ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2017 **Bc. Martina Lísková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech - N 5341

Bc. Martina Lísková

Studijní obor: Chirurgie 5341T014

PREVENTIVNÍ SCREENINGOVÉ PROGRAMY V ČESKÉ POPULACI

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

PLZEŇ 2017

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2016/2017**

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Bc. Martina LÍSKOVÁ**
Osobní číslo:	**Z15N0009P**
Studijní program:	**N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech - CHIR**
Název tématu:	**Preventivní screeningové programy v české populaci**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování:

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část dle požadavků FZS.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- **AUSTOKER, Joan. Cancer prevention in primary care. 1st ed. London: BMJ Publishing Group, 1995, viii, 181s. ISBN 0-7279-0825-1.**
- **FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA. Preventivní medicína. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 770 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-237-7.**
- **KOMÁREK, Lumír a Kamil Provazník, Ochrana a podpora zdraví, 1. vyd. Praha: Nadace CINDI ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou UK Praha, 2011, 99 s. ISBN**
- **978-80-260-1159-0.**
- **Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014, 36, 75 s., ISBN: 978-80-85047-47-9.**
- **ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ, Ekonomika zdravotnictví. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 249 s., ISBN 978-80-7013-551-8.**

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Jana Horová**

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání diplomové práce: **31. ledna 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2017**

Doc. PaedDr. Ilona Mauritzová, Ph.D.
děkanka

L.S.

PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 1. února 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci Preventivní screeningové programy v české populaci vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Jany Horové a uvedla všechny použité literární a jiné odborné zdroje v souladu s právními předpisy a vnitřními předpisy Západočeské univerzity, fakulty zdravotnických studií.

V Plzni dne 15. 03. 2017 ……

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Janě Horové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a materiálních podkladů, které mně v průběhu zpracování diplomové práce poskytla. Poděkování patří i RNDr. Blance Šedivé Ph.D. za odborné rady v průběhu zpracování statistických dat. Děkuji také všem, kteří byli ochotni se mnou konzultovat potřebné informace.

Anotace

Příjmení a jméno: Lísková Martina

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Preventivní screeningové programy v české populaci

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Počet stran – číslované: 94

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 32

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 56

Klíčová slova: postoj ke zdraví, preventivní péče, preventivní programy, podpora zdraví, efektivita nákladů, zdravotnická statistika, výdaje na prevenci, plošný screening

Souhrn:

Diplomová práce se zabývá problematikou prevence a podpory zdraví české populace. V teoretické části jsou popsány druhy prevence, způsoby financování zdravotní péče a jednotlivé druhy zdravotnických systémů a jejich modelů. Zmínku nacházíme o Národní strategii prevence a podpory zdraví „Zdraví 2020“. Pozornost je věnována zdravotním pojišťovnám a jejich funkci a možnostem ekonomického hodnocení oblasti preventivního screeningu a preventivních prohlídek ve zdravotnictví. Informace o preventivních prohlídkách hrazených ze zdravotního pojištění a preventivních programů jednotlivých zdravotních pojišťoven hrazených z fondu prevence, se nachází v poslední kapitole teoretické části práce. Praktická část diplomové práce je zpracována kvantitativní výzkumnou metodou. Nestandardizovaný anonymní dotazník vlastní konstrukce, obsahující 20 otázek se zaměřením na cílovou skupinu české populace ve věku 19 let a více, se stal základem pro sběr informací. Výzkumný soubor je tvořen 1061 respondenty zastupující všechny kraje České republiky. Získaná data jsou zpracována popisnou statistikou. Hlavním cílem diplomové práce je objektivizovat důvody nízké účasti české populace na preventivních screeningových programech, preventivních prohlídkách a vytvoření webových stránek určených primární prevenci.

Annotation

Surname and name: Lísková Martina

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Preventive screening programs in the Czech population

Consultant: PhDr. Jana Horová

Number of pages – numbered: 94

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 32

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 56

Keywords: attitude to the health, preventive care, preventive programs, health support, cost efficiency, medical statistics, expenses on prevention, screening

Summary:

The diploma thesis deals with issues of prevention and health support of Czech population. In the theoretical part there is a description of different types of prevention, ways of financing medical care and types of medical systems and their models. The thesis deals with roles of insurance companies, with possibilities of economical measurement in screening area and preventive programs in health care. Information about preventive programs which are paid from medical insurance and preventive programs of insurance companies paid from prevention fond are mentioned in the last chapter of theoretical part of this thesis. Practical part of the thesis is processed with quantity research method. All data was collected by an anonymous questionnaire which was self-made and contains 20 questions. The questionnaire is aimed on Czech population in age 19 and more. The research attended 1061 responders from all regions of the Czech Republic. Collected data was processed by a descriptive statistics method. The main target of the diploma thesis was to objectivize reasons of low attendance of Czech population on preventive screening programs and preventive care programs and to create a web presentation for wide Czech population.

OBSAH

ÚVOD ... 10
1 PODPORA ZDRAVÍ A PREVENCE ... 11
1.1 Druhy prevence ... 13
1.2 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí ... 16
1.2.1 Prioritní oblasti Národní strategie Zdraví 2020 ... 17
2 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE ... 20
2.1 Financování zdravotní péče v České republice ... 21
2.2 Zdravotnické systémy a jejich základní modely ... 22
2.3 Ekonomické hodnocení oblasti preventivního screeningu ve zdravotnictví ... 25
3 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY A JEJICH FUNKCE ... 27
4 PREVENTIVNÍ PROGRAMY ... 29
4.1 Preventivní prohlídky hrazené z veřejného zdravotního pojištění ... 31
4.1.1 Onkologická prevence ... 32
4.1.2 Screening civilizačních chorob ... 34
4.2 Preventivní programy zdravotních pojišťoven v roce 2016 ... 36
4.2.1 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky - 111 ... 36
4.2.2 Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky - 201 ... 37
4.2.3 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna – 205 ... 38
4.2.4 Oborová zdravotní pojišťovna – 207 ... 39
4.2.5 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda – 209 ... 40
4.2.6 Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra – 211 ... 40
4.2.7 Revírní bratrská pokladna – 213 ... 42
4.3 Náklady zdravotních pojišťoven na preventivní péči hrazenou z fondů prevence 44
5 CÍLE PRÁCE A POUŽITÁ METODIKA ... 45
5.1 Cíl diplomové práce ... 45
5.2 Dílčí cíle ... 45
5.3 Metodologie výzkumu ... 46
5.4 Hypotézy ... 47
5.5 Limity práce ... 47
6 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ ... 48
6.1 Rozdíly v účasti na prevenci s ohledem na demografické charakteristiky respondentů ... 49
6.2 Postoje české populace k preventivním prohlídkám a screeningovým programům hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění. ... 53
6.3 Důvody, které vedou k nízké účasti na primární prevenci ... 55
6.4 Otázky týkající se účasti na preventivních a screeningových programech ... 59

6.5 Zájem o příspěvky zdravotních pojišťoven na preventivní programy mezi českou populací. 69
7 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ 72
DISKUZE 87
ZÁVĚR 93
LITERATURA A PRAMENY 95
SEZNAM ZKRATEK 99
SEZNAM TABULEK 100
SEZNAM GRAFŮ 102
PŘÍLOHY 103

ÚVOD

Význam slova zdraví si uvědomuje snad každý z nás, protože patří k nejvýznamnějším hodnotám života každého člověka. Nejde však jen o hodnotu individuální, ale i o společenskou, neboť souvisí s ekonomickým a sociálním rozvojem společnosti. Všeobecně platí, že předcházení rizikovým faktorům je z hlediska ekonomického, zdravotního i etického výhodnější, než následné řešení vzniklých patologických stavů. Jedním ze základních práv zakotvených v Ústavě České republiky je právo na zdraví a bezplatnou zdravotní péči. Je důležité uvědomit si souvislost zdravotní prevence s principem solidarity, na kterém je veřejné zdravotnictví České republiky založeno. Preventivní screening v ČR je zaměřen na širokou veřejnost, přesto některé programy jsou specifické a cílené na určitou část populace s výrazně rizikovými faktory vzniku onemocnění. V současné době má prevence nemocí stejně důležitý význam jako léčba různých onemocnění. Otázkou zůstává, zda je preventivní činnost jednotlivých zdravotnických subjektů dostatečně využívána celým spektrem populace České republiky. (Müllerová, 2014, s. 22- 24).

Prevence a podpora zdraví se zdá být jednoduchým tématem. Při hlubším bádání je však zřejmé, že zdravotní prevence je v České republice populací opomíjena. Existence různých center prevence má obchodní charakter, ceníky nabízených služeb mající preventivní charakter v oblasti dietologie a životního stylu mnohdy dosahují výrazně vysokých částek. (Centrum prevence, 2011).

K zamyšlení se nabízí otázky vedoucí ke změně postoje populace k podpoře vlastního zdraví a zdraví svých dětí a následných generací. Změnit myšlení a postoj lidí v oblasti této problematiky je jistě úkol pro pedagogy, zdravotníky, mediální společnosti a to ve spolupráci s nejvyššími státními orgány. Pravidelné výzkumy a hodnocení zabývající se preventivní činností na podporu zdraví a prevenci onemocnění by mohly být významným pomocníkem v nastolení kroků vedoucích k výrazné změně mající ekonomický, zdravotní a sociální charakter. Výzkum, který by objektivizoval důvody nízké účasti, chybí. (Hnilicová, 2012, s. 567).

Praktická část diplomové práce je zaměřena na objektivizaci důvodů nízké účasti české populace na preventivních screeningových programech a preventivních prohlídkách v České republice.

1 PODPORA ZDRAVÍ A PREVENCE

Prevence nemocí, ochrana a podpora zdraví jsou založeny na vědeckých důkazech, na mezinárodních zkušenostech vyspělých států i České republiky. Ukazují reálný přínos pro zlepšování zdravotního stavu populace. Přináší významné úspory nákladů na zdravotní služby a další kladné ekonomické ukazatele. Zdraví nevzniká v nemocnicích. Vzniká všude tam, kde lidé žijí, pracují nebo odpočívají. Prevence není jen jedním z oborů medicíny, je součástí poskytování lékařské péče v různých oborech. Podpora zdraví úzce souvisí s prevencí. Zdraví je Světovou zdravotnickou organizací definováno jako „*Stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady*“. (SZO, 1948). Determinanty zdraví zahrnují pozitivní i negativní faktory, které jej ovlivňují. Individuální charakteristika – dědičnost, biologické pohlaví a chování jedince spolu s jeho životním stylem mohou ovlivnit probíhající fyziologické procesy v organismu. K nerovnostem ve zdraví přispívají i sociálně – ekonomické determinanty, jakými jsou chudoba, sociální vyloučení, rodinná situace, nezaměstnanost či nevyhovující bydlení. Špatný zdravotní stav populace plýtvá lidským potenciálem, vede ke stavům beznaděje a odčerpává veřejné i soukromé finanční prostředky. Představitelé WHO zdůrazňují nutnost posunout podporu zdraví z okraje zdravotnického systému do jeho hlavního proudu. Velmi důležitými se stávají společné projekty lékařů, sester a dalších zdravotníků propagující podporu zdraví. (Müllerová, 2014, s. 11 - 19).

Zdraví je ovlivněno okolnostmi, které jej zhoršují nebo zlepšují. O zdravotním stavu populace vypovídají tzv. ukazatelé zdravotního stavu. Řadíme k nim nemocnost, úrazovost, porodnost, úmrtnost, střední délku života, ale i počet hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení a délku pracovních neschopností. Každý by měl pečovat o své zdraví. Je však zřejmé, že to nestačí a těžiště péče o zdraví se přenáší do běžného života celé populace prostřednictvím všech složek společnosti. Odborná koordinační role Ministerstva zdravotnictví, Vlády, Parlamentu, všechny úrovně veřejné správy, organizace i podnikatelská sféra, mají své místo v ochraně zdraví. Podpora zdraví zahrnuje činnosti vedoucí k posilování a zlepšování svého zdraví. Aktivity jednotlivců, činnost státu, samospráv a dalších složek společnosti příznivě ovlivňují sociální a ekonomické podmínky pro rozvoj zdravého životního stylu populace. Schopnost využívat dostupné prostředky a vlastní potenciál při zdolávání nepříznivých situací či událostí úzce souvisí s řešením problémů souvisejících se zdravím. Aktivní zapojení populace zvýší možnost chránit a zlepšovat zdraví i celkovou životní situaci. Péče o dobrý zdravotní stav české populace

souvisí s ekonomickým oživením a společenským rozvojem. Efektivita zdravotnictví a výkonnost ekonomiky se nachází v přímé souvislosti. Každá vážná nemoc vede ke snížení kvality života. Po stránce etické představuje velké strádání nemocných a jejich blízkých, omezení soběstačnosti. (Zdraví 2020, 2014, s. 12).

Mnozí lidé s aktivním přístupem ke svému zdraví hledají možnosti celostního přístupu integrující tělesné, mentální i emoční funkce lidského organismu. Tradiční čínská medicína s písemnou historií starší více jak dva tisíce let, významně oceňuje preventivní potenciál pro předcházení nemocem. Medicína 21. století se již snaží propojovat přednosti tradic staré čínské medicíny a mladé současné západní lékařské vědy. Léky západní medicíny mají až zázračné účinky. Často působí velmi rychle na jednom vazebném místě, ale řada nežádoucích účinků je všeobecně již pacienty i lékaři vnímána. Naopak bylinná léčba tradiční čínské medicíny působí pomaleji a více podporuje rovnovážné schopnosti organismu. Má především preventivní význam vycházející ze situací před tisíci lety, kdy ještě nebyla objevena antibiotika, kortikoidy. (Bílek et al., 2015, s. 6).

1.1 Druhy prevence

Obecně je prevence členěna na primární, sekundární, terciární a aktuálně se hovoří i o prevenci kvartérní. **Primární prevence** je zaměřena na posilování zdraví s očekáváním, že se zvýší odolnost jednotlivce na specifická nebezpečí ve smyslu snížení rizika výskytu určité poruchy (očkování, fluorizace vody, apod.) Žádoucím způsobem ovlivňuje u zdravých osob životní styl se snížením a kontrolou rizikového chování. Prevence v primární péči je součástí komplexní léčebně – preventivní péče zaměřené na podporu zdraví, prevenci nemocí, podpůrnou péči pacientům respektující bio-psycho-sociální hlediska. Zahrnuje systematickou preventivní činnost realizovanou komplexními preventivními prohlídkami, dispenzarizaci pacientů s vybranými chorobami, očkování proti přenosným infekčním chorobám a příležitostné intervence na podporu zdraví a proti zjištěným rizikovým faktorům. (Fait, 2011, s. 26 - 30).

Analýza primární prevence v České republice vyjmenovává silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby primární prevence, (viz. tabulka č. 34 - SWOT analýza). Systematická preventivní činnost je prováděna praktickými lékaři v souladu s platným zněním vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 3/2010 a dle zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, který stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek. Ty jsou prováděny v rozmezí dvou let, nejčastěji po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky. Všeobecný praktický lékař má nejlepší předpoklady ovlivňovat způsob života svých pacientů, intervenovat v oblasti primární prevence. Svými lékařskými vědomostmi, znalostmi pacienta a jeho rodiny, anamnézou prostředí, ve kterém žije a pracuje, může posoudit hodnoty, preference pacienta a následně je ovlivnit s ohledem na humánní a etické aspekty. Dispenzarizací pacientů rozumíme kontinuální léčebnou péči, jejíž součástí jsou komplementární vyšetření v určených časových intervalech, které určuje lékař a sám pacienta aktivně vyzývá k účasti. Na základě legislativy může být pacient dispenzarizován pro jednu diagnózu jen u jednoho lékaře. Praktický lékař koordinuje léčebnou péči s více specialisty při přítomnosti více nemocí. Pro preventivní činnost v ordinaci praktického lékaře je nutno vymezit chráněný čas, je třeba ji efektivně dokumentovat a v určitých intervalech také vyhodnocovat. (Agus, 2012, s. 153 – 156).

Účast pacientů na screeningových programech, preventivních prohlídkách a dispenzárních prohlídkách zvyšuje zvaní prostřednictvím krátké textové zprávy, elektronicky či poštovní zásilkou. Velmi efektivní se v ordinaci praktického lékaře stávají příležitostné krátké intervence. Krátká stručná informace o zdravotním problému

nemocného lékaře zatíží jen minimálně a pro pacienta je stručná, jasná informace snadno zapamatovatelná. Uplatnění tak nachází v oblasti boje proti kouření, konzumaci alkoholu a jiných návykových látek, sociálních vztahů a při rozpoznání varovných příznaků závažných onemocnění. Kladný vliv má na pohybové aktivity a dietní poradenství. Součástí primární prevence v ordinaci praktického lékaře je očkování proti tetanu, které je systematicky sledováno. Mnozí zaměstnavatelé si uvědomují ekonomickou souvislost mezi zdravím a produktivitou práce zaměstnanců. Hradí svým zaměstnancům preventivní očkování, pravidelné preventivní prohlídky v intervalech kratších, než stanovuje zákon, přispívají na jejich sportovní aktivity, investují do ochranných pomůcek a pořádají semináře zaměřené na podporu zdraví. (Agus, 2012, s. 276 – 285).

V rámci **sekundární prevence** jsou vyhledávána latentní stádia jednotlivých nemocí, zejména u osob zvýšeně ohrožených nebo vystavených specifickým rizikům. Preventivní prohlídky jsou zaměřeny na určitá onemocnění. Záchyt časných stádií nádorových onemocnění a prekanceróz významně ovlivňuje další kvalitu života a pětileté přežití. Silná osvěta a mediální podpora vede k pochopení a akceptaci laickou populací. Varovné známky, které mohou signalizovat onkologické onemocnění, poučený pacient včas zaregistruje. Následně informuje lékaře o hmatné rezistenci, neustupujícím chrapotu, změnách ve vyprazdňování moče nebo stolice, neobvyklé sekreci, o vleklých poruchách trávení, polykání, přítomnosti krve ve stolici nebo moči, nevysvětlitelném úbytku na váze. (Fait, 2011, s. 30).

Riziko výskytu nádorů v populaci se mění v souvislosti s věkem, u některých typů zaznamenáváme familiární vazby a další okolnosti mohou tak změnit průměrně nízké riziko ve vysoce rizikovou. Pro populaci s průměrným rizikem jsou určeny preventivní prohlídky, jejichž součástí jsou depistážní onkologické programy, které jsou dány vyhláškou MZ ČR. I negativní onkologický nález by měl vést ke kvalitativnímu zhodnocení rizik, které vycházejí z anamnézy rizikových faktorů, životního stylu a pracovních podmínek. Prevence kardiovaskulárních onemocnění zahrnuje režimová opatření v nejširším slova smyslu. Prioritou je dietní změna, pohybová aktivita, kontrola tělesné hmotnosti, ovlivnění rizikového chování, sociální zázemí, změna zaměstnání. Následuje léčebná intervence medikamentózní, případně instrumentální. (Müllerová, 2014, s. 20 – 24).

Terciární prevence je prevencí recidivy onemocnění. Zahrnuje opatření po již prodělané atace choroby. Příkladem je rehabilitační režim k navrácení a udržení soběstačnosti u pacienta po cévní mozkové příhodě. Pomáhá navrátit pacienta zpět do normálního života dispenzárními prohlídkami, sledováním zdravotního stavu již onemocnělého jedince. Jedná se o skupinu populace, jejíž počet neustále narůstá. (Fait, 2011, s. 32).

Kvartérní prevence definuje postupy lékaře k identifikaci rizika při nadměrné medikalizaci pacienta, k obraně proti nadbytečným invazivním vyšetřením. Naopak doporučuje etické postupy s ohledem na míru a význam iatrogenních poškození. (Fait, 2011, s. 33).

1.2 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Národní strategie ochrany a podpory zdraví vychází z programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 2020. Byla schválena v září 2012, navazuje na dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví 21 podpořený vládou v roce 2002. Realizace strategie probíhá od roku 2014 do roku 2020. Účelem Národní strategie je stabilizace systému prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví se zavedením účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Přispívá k řešení složitých zdravotních problémů 21. století souvisejících s ekonomickým, sociálním a demografickým vývojem cestou prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví. (Müllerová, 2014, s. 21).

Hlavním cílem Národní strategie Zdraví 2020 je „*Zlepšit zdravotní stav populace a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet.*“ Dva následující strategické cíle jsou v přímé souvislosti – „*Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví“ a „Posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce.*“ Plnění strategických cílů Národní strategie zdraví je rozpracováno do čtyř vzájemně propojených oblastí. (Zdraví 2020, 2014, s. 17).

Hlavní cíl Národní strategie s názvem **Zlepšení zdravotního stavu populace a snížení výskytu nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet**, se stal hlavní vizí do roku 2020. Důsledkem spolupráce mezi resorty a zapojením všech stupňů veřejné správy bude zlepšení zdravotního stavu populace. Délka života ve zdraví je v České republice výrazně nižší než v jiných vyspělých státech. Liší se i dle pohlaví. Zlepšení životní pohody a kvality života lidí povede ke zvýšení produktivity práce, ke snížení nákladů na zdravotní služby a prodloužení života prožitého ve zdraví. (Zdraví 2020, 2014, s. 17).

Prvním strategickým cílem je **Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví**. Stát, jednotlivá města i regiony společně investují do stanovených cílů v oblasti zdraví i jiných oblastí, které mohou výrazně zlepšit zdraví a životní situace lidí. Prioritními oblastmi jsou předškolní výchova, úroveň vzdělávání, zaměstnanost a pracovní podmínky, omezování chudoby a sociální zabezpečení. Nastartování potřebných aktivit souvisí s životní úrovní, schopností jednotlivců i společenských skupin chránit a podporovat zdraví, s pocitem sounáležitosti a individuálními dovednostmi. Sociální

znevýhodnění lidí má své příčiny již v samém počátku životního cyklu a působí v celém jeho průběhu. Důsledkem stresu, životních nesnází je rizikové a škodlivé užívání alkoholu, kouření, špatné stravovací návyky, nedostatečná pohybová aktivita a psychické problémy. Výzkumy ukazují, jak lze zvládnout celou řadu nerovností a pozitivně ovlivnit determinanty zdraví. Účinnost místních programů je posilována aktivním zapojením populace, sdílenou odpovědností a adekvátními mechanismy financování. (Zdraví 2020, 2014, s. 18 - 19).

Druhý strategický cíl nese název **Posílení role veřejné správy v oblasti zdraví a přizvání k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny a jednotlivce.** Velmi důležitá a nezbytná je role ministra zdravotnictví, orgánů ochrany a podpory veřejného zdraví při úsilí zvládat nemoci s jejich důsledky při poskytování vysoce kvalitních, účinných zdravotnických služeb. Tím je zajištěna základní funkce veřejného zdravotnictví. Pomocí diplomacie, věrohodnosti argumentů by mělo ministerstvo zdravotnictví všem resortům, ale i celé společnosti zdůrazňovat ekonomický, sociální i politický přínos dobrého zdraví a současně i poukazovat na negativní důsledky špatného zdravotního stavu populace. K rozvíjení meziresortní spolupráce a posílení soudržnosti by měla veřejná správa využít všech organizačních struktur. Zdravotní aspekty by měly být posuzovány ve všech oblastech. Validní výsledky přináší sběr a ověřování kvalitativních a kvantitativních dat, které mají vztah ke zdraví. Ve 21. století se mohou nejrůznější organizace nebo i jedinci podílet na řešení zdravotní problematiky. Nové způsoby řešení obtížných a složitých problémů souvisí s jejich schopnostmi a kreativitou. Zásadní podmínkou zlepšení výsledků v oblasti zdraví je posilování a rozvíjení schopností populace, aby dostála své odpovědnosti za zdraví. (Zdraví 2020, 2014, s. 20).

1.2.1 Prioritní oblasti Národní strategie Zdraví 2020

Plnění strategických cílů Národní strategie Zdraví 2020 je rozpracováno do čtyř vzájemně propojených oblastí priorit. Prioritní oblastí číslo jedna je *Realizování celoživotních investic do zdraví a prevence nemocí, posílení role občanů a vytváření podmínek pro růst a naplnění jejich zdravotního potenciálu.* Skutečným přínosem pro posílení role, schopností populace jsou takové programy ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, které motivují k aktivní účasti. Dostupnost kvalitních, srozumitelných informačních systémů zaměřených na zvýšení zdravotní gramotnosti přináší sdělovací prostředky, webové stránky nebo informace na výrobcích určené spotřebitelům. Efektivní, ne příliš finančně nákladné programy mohou přímo zlepšit zdraví

a životní podmínky populace. Praktické zkušenosti dokládají dobré výsledky při realizaci programů zaměřených na kardiovaskulární, nádorová onemocnění a diabetes mellitus II. typu s cílem ovlivnit chování lidí a sociální determinanty. (Zdraví 2020, 2014, s. 23 - 24).

Komunitní intervenční programy zaměřené na podporu duševního zdraví pomáhají lépe pochopit nebezpečné vazby mezi duševními problémy, nezaměstnaností, bezdomovectvím a různými formami závislostí. Neméně důležité jsou programy zaměřené na zdravý životní styl mladých lidí, starší populaci, na podporu mezigeneračních aktivit s ohledem na specifické potřeby mužů a žen v průběhu celého životního cyklu. Nezastupitelná úloha státu je v oblasti očkování. Potřeba zajistit finanční podmínky pro očkovací kalendář dětí a snaha vytvořit očkovací schéma pro mladistvé, dospělé a seniory. (Müllerová, 2014, s. 22).

Druhá prioritní oblast se jmenuje *Čelit závažným zdravotním problémům v oblasti neinfekčních i infekčních nemocí a průběžně monitorovat zdravotní stav obyvatel.* Řešení hlavních zdravotních problémů vyžaduje kombinaci aktivit veřejného zdravotnictví a systému zdravotní péče. Udržování nejvyšších možných standardů umožňuje zdravotnickému systému být připraven na zvládání vysoce nebezpečných nákaz. Zvládnout virové a bakteriální hrozby znamená, neustále čelit antimikrobiální rezistenci, zvládat nozokomiální infekce, udržet vysoký standard bezpečnosti vody a potravin. Včasná diagnostika a následně rychlá cílená terapie na národní i mezinárodní úrovni zajistí bezpečné zvládnutí problémů. (Zdraví 2020, 2014, s. 25 - 26).

Třetí prioritní oblast nese název *Posilování zdravotnického systému zaměřeného na lidi, zajištění použitelnosti a dostupnosti zdravotních služeb z hlediska příjemců, soustředění se na ochranu, podporu zdraví a na prevenci nemocí, rozvíjení kapacit veřejného zdravotnictví, zajištění krizové připravenosti, průběžné monitorování zdravotní situace a zajištění vhodných reakcí při mimořádných situacích.* Zaměření systémů zdravotní péče zohledňuje měnící se demografii a strukturu nemocnosti. Důraz je kladen na prevenci nemocí, podporu svépomoci pacientů, přiblížení lékařské péče co nejblíže k domovu. Základní zdravotní péče by měla reagovat na dnešní potřeby vytvořením a podporou prostředí, které povzbuzuje lidi k účasti na nových metodách léčby, k lepší péči o vlastní zdraví. Dostupnost sítě poskytovatelů zdravotních služeb je zajištěna v souladu se státní koncepcí. Centralizací vysoce specializovaných pracovišť personálně, věcně

i technicky, dochází ke zvýšení úrovně, kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Podpora funkčního zdraví a soběstačnosti u stárnoucí populace je záměrem preventivních programů cílených na včasnou diagnostiku a léčbu chorob vyššího věku. Revitalizace veřejného zdravotnictví souvisí se změnami v oblasti vzdělávání a školení zdravotnických odborníků. Nová pracovní kultura souvisí s týmovou prací při poskytování zdravotní péče včetně nových forem domácí a dlouhodobé péče. (Zdraví 2020, 2014, s. 23 - 26).

Poslední čtvrtou prioritní oblastí je *Podílení se na vytváření podmínek pro rozvoj odolných sociálních skupin, tedy komunit žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví.* Skutečnost, že člověk bude zdráv, úzce souvisí s okolnostmi, v nichž se lidé rodí, vyrůstají, pracují a stárnou. Zásadní je neustálé hodnocení sociálních a ekonomických determinantů zdraví v rychle se měnícím životním prostředí. Realizace programů „Zdravá města a komunity SZO“, „Zdravé regiony SZO“, „Škola podporující zdraví“ nebo „Podnik podporující zdraví“ pohotově reaguje na ekonomické i sociální změny životního prostředí, pomáhají zvládat krize i těžké podmínky. (Müllerová, 2014, s. 22).

Hlavní témata pro rozvoj aktivit v rámci Národní strategie Zdraví 2020 jsou uvedena v Příloze v tabulce č. 35. Národní program zdraví jako projekt podpory zdraví v současné době přestává plnit významnější roli v podpoře zdraví v České republice. Důvodem jsou omezené finanční prostředky, které se dále rozdělují na mnoho malých projektů, jež mají omezenou působnost, a je o nich informován jen úzký okruh populace. (Hnilicová, 2012, s. 567).

2 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Zdravotnické systémy ve vyspělých zemích využívají čtyři základní formy financování zdravotní péče v různém poměru a vzájemné kombinaci. Využití jednotlivých forem je dáno mírou konkurence a solidarity. Finanční toky jsou zajištěny státem, veřejným pojištěním, soukromým pojištěním a přímou platbou lékaři. Výdaje na zdravotní péči můžeme ještě rozdělit na přímé a nepřímé.

Přímé náklady státního rozpočtu a místních rozpočtů hradí investiční režie či konkrétní aktivity v určitých oblastech zdravotní péče. Stát tak může vlastnit lůžková i ambulantní zařízení, investovat do veřejného výzkumu a vývoje, realizovat zdravotnické programy. Vynakládá finanční prostředky na správu zdravotnického systému a tím zabezpečuje roli kontrolní a koncepční. Často si ponechává i aktivity v oblastech specifických zdravotnických zařízení a služeb, kde z důvodu komerční neatraktivnosti, nutnosti veřejného dozoru či realizace veřejného vzdělávání, neexistuje jiná možnost uskutečňování. Výdaje státu v uvedených oblastech dělíme na kapitálové a provozní, neinvestiční.

Nepřímé výdaje vznikají zákonnou povinností ekonomických subjektů odvádět část svých příjmů na zdravotní péči. Tyto prostředky jsou nepřímo investovány do zdravotní péče prostřednictvím činnosti zdravotních pojišťoven jakožto zprostředkovatelů. Z pohledu zabezpečení přístupu ke zdravotní péči jsou zabezpečeny primárně ekonomicky aktivní skupiny obyvatelstva, které mají příjem, ze kterého mohou své pojistné uhradit. Ve společnosti však existují i sociální skupiny, které žádný příjem nemají a přesto je jejich participace na zdravotní péči žádoucí. V České republice jsou to nezaopatřené děti, ženy na mateřské dovolené, příjemci důchodů a další méně početné skupiny obyvatelstva. Za tyto skupiny platí zdravotní pojištění stát. (Goulli, 2006, s. 16 - 17).

