

## **CÍL 10: ZDRAVÉ A BEZPEČNÉ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ**

**DO ROKU 2015 ZAJISTIT BEZPEČNĚJŠÍ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ, V NĚMŽ VÝSKYT ZDRAVÍ NEBEZPEČNÝCH LÁTEK NEBUDE PŘESAHOVAT MEZINÁRODNĚ SCHVÁLENÉ NORMY**

Zdraví kromě jiných faktorů má úzkou souvislost s kvalitou životního prostředí. Riziko, které pro zdraví znamená životní prostředí, není rozloženo rovnoměrně v prostoru ani v čase.

V roce 1989 byla ve Frankfurtu nad Mohanem přijata Evropská charta životního prostředí a zdraví a v roce 1994 v Helsinkách Evropský akční plán pro životní prostředí a zdraví. Na základě těchto dokumentů byl zpracován Akční plán zdraví a životního prostředí ČR, který schválila vláda ČR usnesením č. 810 ze dne 9. prosince 1998. Akční plán vychází z principu společné strategie více odvětví a je výrazem politického konsenzu jednotlivých resortů ve vztahu ke strategii řešení problémů zdraví a životního prostředí. K řízení, koordinaci a kontrole činností spojených s Akčním plánem ustavila vláda jako svůj poradní a iniciativní orgán Radu pro zdraví a životní prostředí, jejímž předsedou je ministr zdravotnictví a členy zástupci 12 resortů na úrovni náměstků ministrů. Rada pracuje od roku 1999 a o plnění aktivit vyplývajících z Akčního plánu a o své činnosti každoročně informuje vládu ČR. Činnost Rady, která má meziresortní působnost, je přínosem pro zajišťování úkolů a aktivit vyplývajících z Akčního plánu, které jsou postupně plněny a většina z nich má dlouhodobý charakter.

V roce 1999 se konala v Londýně Třetí ministerská konference o životním prostředí a zdraví. K realizaci závěrů této konference přijala vláda ČR usnesení č. 706 ze dne 12. července 2000. Koordinací úkolů, koncepcí a doporučení vyplývajících z Třetí ministerské konference a z usnesení vlády č. 706/2000 byla vládou pověřena rovněž Rada pro zdraví a životní prostředí.

Zásadním koncepčním dokumentem v této oblasti je rovněž Státní politika životního prostředí ČR, která byla v aktualizované formě přijata usnesením vlády ČR č. 38 ze dne 10. ledna 2001.

Analýza stavu zdraví a životního prostředí a řada opatření a úkolů k prevenci a zvládnutí zdravotních rizik v životním prostředí v ČR je uvedena a bude nadále řešena v rámci výše uvedených usnesení vlády a přijatých základních koncepčních dokumentů a činnosti Rady pro zdraví a životní prostředí.

Péče o zdravé a bezpečné životní prostředí je nekončící kontinuální proces. Pokroky civilizace totiž nepřinášejí jen řešení poznaných nebezpečí, ale i vznik jiných zdravotních rizik. Kromě toho se nároky na kvalitu života neustále zvyšují.

### **Dílčí úkol č. 10. 1.**

**Snižit expozice obyvatelstva zdravotním rizikům souvisejícím se znečištěním vody, vzduchu a půdy látkami mikrobiálními, chemickými a dalšími, aktivity koordinovat s cíli, stanovenými v Akčním plánu zdraví a životního prostředí ČR**

#### **Současný stav:**

Kvalita ovzduší, vody a půdy patří mezi důležité determinanty lidského zdraví a jejich další zlepšení je jednou z podmínek zlepšení zdraví obyvatel.

V posledních letech dochází k postupnému snižování znečištění ovzduší některými látkami. Nejvýraznější je tento trend u oxidu siřičitého, klesají také koncentrace prašného aerosolu, ale

trend je méně výrazný a toto znečištění zůstává problémem. U oxidů dusíku dochází ke snižování emisí za současného zvyšování podílu dopravy, který způsobuje v řadě míst stagnaci koncentrací v přízemní vrstvě atmosféry. Koncentrace ozónu pozvolna mírně narůstají, znečištění vybranými organickými látkami je zvýšené. V intenzivněji zatížených lokalitách je znečištění ovzduší zdrojem zdravotních rizik.

Kontaminace půd škodlivými látkami má v ČR lokální charakter v závislosti na průmyslové aglomeraci, těžbě nerostných surovin a ukládání odpadů, zejména kalů z čistíren odpadních vod. Velkoplošná kontaminace půd podle dosavadních výsledků monitoringu zemědělských půd nebyla prokázána. Zvýšená kontaminace půdního povrchu toxickými kovy a perzistentními organickými látkami ve velkých městech a v průmyslových aglomeracích je zdrojem zdravotního rizika především pro dětskou populaci. Významné riziko pro lidské zdraví představují staré ekologické zátěže, zahrnující kontaminaci výrobních provozů, půdy, horninového prostředí a podzemních vod.

Celková produkce odpadů i celková produkce nebezpečných odpadů se v roce 2000 zvýšila v porovnání s rokem 1999. Přetrvává významný podíl skládkování odpadů a nízký podíl recyklace odpadů. Jen pozvolna se zvyšuje množství odpadů využívaných jako druhotné suroviny. Při nakládání s odpady nejsou v dostatečné míře používány technologie, které preferují ochranu lidského zdraví a životního prostředí. Potenciálně se tak nesnižuje riziko pro veřejné zdraví. Nakládání s nemocničním odpadem, přes značné zlepšení, nedosahuje úrovně odpovídající ochraně zdraví pracovníků a ochraně veřejného zdraví, a to od nedostatečného třídění odpadu v místě jeho vzniku, přes skladování a transport až po konečné zneškodnění.

Znečištění hlavních toků v posledních letech významně kleslo, ale neprojevilo se na drobných vodních tocích. Přes stoupající podíl čištěných odpadních vod dosud téměř 5 000 obcí o velikosti 100-1000 obyvatel nemá vyřešeno odkanalizování a čištění odpadních vod. Většina velkých čistíren odpadních vod není vybavena technologií pro snížení obsahu dusíku a fosforu. Stále vysoké zatížení povrchových vod živinami (dusíkaté a fosforečné sloučeniny) vede k vysoké eutrofizaci a explozivnímu rozvoji sinic a řas. Důsledkem je zvýšené zdravotní riziko a opakované omezení rekreačního využití. Problémem je kontaminace některých úseků povrchových vod specifickými škodlivinami (kovy, organické látky, pesticidy)

Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ČR ve vztahu k životnímu prostředí, realizovaný v gesci MZ Státním zdravotním ústavem a hygienickou službou od roku 1994, má významný přínos pro znalosti o vlivu prostředí na zdraví. Je ale třeba, aby byla také na lokální úrovni identifikována zdravotní rizika související se znečištěním vody, půdy a ovzduší. Hodnocení a řízení těchto zdravotních rizik se dosud nestalo rutinní součástí procesů hodnocení vlivu staveb na životní prostředí a zdraví lidí, legislativní řešení této oblasti má nedostatky a umístění nových staveb bývá provázáno obavami obyvatel. V oblasti hodnocení a řízení těchto rizik též dosud nebylo na všech úrovních dosaženo plně funkční a efektivní spolupráce a součinnosti orgánů ochrany veřejného zdraví ochrany životního prostředí a dalších orgánů státní správy.

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

10.1.1: Na základě dostupných údajů identifikovat a vyhodnotit hlavní lokální zdravotní rizika z vody, půdy a ovzduší na území krajů ČR a stanovit priority k řešení

odpovědnost: MZ, MŽP

spolupráce: MDS, HS, ČIŽP, územní samosprávné celky

termíny: průběžné - roční zprávy od 2004

závěrečný - 2005

10.1.2: Soustavně monitorovat a vyhodnocovat ukazatele kvality ovzduší a ukazatele zdravotního stavu

- odpovědnost: MŽP, MZ  
 spolupráce: MDS, HS, ČHMÚ, SÚJB  
 termíny: průběžně - 1x ročně zpráva
- 10.1.3: Zavést monitoring půd městských aglomerací  
 odpovědnost: MŽP  
 spolupráce: MZ, MŽP, MDS, SÚJB  
 termíny: průběžně - 2005
- 10.1.4: Zavést systém celostátního monitoringu kvality vod v koupalištích a koupacích oblastech  
 odpovědnost: MZ  
 spolupráce: MZe, MŽP, HS, SZÚ, SÚJB  
 termíny: průběžné - od 2003
- 10.1.5: Snižovat vliv dopravy na životní prostředí a zdraví obyvatel  
 odpovědnost: MDS  
 spolupráce: MMR, MŽP, MZ, SZÚ, HS  
 termíny: průběžné - 2005
- 10.1.6: Snižovat energetickou náročnost technologií, podporovat opatření ke snižování emisí znečišťujících látek, včetně produkce skleníkových plynů  
 odpovědnost: MŽP, MPO  
 spolupráce: MMR, MDS  
 termíny: průběžné - 2003
- 10.1.7: Uplatňovat ekonomické nástroje pro využívání ekologičtějších zdrojů výroby energií, soustředit pozornost na snižování emisí z malých zdrojů  
 odpovědnost: MŽP  
 spolupráce: MMR, MDS, MPO, MZe  
 termíny: průběžné - 2003
- 10.1.8: V rámci zákona o půdě a zákona o starých ekologických zátěžích stanovit limity koncentrací těžkých kovů a toxických organických látek v zemědělských půdách, pro obytné, školní, rekreační a sportovní plochy a pro půdy určené k sanaci i z hlediska minimalizace zdravotního rizika  
 odpovědnost: MZ, MŽP a MZe  
 spolupráce: organizace řízené MZ, MŽP a MZe  
 termíny: 2003
- 10.1.9: Dopracovat registr kontaminovaných zemědělských půd a registr starých ekologických zátěží z hlediska hodnocení zdravotního rizika  
 odpovědnost: MŽP  
 spolupráce: MZ, MZe, SZÚ  
 termíny: průběžně - 2005

- 10.1.10: Systematicky hodnotit zdravotní rizika v celém cyklu nakládání s odpady, a to zejména při nakládání s nebezpečnými odpady, a vytvářet podklady pro opatření na minimalizaci zdravotního rizika  
 odpovědnost: MZ  
 spolupráce: MŽP, SZÚ, HS  
 termíny: průběžně
- 10.1.11: V rámci plánů odpadového hospodářství stanovit cíle minimalizace zdravotního rizika a podmínky z hlediska ochrany veřejného zdraví  
 odpovědnost: MŽP, MZ  
 spolupráce: ostatní resorty, územně samosprávné celky  
 termíny: 2003
- 10.1.12: Zlepšovat efektivitu spolupráce mezi resorty a jejich organizacemi při hodnocení zdravotních rizik a uplatňovat opatření na ochranu veřejného zdraví  
 odpovědnost: MZ, MŽP, MPO, MDS, MV, MPSV  
 spolupráce: HS, územní samosprávné celky, SÚJB  
 termíny: průběžně - 2005

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

- znečištění vody, půdy a ovzduší, získávané v rámci Informačního systému kvality ovzduší (ISKO), Monitoringu zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí (MZSO) a dalších systémů,
- podíl populace, vystavené určité úrovni expozice škodlivým faktorům,

#### **Dílčí úkol č. 10. 2.**

**Zajistit obyvatelstvu dobrý přístup k dostatečnému množství pitné vody uspokojivé kvality**

#### **Současný stav:**

87,1 % obyvatelstva ČR je zásobováno pitnou vodou z vodovodu pro veřejnou potřebu (stav v roce 2000). V naprosté většině je kvalita vody v těchto vodovodech pravidelně kontrolována. Výjimkou jsou některé malé vodovody v majetku obcí nebo v majetku soukromého majitele, které někde ani nejsou řádně zkolaudovány a provozovány.

U vodovodů zařazených do „Systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí“ (celkem zásobují asi 50 % obyvatel zásobovaných veřejnými vodovody) je situace velmi příznivá, protože k překročení limitních hodnot u zdravotně závažných ukazatelů dochází méně než v 0,5 % případů.

Z ostatních užívaných vodovodů jich přibližně 20 nesplňuje nový limit pro některý z následujících prvků: nikl, berylium, arsen, antimon. Dále existuje okolo 250 vodovodů, kde obsah dusičnanů občas nebo trvale překračuje limit 50 mg/l. Tyto vodovody zásobují asi 100 tisíc obyvatel.

Vodovody pro veřejnou potřebu v ČR fungují spolehlivě a dodávají vodu nepřetržitě v množství potřebném pro pití i hygienické a sanitační potřeby.

Necelých 14 % obyvatel je zásobováno pitnou vodou ze soukromých nebo veřejných studní. Není centrální přehled o kvalitě vody z těchto studní, zejména proto, že u soukromých studní

neexistuje žádná povinnost jejich kontroly (výjimkou jsou studny používané ke komerčním účelům).

Také péče o veřejné studny a jejich stav obecně není na odpovídající úrovni. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, stanovil všem vlastníkům veřejných studní nebo osobám, které je označily jako zdroj pitné vody, povinnost pravidelné kontroly kvality vody a odpovědnost za její kvalitu. Panuje obava, že toto ustanovení může vést k hromadnému rušení statutu studní (aby se vlastník vyhnul nezbytné péči) nebo dokonce k jejich likvidaci.

Na základě několika jednorázově provedených přehledů se odhaduje, že u více než poloviny studní nevyhovuje kvalita pitné vody v jednom či více zdravotně závažných ukazatelích.

V letech 1995-2000 bylo v ČR evidováno 11 epidemií infekčních onemocnění z pitné vody, které postihly celkem asi 950 obyvatel, s těmito diagnózami: akutní gastroenteritida, virová hepatitida A, bacilární úplavice, tularémie. Pouze ve 2 případech pocházela voda z vodovodu pro veřejnou potřebu, v ostatních případech se jednalo o soukromé nebo neveřejné studny (7 případů) nebo o podnikový vodovod (2 případy).

Požadavky na kvalitu vody jsou od 1. 1. 2001 stanoveny Vyhláškou MZ ČR č. 376/2000 Sb. a odpovídají požadavkům evropské směrnice 98/83/EC.

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

10.2.1: Urychlit uvedení provozu nezkolaudovaných a řádně neprovozovaných vodovodů pro veřejnou potřebu do souladu s právními předpisy - kolaudace a určení odpovědné osoby za provoz a kontrolu.

Orgány ochrany veřejného zdraví předají vodoprávní úřadům podněty, které se týkají provozovaných, ale nezkolaudovaných vodovodů, k jejich uvedení do souladu s požadavky zákona č. 274/2001 Sb., o veřejných vodovodech a kanalizacích. Tuto problematiku dořeší vodoprávní úřad

odpovědnost: územní samosprávné celky

spolupráce: HS

termíny: 2003

10.2.2: Rozšířit počet obyvatel zásobovaných z veřejných vodovodů, zvláště v místech, kde kvalita vody v místních studnách neodpovídá hygienickým požadavkům (napojením na stávající vodovod nebo vybudováním nového vodovodu pro veřejnou potřebu), podle „Plánu rozvoje vodovodů“

odpovědnost: územní samosprávné celky

spolupráce: MZe, MŽP, právnické a fyzické osoby, které se podílely na zpracování „Plánu rozvoje vodovodů“, vodoprávní úřady

termíny: průběžné hodnocení situace (každoročně)

dosažení žádoucího stavu, tj. -

- zásobování 88,34 % obyvatel z veřejných vodovodů - 2005

- zásobování 89,58 % obyvatel z veřejných vodovodů - 2010

10.2.3: Zlepšit kvalitu pitné vody ve veřejných vodovodech, tak aby nikde nedocházelo k trvalému překračování limitních hodnot zdravotně závažných ukazatelů.

odpovědnost: vlastníci - provozovatelé vodovodů

spolupráce: HS, vodoprávní úřady

termíny: průběžné hodnocení situace (každoročně)

dosažení žádoucího stavu (2009)

10.2.4: Optimalizovat síť a stav veřejných studní v obcích, v nichž není zajištěno zásobování pitnou vodou sítí veřejných vodovodů. Účelem je vytvoření racionální sítě potřebných malých zdrojů vody v požadovaném stavu a se zdravotně nezávadnou vodou vhodnou k běžné konzumaci. Došlo by též ke z hospodárnění a zefektivnění nákladů na údržbu studní a zajištění ochrany podzemních vod daného území a tím i ostatních podzemních zdrojů pitné vody.

Tato optimalizace by měla být provedena ve shodě s územním plánem a koncepcí nouzového zásobování pitnou vodou okresu (v současné době se pracuje na vytvoření celorepublikového systému vodních zdrojů pro nouzové zásobování vodou).

odpovědnost: územní samosprávné celky

spolupráce: MZe, HS (zhodnocení kvality pitné vody)

termíny: zhodnocení stavu a navržení potřebných opatření 2005  
realizace navržených opatření 2010

10.2.5: Informační kampaň pro uživatele, resp. majitele soukromých studní, zaměřená na zdravotní rizika vyplývající z užívání vody neznámé kvality (význam kontroly kvality vody a péče o okolí a technický stav studny).

odpovědnost: MZ

spolupráce: MZe, SZÚ, HS, vodoprávní a stavební úřady a územní samosprávné celky

termíny: 2003

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

- počet provozovaných, ale nezkolaudovaných vodovodů,
- procentuální podíl obyvatel zásobovaných z veřejných vodovodů,
- procentuální podíl překročení limitních hodnot zdravotně závažných ukazatelů (z celkového počtu vzorků),
- počet veřejných studní odpovídajících technickým stavem a kvalitou vody ČSN 75 51 15 a vyhlášce č. 376/2000 Sb.

## **CÍL 11: ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL**

### **DO ROKU 2015 BY SI LIDÉ V CELÉ SPOLEČNOSTI MĚLI OSVOJIT ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL**

Životní styl představuje z hlediska ovlivnění zdraví jeden z nejvýznamnějších faktorů. Jeho vliv se uplatňuje v celé řadě oblastí života - v rodině, ve škole, na pracovišti, volnočasových aktivitách atd.

Na neuspokojivém zdravotním stavu se významně podílela a dosud podílí nevhodná skladba výživy (nadměrný energetický přívod, převaha živočišných tuků, jednoduchých cukrů, soli, stále ještě nedostatečná konzumace vlákniny, zeleniny a ovoce), i když v posledních letech došlo ke změnám ve spotřebě potravin, které je možno pokládat za pozitivní (zvýšená spotřeba zeleniny, ovoce, drůbežího masa, pokles spotřeby vepřového masa, trvanlivých salámů, másla, vajec, cukru). Přesto se vyskytuje příliš často nadváha až obezita u mužů i žen. Souvisí to i s nízkou pohybovou aktivitou populace.

Na úseku výživy a nezávadnosti potravin je nutná těsná spolupráce při určování cílů přispívajících ke zdraví v rámci meziresortní potravinové politiky. Důležitost takové spolupráce narůstá. Vhodné potraviny dokáží snížit riziko mnoha chorob a jejich zemědělská a potravinářská produkce může navíc přispívat k trvale udržitelnému rozvoji a zdravému životnímu prostředí.

Řada úkolů i v této oblasti je zapracována a řešena v Akčním plánu zdraví a životního prostředí ČR, v programech podpory zdraví a v materiálu „Strategie zajištění bezpečnosti (nezávadnosti) potravin v České republice“, který byl přijat vládou usnesením vlády ze dne 10.12.2001 č.1320 a v Národním programu rozvoje sportu pro všechny přijetím usnesení vlády č. 17 ze dne 5. 1. 2000.

Pro další zlepšování zdraví jsou pozitivní změny životního stylu jedním z nejdůležitějších a nejsložitějších cílů.

#### **Dílčí úkol č. 11. 1.**

#### **Rozšířit zdravé chování ve výživě a zvýšit tělesnou aktivitu**

##### **Současný stav :**

V posledním desetiletí bylo v ČR vykonáno mnoho pro změnu životního stylu populace, jehož pozitivní ovlivňování je jednou z priorit Národního programu zdraví. Většina aktivit byla směřována do edukace veřejnosti, zdravotnických i jiných profesionálů a díky široce koncipovaným projektům podpory zdraví v rámci Národního programu zdraví bylo dosaženo výsledků, které se začínají odrážet v jednání a chování lidí. Důležitými předpoklady zdravého způsobu života jsou nadále změny ve výživě a zvýšení pohybové aktivity.

