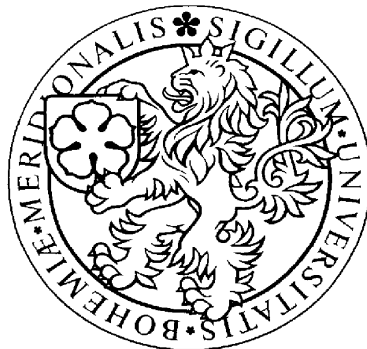


**JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
Zdravotně sociální fakulta**



**SYSTÉM ŘÍZENÍ ZDRAVOTNICTVÍ ČR
A EU**

*doplňkové texty pro posluchače kombinované formy studia
studijního programu „Ochrana obyvatelstva“*

studijního oboru „Civilní nouzová připravenost“

ČESKÉ BUDĚJOVICE 2007

OBSAH

1. Veřejné zdravotnictví, systémy řízení zdravotnictví	3
1.1. Zdravotnické systémy ve světě	4
1.2. Zdravotnický model v ČR	4
1.3. Zdravotnické systémy v zemích EU	4
2. Orgány ochrany veřejného zdraví	4
2.1. Veřejné zdravotnictví, význam	4
3. Prevence	5
3.1. Podpora zdraví	5
4. Zdraví a jeho determinanty	6
4.1. Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech	6
5. Protidrogová politika	7
5.1. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP)	7
5.2. Drogový informační systém	9
6. Zdraví	16
6.1. Výchova ke zdraví	16
7. Strategie udržitelného rozvoje ČR	18

1. Veřejné zdravotnictví, systém řízení zdravotnictví

Klíčová slova:

Model řízení, ochrana veřejného zdraví, veřejné zdravotnictví

1.1. Zdravotnické systémy ve světě

- Ve světě prakticky existují 4 systémy financování
- Zdravotnické systémy, kterými je z hlediska úlohy státu ve vztahu k obyvatelům země zajišťována zdravotní péče
- Nazývají se též modely:
 1. Tržní model – USA, země tzv. třetího světa
 2. Model s více zdravotními pojišťovnami – převaha států zemí EU
 3. Model s jednou zdravotní pojišťovnou - Anglie
 4. Státní model – Kuba, Kuvajt, SAE, Brunei – specifické od socialistického státního modelu
- Nejrozšířenějším modelem ve státech EU je model s více zdravotními pojišťovnami
- Pojišťovnictví – pojištění
- Principy = pojišťuji si něco v době, kdy to nepotřebuji, na dobu až to budu potřebovat
- Platí pro zdravotní pojištění

1.2. Zdravotnický model v ČR

V ČR je uplatňován v současnosti model – systém s více zdravotními pojišťovnami

Do r. 1990 byl v Československu realizován státní model

V ČR byl model s jednou zdravotní pojišťovnou od r. 1948 do přechodu na „socialistický model“ čili státní

1.3. Zdravotnické systémy v zemích EU

V zemích EU je uplatňován model pro zabezpečení zdravotní péče obyvatel s více zdravotními pojišťovnami, kromě Anglie, kde od konce II. světové války je realizován model – systém s jednou zdravotní pojišťovnou – Národní zdravotní služba.

2. Orgány ochrany veřejného zdraví

Ministerstvo zdravotnictví ČR → Krajské hygienické stanice

Ministerstvo obrany ČR

Ministerstvo vnitra ČR

2.1. Veřejné zdravotnictví, význam

Veřejné zdravotnictví je většinou definováno jako věda či předmět zabývající se především prevencí, prodlužováním života a podporou zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti. Je proto nutnou součástí systému péče o zdraví, jehož cílem musí být pozitivně ovlivňovat veřejné zdraví se zdůrazněním potřebné efektivity při vynakládání finančních prostředků. V praxi obor veřejné zdravotnictví vychází z řady dalších oborů jako jsou hygiena, epidemiologie, management zdravotnictví, ekonomika, demografie, sociologie a další.

Významnou roli v oblasti veřejného zdravotnictví tvoří rozvoj informatiky, obrovské zrychlení a plošné rozšíření dostupnosti informací týkající se péče o zdraví a o zdravotnictví vůbec.

Veřejné zdravotnictví se orientuje především na ochranu a podporu zdraví, na podporu vzdělávání a získávání poznatků příčin nemocí.

Otázky:

1. Jaké jsou principy financování zdravotnictví v ČR.
2. Jaký je převládající princip financování zdravotnictví v zemích EU.
3. Jaké znáš orgány ochrany veřejného zdraví v ČR.
4. V čem spočívá hlavní význam veřejného zdraví.

Literatura:

Vurm a kol.: Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví, Praha, Manus. 100 str. 2004, 80-86571-07-6

Křížová E.: Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, Praha, 3. LF UL, 1998

3. Prevence

Klíčová slova:

Prevence, incidence, prevalence, podpora zdraví

Prevence chorob – základní pracovní metoda uplatňovaná ve všech oblastech preventivní medicíny. Cílem je udržení zdraví ohroženého jedince.

