



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ

Katedra biomedicínské techniky

Role praktického lékaře v oblasti preventivní péče

The role of general practitioner in the field of preventive care

Diplomová práce

Studijní program: Systémová integrace procesů ve zdravotnictví

Vedoucí práce: Ing. Martina Caithamlová

Jméno Příjmení: Bc. Magdaléna Černá

Kladno 2023



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Černá** Jméno: **Magdaléna** Osobní číslo: **465667**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra biomedicínské techniky**
Studijní program: **Systemová integrace procesů ve zdravotnictví**

II. ÚDAJE K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Název diplomové práce:

Role praktického lékaře v oblasti preventivní péče

Název diplomové práce anglicky:

The role of a general practitioner in the field of preventive care.

Pokyny pro vypracování:

Cílem diplomové práce je zhodnocení aktuální role praktického lékaře pro dospělé v oblasti preventivní péče (primární, sekundární, terciární i kvartérní). Analyzujte faktory, které lékaře v oblasti poskytování preventivní péče a posilování zdravotní gramotnosti nejvíce ovlivňují. Specifikujte aktuální úhradové mechanismy poskytované preventivní péče. Na základě provedených analýz navrhněte možná opatření ke zlepšení stávajícího stavu.

Seznam doporučené literatury:

- [1] Garrido M., V; Zentner A., Busse R., The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature., Scandinavian Journal of Primary Health Care, ročník 2011, číslo doi: 10.3109/02813432.2010.537015
- [2] Holmberg, C., Sarganas, G., Mittring, N. et al., Primary prevention in general practice - views of German general practitioners: a mixed-methods study, BMC Fam Pract 15, číslo <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-103>, 2014
- [3] Delpech, R., Poncet, L., Gautier, A., Panjo, H., Ourabah, R., Mourey, P., Rigal, L., The role of organization of care in GPs' prevention practice, Primary Health Care Research & Development, 22, číslo doi:10.1017/S1463423621000694, 2021

Jméno a příjmení vedoucí(ho) diplomové práce:

Ing. Martina Caithamlová

Jméno a příjmení konzultanta(ky) diplomové práce:

Datum zadání diplomové práce: **14.02.2023**

Platnost zadání diplomové práce: **20.09.2024**

doc. Ing. Martin Rožánek, Ph.D.
vedoucí katedry

prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA
děkan

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Role praktického lékaře v oblasti preventivní péče“ vypracovala samostatně a použila k tomu úplný výčet citací použitých pramenů, které uvádím v seznamu přiloženém k diplomové práci.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 Zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne 18.05.2023

.....

Bc. Magdaléna Černá

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda vyjádřila své díky Ing. Martině Caithamlové, vedoucí této diplomové práce za její skvělý přístup při vedení mé práce a dále také za konstruktivní podnětné rady a poznatky při psaní diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala všem praktickým lékařům, kteří si našli čas k vyplnění dotazníkového šetření a v neposlední řadě praktickým lékařům, jež mi poskytli k diplomové práci rozhovor.

ABSTRAKT

Název práce: Role praktického lékaře v oblasti preventivní péče

Cílem diplomové práce je analyzovat roli praktických lékařů pro dospělé v oblasti preventivní péče. V rámci úvodu do problematiky je zpracována analýza současného stavu preventivní péče a toho, jaké postavení v její oblasti zastávají praktičtí lékaři v České republice a dalších evropských zemích (Slovensko, Rakousko, Německo, Polsko). Dále je posuzována zdravotní gramotnost pacientů, úloha gatekeepingu praktických lékařů a úhradové mechanismy v preventivní péči. K posouzení současných rolí praktických lékařů je využito dotazníkového šetření a polostrukturovaných rozhovorů, jejichž výstupy jsou podrobeny dalšímu statistickému zpracování a testování hypotéz. Výsledky šetření potvrdily, že preventivní péče v České republice je na dobré úrovni a praktický lékař v ní zastává nezastupitelnou roli v podobě poradce a průvodce zdravotním systémem. V oblasti zdravotní gramotnosti jsou dle dosažených výsledků stále možnosti ke zlepšení aktuálního stavu, ale v posledních letech dochází postupně k jejímu rozvoji. V systému úhrad došlo v nedávné době k pokroku, kdy je preventivní péče v rámci úhradových mechanismů zdravotní péče více akcentována.

Klíčová slova

Preventivní péče, praktický lékař, gatekeeping, zdravotní gramotnost

ABSTRACT

The title of the Thesis: The role of general practitioner in the field of preventive care

The aim of the diploma thesis is to evaluate the role of the general practitioners in the field of preventive medicine. The introduction part comprises an analysis of the current position of general practitioners in the preventive care in the Czech Republic and other European countries (Slovakia, Austria, Germany, Poland). Next part of the thesis is focused on health literacy, gatekeeping and reimbursement mechanisms that are usually used for preventive care. Methods consists of questionnaire and semi-structured interview. The data was evaluate statisticaly. The outcomes of the study have proved that the preventive health care in Czech Republic is indeed on a good level and on the other hand in the field of health literacy and gatekeeping there are still areas that would be good to improve in the future In the reimbursement mechanisms in the helath care there are recently efforts to improve the system with bigger emphasis.on preventive care.

Keywords

Preventive care, general practitioner, gatekeeping, health literacy

Obsah

Seznam symbolů a zkratk	9
1 Úvod	9
2 Přehled současného stavu.....	10
2.1 Preventivní péče a její místo ve zdravotním systému	10
2.1.1 Podstata preventivní péče	10
2.1.2 Faktory ovlivňující preventivní péči	10
2.2 Kompetence praktických lékařů	11
2.3 Preventivní péče	16
2.3.1 Rozdělení preventivní péče	16
2.3.2 Pracovnělékařské prohlídky	18
2.3.3 Prevence onkologických onemocnění	19
2.3.4 Prevence kardiovaskulárních onemocnění	20
2.3.5 Prevence závislosti na tabáku	22
2.3.6 Očkování.....	22
2.3.7 Preventivní programy	23
2.4 Zdravotní gramotnost	25
2.5 Systém úhrad poskytované preventivní péče	26
2.6 Kapitačně výkonová platba	30
2.7 Shrnutí současného stavu	33
3 Cíle práce	34
4 Metody	35
4.1 Výzkumné otázky.....	35
4.2 Průběh a organizace výzkumu.....	36
4.3 Design experimentu.....	36
4.4 Vyhodnocení a interpretace výsledků	38
5 Výsledky.....	39
5.1 Výsledky dotazníkového šetření	39
5.1.1 Preventivní péče v České republice.....	41
5.1.2 Role praktického lékaře v preventivní péči	48
5.1.3 Gatekeeping.....	51

5.1.4	Zdravotní gramotnost	52
5.2	Závěry z rozhovorů	55
5.3	Vyhodnocení výzkumných otázek	57
6	Diskuse	59
7	Závěr	67
8	Seznam použité literatury	68
	Seznam obrázků, grafů a tabulek.....	77
	Přílohy	79
	Příloha A: Dotazník	79
	Příloha B: Scénář rozhovoru.....	85
	Příloha C: Informovaný souhlas dotazníkového šetření	87
	Příloha D: Informovaný souhlas pro rozhovory	88
	Příloha E: Vyjádření etické komise	89
	Příloha F: Rozhovory	90
	Příloha G: Seznamy výkonů	100

Seznam symbolů a zkratk

Seznam zkratk

Zkratka	Význam
EKG	Elektrokardiografie
PL	Praktický lékař
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
ASKVO	Aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
RBP	Revírní a bratrská pojišťovna
ZPMVČR	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
VOZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
HDP	Hrubý domácí produkt
CMP	Cévní mozková příhoda
POC	Point-of-Care
iGP	in General practice
VPL	Všeobecný praktický lékař

1 Úvod

Praktický lékař má ve zdravotním systému nezastupitelnou roli, jelikož se jedná o primární kontakt zdravotního systému s pacientem a praktický lékař má nejlepší přehled o pacientově zdravotním stavu. Nedílnou součástí péče o zdraví v rámci působení praktického lékaře je i preventivní péče, jelikož přestože se pacient cítí zdravý, měl by dbát na prevenci a udržení dobrého zdravotního stavu. Preventivní prohlídky, na které má každý pojištěný pacient ze zákona nárok, mohou být významným faktorem při včasné diagnostice onemocnění, která se v raných stádiích mohou jevit asymptomaticky.

Hlavním cílem preventivní péče je předcházení vzniku onemocnění nebo alespoň včasná diagnostika prvních příznaků onemocnění. Včasnou diagnostikou je možné v některých případech zkrátit dobu rekonvalescence a zlepšit prognózu pacientova stavu. Doba rekonvalescence a stádium onemocnění je v úzké souvislosti s ekonomickou náročností poskytované zdravotní péče, přičemž má vliv na dlouhodobou udržitelnost systému zdravotní péče.

Preventivní péče se člení na primární, sekundární, terciární a kvartérní péči. Praktický lékař se svým působením podílí na všech úrovních preventivní péče zejména potom na primární a sekundární péči, která je zaměřena především na předcházení vzniku onemocnění a ovlivnění nežádoucích zdravotních rizik, které je možné eliminovat správnou poradenskou činností a sdílením informací, na jejichž základě je pacient schopen identifikovat rizikové chování, a případně se mu úpravou životního stylu vyvarovat.

2 Přehled současného stavu

2.1 Preventivní péče a její místo ve zdravotním systému

2.1.1 Podstata preventivní péče

Preventivní péče má ve zdravotním systému nezastupitelnou roli, jelikož se významně podílí na udržení dobrého zdravotního stavu jedince i celé populace. Praktický lékař působí jako odborný poradce pro zdravé občany i pacienty v přístupu k informacím ohledně programů podpory zdraví a má pro své pacienty větší důvěryhodnost a vypovídající hodnotu než obecná anonymizovaná doporučení. Pro efektivní fungování preventivní péče je velmi důležitá informovanost pacientů ve všech čtyřech stupních preventivní péče. Jedná se o tzv. primární, sekundární, terciární a kvartérní preventivní péči. Díky vhodně aplikované preventivní péči je možné minimalizovat riziko vzniku onemocnění, s ním spojenou následnou léčebnou péčí a případné komplikace z onemocnění plynoucí. Preventivní péče je významným faktorem pro zachycení onemocnění v raných fázích, přičemž při včasném zachytu je možnost lepší prognózy. Dále je preventivní činnost důležitá z ekonomického hlediska, jelikož při brzkém zachycení onemocnění se mohou včasnou a případně kratší léčbou snížit ekonomické nároky na léčbu a rekonvalescenci, což ve svém důsledku ovlivňuje dlouhodobou ekonomickou udržitelnost systému zdravotní péče.

2.1.2 Faktory ovlivňující preventivní péči

Preventivní péče je ovlivněna mnoha proměnnými faktory. Nejdůležitějšími z nich jsou faktory týkající se jedince a faktory týkající se populace. Mezi faktory týkající se jedince řadíme zejména jeho zdravotní stav, který může být ovlivněn dědičností, věkem, pohlavím nebo případně úrazem. Dalším významným zdravotním determinantem, který má vliv na zdraví jedince, je jeho životní styl. Ten může být ovlivněn stravovacími návyky, pohybovými aktivitami, užíváním návykových látek a také sociálními faktory, k nimž je řazena práce, stres, vzdělání a ekonomická situace. Mezi determinanty ovlivňující zdraví lze zařadit také životní prostředí. Na preventivní péči má vliv i zdravotní stav populace. Ten je ovlivněn zejména zvyšujícím se věkem populace a s tím spojenou zvyšující se morbiditou obyvatelstva. Velmi podstatný je pro zdravotní stav populace i jev urbanizace, tedy stěhování z vesnic do větších měst, kde je lékařská péče dostupnější. Pro obyvatele je tedy jednodušší praktického lékaře navštěvovat pravidelně. Neopomenutelným faktorem zdravotního stavu je také úroveň zdravotní péče, která se může lišit v závislosti na místě poskytované zdravotní péče a na konkrétních poskytovatelích.

2.2 Kompetence praktických lékařů

Kompetencemi jsou chápány schopnosti provádět očekávané odborné úkoly se zajištěním patřičné bezpečnosti, efektivity a profesionality v oblasti poskytování zdravotní péče [1]. V některých zdravotních systémech zastávají praktičtí lékaři roli v tzv. gatekeepingu. Praktický lékař tuto úlohu plní například v Dánsku, Holandsku, Finsku a Velké Británii. Jedná se o systém, který zajišťuje regulaci přístupu pacientů ke specializované péči. Hlavním úkolem praktického lékaře v gatekeepingu je zhodnocení toho, zda pacientův stav vyžaduje návštěvu ordinací specialistů a s tím spojenou další diagnostiku a léčbu. Zavedení tohoto systému, může být zajištěna lepší cílená léčebná péče, než když pacienti vyhledají specialistu bez doporučení praktického lékaře. Mezi benefity této regulace patří omezení nadbytečné péče vyvarováním se předepisování stejných léků jednomu pacientovi na různých pracovištích a také pozitivní ovlivnění dopadů na ekonomické zajištění zdravotní péče [2].

Česká republika

Kompetence praktických lékařů v České republice jsou v porovnání s kompetencemi praktických lékařů v jiných zemích poměrně nízké, nicméně v posledních letech je usilováno o reformu primární péče, která by tyto kompetence měla zvýšit. V tomto kontextu se jedná o kompetence v oblasti komunikace, kdy by lékař měl mít dobré komunikační a konzultační dovednosti, které se uplatňují jak při shromažďování, tak i následným správným interpretováním získaných dat. Mezi jeho další kompetence spadá zvolení adekvátního fyzikálního vyšetření, následně správně zvolená interpretace získaných informací a v závěru také správný klinický posudek zdravotního stavu pacienta. Nedílnou součástí kompetencí praktického lékaře je také řízení léčebných postupů běžných klinických stavů v primárním sektoru zdravotní péče. Dále také schopnost spolupráce s dalšími odborníky a koordinace celého léčebného procesu u složitějších zdravotních stavů a při řešení komorbidit, včetně udržování dobrého přehledu o různých dostupných druzích péče [1].

V roce 2020 došlo k rozšíření kompetencí praktických lékařů v rámci reformy primární péče programu Zdraví 2020. Díky tomuto rozšíření kompetencí mohou nově praktičtí lékaři provádět vyšetření související s časným záchytem demence, diabetu mellitu v rámci prediabetické léčby, péči po onkologické léčbě, managementem kolorektálního screeningu a zprostředkování testů pro odhalení plicní embolie či hluboké žilní trombózy, přičemž do roku byla tato vyšetření v kompetencích lékařů specialistů [3]. Je zde patrná snaha o zlepšení zdravotní péče v ordinacích VPL formou pilotního programu POCUS, kdy je v jejich ordinacích zaváděn ultrazvuk pro lepší diferenciální diagnostiku a následné určení dalšího postupu a léčby [4].

V porovnání se zahraničím mají VPL menší preskripční možnosti než jejich kolegové. Hlavní předpisová omezení, jimiž jsou praktičtí lékaři limitováni, jsou

indikační omezení „P“ a preskripční omezení, „L“, nebo „E“. Indikační omezení „P“ podmiňuje úhradu léčivého přípravku užitím u konkrétní indikace například konkrétního onemocnění. Preskripční omezení udává, kdo je oprávněn daný léčivý přípravek předepisovat [1]. Preskripční omezení „L“ udává, že léčivý přípravek a potraviny pro lékařské účely obsahující léčivou látku, označený písmenem L, může předepisovat lékař se specializací v příslušném oboru, případně ošetřující lékař pojištěnce na základě písemného doporučení specialisty [5]. V případě preskripčního omezení „E“, může rovněž léčivé přípravky předepisovat pouze specialista, ale u tohoto omezení nelze preskripci těchto přípravků přenést do kompetencí praktického lékaře [1]. I přes snahy o zvýšení kompetencí praktických lékařů se zdravotnictví v České republice potýká s významnými preskripčními omezeními praktických lékařů. Pro lepší a efektivnější lékařskou péči by bylo vhodné, umožnit praktickým lékařům preskripci všech léků kategorie „L“, u nichž je možná prozatím preskripce pouze specialisty [4].

V České republice lze obor všeobecného lékařství studovat na všech lékařských fakultách. Získávání odbornosti k výkonu povolání je stanoveno zákonem č. 95/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Tato část studia je ze zákona akreditována jako šestileté prezenční studium a obsahuje jak teoretickou, tak i praktickou část výuky. Součástí povolání lékaře je činnost preventivní, diagnostická, léčebná, léčebně rehabilitační, dispenzární a paliativní. Po ukončení šestiletého univerzitního studia navazuje pro získání specializované způsobilosti lékaře pro všeobecné praktické lékařství vzdělávání v základním kmenu, které trvá pod dobu 30 měsíců a je ukončeno zkouškou. Pro specializační vzdělávání lékařů pro obor všeobecné praktické lékařství je nutné absolvovat základní kmen interní nebo kmen všeobecného praktického lékařství v délce 3 let. Specializační vzdělávání probíhá formou celodenní průpravy v akreditovaných zařízeních. Toto specializační vzdělávání absolvuje účastník pod školitelem, jenž má pro daný obor specializovanou způsobilost a minimálně tříletou odbornou praxi v oboru, ve kterém tuto školitelskou činnost provádí. Po úspěšně složen atestační získává lékař odbornost praktický lékař [6].

Dle dostupných dat Eurostatu z roku 2020 v České republice ordinovalo 7 112 v oboru všeobecného praktického lékařství z celkového počtu 43 810 lékařů, což činilo asi 16,2 % z celkového počtu lékařů v České republice. Na 100 000 obyvatel tak připadlo přibližně 67 praktických lékařů pro dospělé [7].

Následující státy byly pro porovnání situace v České republice zejména proto, že se jedná o státy se stejným systémem úhrad a zároveň se jedná o státy sousedící s Českou republikou.

Německo

Kompetence praktických lékařů v Německu jsou mírně vyšší než v České republice, přičemž spektrum ošetření je omezeno jen vzděláním daného lékaře. Mimo

běžnější vyšetření jako je zátěžové EKG, spirometrie, či monitorování tlaku holtrem, má většina praktických lékařů ve svých ordinacích sonografický přístroj. Mezi kompetence VPL se řadí i výkon malých chirurgických zákroků v lokální anestezii. Mohou tedy vykonat například suturu, či ošetření infikované rány nebo bércového vředu. Němečtí praktičtí lékaři mají v porovnání s těmi českými kromě větších kompetencí v oblasti diagnostiky také nepoměrně méně preskripčních omezení [8]. Lékaři absolvující studium medicíny v Německu musí vystudovat šestiletý obor, který je rozdělen do 12 semestrů. Toto studijní období je rozděleno na tři části preklinickou, klinickou a konečnou klinickou část. Preklinická část trvá dva roky a obsahuje základní přírodní vědy, klinická část trvá tři roky se studiem vyšetřovacích principů a konečná část studia je rozdělena na tři čtyřměsíční bloky a je zaměřena na klinickou výuku v interní medicíně, chirurgii a jeden další obor dle zvažení studenta [9]. Lékař musí pro získání odbornosti všeobecného praktického lékařství absolvovat atestační zkoušku. Pro získání plné registrace a licence je nutné absolvování národní licenční zkoušky, která sestává ze tří částí. První část zkoušky probíhá na konci preklinické části studia a obsahuje písemné testy a ústní přezkoušení. Druhá část je plněna před začátkem šestého ročníku formou písemného testu z teoretických a klinických znalostí. Poslední část zkoušky je na konci šestého ročníku a skládá se z teoretické a praktické části. V rámci postgraduálního studia, jehož absolvováním lze získat odbornost všeobecný praktický lékař musí být absolvováno 5 let tréninkového programu v oblasti praktického lékařství pod vedením atestovaného praktického lékaře [10].

Německo se jako mnoho jiných zemí potýká v posledních letech s nedostatkem praktických lékařů. Dle dostupných informací jedna třetina praktikujících lékařů je starších 60 let. Každoročně obor opouští přibližně 1700 praktických lékařů, zatímco oprávnění praktikovat je uděleno pouze 1350 novým praktickým lékařům. Atraktivita tohoto oboru pro absolventy se v posledních 10 letech zvyšuje [11]. V roce 2020 bylo v Německu 85 471 všeobecných praktických lékařů. Z celkového počtu 371 556 lékařů se tak jedná o 23 %, což je v porovnání s Českou republikou o necelých 7 % více. Na 100 000 obyvatel tak ordinovalo přibližně 109 praktických lékařů. Ze statistiky vyplývá, že péče praktického lékaře je v Německu dostupnější než v České republice, neboť v přepočtu na 100 000 obyvatel má Německo více praktických lékařů [7].

Polsko

Mezi kompetence praktického lékaře v Polsku spadá poradnictví ohledně preventivní a léčebné medicíny, zejména prevence kardiovaskulárních onemocnění. Dále výkon periodických preventivních prohlídek a diagnostických testů. Do kompetencí praktického lékaře zde též patří účast na vakcinačních programech. Působí rovněž jako poradce v problematice úpravy životního stylu k dosažení dobrého zdravotního stavu a omezení zdravotních rizik. V Polsku praktický lékař také poskytuje lékařské poradenství přes noc a v období dovolené [12].

Studium medicíny je v Polsku možné na státních i soukromých univerzitách. Jedná se o šestiletý obor, který je ukončen všeobecnou zkouškou [13]. Po šesti letech pregraduálního studia následuje studium postgraduální. V rámci tohoto úseku studia je nezbytné absolvování 13měsíční stáže, která je ukončena atestací. Poté je možné absolvovat specializační program, který je esenciální pro praktikování medicíny ve zvolené specializaci. V průběhu specializačního programu je student pod supervizí vedoucího. Tento program je ukončen Národní specializační zkouškou [14].

Celkový počet praktických lékařů v Polsku v roce 2020 byl 90 289, z čehož se v 15 908 (17,6 %) případech jedná o praktické lékaře. Průměrně je v Polsku registrovaných 42 praktických lékařů na 100 000 obyvatel. Ze statistiky vyplývá, že péče praktického lékaře je v Polsku méně dostupná než v České republice, neboť v přepočtu na 100 000 obyvatel má Polsko praktických lékařů méně [7].

Rakousko

Primární péče v Rakousku v současné době prochází reformou, jejímž cílem je mimo jiné změna pozice praktického lékaře. Hlavní myšlenkou je koncepce multiprofesního a interdisciplinárního týmu, který se podílí na primární péči spolu s praktickým lékařem, a společně fungují jako jednotky primární péče. Cílem těchto jednotek je dostupná komplexní péče na jednom místě, případně v dojezdové vzdálenosti. V praxi to bude znamenat, že pacient má ve své jednotce specialisty z různých oborů a nemusí složitě vyhledávat specializované pracoviště, jako je tomu například u nás [15].

Studium medicíny je v Rakousku koncipováno jako šestiletý obor, jež je možný studovat na 4 státních univerzitách. Rakousko je jednou ze zemí Evropy s nejvyšším počtem absolventů lékařských univerzit dle statistik OECD. Nicméně přibližně 30 % atestovaných lékařů Rakousko opouští. Statistiky též uvádí, že 40 % lékařů je ve věku vyšším než 55 let, přičemž předpokládaný odchod do důchodu je v 62-65 letech. Jedním z uváděných nedostatků v rámci vzdělávacího systému je dlouhé postgraduální vzdělávání pro získání specializace. Hlavním nástrojem pro zlepšení situace by měla být reforma postgraduálního vzdělávání ve smyslu zkrácení tréninkových programů [16].

