohdy v potřebné míře nedostanou k lidem na nižší sociální úrovni a k ohroženým skupinám, to potom přispívá k nárůstu zdravotních rozdílů. Týká se to např. migrantů, Romů, lidí, kteří žijí v odlehlých horských oblastech, a narkomanů. Aby bylo možné zajistit, že takové skupiny osob dostanou potřebnou péči v plném rozsahu a během celého svého života, je nezbytné hledat nové formy poskytování péče, např. aktivní vyhledávací zdravotní programy. Nestačí čekat v dosavadních zdravotnických zařízeních a poskytovat běžné zdravotnické služby. Veřejný sektor by měl být iniciátorem zmíněných programů, měl by podporovat jejich přípravu, realizaci a odpovídající financování. Měl by vytvářet potřebnou právní základnu, dbát na adekvátní odměňování a spolupracovat se všemi, jichž se to týká.

Aby se podařilo zlepšit zdravotní péči, je důležité zvýšit úsilí na straně poskytovatele, který by se jednak měl ujistit, že pacient je plně informován o významu péče, a jednak by měl omezovat nežádoucí rozdíly ve výsledcích zdravotnické praxe. V evropském regionu jsou známa účinná a dokonce efektivní opatření proti většině nesnází, které způsobují chronické nemoci. Avšak údaje z výzkumů dokládají, že mnoho lidí nedostává potřebné preventivní, diagnostické, léčebné a rehabilitační služby. Dlouhodobým opatřením, které by mělo zlepšit zdravotní výsledky v evropském regionu, je zlepšení dostupnosti efektivní léčby kardiovaskulárních nemocí, cukrovky, TBC a problémů duševního zdraví, zlepšení organizace péče v těhotenství,

při porodu a zajištění péče o děti. Mnozí pacienti netrpí jen jednou nemocí, a přitom terapeutická doporučení se obvykle týkají jen jedné diagnózy. V období vysoké nemocnosti na chronické nemoci je nezbytné začít s novým typem výzkumu, který by zlepšil rozhodování o volbě terapie.

Program Zdraví 2020 i nadále vnímá základní zdravotní péči jako hlavní součást zdravotnických systémů 21. století. Pro zdravotnické systémy, které mají k dispozici dobře připravené praktické lékaře, sestry a další zdravotnický personál, je primární péče hlavním nástrojem řešení zdravotních problémů. Je to rovněž hlavní forma péče umožňující poskytovat další služby, a to podporu zdraví a prevenci. Je to i klíč ke všem dalším navazujícím zdravotnickým službám. Má-li být dosaženo potřebné koordinace zdravotní péče, je nezbytné zajistit, posílit a systémově vyvážit komunitní péči a podporu zdraví, prevenci nemocí, organizaci péče, služby ambulantních specialistů a sekundární i terciální nemocniční péči. V mnoha zemích se primární péče vyvíjí v souladu s potřebnými změnami zdravotnického systému, v jiných zemích však musí být posílena a měla by zlepšit svou výkonnost. Základní podmínkou je dobré právní prostředí, autonomní řízení, lepší financování, odborná příprava zdravotnických pracovníků v oblasti veřejného zdravotnictví, organizace a medicína založená na důkazech a průběžné zlepšování kvality zdravotnických služeb.

Roční zpráva SZO o světovém zdraví z roku 2008 (235) poukázala na rostoucí důležitost primární péče a na stálou aktuálnost a platnost společného materiálu přijatého na konferenci v Alma-Atě (5). Globální zkušenost potvrzuje, že k typickým rysům účinné a na lidi zaměřené zdravotní péče patří orientace na zdravotní potřeby, udržování osobních vztahů s koordinátory zdravotní péče, kteří organizují péči o chronicky nemocné, využívání registrů a hodnocení rizik, což umožňuje individualizovat současnou i budoucí zdravotní péči a nejen reagovat na nově se objevující problémy, přebírání odpovědnosti za zdraví a za zdravotní determinanty v průběhu celého života, a to včetně zvládnutí terminálních stadií před koncem života, a jednání s lidmi jako s partnery, kteří mohou zvládnout svou situaci. Aby bylo možné toho dosáhnout, nestačí změnit vlastní poskytování zdravotnických služeb. Je nezbytné upravit financování tak, aby byly prostředky v rámci zdravotnického systému správně využívány. Je rovněž nutné reformovat veřejnou politiku, aby přispívala ke zdraví společnosti a aby posilovala účast občanů na jejím řízení.

Už po nějaký čas sílí názor, že stávající klinický a ekonomický model, který preferuje nemocnice, neodpovídá současným potřebám. Příliš mnoho nemocnic se snaží poskytovat co nejširší spektrum zdravotnických služeb. V mnohých zemích pracují specialisté v centralizovaných zařízeních. Pacienti jsou ošetřováni v obrovských nemocnicích. Primární péči, která je v řadě případů schopná se o pacienty postarat, by měli nemocnice i specialisté podporovat. Zatím tomu tak není, protože to nepodporují formy financování zdravotnictví. Zdravotnická zařízení jsou finančně motivována, aby poskytovala co nejnákladnější péči co největšímu počtu pacientů. To překáží integraci zdravotní péče a nevede to ke snižování velikosti nemocnic.

Je nutné zajistit lepší koordinaci mezi péčí primární, sociální a domácí, mezi činnostmi ambulancí, nevládních organizací a specializovanou péčí. Jednotlivé složky péče by měly sdílet informační záznamy a měla by být přijata další opatření podporující integrovanou péči. Rovněž péče o duševně nemocné by měla být integrovaná do rodinné a nemocniční péče. Tím by bylo možné reagovat na rostoucí potřebu péče o duševně nemocné a současně by to respektovalo úzkou návaznost duševních a tělesných nemocí.

I když se neustále zvyšuje účinnost zdravotnických služeb, narůstá i jejich komplexnost. Lidé, kteří potřebují zdravotní péči, jsou starší, jejich stav je vážnější a jejich základní nemoc je provázána mnoha dalšími chorobami.

Rostoucí ekonomický tlak vede v mnoha případech k přetížení stávajících zdravotnických zařízení. Je vhodné si uvědomit, že k neočekávaným a nežádoucím vedlejším účinkům může dojít v každém zdravotnickém systému. V evropském regionu bylo deset procent pacientů ve zdravotnických zařízeních zbytečně poškozeno nežádoucími vedlejšími účinky poskytované péče, které způsobily pacientům utrpení a zdravotnickému systému finanční ztráty. Bezpečnost je jednou ze součástí kvality zdravotnických služeb a souvisí i s široce pojatou kvalitou kultury zdravotní péče, která zahrnuje kvalitu vztahů mezi pacienty a poskytovateli, výměnu zkušeností, poučení z nezdaru a hodnocení rizika, poskytování ověřených zdravotnických služeb, sledování průběhu terapie a hodnocení případného zlepšení, edukaci veřejnosti i pacientů, aby se mohli stát partnery při rozhodování o zdravotní péči.

Významnou pomocí by se měla stát nová informační technologie, jejímž prostřednictvím lze zajistit potřebnou klinickou informaci, která umožní jak zdravotnickým pracovníkům, tak i pacientům se bezodkladně správně rozhodnout a vyhnout se zbytečným dalším vyšetřením a nepotřebným zdravotnickým službám, které zvyšují soukromé i veřejné náklady. Bohužel, současný vývoj vede opačným směrem. Informační technologie využívaná v primární péči se liší od té, která je zaváděna do nemocnic. Důsledkem je špatná komunikace mezi nimi. Aby se stávající stav podařilo zlepšit, je nezbytné se lépe dohodnout na obsahu i organizaci dalšího vývoje a zajistit potřebné investice. Je samozřejmě nezbytné respektovat soukromí pacientů a dbát na ochranu zjišťovaných a zpracovávaných dat.

Řízení systému zdravotní péče je vzhledem k jeho komplexnosti a ekonomickým důsledkům jednou z neobtížnějších oblastí. Avšak mnohé země stále vydávají peníze na takové řízení, které plýtvá jak prostředky, tak vynaloženým úsilím. V oblasti řízení existují rozsáhlé možnosti vedoucí ke zlepšení výkonnosti celého zdravotnického systému, které by svým dopadem daleko přesáhly přínos nových dílčích klinických technologií. Zatím jen malá pozornost se věnuje otázce, zda řízení stávajícího systému zdravotní péče je účinné a odpovídá existujícím nárokům.

Zajištění základních podmínek pro práci vysoce kvalitního zdravotnického systému

Zdravotničtí pracovníci

Aby bylo možné obnovit aktivitu veřejného zdravotnictví a změnit poskytování zdravotnických služeb, musí být změněno vzdělávání i odborná příprava zdravotnických pracovníků s cílem zlepšit návaznost priorit vzdělávání, zdravotnického systému a zdravotních potřeb populace. Aby se podařilo změnit zdravotnictví tak, aby zdravotnické služby odpovídaly nové kultuře práce založené na věrohodných informacích, na koordinaci práce rezortů a jednotlivých stupňů poskytovaných služeb, na odpovídajícím vzdělávání a na odborné přípravě, je žádoucí věnovat pozornost těmto okolnostem: zajistit pracovníky, kteří jsou schopni působit v několika specializovaných oblastech a reagovat tak na měnící se epidemiologickou situaci; zahájit spolupráci s ostatními rezorty se záměrem ovlivnit sociální determinanty zdraví; podporovat týmové poskytování zdravotnických služeb; zajistit vybavení pro lépe proškolené pracovníky; posilovat schopnosti pacientů zasahovat do terapeutického procesu; naučit se lépe komunikovat a zlepšovat schopnosti řídicích pracovníků na všech úrovních a ve všech organizacích, aby zvládli realizaci uvedených změn. Nezbytnou charakteristikou budoucích řídicích pracovníků je jejich schopnost si průběžně doplňovat své znalosti a rozvíjet své dovednosti. To by jim měl usnadnit přístup k novým formám celoživotního vzdělávání.

Na politické úrovni by měla být věnována větší pozornost budoucím zdravotním potřebám stárnoucí populace a důsledkům, které z toho vyplývají pro

zdravotnické pracovníky. Je vhodné posoudit současnou kvalifikační strukturu zdravotnických pracovníků a zvážit, jací pracovníci a jak kvalifikovaní by měli být k dispozici na jednotlivých úrovních zdravotní péče. Například rostoucí počet pacientů trpících současně mnoha nemocemi si vyžaduje široce kvalifikované specialisty, a to dokonce i na nemocniční úrovni. Vzdělávání, odborná příprava i vedení zdravotnických pracovníků by mělo spočívat na těch nejlepších poznatcích o budoucích zdravotních potřebách stárnoucí populace.

Zlepšení výkonnosti současných zdravotnických pracovníků je rozhodující, protože bezprostředně ovlivňuje jak poskytování zdravotnických služeb, tak i úroveň zdraví populace. Zlepšení výkonnosti zdravotnických pracovníků je důležité i z hlediska efektivity, neboť přijímání nových pracovníků vzhledem k rostoucím požadavkům na zdravotnické služby nebývá možné z ekonomických důvodů. Kvalita služeb může být zvýšena prostřednictvím akreditací a shodou s národními standardy vyžadovanými jak u vzdělávacích institucí, tak i u jednotlivých zdravotnických pracovníků pracujících jak ve veřejném, tak i v soukromém sektoru. Dobré řízení a zlepšování pracovních podmínek má na výkonnost a pracovní morálku pracovníků příznivý efekt. Vede to i k lepším vztahům na pracovišti a k lepšímu poměru k pacientům. Vztahy lékařů a pacientů jsou pro zlepšování zdravotní péče i nadále rozhodující a měly by být podporovány v dobách narůstající komplexnosti a multidisciplinarity zdravotní péče.

Výkonnost a produktivita může být zvýšena ve vlastním procesu poskytování zdravotnických služeb výběrem vhodných metod, ustavením soudržných, dobře organizovaných interdisciplinárních zdravotnických týmů, vytvořením obsahu vzdělávání, kterým lze zajistit potřebnou kompetenci, zaměřením odborné přípravy na praxi v institucích i v terénu, vytvořením takových podmínek, které praxi umožní, a to včetně finančních podmínek, předcházením rizikům spojeným s výkonem zdravotnického povolání a posílením důležitosti informací, zpětné vazby a hodnocení.

Zdravotní sestry a porodní asistentky mají zásadní roli, jejíž význam průběžně narůstá. Bez jejich práce by se společnost nedokázala vyrovnat se současnými problémy v oblasti veřejného zdravotnictví, zajistit kontinuitu zdravotní péče, respektovat práva pacientů a reagovat na změny zdravotních potřeb. Zdravotní sestry a porodní asistentky tvoří největší skupinu zdravotnických pracovníků v regionu. Vzhledem k tomu, že jsou v bezprostředním kontaktu s mnoha lidmi, měly by zvládat zásady i praxi veřejného zdravotnictví, aby mohly využít všech možností ke zlepšení zdravotních výsledků, ovlivnit sociální determinanty a podpořit opatření nezbytná pro zavedení nutných změn. To se týká zejména těch, které pracují v terénu, ve školách, v průmyslu, ve věznicích a s bezdomovci. Jsou důležité například tyto dovednosti: získávání politického vlivu, schopnost vyjednávat a rozhodovat, schopnosti a znalosti finanční, obchodní i kulturní. To by se mělo stát novou náplní práce zdravotních sester a porodních asistentek vykonávajících svou práci efektivně a schopných pracovat na všech úrovních zdravotnické praxe a ve všech rezortech.

Překotný technologický rozvoj klade na zdravotní systém nové nároky a vyvolává nová očekávání. Aby bylo možné vytvořit novou strukturu pracovních týmů, jsou zapotřebí pracovníci s novou kvalifikací, např. řídicí pracovníci, zdravotničtí ekonomové, právníci se zaměřením na zdravotnictví, informatici a další vysoce kvalifikovaní inženýři.

Měla by být přijata vhodná opatření, která by vedla k udržení zdravotnických pracovníků ve venkovských oblastech a v dalších lokalitách, v nichž je omezená dostupnost zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že dochází k některým potížím v důsledku stěhování zdravotnických pracovníků, bude nutno zavést nezbytné řídicí, regulační a informační metody v souladu s Globálním kódem praxe o nábore zdravotnických pracovníků, který byl přijat na 63. zasedání

Světového zdravotnického shromáždění (236). Jak bylo uvedeno v Tallinnské Chartě (24) „nábor zdravotnických pracovníků by se měl řídit etickými principy, mezinárodní solidaritou a měl by být v souladu s kódem praxe.“

Léčivé přípravky

Několik účinných opatření umožňuje zajistit kvalitu, účinnost a bezpečnost léků, např. příprava a zavedení vhodných regulačních struktur a právních norem, kvalitní výroba a správné skladování, distribuce a vydávání léků, dostupné informace umožňující zdravotnickým pracovníkům i pacientům léky racionálně používat, spravedlivé a vyvážené doporučování léků a reklama usnadňující jejich plné využití.

Je zapotřebí zvážit mnoho souhrnných opatření, která by přispěla k zajištění dostupnosti život zachraňujících léků; v jednotlivých oblastech by měly být na základě racionálního výběru dostupné potřebné léky a měly by být správně užívány; měly by být zajištěny přímé dodávky léků; důležité je financování, cenotvorba a refundace, udržování nákladů a vyřízení patentových problémů. Život zachraňující léky jsou v mnohých zemích evropského regionu velmi drahé, což přispívá jak k prohloubení zdravotních rozdílů, tak i k nežádoucím nerovnostem při jejich používání. Mnohé země zavedly opatření v oblasti dodávky a omezují růst cen léků. Smyslem takových opatření je zajistit spravedlivý přístup k potřebným lékům a držet na uzdě náklady na zdravotnický systém. Rostoucí využívání generik a zvyšování jejich kvality jsou dvě nejdůležitější opatření, a to nejen z hlediska efektivního využívání prostředků, ale také co se týče snižování zdravotních rozdílů mezi zeměmi s vyššími a nižšími příjmy.

Práva na ochranu duševního vlastnictví pomáhají rozvoji výzkumu a inovacím, současně ovšem přispívají k růstu cen léků. Země by měly podporovat vývoj a výzkum zaměřený na léčbu těch nemocí, pro které dosud nejsou k dispozici vhodné léky. I když se o tom diskutuje již několik let, je zapotřebí podporovat výzkum zaměřený na ty nemoci, které ve velkém rozsahu postihují obyvatele chudších zemí.

Vhodné využití léků zvýší kvalitu péče a vede k efektivnějšímu vynakládání vzácných prostředků důležitých pro zdravotní péči. SZO odhaduje, že v celosvětovém měřítku více než polovina všech léků je předepsána, poskytnuta nebo prodána nesprávně a že polovina lidí, kterým byly léky předepsány, je řádně neužívala. Užívání léků, které je nadměrné, nedostatečné nebo nesprávné, přispívá k plýtvání vzácnými zdroji, prodlužuje zdravotní nesnáze a zvyšuje výskyt nežádoucích účinků léků. Rostoucí rezistence patogenů na používané léky patří k hlavním problémům regionu a podkopává snahu dosáhnout pokroku, např. v oblasti TBC. Racionální používání léků je podmíněno správností diagnózy, výběrem, předepsáním a vydáním vhodného léku i finanční dostupností léku pro pacienta a zdravotnický systém. Je rovněž důležité, aby pacient byl o léku plně informován, aby rozuměl významu předepsané léčby a aby užíval lék tak, jak je zapotřebí. Racionální používání léků vyžaduje souhlas a kompetenci nejen lékařů, zdravotních sester, farmaceutů a pacientů, ale i politiků, zdravotnických organizátorů, skupin nemocných i odborných společností. Inovační strategie, jejichž záměrem je zlepšit racionální využívání léků, by měly zahrnout i terapeutické komise, elektronickou preskripci, doporučení klinických postupů, zpětnou vazbu o výsledcích terapie, vytvoření informačního systému a zavedení finanční motivace hodnocení dosažených výsledků.

Farmaceutické společnosti prodávají mnoho produktů a ovlivňují nejen to, co lékaři předepisují, ale také poptávku po lécích a ochotu pacientů léky užívat. To vše může přispět k iracionálnímu využívání léků. Propagace léků může mít nepřímý vliv i na klinická doporučení. Regulace reklamy na léky patří mezi závažný úkol evropského regionu a lze připustit, že v řadě zemí se nedaří tento úkol uspokojivě plnit. Zmíněný úkol se musí stát prioritou, a to zejména vezmeme-li

v úvahu rostoucí napětí mezi požadavky na zdravotnické služby a jen omezenými prostředky, které má zdravotnický systém k dispozici. Správné používání léků a hodnocení zkušeností si vyžaduje, aby realita byla vnímána v jejím celém rozsahu.

Zásady uvedené výše se netýkají jen léků, ale vztahují se ve své obecnosti i na ostatní medicínské technologie. Důležitým úkolem v rámci evropského regionu je správný odhad potřeb a výběr odpovídajícího postupu i vybavení (nejen medicínské, ale i všech ostatních) umožňujícího poskytovat zdravotní péči v různých místech, včetně domácí péče. Tržní hodnota vybavení využívaného v lékařské a další zdravotní péči zhruba odpovídá finančním prostředkům vynakládaným na léky. Dobrá organizace týkající se zavádění nových medicínských technologií má obdobný význam jako při zavádění nových léků. Je nutné se ujistit, že navrhované opatření je hospodárné a bude využíváno spravedlivě, tzn. podle potřeb pacientů. Podmínkou je hodnocení kvality přístrojů, dalšího vybavení a služeb, transparentní výběrové řízení, organizace využívání přístrojů a pomůcek jak ve zdravotnickém zařízení, tak i v domácí péči, příprava vhodných indikátorů přispívajících k racionálnímu využití medicínských technologií a hodnocení jejich zdravotního přínosu v dlouhodobé perspektivě.

Zdokonalení systému financování zdravotnictví

Lepší financování zdravotnictví může reagovat na zmíněné problémy, a tak zlepšit jak spravedlnost a solidaritu, tak i zdravotní situaci v celém regionu.

Dosáhnout a udržet všeobecnou dostupnost zdravotní péče patří k významným úkolům evropského regionu zejména v období doznívání ekonomické krize. Světová zpráva o zdraví, kterou vydala SZO v roce 2010 (237) je zaměřena na financování zdravotnického systému a na cestu k všeobecné dostupnosti zdravotní péče. Poskytuje obsáhlý přehled dostupnosti zdravotní péče v celosvětovém měřítku a členským státům doporučuje praktická opatření směřující ke zdokonalení systému financování zdravotní péče. Všeobecná dostupnost zdravotnických služeb může být zajištěna prostřednictvím jednoho nebo kombinací několika opatření: zvýšení veřejných výdajů na zdravotnictví z všeobecných daní, popřípadě z daně ze mzdy; omezení roztržitosti finančních zdrojů pro zdravotnictví; nakupování zdravotnických služeb, které může přispět k hospodárnému jednání poskytovatelů zdravotnických služeb; zvýšení efektivity systému zdravotnictví; regulování cen a zamezení překotnému růstu cen léků a zdravotnického vybavení (235). Všeobecná dostupnost je základním předpokladem solidarity a spravedlnosti zdravotnického systému a je hlavním nástrojem pro naplnění zásad přijatých v Tallinnské chartě (24).

Dosavadní zkušenosti vedou k názoru, že ustoupíme-li od obecné klasifikace zdravotnických systémů (modely podle Beveridge, Bismarka a Semaška), může to usnadnit zavádění inovací a dalších pokusů. Stírají se například hranice mezi hrazením zdravotnictví z všeobecných daní nebo prostřednictvím veřejného pojištění založeného na platbě podle výše platu. Pokud země používají obě metody současně, uvědomují si, že to přispívá k lepší dostupnosti zdravotní péče a k udržení kvality péče, aniž by byla zatěžována ekonomika (238). Hranice financování zdravotnictví se posouvá s cílem zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče, přizpůsobit rozdělování dostupných finančních prostředků potřebám populace a využívat peníze co nejefektivněji, což je důležité zejména v době ekonomického poklesu.

Jsou k dispozici plně ověřené finanční nástroje pro nakupování zdravotnických služeb, kterými lze ovlivňovat a sledovat chování poskytovatelů a vést je k dobré klinické praxi. Tyto metody zlepšují kvalitu zdravotní péče snížením variability poskytovaných služeb, omezením nevhodné aplikace služeb a snížením počtu chybných výkonů. Tím přispívají ke zmenšování rozdílů mezi zeměmi

regionu. Platba za výkony, které jsou hodnoceny podle míry, jakou přispívají ke zlepšení zdravotního stavu, by mohla přimět poskytovatele, aby se orientovali na ty služby, které zlepšují zdraví lidí. Finanční mechanismus by měl rovněž přispívat k posílení koordinace zdravotní péče. Orientaci poskytovatelů na ověřené a účinné zdravotnické služby mohou posílit i další motivační metody, které nejsou přímo spjaty s financováním. Patří sem například uznání odborné kvalifikace, možnosti dalšího osobního rozvoje a dobré pracovní prostředí, v němž si pracovníci váží dosahovaných výsledků.

Jsou k dispozici metody, které do zdravotnictví dokáží zajistit stálý přísun financí, a to i v dobách ekonomické krize. Zkušenosti, které vyplynuly z nedávné finanční krize a následného ekonomického poklesu, mohou pomoci politikům a organizačním pracovníkům se lépe vyrovnat s budoucími krizemi prostřednictvím účinných nástrojů, které pomohou zachovat všeobecnou dostupnost zdravotní péče a připravit se na dobu, během níž se zdravotnický systém může dostat do ještě větších finančních nesnází. Takové metody nemohou zabránit ekonomickým poklesům a nepříznivým důsledkům, které způsobí systému zdravotnictví. Mohou však částečně zmenšit zranitelnost systému a omezit následné nežádoucí dopady na zdraví lidí. Země, které vytvářejí rezervy v dobách ekonomického růstu nebo alespoň snižují deficit rozpočtu a vnější dluh, mohou se v dobách ekonomického poklesu rozhodnout požádat o půjčku nebo vyčerpat dosavadní rezervy. A dokonce, i když tyto možnosti nelze využít, mohou se země v dobách ekonomického poklesu rozhodnout, že zdraví lidí přisoudí větší prioritu a na zdravotní péči vynaloží větší část svého rozpočtu, a tím omezí nepříznivé zdravotní důsledky ekonomické krize. Je nutno ovšem připustit, že takové řešení obvykle naráží na politické překážky.

Má-li být zajištěna podpora veřejnosti i politiků pro zajištění všeobecné dostupnosti zdravotnických služeb v dobách ekonomického poklesu, pak nesmírně důležitým úkolem je vypořádat se s nízkou efektivitou některých zdravotnických služeb. Za situace, kdy se v systému zdravotnictví plýtvá a prostředky se vynakládají neefektivně, je obhajoba potřeby nových finančních prostředků velmi těžká. Rozpočtové škrty vytvářejí velký tlak na poskytovatele služeb, aby využili všechny možné rezervy a zvýšili efektivitu služeb. Existuje však hranice určující do jaké míry a jak rychle lze reagovat na potíže způsobené ekonomickou recesí. Přejít na úspornější poskytování zdravotnických služeb musí být pečlivě organizačně připraven. Krátkodobá řešení mohou sice udržet systém v chodu v období ekonomické krize, avšak z dlouhodobého hlediska se mohou projevit jako nedostatečná. Například odložení investic a omezení údržby může pro rozpočet znamenat krátkodobou úlevu. K dlouhodobým opatřením, která jsou orientována na zvýšení efektivity systému, patří např. lepší využívání energie, přesun některých služeb do ambulantních zařízení, větší podpora primární péče a rozvoj účinných populačně orientovaných programů veřejného zdravotnictví, omezení neefektivních zdravotnických služeb a racionální používání léků.

Finanční stabilita by neměla být považována za cíl sám o sobě (239). Daňová omezení je nezbytné respektovat, pokud usilujeme o spravedlnost, finanční ochranu a zdravotní přínos. Ani některé zásady ekonomické politiky, jako např. snahu o větší konkurenceschopnost, nelze pojímat jako izolované cíle, ale jako prostředky napomáhající zlepšit životní pohodu lidí v evropském regionu.

Zlepšení řízení zdravotnických systémů

Dobré řízení posiluje zdravotnický systém tím, že zlepší výkonnost, odpovědnost a transparentnost. Základem řízení zdravotnictví v 21. století je zdravotní politika založená na ověřených informacích, realizovaná za účasti všech rezortů a vítající partnerství i účast občanů. V souladu s těmito zásadami by měl být upraven i styl řízení. Mnohá zdravotní opatření jsou založena na dominanci centra. To hraje svou roli při snaze zapojit do řízení péče o zdraví celou vládu a vést všechna ministerstva k zájmu o zdraví lidí. Větší zapojení občanů a celé

občanské veřejnosti posílí zaměření národních zdravotních plánů na občany, pacienty a mohlo by přispět k vymezení a respektování sociálních hodnot.

Využijeme-li při přípravě národních plánů a dílčích plánů metodu systémového myšlení, potom budou přijatá opatření široce zaměřená, náležitě strukturovaná a orientovaná na dlouhodobé plánování s jasně vymezenými prioritami. Prostřednictvím těchto zásad budou cíle zdravotnického systému zakotveny v sociálních hodnotách a navázány na prostředky, které zdravotnický systém posílí. Problémy, se kterými se zdravotnictví potýká (např. epidemie chronických nemocí), jsou považovány za komplexní problémy, zahrnující mnoho proměnných, celou řadu příčinných vazeb a pozitivní i negativní zpětné vazby. Jen všestranný, dlouhodobý a cílově orientovaný program může omezit rostoucí výskyt chronických nemocí. Aby bylo možné využívat zkušenosti a vhodně orientovat další postup, je nezbytné, aby se průběžné sledování a hodnocení stalo nedílnou součástí realizace opatření.

