

# ZDRAVÍ 21

VÝKLAD ZÁKLADNÍCH POJMŮ

ÚVOD DO EVROPSKÉ ZDRAVOTNÍ STRATEGIE

---

ZDRAVÍ PRO VŠECHNY V 21. STOLETÍ

---



## OBSAH

<b>Předmluva</b>	5
<b>1. Učme se mluvit společnou řečí</b>	7
<b>2. Potřeba a naděje společné cesty ke zdraví</b>	11
2.1. Zdroje zdravotní péče a meze medicíny	11
2.2. Role společnosti v péči o zdraví	13
2.2.1. Občané	13
2.2.2. Politické a správní orgány	15
2.2.3. Zdravotnictví	16
2.2.4. Ostatní odvětví	17
2.2.5. Mezinárodní organizace	17
<b>3. Zdraví</b>	20
3.1. Základní orientace programu Zdraví 21	20
3.2. Co je to zdraví	22
3.3. Základní modely zdraví	24
3.3.1. Biomedicínský model zdraví	24
3.3.2. Ekologicko sociální model zdraví	25
<b>4. Co ovlivňuje zdraví lidí</b>	30
<b>5. Zdravotnictví a péče o zdraví jako systém</b>	36
5.1. Teorie systémů	36
5.2. Systém zdravotnictví	37
5.3. Systém péče o zdraví	39
<b>6. Ekvita – významný princip programu Zdraví 21</b>	40
<b>7. Základní metody programu Zdraví 21</b>	50
7.1. Health promotion (podpora zdraví)	50
7.2. Prevence	54
7.3. Základní zdravotní péče	55
7.4. Integrace zdravotnických služeb a péče o zdraví	63
<b>8. Historická východiska programu Zdraví 21</b>	66
8.1. Cílově orientované programy	66
8.2. Historické a obsahové kořeny programu Zdraví 21	67
<b>9. Program Zdraví pro všechny – předchůdce Zdraví 21</b>	71
9.1. Příprava programu Zdraví 21	71
9.2. Zaměření a skladba programu Zdraví pro všechny	77
<b>10. Zdraví 21 je nástrojem evropské zdravotní politiky</b>	88
10.1. Počátky přípravy programu Zdraví 21	88
10.1.1. Politická vůle k pokračování v programové aktivitě	88
10.1.2. Uznání ostatními mezinárodními organizacemi	88
10.1.3. Věrohodná návaznost politického a vědeckého přístupu	88
10.1.4. Rostoucí zájem o sociální oblast	89
10.1.5. Příznivá odezva z členských zemí	89

10.2. Skladba programu Zdraví 21	90
10.3. Dílčí problémy a možnosti využití programu Zdraví 21 v ČR	95
10.3.1. Vstup do Evropské unie	99
10.3.2. Regionalizace zdravotní péče	101
10.3.3. Pojetí, obsah a metody péče o zdraví	102
10.3.4. Financování zdravotní péče	103
10.3.5. Informace a jejich využívání	104
10.3.6. Věda, výzkum a rozvoj	105
10.3.7. Výchova a vzdělávání	106
10.3.8. Legislativní nástroje	107
10.3.9. Nutnost rozvoje nových metod řídicí práce	107
10.3.10. Kontrolní činnost	109
10.3.11. Zapojení veřejnosti do péče o zdraví	110
10.3.12. Potřeba zlepšit koncepční práci v oblasti péče o zdraví	110
<b>11. Cesta ke zdravému společenství</b>	114
<b>12. Poznámky k výkladu vybraných pojmů a další informační zdroje</b>	123
<b>Přílohy</b>	
1. Deklarace z Alma-Aty	130
2. Ottawská Charta posilování a rozvoje zdraví ( <i>health promotion</i> , podpora zdraví)	133
3. Závěry a doporučení konference v Adelaide	137
4. Edinburská deklarace	142
5. Stanovisko konference v Sundsvallu o prostředí příznivém pro zdraví	144
6. Lublaňská charta o reformě zdravotní péče	149
7. Jakartská deklarace o vstupu <i>health promotion</i> do 21. století	153
8. Základní údaje o Světové zdravotnické organizaci	159

## PŘEDMLUVA

Program Zdraví 21 představuje osnovu pro přípravu, realizaci i hodnocení zdravotní politiky. I když bývá často nazýván programem Světové zdravotnické organizace (SZO), nejde ve skutečnosti o její vlastní představu. Jde o výraz zájmu o zdraví vyjadřovaný jednotlivými členskými zeměmi a o projev sdílené odpovědnosti za zdraví.

SZO takový zájem i odpovědnost všestranně podporuje a snaží se v mezinárodním měřítku rozvíjet komunikaci o zdraví a usnadňovat pochopení i řešení zdravotních problémů. SZO se podílí na výměně zkušeností a podle možností pomáhá ujasnit si charakteristiky výchozí zdravotní situace, priority i cíle, vhodně zvolit metody péče o zdraví a zhodnotit dosažené výsledky.

Program Zdraví 21 by měl přispět k využití získaných poznatků a zkušeností pro další zlepšení zdravotní politiky a zdravotní i sociální praxe. Hlavním smyslem programu je, jak už napovídá jeho název, zlepšit zdraví lidí, a to jak pokud jde o jeho úroveň, tak co se týče nežádoucích rozdílů mezi jednotlivými skupinami.

Zdraví 21 byl připraven z iniciativy SZO za účasti představitelů jednotlivých členských států a za přispění mnoha předních odborníků. Zdraví 21 je pro všechny, zve k aktivitám širokou občanskou veřejnost, obrací se i na politiky, lékaře a všechny ostatní zdravotníky.

Při jeho další konkretizaci i realizaci se dá počítat s mnoha různorodými činnostmi, do nichž se budou zapojovat občanská sdružení, celá řada organizací i jednotlivců a v neposlední řadě i orgány státní správy a veřejné samosprávy.

Program staví na dlouholetých zkušenostech SZO i celé řady zemí. Ve svém souhrnu však nepodává jednoznačný návod pro další postup. Jedná se spíše o příklad hodný následování, o rámec, který je žádoucí naplnit, o motiv pro vlastní tvůrčí práci.

O zdraví a péči o zdraví je žádoucí mluvit i psát. Má-li však úsilí směřující ke zdraví překročit možnosti rétoriky a teoretických pojednání, je žádoucí, aby co nejvíce lidí, kteří mohou konkrétně přispět k realizaci programu, si osvojilo hodnoty, zásady, pojmy, metody i kritéria programu a aby udělalo, co je třeba.

Poslání tohoto textu je informativní a metodické. Jeho smyslem je přispět k tomu, aby nesporný odborný, motivační i organizační přínos SZO, který je obsažen v programu Zdraví 21, byl v České republice co nejlépe využit pro zdraví lidí.

I když je předkládaný materiál poměrně rozsáhlý, nebylo možné vysvětlit všechny charakteristiky programu dostatečně podrobně. Rovněž lze připustit, že jeho mnohé aspekty se průběžně vyvíjejí a jakýkoli text může být označen už v čase publikace za zastaralý. V řadě případů nebylo možné podat podrobný výklad, který by zachytil celou šíři názorů a možností.

Pokud čtenář dojde k názoru, že je něco příliš zjednodušeno nebo zcela pomínuto, není to chyba programu. Mělo by se to stát motivem a cennou příležitostí pro další doplnění Zdraví 21, pro navazující diskusi i realizaci praktických opatření.

Program Zdraví 21 je otevřenou osnovou, která by měla být postupně naplňována aktivitou jednotlivých zemí i jejich vzájemnou spoluprací. Jakkoli se v programu připisuje významná role vládám členských států a mnoha institucím a organizacím, nejdůležitějším subjektem programu jsou lidé. Zdraví 21 je pro lidi, počítá s nimi a zve je na cestu ke zdraví.

Příprava textu byla poměrně náročná. Je mi milou povinností vyjádřit poděkování svým spolupracovníkům za řadu podnětných připomínek. Zejména bych chtěl poděkovat prof. MUDr. A. Žáčkovi, DrSc., prof. RNDr. A. Gerylovové, CSc., doc. MUDr. I. Koupilové, DrSc., Mgr. Ing. L. Prudilovi, PhD. a Mgr. P. Kaňové. Za technickou pomoc jsem díky zavázán paní Z. Blažkové, paní J. Sovové a paní H. Malenové.

Zmíněné poděkování samozřejmě nesnímá z autora odpovědnost za všechny chyby, které v textu přes veškerou pečlivost zůstaly. Rád uvítám všechna upozornění na případné problémy i nedostatky a budu se snažit na ně reagovat.

Celý materiál je publikován díky pochopení a pomoci pracovníků Ministerstva zdravotnictví ČR. Podstatná část textu byla připravena v souvislosti s řešením grantového úkolu IGA MZ ČR č. NO/7700-3.

září 2003

prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.

## 1. UČME SE MLUVIT SPOLEČNOU ŘEČÍ

Asi nemá smysl se dohadovat, zda se všeobecně známý příběh o babylonské věži zakládá na historických skutečnostech. Lze se však shodnout na tom, že pověst o zmatení jazyků, které ukončilo společné dílo, může být užitečná jako symbol i jako varování.

Pokud se lidé snaží společně realizovat poměrně komplikovaný záměr, je nezbytné spolu mluvit a opakovaně se vracet k obsahu základních pojmů i k jejich použití v konkrétních souvislostech.

Program Zdraví 21 staví na lidské sounáležitosti a komunikaci. To umožňuje zvládnout řadu počátečních problémů a dílčích nejasností. Ukazuje se však, že je užitečné věnovat pozornost jednotlivým pojmům a vztahům mezi nimi. Usnadňuje to potřebnou diskusi, kterou je potom možné zaměřit mnohem konkrétněji na jednotlivé zdravotní problémy, dobové i místní priority a na možnosti jejich zvládnutí.

Součástí programu Zdraví 21 je slovníček vysvětlující základní výchozí pojmy. Zkušenost však ukazuje, že několikařádkové vysvětlení, které v řadě případů je velmi obtížné přeložit z angličtiny, může poskytnout jen velmi rámcovou orientaci.

Jako užitečnější se jeví podrobnější objasnění základních pojmů, se kterými program pracuje. Jedním z důležitých záměrů programu je tvůrčí partnerství mnoha lidí, institucí i organizací. Je proto nezbytné podrobněji vyložit hlavní pojmy a hodnoty programu a v neposlední řadě poukázat i na jejich historický vývoj během přípravy programu jako celku.

Předmětem textu je vysvětlení potřeby společné cesty ke zdraví, pojmu zdraví a ekvity, přiblížení základních metod programu (*health promotion*, základní zdravotní péče, laická péče, domácí péče apod.), poukázání na užitečnost programového a systémového přístupu. Jsou rovněž uvedeny možnosti, které program nabízí v podmínkách České republiky.

Obsahem závěrečné kapitoly je stručný přehled důležitých pojmů. V příloze jsou uvedeny vybrané základní dokumenty SZO, které mají bezprostřední vztah k programu Zdraví 21.

Program je náročný, pokud jde o použité pojmy i co do způsobu myšlení a vyvozování závěrů ze zjištěných údajů. Čtenář by se neměl omezit jen na předkládaný text, ale měl by se pokud možno seznámit i s těmi materiály, které byly k programu Zdraví 21 již publikovány, popřípadě jsou průběžně

uváděny na internetových stránkách. Některé z užitečných adres jsou uvedeny ve 12. kapitole.

K programu Zdraví 21 vydalo zatím Ministerstvo zdravotnictví České republiky tři publikace. První z nich „Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století“ o rozsahu 28 stran ( 1 ) byla překladem tzv. zkrácené verze programu Zdraví 21 (*European health for All series No. 5; Health 21 – health for all in the 21st century, An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*) ( 2 ) předkládající východiska, zásady a přinášející stručný přehled jeho jednadvaceti cílů.

Druhá publikace „Zdraví 21 – Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace“ ( 3 ) (*European health for All series No. 6; Health 21 – health for all in the 21st century, The health for all policy framework for the WHO European Region*) ( 4 ) byla překladem plného textu programu Zdraví 21 určeného odborníkům a všem, kteří se chtějí s podstatou, obsahem i metodikou programu podrobněji seznámit.

Třetí publikace „Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, Zdraví pro všechny v 21. století“ ( 5 ) je výsledkem práce široké skupiny odborníků, jejichž úkolem bylo aplikovat obecnou osnovu programu Zdraví 21 na podmínky České republiky. Je ovšem zřejmé, že jde o výchozí materiál, který bude dále doplňován a konkretizován na základě jednání s jednotlivými kraji, organizacemi a institucemi a měl by se postupně stát i předmětem všeobecné diskuse.

Pokud jde o internetové stránky, lze doporučit zejména domovskou stránku Evropské úřadovny SZO v Kodani – [www.who.dk](http://www.who.dk), nebo domovskou stránku Ústředí SZO v Ženevě – [www.who.int](http://www.who.int).

Mluvit spolu, to znamená i naslouchat si, s pozorností se zabývat odlišnými názory, pečlivě studovat i ty informace, které odporují původním představám.

Snad jednou z nejsilnějších bariér realizace programu Zdraví 21 je předpojatost. V angličtině je to *prejudice*. Znamená to nejen zaujaté a nespravedlivé posuzování, ale i uškodit, ublížit a poškodit. Angličané jsou na předpojatost velmi citliví a snaží se ji odstraňovat, nebo ji alespoň co nejvíce omezit.

Naproti tomu se může zdát, že u nás předpojatost patří k běžným „diskusním manévřům“. V důsledku předpojatosti bývá program označován různými odpudivými „nálepkami“ a některými „kritiky“ bývá nazýván záměrem, který nepřináší nic nového, nebo utopií, kterou nelze realizovat, popřípadě je program odsuzován za nesplnění toho, co ani nenabízí.



Předpojatost „umožňuje“ se povýšeně kriticky vyjádřit k čemukoli. Nepotřebuje soustavné studium, informace, analýzy, složitá jednání a náročnou organizační práci. Stačí troška sebevědomí, cynismu a formulační obratnosti. Předpojatost bývá osvědčeným nástrojem pro prosazování osobních nebo dílčích skupinových zájmů orientovaných na získání bezprostředních výhod.

Program Zdraví 21 lze bránit proti destruktivní předpojatosti mimo jiné tím, že proti povrchní simplifikaci se postaví hlubší vysvětlení jeho hodnotové orientace i jeho odborného medicínského, humánního a sociálního základu.

Není však sporu o tom, že široká aplikace programu v České republice nebude jednoduchá. Povýšené monology jsou relativně snadnější než nezaujatá diskuse, direktivní pokyny mohou přinést rychlejší výsledky než výzvy k iniciativě a předstíraná poslušnost může být pro mnoho lidí pohodlnější než náročná tvůrčí práce a konkrétní osobní odpovědnost.

