

ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST A ZDRAVOTNÍ POLITIKA

SBORNÍK TEXTŮ PRO KOLOKVIUM

Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú.
Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

4. října 2017

PRAHA

Poděkování

Za výsledky, kterých se podařilo dosáhnout v rozvoji zdravotní gramotnosti, patří poděkování MUDr. Aleně Šteflové, PhD, MPH, ředitelce Kanceláře WHO v České republice, která iniciovala založení Pracovní skupiny pro rozvoj zdravotní gramotnosti, podílela se na jejím formování, poskytovala pracovní skupině obsahovou, organizační i materiální podporu. Svou obětavou a vysoce kvalifikovanou prací přispěla k posílení autority WHO v České republice, k uplatnění zásad, myšlenek a metod programu Zdraví 2020, k akceleraci rozvoje a výzkumu zdravotní gramotnosti v ČR, rozvoji mezinárodní spolupráce, k motivaci i odbornému růstu širokého okruhu spolupracovníků a ve svém důsledku i ke zlepšení zdraví lidí.

Obsah:

Přehled vybraných aktivit v oblasti zdravotní gramotnosti	4
(Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.)	
1. Naléhavá potřeba nového pojetí zdravotní politiky	
2. Významná pomoc Světové zdravotnické organizace (WHO)	
3. Program WHO Zdraví 2020	

4. Vznik a činnost Pracovní skupiny pro rozvoj zdravotní gramotnosti
5. Ověření úrovně zdravotní gramotnosti v ČR
6. Založení Ústavu pro zdravotní gramotnost a jeho dosavadní výsledky

Zdravotní gramotnost pro všechny10

(Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.)

1. Rozvoj zdravotní gramotnosti dětí
2. Zdravotní gramotnost pedagogů
3. Zdravotní gramotnost veřejných činitelů
4. Zdravotní gramotnost zdravotnických pracovníků
5. Sociální, ekonomická a kulturní podmíněnost zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost jako součást dobré zdravotní politiky16

(Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.)

Zdravotní gramotnost je prioritou péče o zdraví – teze30

(Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.)

Grafická příloha 35

(Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.)

Zdravotní gramotnost obyvatel ČR
Výsledky komparativního reprezentativního šetření46

(Z. Kučera, J. Pelikan, A. Šteflová)

Sborník uspořádal MUDr. Mgr. Petr Struk, Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú.

Zdravotní gramotnost přispívá ke zlepšení zdraví, šetří čas i peníze, posiluje schopnosti lidí rozhodovat v běžném životě tak, aby to bylo užitečné pro jejich zdraví, zvyšuje účinnost, efektivitu i kvalitu systému zdravotnictví. Rozvoj zdravotní gramotnosti je přirozenou součástí dobré zdravotní politiky.

PŘEHLED VYBRANÝCH AKTIVIT V OBLASTI ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc., Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú.

1. Naléhavá potřeba nového pojetí zdravotní politiky

Typickým znakem současné doby jsou průběžné změny politické, ekonomické, demografické, sociální i klimatické, nebývalé ve svém rozsahu a komplexnosti. V měnícím se světě charakterizovaném nestabilitou, zvraty a novými nesnáze **je stále obtížnější zvyšovat kvalitu, účinnost a hospodárnost zdravotní péče.** Stojíme před novou etapou

zdravotní politiky usilující o využití všech individuálních i společenských sil, které by mohly přispět ke zdraví lidí.

Je jistě potřebné a užitečné zdokonalovat komplikované a povětšinou nákladné medicínské technologie a usilovat o co nejlepší zdravotnický systém. Dopad takového úsilí by však nesplnil očekávání, pokud by se nepodařilo **povzbudit zájem občanů o zdraví**, posílit jejich schopnosti rozhodovat v běžném životě tak, aby to bylo užitečné pro zdraví, a rozvíjet sdílenou **odpovědnost za zdraví**.

Výsledky výzkumu upozorňují, že zdraví je do značné míry určováno podmínkami, v nichž lidé žijí, pracují, odpočívají a stárnou. Mnoho lidí nejedná tak, jak by chtělo, nebo mohlo, ale tak, jak jim to životní podmínky dovolí. Zdravotní politika, má-li dostát současným nárokům, se musí zajímat nejen o úroveň a rozložení zdraví lidí, ale i o všechny jeho determinanty, tedy o vše, co zdraví lidí ohrožuje i co by tím či oním způsobem mohlo přispět k jeho zlepšení.

Na nezbytnost širokého pojetí zdraví a péče o zdraví upozornili už před 12 lety Marmot a Wilkinson (1): *„Aby bylo dosaženo dobrého zdraví, je nezbytné omezit nedostatky ve výchově a vzdělání, posílit bezpečnost, snížit nezaměstnanost a zlepšit kvalitu bydlení. Společnosti, které umožňují všem občanům, aby hráli plnou a užitečnou roli v sociálním, ekonomickém a kulturním životě, budou zdravější než ty, v nichž lidé postrádají bezpečí a musí čelit sociálnímu vyloučení i deprivaci.“*

Na nároky a změny, které provázejí současný vývoj zdravotní situace, nelze reagovat jen lepším využíváním výsledků medicínskému výzkumu a dalšími reorganizacemi zdravotnického systému, i když je jistě žádoucí neustále zlepšovat jeho funkci. Hlavní je uvědomit si, že zdraví lidí je významnou ekonomickou, sociální i obecně humánní hodnotou a že **péče o zdraví je záležitostí všech lidí, veřejné správy, organizací a institucí**.

Zdravotní politika se tak stává nejen „bojem“ proti nemocem, ale i programovým nástrojem, který pomáhá jednotlivcům, rodinám a dalším sociálním skupinám zvládat svůj zdravotní i životní osud a motivuje všechny společenské komponenty, aby našly své místo v úsilí o ochranu, zlepšení a udržení zdraví.

Sama skutečnost i vědecké poznatky a analýzy potvrzují správnost pojetí zdravotní politiky vyjádřené v závěrech WHO konference konané v Adelaide už v roce 1988.

Zdravotní politika je projevem zájmu o zdraví i odpovědnosti za zdraví lidí a výraz touhy po spravedlnosti při spravování záležitostí obce.

Nelze očekávat, že zájem lidí o zdraví a posílení jejich odpovědnosti za zdraví je možné zvýšit v krátkém časovém úseku. Bude nezbytné posilovat informační a vědecké aktivity a odborně připravovat pracovníky orientované na zdraví a schopné působit v mnoha odvětvích (zdravotnictví, školství a sport, sociální péče, média, průmysl, zemědělství apod.). Půjde zřejmě o pozvolný proces, do něhož se budou zapojovat jednotlivci i skupiny lidí. Je však velmi žádoucí, aby tuto nezbytnou tendenci vzali za svou zejména ti, kteří mohou svými zkušenostmi i postavením přispět k nové, skutečně zdravotní politice hodné poznatků i možností 21. století.

2. Významná pomoc Světové zdravotnické organizace (WHO)

WHO v důsledku svého zaměření a způsobu práce zdařile reaguje na vývoj péče o zdraví ve světě i v jejích dílčích regionálních oblastech. Soustavnou úspěšnou práci WHO dokládá mnoho zásadních materiálů, které přispěly k širokému pojetí zdraví i péče o zdraví a motivovaly vznik celé řady projektů i cílově orientovaných programů zaměřených na zdraví a na široce pojaté životní podmínky.

Z obrovského množství publikací, z nichž mnohé výrazně předznamenal nové etapy zvládnutí zdravotních problémů, lze v tomto stručném materiálu připomenout jen několik z nich.

Z tzv. globálních cílově orientovaných zdravotních programů vyniká program Zdraví pro všechny do roku 2000 (ZPV). Šlo o dlouhodobou vizi i o rámcový návod péče o zdraví

zaměřený na všechny bez jakékoli diskriminace. První verze programu schválená Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1981 se snažila reagovat na celosvětové zdravotní problémy. Protože v Evropském regionu WHO bylo nutné vzít v úvahu specifické okolnosti, byla zpracována evropská varianta programu, kterou schválilo Evropské zdravotnické shromáždění v roce 1984.

Program znamenal obrovský teoretický i metodický přínos, pokud jde o souhrnné pojetí péče o zdraví. Ve výchozí části, byla pozornost věnována výzkumu, řízení, informačnímu systému, výchově, partnerství a etice. V metodické části šlo o životní styl, životní prostředí a vhodnou zdravotní péči. V cílové části byl program zaměřen na ekvitu (spravedlnost), lepší zdraví a kvalitu života.

Program se však setkal i s nepochopením, ne-li odmítnutím. Ukázalo se, jak potřebné i nesnadné je integrovat podporu zdraví a medicínské služby, jaké překážky brání účinné mezirezortní spolupráci a že etické hodnoty někdy obtížně soutěží s ekonomickými preferencemi. Hlavní překážkou realizace programu ve východní Evropě se stala politická závislost a ideologická předpojatost.

Zásadní politické a ekonomické změny ve státech východní Evropy koncem 80. a začátkem 90. let realizaci programu příliš neusnadnily. Do popředí zájmu se dostala zejména privatizace a ustavení zdravotního pojištění. Ideologická dogmata minulosti nebyla v potřebném rozsahu vystřídána vědeckými analýzami a etickými hodnotami. Do určité míry se začaly uplatňovat zjevné i skryté zájmy finančních skupin.

Programová a metodická i poradní činnost WHO se ovšem dále rozvíjela. Na základě získaných zkušeností s realizací programu ZPV byl připraven nový program Zdraví 21 – 21cílů pro 21. století publikovaný v roce 1993. Znovu se ukázalo, jak je obtížné pochopit, konkretizovat a realizovat program WHO zaměřený na zdraví. Ve své podstatě šlo o nadresortní, vládní, tedy na celou veřejnou správu zaměřený program, který počítal se zapojením všech zdravotnických zařízení, škol, měst a obcí a všech skupin i jednotlivců, kteří by mohli pomoci zlepšit zdraví lidí.

V České republice byla z programů WHO přijímána převážně jen podpora zdraví s důrazem na úpravu životního stylu. Byla téměř pomíjena role a návaznost klinických medicínských aktivit a potřeba posílit výkonnost, hospodárnost a responzivnost zdravotnického systému jako celku.

Hlavním aktérem realizace programů se tak nestávala vláda a další instituce veřejné správy, ani celé ministerstvo zdravotnictví. Důsledkem bylo, že snahy o realizaci programů byly omezeny převážně jen na tradiční oblasti institucionálních hygienických aktivit, a to zejména na podporu zdraví a výchovu ke zdraví.

Jednou z nejlepších forem realizace nových myšlenek programové práce WHO se v České republice stal **program Zdravá města**. Jeho dobré organizační zvládnutí vedlo k ustavení i úspěšnému rozvoji Národní sítě zdravých měst České republiky. Daří se zvyšovat zájem občanů o zdraví a životní prostředí, posilovat účast veřejné správy i iniciovat pomoc zdravotnických pracovníků. Cennou inspirací jsou příklady dobré praxe průběžně zveřejňované na internetu.

K uplatnění publikací a metodických doporučení WHO přispěla rovněž některá univerzitní pracoviště, Státní zdravotní ústav, a zejména **Kancelář WHO v České republice**, vedená MUDr. Alenou Šteflovou, Ph.D.

3. Program WHO Zdraví 2020

Nejnovejším výsledkem programové činnosti Evropské kanceláře WHO je program **Zdraví 2020** (2), který se stal základem zdravotní politiky EU. Program, který byl schválen Evropským zdravotnickým shromážděním v roce 2012, plně respektuje různorodost evropských zemí. Nejde o to, aby všechny státy postupovaly stejně, ale aby všechny státy měly reálnou možnost zlepšit péči o zdraví.

V programu jsou uvedeny dva základní strategické cíle:

- a. **zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti** v oblasti zdraví;
- b. **posílit roli veřejné správy** v oblasti zdraví a **přizvat k řízení a rozhodování všechny komponenty společnosti, sociální skupiny i jednotlivce**.

Druhý cíl poukazuje na nutnost **podstatně zlepšit kvalitu řízení** (governance) a **zapojit všechny občany, rodiny a společenské struktury** do rozhodování a aktivního podílu v péči o zdraví. Má-li být takové rozhodování užitečné, je nezbytné, aby se **zvýšila odborná připravenost řídicích pracovníků i informovanost občanské veřejnosti** a její schopnost lépe se orientovat ve zdravotní oblasti. Základním předpokladem úspěšného splnění zmíněného cíle je **zlepšení zdravotní gramotnosti lidí**.

4. Vznik a činnost Pracovní skupiny pro rozvoj zdravotní gramotnosti

Program Zdraví 2020 byl v ČR přijat s velkou nadějí. Anglický text byl dobře přeložen (3), byla publikována Zpráva o stavu zdraví obyvatel ČR (4) a připravena Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (5), bohužel však opět bez potřebné návaznosti na strategii celého zdravotnického systému.

Byly ustaveny odborné pracovní skupiny, které se zaměřily na jednotlivé dílčí části Národní strategie. Byly rovněž vytvořeny tzv. průřezové neboli horizontální pracovní skupiny, které se týkaly více témat. Jednou z takových horizontálních pracovních skupin se stala **Pracovní skupina pro rozvoj zdravotní gramotnosti**.

Činnost pracovní skupiny se opírala o významnou pomoc Kanceláře WHO v České republice a o spolupráci se Společností sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ČLS JEP. Pracovní skupina ocenila přínos Ministerstva zdravotnictví ČR, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Státního zdravotního ústavu, České lékařské komory, Národní lékařské knihovny, Ústavu všeobecného lékařství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Národní sítě Zdravých měst ČR a Medical Tribune.

K orientaci i výsledkům práce pracovní skupiny v podstatné míře přispěla publikace WHO (7) shrnující hlavní poznatky o zdravotní gramotnosti i o metodách, jak ji měřit a o možnostech jejího dalšího rozvoje. Měření a hodnocení zdravotní gramotnosti vychází z této definice: **Zdravotní gramotnost navazuje na gramotnost a zahrnuje znalosti lidí, jejich motivaci a schopnosti získávat, chápat, hodnotit a využívat informace** mající vztah ke zdraví tak, aby byli v každodenním životě schopni se uvážlivě rozhodovat, pokud jde o zdravotní péči, prevenci nemocí a podporu zdraví se záměrem udržet a zlepšit kvalitu svého života v jeho průběhu.

Publikace poukázala rovněž na **význam „zdravotně gramotného“ prostředí**. Jde o obce, města, školy, nemocnice, pracoviště, univerzity a všechny další organizace a instituce, které doceňují význam zdraví lidí, rozvíjejí zdravotní gramotnost, věnují pozornost tvorbě zdravého životního prostředí a rozšiřují účast občanů na péči o zdraví.

Velkým přínosem pro činnost pracovní skupiny bylo navázání **mezinárodní spolupráce**, a zejména **pomoc prof. Jürgena M. Pelikana** působícího ve Vídni, který se zúčastnil jednání skupiny i pracovního semináře uspořádaného ke zdravotní gramotnosti na Ministerstvu zdravotnictví ČR.

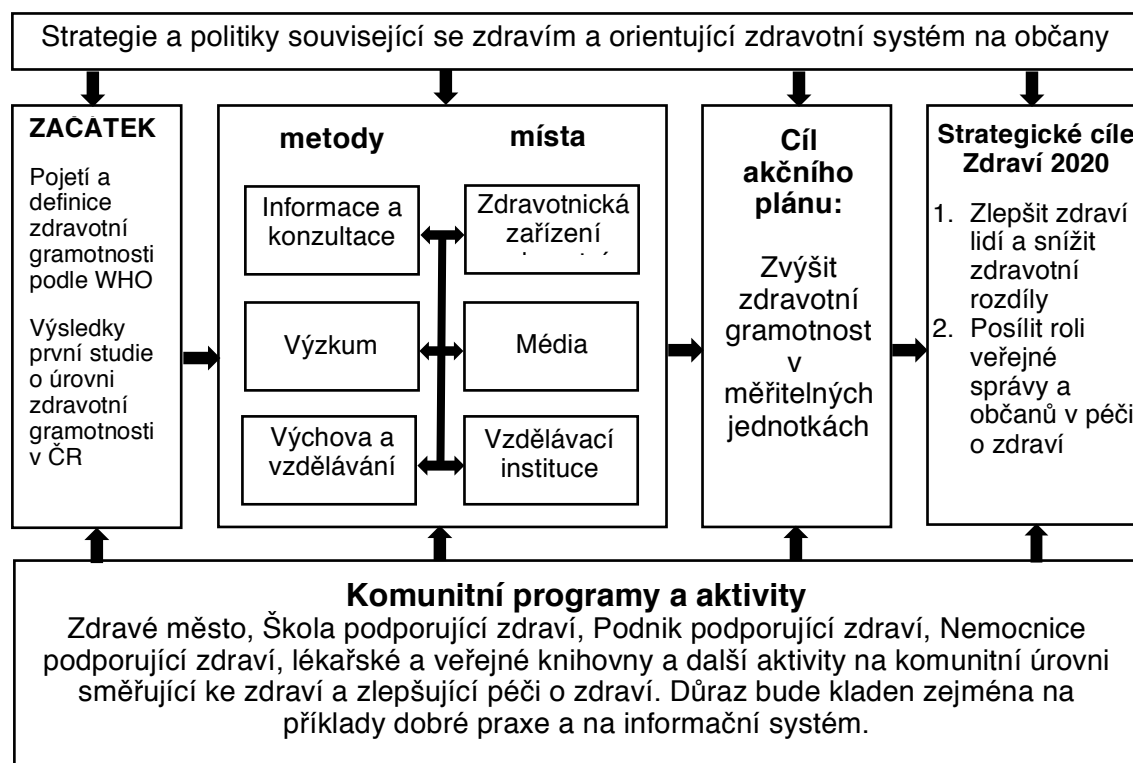
Dosavadní zkušenosti členů komise umožnily využít dostupné poznatky o zdravotní gramotnosti, zvážit možnosti, metody a priority jejího rozvoje. Soustavná práce pracovní skupiny vyústila v přípravu **Akčního plánu rozvoje zdravotní gramotnosti** (6), v němž bylo vymezeno šest základních oblastí a navrženo osm rozvojových projektů:

- **Strategie** soustavného rozvoje pracovní gramotnosti
- **Informační a komunikační podpora** zvyšování zdravotní gramotnosti
- Zvyšování zdravotního uvědomění a gramotnosti adolescentů **s pomocí lékařů primární péče**
- **Průběžné vzdělávání** pedagogických pracovníků v rámci všech úrovní vzdělání
- Vytvoření a realizace motivačního programu „Zvýšení sdílené odpovědnosti za zdraví ve vztahu k rizikovým faktorům životního stylu“.
- **Monitoring zdravotní gramotnosti** v populaci České republiky

- Zvýšení relevance a správnosti zdravotních informací v médiích a medializace Zdraví 2020
- **Portál „Z2020 Navigátor“** - přehled dobré praxe pro implementaci Zdraví 2020 v ČR.

Pracovní skupina si během své práce ověřila, že **zdravotní gramotnost široce přesahuje** tradiční oblast podpory zdraví, a proto se orientovala i na oblast praktického lékařství, které by v systému zdravotní péče mělo hrát rozhodující roli, a to nejen při rozvoji zdravotní gramotnosti.

Další základní oblasti zdravotní gramotnosti jsou např.: **orientace občanů** v systému zdravotní péče, péče o chronicky nemocné, možnosti edukace pacientů během hospitalizace, **zdravotní gramotnost seniorů** a péče o ně, **komunikace s patientskými organizacemi**, práva a povinnosti občanů, role a přínos veřejné správy, zdravotních pojišťoven a občanských iniciativ. Vazby mezi těmito oblastmi ilustruje následující diagram.



Struktura a návaznost hlavních komponent projektu strategického rozvoje ZG

5. Ověření úrovně zdravotní gramotnosti v ČR

Bylo zřejmé, že nosným východiskem pro soustavný rozvoj zdravotní gramotnosti by mělo být zhodnocení úrovně zdravotní gramotnosti v ČR. Slibnou příležitost nabídl evropský projekt o zdravotní gramotnosti a jeho publikované výsledky (8) informující o úrovni zdravotní gramotnosti v osmi státech EU. Jedním z účastníků evropského projektu byl i již zmíněný profesor Pelikan, který poskytl základní metodické materiály, a tím pomohl realizovat obdobnou studii v ČR na reprezentativním vzorku populace.

Podařilo se doložit současný nepříznivý stav zdravotní gramotnosti v ČR: neadekvátní a problematická zdravotní gramotnost byla zjištěna u 59,40% populace, **ČR se v návaznosti na zmíněnou evropskou studii umístila na předposledním místě.** Horší situace byla jen v Bulharsku. Výsledky výzkumu zdravotní gramotnosti v ČR byly publikovány (9) a staly se jedním z motivů založení Ústavu pro zdravotní gramotnost. Práce, která detailně informuje o šetření tvoří **přílohu tohoto Sborníku.**

6. Založení Ústavu pro zdravotní gramotnost a jeho dosavadní výsledky.

Pochopení významu a role zdravotní gramotnosti vedlo ke snaze se soustavně zabývat rozvojem zdravotní gramotnosti na institucionální úrovni. To bylo impulzem pro založení **Ústavu pro zdravotní gramotnost (www.uzg.cz)**.

Jedním z významných kroků ústavu byla příprava **1. národní konference o zdravotní gramotnosti**, kterou ústav pořádal 25. ledna 2017 v Praze ve spolupráci s Kanceláří WHO v České republice pod záštitou předsedy Zdravotního výboru PS PČR prof. Rostislava Vyzuly a ministra zdravotnictví ČR JUDr. Ing. Miloslava Ludvíka.

Konference se stala dobrou příležitostí pro prezentaci názorů, zkušeností i výsledků výzkumných studií a dalších aktivit. Na konferenci vystoupili prof. Roman Prymula z vedení MZ ČR, prof. Štěpán Svačina, předseda ČLS JEP, MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK, Ing. Jitka Sosnovcová, ředitelka SZÚ a řada představitelů dalších zdravotnických institucí a nezdravotnických organizací. Účastníkům konference byl poskytnut Situační dokument, který doložil potřebu zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti, zdravotní gramotnost označil jako prioritu péče o zdraví, poukázal na roli výzkumu zdravotní gramotnosti, shrnul poznatky získané dosavadním výzkumem a informoval o výsledcích i perspektivách práce ve vybraných rozvojových oblastech zdravotní gramotnosti. Plné znění situačního dokumentu je uvedeno na internetových stránkách ústavu spolu s 18 prezentacemi přednesenými na konferenci.

Účastníci konference vysoce ocenili odbornou i organizační pomoc Kanceláře WHO v ČR a prostřednictvím závěrečného dokumentu vyzvali k vytvoření nové organizační základny pro spolupráci všech, kteří se podílejí na rozvoji zdravotní gramotnosti. Jako vhodnou formu potřebné spolupráce účastníci konference navrhli **Alianci pro rozvoj zdravotní gramotnosti**, jejíž organizační a informační základnou by byl Ústav pro zdravotní gramotnost.

Základním posláním Aliance je rozvíjet komunikaci mezi občany a pracovníky veřejné správy, mezi pacienty a pracovníky ve zdravotnictví i mezi všemi, kteří se snaží společně vymezovat hlavní problémy v oblasti zdravotní gramotnosti a nacházet užitečná východiska. K Alianci se může přihlásit každý, kdo má vážný zájem o rozvoj zdravotní gramotnosti a vyplní přihlášku umístěnou na stránkách ústavu.

Ve stručném přehledu bylo možné jen rámcově informovat o některých aktivitách v oblasti zdravotní gramotnosti. Lze ovšem vyjádřit naději, že budoucnost a další rozvoj zdravotní gramotnosti v ČR bude na události a výsledky ještě bohatší, než dosavadní počáteční úsilí Pracovní komise pro zdravotní gramotnost, Ústavu pro zdravotní gramotnost a Aliance pro zdravotní gramotnost.