Současný stav výživy populace v ČR není, přes některá zlepšení, uspokojivý. Pro zlepšení vlivu výživy na zdraví je nutno dosáhnout dalších změn ve spotřebě i úpravě potravin.

Více než polovina české populace nespĺňuje doporučovanou úroveň pohybové aktivity. Nedostatek středně intenzivní pohybové zátěže způsobuje časté vady držení těla, podílí se na vzniku mnoha chronických neinfekčních onemocněních (obezity, kardiovaskulárních nemocí,

diabetu, osteoporózy aj.), které postihují značný počet lidí produktivního věku a jsou častou příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti.

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

11.1.1: Zlepšit spotřebu potravin snížením příjmu celkové energie, tuků, soli a cukru a zvýšením příjmu zeleniny, ovoce, brambor, mléka, luštěnin, celozrnných obilných výrobků a ryb.

- řídit se výživovými doporučeními WHO CINDI,
- zvýšit četnost zařazování zeleniny v každodenním jídelníčku,
- realizovat prevenci jódového deficitu a monitorovat situaci,
- snižovat počet dětí a dospělých s nadváhou a obezitou a stabilizovat jejich optimální váhy na základě ozdravení stravovacích návyků,
- zlepšovat přísun vápníku podporou spotřeby mléka a mléčných výrobků, podporou spotřeby mléka ve školách,
- zabezpečovat edukaci o potravních zdrojích kyseliny listové a suplementaci cílových skupin (těhotné ženy),
- projednat otázku fortifikace obilovin kyselinou listovou a pyridoxinem

odpovědnost: MZ

spolupráce: MPSV, MZe, MŠMT, podnikatelé, Společnost pro výživu, VLA JEP, nevládní organizace, SZÚ, HS, těhotenské poradny, pediatři, odborné společnosti ČLS JEP

termíny: 2005

11.1.2: Zabezpečit příjem zdravotně nezávadných potravin

- zvyšováním úrovně znalostí populace o zdravotně žádoucích potravinách, zvyšováním nabídky a dostupnosti zdravotně žádoucích potravin a omezováním nabídky a dostupnosti potravin nežádoucích,
- zvyšováním znalostí zaměstnanců v oblasti školního, společného a veřejného stravování,
- kontrola a postih prodejců potravin při zjištěných závadách

odpovědnost: MZ, MŠMT, MZe

spolupráce: MPSV, instituce řízené MZe, podnikatelé, Společnost pro výživu, VLA JEP, nevládní organizace, SZÚ, HS, ČZPI

termíny: průběžně a rok 2003

11.1.3: Zvýšit úroveň všestranné pohybové aktivity obyvatelstva:

- vytvářením podmínek pro pohybovou aktivitu budováním veřejných a školních sportovišť, turistických a cyklistických stezek, podporou sportovních akcí pro širokou veřejnost, zejména všestranně podporovat rozvoj organizací pěstujících pobyt v přírodě a tělovýchovné a sportovní aktivity na úrovni rekreačního sportu i za cenu přechodného snížení podpory výkonnostního sportu; podporovat výuku a výchovu cvičitelů a učitelů takto zaměřených aktivit,
- propagací významu a zdravotní prospěšnosti pohybové aktivity a ovlivňováním postojů dětí, rodičů, osob nad 65 let, učitelů, státních a zastupitelských orgánů,
- sledováním tělesné zdatnosti mládeže a výskytu onemocnění pohybového aparátu

odpovědnost: MZ, MŠMT

spolupráce: MDS, SZÚ, HS, územně samosprávné celky, pediatři, VLA JEP, nevládní organizace

termíny: 2003-2005

- 11.1.4: Prostřednictvím školy zlepšit stav pohybového aparátu dětí a za tím účelem:
- v základních a středních školách zavést nové vzdělávací standardy Člověk a zdraví orientované na školní tělesnou výchovu
  - zvýšit úroveň informovanosti učitelů (pravidelné semináře, sledování nových trendů v prevenci poruch pohybového aparátu dětí),
  - propagovat a zavádět školní tělesnou výchovu zaměřenou především na všestranný a zdravý tělesný rozvoj a vychovávat příslušně vzdělané učitele zavést osnovy, které by umožnily zapojení všech žáků do aktivního pohybu v průběhu celé vyučovací hodiny tělesné výchovy,
  - zlepšovat ergonomickou situaci ve školách (vybavovat školy vyhovujícím nábytkem),
  - zavádět prostřednictvím dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků cílené preventivní programy včetně možností psychické relaxace
- odpovědnost: MŠMT, MMR  
spolupráce: MZ, SZÚ, HS, VLA JEP, nevládní organizace, územně samosprávné celky  
termíny: 2003-2005

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- saturace obyvatelstva jódem,
- výskyt obezity,
- spotřeba potravin,
- počet dispenzarizovaných dětí pro nemoci pohybového aparátu

**Dílčí úkol č. 11. 2.**

**Zvýšit nabídku, cenovou dostupnost a dosažitelnost biologicky hodnotných, hygienicky a zdravotně nezávadných potravin (tzv. bezpečných potravin)**

**Současný stav:**

Potraviny tvoří z hlediska životních nákladů stále vysoký podíl v rodinném rozpočtu. To vede nezřídka k jednostrannému nákupu levných druhů potravin, jejichž sortiment a nutriční složení nemusí být v některých obdobích roku plně ve shodě s výživovými doporučeními. Zatímco doporučené dávky potravin jsou v ČR prakticky dodrženy u cereálií, spotřeba zeleniny je pouze asi na 60 % doporučení, spotřeba ovoce asi na 65 % doporučení a mléka asi na 60 % doporučení. Spotřeba masa je asi o 20 % vyšší než je doporučení.

Počet alimentárních onemocnění je v ČR stále vysoký, i když průmyslově vyráběné potraviny, či společné stravování netvoří převahu případů. Expozice chemickým látkám a přívod mikronutrientů je pravidelně sledován. I když se nabídka druhů potravin v posledním desetiletí mimořádně zvýšila (prakticky desetinásobně), problémem zůstává dostupnost některých druhů, především zeleniny, ovoce, mléka a mléčných výrobků, pro sociálně slabší vrstvy obyvatel. Svou roli stále ještě hrají i nevhodné stravovací návyky. Na trhu roste podíl potravin z tzv. organického zemědělství, ale tyto potraviny jsou většinou dostupné pouze za vyšší ceny. Nikdo zatím v ČR vědecky nedokázal, že jejich bezpečnost je obecně vyšší než

u konvenčních potravin. Na trhu se postupně také objevují tzv. potraviny nového typu, včetně potravin vyrobených z geneticky modifikovaných surovin. Veřejnost k takovým potravinám často přistupuje s obavami, někdy s neodůvodněnou kritikou či optimizmem. Objevují se také potraviny ošetřené netradičními metodami, například konzervované ozáření, které mohou být i zdravotně bezpečnější, ale veřejnost se jich obává bez znalosti podstaty věci.

I když se veřejná komunikace o bezpečnosti potravin prohlubuje, nedávné problémy s BSE, dioxiny, listeriemi, či jinými nebezpečnými agens, zvyšují psychologický tlak na konzumenty, kteří se cítí být často nedostatečně informováni nebo jsou i některými zájmovými skupinami dezinformováni. Programy podpory zdraví výchovně působí na různé cílové skupiny obyvatel, přesto u části populace převládá při výběru potravin především tlak ceny.

V těchto podmínkách je potřebné organizovat aktivity, do kterých jsou zapojeny všechny složky společnosti - státní instituce, nezávislé akademické instituce, zástupci spotřebitelů a výrobců potravin.

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

11.2.1: Podporovat komunikaci mezi státem, výrobcí potravin a spotřebiteli s cílem nastolit trvalou spolupráci - vytvořit komunikační platformu pro všechny účastníky.

odpovědnost: MZ, MZe

spolupráce: MF, instituce řízené MZe, SZÚ, spotřebitelské svazy, výrobní svazy

termíny: 2004

11.2.2: Podporovat produkci bezpečných potravin

odpovědnost: MZe

spolupráce: MZ, MF

termíny: průběžně

11.2.3: Podporovat management zdravotních rizik a kontrolovat zavedení programů typu HACCP

odpovědnost: MZe

spolupráce: MZ, svazy spotřebitelů, kontrolní organizace

termíny: průběžně

11.2.4: Rozvíjet programy podpory zdraví s cílem zlepšit výchovu výrobců a konzumentů v dané oblasti

odpovědnost: MZ

spolupráce: MZe, MŠMT, spotřebitelské svazy, výrobní svazy, SZÚ, HS

termíny: průběžně

11.2.5: Sledovat dietární expozici chemickým látkám

odpovědnost: MZ

spolupráce: SZÚ, HS, ČZPI, SVS

termíny: průběžně

11.2.6: Sledovat spotřebu potravin

odpovědnost: MZ, MZe

spolupráce: SZÚ, HS, ČSÚ

termíny: průběžně

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- cenový index vybraných potravin,
- hlášená alimentární onemocnění a incidence mikrobiální kontaminace potravin,
- výskyt patogenních mikroorganismů v potravinách na trhu v ČR,
- počet potravin nového typu na trhu v ČR

## **CÍL 12: SNÍŽIT ŠKODY ZPŮSOBENÉ ALKOHOLEM, DROGAMI A TABÁKEM**

### **DO ROKU 2015 VÝRAZNĚ SNÍŽIT NEPŘÍZIVÉ DŮSLEDKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK, JAKO JE TABÁK, ALKOHOL A PSYCHOAKTIVNÍ DROGY**

Kouření cigaret způsobuje rozsáhlá poškození zdravotního stavu obyvatelstva, zejména zvýšení výskytu nemocí srdce a cév, nemocí dýchacího ústrojí, a je hlavní příčinou rakoviny plic a jiných zhoubných nádorů.

Nadměrný konzum alkoholu má kromě sociálních důsledků vliv na riziko úrazů, na některé druhy zhoubného bujení a výskyt nervových a dalších nemocí.

Drogy mají kromě toxických účinků vážné sociální dopady, vliv na psychické poruchy a zvyšují riziko některých závažných infekcí (AIDS, virové záněty jater atd.).

Všechny vyspělé státy mají v různém rozsahu vypracovány postupy na řešení těchto vážných zdravotních rizik. V roce 2002 MZ připravuje přepracované znění návrhu zákona o ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

#### **Dílčí úkol č. 12. 1.**

**Mezi osobami staršími než 15 let by mělo být 80 procent nekuřáků a mezi osobami mladšími než 15 let by nekuřáci měli představovat téměř 100 procent**

#### **Současný stav:**

V ČR neexistuje moderně pojatý zákon, který by poskytl komplexní legislativní rámec pro účinné snižování škod způsobených kouřením. Levné tabákové výrobky (včetně kusových cigaret) jsou velmi snadno dostupné. Přetrvává oficiální (reklama) i skrytá (mediální, chování veřejných osobností, propagace sponzorských darů) podpora tabákového průmyslu a kouření. Tabákové výrobky jsou stále zařazeny mezi potravinářské zboží, jsou nejdostupnější potravinářskou komoditou a jejich prodej je stále zdrojem značného zisku pro prodejce.

Důsledkem je vysoká prevalence kuřáků především v populaci dospívajících a mladých dospělých do 34 let (20 % patnáctiletých, z toho 22 % chlapců a 18 % dívek, kouří alespoň jednu cigaretu týdně), nízká úroveň ochrany nekuřáků před tabákovým kouřem v prostředí, zejména dětí předškolního a školního věku, vysoká prevalence fatálních i nefatálních následků kouření, vyšší úroveň úmrtnosti na nádory související s kouřením v porovnání s ostatními státy.

Současně narůstají aktivity nevládních organizací a vybraných skupin zdravotnických odborníků při tvorbě a realizaci programů primární prevence kouření a léčby závislosti farmakologické a behaviorální. V důsledku osvětového působení začíná veřejnost více vnímat kouření nejen jako vážné zdravotní riziko, ale také jako společensky nevhodné chování.

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

- 12.1.1: Pro zvrácení negativního trendu vývoje kuřáctví přijmout účinná legislativní opatření  
odpovědnost: MZ, MZe

- spolupráce: všechny resorty, PLDD, odborné společnosti ČLS JEP, poradní skupina SZÚ pro prevenci kouření, nevládní organizace, např. EMASH (Asociace lékařů „Kouření nebo zdraví“), Koalice proti tabáku
- termíny: příprava zákona o ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky a do konce roku 2002 jeho předložení Parlamentu, pak kontrola dodržování tohoto zákona průběžně
- 12.1.2: Cílenou daňovou politikou v oblasti zdanění tabákových výrobků přispět ke snižování škod na zdraví způsobených tabákem  
odpovědnost: MF  
spolupráce: MZ, PLDD  
termíny: 2005
- 12.1.3: Zákaz reklamy na tabákové výrobky, jejich propagace a sponzorství spojeného s reklamou tabákových společností  
odpovědnost: MPO  
spolupráce: MZ, MŠMT, ČOI, nevládní organizace  
termíny: v roce 2003 příprava legislativního opatření, pak kontrola průběžně
- 12.1.4: Účinná ochrana nekuřáků, především dětí, před pasivním kouřením  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŠMT, nevládní organizace, odborné společnosti ČLS JEP, poradní skupina SZÚ pro prevenci kouření  
termíny: v roce 2002 příprava legislativního opatření. Do konce roku 2003 zavedení do praxe, pak kontrola průběžně
- 12.1.5: Podpora účinných preventivních programů a podpora osvětových kampaní zaměřených na zvýšení informovanosti široké veřejnosti o rizicích kouření pro zdraví, na změnu postojů a chování ve prospěch zdravého způsobu života  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŠMT, MF, MPSV, územní samosprávné celky, nevládní organizace, odborné společnosti ČLS JEP, poradní skupina SZÚ pro prevenci kouření, HS  
termíny: v roce 2002 vypracovat návrh mediální kampaně, využívat příležitosti Světového dne bez tabáku SZO (květen) a Mezinárodního nekuřáckého dne (listopad) průběžně.
- 12.1.6: Dostupnost léčby závislosti na tabáku a specializovaného poradenství v odvykání kouření  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: HS, IPVZ, ZP, územní samosprávné celky, nevládní organizace  
termíny: v roce 2002 mapování stávající sítě, do konce roku 2002 po konzultaci s odbornými společnostmi ČLS JEP definování cílového stavu. Do konce roku 2005 dosažení cílového stavu. Kontroly průběžně, po roce 2005 přizpůsobování sítě aktuálním potřebám a trendům průběžně.

- 12.1.7: Zřízení koordinačního, monitorovacího a výzkumného pracoviště, které převezme odpovědnost za implementaci Evropského akčního plánu Evropa bez tabáku v ČR  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŠMT, MPSV, SZÚ  
termíny: leden 2003
- 12.1.8: Rozvinout preventivní programy a v příslušných legislativních návrzích řešit určení finanční spoluúčasti všech subjektů, které se na tvorbě a realizaci programů podílejí (týká se i dílčího úkolu č. 12.2.4).  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: ZP  
termíny: příprava legislativních opatření 2003

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

- prevalence kuřáctví ve vybraných skupinách populace,
- počet zařízení poskytujících léčbu a poradenství osobám, které chtějí přestat kouřit,
- spotřeba tabákových výrobků,
- výskyt onemocnění vyvolaný užíváním tabákových výrobků (nádorová onemocnění, onemocnění srdce a cév, chronická plicní onemocnění), úmrtnost, hospitalizovanost, pracovní neschopnost,
- počet komunitních preventivních programů proti návykovým látkám

#### **Dílčí úkol č. 12. 2.**

**Spotřeba alkoholu na osobu by neměla přesáhnout 6 litrů za rok a u osob mladších 15 let by měla být nulová**

#### **Současný stav :**

Spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje kolem 10 litrů 100% alkoholu a v 90. letech se zvyšovala. Podobně nepříznivě se zvyšovaly i ukazatele týkající se spotřeby alkoholu a výskytu opilosti u dětí a dospívajících a další relevantní ukazatele. Tento trend kontrastuje s vývojem v západoevropských zemích, ale i např. v Polsku, kde spotřeba alkoholu klesala, nebo se alespoň stabilizovala.

Podklady k uvedenému úkolu zdůrazňují význam Evropského akčního plánu o alkoholu. ČR se k Evropskému akčnímu plánu o alkoholu připojila a měla by ho i plnit. Snížení spotřeby alkoholu na jednoho obyvatele, jak dílčí úkol 12.2. explicitně stanoví, vyžaduje razantní legislativní kroky provázené rozsáhlou preventivní a přesvědčovací kampaní pro širokou veřejnost. Preventivní aktivity v této oblasti (i prevenci škod způsobených jinými návykovými látkami) vyžadují dostatečné a předvídatelné financování.

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

- 12.2.1: Zřídit centrální koordinační, monitorovací a výzkumné pracoviště při Státním zdravotním ústavu, které převezme zodpovědnost za implementaci Evropského akčního plánu o alkoholu.  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: SZÚ  
termíny: 2003

- 12.2.2: Sledovat záměr upřednostňovat spotřebu nealkoholických nápojů před nápoji alkoholickými i v nástrojích daňové politiky, zejména v příslušných sazbách spotřebních daní  
 odpovědnost: MF  
 spolupráce: MZe, ČZPI  
 termíny: 2003 příprava legislativního opatření, pak zavedení do praxe a kontrola průběžně
- 12.2.3: Cílenými programy ve školách nadále usilovat o snížení poptávky po alkoholu a jiných návykových látkách u dětí a dospívajících  
 odpovědnost: MŠMT, MZ  
 spolupráce: MDS  
 termíny: do roku 2005 by program mělo mít 50 % škol
- 12.2.4: Potlačovat řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu  
 odpovědnost: MDS, MV  
 spolupráce: MZ  
 termíny: 2003 příprava legislativního opatření, do roku 2004 jeho realizace, pak průběžně kontrola.
- 12.2.5: Zákaz reklamy a nepřímé reklamy alkoholických nápojů a sponzorství, spojeného s reklamou, sportovních a kulturních akcí alkoholovým průmyslem  
 odpovědnost: MPO  
 spolupráce: MŠMT, MZ  
 termíny: Do roku 2004 příprava legislativního opatření, do roku 2005 jeho realizace, pak průběžně kontrola
- 12.2.6: Vytvořit dostatečnou síť ambulantních i lůžkových zařízení poskytujících bezplatně léčbu a poradenství osobám, které mají problémy s alkoholem, a jejich rodinám, včetně poradenských a krizových sociálních služeb  
 odpovědnost: MZ, MPSV  
 spolupráce: MS (léčba ve výkonu trestu, alternativní tresty)  
 termíny: do roku 2003 mapování stávající sítě, od roku 2003 po konzultaci se Společností návykových nemocí ČLS JEP definování cílového stavu. Do konce roku 2005 dosažení cílového stavu. Kontroly průběžně, po roce 2005 přizpůsobování sítě aktuálním potřebám a trendům průběžně.
- 12.2.7: Zakotvit v právním řádu odpovědnost prodejců alkoholu  
 odpovědnost: MZ  
 spolupráce: MV, MZe, MPO, ČZPI, územně samosprávné celky  
 termíny: v roce 2002 návrh legislativního opatření

- 12.2.8: Zpracovat resortní program vzdělávání v oboru prevence škod působených alkoholem  
 Příklady:  
 1. vzdělávání prodejců alkoholu, jak poznat intoxikaci, jak se chovat k intoxikovaným osobám, kdy volat pomoc atd.  
 2. programy pomoci zaměstnancům ohrožených profesí (zdravotníci, stavební profese a další profese, kde je snadná dostupnost alkoholu a vysoká míra stresu).  
 odpovědnost: všechny resorty  
 spolupráce: MZ  
 termíny: v roce 2003 předložit návrh Ministerstvu zdravotnictví ke konzultaci a dopracování. Od září roku 2004 realizace.
- 12.2.9: Podporovat nevládní organizace a nezávislá hnutí, která pomáhají předcházet škodám způsobeným alkoholem a podporují zdravý životní styl  
 odpovědnost: všechny resorty  
 spolupráce: všechny resorty  
 termíny: průběžně
- 12.2.10: Uskutečnit mediální preventivní kampaň provázanou s aktivitami na místní úrovni (poradenství pro rodiče, distribuce svépomocných příruček, informace o tom, kde hledat pomoc apod.)  
 odpovědnost: MZ  
 spolupráce: MŠMT, MPSV  
 termíny: 2003 zpracování projektu, 2004 realizace, vyhodnocení a příprava další fáze, která by měla začít v roce 2005.
- 12.2.11: Provádět testy na alkohol u zaměstnanců jako součást komplexního preventivního programu pro pracoviště spojená se zvýšeným rizikem (doprava, ozbrojené síly, senzitivní průmyslové obory např. chemický průmysl, energetika apod.)  
 odpovědnost: všechny resorty v okruhu své působnosti  
 spolupráce: MZ - metodická spolupráce a vedení  
 termíny: do roku 2003 vytvořit příslušné zákonné normy a připravit laboratorní zázemí, od roku 2004 plná realizace, následně průběžně kontrola.
- 12.2.12: Vytvořit národní program, který bude vycházet z Evropské charty o alkoholu, a jeho implementace  
 odpovědnost: MZ  
 spolupráce: všechny resorty při realizaci, SZÚ  
 termíny: do konce roku 2002 příprava legislativního opatření. Do roku 2003 zřízení pracoviště a zpracování národního programu prevence škod způsobených alkoholem. Realizace a kontrola průběžně do roku 2015

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

- spotřeba alkoholu,
- počet malých interaktivních preventivních programů ve školách k nácviku sociálních dovedností a další efektivní postupy v rozsahu nejméně 15 hodin v průběhu nejméně dvou po sobě jdoucích let (např. u žáků 6. a 7. ročníku),
- počet odebraných řidičských oprávnění při řízení pod vlivem alkoholu,

- počet zařízení pro léčbu a specializované poradenství a krizové sociální služby,
- počet resortních programů vzdělávání v oboru prevence škod způsobených alkoholem,
- procento pracovišť, které má zpracováno komplexní program prevence škod způsobených alkoholem a jinými návykovými látkami, včetně fetování,
- počet mediálních preventivních kampaní v rámci komunitních plánů sociálních služeb.