Pokud je na jedné straně vhodné varovat před předpojatostí, na druhé straně není žádoucí omezovat kritické myšlení a oprávněné poukazování na stávající problémy a chyby. Programu by rozhodně neprospělo, kdyby se nedostatky zakrývaly a konflikty ignorovaly. Tvůrčí práce se bez kritiky a překonávání mnoha překážek jistě neobejde.

Dá se počítat i s celou řadou konfliktních zájmů. Je např. skutečností, že zdravotničtí pracovníci mají větší možnosti upravovat zdravotnický systém než pacienti. Může se např. stát, že „z provozních důvodů“ jsou pacienti časně buzení nebo že se nemůže vyhovět jejich nejrůznějším přáním. Program je hodnotově zaměřen na lidi a jejich potřeby. Dá se očekávat, že důsledně prosadit takovou orientaci bude velmi náročné.

Přes naznačené nesnáze však nemá smysl propadat malomyslnosti. Program vychází z ověřených zkušeností, staví na kompetentním rozboru stávající situace a nabádá k reálné cestě ke zdraví. Lze shrnout, že se v historii českých zemí ještě nikdy nevyskytla tak slibná příležitost spoluvytvářet soustavu široce pojaté péče o zdraví, která by byla v souladu s humánními hodnotami, skutečně by sloužila lidem, byla by kvalitní po medicínské stránce, kompetentní z hlediska řízení, přispívala by k řešení zdravotních problémů v jednotlivých místech i v evropském kontextu a k rozvoji demokracie, důstojnosti i svébytnosti lidí.

Proto by si co nejvíce lidí mělo ujasnit, že zdraví je nesmírně cenná hodnota, kterou stojí za to hájit, o kterou má smysl se starat a pro kterou je užitečné najít společnou řeč.

## Literatura:

1. MZ ČR: Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. MZ ČR, Praha 2001, 28 s.
2. Wld Hlth Org.: Health 21- health for all in the 21st century. An introduction. European Health for All Series No. 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1999, 32 s.
3. MZ ČR: Zdraví 21 – Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace, MZ ČR, Praha 2002, 147 s.
4. Wld Hlth Org.: Health 21 – health for all in the 21st century. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1999, 224 s. <http://www.who.dk/cpa/H21/h21long.htm>.
5. MZ ČR: Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, Zdraví pro všechny v 21. století. MZ ČR, Praha 2003, 124 s.

## 2. POTŘEBA A NADĚJE SPOLEČNÉ CESTY KE ZDRAVÍ

### 2.1. Zdroje zdravotní péče a meze medicíny

Čas od času čteme nebo slyšíme zprávy o tom, čeho se podařilo dosáhnout výzkumným medicínským týmům např. v oblasti genetiky nebo embryologie, popřípadě jak šikovní chirurgové transplantovali nejrůznější orgány, přišli odříznutou část těla nebo rozdělili srostlá dvojčata.

Možnosti medicíny jsou skutečně ohromující. V řadě případů se daří zvládat nemoci, kterým by lékaři ještě před několika desítkami let mohli jen bezmocně přihlížet. Výrazné a nesporné úspěchy medicíny jsou patrné snad každému. Odbornou medicínskou pomoc s nadějí vyhledáváme vždy, když jsme ve vážných zdravotních nesnázích.

Současně se však každodenně můžeme přesvědčovat i o tom, že medicínská péče má své hranice; dělá sice někdy skoro zázraky, ale všechno, bohužel, nezvládne. Někdy se dokonce mluví o krizi medicíny ( 1 ), jindy se připomíná nutnost revidovat její cíle ( 2 ).

Snad nejčastěji se připomíná omezenost zdrojů, které má společnost a tedy i medicína k dispozici, a neustále rostoucí požadavky a očekávání lidí. Mezi zdroje bývají obvykle zařazovány znalosti, zdravotničtí pracovníci, zdravotnická zařízení i jejich vybavení a v neposlední řadě peníze.

Hranicím, které spočívají v nedostatku znalostí, dovede medicína alespoň částečně čelit. Potřebuje k tomu výzkumné kapacity, čas a peníze. Při složitosti lidského organismu a rozmanitosti i komplikovanosti kauzálních vztahů ovlivňujících zdraví lidí lze očekávat, že mnohé nemoci se zvládnout v dohledné době nepodaří a že se budou objevovat nové nemoci, které budou muset být studovány ve snaze najít cesty, jak je zvládnout.

Pokud jde o zdravotnická zařízení, je zřejmé, že náklady na jejich vybavení prudce rostou. Nejde přitom jen o jednorázové výdaje na jejich výstavbu a uvedení do provozu, ale i o průběžnou a finančně náročnou modernizaci již používaných přístrojů.

Poměrně nákladným a vzácným zdrojem jsou zdravotničtí pracovníci. Jejich výchova a praktická odborná příprava trvá poměrně dlouho a přechází v průběžné celoživotní vzdělávání. Nesmírně náročný je i vlastní výkon zdravotnického povolání. Je spojeno se značnou zátěží a mnoha zdravotními riziky.

Většina zdravotnických pracovníků se právem domnívá, že jejich mzda neodpovídá nezbytnému vynaloženému úsilí. Zmíněné okolnosti kladou značné nároky na plánování potřeby zdravotnických pracovníků i na kvalifikovaný personální management.

Všeobecným zdrojem, který může do určité míry nahradit již zmíněné zdroje, jsou peníze. Není jich dost a nikdy jich dost nebude. Profesor Maynard k tomu výstižně poznamenal, že ve zdravotní péči jsou jen dvě věci jisté. Nedostatek peněz a smrt ( 3 , 4 ). Žádný stát na světě nemá takovou ekonomiku, která by dovedla vyprodukovat tolik peněz, kolik by lékaři v nemocnicích dokázali utratit v dobré víře, že pomáhají svým pacientům.

Pokud bychom zůstali jen u vyjmenovaných zdrojů medicíny, mohli bychom dojít ke klamnému závěru, že zdraví lidí dosáhlo svých mezí, které jsou dány dostupnými finančními prostředky, a že nás čeká jen stagnace úrovně zdraví, popřípadě kolísání, ne-li její snížení podmíněné výskytem nových nemocí a nezadržitelně rostoucími ekonomickými problémy.

Museli bychom dát za pravdu těm, kteří soudí, že péči o zdraví čekají jen nové a naléhavější nesnáze, prohlubující se krize, boj o holé přežití a chaos.

Je ovšem důležité si uvědomit, že existuje ještě jeden nesmírně důležitý zdroj péče o zdraví, a to **celá společnost** se svou historií, vývojem, znalostmi, kulturou, hodnotami, regulačními mechanismy a celou řadou dalších charakteristik, a to včetně životního prostředí, životního stylu, zdravotnictví a cenných mezinárodních kontaktů. Její základní skladebné prvky jsou **jednotliví občané** spolu se svými blízkými, rodinami a mnoha dílčími skupinami.

Byla by však chyba dívat se na občany jen jako na částičky společenství. Každý jednatel je neopakovatelnou bytostí, nadanou svobodnou vůlí i nezadatelnými právy.

Stejně tak by bylo nesprávné absolutizovat nezávislost a svobodu jednotlivce, která je, ať už si to někdo připouští nebo ne, podmíněna okolnostmi existence celé společnosti a jejích struktur.

Program Zdraví 21 neřeší ve filozofické nebo světonázorové rovině vztah jedince a společnosti. Spíše podává praktický příklad dobré sounáležitosti v péči o zdraví, sdíleného zájmu o zdraví i odpovědnosti za zdraví.

Není pochyb o tom, že bez cílevědomé účasti společnosti a jejích institucí a bez aktivního podílu jednotlivých občanů, jejich rodin a známých, by péče o zdraví byla horší, než by mohla být.

## 2.2. Role společnosti v péči o zdraví

Každá společnost se ve větší nebo menší míře zabývá zdravím a okolnostmi, které s ním souvisejí. Obecně vzato, **péče o zdraví** je široce pojatý souhrn zdravotnických, organizačních, ekonomických, výchovných a dalších prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví. Těžiště péče o zdraví spočívá v rodinách, školách a na pracovištích. Ty zdravotní problémy, jejichž řešení přesahuje možnosti běžné občanské veřejnosti, se stávají předmětem profesních zdravotnických aktivit.

V jednom mezinárodně akceptovaném dokumentu (tzv. Ottawské chartě – příloha 2) se mimo jiné připomíná, že lidé mají právo žít v takové společnosti, která si váží jejich zdraví, dovede zvládat zdravotní problémy a která vytváří zdravé přírodní i sociální prostředí.

Dobrým východiskem péče o zdraví společnosti je úsilí o rozvoj demokracie, která vytváří možnosti vzniku celé řady organizací a institucí odpovídajících zájmům občanů. Vzhledem k tomu, že zdraví se týká všech lidí, dá se očekávat, že zájem o zdraví povede k vytvoření mnoha sociálních struktur, které ve větší nebo menší míře budou přispívat ke zdraví.

S vědomím určitého zjednodušení lze připomenout alespoň pět základních komponent péče o zdraví, a to občany, politické a správní orgány, zdravotnictví, ostatní odvětví a mezinárodní organizace.

### 2.2.1. Občané

Důležitost podílu každého občana na zdravotní péči bývá v poslední době často vyjadřována stručným a na první pohled srozumitelným heslem: „*Každý má sám pečovat o své zdraví*“. Při hlubší úvaze lze však připustit, že je poněkud problematické.

Bylo by jistě dobře, kdyby všichni o své zdraví pečovali. Lze ovšem podotknout, že nikdy tomu tak nebylo a asi nikdy nebude. V rodině se děti moc o své zdraví nestarají a je žádoucí, aby byly k péči o sebe a své zdraví vedeny. A podobně ani tatínci nebývají povětšinou těmi, pro něž by zdravotní aktivity byly prioritou. Asi největší tíha péče o zdraví v rodině spočívá při našich kulturních zvyklostech na ženách, maminkách, popřípadě na babičkách.

Maminky nejenže do značné míry vytvářejí rodinné mikroklima, povětšinou rozhodují i o tom, co se bude vařit i jíst, a v péči o děti se snaží uplatňovat vše, o čem soudí, že prospívá zdraví. Ženy do značné míry přebírají starost i o starší členy rodiny, kteří se v řadě případů o své zdraví už ani moc starat nemohou.

I když tedy není sporu o tom, že každý člověk by si měl klást otázky týkající se svého zdraví i toho, čím může svému zdraví přispět, a že by to měl také udělat, je důležité připomenout, že na **péči o své zdraví by nikdo neměl zůstat sám**.

Nabízí se otázka, čím přispět ke zvýšení podílu lidí na péči o své zdraví. Jak je získat a motivovat pro péči o své zdraví. Jak zlepšit podmínky pro takovou péči. Jaký dát příklad, jak usnadnit a popřípadě i zpříjemnit zdravý život.

Neblahou „tradicí“ komunit východní Evropy je zneužívání strachu a útlaku jako nástroje manipulace, důraz na zákazy, poslušnost a tresty. Zkušenosti západoevropských zemí dokládají, že obviňovat nebo dokonce trestat někoho, kdo nepečuje o své zdraví, nikam nevede. Někdy se taková situace charakterizuje jako „*blaming victims*“, tedy „obviňování obětí“.

Lidé, kteří nepečují o své zdraví, potřebují především pomoc (motivaci, znalosti, možnosti). Nemá tedy valný smysl obviňovat kuřáky, že kouří. Ale je důležité zamezit jim kouření tam, kde by obtěžovalo a ohrožovalo nekuřáky. Je žádoucí je motivovat (i finančně), aby kouřit přestali, ale těm, kteří to nedokáží, je vhodné pomáhat.

Kuřáky není nutné trestat. Jejich život, zhruba o deset let kratší, je provázen mnoha zbytečnými zdravotními nesnáze. Jejich těžká závislost na nikotinu jim život neulehčuje. Má však smysl zamezit prodeji tabákových výrobků dětem a nedopustit reklamu na zboží, jehož spotřeba, a to i při řádném používání, ohrožuje zdraví. Je vhodné zvyšovat zdanění tabákových výrobků, jako výraz snahy společnosti omezit jeden z nejzávažnějších rizikových faktorů, který jen v České republice každoročně zabíjí více než 20 000 lidí ( 5 ).

Dílčí poznatky dokládají, že samotné znalosti jak pečovat o své zdraví nejsou samy o sobě moc účinné. Snad nejslibnější je posilování sebedůvěry, důstojnosti a samostatnosti. Jen ten, kdo si sám sebe váží, může být skutečně motivován k tomu, aby pro sebe a své zdraví něco užitečného udělal.

Bylo by dobře, aby na soustavnou péči o sebe navázala péče o své okolí i o své blízké. A opět by nemělo jít o vynucenou poslušnost „těch ostatních“, ale o vnitřně motivovanou vlastní odpovědnost, dobrou vůli, o nabídku a schopnost

pomoci. Péče o zdraví je pro lidi, musí s nimi počítat, je do značné míry realizována jejich prostřednictvím. Občané by měli mít právo zejména na:

- spravedlivou příležitost žít zdravě a ve zdraví,
- adekvátní zdravotní péči,
- potřebné informace,
- osobní účast na péči o zdraví.

I když jsou lidé v průběhu svého života povětšinou omezováni ekonomicky, svým vychováním i sociální pozicí, jsou to ponejvíce oni, kteří do značné míry rozhodují, jakou konkrétní roli bude hrát hodnota zdraví v jejich životě. Měli by zlepšovat své schopnosti poznávat i vyjadřovat své zdravotní potřeby a orientovat se v systému zdravotní péče tak, aby přispěli ke zvládnutí svých zdravotních problémů.

Občané by měli mít právo být náležitě informováni. Zřejmě by neměli jen čekat, až jim někdo vše potřebné sdělí, ale měli by rozvíjet své schopnosti informace získat, rozumět jim, kriticky je hodnotit i využívat.

Lidé by rozhodně neměli stát stranou a čekat, až problémy péče o zdraví vyřeší někdo za ně. Občané by se měli ujistovat, že žijí ve zdravém prostředí, které jim dává příležitost si zvolit zdravý životní způsob, a že zdravotnická soustava vstřícně reaguje na jejich potřeby.

A hlavně, občané by se neměli jen dovídat, co mají dělat, jak se mají správně chovat, ale měli by mít k dispozici dost možností k tomu, aby vyjádřili své problémy, přání, požadavky i návrhy a aby měli šanci přispět k realizaci toho, o čem soudí, že pomáhá zdraví.