V roce 2020 činilo zastoupení praktických lékařů 13 280 lékařů s z celkového počtu 47 674, přičemž se jedná přibližně o 27,9 % všech praktikujících lékařů.

Na 100 000 obyvatel připadá přibližně 149 praktických lékařů, což je více než dvojnásobek praktických lékařů v České republice [7].

Slovensko

Mezi hlavní kompetence praktického lékaře na Slovensku, spadá primární kontakt pacienta se zdravotním systémem, a následná koordinace další zdravotní péče v rámci gatekeepingu. V rámci zlepšení zdravotního systému by měl aktivně sledovat, hodnotit a zlepšovat kvalitu a bezpečnost zdravotní péče. Dalším důležitým atributem je na základě vlastního vyšetření efektivně využívat dostupné diagnostické a terapeutické postupy. Mimo diagnostiku zahrnují další důležité kompetence praktického lékaře účast na programech podpory zdraví obyvatelstva, výkon preventivních prohlídek a preventivních očkování. Dále by praktický lékař měl v rámci individuálního přístupu respektovat pacientova rozhodnutí v rámci celé péče. V souvislosti s léčbou je povinen využívat široké spektrum diagnostických postupů, neodkladně reagovat v případech urgentních zdravotních obtíží, adekvátně vyhodnotit časné symptomy různých onemocnění a rozpoznat nespecifické příznaky onemocnění. Posláním praktického lékaře je tedy celistvá péče o zdraví pacienta, vhodná léčba či případné předání pacienta do péče specialisty [17]. Data z roku 2017 vypovídají, že funkce gatekeepingu není příliš využitá a mnoho pacientů vyhledává pomoc specialistů bez doporučení svého praktického lékaře. Ačkoliv jsou snahy o navýšení dostupnosti lékařské péče praktických lékařů, v některých regionech je velmi špatně dostupná [18]. Mezi kompetence praktického lékaře pro dospělé na Slovensku též spadá péče o geriatrické pacienty. Jeho další povinností je navštěvování pacientů imobilních či akutně nemocných pacientů, jež nemohou opustit svůj domov. Dále je praktický lékař významný z hlediska paliativní péče a v rámci komunikace s pacientovou rodinou. Nezastupitelnou roli má při edukaci pacientů ohledně zdravotní péče [19].

Na Slovensku lze odbornou způsobilost pro výkon odborné pracovní činnosti v lékařské profesi získat absolvováním vysokoškolského vzdělání ve studijním programu Všeobecného lékařství. Následně je nutné absolvování specializačního studia prezenční formou studia na vysoké škole. Tato část studia běžně trvá minimálně 3 roky a jeho nedílnou součástí je také praktická část studia, probíhající nejméně šest měsíců v nemocnici a dále minimálně dalšího půl roku ve všeobecné ambulanci [20].

Dle dostupných dat již od roku 2015 je mnoho lékařů na Slovensku starší 60 let, přičemž v roce 2020 se jednalo o 26 % z celkového počtu všech lékařů. Roste též počet lékařů, jež jsou starší 65 let. Ve věkové skupině 30-49 let je na Slovensku přibližně 43,4 % lékařů [21].

2.3 Preventivní péče

Preventivní péče, jak již bylo řečeno, se dělí na primární, sekundární, terciární a kvartérní. V následujících kapitolách bude blíže rozebráno, co jednotlivé stupně preventivní péče znamenají. Samostatnou kapitolou jsou potom pracovnělékařské prohlídky, které jsou nedílnou součástí většiny zaměstnání. V další podkapitole budou blíže rozebrány preventivní postupy ve vybraných oblastech preventivní péče.

2.3.1 Rozdělení preventivní péče

Primární preventivní péče

Primární prevencí je rozuměn souhrn opatření na podporu zdraví a zabránění vzniku nemocí, které poskytuje praktický lékař pacientům. Pomocí těchto opatření by měl být pacient motivován k udržování zdravého životního stylu. Tato doporučení uděluje praktický lékař na základě svých znalostí rizikových faktorů, které mohou přímo ovlivňovat pacientův zdravotní stav. Primární prevence sestává zejména z přímo cílených intervencí praktických lékařů formou doporučení, týkajících se zdravého životního stylu a omezení expozici faktorům, které jsou pro pacienty rizikové. Mimo poradenské činnosti v životosprávě, je součástí primární preventivní péče u praktického lékaře její součástí dodržování očkovacího kalendáře proti infekčním onemocněním. Všechny postupy primární péče mají za cíl předcházet vzniku onemocnění, a především prevenci civilizačních chorob [22; 23].

Otázkou, jakou roli hraje praktický lékař v rámci preventivní péče, se zabývala studie německé výzkumné skupiny, publikovaná roku 2014. Studie zkoumala obecně primární prevenci u praktických lékařů, ale také přístup a názor praktických lékařů k preventivní péči v Německu. Při studii byla použita kombinace dotazníkového šetření a diskusních skupin praktických lékařů. Cílem dotazníkového šetření bylo zmapovat, jaké aktivity praktičtí lékaři v rámci preventivní péče zařazují. Diskusní skupiny byly zaměřeny na to, jakým způsobem zařazují praktičtí lékaři preventivní aktivity do své praxe a též na to, jaký mají přístup k prevenci v rámci primární péče. Dotazník byl rozeslán 1168 respondentům, přičemž jej vyplnilo 474 (41 %). Většina účastníků (70 %) uvedla, že preventivní péče je součástí jejich role praktického lékaře, ale také zastávali názor, že na preventivní péči se podílí každý pacient individuálně (74 %), a dále školy a stacionáře (57 %), zdravotní pojišťovny (42 %) a veřejné zdravotní služby (36 %). Přibližně 96 % účastníků dotazníkového šetření věřilo, že primární prevence má pozitivní dopad na kvalitu života. Lékaři účastníci se diskusí zhodnotili, že v rámci preventivní činnosti v jejich ordinacích, je nutné zaujímat individuální přístup ke každému pacientovi namísto obecných rámcových doporučení. [24]

Sebo P. ve své průřezové studii zabývající se preventivní péčí z roku 2015 prováděné na území Švýcarska a Francie využil dotazníkového šetření. Respondenti byly

získání náhodným výběrem 700 praktických lékařů ve Švýcarsku a 400 praktických lékařů působících ve Francii. Účelem studie bylo zjistit, zda praktičtí lékaři poskytují preventivní péči, a v jakém rozsahu. Dotazník byl zpět získán od 518 (47 %) respondentů. Zkoumána byla preventivní péče v oblasti screeningu kolorektálního karcinomu, karcinomu prostaty a také screeningu dyslipidemie. Dále bylo zahrnuto měření krevního tlaku, výšky a váhy. Dalšími atributy zkoumání bylo očkování proti chřipce, screening užívání alkoholu a kouření, a poradenství ohledně užívání návykových látek. Studie uvádí, že v 99 % praktičtí lékaři provádí měření krevního tlaku, v 95 % případech screening kouření a u aktivních kuřáků v 95 % poskytují poradenství ohledně zanechání kouření. V případě screeningu onkologických onemocnění, provádělo prevenci kolorektálního karcinomu 83 % praktických lékařů, a prevenci rakoviny prostaty 76,8 % praktických lékařů. Screening rizikového užívání alkoholu aplikovalo 67 % respondentů a poradenství ohledně rizikového alkoholu bylo poskytnuto v 60 %. Nejmenší podíl tvořila doporučení k očkování proti chřipce, které je poskytováno v 37 %. V tomto případě lze zhodnotit, že vakcinace byla vůči ostatním preventivním vyšetření upozaďována [25].

Sekundární preventivní péče

Sekundární prevence klade hlavní důraz zejména na včasnou diagnostiku a ovlivnění již vzniklého onemocnění. Hlavní pozornost je cílena na bezpříznakové jedince se subklinickým stádiem onemocnění, které je možné diagnostikovat formou screeningových programů, což může ovlivnit další prognózu onemocnění a případný rozvoj souvisejících komplikací [22].

V rámci sekundární preventivní péče poskytují praktičtí lékaři preventivní prohlídky, jež jsou upraveny vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, včetně změn provedených vyhláškou č. 317/2016 Sb.. Dospělý pacient může absolvovat všeobecnou preventivní prohlídku u všeobecného praktického lékaře, přičemž tuto prohlídku je možno provést jednou za dva roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců od jejího poslední vykázaní zdravotní pojišťovně. Náplň těchto preventivních prohlídek je podrobněji probrána v následujících kapitolách. [26].

Terciární preventivní péče

Terciární prevence je zejména zacílena na pacienty, u kterých již jsou došlo k manifestaci onemocnění. Zaměřuje se zejména na stanovení opatření, která jsou přizpůsobená a přímo aplikovatelná na konkrétní onemocnění, jež bylo diagnostikováno. Hlavním cílem je zabránění zhoršení fáze onemocnění nebo vzniku dalších komplikací, či snížit případné dopady onemocnění na kvalitu pacienta dalšího života. Může se jednat o opatření týkající se infarktu, cévní mozkové příhody, nádorových onemocnění

a komplikací vznikajících při diabetu. Hlavními aktivitami terciární prevence jsou také rehabilitační plány, které udržují pacientovu soběstačnost [22; 23].

Kvartérní preventivní péče

Kvartérní prevence se specializuje na monitorování opatření, která optimalizují medikaci, jež pacienti užívají v závislosti na jejich onemocnění a stádiu nemoci, ve kterém se nachází. Jedná se o protektivní systém, zajišťující ochranu pacienta před nadužíváním lékařské péče a vysokými koncentracemi léčiv, přičemž se je snaha o eliminaci lékařských intervencí, u nichž by převažoval negativní dopad nad benefity, které by mu léčba poskytla. Jinými slovy lze říct, že se kvartérní péče soustředí na to, aby se pacient vyvaroval zdravotní péči, která by mu byla spíše ke škodě než k užitku [22; 23].

2.3.2 Pracovnílékařské prohlídky

Praktičtí lékaři poskytují preventivní prohlídky i v rámci pracovnílékařské činnosti. Pracovnílékařské služby jsou dle Zákona o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb., definovány jako zdravotnické služby preventivního charakteru, mezi něž patří hodnocení vlivu pracovních činností, pracovního prostředí a pracovních podmínek. Mezi cíle těchto prohlídek spadá posouzení zdravotní způsobilosti, ale také zajištění ochrany zdraví při práci, přecházení nemocem z povolání a úrazům. Stěžejními úkoly pracovnílékařských prohlídek jsou tedy odborná poradenská činnost, dohled nad pracovními podmínkami a jejich vývojem a dohled nad zdravotním stavem zaměstnanců. „Pracovnílékařské prohlídky lze rozdělit na:

- vstupní prohlídka
 - provádí se při nástupu do zaměstnání, či při změně pracovního zařazení, a je nástrojem k ověření schopnosti zaměstnance vykonávat danou činnost;
- periodická prohlídka
 - provádí se dle kalendáře prohlídek a ověřuje, zda nedošlo ke změnám zdravotního stavu, které by znemožnily vykonávat pracovní činnost;
- mimořádná prohlídka
 - Provádí se v případě mimořádných událostí, které by mohly mít vliv na výkon pracovní činnosti;
- výstupní prohlídka
 - Provádí se při ukončení pracovního poměru, a je prostředkem ke zhodnocení vlivu dříve vykonávané činnosti na zdravotní stav jedince“ [22].

2.3.3 Prevence onkologických onemocnění

Včasná diagnostika onkologického onemocnění je velmi důležitá, jelikož ovlivňuje perspektivu nemocných z hlediska délky ale i kvality života. Úlohou všeobecného praktického lékaře je seznámení pacienta s varovnými signály, jež by mohly značit přítomnost onkologického onemocnění.

Rolí praktického lékaře v oblasti onkologické prevence se zabírala studie uskutečněná v Severním Irsku, jež byla publikována v roce 2013. V rámci průzkumu bylo rozesláno 1249 dotazníků a k hodnocení jich bylo zpět zasláno 290 (23 %). Významně své postavení v rámci onkologické prevence vnímalo 256 (97,2 %), přičemž 186 (67,4 %) respondentů cítilo odpovědnost za screening pacientů se zvýšeným rizikem vzniku rakoviny. Většina účastníků se považovala za kompetentní k edukaci pacientů ohledně prevence onkologických onemocnění. Přibližně 63 % praktických lékařů věřilo, že je pacienti vnímají jako vhodný a spolehlivý zdroj relevantních informací ohledně onkologické prevence. [27]

Hlavní role praktického lékaře v oblasti prevence onkologických onemocnění spočívá ve schopnosti vysvětlit pacientům důležitost cílených preventivních činností vedoucích k diagnostice daného onkologického onemocnění. Strategií sekundárních preventivních procesů je včasná detekce onkologických onemocnění, ke kterým využívá diagnostiku pomocí screeningových vyšetření. Rolí praktického lékaře v této oblasti prevence je zejména osvěta pacientů, ohledně důležitosti cílených preventivních činností, které jsou využívány k diagnostice onkologických onemocnění. Současně je však jeho úkolem individuální zhodnocení onkologických rizik u jednotlivých pacientů, která by měl hodnotit zejména na základě osobní a rodinné anamnézy. V rámci preventivních proaktivních postupů v sekundární prevenci by měl praktický lékař také u konkrétních demografických skupin, ve kterých je pravděpodobný výskyt daného onemocnění vyšší, vyhledávat pacienty s potenciálním rizikem onemocnění [28; 22].

Prevence nádorů tlustého střeva a konečníku

Kolorektální karcinom je celosvětově jedním ze čtyř nejčastěji se vyskytujícím onkologická onemocnění. Praktičtí lékaři mají významnou roli v rámci prevence a včasné diagnostiky tohoto onemocnění [29]. K prevenci tohoto onkologického onemocnění může přispět sám rizikový pacient, přičemž by měl dodržovat režimová opatření týkající se zdravého stravování. Pokud nemá pacient žádné symptomy, je v letech věku od 50 do 54 nárok v rámci zdravotního pojištění na vyšetření okultního krvácení v ordinaci praktického lékaře jednou. Od věku 55 lze využívat preventivní vyšetření okultního krvácení jednou za dva roky a praktický lékař může v rámci prevence vypsát žádanku na specializované kolonoskopické vyšetření, které je hrazeno zdravotními pojišťovkami jednou za deset let také u pacientů ve věku od 55 let [30].

Prevence karcinomu plic

Rakovina plic je nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů, kdy činí přibližně 22 % všech nově vzniklých zhoubných nádorů, zatímco u žen se jedná přibližně o 5 % [30]. Incidence rakoviny plic je celosvětově na vzestupu, a je jednou z nejčastějších příčin úmrtí na onkologické onemocnění. Hlavním rizikovým faktorem vzniku karcinomu plic je kouření cigaret, a tedy nejúčinnějším preventivním opatřením je u kuřáků jeho ukončení. V prevenci rakoviny plic byl od 1. ledna 2022 spuštěn v České republice program časného záchytu rakoviny plic, jehož významnou součástí je praktický lékař. Cílem tohoto preventivního programu je identifikace pacientů s vyšším rizikem onemocnění. Tito pacienti podstoupí screeningové vyšetření výpočetní tomografií s nízkou dávkou ozáření. Praktický lékař tyto pacienty odešle k ambulantnímu pneumologovi. Pokud má VPL materiální a technicky vhodné vybavení, může provést u pacienta změření hladiny CO ve vydechaném vzduchu [31; 32].

Prevence karcinomu prsu

Primární prevence tohoto onkologického onemocnění spočívá zejména v sebetestování žen, a následně v mamografickém screeningu. V praxi se též využívá ultrasonografického vyšetření, případně i magnetická rezonance. Na mamografický screening může praktický lékař vypsát pacientce žádanku jednou za dva roky i u asymptomatických pacientek. Pro ženy ve věku od 45 let je hrazeno ze zdravotního pojištění [30; 33].

Prevence karcinomu děložního čípku

Rakovina děložního čípku je jedním z mála nádorových onemocnění, kde je znám činitel a je možné v rámci prevence využít vakcinace proti viru HPV, který může vyvolat nádorové bujení. V České republice jsou využívány dvě vakcíny a jedná se o vakcíny Silgard a Cervarix. Obě vakcíny jsou podávány ve třech dávkách, ale mají rozdílné časové rozestupy. [30]. Očkování proti HPV je součástí vakcinačního programu také v Německu, kdy je doporučeno očkovat dívky ve věku 9-14 let. I přes očkování je doporučeno účastnit se screeningových vyšetření [34]. Od roku 2010 je vakcinace proti HPV doporučováno polským dívkám ve věku 13-18 let. Proočkovanost v této věkové kategorii se pohybuje kolem 7,5-10 %. Očkování proti HPV není součástí povinného vakcinačního programu [35].

2.3.4 Prevence kardiovaskulárních onemocnění

Kardiovaskulární onemocnění je spolu s cerebrovaskulárními a metabolickými chorobami jednou z nejčastějších příčin úmrtí v České republice. Prevence kardiovaskulárních onemocnění je nedílnou součástí služeb, které VPL v rámci preventivní péče poskytuje, přičemž hlavním cílem je pozitivní ovlivnění pacientova zdraví a snížení kardiovaskulární mortality v populaci. Dle současných poznatků

je nejlepší zahájit kardiovaskulární prevenci u všech jedinců již od 40 let věku, a to zejména v zemích s vysokým rizikem kardiovaskulárních onemocnění, kam se řadí i Česká republika [36]. Mezi kardiovaskulární onemocnění patří například ateroskleróza, arteriální hypertenze, angina pectoris, poruchy srdečního rytmu a ischemická choroba srdeční, jež může vyústit v infarkt myokardu. Dále se jedná o akutní tepenné příhody, jež mohou vést k cévním mozkovým příhodám (CMP) [37].

Ve spojitosti s obecným povědomím populace v oblasti cévní mozkové příhody, byl v České republice uskutečněn v roce 2021 výzkum, který byl prováděn formou dotazníkového šetření. Byly zde kombinovány prvky nestandardizovaného dotazníku pro prevenci CMP a standardizovaného dotazníku pro určování obecné zdravotní gramotnosti (HLSQ-16). Dotazník obsahoval 47 otázek a v rámci dotazování byly zařazeny otázky týkající se úrovně a zdrojů informací ohledně CMP, incidence CMP mezi příbuznými respondentů, zkušenostmi s péčí o pacienty s CMP a dále také možných nedostatků v péči o pacienty ovlivněnými CMP. V rámci terénní studie bylo osloveno 1137 respondentů, přičemž 133 (11,7 %) z dotazovaných odmítlo na studii spolupracovat. Všichni zúčastnění byli jedinci starší 18 let. Z 1004 respondentů se zúčastnilo 489 (48,7 %) mužů a 515 (51,3 %) žen. Výsledky studie ukazují, že 97,2 % respondentů má o CMP povědomí a 2,8 % dotazovaných o této nemoci nemá žádné informace. Dle studie by více informací ohledně cévní mozkové příhody uvítalo přibližně 42,2 % veřejné populace, dalších 30,6 % se domnívalo, že jsou jejich znalosti CMP dostatečné a 10,9 % respondentů nemělo o další informace zájem. Studie též ukazuje, že ženy mají větší zájem o problematiku než muži, dále také starší a sezdaní obyvatelé jsou informovanější než ti mladší a svobodní. Studie též zkoumala, z jakých zdrojů jsou informace čerpány, přičemž se jedná o internet 48,6 %, televizní média 37,2 %, rodinu 35,3 % a nejmenší podíl činily informace poskytnuté praktickým lékařem 28 %. Autoři studie uvádí v závěru, že ověřené informace týkající se CMP a její prevence by měly být kromě ordinací praktických lékařů též šířeny pomocí médií [38].

V roce 2012 byla skupinou německých odborníků publikována studie, jež zkoumala schopnosti rozpoznat infarkt nebo cévní mozkovou příhodu v devíti evropských zemích. Průzkum byl prováděn formou osobních rozhovorů. Dotazováno bylo 10 228 respondentů ve věku 14-98 let z Rakouska, Francie, Německa, Itálie, Nizozemí, Polska, Ruska, Španělska a Velké Británie. Výsledky zkoumání prokázali, že 8 % dotazovaných nezná žádné symptomy infarktu myokardu a 50 % dotazovaných by bylo schopných, na základě svých znalostí ohledně příznaků, infarkt rozpoznat. Žádný ze 14 příznaků CMP by nebyl rozpoznán více než 50 % dotazovanými a 19 % participujících nezná žádné symptomy CMP. Účastníci v Itálii, Polsku, Rusku a Španělsku by byli schopni rozpoznat jen polovinu symptomů, které by byli schopni identifikovat dotazovaní z Německa a Rakouska. V rámci studie bylo zjištěno, že 59 % dotazovaných se spoléhá na informace podané praktickým lékařem. Studie též uvádí, že

ani pacienti navštěvující své praktické lékaře častěji, nemají lepší schopnost rozlišovat symptomy infarktu myokardu a CMP [39].

V současnosti lze definovat preventivní opatření kardiovaskulárních chorob na úrovni individuální a populační. V případě individuální úrovně se jedná zejména o stanovení rizika kardiovaskulárních onemocnění způsobených aterosklerózou (ASKVO), na čemž jsou založeny konkrétní intervence vzhledem k jednotlivých identifikovaným rizikovým faktorům. Jedná se zejména o režimová opatření, která by měl pacientovi nastínit VPL, a to především zanechání kouření, omezení konzumace alkoholu, dodržování zásad zdravého stravování, zařazení přiměřené pohybové aktivity a v neposlední řadě kontrola tělesné hmotnosti. V ohledu populačního přístupu k možnému ovlivnění výskytu ASKVO lze hovořit o možnosti vytvoření pozitivního pohledu na zdravý životní styl v koncepci ovlivnění zdravotní politiky státu [36].

2.3.5 Prevence závislosti na tabáku

Oblastí prevence, kdy je možno omezením rizikového chování snížit morbiditu a mortalitu je preventivní činnost závislosti na tabáku. Role praktického lékaře v oblasti prevence závislosti na tabáku je velmi významná. Všem pravidelným kuřákům, by měl VPL poskytnout informaci o souhrnu zdravotních rizik, které jeho závislost přináší jemu samotnému ale i jeho okolí. U každého kuřáka, který má zájem se svou závislostí skončit, by měl VPL poskytnout odpovídající možnost léčby buď ve své ordinaci nebo pacienta nasměrovat k dalším odborníkům. Prevence závislosti na tabáku je v úzké souvislosti s prevencí karcinomu plic, jelikož kouření má významný vliv na jeho vznik [32].

2.3.6 Očkování

Očkování je jedním z nejúčinnějších a zároveň nákladově nejefektivnějších preventivních opatření. Principy a zásady průběhu vakcinací jsou upraveny právními normami a probíhají dle očkovacího kalendáře. Z hlediska ekonomického znamená angažovanost VPL do systému vakcinace výdaje na pořízení očkovacích látek a náklady na jejich skladování, ovšem na druhou stranu z vakcinace plyne příslušné ordinaci příjem [22]. „Očkování je dle platných právních norem rozděleno na:

- *očkování proti infekčním nemocem:*
 - *pravidelné – mezi ty patří očkování proti tuberkulóze, záškrtu, tetanu, dávivému kašli, invazivnímu onemocnění vyvolanému původcem Haemophilus influenzae B, přenosné dětské obrně, virové hepatitidě B; spalničkám, zarděnkám, příušnicím a pneumokokovým infekcím;*
 - *zvláštní očkování proti virové hepatitidě A, virové hepatitidy B a vzteklině;*
 - *mimořádná očkování v prevenci mimořádných situacích;*

- *očkovaní proti tetanu a vzteklině v případě úrazu, poranění, nehojících se ran a před některými léčebnými výkony;*
- *očkovaní, které je provedeno na žádost fyzické osoby, jež si přeje být chráněna proti infekcím, proti nimž je k dispozici očkovací látka.*
- *Vyhláška stanovuje provádění pravidelného očkování jako:*
 - *základní očkování – k dosažení specifické odolnosti proti dané infekci s podáním jedné nebo více dávek očkovací látky;*
 - *přeočkování – opětovné navození požadovaného stavu odolnosti proti dané infekci, přičemž je obvykle aplikována jedna dávka“ [40].*

2.3.7 Preventivní programy

Zdraví 2030

Jedná se o strategický rámec, jehož cílem je rozvíjení zdraví v České populaci, zajištění dostupnosti zdravotní péče všem občanům České republiky a současné zajištění toho, aby občané sami více dbali o svůj zdravotní stav. Hlavní podstatou tohoto programu jsou tři specifické cíle:

- ochrana a zlepšení zdraví obyvatel,
- optimalizace zdravotnického systému,
- podpora vědy a výzkumu.

