

Mezinárodní panel  
Stálé konference českého zdravotnictví

# Ekonomika prevence

Sborník z konference  
(Praha, 22. července 2021)



**Stálá konference**  
českého zdravotnictví





## O konferenci

Stálá konference českého zdravotnictví je projektem Zdravotnického deníku. Jejím cílem je otevírat a diskutovat klíčová témata zdravotnického systému a širšího spektra veřejného zdraví v České republice. Účastníky konference jsou na jedné straně přední experti z ČR i ze zahraničí, na straně druhé pak představitelé politické sféry, veřejné správy a veřejných zdravotnických institucí. Projekt má ambici přispět k řešení dlouhodobých problémů českého zdravotnictví a být otevřeným fórem, které dokáže propojovat odbornou a politickou diskuzi.

Stálá konference probíhá formou série navazujících odborných a politických panelů, a to jak s čistě českou, tak i mezinárodní účastí. Špičkoví experti v rámci odborného panelu představují novinky v globálních trendech a vědeckých poznatcích, srovnávají je s realitou a navrhují možná zlepšení. Závěry každého odborného panelu jsou pak podkladem pro následnou diskusi v rámci politického panelu. Závěry jednotlivých konferencí pak jsou k dispozici médiím i odborným institucím.

Organizátor



Generální partner



Spoluorganizující partner



Partneři





Ing. **Andrej Babiš**,  
předseda vlády ČR



Mgr. et Mgr. **Adam Vojtěch**, MHA,  
ministr zdravotnictví ČR



MUDr. **Vladimír Lengvarský**, MPH,  
ministr zdravotnictví SR



Ing. **Zdeněk Kabátek**,  
ředitel Všeobecné zdravotní pojištovny



Doc. MUDr. **Viktor Mravčík**, Ph.D.,  
vedoucí Národního monitorovacího  
střediska pro drogy a závislosti



Prof. **Reuven Zimlichman** M.D.,  
ředitel Institutu pro výzkum  
kardiovaskulárních nemocí,  
Tel - Aviv University



Prof. MUDr. **Aleš Linhart**, DrSc.  
předseda České kardiologické  
společnosti, přednosta kliniky kardiologie  
a angiology 1. lékařské fakulty Univerzity  
Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice



Prof. **Andrzej Mariusz Fal**,  
prezident Odborné společnosti  
pro veřejné zdraví Polské republiky,  
přednosta kliniky alergologie, plicních  
nemocí a interní medicíny Ústřední  
klinické nemocnice ve Varšavě



MUDr. **Richard Raši**, PhD., MPH,  
poslanec zdravotního výboru  
Národní rady SR, bývalý ministr  
zdravotnictví SR



MUDr. **Anna Záborská**,  
místopředsdkyně zdravotního  
výboru Národní rady SR



Prof. MUDr. **Michal Vráblík**, Ph.D.,  
předseda České odborné společnosti  
pro aterosklerózu



Doc. MUDr. **Jana Prausová**, Ph.D.,MBA,  
předsdkyně České onkologické  
společnosti, přednostka onkologické  
kliniky 2, lékařské fakulty Univerzity  
Karlovy a Fakultní nemocnice Motol



PhDr. **Petr Winkler**, Ph.D.,  
ředitel Národního ústavu  
duševního zdraví



MUDr. **Zdeněk Hamouz**,  
zakládající člen Sdružení  
praktických lékařů ČR



MUDr. **Zorjan Jojko**,  
předseda Sdružení  
ambulantních specialistů



MUDr. **Barbora Macková**,  
ředitelka Státního zdravotního ústavu



PhDr. **Ivan Duškov**,  
náměstek ředitele  
Všeobecné zdravotní pojišťovny

# Mezinárodní panel Stálé konference českého zdravotnictví „Ekonomika prevence“

se zaměřením na onkologická a kardiovaskulární onemocnění v souvislosti s kouřením, alkoholem a duševní nemoci pod záštitou předsedy vlády ČR Andreje Babiše

Termín:	Místo:	Jednací jazyky:	Přímý přenos:
22. července 2021	Kaiserštejnský palác, Malostranské nám. 23/37, Praha 1	čeština slovenština angličtina	<a href="http://www.zdravotnickyydenik.cz">www.zdravotnickyydenik.cz</a> <a href="http://www.ceskenoviny.cz">www.ceskenoviny.cz</a> <a href="http://www.idnes.cz">www.idnes.cz</a> <a href="http://www.tasr.sk">www.tasr.sk</a> <a href="http://www.teraz.sk">www.teraz.sk</a>

## Program

**14:45 – 17:15**

### Priority ministerstva zdravotnictví ČR v oblasti prevence

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA, ministr zdravotnictví ČR

### Priority ministerstva zdravotnictví SR v oblasti prevence

Brigádní generál MUDr. Vladimír Lengvarský, MPH, ministr zdravotnictví SR – videopřednáška  
Veřejnoprávní význam závislosti a evidence based politika Doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.,  
vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti

### Veřejnoprávní význam závislosti a evidence based politika

Doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D., vedoucí Národního monitorovacího střediska  
pro drogy a závislosti

### Snížení rizik kardiovaskulárních onemocnění

Prof. Reuven Zimlichman M.D., ředitel Institutu pro výzkum kardiovaskulárních nemocí,  
Tel - Aviv University

### Kardiovaskulární onemocnění a prevence

Prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc. předseda České kardiologické společnosti, přednosta kliniky  
kardiologie a angiologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice

### Ekonomika prevence - účelnější vynakládání finančních prostředků při rostoucích výdajích na zdravotnictví v důsledku demografických a technologických změn

Prof. Andrzej Mariusz Fal, prezident Odborné společnosti pro veřejné zdraví Polské republiky, přednosta kliniky alergologie, plicních nemocí a interní medicíny Ústřední klinické nemocnice ve Varšavě

**Odpovědnost vlády a její aktivní role v konkrétních opatřeních prevence zdravotních rizik**

Ing. Andrej Babiš, předseda vlády ČR – videopřednáška

---

**Ekonomické stimuly pro změnu chování populace ze strany plátce zdravotní péče a fondy prevence zdravotních pojišťoven**

Ing. Zdeněk Kabátek, ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny

---

**Ekonomika prevence a parlamentní odpovědnost**

MUDr. Richard Raší, PhD., MPH, poslanec zdravotního výboru

Národní rady SR, bývalý ministr zdravotnictví SR

---

## Přestávka

---

**17:30 – 19:00**

**Význam a role prevence ve zdravotnictví**

MUDr. Anna Záborská, místopředsedkyně zdravotního výboru Národní rady SR

---

**Ateroskleróza a prevence**

Prof. MUDr. Michal Vráblík, Ph.D., předseda České odborné společnosti pro aterosklerózu

---

**Onkologická onemocnění a prevence**

Doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA, předsedkyně České onkologické společnosti, přednostka onkologické kliniky 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol

---

**Prevence nemocí duševního zdraví**

PhDr. Petr Winkler, Ph.D., ředitel Národního ústavu duševního zdraví

---

**Prevence v primární péči**

MUDr. Zdeněk Hamouz, zakládající člen Sdružení praktických lékařů ČR

---

**Prevence v ambulantním sektoru**

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů

---

**Prevence a ochrana veřejného zdraví**

MUDr. Barbora Macková, ředitelka Státního zdravotního ústavu

---

**Fondy prevence zdravotních pojišťoven**

PhDr. Ivan Duškov, náměstek ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny



Foto: Radek Čepelák



# Úvodní slovo

Pandemie covidu-19, tato největší zdravotní krize za posledních sto let, si podle dat Světové zdravotnické organizace doposud vyžádala 4,3 milionů obětí. V důsledku chronických neinfekčních onemocnění, jako jsou kardiovaskulární a onkologické choroby, diabetes nebo plicní onemocnění, každým rokem umírá 41 milionů lidí. V obou případech se jedná o příliš vysoká čísla, protože v obou případech těmto úmrtím dnes dokážeme z velké části účinně předcházet.

Jsou to nicméně právě tzv. civilizační choroby, které i přes katastrofální důsledky současné covidové krize stojí za téměř 70 procenty všech globálních úmrtí. Úmrtí, k nimž nemuselo z větší části dojít. To bez výjimky platí i pro Českou republiku, která v mezinárodních statistikách týkajících se kouření nebo spotřeby alkoholu zaujímá přední příčky. To je z mého pohledu velmi neutěšená situace.

Podpora prevence a primární péče proto byly a jsou jedním ze základních pilířů, s nimiž jsem nastupoval do čela resortu zdravotnictví. Opakovaně tvrdím, že každá koruna investovaná do prevence ušetří nejen lidské životy, ale také mnoho korun následné terapie. Jsem proto velmi rád, že „ekonomika prevence“ má i svou konferenci, kde jsem měl tu čest přednést úvodní přednášku.

Zároveň se ovšem ukazuje, že mnohá dosavadní preventivní opatření při snaze omezovat civilizační choroby dosáhla svého maxima. Náš životní styl se oproti minulosti změnil k lepšímu, ovšem tím se potenciál zlepšování zdravotního stavu občanů do určité míry vyčerpává. Chceme-li pokračovat v dosavadním úspěšném trendu, musíme zároveň hledat i nové příležitosti a nové přístupy.

Takovou cestou je například otázka snižování rizik spojených s rizikovým chováním. Civilizační choroby jsou ve své většině způsobovány rizikovým chováním spojeným se závislostí. Komplexní strategie minimalizace rizik musí zahrnovat všechny dostupné prostředky. Potřebujeme nejenom osvětu a efektivní omezení pomocí zákonů a pravidel, ale měli bychom usilovat i o snížení negativních účinků tohoto chování na lidské zdraví. Odborná diskuse domácích i zahraničních odborníků nám v rámci konference ukázala cesty.

Prevence i další potřebné kroky jsou důležitým tématem pro zdravotní pojišťovny. Právě ony by se měly stát hlavním partnerem v diskusi o vhodných motivačních nástrojích, které by zlepšily přístup našich občanů k jejich vlastnímu zdraví.

Debata to není jednoduchá a vede se v řadě dalších zemích. Přednášky, které jsme vyslechli, jsou více než adekvátním příspěvkem do této diskuse a my všichni, kterým zdraví našich občanů leží na srdci, máme rozhodně nad čím přemýšlet.

Přeji všem pevné zdraví,  
Váš Adam Vojtěch  
ministr zdravotnictví České republiky

# Čelíme pandemii civilizačních chorob. Potřebujeme zlepšit prevenci a snižovat rizika škodlivého chování, zaznělo na konferenci ZD k ekonomice prevence

Největším zabijákem moderní doby není covid-19, ale choroby úzce související s životním stylem jako jsou kardiovaskulární, onkologická a duševní onemocnění. Jejich výskyt v populaci přitom v posledních letech stagnuje nebo rovnou stoupá, známé způsoby prevence přestávají fungovat a náklady na jejich léčbu rostou. Je proto třeba hledat nové přístupy a snižovat rizika škodlivého chování, shodli se účastníci mezinárodního panelu Stálé konference českého zdravotnictví na téma ekonomika prevence. Ten se konal včera v pražském Kaiserštejnském paláci za účasti špiček politiky, medicíny i plátců zdravotní péče z několika zemí. Vedle českého premiéra Andreje Babiše vystoupili i ministři zdravotnictví České republiky i Slovenska Adam Vojtěch a Vladimír Lengvarský. Do diskuse přispěl rovněž bývalý slovenský vicepremiér a ministr zdravotnictví Richard Raši, dnes poslanec Národní rady. O ekonomice prevence přednášeli rovněž prezident polské odborné společnosti pro veřejné zdraví profesor Andrzej Mariusz Fal, ředitel Institutu pro výzkum kardiovaskulárních nemocí Univerzity v Tel Avivu profesor Reuven Zimlichman, předseda České kardiologické společnosti profesor Aleš Linhart a předsedkyně České onkologické společnosti docentka Jana Prausová. Pohled ambulantních specialistů přednesl jejich předseda Zorjan Jojko a roli praktických lékařů přiblížil zakládající člen Sdružení praktických lékařů Zdeněk Hamouz. Plátce zdravotní péče reprezentoval ředitel největší české zdravotní pojišťovny VZP Zdeněk Kabátek.

I přes tragickou bilanci pandemie covid-19 stále zůstávají největším zabijákem moderní doby choroby velmi úzce související se stylem našich současných životů. Tedy kardiovaskulární, onkologická a duševní onemocnění. Drtivě většině z nich lze přitom předcházet, a to vhodně zacílenou prevencí. Česká republika vynaložila v roce 2019 na zdravotní péči 477 miliard korun a z toho šlo na léčbu preventabilních onemocnění 382 miliard korun, tedy celých 80 procent. „Každá koruna investovaná do prevence tak ušetří mnoho korun vynaložených na

léčbu. Podpora prevence a primární péče, která je v této oblasti klíčová, je proto naprosto zásadní,“ prohlásil na mezinárodním panelu konference Zdravotnického deníku k ekonomice prevence ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Jak ve svém příspěvku připomněl i premiér Andrej Babiš, pandemie covidu již více než rok vyčerpává finanční, lidské i technické kapacity zdravotnického systému, které by se jinak mohly nasměrovat do prevence a léčby nemocí jako je rakovina či

závislost na návykových látkách. Na druhou stranu se také jasně ukázalo, že kardiovaskulární onemocnění či obezita jednoznačně zvyšují riziko těžkého průběhu nákazy a následného úmrtí. „A zde Česká republika nevypadá v různých mezinárodních statistikách právě dobře, ať jde o kouření či konzumaci alkoholu. Ne nadarmo byla ČR na špičkách statistik mortality pokud jde o covid. Ten nám nastavil určité zrcadlo toho, jaký je zdravotní stav české populace,“ dodává Vojtěch.

Význam prevence a včasného zachytu nemocí, který pak šetří peníze systému, proto začíná docházet sluchu i u politiků odpovědných za rozdělování veřejných finančních prostředků. Například v oblasti onkologických onemocnění se tak v ČR již provádí tři plošné screeningové programy (nádoru prsu, kolorekta a děložního čípku) a v lednu by měl být spuštěn i screening karcinomu plic. „Chceme, aby se nešetřilo na výdajích na prevenci a léčbu závažných onemocnění, zejména onkologických,“ uvedl Babiš. Právě covid podle něj jasně prokázal klíčový význam preventivních opatření, v tomto případě očkování. Zároveň však odborníci upozorňují na

to, že známé způsoby prevence například v oblasti kontroly tabáku přestávají přinášet kýžený efekt, tedy snížení počtu nemocných. Je třeba hledat nové trendy a postupy, upozorňují.

## Chybí přenos odborných poznatků do politiky

Asi každý intuitivně tuší, že pohyb, zdravá strava a duševní pohoda přispívají k lepšímu zdraví a vyšší kvalitě života. Jiná věc je podložit to tvrdými daty a přetavit do jasné národní politiky s náležitou finanční podporou. Prevence není pro politiky příliš atraktivním tématem, protože konkrétní výsledky přijatých opatření se dostávají až prakticky za celou jednu generaci. Proto bývají mnohdy málo ochotní se tématu hlouběji věnovat a naslouchat odborné argumentaci.

Právě přenos odborných poznatků do rozhodovacích procesů vidí jako jeden z „neuralgických bodů“ prevence i slovenský ministr zdravotnictví Vladimír Lengvarský. Jedním z dílčích významných témat je pak podle něj regulace spotřeby tabáku a alkoholu a právě zde „je třeba uchopit problematiku



„Covid nám nastavil zrcadlo,“ říká český ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Foto: Radek Čepelák



Zleva: Předseda Správní rady Institutu pro střední Evropu Martin Fedor a bývalý ministr obrany, který se stal ve svých 31 letech nejmladším slovenským ministrem, stejně jako vedle stojící současný ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Na fotografii dále ředitelka Institutu pro střední Evropu Katarína Cséfalvayová, vydavatel Zdravotnického deníku Ivo Hartmann. Foto: Radek Čepelák

koherentně v širokém dialogu v rámci celého spektra účastníků," dodal ministr.

Kouření je ostatně jedním z hlavních rizikových faktorů pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění, které i přes pokles v posledních desetiletích stále představují hlavní příčinu úmrtí v ČR. A zlepšení nelze očekávat. „Je na čase přestat se plácát po ramenou. Kardiologických pacientů přestalo ubývat,“ varuje předseda České kardiologické společnosti a přednosta kliniky kardiologie a angiologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice Aleš Linhart a dodává: „Naše společnost začala žít zdravěji, začalo se žít lépe. Ale tyhle trendy se již vyčerpaly.“

## Je třeba snižovat dopady škodlivého chování

Stejně jako Česká republika zaznamenaly za poslední desetiletí výrazný pokles výskytu nemocí oběhové soustavy i další rozvinuté země. Nicméně, jak upozorňuje ředitel Institutu pro výzkum kardiovaskulárních nemocí z univerzity v Tel Avivu Reuven Zimlichman, zhruba od roku 2000 tento trend stagnuje. „Pokud chceme dosáhnout dalšího poklesu, musíme hledat nové přístupy k prevenci,“ tvrdí profesor.

Země by se podle něj měly vydat cestou minimalizace rizik. Lidé jsou často velmi málo ochotní měnit své zvyky, vysvětluje Zimlichman, a v takových případech má nastoupit snaha o snížení škodlivých důsledků rizikového chování. Ta se ostatně objevuje v řadě oblastí běžného života jako je strava, opalování, přílišné slazení nebo sex. A stejně tak to může fungovat i u významného rizikového faktoru kardiovaskulárních onemocnění jako je kouření.

„V některých zemích jsou proto alternativy kouření tabáku vnímány jako méně škodlivé způsoby spotřeby nikotinu a uznány jako silný doplňkový nástroj platných opatření protitabákové kontroly,“ popisuje Zimlichman. Poukazuje při tom na země jako Velká Británie, která aktivně pracuje s elektronickými cigaretami jako nástrojem pro odvykání, nebo USA, kde Úřad pro kontrolu potravin a léčiv již udělil některým alternativním tabákovým výrobkům na základě dostupných vědeckých důkazů statut výrobku s nižší mírou rizika při užívání.

## Různou míru rizika by měla zohlednit i legislativa

Andrzej Mariusz Fal, prezident polské Odborné společnosti pro veřejné zdraví a přednosta kliniky aler-

gologie, plicních nemocí a interní medicíny Ústřední klinické nemocnice ve Varšavě, v této souvislosti tvrdí, že tři dosavadní pilíře politiky kontroly spotřeby tabáku, tedy zvyšování daní, zákaz kouření ve veřejných prostorách a podpora odvykání, Evropu za posledních patnáct let již v zásadě nikam neposunuly. „Novou cestou proto může být právě strategie snižování rizik. Jinak zůstaneme na stejné úrovni jako v roce 2007,“ souhlasí Fal se svými předřečníky. A poukazuje při tom na doporučení polské expertní skupiny, které se věnovala výrobkům na bázi zahřívání tabáku. Podle ní by se na konci škály intervencí na podporu odvykání kouření mohly při neúspěchu farmakoterapie objevit právě tyto produkty, které ve srovnání s cigaretami výrazně snižují riziko škodlivých dopadů kouření.