### **2.2.2. Politické a správní orgány**

Jednotlivé státy projevují v různé míře zájem o zdraví a obvykle přebírají i podíl odpovědnosti za zdraví svých občanů. Významnou roli v péči o zdraví hrají obě komory parlamentu a vláda. Je důležité, aby se péče o zdraví nestala jen úzkou resortní povinností ministerstva zdravotnictví (např. pokud jde o zajištění dostupnosti zdravotnických služeb nebo co se týče aktivit přímo řízených organizací), ale aby jakékoli rozhodnutí na úrovni vládních orgánů i na všech dalších úrovních státní správy respektovalo hodnotu zdraví a bralo v úvahu zdravotní důsledky.

Jedním z hlavních úkolů politických orgánů je soustavně napomáhat tomu, aby občané byli informováni, aby se podíleli na rozhodování, realizaci i hodnocení zdravotní péče.

V tomto ohledu je důležité dbát na rozvoj informačního systému a analytické činnosti, jako předpokladu jak správných rozhodnutí směřujících ke zdraví, tak stanovení zdravotních priorit, které by měly respektovat zájem celku i zdravotní problémy některých populačních podskupin, etnických menšin a jednotlivců.

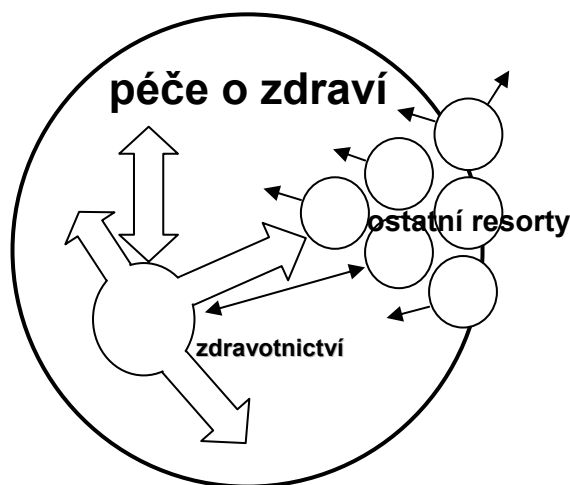
Je rovněž žádoucí usilovat o to, aby legislativa a přidělování finančních prostředků odpovídalo zdravotním potřebám lidí a možnostem jejich uspokojování.

### 2.2.3. Zdravotnictví

*Zdravotnictví je resortní systém obsahující soustavu odborných zařízení, orgánů a institucí (spolu s lidmi, vybavením, poznatky a metodami), které byly vytvořeny s cílem poznávat a uspokojovat zdravotní potřeby i oprávněné požadavky lidí. Zdravotnictví je subsystémem širěji pojímané péče o zdraví a představuje její odbornou, profesionálně vykonávanou a resortně pojímanou část.*

Zdravotnictví má dvě základní funkce:

- a. v širším smyslu vhodně usměrňovat a koordinovat široce pojatý systém péče o zdraví; spolu se zdravotnictvím se na péči o zdraví podílí mnoho dalších resortů a organizačních komponent;
- b. v užším smyslu řídit (ať už přímo nebo nepřímo) soustavu zdravotnictví jako souhrn odborných zdravotnických zařízení poskytujících zdravotnické služby.



Obr. 1. Péče o zdraví a zdravotnictví



Je úkolem zdravotnictví a zejména zdravotníků, aby usilovali o dosažení dobré kvality zdravotnických služeb. Současně by se neměli orientovat jen na konkrétní zdravotnický zákrok, ale měli by vnímat i širší sociální, ekonomické, kulturní a psychologické souvislosti. Měli by věnovat pozornost i determinantám zdraví, např. v životním a pracovním prostředí, ve způsobu života a podle možností navazovat kontakty s těmi pracovníky, kteří mohou determinanty zdraví ovlivnit.

Zdravotníci by měli podle svých sil pomáhat politikům i všem občanům pochopit hodnotu zdraví, důležitost širokého chápání a příznivého ovlivňování zdravotní situace, a to jak při správě státu, jednotlivých územních celků i organizací a institucí, tak v běžném životě rodin a jednotlivců.

#### **2.2.4. Ostatní odvětví**

Celkovou dosaženou úroveň zdraví do značné míry ovlivňuje činnost všech resortů. Velmi důležitá je souhra mezi zdravotnictvím a resortem práce a sociálních věcí. Dílčí snahy přesunout některé náklady na jiný resort k celkovým úsporám nevedou.

Každý resort více nebo méně ovlivňuje zdraví lidí. Např. průmysl by měl mít jistotu, že vyráběné výrobky neohrožují zdraví lidí, média by měla motivovat občany k péči o zdraví a poukazovat na vhodné možnosti aktivit, které posilují a rozvíjejí zdraví.

Školy by měly vést žáky a studenty k zájmu o zdraví, posilovat jejich důstojnost, sebedůvěru, samostatnost i odpovědnost. Významnou roli by ve všech regionech měly sehrát univerzity, a to ve výchově lidí, ve výzkumu i ve zvyšování zdravotní kultury v celém regionu.

Podstatná je činnost i ostatních resortů, např. pokud jde o bezpečnost dopravy, omezení úrazů, rozvoj sportu, zajištění bezpečných potravin, vytvoření dobrého ekonomického zázemí široce chápané péče o zdraví, pracovní příležitosti, informování občanů, sociální oporu pro ty, kteří trpí zdravotními dysfunkcemi apod.

#### **2.2.5. Mezinárodní organizace**

V současném světě, kde postupující globalizace usnadňuje kontakty mezi státy a současně posiluje vliv opatření přijatých v jednom státu na sociální podmínky ve státu jiném, roste význam mezinárodních organizací, mezinárodních sdružení, smluv i závazků.

Česká republika v tomto ohledu využívá pomoci celé řady mezinárodních organizací. Pokud jde o program Zdraví 21, je vhodné připomenout zájem zejména těchto organizací: Evropské unie ( EU ) ( 3 ), Světové banky ( 4 ), Rozvojového programu OSN (UNDP) ( 5 ) a Dětského fondu OSN (UNICEF).

Je známou skutečností, že zdraví ani nemoci neuznávají hranice a že výskyt závažného onemocnění v jednom státě může znamenat ohrožení i pro státy sousední, ne-li pro celý svět. Nejsou na světě tak vysoké ploty, které by dokázaly uchránit zdraví několika jedinců v nemocném světě.

Zdraví není izolovaná kategorie, která by se dala odtrhnout od široké sociální reality. Jeho ochrana a rozvoj nemůže spočívat jen na tom, co každý sám udělá pro své zdraví. Cesta ke zdraví je ve své podstatě společná a závisí i na tom, s kým a jakou krajinou po ní jdeme, co si bereme s sebou a komu i do jaké míry na této cestě dokážeme pomoci.

V tomto směru je pro Českou republiku důležité zejména členství v Evropské unii dbající na etické i zdravotní hodnoty a v neposlední řadě i ve Světové zdravotnické organizaci (SZO), která poskytuje neobyčejně cennou poradní pomoc všem členským vládám.

Mnohotvárnost aktivit směřujících ke zdraví je zřejmá. Nemělo by smysl usilovat o nějakou složitou a vnitřně provázanou koordinaci všech činností. Ke zdraví vede mnoho cest i drobných pěšinek a je na každém, kudy se vydá.

Nejde o to lidi dirigovat a ukládat jim, kudy přesně mají jít. Bylo by to popření práva lidí na vlastní volbu a na přijetí odpovědnosti za svá rozhodnutí. Jde však o to, aby různorodost cest ke zdraví nebyla pokud možno projevem tápání, neinformovanosti a nepochopení, ale aby spočívala na znalosti místního prostředí a na schopnosti odpovědné a užitečné volby.

Je sice pravda, že omezenost finančních zdrojů a neomezenost zdravotních očekávání vyvolává dojem neodvratné krize, ale s trochou optimismu však můžeme vyjádřit naději, že možnosti aktivity lidí, a to zejména pokud se dají rozumně dohromady, jsou téměř neomezené. Program Zdraví 21 s rozvojem takové aktivity počítá.

Je žádoucí, aby politikové, zdravotníci i celá občanská veřejnost pochopila potřebu sdílené odpovědnosti za zdraví, užitečnost vzájemné pomoci, tvůrčího partnerství a cílevědomého rozvoje aktivit směřujících ke společnému cíli, k ochraně, rozvoji i navrácení zdraví jako cenné podmínky důstojného a plného lidského života.

## Literatura:

1. Porter R.: Největší dobrodiní lidstva. Prostor, Praha 1997, 807 s.
2. Illich I.: Limits to medicine. Marion Boyars, London 1995, 294 s.
3. Malek M (ed.): Setting Priorities in Health Care. John Wiley&Sons, Chichester 1994, 332 s.
4. Holčík J., Koupilová I.: Plýtvání v systému péče o zdraví jako významný medicínský, etický, ekonomický a sociální problém. Postgraduální medicína, 3, 2001, č. 5, s. 533-538.
5. Holčík J., Koupilová I.: Smrtící pandemie se stále šíří. Ničivé důsledky kouření jsou vážným varováním pro všechny. Čas. Lék. čes., 141, 2002, č. 21, s. 659-662.
6. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the development of public Health policy in the European Community. Document COM (98) 230 final, Commission of the European Communities, Brussels 1998.
7. World Bank: World Development Report 1993, Investing in health. Oxford University Press, New York 1997, 329 s.
8. United Nation Development Programme. Human development report 1997. Oxford University Press, New York 1997.

### 3. ZDRAVÍ

*Jedním z hlavních pojmů i záměrů programu ZDRAVÍ 21 je zdraví lidí. Jde v této souvislosti o širokou škálu stavů od plného zdraví přes všechny jeho poruchy až po úmrtí. Slovem zdraví se označuje široce pojímaný zdravotní stav lidí a současně se berou v úvahu i všechny jevy a události, které zdraví ovlivňují i provázejí.*

#### 3.1. Zdraví jako záměr programu Zdraví 21

Program Zdraví 21 je orientován na ochranu a rozvoj zdraví lidí během celého jejich života a dále na snížení výskytu poruch zdraví i na omezení nesnází, které lidem přinášejí. Zdraví lidí je ústředním tématem programu a péče o zdraví je jeho základním nástrojem.

Je proto žádoucí se na samém začátku zamyslet nad tím, co zdraví vlastně znamená, jak jej chápat a hodnotit. To by mělo navodit i usnadnit úvahy o tom, co se pro zdraví dá udělat.

Na první pohled by se mohlo zdát, že pojmu zdraví každý rozumí. Je to slovo, které používáme od dětství. Obvykle to pro nás znamená, že nás nic nebolí, že nám „nic není“.

Při hlubším zamyšlení však musíme připustit, že pojem zdraví není zdaleka jednoduchý. Zdraví má mnoho aspektů, jejichž důležitost se mění v různých historických obdobích, v průběhu života lidí, v závislosti na kultuře, ekonomice, rozvoji medicíny i celé široké péče o zdraví a v návaznosti na mnoho dalších okolností.

Všeobecně se připouští, že zdraví lze jen s obtížemi definovat a měřit. Snadnější je to s nemocemi. Úroveň zdraví obyvatelstva je proto obvykle vyjadřována mírami „negativního zdraví“, tzn. nemocností a úmrtností.

Takové pojetí zdraví je přirozeným důsledkem skutečnosti, že se zdravotními problémy se lidé obvykle obracují na lékaře a další zdravotníky a očekávají pomoc, navrácení zdraví nebo alespoň úlevu. Dějiny medicíny jsou dějinami úsilí o zvládnutí nemocí. Zdraví je v této souvislosti pokládáno za protiklad nemoci nebo smrti.

Křestní list lékařství jako vědecké disciplíny byl psán přírodovědecky zaměřenými lékaři. Přírodovědná, tzv. **biomedicínská orientace** lékařství byla neobyčejně plodná a její možnosti nejsou zdaleka vyčerpány. Hlavním cílem

této oblasti bylo poznat a pokud možno ovládnout děje probíhající na úrovni organismu a získaných poznatků využít ke změně nežádoucího vývoje nemoci.

Výsledky, které přineslo pojetí nemocného jako složitého biologického systému, jsou nesporné. Dokladem úspěšnosti takového přístupu je zvládnutí až vymýcení některých infekčních nemocí, přínos moderní farmakologie, rozvoj operačních technik, včetně transplantací apod. Někdy dokonce vzniká iluze, že medicína je všemocná a že snad jediný problém je zvolit a aplikovat vhodnou metodu léčby.

Značná komplikovanost a mnohostranná podmíněnost funkcí buněk, tkání, orgánů i organismu jako celku vedla ke specializaci až superspecializaci vědeckého výzkumu i zdravotnických služeb. Rychlý růst znalostí umožnil rozvoj komplikovaných léčebných metod, které na jedné straně vyvolávají obdiv propracovaností léčby jedince, na druhé straně však přinášejí i problémy a rozpaky, klademe-li si otázku, jak zlepšit úroveň zdraví všeho obyvatelstva.

I když by byla jistě chyba podceňovat význam klinické medicíny a potřebu jejího dalšího rozvoje a uplatnění, sluší se upozornit na to, že biomedicínsky orientované lékařství může přinášet vhodná řešení právě jen biomedicínských problémů. K tomu, aby se podařilo zvládnout špatný zdravotní stav populace, je nezbytné překročit rámec biomedicínských znalostí a doplnit je poznatky studia zdraví a nemocí jako společenského jevu.

Jak dokládá historie, spolu s přírodovědným chápáním medicíny se pod tlakem konkrétních dobových zdravotních problémů rozvíjelo i **sociálně lékařské** a **ekologicko hygienické** pojetí medicíny. V mnoha případech šlo spíše o dobře míněné záměry než o vědecké metody. Vhodné postupy byly ponejvíce hledány metodou zkoušek a omylů a jejich uplatnění bylo podmíněno politickými a organizačními okolnostmi. Šlo např. o snahu odstranit narůstající rozdíl mezi tím, co by bylo na základě klinického poznání možné, a tím, co bylo v konkrétní sociálně ekonomické situaci reálné, zajistit alespoň základní zdravotní péči všem, kteří to potřebují, nebo zavést účinnější preventivní opatření.

Postupně se tak vytvářela širší představa o determinantách nemocí a zdraví, upevňovalo se i přesvědčení, že ke zvládnutí vysoké nemocnosti a úmrtnosti je nezbytné cílevědomě využívat i prvků sociální regulace, např. práva a legislativy, výchovy a vzdělávání, ekonomických nástrojů, hromadných sdělovacích prostředků apod.

Položíme-li si tři základní otázky předznamenávající cestu ke zdraví, a to: Jaké je zdraví? Proč je takové? Co uděláme pro to, aby bylo lepší?, pak nevystačíme s měřením zdraví na základě výskytu nemocí, popřípadě úmrtí.