Reforma primární péče je v tomto smyslu zaměřena zejména na posílení kompetencí praktických lékařů, dále jejich posílením jejich pozice při gatekeepingu a také na zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti v populaci. Dílčím cílem je snížení preskripčních omezení praktických lékařů a zvýšení účasti obyvatel na pravidelných preventivních prohlídkách. Strategický rámec se zabývá též problematikou sekundární prevence a screeningovými programy. Dílčí cíle se specifickěji zabývají posilováním časného zachytu nemocí včetně rizikových faktorů ve všech segmentech péče a optimalizací a zvyšováním kvality populačních screeningových programů [41].

Preventivní programy zdravotních pojišťoven

V souvislosti s prevencí a zachováním dobrého zdravotního stavu nabízí pojišťovny svým pojištěncům benefity formou různých výhod a příspěvků.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) umožňuje při splnění určitých podmínek konkrétních benefitních programů čerpání příspěvků, na které však nevzniká zákonný nárok. Mezi příspěvky v kategorii dospělí patří například příspěvky na pravidelné pohybové aktivity, pomoc kuřákům s odvykáním, příspěvek na některá doplňková očkování, pomůcky a služby pro diabetiky, preventivní vyšetření kůže dermatoskopem, příspěvek v oblasti onkologické prevence [42].

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP) nabízí v rámci svých preventivních programů příspěvky pro muže a ženy na očkování nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, dále také na pravidelnou pohybovou aktivitu, sportovní prohlídku pro závodní sportovce, prevenci onkologických onemocnění, vyšetření zrakového nervu nebo na laserovou operaci očí, příspěvek na prevenci zhoršení diabetes, doplňky stravy, pořízení domácího tonometru a ošetření rázovou vlnou [43].

Oborová zdravotní pojišťovna (OZP) nabízí v preventivních programech dospělých příspěvek na dentální hygienu, sportovní aktivity, pobyt s lázeňskými procedurami, očkování proti chřipce a očkování proti nemocím nehrazených z veřejného zdravotního pojištění. Pro své pojištěnce vytvořila program STOP, který je soustředěn na prevenci onkologický onemocnění včetně například rakoviny dutiny ústní. Dále je tento program zaměřen na prevenci infarktu, osteoporózy a také Alzheimerovy nemoci [44].

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ) svými preventivními programy pro dospělé přispívá na očkování proti infekcím, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, na sportovní aktivity a na dentální hygienu. Dále poskytuje příspěvky na prevenci onkologických onemocnění – prevence karcinomu prsu, karcinomu prostaty, prevenci nádorů v oblasti dutiny břišní a ledvin, onemocnění štítné žlázy a melanomu kůže. Dalším možným příspěvek může být příspěvek na podporu péče o duševní zdraví pacienta a nutriční poradenství [45].

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (ZPMVČR) nabízí v rámci svých preventivních programů pro dospělé například program na podporu nepovinného, odvykání kouření, sportovní ochranné pomůcky, péči pro diabetiky a příspěvek na doplňky stravy u onkologických onemocnění [44].

Revírní a bratrská pojišťovna (RBP), stejně jako jiné pojišťovny, nabízí v rámci svých preventivních programů odvykání kouření, a také vyšetření, která napomáhají včasné diagnostice některých onkologických onemocnění. Mimo to například i nákup přípravků na prevenci osteoporózy u žen, vyšetření pigmentových skvrn, dále diagnostické ultrasonografické vyšetření břicha nebo také ošetření rázovou vlnou pro muže i ženy [46].

Vojenská zdravotní pojišťovna (VOZP) ve svém preventivním programu Program Zdraví poskytuje dospělým pojištěncům od 18 let příspěvek na kterékoli očkování nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, vyjma očkování proti lidskému papilomaviru. Dále mohou využívat pojištěnci příspěvku na odvykání kouření, dentální hygienu a sportovní aktivity. V rámci Programu Zdraví lze také využít příspěvku na prevenci karcinomu prsu, prevenci karcinomu prostaty, prevenci kolorektálního karcinomu a také na vyšetření kožních znamének [47].

2.4 Zdravotní gramotnost

Zdravotní gramotnost lze definovat jako schopnosti umožňující porozumět a aplikovat informace k zachování dobrého zdravotního stavu a na základě těchto informací dělat uvědomělá rozhodnutí v rámci prevence a zdravého životního stylu [48]. Hlavními atributy zdravotní gramotnosti jsou pochopení hodnoty zdraví a jednání takové, které vede k dosažení či udržení zdraví. Úroveň zdravotní gramotnosti je dána tím, zda je pacient schopen získat a správně interpretovat informace, a jestli je schopen se na základě těchto informací rozhodnout a jednat ve prospěch svého zdraví. Zdravotní gramotnost může být zdokonalována šířením správných a srozumitelných informací, efektivní komunikací a vzděláváním. Zdravotní gramotnost lze chápat ve třech základních dimenzích, a to jsou zdravotní péče, prevence nemocí a podpora zdraví. [22] Postavení zdravotní gramotnosti je v koncepci preventivní péče velmi významné. Nižší zdravotní gramotnost může v důsledku vést ke zvýšenému riziku hospitalizace, výskytu chronických onemocnění, zvýšené expozici zdravotně rizikovým faktorům a eventuálně i k úmrtí [49].

Zdravotní gramotnost je rozčleněna do více úrovní, jejichž rozdělení a charakteristika je definována pomocí Nubeamova modelu. Ten dělí zdravotní gramotnost do tří úrovní:

- Funkční zdravotní gramotnost
 - Obsahuje základní schopnosti nezbytné pro porozumění informací týkajících se zdravotnictví, zdravotního stavu, zdravotního systému a zdravotních služeb.
- Komunikativní či interaktivní zdravotní gramotnost
 - Vyšší úroveň zdravotní gramotnosti, komunikativní a sociální schopnosti potřebné ke sdílení a diskutování informací zdravotnické tematiky s ostatními.
- Kritická zdravotní gramotnost
 - Nejvyšší úroveň zdravotní gramotnosti, jedná se o schopnost správně analyzovat informace a na jejich základě učinit informované rozhodnutí [50].

Úroveň zdravotní gramotnosti v České republice lze hodnotit jako problematickou. Ze vzorku dotazovaných respondentů vykazovalo více než 59 % účastníků neadekvátní a omezenou zdravotní gramotnost. V porovnání s ostatními státy Evropy je Česká republika v oblasti zdravotní gramotnosti, týkající se zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví na 8. místě [51].

Zdravotní gramotnost v Německu je dle dotazníkové studie Health Literacy in Germany na relativně nízké úrovni. Studie také uvádí, že zdravotní gramotnost a její aspekty nejsou zdravotním systémem dostatečně propagovány. Studie uvádí, že 58,8 %

respondentů mělo nízkou zdravotní gramotnost. Mnoho respondentů označilo otázky, které měly vyhodnotit jejich zdravotní gramotnost, jako velmi těžké. Respondenti také považovali za problematické informace týkající se zdraví získat, porozumět jim a následně je aplikovat [52]. Další průřezová studie poukazuje na fakt, že úroveň zdravotní gramotnosti je odlišná v závislosti na věku respondentů. Studie uvádí, že omezenou zdravotní gramotnost má 47,3 % respondentů ve věku 15-29 let, o 47,2 % se jedná u populace ve věku 30-45 let, dále 55,2 % jedinců ve věku 46-64 let a u respondentů starších 65 let má omezenou zdravotní gramotnost 66,4 % dotazovaných. Studie dává do spojitosti nízkou zdravotní gramotnost s nízkým sociálním statutem [53].

Úroveň zdravotní gramotnosti v Polsku je dle studie Health literacy and health among the elderly in Poland na velmi nízké úrovni. Uvádí se zde, že téměř 44,6 % obyvatel ve věku nad 15 let má neadekvátní nebo problematickou zdravotní gramotnost. Poukazuje též na problematiku nízké zdravotní gramotnosti u obyvatel starších 65 let a také na korelaci mezi zvyšujícím se věkem a snižující se zdravotní gramotností. Hlavní m nástrojem pro zlepšení zdravotní gramotnosti v Polsku by měla být hlavně úprava zdravotní politiky [54].

2.5 Systém úhrad poskytované preventivní péče

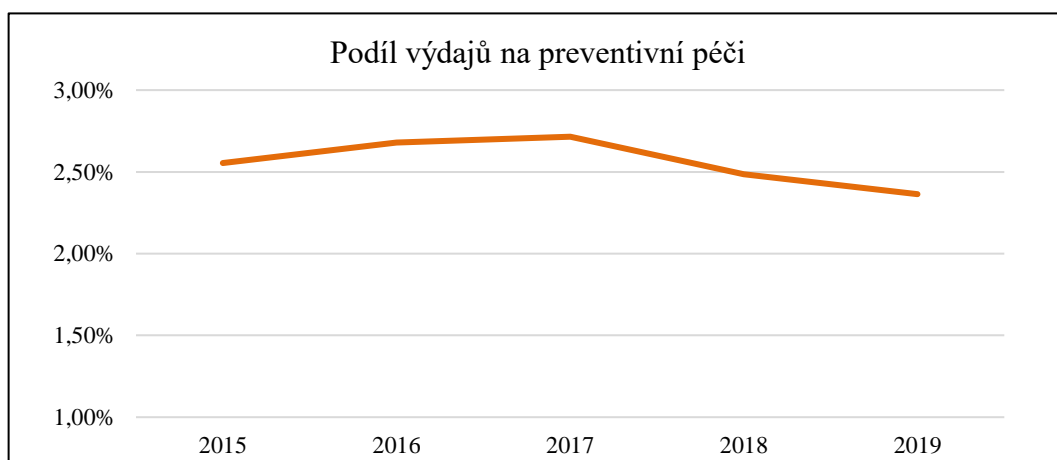
Česká republika

Zdravotní péče je hrazena ze systému veřejného zdravotního pojištění a vynaložené náklady se každoročně zvyšují. V uplynulých letech je možno pozorovat mírný nárůst financí vynaložených na preventivní péči. O nárůstu lze však hovořit jen v absolutních číslech, neboť se zvyšují celkové náklady na zdravotní péči. Vývoj celkových výdajů na zdravotní péči a výdajů na preventivní péči v letech 2015-2019 lze sledovat v tabulce níže.

Tabulka 2-1: Výdaje vynaložené na zdravotní péči v letech 2015–2019 [55]

	2015	2016	2017	2018	2019
Celkové výdaje na zdravotní péči v milionech Kč	353316	363386	388207	434120	477724
Náklady na preventivní péči v milionech Kč	9027	9739	10540	10787	11292

Při pohledu na podíl financí vynaložených na preventivní péči, lze sledovat v posledních letech mírný pokles, jak je vidět v následujícím grafu.

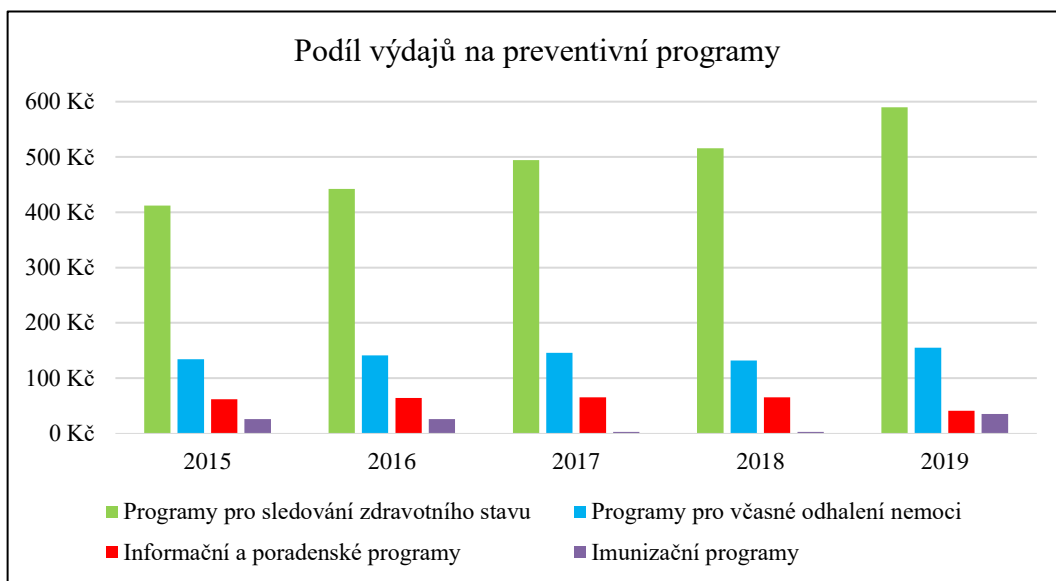


Graf 2.1: Podíl výdajů na preventivní péči v ČR vzhledem k celkovým výdajům na zdravotní péči v letech 2015-2019 [55]

Graf 2.1 zobrazuje, podíl výdajů na preventivní péči vzhledem k celkovým výdajům HDP na zdravotní péči v letech 2015-2019. Celkové výdaje na zdravotní péči meziročně rostou již od roku 2010, jejich podíl na HDP se pohybuje kolem 7,5 – 8,5 %. Zdravotní péče je financována z veřejných zdrojů, soukromých zdrojů a z přímých plateb domácností. Preventivní péče je široké veřejnosti poskytována hlavně prostřednictvím kolektivních preventivních programů. V rámci preventivních programů jsou finanční prostředky přerozdělovány mezi čtyři sféry preventivních programů, a to výdaje na informační a poradenské programy, imunizační programy, programy pro včasné odhalení nemoci a programy pro sledování zdravotního stavu. Procentuálně je nejvíce finančních prostředků spotřebováno na programy pro sledování zdravotního stavu a tyto výdaje se pohybují mezi 60-67 % celkových výdajů na preventivní péči [55].

Tabulka 2-2: Průměrné výdaje na preventivní péči jednoho pojištěnce v Kč v období 2015-2019 [56]

	2015	2016	2017	2018	2019
Výdaje na preventivní péči celkem	634	674	708	716	820
Programy pro sledování zdravotního stavu	412	442	494	516	590
Programy pro včasné odhalení nemoci	134	141	146	132	155
Informační a poradenské programy	62	64	65	65	41
Imunizační programy	26	26	3	3	35



Graf 2.2: Podíl výdajů na jednotlivé preventivní programy [56]

Graf 2.2 zachycuje, v tisících, jak byly finanční prostředky na preventivní programy rozděleny v letech 2015-2019.

Preventivní programy, které poskytují zdravotní pojišťovny jako formu bonusových služeb jsou financovány z fondů prevence. Z těchto fondů lze hradit služby, které mají prokazatelně preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt. Tyto fondy prevence jsou tvořeny především příjmy z pokut a penále, přirážek pojistného a minimálním přidělem ze základních fondů [57].

Preventivní prohlídky vykonané v ordinaci praktického lékaře jsou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Na konkrétního pacienta lze vykázat opakovanou preventivní prohlídku jen jednou za dva roky a je na ni dána časová dotace 40 minut. Výše hodnoty výkonu včetně režie je dána výpočtem dle platné úhradové vyhlášky, přičemž úhrada výkonu je prováděna mimo kapitační platbu. V současné době platí Vyhláška č. 315/2022 Sb. *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023.*

Za provedenou preventivní prohlídku může praktický lékař vykázat tzv. Opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem – preventivní prohlídka pod kódem 01022. „Náplní tohoto vykazaného výkonu je:

- odebrání podrobné anamnézy osobní, rodinné, pracovní a sociální s důrazem na změny proběhlé od posledního komplexního vyšetření;
- zhodnocení subjektivního stavu a obtíží;
- vyhodnocení přecházejících klinických, laboratorních a zobrazovacích vyšetření;

- celkové objektivní vyšetření, včetně měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulzu, dechové frekvence a vyšetření per rectum;
- základní orientační preventivní onkologické onemocnění;
- provedení diagnostické rozvahy a závěru;
- rozhodnutí ohledně dalšího diagnostického postupu a vyžádání dalších vyšetření;
- provedení drobného léčebného úkonu;
- určení dalšího termínu kontroly;
- poskytnutí relevantních informací nemocnému, rodině či zákonnému zástupci;
- poskytnutí psychoterapeutického pohovoru;
- účast na individuální zdravotní výchově;
- edukace pacienta;
- sepsání lékařské zprávy;
- administrativní činnost spojená s výkonem, poskytnutím informace praktickému lékaři, záznam, zda pacient s navrženými diagnostickými a terapeutickými postupy souhlasí;
- zápis o celém postupu do pacientovi zdravotnické dokumentace“ [58].

Preventivní prohlídky v ordinaci praktického lékaře mohou navýšit míru základní kapitační platby. Může dojít k navýšení úhrady za registrovaného pacienta o 2,00 Kč v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č.01021 nebo č. 01022, dle seznamu výkonů, alespoň u 30 % svých registrovaných pacientů ve věku od 40 do 80 let, příslušné zdravotní pojišťovny [40].

Výdaje na preventivní péči v Evropě

Výdaje na preventivní péči v Německu se pohybují kolem 3,2 % celkových výdajů na zdravotní péči [59]. Preventivní péče je v Německu hrazena ze zákonného zdravotního pojištění, z fondů na preventivní programy. Mezi hlavními prevencemi hrazenými ze zákona je například prevence onkologických onemocnění, prevence kardiovaskulárních onemocnění, prevence diabetu a preventivní prohlídky. Nad rámec základních prevenčních programů jsou ze zákonného zdravotního pojištění také hrazeny preventivní prohlídky u stomatologa, zdravotní kurzy, členství ve sportovních klubech, sportovní akce, vakcinace a screeningové programy [60].

V Rakousku se výdaje na preventivní péči pohybují přibližně kolem 3,6 % celkových výdajů na zdravotní péči. Tyto finanční prostředky tvoří přibližně 0,4 % celkového HDP země [61].

Preventivní péče v Polsku je hrazena z veřejných zdrojů a činí přibližně 2,7 % celkových výdajů na zdravotní péči, což je zhruba stejné procento jako v České republice. Finance do státního rozpočtu jsou získávány z daní. Hlavním zdrojem pro účely preventivní péče je státní rozpočet, přičemž se na financování podílí ze 72 %

a zbylých 28 % výdajů je financováno soukromými subjekty. Přibližně 20 % z veřejných výdajů na prevenci a zdravotní služby pochází z Národních zdravotních fondů. Jednotlivá spektra zdravotních služeb a preventivních programů mají přidělené rozpočty, se kterými s jejichž prostředky nakládají dle vlastních uvážení. Na preventivní programy je vyčleněno přibližně 0,24 % z celkového rozpočtu Národního zdravotního fondu [62].

Preventivní péče na Slovensku je hrazena ze zdravotního pojištění. Do rozpočtu na zdravotní péči jsou finance získávány z povinně placeného zdravotního pojištění a veřejného rozpočtu. Výdaje na zdravotní péči se pohybují kolem 0,1 % HDP. Z celkových výdajů na zdravotní péči činí výdaje na financování preventivní péče 1 % [63].

2.6 Kapitačně výkonová platba

Poskytování zdravotní péče v ordinacích praktických lékařů je hrazeno ze zdravotního pojištění formou kombinované kapitačně výkonové platby. Tento systém úhrad je složen ze dvou částí, a to z kapitační platby a z plateb za vykonané výkony, přičemž na výši kapitační platby má vliv nejen věk pacienta, ale také to, zda praktický lékař splňuje určité požadavky, které jsou dány úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky [64].

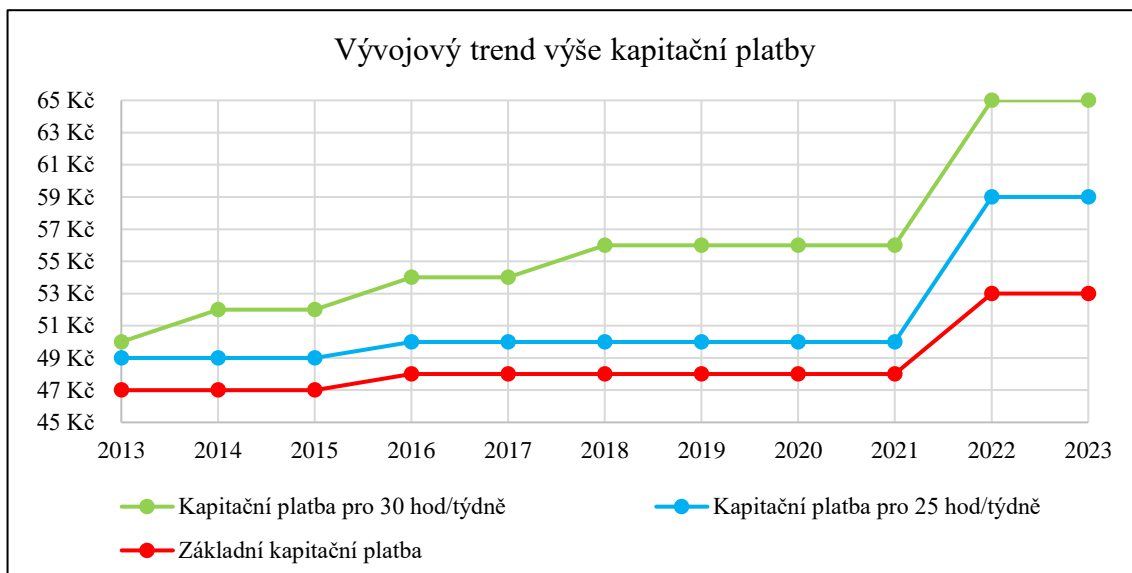
Ke stanovení výše kapitační platby je využíván výpočet podle počtu přepočtených pojištěnců příslušných zdravotních pojišťoven, který je násobený kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce konkrétních zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Tento počet přepočtených pojištěnců je vypočten jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách dle indexů uvedených v následující tabulce, které jsou nadefinovány podle věku [65].

Tabulka 2-3: Věkové indexy pro výpočet kapitační platby

Věková skupina v letech	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85<
Index	1	0,9	0,95	1	1,05	1,05	1,1	1,35	1,45	1,5	1,7	2	2,4	2,9	3,4

Základní kapitační sazba může pro rok 2023 dosahovat výše 65 Kč, 59 Kč a 53 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecného praktického lékařství v závislosti na tom, v jakém rozsahu poskytují své služby. Aby mohl praktický lékař dosáhnout na základ kapitační platby 65 Kč, musí v rámci svých služeb poskytovat ve své ordinaci služby alespoň po dobu 30 ordinačních hodin, které musí být rozloženy do 5 pracovních dní v týdnu a minimálně jednou v odpoledních hodinách do 18 hodin, mimo to musí mít pacienti možnost objednání na přesně stanovenou hodinu alespoň dvakrát v týdnu. Aby praktický lékař dosáhl na základní kapitační platbu 59 Kč za pojištěnce musí být jeho

ordinace otevřena nejméně 25 ordinačních hodin, které jsou rozloženy mezi všechny všední dny v týdnu, přičemž ordinační hodiny musí být nastaveny tak, aby měl pacient možnost navštívit praktického lékaře až do 18 hodin. V případě, že praktický lékař poskytuje hrazené služby v menším rozsahu, než je uveden pro kapitační platbu 65 Kč 59 Kč, dosahuje na kapitační platbu za pojištěnce ve výši 53 Kč [65]. Vývoj výše kapitační platby popisuje následující graf.



