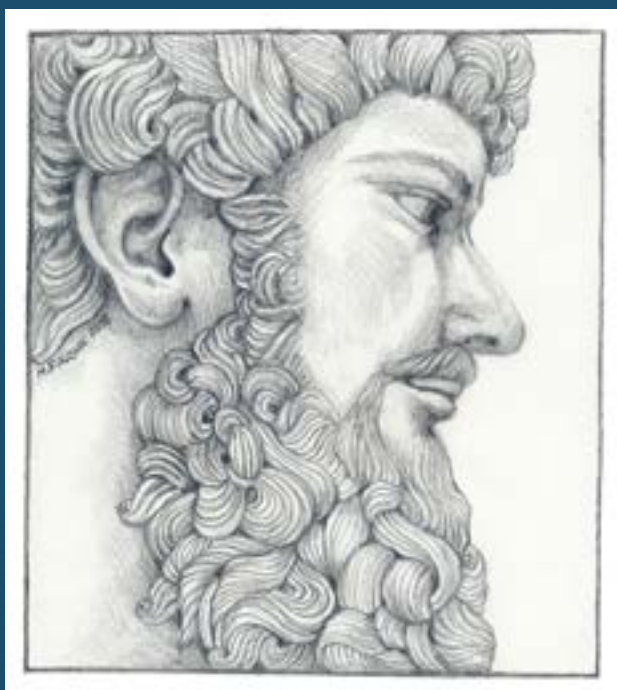


učební texty Univerzity Karlovy

SOCIÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ A VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ

**pro studenty
zubního lékařství**

Libuše Čeledová,
Jan Holčík a kolektiv



KAROLINUM

Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství

**Libuše Čeledová
Jan Holčík
a kolektiv**

Recenzovali:

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

doc. MUDr. Vlasta Merglová, Ph.D.

Autoři:

doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.

MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.

MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA

prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.

MUDr. Jaroslav Kotrba

MUDr. Květuše Zikmundová, CSc.

Vydala Univerzita Karlova

Nakladatelství Karolinum

jako učební text pro LF UK v Plzni

Sazba DTP Nakladatelství Karolinum

První vydání

© Univerzita Karlova, 2018

Cover illustration © Magda Fialová, 2018

Text © Libuše Čeledová, Jan Holčík a kol., 2018

ISBN 978-80-246-3996-3

ISBN 978-80-246-4042-6 (online : pdf)



Univerzita Karlova
Nakladatelství Karolinum 2018

www.karolinum.cz
ebooks@karolinum.cz

OBSAH

1. Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví (Jan Holčík)	9
1.1 Počátky oboru sociální lékařství	9
1.2 Obsah a zaměření sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví	11
1.3 Mezinárodní návaznost sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví	14
2. Zdraví a nemoc (Jan Holčík)	17
2.1 Definice zdraví	18
2.2 Modely zdraví	18
2.3 Zdraví jako hodnota	19
2.4 Zdraví jako norma	20
2.5 Obecné vnímání zdraví	20
2.6 Nemoc jako objektivní stav, vnímaný jev i předmět zdravotnické praxe	21
2.7 Zdraví na populační úrovni	22
3. Sociální determinanty zdraví (Jan Holčík)	25
4. Mezinárodní spolupráce a evropská zdravotní politika (Jan Holčík)	29
4.1 Evropská unie (European Union – EU)	29
4.2 Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD)	30
4.3 Světová zdravotnická organizace	31
4.3.1 Struktura WHO	31
4.3.2 Zaměření a metody práce WHO	32
4.4 Základ evropské zdravotní politiky – program Zdraví 2020	33
4.4.1 Zaměření programu Zdraví 2020	34
4.4.2 Realizační nástroje programu	36
4.4.2.1 Důmyslné a odborné řízení	36
4.4.2.2 Posílení role ministerstva zdravotnictví	37
4.4.2.3 Rozvoj všestranné spolupráce	37
4.4.2.4 Veřejné zdravotnictví, výzkumný, organizační i výukový obor	38
5. Zdravotní gramotnost (Jan Holčík)	39
5.1 Co je to zdravotní gramotnost?	39
5.2 Základní struktura zdravotní gramotnosti	39
5.3 Mezinárodní srovnání úrovně zdravotní gramotnosti	40
5.4 Zdravotní gramotnost je důležitá a ovlivnitelná determinanta zdraví	41
5.5 Zdravotní gramotnost je prioritou rozvoje zdravotních systémů	42
5.6 Zdravotní gramotnost v péči o orální zdraví	43

