





Koncepce hygienické služby a prevence

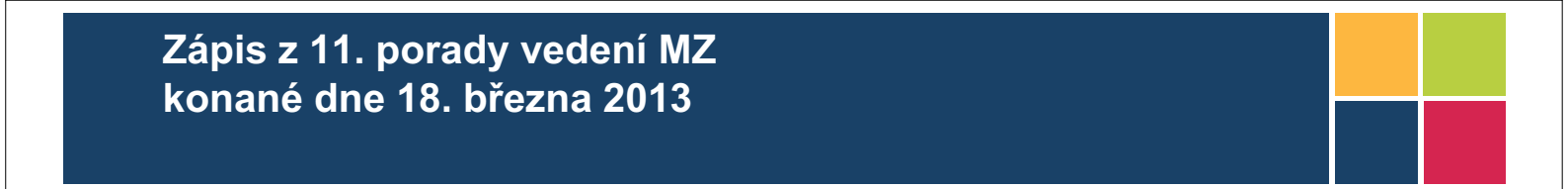
MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.
náměstek ministra pro ochranu a podporu
veřejného zdraví a hlavní hygienik ČR

Historický kontext a potřeba nové koncepce

- 1989 změna politické situace
- 1990 návrh nového systému zdravotní péče
- 1991 Národní program obnovy a podpory zdraví, U.V. 247/1991 (ZPV)
- 1992 NPZ – střednědobá strategie U.V.273/1992
- 1994 Národní rada zdraví
- 1995 NPZ – dlouhodobá strategie
- 1998 Akční plán zdraví a životního prostředí U.V.810/1998
- 1998 Rada pro zdraví a životní prostředí
- 2000 Zákon 258 o ochraně veřejného zdraví
- 2002 Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Z21 U.V.1046/2002
- 2003 Výbor Zdraví 21 při RZŽP
- 2004 Hodnocení politiky podpory zdraví v ČR



Senát Parlamentu ČR usnesením č. 499 ze dne 26. ledna 2012, které bylo přijato v souvislosti s projednáváním návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, požádal Ministerstvo zdravotnictví o předložení **koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví.**



**Zápis z 11. porady vedení MZ
konané dne 18. března 2013**

A. Materiály koncepčního charakteru

A1.

**Koncepce hygienické služby a primární prevence
v ochraně veřejného zdraví**

(předkládá Sekce ochrany a podpory veřejného zdraví)

Závěr:

**Porada vedení doporučuje panu ministrovi
schválit materiál v předloženém znění
uložit NH/VH/OVZ**

provést technické úpravy Koncepce
zajistit odeslání upravené Koncepce Senátu
Parlamentu ČR

Nositel: NH/VH/OVZ

Termín: 29. března



Nástroje k dosažení cílů – systémové řízení

Ustavení org. útvaru v rámci SZÚ = centrum podpory veřejného zdraví	splněno 30.4.
Zdraví 21- analýza	splněno 30.6.
Zdraví 21 - analýza jako příloha Národní strategie Zdraví 2020	splněno 30.6.
Zdraví 2020 - český překlad	splněno 30.6.
Vytvoření databáze vývoje ukazatelů zdravotního stavu	splněno 30.6.
Novela z.č. 258 - povinnost vyhodnocení zdrav. stavu - návrh	splněno 30.6.
Vyhodnocování činnosti OOVZ (KHS) - povinnost - novela z.č. 258	splněno 30.6.
Změna statutu RVZaŽP - návrh, projednání, vypořádání, schválení PV MZ	splněno 13.7.
Schválení změny statutu RVZaŽP vládou ČR	splněno 21.8.
Návrh statutu RPS - zaslání podkladů	splněno 30.8.
Návrh statutu RPS - připomínky, návrhy, náměty	splněno 13.9.
Změna statutu SZÚ pro Centrum podpory veřejného zdraví - návrh	splněno 15.9.
Vyhodnocování činnosti OOVZ (KHS) - zpracování osnovy	splněno 15.9.
Návrh statutu RPS - vypracování	splněno 20.9.
Zdraví 2020 - Národní strategie - příprava, prvotní návrh	splněno 24.9.
Návrh statutu RPS - připomínkové řízení, vypořádání	splněno 24.9.
Statut RPS - předložení do PV MZ	splněno 25.9.
Statut RPS - schválení PV MZ	splněno 30.9.
Zdraví 2020 - edice (tisk) překladu - náklad 1000 ks	splněno 2.10.
Zdraví 2020 - návrh distribuce českého překladu	splněno 4.10.
Zaslání databáze zdravotního stavu pro potřeby KHS a ZÚ	splněno 15.10.
Zdraví 21 - podklady pro souhrn a prezentaci analýzy	splněno 15.10.



Zdraví 21 - zpracování souhrnu a prezentace analýzy	splněno 25.10.
RPS - vydání příkazu ministrem	splněno 31.10.

Složení RPS - oslovení členů	do 8.11.2013
Složení RPS - příprava pro jmenování	do 8.11.2013
Složení RPS - jmenování členů	do 15.11.2013
Zdraví 21 - rozeslání jednotlivých částí analýzy pro guaranty a členy RPS	do 15.11.2013
Změna statutu SZÚ pro Centrum podpory veřejného zdraví - schválení	do 15.11.2013
Další jednání RVZaŽP - náměty pro jednání	do 15.11.2013
Zdraví 2020 - Národní strategie - návrh	do 15.11.2013
Zpráva o zdraví obyvatel v ČR - krátká verze jako příloha pro Zdraví 2020	do 15.11.2013
Zdraví 2020 - Národní strategie - vnitřní řízení	do 15.11.2013
Zdraví 2020 - Národní strategie - předložení do PV MZ	do 20.11.2013
Zdraví 2020 - Národní strategie - schválení v PV MZ	do 25.11.2013
Další jednání RVZaŽP - uskutečnění	do 31.12.2013
Vyhodnocování činnosti org. st. správy - požadavek na ministerstva	do 31.12.2013
Zdraví 2020 - distribuce českého překladu	do 31.12.2013
Zdraví 2020 - NS - předložení do vlády ČR	do 31.12.2013
Zpráva o zdraví obyvatel v ČR (SZÚ) - příprava, tisk	do 31.12.2013
Vyhodnocování činnosti org. st. správy - požadavek v RVZaŽP	do 31.12.2013
Revize platnosti všech dokumentů uvedených v Koncepci	do 31.1.2014
Vyhodnocování činnosti OOVZ (KHS) - zpráva za rok 2013	do 28.2.2014
Zpráva o zdraví obyvatel v ČR - distribuce	do 31.3.2013
Vyhodnocování činnosti OOVZ (KHS) - předložení do PV MZ a vlády	do 30.4. 2014
Novela z.č. 258 - povinnost vyhodnocení zdrav. stavu - schválení	do 30.6.2014 ?



Nástroje k dosažení cílů – lidské zdroje

analýza profesní kapacity v HS (v rámci Koncepce)	splněno 30.4.
novela z.č. 258 - novela týkající se vzdělávání odb. prac. - návrh	splněno 30.6.
popis současného stavu řízení lidských zdrojů na KHS	splněno 30.6.
metodika tvorby a ověřování strategie rozvoje lidských zdrojů	splněno 30.6.
strategie rozvoje lidských zdrojů	splněno 30.6.
popis pracovních pozic - paspart kvalifikačních požadavků	splněno 30.6.
standard adaptace nového zaměstnance	splněno 30.6.
standard celoživotního vzdělávání zaměstnanců	splněno 30.6.
standard hodnocení zaměstnance	splněno 30.6.
etický kodex zaměstnance	splněno 30.6.
bonusový řád ředitelů KHS, ZÚ a SZÚ	do 30.11.2013
hlavní odborníci v HS - návrh	do 30.11.2013
definice min. personální kapacity na KHS	do 31.12.2013
definice min. personální kapacity na SZÚ a ZÚ	do 31.12.2013
profesní kapacity v ostatních resortech - požadavek na RVZaŽP	do 31.12.2013
jednání s LF - SZÚ x 3.LF a LF HK - memorandum	do 31.12.2013
výuka OPVZ, PP v "terénu" - info na poradě řed. KHS, SZÚ, ZÚ	do 31.12.2013
autorizace odb. vzdělávání a výchovy v OPVZ - návrh systému, forma	do 31.12.2013
systém hodnocení nákladů na vzdělávání (porada Ř KHS)	do 31.12.2013
hlavní odborníci v HS - jmenování	do 31.12.2013
analýza finančního ohodnocení pracovníků HS vs. jiné obl. zdravotnictví	do 31.12.2013
analýza finančního ohodnocení pracovníků HS podle kategorií (lékaři, VŠ, SŠ ...)	do 31.12.2013

návrh postupu řešení k odpovídajícímu finančnímu ohodnocení pracovníků HS	do 31.1.2014
legislativní zakotvení min. personální kapacity v HS - standardy	do 31.3.2014
návrh na stanovení personálních standardů pro PZ (NNO...)	do 31.3.2014
jednání s dalšími lékařskými fakultami o spolupráci	do 31.3.2014
jednání s dalšími fakultami (pedagogickými, sociálními ...) o spolupráci	do 31.3.2014
jednání s MŠMT	do 31.3.2014
výuka OPVZ, PP v "terénu" - záměr, obsah, pravidla ...	do 31.3.2014
návrh systému pro motivaci lékařů a zdrav. pracovníků pro práci v HS	do 31.3.2014
autorizace odb. vzdělávání a výchovy v OPVZ - novela z.č. 258	do 30.6.2014
novela z.č. 258 - novela týkající se vzdělávání odb. prac. - schválení	do 30.6.2014 ?

Nástroje k dosažení cílů – udržitelné financování

analýza stávajícího stavu v HS (v rámci Koncepce)	splněno 30.6.
stanovení indikátorů pro hodnocení efektivity prevence a OaPZ	do 31.12.2013
analýza stávajícího stavu v celém systému OPVZ a prevence	do 31.3.2014
stanovení investiční strategie a alokace prostředků pro OPVZ a prevenci	do 31.3.2014
stanovení cílů a zaměrů pro využití financí z EF 2014 - 2020 (MZ ...)	do 31.3.2014
stanovení parametrů pro finanční udržitelnost OPVZ a prevenci	do 31.3.2014
navázání spolupráce s institucemi pro 3a+3b+3c - ÚZIS, VŠE, ZP ...	do 31.3.2014
Zpráva o činnosti OOVZ	každým rokem do 30.4., poprvé do 30.4.2014
Zpráva o činnosti zdravotních ústavů	každým rokem do 30.4., poprvé do 30.4.2014
Zpráva o činnosti SZÚ	každým rokem do 30.4., poprvé do 30.4.2014
Zpráva o činnosti NRL	každým rokem do 30.4., poprvé do 30.4.2014
vyhodnocení vývoje zdravotního stavu obyvatel v ČR	1x za 5 let, poprvé do 30.4.2014
vyhodnocení efektivity dotačních programů MZ	každým rokem do 30.4., poprvé do 30.4.2014
vyhodnocení efektivity prostředků z Fondů prevence zdravotních pojišťoven	každým rokem do 30.4., poprvé do 30.4.2014

Nástroje k dosažení cílů – legislativa



novela zákona č. 258/2000 Sb. - návrh do vlády	splněno 30.6.
návrhy legislativních úprav standardů prevence pro lékaře	do 31.12.2013
novela zákona č. 258/2000 Sb. - schválení vládou, PS, senátem ...	do 30.6.2014 ?
návrh legislativního rámce týkající se prevence, ochrany a podpory veřejného zdraví	do 30.6.2014

Nástroje k dosažení cílů – institucionální báze

znovuvytvoření funkční plošné sítě regionálních pracovišť PZ v SZÚ	2015 ???
stabilizace sítě OOVZ (KHS)	trvalý úkol

Nástroje k dosažení cílů – zdravotní politika

využití výsledků analýzy Zdraví 21	viz body systémového řízení 1d a aplikace do dalších bodů
aplikace Zdraví 2020 do zdravotní politiky	viz body systémového řízení 1d a aplikace do dalších bodů
respektování programových dokumentů EU / WHO	průběžně a trvale
využití zkušeností vyspělejších demokratických evropských zemí	průběžně a trvale



Koncepci předkládá Ministerstvo zdravotnictví Senátu Parlamentu ČR jako **východisko pro stabilizaci a rozvoj systému ochrany a podpory veřejného zdraví, tj. hygienické služby v souladu s přijatými „Tezemi koncepce a strategie hygienické služby“ představené hlavním hygienikem v říjnu 2012**



Základní teze



Efektivnější řízení

Systemová i operativní opatření reagující na zkušenosti z mimořádných situací.

