

10. ZDRAVÍ 21 JE NÁSTROJEM EVROPSKÉ ZDRAVOTNÍ POLITIKY

Program Zdraví 21 vychází z potřeb a zájmu jednotlivých států a jejich obyvatel, staví na dobrém metodickém základu a respektuje dosavadní získané zkušenosti. To předznamenalo jeho přípravu, obsahovou skladbu i možnosti jeho využití v České republice.

10.1. Počátky přípravy programu Zdraví 21

Východiskem pro přípravu programu Zdraví 21 byl již uvedený program ZPV. Současně však byla důležitá celá řada okolností, které provázely realizaci programu ZPV a které ovlivnily diskuse o nové variantě programu. Je vhodné uvést alespoň některé z nich.

10.1.1. Politická vůle k pokračování v programové aktivitě

Konference ministrů zdravotnictví doporučila v roce 1994 všem členským evropským zemím, aby se zásady programu ZPV staly základem jejich zdravotní politiky (1). O dva roky později na Lublaňské konferenci (viz přílohu 6) byly členské státy vyzvány, aby reformy zdravotnictví byly zasazeny do širšího rámce programového rozvoje systému péče o zdraví (2). Po dalších četných konzultacích byla v roce 1998 vyhlášena revidovaná nová globální verze ZPV (3). V září téhož roku potvrdil Regionální evropský výbor své odhodlání prosazovat novou variantu programu ZPV nazvanou Zdraví 21 jako zdravotní politiku Evropského regionu pro 21. století (4).

10.1.2. Uznání ostatními mezinárodními organizacemi

Bylo příznivé, že program ZPV se nerozvíjel jen v oblasti působnosti SZO. Reagovala na něj řada mezinárodních organizací, např. Dětský fond OSN (UNICEF), Rozvojový fond OSN (UNDP) a Rada Evropy.

I když lze připustit, že Evropská Unie nepřevzala program ZPV v celém rozsahu, je zřejmé, že se při posuzování jednotlivých zdravotních problémů řídí jeho zásadami (5).

10.1.3. Věrohodná návaznost politického a vědeckého přístupu

Běžné politické programy se opíraly o líbivé proklamace, slibovaly to, co voliči chtěli slyšet a ve větší nebo menší míře útočily na ostatní politické subjekty. Povětšinou chyběly věrohodné informace a byly prezentovány jen ty údaje, které potvrzovaly teze propagovaného politického programu.

Program ZPV přesvědčil politickou, odbornou i občanskou veřejnost, že potřebuje dobré informace jako základ pro další analýzy, že se snaží používat metody, jejichž účinnost a hospodárnost byla ověřena, a že důsledně a pokud možno i nestranně hodnotí dosažené výsledky, které jsou základem úvah o dalším postupu.

I když politická oblast a vědecky pojímaný program mají i řadu odlišných charakteristik, ukázalo se, že program ZPV se stal uznávaným věrohodným základem evropské zdravotní politiky.

10.1.4. Rostoucí zájem o sociální oblast

Po pádu berlínské zdi v roce 1989 vznikly v Evropském regionu SZO nové státy s nízkým národním produktem. Rovněž v bohatších státech západní Evropy existovaly chudší oblasti s velkou nezaměstnaností. Chudoba a rozdíly v sociální úrovni se staly předmětem pozornosti politiků, vědeckých pracovníků i organizátorů.

O narůstajícím zájmu o tuto oblast svědčí řada studií, např. materiál připravený Světovou bankou zabývající se investicemi do zdraví (6). První „Zpráva o zdraví světa“ (7), publikovaná v roce 1995, označila chudobu za hlavní příčinu nemocí a předčasných úmrtí. Rovněž zpráva Rozvojového fondu OSN (8) upozornila na negativní důsledky chudoby ve zdravotní a sociální oblasti. Na nepříznivý vliv relativní chudoby poukazovaly kvalitní vědecké studie (9).

V evropském měřítku se bezprostředně po vytvoření společného trhu uplatnila myšlenka, že je nezbytné posílit sociální ochranu a přispět k vyrovnání rozdílů mezi nejbohatšími a nejchudšími oblastmi. V letech 1994-1999 Evropský sociální fond vydal na tyto účely 47 miliard ECU (10).

10.1.5. Příznivá odezva z členských zemí

Už v roce 1980 téměř polovina členských států Evropského regionu SZO začlenila některé ze zásad ZPV do své národní zdravotní politiky. Od roku 1992 založilo svou zdravotní politiku na cílech ZPV 18 z 58 členských zemí (10). Cenné zkušenosti s realizací programu ZPV byly získány ve Finsku, Nizozemí a ve Spojeném království. I mnohé z těch států, které nevyužily celý program ZPV, se ve větší nebo menší míře zapojovaly do spolupráce v oblastech souvisejících s programem, např. pokud jde o výživu, prevenci a zdravotní výchovu (11).

Zmíněné okolnosti potvrdily, že programová představa zdravotní politiky je užitečná, přinesla konkrétní příznivé výsledky a že stojí za to se společně

zabývat jejím další rozvojem i realizací. Dosavadní zkušenosti s využitím programu Zdraví pro všechny umožnily SZO připravit za účasti členských zemí novou osnovu programu, která byla nazvána Zdraví 21.

Číslo 21 odpovídá jak počtu vymezených cílů, tak století, ve kterém je program realizován. I nadále je využíváno slovní spojení „Zdraví pro všechny“. Celý název programu je „Zdraví 21 – zdraví pro všechny v 21. století“ (*Health 21 – health for all in the 21st century*).

10.2. Skladba programu Zdraví 21

Ve srovnání s předchozí variantou programu z roku 1991 bylo do programu nově zařazeno celoživotní pojetí (*life cycle approach*) a zdůrazněna byla multisektorová zdravotní strategie. Počet cílů byl zmenšen z 38 na 21. Větší důraz je kladen na solidaritu a ekvitu (cíle 1 a 2), několik populačně orientovaných cílů bylo zredukováno na tři, a to zdravý životní start, zdraví mladých lidí a zdravé stárnutí (cíle 3, 4 a 5). Dřívější cíle této skupiny nebyly vypuštěny, ale prostupují celým programem, jako např. problémy nerovností mezi muži a ženami.

Základní cíl programu je dosáhnout plného zdravotního potenciálu pro všechny. Na tento cíl navazují dva hlavní cíle, a to (4 , 12):

- posilování a ochrana zdraví lidí během jejich celého života;
- snížení výskytu (incidence) hlavních nemocí a omezení strádání, které lidem přinášejí.

Etický základ programu je tvořen třemi základními hodnotami (4 , 12):

- zdraví jako základní lidské právo;
- ekvita (spravedlnost) ve zdraví a solidarita při činnosti mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí, a to včetně žen a mužů;
- vlastní účast a odpovědnost jednotlivých osob, skupin, společenství, organizací a resortů v rozvoji zdraví.

Byly zvoleny čtyři **základní postupy**, jejichž smyslem je přispět k realizaci programu využitím vědeckých, ekonomických i politických podmínek (4 , 12):

- *meziresortní strategie* postihující determinanty zdraví a beroucí v úvahu zdravotní, ekonomické, sociální, kulturní i další okolnosti a soustavně hodnotící zdravotní dopad přijatých opatření;

- *příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky a důsledné hodnocení investic do zdraví z hlediska jejich přínosu;*
- *integrovaná základní zdravotní péče zaměřená na rodinu a celé společenství podporovaná pružným a citlivým nemocničním systémem;*
- *participační zdravotní rozvoj, jehož prostřednictvím bude rozvíjena účast všech, kteří mohou ke zdraví lidí přispět, např. rodin, škol, pracovišť, místních společenství a územních celků, přičemž smyslem je posílit společné rozhodování, realizaci i odpovědnost.*

Zmíněný program byl připraven pro Evropu a je žádoucí, aby jej jednotlivé země upravily a konkretizovaly podle svých podmínek.