### **Dílčí úkol č. 12. 3.**

**Snížit rozšiřování drog alespoň o 25 % a úmrtnost v důsledku jejich užívání alespoň o 50 %**

#### **Současný stav:**

Výskyt rizikového užívání návykových látek je v ČR zejména u dospívajících a mladých dospělých vysoký i v porovnání s okolními zeměmi a zeměmi západní Evropy. Značná je také spotřeba tlumivých léků (léky proti bolesti, hypnotika), jejichž neindikované užívání s sebou přináší škody ekonomické i zdravotní, včetně např. rizik v dopravě.

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

- 12.3.1: Financovat a vyhodnocovat preventivní programy  
 odpovědnost: Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky  
 spolupráce: MZ, MŠMT  
 termíny: v roce 2002 příprava legislativního opatření. Do poloviny roku 2003 zavedení do praxe, pak kontrola průběžně
- 12.3.2: Usilovat o snížení poptávky po návykových látkách u dětí a dospívajících  
 odpovědnost: MŠMT, MZ  
 spolupráce: MV, Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky  
 termíny: do roku 2005 by mělo program mít 50 % škol
- 12.3.3: Potlačit řízení vozidel pod vlivem návykových látek  
 odpovědnost: MDS, MV  
 spolupráce: MZ  
 termíny: do roku 2003 příprava legislativního opatření, do roku 2004 jeho realizace, pak průběžně kontrola
- 12.3.4: Dostupnost léčby, specializovaného poradenství i postupů typu „harm reduction“ (mírnění škod tam, kde není možná léčba orientovaná k abstinenci). Vytvoření sítě státem garantované péče  
 odpovědnost: MZ, Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky  
 spolupráce: MŠMT, MS (léčba ve výkonu trestu, alternativní tresty)

- termíny: do roku 2003 mapování stávající sítě, do roku 2004 po konzultaci s Radou vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky a Společností návykových nemocí ČLS JEP definování cílového stavu. Do roku 2006 dosažení cílového stavu. Kontroly průběžně, po roce 2005 přizpůsobování sítě aktuálním potřebám a trendům průběžně
- 12.3.5: Zpracovat resortní program vzdělávání v oboru prevence škod způsobených návykovými látkami u vybraných profesí v resortu (zaměstnání spojená se zvýšeným rizikem, ti, kdo pracují přímo s uživateli drog nebo se s nimi ve své praxi setkávají nebo jsou návykovými látkami více ohroženi).  
 odpovědnost: všechny resorty  
 spolupráce: MZ  
 termíny: v roce 2003 předložit návrh Radě vlády ČR pro koordinaci politiky ke konzultaci, do roku 2004 dopracování. Od roku 2005 realizace
- 12.3.6: Podporovat nevládní organizace a nezávislá hnutí, která pomáhají předcházet škodám působeným nealkoholovými návykovými látkami a podporují zdravý životní styl.  
 odpovědnost: všechny resorty, Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky  
 spolupráce: všechny resorty navzájem  
 termíny: do roku 2015 průběžně
- 12.3.7: Provádět testy na nealkoholové návykové látky u zaměstnanců jako součást komplexního preventivního programu pro pracoviště spojená se zvýšeným rizikem (doprava, ozbrojené síly, rizikové obory, např. chemický průmysl, energetika apod.).  
 odpovědnost: všechny resorty v okruhu své působnosti  
 spolupráce: MZ - metodická spolupráce a vedení, Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky  
 termíny: do roku 2003 vytvořit příslušné zákonné normy a připravit laboratorní zázemí, od roku 2004 plná realizace, následně průběžná kontrola
- 12.3.8: Uspořádat mediální preventivní kampaň provázanou s aktivitami na místní úrovni (poradenství pro rodiče, distribuce svépomocných příruček, informace o tom, kde hledat pomoc apod.).  
 odpovědnost: MZ, Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky  
 spolupráce: všechny resorty, územní samospráva, HS  
 termíny: do roku 2003 zpracování projektu, do roku 2004 realizace, do poloviny roku 2004 vyhodnocení a příprava další fáze, která by měla začít v roce 2005

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

- procento škol, které využívají malé interaktivní preventivní programy k nácvičce sociálních dovedností a další efektivní postupy v rozsahu nejméně 15 hodin v průběhu nejméně dvou po sobě jdoucích let (např. u žáků 6. a 7. ročníků),
- počet odebraných řidičských oprávnění při řízení pod vlivem návykových látek,
- počet ambulantních i lůžkových zařízení poskytujících bezplatně léčbu a poradenství a další péči včetně mírnění škod osobám, která mají problémy

- s návykovými látkami,
- počet resortních programů vzdělávání v oboru prevence škod způsobených návykovými látkami u vybraných profesí v resortu ,
  - výše finančních příspěvků na podporu preventivních programů,
  - procento pracovišť, která mají zpracován komplexní program prevence škod způsobených alkoholem a jinými návykovými látkami.

## **CÍL 13 - ZDRAVÉ MÍSTNÍ ŽIVOTNÍ PODMÍNKY**

**DO ROKU 2015 BY OBYVATELÉ MĚLI MÍT VÍCE PŘÍLEŽITOSTÍ ŽÍT VE ZDRAVÝCH SOCIÁLNÍCH I EKONOMICKÝCH ŽIVOTNÍCH PODMÍNKÁCH DOMA, VE ŠKOLE, NA PRACOVIŠTI I V MÍSTNÍM SPOLEČENSTVÍ**

Domov je prostředí, které by mělo přispívat ke zdraví. Normy pro bydlení a stavební normy by měly zajistit používání jen bezpečných a vhodných stavebních materiálů a postupů. Objekty by měly být odolné proti nadměrnému hluku a měly by mít odpovídající osvětlení a mikroklima.

Opatření týkající se zdravého bydlení se týkají v širším kontextu i územního plánování.

Pokud jde o pracoviště, cíl se neomezuje na pouhou redukci rizikových faktorů, ale stimuluje snahu o větší zapojení zaměstnanců i zaměstnavatelů do tvorby bezpečnějšího a zdravějšího pracovního prostředí a úsilí o snižování stresu. Každé pracoviště by mělo konkretizovat záměry programu ZDRAVÍ 21 na vlastní podmínky ve formě společně připravených cílů a opatření. Programy by se neměly zabývat jen prevencí a léčbou následků úrazů a nemocí, ale také širšími otázkami životního stylu a prostředí a rozvíjet takovou firemní kulturu, která podporuje týmovou práci a otevřenou diskuzi o problémech.

Příprava a zavedení místní zdravotní politiky orientované podle ZDRAVÍ 21 patří k nedílným součástem realizace programu. Každá místní komunita by se tímto záměrem měla soustavně zabývat. Usnesením vlády č. 706/2000 byly vytvořeny předpoklady pro zpracování místních plánů zdraví a životního prostředí. Síť Zdravá města je příkladem hodným následování.

Zdraví postižených osob lze zlepšit, pokud pro ně účinnější sociální a zdravotní programy vytvoří takové možnosti, které jim umožní se plně a rovnoprávně zapojit do běžného sociálního a ekonomického života společnosti.

K naplnění tohoto cíle je třeba rozvíjet v ČR již existující programy „Školy podporující zdraví“, „Zdravá města“, „Zdravý podnik“, další komplexní programy zaměřené na podporu zdraví a podporu zdravotně postižených v ČR a v neposlední řadě i aktivity v příslušných částech Akčního plánu zdraví a životního prostředí.

### **Dílčí úkol č. 13. 1.**

**Zlepšit bezpečnost a kvalitu domácího prostředí jak rozvojem schopností jednotlivců i rodin chránit a zlepšovat své zdraví, tak snížením vlivu zdravotních rizikových faktorů existujících v domácnostech**

#### **Současný stav:**

Kvalita domácího prostředí je velmi důležitým prvkem odrážejícím se na zdraví svých obyvatel. Je to dáno zejména délkou pobytu osob v domácnostech, vytvářením sociálních vazeb v tomto prostředí. Důležitá je nejen přítomnost, resp. nepřítomnost rizikových faktorů chemické, fyzikální, biologické povahy, ale i působení psychologických a sociálních faktorů.

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

13.1.1: Vytvořit a aktualizovat legislativní nástroje vedoucí k omezení zdravotních rizik z domácího prostředí

odpovědnost: MMR, MZ  
spolupráce: MŽP, MPO, SÚJB, Česká společnost pro rozvoj bydlení, SZÚ, HS  
termíny: průběžné - 2004  
          konečné - 2015

13.1.2: Zvýšit informovanost o možných rizicích ovlivňujících zdraví a vytváření zdravého domácího prostředí

odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŽP, MPO, MMR, ČOI, MV, SÚJB, HS, SZÚ,  
termíny: průběžně  
          konečné - 2015

13.1.3: Zjišťovat a hodnotit úroveň zátěže obyvatel ve vztahu k bydlení

odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŽP, MDS, SZÚ, HS, stavební úřady, SÚJB  
termíny: průběžné - 1 x za rok  
          konečné - 2015

13.1.4: Respektovat psychosociální aspekty při plánování a výstavbě bytů, včetně začlenění do bytové politiky

odpovědnost: MMR  
spolupráce: MPSV, stavební úřady, územní samosprávné celky  
termíny: průběžné - 1 x za rok  
          konečné - 2015

13.1.5: Posílit a rozšiřovat pozitivní vlivy a zdravotně prospěšné aktivity v oblasti bydlení

odpovědnost: MMR  
spolupráce: MŽP, MZ, MPO, MDS, územní samosprávné celky, stavební úřady, HS, SZÚ  
termíny: průběžné - pravidelně  
          konečné - 2015

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

- indikátory úrovně bydlení - m<sup>2</sup> obytné plochy na osobu, počet osob na byt,
- podíl osob spokojených se svým bydlením,
- počet komunitních programů bydlení pro sociálně slabé občany.

#### **Dílčí úkol č. 13. 2.**

**Zajistit lidem s postižením více příležitostí jak pečovat o svoje zdraví a jak se zapojit do rodinného, pracovního, veřejného i společenského života v souladu se Standardními pravidly OSN pro vyrovnání příležitostí postižených osob**

#### **Současný stav:**

V ČR byl tento úkol plněn dokonce ještě před schválením Standardních pravidel pro vyrovnávání příležitostí zdravotně postižených osob, které přijala OSN 28. listopadu 1993.

Vláda ČR svým usnesením č. 493 ze dne 8. září 1993 přijala Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, který se v dalších letech stal pilířem státní podpory zdravotně postiženým a chronicky nemocným občanům. V roce 1998 byl tento plán nahrazen Národním plánem vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (dále jen Národní plán, který byl schválen usnesením vlády ČR č. 256 dne 14. 4. 1998. Tento Národní plán navazoval přímo na Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením OSN a je rozpracováním tohoto dokumentu pro ČR. Obsahuje konkrétní úkoly, které jsou pravidelně vyhodnocovány ve Vládním výboru pro zdravotně postižené občany. Součástí tohoto plánu jsou i dotační programy, zaměřené na podporu projektů organizací zdravotně postižených a chronicky nemocných. Většinu těchto programů vyhlašuje a spravuje Ministerstvo zdravotnictví.

Okruh uživatelů je dán počtem 1 000 000 zdravotně postižených osob v ČR.

V ČR byl zřízen Vládní výbor pro zdravotně postižené občany na nejvyšší úrovni. Předsedá mu premiér a mezi místopředsedy jsou tři členové kabinetu. Vládní výbor zajišťuje nezprostředkovanou komunikaci vlády a ústředních orgánů s populací zdravotně postižených.

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

- 13.2.1: Pokračovat v činnosti Vládního výboru pro zdravotně postižené občany  
odpovědnost: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany  
spolupráce: střeškové organizace zdravotně postižených a chronicky nemocných občanů, především Národní rada zdravotně postižených v ČR  
termíny: stanovují se ad hoc se schvalováním úkolů a průběžně se hodnotí jejich plnění.
- 13.2.2: Pokračovat v realizaci Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením  
odpovědnost: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany  
spolupráce: zúčastněné resorty a organizace zdravotně postižených a chronicky nemocných občanů  
termíny: stanovují se ad hoc se schvalováním úkolů a průběžně hodnotí jejich plnění ve spolupráci se sekretariátem Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, který pracuje při Úřadu vlády ČR.
- 13.2.3: Nadále vyhlašovat dotační programy zaměřené na podporu zdravotně postižených v ČR, zejména:  
- Program podpory občanských sdružení a humanitárních organizací,  
- Program veřejně prospěšných aktivit občanských sdružení zdravotně postižených občanů a  
- Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. (Vychází ze stejnojmenného Národního plánu a je určen především na podporu projektů, které nemohou být dotovány z výše uvedených programů).  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: všechny resorty, především MPSV, MŠMT a nositelé úkolů - dotované organizace zdravotně postižených a chronicky nemocných občanů.  
termíny: vyhlašování dotačních programů a ostatní termíny upravuje usnesení vlády k hlavním oblastem státní podpory vůči nestátním neziskovým organizacím.

- 13.2.4: Příprava zákonné úpravy „ucelené“ rehabilitace osob se zdravotním postižením  
odpovědnost: MPSV  
spolupráce: MZ, MŠMT  
termíny: 2005
- 13.2.5: Zajistit aktivity související s Evropským rokem zdravotně postižených, který byl EU vyhlášen na rok 2003  
odpovědnost: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany  
spolupráce: MZ, MPSV  
termíny: 2003

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- objemy finančních prostředků určených na podporu zdravotně postižených v ČR.

**Dílčí úkol č. 13. 3.**  
**Úrazy v domácnosti a na pracovišti omezit tak jak to specifikuje dílčí úkol č. 9. 2.**

Úkol bude řešen v rámci dílčího úkolu č. 9.2.

**Dílčí úkol č. 13. 4.**  
**Zajistit, aby nejméně 50 % dětí mělo příležitost zařadit se do mateřských škol podporujících zdraví a 95 % do základních škol podporujících zdraví**

**Současný stav :**

Evropský program SZO Škola podporující zdraví (dále jen „ŠPZ“) se v ČR realizuje jako koordinovaná síť certifikovaných škol mateřských a základních. Národní program ŠPZ je v domácích poměrech a v evropské síti hodnocen jako efektivně vedená aktivita podpory zdraví. Pro samotný proces početního nárůstu účasti škol v programu ŠPZ jsou však možnosti resortu zdravotnictví již dnes limitovány. Vliv programu ŠPZ na žáky a učitele se projevuje pozitivními změnami sociálního prostředí ve škole, odpovědnějším způsobem chování ke zdraví a novými dovednostmi v zacházení se zdravotními riziky. Finanční zdroje pro činnosti spojené s realizací programu ŠPZ jsou získávány částečně z účelově vázaných prostředků SZO a částečně z nabídky grantů, především Národního programu zdraví. Činnost ŠPZ není zabezpečena stálou dotací ze státního rozpočtu. V rámci daných možností byly dosaženy první výsledky v oboustranné spolupráci resortu zdravotnictví a MŠMT a jeho institucemi na konkrétních úkolech.

Dlouhodobý proces početního nárůstu ŠPZ bude probíhat zhruba ve třech etapách:

1. etapa: síť certifikovaných ŠPZ (koordinována zpočátku z centra, později na úrovni krajů), má za úkol připravovat podmínky pro vznik hnutí škol identifikujících se s programem;
2. etapa: vzniká hnutí ŠPZ, které jsou v kontaktu s příslušnou krajskou sítí certifikovaných ŠPZ a připravují svůj školní vzdělávací program cíleně podle modelového programu ŠPZ;

3. etapa: prakticky všechny školy se orientují na podporu zdraví tím, že si vypracovávají školní vzdělávací program podle státních rámcových vzdělávacích programů (dále jen „RVP/ZŠ a RPPV/MŠ“), v němž se již uplatňují požadavky z oblasti podpory zdraví.