Integrita státního zdravotního dozoru

Hygienická služba součást systému zdravotní péče

Návaznost na sekundární a terciární prevenci i zdravotní služby

Vyvážená role ochrany i podpory zdraví

Flexibilnější státní zdravotní dozor

Zaměstnanci - odborní zdravotničtí pracovníci

Stanovení kvalifikačních požadavků

Stanovení nepodkročitelného minima



Věková analýza a generační obměna

Definice společenské objednávky na absolventy

Motivace

Udržitelné financování

Legislativní podpora



Koncepce je zároveň základem pro strategii prevence nemocí a zlepšování zdravotního stavu populace ČR.



Obsah a přílohy



Důvody předložení

Úvod

Základní pojmy

Východiska

Cíl

Hlavní směry

Priority

Nástroje

Příloha č. 1: Teze koncepce a strategie hygienické služby

Příloha č. 2: Efektivita primární prevence nemocí

Příloha č. 3: SWOT analýza stavu primární prevence, ochrany a podpory veřejného zdraví v ČR

Příloha č. 4: Vývoj délky života ve zdraví

Příloha č. 5: Hlavní příčiny úmrtí a jejich determinanty

Příloha č. 6: Přehled stávajících screeningových programů

Příloha č. 7: Strategické dokumenty a koncepční materiály oblasti podpory a ochrany veřejného zdraví

Příloha č. 8: Personální a finanční stabilizace systému orgánů a institucí ochrany a podpory veřejného zdraví (systém OPVZ)

Příloha č. 9: Udržitelné financování primární prevence, ochrany a podpory zdraví

Příloha č. 10: Vymezení infrastruktury ochrany a podpory veřejného zdraví

Příloha č. 11: Příklady institucionálního zajištění a řešení prevence nemocí a podpory zdraví ve vybraných zemích světa



Východiska



SWOT



1. Silné stránky

tradice primární prevence

zakotvení ve společnosti i v systému zdravotnictví

úspěchy v minulosti i v současnosti

legislativní zakotvení (zákon o ochraně veřejného zdraví a další zákony)

zakotvení primární prevence v koncepcích lékařských oborů

historicky založená vysoká odbornost primární prevence

dostatek vědeckých důkazů o efektivitě primární prevence

solidní informační databáze o zdravotním stavu a jeho determinantách

respekt veřejnosti k činnosti systému ochrany a podpory veřejného zdraví.

SWOT



Slabé stránky

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

SWOT



Příležitosti

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

Hrozby

pokračující omezování kapacit systému ochrany a podpory veřejného zdraví po již proběhlé restrukturalizaci, která snížila kapacitu o více než 40%

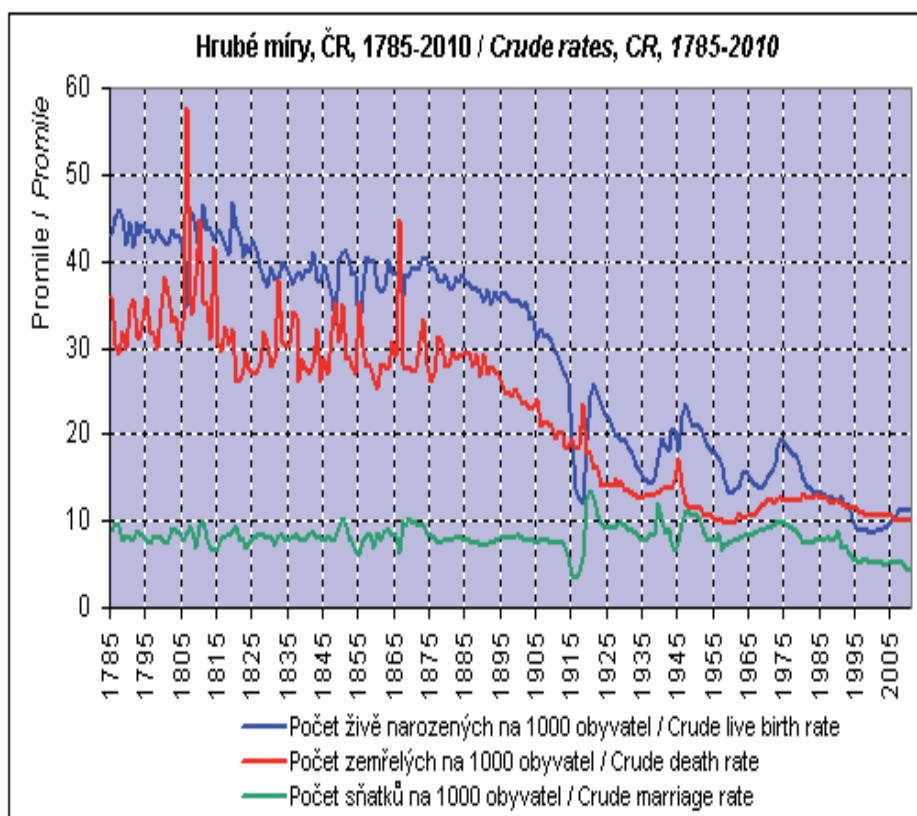
Narušení integrity OVZ

nezajištění generační obměny v potřebném spektru vzdělání

finanční nestabilita ohrožující efektivní fungování

nevyužití potenciálu, nástrojů a možností, které má stát v ochraně a podpoře veřejného zdraví, s negativními dopady na vývoj zdravotního stavu obyvatelstva i nákladovosti zdravotní péče.

Efektivita



Graf ukazuje dlouhodobý pokles celkové úmrtnosti. Podíl infekcí na úmrtnosti se během 20. století snížil více než 250krát, z 1250/1000 obyvatel na méně než 5/1000. Byl to důsledek primární prevence: výrazného zlepšení hygienických podmínek, hygienických opatření a očkování.

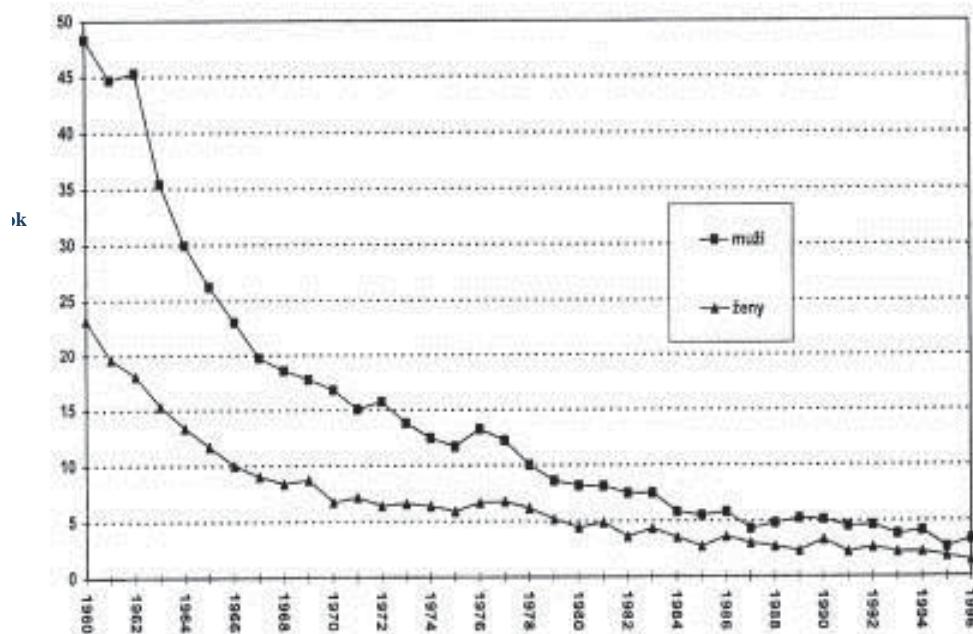
Ještě na počátku 20. stol. tvořily infekce 50% všech úmrtí.

Zdroj: ČSÚ Obyvatelstvo - roční časové řady

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

Efektivita

Graf. č. 1 Vývoj standardizované úmrtnosti na infekční nemoci v ČR

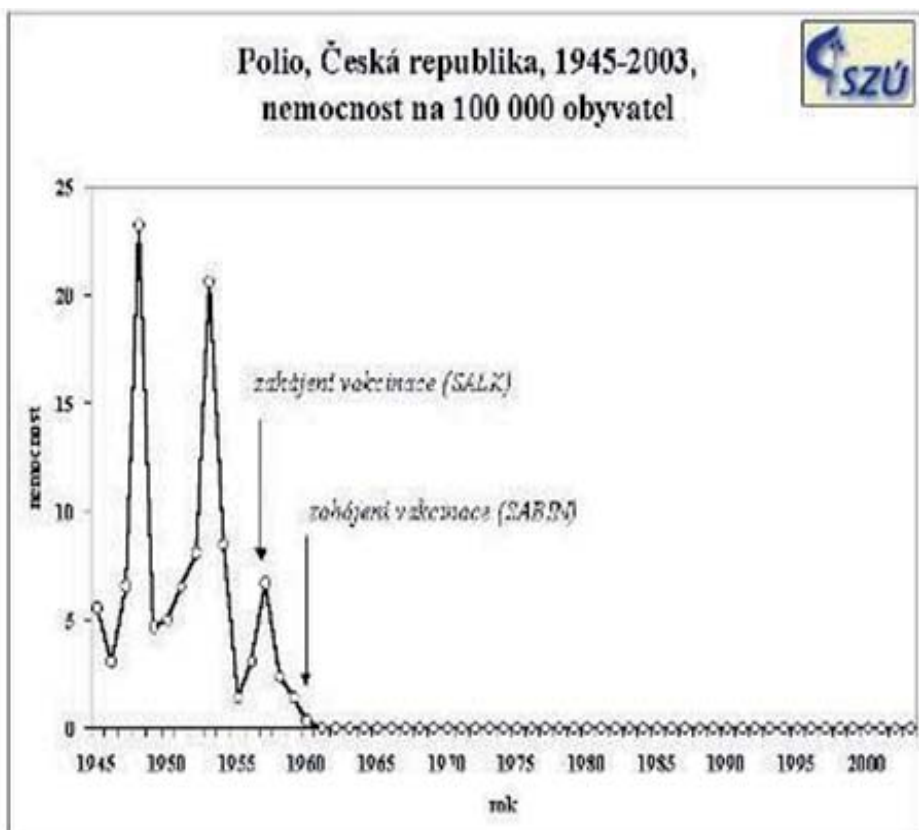


Graf ukazuje pokles úmrtnosti na infekce v druhé polovině 20. století, kdy se na poklesu úmrtnosti uplatňuje léčení, zejména antibiotiky. Bez primární prevence by však zvládnutí infekcí bylo méně úspěšné a nadto vysoce nákladné.