Literatura:

1. Marmot M., Wilkinson R.: Social determinants of Health. Oxford, Oxford University Press, 2005.
2. Euro WHO. Health 2020: Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf.
3. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Zdraví 2020. Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století. Praha, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014.
4. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Zpráva o zdraví obyvatel České republiky. Praha, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014.
5. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014.
6. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020. http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotní%20gramotnosti.pdf.
7. WHO: Health Literacy. The Solid Facts, 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
8. The European Health Literacy Project 2009-2012: Comparative report on health literacy in eight EU member states http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf.

9. Kučera Z., Pelikan J., Šteflová A.: Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. Čas. Lék. čes. 2016; 155: 233-241.

ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST PRO VŠECHNY

Další text je modifikovaným výtahem z publikace Holčík, J.: Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. Brno, MU, 2010.

I když je nesporné, že se jednotlivci a dílčí sociální skupiny velmi liší v úrovni i kvalitě vzdělání, v životním stylu, sociální pozici a v životních podmínkách, zdraví je pro všechny společnou ekonomickou, politickou, sociální i kulturní hodnotou.

Nikdo by neměl být znevýhodněn ve snaze dosáhnout co nejvyššího zdravotního potenciálu, což je ten nejvyšší stupeň zdraví, kterého jedinec může dosáhnout. Je podmíněn jak možnostmi, schopnostmi a aktivitou jedince, tak podmínkami, které vytváří společnost.

Ve svém důsledku to znamená, že cesta ke zdravotní gramotnosti má sice některé společné rysy, ale měla by respektovat i individuální preference a možnosti. Měla by tedy být v potřebné míře diferencovaná. Smyslem takové diferencovanosti je respektovat rozdíly mezi lidmi a usilovat o co největší přínos v konkrétní situaci.

Některé skupiny obyvatel, např. lékaři, farmaceuti, další zdravotnické profese i pedagogové toho povětšinou vědí o péči o zdraví více než ostatní skupiny obyvatel, neznamená to však, že by se jejich zdravotní gramotnost netýkala. Právě proto, že zdravotníci a učitelé mohou k příznivému zdraví lidí výrazně přispět, je rozvoj jejich zdravotní gramotnosti velmi důležitý.

Dále je uvedeno několik stručných poznámek ke **zdravotní gramotnosti dětí, pedagogů, veřejných činitelů a zdravotníků.**

1. Rozvoj zdravotní gramotnosti dětí

Je přirozené, že zdravotní gramotnost má své kořeny v rodině. Tam děti získávají první zdravotní informace a pokyny, osvojují si základní dovednosti, je modifikováno jejich chování a rozvíjejí se první zdravotní návyky.

Mnoho studií doložilo, že v tomto ohledu jsou důležité rodičovské vzory a zejména vzdělání matky. Výzkumy realizované v rozvojových zemích poukázaly na skutečnost, že pouhé tři roky základního vzdělání žen snižuje úmrtnost dětí do jednoho roku života (kojenecká úmrtnost) o 15%, naproti tomu obdobné vzdělání mužů snižuje kojeneckou úmrtnost jen o 6%. Vzdělání žen a jejich postavení ve společnosti má vliv na možnosti ovlivnění svého vlastního osudu, např. pokud jde o založení rodiny, výchovu dětí i jejich další vývoj.

I ve vyspělých státech s téměř stoprocentní gramotností však dochází k tomu, že některé děti si v předškolním věku neosvojí základní hygienické návyky. Postupně se ve společnosti dostávají do znevýhodněného postavení, neváží si samy sebe, svého zdraví, vzdělání a celého svého života. Za takové situace se ponejvíce mívá účinkem varování před nebezpečím drog, kouření a alkoholu i před riziky, které přináší nezdravá strava, neurované sociální vztahy a další rizikové faktory.

Dítě, které si samo sebe neváží, nevnímá pozitivně svou životní perspektivu a považuje se za neschopné ovlivnit svůj osud, potřebuje víc, než jen dílčí zdravotně orientované informace. Nevnímá jejich důležitost a nemá proč se starat o sebe a své zdraví.

Byla samozřejmě chyba podceňovat výuku týkající se složení a funkce orgánů lidského těla a poskytující informace o základních nemocech, o metodách první pomoci apod.. Formování osobnosti potenciálně zdravého občana musí být ovšem orientováno mnohem šířeji.

Jedním z nejlepších příkladů je v tomto smyslu program „Zdravá škola“, resp. „Škola podporující zdraví“ (Health Promoting School) (1, 2). Její zásady jsou povětšinou známy. Zde snad stačí připomenout jen několik základních principů:

- a. Dítě by se mělo učit vážit si sebe sama a vážit si svého zdraví. Když dítě bude mít rádo své plíce, bude je chtít chránit, nebude ochotno je ničit dávkami dehtu a dalšími

zplodinami kouření. Kdo si sám sebe neváží, těžko bude pečovat o své vlastní zdraví, i když se „nabífluje“ o zdraví a nemocech všechno možné.

- b. Dítě by se mělo učit rozhodovat a osobně nést důsledky svých rozhodnutí. Tzn., že dítě by nemělo jen poslouchat a podrobovat se rozhodnutím dospělých. Mělo by se učit samostatnosti a současně vnímat její hranice i její souvislost s odpovědností. Cestu k dospělosti by mělo chápat ne jako růst svévole, ale jako přijímání rostoucí odpovědnosti za sebe i své blízké.
- c. Dítě by mělo mít radost z nových poznatků a vážit si vzdělání. Dítě by se mělo ve škole cítit bezpečně a mělo by do školy chodit rádo. Je to mimořádně těžký úkol pro pedagogy. Škola je často vnímána spíše jako nepříjemná povinnost (ranní vstávání, úkoly, vynucování poslušnosti, stres, podřízenost autoritě apod.), než jako nadějný rozvoj znalostí, schopností i osobnosti dítěte.
- d. Dítě by se mělo učit chápat provázanost aktivit směřujících ke zdraví a jejich spjatost s úsilím společnosti hájit svou existenci a úspěšně se rozvíjet. Zdraví není jen jakýmsi soukromým majetkem, je i výsadou a sociálním závazkem spojeným s odpovědností. Zájem o zdraví, jeho ochrana a rozvoj je součástí role odpovědného a vzdělaného občana.
- e. Nejdůležitějším nástrojem výchovy je příklad i skutečný zájem o děti a jejich zdraví. Je nesmírně důležité, aby rodiče, pedagogové i další občané přispívali k sociálnímu prostředí, které je příznivé pro zdraví.

I když se občas vedou oprávněné diskuze o tom, co učít, jaké konkrétní znalosti ze zdravotní problematiky by měli žáci zvládnout, zkušenost řady zemí dokládá, že samostatný a vzdělaný jedinec, který vnímá svoji důstojnost a je schopen kriticky uvažovat, se dokáže o sebe postarat, zjistit si potřebné informace, vhodně na ně reagovat a přijmout svou část sdílené odpovědnosti za své zdraví i za zdraví svých blízkých.

2. Zdravotní gramotnost pedagogů

Neocenitelným posláním učitele je pozvednout žáka/studenta k zájmu o studovanou problematiku, dát mu zažít radost z nových poznatků a dovedností a uvést ho do podmanivého dobrodružství tvůrčí, samostatné a odpovědné práce.

Je všeobecně známo, že osobní příklad je jedním z nejdůležitějších nástrojů výchovy. Znamená to, že:

- a. Pedagog by si měl vážit sebe sama i svého zdraví.
- b. Pedagog by měl být příkladem, pokud jde o rozhodování vedoucí ke zdraví.
- c. Pedagog by si měl vážit svého vzdělání a podle možností je rozšiřovat.
- d. Pedagog by měl pojmát péči o zdraví v návaznosti na ekologické aktivity a další činnosti posilující existenci a tvůrčí schopnosti jedinců i rozvoj společnosti.
- e. Pedagog by se měl zajímat o děti a jejich zdraví i o všechny determinanty, které zdraví ovlivňují.

Je ovšem skutečností, že v dobách, kdy mnozí učitelé jen s obtížemi čelí téměř nezvladatelné agresivitě žáků a hledají se nové formy trestů (vykázání žáka ze třídy apod.), je pro učitele čím dál tím těžší vyvolat zájem žáků, udržet jejich pozornost, rozvíjet jejich tvůrčí schopnosti, posilovat jejich samostatnost, a pokud možno i brát v úvahu jejich názor. Rozvoj zdravotní gramotnosti je úzce spjat s úrovní kultury pedagogického procesu ve svém celku a v neposlední řadě je ovlivněn i tím, do jaké míry si společnost váží pedagogických pracovníků, jak je jejich práce oceňována a v jakých podmínkách pracují.

3. Zdravotní gramotnost veřejných činitelů

Pravomoc i možnosti veřejných činitelů jsou povětšinou větší než běžných občanů. Každé rozhodnutí orgánů veřejné správy má ty nebo ony zdravotní důsledky. Pokud by kompetence, odborná příprava a další okolnosti nevedly politiky k aktivitám, které by respektovaly hodnotu zdraví, pak by zdraví lidí bylo horší, než by mohlo být.

Nejde v této souvislosti jen o výstavbu nemocnic a další investice do zdravotnických zařízení. Jde o všechna rozhodnutí, která ovlivňují širokou škálu determinant zdraví, a to včetně životního prostředí, výchovy, sportu, kultury, sociálně ekonomických podmínek, veřejné dopravy, bydlení, zaměstnanosti, infrastruktury a účinného zvládnání zdravotně sociálních problémů.

Mnohdy se zdá, že zdravotní problematika je v orgánech veřejné správy chápána rezortně, tzn., že v centru pozornosti je poskytování zdravotnických služeb, financování zdravotnictví, popřípadě některé zdravotnické chyby a omyly, kterým věnují pozornost média. Je žádoucí připomínat, že zdraví je humánní kategorie, která se týká nejen všech lidí, ale i všech oblastí veřejné správy.

Politikové a další veřejní činitelé by měli chápat, že zdraví lidí není jen zájmem individuálním, ale i zájmem veřejným, který je nezbytné respektovat, chránit i rozvíjet. Každý politik by si měl klást otázku, jaké je zdraví lidí, proč je takové a co může v rámci své pravomoci pro zdraví lidí vykonat.

Veřejní činitelé by se měli ptát lidí, jak jim mohou pomoci, a v neposlední řadě by měli věrohodně doložit, že náměty občanů skutečně respektují. To není všeobecně odsuzovaný populismus. Měl by to být příklad zdravé demokratické politické kultury.

Téměř všechna opatření v sociální i ekonomické oblasti mají výrazný dopad na zdraví lidí. Rizikové faktory, jako je např. nejistota, pocit strachu, stres a další průvodní jevy postihující část společnosti založené na tržním hospodářství, by měly být vhodným způsobem zvládnány tak, aby nevedly k bezvýchodnosti a zoufalství. Zdaleka nejde jen o nemoci, ale i o běžné problémy, jako je např. nezaměstnanost, pokles pracovních schopností, ztráta soběstačnosti a nezbytnost péče ve stáří.

Veřejná správa by měla být pro občany příkladem v zájmu o zdraví a měla by věrohodně směřovat ke zdraví. Občané by se měli na zdravotních aktivitách podílet a modifikovat je podle svých představ. Občané by příkladem veřejné správy měli být vedeni ke sdílené odpovědnosti a k vlastnímu přínosu v péči o životní prostředí, ke zlepšení životního stylu i k lepší orientaci ve zdravotnickém systému. Dílčí výsledky by měly být široce publikovány a lidé by měli zažít pocit radosti a uspokojení z příznivých zdravotních dopadů.

Bylo by velmi cenné, kdyby veřejní činitelé dokázali občany motivovat ke zdraví jak svým osobním příkladem, tak i svou přirozenou autoritou.

4. Zdravotní gramotnost zdravotnických pracovníků

Na první pohled by se mohlo zdát, že zdravotničtí pracovníci jsou dostatečně zdravotně gramotní, je to ostatně jejich profese. Při bližším pohledu je však zřejmé, že je co napravovat. Běžně se poukazuje na problémy komunikace mezi zdravotníky a pacienty. Je jistě žádoucí, aby se komunikace zlepšila. Současně však lze vyslovit názor, že nejde jen o samotnou techniku komunikace, ale zejména o běžnou lidskou slušnost, vstřícnost, citlivost vůči připomínce, přáním a potřebám pacientů (*responsiveness*).

Rozsáhlé pole působnosti poskytují zdravotníkům preventivní prohlídky. Je známo, že preventivní prohlídka může přispět ke včasné diagnostice nemoci, kdy příznaky ještě nejsou výrazné. Mnoho nemocí lze v počátečním stádiu lépe i hospodárněji zvládnout.

Ale to není jediný a zřejmě ani hlavní smysl preventivních prohlídek. Neocenitelný je úzký kontakt občanů se zdravotníky, kteří se pozorně zajímají o zdraví vyšetřovaných. Individuální kontakt s občany poskytuje dobrou příležitost pro zasvěcenou informaci o zdravotních rizicích v návaznosti na aktuálně zjištěný zdravotní stav vyšetřované osoby.

Dalším velmi užitečným důsledkem preventivních prohlídek je zvládnutí mnohdy zbytečných zdravotních obav, které mohou být vyvolány některými dílčími zdravotními potížemi. Dobrá preventivní prohlídka tedy může přispět nejen ke včasnému zachycení nastupující nemoci, ale i k pocitu bezpečí, k vědomí, že péče o zdraví má smysl, k posílení osobní odpovědnosti za své vlastní zdraví i k navození užitečné změny životního stylu ještě v době, kdy se neobjevily vážnější zdravotní poruchy.

Nestačí hodnotit a ovlivňovat funkci jednotlivých orgánů pacienta, ale je žádoucí věnovat plnou pozornost lidem v celém jejich sociálním zakotvení. V tomto smyslu má zejména výchova i další odborná příprava zdravotnických pracovníků co dohánět.

K rozvoji zdravotní gramotnosti zdravotníků i dalších občanů přispívá program Světové zdravotnické organizace "Nemocnice podporující zdraví" (*Health promoting hospitals*) (3). K nejdůležitějším úkolům zmíněného programu patří posílit interdisciplinární péči; rozhodovat otevřeně a za účasti pacientů a podle možností i jejich partnerů; rozvíjet a hodnotit aktivity vedoucí ke zdraví; edukaci pacientů a podporu zdraví začlenit do systému hodnocení kvality.

V ambulantních službách je žádoucí, aby lékaři a další zdravotničtí pracovníci dokázali motivovat své pacienty i další občany, a to zejména ty, kteří nedoceňují hodnotu zdraví, nerespektují zásady zdravého životního stylu a nejsou dobrým příkladem pro své okolí. Když lékař nenajde cestu ke svým pacientům, musí počítat s tím, že to budou jeho pacienti, kteří budou hledat cestu do jeho ordinace, a to mnohdy pozdě a se zdravotními problémy, ke kterým by vůbec nemuselo dojít.

Je doloženo, že občané s nízkou zdravotní gramotností si častěji volají zdravotnickou záchrannou službu a jsou častěji hospitalizováni než ti, kteří pečují o své zdraví a zvládají své zdravotní problémy.

Zdravotničtí pracovníci se někdy dostávají do určité tenze vyplývající ze skutečnosti, že vědí, jak by měl zdravý životní styl vypadat, a uvědomují si, že jejich pracovní a životní podmínky, kterým jsou vystaveny, jim jejich osobní situaci někdy velmi ztěžují. Jde například o rostoucí pracovní nároky, dlouhodobý nadměrný stres, přemíra nočních služeb a přesčasové práce, nepříznivá personální situace na pracovišti apod.

Zdravotní gramotnost má význam i pro farmaceutickou oblast, která je v současné době vystavována nejrůznějším komerčním rizikům. Farmaceut zajišťuje důležitou výstupní kontrolou podávaného léčiva. Řádné poučení pacienta o jeho užívání a přípravné varování před nebezpečím nesprávné kombinace léků je nepostradatelnou součástí účinné léčby.

Bylo by možné obdobně poukazovat na specifika dalších jednotlivých profesí, například na zdravotní gramotnost pracovníků médií, řídicích pracovníků, zdravotnických pracovníků různých oborů a profesí. Bylo by však pošetilé formulovat jakési dobře míněné zobecňující návody. Je konec konců nejen právem, ale i výsadou svobodně volit svůj životní a zdravotní osud a zvládnout svou profesi tak, aby to pomáhalo i ostatním.

6. Sociální, ekonomická a kulturní podmíněnost zdravotní gramotnosti

Dosavadní přístup ke zdravotním potížím je založen povětšinou přírodovědecky. Někdy se v této souvislosti mluví o biomedicínském přístupu. Ten měl plné oprávnění v dobách, kdy se medicína snažila bránit ideologickým předsudkům, které byly součástí minulého režimu.

Jak však ukazují poznatky a zkušenosti zemí západní a severní Evropy, zdravotnická praxe nespočívá jen v dílčích zdravotnických aktivitách, jako je např. psaní receptů, aplikace injekcí nebo operace. Je zřejmé, že stále komplikovanější a nákladnější biomedicína dokáže zvládat čím dále tím závažnější zdravotní problémy. Naráží však na rostoucí ekonomické a do určité míry i sociální problémy.

A přitom základním smyslem zdravotní péče není zachránit nemocného přicházejícího do nemocnice ve velmi těžkém stavu, i když je to důležité a nesmírně cenné. Posláním rozvoje péče o zdraví a zdravotní gramotnosti by mělo být přispět k tomu, aby k onemocnění vůbec nedošlo, popřípadě aby se je podařilo co nejvíce oddálit, a když už k nemoci přece jen dojde, aby byla co nejdříve diagnostikována a účinně léčena.

Někdy se poukazuje na to, že je nutné se soustředit zejména na zlepšení zdravotní gramotnosti deprivovaných skupin obyvatel. Má to určité oprávnění v tom, že životní styl sociálně vyloučených je povětšinou nezdravý (rizikové chování, kouření, alkoholismus, obezita). Je ovšem zřejmé, že pouhé informování, popřípadě školení může přinést jen malé výsledky.

Některé zahraniční studie dokládají, že poskytnutí stabilního bydlení má podstatný vliv na životní styl, vede k omezení rizikového chování a zlepšuje zdraví. Podobně působí snížení nezaměstnanosti nebo lepší dostupnost sportovních aktivit pro děti.

Už v19. století si některé osvícené osobnosti uvědomily, že nemá smysl obviňovat chudé a nemocné, že si za svou chudobu a nemoci mohou sami. Zdravotní, sociální a ekonomické nesnáze jsou úzce propojeny.

Je velmi žádoucí zvyšovat zdravotní gramotnost i u těch lidí, kteří mohou přispět ke zlepšení zdravotních, sociálních a ekonomických podmínek všech občanů, včetně osob s poruchou začlenění, aktivit a spoluúčasti. Příkré a neovladané zdravotní a sociální rozdíly představují riziko pro celou společnost.

Pro zdraví lidí je velmi důležité hodnotové zakotvení celé společnosti. Výstižně to vyjádřil Mlčoch (4): „... nejen „zásoba“ vzdělanosti nakumulovaná předchozími generacemi, ale také stav žité morálky, vzájemné důvěry a sociability nás všech rozhoduje o budoucím vzestupu či pádu národa.“

Pokud by lidé žili v nezdravých vztazích a v nezdravé společnosti, pak žádné pilulky, injekce, ani operace jim zdraví nezajistí. Zdraví není jen bezchybná činnost a souhra jednotlivých lidských orgánů. Je to i soužití lidí a souhvězdí mnoha historicky ověřených, humánních individuálních a sociálních hodnot, jako je důstojnost, svoboda, spravedlnost a důvěryhodnost.

Zdravotní gramotnost je pro všechny. Stejně jako dobrá zdravotní politika, která motivuje, vítá a podporuje všechny, kteří respektují hodnotu zdraví a dovedou pro zdraví lidí něco užitečného vykonat. Lidé jsou tou nejdůležitější determinantou zdraví.

Cesta k lepšímu zdraví se nedá nalinkovat, ani přikázat. Bude vytvářena těmi, kteří po ní z vlastní vůle vykročí. Jde o to, aby co nejvíce lidí pochopilo hodnotu zdraví a význam zdravotní gramotnosti. Soustavná péče o zdraví je přirozenou prioritou jedinců, rodin i celé společnosti, která své směřování k sociálnímu, ekonomickému, kulturnímu a všeobecně humánnímu rozvoji bere vážně.

Literatura

1. Havlíňová M. (ed.), Kopřiva P., Mayer, I., Vildová Z. a kol.: Program podpory zdraví ve škole. 2. rozšířené vydání, Praha, Portál, 2006.
2. European Network of Health Promotion Schools (ENHPS): What is a health promoting school?
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/previous_programme/promotion/networks_enhps_promotion_en.htm.
3. Health promoting hospitals. <http://www.euro.who.int/healthpromohosp>.
4. Mlčoch L.: Moc slova. Praha, Nakladatelství Karolinum, 2002.

ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST JE SOUČÁSTÍ DOBRÉ ZDRAVOTNÍ POLITIKY

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc., Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú.

Každý stručný text pojednávající o velmi komplexní a složité problematice je vystaven riziku povrchní simplifikace, subjektivnímu zkreslení i případnému nepochopení. Dá se tomu předejít jen dalším studiem obsáhlejších materiálů, osobní účastí na zvýšení úrovně zdravotní gramotnosti a snahou najít své místo v úsilí o zlepšení zdraví lidí.

V mnoha zemích se zdravotní gramotnost stala nejen významnou součástí zdravotní politiky, ale i jednou z priorit dalšího rozvoje zdravotnictví a širokého nadrezortního systému péče o zdraví.

Má-li být péče o zdraví účinná a hospodárná, nemůže se obejít bez aktivního podílu občanů, rodin, organizací, veřejné správy a všech dalších společenských sil. WHO ve svých materiálech naléhavě doporučuje, aby v oblasti péče o zdraví byla posílena role celé vlády, a to nejen ministerstva zdravotnictví. Nejde v tomto ohledu jen o poskytované služby ve zdravotnických zařízeních, ale o širokou aktivitu týkající se zdraví lidí, jeho determinant a tvorby zdravotně i sociálně příznivého prostředí. Bude nezbytné zlepšit celkovou zdravotní situaci a zdravotní kulturu, jejíž důležitou složkou je zdravotní gramotnost.

1. Potřeba dobrého odborného řízení

V této souvislosti se často zmiňuje pojem **governance** (1). Doslovný předklad je „vládnutí“, lze to pojímat i jako dobré řízení. Jde o snahu a činnost vlády a dalších komponent společnosti vést populaci jako celek i její podskupiny a jednotlivé občany ke zdraví jako integrální součásti sociální a životní pohody prostřednictvím aktivit celé vlády, všech jejích rezortů (*whole-of-government approach*) a za účasti celé společnosti (*whole-of-society approach*). Každé rozhodnutí a opatření veřejné správy má přímý nebo nepřímý dopad na zdraví lidí a mělo by být v tomto ohledu zvažováno (*health in all policy*).

Rozeznávají se dva typy governance: (a) řízení a posilování zdravotního systému (*health governance*) a (b) společné aktivity zdravotnického a dalších rezortů,

organizací a institucí i činnost všech občanů zaměřená ke společným zdravotním cílům (*governance for health*).

Governance klade důraz na řízení prostřednictvím spolupráce, **usiluje o rostoucí zapojení občanů**, staví jak na zákonných normách, tak i na výchově a přesvědčování, je orientované na budoucnost i na pohotovou a pružnou reakci na stávající problémy.

V konkrétní situaci České republiky to tedy neznamena předat veškerou výkonnou moc zdravotním pojišťovnám a oslabenému ministerstvu zdravotnictví přenechat jen možnost právní regulace a dílčí kontroly. I když zdravotní pojištění v České republice, které hraje dominantní úlohu při financování zdravotnických zařízení, prošlo relativně dlouhým vývojem, nezbavilo se dosud některých prvků počáteční institucionální nezralosti. Dosavadní zkušenosti dokládají, a potvrzují to i doporučení WHO, že je potřeba posílit programovou i exekutivní aktivitu ministerstva zdravotnictví, připomenout vládě základní odpovědnost za zdraví občanů a poukázat na odpovědnost všech jednotlivých ministerstev i ostatních orgánů veřejné správy za zdravotní důsledky svých rozhodnutí a přijatých i nepřijatých opatření.