2.1 Financování zdravotní péče v České republice

V České republice byl po roce 1990 postupně zaváděn systém všeobecného povinného zdravotního pojištění. Ve vyspělém státě je založeno na lidské solidaritě, soudržnosti a etickém kodexu. Stát jako představitel veřejných zájmů, politické a ekonomické moci, legislativy a výkonného organizátora, má významnou roli v péči o zdraví populace a celého zdravotnického systému. Úroveň tohoto systému je v přímé úměře s vývojem makroekonomických veličin národního hospodářství. Proto je srovnávána úroveň zdravotnické péče daného státu ve vztahu k hrubému domácímu produktu (HDP), a to ve vyjádření na jednoho obyvatele. Nejbohatší země vynakládají zhruba 9 % HDP na zdravotnictví. Česká republika vydává na rozvoj zdravotnictví, zdravotní péči, na krytí investičních a provozních nákladů částky, které jsou srovnatelné s ekonomicky vyspělými státy. (Zlámal, 2013, s. 55 - 60).

Zdravotní pojištění osob, rozsah, podmínky, za kterých je poskytována zdravotní péče v České republice definuje zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění č. 592/1992 Sb. a zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. Ze zdravotního pojištění je hrazena zdravotní péče poskytnutá na území České republiky anebo částka, kterou pojištěnec vynaložil na nutné a neodkladné léčení při pobytu v cizině v rozsahu výše stanovené pro úhradu takové péče v České republice. Zdravotně pojištěny jsou osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR nebo které tento pobyt nemají, ale jsou zaměstnanci u zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR. Zdravotní pojištění vzniká dnem narození, dnem získání trvalého pobytu na území ČR anebo dnem získání pracovního poměru u zaměstnavatele s trvalým pobytem nebo sídlem na území ČR. Zaniká dnem smrti nebo prohlášením za mrtvého, ukončením trvalého pobytu anebo pracovního poměru výše uvedeného. Plátcem pojistného je stát, zaměstnavatel a zaměstnanec. Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu především za nezaopatřené děti, osoby na mateřské a rodičovské dovolené, za osoby pobírající starobní a invalidní důchod a za další menší skupiny populace uvedené ve výše uvedeném zákoně. Plátcem pojistného je fyzická osoba, která pobírá příjem ze závislé činnosti anebo osoby samostatně výdělečně činné. U zaměstnanců se významnou měrou podílí na celkové odvedené částce zaměstnavatel – odvádí 9 % z vyměřovacího základu, zaměstnanec 4,5%. Osoby samostatně výdělečně činné hradí pojistné 13,5 % formou měsíčních záloh a následně při ročním zúčtování doplatkem dle svého vyměřovacího základu. (Zlámal, 2013, s. 61 - 67).

2.2 Zdravotnické systémy a jejich základní modely

V evropském pojetí je volena cesta veřejného výběru zdravotního pojištění s potenciálně realizovanou korekcí negativních faktorů. Je zřejmé, že pomocí komerčního pojištění by nebylo možné zaručit občanům přístup ke zdravotní péči z moci státu a veřejného zájmu. V pojistném systému, který je realizován v mnoha evropských zemích, je rozhodující část příjmů tvořená procentuální částkou ekonomicky aktivních občanů. Výběr je stanoven zákonem a sleduje základní princip solidarity. Na zdravotnický systém lze nahlížet z několika úhlů pohledu, ekonomický pohled rozlišuje v podstatě tři zdravotnické systémy. (Rektořík, 2007, s. 67- 70).

Model Národní zdravotnické služby, kdy zdravotnictví je financováno z daní obyvatelstva prostřednictvím státního rozpočtu. Mezi hlavní znaky patří dostupnost zdravotní péče a rovný přístup k celé populaci. Existuje ve dvou různých podobách se silnou pozicí státu. Semaškův model byl aplikován v bývalém Československu a Sovětském svazu až do počátku devadesátých let. V současné době je jeho jediným představitelem Kuba. Charakterizován je neexistencí soukromého sektoru. Beveridgův model jako systém Národní zdravotní služby uplatňují Velká Británie, skandinávské státy a státy jižní Evropy. (Zlámal, 2013, s. 221 – 225).

Ve Velké Británii je systém zdravotnictví postaven na principu odvodu z příjmů ve formě všeobecných daní. Zdravotní péči centrálně řídí Britská Národní zdravotní služba. (National Health Service). Daňová kvóta určuje prostředky vybrané od ekonomicky aktivních lidí, které pokryjí zdravotní péči i osob ekonomicky neaktivních. Krytí zdravotního pojištění vyplývá ze státního občanství nikoliv jako odvod z vykázaného příjmu. Všichni občané mají zajištěný přístup k plně hrazené komplexní zdravotní péči. Komerční pojištění má přímou souvislost s příjmy občanů Velké Británie. Pro nízkopříjmové sociální skupiny je pojištění relativně dražší, pro vysokopříjmové, relativně levnější. Veřejné zdravotní pojištění zatěžuje populaci rovnoměrně dle jejího příjmu. Veřejné prostředky hradí zdravotní péči z 80 %, soukromé platby tvoří 15 % a malou část tvoří doplňkové národní pojištění. Spoluúčast pacienta na úhradách se uplatňuje u některých zdravotních pomůcek, léků a zubních náhrad. Specifickým rysem zdravotní péče ve Velké Británie je rozsáhlý počet praktických rodinných lékařů. (The European health report, 2015, s. 56 – 67).

Bismarckovský model financuje zdravotnictví z veřejného zdravotního pojištění. Charakterizuje ho povinné zdravotní pojištění tvořené příspěvky od zaměstnanců, zaměstnavatelů a státu. Využíván je v německy mluvících státech, v České republice, Slovensku, Polsku, Maďarsku a Francii. Je typický poskytováním zdravotní péče v ambulantní sféře na základě smlouvy zdravotní pojišťovny se soukromými lékaři. (Zlámal, 2013, s. 226).

V Německu si povinné zdravotní pojištění mohou smluvně zajistit lidé u sedmi zdravotních pojišťoven, které jsou neziskovými, veřejnoprávními organizacemi. Povinné je zhruba pro tři čtvrtiny populace dosahující určité výše příjmu. Zbylá čtvrtina nepodléhá zákonu o povinném pojištění a může se dobrovolně pojistit jak u veřejnoprávní, tak soukromé zdravotní pojišťovny. Soukromé pojištění často zahrnuje dražší služby – léky bez předpisu anebo vyšetření léčitelem, u povinného pojištění se výše platby řídí výší příjmu. Kdo vydělává méně, platí i méně. Na rozdíl od soukromého pojištění zde nehraje žádnou roli věk. Nevýhodou soukromého pojištění je, že poplatky se mohou v průběhu času výrazně zvýšit. Návrat od soukromého pojištění k povinnému je možný jen ve výjimečných případech, a to pouze u pojištěnců, jejichž příjem klesl pod hranici pojišťovací povinnosti. Zdravotní péče v Německu je podobně jako u nás financována na principu solidarity. Výše pojistného je stanovena určitým procentem z příjmu, polovinu platí zaměstnavatel, polovinu zaměstnanec. Důchodcům platí polovinu jejich příslušný penzijní fond. Pojištění se vztahuje i na rodinné příslušníky – děti do 18 let, studenty do 25 let a manželky bez vlastního příjmu. Implementovat tento systém do našich podmínek zatím nelze. Současná úroveň starobních důchodů a situace rodin s dětmi nedovoluje větší finanční zatížení těchto nízkopříjmových sociálních skupin. (Zdravotní pojištění Německo, © 2016).

Ve Francii se veřejný systém snaží eliminovat z běžných pojistných vztahů extrémně velkou finanční zátěž způsobenou velmi nákladnou diagnózou, která svou podstatou či délkou trvání předurčuje vysoké úhrady za léčbu pacienta. Platby jsou hrazeny státem ze všeobecných daní. Tím je zamezeno přetížení vlastní zdravotní pojišťovny. (Zlámal, 2013, s. 227).

Zdravotní pojištění v Rakousku je povinným pojištěním. To znamená, že je jím pojištěný každý zaměstnanec. Zdravotní pojištění závisí na zaměstnavateli a místě jeho sídla. Poplatky se strhávají přímo z výplaty a odvádějí se zdravotní pojišťovně

(„Krankenkasse“) společně s poplatkem, který platí zaměstnavatel. Výše poplatků závisí na výši hrubé mzdy pojištěnce. Ti zaměstnanci, jejichž výše platu nedosahuje hranice pro zaměstnání na zkrácený úvazek, nejsou automaticky pojištěni. Mohou se ale nechat pojistit dobrovolně odpovídajícím nemocenským a důchodovým pojištěním. Výše poplatku je pro všechny takové samoplátce stejná. V Rakousku je možno se rovněž privátně připojistit. Privátní pojištění nabízí vedle svobodné volby nemocnice a lékaře např. i dvojlůžkový pokoj se sprchou, toaletou a TV, hradí příplatky za návštěvy lékaře, kúry při alternativních léčebných metodách. (Zdravotní pojištění Rakousko, © 2016).

V tržně orientovaném zdravotnictví hraje hlavní roli soukromé zdravotní pojištění. **Liberální model** zdravotnictví je založen na přímé úhradě za zdravotnické výkony s minimální mírou solidarity z veřejných zdrojů. Modelovým příkladem může být zdravotnictví USA. Zhruba 70 % populace se soukromě zdravotně pojišťuje. Veřejné zdravotní pojištění, které by bylo povinné, neexistuje. Lékaři pracují jako samostatní podnikatelé. Je zde velký výběr kvalitních zdravotních služeb, značná soutěživost mezi zdravotnickými zařízeními a prudkým rozvojem medicínských technologií, na druhou stranu není dostačující preventivní péče a je nízká dostupnost zdravotní péče pro málo movitou populaci. Stát negarantuje zdravotnickou péči pro celou populaci, ale pouze pro určité sociální skupiny formou státních zdravotnických programů. (Rice, 2013, s. 265 – 287).

2.3 Ekonomické hodnocení oblasti preventivního screeningu ve zdravotnictví

Péče o zdraví je provázena vzájemnou soustavou prvků, vazeb, zdrojů založených na principu a cílech ochrany a podpory zdraví. Na jedné straně vstupují obecné inputy, jako jsou lidské zdroje, věcný a finanční kapitál, stabilní prvky charakteristické smyslem a cílem. Vstupní zdroje jsou silně ovlivněny dostupností, kvalitou, úrovní vědy a výzkumu a prostředků, které jsou do zdravotnictví vkládány. Zdroje a prostředky vynakládané do zdravotnictví nejsou v přímé úměře ve vztahu k výsledkům, které jsou někdy nejednoznačné nebo i negativní. Prevence, ale i diagnostika a terapie, je mnohdy spojena s vysokými finančními náklady, které nemusí přinést významný efekt. Přesto jsou prováděna v zájmu zdraví či dokonce zachování života jedince. Produkovány jsou určité výstupy, služby mající společný cíl, v daném případě zaměřené na podporu zdraví celé populace a to jak současné tak i budoucí. (Zlámal, 2013, s. 17).

Ekonomické zhodnocení lze provádět různými metodami**. Metoda lidského kapitálu (Human capital approach – HCR)** porovnává přímé a nepřímé náklady vynaložené na realizaci preventivního programu s úsporami vzniklými ve zdravotnictví a národní ekonomice při zabránění vzniku onemocnění s případným následným úmrtím. Zdraví je při použití této metody faktorem, který ovlivňuje ekonomickou produktivitu jedince. Při zhoršení zdravotního stavu vznikají výdaje na léčení a dochází ke snížení finančních příjmů a omezení v oblasti každodenních aktivit. Účelem preventivních aktivit je ušetřit materiální zdroje. Tato metoda se nejeví jako příliš vhodná při hodnocení preventivních programů, protože jen málokterý by zajišťoval návratnost vložených finančních prostředků. Opomíjena je hodnota zdraví jako životní hodnota. **Metoda hodnocení nákladů a přínosů (Cost benefit analysis – CBA)** porovnává náklady vynaložené na preventivní programy s přínosy na lidské zdraví převedenými na finanční jednotky a s ohledem na zdraví jako životní hodnotu jedince. Principem metody je zjistit, kolik jsou lidé ochotni zaplatit za své zdraví. Preventivní program, který je vnímán jako přínosný, může vést k vnitřní ochotě jedince finančně kompenzovat jeho užitečnost. Srovnává jedince při rizikové pracovní činnosti v souvislosti se mzdou a ochotou přijmout za vzniklá rizika finanční odměnu na rozdíl od jedince, který se takovýmto rizikům vyhýbá. Metoda nezohledňuje v populaci nerovnoměrné rozdělení finančních zdrojů, které by vedlo k rozporu v otázce ochoty platit za preventivní programy, případně zákroky, které by zachránily život. **Analýza nákladové efektivity (Cost effectiveness analysis – CEA)**

porovnává náklady na zdravotnický zákrok s výsledky, které vyjadřují počet zachráněných životů a odvrácených onemocnění. Je vhodná pro preventivní programy se stejným cílem, měřena je vždy jen jedna přirozená veličina – délka života, kvalita života. Ekonomické zhodnocení metodou **Analýza nákladů a užitku (Cost utility analysis – CUA)** měří vliv zdravotnického zákroku na kvalitu života jedince. Zaměřena je na preventivní programy soustřeďující se na chronické a dlouhodobé nemoci. Hodnota užitku se vyjadřuje prostřednictvím standardizovaných testů kvality života. Efektivní se stávají takové programy, které i při větší nákladovosti přináší vyšší kvalitu života. (Hroboň, 1998, s. 5- 23, Šeflová 2009, s. 49-62).

3 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY A JEJICH FUNKCE

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce, jejichž činnost ustanovuje zákon č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění dalších předpisů. K zahájení činnosti musí pojišťovna získat povolení Ministerstva zdravotnictví a musí se zavázat, že do jednoho roku od data vzniku bude mít alespoň 50 tisíc pojištěnců. Nejvyšším orgánem zdravotní pojišťovny je správní rada, nejvyšším kontrolním orgánem je dozorčí rada zabývající se hospodařením a vnitřními předpisy. Rozhodčí orgán slouží k řešení otázek týkajících se platby penále, snížení záloh na pojistném, vrácení přeplatku či sporného placení pojistného. V současné době existuje v České republice sedm zdravotních pojišťoven. Jde o neziskové organizace, které pro své spektrum činností vytváří a spravují účelové fondy. Součástí je fond zdravotního pojištění, rezervní, provozní, sociální fond, fond majetku a reprodukce majetku. V přesně stanovených termínech předkládá každá zdravotní pojišťovna ke schválení vlastní zdravotně pojistný plán Ministerstvu financí, který po vyjádření vlády schvaluje Poslanecká sněmovna. Stejný postup nastává u výročních zpráv, které obsahují účetní závěrku a zprávu auditora. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, © 2010).

Příjemcem pojistného v České republice jsou ze zákona zdravotní pojišťovny. Každý občan se může jedenkrát za kalendářní rok, vždy k 1. dni kalendářního pololetí, svobodně rozhodnout, u jaké zdravotní pojišťovny bude registrován. Ze zákona poté generovaná platba odchází k příslušné zdravotní pojišťovně jako finanční prostředek do pojistného fondu. Zdravotní pojišťovna tak nemá reálnou možnost ovlivnit, kolik financí jí klient poskytne. Může se však zaměřit na optimalizaci svého portfolia pojištěnců. Existuje i relativně velké procento klientů, kteří v daném období zdravotní péči čerpají jen minimálně nebo vůbec a přitom jsou ekonomicky aktivní, odvádějí dle zákona pojistné ze svého příjmu. Skutečnost, kdy u jedné pojišťovny by se mohlo kumulovat více „nevýhodných“ pojištěnců, je ošetřena přerozdělováním vybraného pojistného. K přerozdělování pojistného se využívají od 1. 9. 2015 nákladové indexy osmnácti věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví v rozmezí od narození do pěti let a dále vždy po pěti letech. Nákladový index je stanoven jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví po odečtení části nákladů na nákladné pojištěnce dle příslušného paragrafu. Průměrné náklady na pojištěnce v dané skupině

stanoví správce účtu jako průměr všech zdravotních pojišťoven na všechny pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví. (zákon č. 592/1992 Sb.,).

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní neziskové organizace. V České republice je hlavní zdravotní pojišťovnou Všeobecná zdravotní pojišťovna, která soustřeďuje téměř 60 % všech pojištěnců. Hradí zdravotnickým zařízením výkony i tzv. „státních pojištěnců“. Výše platby pojistného je odvozena od stanovené minimální mzdy. Zbývající pojišťovny jsou oborové, soustřeďují klienty vyšších příjmových skupin. K vyrovnání a zajištění rovné péče občanům České republiky jsou finanční prostředky přerozdělovány podle výše uvedeného schématu. Zdravotní pojišťovna financuje zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., poskytuje služby poskytované jako formu zvýhodnění pro pojištěnce určité pojišťovny za zákonem stanovené prostředky a služby poskytované na principu komerčního pojištění. Služby nabízené nad rámec všeobecného zdravotního pojištění jsou dle stávající právní úpravy financovány ze zdrojů, které pojišťovna získá na pokutách, penálech, z komerční činnosti, z úroků na účtu fondu prevence, darů a dobrovolných příspěvků od pojištěnců. S pohybem pacienta mezi pojišťovnami se s ním pohybují i jeho finanční prostředky, které dle zákona odvádí. Klient se o své zdravotní pojišťovně nerozhoduje na základě svých výdajů na zdravotní pojištění, které nemůže nijak podstatně ovlivnit. Při výběru se stává pasivním příjemcem „balíčku výhod“, který ale nezískává na základě svého rozhodnutí, ale na základě toho, co se mu pojišťovna rozhodne nabídnout. Současné programy umožňují pojištěncům být aktivnější v péči o své zdraví. Je nutné si uvědomit, že velká většina lidí své zdraví a péči o ně reálně podceňuje. Proto raději přijímají definovaný balíček, než by jednotlivé součásti aktivně vyhledávali a vynakládali na ně finanční prostředky. Realizace programů je zabezpečena většinou konkrétními zdravotnickými zařízeními nebo podnikatelskými subjekty. Předpokládány jsou určité náklady a očekávány jisté výsledky, které by se měly promítnout na zdraví populace. Výše nákladů se liší program od programu a ani výsledky nejsou vždy stejné. Někdy program finančně náročnější přináší méně významné výsledky v oblasti zdraví populace a naopak program finančně levnější přinese vyšší žádoucí účinek v oblasti podpory zdraví. Programy prevence určitého onemocnění mohou být z medicínského pohledu prokazatelně žádoucí a efektivní. (Zlámal, 2013, s. 71 – 76).

4 PREVENTIVNÍ PROGRAMY

České veřejné zdravotní pojištění nepoužívá termín „podpora zdraví“, ale zahrnuje výkony, které mají preventivní charakter. Účelem je včasné zjištění ohrožení a poruch zdraví. Na zdravotní péči byly v roce 2013 vynaloženy celkové náklady ve výši 290 943 mil. Kč, které odpovídají 7,5 % podílu výdajů na HDP. Na jednoho obyvatele se jedná o částku 27 681 Kč. V témže roce byly zdravotními pojišťovnami financovány preventivní programy v částce 1 148 mil. Kč. (Zdravotnictví ČR ve statistických údajích, © ÚZIS ČR 2010-2017).

Jedná se především o plošné screeningové programy a pravidelné preventivní prohlídky. Stát intervenuje prevenci vzniku chorob, u kterých prevalence přesáhne 1/100 populace nebo u kterých se zvýší dopad na kvalitu života jedince. Dobře realizovaný je dle doporučení Evropské unie (2003) pravidelný preventivní screening tří nádorových onemocnění, a to rakoviny prsu, děložního čípku, tlustého střeva a konečníku. Všem pojištěncům zdravotních pojišťoven jsou plně hrazeny z fondu veřejného zdravotního pojištění. Účast v nich je dobrovolná a liší se podle krajů. Primární péče se stává nejvhodnějším terénem pro uplatňování preventivního zaměření. Existují skupiny populace, které preventivní prohlídky využívají, na druhou stranu jsou známy v databázi zdravotních pojišťoven skupiny, které je nevyužívají. Důvody nízké účasti nejsou zatím známy a výzkum, který by objektivizoval důvody nízké účasti, chybí. (Hnilicová et al. 2012, s. 567).

Systematické vzdělávání odborníků v oblasti podpory zdraví je v ČR dlouhodobě opomíjeno, přitom nabývá v mezinárodním měřítku na důležitosti. Screeningová metoda, kterou prochází tisíce lidí, by měla být relativně levná a nenáročná, dostatečně citlivá. Příkladem může být navrhované screeningové vyšetření renálního selhání na stanovení sérové koncentrace kreatininu, proteinurie a hematurie, která se pohybuje okolo šedesáti korun. Efekt je dán šancí předejít nebo výrazně oddálit selhání ledvin s ročními náklady na léčbu v řádech statisíců korun. Rizikovou populací jsou osoby nad 50 let věku s pozitivní rodinnou anamnézou, hypertonici a diabetici. (Hnilicová et al. 2012, s. 565 - 571).

Mezi nejzávažnější chronická onemocnění vytipovaná Světovou zdravotnickou organizací jsou řazena: diabetes mellitus, 2. typu, obezita, srdeční a oběhové nemoci, neurodegenerativní onemocnění, nádorové choroby a osteoporóza. Nově navrhované

screeningové plošné programy by měly být zaměřeny na sekundární prevence patologických zlomenin a diabetu mellitu 2. typu u rizikové populace, časný záchyt aneurysma dutiny břišní, časný záchyt bronchogenního karcinomu u vysoce rizikové populace, časný záchyt karcinomu prostaty, prevenci renálního selhání, novorozenecký laboratorní záchyt závažných vrozených kombinovaných poruch imunity (SCID) a časnou diagnostiku autistického spektra. (Klusáková, 2015, s. 6).

4.1 Preventivní prohlídky hrazené z veřejného zdravotního pojištění

Všeobecná preventivní prohlídka u praktického lékaře se provádí vždy jednou za dva roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední všeobecné preventivní prohlídky. Součástí je doplnění anamnézy včetně sociální, se zaměřením na pracovní a jiné rizikové faktory. V rodinné anamnéze je kladen velký důraz na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, diabetu mellitu 2. typu, onkologických onemocnění, různých typů závislostí a poruch metabolismu tuků. Provádí se kontrola očkování s doporučením očkovacích vakcín proti vybraným rizikovým onemocněním. Následuje kompletní fyzikální vyšetření se změřením krevního tlaku, výpočtu indexu tělesné hmotnosti a orientační zkouška zraku a sluchu. Dle věku jedince a onkologického rizika je provedeno vyšetření per rectum, varlat nebo prsů spolu s poučením o samovyšetřování. Moč je zkoušena screeningově diagnostickým papírkem, krevní testy sledují koncentrace cholesterolu, lipidového metabolismu a to ve věku 19, 30, 40, 50 a 60 let. Hladina glykémie se zjišťuje poprvé v 19 letech při první preventivní prohlídce a registraci u praktického lékaře a následně od 40. roku věku ve dvouletých intervalech. EKG vyšetření je provedeno v rámci preventivní prohlídky poprvé ve 40 letech a po té každé čtyři roky. U žen ve věku od 45 let probíhá dotaz na ověření výsledku screeningového mamografického vyšetření prsů, pokud není k dispozici, praktický lékař doporučí jeho provedení. Od 50 let věku je prováděno testování na okultní krvácení ve stolici, od 55 let je možno toto vyšetření nahradit screeningovou kolonoskopií jednou za 10 let. (vyhláška č. 70/2012 Sb.,).

V oboru zubního lékařství je doporučována preventivní prohlídka u těhotných žen dvakrát v průběhu těhotenství, u dospělé populace jedenkrát ročně zpravidla po uplynutí 11 měsíců od provedení poslední preventivní zubní prohlídky. Vyšetřuje se stav chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní a to i se zaměřením na včasná onkologická onemocnění. Těhotné ženy jsou poučeny o prevenci stomatologických onemocnění v průběhu těhotenství a o následné péči o chrup, jejíž součástí je preventivní stomatologická prohlídka u svého narozeného dítěte a to v období mezi 6-12 měsícem roku života dítěte. (vyhláška č. 70/2012 Sb.,).

Gynekologické prohlídky se provádí u žen od 15 let věku v pravidelných jednoročních intervalech, zpravidla 11 měsíců od provedení poslední preventivní prohlídky. Vytvořena je osobní, pracovní i rodinná anamnéza s ohledem na rizikové faktory familiární. Provedena je prohlídka kůže a palpace mízních uzlin v okolí pohlavních orgánů, vyšetření v zrcadlech a kolposkopický odběr materiálu na cytologické, dle potřeby

i mikrobiologické a virologické vyšetření. Lékař provede bimanuální palpaci a dle potřeby doplní vaginální ultrazvukovou sondou výsledek preventivní prohlídky. Pacientky jsou poučeny jak provádět samovyšetřování prsů, od 45 let věku ženy je doporučováno provádět mamografický screening prsou. Gynekolog může též doporučit ženě ve věku od 50 let test na okultní krvácení ve stolici, od 55 let je možno provést screeningové kolonoskopické vyšetření jednou za 10 let. Toto se po té neprovádí u praktického lékaře, pokud dotazem bylo zjištěno, že u praktického lékaře bylo provedeno, neprovádí se u gynekologa. (vyhláška č. 70/2012 Sb.,).

Součástí prevence v ČR je očkování, které je Světovou zdravotnickou organizací doporučováno jako jedna z nejúčinnějších metod boje proti infekčním nemocem, které mohou vážně ohrozit život dítěte i dospělého. Očkování chrání člověka před rozvojem choroby a brání šíření nemocí v populaci. Ohleduplnost každého člověka při dodržování očkovacího kalendáře vede k proočkování populace a tím k zabránění šíření nemocí v populaci. Jde o významný medicínský úspěch, kdy některé choroby se podařilo zcela vymýtit anebo existují jen v malých lokalitách Asie a Afriky. Biomedicínský výzkum stále vyvíjí nové vakcíny. Rozšiřuje se tak spektrum infekčních chorob, proti kterým je možno tímto způsobem chránit populaci. Česká vakcinologická společnost na svých internetových stránkách představuje očkovací kalendář pro dospělé i děti. Samozřejmostí by měla být informovanost lidí praktickými lékaři při pravidelných preventivních prohlídkách o možnostech očkování s ohledem na věk, sociální a pracovní riziko. (Očkování v ČR, © 2015).

4.1.1 Onkologická prevence

Zhoubné nádory jsou zejména ve vyspělých zemí světa jednou z nejčastějších chorob a následně příčinou smrti. Celosvětově jsou na druhém žebříčku po kardiovaskulárních onemocněních. Úkolem primární prevence v této oblasti je ovlivnit výskyt, v sekundární prevenci včasný záchyt onemocnění a tím snížit úmrtnost a zlepšit prognózu onemocnění. Incidence zhoubných onemocnění v České republice má stejně jako ve světě nepříznivý trend a je odrazem primární prevence, která má za cíl pokles výskytu nádorových onemocnění. V roce 2014 bylo hlášeno 82 606 nových pacientů s touto diagnózou. V roce 1951 byla zavedena evidence těchto chorob a od roku 1976 je ustanoven Národní onkologický registr. Vědecká rada Ministerstva zdravotnictví ČR doporučila a schválila v únoru 2004 vznik Národního onkologického programu. (Zdravotnictví ČR ve statistických údajích, ÚZIS ČR© 2010-2017).

Velký důraz je kladen zejména na praktické lékaře, kteří jsou nejblíže populaci. Z podnětu Ministerstva zdravotnictví ČR bylo v lednu 2014 zahájeno tzv. adresné zvaní na výše zmiňované tři plošné screeningové programy. Zdravotní pojišťovny obesílaly ty pojištěnce, kteří se nezúčastnili některých anebo žádných z uvedených vyšetření. Rozpočet přesáhl 40 mil. Kč a byl dotován 85 % z evropských fondů. Míra účasti dle dostupných informací byla v cervikálním programu 9,3 %, mamografickém 13,4 % a kolorektálním 14,5 % z celkového počtu adresně pozvaných.

Screening rakoviny prsu. Podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR má na bezplatnou preventivní (screeningovou) mamografii právo každá žena od 45. roku věku, a to ve dvouletých intervalech. Podmínkou je žádanka od ambulantního gynekologa či praktického lékaře pro dospělé. Při vyšším riziku vzniku nádorů prsu, například při výskytu nádoru prsu či vaječníků v rodině, je vhodnější provést mamografii každý rok. Mamografické vyšetření každý druhý rok si pak musí žena uhradit sama. Investice do vlastního zdraví se však vyplatí. **Screening rakoviny děložního čípku**. Vyšetřované by měly být všechny ženy. Poprvé poté, co zahájily sexuální život a pak v pravidelných ročních intervalech bez omezení věku. Dnes je opakovaný screening prováděný v pravidelných intervalech nejlepší ochranou před vznikem karcinomu děložního čípku. Screening pro prevenci karcinomu děložního čípku je prováděn mikroskopickým vyšetřením cytologického stěru z děložního čípku (tzv. PAP test neboli onkologická cytologie), který odebere gynekolog. Odběr stěru je jednoduchá metoda, která trvá asi 5 minut a zahrnuje jen o málo víc než vyšetření pochvy. Buňky z děložního čípku jsou odebrány pomocí malé špachtličky, či kartáčku. Odebrané buňky ve specializované laboratoři a pod mikroskopem hodnotí lékaři, kteří mezi nimi hledají změněné buňky. **Screening rakoviny tlustého střeva a konečníku**. Všichni lidé ve věku nad padesát let mají nárok na screening rakoviny tlustého střeva a konečníku, který je plně hrazený pojišťovnou. Lidé ve věku 50 až 54 let podstupují každý rok vyšetření na okultní krvácení do stolice. V rámci tohoto vyšetření je odebrán pomocí speciální sady malý vzorek stolice. Ten je pak odeslán do laboratoře na vyšetření, zda se ve stolici nenachází mikroskopické množství krve (krev může pocházet z počínajícího zhoubného nádoru). Od věku 55 let mají lidé nyní na výběr. Buď mohou i nadále podstupovat test na okultní krvácení do stolice, ale již pouze každé dva roky. Druhou možností, která se jim nabízí, je absolvovat preventivní kolonoskopické vyšetření, které se provádí pouze jednou za deset let. Pokud pacient

absolvuje v desetiletých intervalech kolonoskopii, test na okultní krvácení již není nutný. (Müllerová, 2014, s. 67 – 94)

Jiný systém realizace preventivního screeningu je možno vidět ve Velké Británii. Charakteristický je vysokou mírou organizovanosti. Jedinci jsou cíleně zváni, ale nepřicházejí do ordinací praktického lékaře, ale obálky se screenigovými testy jsou jim doručovány poštou přímo do domácností a poštou jsou zpět odesílány k centrálnímu vyhodnocení. (AM Review, 2015, s. 18-19).