Zdroj: Státní zdravotní ústav

http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/odbor_epidem_nemoci.pdf

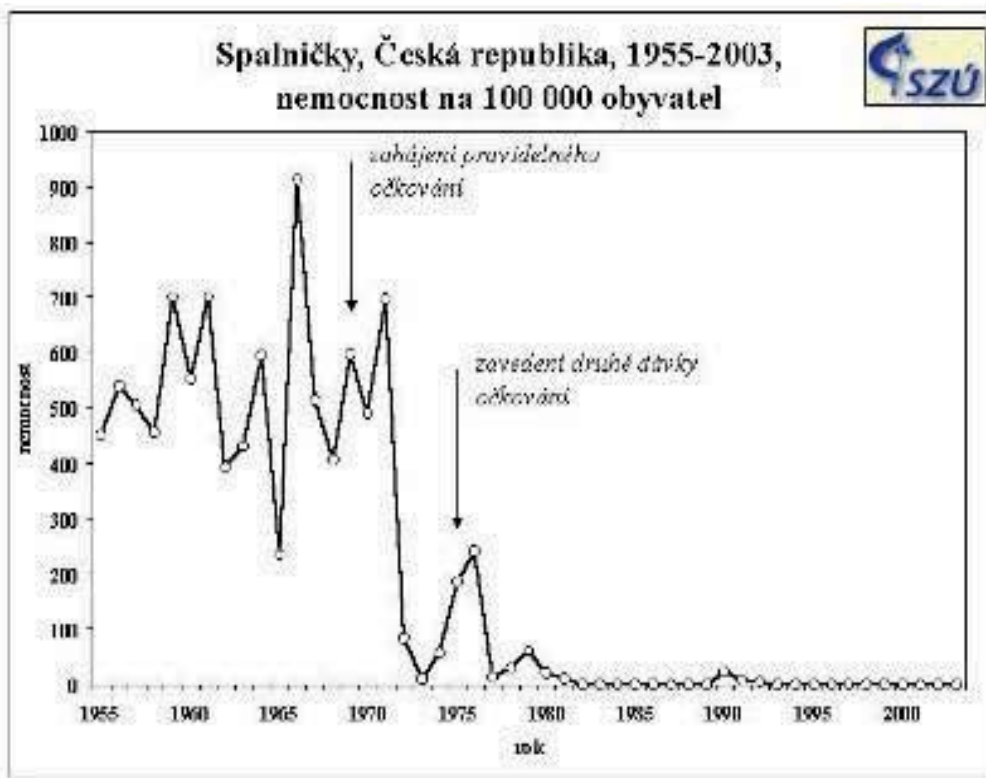
Efektivita



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

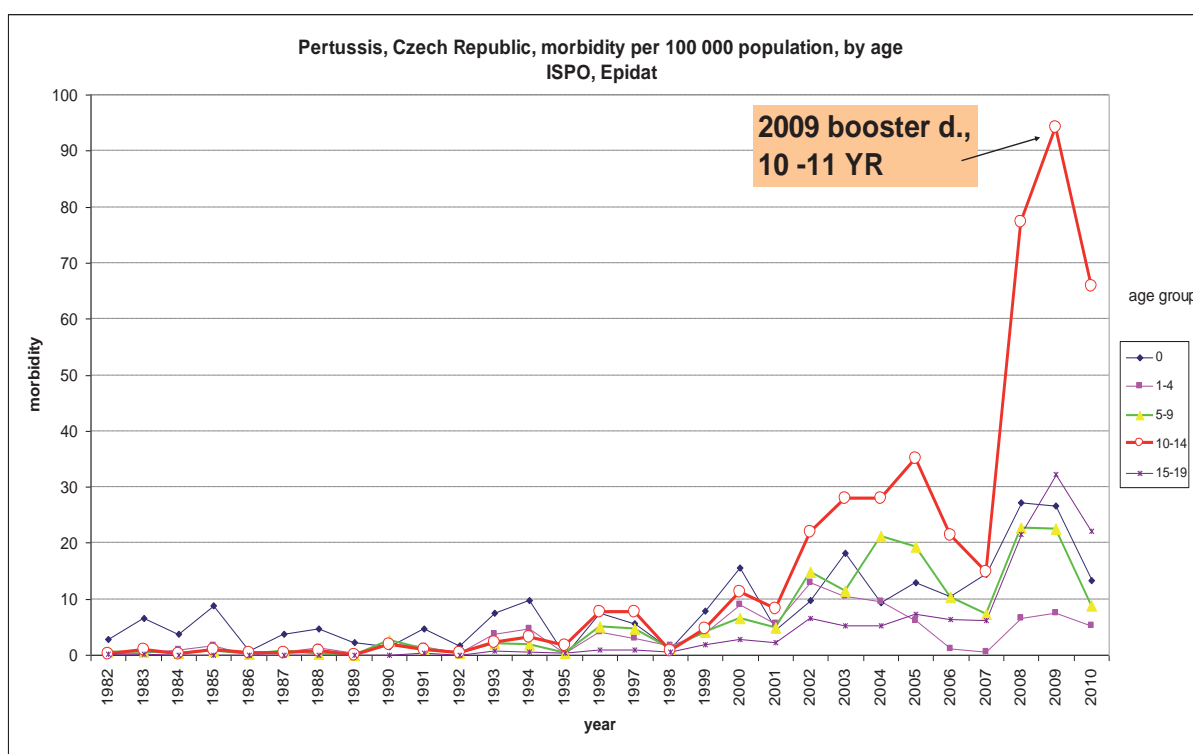
Podobné údaje existují i pro další infekce, proti nimž se očkuje.

Efektivita



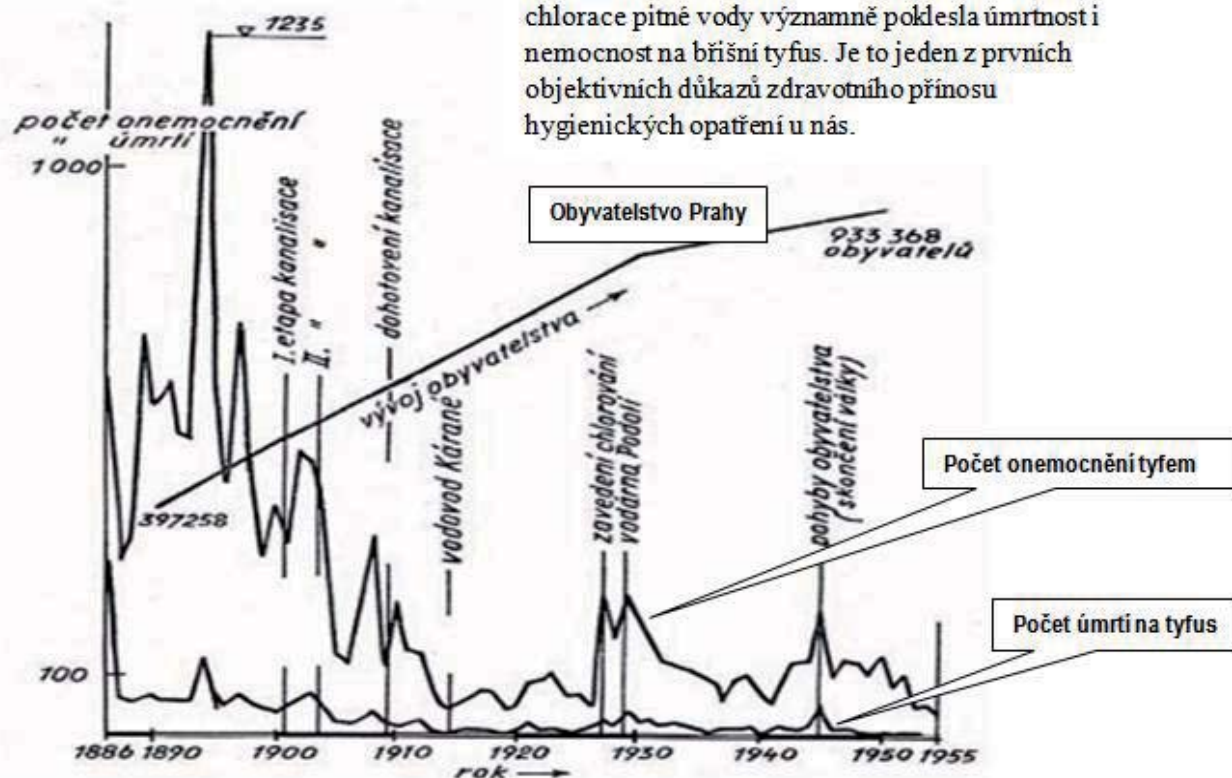
Další příklad zvládnutí infekční nemoci očkováním. Jedna dávka očkovací látky se ukázala jako nedostatečná, proto bylo zavedeno očkování druhou dávkou. Dokud nebylo očkování povinné, patřily spalničky mezi nejčastější příčiny smrti u dětí do 5 let. Jednalo se hlavně o navazující zápaly plic, průdušnice, mozku nebo srdečního svalu.