Je zřejmé, že odpovědnost za zdraví je sdílená. Právem se poukazuje na potřebu posílit odpovědnost jedinců i rodin. To ovšem nesnímá odpovědnost z ostatních společenských struktur, ze zdravotníků a politiků.

Svým obsahem i posláním staví *governance* na nutnosti zvýšit zdravotní gramotnost všech občanů. Nestačí se však zaměřit na skupiny lidí s nízkou zdravotní gramotností. Pozornost je žádoucí věnovat i těm, jejichž zdravotní gramotnost je vysoká. Neboť právě oni mohou podstatně přispět ke zlepšení celkové zdravotní i životní situace a ke zdraví ostatních občanů.

Nejde tedy jen o „zařizování“ nebo „udržování v chodu“ (*management*), ale o skutečné „vedení“ (*leadership*) reflektující mocenské postavení vlády i parlamentu a využívající dostupné organizační i výkonné možnosti všech úrovní a orgánů veřejné správy.

Aby vláda a parlament mohly tuto funkci plnit, bylo by užitečné, kdyby se mohly opřít o **solidní odbornou institucionálně zakotvenou základnu**, která by byla schopná stavět na ověřených informacích, analyticky je zpracovat a přispět k formulování strategických cílů i realizačních úkolů. Dobré vládní řízení celého systému péče o zdraví takovou odbornou základnu potřebuje. Nedá se nahradit dobře míněnými politickými hesly, lákavými vizemi zpracovanými pro volební účely, ani dílčím úsilím několika jedinců.

Skutečnost dokládá, že pokud taková odborná instituce chybí, otevírají se dveře ekonomizujícímu **lobbingu**, jehož smyslem je hájit a prosazovat zájmy subjektů, které se na činnosti zdravotnictví podílejí, a to zejména v obchodní oblasti. Někdy může dokonce vzniknout dojem, že na nemocných se dá více vydělat než na zdravých, že **doktory „živí“ pacienti a „nejlépe bodované“ výkony**. Pokud společnost nedokáže docenit hodnotu zdraví, pak na tom prodělají všichni.

Východiskem dobrého řízení by měla být kvalifikovaná **koncepční práce**. Jde o vyjasnění základních rysů zdravotní politiky jako sociálního procesu, na němž se podílejí politikové, odborníci i občané a který je výrazem zájmu o zdraví a odpovědnosti za zdraví.

Pokud koncepční práce nedosahuje potřebné úrovně, pak proces řízení připomíná pohádku: Běž tam, nevím kam, dones to, nevím co. Snad není potřeba nikoho přesvědčovat, že je to neúčinné i nehospodárné.

Při nevyjasněném budoucím záměru, např. bez představy sítě zdravotnických zařízení, lze očekávat, že mnohé z investic jsou přidělovány zbytečně, že vedou k neadekvátnímu zvýšení provozních nákladů, že ve svém důsledku neposilují kvalitu systému, ale představují jen další zdroj plýtvání. Nekoncepčnost řízení bývá spojena s nízkou, popřípadě neznámou a podezření vyvolávající efektivitou. Zákonitě to prohlubuje nedostatek finančních zdrojů.

Při absenci dlouhodobě orientovaného odborného řízení se může počítat s tím, že se objeví mnoho simplifikovaných a povětšinou politicky nebo populisticky orientovaných návodů na „řešení“, např., že trh nebo samy peníze vše vyřeší, že platit a rozhodovat má pacient, že zdravotnický trh je jako každý jiný a že je načase odbourat jeho regulace, že veřejnoprávní pojištění je k ničemu a že je nutné zavést na zisk orientované soukromoprávní pojištění (s bonusy a příplatkem podle zdravotního rizika, formou individuálních účtů apod.).

Dá se rovněž očekávat spousta zkreslených údajů, neseriózních argumentů, ne-li vyložených dezinformací, za nimiž v řadě případů stojí snaha získat dispoziční právo na veřejné finanční prostředky. Asi však nemá valný smysl opakovaně vyvracet jednotlivé „mýty“. Některá média a předpojatí autoři je „produkují“ poměrně čile.

Ve státě s tržní ekonomikou je přirozené, že se na funkci zdravotnictví podílí mnoho tržních subjektů. To na dobré řízení ze strany státu a celé veřejné správy klade značné nároky. Mají-li k veřejným finančním prostředkům přístup subjekty, jejichž cílem je finanční zisk, pak by měly být souběžně zaváděny účinné nástroje, které by veřejné peníze v potřebném rozsahu chránily, posilovaly by snahu uvážlivě hospodařit a dovedly by odpovědět i na otázku, co se s penězi vlastně stalo, co přinesly pro zdraví lidí. Radu dobrých, i když jen dílčích příkladů, lze najít v realizaci lékové politiky.

Rozhodně by se vyplatilo dbát na účinnost medicínskou, ekonomickou i společenskou, věnovat odpovídající pozornost dostupnosti, bezpečnosti, humánnosti, spravedlnosti, hospodárnosti a trvalé udržitelnosti zdravotnických služeb.

Nejčastěji doporučovaným návodem i používanou metodou na „zvládnutí“ aktuálních problémů zdravotnictví bývá odvolání ministra (ministryně), ve svém důsledku další oslabení ministerstva, a tím i udržení nepřehledného stavu, který mnoha vlivným subjektům zřejmě vyhovuje.

Při nefunkčnosti odborného řízení a v důsledku navazujícího plýtvání, se hlavním problémem může stát akutní a alarmující nedostatek peněz. To potom vede k úkolu: dostat více peněz do systému, který by měli vyřešit ekonomové.

2. Přínos zdravotnické ekonomie a nutnost mezioborového zaměření

Není sporu o tom, že to byli právě ekonomové, kteří upozornili na potřebu systémového myšlení a hodnotového přístupu v péči o zdraví. Ekonomové jako první poukazovali na nebezpečí překotného růstu nákladů na zdravotní péči a kladli si otázky jak o jeho příčinách, tak i o možných nápravných opatřeních. Upozorňovali na nebezpečí živelné komercializace zdravotnických služeb, pochopili nutnost studovat priority péče o zdraví v širších politických, ekonomických i sociálních souvislostech, zvažovat možnosti i metody alokace zdrojů a následně hodnotit alokační efektivitu.

Bylo by však naivní se domnívat, že ekonomové se o peníze „postarají“. Právě ekonomické publikace o zdravotnictví dokládají, že žádný stát na světě nedokáže vyprodukovat tolik prostředků, kolik by lékaři a další zdravotníci dokázali utratit

v dobré víře, že pomáhají svým pacientům. Profesor Maynard, významný evropský zdravotnický ekonom, výstižně poznamenal: „Ve zdravotnictví jsou jen dvě věci jisté, nedostatek peněz a smrt.“

Ekonomie je vysoce odborná a užitečná disciplína. I když přínos zdravotnické ekonomie je pro rozvoj zdravotnictví nesporný, lze připustit, že její role je ve zdravotnictví v podstatě jen pomocná. V učebnici ekonomie od Samuelsona a Nordhause (2) se mimo jiné píše:

„Ekonomie je jako dobrá cestovní kancelář. Vy, jako cestující si musíte vybrat, zda chcete slunce nebo sníh. Když jste si vybrali, cestovní kancelář vám může pomoci dostat se rychle a levně na místo určení“.

Nezbývá, než se s plnou naléhavostí zeptat: Víme jako cestující, kam směřujeme? Je dosavadní politická praxe zárukou, že připraví a bude realizovat účinnou a hospodárnou zdravotní politiku založenou na zájmu o zdraví a odpovědnosti za zdraví?

Zdravotní gramotnost by měla občanovi pomáhat nejen v orientaci ve stávajícím zdravotnickém systému. Měla by mu pomáhat i při vyjadřování svých představ, zájmů a potřeb v oblasti zdravotní péče. Lidé by se měli ve větší míře podílet na zdravotní politice jak na místní úrovni, tak i v širším měřítku.

Dobrý systém zdravotnictví není přepych, je to etický imperativ a medicínská, ekonomická i sociální nezbytnost. Žádný stát si nemůže dovolit dlouhodobě dotovat systém, u něhož je podceňována koncepční a programová práce, který nedovede v potřebné míře hodnotit účinnost realizovaných opatření a který nedovede získat, uchránit a hospodárně využívat ty vzácné veřejné zdroje, které jsou pro jeho náležitou funkci nezbytné.

Současná zdravotnická ekonomie má mnoho nástrojů jak zlepšovat hospodárnost zdravotní péče a pokud možno bránit růstu nákladů (*cost containment*). Rostoucí pozornost se ve světě věnuje nejen nákladům, ale i výsledkům, respektive dopadům zdravotní péče (*health impact assessment*). Zásadní je ovšem politické, ekonomické, hodnotové, medicínské a organizační zadání a na ně navazující kompetentní řízení. Již dříve zmíněný program Zdraví 2020 (3) je dobrým základem hodnotově orientované a racionálně zdůvodněné zdravotní politiky.

Nestačí se tedy orientovat jen na medicínu a ekonomii. Lékaři a další zdravotníci by si měli ujasnit, oč v péči o zdraví vlastně jde. Neměli by se soustředit jen na své klinické problémy a věnovat se jen „rozkvětu“ svého vlastního pracoviště nebo oboru. Důležité je, aby dovedli zvážit priority zdravotní péče z širšího společenského hlediska a aby se stali aktivnějšími subjekty tvorby zdravotní politiky.

Zdravotní gramotnost zdravotnických pracovníků ve svém důsledku přesahuje tradiční přírodovědeckou orientaci jejich odborné přípravy a praxe. Úzké přírodovědné zaměření medicíny ve východní Evropě bylo výhodou v minulém režimu charakterizovaném výraznou ideologickou předpojatostí a centralizovaným politickým řízením.

Za současné situace je žádoucí, aby se lékaři a další zdravotničtí pracovníci daleko lépe orientovali i v širších sociálních oblastech, např. v nástrojích sociální regulace, ať už se jedná o ekonomii, etiku, legislativu a právo, informační technologie, média, výchovu nebo o sociální psychologii a politické mechanismy. Zdravotní gramotnost jako mezioborový a dynamicky se vyvíjející koncept k tomu vytváří slibný základ.

3. Důležitost výchozích i cílových hodnot

Základem zdravotní gramotnosti nejsou jen informace a znalosti. Dobrá hodnotová orientace lidí je nesmírně důležitá. Pokud by si někdo nevážil sám sebe, byla by iluze, aby si vážil svého zdraví. Pokud by si nevážil svých spoluobčanů, pak mu bude jejich zdraví naprosto lhostejné. Zdravotní gramotnost by bez jejího náležitého hodnotového základu byla jen prázdnou slupkou holé faktografie.

V oblasti zdravotní gramotnosti představují hodnoty tzv. vnitřní motivaci lidí. Do určité míry ovlivňují rozhodování o prioritách a následných aktivitách. Jsou podmíněny výchovou, kulturou, sociální situací a dalšími životními zkušenostmi.

Je ovšem vhodné připomenout, že hodnoty (např. důstojnost, spravedlnost, solidarita apod.) nestačí jen převzít a deklarovat, nebo dokonce „nařídít“, ale že je žádoucí zvážit i jejich interpretaci a vhodné formy jejich realizace v návaznosti na konkrétní situaci politickou, ekonomickou, kulturní i sociální.

Je to o to složitější, že jednotlivé hodnoty, popřípadě záměry systému nelze pojímat jako izolované kategorie, ale spíše jako souhvězdí, kde jedna hodnota navazuje na druhou. Je např. problematické akcentovat lidskou sounáležitost a trvat na široké volbě ze strany pacienta, nemá smysl snít o hospodárnosti a vzdát se regulace a jejích nástrojů. Je podivné nařikat na jedné straně nad nedostatkem peněz ve zdravotnictví a na druhé straně preferovat komerční firmy, které dokáží spotřebovat jakékoli částky. Je pošetilé zavádět nové nákladné změny a současně se navzájem ujišťovat, že to jsou vlastně úspory.

Zdá se přirozené, že před každou lidskou činností je důležité si ujasnit, z čeho vycházíme a kam směřujeme, čemu dáme přednost, jaké zdroje a nástroje použijeme, kolik času na to máme a jak budeme hodnotit výsledky.

Pokud si zmíněné otázky nepoložíme, může se stát, že náhradním a zjednodušeným cílem se stanou peníze. Úsilí věnované takovému cíli však může vést k ošidným výsledkům.

Je zřejmé, že **pro sledování finančního cíle je naprostá většina lékařů a dalších zdravotnických pracovníků mnohem hůře připravena** než profesionální marketingoví manažeři tržně orientovaných firem, které na zdravotnický trh vstoupily v posledních desetiletích.

Nemá smysl dávat vinu korporacím, které jsou na zdravotnickém trhu úspěšné. Zisk je jejich legitimním a neskrývaným záměrem. Dělají svou práci kvalifikovaně. Dokázaly najít cesty k lékařům, účinně je motivují, pořádají pro ně školení, dovedou nabídnout výhody i poradit. Nepotřebují diskutovat o tom, jestli je zdravotnický trh jako každý jiný nebo má své výrazné odlišnosti. Dobře znají zásadní specifika zdravotnického trhu a dokáží je v rámci své působnosti nejen respektovat, ale i využívat. Vědí, co chtějí, a dovedou získat a zaplatit odborníky, kteří jim s tím pomohou.

Jak je na tom v těchto ohledech zdravotnictví?

- **Komunikuje adekvátně se svými zaměstnanci, politiky a občany?**
- **Ví, co chce?**
- **Směřuje skutečně k hospodárnosti?**
- **Jde mu o zdraví lidí?**

- **Dovede adekvátně zaplatit vysoce kvalifikované odborníky a další pracovníky, které potřebuje?**
- **Ví, jak na tom je?**
- **Zná svoji roli?**
- **Reaguje na očekávání občanů?**
- **Poskytuje zdravotníkům důstojné zaměstnání?**
- **Jde o kvalifikovaně regulovaný systém?**
- **Využívá své kompetence?**
- **Ví, kam peníze jdou a co se s nimi děje?**
- **Uvědomuje si problémy a uvažuje o tom, jak je řešit?**
- **Jaká je a jaká by měla být role ministerstva zdravotnictví?**
- **Sleduje spíše společenský užitek a naplnění zdravotních potřeb občanů, nebo jednostranně vychází vstříc zájmům komerčních subjektů a proměnlivým preferencím dynamické politické scény?**

Většina odpovědí na zmíněné otázky má hodnotový charakter. Určitou nabídku vhodných hodnot předkládá literatura věnovaná zdravotnické etice, řízení zdravotnictví a strategii péče o zdraví (3).

4. Informace, výzkum, hodnocení a navazující opatření

Dostupnost informací a jejich zpracování i využití tvoří základní podmínku pro zlepšení zdravotní gramotnosti, je i jedním z důležitých předpokladů dobré zdravotní politiky.

Informační práce je nezbytná pro výchozí posouzení situace a průběžné hodnocení jejího vývoje, pro zjišťování úrovně a rozložení zdraví lidí, pro posouzení zdravotních problémů i pro úvahy o možnostech jejich zvládnutí.

Pokud ten, kdo řídí, neví, kam směřuje, a nemá vhodné informace, pak se buď soustředí na největší aktuální problémy, nebo na to, co se stane módním tématem médií. Styl takového řízení lze přirovnat k hašení požárů a dá se očekávat, že hospodárnost zmíněného postupu je velmi nízká. Většinou jde o placení škod i dluhů a reakce na ultimativně nastolované požadavky, např. ve mzdové oblasti.

V demokratickém systému by občané měli mít možnost si ověřit, kam jejich peníze přišly. Peníze vybrané na veřejné zdravotní pojištění by nemělo příkryt „tajemství“ obchodního podnikání. Jsou to peníze ve veřejnoprávním systému. Dosud se oprávněně poukazuje na prvky netransparentnosti v platbách pojišťoven, kdy se za stejné výkony proplácují různé částky. Transparentnost a všeobecná dostupnost informací by zdravotně gramotným lidem umožnila hodnotit dosavadní vývoj, podílet se na účinném řešení některých problémů.

WHO v této souvislosti zdůrazňuje pojem *accountability*, což je odpovědnost. Jejím smyslem je ujištění, že pracovníci na všech úrovních vykonávají to, co mají, a že jsou schopni skládat účty ze svého jednání. Znamená to stanovit jasné a srozumitelné cíle, zvolit metody a průběžně poskytovat informace o vynaložených zdrojích, vykonávaných aktivitách a dosahovaných výsledcích.

Mohli bychom se např. ptát, jaká je úspornost procesu zavádění systému DRG, co na to již bylo vynaloženo, co to komu přineslo, co to bude ještě stát a co se očekává, že to přinese. Jakými věrohodnými studii je očekávaný přínos doložen? Jaká opatření byla přijata pro omezení vedlejších nepříznivých důsledků zmíněné metody? Kdo zaplatí celou řadu dalších „finančně zajímavých“ inovací a jaký bude jejich konkrétní přínos pro zdravotnický systém a hlavně pro zdraví lidí?

Na hodnoty úzce navazuje hodnocení. Dobře hodnotit lze jen tehdy, když víme, kde jsme, odkud a kam jdeme, čeho jsme chtěli dosáhnout, co bylo zapotřebí, kolik jsme na to vydali a co to přineslo. Je ošidné, pokud takové hodnocení není doloženo věrohodnými daty získanými vědeckou studií.

Pokud náležité hodnocení chybí, pak se dá očekávat široká škála názorů, které jsou podmíněné politickou, ekonomickou, sociální a kulturní pozicí hodnotitele. Uplatnění jednotlivých názorů potom spočívá zejména na mocenském postavení jejich nositele, popřípadě na jeho finanční síle. Je potom nesnadné, ne-li nemožné, stavět na získaných zkušenostech, přesvědčivě argumentovat, identifikovat chyby a nacházet vhodné cesty k nápravě.

Jestliže ten, kdo by se choval hospodárně, by na to doplácel a ten, kdo veřejné prostředky rozhazuje nebo si je nechává pro osobní spotřebu, by z toho měl výhodu, pak by k úsporám mohlo dojít jen náhodou, nebo navzdory hodnotícím kritériím systému. Hodnoty, které tvoří základ systému, by měly občanům i zdravotníkům stát za to, aby souhlasili s hospodárným, popřípadě i úsporným chováním.

Výzkum týkající se zdravotní politiky je v mnoha zemích respektovanou a štedře dotovanou aktivitou. Ve východní Evropě byl takový výzkum povětšinou nahrazován politickými pokyny zvenčí a „smělým“ i když poměrně „poslušným“ rozhodováním politických a administrativních orgánů.

V České republice dosud není v potřebné míře rozvinutý výzkum týkající se zdravotního systému. S mnohými jeho oblastmi se seznamujeme povětšinou jen v angličtině, např. *operational research, health services research, health system research, health technology research, health impact assessment* apod. Pokud takové studie existují, jsou povětšinou financovány tržními subjekty, které dovedou ocenit jejich přínos, a to jak po stránce argumentační a komunikační, tak i pokud jde o prokázání účinnosti navrhovaných a používaných metod.

- **Má stát zájem na tom, aby jeho zdravotní politika spočívala na seriózních vědeckých základech?**
- **Jaké prostředky na to byly vynaloženy a s jakým výsledkem?**

Zdravotně gramotní občané by o takových otázkách měli vědět a měli by na ně očekávat odpovědi. V této souvislosti lze ocenit výzkum (4), který proběhl v oblasti zdravotní gramotnosti. Výzkum provedený na reprezentativním vzorku české populace využil evropskou metodologii. Jeho kvalita i výsledky jsou srovnatelné na evropské úrovni (publikace shrnující výsledky zmíněného výzkumu je součástí tohoto sborníku). Výsledky výzkumu doložily, že zdravotní gramotnost obyvatel České republiky není uspokojivá. V souboru evropských zemí bylo na tom jen Bulharsko hůře než ČR. Materiály WHO (5) ukazují cestu jak zdravotní gramotnost zlepšit.

Každé hodnocení by mělo vést k nápravným opatřením a k další konkretizaci budoucí zdravotní politiky. Lze vyslovit obavy, že se v oblasti zdravotní politiky bude jednat o dlouhodobý proces, kdy se až budoucí generace poučí z nesnází ne-li chyb, které provázely tzv. transformaci zdravotnictví.

5. Některé dílčí problémy dosavadní transformace zdravotnictví

Transformace zdravotnictví v České republice spočívala ve velkém počtu náročných a zcela zásadních změn, na něž nebyli připraveni ani političtí představitelé, ani odborná veřejnost. V relativně dobré pozici byly nadnárodní firmy, které vstupovaly do prostředí, v němž chyběly potřebné zkušenosti a regulační mechanismy. Není překvapením, že se v průběhu transformace objevilo mnoho těžkostí a konfliktů. Celou řadu z nich se podařilo zvládnout.

Některé výsledky jsou bezesporu příznivé. Podstatně se rozšířila dostupnost mnoha zahraničních léků, zlepšilo se technické vybavení většiny nemocnic, výrazně a v nebyvalé míře se usnadnily kontakty se zahraničními pracovišti, zlepšilo se i získávání a využívání zahraničních zkušeností.

Stávající organizační a finanční problémy jsou však i dokladem toho, že mnoho problémů nebylo řešeno, že „se“ odsunuly, popřípadě byly „překlenuty“ a že pozornost byla věnována spíše detailům, než zásadním strategickým rozhodnutím.

Politický záměr v počátečních obdobích transformace byl jasný. Centrálně byrokratický a ideologicky determinovaný systém zdravotnictví socialistického typu se přežil. Bylo žádoucí jej změnit a odstranit bariéry bránící jeho transformaci.

Sám vývoj nastolil další cíl: postupovat tak, aby zdravotnictví drželo krok s celkovou společenskou transformací a aby pokud možno vystačilo s dostupnými prostředky.

Zatímco první cíl byl plněn relativně snadno prostřednictvím odstátnění, deregulace a fragmentace dřívějšího zdravotnického systému za poměrně všeobecného souhlasu a při zvyšujících se, ale relativně únosných nákladech, druhý cíl provázela a provází řada těžkostí.

Počáteční koncepční záměry transformace, např. výrazné posílení prevence a primární péče (činnost praktických lékařů), která se měla stát základem nového zdravotnického systému, byly již během 90. let odsunuty a politické úsilí se soustředilo na dvě politicky stanovené priority: na privatizaci a ustavení pojišťoven. Byla tehdy deklarována iluze, že privatizace, platba za bod a pojišťovny se stanou nástrojem k optimalizaci sítě, cestou ke slušné a spravedlivé mzdě zdravotnických pracovníků a budou zárukou spokojenosti pacientů.

Postupně se ukázalo, že požadovaná a posléze i dosažená rychlost splnění zmíněných úkolů vyvolala mnoho dalších navazujících problémů. Realizovaná opatření nebyla zavedena na základě věrohodných analýz ověřujících jejich účinnost, ale stalo se tak rozhodnutím vlivných politiků, bez demokratické diskuze a odborné kritické oponentury.

Lze to jistě pochopit v kontextu tehdejšího překotného politického a sociálního vývoje. Postupně se však ukázalo, že politicko-administrativní rozhodování vedlo k řadě změn, které sice byly politicky žádoucí, které však současně byly ekonomicky náročné a neodpovídaly tehdejšímu stavu ekonomiky země.

Proběhla celá řada organizačních úprav, z nichž mnohé vedly ke zvýšení nákladů, např. vstup zkušených zahraničních firem nabízejících cokoli atraktivního na dluh, **přímý přístup pacientů k medicínským specialistům, což je, jak známo, mnohem nákladnější, než primární péče poskytovaná praktickými lékaři.**

Dezintegrace původní sítě zdravotnických zařízení vedla ke zrušení spádových území a k dobře míněné „soutěži o pacienta“. To ovšem vyžadovalo větší rezervy jak nemocničních lůžek a dalšího zdravotnického materiálu, tak zdravotnického personálu.