Tři základní typy prevence:

Primární prevence – cílem snížení incidence onemocnění (jodizace kuchyňské soli, fluoridace pitné vody, vitaminizování potravin, očkování, zdravotní výchova)

Sekundární prevence – cílem snížení prevalence onemocnění.

Snahou je co nejdříve detekovat a správně diagnostikovat chorobu v presymptomatickém stadiu (vyhledávání prekanceróz – dysplazie čípku děložního, okultní krvácení, samovyšetřování prsu, kontrola afekcí na kůži, vyhledávání iniciálních stádií vývojových poruch, kontrola TK, cholesterolu, krevního cukru, vyšetřování protilátek - HIV/AIDS, vorová hepatitida C atd.)

Metody – preventivní prohlídky, screeningové metody, monitoring.

Terciální prevence – odstranění nebo zmírnění následků chorob, co nejvýrazněji zkrátit chorobný stav, zabránit hyndicapu. Cílem je zlepšit kvalitu života.

Metody – rehabilitace, léčba, psychosociální reintegrace, harm reduction.

3.1. Podpora zdraví

Opatření směřující k posílení zdraví jedince a celé populace. Moderní poznatky medicíny tvoří jeden z důležitých základů systému podpory zdraví. Opatření k podpoře zdraví překračují hranice zdravotnictví. Pro podporu zdraví jsou nejvýznamnější politická, národohospodářská rozhodnutí. Jejich působení a odezvy vedou k optimálnímu zdraví celé populace, díky zdravé veřejné politice, zdravému životnímu a pracovnímu stylu. Významnou roli zde hraje legislativa. Nesmírně důležitá je správně a komplexně prováděná zdravotní výchova a aktivní přístup ze strany občanů a jejich ochota ke spolupráci.

Zdravotní a sociální politika jsou závislé na politické vůli optimálního řešení problémů z těchto oblastí, ale také významně závislé na ekonomice, na jejím fungování a efektivitě. Vazba mezi ekonomikou a zdravotně sociální oblastí není pouze jednostranná. Podpora zdraví a především výsledky podpory zdraví, přinášejí svůj

Otázky:

1. Vysvětlete pojem incidence.
2. Vysvětlete pojem prevalence
3. Vyjmenujte metody primární, sekundární a terciální prevence.

Literatura:

Vurm V. a kol.: Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví, Manus, 2004

Wasserbauer S.: Výchova ke zdraví, SZÚ 2001

Šejda Jan. a kol.: Principy obecné epidemiologie, AVICENUM, 1987, Praha

4. Zdraví a jeho determinanty

Determinanta = podnět ovlivňující zdraví.

Socioekonomický status = společenské postavení z hlediska hmotného zabezpečení.

Zdraví je ovlivňováno celou škálou **zevních a vnitřních faktorů**, tzv. determinant, které působí samostatně nebo společně, vzájemně se posilují či oslabují. Společně tak utvářejí zdravotní stav, pocit pohody a spokojenosti pro každého jednotlivce a určují délku a kvalitu jeho života. Mezi zevní faktory ovlivňující zdraví můžeme zařadit vlivy životního prostředí, nesprávnou lékařskou péči, nesprávný životní styl, sociální faktory, mezi faktory vnitřní dědičné vlivy.

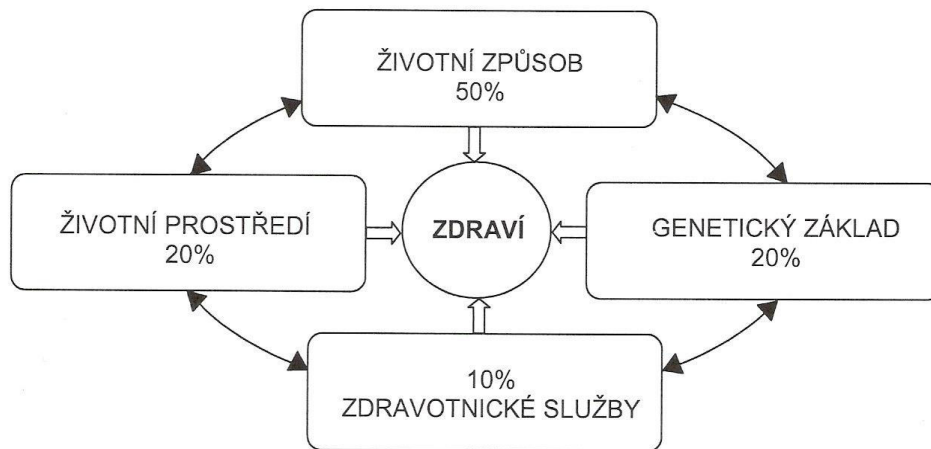
Z jiného pohledu můžeme dělit faktory ovlivňující zdraví na **ovlivnitelné a neovlivnitelné**. Mezi faktory neovlivnitelné můžeme zařadit osobní anamnézu, rodinnou anamnézu, pohlaví, věk, mezi faktory ovlivnitelné hyperlipoproteinémii, kouření, arteriální hypertenzi, poruchy sacharidové tolerance, diabetes mellitus, obezita, nedostatek tělesné aktivity, zvýšená hladina homocysteinu, konzumace alkoholu, diabetes mellitus. **Velkou měrou ovlivňuje zdraví člověka také jeho socioekonomický status, společenské postavení z hlediska hmotného zabezpečení.**