Pertussis in the Czech Republic



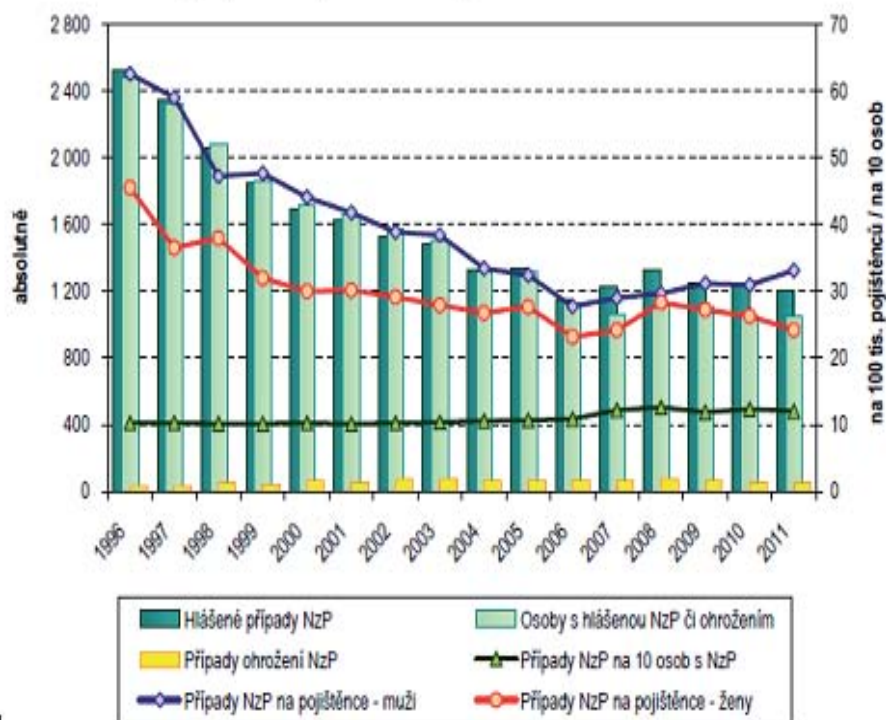
Efektivita

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



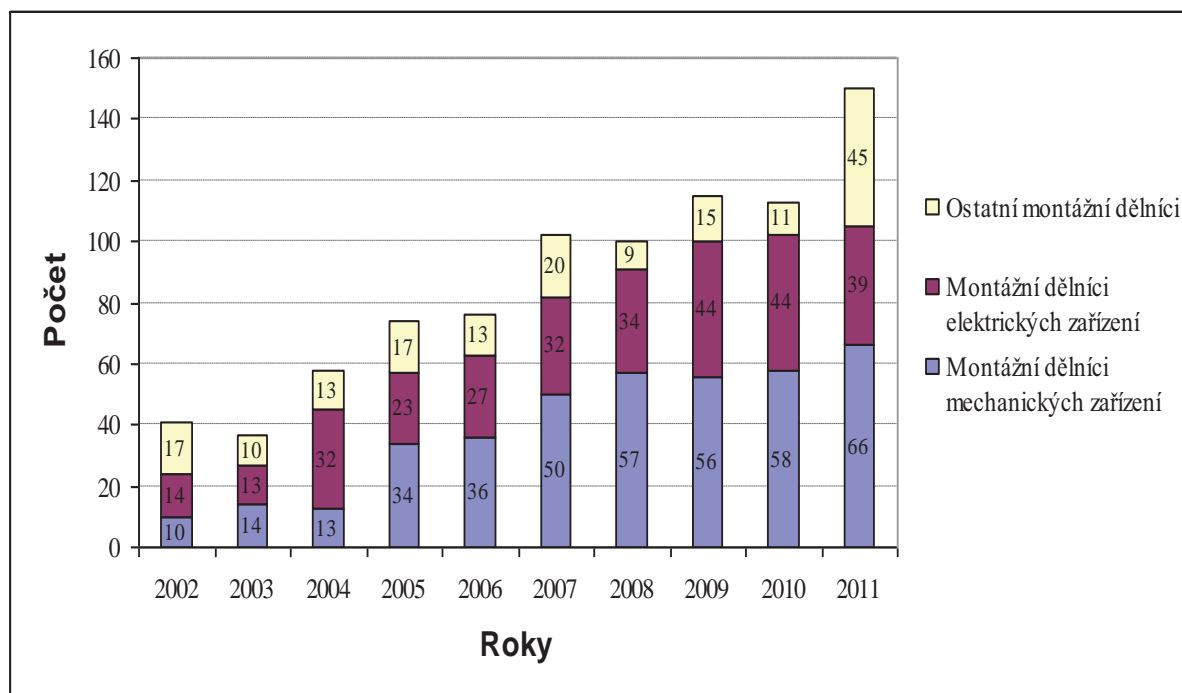
Efektivita

Vývoj hlášených nemocí z povolání v letech 1996–2011



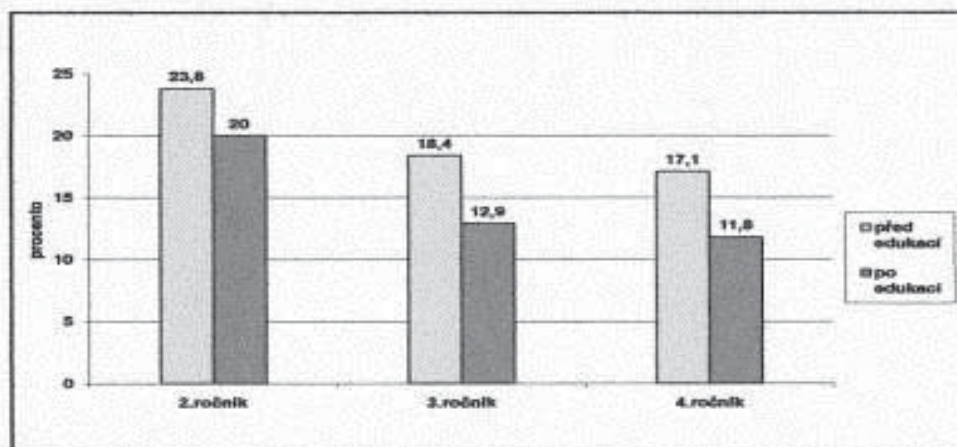
Klesající počet nemocí z povolání je pozitivním výsledkem spoluúčasti více partnerů při ochraně zdraví na pracovištích: Organů státního zdravotního dozoru, podnikatelů, zaměstnanců a odborů. Příznivý trend se však v posledních letech zastavil.

Nemoci z povolání a ohrožení nemocí z povolání hlášené u montážních dělníků v období 2002-2011



Efektivita

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

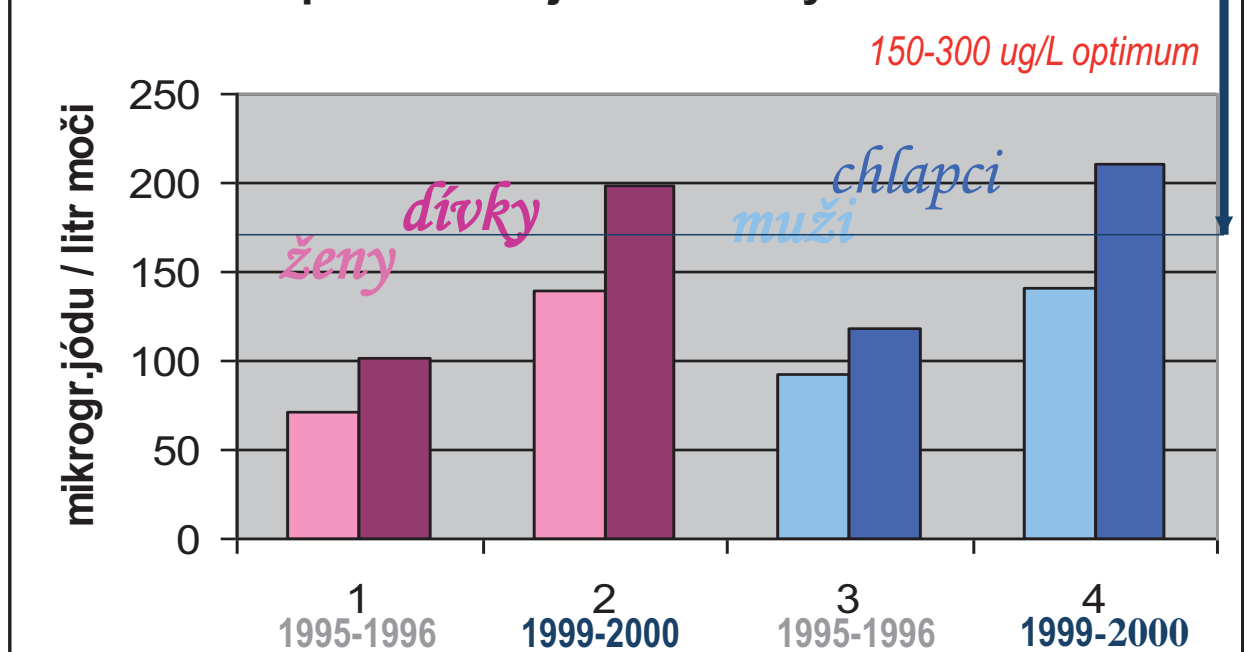


V ČR utrpí dopravní úraz ročně okolo 4000 dětí. Preventivní program v letech 2007 – 2008, zaměřený na dopravní výchovu, snížil výskyt těchto úrazů

o 12 – 20%.

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

Vzestup saturace jódem u obyvatelstva ČR



Před rokem 1995: Pod 50 ug/L: 16% mužů a 29% žen, r. 2000 3% resp. 4%

Efektivita

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

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



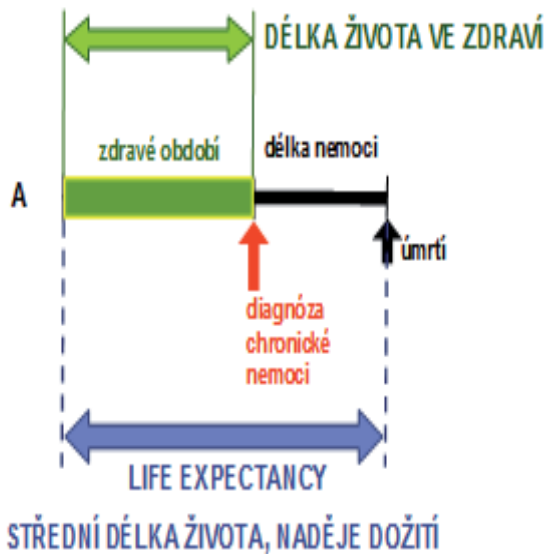
Etická dimenze primární prevence nemocí

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

Cíl

Cílem prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví je zvýšit úroveň zdraví a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet. Důsledkem bude zlepšení kvality života lidí, zvýšení produktivity práce, snížení nákladů na zdravotní služby a prodloužení života prožitého ve zdraví.

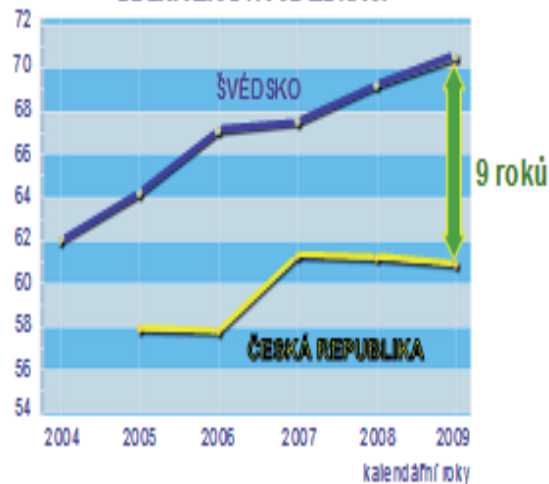
HEALTH EXPECTANCY: HEALTHY LIFE YEARS (HLY)



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

HEALTH EXPECTANCY: HEALTHY LIFE YEARS (HLY)

DÉLKA ŽIVOTA VE ZDRAVÍ



Pramen: HEIDI DATA TOOL

http://ec.europa.eu/health/indicators/en/health_tech_40.htm#main?KeepThis=true&TB_iframe=true&height=450&width=920

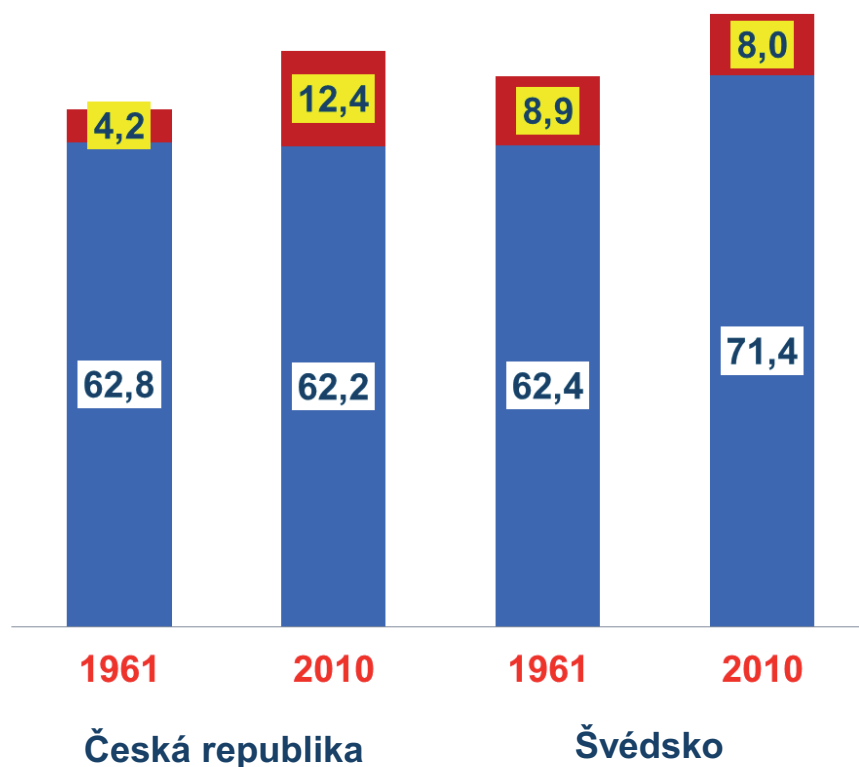
Srovnatelnost tohoto indikátoru zdraví není závislá na velikosti populace a její věkové struktuře. Indikátor je tedy dobře srovnatelný jak mezi populacemi, tak z hlediska vývoje a času. Ve Švédsku je zdravé období života (tj. délka života ve zdraví) o 9 roků delší než v České republice.



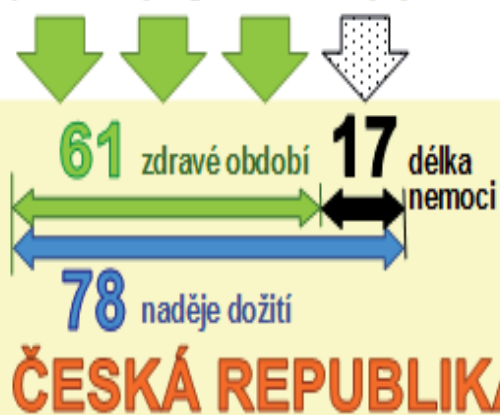
Vzhledem k tomu, že celková střední délka života je ve Švédsku delší o 4 roky, prožijí tedy Švédové nejen delší, ale z hlediska zdraví i kvalitnější život, či opačně v nemoci a s výrazně omezenou kvalitou života strávíme v ČR o 5 let více než ve Švédsku. Což znamená i to, že české zdravotnictví léčí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

Délka života v ČR a ve Švédsku - MUŽI

- roky prožité v nemoci
- roky prožité ve zdraví
- ■ celková délka života



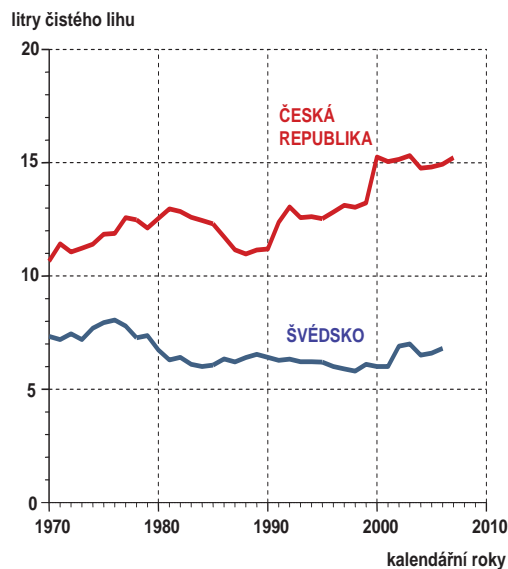
Je nezbytné využít všech mechanismů, které má společnost k dispozici, s cílem prodloužit délku zdravého období života a zlepšit navazující péči. Je to úkol pro všechny rezorty, pro všechny organizace, rodiny i jednotlivce.