6. Systémy zdravotní péče (Jan Holčík)	45
6.1 Stručné historické poznámky	46
6.2 Financování zdravotnictví prostřednictvím pojištění	47
6.2.1 Veřejnoprávní (statutární) pojištění	47
6.2.2 Soukromoprávní (privátní) pojištění	47
6.2.3 Smíšené systémy a jejich kombinace	47
6.3 Formy úhrad za zdravotnické služby	48
6.4 Možnosti zlepšení systému zdravotní péče	48
6.4.1 Hodnocení systémů zdravotní péče	49
6.4.2 Rozvojové priority systému zdravotní péče	49
6.4.3 Morální odpovědnost v systému zdravotní péče	50
7. Rozsah a podmínky úhrady zdravotních služeb ze zdravotního pojištění (Jaroslav Kotrba)	51
8. Primární péče (Rudolf Červený)	55
8.1 Všeobecné praktické lékařství	57
8.1.1 Vymezení činnosti oboru všeobecné praktické lékařství	57
8.1.2 Činnosti zdravotní péče v ordinaci praktického lékaře	58
9. Statistika, biostatistika (Květuše Zikmundová)	63
9.1 Úvod	63
9.1.1 Definice statistiky	63
9.1.2 Způsob uvažování	63
9.1.3 Rozdělení čísel obecně	63
9.2 Základní statistické pojmy	64
9.2.1 Statistická jednotka	64
9.2.2 Statistické šetření	64
9.2.3 Náhodný (pravděpodobnostní) výběr – metody	64
9.2.4 Etapy statistického šetření	65
9.3 Charakteristiky statistického souboru	65
9.3.1 Střední hodnoty, charakteristiky polohy	65
9.3.2 Charakteristiky variability	65
9.4 Statistické rozložení četnosti	65
9.5 Statistické odhady průměru a pravděpodobnosti základního souboru	66
9.6 Testování hypotéz	66
9.6.1 Úvod	66
9.6.2 Základní pojmy	66
9.6.3 Interpretace výsledků – zamítnutí nebo nezamítnutí nulové hypotézy	67
9.7 Tabulky a grafy	67
9.7.1 Úvod	67
9.7.2 Tabulky	67
9.7.3 Grafy	67
10. Demografie, obyvatelstvo a stárnutí populace (Květuše Zikmundová)	69
10.1 Úvod	69
10.2 Demografické charakteristiky	69
10.3 Demografické události – hlavní ukazatele	69
10.4 Demografické stárnutí populace	70
11. Studium zdravotního stavu obyvatelstva (Květuše Zikmundová)	71
11.1 Úvod	71
11.2 Zdroje dat o zdravotním stavu	71
11.2.1 Rutinní zdravotnická statistika	71
11.2.2 Zvláštní naplánovaná šetření epidemiologická	71
11.2.3 Jiná data	72