Zavedení „konkurence“ mezi nemocnicemi v návaznosti na tzv. svobodnou volbu lékaře vedlo ve svém důsledku k preferenci fakultních nemocnic poskytující ty nejnákladnější zdravotnické služby. Vyvolání nejistoty o další budoucí existenci zdravotnických zařízení vedlo ke strachu i pocitu ohrožení a k následnému vyššímu tlaku na investice, ve snaze získat prestižní vybavení, rozšířit kapacity (např. chirurgické sály) a zavést nová vyšetření vyvolávající u občanů dojem, že nemocnice drží krok s dobou a má všechnu potřebnou a někdy i prestižní techniku.

Jestliže se zdravotnická zařízení musela učit existovat samostatně, pak k tomu potřebovala více prostředků než v případě, kdy mohla spoléhat na návaznost a souhru s ostatními.

Absence dlouhodobě orientované a všeobecně akceptované zdravotní politiky, zpoždění legislativy a omezení i zpomalení vymahatelnosti práva usnadnilo prosazování individuálních a skupinových zájmů a stalo se i jedním z motivů aktivit na hranici nebo až za hranicí zákona. K důvodům zvyšování finanční náročnosti se přiřadila nevyjasněnost kompetencí a neúčinná kontrola.

V důsledku toho, že se v prvních letech transformace zdravotnictví nepodařilo rozvinout výzkum orientovaný na organizační a finanční problematiku poskytování zdravotnických služeb, **naprostá většina opatření byla navrhována a realizována v návaznosti na politické preference nejvlivnějších osobností a finanční zájmy** nejrůznějších skupin zaklínajících se blahem pacienta. Investice byly přidělovány bez znalosti jejich budoucí návratnosti.

Poměrně rychlé změny v metodice úhrad za zdravotnické služby ztížily, ne-li znemožnily, dlouhodobou hospodárnou finanční strategií jednotlivých zdravotnických zařízení a ve svém důsledku jednostranně posílily orientaci řídících zdravotnických pracovníků na bezprostřední, byť krátkodobé finanční výhody. Takové chování bylo označováno za „tržní jednání“ a bylo preferováno.

Na druhé straně je na místě ocenit obětavé působení mnoha lékařů a dalších zdravotnických pracovníků, kteří se bez ohledu na bezprostřední finanční okolnosti snažili plně využít svoji kvalifikaci a poskytnout pacientům to, co považovali za nejlepší.

Ukázalo se rovněž, že reforma veřejné správy a navazující regionalizace zdravotní péče spolu s nevyjasněností kompetencí si vyžádala a ještě nepochybně i vyžádá řadu dalších dodatečných nákladů.

Některá zamýšlená opatření se v průběhu transformace zdravotnictví začala zpomalovat, jiná se zcela zastavila. Je obtížné říct, jestli je to dobře nebo ne. Jak už to bývá, pro někoho to dobře je a pro jiného ne. Ale i v tom je mnoho nejistoty. Velmi zjednodušeně by se k tomu dalo poznamenat, že pokud někdo bloudí, je skoro jedno, jestli utíká, nebo se loudá.

Jsou zdravotnické systémy, v nichž tržní mechanismy hrají dominantní roli. Běžně se ví, že takové systémy jsou nákladné a málo hospodárné, ale jsou přijatelné pro finančně zajištěné občany bohatých zemí.

Vytvářet zdravotnictví pro bohatou zemi není velký problém. Mnohem těžší je uvažovat o rozvoji zdravotnictví v zemi poměrně chudé. Máme-li zvažovat, jaké by mělo být zdravotnictví malé země uprostřed Evropy, jejímž největším bohatstvím jsou schopnosti lidí a naděje, že v budoucnu může dosáhnout solidní evropské úrovně, pak snadno dojdeme k závěru, že musíme využít veškerý potenciál, který máme pro zlepšení zdravotní situace k dispozici.

Hlavní cílem však není zdravotnictví, to je jen jedním z nástrojů péče o zdraví, jejíž těžiště spočívá v aktivitách a schopnostech jednotlivců, v životě rodin, v činnosti škol, v podmínkách na pracovištích i v místech rekreace, ve městech i na vesnicích, tedy všude tam, kde se lidé rodí, vyrůstají, vzdělávají se, pracují, odpočívají, radují se i stárnou. Sociální determinanty zdraví patří k významné a dosud ne plně zvládnuté problematice.

Proto je zdravotní gramotnost spojována s takovými nadějemi. Zdaleka nejde o vnučování postojů a potřeb, ale zejména o nabídku pomoci tam, kde se setká s kladnou odezvou. Zdraví není pojímáno jako nejvyšší hodnota, které musí být všechno ostatní podřízeno. Hodnota zdraví je ovšem nesporná a měla by v návaznosti na ostatní humánní hodnoty zaujímat takové místo, které mu ve zdravotně gramotné společnosti patří.

I když význam zdravotní gramotnosti je nesporný, stejně jako potřeba jejího podstatného zvýšení, nedá se očekávat, že sama zajistí řešení uvedených problémů. To nemůže udělat zdravotní gramotnost, k tomu je zapotřebí motivovaných zdravotně gramotných lidí, kteří si uvědomí svou roli občanů v demokratické společnosti, pochopí hodnotu zdraví, potřebu věrohodných informací, nezbytnost dobrého řízení a seriózního výzkumu i právo na kvalitní zdravotní péči.

Dobrá zdravotní politika a zdravotní gramotnost by měla vést ke zdravé a zdravotně gramotné společnosti. V této souvislosti lze připomenout, alespoň ve zkrácené formě, text (6), který byl předložen 1. národní konferenci o zdravotní gramotnosti (25. 1. 2017) a který je dostupný na stránkách Ústavu pro zdravotní gramotnost (www.uzg.cz).

6. Cesta ke zdravotně gramotné společnosti

Je jistě žádoucí plně docenit všechny dosavadní snahy o zvýšení zdravotní gramotnosti. Cenných výsledků bylo dosaženo např. v oblasti výživy, vzdělávání, sportu, výchovy k bezpečnosti silničního provozu a v již zmíněných komunitních programech. Lze ovšem připustit, že to nestačí. Spotřeba alkoholu i cigaret patří v ČR k nejvyšším v Evropě, procento obézních narůstá. Důsledkem zvyšujícího se počtu chronicky nemocných dramaticky rostou náklady na zdravotní péči. Problémy, které přináší nezdravý životní styl, nemohou být dlouhodobě zvládnuty jen ve zdravotnických zařízeních. Je žádoucí využít všech dostupných prostředků a metod ke zlepšení celkové zdravotní situace.

Na rozvoji zdravotní gramotnosti se mohou podílet nejen jednotlivci, ale i nejrůznější organizace a občanské iniciativy. Jsou zváni všichni, kteří mohou svou aktivitou přispět ke zlepšení zdravotní gramotnosti a zdraví lidí.

Základní cíle jsou v podstatě tři:

- a. **Posilovat schopnost občanů ovlivnit svůj zdravotní i životní osud.**
- b. **Usilovat o vstřícnější systém zdravotnictví, který by usnadnil i méně zdravotně gramotným občanům podílet se na péči o své zdraví, a přispívat k lepší orientaci občanů i v dalších sociálních systémech majících vztah ke zdraví.**
- c. **Spoluprací na národní i mezinárodní úrovni přizvat k rozvoji zdravotní gramotnosti co nejvíce jedinců, sociálních skupin, organizací i institucí, vytvořit odpovídající organizační strukturu a institucionální zázemí schopné realizovat výzkumné studie, podílet se na rozvoji odborné základny zdravotní**

gramotnosti, zprostředkovávat spolehlivé informace sloužící k motivaci lidí i k formování jejich osobnosti v průběhu vzdělávání, navrhovat a zavádět nové metody zlepšující zdravotní gramotnost.

V úvahu dále přicházejí např. tato obecná doporučení:

- Vytvářet zdravotně příznivé prostředí. Životní prostředí je významnou determinantou zdraví. Upravené veřejné plochy, čistota, fungující veřejná doprava a vstřícné jednání obyvatel, to vše má kladný vliv na zdraví. Zde hodně záleží na místních možnostech a na motivaci i dobré vůli posoudit situaci a něčím přispět ke zdraví. Řada inspirujících příkladů je např. uvedena na internetových stránkách Národní sítě zdravých měst ČR (<http://www.zdravamesta.cz>). Zdaleka ovšem nejde jen o vnější prostředí a veřejný prostor. Výrazný vliv na zdraví mají vztahy mezi lidmi, sounáležitost, vzájemné důvěra a ochota podílet se na řešení společných problémů.
- Motivovat k péči o zdraví všechny jednotlivce i organizace. Zdraví i kvalita života jsou hodnoty, které se týkají každého a které se mohou stát dobrou základnou pro společné aktivity v místě bydliště, ve školách i v dalších organizacích a institucích.
- Uvážlivě rozhodovat o zdraví na všech úrovních. Týká se to veřejné správy, organizací institucí, rodin i jednotlivců.
- Usnadňovat dostupnost zdravotních informací a věnovat pozornost jejich správnosti a srozumitelnosti. Jde jednak o orientaci a rozvoj e-health, a využití sociálních médií. Důležitá úloha přísluší knihovnám, které hospodaří s obrovským informačním potenciálem a mají přímý kontakt s velkým počtem občanů.
- Do zdravotní gramotnosti a do zdraví je žádoucí investovat. Mnoho aktivit je možné vykonávat na základě dobrovolnosti ve snaze přispět ke kvalitě veřejného prostředí, k rozvoji sportu mládeže apod. To, zda společenské struktury berou zdravotní gramotnost vážně, se pozná mimo jiné podle toho, kolik prostředků na zvýšení zdravotní gramotnosti vynaloží. Investice do zdraví jsou zdravé investice.
- Začlenit zdravotní gramotnost do sociálního kontextu. Vzhledem k tomu, že sociální okolnosti jsou jednou z rozhodujících determinant zdraví, je nezbytné je respektovat a zvažovat možnosti jejich ovlivnění. Společnost není homogenní, je nezbytný diferencovaný přístup nejen k jednotlivcům, ale i k vymezeným sociálním skupinám.
- O výsledcích oblasti zdravotní gramotnosti je zapotřebí široce informovat. Dobré výsledky se mohou stát motivem pro další užitečné aktivity. Internet umožňuje širokou publicitu všeho, co se podařilo vykonat.
- Posilovat sdílenou odpovědnost za zdraví a zdravotní gramotnost. I když každý jedinec toho může hodně udělat pro své zdraví, je důležité, aby společnost, ve které žije, mu v jeho úsilí pomáhala a aby přispěla zejména tam, kde odstranění dílčích nesnází přesahuje síly jednotlivých občanů.
- Navazovat a dále rozvíjet mezinárodní spolupráci. Mnohé evropské země věnují zdravotní gramotnosti dlouhodobou soustavnou pozornost a dosáhly výrazných výsledků, a to jak v oblasti teorie a metodologie, tak i pokud jde o prokazatelnou úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel. Je velmi žádoucí na jejich výsledky navázat a poučit se z jejich zkušeností.

- Položit základy soustavného výzkumu srovnatelného s ostatními evropskými zeměmi. Činnost v oblasti zdravotní gramotnosti by neměla být hodnocena jen podle počtu realizovaných opatření, ale i podle dosaženého výsledku. Je proto nezbytné měřit, resp. kvantifikovat dosahovanou úroveň zdravotní gramotnosti, a to vcelku i v jednotlivých sociálních skupinách v návaznosti na vykonané aktivity.
- Rozvíjet odborný základ zdravotní gramotnosti. Zdravotní gramotnost se týká celé společnosti a každý občan by se měl na jejím rozvoji podílet. Zdravotní gramotnost je ovšem současně i velmi odborné téma, které vyžaduje jak odbornou přípravu, soustavné studium a náročný výzkum. Je proto žádoucí věnovat pozornost zdravotní gramotnosti při výchově a vzdělávání odborných pracovníků.
- Zdravotní gramotnost zařadit jako důležité téma celoživotního vzdělávání. Zdravotní gramotnost by měla být jako téma vzdělávání zařazena do škol všech stupňů. Měly by být připraveny kurzy pro jednotlivé typy zdravotnických pracovníků, zejména pro praktické lékaře, jejichž role je v oblasti zdravotní gramotnosti nezastupitelná. Obdobně by měly být připraveny kurzy pro učitele, novináře, politiky a správní zaměstnance. Specifická pozornost by měla být věnována deprivovaným a rizikovým skupinám obyvatelstva, chronicky nemocným, tělesně postiženým a seniorům.
- Připravovat dílčí programy, zhodnotit výsledky a seznámit s tím ostatní. V současné době probíhá mnoho užitečných programů, které příznivě ovlivňují zdravotní gramotnost i zdraví lidí. Bohužel, mají povětšinou jen místní dopad a jsou dostupné jen povšechné informace. Je proto žádoucí založit a udržovat vhodnou databázi, z níž by mohli čerpat všichni, kteří ji mohou využít.
- Vytvořit platformu soustavné spolupráce se všemi, kterým je rozvoj zdravotní gramotnosti blízký. Je nezbytné hledat spojence ve všech oblastech, usilovat ekonomickou i politickou podporu a vážit si pomoci všech, kteří pochopili význam a přínos zdravotní gramotnosti.

Mnohé užitečné aktivity zaměřené na některá dílčí témata zdravotní gramotnosti nejsou dosud chápány jako příspěvek pro rozvoj zdravotní gramotnosti. Mohou to být např. opatření zaměřená na omezení kouření, snížení spotřeby alkoholu, zlepšení výchovy ke zdraví a zvládnutí drogové závislosti. Bylo by žádoucí, aby se zdravotní gramotnost postupně stala společným jmenovatelem podobných snah a aby se její metody i hodnocení dosahovaných výsledků staly běžnou součástí jak veřejného zdravotnictví, tak i trvalou komponentou zdravotní kultury.

V každé etapě rozvoje zdravotní gramotnosti bude nutné se znovu vracet k prioritám v této oblasti, zvažovat krátkodobá, střednědobá i dlouhodobá opatření a soustavně rozvíjet komunikaci mezi všemi, kteří mohou přispět ke zdravotní gramotnosti. Zdravotní gramotnost a metody jejího měření i rozvoje mají před sebou ještě dlouhou cestu. Bude zapotřebí spojeného a koordinovaného úsilí velkého počtu lidí, kteří budou muset překonat mnoho překážek. Zdaleka nejde jen o aktivity zdravotnických pracovníků. Zdravotní gramotnost se týká všech profesí a každá pomoc je vítána.

Zkušenost dokládá, že zejména v rodinách je pro jejich zdravotní gramotnost důležité vzdělání a postavení žen. Jde nejen o výživu, ale i o výchovu dětí, trávení volného času a celkovou zdravotní kulturu.

Každý občan i každá organizace a instituce by si měli položit základní otázku: Jak pozornost a úsilí věnované zdravotní gramotnosti může zlepšit výsledek jejich činnosti. V návaznosti na životní hodnoty i na priority organizace je potom žádoucí navrhnout a realizovat vhodná opatření k posílení zdravotní gramotnosti, a konečně je důležité zhodnotit přínos realizovaných aktivit.

Nelze čekat na podrobné návody a závazné směrnice. Zdravotní gramotnost předpokládá svébytnost a důstojnost lidí, kteří samostatně i společně uvažují, hledají a nacházejí metody, jak zvládat svůj zdravotní osud i jak pomoci ostatním.

Jak už to bývá, nejtěžší nebude navrhnout a realizovat jednotlivá konkrétní opatření, ale trvale změnit myšlení lidí, posílit jejich tvůrčí schopnosti, samostatnost, svébytnost i důstojnost a přesvědčit je, že na nich a na jejich zdraví skutečně záleží.

Literatura

1. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf.
2. Samuelson PA, Nordhaus WD. Ekonomie. Nakladatelství Svoboda, Praha 1991, 1011 s.
3. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Zdraví 2020. Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století. Praha, Ministerstvo zdravotnictví ČR 2014.
4. Kučera Z, Pelikan J, Šteflová A. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. Čas. Lék. čes. 2016; 155: 233-241.
5. WHO. Health Literacy. The Solid Facts (2013). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
6. Ústav pro zdravotní gramotnost. 1. národní konference o zdravotní gramotnosti (situační dokument). <http://www.uzg.cz>.

ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST JE PRIORITOU PÉČE O ZDRAVÍ – TEZE

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc., Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú.

1. národní konferenci o zdravotní gramotnosti (25. 1. 2017) byly předloženy základní teze o zdravotní gramotnosti. Jejich záměrem bylo usnadnit pochopení obsahu zdravotní gramotnosti a vytvořit východisko pro další společnou práci. Zde jsou předkládány pro informaci a případnou navazující diskuzi. Jsou rovněž vystaveny na stránkách Ústavu pro zdravotní gramotnost www.uzg.cz

TEZE

1. **Zdraví je významná humánní hodnota, individuální i sociální.** Každý jedinec si vytváří své souhvězdí hodnot, kterým v životě dává přednost. Zdraví k nim obvykle patří. Pro společnost je užitečné, když její občané jsou

zdraví. Nejde jen o ekonomické hledisko, i když je důležité. Hlavní je, že je dobré být zdravý a žít ve zdravé společnosti. Přispívá to jak ke spokojenosti lidí, tak i ke kvalitě života. Je žádoucí se o zdraví zajímat a hledat i nacházet, co užitečného lze udělat pro zdraví osob, rodin i společnosti jako celku.

- Lidé mohou do značné míry ovlivnit své zdraví** a právě na nich záleží, jak se chovají a v jakých podmínkách žijí. Nejde přitom jen o jednotlivce. Významnou roli hrají rodiny, školy a pracoviště, instituce i organizace. Každé rozhodnutí veřejné správy má konkrétní zdravotní důsledky, které je nutné brát v úvahu. Je známo, že zdraví je ovlivňováno mnoha okolnostmi, z nichž některé jsou více, jiné méně ovlivnitelné. Není ovšem sporu o tom, že motivovaní a vzdělaní lidé mohou podstatně přispět ke zlepšení celkové zdravotní situace.
- Rostoucí pozornost věnovaná zdravotní gramotnosti v mnoha evropských zemích má nesporné racionální jádro.** Jde o rozvojový směr, který je účinný a hospodárný, posiluje svébytnost a důstojnost, osobní odpovědnost i solidaritu, prodlužuje délku života ve zdraví a zvyšuje kvalitu života. Publikace v odborné literatuře přesvědčivě dokumentují přínos aktivit v oblasti zdravotní gramotnosti. Zdravotní gramotnost se stává důležitou specifickou složkou gramotnosti, obdobně jako gramotnost právní, finanční, počítačová, informační, technická, vědecká, matematická i jiné specifické a společensky závažné gramotnosti.
- Zdravotní gramotnost pomáhá zvládat hlavní zdravotní problémy.** I když názory na to, které zdravotní problémy jsou nejzávažnější, se mohou lišit, je prokázáno, že zdravotní gramotnost významně přispívá ke zvládnutí zejména dvou. Je to jednak rostoucí výskyt chronických neinfekčních nemocí, a jednak překotný nárůst výdajů na zdravotní péči. Na vzniku i průběhu chronických neinfekčních nemocí se do značné míry podílí jak chování jednotlivce, tak i prostředí, v němž žije, a v neposlední řadě i schopnost společnosti podílet se na vytváření takových podmínek, které prospívají zdraví lidí. Zdravotní gramotnost pomáhá řešit zdravotní problémy tam, kde vznikají.
- Zdravotní gramotnost staví na dobrých teoretických a metodických základech a její uplatnění v praxi přináší užitečné výsledky.** V rozsáhlé odborné literatuře lze najít mnoho definic zdravotní gramotnosti. Je to přirozené, protože zdravotní gramotnost se jednak vyvíjí, a jednak jde o velmi komplexní pojem. S vědomím určitého zjednodušení lze uvést tuto definici: **Zdravotní gramotnost zahrnuje znalosti i schopnosti lidí získávat, chápat, hodnotit i využívat informace mající vztah ke zdraví a orientovat se ve zdravotním a sociálním systému. Zdravotní gramotnost je posilována vstřícností zdravotnictví, dosažitelností potřebných zdravotnických a sociálních služeb i snahou společenských struktur (školy, pracoviště, instituce, organizace, veřejná správa) vytvářet životní prostředí příznivé pro zdraví.**

Individuální zdravotní gramotnost se týká jednotlivých osob. Podle úrovně zdravotní gramotnosti se rozlišuje **funkční zdravotní gramotnost** kladoucí důraz na znalosti, dále **interaktivní zdravotní gramotnost**, která je zaměřena zejména na chování lidí, a konečně **kritická zdravotní gramotnost**, kdy jde jednak o tvůrčí rozvíjení zdravotní gramotnosti, a jednak o schopnosti měnit životní prostředí a ovlivnit postoje i chování dalších lidí.

Zdravotně gramotná osoba by měla zejména: získávat, chápat, hodnotit a využívat zdravotnické informace, náležitě komunikovat se zdravotnickými pracovníky, prosazovat své zdravotní potřeby a získávat adekvátní zdravotnické a sociální služby, uvážlivě rozhodovat ve zdravotní oblasti, preferovat zdravý životní styl a vhodně ovlivňovat životní prostředí.

Vedle základních znalostí a dovedností v oblasti ochrany zdraví, prevence a sebepečce by osoba měla zvládat roli pacienta, pokud jde o aktivní účasti na své léčbě. Jako spotřebitel by jedinec měl nakupovat zboží, které posiluje jeho zdraví a v tomto smyslu by měl hájit svá spotřebitelská práva. A konečně by měl zvládnout i roli občana. Při volbách by měl brát v úvahu úsilí společenských subjektů chránit a posilovat zdraví lidí.

Skupinová, popřípadě institucionální zdravotní gramotnost se týká rodin, škol, institucí a organizací. I když jde o skupinovou zdravotní gramotnost, jejím jádrem a posláním jsou jednotlivé osoby, jejich zdraví i kvalita života. Pokud organizace neposkytuje potřebné informace a není v dostatečné míře vstřícná, může to být vážná překážka i pro osobu s dobrou individuální zdravotní gramotností.

Zejména zdravotní a sociální systém i jeho pracovníci by měli dbát na to, aby poskytované informace byly dostupné, aby odstraňovaly případné překážky potřebného pochopení a využití. Zdravotní gramotnost se ovšem týká všech organizací a institucí, které tak či onak mohou ovlivňovat zdraví lidí, např. v průběhu zaměstnání, vzdělávání a trávení volného času.

6. **Nízká zdravotní gramotnost zvyšuje riziko horšího zdravotního stavu a vede k vyšším nákladům na zdravotní péči.** Je často spojena s nezdravým životním stylem (kouření, alkohol, obezita, nezdravá dieta, sedavý způsob života), je provázána vyšší nemocností a předčasnou úmrtností. Lidé s nižší zdravotní gramotností méně využívají preventivní služby, častěji se obracejí na pohotovost, hůře se vyrovnávají s chronickými nemocemi a vyvolávají vyšší náklady na zdravotní péči. Nízká zdravotní gramotnost je nežádoucí příčinou plýtvání. Ve zdravotnických zařízeních jsou diagnostikováni a léčeni lidé, kteří by nemuseli onemocnět, a po nákladné medicínské terapii dříve nebo později dochází ke zbytečným opětovným zdravotním problémům. Ve svém důsledku nízká zdravotní gramotnost devastuje systém péče o zdraví, znemožňuje plné využití nových medicínských metod a degraduje úsilí zdravotnických pracovníků. Dosavadní výzkumy odhadují, že v evropských zemích má 40-60% obyvatel nízkou zdravotní gramotnost. Jde tedy o vážné zdravotní riziko, kterým je ohrožen velký počet lidí.
7. **Dobrá zdravotní gramotnost pomáhá udržet a zlepšit zdraví.** Přínos zdravotní gramotnosti spočívá zejména v tom, že umožňuje lidem příznivě ovlivňovat jak svůj životní a zdravotní osud, tak i zdraví své rodiny a dalších spoluobčanů. Posiluje snahy o zdravý životní styl, zvyšuje odolnost lidí a schopnost sociálních skupin reagovat na zdravotní problémy. Umožňuje chronicky nemocným pacientům lépe zvládat zdravotní problémy a vede ke snížení nákladů na zdravotní a sociální péči.
8. **Zdravotní gramotnost je široce podmíněna.** Je známo, že úroveň zdravotní gramotnosti je ovlivněna vzděláním a sociálním postavením. Nízkou zdravotní gramotnost vykazují lidé s omezenými finančními možnostmi a žijící v problematických sociálních podmínkách. Nižší vzdělání, špatné finanční a sociální okolnosti bývají překážkou pro využití adekvátních informací a pro náležitou úpravu životního stylu. Ztěžují i rozhodování a orientaci v systému zdravotnictví. Tato skutečnost poukazuje na nutnost věnovat soustavnou pozornost znevýhodněným a rizikovým skupinám obyvatel.
9. **Zdravotní gramotnost lze zvyšovat.** Dosavadní zkušenosti přesvědčivě dokládají, že existují účinné a v praxi ověřené metody, jimiž lze zdravotní

gramotnost zlepšovat. Narůstá počet příkladů dobré praxe, které motivují k následování.