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

- 13.4.1: Pokračovat v koordinaci a obnovování sítě certifikovaných ŠPZ (modelové školy, příklady dobré praxe) – s perspektivou přenosu jejich koordinace z centra na kraje  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŠMT, MV, územní samosprávné celky, SZÚ  
termíny: do roku 2005
- 13.4.2: Připravit a realizovat začlenění státní správy a samosprávy na úrovni krajů do odpovědností při koordinaci aktivit ve prospěch rozšiřování počtu škol (ZŠ a MŠ), které se na jejich území budou programově orientovat na podporu zdraví.  
odpovědnost: MV, územní samosprávné celky  
spolupráce: MŠMT, krajsí koordinátoři podpory zdraví ve školách  
termíny: do konce roku 2003, aby v roce 2004 již převzali plnou odpovědnost;  
v dalším období (2005-2015) všechny aktivity opakovat a obnovovat.
- 13.4.3: Implementovat podporu zdraví do škol pomocí státních rámcových vzdělávacích programů - RPPV (MŠ) a RVP (ZŠ), v nichž jsou filozofie a principy programu Škola podporující zdraví a témata podpory zdraví zahrnuty  
odpovědnost: MŠMT  
spolupráce: SZÚ  
termíny: první etapa do začátku implementace 2003 v MŠ a do 2004 v ZŠ; ověřování a revize v tří až čtyřletých cyklech.
- 13.4.4: Zavést tematiku podpory zdraví a metodiku tvorby školního vzdělávacího programu do programů dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků (DVPP) v pedagogických centrech  
odpovědnost: MŠMT  
spolupráce: MZ, SZÚ  
termíny: moduly budou vypracovány a nabídnuty do r. 2003;  
v dalších letech se moduly cyklicky zkoušejí, evaluují a revidují do r. 2010
- 13.4.5: Vytvořit podmínky pro zavedení výchovy k podpoře zdraví do studijního programu středních pedagogických škol a do pregraduální přípravy učitelů (pro společný základ i pro nové aprobace spojené s novými vzdělávacími obsahy RVP a RPPV)  
odpovědnost: MŠMT  
spolupráce: SZÚ, Českomoravská psychologická společnost, sekce psychologie, Česká společnost dorostového lékařství ČLS JEP  
termíny: do roku 2004 vydat učební text pro PF, do roku 2005 ověřit první modelové programy, další cyklus do roku 2007, všechny PF a v celém cyklu do roku 2010

- 13.4.6: Připravit školní inspektory MŠ a ZŠ v celé síti ČŠI na evaluaci programu ŠPZ ve všech třech etapách procesu nárůstu počtu škol podporujících zdraví (ŠPZ v síti, ŠPZ v hnutí, podpora zdraví prostřednictvím RVP/RPPV)  
 odpovědnost: MŠMT  
 spolupráce: MZ, SZÚ  
 termíny: 2003 indikátory evaluace ŠPZ a první cyklus kurzů, 2004 opakování pro nové inspektory, 2005 souhrnná inspekční zpráva
- 13.4.7: Rozvíjet poznatky v oblasti podpory zdraví ve škole jako součást mezioborové vědecké disciplíny, zabývat se evaluací efektivity programu podpory zdraví ve školách a výzkumným řešením problémů teoretických i z praxe škol, zvláště ŠPZ  
 odpovědnost: MZ  
 spolupráce: MŠMT, SZÚ, Česká společnost dorostového lékařství ČLS JEP, subkatedra dorostového lékařství IPVZ  
 termíny: termín prvního vydání VŠ učebnice do konce roku 2003, výzkum každým rokem po 10 let: 2003 metodika a první šetření, 2008 poslední šetření, publikace s ročním intervalem
- 13.4.8: Pokračovat ve sbližování programů pro školy, které se týkají otázek trvale udržitelné kvality života a snaží se pro to vytvářet podmínky (program MŠMT pro prevenci sociálně patologických jevů, environmentální program MŽP a další)  
 odpovědnost: MŠMT  
 spolupráce: MZ, MŽP  
 termíny: průběžně pokračovat s programem prevence soc. patologických jevů, do roku 2003 dosáhnout podobného výsledku u environmentálního programu
- 13.4.9: Rozšiřovat pravidelně informace o programu podpory zdraví do sítě škol v ČR prostřednictvím zavedených tištěných periodik a webových stránek  
 odpovědnost: MZ, MŠMT  
 spolupráce: SZÚ  
 termíny: průběžně, vlastní časopis od roku 2004

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

- počet základních a mateřských škol přihlášených do sítě ŠPZ,
- počet ZŠ a MŠ, které se staly akreditovanými vzdělávacími středisky podpory zdraví,
- počet krajů, v nichž začal pracovat koordinátor podpory zdraví ve školách,
- počet dotovaných programů v každém kraji,
- počet akreditovaných programů krajských pedagogických center (PC), jejichž součástí je podpora zdraví a program ŠPZ a semináře „učíme se podpoře zdraví navzájem“,
- počet VŠ, které začlenily a akreditovaly podporu zdraví do svých studijních programů,
- počet inspektorů ZŠ a MŠ podle inspekčních regionů, kteří prošli kurzem programu,
- počet finančně dotovaných výzkumných projektů na úrovni resortů MŠMT a MZ,
- procento dětí, které navštěvují školy zapojené do hnutí ŠPZ.

### **Dílčí úkol č. 13. 5.**

**Dosáhnout, aby nejméně 50 % měst, městských oblastí a komunit bylo aktivními členy sítě Zdravých měst či Zdravých komunit**

#### **Současný stav:**

Přes aktivní činnost Národní sítě Zdravých měst ČR (dále jen „NSZM ČR“), která byla založena v roce 1994 a nyní zastřešuje 31 měst, není přijímání zdravotních politik a plánů na místní úrovni běžným prvkem municipalit v ČR.

V posledních letech dochází k nárůstu zájmu představitelů měst i veřejnosti v ČR o mezinárodní Projekt Zdravé město SZO, což se projevilo i v počtu členů národní sítě - nárůst o 20 měst za 7 let. V pokrytí populace je situace poměrně příznivá, ve Zdravých městech ČR nyní žije 1 080 tisíc obyvatel, což činí zhruba 11 % obyvatelstva ČR. Tento trend však dosud není dostatečný pro splnění úkolu 13.5 stanoveného ve ZDRAVÍ 21 do roku 2015. ZDRAVÍ 21 obsahuje vedle kvantitativních ukazatelů v úkolu 13.5 též sledování kvality managementu podpory zdraví ve Zdravých městech (adekvátně k procesu na národní úrovni), a to v cíli 21. V tomto směru NSZM ČR získala v roce 2001 certifikát kvality SZO, který ji zařadil ke 14 národním sítím na evropské úrovni kvality. Postup NSZM ČR získal ocenění Worldwide Project EXPO 2000 za praktické propojení zdraví a udržitelného rozvoje v managementu měst. Zdravá města ČR postupně přijímají politické deklarace Projektu Zdravé město, které jsou dobrovolným závazkem k realizaci ZDRAVÍ 21 na místní úrovni. Deklaraci dosud přijalo 12, tj. 20 % členských měst. Management podpory zdraví je prováděn prostřednictvím Plánů zdraví (City Health Development Plans), které jsou zpracovány ve 27 městech (85 % členů). Ve všech případech spolupracují města s hygienickou službou jako hlavním odborným partnerem při tvorbě a realizaci Plánu zdraví; do procesu přípravy i realizace místního akčního plánu je silně zapojena veřejnost (v souladu s cílem 21). Zdravá města ČR systematicky implementují prostřednictvím Plánů zdraví doporučení ZDRAVÍ 21; plány zahrnují LEHAP a místní Agendu 21 (podle doporučení OSN - WHO, HABITAT, UNDP ad.). Činnost Zdravých měst ČR je součástí Evropské kampaně udržitelných měst a obcí (ESCTC) a je zahrnuta do připravované Národní strategie udržitelného rozvoje ČR, která bude prezentována na Světovém summitu o udržitelném rozvoji (WSSD) v Johannesburgu na podzim 2002.

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

- 13.5.1: Upravit vstupní podmínky do NSZM ČR tak, aby byly vstřícné vůči zájemcům o členství.  
odpovědnost: NSZM ČR  
spolupráce: Svaz měst a obcí  
termíny: konečný 2003
- 13.5.2: Rozšířit možnost členství v NSZM ČR pro všechny typy municipalit v ČR (obce, městské části, mikroregiony, kraje)  
odpovědnost: NSZM ČR  
spolupráce: MZ, MMR, MDS, územně samosprávné celky  
termíny: konečný 2003
- 13.5.3: Zlepšit propagaci Projektu Zdravé město SZO a Zdravých měst ČR na národní úrovni  
odpovědnost: NSZM

spolupráce: MMR, MŽP, územně samosprávné celky  
termíny: průběžně od 2003

13.5.4: Zlepšit propagaci Zdravých měst na místní úrovni (místní média, regionální státní správa).

odpovědnost: NSZM ČR  
spolupráce: MZ, MŽP, HS, ČEÚ, územně samosprávné celky  
termíny: od 2003

13.5.5: Propagovat aktivity u představitelů měst i veřejnosti v ČR

odpovědnost: kancelář SZO v ČR  
spolupráce: MZ, SZÚ, NSZM ČR  
termíny: průběžně od 2003

13.5.6: Využívat objektivní odborné podklady pro tvorbu lokálních akčních plánů zdraví a životního prostředí ve Zdravých městech ČR

odpovědnost: NSZM ČR  
spolupráce: MZ, MŽP, MDS, SZÚ, HS  
termíny: průběžně od 2003

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

- počet členů NSZM ČR - Zdravých měst ČR (podíl na celkovém počtu měst v ČR (měst nad 20 tis. obyvatel v ČR),
- počet všech municipalit zapojených do NSZM ČR (podíl na celkovém počtu municipalit v ČR),
- procento populace ČR žijící ve Zdravých městech, zapojených do NSZM ČR.

#### **Dílčí úkol č. 13. 6.**

**Zavázat alespoň 10 % středních a velkých firem k dodržování principů zdravé společnosti /firmy**

#### **Současný stav:**

Realizace projektu Zdravý podnik vytyčeného ve strategickém programu MZ, schváleném usnesením vlády ČR č. 273/1992, byla v roce 1995 svěřena Ministerstvem zdravotnictví ČR na základě iniciativy SZO-Euro Národní síti podpory zdraví na pracovišti. Podpora zdraví na pracovišti rozšiřuje ochranu zdraví na závodech o nové pojetí zdravotní výchovy, avšak na rozdíl od ochrany zdraví a bezpečnosti práce, provádění podpory zdraví na pracovišti není podloženo právními předpisy a jedná se tudíž o jakýsi nadstandard. Příslušná infrastruktura je zatím slabá a zejména chybí motivační pobídky pro podniky ze strany státní správy, a to navzdory okolnostem, že podniky v západní Evropě tuto strategii v rostoucí míře využívají pro příznivý vliv na produktivitu a image podniků a prospěch zaměstnance a že úrazové pojišťovny motivují zaměstnavatele vyšší pojistného v závislosti na péči o zaměstnance.

Oficiálně tyto okolnosti vyjádřila Deklarace 3. ministerské konference o životním prostředí a zdraví z června 1999 a její dokument Za dobrou praxi v řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci v podnicích a jiných institucích (dohodnutá zkratka GP-HESME).

I. národní konference s názvem Dobrá praxe v řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci v průmyslových a jiných podnicích, konaná 19.-20. 9. 2001 v Olomouci byla dalším krokem k aktivaci snah o realizaci programů podpory zdraví na pracovišti, na druhé straně však ukázala na úkoly, které je nutno naplňovat, tj. vývoj referenčních ukazatelů efektivity, zabezpečení výcviku a vzdělávání odborníků v jednotlivých oblastech podpory zdraví a vytvoření sítě poradenských služeb a vytváření motivačních podmínek (bonifikace apod.). Důležitým úkolem je také zmapování potřeb pro zajištění a provádění regionálních a místních programů podpory zdraví.

Zajišťování úkolů probíhá za součinnosti odpovědných resortů, především MZ a MPSV a dále zástupců zaměstnavatelů a zaměstnanců.

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

- 13.6.1: Zpracovat návrh zákona o pracovně lékařské péči  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, MDS, SZÚ, Společnost pracovního lékařství ČLS JEP  
termíny: 2003
- 13.6.2: Zpracovat Národní program bezpečnosti a ochrany zdraví při práci  
odpovědnost: MPSV, MZ  
spolupráce: ČÚBP, SZÚ, VÚBP, svazy zaměstnavatelů, odborové svazy, Společnost pracovního lékařství ČLS JEP  
termíny: 2003
- 13.6.3: Zpracovat kritéria a indikátory programu podpory zdraví ve smyslu dokumentů a strategie SZO a EU  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, SZÚ  
termíny: 2003
- 13.6.4: Projednat a vybrat vhodné podniky pro přípravu a realizaci pilotních studií GP-HESME na úrovni ČR a krajů  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, MPO, MDS, ČÚBP, VÚBP, Sdružení pro cenu ČR za jakost, odborové svazy, svazy zaměstnavatelů, SZÚ, HS, územně samosprávné celky  
termíny: 2003
- 13.6.5: Oslovit podniky - nositele ocenění Bezpečný podnik a podniky, které jsou žadateli a nositeli Národní ceny ČR za jakost. Využít jejich zkušeností především z hlediska managementu a pozitivního ovlivnění zaměstnanců i pro program podpory zdraví. Postupně spojit soutěže Bezpečný podnik a Zdravý podnik do jednoho ocenění.  
odpovědnost: MZ, MPSV, MPO, ČÚBP, VÚBP, Sdružení pro cenu ČR za jakost,  
spolupráce: SZÚ, HS  
termíny: 2003
- 13.6.6: Průběžně hodnotit regionální pilotní studie GP-HESME a případné dotváření a doplnění kritérií a indikátorů programů podpory zdraví  
odpovědnost: MZ

- spolupráce: MPSV, MO, územně samosprávné celky, nevládní organizace, SZÚ, HS  
termíny: průběžně 2004-2006  
konečný 2006
- 13.6.7: Ověřit referenční ukazatele výkonnosti řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci umožňující srovnání mezi podniky stejného průmyslového odvětví případně mezi kraji nebo městy, včetně návaznosti na místní komunitní programy.  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, svazy zaměstnavatelů, nevládní a neziskové organizace, SZÚ, HS  
termíny: průběžně  
konečný 2006
- 13.6.8: Podporovat propojení podpory zdraví, péče o zdraví a bezpečnost při práci a vytvoření komplexního a koordinovaného systému řízení a edukace v této oblasti, včetně vytváření vhodných psychosociálních podmínek práce, za účasti organizací zaměstnavatelů, odborů, zdravotních pojišťoven, státní a veřejné správy a nevládních organizací, aby využití dostupných finančních prostředků bylo optimální. K tomu by měly napomoci i návrhy na zákonné úpravy v daňové oblasti, které budou více než v současnosti rozvíjet ochranu a podporu zdraví a posilovat vazby zdravotního, nemocenského a úrazového pojištění na zvýšení stimulace a motivace podniků.  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, ZP, pojišťovny poskytující zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu, svazy zaměstnavatelů, odborové svazy, poskytovatelé pracovních lékařské péče  
termíny: průběžně  
konečný 2006
- 13.6.9: Na základě zhodnocení pilotních studií GP-HESME a splnění úkolů v předcházejících bodech budou nabídnuty programy podpory zdraví dalším podnikům. Činnost bude zaměřena tak, aby se do roku 2015 nejméně 10 % středních a velkých podniků zavázalo dodržovat principy zdravé společnosti/firmy  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, ZP, pojišťovny poskytující zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu, svazy zaměstnavatelů, odborové svazy, SZÚ, HS  
termíny: průběžně 2006-2015  
konečný 2015
- 13.6.10: Zlepšovat podmínky pro zdravotnické pracovníky z hlediska prevence nemocí z povolání a vysoké psychické zátěže  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: ZP, odborové svazy  
termíny: průběžně

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- počet právnických subjektů, které se přihlásily k aktivitám Zdravý podnik uvedeným pod body 13.6.1 - 13.6.4.

## **CÍL 14: ZDRAVÍ, DŮLEŽITÉ HLEDISKO V ČINNOSTI VŠECH RESORTŮ**

**DO ROKU 2020 BY SI VŠECHNA ODVĚTVÍ MĚLA UVĚDOMIT A PŘIJMOUT SVOJI ODPOVĚDNOST ZA ZDRAVÍ**

Vysoká úroveň zdraví je základním atributem hospodářsky a společensky vyspělého státu. Zdraví obyvatelstva je podmínkou prosperity a vysoká hospodářská úroveň a politická vyspělost naopak pozitivně ovlivňují zdraví. Podpora a ochrana zdraví občanů by proto měly být důležitým kritériem při volbě postupů a strategií jak v ekonomických, tak sociálních resortech. Když všechny resorty budou dbát ve své činnosti na zdravotní hlediska, v řadě případů podpoří své vlastní cíle a podpoří svou práci.

### **Dílčí úkol č. 14. 1.**

**Představitelé resortů, zodpovědní za strategická rozhodnutí, budou orientovat svá opatření a činnosti na příznivý dopad pro zdraví obyvatelstva**

#### **Současný stav:**

Lidé, společnost a její složky včetně resortů dosud dostatečně nevnímají svoji zodpovědnost za zdraví. Za cestu ke zlepšování zdraví národa se často pokládá jen další zdokonalování zdravotnických služeb. Resorty a jiné části státní správy a podnikatelský sektor se většinou starají o zdraví obyvatel a zaměstnanců jen pasivním plněním zákonných normativů na ochranu zdraví, mnohdy se snahou o oddálení povinností nebo o úlevy z povinností. Negativní lobbying někdy znemožňuje přijetí zdravotně prospěšných zákonů.

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

14.1.1: Informace pro vládu o zdravotním stavu obyvatelstva a jeho determinantách  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: ÚZIS, SZÚ, ČSÚ, IZPE  
termíny: 1x ročně počínaje rokem 2004 (za rok 2003)

14.1.2: Analýza vlivu strategických opatření resortů na zdraví obyvatelstva  
odpovědnost: všechny resorty  
spolupráce: MZ  
termíny: průběžně

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

- plán práce vlády,
- podání informace o zdravotním stavu obyvatelstva vládě,
- počet strategických opatření (legislativních aj. výstupů resortu), u nichž byl analyzován dopad na zdraví populace .

#### **Dílčí úkol č. 14. 2.**

**Vytvořit mechanismus pro hodnocení zdravotních důsledků opatření a činností na zdraví, který zajistí, že všechny resorty se trvale budou podílet na společné zodpovědnosti za zdraví.**

#### **Současný stav:**

Zdraví a jeho ukazatele dosud nejsou zahrnuty jako objektivní kritérium úrovně všech zásadních rozhodnutí a činností vlády a resortů. Zdravotní aspekty jsou součástí Akčního plánu zdraví a životního prostředí a systému EIA (Environmental Health Assessment), avšak v neúplné podobě. Vytvoření systémového modelu pro tento typ práce je velmi náročný politicko-organizační úkol.

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

- 14.2.1: Vypracovat, projednat a zavést způsob hodnocení zdravotních důsledků činností resortů a jejich zodpovědnosti za zdraví
- odpovědnost: MZ  
spolupráce: všechny resorty  
termíny: 2004

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

- vydání metody hodnocení zdravotních důsledků strategických resortních rozhodnutí.

## CÍL 15: INTEGROVANÝ ZDRAVOTNICKÝ SEKTOR

**DO ROKU 2010 ZAJISTIT LEPŠÍ PŘÍSTUP K ZÁKLADNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI, KTERÁ JE ORIENTOVÁNA NA RODINU A NA MÍSTNÍ SPOLEČENSTVÍ A OPÍRÁ SE O FLEXIBILNÍ A VHODNĚ REAGUJÍCÍ NEMOCNIČNÍ SYSTÉM**

Cílem SZO je zajištění lepšího přístupu občanů k rodinné a komunálně orientované primární péči, zohledňující věkovou stratifikaci, zajišťující občanům, tedy dětem, mladistvým, dospělým a starým lidem kvalitní péči.

Primární zdravotní péče je integrovanou součástí systému péče a pomoci v komunitě a je podporována odpovědným a flexibilním nemocničním (ústavním) systémem.

Racionální systém doporučení ze strany praktických lékařů a účinná zpětná vazba a podpora ze sekundární a terciární péče jsou předpokladem funkčního systému sdílení péče o pacienta mezi jednotlivými odbornostmi i z hlediska míry specializace.

Nedílnou součástí primární péče je i péče domácí. Její význam umocňuje celosvětový trend k rozvoji integrovaných forem péče a pomoci v komunitě, snaha o humanizaci a individualizaci systému zdravotní a sociální péče, tlak na snížení incidence vzniku nosokomiálních nákaz, snížení finančních nákladů spojených s hospitalizací a společenská podpora rozvoji domácí hospicové péče určené klientům v terminálním stadiu života.

Racionální systém činnosti praktických lékařů a její návaznost a účinná zpětná vazba na sekundární a terciární péči jsou předpokladem funkčního systému péče o pacienta a jejího efektivního poskytování z hlediska jednotlivých odborností a míry specializace.

### Dílčí úkol č. 15. 1.

**Vytvořit ucelený systém primárních zdravotních služeb, který zajistí návaznost péče v podobě účinné a nákladově efektivní struktury, vzájemné interakce a zpětné vazby se sekundárními a terciárními nemocničními službami**

#### **Současný stav:**

Stupeň integrace zdravotnických služeb se v různých systémech péče o zdraví výrazně liší jak podle místa, tak i v čase. ČR je toho téměř ukázkovým příkladem. Před začátkem transformace zdravotnictví na počátku 90. let byl český systém péče o zdraví formálně plně integrovaný, neexistovala zde samostatná zdravotnická zařízení. Naopak, všechna byla zahrnuta do rozsáhlých organizací typu OÚNZ, KÚNZ. To ovšem neznamenalo, že úplná integrace byla plně funkční, naopak, přehnaný centralismus a průvodní rigidita velkých struktur byla jedním z limitujících faktorů dalšího pozitivního vývoje. I proto byla dekompozice rozsáhlých zdravotnických institucí jedním z prvních kroků proměn českého systému péče o zdraví po roce 1990. Ze zpětného pohledu lze konstatovat, že dekompozice proběhla spíše živelně a došlo tak k až ne zcela funkčnímu rozložení soustavy, prakticky až na prvočinitele. Z několika desítek okresních a krajských ústavů národního zdraví, které v sobě spojovaly jak lůžková, tak ambulantní zdravotnická zařízení vzniklo, v průběhu několika málo let (zhruba mezi 1992 – 1995) téměř 25 000 jednotlivých zdravotnických zařízení, nemocnic, léčen, stacionářů, množství individuálních praxí ambulantních specialistů, stomatologů a praktických lékařů. V českém zdravotnictví přežily pouze léty nezbytné a osvědčené

funkční a teritoriální vazby. Dosud se projevují nedostatky a nedořešené otázky ve spolupráci uvnitř jednotlivých etází péče, v pojetí lékařské pohotovostní služby, spádovosti zdravotnických zařízení, vzájemného zastupování zdravotníků, v koordinaci zdravotně sociální péče a pracovně lékařské péče.