Graf 2.3: Kapitační platba v letech 2013-2023

Na grafu 2.3 je zachycen vývojový trend výše kapitační platby, který má vzestupnou tendenci. Výše nejvyšší možné kapitační platby od roku 2013 do roku 2023 vzrostla o 15 Kč z 50 Kč na hodnotu 65 Kč a nejdéle zůstala stejná výše v letech 2018-2021, kdy byla kapitační platba v nejvyšší sazbě 56 Kč. Výše střední kapitační platby od roku 2013 do roku 2023 byla navýšena z 49 Kč na 59 Kč, zde je tedy navýšení o 10 Kč. U této varianty kapitační platby byla nejdéle stejná hodnota v letech 2016-2021, kdy byla úhrada v hodnotě 50 Kč. V případě nejnižší úhrady je navýšení od roku 2013 do roku 2023 o 6 Kč, tedy nejnižší nárůst v rámci kapitačních plateb. Nejdéle byla stejná hodnota opět v letech 2016-2021 jako u střední varianty, přičemž u nejnižší úhrady byla její hodnota v těchto letech 48 Kč [66; 67; 68; 69; 70; 71; 72; 73; 74; 75; 76].

Kapitační platba může být navýšena o 2,00 Kč v případě, že poskytovatel za dané období, které je hodnoceno, provedl preventivní prohlídku s vykazáním výkonu 01021 (Komplexní vyšetření praktickým lékařem) anebo výkonu 01022 (Opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem), alespoň u 30 % u svých registrovaných pojištěnců náležité zdravotní pojišťovny, kteří byli ve věku mezi 40 a 80 lety. Rozhodným dnem pro vyhodnocení, zda praktický lékař splnil podmínky je 31. prosince 2023 a celková částka, která odpovídá navýšení kapitační sazby odpovídající tomuto ustanovení, musí být uhrazena nejpozději do 150 dnů od skončení období, ke kterému se hodnocení vztahovalo [65]. Vývoj této bonifikace zachycuje následující graf.



Graf 2.4: Navýšení kapitační platby za preventivní prohlídky

Na grafu 2.4 je zachyceno, jak se vyvíjela hodnota, která bonifikuje provádění preventivních prohlídek. V letech 2013-2014 za preventivní prohlídky nebylo zvýhodnění žádné. Od roku 2015 do roku 2021 mohla být při splnění podmínek navýšena základní kapitační platba o 0,50 Kč. V roce 2022 se pak jednalo o navýšení v hodnotě 1,00 Kč a pro rok 2023 bylo navýšení stanoveno na 2,00 Kč. V roce 2015 bylo podmínkou k získání této bonifikace provedení preventivní prohlídky u minimálně 20 % pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny a od roku 2016 do roku 2023 je minimum provedení preventivní prohlídky u 30 % pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny [67; 68; 69; 70; 71; 72; 73; 74; 76; 77]. Seznam výkonů jsou umístěny v přílohách jak pro základní kapitační platbu Tabulka 0-1 tak i seznam výkonů souvisejících s preventivní péčí Tabulka 0-2.

2.7 Shrnutí současného stavu

Z dostupných informací je zřejmé, že preventivní péče je velmi zásadní v celém systému zdravotního péče jak z pozice jedince, tak celé společnosti. Účinná prevence je významným faktorem pro snižování morbidity a mortality celé společnosti.

Podíl praktického lékaře na prevenci je velmi významný, jelikož má za úkol působit jako propojovací mechanismus mezi pacienty a specializovanou péčí. Pro tuto úlohu je nezbytné, aby praktický lékař dokázal pacienty účinně informovat o benefitech prevence a případných rizicích, kterým se pacienti sami vystavují a mohou se jim vyvarovat. Další rolí praktického lékaře je snaha zlepšovat zdravotní gramotnost svých pacientů, a to jakým způsobem vnímají prevenci. Ke zlepšení zdravotní gramotnosti obyvatel by měl přispět strategický rámec na podporu prevence a zlepšování zdravotní gramotnosti. Strategický rámec Zdraví 2030 bude probíhat až do roku 2030 a jeho součástí jsou reforma primární péče a také zvýšení povědomosti široké veřejnosti v oblasti prevence. V rámci reformy primární péče jsou zapojeny i snahy o zvýšení kompetencí všeobecných praktických lékařů

Preventivní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a dále jsou zdravotními pojišťovnami zřízeny fondy prevence, ze kterých jsou pojištěncům hrazeny vybrané služby s diagnostickým, terapeutickým nebo léčebným účinkem. Lze pozorovat vzrůstající důraz na prevenci i prostřednictvím navyšování úhrad za preventivní péči například u kapitační platby.

Lze zhodnotit, že preventivní péče získává v posledních letech velký význam v rámci poskytované zdravotní péče, jelikož včasná diagnostika je dobrým předpokladem pro kratší a ekonomicky méně zatěžující léčbu.

3 Cíle práce

Hlavním cílem diplomové práce je zhodnocení aktuální role praktického lékaře pro dospělé v oblasti preventivní péče, a to v rovině primární, sekundární, terciární i kvartérní.

Dílčím cílem je analýza faktorů, které nejvíce ovlivňují praktické lékaře při poskytování preventivní péče a také jak se podílejí na posilování zdravotní gramotnosti obyvatel. Na základě zjištění vyplývajících z provedených analýz budou navržena možná opatření ke zlepšení stávajícího stavu problematiky. Dalším cílem diplomové práce je specifikace aktuálních úhradových mechanismů poskytované preventivní péče praktickými lékaři pro dospělé.

K dosažení cílů bude využito metod kvalitativního výzkumu v podobě kombinace dotazníkového šetření a polostrukturovaných rozhovorů.

4 Metody

Tato kapitola diplomové práce je věnována metodám, jež budou využity v rámci praktické části k dosažení nadefinovaných cílů a jež částečně vychází z literární rešerše již publikovaných studií, jež se zabývaly související problematikou.

Pro dosažení komplexních představy stran poskytování preventivní péče z perspektivy všeobecných praktických lékařů ohledně jejich role v rámci poskytování preventivní péče, gatekeepingu, jejich postupů při poskytování preventivní péče a také zdravotní gramotnosti jejich pacientů bude k výzkumu využito kvalitativního výzkumu. Ten kombinuje metodu dotazníkového šetření a polostrukturovaných rozhovorů. V úvodu dotazníku byla využita anketa zjišťující demografické informace o respondentech. V rámci této ankety byly zjišťovány informace: pohlaví, věk, dosažená délka praxe, okres, ve kterém praktický lékař působí a také to, zda vykonává svou praxi v samostatné ordinaci, na poliklinice nebo v rámci nemocnice. Základní demografické údaje byly zjišťovány i v případě polostrukturovaných rozhovorů.

4.1 Výzkumné otázky

Po sepsání teoretických východisek diplomové práce, analýze studií a po stanovení cílů diplomové práce byly zformulovány následující výzkumné otázky:

- | | |
|--------------------|---|
| Výzkumná otázka 1: | Lze tvrdit, že pohlaví praktického lékaře má vliv na jeho názor na to, jaká jeho role je v primární prevenci nejdůležitější? |
| Výzkumná otázka 2: | Lze předpokládat, že zvaní pacientů k preventivním prohlídkám je závislé na pohlaví praktického lékaře? |
| Výzkumná otázka 3: | Lze tvrdit, že většina praktických lékařů vidí svou hlavní roli v sekundární preventivní péči v oblasti provádění preventivních prohlídek |
| Výzkumná otázka 4: | Lze tvrdit, že nadpoloviční většina praktických lékařů vidí svou hlavní roli v terciární prevenci v omezení progresu onemocnění.? |
| Výzkumná otázka 5: | Lze tvrdit, že většina praktických lékařů vidí svou hlavní roli v kvartérní prevenci v oblasti prevence nadměrného užívání léčiv? |
| Výzkumná otázka 6: | Lze tvrdit, že pro většinu praktických lékařů je hlavním faktorem při poskytování preventivní péče pacientův aktuální zdravotní stav? |

4.2 Průběh a organizace výzkumu

Výzkumný soubor a následný sběr dat byl získáván od jednotlivých praktických lékařů pro dospělé působících ve Středočeském kraji a sběr dat probíhal v období od prosince 2022 do března 2023. Celý výzkum probíhal se souhlasem etické komise Fakulty biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze. Respondenti pro výzkum byli získáváni prostřednictvím národního zdravotního registru poskytovatelů zdravotních služeb. Součástí dotazníku bylo vyplnění informovaného souhlasu ze strany respondentů. Data pro dotazníkové šetření byla získána formou online vyplňovaných dotazníků prostřednictvím webu, jež bylo možno vyplnit na počítači, telefonu nebo tabletu, přičemž praktičtí lékaři byli přizváni k participaci e-mailem.

Každý respondent byl seznámen s cílem výzkumného projektu, ke kterému se dotazník váže. Časová náročnost potřebná k vyplnění dotazníku se pohybovala kolem 10 minut. Všechny dotazníky byly vyplňovány anonymně a jejich vyplnění bylo zcela dobrovolné. V případě semistrukturovaných rozhovorů se čas vyhrazený na rozhovor pohyboval kolem 20 minut. Výzkumné okruhy a otázky pro dotazníkové šetření i rozhovory byly nadefinovány na základě zjištěných informací týkajících se kompetencí VPL pro dospělé v rámci preventivní medicíny a jejich působení stran prevence, jež byly popsány na základě literární rešerše.

4.3 Design experimentu

Dotazníkové šetření je způsobem výzkumu, který ke sběru dat využívá formulář s jasně danými otázkami. V rámci dotazníku je možné koncipovat otázky s uzavřenou odpovědí a s odpovědí volnou. V případě uzavřených odpovědí jsou respondenti limitováni předem definovanými možnostmi, zatímco u otázek s volnou odpovědí mohou více projevit osobní názor. U otázek uzavřených je možno strukturovat otázky jako možnost mezi ano a ne, možnost z více nabízených možností anebo odpovídat pomocí hodnotící bodové škály [78].

Pro účely této diplomové práce byla pro dotazníkové šetření zvolena metoda výběru z více nabízených možností též známá pod anglickým názvem multiple choice. Okruhy otázek byly zaměřeny na zhodnocení aktuální role v rámci preventivní péče. Dále se otázky zabývaly problematikou klinických stavů jako faktorů, které praktické lékaře ovlivňují při poskytování preventivní péče. V poslední části byly otázky věnovány zdravotní gramotnosti pacientů a gatekeepingu v České republice.

Samotný dotazník, jehož kompletní znění je k dispozici v příloze (Příloha A: Dotazník) a byl rozčleněn do jednotlivých kategorií, které zahrnovaly otázky rozvádějící danou problematiku. Na začátku byl také vložen informovaný souhlas s účastí ve studii.

Kategorie a obsah jejich otázek byly následující:

- preventivní péče:
 - lékařův přístup k prevenci
 - nejdůležitější aspekty v rámci preventivní péče
 - preventivní doporučení;
 - míra dosahu a efektivity rad praktických lékařů
 - možnost využití preventivních programů zdravotních pojišťoven
 - adekvátnost kompetencí v rámci preventivní péče;
 - frekvence preventivních prohlídek;
 - náplň preventivních prohlídek;
 - výzvy pacientů k preventivním prohlídkám ze stran praktických lékařů
- role praktického lékaře v preventivní péči:
 - adekvátnost kompetencí v rámci preventivní péče;
 - frekvence preventivních prohlídek;
 - náplň preventivních prohlídek;
 - výzvy pacientů k preventivním prohlídkám ze stran praktických lékařů
- zdravotní gramotnost pacientů
 - úroveň zdravotní gramotnosti v populaci;
 - stimulace zdravotní gramotnosti pacientů
- gatekeeping
 - úroveň gatekeepingu v České republice;
 - návštěvy ambulancí specialistů bez indikace VPL;
 - sankce návštěv ambulantních specialistů bez indikace VPL

Polostrukturované rozhovory jsou kvalitativní metodou výzkumu, která dává možnost získat bližší pohled a individuální perspektivu, zkušenosti, názory a motivace v rámci zkoumané problematiky. Tyto polostrukturované rozhovory jsou charakteristické zejména otázkami s možností volné předem nedefinované odpovědi, přičemž se tazatel drží struktury tematických okruhů, ale nechává odpovědi respondenta volně plynout. Tyto tematické okruhy mohou obsahovat podotázky které jsou uvedeny v příloze. Většinou jsou kvalitativní rozhovory zaznamenávány formou audiozáznamu nebo videozáznamu. Tento formát záznamu významně eliminuje opomenutí získaných informací [79].

Pro účely této diplomové práce byly tyto polostrukturované rozhovory zvoleny jako bližší vhléd do problematiky aktuálních rolí praktických lékařů při poskytování preventivní péče a jaké faktory je při poskytování preventivní péče nejvíce ovlivňují. Dalším účelem bylo také získání bližšího pohledu na zdravotní gramotnost jejich pacientů, a jakým způsobem ji praktičtí lékaři u svých pacientů posilují. Jako hlavní okruhy polostrukturovaných rozhovorů byly preventivní péče, preventivní prohlídky, a zdravotní gramotnost pacientů a gatekeeping. Rozhovory probíhaly osobně.

4.4 Vyhodnocení a interpretace výsledků

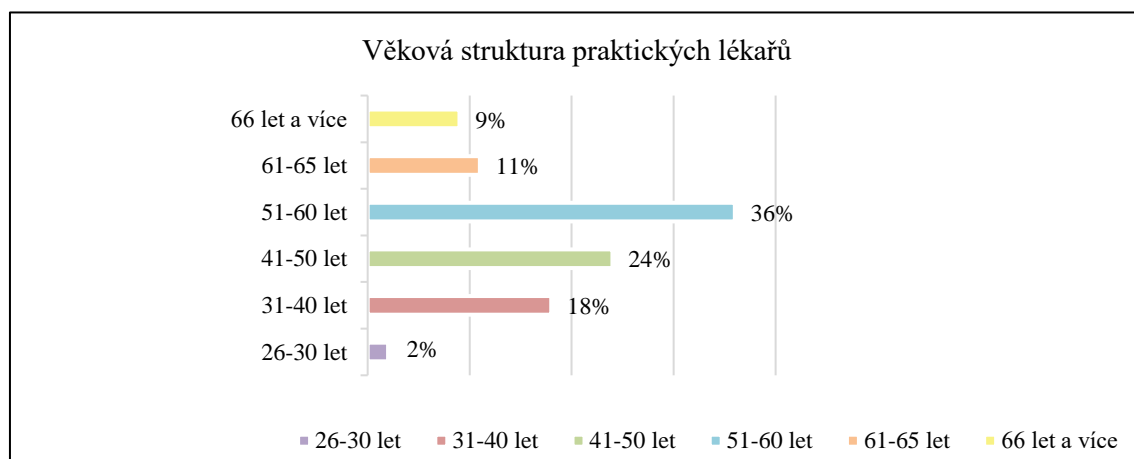
K vyhodnocení dotazníkového šetření byla získaná data analyzována pomocí popisné statistiky a dále testováním hypotéz. K testování hypotéz bylo využito testování nezávislosti dvou diskrétních znaků, který vychází z kontingenční tabulky pomocí Chí-kvadrát testu. Dále byla data pomocí výpočtu absolutních a relativních frekvencí kategoriálních dat. Analýza získaných dat probíhala ve volně dostupném programu R Commander, který obsahuje funkce vhodné ke statistickému zpracování dat uložených v datasetech. Poznatky z dotazníkového šetření byly doplněny o hlubší pohled na problematiku, který byl získán pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

5 Výsledky

5.1 Výsledky dotazníkového šetření

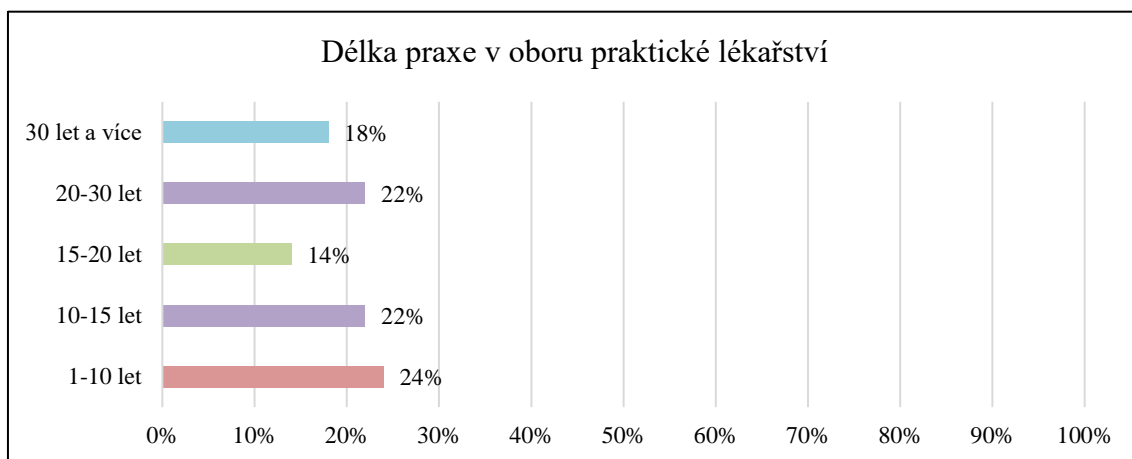
Dotazníkové šetření probíhalo v období od 15.02.2023 do 30.04.2023 formou elektronického dotazníku. V rámci dotazníkového šetření bylo k participaci přímo osloveno 380 praktických lékařů pro dospělé, přičemž byli kontaktováni e-mailem který obsahoval přímý odkaz na dotazníkový formulář. Výzkum probíhal se souhlasem etické komise Fakulty biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze.

Dotazník v závěru vyplnilo 45 praktických lékařů, přičemž se jednalo o 27 žen a 18 mužů. Většina praktických lékařů byla ve věku 30-60 let, přičemž 8 praktických lékařů bylo ve věku 31-40, 11 PL bylo ve věku 31-40 let a 16 ve věku 51-60 let. Ostatní věkové kategorie byly zastoupeny v menší míře. Jeden z odpovídajících praktických lékařů byl ve věku 26-30 let, dále bylo 5 lékařů ve věku 61-65 let a 4 praktičtí lékaři byly ve věku 66 let a více. Následující Graf 5.1 vyjadřuje procentuální zastoupení jednotlivých věkových kategorií praktických lékařů.



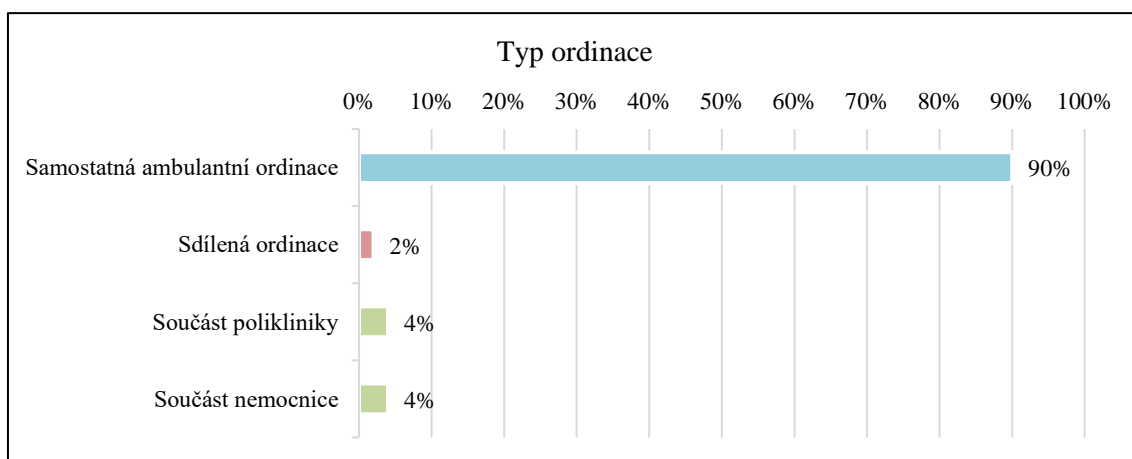
Graf 5.1: Věková struktura respondentů

Dalším zjišťovaným sociodemografickým údajem byla délka praxe. Nejvíce praktických lékařů praktikuje medicínu v oboru praktického lékařství mezi 1-30 lety. Po dobu 1-10 let praktikuje 11 PL, 10-15 let praktikuje 10 a stejný počet praktických lékařů, tedy 10 působí v oboru praktického lékařství 20-30 let. Nejméně praktický lékařů, kteří se průzkumu zúčastnili praktikuje po dobu 15-20 let a to 6 PL. Dalších 8 praktických lékařů ordinuje v tomto oboru již přes 30 let. Na následujícím grafu 5.2 jsou jednotlivé kategorie znázorněné v procentuálním zastoupení.



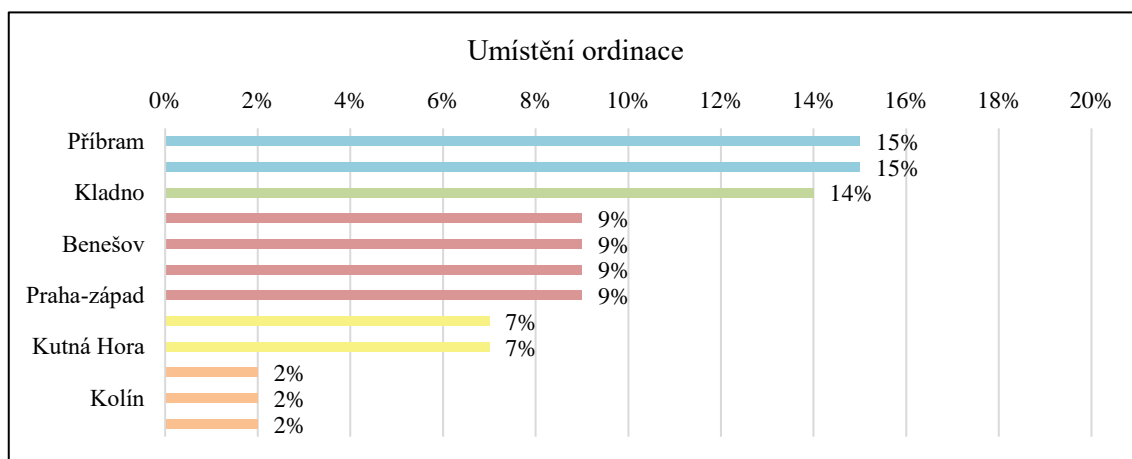
Graf 5.2: Délka praxe v oboru praktického lékařství

Na grafu 5.3 je znázorněno procentuální zastoupení typu ordinací, ve kterých praktičtí lékaři účastníci se výzkumu ordinují. Nejvíce praktických lékařů ordinovalo v samostatné ambulanci (90 % respondentů), dále 4 % praktických lékařů praktikuje v ordinaci, která je součástí polikliniky a 4 % praktikuje v ordinaci, která je součástí nemocnice. Pouze 2 % praktických lékařů působí ve sdílené ordinaci.