10. Výzkum je nezbytným východiskem účinného zvyšování zdravotní gramotnosti. Je žádoucí průběžně sledovat úroveň zdravotní gramotnosti, hodnotit její rozložení v populaci, sledovat její vývoj, zjišťovat, co zdravotní gramotnost ovlivňuje, a posuzovat účinnost dílčích opatření. Je proto potřebné využít mezinárodně ověřených metod umožňujících kvantifikaci zdravotní gramotnosti v jejích jednotlivých aspektech. Zdravotní gramotnost a její rozvoj by měl být založen na věrohodných důkazech, na kvalifikovaných analýzách a na hospodárném využívání dostupných prostředků. V tomto smyslu je dobrá výzkumná základna nepostradatelná.

11. Ke zdravotní gramotnosti je žádoucí přistupovat diferencovaně. Jak jednotlivci, tak i různé sociální skupiny se liší úrovní zdravotní gramotnosti a obdobně jsou i odlišné metody, kterými lze dosáhnout zlepšení. Jen ve stručnosti lze uvést například učitele, lékaře, děti a mládež, novináře, pracovníky veřejné správy, seniory a rizikové skupiny osob.

12. Při snaze o zvyšování zdravotní gramotnosti hraje významnou roli zdravotnictví a celý široce pojímaný systém péče o zdraví. Jde zejména o dobrou komunikaci s pacienty i občany ve snaze otevřít a zpřístupnit systém zdravotnictví tak, aby se v něm občané snadněji orientovali, aby rozuměli zdravotnickým pracovníkům a aby podle možností s nimi i spolupracovali.

Každý medicínský a ošetrovatelský obor může výrazně přispět ke zdravotní gramotnosti. Výrazné místo zaujímá primární péče, zejména praktičtí lékaři, kteří by měli spolu s pacienty zvládat zdravotní problémy. Dominantní oblastí je v této souvislosti komunikace s pacienty i s jejich blízkými. Další významnou odborností jsou farmaceuti, kteří mohou do značné míry ovlivnit rozhodování občanů, pokud jde o používání léčivých přípravků.

13. Nové informační technologie (e-health), knihovny, média a sociální sítě jsou pro poskytování správných zdravotních informací mimořádně důležité (počítačová a internetová gramotnost). Poskytované informace by měly být pravdivé, srozumitelné i motivující. Je žádoucí průběžně hodnotit kvalitu informací a zvažovat jejich dopad kvalitu a bezpečí poskytované péče a obecně na zdraví lidí.

Je ovšem nutné počítat s tím, že některé skupiny osob mají horší přístup k internetu, popřípadě se v něm v potřebné míře neorientují. Týká se to zejména znevýhodněných osob a skupin (bezdomovci, některé etnické skupiny, migranti, osoby s omezenou možností aktivit a participace včetně starších osob a chronicky nemocných).

14. Stěžejní role patří školám a všem vzdělávacím institucím. Zdravotní gramotnost je nezbytnou součástí kultury. Je cenné, pokud je u dětí rozvíjen dobrý vztah ke vzdělání, tvůrčí schopnosti, sebeúcta, odpovědnost i radostný pocit z pohybu a sportu. Základy zdravotní gramotnosti by měly být položeny co nejdříve. Týká se to jak dětí, tak i přípravy na povolání a výchovy k rodičovství. Zásadní význam má soustavné a diferencované celoživotní vzdělávání.

Je nezbytné začlenit zdravotní gramotnost do mnoha vzdělávacích programů (školy, vzdělávání učitelů, lékařské a pedagogické fakulty, zdravotnické školy, vzdělávání novinářů, sociálních pracovníků apod.).

- 15. Právo na zdraví a právo na zdravotní gramotnost spolu úzce souvisí.** Zdravotní gramotnost je podmíněna schopností vážit si zdraví, postarat se o sebe a v potřebné míře i o ostatní. Každá osoba má rovné a nezadatelné právo na přesné, pravdivé a srozumitelné zdravotní informace i na kvalitní zdravotnické služby.
- 16. Cenným přínosem pro rozvoj zdravotní gramotnosti jsou komunitní koncepty, např. Systém integrovaných podpůrných služeb a projekty, jako např. Zdravá města, Zdraví podporující škola, Zdravý podnik, Zdravá nemocnice a další aktivity na komunitní úrovni přispívající ke zlepšení zdraví.** Na internetových stránkách Národní sítě Zdravých měst ČR je mnoho příkladů, které vedly ke zlepšení životních podmínek občanů a přispěly jak ke zdraví lidí, tak i ke kvalitě jejich života.
- 17. Zdraví lidí stojí za to, aby byly pro jeho ochranu, udržení a zlepšení využívány všechny prostředky a metody, které má společnost k dispozici.** Důležitá je institucionální, finanční, informační, organizační i politická podpora. Tradičním nositelem odpovědnosti je v tomto ohledu resort zdravotnictví, které má dominantní postavení, pokud jde o zvládání zdravotních problémů. Zdravotní gramotnost je pojmána mnohem šířeji a motivuje zapojení všech občanů, kteří by měli naplnit svou roli v péči o zdraví.
- 18. Společná a koordinovaná snaha o zvýšení zdravotní gramotnosti je užitečná.** Základem společného úsilí by měla být mezirezortní spolupráce. I když jednotlivé akce mohou přispět ke zvýšení zdravotní gramotnosti, ukazuje se, že mnohem účinnější je spojit své síly. Organizační formou může být například aliance jednotlivých subjektů, společné konference, tematicky koordinované programy, popřípadě programy zaměřené na vymezené sociální skupiny.
- 19. Mezinárodní spolupráce usnadňuje výměnu zkušeností i vědeckých poznatků a umožňuje potřebné srovnání dosahovaných výsledků.** Je pozoruhodné, že zájem o zdravotní gramotnost narůstá v mnoha zemích. Cenné jsou zejména zkušenosti i výsledky Světové zdravotnické organizace. Byly realizovány dílčí projekty i rozsáhlejší evropské programy, jejichž realizace se ujímají nově zakládané aliance pro zdravotní gramotnost. Dosažené výsledky umožňují kvantifikovat zdravotní gramotnost, hodnotit její vývoj, srovnávat její úroveň ve vymezených sociálních skupinách i geografických celcích a hodnotit účinnost a hospodárnost realizovaných opatření. Pro zlepšení zdravotní gramotnosti v České republice je mezinárodní spolupráce nezbytná.
- 20. Zdravotní gramotnost není izolovaným realizačním nástrojem programu Zdraví 2020.** I když zdravotní gramotnost staví na společné aktivitě mnoha resortů, organizací i na občanských aktivitách, nemůže sama o sobě zajistit zlepšení zdraví. Znovu a znovu se potvrzuje, že zdraví je komplexní biopsychosociální kategorie, která je podmíněna mnoha okolnostmi. Jakkoli vzdělání lidí, sociální postavení a dostupnost relevantních informací významně předznamenává jejich zdravotní osud, nezastupitelná je výchova a žitá morálka. Vzdělaný a nevychovaný člověk by mohl ohrozit sám sebe a mohl by být nebezpečím i pro společnost. Bylo by krajně obtížné být zdravým v nemocné společnosti. V tomto smyslu se zdravotní gramotnost stává sociální kategorií, která má aspekty nejen zdravotní, ale i politické a ekonomické. Není to jediný nástroj, ale nezbytná součást zdravotní kultury a charakteristika zdravé společnosti.
- 21. Zdravotní gramotnost si zaslouží soustavnou pozornost, cílevědomá opatření a institucionální, ekonomickou i politickou podporu.** Je žádoucí zvážit krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé cíle a úkoly, včetně jejich

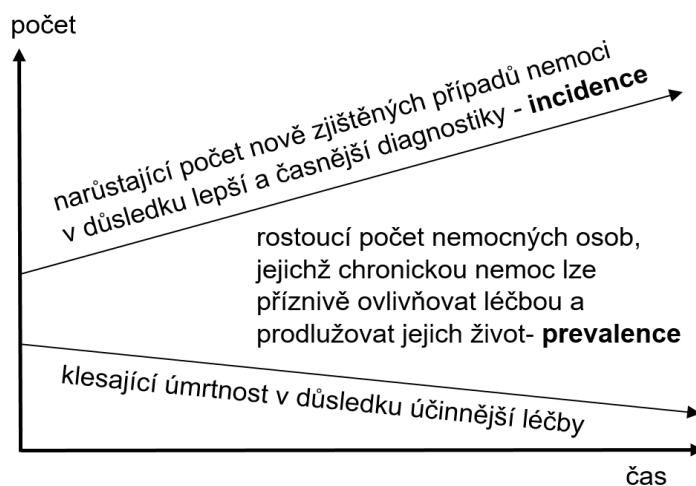
ekonomického zajištění, a tím položit základy pro dlouhodobě orientovaný Národní plán rozvoje zdravotní gramotnosti. K podrobnějšímu seznámení s danou problematikou by měla sloužit odborná literatura, semináře, konference i další kontakty se všemi, kteří zdraví berou vážně a chápou, že zdravotní situaci i zdraví lidí lze zlepšit společným úsilím.

GRAFICKÁ PŘÍLOHA

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc., Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú.

Stručně o potřebě, obsahu a poslání zdravotní gramotnosti

Jedním z dominantních rysů v oblasti péče o zdraví je růst počtu pacientů trpících chronickými neinfekčními nemocemi i nárůst nákladů na zdravotnické služby. Je to důsledek lepší diagnostiky umožňující zjistit nemoc dříve i výsledek účinnější léčby, která úspěšně prodlužuje život chronicky nemocným a snižuje úmrtnost. Schematicky je zmíněná skutečnost zachycena na obr. 1.



Obr. 1. Postupný nárůst počtu pacientů

Obvykle se uvádějí tři možnosti řešení zmíněného problému: (a) přidat peníze do zdravotnictví, (b) zvýšit hospodárnost poskytovaných zdravotnických služeb a (c) omezit dostupnost zdravotnických služeb.

Ad a. Přidání peněz jistě pomůže, zejména pokud jde o zvýšení platů zdravotnických pracovníků, problém se tím ale nevyřeší, jen oddálí.

Ad b. Hospodárné, popřípadě úsporné jednání se prosazuje obtížně. Zdravotnická zařízení mají snahu usilovat o co nejnákladnější vybavení a poskytovat pacientům tu nejnovější a ve většině případů i tu nejnákladnější léčbu, což je jistě z hlediska péče o pacienty žádoucí. Problematická úspornost se obvykle dosahuje jen zásadním omezením zdrojů.

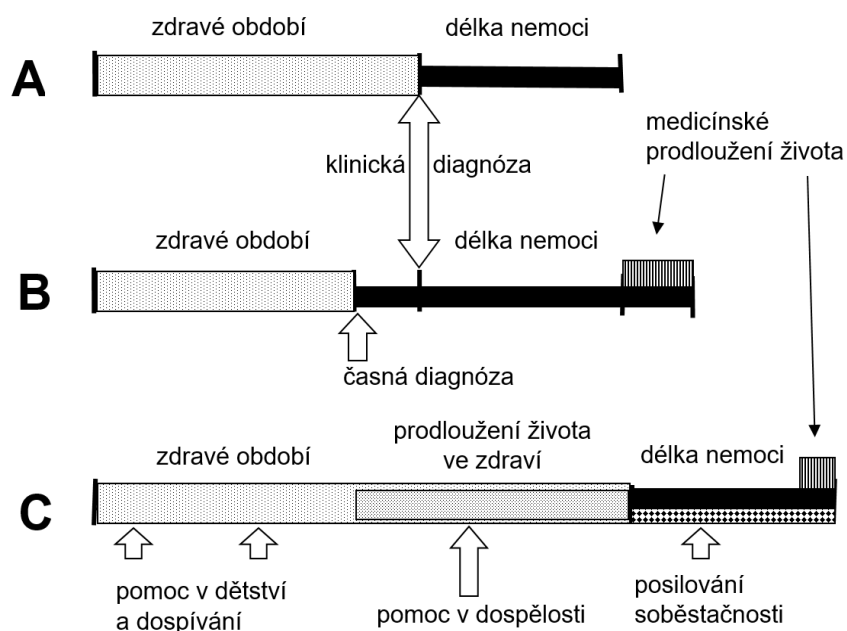
Dokonce ani nestačí, aby zdravotnická zařízení poskytovala veškeré zdravotnické služby efektivně. Důležité je, aby zbytečné služby neposkytovala vůbec. Pokud by problém mohl zvládnout praktický lékař, je hospitalizace zbytečná. Hospodárnost je jistě žádoucí a je nutné ji průběžně sledovat a zvyšovat, ale ani ta nepřináší dlouhodobé zásadní řešení.

Ad c. Někdy se uvažuje o omezování dostupnosti zdravotnických služeb. I když k tomu dochází ve všech zdravotnických systémech, občané to nevítají. Může jít například o poplatky za zdravotní péči (tzv. spoluúčast), které při vhodné výši odrazují pacienty od návštěvy lékařů, popřípadě je motivují, aby odmítli hospitalizaci. Někdy lze k podobné strategii přinutit i lékaře, pokud dostanou kvóty na některé operace nebo jiné zdravotnické zákroky. Omezování dostupnosti zdravotnických služeb však brání rozvoji zdravotnického systému a dlouhodobě nevede k příznivým výsledkům.

Někdy se argumentuje zjednodušeně a dává se občanům „vybrat“. Buď dáte více peněz na zdravotní pojištění, nebo se spokojíte se základní úspornou léčbou anebo si budete muset připlatit za výkony, které pojišťovna nehradí.

Je tu však ještě čtvrtá možnost, a to výrazně zlepšit zdraví lidí tak, aby se výskyt chronických neinfekčních nemocí odsunul do mnohem vyšších věkových kategorií a aby se léčba nemocných zkrátila vzhledem k omezené délce lidského života.

Schematicky je zmíněná situace znázorněna na třech zjednodušených modelech.



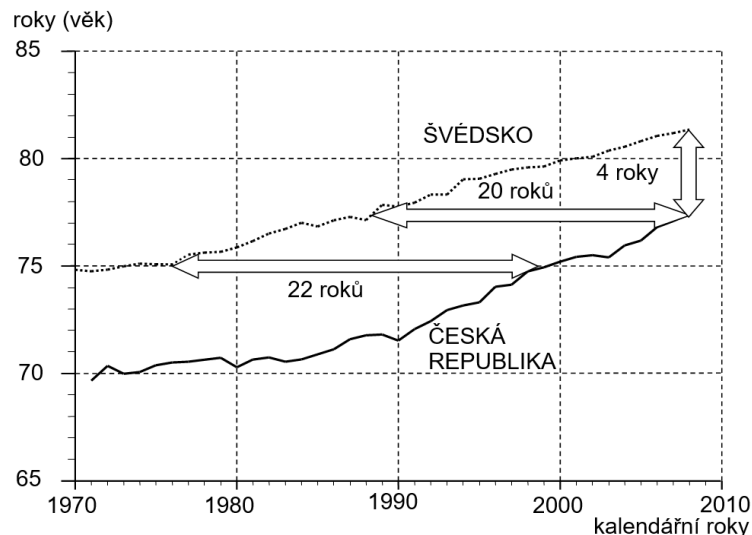
Obr. 2. Tři modely průběhu života v návaznosti na výskyt a průběh chronické nemoci

Model A začíná narozením. Po určitém období relativního zdraví je diagnostikována chronická nemoc, která je sice vhodně léčena, ale pacient posléze umírá.

Model B bere v úvahu možnost časnější diagnózy a účinnější léčby, která dokáže prodloužit život pacienta. Je to strategie dobré klinické péče. Ve svém důsledku to ovšem prodlužuje období terapie a zvyšuje náklady na zdravotní péči.

Řešení představuje **Model C**, který počítá s podstatným prodloužením délky života ve zdraví. To ovšem předpokládá výraznou pomoc v dětství, dospívání i v dospělosti. Taková pomoc musí být zaměřena jednak na zvýšení zdravotní gramotnosti jedinců a jejich rodin a jednak na zlepšení zdravotních charakteristik prostředí, v nichž lidé žijí.

Jako inspirace pro navazující úvahy může sloužit srovnání vývoje naděje dožití v České republice a ve Švédsku (viz obr. 3).



Obr. 3. Vývoj naděje dožití při narození ve Švédsku a v České republice (muži + ženy)

Z grafu je zřejmé, že vývoj v ČR a ve Švédsku je poměrně příznivý a že naděje dožití v obou zemích narůstá, přičemž ve Švédsku je zhruba o 4 roky větší. Podíváme-li se na tentýž graf z pohledu kalendářních let, pak vidíme, že ty hodnoty, které dosahuje ČR nyní, dosáhlo Švédsko zhruba před 20-22 lety. A to jistě nemáme o dvacet let horší nemocnice nebo o dvacet let horší léky, lékaře a další zdravotníky.

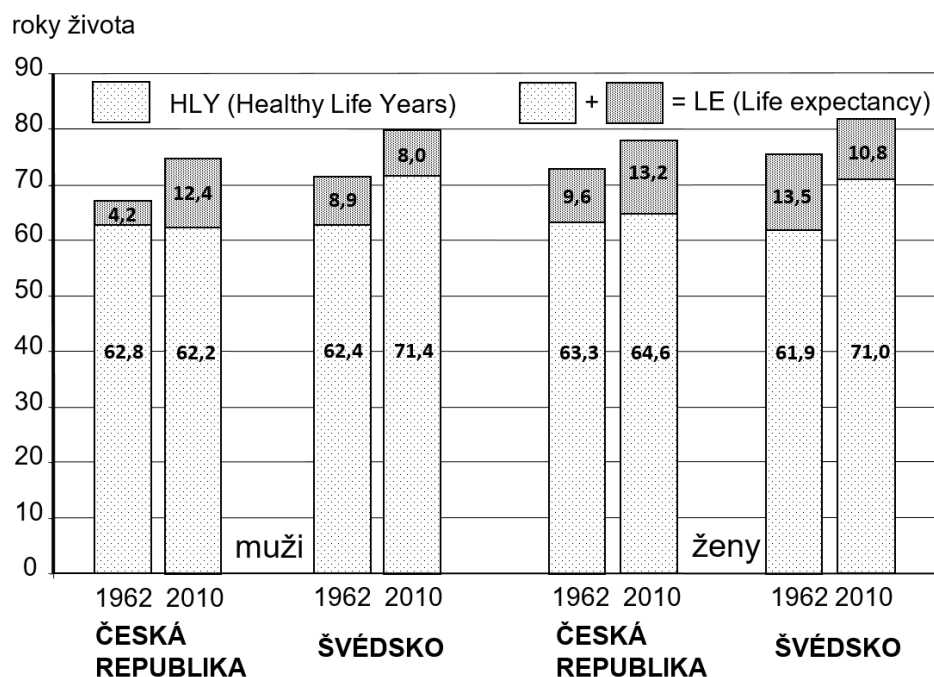
Dostupné databáze umožňují i podrobnější analýzu a podívat se na délku života prožitou ve zdraví a v nemoci. Dílčí výsledky jsou shrnuty na obr. 4, který zachycuje délku života ve zdraví a v nemoci u mužů a žen v letech 1962 a 2010 v České republice a ve Švédsku.

Z grafu je patrné, že v období 1962-2010 došlo sice u mužů v ČR k nárůstu naděje dožití, ale v důsledku prodloužení doby strávené v nemoci. Doba prožitá ve zdraví se u mužů v ČR dokonce zkrátila. Naproti tomu u švédských mužů se naděje dožití prodloužila v důsledku delší doby prožité ve zdraví. Obdobná situace je i u žen.

Svědčí to o podstatně zlepšené péči o pacienty v České republice, ale i o nešťastném podcenění prevence, zdravotní výchovy a podpory zdraví, a zejména o absenci zdravotní politiky využívající všech společenských sil ke zlepšení zdraví lidí.

Pozoruhodná je dokonce skutečnost, že v roce 1962 byla délka prožitá ve zdraví v ČR delší než ve Švédsku, a to jak u mužů i u žen. V průběhu doby se však situace zcela obrátila.

Lze to mimo jiné připsat skutečnosti, že ve Švédsku existuje skutečná zdravotní politika orientovaná nejen na zdravotnický systém, ale i na základní determinanty zdraví.



Obr. 4. Doba prožitá ve zdraví (HLY) a naděje dožití (LE) u mužů a žen v České republice a ve Švédsku v letech 1962 a 2010

Jedná se o jedenáct základních oblastí, které jsou provázeny ukazateli, umožňující průběžné hodnocení vývoje. Jsou to tyto oblasti:

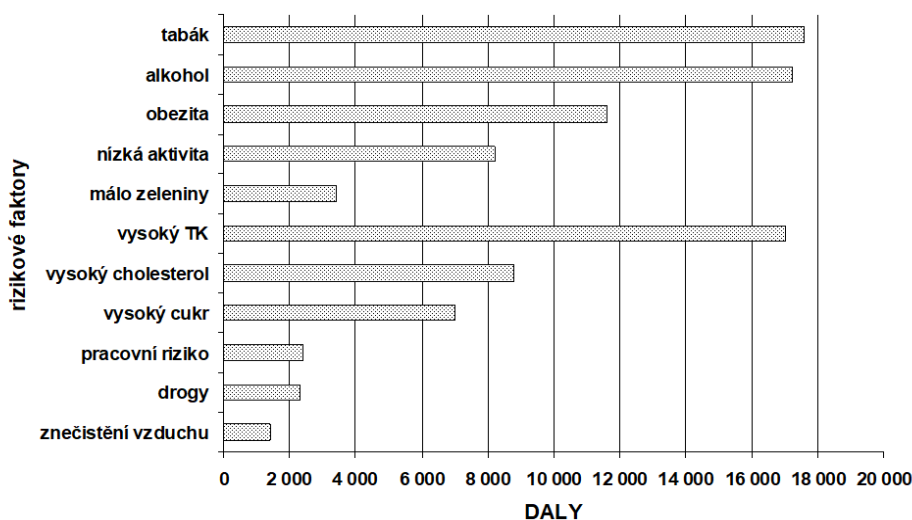
1. Podíl na společenském a politickém životě
2. Ekonomická a sociální bezpečnost
3. Bezpečné a příznivé podmínky během dětství a dospívání
4. Zdravější pracovní podmínky
5. Zdravé a bezpečné životní prostředí a zboží
6. Zdravotnické služby více přispívající ke zdraví
7. Účinná ochrana proti infekčním nemocem
8. Bezpečný pohlavní život a dobré reprodukční zdraví
9. Soustavná tělesná aktivita
10. Dobré stravovací návyky a bezpečné potraviny
11. Omezení škodlivých návyků ohrožujících zdraví.

Je ovšem důležité, že nejde jen o institucionální plnění stanovených úkolů. Švédská zdravotní politika rozvíjí aktivní účast veřejnosti na péči o zdraví, posiluje roli orgánů veřejné správy a místních samospráv v péči o zdraví, vytváří podmínky pro hodnocení a další zlepšování zdravotní politiky a zvyšuje zájem o zdraví, odpovědnost za zdraví a přímo i nepřímo zlepšuje zdraví lidí.