Ministerstva zdravotnictví a jejich partneři (ministerstvo financí, životního prostředí a školství) by měla zvýšit svůj zájem o zdraví a posílit obhajobu investic do zdraví a do sociálních determinant. Mnoho důkazů svědčí o tom, že zdraví zvyšuje sociální i ekonomickou úroveň celé společnosti. Zdraví a opatření, která by je mohla zlepšit, mívají však obvykle při projednávání rozpočtu nízkou prioritu, ať už záměrně nebo neúmyslně, a to zejména, když zdravotničtí řídicí pracovníci nepředloží přesvědčivé argumenty. Je skutečně důležité, aby zdravotnický systém pracoval co nejefektivněji tváří v tvář rostoucím požadavkům a aby ministerstva zdravotnictví se ujala vedoucí role při poukazování na hodnoty, které přinášejí investice do zdravotnictví. V dobách ekonomického poklesu by měly být posíleny schopnosti ministerstev rozhodovat o prioritách, na něž je žádoucí vynaložit finanční prostředky, aby bylo možné zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče, která respektuje zdravotní potřeby a která věnuje pozornost i chudším sociálním a ohroženým skupinám.

Nová generace reforem zdravotnických systémů si vyžaduje prostředí, v němž se může rozvíjet partnerství, v němž se občanská společnost může podílet na určování priorit i na rozhodování a jednotlivé osoby se mohou lépe postarat o své zdraví. Partnerství se netýká jen spolupráce mezi veřejnými institucemi. Může nabývat mnoha forem. Např. spolupráce veřejné a soukromé sféry, kdy některé služby jsou svěřovány soukromým firmám. Je možné z veřejných zdrojů financovat terénní pracovníky neziskových organizací, privátní organizace, v jejichž správních orgánech pracují místní politici, soukromá zdravotnická zařízení, která vlastní dobročinné organizace, a veřejná zdravotnická zařízení řízená soukromými subjekty. Ministerstva zdravotnictví by měla současně posílit svou pomocnou a koordinační roli a měla by se ujistit, že všechny složky zdravotnického systému, veřejné i privátní pracují v potřebné návaznosti a společně přispívají ke zdraví a životní pohodě obyvatel.

Ve snaze dosáhnout co nejlepších výsledků v oblasti veřejné politiky, vlády podporují spolupráci veřejného a soukromého sektoru, a to i ve zdravotnictví. V takových případech se veřejné a soukromé subjekty dělí o odpovídající část rizika. Spolupráce veřejného a soukromého sektoru má své výhody. Může například posílit stabilitu financování v dobách, kdy výše veřejných prostředků kolísá v důsledku ekonomických výkyvů. Partnerství se soukromým sektorem zvyšuje efektivitu vynaložených prostředků a zlepšuje kvalitu služeb pro konečného uživatele. I když tyto výhody jsou často uváděny ve snaze zvýšit význam soukromého kapitálu, nebyly dosud potvrzeny ve všech případech a jsou do značné míry sporné. Dosavadní zkušenosti ukazují, že spolupráce veřejných a soukromých subjektů v oblasti veřejné politiky si vyžaduje pečlivé řízení a kontrolu ze strany veřejného sektoru. Potom lze zajistit jak potřebnou efektivitu a kvalitu služeb, tak i spravedlivé poskytování služeb všem

potřebným a zamezit nevhodnému jednání, které by promarnilo dosahované výsledky. Je zřejmé, že řídit spolupráci veřejného a soukromého sektoru je velmi náročné. Je tedy nezbytné, aby veřejný sektor byl dobře řízen s jasně vymezenými kompetencemi i odpovědností, aby bylo možné se ujistit, že dosavadní činnost skutečně směřuje k veřejně stanoveným cílům a respektuje veřejné hodnoty. Rovněž je nutné jednoznačně stanovit, jak budou řešeny případné nezdary. To znamená, jak se bude veřejný a soukromý sektor dělit o případné ztráty v návaznosti na způsob dělení možných zisků.

Musí se toho ještě hodně vykonat, aby bylo možné se ujistit, že dosavadní zkušenosti jsou v potřebné míře využívány jak při přípravě, tak i při realizaci opatření. Je důležité se průběžně seznamovat s novými zkušenostmi, zlepšovat schopnosti politiků a analytiků a vytvořit trvale udržitelné institucionální mechanismy, které by poskytování vhodných znalostí a zkušeností nezbytných pro praxi dokázaly založit na vzájemné výhodnosti a respektu. Aby bylo možné posílit návaznost poznatků a opatření a odstranit překážky mezi těmi, kteří poznatky získávají a těmi, kteří navrhují a realizují přijatá opatření, je nezbytné se zaměřit zejména na tyto metody: vhodnými formami šířit získané poznatky, vytvářet tvůrčí skupiny, zprostředkovat výměnu zkušeností a spolupracovat na výzkumných projektech. Velmi užitečné je pravidelné hodnocení výkonnosti zdravotnického systému. Existují poměrně dobré metody, kterými lze měřit, zda a do jaké míry dosavadní strategie zdravotnického systému přispívá k dosažení zdravotních cílů. Hodnocení výkonnosti by se mohlo stát východiskem politické diskuze, na níž by se podílela vláda, organizátoři zdravotních programů, pracovníci veřejné správy na národní, regionální i místní úrovni, zdravotníci i občané. Hodnocení výkonnosti je hlavním nástrojem pomáhajícím zlepšovat řízení a posilovat odpovědnost.

Zajištění bezpečnosti ve zdravotní oblasti, Mezinárodní zdravotní řád a připravenost na nouzové situace, které ohrožují zdraví obyvatel

Situační analýza

Evropský region SZO je vystaven vážnému riziku, že bude ohroženo zdraví lidí. Objevují se nové nemoci, roste výskyt některých infekčních nemocí, dochází k přírodním katastrofám i k neštěstím způsobeným lidmi, včetně válečných konfliktů souvisejících s kulturními rozdíly nebo vyvolané územními spory. Přírodní katastrofy a neštěstí mohou být biologické, chemické nebo radiační. Region rovněž čelí klimatickým změnám, které jsou provázeny extrémními výkyvy počasí. Dalším rizikem je urbanizace, růst letišť pro mezinárodní dopravu a masová shromáždění.

Připravenost na katastrofy je do určité míry omezována sociálními rozdíly a nestejnou dostupností zdravotní péče. To vede k situaci, že určité sociální skupiny jsou v případě neštěstí a katastrof více ohroženy. Důsledky nepříznivého ekonomického vývoje tuto situaci dále zhoršují. I když se na jedné straně podařilo snížit nebezpečí biologických, chemických a radiačních katastrof přijetím bezpečnostních pravidel a dalších opatření, na druhé straně se zvýšila dostupnost některých nebezpečných materiálů a navazujících informací usnadňujících jejich zneužití.

Dosavadní zkušenosti dokládají, že slabý a nepřipravený zdravotnický systém je překážkou včasného a účinného zvládnutí krizové situace a zvyšuje riziko dalších mezinárodních důsledků. Investice, které členské státy vynaložily, aby byly připraveny na pandemii v roce 2009, se ve svém důsledku ukázaly jako rozhodující (229). Z obecného hlediska je svět poměrně málo připraven čelit katastrofám a jejich zdravotním důsledkům. Mnoho zemí regionu potřebuje pomoc, aby mohly posílit svou schopnost zjistit potenciální ohrožení zdraví obyvatelstva a vhodně na ně reagovat.

Je naprosto nezbytné rozvíjet schopnost pružně reagovat na vývoj situace, opírat se o odolné struktury a předvídat i zvládat naléhavé situace. Mezinárodní zdravotní řád (2005) vstoupil v platnost 15. června 2007 a poskytl signatářským zemím mezinárodní právní i organizační základnu umožňující lépe chránit zdraví obyvatel. Zdravotní řád výslovně ukládá členským státům, aby zajistily základní kapacity schopné zjistit, zhodnotit a včas nahlásit všechny události spojené s větším než očekávaným výskytem nemoci a úmrtí, které mohou představovat ohrožení zdraví lidí v mezinárodním měřítku. Státy by rovněž měly mít schopnost rychle získat potřebné informace a realizovat doporučení SZO v rámci koordinované mezinárodní reakce.

SZO jako vedoucí organizace Světového zdravotního sdružení (Global Health Cluster) zřízeného výborem OSN (Inter-Agency Standing Committee) má unikátní mezinárodní mandát v rámci mezinárodního humanitárního systému, jehož zásady jsou uplatněny i v postupech Evropské regionální úřadovny SZO a v každodenní činnosti Pohotovostního operačního centra pracujícího při Evropské regionální úřadovně SZO. Regionální úřadovna hraje centrální roli v regionální i celosvětové výměně informací a při koordinaci opatření. Aktivně podporuje evropské členské státy, aby se posílila jejich schopnost reagovat na akutní zdravotní ohrožení obyvatel.

Aby bylo možné předcházet zdravotním krizím a oslabit jejich zdravotní důsledky, je nutné uplatnit tyto účinné postupy: posílit řízení, zlepšit připravenost, zavést průběžnou plánovitou přípravu na naléhavé situace a na všechna zdravotní ohrožení, zřídit nepřetržitě pracující krizové řízení, připravit programy na ministerské úrovni věnované zdravotním rizikům a posílit mezirezortní koordinaci.

Vzhledem k tomu, že problémy spojené se zajištěním zdravotní bezpečnosti jsou velmi komplexní, je předpokladem účinné reakce včasné předávání potřebných informací mezi SZO a jejími členskými státy a úzká spolupráce vlád, mezinárodních organizací, občanské společnosti, soukromých organizací a dalších partnerů (240). V této souvislosti SZO spolupracuje s Evropským centrem pro prevenci a kontrolu nemocí (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC) a Evropskou komisí s cílem zlepšit celoevropskou zdravotní bezpečnost.

Aby bylo možné v případě vzniku náhlých epidemií infekčních nemocí a neštěstí co nejrychleji využít potřebných mezinárodních zkušeností a účinně reagovat na akutní problémy, zřídila SZO orgán zabývající se zjišťováním vzniku epidemií a následnou reakcí (Global Outbreak Alert and Response Network – GOARN). Splnit úkoly Mezinárodního zdravotního řádu pomáhají i spolupracující centra SZO a zdravotní programy, např. United States Centers for Disease Control and Prevention's Global Disease Detection Program (který byl uplatněn i v Kazachstánu).

Do oblasti biologické bezpečnosti a biologické ochrany vstupují noví partneři, např. bezpečnostní rezort. Přinášejí do veřejného zdravotnictví zemí z východní části regionu nové investice a přivádějí nové kvalifikované pracovníky, a to zejména pokud jde o laboratoře a epidemiologickou službu. Zmíněné investice jsou v souladu s mezirezortní snahou zlepšit zdravotní bezpečnost a s mezinárodním diplomatickým úsilím. Jedná se např. o smlouvu týkající se zákazu biologických zbraní, o práci panelu OSN na vysoké úrovni, který se zabývá hrozbami, problémy a změnami, a o činnost Výboru pro zdravotní bezpečnost EU.

Je zapotřebí získat a shromáždit nové poznatky, které by usnadnily zapojení všech vládních rezortů (jako je zemědělství, doprava, obrana) i dalších sociálních skupin a občanské společnosti do posílení připravenosti na neštěstí a do zlepšení následných opatření. Plány připravené k posílení připravenosti

na naléhavé situace by měly obsahovat i plánovaná cvičení, jejichž výsledek by pomohl zhodnotit úroveň připravenosti.

Mezinárodní zdravotní řád zavazuje signatářské země, aby zřizovaly a posilovaly kapacity schopné předcházet zdravotním krizím a vhodně na ně reagovat. Metodika hodnocení (241) pomáhá zemím hodnotit svůj vlastní systém a zjistit jeho přednosti i nedostatky. Iniciativa usilující o zvýšení bezpečnosti nemocnic je konkrétním příkladem snahy zvýšit odolnost zdravotnických zařízení a zajistit jejich plnou funkčnost i v dobách krize a ohrožení zdraví obyvatelstva. Snaha zdokonalit mezirezortní koordinaci a rozvíjet mezioborový přístup zlepšuje prevenci, časný záchyt i následné zvládnutí nebezpečné situace a měla by být posílena během velkých masových shromáždění. Pokud se podaří zlepšit systém včasného zjištění a zvládnutí akutních problémů ohrožujících zdraví obyvatelstva a zajistit tomu odpovídající připravenost, může se to stát silným motivem pro zlepšení celého zdravotnického systému a poskytne to všem zúčastněným, včetně občanské společnosti, skvělou příležitost pro uznání jejich důležité role a odpovědnosti při zlepšování zdraví lidí.

Dobré řízení podporující transparentnost a mezirezortní koordinaci je základní podmínkou zlepšení krizové připravenosti. Srozumitelnost a včasnost sdílených informací musí být průběžně zlepšována, a to jak uvnitř zemí, při respektování jejich federální struktury, tak i mezi zeměmi a SZO v souladu s postupy uvedenými v Mezinárodním zdravotním řádu a při respektování metod jeho realizace na národní úrovni.

Bude rozvíjena další spolupráce s cílem dosáhnout geograficky rovnoměrnou technickou úroveň v celém evropském regionu SZO. Bude nutné, aby se do těchto aktivit zapojily mezinárodní instituce, jako je např. GOARN, aby se podařilo zajistit náležitou technickou úroveň i kulturní porozumění.

Bude pokračovat úzká spolupráce s institucemi EU, jako je Health Threats Unit při EU a ECDC, a to zejména pokud jde o podporu iniciativy EU zaměřené na zdravotní bezpečnost. Je žádoucí rozvíjet a zavádět společné formy hlášení, zpracování dat, terénních průzkumů a zpráv. To povede ke sjednocení metod předávání informací jak pro SZO, tak i pro EU, přispěje to k lepší výměně zkušeností a hodnocení zdravotních rizik a umožní to vyhnout se zprávám, které by si odporovaly, i některým rizikům spojeným s komunikací.

Podílet se na vytváření motivovaných a odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví

Pravděpodobnost, že člověk bude zdravý, je úzce podmíněna okolnostmi, v nichž se lidé rodí, vyrůstají, pracují a stárnou. Soustavné hodnocení zdravotních determinant v rychle se měnícím prostředí, a to zejména pokud jde o technologie, práci, výrobu energie a urbanizaci, je naprosto zásadní. Na výsledky hodnocení musí navazovat opatření vedoucí ke zlepšení zdravotní situace. Motivované a odolné sociální skupiny pohotově reagují na nové nebo nepříznivé situace, jsou připravené na ekonomické a sociální změny i na vývoj životního prostředí a jsou schopny zvládat krize i těžké podmínky. Sociální skupiny, které jsou znevýhodněné a oslabené, dosahují podstatně horších výsledků, a to nejen pokud jde o zdraví, ale i co se týče dalších sociálních determinant, jako je kriminalita a vzdělání.

Má-li být zdraví lidí chráněno před rizikovými faktory nebezpečného a kontaminovaného životního prostředí a mají-li být přijata vhodná sociální i další opatření v konkrétních lokálních podmínkách, je naprosto nezbytné, aby rezort zdravotnictví úzce spolupracoval s rezortem životního prostředí. Rizika plynoucí ze životního prostředí jsou významnými determinantami zdraví. Zdravotní stav je úzce spjat s prostředím, např. pokud jde o expozici

škodlivým emisím, a souvisí i s vlivem klimatických změn, které společně se sociálními determinantami působí na zdraví. V kontextu Ria+20, konference OSN o udržitelném rozvoji, probíhá hodnocení přínosů, které pro zdraví mohou mít snížení emisí a další opatření v oblasti péče o životní prostředí. Státy začaly připravovat a realizovat opatření, která přispívají jak ke zdraví planety, tak i ke zdraví lidí, a uznávají důležitost spolupráce mezi rezorty s cílem chránit zdraví lidí před rizikovými faktory nebezpečného nebo kontaminovaného prostředí.

Životní prostředí

Ve většině evropských zemí došlo v období 2005–2011 ke stagnaci, nebo dokonce k poklesu ukazatele HDI (Human Development Index) (242). Nižší úroveň indexu lidského rozvoje souvisí s nižší ochranou životního prostředí a s růstem problémů, které způsobují nemoci podmíněné špatným životním prostředím.

Nemoci spjaté se životním prostředím se v evropském regionu SZO podílejí na celkové úmrtnosti zhruba z 20 %. Zátěž, kterou v evropském regionu způsobují nemoci podmíněné životním prostředím, značně kolísá, a to od 14 % do 54 % (243). Dále je uvedeno několik příkladů.

- Expozice prachovým částicím snižuje naději dožití v průměru o jeden rok. Je to způsobeno vyšším rizikem vzniku kardiovaskulárních a respiračních nemocí a zhoubných nádorů (244).
- Znečištění vnitřního ovzduší biologickými částicemi spolu s výskytem vlhkosti a plísní zvyšuje riziko nemocí dýchacího systému o 50 % (245).
- Měřeno pomocí ukazatele DALYs, má hluk v životním prostředí v evropském regionu za následek ztrátu 2–3 milionů let, a to v důsledku vyššího výskytu ischemické srdeční nemoci, kognitivních poruch u dětí, špatného spánku, hučení v uších a rozladěnosti (246).
- Špatně vytvořené a neintegrováné dopravní systémy se přímo podílejí na vyšším počtu zranění a úmrtí. Nepřímo vedou k omezení cestování a k větší sociální izolaci.
- V období 2000–2010 se ztrojnásobil počet případů nemocí přenášených vodou, jako např. kryptosporidióza, kampylobakterií, legionelóza. Odhaduje se, že v evropském regionu postihuje helmintóza 1 milion předškolních dětí a 3 miliony školních dětí. To poukazuje na potřebu základní hygieny, na význam dostupnosti nezávadné vody, na potřebu napojení obydlí na kanalizaci a na důležitost čistoty prostředí, v němž se děti běžně pohybují (247).
- I když v evropském regionu klesá výskyt klasických nemocí přenášených vodou, které mohou způsobit epidemie, jako např. cholera, tyfus, dyzentérie, nemoc způsobená enterohemoragickou E. coli, 4 milióny lidí v městských oblastech a 14,8 miliónu lidí ve venkovských oblastech však dosud berou vodu z neověřených zdrojů a 34,6 miliónů lidí nepoužívá vhodnou kanalizaci. Zhruba 10 % obyvatel používá vodu ze soukromých studní, z nichž mnohé nejsou kontrolovány a jsou vystaveny nebezpečí kontaminace (248).
- Odhaduje se, že lidé s nízkými příjmy jsou vystaveni rizikům životního prostředí pětkrát častěji než jejich bohatší spoluobčané (249).

Aby bylo možné zlepšit zdraví a životní pohodu, je nezbytné klást větší důraz na snížení výskytu rizikových faktorů v zevním prostředí, na posílení spravedlnosti a na zlepšení kvality řízení. V evropském regionu by bylo možné snížit až o pětinu zátěž, kterou způsobují nemoci, a zamezit značnému podílu dětských úmrtí, pokud by se podařilo snížit výskyt rizikových faktorů spojených s ovzduším, vodou, chemikáliemi, potravinami a s hlukem, umožnit všeobecný

přístup ke kvalitní vodě, zajistit vhodnou kanalizaci a trvalou kontrolu pitné vody a rozšířit základní hygienu.

Pozornost, která se dosud věnuje rizikovým faktorům životního prostředí, však není dostatečná. Mají-li být zvládnuty obrovské problémy, které v moderní společnosti způsobují chronické nemoci, je nezbytné posílit ekologickou orientaci veřejného zdravotnictví, která si všímá složitých vazeb mezi faktory biologickými, způsoby jednání, charakteristikami životního prostředí a sociálními okolnostmi. Toto úsilí veřejného zdravotnictví by mělo být koordinováno se snahou o celosvětovou trvalou udržitelnost v oblasti ekonomické i sociální (250, 251).

Socioekonomické rozdíly a současný světový ekonomický pokles brzdí postupné snižování zdravotně rizikových faktorů zevního prostředí. Ve všech zemích, bez ohledu na jejich ekonomickou úroveň, jsou chudší lidé vystaveni většími riziky pocházejícího z nezdravého životního prostředí než lidé bohatší. Sociální determinanty významně ovlivňují jak expozici rizikovým faktorům životního prostředí, tak i závažnost zdravotních důsledků pro jednotlivce i sociální skupiny. Například značná nebo narůstající chudoba oslabuje ochranu funkcí kvalitní vody, kanalizace a hygienických opatření realizovaných v rámci zdravotnictví. Lidé s nižším příjmem obvykle žijí v horších hygienických podmínkách, v méně bezpečných oblastech, blíž ke zdrojům průmyslového, chemického a dalšího znečištění, žijí v horších obydlích a mají horší přístup do takového životního prostředí, které by bylo příznivé pro jejich zdraví (249).

Kvalita vody je pod stálým dohledem a její zajištění je důležité jak pro dodávku pitné vody, tak i pro potravinářský průmysl a rekreaci. V EU jsou požadavky na kvalitu vody právně zakotveny v materiálu „WHO Guidelines for Drinking-water Quality“. O častém porušování těchto doporučení svědčí občasné průkazy enterokoků, arzeniku, olova, niklu, nitrátů a dalších znečišťujících látek. Ve východní části evropského regionu je zmíněné porušování častější a ve vodovodním systému bývá více patogenů. K dalším nesnázím lze zařadit klimatické změny, růst populace, potřeby průmyslu a spotřebu vody v domácnostech. Očekává se, že vzhledem k nedostatku vodních zdrojů klesne celkový odběr vody v EU v období let 2000–2030 o 10 %, což způsobí značné potíže ve střední a jižní Evropě a ve střední Asii (252).

Narůstajícím problémem veřejného zdravotnictví jsou nemoci způsobené potravinami. Stále více potravin se zpracovává a připravuje mimo domov. Aby se podařilo zajistit bezpečnost potravinových řetězců, jejichž složitost narůstá, je nezbytné, aby spolupracovalo několik rezortů: zdravotnictví, zemědělství, doprava potravin, potravinářství a provoz stravovacích zařízení. Bezpečnost potravin úzce souvisí s kvalitou vody, využíváním zemědělské půdy a dostupností technologií pro zvýšení produkce, skladování, dopravu a zpracování potravin.

Změny životního prostředí v celosvětovém měřítku, jako je poškození ozónové vrstvy, klimatické změny, ztráta biodiverzity, rostoucí počet mimořádných událostí v životním prostředí, vývoj počasí a rychlé zavádění nových materiálů a technologií, mohou přinést nové zdravotní problémy, vyhrotit ty stávající a poukázat na slabiny dosavadního zdravotnického systému. Např. některé změny klimatu se v evropském regionu již citelně projeví. Během období veder v roce 2003 zemřelo 70 000 lidí. Je to vážné varování, ukazující, co by mohlo nastat, kdyby nebyla přijata žádná opatření. Očekává se, že klimatické změny přinesou ještě větší problémy: častější vlny veder, sucha, povodně a požáry, zvyšování hladiny oceánů s důsledky pro pobřežní oblasti a osídlení, tání věčně zmrzlé půdy na severu s následky pro infrastrukturu a obyvatelnost a zhoršení jak klasických faktorů životního prostředí, tak i sociálních determinantů zdraví, jako je kvalita ovzduší, vody a množství i složení potravy.

Rovněž se předpokládá, že by mohlo dojít ke změnám v geografickém rozložení infekčních nemocí, k lokálním epidemiím a k novým nebo znovu se objevujícím infekčním nemocem (jako např. dengue) (253). Mnoho důsledků klimatických změn je vnímáno daleko od místa jejich vzniku. Mohou se stát zdrojem konfliktů, vyvolat boj o zdroje stejně jako způsobit migraci. Velikost ekonomických škod se odhaduje na 5–10 % HDP (254).

Na vytváření životního prostředí a na zdravotnických intervencích se účastní mnoho subjektů. Mnoho dílčích faktorů životního prostředí (ovzduší, voda, půda, potraviny, hluk a radiace) lze pojímat jako integrované determinanty zdraví a životní pohody působící během celého života tam, kde lidé žijí. Oblasti, jako je doprava, zásobování vodou, kanalizace, výroba energie a zemědělství, hrají, pokud jde o zdraví, důležitější roli než samotné zdravotnictví. Mezirezortní spolupráce je nezbytná na všech úrovních, od národní až po mezinárodní. Zdravotnický rezort má důležitý úkol spočívající v motivaci ostatních rezortů, aby přispívaly ke zdraví lidí, aby zjišťovaly rizikové faktory a další determinanty zdraví a aby sledovaly a hodnotily dopady přijatých opatření.

Státy evropského regionu zahájily proces zaměřený na ochranu životního prostředí a zdraví už před 20 lety. Tento proces je řízen specifickým způsobem, a to prostřednictvím série ministerských konferencí, kterých se účastní jak ministři zdravotnictví, tak i ministři životního prostředí na stejné platformě. To posiluje spolupráci a návaznost na celou řadu multilaterálních dohod o životním prostředí a posiluje to partnerství s mezivládními organizacemi, jako je Evropská ekonomická komise při OSN, Program životního prostředí OSN, Evropská komise a mnohé další organizace občanské společnosti (255).

Realizace „Závazku k aktivitě“ (Commitment to Act) přijatého na 5. konferenci ministrů o životním prostředí a zdraví, která se konala v italské Parmě v roce 2010, je stěžejní pro zlepšení návaznosti mezi zdravím a trvale udržitelným rozvojem (256). Parmská deklarace vymezila prioritní cíle pro oblast životního prostředí a zdraví a dílčí úkoly, které by měly evropské členské státy splnit do roku 2020:

- chránit zdraví lidí zlepšením dostupnosti nezávadné vody a rozšířením kanalizační sítě;
- přispět ke zvládnutí obezity prostřednictvím zdravého životního prostředí, tělesné aktivity a zdravé výživy;
- předcházet nemocem zlepšováním kvality venkovního i vnitřního ovzduší;
- předcházet nemocem způsobeným rizikovými faktory životního prostředí (chemickými, biologickými a dalšími).

Závazek k aktivitě rovněž požaduje:

- řešit zdravotní problémy tak, aby byly oslabovány důsledky klimatických změn, vytvořit vhodné adaptační mechanismy a přijmout odpovídající opatření;
- posílit zdravotní a sociální péči a zlepšit ochranu životního prostředí tak, aby bylo možné pohotově reagovat na klimatické změny;
- rozvíjet systémy včasného varování a zlepšit připravenost na extrémní výkyvy počasí a na náhlé epidemie;
- zavádět vzdělávací a osvětové programy pro veřejnost;
- zvýšit podíl zdravotnictví na úsilí o redukci emisí skleníkových plynů;
- podporovat oblast výzkumu a vývoje.

Práce SZO, a to zejména pokud jde o snahu pomáhat systémům zdravotnictví, aby průběžně sledovaly situaci a pohotově na ní reagovaly, tvoří významnou

část boje proti nemocem přenášeným vodou a potravinami. Týká se to očkování a zjišťování skrytých onemocnění. Bylo by možné podstatně zlepšit stávající situaci, pokud by byly plně respektovány pokyny SZO o prevenci spočívající na očkování, např. proti virové žloutence typu A.