Graf 5.3: Typ ordinace

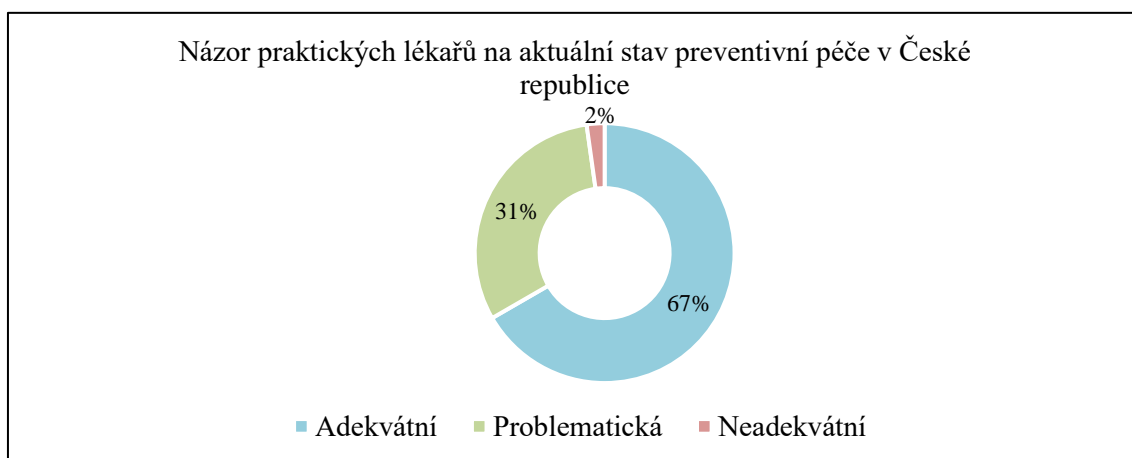
Dále bylo zjišťováno, v jakém okrese Středočeského kraje praktičtí lékaři, jež dotazník vyplnili, ordinují. Nejvíce praktických lékařů bylo z okresu Praha-východ a Příbram, přičemž z obou okresů dotazník vyplnilo 7 PL, dále 6 PL z Kladenského okresu, a v okrese Praha-západ, Beroun, Benešov a Mladá Boleslav z každého okresu dotazník vyplnili 4 PL. Z okresu Nymburk, Kolín a Rakovník formulář vyplnili v každém zmíněném 3 PL a v okrese Mělník a Kutná Hora vyplnil dotazník 1 PL. Následující graf 5.4 uvádí procentuální zastoupení praktických lékařů pro jednotlivé okresy.



Graf 5.4: Okres, ve kterém praktičtí lékaři ordinují

5.1.1 Preventivní péče v České republice

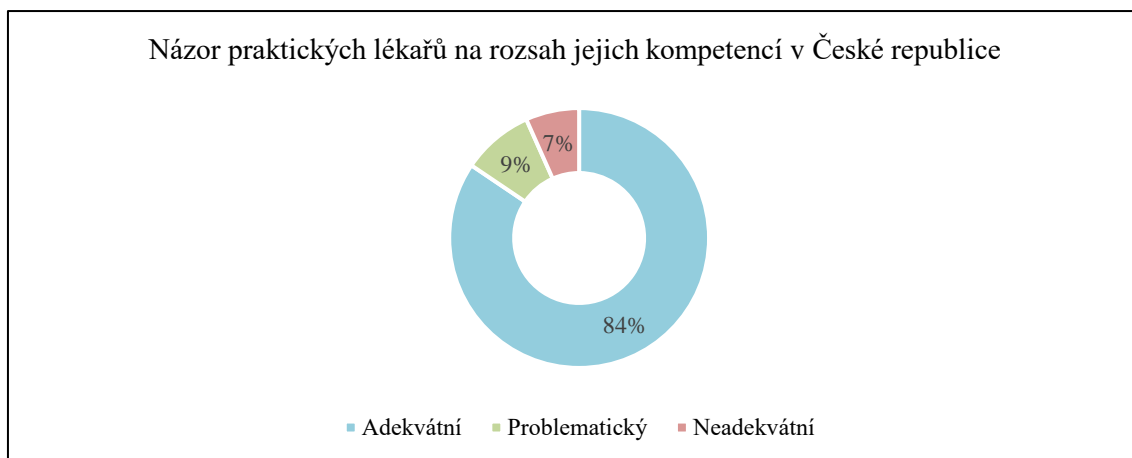
Otázky v této části dotazníkového formuláře byly zaměřeny na stav preventivní péče v ordinacích praktických lékařů.



Graf 5.5: Úroveň preventivní péče v České republice z pohledu PL

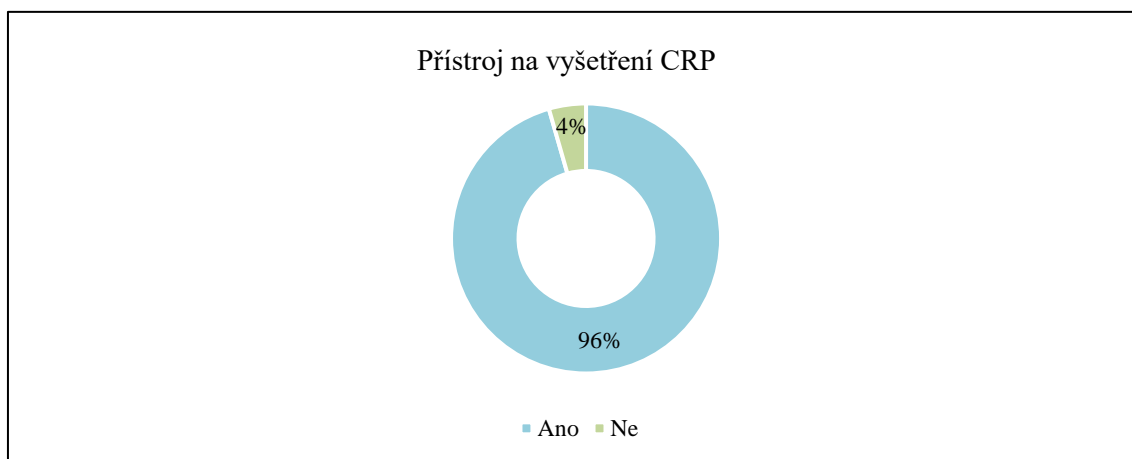
Graf 5.5 znázorňuje názor praktických lékařů na úroveň preventivní péče. Cílem této otázky bylo zjistit, jak vidí úroveň preventivní péče praktičtí lékaři ze své perspektivy. Jako adekvátní označilo úroveň preventivní péče 67 % praktických lékařů,

31 % respondentů označilo úroveň preventivní péče za problematickou a 2 % praktických lékařů považuje současný stav preventivní péče v ČR za neadekvátní.



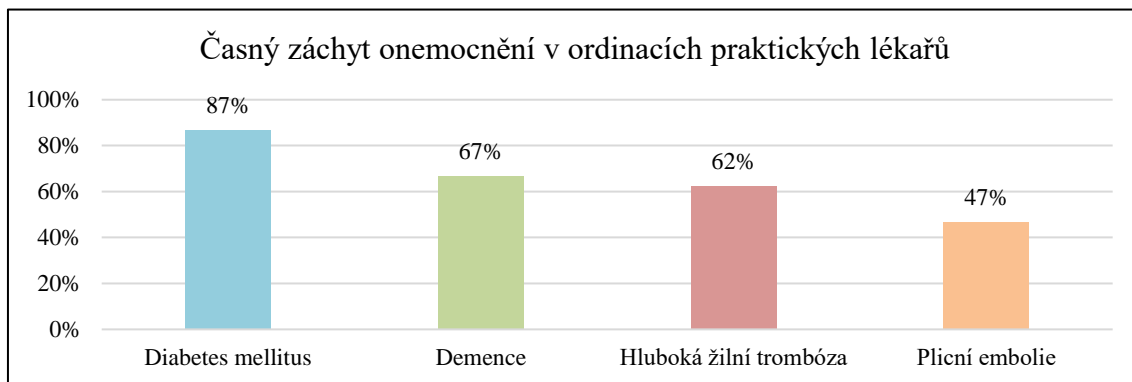
Graf 5.6: Rozsah kompetencí praktických lékařů v České republice

Tato otázka se zabývala tím, zda je rozsah kompetencí praktických lékařů v České republice dle jejich názoru dostatečný, a tedy i graf č.5.6 znázorňuje procentuální vyjádření rozdělení praktických lékařů dle jejich názoru. Nabídnuty byly možnosti adekvátní, problematický a neadekvátní. Většina praktických lékařů 84 % považuje rozsah svých kompetencí za adekvátní, 9 % za problematický a 7 % za neadekvátní. Na tuto otázku navazovalo zjišťování, zda mají praktičtí lékaři ve svých ordinacích možnost testování CRP.



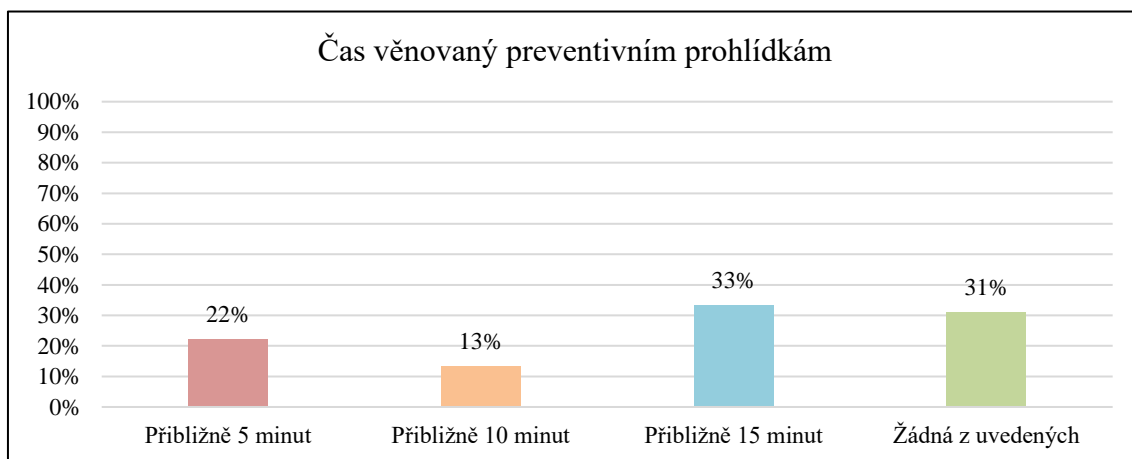
Graf 5.7: Přístroj k analýze CRP v ordinaci

Otázka, ke které se vztahuje graf č.5.7, zjišťovala, kolik z dotazovaných praktických lékařů má ve svojí ordinaci diagnostický přístroj k určování CRP pro preventivní vyšetření. Z výsledků vyplývá, že přístroj k analýze CRP má ve své ordinaci 96 % respondentů. Dále byla v souvislosti s diagnostickou položena otázka stran včasného záchytu vybraných onemocnění.



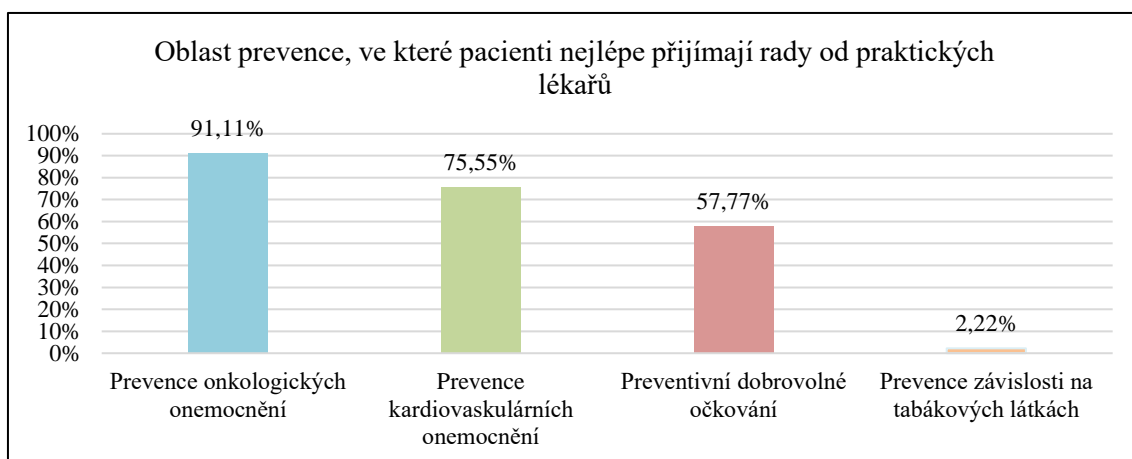
Graf 5.8: Včasná diagnostika v ordinacích VPL

Otázka vztahující se ke grafu č.5.8, byla zaměřena na to, zda se praktickým lékařům daří časný záchyt onemocnění, jejichž diagnostiku v ordinacích praktických lékařů umožnilo rozšíření kompetencí praktických lékařů v oblasti diagnostiky. U této otázky měli praktičtí lékaři na výběr z možností diabetes mellitus, demence, hluboká žilní trombóza a plicní embolie, přičemž měli možnost výběru více možností. Jak ukazuje graf č.5.8, v případě diabetu mellitu se včasná diagnostika zdařila u 87 % praktických lékařů, demence byla detekována v 67 % ordinacích, hluboká žilní trombóza byla včasné diagnostikována v 62 % ordinacích a plicní embolie u 47 % praktických lékařů. Další otázkou bylo zjišťováno, kolik času věnují praktičtí lékaři preventivním prohlídkám.



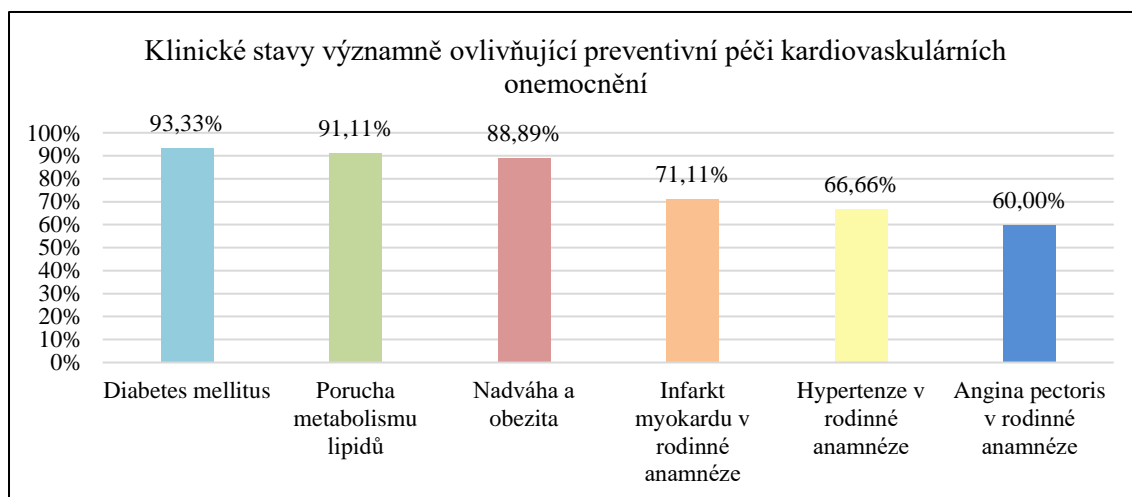
Graf 5.9: Čas věnovaný preventivním činnostem v ordinacích VPL

Jak lze vyčíst z grafu 5.9, z nabízených možností 33 % praktických lékařů věnuje preventivním prohlídkám přibližně 15 minut, přibližně 10 minut věnuje preventivním prohlídkám 13 % praktických lékařů a 22 % se věnuje preventivním prohlídkám přibližně po dobu 5 minut. Zbýlých 32 % zvolilo možnost žádná z uvedených. Na tuto otázku navazovalo zjišťování toho, v jaké oblasti prevence pacienti nejlépe přijímají rady od svých praktických lékařů.



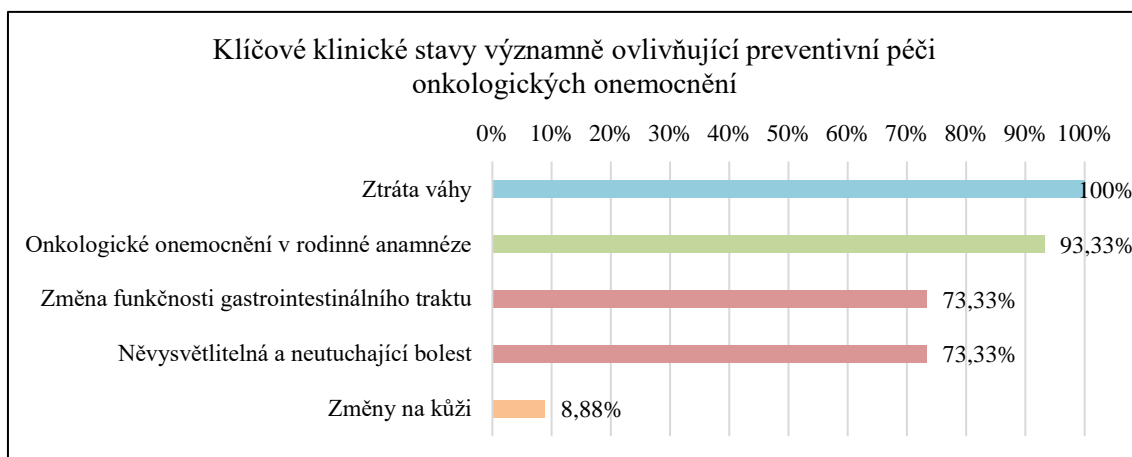
Graf 5.10: Příjem preventivních rad od praktických lékařů

Na grafu č.5.10 lze dobře vidět, že nejlépe jsou přijímány rady v oblasti onkologické prevence (tuto oblast uvedlo 91 %) praktických lékařů. Poradenství v oblasti kardiovaskulárních onemocnění je přijímáno dobře dle 75,55 % praktický lékařů. Rady stran preventivního dobrovolného očkování jsou dobře přijímány dle 57,77 % a dle 2,22 % PL jsou dobře přijímány i rady související s prevencí závislosti na tabákových látkách. Následující otázka analyzovala, jaké klinické stavy související s kardiovaskulárními potížemi jsou pro praktické lékaře nejzásadnější pro indikaci preventivních opatření a vyšetření kardiovaskulárních onemocnění



Graf 5.11: Faktory vedoucí praktického lékaře k indikaci preventivních opatření kardiovaskulárních onemocnění

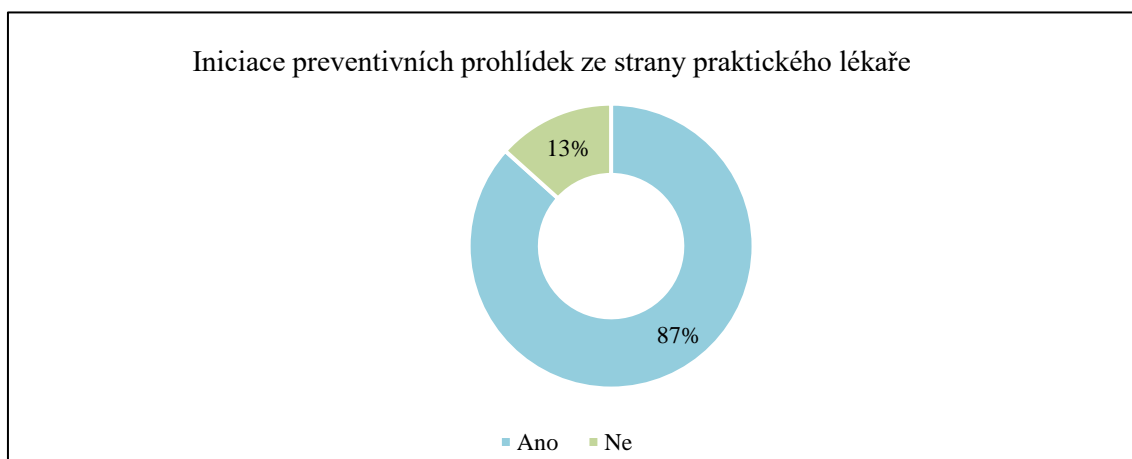
Na grafu č.5.11 lze pozorovat, že pro 93,33 % ze všech praktických lékařů je zásadní diabetes mellitus, jako druhý nejčastější stav je porucha metabolismu lipidů a to v 91,11 % případech a jako třetí nadváha a obezita 88,89 %. Pro 71,11 % byl také důležitý infarkt myokardu v rodinné anamnéze, dále pro 66,66 % hypertenze v rodinné anamnéze a pro 60 % angina pectoris v rodinné anamnéze. Navazovala otázka obdobného charakteru zaměřená na onkologická onemocnění.



Graf 5.12: Faktor ovlivňující praktické lékaře k indikaci preventivních opatření onkologických onemocnění

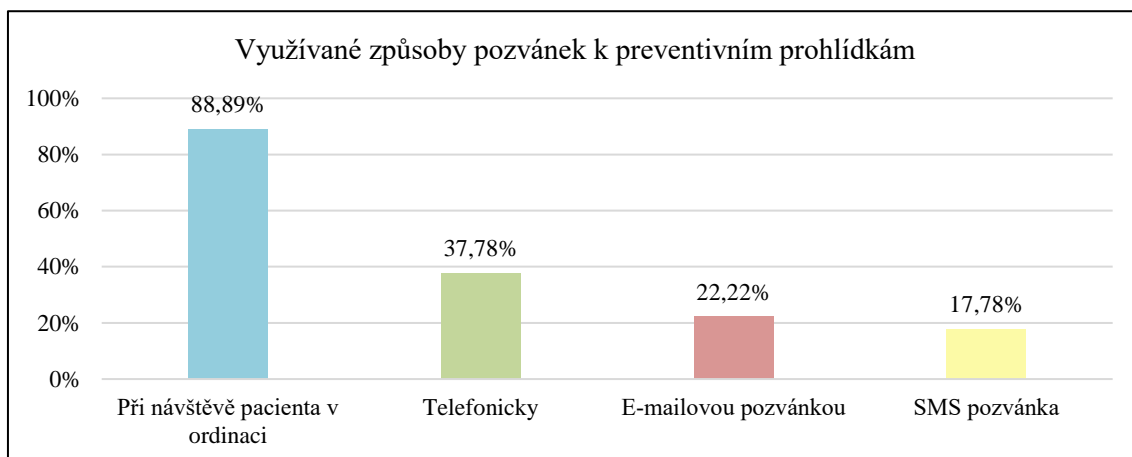
Účelem této otázky bylo zjistit, jaké klinické stavy jsou pro praktické lékaře nejpodstatnější při preventivní činnosti v oblasti onkologických onemocnění. Graf č.5.12 ukazuje že pro 100 % praktických lékařů je zásadní ztráta váhy bez zjevné příčiny, pro 93,33 % také onkologické onemocnění v rodinné anamnéze, pro 73,33 % změna funkčnosti gastrointestinálního traktu a pro stejný počet praktických lékařů také nevysvětlitelná a neutuchající bolest. Pro 8,88 % praktických lékařů jsou zásadní také změny na kůži.

Další otázkou bylo zjišťováno, zda praktičtí lékaři dodržují dvouletý interval, ve kterém by měly být uskutečňovány preventivní prohlídky u dospělých pacientů. Ze získaných odpovědí vyplývá, že tento interval dodržuje 100 % praktických lékařů, jež dotazníkový formulář vyplnili. Na tuto otázku navazoval dotaz, zda praktičtí lékaři iniciují preventivní prohlídky.



