



CÍL 8: SNÍŽENÍ VÝSKYTU NEINFEKČNÍCH NEMOCÍ

DO ROKU 2020 BY SE MĚLA SNÍŽIT NEMOCNOST, ČETNOST ZDRAVOTNÍCH NÁSLEDKŮ A PŘEDČASNÁ ÚMRTNOST V DŮSLEDKU HLAVNÍCH CHRONICKÝCH NEMOCÍ NA NEJNIŽŠÍ MOŽNOU ÚROVEŇ

Nejčastějšími neinfekčními nemocemi jsou kardiovaskulární a nádorová onemocnění, cukrovka, plicní onemocnění, nemoci pohybového aparátu a kazivost chrupu. K dosažení cíle je třeba najít ucelený přístup k nejdůležitějším rizikovým faktorům v chování jednotlivce i v životním prostředí, tj. pozitivně ovlivnit kouření, spotřebu alkoholu, nezdravou výživu, omezovat duševní stres a podporovat dostatek tělesné aktivity. Opatření orientovaná na vyhledávání rizikových faktorů nemocí a časné odhalování jejich počátečních stadií jsou hlavním přístupem k jejich snižování. Tento individuální přístup je však efektivní pouze v případě jeho propojení s organizačními opatřeními zaměřenými na snižování vlivu a omezování důsledků společných rizikových faktorů (populační přístup). Doporučení SZO proto směřuje k integrovanému programovému omezování výskytu neinfekčních nemocí.

Dílčí úkol č. 8.1.

Snížit počet úmrtí v důsledku kardiovaskulárních chorob u osob mladších 65 let

o 40 %

Současný stav:

Hlavní příčinou úmrtí v Evropě jsou kardiovaskulární onemocnění (KVO), na která ročně zemřou 4 miliony osob (podíl KVO na celkovém počtu úmrtí: muži 43 %, ženy 55 %). KVO jsou v evropských zemích také nejčastější příčinou úmrtí u osob mladších 65 let. V této věkové skupině se KVO podílejí na celkové úmrtnosti 30 % u mužů a 29 % u žen .

V ČR jsou KVO rovněž hlavní příčinou úmrtí. V roce 2000 na KVO zemřelo 58 192 osob, na celkové úmrtnosti se podílely 53,4 % (48,2 % muži; 58,6 % ženy). Ve věku do 65 r. jsou KVO rovněž nejčastější příčinou úmrtí, jejich podíl na celkové úmrtnosti je však obdobně jako v ostatních evropských zemích nižší (v roce 2000 byla KVO příčinou úmrtí u 39,5 % mužů a 47,8 % žen).

V úmrtnosti na KVO jsou v evropských zemích patrné rozdílné vývojové trendy. Zatímco v zemích severní, západní a jižní Evropy dochází k dlouhodobému poklesu, v zemích střední a východní Evropy je v posledních 10 letech zřejmý vzestupný trend úmrtnosti na KVO. Výjimkou mezi zeměmi bývalého východního bloku je mj. ČR. Od poloviny 80. let úmrtnost na KVO pozvolna klesá. Výrazný pokles nastal od r. 1990 a trvá dosud. V roce 2000 byla u nás standardizovaná úmrtnost na KVO 576,8 u

mužů a u žen 378,9 na 100 tisíc obyvatel. V porovnání se zeměmi EU je to hodnota vysoká - průměrná úmrtnost na KVO v 15 zemích EU byla 341,2 u mužů a 216,5 na 100 tis. obyvatel u žen (data z roku 1997). S poklesem úmrtnosti na akutní formy KVO přibývá nemocných s chronickými formami KVO, a to zejména ve vyšších věkových kategoriích (srdeční a ledvinné selhání).