K hlavním úkolům zdravotnictví patří hodnocení dopadu působení faktorů životního prostředí na zdraví v návaznosti na realizovaná opatření. Zdravotnictví by mělo identifikovat rizikové faktory a posoudit, jak a do jaké míry ovlivňují zdraví lidí, a připravit účinná opatření na jejich zvládnutí. Hodnocení zdravotních dopadů je nezbytnou podmínkou pro vypracování a zavedení standardů týkajících se životního prostředí i pro omezení vlivu anebo úplnou eliminaci rizikových faktorů.

Výstavba města se může stát cenným nástrojem primární prevence a přispívat k lepšímu zdraví a životní pohodě, pokud se při jejím plánování dbá na potřebu zvýšit tělesnou aktivitu obyvatel a zlepšit mobilitu obyvatel starších a zdravotně postižených. Bezpečná pracoviště, zlepšující se úroveň bydlení a udržované veřejné prostory přispívají ke snížení počtu úrazů a omezují nežádoucí expozici lidí rizikovým faktorům, jako je horko, zima, chemické látky a hluk. Ke snížení počtu dopravních nehod a následných úmrtí i zranění může přispět souhrnně a systémově pojatý dopravní systém, který zvýší bezpečnost silničního provozu jak pro chodce, tak i pro řidiče. Je žádoucí věnovat pozornost chování řidičů, dodržování rychlostních limitů, respektování zákazu pití alkoholických nápojů před jízdou a používání bezpečnostních pásů i dalších ochranných prvků. Důležitá jsou daňová opatření, jako jsou ceny za vodu a kanalizaci, poplatky za znečištění (např. za emise skleníkových plynů), motivace ke změně spotřeby, preference čistějších technologií, podpora racionálního využívání přírodních zdrojů a zachování biodiverzity. Taková opatření nepomáhají jen chránit a zlepšovat zdraví současného obyvatelstva, ale jsou i dobrým příslibem pro budoucí generace.

V průběhu minulých desetiletí se ukázalo, že kombinace dobrovolných občanských aktivit a právních nástrojů zavazujících státy ke spolupráci představuje účinnou formu řízení, která slouží ke zvládnutí problémů spjatých s životním prostředím. Například Protokol o vodě a zdraví, přijatý ke Konvenci z roku 1992 o přeshraničním využívání vodních toků a mezinárodních jezer, požaduje po členských státech evropského regionu, aby si stanovily cíle a informovaly o jejich plnění. Týká se to dodávky vody, kanalizace, snížení výskytu nemocí souvisejících s vodou a ochrany vodních zdrojů (257). Barcelonská konvence o ochraně moří a středomořského pobřeží měla velký význam pro přípravu a zavedení zdravotně ochranných opatření týkajících se odpadních vod a jejich opětovného využití pro zavlažování (bylo to připraveno jako opatření reagující na klimatické změny).

Dalším příkladem spolupráce mezi SZO a agenturami OSN, pokud jde o realizaci multilaterálních dohod v oblasti životního prostředí, je materiál SZO obsahující doporučení týkající se kvality ovzduší v návaznosti na konvenci o dálkovém přeshraničním znečišťování ovzduší a dále spolupráce mezi SZO a Evropskou ekonomickou komisí OSN při zavádění celoevropského programu zaměřeného na dopravu, zdraví a životní prostředí (THE PEP). Příprava zmíněných materiálů se stala jedinečnou příležitostí pro spolupráci ministrů zodpovědných za dopravu, životní prostředí a zdraví. Jejich záměrem bylo přispět k trvale udržitelnému dopravnímu systému, který by podporoval zdraví. Evropská regionální úřadovna SZO přispívá i ke globálním úmlouvám, např. pro konvenci přijatou v Riu, která byla zaměřena na změny klimatu a biodiverzitu, připravila analýzu týkající se zdravotních důsledků a možností podpory zdraví.

Evropská regionální úřadovna SZO uplatňuje své zkušenosti i při spolupráci s dalšími agenturami OSN, jako je např. UNICEF, s nímž připravovala společný

monitorovací program o dodávce vody a kanalizaci, který je navázán na plnění Rozvojových cílů tisíciletí, konkrétně cíle 7⁹.

Úřadovna dále spolupracuje s OSN při celosvětovém ročním hodnocení pitné vody a kanalizace a s Evropskou ekonomickou komisí OSN při hodnocení ekvity v přístupu k vodě a k používání kanalizace.

Dobře pracující systém řízení v evropském regionu SZO, zaměřený na zdraví a životní prostředí, hraje významnou roli při spolupráci se všemi, jichž se to týká, a koordinuje společné úsilí směřující k omezení problémů, které způsobují nemoci související s životním prostředím. Mimořádně důležitá bude v této oblasti role občanské společnosti. Na mnoha místech je politický zájem o životní prostředí jen opožděnou reakcí na tlak občanské společnosti.

Tak jako je kvalita a rozvoj životního prostředí důležitou determinantou zdraví, tak i zdraví má podstatný vliv na další aspekty společenského rozvoje. Zdraví lidí záleží na schopnosti společnosti udržet rovnováhu mezi společenskými aktivitami a prostředím a postupovat tak, aby se zdraví zlepšovalo, ale ne na úkor ohrožení přírody a integrity životního prostředí.

Trvale udržitelný rozvoj

Cílem trvale udržitelného rozvoje je uspokojit potřeby současnosti, aniž by byly ohroženy schopnosti budoucích generací uspokojit své potřeby. Pojetí trvale udržitelného rozvoje však v sobě zahrnuje víc než jen určitou vývojovou stabilitu. Jedná se o přechod od modelu založeného na nerovnosti a na drancování zdrojů k modelu, který požaduje nový typ odpovědnosti, solidarity a skládání účtů ze své činnosti, a to nejen na národní úrovni, ale i ve světovém měřítku a napříč generacemi.

Vazby mezi lepším zdravím, ekonomikou a trvale udržitelným životním prostředím jsou všeobecně známé. Zdraví lidé mají lepší možnosti se něco naučit, více vydělávají a mohou se ve větší míře podílet na dobrém rozvoji společnosti, ve které žijí. Dobré životní prostředí je nezbytným předpokladem dobrého zdraví (258).

Globální akční plán, schválený v roce 1992 na konferenci OSN věnované životnímu prostředí a rozvoji (259), a deklarace z Ria o životním prostředí a udržitelném rozvoji (260) jsou stále platnými dokumenty. I když evropský region SZO prošel výrazným ekonomickým rozvojem, dochází k příznivému vývoji zdravotního stavu obyvatelstva a jsou plněny i některé rozvojové cíle tisíciletí, nezbyvá než připustit, že zmíněné úspěšné výsledky jsou značně nerovnoměrné. Rostou zdravotní rozdíly, ničí se životní prostředí, mění se klima a opětovně dochází ke krizím, a to finančním, ekonomickým a potravinovým (261). Potřebu nového mnohem promyšlenějšího přístupu v oblasti životního prostředí dokládá skutečnost, že 20 let po první konferenci o životním prostředí konané v Riu opatření vlád mnoha zemí nepřispěla k lepšímu životnímu prostředí, ale k rostoucímu znečištění ovzduší, hluku a k nárůstu chemických rizikových faktorů i dopravních nehod. Problémy přetrvávají v oblasti růstu měst, dopravy, energetiky, zemědělství i bydlení.

Některé národní i místní případové studie dokládají, že opatření různých rezortů a místních iniciativ mohou přispívat ke zdraví. V řadě případů jde o aplikaci „zelené ekonomiky“. Z příkladů uvedených níže vyplývá, že rozhodnutí v jedné oblasti, například v dopravě nebo při plánování výstavby měst, může příznivě ovlivnit zdraví i životní pohodu.

OSN (262) připomíná, že nelze uskutečnit zásadní systémové změny, pokud se nepodaří ovlivnit konzumní životní styl a spotřebu zdrojů. Když by byla přijata opatření vedoucí ke snížení energetické spotřeby, k omezení užívání

⁹ Cíl 7 ukládá do roku 2015 snížit na polovinu podíl obyvatel, kteří nemají dostupnou vodu a základní kanalizaci.

některých nebezpečných látek a ke změně konzumního stylu života, pak by došlo k poklesu neinfekčních nemocí, jako je cukrovka 2. typu nebo kardiovaskulární nemoci. Zdravá dieta, která vede k omezení energetického příjmu, by nezlepšila jenom zdraví a nesnížila by jen výskyt obezity, ale přispěla by i ke zlepšení životního prostředí, k omezení dopravy a ke snížení emise skleníkových plynů. Omezení spotřeby živočišných tuků a bílkovin by bylo užitečné tím, že šetří půdu, vodu a energii nutnou k jejich produkci. S velkým úsilím se hledá cesta, která by vedla k podpoře zdravé diety, která by se měla být výsledkem snadného a populárního rozhodnutí a jejíž přínos by veřejnost chápala a oceňovala. Evropská strategie pro prevenci a kontrolu neinfekčních onemocnění pro léta 2012–2016 (178) by měla posílit dosavadní snahu evropských politiků, aby byla v regionu omezena spotřeba mastných kyselin a soli.

Jednou z významných skupin činností je podpora aktivní mobility a veřejné dopravy. Je k dispozici mnoho příkladů, že veřejná doprava v kombinaci s cyklistikou a chůzí může přispět ke snížení znečištění ovzduší, hluku, emise skleníkových plynů a spotřeby energie a k omezení dopravních zácp, ke zvýšení dopravní bezpečnosti, k ochraně krajiny a městské soudržnosti a v neposlední řadě zvyšuje možnosti aktivního pohybu (263).

Taková opatření snižují i riziko kardiovaskulárních a respiračních onemocnění, cukrovky 2. typu, některých druhů nádorů, hypertenze a dopravních úrazů. Teprve nedávno bylo zjištěno, že dobrá skladba dopravního systému může poskytnout nová pracovní místa a stabilizovat dosavadní „zelená“ zaměstnání.

Velkým zdravotním přínosem může být celá řada opatření v oblasti výstavby bytů, např. účinnější využití aktivní a pasivní ventilace pro chlazení, snížení vlhkosti a omezení výskytu plísní, úspornější spotřebiče pro vytápění a vaření, zajištění nezávadné pitné vody, zlepšení kanalizace a statiky budov. V mnohých zemích, regionech a městech je ve snaze zlepšit zdraví věnována pozornost možnostem jak efektivně reagovat v oblasti výstavby budov na klimatické změny. Zdravotní přínos takových opatření by měl být soustavně hodnocen (264).

Positivní vliv na zdraví má městská zeleň. Mnohá opatření realizovaná v lokálních podmínkách jsou velmi příznivá pro zdraví. Tam, kde jsou veřejně přístupné parky a lesy, lidé v nich mohou chodit, hrát hry, jezdit na kole a začlenit tělesnou aktivitu do svého běžného života. Snižuje se tím nebezpečí zranění, riziko městského přehřátí, omezuje se stres, snižuje se úroveň hluku a zlepšuje se společenský život. Veřejná zeleň může být i ochranným prvkem při povodních (246).

Zdravotnictví patří k největším spotřebitelům energie, poskytuje mnoho pracovních míst a je i významným zdrojem odpadků, včetně biologických a radioaktivních. Je mnoho možností jak přispět k tomu, aby zdravotnictví bylo šetrnější k životnímu prostředí. Pro nemocnice a kliniky může být velmi užitečné ze zdravotního i ekonomického hlediska, pokud budou používat přístroje energeticky hospodárnější, využívat obnovitelné zdroje energie, chránit a úsporně využívat vodní zdroje, třídit a recyklovat odpad, využívat místní potravinové zdroje a pokudlepší organizaci zásobování. Zdravotnictví může udělat hodně pro snížení nepříznivých důsledků klimatických změn tím, že omezí svůj negativní vliv na životní prostředí. Možnosti zdravotnictví zlepšit své působení na životní prostředí se ale velmi liší v západních a východních zemích regionu. K opatřením, která mohou alespoň částečně čelit dosavadním problémům, patří např. vhodná legislativa, rozšíření investičních možností institucí, zavádění úsporných energetických technologií, včetně využívání obnovitelných zdrojů energie a posilování vědomí, že tato oblast je skutečně velmi důležitá.

S rostoucí důležitostí této oblasti narůstá i množství důkazů, že šetrnost k životnímu prostředí je přínosem pro zdraví lidí i pro snížení nerovností (251). Významná část výzkumu se věnuje vlivu inovací a nových technologií na zdraví a na ekvitu i možnostem ostatních rezortů omezit své negativní působení na životní prostředí. Samotná ochrana životního prostředí a ekonomický rozvoj nemusí ovlivnit výskyt chudoby. Jsou nezbytná souběžná opatření, která chudším skupinám obyvatel pomohou a která se budou orientovat na péči o zdraví jako na nedílnou součást příznivého ekologického rozvoje. Ekonomické možnosti jsou jen jedním aspektem celého procesu. Ekonomická podpora některých opatření se týká mnoha rezortů, např. dostupnosti vody, potravin i kanalizace a zajištění energie pro domácnosti. Taková opatření mohou být různorodá, od přímé finanční podpory a technologického zlepšení až po zajištění základních služeb pro ty, kteří je potřebují nejvíce.

Dokladem vztahu mezi trvale udržitelným rozvojem a zdravím byl získán silný argument pro snahu podpořit úsilí o trvale udržitelný rozvoj, omezit vliv klimatických změn a vytvořit vhodné adaptační mechanismy. Zdravotní výsledky mohou být měřeny a hodnoceny a mohou vyvolat zájem veřejnosti i politiků. Zdravotní vývoj může být významným indikátorem, jak se daří zajistit trvale udržitelný rozvoj, jaký je jeho přínos a jak jsou plněny závěry konference OSN o trvale udržitelném rozvoji (Rio+20).

K efektivitě veřejného zdravotnictví přispívá rozšiřování mezioborové a mezirezortní spolupráce mezi péčí o zdraví lidí, zvířat a o zdravé životní prostředí. Je proto nezbytné v plném rozsahu plnit mnohostranné dohody týkající se životního prostředí, stejně jako doporučení, týkající se péče o zdraví a životní prostředí, přijatá na evropské úrovni. Je rovněž důležité urychleně rozšiřovat základnu vědeckých poznatků a věnovat pozornost zdravotním důsledkům, které přináší realizace opatření v jiných rezortech. Důležité jsou zejména dopady takových opatření, která mají vliv jak na zdraví, tak i na životní prostředí. Je rovněž důležité dbát na soustavný rozvoj služeb týkajících se zdraví a životního prostředí a pomáhat zdravotnictví, aby jednalo s větším ohledem na životní prostředí.

Městské prostředí

V evropském regionu se uplatňují různé modely zdravotní péče. Obecně platí, že nemocnice obvykle spravují centrální a krajské orgány veřejné správy, zatímco primární péče je povětšinou decentralizovaná. Místní správní orgány v mnoha případech zodpovídají za péči o dlouhodobě nemocné a o zdravotně postižené, řídí i domácí a zdravotně sociální péči, a to zejména pokud jde o starší obyvatele. Na městské úrovni na sebe obvykle navazovala činnost veřejného zdravotnictví, preventivně léčebná péče a péče o životní prostředí. Následně se v některých lokalitách zmíněné činnosti specializovaly a oddělily, jinde naopak došlo k jejich pevnější integraci.

Okolo 69 % obyvatel Evropy žije ve městech. Život a práce ve městech ovlivňuje zdraví a jeho vývoj v pozitivním i negativním smyslu prostřednictvím vlivu mnoha faktorů. Ve městech se rovněž formují různé sociální skupiny, které se liší celou řadou vlastností (demografických, ekonomických a sociálních), které ovlivňují jak jejich kontakt s rizikovými faktory, tak i jejich náchylnost k onemocnění.

Městské prostředí poskytuje jednotlivcům i rodinám hodně příležitostí pro úspěšný život a pro lepší péči o zdraví v důsledku lepší dostupnosti zdravotnických služeb, kultury i rekreace. I když města bývají motorem ekonomické prosperity a mnohdy patří k nejbohatším lokalitám, jsou v nich

i části charakterizované chudobou a značnou nemocností (265). Zdraví městských obyvatel se v poslední době stává předmětem soustavného výzkumu zaměřeného na faktory, které ovlivňují zdraví lidí, i na opatření, která by mohla situaci zlepšit (266).

Městský způsob života má vliv na zdraví jak prostřednictvím životního prostředí, tak i pokud jde o dostupnost mnoha služeb. Bylo doloženo, že na zdraví a životní pohodu městských obyvatel působí v pozitivním i negativním směru mnoho faktorů, např. kvalita bydlení, úprava a vzhled nejbližšího okolí, hustota zástavby, množství zeleně, rekreační oblasti, cyklistické stezky, kvalita ovzduší a vystavení toxickým látkám. Některé okolnosti městského života, zejména vyloučení a chudoba, přispívají k prohlubování zdravotních a sociálních rozdílů tím, že jsou spojeny s horšími životními podmínkami a s chováním, které je pro zdraví nebezpečné. Vzhledem k tomu, že podíl starších lidí žijících ve městech narůstá, je žádoucí přehodnotit plánování výstavby měst i standardy pro poskytování služeb (267).

Úkolem většiny orgánů místní veřejné správy v evropském regionu je zlepšovat životní pohodu obyvatel, vytvářet vhodné příležitosti a zajistit spravedlivý přístup k veřejným prostředkům. Městská správa může tento úkol plnit tím, že uplatní svůj vliv v některých oblastech, jako je zdravotní a sociální péče, životní prostředí, vzdělání, ekonomika, bydlení, bezpečnost, doprava a sport. Mezirezortní spolupráce a občanské iniciativy mohou být nejlépe využity na lokální úrovni za aktivní podpory místní veřejné správy. Síť zdravých měst poskytuje v tomto směru mnoho dobrých praktických příkladů.

Města významně ovlivňují zdraví a životní pohodu lidí prostřednictvím mnoha opatření a aktivit, a to včetně těch, které usilují o sociální pomoc a snaží se reagovat na sociální vyloučení. Např. podporou zdravého a aktivního života (cyklistické stezky a zákaz kouření na veřejných místech), bezpečným životním prostředím pro děti a starší občany, pracovními podmínkami, lepší schopností vypořádat se s následky klimatických změn, omezováním zdravotních rizik a rizikového chování, plánováním měst s ohledem na zdraví (úprava okolí, bezbariérové přístupy, dostupnost a vzdálenost služeb) a zajištěním účasti občanů na řízení městských záležitostí (268).

Využití „městského pohledu“ vede k některým námětům pro ty, kteří se zajímají o aktivity vedoucí ke zdraví a životní pohodě:

- pochopit a vzít v úvahu specifitu městských podmínek a rozložení socioekonomických determinant zdraví i faktorů životního prostředí;
- věnovat pozornost okolnostem, které zvyšují riziko onemocnění infekčními i neinfekčními nemocemi;
- zabývat se demografickou i sociální strukturou měst a jejím vývojem, např. stárnutím obyvatelstva a migrací;
- začlenit městskou zdravotní problematiku do národních zdravotních programů, strategií a opatření;
- pochopit a respektovat důležitost místní veřejné správy v oblasti podpory zdraví a ekvity při přípravě i realizaci lokální politiky a při snaze o zapojení celé společnosti.

Role veřejné správy, starostů a dalších veřejných činitelů v oblasti péče o zdraví a zlepšování životní pohody

Veřejná místní správa z mnoha důvodů zaujímá v oblasti péče o zdraví a zlepšování životní pohody výjimečné postavení. Mnohé ze sociálních

determinant zdraví působí v lokálních podmínkách a v malých sociálních skupinách. Ve světě, ve kterém působí mnoho vlád, zájmů a zainteresovaných subjektů, má právě místní správa nejlepší předpoklady, aby ovlivnila determinanty zdraví a nerovností. Pozice místní správy jí nejlépe umožňuje, aby ovlivnila využívání půdy, zavedla stavební předpisy, dohlédla na vodovodní a kanalizační systémy, aby nařídila a prosadila omezení kouření, ochranu při práci a další bezpečnostní nařízení. Mnoho místních správ má možnosti připravit a realizovat integrovaná opatření pro podporu zdraví. Jejich demokratický mandát jim zajišťuje autoritu jak pokud jde o jejich pokyny, tak i sankce. Mají schopnost rozvíjet spolupráci a motivovat ostatní odvětví, aby podporovala zdraví. Místní správy jsou v denním kontaktu s obyvateli a nejlépe rozumí zájmům a prioritám spoluobčanů. Mají výjimečné možnosti podporovat spolupráci mezi soukromým a neziskovým sektorem, občanskou společností a zájmovými skupinami. Místní správy mohou mobilizovat místní prostředky a vynaložit je na zlepšení situace chudších a zranitelných populačních skupin a chránit i naplňovat práva všech obyvatel města.

Řízení však nespočívá jen v pochopení jak řídicí orgány a ostatní subjekty mohou podporovat zdraví a omezovat zdravotní nerovnosti. Místní řízení směřující ke zdraví je založeno především na vizi a na docenění významu zdraví pro sociální a ekonomický rozvoj; na souhlasu a odhodlání rozvíjet partnerství a spojenectví; na odpovědnosti za zdraví oficiálních i neoficiálních subjektů; na návaznosti místní a národní politiky; na anticipaci a plánování změn; a konečně i na schopnosti jednat jako strážce, moderátor, katalyzátor, advokát a obhájce práva všech spoluobčanů na co nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví (249, 269).

Účinné řízení podporující zdraví a životní pohodu vyžaduje politickou odpovědnost, vizi a strategický přístup, dobrou organizační strukturu a rozvoj spolupráce se všemi, kteří sledují podobný cíl (270, 271). Skutečná moc místních představitelů podporovat zdraví a životní pohodu nespočívá v jejich formální funkci. Vychází z jejich schopnosti inspirovat a vést. Spojením úsilí mnoha subjektů mohou orgány místní správy znásobit svou sílu a dosáhnout skutečných a podstatných změn v úrovni zdraví a životní pohody místní komunity. Cílem těchto základních prvků účinných aktivit je změnit v oblasti zdraví dosavadní rozhodování jednotlivců, komunit, nevládních a privátních organizací i místní správy.

Sociální prostředí: sociální determinanty zdraví a jejich význam

Odolnost a schopnost včasné reakce je základní podmínkou ochrany a podpory zdraví jednotlivců i sociálních skupin. Zdraví každého jednotlivce je úzce spjato se zdravím společnosti, ve které žije. Společnost hraje rozhodující roli, pokud jde o podporu zdraví a prevenci nemocí i co se týče společenského začlenění lidí s chronickými nemocemi a se zdravotním postižením. Tato role je ovlivňována a modifikována přírodním, vytvořeným i sociálním prostředím. Opatření, která přispívají k tomu, aby životní prostředí bylo příznivé pro zdraví, pomáhají celé společnosti i jejím členům a jejich dopad může být posílen rozhodováním lidí a jejich schopností pečovat o své zdraví.

Rychle se měnící životní prostředí, jehož poslání spočívá v postupném zvyšování kvality života a zlepšování pracovních podmínek, je hlavním nástrojem podpory zdraví. Na makro úrovni by sociální a ekonomická opatření měla přispívat k tvorbě takového životního prostředí, které umožňuje

lidem, aby v kterékoli etapě svého života mohli dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu. Na mikroúrovni lze realizovat velmi účinná opatření v konkrétních místních podmínkách, v nichž lidé žijí, milují, pracují a hrají si – doma, ve školách, na pracovištích, v rekreačních oblastech, v zařízeních péče zdravotní i sociální a v domovech důchodců. Hnutí inspirované SZO – Zdravá města a společnost podává rozsáhlý příklad jak rozvíjet odolnost, a zejména jak zapojit místní občany a dosáhnout toho, aby se společnost ujala řešení zdravotních problémů. Další síť místních iniciativ, jako je zdraví podporující škola a pracoviště poskytuje obdobné zkušenosti. Zdravotnické a sociální služby (zejména primární péče), které se zajímají o celé rodiny v jejich domovech, o zaměstnance na jejich pracovištích a o konkrétní členy sociálních skupin v jejich životních podmínkách, jsou důležitým východiskem soustavné péče o jednotlivce i o sociální skupiny v průběhu jejich celého života a zejména v kritických obdobích (235, 272).

Vliv a schopnosti lidí nemohou být rozvíjeny jen zvenčí. Samotní lidé si musí uvědomit svou hodnotu a možnost do věcí zasahovat. V tom jim jejich okolí a další životní události mohou pomoci. Společnost může podporovat jedince tím, že vytvoří sociální síť, shromáždí lidi a zvýší jejich sociální soudržnost. Tím může lidem pomoci, aby se vyrovnali s těžkým obdobím životních změn, např. v případě ohrožení nebo během nemoci. Společnost by měla poskytnout organizační základnu, prostředky a příležitosti pro jednotlivce a skupiny, aby se dali dohromady a aby se spolu s ostatními subjekty ujali své role, aby přijali svou odpovědnost za své zdraví, za průběh svých nemocí i za svůj život. V posledních letech byly v tomto směru získány určité praktické zkušenosti. Některé příklady byly uveřejněny v publikacích věnovaných hodnotě zdraví a sociální hodnotě zdraví (273, 274). Tyto inovace by měly využít všechny možnosti řešení a dlouhodobého zvládnutí sociálních problémů za účasti a pomoci jednotlivců i sociálních skupin. Měly by rovněž přispět k tomu, aby podpora ze strany společnosti byla využita co nejlépe. Jako příklad lze uvést nedávno založenou organizaci Assets Alliance in Scotland což je platforma motivující skotskou vládu a některé další organizace, aby využily všech možností k dalšímu rozvoji (275).

Systém adekvátního sociálního zabezpečení ovlivňuje zdraví i zdravotní ekvitu. Náklady, které vynaloží vláda na sociální péči, podstatně ovlivňují výskyt chudoby. S tím souvisí úmrtnost žen a dětí, a zejména úmrtnost žen s nižším vzděláním. Sociální péče ovlivňuje i zdravotní stav dospělých obyvatel, a to zvláště v zemích s nízkými a středními příjmy.

Odpovědnost vlády za zdraví lidí znamená, že při návrhu každého regulačního opatření budou zvažovány jeho důsledky pro zdraví lidí (47). Zvládnutí přetrvávajících a převážně rostoucích sociálně podmíněných zdravotních rozdílů si vyžaduje společnou aktivitu a systémový přístup (276, 277). Je nezbytné stavět na pevném politickém rozhodnutí, na účinném a výkonném zdravotnictví, na sjednoceném vládním úsilí a na dalších organizacích, které si jsou vědomy možností jak ovlivnit péči o zdraví ve všech relevantních oblastech. Pokud se podaří sjednotit cíle veřejných i soukromých organizací, provázat finanční prostředky s lidmi a možnostmi danými životním prostředím, povede to k užitečným aktivitám přispívajícím ke zlepšení zdraví a životní pohody a ke spravedlivému rozdělování veřejných prostředků (49, 51, 278).

Základním politickým cílem by mělo být zajištění minimálního standardu, který je nezbytný pro zdravý život. Zkušenost dokládá, že v zemích s lepším všeobecným sociálním zabezpečením a s vyšším vlivem odborů jsou i vyšší náklady na sociální péči. Lze doporučit, aby zejména ženy s malými dětmi měly takový příjem, který by jim umožnil zdravý život, aby i ženy s nízkým vzděláním

byly sociálně zabezpečeny, aby sociální zabezpečení bylo dostatečné a všeobecné i v zemích s nízkými a středními příjmy, aby existovala aktivní politika zaměstnanosti spojená se sociálním zajištěním a aby organizace zaměstnanců měly dostatečný vliv.

