

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Petra Kamarádová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Analýza projektů, programů a organizací ve vazbě na podporu zdraví
a prevenci rizikového chování**

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením doc. Mgr. Michaely Hřivnové, Ph.D. a při tvorbě práce jsem použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 3. 6. 2020

Bc. Petra Kamarádová

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí mé diplomové práce doc. Mgr. Michaele Hřivnové, Ph.D., za odborné vedení a poskytování cenných rad. Mé velké díky patří taktéž doc. MUDr. Jaroslavu Křížovi za cenné rady z oblasti ekonomiky primární prevence. Dále děkuji Státnímu zdravotnímu ústavu v Praze za součinnost při tvorbě mé diplomové práce a poskytnutí interních informací a materiálů.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍLE PRÁCE	7
2 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE	8
3 TEORETICKÉ POZNATKY	12
3.1 Vymezení pojmu zdraví	12
3.2 Vymezení pojmu podpora zdraví	15
3.3 Vývoj podpory zdraví ve světě	17
3.3.1 Zdraví 2020: Evropská politika pro zdraví a kvalitu života	20
3.3.2 Přeměna našeho světa: Agenda pro udržitelný rozvoj 2030	21
3.4 Vývoj podpory zdraví v České republice	23
3.4.1 Strategický dokument Zdraví 2020	23
3.4.2 Strategický dokument Zdraví 2030	25
3.5 Neinfekční onemocnění	27
3.5.1 Neinfekční onemocnění v České republice	29
3.6 Rizikové chování	32
3.7 Primární prevence	36
3.8 Efektivita primární prevence	37
3.8.1 Hodnocení nákladové efektivity primární prevence	38
3.8.2 Ztracené roky kvalitního a plnohodnotného života (DALYs)	40
3.8.3 Získané roky kvalitního a plnohodnotného života (QALYs)	45
3.9 Výdaje na zdravotnictví v České republice	47
4 Obsahová analýza strategických dokumentů, programů a projektů zaměřených na prevenci škod způsobených alkoholem v Evropském regionu WHO a České republice	50
4.1 Analýza ukazatelů – spotřeba alkoholu v Evropském regionu WHO	50
4.2 Analýza mezinárodních dokumentů zaměřených na užívání alkoholu v Evropském regionu WHO v období 2014–2021	52
4.3 Analýza ukazatelů – škodlivé užívání alkoholu v České republice	62

4.4	Analýza dokumentů zaměřených na prevenci škod způsobených alkoholem v České republice	65
4.4.1	Současný stav primární prevence v České republice	72
4.4.2	Primárně preventivní programy realizované v ČR zaměřené na prevenci závislostního chování ve školní populaci	74
4.4.3	Primárně preventivní programy realizované v ČR zaměřené na prevenci závislostního chování v dospělé populaci do 65 let	79
4.5	Stručné představení primární prevence a politiky v oblasti škod způsobených alkoholem ve Švédsku	84
	DISKUSE	86
	ZÁVĚR	88
	SOUHRN	89
	SUMMARY	90
	REFERENČNÍ SEZNAM	91
	SEZNAM ZKRATEK	101
	SEZNAM OBRÁZKŮ	102
	SEZNAM TABULEK	103
	SEZNAM GRAFŮ	104

ÚVOD

Prevence nemocí a podpora zdraví jsou důležitými prioritami nejen České republiky, ale celého světa (Zdraví 2020, 2014). Česká republika zaostává za průměrem evropských zemí v celkové zdravotní gramotnosti, obzvláště nepříznivá situace je v oblasti podpory zdraví (Zdraví 2030, 2018). Ze zahraničních zkušeností plyne, že investice do primární prevence mají vysokou nákladovou efektivitu a není neobvyklé, že poměr přínosů a nákladů je 10:1 i více. Ekonomickým otázkám prevence a nákladové efektivitě primárně preventivních programů se však v České republice věnuje stále málo pozornosti (Kříž, 2011).

Přitom Česká republika obsazuje přední příčky v mezinárodních srovnáních ve výskytu rizikového chování (Zdraví 2030, 2019). Jedná se například o špatné stravovací návyky a nízkou pohybovou aktivitou, které přispívají k rozvoji obezity. Relativní podíl obézních v roce 2018 dosáhl hodnoty 25 %, u dětí standardizované průzkumy ukazují podíl 22–25 % (Zdraví 2030, 2019). Alarmující výsledky ukazuje i průměrná konzumace alkoholu. Obyvatelé ČR konzumují průměrně o 1,7 litru více alkoholu na osobu, než jejich protějšky v EU (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Česká republika je na 3. místě ve spotřebě alkoholu na osobu v EU a více než 850 000 lidí se zde vystavuje rizikovému pití (Zdravotní profil ČR 2019). Co se týče užívání tabáku, dle výzkumu Státního zdravotního ústavu z roku 2019 byl ve výskytu kuřáků v populaci starších 15 let zaznamenán pokles o 3,6 % ve srovnání s rokem 2018. Kouření ovšem nadále zůstává hlavním preventabilním rizikovým faktorem v ČR i ve vyspělých zemích (Csémy et al., 2019).

Nevyužitím potenciálu efektivní prevence nemocí a podpory zdraví bude v budoucnu docházet k dalšímu zvyšování nákladů na zdravotní péči, což je pro společnost dlouhodobě neudržitelné (Zdraví 2020, 2014).

V první části práce jsou předloženy teoretické poznatky týkající se zdraví, podpory zdraví, vývoje podpory zdraví a hodnocení nákladové efektivitě primární prevence. Součástí je také zhodnocení aktuální situace v ČR v oblasti výskytu rizikového chování a neinfekčních nemocí. Druhá část sumarizuje národní strategické dokumenty pro Evropský region WHO v oblasti řešení škod způsobených alkoholem. Dále národní politiku v této oblasti v České republice a shrnuje dohledatelné primárně preventivní aktivity zaměřené na školní a dospělou populaci v tuzemsku.

1 CÍLE PRÁCE

Cílem diplomové práce je sumarizace aktuálních publikovaných teoretických poznatků z oblasti problematiky zdraví, podpory zdraví a prevence rizikového chování. Dále analýza vybraných programů a projektů ve vazbě na podporu zdraví či prevenci rizikového chování v České republice a Evropě.

Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je vyhledat a analyzovat vybrané dokumenty zaměřující se na podporu zdraví a prevenci rizikového chování v oblasti řešení škod způsobených alkoholem v tuzemsku a Evropském regionu WHO.

Dílčí cíle

Dílčí cíl 1: Sumarizovat aktuální dohledatelné publikované poznatky týkající se vybraných evropských strategických dokumentů zaměřených na prevenci škod způsobených alkoholem.

Dílčí cíl 2: Sumarizovat aktuální dohledatelné publikované poznatky týkající se vybraných strategických dokumentů zaměřených na prevenci škod způsobených alkoholem v České republice.

Dílčí cíl 2: Sumarizovat primárně preventivní aktivity v oblasti řešení škod způsobených alkoholem v ČR zaměřené na dospělou a školní populaci.

2 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Pro tvorbu teoretické části diplomové práce byla využita široká rešerše a cílená rešerše.

Metodika široké rešerše

Vyhledávání literárních zdrojů bylo provedeno na základě níže popsaných kroků, podrobněji je rešeršní strategie znázorněna Postupovým diagramem (Obrázek 1).

Byla uplatněna tato primární hesla:

primární prevence, preventivní strategie, nákladová efektivita

Primární hesla byla rozšířena o příbuzné pojmy:

Primární prevence => primární prevence OR podpora zdraví

Vyhledávání bylo realizováno v: Google Scholar, Bibliographia Medica Čechoslovaca

Datum provedení rešerše: 5.12.2020

Pro rešerši byla využita tato omezení:

Google Scholar: beze slov: bakalářská, diplomová, disertační, rigorózní, kvalifikační;

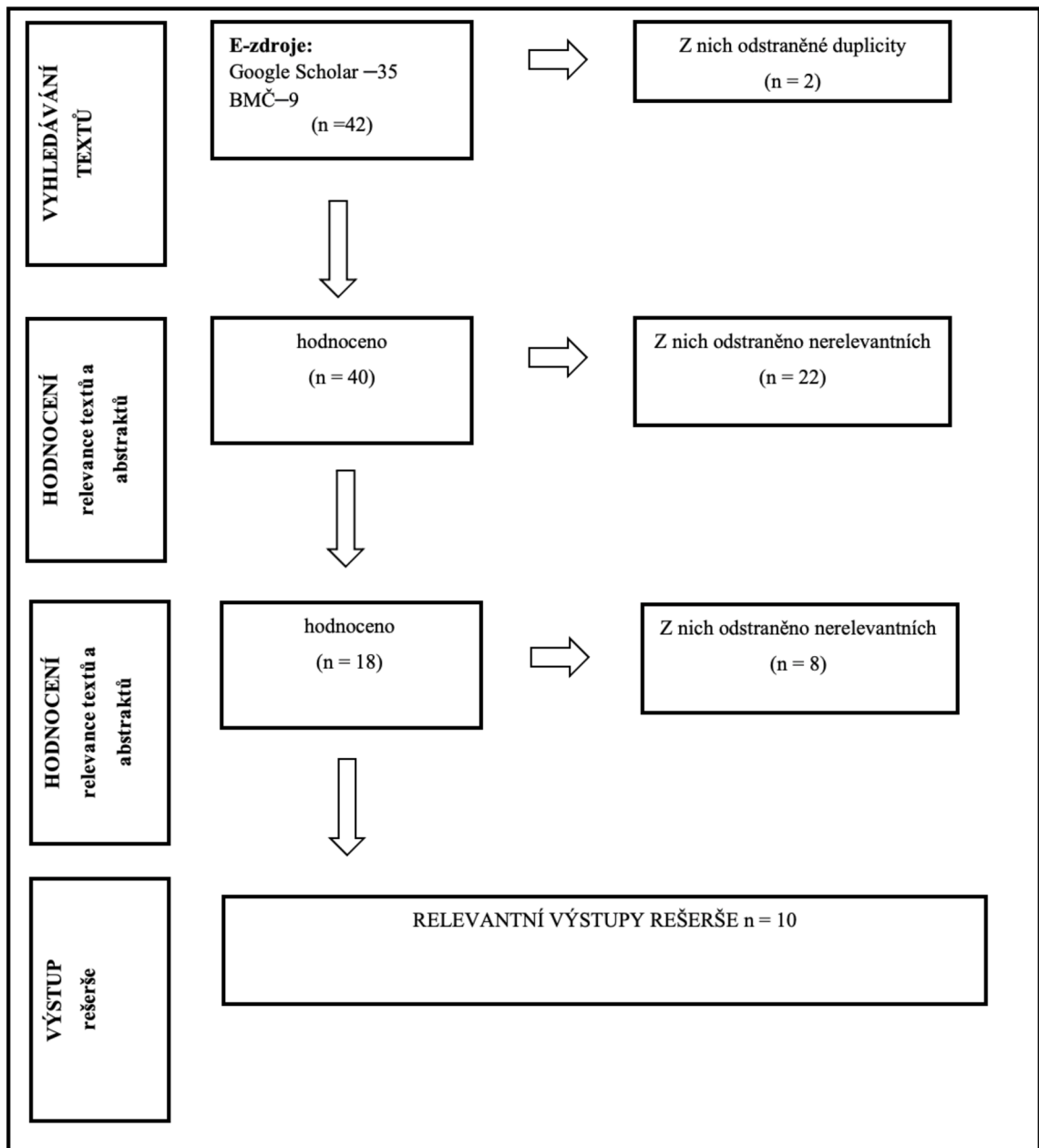
Publikační období: 2011–2020; kdekoli v článku; jazyk: česky

Bibliographia Medica Čechoslovaca: bez omezení

Popis výstupů rešerše ve 2 e-zdrojích šedé literatury:

Na podkladě uvedené rešeršní strategie bylo vyhledáno 42 literárních zdrojů. Po vyhodnocení jejich relevance bylo mezi relevantní výstupy zařazeno 10 textů. Rešeršní postup je znázorněn na Obrázku 1.

Obrázek 1 Postupový diagram široké rešeršní strategie



Metodika cílené rešerše

Vyhledávání literárních zdrojů bylo provedeno na základě níže popsanych kroků, podrobněji je rešeršní strategie znázorněna Postupovým diagramem (Obrázek 2).

Byla uplatněna tato primární hesla:

primární prevence, preventivní strategie, nákladová efektivita, alkohol

Primární hesla byla rozšířena o příbuzné pojmy:

Primární prevence => primární prevence OR podpora zdraví

Byla uplatněna tato primární hesla v angličtině:

primary prevention, health promotion programs, alcohol, prevention strategy, cost-effectiveness analysis

Primární hesla v angličtině byla rozšířena o příbuzné pojmy:

Primary prevention => primary prevention OR health promotion

Vyhledávání bylo realizováno v databázích: MEDLINE (rozhraní PubMed), EBSCO

Datum provedení rešerše: 8.12.2020

Pro rešerši byla využita tato omezení:

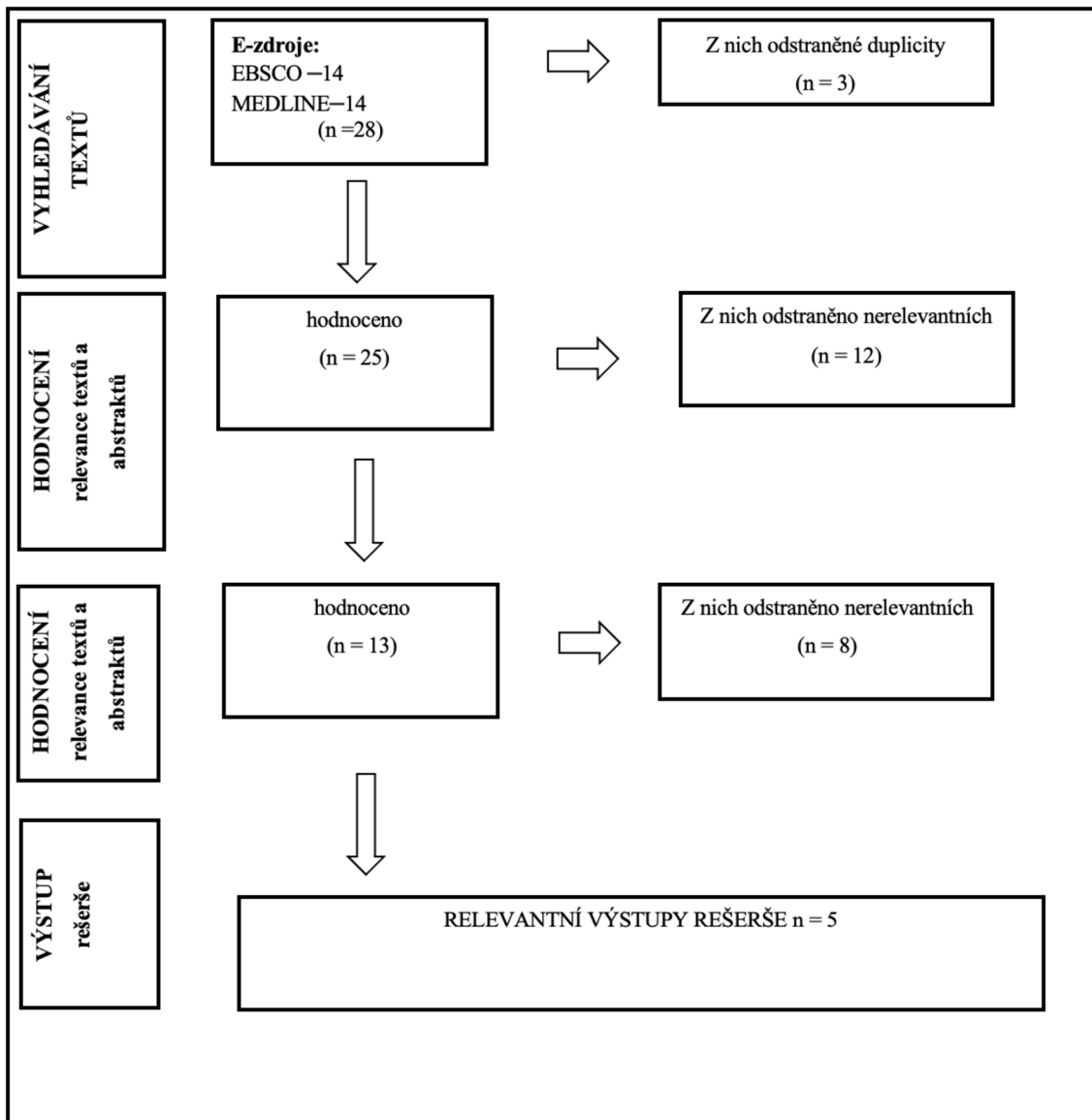
MEDLINE (rozhraní PubMed): Free full text, last 5 years

EBSCO: plný text, datum publikování: 2015–2020

Popis výstupů rešerše ve 2 e-zdrojích:

Na podkladě uvedené rešeršní strategie bylo vyhledáno 28 literárních zdrojů. Po vyhodnocení jejich relevance bylo mezi relevantní výstupy zařazeno 5 textů. Rešeršní postup je znázorněn na Obrázku 2.

Obrázek 2 Postupový diagram cílené rešeršní strategie



3 TEORETICKÉ POZNATKY

3.1 Vymezení pojmu zdraví

Význam slova „zdraví“ je poměrně těžké přesně postihnout. V roce 1948 byla na Mezinárodní konferenci o zdraví v New Yorku přijata a podepsána zástupci 61 států definice zdraví, která vymezuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen pouhou nepřítomnost nemoci či slabosti. Tato definice nebyla od jejího přijetí změněna. Jedná se o vymezení, které říká, čím zdraví je, odporuje tedy dříve zažitému vnímání zdraví jako stavu, kdy člověk zkrátka „není nemocný“ (WHO, 1948). Definice ukazuje na komplexní aspekty zdraví – na stránku duševní, fyzickou i sociální (Zdraví 2020, 2014). Ovšem z jejího znění není jasný zřetelný cíl, není tak zřejmé, čeho má být přesně pro zajištění zdraví dosaženo. Proto se Světová zdravotnická organizace (WHO), při vyhodnocování zdravotnických programů a politik, zabývá dílčími faktory tzv. determinantami zdraví, které mají nejvýznamnější, ať pozitivní, či negativní, vliv na zdraví. Řadí mezi ně následující:

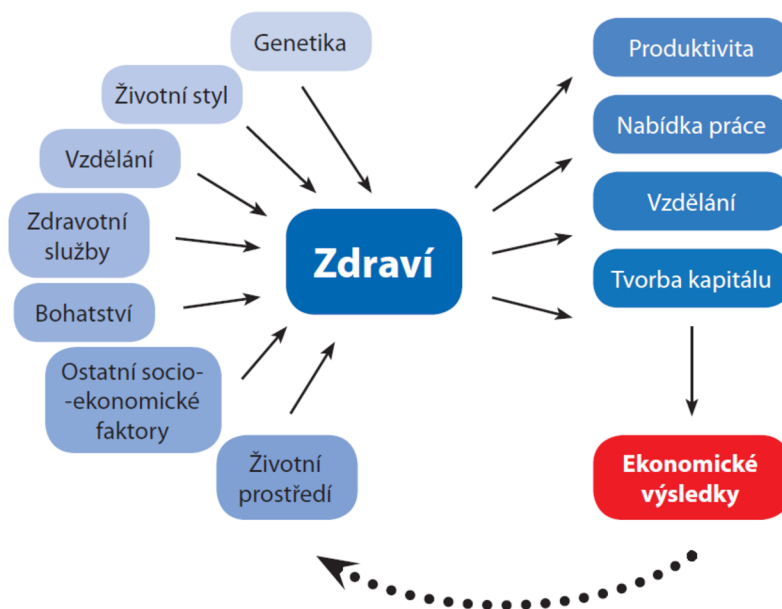
1. sociálně-ekonomické prostředí (zdravotnické služby);
2. fyzické prostředí (čisté ovzduší, přístup k pitné vodě);
3. osobní charakteristiky a chování jednotlivce (příjem, sociální status, vzdělání či genetické předpoklady).

Z výše zmíněných poznatků vyplývá, že zdraví jedince tedy ovlivňuje řada faktorů. Patří zde sociální, ekonomické a fyzické prostředí jednotlivce, stejně jako jeho individuální charakteristiky a chování (gender, dědičnost, životní styl apod.), (Zdraví 2030, 2019). Determinanty zdraví společně utváří zdravotní stav jedince, ovlivňují jeho vnímání pocitu pohody a životní harmonie, ale také určují délku a kvalitu jeho života (WHO, © 2020). Současné pojetí zdraví pokládá celkové zdraví jednotlivce za výsledek tělesného, duševního, sociálního a duchovního zdraví jednotlivce a komunity (SZÚ, © 2020). Zdraví vzniká v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí a pracují, odpočívají a stárnou. Zlepšují, nebo zhoršují jej okolnosti, které na člověka působí v běžném životě. Právě zde se nachází těžiště péče o zdraví a je důležité, aby o něj pečoval každý sám, nicméně je zřejmé, že pouze toto nestačí (Zdraví 2020, 2014). Péče o zdraví je tedy sdílená odpovědnost všech složek společnosti. Jedná se o vládu, parlament, veřejnou správu, organizace a instituce i podnikatelskou sféru. Ty by měly motivovat a vést lidi k chápání

hodnoty zdraví a konkrétní aktivitou dokázat, že péče o zdraví je důležitá (Zdraví 2030, 2019).

Pokud se zaměří pozornost na právní vymezení zdraví, právo na zdraví je jedním ze základních práv každého člověka bez rozdílu rasy, náboženství, politické víry, hospodářských nebo sociálních podmínek. Zdraví všech národů je stěžejní pro dosažení míru a bezpečnosti a závisí na vzájemné spolupráci jednotlivců a států (WHO, © 2020). Právo na zdraví bylo legislativně uznáno v prosinci roku 1966, kdy byl přijat Mezinárodní pakt o občanských a politických právech. Jedná se o mezinárodní smlouvou přijatou na zasedání Organizace spojených národů (OSN), která garantuje právo na zdraví, a to ve znění: „Každý má právo na dosažení nejvyšše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví“ (OHCHR, © 1996–2020). Zdraví je zdroj, který umožňuje každému člověku realizovat svůj potenciál a přispívat k celkovému rozvoji společnosti (WHO, © 2021). Motto z evropského programu Zdraví 2020 „Zdraví znamená bohatství“ na obrázku 1 vyjadřuje, že dobré zdraví je nesmírně důležité pro ekonomický a sociální rozvoj společnosti. Má zcela zásadní význam pro život jednotlivce, ale i pro rodiny a všechny společenské skupiny (Lesenková, 2018).

Obrázek 3 Zdraví znamená bohatství



Zdroj: Národní strategie ochrany a podpory zdraví – Zdraví 2020, 2014

Obrázek 1 mimo jiné vyjadřuje, že zdraví více či méně ovlivňuje mnoho faktorů, jedinec může ovlivňovat až 80 % těchto faktorů (Zdraví 2020, 2014). Dobrý zdravotní stav občanů je poté přínosem pro celou společnost. Je důležitý pro ekonomický a sociální rozvoj společnosti a má zásadní význam pro život každého jednotlivce, i pro rodiny a ostatní společenské skupiny (EPOZ, 2019). Život s dobrým zdravím je ekonomický přínosný – zvyšuje se pracovní produktivita a daňové výnosy, také nárok na důchod se může posunout do vyššího věku (Kříž, 2011). Protože jedinec může ovlivnit až 80 % faktorů, které jeho zdraví ovlivňují, je potřeba, aby došlo k posunu ve vnímání vlastního zdraví a přijetí zodpovědnosti. Toho lze dosáhnout zkvalitněním podpory zdraví, preventivních, diagnostických a terapeutických postupů a přijetím zdraví jako zásadní společenské hodnoty (SZÚ, © 2020).

3.2 Vymezení pojmu podpora zdraví

Podpora zdraví je soubor činností, které lidem pomáhají posilovat a zlepšovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad faktory ovlivňujícími zdraví (Zdraví 2030, 2019). Zahrnuje aktivity zajišťující příznivé sociální, ekonomické a environmentálních podmínky, které jsou pro udržení dobrého zdraví nezbytné. Týká se činností fyzických osob i státu a dalších složek společnosti (Zdraví 2030, 2019). Podpora zdraví tedy neznamená jen zodpovědnost zdravotnického resortu za zdraví jednotlivců a populace, ale také vyjadřuje individuální odpovědnost jednotlivců za vlastní zdraví a jeho možnou ovlivnitelnost prostřednictvím životního stylu (SZÚ, © 2021). Cílem podpory zdraví je, aby rostla nejen průměrná délka života, ale především délka života prožitá ve zdraví (Zdraví 2020, 2014).

V České republice je dlouhou řadu let vědeckou základnou ochrany a podpory veřejného zdraví hygienická služba, jež je tvořena orgány a institucemi ochrany a podpory veřejného zdraví. Je nositelkou odbornosti, zavádí nové poznatky a metody v ochraně a podpoře veřejného zdraví do praxe a řídí činnosti v této oblasti na celostátní i regionální úrovni. Spolupracuje s poskytovateli zdravotních služeb a v úzké spolupráci se zdravotními ústavy provádí sběr, zpracování a analýzu dat o zdravotním stavu obyvatelstva (Zdraví 2020, 2014).

Prevence nemocí a podpora zdraví jsou důležitými prioritami nejen České republiky, ale celého světa (Zdraví 2020, 2014). Česká republika zaostává za průměrem evropských zemí v celkové zdravotní gramotnosti, obzvláště nepříznivá situace je v oblasti podpory zdraví. Podle průzkumu z roku 2014 hodnotí 40 % respondentů vlastní zdravotní gramotnost jako problémovou, až nedostatečnou. V případě oblasti „podpora zdraví“ je to až 60 % občanů. Výsledky průzkumů jasně ukazují nutnost větší osvěty, a to zejména v rizikových skupinách obyvatelstva (Zdraví 2030, 2019).

Stávající zkušenosti vyspělých států (včetně ČR) ukazují, že prevence nemocí a ochrana a podpora zdraví pozitivně působí na zdravotní stav populace a přináší významné úspory výdajů za zdravotní služby. Pokud nedojde k využití potenciálu efektivní prevence nemocí a podpory zdraví bude i nadále docházet ke zvyšování nákladů na zdravotní péči. Tato situace je dlouhodobě neudržitelná (Zdraví 2020, 2014). Ze zahraničních zkušeností plyne, že investice do primární prevence mají vysokou efektivitu a není neobvyklé, že poměr přínosů a nákladů je 10:1 i více. Výsledky preventivních programů se hodnotí na základě investovaných nákladů. Pokud přínosy převyšují náklady,

je možné zhodnotit program jako efektivní. Například u diabetes lze díky zdravému životnímu stylu oddálit nástup choroby až o 11 let a ušetřit tím nemalé finanční prostředky, více v kapitole 3.8 Efektivita primární prevence (Zdraví 2030, 2019).

3.3 Vývoj podpory zdraví ve světě

Podpora zdraví (health promotion) se ve světě začala utvářet jako reakce na nízkou účinnost tradiční zdravotní výchovy, vzrůstající nespokojenost se zdravotní péčí, na kterou jsou vynakládány stále vyšší výdaje, a nárůst chronických neinfekčních onemocnění, jejichž vznik je ovlivněn zejména životním stylem. Záměrem podpory zdraví je zvýšit zájem veřejnosti o zdraví a pomoci politikům při rozhodování ve věcech týkajících se zdraví (SOLUTIO, 2013).

Vývoj podpory zdraví započal významnou událostí, a to přijetím definice zdraví podle WHO, kterou podepsalo 61 zemí na Mezinárodní konferenci ke zdraví v New Yorku v roce 1946. Definice byla oficiálně uvedena v planost 7. 4. 1948. Její znění, a další podrobnosti, jsou popsány v kapitole 3.1 Zdraví. V severní a západní Evropě se poté od 60. let minulého století začala rozvíjet zdravotní výchova ve všech složkách – edukace pacientů, zvyšování zdravotní gramotnosti i výchova ke zdraví. V roce 1974 byla předložena analýza vývoje zdravotního stavu obyvatelstva Kanady, nazvána jako LaLondeova zpráva. Ta reflektuje změny v nemocnosti a úmrtnosti v průmyslově vyspělém světě a uvádí model nejčastějších příčin nejzávažnějších neinfekčních onemocnění.

Model je tvořen čtyřmi základními determinantami:

- sociálním a životním prostředím;
- genetickou výbavou jedince;
- životním stylem člověka;
- organizací, úrovní a dostupností zdravotnických služeb.

Tento model základních determinant se doposud objevuje v odborné literatuře (SZÚ, © 2021).

V roce 1977 byla na 30. valném shromáždění Světové zdravotnické organizace přijata celosvětová strategie Zdraví pro všechny do roku 2000, která již zahrnovala základní myšlenky podpory zdraví. Následně byla roku 1978 na konferenci v Alma-Atě přijata deklarace, která měla klíčový význam pro pozdější formulaci podpory zdraví a zdravotní politiku nejen evropských států. V závěru konference bylo deklarováno, že ze samotné definice zdraví vyplývá, že za zdraví je odpovědno více sektorů než jen sektor zdravotnictví. Dále se členské státy dohodly na společném podílení se na snížení nerovností ve zdraví mezi jednotlivými členskými státy zastoupenými ve Světové zdravotnické organizaci (WHO, © 2021).

Od roku 1984 byl spuštěn program Zdraví pro všechny do roku 2000 z WHO, kde byly formulovány konkrétní představy o zlepšování klíčových ukazatelů zdravotního stavu.