4.1.2 Screening civilizačních chorob

Civilizační choroby jsou onemocnění, která mají úzkou spojitost se životním stylem populace, ale i životními podmínkami souvisejícími s kvalitou ovzduší, vod a potravin. Světová zdravotnická organizace přináší údaje o vzrůstající tendenci vzniku chronických civilizačních chorob i v zemích rozvojových. Přijímány jsou moderní průmyslové technologie a styl života s vysoko kalorickou stravou, psychosociálním stresem a nedostatkem pohybu. Kardiovaskulární onemocnění se stává hlavní příčinou úmrtnosti v České republice. Prevence je zaměřena na režimová opatření v nejširším slova smyslu. Nutností se stává dieta, fyzická aktivita, kontrola tělesné hmotnosti, rekvalifikace a změna zaměstnání se snahou ovlivnit chování či sociální zázemí jedince. Sekundární prevence jde ruku v ruce s léčebnou intervencí medikamentózní. Většinou probíhá v ordinacích praktického lékaře. (Frei, Holoubková, 2016, s. 20 -24).

V bývalých socialistických státech dochází ke změně stravovacích návyků velmi pozvolně, naopak národní výživová politika v Dánsku nebo Nizozemsku cíleně usměrňuje potravinářský průmysl, aby produkoval zdravější potraviny se sníženým obsahem solí, nasycených mastných kyselin a jednoduchých sacharidů. Západní země mají průměrnou spotřebu soli na osobu a den asi osm gramů. Česká republika čtrnáct gramů, přičemž doporučená denní dávka je pět gramů soli denně na jednu osobu a den. Střední délka života v evropských státech je největší na Islandu, Česká republika je zhruba pod průměrem. Čeští muži mají naději dožít se téměř 76 let, ženy 82 let. (Statistická ročenka, © 2016). Akční plán Národní strategie se zaměřuje na správnou výživu a stravovací návyky, rovněž jako plán prevence obezity. Podle evropského průzkumu zdravotní gramotnosti má populace v ČR velmi malé informace o správné výživě a zdravém životním stylu. Dostatečné množství vyučovacích hodin na základních a středních školách je nekvalitně využíváno z hlediska prevence kardiovaskulárních a onkologických onemocnění. Populace

často čerpá informace o nesprávných dietách, potravinových doplňcích a investuje finance v domnění pozitivně ovlivnit svou životosprávu. Řešení nabízí podle národního akčního plánu nutriční terapeuti, kteří by měli převzít roli v oblasti preventivního poradenství. Jejich výkony by byly hrazeny z veřejného zdravotního pojištění v primární prevenci a vznikla by tak protiváha výživovým poradcům. Nutriční terapeut má bakalářské nebo magisterské vzdělání ve studijním oboru nutriční terapeut, kdežto výživové poradenství může poskytovat kdokoliv, kdo splňuje všeobecné podmínky k získání živnostenského oprávnění. Nejde tedy o zdravotní službu. (Šedo, 2016, s. 5-6).

4.2 Preventivní programy zdravotních pojišťoven v roce 2016

Zdravotní pojišťovny nabízí svým pojištěncům různé příspěvky k hrazení preventivní zdravotní péče s prokazatelně preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem nad rámec povinného zdravotního pojištění. Ke splnění cílů v oblasti preventivních programů slouží příspěvky klientům cíleně poskytované z fondu prevence příslušné zdravotní pojišťovny. Zdroje fondu tvoří přijaté finanční prostředky z pokut, penále a z úroků vytvářených z dočasně volných prostředků základního fondu zdravotního pojištění.

4.2.1 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky - 111

Je největší zdravotní pojišťovnou od roku 1992, na rozdíl od menších zaměstnaneckých pojišťoven. Na léčbu svých klientů vynaloží průměrně polovinu finančních prostředků, které jsou určeny zdravotnictví jako celku. Klienti pojišťovny mohou vybírat z nejširší sítě poskytovatelů zdravotních služeb včetně vysoce specializovaných pracovišť s velmi nákladnou a nejmodernější léčbou. Preventivní programy zahrnují různé druhy finančních příspěvků pro jednotlivce i celé rodiny.

- Finanční příspěvky z fondu prevence jsou zaměřené na kardiovaskulární onemocnění, diabetes, onkologické nemoci, poruchy duševního zdraví, očkování určené pro děti, dospělé, těhotné ženy, matky po porodu, bezpříspěvkové dárce krve a nemocné celiakií.

- Mořský koník je léčebně – ozdravný pobyt na řeckém poloostrově Chalkidiki u Egejského moře pro dětské klienty s vybranými chronickými chorobami. Částečnou platbou se podílí na pobytu i rodiče dítěte.

- Příspěvek na nákup potravin bez lepku nebo stravování ve školních jídelnách, které nabízí bezlepkovou dietu, je určen dětem do 18 let nebo studentům do 26 let s diagnózou celiakie.

- Výhodné komerční pojištění se svou dceřinou společností nabízí VZP pro oblast cestovního pojištění, úrazové a zdravotní pojištění, běžnou občanskou odpovědnost a pojištění majetku.

- Klub pevného zdraví nabízí mnohé slevy a bonusy u smluvních partnerů, členství v klubu je podmínkou pro čerpání finančních příspěvků poskytovaných z fondu prevence VZP.

- Cesta k nekuřáctví je program, jehož začátek je datován 1. 9. 2015 a konec plánován k 31. 12. 2016. Délka trvání léčby je 12 měsíců a příspěvek v maximální výši 2500 Kč je poskytován na nehrazené léčivé přípravky nebo na odborné konzultanty a ošetřující lékaře z Center pro závislé na tabáku.

Akce VZP pro celou rodinu jsou pořádány po celé České republice. Zaměřené jsou na závažná onemocnění, prevenci úrazů při sportu a na podporu zdravého životního stylu. (VZP ČR © 2015).

4.2.2 Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky - 201

Prioritou preventivních programů nabízených VoZP ČR je vytvoření podmínek pro své pojištěnce, které by vedly ke zdravému způsobu života a zdravému životnímu stylu. Specifické postavení ve vztahu k Armádě ČR jako povinně rezortní zaměstnanecké zdravotní pojišťovně, umožňuje vytvoření programu zdravotní péče pro vojáky, kteří ukončili účast ve vojenské mezinárodní misi po 31. 12. 2013.

- Program „Válečný veterán“ zahrnuje tyto příspěvky: plavání, léčebný tělocvik a tělesná regenerace, specializovaná lázeňská péče, vyšetření okultního krvácení ve stolici, očkování závažných infekčních chorob, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, specializovaná psychologická a psychiatrická péče rodinným příslušníkům po válečných veteránech, specializovaná lázeňská péče pro rodinné příslušníky po válečných veteránech.

- Program „Děti“ – ozdravné pobyty organizované výhradně základní školou jedenkrát za dobu povinné školní docházky, vitamíny pro děti, ozdravné pobyty v tuzemsku i v zahraničí pořádané VoZP ČR.

- Program „Dospělí“ – vyšetření okultního krvácení ve stolici jedenkrát ročně, plavání, příspěvky pro dárce krve, krevní plazmy a krevních derivátů, příspěvek na léčebný tělocvik a tělesnou regeneraci, dle vlastní volby dalších sedm nabízených příspěvků – dermatoskopické vyšetření, instruktáž dentální hygieny, doplňky stravy ke zvláštnímu stravovacímu režimu (celiakie, diabetes), pobyty v solné jeskyni, poláriu a odvykací kůru proti kouření. Ženám je nabízen příspěvek na prevenci rakoviny prsu, příspěvek pojištěncům pracujícím v rizikovém prostředí a profesionální řidiče.

- Program „Maminka“ - prevence v těhotenství, po narození dítěte, vitamíny těhotným ženám.

- Program „Očkování“ – příspěvek na očkování proti klíšťové encefalitidě, rakovině děložního čípku a závažná infekční onemocnění, jež nejsou hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

- Program „Zdravá rodina“ – pro děti je možno čerpat příspěvek na fluorizaci chrupu, ochranu zdraví při sportu, očkování proti vybraným infekčním nemocem nehrazených z veřejného zdravotního pojištění, příspěvek na léčebný tělocvik a tělesnou regeneraci. Rodičům jsou nabízeny příspěvky na vybraná očkování a léčebný tělocvik.

- Program „Student“ nabízí příspěvek na očkování proti meningitidě, očkování a přeočkování proti klíšťové encefalitidě, očkování při výjezdu do států, kde je povinné očkování proti žloutence typu A, B, příspěvek na léčebný tělocvik a tělesnou regeneraci a příspěvek na ozdravný pobyt je-li organizátorem výhradně škola. (VoZP © 1993 - 2017).

4.2.3 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna – 205

Česká průmyslová pojišťovna vznikla sloučením Hutnické zaměstnanecké pojišťovny s pojišťovnou Atlas a Agel. Cílem je vytvoření silného subjektu se zaměřením na úzkou spolupráci s českým průmyslem.

- Preventivní program pro děti a mládež do 18 let včetně, je zaměřen na očkování nad rámec úhrad z veřejného zdravotního pojištění, na pohybové aktivity, zdravé zuby, vitamíny, sportovní prohlídky, prevence trombózy a prevence rakoviny kůže.

- Preventivní programy pro ženy od 19 let zahrnují očkování, preventivní vyšetření rakoviny prsu, tlustého střeva a konečníku, rakoviny kůže, glaukomu, osteoporózy a prevence poruch paměti. Možno využít i příspěvek na sportovní prohlídku nebo laserovou operaci očí a specificky zaměřený program nazvaný manažerka mateřství.

- Preventivní programy pro muže od 19 let je zaměřen na očkování, prevenci rakoviny tlustého střeva, kůže, prostaty, glaukomu, osteoporózy a poruch paměti. Mix balíčky jsou zaměřeny na sportovní prohlídky, laserové operace očí. Balíček

muž je možno využít při přítomnosti otce u porodu nebo jako příspěvek na erektilní dysfunkci.

- Ostatní bonusy zahrnují služby pro dárce krve, plavání zdarma nebo za zvýhodněnou cenu, léčebný tělocvik a regeneraci. Program bonus plus je určen klientům, kteří pečují o své zdraví, získávají body za preventivní prohlídky a věrnost k pojišťovně. Následně mohou čerpat příspěvek na další pohybové aktivity a péči ve zdravotnickém zařízení. (ČPZP © 2016).

4.2.4 Oborová zdravotní pojišťovna – 207

Pro klienty Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví - OZP jsou nabízeny preventivní programy zaměřené na civilizační choroby. Nabídka je velmi široká a vede k odhalení tisíců případů zhoubných onemocnění v raném stádiu onemocnění. Kvalita poskytované preventivní péče výrazně snižuje zbytečná úmrtí.

- STOP rakovině prsu, kůže, prostaty, ledvin, nádorů břišních orgánů a dutiny ústní – komplexní vyšetření lékařem a příslušnou přístrojovou technikou (ultrazvuk, mamograf).

- STOP infarktu – komplexní vyšetření lékařem, poslech karotid, laboratorní biochemické vyšetření a EKG.

- STOP osteoporóze – vyšetření celotělovým denzitometrem ve věku od 50 let jednou za dva roky.

- STOP kouření – příspěvek na léčebné prostředky určené k odvykání kouření v Centrech léčby závislostí.

- Maminky a novorozenci – očkování novorozenců nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, úrazové pojištění novorozenců, vitamíny pro těhotné.

- Příspěvkové programy pro děti a mládež – dětské úrazové pojištění pro prvňáčky, kredit na nepovinné očkování, příspěvek na ozdravné pobyty v Chorvatsku.

- Příspěvek pro dospělé je určen k léčbě onkologických onemocnění, odvykání kouření, očkování, které není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

- Příspěvek pro dárce krve, orgánů a kostní dřeně na množství podpůrných preventivních programů, vitamíny a rekondiční pobyty, léčebné cvičení.

- Elektronický bonusový systém Vitakonto, který umožní klientům získat ještě vyšší příspěvky u všech preventivních programů. (OZP, © 2017).

4.2.5 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda – 209

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda se postupně vyvinula v regionální zdravotní pojišťovnu se stabilizovanou klientelou a silnou vazbou na zakladatelskou firmu akciovou společnost Škoda auto. Dobré jméno si získala díky maximálnímu úsilí poskytovat svým pojištěncům kvalitní služby v rámci svých pojistných plánů. V oblasti péči o zdraví se zaměřuje jak na včasnou úhradu zdravotních výkonů, tak i na zdravotní programy cílené na preventivní činnosti v oblasti předcházení nemocem.

- Očkování proti klíšťové encefalitidě, chřipce, hepatitidě A, B, meningokok B, C, rotavirové infekce, HPV infekce.

- Prevence závažných onemocnění zahrnuje vyšetření karcinomu prsu, prostaty, tlustého střeva a konečníku, program na vyšetření dutiny břišní a zjištění nádorů v této oblasti, prevence onemocnění štítné žlázy, prvotrimestrální screening na specializovaném pracovišti, prevence melanomu.

- Zlepšení služeb v oblasti odstranění vad chrupu, služby pro matku a dítě, ozdravný pobyt pro nemocné s onkologickým, neurologickým onemocněním, obezitou či nadváhou, ozdravný pobyt v ČR pro aktivní dárce kostní dřeně, plastová sádra, moderní léčebné metody, boj proti kouření, služby pro pojištěnce trpící celiakií a fenylketoúrií.

- Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna vytvořila balíčky se zaměřením na preventivní činnosti pro těhotné ženy, bezpříspěvkové dárce kostní dřeně a krve, pro držitele Zlatého kříže, pro žáky a studenty a pro seniory.(ZPŠ © 2016).

4.2.6 Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra – 211

Deklarovanou prioritní činností ZP MV je zajišťování a úhrada kvalitních zdravotních služeb. Záměrem pojišťovny je zvýšená pozornost službám pro klienty, zejména v oblasti prevence. Dále dochází k modernizaci elektronické komunikace přes webové stránky a aplikace v mobilních telefonech. Koncepce preventivních programů pro pojištěnce ZP MV vychází z požadavků na vyhledávání počátečních fází onkologických

onemocnění, podpoře dárců krve, zaměření se na civilizační onemocnění u dospělých i dětí a závažné komplikace chronických onemocnění.

- Program prevence onkologických onemocnění – příspěvek na jedno vyšetření z následujícího výběru: prevence karcinomu prsu, děložního čípku, tlustého střeva, plic, prostaty, oka a kožních nádorů.

- Program pro dárce krve, krevní plazmy a kostní dřeně – příspěvek na multivitaminy, lázeňskou léčebně rehabilitační péči, příspěvek na další program dle aktuální nabídky.

- Program prevence infekčních onemocnění (očkování) – příspěvek na jednu z očkovacích látek dle vlastního výběru. Využití je možné pro klíšťovou encefalitidu, žloutenku, meningokoka, pneumokoka, chřipku, černý kašel, rotavirová onemocnění, tetanus, vzteklinu, HPV pro chlapce a pásový opar.

- Program prevence civilizačních onemocnění – příspěvek na vyšetření rizika tromboembolické nemoci při užívání hormonální antikoncepce, preventivní vyšetření osteoporózy denzitometrem, kardiovaskulárních onemocnění, vyšetření na bodystatu, genetické vyšetření dispozice civilizačních onemocnění, vyšetření paměti a oční koherenční tomograf.

- Program pro děti od 6 měsíců do 3 let – příspěvek na speciální oční vyšetření Plusoptixem.

- Program pro školní děti – příspěvek na nákup fixních rovnátek zubů, na dietní potraviny u nemocných s celiakií, sestavení jídelníčku u výživového poradce pro děti s nadváhou, ozdravný pobyt v přírodě organizovaný základní školou.

- Program pro těhotné a ženy po porodu – předporodní kurz pro těhotné, vitamíny a doplňky stravy zakoupené v lékárně, vyšetření v těhotenství nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, účast otce u porodu, příspěvek na epidurální analgesii, odběr pupečníkové krve z důvodu dalšího medicínského využití dle rozhodnutí dárkyně.

- Program pro studenty - lékařská prohlídka studentů před odjezdem na studijní cestu do zahraničí, preventivní sportovní prohlídky.

- Program pro seniory – sportovní aktivity, plavání, účast na nordicwalking, nákup holí nordicwalking, kolektivní cvičení.

- Program lupénka – příspěvek na zakoupení přípravku pro zevní aplikaci k ovlivnění kožních příznaků při onemocnění lupénkou. (ZPMV© 2017).

4.2.7 Revírní bratrská pokladna – 213

Název zdravotní pojišťovny vychází z dob existence pokladen hornických bratrstev, které byly zakládány ve 30. a 40. letech 19. století. Od července 1993 zajišťuje zdravotní péči pro pojištěnce v oblastech severní Moravy, Slezska a Hodonínska. Je tak největší regionální zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou v České republice. Preventivní programy zajišťuje pro níže jmenované skupiny.

- Děti do 6 let – očkování nehrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, podpora zdraví zaměřená pro děti nemocné celiakií, příspěvek na přístroj kontrolující dechovou aktivitu pro děti do 6 měsíců života, organizované plavání a školku v přírodě trvající alespoň 5 dnů. Další příspěvky jsou určené na nákup mléčné výživy, organizované cvičení s dětmi, fluoridace zubů, nákup vitamínů.

- Mládež 7 až 18 let – úhrada kteréhokoliv preventivního očkování nehrazeného z prostředků veřejného zdravotního pojištění, léčbu vadného růstu chrupu fixním nebo snímatelným aparátem, nákup potravin pro děti s diagnózou celiakie, organizované plavání pro děti do 10 let, účast v programu stop obezitě, preventivní vyšetření pigmentových změn kůže jednou ročně, periodickou prohlídku registrovaných sportovců, nákup vitamínů v lékárně.

- Pojištěnci nad 19 let – příspěvek na preventivní očkování nehrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, nákup potravin pro nemocné s diagnózou celiakie, ošetřování rázovou vlnou, genetické vyšetření provedené u renomované laboratoře, periodickou prohlídku registrovaných sportovců, nákup léčivých přípravků pro muže nad 45 let při diagnóze zbytnělá prostata, vitamínů zakoupených v lékárnách, fixačních a čisticích prostředků pro celkové zubní náhrady, přípravky na prevenci osteoporózy a menopauzálních stavů. Podbalíček Zdraví ve svých rukou zahrnuje komplexní vyšetření lékařem na kardiovaskulární a metabolické onemocnění, mamografické vyšetření žen od 40. roku věku, vyšetření na okultní krvácení ve stolici pojištěncům do 49 let, preventivní vyšetření prostaty, pigmentových změn,

denzitometrické vyšetření jednou za dva roky ženám nad 40 let. Podbalíček pro těhotné ženy je určen na nákup vitamínů a porodnického gelu, kurz psychoprofylaxe a těhotenského cvičení, provedení epidurální analgezie při porodu.

- Mezi další pilotní preventivní programy zdravotní pojišťovny Revírní bratrská pokladna patří programy Senior a Zdravý podnik. Koncepce řady preventivních programů je determinována charakterem pojišťovny, která působí ve vysoce ekologicky zatíženém regionu. Plošně i cíleně jsou realizovány programy na stomatologickou, onkologickou a gynekologickou prevenci. (RBP ZP © 2017).

Preventivní programy jsou dostupné pro všechny pojištěnce uvedené kategorie bez zásadního omezení. Jednotlivé pojišťovny nabízejí navíc ještě bonusové preventivní programy, které již nemusí být automaticky dostupné všem pojištěncům zdravotní pojišťovny. Příkladem je Vitakonto OZP umožňující získat další finanční příspěvky za aktivity související se zdravým životním stylem nebo program ČPZP Bonus Plus jehož principem je získávání bodů za absolvované preventivní prohlídky a péči o své zdraví. ČPZP nabízí službu „Prevence v mobilu“. Pojišťovna klientům posílá SMS upozorňující na preventivní prohlídku u praktického lékaře, gynekologa nebo urologa. Projekt „Zdraví jako vášeň“ ZP MV umožňuje přihlásit se na komplexní onkologické vyšetření v Masarykově onkologickém ústavu v Brně. (deník.cz © 2005 – 2017).

4.3 Náklady zdravotních pojišťoven na preventivní péči hrazenou z fondů prevence

Zdravotní pojišťovny se při hospodaření s finančními prostředky řídí legislativou České republiky. Je jím zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách a vyhláška č. 418/2003, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu. Pokud zdravotní pojišťovna má vyrovnané hospodaření a naplněný rezervní fond, může použít finanční prostředky plynoucí z přirážek k pojistnému, pokut a penále jako zdroj fondu prevence.

V tabulce č. 36 v Příloze této práce jsou vyjádřeny finanční prostředky na začátku a na konci kalendářního roku 2014. Rozdíl mezi těmito částkami tvoří výdaje na preventivní programy a dále různé výdaje každé pojišťovny na úhradu bankovních poplatků, odpisy nedobytných pohledávek, penále, náklady na poštovné a úhradu bankovních poplatků. Čerpání finančních prostředků na preventivní programy v roce 2014 bylo nejnižší ve VZP – 72,3 %, nejvyšší v ČPZP - 101,6 %. Aktuální údaje za rok 2015 nejsou v době tvorby této diplomové práci k dispozici. Výroční zprávy všech zdravotních pojišťoven nebyly dosud oficiálně uveřejněny.

Zdravotní programy zahrnují především příspěvky na očkování, léčebný tělocvik, plavání, solné inhalace a příspěvky pro dárce krve a kostní dřeně. Ozdravné pobyty zahrnují příspěvky na tuzemské i zahraniční ozdravně – léčebné pobyty a ozdravné pobyty pořádané základní anebo mateřskou školou. Mezi ostatní činnosti jsou řazeny zbylé nabídky pojišťoven dle jejich aktuálních nabídek – pro válečné veterány, kluby věrných pojištěnců, podpora nových léčebných metod, motivace ke zdravému životnímu stylu, apod. Ze všech finančních prostředků fondu prevence poskytla na zdravotní programy nejvíce VZP - 84,4 %, na ozdravné pobyty ZP MV – 29,5% a na ostatní činnosti RBP ZP – 27,3 %. Získané údaje z výročních zpráv byly jednotně přepočteny na procentuální porovnání jednotlivých zdravotních pojišťoven – tabulka č. 37 v Příloze této práce. (Výroční zprávy ZP, 2014).

5 CÍLE PRÁCE A POUŽITÁ METODIKA

Nedostatečné využívání současných preventivních programů a s tím související jejich nízká účinnost pravděpodobně souvisí s paradigmatem 70. let, kdy byla zdůrazňována individuální zodpovědnost za životní styl a tím i zdraví. I v současné době je rozšířené vědomí v populaci, že lidé mají svůj život a životní styl zcela ve své moci a je pouze na nich, jak se ke svému zdraví budou chovat. Ve výzkumné činnosti se zaměřuji na objektivizaci důvodů nízké účasti na preventivních screeningových programech a preventivních prohlídek hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Rešerše k problému, který je zkoumán, je uvedena v Příloze diplomové práce.

5.1 Cíl diplomové práce

V České republice značná část populace podceňuje péči o své zdraví bez ohledu na rizikové faktory jednotlivých onemocnění. Velmi často upřednostňují farmakoterapii před režimovým opatřením a to až v průběhu sekundární prevence, přičemž úkolem primární prevence je předcházet anebo oddálit výskyt onemocnění. Hlavním cílem práce je zjištění důvodů nízké účasti na primární prevenci a screeningových preventivních programech. Zjištěné výsledky je možné využít k návrhům řešení, které by vedly ke změně postoje populace k podpoře vlastního zdraví a ke změně myšlení lidí v oblasti této problematiky.

5.2 Dílčí cíle

Hlavní cíl diplomové práce doplňují čtyři dílčí cíle.

C1: Zmapovat rozdíly v účasti na primární prevenci s ohledem na demografické charakteristiky respondentů.

C2: Zjistit postoje české populace k preventivním prohlídkám a screeningovým programům hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

C3: Zjistit zájem o příspěvky zdravotních pojišťoven na podporu zdraví mezi českou populací.

C4. Vytvořit webovou prezentaci pro širokou českou veřejnost se zaměřením na důležitost primární prevence, která je stěžejní pro ochranu a upevnění zdraví.

5.3 Metodologie výzkumu

Součástí kvantitativního výzkumu byl sběr dat prostřednictvím nestandardizovaného anonymního dotazníku vlastní konstrukce. Ten byl sestaven na podkladě prostudované literatury, článků a diskuzí na dané téma. Otázky dotazníku a stanovené hypotézy vyplynuly z požadavků praxe. Diplomová práce byla tvořena v úzké spolupráci se zdravotními pojišťovnami a zdravotním odborem Krajského úřadu Plzeňského kraje. Pobočka plzeňské Všeobecné zdravotní pojišťovny, Revírní bratrská pokladna a plzeňská pobočka Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky, projevila zájem o výsledky prováděného výzkumu a další spolupráci. Členové zdravotního odboru Krajského úřadu Plzeňského kraje vyjádřili zájem účastnit se případného projektu na podporu zdraví.

Vlastnímu šetření předcházel pilotní průzkum, který testoval jednotlivé položky dotazníku písemnou formou. Osloveni byli lidé různých pracovních pozic, věku a vzdělání. Dle jejich připomínek byly provedeny drobné úpravy. Ukázka dotazníku je v Příloze této práce. Dotazník obsahoval dvacet otázek - uzavřené, otevřené a škálové. Otevřené otázky byly vyhodnoceny pomocí číselných kódů, uzavřené převedením na procenta, četnosti, průměrné hodnocení. Postojové škály Likertovského typu analyzovaly chování, které se vztahuje ke zkoumaným postojům. Předmětem otázek se staly základní demografické údaje, dotazy směřovaly k preventivním prohlídkám a preventivním screenigovým programům, okrajově se dotýkaly volby zdravotní pojišťovny a nabízeným programům na podporu zdraví. Výzkum byl zaměřen na dospělou populaci. Celkem bylo statisticky zpracováno 1061 dotazníků za pomoci programu Microsoft Excel 2007 a elektronického dotazníku „Vyplň to. CZ“. Výzkumný soubor tvořilo 1 426 respondentů z celé České republiky získané metodou sněhové koule. Návratnost dotazníků byla na úrovni 74,4 %. Z celkového počtu 1426 zúčastněných osob dotazník nevyplnilo úplně 365 lidí, a proto byla neúplná data vyřazena. Ke statistickému zpracování byly využity údaje od 1061 respondentů, průměrná doba vyplňování 7, 58 minut. Výzkumné šetření začalo v září 2016, sběr dat byl ukončen v listopadu 2016. Analýza a interpretace dat je sestavena do tabulek a grafů s vysvětlujícím textem. Pro testování shody v jednotlivých odpovědích mezi skupinami respondentů byl použit neparametrický test dobré shody, Pearsonův chí – kvadrát test jako metoda pro ověřování hypotéz v kontingenčních tabulkách naměřených a očekávaných četností. Testy byly provedeny na hladině významnosti $\alpha = 5$ %. Škálové postojové odpovědi jednotlivých tvrzení byly kódovány a testovány

Z – testem o shodě střední hodnoty pro jeden výběr. Testováno bylo na hladině významnosti $\alpha = 5$ %.

5.4 Hypotézy

H1: Výše vzdělání má statisticky významnou souvislost s účastí české populace na preventivních prohlídkách hrazených z veřejného zdravotního pojištění u praktického lékaře, stomatologa, u žen i gynekologa.

H2: Ve všech sledovaných skupinách české populace převládá názorová shoda související s důležitostí podpory vlastního zdraví prostřednictvím preventivních prohlídek screeningových programů hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

H3: Účast respondentů na screeningových programech realizovaných v ČR má statisticky významnou souvislost s věkem.

H4: Informovanost respondentů o českých screeningových programech má statisticky významnou souvislost s věkem.

5.5 Limity práce

Dolní věková hranice respondentů od 19 let je dána přestupem od praktického lékaře pro děti a dorost k praktickému lékaři pro dospělé. Horní hranice nebyla omezena. Otázky týkající se preventivních prohlídek byly určené pro všechny respondenty od 19 let výše, otázky zaměřené na screeningové programy pro respondenty od 50 let výše v souladu s výše zmiňovanými realizovanými screeningovými programy v České republice. Vlastní výzkum byl realizován v Plzeňském kraji. Metodou sněhové koule byla získána data ze všech krajů České republiky, avšak nerovnoměrně. Tato veličina nebyla využita při získávání výsledků, aby byla zachována validita dat. Největší zastoupení 50, 9 % (540) respondentů je z Plzeňského kraje. Získaný vzorek souvisí s trvalým bydlištěm, studiem na ZČU a zaměstnáním v Plzni.

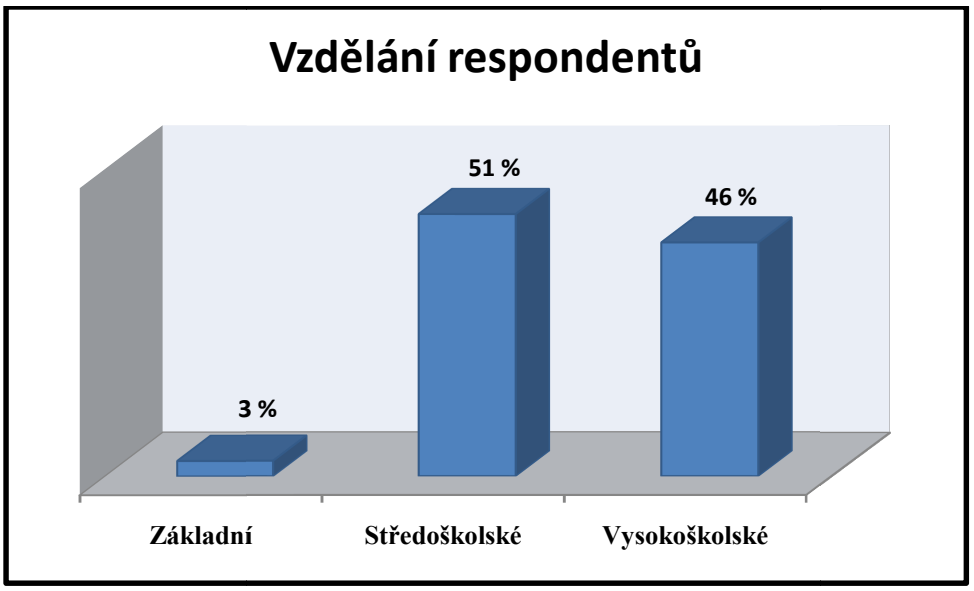
6 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Dotazník **„Podpora zdraví a prevence v České republice“** je tvořen dvaceti otázkami a rozdělen na 5 okruhů: rozdíly v účasti na prevenci s ohledem na demografické charakteristiky respondentů, postoje české populace k preventivním prohlídkám a screeningovým programům hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění, důvody, které vedou k nízké účasti na primární prevenci, otázky týkající se účasti na preventivních a screeningových programech a zájem o příspěvky zdravotních pojišťoven na preventivní programy mezi českou populací. Vyplněné dotazníky byly zkontrolovány, číselně kódovány s příslušnou legendou. Základní zpracování dat všech odpovědí bylo provedeno pomocí programu Microsoft Excel 2007. Pro grafické zobrazení byly použity sloupcové grafy s popisky v relativních hodnotách a tabulky s absolutními a relativními hodnotami.