Věnovat pozornost sociální determinantám zdraví a zaměřit se na zvládnutí zdravotních rozdílů, to znamená víc než jen spoléhat na tradiční systém zdravotní a sociální péče. Souběžně s poskytováním sociální péče, která by měla reagovat na přetrvávající nedostatky, je nezbytné věnovat pozornost všem dalším možnostem podpory, kterou v rámci svých možností je schopná poskytnout konkrétní komunita. To může doplnit a posílit pomoc, která je udělována z veřejných zdrojů (27). Mnoho dobře míněných programů zaměřených na podporu zdraví a na sociálně podmíněné zdravotní nerovnosti selhalo, protože nebylo založeno na takovém široce pojatém systémovém přístupu.

Vzhledem k tomu, že hodnota zdraví souvisí se sociálními determinantami zdraví, lze využitím hodnotového přístupu překonat některé existující bariéry, které brání jak dalšímu zlepšení zdraví a životní pohody, tak i snížení zdravotních nerovností. Takové přístupy úzce navazují na podporu zdraví a na intervenční modely a kladou důraz na ochranu i podporu jednotlivců a sociálních skupin prostřednictvím identifikace dovedností, předností, kapacit a znalostí jednotlivých osob a využitím sociálního kapitálu společnosti. Tyto modely jsou zaměřeny na vše, co může přispět k ochraně, uchování a podpoře zdraví jednotlivců i sociálních skupin. Cílem je co nejlépe využít všech hodnot a příležitostí k trvalému zvládnutí místních zdravotních problémů a zajistit, že veškerá vnější pomoc (služby zlepšující zdraví a životní pohodu) bude plně a skutečně účinně využita (279–281).

Velmi důležité je úsilí, jehož záměrem je snížit zranitelnost a zamezit procesům vyústujícím k sociálnímu vyloučení. Je nezbytná dobrá organizační práce, která by společnosti umožnila přimět vládu a další instituce, aby směřovaly ke zdraví a životní pohodě lidí jako ke společnému cíli. Aby bylo možné toho dosáhnout, je nezbytné vytvořit novou organizační strukturu i nové metody řízení. Než spoléhat na vnější mechanismy, je důležitější, aby se posílily schopnosti sociálního, politického a ekonomického systému nacházet nové kapacity uvnitř organizací, profesionálních a dalších sociálních skupin, v rodinách a ve skupinách znevýhodněných osob. Takový postup ovšem předpokládá odpovídající znalosti a zkušenosti, které by měly respektovat schopnosti a dosavadní životní zkušenosti lidí v postižených sociálních skupinách.

Takové přístupy pomáhají realizovat zmíněné zásady a principy v místních podmínkách. Cílem je, aby veřejné investice směřovaly do místních komunit, pomáhaly je posilovat, aby rozšiřovaly jejich zájmy a aby přispívaly k odolnosti komunit a k jejich schopnosti zvládat nesnáze (282). Tento přístup založený na využití všech vnitřních zdrojů, by se měl stát jak nedílnou součástí podpory zdraví, tak i východiskem strategií, jejichž záměrem je zlepšit zdraví a snížit zdravotní nerovnosti (283, 284).

Tím, že se podaří společnost přesvědčit, že všechny rodiny a jednotlivci mají možnost něco změnit a podpořit, že každý může pomoci a přispět k odstranění překážek, které brání lepšímu a zdravějšímu životu, lze přispět k větší svobodě lidí trpících zdravotními problémy, zejména nemocných s chronickými nemocemi a zdravotně postižených, a posílit jejich přínos pro společnost. Cílem je najít a rozvíjet schopnosti nejrůznějších subjektů, zajistit průběžné sledování a hodnocení výsledků. Jde zejména o tyto úkoly: zapojit pacienty, jejich rodiny a služby poskytující organizace a další nevládní instituce podílející se na péči a podpořit jejich činnost veřejnými prostředky, vytvářet takové

podmínky, které by lidem umožňovaly žít pokud možno nezávisle, rozvíjet samostatnost při zvládnání zdravotních problémů na pracovišti, podporovat ty komunity, které rozšiřují kontakty s chronicky nemocnými a zdravotně postiženými osobami. Zdravotní gramotnost je slibný akční koncept, který věnuje pozornost dynamické interakci osob a životního prostředí, v němž lidé žijí a pracují. Zdravotní gramotnost je zaměřena na rozšiřování znalostí a dovedností, které vedou ke zlepšení zdraví, a to včetně schopnosti orientovat se v komplexním systému zdravotní a sociální péče a postarat se o své zdraví. Zdravotní gramotnost se týká celého průběhu života, respektuje kulturní a další okolnosti a týká se jak jednotlivců, tak i organizací.

Podstatnou část poskytované péče poskytují neformální pečovatelé. Podpora jejich role, jejich odborná příprava a zlepšení jejich životních podmínek nepřispívá jen k jejich zdraví, ale pomáhá i těm, o které pečují. Je důležité, aby takoví pečovatelé byli oficiálně uznáni, aby byli finančně podporováni a sociálně zabezpečeni, aby se mohli podílet na rozhodování o poskytované péči, aby byly zajištěny návštěvy nemocných a kontakt s profesionálními zdravotníky, a to včetně hodnocení průběhu nemoci a zajištění bezpečnosti péče a technických pomůcek, aby byly zkušenosti jednotlivých pečovatelů využívány v odborné přípravě a aby byla chráněna duševní pohoda pečovatelů, např. tím, že jim bude umožněna flexibilní pracovní doba, práce na částečný úvazek, usnadněna podpora ze strany ostatních pečovatelů a že jim budou poskytnuty pokyny jak posoudit své vlastní potřeby v oblasti duševního zdraví.

Část 3

Zdraví 2020:

Snaha o účinnou realizaci – nezbytné podmínky, užitečné postupy a průběžné vzdělávání

Úvod

Třetí část popisuje základní požadavky a metody, jejichž prostřednictvím lze přispět k realizaci programu Zdraví 2020. Základem jsou dva základní úkoly. První z nich spočívá v dobrém řízení zdravotnictví, a to jak v jeho organizaci, tak i posilování. Druhý by bylo možné nazvat jako řízení péče o zdraví. Jde o společné aktivity jak zdravotnictví, tak i nezdravotnických rezortů, veřejného a soukromého sektoru a občanů, jejichž společným cílem je zlepšit všechny formy řízení, které přispívají ke zdraví. Zdraví 2020 spočívá na několika základech. Jednak je to vedení, dále strategický záměr (jeho vyjádřením je souhrn opatření přijatých na národní a nižší úrovni), spolupráce, přijetí odpovědnosti za zdraví v rámci všech složek veřejné správy a celé společnosti, průběžné sledování situace a její hodnocení, výzkum v oblasti veřejného zdravotnictví a silná role SZO.

Lze to zvládnout – úkoly pro politiky a organizátory

Na začátku realizace programu Zdraví 2020 lze připomenout, že země se nepotýkají jen s rozdílnými počátečními podmínkami, ale potřebují i nástroje na to, aby se mohly při realizaci programu vyrovnat s těmi okolnostmi, které lze předvídat, i s těmi, které se objeví neočekávaně. Dnešní svět se velmi liší od toho, v němž byl připravován dřívější program Zdraví pro všechny. Program Zdraví 2020 vychází z dosavadních nabytých zkušeností s řízením péče o zdraví, věnuje pozornost takovým problémům, jako je vzájemná závislost a propojenost současného světa, stále se zrychlující tempo změn, narůstající složitost politického prostředí a růst nejistoty. Má-li být práce v takovém světě úspěšná, pak je nezbytné, aby byly vytvořeny nové nástroje a zvoleny nové přístupy (285).

Členské státy si zvolí takové metody, které jim budou vyhovovat, a přizpůsobí své aktivity a rozhodování své konkrétní politické, sociální, epidemiologické a ekonomické situaci, svým možnostem připravit a realizovat potřebná opatření i svým historickým zkušenostem a kultuře. Členské státy jsou vyzývány, aby analyzovaly a kriticky zhodnotily stávající situaci ve vztahu k programu Zdraví 2020 a aby posoudily, zda jejich dosavadní opatření politická, právní, organizační, personální a finanční podporují nebo ztěžují realizaci programu Zdraví 2020. To znamená zhodnotit, jak je stávající zdravotnický systém komplexní a jakou má kapacitu, výkonnost a dynamiku. Program Zdraví 2020 poukazuje na potřebu řešit současné, vznikající i budoucí problémy, ale také zdůrazňuje, že politici a organizátoři nesou odpovědnost i za zvládnutí takových problémů, které nikdo nepředpokládal, a rovněž i za posouzení změn, které by mohly vést k modifikaci již přijatých cílů. Bude nezbytná průběžná analýza a následné případné úpravy dosavadní strategie. Důležitá bude i připravenost zastavit ty aktivity, které již nejsou relevantní a účinné.

Realizace programu Zdraví 2020 bude náročná. Nedávná studie uspořádaná Evropskou regionální úřadovnou SZO s cílem podpořit přípravu programu Zdraví 2020 a usnadnit jeho realizaci zjistila, že členské země se mezi roky 1990 a 2010 v oblasti veřejného zdravotnictví zavázaly plnit celou řadu úkolů. Jedná se o pozoruhodný počet rezolucí, stanovisek a právně závazných dokumentů. Většinu témat programu Zdraví 2020 již byla věnována pozornost, ale ukazuje se, že na některé bude nezbytné klást větší důraz. Je to např. situace starších lidí, zvládání některých neinfekčních nemocí a ekonomické důsledky zdraví a nemocí. Autoři se domnívají, že dosavadní úroveň plnění úkolů není dostatečná. Zjistili, že existují problémy v oblasti sledování, hodnocení a realizace a že dochází i k opakování a zdvojení aktivit.

Za tak složité situace bylo doporučeno sedm opatření, která by měla usnadnit přípravu i realizaci zdravotní politiky.

- *Integrované a prognosticky zaměřené analýzy.* Aby bylo možné připravit dobrou zdravotní politiku, která bude schopna reagovat na budoucí vývoj, a stanovit vhodné ukazatele, které by pomohly v následující době vhodně upravovat další postup, je žádoucí identifikovat faktory, které ovlivňují realizaci opatření, a posoudit, jak se jejich vliv bude uplatňovat v budoucnosti.
- *Spolupráce všech zainteresovaných subjektů.* Jde o kolektivní spolupráci celé veřejnosti s cílem posoudit existující problémy z mnoha stran dříve, než bude rozhodnuto, jak budou řešeny. Tento proces zlepšuje přípravu zdravotní politiky tím, že pomáhá ujasnit si společné hodnoty, vede k všeobecnému odhodlání řešit současné i budoucí problémy a přispívá i k pochopení základních příčinných vazeb.
- *Průběžná revize přijaté strategie.* Je nutné počítat s určitou proměnlivostí socioekonomických a ekologických podmínek. Průběžné sledování vývoje hlavních ukazatelů může být motivem k revizi přijaté strategie se záměrem udržovat a nadále zvyšovat její účinnost.
- *Sociální sítě a organizační svébytnost.* Je nutné se ujistit, že přijatá opatření neohrozí současný sociální kapitál. Je žádoucí vytvářet podmínky pro rozvoj sociálních sítí, usnadňovat využívání praktických zkušeností, odstraňovat překážky samostatného rozhodování a rozvíjet schopnosti všech subjektů pohotově reagovat na neočekávané události prostřednictvím celé škály nových opatření.
- *Decentralizace rozhodování.* Decentralizace pravomocí i odpovědnosti za přijaté rozhodnutí na co nejnižší výkonnou složku řízení, ať už byla nově zřízena nebo existovala už dříve, zvyšuje účinnost přijatých opatření a jejich schopnost reagovat na neočekávané události.
- *Podporovat různorodost.* Vzhledem k tomu, že politická situace se v jednotlivých zemích velmi liší, řešení stejných problémů různými metodami zvyšuje pravděpodobnost, že bude dosaženo očekávaných výsledků. Různorodost následných opatření je často podmíněna nutností krizového řízení a posiluje schopnost účinně reagovat tváří v tvář nové neočekávané situaci.
- *Řádná kontrola dosavadního postupu a průběžné vzdělávání.* Aby bylo možné správně reagovat na nové problémy a náležitě upravovat další postup, je nezbytné průběh celého procesu pravidelně kontrolovat, a to i v případě, že se vše vyvíjí příznivě, a dobře připravenými studiemi hodnotit očekávané a dosahované výsledky.

Vedení, které předpokládá posílení role ministrů zdravotnictví a zdravotnického rezortu

Vedení, které směřuje ke zdraví a zdravotní ekvitě, je v současné době důležitější než kdykoli dříve. Existuje mnoho forem zdravotního vedení, které zahrnuje mnoho subjektů. Např. mezinárodní organizace, které stanovují standardy a cíle, předsedové vlád, kteří považují zdraví a životní pohodu za prioritu, ministři zdravotnictví, kteří spolupracují i s ministry ostatních rezortů, členové parlamentu, kteří se zajímají o zdraví, obchodní představitelé, kteří jsou ochotni změnit svůj obchodní záměr tak, aby respektoval význam zdraví a životní pohody, organizace občanské společnosti, které věnují pozornost nedostatkům v prevenci nemocí a při poskytování zdravotnických služeb, akademické instituce, které posuzují účinnost opatření a shromažďují důkazy pro zavedení nových postupů, a místní představitelé, kteří berou v úvahu zdraví při všech rozhodnutích. Pozoruhodná je i role některých individualit, filantropů a známých mediálních osobností, které svou angažovaností v oblasti zdraví a životní pohody dosahují cenných výsledků.

Má-li v 21. století takové zdravotní vedení dosahovat potřebných výsledků, musí si osvojit nové dovednosti. Mnohdy nejde o přímé řízení, ale spíše o uplatnění osobního vlivu. Značná část autority vedoucích představitelů nebude v budoucnosti vycházet z jejich funkce, ale bude spočívat na jejich schopnosti přesvědčit ostatní, že zdraví a životní pohoda jsou důležité i pro ostatní rezorty. Vedení nebude jen individuální, ale i institucionální, kolektivní, zaměřené na celé místní společenství a založené na spolupráci. Zkušenosti dokládají, že takový typ vedení již existuje. Některé skupiny zainteresovaných subjektů se již spojily, aby se připojily k řešení některých problémů na světové, regionální, národní i lokální úrovni, např. jde o světové hnutí zaměřené na HIV. Obdobná hnutí se formují v oblasti neinfekčních nemocí, životního prostředí a podpory zdraví.

Ministři zdravotnictví a ministerstva zdravotnictví hrají v této oblasti rozhodující roli. Jejich pevné vedení je pro zlepšení zdraví nezbytné. Patří sem: příprava a realizace národní a krajské strategie zlepšující zdraví a životní pohodu, obhajoba a zavedení mezirezortní spolupráce ve zdravotní oblasti, zajištění účasti a spolupráce všech subjektů, poskytování vysoce kvalitních a účinných služeb veřejného zdravotnictví i dalších zdravotnických služeb, definování a kontrola standardů výkonnosti a jasně definovaná zodpovědnost všech zúčastněných.

Zodpovědnost za efektivní, vstřícné a účinné zdravotnické služby významně posiluje spravedlnost v oblasti péče o zdraví. Samotné zdravotnické služby přispívají ke zdraví a životní pohodě a lze očekávat, že se jejich přínos bude postupem času zvyšovat v návaznosti na růst nových technologických možností, které zlepšují účinnost zdravotnických služeb při zvládnutí celého spektra nemocí. Zdravotnické služby jsou i významnou sociální determinantou zdraví, vzhledem k jejich nerovnoměrné dostupnosti a využívání.

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

Záměrem zdravotní politiky je dosáhnout konkrétních a měřitelných výsledků, a to zejména prodloužit délku života prožitou ve zdraví a v případě chronických nemocí prodloužit délku soběstačnosti. Zájem o zdraví je hlavní prioritou na všech úrovních řízení. To předpokládá existenci účinného a integrovaného zdravotnického systému, který reaguje na zdravotní potřeby populace a jehož jádrem je základní zdravotní péče. Aby se zmíněných cílů podařilo dosáhnout, je nezbytné připravit souhrnný plán rozvoje zdraví a životní pohody, jehož součástí je rozvoj a posílení zdravotnických služeb. A v přímé návaznosti je nutné posílit i mezirezortní spolupráci.

Takový plán se nemůže soustředit jen na poskytování zdravotnických služeb, ale musí zaměřit pozornost na širší okolí péče o zdraví, na sociální determinanty zdraví a na spolupráci zdravotnictví a ostatních rezortů v oblasti péče o zdraví. Národní zdravotní strategie, která může mít různou formu, by měla přinést širokou, „zastřešující“ strategii zahrnující velký počet zainteresovaných subjektů a rezortů a měla by být zaměřena na zlepšení zdraví lidí. Takové strategii mohou pomoci sdílené hodnoty, pevnější součinnost, transparentnost a odpovědnost. V zemích s nízkými a středními příjmy mohou procesu tvorby zdravotní politiky pomoci sponzorské aktivity a jejich účinná koordinace. Příprava národní zdravotní strategie by měla vycházet ze zhodnocení zdravotních potřeb, které jsou podmíněny věkem, pohlavím, sociálními podmínkami a dalšími okolnostmi.

Výzkum a další dostupné informace upozorňují, že mnoho opatření a služeb, jakkoli byly založeny na vědeckých důkazech, příliš neovlivňují osoby žijící na nižší sociální úrovni. Patří sem např. omezení soli a živočišných tuků ve výživě, vyšší zdanění tabákových výrobků, zjišťování a sledování hypertenze, zvládání infarktů za účasti mezioborových týmů a možnosti zaměstnávání starších lidí. Je mnoho důvodů, proč vědecky zdůvodněné metody nevedou v praxi k očekávaným výsledkům. Některé jsou technické a jsou podmíněny způsobem, kterým byl jejich přínos prokazován, jiné jsou organizační a dochází k nim tam, kde dosavadní mezirezortní spolupráce je slabá, další jsou politické, pokud se prokáže něco, co nevyhovuje těm, kteří stanovili priority a rozhodli o investicích. Důsledky opatření závisí rovněž na těch, kterým by měly přinést prospěch.

Důkazy nejsou samozřejmě to jediné a někdy ani to hlavní, na čem závisí rozhodnutí. Hodnoty a další okolnosti jsou rovněž důležité. Nicméně existují možnosti, jak podpořit efektivnější služby a uvolnit na ně prostředky. Ale takové úsilí by mělo preferovat služby založené na věrohodných informacích a zaměřené na ty osoby, které je potřebují, a na omezení nevhodné péče nebo opatření v oblasti veřejného zdravotnictví, která mají jen omezený přínos. Aby v tomto směru uspěli vědečtí a řídicí zdravotničtí pracovníci i zdravotníci v terénu, je nezbytné, aby používali nové a odlišné metody a usilovali o získání takových poznatků, které skutečně odpovídají jejich potřebám.

A co je rovněž nezbytné, jsou finanční prostředky. Aby bylo možné získat další peníze a počítat s důležitou podporou veřejnosti i politiků, je nutné věnovat pozornost i těm prostředkům, které byly vynaloženy ve zdravotnictví zbytečně. Úsilí o co nejvyšší efektivitu by mělo být jednou z hlavních součástí zdravotnických plánů na rozdíl od bezprostředních krátkodobých reakcí na rozpočtové škrty. Přejít k úspornému zdravotnickému systému musí být pečlivě připraven a vyžaduje vynaložit krátkodobé investice. Cílem je postupně zvyšování efektivity systému, např. hospodárněji nakládat s energií, přesunout část pacientů do ambulantní péče, vynaložit více prostředků na primární péči a na efektivní programy veřejného zdravotnictví, omezit málo efektivní služby a zlepšit racionální užívání léků.

Výkonnost mnohdy roztržitého zdravotnictví nemusí uspokojovat rostoucí nároky občanů a společnosti. Lidé by se rádi na poskytovaných službách více podíleli, očekávají slušné jednání i ochranu a respektování lidských práv. Očekávání jsou kladena do zvýšení nákladů na zdravotnictví, ale finanční prostředky jsou vždy omezené. Základním požadavkem, aby bylo možné naplnit tato očekávání, je posílit zdravotnictví a zlepšit jeho řízení. Ministři zdravotnictví a ministerstva zdravotnictví potřebují pomoc a podporu, aby mohli zvýšit výkonnost zdravotnického systému a jeho transparentnost.

Zdravotní politika je obvykle vytvářena na základě různých úhlů pohledu, na různých úrovních a s odlišnými záměry. Schematické přístupy se ukázaly ve všech případech jako nevyhovující. Jsou žádoucí flexibilní a integrativní přístupy, které jsou schopny reagovat na rychle se měnící okolnosti a na věrohodné důkazy poukazující na to, co je účinné a co ne. Komplexní příprava zdravotní strategie je ve své podstatě vysoce politický proces, a to je třeba mít na paměti v každé její fázi.

Aby bylo možné zajistit dlouhodobou stabilitu zdravotní politiky, je nezbytné, aby byla politicky i právně závazná. Určitá míra flexibility je nezbytná, aby bylo možné reagovat na neočekávaný vývoj v politice, ekonomii a v životním prostředí. Hodnota zdravotní politiky je úzce podmíněna tím, jak vznikala. Úspěšné jsou s větší pravděpodobností takové strategie, které přijali za své ti, kteří je realizují, a které odpovídají možnostem, zdrojům a dosavadním

omezením. Musí být navrženy realistické cesty rozvoje kapacit a zdrojů prostřednictvím zapojení i těch subjektů, které mají rozdílné zájmy.

Partnerská spolupráce je pro péči o zdraví cennou hodnotou

Cíle programu Zdraví 2020 budou dosaženy prostřednictvím kombinace individuálního a kolektivního úsilí. Hlavním nástrojem realizace programu Zdraví 2020 bude spolupráce mezi členskými státy a získávání dalších partnerů pro takovou spolupráci. Zapojení všech složek veřejné správy a celé společnosti, což je jádrem programu Zdraví 2020, je zakotveno ve strategiích posilujících mezirezortní spolupráci, zlepšujících koordinaci, integraci a sdílenou odpovědnost jak ve veřejné správě, tak i v celé společnosti, a směřujících k většímu zapojení lidí na místní i komunitní úrovni. Současné složité zdravotní problémy musí být řešeny na všech úrovních řízení, celou společností i veřejnou správou a za účasti nejen státu a veřejného sektoru, ale i občanské společnosti, soukromého sektoru a médií. Úspěch je podmíněn společným záměrem a spoluprací všech subjektů v celé zemi (veřejná správa, občanská společnost, soukromý sektor, vědecká a akademická oblast, sociální skupiny a každý jednotlivec).

Současní zdravotničtí představitelé musí podporovat rozvoj partnerství a vytvářet partnerské vazby přispívající ke zdraví. Taková partnerství jsou základním stavebním kamenem programu Zdraví 2020 a předznamenávají budoucí vývoj celého systému. Dobré partnerství s institucemi, občany a komunitami, s občanskou společností a veřejnými i soukromými subjekty je nezbytné na několika úrovních. To umožní seznámit se s místní situací, získat podporu v celé společnosti a přispět ke společenskému rozvoji. Týká se to jednak zlepšení mezirezortní spolupráce ve vládě a jednak rozvoje spolupráce na mezinárodní, národní i lokální úrovni.

Partnerství uvnitř i vně jednotlivých složek veřejné správy závisí na společných zájmech, osobních vztazích a na prostředí, v němž probíhá spolupráce. Existuje mnoho typů partnerství spočívajících na různých formách vztahů, jde např. o vztahy formální, neformální nebo jen povrchní. Zkušenosti dokládají, jak je nesmírně důležitá pevnost, kvalita a vyjasněnost vztahů mezi partnery, jakou formou a v jakém rozsahu partneři sdílí odpovědnost, jak se dělí o poskytované finanční prostředky a jak se podílí na průběžných i závěrečných zprávách o činnosti. Zmíněné charakteristiky partnerství do značné míry ovlivňují jak vlastní práci, tak i výsledky.

Na všech úrovních organizační struktury je nezbytné zvažovat asymetrii možností, kompetencí i odpovědnosti. I když se mnohé organizace hlásí k podpoře partnerství a zdůrazňují, že zájmy partnerů jsou pro ně důležité, výzkumné studie a další analýzy dokládají beze vší pochyby, že ne všechny strany partnerství vítají, rozumějí kulturu ostatních partnerů a souhlasí s principy, ke kterým se přihlásily, a respektují zásady dobré organizace a řízení. Mnohé z takových problémů poukazují na nutnost zvažovat formy řešení i skrývaných nesnází, potenciálních konfliktů a věnovat pozornost řádnému projednání všech aspektů partnerství. Partnerství je důležité i při mezisektorové spolupráci. Lze ovšem připustit, že příprava zpráv a metody rozdělování prostředků mají spíše hierarchickou než horizontální povahu.

Podpora občanské společnosti pomáhá získat podporu pro péči o zdraví a zdravotní ekvitu. Zásady a hodnoty, které pomáhají zapojovat celou společnost a posilovat její schopnosti jsou známé. Je velmi důležité podporovat různorodou občanskou společnost, jejíž členové se zapojují jako dobrovolníci

a věnují svůj čas a úsilí, aby pomohli a aby se podíleli na realizovaných opatřeních. Občanská společnost je cenná i tím, že dovede komunikovat s lidmi nekonvenčním způsobem. Veřejná správa a oficiální instituce musí poskytovat přesné a věrohodné informace, avšak formy předávání informací od občanské společnosti mohou být různé. Občanská společnost se může zaměřit i na velmi složité, citlivé a nepříjemné problémy a jednat takovým způsobem, jaký si veřejná správa nemůže dovolit, např. zapojení sociálních skupin žijících na okraji společnosti, které byly dosud pomíjeny, nebo spolupráce se soukromým a obchodním sektorem využívající vhodné metody a respektující etické zásady. Důležitá je i pomoc těm nejpotřebnějším ze strany některých dobrovolných organizací a svépomocných skupin. Přínosem je i nová rozvíjející se role médií, která mohou formulovat a předávat informace o zdraví a formovat stanoviska posluchačů a diváků.

Nesmírně důležitá je pro realizaci programu Zdraví 2020 spolupráce a partnerství s mezinárodními organizacemi, které působí v evropském regionu. Smyslem role SZO a posláním jejich vztahů s takovými organizacemi není jen technická kvalita, praxe založená na věrohodných informacích a na řízení orientovaném na výsledky. Důležité je i odhodlání pracovat s ostatními a společně pomáhat členským státům, aby jejich obyvatelstvo dosáhlo co nejvyšší úrovně zdraví. Dosavadní úzká spolupráce mezi SZO a dalšími mezinárodními organizacemi se stále prohlubuje. Zahrnuje např. specializované agentury OSN, Světovou banku a regionální rozvojové banky, OECD, EU, Radu Evropy, Globální fond boje proti AIDS, tuberkulóze a malárii, rozvojové agentury a fondy i velké nevládní organizace. V mnoha oblastech veřejného zdravotnictví probíhá spolupráce s UNICEF, např. pokud jde o zdraví matek a dětí, očkování, opatření zaměřená na podporu zdraví a prevenci nemocí prostřednictvím posílení zdravotnického systému a cílené sledování vývoje zdravotních rozdílů.