Stanovilo se 38 měřitelných cílů seskupených do čtyř hlavních skupin:

- zajištění rovnosti ve zdraví;
- prodloužení střední délky života;
- zlepšení zdravotního stavu obyvatel;
- zlepšení kvality života.

Tato vize byla zaměřena na integraci veřejné zdravotní politiky a konkrétních postupů směřujících k rozvoji a podpoře zdraví – health promotion (WHO, 1981). Vize „Zdraví pro všechny“ se dále postupně vyvíjela. Jednou z cest tohoto vývoje byla tvorba regionálních a národních strategií „Zdraví pro všechny“ na základě globální politiky WHO, jejichž prostřednictvím se postupně uplatňují hlavní zásady této vize v konkrétních životních podmínkách lidí v jednotlivých zemích celého světa (WHO, © 2021).

První mezinárodní konference o podpoře zdraví se konala v Ottawě v roce 1986 a byla především reakcí na rostoucí očekávání nového hnutí v oblasti veřejného zdraví po celém světě (WHO, © 2021). Zde byla přijata tzv. Ottawská charta podpory zdraví. Tato charta vymezila podporu zdraví jako „*proces umožňující lidem zlepšovat své zdraví a zvýšit kontrolu nad svým zdravím*“. Definice vyjadřuje hlavní atributy podpory zdraví, a to vyšší aktivitu a vyšší odpovědnost každého člověka ve vztahu k vlastnímu zdraví (SZÚ, © 2021). Konference zahájila řadu spoluprací mezi mezinárodními organizacemi, vládami jednotlivých států a místními komunitami podílejícími se na dosažení cíle „Zdraví pro všechny“ do roku 2000 a dále (WHO, © 2021).

Dle Ottawské charty jsou základními prostředky podpory zdraví tyto:

- Tvorba veřejné politiky zohledňující zdraví, která bude podporu zdraví promítat do politických aktivit ve všech resortech a na všech úrovních.
- Vytváření příznivého životního prostředí. Ve všech strategiích podpory zdraví je potřeba zahrnout ochranu životního prostředí a přírodních zdrojů.
- Posilování aktivit na komunitní úrovni – rozvoj podpory zdraví v komunitách.
- Rozvoj dovedností a schopností lidí pro podporu a posilování vlastního zdraví (vzděláváním a poskytováním informací v oblasti zdraví).
- Reorientace systému péče o zdraví – zaměření více směrem k podpoře zdraví a posílení role primární prevence (SZÚ, © 2021).

Po startovní konferenci v Ottavě následovaly další konference v Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakartě (1997) a Mexico City (2000) (WHO, © 2021).

V roce 1999 byla publikována inovovaná verze programu Zdraví pro všechny do roku 2000 nazvaná Zdraví pro všechny v 21. století (Health for All in the 21st Century, zkráceně HFA 21), zpracovaná do podoby regionálních strategií (SZÚ, © 2021). Na tvorbě strategie se podílely týmy předních světových odborníků z medicínských oborů a odborníků z oblasti zdravotní politiky a ekonomiky. Pro členské státy Světové zdravotnické organizace je tato strategie návodem k řešení otázek péče o zdraví. Podněcuje členské státy k nacházení vlastních cest, jak dosáhnout 21 cílů společného evropského programu, jehož hlavním cílem je zlepšení zdravotního stavu národů a regionů. Zásadním cílem Zdraví 21 je mimo jiné snížit rozdíly ve zdravotním stavu v rámci jednotlivých států a mezi státy Evropy. Velký význam přikládá také účasti a společné odpovědnosti všech resortů složek společnosti s cílem zlepšit zdraví obyvatel (MZČR, 2001).

Dalším významným dokumentem v podpoře zdraví je Evropský regionální program HFA (Health for all) z roku 1999. Tento dokument má ústřední záměr umožnit všem, aby dosáhli plného zdravotního potenciálu. Evropské státy mohou tento rámec použít způsobem, jak uznají za nejužitečnější vzhledem ke specifickým zdravotním, ekonomickým, kulturním a historickým potřebám dané země. Program má 21 obecných cílů formulovaných do více než 60 dílčích cílů. Při implementaci tohoto programu se předpokládalo, že pokud dojde k jeho úspěšnému splnění, během příštích 20 let bude dosaženo významného zlepšení zdravotního stavu populace Evropy, a to např. 15% snížení úmrtnosti na nádorová onemocnění a 30% snížení úmrtí v důsledku nemocí srdce a cév (SZÚ, © 2021).

V roce 2005 se v Bangkoku konala 6. celosvětová konference o podpoře zdraví. Zde byla schválena „Charta z Bangkoku pro podporu zdraví v globalizovaném světě“. Od první konference tohoto typu v Ottavě v roce 2005 uplynulo 20 let a ve světě se změnilo mnoho věcí. Jedná se například o dopady globalizace, internetu, a také došlo k většímu zapojení soukromého sektoru do veřejného zdraví, větší pozornost získal přístup založený na důkazech a hodnocení nákladové efektivity zdravotní péče. Šestá globální konference byla svolána, reagovala na světové změny, a co nejlépe využila příležitosti, které nabízí podpora zdraví v 21. století (WHO, © 2021). Další konference v řadě, 7. globální konference o podpoře zdraví, proběhla v roce 2009 v Nairobí. Zde se stanovilo několik stěžejních cílů podpory zdraví na následující období. Jedná se o tyto cíle – snížení

chudoby, vymýcení některých infekčních onemocnění, podpora reprodukčního zdraví a zdraví matek a dětí. Dále snaha snížit výskyt nepřenosných nemocí, úrazů a duševních poruch. V neposlední řadě bylo myšleno i na ekonomickou stránku podpory zdraví obecně s cílem zavést udržitelné financování podpory zdraví, a to zejména z důvodu rostoucí finanční zátěže nepřenosných chorob. Důraz byl kladen na snížení nerovností ve zdraví (WHO, © 2021). Následně v roce 2009 proběhla 8. globální konference o podpoře zdraví v Helsinkách. Hlavním tématem zde bylo „Zdraví ve všech politikách“ (Health in All Policies – HiAP) a pozornost byla zaměřena zejména na implementaci tohoto programu pro jednotlivé členské státy WHO (WHO, © 2021).

3.3.1 Zdraví 2020: Evropská politika pro zdraví a kvalitu života

V září 2012 schválil Regionální výbor Světové zdravotnické organizace pro Evropu na 62. zasedání dokument Zdraví 2020, který poskytuje strategický rámec pro zlepšování zdraví a navazuje na předchozí program Zdraví pro všechny v 21. století (MZČR, 2014). Společný rámec znamená, že si vědomosti a zkušenosti mohou jednotlivé země navzájem předávat. Dokument Zdraví 2020 je nástupcem programu Zdraví pro všechny v 21. století. Byl schválen v roce 2012 Regionálním výborem WHO pro Evropu. Zdraví 2020 je nový rámec evropské politiky v oblasti zdraví. Zaměřuje se na podporu opatření napříč vládou a společnostmi s cílem významně zlepšit zdraví a blahobyt obyvatel, snížit nerovnosti v oblasti zdraví, posílit veřejné zdraví a zajistit zdravotnické systémy, které jsou dostupné, udržitelné a vysoce kvalitní (WHO, © 2021). Dobré zdraví je zásadní pro hospodářský a sociální rozvoj. Strategie Zdraví 2020 poskytuje tvůrcům politik vizi, strategickou cestu, soubor priorit a řadu návrhů, jak zlepšit zdraví, řešit nerovnosti v oblasti zdraví a zajistit zdraví budoucích generací. Identifikuje akční strategie, které lze přizpůsobit v rozmanitém prostředí evropského regionu WHO (MZČR, 2014). Dokument Zdraví 2020 je založen na hodnotách zakotvených v Ústavě WHO: nejvyšší dosažitelná úroveň zdraví jako lidské právo. Uznává vzájemnou provázanost místních, národních, regionálních a globálních aktérů, akcí a výzev v oblasti zdraví a doporučuje jednotný přístup a přijetí celoevropského politického rámce zaměřeného na společné výsledky.

Rámec politiky Zdraví 2020 navrhuje čtyři prioritní oblasti pro politická opatření vycházející z globálních priorit stanovených členskými státy WHO. Tyto oblasti jsou

inspirovány příslušnými strategiemi a akčními plány WHO na regionální a globální úrovni.

Čtyři prioritní oblasti jsou:

- Investovat do zdraví prostřednictvím celoživotního přístupu a posílit postavení občanů v otázkách vlastního zdraví.
- Řešit hlavní zátěž nepřenosných a přenosných nemocí v Evropě.
- Posílit person-centred health care, česky na člověka zaměřenou zdravotní péči. Zásadou této zdravotní péče je respekt k pacientovi jakožto k jedinečné osobnosti a rovnocennému partnerovi a podpora autonomie pacienta. Dále podporovat veřejné zdraví a připravenost a včasnou reakci zdravotnického systému na mimořádné události.
- Vytvářet prostředí podporující zdraví a odolné komunity.

Tyto oblasti činností nejsou izolované, naopak jsou často propojené a podporující se navzájem (WHO, © 2021). Hodnocením plnění jednotlivých cílů se zabývá tzv. Zpráva o zdraví (European Health Report), kterou vydává každé tři roky Evropská úřadovna WHO (Zdraví 2030, 2018).

3.3.2 Přeměna našeho světa: Agenda pro udržitelný rozvoj 2030

V roce 2012 se konala v Rio de Janeiru konference OSN, kde započala formulace cílů udržitelného rozvoje. Téhož roku přijalo Valné shromáždění OSN na zasedání v New Yorku Agendu udržitelného rozvoje neboli Agendu 2030 (Ministerstvo životního prostředí, © 2008–2020). Roku 2016 proběhla v Šanghaji poslední globální konference o podpoře zdraví s názvem „Podpora zdraví v cílech udržitelného rozvoje: Zdraví pro všechny a všechno pro zdraví“. Zdůraznila spojení mezi podporou zdraví a Cíli udržitelného rozvoje (program OSN). Šanghajská deklaráce vyzývá k odvážným politickým intervencím za účelem urychlení činnosti jednotlivých zemí při plnění cílů udržitelného rozvoje a také poskytuje rámec, jehož prostřednictvím mohou vlády využívat potenciál podpory zdraví (WHO, © 2021).

Podpora zdraví se tedy propojila s Cíli udržitelného rozvoje a vznikla Agenda 2030. Jedná se o nový globální program rozvoje světa do roku 2030 a obsahuje i finální formulace Cílů udržitelného rozvoje. Oblasti zdravotnictví se týká cíl č. 3 – zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny a v jakémkoliv věku. Z Agendy 2030 vychází Strategický rámec ČR 2030. V poslední době kladou strategické dokumenty

mezinárodních organizací čím dál větší důraz na prevenci a podporu zdraví populace a zároveň udržitelnost a efektivitu zdravotního systému (Zdraví 2030, 2018). Implementaci Agendy 2030 se věnuje i Evropská Unie, přičemž Evropská komise se zavázala, že bude jednotlivým členským státům pomáhat v naplňování dílčích cílů, včetně boje proti neinfekčním nemocem (Ministerstvo životního prostředí, © 2008–2020). Evropská komise v roce 2014 vydala sdělení s názvem Účinné, dostupné a odolné systémy zdravotní péče. V tomto dokumentu komise mimo jiné upozorňuje na rostoucí výdaje spojené se stárnutím obyvatelstva. Dodává, že by se měly reformovat zdravotnické systémy tak, aby bylo dosaženo co největší nákladové efektivity a udržitelnosti, tedy aby co nejefektivněji využívaly finanční prostředky z veřejných rozpočtů. Dále roku 2017 vydala EU nový Evropský konsensus o rozvoji „Náš svět, naše důstojnost, naše budoucnost“. Co se týče oblasti zdravotnictví, dokument prohlašuje, že i nadále bude EU, a její členské státy, investovat do prevence neinfekčních i infekčních chorob a zároveň zajišťovat dostupnost očkovacích látek a základních léků pro všechny (Zdraví 2030, 2018).

Dalším důležitým dokumentem v oblasti zdraví je Deklarace šesté ministerské konference o životním prostředí a zdraví, tzv. Ostravská deklarace, přijata v roce 2017 v Ostravě. Prostřednictvím tohoto významného dokumentu se členské státy Evropského regionu WHO s podporou Regionální úřadovny WHO pro Evropu, Programu OSN pro životní prostředí, EU a dalších organizací zavázaly posílit a rozvíjet a zlepšovat životní prostředí a zdraví (Zdraví 2030, 2018). Ostravská deklarace je hlavní a zásadní dokument Evropského procesu životního prostředí a zdraví, definuje společnou evropskou politiku v těchto oblastech po roce 2020 v souladu s cíli Agendy 2030 OSN pro udržitelný rozvoj (KHS, 2018). Na základě této deklarace vytvořily členské státy WHO národní portfolia, kde se zaměřují na realizaci společných cílů, jejichž naplňování WHO průběžně kontroluje. Opatření z oblasti snížení negativních zdravotních dopadů spojených s environmentálním prostředím bude přezkoumávat, případně dále pružně upravovat, expertní skupina složená ze zástupců Ministerstva zdravotnictví, životního prostředí anebo dalších resortů. Budoucí politické směřování Evropské Unie je podrobněji nastíněno v dokumentu Bílá kniha o budoucnosti Evropy (Zdraví 2030, 2018).

3.4 Vývoj podpory zdraví v České republice

V roce 1999 byla publikována inovovaná verze programu Zdraví pro všechny do roku 2000 nazvaná Zdraví pro všechny v 21. století (Health for All in the 21st Century, zkráceně HFA 21). Česká verze této strategie byla vydána v roce 2001. V roce 2002 se vláda usnesla, že se Česká republika zavazuje k naplňování programu WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“ jako Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Usnesení vlády současně zřídilo Výbor ZDRAVÍ 21 auložilo ministrům úkol plnit program a Ministerstvu zdravotnictví každoročně informovat vládu o plnění plánů (SZÚ, © 2021). V tomto dokumentu bylo vytyčeno 21 konkrétních cílů této strategie vymezujících tematické oblasti pro rozvoj zdravotní politiky (SZÚ, © 2021). Jedním z těchto cílů programu Zdraví 21 je snižování rozdílů ve zdravotním stavu v rámci státu a mezi státy Evropy. ČR z hlediska zdravotních nerovností nepatří mezi země s kritickou úrovní rozdílů zdravotního stavu obyvatelstva, stále však nedosahuje parametrů zdraví nejvyspělejších demokratických států EU (MZČR, 2001). Význam dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatel České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století (zkráceně Zdraví 21) je zejména v tom, že představuje promyšlený, dobře nastavený a strukturovaný model komplexní péče společnosti o vlastní zdraví (SZÚ, © 2021).

3.4.1 Strategický dokument Zdraví 2020

Dokument Zdraví 2020 je nástupcem programu Zdraví pro všechny v 21. století. V ČR byl upraven do Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020 (MZČR, 2014). Dne 8. 1. 2014 byl schválen vládou a 20. 3. 2014 Poslaneckou sněmovnou (Zdraví 2020, 2014). Usnesení k Programu Zdraví 2020 na úrovni vlády bylo podmínkou pro možnost využití finančních prostředků z evropských fondů pro celé české zdravotnictví v časovém intervalu 2014–2020. K naplnění dílčích částí programu Zdraví 2020 přispěly také finanční prostředky Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF), (MZČR, 2018). Program Zdraví 2020 byl tedy schválen s předpokladem jeho financování z Evropských strukturálních fondů, což se však nestalo, protože nebyly vypsaný vhodné výzvy (Lesenková, 2018).

Jedná se o rámcový souhrn rozvoje veřejného zdraví v České republice. Současně je to nástroj pro implementaci programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 2020“ v České republice (Zdraví 2020, 2014). Dokument vychází především z „Hodnotící zprávy

plnění cílů Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 2003–2012“ a dále z „Koncepte hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví“, která byla přijata MZČR v roce 2013 (Zdraví 2020, 2014). Strategie byla rozpracována do 13 akčních plánů se specifickými prioritami týkajícími se České republiky (MZČR, 2018).

Cílem strategie je nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Účelem Národní strategie je zejména stabilizace systému prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví občanů, dále zavedení účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Tato strategie je určena nejen institucím veřejné správy, ale i jedincům, komunitám, neziskovým a soukromým organizacím, vzdělávacím a vědeckým institucím atd. (Zdraví 2020, 2014).

První kontrola plnění Strategie byla realizována v roce 2017 (Lesenková, 2018). V září tohoto roku ministr zdravotnictví zadal úkol provést inventuru stavu jednotlivých akčních plánů s revizí plnění jejich priorit. Ministerstvo zdravotnictví poté předložilo Vládě ČR dokument Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017–září 2018, dne 24. 10. 2018 jej vláda vzala na vědomí (MZČR, 2018). Tento dokument odhalil poměrně velké nedostatky v plnění cílů jednotlivých akčních programů. Pracovní skupiny, jež se mohly opřít o institucionální zázemí a financování, většinu stanovených cílů plnily nebo již splnily. Naopak tomu bylo u pracovních skupin, které se o takovéto zázemí opřít nemohly. Ty úkoly plnily jen částečně, nebo vůbec (Lesenková, 2018). Meziresortní spolupráce má v realizaci programu Zdraví 2020 klíčový význam, bohužel je problémem ve světě i v ČR. V prvním období realizace programu, tj. do roku 2015, probíhala velmi intenzivní meziresortní spolupráce na vytvoření akčních plánů. Byla připravena celá řada kvalitních a do velké míry nadčasových odborných dokumentů. Hlavní motivací byla představa, že tyto plány budou základem pro přidělení finančních prostředků z Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF) a státního rozpočtu. Zisk financí se povedl jen částečně, zejména pro akční plány spadající přímo pod resort MZČR. Po úspěšné první fázi došlo k útlumu iniciativy a aktivity Ministerstva zdravotnictví a s tím i ostatních pracovních skupin. Úroveň plnění akčních plánů spadajících pod MZČR byla dobrá, některé cíle byly dokonce splněny. Akční plány spočívající ve změnách v legislativě byly taktéž plněny odpovědně, ovšem akčním plánům závislejícím na práci externích pracovníků

se nedostávalo přílišné podpory, a tak aktivita spočívala povětšinou v plnění finančně nenáročných aktivit. Resorty obecně poukazovaly na nedostatek prostředků k realizaci (Informace o stavu realizace Zdraví 2020, 2018).

Vyhodnocení kontroly plnění jednotlivých akčních plánů bude rovněž podkladem pro zpracování evaluace Programu Zdraví 2020, která bude v souladu s doporučením Ministerstva pro místní rozvoj využita pro přípravu strategie resortu Ministerstva zdravotnictví do roku 2030 a pro vyjednávání finančních prostředků z ESIF pro období 2021–2027 (MZČR, 2018).

3.4.2 Strategický dokument Zdraví 2030

V listopadu roku 2019 vláda ČR projednala a schválila strategický dokument Zdraví 2030. Tento dokument se věnuje strategii rozvoje zdraví české populace, včetně faktorů, jež zdraví ovlivňují, a navrhuje možná řešení (MZČR, 2019). Garantem realizace Strategického rámce Zdraví 2030 je Ministerstvo zdravotnictví ČR, nicméně je zde podmínkou spolupráce dalších resortů, jako Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), Ministerstvo financí (MF) a další, protože zdraví je celospolečenským problémem. Dokument byl vytvořen na základě analýzy zdravotního stavu obyvatel České republiky, dostupnosti a fungování českého zdravotnictví. Dle získaných poznatků byly vytyčeny základní prioritní oblasti, kterým je potřeba věnovat zvýšenou pozornost v nadcházejícím období do roku 2030. Určeným prioritám se podrobněji věnují jednotlivé akční plány (Zdraví 2030, 2019). Hlavními tématy jsou reforma primární péče zahrnující novou koncepci a rozvoj sítě urgentních příjmů, dále zvýšený důraz na prevenci, zdravotní gramotnost a zodpovědnost občanů za vlastní zdraví. Také cílí na personální stabilizaci zdravotnictví a spolupráci vědy a výzkumu při řešení prioritních úkolů. Důležitou součástí je i propojení systému zdravotnictví a sociální péče (MZČR, 2019). Předpokládá se, že na realizaci jednotlivých cílů programu Zdraví 2030 budou vzájemně spolupracovat organizace, ústav, instituce, státní správa a samospráva a také široká veřejnost (Zdraví 2030, 2018), (Zdraví 2030, 2019).

Podle strategického dokumentu Zdraví 2030 se bude muset Česká republika potýkat se stále se rozvíjejícím stárnutím populace. Lidé starší 65 let nyní tvoří téměř 1/5 obyvatel, kolem roku 2030 to může být cca 1/4. Proto je potřeba zajistit dostatečnou kapacitu dlouhodobé péče a rozvíjet systém domácí péče, která je navíc ekonomicky daleko výhodnější než hospitalizace pacientů ve zdravotnickém zařízení. Dále se

dokument zaměřuje na paliativní péči, a to konkrétně na tišení bolesti, psychologickou podporu a spolupráci s rodinou. Posílena by měla být také primární péče, aby byla schopna poskytovat v maximálním rozsahu co nejširší a zároveň kvalitní péči snadno dostupnou všem pacientům (MZČR, 2019). Strategický rámec Zdraví 2030 je implementován pomocí sedmi implementačních plánů, které jsou zpracovány podle sedmi specifických cílů. V těchto obsáhlých dokumentech jsou podrobněji stanoveny rozpočtové rámce, vyčísleny náklady a úspory a předložen plán opatření a aktivit, díky nimž budou jednotlivé cíle realizovány (Zdraví 2030, 2019). Součástí implementace Zdraví 2030 je i proces monitoringu a evaluace. Tyto procesy probíhají kontinuálně, rámec by měl reagovat na aktuální změny z vnějšího prostředí a na základě nich zavádět opatření. Revize strategického dokumentu proběhne dle potřeby nejpozději v roce 2025, a poté v roce 2031 dojde k závěrečnému vyhodnocení realizace dokumentu. Během realizačního období bude každé dva roky překládána vládě ČR zpráva o průběhu implementace programu. Stav plnění jednotlivých implementačních plánů je překládán jedenkrát ročně na poradě vedení MZČR (MZČR, 2019).

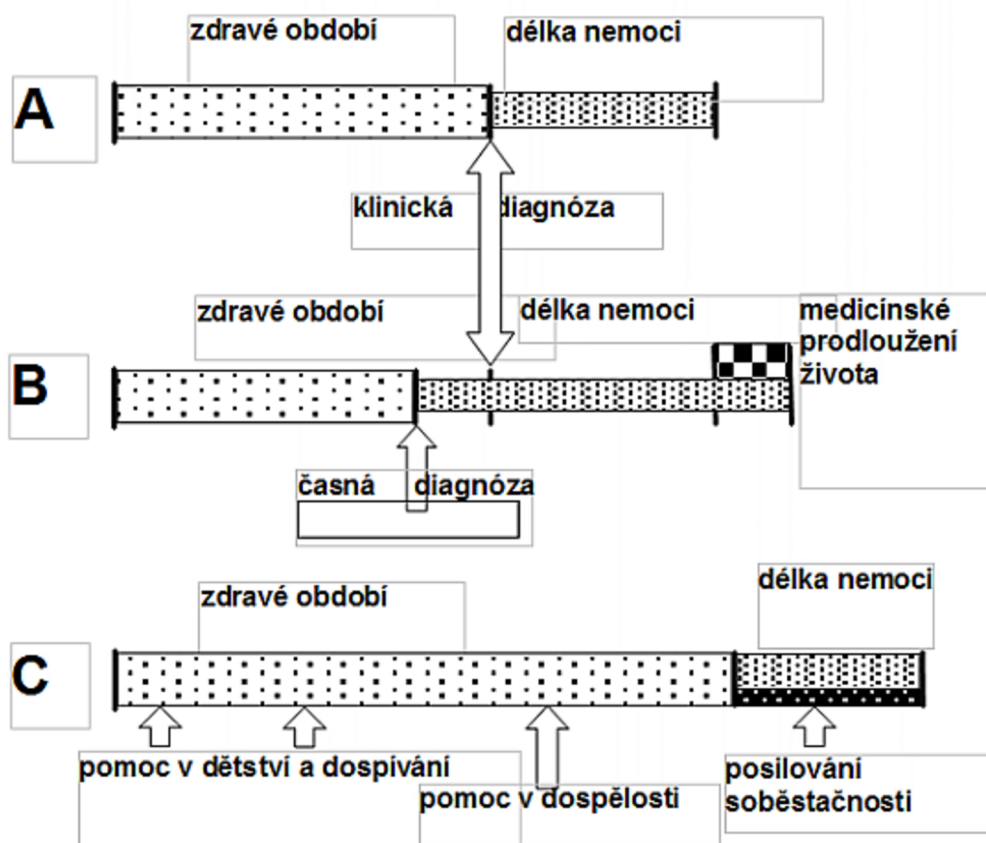
3.5 Neinfekční onemocnění

Termín neinfekční nemoci, jež jsou často označovány také jako „chronická onemocnění“, označuje zdravotní obtíže nebo nemoci, které nejsou přenosné, jsou dlouhodobé a obecně charakterizované pomalou progresí (Lucian et al., 2020). Neinfekční onemocnění bývají dlouhodobé a jsou výsledkem kombinace genetických, fyziologických, environmentálních a behaviorálních faktorů. Tato onemocnění vznikla jako reakce na urbanizaci, globalizaci, nezdravého životního stylu a stárnutí populace (WHO, © 2020). Životní styl se v posledních letech změnil v negativním slova smyslu, což přináší několik zdravotních důsledků. Nárůst zaznamenal podíl obézních lidí, pohybová aktivita je nedostatečná, zvyšuje se průměrná hodnota krevního tlaku v populaci, procento kuřáků je vysoké a stále nadměrná je spotřeba alkoholu a stresová zátěž. S tím samozřejmě roste počet závažných neinfekčních onemocnění, zejména se jedná o diabetes mellitus II. typu, nádorová, kardiovaskulární, duševní onemocnění a nemoci pohybového aparátu (Zdraví 2020, 2014). Rizikové faktory těchto onemocnění jsou však z velké části ovlivnitelné životním stylem (SZÚ, © 2020).

Neinfekční onemocnění každoročně zabíjí 41 milionů lidí, což odpovídá 71 % úmrtí na celém světě. Ročně jim podlehne až 15 milionů lidí ve věku od 30 do 69 let a k více než 85 % z nich dochází v zemích s nízkými nebo středními příjmy. Kardiovaskulární onemocnění představují největší skupinu úmrtí, tedy 17,9 milionů lidí ročně, následují onkologická onemocnění (9,0 milionu), respiračními choroby (3,9 milionu) a diabetes mellitus (1,6 milionu). Tyto čtyři skupiny představují více než 80 % všech předčasných úmrtí na neinfekční onemocnění.

Ke snížení dopadu těchto nemocí na jedince a společnost je nutný komplexní přístup. Ten vyžaduje spolupráci všech sektorů, včetně zdravotnictví, financí, dopravy, vzdělávání, zemědělství a dalších tak, aby bylo možné tuto problematiku řešit komplexně, a tím efektivně snižovat rizika spojená s nezdravým životním stylem (WHO, © 2020). Primární prevence nabízí potenciál ke snížení ekonomické zátěže spojené s neinfekčními nemocemi. Níže jsou uvedeny tři modely průběhu neinfekčních nemocí.

Obrázek 4 Tři modely průběhu chronických nemocí



Zdroj: SOLUTIO, 2013

Model A symbolizuje běžný vývoj lidského života, kdy je po narození osoba zdravá. Ve vyšším věku se objeví potíže a pomocí klinické diagnózy je zjištěna chronická nemoc. Po dlouhodobé léčbě onemocnění člověk umírá.

Model B ukazuje přínos rozvoje klinické medicíny. Díky metodám časně diagnostiky je možné zachytit nemoc dříve, ještě před nástupem závažných obtíží. Účinná a včasná léčba prodlužuje život chronicky nemocného člověka. Tento model je pro pacienty rozhodně přínosný, nicméně je ekonomicky nákladný a jeho využití je limitováno finančními zdroji.

Model C demonstruje naději na zlepšení celkové situace. Zde je záměrem motivovat úsilí jednotlivců, rodin a všech společenských struktur k péči o zdraví, tzn. vytvářet prostředí příznivé pro zdraví. Na realizaci aktivit podporujících zdraví se podílí celá společnost, nikoliv pouze resort zdravotnictví.

Medicínská péče je stále nákladnější a výskyt chronických neinfekčních onemocnění rapidně roste. Je tedy velice žádoucí věnovat více pozornosti faktorům ovlivňujícím zdraví a všem aktivitám, které mohou zdraví zlepšit. Tento třetí model je

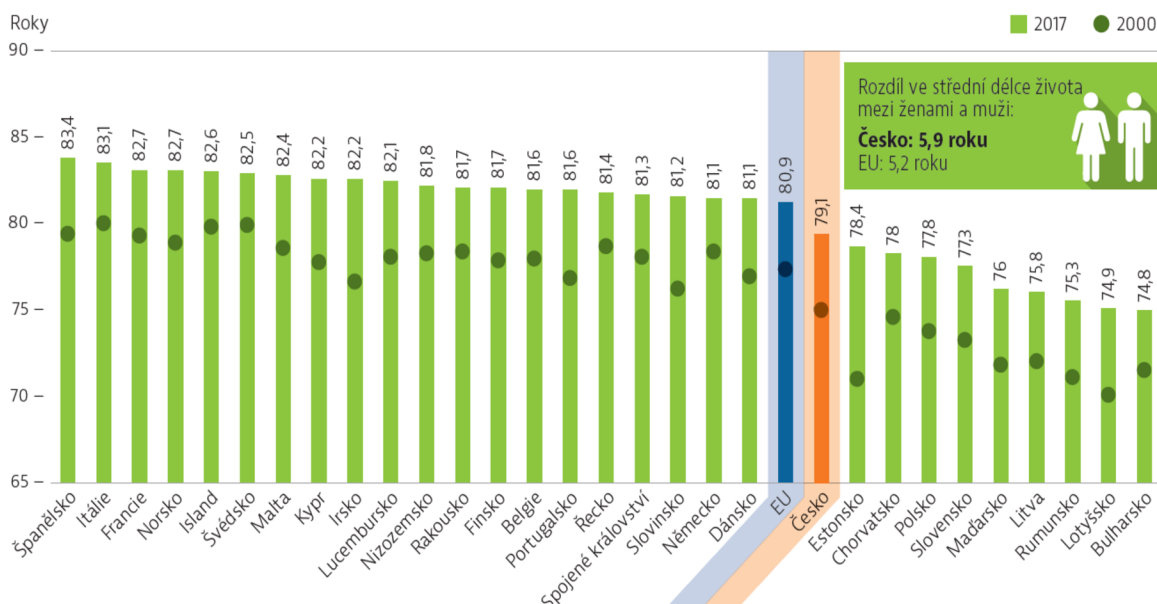
založen na prevenci, podpoře zdraví a zdravotní gramotnosti. Taková strategie by se měla stát prioritou nové zdravotní politiky (SOLUTIO, 2013).