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

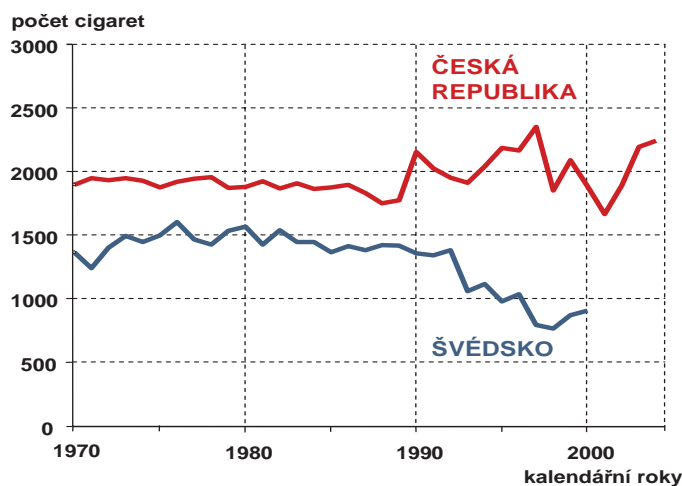
Spotřeba alkoholu na osobu starší 15 let v litrech čistého lihu

pramen: databáze Světové zdravotnické organizace



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

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

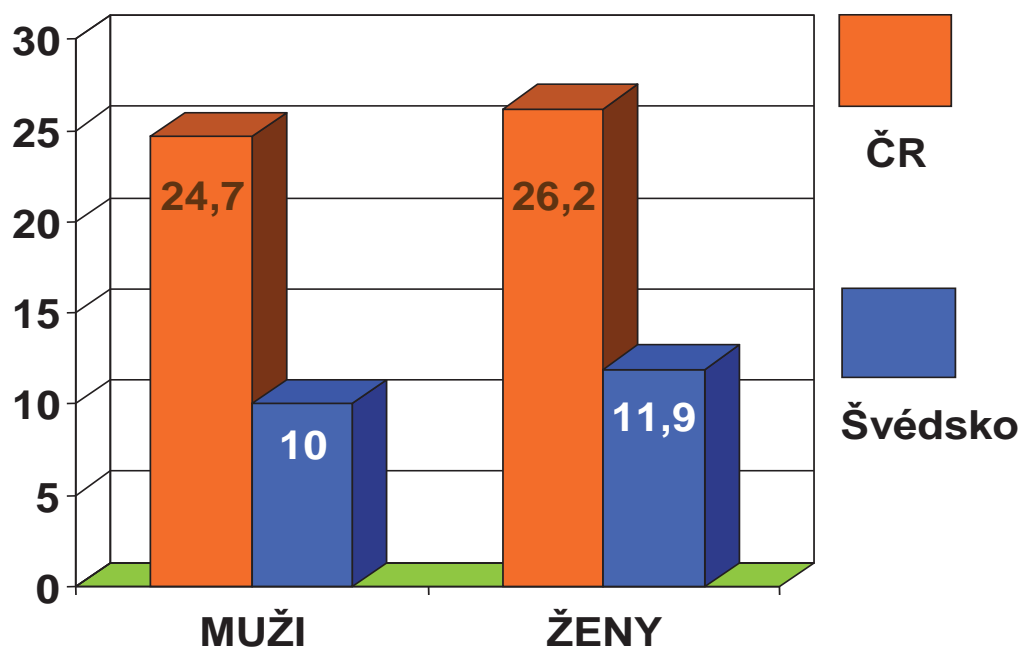


Průměrné množství ovoce a zeleniny na osobu a rok (kg) ve Švédsku a České republice

pramen: databáze Světové zdravotnické organizace



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

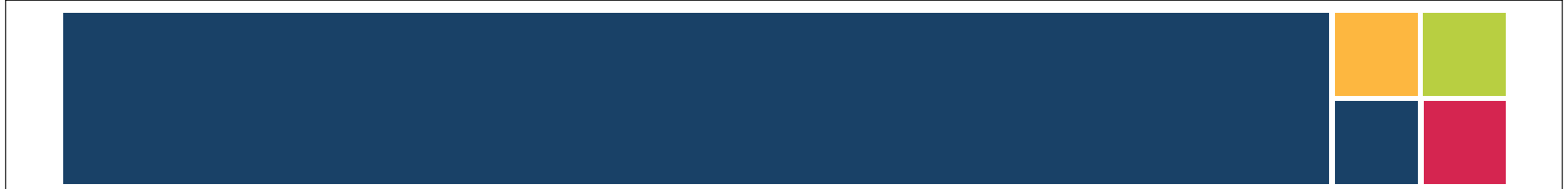



Pokud má Česká republika ve srovnání se Švédskem

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



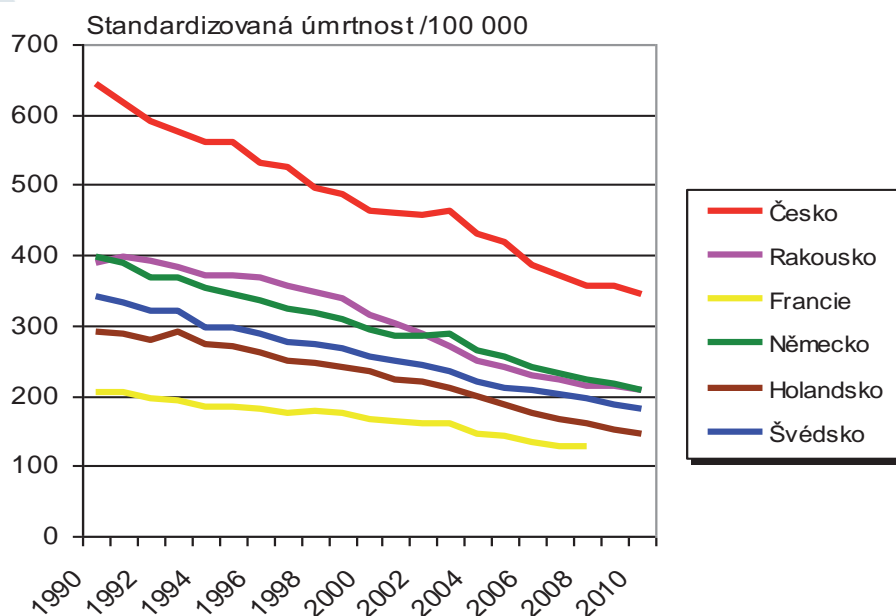
Hlavní směry

- 
- 
1. **Tvorba a realizace strategie celoživotního vzdělávání a výchovy pro zdraví zaměřené na pomoc občanům vážit si svého zdraví a rozvíjet schopnosti rozhodovat a jednat pro zdraví.**
 2. **Využití účinných metod sociálního marketingu k nabídce zdravějších variant životního stylu na základě soudobých vědeckých poznatků.**
 3. **Tvorba podmínek, které podporují zdraví a zdravý životní styl, zvyšují úroveň znalostí o zdraví, o primární prevenci nemocí a o screeningových či vakcinačních programech a snižují nerovnosti ve zdraví za aktivní účasti všech resortů a dalších složek společnosti.**
 4. **Vytvoření celospolečenské strategie směřující ke zlepšování stavu životního a pracovního prostředí a životní úrovně lidí.**
 5. **Sledování a vyhodnocování efektivity ve strategii navržených opatření, včetně sledování a vyhodnocování efektivity screeningových programů.**

Priority

Priority

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

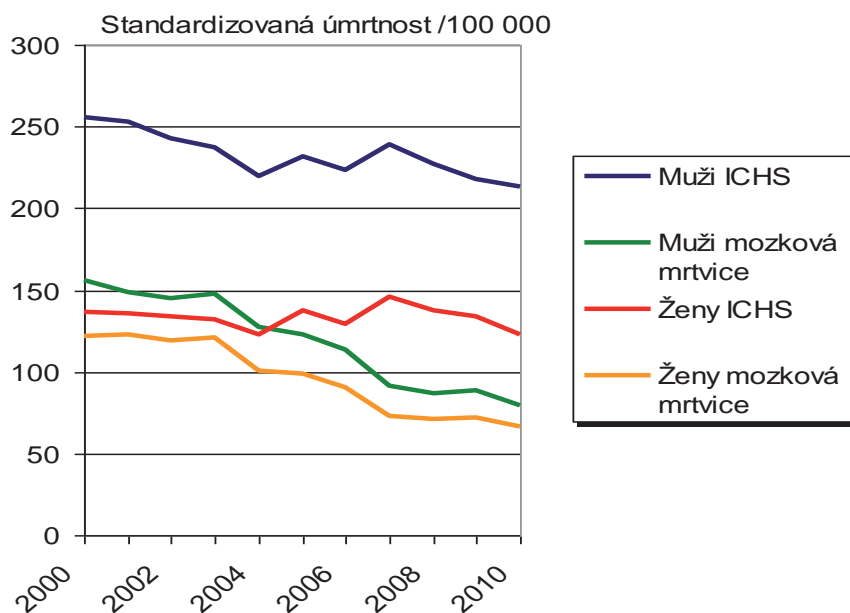


Kardiovaskulární onemocnění (KVO) jsou nejčastější příčinou úmrtí ve většině evropských populací. Úmrtnost na tuto onemocnění v ČR mají podobně klesající trend jako ve vyspělých evropských státech, přesto Česko v porovnání se západní Evropou velmi zaostává. Intenzita úmrtnosti např. ve srovnání s Francií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

Priority



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



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

Priority



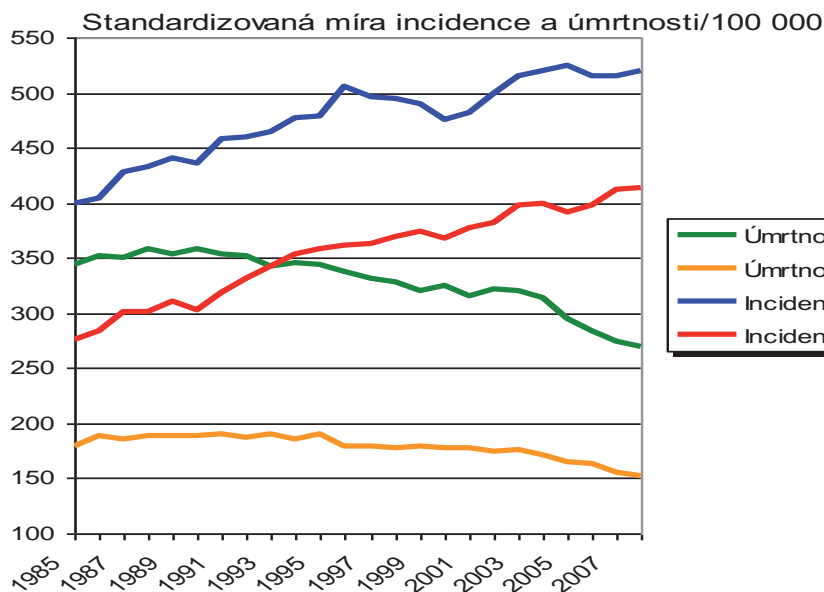
Podíl předčasné úmrtnosti (do 64 let) na kardiovaskulární onemocnění z celkové úmrtnosti na tato onemocnění (v %)