**Mnoho okolností nasvědčuje tomu, že zdraví není prostým protipólem nemoci, že je ve své podstatě jinou kategorií než nemoc. Lze soudit, že zdraví je pojmem spíše obecně humánním a sociálním než jednostranně medicínským a že jeho determinanty a možnosti jeho ochrany, posílení a rozvoje široce přesahují tradiční doménu zdravotnických služeb.**

Podobně je tomu se zdravotními problémy. Za zdravotní problém bychom zřejmě neměli označovat jen vysokou nemocnost nebo úmrtnost. Spíše jde o komplexy jevů, podmínek, determinant a dějů, jejichž souvislosti a důsledky mají rozsáhlou škálu sociálních, kulturních, ekonomických a dalších aspektů a jejichž zvládnutí není v silách jednoho oboru vědy nebo v možnostech jedné oblasti lidské činnosti.

System péče o zdraví je tedy širokým sociálním systémem, jehož součástí je jak zdravotnictví, tak i činnost mnoha dalších institucí, organizací, skupin a jednotlivců. Vzhledem k tomu, že pojetí zdraví představuje důležitý motiv pro aktivity všech komponent systému péče o zdraví, je žádoucí si ujasnit, jak se zdraví běžně definuje, jaké jsou jeho hlavní aspekty, jak zdraví vnímá odborná i široká občanská veřejnost.

V tomto kontextu je zřejmé, že můžeme očekávat různé chápání pojmu zdraví, přičemž určité odlišnosti nemusejí být překážkou společné práce. Není tedy potřebné prosazovat jen jednu definici zdraví. I když můžeme v péči o zdraví očekávat různé přístupy, je žádoucí, aby pojetí zdraví a na ně navazující aktivity byly chápány i realizovány komplementárně, tzn. doplňkově, aby každý přispěl ke společnému záměru podle svých možností.

### **3.2. Co je zdraví**

Často se uvádí, že zdraví je jedním z důležitých předpokladů plného, plodného a skutečně kvalitního lidského života. Zdraví lidí je rovněž nezbytnou podmínkou ekonomického a sociálního rozvoje.

Dnes již klasická „definice“ Světové zdravotnické organizace (SZO) říká, že „zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“ ( 1 ). Občasné rozpaky způsobuje skutečnost, že se nejedná v pravém slova smyslu o definici. Je to jeden z odstavců Ústavy SZO pojímaný při svém vzniku spíše jako představa záměru, na který by se SZO měla orientovat.

Zmíněná definice obsahuje prvek negativního vymezení zdraví (nepřítomnost nemoci nebo vady) i prvek pozitivní (stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody). Definice však neříká, co se myslí pohodou (*well-being*). Nepochybně

zde bude hrát výraznou roli subjektivní pocit pohody, ale jen na něj se pojem zdraví omezit nedá. Je zřejmé, že „pohoda“ navozená např. drogou představě zdraví neodpovídá.

Neurčitost definice je nevýhodou pro toho, kdo by očekával, že tak složitý pojem, jako je zdraví, lze jednoduše a výstižně změřit a že na základě konkrétní definice je možné zvolit účinná opatření. Obecně pojatá definice může však být i výhodou, pokud ji pojmeme jako východisko tzv. širokého pojetí zdraví a péče o zdraví, se všemi podmínkami, determinantami, možnostmi ovlivnění i důsledky. Takové pojetí je základem mnoha aktivit (nejen medicínských), které pomáhají chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet zdraví.

Zdraví není jen charakteristikou organismu. Je i významnou humánní hodnotou, a to jak individuální, tak sociální. Je provázáno mnohými společenskými, právními, politickými, ekonomickými, kulturními a dalšími aspekty.

Pochopení obsahu pojmu zdraví může usnadnit poznámka, že slovo „zdraví“ má lingvisticky úzký vztah k pojmu „celek“. Např. angl. *health* vzniklo ze staroanglického slova *hale* mající bezprostřední vztah ke slovu *whole* (celý, zdravý); podobně německé *heil* znamená celek i zdravit. Ve slovanských jazycích se výrazy zdravit a celovat sice již oddělily, ale např., když se rána hojí, říkáme, že se zaceluje.

Vzhledem k problémům s definicí zdraví bývají pro vědecké účely často vytvářeny tzv. *operační definice zdraví*, které jsou orientovány na ty charakteristiky zdraví, resp. nemoci, které souvisejí s cílem zamýšlené studie.

Některé z operačních definic mají obecnější platnost, např.: „Zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí“ (Bureš) ( 2 ), nebo „Zdraví je relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí“ (Žáček) ( 3 ); tato operační definice má tři základní složky:

- a) tělesnou a psychosociální integritu navozující stav optimální pohody,
- b) nenarušenost životních funkcí a společenských rolí,
- c) adaptabilitu, tj. přizpůsobivost ve smyslu fyziologické a sociální homeostázy.

V programu Zdraví 21 je používán spolu s pojmem zdraví i pojem **zdravotní potenciál**. Je to ta nejvyšší úroveň zdraví, kterou může konkrétní jedinec žijící v dané společnosti dosáhnout. Ta je podmíněna jednak možnostmi jedince starat se o sebe i o druhé, schopností se samostatně rozhodovat a přijmout svůj díl

odpovědnosti za vlastní životní osud, a jednak tím, zda společnost, ve které žije, dbá na to, aby všichni její členové mohli dosáhnout plného zdraví ( 4 ).

Zdraví má výraznou objektivní i subjektivní složku. Čím hlouběji je studováno, tím výrazněji vystupuje jeho celostní a hodnotový charakter. Hodnotu zdraví nelze vymezit snadno. Říká se, že člověk pochopí hodnotu zdraví, až když onemocní. Výstižně to vyjádřil dr. Halfdan Mahler, dřívější generální ředitel SZO : „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.“ Hodnotová stránka zdraví dominuje zejména v poslední době. Historicky však nejde o zcela nový aspekt, jak ostatně dokládá výrok Herakleita z Efezu (530-470 př.n.l.) ( 5 ): „Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství je bezcenné a důvtip bezmocný.“

Zdraví jako biopsychosociální kategorii lze jen obtížně vyjádřit jednoduchou definicí. V literatuře se někdy poukazuje na možnost vnímat zdraví jako určitý „model“, který je blíže charakterizován v návaznosti na předmět a okolnosti výkladu, studia, výzkumu nebo praxe.

### **3.3. Základní modely zdraví**

#### **3.3.1. Biomedicínský model zdraví**

Rozhodující roli zde hrají symptomy nemoci, diagnostická kritéria, dostupnost vyšetření a vhodná terapie. Otázkou je, zda nemoc byla prokázána. Stav nepřítomnosti nemoci je považován za zdraví.

Takové pojetí zdraví vychází z běžné klinické praxe, kdy se lékaři snaží přispět k řešení těch zdravotních problémů, se kterými se na ně obracují jejich pacienti. Lékaři se opírají o výsledky vyšetření, snaží se posoudit stav a funkci jednotlivých orgánů i činnost celého organismu.

Biomedicínský model je dobrým nástrojem přírodovědecky orientovaného lékařství a jeho aplikace přináší nesporné příznivé výsledky. Pokud lékaři občas připomínají, že „zdravý člověk je jen nedostatečně vyšetřený pacient“, je zřejmé, že si uvědomují relativnost pojmu zdraví a mnoho dalších okolností, které ovlivňují návštěvu pacienta u lékaře, dostupnost diagnostické techniky apod.

Zhruba od 70. let 20. století se významně zvýšila pozornost věnovaná nemocnému jako svébytné osobnosti, pro kterou je nedůstojné, pokud se stane předmětem „objektivistického kultu exaktní vědy“ a podcení se jeho dosavadní život, zkušenosti, názory, hodnoty, práva apod.



V návaznosti na rozvoj sociologie a celé řady humanitních oborů byl biomedicínský model doplňován o **model sociologický** ( 6 ), všímající si společenské role individua, **humanitní model** ( 6 ), který vyzvedá morální a volní stránku existence člověka, nebo **model behaviorální** ( 3 ), respektující význam chování pro zdraví lidí a snažící se využívat zjištěných poznatků jak ke zlepšení zdraví, tak ke zvýšení kvality života.

Důsledkem byl důraz na **komplexní multidimensionální přístup**, který našel svůj výraz v medicíně orientované primárně na pacienta. Pacient je v této souvislosti chápán jako součást společnosti a širokého ekosystému.

Zkušenost však ukazuje, že ani toto rozšíření biomedicínského modelu nestačí, pokud si položíme otázku zdraví a péče o zdraví v širších populačních celcích. K tomu, aby se podařilo účinně a hospodárně zvládat zdravotní problémy populace, je nezbytné překročit rámec biomedicínského přístupu a osvojit si poznatky získané studiem zdraví, nemocí a péče o zdraví jako společenského jevu.

### 3.3.2. Ekologicko sociální model zdraví

Zřetelně se ukazuje, že zdraví je podmíněno přírodním a sociálním prostředím a že by byla chyba je oddělovat od konkrétních lidí v celé plnosti jejich života, včetně jejich osobnosti, práce, rodinných vztahů, emocí, pocitů, názorů i sociálních rolí. Vnímání i zvládání zdravotních problémů je do značné míry podmíněno kulturou, ekonomickými a politickými okolnostmi.

U ekologicko sociálního modelu zdraví zůstává jedinec a jeho zdraví v centru pozornosti, současně se však chápe a zdůrazňuje, že řada opatření realizovaných na populační úrovni může mít příznivý, popřípadě i negativní dopad na zdraví lidí.

Problémy by měly být pokud možno řešeny těmi mechanismy, kterými vznikají. Pokud například dochází v důsledku rozvoje automobilismu, nedokonalé legislativy a nedostatečné údržby komunikací k vyšší úrazovosti na silnicích, nestačí na to reagovat výstavbou nových traumatologických center navázaných na rychlou lékařskou pomoc. Neměly by být pominuty legislativní úpravy, zlepšení stavu silnic a dopravních prostředků, odborná příprava řidičů a jejich chování na veřejných komunikacích, styl a účinnost práce dopravní policie, výchova dětí apod.

Někdo by mohl namítnout, že např. technický stav silnic není zdravotnická záležitost. To je samozřejmě pravda, ale zdraví lidí se netýká jen zdravotníků.

Jedním z přínosů tohoto modelu je široké chápání determinant zdraví a důraz na jejich příznivé ovlivňování všemi vhodnými prostředky.

Hlavní charakteristiky ekologicko sociálního modelu zdraví jsou ( 5 ):

- a. Zaměření na celou osobnost jedince jako člena rodiny a společnosti, příslušejícího k určité kultuře a plnícího odpovídající občanské a sociální role.
- b. Zájem o sociální charakteristiky zdraví, např. úroveň zdraví v závislosti na příjmu, pohlaví, věku, vzdělání apod.
- c. Snaha porozumět kulturním, sociálním a individuálním hodnotám a posoudit jejich vztah ke zdraví.

Lidé většinou nepovažují zdraví za hlavní cíl svého života. Zdraví se často dostává do protikladu k jiným důležitým zájmům, hodnotám a životním cílům; např. být šťastný, prožít dobrodružství, prosadit se ve společnosti, mít pestrý nebo naopak klidný život apod. V určitých kulturách a sociálních skupinách se uplatňuje celá řada zvyků; běžné typy chování se mohou mezi různými oblastmi nebo skupinami osob výrazně lišit, a to jak u zdravých, tak u nemocných. Mnohé z těchto rozdílů dokumentují sociální a kulturní podmíněnost zdravotního stavu i různých typů chování upevňujícího nebo naopak ohrožujícího zdraví.

- d. Pozornost věnovaná subjektivní stránce zdraví a roli osobních pocitů a emocí ve vztahu ke zdraví. Jde v této souvislosti o vnímání jak pozitivního zdraví, tak poruch zdraví a v neposlední řadě i o subjektivní vztah k jednotlivým determinantům zdraví.
- e. Úsilí o pochopení jednání směřujícího ke zdraví v kontextu každodenního života. Lidé jako členové společnosti nejsou jen „kuřáci“, „alkoholici“ nebo „invalidé“. Jsou to především celí lidé, kteří jsou v běžném životě vystaveni mnoha dalším podmínkám a okolnostem, radostem i nesnázím. Sociální život a jeho podmínky představují významný komplex determinant zdraví.
- f. Zdraví je pojímáno v celé šíři s vědomím, že výsledný zdravotní stav není jen výsledkem vztahu lékaře a pacienta, ale je do značné míry důsledkem aktivity samotného jedince i sociálních skupin a institucí i společnosti jako celku.
- g. Snaha vzbudit a pěstovat vědomí vlastní důstojnosti. Péče o sebe je nezbytnou základní podmínkou a první formou péče, na kterou potom navazují další zdravotnické služby.

h. Vědomí, že existuje široká škála metod péče, léčení a uzdravování.

Ekologicko sociální model zdraví neusiluje o oddělení léčby, prevence a občanských aktivit. Snaží se o jejich rovnováhu, komplementární působení a co největší účinnost. Je nutné ovšem zdůraznit, že *sociálně ekologický model zdraví rozhodně není protipólem biomedicínského přístupu, ale jeho významným rozšířením.*

V souvislosti s rostoucí důležitostí účasti občanů na péči o zdraví jsou vytvářeny **modely zdraví založené na laickém chápání zdraví** v návaznosti na zdravotní péči, zejména sebepéči.

Ekologicko sociální model existuje v celé řadě modifikací. Např. zdraví v jeho celistvosti se snaží pojmout **celostní model zdraví** ( 3 ). Staví na skutečnosti, že lidé zdraví nejenom studují, ochraňují a navracejí, ale i prožívají; zdraví je tedy jednou z charakteristik života v jeho celé plnosti.

Obdobně je orientován i **model zdraví populace** ( 8 ). Vychází z těchto zásad:

- a. Zdraví lidí je ovlivňováno sociálními, kulturními a ekonomickými okolnostmi, a to jak na individuální, tak na populační úrovni.
- b. Tyto okolnosti jsou nezávislé na velikosti prostředků, které jsou vynakládány na zdravotnické služby.
- c. Společnost, jejíž bohatství je rozdělováno relativně spravedlivě, se těší vyšší úrovni zdraví.
- d. Pokud jde o individuální úroveň zdraví, ta je podmíněna jak ekonomickým a sociálním prostředím, tak schopnostmi jedince zvládat existující problémy.

Při úvahách o zdraví jsou často připomínány nové a nové charakteristiky a aspekty zdraví, např. nezdolnost (*hardiness*) jako úspěšné zvládnání těžkostí života, popřípadě schopnost adaptace, zralost - ve vývojovém smyslu, spontaneita a kreativita, subjektivní vnímání sebe sama (*self-respect, self-reliance, high self-esteem, self-efficiency*) apod. ( 3 ).

At' už vyjdeme z jakéhokoli modelu zdraví, měli bychom si uvědomit, že se vždy jedná o dílčí simplifikaci. Z komplikované a vzájemně provázané reality se snažíme vybrat podstatné jevy a vztahy ve snaze je blíže poznat a podle možností i ovlivnit.