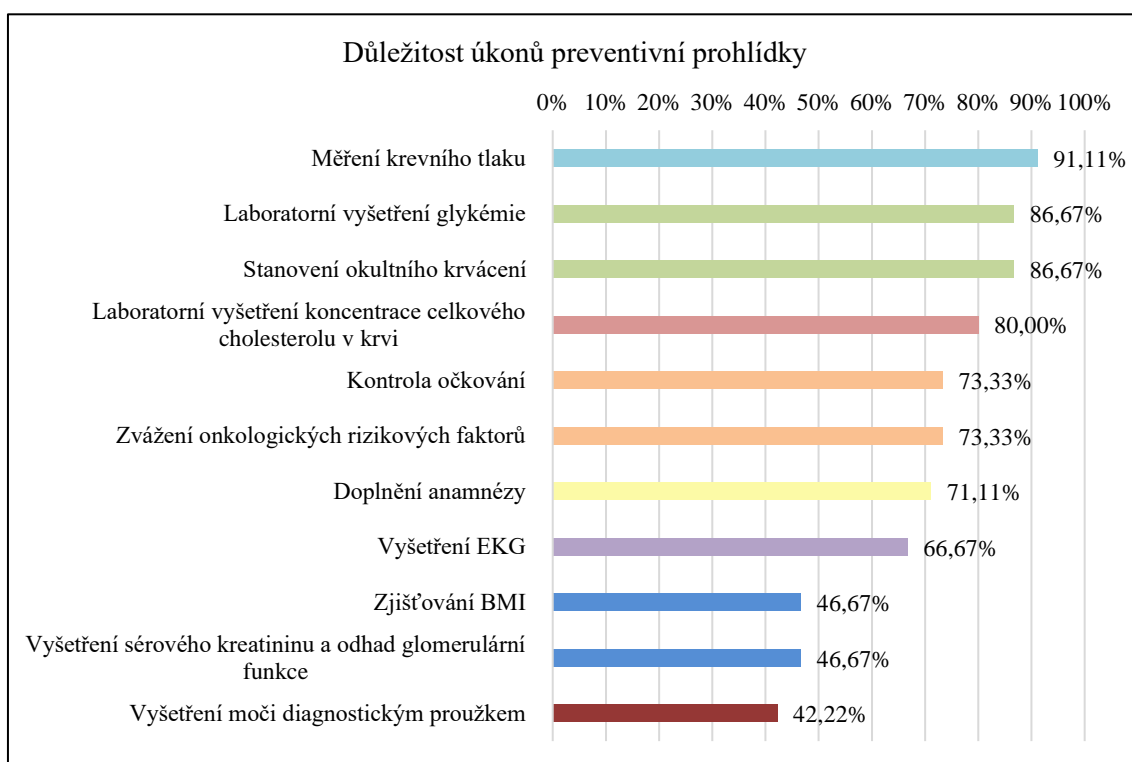
Graf 5.13: Iniciace preventivních prohlídek praktickými lékaři

Graf č.5.13 zachycuje odpovědi respondentů na iniciaci preventivních prohlídek. Tato otázka prošetřovala, zda praktičtí lékaři iniciují účast svých pacientů na preventivních prohlídkách. Jak je na grafu vidět k preventivním prohlídkám aktivně své pacienty zve 87 % respondentů. Dále pokračoval dotazník otázkou na formu pozvání.



Graf 5.14: Způsoby pozvání k preventivní prohlídce

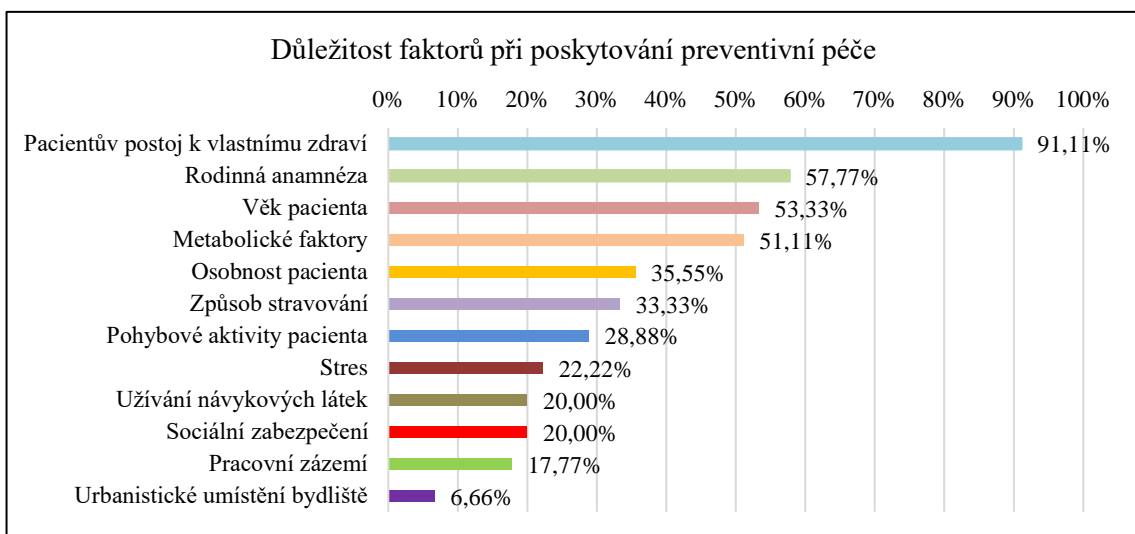
Graf č.5.14 uvádí že ze všech respondentů v 88,89 % případech zvou PL pacienty při jejich návštěvě v ordinaci, 37,78 % zve své pacienty také telefonicky, e-mailem zve pacienty 22,22 % PL a 17,78 % ze všech praktických lékařů využívá SMS pozvánek. Dále byla zjišťována důležitost jednotlivých úkonů preventivní prohlídky.



Graf 5.15: Důležitost úkonů preventivní prohlídky

Graf č.5.15 znázorňuje důležitost úkonů preventivní prohlídky. Účelem této otázky bylo zjistit, jaké úkony preventivní prohlídky jsou dle respondentů nejdůležitější. Dle výsledků dotazování, je nejpodstatnější měření krevního tlaku, které volilo z celkového počtu respondentů 91,11 % PL, následně laboratorní vyšetření glykémie a stanovení okultního krvácení, jež bylo shodně označeno 86,67 % respondenty

a jako třetí nejvýznamnější aspekt preventivní prohlídky vychází laboratorní vyšetření koncentrace celkového cholesterolu v krvi, které označilo 80 % PL. Další byla v hierarchii důležitosti umístěna kontrola očkování a zvážení onkologických rizikových faktorů, které označilo shodně 73,33 % respondentů, pro 71,11 % respondentů je to též doplnění anamnézy a pro 66,67 % vyšetření EKG. Ke shodnému výsledku došlo u zjišťování BMI a vyšetření sérového kreatinu a odhad glomerulární funkce, které je podstatné pro 46,67 % PL a pro 42,22 % z dotazovaných se jedná také o vyšetření moči diagnostickým proužkem. Na tuto otázku navazovalo zjišťování toho, jaké faktory jsou pro praktické lékaře důležité při poskytování preventivních péče

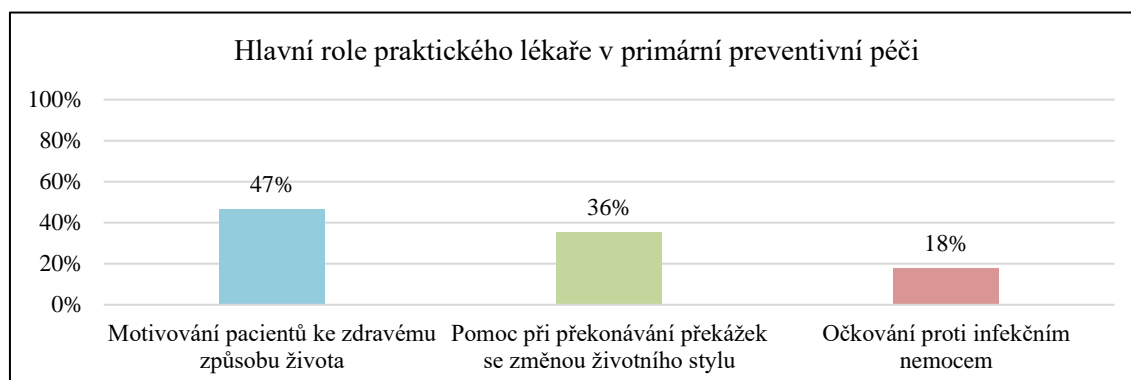


Graf 5.16: Hierarchie důležitosti faktorů ovlivňujících preventivní péči

Na grafu č.5.16 lze pozorovat hierarchické uspořádání faktorů, které ovlivňují praktické lékaře při preventivní péči, dle jejich důležitosti. Jako nejpodstatnější se dle dotazování jeví pacientův postoj k vlastnímu zdraví 91,11 %, také rodinná anamnéza 57,77 %, věk pacienta 53,33 %, metabolické faktory 51,11 %, osobnost pacienta 35,55 %, způsob stravování 33,33 %, pohybové aktivity pacienta 28,88 % a 22,22 % stres. Jako rozhodující faktor při poskytování preventivní péče bylo také užívání návykových látek a sociální zabezpečení shodně a to pro 20 % PL ze všech respondentů, pracovní zázemí 17,77 % a urbanistické umístění bydliště je podstatné pro 6,66 % PL.

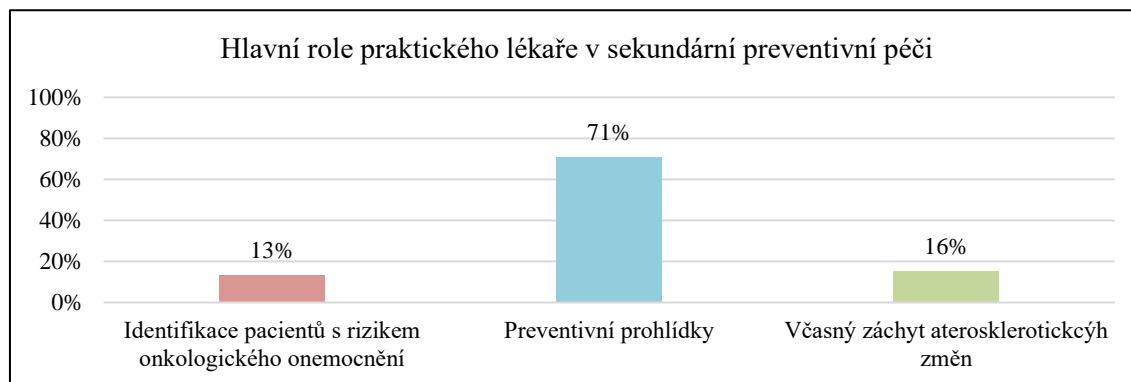
5.1.2 Role praktického lékaře v preventivní péči

Účelem této části dotazníkového formuláře bylo zjistit, jakou roli praktičtí lékaři v preventivní péči ze své perspektivy zastávají



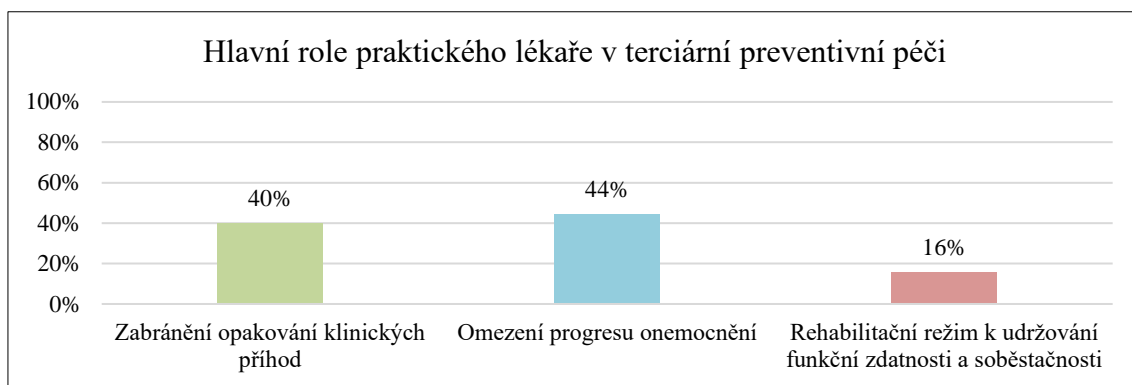
Graf 5.17: Hlavní role VPL v primární preventivní péči

Graf č.5.17 znázorňuje, v čem spočívá dle názoru praktických lékařů hlavní role PL v oblasti primární preventivní péči. Nejvíce PL a to 47 % zastává názor, že hlavní rolí praktického lékaře v primární preventivní péči spočívá v motivování pacientů ke zdravému způsobu života, menší část praktických lékařů 36 % preferuje jako hlavní roli pomoc při překonávání překážek se změnou životního stylu a nejnižší podíl 18 % v očkování proti infekčním nemocem. Následně bylo obdobně zjišťováno, jaká je hlavní role PL v preventivní péči sekundární.



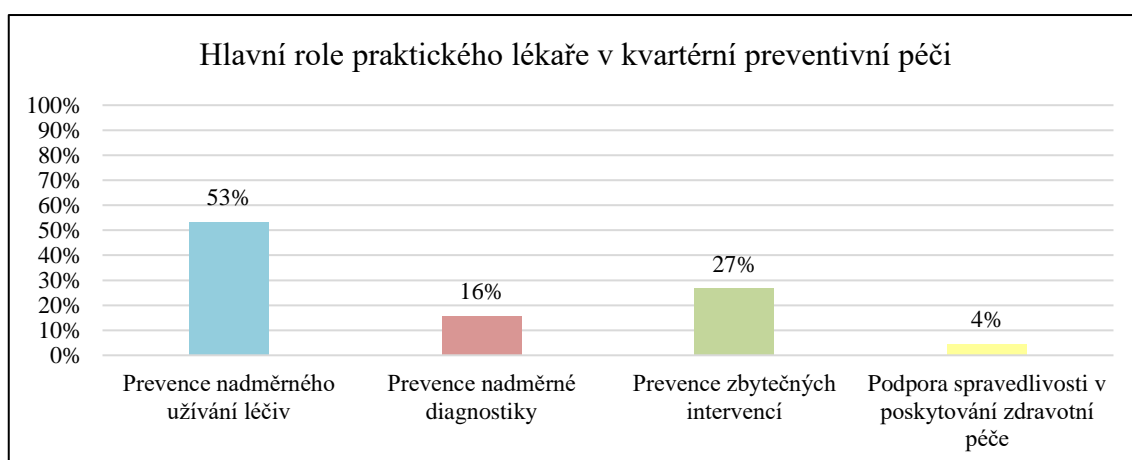
Graf 5.18: Hlavní role VPL v sekundární preventivní péči

Graf č.5.18 zachycuje, že v této oblasti největší část PL zastávala názor, že jejich hlavní rolí v této oblasti sekundární prevence jsou preventivní prohlídky (tuto odpověď uvedlo 71 % respondentů), druhou nejčastější odpovědí byl včasný záchyt aterosklerotických změn (16 % respondentů) a nejméně odpovědí bylo pro identifikaci pacientů s rizikem onkologického onemocnění 13 %. Dále byla zjišťována hlavní role PL v terciární preventivní péči.



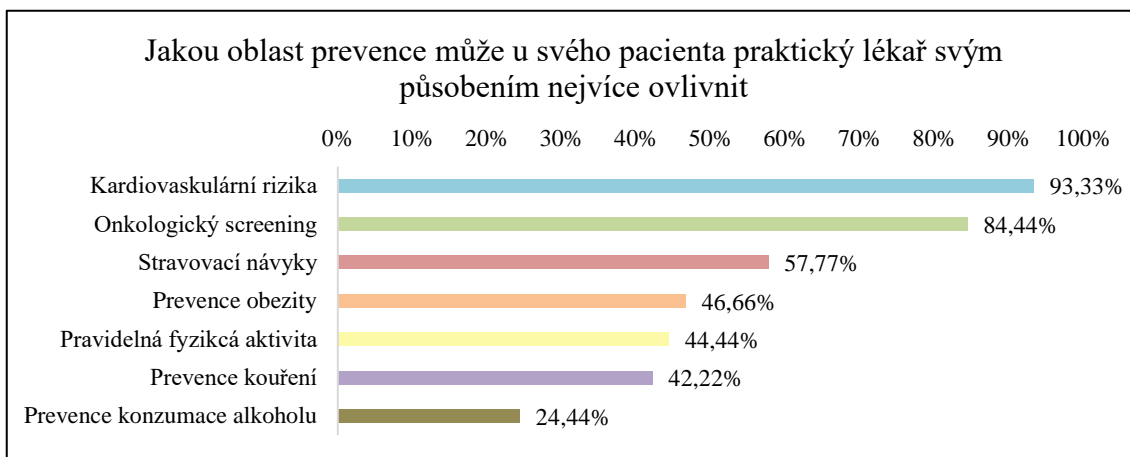
Graf 5.19:Hlavní role VPL v terciární preventivní péči

V rámci dotazování na hlavní roli praktického lékaře v oblasti terciární péče měli praktičtí lékaři na výběr z možností zabránění opakování klinických příhod, omezení progresu již diagnostikovaného onemocnění a rehabilitační režim k udržování funkční zdatnosti a soběstačnosti. Na grafu č.5.19 je vidět procentuální zastoupení odpovědí všech respondentů. Z nabízených možností 44 % PL uvažuje jako hlavní roli omezení progresu již diagnostikovaného a léčeného onemocnění, dále 40 % PL vidí hlavní roli v zabránění opakování klinických příhod a pro 16 % PL spočívá tato role v rehabilitačním režimu k udržení funkční zdatnosti a soběstačnosti. Další dotaz byl směřován k preventivní péči kvartérní.



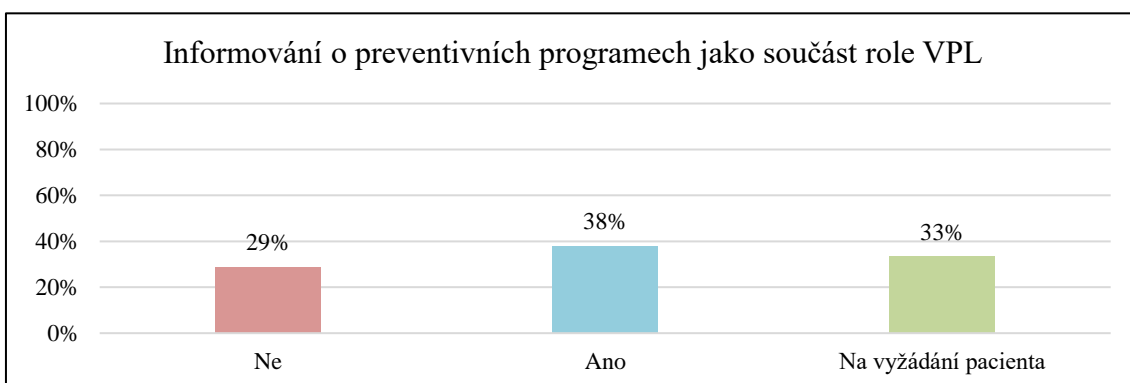
Graf 5.20: Hlavní role VPL v kvartérní preventivní péči

Z grafu č.5.20 lze vyčíst, že pro nadpoloviční většinu a to 53 % praktických lékařů je hlavní rolí PL v této oblasti prevence nadměrného užívání léčiv a ve 27 % případech se jedná o prevenci zbytečných intervencí. Jako hlavní je prevence nadměrné diagnostiky uvažována 16 % praktickými lékaři a podporu spravedlivosti v poskytování zdravotní péče jako hlavní uvažuje 4 % z dotazovaných. Následně bylo zjišťováno, v jaké oblasti prevence má role praktického lékaře největší potenciál k ovlivnění pacientů.



Graf 5.21: Největší potenciál k ovlivnění pacienta

Nejvíce mohou praktičtí lékaři dle grafu č.5.21 pacienty ovlivnit v prevenci. Ze všech respondentů si 93,33 % PL myslí že v prevenci kardiovaskulárních rizik, 84,44 % PL si také myslí že v oblasti onkologického screeningu. V pozitivní ovlivnění pacientů v oblasti stravovacích návyků věří ze všech respondentů 57,77 % PL. Prevenci obezity uvedlo také 46,66 % respondentů, fyzickou aktivitu 44 % respondentů a oblast prevence kouření 42,22 % respondentů. Ovlivnění pacienta v prevenci konzumace alkoholu jsou dobré šance podle 24,44 % ze všech respondentů. Další dotaz zjišťoval, zda praktičtí lékaři berou jako součást své role informovat své pacienty o preventivních programech zdravotních pojišťoven.

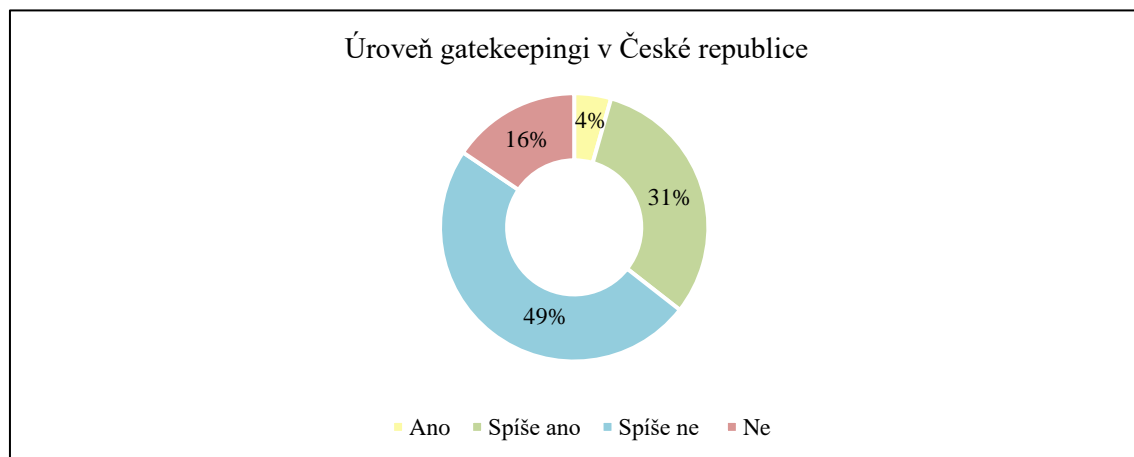


Graf 5.22: Poskytování informací o preventivních programech ZP

Jako nedílnou součást své role, jak lze vidět na grafu č.5.22, tento aspekt uvažuje 38 % PL, dalších 33 % informuje své pacienty na vyžádání a 29 % si myslí, že to součástí jejich role není.