V České republice jsou nejčastější příčinou úmrtí kardiovaskulární onemocnění (50 – 60%), na druhém místě jsou onemocnění nádorová (20 – 25%) a dále pak úrazy (10%). Ostatní onemocnění – nemoci dýchacích cest, nemoci trávicí soustavy aj. se na vzniku poruch zdraví menším procentem.

Epidemiologie je studium rozložení nemocí nebo poruch zdraví v lidské populaci ve vztahu k faktorům, které ovlivňují toto rozložení. Epidemiologie studuje rozložení a determinanty stavů a událostí majících vztah ke zdraví v určených populačních skupinách a využívá výsledků tohoto studia ke zvládnutí zdravotních problémů.

Podle epidemiologických studií se na vzniku uvedených poruch zdraví podílí především: nesprávný způsob života (50 %), nevhodné životní a pracovní prostředí (20%), nesprávná či nedostupná lékařská péče (10%), dědičné vlivy (20%).

4.1. Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech:



Otázky:

1. Co je to determinanta zdraví?
2. Z jakého hlediska můžeme determinanty zdraví rozdělit?
3. Vyjmenujete 10 zevních faktorů, které se nejvíce podílejí na úmrtnosti.
4. Jakými opatřeními by bylo možné snížit rizika onemocnění ze zevního prostředí?
5. Jak mohou sociální podmínky, tj. postavení člověka ve společnosti, ovlivnit zdraví?

Literatura:

Wasserbauer S.: Výchova ke zdraví, SZÚ 2001

Vurm V. a kol.: Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví, Manus, 2004

5. Protidrogová politika

Klíčové slova:

Droga, protidrogová politika, incidence, prevalence, problémové užívání, závislost

Problematika zneužívání nelegálních drog prochází napříč všemi orgány státní správy a běžné činnosti státu, proto není možné ji řešit izolovaně, ale pouze v kontextu všech opatření v oblasti vnitřní bezpečnosti, sociální prevence, politiky zaměstnanosti, výchovy a vzdělání, podpory rodiny, ochrany veřejného zdraví, zdravotní a sociální péče a účinnosti a bezúhonnosti státní správy.

Protidrogová politika se u nás začala intenzivněji formovat od roku 1993 .

5.1. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP)

RVKPP - stálý poradní, iniciační a koordinační orgán vlády ČR v oblasti protidrogové politiky. Byla zřízena vládou ČR, usnesením č. 275 ze dne 26.května 1993. Statut RVKPP nabyl účinnosti dne 15.října 2001, na základě schváleného usnesení č. 1057(51,75).

RVKPP soustřeďuje, projednává a předkládá vládě informace, podklady a návrhy pro **tvorbu a uplatňování protidrogové politiky ČR** na mezinárodní, centrální , krajské a místní úrovni.

Zpracovává ve spolupráci s příslušnými správními úřady a orgány krajů a obcí v samostatné působnosti, **Národní strategii protidrogové politiky České republiky**. Tento dokument definuje odpovědnosti, východiska , cíle a úkoly protidrogové politiky na další období.

RVKPP koordinuje plnění úkolů vyplývajících z mezinárodních smluv, sleduje a každoročně vyhodnocuje plnění úkolů, které vyplývají z Národní strategie protidrogové politiky.

Metodicky řídí činnost protidrogových koordinátorů krajských a místních úřadů samosprávy.

Spravuje systém poskytování finančních prostředků ze státního rozpočtu z kapitoly VPS - výdaje na protidrogovou politiku.

RVKPP **koordinuje postup při ochraně před problémy působení omamnými a psychotropními látkami** a spolupracuje s orgány státní správy, jinými správními úřady,

orgány kraje v samostatné působnosti, orgány obce v samostatné působnosti a nestátními neziskovými organizacemi.

RVKPP má 8 členů, kterými jsou **předseda, výkonný místopředseda a další členové**. Předseda vlády je současně předsedou RVKPP. Výkonným místopředsedou je ministr, který následně odpovídá za protidrogovou politiku a zajistí nadresortní přístup vlády k protidrogové politice, obvykle je jím ministr bez portfeje. Dalšími členy jsou ministr obrany, ministr práce a sociálních věcí, ministr spravedlnosti, ministr školství, mládeže a tělovýchovy, ministr vnitra a ministr zdravotnictví.