11.3	Ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva	72
11.3.1	Úvod	72
11.3.2	Ukazatele nemocnosti, morbidity	73
11.3.3	Ukazatelé úmrtnosti, mortality	73
11.3.3.1	Úmrtnost celková (hrubá)	73
11.3.3.2	Specifická úmrtnost	73
11.3.3.3	Mateřská úmrtnost	74
11.3.4	Ukazatel střední délky života (SDŽ) – Life Expectancy (LE)	74
12.	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí (MKN) (Květuše Zikmundová)	75
13.	Zdravotnický informační systém (Květuše Zikmundová)	77
14.	Poznámky ke stáří a stárnutí (Libuše Čeledová)	79
14.1	Vymezení stáří	79
14.2	Rozdělení gerontologie	81
14.3	Geriatrická křehkost a geriatrické syndromy	81
14.4	Nemoci ve stáří	82
14.5	Nemoci stáří	82
14.5.1	Demence	83
14.6	Zásady vhodné komunikace se seniorem	84
15.	Posudková činnost pro systém sociálního zabezpečení (Libuše Čeledová)	87
15.1	Lékařská posudková služba	87
15.2	Posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění	88
15.2.1	Vybrané pojmy	89
15.2.2	Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti – tiskopisy	90
15.2.3	Potvrzení o pracovní neschopnosti pro osoby vedené na úřadu práce	94
15.2.4	Dlouhodobé ošetrovné a potřeba dlouhodobé péče	96
15.3	Posouzení invalidity pro účely důchodového pojištění	97
15.3.1	Vybrané pojmy	98
15.3.2	Příloha vyhlášky 359/2009 Sb. kapitola II, Onkologie, Oddíl A – Zhoubné novotvary	99
16.	Sondy do dějin zubního lékařství (Rostislav Čevela)	102
16.1	Starověk a středověk v zubním lékařství	102
16.2	Zubní lékaři od novověku do 20. století	105

1. SOCIÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ A VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ

Na první pohled se zdá, že medicínu provázejí jen samé úspěchy. Růst možností, které přináší nové lékařské metody, je obdivuhodný. Orientace medicíny na přírodovědecky zaměřené obory přináší nesporné výsledky. Rychle narůstají poznatky o funkci a struktuře buněk, tkání, orgánů i organismu jako celku. Lze zvládnout i takové poruchy zdraví, které byly před několika desítkami let neovlivnitelné.

Mnohem větší problémy jsou spojeny s vývojem zdravotnických systémů. Je stále obtížnější dbát na jejich trvalou udržitelnost a usilovat o poskytování zdravotnických služeb těm, kteří to potřebují. Oprávněně se ozývají hlasy zdůrazňující potřebu zvyšovat hospodárnost i účinnost zdravotnictví. I když je to bezesporu důležité, mnohé zahraniční zkušenosti dokládají, že to nestačí.

Nejde jen o to poskytovat všechny stávající zdravotnické služby efektivně. Důležité je zejména to, aby zbytečné zdravotnické služby nebyly poskytovány vůbec. Zdaleka to ovšem neznamená odírat potřebnou péči nemocným. Za zbytečné zdravotnické služby lze označit např. jednak ty, kdy jsou hospitalizováni nemocní, jejichž potíže by bylo možné zvládnout ambulantně, a jednak takové zdravotnické služby, které jsou poskytovány lidem, kteří vůbec nemuseli onemocnět, pokud by žili ve zdravém prostředí, vážili by si svého zdraví a podle toho by i jednali. Je žádoucí rozvíjet schopnosti lidí příznivě ovlivnit svůj životní i zdravotní osud, brát v úvahu vše, co ovlivňuje zdraví a dávat přednost takovým opatřením a aktivitám, které zlepšují zdraví lidí.

Úsilí o trvalou udržitelnost zdravotnických systémů nespočívá tedy jen v činnostech zdravotnických zařízení, ale i v posilování a využívání všech možností, které má společnost v tomto směru k dispozici. To je ovšem nelehký úkol, pro jehož zvládnutí je nezbytná odpovídající teoretická základna i praktické zkušenosti.

1.1 POČÁTKY OBORU SOCIÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ

To, že medicína při svém praktickém výkonu nemůže stavět jen na znalostech o struktuře a funkci orgánů lidského těla, si v historii uvědomovalo mnoho lékařů, kteří chápali zjevnou skutečnost, že každý člověk je úzce spjat se svým prostředím, do kterého se narodil, v němž vyrůstal, pracoval, odpocíval i stárnul.