„S expozicí rostou následky. Největší benefit tak mají programy, které se zaměřují na snížení největší porce rizik,“ potvrzuje vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti Viktor Mravčík. Podle něj je proto zapotřebí vytvářet ve zdravotní politice vyvážený mix opatření kombinující co nejnižší míru expozice rizikovým faktorům a zároveň nejvyšší míru duševní pohody. To by měla pak zohledňovat i legislativa. „Méně rizikové produkty by měly podléhat nižší regulaci,“ konstatuje Mravčík.

Podle náměstka ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny Ivana Duškova se jedná o zajímavé téma i pro zdravotní pojišťovny jako plátce zdravotní péče. „Koncept snižování rizik u kouření je pro nás určitě nosný,“ prohlásil Duškov.

## Jak propojit odborníky s politiky

Účastníci konference se bez výjimky shodli na tom, že je to především člověk sám, a nikdo jiný, kdo nese odpovědnost za své zdraví. A to si začínají uvědomovat i zdravotní pojišťovny. „Pokud dokážeme ovlivnit chování účastníků veřejného zdravotního pojištění, přesvědčíme je, aby přistupovali ke svému zdravotnímu stavu odpovědně a byli zainteresováni na nákladech, které generuje jejich chování, tak výrazně snížíme náklady na zdravotnictví,“ konstatoval ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Zdeněk Kabátek. Podle něj je nejvyšší čas hledat model, který klienty pojištěn do péče o vlastní zdraví více zapojí. „Za zdraví občanů není odpovědný stát, ani pojišťovna. To bychom měli promítnout i do

způsobu financování zdravotní péče,“ říká Kabátek. To se samozřejmě neobejde bez důsledné informační kampaně a edukace klientů o tom, jak se lépe starat o své zdraví a snižovat rizikové chování.

„Je třeba hledat vhodný mix zákazů a motivací. Stát by měl méně trestat a více pomáhat. A k tomu by měl více používat pomocnou ruku, kterou mu podává věda a inovace,“ myslí si poslanec zdravotního výboru slovenské Národní rady a bývalý ministr zdravotnictví Slovenska Richard Raši.

Odborníci proto podle něj musí hledat cesty, jak své znalosti, shromážděná data a nápady politikům předat. Například jeho parlamentní strana Hlas již do svého zdravotnického programu zakomponovala princip snižování rizik. Propojit odborné doporučení s politickým establishmentem však není vždy jednoduché. Vhodné by proto podle Rašeho bylo rozvíjet mezinárodní spolupráci, v rámci níž by si odborníci i politici mohli vyměňovat informace o tom, jaké postupy reálně fungují a mají pozitivní ekonomický dopad. „To pak pomůže při tvorbě státních rozpočtů lépe argumentovat ve prospěch investic do prevence,“ uzavírá Raši.

Helena Sedláčková

## Prevence je podle ministra Vojtěcha základním pilířem. Nově ji chce podpořit screeningem rakoviny plic

Podpora primární prevence a praktických lékařů, kteří by v tomto ohledu měli hrát hlavní roli, je ve zdravotnictví zcela klíčová. Podle ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha se nám každá investice do této oblasti mnohonásobně vrátí. Bohužel je ale faktem, že česká populace se zatím v této oblasti příliš nepoučila a radám o prospěšnosti pohybu a škodlivosti kouření či alkoholu nenaslouchá. Ministerstvo zdravotnictví chce proto alespoň posílit sekundární prevenci, a to tak, že ke třem stávajícím onkologickým screeningovým programům přidá čtvrtý zaměřující se na záchyt rakoviny plic u rizikové populace, tedy dlouhodobých kuřáků starších 50 let. Na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku, která se věnovala ekonomice prevence, to 22. července řekl Adam Vojtěch.



Ministr Vojtěch chce napomoci prevenci při boji s rakovinou nasazením čtvrtého screeningového programu na včasné odhalování rakoviny plic. Foto: Radek Čepelák

„Od začátku svého mandátu hovořím o tom, že prevence je zásadní oblast a že každá koruna investovaná do prevence ušetří mnoho korun, potažmo euro, v rámci následné terapie. Jedním ze základních pilířů, se kterým jsem přišel na ministerstvo zdravotnictví, je podpora primární prevence. Stále jsem přesvědčen o tom, že v českém zdravotnictví – a platí to i v jiných zdravotnických systémech – je tím, kdo je odpovědný za prevenci, praktický lékař,“ uvádí ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Ten také po svém prvním nástupu do funkce před necelými čtyřmi lety začal s reformou primární péče, kdy na základě diskuze s praktiky došlo k posílení některých jejich kompetencí například v oblasti předepisování léků či dispenzarizace chronických pacientů (například těch po onkologické léčbě). Zároveň jsou praktičtí lékaři motivováni k poskytování delších ordinančních hodin nebo právě k zajišťování prevence (na tu se zaměřují také programy VZP Plus).

## Covid nám ukázal zrcadlo

Praktici by přitom měli mít na starosti primární prevenci, tedy například edukaci ohledně (ne)kouření, obezity, pohybu a zdravé životosprávy včetně konzumace alkoholu. Na tomto poli bohužel mají hodně práce. „Česká republika nevypadá v mezinárodních statistikách WHO či OECD úplně dobře, právě pokud jde o konzumaci alkoholu a kouření, zejména v případě mladistvých, kde to začíná. Podpora pohybu, správná výživa, nekouření a omezení alkoholu jsou klíčové,“ podotýká Vojtěch.

Že u nás v tomto směru příliš nezáříme, koneckonců dokázal i covid. Právě komorbidity, jako je obezita a kardiovaskulární či plicní choroby totiž přispívají k těžkému průběhu tohoto infekčního onemocnění, což se odrazilo na počtu obětí.

„I covid nám ukázal zrcadlo, jaký je zdravotní stav české populace a že na tom musíme zapracovat,“ podtrhává ministr. S tím pochopitelně souvisí také očkování, a to nejen proti covidu. Právě očkování proti této chorobě je ale dle Vojtěcha jedinou cestou, jak se celosvětově dostat ze současné těžké situace, a i české ministerstvo se snaží v tomto pomoci.

Podle ministra by zároveň zdravotní pojišťovny měly co neefektivněji využívat fondy prevence a také je více provázat s tím, jak se pojištěnci chovají a přistupují k léčbě. „Možná narazíme na legislativní mantinely, které bude nutné změnit, ale myslím, že provazba na motivaci je naprosto zásadní. V tomto směru jsou zdravotní pojišťovny klíčovým partnerem, který motivaci může nastavit. Když už pojištěnci mají nějaké chronické onemocnění, jako je diabetes, kde hodně záleží na tom, jak se člověk chová a dodržuje léčebný plán, měla by tam být motivace i ve směru systému veřejného zdravotního pojištění a fondu prevence,“ doplňuje Vojtěch.

## Nový screening od ledna

Důraz bychom tak pochopitelně měli klást také na sekundární prevenci, tedy včasný záchyt chorob. Jedná se mimo jiné o onkologická onemocnění, která se snažíme podchycovat v rámci screeningových programů. V tuto chvíli máme tři národní screeniny – rakoviny prsu, děložního čípku a tlustého střeva a konečnicku, díky nimž se povedlo snížit počty úmrtí na tyto diagnózy. Markantně je to v poslední době vidět u rakoviny kolorekta, kde jsme ještě před deseti lety byli na předních světových příčkách, což se povedlo změnit.

„Nechceme zůstat jen u těchto tří screeningových programů, ale nyní připravujeme čtvrtý národní screening rakoviny plic, která je jedním z největších zabijáků v ČR. Když se podíváte na mortalitu u jednotlivých nádorových onemocnění, jsou plíce bohužel na špičce – v některých regionech, jako je Ústecký kraj, je to hlavní příčina úmrtí. Je proto nutné tento screening započít, na čemž jsme se shodli i se zdravotními pojišťovnami. V tuto chvíli probíhá akreditace pracovišť, která budou na CT přístrojích vyšetřovat rizikové pacienty, což jsou dlouhodobí kuřáci nad 50 let. Chceme, aby byl tento screening odstartován nejpозději v lednu příštího roku, a věřím, že díky tomu budeme schopni zachránit mnoho životů,“ dodává Adam Vojtěch.

Michaela Koubová

# Neuralgické body slovenského zdravotnictví v přístupu k prevenci? Slabá účast na screeningu či transfer vědeckých poznatků do rozhodování

Zdravotní pojišťovny i státní orgány by měly mít zájem na tom, aby se mezi obyvateli zvýšila zdravotní gramotnost. Ti by tak měli možnost lépe rozhodovat o svém zdraví – jsou to totiž právě naše návyky, které mají na náš zdravotní stav zcela zásadní vliv. Stejně jako v ČR, ani u našich sousedů na Slovensku však není podpora prevence taková, jaká by měla být. Podle slovenského ministra zdravotnictví Vladimíra Lengvarského jsou ale právě investice do prevence a podpory zdraví spolu s přesunem těžiště do ambulantní péče klíčem k lepší efektivitě zdravotnictví v době, kdy můžeme očekávat růst tlaku na zdravotnický systém způsobený stárnutím populace. Ministr Lengvarský to řekl na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví věnované ekonomice prevence, která se konala 22. července v Praze.



Konferenci sledují z první řady Katarína Cséfalvayová, bývalá předsedkyně zahraničního výboru slovenského parlamentu a ředitelka Institutu pro střední Evropu (druhá zprava) a předseda správní rady Institutu a exministr obrany Slovenské republiky Martin Fedor (třetí zprava). Foto: Radek Čepelák



„Investice do zdravotnictví a prevence hodnotím jako klíčové z pohledu celkové udržitelnosti zdravotního systému, ale i celkové kondice obyvatelstva. Za účelem nastavení a implementace efektivních programů prevence a kontroly chronických onemocnění je zároveň nevyhnutelná koordinace a reakčnost zdravotnického systému a jeho propojenost s technologickými a organizačními inovacemi,“ uvádí Vladimír Lengvarský s tím, že je třeba snižovat nerovnosti, co se zdraví týče, a zjednodušovat občanům přístup ke kvalitní péči.

Zásadní je přitom úloha zdravotních pojišťoven či ústředních orgánů státní správy. Jejich fungování je sice zákonně upraveno, další potenciál však skýtá změna paradigmatu s cílem zvyšovat investice do prevence a včasného odhalování nemocí. To ve výsledku povede k úsporám za léčbu chorob v pokročilejších stadiích.

„Pojišťovny by také měly mít zájem na zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatel a svých pojištěnců. Ústředním bodem celého mechanismu je však občan, jeho zodpovědnost vůči vlastnímu zdraví a rozhodnutí podléhající osobní volbě. Rizikové faktory zodpovědné za úmrtí jsou totiž do velké míry kombinací behaviorálních a metabolických faktorů,“ podtrhává Lengvarský.

## Na místě je diskuze o zdaňování

Slovenskému ministerstvu se přitom v poslední době podařilo určit několik neuralgických bodů v přístupu k prevenci. „Bude potřeba přehodnotit transfer vědeckých poznatků do rozhodovacích procesů, stejně jako zvýšit nízkou účast na preventivních screeninzích. Tyto screeniny jsou z medicínského i ekonomického hlediska vysoce efektivní za předpokladu, že jsou organizované a pravidelně vyhodnocované,“ přibližuje Vladimír Lengvarský.

Vedle toho jsou známy efektivní kroky, jako je například zdanění sladkých nápojů, které přispívají ke vzniku obezity a cukrovky. Podobně je tomu také u tabáku a alkoholu. Podle Lengvarského je proto potřeba problematiku koherentně uchopit, vést širokou debatu a vytvořit průřezové akční plány.

Slovensko se už nyní v oblasti prevence opírá o Národní plán boje proti rakovině, kde je zahrnuta například komunikační kampaň cílící na informovanost o rakovině kolorekta či certifikace mamografických center.

„Těmito aktivitami reflektujeme i Evropský plán proti rakovině, který je klíčovým partnerem a pilířem silné evropské zdravotní unie. Jsem přesvědčený, že mezinárodní prostor je prostorem, který dokáže poskytnout expertizu a další činnost, z níž je možno dále těžit a rozvíjet na národní úrovni,“ poukazuje Vladimír Lengvarský.

## Potenciál investic do prevence

Ministr Lengvarský také připomíná, že stárnutí obyvatel bude vyvíjet tlak na výdaje ve zdravotnictví a také na dlouhodobou péči. Předpokládá se tak, že míra růstu výdajů v této oblasti na Slovensku během nadcházejícího desetiletí převyší průměr EU.

„Zároveň ale zdravotnický systém ve světle započatého reformního procesu vykazuje značný potenciál ve zvyšování efektivity prostřednictvím lepší kontroly výdajů, přesunutí těžiště do ambulantní péče a navýšení investic do prevence a podpory zdraví,“ dodává Lengvarský.

Michaela Koubová

# Účinná politika boje proti závislostem musí reagovat na odlišnou míru škodlivosti, kterou různé návykové látky způsobují

Účinná politika regulující závislostní chování by se měla věnovat především těm rizikovým faktorům, které nejvíce přispívají ke zdravotní zátěži. V ČR je to kouření a významnou roli hraje i pití alkoholu. Podle vedoucího Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti Viktor Mravčíka by přístup státu měl být vyváženým mixem opatření nastavujícím rovnováhu mezi co nejnižší mírou regulace, co nejnižší expozicí rizikovým faktorům a zároveň co nejvyšší mírou duševní pohody. Důležité je také držet se principu minimalizace škod a rizik a zohledňovat různou míru rizika, kterou odlišné návykové látky a produkty představují.

Priority v oblasti politiky závislostí ale i ve veřejné zdravotní politice by se měly určovat podle míry zdravotní zátěže. Jinými slovy, taková politika by se měla věnovat především těm rizikovým faktorům, které k této zdravotní zátěži přispívají. „A to se týká i intervencí. Je třeba dávat prioritu těm, které mají potenciál dosáhnout největšího zdravotního zisku,“ prohlásil vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti Viktor Mravčík na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku zaměřeném na ekonomiku prevence, který se konal 22. července.

## Kouření jako rizikový faktor číslo jedna

Ve vyspělých zemích, k nimž se řadí i Česká republika, patří podle obsáhlé globální studie z roku 2017 návykové látky jako tabák a alkohol mezi deset nejvýznamnějších rizikových faktorů přispívajících k celkové zdravotní zátěži. „Právě tabák je rizikovým faktorem číslo jedna, ať již jde o úmrtnost nebo komplexní ukazatel DALY, tedy o ztracené roky života v důsledku nemoci a úmrtnosti. Alkohol pak způsobuje menší polovinu zdravotní zátěže a všechny nelegální drogy dohromady ještě menší část,“ popisuje Mravčík.

A nejde jen o vyspělé země, kde se na prvních deseti místech umístily čistě behaviorální rizikové faktory, tedy faktory životního stylu, kterým lze předcházet. I v celosvětovém pohledu je význam návykových látek velký – tabák se globálně umístil na čtvrtém místě a alkohol a drogy na osmém.

Světová zdravotnická organizace (WHO) v této souvislosti dále upozorňuje, že k některému z celkem 84 rizikových faktorů zkoumaných ve studii lze přiřadit pouze polovinu celosvětové zdravotní zátěže. „Ta další polovina není přiřaditelná a není jasně, proč jsou tito lidé nemocní a proč umírají dřív,“ pokračuje Mravčík. Do hry tak vstupuje ještě tzv. alostatická zátěž, tedy reakce lidského organismu na chronický psychosociální stres, kdy se ve vyšší míře vyplavují stresové hormony, opotřebovávají orgány a lidé jsou dříve nemocní a také dřív umírají. „Čili velmi důležitým faktorem pro zdravotní stav je i psychická pohoda. Souvislost duševní nepohody, somatických onemocnění a závislostí je zřejmá,“ konstatuje adiktolog.



Vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti Viktor Mravčík. Foto: Radek Čepelák

## Podle míry škodlivosti rozdělujeme návykové látky i dílčí produkty

V České republice umírá v důsledku kouření přibližně pětina lidí, to je necelých 20.000 úmrtí ročně. Alkohol se na celkové úmrtnosti podílí zhruba ze šesti procent, přičemž výrazně vyšší je tento podíl u dospělých ve věku 35–44 let (26 procent u mužů a 17 procent u žen). Z pohledu DALY připadá v průměru na jednoho zemřelého kuřáka patnáct ztracených let života. U konzumenta alkoholu je to ještě o deset let více.

Podle Mravčíka obecně platí, že čím větší expozice návykové látce, tím větší je riziko závislosti. „Největší benefit tak mají programy, které se zaměřují na redukci největší porce expozice a zdravotních rizik. 70 procent

úmrtnosti přiřaditelné alkoholu lze přičíst malé části populace, která pije intenzivně. Tam má smysl preventivní programy zaměřit v první řadě,“ vysvětluje.

Zároveň je třeba mít na mysli, že dlouhodobé intenzivní problémové užívání („heavy use over time“) má dopady nejen na individuální úrovni člověka, ale i v jeho okolí a v rámci celé společnosti.

„S tímto komplexním prizmatem na mysli pak řadíme návykové látky podle škodlivosti. Hovoříme o tzv. rizikovém kontinuu,“ pokračuje adiktolog. „Totéž se týká i různých produktů ze stejné látky jako jsou například různé výrobky na užívání tabáku. Klasické cigarety jsou vnímány jako nejškodlivější. Další nikotinové produkty, ať již tabákové nebo netabákové, znamenají

menší riziko a tedy i nižší pravděpodobnost zdravotních následků," upřesňuje.

## **Efektivní protidrogovou politiku tvoří vyvážený mix opatření**

Podle tohoto žebříčku je pak možné k návykovým látkám přiřazovat i různou podobu a míru regulace. Adiktologové hovoří v této souvislosti o tzv. U-křivce. „Na obou jejích koncích dochází k nejvyšším společenským škodám a zdravotním nákladům. Na straně jedné je to neregulovaný, bezbřehý, komerční trh, který přináší nejvyšší expozici i nejvyšší zdravotní a společenské škody. Na druhé straně se nachází neregulovaný černý trh v důsledku prohibice s vysokou mírou zdravotního rizika. Návykové látky neprochází žádnou kontrolou a pojí se s tím i vysoká kriminalita. Uprostřed se nachází optimální regulace spojená s nejnižšími zdravotními škodami a také zmiňovaná nejvyšší míra spokojenosti," popisuje Viktor Mravčík.

Efektivní protidrogovou politiku by tak měl podle Mravčíka tvořit vyvážený mix opatření hledající rovnováhu mezi co nejnižší mírou regulace, co nejnižší expozicí rizikovým faktorům a zároveň co nejvyšší mírou duševní pohody. V případě kontroly tabáku uvádí Mravčík jako příklad sadu opatření doporučených WHO nazvanou „MPOWER“. Ta zahrnuje monitoring užívání tabáku a politiky kontroly tabáku, ochranu před tabákovým kouřem, nabídku pomoci při odvykání, varování před nebezpečím spojeným s užíváním tabáku, prosazování zákazu reklamy na tabákové výrobky, jejich propagace a sponzorování a nakonec zvyšování daní na tabák.