3.5.1 Neinfekční onemocnění v České republice

Výskyt rizikových faktorů životního stylu má v české populaci trvalý, nebo dokonce vzestupný trend, s čímž se pojí nárůst neinfekčních nemocí (SZÚ, © 2020). Ve společnosti převládá nízká úroveň péče o vlastní zdraví, většina lidí podceňuje výskyt rizikových faktorů nebo upřednostňuje farmakoterapii před režimovými opatřeními (Antošová, Kodl, 2014). V České republice je míra úmrtnosti na preventabilní onemocnění zřetelně vyšší, než je průměr EU. Jedná se o 285 úmrtí na 100 000 obyvatel, v EU je to o 69 případů méně, tj. 216 smrtí na 100 000 obyvatel (Zdraví 2030, 2019).

Střední délka života při narození se v ČR mezi roky 2000 a 2017 zvýšila o čtyři roky (ze 75,1 na 79,1 roku). V roce 2017 je však stále téměř o dva roky nižší než průměr v Evropské Unii (EU), který je 80,9 let. Ženy v Česku žijí v průměru o šest let déle než muži, tedy 76,1 let ve srovnání s 82 lety v EU. Rozdíl mezi ženami a muži se od roku 2000 stále zmenšuje (ČSÚ, © 2020).

Graf 1 Střední délka života při narození v Česku je téměř dva roky pod průměrem EU



Zdroj: Zdravotní profil ČR 2019

Přestože střední délka života se zvyšuje, úmrtnost na příčiny, kterým lze předcházet prevencí, je taktéž stále vyšší než průměr v EU. Většina těchto úmrtí je způsobena

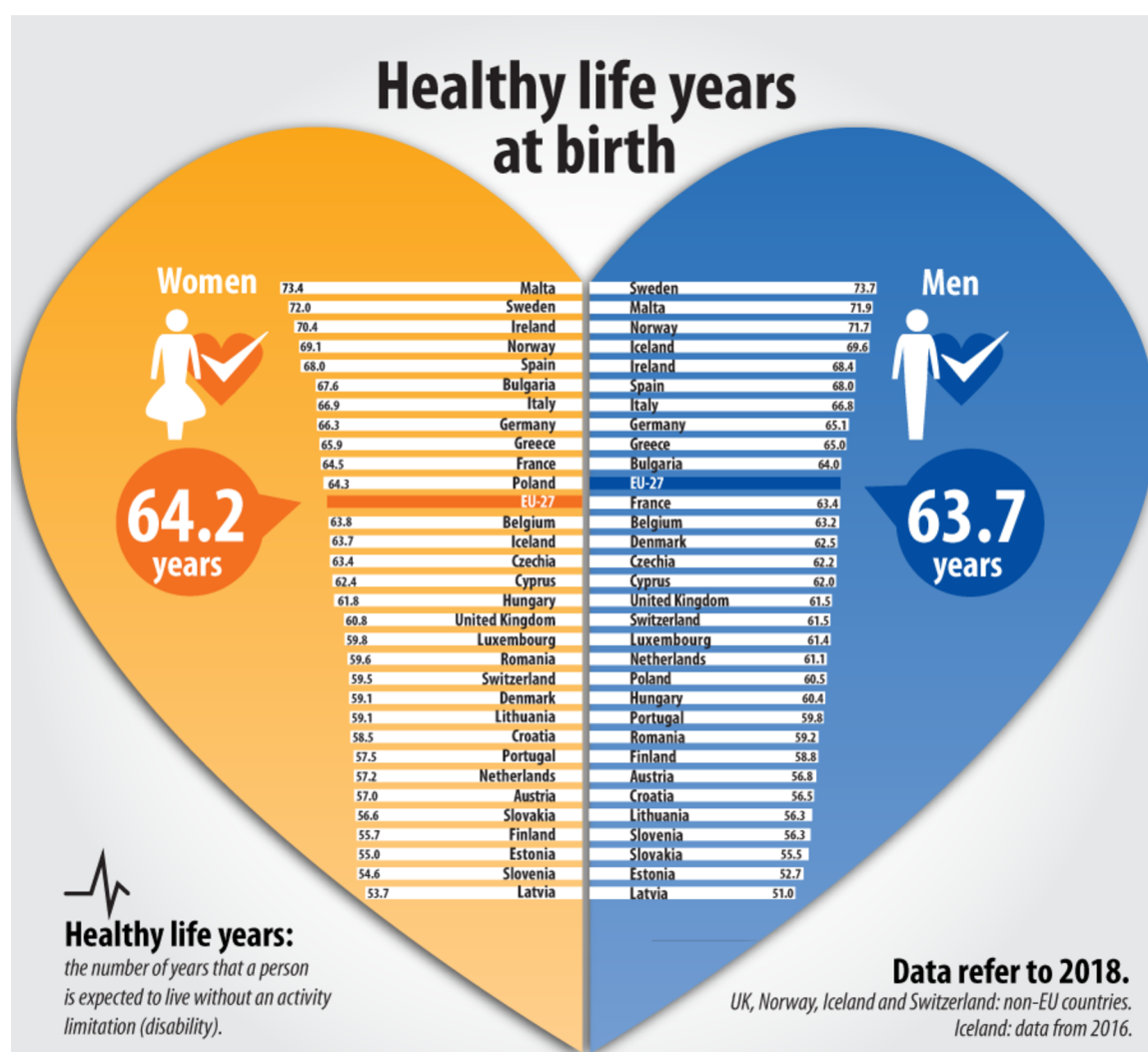
ischemickou chorobou srdeční a cévní mozkovou příhodou. Dle posledního vydání zdravotnické ročenky České republiky (ČR) zemřelo v roce 2018 nejvíce obyvatel na nemoci oběhové soustavy, jde o 36, 5 tisíc případů úmrtí. Současně s 285,2 tisíci případy se jedná o nejčastější příčinu hospitalizace. Z toho 47,7 tisíc případů bylo v dočasné pracovní neschopnosti a 35,7 tisíc obyvatel pobíralo invalidní důchod. Druhou nejčastější příčinou smrti byly v roce 2018 zhoubné novotvary, počet případů dosáhl 26, 7 tisíc. I přes rostoucí incidenci úmrtnost na zhoubné novotvary mírně klesá, stále je však pod průměrem EU. Další časté onemocnění představuje diabetes mellitus, v průběhu roku 2018 zemřelo 37,5 tisíce osob s diabetickým onemocněním, z toho 4 280 osob zemřelo v důsledku diabetu (ÚZIS ČR, © 2020). Délka života ve zdraví je v ČR značně nižší než v jiných vyspělých státech, s čímž se pojí snížená kvalita života a zvýšené náklady na zdravotní služby (Zdraví 2020, 2014).

Je zřejmé, že střední délka života sama o sobě nevyovídá o zdravotním stavu obyvatelstva. Z toho důvodu se údaje o průměrném věku populace doplňují statistickým ukazatelem počtu let života strávených ve zdraví a v nemoci. Výpočet ukazatele je založen na údajích z šetření o zdravotním stavu, kde se zjišťuje, jak obyvatelé dané země hodnotí své dlouhodobé zdravotní omezení. Šetření probíhá standardizovaným způsobem a údaje odráží subjektivní pocit zdraví. V mezinárodním srovnání tedy mohou být odchylky ve vnímání vlastního zdraví z důvodu kulturních odlišností jednotlivých národů (SZÚ, 2015).

Pro české muže je hodnota let prožitých ve zdraví při narození zhruba o 13 let nižší než střední délka života a pro ženy o 16 let, tedy 62 let u mužů a 65 let u žen. Mezi lety 1962 až 2010 se míra let prožitých ve zdraví v ČR nevyšila, prodlužování naděje na dožití spočívá zejména ve zvyšování počtu let prožitých v nemoci. Ve srovnání například se Švédskem se ve stejném časovém rozmezí prodloužila doba prožitá ve zdraví o 9 let a lidé zde prožijí ve zdraví 71 let (SOLUTIO, 2013). U žen se délka života ve zdraví při narození roku 2007 do roku 2009 držela mírně nad průměrem EU. V roce 2014 byl dokonce rozdíl u žen až o 3,2 roku vyšší než průměr EU. Zatímco však tato hodnota v EU vykazuje od roku 2014 nárůst, v ČR byl u žen zaznamenán pokles a délka života ve zdraví při narození tak byla v roce 2015 téměř stejná jako průměr EU. U mužů se délka života ve zdraví při narození v průběhu let pohybuje kolem průměru Evropské Unie a výrazně se nemění. V roce 2014 byla délka života ve zdraví při narození u mužů v ČR o 2 roky větší, než je průměr EU. Stejně jako u žen, i u mužů se ČR v roce 2015 ocitla mírně pod průměrem EU (MZČR, 2018). Současně se tento ukazatel v ČR hodnotově drží mírně pod průměrem států

EU. Podle Eurostatu byla v roce 2018 v ČR hodnota roků prožitých ve zdraví 63,4 let u žen a 62,2 let u mužů. Pro srovnání v roce 2018 byla délka života ve zdraví ve Švédsku 72 let u žen a 73,7 u mužů a průměr v EU činil 64,2 let u žen a 63,7 let u mužů. Podrobnější přehled jednotlivých evropských zemí, viz graf 2 níže (EUROSTAT, 2018).

Graf 2 Roky prožité ve zdraví v Evropě (Healthy life years at birth in Europe)



ec.europa.eu/eurostat

Zdroj: Eurostat, 2018

3.6 Rizikové chování

Na vzniku a vývoji chronických neinfekčních onemocnění, například kardiovaskulární, nádorové nebo metabolické nemoci, se do velké míry podílí životní styl. Jako modifikovatelné rizikové chování je označováno užívání tabáku, fyzická neaktivita, nezdravá strava a nadměrné užívání alkoholu.

Co se týče užívání tabáku, to si každoročně celosvětově vyžádá více než 7,2 milionu úmrtí (včetně pasivního kouření), 4,1 milionů lidí ročně zemře z důvodu nadměrného přísunu soli, 3,3 milionu ročních úmrtí je způsobeno užíváním alkoholu (včetně rakoviny). 1,6 milionu úmrtí ročně lze připisat nedostatečné fyzické aktivitě. Toto rizikové chování přispívá ke čtyřem klíčovým metabolickým změnám, jež zvyšují riziko vzniku neinfekčních nemocí, jedná se o následující:

- zvýšený krevní tlak;
- nadváha / obezita;
- hyperglykémie (vysoká hladina glukózy v krvi);
- hyperlipidémie (vysoká hladina tuku v krvi).

Celosvětově je nejvíce úmrtí přičítáno zvýšenému krevnímu tlaku, celkem 19 %, následuje nadváha, obezita a zvýšená hladina glukózy v krvi (WHO, © 2020).

Česká republika se dlouhodobě potýká s rizikovým chováním obyvatel. Zejména se jedná o špatné stravovací návyky a nízkou pohybovou aktivitou, které přispívají k rozvoji obezity. ČR obsazuje přední příčky v mezinárodních srovnáních ve výskytu rizikového chování (Zdraví 2030, 2019). V roce 2017 dosáhla obezita míry 20 % obyvatelstva – tedy více než průměr EU (15 %) a za posledních 15 let vzrostla o více než 30 % (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Relativní podíl obézních se v roce 2018 ještě zvýšil, a to na hodnotu 25 % (Zdraví 2030, 2019). Zvyšuje se výskyt obezity u dospívajících a dospělých, přičemž zvláště dramatický nárůst je zaznamenán u mužů a lidí s nižším vzděláním (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Mezinárodně srovnatelné populační predikce předpovídají pro českou populaci další nárůst obézních občanů, v roce 2030 by obezita obyvatelstva mohla dosáhnout míry 35 %. Za obzvlášť alarmující zjištění se považuje výskyt obezity u dětí, standardizované průzkumy ukazují hodnoty 22–25 %. S rostoucí prevalencí obézních osob se dá předpokládat nárůst incidence závažných zdravotních problémů spojených s obezitou, jako např. diabetes mellitus či srdečné cévní onemocnění. S vysokou prevalencí obezity souvisí i velký podíl dospělých osob bez dostatečné pohybové aktivity

(Zdraví 2030, 2018). Potvrdilo se, že s výskytem obezity se pojí některá riziková chování, celých 44 % dospělých sděluje, že konzumuje méně než jeden kus ovoce za den. Pouze 61 % dospělých uvádí, že se každý týden věnuje alespoň lehké pohybové aktivitě, což je méně než průměr EU, tj. 72 % (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Česká republika patří v rámci EU ke státům s nejnižší konzumací ovoce a zeleniny, naopak Češi několikanásobně překračují doporučenou denní dávku soli (5 g na osobu denně), zde se hodnoty pohybují 14–15 g soli na osobu denně. Dle WHO ČR patří v mezinárodním srovnání mezi pět států s nejvyšším naměřeným příjmem soli (Zdraví 2030, 2019).

Dalším často se vyskytujícím rizikovým faktorem je užívání tabákových výrobků. Ve vyspělých zemích užívání tabáků představuje nejvýznamnější preventabilní rizikový faktor (Zdraví 2030, 2019). Z údajů uvedených respondenty v národním výzkumu Státního zdravotního ústavu (SZÚ) o užívání tabáku v ČR vyplývá, že v roce 2019 bylo v populaci České republiky celkem 24,9 % kuřáků (denních i příležitostných) starších 15 let. Ve srovnání s rokem 2018 je zaznamenán pokles o 3,6 %. Denně v ČR kouří 21,1 % mužů a 15,2 % žen. Lze říci, že užívání klasických tabákových výrobků má v posledních letech mírně sestupný trend. U nejnižší věkové skupiny 15–24 let bylo v roce 2017 35 % kuřáků, za rok 2018 26,9 % kuřáků a v roce 2019 se jedná o 23 % kuřáků (Csémy et al., 2019). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) v roce 2019 zjišťovala trend v oblasti užívání legálních i nelegálních návykových látek u české mládeže ve věku 15–16 let. Bylo zjištěno, že 54 % studentů někdy v životě kouřilo klasické cigarety a 23,6 % kouřilo v posledních 30 dnech. Průměrný věk první zkušenosti s cigaretou byl 12,9 let. U mladistvých se ukazuje stále větší zájem o alternativní způsoby kouření, čemuž je potřeba věnovat zvýšenou pozornost (Chomyová, Csémy a Mravčík, 2020).

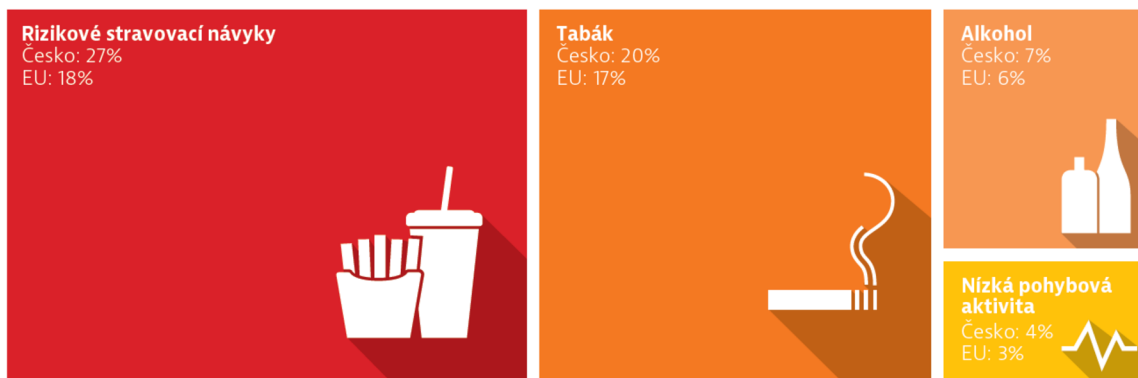
Alarmující výsledky ukazuje i průměrná konzumace alkoholu. Obyvatelé ČR konzumují průměrně o 1,7 litru více alkoholu na osobu než jejich protějšky v EU (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). ČR je na 3. místě ve spotřebě alkoholu na osobu v EU a více než 850 000 lidí se zde vystavuje rizikovému pití (Zdravotní profil ČR 2019). Výsledky národního výzkumu SZÚ z roku 2018 potvrzují výsledky z předchozích průzkumů v letech 2012, 2014 a 2016. Pití alkoholu v dospělé populaci ČR zůstává velmi rozšířeným jevem. Pravidelné a časté pití (denně, případně obden) udávalo v roce 2018 16,7 % dotázaných, což je o tři procentní body více než v roce 2016. Co se týká průměrné roční spotřeby alkoholu na osobu v litrech, výpočet ukazuje

7,4 litrů pro celý zkoumaný vzorek. V roce 2016 byla celková spotřeba 6,8 litrů, v roce 2014 7,2 litrů. Celková hladina spotřeby na obyvatele tedy mírně kolísá (Csémy et al., 2019). Podle ESPAD 95,1 % mladistvých (15–16 let) v životě ochutnalo alkohol, v posledních 30 dnech jej pilo 62,7 %. Z nich 41,5 % pilo alkohol v restauraci a 41,3 % si alkohol koupilo v obchodě. Průměrný věk první zkušenosti s alkoholem byl 13,1 let. Těmto šokujícím zjištěním je potřeba věnovat zvýšenou pozornost při tvorbě budoucí zdravotní politiky.

Obecně výsledky studie ESPAD 2019 potvrzují pokles výskytu užívání návykových látek u české mládeže, výsledky jsou ovšem stále alarmující. Poslední studie potvrdila již dříve sledovaný pokles míry pravidelného a denního kouření a konzumace alkoholu. Klesající míru užívání návykových látek mezi dětmi a mládeží potvrzují i jiné rozsáhlé školní studie z posledních let, např. celoevropská studie o zdraví a životním stylu mládeže HBSC nebo americká studie Monitoring the Future. Řada mladistvých ovšem inklinuje k různým alternativám klasických cigaret, což potvrzuje i zjištění, že 60,4 % studentů užilo v životě elektronickou cigaretu (Chomyová, Csémy a Mravčík, 2020).

Pro lepší představu je graficky zpracováno procentuální vyjádření úmrtnosti na jednotlivé rizikové faktory v České republice ve srovnání s EU, viz obrázek 3.

Obrázek 5 Procentuální vyjádření úmrtnosti na jednotlivé rizikové faktory v České republice ve srovnání s EU



Zdroj: Zdravotní profil ČR 2019

Za pozornost stojí zjištění, že řada rizikových faktorů je běžnější u lidí s nižším vzděláním. V roce 2014 denně kouřilo 20 % dospělých s nedokončeným středoškolským vzděláním a ve srovnání pouhých 9 % osob s vysokoškolským vzděláním. Podobně se v roce 2017 jedná o 24 % obézních lidí bez středoškolského vzdělání ve srovnání s 12 %

lidí s vysokoškolským vzděláním (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Rizikové faktory nesprávného způsobu života je přitom možné poměrně dobře a bez velkého finančního zatížení ovlivnit vhodnými intervenčními postupy. Interaktivní programy a metodiky ke snižování rizik životního stylu jsou efektivním nástrojem pro zvyšování zdravotní gramotnosti a snižování výskytu rizikového chování (EPOZ, 2019).

3.7 Primární prevence

Pojem prevence označuje všechna opatření směřující k předcházení či minimalizaci jevů spojených s rizikovým chováním a jeho důsledků. Jedná se zde o předcházení a minimalizaci poruch a onemocnění, poškození, úrazů atd. Dále je snahou předcházet různým typům rizikového chování, které ohrožují jedince i celou společnost (Miovský, Adámková, Barták et al., 2015). Prevence se dělí na primární, sekundární a terciární. Primární prevence má za cíl, aby se onemocnění nevyskytlo vůbec. Sekundární prevence se snaží onemocnění včas odhalit a zabránit jeho zhoršování. Terciární prevence své aktivity směřuje ke zmírňování příznaků již vzniklého onemocnění a zlepšování kvality života s nemocí (WHO, © 2021).

Primární prevence rizikového chování má mezioborovou povahu, prolínají se zde obory, jako je pedagogika, sociologie, psychologie, veřejné zdraví aj. Primární prevence se vyznačuje vzájemnou spoluprací sektorů, to znamená, že programy a přístupy jsou velice komplexní a jsou rozvíjeny v několika sektorech zároveň, např. školství, zdravotnictví, sociální sektor, ministerstvo vnitra atd. Poměrně často se vyskytuje problém se vzájemnou komunikací jednotlivých resortů a celková nekoordinovanost primární prevence. Jedná se o důsledek velice náročného procesu diskuse o prevenci jako takové. Současná integrace primární prevence je náročný a zdlouhavý úkol a je potřeba dbát zejména na rozvoj meziresortní komunikace a koordinace (Miovský, Adámková, Barták et al., 2015).

Primární prevence úzce souvisí s podporou zdraví. Cílem primární prevence je, aby se v ideálním případě rizikové chování vůbec objevilo. Toho je ovšem téměř nemožné dosáhnout. Proto je povětšinou snahou oddálit do co nejvyššího věku rozvoj nemocí, které rizikové chování způsobuje. Mezi příklady aktivit primární prevence patří: právní předpisy a zákazy nebo kontroly používání nebezpečných výrobků (např. azbestu), zavádění bezpečnostních předpisů (např. používání bezpečnostních pásů a cyklistických přileb), dále edukace v oblasti zdravého životního stylu (např. správné stravování, pravidelné cvičení, rizika kouření) a v neposlední řadě imunizace proti infekčním chorobám (IWH, 2021).

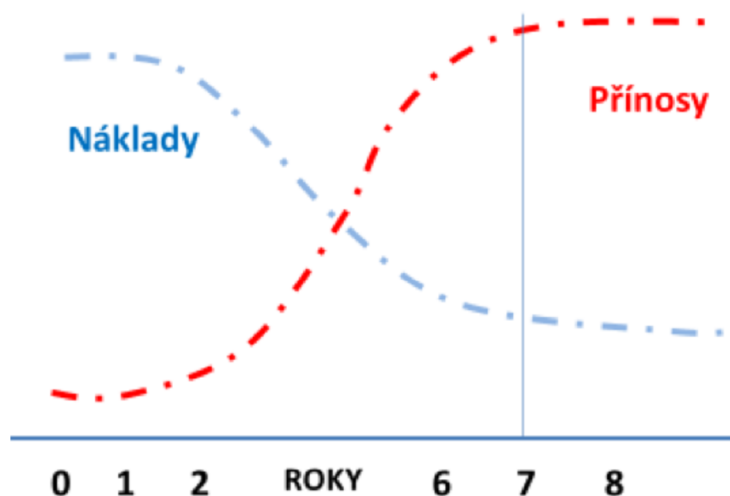
3.8 Efektivita primární prevence

Cílem prevence není život zcela bez nemocí, ale snížení morbidity, maximální počet let produktivního života prožitých ve zdraví a oddálení nemocí na co nejpozdější dobu. V případě oddálení nemocnosti do pozdějšího věku se zvyšuje ekonomická výkonnost populace v produktivním věku, která se dá vyčíslit miliardovými přínosy do hrubého domácího produktu (HDP).

Citibank zjistila, že návratnost investovaných prostředků u programů podpory zdraví na pracovišti činí na 1 investovaný dolar 4,7 dolaru. Dále The Trust for America's Health informoval, že preventivní programy mohou poskytnout během pěti let 5,6 dolaru na každý investovaný dolar. Prevencí lze ušetřit poměrně velké finanční prostředky, například cíl snížit incidenci preventabilních chorob o 5 % by do rozpočtu resortu přinesl ročně kolem 12 mld. Kč. Je potřeba počítat s investicemi, jestliže prevence přináší pěti až desetinásobný zisk, čisté úspory by tedy byly 10–11 miliard (Kříž, 2011). WHO uvádí, že je třeba investovat do primární prevence 1/10 očekávaných úspor – v případě investice 50 mil. Kč ročně lze tedy přepokládat úsporu na národohospodářských ztrátách z nemocí 500 mil. Kč za rok. Například v případě onemocnění diabetes mellitus je samotná léčba jednoho dialyzovaného pacienta vyčíslena ročně na 1 000 000 Kč. Oddálení selhání ledvin o jeden rok u 50 lidí představuje úsporu 50 milionů korun za léčebné výlohy (EPOZ, 2020).

Limitem preventivních opatření v oblasti chronických neinfekčních onemocnění jsou pozdější výsledky, snížení incidence nemocí se nedostaví dříve než za 5 let (Krátké intervence, 2015). Jednou z překážek v investování do preventivních programů je tedy časový horizont přínosu. Níže je znázorněna dynamika nákladů a přínosů preventivních programů. Lze pozorovat, že v prvních letech náklady výrazně převyšují přínosy, což se však postupně začíná měnit. Náklady tedy klesají a přínosy stoupají, je zřejmé, že výsledky, a tedy i přínosy preventivních programů, nelze očekávat ihned, viz obrázek 4 (EPOZ, 2020).

Obrázek 6 Dynamika nákladů a přínosu preventivních programů



Zdroj: EPOZ, 2020

Navíc prospěch z intervence nemusí mít vždy sám plátce daně nebo zdravotního pojištění, ale jiný člověk. To znamená, že i z daní nekuřáka se hradí program prevence kouření apod. Ze společného solidárního zdravotního pojištění a daní čerpají všichni a všichni z úspor, které generovala prevence, také profitují (Kříž, 2011).

3.8.1 Hodnocení nákladové efektivity primární prevence

Vedle návratnosti nákladů vynaložených na prevenci, je také důležitou otázkou nákladová efektivita preventivních programů. Je potřeba zmínit, že nákladová efektivita je stejně důležitá a podceňovaná i v oblasti léčebné péče. Ekonomickým otázkám prevence a nákladové efektivitě primárně preventivních programů se v České republice věnuje málo pozornosti (Kříž, 2011). Všichni občané s trvalým pobytem v Česku jsou ze zákona zdravotně pojištěni a ze systému zdravotního pojištění se nemohou odhlásit. Zdravotní péče je u nás z velké části hrazena z veřejného zdravotního pojištění a občané nemají o nákladech na zdravotní péči představu (zákon č. 290/2017 Sb.). Nízká úroveň znalostí o ceně zdraví panuje nejen u veřejnosti, ale bohužel i politiků a ochota platit za přínos, který se projeví až po letech, je malá. Efekt intervencí se v tuzemsku ve většině případů zjišťuje pomocí dosaženého výsledku, bez zkoumání nákladové efektivity intervence. Například úspěšnost programu na snižování nadváhy se hodnotí snížením výskytu vysokých hodnot Body Mass Indexu. Kříž ovšem upozorňuje na situace, kdy je potřeba

hledat pro intervenci další důvody, jako je efektivní využití požadovaných finančních prostředků, či úspory, jež intervence přinese, nebo již přinesla. V politické sféře totiž hrají zásadní roli zejména ekonomické aspekty jednotlivých intervencí, a proto je třeba usilovat, aby i zdraví dostalo ekonomický a rozpočtový rozměr (Kříž, 2011). Hodnocení nákladové efektivity je v posledních letech na vzestupu zejména z důvodu, že jsou omezeny ekonomické rozpočty a financování zdravotní péče začíná narážet na limity. Právě kvůli tomuto vyspělé země zavádějí objektivní metody, např. nákladovou efektivitu. Na základě získaných výsledků se mohou snadněji rozhodovat, do čeho (nové technologie, preventivní intervence aj.) se rozhodnou své finance investovat (Ekonomie ve zdravotnictví, © 2016).

Dle ekonomické teorie je systém efektivní, jestliže se za daný vstup dosáhne maximálně možného výsledku, nebo pokud se dosáhne na jednotku výstupu nejnižších možných nákladů. Prvním krokem při hodnocení nákladové efektivity je vybrat postup, dle kterého se efektivita bude hodnotit. Nejvíce využívané metody jsou: cost-benefit analysis, cost-effectiveness analysis a cost-utility analysis. Ve výpočtu je vždy využíván poměr (ratio), vyjádřený zlomkem.

Cost-benefit ratio je poměr nákladů na intervenci a benefitu neboli přínosu z intervence. Má tvar zlomku, v němž jsou v čitateli náklady (N) a ve jmenovateli prospěch (P) v korunách, tedy $CBR=N(Kč)/P(Kč)$. Přínosem mohou být ušetřené roky života (DALY), ty jsou poté přepočteny na jejich finanční hodnotu. Postup může mít podobu benefit-cost ratio, když dáme do čitatele přínos (P) a do jmenovatele náklady (N), tedy $BCR=P(Kč)/N(Kč)$. V obou případech výsledek říká (obrazně řečeno), kolik jedna investovaná koruna vydělá korun (Kříž, 2011). Pro přiblížení postupu výpočtu je uveden příklad: náklady na program intervence jsou $N1=10000$ Kč a mají přínos $P1=100\ 000$ Kč. $BCR=P1/N1=100\ 000/10\ 000=10$. Výsledek ukazuje, že každá investovaná koruna vydělala 10 korun. Takto lze spočítat i nákladovou efektivitu dalších programů a výsledky porovnat.