Bylo však velmi nesnadné vytvářet a rozvíjet obor, který by nešel tradiční cestou narůstající specializace (a dokonce superspecializace), ale který by svou šíří dokázal postihnout

všechny podstatné okolnosti, které souvisejí se zdravím lidí, s nemocemi i možnostmi jejich zvládnutí.

Není zde možné uvést všechny osobnosti, které pochopily význam a vliv sociálních okolností na zdraví lidí a které si jako podivuhodnou štafetu předávaly myšlenky, poznatky i zkušenosti. Někteří vnímaví lékaři si už v 17. a 18. století uvědomili souvislost některých nemocí a zaměstnání, pochopili nutnost zaznamenávat výskyt nemocí, hodnotit vývoj nemocnosti a navrhopvat i realizovat potřebná opatření na individuální, skupinové i populační úrovni.

K reformám tehdejších zdravotnických systémů významně přispěl Johann Peter Frank (1754–1821). Ve své obsáhlé práci „System einer vollständigen medizinischen Polizey“ napsal: „Nechť vládcí, mohou-li, odvrátí od hranic proniknutí smrtelných nákaz; nechť ustanoví nad provinciemi muže vynikající ve vědách lékařských, nechť staví nemocnice a spravují je co nejlépe; jestliže přitom zanedbají jedinou věc – nezbytnost odstranit nebo alespoň učinit snesitelnější bezměrnou bídu lidu, stěží uvidí nějaký prospěch ze svého zdravotnického zákonodárství.“

Významným motivem zájmu o sociální podmínky byl překotný průmyslový rozvoj v 19. století provázený ekonomickou svobodou. Navazující zdravotní, sociální, ekonomické i politické důsledky názorně poukazovaly na úzkou souvislost mezi životními podmínkami a zdravím lidí. Na zhoršení zdraví lidí se podílely např. nelidské podmínky továrních provozů, zoufalá bytová situace nekvalifikovaného venkovského obyvatelstva, které přicházelo do měst, vyčerpávající dětská práce, alkoholismus, prostituce spojená s pohlavními nemocemi, tuberkulóza, nedostatečná výživa apod. Bylo zřejmé, že situace není zvladatelná prostřednictvím běžné medicínské péče.

Název „sociální lékařství“ navrhl Jules René G. Guérin v časopise Gazette médicale de Paris, už 11. března 1848. Edwin Chadwick (1800–1890) napsal výstižnou zprávu o pracovních a životních podmínkách tehdejších dělníků (1842) a realizoval významná organizační a technická hygienická opatření ve Velké Británii (Public Health Act – 1848), Otto Bismarck (1815–1898), který se obával růstu politické moci dělnických organizací, zavedl v Německu povinné nemocenské, úrazové a invalidní pojištění v letech (1883–1889).

Rudolf Virchow (1821–1902) na základě svých zkušeností s epidemií tyfu u horníků ve Slezsku (1848) napsal, že podmínky pro epidemie vznikají v návaznosti na špatné sociální poměry. Vyzval k soustavnému vědeckému studiu sociálně medicínské problematiky a k přípravě a realizaci vhodných sociálních opatření.

Významným milníkem na cestě k formulaci obsahu oboru se stala práce Alfreda Grotjahna (1869–1931). Prostřednictvím svých stěžejních publikací, a to „Sociální hygiena“ a „Sociální patologie“ vytvořil základy i východiska dalšího vývoje oboru.

Sociální hygiena a sociální patologii pojal jako studium poruch zdraví ve vztahu k sociálním podmínkám. Uvědomoval si, že sociální okolnosti se uplatňují jak při vzniku nemocí, tak při jejím průběhu a ovlivňují i její zakončení. Mají-li být medicínské zásahy účinné, musí brát v úvahu široké spektrum sociálních faktorů. Své poznatky uplatnil například při snahách o zvládnutí alkoholismu a tuberkulózy. Usiloval o zlepšení bytových podmínek a o soustavnou zdravotní péči o děti.