„Všechna tato opatření mají jasný preventivní účinek, včetně zvyšování daní. I v tomto posledním případě nejde jen o příjem do státní pokladny, ale o nástroj, který ovlivňuje poptávku, snižuje konzumaci a tedy i expozici a riziko“ dodává.

## **Regulace by měla zohledňovat různou míru rizika**

Povaha regulace by dále měla podle Mravčíka odpovídat i škodlivosti produktů v souladu s již zmíněným rizikovým kontinuem. „Rizikovější produkty by měly podléhat přísnější legislativě než ty méně rizikové,”

konstatuje. V zásadě se jedná o uplatnění známého principu minimalizace škod a rizik užívání návykových látek („harm reduction“).

Ten je také součástí aktuálně platné české národní protidrogové strategie. „Lidé si pod tím obvykle představí výměnu jehel a stříkaček u drogově závislých. Tento princip je ale účelem opatření napříč všemi pilíři naší strategie,” tvrdí Mravčík, podle něhož „harm reduction“ představuje třeba i bezpečnostní pás v autě nebo helma pro lyžaře či cyklisty.

O míře uplatnění tohoto principu se nyní v odborných kruzích hojně diskutuje v souvislosti s politikou kontroly tabáku. „Hovoříme o snižování expozice škodlivinám, v jejichž důsledku dochází k onemocnění zejména v oblasti kardiovaskulární a onkologické, aniž by muselo nutně dojít ke snížení konzumace nikotinu. Lidé totiž kouří kvůli nikotinu, ale umírají kvůli dehtu v cigaretách,” vysvětluje Mravčík.

Jde tedy o to, do jaké míry zapracovat do národních strategií boje proti závislostem alternativy klasických cigaret jako jsou elektronické cigarety nebo výrobky na bázi zahříváního tabáku. „Tyto alternativy se již v některých zemích stávají součástí jejich zdravotních politik,” pokračuje Mravčík. Jako příklad uvádí anglickou veřejnou zdravotní službu (PHE), která již do svých koncepcí zařadila elektronické cigarety jako pomůcku při odvykání, nebo americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA). Podle něj některé tabákové výrobky (na bázi orálního a zahříváního tabáku) znamenají pro jeho uživatele nižší zdravotní riziko a jejich výrobce může v USA svůj produkt s touto informací také uvádět na trh.

„Pro zdravotnické autority jako je Světová zdravotnická organizace však stále jde o poměrně kontroverzní oblast,” dodává k tomu Viktor Mravčík. WHO se nijak netají svými obavami z rizika vzniku závislosti u lidí, kteří doposud nikotin neužívali, zejména u dětí. „U alternativ je proto třeba dobře vyvážit zdravotní příspěvek v případě snížené expozice u kuřáků a odvykání a na druhé straně riziko vzniku závislosti u lidí, kteří se nikotinu zbavili nebo nikdy jeho uživateli nebyli,” uzavírá adiktolog.

Helena Sedláčková

# Zimlichman: Potřebujeme otevřenou mysl a do prevence zapojovat princip minimalizace rizik a škod všude, kde je to možné. Jinak se nic nezmění

Před zhruba dvaceti lety se ve vyspělých zemích včetně ČR zastavil do té doby výrazný pokles výskytu nemocí oběhové soustavy a situace se ani dnes nijak výrazně nemění. Musíme hledat nové přístupy k prevenci, prohlásil na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku ředitel Institutu pro výzkum kardiovaskulárních nemocí z univerzity v Tel Avivu Reuven Zimlichman. Stále větší roli v politice prevence bude proto hrát princip minimalizace rizik a škod, ať se to týká kouření, obezity, pohybu či stravovacích návyků. Důležitou roli tu musí sehrát odborníci i politici.



Konference Zdravotnického deníku k ekonomice prevence. Zprava: ministr zdravotnictví Adam Vojtěch, prezident Odborné společnosti pro veřejné zdraví Polské republiky a přednosta kliniky alergologie, plicních nemocí a interní medicíny Ústřední klinické nemocnice ve Varšavě Andrzej Mariusz Fal, předseda České kardiologické společnosti a přednosta kliniky kardiologie a angiologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice Aleš Linhart, ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Zdeněk Kabátek. Foto: Radek Čepelák

Před zhruba dvaceti lety se ve vyspělých zemích včetně České republiky zastavil do té doby výrazný pokles výskytu nemocí oběhové soustavy a situace se ani dnes nijak výrazně nemění. „Pokud chceme dosáhnout dalšího poklesu, musíme hledat nové přístupy k prevenci,“ prohlásil na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku ředitel Institutu pro výzkum kardiovaskulárních nemocí z univerzity v Tel Avivu Reuven Zimlichman.

Stále větší roli v politice prevence bude proto podle něj hrát princip minimalizace rizik a škod způsobených závislostním chováním. „Musíme využít všechny možnosti, které nám tento přístup přináší. Musíme se v maximální míře snažit předcházet škodlivosti cigaret, alkoholu, špatné stravy nebo nedostatku fyzické aktivity. Může to zachránit mnoho životů,“ tvrdí profesor Zimlichman.

Velmi důležitou roli tu podle něj musí sehrát vláda. „Ta by měla sestavovat speciální skupiny odborníků, kteří budou vyhodnocovat náhradní terapie a budou schopni dokázat, že tyto alternativy jsou lepší než původní závislosti. Potřebujeme otevřenou mysl a používat princip minimalizace rizik a škod všude, kde je to možné,“ apeluje. A dodává: „A to, jak žít zdravě, musíme učit již děti a mladé lidi. Starší lidé mění svůj životní styl jen velmi neradi.“

## Omezení již jen jediného rizikového faktoru pomáhá

Odborníci doposud identifikovali zhruba 200 rizikových faktorů pro rozvoj onemocnění srdce a cév, která jsou například v České republice stále největším zabijákem. Těch nejvýznamnějších faktorů je však „jen“ kolem dvacítky. Podle profesora Zimlichmana je možné je rozdělit do tří skupin podle toho, do jaké míry jim lze předcházet a zda jsou léčitelné. „Mezi ty, které lze změnit, nebo si to alespoň myslíme, patří kouření, obezita, stravovací návyky, stres, nadměrné pití alkoholu nebo nedostatek pohybu. Jsou pacienti, kteří dokáží přestat kouřit, zlepšit stravování a zhubnout. Ale na druhou stranu jsou i tací, kteří to nedokáží,“ vysvětluje Zimlichman.

Mezi rizikové faktory, kterým nelze předcházet, řadíme například věk, pohlaví, rodinné zatížení nebo etnicitu. A nakonec to jsou faktory, které také vedou

k progresi nemoci, ale dokážeme je léčit – čím lépe, tím méně je nemoc závažná. Sem odborníci zařazují například vysoký krevní tlak, zvýšený cholesterol v krvi, poruchy srdečního rytmu nebo cukrovku. „Čím více rizikových faktorů se potká u jednoho pacienta, tím více se riziko (závažnosti nemoci) násobí. Když se vyřeší i jeden jediný rizikový faktor, výrazně to ovlivní celé kardiovaskulární riziko,“ upřesňuje.

Z hlediska příčin úmrtí na kardiovaskulární onemocnění bychom se měli podle Zimlichmana nejvíce obávat vysokého krevního tlaku, dále kouření a vysoké hladiny cukru v krvi. O něco menší vliv má pak nedostatek pohybu, nadváha a obezita nebo vysoký cholesterol.

## Musíme hledat nová řešení

Jak již bylo zmíněno, do roku 2000 zaznamenaly prakticky všechny vyspělé země postupný pokles ve výskytu kardiovaskulárních onemocnění. Od té doby však křivky stagnují. V roce 2016 vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) seznam doporučených strategií, které by měly pomoci snížit tuto zdravotní zátěž do roku 2025 o čtvrtinu. I přes to nedošlo od té doby k žádnému zásadnímu zlepšení.

„Pokud budeme pokračovat tímto tempem, je otázkou, zda lepšího výsledku někdy vůbec dosáhneme,“ uvažuje Zimlichman. „Chceme-li docílit toho, aby křivky zase začaly klesat, musíme najít jiné řešení, nový přístup. Grafy nám to jasně ukazují. Samozřejmě musíme pokračovat v tom, co již umíme, co dokážeme vysvětlit a pacienty naučit, ale tam je náš úspěch omezený. Pokud chceme celkové zlepšení, musíme začít s novými věcmi,“ dodává profesor.

## Pokud nedokážete přestat, alespoň to omezte

Podle Zimlichmana musíme začít jednoduše počítat s tím, že lidé se rozhodují špatně, i když to má negativní dopad na jejich zdraví. „Pokračují s přejídáním a jedí čokoládu, i když mají cukrovku. Pacienti s chronickou obstrukční plicní nemocí nepřestávají kouřit a ti s ischemickou chorobou srdeční dále žijí své sedavé životy a jedí nezdravě,“ vypočítává slabosti nejen svých pacientů.



Účastníkům mezinárodního panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku poslal pozdrav český premiér Andrej Babiš. Foto: Radek Čepelák

Lékaři musí podle něj hledat kompromis mezi chováním pacienta a jeho svobodou rozhodovat o svém životě a odbornými doporučeními co se týče životního stylu, návyků a léčby. „A to se vždy nedaří,“ konstatuje. Odpověď nachází právě v principu minimalizace rizik a škod na lidském zdraví. Ten je již dnes úspěšně využíván v řadě oblastí: „V případě nezdravé stravy používáme statiny, stenty nebo antiagreganty. Před slunečním zářením se chráníme filtry. Chuť na sladké řešíme náhražkami cukru. Proti sexuálně přenosným chorobám se bráníme kondomem nebo očkováním,“ vypočítává.

Zimlichman vysvětluje, že spíše než na škodlivé chování samotné se princip minimalizace rizik a škod zaměřuje na výsledek tohoto škodlivého chování. „Jinými slovy, pokud nedokážete přestat, alespoň to omezte. Pokud nemůžete přestat brát nelegální drogy, zamezte předávání a přenosu infekcí,“ upřesňuje.

S ohledem na řečené není asi divu, že tento postoj je vnímán zároveň jako kontroverzní. Takové chování totiž může sebou nést i negativní aspekty – může být nezákonné nebo přinejmenším nemorální. „Ale existují lidé, kteří se nechtějí změnit, nebo to nedokáží. Právě v této situaci se může princip snižování rizik a škod způsobených chronickými onemocněními jevit jako prospěšný,“ vysvětluje profesor Zimlichman.

## Neúprosná realita kuřáků

Stejně by se podle něj mělo postupovat i v případě kouření. „Ano, nejlepší je přestat, ale podle odhadů bude i nadále v blízké budoucnosti kouřit na světě zhruba miliarda lidí. Pokud jim říkáme, že by měli přestat kouřit a oni nepřestávají, necháme je jejich osudu? Anebo vymyslíme něco, co by jejich šance zlepšilo?“ ptá se řečnický.

Jak již bylo zmíněno, kouření je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění, kterému lze ale předcházet. „Ve srovnání s nekuřáky je riziko infarktu myokardu šestkrát vyšší u žen a třikrát vyšší u mužů, kteří kouří alespoň dvacet cigaret denně. Pokud dotyčný přestal po infarktu kouřit, riziko jeho opakování se snížilo o polovinu do jednoho roku a za dva roky bylo na stejné úrovni jako u nekuřáků,“ upozorňuje Zimlichman.

I přes tyto jasné důkazy zůstává realita neúprosná. Ze studií vyplývá, že 49 procent kuřáků s postižením věnčitých tepen se svým zlovykem nepřestane ani po diagnóze. To platí i pro 57 procent těch, kteří přežili infarkt, a pro 72 procent pacientů s onemocněním periferních tepen.

Proto dává podle Zimlichmana smysl snižovat škodlivost kouření s pomocí alternativ klasických cigaret, z nichž některé snižují riziko onemocnění významně. „Pokud přesvědčíme pacienta, aby začal používat jednu z alternativ, kde nedochází ke spalování, jeho šance to značně zvyšuje,“ uvádí.

V některých zemích se již tyto alternativy staly pevnou součástí politiky prevence, jako například ve Velké Británii, kde anglická veřejná služba (PHE) již počítá s elektronickou cigaretou jakou pomůckou při odvykání, nebo americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA). Podle něj některé tabákové výrobky (na bázi orálního a zahřívávaného tabáku) znamenají pro jeho uživatele nižší zdravotní riziko a jejich výrobce může v USA svůj produkt s touto informací také uvádět na trh. Švédsko, kde kuřáci mohou jako v jediné zemi EU užívat orální bezdýmný tabák snus, eviduje nejnižší míru kouření v EU a nejnižší míru úmrtí na rakovinu plic a další nemoci spojené s kouřením.

„Máme již dostatek důkazů o tom, že alternativy mohou pomoci. Jde to však pomalu, lidé o nich mají nízké povědomí. Pokud se o nich bude více mluvit, lidé to začnou i lépe chápat,“ myslí si Zimlichman.

## Musíme napravit posledních 50 let lidského vývoje

V podobném duchu jako u kouření lze uvažovat i v případě nadváhy, obezity a nedostatku pohybu. Zimlichman sice připouští, že nejsou kupodivu k dispozici žádné odborné důkazy o tom, že by snižování hmotnosti u starších obézních lidí vedlo ke snížení jejich mortality, nicméně stále platí, že obezita zvyšuje riziko vysokého krevního tlaku, zvýšeného cholesterolu v krvi nebo cukrovky. Snížení nadváhy naopak pacientům přináší vyšší míru fyzické aktivity a tím i míru nezávislosti na druhých a tedy i vyšší kvalitu života. Více pohybu pak zejména starším lidem, kteří ho mají méně, přináší například lepší krevní tlak, nižší hladinu cukru a tuku, lepší neurokognitivní funkce a opět vyšší kvalitu života a míru nezávislosti na ostatních.

I zde pak nacházíme postupy snižování rizik a škod. V případě obezity je to například bariatrická chirurgie, i když s poněkud omezeným úspěchem. Nikoli všichni pacienti

totiž jsou ochotní zákrok podstoupit a bojí se komplikací. Dále se například v léčbě diabetu využívají moderní terapie jako jsou agonisté GLP-1 receptorů nebo přípravky Ozempic či Victoza. Pomoci může i značení potravin. „U nás v Izraeli máme speciální nálepky, které označují potraviny s vysokým obsahem cukru, kalorií a tuku. Mají pomoci rodičům, aby nekupovali dětem to, co pro ně není dobré,“ popisuje Zimlichman.

„Co se týče pohybu, tak WHO doporučuje 150 minut mírně zátěžového cvičení za týden. My ale musíme přesvědčovat pacienty, aby cvičili alespoň deset minut denně. Pokud nahradíte sedavý způsob života jakýmkoli cvičením v jakékoli intenzitě, vždy dosáhnete podstatných zdravotních zlepšení. Ať se jedná o celkovou pružnost těla, rovnováhu či zvýšení sebevědomí,“ dodává profesor, podle něhož pomáhá již pouhá chůze, čím rychlejší, tím lepší.

Při nedostatku pohybu je dále značným rizikem pro rozvoj nemoci úbytek svalové hmoty (sarkopenie). Ten se s věkem prohlubuje a vede ke snížené pohyblivosti. V této souvislosti je nutné podle Zimlichmana zaměřit se na děti a mladé lidi. Studie ukazují, že se pohybují méně, což může do budoucna vést k zdravotním komplikacím.

„Během posledních dva a půl milionu let jsme se my lidé napřímili, zhubli a stali jsme se aktivnějšími. V posledních padesáti letech se ale něco stalo – hrbíme se, tloustneme, lenivíme. Musíme něco změnit, abychom tento vývoj napravili,“ uzavírá profesor Reuven Zimlichman.

Helena Sedláčková



# V oblasti kardiovaskulárních chorob budeme muset investovat do prevence a léčby. Jinak mortalita poroste

V Česku jsme se desítky let mohli radovat z toho, že úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění díky zlepšujícím se podmínkám klesá. Tomuto trendu je však bohužel konec – už před začátkem covidu se křivka začala obracet směrem vzhůru. Vzhledem k tomu, že Češi na slovo prevence příliš neslyší (o dopadech pandemie na zdraví obyvatel nemluvě), nemůžeme čekat, že by bez dalšího úsilí mohl opět nastat návrat k lepšímu. Na místě jsou podle šéfa České kardiologické společnosti profesora Aleše Linharta investice do prevence i léčby a apel na osobní odpovědnost každého z nás. Problematice se věnoval mezinárodní panel Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku, který se uskutečnil ve čtvrtek 22. července v Praze.



Předseda České kardiologické společnosti a přednosta kliniky kardiologie a angiologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice Aleš Linhart na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku, který se konal 22. července. Foto: Radek Čepelák

„Naše situace není vůbec růžová. V posledních letech jsme se moc plácali po ramenou, a je doba přestat. Jako kardiologové jsme se báli, že nebudeme mít, literárně řečeno, do čeho píchnout, protože kardiologických pacientů začalo ubývat a prodlužoval se život. Je tady ale reálné riziko, že jsme dosáhli něčeho, co je maximem dosažitelného, spojeného s tím, že se nám jako státu dařilo lépe a naše socioekonomická situace a zdravotnictví rostly. Bohužel, když se podíváme na to, jak jsme si poradili s kompeticí v rámci Evropy, je to výrazně horší než ve fotbale – ať vezmete kterékoliv

statistiky, patří Česká republika mezi země s nejvyšším výskytem kardiovaskulárních chorob a s nejvyšší úmrtností na ně,“ konstatuje Aleš Linhart.

Zhruba 40 až 50 procent Čechů tak dnes umírá na kardiovaskulární choroby (44 procent mužů a 47,5 procenta žen). A i když několik desetiletí množství Čechů podléhajících kardiovaskulárním nemocem klesalo, nyní již tento trend neplatí. Kopírujeme tak to, co se stalo i v západních zemích, kde úmrtí na tyto choroby začalo u lidí do 74 let opět přibývat. U nás začala mortalita stoupat od

roku 2016, což podle Linharta není způsobeno zhoršenou dostupností péče – ta je u nás velmi dobrá. Nijak znatelně se nezhoršila ani během covidu, přesto ale ve vrcholných měsících pandemie klesl počet příchozích pacientů s infarktem o 20 až 27 procent. Každý pátý pacient tak buď zaměnil příznaky infarktu s covidem (obě je spojeno s dušností a tísní na hrudi), nebo se bál kvůli covidu jít do nemocnice.

## Pomohla by úhrada nových léků

Trend ovšem není u všech kardiovaskulárních nemocí stejný. Například úmrtí na infarkt myokardu stále ubývá, to ovšem vyrovnává množství lidí se srdečním selháním, které je v kardiologii označováno za pandemii 21. století. „Tady jsme oběťmi vlastního úspěchu, protože úspěšně vyléčený infarkt sice znamená, že pacient přežil, ale neznamená to, že přežil bez rizika srdečního selhání. Počet hospitalizací pro srdeční selhání znamená problém pro zdravotní pojištění, protože už dnes je hospitalizací několik set tisíc ročně a znamená ekonomickou zátěž pro celý systém,“ přibližuje Aleš Linhart s tím, že číslo navíc nyní může narůst o výše zmíněné pacienty, kteří přechodili infarkt.