6.1 Rozdíly v účasti na prevenci s ohledem na demografické charakteristiky respondentů.

Otázka č. 1: Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Graf 1 Vzdělání respondentů

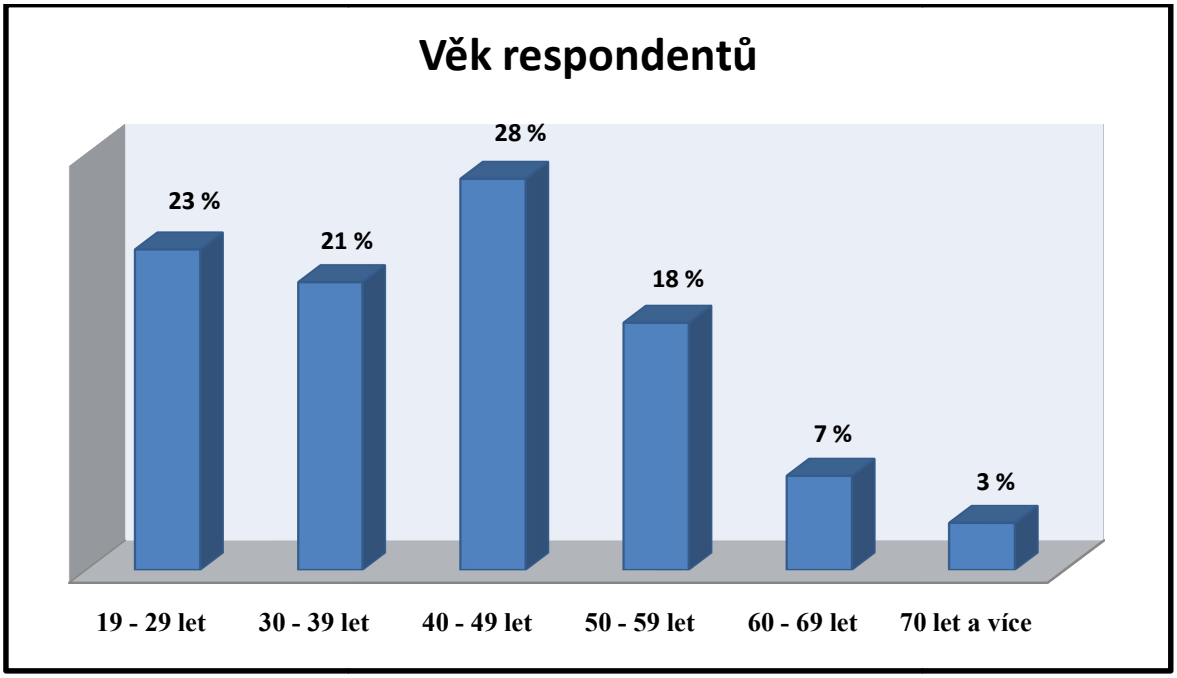


Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí. Z celkového počtu 1061 respondentů (100%) se na výzkumné studii podílelo 32 účastníků se základním vzděláním (3 %), 544 středoškolsky vzdělaných (51 %) a 485 vysokoškolsky vzdělaných (46 %) občanů České republiky. Porovnat údaje je možno s daty Českého statistického úřadu k 26. 3. 2011 (poslední sčítání lidu). Z celkového počtu 8 947 632 občanů české republiky bylo 17 % se základním vzděláním, 33 % se středním bez maturity včetně vyučení, 27 % se středoškolským, 12 % vysokoškolsky vzdělaných lidí a 5 % údajů nebylo zjištěno.

Otázka č. 2: Vaše věková kategorie?

Graf 2 Věk respondentů

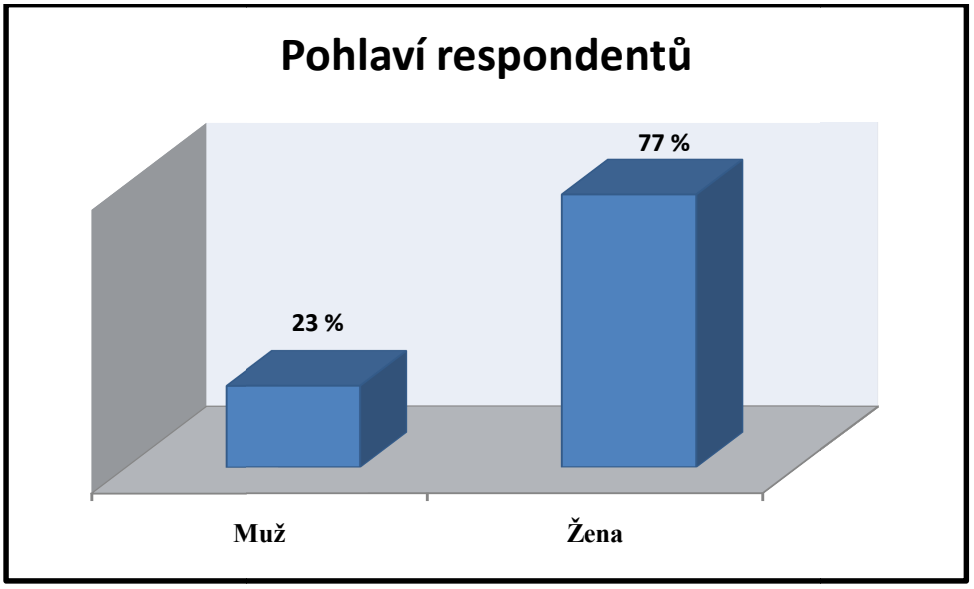


Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí a podle toho se mu zobrazily další otázky. Nejvýše zastoupenou věkovou kategorií účastnící se výzkumné studie byli lidé v období zralosti od 40 do 49 let - 299 účastníků (28 %). Následovali lidé mladší dospělosti ve věku od 19 do 29 let - 245 účastníků (23 %) a plné dospělosti ve věku od 30 do 39 let - 220 účastníků (21 %). Respondentů ve věku starší dospělosti od 50 do 59 let bylo 189 (18 %), 60 až 69 let zastupovalo 72 respondentů (7 %) a starší generaci nad 70 let 36 respondentů (3 %).

Otázka č. 3: Jste muž nebo žena?

Graf 3 Pohlaví respondentů

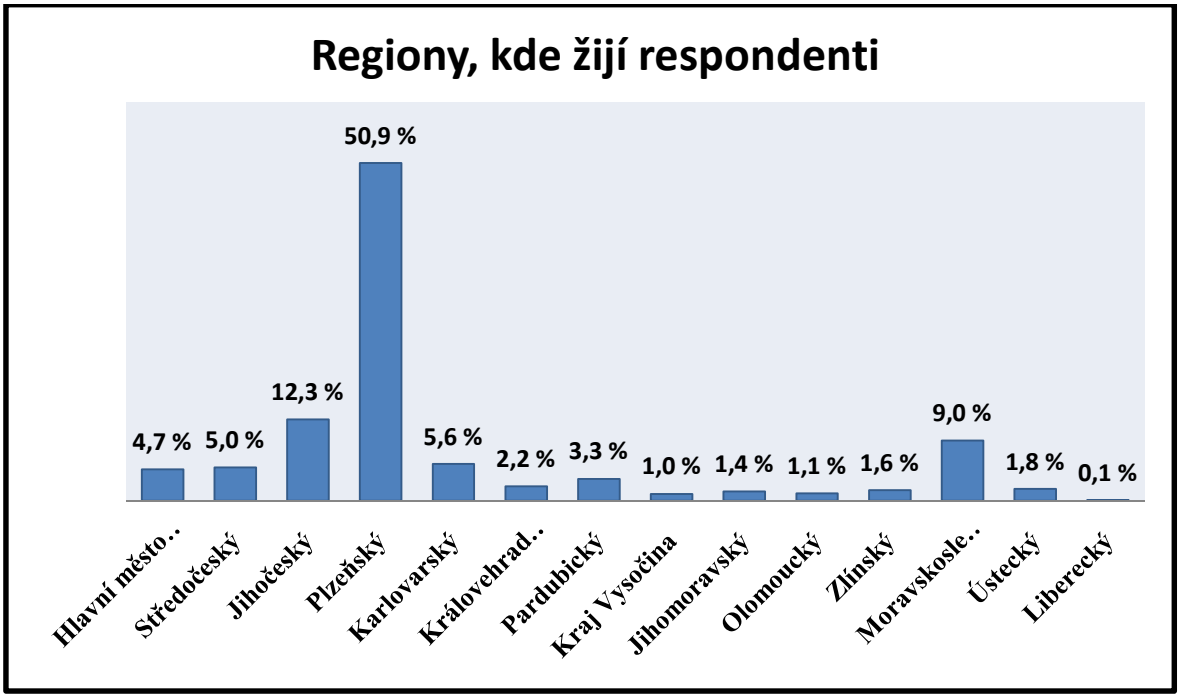


Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí a podle toho se mu zobrazily další otázky. Z celkového počtu 1061 respondentů (100 %) zodpovědělo otázky dotazníku „Podpora zdraví a prevence v České republice“ 242 mužů (23 %) a 819 žen (77 %).

Otázka č. 4: Region, ve kterém žijete?

Graf 4 Regiony, kde žijí respondenti



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí. Z více než 50 % se výzkumu zúčastnili lidé Plzeňského kraje (540 respondentů). Následoval kraj Jihočeský (130 respondentů), Moravskoslezský (96 respondentů) a kraj Karlovarský (59 respondentů). Středočeský kraj a hlavní město Praha se podílel dohromady 9,7 % (103 respondentů). Výzkumu se účastnili zástupci všech krajů České republiky, avšak rozložení neodpovídá celorepublikovému složení obyvatelstva. Nerovnoměrnost je třeba zohlednit v níže uvedených závěrech s ohledem na odlišnou socioekonomickou skladbu obyvatel jiného kraje. Pro Plzeňský kraj by bylo možno vyhotovit studii z vybraného vzorku 540 respondentů.

6.2 Postoje české populace k preventivním prohlídkám a screeningovým programům hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Otázka č. 5: Jaký postoj má respondent k uvedeným tvrzením?

Tabulka 1 Postojová škála Likertovského typu

Shoda s uvedenou informací:	Velmi se shoduje	Shoduje	Neutrální	Neshoduje	Velmi se neshoduje
Preventivní prohlídky a screeningové programy nejsou laické veřejnosti známy, není dostatečná propagace.	**86** **8 %**	**504** **48 %**	**149** **14 %**	**302** **28 %**	**20** **2 %**
Mám informace o preventivních a screeningových programech v České republice.	**150** **14 %**	**481** **45 %**	**97** **9 %**	**289** **27 %**	**44** **4 %**
Preventivní a screeningové programy jsou důležité pro ochranu mého zdraví.	**563** **53 %**	**420** **40 %**	**59** **6 %**	**13** **1 %**	**6** **1 %**
Preventivní prohlídka nebo screeningový program je nebolestivým vyšetřením.	**508** **48 %**	**302** **28 %**	**163** **15 %**	**80** **8 %**	**8** **1 %**
Preventivní prohlídka by měla být vždy hrazena prostřednictvím financí zdravotní pojišťovny.	**624** **59 %**	**368** **35 %**	**37** **3 %**	**31** **3 %**	**1** **0 %**
Mám informace o všech intervalech a možných místech provedení preventivní prohlídky nebo screeningového programu	**97** **9 %**	**298** **28 %**	**173** **16 %**	**398** **38 %**	**95** **9 %**
Hlídám si časový interval pravidelné preventivní prohlídky či screeningového programu.	**195** **18 %**	**413** **39 %**	**61** **6 %**	**326** **31 %**	**66** **6 %**
Vždy čekám na pozvánku od lékaře k absolvování preventivní prohlídky nebo screeningového programu.	**118** **11 %**	**273** **26 %**	**45** **4 %**	**475** **45 %**	**150** **14 %**

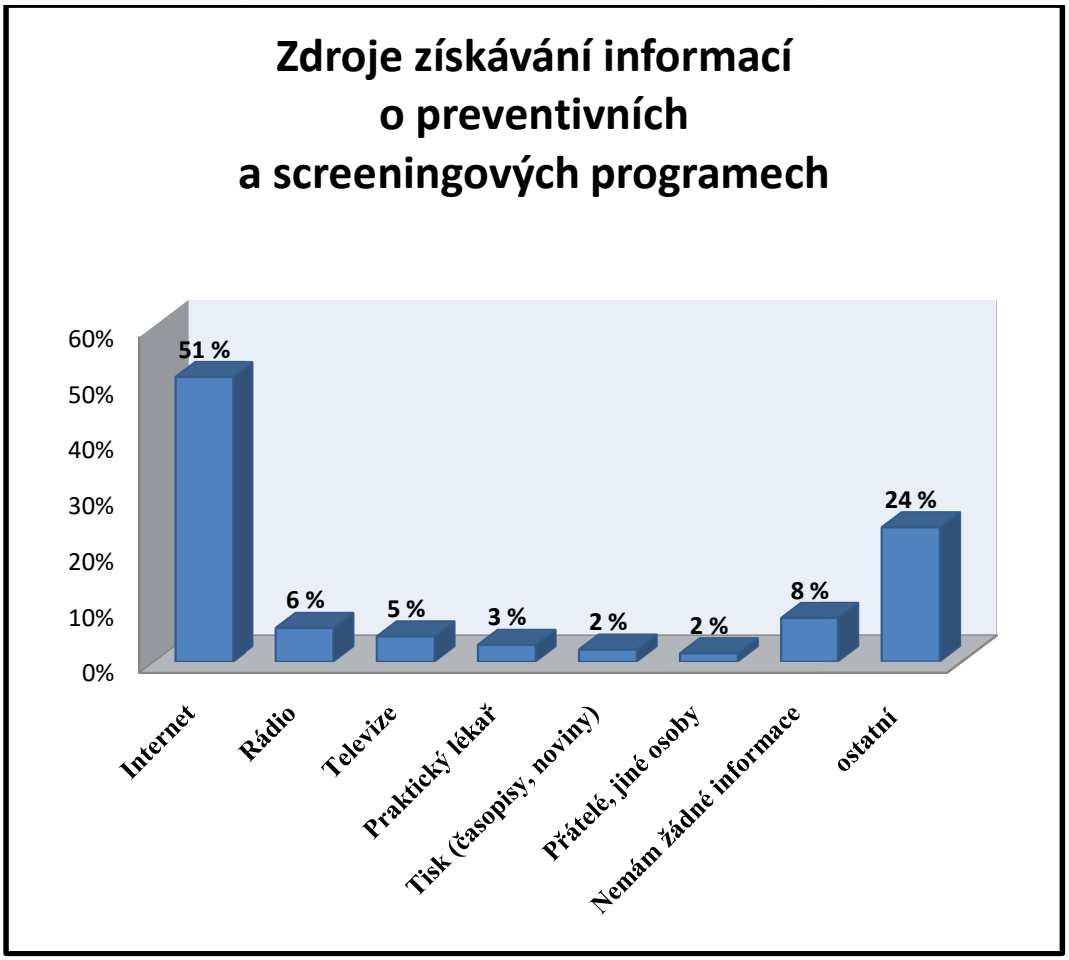
Zdroj: vlastní

Povinná otázka, respondent se musel u každé podotázky rozhodnout mezi odpověďmi na dané škále. Téměř polovina respondentů (48 %) se ztotožnila s názorem, že u české populace není dostatečná informovanost a propagace o českých screeningových programech a preventivních prohlídkách. Naopak téměř stejná část respondentů (45 %) vyjádřila názor, že informace má dostatečná. Naprostá většina lidí (celkem 93 %) se shoduje nebo téměř shoduje s výrokem o důležitosti prevence a podpory zdraví. Rovněž většina (76 %) účastníků výzkumu předpokládá, že prevence je spojena s nebolestivými vyšetřeními. Výrok o hrazení preventivních prohlídek a screeningových vyšetřeních shodou potvrdilo 94 % respondentů. Další výrok potvrzuje první dva názory o minimální informovanosti. Intervaly a místa provedení nezná 47 % účastníků. Časový interval preventivních prohlídek nebo programů se snaží hlídat 57 % dotazovaných lidí a na pozvánku čeká 37 % respondentů.

6.3 Důvody, které vedou k nízké účasti na primární prevenci.

Otázka č. 6: Informace o preventivních prohlídkách screeningových programech získáváte z jakých zdrojů?

Graf 5 Zdroje získávání informací o preventivních a screeningových programech

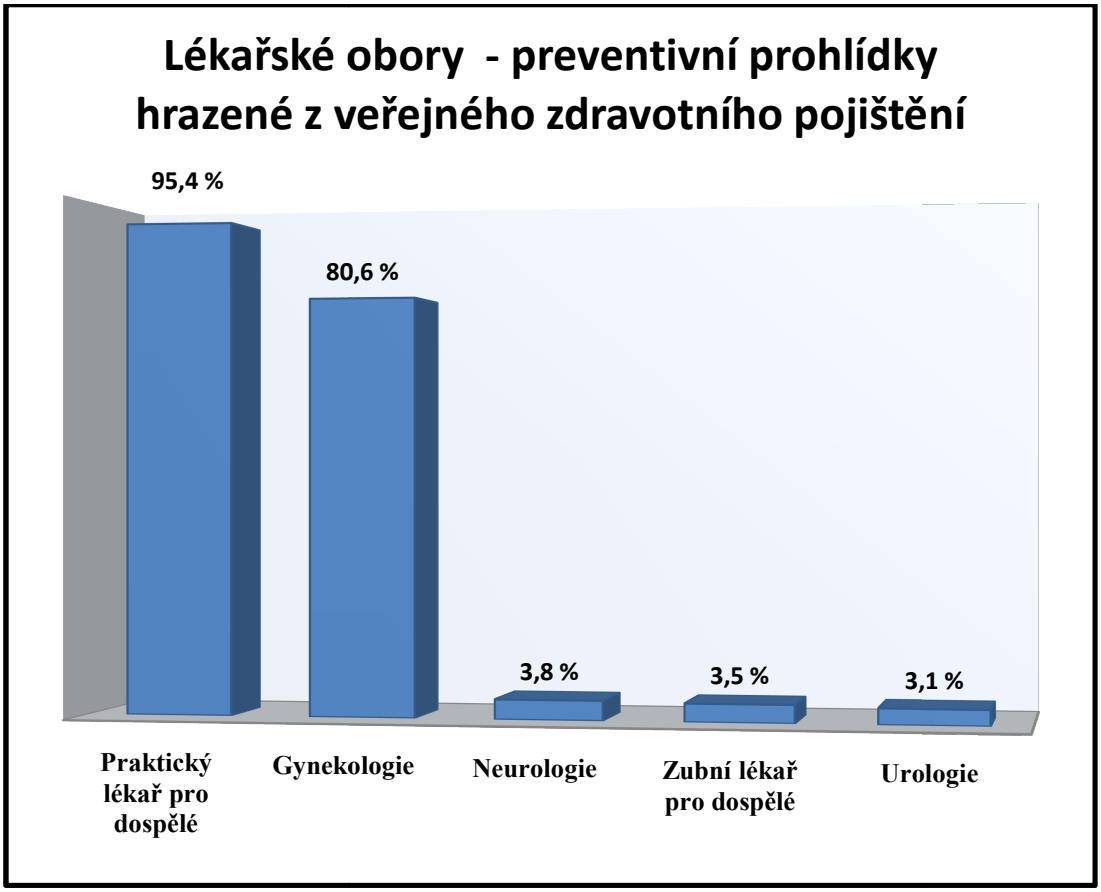


Zdroj: vlastní

Povinná, polootevřená otázka, respondent musel zvolit alespoň některou z nabízených odpovědí nebo dopsat nějakou vlastní v možnosti „jiné“. Ze získaných informací byl následně sestaven graf. Nejvíce informací o preventivních prohlídkách a screeningových programech získávají respondenti z internetových zdrojů, uvedlo 51 % dotazovaných (540). Následují veřejné sdělovací prostředky, celkem 11 % účastníků (112). Žádné informace má 8 % respondentů (83). Minimální zdroje informací jsou velmi různorodé – přátelé, tisk, praktický lékař, ale i škola, rodina, povolání či zdravotní pojišťovna.

Otázka č. 7: Označte lékařské obory, kde víte (nebo si myslíte), že máte nárok na pravidelnou preventivní prohlídku hrazenou z veřejného zdravotního pojištění?

Graf 6 Lékařské obory – preventivní prohlídky hrazené z veřejného zdravotního pojištění

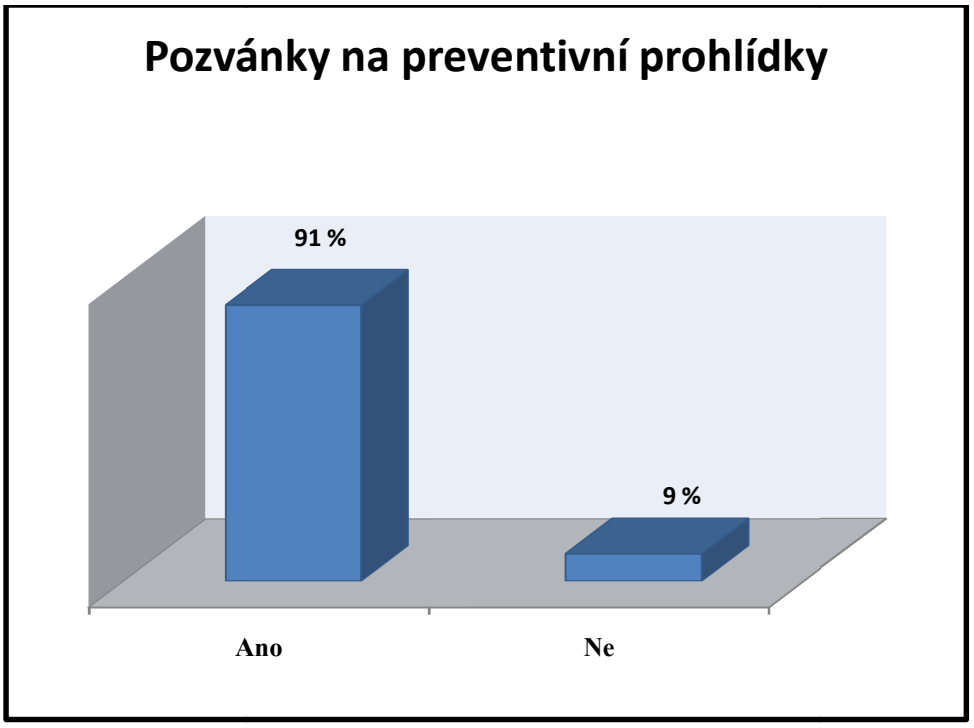


Zdroj: vlastní

Povinná, polootevřená otázka, respondent musel zvolit alespoň některou z nabízených odpovědí nebo dopsat nějakou vlastní v možnosti „jiné“. Ze získaných informací byl následně sestaven graf. Na výše uvedenou otázku 95,4 % respondentů (1012 osob) odpovědělo, že nárok na preventivní prohlídku hrazenou z veřejného zdravotnictví je u praktického lékaře, 80,6 % účastníků (855 osob) se domnívá, že i u gynekologa a pouhá 3,5 % (37 osob) respondentů ví, že i u zubního lékaře. Uváděny byly i další lékařské obory – neurologie, urologie, pediatrie, oční, kožní, interna nebo endokrinologie s domněnkou, že jsou řazeny mezi pravidelné periodické preventivní prohlídky.

Otázka č. 8: Uvítal/a byste pravidelné pozvánky od lékařů na preventivní prohlídky?

Graf 7 Pozvánky na preventivní prohlídky

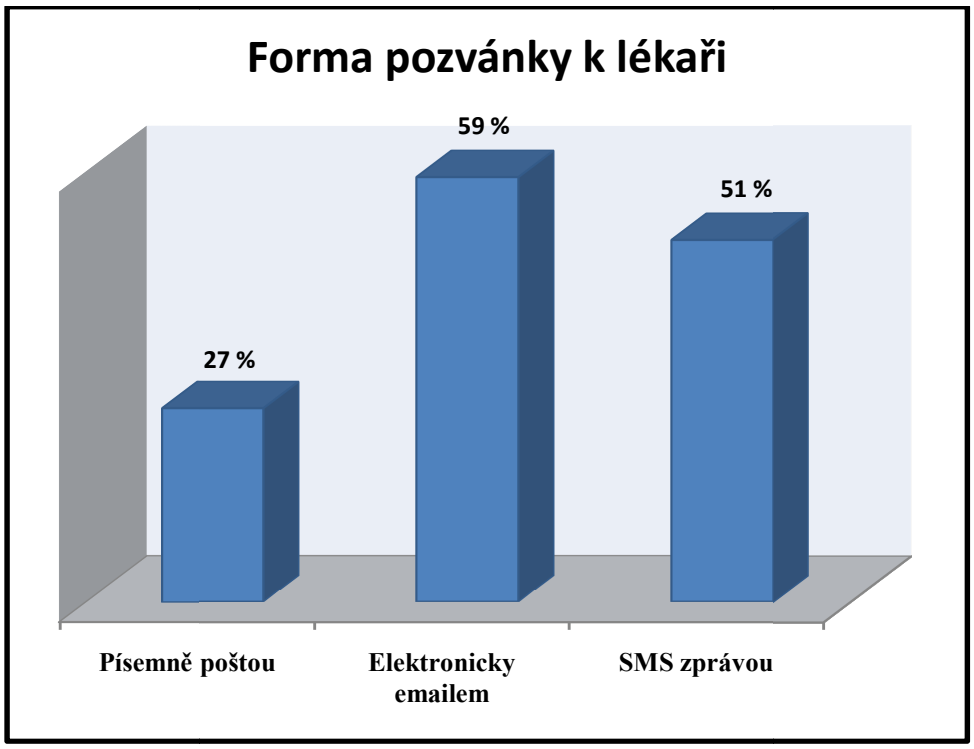


Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí a podle toho se mu zobrazily další otázky. Pravidelné pozvánky od lékařů na preventivní prohlídky by uvítalo 91 % (967) respondentů z celkového počtu dotazovaných.

Otázka č. 9: Jakou formou byste uvítal/a dostávat pozvánky na preventivní prohlídky u lékaře?

Graf 8 Forma pozvánek



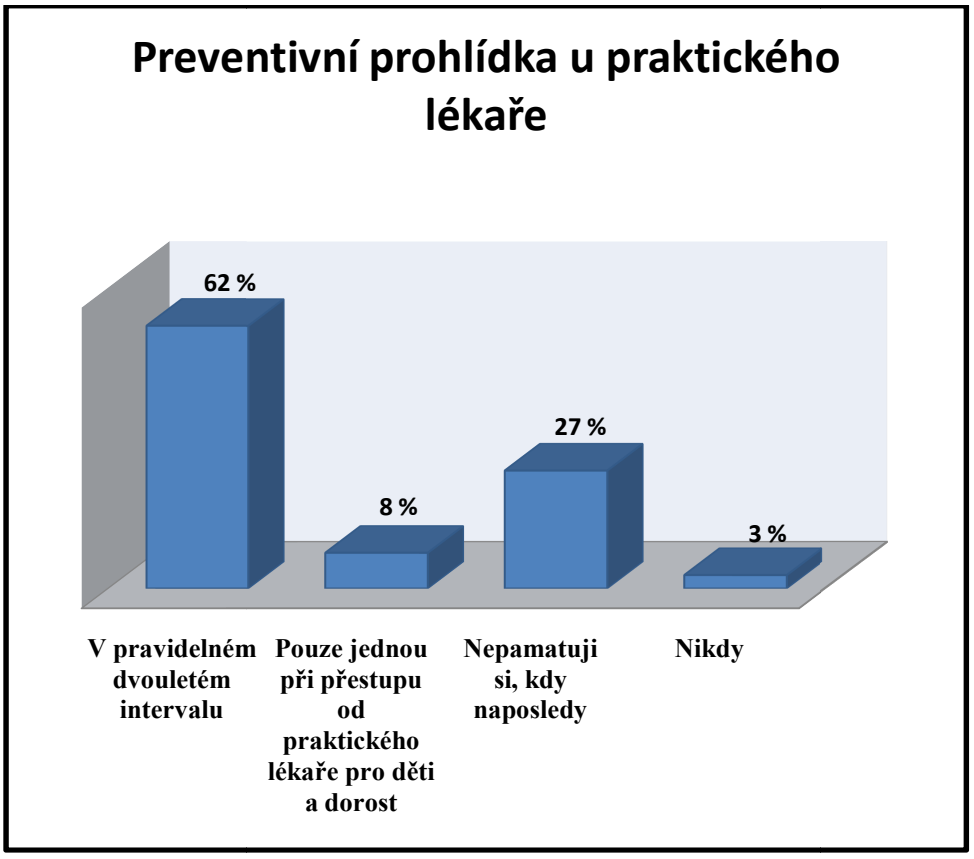
Zdroj: vlastní

Povinná, polootevřená otázka, respondent musel zvolit alespoň některou z nabízených odpovědí nebo dopsat nějakou vlastní v možnosti „jiné“. Ze získaných informací byl následně sestaven graf. Tato otázka umožnila odpovědět vícero možnostmi současně. Největší zájem o formu pozvánek na preventivní prohlídku byl elektronicky prostřednictvím emailu - 629 respondentů (59 %), 536 účastníků výzkumu (51 %) by mělo zájem dostat pozvánku sms zprávou a 287 (27 %) ze všech dotazovaných by upřednostnilo písemné pozvání poštou. Mnozí dotazovaní uvedli právě dvě možnosti současně, nejčastěji možnost elektronicky emailem a sms zprávou. Možnost odpovědi „jiné“ zahrnovala v minimálním procentuálním zastoupení pozvánku portálem zdravotní pojišťovny, jakkoliv nebo osobně sestřičkou.

6.4 Otázky týkající se účasti na preventivních a screeningových programech.

Otázka č. 10: Preventivní prohlídku u praktického lékaře absolvuji/jsem absolvoval/a?