Je zřejmé, že chápání zdraví prochází neustálým vývojem a dá se očekávat, že ani dosavadní přístupy nejsou definitivní. Jako nejslibnější se jeví široké pojmání zdraví a péče o zdraví, které bere v úvahu jak individuální, tak sociální

úroveň. Takový přístup je typický pro práci SZO a nachází svůj výraz v programu Zdraví 21.

Na první pohled se může zdát, že jde o pojetí logické a zcela samozřejmé. Ve skutečnosti jde o překlenutí tradičního duálního vnímání světa, o překročení mnoha stávajících institucionálních hranic a o přenesení těžiště péče o zdraví z vysoce prestižních klinik (kde se zdraví „opravuje“) do rodin, škol a pracovišť, kde by se zdraví mělo chránit a cílevědomě vytvářet.

Zdraví je významná charakteristika existence jedinců i společenských skupin, dynamicky se vyvíjí a mění od početí až do smrti; tvoří s nemocemi kontinuální škálu od stavu naprostého zdraví ve smyslu tradiční definice SZO až po úmrtí. Zdraví je podmíněno mnoha okolnostmi a lze je do určité míry chránit, rozvíjet i navracet.

Má-li být úsilí o dosažení co nejvyššího zdraví lidí úspěšné, nemá smysl stavět do protikladu tradiční pojmy jako prevence a terapie, individuální a sociální, zdraví a nemoc, zvládání konkrétní nemoci a kontinuální (celoživotní) zdravotní, medicínská i sociální péče. Je důležité si klást otázku, co je pro zdraví lidí užitečné, a snažit se tomu napomáhat v širokém komplexu medicínských, politických, organizačních, ekonomických a dalších opatření.

Čeká nás zřejmě zásadní transformace zdravotní péče, která by důsledně vycházela ze zdravotních potřeb občanů i celého společenství a směřovala by ke zdraví lidí. K takové transformaci postupně dochází ve vyspělých státech zhruba od konce 70. let. Nejde o nějaká jednotlivá opatření, ale o poměrně složitý programový proces, jehož základními prvky jsou ekvita (sociální spravedlnost, slušnost), účinnost (medicínská, ekonomická i společenská) a kvalita (jejíž součástí je jak splnění odborných standardů, tak spokojenost občanů se zdravotní péčí). Celý tento proces je charakterizován širokým chápáním zdraví a meziresortním pojetím péče o zdraví, výrazným podílem výzkumu při přípravě i ověřování zamýšlených opatření, solidní úrovni koncepčního myšlení, využíváním moderních poznatků z oblasti managementu a informatiky, humánní a demokratickou orientací, poměrně vysokou kulturou řízení a správy i širokou mezinárodní spoluprací.

Zkušenost mnoha zemí ukazuje, že je užitečné, stane-li se zdraví předmětem zájmu i odpovědnosti jednotlivců a sociálních skupin a je-li tento zájem provázen adekvátními ekonomickými možnostmi. Někdy se připomíná, že otázka nestojí tak, kolik finančních prostředků si stát může dovolit vydat na zdravotní péči, ale spíše tak, jak dlouho, popřípadě s jakým rizikem, si stát a jeho občané mohou dovolit neposkytnout na zdravotní péči alespoň tolik prostředků, kolik je nezbytně nutné.

Zdraví a péče o zdraví je základním lidským právem. To již před padesáti lety vzala v úvahu Ústava SZO. Zdraví je i základní lidskou potřebou. Uvažujeme-li o svém podílu občanské odpovědnosti za svůj osud a v určitém rozsahu i za stav a vývoj společnosti, ve které žijeme, měli bychom si klást otázky jak o svém podílu na péči o své zdraví, tak o své roli v široce pojímané soustavě zdravotní péče.

V tomto smyslu se strategie zdravotní péče v Evropě stává předmětem jak veřejného zájmu, tak i motivem ke kultivaci a naplnění naší konkrétní osobní odpovědnosti.

#### Literatura:

1. Wld Hlth Org.: Basic Documents. Twenty-fourth Edition, WHO, Geneva 1974, 164 s.
2. Štich Z. (ed) et al.: Sociální lékařství. Avicenum, Praha 1970, 486 s.
3. Holčík J., Žáček A., Koupilová I.: Sociální lékařství, MU, Brno 1998, 137 s.
4. Wld Hlth Org.: Health 21 – health for all in the 21st century. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No 6. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1999, 224 s.
5. Anderson R., Kickbush I.: Health Promotion. A resource book. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1990, 398 s.
6. Žáček A.: Nalezne lékařství v novém století svou identitu? Část I. Lékařství-zdraví-nemoc. Čas. Lék. čes., 140, 2001, č. 20, s.615-618.
7. Blaxter M.: What is health? In: Davey B., Gray A., Seale C. (ed): Health and disease reader. Second edition. Open University Press, Buckingham 1996, 436 s.
8. Detels R., McEwen J., Beaglehole R., Tanaka H.: Oxford textbook of public health. Volume 1, Oxford University Press, New York 2002, 414 s.

#### 4. CO OVLIVŇUJE ZDRAVÍ LIDÍ

Již bylo uvedeno, že zdraví je výsledkem komplikovaného působení mnoha faktorů. Obecně je nazýváme determinanty zdraví. Historicky byly původně studovány jako determinanty nemocí.

Lékaři si odedávna kladli otázku, proč někdo onemocní a jiný ne, zda a do jaké míry se dá nemocem předcházet a co by se dalo udělat pro to, aby lidé nebyli trápeni nepříjemným průběhem nebo sužujícími následky nemocí. Ve své praxi se povětšinou snažili jen zmírnit projevy nemocí, protože domněnky o příčinách nemocí se zakládaly spíše na dobových předsudcích než na vědecky ověřených poznatcích.

Po mnoho staletí ovládala myšlení lékařů miasmatická teorie. *Miasma* měla být jakási neurčitá substance mající svůj původ v půdě nebo ovzduší, která napadá organismus zevnějšku. Typickým příkladem nemoci miasmatického původu byla malárie.

Lékaři si však rovněž uvědomovali, že řada nemocí se šíří kontaktem, přenosem od člověka k člověku. Tak vznikla představa, že musí existovat ještě další substance, a to *kontagium*, které se tvoří v nemocném organismu, je vylučováno exkrety a šíří se dotekem, kontaktem.

Velký pokrok ve vývoji medicíny znamenal začátek bakteriologické éry spojovaný zejména s objevy Pasteura a Kocha. Infekční nemoci byly vyloženy jako přímý následek působení jediného činitele - patogenního mikroba.

Avšak již koncem 19. století se začínaly ozývat námitky, že úloha patogenního činitele byla přeceněna a že větší pozornost by měla být věnována prostředí a mechanismu biologických procesů.

První polovina 20. století byla bohatá na množství různých teorií, které přiznávaly větší váhu jednou té, jindy oné podmínce nesmírně složitého procesu vzniku a průběhu nemocí.

I když názory na vznik a rozvoj nemocí se mnohdy různí, v jednom se povětšinou shodují: nemoc je dynamický proces, jehož postupné poznávání nutí brát v úvahu stále širší počet faktorů a podmínek a stále komplikovanější vztahy mezi nimi.

Všeobecně se přijímá *multifaktorová koncepce* vzniku nemoci. Vzhledem k tomu, že je krajně obtížné, ne-li nemožné rozlišit mezi příčinou a podmínkou,

používá se raději termínu determinanty nemoci, resp. markery, rizikové faktory, precursory apod., tedy něco, co tak či onak souvisí se vznikem nemoci.

Čím hlouběji pronikáme do podstaty nemocí, tím bohatší se stává paleta jejich determinant. Mnohočetnost příčin a podmínek je zejména patrna u mnohých chronických nemocí, jako jsou nemoci kardiovaskulární, zhoubné nádory, cukrovka, revmatismus, alergická onemocnění, duševní poruchy apod.

Multifaktorová koncepce vzniku nemocí vede k mezioborovému studiu této problematiky. Z odborného a metodického hlediska v této oblasti dominuje medicínský obor epidemiologie.

Epidemiologie vychází ze tří základních předpokladů ( 1 ): (a) nemoci se u lidí neobjevují náhodou, (b) s nemocemi lidí jsou spojeny příčinné i protektivní faktory, které lze identifikovat systematickým studiem orientovaným na populaci a její podskupiny v určité lokalitě a čase, (c) získanými poznatky, volbou a realizací opatření lze přispět ke zvládnutí zdravotních problémů.

Epidemiologie se z počátku soustředila na nemoci, které se vyskytovaly hromadně. Ponejvíce to byly nemoci infekční. Později se epidemiologie začala zabývat všemi nemocemi a tomu odpovídala i její definice:

**Epidemiologie je studium rozložení nemocí nebo poruch zdraví v lidské populaci ve vztahu k faktorům, které určují toto rozložení ( 1 , 2 ).**

Jak je patrné z textu, takto pojatá epidemiologie se zabývá všemi nemocemi a poruchami zdraví; není rozhodující, jde-li o infekční nebo neinfekční chorobu. U nás se dříve v této souvislosti mluvilo o epidemiologii v širokém pojetí nebo o studiu zdravotního stavu obyvatelstva.

Výraz „rozložení“ se vztahuje k výskytu nemoci v čase, prostoru (území) a v podskupinách osob tříděných podle nejrůznějších znaků; „populaci“ se rozumí statistický soubor lidí vymezených geograficky nebo socioekonomicky; termínem „faktory“ se označují příčiny a podmínky (obecně determinanty) nemoci, které mohou mít přírodní nebo sociální povahu.

Zmíněná definice je spojena s všestranným rozvojem epidemiologie zejména v 60. a 70. letech 20. století a dodnes je dobrým východiskem pro řešení celé řady medicínských problémů. Postupně se však začalo ukazovat, že většina zdravotních nesnází se netýká jen nemocí, jejich příčinných a protektivních faktorů, prevence, diagnostiky, léčby a rehabilitace, ale že jde o problémy komplexnější, orientované spíše na široce pojímané zdraví než na jeho dílčí poruchy.

Zdravotní problémy bychom neměli spojovat jen s vysokou nemocností nebo úmrtností. Spíše jde o komplexy jevů, podmínek, determinant a dějů, jejichž souvislosti a důsledky mají rozsáhlou škálu sociálních, ekonomických, kulturních, behaviorálních a dalších aspektů.

Pro řešení takto pojímaných zdravotních problémů byla zmíněná definice poměrně úzká a podporu si začala získávat definice širší, zaměřená více na zdraví a jeho determinanty než na nemoci a kladoucí důraz na zvládnutí zdravotních problémů.

V průběhu 70. let 20. století byla proto formulována a posléze i přijata nová definice epidemiologie orientovaná na zdraví.

**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 ( 1 , 2 ).**

Tato definice umožňuje využít všech dosavadních epidemiologických metod a současně je dobrým základem pro rozvoj nových přístupů, a to jak v tradiční medicínské oblasti, tak v celé sociální realitě při využití poznatků i jiných oborů.

Nová orientace epidemiologie byla cenným podnětem pro její nebývalý rozvoj i pro posílení její spolupráce s mnoha navazujícími medicínskými obory, jako je sociální lékařství, hygiena, preventivní lékařství i s některými vzdálenějšími disciplínami např. sociologie, psychologie, ekonomie, právní vědy, vědy o řízení, informatika apod.

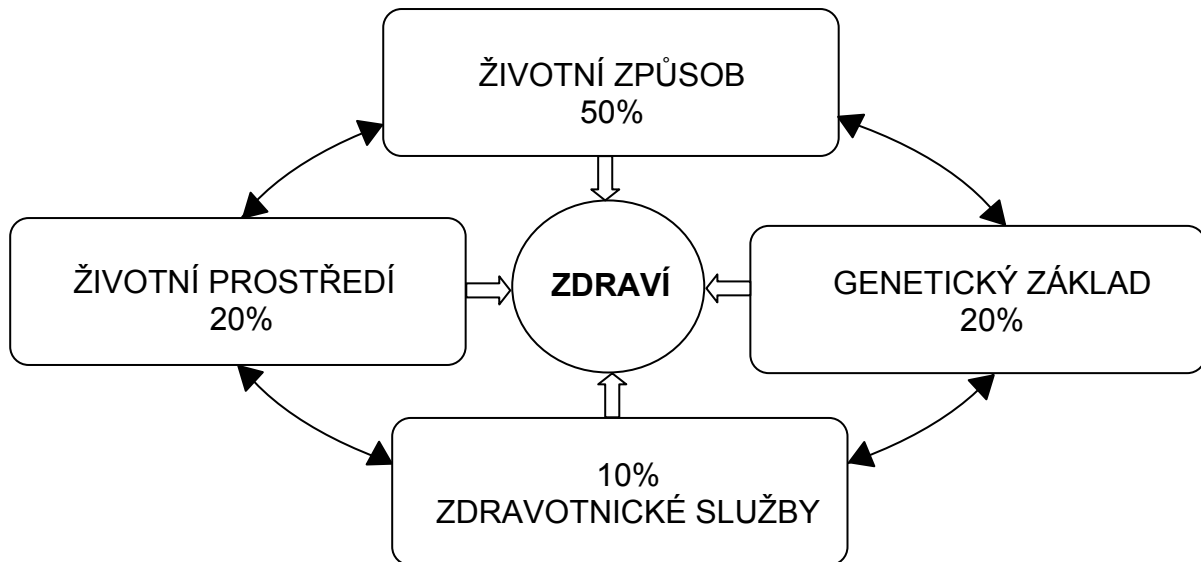
Postupně vznikala představa o široké podmíněnosti zdraví, přičemž se ukazovalo, že úloha tradičně pojímaného zdravotnictví je menší, než se původně soudilo (10%). Řada studií dokládala vliv genetických faktorů na zdraví (20%), dominantní působení životního způsobu (chování lidí) (50%) a konečně i význam životního prostředí s jeho přírodními i sociálními faktory (20%) ( 3 ).

Tyto čtyři zmíněné determinanty zdraví je možné znázornit jednoduchým schématem vyjadřujícím rovněž přibližný vliv na zdraví lidí v procentech (obr. 2). Pokud bychom vyšli z předpokladu, že zdraví lze zhruba ze 70% ovlivnit zlepšením životního prostředí a zdravějším chováním lidí, pak je zřejmé, že dosud se této oblasti věnuje jen poměrně malá pozornost.

Těžko říct, proč tomu tak je. Odborníkům se zmíněná oblast může jevit jako „málo medicínská“, politikům jako obtížně ovlivnitelná, občanům jako nepříjemně zasahující do jejich soukromí a ohrožující jejich právo na svobodnou volbu svých životních aktivit.



Jak už to však bývá, hlavní problém je asi v tom, že zmíněné schéma je velmi zjednodušující a že např. v životním způsobu je skryta celá řada významných okolností, např. kouření, obezita, sedavý způsob života, stres, výživa, alkohol a drogy.