Pro lepší představu o náplni a orientaci tohoto programu je dále uveden **stručný přehled jednadvaceti cílů** (4 , 12).

1. Solidarita ve zdraví v Evropském regionu

Do roku 2020 by se měl současný rozdíl ve zdravotním stavu mezi členskými státy Evropského regionu snížit alespoň o jednu třetinu.

2. Spravedlnost (ekvita) ve zdraví

Do roku 2020 by se měly zdravotní rozdíly mezi socioekonomickými skupinami uvnitř jednotlivých členských zemí snížit nejméně o jednu čtvrtinu, a to podstatným zlepšením úrovně zdraví deprivovaných populačních skupin.

3. Zdravý start do života

Do roku 2020 by ve všech členských zemích Evropského regionu měly mít všechny narozené děti a děti předškolního věku lepší zdraví umožňující jim zdravý start do života.

4. Zdraví mladých lidí

Do roku 2020 by měli mladí lidé Evropského regionu být zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti.

5. Zdravé stárnutí

Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využívat svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti.

6. Zlepšení duševního zdraví

Do roku 2020 by se měla zlepšit psychosociální pohoda lidí a pro lidi s duševními problémy by měly být plně dostupné komplexní služby.

7. Snížení výskytu přenosných nemocí

Do roku 2020 by se měly podstatně snížit nežádoucí důsledky infekčních nemocí prostřednictvím systematicky realizovaných programů na vymýcení, eliminaci nebo zvládnutí společensky závažných infekčních nemocí.

8. Snížení výskytu neinfekčních nemocí

Do roku 2020 by se v Evropském regionu měla na co nejnižší možnou úroveň snížit nemocnost, invalidita a předčasná úmrtnost v důsledku hlavních chronických nemocí.

9. Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy

Do roku 2020 by v Evropském regionu měly trvale a výrazně klesat počty zranění, invalidit a úmrtí v důsledku nehod a násilí.

10. Zdravé a bezpečné životní prostředí

Do roku 2015 by měli lidé v Evropském regionu žít v bezpečnějším životním prostředí, v němž by výskyt zdraví nebezpečných látek neměl přesahovat mezinárodně schválené normy.

11. Zdravější životní styl

Do roku 2015 by si lidé v celé společnosti měli osvojit zdravější životní styl.

12. Snížení škod způsobovaných alkoholem, drogami a tabákem

Ve všech členských státech by se do roku 2015 měly výrazně snížit nepříznivé důsledky návykových látek, jako je tabák, alkohol a psychoaktivní drogy.

13. Zdravé místní životní podmínky

Do roku 2015 by obyvatelé Evropského regionu měli mít více příležitostí žít ve zdravých sociálních a ekonomických životních podmínkách doma, ve škole, na pracovišti a v místním společenství.

14. Spoluodpovědnost všech resortů za zdraví

Do roku 2020 by si měly všechny resorty uvědomit a přijmout svoji odpovědnost za zdraví.

15. Integrovaný zdravotnický sektor

Do roku 2010 by lidé Evropského regionu měli mít mnohem lepší přístup k základní zdravotní péči, která je orientovaná na rodinu i místní společenství a opírá se o flexibilní a vhodně reagující nemocniční systém.

16. Řízením k vyšší kvalitě péče

Do roku 2010 by všechny členské státy měly zajistit, aby řízení resortu

zdravotnictví od populačních programů po individuální péči o pacienta na klinické úrovni, bylo orientováno na výsledek.

17. *Financování zdravotnických služeb a přidělování zdrojů*

Do roku 2010 by členské státy měly mít takový mechanismus financování a rozdělování zdrojů pro zdravotnictví, který by spočíval na zásadách rovného přístupu, hospodárnosti, solidarity a optimální kvality.

18. *Příprava zdravotnických pracovníků*

Do roku 2010 by měly všechny členské státy zajistit, aby pracovníci ve zdravotnictví i zaměstnanci dalších odvětví získali odpovídající vědomosti, postoje a dovednosti k ochraně a rozvoji zdraví.

19. *Výzkum a znalosti pro zdraví*

Do roku 2005 by všechny členské státy měly mít takový zdravotní výzkum, informační i komunikační systém, který by umožnil získávat, využívat a předávat znalosti vedoucí k rozvoji zdraví všech lidí.

20. *Získávání partnerů pro zdraví*

Do roku 2005 by do realizace strategie zdraví pro všechny měli být zapojeni jednotlivci, skupiny a organizace jak veřejného, tak soukromého sektoru, občanských společností a sdružení pro zdraví.

21. *Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny*

Do roku 2010 by měly všechny členské státy přijmout a zavádět opatření směřující ke zdraví pro všechny, a to na celostátní, krajské i místní úrovni, která by byla podporována vhodnou institucionální infrastrukturou, řízením a novými metodami vedení.

Podrobnější informaci k jednotlivým úkolům lze najít jak v originálních (anglických) materiálech vydaných SZO (4), tak v jejich českém překladu (12).

Z časových údajů uvedených u jednotlivých úkolů vyplývá, že program Zdraví 21, podobně jako dřívější program Zdraví pro všechny do roku 2000, začíná od „konce“, tzn., že časovou prioritou jsou cíle 19 – 21 (příprava programu, získávání partnerů pro zdraví a výzkum), přičemž cíl 21, vzhledem ke své zásadní důležitosti, by měl být plněn až do roku 2010.

Další skupinou cílů jsou cíle 15-18 (integrovaný zdravotnický sektor, kvalita péče, financování a odborná příprava zdravotnických pracovníků). Cíl 14 je pro svůj význam a obtížnost limitován až rokem 2020. Cíle 10-13 (zdravé životní prostředí, zdravější způsob života, omezení kouření a konzumace

alkoholu a zdravé místní podmínky) mají být (jako významné determinanty zdraví) plněny do roku 2015. Zbývající úkoly se již bezprostředně týkají zdravotního stavu lidí a jsou zaměřeny až do roku 2020.

Časová posloupnost jednotlivých úkolů je pro pochopení celého programu důležitá. Názorně je uvedena na obr. 8.

CÍL	Termín splnění			
	2005	2010	2015	2020
21				
20				
19				
18				
17				
16				
15				
14				
13				
12				
11				
10				
9				
8				
7				
6				
5				
4				
3				
2				
1				

Obr. 8. Termíny žádoucího splnění jednotlivých úkolů programu Zdraví 21

Každý stát by měl zvážit svou situaci a své možnosti a stanovit si své vlastní úkoly, za jejichž splnění přebírá odpovědnost sám před sebou a před svou občanskou veřejností. Rovněž volba metod jak přijatých cílů dosáhnout je záležitostí jednotlivých členských zemí. Musí být vzata v úvahu jejich politická, ekonomická, sociální a právní situace, možnosti zdravotnických systémů i celková organizačně administrativní kultura.

Stručný přehled aktivit vedoucích k přípravě a dalšímu zlepšení evropské zdravotní strategie dokládá, že jde o široké hnutí směřující ke zdraví, které nejenom umožňuje, ale i vyžaduje účast a pomoc odborníků, organizací, politiků i občanů všech evropských zemí.

10.3. Dílčí problémy a možnosti využití programu Zdraví 21 v České republice

Program Zdraví 21 je od svého vzniku provázen v jednotlivých zemích jak velmi příznivým přijetím spojeným s rozsáhlou výzkumnou, organizační i politickou prací, tak i určitou skepsí, rezervovaností, pasivitou až odporem ke změnám a ulpíváním na „tradičním“ biomedicínském modelu medicíny i na mocensko autoritářském stylu řízení.