Předseda RVKPP odpovídá za činnost vlády, řídí její jednání, která se konají dle potřeby, nejméně však jednou za 3 měsíce.

RVKPP zřizuje výbory a pracovní skupiny.

Výbor zástupců resortů - připravuje pro RVKPP koncepční podklady protidrogové politiky, odborná stanoviska, posudky a doporučení. Zpracovává pro RVKPP stanoviska a doporučení k návrhům právních předpisů v oblasti drog. Připravuje návrhy a stanoviska týkající se využití finančních prostředků na protidrogovou politiku a spolupracuje s Ministerstvem zahraničních věcí v oblasti mezinárodních aspektů protidrogové politiky.

Výbor pro poskytování účelových dotací ze státního rozpočtu - projednává žádosti o poskytnutí finančních dotací.

RVKPP podle potřeby zřizuje dočasné pracovní skupiny. Připravují podklady pro jednání RVKPP, popř. pro výbory.

Sekretariát RVKPP - administrativně a organizačně zajišťuje činnost RVKPP, soustřeďuje podklady a informace na základě pokynů předsedy RVKPP, metodicky řídí činnost protidrogových koordinátorů krajů, koordinuje činnost výborů i pracovních skupin. Je organizační součástí Úřadu vlády České republiky. Za plnění úkolů sekretariátu odpovídá a jeho činnost řídí ředitel sekretariátu. Do funkce jej jmenuje a odvolává na návrh předsedy RVKPP vedoucí Úřadu vlády. Ředitel sekretariátu se účastní jednání RVKPP s hlasem poradním. Řídí činnost sekretariátu v souladu s pokyny předsedy rady a zastupuje Českou republiku v odborných mezinárodních institucích (např. Pompidou Group Rady Evropy, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti, Komise OSN pro narkotika, Program PHARE Evropské unie).

Hlavním posláním je vytvořit rovnováhu mezi represí a prevencí v této oblasti, proto mechanismus prevence musí být pružný.

Od počátku roku 1996 byla snaha zavádět na školách činnost tzv. školních protidrogových koordinátorů zabývajících se protidrogovou primární prevencí v určitém školském zařízení. Byla zahájena také aktivní preventivní činnost především prostřednictvím přednášek a jednorázových aktivit, to se však neukázalo příliš efektivní. Začal být kladen důraz na systematickosti veškerých protidrogových aktivit a na zapojení rodičů a dobrovolníků z řad studentů .

5.2. Drogový informační systém

Od 1.1. 1995 shromažďuje hygienická služba informace o uživatelích drog, který prvně v životě požádali o léčebnou, poradenskou či sociální službu v některém z tzv. léčebně/kontaktních center, což jsou zdravotnická i nezdravotnická zařízení, poskytující tyto služby. Od 1.1. 2002 byl tento Drogový informační systém rozšířen také o informace o klientech, kteří jsou v centrech v dlouhodobé či opakovaném kontaktu. Získaná data jsou shromažďována čtvrtletně prostřednictvím pracovišť drogové epidemiologie krajských hygienických stanic v centrálním pracovišti drogové epidemiologie Hygienické stanice hl.m. Prahy. Rutinní sběr dat o léčených uživatelích drog je prováděn s využitím formuláře doporučeného Evropským monitorovacím centrem pro drogy a užíváním drog (EMCDDA) pro drogový systém v Evropě. Získaná data jsou každé čtvrtletí kontrolována a jsou vyřazovány opakující se záznamy o stejném klientovi tak, aby byl každý klient vykázán pouze jednou v příslušném kalendářním roce.

- 11 let sledování problematiky uživatelů drog,
- procento osob se základním vzděláním se zvýšilo na 44% všech léčených uživatelů drog,
- subutex jako zneužívaná droga se dostal na 4. místo,
- vzestup dívek ve věkové skupině 19 let,
- nárůst uživatelů drog do 15 let, především injekčních,
- počet uživatelů pervitinu a heroínu nejeví statisticky hodnotitelné výkyvy,
- vysoký počet uživatelů drog nemocných VHB,
- trvale vysoký výskyt VHC,
- nárůst počtu vyměněných injekčních stříkaček a jehel o 900 000 kusů,
- nízký výskyt HIV/AIDS u injekčních uživatelů drog,

Celkově lze drogovou scénu ve sledovaných ukazatelích charakterizovat jako setrvalý stav.

Užité definice:

Incidence léčených uživatelů drog (First Treatment Demand – FTD) – všichni nově evidovaní uživatelé drog, žadatelé o první léčbu v životě.