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

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

Priority

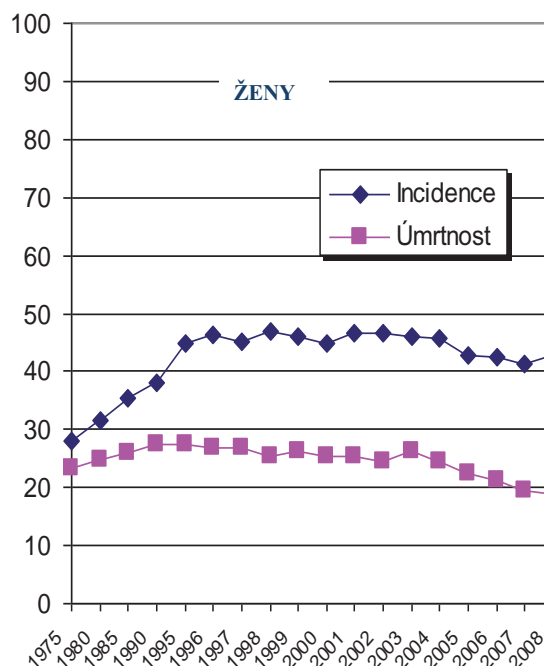
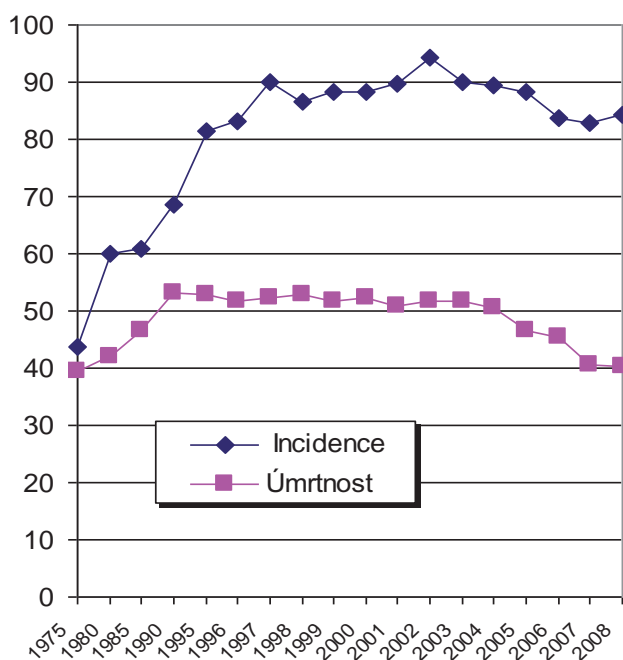
Vývoj incidence a úmrtnosti na nádorová onemocnění, 1985 – 2008



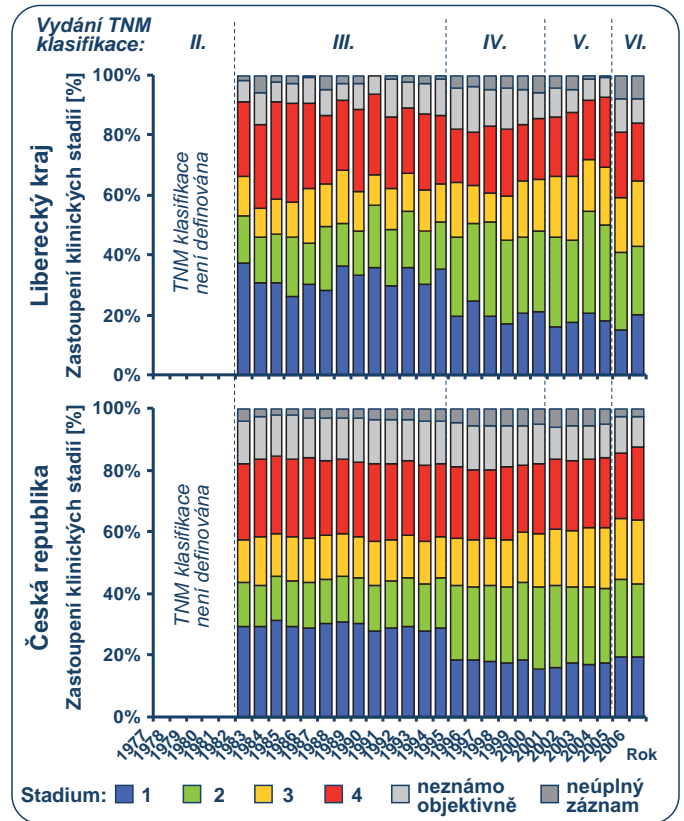
Zvyšování počtu nových případů nádorových onemocnění (incidence) je především důsledkem stárnutí populace, nezdravého životního stylu, ale také expozice karcinogenům v životním prostředí a v neposlední řadě zlepšující se diagnostiky. Tento trend nicméně není provázen rostoucí úmrtností na nádorová onemocnění,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

Priority

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



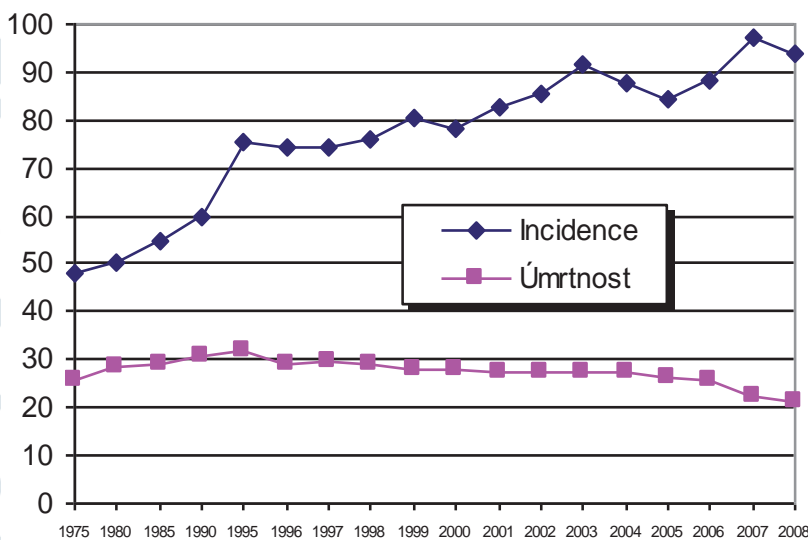
Trend záchytu klinických stadií



Zdroj: NČZ

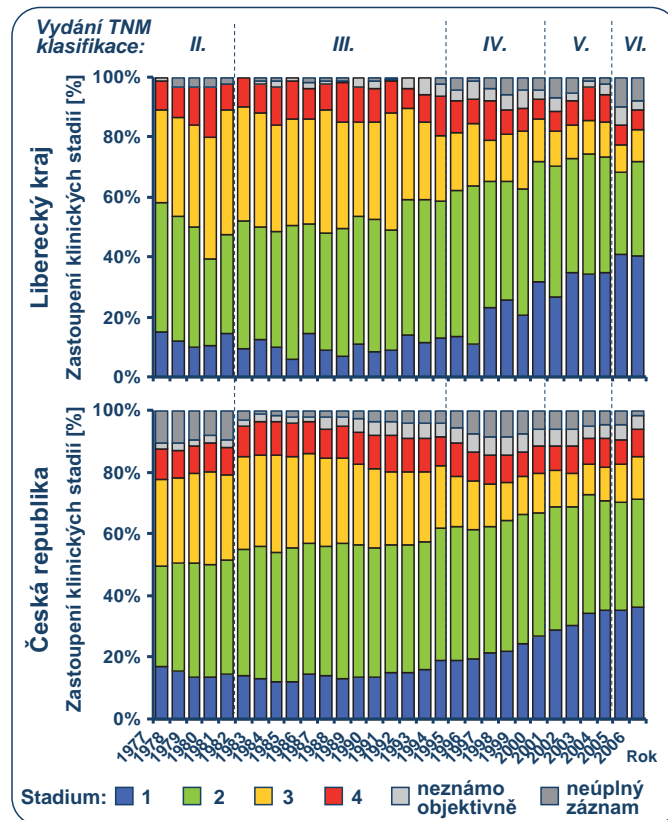
Priority

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



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

Trend záchytu klinických stadií



Zdroj: NOR

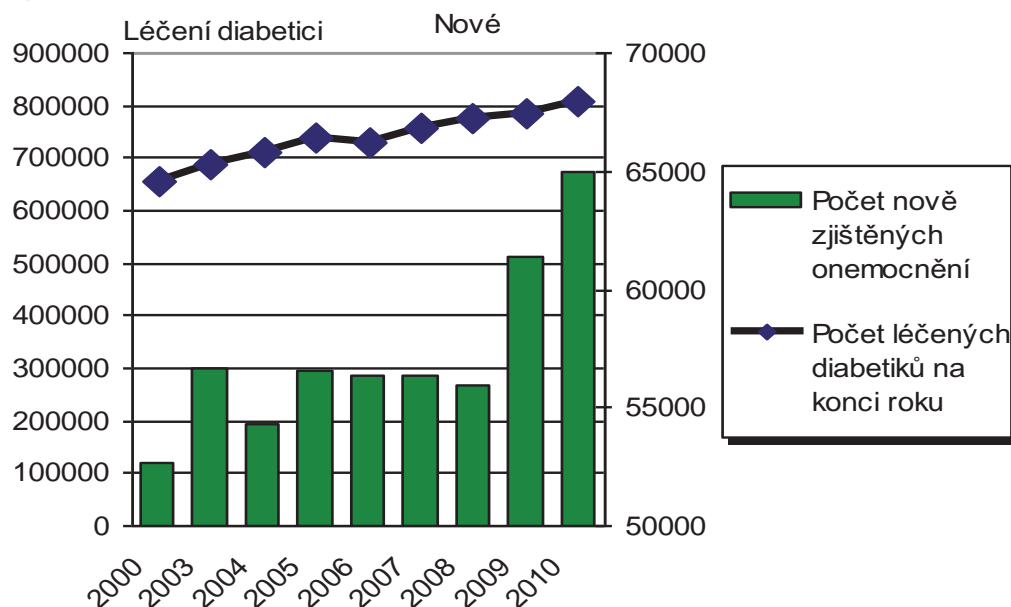
Priority

Podíl osob účastnících se screeningových programů (% cílové populace)

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

Priority

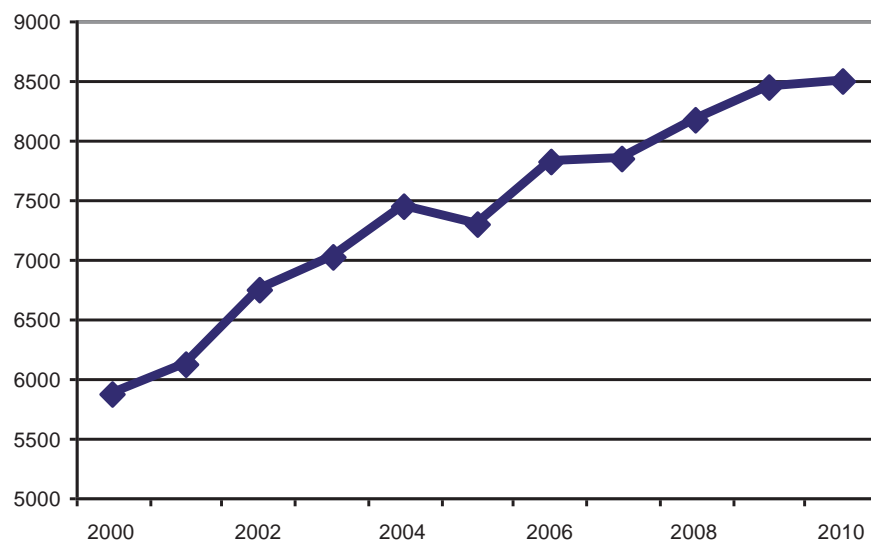
Vývoj počtu nově zjištěných a léčených diabetiků v letech 2000 – 2010