Dílčí úkol 8.1 si klade za cíl snížení předčasné úmrtnosti na KVO u osob mladších 65ti let o 40 %. V roce 2000 zemřelo v ČR v tomto věkovém rozpětí 5755 mužů a 2042 žen. Tzn., že na konci programu v roce 2020 by měl být roční počet úmrtí na KVO o 2302 mužů a o 816 žen nižší. Pro představu o reálnosti splnění tohoto cíle uvádíme, že mezi rokem 1985 a 2000 se snížil počet zemřelých na KVO o 3765 mužů a 1873 žen. Nelze však s jistotou předpokládat, že kardiovaskulární mortalita bude i nadále klesat u mladších osob stejně strmě, pravděpodobnější je pozvolnější pokles.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

8.1.1: Prevence ischemické choroby srdeční a dalších kardiovaskulárních onemocnění důsledným uplatňováním společných doporučení českých odborných společností „Prevence ischemické choroby srdeční v dospělém věku“:

- vypracováním detailních doporučení k diagnostice a terapii těchto onemocnění (včetně farmakoterapie) na základě doporučení odborných společností s přihlédnutím k ekonomickým možnostem úhrady z veřejného zdravotního pojištění a pojištění občanů ČR,

- prosazování těchto doporučení a jejich důsledná kontrola

odpovědnost: MZ

spolupráce: ZP, Česká kardiologická společnost, Česká společnost pro aterosklerózu, Česká společnost pro hypertenzi, Česká internistická společnost ČLS JEP, Česká diabetologická společnost ČLS JEP, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Česká angiologická společnost ČLS JEP, Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP, Česká obezitologická společnost ČLS JEP, IPVZ

termíny: průběžně

8.1.2: Aktivity ke snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění v rámci primární prevence.

Primárně preventivní aktivity, k nimž patří prevence kuřáctví, zlepšení stravovacích zvyklostí a tělesné aktivity jsou uvedeny v cílech č. 11 a 12.

8.1.3: Zabezpečit léčebnou péči o nemocné s kardiovaskulárními a cévními mozkovými chorobami, zejména

- dostatečné kapacity kardiocenter, včetně zpracování koncepce v rámci jednotlivých krajů,
- zlepšení organizace a péče přednemocniční fáze akutních onemocnění,
- zlepšení péče o nemocné s akutními příhodami - zlepšit dostupnost revaskularizačních výkonů v akutní fázi onemocnění, zejména v iniciální fázi infarktu myokardu,
- zlepšení péče o nemocné s chronickými kardiovaskulárními a cévními mozkovými onemocněními.

odpovědnost: **MZ**

spolupráce: Česká kardiologická společnost, Česká neurologická společnost (Sekce cerebrovaskulárních onemocnění), ZP, odborná pracoviště zdravotnických zařízení v rámci kraje, územní samosprávné celky

termíny: průběžně

8.1.4: Provádět periodicky epidemiologické studie prevalence nejzávažnějších rizikových faktorů KVO a kardiovaskulární morbidity

odpovědnost: MZ

spolupráce: IKEM, HS, SZÚ, ÚZIS, VLA JEP

termíny: 1 x za 5 let

8.1.5: zavést registr infarktu myokardu a cerebrovaskulárních příhod

odpovědnost: MZ

spolupráce: Česká kardiologická společnost, Česká neurologická společnost, ÚZIS

termíny: 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- úmrtnost na všechny příčiny, úmrtnost na KVO (100-199), hypertenzi (110-115), ischemickou chorobu srdeční (120-125), cévní nemoci mozku (160-169), ostatní KVO
- hospitalizace pro KVO (počet, délka hospitalizace), včetně specifikace dle jednotlivých forem KVO
- počet akutních hospitalizací na koronárních a iktových jednotkách
- spotřeba léků na léčení KVO
- prevalence nejzávažnějších rizikových faktorů KVO
- počet výkonů invazivní kardiologie
- počet kardiologických výkonů

Dílčí úkol č. 8.2.

Úmrtnost u všech typů nádorových onemocnění u osob mladších než 65 let snížit nejméně o 15 %, přičemž úmrtnost u rakoviny plic snížit o 25 %

Současný stav:

Nádorová onemocnění jsou v ČR druhou nejčastější příčinou úmrtnosti. Ročně umírá na nádorová onemocnění více než 27 tisíc osob, což představuje 23 % z celkové úmrtnosti. Nádorová onemocnění jsou rovněž druhou nejzávažnější příčinou nemocnosti ekonomicky aktivní části obyvatelstva. Ročně je evidováno 33 tisíc případů pracovní neschopnosti způsobené onemocněním rakovinou. Celkově tvoří ztráty národního důchodu, vydané na léčbu, hospitalizaci, nemocenské dávky a invalidní důchody 8,3 miliardy Kč ročně. Příčiny vysoké úmrtnosti a ekonomických ztrát spočívají jednak v narůstající incidenci, jednak v pozdějším záchytu příznaků nádorových onemocnění.