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

- 15.1.1: Vytvoření pracovních skupin a příprava zásad a vytvoření programu integrace zdravotnických služeb  
odpovědnost: MZ, územní samosprávné celky  
spolupráce: MPSV, MV, MS, profesní a odborné organizace zdravotníků, ZP, SPLDD, OSPDL, ČLS JEP  
termíny: pracovní skupiny a příprava zásad - 2003  
vytvoření programu - 2004
- 15.1.2: Nový systém sledování kvality integrované zdravotní péče  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, MV, MS, územní samosprávné celky, profesní a odborné organizace zdravotníků, ZP, SPLDD, OSPDL, ČLS JEP  
termíny: konečný termín 2004
- 15.1.3: Informatické zajištění systému integrované zdravotní péče  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, MV, MS, územní samosprávné celky, profesní a odborné organizace zdravotníků, ZP, SPLDD, OSPDL, ČLS JEP  
termíny: konečný termín 2005
- 15.1.4: Vytvoření a zavedení nového systému financování integrované zdravotní péče  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, MV, MS, MF, územní samosprávné celky, ZP, profesní a odborné organizace zdravotníků, SPLDD, OSPDL, ČLS JEP  
termíny: 2006

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

- počet hospitalizací,
- počet nozokomiálních nákaz

#### **Dílčí úkol č. 15. 2.**

**Prioritní postavení práce praktických lékařů a zdravotních sester v rámci integrované primární zdravotní péče, spolupracujících s týmy odborníků z různých zdravotnických oborů, sociální péče, dalších resortů a zástupců místní komunity**

#### **Současný stav:**

Na začátku roku 2002 lze konstatovat, že v ČR jsou praktičtí lékaři stabilní součástí zdravotního systému. Po stránce struktury je zdravotní péče zajišťována dostatečnou sítí

praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost (dále jen praktických lékařů), kteří působí nezávisle jako smluvní lékaři zdravotních pojišťoven. Působí v převážné většině v individuálních praxích, které splňují stanovené podmínky pro poskytování zdravotní péče. Pro praktické lékaře je charakteristická vysoká profesionální organizovanost a pokračující odborná emancipace, posilovaná vzděláváním funkčním dnes na všech stupních, tedy pregraduálním, postgraduálním i celoživotním.

V ČR neplatí systém řízeného přístupu ke specialistům, nicméně praktičtí lékaři tuto roli z velké míry hrají a jsou nejbližšími partnery a rádci pacientů při vstupu do zdravotního systému. Do role strážce zdrojů jsou nepřímo nuceni regulačními nástroji a smluvní politikou zdravotních pojišťoven. Politika pojišťoven také nejvyšší měrou ovlivňuje chování praktických lékařů a jejich motivaci k preferenci různých úkolů, které vyplývají z činnosti praktického lékaře.

Snaha ovlivnit nepříznivou bilanci u některých chorob a stavů se projevuje zvyšováním nároků na praktické lékaře zejména v oblasti sekundární prevence. Praktičtí lékaři jsou tak stále více medicínskými důkazy přesvědčovani k ovlivňování života bezpříznakových osob. Efekt včasného zachytu a depistáže chorob je přímo úměrný motivaci a uvědomění cílových skupin populace.

Část agendy praktických lékařů představuje smluvní činnost pro orgány sociálních služeb a okresní úřady. Řada dalších činností v přímé souvislosti s poskytováním léčebné péče je spíše v sociální oblasti a často klade na lékaře a jeho čas velké nároky. Tato oblast není podepřena smluvně, ani dána oficiální společenskou objednávkou, je u praktického lékaře historicky předpokládána. Existuje tedy rozpor mezi „komplexní péčí praktického lékaře o zdraví svých registrovaných pacientů“ a nasmlouvanou činností s pojišťovkami a institucemi. Negativně ve směru k integraci zde působí přetrvávající trend k individualizaci praxí. Dnes již historické odborně-metodické direktivní řízení oborů primární péče bylo nahrazeno sítí a strukturou profesních a odborných (Odborné společnosti JEP) organizací, jejichž prostřednictvím dochází k přenosu informací i nejvýznamněji k ovlivňování kvality poskytované péče.

Na území republiky působí přes 500 nezávislých agentur domácí péče, které poskytují odbornou péči a služby ve vlastním sociálním prostředí klienta. Jako nový prvek zdravotního systému v 90. letech si domácí péče vytvořila optimální metodické zázemí a dobré předpoklady pro rozvoj. Rozsah a dostupnost této odborné a kvalifikované péče nejsou koncepčně ukotveny a dosud neexistuje jasné a systémově správné vymezení působnosti oboru v dikci platných právních norem. V některých oblastech agentury dosud nejsou zavedeny nebo někteří praktičtí lékaři chybně zaměňují služby svých sester v návštěvní službě se systémem domácí zdravotní péče. Současné nastavení financování domácí péče podporuje vzájemnou konkurenci poskytovatelů.

Součástí primární zdravotní péče v širším slova smyslu jsou i ambulantní gynekologové, stomatologové a lékárenská péče. Do systému primární péče je třeba zařadit i pohotovostní službu mimo ordináční hodiny praktických lékařů a lékárenskou pohotovostní službu. Ta je v současné době předmětem diskuzí.

Nejbližšími spolupracovníky lékařů a sester primární zdravotní péče v sociální oblasti jsou pracovníci pečovatelské služby a další pracovníci obecních (komunitních, komunitárních) sociálních služeb.

Pro vzájemnou koordinaci těchto služeb neexistuje v současné době klíč. Je variabilní a závislá na místních poměrech a aktivitách jednotlivých poskytovatelů. V různých oblastech je i různá nabídka a dostupnost lůžkových (zdravotně) sociálních zařízení.

Metodika „případové konference“ je používána výjimečně nebo experimentálně. Neexistují standardy péče v oblasti zdravotně sociální.

Srovnání se světem je obtížné, protože role a činnosti zdravotníků významně ovlivňuje organizace zdravotní péče, rozsah kompetencí a systém úhrad. Např. ve Velké Británii je model integrace usnadněn existencí integrovaných zdravotních center, kde vedle praktického lékaře pracují další zdravotníci a sociální pracovníci. Jiný model komunitní péče představuje organizace primární péče v Holandsku nebo ve skandinávských zemích. Ve všech jmenovaných zemích působí praktický lékař jako integrující článek v systému primární péče. Je ovšem také řádně finančně i ekonomicky za tuto činnost oceněný.

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

- 15.2.1: Zařadit problematiku integrace zdravotní a sociální péče do vzdělávání zdravotníků (příp. zaměstnanců státní a regionální správy) v komunitní péči, včetně vypracování metodiky vzdělávání  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŠMT, MPSV, VÚPSV, IPVZ, IDVZ, SVL a OSPDL, SPL a SPLDD, ADP ČR, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, ZP, ČLS JEP  
termíny: kurikulum do konce roku 2003, realizace do konce roku 2004
- 15.2.2: Zlepšit orientaci v sociálně zdravotní oblasti pro lékaře v primární péči prostřednictvím standardů pro odborné postupy, v rovině obecné (národní) i praktické (místní)  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, VÚPSV, SPL a SPLDD ČR, SVL a OSPDL, ADP, Centrum pro rozvoj duševního zdraví, ZP, ČLS JEP  
termíny: shromáždění informací a vytvoření návrhu - 2003  
implementace 2004
- 15.2.3: Zavádět případové konference jako prvek kvality v komunitní péči  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, VÚPSV, SVL+SPL, OSPDL+SPLDD, ADP ČR, Centrum pro rozvoj duševního zdraví, IPVZ, IPVZ, ZP, ČLS JEP  
termíny: obecná metodika do konce roku 2003, implementace během 2004 -5
- 15.2.4: Posilovat a sledovat efektivitu preventivních programů v primární péči: ovlivňování postojů a motivací praktických lékařů i cílové populace k státem podporovaným programům sekundární prevence (depistáž kolorektálního karcinomu). Monitoring depistáže a sledování zvolených ukazatelů efektivity programu v ordinacích praktických lékařů. Udržení vysokého standardu očkování a preventivních prohlídek v dětském věku. Sledování efektivity preventivních prohlídek monitorováním záchytu zjištěných vad a chorob.  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: SVL, OSPDL, SPL, SPLDD, ČPS, Katedra pediatrie IPVZ, ZP, ČLS JEP  
termíny: 2003 - 2006

15.2.5: Ustavit a rozvíjet činnost Center praktických lékařů a Krajských center praktických lékařů.

(Centrum praktických lékařů (CPL) sdružuje odborné společnosti (SVL a OSPDL ČLS JEP) a profesní sdružení (SPL a SPLDD ČR) dvou základních odborností primární zdravotní péče. Úzce spolupracuje se vzdělávacími institucemi (Katedra VL a Katedra pediatrie IPVZ, katedry nebo oddělení VL lékařských fakult). Krajská centra jsou koncipována v návaznosti na CPL, přirozeně nahrazují metodicko-organizační strukturu oborů bez sankční agendy a měla by se uplatnit v přenosu informací a koordinaci činností. Součástí zadání těmto centrům je i uplatňování programů kvality na úrovni regionu a podpora úkolů 15.2.1., 15.2. 2, 15.2.3 a 15.2.4 na regionální úrovni.)

odpovědnost: MZ

spolupráce: IPVZ, ADP ČR, SVL, OSPDL, SPL, SPLDD, Regionální správa, ZP, ČLS JEP

termíny: funkční činnost CPL v roce 2002-2003, krajských center 2002-2005

15.2.6: Koncepce postavení rodinného lékaře v ČR

(V současné době neexistuje v ČR žádný naléhavý důvod ani vnější tlak ke změně v poskytování primární zdravotní péče ve smyslu zavedení jediného praktického - rodinného lékaře. Nicméně racionální diskuse na toto téma, zahrnující analýzy kvality poskytované péče, demografického vývoje společnosti, nákladovosti, potřeb profesionálů, regionálních rozdílů a mezinárodních trendů, by měla probíhat a je v zájmu a v konsensu zástupců obou odborností.)

odpovědnost: MZ

spolupráce: SVL ČLS JEP, OSPDL ČLS JEP, IPVZ, SPL a SPLDD ČR, Pediatrická společnost ČLS JEP, ZP

termíny: 2002-2003

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

- počty provedených TOKS (test okultního krvácení)

#### **Dílčí úkol č. 15.3.**

**Zahrnout do poskytování zdravotní péče podíl občanů a respektovat i podporovat jejich roli jako spoluvůrců péče o zdraví**

#### **Současný stav:**

Žádoucí participace občanů na podpoře, ochraně a rozvoji vlastního zdraví i zdraví spoluobčanů je zatím na nevyhovující úrovni. Základní příčiny tohoto stavu tkví v dlouhodobém předchozím paternalistickém a resortně chápaném pojetí péče o zdraví a s tím souvisejícím nedoceněním hodnoty zdraví na všech úrovních společenské hierarchie. Důsledkem je nedostatečný zájem o vytváření podmínek a nástrojů k potřebnému pozitivnímu ovlivňování determinant zdraví ve sféře politické, ekonomické, ekologické, výchovné i v oblasti konkrétního způsobu života každého jednotlivce, rodiny a místních komunit.

Významnou roli v realizaci daného úkolu má resort zdravotnictví. Ten musí prostřednictvím výzkumu a jeho výsledků získávat potřebné poznatky, plnit úlohu zdroje kvalifikovaných

informací, iniciovat žádoucí aktivity mimo zdravotnictví a zabezpečovat potřebná odborná opatření v rámci zdravotnictví. Z této jeho role pramení jeho vztahy k ostatním resortům, zákonodárným orgánům, orgánům státní správy a samosprávy, institucím a občanským iniciativám.

Veškeré aktivity k naplnění tohoto úkolu musí být průběžné a soustavné. Jejich skutečným výsledkem musí být posílení potenciálu zdraví obyvatel, snížení prevalence chorobných stavů v populaci, posléze pak dosažení takových hodnot základních ukazatelů zdravotního stavu, které by byly plně srovnatelné s vyspělými státy světa.

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

- 15.3.1: Dosáhnout trvalé, kvalifikované, zdůvodněné a srozumitelné informovanosti občanů i orgánů a institucí, podílejících se na ovlivnění zdravotního stavu obyvatelstva, o možnostech a způsobech zdravého způsobu života a vytváření zdravého prostředí, pomáhat lidem a zejména rizikovým skupinám v návaznosti na jejich hodnotovou a kulturní orientaci zprostředkovat výměnu pozitivních zkušeností v péči o své vlastní zdraví  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MK, územní samosprávné celky, odborné společnosti JEP, ČLS, SZÚ, HS, patientské organizace, ZP  
termíny: průběžně
- 15.3.2: Cílevědomě a trvale vytvářet objektivní podmínky pro podporu, ochranu a návrat zdraví a aktivovat motivační nástroje k žádoucímu využívání získaných informací i daných podmínek k podpoře a ochraně zdraví  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: územně samosprávné celky, odborné společnosti JEP, ČLS, SZÚ, HS, patientské organizace, ZP  
termíny: průběžně
- 15.3.3: Věnovat pozornost zejména rodinám a poskytování zdravotní péče na komunitní úrovni a přispívat k rozvoji svépomocných občanských iniciativ reagujících na zdravotní potřeby občanů  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, územní samosprávné celky, odborné společnosti ČLS JEP, patientské organizace, ZP  
termíny: termíny - průběžně
- 15.3.4: Získávat připomínky občanů k činnosti zdravotnického systému a využívat je ke zlepšení kvality zdravotní péče a ke zvýšení spokojenosti občanů s poskytovanými zdravotnickými službami. Studovat zdravotní potřeby jednotlivců i dílčích sociálních skupin a citlivě na ně reagovat jak ve zdravotní politice, tak v praxi.  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, územní samosprávné celky, VÚPSV, odborné společnosti ČLS JEP, patientské organizace, ZP  
termíny: průběžně
- 15.3.5: Vytvořit legislativní a organizační podmínky pro implementaci zásadních ustanovení Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod

odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, Rada vlády pro lidská práva, ZP  
termíny: 2004

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- antropologické ukazatele vývoje dětí a mládeže,
- počet poskytovatelů komunitních sociálně zdravotních služeb a svépomocných skupin

## **CÍL 16: ŘÍZENÍ V ZÁJMU KVALITY PÉČE**

**DO ROKU 2010 ZAJISTIT, ABY ŘÍZENÍ RESORTU ZDRAVOTNICTVÍ OD ZDRAVOTNÍCH PROGRAMŮ AŽ PO INDIVIDUÁLNÍ PÉČI O PACIENTA NA KLINICKÉ ÚROVNI BYLO ORIENTOVÁNO NA VÝSLEDEK**

Přelom tisíciletí je v hospodářsky vyspělém světě ve všech oblastech lidské činnosti ve znamení stoupajícího významu kvality - jakosti. Nízká cena a množství produktu na trhu již v silné konkurenci nestačí. Poptávka je především po zboží a službách poskytovaných ve správný čas, na správném místě, za nejvýhodnější cenu a v dokonalé kvalitě. Tato tržní premisa je platná v nejširším slova smyslu i ve zdravotnických službách.

### **Dílčí úkol č. 16. 1.**

**Účinnost hlavních zdravotních programů hodnotit podle dosaženého zdravotního přínosu. Výběr postupů ke zvládnutí individuálních zdravotních problémů se bude opírat o porovnání zdravotních výsledků a nákladů**

#### **Současný stav:**

ČR neměla v minulých letech s výjimkou národní zdravotnické statistiky (ÚZIS) žádné institucionální nástroje pro měření výsledků péče. Rovněž hodnocení nákladů jednotlivých případů bylo až dosud předmětem spíše menších, individuálních projektů, které nebyly koordinovány na úrovni vládních autorit. Vytvořením Rady pro kvalitu ve zdravotnictví, ustanovením Centra pro řízení kvality ve zdravotnictví a definováním několika klíčových programů kvality jsou vytvořeny institucionální podmínky pro měření efektivity na úrovni vlády. Díky dezintegraci poskytovatelů i plátců zdravotní péče je obtížný sběr a koncentrace důležitých údajů. Chybí pohled na celý proces péče o pacienta včetně období, kdy je poskytována sociální péče, chybí propojení informací z domény zdravotní a sociální péče. Je dosud nedostatečná integrující role praktického lékaře. Porovnávání zdravotních výsledků a nákladů je obtížné a nelze jej prakticky objektivním způsobem provádět.

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

16.1.1: Implementovat objektivní metody měření výsledků a nákladů péče. Hodnotit spokojenost pacientů s péčí v oblasti klíčových problematických skupin onemocnění při zajištění ochrany osobních údajů a respektování práv pacientů. Tvorba standardů návaznosti procesů léčebné péče.

odpovědnost: MZ

spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, Rada pro kvalitu ve zdravotnictví, IPVZ Praha, NKZP, ZP, NKZP

termíny: průběžně roční kontrolní zprávy  
konečný - závěrečná zpráva v roce 2010

- 16.1.2: Vytvořit transparentní právní rámec umožňující metodicky jednotným způsobem zabezpečit sledování a vyhodnocování kvality a efektivity poskytované zdravotní péče v oblasti veřejného zdravotnictví, včetně sociálních služeb  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, IPVZ Praha, NKZP, ZP  
termíny: průběžně roční kontrolní zprávy  
konečný - závěrečná zpráva v roce 2010
- 16.1.3: Zavést jako základní nástroje pro volbu efektivních léčebných postupů kritické vyhodnocování zdravotnických technologií  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, NKZP, ZP  
termíny: 2003

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- kvalita života podle metody Euro QoL,
- průměrné náklady na případ,
- průměrná doba léčení,
- celkový nemocniční stupeň úmrtnosti (lokalita),
- pooperační mortalita,
- celková dětská úmrtnost.

**Dílčí úkol č. 16. 2.**

**Vytvořit celostátně platný mechanismus, jak kontinuálně monitorovat a rozvíjet kvalitu péče alespoň deseti hlavních onemocnění. Tento mechanismus by měřil i faktor zdravotního dopadu, úspornosti a spokojenosti pacientů**

**Současný stav:**

Přechod empirické medicíny na kauzální medicínu a ekonomické limity zdravotní péče si vyžadují zásadní změny ve způsobu poskytování zdravotní péče, v myšlení a chování pacientů, poskytovatelů a plátců i v přístupu státní správy. Prioritou se stává kvalita poskytovaných služeb, její zajišťování a kontinuální zvyšování včetně měření, vyhodnocování a porovnávání získaných dat pomocí standardizovaných postupů. Systémy zdravotní péče tak na celém světě usilují o naplnění stejného cíle a řeší přitom stejný problém. Oním cílem je poskytování kvalitní zdravotní péče. Přitom pojem „kvalitní“ v sobě obsahuje především schopnost uspokojit potřeby pacientů, tedy přinášet očekávaný užitek, ale i objektivně definovaný a měřitelný užitek vyjádřený standardizovanou potřebností a experty očekávaným, tedy obvyklým výsledkem péče. Není dosud plně doceněna spolupráce pacienta při sledování a zvyšování kvality zdravotní péče. Autorita pacientů je minimální při hodnocení jednotlivých zdravotnických zařízení.