Tím, že program Zdraví 21 široce překračuje hranice systému zdravotnictví a v určitém smyslu vstupuje i do okolí běžně pojímaného systému péče o zdraví, vyvolává otázku, kdo je jeho garantem. V materiálech SZO se na mnoha místech připomíná (4 , 12), že významnou odpovědnost by měla v tomto směru přijmout vláda a parlament. Znamená to ovšem, že by se nejvyšší orgány státu měly přihlásit k důstojné sociální politice a že by se při respektování odpovědnosti, autonomie i iniciativy jednotlivých občanů mělo cílevědomě vytvářet prostředí příznivé pro zdraví (ve svých aspektech sociálních, ekologických, ekonomických, organizačních, politických apod.).

Medicínské veřejnosti připadá značný podíl z role odborného garanta programu. Samotní lékaři a další zdravotničtí pracovníci však na sebe nemohou převzít celou odpovědnost za přípravu, realizaci a hodnocení i plné využití programu. Jejich role by měla být spíše motivační a poradenská než organizačně výkonná.

V některých zemích se program Zdraví 21 zprvu nesetkal s všeobecným souhlasem zdravotnických pracovníků. Lékaři jsou zaměřeni převážně oborově (a na jednotlivé typy zdravotnických služeb), tíhnou k úžeji vymezeným specializacím, a proto mnohdy s rozpaky reagují na komplexnost programu a na to, že zahrnuje široce pojímané determinanty zdraví i rozsáhlou škálu možností jejich ovlivnění. Mohou se rovněž domnívat, že program strání laickému řešení zdravotních problémů. Taková nedorozumění lze překlenout lepší informovaností o skutečném poslání a orientaci programu.

Snad největší nesnáze působí v řadě zemí mezioborová povaha programu. Zdravotnictví mívá na ostatní sektory jen poměrně malý vliv, a to zejména v tom případě, kdy program Zdraví 21 je pojímán jako dílčí aktivita resortu zdravotnictví, jako jeden z mnoha realizovaných programů, přičemž resort jako celek se „nerušeně“ věnuje svým aktuálním administrativním problémům (10).

Další často se objevující problém spočívá v podcenění úkolů orientovaných na delší časový horizont a zdůrazňování krátkodobých úkolů. Politikové se raději orientují na to, co se bezprostředně týká jejich volebního období a obdobně i řídicí pracovníci dávají povětšinou přednost bezprostřední výhodě před výsledky, které by mohly být dosaženy až za delší čas.

Zaměření programu Zdraví 21 je pro mnoho zemí i po více než dvaceti letech od jeho vzniku (vycházíme-li ze začátku programu Zdraví pro všechny) stále ještě poměrně nové a nedostává se odborníků a organizátorů, kteří by dovedli realizovat potřebné změny.

Už koncem 80. let SZO upozornila po rozborech situace v několika zemích na tato úskalí (3):

- naléhavé operativní problémy současnosti odvádějí řídicí pracovníky od seriózní koncepční práce, která je pro náležitou funkci účinného systému péče o zdraví naprosto nezbytná;
- zdravotnický sektor obvykle nemívá potřebnou politickou váhu, která by mu umožnila orientovat všechny společenské struktury na řešení nejzávažnějších zdravotních problémů;
- program přináší nový styl práce, který se neseťká s žádoucím pochopením řídicích pracovníků;
- při ekonomických nesnázích vzniká nechuť k zavádění nových programů;
- nedaří se žádoucím tempem získávat zdravotnickou veřejnost a aktivizovat celou společnost, všechny obyvatele.

I když SZO počítá s decentralizací zdravotnických systémů, současně připomíná, že role ministerstva, zejména pokud jde o koncepční práci, by měla být výrazná. Ministerstvo zdravotnictví by mělo mít potřebné nástroje zajišťující garanci státu v oblasti zdravotní péče a umožňující vhodně orientovat jak zdravotnictví, tak celou péči o zdraví.

Mocenská pozice ministerstev zdravotnictví je v řadě zemí považována za slabou (13); lze tak soudit na základě těchto charakteristik:

- nepřiměřený obsah a rozsah organizačních povinností;
- poměrně izolovaná role v národním systému péče o zdraví;
- nadměrná centralizace;

- špatné řízení a slabé vedení;
- neadekvátní propojení na práci ostatních resortů zabývajících se zdravotní problematikou;
- omezené zapojení společenských struktur i společnosti jako celku do péče o zdraví;
- nedostatečná ekonomická podpora.

V evropském měřítku se při realizaci programu ZPV dostali nejdál Finové. Jejich národní program se stal předmětem celonárodní diskuse a její výsledky byly schváleny parlamentem. I když realizace programu přinesla nesporné užitečné výsledky, objevily se názory, že přínosy by mohly být ještě větší. Na identifikaci a analýze problémů vzniklých v průběhu realizace programu ve Finsku se podílela skupina expertů SZO.

Upozornili zejména na tyto chyby (4 , 12):

- **Nedostatečné finanční zdroje**
I když se ve Finsku stal program obsahovou osou zdravotní politiky a byl schválen finským parlamentem, jeho důležitost nebyla doprovázena odpovídajícími finančními zdroji. Význam a hodnota zdraví nemůže být jen deklarována, je nezbytné ji doložit prostředky, které jsou na program skutečně vynakládány.
- **Nedostatečně rozvinutá meziodvětvová spolupráce**
Dominovali zdravotničtí experti a pracovníci ministerstva zdravotnictví, a to jen při formální účasti dalších odvětví. Bylo málo otevřené diskuse a vzájemných meziodvětvových konzultací.
- **Malá účast občanské veřejnosti**
Na přípravě programu i na jeho realizaci se ve Finsku podíleli převážně odborníci a politikové. Poněkud se podcenila skutečnost, že program je pro lidi, měl by být realizován s lidmi a do značné míry prostřednictvím jejich aktivity. Podcenily se vztahy s veřejností, v průběhu přípravy programu měly hlavní slovo skupiny expertů a nepodařilo se rozvinout celonárodní, oblastní ani místní diskuse k programu. Program byl za těchto okolností chápán jen jako jakási nová strategie ministerstva a zdravotníků a ne jako celonárodní iniciativa směřující ke zdraví a realizovaná prostřednictvím všech společenských struktur, skupin i jednotlivců.
- **Podcenění role médií**
Byl podceněn podíl médií na rozvoji programu, dosažené výsledky nebyly v potřebném rozsahu publikovány a zkušenosti nebyly v plné míře

předány veřejnosti. Odborníci působili spíše jako vedoucí jednotlivých dílčích programů a ne jako odborní garanti. Dílčí programy se staly spíše záležitostmi zdravotnických institucí než občanských iniciativ.

Pokud bychom si položili otázku o možnostech využití programu Zdraví 21 v současném transformačním procesu, pak lze připustit, že v počáteční fázi dezintegrace dřívějšího státního zdravotnického systému program nebyl vhodným vodítkem. Dominovaly spíše priority politické, ekonomické, vlastnické, legislativní a administrativní.

Širší zapojení veřejnosti do zdravotní péče bylo znesnadněno mimo jiné skutečností, že docházelo k rychlému posunu v hodnotách, kritériích i v motivech jednání. Skutečnost dokládá, že ani v odborné veřejnosti není řada medicínských, ekonomických, sociálních a etických problémů adekvátně reflektována, např. určité rozpaky jsou spojeny s chápáním ekvity (spravedlnosti) (14 , 15) i solidarity v péči o zdraví. Pokud jde o financování, vzniká někdy dojem, že realizované změny vycházejí spíše ze zájmů dílčích skupin, než z odborných analýz a ze snahy dosáhnout co největší hospodárnosti systému péče o zdraví jako celku.