Graf 9 Preventivní prohlídka u praktického lékaře

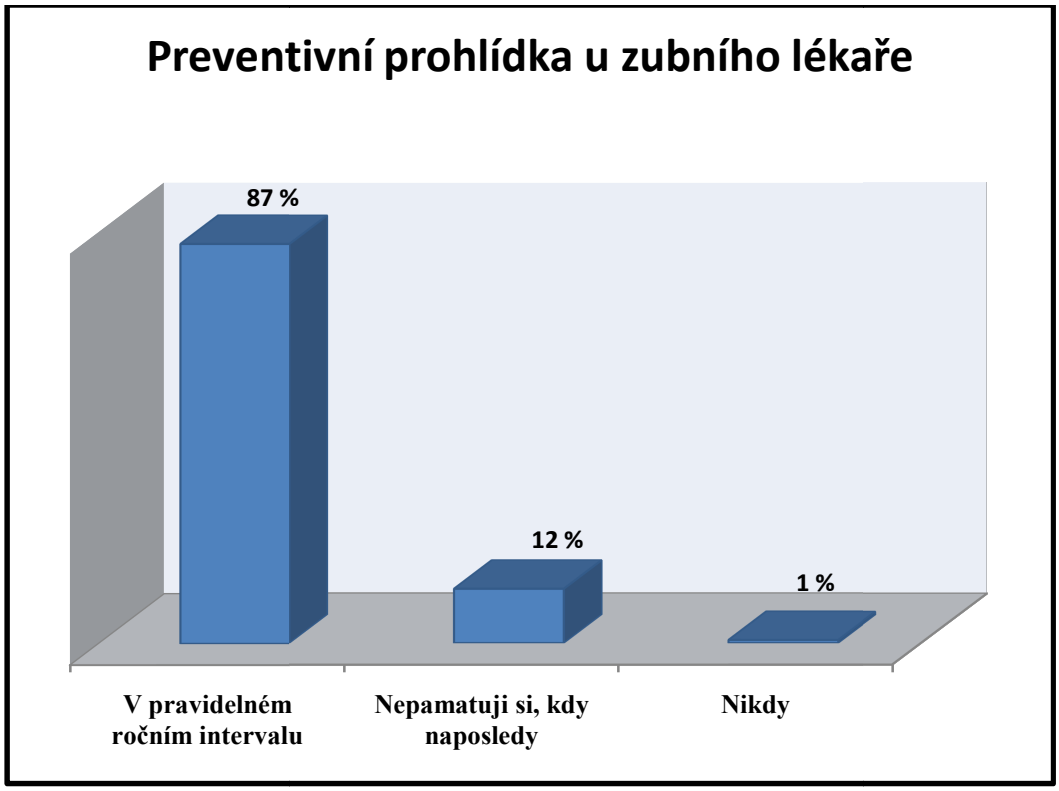


Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí. Na preventivní prohlídce u praktického lékaře nikdy nebyla 3 % respondentů (33) z výzkumného vzorku 1060 účastníků. Pouze jednou, a to při přestupu od praktického lékaře pro děti a dorost k praktickému lékaři pro dospělé, se účastnilo prohlídky 8 % (88) respondentů. 291 lidí (27 %) neví, kdy naposledy u praktického lékaře na preventivní prohlídce bylo a 648 (62 %) respondentů se účastní preventivních prohlídek v pravidelném dvouletém intervalu.

Otázka č. 11: Preventivní prohlídku u zubního lékaře absolvuji/jsem absolvoval/a?

Graf 10 Preventivní prohlídka u zubního lékaře

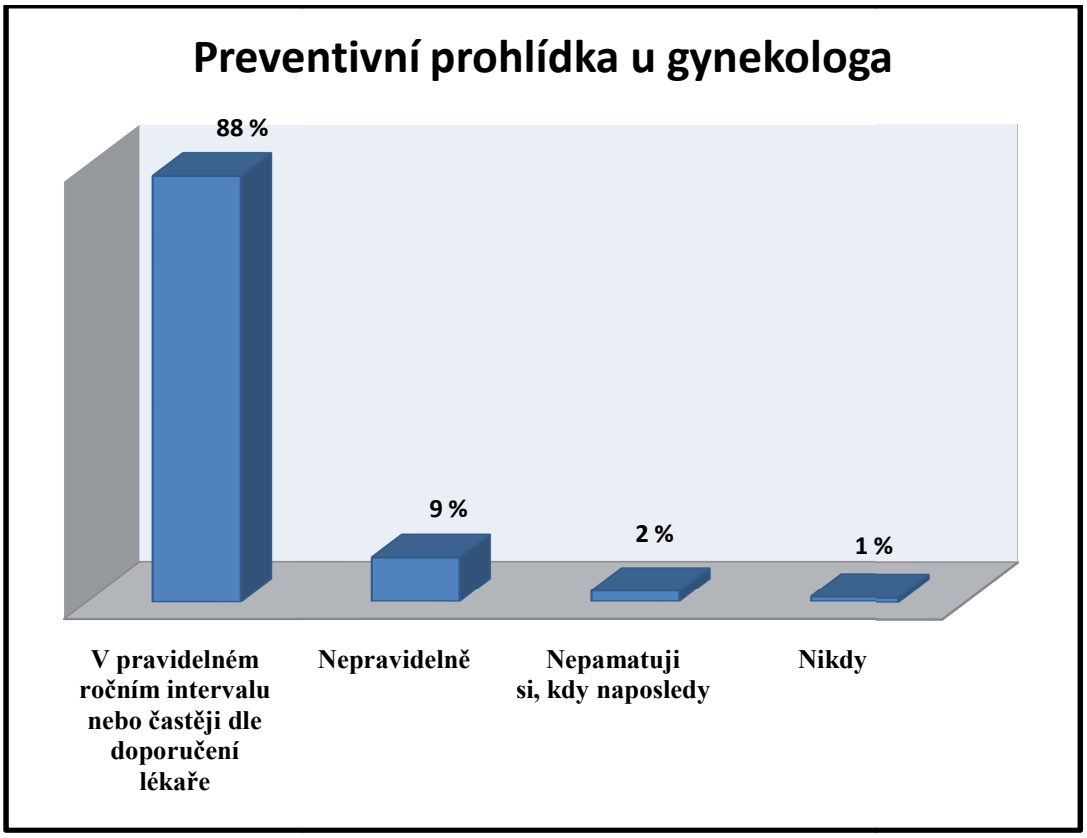


Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí. Preventivních prohlídek u zubního lékaře se nikdy neúčastnilo 7 lidí (1 %) z 1060 dotazovaných. 126 účastníků (12 %) neví, kdy naposledy u zubního lékaře na preventivní prohlídce bylo a 927 (87 %) jej navštěvuje z výše uvedeného důvodu v pravidelném ročním intervalu.

Otázka č. 12: Otázka pouze pro ženy. Preventivní prohlídku u gynekologa absolvuji/jsem absolvovala?

Graf 11 Preventivní prohlídka u gynekologa

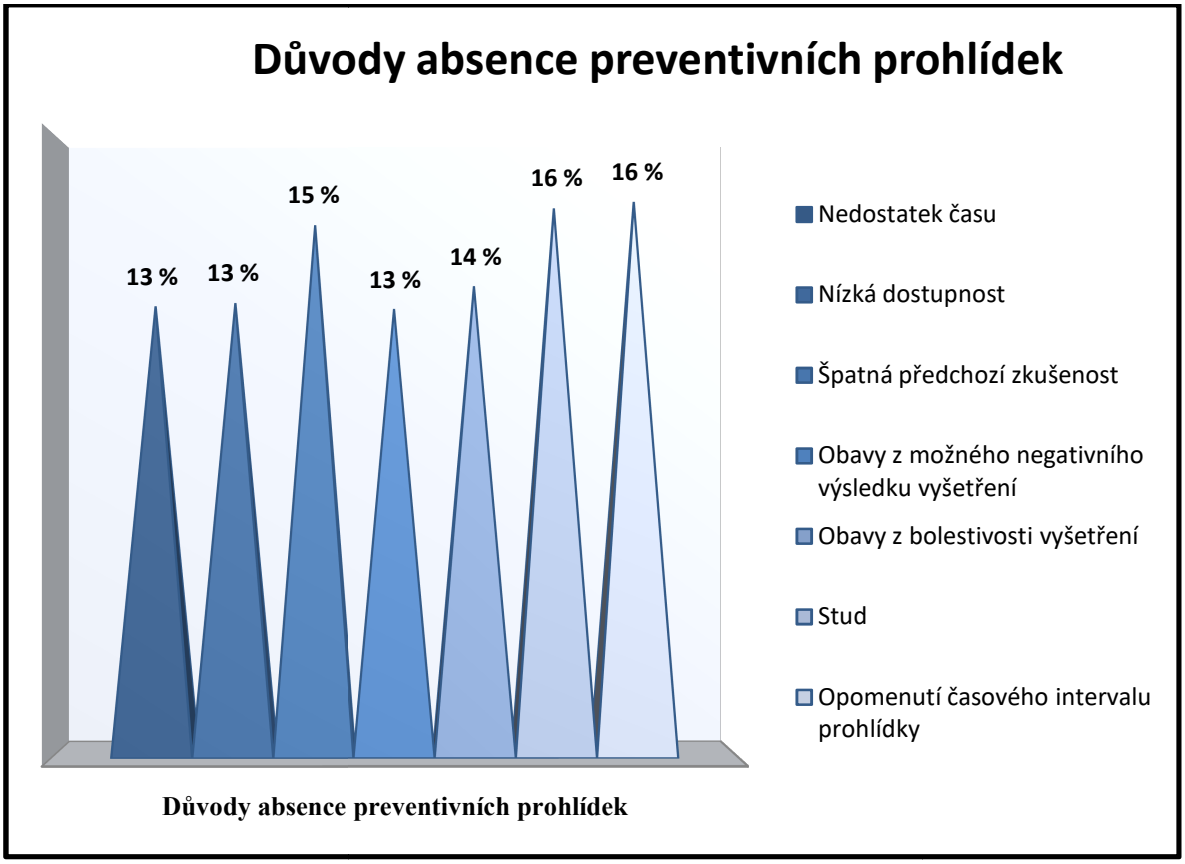


Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondentky volily jednu z nabízených odpovědí. Preventivních prohlídek u gynekologa se z celkového počtu žen 819 (100 %) v pravidelném ročním intervalu nebo častěji dle doporučení lékaře účastní 88 % žen (717). Nepravidelně navštěvuje lékaře 9 % žen (75). Zbylá 3 % žen (26) neví, kdy byla naposledy u gynekologa nebo tam nebyla nikdy.

Otázka č. 13: Pokud jste v předchozích otázkách odpověděl/a, že jste nikdy nebo nepravidelně absolvoval výše uvedené preventivní prohlídky, prosím uveďte důvody, které absenci způsobily: (možno více odpovědí)

Graf 12 Důvody absence preventivních prohlídek

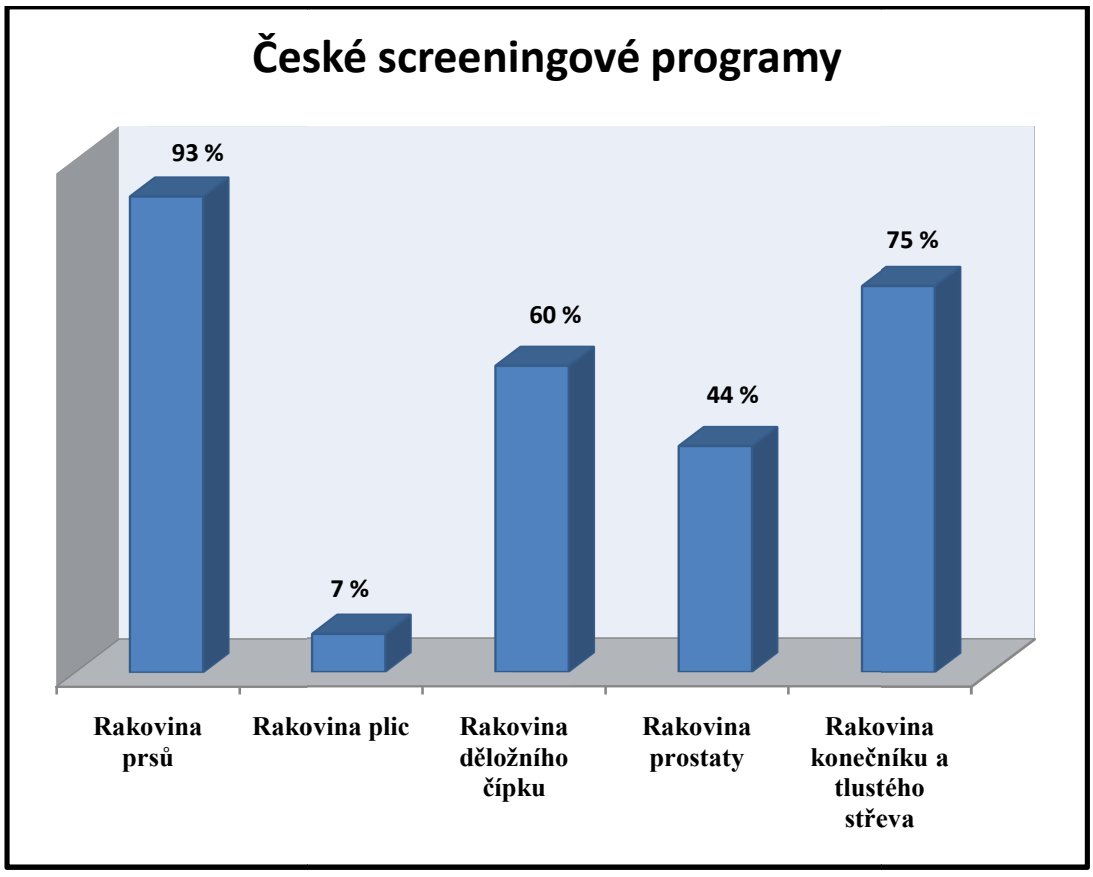


Zdroj: vlastní

Povinná, polootevřená otázka, respondent musel zvolit alespoň některou z nabízených odpovědí nebo dopsat nějakou vlastní v možnosti „jiné“. Ze získaných informací byl následně sestaven graf. Otevřená otázka dala možnost respondentům vybrat odpovědi, které se nejvíce ztotožnily s jejich důvody absence preventivních prohlídek u praktického lékaře pro dospělé, u zubního lékaře či gynekologa. Uváděnými důvody jsou nedostatek času (13 %), nízká dostupnost zdravotnického zařízení (13 %), špatná osobní předchozí zkušenost (15 %), obava z možného negativního výsledku vyšetření (13 %), obava z bolestivosti vyšetření (14 %), stud před zdravotníky (16 %) a opomenutí časového intervalu prohlídky (16 %) respondentů.

Otázka č. 14: Mezi české preventivní screeningové programy rakoviny patří: (možnost více odpovědí).

Graf 13 Preventivní screeningové programy v ČR

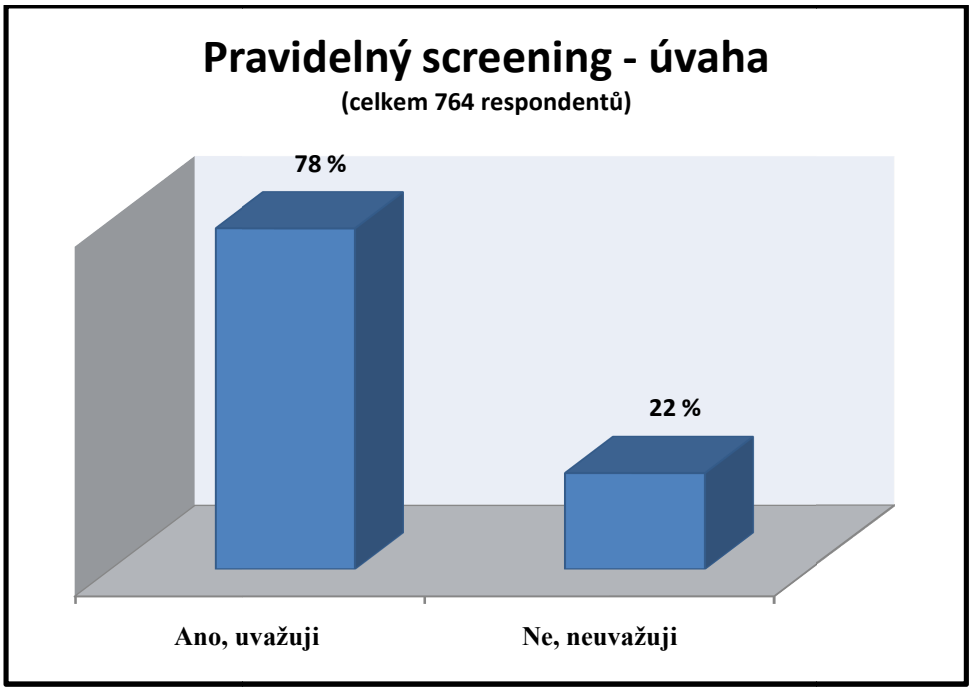


Zdroj: vlastní

Povinná otázka, respondent musel zvolit alespoň některou z nabízených odpovědí nebo dopsat nějakou vlastní v možnosti „jiné“. Ze získaných informací byl následně sestaven graf. Na otázku jaké preventivní screeningové programy, jsou v České republice nabízeny, odpovídali z celkového počtu 1061 (100 %) respondenti takto: rakovina prsu 93 % (984 respondentů), rakovina děložního čípku 60 % (634) respondentů a rakovina tlustého střeva a konečníku 75 % (799) respondentů. Někteří účastníci výzkumné studie se domnívají, že existuje i screening rakoviny prostaty – 44 % (468) respondentů a rakoviny plic 7 % (78) respondentů. V minimální míře byly zaznamenány odpovědi, které udávaly screening „ kůže, varlat, diabetu, řídnutí kostí, hematologie, kardiovaskulární, ….“.

Otázka č. 15: Odpovězte, pokud je Vám 19 – 49 let. Uvažujete o pravidelném absolvování screeningových programů realizovaných v České republice?

Graf 14 Pravidelný screening – úvaha



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent se musel u každé podotázky rozhodnout mezi odpověďmi na dané škále. Výzkumné studie se celkem zúčastnilo 764 (100 %) respondentů ve věku od 19 do 49 let. 78 % (597) dotazovaných uvažuje o pravidelném absolvování screeningových programů realizovaných v České republice. 22 % (167) respondentů neuvažuje, že by se v budoucnu účastnili těchto nabízených preventivních screeningových programů.

Otázka č. 16: Pokud je Vám 19 - 49 let. O kterém screeningovém vyšetření uvažujete?

Tabulka 2 Zájem o screeningové programy

Druh screeningového programu	Počet v absolutních hodnotách	Počet v relativních hodnotách (%)	Celkový počet respondentů v absolutních hodnotách
Screening rakoviny prsu	390	77%	Ženy – 506
Screening rakoviny děložního čípku	283	47%	Ženy - 763
Screening rakoviny tlustého střeva a konečníku	296 (212 žen, 84 mužů)	50% (36%, 14%)	Obě pohlaví ve věku 19 – 49 let - **597**

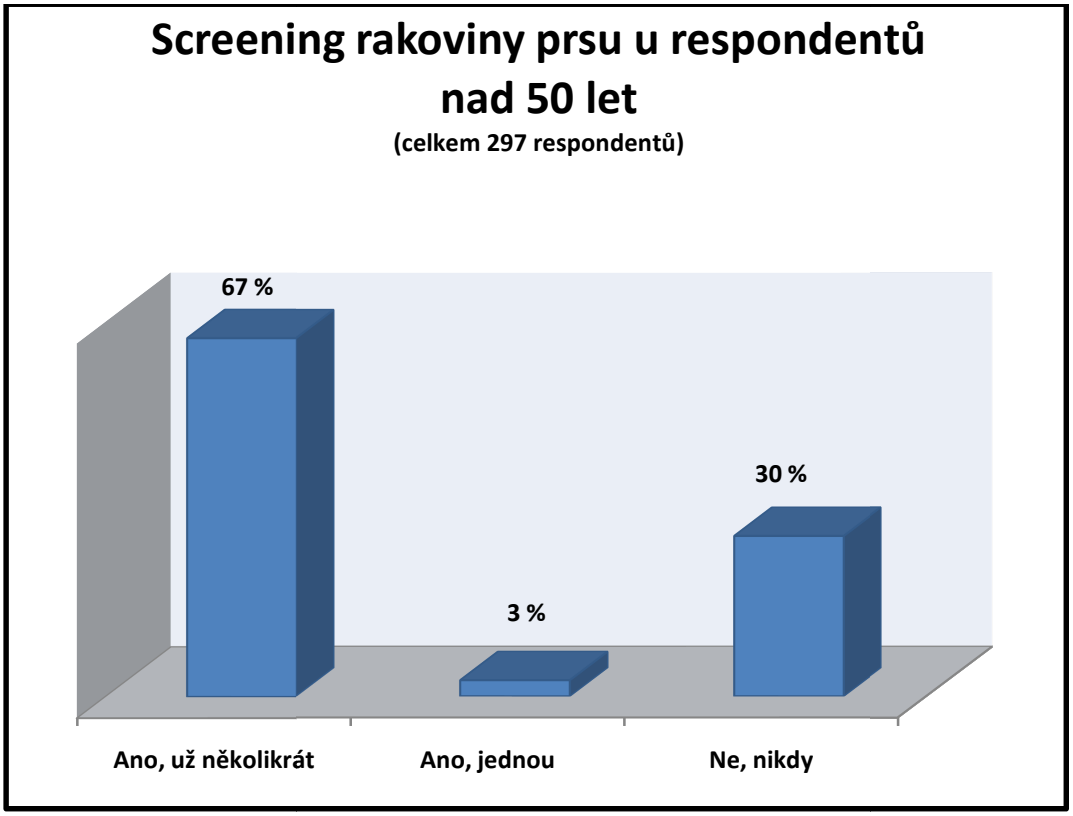
Zdroj: vlastní

Povinná otázka, respondent se musel u každé podotázky rozhodnout mezi odpověďmi na dané škále. Ve věkové kategorii od 19 do 49 let odpovídalo 597 respondentů (z toho 506 žen a 91 mužů). 66 % (393) respondentů (390 žen, 3 muži) uvažují o screeningu rakoviny prsu a 47 % (283) žen o screeningu rakoviny děložního čípku. Obě pohlaví ve věku od 19 do 49 let se vyjádřili k úvaze o preventivním screeningovém vyšetření tlustého střeva a konečníku. 50 % (296) respondentů by mělo zájem účastnit se v budoucnu této prevence. Žen by se účastnilo 212 žen, mužů 84.

Otázka č. 17: Pokud je Vám 50 let a více. Absolvujete pravidelně screeningové programy realizované v České republice Vám určené?

Povinná, polootevřená otázka, respondent musel zvolit alespoň některou z nabízených odpovědí nebo dopsat nějakou vlastní v možnosti „jiné“. Ze získaných informací byl následně sestaven graf. Na výše uvedenou otázku odpovídalo celkem 297 respondentů ve věku nad 50 let, mužů 80 a 217 žen.

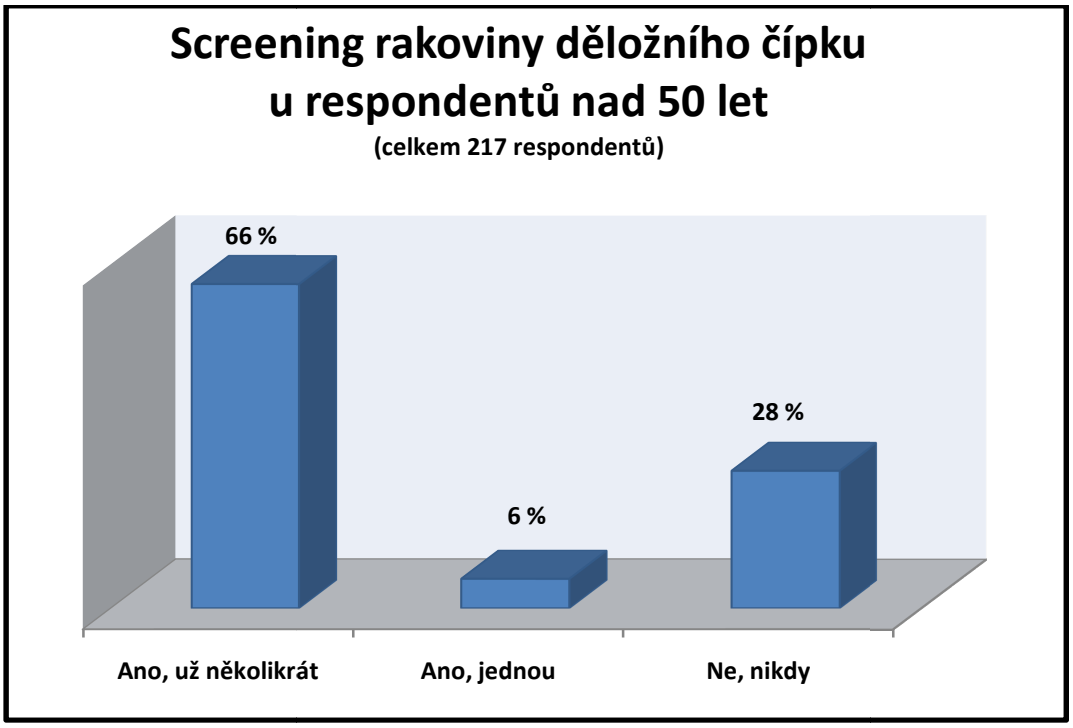
Graf 15 Screening rakoviny prsů u respondentů nad 50 let



Zdroj: vlastní

Screening rakoviny prsů několikrát absolvovalo 199 žen a 1 muž, jedenkrát se tohoto toto vyšetření účastnilo 8 žen a 2 muži a nikdy se neúčastnilo 11 žen a 77 mužů.

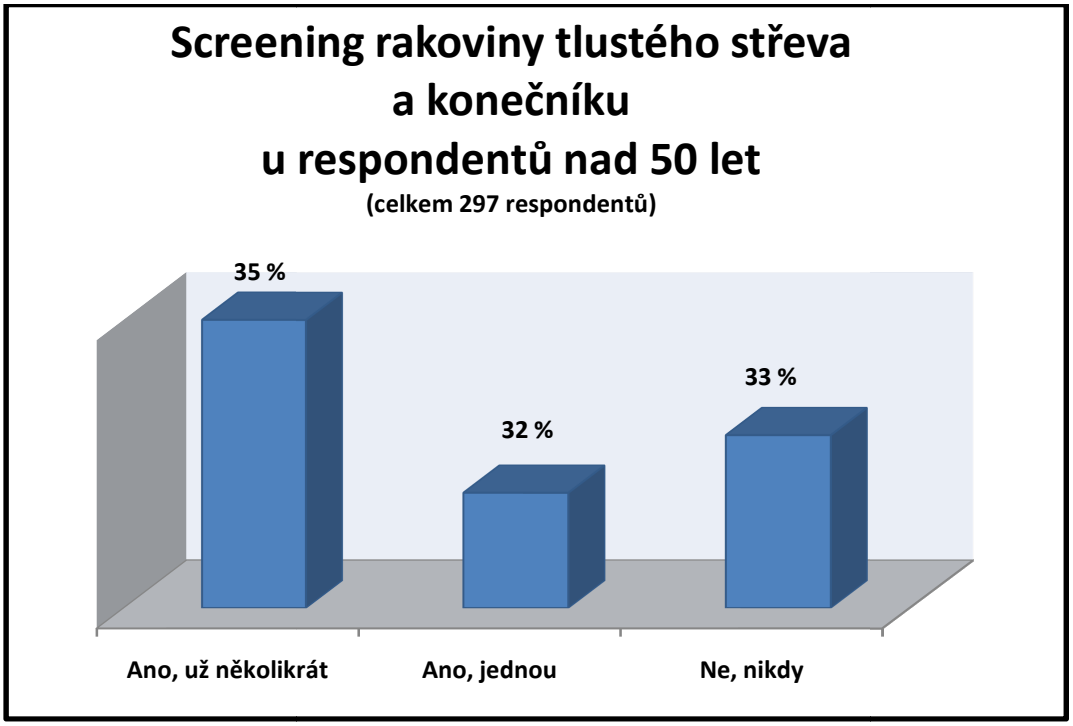
Graf 16 Screening rakoviny děložního čípku u respondentů nad 50 let



Zdroj: vlastní

Screeningové vyšetření rakoviny děložního čípku u žen nad 50 let věku (celkový počet 217) několikrát absolvovalo 66 % (144) žen, jednou 6 % (14) žen a nikdy 28 % (60) žen.

Graf 17 Screening rakoviny tlustého střeva a konečníku u respondentů nad 50 let



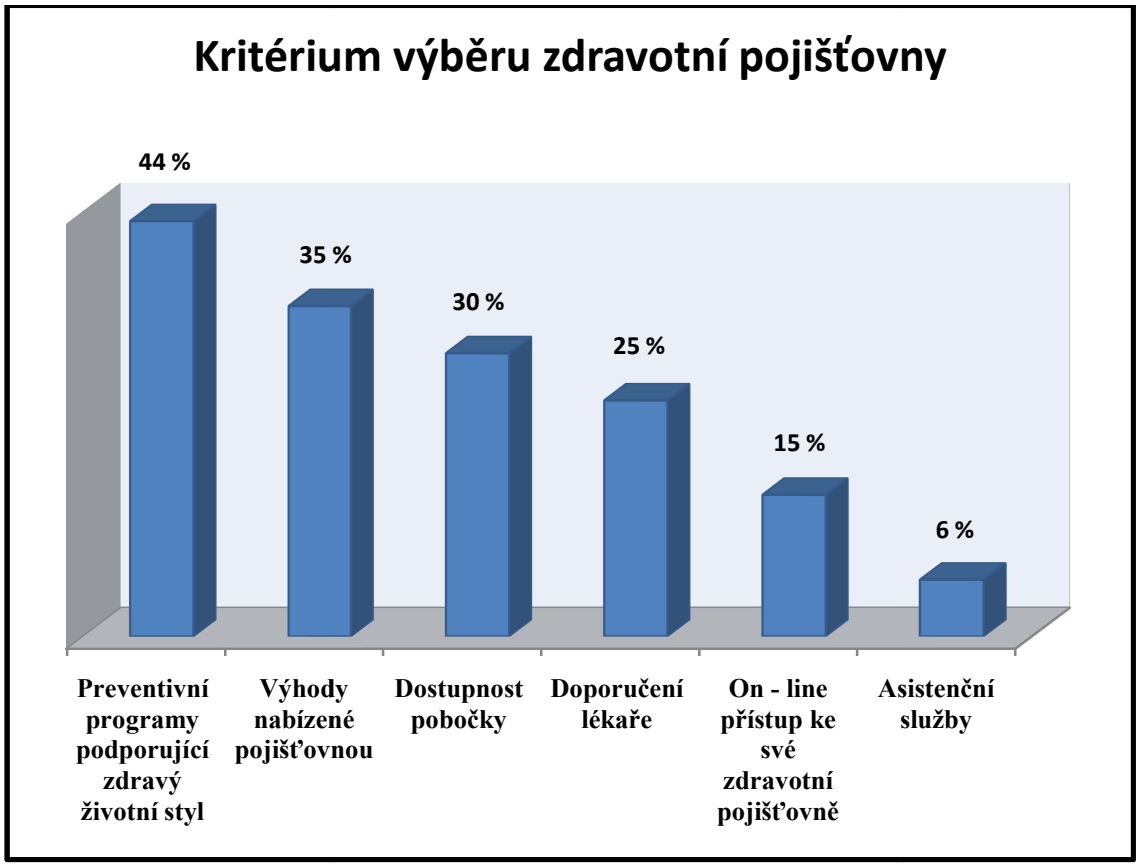
Zdroj: vlastní

Screeningového vyšetření rakoviny tlustého střeva a konečníku se celkem účastnilo 297 respondentů nad 50 let věku. Několikrát jej absolvovalo 75 žen a 29 mužů, jedenkrát se účastnilo 71 žen a 24 mužů a nikdy na vyšetření nebylo 71 žen a 27 mužů.