ČR zaujímá přední místo v celoevropských statistikách v incidenci rakoviny obecně a ve výskytu nádorů tlustého střeva a rektu u mužů. Karcinomy prsu u žen vykazují vzestupný trend v jejich incidenci a rovněž vysokou mortalitu.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 8.2.1: Návrh a realizace programu primární prevence, včasné diagnostiky a léčby nádorových onemocnění
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŽP, MZe, MŠMT, odborné lékařské společnosti a specializovaná onkologická pracoviště; zařízení zaměřená na realizaci programů podpory zdraví, SZÚ, nevládní organizace
termíny: návrh programu - 2003
implementace - 2004 a dále
- 8.2.2: Screening vybraných nádorových onemocnění (nádory prsu, děložního čípku, tlustého střeva a rektu, plic)
odpovědnost: MZ
spolupráce: specializovaná onkologická pracoviště, Česká onkologická společnost JEP, Česká gynekologická společnost, Radiologická společnost ČLS JEP, Gastroenterologická společnost JEP, Liga proti rakovině, pracoviště zaměřená na problematiku podpory zdraví, svépomocné pacientské skupiny, ZP
termíny: návrh programu - 2003
implementace - 2004 a dále

- 8.2.3: Standardizace diagnostických a léčebných postupů, jejich odborná oponentura a periodická aktualizace
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: Česká onkologická společnost JEP, Radiologická společnost ČLS JEP, ZP
 termíny: průběžně
- 8.2.4: Vytvoření sítě akreditovaných specializovaných a superspecializovaných onkologických pracovišť, včetně stanovení podmínek jejich technického a personálního vybavení
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: Česká onkologická společnost JEP
 termíny: návrh sítě - 2002
- 8.2.5: Zlepšit podmínky pro rehabilitaci onkologických pacientů s důrazem nejen na rehabilitaci fyzickou, ale i resocializaci s možností jejich začlenění do pracovního procesu při jejich změněné pracovní schopnosti. Za tím účelem vytvořit potřebnou právní úpravu.
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: MPSV, MMR, MPO, Česká onkologická společnost JEP, Liga proti rakovině, onkologická pracoviště, organizace zaměřené na poskytování domácí péče, dobrovolné onkologické organizace
 termíny: průběžně; právní úprava 2005
- 8.2.6: Zvýšit kvalitu paliativní léčby a terminální péče u onkologicky nemocných
 odpovědnost: MZ
 spolupráce: MPSV, Česká onkologická společnost JEP, přední onkologická pracoviště, organizace zaměřené na poskytování domácí péče, dobrovolné onkologické organizace
 termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- incidence, prevalence a úmrtnost na onkologická onemocnění,
- počet osob vyšetřených ve screeningovém programu,
- spotřeba analgetik v zařízeních poskytujících paliativní péči.

Dílčí úkol č. 8. 3.

Amputace, oslepnutí, poruchy ledvin, těhotenské komplikace a další závažné zdravotní komplikace související s cukrovkou snížit o jednu třetinu

Současný stav:

Výskyt diabetu se každoročně v ČR zvyšuje, přičemž ke zdvojnásobení počtu dochází po 17-20 letech. V roce 2000 bylo evidováno v ČR 647 625 diabetiků (dle ÚZIS), z nichž u 7 % je klasifikována diabetická nefropatie (asi 2 % má renální insuficienci), u 11 % je evidována diabetická retinopatie (2,5 % má proliferativní retinopatii, kdežto slepotu 0,4 % diabetiků) a u 0,9 % dochází k amputaci dolní končetiny. Tato relativní čísla doznala v posledních letech jen malý nárůst, ale vzhledem k přibývajícimu počtu diabetiků je nárůst absolutního počtu významný. Tento nárůst je jen zčásti podmíněn větším screeningem a tedy odhalením dalších jedinců s komplikacemi. Naproti tomu celkový počet evidovaných diabetiků vzrostl za 10 let z 479 125 na 647 625 osob, tedy „jen“ o 35 %. Dále je třeba počítat s tím, že v naší populaci je dalších asi 200-250 tisíc diabetiků, u nichž nemoc nebyla dosud rozpoznána, nevyhledají tudíž cíleně lékaře a unikají běžným kontrolám.