Někdy se namítá, že narůstající nemocnost obyvatel je nevyhnutelná, protože je nutné počítat se stárnutím populace a je prý logické, že staří lidé více stonají. Lze ovšem doložit, že prodloužení naděje dožití (střední délky života) nemusí nutně vést k nárůstu období se zdravotními problémy. Obr. 4 to ostatně výstižně ilustruje.

WHO správně doporučuje posílit roli vlády a ministerstva zdravotnictví. Ale ani samotné ministerstvo zdravotnictví na takový úkol nestačí. Je nezbytný přínos celé veřejné správy, všech organizací a institucí, rodin i jednotlivců.

U chronických neinfekčních nemocí jsou známy hlavní rizikové faktory. Materiály WHO poskytují odhady jejich závažnosti. Rámcovou informaci poskytuje obr. 5, na němž jsou uvedeny dopady některých dílčích rizikových faktorů na zdraví lidí v Evropě. Jako míra byl zvolen ukazatel DALY (disability adjusted life years), který kvantifikuje ztráty způsobené jednak úmrtím osob a jednak nemocností, přičemž se přihlíží jak k závažnosti nemoci, tak k omezením, která nemoc přináší.



Obr. 5. Počet let ztracených v důsledku zdravotního omezení (DALY) působením hlavních rizikových faktorů v Evropském regionu WHO v roce 2004.

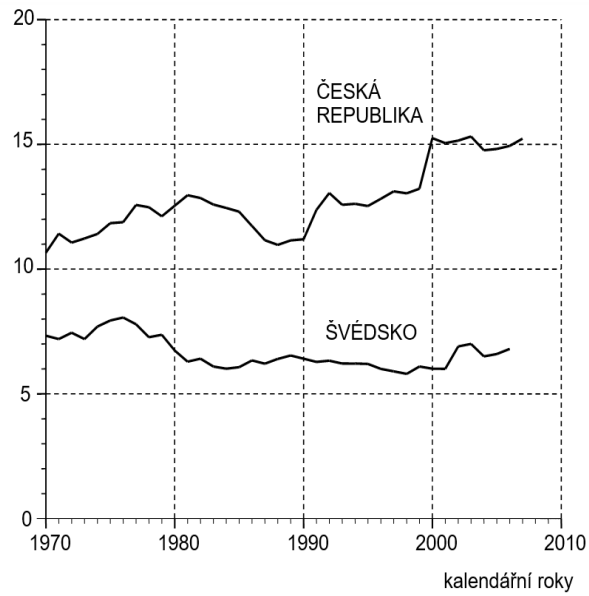
Z obrázku vyplývá, že největší zdravotní škody v Evropě způsobuje kouření, na druhém místě je alkohol. Velký vliv na zdraví má rovněž obezita, nízká pohybová aktivita a malá spotřeba zeleniny.

Ze zdravotnického hlediska je občas uváděn vysoký krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu a vysoká hladina krevního cukru. Lze ovšem soudit, že medicínsky zjišťované rizikové faktory jsou do značné míry až sekundárními projevy výše uvedených rizikových faktorů.

Pro ilustraci jsou na obr. 5 uvedeny i zdravotní dopady pracovních rizik, drog a znečištění vzduchu. Relativně nižší negativní vliv těchto rizikových faktorů na zdraví neznámá jejich malou nebezpečnost, ale výsledek poměrně úspěšné snahy jim cílevědomě čelit.

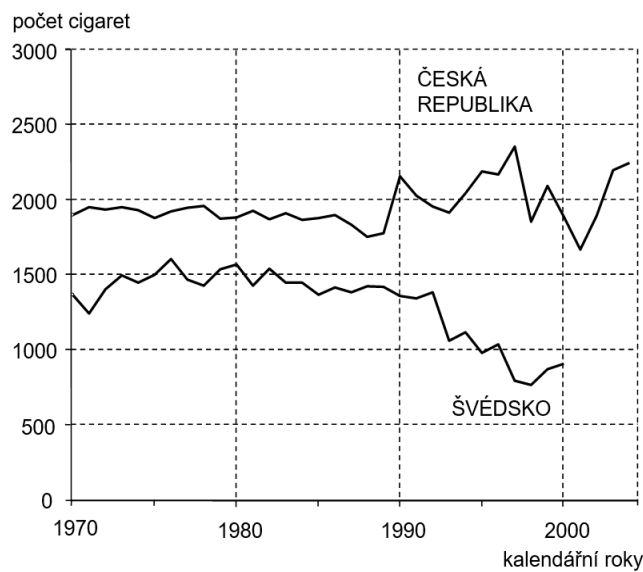
Existují poměrně účinná protidrogová opatření, je zaveden systém kontroly ovzduší, soustavně se rozvíjejí opatření věnované ochraně a bezpečnosti práce. Naproti tomu u kouření a alkoholu neexistují taková opatření, která by zdravotní dopady těchto závažných determinant zdraví podstatně omezila.

Lze se alespoň rámcově podívat, jak dopadá srovnání České republiky a Švédska ve výskytu zmíněných hlavních rizikových faktorů (alkohol, kouření, spotřeba zeleniny a obezita), situaci ilustrují obr. 6 – 9.

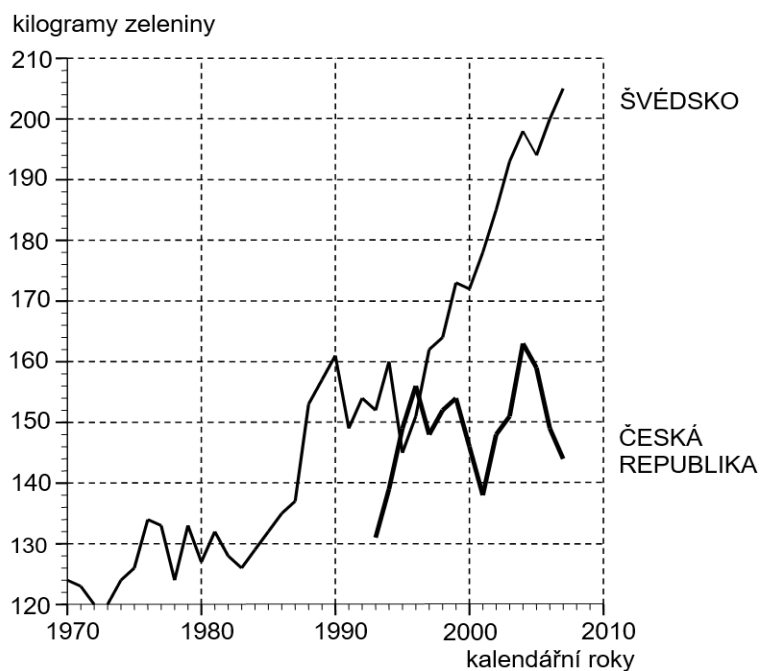


Obr. 6. Spotřeba alkoholu na osobu starší 15 let v litrech čistého lihu

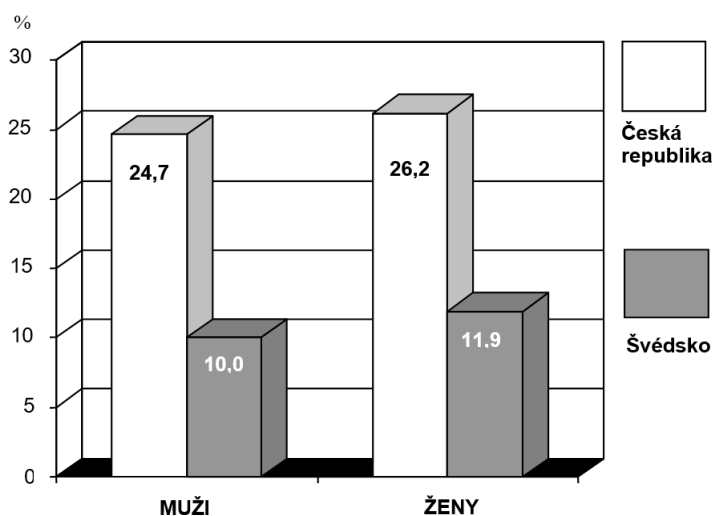
Ve Švédsku není prohibice, alkohol lze volně koupit. Alkoholické nápoje však nejsou k dostání v kiosku na nádraží.



Obr. 7. Počet prodaných cigaret na 1 obyvatele za rok v České republice a ve Švédsku



Obr. 8. Průměrné množství ovoce a zeleniny spotřebované na osobu a rok (kg) ve Švédsku a v České republice



Obr. 9. Procento obézních mužů a žen nad 25 let v České republice a ve Švédsku v letech 1996-1998

Z obr. 6 – 9 je zřejmé, že v České republice je zhruba dvojnásobná spotřeba alkoholu než ve Švédsku, dvojnásobná spotřeba cigaret, více než dvojnásobný výskyt obezity a zhruba poloviční spotřeba zeleniny.

Za takové situace se nedá očekávat, že by metody jakkoli úspěšné a mnohem lépe dotované klinické medicíny mohly rozdíly ve zdraví lidí vykompenzovat. Je ostatně všeobecně znám zásadní vliv způsobu života a životního prostředí na zdraví lidí.

V nemocnicích zdraví nevzniká, tam se jen s velkým úsilím a náklady spravuje to, co se už pokazilo. Zdraví vzniká v rodinách, školách a na pracovištích všude tam, kde lidé žijí.

Je proto velmi žádoucí, aby se společnosti, která usiluje o zlepšení zdraví lidí, podařilo posílit zájem o zdraví a odpovědnost za zdraví lidí. Týká se to všech složek společnosti, veřejné správy, organizací a institucí, rodin i jednotlivců. Slibné a oprávněné naděje jsou vkládány do zlepšení zdravotní gramotnosti.

I když existuje mnoho definic zdravotní gramotnosti, za nejdůležitější se považuje definice využitá v Evropské studii o zdravotní gramotnosti: **Jde o schopnost lidí získávat potřebné informace, rozumět jim a rozhodovat i jednat v běžném životě tak, aby to bylo dobré pro zdraví a aby to přispívalo ke zlepšení zdravotních a životních podmínek i ke kvalitě života.**

Zdravotní gramotnost je posilována vstřícností zdravotnictví, dosažitelností potřebných zdravotnických a sociálních služeb i snahou společenských struktur (školy, pracoviště, instituce, organizace, veřejná správa) vytvářet životní prostředí příznivé pro zdraví.

Zdravotní gramotnost bývá někdy dále strukturována na funkční, interaktivní a kritickou.

Funkční zdravotní gramotnost se týká výsledků tradiční zdravotní výchovy spočívající v poskytování informací o zdravotních rizicích a o tom, jak si počínat ve zdravotnickém systému. Cílem je rozšířit a prohloubit **znalosti** lidí o zdravotních rizikových faktorech.

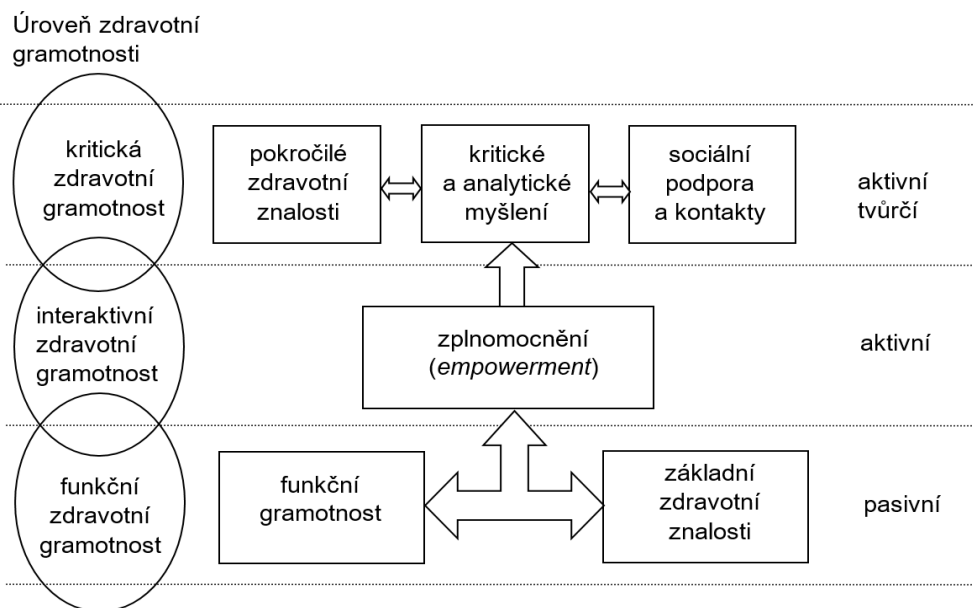
Interaktivní zdravotní gramotnost do značné míry staví na novém zaměření zdravotní výchovy v posledních 20 letech. Záměrem je zde rozvíjet **schopnosti lidí jednat samostatně, a zejména posílit jejich motivaci a odpovědnost** při respektování pokynů.

Kritická zdravotní gramotnost rozvíjí u jedinců takové schopnosti, které se týkají jak jejich individuálního chování, tak sociálně a politicky orientovaných činností, jejichž smyslem je **podílet se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí.**

Uvedené typy zdravotní gramotnosti spolu úzce souvisejí a do určité míry se i prolínají. Funkční zdravotní gramotnost se více týká jedinců, kritická zdravotní gramotnost má větší vliv na ostatní občany i na životní prostředí.

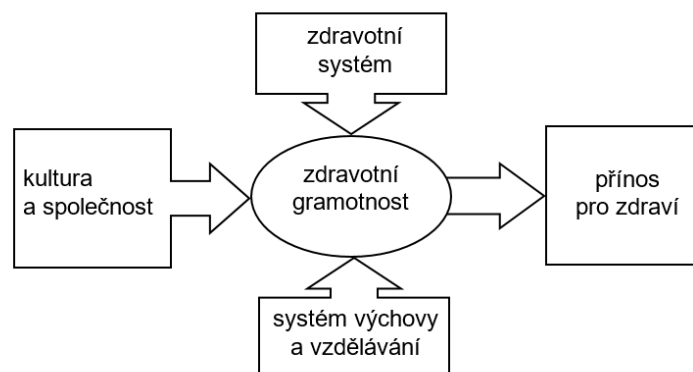
Důležitá je kvalitativní změna, která se odehrává na úrovni interaktivní zdravotní gramotnosti. Jde o tzv. *empowerment*, doslova přeloženo je to „zplnomocnění“. Jedná se o proces, který posiluje možnosti lidí podílet se na rozhodování i jednání, které ovlivňuje jejich životní osud. Je proto nezbytné, aby si jedinci i sociální skupiny osvojili náležité dovednosti, aby měli přístup k informacím a aby měli k dispozici potřebné prostředky. To jim umožní využívat stávající příležitosti a aktivně se podílet na rozhodování o všem, co tak či onak ovlivňuje jejich zdraví a životní pohodu.

Zjednodušeně je struktura zdravotní gramotnosti uvedena na obr. 10.



Obr. 10. Základní struktura zdravotní gramotnosti

Má-li být zdravotní gramotnost úspěšně rozvíjena, je nezbytné vycházet ze spolupráce a podporovat tři základní systémy (obr. 11).

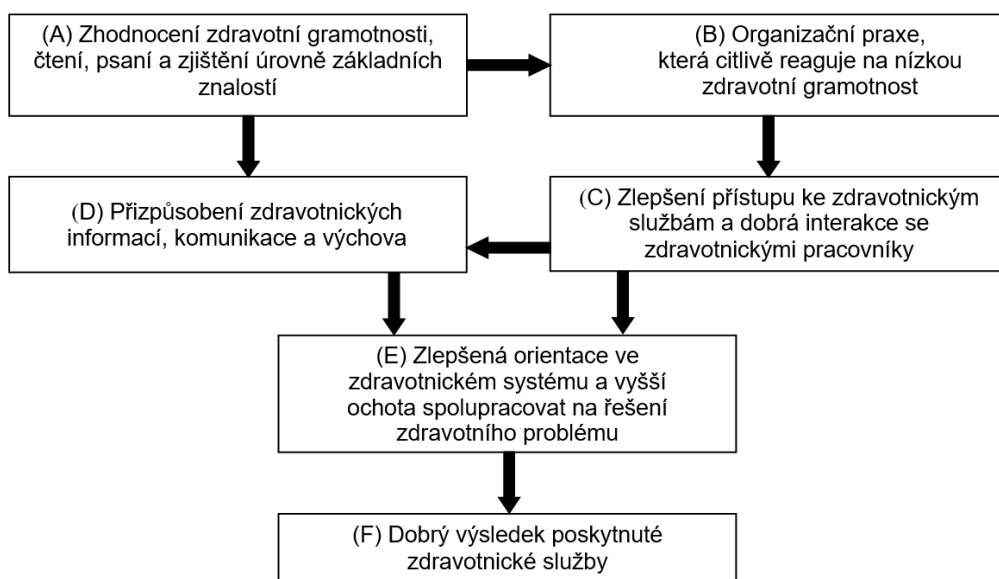


Obr. 11. Rozvojové systémy pro zdravotní gramotnost

Znamená to, že zdravotní gramotnost, obdobně jako zdraví, není záležitostí jen jednoho vládního rezortu. Mezirezortní spolupráce je proto nezbytnou podmínkou dobře míněných snah o zvýšení úrovně zdravotní gramotnosti a o zlepšení zdraví.

V publikacích o zdravotní gramotnosti lze samozřejmě najít mnoho dalších grafických znázornění upozorňujících na obsah, strukturu a funkci zdravotní gramotnosti.

Nízká zdravotní gramotnost je např. pojmána jako riziko. K osobám s nízkou zdravotní gramotností by se měli zdravotničtí pracovníci chovat tak, aby takové riziko omezili. Schematicky je to znázorněno na obr. 12.



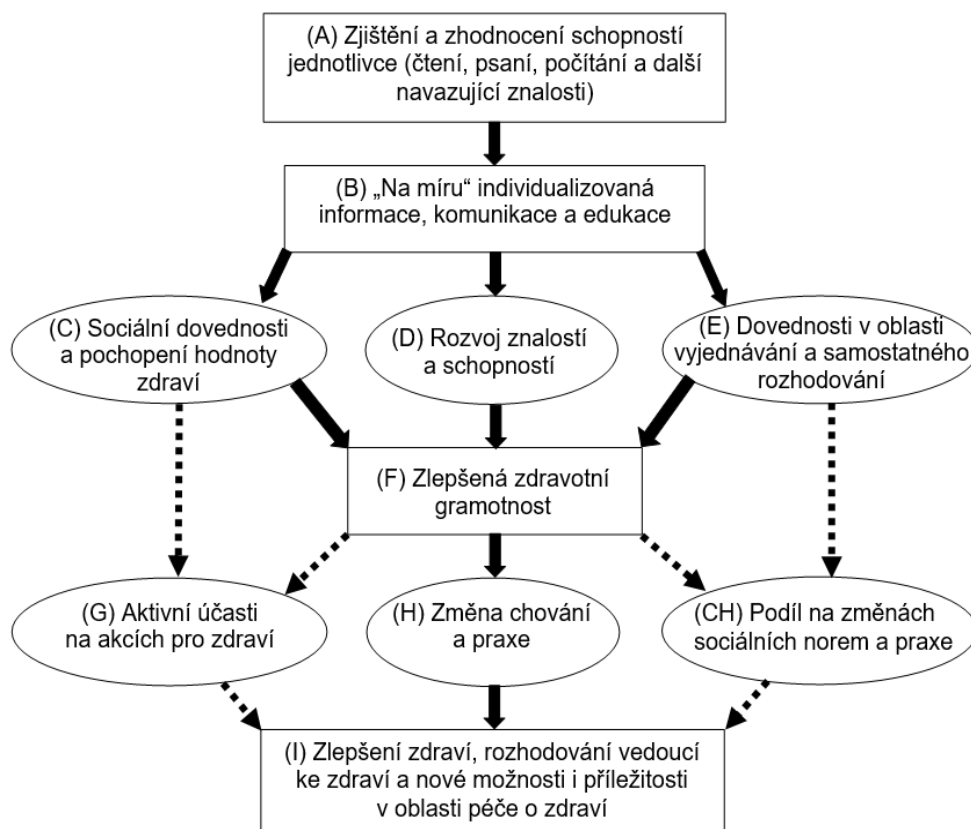
Obr. 12. Zvládání rizika nízké zdravotní gramotnosti

Na obr. 13. je znázorněn přínos zdravotní gramotnosti. Zdravotní gramotnost je za těchto okolností chápána jako prostředek umožňující lidem lépe reagovat na všechny determinanty zdraví, a tím příznivě ovlivňovat vlastní zdravotní osud. Tzn., že zdravotní gramotnost se netýká jen konkrétních zdravotních problémů, ale vede k výraznější účasti lidí na sociálních aktivitách, na rozhodování o záležitostech každodenního života.

Takové pojetí nachází uplatnění v péči o zdraví a jeho záměrem je zlepšit zdravotní gramotnost v populačním měřítku, zlepšit zdravotní kulturu v celé společnosti, rozšířit podíl občanů na rozhodování souvisejícím se zdravím, věnovat pozornost sociálním determinantám zdraví a začlenit vědomí hodnoty zdraví do účinné, hospodárné a vědecky podložené zdravotní politiky.

V rámcovém přehledu nebylo samozřejmě možné poukázat na všechny možnosti grafického znázornění dílčích aspektů zdravotní gramotnosti.

Snad by bylo vhodné v závěru připomenout, že zdravotní gramotnost lidí a dobrá zdravotní politika nevznikne sama od sebe. Proto je tak důležitá role státu, kompetentní řízení ministerstva zdravotnictví, široce rozvinutá mezirezortní spolupráce i podpora všech organizací, institucí a občanských iniciativ, které mohou pomoci.



Obr. 13. Zdravotní gramotnost chápaná jako přínos pro zdraví,

Bylo by naivní se domnívat, že oslabení role státu a omezení kompetencí ministerstva zdravotnictví by mohlo stávající problémy vyřešit. Společné a v potřebné míře koordinované úsilí o zlepšení zdravotní gramotnosti neposiluje centralistické a direktivní řízení. Právě naopak. Smyslem zdravotní gramotnosti je kultivovat samostatnost úsudku, svébytnost, odpovědnost a důstojnost občanů. Ve svém důsledku úsilí o zvýšení zdravotní gramotnosti přispívá k naplnění demokratických principů.

Program WHO Zdraví 2020 je dobře připravenou osnovou zdravotní politiky. Záleží na vládě a na všech dalších společenských strukturách i na jednotlivých občanech, zda pochopí hodnotu zdraví a zda pro zdravotní gramotnost a zdraví lidí dokážou něco užitečného vykonat.

Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření

¹Zdeněk Kučera, ²Jürgen Pelikan, ³Alena Šteflová

¹Ústav pro zdravotní gramotnost: Praha
²Institut für Soziologie, Universität Wien
³Kancelář WHO v ČR

Čas. Lék. čes. 2016; 155: 233–241

SOUHRN

Výzkum zdravotní gramotnosti v České republice se realizoval na konci roku 2014 v rámci přípravy implementační strategie programu Zdraví 2020 v ČR. Šetření provedl Státní zdravotní ústav (SZÚ) s finanční podporou MZ ČR a České kanceláře WHO. Sociologické šetření navázalo na srovnávací výzkum, který proběhl v 8 zemích EU v první polovině této dekády. Reprezentativního šetření se zúčastnilo celkem 1037 starších 16 let, vybraných ve všech krajích ČR. Byla využita stejná metodika jako v původní studii. Zdravotní gramotnost byla zjišťována v oblastech zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.

Zjistili jsme, že 59,4 % respondentů vykazuje omezenou zdravotní gramotnost, v oblasti zdravotní péče je to 49,5 % obyvatel, v prevenci nemocí 54,1 %, a v oblasti podpory zdraví dokonce 64,3 % dotázaných. V porovnání s ostatními zkoumanými zeměmi zaujímá ČR osmé, předposlední místo. Zdravotní gramotnost je podmíněna negativně věkem a pozitivně vzděláním. Zaznamenali jsme výrazný sociální gradient: zdravotní gramotnost stoupá se sociálním statutem. Zdravotní gramotnost poměrně výrazně ovlivňuje zdravotní stav, jakož i zdravotní chování.