6.5 Zájem o příspěvky zdravotních pojišťoven na preventivní programy mezi českou populací.

Otázka č. 18: Podle jakého kritéria vybíráte zdravotní pojišťovnu?

Graf 18 Kritérium výběru zdravotní pojišťovny

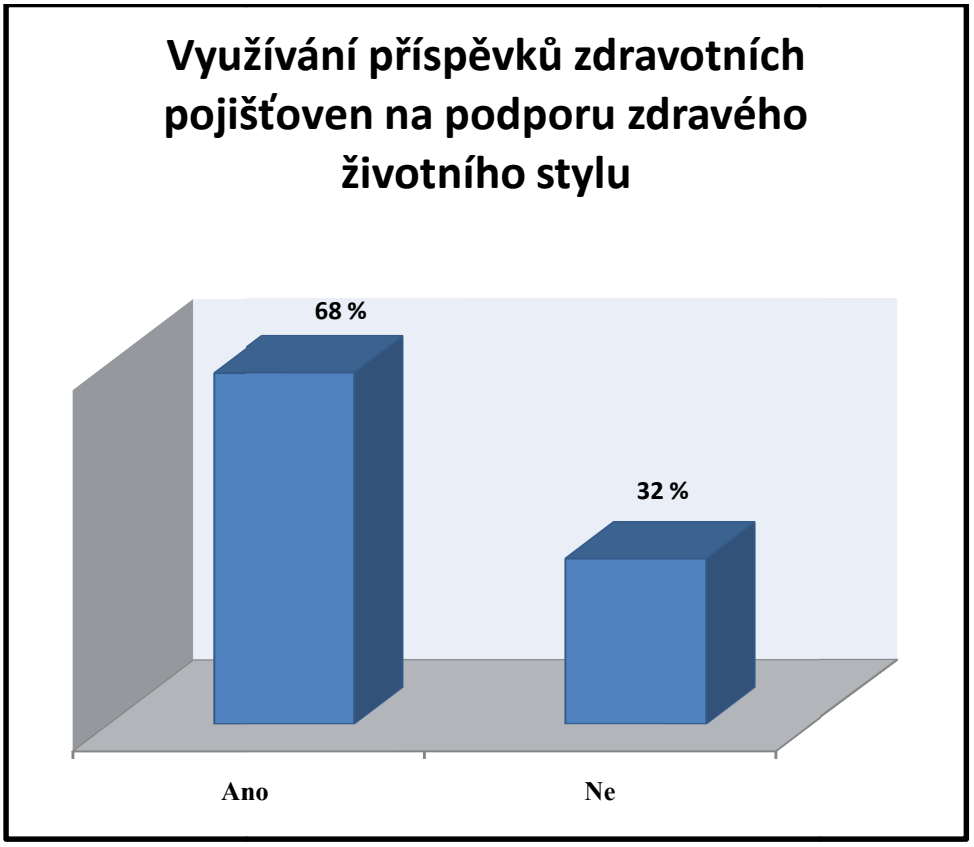


Zdroj: vlastní

Povinná, polootevřená otázka, respondent musel zvolit alespoň některou z nabízených odpovědí nebo dopsat nějakou vlastní v možnosti „jiné“. Ze získaných informací byl následně sestaven graf. Preventivní programy podporující zdravý životní styl jako kritérium při výběru zdravotní pojišťovny preferovalo 44 % (465) respondentů z celkového počtu 1061 účastníků výzkumné studie. 35 % (376) respondentů preferuje výhody nabízené pojišťovnou. Pro 30 % (315) účastníků je důležitá dostupnost pobočky zdravotní pojišťovny. Doporučení lékaře je přínosné pro 25 % (261) respondentů, 15 % (154) respondentů dává přednost on - line přístupu ke své zdravotní pojišťovně. 6 % (67) respondentů uvedlo jako důležité kritérium možnost nabízené asistenční služby. Další odpovědi statisticky pod hodnotou 1 % uváděly možnosti: platby za vybrané lékařské úkony, jistotu největší zdravotní pojišťovny, smluvní vztahy se zdravotnickými zařízeními, doporučení rodiny nebo zaměstnavatele, dlouholetý zvyk nebo rodinné výhody.

Otázka č. 19: Využíváte příspěvky na preventivní programy podporující zdravý životní styl nabízené Vaší zdravotní pojišťovnou?

Graf 19 Využívání příspěvků zdravotních pojišťoven na podporu zdravého životního stylu



Zdroj: vlastní

Povinná, uzavřená otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí. Příspěvky na podporu zdravého životního stylu využívá 68 % (717) dotazovaných respondentů. Zápornou odpověď uvedlo 32 % (344) respondentů s možností odůvodnění v podotázce. Mezi nejčastěji uváděné důvody nevyužití příspěvku byly řazeny nedostatek informací, obtíže spojené s návštěvou pobočky a komplikovaná administrativa.

Otázka č. 20: V jaké oblasti byste přivítal/a příspěvek zdravotní pojišťovny zaměřený na zdravý životní styl?

Tabulka 3 Návrhy příspěvků respondentů

Odpověď	Počet v absolutních hodnotách	Počet v relativních hodnotách
Masáže	20	1,9 %
Dentální hygiena	8	0,8 %
Vitamíny	10	0,9 %
Rehabilitace	7	0,7 %
Sportovní aktivity	6	0,6 %
Lázeňský pobyt	9	0,9 %
Očkování	5	0,5 %
Neví	76	7,2 %

Zdroj: vlastní

Nepovinná, otevřená otázka, respondent mohl napsat odpověď vlastními slovy. Nejčastěji uváděné odpovědi jsou vyjádřeny početně ve výše uvedené tabulce. Uváděné další návrhy respondentů: příspěvek na zubní náhrady a plomby, skipasy, kosmetické úpravy, kompenzační pomůcky pro osoby s postižením, přednášky o zdravém životním stylu.

7 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

Při deskriptivní analýze dat byly vypočteny jednotlivé parametry. Pro testování shody v jednotlivých odpovědích mezi skupinami respondentů byl použit neparametrický test dobré shody, Pearsonův chí – kvadrát test jako metoda pro ověřování hypotéz v kontingenčních tabulkách naměřených a očekávaných četností. Testy byly provedeny na hladině významnosti $\alpha = 5$ %, tedy p – hodnoty menší než 0,05 jsou považovány za statisticky významné.

Škálové postojové odpovědi jednotlivých tvrzení byly kódovány způsobem uvedeným v tabulkách hypotézy č. 2. Po té byly spočteny průměrné hodnoty takto kódovaných znaků a směrodatné odchylky. Dále byla testována nulová hypotéza Z – testem o shodě střední hodnoty pro jeden výběr. Testováno bylo na hladině významnosti $\alpha = 5$ %, průměrná hodnota je nula, tedy p – hodnoty menší než 0,05 jsou považovány za statisticky významné.

H1: Výše vzdělání nemá statisticky významnou souvislost s účastí české populace na preventivních prohlídkách hrazených z veřejného zdravotního pojištění u praktického lékaře, stomatologa, u žen i gynekologa.

K dané hypotéze se vztahovala otázka č. 1, 10, 11, a 12 v dotazníku Podpora zdraví a prevence v České republice.

H0: Veličina vzdělání a četnost návštěv jsou statisticky nezávislé.

HA: Veličina vzdělání a četnost návštěv jsou statisticky závislé.

Kritérium: Pro testování bylo použito kritérium odvozené pro chí-kvadrát test dobré shody v kontingenční tabulce a hodnota vypočteného kritéria byla porovnána s kritickou hodnotou tohoto testu. Nulová hypotéza byla zamítána, když testové kritérium ≥ než kritická hodnota testu.

Byly vytvořeny kontingenční tabulky obsahující četnosti v jednotlivých kategoriích, následně byly vytvořeny tabulky očekávaných četností za předpokladu nezávislosti a pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti na hladině alfa = 5 % byly tyto hodnoty porovnány.

Tabulka 4 Kontingenční tabulka naměřené četnosti preventivních návštěv u praktického lékaře

	Kódování	Základní	Středoškolské	Vysokoškolské	Celkem
Kódování		1	2	3	
V pravidelném dvouletém intervalu	1	16	347	285	648
Pouze jednou při přestupu od praktického lékaře pro děti a dorost	2	3	41	45	89
Nepamatuji si, kdy naposledy	3	11	139	141	291
Nikdy	4	2	17	14	33
Celkem		32	544	485	1061

Zdroj: vlastní

Tabulka 5 Kontingenční tabulka očekávané četnosti v případě nezávislosti preventivních návštěv u praktického lékaře

	Kódování	Základní	Středoškolské	Vysokoškolské	Celkem
Kódování		1	2	3	
V pravidelném dvouletém intervalu	1	19,54	332,25	296,21	648
Pouze jednou při přestupu od praktického lékaře pro děti a dorost	2	2,68	45,63	40,68	89
Nepamatuji si, kdy naposledy	3	8,78	149,20	133,02	291
Nikdy	4	1,00	16,92	15,08	33
Celkem		32	544	485	1061

Zdroj: vlastní

Tabulka 6 Chí-kvadrát test - praktický lékař

Chí-kvadrát test			p-hodnota
0,64259201	0,65526482	0,42432319	
0,03713935	0,47026511	0,45801935	
0,56324524	0,69766757	0,47863716	
1,01422686	0,00037932	0,07801526	
hodnota testovacího kritéria			5,5
hodnota ze statistických tabulek			12,6

Zdroj: vlastní

Chí-kvadrát test nezávislosti porovnává hodnotu testového kritéria - 5,5 s kritickou hodnotou získanou ze statistických tabulek - 12,6. Protože hodnota testového kritéria je menší než hodnota kritická, nelze zamítnout nulovou hypotézu a veličinu vzdělání a četnost návštěv lze považovat za statisticky nezávislou. Proto je přijímána nulová hypotéza, veličina vzdělání a četnost návštěv jsou statisticky nezávislé a zamítnuta alternativní hypotéza.

Tabulka 7 Kontingenční tabulka naměřené četnosti preventivních návštěv u zubního lékaře

	Kódování	Základní	Středoškolské	Vysokoškolské	Celkem
Kódování		1	2	3	
V pravidelném ročním intervalu	1	24	466	437	927
Nepamatuji si, kdy naposledy	2	8	72	47	127
Nikdy	3	0	6	1	7
Celkem		32	544	485	

Zdroj: vlastní

Tabulka 8 Kontingenční tabulka očekávané četnosti v případě nezávislosti preventivních návštěv u zubního lékaře

	Kódování	Základní	Středoškolské	Vysokoškolské	Celkem
Kódování		1	2	3	
V pravidelném ročním intervalu	1	27,96	475,30	423,75	927
Nepamatuji si, kdy naposledy	2	3,83	65,12	58,05	127
Nikdy	3	0,21	3,59	3,20	7
Celkem		32	544	485	1061

Zdroj: vlastní

Tabulka 9 Chí-kvadrát test - zubní lékař

Chí-kvadrát test			p-hodnota
0,56047144	0,1817757	0,4145313	
4,53901014	0,7277857	2,1046848	
0,21112158	1,6195291	1,5123299	
hodnota testovacího kritéria			11,9
hodnota ze statistických tabulek			12,6

Zdroj: vlastní

Hodnota testového kritéria 11,9 je menší než hodnota kritická 12,6. Nelze zamítnout nulovou hypotézu a veličinu vzdělání a četnost návštěv lze považovat za statisticky nezávislou. Proto je přijímána nulová hypotéza, že veličina vzdělání a četnost návštěv jsou statisticky nezávislé a zamítnuta alternativní hypotéza.

Tabulka 10 Kontingenční tabulka naměřené četnosti preventivních návštěv u gynekologa

	Kódování	Základní	Středoškolské	Vysokoškolské	Celkem
Kódování		1	2	3	
V pravidelném ročním intervalu nebo častěji dle doporučení lékaře	1	18	373	327	718
Nepravidelně	2	3	42	30	75
Nepamatuji si, kdy naposledy	3	1	10	5	18
Nikdy	4	0	3	5	8
Celkem		22	428	367	819

Zdroj: vlastní

Tabulka 11 Kontingenční tabulka očekávané četnosti v případě nezávislosti preventivních návštěv u gynekologa

	Kódování	Základní	Středoškolské	Vysokoškolské	Celkem
Kódování		1	2	3	
V pravidelném ročním intervalu nebo častěji dle doporučení lékaře	1	19,29	375,22	323,49	718
Nepravidelně	2	2,01	39,19	33,79	75
Nepamatuji si, kdy naposledy	3	0,48	9,41	8,11	18
Nikdy	4	0,21	4,18	3,60	8
Celkem		22	428	369	819

Zdroj: vlastní

Tabulka 12 Chí-kvadrát test – gynekolog

Chí-kvadrát test			p-hodnota
0,0858717	0,0131177	0,0379867	
0,4819247	0,2008682	0,4253551	
0,5516983	0,0374345	0,1518955	
0,2148962	0,3334535	0,5403712	
hodnota testovacího kritéria			3,1
hodnota ze statistických tabulek			12,6

Zdroj: vlastní

Hodnota testového kritéria 3,1 je menší než hodnota kritická 12,6. Nelze zamítnout nulovou hypotézu a veličinu vzdělání a četnost návštěv lze považovat za statisticky nezávislou. Proto je zamítnuta alternativní hypotéza a přijímána nulová hypotéza, veličina vzdělání a četnost návštěv jsou statisticky nezávislé.

Závěr: Výše vzdělání nesouvisí s účastí české populace na preventivních a screeningových prohlídkách hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Ve všech sledovaných veličinách – praktický lékař, zubní lékař, gynekolog a výše vzdělání, nebyla zjištěna statisticky významná souvislost s účastí.

H2: Ve všech sledovaných skupinách české populace převládá názorová shoda související s důležitostí podpory vlastního zdraví prostřednictvím preventivních prohlídek a screeningových programů hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

K dané hypotéze se vztahovala škálová otázka č. 5 v dotazníku - Jaký postoj má respondent k daným osmi tvrzením?

HO: Postoje české populace k preventivním prohlídkám a screeningovým programům hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou neutrální nebo záporné.

HA: Postoje české populace k preventivním prohlídkám a screeningovým programům hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou kladné.

Kritérium: Pro testování bylo použito kritérium jednostranného Z – testu o shodě střední hodnoty pro jeden výběr. Zaměřen je na testování situace, kdy HO: průměrná hodnota = 0 nebo ≤ 0, H1: průměrná hodnota > 0.

1. postoj: Preventivní prohlídky a screeningové programy nejsou laické veřejnosti známy, není dostatečná propagace.

Tabulka 13 Preventivní prohlídky a screeningové programy nejsou laické veřejnosti známy, není dostatečná propagace.

počet respondentů	86	504	149	302	20
postoj respondenta	velmi shodný	shodný	neutrální	méně shodný	neshodný
kódování	2	1	0	-1	-2
průměr kódovaného postoje	0,31				
směrodatná odchylka	1,03				
z-test	0, 001				

Zdroj: vlastní

p-hodnota Z – testu je < 0,001, proto zamítáme nulovou hypotézu.

2. postoj: Mám informace o preventivních a screeningových programech v České republice.

Tabulka 14 Mám informace o preventivních a screeningových programech

počet respondentů	150	481	97	289	44
postoj respondenta	velmi shodný	shodný	neutrální	méně shodný	neshodný
kódování	2	1	0	-1	-2
průměr kódovaného postoje	0,379				
směrodatná odchylka	1,149				
z- test	0, 001				

Zdroj: vlastní

p-hodnota Z – testu je < 0,001, proto zamítáme nulovou hypotézu.

3. postoj: Preventivní a screeningové programy jsou důležité pro ochranu mého zdraví.

Tabulka 15 Preventivní a screeningové programy jsou důležité pro ochranu mého zdraví.

počet respondentů	563	420	59	13	6
postoj respondenta	velmi shodný	shodný	neutrální	méně shodný	neshodný
kódování	2	1	0	-1	-2
průměr kódovaného postoje	1,434				
směrodatná odchylka	0,706				
z- test	0, 001				

Zdroj: vlastní

p-hodnota Z – testu je < 0,001, proto zamítáme nulovou hypotézu.

4. postoj: Preventivní prohlídka nebo screeningový program je nebolestivým vyšetřením.

Tabulka 16 Preventivní prohlídka nebo screeningový program je nebolestivým vyšetřením.

počet respondentů	508	302	163	80	8
postoj respondenta	velmi shodný	shodný	neutrální	méně shodný	neshodný
kódování	2	1	0	-1	-2
průměr kódovaného postoje	0,958				
směrodatná odchylka	0,898				
z- test	0,001				

Zdroj: vlastní

p-hodnota Z – testu je < 0,001, proto zamítáme nulovou hypotézu.

5. postoj: Preventivní prohlídka by měla být vždy hrazena prostřednictvím financí zdravotní pojišťovny.

Tabulka 17 Preventivní prohlídka by měla být vždy hrazena prostřednictvím financí zdravotní pojišťovny.

počet respondentů	624	368	37	31	1
postoj respondenta	velmi shodný	shodný	neutrální	méně shodný	neshodný
kódování	2	1	0	-1	-2
průměr kódovaného postoje	1,492				
směrodatná odchylka	0,712				
z- test	0, 001				

Zdroj: vlastní

p-hodnota Z – testu je < 0,001, proto zamítáme nulovou hypotézu.

6. postoj: Mám informace o všech intervalech a možných místech provedení preventivní prohlídky nebo screeningového programu.

Tabulka 18 Mám informace o všech intervalech a možných místech provedení preventivní prohlídky nebo screeningového programu.

počet respondentů	97	298	173	398	95
postoj respondenta	velmi shodný	shodný	neutrální	méně shodný	neshodný
kódování	2	1	0	-1	-2
průměr kódovaného postoje	-0,089				
směrodatná odchylka	1,177				
z- test	1,000				

Zdroj: vlastní

p-hodnota Z – testu je > 0, 001 proto přijímáme nulovou hypotézu a zamítáme alternativní.

7. postoj: Hlídám si časový interval pravidelné preventivní prohlídky či screeningového programu.

Tabulka 19 Hlídám si časový interval pravidelné preventivní prohlídky či screeningového programu

počet respondentů	195	413	61	326	66
postoj respondenta	velmi shodný	shodný	neutrální	méně shodný	neshodný
kódování	2	1	0	-1	-2
průměr kódovaného postoje	0,333				
směrodatná odchylka	1,265				
z- test	0,001				

Zdroj: vlastní

p-hodnota Z – testu je < 0,001, proto zamítáme nulovou hypotézu.

8. postoj: Vždy čekám na pozvánku od lékaře k absolvování preventivní prohlídky nebo screeningového programu.

Tabulka 20 Vždy čekám na pozvánku od lékaře k absolvování preventivní prohlídky nebo screeningového programu.

počet respondentů	118	273	45	475	150
postoj respondenta	velmi shodný	shodný	neutrální	méně shodný	neshodný
kódování	2	1	0	-1	-2
průměr kódovaného postoje	-0,236				
směrodatná odchylka	1,312				
z- test	1,000				

Zdroj: vlastní

p-hodnota Z – testu je > 0,001 proto přijímáme nulovou hypotézu. Lidé neočekávají zaslání pozvánky, protože nesouhlasí s tvrzením, že zaslání očekávají.

Závěr: Ve všech sledovaných skupinách české populace převládá názorová shoda související s důležitostí podpory vlastního zdraví prostřednictvím preventivních prohlídek a screeningových programů hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tato hypotéza je potvrzena, česká populace má kladný postoj k preventivním a screeningovým programům hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Likertovská škála použitá k měření postojů české populace k preventivním prohlídkám a screeningovým programům byla vyhodnocena kódováním jednotlivých znaků, výpočtem průměrných hodnot a směrodatných odchylek. Následně byla testována nulová hypotéza ve všech osmi dotazovaných oblastech Z-testem o shodě střední hodnoty pro jeden výběr na hladině významnosti alfa = 5 %. Statistické zhodnocení osmi dotazovaných postojů bylo vyjádřeno v šesti případech zamítnutím nulové hypotézy, přijetím alternativní, ve dvou postojích byla přijata nulová hypotéza a byla tedy zamítnuta alternativní. Asi nejzajímavější zjištění bylo odvozeno na základě škálované odpovědi na otázku, zda respondenti považují informovanost o preventivních programech za dostatečnou. Průměrná škálovaná hodnota byla -0,089 a zápornost škály byla statisticky potvrzena. Česká populace nemá dle výsledků tohoto šetření dostatečné informace o intervalech a místech provedení preventivní prohlídky a screeningových programů hrazených z veřejného zdravotního pojištění a uvítala by adresnou pozvánku k účasti.

H3: Účast respondentů na screeningových programech realizovaných v ČR má statisticky významnou souvislost s věkem.

K dané hypotéze se vztahovala otázka č. 2, 14 a 17 v dotazníku Podpora zdraví a prevence v České republice.

HO: *Účast respondentů na českých screeningových programech nemá statisticky významnou souvislost s věkem.*

HA: Účast respondentů na českých screeningových programech má statisticky významnou souvislost s věkem.

Kritérium: Pro testování bylo použito kritérium odvozené pro chí-kvadrát test dobré shody v kontingenční tabulce a hodnota vypočteného kritéria byla porovnána s kritickou hodnotou tohoto testu. Nulová hypotéza byla přijímána, když testové kritérium > kritérium hodnot.

Data byla uspořádána do kontingenční tabulky obsahující četnosti v jednotlivých kategoriích a následně byly vytvořeny tabulky očekávaných četností za předpokladu nezávislosti a pomocí chí kvadrát testu nezávislosti na hladině alfa = 5 %, byly tyto hodnoty porovnány.

Tabulka 21 Kontingenční tabulka naměřených četností screeningu rakoviny prsů

	Kódování	Ano, už několikrát	Ano, jednou	Ne, nikdy	Celkem
Kódování		1	2	3	
50 - 59 let	4	133	7	49	189
60 - 69 let	5	47	2	23	72
70 let a více	6	19	1	16	36
Celkem		199	10	88	297

Zdroj: vlastní

Tabulka 22 Kontingenční tabulka očekávaných četností v případě nezávislosti screeningu rakoviny prsů

	Kódování	Ano, už několikrát	Ano, jednou	Ne, nikdy	Celkem
Kódování		1	2	3	
50 - 59 let	4	126,64	6,36	18,67	151,67
60 - 69 let	5	48,24	2,42	7,11	57,78
70 let a více	6	8,04	1,21	10,67	19,92
Celkem		182,92	10,00	36,44	229,36

Zdroj: vlastní

Tabulka 23 Chí - kvadrát test - screening prsu

Chí-kvadrát test			p-hodnota
0,320	0,064	49,292	
0,032	0,074	35,502	
14,939	0,037	2,667	
hodnota testovacího kritéria			102,9
hodnota ze statistických tabulek			12,6

Zdroj: vlastní

Chí-kvadrát test nezávislosti porovnává hodnotu testového kritéria - 102,9 s kritickou hodnotou získanou ze statistických tabulek - 12,6. Protože hodnota testového kritéria je vyšší než hodnota kritická, zamítáme nulovou hypotézu a veličinu účasti na screeningu rakoviny prsu a věk respondentů lze považovat za statisticky závislou.

Tabulka 24 Kontingenční tabulka naměřených četností screeningu rakoviny děložního čípku

	Kódování	Ano, už několikrát	Ano, jednou	Ne, nikdy	Celkem
Kódování		1	2	3	
50 - 59 let	4	104	9	76	189
60 - 69 let	5	30	6	36	72
70 let a více	6	11	1	24	36
Celkem		145	16	136	297

Zdroj: vlastní

Tabulka 25 Kontingenční tabulka očekávaných četností v případě nezávislosti screeningu rakoviny děložního čípku

	Kódování	Ano, už několikrát	Ano, jednou	Ne, nikdy	Celkem
Kódování		1	2	3	
50 - 59 let	4	92,27	10,18	86,55	189,00
60 - 69 let	5	35,15	3,88	32,97	72,00
70 let a více	6	17,58	1,94	16,48	36,00
Celkem		145,00	16,00	136,00	297,00

Zdroj: vlastní

Tabulka 26 Chí - kvadrát test - screening děložního čípku

Chí-kvadrát test			p-hodnota
1,490	0,137	1,285	
0,755	1,160	0,279	
2,460	0,455	3,426	
hodnota testovacího kritéria			11,4
hodnota ze statistických tabulek			12,6

Zdroj: vlastní

Chí-kvadrát test nezávislosti porovnává hodnotu testového kritéria - 11,4 s kritickou hodnotou získanou ze statistických tabulek - 12,6. Protože hodnota testového kritéria je nižší než hodnota kritická, nezamítáme nulovou hypotézu a veličinu účasti na screeningu rakoviny děložního čípku a věk respondentů lze považovat za statisticky nezávislé.

Tabulka 27 Kontingenční tabulka naměřených četností screeningu rakoviny konečníku a tlustého střeva

	Kódování	Ano, už několikrát	Ano, jednou	Ne, nikdy	Celkem
Kódování		1	2	3	
50 - 59 let	4	50	67	72	189
60 - 69 let	5	37	21	14	72
70 let a více	6	17	7	12	36
Celkem		104	95	98	297

Zdroj: vlastní

Tabulka 28 Kontingenční tabulka očekávaných četností v případě nezávislosti screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku

	Kódování	Ano, už několikrát	Ano, jednou	Ne, nikdy	Celkem
Kódování		1	2	3	
50 - 59 let	4	66,18	60,45	62,36	189,00
60 - 69 let	5	25,21	23,03	23,76	72,00
70 let a více	6	12,61	11,52	11,88	36,00
Celkem		104,00	95,00	98,00	

Zdroj: vlastní

Tabulka 29 Chí - kvadrát test - screening tlustého střeva a konečníku

Chí-kvadrát test			p-hodnota
3,957	0,709	1,489	
5,511	0,179	4,008	
1,532	1,770	0,001	
hodnota testovacího kritéria			19,2
hodnota ze statistických tabulek			12,6

Zdroj: vlastní

Chí-kvadrát test nezávislosti porovnává hodnotu testového kritéria - 19,2 s kritickou hodnotou získanou ze statistických tabulek - 12,6. Protože hodnota testového kritéria je vyšší než hodnota kritická, zamítáme nulovou hypotézu a veličinu účasti na screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku a věk respondentů lze považovat za statisticky závislou.

Závěr: Hypotéza č. 3 je potvrzena, účast české populace má statisticky významnou souvislost s věkem. Ze tří realizovaných programů nebyla prokázána statistická souvislost s věkem pouze u screeningového vyšetření děložního čípku.

H4: Informovanost respondentů o českých screeningových programech má statisticky významnou souvislost s věkem.

K dané hypotéze se vztahovala otázka č. 2 a 14 v dotazníku Podpora zdraví a prevence v České republice.

HO*: Informovanost respondentů o českých screeningových programech nemá statisticky významnou souvislost s věkem.*

HA: Informovanost respondentů o českých screeningových programech má statisticky významnou souvislost s věkem.

Kritérium: Pro testování bylo použito kritérium odvozené pro chí-kvadrát test dobré shody v kontingenční tabulce a hodnota vypočteného kritéria byla porovnána s kritickou hodnotou tohoto testu. Nulová hypotéza byla přijímána, když testové kritérium > kritérium hodnot.

Data byla uspořádána do kontingenční tabulky obsahující četnosti v jednotlivých kategoriích, následně byla vytvořena tabulka očekávaných četností za předpokladu nezávislosti a pomocí chí kvadrát testu nezávislosti na hladině alfa = 5 %, byly tyto hodnoty porovnány.

Tabulka 30 Kontingenční tabulka naměřených četností informovanosti o českých preventivních screeningových programech

	Kódování	Screening rakoviny prsů	Screening rakoviny děložního čípku	Screening rakoviny konečníku a tlustého střeva	Celkem
Kódování		1	3	5	
19 - 29 let	1	226	180	143	549
30 - 39 let	2	205	159	159	523
40 - 49 let	3	278	215	242	735
50 - 59 let	4	178	132	157	467
60 - 69 let	5	67	49	66	182
70 let a více	6	30	22	0	52
Celkem		984	757	767	2508

Zdroj: vlastní

Tabulka 31 Kontingenční tabulka četností v případě nezávislosti informovanosti o českých preventivních screeningových programech

	Kódování	Screening rakoviny prsů	Screening rakoviny děložního čípku	Screening rakoviny konečníku a tlustého střeva	Celkem
Kódování		1	3	5	
19 - 29 let	1	215,40	165,71	167,90	549
30 - 39 let	2	205,20	157,86	159,94	523
40 - 49 let	3	288,37	221,85	224,78	735
50 - 59 let	4	183,22	140,96	142,82	467
60 - 69 let	5	71,41	54,93	55,66	182
70 let a více	6	20,40	15,70	15,90	52
Celkem		984,00	757,00	767,00	2508

Zdroj: vlastní

Tabulka 31 Chí - kvadrát test - informovanost o screeningových programech

Chí-kvadrát test			p-hodnota
0,522	1,233	3,692	
0,000	0,008	0,006	
0,373	0,211	1,319	
0,149	0,569	1,408	
0,272	0,641	1,921	
4,515	2,532	15,903	
hodnota testovacího kritéria			35,3
hodnota ze statistických tabulek			25,0

Zdroj: vlastní

Chí-kvadrát test nezávislosti porovnává hodnotu testového kritéria - 35,3 s kritickou hodnotou získanou ze statistických tabulek – 25,0. Protože hodnota testového kritéria je vyšší než hodnota kritická, zamítáme nulovou hypotézu a veličinu informovanosti o screeningových programech a věk respondentů lze považovat za statisticky závislou.

Závěr: Hypotéza potvrzena, informovanost české populace o screeningových programech realizovaných v ČR má statisticky významnou souvislost s věkem respondenta.

DISKUZE

Důvody nízké účasti na preventivních prohlídkách hrazených z veřejného zdravotního pojištění u praktického lékaře pro dospělé, zubního lékaře a gynekologa jsou velmi různorodé. Nejčastěji byl uváděn nedostatek času (13 %), nízká dostupnost zdravotnického zařízení (13 %), předchozí špatná osobní zkušenost (15 %), obava z možného negativního výsledku vyšetření (13 %), obava z bolestivosti vyšetření (14 %). Tento důvod byl současně vyjádřen 9 % všech respondentů v postojové škále otázky č. 5, 15 % neví, zda se jedná o bolestivé vyšetření a 76 % účastníků výzkumu předpokládá, že prevence je spojena s nebolestivým vyšetřením. Dalším faktorem nízké účasti se stává stud před zdravotníky (16 %) a opomenutí časového intervalu prohlídky (16 %) respondentů. Opomenutí časového intervalu má přímou spojitost s otázkou, zda by respondenti uvítali, pravidelné pozvánky od lékařů na preventivní prohlídky. Rádo by je obdrželo 91 % (967) respondentů z celkového počtu dotazovaných.