Cost-effectiveness ratio je poměr nákladů k efektu, kde v čitateli jsou náklady a ve jmenovateli efekt, často se jedná o roky života. Výsledek vyjadřuje, kolik korun stojí dosažený efekt. Vzorec pro výpočet cost-effectiveness ratio je stejný, jako pro výpočet cost-utility ratio, není třeba činit v praxi mezi cost-effectiveness a cost-utility rozdíly. Opět je uveden příklad výpočtu: Náklady na program intervence jsou $N1=100\ 000$ Kč, efektem programu jsou ušetřené roky života (např. snížení smrtelných úrazů) $E1=10$. Nákladová

efektivita bude $N1/E1=100\ 000/10=10\ 000$. Náklady na jeden rok života jsou 10 000 Kč. Opět lze porovnávat s dalšími programy či intervencemi (Kříž, 2011).

Pro hodnocení nákladové efektivity se využívá mimo jiné souhrn měření zdraví populace, který kombinuje účinky smrti a nemocnosti, tzv. HALY (Health adjusted life years), v překladu zdravím vážené roky života. Zahrnuje ukazatele DALY (Disability-Adjusted Life Year) a QALY (Quality-Adjusted Life Year), které jsou popsány níže. Tyto ukazatele vyvinula WHO a Světová banka, aby umožnily tvůrcům politik činit racionální rozhodnutí v oblasti zdravotnictví. Každý klinický jev se posuzuje a na základě toho je stanoven disability weight (DW), česky stupeň disability, který značí, do jaké míry onemocnění ovlivňuje život nemocného. V protokolu určeném ke stanovení tohoto stupně disability se hodnotí úmrtnost, ztráta mobility, schopnost sebezpečí, zvládání každodenních činností, bolest a diskomfort, úzkost či deprese a kognitivní funkce (Babisch, 2010).

Proč je potřeba měřit břemeno nemocí? Nejméně tyto čtyři cíle mají indikátory naplňovat:

- pomáhat při stanovení priorit zdravotnických služeb (kurativních i preventivních);
- pomáhat při stanovení priorit výzkumu v oblasti zdravotnictví;
- pomáhat při identifikaci znevýhodněných skupin a při cílení na zdravotní zásahy;
- poskytnout srovnatelné měřítko pro hodnocení a plánování intervence a programu.

V odborných kruzích se vedla rozsáhlá debata o užitečnosti jednotlivých indikátorů zdravotního stavu. Subjekty s rozhodovací pravomocí, jež přidělují zdroje navzájem si konkurujícím zdravotním programům, musí zvážit význam (důležitost) jednotlivých ukazatelů – v tomto případě výsledky snížení úmrtnosti nebo prevence zdravotního postižení (Murray, 1994).

3.8.2 Ztracené roky kvalitního a plnohodnotného života (DALYs)

Jak se postupem času ukázalo, pouze sledování morbidit a mortality nestačí k vyjádření utrpení, kterým prochází nemocní jedinci (WHO, © 2020). Pro politické rozhodování mají tyto metriky nevýhodu velkého objemu dat a neznázornují srozumitelně dopad nemocí na společnost (Janovská, Komárek, Kříž et al., 2013). Proto Harvardská univerzita na objednávku Světové banky vyvinula ukazatel zátěže společnosti z nemocí, tedy roky života poškozeného nemocí (zdravotní nezpůsobilostí čili disabilitou) a předčasným úmrtím. V roce 2000 jej přijala jako oficiální měřítko zátěže z nemocí

Světová zdravotnická organizace. Tento ukazatel má zkratku DALY (Disability-Adjusted Life Year), v plurálu DALYs, což v překladu znamená roky života poškozené nemocí nebo nemohoucností a předčasným úmrtím (Kříž, 2016). V anglickém termínu se neuzívá slovo nemoc „disease“, nýbrž „disability“, čili omezení některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí (Janovská, Komárek, Kříž et al., 2013). Jeden DALY znamená jeden ztracený rok kvalitního a plnohodnotného života (Kříž, 2016). Ztracené roky DALYs pro dané onemocnění znamenají součet roků života ztracených v důsledku předčasných úmrtí (tj. před 75 rokem života) a roků života ztracených v důsledku nemocnosti a neschopnosti. Dle vážnosti nemoci a zásahu do kvality života se stanovuje faktor, který charakterizuje změnu kvality života v důsledku nemoci, a to v rozmezí od 0 (perfektní zdraví) do 1 (smrt). Zjišťuje se šetřením na reprezentativním vzorku nemocných a označuje se HRQL – Health Related Quality of Life, v překladu kvalita života vztažená ke zdraví. Faktor, jenž vystihuje kvalitu života s onemocněním, se nazývá disability weight (DW), a je stejný i při výpočtu QALY (Janovská, Komárek, Kříž et al., 2013). Janovská et al. uvádí příklad: pokud by nemoc trvala jeden rok a snížila kvalitu života nemocného na polovinu, byla by hodnota DALY = 0,5. Pomocí DALY lze břemeno předčasných úmrtí, kupříkladu v důsledku úrazů, srovnávat s břemenem nemocí, jež nezpůsobují smrt, ale způsobují zdravotní postižení, jako katarakta způsobující slepotu (WHO, © 2020). DALYs umožňují kvantifikovat zátěž z nemocí a zdravotního postižení v populaci a stanovit priority v přidělování finančních zdrojů (Gold et al., 2002).

Ukazatel DALY vyjadřuje souhrnně roky ztracené předčasnými úmrtími neboli Years of Life Lost (YLLs) a roky ztracené životem s disabilitou Years Lived with Disability (YLDs). Výpočet se provádí pro každou skupinu onemocnění, věkovou skupinu a pohlaví.

Vzorce pro výpočet DALYs:

$$\text{DALYs} = \text{YLDs} + \text{YLLs}$$

YLDs je komponentou DALYs a vyjadřuje roky života ztracené disabilitou.

$$\text{YLDs} = \mathbf{I} \times \mathbf{DW} \times \mathbf{L}$$

Kde **I** je incidence (počet nových případů dané nemoci v referenčním období). **DW** je stupeň disability (0= plné zdraví, 1= úplné omezení zdraví) a **L** je průměrná délka disability

YLLs je komponentou DALYs a vyjadřuje roky ztracené předčasnými úmrtími.

$$\text{YLLs} = \mathbf{M} \times \mathbf{LF}$$

Kde **M** je počet zemřelých dle skupiny onemocnění, věkových skupin a pohlaví. **LF** (Lost function) je nejčastěji rozdíl mezi nadějí na dožití v daném věku a věkem při úmrtí (Česká demografická společnost, 2010).

Výpočtem roků ztracených předčasnými úmrtími (YLLs), které jsou komponentou ukazatele DALYs, se v České republice zabývají autorky Dzúrová a Hulíková. Konkrétně odhadují počet let, po které by ti, jež zemřeli, mohli zůstat naživu, kdyby nezemřeli v souvislosti s pandemií viru covid-19 v důsledku tohoto viru, jedná se tedy o YLLs. Ve výpočtu pracují s předpokladem potenciálního počtu zbývajících let života, využívají tzv. střední délku života (nadějí na dožití) v daném věku. Střední délka života odpovídá zhruba potenciální délce života osoby v průměrném zdravotním stavu pro daný věk. Pokud je známá věková struktura osob zemřelých v souvislosti s covid-19, je možno výpočtem odhadnout, že 9 006 zemřelých osob bylo z důvodu úmrtí zkráceno o možnost prožít 85 tisíc let života. Což znamená, že každá zemřelá osoba v souvislosti s pandemií viru covid-19 přišla o možnost prožít 9,5 let života. Pokud jsou známy výše zmíněné komponenty, je možné tento výpočet aplikovat na další klinické stavy (Dzúrová, Hulíková, 2020).

Pro výpočet DALYs je třeba mít k dispozici i podrobnější šetření (incidence nemocí, trvání nemocí, velikost poškození života nemocí, předčasnou úmrtnost pro jednotlivé nemoci apod.). Po rozsáhlé studii dostupných dokumentů nebylo zjištěno, že by se některý z autorů, zabývajících se touto problematikou, pokoušel o výpočet DALYs pro Českou republiku. Pravděpodobně je to z důvodu, že jen u malého procenta chorob máme k dispozici validní data o incidenci nebo prevalenci, trvání nemocí a o předčasné úmrtnosti. Nicméně WHO každoročně publikuje ztracené roky kvalitního a plnohodnotného života DALYs pro všechny své členské státy, metodika sběru dat však není veřejně k dispozici.

Pro přiblížení je uveden příklad autora Kříže: V ČR bylo ročně 65 tis. nově dispenzarizovaných ischemických chorob srdečních (ICHS). Nadměrnému hluku se z toho přičítají 3 %, hluk tedy způsobil ročně 1950 ICHS. Nemoc trvá 6 měsíců (viz data o PN), roky ztracené nemocí (DALYs) tedy činí celkem 975. Příklad v článku však neuvádí roky ztracené předčasným úmrtím. Kdyby (hypoteticky) předčasně zemřelo 25 lidí, v průměru o 5 let byla by ztráta 125 let a výsledek: 975 DALYs z nefatálních ICHS + 125 DALYs z fatálních ICHS = 1 100 DALYs/r způsobených nadměrným hlukem. Model vychází z dat před více než 10 lety a slouží pouze jako příklad (Kříž, 2011).

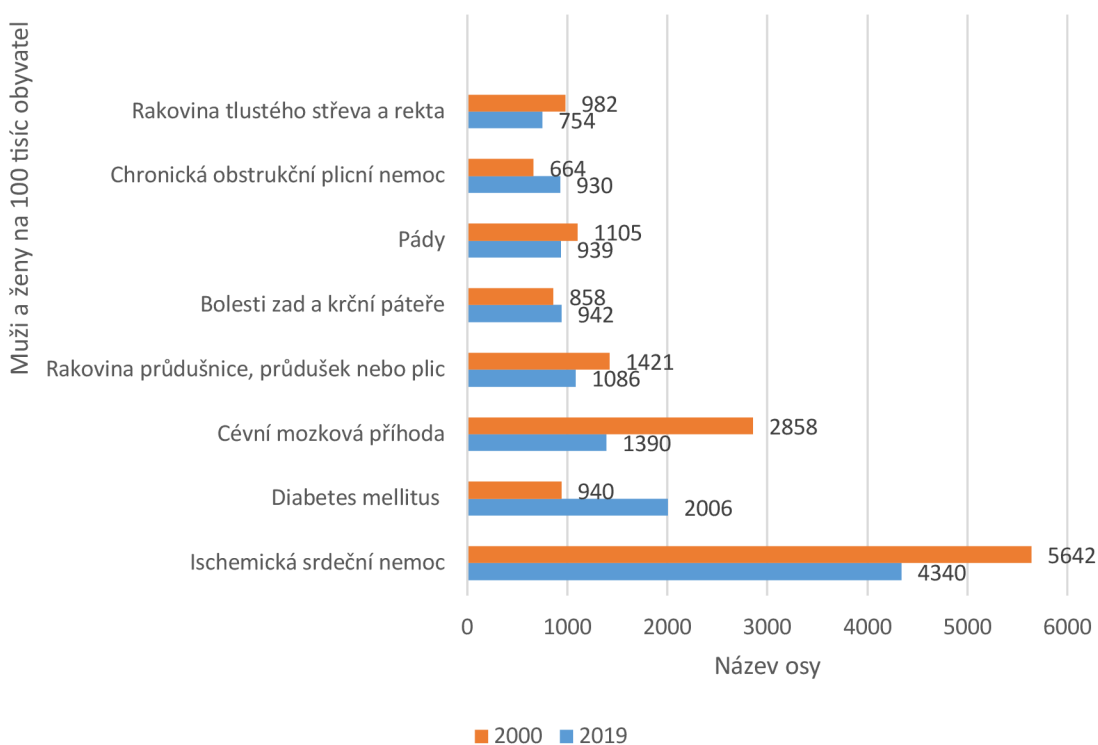
Jako příklad využití DALYs v praxi poslouží italská studie autorů Nurchis et al., která posuzuje sociálně-ekonomickou zátěž v důsledku probíhající pandemie pomocí odhadu DALYs a ztráty produktivity. Dne 28. dubna 2020 činily odhady zátěže způsobené v důsledku nemoci covid-19 v Itálii 121 449 DALY, s diskontní sazbou 3 % (získaný rok zdravého života má jinou hodnotu nyní, než bude mít např. za 10 let). Z toho roky ztracené předčasnými úmrtími (YLL) u mužů činí 81 718 a u žen 39 096, zatímco roky života ztracené disabilitou (YLD) činí 302 u mužů a 333 u žen. Odhadovaná zátěž chorobou byla nejvyšší u lidí ve věku 80–89 let. Práce se dále zabývá ztrátou produktivity, v Itálii činily v roce 2020 celkové náklady na ztrátu produktivity způsobené absencí v zaměstnání u všech tříd produktivního věku kolem 100 milionů EUR. Celkové náklady na ztrátu produktivity způsobené předčasnou úmrtností covid-19 pro všechny třídy produktivního věku byly kolem 300 milionů EUR a její dopad na národní HDP byl odhadován na 0,17 %.

Na příkladu lze pozorovat, že výpočet DALYs reflektuje odhad zátěže způsobené nemocí. Pokud je k dispozici finanční ekvivalent jednoho DALY pro danou zemi, lze vypočítat ekonomické ztráty, jež nemoc přinesla. Je tedy možné zjistit, která onemocnění představují největší zátěž pro zdravotnický systém, a na ty zaměřit zvýšenou pozornost v prevenci a jejich léčbě (Nurchis et al., 2020).

DALYs v České republice pro jednotlivé klinické stavy je možné zjistit z dat, jež každoročně poskytuje WHO. Dle těchto dat v České republice nemoci, jejich následky a předčasná úmrtí způsobily v roce 2019 ztrátu 3 424 600 let zdravého života.

Graf 3 Ztracené roky zdravého života (DALYs) v ČR u vybraných onemocnění v letech 2000 a 2019

Ztracené roky zdravého života (DALYs) v ČR u vybraných onemocnění v letech 2000 a 2019.



Zdroj: Global Health Estimates 2019: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2019. Geneva, World Health Organization; 2020.

Na ztracených letech života se podílí zejména neinfekční onemocnění, jedná se celkem o 2 874 200 ztracených let zdravého života. Na grafu č. 3 jsou uvedeny DALYs u vybraných onemocnění a diagnóz. WHO poskytuje údaje o DALYs svých členských zemích již od roku 2000, je tedy možné porovnávat data z roku 2000 a aktuálně z 2019. Největší hodnoty DALYs lze pozorovat u kardiovaskulárních onemocnění, konkrétně u ischemické choroby srdeční. V tomto případě došlo v období 2000–2019 ke snížení DALYs o 23 %. Naopak u diabetu mellitu se ztracené roky zdravého života zvýšily o 53,1 %, u cévní mozkové příhody došlo ke snížení DALYs o 51,4 %. V období mezi lety 2000 a 2019 se ztracené roky zdravého života v ČR snížily o 93 800 let (WHO, © 2020). Mezi faktory, jež ovlivňují počet ztracených let zdravého života, patří efektivita léčeni, rychlost vyléčení a prosperita primární a sekundární prevence. Ekonomický dopad ztracených let zdravého života v důsledku nemocí nebo předčasných úmrtí lze vyjádřit

finančně. Česká republika, na rozdíl od ostatních zemí, nemá stanoven stálý finanční ekvivalent ztraceného roku zdravého života (Kříž, 2016). Odhady břemene nemoci označované DALYs lze snadno použít při výpočtu nákladové efektivity zdravotních intervencí (Murray, 1994).

3.8.3 Získané roky kvalitního a plnohodnotného života (QALYs)

Na konci 60. let 20. století byl vyvinut ekonomy, výzkumníky a psychology ukazatel QALY (Quality-Adjusted life years), v plurálu QALYs, který slouží primárně pro použití pro výpočet nákladové efektivity (Gold et al., 2002). Zásadní odlišnost je v tom, že se jedná o získané, nikoliv o ztracené roky, jako je tomu v případě DALYs. QALY odpovídá na otázku, kolik let života navíc, a jaké zlepšení jeho kvality přinese, nebo přinesla intervence, např. zavedení nové vakcíny. Dále se liší v gradientu, který charakterizuje závažnost onemocnění a kvalitu života s nemocí, zde opačně plné zdraví má hodnotu 1 a úmrtí hodnotu 0. Faktor, jenž vystihuje kvalitu života s onemocněním, se nazývá disability weight (DW), a je stejný i při výpočtu DALYs (Janovská, Komárek, Kříž et al., 2013). Získané roky kvalitního života jsou nejpoužívanějším ukazatelem při tvorbě analýz nákladové efektivity, které jsou podkladem pro získání finančních prostředků k realizaci intervencí (Ekonomie ve zdravotnictví, © 2016). U hodnocených preventivních, diagnostických či terapeutických programů QALY vyjadřuje, kolik let kvalitního a plnohodnotného života intervence přinesla (Kříž, 2011).

Velká část vyspělých zdravotnických systémů využívá QALY zejména z důvodu, že ukazatel kombinuje délku i kvalitu života. Země, jako Francie, Dánsko, Švédsko, Irsko, Skotsko a další, běžně používají ukazatel QALY. Jedná se o dominující přístup v hodnocení v zemích OECD. Německo, Rakousko a Švýcarsko zatím tuto objektivní metodu hodnocení nákladové efektivity při rozhodovacím procesu nevyužívají. Ovšem to neznamená, že se nákladová efektivita v těchto zemích vůbec nehodnotí, např. v Německu se využívá analýza typu cost-benefit (Ekonomie ve zdravotnictví, © 2016). Podklady pro QALY se zjišťují pomocí metody HRQL (Health Related Quality of Life). Tato metoda zjišťuje, jaký vliv má nemoc na způsob života nemocného, jestli je schopen pracovat, stýkat se s blízkými či zda jeho život neovlivňuje bolest (Kříž, 2011). K hodnocení a monitorování HRQL se běžně používají výsledky dotazníkového šetření pacientů. V Severní Americe se opatření HRQL stále častěji používají k vývoji a hodnocení nových

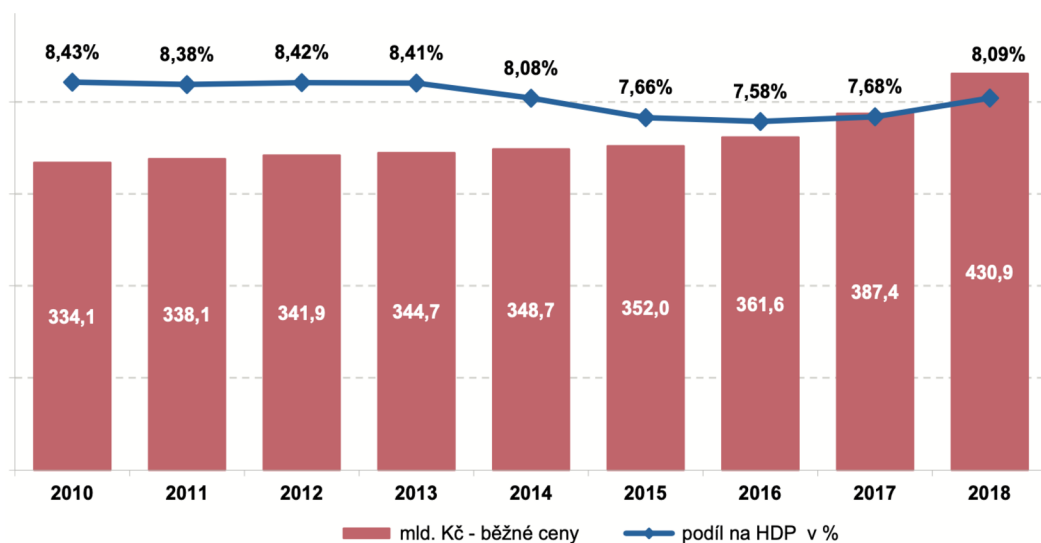
léčebných postupů a přístrojů (CDC, 2018). Pro bližší představu Kříž uvádí příklad: osoba s některou z chronických chorob by mohla svůj život hodnotit číslem 0,7 (0=smrt, 1=plné zdraví), tzn. 1 rok s touto nemocí se rovná 0,7 QALY, 2 roky za tohoto stavu jsou 1,4 QALY (Kříž, 2011). Lze namítnout, že kvalita života je subjektivní, tudíž není validní. Nutno podotknout, že zdraví a jeho chápání zcela subjektivní je – např. bolest vnímá každý člověk naprosto subjektivně. Zhodnocení fyziologických funkcí sice dodá objektivní zdravotní data, ovšem neříká nic o tom, jak kvalitní je život pacienta, nebo jaký vliv má např. zvýšený krevní tlak na průběh jeho života (Ekonomie ve zdravotnictví, © 2016).

3.9 Výdaje na zdravotnictví v České republice

V ČR je k monitoraci výdajů ve zdravotnictví využíván zejména tzv. systém zdravotnických účtů, což je nástroj, který slouží ke komplexnímu vyjádření veškerých běžných (neinvestičních) nákladů na zdravotní péči, respektive zdravotnictví v širším slova smyslu. Český statistický úřad (ČSÚ) přistoupil k tomuto pohledu plně v roce 2018 v rámci publikace Výsledky zdravotnických účtů ČR v období 2010 až 2018. Zdravotnické účty je možné využít na mezinárodní i na národní úrovni. Mezinárodní srovnání je možné díky jednotné metodice, jež vznikla ve spolupráci OECD (The Organisation for Economic Cooperation and Development), WHO a EUROSTATU (Statistical Office of the European Communities). Na národní úrovni mohou výsledky poskytovat informace potřebné pro analýzy výdajů na zdravotní péči a pro přijetí odpovídajících odborných a politických rozhodnutí.

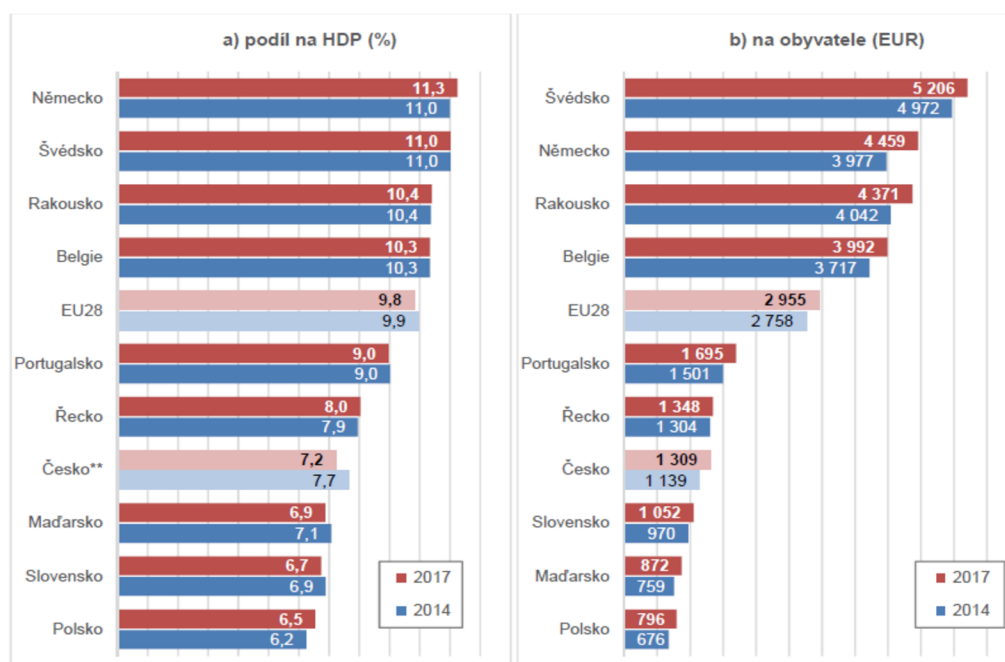
V roce 2018 dosáhly výdaje na zdravotnictví 430,9 mld. Kč a meziročně se zvýšily o 43,5 mld., tj. 11 %. To je největší nárůst za posledních 8 let, neboť v letech 2010 až 2018 rostly celkové výdaje na zdravotní péči v průměru o 3,2 % ročně. Tento velký nárůst byl zapříčiněn především 13% navýšením prostředků z veřejného zdravotního pojištění a více než o 10 % vyššími výdaji ze státního rozpočtu. Vzrostly zejména výdaje na specializovanou ambulantní péči, téměř o jednu třetinu. Z celkových výdajů na zdravotnictví v roce 2018 (430,9 mld. Kč) byly pouze 2 mld. Kč investovány do preventivní zdravotní péče, což je pouhých 0,46 %. Mezi roky 2014 a 2018 vzrostly také výdaje českých domácností (pacientů) za poskytnutou zdravotní péči, včetně výdajů za léky a ostatní zdravotnický materiál o 17 %, tj. 11,9 mld. Kč. Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR a jejich podíl na HDP jsou zaznamenány v grafu č. 4 a srovnání s ostatními zeměmi EU v grafu č. 5.

Graf 4 Celkové výdaje na zdravotní péči v Česku, 2010–2018 (mld. Kč; podíl na HDP)



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Graf 5 Celkové výdaje na zdravotní péči ve vybraných zemích EU v roce 2014 a 2017



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Z hlediska výdajů na zdravotní péči ve vztahu k HDP patří v ČR v rámci EU dlouhodobě k zemím s nižšími výdaji a nachází se pod průměrem EU. Česká republika se umístila na pomyslném žebříčku zemí EU za Řeckem na 17. místě, tedy ve druhé polovině. V porovnání s našimi sousedy Česko investuje do zdravotní péče výrazně nižší částky než Německo a Rakousko, ale více než Polsko a Slovensko. Sedm zemí Evropské Unie v roce

2017 vynaložilo na zdravotní péči více než 10 % jejich HDP. Nejvíce to bylo ve Francii a v Německu – 11,3 %, v Rakousku, ve Švédsku a Belgii to bylo cca 10 %. Česko a sousedské státy Slovensko a Polsko zůstaly u tohoto hluboko pod průměrem zemí EU. Co se týče zemí mimo EU, dlouhodobě nejvíce financí na zdravotní péči ve vztahu k HDP vydávají Spojené státy americké (17,1 % v roce 2017), poté Švýcarsko (12,4 %) a Japonsko (10,9 %), (ČSÚ, 2020).

4 Obsahová analýza strategických dokumentů, programů a projektů zaměřených na prevenci škod způsobených alkoholem v Evropském regionu WHO a České republice

4.1 Analýza ukazatelů – spotřeba alkoholu v Evropském regionu WHO

Příjem alkoholu v Evropském regionu WHO je nejvyšší na světě. Až na několik významných výjimek zaznamenaly země západní Evropy, včetně zemí Evropské unie (EU), pouze malý, nebo téměř žádný pokrok ve snižování konzumace alkoholu. Alkohol zde vede téměř k 1 milionu úmrtí ročně, což se rovná 2 500 úmrtím denně a má na svědomí 1 z 10 úmrtí dospělých osob v Evropském regionu WHO. Alkohol je psychoaktivní látkou produkující závislost, klasifikovanou jako lidský karcinogen skupiny 1 spolu s dalšími látkami způsobujícími rakovinu, např. azbest, radium a tabák. Škodlivé užívání alkoholu je významnou příčinou předčasných úmrtí a je asociováno s řadou nemocí, jež jsou z velké části ovlivnitelné životním stylem, jako kardiovaskulární onemocnění, cirhóza jater a nádorová onemocnění. Také významně přispívá ke vzniku úrazů, ať již úmyslných, nebo neúmyslných, včetně zranění v důsledku dopravních nehod a sebevražd. Dále alkohol ohrožuje správný vývoj plodu, pokud matka během těhotenství nadměrně užívá alkoholické nápoje. Následně může dojít k těžkému mentálnímu poškození dítěte a vzniku tzv. fetálního alkoholového syndromu, který poškozuje centrální nervový systém a narušuje zdravý růst dítěte.

Ředitel divize programů pro zdraví v zemi Evropském regionu WHO, Dr. Nino Berdzuli, zdůraznil, že alkohol není běžná komodita a nemělo by se s ním takto zacházet. Zasahuje ty nejzranitelnější, tedy zejména osoby s nízkými příjmy a jejich rodiny, což jen prohlubuje stávající nerovnosti ve zdraví (WHO, © 2021).