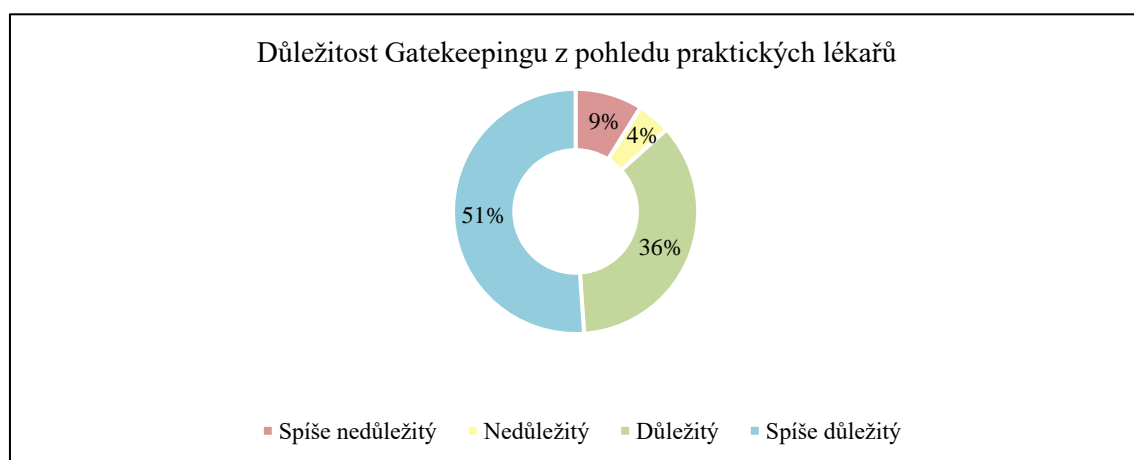
5.1.3 Gatekeeping

V této části dotazníku byla věnována pozornost problematice gatekeepingu, ke kterému by mělo docházet v ordinacích praktických lékařů.



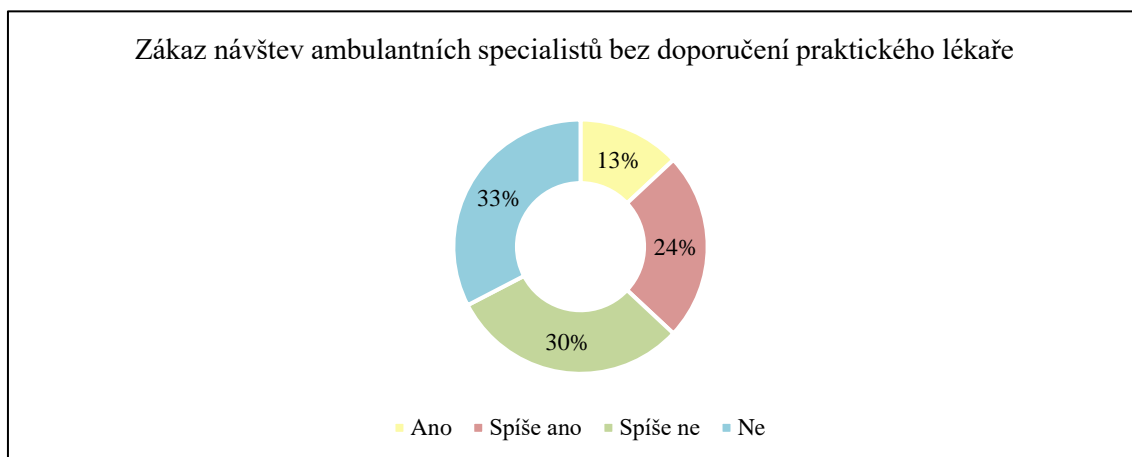
Graf 5.23: Úroveň gatekeepingu v ČR z perspektivy VPL

První dotaz byl soustředěn na to, zda je úroveň gatekeepingu v České republice na dobré úrovni. Na grafu č. 5.23 můžeme pozorovat, že 65 % PL nepovažuje úroveň gatekeepingu v České republice a naopak 35 % hodnotí úroveň gatekeepingu za dobrou či spíše dobrou. Dále byla zjišťována důležitost gatekeepingu.



Graf 5.24: Důležitost gatekeepingu z pohledu VPL

Za důležitý či spíše důležitý, jak je vidět na grafu č.5.24, považuje gatekeeping 87 % praktických lékařů, zbylých 13 % potom gatekeepingu významnou důležitost nepřikládá. Následně byl zjišťován názor praktických lékařů na případný zákaz návštěv ambulantních specialistů bez indikace praktického lékaře.

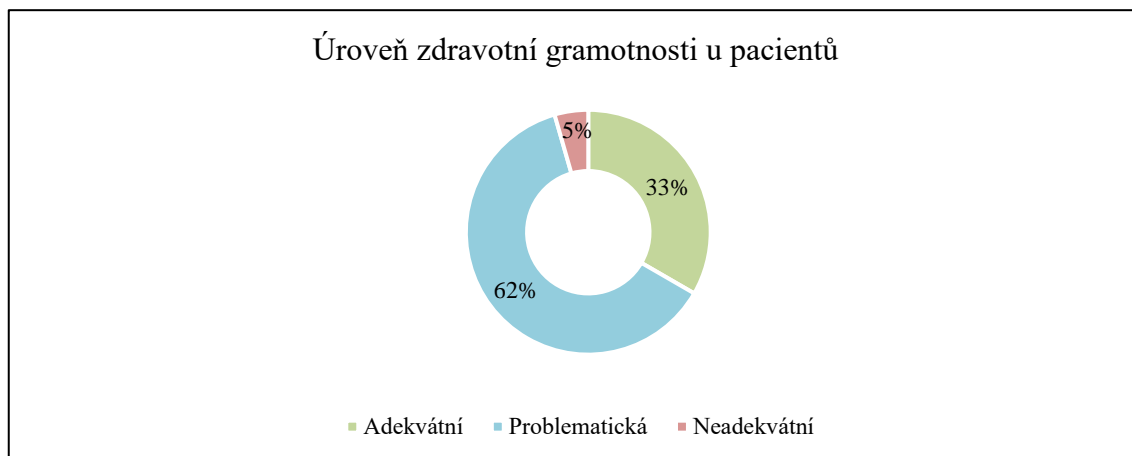


Graf 5.25: Zákaz návštěv ambulantních specialistů bez indikace VPL

Jak lze vidět na grafu č.5.25, 63 % respondentů by bylo spíše proti zákazu návštěv ambulantních specialistů bez doporučení praktického lékaře. Naopak jejich zákaz, by 37 % praktických lékařů podpořilo.

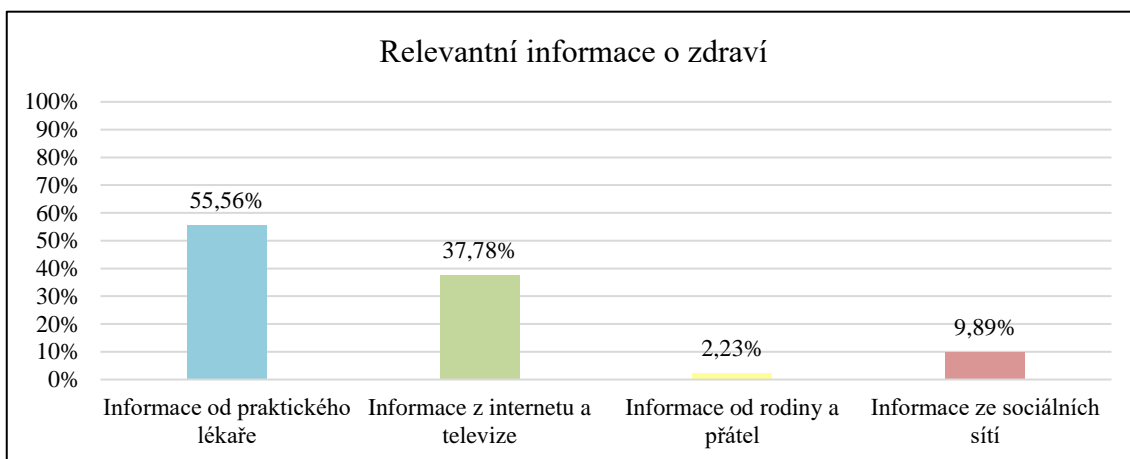
5.1.4 Zdravotní gramotnost

Poslední část dotazníkového šetření byla zaměřena na otázky vztahené ke zdravotní gramotnosti obyvatel České republiky.



Graf 5.26: Pohled VPL na úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel ČR

Otázka, ke které se vztahuje graf č.5.26, byla zaměřena na úroveň zdravotní gramotnosti u pacientů. Jako problematickou uvažuje zdravotní gramotnost pacientů 62 % PL, za adekvátní 33 % a další 5 % si myslí, že je úroveň zdravotní gramotnosti pacientů neadekvátní. Následně bylo analyzováno, jaký zdroj informací o zdraví je pro pacienty dle praktických lékařů nejrelevantnější.



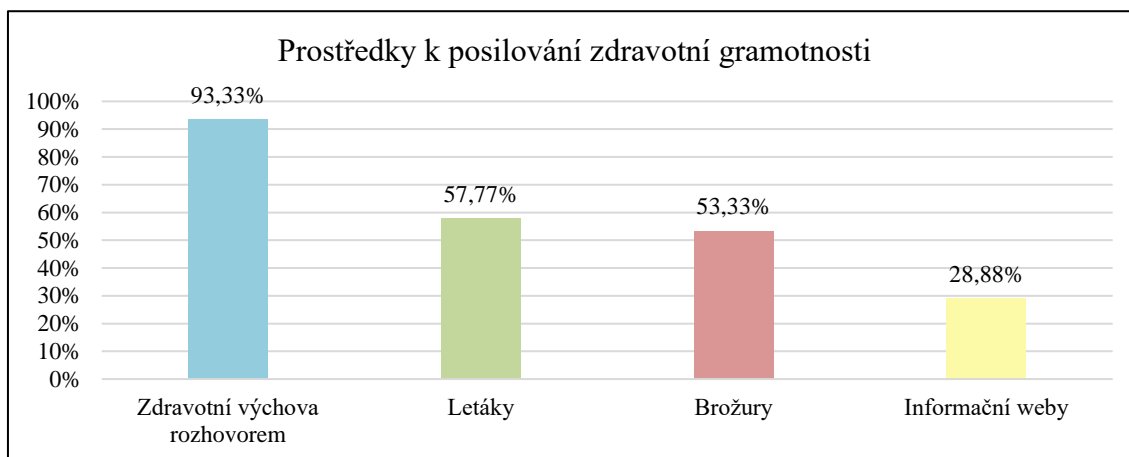
Graf 5.27: Relevance zdrojů informací o zdraví

Graf č.5.27 zachycuje, že dle 55,56 % PL se jedná o informace od praktického lékaře, druhým nejčastějším nejrelevantnějším zdrojem jsou pro pacienty dle 37,78 % respondentů informace z internetu a televize, dále dle 4 % PL jsou to informace ze sociálních sítí a dle 2 % respondentů jsou nejrelevantnější informace od rodiny a přátel. Následně bylo zjišťováno, jaké podněty vedou praktické lékaře k posilování zdravotní gramotnosti u jejich pacientů. Relevance zdrojů informací o zdraví



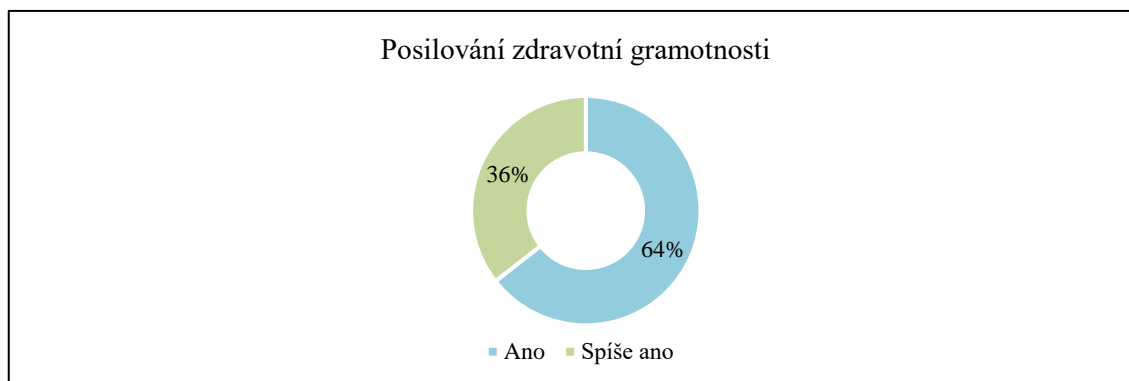
Graf 5.28: Podněty vedoucí praktické lékaře k posilování zdravotní gramotnosti

Na grafu č.5.28 lze vidět, že ze všech respondentů je pro 68,88 % zásadním podnětem špatné porozumění informacím souvisejících se zdravotně rizikovým chováním. Pro 64,44 % také nedodržování lékařem stanoveného léčebného postupu, pro 51,11 % z celkového počtu respondentů shodně popírání významnosti očkování ze strany pacienta a adekvátnost návštěvy praktického lékaře, a pro 31,11 % PL jsou to také časté návštěvy ambulantních specialistů bez indikace praktického lékaře.



Graf 5.29: Prostředky, jež VPL k posilování zdravotní gramotnosti využívají

Stran posilování zdravotní gramotnosti je, jak je zachyceno na grafu č.5.29, nejvyužívanějším prostředkem zdravotní výchova formou rozhovoru 93,33 %, vyžívány jsou také letáky a to v 57,77 % případech a brožury v 53,33 % a nejméně jsou využívány informační weby a to 28,88 % PL. Bylo také zjišťováno kolik, zda praktičtí lékaři zdravotní gramotnost posilují aktivně.



Graf 5.30: VPL kteří zdravotní gramotnost aktivně posilují

Graf č.5.30 dokazuje že zdravotní gramotnost svých pacientů se mají snahu všichni respondenti dotazníkového šetření.

V závěrečné části dotazníku byl prostor, ve kterém mohli praktičtí lékaři akcentovat své myšlenky, nebo poukázat na to, co se jim v rámci prevence zdá důležité. Někteří praktičtí lékaři uvedli, že je jejich práce až příliš zatížená administrativou, což je často zdržuje od základní náplně jejich práce. Dále někteří praktičtí lékaři kladli důraz na to že si pacienti neváží velmi kvalitního zdravotního systému a často ho zneužívají. V souvislosti s tímto také zdůraznili, že za své zdravé si pacient odpovídá zejména sám a že se snaží svým pacientům, který o to má zájem, maximálně pomoci. Při posilování zdravotní gramotnosti by se mělo postupovat celorepublikově například učením základních principů ve školách a vyžitím dosahu médií a sdělovacích prostředků

5.2 Závěry z rozhovorů

V této podkapitole jsou uvedeny výstupy z rozhovorů s praktickými lékaři, jejichž přesné znění je kompletně přístupno v přílohách.

Doba působení jako praktický lékař pro dospělé?

- VPL I. – 42 let
- VPL II. – 11 let
- VPL II. – 23 let

Adekvátnost dvouletého intervalu preventivních prohlídek

- VPL I. – Ano, bohatě to stačí
- VPL II. – Určitě to stačí.
- VPL III. – Ano, rozsah je v pořádku

Adekvátnost současného obsahu preventivních prohlídek:

- VPL I. – Ne. Určité věci tam chybí. Obohatit o ultrazvuk vylučovacího systému (diagnostika onemocnění ledvin a močového měchýře)
- VPL II. – Z mého pohledu je to dostatečný. Lékař si preventivní prohlídku může doplnit vyšetřením jaká uzná za vhodné, dle svých zkušeností.
- VPL. III. – Myslím, že je v pořádku, případná další vyšetření si praktický lékař může doplnit nadstandard preventivní prohlídky

Úroveň gatekeepingu v České republice:

- VPL I. – V ČR je ale časově nefunkční. Návaznost mezi zjištěním praktického lékaře k potvrzení diagnózy specialistou, je čekací doba příliš dlouhá. Odborníci nemají čas a mají kvóty na den kolik výkonů jim pojišťovna proplatí a dá už dělat nemůžou.
- VPL II. – Občas je spíš problémem se k odborníkům dostat, jelikož jsou přetížení a pak je problém, když je diagnostika odkládána. Je rozdíl, zda je pacient vyšetřen hned, nebo po půl roce. V mezinárodním porovnání je na tom ale ČR z Evropy a západního světa relativně dobře na rozdíl například od Anglie, kde pacient čeká na kolonoskopii, dle mých informací klidně i rok.
- VPL III. – Je to problém, jelikož dochází k prodlužování čekacích dob na vyšetření. Toto je potřeba řešit systémově a odstraňovat dané překážky.

Úroveň zdravotní gramotnosti pacientů v České republice:

- VPL I. – V dnešní době je to velmi těžké, jelikož mnoho pacientů se diagnostikuje, dle internetu a nechtějí přistoupit na jiné možné alternativy, co by jim mohlo být.
- VPL II. – v poledních letech se zlepšuje. Lidé mají zájem a možná když jim jde praktický lékař příkladem, vždy je to pro pacienta lépe přijatelní. I

mě překvapuje, jak lidé slyší na doporučení ohledně životního stylu a následně se mi chlubí svými úspěchy. Z toho mám pak radost. Celková osvěta se zlepšuje.

- VPL III. – Myslím, že zdravotní gramotnost pacientů se zlepšuje. Zejména mladí lidé mají zájem porozumět tématům týkajících se zdraví

Stimulace zdravotní gramotnosti pacientů:

- VPL I. – Edukace pacientů je nutná. Google nikdo neovlivní a lidé s hledají nejjednodušší způsob přístupu k informacím. Doporučuji všechny druhy informačních zdrojů týkajících se zdraví. Brožury, letáky, informační weby.
- VPL II. – Nejlepší možností je praktik a média. V případě médií by mohlo být více informací o osvětě o zdravém životním stylu. Přizpůsobení na míru: pro mladší. nejdůležitějším způsobem je pohovor s pacientem v ordinaci.
- VPL III. – Bylo by dobré začínat již ve vzdělávacích institucích a využívat taky dosahu médií, který je obrovský. Rozhovor v ordinaci a doporučení od praktického lékaře jsou nejdůležitější, pro rozšíření daného tématu pak brožury a informační weby.

Míra vlivu praktického lékaře jako informačního zdroje pro pacienty:

- VPL I. – Záleží na tom, jaký člověk je, mladší ročníky mají radši informace z internetu, zatímco starší ročníky jsou rády, když jsou jim informace opakovaně sdělovány v ordinaci. Někteří chtějí informace v papírové formě, jiní slovem, jiní formou informačních webů.
- VPL II. – Všeobecně se mezi praktiky říká, že praktickým lékařům v České republice pacienti ještě stále věří. V tomto má praktický lékař velký potenciál a velkou moc. Pacienti, chodí a ptají se na názor praktických lékařů. Pokud má praktický lékař důvěru svých pacientů, je pro pacienty jeho názor velmi důležitý. Velká nadstavba praktických lékařů spočívá v tom, že mají souvislosti a propojení znalostí ze studia, které laická veřejnost ani internet nemá.
- VPL III. – Praktičtí lékař jsou pro pacienty stále relevantním zdrojem informací. Často jsou pacienti konfrontováni se zjištěními z internetu, které je následně potřeba zhodnotit a pacientu vysvětlit, proč se například může jednat o jiné onemocnění.

5.3 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č 1

- Testovaná hypotéza
 - H0: Pohlaví praktického lékaře má vliv na jeho názor na to, jaká jeho role je v primární prevenci nejdůležitější.
 - H1: Pohlaví praktického lékaře nemá vliv na jeho názor na to, jaká jeho role je v primární prevenci nejdůležitější.
- Pearson-chí kvadrát test
- $p=0,142$
- Zamítnutí nulové hypotézy
- ***Pohlaví praktického lékaře nemá vliv na to, jaká role je dle jeho mínění v primární prevenci nejdůležitější.***

Výzkumná otázka č. 2

- Testovaná hypotéza
 - H0: Pohlaví praktického lékaře má vliv na to, zda zve své pacienty k preventivním prohlídkám.
 - H1: Pohlaví praktického lékaře nemá vliv na to, zda zve své pacienty k preventivním prohlídkám.
- Pearson-chí kvadrát test
- $p=0,020$
- Zamítnutí nulové hypotézy
- ***Pohlaví praktického lékaře nemá vliv na to zda zve své pacienty k preventivním prohlídkám.***

Výzkumná otázka č. 3

- Lze tvrdit, že většina praktických lékařů vidí svou hlavní roli v sekundární preventivní péči v oblasti provádění preventivních prohlídek.
- Dle výpočtu frekvence četností kategorií v R Commanderu jsou nejdůležitější rolí praktického lékaře v sekundární péči preventivní prohlídka v 68,89 % případech a zbylých 41,11 % se dělí mezi identifikaci pacientů s rizikem onkologického onemocnění a včasného zachytu aterosklerotických změn.
- ***Lze tedy opravdu tvrdit, že nadpoloviční většina praktických lékařů vidí svou hlavní roli v sekundární prevenci právě v preventivních prohlídkách.***

Výzkumná otázka č. 4

- Lze tvrdit, že nadpoloviční většina praktických lékařů vidí svou hlavní roli v terciární preventivní péči v oblasti zamezení opakování klinických příhod
- Dle výpočtu frekvence četností kategorií v R Commanderu je nejdůležitější rolí praktického lékaře v terciární péči omezení progresu onemocnění a to v 44,44 %

případech a následně zabránění opakování klinických příhod v 40,00 % a jako poslední rehabilitační režim k udržování funkční zdatnosti a soběstačnosti.

- *V tomto případě se nejedná o nadpoloviční většinu, ale o značnou část praktických lékařů.*
- *Na základě těchto zjištění lze ale tvrdit, že omezení progresu onemocnění a zabránění opakování klinických příhod jsou na tom ve své důležitosti přibližně podobně.*

Výzkumná otázka č. 5

- Lze tvrdit, že většina praktických lékařů vidí svou hlavní roli v kvartérní prevenci v oblasti prevence nadměrného užívání léčiv.
- Dle výpočtu frekvence četností kategorií v R Commanderu vidí praktičtí lékaři nejpodstatněji svou roli v kvartérní péči v prevenci nadměrného užívání léčiv 51,11 % PL, následně v prevenci zbytečných intervencí 26,67 %, dále v prevenci nadměrné diagnostiky 17,78 % PL a nejméně v podpoře spravedlivosti v poskytování zdravotní péče 4,44 % PL.
- *U této výzkumné otázky lze tvrdit, že nadpoloviční většina praktických lékařů vidí svou roli hlavně v prevenci nadměrného užívání léčiv, přestože se jedná o 1,11 % nad 50 % všech respondentů.*

6 Diskuse

„*Prevention is better than cure*“ neboli „Prevence je lepší než lék“ tento výrok je přisuzován holandskému mysliteli a představiteli renesance a humanismu Erasmu Desideriu Rotterdamskému [80]. S touto myšlenkou nelze než souhlasit, jelikož předcházení onemocnění nebo jeho včasná diagnostika může významně ovlivnit prognózu onemocnění a případně také ekonomickou náročnost poskytované zdravotní péče a s tím související ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. V současnosti je prevence elementární součástí každého zdravotního systému.

V České republice je na preventivní péči kladen stále větší důraz, což je možné pozorovat například prostřednictvím možného navýšení základní kapitační platby, kdy za vykázání preventivních prohlídek u minimálně 30 % registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věkovém rozmezí 40-80let, dochází k jejímu navýšení za pojištěnce o 2,00 Kč. Od roku 2015 do roku 2022 bylo toto navýšení ve výši 0,50 Kč a do roku 2014 prevence nebyly brány v úvahu vůbec. Toto navyšování může mít pozitivní vliv na ochotu praktických lékařů preventivní prohlídky provádět a podněcovat k pravidelnosti i své pacienty [65].