KLÍČOVÁ SLOVA

zdravotní gramotnost, zdravotní chování, podpora zdraví, sociální determinanty zdraví

SUMMARY

Kučera Z., Pelikan J., Šteflová A. Health literacy in Czech population – results of the comparative representative research

Health literacy survey was carried out at the end of 2014 in the context of preparation of implementation strategy of the Program Health 2020 in the Czech Republic. The survey was conducted by the National Institute of Public Health with financial support from the Ministry of Health and the Czech WHO office. Sociological survey replicated comparative research conducted in eight EU countries in the first half of this decade. Representative survey in 1037 respondents in the age over 16 years, selected in all regions of the country. The identical methodology as used in the original study was utilized. Health literacy was measured in the areas of health care, disease prevention and health promotion.

We found that 59.4 % of respondents showed limited general health literacy; health literacy in health care is proved to be 49.5 % of the population, in the area of disease prevention it was 54.1 % of respondents and in health promotion it was even 64.3 % of respondents. Compared to the other countries surveyed, Czech Republic occupies the eighth, penultimate place. Health literacy is correlated negatively with age and positively with education. We found a strong social gradient of health literacy which rises with social status. Health literacy quite significantly influences the health status and health behaviors.

KEYWORDS

health literacy, health behaviour, health promotion, social determinants of health

ÚVOD

Studie, jejíž výsledky podáváme, byla realizována Státním zdravotním ústavem v rámci spolupráce Ministerstva zdravotnictví ČR a Kanceláře WHO v ČR. Cílem článku je jednak představení recentní metodologie zjišťování zdravotní gramotnosti metodou dotazníkového šetření, jednak prezentace zjištění o zdravotní gramotnosti v mezinárodním srovnání. Zdravotní gramotnost je pojmem, kterému věnuje Světová zdravotnická organizace (WHO) v posledních letech rostoucí pozornost. V programu „Zdraví 2020“ se můžeme dočíst, že „zdravotní gramotnost společnosti se stala jedním z rozhodujících faktorů. Umožňuje správnou volbu zdravého chování a do značné míry ovlivňuje dovednosti, které se vytvářejí již v dětství“ (1); a na jiném místě: „zdravotní gramotnost je slibný akční koncept, který

(...) je zaměřen na rozšiřování znalostí a dovedností, které vedou ke zlepšení zdraví, a to včetně schopnosti orientovat se v komplexním systému zdravotní a sociální péče a postarat se o své zdraví“ (2).

V národní strategii implementace programu Zdraví 2020 představuje zdravotní gramotnost jedno z klíčových průřezových či „vertikálních“ témat, jež pronikají všemi obsahovými oblastmi zdravotní péče, prevence a podpory zdraví. V těchto intencích pracuje také Pracovní skupina pro zdravotní gramotnost, která připravila Akční plán zvyšování zdravotní gramotnosti. Sledování změn v úrovni zdravotní gramotnosti ovšem předpokládá možnost tuto veličinu operacionalizovat, popsat výchozí stav a teprve poté kvantifikovat dosažené změny. Validní data o úrovni zdravotní gramotnosti jsme ovšem dosud neměli k dispozici.

NÁSTROJE MĚŘENÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

Systematický výzkum zdravotní gramotnosti, resp. funkční zdravotní gramotnosti se datuje od 90. let 20. století. Většina studií se realizovala ve Spojených státech amerických. Davis et al. (3) navrhli metodu REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*) spočívající ve správném přečtení a vyslovení 66 medicínských pojmů. Tento velmi jednoduchý test, trvající 3 minuty, mohl být uplatněn pouze u anglicky mluvících respondentů a nikoli v hispánské komunitě, neboť ve španělštině se fonémy neliší od grafémů (zvuky od písmen). Je ovšem otázkou zda schopnost přečtení a vyslovení odborných lékařských termínů skutečně postihuje způsob zacházení se zdravotně relevantními informacemi.

Dalším nástrojem měření zdravotní gramotnosti pacientů je TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*) (4), který sestává ze 17položkového testu numerické dovednosti a 50položkového testu pochopení čteného textu; jeho zkrácenou verzi S-TOFHLA (5) je podle autorů možno sejmout za 12 minut. Oba zmíněné instrumenty (REALM i TOFHLA) tedy zjišťují funkční zdravotní gramotnost, neboli schopnost správně interpretovat text se zdravotním obsahem.

Podle Bakera (6) spolu oba testy navzájem korelují a korelují s testy slovní zásoby, současně však má za to, že je třeba hledat komplexnější nástroje zjišťování zdravotní gramotnosti. Podle něho i podle Nutbeam (7) by takovým instrumentem mohl být HALS (*Health Activity Literacy Scale*), který se zaměřuje na zdravotní gramotnost v pěti oblastech: podpora zdraví, ochrana zdraví, prevence nemocí, péče o zdraví a jeho udržování a navigace ve zdravotnickém systému. Největším problémem této metody je velký počet otázek a více než hodina potřebná k jejich zodpovězení.

V roce 2003 byly do celonárodního šetření gramotnosti dospělé populace v USA NAAL (*National Assessment of Adult Literacy*) poprvé zařazeny i škály zdravotní gramotnosti (8). Zdravotní gramotnost, definovaná jako „míra schopnosti získat, zpracovat a porozumět zdravotně relevantní informaci a službám, které jsou potřebné k realizaci adekvátních rozhodnutí“ (9), byla u více než 19 tisíc respondentů měřena 3 testovacími škálami: a) škálou textové gramotnosti (*prose literacy*), b) škálou využívání nesouvisajících textů (*document literacy*), c) škálou numerické gramotnosti (*quantitative literacy*). Nejvíce respondentů (57 %) dosáhlo střední úrovně gramotnosti, 22 % elementární úrovně, 14 % nižší než elementární a 11 % mimořádné úrovně. Včlenění instrumentů k měření zdravotní gramotnosti do kontextu zjišťování obecné gramotnosti je pro americká data do jisté míry typické: zdravotní gramotnost je vnímána do značné míry jako předpoklad správné komunikace mezi lékařem a pacientem mj. v kontextu snížené jazykové kompetence u osob, jejichž mateřským jazykem není angličtina (10).

V polovině minulého dekády se objevil další nástroj na zjišťování funkční zdravotní gramotnosti, který autoři poněkud bombasticky nazvali *The Newest Vital Sign* (NVS) (11). Tento velice jednoduchý test spočívá ve zkoušce porozumění informaci uvedené na obalu zmrzliny. Šest otázek mělo otestovat schopnost respondenta vyvodit z údajů o nutričních

hodnotách dezertu informace, které mohl uplatnit ve svém rozhodování týkajícího se vlastního zdraví (12).

PRVNÍ SYSTEMATICKÁ STUDIE V ZEMÍCH EU

V roce 2014 byly zveřejněny výsledky první systematické studie zdravotní gramotnosti v 8 zemích Evropské unie (Rakousko, Bulharsko, Německo, Řecko, Španělsko, Irsko, Nizozemsko a Polsko) (13), která se opírala o operacionalizaci sofistikovaného modelu zdravotní gramotnosti, zveřejněného v publikaci WHO „Health Literacy. The Solid Facts“ z roku 2013 (14).

Model (15) zahrnuje 3 základní dimenze zdravotní gramotnosti (zdravotní péči, prevenci nemocí a podporu zdraví) a 4 kroky získávání a zpracovávání informací (schopnost získat informace, pochopit je, vyhodnotit je a rozhodnout se na jejich základě ve prospěch zdraví).

Tab. 1 Model zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost	Dostupnost zdravotních informací	Porozumění zdravotně relevantním informacím	Vyhodnocení zdravotně relevantních informací	Aplikace či využití zdravotně relevantních informací
Zdravotní péče	1. Schopnost získat informace o medicínských tématech	2. Schopnost porozumět medicínským informacím a pochopit jejich smysl	3. Schopnost interpretovat a vyhodnotit medicínské informace	4. Schopnost činit poučené rozhodnutí u medicínských problémů
Prevence nemocí	5. Schopnost získat informace o rizikových faktorech	6. Schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech a pochopit jejich smysl	7. Schopnost interpretovat a vyhodnotit informace o rizikových faktorech	8. Schopnost posoudit relevanci informací o rizikových faktorech
Podpora zdraví	9. Schopnost získávat nové zdravotně relevantní informace	10. Schopnost porozumět zdravotně relevantním informacím a pochopit jejich smysl	11. Schopnost interpretovat a vyhodnotit zdravotně relevantní informace	12. Schopnost zaujmout poučený názor na zdravotní otázky

Výsledná tabulka byla posléze operacionalizována do podoby baterie 47 otázek. Dotazy bylo zjišťováno, jak obtížné je pro respondenty informace získat, porozumět jim, rozhodnout je a přijmout na jejich základě rozhodnutí. Respondenti k odpovědím využívali pětipoložkové Likertovy škály, na základě odpovědí pak byly vytvořeny standardizované škály tří dimenzí zdravotní gramotnosti a nakonec škála celkové zdravotní gramotnosti. Výsledkem standardizace byly škály nabývající hodnot 0–50; výsledky byly prezentovány jednak v podobě průměrných hodnot celých souborů, jednak v podobě intervalů, do kterých byly škály rozděleny.

METODIKA VÝZKUMU

V každé z 8 zemí byl u reprezentativního výběru minimálně 1000 respondentů starších 15 let sejmuto dotazník o 90 položkách. Jádrem dotazníku byla baterie 47 otázek, která operacionalizovala zpracovaný model zdravotní gramotnosti:

Odpovědi na pětipoložkových Likertových škálách byly zpracovány do standardizovaných indexů (nabývajících hodnot 1–50):

- zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče
- zdravotní gramotnosti v oblasti prevence nemocí
- zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví
- zdravotní gramotnosti celkové

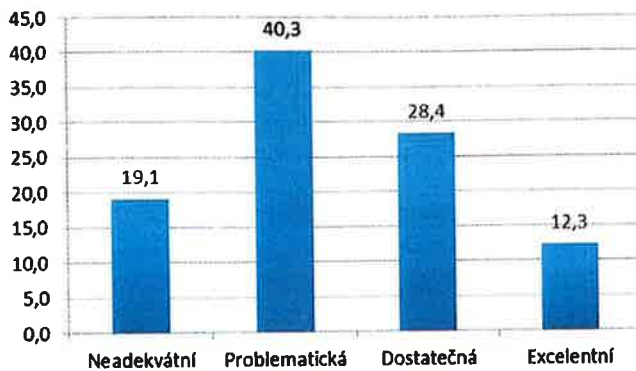
Kromě škál zdravotní gramotnosti dotazník obsahoval i otázky týkající se socio-ekonomických charakteristik, subjektivního zdravotního stavu a zdravotního chování.

Se souhlasem autorů jsme mohli ve druhé polovině roku 2014 přistoupit k replikaci šetření v České republice. Do reprezentativního výběru obyvatel ČR starších 15 let bylo zahrnuto celkem 1037 respondentů ze všech krajů.

NEJDŮLEŽITĚJŠÍ ZJIŠTĚNÍ

Celkově vykazuje téměř 60 % (59,4 %) české dospělé populace neadekvátní nebo problematickou celkovou zdravotní gramotnost, oproti 47,6 % respondentů v 8 evropských zemích zkoumaných dříve.

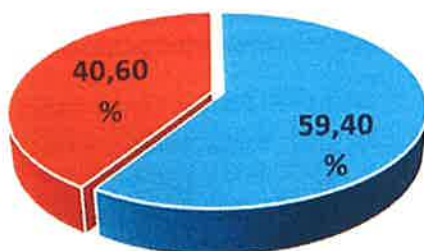
Zdravotní gramotnost celková



Graf 1 Rozložení celkové zdravotní gramotnosti

Přehlednější je dichotomické rozložení, sdružující pozitivní a negativní položky odpovědi (viz graf 2). Čtyři z deseti dotázaných tedy vykazuje problematickou zdravotní gramotnost.

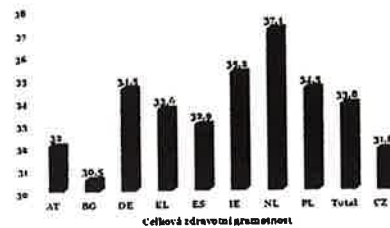
Zdravotní gramotnost



- Neadekvátní a problematická
- Excelentní a dostatečná

Graf 2 Celková zdravotní gramotnost: dichotomické rozložení

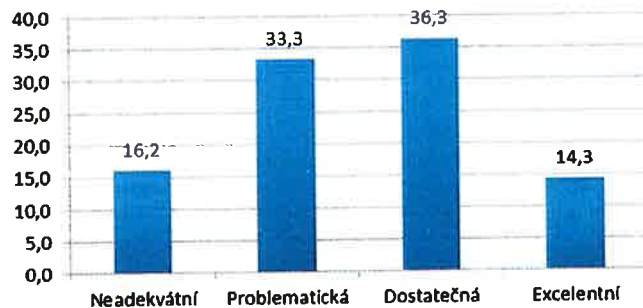
V porovnání s dalšími 8 zkoumanými zeměmi zaujímá Česká republika předposlední místo, za ní následuje jen Bulharsko. Z grafu 3 je rovněž zřejmá distance výsledků českého souboru a souboru nizozemského, který vykazuje nejlepší výsledky. Poměrně překvapivá je blízkost českého a rakouského výběru.



Poznámka: AT = Rakousko, BG = Bulharsko, DE = Německo (Severní Porýní – Vestfálsko), EL = Řecko, ES = Španělsko, IE = Irsko, NL = Nizozemsko, PL = Polsko, Total = Průměr EU-8 (bez České republiky), CZ = Česká republika

Graf 3 Celková zdravotní gramotnost v 8 zemích EU a v České republice

Relativně nejpříznivější výsledky vykazuje gramotnost v oblasti zdravotní péče, tedy té oblasti gramotnosti, která se vztahuje k orientaci v systému zdravotnictví a zdravotní péče. Do oblasti snížené gramotnosti spadá méně než polovina respondentů, přesně 49,5% populace, jak dokládají grafy 4 a 5. Zdůrazněme, že se jedná opravdu o relativně pozitivnější výsledek, neboť jen polovina dotázaných dokáže získat, porozumět, vyhodnotit informace týkající se zdravotní péče a poté se adekvátně rozhodovat.



Graf 4 Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče

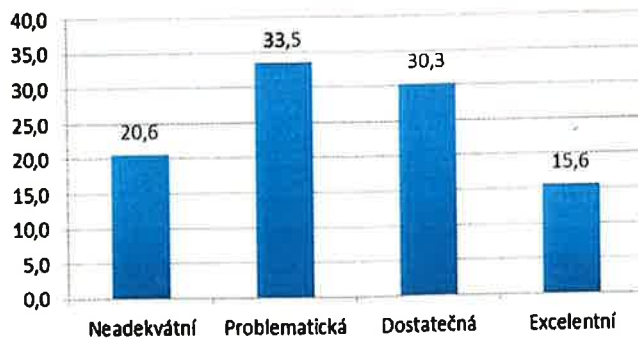


- Neadekvátní a problematická
- Excelentní a dostatečná

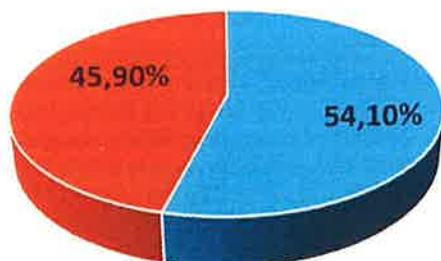
Graf 5 Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče: dichotomické rozložení

Horší situace je ve sféře prevence nemocí, neboli schopnosti získat adekvátní informace, vyhodnotit je a využít, pokud jde o předcházení konkrétním onemocněním. Celkem 54,1% obyvatel vykazuje omezenou gramotnost v této oblasti. Výsledky dokládají grafy 6 a 7.

PŮVODNÍ PRÁCE



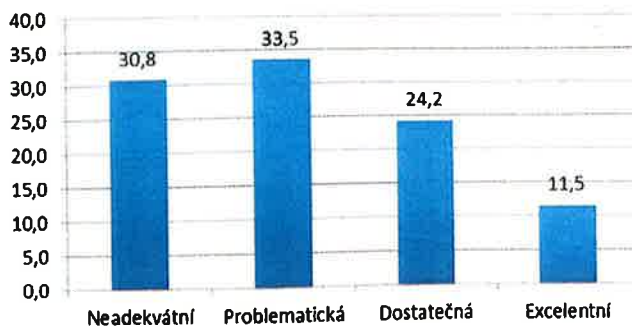
Graf 6 Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí



- Neadekvátní a problematická
- Excelentní a dostatečná

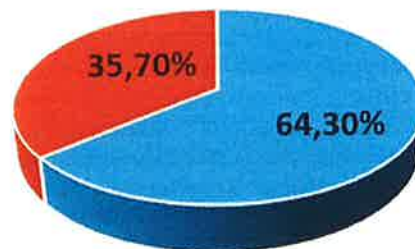
Graf 7 Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí: dichotomické rozložení

Nejhorší situace je v oblasti podpory zdraví, tedy ve využívání informací týkajících se udržování a posilování vlastního zdraví a zdravotního potenciálu. Omezenou zdravotní gramotnost tak vykazují téměř dvě třetiny (64,3 %) populace. Dvě třetiny obyvatel tedy mají problémy obstarat si a vyhodnotit informace týkající se podpory vlastního zdraví a posléze podle těchto informací i jednat. Nemělo by nás uklidňovat, že gramotnost v oblasti podpory zdraví je ve všech zkoumaných zemích nejnižší v porovnání se zbývajícími dvěma oblastmi zdravotní gramotnosti



Graf 8 Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví

Zajímavé je porovnání zdravotní gramotnosti v jednotlivých oblastech. Vyplývá z něho, že nejhorší situace je ve sféře podpory zdraví, naopak poměrně slušná úroveň je v porozumění a orientaci v oblasti zdravotní péče. Občané tedy snáze získávají informace týkající se fungování systému

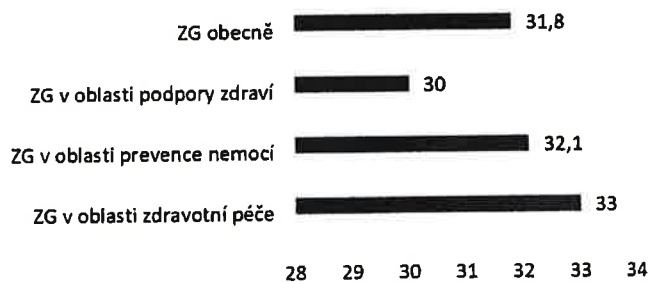


- Neadekvátní a problematická
- Excelentní a dostatečná

Graf 9 Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví: dichotomické rozložení

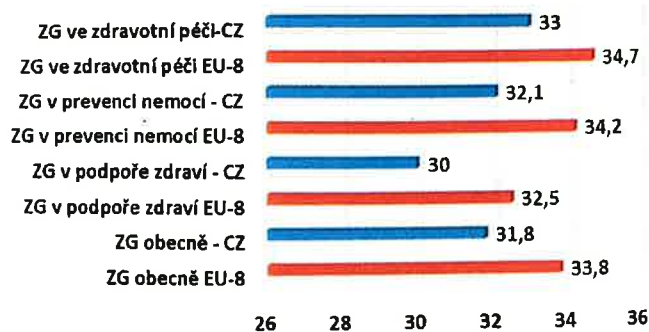
zdravotní péče (a na jejich základě se rozhodují) než informace týkající se jejich zdravého životního stylu a posilování jejich vlastního zdraví. Graf 10 uvádí průměrnou hodnotu populace na škále 0–50 bodů.

Zdravotní gramotnost v ČR



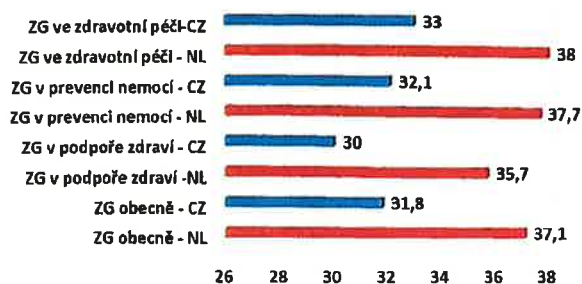
Graf 10 Srovnání celkové zdravotní gramotnosti a jejich jednotlivých složek

Česká republika za průměrem 8 evropských zemí zaostává nejen v celkové zdravotní gramotnosti, ale také v jednotlivých oblastech zdravotní gramotnosti, jak ilustruje graf 11.



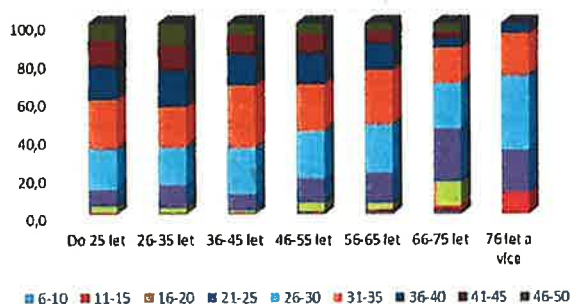
Graf 11 Srovnání celkové zdravotní gramotnosti a jejich jednotlivých složek v 8 zemích EU a v ČR

Ještě zajímavější je srovnání výsledků českých respondentů s „premianty“ reprezentativních šetření, tedy obyvateli Nizozemska. Rozdíly mezi oběma činí výrazných 13–16 %.



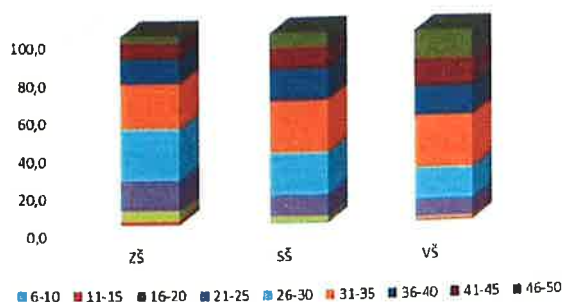
Graf 12 Srovnání celkové zdravotní gramotnosti a jejich jednotlivých složek v Nizozemsku a Česku

Vcelku nenalézáme takřka žádné rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti mezi muži a ženami našeho souboru. Pokud jde o rozdíly podmíněné věkem respondentů, zaznamenáváme postupný pokles zdravotní gramotnosti od čtvrtého decenia. V grafu 13 je skóre zdravotní gramotnosti rozčleněno do pětibodových intervalů, takže je jasně patrný úbytek nejvyšších hodnot skóre celkové zdravotní gramotnosti s rostoucím věkem. Tato souvislost je v České republice nejvyšší ze všech zkoumaných zemí.



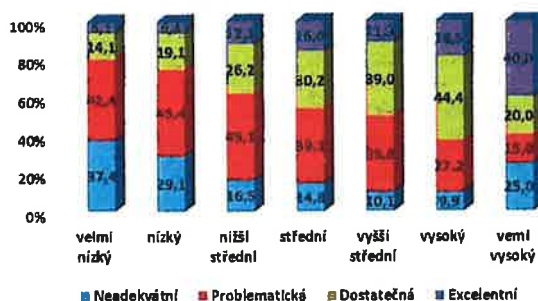
Graf 13 Celková zdravotní gramotnost dle věku

Statisticky významná je rovněž pozitivní souvislost zdravotní gramotnosti se vzděláním respondentů. S růstem vzdělanosti narůstá celková zdravotní gramotnost. Vysvětlením může být celkově vyšší kompetence při vyhledávání a vyhodnocování informací s využitím různých médií, ať už klasických či elektronických.