Graf 6 Celková spotřeba alkoholu u dospělých v zemích EU od 2008–2018



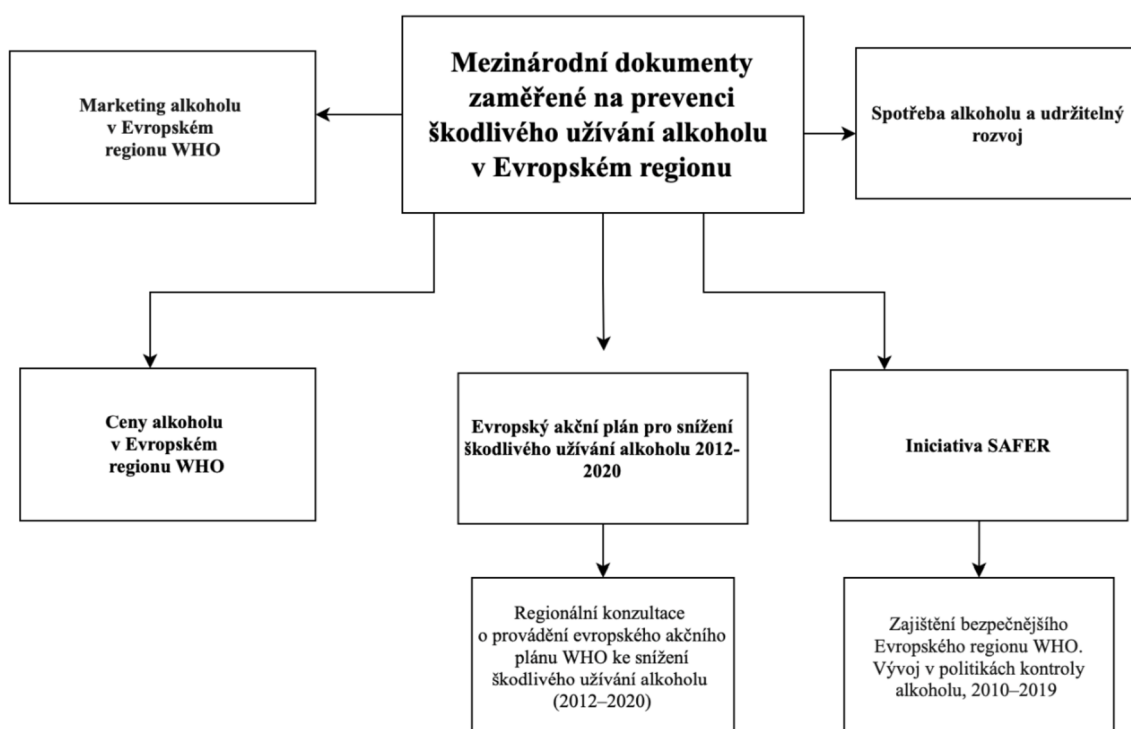
Zdroj: OECD iLibrary, 2020

Jak lze pozorovat na grafu 6, Česká republika se řadí k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu v Evropě, naopak k zemím se stabilně nejnižší spotřebou alkoholu u dospělých se řadí Švédsko.

4.2 Analýza mezinárodních dokumentů zaměřených na užívání alkoholu v Evropském regionu WHO v období 2014–2021

Jak ukazuje analýza ukazatelů výše, příjem alkoholu v Evropském regionu WHO je nejvyšší na světě. Světová zdravotnická organizace publikuje řadu obsáhlých a velmi komplexních dokumentů s cílem snížit škody způsobené nadměrným užíváním alkoholu v zemích Evropského regionu. Pro lepší přehlednost je graficky znázorněn přehled stěžejních dokumentů WHO v této oblasti, viz obrázek 5.

Obrázek 7 Přehled mezinárodních dokumentů zaměřených na prevenci škodlivého užívání alkoholu v Evropském regionu



Stěžejním dokumentem zaměřeným na prevenci škodlivého užívání alkoholu v Evropském regionu je Evropský akční plán pro snížení škodlivého užívání alkoholu 2012–2020, který je evropskou komponentou Globální strategie pro omezování škodlivého užívání alkoholu. Byl schválen všemi 53 členskými státy v Evropském regionu WHO v září 2011. Akční plán úzce souvisí s 10 akčními oblastmi globální strategie ke snížení škodlivého užívání alkoholu, jež přijalo Světové zdravotnické shromáždění v květnu 2010. Akční plán je určen pro vnitrostátní orgány Evropského regionu WHO, které mají odpovědnost za politiku v oblasti alkoholu, jedná se zejména o ministerstvo zdravotnictví a další ministerstva (včetně financí, školství, práce a sociálních věcí, dopravy), nevládní organizace a státní organizace, výzkumné pracovníky, soukromý sektor a mezinárodní

partnery (WHO, 2021). Deset níže uvedených akčních oblastí koresponduje s názvy a pořadím oblastí obsažených v Globální strategii WHO pro snížení škodlivého užívání alkoholu. Doporučují řadu politických intervencí a opatření, jejichž provedení má být daným státem zváženo, a případně upraveno, s přihlédnutím k národním okolnostem, jako jsou náboženské a kulturní kontexty a národní priority v oblasti veřejného zdraví, a také k finančním zdrojům, kapacitám a schopnostem dané země. Podrobněji jsou akční oblasti s výběrem možných intervencí popsány v tabulce č. 1 (WHO, 2012).

Tabulka 1 Evropský akční plán pro snížení škodlivého užívání alkoholu 2012–2020

Akční oblast č. 1 Vedení, povědomí a povinnosti	
1.1	Odpovídající infrastruktura veřejného zdraví v oblasti alkoholu, včetně politické podpory.
1.2	Dostatečné finanční zdroje pro resorty odpovědné za prevenci a zvládání škodlivého užívání alkoholu.
1.3	Posílení výzkumu v oblasti prevence škodlivého užívání alkoholu.
1.4	Vytvoření národního akčního plánu nebo strategie v oblasti alkoholu a jeho pravidelná monitorace.
Akční oblast č. 2 Úloha zdravotnických systémů	
2.1	Stanovení cíle nabídnout 30 % populace ohrožené rizikovou nebo škodlivou konzumací alkoholu programy včasné identifikace problému nebo krátkých intervencí (školení poskytovatelů primární péče, preventivní prohlídky zaměřené na včasnou identifikaci problému a provádění krátkých intervencí, kooperace se specializovanými pracovišti, poskytování informací prostřednictvím webových stránek apod.).
2.2	S ohledem na aktuální situaci daného státu eventuální stanovení ambicióznějšího cíle nabídnout 60 % populace ohrožené nebezpečnou nebo škodlivou konzumací alkoholu programy včasné identifikace problému nebo krátkých intervencí.
Akční oblast č. 3 Akce na úrovni komunity a na pracovišti	
3.1	Revize a investice do programů zaměřených na prevenci rizikového nebo škodlivého užívání alkoholu pro školy.
3.2	Realizace veřejných preventivních kampaní.
3.3	Realizace programů zaměřených na prevenci rizikového nebo škodlivého užívání alkoholu v komunitách a na pracovištích.

3.4	Komunitní přístupy k řešení problémů s alkoholem (vytvoření akční skupiny pro kraj/region/komunitu, realizace lokálních preventivních aktivit, vytvoření placených míst pro členy skupiny, zvolení koordinátora skupiny apod.).
3.5	Financování a vytvoření strategie hodnocení efektivity (ev. nákladové efektivity) preventivních programů s cílem dosáhnout co nejlepších výsledků.
3.6	Revize vnitrostátních právních předpisů s cílem usnadnit realizaci preventivních aktivit v komunitě nebo na pracovišti.
Akční oblast č. 4 Řízení pod vlivem alkoholu – politické kroky a protiopatření	
4.1	Snížit toleranci alkoholu v krvi za volantem.
4.2	Intenzivní náhodné dechové zkoušky, zpřísnit správní řízení a zvýšit sankce u řidičů pod vlivem alkoholu.
Akční oblast č. 5 Dostupnost alkoholu	
5.1	Zavést zákaz prodeje již intoxikovaným zákazníkům.
5.2	Zavést minimální věkovou hranici pro konzumaci a nákup alkoholu na 18 let a výše.
5.3	Omezit síť a otevírací dobu prodejen s alkoholem.
5.4	Směřovat prodej alkoholu do maloobchodních monopolů.
5.5	Kontrolovat dodržování předpisů (zákaz prodeje nezletilým osobám apod.).
Akční oblast č. 6 Marketing alkoholických nápojů	
6.1	Regulovat obsah a množství reklam na alkohol v médiích.
6.2	Regulovat sponzorské aktivity prodejců alkoholu.
6.3	Zavést zákaz propagace alkoholu cílené na mladé osoby.
6.4	Regulace nových forem marketingových technik propagace alkoholu (např. sociální sítě).
6.5	Zavést efektivní systém kontroly porušování zavedených omezení propagace alkoholu.
Akční oblast č. 7 Cenová politika alkoholických nápojů	
7.1	Zavést vyšší daně z produktů s vyšším obsahem alkoholu.
7.2	Přidat zvláštní daně pro obzvláště atraktivní nápoje pro mladé spotřebitele (např. alcopopy, tzn. ochucené alkoholické nápoje, zpravidla ovocné).
7.3	Stanovení minimální ceny za litr čistého alkoholu s cílem zvýšit maloobchodní ceny alkoholu.

Akční oblast č. 8 Snižování negativních důsledků škodlivého pití alkoholu a intoxikace alkoholem	
8.1	Vymáhání zákonů zakazujících prodej alkoholu intoxikovaným zákazníkům. Omezení otevírací doby barů a hostinců.
8.2	Zavedení licenčního systému pro bary a hostince (vydávání licencí zajistí, že obsluhující zařízení splňují určité standardy, aby se snížila pravděpodobnost poškození alkoholem). Za porušení standardů lze ukládat sankce, včetně ztráty licence.
8.3	Zavedení varovných nebo informačních štítků na všech nádobách alkoholických nápojů a na všech obchodních komunikačních materiálech pro alkoholické nápoje. Subjekty veřejného zdraví mohou obsah zpráv užitečně doporučit (např. rizika pití alkoholu během těhotenství nebo při řízení vozidla, následky dlouhodobého pití alkoholu, jako jsou vysoký krevní tlak a rakovina).
8.4	Zavedení podobných označení alkoholických nápojů, jaké se používá pro potraviny (obsah alkoholu a kalorií, přísad, alergenů atd.).
Akční oblast č. 9 Snižování dopadů nelegálně vyrobeného alkoholu na veřejné zdraví	
9.1	Zmapování černého trhu s nelegálně vyrobeným alkoholem. QR (Quick Response) kódy na nádobách na alkohol, které umožňují sledování výroby i spotřební daně.
9.2	Rozsáhlé testy chemických látek nelegálně vyrobeného alkoholu za účelem identifikace nejrizikovějších složek a stanovení potenciálního poškození zdraví.
9.3	Sledování černého trhu alkoholických výrobků a kontrola daňových kolků.
Akční oblast č. 10 Monitorace a dozor nad užíváním alkoholu	
10.1	Shromažďování všech dostupných údajů o alkoholu do jedné zprávy, která zahrnuje spotřebu, škody, sociální náklady a politické akce v této oblasti.
10.2	Upřesnění analytických metod užívaných při získávání údajů o spotřebě alkoholu. Údaje o nemocnosti a úmrtnosti by měly být vztaženy také k nadměrnému užívání alkoholických nápojů.
10.3	Zaměření se na škody způsobené nadměrnou konzumací alkoholických nápojů zejména na náklady v sociální oblasti, kterým lze předcházet prováděním konkrétních politických a preventivních opatření.

(WHO, 2012).

Ke zhodnocení Evropského akčního plánu pro snížení škodlivého užívání alkoholu došlo 8 let po jeho přijetí, tedy v roce 2019. Bohužel vyšlo najevo, že v evropském regionu je stále nejvyšší prevalence konzumentů alkoholu. Na špičce je Evropa také v pití nadměrných dávek alkoholu, tzv. epizodickém pití, celkové spotřebě alkoholu na obyvatele, a naopak je zde nejnižší podíl abstinentů ve srovnání s ostatními regiony WHO.

Úsilí členských států zavést výše zmíněná efektivní opatření totiž často oslabují obchodní dohody, ekonomické zájmy nebo přeshraniční problémy (např. online reklama a prodej). Regionální konzultace o provádění Evropského akčního plánu WHO ke snížení škodlivého užívání alkoholu 2021–2020 zdůrazňuje potřebu tvorby nového plánu, jehož cílem bude posílit realizaci tohoto plánu na úrovni jednotlivých zemí a také podporovat členské státy v dosažení stanovených cílů v oblasti veřejného zdraví a cílů udržitelného rozvoje (Goiana-da-Silva et al., 2019).

V roce 2020 připravil Regionální úřad WHO pro Evropu nový informační přehled s názvem „Spotřeba alkoholu a udržitelný rozvoj“, který upozorňuje na překážky, jež konzumace alkoholu v celém regionu představuje při dosahování 13 ze 17 cílů udržitelného rozvoje OSN a celkem 52 cílů ve všech třech rozměrech Agendy OSN 2030 (ekonomické, sociální a environmentální). Cíle udržitelného rozvoje byly přijaty všemi členskými státy OSN jako výzva k ukončení chudoby, ochraně planety a zajištění, aby všichni lidé žili v míru a prosperitě (WHO, 2021). Evropský region WHO má nejvyšší celosvětovou úroveň spotřeby alkoholu – 9,8 litrů čistého alkoholu na dospělého (15 let a starší) ročně ve srovnání s celosvětovým průměrem, který činí 6,4 litru na dospělého. K prolomení tohoto trendu navrhuje WHO balíček opatření ke snížení škod způsobených alkoholem, jež jsou v regionu stále nedostatečně využívána, a zdůrazňuje pozitivní příklady zkušeností členských států. Existují přesvědčivé důkazy, že konkrétní politická opatření mohou snížit hladinu konzumace alkoholu, a přitom zůstat nákladově efektivní. Jako tzv. „Best buys“, neboli volně přeloženo vysoce nákladově efektivní opatření, doporučuje WHO zvýšení daní z alkoholu a omezení dostupnosti alkoholu a jeho uvádění na trh. Regionální realizace těchto politických kroků je nedostatečná, zejména pokud jde o regulaci cen (WHO, 2020).

Dalším dokumentem zabývajícím se komplexně snižováním škod způsobených alkoholem je iniciativa Světové zdravotnické organizace z roku 2018, a jež nese název SAFER, neboli v překladu bezpečnější, ve smyslu vytvoření bezpečnějšího Evropského regionu (WHO, 2021). Cílem této iniciativy je poskytnout podporu členským státům při snižování škodlivého užívání alkoholu, a to posílením již probíhajících strategií: Globální strategie pro snížení škodlivého užívání alkoholu, Globálního akčního plánu WHO pro prevenci a kontrolu neinfekčních onemocnění a Cíle udržitelného rozvoje OSN dílčí cíl 3.5, tj. posílit prevenci a léčbu zneužívání návykových látek, včetně zneužívání omamných látek a škodlivého užívání alkoholu (WHO, 2019).

Iniciativa SAFER poskytuje následujících pět efektivních strategických aktivit na národní a vnitrostátní úrovni, jejichž cílem je svět bez škod způsobených alkoholem:

- Snížit dostupnost alkoholu.
- Zavedení protipatření týkající se řízení vozidel pod vlivem alkoholu.
- Zvýšit dostupnost screeningu, krátkých intervencí a léčby.
- Prosazování zákazů, nebo komplexní omezení reklamy, sponzorství a propagace alkoholu.
- Zvyšování ceny alkoholu prostřednictvím spotřebních daní a cenové politiky.

(WHO, 2021).

Tento technický balíček, zvaný SAFER, je zaměřen na vládní úředníky a politiky, kteří jsou odpovědní za vypracování politiky a akčních plánů s cílem snížit škody způsobené alkoholem. Problém jménem alkohol je velice komplexní, zasahuje celou společnost a výše zmíněné pokyny by měly být užitečné také pro ty, jež pracují mimo zdravotnické odvětví. Alkohol a jeho negativní dopad na společnost totiž přesahuje rámec veřejného zdraví a efektivní prevence a snižování těchto škod vyžaduje vícesložkové opatření zahrnující meziresortní spolupráci (WHO, 2019). Dynamika ve spotřebě alkoholu je zdůrazněna v nové zprávě WHO s názvem „Zajištění bezpečnějšího Evropského regionu WHO. Vývoj v politikách kontroly alkoholu, 2010–2019“ (WHO, 2021).

Jak tedy mohou země Evropského regionu WHO uskutečnit výše zmíněná doporučení?

Intervence: Snížení dostupnosti alkoholu.

- Sledovat výrobu, velkoobchod, prodej, včetně dodávky a podávání alkoholických nápojů.
- Regulovat počet, hustotu a umístění maloobchodních prodejen alkoholu.
- Regulovat hodiny a dny, během nichž lze prodávat alkohol.
- Stanovit národní zákonný minimální věk pro nákup a konzumaci alkoholu.
- Omezit užívání alkoholu na veřejných místech.

Omezení dostupnosti alkoholu je vysoce nákladově efektivní zásah s nejlepším dopadem na snížení výskytu neinfekčních onemocnění. Evropské země se shodují a doporučují omezení prodejní doby, stanovení vhodného minimálního věku pro nákup

nebo konzumaci alkoholických nápojů a snížením hustoty prodejen s alkoholem (WHO, 2019).

Intervence: Zavedení protipatření týkající se řízení vozidel pod vlivem alkoholu.

- Snížit toleranci alkoholu v krvi za volantem.
- Zintenzivnit náhodné dechové zkoušky, zpřísnit správní řízení, zavést odstupňované řidičské průkazy pro začínající řidiče, zavést alkoholové zámky.
- Povinné vzdělávání řidičů, poskytování alternativní dopravy, poradenství a případně léčebné programy pro recidivisty a pečlivě plánované, vysoce intenzivní masmediální kampaně.

Řízení pod vlivem alkoholu je významným problémem v oblasti veřejného zdraví, který ovlivňuje nejen uživatele alkoholu, ale v mnoha případech i nevinné strany, jako jsou cestující a chodci. Dopravní nehody mají na svědomí značnou část zranění, zdravotních postižení a úmrtí na celém světě a jsou hlavní příčinou úmrtí lidí ve věku 15–29 let (WHO, 2019).

Intervence: Zvýšit dostupnost screeningu, krátkých intervencí a léčby.

- Zajistit prevenci, léčbu a péči o osoby s abúzem alkoholu, onemocněními vyvolanými alkoholem, včetně poskytování podpory postiženým rodinám.
- Zvýšit dostupnost screeningu (včasný záchyt např. pomocí strukturovaného dotazník AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test). Realizovat krátké intervence s cílem snížit rizikový a škodlivý příjem alkoholu zejména v primární zdravotní péči.
- Zavedení komplexní strategie pro prevenci, léčbu a péči o osoby s abúzem alkoholu.
- Zvýšit dostupnost léčebných služeb pro skupiny s nízkým socioekonomickým statusem.

Vědecké důkazy jasně hovoří ve prospěch programů časného záchytu problému a krátkých intervencí v zařízeních primární péče zaměřených na osoby ohrožené nadměrnou konzumací alkoholu. Krátké psychosociální intervence byly také hodnoceny jako nákladově efektivní intervence při prevenci neinfekčních nemocí (WHO, 2021).

Intervence: Prosazování zákazů nebo komplexní omezení reklamy, sponzorství a propagace alkoholu.

- Zákaz nebo omezení reklam na alkohol vytvořením regulačních nebo koregulačních rámců, nejlépe s legislativním základem. Zavedení dalších opatření, zaměřených zejména na eliminaci marketingu a reklamy alkoholických výrobků pro nezletilé.
- Vyvinout účinný systém dozoru nad uváděním alkoholických výrobků na trh.
- Zavést účinné správní systémy zabývající se porušení marketingových omezení.

Alkohol se prodává prostřednictvím stále sofistikovanějších reklamních a propagačních technik, které zahrnují propojení značek alkoholu se sportovními a kulturními aktivitami. Objevují se nové marketingové techniky (např. e-maily, podcasty, sociální média a další komunikační techniky), které cílí na potenciální uživatele alkoholu. Omezení reklamy je vysoce nákladově efektivní intervence s velkým přínosem v prevenci neinfekčních nemocí. Realizace intervencí tohoto typu jsou finančně nenáročné s velkými přínosy v oblasti zdraví. Zákazy a omezení reklamy na alkohol mají potenciál být podstatně efektivnější než individuální zásahy, které jsou daleko více časově i finančně náročnější (WHO, 2019).

Intervence: Zvyšování ceny alkoholu prostřednictvím spotřebních daní a cenové politiky.

- Zavedení systému zvláštního vnitrostátního zdanění alkoholu.
- Zvyšování spotřebních daní z alkoholických nápojů a pravidelná kontrola cen ve vztahu k úrovni inflace a příjmu.
- Zákaz nebo omezení používání přímých a nepřímých cenových akcí, diskontní prodej, prodej pod cenou a paušální sazby pro neomezenou konzumaci alkoholu nebo jiné typy objemového prodeje.
- Případně stanovení minimálních cen alkoholu.
- Poskytování investičních pobídek pro nealkoholické nápoje (investiční pobídka se poskytuje především ve formě slevy na dani z příjmu, nebo v určitých případech v podobě dotace).
- Snížení nebo zastavení dotací hospodářským subjektům v oblasti alkoholu.

Ze všech politických opatření v oblasti alkoholu existují nejsilnější důkazy o tom, že ceny alkoholu mají vliv na konzumaci alkoholu a škody související s nadměrným užíváním alkoholu. Pokud jsou ceny jiného zboží udržovány konstantní, vede růst cen alkoholu ke snížení spotřeby alkoholu, a naopak. Zároveň může zvýšení daní vytvářet příjmy pro stát. Taktéž se jedná o vysoce nákladově efektivní intervenci v oblasti prevence neinfekčních onemocnění (WHO, 2021).

Omezením reklamy na alkoholické nápoje se na evropské úrovni zabývá dokument „Marketing alkoholických nápojů v Evropském regionu WHO“ a cenovou politikou alkoholických nápojů dále publikace „Ceny alkoholických nápojů v Evropském regionu WHO“. Oba dokumenty vydal v roce 2020 Regionální úřad WHO pro Evropu. Co se týče reklam na alkoholické nápoje, souvislost mezi expozicí marketingu alkoholu a úrovní konzumace a poškození alkoholem potvrzuje systematické review autorů Jernigan et al. Do výzkumu bylo zařazeno dvanáct studií po devíti jedinečných kohortách, zahrnujících 35 219 účastníků z Evropy, Asie a Severní Ameriky. Všechny 12 studií našlo důkazy o souvislosti mezi úrovní marketingové expozice a úrovní konzumace alkoholu u mládeže. Některé zjistily významnou souvislost mezi expozicí mládeže reklamám na alkohol a zahájením užívání alkoholu a existovala i jasná souvislost mezi vystavením se reklamě a následným nadměrným nebo nebezpečným pitím. Odhaduje se, že celkové výdaje na marketing šesti největších společností v roce 2017 činily 17,7 miliard USD (Jernigan et al., 2017). Nejmladší uživatele lze oslovit prostřednictvím sociálních platform, kde marketing spojuje s populárními hrami, blogery a influencery (známými osobnostmi na sociálních sítích). Problém je, že mladí uživatelé často nedokážou vyhodnotit hrozbu spojenou s konzumací alkoholických nápojů, navíc si alkohol spojují s určitým životním stylem či známou osobou. Je zřejmé, že je nutné neprodleně jednat, protože stávající právní předpisy a kodexy chování neodpovídají měnící se povaze reklamních metod používaných v komerčním sektoru (WHO, 2021).

Regulací cen alkoholu se zabývá druhý z výše jmenovaných dokumentů, „Ceny alkoholických nápojů v Evropském regionu WHO“, který zdůrazňuje, že náklady politických opatření s cílem regulovat cenu alkoholu jsou obvykle extrémně nízké (WHO, 2020). Nedávná studie odhaduje, že náklady na zvýšení zdanění budou nižší než 0,10 USD na obyvatele. Z tohoto důvodu se tyto politické kroky považují za vysoce nákladově efektivní, zejména pokud je zohledněna úspora nákladů na zdravotní péči a další veřejné služby (Chisholm et al., 2018). Jak je avizováno výše, snaha členských států zavést tato

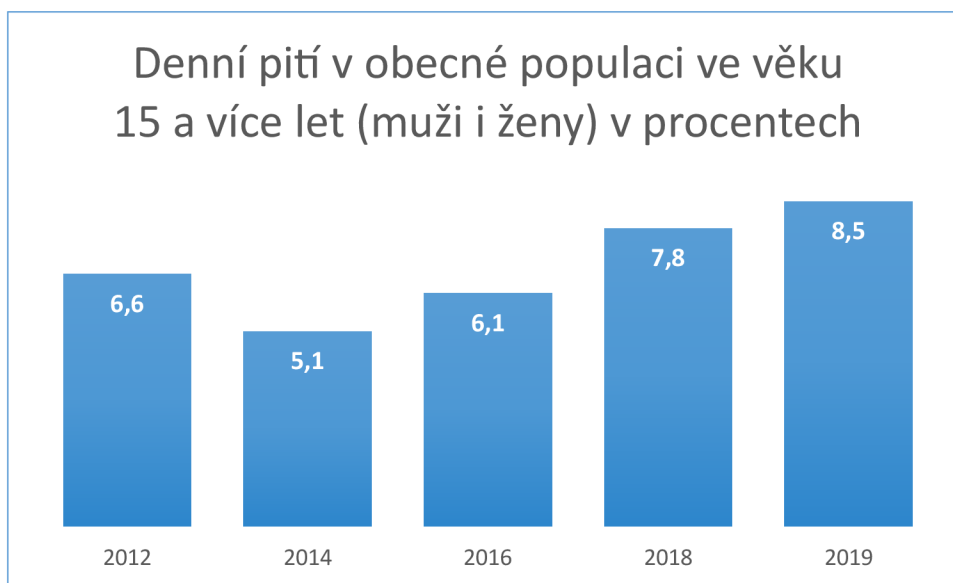
„Best buys“ vysoce nákladově efektivní opatření často oslabují obchodní dohody, ekonomické zájmy nebo přeshraniční problémy a aktuální stav jejich implementace je v jednotlivých státech evropského regionu různý (WHO, 2020).

V budoucnu bude Regionální kancelář WHO, spolu se svými spolupracujícími centry, i nadále hrát vedoucí úlohu při koordinaci evropské reakce na konkrétní výzvy v souvislosti s řešením škod způsobených alkoholem. WHO bude dále podporovat implementaci Akčního plánu pro snížení škod způsobených alkoholem na globální i evropské úrovni. Regionální úřad bude usilovat o pravidelnou komunikaci s členskými státy o nových poznatcích z realizace politických opatření v oblasti konzumace alkoholu. Dále vytvoří systém dokumentace, shromažďování a šíření praktických zkušeností jednotlivých zemí s prováděním politických kroků v oblasti alkoholu (WHO, 2012).

4.3 Analýza ukazatelů – škodlivé užívání alkoholu v České republice

V České republice alkohol zapříčiňuje přibližně 6 % úmrtí, což je asi 6 500 osob ročně. Více než 1,5 mil. (17–20 %) dospělých osob v ČR pije rizikově, z toho dokonce více než půl milionu (5–8 %) dospělých osob pije alkohol v takové míře, že má výrazné škodlivé dopady na jejich fyzické i psychické zdraví (Úřad vlády České republiky, © 2015). V Národním výzkumu užívání tabáku a alkoholu, který realizoval SZÚ v roce 2019, byla odhadnuta celková roční spotřeba alkoholu na 7,7 litrů na osobu (ve srovnání s 6,8 l v r. 2016 a 7,4 l v r. 2018). Dále výsledky studie ukazují, že v roce 2019 pilo alkohol denně, nebo téměř denně, celkem 8,5 % zkoumaného vzorku populace (12,7 % mužů a 4,6 % žen), od roku 2014 lze pozorovat nárůst prevalence denní konzumace alkoholu u mužů i u žen, viz graf 7 (Csémy et al., 2019).

Graf 7 Každodenní pití v obecné populaci ve věku 15 a více let (muži i ženy), vyjádřeno v procentech

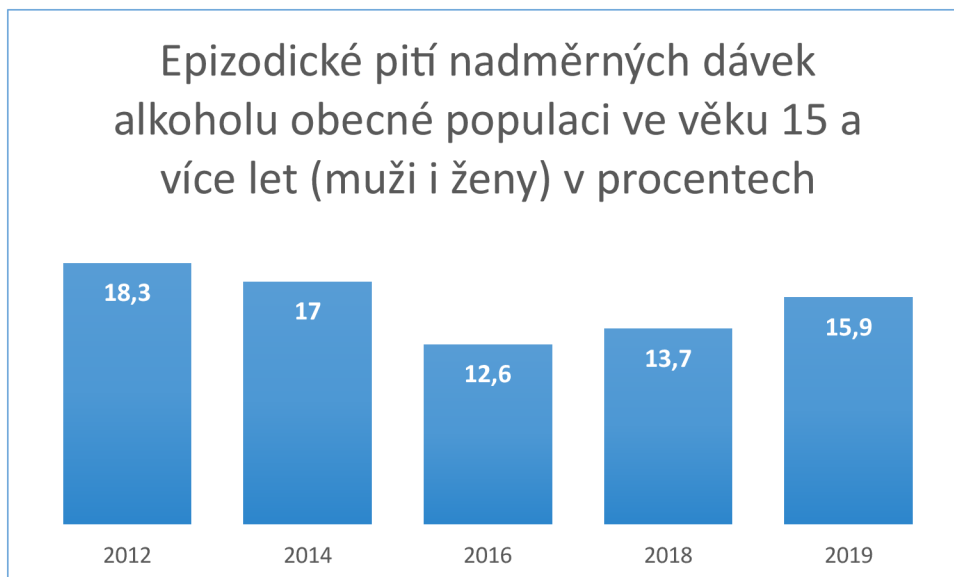


Zdroj: Csémy et al., 2019

Na grafu 8 lze pozorovat vývoj epizodického pití v obecné dospělé populaci ČR. Časté pití nadměrných dávek alkoholu je v tomto výzkumu definované jako příjem 60 a více gramů alkoholu při jedné příležitosti s četností alespoň jednou týdně a častěji. Dle výsledků studie se v roce 2019 objevilo epizodické pití celkem u 15,9 % dotázaných.

Nejvyšší výskyt byl zaznamenán ve věkové skupině 25–44 let a již od roku 2016 prevalence častého pití nadměrných dávek alkoholu roste (Csémy et al., 2019).