Obr. 2. Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech

Nespornou důležitost má politická a ekonomická situace (bylo by možné ji zařadit do životního prostředí), která do značné míry předznamenává možnost skutečné volby občanů, např. v oblasti pitné vody, výživy, bydlení, vzdělání apod.

Další významnou okolností je kultura, která obsahuje tradice, zvyklosti, hodnoty, historickou zkušenost a řadu dalších faktorů, které ovlivňují zdraví lidí.

Nejvýznamnější relativně samostatnou determinantou zdraví je kouření. Jeho nebezpečí roste, a to pokud jde o nárůst kouření mládeže a zejména děvčat ( 4 ).

Současně je vhodné připomenout, že jednotlivé determinanty zdraví se vyskytují a působí v návaznosti na mnoho dalších podmínek. Řada studií dokládá ( 5 , 6 ), že jednou z rozhodujících okolností pro zdravotní osudy jedince má jeho sociální pozice a řada sociálních faktorů, které s ní souvisejí.

V posledních desetiletích se věnuje rostoucí pozornost zdravotním rozdílům mezi muži a ženami (*gender related determinants*) ( 7 ). Nejde jen o odlišný biologický základ, ale zejména o vliv celého komplexu faktorů na lidi, kteří žijí

v relativně stejných sociálních podmínkách, ale kteří se v důsledku své společenské role (muži – ženy) liší svým zdravotním osudem.

I když je tedy užitečné studovat vliv jednotlivých determinant izolovaně a na základě výsledků vědeckých studií doporučovat vhodná opatření, je nesporné, že bychom neměli zapomínat na prostou skutečnost, že zdraví lidí i možnosti péče o zdraví je žádoucí posuzovat v souhrnné biopsychosociální integritě.

V této souvislosti je vhodné připomenout, že narůstající sociálně ekonomické rozdíly ve společnosti se stávají v řadě zemí jedním z dominantních zdravotně sociálních problémů, na který je jen krajně obtížné reagovat v tradičních hranicích zdravotnické soustavy.

Je to problém velmi naléhavý, ale ne nový. Poukázal na něj již koncem 18. století Johann Peter Frank (1745-1821). Napsal ( 8 ): „Nechť vládcí, mohou-li, odvrátí od hranic proniknutí smrtelných nákaz; necht' ustanoví nad provinciemi muže vynikající ve vědách lékařských; necht' staví nemocnice a spravují je co nejlépe; jestliže přitom zanedbají jedinou věc – nezbytnost odstranit nebo alespoň učinit snesitelnější nejčastější příčinu nemocí, bezměrnou bídu lidí, stěží uvidí jaký prospěch ze svého zdravotnického zákonodárství.“

Jakkoli je nesporné, že je žádoucí investovat do dalšího rozvoje zdravotnických služeb, zlepšovat jejich dostupnost i kvalitu, je současně nepochybné, že zdraví vzniká a rozvíjí se v rodinách, školách a na pracovištích a že je v zásadní míře podmíněno sociálně ekonomickou a kulturní situací lidí.

Ta vláda a celá společnost, která stojí o to, aby obyvatelé byli zdraví, jim pomáhá pochopit hodnotu zdraví, usnadňuje jim zdravou volbu životního způsobu a poskytuje jim potřebné informace.

Jak to nakonec dopadne, to už bude záviset na jednotlivých lidech, jejich rodinách i jejich okolí. V demokratické společnosti se lidé musí učit rozhodovat sami za sebe, přejímat a nést svůj díl odpovědnosti za své zdraví. A na druhé straně by měli být konkrétním vývojem v oblasti péče o zdraví denně přesvědčováni o tom, že na péči o své zdraví nejsou sami, že žijí ve společnosti, která si zdraví váží a dovede pro zdraví lidí přijímat správná rozhodnutí a že dovede realizovat ta opatření, která jsou pro zdraví lidí užitečná.

Zřejmě nejvýraznější determinantou zdraví jsou lidé. Svou činností někdy zdraví ohrožují, ne-li přímo poškozují, ale dokáží i zdraví chránit a obnovovat. Zdaleka nejde jen o čistě medicínské problémy, ale o souhrnnou aktivitu celé

společnosti. Posláním programu Zdraví 21 je aktivitu směřující ke zdraví vyvolávat, hodnotit a rozvíjet.

#### Literatura:

1. Last J.M.: Dictionary of Epidemiology. Fourth Edition. Oxford University Press, New York 2001, 196 s.
2. Holčík J., Žáček A., Koupilová I.: Sociální lékařství, MU, Brno 1998, 137 s.
3. Green L.W., Ottoson J.M.: Community health. Seventh edition, Mosby, St. Louis 1990, 718 s.
4. Holčík J., Koupilová I.: Smrtící pandemie se stále šíří. Ničivé důsledky kouření jsou vážným varováním pro všechny. Čas. Lék. čes., 141, 2002, č. 21, s. 659-662.
5. Holčík J., Koupilová I.: Sociální determinanty zdraví. Základní fakta a doporučení pro praxi v kontextu programu Zdravá města. Čas. Lék. čes., 140, 2001, č. 1, s. 3-7.
6. Žáček A.: Nalezne lékařství v novém století svou identitu? Část I. Lékařství-zdraví-nemoc. Čas. Lék. čes., 140, 2001, č. 20, s. 615-618.
7. Detels R., McEwen J., Beaglehole R., Tanaka H.: Oxford textbook of public health. Volume 1, Oxford University Press, New York 2002, 414 s.
8. Kolektiv: Sociální lékařství. Avicenum, Praha 1970, 468 s.

## 5. ZDRAVOTNICTVÍ A PÉČE O ZDRAVÍ JAKO SYSTÉM

Čas od času někdo připomíná nutnost „systémového řešení“, popřípadě namítá, že to či ono není „systémové opatření“. V řadě případů není moc jasné, co se tím vlastně myslí. Vzhledem k tomu, že systémovost je jednou z důležitých charakteristik programu Zdraví 21, je jistě žádoucí blíže vysvětlit, co to v daném kontextu znamená.

### 5.1. Teorie systémů

Za zakladatele obecné teorie systému je považován Ludwig von Bertalanffy (1901-1972), rakouský biolog. Vyšel ze studia biologických objektů. Své pojetí založil na celistvosti, strukturální diferenciaci a integraci, regulaci a dynamice vztahů uvnitř i vně systému.

Pro systémovou interpretaci je charakteristické, že pohlíží na věci, struktury a problémy z hlediska dynamiky, že se snaží obsáhnout obrovský rozsah nejrůznějších elementů a procesů a vybrat z nich důležité prvky a vazby při zachování celistvosti a funkčnosti systému.

Pojem „**systém**“ bývá v odborné literatuře různě definován. Všem definicím jsou společné tyto myšlenky: systém je komplex na sobě závislých prvků; se svým okolím tvoří zvláštní funkční jednotu; může být zároveň prvkem jak vyššího, tak i nižšího řádu; je v něm obsažen jistý prvek účelné autoregulace ( 1 ).

Okolí systému tvoří objekty stojící mimo daný systém, které změnou svých vlastností ovlivňují tento systém anebo které jsou závislé na chování systému. Strukturou systému rozumíme souhrn prvků a vztahů mezi nimi určujících funkci - chování systému. Funkce bývá chápána buď teleologicky (účelově), nebo matematicky (druhem vztahu).

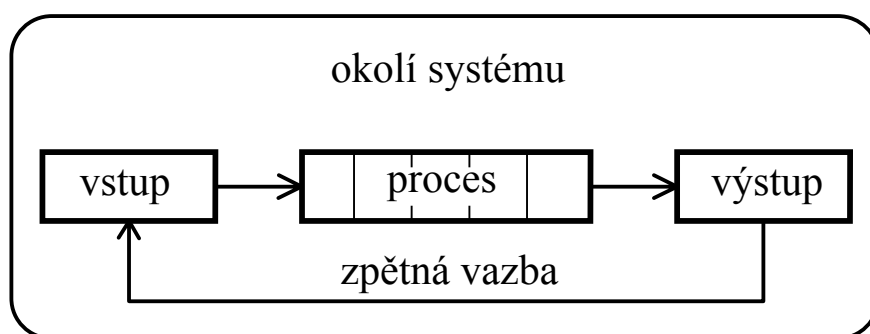
Systém má kybernetické uspořádání charakterizované vstupem, procesem (nebo sérií procesuálních článků), výstupem a mechanismem zpětné vazby zajišťujícím životnost systému v integraci s jeho okolím (obr. 3).

Systém značí pořádek a logiku, vyjadřuje souhrnný a ne dílčí pohled na realitu. Jeho chování je v protikladu k chaosu a entropii. Systémovému pojetí nejde jen o popis a výklad struktury a funkce, ale i o dynamiku charakterizovanou ustavičnými změnami.

Konkrétní realita může být charakterizována nejrůznějšími systémy. Důležité je, co je předmětem zájmu, jaké jevy a vztahy lze označit za podstatné z hlediska

funkce systému a pokud jde o jeho vztahy s okolím. Záleží na tom, co chceme studovat, popřípadě ovlivnit. Systém lze pojímat i jako relativně jednoduchý dynamický model, v němž změnou určitých charakteristik můžeme odhadovat, jak se změní struktura nebo funkce systému.

Je ovšem důležité, že funkce sociálních systémů se nemění automaticky, ale jsou řízeny a realizovány lidmi, kteří jednají jak z objektivních, tak subjektivních pohnutek.



Obr. 3. Obecné schéma systému v kybernetickém pojetí

Veškerá společenská realita je prostoupena systémy různého druhu a úrovně. Každý z nás je členem rozličných sociálních systémů. Jsou systémy rodinné, politické, zájmové, profesionální, náboženské, formální i neformální a přirozeně též systém zdravotní péče. Uvnitř zdravotnického systému můžeme rozeznávat různé subsystemy: nemocniční, ambulantní, administrativně správní, laboratorní, lékárenský, informační atd.

## 5.2. Systém zdravotnictví

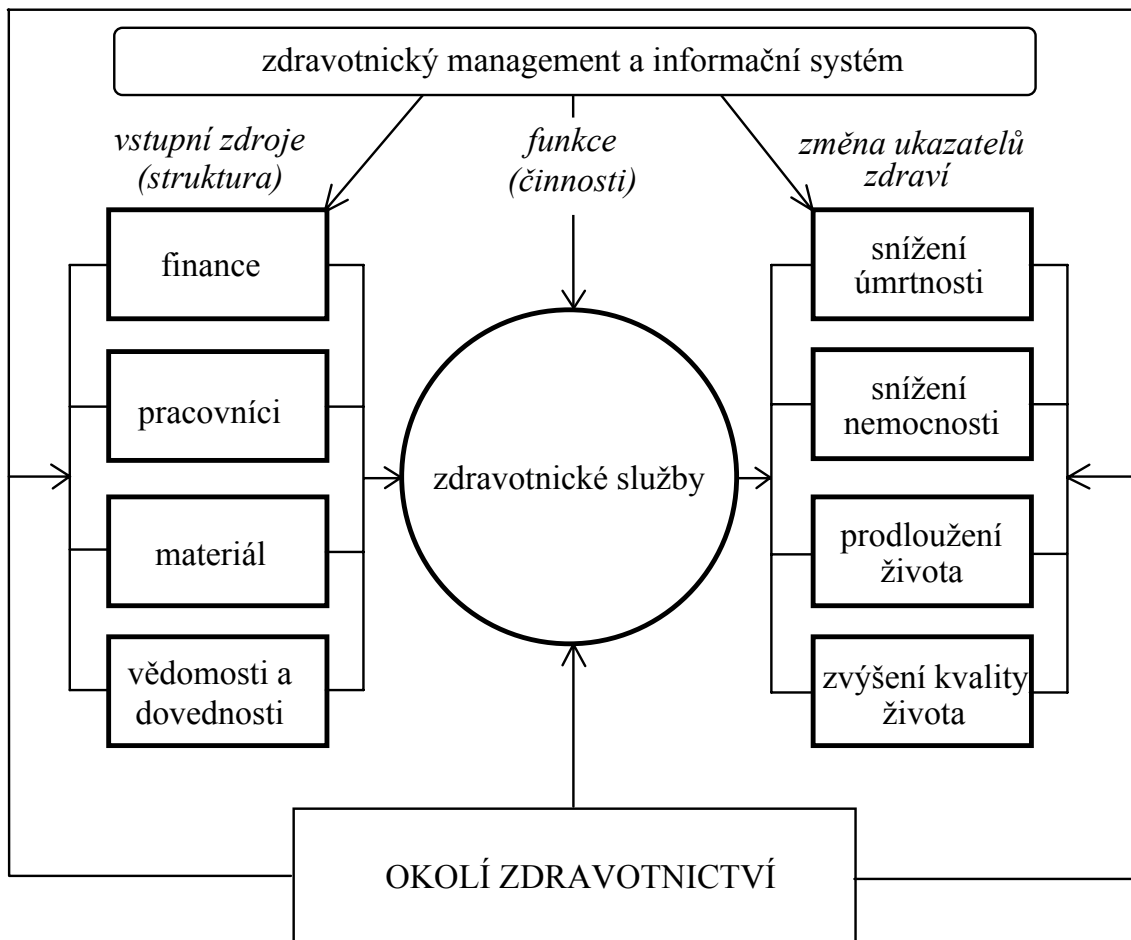
Zdravotnictví je možné charakterizovat nejrůznějšími systémy, od relativně jednoduchých až po velice komplikované. Lze připustit, že neexistuje jakýsi obecný a pro vše použitelný model. Záleží na tom, o jaký problém jde, jakou představu řešení sledujeme, z jakých definic základních používaných pojmů vycházíme, s jakými ukazateli pracujeme a na základě jakých kritérií hodláme hodnotit dosažené výsledky. Smyslem uvedených schémat je uvědomit si základní komponenty systému a některé jeho hlavní funkce.

Za vstup jsou v oblasti zdravotnictví obvykle pojímány základní zdroje, k nimž se obvykle řadí finance, materiál (technika, léky) a zdravotnická zařízení, čas, pracovníci a intelektuální potenciál. Zdroje zdravotní péče již byly stručně vyloženy ve 2. kapitole.

Činnosti systému zdravotnictví představují zdravotnické služby (promotivní, preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, pečovatelské a paliativní). K výstupům počítáme uspokojení zdravotních potřeb, změny úmrtnosti a nemocnosti, zvýšení kvality života apod.

Okolí zdravotnictví zahrnuje např. socioekonomické poměry, chování lidí (hodnoty, morálka, odpovědnost, ekonomická podpora, politická vůle atd.), výživu, bydlení, výchovu, kulturu, zdravotní uvědomění apod.

Souhrnnou představu zmíněného typu systému bychom mohli vyjádřit schématem uvedeným na obr. 4.