Prevalence léčených uživatelů drog - všichni uživatelé drog, žadatelé o léčbu, kteří v průběhu roku alespoň jedenkrát navštívili některé ze zařízení poskytující péči osobám užívajícím drogy.

Problémové užívání drog – injekční užívání jakékoliv drogy/ nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů nebo kokainu nebo drog amfetaminového typu.

Jak v incidenci, tak v prevalenci je každý klient vykazován pouze jedenkrát v hodnoceném kalendářním roce, bez ohledu na počet jeho návštěv v příslušném zařízení či na návštěvy ve více z těchto zařízení.

Léčebně kontaktní centrum (L/K) – zdravotnické či nezdravotnické zařízení, poskytující léčebnou, poradenskou či sociální službu osobám užívajícím drogy.

Typy L/K center, která poskytla data v rámci sledování ukazatele „vyžádaná léčba“:

- nízkoprahová zařízení
- ambulantní zařízení
- lůžková zařízení

Stávající DIS neumožňuje zachytit ani experimentální část populace, která při užívání drog ještě nemá zdravotní či jiné problémy motivující ji k návštěvě L/K centra, ani tzv. skrytou populaci uživatelů drog, kteří alespoň zatím jakoukoliv pomoc těchto center z nejrůznějších důvodů odmítají.

Informace o experimentující populaci je možno získat pomocí cílených dotazníkových studií – většinou zaměřených na školní populaci (Mládež a drogy 1994, 1997, 2000, ESPAD), některé zaměřené i na celou populaci.

Informace o tzv. skryté populaci problémových uživatelů drog vycházejí jednak z kvalifikovaných odhadů expertů, případně jsou odhady jejich prevalence uskutečňovány pomocí různých metod, lišících se dostupností a spolehlivostí dat.

Odhad celkové prevalence všech problémových uživatelů drog vychází z hlášené prevalence léčených uživatelů drog a tzv in –treatment rate (ITR), což je procentuální vyjádření odhadu počtu problémových uživatelů drog léčených v L/K centrech. k počtu všech problémových uživatelů drog.

Informace o incidenci a prevalenci všech léčených uživatelů drog byly v roce 2005 získány z celkem 253 L/K center z celkového počtu 292 L/K. Procento vykazujících center je 86,6%.

Nejčastěji jsou zastoupeny ambulantní zařízení, nejvíce hlásí nízkoprahová zařízení a to 58,8% nově evidovaných klientů a 53,6% ze všech evidovaných klientů.

Nejvíce L/K center se nachází v Moravskoslezském kraji.

Informace o virových hepatitidách A, B, C jsou získávány prostřednictvím automatizovaného systému EPIDAT.

Dostupné jsou informace o výměnném programu jehel a stříkaček.

Zdrojem informací o výskytu HIV/AIDS u injekčních uživatelů je Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS ve Státním zdravotním ústavu.

Sledování výskytu akutních předávkování a zdravotních komplikací v souvislosti s užitím drogy, kterým v souvislosti s užitím drogy došlo, slouží jako další nepřímý zdravotní indikátor při monitorování drogové scény. Sběr probíhal systémem sentinelových pracovišť, zhruba pokrývající bývalá krajská města.

Informace o substitučních programech pro uživatele drog byly získány z MZ ČR.

63% všech nově evidovaných uživatelů drog přišlo do L/K center z vlastního rozhodnutí, event. pod tlakem některého z rodinných příslušníků. Sociální služba, soudy či policie jsou iniciátoři návštěvy pouze v 6,9%.

Necelá polovina všech léčených uživ. drog žije s rodiči, 15,9% usává, že žije sám, častěji muži než ženy. Závažné jsou informace o tom, že spolu s uživateli žijí děti. 442 léčených uživ. uvedlo, že žijí s dětmi. Samy s dítětem žijí výrazně častěji ženy.

Stále se zhoršuje socioekonomická situace osob dlouhodobě užívající drogy. Bezdomovců a osob bydlících v nějakém zařízení je 7,2%.

945 (tj. 21,6%) prvožadatelů žije s uživatelem, mezi všemi klienty je to 1 796 (21%).

81 osob ze skupiny prvožadatelů mělo jinou než českou národnost (většinou romská), ve skupině všech to bylo 146 osob.

Pravidelné zaměstnání vykazuje pouze 16,9% prvně registrovaných, mezi všemi 15,7%. Nezaměstnaných či pouze příležitostně pracujících mezi žadateli o první léčbu – 48,5%, mezi všemi 53,4%.

Nezaměstnané uživatele drog nacházíme v absolutních počtech nejčastěji v Ústeckém kraji, v Praze a v Jihomoravském kraji.

52% z prvožadatelů a 50% všech klientů má pouze základní vzdělání, 3,5% ze všech a 4,8 prvožadatelů má nedokončené základní vzdělání. 26 – 28 klientů má střední bez maturity a 1% VOŠ a vysokoškolské.