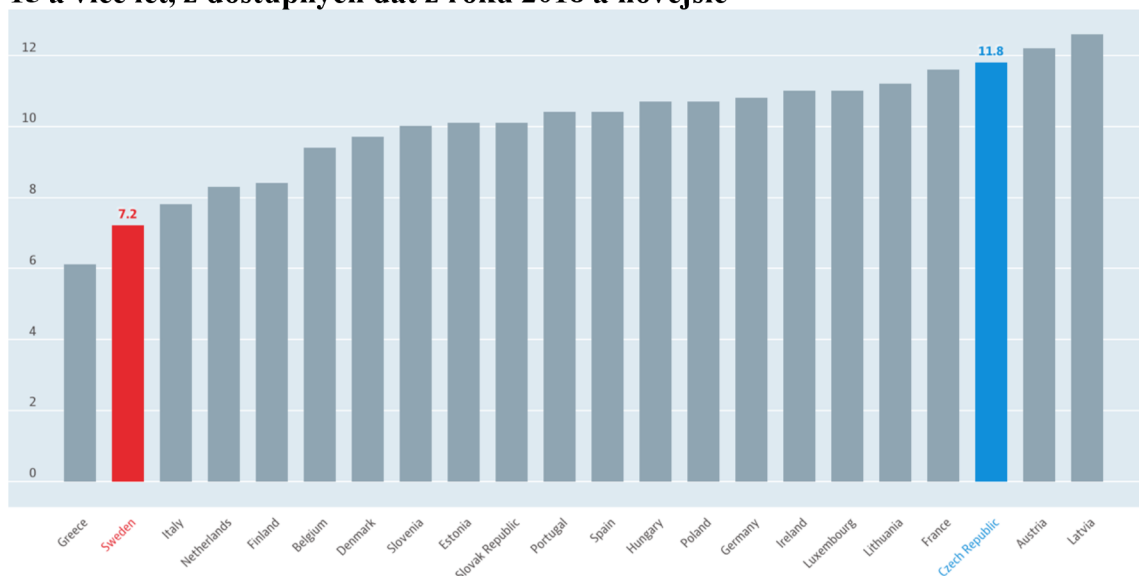
Graf 8 Epizodické pití nadměrných dávek alkoholu v obecné populaci ve věku 15 a více let (muži i ženy), vyjádřeno v procentech



Zdroj: Csémy et al., 2019

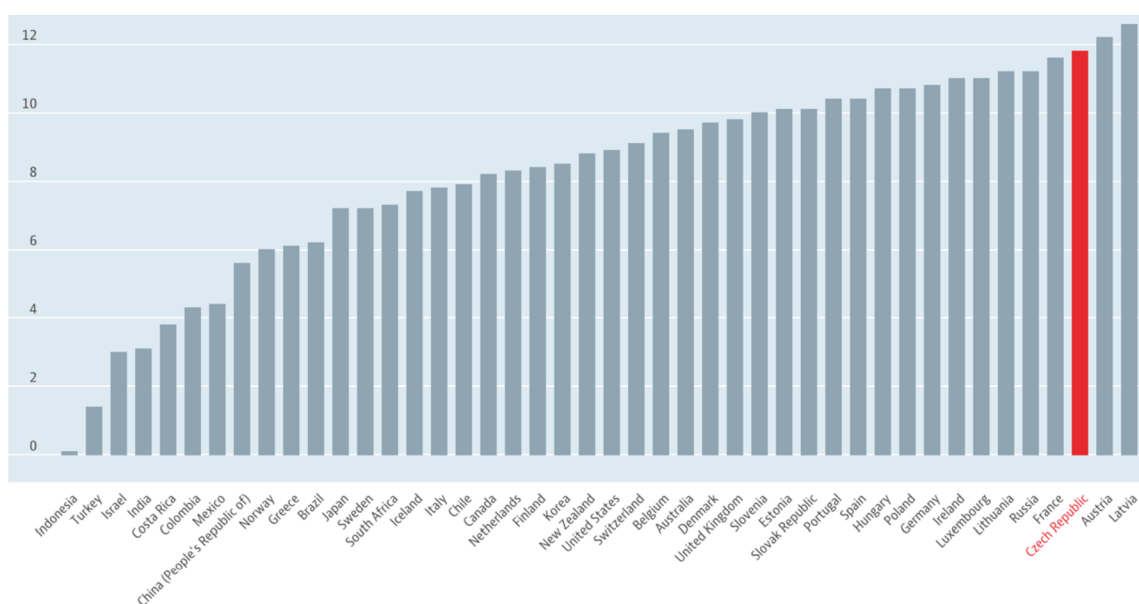
Spotřeba alkoholu na osobu v ČR je dlouhodobě vysoká, podle dat OECD obsazuje tuzemsko přední příčky ve spotřebě litrů čistého lihu na osobu v Evropě, dokonce i celosvětově. Ve srovnání se Švédskem, kde je spotřeba alkoholu dlouhodobě stabilně jedna z nejnižších, se jedná o rozdíl celkem 4,6 litru na osobu.

Graf 9 Spotřeba alkoholu v EU – celkem v litrech čistého lihu na obyvatele ve věku 15 a více let, z dostupných dat z roku 2018 a novějších



Zdroj: OECD, 2021

Graf 10 Spotřeba alkoholu v celosvětově – celkem v litrech čistého lihu na obyvatele ve věku 15 a více let, z dostupných dat z roku 2018 a novějších



Zdroj: OECD, 2021

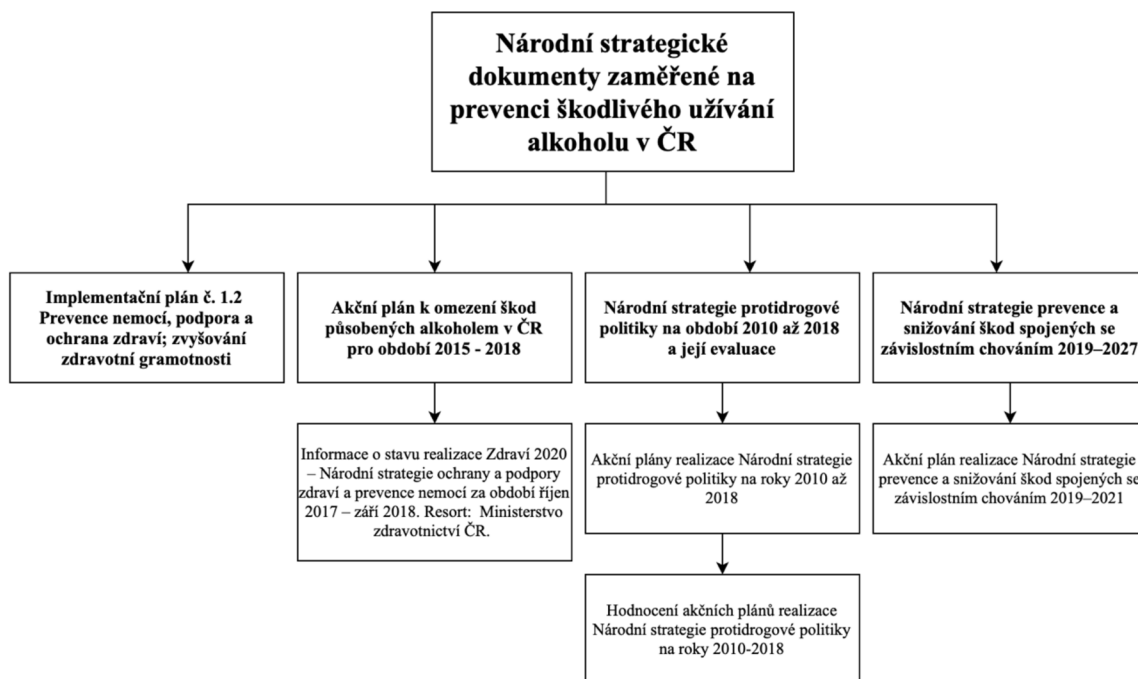
V roce 2018 zemřelo v ČR na onemocnění jater způsobené alkoholem 1 097 mužů a 422 žen. I přes pokrok v léčbě od roku 1994 počet úmrtí na tuto diagnózu stabilně stoupá. Náklady zdravotních pojišťoven na léčbu v souvislosti s touto diagnózou se odhadují minimálně na jednu miliardu korun ročně (Vláda ČR, © 2021).

4.4 Analýza dokumentů zaměřených na prevenci škod způsobených alkoholem v České republice

V České republice je politika v oblasti závislostí realizována na národní, krajské a místní úrovni. ČR se však zároveň intenzivně zapojuje do mezinárodní spolupráce v oblasti řešení této problematiky (Úřad vlády České republiky, © 2015). Odpovědnost za tvorbu a naplňování protidrogové politiky v České republice nese vláda. Realizaci a koordinaci protidrogové politiky na národní i lokální úrovni upravuje zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Koordinačním a poradním orgánem v otázkách protidrogové politiky je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, která má v současné době 19 členů (Úřad vlády České republiky, © 2020). Její hlavní náplní je vytváření národní strategie protidrogové politiky, akčních plánů a koordinace z nich vycházejících aktivit na meziresortní a mezioborové úrovni (Úřad vlády České republiky, © 2015). Předsedou Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky je předseda vlády a členové rady jsou ministři, zmocněnec vlády pro lidská práva, zástupci z odborné veřejnosti a neziskového sektoru. Vláda ČR taktéž zřídila funkci národního koordinátora pro protidrogovou politiku, kterým je v současné době Mgr. Jarmila Vedralová. Zároveň fungují ve všech krajích krajští protidrogový koordinátoři (KPK). Výjimkou je Moravskoslezský kraj, zde tuto funkci dlouhodobě zastává referent pro sociální služby tamního krajského úřadu (Úřad vlády České republiky, © 2020).

Vláda ČR ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví, a dalšími resorty, publikuje řadu dokumentů s cílem snížit škody způsobené nadměrným užíváním alkoholu v České republice. Výčet tuzemských strategických dokumentů je přehledně znázorněn na obrázku 6.

Obrázek 8 Přehled národních strategických dokumentů zaměřených na prevenci škodlivého užívání alkoholu v České republice



Jedním ze stěžejních strategických dokumentů v oblasti řešení problematiky škod způsobených alkoholem je Akční plán k omezení škod působených alkoholem pro období 2015–2018. Byl přijat spolu s ostatními akčními plány k realizaci Zdraví 2020 v roce 2015 (MZČR, 2021). Bere na vědomí výstupy publikované na úrovni mezinárodních organizací a institucí a je postaven na prioritách Světové zdravotnické organizace (WHO) v problematice škodlivého užívání alkoholu. Navrhuje pro ČR opatření, která doporučuje WHO jako efektivní ke snížení škod způsobených alkoholem. Tato opatření jsou předmětem Globální strategie pro omezování škodlivého užívání alkoholu a na evropské úrovni Evropského akčního plánu pro snížení škodlivého užívání alkoholu 2012–2020. Jedná se o první specificky zaměřený národním dokument, jenž reaguje na alarmující spotřebu alkoholu v české populaci, a to hlavně u dětí a mladistvých. Tento plán je nástrojem k realizaci Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 a nástrojem pro omezení škod způsobených alkoholem. Obsahuje soubor možných opatření založených na důkazech, s účelem snížit spotřebu alkoholu v České republice. Vybrané preventivní intervence v oblasti alkoholu byly povětšinou prováděny izolovaně, pouze s omezenými vzájemnými vazbami mezi institucemi, nedostatečnou meziřesortní diskusí a finančním zajištěním (MZČR, 2015). Akční plán nastavuje střednědobé cíle, které mají přispět k ochraně před negativními zdravotními, sociálními a ekonomickými

dopady nadměrného užívání alkoholu obyvatel České republiky (MZČR, 2021). Zajištění a koordinaci při naplňování tohoto akčního plánu zajišťuje primárně Meziresortní pracovní skupina pro snížení škod působených alkoholem (MPS SPA) při MZČR. Tato odborná skupina je poradním orgánem ministra zdravotnictví a zároveň součástí Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Akční plán k omezení škod působených alkoholem předpokládá finanční plnění v celkové výši 382 mil. Kč v období 2015–2020. Plnění by mělo být zajištěno z finančních prostředků ze státního rozpočtu, dále z prostředků Evropských strukturálních a investičních fondů, především z Operačního programu Zaměstnanost – specifického cíle 2.2., nebo prostřednictvím jiných dotačních programů ESIF.

Akční plán 2015–2018 pro oblast alkoholu obsahuje hlavní cíl snížit spotřebu alkoholu a škody působené alkoholem v populaci o 10 % do roku 2025.

K dosažení hlavního cíle jsou v akčním plánu stanoveny čtyři dílčí cíle:

- Dílčí cíl č. 1: Snížit prevalenci užívání alkoholu u dětí a mladistvých o 3,5 % do roku 2018, o 5 % do roku 2020. Dále do roku 2020 posunout věkovou hranici první zkušenosti s alkoholem o 3 roky.
- Dílčí cíl č. 2: Snížit spotřebu alkoholických nápojů u dospělých osob o 3,5 %, spotřeby čistého lihu na osobu do roku 2018 a o 5 % spotřeby čistého lihu na osobu do roku 2020
- Dílčí cíl č. 4: Snížit rizika vyplývající z užívání alkoholu.
- Dílčí cíl č. 4: Zajistit další opatření nezbytné pro realizaci protidrogové politiky v oblasti alkoholu.

Některé formulace cílů jsou poměrně obecné, a proto může být jejich hodnocení obtížné. Vyhodnocením jejich plnění se zabývá dokument s názvem Souhrnná závěrečná zpráva o plnění Akčního plánu k omezení škod působených alkoholem v České republice pro období 2015–2018 (MZČR, 2015). Dle závěrečné zprávy se povedlo dílčí cíl č. 1 naplnit pouze částečně. Situace ohledně užívání alkoholu u dětí a mládeže ovšem zůstává i nadále znepokojivá. Podle studie ESPAD realizované v roce 2019 mají první zkušenost s alkoholem děti nejčastěji ve věku 14 let. V posledních letech výrazně poklesl podíl studentů s brzkou zkušeností s alkoholem. V roce 2007 uvádělo zkušenost s vypitím sklenice alkoholu před 14. narozeninami celkem 75 % 16tiletých studentů, v roce 2015

celkem 69 % studentů, v roce 2019 poté 42,2 %. Ze srovnání výsledků této studie z období 2011–2019 vyplývá, že mezi lety 2011 a 2015 došlo k výraznému poklesu konzumace alkoholu u 16letých, snížila se prevalence konzumace alkoholu v období posledních 12 měsíců a posledních 30 dnech i výskyt rizikové konzumace alkoholu. Mezi roky 2015 a 2019 došlo k dalšímu poklesu, ale již ne tak významnému, jako v předchozím období (MZČR, 2021). Co se týče dílčího cíle č. 2, toho se dosáhnout nepodařilo. Ze srovnání výsledků národního výzkumu užívání tabáku a alkoholu v ČR realizovaným SZÚ z let 2012 až 2019 vyplývá, že ve většině ukazatelů spotřeby alkoholu se neobjevily statisticky významné rozdíly. Je možno konstatovat, že se jedná spíše o stabilizovanou situaci a zjištěné odchylky lze vykládat jako náhodná kolísání (Csémy et al., 2019, Sovinová, Csémy, 2012). Dílčí cíl č. 3 nelze objektivně vyhodnotit, jeho formulace je příliš obecná a problémem také je, že zdravotní a sociální dopady způsobené alkoholem nejsou v ČR dostatečně systematicky sledovány. Dílčí cíl č. 4 taktéž nebyl v závěrečné zprávě o plnění akčního plánu celkově hodnocen, bylo hodnoceno pouze plnění dílčích aktivit (MZČR, 2021).

V oblasti snižování škod způsobených alkoholem bylo mimo jiné v akčním plánu navrženo několik primárně preventivních opatření. Jedním z nich je vytvoření a realizace kontinuálního preventivního programu pro mladší 18 let, realizace osvětové kampaně pro obecnou populaci a rizikové skupiny v celorepublikovém rozsahu. Provádění krátkých intervencí v praxi – v současné době jsou všichni zdravotničtí pracovníci povinni provádět krátkou intervenci u všech pacientů. Co se týče celostátní osvětové kampaně, Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT) realizaci preventivní kampaně zaměřené na děti a mládež ze sociálně znevýhodněného prostředí odmítlo. Překážkou jsou mimo jiné náklady na kampaň ve výši až 40 mil. Kč nad rámec rozpočtu MŠMT, které disponuje cca 20 mil. Kč na celou oblast primární prevence rizikového chování. Na plnění aktivit a úkolů akčního plánu neobdrželo žádné další finanční prostředky ze zdrojů EU, jak bylo při vzniku plánu přislíbeno. Zároveň MŠMT upozornilo, že kampaň nepovažuje za efektivní nástroj primární prevence rizikového chování. Preferuje spíše dlouhodobé, kontinuální programy realizované podle standardů primární prevence. Za podpory MZČR je dále provozován informační portál www.alkoholpodkontrolou.cz. V lednu 2019 byly také spuštěny stránky alkohol-skodi.cz, které jsou vstupní bránou při vyhledávání informací o negativních důsledcích nadměrného užívání alkoholu na zdraví pro obecnou populaci i rizikové skupiny. Dalším opatřením pro řešení škod způsobených alkoholem je využívání krátkých

intervencí v praxi. Vzhledem k tomu, že pojišťovna tento typ intervence nehonoruje, je míra realizace v praxi nízká (MZČR, 2021).

Z výše uvedeného obecného vyhodnocení vyplývá, že se nepodařilo všechny dílčí cíle a aktivity Akčního plánu 2015–2018 pro oblast alkoholu naplnit. Některé nesplněné aktivity a cíle byly proto zakomponovány do Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 a z ní vyplývajícího Akčního plánu realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2021. Částečně je problematika zahrnuta také v rámci Strategického rámce Zdraví 2030, konkrétně v některých implementačních plánech (MZČR, © 2021).

Dalším stěžejním dokumentem v oblasti snižování škod způsobených alkoholem je strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018, která byla schválena v roce 2010. Jedná se o aktualizované pokračování předcházející strategie na období 2005 až 2009. Její zpracování proběhlo na základě zhodnocení úspěšnosti předchozí strategie. První revize byla schválena v roce 2014, druhá v roce 2016. Evaluace byla publikována v roce 2019, předmětem evaluace byly také jednotlivé akční plány pro oblast nelegálních návykových látek, alkoholu, tabáku a hazardního hraní (Vláda České republiky, © 2021).

V návaznosti na Národní strategii protidrogové politiky 2010–2018 byl v roce 2015 schválen Akční plán k omezení škod působených alkoholem v ČR pro období 2015 až 2018, jehož zhodnocení úspěšnosti je popsáno výše (Vláda České republiky, 2019).

Navazujícím strategickým dokumentem je Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027, kterou vláda ČR schválila v roce 2019. Při tvorbě strategie byly zakomponovány závěry z vyhodnocení úspěšnosti strategie předešlé a současné výstupy vědeckého poznání z oblasti závislostního chování. Jako u předchozí strategie se jedná o dlouhodobý strategický dokument na období 9 let (Vláda České republiky, © 2021). Národní politika v oblasti závislostí a aktivity realizované v tomto směru jsou založeny na důkazech, nebo jsou prováděny v souladu s dobrou praxí. Vychází z analýzy aktuální situace, identifikovaných problémů, potřeb a priorit. Tyto aktivity jsou důsledně monitorovány, vyhodnocuje se jejich účinnost a efekt na snížení rizikového chování, případně jsou přizpůsobovány novým trendům v oblasti závislostí, veřejného zdraví a vědeckých poznatků o jejich řešení (Úřad vlády České republiky, 2019). V oblasti prevence národní strategie stanovuje několik cílů:

- Jasně vymezení rolí jednotlivých subjektů zasahujících do systému prevence rizikového chování v oblasti závislostí.

- Zvýšení zdravotní a právní gramotnosti o negativních účincích a rizicích legálních i nelegálních návykových látek.
- Destigmatizace uživatelů návykových látek a s tím souvisejících duševních poruch, včetně prevence sociálního vyloučení.
- Podpora sestupného trendu v míře užívání návykových látek dětí a mladistvých a zjištění souvisejících faktorů. Posun prvního kontaktu s návykovou látkou do vyššího věku.
- Podpora snižujícího se závislostního chování v dospělé populaci.
- Realizace a zlepšení finančního zajištění efektivních programů primární prevence zaměřených hlavně na děti a mládež, včetně programů zaměřených na specifické populační skupiny, např. osoby ohrožené sociálním vyloučením.
- Zvýšení dostupnosti screeningu, včasné diagnostiky a krátkých intervencí v oblasti závislostního chování v praxi.

Konkrétním aktivitám s cílem snížit škody způsobené závislostním chováním se podrobněji věnuje Akční plán: realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2021. Akční plán se zaměřuje zejména na oblasti užívání návykových látek, ale věnuje se také problematice hazardního hraní a dalším nelátkovým závislostem. Za návykové látky se v akčním plánu považuje alkohol, tabák (nikotin), nelegální návykové látky a léčivé přípravky s obsahem psychoaktivních látek (Úřad vlády České republiky, 2019). Oblasti primární prevence se z akčního plánu věnuje prioritě č. 1 Posílení prevence a zvýšení informovanosti. Tato priorita obsahuje čtyři specifické cíle, které byly stanoveny na základě vyhodnocení situace v ČR. Jejich znění je následující:

- Zvýšit informovanost veřejnosti v oblasti vzniku závislostního chování, negativních dopadů a rizik užívání návykových látek.
- Zvýšit počet a dostupnost efektivních programů primární prevence.
- Rozšířit realizaci screeningu, včasné diagnostiky a krátké intervence.
- Posílit systémové zajištění primární prevence.

(Úřad vlády ČR, © 2015).

Ke specifickým cílům se vztahují indikátory dosažení cílů, jež umožňují poznat efektivitu zvolených forem naplňování cílů. Dle akčního plánu by k naplnění specifických

cílů měly být realizovány aktivity, jako realizace preventivních, informačních a osvětových kampaní s cílem zvýšit informovanost obyvatel ČR z oblasti užívání návykových látek, které v tuzemsku doposud nebyly systémově realizovány. Dále zvýšení dostupnosti certifikovaných programů primární prevence a jasné stanovení rolí a odpovědnosti jednotlivých resortů v této oblasti. S tím souvisí i úprava pracovních podmínek ve smyslu snížení kontaktní výuky metodikům prevence tak, aby vznikl prostor pro zajištění realizace primárně preventivních aktivit ve školách. Taktéž je třeba podporovat sestupný trend v míře užívání návykových látek a v neposlední řadě zajistit realizaci krátkých intervencí zdravotnickými pracovníky v praxi. Míra naplnění cílů v oblasti primární prevence a zvýšení informovanosti se odvíjí od získání finančních prostředků. Zejména realizace preventivních, informačních a osvětových kampaní a dalších aktivit zaměřených na zvýšení informovanosti je finančně náročná a jednotlivé resorty na ně nemají vyhrazeny prostředky ve svém rozpočtu. Zde se jedná o navýšení dotačních titulů o zhruba 28,2 mil. Kč, pro oblast primární prevence (zvýšení dostupnosti efektivních programů prevence) jde o zhruba 47,5 mil. Kč (Úřad vlády České republiky, 2019).

Oblast závislostního chování je velice komplexní a souvisí s několika dalšími sférami veřejné politiky, které mají vlastní strategické dokumenty. Problematika škod způsobených alkoholem je taktéž součástí dokumentu Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 (Zdraví 2030). Podrobněji je problematika rozvedena v Implementačním plánu č. 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti (Zdraví 2030, 2019). Konkrétně je obsahem dílčího cíle č. 1.2.3 s názvem Prevence užívání návykových látek, realizace screeningu, časné diagnostiky a krátké intervence v oblasti závislostního chování. Implementační plán v této oblasti navrhuje podporu realizace aktivit a programů v oblasti primární prevence s cílem snížení užívání tabáku a nikotinu, rizikové konzumace alkoholu a ostatních návykových látek u obyvatel ČR. Dále podporuje meziresortní spolupráci a medializaci této problematiky. Realizace je plánovaná od roku 2021 do roku 2030, přičemž hlavním organizátorem aktivit je Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci se SZÚ, Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), Klinikou adiktologie 1. LF UK (1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy), MŠMT a řadou dalších zainteresovaných subjektů (MZČR, 2020).

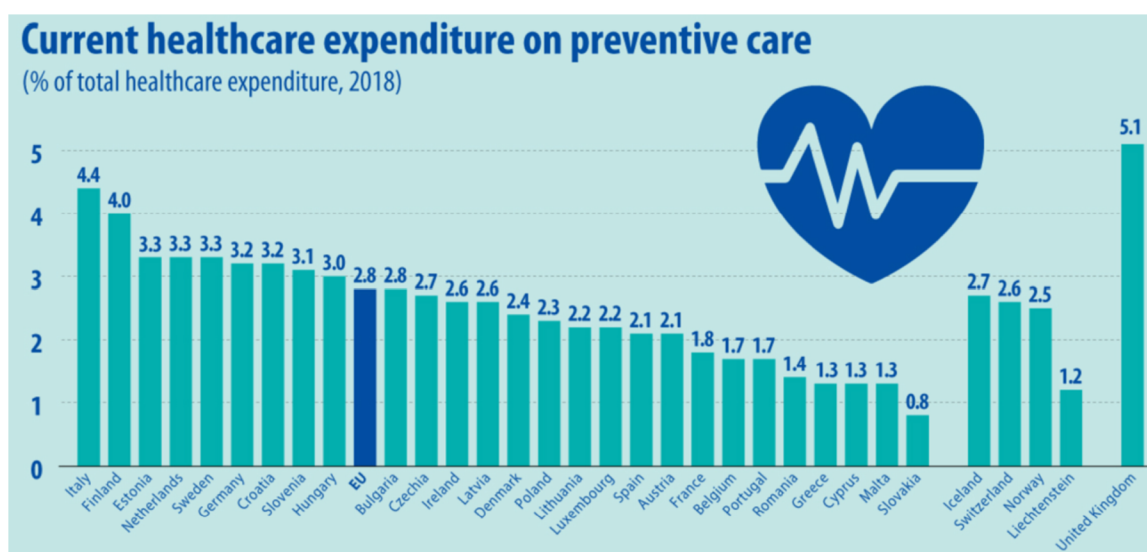
4.4.1 Současný stav primární prevence v České republice

Primární prevenci je rozhodně potřeba v České republice posílit. Zejména v oblastech, jako obezita, nezdravý způsob života, kouření, škodlivé užívání alkoholu aj. Jak je popsáno v kapitole č. 3.8 Efektivita primární prevence, návratnost primárně preventivních intervencí nemusí být krátkodobá, proto je potřeba vytvořit v tuzemsku dlouhodobý plán investic v této oblasti. Co se týče infekčních nemocí, výsledky je možné pozorovat v řádech několika málo let v souvislosti se stavem proočkovanosti populace. U neinfekčních nemocí je situace poměrně složitější, zde mohou být přínosy viditelné později v horizontu několika let. Ovšem je nutno podotknout, že je potřebné, aby se vláda tvorbou strategických opatření v prevenci vážných onemocnění zabývala, protože je zde z dlouhodobého hlediska vidina významných úspor nákladů na zdravotní péči (MZČR, © 2021). Primární prevence nemocí je účinný a nákladově efektivní nástroj pro zlepšování zdraví české populace, zlepšování efektivity zdravotnického systému, a případně s tím související zvyšování zaměstnanosti obyvatel. I přes tuto argumentaci stále není ve zdravotních politických opatřeních ČR dostatečně využívána. I z tohoto důvodu se jejím vývojem podrobněji zabývá specifický cíl 1.2 Implementačním plánu č. 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti, který tuto situaci plánuje v příštích deseti letech zlepšit. Z implementačního plánu vyplývá, že má dojít k tvorbě komplexní soustavy opatření a programů ochrany a podpory zdraví. Jeho plnění má přispět k rozšíření nástrojů pro boj s infekčními i neinfekčními onemocněními, dále ke zvýšení zdravotní gramotnosti v populaci a snadnějšímu přístupu k cíleným a efektivním programům prevence. Následkem těchto opatření má dojít k prodloužení života obyvatel ČR ve zdraví (MZČR, 2020).

Výše zmíněné fakty potvrzuje také analytická studie, která je přílohou Strategického rámce Zdraví 2030 a jednoznačně dokládá trvalé rezervy v investicích do zdraví v ochraně veřejného zdraví a prevenci nemocí (MZČR, © 2021). Mortalita na preventabilní nemoci je v ČR výrazně vyšší, než je průměr EU, což reflektuje stále nižší očekávaná délka života a stagnace jejího růstu v posledních letech. Proto je právě prevence vhodným a klíčovým nástrojem pro zlepšování zdraví české populace. Aby byl zřetelný efekt prevence a ochrany veřejného zdraví, je potřeba posílit financování těchto sfér. V současné době je podíl veřejných výdajů na prevenci (nejen primární) na celkových veřejných výdajích na zdraví pouhých 2,7 %. Strategický rámec Zdraví 2030 si klade za cíl zvýšit podíl výdajů na prevenci na hodnotu 4,5 % do roku 2030 (Zdraví 2030, 2019).