Smutnému trendu bohužel v Česku napomáháme životním stylem. Zejména u mužů stoupá průměrný BMI ve všech věkových kategoriích, u žen pak zejména u těch mladších. Co se týče kouření, to mezi muži postupně v posledních desetiletích klesá, nicméně u žen v mladé věkové kategorii naopak roste. Jak přitom ukazují studie, existuje souvislost mezi kouřením, včetně toho pasivního, a dosaženým vzděláním – čím vyšší vzdělání, tím menší procento kuřáků. Rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění je také diabetes, kterým dnes trpí kolem milionu lidí v Česku.

Neveselý je také fakt, že i když se podařilo v Česku prodloužit průměrnou délku života, nevzrostla délka života ve zdraví. Ačkoliv se tak Češi dožívají vyššího věku, tráví větší část svého života v nemoci. Z tohoto hlediska dokonce patří ČR k nejhůře situovaným zemím.

Vyhlídky jsou přitom takové, že když nezačneme něco dělat, bude úmrtí na kardiovaskulární onemocnění přibývat. Jak ukazuje predikce pro USA, bez dalších kroků stoupne kardiovaskulární mortalita do roku 2040 o 41 procent.

„Kardiovaskulární medicína patří k oblastem, kde budeme muset investovat do prevence a terapie. Prevence bude drahá, ale pokud do ní budeme investovat, ušetříme lidem život v nepříjemných komplikacích, jako je diabetes mellitus. Úhrada některých léků by tomu výrazně pomohla,“ podotýká Linhart. Rizikové faktory jako hypertenze, vysoký cholesterol a diabetes můžeme léčit, nicméně nové léky podle něj nepřicházejí do úhrad dost rychle.

## Roli hraje ekonomická situace státu i jednotlivých lidí

Úspěšnost toho, jak bojujeme s kardiovaskulárními chorobami, tak závisí na ekonomické situaci státu i jednotlivých obyvatel. Podle švédské studie mají lidé po infarktu nebo mrtvici horší prognózu, pokud se nacházejí v nižší příjmové kategorii. Tento fakt potvrzují i naše data, kdy nejchudší regiony mají nejvíce hospitalizací pro akutní infarkt myokardu – rozdíl mezi Prahou a Ústeckým krajem je více než 50 procent. Česko se přitom v mezinárodním srovnání nachází v pozici, kde může být i menší pokles HDP doprovázen poměrně strmým růstem kardiovaskulární mortality.

Souvislost kardiovaskulárních problémů a socioekonomické situace se pak promítá i v dostupnosti léčby. „Je fér, že si každý zdravotní systém může říci, za co, kdy a jak bude platit. Bohužel český zdravotní systém je nastaven tak, že většina má pocit, že všechno musí být hrazeno z veřejného zdravotního pojištění a tudíž je téměř zadarmo. To nejde, a my jsme si ještě nezvykli za některé věci vytahovat peněženky. Je to ale problematické, protože bychom nejraději zlepšili situaci právě v sociálně znevýhodněných oblastech – a zkuste tam přemluvit pacienta, aby vytáhl peněženku a za krabičku gliflozinu si měsíčně připlatil 1200 korun,“ konstatuje Aleš Linhart.

Kvůli covidu přitom hrozí, že se socioekonomická situace bude horšit. Na vině je sociální deprivace, přibývajících psychiatrická onemocnění či obezita, které hrál dlouhý lockdown do karet.

„Nikomu nechceme upírat nárok na vepřo-knedlo-zelo, pár piv a cigaret k tomu a fyzickou inaktivitu, to je každého volba. Jako kardiology nás ale mrzí, že boju-

jeme s větrnými mlýny, a to o velmi mladé pacienty," podtrhává profesor Linhart s tím, že polovina mužů dostává infarkt v produktivním věku.

### **System preventivních prohlídek je velkorysý. Ale nevyužíváme ho**

Jak s problémem naložit? „Především bychom měli apelovat na osobní odpovědnost. Stát již 30 let není garantem zdravotního stavu populace, je to každý z nás – každý ručí za to, jestli se bude chovat z hlediska preventabilních onemocnění zodpovědně, nebo ne. V České republice máme velmi komfortně nastaven systém preventivních prohlídek, který leží na bedrech praktických lékařů. Je škoda, že systém je ze strany pacientů špatně navštěvován, protože je velmi velkorysý a budete těžko hledat jinou zemi, kde to je nastaveno tak dobře," zdůrazňuje profesor Linhart.

Podle něj je cílem, aby každý dospělý věděl, jaký má cholesterol, krevní tlak, zda nemá cukrovku či poruchu

srdečního rytmu. Na to také míří kampaň České kardiologické společnosti Nemocné české srdce, která odstartovala před několika týdny. Zároveň je dle Aleše Linharta třeba Česko rozhýbat. U těch pacientů, kteří již nějaké onemocnění mají, je vedle diagnózy nutné také to, aby léčbu náležitě užívali. Choroby, jako je vysoký krevní tlak či cholesterol, totiž nebolí, a pacienti mají tendenci po nějaké době přestat léky řádně užívat. Rok po zaléčení tak polovina pacientů léky nebere.

V tuto chvíli tak s vyhlídkami na nějaké větší zlepšování v oblasti prevence kardiovaskulárních onemocnění a úmrtí na ně příliš nemůžeme počítat. Kardiologická společnost si sice stanovila cíl, že během deseti let sníží úmrtnost na kardiovaskulární choroby o pět procent, teď se ale zdá, že to je meta obtížně dosažitelná. „Za ČKS však slibuji, že za to budeme bojovat," uzavírá Linhart.

Michaela Koubová



„Nikomu nechceme upírat nárok na vepřo-knedlo-zelo, pár piv a cigaret k tomu a fyzickou inaktivitu, to je každého volba. Jako kardiology nás ale mrzí, že bojujeme s větrnými mlýny, a to o velmi mladé pacienty," podtrhává profesor Linhart. Foto: Radek Čepelák

# Fal: Pandemie covid-19 dříve či později skončí, ale kouření tu bude dál. Politici by měli více naslouchat odborníkům

I přes pandemii covid-19 zůstávají chronická neinfekční onemocnění největším zabijákem současnosti a společnost stojí nemalé peníze. Přitom současná politika kontroly užívání tabáku, který je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů, již nefunguje, čísla stagnují, tvrdí Andrzej Mariusz Fal, prezident polské Odborné společnosti pro veřejné zdraví a přednosta kliniky alergologie, plicních nemocí a interní medicíny Ústřední klinické nemocnice ve Varšavě. Politici by proto měli více naslouchat odborníkům a podle toho rozhodovat. Například na škále intervencí na podporu odvykání kouření by se podle něj měly při neúspěchu farmakoterapie objevit i alternativní produkty, které ve srovnání s cigaretami výrazně snižují riziko škodlivých dopadů kouření.



Prezident polské Odborné společnosti pro veřejné zdraví a přednosta kliniky alergologie, plicních nemocí a interní medicíny Ústřední klinické nemocnice ve Varšavě Mariusz Fal. Foto: Radek Čepelák

V posledních čtrnácti měsících zemřelo v důsledku infekce virem SARS-CoV-2 ve světě 4,2 milionu lidí. Za stejnou dobu jich na chronická neinfekční onemocnění zemřelo desetkrát více. „Pandemie covid-19 dříve či později skončí, ale takové kouření tu s námi bude dál,“ prohlásil Andrzej Mariusz Fal, prezident polské Odborné společnosti pro veřejné zdraví a přednosta kliniky alergologie, plicních nemocí a interní medicíny Ústřední klinické nemocnice ve Varšavě na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku zaměřeném na ekonomiku prevence.

I za dvacet let se bude podle Fala umírat především na kardiovaskulární choroby, infarkty nebo respirační onemocnění. To jsou reálné hrozby, které naši společnost stojí nemalé peníze. Navíc stárneme, upozorňuje lékař. „Čím jsme starší, tím více trpíme chronickými nemocemi. Většina z nemocných se přitom po celý svůj život nijak nevyhýbá rizikovým faktorům. A to je potom drahé,“ dodává.

## Ekonomické ztráty v řádu miliard

Podle studie, kterou v roce 2017 zveřejnila mezinárodní poradenská společnost EY ve spolupráci právě



Profesor Fal diskutuje se šéfredaktorem Zdravotnického deníku a moderátorem panelu Tomášem Cíkrtem. Foto: Radek Čepelák

s týmem A.M.Fala, vynaloží Polsko ročně na léčbu chronického obstrukčního plicního onemocnění kolem 442 milionu zlotých (zhruba 2,5 miliardy korun). Přitom přímé náklady na zdravotní péči tvoří jen zhruba jednu pětinu toho, co společnost tato nemoc stojí celkem. To potvrzují data například z Velké Británie, kde odborníci zkoumali společenské náklady kouření. Spočetli je celkem na 12,6 miliardy liber (zhruba 376 miliard korun). „Přímé náklady na léčbu tvořily přitom jen 2,5 miliardy liber. Na dalších 8,6 miliardy liber přišla ztráta pracovní produktivity a 1,4 miliardy společnost vynaložila na sociální péči. A to do toho nejsou započítány náklady, které si nemocní hradí sami, například na dopravu,“ vysvětluje Fal. „Vrátíme-li se do Polska, nejde tedy jen o půl miliardy, ale o celkové výdaje v hodnotě zhruba pět až sedm miliard zlotých ročně,“ vypočítává.

Z ekonomického hlediska je tak více než zřejmé, že dopady chronických onemocnění snižují zemím jejich HDP. Jiná studie spočítala celkové ztráty na americkém HDP mezi lety 2015 – 2050 na 95 bilionů dolarů (zhruba dva triliony korun). Z toho připadá 11,3 bilionu na kardiovaskulární onemocnění, 10,4 bilionu na zhoubné nádory, 5,6 bilionu na chronická onemocnění dýchacích cest a 6,4 bilionu dolarů na cukrovku.

## Ohromující čísla, kterým lze předcházet

Přitom tzv. civilizačním chorobám, které stojí za 63 procenty úmrtí na světě, lze v naprosté většině případů předcházet. Jsou totiž odvislé od lidského chování. „V důsledku kouření zemře ročně na světě kolem 7,2 milionů lidí (z toho dva miliony jsou nekuřáci pravidelně vystavovaní cigaretovému kouři). 6,8 milionu lidí zemře kvůli znečištěnému životnímu prostředí, 4,1 milionů kvůli nadměrné konzumaci soli. Za 3,3 milionu úmrtí může alkohol a 1,6 milionu lidí zemře v důsledku nedostatku pohybu,“ vypočítává Fal s odkazem na údaje WHO. „To jsou ohromující čísla, která se budou dále zhoršovat, pokud něco neuděláme,“ naléhá.

Z hlediska prevence je klíčová především prevence primární. Ta však musí začít již u dětí a mladých lidí, aby do dospělosti získali ty správné návyky. Podle Fala to však zabere celou jednu generaci, než se dostaví konkrétní výsledky. Dokládá to opět na datech z USA, kde odborníci sledovali vztah mezi prodejem cigaret a počtem úmrtí na rakovinu plic. Trvalo celých dvacet let od zavedení prvních opatření omezujících spotřebu, a tedy i prodej, cigaret, než



Foto: Radek Čepelák

křivka úmrtí na rakovinu plic začala opět klesat. „A to přesahuje časový horizont politiků, kteří nevidí dále než za jedno čtyřleté volební období,“ upozorňuje Fal.

## Změnu může přinést princip snižování rizik a škod

Je proto velmi důležité věnovat pozornost všem fázím prevence – primární, sekundární i terciární. V případě spotřeby tabáku jako jednoho z nejvýznamnějších rizikových faktorů se dlouhodobě aplikují opatření jako zvyšování spotřební daně, zákazy kouření ve veřejných prostorách nebo poskytování podpory při odvykání. Podle Fala však tyto postupy přestávají v současné době fungovat. V Evropě a USA již dlouhodobě nedochází legislativně k žádným zásadním posunům a počty nemocných dlouhodobě stagnují, na což ostatně upozorňují i další odborníci. Podobně Fal tvrdí, že značná část pacientů (v jeho případě celá čtvrtina) odmítá i přes rozvoj nemoci přestat kouřit. „Lidé na to mají právo a my s tím musíme počítat. Musíme ovšem také hovořit o tom, co s tím,“ říká.

Proto je podle něj potřeba zamýšlet se i nad terciární prevencí. „Novou cestou může být princip snižování rizik a škod. Jinak zůstaneme na stejné úrovni jako před dvaceti lety,“ říká lékař. Pacientům, kteří již odmítají jakoukoli další spolupráci (tj. užívání náhradní terapie nikotinem nebo farmakoterapii) by tak lékaři mohli začít předepisovat intervence, které jsou v souladu s tímto principem.

Poukazuje při tom na doporučení polské expertní skupiny, která se věnuje výrobkům na bázi zahřívání tabáku.

Podle ní by se na konci škály intervencí na podporu odvykání kouření mohly objevit právě tyto produkty, které ve srovnání s cigaretami mnohonásobně snižují riziko škodlivých dopadů kouření. „Je daleko lepší investovat peníze do podpory, která snižuje škodlivost kouření, než tyto peníze utrácet o deset let později za léčbu vážně nemocných pacientů,“ tvrdí Fal.

## Politici by se měli více držet rad odborníků

Podle Fala je velmi důležité, aby v otázkách vhodných preventivních opatření politici dopřávali více sluchu názorům odborníků. „Pokud v Polsku dosahují společenské náklady chronického obstrukčního plicního onemocnění sedmi miliard zlotých a na spotřební dani z tabákových výrobků a DPH se dohromady vybere 23,5 miliardy zlotých, tak jsou podle mne politici logicky ve střetu zájmů,“ tvrdí Fal. „Rozhodovat by tak měli nikoli oni, ale kardiologové, neziskové organizace a podobní,“ říká odvážně.

Konečné slovo však mají vždy nakonec ministři, jak tedy propojit politická rozhodnutí a rady odborníků? „Mnoho již bylo řečeno i napsáno a politici to častokrát i vědí, ale nakonec se tím obvykle neřídí. Pokud by existoval nějaký mechanismus, který by politikům ukládal za povinnost držet se odborných doporučení, to by mohla být cesta,“ uzavírá Fal.

Helena Sedláčková

# Babiš: Covid podtrhl důležitost prevence. Podpořit ji mají peníze z Národního plánu obnovy

Nakolik je prevence důležitá, nám pandemie covid-19 ukázala hned v několika ohledech. Lidé dodržující preventivní opatření zásadně snižují riziko, že se chorobou nakazí. Zároveň bylo na množství těžkých průběhů covidu a množství úmrtí vidět, že zdravotní stav české populace není nijak zářivý – mezi největší rizika závažného průběhu patří civilizační choroby, jako jsou kardiiovaskulární onemocnění či obezita. K tomu vidíme, jak se za období, kdy se lidé obávali chodit k lékaři, zhoršil mnohým zdravotní stav. O to důležitější je podle premiéra Andreje Babiše začít problematice věnovat pozornost. Pomoci s tím by podle něj měl Český onkologický institut a Národní virologické centrum, které by chtěl premiér vybudovat za pomoci peněz získaných z EU díky Národnímu plánu obnovy. Babiš to řekl ve své zdravotnici na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku zaměřeném na ekonomiku prevence, který se konal 22. července.



Zprava: šéfredaktor ZD a moderátor diskuze Tomáš Cikrt, ministr zdravotnictví Adam Vojtěch, prezident Odborné společnosti pro veřejné zdraví Polské republiky a přednosta kliniky alergologie, plicních nemocí a interní medicíny Ústřední klinické nemocnice ve Varšavě Andrzej Mariusz Fal, předseda České kardiologické společnosti a přednosta kliniky kardiologie a angiologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice Aleš Linhart, ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Zdeněk Kabátek a vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti Viktor Mravčík. Foto: Radek Čepelák



Premiér Andrej Babiš při zdravotní konferenci, kterou poslal účastníkům mezinárodního panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku. V panelu zprava šéfredaktor ZD a moderátor diskuze Tomáš Cikrt, prezident Odborné společnosti pro veřejné zdraví Polské republiky a přednosta kliniky alergologie, plicních nemocí a interní medicíny Ústřední klinické nemocnice ve Varšavě Andrzej Mariusz Fal, předseda České kardiologické společnosti a přednosta kliniky kardiologie a angiologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice Aleš Linhart, ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Zdeněk Kabátek a vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti Viktor Mravčík. Foto: Radek Čepelák

„Nejen české zdravotnictví prošlo v roce 2020 a 2021 nečekanou a mimořádně těžkou zkouškou boje s pandemií koronaviru. Téma prevence je více než aktuální i ve vztahu k epidemii koronaviru, protože zkušenosti potvrdily, že jediné prevence, zejména ve formě očkování, je nejúčinnější ochranou před šířením nákazy. Právě věkové skupiny, které jsou nejvíce proočkovány, jsou nejméně zasaženy mutací delta oproti mladším ročníkům, kde je proočkovanosť nižší,“ uvádí Andrej Babiš

V době pořádání konference, tedy 22. července, jsou v Česku plně naočkovány čtyři miliony lidí a 1,2 milionu má první dávku. Podle Babiše se přitom nyní povedlo zvýšit zájem o očkování tím, že se otevírají centra i pro neregistrované zájemce.

Proočkovanosť národa je přitom zásadní, aby se i zdravotnictví mohlo vrátit k běžnému fungování. „Koronavirus přes rok zaměstnával zejména lidské a technické kapacity ve zdravotnictví, které by jinak mohly sloužit na prevenci a léčbu jiných nemocí, jako je rakovina nebo léčba závislosti,“ konstatuje Babiš, který připomíná, že od loňska vláda navýšila peníze do zdravotnictví o 103 miliard a nedávno rozhodla o dalším navýšení plateb za státní pojištění, které přinesou 15 miliard.

## Národní virologické centrum má být ústředí pro boj s epidemiemi

Babiš by proto nyní rád věnoval prevenci pozornost. „Chceme, aby se nešetřilo na prevenci a léčbě závažných onemocnění, zejména onkologických. Rakovina je a bude stále závažnější problém. Míra úmrtí na toto onemocnění je u nás větší než v EU, a koronavirus v tomto ohledu naši situaci ještě zhoršil. Lidé chodili méně na screeningová vyšetření a neblahý výsledek se může projevit v blízké budoucnosti. Proto prosazují vybudování nového onkologického institutu v Praze, který bude umístěn při FN Královské Vinohrady a bude po brněnském Masarykově onkologickém ústavu druhým centrem výhradně specializovaným na onkologii v Česku,“ načrtává Babiš. Záměru postavit Český onkologický institut jsme se podrobněji věnovali zde.