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

- 16.2.1: Implementovat objektivní metody měření kvality výsledků péče v oblasti klíčových problematických skupin onemocnění, při zajištění ochrany osobních údajů. Tvorba doporučených postupů a klinických standardů. Edukace, certifikace a akreditace poskytovatelů. Další rozvoj programů kvality. Implementace efektivnějších metod financování
- odpovědnost: MZ
- spolupráce: Rada pro kvalitu ve zdravotnictví, Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, management zdravotnických zařízení, IPVZ Praha, NKZP, ZP, NKZZP
- termíny: průběžné - roční kontrolní zprávy  
konečný - závěrečná zpráva v roce 2010
- 16.2.2: V souladu se zaváděním akreditačního systému ve zdravotnictví zajistit změnu legislativy umožňující periodické vyhodnocování kvality diagnostické a léčebné péče na pracovištích všech stupňů poskytované lékařské péče. Vytvořit účinné mechanismy zajišťující kontinuální rozvoj kvality.
- odpovědnost: MZ
- spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, NKZP, ZP
- termíny: 2004
- 16.2.3: Definovat alespoň 5-10 hlavních onemocnění a zdravotních problémů, které by se měly stát předmětem monitorování:
- nádorová onemocnění, kardiovaskulární onemocnění, úrazy, infekční choroby, postižení pohybového aparátu, duševní poruchy a návyková onemocnění, metabolická onemocnění s důrazem na diabetes mellitus, život ohrožující stavy v intenzivní péči vyžadující postupy orgánové podpory (sepsy, polytrauma v relaci incidence, výsledku, nákladů), problematika zdravotně postižených, péče o seniory, péče o transplantované, péče o novorozence patologické a s nízkou porodní hmotností, hodnocení technologií výrazně zvyšujících kvalitu života a snižujících následné dávky sociálního pojištění v souvislosti s onemocněním (intervenční kardiologie), dlouhodobé a sociální hospitalizace - jejich diferenciaci z hlediska péče a financování a zahájení práce na tvorbě národních registrů sloužících ke sledování vývoje výše uvedených stavů.
- odpovědnost: MZ
- spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, management zdravotnických zařízení, IPVZ Praha, ÚZIS, ZP, NKZP
- termíny: průběžné - roční kontrolní zprávy  
konečný - závěrečná zpráva v roce 2010

16.2.4: Vypracovat systém kontinuální podpory účelné farmakoterapie:

- sběr dat o preskripci ve vazbě na typ a vstupní indikátory léčeného stavu, jejich statistické, medicínské a ekonomické vyhodnocení,
- ošetřujícím lékařům poskytovat rozbor preskripce, včetně srovnání s kolegy zajišťujícími obdobný typ léčebné péče,
- vytvářet srozumitelné návody na správnou léčbu alespoň u 5-10 hlavních onemocnění, tyto distribuovat a prosazovat v praxi,
- identifikovat nesprávné preskripční návyky, příslušné lékaře na ně upozorňovat, doškolovat a motivovat k účelné preskripci,
- poskytovat nezávislé informace o lécích a jejich skutečné léčebné hodnotě vycházející z principů kritického vyhodnocování zdravotnických technologií,
- monitorovat přehled farmakoterapie konkrétních pacientů, zapojit do sledování a vyhodnocování farmakoterapie včetně samoléčitelství lékárníky (prostřednictvím lékových záznamů pacienta)

odpovědnost: MZ

spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, NKZP, ZP, ČLÉK

termíny: v roce 2003 - zveřejnění koncepce a zřízení základních struktur  
v roce 2004 - pilotní projekt, nastartování celého systému, poté průběžně vyhodnocovat každý rok

16.2.5: Zřídit a spravovat národní zdravotní registry a vytvářet podmínky pro jednotný sběr relevantních dat kvality a efektivity poskytované péče

odpovědnost: MZ

spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, NKZP, ZP

termíny: 2004 a průběžně

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

- ukazatele budou zařazeny na základě výsledků plnění aktivit k dílčímu úkolu 16.2.

### **Dílčí úkol č. 16. 3.**

**Zlepšit výsledky zdravotní péče nejméně u pěti z vybraných nemocí a definovat rostoucí spokojenost pacientů s kvalitou služeb a respektování práv pacientů**

### **Současný stav:**

Nalezení rovnováhy mezi dosahováním požadované kvality péče a nezbytnou spotřebou dostupných zdrojů je společným problémem. Ve vyspělých zemích pacienti a plátcí péče - tedy pojišťovny a stát očekávají, že v jejich zdravotnických zařízeních bude poskytována kvalitní zdravotní péče „za dobrou cenu“ - při respektování práv pacientů. ČR tento trend plně akceptuje a v souvislosti s ekonomickými limity požaduje od poskytovatelů zdravotní péče předkládání důkazů o kvalitě jimi poskytované péče. Není dosud všude dostatečně sledována spokojenost pacientů ani respektování práv pacientů.

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

16.3.1 Zavést šetření QoL u kritických stavů dle metody Euro QoL. Hodnotit spokojenost pacientů dle Pickera a respektovat práva pacientů. Realizovat specifické projekty pro jednotlivé zdravotní problémy. Tvorba standardů návaznosti procesů léčebné péče. Posílení integrující role praktického lékaře. Vytvoření komunikace mezi poskytovateli.

odpovědnost: MZ

spolupráce: Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, odborné společnosti ČLS JEP, management zdravotnických zařízení, ZP, Česká asociace sester, ÚZIS, IPVZ Praha, NKZP

termíny: průběžné - roční kontrolní zprávy  
konečný - závěrečná zpráva v roce 2010

16.3.2: Zlepšit kvalitu služeb zavedením modelu celkového řízení jakosti v oblasti zdravotnictví, a to na základě sběru dat, měření výkonnosti a správného nastavení úhrady poskytované péče

odpovědnost: MZ

spolupráce: MF, Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví, NKZP, ZP

termíny: 2003 a průběžně

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

- ukazatele budou zařazeny na základě výsledků aktivit k dílčímu úkolu 16.3.

## **CÍL 17: FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB A ROZDĚLOVÁNÍ ZDROJŮ**

**DO ROKU 2010 ZAJISTIT TAKOVÝ MECHANISMUS FINANCOVÁNÍ A ROZDĚLOVÁNÍ ZDROJŮ PRO ZDRAVOTNICTVÍ, KTERÝ BUDE SPOČÍVAT NA ZÁSADÁCH ROVNÉHO PŘÍSTUPU, EFEKTIVITY, SOLIDARITY A OPTIMÁLNÍ KVALITY**

Hlavním strategickým cílem ve zdravotnictví je zlepšení zdravotního stavu obyvatel tak, aby bylo v hlavních parametrech dosaženo kompatibility s průměrem států EU. Hlavními prostředky k dosažení tohoto cíle je optimalizace funkce a struktury zdravotnické soustavy z hlediska zajištění dostupnosti, návaznosti a kvality zdravotní péče a zefektivnění rozdělování finančních prostředků a jejich využívání.

Z hlediska výdajů na zdravotní péči se nejedná jen o potřebu navýšení finančních zdrojů, ale zejména o zvyšování efektivity systému poskytování služeb a efektivní alokaci nákladů zdravotní péče. Současný systém úhrad zdravotní péče neodpovídá plně požadavku efektivního a ekonomického chování poskytovatelů zdravotní péče - existuje vysoký počet ambulantních kontaktů a akutních lůžek. V oblasti financování a zdravotního pojištění budou transformační kroky směřovat k restrukturalizaci veřejných zdrojů. V zájmu efektivního financování je nutné uplatňovat strategická rozhodování o rozmisťování zdrojů do jednotlivých segmentů zdravotní péče, včetně přehodnocení stávajícího způsobu úhrad a vypracování a zavedení nových způsobů úhrad pro lůžková a ambulantní zdravotnická zařízení. Je nezbytné optimalizovat cenové hladiny a rozsah zdravotních výkonů plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění ve vztahu k možnostem zdrojů veřejného zdravotního pojištění a k potřebám zajištění adekvátní úrovně zdravotní péče. Měl by být zdokonalen mechanismus stanovení úhrady zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

### **Dílčí úkol č. 17.1.**

**Výdaje na zdravotní služby musí být adekvátní a odpovídat zdravotním potřebám obyvatelstva**

#### **Současný stav:**

Výdaje na zdravotnictví v evropském regionu se pohybují v rozmezí 3,1-10,7 % z HDP. V ČR tvoří podle různých metodik 6,7-8,5 % z HDP, což odpovídá střednímu evropskému standardu. Protože i vývoj základních indikátorů zdravotního stavu a výsledků zdravotní péče (střední délka života a novorozenecká úmrtnost) je příznivý, mohlo by se zdát, že výdaje na zdravotní služby jsou dostatečné. Proti tomu ovšem stojí relativně vysoká pracovní neschopnost, vysoká úmrtnost na kardiovaskulární choroby, nádory a úrazy, nízká dostupnost služeb, zvyšujících kvalitu života (ortopedická operativa, domácí péče, zdravotně sociální péče o staré lidi), investiční zanedbanost nemocnic a vysoká míra nespokojenosti pracovníků ve zdravotnictví, zejména pokud jde o mzdovou úroveň.

Pokud se navíc berou v úvahu průzkumy veřejného mínění, které ukazují vysoké postavení zdraví a dostupnosti zdravotnických služeb v hierarchii hodnot a kombinují-li se s možnostmi současné medicíny poskytovat prokázaný zdravotní efekt i v oblastech těch technologií, které nejsou tč. v ČR ufinancovatelné (např. léky na Alzheimerovu chorobu, dostatečná operativa velkých kloubů, transplantace kostní dřeně, spinální operativa, invazivní léčba akutních infarktů myokardu, onkologické screeningové programy aj.), výdaje adekvátní nejsou.

Z pohledu adekvátnosti výdajů na zdravotní služby by zlepšení nemuselo nutně znamenat jenom požadavek na navyšování finančních zdrojů, ale také na zlepšování efektivity systému poskytování služeb, která je nízká (vysoký počet ambulantních kontaktů, vysoký počet akutních lůžek, nedostatečná domácí péče, geograficky nerovnoměrné rozložení kapacit, služeb a nákladů aj.). Oprávněné poukazování politiků na neefektivnost systému brání v této situaci rozvinutí diskuze o možném přehodnocení priorit v alokaci zdrojů. Zvýšení % HDP, plynoucího do zdravotnictví, je v této atmosféře proto nemožné, i když by bylo pro životní standard občanů země prospěšné. Zvýšení efektivity systému poskytování zdravotních služeb je tudíž třeba považovat za prioritu plnění úkolu a teprve potom se stane politicky průchodným znovu diskutovat o absolutním navyšování finančních zdrojů.

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

- 17.1.1: Zvýšit míru odpovědnosti občana za své zdraví  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, MŠMT, SZÚ, ZP a ostatní organizace poskytovatelů zdravotní péče, Asociace nemocnic ČR, Asociace českých a moravských nemocnic, PLDD, SPLDD, ÚZIS, NKZP, ČLÉK  
termíny: průběžně v horizontu 5 let
- 17.1.2: Omezit nežádoucí pohyb pacienta v systému  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: SPL ČR, PLDD, SPLDD, ÚZIS, NKZP  
termíny: průběžně v horizontu 5 let
- 17.1.3: Kontrolovat zavádění nových drahých technologií a zajistit jejich plošnou dostupnost v případě financování ze zdravotního pojištění  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: NKZP  
termíny: průběžně v horizontu 5 let
- 17.1.4: Kontrolovat kvalitu (zejména výsledky) ve vztahu k nákladům péče u jednotlivých skupin poskytovatelů  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: Národní referenční centrum DRG, ZP, NKZP  
termíny: průběžně v horizontu 5 let
- 17.1.5: Vytvořit efektivní rozhodovací mechanismus pro alokaci finančních zdrojů ve zdravotnickém systému z pohledu jednotlivých segmentů poskytované péče  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: Národní referenční centrum DRG, ZP, NKZP  
termíny: průběžně v horizontu 5 let

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

- střední délka života a novorozenecká úmrtnost,
- mortalita na kardiovaskulární a onkologická onemocnění a snižování úrazovosti,
- počet lůžek (akutní lůžka, ošetrovatelská lůžka, lůžka sociální péče) a počet ambulantních kontaktů s lékařem,
- náklady a jejich frekvence na jednoho kmenového pacienta v krajích ČR podle jednotlivých segmentů péče a skupiny pacientů dle DRG,
- počty prováděných vybraných výkonů (např. počet kloubních endoprotéz na 1000 kmenových obyvatel podle okresů, % akutních infarktů myokardu léčených invazivně v jednotlivých nemocnicích a dle kmenových obyvatel okresů) a sledování počtu analogických výkonů v ČR a v zahraničí,

### **Dílčí úkol č. 17. 2., 3**

**Rozdělovat zdroje mezi podporu zdraví a jeho ochranu, léčbu a péči, a to na základě posouzení zdravotního výsledku, efektivity a dostupnosti vědeckých údajů**

**Systémy financování zdravotní péče musí garantovat všeobecnou dostupnost, solidaritu a trvalou udržitelnost**

### **Současný stav:**

V ČR platí v současné době zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Tento předpis stanoví práva a povinnosti pojištěnců, vymezuje rámec zdravotního pojištění a principy úhrad zdravotní péče prostřednictvím zdravotních pojišťoven a rozsah zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. V zákoně je zakotven princip solidarity zdravých s nemocnými a ekonomicky aktivních s ekonomicky pasivními pojištěnci. Dále jsou v zákoně zakotvena základní pravidla pro jednání o úhradách zdravotní péče. Na základě těchto pravidel jsou stanovovány způsoby a výše úhrad zdravotní péče a cenová kalkulace jednotlivých výkonů.

Při hodnocení účinnosti a rozsahu zmíněného zákona je třeba konstatovat, že některá ustanovení zaostávají za praxí a vývojem ekonomického systému, úrovní lékařských a léčebných technologií a postupů a rozšiřujícím se spektrem možností v oblasti léků a zdravotnických prostředků. Bylo by třeba zákon i na něj navazující normy nižší právní váhy průběžně aktualizovat.

V současné době jsou úhrady zdravotní péče hrazeny prostřednictvím zdravotního pojištění (jednozdrojové financování). Projekty podpory zdraví a jeho ochrany, rozvoje techniky a technologií (investiční prostředky do zdravotnictví) jsou financovány prostřednictvím státního rozpočtu. K přidělení těchto prostředků na jednotlivé akce jsou na Ministerstvu zdravotnictví zřízeny příslušné kompetenční orgány (odbory), které v rámci daném legislativními pravidly pro tuto oblast zajišťují přidělení, následné využití a kontrolu těchto finančních prostředků.

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

- 17.2.1: Zavést nové formy úhrad zdravotní péče v oblasti ambulantní a hospitalizační  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: ZP, NKZP, PLDD, SPLDD

termíny: průběžně v horizontu 5 let

17.2.2: Zapojit MZ do projektu Phare - úhrady zdravotní péče - DRG

odpovědnost: MZ

spolupráce: ZP, NKZP, PLDD, SPLDD

termíny: průběžně v horizontu 3 let

17.2.3: Kontinuálně sledovat aktualizaci legislativních norem v oblasti zdravotního pojištění a úhrad zdravotní péče s cílem co nejrychlejší novelizace norem stávajících, nebo jejich náhrady normami novými

odpovědnost: MZ

spolupráce: MF, NKZP

termíny: průběžně v horizontu 10 let

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- zavedení DRG do praxe.

## **CÍL 18: PŘÍPRAVA ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ**

**DO ROKU 2010 ZAJISTIT, ABY ODBORNÍCI VE ZDRAVOTNICTVÍ I ZAMĚSTNANCI DALŠÍCH ODVĚTVÍ ZÍSKALI ODPOVÍDAJÍCÍ VĚDOMOSTI, POSTOJE A DOVEDNOSTI K OCHRANĚ A ROZVOJI ZDRAVÍ**

Vzdělávání všech pracovníků ve zdravotnictví je v ČR trvalým předmětem zájmu široké občanské veřejnosti. Do středu pozornosti se dostává především vzdělávání v oblasti ošetrovatelství s cílem přiblížit je systémům osvědčeným ve většině vyspělých zemí. Ale i lékařské fakulty a další vysoké školy hledají moderní formy výuky a modely studia, které by nejlépe odpovídaly budoucím potřebám vzdělání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a ostatních povolání pro zdravotnictví.

### **Dílčí úkol č. 18.1.**

#### **Vzdělání odborné zdravotnické veřejnosti odpovídající zásadám ZDRAVÍ 21**

##### **Současný stav :**

Systém dalšího vzdělání lékařů a dalších zaměstnanců ve zdravotnictví stojí v ČR před velkými změnami souvisejícími mj. s projednáváním nového zákona o způsobilosti k výkonům zdravotnických povolání, který jeho principy přizpůsobuje platným zvyklostem ve vyspělých zemích. Připravovaný návrh se zabývá i otázkou celoživotního vzdělávání, ponechaného především v působnosti profesních komor a odborných společností.

Vzdělávání v oblasti HFA se projevuje v rámci odborné specializace veřejné zdravotnictví. Institucemi pověřenými organizací dalšího vzdělání ve zdravotnictví (IPVZ a IDVPZ) jsou pořádány k programu HFA vzdělávací akce přístupné všem zaměstnancům působícím ve zdravotnictví.

Ve výuce lékařů, sester a porodních asistentek i všech nezdravotnických povolání je kladen zvýšený důraz na otázky etiky a morálky a právního vědomí. Výzkumnými studii je podporováno sledování kouření u lékařů, studentů medicíny i sester a porodních asistentek. Publikované výsledky jsou diskutovány především z hlediska dopadu tohoto fenoménu na ostatní populaci a pacienty. Ve spolupráci MZ s profesními komorami jsou vypracovávány doporučené diagnostické a léčebné postupy, vycházející z nejnovějších poznatků lékařské vědy.

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

18.1.1: Meziresortní spolupráce při úpravě postgraduálního zdravotnického vzdělávání, která by umožnila odborné zdravotnické vzdělávání srovnatelné s ostatními vyspělými zeměmi a akceptovatelné zvláště v zemích Evropské unie.

odpovědnost: MZ

spolupráce: MŠMT, MPSV

termíny: konečný termín úprav v souladu se vstupem ČR do Evropské unie

- 18.1.2: Úprava specializačního vzdělávání zdravotnických povolání v souladu se zásadami Evropské komise o volném pohybu osob a služeb se vzájemným uznáváním diplomů a odborných kvalifikací zdravotnických povolání  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: IPVZ, IDVPZ, NKZP  
termíny: kontrolní termíny průběžně jedenkrát ročně k 30. 6. každého roku
- 18.1.3: Implementace systematického postgraduálního vzdělávání lékařů ve farmakologii jako protiváha jednostranných informací komerčního charakteru  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: SÚKL  
termíny: 2004

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- přijetí zákona o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání.

**Dílčí úkol č. 18. 2.**

**Zavést systém plánování, který zajistí, aby počty a odborné složení zdravotnických pracovníků odpovídalo aktuálním i budoucím potřebám**

**Současný stav:**

Aktuální i budoucí potřeby zdravotnického personálu jsou trvale systematicky sledovány jak z hlediska počtů, tak i z hlediska odborného složení. Gestorem dobře vedené evidence v resortu zdravotnictví v ČR je MZ. Počty lékařů-specialistů pro jednotlivé obory sleduje soustavně ÚZIS, a to včetně věkové struktury odborných lékařů působících v jednotlivých oborech. IPVZ a IDVPZ vykazují počty nových absolventů specializačních zkoušek (atestací) v příslušných oborech lékařů, zubních lékařů a farmaceutů.

Počty lékařů v ČR jsou diskutovány ve vztahu k aktuálním počtům studentů lékařských fakult, popřípadě i počtu těchto fakult. Poslední rozbor nasvědčuje, že zejména ve vztahu k věkové struktuře dnes činných lékařů odpovídají aktuální počty studentů budoucím potřebám lékařů. Naopak počty studujících zubní lékařství bude třeba z výše uvedených důvodů zvyšovat. I počty sester a porodních asistentek v ČR jsou diskutovány ve vztahu k aktuálním počtům studentů. Aktuální potřeba zdravotních sester a nižších zdravotnických pracovníků je již nyní zčásti kryta občany přicházejícími ze zahraničí. Lze předpokládat, že tento trend bude i v příštích letech pokračovat.

Statistické údaje o lékařích působících v jednotlivých oborech má k dispozici rovněž Česká lékařská komora na základě evidence a povinného členství lékařek a lékařů v této stavovské organizaci, jejíž činnost byla v ČR znovuoobnovena v roce 1991. Podobnou evidenci má o svých členech Česká stomatologická komora a Česká lékárnická komora.

**Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

- 18.2.1: Vypracovat a navrhnout systém ukazatelů, který by umožnil soustředit informace i o dalších zdravotnických povoláních (v první řadě v oblasti ošetrovatelství) a v systému integrované sociálně zdravotní péče

odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, ÚZIS, IPVZ, IDVPZ  
termíny: 2004

18.2.2: Uvést systém ukazatelů do funkčního praktického užívání

odpovědnost: MZ  
spolupráce: MPSV, ÚZIS, IPVZ, IDVPZ  
termíny: 2009

18.2.3: Soustavně sledovat počty a odborné složení zdravotnického personálu

odpovědnost: ÚZIS  
spolupráce: MPSV, IPVZ, IDVPZ  
termíny: kontrola 2 x ročně

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

- zaměstnanost zdravotnických pracovníků podle evidence na Úřadech práce a MPSV,
- přehledy zaměstnanosti počtu specialistů a nově získaných specializací,

#### **Dílčí úkol č. 18. 3.**

**Vytvořit systém adekvátní odborné přípravy v oblasti veřejného zdravotnictví se zaměřením na řízení a řešení praktických problémů v České republice**

#### **Současný stav:**

Příprava odborníků pro práci v oblasti veřejného zdravotnictví prošla v předchozích letech významnými změnami. Na většině lékařských fakult byly nově ustaveny ústavy veřejného zdravotnictví, které jsou základnami pro výuku mediků v této oblasti. Pro vzdělávání ve veřejném zdravotnictví v rámci postgraduálního vzdělání je Škola veřejného zdravotnictví v IPVZ. Počty absolventů této školy vykazují mimořádný vzestup a představují procentuálně největší nárůst specialistů ze všech specializačních oborů v dalším vzdělávání.

Obsah výuky je průběžně konzultován předními odborníky v oboru u nás i v zahraničí. Materiály SZO, nyní zejména HFA, představují významnou součást vzdělávání.

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

18.3.1: Sledovat vývoj vzdělání v oblasti veřejného zdravotnictví

odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŠMT, Technické centrum Akademie věd ČR, Škola veřejného zdravotnictví IPVZ v Praze, IZPE, odborná Společnost veřejného zdravotnictví ČLS JEP  
termíny: hodnocení 1 x ročně

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

- počty odborných lékařů ve veřejném zdravotnictví.

#### **Dílčí úkol č. 18. 4.**

### **Vzdělávání odborníků z jiných odvětví obsahující základní zásady politiky ZDRAVÍ 21 a speciálně vědomosti o vlivu jejich práce na zdravotní determinanty a metodách jejich ovlivňování**

#### **Současný stav:**

Systém specializačního vzdělávání ve zdravotnictví zahrnuje v ČR i pracovníky nezdravotnických profesí. Čelní odborníci z jiných odvětví tak získávají specializaci i v oblasti veřejného zdravotnictví. Zájem o vzdělání v tomto oboru je značný a přesahuje zájem v ostatních oborech. Zvláštní pozornost je věnována problematice ochrany před ionizujícím zářením.

Široké spektrum odborníků nezdravotnických profesí působících ve zdravotnictví se vzdělává především v rámci akcí Školy veřejného zdravotnictví IPVZ v Praze.

Materiály SZO, zejména HFA, jsou významnou součástí vzdělávacích programů. Představují tak vhodné podklady pro rozšíření vzdělávacích aktivit, včetně podkladů k samostatnému celoživotnímu vzdělávání a podkladů ke srovnatelným znalostem implementovaným v celoživotním systému vzdělávání v rámci zemí Evropské unie.

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

- 18.4.1: Meziresortní návrh principů spolupráce na koordinaci vzdělávacích programů odborností, které lze uplatnit ve zdravotnictví  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŠMT, MPSV, MZe, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče, Česká vědeckotechnická společnost, SÚJB, IPVZ, IDVPZ, ČLS JEP  
termíny: Kontrolní termíny jedenkrát ročně v rámci výročních konferencí České vědeckotechnické společnosti.
- 18.4.2: Stanovit podíl vzdělávacích programů různých resortů na společném meziresortním zajištění vzdělávání nezdravotnických odborníků  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŠMT, MPSV, MPO, MO, MZe, Rada pro vzdělávání a VR MZ, Česká vědeckotechnická společnost, ČLS JEP  
termíny: Kontrolní termíny jedenkrát ročně

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

- vydání vyhlášky k zákonu o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání.
- přehled programů vzdělávání pracovníků (např. v sociálních službách)

## **CÍL 19: VÝZKUM A ZNALOSTI V ZÁJMU ZDRAVÍ**

**DO ROKU 2005 ZAVÉST TAKOVÝ ZDRAVOTNÍ VÝZKUM A INFORMAČNÍ I KOMUNIKAČNÍ SYSTÉM, KTERÝ UMOŽNÍ VYUŽÍVAT A PŘEDÁVAT ZNALOSTI VEDOUcí K POSILOVÁNÍ A ROZVOJI ZDRAVÍ VŠECH LIDÍ**

V ČR existuje stabilizovaný systém institucionalizovaného a orientovaného zdravotnického výzkumu, jehož garantem je Interní grantová agentura MZ. Zaměření výzkumu je dáno dlouhodobými cíli a prioritami, schválenými VR IGA a VR MZ. Vedle toho se na výzkumu podílí GA ČR a stále víc také mezinárodní grantové agentury, zejména evropský 4. a 5. rámcový plán VaV. Nově se zpracovává pro časový horizont 2020 plán OVaV, kde je z hlediska ZDRAVÍ 21 důležité akcentovat oblast kvality života.

Vzdělanost obyvatel v ČR je vysoká, na úseku výchovy ke zdraví však je stále řada rezerv. Veřejnost je mnohdy ovlivňována informacemi, které nemají vědecký základ. Znalosti v zájmu zdraví je třeba stále zvyšovat.

### **Dílčí úkol č. 19. 1.**

**Politiku výzkumu orientovat na priority dlouhodobé politiky zdraví pro všechny**

#### **Současný stav:**

Politika výzkumu v oblasti zdravotnictví v ČR odpovídá základním podkladům HFA.

Kompetenčním zákonem je určeno, že zdravotnický výzkum spadá do působnosti resortu zdravotnictví. V současné době je členěn do 12 programů, které korespondují s prioritami stanovenými WHO (kardiovaskulární výzkum, nádorová onemocnění, genetika a reprodukce, zdraví a prostředí, zdravotní systémy a informatika, imunologie, mikrobiologie a infekční choroby, pediatrie aj.).

V rámci každého programu jsou vytyčena prioritní témata pro příslušné oblasti výzkumu. Na jejich koncipování se účastní přední specialisté doporučení odbornými společnostmi ČLS JEP, špičkovými pracovišti v oboru, lékařskými fakultami apod. Celá posuzovací činnost týkající se přihlášek o grant, hodnocení průběžných a závěrečných zpráv za řešení projektů atd. je v plném souladu s doporučeními EMRC, která byla formulována na semináři EMRC v Praze v roce 1998 a představitelé IGA MZ se na nich autorsky podíleli.

Lze konstatovat, že řízení zdravotnického výzkumu v rámci gesce Ministerstvem zdravotnictví se osvědčilo. Jde jednak o výzkum institucionální a orientovaný a podporu výzkumu industriálního. Na těchto základech lze doporučit, aby zdravotnický výzkum byl v resortu zdravotnictví ponechán.

Návrh ponechat zdravotnický výzkum v gesci resortu nemění nic na faktu, že v souladu s rozhodnutím vlády ČR je v současnosti koncipována MŠMT ve spolupráci s Radou vlády ČR pro výzkum a vývoj Národní politika výzkumu a vývoje v ČR, jejíž součástí je rovněž návrh programu výzkumu a vývoje ve zdravotnictví. I tento materiál, který je zatím projednáván, je koncipován v návaznosti na doporučení WHO, 6. Rámcový program Evropské unie a na další mezinárodně významné materiály.

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

- 19.1.1: Politiku orientovaného výzkumu a vědy ve zdravotnictví zaměřit na kvalitu života  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŠMT, MZe, ČAV, VR IGA MZ, VR MZ, Technologické centrum AV  
termíny: kontrolní termín 1 x ročně
- 19.1.2: Politiku zdravotnického výzkumu organizací přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví zaměřit na aktuální problémy českého zdravotnictví  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: IZPE, VR MZ, VR IGA MZ, Technologické centrum AV  
termíny: kontrolní termín 1 x ročně

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

- počty schválených grantů a hodnocení závěrečných zpráv.

#### **Dílčí úkol č. 19. 2.**

**Vytvořit mechanismy umožňující poskytovat a rozvíjet zdravotní služby na základě vědeckých poznatků**

#### **Současný stav:**

V ČR je vžitý a tradicí vyzkoušený systém vzdělávání všech povolání potřebných k zajištění zdravotních služeb. Je organizovaný a kontrolovaný IPVZ v Praze a IDVPZ v Brně pod přímou kontrolou a rozhodování Ministerstva zdravotnictví. Vědecké bádání a uplatnění jeho nejnovějších výsledků ve vzdělávání odborníků všech zdravotnických povolání na základě medicíny založené na důkazech je zajištěno přímou spoluprací s odbornými vědeckými společnostmi v čele s ČLS JEP, profesními komorami a s vysokými školami. Podílejí se na akreditaci vzdělávacích pracovišť i na hodnocení znalostí při specializačních zkouškách (atestacích). Je tak zajištěna zpětná vazba informací o znalostech školitelům.

K rozšiřování vědeckých poznatků k rozvoji zdravotních služeb přispívají sami řešitelé výzkumných projektů, jejich pracoviště, instituce organizující výzkum i ministerstvo a jeho poradní orgány. Řešitelé výzkumných projektů předkládají poznatky výzkumů veřejnosti a napomohli tak využití svých výsledků při poskytování zdravotní péče v dalších zdravotnických zařízeních. Podmínkou pozitivního hodnocení řešení výzkumných prací v rámci zdravotnického výzkumu je publikování jejich výsledků.

Orgány IGA MZ pravidelně jednou ročně hodnotí dosažené průběžné výsledky z řešení výzkumných projektů, které MZ finančně podporuje, a také výsledky ukončených projektů, jejichž řešitelé předkládají závěrečné zprávy. O nejvýznamnějších výsledcích dosažených při řešení výzkumných projektů je informováno vedení ministerstva a nejlepší z nich jsou oceněny výroční cenou ministra zdravotnictví. Všechny závěrečné zprávy řešení výzkumných projektů IGA MZ jsou ze zákona shromažďovány a uchovávány, a to v Národní lékařské knihovně, kde tak jsou výsledky výzkumu trvale zpřístupněny.

Tento zavedený systém je obecně akceptovaný a v nejširší občanské veřejnosti známý a přijímaný. K jeho rozšíření instalovalo Ministerstvo zdravotnictví Institut pro zdravotnickou politiku a ekonomiku, jehož jedním z úkolů je právě činnost v uvedené oblasti. V jeho dalším rozvíjení je nezbytné co nejširší využívání dostupných informačních systémů.

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

- 19.2.1: Vypracovat systém spolupráce Ministerstva zdravotnictví s IPVZ, IDVPZ, vysokými školami, komorami a odbornými společnostmi k aplikaci nových vědeckých poznatků do vzdělávání ve zdravotnictví.  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŠMT, IPVZ, IDVPZ, IZPE, VR MZ, Rada pro vzdělávání MZ, ČLÉK, ČSK  
termíny: kontrola bude dána s datem platnosti prováděcích vyhlášek k návrhu zákona o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání
- 19.2.2: Zavést systém celoživotního vzdělávání ve zdravotnictví  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŠMT, IPVZ, IDVPZ, ČLÉK, ČSK, NKZP  
termíny: projednání Radou pro vzdělávání MZ

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

- přehled žádostí o finanční podporu výzkumu a zhodnocení přínosu jejich řešení (ceny ministra).

#### **Dílčí úkol č. 19. 3.**

#### **Užitečnost a dostupnost informací o zdraví pro politiky, manažery, odborníky ze zdravotnictví i pro širokou veřejnost**

##### **Současný stav:**

Všechny řešené výzkumné projekty a výzkumné záměry jsou pravidelně zveřejňovány a postupovány do centrální evidence projektů a záměrů, spravovaných Radou vlády ČR pro výzkum a vývoj. Rovněž výsledky výzkumu jsou zpracovávány pro Centrální evidenci výsledků výzkumu (CEV), spravovanou rovněž výše uvedeným poradním orgánem vlády a zpřístupňované podobně jako projekty a záměry v internetové síti pro všechny zájemce.

Vedle těchto aktivit vyplývajících ze zákona o výzkumu a vývoji jsou o výzkumu podporovaném Ministerstvem zdravotnictví zveřejňovány pravidelně podrobné zprávy především v Časopise lékařů českých a příležitostně i v dalších odborných časopisech. K 10 letům činnosti IGA byla zpracována publikace shrnující působení za toto období, která byla dána k dispozici jak odborné veřejnosti, tak např. členům vlády.

Národní zdravotnický informační systém (NZIS) je legislativně zakotven. Odpovědnou institucí za provoz NZIS je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). Obsah NZIS je definován ve spolupráci s MZ, odbornými společnostmi, výzkumnými a vzdělávacími institucemi, tak aby pokrýval potřeby většiny uživatelů včetně požadavků

vyplývající z našeho členství v mezinárodních organizacích (WHO, OECD, přidružení k EU apod.). NZIS má velmi slušnou úroveň, ale přesto je stále co zlepšovat.

Vědecko-lékařské informace zpracované ÚZIS, IZPE aj. jsou trvale k dispozici prostřednictvím Národní lékařské knihovny. K jejich urychlené aplikaci je vhodné využívat více telematiky ve veřejném zdravotnictví. Pro potřeby individuální péče o pacienta je třeba větší podpory informačním sítím vznikajícím v českém zdravotnictví. Příkladem mohou sloužit klinické konference s přenosem obrazových dat založených na jejich digitálním zpracování a archivaci například v oblasti radiologie, endoskopické chirurgie aj. (IKEM, FN Bohunice).

Česká republika se připojila na summitu Evropské unie ve švédském Göteborgu v červnu 2001 k Akčnímu plánu eEurope+ 2003, společnému politickému závazku kandidátských zemí střední a východní Evropy, jehož cílem je využít příležitostí spojených s rozvojem nové, digitální a znalostní ekonomiky k realizaci informační společnosti. Jednou z priorit eEurope+ 2003 je i rozvoj zdravotnictví on-line. Koordinací implementace Akčního plánu eEurope+ 2003 byl pověřen Úřad pro veřejné informační systémy.

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

- 19.3.1: Zlepšovat obsah a kvalitu sbíraných dat v rámci NZIS  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: ÚZIS, poskytovatelé a plátcí zdravotní péče, odborné společnosti ČLS JEP, vládní a nevládní organizace  
termíny: průběžně
- 19.3.2: Poskytovat potřebné, věrohodné a kvalitní informace včas všem uživatelům včetně široké veřejnosti pomocí dostupných prostředků a forem (aktuální informace, publikace, přehledy a to jak v papírové podobě, tak i elektronicky)  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: ÚZIS  
termíny: průběžně
- 19.3.3: Rozšiřovat nejdůležitější výsledky výzkumu a vývoje ve zdravotnictví  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŠMT, MDS, VR MZ, VR IGA MZ, Rada pro vzdělávání MZ, Technologické centrum AV, IZPE  
termíny: kontroly průběžně jedenkrát ročně v rámci odborných vědeckých společností
- 19.3.4: Informovat o zdravotním stavu obyvatelstva a hlavních vývojových trendech  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŽP, IZPE, SZÚ, ÚZIS  
termíny: kontroly průběžně jedenkrát ročně
- 19.3.5: Zpřístupnit výsledky výzkumu a vývoje na webových stránkách MZ, v časopisech, publikacích i speciálních monografiích  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŽP, Národní lékařská knihovna  
termíny: kontrola průběžně jedenkrát ročně

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

- zřízení webových stránek MZ o výsledcích výzkumu a vývoje.
- procento odborníků ve zdravotnictví, kteří mají přístup na Internet
- využití různých kategorií informačního obsahu webu zdravotnickými odborníky

#### **Dílčí úkol č. 19. 4.**

### **Opatření k vytvoření politiky v oblasti komunikace a přípravy zdravotních programů, které podpoří program Zdraví pro všechny a usnadní přístup k informacím**

#### **Současný stav:**

MZ spolupracuje s představiteli státní správy na vytvoření národní politiky výzkumu a vývoje. Nezbytnou součástí této přípravy je vytvoření informační sítě, která umožní nejen kontrolu nákladů a získaných výsledků, ale zpětně povede k informačnímu stimulu dalšího vývoje. Telematika, která v českém zdravotnictví již nabývá konkrétních forem každodenní potřeby, bude vyžadovat rozsáhlý systém soustavné přípravy, odborného procvičování a systému celoživotně probíhajícího vzdělávání.

MZ přispěje k harmonizaci plánů aktivitou na poli legislativních úprav postgraduálního vzdělávání a připraví půdu pro vznik jednotného systému komunikace při tvorbě a plnění zdravotních programů.

Zajištění přístupu nejširší občanské veřejnosti k informacím o funkci zdravotního systému v ČR podpoří záměr projednávané strategie Zdraví pro všechny.

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

- 19.4.1: Zajistit kooperaci při tvorbě Národního programu výzkumu a vývoje  
odpovědnost: Rada vlády pro výzkum a vývoj  
spolupráce: Technologické centrum AV, MZ, MŠMT, MZe, MPSV, MŽP, Akademie věd, Národní lékařská knihovna, IZPE  
termíny: Kontrola průběžně jedenkrát ročně
- 19.4.2: Dohoda o mezinárodním uznávání úrovně vzdělávání a platnosti dokladů k výkonu zdravotnických povolání  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MŠMT, MPSV, IPVZ, IDVPZ  
termíny: 2010

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

- vydání publikace Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - ZDRAVÍ 21.

## **CÍL 20: MOBILIZACE PARTNERŮ PRO ZDRAVÍ**

### **DO ROKU 2005 ZAPOJIT DO NAPLŇOVÁNÍ STRATEGIE ZDRAVÍ 21 OBČANY, JEJICH ORGANIZACE, VEŘEJNÝ I SOUKROMÝ SEKTOR.**

Na determinanty zdraví, tj. vlivy, které ho určují, působí mnoho účastníků, kteří zatím nebývají vždy pokládáni za partnery usilující o zdravotní pokrok. Je proto potřeba překonat omezený sektorový přístup a jednostrannou orientaci na úzce resortní cíle.

Program ZDRAVÍ 21 se týká všech členů společnosti, kteří mohou přispět k jeho zlepšování jako jednotlivci nebo svojí profesionální činností. Nejdůležitějším účastníkem aktivit pro zdraví je vláda. Jejím posláním je vytvářet osnovu cílů péče o zdraví a pravidel, která vymezují prostor ostatním partnerům a vytvářejí jim co nejlepší podmínky pro aktivitu a uplatnění zájmu o zdraví. Důležitou roli má Rada pro zdraví a životní prostředí jakožto poradní a pracovní orgán vlády. Významnou pomoc mohou ostatním poskytnout činitelé působící v infrastruktuře veřejného zdravotnictví.

Zvláštní důležitost mají iniciativní hnutí občanů nebo profesionálů jako je Zdravé město, Zdravá škola, nebo Bezpečná komunita, Stop obezitě, CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Intervention Diseases program), EMASH – Evropské hnutí lékařů Kouření nebo zdraví, Klub českých turistů, Nadace partnerství - Greenways, aj.

#### **Dílčí úkol č. 20. 1.**

**Zdůrazňovat význam zdraví a hodnotu zdraví a účast všech resortů na sdílení společných cílů**

#### **Současný stav**

Práce resortů je dosud zaměřena především na vlastní, oficiálně stanovené kompetence a zdraví obyvatelstva není průřezovým zájmem, ačkoli jde o období jiného uznávaného kritéria úspěšnosti, jakým je životní úroveň. Zdraví by však k základním cílům činnosti všech resortů mělo patřit.