Zatím nelze ovlivnit rozvoj diabetu podmíněný geneticky (tj. vlohu), ale je možno zasahovat do zevních faktorů, které vedou k demaskování uvedené vlohy. Jde především o realizaci zdravého způsobu života (vhodná strava, pohyb, redukce kouření, snížení nadváhy a obezity aj.)

Snížení mikrovaskulárních komplikací o třetinu je dlouhodobým cílem vyplývajícím ze závěrů St. Vincentské deklarace. Právě vzhledem k dlouhodobému působení diabetu v genezi komplikací nelze očekávat výsledek i při zajištění všech opatření dříve jak za 15- 20 let. Současně se musí realizovat požadavky jednotlivých úrovní prevence diabetu a jeho komplikací.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 8.3.1: Prevence cévních komplikací diabetu (sekundární a terciární) spočívající v co nejlepší kompenzaci diabetu, krevního tlaku, sérových lipidů, tělesné hmotnosti (jde o komplexní terapii pacienta), která se musí zajistit na všech úrovních léčebně preventivní péče (praktický lékař, diabetolog, internista atd.), a to v terénu i v Diabetologických centrech
- odpovědnost: MZ
- spolupráce: MPSV, MZe, každý lékař pečující o diabetika - odborné společnosti ČLS JEP, ambulantní terénní pracoviště - diabetologická centra, diabetologická pracoviště - pracoviště dalších specialistů
- termíny: průběžné (hodnocení v rámci hlášení ÚZIS, tj. roční)
- dlouhodobé (po 5 letech v rámci registrů či epidemiolog. studií)
- 8.3.2: Primární prevence diabetu se zaměřením na zdravý způsob života (vhodnou stravu, pohyb, redukci kouření, snížení nadváhy a obezity aj.)

odpovědnost: MZ
spolupráce: MŠMT, MPSV, MMR, MV, odborné společnosti ČLS JEP (každé zdravotnické zařízení, každý ošetřující lékař), ZP, ÚZIS
termíny: průběžné (hodnocení vývoje diabetu a jeho komplikací v ČR)

dlouhodobé (hodnocení po 5 a 10 letech)

8.3.3: Využívat i nadále Pražského registru diabetiků, pokračovat v epidemiologických studiích a připravit návrh na evidenci výskytu ischemické choroby srdeční a cévních mozkových příhod u diabetiků.

odpovědnost: MZ
spolupráce: ÚZIS, odborné společnosti ČLS JEP
termíny: 2003

8.3.4: Vytvořit standard ošetrovatelské péče o nemocné s diabetem, včetně komplikací diabetu ve snaze co nejvíce snížit riziko komplikací, event. zabránit vzniku dalších komplikací

odpovědnost: **MZ**
spolupráce: **Odborné společnosti zdravotních sester**
termíny: 2004

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- incidence diabetu a jednotlivých komplikací (retinopatie, nefropatie, amputace dolní končetiny a mikroangiopatické komplikace).

Dílčí úkol č. 8.4.