V souvislosti s covidem by přitom měla Česká republika dostat z EU peníze na implementaci Národního plánu obnovy. Celkem v jeho rámci bylo vyjednáno 180 miliard korun, přičemž na vybudování Českého onkologického institutu by mělo jít téměř sedm miliard.

„Chceme také znovu vybudovat Národní virologické centrum, které bude ústředním institutem státu pro boj s podobnými epidemiemi, jako jsme prožili v minulém roce,“ dodává Andrej Babiš.

Michaela Koubová



# Nejen bonusy, ale také sankce. Čeká nás diskuze o tom, aby lidé byli zainteresováni na péči o vlastní zdraví, říká ředitel VZP Kabátek

V Česku má řada lidí stále zažito, že zdravotnictví je zadarmo a o naše zdraví se má postarat stát. Jenže s nulovou zodpovědností jde ruku v ruce to, že se o své zdraví mnohdy nestaráme, takže dnes v Česku pocítujeme zátěž danou civilizačními chorobami v mnoha případech více, než je tomu běžné jinde v Evropě. V době, kdy na náš trh přicházejí účinné, ale také velmi finančně náročné terapie, by se tak při stávajícím přístupu stalo naše zdravotnictví brzy neudržitelným. Podle ředitele VZP Zdeňka Kabátka nás tak čeká diskuze o tom, že pokud náležitě informovaní pojištěnci nebudou dodržovat doporučení, bude to pro ně znamenat větší finanční zátěž. Kabátek to řekl na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku, který se konal 22. července v Praze.



Vystoupení ředitele VZP sledují také z první řady Katarína Cséfalvayová, bývalá předsedkyně zahraničního výboru slovenského parlamentu a ředitelka Institutu pro střední Evropu (druhá zprava) a předseda správní rady Institutu a exministr obrany Slovenské republiky Martin Fedor (třetí zprava).



Foto: Radek Čepelák

„V posledních několika letech často čelím otázce, jak zajistit udržitelnost českého zdravotnictví v souvislosti s tím, že se medicína velmi rychle vyvíjí a do systému úhrad a léčby vstupují nové metody, které jsou velmi úspěšné, ale také velmi drahé. Logickou odpovědí je, že pokud budeme schopni ovlivnit chování účastníků veřejného zdravotního pojištění a přesvědčit je o tom, aby ke svému zdravotnímu stavu přistupovali odpovědně a byli zainteresováni na nákladech, které generují v případě nutnosti léčby onemocnění rozvíjejících se v návaznosti na nějaký model chování, zajistíme udržitelnost českého zdravotnictví. Výrazně totiž snížíme náklady – velká část nákladů vzniká v důsledku chování klienta v určité životní etapě,“ uvádí ředitel VZP Zdeněk Kabátek.

Připomeňme, že Všeobecná zdravotní pojišťovna hradí prevenci a léčbu standardně placenou ze systému veřejného zdravotního pojištění ze svého základního fondu, z něhož nyní ročně vyplatí kolem 200 miliard korun. Vedle toho má VZP fond prevence, z něhož se pojištěncům vyplácejí prostředky na preventivní péči, která standardně hrazena není. V roce 2019 (tedy posledním roce, který nebyl poznamenán pandemií covid-19) v jeho rámci rozdělila přes půl miliardy korun.

„Snažili jsme se nadefinovat hlavní témata a pilíře, na základě kterých chceme prevenci prosazovat. Máme tu kardiovaskulární choroby, které jsou největším zabijákem, onkologická onemocnění, která významně ovlivňují život našich klientů a jsou příčinou předčasných úmrtí, ale cílíme i na psychická onemocnění, a samozřejmě tu jsou chronická onemocnění typu diabetu,“ vypočítává cíle, na které se VZP snaží mířit v rámci podpory prevence, Kabátek.

## Změna bude chtít politickou odvahu

Identifikováním míst, kde lze změnou chování klientů snížit náklady na budoucí léčbu, přitom dáváme zelenou dostupností nejmodernějších technologií. Zároveň je ale třeba najít model, jak pojištěnce ke změně chování přimět.

„Do budoucna nebude možné zachovávat model, kdy je za zdraví občanů odpovědný stát či pojišťovna. Každý je zodpovědný sám za sebe. To bychom měli promítnout i do způsobu financování zdravotní péče – měli bychom umět zavést cestu, kdy klient bude vědět, že pokud má k dispozici dostatek informací, jak ovlivnit svůj zdravotní stav, a tedy i náklady na péči o své zdraví, tak musí být zainteresován i finančně.“



Foto: Radek Čepelák

V současné době na tomto záměru intenzivně spolupracujeme s ministerstvem zdravotnictví i Úřadem vlády,“ přibližuje Zdeněk Kabátek.

První by na řadu měla přijít onkologie, a to hlavně ve smyslu edukace obyvatel. V návaznosti na to by pak měla následovat druhá fáze, která ovšem bude vyžadovat velkou politickou odvalu. Systém by tedy podle Kabátka měl začít fungovat tak, že když se lidé nebudou chovat dle doporučení, bude to pro ně znamenat větší ekonomickou zátěž.

„Je to o tom, abychom zdravotní pojištění dokázali převést do podoby, kdy kromě bonusů, které dnes pojišťovny v rámci preventivních programů poskytují svým klientům a které stimulují ke zdravému životnímu stylu, musíme být schopni aplikovat i sankce. To bude velkým úkolem, ale pokud chceme náš systém udržet kvalitní, nic jiného nám nezbude,“ domnívá se Kabátek.

### **Je třeba diskutovat o individuálních zdravotně-pojistných plánech i zapojení klientů do úhrad**

Na druhou stranu jsou ale malnusy či penalizace za nevhodné chování pojištěnců cestou, které by se řada

odborníků raději vyhnula. Místo toho by preferovali pozitivní motivaci, a to nejen v rámci současné podoby fondů prevence. Dnes totiž musí pojištěnec nejdřív vybranou aktivitu či péči nejprve zaplatit z vlastní kapsy, načež mu ji pojišťovna proplatí.

„Sám jsem byl příznivcem spíše bonusů a ve stávající situaci ani jiná cesta není – legislativa neumožňuje jít cestou sankce klienta třeba za to, že kouří nebo prokazatelně užívá návykové látky. Nicméně diskuze o tom, že klient částečně musí nést náklady ve chvíli, kdy má možnost být informován a ví, jak se má chovat, aby nemoci předcházel, bezesporu přijde. Bonifikace klientů nepřináší až tak markantní výsledky a nevede k tomu, aby klient svůj životní styl změnil. To je dnes dáno faktickou dostupností zdrojů – jestliže na péči dáváme kolem 200 miliard, zatímco na fondu prevence je kolem 750 milionů, není bonifikací mnoho. Do budoucna tak bude na stole evoluční diskuze o uplatnění pojišťovenských modelů, které v současné době nejsou na trhu, a to jsou individuální zdravotně-pojistné plány a větší či menší zapojení klienta do systému úhrad,“ dodává Zdeněk Kabátek.

Michaela Koubová

## Investice do prevence se těžko prosazují. Návratnost totiž přesahuje volební období, říká bývalý slovenský ministr Raši

Pokud nebudeme podporovat prevenci, bude český i slovenský zdravotnický systém do budoucna špatně udržitelný. Jenže ačkoliv užitečnost prevence asi žádný politik nezpochybňuje, je prosazení investic do ní velmi náročné. Návratnost totiž zpravidla přesahuje jedno volební období, takže benefity sklídí mnohdy jiná vláda, než která se o investice zasloužila. Ministři zdravotnictví, kteří opatření prosazují, proto potřebují mít v ruce jasná data, která efektivitu dokládají. Pomoci by jim mohlo, pokud by se v rámci EU podařilo dát dohromady příklady dobré praxe, na nichž je možno návratnost investic ilustrovat. Na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku, který se konal 22. července v Praze, to řekl poslanec zdravotního výboru slovenské Národní rady a bývalý ministr zdravotnictví Slovenska Richard Raši.



„Řešení problémů s koronavirem odsunulo na druhou kolej důležité součásti poskytování zdravotní péče, a to nejen plánované výkony, ale i prevenci. I jako bývalý ministr, kterým jsem byl v letech 2008 až 2010, musím říci, že i když nikdo nezpochybňuje potřebu investic do prevence, vždy to bývá při plánování rozpočtu problém. Je to problém i proto, že investice do prevence mnohokrát přinášejí benefity, které překračují politický volební cyklus jednotlivých vlád. Měl jsem s tím vlastní zkušenost – musel jsem vynaložit obrovské úsilí, abych ministra financí při přípravě rozpočtu přesvědčil, že investice do prevence přinese benefity, které se ale projeví, až když se vymění vlády. Politický benefit se tedy nebude týkat toho, kdo investici udělal,“ uvádí Richard Raši.

Investice do prevence jsou přitom pro stát přinejmenším rozpočtově neutrální, obvykle se ale navíc vyplatí a vrátí. Podle studie National Academy of Sciences, která analyzovala investice do prevence ve výši třech procent peněz na zdravotnictví, se ukázalo, že úspory dosahují 3,1 procenta a výše. Investovat do prevence je tak něco, co je pro státní rozpočet ze středně a dlouhodobého hlediska výhodné.

Slovensko ovšem podle dat OECD dává do prevence méně peněz, než je průměr – jde zhruba o jedno procento peněz jdoucích do zdravotnictví. Oproti tomu v zemích EU jde obvykle o tři procenta. Podle Rašiho navíc Slovensko udělalo chybu, když nevyužilo Národní plán obnovy, v němž nakonec byla na prevenci vyčleněna nula, ačkoliv by bylo na místě minimálně 700 milionů euro.

„Bez prevence a jejího pochopení v celém kontextu při bezplatném poskytování zdravotní péče, jako je tomu na Slovensku i v Česku, nedokážeme dlouhodobě systém udržet,“ vysvětluje Raši.

## **HLAS chce program pro zdravotnictví postavit na harm reduction**

Raši je členem strany HLAS – sociálna demokracia, která je sice momentálně na Slovensku nejsilnější, nicméně v opozici. Ta chce svůj politický program v oblasti zdravotnictví stavět na harm reduction, tedy snižování rizik.

„Hodnota za peníze je v tomto kontextu velmi pozitivní. I to bude silným argumentem pro to, aby se Slovensko prevenci věnovalo minimálně tak, jako je tomu v EU. Příkladem je pro nás i Česká republika, minimálně v tom, že má přijatou Národní strategii pro prevenci a snižování škod způsobených závislostním chováním pro roky 2019 – 2027. To nám na Slovensku chybí,“ konstatuje Richard Raši.

Raši už má s prosazováním preventivních opatření zkušenosti i v tom smyslu, že díky němu byl v roce 2009 na Slovensku schválen zákon zakazující zákaz kouření v podnicích, kde se podává jídlo. „Na druhou stranu musím říci, že v současnosti je třeba najít vhodnou míru a mix zákazů a restrikcí s motivací. Řešení problémů při snižování rizik pouze restrikcemi totiž nepřináší ideální efekt, dokonce může mít efekt i opačný,“ poukazuje Raši.

## **Méně trestat, více pomáhat**

Podle Rašiho tak současné doporučení vládám ve věci prevence zní, že by stát měl méně trestat, ale více pomáhat. „Je to cesta, která je nevyhnutelná pro to, aby se prevence stala součástí nejen našich systémů, ale i našich životů,“ konstatuje Richard Raši.

Vedle toho by stát měl využívat vědecké poznatky a inovace. Ačkoliv dnes každý stát disponuje obrovským množstvím dat, využíváme je minimálně – což je třeba v digitální době změnit. Třetí doporučení zní, že pokud nelze škodlivé chování lidí eliminovat, je třeba hledat prostředky, jak ho alespoň omezovat, a to přirozeně, ne násilnou formou.

„Co se týká Slovenska, připravujeme program velkých veřejných diskuzí o prevenci, snižování rizik a motivaci ke zdravějšímu životnímu stylu. I když prevenci nikdo nezpochybňuje, stále o ní více mluvíme, než abychom ji reálně dělali. Pokud chceme udržet či zvýšit úroveň zdravotní péče, musíme začít od prevence. Je totiž nejlepší a nejlevnější cestou, než pak léčit následky,“ poukazuje Raši.

HLAS – sociálna demokracia chce proto prosadit, aby se při tvorbě státního rozpočtu zadefinovalo procento, které se vybere ze spotřební daně na cigarety či alkohol, a to se vrátí do zdravotnictví, respektive půjde



Foto: Radek Čepelák

na podporu veřejného zdraví. Snaha přitom bude krok prosadit už při tvorbě nejbližšího státního rozpočtu.

### **Podpora pohybu může pomoci ušetřit na Slovensku až 300 milionů eur**

Zlepšit prevenci by také mohlo to, kdyby se i v rámci celé EU dala dohromady data a příklady dobré praxe tak, abychom měli v ruce jednotný koncept toho, čeho se již v prevenci povedlo dosáhnout, co skutečně fungovalo a jaké investice přinesly největší ovoce. Díky tomu by se státy, které s prosazováním prevence bojují, měly inspiraci a nemusely vymýšlet něco, co už jinde funguje. Zároveň by tak ministři zdravotnictví získali argumenty při tvorbě rozpočtů, aby byli schopni obhájit ekonomickou návratnost.

Co se přitom týče konkrétně zmírňování dopadů nepřenositelných chorob, může podpora pravidelné fyzické aktivity přinést úsporu ve výši až 10 procent. Slovensko

by touto cestou mohlo ročně ušetřit až 300 milionů eur, což je přes pět procent rozpočtu slovenského zdravotnictví dosahujícího šesti miliard eur.

„V současné době může prevenci pomoci nejen přesvědčení ministra a premiéra, ale také tlak, který budou vytvářet politici obecně. Můžeme dávat příklady dobré praxe a konkrétní přínosy investic do prevence pro celý zdravotní systém. Když se nám to podaří dostat do médií a vytvořit veřejný tlak, investice do prevence, které jsou nevyhnutelné pro zdravější život obyvatel našich zemí, budou úspěšné,“ uzavírá Raši.

Michaela Koubová



Zdravice slovenského ministra zdravotníctví Vladimíra Lengvarkého. Foto: Radek Čepelák



Mezinárodní panel sledují (zleva) Helena Sedláčková, redaktorka Zdravotnického deníku, Martin Fedor, předseda správní rady Institutu pro střední Evropu, bývalá předsedkyně zahraničního výboru slovenského parlamentu a ředitelka Institutu Katarína Cséfalvayová, vydavatel Zdravotnického deníku Ivo Hartmann. Foto: Radek Čepelák

# Je snazší prodat jeden zachráněný život, než milion smrtelných nemocí, které díky prevenci nenastaly, říká slovenská poslankyně Záborská

Preventivní opatření zpravidla bývají vidět až po více letech. To je také jeden z hlavních problémů, proč jejich prosazování řada politiků nevěnuje pozornost – cílem jsou spíše rychlé politické body, než dlouhodobé přínosy, s nimiž se ale ještě nemohou pochlubit při dalších volbách. Navíc je v rámci prevence často třeba říkat lidem nepříjemné zprávy, což se mnohým politikům nechce. Ti, kteří si důležitost prevence uvědomují, by tak měli udělat vše pro to, aby ji při každé příležitosti prosazovali a podporovali, zdůraznila ve svém vystoupení na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku, který se konal 22. července v Praze, místopředsdkyně zdravotního výboru Národní rady SR Anna Záborská.



Vystoupení Anny Záborské poslouchají (zprava) předseda České odborné společnosti pro aterosklerózu Michal Vráblík, předsdkyně České onkologické společnosti a přednostka onkologické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol Jana Prausová, náměstek ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny Ivan Duškov, předseda Sdružení ambulantních specialistů Zorjan Jojko, ředitelka Státního zdravotního ústavu Barbora Macková, zakládající člen Sdružení praktických lékařů ČR Zdeněk Hamouz a ředitel Národního ústavu duševního zdraví Petr Winkler. Foto: Radek Čepelák



„Dlouhodobě čelíme problému rychlého růstu nákladů na zdravotní péči, a víme, jak je to v období covid-19. Naše systémy jsou pod obrovským tlakem zabezpečit stále kvalitnější zdravotní péči pro stále starší populaci. Dopady na veřejné rozpočty jsou dobře známé – do zdravotnictví investujeme stále více, ale efekt se dostává velmi pomalu, jako bychom chytali kočku za ocas. Na druhou stranu diskuze o prevenci je tu už desetiletí a výsledky preventivních opatření vidíme ve více zemích. Nejsou všude dobré, někde se ale výrazně zlepšily a má to pozitivní dopad na nároky na léčbu. Samozřejmě to prodlužuje průměrný věk dožití, kdy je člověk déle zdravotně bezproblémový, což ovlivňuje i náklady na dlouhodobou péči o seniory. Fakt stárnutí a potřeby asistence to nicméně nezmenšuje, naopak. To je ale něco, co je chtěné, a není třeba to vnímat jako negativum, i když to má dopad na veřejné rozpočty,“ uvádí Anna Záborská.

I to je důvodem, abychom udělali z prevence jeden z pilířů zdravotnické politiky. Zásadní otázkou ovšem je, jak prevenci změnit v prioritě a mobilizovat politickou i veřejnou podporu při realizaci.

„Je jednodušší prodat jeden zachráněný život, než milion smrtelných onemocnění, které díky prevenci nastaly. To vnímám jako politický problém, zejména

v době, kdy tlak na rychlé, krátkodobé řešení a rychlý sběr politických bodů mají prioritu. To je úkol pro nás politiky. Přiznám se, že jediná odpověď, kterou mám, je, že ti z nás, kdo akcentují společné dobro v politice, musí pokračovat v práci, osvojit si téma prevence a při každé příležitosti o ní hovořit a prosazovat ji,“ říká Záborská s tím, že prevence je správnou cestou k vlastnímu zdraví i zdraví veřejných financí ve zdravotnictví.

Jako pozitivní příklad Záborská uvádí situaci ve Francii v 80. letech, kdy na silnicích zemřelo až 10 tisíc mrtvých. Byla proto zavedena přísná opatření, která po deseti letech vyústila v to, že počet obětí klesl na méně než čtyři tisíce. Změna, která zachránila šest tisíc životů ročně, tak trvala dvě a půl volebního období.

„Bývá velký problém zavést preventivní kroky, jejichž výsledky obvykle přesahují jedno volební období. Politici si řeknou: co povíme voličům za čtyři roky, až půjdeme k volbám, a výsledky ještě nebudou,“ podtrhává Anna Záborská. „Politici mají ke koncepcím prevence daleko. Jsou přesvědčeni, že prevence je drahá, přináší málo, je dlouhodobá, nejde tak úplně o poslání veřejného zdraví a je těžké ukázat její výsledky za jedno volební období. Přesto si myslím, že medicína 21. století by měla být hlavně medicínou prevence,“ dodává Záborská.