V roce 1905 inicioval založení Asociace pro sociální lékařství a stal se členem jejího výboru. Poukazoval rovněž na potřebu zdravotnické statistiky shromažďující a hodnotící údaje o výskytu nemocí a o zdravotním stavu obyvatelstva jako celku. V roce 1920 se Grotjahn stal profesorem sociální hygieny na Berlínské univerzitě.

V Československu byla problematika sociálního lékařství poprvé zmíněna v roce 1908 na IV. sjezdu českých přírodovědců a lékařů. Vedoucímu sekce sociálního lékařství, doc. MUDr. F. Procházkovi, byla poté rozšířena habilitace z medicíny interní na lékařství úrazové a sociální.

První katedra sociálního lékařství byla založena v roce 1922 na Masarykově univerzitě v Brně (F. Hamza, 1868–1930). V roce 1935 byla ustavena katedra sociálního lékařství na Karlově univerzitě (H. Pelc, 1895–1942, popraven nacisty).

Po II. světové válce byla pracoviště sociálního lékařství podle sovětského vzoru přejmenována na katedry organizace a řízení zdravotnictví, čímž byly akcentovány jejich instruktážní a výkonné aktivity, které měly vysvětlovat a realizovat politickou linii v souladu s tehdejší dominantní ideologií. Až v roce 1964 byly katedry přejmenovány opět na katedry sociálního lékařství. Významný podíl na tom měl prof. Dr. A. Žáček (1917–2010), vedoucí brněnské katedry, který uplatnil své rozsáhlé zkušenosti získané během své práce v ústředí Světové zdravotnické organizace v Ženevě.

1.2 OBSAH A ZAMĚŘENÍ SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ A VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

V obecném slova smyslu staví sociální lékařství a veřejné zdravotnictví na pěti principech, které mu dal do vínku jeho historických vývoj.

- a) Sociální, ekonomické, politické i kulturní okolnosti výrazně ovlivňují jak úroveň, rozložení a vývoj zdravotního stavu obyvatelstva, tak i stávající zdravotnictví a běžnou lékařskou praxi.
- b) Zdraví lidí je individuální i veřejnou hodnotou a společenským zájmem.
- c) Společnost by měla chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet zdraví prostřednictvím individuálních lékařských i populačních opatření a vhodně využívat metody sociální regulace.
- d) Mají-li být navrhovaná a realizovaná opatření účinná, hospodárná a přijatelná, musí se opírat o dobrou informační základnu, vědeckou metodologii, navazující mezinárodní spolupráci, etické principy a o komunikaci s odbornou i širokou občanskou veřejností.
- e) Předmětem varování mohou být zejména tyto okolnosti: jednostranná ideologická předpojatost, nevěrohodné informace, nízké ocenění náročné odborné práce zdravotnických pracovníků, jednostranný tržní přístup, nahrazování vědeckého přístupu povrchní „dojmylogií“ vlivných jedinců a zájmových skupin s cílem prosadit dílčí zájmy, podcenění zdravotní gramotnosti obyvatel a odborné přípravy řídících zdravotnických pracovníků.

Vzhledem k tomu, že sociální lékařství je velice široce zaměřené, je nesnadné je stručně vymezit. Zabývá se vším, co souvisí se zdravím lidí. Lze nabídnout tuto definici:

Sociální lékařství je vědní, sociomedicínský a interdisciplinární obor, který se zabývá zdravím populace a péčí o zdraví ve společnosti.

Sociální lékařství ve svém celostním zaměření studuje stav, úroveň, rozložení a vývoj zdraví lidí, bio-psycho-sociální determinanty zdraví a jejich ovlivnitelnost i metodické možnosti zvládání sociálně zdravotních problémů. Získaných poznatků využívá ke zlepšení péče o zdraví ve společnosti, k přípravě podkladů pro výchovu ke zdraví i ke zlepšení zdravotní gramotnosti. Usiluje o racionální zdravotní politiku respektující lidské hodnoty a práva občanů, podílí se na přípravě zdravotních programů a legislativě přispívající ke zdraví.