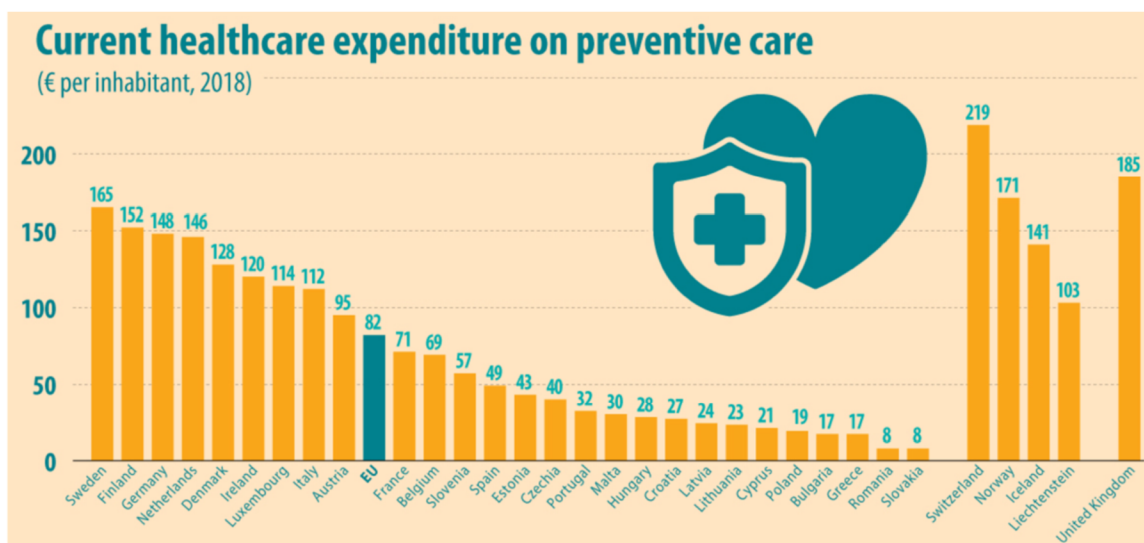
V roce 2018 dosáhly výdaje na zdravotnictví 430,9 mld. Kč. Podle dostupných dat z rámce Zdraví 2030 byl podíl výdajů na prevenci na celkových výdajích 2,7 %, to znamená, že se jedná o zhruba 11,6 mld. Kč. Pokud by hypoteticky vzato zůstaly výdaje na zdravotnictví stejné a cíl strategického rámce by byl splněn, v roce 2030 by podíl výdajů na prevenci v celkových výdajích dosáhl 19,4 mld. Kč (ČSÚ, 2020). Tento scénář je spíše nepravděpodobný, zejména z důvodu stárnutí populace a nárůstu chronických nemocí. To potvrzuje i ředitel ÚZIS ČR Ladislav Dušek, který v roce 2019 konstatoval, že by náklady na zdravotnictví mohly do deseti let vzrůst až o 150 miliard korun. To by znamenalo podíl výdajů na prevenci 26,2 mld. Kč, což je více než dvojnásobek z roku 2018 (ÚNRR, © 2021). Jak lze pozorovat na grafu 12, v poměru k počtu obyvatel byly výdaje na preventivní péči mezi členskými státy EU v roce 2018 nejvyšší ve Švédsku (165 € na obyvatele), Finsku (152 €), Německu (148 €) a Nizozemsku (146 €), pro srovnání v ČR se jednalo o 43 € na osobu. V době pandemie viru covid-19 je zajímavé vědět, kolik se celkem vynakládá na preventivní péči, jejímž cílem je zabránit nebo snížit počet nemocí, které jsou z velké části následkem komplikací tohoto onemocnění. To reflektuje graf 11, v průměru v EU představovaly veřejné a soukromé výdaje na preventivní péči v roce 2018 2,8 % celkových výdajů na zdravotnictví, přičemž nejvyšší podíl byl zaznamenán v Itálii (4,4 %) a Finsku (4,0 %). V ČR se jednalo o 2,7 % (EUROSTAT, © 2021).

Graf 11 Současné výdaje na zdravotní péči v oblasti preventivní péče v Evropském regionu (podíl na celkových veřejných výdajích na zdravotnictví v %, 2018)



Zdroj: EUROSTAT, 2021

Graf 12 Současné výdaje na zdravotní péči v oblasti preventivní péče v Evropském regionu (v € na osobu, 2018)



Zdroj: EUROSTAT, 2021

Cílem Implementačního plánu č. 1.2 strategického rámce Zdraví 2030 je mimo jiné snížit podíl osob s rizikovou konzumací alkoholu v ČR ze současných 14,9 % na 7,5 % do roku 2030 (MZČR, 2020). Do rozpočtu Úřadu Vlády ČR na rok 2020 byly na dotační řízení na protidrogové programy převedeny finanční prostředky z ministerstva spravedlnosti (8 mil. Kč), ministerstva zdravotnictví (25 mil. Kč) a ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (8,5 mil. Kč.) Ministerstvo zdravotnictví poskytlo 30,1 mil. Kč na protidrogovou politiku, část financí byla také určena na preventivní projekty a aktivity akčních plánů pro oblast kontroly tabáku a omezení škod působených alkoholem. MŠMT vyčlenilo v roce 2019 19,0 mil. Kč na podporu 40 projektů v oblasti protidrogové prevence. V tomto roce dosáhly výdaje na politiku v oblasti závislostí souhrnně celkem 2071,6 mil. Kč. Oproti roku 2018 klesly o 41,7 mil. Kč, z toho ze státního rozpočtu o 16,2 mil. Kč (Vláda České republiky, 2020).

4.4.2 Primárně preventivní programy realizované v ČR zaměřené na prevenci závislostního chování ve školní populaci

Situaci v oblasti primární prevence rizikového chování ve školní populaci hodnotí Výroční zpráva o činnosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky za rok 2019.

Dle dostupných dat roste kvalita a dostupnost programů primární prevence rizikového chování realizovaných ve školách. Ovšem jejich kvalita a rozsah realizace jsou mezi regiony poměrně rozdílné (Vláda České republiky, 2020). Systém prevence rizikového chování ve školství koordinuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Stěžejním strategickým dokumentem v této oblasti je Národní strategie prevence rizikového chování na období 2019–2027, včetně jejích akčních plánů (Vláda České republiky, 2020). Existuje již řada klíčových systémových elementů, jako jsou systém certifikací, metodici prevence v pedagogicko-psychologických poradnách, školní metodici prevence, dále také preventivní program školy, systém výkaznictví aj. Přesto je nutné, aby na funkčnost a koordinaci tohoto zavedeného systému dohlíželo MŠMT, které by mělo zajišťovat mimo jiné implementaci systémových nástrojů a ověřených programů v praxi (Vláda České republiky, 2019). V posledních letech trend užívání návykových látek mezi dětmi a mládeží klesá, užívání alkoholu však stále patří mezi nejrozšířenější rizikové chování dospívajících v České republice. Faktory ovlivňující aktuální klesající trend zůstávají systematicky nezmapovány a vlivy, jež působí preventivně na děti a mládež, zůstávají neodhaleny a nevyužity.

Dlouhodobým problémem v oblasti školské prevence je její financování. Systém je dlouhodobě podfinancován, MŠMT disponuje zhruba 20 mil. Kč na realizaci programů školské primární prevence, což nestačuje. Často proto dochází pouze k formálnímu naplňování preventivního programu školy. S finanční stránkou se pojí také realizace a podpora neověřených preventivních programů.

V české populaci také přetrvává nízká zdravotní a právní gramotnost v oblasti užívání návykových látek, např. stále se objevující mýty o zdravotní prospěšnosti alkoholu apod. (Vláda České republiky, 2020).

Tabulka 2 Preventivní aktivity zaměřené na prevenci škodlivého užívání alkoholu v ČR realizované ve školní populaci

Opatření / aktivita	Doba realizace	Zainteresované subjekty
Cíl: Rozvoj realizace aktivit a programů v oblasti primární prevence s cílem snížit míru užívání tabáku/nikotinu, rizikovou konzumaci alkoholu	2021–2030	Ministerstvo zdravotnictví, SZÚ, ÚZIS ČR, Úřad vlády, Klinika adiktologie 1. LF UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze,

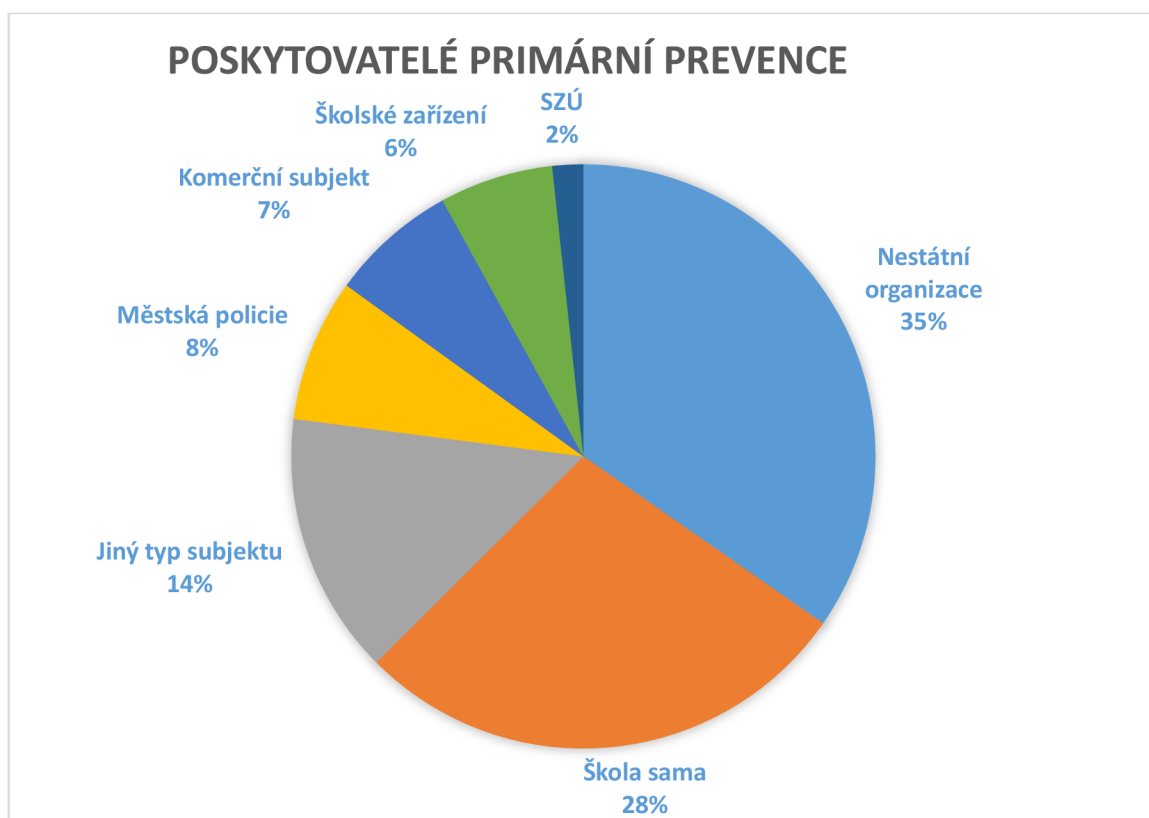
a dalších návykových látek v populaci, včetně medializace této problematiky (ve školní populaci má opatření doplňkovou úlohu k aktivitám MŠMT).		Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo financí, Ministerstvo práce a soc. věcí, Ministerstvo průmyslu a obchodu, Ministerstvo vnitra, kraje – krajské úřady, nevládní sektor a další
Vyhlašování dotačního programu primární prevence rizikového chování, zaměřeného na primární prevenci užívání návykových látek včetně prevence užívání alkoholu. Určeno pro školy, školská zařízení, neziskové organizace aj.	průběžně	MŠMT
Realizace interaktivní hry Jak se (ne) stát závislákem (prevence sociálně patologických jevů včetně závislosti na tabáku) na základních a středních školách a ostatních školských zařízeních po celé ČR. Celkový počet oslovených: 10 617.	2017–2018	SZÚ
Realizace projektu Člověče, nezlob se!	2017–2018	Český svaz pivovarů a sladoven, z.s.
Realizace projektu Prevence k omezení	2017	Potravinářská komora

škodlivé konzumace alkoholu.		
Realizace 62 zdravotně výchovných programů zaměřených i na prevenci užívání návykových látek s celkovým počtem 1316 intervenovaných dětí ze škol, nízkoprahových zařízení v sociálně vyloučených oblastech.	2017	SZÚ + dislokovaná pracoviště
Realizace programu primární prevence Putování za zdravím (prevence závislostí – alkohol, kouření, 2.–4. třída ZŠ Ústeckého kraje). Celkem realizováno 34krát.	2017–2018	Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem
Realizace programu primární prevence Alkohol a kouření – pravdy a mýty (5.–7. třída ZŠ Ústeckého kraje). Celkem realizováno 26krát.	2017–2018	Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem
Realizace přednáškové činnosti ve školách na téma prevence užívání návykových látek (Pardubický kraj). Cca 200 oslovených žáků ročně.	2017–2018	Krajská hygienická stanice Pardubického kraje

Realizace vzdělávacího programu pro pedagogy „Prevence úrazů a otrav u dětí a dospívajících“. Součástí je simulace účinků alkoholu za pomoci „alkoholových“ brýlí, účinky alkoholu na chování řidiče a první pomoc u otrav alkoholem.	2016–2019	SZÚ
Projekt SIE zaměřený na „binge drinking“ neboli nárazové pití většího množství alkoholu u mládeže v sedmi evropských zemích.	2016–2017	SZÚ
Akce HAD (hazard alkohol děti) – celostátní série kontrol v oblasti konzumace alkohol nezletilými.	Každoročně od roku 2015	Policie ČR, Celní správa, ČOI, HZS ČR, živnostenský úřad

Zajímavá data o stavu prevence rizikového chování ve školách v České republice jsou obsažena ve Zprávě o stavu prevence rizikového chování na školách v ČR. Pro účely této práce je několik údajů se souhlasem autorů využito. Dle uvedených průzkumů se ve školním roce 2019/20 zaměřovalo celkem 1958 programů na prevenci škodlivého užívání alkoholu, tj. 21,6 % z realizovaných programů v prevenci rizikového chování. Na grafu 13 lze pozorovat procentuální zastoupení jednotlivých poskytovatelů primární prevence.

Graf 13 Procentuální zastoupení poskytovatelů primární prevence



Zdroj: GABRHELÍK R. a J. VACEK, 2021

Nejčastěji byly realizovány přednášky a interaktivní skupinové diskuse (64, resp. 62 %), následně zážitkové programy (51 %), a poté nácvik a trénink dovedností (50 %). Největší podíl programů byl realizován v Moravskoslezském, Zlínském, Jihomoravském a Středočeském kraji. Dle údajů vykázaných školami do systému nebylo 74 % programů certifikovaných (Gabrhelík, Vacek, 2021).

4.4.3 Primárně preventivní programy realizované v ČR zaměřené na prevenci závislostního chování v dospělé populaci do 65 let

Co se týká primární prevence škodlivého užívání alkoholu a dalších návykových látek, z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 vyplývá, že v ČR přetrvává absence systematických dlouhodobých programů zaměřených na obecnou populaci a absence programů zaměřených na specifické prostředí (prostředí noční zábavy, výkon trestu odnětí svobody, sociálně vyloučené lokality) a specifické potřeby vybraných cílových skupin (např. Romové). Míra podpory primární prevence ze strany většiny krajů

a obcí je velmi nízká. Chybí preventivní programy v místních komunitách směrem ke skupinám rodičů i občanské veřejnosti. V populaci ČR je obecně nízká zdravotní a právní gramotnost v oblasti užívání návykových látek. Stále se objevují mýty o zdravotní prospěšnosti alkoholických nápojů atd. (Vláda České republiky, 2020).

V uplynulých letech byly SZÚ realizovány projekty „Ověřování metodiky krátkých intervencí I, II, III“ a projekty „Krátké intervence v praxi I, II, III“, kde byli vzděláváni zdravotníci/studenti, kteří následně vzdělávali pacienty/klienty zdravotnických zařízení. Při pilotním ověřování metodiky krátkých intervencí v praxi v rámci projektu podpory zdraví MZ bylo zjištěno, že 42 % hospitalizovaných pacientů pokládá rozhovor o konzumaci alkoholu za zásah do svého soukromí. Alkohol je podle údajů WHO jeden z hlavních rizikových faktorů životního stylu, které mají na svědomí nejvíce ztracených let života, tzv. disability adjusted life years – DALYs (SZÚ, 2018). Přestože užívání tabáku a alkoholu jsou jednou z hlavních příčin morbidit a mortality v ČR, realizace včasné diagnostiky a krátkých intervencí v populaci je na velmi nízké úrovni. Pouze polovina lékařů krátké intervence v praxi realizuje a čtvrtina lékařů je provádí výjimečně, nebo vůbec. Dle dostupných dat se situace v této oblasti v posledních letech nelepší (Vláda České republiky, 2019).

Primárně preventivní aktivitu zaměřenou na dospělé osoby, konkrétně osoby z vyloučených lokalit, realizuje již od roku 2018 SZÚ v rámci projektu Efektivní podpora zdraví osob ohrožených chudobou a sociálním vyloučením, který se zabývá snižováním nerovností ve zdraví v České republice. Jeho cílem je zvýšit zdravotní gramotnost u osob ohrožených chudobou a sociálním vyloučením. Je realizován ve 14 krajích ČR, a to do roku 2022. Financován je z Operačního programu Zaměstnanost ESF a státního rozpočtu ČR. V rámci projektu bylo vybudováno 14 regionálních center podpory zdraví v každém kraji jako odborná základny pro aktivity v oblasti podpory zdraví a prevence nemocí. Odborné týmy vytvořily 68 motivačních programů zaměřených na rizikové faktory životního stylu. Činnost v rámci krajů zajišťují krajsí koordinátoři a v komunitách mediátoři podpory zdraví, což jsou lidé z vyloučených lokalit nebo s hlubokou znalostí lokalit a cílové skupiny (SZÚ, 2019). Podrobnější přehled primárně preventivních programů zaměřených na obecnou populaci realizovaných na území ČR je uveden v tabulce č. 3.

Tabulka 3 Preventivní aktivity zaměřené na prevenci škodlivého užívání alkoholu v ČR v obecné populaci (18–65 let)

Opatření / aktivita	Doba realizace	Zainterесované subjekty
Cíl: Rozvoj realizace aktivit a programů v oblasti primární prevence s cílem snížit míru užívání tabáku/nikotinu, rizikovou konzumaci alkoholu a dalších návykových látek v populaci, včetně medializace této problematiky.	2021–2030	Ministerstvo zdravotnictví, SZÚ, ÚZIS ČR, Úřad vlády, Klinika adiktologie 1. LF UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo financí, Ministerstvo práce a soc. věcí, Ministerstvo průmyslu a obchodu, Ministerstvo vnitra, kraje – krajské úřady, nevládní sektor a další
Realizace projektu Krátké intervence v praxi. Osloveno bylo 5 549 pacientů a rozdáno 54 000 ks zdravotně výchovných materiálů	2017–2018	SZÚ
Osvětová kampaň Suchej únor	Od roku 2012 každoročně	Liga otevřených mužů, z.s.
Realizace projektu Efektivní podpora zdraví osob ohrožených chudobou a sociálním vyloučením (EPOZ) ve 14 krajích ČR.	2018–2022	SZÚ

V roce 2019 hodnotící komise Ministerstva zdravotnictví navrhla k finanční podpoře celkem 27 žádostí projektů podpory zdraví. Od roku 2020 MZČR v rámci dotačního programu MZ Národní program zdraví výzvy pro získání dotačních prostředků projektům podpory zdraví již nevypisuje (MZČR, © 2021). Ovšem potřeba intervencí v oblasti podpory zdraví a prevence nemocí je v ČR nezpochybnitelná. Česká republika trvale vykazuje z hlediska dlouhodobých statistik a trendů v oblasti zdraví nepříznivý stav. Promyšlená, nákladově efektivní a systematicky provedená primární prevence a podpora zdraví jsou účelnou cestou, jak zabránit dalším lidským i ekonomickým ztrátám. I zahraniční zkušenosti potvrzují, že prevence nemocí a podpora zdraví hrají nezastupitelnou roli ve zlepšování zdravotního stavu populace a přinášejí nezanedbatelné ekonomické přínosy (SZÚ, 2019).

V rámci problematiky škod způsobených alkoholem se v ČR realizovala řada dalších níže zmíněných akcí a aktivit. Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Českou televizí v roce 2019 připravilo tři spoty v rámci kampaně Nepít je normální, zaměřující se na rizikovost konzumace alkoholu těhotnými ženami, dětmi a dospělými. V roce 2019 se dohodli na spolupráci Úřad vlády a Ministerstvo zdravotnictví s organizátory kampaně Suchej únor s cílem podpořit osvětové a informační aktivity pro veřejnost o škodlivosti a rizikovosti pití alkoholu. Dále se v Praze uskutečnila v roce 2019 evropská regionální konzultace ke Globální strategii WHO ke snižování škodlivého užívání alkoholu a také k Evropskému akčnímu plánu WHO k snížení škodlivého užívání alkoholu 2012–2020. Zejména se jednalo o přípravě zprávy k implementaci globální strategie za prvních deset let její platnosti. Akci organizovala Evropská úřadovna WHO a hostilo ji Ministerstvo zdravotnictví. Také ve spolupráci s Policií ČR, a dalšími subjekty, pokračovala celostátní akce HAD (Hazard, alkohol a děti). Jejím cílem bylo poukázat na velkou společenskou toleranci ke konzumaci alkoholu dětmi a na hazardní hry, které děti provozují. Zapojeno bylo bez mála 2 250 příslušníků policie a 1 057 osob ze státní správy a samosprávy. Zkontrolováno bylo téměř 2 400 klubů, restaurací a zábavních podniků, bylo nalezeno 10 000 osob, z nichž přes 500 bylo nezletilých pod vlivem alkoholu, dokonce 70 z nich bylo mladších 15 let.

Proběhla mimo jiné tisková konference v rámci národní konference Alkohol a tabák v ČR 2019, na které byl představen připravovaný návrh na regulaci reklamy na alkoholické nápoje (RVKPP, 2020). V souvislosti s připravovaným návrhem na zpřísnění reklamy na alkoholické nápoje se v médiích rozpoutala společenská diskuse. Výrobci

alkoholických nápojů se snaží prosazovat, že reklama nemá vliv na míru konzumace alkoholu. Odborníci na danou problematiku však argumentují vědeckými studiemi a statistikami, které jasně ukazují, že expozice dětí a mladistvých reklamě na alkohol ovlivňuje, jak brzy a v jakém množství začnou alkohol konzumovat (MZČR, © 2021). V ČR odpovídá za regulaci reklamy v oblasti legálních látek (tabáku a alkoholu) Ministerstvo průmyslu a obchodu a upravuje ji zákon č. 40/1995 Sb. (zákon č. 40/1995 Sb.). Podle dostupných dat ČR pravidelně obsazuje přední příčky v konzumaci alkoholu. Obecně je konzumace alkoholu v Evropě vysoká, proto WHO vydává řadu strategických dokumentů s cílem zvrátit tento trend. Jedním z nich je iniciativa SAFER, kde WHO regulaci reklamy hodnotí jako tzv. „Best buys“ intervenci, tedy vysoce efektivní intervenci (WHO, 2021). To potvrzuje i Ministerstvo zdravotnictví ČR, které upozorňuje na fakt, že reklama je jedním ze zásadních faktorů, jež přispívajících k dlouhodobě vysoké toleranci české společnosti k alkoholu. Navíc ovlivňuje zejména děti a mládež (MZČR, © 2021). Prostředí internetu a sociálních sítí prošlo v posledních letech výraznou změnou. Přibylo takzvaných influencerů, v prostředí sociálních sítí se těžko určuje hranice mezi tím, co je a co již není reklama (EPRAVO.CZ, 2019). Výkonný ředitel Unie dovozců a vývozců lihovin dále argumentuje, že reklama pomáhá spotřebitelům vybrat si určitou značku, nevede ale k tomu, že lidé po jejím zhlédnutí začnou více pít (Deník.cz, 2019). Toto tvrzení vyvrací WHO a řada vědeckých studií, např. studie Jernigan et al., popsána v kapitole č. 4.1.2. (WHO, 2021, Jernigan et al. 2017). Dále dle výkonného ředitele zásah do legislativy nemá smysl, protože unie již před 15 lety odsouhlasila kodex, kterými se její členové řídí (Deník.cz, 2019). To vyvrací mluvčí Ministerstva zdravotnictví ČR, která upozorňuje, že kodex reklamy Rady pro reklamu, jenž se zavázali dobrovolně dodržovat všichni inzerenti, v praxi není dodržován. Reklama by v budoucnu měla obsahovat varování, že konzumace alkoholu může poškozovat zdraví. V reklamě by se neměly vyskytovat živé bytosti, měla by se vskutku zaměřovat na produkt, ne na osoby, které jej konzumují, a např. jsou šťastní, že si užívají událost v alkoholovém opojení (MZČR, © 2021).

4.5 Stručné představení primární prevence a politiky v oblasti škod způsobených alkoholem ve Švédku

Závěrem je uvedeno stručné srovnání primární prevence a politiky v oblasti škod způsobených alkoholem ve Švédku. Švédsko je země s jednou z dlouhodobě nejnižších spotřeb alkoholu na osobu, jak lze vidět v grafu 6 Spotřeba alkoholu ve Švédsku, dosahuje 7,2 litrů čistého lihu na osobu za rok, v ČR je průměrná spotřeba značně vyšší a činí 11,8 litrů na osobu, s touto hodnotou se ČR řadí k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu v Evropě i celosvětově (OECD, 2021). Švédsko klade mimořádný důraz na primární prevenci, vydává v tomto směru nejvíce financí v přepočtu na obyvatele v EU, v roce 2018 to bylo 165 € na obyvatele, pro srovnání v ČR se jednalo o pouhých 40 € na osobu. Podíl z celkových výdajů na zdravotnictví je 3,3 %, v ČR je to 2,7 % (EUROSTAT, 2021). V zemi existuje celá řada programů na podporu zdraví a zdravého životního stylu, zaměřených zejména na rodiny s dětmi. Švédsko má nízkou míru úmrtnosti na preventabilní onemocnění, což obecně ukazuje na účinný a silný systém veřejného zdraví a zdravotní péče. To potvrzuje i nízká míra úmrtnosti na rakovinu plic, nemoci způsobené alkoholem a dopravní nehody. Švédsko také investuje nemalé finanční prostředky do kampaní, jež mají zvýšit povědomí veřejnosti o škodlivosti alkoholu. Tato země mimo jiné zavedla vysokou daň z alkoholických nápojů a alkohol je proto méně dostupný než v ČR. Vysoké daně z tabáku a alkoholu přispěly k omezení spotřeby. Alkoholické nápoje lze zakoupit pouze ve specializovaných obchodech s omezenou otevírací dobou. Minimální věková hranice pro nákup alkoholu je 20 let (OECD, 2019).

Co se týče omezení reklamy, ve Švédsku platí úplný zákaz televizní reklamy zaměřené na děti do 12 let. Významná omezení existují i v reklamách na alkoholické nápoje, a to z důvodu jejich nežádoucích účinků na veřejné zdraví. Reklama na alkohol může zobrazovat pouze samotný výrobek, konzumace alkoholu nesmí být spojována s jednotlivci, nebo s určitým životním stylem, a nesmí být zaměřena na osoby mladší 25 let. Komerční reklamy v periodikách jsou například povoleny pouze v případě, že alkoholický nápoj nepřesahuje 15 % objemu alkoholu a 20 % reklamní plochy obsahuje varovný text o škodlivých účincích alkoholu. Na reklamu na alkohol na internetu se vztahují stejná pravidla pouze s poněkud méně přísnými požadavky (Lexology, 2019).

Dále je uvedeno srovnání orientačních cen alkoholu, ve Švédsku lze zakoupit lahvové pivo (0,33 l) za v přepočtu zhruba 163 Kč, v ČR se dá v restauraci lahvové pivo tohoto objemu pořídit za zhruba 35 Kč (Numbeo.cz, 2021). Český statistický úřad sleduje

již od roku 1993 průměrnou cenu lahvového 10 ° piva. To v roce 1993 začínalo na ceně 5,80 Kč, v roce 2020 to bylo cca 11,59 Kč. Rychleji než ceny piva, však rostou mzdy, za průměrný výdělek tak lze piva nakoupit více. Zatímco v roce 1993 se průměrná mzda dala přepočítat na 509 litrů piva, v roce 2020 to byl téměř trojnásobek, tedy 1 475 litrů (Evropavdatech.cz, © 2021). Ve Švédsku je průměrná mzda značně vyšší než v ČR, v roce 2017 to bylo v přepočtu 87 345 Kč, v ČR se jednalo o 29 596 Kč. Tento faktor může ovlivnit cenovou dostupnost alkoholických nápojů (OECD, 2018). Ovšem cena za 0,33 l čisté vody ve Švédsku dosahuje v přepočtu na koruny zhruba 43 Kč, zatímco v ČR je to zhruba 35 Kč. Zde je možné pozorovat, že v ceně vody není tak významný rozdíl, jako je tomu u lahvového piva. Navíc cena lahvového piva a vody prodávaných v českých restauračních zařízeních je srovnatelná, tudíž může zákazník za cenu 35 zakoupit pivo i vodu (Numbeo.cz, 2021). Z výše zmíněných faktů vyplývá, že alkohol je v ČR finančně dostupnější než ve Švédsku, což může mít významný vliv na veřejné zdraví zdejších obyvatel. Taktéž k reklamám na alkoholické nápoje je ČR daleko tolerantnější. Vzhledem k tomu, že spotřeba v alkoholu v ČR je jedna z nejvyšších v EU i celosvětově, je potřeba učinit po vzoru Švédska efektivní politická opatření s cílem snížit spotřebu alkoholu v zemi, které mimo jiné doporučuje řada strategických dokumentů WHO, jež podkládá ve svých studiích řada odborníků (WHO, © 2021).