Spolupráce s EU má pevný základ, poskytuje velké možnosti a další výhody. Evropská komise publikovala bílou knihu, která vytyčila základní principy a strategické cíle v oblasti zdraví (22). Navazuje na článek 168 Smlouvy o činnosti EU, a na Lisabonskou smlouvu (112), která uvádí, že „vysoký stupeň ochrany zdraví bude zajištěn při přípravě i realizaci všech aktivit EU.“

Kandidátské země na vstup do EU a další země, se kterými se o vstup jedná, se rovněž jako sousední a partnerské země snaží uvést svou legislativu a další aktivity do souladu s EU. To je pro realizaci programu Zdraví 2020 velmi důležité. Společná deklarace Evropské komise a SZO, která obsahuje šest směrů užší spolupráce, je důležitým krokem na cestě k jejímu upevnění, ke zlepšení zdravotních informací, zdravotní bezpečnosti a financování zdravotnictví, stejně jako k omezení zdravotních nerovností, k posílení výzkumu v oblasti péče o zdraví a ke zlepšení spolupráce uvnitř zemí. Některé další iniciativy Evropské mise, jako např. Evropská iniciativa pro aktivní a zdravé stárnutí (286) poskytne další možnosti spolupráce.

Velkým přínosem je rovněž navazování a vznik nových typů partnerské spolupráce v oblasti péče o zdraví na všech úrovních řízení evropského regionu. Cenné výsledky přinesla nově pojatá kooperace sdružující celou řadu mezinárodních organizací a iniciativ (Eurasian Economic Community, South-eastern Europe Health Network, Northern Dimension, WHO European Healthy Cities Network, Regions for Health) a jejich napojení na některé organizace působící ve Společenství nezávislých států. Důležitá je rovněž spolupráce rozvíjená SZO v oblasti podpory zdraví (školy, pracoviště, nemocnice a věznice).

K významným potenciálním partnerům SZO patří odborné profesionální instituce, např. lékařské a další zdravotnické organizace, síť spolupracujících center SZO a síť institucí veřejného zdravotnictví na regionální i národní úrovni.

Důležité je hledat možnosti vhodné a na etických zásadách založené spolupráce se soukromým sektorem, včetně farmaceutického průmyslu, a to zejména při jeho rostoucím vlivu v evropském regionu. Názory na soukromý sektor nejsou v evropském regionu jednotné. Avšak vliv soukromých obchodních organizací roste, působí na lidi v průběhu celého života. Soukromé společnosti existují ve všech sociálních celcích, na všech úrovních a jejich poznatky o místních komunitách jsou dosud nevyužitým bohatstvím. Jestliže by se podařilo využít zkušeností soukromých společností, mohlo by to znamenat cenný přínos pro zdraví lidí a životní pohodu. Malé i větší soukromé společnosti jsou významnými sponzory v místním měřítku a je možné s tím počítat i v budoucnosti. Je ovšem zřejmé, že jejich aktivity mohou vést jak ke zlepšení zdraví, tak i k jeho ohrožení.

Valné shromáždění OSN v článku 44 své politické deklarace věnované prevenci a zvládnutí neinfekčních nemocí (180) vyzývá soukromý sektor, aby posílil svůj podíl na prevenci a zvládnutí chronických neinfekčních nemocí, a vytyčuje pět bodů, jejichž součástí je i doporučení SZO, a to omezit vliv marketingu u dětské výživy, upravit složení potravin tak, aby se usnadnila volba zdravé výživy (např. omezit obsah soli), chránit a podporovat zdraví na pracovištích a zlepšit dostupnost základních léků a technologií.

Vytváření a uchování partnerství přispívající ke zdraví předpokládá nové způsoby myšlení o formách organizace, struktuře a aktivitě. Kvalita vztahu je nesmírně důležitá a vyžaduje jasné a přímé jednání vyjadřující respekt k partnerům. Komunikace prostřednictvím informačních sítí může být užitečnější než běžné byrokratické zvyklosti. Je důležité, aby se každý mohl svobodně a otevřeně vyjádřit ke způsobům rozhodování, k přidělování a využívání prostředků a k rozdělení odpovědnosti.

Přijmou-li všechny složky veřejné správy a celá společnost odpovědnost za zdraví, vede to k reálným a dobrým výsledkům

Řízení péče o zdraví prostřednictvím všech složek veřejné správy, za aktivní účasti celé společnosti a při zvažování zdravotních důsledků u všech přijímaných opatření

Řízení péče o zdraví zapojením všech složek veřejné správy a za aktivní účasti celé společnosti lze dosáhnout prostřednictvím vysokého stupně politického odhodlání, osvícené veřejné správy a všeobecného společenského souhlasu. Aby všeobecná odpovědnost za zdraví měla smysl a byla funkční, je nutné uvažovat o konkrétních řídicích strukturách, které usnadní nezbytné činnosti s cílem zahrnout, pokud to bude potřeba, respektování zdravotních důsledků všech opatření přijímaných v jednotlivých rezortech i v lokálních podmínkách. Takové mezirezortní řídicí struktury jsou přínosem pro vládu, parlamenty, úředníky, všechny zainteresované subjekty i průmysl.

Cílem celospolečenského přístupu je pomoci veřejné správě a zdůraznit roli soukromého sektoru, občanské společnosti a mnoha politických a řídicích pracovníků, jako jsou například poslanci. Spolupráce rozvíjená uvnitř veřejné

správy bude rozšířena i mimo ni a zahrne velký počet dalších subjektů. Celospolečenský přístup předpokládá rozšíření nových forem komunikace i spolupráce a posiluje roli médií. Každá strana spolupráce se musí podělit o zdroje a kompetence. Tím, že forma celospolečenského přístupu zapojuje soukromý sektor, občanskou společnost, sociální skupiny i jednotlivce, posiluje schopnost společnosti jako celku čelit zdravotním hrozbám, posilovat bezpečnost a zlepšovat životní pohodu. Jak uvedl Paquet (287): „Spolupráce je novým kategorickým imperativem.“ Celospolečenský přístup přesahuje hranice institucí. Ovlivňuje a mobilizuje lokální i globální kulturu, média, vesnická i městská společenství a všechny rezorty, včetně školství, dopravy, životního prostředí a místního rozvoje. Lze to doložit na příkladu obezity a výživy. Celospolečenský přístup je formou sdíleného řízení založeného na spolupráci a koordinaci prostřednictvím společných hodnot a rostoucí důvěry mezi různými subjekty. Jde o využití řídicích mechanismů, které nejsou jednoznačně předepsány, jsou méně zavazující a uniformní; jsou i méně centralistické a hierarchické. Dobrým východiskem je sjednocení cílů a úkolů jako v americkém materiálu „Zdraví lidé 2020“ (288). Mnohá opatření EU staví na obdobném základu. Vycházejí z širokých diskuzí a konzultací, které sice zahrnují všechny zainteresované subjekty, veřejné i soukromé, ale není jim přikládána stejná váha.

Stěžejní odpovědnost musí spočívat na veřejné správě. Ta je zavázána chránit a zlepšovat zdraví i životní pohodu lidí, kterým slouží, a společnost, kterou zastupuje. Na všech úrovních společnosti je politická závaznost nezbytná, aby bylo možné dostát odpovědnosti za zlepšování zdraví a životní pohody. Řízení, které má směřovat ke zdraví a životní pohodě, vyžaduje vládu, která posílí provázanost politiky, investic, služeb a činností všech rezortů a dalších subjektů. Návaznost všech opatření, z nichž mnohá jsou realizována vně zdravotnického rezortu, je nezbytná a měla by být provázena mechanismy, které podporují další rozvoj spolupráce. Mnoho determinant zdraví a zdravotních rozdílů je i sdílenými prioritami jiných rezortů, např. zlepšení vzdělávání, posilování sociální inkluze a soudržnosti, omezení chudoby, zvýšení odolnosti celé společnosti a zlepšení životní pohody. To poskytuje společnou základnu pro aktivitu všech rezortů, která bude přínosem pro zdraví a životní pohodu (289). Zde je jasná role pro metodu hodnocení zdravotních důsledků. Její aplikace může představovat společný rámec pro hodnocení výsledků.

Zajistit, aby do péče o zdraví byly zapojeny všechny složky veřejné správy, je velmi náročné. Je to mnohem víc než si osvojit potřebné kompetence (290). A navíc, zkušeností, o které by bylo možno se opřít, je poměrně málo, jsou jen částečné, nesourodé a někdy i nepřenositelné. Je ale možné situaci zlepšit, jak dokládají zkušenosti z oblasti trvale udržitelného rozvoje. Hlavní je rozvíjet nové a posilovat stávající nástroje a mechanismy, které by zajistily, aby byl vyslyšen každý a aby byla přijatá rozhodnutí spravedlivá. Účinné řízení směřující ke zdraví spočívá na spolupráci při získávání nových finančních prostředků, všimá si rozmístění determinant zdraví, ovlivňuje příležitosti být zdravý, usiluje o omezení dosavadních zdravotních rozdílů, snižuje riziko a důsledek nemoci a vede ke snížení předčasné úmrtnosti v celé populaci.

Jedna z pracovních skupin napojených na evropský výzkum sociálních determinant zdraví se zabývala otázkami řízení a realizace následných opatření (17, 291). Došla k závěru, že pro ovlivnění sociálních determinant zdraví a zdravotních rozdílů jsou nezbytné nové metody řízení a nové způsoby poskytování zdravotnických služeb. Nové metody budou muset být uplatněny na všech úrovních řízení, v celé veřejné správě i v celé společnosti a budou muset vzít v úvahu jak národní, tak i místní podmínky. Zmíněná skupina vymezila několik hlavních příčin, proč dosavadní řízení a poskytování

zdravotnických služeb neovlivňuje v dostatečné míře sociální determinanty zdraví a navazující zdravotní rozdíly:

- koncepční selhání – nedostatečná příprava a špatná volba opatření, která by měla vést k žádoucím výsledkům a k redukci zdravotních rozdílů;
- selhání systému poskytujícího služby – nebyl vytvořen systém, který by byl vhodně řízen a motivován, aby poskytoval takové služby, které by účinně reagovaly na sociální determinanty zdraví a na zdravotní nerovnosti;
- selhání státního dohledu – nebyl vytvořen kontrolní systém, který by veřejné správě umožňoval, aby průběžně sledovala poskytování služeb a jejich výsledky.

Toto poslední selhání se týká omezených schopností zjistit širokou škálu nedostatků a pohotově na ně reagovat. Jde o nepřiměřenou organizaci, nedostatečné finanční a právní zabezpečení a o mnoho dalších příčin nízké výkonnosti.

Členské státy by měly zvážit potřebnou přípravu opatření nezbytných pro realizaci stanovených záměrů a zlepšit výkonnost svých řídicích struktur. Studie, které se věnovaly analýze dosavadního vývoje, poukázaly na důležitost výše uvedených selhání (291). Byly připraveny některé nové nástroje a mechanismy, které by měly pomoci členským státům, aby ve svých konkrétních podmínkách mohly snížit zdravotní rozdíly a posílit v tomto směru zapojení všech složek veřejné správy a celé společnosti.

Je důležité usilovat o rozvoj zejména v těchto oblastech.

- *Vládní struktury.* Spolupráce ministrů může být přímo řízena ministerským předsedou, popřípadě se může rozvíjet mezi jednotlivými ministry. Mohou být vytvářeny vládní podvýbory, které by se věnovaly zdravotním problémům a které by se snažily navrhnout vhodná opatření, vytvořit základnu pro všeobecné porozumění a připravit podmínky pro zapojení celé vlády. Lze využít některých institucionálních forem, jako jsou např. komise pracující v rámci úřadu předsedy vlády, popřípadě je možné ustavit další výbory a pracovní skupiny. Mezirezortní skupiny mohou usnadňovat získávání informací i předávání zkušeností, navrhovat i koordinovat opatření a rozvíjet spolupráci. Aby bylo možné vyvolat a udržet zájem o zdravotní problémy, je vhodné zřídit malé zájmové skupiny, které by se pohybovaly mezi rezorty a sociálními skupinami a připravovaly by podklady pro diskuzi. Pokud by byl zájem o sociální determinanty zdraví podpořen vhodnými kompetencemi a právními normami, byl by to projev výrazné vládní podpory.
- *Velká ministerstva a spojování ministerstev.* K takovým krokům dochází ve snaze zvýšit efektivitu a návaznost politické a organizační práce ve vládě. I když návrhy na takové změny bývají vyslovovány velmi naléhavě, zatím se nepodařilo prokázat, že by jednoznačně posilovaly mezirezortní spolupráci.
- *Ministerstva veřejného zdravotnictví.* Měly by nezpochybnitelný mandát usilovat o zapojení celé vlády do péče o zdraví. Jejich ustanovení by mohl podpořit řídicí výbor složený z představitelů národních, krajských i místních organizací a institucí.
- *Ministerské vazby a aliance.* Jsou to metody, které na vládní úrovni spojují jinak izolované politické oblasti. Existují různé možnosti, jak ve vládě zajistit návaznost jednotlivých opatření. Užší součinnost některých rezortů může být motivována mnoha způsoby, které jsou oboustranně prospěšné a respektují odpovědnost každého rezortu. Jednou z možností jak provázat aktivity jednotlivých rezortů je práce na společném materiálu, v němž má každé ministerstvo přiděleny určité úkoly a má kompetenci přidělené

úkoly dále konkretizovat do dílčích opatření, která nebudou v konfliktu s posláním ostatních ministerstev. Další možností je pověřit ministerstvo financí, aby posílilo své spojení s ostatními ministerstvy. Takové postupy založené na sdílení společných cílů usnadňují plnění společných úkolů. Bývají podpořeny smlouvami o sdílené odpovědnosti a jsou prokazatelně účinné, a to zejména když se zúčastněné strany dohodly na sdílení rizika a když si vzájemně důvěřují (293).

- *Sdílený a sloučený rozpočet.* Současné ekonomické těžkosti, kterým čelí všechny vlády v evropském regionu, mohou být motivem pro jednotlivé rezorty, aby začaly pracovat novými metodami a aby považovaly zapojení vlády jako celku a celé společnosti za dobrou metodu řešení problémů souvisejících se zdravotními nerovnostmi a se sociálními determinantami zdraví. Země už využívají některé nové metody, které pomáhají vytvořit a udržet strategická spojení mezi jednotlivými rezorty. Sdílené a sloučené rozpočty mohou přispět k novým formám finanční odpovědnosti a k získání nových finančních prostředků. Příklady lze najít v jižní Austrálii a také v Evropě, kde se však týkají nižších než národních úrovní řízení (294). Takové metody mohou propojit systém pevných a pohyblivých složek mzdy a mohou přispět k vertikální i horizontální integraci, která je nezbytná pro snížení zdravotních nerovností. V některých případech mohou být užitečné přesuny pracovníků mezi jednotlivými ministerstvy. Může to přispět k posílení spolupráce a důvěry (295).
- *Společné hodnocení záměrů a opatření.* Takové nástroje jsou ve větší míře využívány s cílem zajistit zapojení celé vlády a posílit mezirezortní aktivity a spolupráci. Např. některé země evropského regionu připravily akční plány s cílem zlepšit zdraví romské populace a využily metodu společného hodnocení. Bylo to doporučeno pro zhodnocení čtyř základních oblastí, a to vzdělání, bydlení, zaměstnání a zdraví (296).
- *Důkazy pomáhají. Věrohodné informace pomáhají lidem, aby všeobecně porozuměli údajům, číslům, analýzám a interpretacím.* To vytváří společnou základnu pro dialog a pro hodnocení společných opatření, programů, projektů i nových nabytých zkušeností. Lze toho využít pro vhodné následné úpravy přijatých opatření a tím přispět k další shodě a k trvalé udržitelnosti spolupráce (291).
- *Věnovat pozornost okolí.* Aby vláda mohla v potřebné míře zapojit do plnění svých záměrů občany, pacienty a další subjekty, včetně soukromého sektoru, musí věnovat pozornost širšímu okolí. Mohou k tomu sloužit diskuze s občany, státní konference o zdraví a nejrůznější tematické pořady. Na úsilí přesvědčit veřejnost by měla navazovat vládní zákonná a regulační opatření, která by měla být zacílena na zdravotní problémy, např. zdanění, marketing a formy reklamy. Smyslem takového úsilí není jen schválení právních úprav, ale i změna názorů a postojů, kultury a životního prostředí.

Opatření pomáhající rozvíjet mezirezortní řízení

Údaje odborné literatury a výzkumu dokládají, že struktury mezirezortního řízení nemohou být vytvářeny mechanicky. Nejde o nástroj, který by mohl být použit bez ohledu na konkrétní okolnosti, které existují v daném čase. Jejich úspěšné využití a kvalita dosažených výsledků záleží na mnoha faktorech.

- *Politická vůle.* Politická vůle je nezbytná, má-li se podařit vyvolat pozornost ministrů, být s nimi ve spojení a motivovat jednání vládních a parlamentních výborů. Zmíněné řídicí struktury nemohou řádně pracovat bez pevného

politického záměru. Pro práci některých administrativních struktur, např. pro meziparlamentní výbory, není politická vůle tak důležitá. Když však pocítí politickou podporu a zájem (jako například účast na pravidelných ministerských tiskových konferencích), pak to posílí jejich aktivitu a přispěje to k lepším výsledkům.

- *Politický význam vymezení konkrétních zdravotních problémů.* To je nezbytný předpoklad správného výběru řídicí struktury, zejména pokud je řešení problému podmíněno politickou vůlí. Důkazy v tomto směru poskytuje praxe vlády a parlamentních výborů. Výběr řešených problémů i dosahované výsledky do značné míry závisejí jak na politické vůli, tak i na konkrétním zájmu veřejnosti.
- *Naléhavost problému.* Společné financování a účast průmyslu přispívá k řešení naléhavých problémů. I když společné financování obvykle nezajistí dlouhodobou udržitelnost řešení problému, je vhodné pro realizaci krátkodobých projektů. Průmysl obvykle věnuje pozornost konkrétním okamžitým problémům a může zasáhnout rychle. Parlamentní výbory vyžadují, aby jim vláda odpověděla v určité stanovené lhůtě, proto mohou reagovat ve střednědobém horizontu. Vládní výbory potřebují více času na jednání s ostatními rezorty. Podle povahy řešeného problému a v návaznosti na potřeby investic může doba projednávání přesáhnout i funkční období vlády.
- *Vedení.* Zřízení vládních výborů by mělo provázet pevné vedení ze strany úřadu vlády nebo jiného vládního představitele. Je nezbytné stanovit obsah a závazný harmonogram jednání a poskytnout zásady pro hodnocení mezirezortních dopadů zvažovaných opatření. Pevné vedení a silný ministr schopný prosadit změny je důležitým předpokladem pro slučování ministerstev a pro úspěšnou práci velkých ministerstev. Pokud se uvažuje o sloučení ministerstev, pak je užitečné si ujasnit kompetence, strategii a vedení (např. navrhnout konkrétní osobu). Vedení se považuje za nejdůležitější podmínku většího zapojení všech zainteresovaných subjektů, zejména mají-li se zvládnout konflikty a napětí a udržet dialog a spolupráce i v případě rozporných zájmů. Je důležité pečlivě zvážit, jak se vypořádat s nerovnováhou vlivu jednotlivých zúčastněných a rozhodnout, kdo by se měl ve větší míře podílet na vedení a kdo má mít rozhodující slovo. Spolupráce s jednotlivými účastníky může být ohrožena mocenskou nerovnováhou a různými finančními možnostmi. A konečně, základní podmínkou dobré spolupráce s průmyslem musí být jasná organizační struktura, definovaná role a vymezená odpovědnost jednotlivých složek.
- *Širší souvislosti.* Je žádoucí vzít v úvahu podmínky, v nichž bude daná organizační struktura pracovat. Zkušenosti z případových studií (291) dokládají, že konkrétní situace do značné míry ovlivňuje možnosti najít společnou řeč. Zmíněné okolnosti se netýkají jen politického prostředí, ale celé situace. Zahrnují i to, oč jde, přijatelnost navrhaných opatření, interní i externí události, které se mohou stát spouštěcím mechanismem a mohou se stát podnětem i příležitostí ustavit dobře pracující organizaci.
- *Zdroje.* Zdroje jsou podmínkou účinné organizační práce. Potřebné finanční zdroje jsou sice jen jednou z mnoha dalších podmínek, jako jsou např. praktické zkušenosti a konkrétní možnosti realizace. Jejich dostupnost a využití pro mezirezortní spolupráci však podstatně určuje, zda a do jaké míry bude možné dosáhnout stanovených cílů. Velké organizační celky a velká ministerstva potřebují mnoho finančních prostředků a přínosy jsou nejisté. Každá reorganizace je nákladná. Společné financování může být ovšem zlepšeno tím, že se poukáže na ekonomickou náročnost

jednotlivých činností. Každé ministerstvo tak má možnost zjistit náklady i přínosy, které souvisejí s jeho účastí na společném programu. Zmíněné údaje mohou sloužit pro zdůvodnění další spolupráce.

- *Praktická realizace.* Při úvahách o vhodné organizační struktuře musí být zváženo mnoho okolností týkajících se praktické realizace. Např. činnost mezirezortních výborů musí probíhat v návaznosti na ostatní zvyklosti mezirezortní spolupráce (například informování spolupracujících rezortů o probíhající korespondenci) s cílem takovou spoluprací posílit. Mezirezortní skupiny musí respektovat zájmy spolupracujících rezortů. V návaznosti na existující politickou strukturu může být účinné vytvořit vhodnou kombinaci výborů, skupin a organizačních jednotek. Velké spojené organizace a velká ministerstva pracují lépe, pokud jednotlivé složky mají podobnou organizační strukturu a pokud jsou menší jednotky přiřazeny k větším a mají společné záměry. Ustavené výbory by měly mít podporu vlivných úředníků, včetně (i když ne jenom) úřadu vlády. Je to důležité pro lepší navázání kontaktů a pro vymezení témat, které by měly být řešeny prostřednictvím mezirezortní spolupráce.

Možnosti zvládnutí sociálních determinant zdraví a zdravotních rozdílů – ekvita v péči o zdraví

Nespravedlivé rozdíly ve zdravotním stavu nemohou být odstraněny, pokud by zůstaly stranou příčiny horšího zdraví: sociální rozdíly, nestejná expozice škodlivinám a různá míra odolnosti. Často se uvažuje o novém systému řízení a poskytování zdravotnických služeb. Týkalo by se to všech stupňů řízení. Země by měly usilovat o to, aby bylo hledisko ekvity uplatňováno ve všech opatřeních. To by se mohlo stát východiskem pro snahu ovlivnit sociální determinanty zdraví a snížit zdravotní nerovnosti.

Aby se podařilo dosahovat spravedlivých zdravotních výsledků, musí všechny úrovně řízení, všechny systémy a rezorty spolupracovat a věnovat pozornost sociálním determinantám zdraví a zdravotním rozdílům. K tomu musí směřovat mnoho organizačních struktur. Ve druhé části programu Zdraví 2020 byla zmíněna důležitost řízení založeného na spolupráci a přesvědčování, na účasti občanů a na modernizaci a posílení systému veřejného zdravotnictví. Odborná skupina zabývající se řízením a poskytováním zdravotnických služeb (291) připravila několik doporučení, která by měla pomoci jednotlivým zemím přijmout opatření zaměřená na sociální determinanty a při politické práci uplatňovat hledisko ekvity.

Dále jsou uvedena některá ze zmíněných doporučení, které lze označit za mimořádně důležitá, a to bez ohledu na typ a strukturu zdravotnictví a na stupeň centralizace nebo decentralizace politického systému. Využití uváděných doporučení je podmíněno schopností jednotlivých zemí přijmout opatření zaměřená na sociální determinanty zdraví a na zdravotní rozdíly. Je nutné splnit některé všeobecné podmínky (296):

- spolehlivá data o velikosti a vývoji zdravotních rozdílů na vymezeném území, o jejich variabilitě na národní úrovni i v menších územních celcích a o jejich determinantách;
- existence, popřípadě příprava jasných cílů a úkolů v oblasti ekvity, na které jsou navázána opatření, činnosti a finanční zdroje potřebné k realizaci stanoveného záměru;

- realistické zhodnocení možností a překážek se zvláštním zřetelem k vnějším zdravotně nebezpečným vlivům a opatřením, které mohou vést k nespravedlnosti ve zdraví, popřípadě zvyšovat její rozsah;
- adekvátní nástroje řízení vedoucí k realizaci, včetně účinného a efektivního mechanismu, který by dokázal začlenit ekvitu do všech opatření, do mezirezortní spolupráce a zajistil by koordinaci a návaznost činností na národní úrovni i v menších územních celcích;
- rozvoj mechanismů, které by jasně vymezily odpovědnost; např. parlamentní výbory se mohou zasadit o mezirezortní řízení péče o zdraví.

Systém, který by měl zajistit, aby byly ovlivněny zdravotní nerovnosti, musí mít tyto vlastnosti:

- definovaný „dodavatelský řetězec“, který zajistí realizaci schválených opatření;
- vyjasněné vlastnictví a aktivní mezirezortní řízení programů;
- vhodné nástroje a pobídky pro zdravotnictví i další systémy, aby přispěly ke snížení zdravotních nerovností;
- řízený realizační systém s jasnou strukturou, který je schopný vést a usměrňovat všechny rezorty;
- výzkum a hodnocení výsledků programu;
- trvale udržitelné financování a vzdělávání občanů;
- politická podpora a zákonné zakotvení občanských povinností v návaznosti na realizaci účinných programů;
- viditelná účast veřejnosti a zapojení občanů podporované státem a dalšími rezorty;
- každoroční hlášení, podpora dalšího rozvoje a veřejná kontrola stavu a vývoje zdravotních nerovností;
- hodnocení výsledků dosažených na všech úrovních, zejména na úrovni zemí a měst.

Zdravotní ekvita ve všech opatřeních znamená, že vláda při svých rozhodnutích bere v úvahu a přejímá odpovědnost za distribuční důsledky svých rozhodnutí pro zdraví lidí. Musí existovat mechanismus, který ověřuje, jak se vláda své odpovědnosti zhostila a jak dbá na ekvitu při svém rozhodování. Obdobná odpovědnost se vztahuje na všechny zúčastněné a stejně důležitá je i její kontrola. Systém, který zajišťuje odpovědnost, která se týká aktivit zaměřených na sociální determinanty zdraví, musí navazovat na doporučení vedoucí ke snížení zdravotních nerovností (293).

Je zřejmé, že situace jednotlivých zemí je značně rozdílná a to jak co se týče zdraví a zdravotní ekvity, tak i socioekonomického rozvoje. Je však společně vnímána potřeba jasné strategie, která by změnila současnou strukturu a rozsah zdravotních nerovností prostřednictvím činností zaměřených na sociální determinanty zdraví. I když stávající situace může omezit současné možnosti a ovlivnit harmonogram dalšího postupu, neměla by ovlivnit dlouhodobé záměry zmíněné strategie.