V rámci této výzkumné studie byl zaznamenán největší zájem o formu pozvánek na preventivní prohlídku elektronicky prostřednictvím emailu 59 % respondentů, 51 % účastníků by mělo zájem dostat pozvánku SMS zprávou a 27 % ze všech dotazovaných by upřednostnilo písemné pozvání poštou.

Česká populace nemá dostatečné informace o preventivních a screeningových programech hrazených z veřejného zdravotního pojištění a uvítala by adresnou pozvánku k účasti. Autorky Hnilicová, Dobiášová a Tulupová poukazují na důležitost preventivního zaměření v oblasti primární péče. Dřívější praxe, kdy lékaři v primární péči zvali a to i opakovaně své pacienty na preventivní prohlídky, stojí za úvahu i v současné době. Uvádí, že je zapotřebí objektivizovat využívání preventivních prohlídek u jednotlivých skupin pojištěnců, identifikovat skupiny, které preventivní prohlídky nevyužívají a na ty se více zaměřit. Podklady k tomu v databázi zdravotních pojišťoven existují. Analýza prováděných výzkumů by přispěla k porozumění chování a postojů lidí k preventivním vyšetřením a ukázala by, jak jejich využívání optimalizovat. (Praktický lékař 2012, s. 567).

Význam tohoto a jemu podobných výzkumů spočívá v získávání informací o potřebách a znalostech jednotlivců v oblasti preventivních prohlídek a screeningových programů realizovaných na podporu zdraví v České republice. Adresné zvaní formou elektronickou nebo písemnou by uvítalo více než 90 % všech zúčastněných. Tento výsledek už vede k zamyšlení, zabývajícím se realizací zasílaní pozvánek. Včasný záchyt

onemocnění je důležitý z hlediska ekonomického i sociálního. Uzdravený jedinec přispívá svoji samostatností k ekonomickému rozvoji vlastnímu i společenskému. Začlenění do společnosti příznivě ovlivňuje psychické potřeby člověka, zvyšuje pocit sounáležitosti a potřebnosti. Realizace projektu adresného zvaní by mohla výrazně zvýšit účast na preventivních a screeningových programech hrazených z veřejného zdravotního pojištění i u silné vlny ročníků 70. let 20. století. Ekonomická rozvaha optimálního vynaložení finančních prostředků a další výzkum by zhodnotil detailněji efekt navrhovaného projektu.

Vliv cíleného adresného zvaní, zahájeného v roce 2014, vyhodnotil ředitel ÚZIS ČR pan Doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D. Ze třech screeningových programů v České republice jsou úspěšné dva. Ke znatelnému navýšení pokrytí účasti došlo u screeningu kolorektálního karcinomu, u kterého se dlouhodobě nedařilo zajistit spontánní absolvování českou populací. (AM Review, 2016, s. 31).

Výsledky získané vyhodnocením odpovědí v našem výzkumném šetření ukazují, že výše vzdělání nesouvisí s účastí české populace na preventivních a screeningových prohlídkách hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Hypotézou č. 1 bylo potvrzeno tvrzení související s prvním dílčím cílem, že není významná statistická souvislost mezi vzděláním respondenta a účastí na preventivní prohlídce. Ve všech sledovaných veličinách – praktický lékař, zubní lékař, gynekolog, nebyla zjištěna statisticky významná souvislost s účastí.

Informovanost české populace o screeningových programech realizovaných v ČR má statisticky významnou souvislost s věkem respondenta, nejvyšší byla naměřena u respondentů ve věku mladší dospělosti a zralosti. Podle průzkumu realizovaného společností Factum Invenio v dubnu 2012 na reprezentativním vzorku 500 obyvatel České republiky ve věku 18 – 60 let, bylo zjištěno, že více než 40 % respondentů neví, jak často by měli chodit na preventivní prohlídky a zda vůbec na ně mají nárok. Pětina respondentů uvedla, že preventivní prohlídku u praktického lékaře ještě nikdy neabsolvovala, u gynekologa to byly pouze 3 %. (Praktický lékař, 2012, s. 566). Údaje byly převedeny do jednotných matematických znaků a porovnány s výsledky této výzkumné studie „Prevence a podpora zdraví“.

Tabulka 32 Porovnání výzkumných studií

	Duben 2012 (Factum Invenio)	Listopad 2016 (DP Lísková)
Celkový počet respondentů ČR v dospělém věku	500 = 100 %	1061= 100 %
Neví, jak často chodit na preventivní prohlídky	40 %	46 %
Nikdy neabsolvovaná preventivní prohlídka u praktického lékaře	20 %	3 %
Nikdy neabsolvovaná preventivní prohlídka u gynekologa	3 %	1 %

Zdroj: vlastní

Zaznamenané odpovědi na otázku, jaké screeningové programy jsou realizované v ČR, přináší uspokojivou informovanost v oblasti screeningu rakoviny prsu - 93 % respondentů, rakovina děložního čípku 60 % respondentů a 75 % respondentů má informace o screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku. Nejnižší informovanost o tomto screeningu je ve věkové kategorii do 39 let, potom informovanost stoupá a od věku 70 let a více je téměř nulová. Mnozí z dotazovaných se domnívají, že existuje i screening rakoviny prostaty - 44 % účastníků a rakoviny plic - 7 % dotazovaných. V minimální míře byly zaznamenány odpovědi, které udávaly screening „kůže, varlat, diabetu, řídnutí kostí, hematologie, kardiovaskulární, ….“. V teoretické části je zmiňován návrh dalších screeningových vyšetření. Příkladem je screening renálního selhání, který by stanovil sérové koncentrace kreatininu, proteinurie a hematurie. Cena vyšetření se pohybuje okolo šedesáti korun a mohlo by předejít nebo výrazně oddálit selhání ledvin s ročními náklady na léčbu v řádech statisíců korun. Rovněž screening rakoviny prostaty a plic by ze strany dotazovaných byl žádoucí.

Podpora zdraví prokazatelně vede ke zlepšení zdravotní i sociální situace jedince. Ten, kdo si váží zdraví, váží si i sám sebe a je tedy ochoten pro své zdraví něco udělat (Čevela a kol., 2009). Naprostá většina, celkem 93 %, se shoduje nebo téměř shoduje s výrokem o důležitosti prevence a podpory zdraví. Výrok o hrazení preventivních prohlídek a screeningových vyšetřeních prostřednictvím financí zdravotních pojišťoven shodou potvrdilo 94 % respondentů. Další výroky potvrzují první dva názory o minimální informovanosti. 25. 5. 2016 na setkání MEdialogy na téma „Co se jí v Čechách“, přednosta

III. Interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., opakovaně upozorňuje kritikou na učebnici „Rodinné výchovy“ o zdravém životním stylu pro žáky základních a středních škol, která obsahuje mnoho informací o józe, orientální medicíně avšak důležité věci z hlediska prevence kardiovaskulárních a onkologických onemocnění tam prakticky nejsou. (Czech NetMedia © 2005 – 2017). Velmi často se také objevuje manipulace s informacemi i v seriózních novinách, kde je mix placené inzerce a mezi tím je vmezeřen článek renomovaného odborníka, který o tom mnohdy ani neví. (AM Review, 2016, s. 5).

Účast na screeningových programech realizovaných v České republice má statisticky významnou souvislost s věkem. Ze tří realizovaných programů nebyla prokázána statistická souvislost s věkem pouze u screeningového vyšetření děložního čípku. Lze předpokládat, že v určitých věkových kategoriích hraje roli neúčasti stud při vyšetření, který byl zaznamenán u 16% respondentů. Dle naměřených četností klesá účast na screeningu s věkem respondenta.

Na opomíjení primární prevence, která by umožnila odhalit první stádium onemocnění s vyšší nadějí na úplné vyléčení a začlenění zpět do pracovního života a přispívání ekonomice naší země, poukazuje ve své diplomové práci pan Voleman (2015). Dle výsledků tohoto výzkumu se časový interval preventivních prohlídek a screeningových programů snaží hlídat 57 % dotazovaných. Nástup generace silných ročníků 70. let 20. století do kritických let spojených s vysokým rizikem vzniku onkologického onemocnění je v přímé souvislosti se zvyšujícími se omezenými finančními náklady na léčbu onkologických onemocnění, zejména třetího a čtvrtého stádia onemocnění spojené s vysokou mortalitou. (Voleman, 2015, s. 56 – 63). Otázkou zůstává jakým způsobem a kolik finančních prostředků by mělo být optimálně vynaloženo na účelnou podporu prevence, která by zachytila nejenom vlnu silných ročníků ze 70. let s ohledem na onemocnění diabetu, kardiovaskulárních a onkologických onemocnění.

Třetí dílčí cíl byl zaměřen na získání informací o příspěvcích zdravotních pojišťoven z fondu prevence na podporu zdravého životního stylu. Potřebné využití nachází 68 % dotazovaných respondentů. Ostatní respondenti nevyužívají příspěvky z důvodu nedostatečných informací, obtížemi spojenými s návštěvou pobočky a komplikovanou administrativou.

Významným společenským fenoménem, který by bylo možno také zkoumat, je nárůst počtu lidí vyhledávajících služby tradiční čínské medicíny, přestože nejsou primárně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Jde o globální trend související s podporou zdraví. Světová zdravotnická organizace nastínila strategii pro rozvoj tradičních čínských léčebných metod na období 2014 až 2023. Tradiční čínská medicína představuje celostní obor. Praktikující lékař rozhoduje o léčbě dle celkového stavu nemocného. V knize Giovanniho Maciocii Diagnostika v čínské medicíně se píše: „*Ano, naše těla nejsou němá, jen jim bohužel dopřáváme sluchu, až když jsou takříkajíc křikem ochraptěná*“. (Maciocia, 2015, s. 68). Již v dobách před dvěma tisíci lety se čínští lékaři snažili vystihnout a preventivně působit již na samotné sklony ke konstituční patologii. Mnoho lidí s aktivním přístupem ke svému zdraví oceňuje preventivní potenciál tradiční čínské medicíny pro předcházení nemocí a podporu zdraví.

Klíčové slovo je diskuse a dohoda. Pokud by si jedinec měl financovat své zdravotní náklady za života sám, byla by jistě jeho odpovědnost za ochranu zdraví daleko výraznější. V České republice je financování zdravotní péče nastaveno redistribučním způsobem a jedinec tak nemá žádnou významnou zodpovědnost za náklady vynaložené na léčbu zejména civilizačních chorob. Na úhradu z peněz veřejného zdravotnictví by měl mít nárok každý v případě řešení urgentního zdravotního stavu. Ale co Ti, kteří svůj zdravotní stav neřeší? Pokud by preventivní prohlídky byly povinné pro celou českou populaci, bylo by možné identifikovat rizika vzniku choroby již v primární prevenci a kategorizovat pacienty. Dle kategorizace by se odvíjela částka povinného zdravotního pojištění, která by zohledňovala zvýšená rizika vzniku onemocnění u kuřáků, obézních nebo těch, kteří ignorují preventivní prohlídky jako záležitost, která není pro zachování zdraví důležitá. Nejedná se o žádnou diskriminaci. Naopak by tímto krokem byli zohledněni lidé, kteří ovlivňují negativní determinanty a zachovávají zdravý životní styl. Radikální řešení, které by vedlo k výrazné změně v systému financování zdravotní péče, je otázkou konstruktivních diskusí. Stoupající výdaje na výzkum, moderní technologie, jejich využívání v praxi: jak dlouho ještě tento trend bude možné financovat, aniž by se snižovala kvalita zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních? Vysoké nároky na celoživotní vzdělávání lékařů, sester, laborantů, fyzioterapeutů a dalších členů multidisciplinárního týmu by měly být v souladu s jejich platovými podmínkami za odvedenou odbornou práci.

Posledním dílčím cílem bylo vytvoření webové prezentace pro širokou českou veřejnost se zaměřením na důležitost primární prevence, která je stěžejní pro ochranu a upevnění zdraví. Tato byla vytvořena a je součástí diplomové práce Preventivní screeningové programy v české populaci. Vytvořené internetové stránky http://www.primaprevence.cz obsahují základní informace vztahující se k podpoře zdraví, preventivním prohlídkám a screeningovým programům realizovaných v České republice určené laické veřejnosti. Aktuálnost webu, možnost dotazování a realizace dalších projektů ve spolupráci se ZČU v Plzni, Fakultou zdravotnických studií, Fakultní nemocnicí v Plzni, zdravotními pojišťovnami, odborem zdravotnictví Krajského úřadu Plzeňského kraje, by mohla vést ke změně postoje populace k podpoře vlastního zdraví a ke změně myšlení lidí v oblasti této problematiky. K finančnímu zajištění provozu možné neziskové organizace „Primární prevence, z.s." a možných dalších aktivit potřebných k realizaci projektu „Informovanost české populace o preventivních programech na podporu zdraví" je připojen v příloze náhled na připravovaný formulář žádosti o grant. Spolupracovat na projektu by mohli studenti i akademičtí představitelé z Fakulty zdravotnických studií, Fakulty ekonomické a Fakulty aplikovaných věd ZČU v Plzni.

ZÁVĚR

Lidé mají aktivně přistupovat k ochraně svého zdraví. Každý si může vybrat svoji cestu, kterou půjde. Z údajů Světové zdravotnické organizace vyplývá, že zhruba tři čtvrtiny lidských nemocí jsou způsobeny nesprávnou výživou. Ta je dominantním faktorem vzniku diabetu, kardiovaskulárních a onkologických onemocnění. Výzkum prováděný v souvislosti s diplomovou prací na téma „Podpora zdraví a prevence v České republice“ pomáhá odpovědět na základní otázky týkající se této problematiky.

Hlavním cílem bylo zjistit důvody nízké účasti na primární prevenci a screeningových preventivních programech. Nejčastěji respondenti uvedli nedostatek času, nízkou dostupnost zdravotnického zařízení, předchozí špatnou osobní zkušenost, obavu z možného negativního výsledku vyšetření a bolestivosti při vyšetření, stud před zdravotníky a opomenutí časového intervalu prohlídky. Jak zvýšit účast na preventivních prohlídkách u praktického lékaře pro dospělé, u zubního lékaře či gynekologa? Respondenti by uvítali pravidelné připomenutí či pozvánku zaslanou elektronicky nebo SMS zprávou o blížícím se intervalu preventivní prohlídky nebo screeningového vyšetření. Rovněž adresná informace při dosažení určité věkové kategorie o možnosti účasti na screeningovém programu hrazeném z veřejného zdravotního pojištění, by mohla vést ke zvýšení účasti a podpoře zodpovědnosti ke svému zdraví. Nebyla prokázána souvislost s účastí na preventivních a screeningových programech se vzděláním respondenta.

Dalším bodem k posouzení byl postoj české populace k preventivním prohlídkám a screeningovým programům, hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Ten vyjádřili respondenti v osmi oblastech tvrzení. Ve velké shodě potvrdili důležitost preventivních a screeningových prohlídek pro ochranu svého zdraví, které by měli být nebolestivé a hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. S ohledem na míru informovanosti, která dosahovala cca 60%, by bylo vhodné se zaměřit na větší propagaci screeningu, preventivních prohlídek, jejich intervalů, možných míst provedení a adresného zvaní občanů formou připomenutí termínu preventivní prohlídky nebo screningového programu.

Příspěvky zdravotních pojišťoven na preventivní programy mezi českou populací nevyužívá více než třetina dotazovaných respondentů s odůvodněním nedostatečných informací, komplikovanou administrativou a obtížemi spojenými s návštěvou pobočky zdravotní pojišťovny. Mezi návrhy možných dalších oblastí podpory zdraví z fondu

prevence zdravotních pojišťoven respondenti uváděli příspěvek na zubní náhrady, plomby, dentální hygienu, kompenzační pomůcky pro osoby s postižením a uvítali by i přednášky o zdravém životním stylu. Respondenti, kteří nemají možnost využít některý z nabízených „balíčků“ zdravotních pojišťoven, by rádi uvítali možnost volného poukazu v určité finanční hodnotě. Jeho získání by bylo podmíněno splněnou účastí preventivní prohlídky nebo screeningového programu za kalendářní rok pro danou věkovou kategorii a využit respondentem by byl na další aktivity dle volného výběru spojené s podporou zdraví. Volný výběr by mohla pojišťovna limitovat dle svého uvážení. Lidé by měli zájem o masáže, lázeňské pobyty, wellness pobyty, příspěvky na nákup zdravých potravin ve specializovaných prodejnách nebo alternativní preventivní zákroky jako akupunktura, akupresura a jim podobné.

Preventivní medicína má velký vliv i na ošetřovatelskou péči, která je pacientům poskytována ve zdravotnických zařízeních. Zejména chronická onemocnění jsou multikauzální a řada faktorů je ovlivnitelná chováním a postojem jedince ke svému zdraví. V praxi se následně opakovaně setkáváme s pacienty různých kulturních, etnických a sociálních skupin, kteří se liší svým životním stylem a vnímáním významu zdraví. Pacient s chronickým onemocněním velmi často prožívá depresivní rozlady z důvodu omezených možností sportovních, pracovních a jiných aktivit. Ošetřování takového pacienta je náročnější pro celý zdravotnický tým, vyžaduje i více finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění. Jsou kladeny vyšší nároky na invazivní vyšetřovací metody, farmakologickou i operativní léčbu, konziliární vyšetření, lázeňskou a rehabilitační léčbu, psychologickou podporu i samotnou ošetřovatelskou péči.

Diplomová práce přináší výsledky, které sice nelze zobecňovat na celou Českou republiku, ale velký význam mají odpovědi pro Plzeňský kraj. Diskutovat lze o řadě získaných informací a využít je k další tvořivé činnosti určené pro podporu zdraví české populace. Pokud by se například ukázalo, že adresné zvaní v Plzeňském kraji je ekonomicky efektivní, potom by jistě stálo za uvážení jeho plošné rozšíření po celé České republice. Velmi důležitou se stává komunikace s představiteli zdravotních pojišťoven, orgánů státní správy a ministerstva zdravotnictví. Kontinuální výchova a vzdělávání v oblasti primární prevence a podpory zdraví by se měla stát součástí studijních programů základních, středních škol, ale i dalších akademických institucí.

LITERATURA A PRAMENY

Literární zdroje

1. AGUS, David a LOBERG Kristin, 2012. *Konec nemocem?: nový pohled na zdraví a nemoc*. Praha: Fortuna Libri, Fortuna praxis. ISBN 978-80-7321-679-5.

2. AM Review, 2016, *Screeningové programy v ČR – ze 3 jsou úspěšné 2.* Praha: Ambit Media, 11 (31). ISSN 2336-7326.

3. BÍLEK, Jiří, Ludmila BENDOVÁ, Miroslav KRUTINA, Jozef LUCKÝ, 2015 Tradiční čínská medicína - ano, či ne? *Medical tribune*. Remedia. 11(17). ISSN 1214-8911.

4. FAIT, Tomáš, VRABLÍK Michal a ČEŠKA Richard, 2011. *Preventivní medicína*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf,.Jessenius. ISBN 978-80-7345-237-7.

5. ČEVELA, Rostislav, ČELEDOVÁ Libuše a DOLANSKÝ Hynek, 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy.*

6. FREI, Jiří a LOUDOVÁ, Soňa, 2013. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. Vyd. 1. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, ISBN 978-80-261-0167-3.

7. FREI, Jiří a HOLOUBKOVÁ, Jana, 2016. Screening civilizačních chorob u veřejnosti v Plzeňském kraji. *Florenc*. Ambit Media, (1-2), 20 - 24. ISSN 1801-464-X.

8. HNILICOVÁ, Helena, DOBIÁŠOVÁ Karolína a TULUPOVÁ Elena, 2012. Primární péče a podpora zdraví v ČR. *Praktický lékař*. **92**(10-12), 565-572. ISSN 0032-6739.

9. HROBOŇ, Pavel. 1998. *Ekonomické hodnocení preventivních zdravotnických programů: možnosti použití v ČR*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky. ISBN 80-238-2852-5.

10. JANOŠKOVÁ, Dagmar. 2011. *Občanská výchova 8: Rodinná výchova 8 : pro základní školy a víceletá gymnázia*. 2., aktualiz. vyd. Plzeň: Fraus. ISBN 978-80-7238-317-7.

11. MENNE, B. a Virginia MURRAY. *Floods in the WHO European region: health effects and their prevention*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. ISBN 978-92-890-0011-6.

12. MÜLLEROVÁ, Dana a AUJEZDSKÁ Anna, 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2510-2.

13. MACIOCIA, Giovanni, 2015. *Diagnostika v čínské medicíně: obsáhlý průvodce*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-918-2.

14. NĚMEČEK, SVATOPLUK, 2015. Odstartoval nový akční plán screeningu. *AM Review.* Ambit Media, (18-19). ISSN 2336-7326.

15. REKTOŘÍK, Jaroslav, 2007. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Ekopress, ISBN 978-80-86929-29-3.

16. *The European health report 2015: targets and beyond - reaching new frontiers in evidence*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, ISBN 978-92-890-1430-4.

17. SVAČINA, Štěpán, 2016. Aktuality z medicíny a systému zdravotní péče: Opravdu víme, co, proč a jak jíme? *AM Rewiew*. Ambit Média, (12), 1-32. ISSN 2336-7326.

18. ŠEDO, Aleksi, 2016. Aktuality z medicíny a systému zdravotní péče: Opravdu víme, co, proč a jak jíme? *AM Rewiew*. Ambit Média, (12), 1-32. ISSN 2336-7326.

19. ŠEFLOVÁ, Alena, 2009. *Prevence jako součást zdravotní politiky v ČR*. Diplomová Brno: Masarykova univerzita, Fakulta ekonomicko-správní. Vedoucí práce: Marek Pavlík

20. VOLEMAN, Jakub, 2015. *Teoretické a metodické přístupy k určování makroekonomického přínosu primární prevence a podpory zdraví*. Diplomová práce Praha: Vysoká škola ekonomická, Fakulta národohospodářská. Vedoucí práce: Zdeněk Chytil

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

22. ZLÁMAL, Jaroslav a BELLOVÁ Jana, 2013. *Ekonomika zdravotnictví.* Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 978-80-7013-551-8.

Elektronické zdroje

1. *¾ našich nemocí způsobuje chybná strava,* © 2017 [online]. CzechNetMedia. Dostupné z: https://www.topzine.cz
2. *Benefity, zdravotně preventivní programy* © 2017[online]. [cit. 2016-08-11]. Dostupné z: http://www.ozp.cz

3. *Centrum prevence.* © 2011 [online]. [cit. 2016-10-14]. Dostupné z: http://www.centrumprevence.cz/cenik

4. KLUSÁKOVÁ, Petra, 2015. *Odstartovaly nové preventivní programy*. [online]. [cit. 2016-09-18]. Dostupné z: http://www.zdraví.euro.cz

5. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*, © 2010 [online]. Poslední revize 2. 7. 2014 [cit. 2017-01-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/

6. *Očkovací kalendář pro dospělé 2015*. © Česká vakcinologická společnost ČLS JEP 2012. [online].[cit. 2016-08-04]. Dostupné z: http://www.vakcinace.eu/ockovani-v-cr
7. *Statistická ročenka České republiky*, 2015 [Online]. [cit. 2016-10-27]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2015

8. *Pojištěnci, výhody a příspěvky* © 2015[online]. [cit. 2016-07-25]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/
9. *Preventivní péče* © 1993 - 2017[online]. [cit. 2016-08-09]. Dostupné z: https://www.vozp.cz/

10. *Preventivní programy* © 2016[online]. [cit. 2016-08-11]. Dostupné z: http://www.cpzp.cz/

11. *Prevence* © 2016 [online]. [cit. 2016-08-11]. Dostupné z: http://www.zpskoda.cz/pojistenec

12. *Prevence* © 2017 [online]. [cit. 2017-01-27]. Dostupné z: http://www.zpmvcr.cz/

13. *Pro pojištěnce balíčky prevence*© 2017 [online]. [cit. 2017-01-27]. Dostupné z: http://www.rbp-zp.cz/
14. VČELÁK, Petr. *Studijní materiály*. [Online] 2012. [cit. 2015-08-11]. Dostupné z: http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php.

15. *Výdaje na zdravotnictví* [online]. [cit. 2016-07-25]. DOI: ÚZIS. Dostupné z: http://www.uzis.cz

16. *Výroční zpráva VZP: výroční zpráva 2014* [online]. In: . [cit. 2016-09-19]. Dostupné z: www.vzp.cz

17. *Výroční zpráva VOZP: výroční zpráva 2014* [online]. In: . [cit. 2016-09-19]. Dostupné z: www.vozp.cz

18. *Výroční zpráva ZPMV: výroční zpráva 2014* [online]. In: . [cit. 2016-09-19]. Dostupné z: www.zpmv.cz

19. *Výroční zpráva RBP-ZP: výroční zpráva 2014* [online]. In: . [cit. 2016-09-19]. Dostupné z: www.rbp-zp.cz

20. *Výroční zpráva OPZP: výroční zpráva 2014* [online]. In: . [cit. 2016-09-19]. Dostupné z: www.opzp.cz

21. *Výroční zpráva ZPŠ: výroční zpráva 2014* [online]. In: . [cit. 2016-09-19]. Dostupné z: www.skoda-auto.com

22. *Výroční zpráva OZP: výroční zpráva 2014* [online]. In: . [cit. 2016-09-19]. Dostupné z: www.ozp.cz

23. *Zdravotní pojištění: Německo* © 2016 [online]. [cit. 2016-09-25]. Dostupné z: http://www. deutsch.info/cs

24. *Zdravotní pojištění: Rakousko* © 2016 [online]. [cit. 2016-09-25]. Dostupné z: http://www. deutsch.info/cs

25. *Zdravotní pojišťovny lákají na e-služby a bonusy* © 2017 [online]. [cit. 2017-01 -27]. Dostupné z: http://www.denik.cz/z_domova/zdravotni-pojistovny-lakaji-na -e-sluzby-a-bonusy
26. *Zdravotnictví ČR 2013 ve statistických údajích,* © ÚZIS ČR 2010-2017 [online]. [cit. 2017-01-24]. Dostupné z:http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-2013 -ve-statistickych-udajich

27. *Zdravotní systém ČR* [online]. [cit. 2016-07-25]. Dostupné z: http://cpzp.cz

Právní zdroje

1. ČESKO. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2016 [cit. 19. 9. 2016]. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70

2. ČESKO. Vyhláška č. 3/2010 Sb., o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2016 [cit. 19. 9. 2016]. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-3

3. ČESKO. Vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2016 [cit. 19. 9. 2016]. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-418

4. ČESKO. Zákon č. 551/1991 Sb., České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. In*: Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010 -2016 [cit. 19. 9. 2016]. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-551

5. ČESKO. Zákon č. 592/1992 Sb., České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2016 [cit. 19. 9. 2016]. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-592

6. ČESKO. Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2016 [cit. 19. 9. 2016]. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-218

7. ČESKO. Zákon č. 280/1992 Sb., České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2016 [cit. 19. 9. 2016]. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-280

SEZNAM ZKRATEK

ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna - 205

ČR - Česká republika

HDP – hrubý domácí produkt

MZ ČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NOP - Národní onkologický program

NOR - Národní onkologický registr

OZP – Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví - 207

RBP, ZP – Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna - 213

SWOT – strategická analýza – **S** = Strengths (Silné stránky), **W** = Weaknesses (Slabé stránky), **O** = Opportunities (Příležitosti), **T** = Threats (Hrozby)

SZO - Světová zdravotnická organizace

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna - 201

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna - 111

WHO –World Health Organization

ZP MV – Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra – 211

ZPŠ – Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna Škoda - 209

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Postojová škála Likertovského typu 53
Tabulka 2 Zájem o screeningové programy 65
Tabulka 3 Návrhy příspěvků respondentů 71
Tabulka 4 Kontingenční tabulka naměřené četnosti preventivních návštěv u praktického lékaře 73
Tabulka 5 Kontingenční tabulka očekávané četnosti v případě nezávislosti preventivních návštěv u praktického lékaře 73
Tabulka 6 Chí-kvadrát test - praktický lékař 74
Tabulka 7 Kontingenční tabulka naměřené četnosti preventivních návštěv u zubního lékaře 74
Tabulka 8 Kontingenční tabulka očekávané četnosti v případě nezávislosti preventivních návštěv u zubního lékaře 74
Tabulka 9 Chí-kvadrát test - zubní lékař 75
Tabulka 10 Kontingenční tabulka naměřené četnosti preventivních návštěv u gynekologa 75
Tabulka 11 Kontingenční tabulka očekávané četnosti v případě nezávislosti preventivních návštěv u gynekologa 75
Tabulka 12 Chí-kvadrát test – gynekolog 76
Tabulka 13 Preventivní prohlídky a screeningové programy nejsou laické veřejnosti známy, není dostatečná propagace. 77
Tabulka 14 Mám informace o preventivních a screeningových programech 78
Tabulka 15 Preventivní a screeningové programy jsou důležité pro ochranu mého zdraví. 78
Tabulka 16 Preventivní prohlídka nebo screeningový program je nebolestivým vyšetřením. 78
Tabulka 17 Preventivní prohlídka by měla být vždy hrazena prostřednictvím financí zdravotní pojišťovny 79
Tabulka 18 Mám informace o všech intervalech a možných místech provedení preventivní prohlídky nebo screeningového programu. 79
Tabulka 19 Hlídám si časový interval pravidelné preventivní prohlídky či screeningového programu 79
Tabulka 20 Vždy čekám na pozvánku od lékaře k absolvování preventivní prohlídky nebo screeningového programu 80

Tabulka 21 Kontingenční tabulka naměřených četností screeningu rakoviny prsů 81
Tabulka 22 Kontingenční tabulka očekávaných četností v případě nezávislosti screeningu rakoviny prsů 81
Tabulka 23 Chí - kvadrát test - screening prsu 82
Tabulka 24 Kontingenční tabulka naměřených četností screeningu rakoviny děložního čípku 82
Tabulka 25 Kontingenční tabulka očekávaných četností v případě nezávislosti screeningu rakoviny děložního čípku 82
Tabulka 26 Chí - kvadrát test - screening děložního čípku 83
Tabulka 27 Kontingenční tabulka naměřených četností screeningu rakoviny konečníku a tlustého střeva 83
Tabulka 28 Kontingenční tabulka očekávaných četností v případě nezávislosti screeningu rakoviny tlustého střeva a konečníku 83
Tabulka 29 Chí - kvadrát test - screening tlustého střeva a konečníku 84
Tabulka 30 Kontingenční tabulka naměřených četností informovanosti o českých preventivních screeningových programech 85
Tabulka 32 Chí - kvadrát test - informovanost o screeningových programech..... 86
Tabulka 33 Porovnání výzkumných studií 89
Tabulka 34 SWOT analýza primární prevence 104
Tabulka 35 Hlavní témata pro rozvoj aktivit v rámci Národní strategie Zdraví 2020 105
Tabulka 36 Fond prevence v roce 2014..... 106
Tabulka 37 Náklady na zdravotní služby čerpané z Fondu prevence 106

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Vzdělání respondentů 49
Graf 2 Věk respondentů 50
Graf 3 Pohlaví respondentů 51
Graf 4 Regiony, kde žijí respondenti 52
Graf 5 Zdroje získávání informací o preventivních a screeningových programech 55
Graf 6 Lékařské obory – preventivní prohlídky hrazené z veřejného zdravotního pojištění 56
Graf 7 Pozvánky na preventivní prohlídky 57
Graf 8 Forma pozvánek 58
Graf 9 Preventivní prohlídka u praktického lékaře 59
Graf 10 Preventivní prohlídka u zubního lékaře 60
Graf 11 Preventivní prohlídka u gynekologa 61
Graf 12 Důvody absence preventivních prohlídek 62
Graf 13 Preventivní screeningové programy v ČR 63
Graf 14 Pravidelný screening – úvaha 64
Graf 15 Screening rakoviny prsů u respondentů nad 50 let 66
Graf 16 Screening rakoviny děložního čípku u respondentů nad 50 let 67
Graf 17 Screening rakoviny tlustého střeva a konečníku u respondentů nad 50 let 68
Graf 18 Kritérium výběru zdravotní pojišťovny 69
Graf 19 Využívání příspěvků zdravotních pojišťoven na podporu zdravého životního stylu 70

PŘÍLOHY

Příloha 1: SWOT analýza primární prevence 104
Příloha 2: Národní strategie Zdraví 2020 105
Příloha 3: Fond prevence v roce 2014 106
Příloha 4: Náklady na zdravotní služby čerpnaé z Fondu prvence v roce 2014 106
Příloha 5: Rešerše literatury, zpracování jejího přehledu a rozboru 107
Příloha 6: Podpora zdraví a prevence v České republice – dotazník 112
Příloha 7: Formulář žádosti o grant 118

Příloha 1

Tabulka 33 SWOT analýza primární prevence

Silné stránky	Slabé stránky	Příležitosti	Hrozby, ohrožení
Tradice primární prevence, úspěchy v minulosti i současnosti	Slabá reflexe společenských změn	Důvěra veřejnosti v prevenci nemocí a možnost posilování zdraví	Nezajištění generační obměny v potřebném spektru vzdělání
Legislativní zakotvení (zákon č. 258/2000 Sb.)	Nízká aktivizace složek společnosti ke spoluúčasti na řešení problémů ovlivňujících zdraví	Personální kapacita schopná regenerovat oblast primární prevence	Finanční nestabilita ohrožující efektivní fungování
Dostatek vědeckých důkazů o efektivitě primární prevence	Dlouhodobá nestabilita institucionální, vědecká i výuková	Účast v mezinárodních projektech a grantech zaměřených na oblast primární prevence	Pokračující omezování kapacit systému ochrany a podpory veřejného zdraví po již proběhlé restrukturalizaci
Informační databáze o zdravotním stavu a jeho determinantách	Pokles zdravotnické odbornosti, komerčně podporované a vědecky nepodložené přístupy v podpoře zdraví	Revitalizace systému ochrany a podpory veřejného zdraví	
Respekt veřejnosti k činnosti systému ochrany a podpory veřejného zdraví	Podfinancování, chybějící investiční strategie v oblasti primární prevence	Využití zahraničních zkušeností	
Zakotvení primární prevence v koncepcích lékařských oborů	Absence systematického hodnocení efektivity prevence a ochrany podpory veřejného zdraví		

Zdroj: Zdraví 2020, 2014, s. 15

Příloha 2

Tabulka 34 Hlavní témata pro rozvoj aktivit v rámci Národní strategie Zdraví 2020

Dostatečná pohybová aktivita populace.	Zlepšení dostupnosti a kvality zdravotní péče, včetně následné a dlouhodobé.
Správná výživa a stravovací návyky populace.	Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb.
Zvládání stresu a duševní zdraví.	Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků.
Omezení zdravotně rizikového chování.	Elektronizace zdravotnictví.
Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí.	Zdravotní gramotnost.
Zvládání infekčních onemocnění, zejména nově a znovu se objevujících infekcí, infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče, opatření proti antimikrobiální rezistenci a vakcinační programy.	Snižování nerovností ve zdraví, podpora zdraví během celého života.
Screeningové programy, jejich sledování a vyhodnocování jejich efektivity, identifikace nových možností.	Evidence – based přístupy.
Zlepšení dostupnosti a kvality zdravotní péče, včetně následné a dlouhodobé.	Ekonomika zdraví.