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

- 20.1.1: Uspořádat pracovní setkání zástupců resortů k projednání způsobů a metod rozpracování programu ZDRAVÍ 21  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: všechny resorty, Rada pro zdraví a životní prostředí  
termíny: leden 2003
- 20.1.2: Informovat vládu ČR o postupu plnění úkolů vyplývajících z programu ZDRAVÍ 21  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: všechny resorty, Rada pro zdraví a životní prostředí  
termíny: 1 x ročně, první zprávu předložit do 30. 9. 2004

- 20.1.3: Předložit ministru zdravotnictví konkrétní realizační postupy k plnění dílčích úkolů a aktivit, včetně informace o požadavcích, které resorty uplatnily ke splnění programu ZDRAVÍ 21 do návrhu státního rozpočtu a legislativního plánu vlády na rok 2004  
odpovědnost: všechny resorty  
spolupráce: MZ  
termíny: 30. 6. 2003
- 20.1.4: Předložit ministru zdravotnictví každoročně zprávu o plnění dílčích úkolů a aktivit vyplývajících z programu ZDRAVÍ 21 za předešlý rok  
odpovědnost: všechny resorty  
spolupráce: MZ  
termíny: každý rok do 30. 6., první zprávu do 30. 6. 2004
- 20.1.5: Rozvíjet činnost Rady pro zdraví a životní prostředí se zaměřením na koordinaci úkolů souvisejících s ochranou a podporou zdraví  
odpovědnost: MZ a Rada pro zdraví a životní prostředí  
spolupráce: resorty zastoupené v Radě zdraví a životního prostředí  
termíny: průběžně
- 20.1.6: Nadále informovat vládu o plnění Akčního plánu zdraví a prostředí  
odpovědnost: MZ a Rada pro zdraví a životní prostředí  
spolupráce: resorty zastoupené v Radě zdraví a životního prostředí  
termíny: 1 x ročně

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- počet společných aktivit zaměřených na ochranu a podporu zdraví koordinovaných Radou pro zdraví a životní prostředí v běžném roce.

**Dílčí úkol č. 20. 2.**

**Rozvíjet stávající a vytvářet nové institucionální podmínky pro rozvoj spolupráce pro zdraví**

**Současný stav:**

Dobře se uplatňuje Akční plán životního prostředí a zdraví řízený Radou vlády pro zdraví a životní prostředí, v níž jsou zastoupeny hlavní resorty. Novelizovaný statut Rady byl schválen usnesením vlády č. 36/2002. Podle článku č. 6 statutu bude zřízen Výbor ZDRAVÍ 21 Rady, který bude tento specifický rozsáhlý a dlouhodobý program průběžně sledovat a předkládat Radě návrhy a stanoviska k řízení, koordinaci a kontrole úkolů vyplývajících z uvedeného programu. Na rozdíl od pracovní skupiny Rady, která je tvořena pracovníky ministerstev zastoupených v Radě, budou členy Výboru především externí spolupracovníci – odborníci navrženými příslušnými resorty, zástupci odborných společností, krajů, nevládních organizací apod.

Zájem o zdraví v životě všech složek společnosti však musí být podstatně vyšší než dosud a musí se na něm podílet víc partnerů. Novou složkou v péči o zdraví jsou v ČR kraje, jejich orgány a zastupitelstva.

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

- 20.2.1: Ustavit Výbor pro program ZDRAVÍ 21 Rady pro zdraví a životní prostředí  
odpovědnost: MZ a předseda Rady pro zdraví a životní prostředí  
spolupráce: resorty zastoupené v Radě  
termíny: 2002
- 20.2.2: Přizvat nevládní organizace a další instituce ke spolupráci při zajišťování ZDRAVÍ 21  
odpovědnost: Výbor pro program ZDRAVÍ 21, ustavený podle bodu 20.2.1  
termíny: 2003
- 20.2.3: Spolupracovat s partnery při realizaci ZDRAVÍ 21  
doporučeno krajským hejtmanům  
spolupráce: MZ, HS  
termíny: 2003
- 20.2.4: Uložit ředitelům krajských hygienických stanic spolupodílet se na tvorbě  
uskutečňování krajské zdravotní politiky - ZDRAVÍ 21  
odpovědnost: MZ  
termíny: 2003

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

- zřízení Výboru pro ZDRAVÍ 21 Rady pro zdraví a životní prostředí,
- počet krajů, které zajistily trvalou spolupráci partnerů při realizaci ZDRAVÍ 21.

## **CÍL 21: OPATŘENÍ A POSTUPY SMĚŘUJÍCÍ KE ZDRAVÍ PRO VŠECHNY**

**DO ROKU 2010 PŘIJMOUT A ZAVÉST POSTUPY SMĚŘUJÍCÍ K REALIZACI ZDRAVÍ 21, A TO NA CELOSTÁTNÍ, KRAJSKÉ A MÍSTNÍ ÚROVNI, KTERÉ BUDOU PODPOROVÁNY VHODNOU INSTITUCIONÁLNÍ INFRASTRUKTUROU, ŘÍZENÍM A NOVÝMI METODAMI VEDENÍ**

Pro složitý, politicky, odborně i organizačně náročný cíl - trvale zlepšovat všechny ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva - je třeba vytvořit systémové podmínky. Ty musí především zvýšit zájem všech složek společnosti o zdraví a vytvořit cesty, kterými se tento zájem realizuje buď obligatorně na úrovni státní správy nebo iniciativně v nestátním sektoru.

Stejně důležité je motivovat a inspirovat všechny partnery k zájmu o zdraví a poskytnout jim metody práce a monitorovat plnění cílů.

### **Dílčí úkol č. 21. 1.**

**Motivovat kraje, obce a organizace k uskutečňování cílů ZDRAVÍ 21**

#### **Současný stav:**

V roce 2001 se uskutečnil první krok reformy státní správy - vznik krajů, krajských úřadů a krajských zastupitelstev. V roce 2002 budou zrušeny okresy a okresní úřady a jejich kompetence se posunou zčásti na kraje, zčásti na pověřené obce. Nové celky, především kraje, nemají dosud vlastní dokument o strategii dlouhodobého rozvoje péče o zdraví. Dobrým základem této důležité práce je program ZDRAVÍ 21.

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

- 21.1.1: Poskytnout představitelům krajů komentované vládní usnesení k programu ZDRAVÍ 21 a motivovat je ke spolupráci a rozpracování pro podmínky kraje  
odpovědnost: MZ  
spolupráce se doporučuje krajským hejtmanům  
termíny: 2002
- 21.1.2: Uspořádat informační a propagační kampaň k podpoře ZDRAVÍ 21 a průběžně věnovat pozornost seriózní medializaci programu a příslušných cílů a úkolů  
odpovědnost: Rada pro zdraví a životní prostředí  
spolupráce: MZ, Rada pro rozhlasové a televizní vysílání, územně samosprávné celky  
termíny: 2003 a průběžně
- 21.1.3: Zorganizovat pro představitele krajů seminář k práci na zdravotní politice kraje - ZDRAVÍ 21  
odpovědnost: MZ  
spolupráce se doporučuje krajským hejtmanům  
termíny: 2003

- 21.1.4: Vypracovat krajský program ZDRAVÍ 21 jako dlouhodobou strategii rozvoje péče o zdraví, včetně způsobu trvalého monitorování jeho realizace doporučeno krajským hejtmanům  
spolupráce: MZ  
termíny: 2004

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- počet krajských programů ZDRAVÍ 21.

**Dílčí úkol č. 21. 2.**

**Přijmout a zavádět metody, které by umožnily a usnadnily práci na tvorbě, realizaci a hodnocení programů péče o zdraví, a pověřit nebo vytvořit pro to institucionální základ**

**Současný stav:**

V ČR se v 90. letech vytvořila dobrá teoretická i empirická základna pro programy ochrany a podpory zdraví. Deset let se v ČR realizuje Národní program zdraví podporující odborně a materiálně dobrovolné aktivity komunit a organizací zaměřené na podporu zdraví a prevenci nemocí. Národní program zdraví se zahrnuje do aktivit k realizaci programu ZDRAVÍ 21 s tím, že v oblasti projektů podpory zdraví je nutné jejich zabezpečení, zvyšování jejich úrovně a materiální podpory. Proto je nutné specifický ukazatel státního rozpočtu „Národní program zdraví“ zatím zachovat. Pozitivní zkušenosti také přináší hnutí Zdravé město a Zdravá škola. V ČR tedy existuje dobrý základ pro programy péče o zdraví.

**Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

- 21.2.1: Nadále zabezpečovat realizaci projektů podpory zdraví, zvyšovat jejich úroveň a materiální podporu  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: SZÚ, HS, Rada pro zdraví a životní prostředí, územní samosprávné celky  
termíny: průběžně
- 21.2.2: Zdokonalit metody hodnocení efektivity programů péče o zdraví  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: SZÚ  
termíny: 2004
- 21.2.3: Vytvořit pro práce spojené s řízením ZDRAVÍ 21 na MZ a v SZÚ nezbytné personální vybavení  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: SZÚ  
termíny: 2003

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- prostředky pro realizaci Národního programu zdraví ve státním rozpočtu.

### **Dílčí úkol č. 21. 3.**

**Přípravit a zavést přiměřené metody spočívající na hodnotách programu ZDRAVÍ 21 a průběžně sledovat i pravidelně hodnotit plnění krátkodobých, střednědobých i dlouhodobých organizačních záměrů, cílů a priorit prostřednictvím schválených ukazatelů**

#### **Současný stav:**

Národní zdravotnický informační systém (NZIS) obsahuje již v současné době řadu ukazatelů, pomocí kterých je možné hodnotit plnění úkolů Národního programu ZDRAVÍ 21. Další ukazatele budou navrženy řešitelskými týmy pro jednotlivé dílčí úkoly.

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

21.3.1: Shromáždit a vyhodnotit požadavky jednotlivých řešitelských týmů na NZIS a ve spolupráci s koordinátory jednotlivých cílů a gestory dílčích úkolů připravit metodiku sběru a zpracování dat pro výpočty ukazatelů navržených pro monitorování konkrétního úkolu

odpovědnost: MZ

spolupráce: ÚZIS, odborné společnosti ČLS JEP

termíny: do konce března 2003

21.3.2: Pravidelně zpracovávat navržené ukazatele pro monitorování programu ZDRAVÍ 21 a poskytovat je všem uživatelům pro hodnocení plnění jednotlivých cílů a dílčích úkolů

odpovědnost: ÚZIS

spolupráce: MZ, ČSÚ, ostatní resorty poskytující informace do NZIS

termíny: průběžně

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

- vydání přehledu ukazatelů k monitorování dílčích úkolů.

<b>Přehled použitých zkratk</b>	
ADP ČR	Asociace domácí péče
AT	Protialkoholová poradna
AV	Akademie věd
BSE	Bovinní spongiformní encephalopatie
CEV	Centrální evidence výsledků výzkumu
CPL	Centrum praktických lékařů
ČBÚ	Český báňský úřad
ČEÚ	Český ekologický ústav
ČGPS	Česká gynekologická a porodnická společnost
ČHMÚ	Český hydrometeorologický ústav
ČIŽP	Česká inspekce životního prostředí
ČLÉK	Česká lékárnická komora
ČSK	Česká stomatologická komora
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČNÚ	Časná novorozenecká úmrtnost
ČOI	Česká obchodní inspekce
ČPS	Česká pediatriká společnost
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
ČŠI	Česká školní inspekce
ČÚBP	Český úřad bezpečnosti práce
ČZPI	Česká zemědělská a potravinářská inspekce (od 1.1.2003 Státní zemědělská a potravinářská inspekce)
DRG	Systém financování ve zdravotnictví DRG platbou
EIA	Environmental Health Assessment
EMASH	Evropské hnutí lékařů Kouření nebo zdraví
EMRC	European Medical Research Council
EPIDAT	Informační systém infekčních nemocí
EU	Evropská unie
FN	Fakultní nemocnice
GA ČR	Grantová agentura
GP-HESME	Dokument Za dobrou praxi v řízení zdraví, prostředí a bezpečnosti při práci v podnicích a jiných institucích

HACCP	Hazard acceptable critical control point
HALE	Health Adjusted Life Expectancy
HDP	Hrubý domácí produkt
HFA	Zdraví pro všechny
HS	Hygienické stanice
IDVPZ	Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
IZPE	Institut pro zdravotní politiku a ekonomiku
KPE	Zkažený, chybějící nebo zaplombovaný zub
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
LEHAP	Lokální plány zdraví a životního prostředí
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MŠ	Mateřská školka
MDS	Ministerstvo dopravy a spojů
MF	Ministerstvo financí
MK	Ministerstvo kultury
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MO	Ministerstvo obrany
MPO	Ministerstvo průmyslu a obchodu
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MS	Ministerstvo spravedlnosti
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MZe	Ministerstvo zemědělství
MŽP	Ministerstvo životního prostředí
VVZ	Věda a výzkum ve zdravotnictví
MZSO	Monitoring zdravotního stavu obyvatelstva
NAPZ	Národní akční plán politiky zaměstnanosti
NCDP ČR	Národní centrum domácí péče
NKZP	Národní koalice zdravotnických pracovníků
NPH	Nízká porodní hmotnost
NRL	Národní referenční laboratoř
NSZM ČR	Národní síť zdravých měst
OECD	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj

OSN	Organizace spojených národů
OSPDL	Odborná společnost praktických dětských lékařů
PL	Psychiatrická léčebna
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
PÚ	Perinatální úmrtnost
QoL	Quality of Life - kvalita života
RVP/ZŠ, RRV/MŠ	Rámcové vzdělávací programy
SPL ČR	Sdružení praktických lékařů pro dospělé
SPLDD	Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
STD	Sexual transmitted diseases - sexuálně přenosné nemoci
SÚJB	Státní úřad pro jadernou bezpečnost
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SVL ČLS JEP	Společnost všeobecného lékařství
SVS	Státní veterinární správa
sy.CAN	Syndrom týraného dítěte
SZO	Světová zdravotnická organizace
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ŠPZ	Škola podporující zdraví
TOKS	Test na okultní krvácení do stolice
TRN	Tuberkulóza a respirační nemoci
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VaV	Věda a výzkum
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
VL	Všeobecné lékařství
VLA JEP	Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyně
VR IGA	Vědecká rada Interní grantové agentury
VR MZ	Vědecká rada MZ
VÚBP	Výzkumný ústav bezpečnosti práce
VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí
VV	Vrozené vady
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO; SZO	Světová zdravotnická organizace
WHO EURO	Regionální úřadovna WHO pro Evropu
ZP	Zdravotní pojišťovny
ZŠ	Základní škola

## Obsah

Úvod	str.	1
<b>Cíl 1</b>	<b>Solidarita ve zdraví v evropském regionu</b>	5
	<b>Do roku 2020 by se měl současný rozdíl ve zdravotním stavu mezi jednotlivými členskými státy evropského regionu snížit alespoň o jednu třetinu</b>	
	Dílčí úkoly č. 1.1. - 1.2.	5
<b>Cíl 2</b>	<b>Spravedlnost ve zdraví</b>	7
	<b>Do roku 2020 snížit zdravotní rozdíly mezi socioekonomickými skupinami nejméně o jednu čtvrtinu zlepšením úrovně deprivovaných populačních skupin</b>	
	Dílčí úkoly č. 2.1. - 2.4.	7
<b>Cíl 3</b>	<b>Zdravý start do života</b>	12
	<b>Do roku 2020 vytvořit podmínky, aby všechny narozené děti a děti předškolního věku měly lepší zdraví umožňující jim zdravý start do života</b>	
	Dílčí úkoly č. 3.1. - 3.5.	13
<b>Cíl 4</b>	<b>Zdraví mladých</b>	20
	<b>Vytvořit podmínky, aby do roku 2020 mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti</b>	
	Dílčí úkoly č. 4.1. - 4.4.	20
<b>Cíl 5</b>	<b>Zdravé stárnutí</b>	25
	<b>Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti</b>	
	Dílčí úkoly č. 5.1. - 5.2.	25
<b>Cíl 6</b>	<b>Zlepšení duševního zdraví</b>	31
	<b>Do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb</b>	
	Dílčí úkoly č. 6.1. - 6.2.	31
<b>Cíl 7</b>	<b>Prevence infekčních onemocnění</b>	35
	<b>Podstatně snížit nepříznivé důsledky infekčních nemocí prostřednictvím systematicky realizovaných programů na vymýcení, eliminaci nebo zvládnutí infekčních nemocí, které významně ovlivňují zdraví veřejnosti</b>	
	Dílčí úkoly č. 7.1. - 7.5.	36
<b>Cíl 8</b>	<b>Snížení výskytu neinfekčních nemocí</b>	42
	<b>Do roku 2020 by se na území celého evropského regionu měla snížit nemocnost, četnost zdravotních následků a předčasná úmrtnost v důsledku hlavních chronických nemocí na nejnížší možnou úroveň</b>	

Dílčí úkoly č. 8.1 - 8.5	42
<b>Cíl 9 Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy</b> <b>Do roku 2020 zajistit, aby počty zranění, postižení a úmrtí, která jsou důsledkem nehod a násilných činů trvale a výrazně poklesly</b>	51
Dílčí úkoly č. 9. 1. - 9.3.	51
<b>Cíl 10 Zdravé a bezpečné životní prostředí</b> <b>Do roku 2015 zajistit bezpečnější životní prostředí, v němž výskyt zdraví nebezpečných látek nebude přesahovat mezinárodně schválené normy</b>	57
Dílčí úkoly č. 10.1. - 10.2.	57
<b>Cíl 11 Zdravější životní styl</b> <b>Do roku 2015 by si lidé v celé společnosti měli osvojit zdravější životní styl</b>	63
Dílčí úkoly č. 11. 1. - 11.2.	63
<b>Cíl 12 Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem</b> <b>Do roku 2015 výrazně snížit nepříznivé důsledky návykových látek, jako je tabák, alkohol a psychoaktivní drogy</b>	68
Dílčí úkoly č. 12.1. - 12.3.	68
<b>Cíl 13 Zdravé místní životní podmínky</b> <b>Do roku 2015 by obyvatelé měli mít více příležitostí žít ve zdravých sociálních i ekonomických životních podmínkách doma, ve škole, na pracovišti i v místním společenství</b>	76
Dílčí úkoly č. 13.1. - 13.6.	76
<b>Cíl 14 Zdraví, důležité hledisko v činnosti všech resortů</b> <b>Do roku 2020 by si všechna odvětví měla uvědomit a přijmout svoji odpovědnost za zdraví</b>	86
Dílčí úkoly č. 14.1. - 14.2.	86
<b>Cíl 15 Integrovaný zdravotnický sektor</b> <b>Do roku 2010 zajistit lepší přístup k základní zdravotní péči, která je orientována na rodinu a na místní společenství a opírá se o flexibilní a vhodně reagující nemocniční systém</b>	88
Dílčí úkoly č. 15.1. - 15.3.	88
<b>Cíl 16 Řízení v zájmu kvality péče</b> <b>Do roku 2010 zajistit, aby řízení resortu zdravotnictví od zdravotních programů až po individuální péči o pacienta na klinické úrovni byla orientována na výsledek</b>	95
Dílčí úkoly č. 16.1. - 16.3.	95
<b>Cíl 17 Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů</b> <b>Do roku 2010 zajistit takový mechanismus financování a rozdělování zdrojů pro zdravotnictví, který bude spočívat na zásadách rovného přístupu, efektivity, solidarity a optimální kvality</b>	100

Dílčí úkoly č. 17.1. - 17.2.3	100
<b>Cíl 18 Příprava zdravotnických pracovníků</b>	104
<b>Do roku 2010 zajistit, aby odborníci ve zdravotnictví i zaměstnanci dalších odvětví získali odpovídající vědomosti, postoje a dovednosti k ochraně a rozvoji zdraví</b>	
Dílčí úkoly č. 18.1. - 18.4	104
<b>Cíl 19 Výzkum a znalosti v zájmu zdraví</b>	108
<b>Do roku 2005 zavést takový zdravotní výzkum a informační i komunikační systém, který umožní využívat a předávat znalosti vedoucí k posilování a rozvoji zdraví všech lidí</b>	
Dílčí úkoly č. 19.1. - 19.4.	108
<b>Cíl 20 Mobilizace partnerů pro zdraví</b>	113
<b>Do roku 2005 zapojit do naplňování strategie ZDRAVÍ 21 občany, jejich organizace, veřejný i soukromý sektor</b>	
Dílčí úkoly č. 20.1. - 20.2.	113
<b>Cíl 21 Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny</b>	116
<b>Do roku 2010 přijmout a zavést postupy směřující k realizaci ZDRAVÍ 21, a to na celostátní, krajské a místní úrovni, které budou podporovány vhodnou institucionální infrastrukturou, řízením a novými metodami vedení</b>	
Dílčí úkoly č. 21.1. - 21.3.	116
<b>Přehled použitých zkratk</b>	119