Zprava: šéfredaktor ZD a moderátor diskuze Tomáš Cikrt, ministr zdravotnictví Adam Vojtěch, prezident Odborné společnosti pro veřejné zdraví Polské republiky a přednosta kliniky alergologie, plicních nemocí a interní medicíny Ústřední klinické nemocnice ve Varšavě Andrzej Mariusz Fal, předseda České kardiologické společnosti a přednosta kliniky kardiologie a angiologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice Aleš Linhart, ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Zdeněk Kabátek a vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti Viktor Mravčík. Foto: Radek Čepelák



Tlak na rychlé, krátkodobé řešení a rychlý sběr politických bodů mají prioritu před dlouhodobými přínosy investic do prevence, říká poslankyně Záborská. Foto: Radek Čepelák

Zároveň je třeba zaměřit se i na další důvody, proč doposud prosazování preventivních opatření selhávalo – zda je na vině počet, kvalifikace či odměňování personálu ve zdravotnictví, špatná organizace péče, neangažovanost či špatná vzdělanost populace.

## V prevenci jde často o přinášení nepřijemných pravd

I když není dopad preventivních kroků vidět ihned, měla by se jejich ekonomická otázka podle Záborské posuzovat stejně jako u léčebných opatření. Zároveň bychom ale k investicím do prevence měli přistupovat hlavně z pohledu nepeněžních výhod, které z ní plynou. Ovšem k tomu, abychom mohli nějakému jevu preventivně zabránit, musíme znát jeho příčiny. Na základě medicínských poznatků pak musíme říci, zda a jak chceme jevu zamezit.

„Prevenci nežádoucích jevů v oblasti zdravotnictví je třeba dělat vedle poskytování zdravotní péče i na úrovni ekonomické, politické, právní, mediální a dalších. Problémem ale často bývá skutečnost, že předcházení mnohým nežádoucím jevům je někdy poměrně nepopulární, protože bychom obyvatelstvu a možná i politikům měli podat pravdivý pohled na příčiny daného problému. Je to často přinášení nepřijemných zpráv. U škodlivých a nežádoucích jevů může být prevence

ze zdravotnického hlediska zcela jasná a samozřejmá (například jde o omezení spojená s lockdownem a karanténou), je ale mezi obyvateli nepopulární, takže se nerealizuje, nebo se realizuje v omezené formě. Politici totiž chtějí být těmi, kdo přináší lidem jen dobré zprávy,“ poukazuje Anna Záborská.

## Roli v potlačování prevence mohou hrát ekonomické zájmy

Podobně podle Záborské mohou mít ekonomické zájmy širší či užší skupiny přednost před prosazováním preventivních opatření – například může jít o zájmy výrobců cigaret či alkoholu. Obyvatelům je pak problematika podávána se zpochybňováním zdravotnických fakt, zlehčováním či zesměšňováním prevence, podouváním polopravd, dezinformací a hoaxů.

„To může mít za následek, že oficiálně deklarovaný zdravotnický program prevence v některé oblasti může být jen potěmkinovskou vesnicí, formalitou a nedůvěryhodnou záležitostí. Takovéto formální prevenci je třeba se vyhnout, protože vrhá nedobré světlo na zdravotníky a zdravotnický systém, vytváří pocit nedůvěry ke zdravotnictví a často ho zpochybňuje,“ konstatuje Záborská.

Michaela Koubová

# Boj s vysokým cholesterolem bojkotují společenské trendy a dezinformace, upozorňuje kardiolog Vrablík

Kardiovaskulárním příhodám, za nimiž stojí ateroskleróza, můžeme v naprosté většině případů předejít zdravým životním stylem. Přesto je dnes kornatění tepen nejčastějším důvodem kardiovaskulárních onemocnění, které zabírají první místo na žebříčku příčin úmrtí v Česku. Situaci navíc komplikuje to, že pokud se nedaří vysokou hladinu cholesterolu, bez níž se nemůže ateroskleróza rozvíjet, řešit změnou životního stylu, ztěžují mnohdy nasazení osvědčené léčby, tedy statinů, dezinformace. Na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku to řekl předseda České odborné společnosti pro aterosklerózu Michal Vrablík z III. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF a VFN v Praze.



Všechny kardiovaskulární příhody způsobené aterosklerózou mohou být prevenovány, říká předseda České odborné společnosti pro aterosklerózu Michal Vrablík. Foto: Radek Čepelák



Je otázka, proč je využití preventivních prohlídek jen 50 procentní nebo nižší, proč nejsou více propagovány a proč nejsou správně implementovány úplně ve všech ordinacích, podotýká profesor Vrablík. Foto: Radek Čepelák

„Řada kardiovaskulárních příhod může být prevenována a všechny, kterým lze předejít, jsou ty způsobené aterosklerotickým cévním procesem,“ uvádí profesor Michal Vrablík.

Aterosklerózu má přitom podle něj každý z nás, protože začíná už brzy po narození a vyvíjí se individuální rychlostí v závislosti na tlaku rizikových faktorů. Těm, kdo pečují o své zdraví, tak nemusí vadit, protože je v iniciálních či reverzibilních stádiích, nikoli ve stádiích pozdních, které jsou příčinou okluzivních cévních příhod a dovádějí nemocné k akutnímu ošetření na koronární či iktové jednotky.

K tomu, aby se ateroskleróza rozvíjela, velmi silně přispívají například kouření či diabetes. Aterosklerotické onemocnění ale nemůže vzniknout bez dodávky cholesterolu do cévní stěny. Nezbytným předpokladem pro rozvoj aterosklerózy tak je dyslipidémie.

„Díky řadě výzkumů dnes víme, že ti z nás, kdo mají to štěstí a jsou geneticky konstruováni k tomu, že mají velmi nízké koncentrace cholesterolu v krvi, žijí celý život, aniž by vyvinuli aterosklerózou podmíněné onemocnění. Lidé, kteří mají vrozeně velmi nízké koncentrace cholesterolu, mají prakticky nulové riziko, že utrpí cévní mozkovou příhodu nebo infarkt myokardu v důsledku aterosklerotického cévního postižení,“ ukazuje Michal Vrablík.

Koncentrace cholesterolu v krvi je zároveň zásadním parametrem, který dokážeme ovlivnit a který tak stojí



Koncentrace cholesterolu v krvi je parametrem, který dokážeme ovlivnit a který tak stojí za úspěchy preventivní kardiologie, říká profesor Vrablík. Foto: Radek Čepelák

za úspěchy preventivní kardiologie. Díky tomu klesala úmrtnost na kardiovaskulární příčiny, tento trend se však před několika lety zastavil.

„Zažili jsme sice dramatický pokles hladiny cholesterolu v populaci, ale za posledních zhruba deset let se průměrná hladina cholesterolu už nemění. Rozhodně to je hladina, která je podstatně vyšší než to, co v současné době považujeme za optimum,“ zdůrazňuje Vrablík.

Dnes přitom máme k dispozici doporučení, které jasně stanovují ideální a rizikové hodnoty. U lidí v nízkém riziku nepřekračuje cholesterol tři milimoly na litr, pacienti po infarktu myokardu pak mají doporučenou hladinu pod 1,4 milimolu na litr. Oproti tomu průměrný Čech má kolem 3,5 milimolů na litr.

## Fastfoody jsou sice cool, ale v rozporu se zdravým životním stylem

Aby se situace zlepšila, měli bychom hlavní úlohu ve věci kardiovaskulárního zdraví přesunout od lékařů na celou společnost. Roli by tak měli hrát politici, plátcí, veřejní činitelé, regulátoři a další, kteří by měli přispět ke změně populačních norem tak, aby se antisklerotický režim stal běžným.

„To je velmi obtížné, protože to, co je dnes „cool“, je režim fastfoodových restaurací. To je zcela jistě v rozporu s tím, co doporučujeme jako zdravý životní styl,“ podtrhává Michal Vrablík.



Zprava šéfredaktor ZD a moderátor diskuze Tomáš Cíkr, předseda České odborné společnosti pro aterosklerózu Michal Vrablík, předsedkyně České onkologické společnosti a přednostka onkologické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol Jana Prausová, náměstek ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny Ivan Duškov, předseda Sdružení ambulantních specialistů Zorjan Jojko, ředitelka Státního zdravotního ústavu Barbora Macková, zakládající člen Sdružení praktických lékařů ČR Zdeněk Hamouz a ředitel Národního ústavu duševního zdraví Petr Winkler. Foto: Radek Čepelák

Pilířem prevence v tomto směru by přitom měla být fyzická aktivita a zdravá strava. Pokud se ale optimální hladiny nepodaří dosáhnout režimovými opatřeními, což se v případě vysokého a velmi vysokého rizika podle Vrablíka vesměs nestává, nastupuje lékařská preventivní péče zahrnující také farmakoterapii.

„V tomto směru si Česká republika nevede špatně. Máme širokou dostupnost hlavních léků, které používáme k ovlivňování hladiny cholesterolu a kardiovaskulární prognózy. Pořád to samozřejmě může být lepší, a budeme usilovat o to, aby pro vyjmenované, specializované skupiny nemocných, kterým základní léčebné prostředky nestačí, byla dostupná i nová, moderní a často poměrně nákladná léčba,“ poukazuje Michal Vrablík.

## Na vině jsou i média

Bohužel se ale na této oblasti výrazně podepsaly dezinformace, které zpochybňují přínos léčby statiny. „Neznám jiný medicínský obor, který by tolik trpěl dezinformační kampaní, jako je právě oblast ovlivňování hladiny cholesterolu. Statiny používáme v klinické praxi 40 let a důkazy jsou položeny. Ti, kteří říkají, že chtějí další doklad o tom, že jejich dlouhodobé užívá-

ní prospívá a neškodí, se nedočkají – dat víc nebude. Přesto je to oblíbené téma, a to i proto, že statiny v Česku užívá více než 1,2 milionu lidí. Týká se to tedy obrovské proporce populace. Bohužel když napíšete, že statiny jsou skvělé a perfektně prospívají, tak si to nikdo nepřečte. Ale když napíšete: zjistilo se, že není všechno tak, jak lékaři říkají, a nové informace jsou alarmující – to si přečte kde kdo,“ konstatuje Vrablík.

Přesto si ale podle Vrablíka vedeme dobře, i co se týče organizace péče. Preventivní péči by přitom měli mít v rukou praktičtí lékaři, a to i ti pro děti. Jestliže se totiž nepodaří implementovat antisklerotické strategie od dětského věku či dospívání, je mnohem menší šance, že se to podaří později.

„Preventivní péče, alespoň ta medicínská část, je v České republice dobře organizovaná. Myslím, že legislativní podmínky i hrazení máme docela velkoryse nastavené. Je ale otázka, proč je využití preventivních prohlídek jen 50 procentní nebo nižší, proč nejsou více propagovány a proč nejsou správně implementovány úplně ve všech ordinacích,“ uzavírá Michal Vrablík.

Michaela Koubová

# Prausová: První varovné signály nádorového onemocnění musí umět každý jako násobilku

Počet onkologických pacientů stále stoupá a zhoubné nádory se objevují u stále mladších lidí. Mnohým problémům lze předejít včasným záchytem v rámci národních screeningových programů, ale ty nejsou samospasitelné. Klíčová je proto i primární prevence a pravidelné návštěvy praktického lékaře, který může zachytit první symptomy onemocnění. Onkologická péče v ČR je na vysoké úrovni a široce dostupná, chybí jí však psychosociální zájem a propojení zdravotní a sociální péče, prohlásila předsedkyně České onkologické společnosti Jana Prausová na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví na téma ekonomika prevence.



„Neslibujme nespílitelné,“ říká Jana Prausová. Vlevo náměstek ředitele Všeobecné zdravotní pojišřovny Ivan Duškov, vpravo předseda České odborné společnosti pro aterosklerózu Michal Vráblík. Foto: Radek Čepelák

Každý třetí občan České republiky jednou onemocní nějakým typem zhoubného nádoru, varují onkologové. Mnohým problémům lze předejít včasným záchytem v rámci národních screeningových programů, ale ty nejsou samospasitelné, upozorňuje předsedkyně České onkologické společnosti a přednostka onkologické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol Jana Prausová. „Existují intervalové karcinomy, které dokáží vyrůst i mezi

dvěma mamografiemi. Neslibujme nespílitelné,“ varovala na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví na téma ekonomika prevence.

Proto jsou podle ní v prevenci nenahraditelné pravidelné návštěvy praktického lékaře. Ten se umí zeptat, pozná, že se jeho pacient necítí nejlépe a probere s ním varovné příznaky nádorových onemocnění. „To by měli pacienti umět jako násobilku – změny v hmot-



Předsedkyně České onkologické společnosti a přednostka onkologické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol Jana Prausová. Foto: Radek Čepelák

nosti, nestabilní teplota, noční poty, změny na kůži, změna stereotypu vyprazdňování, přítomnost krve, tam kde nemá, co dělat. Pak přijdou za lékařem včas i s nenápadnými změnami ve stereotypu svého chování a toho, jak se cítí," konstatuje.

Tento typ prevence je podle ní důležitější než třeba odběry krve pro zjištění přítomnosti nádorových markerů v rámci preventivních prohlídek. „Je nutné si uvědomit, že opouští-li pacient svého praktického lékaře s tím, že v tuto chvíli u něj nenašel podezření na nádorové onemocnění, už za pár minut to nemusí být pravda. Proto je jakýkoli symptom nebo nepravidelnost důvodem k další návštěvě lékaře," upozorňuje onkoložka.

## Počet nemocných stoupá

Zhoubným nádorem onemocní v České republice každoročně 85 000 občanů a čísla stále stoupají – v roce 2030 se prevalence odhaduje na 750.000 osob. Přibližně 27 000 jich v důsledku zhoubných nádorů umírá. Díky plošným screeningovým programům a kvalitní a široce přístupné onkologické péči naštěstí mortalita stoupá mnohem pomaleji než počet nemocných. I tak jsou zhoubné nádory druhou nejčastější příčinou úmrtí a podle odhadů by měly do roku 2035 vystřídat na prvním místě smutného žebříčku dosud dominující kardiovaskulární choroby.

Onkologové nejčastěji pečují o pacienty ve věku mezi šedesáti a sedmdesáti lety. To však zdaleka neznamená, že by se nádory vyhýbaly i mladším lidem. „Kolorektální karcinom, karcinom prsu, karcinom ledvi-

ny nebo karcinom prostaty můžeme klidně najít i u osob těsně nad 40 let. Proto je tak důležité mluvit o prevenci," vysvětluje Prausová.

U žen převládá karcinom prsu, u mužů hlavně karcinom prostaty. Dalším v pořadí je u obou pohlaví kolorektální karcinom a karcinom plic a průdušek. „V mortalitě vedou plíce, protože je zatím neumíme příliš léčit. Ale s příchodem nových imunoterapií se to snad zlepší. Velmi slibné jsou výsledky adjuvantní terapie," říká k tomu Prausová.

Postupně dále ještě přibývá melanomů a karcinomů prostaty, štítné žlázy a jícnu. Naopak ubývá karcinomů děložního hrdla. „Zde svou roli mohly sehrát pravidelné gynekologické prohlídky a já doufám, že se již projevuje i očkování proti HPV. To je totiž nejlepší druh prevence – zabránit něčemu, aby to vůbec vzniklo," dodává.

## Někdy nemusí pomoci ani brzký záchyt

„Dnes už nádory neklasifikujeme dominantně podle toho, jak jsou velké," vysvětluje dále Prausová. „Ale podle toho, jakou mají molekulárně-genetickou a imunohistochemickou klasifikaci a jakou mají míru nebezpečnosti s ohledem na charakter svého růstu, vývoje a potence tvorby metastáz. Nepřeceňujme tedy skutečnost, že nádor najdeme brzy. To nemusí být úplně relevantní pro to, zda to dopadne dobře. I časná stádium z hlediska velikosti nádorů může zabít. Na to je třeba být v informování veřejnosti velmi obezřetní.“



„Nejlepší prevence je taková, která zabrání nemoci, aby vůbec vznikla.“ Foto: Radek Čepelák

V České republice v současné době fungují tři plošná screeningová šetření, na které zdravotní pojišťovny své klienty adresně zvou. Screening karcinomu prsu má podle Prausové návštěvnost 60 procent k tomu určené populace, screening karcinomu kolorekta 30 procent a screening děložního hrdla 60 procent. Je tedy ještě co dohánět. Alespoň že se na těchto číslech podle Prausové zatím příliš neodrazila covidová pandemie, která podle některých odhadů měla významně snížit návštěvnost programů. „Poklesy byly krátkodobé a čísla se rychle vrátila zpátky. Ještě se nemusíme děsit, nemáme pro to zatím žádná relevantní data,“ uklidňuje onkoložka.

Od příštího roku se navíc začne nově provádět také screening karcinomu plic, který bude určen pro kuřáky s dvaceti balíčkoroky (1 balíčkorok = 20 cigaret denně po dobu 1 roku nebo 10 cigaret denně po dobu 2 let atd. – pozn.red.). „Tam je ale trochu problematické, že člověk musí říct pravdu ohledně svého kouření. A na pravdomluvnost se nelze úplně spoléhat,“ upozorňuje Prausová.

## Onkologická péče je kvalitní, ale chybí psychosociální zázemí

Jak již bylo zmíněno, onkologická péče v ČR je na velmi vysoké úrovni a široce dostupná. Dvě národní onkologická centra v Praze a Brně doplňuje síť komplexních onkologických center rozmístěných ve všech krajích s výjimkou Karlovarského. „Nejsou tam lidi,“ vysvětluje lakonicky Prausová a dodává: „Můžeme tam postavit budovu, ale nenaplníme ji odborníky. Odcházejí na západ.“ Velké mezery máme podle

Prausové i v psychosociálním zázemí pro onkologické pacienty. „Není u nás propojena zdravotní a sociální péče, což je u chronických onemocnění naprosto špatně,“ tvrdí onkoložka.

Péče o pacienty se bez organizace do center podle Prausové neobejde: „Onkologická péče je celostní medicína. Musí mít návaznost na velkou nemocnici. Potřebujeme všechny odbornosti jako jsou kardiologové, diabetologové, oční, ORL a další, včetně urgentního příjmu a jednotek intenzivní péče. Jen tak můžeme léčit, jak si to pacienti zaslouží a jak to vyžadují jejich komorbidity.“ Vše záleží na načasné diagnostice a multidisciplinárních týmech. Ty se proto musí koncentrovat do celků velkých fakultních nemocnic.

„Jen tak bude onkologie dávat smysl a na tom trvám,“ uzavírá Prausová. A nepřímou tak oponuje argumentací, která stojí za již schváleným záměrem premiéra Andreje Babiše na výstavbu Českého onkologického institutu. Ten má vzniknout v Praze v areálu Fakultní nemocnice Královské Vinohrady na místě původně plánovaného traumacentra. Česká onkologická společnost projekt za sedm miliard korun financovaný z Národního plánu obnovy dlouhodobě kritizuje.

Helena Sedláčková



# Gramotnost v oblasti duševního zdraví je v ČR malá. Mnozí na sobě nepoznají ani vážnou nemoc, říká ředitel NÚDZ Winkler

Během covidu u nás trojnásobně přibýlo depresí a dvojnásobně úzkostí. Ruku v ruce s tím narostl i počet lidí, kteří se se svými problémy neléčí. Neplatí to přitom jen o běžných duševních nemocech, ale i těch závažných, jako jsou psychózy a bipolární poruchy. Na vině je z velké části špatná zdravotní gramotnost, kdy onemocnění nerozpozná pacient, ale často ani jeho blízcí. Vedle toho mohou v prevenci velmi pomoci programy zaměřené na duševní zdraví ve školách či u zaměstnavatelů, případně projekty cílící na včasný záchyt například u vážných duševních chorob nebo demencí. Na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku, který se konal 22. července v Praze, to řekl ředitel Národního ústavu duševního zdraví Petr Winkler.