Snížit nemocnost a výskyt trvalých postižení na nemoci svalové a kosterní soustavy a na další časté chronické nemoci

Současný stav:

Onemocnění pohybového aparátu je v ČR na druhém místě příčin krátkodobé a dlouhodobé pracovní neschopnosti. Při podrobnější analýze se zjišťuje, že se jedná na prvním místě o vertebrogenní obtíže (nejčastěji mechanického původu), dále o osteoartrózu váhonosných kloubů a páteře, tzv. mimokloubní choroby (bolestivé rameno, záněty šlach a tíhových váčků, úponů - enthesopatie) a o velkou skupinu chronických zánětlivých revmatických chorob. Z kostních onemocnění stojí na prvním

místě osteoporóza. Tato onemocnění se vyskytují ve všech věkových skupinách, část z nich je charakteristická pro vyšší věkové skupiny. U dětí jsou v popředí vývojové postižení páteře a periferních kloubů. Komplexní program soustavné péče o tato onemocnění neexistuje a nemocní jsou často málo efektivně a nesoustavně léčeni všeobecnými lékaři, ambulantními specialisty, lázeňskou léčbou na lůžkových odděleních neurologických, ortopedických (zde je v popředí nákladná implementace totálních kloubních náhrad). Primární prevence těchto onemocnění v podstatě neexistuje.

Ke snížení pracovní neschopnosti v důsledku onemocnění páteře a pohybového aparátu je třeba zapojit nejenom zdravotníky, ale i zaměstnavatele v oblastech lidské činnosti, v kterých dochází k rizikovému zatížení pohybového aparátu. Zde jde především o řešení ergonomické problematiky. Podobně by měly být zapojeny i školy s programem aktivní prevence trvalých poškození páteře a kloubů školské mládeže. V oblasti zdravotnické by měl být rozpracován program standardizované léčebné péče, v které by hlavní diagnostickou a prvotně léčebnou úlohu měli hrát všeobecní lékaři. V indikovaných případech by pak podle určitých pravidel měli být zapojováni i ambulantní specialisté z oborů ortopedie, revmatologie, neurologie, rehabilitace a fyziatrie, pediatrie, dorostového lékařství. Do úvahy přichází i vybudování center komplexní péče o nemoci pohybového aparátu v jednotlivých krajích a přehodnocení úlohy nákladné lázeňské léčby.

Péče o nemocné s tuberkulózou je v náplni oboru tuberkulóza a respirační nemoci a je poskytována v zařízeních oboru TRN v odpovídajícím rozsahu i kvalitě. U některých nemocných se závažnými nebo komplikovanými formami tuberkulózy je však nutná vysoce specializovaná a nákladná péče, kterou stávající zařízení oboru TRN (ani jiných oborů) nejsou v současné době schopna poskytovat v potřebné kvalitě a rozsahu. Jedná se především o nemocné s tuberkulózou vyvolanou multirezistentními kmeny mykobakterií, dále nemocné, jejichž stav z různých důvodů vyžaduje intenzivní péči, a nemocné s aktivní tuberkulózou s nutností operačního výkonu.

V současné době je výrazný nedostatek lůžek včasné léčebné rehabilitace v nemocnicích akutní péče. Tato skutečnost snižuje efektivitu vynakládaných společenských prostředků na léčení a je v ČR vážným ekonomickým i společenským problémem.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 8.4.1: Vypracovat akční program prevence a péče o nejčastější nemoci pohybového aparátu, včetně návrhu potřebných legislativních opatření
odpovědnost: MZ
spolupráce: MPSV, MŠMT, odbory, zaměstnanecké svazy, komerční pojišťovny, ZP, odborné společnosti ČLS JEP
termíny: vypracování programu - 2003

implementace - 2004 -2010
- 8.4.2: Vytvořit podmínky pro zřízení a provoz Centrální jednotky pro péči o nemocné s multirezistentní tuberkulózou a jinými závažnými formami plicní tuberkulózy
odpovědnost: MZ
spolupráce: zdravotnická zařízení, kde bude vysloveno podezření na multirezistentní tuberkulózu nebo jinou komplikovanou formu tuberkulózy, FN Bulovka, Plicní léčebna v Prosečnici, Česká pneumologická a ftizeologická společnost
termíny: 2004

8.4.3: Dobudovat síť rehabilitačních center v krajích k systémovému řešení rehabilitace a zvýšit počty lůžek včasné léčebné rehabilitace
odpovědnost: MZ
spolupráce: územní samosprávné celky
termíny: 2005

8.4.4: Vytvořit systém péče o pacienty se sekundární osteoporózou jako nežádoucího účinku terapie kortikoidy
odpovědnost: MZ
spolupráce: pojišťovny, odborné společnosti ČLS JEP
termíny: vypracování programu - 2003

8.4.5: Zvýšit úroveň všestranné pohybové aktivity obyvatelstva

Primárně preventivní aktivity jsou uvedeny v dílčím úkolu č. 11 (11.1.3)

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- hospitalizovanost na vybrané chronické choroby
- pracovní neschopnosti pro nemoci pohybového aparátu,
- počet podporujících programů (školy zad apod.).