Zdroj: Zdraví 2020, 2014, s. 22

Příloha 3

Tabulka 35 Fond prevence v roce 2014

	111 VZP	201 VOZP	205 ČPZP	207 OZP	209 ZPŠ	211 ZPMV	213 RBP, ZP
Počáteční zůstatek v Kč k 1. 1. 2014	141 881	52 920	743 722	52 010	141 698	139 890	66 350
Tvorba v tis. Kč	460 229	80 355	378 034	90 324	25 023	126 120	50 453
Preventivní programy, spotřeba v Kč	401 496	68 021	203 180	59 834	26 052	105 745	69 256
Konečný zůstatek v Kč k 31. 12. 2014	199 069	52 439	609 634	82 500	123 796	142 394	37 267

Zdroj: Vlastní zpracování dle výročních zpráv zdravotních pojišťoven

Příloha 4

Tabulka 36 Náklady na zdravotní služby čerpané z Fondu prevence

	111 VZP	201 VOZP	205 ČPZP	207 OZP	209 ZPŠ	211 ZP MV	213 RBP, ZP
Zdravotní programy	84,4 %	69 %	94,8 %	84,6 %	31,9 %	69,5 %	59,7 %
Ozdravné programy	10,1 %	20,4 %	5,2 %	14,9 %	4 %	29,5 %	13 %
Ostatní činnosti	5,5 %	10,6 %	0 %	0,5 %	63,1 %	1 %	27,3 %

Zdroj: Vlastní zpracování dle výročních zpráv zdravotních pojišťoven

Příloha 5: Rešerše literatury, zpracování jejího přehledu a rozboru

Medvik:

Prevence nemocí - výzva medicíny 21. století, Hygiena. 2013, roč. 58, č. 1, s. 42. ISSN: 1802-6281; 1803-1056 (elektronická verze). 2013, čeština, Česko, abstrakta, domovská stránka časopisu, NLK: A200; neváz. 342 a, bmc13017540, http://www.medvik.cz/link/bmc13017540, abstrakta, Bencko V, Zelený T. Principneziskovosti ve zdravotnictví: šance pro jeho trvale udržitelné financování? TempusMedicorum. 2013;22(1):24-5

Zdraví 2020 - národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, 2014, Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR : Státní zdravotní ústav, 2014, Přeruš. str.: il., tab. ; 30 cm, čeština, Česko, monografie, knihy, ISBN 978-80-85047-47-9, NLK: K 89857, OVI: K 10557, MED00184543, http://www.medvik.cz/link/MED00184543

Výchova ke zdraví / Jitka Machová, Dagmar Kubátová a kolektiv, 2015, 2., aktualizované vydání, Praha: Grada, 2015, Pedagogika, 312 stran: ilustrace; 24 cm, čeština, Česko, monografie, knihy, ISBN 978-80-247-5351-5, NLK: K 90992, OVI: K 11247, MED00187499, http://www.medvik.cz/link/MED00187499

Zdraví je největší bohatství, Witasek, Alex, 2013, Vyd. 1., Praha: Euromedia Group, k. s. - Ikar, 2013, 174 s.; 21 cm, čeština, Česko, monografie, knihy, ISBN 978-80-249-2198-3, NLK: K 88994, MED00182077, http://www.medvik.cz/link/MED00182077

Health 2020 - NationalStrategyforHealthProtection and Promotion and DiseasePrevention, 2014, 1st ed., Prague : Ministry ofHealthofthe Czech Republic in cooperationwiththeNational Institute of Public Health, 2014, 34 s.: barev. il., portréty; 30 cm, angličtina, Česko, monografie, knihy, ISBN 978-80-85047-50-9, NLK: DT 10824, OVI: K 10635, MED00185216, http://www.medvik.cz/link/MED00185216

Czech Republic 2014 : raisingstandards, Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj, [Paris] : OECD, 2014, ECD ReviewsofHealth Care Quality, 158 s.: il., tab.; 23 cm, angličtina, Francie, monografie, knihy, ISBN 978-92-64-20859-9, 978-92-64-20860-5, plný text volně přístupný, NLK: K 90088, OVI: K 10653, MED00185233, http://www.medvik.cz/link/MED00185233

Preventivniprohlidky v experimentalnim okrese a registr zhoubnychnadoru = Preventiveinspection in anexperimentaldistrict and cancerregister / Koutná, J., Remesta.

1984, č. 3, S. 19-23. ISSN 0486-3704., 1984, čeština, Česko, články, bmc85007407,http://www.medvik.cz/link/bmc85007407

Preventivní programy klienty lákají, Florence. 2011, roč. 7, č. 1 (Akcent, roč. 2, č. 1), s. 2. ISSN:1801-464X., 2011, čeština, Česko, články, NLK: B 2389; neváz. 669 a, bmc11010128, http://www.medvik.cz/link/bmc11010128

Odstartovaly nové preventivní programy, Klusáková, Petra, Zdravotnictví a medicína. 2015, roč. 2015, č. 9, s. 6. ISSN: 2336-2987. 2015, čeština, Česko, dokument - články, domovská stránka časopisu, NLK: B 2694; neváz. 940, bmc15034136, http://www.medvik.cz/link/bmc15034136

Preventivní programy v praktickém lékařství, Seifert, Bohumil, 1955 -Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK Praha, Preventivní medicína. 2. rozš. a přeprac. vyd.. Praha : Maxdorf, c2011. 2011, s. 20-36. ISBN: 978-80-7345-237-7., 2011, čeština, Česko, NLK: K 87484, bmc14074018, http://www.medvik.cz/link/bmc14074018

Primární péče a podpora zdraví v ČR, Hnilicová, Helena, Dobiášová, Karolína, Tulupová, Elena, Praktický lékař. 2012, roč. 92, č. 10-12, s. 565-572. ISSN: 0032-6739; 1805-4544 (elektronická verze). 2012, čeština, Česko, články, Meditorial , NLK: B 3 ; neváz. 1070, bmc13008016, http://www.medvik.cz/link/bmc13008016

K účinnosti našich zdravotních programů, Kotulán, Jaroslav, 1927, Hygiena. 2015, roč. 60, č. 2, s. 81-85. ISSN: 1802-6281; 1803-1056 (elektronická verze). 2015, čeština, Česko, články, domovská stránka časopisu, NLK: A 2003; neváz. 342 a, bmc15028115, http://www.medvik.cz/link/bmc15028115

NCO - NZO:

Preventivní medicína: Michal Vrablík, Richard Češka, cze, 551 s. ISBN 978-80-7345-160-8, Maxdorf, Praha, 2008, signatura 13665

Screening civilizačních chorob u veřejnosti v Plzeňském kraji, Jiří Frei, Jana Holoubková, cze, 2015, Florence, roč. 12, 4. 1-2, ISSN 1801-464

Ekonomika zdravotnictví, Jaroslav Zlámal, Jana Bellová, cze, 249s., 2. uprav. Vyd. ISBN 978-80-7013-551-8, NCO NZO, Brno, 2013, signatura 14874

Doporučené postupy primární prevence onkologických onemocnění, cze, 52s. 1.vyd. ISBN 978-80-9054-1-4, Ambit Media a.s. Praha, 2013, signatura 15085

Digitální knihovna UPa

Strategie podpory zdraví, Pánková Jana, Univerzita Pardubice, 2011, URI: http://hdl.handle.net/10195/39530, 2011, diplomová práce, vedoucí práce: Hlúbik, Pavol, Signatura: D23862, Umístění tištěné verze: Univerzitní knihovna (FZS), Přístup k e-verzi: bez omezení, Studijní obor: Ošetřovatelství

Knihovna ZCU

Povědomost veřejnosti o preventivních zdravotnických programech, Public awarenesspreventivehealthprograms, Němečková Martina, 2014, Západočeská univerzita v Plzni, bakalářská práce, 112s. http://hdl.handle.net/11025/14755

Výchova ke zdraví jako součást životního stylu, HealthEducation as a Part oflifestyle, Hartlová, Marie, Aišmanová, Alexandra, Novotná, Lenka, 2012, Západočeská univerzita v Plzni, bakalářská práce, 52s. http://hdl.handle.net/11025/3617

Compliance studentů nelékařských zdravotnických oborů v oblasti primární a sekundární prevence [stať] / Jana Horová, Petra Bejvančická, Zuzana Šafránková. -- In: Sborník příspěvků MMK 2015: Mezinárodní Masarykova konference pro doktorandy a mladé vědecké pracovníky. -- Hradec Králové: MAGNANIMITAS, 2015. -- CD-ROM. -- ISBN 978-80-87952-12-2. -- S. 1025-1033

PubMed

The Guide to Clinical Preventive Services 2012, Recommendations of the U.S.Preventive Services Task Force, Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 Oct.Report No.: 12-05154,Copyright and Permissions

TheGuide to ClinicalPreventiveServices 2014, Recommendations of the U.S.PreventiveServicesTaskForce, Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 May, Report No.: 14-05158ISBN-13: 978-1-58763-439-0, Copyright and Permissions

Screening for Hearing Loss in Adults Ages 50 Years and Older, A Review of the Evidence forthe U.S.Preventive Services Task Force, Evidence Syntheses, No. 83, Investigators: Roger Chou, MD, Tracy Dana, MLS, Christina Bougatsos, BS, Craig Fleming, MD, and

Tracy Beil, MS.Oregon Evidence-based Practice Center and Kaiser Permanente Center for Health Research, Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 Mar.Report No.: 11-05153-EF-1, Copyright and Permissions

Cancer Prevention Among Adults Aged 45–64 Years: Setting the Stage, Marcia G. Ory, Lynda
A. Anderson, Daniela B. Friedman, Jairus C. Pulczinski, Nola Eugene, William A. Satariano, Am J Prev Med. Authormanuscript; available in PMC 2015 August 14. Published in final edited form as: Am J Prev Med. 2014 March; 46(3 0 1): S1–S6. doi: 10.1016/j.amepre.2013.10.027

ImprovingInjury Prevention ThroughHealthInformation Technology, Tamara M. Haegerich, David E. Sugerman, Joseph L. Annest, Joanne Klevens, Grant T. Baldwin, Am J Prev Med. Author manuscript; available in PMC 2016 February 1.Published in final edited form as: Am J Prev Med. 2015 February; 48(2): 219–228. Published online 2014 November 6. doi: 10.1016/j.amepre.2014.08.018PMC4700542

Evolution of cervical cancer screening and prevention in United States and Canada: Implicationsfor public health practitioners and clinicians,M. Saraiya, M. Steben, M. Watson, L. MarkowitzPrev Med. Authormanuscript; available in PMC 2015 July 26.Published in finaleditedform as: Prev Med. 2013 November; 57(5): 426–433. Published online 2013 February 8. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.01.020PMCID: PMC4515308

EZB v národní knihovně v České republice

Primary Prevention Insights, Newsfeed, Search publisher's open access policy in SHERPA/RoMEO, Medicine, Keyword(s):Intensiv- und Notfallmedizin, E-ISSN(s):1179-1748, ZDB-Number: 2659832-2, Fulltext online since: Jg. 1 (2009) Homepage(s): http://www.la-press.com/primary-prevention-insights-journal-j135 Type of appearance: Fulltext, online only, Price type: free of chargé

Progress in Prevention, Publisher: Canadian Fitness and LifestyleResearch, Institute Search publisher's open access policy in SHERPA/RoMEO, Subject(s): Sports Science, Keyword (s): Fulltext online since: Jg. 1 (1996), Fulltext online until: Jg. 36 (1999), Homepage(s): http://www.cflri.ca/pub_page/143,Type of appearance: Fulltext, online and print, Price type: free of chargé

European Journal of Health Economics (Formerly: Health Economics in Prevention and Care (HEPAC)), Publisher: Springer Search publisher's open access policy in SHERPA/RoMEO, Subject(s): Economics | Medicine, Keyword(s):Öffentliches Gesundheitswesen | Gesundheitsökonomie, E-ISSN(s): 1439-6637; 1618-7601, P-ISSN(s): 1439-3972; 1618-7598, ZDB-Number: 2011428-X, Title history: 2179130-2 in the period: 0.2000; 1.2000 - 2.2001, Health economics in prevention and care2011428-X in the period: 2.2001 - European journal of health economics, Fulltext online since: Jg. 1, H. 1 (2000), Homepage(s): http://link.springer.com/journal/10198 . Type of appearance: Fulltext, online and print, Pricetype: free of charge in conjunction with print subscription, Annotation: Bis 2.2001 u.d.T.: HEPAC Health Economics in Prevention and Care (1439-3972). Das zur Einführungerschienene Heft 0, Jg. 0.2000 ist bei Springerabrufbar, aber in der EZB-Zähl-Systematik nicht darstellbar. List of participating Institutions with fulltext access .

Mental Health and Prevention, Aktuelle Artikel: Newsfeed, Publisher: Elsevier Search publisher's open access policy in SHERPA/RoMEO, Subject(s): MedicineKeyword(s):Psychiatrie, P-ISSN(s): 2212-6570, ZDB-Number: 2732462-X, Fulltext onlinesince:Jg.1(2013),Homepage(s):http://www.sciencedirect.com/science/journal/22126570_. Type ofappearance: Fulltext, online and print, Pricetype: subject to fee.

Příloha 6: Podpora zdraví a prevence v České republice – dotazník

PODPORA ZDRAVÍ A PREVENCE V ČESKÉ REPUBLICE

Rozdíly v účasti na prevenci s ohledem na demografické charakteristiky respondentů.

1. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání:
   - Základní
   - Středoškolské
   - Vysokoškolské

2. Vaše věková kategorie:
   - 19 – 29 let
   - 30 – 39 let
   - 40 – 49 let
   - 50 – 69 let
   - 70 a více let

3. Jste?
   - Muž
   - Žena

4. Region, ve kterém žijete:
   - Hlavní město Praha
   - Středočeský
   - Jihočeský
   - Plzeňský
   - Karlovarský
   - Královehradecký
   - Pardubický
   - Kraj Vysočina
   - Jihomoravský
   - Olomoucký
   - Zlínský
   - Moravskoslezský
   - Ústecký
   - Liberecký

5. Postoje české populace k preventivním prohlídkám a screeningovým programům hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Prosím, označte křížkem Váš postoj k danému tvrzení.

Postoj k danému tvrzení:	**Velmi se shoduje**	**Shoduje**	**Neutrální**	**Neshoduje**	**Velmi se neshoduje**
Preventivní prohlídky a screeningové programy nejsou laické veřejnosti známy, není dostatečná propagace.					
Mám informace o preventivních a screeningových programech v České republice.					
Preventivní a screeningové programy jsou důležité pro ochranu mého zdraví.					
Preventivní prohlídka nebo screeningový program je nebolestivým vyšetřením.					
Preventivní prohlídka by měla být vždy hrazena prostřednictvím financí zdravotní pojišťovny.					
Mám informace o všech intervalech a možných místech provedení preventivní prohlídky nebo screeningového programu.					
Hlídám si časový interval pravidelné preventivní prohlídky či screeningového programu.					
Vždy čekám na pozvánku od lékaře k absolvování preventivní prohlídky nebo screeningového programu.					

Důvody, které vedou k nízké účasti na primární prevenci.

a) Otázky informativní.

6. Informace o preventivních prohlídkách screeningových programech získáváte z jakých zdrojů? (možnost více odpovědí).
    - Internet, webové stránky
    - TV
    - Rádio
    - V ordinaci praktického lékaře
    - Časopisy, noviny
    - Od jiných osob
    - Nemám informace
    - Jiné ……..

7. Označte lékařské obory, kde víte (nebo si myslíte), že máte nárok na pravidelnou preventivní prohlídku hrazenou z veřejného zdravotního pojištění:
    - Zubní lékař pro dospělé
    - Praktický lékař pro dospělé
    - Urolog
    - Neurolog
    - Gynekolog

8. Uvítal/a byste pravidelné pozvánky od lékařů na preventivní prohlídky?
    - Ano
    - Ne

9. Jakou formou byste uvítal/a dostávat pozvánky na preventivní prohlídky u lékaře?

    - Písemnou pozvánkou doručenou poštou
    - Elektronickou pozvánkou – email
    - Textovou pozvánkou - SMS zpráva
    - Jiné, prosím, uveďte……

b) Otázky týkající se účasti na preventivních a screeningových programech.

10. Preventivní prohlídku u praktického lékaře absolvuji/jsem absolvoval/a?
    - Pouze 1 x při přestupu od praktického lékaře pro děti a dorost
    - Nepravidelně
    - V pravidelném dvouletém intervalu
    - Nevím, kdy naposledy
    - Nikdy jsem neabsolvoval
11. Preventivní prohlídku u zubního lékaře absolvuji/jsem absolvoval/a?
    - V pravidelném ročním intervalu
    - Nepravidelně
    - Nevím, kdy naposledy
    - Nikdy jsem neabsolvoval

12. Otázka pouze pro ženy. Preventivní prohlídku u gynekologa absolvuji/jsem absolvovala?
    - V pravidelném ročním intervalu nebo častěji dle doporučení lékaře
    - Nepravidelně
    - Nevím, kdy naposledy
    - Nikdy jsem neabsolvovala
13. Pokud jste v předchozích otázkách odpověděl/a, že jste nikdy nebo nepravidelně absolvoval výše uvedené preventivní prohlídky, prosím uveďte důvody, které absenci způsobily: (možno zaznamenat více důvodů)
    - Nedostatek času
    - Nízká dostupnost
    - Špatná předchozí zkušenost
    - Obavy z výsledku
    - Stud
    - Obavy z bolestivosti vyšetření
    - Opomenutí časového intervalu prohlídky
    - Jiný důvod, prosím veďte:……..

14. Mezi české preventivní screeningové programy rakoviny patří: (možnost více odpovědí).
    - Rakovina prsů
    - Rakovina děložního čípku
    - Rakovina plic
    - Rakovina konečníku a tlustého střeva
    - Rakovina prostaty

15. Odpovězte, pokud je Vám 19 – 49 let. Uvažujete o pravidelném absolvování screeningových programů realizovaných v České republice?
    - o Ano

    Prosím, uveďte, o kterém uvažujete……

    - o Ne
16. (Pokud je Vám 19-49 let). O kterém screeningovém vyšetření uvažujete?
    - o Screening rakoviny děložního čípku
    - o Screeningové vyšetření prsů
    - o Screening rakoviny konečníku a tlustého střeva
17. (Pokud je Vám 50 let a více) Absolvujete pravidelně screeningové programy realizované v České republice Vám určené?

	Ano, už několikrát	Ano, jednou	Ne, nikdy
Screening rakoviny děložního čípku			
Screeningové vyšetření prsů			
Screening rakoviny konečníku a tlustého střeva			

Zájem o příspěvky zdravotních pojišťoven na preventivní programy mezi českou populací.

18. Podle jakého kritéria vybíráte zdravotní pojišťovnu?
    - o Preventivní programy podporující zdravý životní styl
    - o Doporučení lékaře
    - o Výhody zdravotní pojišťovny (poukázky, slevy,…)
    - o Asistenční služby
    - o On-line přístup ke zdravotní pojišťovně
    - o Dostupnost pobočky
    - o Jiné kritérium, prosím vypište zde:……..

19. Využíváte příspěvky na preventivní programy podporující zdravý životní styl nabízené Vaší zdravotní pojišťovnou?
    - o Ano
    - o Ne

20. V jaké oblasti byste přivítal/a příspěvek zdravotní pojišťovny zaměřený na zdravý životní styl?

    .....

Příloha 7

FORMULÁŘ ŽÁDOSTI O GRANT

Nadační fond …….

Vyplní žadatel:

Název projektu	**Informovanost české populace o preventivních programech na podporu zdraví**				
Název organizace	„Primární prevence“, z.s. - Raději později, než nikdy				
Město	Plzeň		Ulice a ČP	……..	
PSČ	301 00	Telefon	723 07 07 07	Fax	
e-mail	primarniprevence web@gmail.com	www. primaprevence. cz		IČO …… ……	
Číslo, datum a místo registrace	30. 9. 2017				
Bankovní spojení, číslo účtu	1048838018/3030				
Řešitel projektu	Bc. Martina Lísková		Telefon	723 07 07 07	
Osoba oprávněná jednat za organizaci	……..		Telefon	……	

1. POPIS PROJEKTU

Cílová skupina

Popis cílové skupiny:

Cílovou skupinou je celá česká populace na území České republiky ve věku od 19 let výše. Věková hranice je stanovena přechodem jedince od praktického lékaře pro děti a dorost k lékaři pro dospělé. Důležitá je změna v podvědomí české populace o důležitosti změny postoje k podpoře vlastního zdraví, které je z ekonomického, zdravotního i etického hlediska výhodnější než řešení vzniklých patologických stavů.

Výchozí situace projektu:

Současná situace o informovanosti české populace v oblasti prevence a screeningových programech dle aktuálně provedeného výzkumu je alarmující. Více než 50 % populace má jen minimální informace o preventivních programech hrazených z veřejného zdravotního pojištění a téměř 40 % populace nemá zájem absolvovat vyšetření v některém státem garantovaném screeningovém programu. Cílem je usilovat o trvalé zvyšování informovanosti o prevenci a podpoře zdraví ve spolupráci s veřejnou správou a různými podnikatelskými subjekty.

Cíle projektu

Hlavní cíl vašeho projektu:

Hlavním cílem zapsaného spolku Primární prevence je snaha vnést do podvědomí české populace důležitost změny postoje populace k podpoře vlastního zdraví. Prevence je z ekonomického, zdravotního i etického hlediska daleko výhodnější, než řešení následných patologických stavů.

Dílčí cíle projektu:

Dosáhnout zvýšení účasti české populace na preventivních prohlídkách a screeningových programech hrazených z veřejného zdravotního pojištění.
Usilovat o trvalé zvyšování informovanosti o prevenci a podpoře zdraví ve spolupráci s veřejnou správou a různými podnikatelskými subjekty.
Aktuálně spravovat webovou aplikaci, která by umožňovala elektronicky (sms, email) informovat každého občana o termínu pravidelného screeningového vyšetření nebo preventivní prohlídky.

Popis projektu:

Bude vytvořen pracovní tým tvořený 3 odborníky se zaměřeným na zdravotnictví, ekonomii, IT techniku a komunikaci s veřejností. Všichni členové spolku budou pracovat na poloviční pracovní úvazky. Odborník na IT ve spolupráci se studenty FAV ZČU v PLZNI vytvoří webové stránky a Blog pro širokou českou populaci s možnostmi předávání zkušeností a informací. Zároveň bude pravidelně informovat o činnostech spolku širokou veřejnost i státní subjekty na svých webových stránkách a dále dle možností svého působení. Odbornice se zaměřením na zdravotnickou profesi uspořádá desetkrát za měsíc po celé ČR besedy, přednášky pro minimálně 50 posluchačů na jedné akci, zajistí reklamní činnost, implementaci získaných výsledků do letáků, brožur. Finanční poradkyně bude spravovat finanční účetnictví zapsaného spolku, finanční smlouvy - leasing, nájemní smlouvu, mzdové náklady a přímé daně. Na konci účetního období vypracuje rozvahu a účetní závěrku, která bude zveřejněna na webových stránkách spolku Primární prevence.

Hodnotící ukazatele projektu

Monitorovací ukazatele	Zdroje/metody vyhodnocení ukazatele:
Informovanost české populace o preventivních programech.	Provedený výzkum s 1000 respondenty v celé České republice/ statistické vyhodnocení získaných dat.
Počet komunikujících jedinců na blogu se zaměřením na prevenci a podporu zdraví.	Blog - po roce svého trvání vyhodnotí počet komunikujících jedinců, který bude poukazovat na zájem české populace o konkrétní informovanost.
Besedy, prezentace po celé české republice vedoucí ke zvyšování informovanosti, měsíčně 10 akcí, jedna minimálně pro 50 lidí.	Aktuální počet absolvovaných a prezentovaných přednášek k výše uvedenému tématu s uloženou prezenční listinou návštěvníků.
Webová aplikace aktualizovaná dle zjištěných nových skutečností.	Počet návštěv na webových stránkách.

Udržitelnost projektu:

Prevence a podpora zdraví je aktuálním tématem, který se zdá být jednoduchým, ale při bližším bádání je zřejmé, že je většinou české populace opomíjena. K zamyšlení se nabízí otázky vedoucí ke změně postoje populace k podpoře vlastního zdraví. Změnit myšlení a postoj lidí v oblasti této problematiky je jistě úkol pro pedagogy, zdravotníky, mediální společnosti a to ve spolupráci s nejvyššími státními orgány. Pravidelné výzkumy a hodnocení zabývající se preventivní činností na podporu zdraví a prevenci onemocnění by mohla být významným pomocníkem v nastolení kroků vedoucích k výrazné změně mající ekonomický, zdravotní a sociální charakter. Další kroky našeho spolku budou směřovat k naplnění této změny. Projekt spolku bude v dalších letech financován z evropských fondů – Fondy Eu.eu, kam budou směřovány podklady s již získanými výsledky za období roku 2018.

2. PŘEDPOKLÁDANÝ ROZPOČET PROJEKTU

Celkové náklady na projekt na období od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2019

Typ nákladů	*Specifikace*	*Výše předpokládaného krytí nákladu z grantu*
A. Osobní náklady		
IT odborník	Koordinace studentů FAV a vlastní činnost při tvorbě webových stránek Primární prevence a zřízení Blogu, reklamní činnost	120 000Kč
Specialista na prevenci	Pořádá přednášky, semináře, vede Blog, brožury, letáky	120 000Kč
Finanční poradkyně	Finanční účetnictví, finanční smlouvy	120 000Kč
Odvody	Sociální a zdravotní pojištění zaměstnavatele	122 400Kč
Přímé daně	Silniční daň, dálniční známka	4 000 Kč
Celkem		**486 400Kč**
B. Materiálové náklady		
Náklady na vozidlo služební (PHM)		100 000Kč
Leasing	Octavia Rapid	90 000Kč
Pronájme prostoru k zajištění provozu spolku	Pronájem prostoru Hálkova 1, Plzeň	150 000Kč
Celkem		**340 000Kč**
C.Nemateriálové náklady (služby)		

Ubytování a stravné	Pořádání aktivit po celé ČR	100 000Kč
Náklady na poradenství, konzultační služby	Nutné konzultace – právní služby	40 000Kč
Celkem		**140 000Kč**
D. Jiné náklady (pojištění účastníků, správní poplatky, investice)		
Reklamní služby		25 000Kč
Zajištění provozu webových stránek a blogu		9 000Kč
Celkem		**34 000Kč**
E. Celkem		**1000 000Kč**