Vystoupení ředitele NÚDZ Petra Winklera poslouchají zprava šéfredaktor ZD a moderátor diskuze Tomáš Cikrt, předseda České odborné společnosti pro aterosklerózu Michal Vráblík, předsedkyně České onkologické společnosti a přednostka onkologické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol Jana Prausová, náměstek ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny Ivan Duškov, předseda Sdružení ambulantních specialistů Zorjan Jojko, ředitelka Státního zdravotního ústavu Barbora Macková a zakládající člen Sdružení praktických lékařů ČR Zdeněk Hamouz. Foto: Radek Čepelák

„Duševní onemocnění jsou vysoce prevalentní a představují enormní zátěž jak zdravotní, tak ekonomickou – jsou to totiž onemocnění produktivního a dětského věku. Prevence, včasná identifikace a léčba jsou klíčové pro omezení negativního dopadu. Gramotnost v oblasti duševního zdraví je základem prevence a včasné identifikace,“ uvádí Petr Winkler.

Gramotnost v této oblasti je bohužel v Česku malá, takže se řada lidí s vážnými problémy neléčí, protože jim nedojde, že je něco špatně. Jako příklad popisuje Winkler případ pacienta, který dva roky vesměs nevycházel z bytu a téměř nevstával z postele, přičemž vážně uvažoval o sebevraždě. Na vyšetření k psychiatrovi ho ale poslala až lékařka, která mu měla vystavit potvrzení k řídičskému průkazu. Zvyšování gramotnosti je přítom třeba už od dětského věku – mnohé děti se setkávají s tím, že kamarád má depresi nebo se sebepoškozuje, ale ony nevědí, jak reagovat.

Nejde rozhodně o výjimečné případy. Dnes přibližně jedno z pěti dětí ve věku tři až 17 let má nějaké duševní onemocnění, což podle amerických odhadů stojí zhruba 250 miliard ročně. Prevence už od dětství je důležitá i proto, že tři čtvrtiny duševních onemocnění u dospělých začínají před 18. narozeninami, polovina pak už před 15. narozeninami. Bohužel je také faktem, že sebevražda patří u dětí a mladistvých mezi jednu z nejčastějších příčin úmrtí.

V posledních letech přítom duševních problémů u dětí přibývá. „V České republice jsme mezi lety 2007

a 2017 viděli 85 procentní nárůst ošetření v psychiatrických ambulancích pro vývojové poruchy v dětství a adolescenci,“ konstatuje Petr Winkler.

Prevence v této oblasti je velmi komplexní. Může jít o univerzální a selektivní intervence v raném dětství, jako je screening psychických obtíží v těhotenství a po porodu, nebo intervence pro podporu duševního zdraví a prevenci emočních poruch a poruch chování.

„Zde se velmi osvědčují programy, které jsou na školách. V tom jsme trochu odlišní od jiných kolegů, protože naše působnost zde spadá spíše do resortu školství, do byznysu a resortu sociálních věcí, než přímo do zdravotnictví. Takovéto programy zaměřené na duševní gramotnost a sociální učení existují a jsou efektivní, jako co se týče zlepšování zlepšování symptomů celkového wellbeingu, tak také v prevenci sebevražd u dětí,“ poukazuje Winkler.

Národní ústav duševního zdraví přítom takový program s názvem Všech pět pohromadě sám vyvinul a nyní je testován. Zároveň se testuje také selektivní program Triple P (Positive Parent Program), který se zaměřuje na zlepšování rodičovských dovedností a emočně-behaviorálních schopností dětí v rodinách, kde se duševní onemocnění vyskytuje.

Vedle toho existují ještě intervence, které se zaměřují na poruchy intelektu. Ty spočívají například v prevenci úrazů, nebo se zaměřují na rodiny, kde může docházet k sociálně-patologickým jevům, jako je týrání, zneužívání dětí či alkoholismus.



„Gramotnost v oblasti duševního zdraví je základem prevence a včasné identifikace,“ říká ředitel NÚDZ Petr Winkler. Foto: Radek Čepelák

## Zaměstnavatelé zatím na programy duševního zdraví příliš neslyší

Co se týče běžných duševních onemocnění v celé populaci, jako jsou deprese či úzkosti, ta jsou celosvětově jednou z hlavních příčin disability (deprese je na prvním místě, úzkostné poruchy na šestém). Na ztrátě produktivity pak tyto poruchy přijdou na bilion dolarů ročně (jen v Česku to bylo v roce 2010 1,3 miliardy euro u deprese a 0,9 miliardy u úzkostných poruch). Deprese je zároveň nejčastější příčinou sebevraždy (ročně se jich na světě odehraje kolem 800 tisíc).

„To, co nás trápí asi ještě daleko více než ostatní obory, je takzvaná treatment gap, tedy neléčená populace, která u deprese a úzkosti dosahuje v České republice 60 až 70 procent. Navíc jsme viděli se situací kolem pandemie covid-19, lockdowny a dalšími negativními konsekvencemi dramatický nárůst výskytu běžných duševních onemocnění v populaci, kdy se počet lidí s depresemi ztrojnásobil, stejně jako počet lidí v riziku sebevraždy, a počet lidí s úzkostnými poruchami se zdvojnásobil – a vzrostla samozřejmě i neléčená populace,“ poukazuje Petr Winkler.

Při prevenci jsou na tomto místě klíčovým partnerem zaměstnavatelé a programy duševního zdraví na pracovišti. Podle dostupných důkazů jsou tyto programy efektivní při snižování deprese, úzkosti i stigmatizace. „V České republice na to byznys ještě úplně neslyší. Ví, že je to pro něj téma, ale zatím si myslí, že když zpřístupní psychologickou péči zaměstnancům, vyřeší to. Co si ale

řekne zaměstnanec? Ti bastardi se mě snaží nacytat a identifikovat, že jsem slabý článek organizace, nepůjdu tam. Je tedy potřeba pracovat s celou kulturou organizace tak, aby lidé péči přijali,“ vysvětluje Winkler. Zároveň je třeba zlepšovat přístup k zaměstnancům s problémy v oblasti duševního zdraví, což je také aspekt, který preventivní programy pomáhají zlepšovat.

Prosazovat takovéto preventivní programy se přitom vyplatí – podle studií nákladové efektivity se jeden dolar investovaný v této oblasti čtyřikrát až pětkrát vrátí. Duševní zdraví pak pomáhají podporovat také e-mental health nástroje. V Česku NÚDZ během covidu spustil screeningový web opatruj.se, kde se už oscreenovalo přes 50 tisíc lidí. Web zároveň navštívilo přes 120 tisíc uživatelů a většina z nich se na něj pravidelně vrací.

## Závažné choroby zůstávají dlouho neléčené

U závažných duševních chorob, jako jsou psychózy a bipolární afektivní poruchy, je prevalence nižší než u depresí a úzkostí – vyskytují se u 1,5 až tří procent populace. Zároveň ale tyto nemoci souvisejí s vyšší disability a společenskými náklady, které se v ČR v roce 2010 pohybovaly jen u psychóz kolem 1,3 miliardy euro.

„Je tu také vysoká treatment gap a dlouhá doba neléčených onemocnění. Ti lidé čekají roky. Často si myslí, že to, co prožívají, je normální. A nemyslí si to jen oni sami, ale často i jejich inteligentní a vzdělaní rodiče. Další problém spatřují se závažnými duševními onemocněními je



Pokud by u nás v oblasti duševního zdraví fungovaly programy včasné detekce a intervence, klesly by náklady na pacienta o 40 procent, poukazuje Petr Winkler. Foto: Radek Čepelák



Foto: Radek Čepelák

vysoká institucionalizace jak v ČR, tak i v dalších zemích střední a východní Evropy. Za minulého režimu byla diagnóza schizofrenie odsudkem k celoživotnímu pobytu v psychiatrických nemocnicích, což samozřejmě navíc zvyšuje náklady na péči," popisuje Petr Winkler.

Prevence v této oblasti spočívá hlavně v zabránění rozvoje závažného průběhu a také relapsu. K tomu slouží programy včasných detekcí a intervencí, které jsou nejen efektivní, ale také v porovnání s cenou následné léčby cost-efektivní.

„Pokud by programy včasné detekce fungovaly v ČR, klesly by náklady na jednoho pacienta o 25 procent, pokud bychom měli programy včasné intervence, klesly by náklady o 33 procent, a kdybychom měli obojí, klesly by náklady o 40 procent. V reakci na to týmy včasných intervencí pro závažná duševní onemocnění pilotujeme v rámci reformy psychiatrické péče ve třech regionech ČR,“ uvádí Winkler.

## Systematické vyhodnocování nákladové efektivity u nás chybí

Další kapitolou, na kterou bychom se měli v rámci prevence zaměřit, je Alzheimerova choroba a podobná onemocnění. Demence se přitom celosvětově vyskytuje u pěti až osmi procent lidí nad 60 let, což je dnes zhruba 50 milionů lidí; v roce 2030 by to mělo být 82 milionů a v roce 2050 150 milionů. Zhruba devět procent případů přitom vzniká už před 65. rokem věku.

Náklady se celosvětově odhadují na 800 miliard dolarů, v ČR to bylo v roce 2010 0,9 miliardy euro.

Prevence spočívá ve snižování rizikových faktorů, jako je nízká fyzická aktivita, alkohol, obezita, kouření, nezdravá strava, vysoký krevní tlak a cholesterol, duševní inaktivita, chudoba, deprese či sociální izolace.

Sekundární prevencí pak je včasný záchyt. „Modelingovou studií jsme odhadli, že celoživotní náklady na péči o člověka s demencí by se v ČR snížily o 27 tisíc euro u žen a o 23,5 tisíc euro u mužů, pokud by u nás fungovaly včasné intervence,“ podotýká Winkler. Jak je i z výše uvedených dat patrné, máme v oblasti duševního zdraví leccos propočítáno a podloženo českými daty. Dobrou zprávou přitom je, že plátcí i další autority se skutečně o tato data zajímají. „Takové úrovně, jako to vidíme ve Velké Británii, Kanadě či Holandsku, kde existují instituty systematicky vyhodnocující nákladovou efektivitu intervencí a kde se dbá na to, aby za investované prostředky, a to nejen finanční, ale zejména lidské, přinášely co největší benefit, tak na té úrovni ale zatím ještě nejsme. Považuji to za jeden z nejdůležitějších kroků, které by měly v oblasti veřejného zdraví být učiněny,“ podtrhává Petr Winkler.

Souhrnem je jisté, že v oblasti prevence duševních chorob máme značné mezery. „Dostupnost preventivních programů se zlepšuje, ale prostor pro zlepšování je značný,“ uzavírá Winkler.

Michaela Koubová

# Preskripční omezení nejsou podepřena propočtem nákladové efektivity, upozorňuje praktický lékař Zdeněk Hamouz

Praktičtí lékaři hrají v oblasti prevence klíčovou roli. Právě oni by měli zachytit první rizikové příznaky, jako jsou vysoký tlak, krevní cukr či cholesterol, které značí riziko vzniku a rozvoje chronických onemocnění. Protože ale nic z toho nebolí a zdravotní gramotnost Čechů není, jak známo, nijak valná, musí mnohdy praktici pacienta k prevenci přimět, když je kontaktuje z úplně jiných důvodů. Donedávna jim ale práci komplikovalo to, že když už riziko odhalili, měli omezené léčebné možnosti vzhledem k preskripčním omezením. To se postupně mění, přesto ale v Česku scházejí propočty ohledně toho, zda by uvolnění dalších léků pro ordinace praktiků nebylo nákladově efektivní. Na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku to řekl Zdeněk Hamouz ze Sdružení praktických lékařů.



Vystoupení slovenského ministra zdravotnictví Vladimíra Lengvarského. Zprava šéfredaktor ZD a moderátor diskuze Tomáš Cikrt, prezident Odborné společnosti pro veřejné zdraví Polské republiky a přednosta kliniky alergologie, plicních nemocí a interní medicíny Ústřední klinické nemocnice ve Varšavě Andrzej Mariusz Fal, předseda České kardiologické společnosti a přednosta kliniky kardiologie a angiologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice Aleš Linhart, ředitel Všeobecné zdravotní pojistovny Zdeněk Kabátek a vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti Viktor Mravčík. Foto: Radek Čepelák

„Primární péče je v oblasti preventivní medicíny naprosto nezastupitelná a snaží se svou roli plnit,“ uvádí Zdeněk Hamouz. Podle vyhlášky o dispenzární péči přitom mohou praktici dispenzarizovat pacienty s 55 chorobami včetně obezity, prediabetu či chronické bronchitidy. Samozřejmě ovšem platí, že pokud si s pacientem nevědí rady, je na místě ho odeslat ke specialistovi.

Ačkoliv jsou praktici (potažmo lékaři obecně) gró prevence, nesmí na ni zůstat sami. Úkolem státu je zajištění prostředků, moderaace a modulace zdravotní péče či stanovení základních cílů při tvorbě zdravotních programů. Dnes se přitom zaměřujeme především na prevenci onkologickou, dále kardiologickou a diabetologickou, kde mají praktici široké pole působnosti. Například v oblasti onkologie navíc nedávno došlo k rozšíření v tom smyslu, že praktici mohou přebírat do sledování pacienty po ukončené onkologické léčbě, nejčastěji pacientky s karcinomem prsu.

Hlavní roli by ale měli mít praktici v primární prevenci, tedy ve snaze zabránit, aby došlo k rozvoji chronického onemocnění. Například data z různých studií zaměřených na léčbu hypercholesterolemie totiž ukázala, že v čím vyšším věku začal být pacient s problémem léčen, tím dříve zemřel. Podobně je tomu u mnohých dalších civilizačních chorob.

### Pozdní záchyt rovná se vyšší mortalita

Potíž je, že tito pacienti nemají žádné příznaky, takže lékaře nevyhledávají. V rámci preventivních prohlídek

proto praktici vyšetřují glykémii, krevní tlak či cholesterol, aby včas zachytili ty, kterým rozvoj nemoci hrozí. Protože ale ne každý na preventivní prohlídky chodí, snaží se praktici prevenci provádět i v rámci ostatních kontaktů, tedy při vstupních prohlídkách, potvrzeních na řidičák či do práce nebo když chce pacient doporučení ke specialistovi.

„Problém preventivní medicíny je včasný záchyt a léčba. Když to neuděláme, běží problém delší dobu a přináší vyšší mortalitu. To platí ve všech aspektech preventivní medicíny. Týká se to cholesterolu, diabetu a glykémie i hypertenze,“ podtrhává Zdeněk Hamouz. Velmi pěkně jsou výsledky prevencí vidět na rakovině kolorekta, v jejímž výskytu jsme ještě nedávno byli na světové špičce. Poté, co bylo zavedeno preventivní testování okultního krvácení ze stolice, se ale čísla podařilo výrazně zlepšit.

V případě infarktu myokardu zase došlo v posledních deseti letech ke snížení počtu případů o 13 procent a nákladů o sedm procent. Za výsledky stojí zlepšení péče, životní styl či větší bohatství společnosti, podle Hamouze ale zřejmě hraje roli i to, že praktici před deseti lety mohli začít předepisovat statiny. A zatímco zavedení stentu se vším všudy stojí kolem sta tisíc korun, roční léčba statiny stojí 2500 korun.

„Přes všechny hoaxy a nesmysly, které čte člověk na webech, snižují statiny riziko infarktu minimálně o 30 procent. Když má pacient pozitivní skóre, dle kterého to při preventivních vyšetřeních posuzujeme, musí být léčen,“ podtrhává Zdeněk Hamouz.



„Primární péče je v oblasti preventivní medicíny naprosto nezastupitelná,“ říká Zdeněk Hamouz ze Sdružení praktických lékařů.  
Foto: Radek Čepelák



„Problém preventivní medicíny je včasný záchyt a léčba. Když to neuděláme, běží problém delší dobu a přináší vyšší mortalitu,“ říká Zdeněk Hamouz. Foto: Radek Čepelák

## Preskripčních omezení je méně

Právě šíře toho, co mohou praktici předepisovat, hraje v prevenci (zejména sekundární) velkou roli. Loni přitom došlo k rozvolnění preskripce hypolipidemika ezetimibu a nyní mohou praktici předepisovat také gliptiny určené k léčbě diabetu.

„Nemůžeme sice psát inkretinová mimetika, pouze DPP IV inhibitory, ale zaplatť pámbůh za to. Ke gliflozinům se však dostaneme možná za deset let. Když zjistím, že má pacient diabetes, začnu ho léčit, k čemuž mám nějaké prostředky. Pokud už ale tyto medikamenty nestačí a já nemám možnost psát jiné, musím ho poslat k diabetologovi, čímž má role v sekundární prevenci končí – což není dobře. Měl bych ho léčit dále, ale nemohu, protože na medikaci nedosáhnou. My léta bojujeme o některé molekuly, a časem ke změně dojde, ale jsou tu zbytečné prodlevy,“ popisuje Zdeněk Hamouz s tím, že například v Německu může praktický lékař předepisovat vše.

Podle něj u nás přitom dnes schází propočítávání nákladové efektivity a benefitů. „Neznám lidi, kteří by to počítali. Vždycky se jede podle toho, že nějaká odbornost nechce, aby to psal někdo jiný, a někomu se to zdá drahé. Nikdo ale neumí spočítat, zda je to efektivní po stránce dalších nákladů a prodloužení života,“ poukazuje Hamouz.

Zde by měly hrát roli zdravotní pojišťovny, které léčbu platí, zároveň by ale měly moderovat diskusi mezi jednotlivými odbornostmi. Chybět by neměla ani jejich spolupráce se SÚKL, který má na starosti právě rozvolňování preskripce.

## Důležitá je podpora efektivity

Provádění prevence ze strany praktických lékařů může také omezovat to, že se dostupnost jejich péče v okrajových regionech snižuje. V roce 2000 až 2010 skončila na periferiích stovka praktiků, z nichž někteří nebyli nahrazeni. Oproti tomu v Praze za tu dobu sto praktiků přibýlo. „Diskrepance se snad upravila, ale je tu nezastupitelná role pojišťovny. Musí směřovat lékaře tam, kde jsou zapotřebí, ne tam, kam by chtěli,“ domnívá se Hamouz.

Zároveň by v rámci programových projektů měli být ze strany plátců podporováni poskytovatelé, kteří jsou efektivní. VZP již vytvořila programy VZP Plus, které bonifikují lékaře jak primární péče, tak specialisty, za náležitý přístup k pacientům v oblasti diabetu, hypertenze či obezity. Pokud tedy lékař zvládne své pacienty zaléčit tak, aby měli náležitou hladinu glykovaného hemoglobinu, vyšší krevního tlaku či LDL cholesterolu, dostane za to od pojišťovny finanční bonus.