Výrazně vyšší je podíl dívek se základním vzděláním či nedokončeným základním vzděláním ve srovnání s chlapci, těch je naopak výrazně vyšší procento se středoškolským vzděláním bez maturity.

Užívání drog je tedy nepřímo úměrné s dosaženým vzděláním. Tyto údaje stále potvrzují neutěšené možnosti následného pracovního zařazení většinou nekvalifikovaných uživatelů drog po absolvovaném léčení.

Počet prvožadatelů v roce 2005 byl v absolutních číslech 4 372, tj. incidence 42,9 / 100 000 obyvatel. Věkově specifická incidence ve skupině 15 – 39letých byla 4 174 osob, tj. 110,8 / 100 000 obyvatel. Proti roku 2004 došlo k poklesu o 228 osob.

Celkový počet všech evidovaných klientů v L/K centrech za rok 2005 tvoří 8 534 osob hlášených na příslušných formulářích a 340 pacientů z PL Červený Dvůr, tedy celkem 8 874 osob. Celková prevalence je 87 / 100 000 obyvatel.

Mezi nově evidovanými uživateli drog bylo 2 983 mužů (68,2) a 1 381 že (31,6%). Mezi všemi léčenými klienty bylo 5 917 mužů (69,3%) a 2 602 žen (30,5%).

Mezi žadateli o prvou léčbu jsou nejčastěji zastoupenou skupinou drog stimulancia, celkem 2 627 osob, tj. 60,1% ze všech nově evidovaných klientů. Pervitin uvedlo 2 605 osob, tj. 59,6%. Druhou nejčastěji evidovanou skupinou drog jsou kanabinoidy celkem 893 osob (20,4%), marihuana 889 osob. Na třetím místě opiáty celkem 702 osob (16,1%), z toho heroin 581 osob (13,3%).

Nejvyšší incidence na 100 000 obyvatel je v Karlovarském kraji (94,4 / 100 000 obyvatel), Ústeckém kraji, v Praze, Zlínském kraji a Jihomoravském. Nejvyšší prevalenci má Ústecký kraj (173,8 / 100 000), následuje Praha.

Otázky:

1. Definujte protidrogovou politiku.
2. Popište sběr dat léčených uživatelů drog.
3. Charakterizujte socioekonomické charakteristiky léčených uživatelů drog.

Literatura:

Polanecký a kol.: Výroční zpráva ČR – 2005, Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl.m. Prahy. 2005, 151 s.

Vurm a kol.: Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství. České Budějovice:, ZSF JU 2000, 108 s. ISBN 80-7040-411-6

Zábranský T. a kol.: Racionální protidrogová politika. Olomouc: Votobia, 1997, 91 s.

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, 85 .

Zákon č. 112/1998 – novela trestního zákona

www.vlada.cz

6. Zdraví

Klíčové slova:

Zdraví, incidence, prevalence, metody výchovy, první pomoc.

Zdraví je definováno jako schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život (definice WHO, 1977).

Výchova ke zdraví – cílem poskytnout přístupným způsobem dostatek informací o možnostech a způsobech jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti, motivovat, ovlivnit postoje, přivést lidi k aktivnímu zájmu o své zdraví a vést populaci ke změně chování vedoucí k posílení zdraví.

Do zdravotní výchovy patří i výchova obyvatelstva k poskytování **první pomoci**.

6.1. Výchova ke zdraví je činností:

- soustavnou
- systematickou
- komplexní
- důkladně promyšlenou
- cílenou vzhledem k věku
- cílenou vzhledem ke vzdělání
- cílenou vzhledem ke konkrétním problémům jedince v oblasti zdravotní, sociální, psychické a společenské
- aktualizovanou nejnovějšími poznatky z oblasti vědy a výzkumu
- respektující životní prostředí jedince
- zaměřenou na osobní zainteresovanost každého jedince (pochopit osobní zodpovědnost za své zdraví

Pro **realizaci** správného **životního stylu** je nezbytné:

- populace musí být informována a motivována tak, aby každý **chtěl** své zdraví podporovat, posilovat a chránit
- přesně **věděl**, co je zdraví prospěšné a co mu škodí
- **měl** vytvořené podmínky k realizaci zdravého způsobu života

Výchova ke zdraví je cílena:

- na jednotlivce – zdravé, nemocné, ohrožené ne zdraví
- na skupiny obyvatelstva – s ohledem na **věk** (děti, mládež, seniory)
 - s ohledem na diagnózu
 - s ohledem na speciální problematiku žen
 - s ohledem na faktory životního či pracovního prostředí na komunitu
 - problematika jednotlivých typů škol
 - pracovníci v oblasti společného stravování
 - rady pro představitele měst

na celou populaci:

- využití celostátních, regionálních a místních veřejných sdělovacích prostředků.

Metody výchovy podle specifických cílů (WASSERBAUER, S.,:...)