Program jako celek je poměrně blízký zejména hygienické službě, snad vzhledem k tomu, že cílevědomě počítá s prevencí nemocí a podporou zdraví (*health promotion*) i s určitými vhodnými změnami v oblasti životního prostředí a životního stylu. Rovněž populačně ekologický přístup je hygienikům poměrně blízký a nevyžaduje od nich zásadní změnu myšlení. Problémy však mohou způsobit cíle programu orientované na financování zdravotnictví a péče o zdraví, na činnost a návaznost ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízení a na zdravotnickou ekonomii i legislativu. Slibným východiskem z dílčích nesází by se měla stát jak širší mezioborová spolupráce, tak důraz na zapojení občanské veřejnosti.

Je bohužel nepříjemnou skutečností, že v ČR není v potřebné míře rozvinut obor, který se touto problematikou ve světě běžně zabývá, ať už se nazývá sociální lékařství, veřejné zdravotnictví, zdravotní politika nebo *New Public Health*. Jde v podstatě o solidní teoretickou základnu řízení péče o zdraví a její adekvátní aplikaci. V ČR není potřeba prioritního rozvoje takového oboru zatím v potřebné míře doceněna.

Přetrvávající problémy přináší skutečnost, že řízení zdravotnictví bylo v minulosti spjato s politickou předpojatostí. Dominovala politická kritéria pro posuzování kvalifikace řídicích a administrativních pracovníků. Převážně autoritářský a ideologicky zaujatý styl řízení ve své podstatě znemožňoval skutečné využití vědeckých poznatků, metod i zkušeností. Mnoho škod bylo

způsobeno subjektivní svévolí, předpojatým voluntarismem a povýšenou „dojmologií“, kdy prchavé názory vlivných jedinců byly nadřazeny nad velmi pracné poznávání, obtížné rozhodování (16) a poctivé hodnocení dosažených výsledků.

Nesporným a dosud přetrvávajícím rizikem je simplifikace stávajících zdravotních a organizačních problémů na problémy ekonomické, legislativní nebo jen biomedicínské. I když potřeba hospodárného provozu zdravotnických zařízení je nesporná, jednostranná aplikace zkušeností získaných v tržně orientovaných odvětvích hospodářství je v oblasti poskytování zdravotnických služeb problematická a bez hlubších zkušeností, adekvátního výzkumu a provozního ověření i svým způsobem nebezpečná.

Pragmatický přístup orientovaný na řešení bezprostředních problémů bývá z dlouhodobého hlediska málo účinný. Ošidné sny o jednoduchých a rychlých řešeních budou zřejmě postupně nahrazovány dlouhodoběji orientovanými programovými a výzkumnými projekty. Bude rovněž nutné hledat co nejvhodnější formy odborné přípravy řídicích pracovníků.

Důraz na individuální péči o své vlastní zdraví nesnímá dílčí odpovědnost státní správy a samosprávy za vytváření vhodných podmínek pro zdraví lidí. Značně nesnáze způsobuje koncepčně neujasněná legislativa. Mnohdy není problém získat určité údaje a znalosti. Nedaří se však překonávat překážky bránící jejich plnému využití. Podobných nesnází je celá řada, ale jak ukazuje příklad mnoha evropských zemí, je možné se s nimi vyrovnat.

Aplikace programu Zdraví 21 v České republice bude muset reagovat na řadu aktuálních úkolů, které si vyžadují náročnější koncepční i organizační řešení. Je vhodné připomenout alespoň některé.

10.3.1. Vstup do Evropské unie

I když Evropská unie poskytuje členským státům relativní volnost pokud jde o strukturu a funkci zdravotnictví, odhaduje se, že více než 8 000 ustanovení na úrovni EU tak či onak souvisí s péčí o zdraví. Jejich dopad na zdravotnickou praxi v ČR lze jen rámcově odhadovat, a to s vědomím nesporných výhod i dílčích problémů.

Za základ evropské integrace se obvykle považuje volný pohyb osob, kapitálu, služeb a zboží.

Volný pohyb osob se týká jak pacientů, tak zdravotnických pracovníků. Je jistě důležité přijmout takovou legislativu, která by umožnila vzájemné uznávání

kvalifikací. Harmonizace zdravotnických diplomů patří k základním požadavkům Evropské unie. Pokud jde o volný pohyb zboží, jedná se zejména o léčiva a zdravotnické prostředky. Dá se očekávat nárůst cen s dopadem jak na pacienty, tak zejména na zdravotní pojišťovny.

Evropská komise připomněla mimo jiné tyto problémy vztahující se ke zdravotnictví v souvislosti s rozšiřováním unie:

- absence moderní a jasně vymezené zdravotní politiky jednotlivých zemí;
- rostoucí výskyt infekčních onemocnění a pokles proočkovanosti;
- zvyšující se počet osob závislých na drogách;
- špatná vybavenost záchranných služeb;
- relativně nízká sociální a ekonomická pozice zdravotnického personálu jako potenciální příčina migrace;
- nízké zapojení veřejnosti v péči o zdraví;
- špatné životní prostředí.

Je zřejmé, že nestačí přizpůsobovat se evropským normám. I když je v současné době nemožné v této oblasti předjímat výsledky budoucích jednání, lze očekávat, že významným úkolem Ministerstva zdravotnictví ČR bude kvalifikovaně zvažovat a volit, co je pro zdraví občanů v dané politické, ekonomické a sociální situaci skutečným přínosem. Znamená to posílit:

- informační a analytickou práci týkající se zdravotní situace a jejího vývoje v návaznosti na změny související se vstupem do EU;
- legislativní činnost jak ve směru harmonizace, tak pokud jde o tvůrčí předjímání a řešení problémů;
- ekonomickou a řídicí oblast využívající ekonomické motivační nástroje ke zlepšení funkce zdravotnictví.

Legislativní oblast je nejnápadnější oblastí integračního procesu. Méně zřetelné, ale o to důležitější, jsou potřebné zásadní změny v oblasti řídicí a metodické. Je velmi žádoucí, aby jak evropská jednání, tak jednání na národní úrovni vedli plně kvalifikovaní lidé využívající odborně podložené argumenty vycházející z kvalitních expertíz.

Jedním z nejtěžších kroků na cestě do EU bude zřejmě přijetí a osvojení si základních hodnot, které jsou v Evropě běžné, rozvíjet smysl pro spravedlnost, poctivost a věrohodnost.

Program Zdraví 21 se v tomto kontextu stává nepostradatelným koncepčním, metodickým i organizačním nástrojem, jehož osvojení snad ani není otázkou volby, ale spíše času, který na to bude zapotřebí.

10.3.2. Regionalizace zdravotní péče

Vývoj po roce 1989 vedl k dezintegraci systému řízení založeného na okresních a krajských člancích. Bylo to tehdy v daném kontextu nezbytné, neboť existence OÚNZ a KÚNZ nebyla skutečnou regionalizací, ale jen formou uplatňování centralistického řízení.

Mnohá organizační opatření v 90. letech byla provázena dominancí individuálních a skupinových zájmů. Řízení zdravotnictví na okresní úrovni bylo poměrně neúčinné, neboť okres je malá správní jednotka na to, aby mohla být relativně soběstačná a garantovat potřebnou základní zdravotní péči.