„Všechno to směřuje k tomu, abychom rizikové faktory chytali na začátku v době, kdy jsou hodnoty nízké a dokážeme je dobře ovlivnit, protože lidé ještě nemají rozvinutou aterosklerózu. Když už pak mají diabetes, tak jen brzdíme patami a čekáme, co bude,“ uzavírá Zdeněk Hamouz.

Michaela Koubová

## Škála příspěvků z fondů prevence je široká, někdy je ale jejich zdravotní přínos pochybný, říká šéf Sdružení ambulantních specialistů Jojko

Zdravotní pojišťovny dnes v rámci svých fondů prevence nabízejí celou řadu příspěvků – od těch na pohyb přes očkování po rozšířená preventivní vyšetření. Využívání těchto financí ale má i své mouchy. Některé příspěvky mají pochybný zdravotní přínos, jiné by mohly být vyšší nebo by měly mít častější frekvenci. Hlavní problém ale zůstává ten, že dnes mnozí pojištěnci na slovo prevence neslyší a možnosti, ať už standardně hrazených, nebo podporovaných z fondů prevence, nevyužívají. Na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku, který se konal, 22. července, to řekl předseda Sdružení ambulantních specialistů Zorjan Jojko.



„Očkování má jednoznačnou prioritu. Je to prevence, která má být podporovaná, a nerozumíme tomu, proč se někdo nenechá očkovat proti čemukoliv, když nejsou důkazy, že by to jakkoliv škodilo, naopak přibývá důkazů, jak to pomáhá,“ konstatuje předseda Sdružení ambulantních specialistů Zorjan Jojko. Foto: Radek Čepelák



Podle Zorjana Jojka mají dnes pojištěnci z čeho v rámci fondů prevence zdravotních pojišťoven vybírat. „Škála jednotlivých preventivních vyšetření i po oborech je docela široká. Příspěvky přitom mnohdy nejsou malé a je škoda je nevyužít,“ podtrhává Jojko.

V oblasti onkologie dnes pojišťovny nabízejí vedle tří běžně hrazených národních screeningových programů zaměřených na rakovinu tlustého střeva a konečníku, prsu a děložního čípku také příspěvek na vyšetření znamének, mamografický screening mimo úhradovou vyhláškou dané rizikové skupiny, komplexní onkologickou prohlídku na specializovaném pracovišti, prevenci karcinomu prostaty, břišních orgánů či dutiny ústní. Jak do oblasti onkologie, tak kardiologie pak lze zařadit příspěvky na odvykání kouření, vedle toho u kardiovaskulárních chorob pojišťovny přispívají například na digitální tonometr.

„Jako kardiologa mě mrzí, že zde příspěvků není mnoho. Na druhou stranu jsem rád, že pojišťovny přispívají například na digitální tonometry. Sám jsem prosazovatelem rčení tonometr do každé rodiny, a teď už říkám i EKG do každé rodiny,“ říká Jojko. V oblasti psychiatrie existují příspěvky na kognitivní pomůcky, na psychosociální intervenci či vyšetření mozkové aktivity. Často čerpaným příspěvkem jsou pak dobrovolná očkování, například proti klíšťové encefalitidě, žloutence, pneumokokovi, spalničkám, chřipce, HPV,

meningitidě, pásovému oparu nebo proti chorobám z oblasti cestovní medicíny.

„Očkování má jednoznačnou prioritu. Je to prevence, která má být podporovaná, a nerozumíme tomu, proč se někdo nenechá očkovat proti čemukoliv, když nejsou důkazy, že by to jakkoliv škodilo, naopak přibývá důkazů, jak to pomáhá,“ konstatuje Zorjan Jojko.

Vedle toho pojišťovny přispívají na mezioborová vyšetření nad rámec standardních preventivních prohlídek, například laboratorní vyšetření moči, lipidémie, glykémie, renálních funkcí či hormonů štítné žlázy. Dále se přispívá na vyšetření k vyloučení trombofilních mutací či osteoporózy, vyšetření zrakového nervu nebo vyšetření podoskopem.

Oblast, která nabírá na významu, a při pandemii covid to začalo platit dvojnásob, je telemedicina. Pojišťovny tak podporují například dálkovou monitoraci u srdečního selhání, arytmií, cukrovky, spánkové apnoe či systém ITAREPS, který umí zachytit zhoršení stavu lidí se schizofrenií.

## Desetitisícový příspěvek na hodinky s EKG

Na druhou stranu však někdy pojišťovny podle Jojka přispívají z fondu prevence na věci, u nichž je zdra-



Přednášku Zorjana Jojka poslouchají (zprava) šéfredaktor ZD Tomáš Cikrt, předseda České odborné společnosti pro aterosklerózu Michal Vrablík, předsedkyně České onkologické společnosti a přednostka onkologické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol Jana Prausová a náměstek ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny Ivan Duškov. Foto: Radek Čepelák

votní přínos pochybný. Jako příklad uvádí volný vstup do aquaparku, na který je ovšem vyhrazen jeden den, kdy je pak logicky v daném zařízení hlava na hlavě a o zdravotním přínosu se moc nedá hovořit. Otazník může být i nad některými lázeňskými pobyty, kde jsou ozdravné procedury velmi upozaděny zábavou, a sporný je i přínos některých dětských pobytů.

„Přemýšleli jsme nad smyslem, proč některé pojišťovny přispívají na hůlku pro nordic walking, možná to ale nějaký smysl má. Čemu ale nerozumím vůbec, je, proč jedna pojišťovna přispívá částkou 10 tisíc korun na hodinky, které umí snímat EKG, když je dnes běžně k dispozici malá EKG za tři tisíce. To mi připadá jako zbytečné vyhazování peněz a dotyčná pojišťovna by se nad tím měla zamyslet,“ pozastavuje se Zorjan Jojko.

Kromě toho, že někdy pojišťovny přispívají na zdravotně ne zcela smysluplné aktivity, dala by se podle Jojky zlepšit i konstrukce jednotlivých příspěvků – některé jsou například nízké, zatímco jiné mají nedostatečnou frekvenci. Někdy zase může být sporná interpretace výsledků některých vyšetření, jako je klidové EKG nebo test okultního krvácení při screeningu rakoviny tlustého střeva – může se stát, že vyšetření dopadne dobře, nicméně pacient ve skutečnosti problém má.

## Přístup k prevenci je nevyrovnaný

Využívání preventivních aktivit může komplikovat také fakt, že jsou hrazeny v několika režimech. Máme tu standardně hrazenou prevenci například v podobě národních onkologických screeningových programů či běžných preventivních prohlídek u praktika. K tomu se přidávají programy, jako je VZP Plus, které se zaměřují na hypertenzi či diabetes. Výše uvedené příklady jsou pak hrazené z fondu prevence, kdy pacient dané vyšetření, aktivitu či pomůcku uhradí ze svého a pojišťovna mu pak po předložení dokladu o zaplacení uhradí příspěvek zpětně. Každá pojišťovna ale přispívá na něco trochu jiného a má vlastní postupy, takže lékař mnohdy sám neví, jak pacientovi poradit.

„Problém, s nímž se ale v České republice potýkáme hlavně, je v nezájmu pacientů. Není tu tlak, aby tomu bylo jinak. Zamysleme se nad tím, proč tomu tak je – jestli by neměl existovat systém bonifikace či malifi-

kace, aby byl klient k návštěvám motivován,“ podtrhává Jojko, podle něhož je navíc problém, že na prevenci a vysvětlování mívají lékaři čím dál méně času.

Při prosazování prevence je bohužel problém, že návratnost je v dlouhodobějším horizontu, což od něj mnohé stakeholdery odrazuje. Vedle toho je otázka, kdo všechno by měl preventivní opatření podporovat, platit a analyzovat. Podle Jojky by neměl být angažován jen stát a pojišťovna, ale i zaměstnavatelé. „Je to ale problematické. Mám zkušenost, že když jsme přišli do firmy nabízet preventivní programy, přihlásili se nám všichni manažeři. Už ale nepřihlásili třeba své řidiče. Přitom řidiči jsou v podstatně větším kardiiovaskulárním riziku než manažeři. Mělo by to tedy být vyrovnané,“ dodává Jojko. Podle něj by přitom bylo ideální, kdyby každý člověk kolem čtyřicítky drobně onemocněl, aby byl donucen navštívit svého praktika. Ten by ho zároveň mohl preventivně prohlédnout a zachytit problémy, které by se jinak dál tiše rozvíjely.

Michaela Koubová

# Primární prevence není jen záležitostí zdravotnictví, ale celé společnosti. Navíc má ekonomické přínosy, říká šéfka SZÚ Macková

Ačkoliv data ukazují, že jsou preventivní opatření nákladově efektivní, peníze, které jdou v Česku na podporu zdraví a zdravotní gramotnosti, klesají. Právě primární prevenci, která předchází vzniku onemocnění a udržuje populaci ve zdraví, by se přitom nemělo věnovat jen zdravotnictví, ale celá společnost – a právě stát by měl tlačit výzkum a informace založené na důkazech. Vzhledem k tomu, že se investice do této oblasti vracejí v dlouhodobějším horizontu, nelze benefity z politického hlediska využít. Změnit by to snad mohlo zrcadlo, které nám nastavil covid, řekla na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví ředitelka Státního zdravotního ústavu Barbora Macková.

„Je doloženo, že 80 procent nemocí je preventabilních. Jestliže se tedy na zdravotnictví vynaloží necelých 500 miliard korun, tak necelých 400 miliard je preventabilních. Když se mluví o efektivitě preventivních opatření, dalo by se zhruba 10 procent z toho, tedy 40 miliard, ovlivnit díky primární prevenci. Nemoc navíc přináší výdaje, a to nejen na diagnostiku a léčbu, ale ztráty vznikají hlavně proto, že nemocný člověk nemůže chodit do práce, nevydělává a čerpá nemocenskou. Stát tak musí investovat nejen do zdravotní, ale i sociální úrovně člověka,“ uvádí Barbora Macková.

Pokud se budeme u jednotlivých onemocnění věnovat prevenci, je nákladová efektivita 6:1 až 13:1 u obezity. Bohužel se ale náklady na podporu zdraví a zdravotní gramotnost v posledních letech velmi snižují. Jen za poslední dva roky tak klesly o 36 procent.

„Na návratnost investice, kterou vložíme do prevence, čekáme velmi dlouho. Ekonomický benefit není ze dne na den, a z politického hlediska je to příliš dlouhý interval na to, aby ho bylo možno nějak využít. Prevence je tak velmi podceňovanou komponentou zdravotní politiky,“ vysvětluje Macková.

## Zdravotní stav populace potřebujeme monitorovat

Připomeňme, že primární prevence se zaměřuje na příčiny onemocnění, kterým se snaží zabránit. Jejím cílem tak je zdravé obyvatelstvo a prodloužení života ve zdraví. Typickým příkladem primární prevence je očkování a pochopitelně zdravý životní styl. Sekundární prevence oproti tomu usiluje o včasný záchyt chorob a jejich залéčení, aby se nemoc dál nerozvíjela. Cílovou skupinou jsou proto lidé, kteří ještě o své nemoci nevědí. Terciální prevence se pak snaží zabránit tomu, aby se nějaká choroba vrátila. Zaměřuje se tedy na pacienty, kteří o své diagnóze vědí a v minulosti se je povedlo úspěšně léčit. Takovým typickým příkladem jsou onkologická onemocnění.

Zatímco tedy sekundární a terciální prevence je hlavně záležitostí resortu zdravotnictví, primární prevenci je třeba prosazovat z širšího hlediska.

„Není to jen o medicínském pohledu a možnostech praktických a jiných lékařů. V primární prevenci hraje důležitou roli také stát a jeho instituce, a to i v rámci výzkumu a předkládání evidence-based informací,“



Zdraví nevzniká v nemocnicích, podtrhává ředitelka SZÚ Barbora Macková. Foto: Radek Čepelák



Je doloženo, že 80 procent nemocí je preventabilních, říká ředitelka SZÚ Barbora Macková. Foto: Radek Čepelák

kteří dokládají, proč je důležité nemocem předcházet a proč potřebujeme monitorovat, v jakém zdravotním stavu populace je,“ popisuje Barbora Macková.

## Zdraví nevzniká v nemocnicích

Zásadní je přitom podpora zdraví, a to zejména informováním obyvatel. Protože největší roli při péči o své zdraví má každý z nás, je důležité, aby měla populace informace o tom, proč a jak se o zdraví starat.

„Zdraví nevzniká v nemocnicích – není to tak, že když budu nemocný, přijdu k lékaři, ten mě rozšroubuje, pak zase sešroubuje a všechno bude v pořádku. To, jestli jsme zdraví nebo ne, vzniká v rodinách a prostředí, kde se pohybujeme nejvíce, od škol po pracoviště. Je důležité koordinovat dovednosti, které má každý z nás, spolu s podporou společnosti, která by měla vytvořit vhodné sociální či ekonomické podmínky včetně životního prostředí,“ podtrhává Macková.

Důležitou součástí primární prevence je také ochrana veřejného zdraví. V jejím rámci by mělo být možno interpretovat monitorování jak zdraví populace, tak škodlivých faktorů a jevů v prostředí, například pracovním či životním.

„Snad i zrcadlo, které nám nastavil covid, byl spouštěčem pro to, aby vnímání nejen každého z nás vůči svému zdraví, ale i ze strany politické garnitury, změnilo tak, aby byla prevenci věnována větší pozornost. Primární prevence není záležitostí jednoho resortu, ale celé společnosti. Nejsou to jen zdravotníci, ale i sociální hlediska. Pro plánování a politický pohled je důležité zdůrazňovat i ekonomické přínosy, které preventivní aktivity přinášejí,“ uzavírá Macková.

Michaela Koubová

# Fondy prevence by neměly být nástrojem pro akvizice pojištěnců. Preventivní programy je třeba stavět na důkazech, říká náměstek VZP Duškov

Ačkoliv je prevence těžištěm otázky zdraví populace, je na fondech prevence zdravotních pojišťoven jen zlomek financí, které jdou na léčbu. Aby toho nebylo málo, příspěvky některých zdravotních pojišťoven preventivní charakter postrádají – než aby podpořily zdraví svých pojištěnců, mají spíše za cíl přilákat nové klienty. Podle náměstka VZP pro služby klientům Ivana Duškova by byl na místě opačný přístup – finance na prevenci posilovat a volit preventivní programy tak, aby byly skutečně postavené na důkazech a měly prokazatelný přínos. Duškov to řekl na mezinárodním panelu Stálé konference českého zdravotnictví Zdravotnického deníku, který se konal 22. července v Praze.



Cesta motivací a edukace sice je z hlediska časové i finanční perspektivy náročnější, ale v českém kontextu lepší než sankce, říká Ivan Duškov.  
Foto: Radek Čepelák



aterosklerózu Michal Vráblík, předsedkyně České onkologické společnosti a přednostka onkologické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol Jana Prausová, náměstek ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny Ivan Duškov, předseda Sdružení ambulantních specialistů Zorjan Jojko, ředitelka Státního zdravotního ústavu Barbora Macková, zakládající člen Sdružení praktických lékařů ČR Zdeněk Hamouz a ředitel Národního ústavu duševního zdraví Petr Winkler. Foto: Radek Čepelák

Ivan Duškov by rád do budoucna fond prevence VZP postavil na fakt, že zatímco ke zlepšení zdravotní situace obyvatel přispívá léčba z 30 procent, 70 procent stojí na preventivních aktivitách.

„Když se ale podíváte na to, jak je nastaven fond prevence, je to obráceně, respektive je tu ještě výrazně méně prostředků. Zákon o Veřejné zdravotní pojišťovně nám praví, že můžeme tvořit fond prevence, kde je 0,3 procenta ze základního fondu. Je otázka, zda s tím do budoucna něco nedělat a evidence-based preventivní aktivity více nepodporovat,“ poukazuje Ivan Duškov. Připomeňme, že zatímco nyní jde ze základního fondu VZP na léčbu ročně kolem 200 miliard korun, z fondu prevence šlo v roce 2019 (v posledním roce nezasaženém pandemií covid-19) na příspěvky kolem půl miliardy.

Zároveň je známo, že jeden dolar investovaný do prevence přináší úsporu až čtyř dolarů na léčbě. Tento fakt se ale zatím bohužel v systému veřejného zdravotního pojištění příliš neodráží. Navíc ani nastavení fondů prevence někdy není zcela optimální a některé pojišťovny je nevyužívají ani tak k prevenci, jako k akvizici nových pojištěnců.

„Na desetitisícový příspěvek na hodinky s EKG se láká lépe než na vyšetření znaménka. Do budoucna by ale měla převážít profesionální perspektiva. Rád bych i ve Všeobecné zdravotní pojišťovně vnesl do definicí jednotlivých programů fondu prevence odborný pohled a skutečně ověřený, evidence-based charakter jednotlivých intervencí. Máme před sebou hodně práce,“ konstatuje Duškov.

## **Smysl má očkování či podpora zdraví matek a dětí**

Co tedy má smysl v rámci prevence podporovat? Podle studie McKenzie spočívají neefektivnější programy prevence v očkování. „Vidíme, jak nesmyslná diskuze se nyní vede. Jako VZP jsme vystaveni tlaku, protože jsme si dovolili našim pojištěncům napsat adresný dopis, aby zvážili vakcínu proti covidu, která je efektivní a bezpečná. Nyní čelíme ostré kritice, protože dopis stál 15 korun na pojištěnce. Den hospitalizace na JIP ale stojí 60 tisíc,“ připomíná Ivan Duškov.

Vedle očkování je důležitá podpora zdraví matek, dlouhodobého kojení a získávání návyků u dětí. V prů-



Vystoupení místopředsedkyně zdravotního výboru Národní rady SR Anny Záborské. Foto: Radek Čepelák

běhu dětství a adolescence se totiž formují návyky na celý život – když dítě bude zvyklé si od mala čistit zuby, bude to pro něj samozřejmostí po celý život.

„A když edukací či motivací dostane sadu návyků, bude například chodit i na preventivní prohlídky. Oproti tomu u čtyřicetiletého muže, který žije určitým životem, je změna v postojích a chování poměrně náročná. Na druhou stranu, všechno jde, když se chce,“ podotýká Ivan Duškov.

Velmi nosný je podle Duškova také koncept snižování rizik (harm reduction), a to jak v oblasti užívání tabáku, tak alkoholu.

## Na sankce u nás nejsme připraveni

Protože se ale doposud prosazování prevence v Česku příliš nedařilo, jsou k diskusi vedle bonifikací také sankce za nežádoucí chování.

„Na to ale pozor. V ČR třicetikorunový regulační poplatek jedné politické straně dvakrát vyhrál volby. Kdybychom tedy řekli, že obézní lidí či lidí s nějakým

z našeho pohledu deviantním typem chování budeme více zdaňovat, tak asi na pozici náměstka příliš dlouho nevydřím. Myslím tedy, že měkčí cesta motivací a edukace sice je z hlediska časové i finanční perspektivy náročnější, ale v našem kontextu správná,“ uzavírá Ivan Duškov.

Michaela Koubová