- upoutání pozornosti k danému problému – velkoplošná reklama, plakáty, televizní spoty, upomínkové předměty
- sdělení základních informací, a rad – letáky, kalendáře, brožury, články, v novinách a časopisech, televizní a rozhlasové pořady, ústní informace zdravotnickým pracovníkem
- sdělení obsažnějších informací – televizní a rozhlasové pořady, obsažnější monotematické brožury, knihy, přednášky a besedy, zprávy do počítačových sítí
- motivace ke změně chování – soubory doporučení a postupů, receptáře, výstavy, počítačové programy

Sociální marketing (VURM, V.,: Vybrané kapitoly....)

Souhrn metod a prostředků, které umožňují cíleně působit na vybrané skupiny obyvatel se záměrem propagovat, ovlivňovat a měnit postoje občanů k sociálním hodnotám, zejména ke správnému chování k vlastnímu zdraví.

Peer výchova – aktivní zapojení předem připravených vrstevníků.

Otázky:

1. Vyjmenujte zásady a metody zdravotní výchovy.
2. Definujte význam zdravotní výchovy pro zlepšení zdravotního stavu populace.
3. Popište význam Peer programu v primární prevenci.

Literatura:

Wasserbauer S.: Výchova ke zdraví, SZÚ 2001

Vurm V. a kol.: Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví, Manus, 2004

8. Strategie udržitelného rozvoje ČR

Klíčová slova:

Udržitelný rozvoj, environmentální pilíř, strategické cíle, místní Agenda 21

Udržitelný rozvoj je novým rámcem strategie civilizačního rozvoje. Vychází z klasické a široce přijaté definice komise OSN pro životní prostředí a rozvoj z r. 1987, která považuje **rozvoj za udržitelný tehdy, naplní-li potřeby současné generace, aniž by ohrozil možnosti naplnit potřeby generací příštích**. Jeho obsah byl poté rozvíjen jednotlivými státy i v mezinárodním měřítku; poslední z velkých setkání, Světový summit o udržitelném rozvoji (Johannesburg 2002), zdůraznil, že cílem je takový rozvoj, který zajistí **rovnováhu mezi třemi základními pilíři: sociálním, ekonomickým a environmentálním**, jak symbolicky vyjádřilo jeho heslo: lidé, planeta, prosperita. Podstatou je naplnění **tří základních cílů**:

- **sociální rozvoj, který respektuje potřeby všech**
- **účinná ochrana životního prostředí a šetrné využívání přírodních zdrojů a**
- **udržení vysoké a stabilní úrovně ekonomického růstu a zaměstnanosti.**

Potřeba udržitelného rozvoje není vyvolána pouze environmentálními limity, ale také limity ekonomickými a sociálními, vyplývajícími ze zvyšujících se konkurenčních tlaků globální ekonomiky. Svědčí o tom i vývoj v Evropské unii (EU). Významným prvkem, který formuloval sociální a ekonomické priority EU byl Lisabonský summit (březen 2000). Na jařním summitu v Barceloně (březen 2002) byla tato koncepce doplněna závěry předchozího summitu v Göteborgu (červen, 2001), který přijal Strategii udržitelného rozvoje zaměřenou převážně environmentálním směrem. Lisabonský proces tak získal svou současnou podobu zdůrazňující potřeby rozvoje a vzájemné rovnováhy sociálního, ekonomického a environmentálního pilíře tak, aby jeden nebyl preferován před druhým. ČR přitom musí plnit své mezinárodní závazky k udržitelnému rozvoji z pozice hospodářsky vyspělé země, tj. sdílení globální a regionální zodpovědnosti při respektování specifik a zájmů ČR.

Základní horizont strategie je rok 2014, některé úvahy a cíle však míří až do roku 2030, případně i za tento rok podle povahy dané oblasti (např. energetika). Rozlišení kratšího a delšího horizontu bude perspektivně důležitým rysem Strategie, která se v této souvislosti zaměří zejména na sladování krátkodobých a dlouhodobých cílů, které nemusí být totožné.

Vláda ČR schválila Strategii udržitelného rozvoje 8. prosince 2004. Smyslem bylo přijetí celospolečensky přijatelného dokumentu, jehož svobodné respektování a průběžná aktualizace trvale zkvalitní život občanů a upevní demokratický politický systém ČR.

Strategie je zamýšlena jako dlouhodobý rámec i pro politické rozhodování v kontextu mezinárodních závazků, které ČR přijala v souvislosti se svým členstvím v organizaci spojených národů (OSN), Organizaci pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) a Evropské unii, ale s respektováním specifických podmínek a potřeb ČR.