V Evropě však dosud nejsou dostatečně rozvinuty mechanismy, které by umožňovaly zjistit míru a vývoj zdravotních nerovností. Zpráva, která se zabývala řízením v oblasti zdravotní ekvity a sociálních determinant zdraví (289), uvedla, že nejslibnější výsledky, pokud jde o udržení mezirezortní spolupráce v oblasti sociálních determinant zdraví, lze očekávat od kombinace „tvrdých“ nástrojů, jako jsou zákony a další formy regulace, a „měkkých“ nástrojů, jako

jsou společné přehledy a zprávy. Zpráva upozornila na některé dobré praktické zkušenosti, které se týkaly odpovědnosti v oblasti zdravotní ekvity. K dobrým příkladům využití právních nástrojů je norský zákon o veřejném zdravotnictví z roku 2011, který přiměl jednotlivé rezorty, aby zvažovaly důsledky své činnosti pro zdraví a zdravotní ekvitu a aby zmíněné důsledky braly v úvahu při přípravě, realizaci i při následných úpravách opatření a služeb v národním i lokálním měřítku. Takový mechanismus je přirozeně ještě účinnější, pokud je souběžně podporován dalšími nástroji, které působí na všechny rezorty a zlepšují jejich spolupráci. Záleží především na převažujících systémech řízení, jaké typy a kombinace nástrojů budou použity a jak se podaří posilovat odpovědnost všech rezortů v oblasti zdraví a ovlivnit determinanty zdravotní ekvity.

Podpora metod řízení, jak je hodnotit i posílit a jak účinněji ovlivňovat determinanty zdraví a zdravotní rozdíly

Většina zemí připouští, že ekvita a slušnost jsou základní hodnoty, které by měly být respektovány při každém rozhodnutí, avšak nevěnují dostatečnou pozornost ekvite a zdravotním důsledkům přijímaných opatření a okolnostem, které byly motivem realizace opatření, a procesům, které souvisejí s rozhodováním o investicích. Je žádoucí zlepšit návaznost činností jednotlivých rezortů a posílit spolupráci s ostatními subjekty s cílem rozšířit zdroje, s jejichž pomocí lze změnit strukturu i velikost zdravotních rozdílů. To povede k lepšímu rozložení determinant, pomůže to dosáhnout větší úrovně spravedlnosti v oblasti péče o zdraví. Trvalá spolupráce by měla vést k zajištění dostupnosti nových zdrojů.

Aby bylo možné ovlivnit sociální determinanty zdraví a zdravotní rozdíly, je nezbytné pevné politické odhodlání, účinný a silný zdravotnický systém, který dbá na ekvitu i na zdravotní programy veřejného zdravotnictví a který vytváří shodu, pokud jde o orientaci vládní politiky. Země by měly mít dobře pracující instituce, které by měly být schopné podporovat zdravotní politiku založenou na spolupráci zdravotnictví a ostatních vládních rezortů. Dobré, institucionálně zakotvené řízení je základním předpokladem, aby se podařilo zvládnout spolupráci a pracovní návaznost všech zainteresovaných subjektů (ministerstva, vysoké školy, výzkumné instituce, nevládní organizace a občanská veřejnost). Některé země již požádaly o pomoc, aby mohly v této oblasti posílit své možnosti (297). Pomocná opatření byla shrnuta do několika bodů (298):

- v zemi analyzovat stávající situaci, pokud jde o řízení v oblasti sociálních determinant zdraví a zdravotních rozdílů;
- dosáhnout dohody o krátkodobých a střednědobých opatřeních s cílem posílit výkonnost řízení;
- aby se posílila schopnost země zvládat zmíněné problémy, je nezbytné navrhnout a zavést konkrétní opatření v rámci celonárodního úsilí a podle potřeby i za pomoci mezinárodní spolupráce;
- ujistit se, že tyto aktivity jsou periodicky a systematicky hodnoceny.

Ve všech případech je základním cílem získávat nové zkušenosti, posilovat vědeckou základnu účinné politiky a vládních opatření. To napomáhá trvalé snaze o zlepšení zdravotní ekvity. Sociálně vědní disciplíny jsou v rostoucí míře využívány pro přípravu opatření zaměřených na určité populační skupiny,

přispívají i ke zvýšení zájmu o sociální determinanty zdraví. Větší důraz na behaviorální aspekty může přispět k návrhu na prosazení vhodných opatření a pomoci i v analytické práci a při plánování. Je mimořádně důležité začlenit problematiku ekvity do práce místní veřejné správy, a to jak ve městech, tak i na venkově, a usilovat o zvládnutí dlouhotrvajících sociálně zdravotních rozdílů.

Aby bylo možné podpořit řízení směřující ke zdraví, je potřeba zlepšit měření zdraví a zdravotní pohody, brát v úvahu objektivní i subjektivní data a počítat s ekvitou a trvalou udržitelností při plánování dalšího postupu. Praktická opatření by měla stimulovat politickou a odbornou diskuzi za účasti široké veřejnosti a měla by k tomu využívat nové metody měření i nové technologie předávání informací v oblasti veřejného zdravotnictví. Dalším úkolem je shromažďovat věrohodné důkazy o tom, že spousta nejrůznějších opatření a okolností ovlivňuje zdraví a že zdraví má vliv na mnohé další oblasti.

Formulace úkolů zaměřených na ekvitu na národní úrovni by se měla stát nedílnou součástí politického procesu, na němž by se podíleli všichni, jichž se to týká. Současně by měla být připravena metodika průběžného sledování a měly by být navrženy ukazatele z dat výstižně vypovídajících o vývoji situace. Mělo by se rovněž průběžně sledovat, jaký je výskyt a vliv zdravotně rizikových faktorů v různých sociálních skupinách, jak na to reaguje zdravotnictví a jaký přínos mají populačně orientované programy.

Nové požadavky zemí, které se obrátily na SZO o technickou pomoc, a odpověď SZO

Pokud jde o zvládnutí zdravotních nerovností a sociálních determinant zdraví, mají jednotlivé země různé výchozí podmínky. Ty závisí na stupni jejich rozvoje, na způsobu přípravy zdravotní politiky, na stupni centralizace a decentralizace řízení zdravotnictví, včetně organizační struktury a činnosti veřejného zdravotnictví a na mnohých dalších faktorech, které jsou typické pro daný stát. Úsilí jednotlivých zemí v této oblasti musí být podpořeno adekvátním přístupem k sociálním determinantám zdraví. Počet žádostí na SZO o technickou pomoc s cílem posílit schopnosti země zvládnout sociální determinanty zdraví a zdravotní nerovnosti v posledním desetiletí postupně narůstal (299). Počet takových žádostí bude pravděpodobně narůstat v návaznosti na přijetí programu Zdraví 2020. Evropská regionální úřadovna SZO bude muset reagovat jak na rostoucí počet, tak i na různorodost žádostí o technickou pomoc.

Podpora úsilí, aby se cíle zaměřené na zdravotní ekvitu staly součástí rozvojové strategie země. Některé členské státy již požádaly o technickou pomoc za účelem integrace cílů týkajících se zdravotní ekvity do jejich současných i připravovaných sociálních a ekonomických opatření a do programů ekonomického rozvoje (277).

Podpora snahy využít orientaci na sociální determinanty zdraví s cílem zvýšit přínos programů zaměřených na určité nemoci. Země realizují rostoucí počet programů zaměřených na konkrétní nemoci. Aby se podařilo posílit prevenci a zvýšit přínos takových programů, je žádoucí se spoléhat nejen na řízení shora dolů, ale vnímat i podněty z terénu (300–302).

Podpora opatření, která jsou zaměřena na určité sociální skupiny. Obvykle je zvláštní pozornost věnována těmto sociálním skupinám: děti, starší lidé, marginalizované skupiny, skupiny vystavené vysokému riziku sociálního vyloučení a skupiny se špatným zdravotním stavem. Je žádoucí, aby opatření orientovaná na určité sociální skupiny byla doplněna zájmem o sociální determinanty zdraví.

Podpora nových integrovaných forem vzdělávání a nového myšlení. Země se zajímají o možnosti jak vytvořit a vyzkoušet vzdělávací programy obsahující jak

sociální, tak i behaviorální obory a výsledky ověřit v praxi, a to zejména pokud jde o využití potenciálních možností sociálního marketingu, behaviorální ekonomie a neurověd.

Podpora úsilí začlenit přístupy založené na rovnosti pohlaví a na lidských právech do národních rozvojových strategií, opatření a programů. I když zdravotní ekvita je úzce propojena s oblastí týkající se rovnosti pohlaví a lidských práv, zkušenosti ukazují, že při snaze o rozvoj schopností zvládat sociální determinanty zdraví, je nutné věnovat pozornost těmto problémům. Členské státy požadují metody, které by jim umožnily hodnotit a průběžně sledovat, jak jsou dodržována lidská práva a jak je respektována rovnost pohlaví (analytické metody, rovnost v odměňování, vzdělání a důsledky stávající situace). Evropská regionální úřadovna SZO pracuje na integraci metod schopných věnovat se těmto průřezovým problémům.

Postupy zvyšující přínos opatření a forem řízení, které jsou zaměřené na sociální determinanty zdraví a na zdravotní nerovnosti

Členské státy žádají o pomoc, aby mohly posílit své schopnosti zvládat problémy, získávat nové zkušenosti a plně se věnovat komplexní oblasti sociálních determinant zdraví a zdravotním rozdílům uvnitř zemí a mezi nimi. Základnou by se měla stát partnerská spolupráce členských zemí a evropských i mezinárodních institucí. Obsahem takové spolupráce by mělo být získávání a výměna nových zkušeností, zájem o společné problémy a zlepšování praxe. Obsahem snahy posílit v tomto směru své schopnosti by mělo být:

- zavázat se k mezistátní výměně strukturovaných poznatků, aby bylo možné zvládat společné problémy, vzájemně se obohacovat nabytými zkušenostmi a přispívat k národní a lokální politice;
- využívat všechny finanční a další zdroje, aby bylo možné rozšířit možnosti řízení prostřednictvím diskuzí mezi zeměmi a regiony, uspořádáním konferencí a využíváním moderních informačních technologií;
- upozorňovat na nové a vznikající problémy, které ovlivňují možnosti zvládat sociální determinanty zdraví a jsou příležitostí jak pro návrh vhodných opatření, tak i pro rozšíření odborné spolupráce.

Sledování, hodnocení a priority výzkumu v oblasti veřejného zdravotnictví

Všechna opatření a činnosti zaměřené na zlepšení zdraví musí vycházet z pevné vědecké základny. Realizace programu Zdraví 2020 vyžaduje podstatné zlepšení poznatkové základny týkající se aktivit směřujících ke zdraví. Politikové potřebují věrohodné a aktuální informace o zdravotním stavu, o úrovni životní pohody, o zdravotních potřebách a o cílech i o výsledcích zdravotnictví. Informace o zdraví jsou jedním ze zdrojů nezbytných pro plánování, realizaci a hodnocení opatření. Potřebné jsou rovněž informace o všech okolnostech týkajících se zdraví, které poskytuje výzkum, např. o zdravotních potřebách, o činnosti zdravotnictví, o účinnosti, efektivitě a o dosahovaných výsledcích. Pro přípravu a hodnocení zdravotní politiky je naprosto nezbytné vhodné skloubení a kombinace údajů o zdraví s informacemi o dalších okolnostech týkajících se zdraví.

Ve všech zemích regionu je nezbytné podstatně zlepšit zdravotnický informační systém a navazující služby. Jeho součástí by měl být epidemiologický systém umožňující hodnotit zdravotnické potřeby, systém poskytující informace o dosahovaných výsledcích a o poskytovaných zdravotnických službách a některé další systémy věnované vybraným skupinám nemocí, např. registr zhoubných nádorů.

Evropská regionální úřadovna pomáhá zemím zhodnotit svou situaci a zlepšit technické vybavení. Pomáhá i tím, že zemím poskytuje zdravotní informace prostřednictvím:

- spolupráce s mezinárodními partnery, včetně EU a OECD, aby zajistila standardizaci zdravotních údajů, jejich mezinárodní srovnatelnost a kvalitu;
- spolupráce se sítí pracovišť zabývajících se zdravotnickými informacemi, jejich ověřováním a zpracováním;
- aktivního sběru, interpretací a rozšiřováním i garancí snadného přístupu jak ke zdravotnickým, tak i k dalším vědeckým informacím;

Databáze Evropské regionální úřadovny SZO jsou hlavní základnou statistik regionu. Tento důležitý pramen věrohodných informací poskytuje údaje o 53 zemích regionu. Umožňuje srovnávací analýzu stavu a vývoje zdravotní situace v regionu a průběžné sledování nemocí a opatření v oblasti zdravotní politiky, včetně významných determinant zdraví, jako je alkohol, tabák a výživa. SZO rovněž připravuje informační základnu pro program Zdraví 2020, pro jeho cíle i ukazatele. Zmíněné aktivity jsou součástí úsilí SZO ustavit integrovaný evropský zdravotní informační systém a evropskou informační strategii ve spolupráci s EU.

Jiné organizace, které se zajímají o zdraví v regionu (jako je např. EU a OECD), provozují podobné databáze, které částečně využívají údaje z databází SZO.

Dobrý výzkum zaměřený na zdravotní problematiku je jeden z nejcennějších a nejdůležitějších společenských nástrojů, který umožňuje položit základy pro účinnější strategie, jejichž cílem je zlepšit zdraví lidí a péči o zdraví. Evropský region může spoléhat na práci mnoha světových vědeckých center. Dosud ovšem chybí dobré prognostické studie. Jaké jsou nejefektivnější zdravotní strategie umožňující uchovat zdraví a zajistit dlouhodobou udržitelnost zdravotnického systému? K jakým výsledkům povedou nové metodické postupy? Jak co nejlépe pečovat o zdraví velmi starých lidí? Jak by měl vypadat budoucí zdravotnický systém? Jaké důsledky budou mít klimatické změny? Co přinesou pro zdraví nové komunikační technologie? Bude dostatek lékařů a dalších zdravotníků? Jakou by měli mít kvalifikaci a jaké kompetence? Bude zapotřebí nemocnice nového typu? Jaké jsou možnosti domácí a komunitní péče? V krátkosti, jak se nejlépe připravit na nejistou zdravotní budoucnost?

Zdraví na křižovatce problémů a možností v 21. století

Ve všeobecně provázaném světě narůstá potřeba, aby země jednaly společně. V současnosti může široká škála světových i regionálních sil a okolností ohrozit zdraví lidí, ovlivnit jeho determinanty a vést k nejrůznějším zdravotním důsledkům. Světové propojení systémů a opatření dokládá např. ekonomická krize a navazující sociální dopady. Možnost dosáhnout dobrého zdraví má více lidí než kdykoli předtím. Ale žádná země, pokud by jednala osamoceně, nemůže plně využít možností, které přinášejí inovace a další změny. Nemůže si ani poradit s problémy, které by mohly omezit příznivý dopad změn v některých zemích a sociálních skupinách.

Budoucí prosperita evropského regionu do značné míry závisí na ochotě a na schopnosti zemí vyrovnat se s problémy a využít nové příležitosti pro zdraví a životní pohodu celé populace, současných i budoucích generací. Program Zdraví 2020 je uspořádán tak, aby představoval osnovu, kterou je možné upravit a prakticky využít. Je i jedinečnou základnou umožňující společně sdílet zkušenosti se všemi členskými zeměmi a učit se. Každá země je jiná a každá bude dosahovat tyto cíle jinými prostředky a jinými cestami. Program

Zdraví 2020 je východiskem pro spojení těchto různých cest a pro jejich sjednocení ke společným cílům, které byly kolektivně stanoveny a společně přijaty. Politický souhlas s tímto postupem je naprosto nezbytný.

V evropském regionu se objevuje nový typ partnerství a spolupráce směřující ke zdraví. Principy řízení v oblasti péče o zdraví jsou důležité ve světovém, regionálním, národním i v místním měřítku. V celém regionu jsou přínosem takové aktivity a programy, jako je síť zdravých měst, spojení regionů pro zdraví a další iniciativy SZO v oblasti podpory zdraví, které zahrnují školy, pracoviště, nemocnice a věznice.

Program Zdraví 2020 bude splněn kombinací individuálního a kolektivního úsilí. Aby se podařilo dosáhnout úspěchu, je nezbytné mít společný záměr a v každé zemi spolupracovat a poradit se se všemi, kterých se to týká: vládou, nevládními organizacemi, občanskými sdruženími, vědeckými a akademickými institucemi, zdravotníky a jejich organizacemi, každým jednotlivcem. Zdravotnický sektor je vyzván, aby pochopil a naučil se podporovat přínos partnerských rezortů pro zlepšení zdraví a životní pohody. To znamená pochopit, proč některá opatření partneři zatím odložili, jaká je jejich současná strategie i kultura. S rostoucím počtem účastníků spolupráce narůstá důležitost uvážlivého řízení a potřeba jasně definovat, kdo je za co odpovědný, i když lze samozřejmě připustit, že odpovědnost za zdraví je všeobecná a že každý může něčím přispět. Nezbytnou podmínkou mezirezortní spolupráce je důvěra. Důvěra se vytváří a upevňuje sdílením informací i znalostí a prokázáním kompetence, dobré vůle a snahou dotáhnout věci do konce. Může být rychle ztracena, pokud se někdo snaží získat výhodu na úkor toho druhého.

Silná role SZO

Klíčem k úspěchu programu Zdraví 2020 je úzká spolupráce členských zemí a SZO a snaha získat pro spolupráci i další partnery. Program Zdraví 2020 se stane široce pojatou regionální osnovou zdravotního rozvoje a zastřeší všechna další regionální opatření, strategie a činnosti. Z tohoto hlediska je žádoucí vnímat všechny dosavadní závazky evropského regionu SZO a jeho členských států. Nedávno sestavený přehled takových závazků (302) naznačil, že program Zdraví 2020 může být považován za spojení dřívějších závazků s vnitřně skloubenou vizí, která překonává roztříštěnost a usnadňuje realizaci. Některé aktuální problémy si však vyžadují prioritní pozornost, např. zdraví starších lidí, zvládnutí některých neinfekčních nemocí a ekonomické důsledky zdraví a nemoci. Zmíněný přehled dosavadních závazků a navazující analýza jednak konstatovala, že mechanismus a principy komplexních strategií by měly být lépe definovány a rozvíjeny, a jednak doporučila, aby nové rezoluce Regionálního výboru obsahovaly informaci o dosavadním plnění předchozích závazků.

Regionální úřadovna bude i nadále plnit svou ústavní roli a bude v evropském regionu řídit a koordinovat mezinárodní aktivity v oblasti péče o zdraví. Zahájí a bude udržovat spolupráci s mnoha partnery a bude členským zemím poskytovat technickou pomoc. To znamená, že se široce zapojí, vytvoří společnou zdravotně politickou základnu, a tímlepší návaznost i provázanost opatření, bude sdílet datové soubory zdravotnické statistiky, sjednocovat síly pro průběžné sledování a podporovat nové formy vytváření sítí a spolupráce využívající moderní komunikační techniku. Bude pracovat jako evropská regionální knihovna, která bude registrovat účinné metody a vytvoří nové formy spolupráce s členskými zeměmi. Bude pokračovat v práci, pro kterou byla ustavena, např. stanovení standardů biologických a farmaceutických

produktů. Velmi důležitá bude spolupráce mezi Evropskou regionální úřadovnou SZO, Centrální úřadovnou SZO a dalšími regiony.

Evropa je pramenem odborných znalostí a zkušeností, zejména v oblasti péče o zdraví a dalšího rozvoje. Její poznatkový potenciál je zdrojem i pro ostatní části světa. Mnohé evropské země mají bilaterální instituce poskytující technické expertízy a podporují rozvoj. Země regionu užitečně spolupracují s mezinárodními organizacemi. Tyto zdroje a zkušenosti jsou pro splnění cílů programu Zdraví 2020 velmi důležité. Náplní role SZO a obsahem její spolupráce s mezinárodními institucemi nebude jen snaha dosáhnout technické dokonalosti, opřít praxi o ověřené informace a aplikovat metody řízení založené na dosahovaných výsledcích, ale i dostát svému závazku pracovat s ostatními a pomáhat členským státům, aby plně využily svůj zdravotní potenciál.

Souběžně s tím, jak SZO usiluje o lepší budoucnost, snaží se zavádět současné reformy s cílem zlepšit zdravotní výsledky, zajistit větší návaznost zdravotní politiky ve světovém měřítku a stát se organizací, která směřuje k dokonalosti, účinnosti, efektivitě, vstřícnosti, transparentnosti a odpovědnosti. Cílem je změnit se z organizace, která poskytovala dílčí a jednotlivou pomoc prostřednictvím mnoha technických programů, v organizaci, která dosahuje žádaného výsledku širokou spoluprací s národními představiteli a v součinnosti s národními a regionálními úřadovnami SZO i s ústředím SZO a dalšími subjekty. Činnost všech zúčastněných by měla být sladěna a provázána do jedné společné sítě.

Vize budoucnosti

Ve vzájemně provázaném světě narůstá důležitost spolupráce všech zemí. V současné době působí na zdraví a jeho determinanty široká škála světových i regionálních sil. I když dnes, jako nikdy předtím nemělo tolik lidí možnost zlepšit své zdraví, žádná země nemůže samotná využít potenciál inovací a zvládnout všechny problémy týkající se zdraví a zdravotních determinant. Budoucí prosperita evropského regionu závisí na jeho ochotě a schopnosti využít nové příležitosti pro zlepšení zdraví současných i budoucích generací.

SZO má specifickou roli vyjádřenou úsilím naplnit cíle zakotvené v její Ústavě (1): „všichni lidé na světě by měli dosáhnout nejvyšší možnou úroveň zdraví“. SZO usiluje o takový svět, ve kterém budou sníženy zdravotní rozdíly, bude zajištěna všeobecná dostupnost zdravotní péče, země budou mít odolný zdravotnický systém založený na základní zdravotní péči, který bude plnit očekávání i potřeby lidí; mezinárodně schválené cíle budou dosaženy, neinfekční nemoci budou pod kontrolou a země budou zvládat jak dílčí epidemie, tak i přírodní katastrofy. Nikdy v historii nebyly k dispozici takové prostředky, kterými by bylo možné zmíněné záměry naplnit, nikdy předtím jsme ve svých rukou neměli takové nástroje a možnosti, které by nám mohly pomoci dosáhnout uvedených záměrů. Avšak dosud neumíme plně využít dostupné prostředky a znalosti tak, aby z nich měli užitek všichni občané.

Jsme povinni věnovat pozornost zejména zdravotním nerovnostem a zdraví budoucích generací. Pokud bychom to neudělali, je zde reálné nebezpečí, že zdraví některých skupin by mohlo být horší, než měli jejich předchůdci. Program Zdraví 2020 je připraven tak, aby pomohl překonat některé hlavní překážky, které dosud bránily dalšímu postupu. Program obsahuje vizi, strategickou cestu, seznam priorit a řadu doporučení poukazujících na to, co je účinné a co bylo ověřeno výzkumem a zkušenostmi mnoha zemí. Jasně konstatuje, že základní podmínkou zlepšení zdraví a životní pohody je spolupráce mnoha partnerů. To neznamená, že zdraví je všechno a že je

to jediný aspekt života, který stojí za to, abychom si jej vážili. Společnosti i jednotlivci mají i mnoho jiných cílů, které chtějí dosáhnout. Program Zdraví 2020 však zdůrazňuje, že zdraví je základní podmínkou dosažení ostatních životních cílů. Zdraví je i prostředkem, který umožňuje každému, aby využil své životní příležitosti a tím naplnil svůj potenciál a aby přispěl k celkovému rozvoji společnosti. A proto pracujme společně, abychom vytvářeli a využívali tento drahocenný prostředek moudře a ku prospěchu všech.

Literatura

1. Constitution of the World Health Organization. In: *Basic documents*. 45th ed. Supplement, October 2006. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, accessed 21 June 2013).
2. Universal Declaration of Human Rights. Paris, United Nations, 1948 (<http://www.un.org/en/documents/udhr>, accessed 21 June 2013).
3. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York, United Nations, 1966 (<http://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume%20I/Chapter%20IV/IV3.en.pdf>, accessed 21 June 2013).
4. World Health Assembly resolution WHA30.43. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board. Volume II: 1978–1984*. Geneva, World Health Organization, 1985:1.
5. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accessed 21 June 2013).
6. United Nations General Assembly. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. New York, United Nations, 1981 (<http://www.un-documents.net/a36r43.htm>, accessed 21 June 2013).
7. World Health Assembly. *World Health Declaration*. Geneva, World Health Organization, 1998.
8. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/sdhconference/declaration/en>, accessed 21 June 2013).
9. United Nations General Assembly. *United Nations Millennium Declaration*. New York, United Nations, 2000 (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>, accessed 21 June 2013).
10. Millennium Development Goals [web site]. New York, United Nations, 2013 (<http://www.un.org/millenniumgoals>, accessed 21 June 2013).
11. *Human development report 2010. The real wealth of nations*. New York, United Nations Development Programme, 2010 (http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_EN_Complete_reprint.pdf, accessed 21 June 2013).
12. *Eurostat feasibility study for well-being indicators*. Brussels, Eurostat, 2010 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/gdp_and_beyond/documents/Feasibility_study_Well-Being_Indicators.pdf, accessed 21 June 2013).
13. *The right to health*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2008 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>, accessed 21 June 2013).
14. *2005 World Summit Outcome. General Assembly resolution A/RES/60/1*. New York, United Nations, 2005 (<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan021752.pdf>, accessed 21 June 2013).
15. *European Social Charter (revised)*. Strasbourg, Council of Europe, 1996 (<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>, accessed 21 June 2013).

16. *Charter of Fundamental Rights of the European Union*. Brussels, Commission of the European Communities, 2010 (Official Journal of the European Communities, 2000/C 364/01A, http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf, accessed 21 June 2013).
17. *European review of social determinants of health and the health divide*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
18. *Roma and Travellers glossary*. Strasbourg, Council of Europe, 2006.
19. Sadler JZ et al. Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. *Theoretical Medical Bioethics*, 2009;30:411–425
20. WHO Framework Convention on Tobacco Control [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/fctc/en/index.html>, accessed 21 June 2013).
21. United Nations General Assembly. *Resolution A/RES/64/108 on global health and foreign policy*. New York, United Nations, 2009 (<http://www.un.org/en/ga/64/resolutions.shtml>, accessed 21 June 2013).
22. *White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013*. Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (COM(2007) 630 final, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf, accessed 21 June 2013).
23. *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (document EUR/RC55/8, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/87881/RC55_edoc08.pdf, accessed 21 June 2013).
24. *Health Systems, Health and Wealth: WHO European Ministerial Conference on Health Systems: Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008: report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78918/E92150.pdf, accessed 21 June 2013).
25. *The European health report 2012: charting the way to well-being*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012>, accessed 21 June 2013).
26. European Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://data.euro.who.int/hfadb>, accessed 21 June 2013).
27. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf, accessed 21 June 2013).
28. *United Nations Framework Convention on Climate Change*. New York, United Nations, 1992 (<http://unfccc.int/resource/docs/convkp/conveng.pdf>, accessed 21 June 2013).
29. Dooris M, et al. The settings-based approach to health promotion. In: Tsouros A, et al., eds. *Health-promoting universities: concept, experience and framework for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
30. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>, accessed 21 June 2013).
31. *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region – executive summary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf, accessed 21 June 2013).