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

Priority

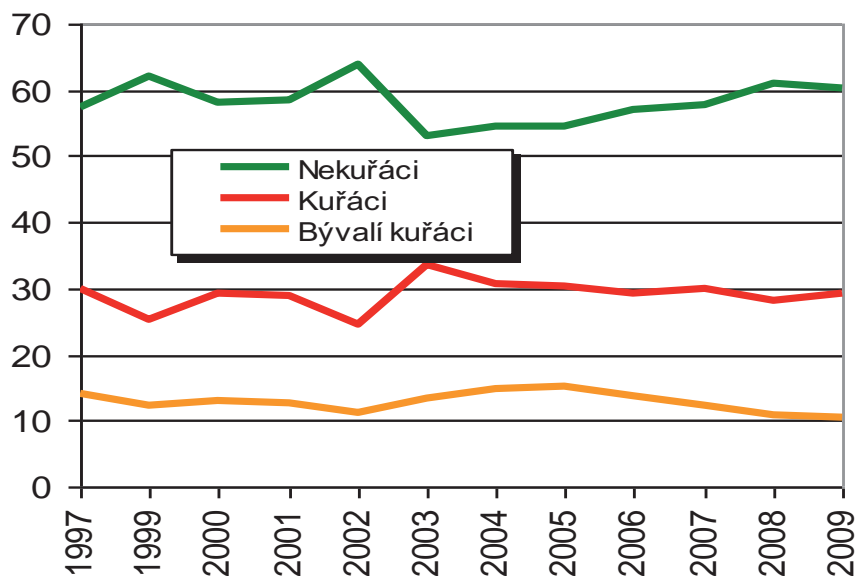
Vývoj počtu amputací v důsledku diabetické nohy, 2000 – 2010



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

Priority

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

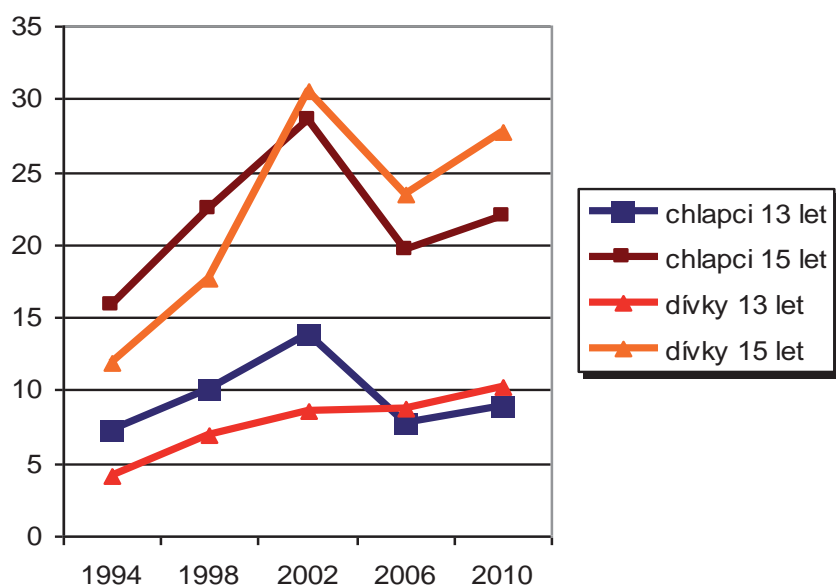


V průběhu sledování výskytu kuřáctví v letech 1997–2009 nedošlo ke snížení podílu kuřáků v populaci, ani nebyl zaznamenán trend ve snaze o zanechání kouření. To vypovídá o velkých rezervách preventivních aktivit v této oblasti v ČR.

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

Priority

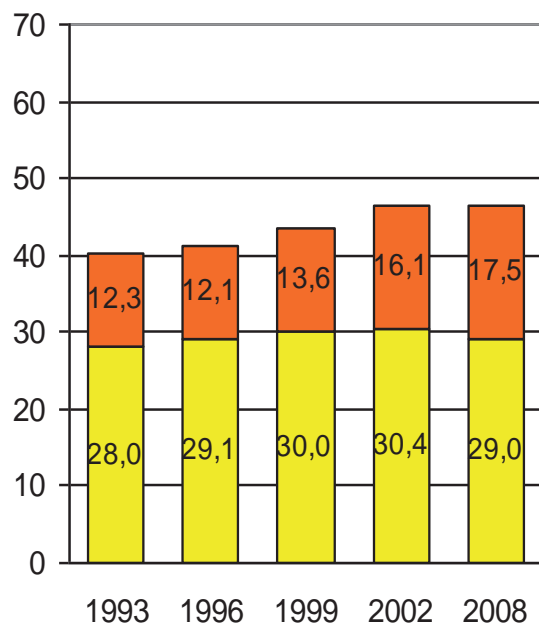
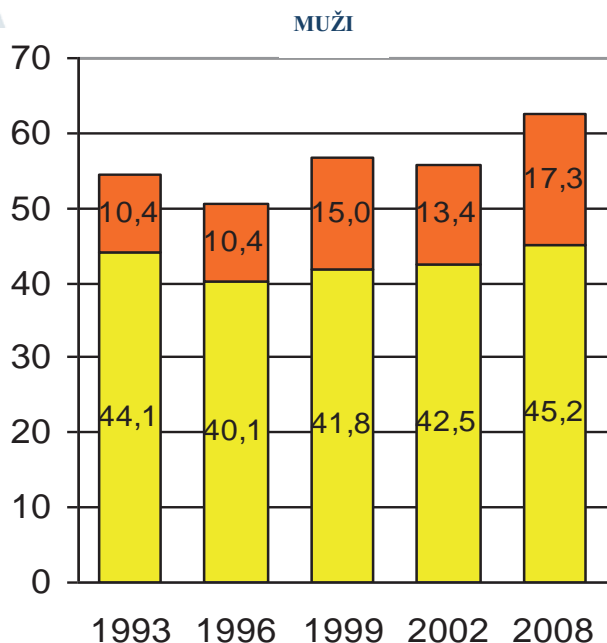
Vývoj prevalence kuřáctví u dětí v letech 1994 – 2010, v % dětí



V užívání tabákových výrobků u dětí a mladistvých byl v roce 2006 zaznamenán pokles, nicméně při posledním šetření v roce 2010 je zřejmý opětý nárůst. I v ČR se již projevuje trend nastoupený v zemích západní a severní Evropy, kdy převažuje počet kouřících dívek nad chlapci. Dostupnost tabákových výrobků je u mladých lidí i navzdory zavedeným legislativním opatřením vysoká. Také ochrana dětí a mladistvých proti expozici nepřímému tabákovému kouři je nedostatečná.

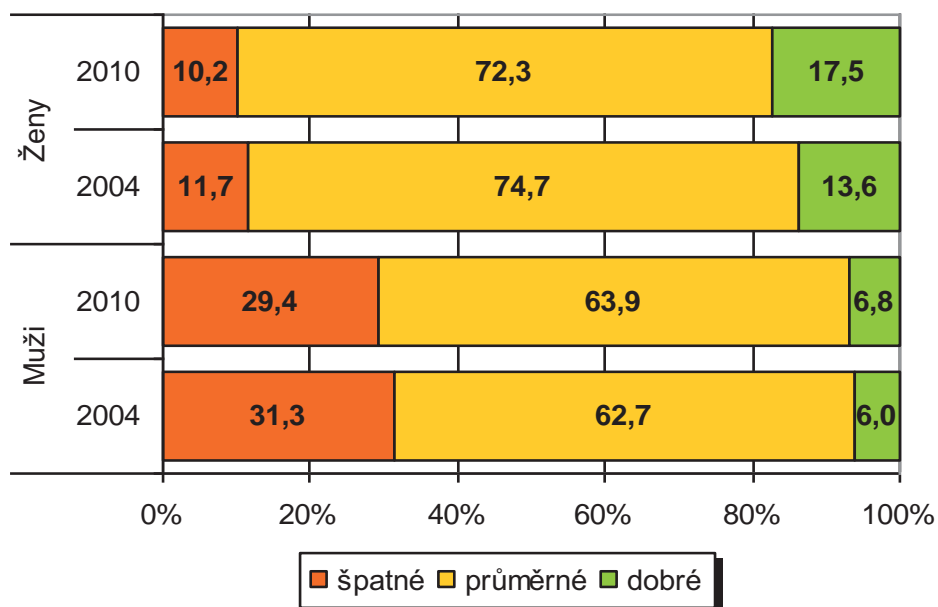
Priority

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



Priority

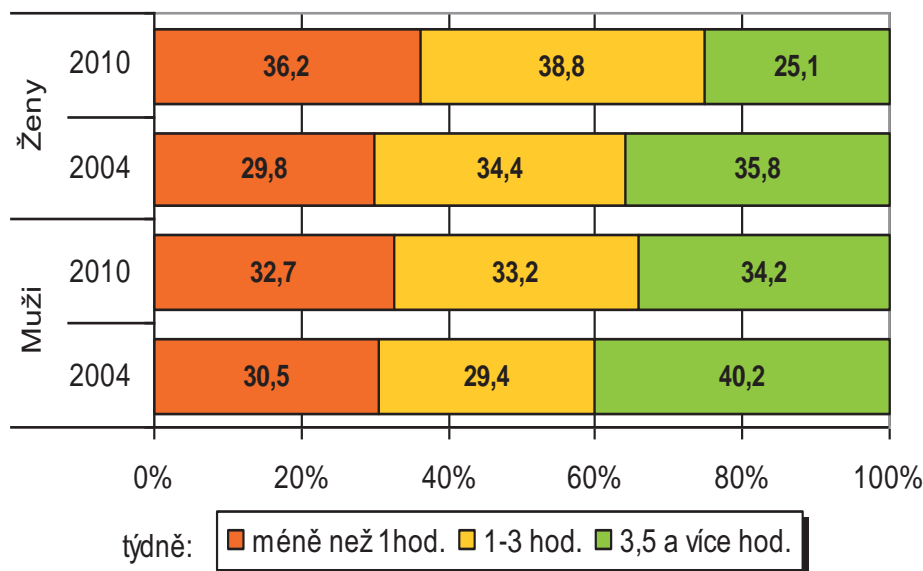
Podíl osob ve věku 45–54 let v kategoriích podle úrovně stravovacích zvyklostí, 2004 a 2010



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

Priority

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



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

Priority

1. Dostatečná pohybová aktivita populace;
2. Správná výživa a stravovací návyky populace;
3. Zvládání stresu a duševní zdraví;
4. Zdravotně rizikové chování (konzumace tabáku, nadměrná spotřeba alkoholu, užívání drog, chování vedoucí k úrazům, rizikové sexuální chování a z toho plynoucí výskyt infekčních onemocnění – zvláště HIV/AIDS, virových hepatitid a sexuálně přenosných nemocí);
5. Vzdělávání a programy podpory zdraví zaměřené na determinanty a rizikové faktory zdraví, a také na podporu screeningových programů;
6. Infekční onemocnění, a to nové a znovu se objevující infekce, infekce spojené s poskytováním zdravotní péče, antimikrobiální rezistence a vakcinační programy
7. Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí;
8. Snižování nerovností ve zdraví;
9. Screeningové programy, jejich sledování a vyhodnocování jejich efektivity;
10. Identifikace možností pro případné plánování nových screeningových programů a jejich realizace.