Reformou veřejné správy a převodem kompetencí na kraje byl vykonán významný krok k uplatnění principu subsidiarity a k nastolení základních koncepčních otázek. Byla by však iluze domnívat se, že danou situaci lze vyřešit jednorázovým dokumentem. Posláním regionalizace není předat kompetence a zbavit se starostí. Jedním z nepopíratelných přínosů regionalizace je rozvoj komunikace s krajským článkem řízení, hledání společných hodnot a cílů, metodická pomoc při řešení problémů, poukazování na přínos tvůrčího partnerství a na možnosti využití informačního i metodického potenciálu apod.

Základní smysl regionalizace je jasný: poskytovat zdravotní péči v souladu s celkovou zdravotní situací v regionu a s potřebami a požadavky jeho obyvatel, a to při plném využití regionálních podmínek a možností.

Cenné by bylo, kdyby byl v této souvislosti uplatňován tzv. princip subsidiarity, který se dá stručně vyjádřit takto: To, co mohou učinit jednotliví lidé na vlastní odpovědnost a vlastním přičiněním, nemá se jim brát z rukou a přenášet na společnost. Rovněž se nemá přenášet na vyšší společenský útvar to, co může vykonat společenský útvar menší a nižší.

Lze připustit, že skutečné využití možností, které nabízí subsidiarita a další demokratické principy, může vést v počátečních fázích k řadě dílčích aktuálních problémů a nejasností. Ty je však třeba řešit v souladu s respektovanými hodnotami a podle jejich naléhavosti. Jednotlivé úrovně řízení by měly na základě jednání dospět k přijatelnému a jasnému vymezení kompetencí. Na druhé straně je zřejmé, že mnohotvárný proces dozrávání a třibení organizačních vazeb si vyžádá určitý čas.

Lze předpokládat, že regionalizace zdravotní péče bude ve svých prvních krocích narážet na mnoho obtíží. Dají se očekávat i rozdíly mezi jednotlivými kraji v přístupu k řešení zdravotních a organizačních problémů. Bylo by

žádoucí, aby jak v centru, tak v jednotlivých regionech byly rozvíjeny odborné přístupy k řízení zdravotní péče. Nejde jen o medicínu založenou na důkazech, ale zejména o dobrou zdravotní politiku.

Ukazuje se jako užitečné vytvořit na krajských člancích metodické útvary, které by v návaznosti na informační systém zajišťovaný Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR dovedly získané informace skutečně kvalifikovaně analyzovat a poskytovat podklady pro kompetentní řízení. Jedním z prioritních úkolů takových útvarů by měl být rozbor stávající situace a návrh vývoje sítě zdravotnických zařízení v regionu v návaznosti na potřeby obyvatel a v neposlední řadě i rozvoj možností motivace lidí k péči o své vlastní zdraví.

10.3.3. Pojetí, obsah a metody péče o zdraví

Základní formou péče o zdraví je sebez péče a vzájemná péče. Její těžiště by mělo být v rodinách, školách a na pracovištích. Jejím obsahem je podpora zdraví, prevence nemocí, jednoduchá diagnostika a terapie lehkých onemocnění a úrazů, rekreační rehabilitace a v neposlední řadě i některé formy sociální reintegrace. Je úzce provázána s domácí péčí a s činností praktických lékařů. Zdravotní dopad sebez péče a vzájemné péče je posilován sdružováním občanů, kteří vytvářejí např. svépomocné skupiny, skupiny dobrovolníků apod.

Pokud závažnost a naléhavost zdravotních nesnází přesahuje možnosti sebez péče a vzájemné péče, je nezbytné zajistit dostupnost profesionálních zdravotnických služeb poskytovaných ve standardní kvalitě a financovaných z prostředků zákonného zdravotního pojištění i dalších zdrojů.

Zdravotnické služby jsou jednotlivým občanům poskytovány ve zdravotnických zařízeních odborně připravenými zdravotnickými pracovníky.

Vzhledem k tomu, že péče o zdraví si vyžaduje nejen služby individuální, ale i populačně orientovaná opatření, jsou vytvořeny orgány hygienické služby, jejímž úkolem je přispívat k ochraně a rozvoji zdraví občanů.

K velmi cenným formám péče o zdraví patří programy orientované na široce chápáné zdravotní determinanty, např. program Zdravá města a Zdraví podporující škola. Jejich cennými charakteristikami je: zapojení občanů, posilování odpovědnosti za zdraví, zájem o životní prostředí, příznivé formování životního způsobu a meziresortní pojetí.

Dosud nedoceněnou a nesmírně potřebnou zdravotnickou službou je zdravotní výchova, ať už je široce chápána jako výchova ke zdraví nebo je cíleně

zaměřena na konkrétní individuální zdravotní problémy. Zdravotní výchova se týká všech medicínských oborů i řady dalších disciplín a oblastí.

Péče o zdraví má mnoho forem. Posláním programu Zdraví 21 je iniciovat, podporovat i hodnotit vše, co pomáhá zdraví lidí, a přispívat k tomu, aby zdravotnické služby byly poskytovány v náležité struktuře a kvalitě.

10.3.4. Financování zdravotní péče

Financování zdravotní péče má dvě základní funkce. První funkcí je umožňovat poskytování zdravotnických služeb tím, že zdravotnická zařízení i zdravotničtí pracovníci dostanou za jejich poskytnutí náležitou úhradu. Druhá funkce je regulační, zahrnuje např. možnosti ekonomické motivace, popřípadě sankcí.

Pro správnou činnost a regulaci zdravotnického systému jsou důležité obě funkce. Spravedlivá úhrada za dobře vykonanou práci je významným ekonomickým i morálním stimulem.

Dosud se převážně preferovaly diskuse o ekonomických nástrojích rozdělování velmi omezených zdrojů. Je důležité posílit věcnou stránku problému, tzn. jednat o tom, za co a komu se má platit. Zkušenost ukazuje, že nestačí jednostranně preferovat výkonový systém (body nebo DRG), ale že je nutné přihlížet i k dalším okolnostem poskytování zdravotnických služeb a počítat s tím, že zdrojů je velmi málo.

I když dominantní metodou úhrad za zdravotnické služby je zákonné zdravotní pojištění, je žádoucí metodicky studovat i další možnosti tak, aby byla doceněna role občanů a pokud možno zvyšováno množství prostředků vynakládaných na zdravotní péči.

Z koncepčního hlediska mají rozhodující význam investice. V této oblasti je mnoho problémů. Prioritním úkolem by měla být dostupnost zdravotnických služeb zajišťovaná vhodnou sítí zdravotnických zařízení a jejich žádoucím rozvojem.

Základním kritériem rozhodování v této souvislosti by však měly být potřeby občanů, spravedlnost a slušnost jednání, účinnost, hospodárnost a kvalita zdravotnických služeb.

Pro program Zdraví 21 je typické, že neurčuje, jakými ekonomickými nástroji má být zdravotní péče regulována. S velkým důrazem upozorňuje na prioritu: zajistit účinnou, hospodárnou, kvalitní, humánní a trvale udržitelnou zdravotní péči. Z tohoto hlediska je celkem jedno, bude-li zdravotní systém koncipován

jako Národní zdravotní služba a financován z daní nebo prostřednictvím zdravotního pojištění. Je však velmi důležité, aby byly k dispozici účinné mechanismy pro monitorování celého systému (co se děje), vhodné metody pro hodnocení (k čemu je to dobré a na kolik to přijde) a adekvátní nástroje pro další příznivou regulaci (co s tím, když se něco nedaří).