Dílčí úkol č. 8.5.

Dosáhnout, aby alespoň 80 % dětí ve věku 6 let bylo bez zubního kazu a ve věku 12 let měly děti v průměru maximálně 1,5 KPE zubů (zkažený, chybějící nebo zaplombovaný zub)

Současný stav :

V roce 2000 nemělo v ČR 24,6 % dětí ve věku 5 let žádné dočasné zuby s kazem. Rozdíly mezi jednotlivými regiony ČR nepřesahují 5 % republikového průměru tohoto ukazatele. Prevalence kazu v dočasném chrupu u předškolních dětí je v ČR vysoká a signalizuje absenci nebo neúčinnost primárně preventivních opatření. Ve velkých zemích západní Evropy (Velká Británie, Francie, Dánsko, Itálie) se tento ukazatel ke konci 90. let pohyboval kolem 50 %, ve Skandinávii, Švýcarsku a Nizozemí mezi 60-70 %.

Průměrný počet KPE zubů ve věku 12 let činila 3,09 a meziregionální rozdíly nepřesáhly 0,7 KPE na dítě. Ve stupnici Světové zdravotnické organizace jde o kazivost střední. Ve velkých evropských státech se v současnosti tento ukazatel pohybuje kolem 2,5 KPE na dítě, ve Skandinávii mezi 1,2-1,5 KPE na dítě, ve Švýcarsku, Nizozemí mezi 0,8-1,2 KPE na dítě. Stav v ČR je výsledkem absence až malé účinnosti primárně preventivních opatření a malé dostupnosti stomatologické péče v předškolním a na počátku školního věku.

Uvedené cíle v redukcí kazivosti chrupu předškolních a školních dětí jsou v horizontu následujících dvou dekád splnitelné za předpokladu neprodlené mobilizace primárně preventivních individuálních a skupinových opatření.

Primární prevence zubního kazu v předškolním a školním věku spočívá ve včasném a pravidelném provádění orálně hygienických praktik, v nastavení optimálního alimentárního příjmu fluoridu v kombinaci s jeho lokální aplikací a v bezpečném stravovacím režimu. Individuální preventivní opatření uplatňovaná v rodině musí být k zajištění shora uvedených cílů doplněna o opatření skupinová, pravidelně prováděná v předškolních a školních zařízeních.

Pro zvýšení účinnosti individuálních preventivních opatření je nezbytná koordinovaná spolupráce pediatriů a stomatologů, podmínkou účinnosti skupinových opatření je koordinovaná spolupráce resortů zdravotnictví, školství a regionální správy.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

8.5.1: Akční program zlepšování orálního zdraví dětí a mládeže
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŠMT, MZe, MŽP, Česká stomatologická společnost JEP; ČLS JEP;
Česká společnost pro dětskou stomatologii JEP, Výzkumný ústav
stomatologický - VFN Praha, Česká stomatologická komora, SPLDD
termíny: vypracování programu rok 2003

zahájení a realizace 2004 - 2010

8.5.2: Stanovit síť stomatologů pro děti školního a předškolního věku
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŠMT, ZP, ČSK, Česká stomatologická společnost JEP
termíny: 2003

8.5.3: Provádět epidemiologické studie u vybraných věkových skupin populace
odpovědnost: MZ
spolupráce: MŠMT, ÚZIS, Výzkumný ústav stomatologický - VFN, Česká
stomatologická komora, územní samosprávné celky
termíny: v pětiletých intervalech

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- prevalence kazu v dočasném chrupu (caries index) hodnocená v 3letých intervalech,
- prevalence kazu ve stálém chrupu u 12letých, hodnocená v 3letých intervalech.