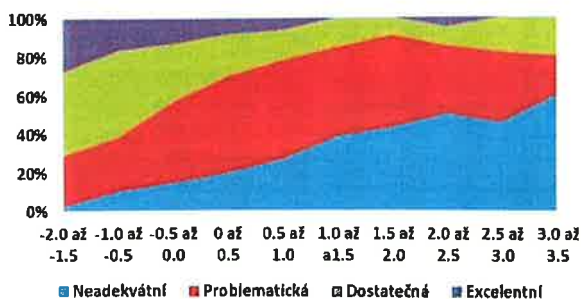
Graf 14 Zdravotní gramotnost dle vzdělání

Podobnou souvislost konstatujeme i u subjektivního sociálního statutu neboli vlastního hodnocení postavení na sociálním žebříčku: čím výše se respondenti vidí na žebříčku sociálních pozic, tím vyšší index zdravotní gramotnosti vykazují. Starost o zdraví a kompetence v práci se zdravotně relevantními informacemi je součástí sociálního postavení. Zajímavé výsledky zaznamenáváme u skupiny respondentů, kteří svou pozici na společenském žebříčku vidí nejvýše. Většina osob této sociální skupiny vykazuje nejvyšší míru zdravotní gramotnosti, nicméně u celé čtvrtiny se projevuje neadekvátní zdravotní gramotnost. Znamená to, že poměrně velká část vysoce postavených osob nepovažuje starost o vlastní zdraví za příliš důležitou.



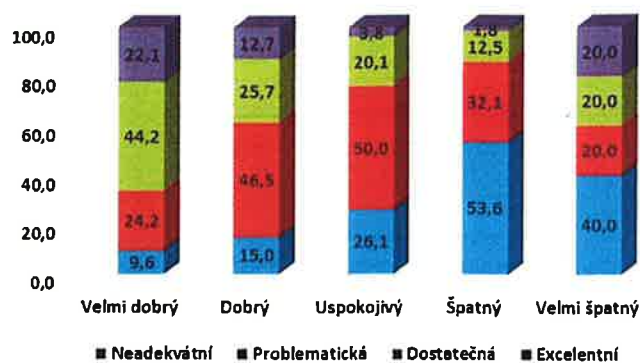
Graf 15 Zdravotní gramotnost dle subjektivního sociálního statutu

Stejnou tendenci vykazuje souvislost zdravotní gramotnosti s indexem finanční deprivace: rostoucí finanční obtíže (definované jako problémy s placením účtů, včetně hrazení léčiv) souvisejí se snižováním míry zdravotní gramotnosti. Vcelku tedy zaznamenáváme u zdravotní gramotnosti sociální gradient, tj. sociální determinaci jak celkové, tak dílčích zdravotních gramotností.



Graf 16 Zdravotní gramotnost a míra finanční deprivace

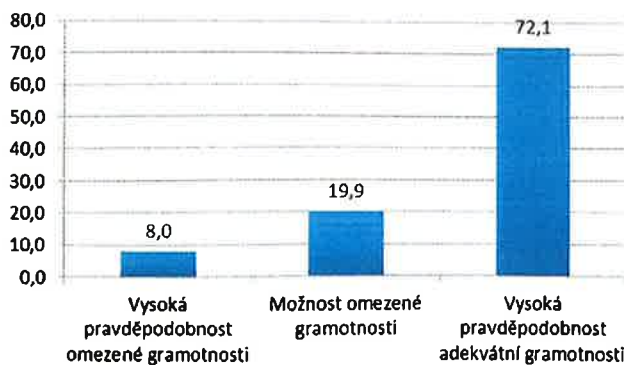
Zajímavá je souvislost zdravotní gramotnosti se subjektivním (pocitovaným) zdravotním stavem: S rostoucí zdravotní gramotností se zlepšuje subjektivně prožívaný stav vlastního zdraví. Zdá se ovšem, že u osob, které zažijí velké zhoršení zdravotního stavu, se zvyšuje kompetence při získávání zdravotně relevantních informací a jejich využívání, tedy zdravotní kompetence. Závažnější či déletrvající nemoc může vést k rostoucímu zájmu o zdravotní informace.



Graf 17 Souvislost zdravotní gramotnosti se subjektivním zdravotním stavem

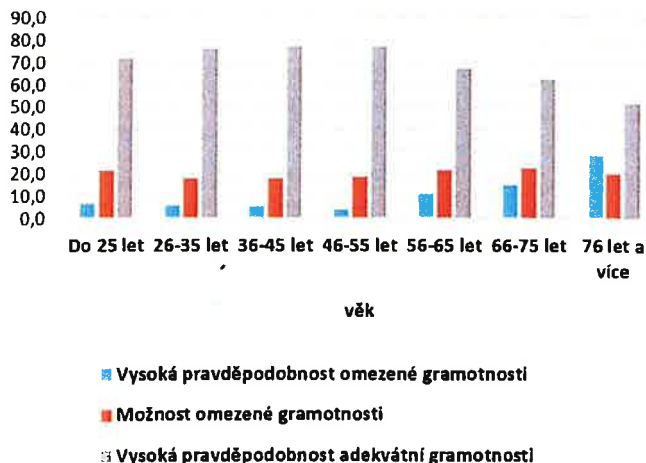
Kromě nově vytvořených 47 škál zdravotní gramotnosti byl administrován rovněž test funkční zdravotní gramotnosti NVS (*The Newest Vital Sign*). 6 uzavřenými otázkami byla na příkladu porozumění nutriční informace zkoumána funkční zdravotní gramotnost. Výsledné hodnoty byly zařazeny do 3 intervalů, nazvaných „vysoká pravděpodobnost omezené gramotnosti“, „možnost omezené gramotnosti“ a „vysoká pravděpodobnost adekvátní gramotnosti“. Oproti výsledkům, které jsme obdrželi po sejmutí 47 škál připravených specificky pro evropské srovnávací šetření, jsou výsledky v testu NVS výrazně příznivější. Téměř tři čtvrtiny českých respondentů vykazují nejvyšší míru funkční zdravotní gramotnosti a pouze méně než desatina populace spadá do skupiny s nejnižší mírou zdravotní gramotnosti.

Zaznamenáváme tedy poměrně značnou diskrepanci mezi výsledky získanými oběma metodami. Zdá se, že tváří v tvář konkrétní informaci, která vyžaduje porozumění a interpretaci (funkční zdravotní gramotnost), tuzemský respondent obstojí lépe než v situaci, kdy se u něho předpokládá podstatně komplexnější jednání s informací, tj. vyhledání, porozumění, vyhodnocení a rozhodování, jak je tomu u komplexně pojaté zdravotní gramotnosti.



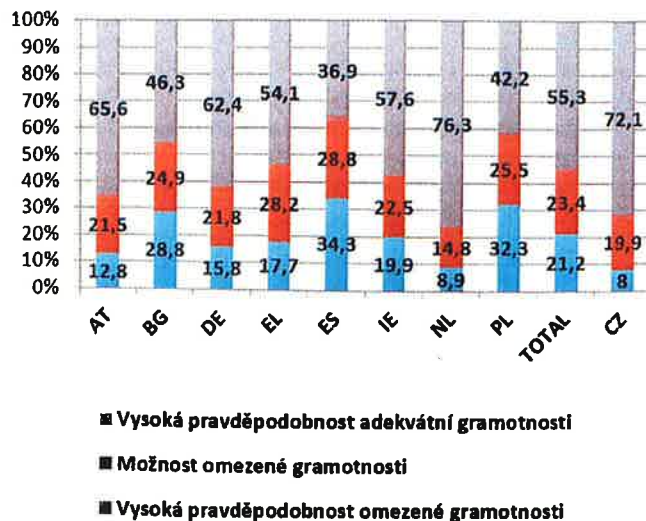
Graf 18 Rozložení dle skóre NVS

Skóre indexu NVS vykazují souvislost s věkem respondentů, jak to dokládá graf 19. S rostoucím věkem skóre zprvu mírně narůstá až do věku zhruba 50 let, poté (opět mírně) klesá. Nejvyšší úroveň dosahuje přibližně mezi 30. a 50. rokem.



Graf 19 Rozložení skóre NVS dle věku

Velice zajímavé je srovnání skóre NVS v 9 zkoumaných zemích. Česko se v tomto srovnání zařadilo na druhé místo, hned za Nizozemsko, které i v této komparaci vychází nejlépe. Toto pořadí, zejména pokud jde o Českou republiku na straně jedné, a Španělsko či Polsko na straně druhé, kontrastuje s výsledky stavu zdravotní gramotnosti zjišťovanými pomocí nově vytvořených škál zdravotní gramotnosti. Velice obtížné je interpretovat relativně odlišné postavení českého souboru v kontextu dalších zemí EU, kdy čeští respondenti mají relativně vysokou míru funkční zdravotní gramotnosti a relativně nízkou míru komplexní zdravotní gramotnosti. Jednou z možných interpretací by mohla být nižší míra aktivního přístupu ke zdravotním informacím, který komplexní zdravotní gramotnost vyžaduje, a na druhé straně schopnost informací, pokud je občanovi předložena a nemusí po ní sám pátrat, relativně snadno vyhodnotit.



Graf 20 Srovnání skóre NVS v osmi zemích EU a v ČR

Porovnání obou typů ukazatelů zdravotní gramotnosti, tedy 47 škál (HL-47) a skóre NVS, by mohlo vyvolávat zmatek a pochybnosti o „faktické“ úrovni zdravotní gramotnosti. Skóre NVS se od komplexního ukazatele HL-47 liší ještě

v jedné věci – zaměřuje se na úzce specifickou oblast nutriční gramotnosti, zejména schopnost pracovat s ukazateli výživové hodnoty potravin. V tomto velice úzkém smyslu bychom mohli výsledky u českých respondentů považovat za uspokojivé.

Naši rakouští partneři provedli multivariacní analýzu našich dat, která je srovnatelná s analýzami provedenými v dalších zemích (16). Tab. 2 (17) přináší srovnání síly prediktorů celkové zdravotní gramotnosti v devíti srovnávaných zemích. V Česku je zdravotní gramotnost v největší míře ze všech zemí ovlivněna věkem; nejvíce tento vliv vyniká ve srovnání s Německem, Irskem a Nizozemskem. Naopak nejméně ze všech zemí má na celkovou zdravotní gramotnost vliv pohlaví; největší je tento vliv v Nizozemsku. Výrazná je prediktivní síla zdravotní gramotnosti u finanční deprivace, a to ve všech zemích, v Česku je ovšem nejvýraznější.

Z tabulky souvislostí mezi celkovou zdravotní gramotností a indikátory zdravotního chování a zdravotních rizik vyplývá že, zdravotní gramotnost s kouřením buď vůbec nesouvisí, nebo jen minimálně. Nejnižší – prakticky neexistující – ze

všech zkoumaných zemí je tato souvislost v České republice, což rozhodně není příznivé zjištění. Výraznější korelace se v českém souboru neprojevuje ani mezi zdravotní gramotností a konzumací alkoholických nápojů, podobně je tomu ovšem, byť méně zjevně, i v několika dalších evropských zemích. Nejsilnější zdravotní gramotnost souvisí s frekvencí tělesných cvičení a ukazatelem *body mass index*. Zdravotní gramotnost tak – překvapivě – zpravidla není hlavním důvodem nekuřáctví nebo abstinence, ale zvyšuje pravděpodobnost tělesného cvičení a kontroly vlastní hmotnosti.

Z porovnání vlivu různých prediktorů subjektivního zdravotního stavu (dlouhodobá nemoc, věk, zdravotní gramotnost, zdravotní chování, finanční situace) v jednotlivých zemích vyplývá, že v Česku se opět nejvýrazněji projevuje vliv věku. Věk tedy podmiňuje, nejvýrazněji ze všech zkoumaných zemí EU, jak souvislost s celkovou zdravotní gramotností, tak i subjektivní zdravotní stav. V České republice je nejsilnější rovněž souvislost subjektivního pocitu zdraví s úrovní zdravotní gramotnosti. Relativně silně souvisí subjektivní zdravotní stav s hodnotou BMI (překvapivě nikoli

Tab. 2 Celková zdravotní gramotnost podle prediktorů (index Beta, adjustovaný koeficient determinace) pro jednotlivé země a celkově

Celková zdravotní gramotnost dle...	Rakousko (AT)	Bulharsko (BG)	Německo (DE)	Řecko (EL)	Španělsko (ES)	Irsko (IE)	Nizozemsko (NL)	Polsko (PL)	Celkem	CZ
Pohlaví	0,079	0,050a	0,094	0,029a	0,021a	0,074	0,119	0,09	0,063	0,013a
Věk (v letech)	-0,145	-0,14	-0,016a	-0,173	-0,153	-0,019a	0,033a	-0,099	-0,094	-0,18
Vzdělání (ISCED)	0,058a	0,107	0,102	0,224	0,138	0,046a	0,113	0,083	0,131	0,12
Finanční deprivace	-0,234	-0,31	-0,23	-0,228	-0,071	-0,278	-0,142	-0,349	-0,239	-0,354
Sociální postavení	0,040a	0,108	0,002a	0,111	0,069	0,228	0,115	0,068	0,142	0,034a
Adj. R kvadrát	0,096	0,247	0,082	0,289	0,089	0,19	0,081	0,208	0,174	0,24

Pozn.: AT [n = 838], BG [n = 840], DE(NRW) [n = 939], EL [n = 961], ES [n = 916], IE [n = 847], NL [n = 930], PL [n = 814],

Celkem [n = 7085], CZ [n = 930].

^{a)} nevýznamné na hladině 0,05.

Index celkové zdravotní gramotnosti od 0 (= minimum) do 50 (= maximum).

Pohlaví: 0 = muž, 1 = žena.

Finanční deprivace od nízké do vysoké.

Sociální status od 1 (= nejnižší postavení ve společnosti) do 10 (= nejvyšší postavení ve společnosti).

Tab. 3 Korelace (Spearmanův koeficient) mezi celkovou zdravotní gramotností a ukazateli zdravotního chování a zdravotních rizik podle zemí a celkově

Celková zdravotní gramotnost	Rakousko (AT)	Bulharsko (BG)	Německo (DE)	Řecko (EL)	Španělsko (ES)	Irsko (IE)	Nizozemsko (NL)	Polsko (PL)	Celkem	CZ
Kouření r	0,011	0,130**	-0,080**	0,092**	0,004	-0,087**	-0,024	-0,041	-0,012	-0,002
N	1001	1002	1154	1042	1007	967	970	1038	8181	988
Konzumace alkoholu r	0,044	0,098**	-0,023	0,160**	0,06	-0,053	-0,016	0,073*	0,065**	-0,014
N	941	987	1133	1038	996	957	970	1008	8030	953
Fyzická aktivita r	-0,195**	-0,144**	-0,205**	-0,213**	-0,042	-0,154**	-0,079*	-0,127**	-0,189**	-0,171**
N	1002	998	1160	1043	1006	970	991	1037	8207	987
BMI*** r	-0,127*	-0,057	-0,064*	-0,120**	-0,055	0,031	-0,038	-0,080*	-0,066**	-0,156**
N	914	976	1078	1039	958	934	980	1009	7888	921

Pozn.: * Korelace významná na hladině 0,05.

** Korelace významná na hladině 0,01.

*** Pro BMI byla použita metrická proměnná.

PŮVODNÍ PRÁCE

Tab. 4 Vliv vybraných prediktorů (Index Beta a adjustovaný koeficient determinace) na subjektivně hodnocený zdravotní stav pro jednotlivé země a celkově

Subjektivní zdravotní stav dle...	Rakousko (AT)	Bulharsko (BG)	Německo (DE)	Řecko (EL)	Španělsko (ES)	Irsko (IE)	Nizozemsko (NL)	Polsko (PL)	Celkem	CZ
Dlouhodobá nemoc	0,42	0,391	0,426	0,508	0,337	0,528	0,431	0,39	0,438	0,406
Věk (v letech)	0,226	0,277	0,137	0,302	0,211	0,118	-0,010a	0,256	0,182	0,31
Celková zdravotní gramotnost	-0,135	-0,082	-0,086	-0,078	-0,173	-0,122	-0,117	-0,105	-0,13	-0,153
Sociální status	-0,015a	-0,040a	-0,038a	-0,077	-0,009a	-0,051a	-0,135	-0,093	-0,108	-0,008a
Pohybové aktivity	0,086	0,085	0,126	0,039a	0,089	0,1	0,024a	0,132	0,083	0,019a
Body mass index	0,114	0,010a	0,087	-0,028a	0,124	0,078	0,161	0,046a	0,069	0,087
Pohlaví	0,067	0,024a	0,025a	0,012a	0,075	0,030a	0,028a	-0,046a	0,03	0,053
Finanční deprivace	0,086	0,049a	0,127	0,052	0,049a	0,037a	0,048a	0,132	0,028	0,119
Adj. R kvadrát	0,481	0,462	0,379	0,626	0,357	0,426	0,3	0,543	0,436	0,59

Pozn.: AT [N=791], BG [N=831], DE [N=902], EL [N=960], ES [N=883], IE [N=825], NL [N=935], PL [N=814], celkem [N=6941], CZ [N=869].

^a nevýznamné na hladině 0,05.

Dlouhodobá nemoc: 0 = ne, 1 = ano.

Subjektivní pocit zdraví od velmi dobrého k velmi špatnému.

Čas věnovaný pohybovým aktivitám od téměř každý den po nikdy.

Pohlaví: 0 = muž, 1 = žena.

Finanční deprivace od nízké do vysoké.

s frekvencí pohybových aktivit), naopak není, alespoň v českém souboru, prokázána souvislost se sociálním statutem.

Poměrně zajímavé je rovněž srovnání jednotlivých zemí z hlediska souvislosti celkové zdravotní gramotnosti s návštěvami lékaře. V České republice, která je známa mimořádně vysokou frekvencí návštěv lékaře, zaznamenáváme nejsilnější souvislost mezi zdravotní gramotností a návštěvami lékaře nebo jiného zdravotníka: Čím nižší je úroveň zdravotní gramotnosti, tím vyšší je pravděpodobnost, že jedinec navštíví svého lékaře; jinými slovy zvyšování zdravotní gramotnosti

může být jednou z cest jak vysokou frekvenci návštěv lékaře v Česku omezit.

ZÁVĚRY

První reprezentativní výzkum zdravotní gramotnosti, který se realizoval v České republice, nabízí popis výchozího stavu při realizaci programu Zdraví 2020. K výzkumu byla použita mezinárodním srovnávacím výzkumem ověřená metodologie opírající se o komplexní pojetí zdravotní gra-

Tab. 5 Korelace mezi celkovou zdravotní gramotností a indikátory využívání zdravotnických služeb v jednotlivých zemích a celkově

Celková zdravotní gramotnost a...	Rakousko (AT)	Bulharsko (BG)	Německo (DE)	Řecko (EL)	Španělsko (ES)	Irsko (IE)	Nizozemsko (NL)	Polsko (PL)	Celkem	CZ
První pomoc (posledních 24 měsíců) r	-0,151**	-0,100**	-0,112**	-0,086**	-0,103**	-0,046	-0,011	-0,076*	-0,061**	-0,113**
N	999	995	1161	1043	1009	970	990	1035	8202	980
Návštěvy lékaře (posledních 12 měsíců) r	-0,185**	-0,117**	-0,073*	-0,168**	-0,155**	-0,077*	-0,014	-0,095**	-0,114**	-0,215**
N	1003	1002	1160	1042	1007	971	990	1041	8216	989
Nemocniční péče (posledních 12 měsíců) r	-0,188**	-0,121**	-0,112**	-0,120**	-0,065*	-0,048	-0,031	-0,147**	-0,062**	-0,133**
N	998	988	1160	1043	1008	969	990	1043	8199	980
Ostatní zdravotníci (posledních 12 měsíců) r	-0,06	0,061	-0,016	0,114**	-0,015	0,033	0	0,070*	0,062**	-0,112**
N	1003	999	1161	1042	1008	971	992	1041	8217	989

Pozn.: ** Korelace významná na hladině 0,05

*** Korelace významná na hladině 0,01.

motnosti. Iničiální data nám umožní sledovat dopady intervencí, jež by se v nadcházejících 5 letech měly realizovat. V průběhu minulého roku a počátkem tohoto roku byl v rámci tvorby národní strategie programu Zdraví 2020 připraven akční plán zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti. V jeho rámci pracujeme na adaptaci a tvorbě nových instrumentů sběru dat týkajících se proměn zdravotní gramotnosti, ať už na úrovni národní, regionální nebo při sledování dopadu jednotlivých intervencí.

Ze šetření zdravotní gramotnosti vyplynulo, že Česká republika ve všech složkách zdravotní gramotnosti zaostává za nejlepšími zeměmi EU. Zvláště nepříznivá situace je v oblasti podpory zdraví, tedy ve schopnosti získat informace týkající se chování posilujícího zdraví, schopnosti vyhodnotit je, interpretovat je a chovat se v intencích těchto informací. O příčinách této skutečnosti můžeme pouze spekulovat. Jedním z vysvětlení může být odpor respondentů k následování doporučení, byť by se týkala vlastního zdraví, jiným pak méně rozvinutá občanská společnost aktivizující se mimo jiné ve směru zlepšování zdraví individuálního i obecného.

Zdravotní gramotnost je velkou měrou podmíněna některými socio-ekonomickými a demografickými proměnnými, především věkem, vzděláním a finanční situací, a na druhé straně se jeví jako faktor podmiňující faktické zdravotní chování, jako je tělesná aktivita a udržování tělesné hmotnosti. Svým způsobem alarmující je podmíněnost úrovně zdravotní gramotnosti věkem, která je nejvýraznější ze všech sledovaných zemí EU; potřeba zaměřit se na posilování zdravotní gramotnosti u seniorů se jeví jako zvláště naléhavá. Zdravotní gramotnost souvisí rovněž se subjektivním zdravotním stavem a využíváním zdravotnických služeb. Skutečnost, že u nás je nepřímá úměra mezi frekvencí návštěv praktického lékaře a zdravotní gramotností zvláště silná, je velmi podstatná vzhledem k tomu, že návštěvnost lékaře je u nás jedna z nejvyšších na světě; zdá se, že jednou z cest jak frekvenci snížit je zvyšování zdravotní gramotnosti.

K mezinárodnímu projektu reprezentativních šetření zdravotní gramotnosti se v současné době připojují další země evropského regionu i státy mimoevropské, což umožní komparace v podstatně širším měřítku. Krom toho existuje řada projektů zaměřených na specifické populační skupiny definované věkem, sociálním statutem nebo profesí. Za tímto účelem vznikají adjustované nástroje použitelné pro definované cílové populace. Jsou vytvořeny rovněž stručnější verze původního dotazníku snáze použitelné v omnibusových šetřeních.

Literatura

1. Zdraví 2020. Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století. MZ ČR, Praha, 2014, s. 48.
2. Zdraví 2020. Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století. MZ ČR, Praha, 2014, s. 134.
3. Davis TC et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened instrument. *Fam Med* 1993; 25(6): 391-395.
4. Parker RM et al. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients literacy skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10(10): 537-541.
5. Baker DW et al. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns* 1999; 38: 33-42.
6. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 878-885.
7. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health* 2009; 54: 303-305.
8. The health literacy of America's adults. Results from the 2003 national assessment of adult literacy. U.S. Department of Education, 2006
9. Ratzan SC, Parker RM. Introduction. In: Selden CR et al. (eds.). National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, MD, 2000.
10. National Action Plan to Improve Health Literacy. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, Washington, DC, 2010, s. iii. http://health.gov/communication/HLActionPlan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf
11. Weiss BD, Mays MZ, Martz W et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med* 2005; 3: 514-522.
12. Ciccarelli Shah L, West P, Brømmøyr K, Savoy-Moore RT. Health literacy instrument in family medicine: the "newest vital sign" ease of use and correlates. *J Am Board Fam Med* 2010; 23(2): 195-203.
13. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009-2012. http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf
14. Health Literacy. The Solid Facts. WHO, 2013, s. 6
15. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al.; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80.
16. Baumann L, Ganahl K, Peer S, Pelikan JM. Report on health literacy in the Czech Republic in comparison with eight EU member states. First Draft Report. November 2015.
17. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Pub Health* 2015; 25(6): 1053-1058.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

PhDr. Zdeněk Kučera

Ústav pro zdravotní gramotnost
Hurbanova 1305/11, 142 00 Praha 4 – Krč
Tel.: 602 222 784
e-mail: zdenku@gmail.com