Strategické a dílčí cíle a nástroje Strategie udržitelného rozvoje ČR jsou formulovány tak, aby co nejvíce omezovaly nerovnováhu ve vzájemných vztazích mezi ekonomickým, environmentálním a sociálním pilířem udržitelnosti. Směřují k zajištění co nejvyšší dosažitelné kvality života pro současnou generaci a k vytvoření předpokladů pro kvalitní život generací budoucích (s vědomím toho, že představy budoucích generací o kvalitě života mohou být oproti našim odlišné). K tomu směřují následující strategické cíle :

- udržet stabilitu ekonomiky a zajistit její odolnost vůči negativním vlivům;
- podporovat ekonomický rozvoj respektující kapacitu únosnosti životního prostředí a zajišťující udržitelné financování veřejných služeb (udržitelnou ekonomiku);
- rozvíjet a všestranně podporovat ekonomiku založenou na znalostech a dovednostech a zvyšovat konkurenceschopnost průmyslu, zemědělství a služeb;
- zajišťovat na území ČR dobrou kvalitu všech složek životního prostředí a fungování jejich základních vazeb a harmonické vztahy mezi ekosystémy, v nejvyšší ekonomicky a sociálně přijatelné míře uchovat přírodní bohatství ČR tak, aby mohlo být předáno dalším generacím, a zachovat a nesnižovat biologickou rozmanitost;
- systematicky podporovat recyklaci, včetně stavebních hmot (snižující exploataci krajiny a spotřebu importovaných surovin);
- minimalizovat střety zájmů mezi hospodářskými aktivitami a ochranou životního prostředí a kulturního dědictví, hmotného i nehmotného;
- zajišťovat ochranu neobnovitelných přírodních zdrojů (včetně zemědělského půdního fondu);
- zachovat strategickou potravinovou soběstačnost ČR;
- obhajovat a prosazovat národní zájmy ČR v rámci nejširších mezinárodních vztahů, významných mezinárodních organizací i v rámci bilaterálních vztahů;
- dosáhnout splnění mezinárodních závazků ČR v oblasti udržitelného rozvoje;

- ❑ přispívat k řešení klíčových globálních problémů udržitelného rozvoje;
- ❑ udržet stabilní stav počtu obyvatel ČR a postupně zlepšovat jeho věkovou strukturu;
- ❑ trvale snižovat nezaměstnanost na míru odpovídající ekonomicko-sociálnímu motivování lidí k zapojování do pracovních aktivit;
- ❑ podporovat rozvoj lidských zdrojů a dosáhnout maximální sociální soudržnosti;
- ❑ zajistit stálý růst úrovně vzdělanosti ve společnosti, včetně vzdělanosti v kultuře, a tím zajišťovat konkurenceschopnost české společnosti;
- ❑ rozvíjet etické hodnoty v souladu s evropskými kulturními tradicemi;
- ❑ udržet vhodné formy rozmanitosti kultur, života venkova a aglomerací. Zajistit kulturní diverzitu a diverzitu životního stylu. Zajistit rovnoprávnost komunit, dosažitelnost služeb dle jejich rozdílných životních potřeb a priorit;
- ❑ zpřístupňovat kulturu všem lidem zejména s ohledem na to, že kultura je základní součástí společnosti založené na znalostech a rozvojový faktor;
- ❑ podporovat udržitelný rozvoj obcí a regionů;
- ❑ podporovat rozvoj veřejných služeb a sociální infrastruktury;
- ❑ umožňovat účast veřejnosti na rozhodování a tvorbě strategií ve věcech týkajících se udržitelného rozvoje a vytvářet co nejširší konsenzus při přechodu k udržitelnému rozvoji;
- ❑ bránit posilování možností lobistických a akvistických skupin vydávat své partikulární zájmy za zájmy udržitelného rozvoje a takto odůvodněné je prosazovat proti zájmům celku;
- ❑ zvyšovat efektivnost výkonu a zlepšovat činnost veřejné správy v souladu s požadavky udržitelného rozvoje;
- ❑ přijímat opatření při zajišťování vnější a vnitřní bezpečnosti, která by odrážela požadavky ochrany před mezinárodními konflikty a měnící se formy kriminality, včetně mezinárodního zločinu a zejména terorismu.

Na místní a regionální úrovni je program naplňování principů udržitelného rozvoje zajišťováno programem **místní Agenda 21**. Jedná se o strategický plán, který propojuje ekonomické a sociální aspekty s oblastí životního prostředí a je vytvářen ve spolupráci s veřejností. Zohledňuje konkrétní místní problémy. Je to proces směřující k zajištění dobré a udržitelné kvality života a životního prostředí v určitém území. Program vychází z Agendy 21 je rozsáhlý dokument z Mezinárodní konference o životním prostředí a rozvoji v Rio de

Janeiro (1992), který se stal strategickým plánem rozvoje společnosti na prahu třetího tisíciletí.

Otázky:

1. Jaký je význam udržitelného rozvoje ČR?
2. Vyjmenujte strategické cíle rozvoje v ČR a v EU.
3. Co je to program Agenda 21?