V materiálech SZO se v návaznosti na program Zdraví 21 často připomíná slovo *accountability*, což se běžně překládá jako odpovědnost. Zmíněný pojem je složené slovo; *account* je účet a *ability* je schopnost. Výstižnější překlad by zřejmě byl – skládání účtů. Jde o ujištění, že pracovníci na všech úrovních vykonávají to, co mají dělat, a řádně hospodaří se svěřenými zdroji. Znamená to stanovit jasné a srozumitelné cíle, zvolit metody a průběžně poskytovat informace o dosahovaných výsledcích, tzn. i o vynaložených zdrojích a realizovaných činnostech.

Je to i základní podmínka dobrého financování celého programu. Musí být jasné kolik, kdo a za co dostal, jaké jsou náklady a jaké jsou výsledky. Srozumitelné účty a jejich věrohodné doložení je nezbytné, má-li být dosahována žádoucí hospodárnost celého programu.

At' se zvolí sebelepší způsob financování zdravotní péče a celého programu, pokud se vývoj nemonitoruje, nehodnotí a vhodně nereguluje, lze počítat dříve nebo později s degradací systému jako celku a s vážnými ekonomickými obtížemi, neboť dostupné finanční prostředky představují základní a nepřekročitelný limit jakéhokoli sociálního systému.

10.3.5. Informace a jejich využívání

Informace a jejich kvalifikované rozborů patří k základním a nepostradatelným nástrojům řízení. Jakkoli je rozvoj informačních technologií potřebný a často připomínaný, je žádoucí jako prioritní chápat obsahový přínos informací, jejich vztah k zamýšleným cílům, použitým metodám i k dosaženým výsledkům. Je nezbytné trvat na přesnosti, správnosti, úplnosti i užitečnosti informací a klást důraz na jejich využívání.

Vzhledem k tomu, že zdravotnická zařízení jsou povětšinou hrazena z veřejných prostředků, veřejnost by měla mít k dispozici více informací o jejich činnosti. Dosud není možné náležité srovnání ani případná zasvěcená volba zdravotnického zařízení. I když je žádoucí chránit individuální data občanů před zneužitím, jako potřebné se jeví jejich širší využívání k výzkumným účelům.

Je nutné počítat s tím, že souběžně s regionalizací zdravotní péče je nezbytné práci s informacemi na úrovni krajů podstatně zlepšit. Návrhy na zlepšení systému regionálního zdravotnictví by se měly kvalifikovaně opírat o potřebné analýzy.

Lze přivítat, že Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) se ve své činnosti do značné míry řídí záměry programu Zdraví 21, respektuje jeho informační nároky a získává informační podklady pro ukazatele, které jsou v rámci programu Zdraví 21 využívány.

Poměrně příznivá je rovněž činnost veřejných informačních služeb ve zdravotnictví (VISZ), a zejména Národní lékařské knihovny (NLK) rozvíjející informační databázi, která obsahuje informační materiály SZO.

10.3.6. Věda, výzkum a rozvoj

Zásadní podmínkou poskytování kvalitních zdravotnických služeb i řízení zdravotnictví je soustavně rozvíjený výzkum v mnoha formách, ať už prostřednictvím grantů, zadávaných úkolů, výzkumných záměrů nebo prioritních výzkumných úkolů.

Je vhodné připomenout, že jakkoli je důležitý klinický medicínský výzkum, je nezbytný i výzkum na populační úrovni zaměřený na determinanty zdraví nebo na vlastní činnost zdravotnických zařízení. Zkušenost ukazuje, že výzkum zdravotnických služeb (*Health services research*) zdaleka nedosahuje v ČR žádoucí úrovně a že nevytváří dobré východisko pro kvalitní opatření v řídicí oblasti.

Slibné jsou v posledních letech aktivity v rámci Interní grantové agentury MZ ČR a činnost Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE), který byl založen v roce 2000. Soustředí se na šest základních tématických oblastí: (a) zdravotní stav a jeho determinanty, (b) analýza vývoje tvorby a realizace zdravotní politiky v ČR a zahraničí, (c) kvalita zdravotnických a zdravotně-sociálních služeb, (d) potřeba a spotřeba zdravotní péče, (e) ekonomika zdraví, (f) procesy řízení a veřejná správa ve zdravotnictví.

Nedá se však očekávat, že náležitým výzkumem se podaří zvládnout všechny problémy řízení zdravotnictví. Jestliže např. jedno zdravotnické zařízení racionálně sníží počet akutních lůžek a sousední zařízení postaví za veřejné peníze nové kapacity, pak není nutné výzkumem dokazovat ošidnost takového postupu.

Na druhé straně je však nutné trvat na tom, aby další postup transformace zdravotnictví spočíval ve větší míře na řádně zdůvodněných a vědecky ověřených opatřeních. Program Zdraví 21 je v tomto ohledu nejen významným motivem, ale i nepostradatelným nástrojem.

10.3.7. Výchova a vzdělávání

Má-li zdravotnictví poskytovat zdravotnické služby na evropské úrovni, pak jedním z rozhodujících nástrojů se musí stát výchova a odborná příprava zdravotnických pracovníků. Jde o to, aby v návaznosti na potřebnou odbornou strukturu zdravotnických pracovníků byla ujasňována role jednotlivých odborných kategorií a aby jejich výchova a odborná příprava byla plně srovnatelná s evropskými standardy.

Týká se to zejména zdravotnických pracovníků, ale do určité míry je vhodné počítat i s lepší zdravotnickou přípravou řady dalších profesí, např. učitelů, příslušníků policie, některých skupin řídicích a administrativních pracovníků apod.

Dá se předpokládat, že poroste i potřeba zdravotní výchovy široké občanské veřejnosti. Jako aktuální se jeví problematika vnímavosti resp. odolnosti obyvatelstva vůči nejrůznějším marketingovým strategiím firem nabízejícím mnohdy pochybné prostředky a slibujícím od posílení imunity dětí až po zdravé stáří.

Významná je v této souvislosti zejména činnost Školy veřejného zdravotnictví (ŠVZ), která byla založena v r. 1992 na bázi tehdejší Katedry sociálního lékařství a organizace zdravotnictví Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ). Koncepce školy byla přepracována do podoby odpovídající pojetí analogických škol „Public Health“ ve vyspělých zemích. Obohatila tradiční českou sociální medicínu o problematiku informatiky, legislativy i moderně pojímané zdravotní politiky.

Hlavním úkolem ŠVZ je příprava zdravotnických manažerů, především ředitelů a dalších vedoucích pracovníků zdravotnických zařízení, pracovníků státní správy, řídicích činitelů hygienické služby a jiných odborných pracovníků.

V r. 1994 prošla ŠVZ akreditačním procesem Evropské asociace škol veřejného zdravotnictví (ASPHER), na jehož základě poskytuje jako jediná škola obdobného zaměření v ČR specializační vzdělání na mezinárodně uznávané úrovni - *Master of Public Health*“.

Do odborné přípravy jsou rovněž zapojeny lékařské fakulty, a to jak pregraduální, tak postgraduální výchovou v oblasti sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví.

10.3.8. Legislativní nástroje

Legislativa by se měla stát logickým vyústěním koncepční práce. Po vyjasnění základních otázek, po formulaci a řádném projednání přijatelných odpovědí by na základě jasného zadání měly být formulovány zákonné normy.

Pokud takové zdůvodněné zadání chybí, pak se nedá předpokládat, že zákon splní svou očekávanou regulační funkci. Zákony by neměly být cílem, ale prostředkem vyjadřujícím jasný a doložený koncepční záměr, přispívajícím k dobré praxi, souběžné kontrole a k navazujícímu hodnocení.

Lze připustit, že v této souvislosti přetrvává mnoho nedostatků, na které se nedaří reagovat v časově vypjatém připomínkovém řízení. Vhodné jednání a popřípadě i veřejná diskuse by se měla vést před vlastní formulací zákona, a to takovou formou, která je občanům přístupná a srozumitelná.