Pro ilustraci je uveden příklad z Litvy. Tato země měla v roce 2010 nejvyšší míru ztracených let života způsobených alkoholem v Evropské unii. Litva využívá tzv. „Best buy“ intervence doporučené WHO. První akční balíček byl realizován v letech 2008–2009 a 2014. Obsahoval omezení reklamy na alkohol a zákaz prodeje alkoholu na čerpacích stanicích a v kioscích. Druhý balíček, zavedený v roce 2016, zvýšil minimální zákonný věk pití, zvýšil cenu alkoholických nápojů a omezil dobu jejich maloobchodního prodeje a zavedl úplný zákaz reklamy na alkohol. Zavedení účinných opatření v prvním akčním balíčku vedlo do roku 2016 ke 20% snížení ztracených let života v důsledku nadměrného užívání alkoholu (WHO, © 2021).

DISKUSE

Primární prevenci je v České republice rozhodně potřeba posílit. Toto tvrzení potvrzuje analytická studie, jež je přílohou Strategického rámce Zdraví 2030 a jednoznačně dokládá trvající rezervy v investicích do zdraví v ochraně veřejného zdraví a prevenci nemocí (MZČR, © 2021). V současné době je podíl veřejných výdajů na prevenci (nejen primární) na celkových veřejných výdajích na zdraví pouhých 2,7 %. Strategický rámec Zdraví 2030 si klade za cíl zvýšit podíl výdajů na prevenci na hodnotu 4,5 % do roku 2030 (Zdraví 2030, 2019).

Co se týče řešení škod způsobených alkoholem, na Evropské úrovni se touto problematikou zabývá Evropský akční plán pro snížení škodlivého užívání alkoholu, při jehož zhodnocení v roce 2019 vyšlo najevo, že v evropském regionu je stále nejvyšší prevalence konzumentů alkoholu. Úsilí členských států implementovat efektivní opatření totiž často oslabují obchodní dohody, ekonomické zájmy nebo přeshraniční problémy, např. online reklama a prodej (Goiana-da-Silva et al., 2019).

V ČR republice byl připraven nadčasový a odborný strategický dokument Akční plán k omezení škod působených alkoholem pro období 2015–2018, který byl přijat spolu s ostatními akčními plány k realizaci Zdraví 2020 v roce 2015 (MZČR, 2021). Ovšem zisk financí z investičních fondů ESIF se povedl jen částečně, a to zejména pro akční plány spadající přímo pod resort MZČR. Řada dalších resortů, např. MŠMT, neobdržela žádné mimořádné finance nad rámec svého rozpočtu. Z finančních důvodů pak nebylo několik navržených aktivit realizováno (MZČR, 2018).

Existuje několik opatření, jež nevyžadují příliš velké vstupní investice, a mají značný efekt. WHO vytvořilo pro členské státy Evropského regionu balíček tzv. „Best buys“, tedy volně přeloženo vysoce nákladově efektivních intervencí. Za nejefektivnější považuje snížení cenové dostupnosti alkoholu a omezení reklam na alkoholické nápoje (WHO, 202). Nedávná studie uvádí, že náklady na zvýšení zdanění se odhadují na méně než 0,10 USD na obyvatele. Z tohoto důvodu se tyto politické kroky považují za vysoce nákladově efektivní, zejména pokud je zohledněna úspora nákladů na zdravotní péči a další veřejné služby (Chisholm et al., 2018).

V roce 2019 byl v České republice představen připravovaný návrh na regulaci reklamy na alkoholické nápoje (RVKPP, 2020). Navrhované zpřísnění kritizují výrobci alkoholických nápojů, kteří se snaží prosazovat, že reklama nemá vliv na míru konzumace

alkoholu. Toto tvrzení vyvrací studie autorů Jernigan et al., ve které bylo zahrnuto 12 studií s celkem 35 219 účastníky z Evropy, Asie a Severní Ameriky. Všechny 12 studií našlo důkazy o souvislosti mezi úrovní marketingové expozice a úrovní konzumace alkoholu u mládeže (Jernigan et al., 2017). Tento návrh zpřísnění reklamy na alkohol dosud nebyl v ČR přijat (MZČR, © 2021).

Například ve Švédsku toto opatření již několik let funguje, existují zde významná omezení v reklamách na alkoholické nápoje, a to z důvodu jejich nežádoucích účinků na veřejné zdraví (Lexology, 2019). Švédsko je jednou ze zemí se stabilně nejnižší spotřebou alkoholu v EU (OECD, 2021). Jako dobrý příklad funkčnosti navrhovaných opatření od WHO může posloužit Litva, která měla v roce 2010 nejvyšší míru ztracených let života způsobených alkoholem v Evropské unii. První akční balíček, tzv. „Best buys“ intervencí doporučených WHO, byl realizován v letech 2008–2009 a 2014 a druhý balíček v roce 2016. Zavedením těchto účinných opatření došlo ke 20% snížení ztracených let života v důsledku nadměrného užívání alkoholu (WHO, © 2021).

ZÁVĚR

Neinfekční onemocnění každoročně zabijí 41 milionů lidí, což odpovídá 71 % úmrtí na celém světě a škodlivé užívání alkoholu je jedním z hlavních rizikových faktorů vzniku těchto nemocí. Na vzniku a vývoji chronických neinfekčních onemocněních, jako jsou kardiovaskulární, nádorové nebo metabolické nemoci, se do velké míry podílí životní styl. Rizikové faktory nesprávného způsobu života je přitom možné poměrně dobře a bez velkého finančního zatížení ovlivnit vhodnými intervenčními postupy.

Medicínská péče je stále nákladnější a výskyt chronických neinfekčních onemocnění rapidně roste, proto je potřeba této problematice věnovat zvýšenou pozornost. Existují předpoklady, že by náklady na zdravotnictví mohly do deseti let vzrůst až o 150 miliard korun. Na prevenci obecně se v současné době vynakládá pouze 2,7 % z celkových výdajů na zdravotnictví.

Prevence ovšem může ušetřit nemalé finanční prostředky. Například v případě onemocnění diabetes mellitus je samotná léčba jednoho dialyzovaného pacienta vyčíslena ročně na 1 000 000 Kč. Oddálení selhání ledvin o jeden rok u 50 lidí představuje úsporu 50 milionů korun za léčebné výlohy, což jasně reflektuje potenciál primární prevence. Navíc v případě oddálení nemoci do pozdějšího věku se zvyšuje ekonomická výkonnost populace v produktivním věku, která se dá vyčíslit miliardovými přínosy do hrubého domácího produktu (HDP).

Limitou realizace primárně preventivních opatření v oblasti chronických neinfekčních onemocnění mohou být pozdější výsledky, snížení incidence nemocí se nedostaví dříve než za 5 let. V prvních letech opravdu náklady výrazně převyšují přínosy, v průběhu několika let se ovšem situace mění a přínosy se začínají dostavovat.

Konkrétně v problematice řešení škod způsobených alkoholem WHO doporučuje několik tzv. „Best buys“ vysoce nákladově efektivních opatření intervencí. Míra implementace do strategií jednotlivých členských států je však různá, v řadě případů nedostatečná. Úsilí implementovat tato efektivní opatření totiž často oslabují obchodní dohody a ekonomické zájmy. V ČR je rozhodně prostor k implementaci těchto ověřených strategických kroků, zejména z důvodu dlouhodobě vysoké konzumace alkoholu u obyvatel ČR. Rada zemí EU například Švédsko má strategii řešení škodlivého užívání alkoholu velice kvalitně a efektivně postavenou. Česká republika může využít tyto příklady dobré praxe při podnikání politických kroků v této oblasti.

SOUHRN

Cílem této diplomové práce je sumarizace aktuálních teoretických poznatků z oblasti problematiky zdraví, podpory zdraví, primární prevence a nákladové efektivity preventivních opatření. Druhá část sumarizuje mezinárodní strategické dokumenty pro Evropský region WHO v oblasti řešení škod způsobených alkoholem. Dále reflektuje národní politiku v této oblasti v České republice a shrnuje dohledatelné primárně preventivní aktivity zaměřené na školní a dospělou populaci v tuzemsku. V neposlední řadě nabízí vysoce nákladově efektivní opatření WHO, která lze využít v řešení dlouhodobě vysoké konzumace alkoholu u obyvatel ČR a uvádí příklady dobré praxe strategií zaměřených na řešení škodlivého užívání alkoholu ve vybraných zemích EU.

Klíčová slova

Zdraví, primární prevence, podpora zdraví, preventivní strategie, alkohol, nákladová efektivita

SUMMARY

The aim of this diploma thesis is to summarize current theoretical knowledge in the field of health, health promotion, primary prevention and cost-effectiveness of preventive interventions. The second part summarizes the international strategy documents for the WHO European Region in the field of alcohol-related harm. It also reflects the national policy in this area in the Czech Republic and summarizes primary preventive activities aimed at the school and adult population in this country. Last but not least, it offers highly cost-effective WHO measures that can be used to change long-term high alcohol consumption in the Czech Republic and provides examples of good practice in strategies for dealing with alcohol-related harm in selected EU countries.

Klíčová slova

health, primary prevention, health promotion, alcohol prevention strategy, cost-effectiveness analysis

REFERENČNÍ SEZNAM

About Health 2020. *World Health Organization* [online]. WHO, © 2021 [cit. 09. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/about-us/regional-director/regional-directors-emeritus/dr-zsuzsanna-jakab,-2010-2019/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>

Agenda 2030. *Ministerstvo životního prostředí* [online]. MŽP, © 2008-2020 [cit. 23. 03. 2021]. Dostupné z: https://www.mzp.cz/cz/agenda_2030

Akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod 2019-2021. *Drogy-info.cz* [online]. Úřad vlády ČR, © 2015 [cit. 21. 05. 2021]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/nms/politika-v-oblasti-zavislosti/akcni-plan-realizace-narodni-strategie-prevence-a-snizovani-skod-...-2019-2021/>

Akční plán č. 4c k omezení škod působených alkoholem v České republice pro období 2015–2018. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. MZČR, 2015. Dostupné z: <https://1url.cz/xKNJd>

Akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2021. *Drogy-info.cz* [online]. Úřad vlády ČR, © 2015 [cit. 21. 05. 2021]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/nms/politika-v-oblasti-zavislosti/akcni-plan-realizace-narodni-strategie-prevence-a-snizovani-skod-...-2019-2021/>

Akční plány realizace Národní strategie protidrogové politiky na roky 2010 až 2018. *Vláda ČR* [online]. Vláda ČR, 2020. [cit. 21. 05. 2021]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/akcni-plany-realizace-narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-roky-2010-az-2018-183153/>

Alcohol consumption among adults. *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. OECD iLibrary* [online]. OECD, 2020 [cit. 04. 01. 2021]. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/82129230-en/1/3/2/2/4/index.html?itemId=/content/publication/82129230-en&_csp_=e7f5d56a7f4dd03271a59acda6e2be1b&itemIGO=oecd&itemContentType=book

Alcohol marketing in the WHO European Region: update report on the evidence and recommended policy actions. *World Health Organization. Regional Office for Europe*. [online]. WHO, © 2021 [cit. 09. 05. 2021]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336178>

Alcohol pricing in the WHO European Region: update report on the evidence and recommended policy actions. World Health Organization. Regional Office for Europe. WHO, © 2021 [cit. 09. 05. 2021]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336159>

Alcohol consumption and sustainable development: fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): health targets. *World Health Organization. Regional Office for Europe*. WHO, © 2021. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340806>.

Antošová, Danuše a Miloslav Kodl et al. 2015. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ISBN 978-80-85047-49-3.

Anglické a české termíny pro souhrnné ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva. Česká demografická společnost. [online] Česká demografická společnost, 2010 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: www.natur.cuni.cz/cds

Babisch, Wolfgang. 2020. *Good practice guide on noise exposure and potential health effects*. EEA Technical report No. 11/2010. Copenhagen: European Environmental Agency; 2010. Constitution. *World Health Organization* [online]. WHO, © 2020 [cit. 05. 01. 2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

Csémy, Ladislav et al. 2019. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018*. Praha: Státní zdravotní ústav.

České pivo. Evropa v datech [online]. Evropavdatech.cz, © 2021 [cit. 26.05.2021]. Dostupné z: <https://www.evropavdatech.cz/clanek/66-ceske-pivo/>

Declaration of Alma-Ata. *World Health Organization* [online]. WHO, © 2021 [cit. 09. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>

Determinants of health. *World Health Organization* [online]. WHO, © 2020 [cit. 05. 01. 2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health>

Disability-adjusted life years (DALYs). *World Health Organization* [online]. WHO, © 2020 [cit. 20. 01. 2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158>

Disease prevention, including early detection of illness. *World Health Organization Europe* [online]. WHO, © 2021 WHO [cit. 22. 03. 2021]. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,including-early-detection-of-illness2>

Dzúrová, Danuše a Hulíková, Klára. 2020. Covid nám už sebral 85 000 let. *Tempus Medicorum*. **29**(12), 5-7.

Ekonomika zdraví. *Státní zdravotní ústav* [online]. SZU, © 2015 [cit. 20. 01. 2021]. Dostupné z: <http://kratke-intervence.info/ekonomika-nemoci>

European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. *World Health organization* [online]. WHO, © 2021 [cit. 09. 05. 2021].

Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>

Evaluační Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. *Vláda České republiky* [online]. Vláda ČR, 2019. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/Evaluace_Narodni_strategie_protidrogove_politiky_2010-2018.pdf

Gabrhelík, Roman a Jaroslav Vacek. 2021. *Zpráva o stavu prevence rizikového chování ve školách v České republice za školní rok 2019/20.: Údaje evidované Systémem evidence preventivních aktivit na celostátní úrovni*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

Gold Marthe R., David SStevenson a Dennis G. Fryback. 2002. HALYs and QALYs and DALYs, Oh My: Similarities and Differences in Summary Measures of Population Health. *Annual Review of Public Health* [online]. **23**(1), 115-134 [cit. 2021-02-08]. ISSN 0163-7525. Dostupné z: doi: 10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140513

Global Health Estimates 2019: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva, World Health Organization; 2020.

Global Strataegy for Health for All by the Year 2000. Geneva: Word Health Organization, 1981. ISBN 0254-9263.

Goiana-de-Silva et al. 2019. Implementing the European Action Plan on Alcohol. *The Lancet Public Health* [online]. 2019, **4**(10) [cit. 22. 05. 2021]. ISSN 24682667. Dostupné z: doi:10.1016/S2468-2667(19)30174-4

Health promotion. *World Health Organization* [online]. WHO, © 2021 [cit. 09. 3. 2021]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1

Health 2020, A European policy framework and strategy for the 21st century. Word Health Organization, Regional Office for Europe. WHO, 2013[cit. 09. 3. 2021]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131303>

Healthy life years statistics – Statistics Explained. European Commission [online]. Eurostat, 2018 [cit. 05. 02. 2021]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics

HRQOL concepts. *Centers for Disease Control and Prevention* [online]. CDC, 2018 [cit. 05. 02. 2021]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>

Chomyová, Pavla, Csémy, Ladislav a Viktor Mravčík. 2020. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019*. Zaostřeno 6 (5), 1–20. ISSN 2336-8241.

Chisholm D., Moro D., Bertram M., Pretorius C. et al. 2018. Are the “best buys” for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* [online].

79(4), 514-522 [cit. 9. 5. 2021]. ISSN 1937-1888. Dostupné z: doi:10.15288/jsad.2018.79.514

Implementační plán č. 1.2 Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. MZČR, 2020. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/verejna-konzultace-k-aktualizovanym-implementacnim-planum-strategickeho-ramce-zdravi-2030/>

Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017–září 2018. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. MZČR, 2018 [cit. 09. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/informace-o-stavu-realizace-zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci-za-obdobi-rijen-2017-zari-2018/>

Janovská, Kamila, Komárek, Luboš, Kříž, Jaroslav et al. 2013. Měřítko zátěže společnosti způsobené nemocemi. *Podpora zdraví, prevence zdravotních rizik a nemocí* [online]. 2013. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 05. 02. 2021]. Dostupné z: http://www.khshk.cz/elearning/kurs6/kapitola_131__mtka_zte_spolenosti_zpsoben_nemocemi.html

Je QALY opravdu tak špatný koncept aneb vadí nám QALY nebo objektivní ekonomické zhodnocení? *Ekonomie ve zdravotnictví* [online]. *Ekonomie ve zdravotnictví*, © 2016 [cit. 09. 02. 2021]. Dostupné z: <https://ezcr.cz/qaly-opravdu-tak-spatny-koncept/>

Koordinace politiky v oblasti závislosti. *Drogy-info.cz* [online]. Úřad vlády České republiky, © 2015 [cit. 15. 05. 2021]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/nms/politika-v-oblasti-zavislosti/koordinace-politiky-v-oblasti-zavislosti/>

Kříž, Jaroslav. 2016. Lost Years of Healthy Life in the Czech Republic. *Hygiena* [online]. **61**(2), 88-90 [cit. 2021-01-20]. ISSN 18026281. Dostupné z: doi:10.21101/hygiena.a1451

Kříž, Jaroslav. 2011. Ekonomika a prevence. *Hygiena*. **56**(3), 89-94.

Lesenková Eva. 2018. Program Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí v roce 2018. *Lékařská knihovna* [online]. **(23)**, 3-4 [cit. 11. 03. 2021].

Dostupné z: <https://casopis.nlk.cz/archiv/2018-23-3-4/program-zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci-v-roce-2018/>. ISSN 1804-2031.

Making the European region safer. Development in alcohol control policies 2010-2019. World Health Organization, Regional Office for Europe. WHO, 2021 [cit. 09. 3. 2021]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131303>

Mioviský, Michal, Adámková, Tereza, Barták, Miroslav et al. 2015. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. ISBN 978-80-7422-393-8.

Murray Christopher J. L. 1994. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bulletin of the World Health Organization*. **72**(3), 429-445.

Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. *Vláda České republiky* [online]. Vláda ČR, 2019. Dostupné z: https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/narodni-strategie-prevence-a-snizovani-skod-spojnych-se-zavislostnim-chovanim-2019_2027-173695/

Národní strategie protidrogové politiky: na období 2010-2018. *Vláda České republiky* [online]. Vláda ČR, 2011. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/narodni-strategie/nspp_2010-2018_v02.pdf

Neinfekční nemoci. *Státní zdravotní ústav* [online]. SZÚ, © 2020 [cit. 29. 09. 2020]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/chronicke-nemoci>

Noncommunicable diseases. *World Health Organization* [online]. WHO, © 2020 [cit. 29. 09. 2020]. Dostupné z: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Nurchis, Mario Cesare, Domenico Pascucci, Martina Sapienza, et al. 2020. Impact of the Burden of COVID-19 in Italy: Results of Disability-Adjusted Life Years (DALYs) and Productivity Loss. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **17**(12) [cit. 2021-02-19]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: [doi:10.3390/ijerph17124233](https://doi.org/10.3390/ijerph17124233)

Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017–září 2018. Ministerstvo zdravotnictví, 2018.

International Covenant on Civil and Political Rights. *Office of the high commissioner human rights* [online]. OHCHR, © 1996-2020 [cit. 05. 01. 2021]. Dostupné z: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Česko: zdravotní profil země 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD (2021), Alcohol consumption (indicator). doi: 10.1787/e6895909-en (Accessed on 14 May 2021)

Ostravská deklarace. Krajská hygienická stanice [online]. KHS, 2018 [cit. 22. 03. 2021]. Dostupné z: <https://www.khsova.cz/homepage/detail-aktuality/12569?lastpage=222>

Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June – 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

Primary, secondary and tertiary prevention. *Institute for Work & Health* [online]. IWH, 2021 [cit. 05. 03. 2021]. Dostupné z: <https://www.iwh.on.ca/what-researchers-mean-by/primary-secondary-and-tertiary-prevention>

Proč se zdravotní stav obyvatel ČR a Švédska tolik liší? *Solutio* [online]. SOLUTIO, 2013. Dostupné z: <https://www.medon-solutio.cz/online2013/index.php?linkID=txt10&lang=1>

Prohibited and controlled advertising in Sweden. *Lexology* [online]. Lexology, 2019 [cit. 26. 05. 2021]. Dostupné z: <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=d636d717-92d7-48c1-8575-573bb5d6f414>

Reducing harm due to alcohol: success stories from 3 countries. *World Health organization* [online]. WHO, © 2021 [cit. 26. 05. 2021]. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/countries/lithuania/news/news/2021/4/reducing-harm-due-to-alcohol-success-stories-from-3-countries>

Regulace reklamy na alkoholické nápoje z pohledu. *EPRAVO.CZ. Průvodce právem – Sbirka zákonů, judikatura, právo* [online]. EPRAVO.CZ, 2019 [cit. 25. 05. 2021]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/regulace-reklamy-na-alkoholicke-napoje-z-pohledu-stavajicich-pravnich-predpisu-a-moznych-zmen-110312.html>

Strategický rámec Česká republika 2030 [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, Odbor pro udržitelný rozvoj, 2017 [cit. 2017-08-16]. 11. ISBN 978-80-7440-188-6.

Sweden: Country Health Profile 2019. State of Health in the EU. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), © 2019. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/2dcb7ca6-en>.

Špatný zdravotní stav plýtvá lidským i finančním potenciálem. *Efektivní podpora zdraví (EPOZ)* [online]. SZÚ, © 2019 [cit. 04. 03. 2021]. Dostupné z: <https://epoz.szu.cz/ekonomicke-aspekty/>

The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA3.0 IGO.

The 6th Global Conference on Health Promotion. *World Health Organization* [online]. WHO, © 2021 [cit. 25. 03. 2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/>

The 7th Global Conference on Health Promotion. *World Health Organization* [online]. WHO, © 2021 [cit. 25. 03. 2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference>

The 8th Global Conference on Health Promotion. *World Health Organization* [online]. WHO, © 2021 [cit. 25. 03. 2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/eighth-global-conference>

The 9th Global Conference on Health Promotion. *World Health Organization* [online]. WHO, © 2021 [cit. 25. 03. 2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference>

Taxing Wages – Comparative tables. OECD Statistics [online]. OECD, © 2018 [cit. 26.05.2021]. Dostupné z: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=AWCOMP>

Úmrtnostní tabulky. *Český statistický úřad* [online]. ČSÚ, © 2020 [cit. 04. 01. 2021]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni_tabulky

Vláda schválila Strategický rámec Zdraví 2030. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. MZČR, 2019. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vlada-schvalila-strategicky-ramec-zdravi-2030-2/>

Výroční zpráva o činnosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky za rok 2019. *Vláda České republiky* [online]. Vláda ČR, 2020. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/vyrocnizpravy/zprava-o-cinnosti-rady-vlady-pro-koordinaci-protidrogove-politiky-za-rok-2011-96884/>

Výroční zpráva o činnosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky za rok 2018. *Sekretariát rady vlády pro koordinaci drogové politiky* [online]. RVKPP, 2020 [cit. 09. 5. 2021]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/jednanirady/VZ-o-cinnosti_RVKPP_2020.pdf

Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010–2016. *Česká statistický úřad* [online]. ČSÚ, 2018 [cit. 09. 5. 2021]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61629742/26000518k4.pdf/1b71493e-ccb8-40fb-a239-399744e8fc71?version=1.1>

Zákaz živých tvorů v reklamách na alkohol? Je to populismus, tvrdí výrobci. *Deník.cz – informace, které jsou vám nejbliž* [online]. Deník.cz, 2019 [cit. 25. 05. 2021]. Dostupné z: <https://www.denik.cz/ekonomika/alkohol-reklama-zakaz-zakon.html>

Zdravotnická ročenka České republiky 2018. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. ÚZIS ČR, © 2020 [cit. 05. 01. 2021]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

Zdraví. *Alkohol škodí* [online]. Úřad vlády ČR, © 2015 [cit. 14. 05. 2021]. Dostupné z: <https://www.alkohol-skodi.cz/fakta/zdravi/>

Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9.

Zdraví 21 – Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace. MZ ČR ve spolupráci s WHO, 2001. ISBN 80-85047-49-5.

Zpráva o zdraví obyvatel České republiky. Praha: MZ ČR, 2014. ISBN 978-80-85047-49-3.

Zákon č. 290/2017Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. *In: Sbírka zákonů.* 01. 01. 2018.

Zdraví 2030 – analytická studie. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. MZČR, 2018 [cit. 09. 3. 2021]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf>

Žít zdravě se vyplatí! *Státní zdravotní ústav* [online]. SZÚ, © 2020 [cit. 04. 01. 2021]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/zit-zdrave-se-vyplati>

3 % of healthcare expenditure spent on preventive care. Eurostat News. *European Commission* [online]. EUROSTAT, © 2021 [cit. 22. 05. 2021]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210118-1>

SEZNAM ZKRATEK

ČR – Česká republika

DALY – Disability-Adjusted Life Year

DW – Disability weight

EU – Evropská Unie

ESIF – Evropských strukturálních a investičních fondů

EUROSTAT – Statistical Office of the European Communities

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

HALY – Health-Adjusted Life years

HDP – hrubý domácí produkt

HRQL – Health Related Quality of Life

ICHS – Ischemická choroba srdeční

MF – Ministerstvo financí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MPS SPA – Meziresortní pracovní skupina pro snížení škod působených alkoholem

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

OECD – The Organisation for Economic Co-operation and Development

OSN – Organizace spojených národů

QALY – Quality-Adjusted Life Year

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SZÚ – Státní zdravotní ústav

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WHO – World Health organization

1. LF UK – 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Postupový diagram široké řešeršní strategie	9
Obrázek 2 Postupový diagram cílené řešeršní strategie	11
Obrázek 3 Zdraví znamená bohatství	13
Obrázek 4 Tři modely průběhu chronických nemocí	28
Obrázek 5 Procentuální vyjádření úmrtnosti na jednotlivé rizikové faktory v České republice ve srovnání s EU	34
Obrázek 6 Dynamika nákladů a přínosu preventivních programů	38
Obrázek 7 Přehled mezinárodní dokumentů zaměřených na prevenci škodlivého užívání alkoholu v Evropském regionu	52
Obrázek 8 Přehled národních strategických dokumentů zaměřených na prevenci škodlivého užívání alkoholu v České republice	66

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Evropský akční plán pro snížení škodlivého užívání alkoholu 2012–2020 ...	53
Tabulka 2. Preventivní aktivity zaměřené na prevenci škodlivého užívání alkoholu v ČR realizované ve školní populaci.....	75
Tabulka 3. Preventivní aktivity zaměřené na prevenci škodlivého užívání alkoholu v ČR v obecné populaci (18-65 let)	81

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Střední délka života při narození v Česku je téměř dva roky pod průměrem EU 29	
Graf 2. Roky prožité ve zdraví v Evropě (Healthy life years at birth in Europe).....	31
Graf 3. Ztracené roky zdravého života (DALYs) v ČR u vybraných onemocnění v letech 2000 a 2019	44
Graf 4. Celkové výdaje na zdravotní péči v Česku, 2010–2018 (mld. Kč; podíl na HDP)	48
Graf 5. Celkové výdaje na zdravotní péči ve vybraných zemích EU v roce 2014 a 2017.....	48
Graf 6. Celková spotřeba alkoholu u dospělých v zemích EU od 2008-2018.....	51
Graf 7. Každodenní pití v obecné populaci ve věku 15 a více let (muži i ženy), vyjádřeno v procentech.....	62
Graf 8. Epizodické pití nadměrných dávek alkoholu v obecné populaci ve věku 15 a více let (muži i ženy), vyjádřeno v procentech	63
Graf 9. Spotřeba alkoholu v EU – celkem v litrech čistého lihu na obyvatele ve věku 15 a více let, z dostupných dat z roku 2018 a novějších	64
Graf 10. Spotřeba alkoholu v celosvětově – celkem v litrech čistého lihu na obyvatele ve věku 15 a více let, z dostupných dat z roku 2018 a novějších	64
Graf 11. Současné výdaje na zdravotní péči v oblasti preventivní péče v Evropském regionu (podíl na celkových veřejných výdajích na zdravotnictví v %, 2018)	73
Graf 12. Současné výdaje na zdravotní péči v oblasti preventivní péče v Evropském regionu (v € na osobu, 2018)	74
Graf 13. Procentuální zastoupení poskytovatelů primární prevence	79

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Petra Kamarádová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Doc. Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Analýza projektů, programů a organizací ve vazbě na podporu zdraví a prevenci rizikového chování
Název v angličtině:	Analysis of projects, programs and organizations in relation to health promotion and prevention of risky behavior
Anotace práce:	<p>Cílem této diplomové práce je sumarizace aktuálních teoretických poznatků z oblasti problematiky zdraví, podpory zdraví, primární prevence a nákladové efektivity preventivních opatření.</p> <p>Druhá část sumarizuje mezinárodní strategické dokumenty pro Evropský region WHO v oblasti řešení škod způsobených alkoholem. Dále reflektuje národní politiku v této oblasti v České republice a shrnuje dohledatelné primárně preventivní aktivity zaměřené na školní a dospělou populaci v tuzemsku. V neposlední řadě nabízí vysoce nákladově efektivní opatření WHO, která lze využít v řešení dlouhodobě vysoké konzumace alkoholu u obyvatel ČR a uvádí příklady dobré praxe strategií zaměřených na řešení škodlivého užívání alkoholu ve vybraných zemích EU.</p>
Klíčová slova:	zdraví, primární prevence, podpora zdraví, preventivní strategie, alkohol, nákladová efektivita
Anotation	The aim of this diploma thesis is to summarize current theoretical knowledge in the field of health, health promotion,

	<p>primary prevention and cost-effectiveness of preventive interventions.</p> <p>The second part summarizes the international strategy documents for the WHO European Region in the field of alcohol-related harm. It also reflects the national policy in this area in the Czech Republic and summarizes primary preventive activities aimed at the school and adult population in this country. Last but not least, it offers highly cost-effective WHO measures that can be used to change long-term high alcohol consumption in the Czech Republic and provides examples of good practice in strategies for dealing with alcohol-related harm in selected EU countries.</p>
Keywords:	health, primary prevention, health promotion, alcohol prevention strategy, cost-effectiveness analysis
Rozsah práce:	106 s.
Jazyk práce:	Čeština