Obr. 4. Zdravotnictví jako systém

### 5.3. Systém péče o zdraví

Systém péče o zdraví je mnohem obsáhlejší. Zahrnuje výchozí zdravotní situaci s jejími podstatnými charakteristikami, zdravotní problémy, potřeby, požadavky i schopnosti lidí apod. K činnostem patří aktivita jak zdravotnických zařízení, tak všech ostatních komponent systému jako jsou jednotliví lidé, rodiny, další organizace a instituce. Výstupem je opět zdravotní situace se zdravotními problémy a dosaženou úrovní zdraví lidí. Velmi mnohotvárné jsou i regulační prvky systému a jeho okolí, např. politická a ekonomická situace, kultura, chování lidí, respektované hodnoty apod.

Systémové pojetí a vědomí společné existence mnoha systémů usnadňuje pochopení návaznosti jednotlivých oblastí reality a do určité míry je i ochranou proti zjednodušujícímu uvažování a jednání.

I když jsou finanční prostředky a zdravotnická legislativa nesmírně důležitými regulačními prvky, je při systémovém pojetí zřejmé, že to zdaleka nejsou jediné okolnosti, které mají vliv na funkci systému.

Program Zdraví 21 je pojat systémově, a to jak vcelku, tak při dosahování jednotlivých cílů. Významnou součástí vstupu do programu Zdraví 21 je příprava koncepčně pojaté zdravotní politiky a zajištění základních výchozích předpokladů funkce programu, jako je získání lidí, institucí a organizací, rozvoj informačního systému, výzkumu i přípravy zdravotnických pracovníků. Nástroje realizace programu jsou: financování, řízení, integrace zdravotnického sektoru a spoluodpovědnost všech resortů za zdraví. Jde rovněž o snahu ovlivnit determinanty zdraví, a to zejména životní styl a životní prostředí. K výstupům by bylo možné zařadit snížení výskytu nemocí a úrazů, zlepšení duševního zdraví, lepší zdraví dětí i mladých lidí a zajištění zdravého stárnutí. Konečným důsledkem realizace programu by mělo být posílení spravedlnosti v péči o zdraví a posílení spoluodpovědnosti za zdraví všech lidí.

Každý jednotlivý cíl programu začíná situační analýzou a pokračuje formulací problému s navazující představou možného řešení. Jsou rovněž vymezeny dílčí úkoly, které je žádoucí postupně plnit, a jsou uvedena kritéria usnadňující kontrolu realizace a hodnocení průběžných výsledků. Takový postup brání plané rétorice a zakrývání nedostatků. Umožňuje rovněž průběžně reagovat na postup celého programu a v případě potřeby modifikovat jeho další realizaci.

Literatura:

1. Žáček A.: Systém zdravotní péče. In: Holčík J., Žáček A., Koupilová I.: Sociální lékařství, MU, Brno 1998, 137 s.

## 6. EKVITA - VÝZNAMNÝ PRINCIP PROGRAMU ZDRAVÍ 21

Program Zdraví 21 je pro lidi. Je orientován na jejich potřeby a počítá s jejich účastí. Nestaví na direktivním řízení a podřízené poslušnosti. Váží si svébytnosti a důstojnosti lidí. Proto se opírá o hodnoty, které jsou pro život lidí důležité a které pomáhají vyrovnat se s těžkostmi na úrovni jednotlivců, skupin i celé společnosti.

Jednou z takových významných hodnot je **ekvita**. Dosavadní zkušenost dokládá, že je zapotřebí vysvětlit, co to vlastně znamená. V materiálech Světové zdravotnické organizace (SZO) je v anglické verzi programu použito slovo *equity*. Podíváme-li se do slovníku, pak zjistíme, že *equity* je spravedlnost, spravedlivost, opírající se spíše o lidskou slušnost, než o literu zákona.

Při troše zjednodušení by se dalo uvést, že spravedlnosti, se kterými se můžeme setkat v anglosaské odborné literatuře, jsou dvě. Jednak *justice*, která má oporu v zákonech a soudní praxi, a již zmíněná ekvita.

Snad každá společnost se opírá o tyto dva typy spravedlnosti, i když v nestejně míře. Je iluze domnívat se, že veškerou spravedlnost lze včlenit do zákonů a dalších zákonných norem. V běžném životě lidé potřebují vžitou představu zvyků nebo mravnosti, která jim pomáhá chovat se k sobě ohleduplně a slušně.

Lze připustit, že čas od času se může zdát, že slušnost se nevyplácí. Jestliže někdo mohl v České republice v 90. letech prohlásit, že co zákon nezakazuje, to je dovoleno, svědčilo to o velmi pokleslém pojetí spravedlnosti. Už Cicero prý napsal, že co zákon nezakazuje, zakazují mravy.

Program Zdraví 21 není zákonnou normou, jejíž nerespektování trestají soudy. Je hodnotovou představou, která má smysl. Opírá se o ekvitu, neboť ji považuje za užitečnou pro všechny lidi. Ke skutečnému zdraví nelze dojít nátlakem, hrozbami, strachem, vynucenou poslušností anebo nespravedlností.

Humánní hodnoty vycházejí jak z historické zkušenosti, tak ze stávající reality. Hrají významnou roli při úvahách o budoucnosti, klademe-li si např. tyto otázky: Jaká by měla být péče o zdraví? Kam by měla směřovat? Jakou roli by měla plnit? Jaké hodnoty by měla respektovat? Co je na ní dobré a co špatné? Co se dá společně udělat pro to, aby péče byla lepší?

Zmíněné otázky týkající se péče o zdraví jsou do značné míry podmíněné odpověďmi na otázky obecnější, a to např.: Jaký vlastně chceme život? Oč nám v životě jde? Co jsme a kam směřujeme? Čemu dáváme přednost? Ve své



podstatě jde o otázky filosofické, které tvoří základ tzv. hodnotových rozhodnutí.

I když hodnotové soudy (a na ně navazující jednání) jsou determinovány poznatky, zkušenostmi, názory, zájmy i potřebami jednotlivých lidí a mají nespornou subjektivní složku, zdaleka nejde o jakousi individualistickou svévoli.

Hodnoty jsou skutečné, existují nezávisle na naší vůli, a to v té míře, v jaké je respektují, rozvíjejí a prožívají jiní lidé. Hodnoty lze studovat, posuzovat i vysvětlovat. Zahrnují životní zkušenost, sociální vztahy i větší nebo menší znalost toho, co hodnotíme, proč to hodnotíme a co od hodnocení očekáváme.

Jednotlivé hodnoty jsou mezi sebou složitě propojeny. Jejich vzájemné sepětí není výsledkem jen subjektivních soudů, ale ve svém důsledku představuje objektivní skutečnost, kterou je žádoucí poznávat, srovnávat, analyzovat a opakovaně ji ověřovat i ovlivňovat.

Zkusme si položit otázku, jaké jsou naše individuální hodnoty, popřípadě které hodnoty jsou typické pro dnešní dobu? Zdá se, že jednou z dominantních hodnot se stávají peníze, ekonomická hlediska a tzv. tržní princip. Není sporu o tom, že peníze jsou pro většinu lidí významnou hodnotou a že mají důležitou sociálně regulační funkci ( 1 ). Doufejme však, že pro kultivované občany demokratické společnosti nejsou peníze hodnotou jedinou.

Jak přesvědčivě dokládá historie i zkušenosti mnoha zemí, péče o zdraví nemůže být redukována na jednoduché kupecké počty typu „má dáti, dal“, ať už je zvolené schéma financování zdravotnictví jakékoli. Je nepochybné, že skutečně odborným zvládnutím ekonomických regulačních mechanismů lze předejít zbytečnému plýtvání a zvýšit hospodárnost zdravotnictví ( 2 ). Odborná ekonomická analýza je cennou a nezbytnou součástí dobrého řízení.

Žádný účetní mechanismus však sám o sobě nevytvoří systém péče o zdraví, jehož cíle, respektované i rozvíjené humánní hodnoty, kritéria i mnohotvárné regulační mechanismy odpovídají demokratické orientaci společnosti a lidské důstojnosti jak jedinců, tak dílčích sociálních skupin.

Dosavadní vývoj v České republice je názorným příkladem toho, že soustava zdravotní péče je sociálním systémem vytvářeným ne přírodními zákony nebo jen vědeckými poznatky, ale lidmi, jejich zájmy, potřebami i hodnotovou orientací. Proto je tak důležité se blíže zabývat hodnotami, které jsou motivem pro úvahy i jednání lidí.

Lze se setkat s tím, že ekvité mnoho lidí nerozumí. Dokonce v prvních verzích programu SZO byla překládána jako rovnost ( 3 ), což ve svém důsledku vedlo ke zkreslené představě o celém programu. Program byl některými politickými kruhy označen za rovnostářskou socialistickou utopii. To velmi ztížilo jeho využití v České republice. Teprve později ( 4 , 5 ) se podařilo vysvětlit, že ekvita (*equity*) je především spravedlnost a slušnost v péči o zdraví a nikoli rovnost (*equality*).

Cennou pomocí byl materiál připravený M. Whiteheadovou ( 6 ) a jeho překlad vydaný Styčnou kanceláří SZO v České republice ( 7 ): „Koncepce a principy spravedlnosti ve zdraví“. Byla by však chyba domnívat se, že tím byl pojem ekvity definitivně vysvětlen. Jsme na samém začátku jeho plného pochopení. Nedá se zvládnout bez pomoci široké odborné veřejnosti a bez účasti občanů i politiků.

Ekvitu nelze v potřebném rozsahu zajistit centrálním rozhodnutím. Její osud i přínos je do značné míry podmíněn hodnotovou soustavou jedinců i sociálních celků, tedy tím, které hodnoty jsou ve společnosti respektovány, hájeny i rozvíjeny s každodenní samozřejmostí, a to bez příkazů a těžkopádné byrokratické kontroly.

Historie poskytuje dostatek dokladů o tom, že jakákoli jednostranná nebo dokonce voluntaristická dominance z kontextu vytržených hodnot nebo zjednodušujících doktrín vede k předpojatosti, nedůstojné vynucené přetvářce a ve svém důsledku k ohrožení přirozené soustavy sociálních hodnot, která spočívá na pozitivních tradicích, rozvoji poznání i na zájmech a potřebách občanů.

V tomto smyslu je vhodné pohlížet i na ekvitu. Nejde o politické heslo nebo simplifikovaný návod. Jde spíše o záměr, o nesnadný a dlouhodobý proces, jehož smyslem je pochopit, rozvinout a uplatnit všeobecně akceptovanou míru spravedlnosti ve zdravotní péči.

Spravedlnost je v této souvislosti pojímána nejen jako prosté respektování a dodržování zákonů, ale zejména jako záměr posílit základní lidskou slušnost (solidnost, spolehlivost, věrohodnost) založenou na humánních hodnotách typických pro rozvinuté demokratické země.

Je však vhodné připomenout, že neexistuje jakýsi univerzální model hodnotové soustavy pro demokratickou zemi. Představy o spravedlnosti ve zdravotní péči se mohou lišit např. v Kanadě a ve Spojených státech, v Itálii, Norsku, Německu, ve Francii apod.

Obyčejně se to zjednodušeně vykládá jako odlišnosti zdravotnických systémů. Ve skutečnosti se jedná o různá komplexní sociální pojetí péče o zdraví, odpovídající národním zvyklostem, reflektující výkon politické moci, účast občanů na péči o zdraví i zájmy vlivných ekonomických a profesionálních skupin. Měli bychom si však všimnout nejen odlišností, ale i toho, co je společné, co charakterizuje, nebo by mělo charakterizovat moderní demokratický stát a jeho zdravotní péči. Ekvita by k takovým společným hodnotám měla patřit.

Pojem ekvity není snadné vysvětlit. Pro různé lidi může mít ekvita různý význam. Ekvita je úzce spjata s takovými demokratickými a humánními hodnotami, jako jsou lidská práva, důstojnost, svébytnost (*autonomy*), odpovědnost, účast občanů na veřejném životě v nejširším slova smyslu apod. Jak již bylo zmíněno, ekvita se stala součástí evropské zdravotní strategie, v níž vytváří jeden ze základních cílů.

V kontextu programu Zdraví 21 ekvita znamená, že **všichni lidé mají právo na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj plný zdravotní potenciál.**

**Zdravotní potenciál** (zdravotní dispozice) je v této souvislosti pojímán jako ten nejvyšší stupeň zdraví, kterého může jedinec dosáhnout. Je podmíněn jak možnostmi, schopnostmi a aktivitou jedince, tak podmínkami, které vytváří společnost.

Neznamená to však, že každý bude mít stejnou úroveň zdraví nebo že bude spotřebovávat stejné množství zdravotních služeb bez ohledu na své potřeby. Snad srozumitelněji se to dá vyjádřit tak, že je žádoucí odstranit jakoukoli diskriminaci v péči o zdraví.

Může to připadat jako zcela nereálný a nedostižný ideál. Všichni víme, že jak národy, tak různé sociální skupiny v jednotlivých státech se podstatně liší, pokud jde o úroveň zdravotního stavu a celou řadu dalších charakteristik. Takové rozdíly mohou být měřeny a hodnoceny na základě údajů běžné zdravotnické statistiky. Všechny podobné rozdíly však nesvědčí o inekvitě (nespravedlnosti). Inekvita (nedostatek ekvity) má etickou povahu. Týká se těch rozdílů, které nejsou nevyhnutelné, je možno je snížit a současně je možno o nich soudit, že jsou nespravedlivé. Pokud bychom tedy chtěli označit nějaký rozdíl jako inekvitu, pak bychom měli uvažovat i o jeho příčině a posoudit, zda v aktuálním sociálním kontextu jej lze pojímat jako nespravedlivý.

Ekvita je jednou z důležitých kategorií lékařské etiky. Etické problémy je nezbytné studovat a zvládat v mnoha oblastech medicíny, ve zdravotní politice, pokud jde o práva občanů, pacientů, jednotlivých sociálních skupin a celých populačních celků, při poskytování zdravotnických služeb i pokud jde o různá

meziodvětvová opatření v péči o zdraví. Etickým aspektům rozhodování a jednání by měla být v demokratickém systému zdravotní péče věnována náležitá pozornost.

K vysvětlení pojmu ekvity může přispět její pracovní definice publikovaná SZO ( 6 , 7 ): „**Ekvita ve zdraví znamená, že v ideálních podmínkách by každý měl mít stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu a - řečeno pragmatičtěji - nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování, lze-li se ovšem takovému znevýhodnění vyhnout.**“

To, zda určitá situace bude pojímána jako nespravedlivá, do značné míry závisí na možnosti volby zúčastněných lidí. Pokud lidé nemají žádnou nebo mají jen minimální volbu životních a pracovních podmínek, pak výsledné zdravotní rozdíly ve srovnání s těmi lidmi, kteří takovou volbu mají, lze s vysokou pravděpodobností označit za nespravedlivé. Cílem opatření orientovaných na posílení ekvity ve zdraví tedy není vyrovnat všechny zdravotní rozdíly, ale redukovat zejména ty, které jsou důsledkem nespravedlnosti, popřípadě diskriminace.