Nástroje



Systemové řízení



Využití **stávající Rady vlády pro zdraví a životní prostředí jako meziresortního orgánu pro realizaci cíle Koncepce**; v souvislosti s tím bude upraven statut této Rady;

Ustavení **resortní pracovní skupiny** pro prevenci nemocí, ochranu a podporu zdraví **jako poradního orgánu ministra zdravotnictví**

Ustavení **organizačního útvaru v rámci Státního zdravotního ústavu**

Vytvoření **strategických dokumentů**, které rozpracují priority koncepce prevence


Systematické vyhodnocování zdravotního stavu populace a plnění strategií,

Systematické vyhodnocování činnosti orgánů státní správy působících v oblasti ochrany veřejného zdraví



USNESENÍ VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY

ze dne 21. srpna 2013 č. 660



o změně usnesení vlády ze dne 9. ledna 2002 č. 36, k Informaci o plnění úkolů a aktivit vyplývajících z Akčního plánu zdraví a životního prostředí České republiky a o činnosti Rady pro zdraví a životní prostředí a **k návrhu Statutu Rady pro zdraví a životní prostředí**, ve znění usnesení vlády ze dne 30. října 2002 č. 1046, k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století



PŘÍKAZ MINISTRA

č. 28 /2013

**Zřízení Resortní pracovní skupiny
pro podporu a ochranu veřejného zdraví a prevenci nemocí
a pro implementaci programu Zdraví 2020 v ČR**



Definovat a zajistit profesní kapacity

Rozvíjet odborné vzdělávání a výchovu pro potřeby prevence, ochrany a podpory zdraví, například zatraktivněním výuky oboru hygiena a epidemiologie vč. preventivní medicíny na lékařských i nelékařských fakultách, a to i prostřednictvím vhodné praxe, a zařazením této problematiky do specializačního a celoživotního vzdělávání lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků.

Zajistit odpovídající odborné vzdělávání pro zdravotnické i nezdravotnické pracovníky věnující se prevenci nemocí a podpoře zdraví a zdravotnické vzdělávání pro pracovníky orgánů ochrany veřejného zdraví jako základního předpokladu efektivní činnosti v prevenci nemocí

Doporučení pro personální stabilizaci:



Stanovit nepodkročitelná minima počtu pracovníků pro odborné činnosti alespoň principiálně.

Zpracovat kariérní řád, který by zajistil odbornou zdravotnickou úroveň výkonu primární prevence a ochrany a podpory veřejného zdraví a zajistil regionální srovnatelnost.

Zpracovat nový organizační řád zohledňující navrhované věcné změny v zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.

Motivovat management i zaměstnance ke vzdělávání (celoživotní i specializační vzdělávání, publikování, aktivní účast na konferencích a jejich pořádání, účast v řídicích a pracovních skupinách systému).



Popis současného stavu řízení lidských zdrojů na KHS;

Metodika tvorby a ověřování Strategie rozvoje lidských zdrojů pro Krajské hygienické stanice;

Strategie rozvoje lidských zdrojů na KHS;

Popis pracovních pozic paspart kvalifikačních požadavků;

Standard adaptace nového zaměstnance KHS;

Standard celoživotního vzdělávání zaměstnanců KHS;

Standard hodnocení zaměstnance KHS;

Etický kodex zaměstnance KHS.

Odborný referent ochrany a podpory veřejného zdraví	Doporučený cílový stav
Název dle katalogu prací ve veřejných službách a správě:	Referent pro ochranu a podporu veřejného zdraví
Specializace:	podle daného odboru
Úsek:	odborných činností
Odbor:	podle zařazení do odboru
Oddělení	podle zařazení do oddělení
Odborné kvalifikační požadavky:	
Požadované vzdělání:	VŠ v magisterském programu
Zaměření:	zdravotnické, případně jiné přírodovědecké, sociologické + akreditovaný kvalifikační kurz v ochraně veřejného zdraví
Požadovaná délka praxe v oboru:	3 roky
Specifické odborné a jiné znalosti a dovednosti:	schopnost "práce v terénu", znalost zákona o ochraně veřejného zdraví, další legislativa dle odborného zaměření, zákon o státní kontrole, znalost a schopnost aplikovat správní řád
Další kvalifikační požadavky:	
Jazyková vybavenost:	AJ - pasivní
Požadované certifikáty či jiná osvědčení:	specializace v oboru hygiena a epidemiologie
Řidičské oprávnění:	ano
Počítačové dovednosti:	MS Office, internet, E-spis (spisová služba), celostátní uživatelský IS dle příslušné odbornosti

Analýza personálního zajištění systému OPVZ:

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

Rok	KHS	ZÚ	SZÚ	celkem	MZ sekce HH
2002	3 083	2 679	695	6 457	x
2003	2 841	2 622	661	6 124	80
2004	2 900	2 585	663	6 148	74
2005	2 858	2 528	657	6 043	61
2006	2 814	2 457	592	5 864	68
2007	2 773	2 342	584	5 699	65
2008	2 510	1 542	620	4 672	57
2009	2 419	1 418	546	4 383	56
2010	2 336	1 308	459	4 103	50
2011	2 095	1 155	438	3 688	51
2011 / 2002	68%	43%	63%	57%	64%
pokles o	32%	57%	37%	43%	36%

Udržitelné financování prevence a ochrany a podpory veřejného zdraví

Identifikovat zdroje a vyčíslit stávající prostředky v systému.

Stanovit investiční strategii a alokaci prostředků.

Stanovit parametry pro finanční udržitelnost.

Systematicky vyhodnocovat efektivitu (cost - benefit analýza) prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví.

Tato celková identifikace a vyčíslení (náklady na KHS, SZÚ, ZÚ, rezortní i neresortní preventivní dotační programy, prevence ze zdravotního pojištění, očkování, monitoring, státem nařízené odvody na dobročinnou činnost atd.) **ukazují celkovou ochotu státu investovat do prevence;**

Alokace i výše nákladů na prevenci jsou v základu popsány v databázi OECD „Health Care Expenditure“ a ČSÚ „Výsledky zdravotnických účtů“ (viz níže). **Bude ale nutné v dalším procesu a za spolupráce dalších subjektů** (např. Společnosti veřejného zdravotnictví, Společnosti hygieny a komunitní medicíny ČLSJEP, Katedry veřejného zdravotnictví LF, Národního referenčního centra zdravotních pojišťoven, příslušných odborů MZ ČR) **tato data upřesnit, zejména pokud se týká přesného definování a popisu preventivních aktivit.**

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

<u>MILLION OF NATIONAL CURRENCY UNITS</u>	2000	2002	2004	2006	2008
TOTAL EXPENDITURE ON HEALTH - Z	143 303	174 525	202 214	224 413	262 419
PUBLIC EXPENDITURE ON HEALTH	129 430	157 899	180 276	194 632	216 619
<u>TOTAL CURRENT EXPENDITURE ON HEALTH</u>	136 043	166 232	195 552	217 637	255 923
<u>TOTAL EXPENDITURE ON PERSONAL HEALTH CARE</u>	129 959	158 934	184 152	202 060	235 852
<u>TOTAL EXPENDITURE ON COLLECTIVE HEALTH CARE</u>	6 084	7 298	10 363	11 609	15 727
<u>TOTAL EXPENDITURE ON PREVENTION AND PUBLIC HEALTH - P</u>	2 197	2 684	3 957	4 662	6 807
<u>MATERNAL AND CHILD HEALTH; FAMILY PLANNING AND COUNSELLING</u>			141	381	552
<u>PREVENTION OF COMMUNICABLE DISEASES</u>			566	547	461
<u>PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES</u>			2 327	2 568	4 426
<u>OCCUPATIONAL HEALTH CARE</u>			575	784	1 003
<u>ALL OTHER MISC. PUBLIC HEALTH SERVICES</u>			348	382	366
<u>TOTAL EXPENDITURE ON HEALTH ADMINISTRATION & INSURANCE</u>	3 887	4 613	6 406	6 946	8 920
FOOD, HYGIENE AND DRINKING WATER CONTROL - O	1 806		946	1 242	1 134

Zdroj: OECD Health Data: <http://www.ecosante.org>, Eurostat Statistics Database:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database

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

+

Rok	KHS	ZÚ	SZÚ	celkem
2002	1 503	498	279	2 280
2003	1 256	582	370	2 207
2004	1 288	599	350	2 237
2005	1 292	587	329	2 208
2006	1 303	616	317	2 236
2007	1 356	588	291	2 234
2008	1 439	60	317	1 816
2009	1 403	22	304	1 728
2010	1 307	10	235	1 552
2011	1 144	14	203	1 361
2012	1 142	5	175	1 322
2012 / 2002	76%	1%	63%	58%
pokles o	24%	99%	37%	42%

Stanovit investiční strategii a alokaci prostředků

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

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

Základním parametrem finanční udržitelnosti je výše finančních prostředků jdoucích do prevence vyjádřená jako **% čerpání z celkových prostředků jdoucích do zdravotnictví**

Srovnání financování v roce 2000 a roce 2008 podle OECD: výdaje na zdravotnictví (Z) narostly o 83%

výdaje na prevenci (P, definovanou SHA OECD) vzrostly 3x, přesto činí pouze 2,6% celkových nákladů jdoucích do zdravotnictví, jejich alokace není koncepční ani strategická

výdaje na ochranu veřejného zdraví (O, definovanou SHA OECD) klesly, jako jediné v sektoru zdravotnictví, na 63% a relativní podíl klesl ze 1,2 na 0,4% celkových nákladů jdoucích do zdravotnictví

celkové náklady na preventivní péči (O+P), tj. ochranu a podporu zdraví, stouply 2x a jejich relativní podíl na celkové zdravotní péči se prakticky nezměnil.

Systematicky vyhodnocovat efektivitu (cost - benefit analýza) prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví.

Přinášet důkazy o efektivitě prevence a ochrany a podpory veřejného zdraví je naprosto nezbytným argumentem při obhajování prostředků i činností (paradoxně se však obdobná diskuze nevede v léčebné péči...).

Stanovení parametrů a ukazatelů je až následnou otázkou, která bude opět vyžadovat více času, ale řada údajů i ukazatelů je už k dispozici.

Efektivita prevence, ochrany a podpory veřejného zdraví by neměla být primárně vyjadřována jen v penězích, protože prioritně je nezbytné získat a udržet „hodnotu“ jako je zdraví. Náklady na její dosažení – cost/effectiveness poměr však vyjádřit v mnoha případech lze (Náklady na rok života adjustovaný na kvalitu QUALY)

Legislativa

Pro úspěšnou realizaci koncepce prevence, ochrany a podpory zdraví je nezbytné zajistit legislativní zakotvení a účinnou oporu.

Toto předpokládá novelizaci již existujících právních norem, zejména novelizaci **zákona o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb.**, který by měl více reflektovat komplexní šíři veřejného zdraví, zohlednit a popsat úlohu státu, orgánů ochrany veřejného zdraví i samosprávy v prevenci nemocí, ochraně a podpoře zdraví, ve strategiích a politikách veřejného zdraví, jejich přijímání, realizaci i hodnocení, ve sledování a analýze zdravotního stavu a jeho determinant

Institucionální báze

Na resortní úrovni se jedná zejména o Ministerstvo zdravotnictví, Státní zdravotní ústav, krajské hygienické stanice, zdravotní ústavy, zdravotní pojišťovny a Ústav zdravotnických informací a statistiky

Pro plnění úkolů vyplývajících z koncepce **je nezbytné revitalizovat stávající infrastrukturu** prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví. S dokončením transformace orgánů a institucí ochrany veřejného zdraví přijetím novely zákona č. 258/2000 v roce 2012 je nutné tento **system personálně a finančně stabilizovat**

Při plnění úkolů je nezbytné **spolupracovat se všemi složkami** společnosti, občany, rodinami, školstvím, státní správou a samosprávou, podnikatelskou sférou, nevládními organizacemi a sdělovacími prostředky.

Nezbytná pro realizaci prevence a ochrany a podpory zdraví **na základě vědeckých poznatků** je též podpora a spolupráce Vědecké rady Ministerstva zdravotnictví, odborných lékařských společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, České lékařské komory, lékařských a pedagogických fakult a dalších., zázemí odborných časopisů a aktivní publikační činnost, pravidelné oborové konference atd.

Zdravotní politika



Pro tvorbu a realizaci zdravotní politiky je nezbytné:

využít výsledky provedené **analýzy implementace strategického dokumentu Zdraví 21**;

aplikovat do zdravotní politiky ČR zdravotně strategický dokument **Zdraví 2020** (Health 2020: an European policy framework supporting action Across government and society for health and well-being), který byl přijat na 63. zasedání Regionálního výboru WHO pro Evropu v září 2012. Nelegislativním plánem vlády je stanoven termín pro zpracování tohoto dokumentu do 31. prosince 2013;

respektovat základní **programové dokumenty EU** a využít **zkušenosti vyspělejších demokratických evropských zemí**.

Hygienik – lékař populace





Děkuji za pozornost