32. Adler NE et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 1994,49:15–24.
33. *Genome-based research and population health. Report of an expert workshop held at the Rockefeller Foundation Study and Conference Centre, Bellagio, Italy, April 14–20, 2005.* Cambridge, PHG Foundation, 2005.
34. Wertz D, Fletcher JC, Berg K. *Review of ethical issues in medical genetics. Report of consultants to WHO.* Geneva, World Health Organization, 2003.
35. Kirschner MW. The meaning of systems biology. *Cell*, 2005, 121:503–504.
36. McDaid D, Sassi F, Merkur S, eds. *The economic case for public health action.* Maidenhead, Open University Press (forthcoming).
37. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programs. *British Medical Journal*, 2010, 340:c3311.
38. Rittel H, Webber M. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 1973, 4:155–169.
39. *Tackling wicked problems: a public policy perspective.* Canberra, Australian Public Service Commission, 2007.
40. Dahlgren G, Whitehead M. *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?* London, King's Fund, 1993.
41. *Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148375/id5E_2ndRepSocialDetjh.pdf, accessed 21 June 2013).
42. *Reducing health inequalities in the EU. European Parliament Resolution, 9 March 2011.* Brussels, European Parliament, 2011 (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-20110032&language=EN>, accessed 21 June 2013).
43. *The Banja Luka Pledge. Health in all policies in south-eastern Europe: a shared goal and responsibility. Third Health Ministers' Forum, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina, 13–14 October 2011.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/152471/e95832.pdf, accessed 21 June 2013).
44. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why more equal societies almost always do better.* London, Allen Lane, 2009.
45. Popay J et al. *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, from the Social Exclusion Knowledge Network.* Lancaster, WHO Social Exclusion Knowledge Network, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf, accessed 21 June 2013).
46. The Marmot Review. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England 2010.* London, Marmot Review, 2010 (<http://www.ucl.ac.uk/marmotreview>, accessed 21 June 2013).
47. *World Health Assembly resolution WHA62.14 on reducing health inequities through action on the social determinants of health.* Geneva, World Health Organization, 2009.
48. *Interim report on implementation of the Tallinn Charter.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/134470/08E_InterimTallinn_11051_5-V2.pdf, accessed 21 June 2013).

49. *Governance and delivery for social determinants. Task group report, European review on social determinants of health.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
50. Marmot M et al. Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. *Lancet*, 2011, 379:181–188.
51. Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for health in the 21st century.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, accessed 21 June 2013).
52. Worldwide Governance Indicators Project [web site]. Washington, DC, World Bank, 2013 (<http://info.worldbank.org/governance/wgi/resources.htm>).
53. Marteau TM et al. Judging nudging: can nudging improve population health? *British Medical Journal*, 2011, 342: d228.
54. Nanda G et al. *Accelerating progress towards achieving the MDG to improve maternal health: a collection of promising approaches.* Washington, DC, World Bank, 2005.
55. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008.* 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en, accessed 21 June 2013).
56. Sedgh G et al. Induced abortion: rates and trends worldwide. *Lancet*, 2007, 370:1338–1345.
57. Oliveira da Silva M et al. The reproductive health report. The state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2011, 16(Suppl. 1).
58. Currie C et al. *Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf, accessed 21 June 2013).
59. Malarcher S. *Social determinants of sexual and reproductive health. Informing future research and programme implementation.* Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/social_science/9789241599528/en/index.html, accessed 21 June 2013).
60. *Children: reducing mortality.* Geneva, World Health Organization, 2012 (Fact sheet No. 178; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/index.html>, accessed 21 June 2013).
61. *Newborns: reducing mortality.* Geneva, World Health Organization, 2012 (Fact sheet No. 333; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/index.html>, accessed 21 June 2013).
62. Beck S et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:31–38.
63. Effective perinatal care training package (EPC) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Lifestages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/effective-perinatal-care-trainingpackage-epc>, accessed 21 June 2013).
64. WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank.* Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>, accessed 21 June 2013).

65. Statistics and stories: improving the quality of maternal and neonatal health in Europe. *Entre Nous: the European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 2010, 70 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/123016/en70.pdf, accessed 21 June 2013).
66. Are we on track? Progress towards MDG3, 4 and 5 in Europe. *Entre Nous: the European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 2011, 71 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/132208/en71.pdf, accessed 21 June 2013).
67. *European strategic approach for making pregnancy safer: improving maternal and perinatal health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98796/E90771.pdf, accessed 21 June 2013).
68. *How health systems can accelerate progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on child and maternal health by promoting gender equity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/127527/e94498.pdf, accessed 21 June 2013).
69. *Millennium Development Goals in the WHO European Region: a situational analysis at the eve of the five-year countdown*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/87438/E93723.pdf, accessed 21 June 2013).
70. *The European health report 2009 – Health and health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e93103.pdf>, accessed 21 June 2013).
71. *A review of progress in maternal health in eastern Europe and central Asia*. Istanbul, UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia, 2009.
72. *Achieving Millennium Development Goal 5: target 5A and 5B on reducing maternal mortality and achieving universal access to reproductive health. Briefing note*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/rhr_09_06/en/index.html, accessed 21 June 2013).
73. World Health Organization, United Nations Population Fund, UNICEF and World Bank. *Accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care as part of improving reproductive health: mapping of in-country activities. Joint country support*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241599733/en>, accessed 21 June 2013).
74. *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en, accessed 21 June 2013).
75. *WHO regional strategy on sexual and reproductive health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf, accessed 21 June 2013).
76. *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. Breaking the chain of transmission*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/index.html>, accessed 21 June 2013).
77. WHO and UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, World Health Organization, 2003. (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241562218/en/index.html).

78. *The MDGs in Europe and central Asia: achievements, challenges and the way forward*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2010 (http://www.unece.org/commission/MDGs/2010_MDG.pdf, accessed 21 June 2013).
79. United Nations Secretary-General. *Global Strategy for Women's and Children's Health*. Geneva, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2010 (<http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/index.html>, accessed 21 June 2013).
80. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. *Keeping promises, measuring results*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/en, accessed 21 June 2013).
81. *WHO's role in the follow-up to the United Nations High-level Plenary Meeting of the General Assembly on the Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2011 (resolution WHA64.12; http://apps.who.int/gb/or/e/e_wha64r1.html, accessed 21 June 2013).
82. World health statistics 2011. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf, accessed 21 June 2013).
83. *Children's Environment and Health Action Plan for Europe. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health, Budapest, Hungary, 23–25 June 2004*. EUR/RC62/8 Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83338.pdf>, accessed 21 June 2013).
84. *Countdown to 2015: Tracking progress in maternal, newborn & child survival. The 2008 report*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789280642841/en/index.html, accessed 21 June 2013).
85. *European Charter on Counteracting Obesity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/87462/E89567.pdf, accessed 21 June 2013).
86. Patton GC et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009, 374:881–892.
87. *Youth-friendly health policies and services in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/123128/E94322.pdf, accessed 21 June 2013).
88. *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>, accessed 21 June 2013).
89. Sethi D, Racioppi F, Mitis F. *Youth and road safety in Europe: policy briefing*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98454/E90142.pdf, accessed 21 June 2013).
90. *European report on child injury prevention*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf, accessed 21 June 2013).
91. "Young people's health as a whole-of-society response" series [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/healthtopics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2013/young-peoples-health-as-a-whole-of-society-response-series>, accessed 21 June 2013).

92. *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/79400/E87710.pdf, accessed 21 June 2013).
93. *Adolescent-friendly health services – an agenda for change*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html, accessed 21 June 2013).
94. *Youth and health risks*. Report by the Secretariat. Geneva, World Health Organization, 2011 (document A64/25, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R28en.pdf, accessed 21 June 2013).
95. *Helping parents in developing countries improve adolescents' health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241595841/en/index.html, accessed 21 June 2013).
96. *The European health report 2005 – Public health action for healthier children and populations*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/e87325.pdf>, accessed 21 June 2013).
97. *A critical link: Interventions for physical growth and psychological development*. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/chs_cah_99_3/en/index.html, accessed 21 June 2013).
98. *Early child development: a powerful equalizer*. Final report to WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/ecd_final_m30/en/index.html, accessed 21 June 2013).
99. The Lancet child development in developing countries series [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/lancet_child_development/en/index.html, accessed 21 June 2013).
100. *IMCI care for development: for the healthy growth and development of children*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imci_care_for_development/en/index.html, accessed 21 June 2013).
101. *The European report on tobacco control policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/68065/E74573.pdf, accessed 21 June 2013).
102. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf, accessed 21 June 2013).
103. *Childhood obesity surveillance in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (Fact sheet 5; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/123176/FactSheet_5.pdf, accessed 21 June 2013).
104. *Integrated Management of Childhood Illness computerized training tool*. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.icatt-training.org>, accessed 21 June 2013).
105. *IMCI chart booklet – standard*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/IMCI_chartbooklet/en/index.html, accessed 21 June 2013).
106. *Joint statement by heads of United Nations entities for the launch of the International Year of Youth*. New York, United Nations, 2011 (<http://social.un.org/youthyear/docs/iyyjointstatement.pdf>, accessed 21 June 2013).

107. *Broadening the horizon: balancing protection and risk for adolescents*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_01_20/en/index.html, accessed 21 June 2013).
108. *A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity>, accessed 21 June 2013).
109. WHO and UNICEF. *Child and adolescent injury prevention: a global call to action*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415_eng.pdf, accessed 21 June 2013).
110. *WHO European strategy for child and adolescent health and development: from resolution to action 2005–2008*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf, accessed 21 June 2013).
111. Stuckler D et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009, 374:315–323.
112. *Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union*. Brussels, Commission of the European Communities, 2008 (Official Journal of the European Union C 115/47, 9 May 2008, <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:115:0047:0199:en:PDF>, accessed 21 June 2013).
113. World Health Assembly resolution 60.25. *Strategy for integrating gender analysis and actions in the work of WHO*, Geneva, World Health Organization, 2007, (http://www.who.int/gender/documents/gender/who_fch_gwh_08_1/en/, accessed 21 June 2013).
114. Huber M et al. *Facts and figures on long-term care – Europe and North America*. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.
115. Przywar B. *Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results*. Brussels, European Commission, 2010 (European Economic Papers No. 417).
116. Huber M et al. *Quality in and equality of access to healthcare services*. Brussels, European Commission, 2008.
117. *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf, accessed 21 June 2013).
118. *How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf, accessed 21 June 2013).
119. *Palliative care: the solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf, accessed 21 June 2013).
120. Hall S et al. *Palliative care for older people: better practices*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/en/what-wepublish/abstracts/palliative-care-for-older-people-better-practices>, accessed 21 June 2013).
121. World Health Assembly resolution WHA52.7 on active ageing. In: *Fifty-second World Health Assembly, Geneva, 17–25 May 1999. Volume 1. Resolutions and decisions, annexes*. Geneva, World Health Organization, 1999:8–9.

122. WHO Executive Board resolution EB130.R6 on strengthening noncommunicable disease policies to promote active ageing. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R6-en.pdf, accessed 21 June 2013).
123. United Nations/DESA. *The Madrid International Plan of Action on Ageing*. New York, United Nations, 2002.
124. *Active ageing: a policy framework*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/ageing/publications/active/en>, accessed 21 June 2013).
125. Van Liemt G. *Human trafficking in Europe: an economic perspective*. Declaration/WP/31/2004. Geneva, International Labour Organization, 2004.
126. *How health systems can address health inequalities linked to migration and ethnicity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf, accessed 21 June 2013).
127. Carballo M. Non-communicable diseases. In: Fernandes A, Pereira Miguel J, eds. *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*. Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009:71–78 (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/HealthMigrationEU2.aspx>, accessed 21 June 2013).
128. Carballo M. Communicable diseases. In: Fernandes A, Pereira Miguel J, eds. *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*. Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009:53–69 (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/HealthMigrationEU2.aspx>, accessed 21 June 2013).
129. Carta MG et al. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2005, 1:13.
130. *Migrant health: background note to the ECDC report on migration and infectious diseases in the EU*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2009 (http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0907_TER_Migrant_health_Background_note.pdf, accessed 21 June 2013).
131. *An EU framework for national Roma integration strategies up to 2020*. Brussels, European Commission, 2011 (http://ec.europa.eu/justice/policies/discrimination/docs/com_2011_173_en.pdf, accessed 21 June 2013).
132. *The Roma in central and eastern Europe: avoiding the dependency trap*. Bratislava, United Nations Development Programme, 2003 (<http://www.arabhdr.org/publications/other/undp/hdr/regional/avoiding-dep-trap-03e.pdf>, accessed 21 June 2013).
133. *Health and the Roma community, analysis of the situation in Europe*. Madrid, Fundación Secretariado Gitano, 2009 (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4309&langId=en>, accessed 21 June 2013).
134. Schaaf M. *Confronting a hidden disease: TB in Roma communities*. New York, Open Society Institute, 2007 ([http://www.soros.org/initiatives/health/focus/roma/articles_publications/publications/publications/confronting_20070206/confronting_20070122.pdf](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/roma/articles_publications/publications/confronting_20070206/confronting_20070122.pdf), accessed 21 June 2013).
135. *Left out: Roma and access to health care in eastern and south-eastern Europe*. New York, Open Society Institute, 2007 (http://www.romadecade.org/files/downloads/Health%20Resources/leftout_20070423.pdf, accessed 21 June 2013).

136. *At risk: Roma and the displaced in southeast Europe*. Bratislava, United Nations Development Programme, 2006 (<http://europeandcis.undp.org/home/show/A3C29ADBF203-1EE9-BB0A277C80C5F9F2>, accessed 21 June 2013).
137. Milcher S. Poverty and the determinants of welfare for Roma and other vulnerable groups in southeastern Europe. *Comparative Economic Studies*, 2006, 48:20–35 (http://europeandcis.undp.org/files/uploads/_rbec%20web/roma%20portal/susanne.pdf, accessed 21 June 2013).
138. *Republic of Macedonia, Multiple Indicator Cluster Survey 2005–2006*. Skopje, State Statistical Office, the former Yugoslav Republic of Macedonia, 2007 ([http://www.unicef.org/tfyr-macedonia/MICS-ENG-1\(1\).pdf](http://www.unicef.org/tfyr-macedonia/MICS-ENG-1(1).pdf), accessed 21 June 2013).
139. *The state of children in Serbia in 2006*. Belgrade, UNICEF, 2007 (http://www.unicef.org/serbia/State_of_Children_in_Serbia_2006_1-56.pdf, accessed 21 June 2013).
140. *First findings of Roma Task Force and report on social inclusion*. Brussels, European Commission, 2010 (<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/10/701&type=HTML>, accessed 21 June 2013).
141. *WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC52/R7 on poverty and health – evidence and action in WHO’s European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/117111/R07.23598ema.pdf, accessed 21 June 2013).
142. *World Health Assembly resolution WHA61.17 on health of migrants*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61REC1/A61_REC1-en.pdf, accessed 21 June 2013).
143. *Health of migrants – the way forward. Report of a global consultation*. Madrid, Spain, 3–5 March 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf, accessed 21 June 2013).
144. *Bratislava Declaration on health, human rights and migration*. Strasbourg, Council of Europe, 2007 (http://www.coe.int/t/dg3/health%5CSource%5Cdeclaration_en.pdf, accessed 21 June 2013, accessed 21 June 2013).
145. *Recommendation CM/REC(2011)13 of the Committee of Ministers to member states on mobility, migration and access to health care*. Strasbourg, Council of Europe, 2011 (<http://bit.ly/rKs2YD>, accessed 21 June 2013).
146. *International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1990 (<http://www2.ohchr.org/english/law/cmw.htm>, accessed 21 June 2013).
147. *Council conclusions on an EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020*. Brussels, Council of the European Union, 2011 (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/122100.pdf, accessed 21 June 2013).
148. Payne S. *How can gender equity be addressed through health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/64941/E92846.pdf, accessed 21 June 2013).
149. *Youth and health risks. Resolution WHA64.28*, 24 May 2011. Geneva, World Health Organization, 2011.
150. Green G, Tsouros A, eds. *City leadership for health. Summary evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98257/E91886.pdf, accessed 21 June 2013).

151. *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011.
152. Defining civil society [web site]. Washington, DC, World Bank, 2010 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/CSO/0,,contentMDK:20101499~menuPK:244752~pagePK:220503~piPK:220476~theSitePK:228717,00.html>, accessed 21 June 2013).
153. *Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS. Report by the Secretary-General*. New York, United Nations, 2009 (http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20090616_sg_report_ga_progress_en.pdf, accessed 21 June 2013).
154. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prevention of Chronic Diseases*, 2005, 2 (http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0066.htm, accessed 21 June 2013).
155. *European cardiovascular disease statistics 2008*. Brussels, European Heart Network, 2008 (<http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>, accessed 21 June 2013).
156. Suhrcke M et al. *Chronic disease: an economic perspective*. London, Oxford Health Alliance 2006.
157. Bloom DE et al. *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva, World Economic Forum, 2011 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf, accessed 21 June 2013).
158. *European Strategy for Tobacco Control*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/68101/E77976.pdf, accessed 21 June 2013).
159. *European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf, accessed 21 June 2013).
160. *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf, accessed 21 June 2013).
161. *Steps to health. A European framework to promote physical activity for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf, accessed 21 June 2013).
162. MPOWER [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en>, accessed 21 June 2013).
163. Raise taxes on tobacco [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/tobacco/mpower/raise_taxes/en/index.html, accessed 21 June 2013).
164. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/index.html, accessed 21 June 2013).
165. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F, eds. *Physical activity and health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf, accessed 21 June 2013).
166. *Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/147237/e95168.pdf, accessed 21 June 2013).

167. *Global recommendations on physical activity and health*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf, accessed 21 June 2013).
168. Edwards P, Tsouros AD. *Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments. The solid facts*. Copenhagen, World Health Organization, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98424/E89498.pdf, accessed 21 June 2013).
169. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf, accessed 21 June 2013).
170. Davey Smith G et al. Genetic epidemiology and public health: hope, hype and future prospects. *Lancet*, 2005, 366:1484–1498.
171. Hall WD, Mathews R, Morley KI. Being more realistic about the public health impact of genomic medicine. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e1000347.
172. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D. *Environmental burden of disease associated with inadequate housing. Methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region. Summary report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/145511/e95004sum.pdf, accessed 21 June 2013).
173. *WHO guidelines for indoor air quality: selected pollutants*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/128169/e94535.pdf, accessed 21 June 2013).
174. *Early detection. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes, module 3*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf>, accessed 21 June 2013).
175. *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf, accessed 21 June 2013).
176. *Moscow Declaration on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/moscow_declaration_en.pdf, accessed 21 June 2013).
177. *World Health Assembly resolution WHA64.11 Preparations for the High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases, following on the Moscow Conference*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1en.pdf#page=21, accessed 21 June 2013).
178. *Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf, accessed 21 June 2013).
179. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/147732/RC61_wd13E_Alcohol_111372_ver2012.pdf, accessed 21 June 2013).

180. United Nations General Assembly. *Political Declaration of the High-level Meeting on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. New York, United Nations, 2011 (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1, accessed 21 June 2013).
181. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf).
182. *The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf, accessed 21 June 2013).
183. *Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf, accessed 21 June 2013).
184. Beaglehole R et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*, 2011, 377:1438–1447.
185. World Economic Forum and WHO. *From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf, accessed 21 June 2013).
186. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/mental_health/mhgap/en, accessed 21 June 2013).
187. *Disease and injury regional estimates: cause-specific mortality (2008 Global Burden of Disease)*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html, accessed 21 June 2013).
188. Sethi D et al. *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98762/E88037.pdf, accessed 21 June 2013).
189. Mortality by 67 causes of death, age and sex [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/hfad/b>, accessed 21 June 2013).
190. Krug EG et al. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html, accessed 21 June 2013).
191. Racioppi F et al. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/87564/E82659.pdf, accessed 21 June 2013).
192. *Preventing injuries and violence. A guide for ministries of health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/en, accessed 21 June 2013).
193. Sethi D et al. Reducing inequalities from injuries in Europe. *Lancet*, 2006, 368:2243–2250.
194. Sethi D et al. *Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96455/E93567.pdf, accessed 21 June 2013).
195. *WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R9 on the prevention of injuries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/88100/RC55_eres09.pdf, accessed 21 June 2013).

196. *TEACH-VIP users' manual*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teach_vip/en/index.html, accessed 21 June 2013).
197. Global Alert and Response (GAR): Global Outbreak Alert & Response Network [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en>, accessed 21 June 2013).
198. Odolini S et al. Travel-related imported infections in Europe. *Clinical Microbiology and Infection*, 2012, 18:468–474.
199. *UNAIDS Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS, 2010 (http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf, accessed 21 June 2013).
200. European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2010 (http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/101129_sur_hiv_2009.pdf, accessed 21 June 2013).
201. European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2011 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf, accessed 21 June 2013).
202. Kardar SS. *Antibiotic resistance: new approaches to a historical problem*. Reston, VA, Action Bioscience, 2005
203. Heymann DL, Rodier G. Global surveillance, national surveillance, and SARS. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10:173–175
204. *Communicable diseases and public policy*. Washington, DC, World Bank, 2007 (siteresources.worldbank.org/EXTABOUTUS/Resources/communicabledisease.ppt, accessed 21 June 2013).
205. *Immunization summary: a statistical reference containing data through 2009*. New York, UNICEF Statistics and Monitoring Section Division of Policy and Practice and Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.childinfo.org/files/32775_UNICEF.pdf, accessed 21 June 2013).
206. *Important changes to the childhood immunisation programme*. Brussels, European Cervical Cancer Association, 2009 (http://www.ecca.info/fileadmin/user_upload/HPV_Vaccination/ECCA_HP_Vaccination_April_2009.pdf, accessed 21 June 2013).
207. Trotter CL, Ramsay ME, Slack MP. Rising incidence of *Haemophilus influenzae* type b disease in England and Wales indicates a need for a second catch-up vaccination campaign. *Communicable Disease and Public Health* 2003, 6:55–58.
208. *Pneumococcal vaccine added to the childhood immunisation programme; more protection against meningitis and septicaemia*. London, Department of Health, 2006 (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Pressreleases/DH_4128036, accessed 21 June 2013).
209. Meningococcal vaccines: polysaccharide and polysaccharide conjugate vaccines. *WHO Weekly Epidemiological Record*, 2002, 77:331–338.
210. European Immunization Week [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://eiw.euro.who.int>, accessed 21 June 2013).

211. Mankertz A et al. Molecular genotyping and epidemiology of measles virus transmission in the World Health Organization European Region, 2007–2009. *Journal of Infectious Diseases*, 2010, 204(Suppl 1):S335–S342.
212. Centralized Information System for Infectious Diseases [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://data.euro.who.int/cisid>, accessed 21 June 2013).
213. Laboratory Data Management System for Polio Laboratory Network [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://ldms.euro.who.int>, accessed 21 June 2013).
214. Shooter RA. *Report of the investigation into the cause of the 1978 Birmingham smallpox occurrence*. London, H.M. Stationery Office, 1980.
215. Lim PL et al. Laboratory-acquired severe acute respiratory syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350:1740–1745.
216. Kumarasamy KK et al. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the United Kingdom: a molecular, biological, and epidemiological study. *Lancet Infectious Disease*, 2010, 10:597–602.
217. *European strategic action plan on antibiotic resistance*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/147734/wd14E_AntibioticResistance_111380.pdf, accessed 21 June 2013).
218. Abubakar I et al. Tackling the spread of drug-resistant tuberculosis in Europe. *Lancet*, 2012, 379:e21–e23.
219. *Roadmap to prevent and combat drug-resistant tuberculosis. The Consolidated Action Plan to Prevent and Combat Multidrug- and Extensively Drug-Resistant Tuberculosis in the WHO European Region 2011–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/152015/e95786.pdf, accessed 21 June 2013).
220. Abubakar I et al. *Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569_eng.pdf, accessed 21 June 2013).
221. WHO, UNAIDS and UNICEF. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. Progress report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>, accessed 21 June 2013).
222. *European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/153875/e95953.pdf, accessed 21 June 2013).
223. *What is quality improvement in HIV prevention?* Geneva, IQHiv, 2012 (<http://iqhiv.org/get-started/what-is-it>, accessed 21 June 2013).
224. Mirzoaliev I et al. [Efficiency of a package of therapeutic and preventive measures in the Republic of Tajikistan in the malaria postepidemic period (2000–2007)]. *Meditinskaja Parazitologija i parazitarnye bolezni (Moskva)*, 2009, 4:47–49.
225. Barbić L et al. Spreading of West Nile virus infection in Croatia. *Veterinary Microbiology*. 2012, 159:504–508.
226. Christodoulou V. et al. Re-emergence of visceral and cutaneous leishmaniasis in the Greek island of Crete. *Vector-borne Zoonotic Diseases*, 2012, 12:214–222.
227. Ryan J et al. Establishing the health and economic impact of influenza vaccination within the European Union 25 countries. *Vaccine*, 2006, 24:6812–6822.

228. *How to become a WHO-recognized national influenza centre: guidance on the proces for influenza laboratories in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/126457/e94432.pdf, accessed 21 June 2013).
229. *Recommendations for good practice in pandemic preparedness: identified through evaluation of the response to pandemic (H1N1) 2009*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/128060/e94534.pdf, accessed 21 June 2013).
230. Ritsatakis A, Makara P. *Gaining health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases*. Copenhagen, World Health Organization, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/105318/e92828.pdf, accessed 21 June 2013).
231. Busse R et al. *Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010 (Observatory Studies Series, No. 20; (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf, accessed 21 June 2013).
232. *WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC58/R4. Stewardship/governance of health systems in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/70243/RC58_eres04.pdf, accessed 21 June 2013).
233. *European action plan for strengthening public health capacities and services*. Copenhagen, World Health Organization, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf, accessed 21 June 2013).
234. Acheson D. *Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London, H.M. Stationery Office, 1988.
235. *The world health report 2008 – Primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>, accessed 21 June 2013).
236. *The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/hrh/migration/code/code_en.pdf, accessed 21 June 2013).
237. *The world health report 2010 – Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>, accessed 21 June 2013).
238. Kutzin J, Cashin C, Jakab S, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf, accessed 21 June 2013).
239. Thomson S et al. *Addressing financial sustainability in health systems*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/64949/E93058.pdf, accessed 21 June 2013).
240. Rodier G et al. Global public health security. *Emerging Infectious Diseases*, 2007, 13:1447–1452.
241. *International Health Regulations. IHR Core Capacity Monitoring Framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties*.

- Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/ihr/IHR_Monitoring_Framework_Checklist_and_Indicators.pdf, accessed 21 June 2013).
242. *Human Development Report 2011 – Human Development Index Trends 1980–2011*. New York, United Nations Development Program, 2011 (<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/download>, accessed 21 June 2013).
243. *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of diseases*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf, accessed 21 June 2013).
244. *Health and environment in Europe: progress assessment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96463/E93556.pdf, accessed 21 June 2013).
245. *WHO guidelines on indoor air quality: dampness and mould*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43325/E92645.pdf, accessed 21 June 2013).
246. *Burden of disease from environmental noise*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf, accessed 21 June 2013).
247. PCT databank on soil-transmitted helminthiasis [online database]. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sth/db/index.html?units=minimal®ion=EUR&country=all&countries=all&year=2010, accessed 21 June 2013).
248. *Progress on sanitation and drinking-water, 2010 update*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563956_eng_full_text.pdf, accessed 21 June 2013).
249. *Environmental health inequalities in Europe. Assessment report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf, accessed 21 June 2013).
250. Lang T, Rayner G. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. *Obesity Reviews*, 2007, 8(Suppl. 1):165–181.
251. Morris G et al. Getting strategic about the environment and health. *Public Health*, 2006, 120:889–903.
252. *European environment outlook*. Copenhagen, European Environment Agency, 2005 (EEA Report no. 4/2005; http://www.eea.europa.eu/publications/eea_report_2005_4, accessed 21 June 2013).
253. Menne B et al. *Protecting health in Europe from climate change*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/74401/E91865.pdf, accessed 21 June 2013).
254. Stern N. *The economics of climate change: the Stern Review*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007.
255. European process on environment and health [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/healthtopics/environment-and-health/european-process-on-environment-andhealth/governance>, accessed 21 June 2013).
256. *Protecting children's health in a changing environment. Report of the Fifth Ministerial Conference on Environment and Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe,

- 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/123565/e94331.pdf, accessed 21 June 2013).
257. *Regional report on the status of implementation of the Protocol on Water and Health to the Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes. Second session of the Meeting of the Parties (Bucharest, 23–25 November 2010)*. Economic Commission for Europe and WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.unece.org/fileadmin/DAM/env/documents/2010/wat/MP_WH/wh/ece_mp_wh_2010_2_E.pdf, accessed 21 June 2013).
258. United Nations Economic Commission for Europe et al., eds. *From transition to transformation: sustainable and inclusive development in Europe and central Asia*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2012 (<http://www.unep.org/roe/Portals/139/Moscow/From-Transition-to-Transformation.pdf>, accessed 21 June 2013).
259. *Earth Summit. Agenda 21. The United Nations Programme for Action from Rio*. New York, United Nations, 1992 (<http://www.un.org/esa/dsd/agenda21>, accessed 21 June 2013).
260. *Rio Declaration on Environment and Sustainable Development*. New York, United Nations, 1992 (<http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?documentid=78&articleid=1163>, accessed 21 June 2013).
261. *Global risks 2011*. 6th ed. Geneva, World Economic Forum, 2011.
262. *Sustainable development: from Brundtland to Rio 2012*. New York, United Nations, 2010 (http://www.un.org/wcm/webdav/site/climatechange/shared/gsp/docs/GSP16_Background%20on%20Sustainable%20Devt.pdf, accessed 21 June 2013).
263. Hosking J, Mudu P, Dora C. *Health co-benefits of climate change mitigation – Transport sector*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/hia/examples/trspt_comms/hge_transport_lowresurban_30_11_2011.pdf, accessed 21 June 2013).
264. *Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – housing sector*. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/hia/hgehousing.pdf>, accessed 21 June 2013).
265. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World urbanization prospects, the 2009 revision: highlights*. New York, United Nations, 2010.
266. Vlahov D et al. (eds). *Urban health: global perspectives*. Hoboken, NJ, Wiley and Sons, 2010.
267. *Unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Geneva, WHO and UNHABITAT, 2010.
268. Barton H et al. Healthy urban planning in European cities. *Health Promotion International*, 2009, 24:91–99.
269. Tsouros A. City leadership for health and sustainable development. *Health Promotion International*, 2009, 24:4–10.
270. Tsouros A, Green G, Healthy Cities: lessons learnt. In: Vlahov D et al. (eds). *Urban health: global perspectives*. Hoboken, NJ, Wiley and Sons, 2010.
271. *Phase V (2009–2013) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/100989/E92260.pdf, accessed 21 June 2013).
272. Gilson L et al. *Challenging inequity through health systems. Final report of the Knowledge Network on Health Systems of the Commission on the Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf, accessed 21 June 2013).

273. Morgan A, Davies M, Ziglio E. *Health assets in the global context*. London, Springer, 2010.
274. United Nations Secretary-General's High-level Panel on Global Sustainability. *Resilient people, resilient planet: a future worth choosing*. New York, United Nations, 2012.
275. *Assets Alliance Scotland*. Edinburgh, LTCAS, Scottish Community Development Centre and the Scottish Government, 2011 (<http://www.scdc.org.uk/media/resources/news-and-events/Assets%20Alliance%20Scotland%20Event%2013%20Dec%202010%20Report.pdf>, accessed 21 June 2013).
276. Strand M et al. *Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/110228/E93431.pdf).
277. Lim SS et al. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs, *Lancet*, 2007, 370:2054–2062.
278. Brown C et al. *Governance for SDH – appraisal tool*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
279. Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco, Jossey-Bass, 1979.
280. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey-Bass, 1987.
281. Morgan A, Ziglio E. Revitalizing the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*, 2007, 2(Suppl.):17–22.
282. *Living Well across communities: prioritizing well-being to reduce inequalities*. Manchester, NHS North West, 2010 (<http://www.nwph.net/hawa/writedir/a862Living%20Well.pdf>, accessed 21 June 2013).
283. Brown C, Buzeti T. *Placing social determinants of health on the regional development agenda: investment for health and development in Slovenia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press.
284. *A whole-of-government approach to reducing health inequalities: the Scottish experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press.
285. Swanson D et al. Seven guidelines for policy making in its uncertain world. In: Swanson D, Bhadwal S, eds. *Creating adaptive policies: a guide for policy making in an uncertain world*. London, Sage, 2009.
286. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing [web site]. Brussels, Commission of the European Communities, 2013 (http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing, accessed 21 June 2013).
287. Paquet G. The new governance: subsidiarity and the strategic state. In: *Governance in the 21st century*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001.
288. HealthyPeople.gov [web site]. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2012 (<http://healthypeople.gov/2020/default.aspx>, accessed 21 June 2013).
289. Brown C et al. *Governance for health equity and the social determinants of health – a companion resource to support national review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
290. Brown C. *Progress and opportunities in implementing health in all policies – a rapid appraisal of learning from Europe and internationally*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).

291. Harrison D et al. *Report of the Task Group on Governance and Delivery Mechanisms*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
292. Marks L. *Accountability for social determinants of health and health equity*. In: Brown C et al. *Governance for health equity and the social determinants of health – a companion resource to support national review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
293. *South Australia's Strategic Plan: progress report*. Adelaide, South Australia's Strategic Plan Audit Committee, 2010.
294. McDaid D. Joint budgeting: can it facilitate intersectoral action? In: McQueen D et al, eds. *Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf, accessed 21 June 2013).
295. *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: an EU framework for national Roma integration strategies up to 2020*. Brussels, Commission of the European Communities, 2011 (COM(2011) 173 final).
296. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 3; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf, accessed 21 June 2013).
297. *Biennial report 2008–2009 and key developments for 2010–2011 of the WHO European Office for Investment for Health and Development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
298. Brown C, Ziglio E, Rohregger B. *Appraisal of governance systems and capacity for addressing social determinants of health and health equity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
299. *Report on the 3rd Ministerial Meeting of the Countries of the South-Eastern Europe Health Network – opportunities for scaling up and strengthening health in all policies in south-eastern Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).
300. Blas E, Sivasankara KA, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/social_determinants/en, accessed 21 June 2013).
301. Blas E, Sommerfeld J, Sivasankara AK, eds. *Social determinants approaches to public health: from concept to practice*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/social_determinants/en, accessed 21 June 2013).
302. Bertollini R, Brassart C, Galanaki C. *Review of Member States' and the WHO Regional Office for Europe's commitments between 1990 and 2010. Analysis in the light of the Health 2020 strategy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/171902/Review-of-the-commitments-of-WHO-European-Member-States-and-the-WHO-Regional-Office-for-Europe-between-1990-and-2010.pdf, accessed 21 June 2013).

Příloha. Slovník pracovních definic a vysvětlujících poznámek týkajících se pojmů a termínů použitých v programu Zdraví 2020

Determinanty zdraví (*determinants of health*)

Tento termín zahrnuje širokou škálu faktorů životního prostředí i okolností osobních, sociálních a ekonomických, které určují (popřípadě ovlivňují) zdravotní stav jedinců nebo populací.

Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008

(http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf).

Posílení, zplnomocnění (*empowerment*)

K termínu „*empowerment*“ se váže mnoho definic a interpretací. Z obecného hlediska jde o schopnost rozhodovat v osobním i společenském životě. V programu Zdraví 2020 se tímto termínem rozumí proces, který posiluje možnosti lidí podílet se na rozhodování i jednání, která ovlivňují jejich zdraví. Je proto nezbytné, aby si jedinci i sociální skupiny osvojili náležitě dovednosti, aby měli přístup k informacím a aby měli k dispozici potřebné prostředky. To jim umožní využívat stávajících příležitostí a aktivně se podílet na rozhodování o všem, co tak či onak ovlivňuje jejich zdraví a životní pohodu.

Adapted and expanded from: *Health promotion glossary*. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>).

Základní činnosti veřejného zdravotnictví (*essential public health operations*)

Jedná se o základní činnosti, které musí být ve společnosti vykonávány, aby se podařilo dosáhnout co nejlepšího zdraví, životní pohody a spravedlnosti v péči o zdraví. V evropském regionu Světové zdravotnické organizace jde zejména o tyto aktivity: (a) soustavně sledovat a hodnotit zdravotní stav obyvatelstva a životní pohodu; (b) monitorovat zdravotní rizika, řídit je a včas reagovat na krizové situace ohrožující zdraví; (c) rozvíjet ochranu zdraví, věnovat pozornost životnímu a pracovnímu prostředí, bezpečnosti potravin apod.; (d) posilovat podporu zdraví, zaměřit se na sociální determinanty zdraví a na zvládání nespravedlnosti v péči o zdraví; (e) rozvíjet prevenci nemocí, včetně jejich včasného vyhledávání; (f) zavádět a používat takové řídicí metody, které vedou ke zdraví a životní pohodě; (g) zajišťovat dostatečný počet kvalifikovaných pracovníků v oblasti veřejného zdravotnictví; (h) vytvářet vhodné organizační struktury a systémy financování; (ch) posilovat zájem o zdravotní problematiku, rozšiřovat komunikaci o zdraví a získávat celou společnost pro péči o zdraví; (i) rozvíjet výzkum v oblasti veřejného zdravotnictví a jeho výsledky využívat v praxi i při přípravě a realizaci zdravotní politiky.

European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (document EUR/RC62/12).

Prosazování rovnoprávnosti mužů a žen v péči o zdraví (*gender equity in health*)

Záměrem je posílit spravedlnost a rovnoprávnost mužů a žen, a to pokud jde o přínosy, rozdělování prostředků, dělbu odpovědnosti a rovné možnosti mužů a žen dosáhnout plný zdravotní potenciál. Toto pojetí vychází ze skutečnosti, že muži a ženy mají různé zdravotní potřeby i odlišné příležitosti, jak ovlivnit svůj zdravotní stav, např. pokud jde o dostupnost zdravotnických služeb a o možnosti zdravotnického vzdělání. Je žádoucí, aby případné nerovnosti byly zjišťovány a pokud možno odstraňovány s cílem omezit nespravedlivé rozdíly mezi muži a ženami.

Adapted from: *Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward (Madrid Statement)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf) and *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/gender/mainstreaming/tools/en/index1.html>).

Vládnutí (*governance*)

Vypovídá o součinnosti vlády a dalších společenských struktur, o jejich vztahu k občanům i o rozhodnutích přijímaných v komplexním a globalizovaném světě.

Graham J, Amos B, Plumptre T. *Principles for good governance in the 21st century*. Ottawa, Institute on Governance, 2003 (Policy Brief No.15, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNPAN/UNPAN011842.pdf>).

Vládnutí pro zdraví (*governance for health*)

Jde o snahu vlád a dalších řídicích orgánů koordinovat a usměrňovat sociální skupiny, státy a skupiny států a spojeným úsilím řídicích orgánů (whole-of-government) a celé společnosti (whole-of-society) dosáhnout co nejlepšího zdraví jako integrální součásti životní pohody.

Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, accessed 21 June 2013).

Zdraví (*health*)

Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.

Constitution of the World Health Organization. Geneva, World Health Organization, 1946 (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100; <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>).

Faktor posilující zdraví (*health asset*)

V širokém pojetí je to vše, co posiluje schopnosti jedinců, sociálních skupin a populací chránit, posilovat a udržovat zdraví a životní pohodu. Faktory posilující zdraví mohou působit na úrovni jedinců, skupin a společnosti jako ochranné faktory zmírňující životní zátěž a jako podpůrné faktory posilující možnosti dosáhnout zdraví.

Adapted from: Ziglio E et al. *Maximizing health potential: the asset model for health and development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (forthcoming).

Zdravotní spravedlnost a spravedlnost ve zdraví (*health equity and equity in health*)

Spravedlnost (ekvita) je nepřítomnost odstranitelných, nespravedlivých a zvládnutelných rozdílů mezi skupinami definovanými sociálně, ekonomicky, demograficky nebo geograficky. Zdravotní ekvita nebo ekvita ve zdraví znamená, že v ideálním případě by každý měl mít stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu a, pojato pragmatičtěji, nikdo by neměl být znevýhodněn při dosahování tohoto potenciálu.

Health systems topics – Equity [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012. (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>) and Glossary: Health equity [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Equity>).

Zdraví pro všechny (*health for all*)

Politický cíl, k jehož naplnění vede snaha, aby všichni lidé na světě dosáhli takové úrovně zdraví, která by jim dovolila vést sociálně i ekonomicky produktivní život.

Adapted from: *Glossary of terms used in Health for All series*. Geneva, World Health Organization, 1984.

Zdravotnické řízení (*health governance*)

Řízení zdravotnického systému a jeho posilování.

Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, accessed 21 June 2013).

Zdraví ve všech opatřeních (*health in all policies – HiAP*)

Existuje mnoho definic „health in all policies“, jejichž podstatou je potřeba zahrnout výrazný zájem o zdraví do opatření všech rezortů. V rámci programu Zdraví 2020 to znamená, že snaha dosáhnout co nejlepšího zdraví a životní pohody by se měla stát prioritou nejen pro rezort zdravotnictví, ale pro všechny vládní rezorty. Vláda jako celek by měla přijmout svou odpovědnost za zdraví a vzít při tom v úvahu, že zdraví lidí ovlivňuje práci ve všech rezortech. Zdravotnictví může ostatním rezortům pomáhat při volbě vhodných opatření přispívajících ke zlepšení zdraví.

V rámci úsilí o zdraví a životní pohodu by měly vlády najít institucionální formu mezirezortního řešení problémů a vzít v úvahu nerovnováhu moci. To znamená pomáhat při řízení, udělovat kompetence, přicházet s novými podněty, poskytovat finanční podporu a vytvářet řídicí mechanismy, které by podporovaly vzájemnou spolupráci vládních agentur na společných řešeních.

Adapted from: *Adelaide Statement on Health in All Policies*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf).

Zdravotní nerovnost (*health inequality*)

Jsou to nerovnosti ve zdravotním stavu mezi jedinci nebo skupinami. Takové nerovnosti lze měřit například prostřednictvím naděje dožití, úmrtností nebo nemocností. Zdravotní nerovnosti jsou rozdíly v úrovni zdravotního stavu, který dosahují různí jedinci a skupiny. Některé rozdíly lze připsat biologickým a některým dalším neovlivnitelným faktorům, jako je věk; jiné faktory jsou však ovlivnitelné.

Kawachi I. *A glossary for health inequalities*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56: 647.

Nespravedlnost (inekvita) ve zdraví (*health inequity*)

Zdravotní inekvita se týká rozdílů nebo nerovností ve zdraví, které lze považovat za odvrátitelné, nespravedlivé nebo nějakou nespravedlností způsobené. Inekvita ve zdravotním stavu může být mezi sociálními skupinami v jedné zemi nebo mezi státy. Zdravotní inekvity vznikají z rozdílů uvnitř sociálních skupin i mezi nimi a jsou podmíněny dostupnými finančními zdroji i mocenskou pozicí. Inekvity jsou takové rozdíly, které nevznikají náhodou nebo v důsledku rozhodnutí jedinců, ale jako následek odstranitelných rozdílů sociálních, ekonomických a rozdílů v životním prostředí (např. v životních a pracovních podmínkách, ve vzdělání, zaměstnání, v příjmu, dostupnosti kvalitní zdravotnické péče, v prevenci a podpoře zdraví), jejichž ovlivnění není většinou v možnostech jednotlivců, ale které mohou být upraveny prostřednictvím veřejné správy.

Je vhodné připomenout, že zdravotní nerovnosti a zdravotní nespravedlnosti se často zaměňují, neboť se v některých jazycích nerozlišují. Termínem „zdravotní nerovnosti“ jsou tedy často označovány i takové, které lze považovat za odvrátitelné, nespravedlivé a jsou výrazně ovlivňovány činností vlády, zájmovými skupinami i společností a mohou být tedy upraveny činností veřejné správy.

Kawachi I. *A glossary for health inequalities*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56: 647.

Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf).

Memo: *Questions and answers on solidarity in health: reducing health inequalities in the EU*. Brussels, Commission of the European Communities, 2009 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_qa_en.pdf).

Zdravotní gramotnost (*health literacy*)

Znalosti a sociální dovednosti, které ovlivňují motivaci a schopnosti jedinců získat přístup k informacím a porozumět jim tak, aby vedly k podpoře a zachování dobrého zdraví.

Health promotion glossary. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>).

Zdravotní systém (*health system*)

Souhrn všech veřejných a soukromých organizací, institucí a prostředků určených ke zlepšení, udržení a navrácení zdraví. Zdravotní systémy poskytují služby jak pro jednotlivce, tak pro celou populaci; rovněž ovlivňují opatření i činnost ostatních rezortů s cílem zaměřit se na determinanty zdraví (sociální, ekonomické, faktory životního prostředí).

The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf).

Mezirezortní aktivita (*intersectoral action*)

Jedná se o úsilí zdravotnického rezortu rozvíjet spolupráci s ostatními rezorty se záměrem zlepšit zdravotní výsledky.

Kickbusch I, Buckett K eds. *Implementing health in all policies*. Adelaide 2010. Adelaide, Department of Health, Government of South Australia, 2010 (<http://www.who.int/sdh-conference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>).

Celoživotní přístup (*life-course approach*)

Tento přístup vychází z předpokladu, že výsledný zdravotní stav jedince i celé společnosti je důsledkem společného a celoživotního působení mnoha ochranných i rizikových faktorů. Celoživotní přístup poskytuje skutečně souhrnný pohled na zdraví a jeho determinanty a umožňuje vhodně reagovat v každé životní etapě.

Health System Strengthening Glossary [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index6.html).

Adapted from: Lu M, Halfon N. Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective. *Maternal and Child Health Journal* 2003, 7(1):13–30.

Základní zdravotní péče (*primary health care*)

Základní zdravotní péče je taková péče, která je dostupná za cenu, kterou si stát a společnost může dovolit. Obsahuje metody, které jsou praktické, vědecky odůvodněné a sociálně přijatelné.

Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 Geneva, World Health Organization, 1978 (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).

Veřejné zdravotnictví (*public health*)

Poznatky a dovednosti týkající se prevence nemocí, prodlužování života a posilování zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti.

Acheson D. *Public health in England. The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function.* London, HMSO, 1988.

Prostředky veřejného zdravotnictví (*public health capacity*)

Zdroje (přírodní, finanční, personální a další) nezbytné pro vykonávání základních funkcí veřejného zdravotnictví.

Developing a framework for action for strengthening public health capacities and services in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/Inf.Doc./1, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/148266/RC61_einfdoc01.pdf).

Služby veřejného zdravotnictví (*public health services*)

Služby, kterými jsou zajišťovány základní funkce veřejného zdravotnictví. Tyto služby mohou být poskytovány v rámci zdravotnického systému nebo i v jiných rezortech (mimo pevné hranice zdravotnictví) prostřednictvím aktivit, které posilují zdraví.

Developing a framework for action for strengthening public health capacities and services in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/Inf.Doc./1, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/148266/RC61_einfdoc01.pdf).

Odolnost (*resilience*)

Dobrá pohotová adaptace a individuální nebo kolektivní odpověď na měnící se podmínky, např. ekonomická krize, psychický stres, zranění, tragédie, hrozby a další závažné zdroje stresu. Může to být vyjádřeno jako schopnost vydržet, zvládnout a zotavit se z uvedených okolností i jako pochopení ovlivnitelnosti současné nebo hrozící situace. Program Zdraví 2020 klade důraz na vytváření odolných společenství a na posílení schopnosti lidí sami si pomoci. Termín „odolné společnosti“ se rovněž používá v případě snížení rizika katastrof (např. záplav) a pokud jde o potřebu vytvořit vhodnou infrastrukturu, informační systémy a rozhodovací procesy.

Derived from: Resilience [web site]. London, The Young Foundation, 2013 (http://www.youngfoundation.org/our-ventures?current_venture=2036).

Community resilience and co-production. Getting to grips with the language. A briefing paper. Edinburgh, Scottish Community Development Centre, 2011 (<http://www.scdc.org.uk/media/resources/assetsalliance/Community%20Resilience%20and%20Coproductio%20SCDC%20briefing%20paper.pdf>).

Empowering lives, building resilience. Development stories from Europe and central Asia, Volume 1. New York, United Nations Development Programme 2011 (http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Cross-practice%20generic%20theme/RBEC_Empowering%20Lives%20Building%20Resilience.pdf).

Sociální kapitál (*social capital*)

Sociální kapitál vyjadřuje stupeň sociální soudržnosti v daném společenství. Vztahuje se k procesům probíhajícím mezi lidmi, kteří vytvářejí sociální sítě, normy a vzájemnou (sociální) důvěru a kteří rozvíjejí koordinaci a spolupráci směřující k oboustrannému prospěchu.

Health promotion glossary. Geneva, World Health Organization, 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).

Sociální determinanty zdraví (*social determinants of health*)

Sociální determinanty zdraví jsou podmínky, do nichž se lidé rodí, v nichž rostou, žijí, pracují a stárnou; zahrnují i zdravotnický systém. Tyto podmínky jsou podmíněny distribucí peněz, mocí a dalšími prostředky na globální, národní i místní úrovni. To vše je ovlivňováno politickou orientací i volbou opatření. Sociální determinanty jsou do značné míry odpovědné za zdravotní rozdíly, které jsou nespravedlivé a odstranitelné a které existují jak uvnitř zemí, tak mezi státy.

Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf).

Sociální zdravotní gradient (*social gradient in health*)

Jde o postupný proces, během něhož se dosažená úroveň zdraví zvyšuje souběžně s růstem sociální pozice. Takový gradient může být měřen prostřednictvím výše příjmu, typem zaměstnání nebo nejvyšším stupněm dosaženého vzdělání. Sociální gradient může být obdobně definován i jako stupňovitý pokles úrovně zdraví při klesající sociální pozici.

Kawachi I. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56: 647.

Marmot M. *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing PLC. 2004.

Sociální nerovnosti (*social inequalities*)

Sociální nerovnosti vypovídají o rozdílech v rozložení sociálních a ekonomických faktorů nebo sociálních determinantů zdraví uvnitř zemí nebo mezi státy. Sociální nerovnosti jsou obvykle měřeny prostřednictvím příjmu, vzdělání a zaměstnání. Tyto sociální nerovnosti se podílejí na rozdílech v úrovni zdravotního stavu a mnohdy bývají hlavní příčinou zdravotních nerovností. Opatření, která jsou zaměřena na zdravotní nerovnosti, by měla být skloubena s činnostmi orientovanými na sociální determinanty, jako je vzdělání, životní a pracovní podmínky, zaměstnání a příjem. Např. společná opatření zdravotnického a školského rezortu směřující k tomu, aby děvčata dosáhla úplného středního vzdělání, zlepší jejich zdravotní i životní perspektivu a současně sníží zdravotní a sociální nerovnosti, které jsou podmíněny nižším stupněm vzdělání nebo neúplnou školní docházkou.

Sociální síť (*social network*)

Jedná se o sociální vztahy a taková spojení mezi jednotlivci, která mohou motivovat a rozvíjet sociální oporu příznivě ovlivňující zdraví.

Health promotion glossary. Geneva, World Health Organization, 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf)

Trvalá udržitelnost (*sustainability*)

Je to schopnost vytrvat. V oblasti životního prostředí a společenského rozvoje se termíny „trvalá udržitelnost“ a „trvale udržitelný rozvoj“ pojímají obdobně. Nejčastěji uváděnou definicí „trvale udržitelného rozvoje“ je definice Světové komise pro životní prostředí a rozvoj. Podle ní je trvale udržitelný takový rozvoj, který „současné potřeby společnosti nenaplňuje na úkor schopnosti budoucích generací naplnit své potřeby“. Ve zdravotní ekonomice je termín trvalé udržitelnosti používán k označení možností udržet příznivý vývoj zdravotního stavu po určité období s dostupnými prostředky a v rámci přijatelných organizačních a sociálních možností. Jde rovněž o návaznost mezi aktivitou veřejného zdravotnictví a trvalou udržitelností politických opatření.

Report of the World Commission on Environment and Development. General Assembly Resolution A/RES/42/187, 11 December 1987. New York, United Nations, 1987 (<http://www.un.org/documents/ga/res/42/ares42-187.htm/>).

Health System Strengthening Glossary [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index6.html)

Životní pohoda (*well-being*)

Životní pohoda je součástí definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace: „zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnosti nemoci nebo vady“. Existuje ve dvou dimenzích, a to subjektivní a objektivní. Vychází z osobní životní zkušenosti jedince a z porovnání životních podmínek se sociálními normami a hodnotami. Subjektivní životní pohoda může zahrnovat osobní pojetí životní pohody, psychologické funkce a emoční stavy. Příkladem objektivní životní pohody a životních podmínek může být zdraví, vzdělání, zaměstnání, sociální vztahy, prostředí (vytvořené i přírodní), bezpečí, angažovanost občanů a řídicí mechanismy, bydlení a odpočinek.

Constitution of the World Health Organization. Geneva, World Health Organization, 1946 (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100; <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>).

Measurement of and targetsetting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. First meeting of the expert group, Copenhagen, Denmark, 8–9 February 2012. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.

Zapojení vlády a celé veřejné správy (*whole-of-government approach*)

Jde jednak o rozšíření řídicích kompetencí vertikálně, tzn. do všech úrovní veřejné správy, a jednak horizontálně, tedy o zapojení všech vládních rezortů. Tyto činnosti jsou víceúrovňové a zahrnují jak aktivity vlády, veřejné správy a dalších činitelů, od lokální až po globální úroveň. V rostoucí míře se zapojují i občané a instituce mimo běžné řídicí struktury. Zdraví ve všech opatřeních (health in all policies) je součástí tohoto procesu. Motivuje všechny rezorty, aby se zdraví a životní pohoda nestaly výlučným zájmem rezortu zdravotnictví, ale aby se staly prioritou i všech rezortů ostatních. Má to dva aspekty. Jednak jde o dopad práce všech rezortů na zdraví lidí a jednak o přínos zlepšeného stavu obyvatelstva pro práci všech rezortů.

Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, accessed 21 June 2013).

Zapojení celé společnosti (*whole-of-society approach*)

Jedná se o rozšíření záměru zapojit všechny složky veřejné správy a další řídicí struktury do péče o zdraví. Důraz je kladen i na začlenění soukromého sektoru, občanské společnosti a politiků na všech úrovních, např. poslanců. Zapojením soukromého sektoru, občanské společnosti, sociálních skupin i jednotlivců může být posílena schopnost společnosti (odolnost – resilience) přestát situaci ohrožující její zdraví, bezpečí a životní pohodu. Tyto aktivity překračují běžné hranice působnosti institucí, ovlivňují a podněcují lokální i globální kulturu a média, vesnická i městská společenství a všechny rezorty, např. vzdělávací systém, dopravu, životní prostředí, dokonce i výstavbu měst.

Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, accessed 21 June 2013).

ZDRAVÍ 2020

Osnova evropské zdravotní
politiky pro 21. století