Za nespravedlivé obvykle nebývají považovány rozdíly způsobené biologickou variabilitou nebo svobodnou volbou chování, které může poškodit zdraví, jako je např. účast na sportech a zábavách. V řadě vyspělých zemí je za nespravedlivý zdroj rozdílů považováno zdravotně nebezpečné chování, které lidé nemohou nebo nedokáží změnit, expozice nezdravým životním a pracovním podmínkám a nedostatečný přístup k veřejným službám. Zdrojem nespravedlnosti se např. může stát nerovnoměrné rozložení zdravotnických zařízení, obtížná dosažitelnost zdravotnických služeb pro některé sociální skupiny apod.

Obecně platí, že těm, kteří jsou postiženi a potřebují pomoc, je slušné skutečně pomoci. Je nadto vhodné uvažovat o tak zvané pozitivní diskriminaci, kdy potřebným osobám je cíleně usnadňován přístup do zdravotnických zařízení a se zvýšenou pozorností jsou řešeny jejich zdravotní a sociální problémy.

Pokud jde o nespravedlnost ve zdravotní péči, užitečný příklad podal Holm ( 8 , 9 ), který uvedl, že např. v soukromých nemocnicích lze očekávat nerovnosti čtyř různých typů:

#### *1. Nerovnost v ubytování a stravování*

Soukromé nemocnice poskytují luxusní ubytování a stravování a svůj personál vedou k větší úslužnosti. Většina lidí by takový stav zřejmě neoznačila za inekvitu. Jde o finančně podmíněné nerovnosti, které se ve společnosti běžně vyskytují.

## *2. Relativní nerovnost v přístupu ke zdravotnických službám*

Soukromé nemocnice se snaží působit zejména v těch oblastech, kde běžný veřejný systém nestačí uspokojovat všechny požadavky a vytváří se určitý pořadník služeb. Vznikne tak zřejmě dvojitý systém, kde si lidé budou moci vybrat mezi čekáním a placením. Rozhodnutí, zda je to spravedlivé, bude pravděpodobně do značné míry záviset na sociální pozici posuzovatele.

## *3. Nerovnost v kvalitě zdravotní péče*

Zde bude zřejmě základním kritériem výsledek léčby. Pokud se nebude příliš lišit, pak nerovnost asi nebude považována za inekvitu. Když se však bude lišit zásadně, pak by taková skutečnost mohla být označena za nespravedlivou.

## *4. Absolutní nerovnost v dostupnosti zdravotnických služeb*

Jestliže soukromé nemocnice budou poskytovat zákroky, které nebude poskytovat veřejný zdravotnický systém, pak ti, kteří nebudou schopni zaplatit, budou odsouzeni k nemoci nebo dokonce ke smrti. Takovou situaci by zřejmě většina lidí považovala za krajně nespravedlivou.

Ekvita však není jen teoretickou kategorií mravní filozofie, je i jednou z nejdůležitějších souhrnných charakteristik systému zdravotní péče, a to zejména pokud jde o jeho humánní kvality. Je podmíněna orientací zdravotního systému, jeho strukturou, funkcí, hodnocením i jeho ovlivnitelností a širokým komplexem charakteristik jeho okolí.

Měli bychom se ekvité naučit lépe rozumět a ptát se: Je to nebo ono opatření spravedlivé? Pomáhá těm, kteří potřebují pomoci? Nevystavuje ty, kteří mají problémy, dalším obtížím? Nezvýhodňuje ty, kteří již jsou ve výhodě?

Lze uvažovat i obecněji a pojem ekvity rozšířit na důležitost monitorování a průběžné hodnocení celé činnosti zdravotního systému (kdo by mohl dobře a spravedlivě řídit, kdyby nevěděl, co se děje), na účinnost, hospodárnost a kvalitu zdravotnických služeb (není slušné ani spravedlivé vynakládat peníze tam, kde se přesně neví, co přinášejí, nebo tam, kde nepředstavují spravedlivé ohodnocení činnosti; stejně tak není spravedlivé neposkytovat slušnou odměnu za náročnou a kvalitní práci), na kvalifikaci a kompetenci (není správné, rozhodují-li lidé, jejichž kvalifikace je sporná, ne-li zjevně nedostatečná) i na podíl občanů na péči o zdraví (zdravotní systém tu je pro lidi, aby jim pomohl zvládat jejich zdravotní problémy, a může skutečně fungovat jen za jejich osobní účasti). K náležitým odpovědím a z nich vyplývajícím opatřením bude muset odborná i široká občanská veřejnost teprve dozrát.

Někomu by se mohly zdát zmíněné otázky nepohodlné a možná, že by dal přednost hotovým, pokud možno jednoduchým návodům a opatřením.

Když by na všechny otázky týkající se ekvity autoritativně odpověděly centrální orgány a politickou mocí by ekvitu „prosadily“, pak by takový postup byl v určitém smyslu jejím popřením. Byla by chyba oddávat se iluzi o možnosti a účinnosti simplifikovaných „řešení“.

Dá se očekávat, že sociální praxe bude průběžně nastolovat nové problémy. Bude záležet na schopnostech politiků, zdravotníků i všech dalších občanů, zda a do jaké míry se dokáží orientovat v situaci a přispívat k hledání i nalezení důstojných východisek.

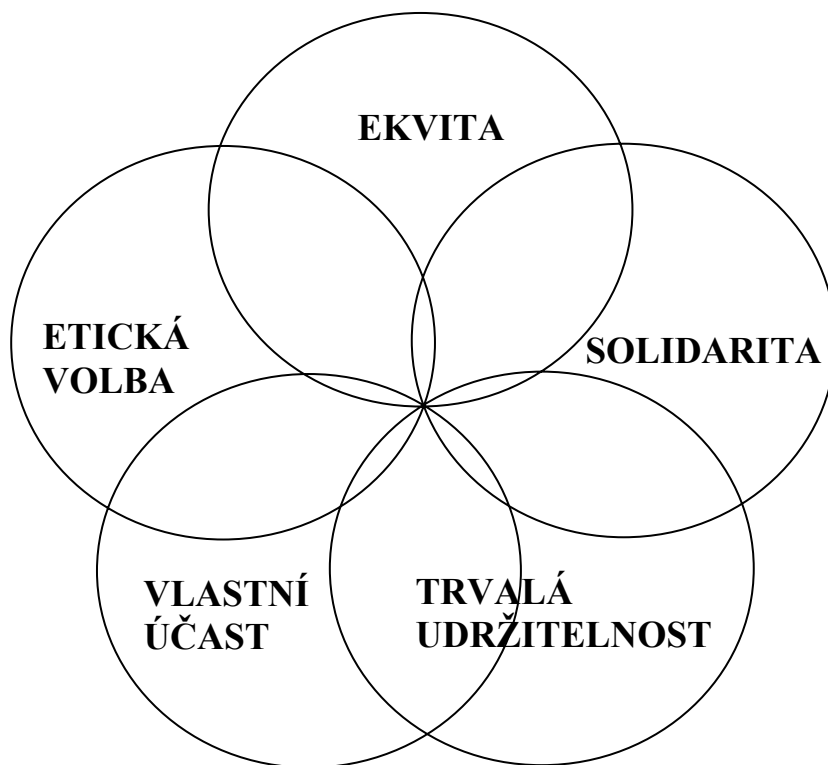
I když by občané měli být hlavním subjektem při prosazování a hodnocení ekvity, je nesporné, že k posílení ekvity zdravotnického systému mohou významně přispět státní, veřejné i soukromé organizace a instituce, a to např. splněním těchto tří podmínek ( 9 ):

1. instituce státní a veřejné správy by měly zajistit pro všechny občany základní (postačující) zdravotní péči (ponejvíce v rámci základní zdravotní péče);
2. stát, pojišťovny a veřejnoprávní orgány by měly v závažnějších případech umožnit rozumnou individuální zdravotní péči, která bude přihlížet k sociálním okolnostem;
3. ústřední orgány by měly trvale usilovat o to, aby žádné z významných sociálních skupin (zejména osobám staršího věku a jinak znevýhodněným) se nedostávalo podstatně menšího podílu zdravotní péče.

Ve většině evropských států se považuje za spravedlivé, aby zdravotnický systém zajistil stejný přístup ke zdravotnickým službám při stejném onemocnění, aby stejné potřebě zdravotnických služeb odpovídala jejich stejná spotřeba a zhruba i stejné náklady. Takový přístup však neznamená, že ekvitu lze nahradit rovností. Ekvita znamená i přednost pro ty, kteří by v důsledku svého zdravotního stavu měli být spravedlivě preferováni.

Otevřeným a často diskutovaným problémem zůstává finanční ekvita ( 10 ), která přihlíží ke způsobilosti placení za zdravotnické služby. Vzhledem k tomu, že porucha zdraví je nepředvídatelná a její další vývoj bývá nejistý, vážné onemocnění se může stát pro mnohé rodiny finanční katastrofou. Je všeobecně přijímán názor, že je eticky žádoucí, aby společnost odstraňovala překážky, které brání sociálně slabším skupinám v přístupu k potřebné zdravotní péči.

Dosavadní zkušenost dokládá, že ekvita je pevně provázána s ostatními principy programu Zdraví 21. Tato skutečnost je znázorněna na obr. 5.



Obr. 5. Pět vzájemně provázaných principů programu Zdraví 21  
Pramen: ( 11 )

Ekvita znamená ve svém důsledku jednak spravedlivou možnost pro každého a jednak vhodnou pomoc pro ty, kteří jsou tak nebo onak znevýhodněni. To je i smyslem solidarity – posílit ty, jejichž možnosti jsou omezeny a které by nepříznivé podmínky mohly vážně ohrozit.

**Trvalá udržitelnost** je rozšířením ekvity o časový aspekt. Jejím obsahem je, že „uspokojování potřeb v přítomnosti by nemělo ohrozit možnosti budoucích generací uspokojit své vlastní potřeby“.

**Vlastní účast** je v tomto kontextu jedním ze základních lidských práv a podmínkou existence i rozvoje občanské společnosti. Jedná se jak o možnost pečovat o své zdraví, tak o podíl na rozhodování, které zdraví ovlivňuje. Ruku v ruce by se měla jednak zlepšovat informovanost o tom, jak se zdroje rozdělují

a využívají a jednak posilovat ochrana těch, kteří jsou ve společnosti ti nejohroženější.

I když uvedené čtyři principy mají etický aspekt, je vhodné zvlášť zdůraznit obecnou zásadu **etické volby**. Je tomu tak proto, že konzumní a tržní povaha společnosti může vést k podcenění již zmíněných principů a že vědecký a technologický rozvoj ovlivňuje základní prvky lidské existence, jako je např. oplodnění, narození, rodičovství a smrt. Etická volba umožňuje rovněž hledat nezbytnou rovnováhu mezi respektovanými etickými hodnotami, jako je např. autonomie jedince na jedné straně a princip neuškodit na straně druhé.

Ekvita sice představuje hlavní princip programu Zdraví 21, ale plného významu nabývá teprve ve spojení se všemi dalšími hodnotami. Obrazně bychom ji mohli přirovnat k jedné hvězdě v celém hodnotovém souhvězdí, které by mělo těm, kteří chtějí jít ke zdraví, ukazovat cestu.

Je zřejmé, že stručný výklad nemůže nahradit hlubší studium, ani nezbytnou diskusi, která by měla pomoci posoudit jednotlivé konkrétní problémy. Jak již bylo uvedeno, program Zdraví 21 není hotovým návodem, spíše motivem pro vlastní úvahy a aktivitu. Jde o to, aby ekvita, navazující principy a všechny další okolnosti související se zdravím se staly předmětem zájmu a odpovědnosti co největšího počtu lidí.

Jak již bylo uvedeno, ekvitu a respektování ostatních hodnot nemohou zajistit centrální politická rozhodnutí, ani byrokratická kontrola, dílčí zájmy profesionálních organizací ani jen periodické hlasování občanů. Jde mimo jiné o důležitý projev demokratické kultury, o identifikaci občanů s potřebami země, ve které žijí, o rozvoj kultivovaného sociálního vědomí. Na to program Zdraví 21 upozorňuje a vyzývá k potřebné diskusi o podstatě i důsledcích ekvity ve zdravotní péči. Pokud nám jde o demokratický systém zdravotní péče, pak se této oblasti nemůžeme vyhnout.

John H. Bryant, ve svém článku o budoucnosti medicíny mimo jiné napsal ( 12 ): „Jestliže je jedno slovo, které by mělo vyjádřit hodnoty předznamenávající budoucnost zdravotní péče, pak je to ekvita.“

Jak však víme, budoucnost obvykle nespočívá na jednom nebo několika slovech, ale na tom, co se podaří vykonat. Proto je tak důležité, aby se pojem ekvity stal předmětem nejen teoretických pojednání, ale i běžnou sociální praxí.

Představuje to nesporně obtížnou, ale nezbytnou společnou práci spočívající na humánních hodnotách a přispívající k důstojnému, plnému a zdravému životu.



## Literatura:

1. Holčík J.: Je zdraví na prodej? Čas. Lék. čes., 133, 1994, č. 7, s. 196-198.
2. Holčík J.: Jsou peníze ve zdravotnictví vynakládány užitečně? Zdrav. Nov., 44, 1994, č. 26, s. 8-9.
3. Wld Hlth Org.: Zdraví pro všechny - cíle. Praha, Avicenum 1990, 222 s.
4. Holčík J.: Společná cesta ke zdraví, úvod do evropské strategie. Avicenum, Praha 1990, 50 s.
5. Holčík J.: Evropská zdravotní strategie. Zdrav. Nov., 43, 1994, č. 12, s. 6-7.
6. Whitehead M.: The concepts and principles of equity and health. Health Promotion International, 6, 1991, č. 3, s. 217-228.
7. Whitehead M.: Spravedlnost ve zdraví, MZ ČR, Praha 1994, 49 s.
8. Holm S.: Private hospitals in public health systems. Hastings Center Reports, 19, 1989, č. 5, s. 16-20.
9. Žáček A.: K některým etickým otázkám péče o zdraví. Čas. Lék. čes., 133, 1994, č. 5, s. 132-136.
10. Žáček A.: Některé ekonomické a morální aspekty zdravotní péče. In: Holčík J., Žáček A., Koupilová I.: Sociální lékařství, MU, Brno 1998, 137 s.
11. Ritsatakis A. et al. (ed): Exploring Health policy development in Europe. WHO Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy. WHO Regional Publications, European Series, No. 86, WHO, Copenhagen 2000, 537 s.
12. Bryant H.: The future of health care. World Health, 47, 1994, č. 5, s. 3.