Zákony by měly být relativně stručné a měly by postihovat jádro věci. Příliš podrobné vymezení všech záležitostí vede k direktivnímu pojetí řízení zdravotnictví a omezuje přínos demokracie, subsidiarity a tvůrčího, odborného a relativně samostatného řešení problémů.

Osnova programu Zdraví 21 by měla přispět k ujasnění základních koncepčních, metodických a organizačních otázek. Lze ovšem připustit, že těžiště programu Zdraví 21 není v legislativě, ale spíše ve vnitřní motivaci občanů a cílevědomé spolupráci všech účastníků péče o zdraví.

10.3.9. Nutnost rozvoje nových metod řídicí práce

Náročnost a naléhavost úkolů, které přináší program Zdraví 21, nelze zvládnout dřívějšími metodami. Styl řízení založený na administrativní podřízenosti, poslušnosti a minimální iniciativě patří definitivně minulosti. Narůstá význam odborné i metodické připravenosti, komunikačních a argumentačních dovedností, schopností pracovat s informacemi, umění vnímavě naslouchat a trpělivě i věrohodně vysvětlovat, využívání nových poznatků i zahraničních zkušeností, získávání občanů k péči o zdraví, k přijetí své části osobní odpovědnosti za vlastní zdraví.

Vzhledem k tomu, že odborná koncepční a metodická práce se spolu s kontrolou a hodnocením stane dominantním typem práce řídicích i administrativních

pracovníků, dá se očekávat zásadní růst požadavků na jejich odbornou i jazykovou přípravu. V tomto směru bude nutné orientovat personální práci, a to zejména pokud jde o výběr pracovníků, průběžnou odbornou přípravu a pravidelné hodnocení jejich práce. Postupně by se mělo podařit dosáhnout stavu typického pro země západní a severní Evropy, kde státní úředníci patří k předním odborníkům ve své oblasti.

Nové metody řídicí práce si ovšem budou muset osvojit nejen řídicí pracovníci a administrátoři na MZ, ale na všech úrovních řízení, v krajích i v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

V souvislosti s programem Zdraví 21 se začal používat relativně nový pojem „*stewardship*“. Je to dobrá péče o svěřené záležitosti. Ten, kdo je má na starosti, by je měl předat v lepším stavu, než je převzal. Nejde tedy jen o běžný management, který je povětšinou orientován ekonomicky. *Stewardship* si všímá širších hodnotových aspektů a volí takové metody, které jsou pro svěřenou oblast užitečné. Jednoduše lze *stewardship* přeložit jako dobré řízení nebo svědomitá péče.

V oblasti zdravotnictví spočívá dobré řízení ve třech metodických krocích:

- formulace zdravotní politiky (definování vize a záměru zdravotnického systému);
- regulace (stanovení jasných, srozumitelných a spravedlivých pravidel pro aktivity v jednotlivých oblastech);
- informační a analytická práce (hodnocení výkonnosti a poskytování informací, funkce zpětné vazby).

Ministři zdravotnictví v diskusi u kulatého stolu v rámci 53. světového zdravotního shromáždění v květnu 2000 zahrnuli do pojmu *stewardship* tyto základní aktivity:

- zhodnocení zdravotní situace a výkonnosti zdravotnického systému se záměrem stanovit národní zdravotní cíle a priority zdravotní strategie;
- zajištění všeobecné dostupnosti základních zdravotnických služeb a rovnováhy mezi individuálními a populačními zdravotnickými službami;
- přidělení potřebných zdrojů pro zmíněnou všeobecnou dostupnost základních zdravotnických služeb;
- regulace zdravotnického sektoru (soukromého i veřejného);
- náležité orientování výchovy zdravotnických pracovníků;
- organizování struktury i funkce zdravotnického systému;

- rozvoj spolupráce s ostatními ministerstvy a dalšími organizacemi zabývajícími se zdravím lidí;
- posílení schopnosti občanů dostát finančním nárokům zdravotní péče.

Je jistě žádoucí, aby se pojem *stewardship* stal předmětem studia, zasvěcených diskusí i nástrojem zdravotnické a řídicí praxe.

Lze počítat s tím, že příprava i realizace programu Zdraví 21 se stane významným motivem pro vznik a zavádění nových metod řízení, které bude nezbytné si průběžně osvojovat.

10.3.10. Kontrolní činnost

Kontrolní činnost je sice jednou z komponent řízení, nicméně její význam s uplatňováním demokratických forem řízení narůstá. Odpovědnost státu za dostupnost zdravotní péče musí být provázena účinnou kontrolou a souběžným využíváním regulačních nástrojů.

Mají-li rozhodnutí správních orgánů přinášet užitek, je nezbytné znát konkrétní situaci na základě přesných a ověřených informací. Je žádoucí se vypořádat s neblahým pokrytectvím poskytujícím iluzi, že nedostatky se vyplatí zakrývat, řešení problémů odkládat a že oceněno bude zkreslování skutečnosti.

S kontrolou úzce souvisejí metody hodnocení, které by měly být připravovány v teoretické i výzkumné oblasti a průběžně ověřovány v praxi. Vzájemné vazby mezi hodnocením a dalšími nástroji (např. financováním) mohou podstatně přispívat ke kvalitě systému jako celku.

Jasně vymezení problémů a nedostatků je jedinou skutečnou cestou k jejich zvládnutí a odstranění. V tomto směru je zdokonalován kontrolní systém, který má na jedné straně přispět k odhalení případných chyb v řízení a činnosti jednotlivých zdravotnických subjektů, na druhé straně by měl poskytovat potřebnou a zasvěcenou metodickou pomoc, jak na dílčí nedostatky reagovat a přispět ke zvýšení kvality zdravotní péče.

Program Zdraví 21 počítá s kontrolou zejména prostřednictvím monitorování ukazatelů, které by měly zachytit výsledky dílčích aktivit orientovaných na vymezené cíle. Je ovšem zřejmé, že zvolené ukazatele podají jen rámcovou informaci o skutečném dopadu jednotlivých aktivit. Je proto nutné zvážit na každé úrovni řízení, jaké informace je vhodné sledovat a hodnotit.

10.3.11. Zapojení veřejnosti do péče o zdraví

Všeobecně se připouští, že veřejnost se na zdravotní péči dostatečně nepodílí, že občané nepřebírají v potřebné míře odpovědnost za své vlastní zdraví a za zdraví svých blízkých. Jako slibné se jeví zejména aktivity spjaté s projekty Zdravá města a Zdraví podporující škola. Program Zdraví 21 se bez podílu občanů neobejde. Je to ostatně obsaženo v prioritních cílech programu (cíl 20 a 21), které bude nezbytné konkretizovat v návaznosti na stávající situaci a možnosti změn.

Zapojení veřejnosti do péče o zdraví je přinejmenším dvoustranný proces. Jednak ze strany občanů, kteří by si měli vážit svého zdraví a jednak ze strany systému péče o zdraví, který by si měl vážit občanů. Důležitý pojem je v tomto ohledu responzivnost, což se dá přeložit jako vnímavost nebo vstřícnost. Responzivnost je mírou toho, zda a do jaké míry zdravotnický systém respektuje důstojnost i autonomii pacientů a důvěrnost zdravotnických informací. Určitým mostem mezi oběma přístupy je komunikace mezi lidmi, vnímavá diskuse, respektování odlišných názorů apod.

10.3.12. Potřeba zlepšit koncepční práci v oblasti péče o zdraví

Jedním z přínosů programu Zdraví 21 jako základu evropské zdravotní politiky je důraz na tyto změny v orientaci koncepčních úvah týkajících se dalšího rozvoje péče o zdraví (10):

- od skrytých zájmů a skupinových preferencí je žádoucí přejít k otevřeně vyjádřenému, jasnému a eticky zdůvodněnému záměru;
- zásadní střety týkající se přidělovaných prostředků a spočívající na mnohdy ošidné rovnováze politicko-mocenských sil by měly být nahrazeny kompetentním jednáním opírajícím se o prokazatelné dopady dílčích aktivit na zdraví lidí;
- resort zdravotnictví by se neměl dominantně zabývat sám sebou a přednostně řešit své vnitřní problémy, ale měl by najít cestu vně svých tradičních hranic, k determinantám zdraví lidí a podílet se na motivaci, koordinaci a hodnocení všech činností, které přispívají ke zdraví lidí;
- byrokraticko administrativní metody řízení by měly být postupně nahrazovány podloženou a věrohodnou zdravotní strategií a kompetentní podporou všech subjektů, které jsou s to příznivě ovlivnit zdraví lidí;

- průběžná kontrola a regulace by měla být provázena rozvojem vlastní osobní odpovědnosti opírající se o odborné zvládnutí situace i o souhlas se stanovenými cíli a zvolenými metodami vedoucími ke zdraví.

Jak už to obvykle bývá, každý sociální proces a zřejmě i transformace zdravotnictví má svůj rytmus a určitou zákonitou posloupnost. Je cenné, že zdravotní politice a jejím analytickým, hodnotovým a koncepčním východiskům je věnována rostoucí pozornost jak v oblasti teorie, tak odborné přípravy (17 , 18 , 19).

Bylo by asi naivní očekávat, že k tomu, aby byl přijat a plně využit program Zdraví 21, stačí pád politických bariér. Jeho plné využití je náročný úkol, který si vyžádá jak spoustu práce, tak zřejmě i svůj čas.

Zkušenost řady evropských zemí dokládá, že práce na programu Zdraví 21 je užitečná, i když se třeba hned napoprvé nepodaří dosáhnout všech stanovených cílů. Už sama zkušenost se systémově pojatou zdravotní politikou vycházející z eticky podložených hodnotových úvah a z věrohodných informací představuje nesporný přínos.

V těch zemích, které se přihlásily k programu Zdraví 21, se podařilo dosáhnout zlepšení v těchto oblastech (10):

- **Informační systém**

Program Zdraví 21 potřebuje kvalitní informace o zdravotní situaci, jejím stavu i vývoji a o jejích determinantách. Dobré informace umožňují připravovat, volit, realizovat a hodnotit vhodná opatření. Jsou i spolehlivým východiskem koncepční práce.

- **Podíl občanů na péči o zdraví**

Ukázalo se, že zavedení účinných forem účasti občanů na péči o zdraví je v demokratickém prostředí nevratným procesem. Vyvolaný zájem o vlastní zdraví, podíl na rozhodování o vlastním zdravotním osudu a konkrétní osobní zkušenosti dokládající, že péče o zdraví má smysl, jsou významnými motivy dalšího růstu aktivity občanů.

- **Meziresortní spolupráce**

Jde o velmi obtížný proces, jehož jednotlivé formy je nezbytné zvládnout na základě konkrétních zkušeností. I když se to obvykle nepodaří v potřebném rozsahu napoprvé, dílčím užitečným výsledkem jsou osobní kontakty, ujasnění kompetencí a ověření možností spolupráce. Cenné jsou rovněž společně dosažené výsledky, které dokládají smysl a přínos spolupráce.

- **Koncepční práce**

Systémový přístup v péči o zdraví se může stát příležitostí pro řídicí pracovníky, aby si osvojili nový způsob práce vycházející z dobrých informací a směřující k hodnotitelným výsledkům.

- **Politický proces**

Program Zdraví 21 pomáhá politikům a řídicím pracovníkům pochopit význam zdraví lidí jako dominantní politické hodnoty, přispívá k rozvoji komunikace v politické, medicínské i občanské veřejnosti.

Lze tedy shrnout, že přes nespornou náročnost programu Zdraví 21 stojí za to se jím vážně zabývat, a to ve větší míře než dosud. Možnosti aplikace programu Zdraví 21 v ČR jsou dosud z větší části nevyužity a v podstatě otevřeny. Byla by chyba chápat program Zdraví 21 jako jakýsi politický nástroj a použít k jeho prosazení metody povrchní a krátkodobé, např. jen agitačně rétorické nebo mocenské.

Největší naději lze spatřovat v rozvoji informační, výchovné a zejména vědecké práce a v neposlední řadě i v příznivém demokratickém a ekonomickém vývoji. Je známou a ověřenou zkušeností, že demokratická vláda a svobodní občané dokáží společně najít cestu ke zdraví. Program Zdraví 21 je v tomto směru slibným příkladem a dobrou metodickou pomocí.

Důležitou roli bude zřejmě muset přijmout vláda a parlament chápající zdraví lidí jako významnou sociální, politickou i ekonomickou hodnotu a prioritu. Konečný výsledek a dopad celého procesu bude záležet na široce pojímaných sociálních podmínkách vytvářených všemi institucemi, skupinami i jednotlivci.

Nesmírně důležitým krokem byla již zmíněná příprava „Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR“ (20), který Vláda České republiky vzala na vědomí dne 30. října 2002. Tím byl učiněn významný krok k další konkretizaci a využití programu Zdraví 21 v ČR.

Program Zdraví 21 nepatří k žádným „zázračným“ zjednodušujícím mechanismům, které samy „vše rychle napraví“. Jde o seriózní a náročný proces.

Literatura:

1. European Health Policy Conference: opportunities for the future. Report on a WHO Conference. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1996 (document EUR/ICP/HFAP 94 01/CN01).
2. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1996 (document EUR/ICP/CARE 9401/CN01).

3. Wld Hlth Org.: Health for all in the twenty-first century. WHO, Geneva 1998 (document A51/5).
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. 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, Commission of the European Communities, Brussels 1998 (document COM(98)230 final).
6. World Bank: World development report 1993: Investing in health. Oxford University Press, New York 1993, 329 s.
7. Wld Hlth Org.: World health report 1995. Bridging the gaps. WHO, Geneva 1995.
8. United Nations Development Programme: Human development report 1997. Oxford University Press, New York 1997.
9. Wilkinson R.G.: Unhealthy societies: the afflictions of inequality. Routledge, New York 1996, 225 s.
10. 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 Regional Office for Europe, Copenhagen 2000, 537 s.
11. Wld Hlth Org.: International Conference on Nutrition. Final report of the Conference, Rome, December 1992, WHO, Geneva 1992 (document).
12. MZ ČR: Zdraví 21 – Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace, MZ ČR, Praha 2002, 147 s.
13. Wld Hlth Org.: From Alma-Ata to the Year 2000: Reflections at the midpoint, WHO, Geneva 1988, 158 s.
14. Holčík J.: Transformace zdravotnictví a ekvita. Medica revue, 2, 1995, č. 4, s. 5-7.
15. Žáček A.: K některým etickým otázkám péče o zdraví. Čas. Lék. čes., 133, 1994, č. 5, s. 132-136.
16. Holčík J.: Je výzkum soustavy zdravotnických služeb a celého systému péče o zdraví potřebný? Zdrav. Nov., 43, 1994, č. 23, s. 8-9.
17. Drbal C.: Politika pro zdraví. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ, Praha 1998, 59 s.
18. IZPE: Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky I. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Praha 2002, 150 s.
19. IZPE: Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky II. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Praha 2003, 151 s.
20. Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, Zdraví pro všechny v 21. století. MZ ČR, Praha 2003, 124 s.