Preventivní péče je jednou z nedílných součástí zdravotní péče v ordinacích praktických lékařů, jejímž cílem je identifikovat nebo alespoň mírnit potenciální zdravotní rizika, než se mohou manifestovat jako již rozvinuté onemocnění. Mezi důležité aspekty preventivní péče patří podpora zdraví, prevence a včasná diagnostika onemocnění, pravidelné preventivní prohlídky, screeningové testy a poradenství v oblasti zdravotní a preventivní péče. Praktický lékař se v rámci své praxe účastní preventivní péče ve všech úrovních tedy na primární, sekundární, terciární i kvartérní péči. Lze tvrdit, že má praktický lékař v oblasti prevence roli nezastupitelnou, jelikož jeho náhled a názor na pacientův aktuální zdravotní stav včetně znalostí týkající se pacientovy anamnézy je určující při volbě léčebného postupu. Vztah mezi pacientem a praktickým lékařem by měl být založen na vzájemné důvěře, která spočívá zejména v tom, že praktický lékař dle svého nejlepšího uvážení odpovědně informuje pacienta o zdravotních rizicích a benefitech zdravého životního stylu a chování, a stejně tak o možnostech preventivních opatření a vyšetření, a pacient na své straně zároveň na základě těchto doporučení svědomitě jedná. Z výsledků výzkumu lze usuzovat, že v rámci informací, které se týkají zdraví jsou pro pacienty nejdůležitějším zdrojem informací právě praktičtí lékaři, kteří svým pacientům mohou osvětlit veškeré souvislosti jejich současného zdravotního stavu a možností prevence či potřeby hlubšího diagnostického šetření, které laická veřejnost bez hlubších znalostí nedokáže propojit a adekvátně vyhodnotit. Oslovení experti se shodují na tom, že praktický lékař, který si získá důvěru pacienta má obrovský potenciál v jeho ovlivnění a měl by být využit. Co se týká prevence, z průzkumu je možné usuzovat, že největší potenciál role praktického lékaře v ovlivnění pacientů v prevenci ze strany praktického lékaře je v oblasti kardiovaskulárních rizik, onkologického screeningu a

stravovacích návyků a nejochotněji jsou pacienti přijímány rady též v oblasti prevence onkologických a kardiovaskulárních onemocnění. Tato ochota je nejpravděpodobněji dána fatalitou, kterou pacienti pocítují v souvislosti onkologickými onemocněními a také strachem z infarktu myokardu. Mnoho praktických lékařů (jedná se přibližně o 38 %) považuje za součást své role zvyšování informovanosti pacientů ohledně možností preventivních programů zdravotních pojišťoven, dále se podstatná část (33 %) domnívá, že je to součástí jejich role pouze na vyžádání pacienta a menší počet (zbylých 29 %) se naopak domnívá, že to součástí jejich role není vůbec. Této menšině praktických lékařů by se dalo oponovat, jelikož doporučení preventivních programů praktickým lékařem má pro většinu pacientů mnohem větší váhu než například doporučení vrstevníkem. Tento výstup úzce souvisí s tím, jaké faktory praktické lékaře nejvíce ovlivňují při poskytování preventivní péče, přičemž se většina praktických lékařů přiklání k pacientovu postoji k vlastnímu zdraví, jelikož preventivní programy nabízené pojišťovnami nesou mnoho benefitů pro pacienty, kteří se aktivně zajímají a účastní preventivních programů jak v oblasti screeningových programů, tak například ve spojitosti se změnou životního. Příkladnou motivací k účasti na preventivních programech je například spoluúčast pojišťoven na úhradě pravidelných pohybových aktivit, dobrovolného očkování nebo některých preventivních screeningů. Možným nástrojem pro zvýšení zájmu praktických lékařů ke zvyšování informovanosti o preventivních programech pojišťoven ze strany praktických lékařů by mohlo být například procentuální navýšení kapitační platby, jako je tomu za provedení preventivních prohlídek.

Ošetřovatel, zprostředkovatel, komunikátor, edukátor, nositel změn, vůdce či manažer. Toto je výčet několika specifických rolí, které by měl praktický lékař ve svém postavení vůči pacientovi a zdravotnímu systému zastávat. Praktický lékař by měl působit zejména léčebně, tedy jako ošetřovatel a zprostředkovatel adekvátní zdravotní péče.

V rámci zdravotního systému by měl praktický lékař působit ve vztahu k pacientovi jako průvodce a poradce pacienta zdravotním systémem. Nositelem změn a edukátorem se praktický lékař může stát pomocí poradenství v oblasti podpory zdraví, motivováním pacientů ke zdravému životnímu stylu, či napomáháním překonávání překážek při pokusu o změnu stávající životosprávy, přičemž jsou tyto aspekty součástí primární preventivní péče. V otázce, jaká role je v oblasti primární preventivní péče nejdůležitější, je dle většiny praktických lékařů nejzásadnější úloha v motivování pacientů (47 % PL) a následuje pomoc při překonávání překážek se změnou životního stylu (35 % PL). Nejméně praktických lékařů považovalo za svou hlavní roli v primární prevenci očkování proti infekčním nemocem (18 % PL). Role vůdce a manažera je praktickému lékaři dána hlavně systémem gatekeepingu, který staví praktického lékaře do role, ve které by měl vést pacientovu léčbu a praktikovat adekvátní management další specializované poskytované péče.

Gatekeeping je v souvislosti se zdravotní péčí procesem, který má za úkol kontrolovat přístup pacientů ke specializované zdravotní péči. V České republice by tuto

úlohu měli plnit praktičtí lékaři, kteří jsou jakousi vstupní bránou pacientů ke specializované péči. Většina praktických lékařů je toho názoru, že gatekeeping je důležitý ale v České republice na příliš dobré úrovni není. Nadpoloviční většina praktických lékařů by návštěvy ambulantních specialistů bez indikace praktického lékaře nezakazovala, přičemž lepším řešením by bylo dle dostupných zjištění například zavedení regulačních poplatků nebo jakési zálohové úhrady, která by byla pacientům v případě prokázání toho, že byla péče potřebná, zpětně pacientům vrácena. Tento systém by mohl fungovat z ekonomického hlediska, ale z pacientovy perspektivy by se pravděpodobně s velkým úspěchem nesetkal.

V případě zavedení regulačních poplatků za specializovanou ambulantní péči se nejedná o tak nemožnou myšlenku, například ve Francii, jejíž systém funguje na podobném principu jako v České republice, kdy je pacient registrován u určitého praktického lékaře, kterého si sám vybral. Ve Francii je možné konzultovat svůj zdravotní stav s odborným specialistou, ale cena takovéto návštěvy bez doporučení praktického lékaře je omezena regulačním poplatkem. V případě, že je návštěva indikována praktickým lékařem, jsou poplatky ze 70 % hrazeny z pojištění, zatímco v případě, že tento postup není schválen praktickým lékařem, pojištění pokryje pouze 30 % poplatků za vyšetření [81].

Častým názorem je, že si pacienti neváží velmi dobrého zdravotnictví, a dochází ke zneužívání či nadužívání systému. To by bylo možné řešit již zmíněnými regulačními poplatky nebo spoluúčastí na úhradě poskytovaných zdravotních služeb, poté by pravděpodobně i pacienti sami v sobě našli ochotu ke změně přístupu k vlastnímu zdraví a dalším pozitivním účinkem by mohlo být zlepšení dostupnosti zdravotní péče, jelikož je zdravotní systém v současné době přetížen. Dle rozhovorů s VPL je v České republice častým problémem návaznost další péče způsobená hlavně dlouhými čekacími dobami objednání ke specialistům, případně dlouhá čekací doba na indikované zákroky. Tyto komplikace mohou být mimo jiné způsobeny špatně nastavenou spoluprací mezi poskytovateli zdravotní péče a mnohdy i neochotou vzájemně spolupracovat. Předání pacienta do péče jiného zařízení, které by mu mohlo poskytnout vhodnou péči, není v současné době samozřejmostí a pacient na přijetí v adekvátním zařízení čeká příliš dlouhou dobu, která má za následek prodlevu v léčbě a možné komplikace při rekonvalescenci. Prodlevy jsou způsobeny jednak nízkou kapacitou pracovišť a také tím, že na určitá vyšetření jsou dány kvóty na výkony, které při překročení již nejsou proplaceny zdravotními pojišťovnami. Tyto prodlevy způsobují vyšší finanční zátěž systému, což není žádoucí. I přes tato zjištění je v tomto ohledu Česká republika, dle zkušeností praktických lékařů, v porovnání s evropskými státy a západními státy, na relativně dobré úrovni, například v Anglii na kolonoskopii může pacient čekat až půl roku. Problematika dlouhých objednacích dob je velmi aktuální, jelikož je značný rozdíl, zda pacient na vyšetření čeká měsíc nebo půl roku i z pohledu ekonomického, neboť pokud je onemocnění zachyceno a vhodně léčeno včas, náklady na rekonvalescenci

mohou být značně nižší. Mimo jiné je taky pochopitelné, že v případě, že si pacient neváží zdravotní péče, která je mu poskytnuta a nečiní opatření, která mu byla doporučena, činí to práci lékařů o to složitější.

Lze tvrdit, že všechny aspekty preventivní péče jsou důležité, ale pro každého praktického lékaře leží důležitost jeho role v jiné sféře poskytované prevence. Jak již bylo zmíněno dříve významnou součástí sekundární prevence jsou preventivní prohlídky. MUDr. Pavel Hroboň M.S ve své publikaci *Prevence – praktický návod na zlepšení zdravotního stavu a podporu ekonomického růstu, jenž reflektuje situaci v České republice na začátku roku 2023 v souvislosti s preventivními prohlídkami* uvádí následující: „*Obsah, četnost a doporučení účasti na takové prohlídce se odvíjí od věku, pohlaví či zdravotního stavu pacienta. I přes jejich dobrou dostupnost v ČR však dle zástupců Svazu zdravotních pojišťoven na preventivní prohlídku u praktického lékaře pravidelně chodí pouze 32 % pojištěnců. Spíš než jako součást prevence tak většina Čechů praktického lékaře navštíví, až když pociťuje zdravotní potíže.*“ [82] S touto problematikou souvisí i článek MUDr. Marty Šimůnkové z roku 2021, který byl zaměřen na propad v prevencích v souvislosti s pandemií SARS-CoV-2 publikován na webu Medical Tribune, kde je uváděno, že dostupná data z Ipsos uvádí následující: „*Preventivní prohlídky (v době mimo pandemii) pravidelně absolvuje 63 % Čechů, 26,5 % chodí na preventivní prohlídky nepravidelně a 10 % řeší jen akutní zdravotní problémy. Nejvíce prevenci zanedbávají mladí dospělí ve věkové skupině mezi 27 a 44 lety (téměř polovina). Obava z infekce SARS-CoV-2 počet preventivních prohlídek u dospělých ještě snížila*“ [83]. V rámci dotazníkového šetření se 71 % praktických lékařů shodlo na tom, že v rámci sekundární péče je jejich role nejpodstatnější právě v provádění preventivních prohlídek.

Dále ve svém článku MUDr. Šimůnková uvádí, že více než 67,3 % praktických lékařů se během pandemie setkala s případy, kdy oddálení návštěvy ordinace praktického lékaře vyústilo ve zhoršení zdravotního stavu pacienta [83]. Zapojení se do pravidelných preventivních prohlídek v dospělosti je jednou z proaktivních cest, jak se mohou pacienti sami podílet na udržení dobré úrovně svého zdravotního stavu. Toto potvrzují výsledky dotazníkového šetření, ze kterého vyplývá, že nejpodstatnějším faktorem pro praktické lékaře při poskytování preventivní péče je pacientův postoj k vlastnímu zdraví (91,11 %). Nejčastěji dotazovaní experti uvedli, že se ve své ordinaci preventivní prohlídce věnují přibližně 10-15 minut (46 %). Takováto časová náročnost je dle uvážení expertů adekvátní, jelikož je možné probrat aktuální stav pacienta ve vztahu k preventivním opatřením. Z dotazovaných uvedli všichni praktičtí lékaři, že u svých pacientů dodržují dvouletý frekvenční interval preventivních prohlídek, z nichž v 87 % případech iniciuje preventivní prohlídku praktický lékař. Dvouletý interval je u mladých pacientů dostatečný, ale měl by být dodržován i u pacientů, kteří u sebe žádné symptomy nepozorují, jelikož praktický lékař svými zkušenostmi a znalostmi má možnost problém objevit, ještě než se onemocnění plně manifestuje. Jako nejúčinnější způsob zvaní pacientů k preventivním prohlídkám se praktickým lékařům jeví pozvání při návštěvě

pacienta v ordinaci. Z pohledu pacienta by měl být dobrý zdravotní stav jeho prioritou, jelikož pokud se necítíme zdraví, nemůže být kvalita našeho života uspokojivá. S udržením dobrého zdravotního stavu souvisí i účast na preventivních prohlídkách, na které by si dle některých zjištění měl pacient pamatovat především sám, nebo alespoň zareagovat na výzvu praktického lékaře a prohlídce se dostavit, jelikož sám pacient může některé své obtíže bagatelizovat a je na praktickém lékaři vyhodnotit, zda pacientův stav nevyžaduje další vyšetření nebo nasazení lékařem zvolené léčby.

Kromě negativních dopadů na preventivní péči pandemie COVID-19 otevřela nebo možná přesněji urychlila rozvoj nových možností související s telemedicínou. Dle dostupných údajů až 94,4 % praktický lékařů v důsledku pandemie využívá častěji komunikaci s pacienty na dálku, než tomu bylo před pandemií [83]. Stejně tak mohou tyto nástroje napomoci k edukaci pacientů ohledně zdravého životního stylu a zlepšení povědomí o preventivní péči a na co mají v jejím rámci pacienti nárok. V oblasti telemedicíny spočívá velký potenciál nejen v propojení jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, ale například také rozšíření funkcí a modulů jednotlivých informačních systémů, jež jsou ve zdravotnictví využívány. Jedním bodem k zamyšlení by mohl být například systém, který by umožňoval praktickým lékařům vyfiltrování poskytovatelů zdravotních služeb s volnými kapacitami, aby došlo k urychlení předání péče do rukou ambulantních specialistů, čímž by došlo k posílení pozice praktického lékaře v gatekeepingu a ke zkrácení prodlev od vyšetření praktickým lékařem a následnou péčí specialisty. V rámci preventivní péče by mohla být například navržena aplikace, která by propojovala objednávkový systém u praktického lékaře na preventivní prohlídky s kalendářem pacienta a mohla pacienta informovat například půl roku dopředu, že se přibližuje doba, kdy by měl preventivní prohlídku absolvovat. Na základě této výzvy by se pacient dostal do objednávkového systému a mohl si vybrat termín, který by byl u praktického lékaře volný a po schválení praktickým lékařem v téže aplikaci, by byl termín závazně objednan. V rámci této aplikace by například mohl být i notifikační systém, že jsou již praktickému lékaři přístupny výsledky vyšetření a měl by se pacient dostavit ke konzultaci. Dalo by se namítnout, že starší generace by s ovládním těchto technologických nástrojů mohla mít obtíže. Jelikož by se však v případě implementace podobných postupů jednalo o dlouhodobější proces, je vysoce pravděpodobné, že se s těmito postupy setkají již pouze pacienti, kteří moderní technologie ovládají dobře. Nehledě na fakt že i dnešní starší generace často nemají problém se technologickým novinkám učit. Sekundární péče a role praktického lékaře v ní je také zaměřena na identifikaci pacientů, u kterých je důvodný předpoklad, že by u nich mnoho došlo k rozvoji onkologického onemocnění a také identifikovat pacienti s vyšším rizikem výskytu aterosklerotických změn.

Preventivní péče na úrovni terciární je soustředěna na pacienty s již prodělaným nebo rozvinutým onemocněním. Nejvíce praktických lékařů a to 44 % uvádí, že jejich hlavní rolí v terciární péči je omezit progres již vzniklého onemocnění a pro 40 %

praktických lékařů jde o zabránění opakování klinických příhod. Pro zbylých 16 % se jedná o udržování rehabilitačního režimu k udržení funkčnosti a soběstačnosti. Na základě dosažených výsledků lze usuzovat, že důležitost omezení progresu onemocnění a zabránění klinických příhod jsou v rámci terciární preventivní péče shodně důležité aspekty. To je dáno pravděpodobně tím, že v obou případech může dojít k tomu, že se pacient ocitá opět na počátku rekonvalescence, a to je náročné jak pro pacientův zdravotní i psychický stav, ale také se zvyšuje ekonomická náročnost výdajů na zdravotní péči.

Součástí role praktického lékaře v souvislosti s managementem preventivní péče je často skloňována kvartérní péče, jejímž účelem je prevence nadměrného užívání léčiv, prevence nadměrné diagnostiky, prevence zbytečných intervencí a podpora spravedlivosti v poskytování zdravotní péče. K tomuto nerovnoměrnému rozvrstvení vedou právě první tři zmíněné nešvary, které se snaží kvartérní prevence eliminovat. Pro většinu praktických lékařů je v tomto směru nejzásadnější jejich role v prevenci nadměrného užívání léčiv a zbytečných intervencí. S tím nelze nesouhlasit, jelikož v se v obou případech jedná o další zatížení organismu pacienta, které zdravotnímu stavu nemusí v mnoha případech prospět.

V současné době je preventivní péče na poli poskytování primární péče velmi diskutované téma. „*Reformou této oblasti zdravotnictví se zabývá Strategický rámec Zdraví 2030, pro jehož tvorbu byla zásadním dokumentem Agenda 2030 pro udržitelný rozvoj OSN. Úkolem Zdraví 2030 je reforma primární péče a větší zacílení na primární a sekundární prevenci nemocí, zvyšování gramotnosti a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví a stabilizace personálního zabezpečení zdravotního systému. Tento strategický rámec navazuje na strategický rámec Zdraví 2020*“ [84]. Praktickými lékaři v souvislosti s prevencí a jejich rolí se také zabývá dokument Koncepce změn primární péče v ČR z roku 2018, dostupném na webových stránkách České lékařské komory. V tomto dokumentu je akcentována role praktického lékaře, který má dle dokumentu být průvodcem pacienta po systému a zároveň jeho advokátem, který pacienta chrání před zbytečnou lékařskou péčí [85]. Co se týče role advokáta v preventivní péči, byl v rámci dotazníkového šetření zkoumán i názor praktických lékařů na toto téma, které je doménou kvartérní péče. Většina praktických lékařů (53 %) vidí hlavní roli advokáta v prevenci nadměrného užívání léčiv, následovně nadměrné diagnostiky (27 %), poté prevence zbytečných intervencí (16 %) a nejméně PL vidí jako hlavní roli podporu spravedlivosti přístupu ke zdravotní péči (8 %). Jednou z koncepčních změn byla i snaha o rozšíření kompetencí praktických lékařů zpřístupněním některých diagnostických výkonů, pro zlepšení a zrychlení diagnostiky akutních stavů přímo v ordinaci praktického lékaře [85]. Zasluhou rozšíření těchto kompetencí v ordinacích praktických lékařů se v rámci výzkumu zdařila včasná diagnostika diabetu mellitu v 86 % ordinacích PL, ke včasnému zachytu demence u 66 % praktických lékařů, ke včasnému odhalení hluboké žilní trombózy v 62 % ordinacích a k brzké diagnostice plicní embolie v 46 % ordinacích.

Posílení těchto diagnostických možností v ordinacích praktických lékařů je správným krokem v oblasti prevence, jelikož včasný záchyt diabetu mellitu nebo péče o prediabetika v ordinacích praktického lékaře může významně pozitivně ovlivnit pacientův další život a případné zpomalení progresu jeho onemocnění. Stejně tak včasný záchyt demence v ordinaci praktického lékaře umožňuje důkladnější monitorování pacienta a úpravu denních aktivit nebo podniknutí kroků k pokusům o zpomalení progresu onemocnění. V případě včasného odhalení hluboké žilní trombózy a plicní embolie se zvyšuje šance pacienta, že bude klinickou příhodou co nejméně ovlivněn a bude se moci dříve vrátit k aktivnímu životu. Mimo rozšíření kompetencí praktických lékařů se tento koncepční dokument zabýval i standardizací vybavení ordinací praktických lékařů využitím Point-of-Care (POC) diagnostických metod, kdy by měly mít ordinace přístroje pro diagnostiku akutních stavů například analyzátor CRP nebo ultrasonograf [85]. Dotazníkové šetření prokázalo, že 96 % z praktických lékařů, jež se výzkumu zúčastnilo, přístroj pro analýzu CRP ve své ordinaci již má. Využití Point-of-Care ultrasonografie je zaváděno v rámci Projektu POCUS iGP, který zavádí ultrasonografii do ordinací praktických lékařů [86]. V rámci dotazování bylo zjištěno, že 55,56 % praktických lékařů má zájem zapojit se do tohoto projektu.

V přímé souvislosti s preventivní péčí je také zdravotní gramotnost pacientů, tedy úroveň toho, jakou mají schopnost získat, porozumět a použít informace o zdraví a zdravotnických službách, aby mohli učinit rozhodnutí, která budou mít pozitivní dopad na jejich zdravotní stav. Mimo dobrého porozumění těmto informacím je součástí zdravotní gramotnosti též schopnost efektivně komunikovat s poskytovatelem zdravotní péče a orientovat se ve zdravotním systému. Osoby s nižší úrovní zdravotní gramotnosti se mohou potýkat s těžkostmi zvládnání svého zdravotního stavu nebo dodržování doporučených léčebných postupů a zároveň činit rozhodnutí, která povedou ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Úroveň zdravotní gramotnosti populace v České republice je dle výsledků z perspektivy praktických lékařů z 62 % problematická, ale 33 % praktických lékařů nehodnotí zdravotní gramotnost jako špatnou a považuje ji za adekvátní. Zbýlých 5 % praktických lékařů považuje úroveň zdravotní gramotnosti za neadekvátní. V poslední době se ale začíná objevovat trend zvýšeného zájmu o její rozvíjení zejména ze strany pacientů. Hlavní je dle některých praktických lékařů postoj samotného lékaře, který pacienty edukuje, jelikož pacienti mají větší tendenci naslouchat někomu, u něhož samotného vidí že jim je přirozeným vzorem a například nekouří, a žije aktivně. Taková forma dosahu je v rámci rolí praktického lékaře v preventivní péči nedocenitelná a nenahraditelná. Podle některých zjištění dochází ke zlepšení situace od roku 1989 a celkově se zlepšuje osvěta v oblasti prevence a chuť pacientů pozitivně ovlivnit svůj zdravotní stav. Mezi hlavní podněty, které vedou praktické lékaře k posilování zdravotní gramotnosti u svých pacientů, patří špatné porozumění informací souvisejících se zdravotně rizikovým chováním (68 % praktických lékařů) a také nedodržování lékařem stanoveného léčebného postupu (64 % praktických lékařů). Je pochopitelné, že v případě

špatné zdravotní gramotnosti by měl praktický lékař věnovat úsilí tomu, aby pacient všem podaným informacím dobře porozuměl.

Vzhledem k aktuálnosti tématu prevence a preventivní péče, je v této zkoumané oblasti výrazný potenciál pro další výzkumné činnosti. Možným zkoumáním by bylo například porovnávání názoru praktických lékařů na preventivní péči, a to jakou roli v ní právě oni zastávají celorepublikově mezi jednotlivými kraji, jelikož je známo, že v některých regionálních oblastech je nejen špatná dostupnost odborné zdravotní péče, a praktičtí lékaři jsou často přetížení a mají vyčerpané kapacity možná i právě pacienti, kteří by mohli svůj zdravotní stav zlepšit právě prevencí. Lze také předpokládat, že v budoucnu se budou postoje praktických lékařů měnit v souvislosti s reformou primární péče, zaměřené právě na praktické lékaře a jejich role, povinnosti, upevnění gatekeepingového systému v jejich ordinacích a na zdravotní gramotnost, která právě probíhá a z těchto nových poznatků, by jistě byly zajímavé závěry. Dále by byl nepochybně zajímavý názor také ze strany pacientů, jakým způsobem k prevencím přistupují a jaké zásady prevence dodržují a zda svým praktickým lékařům doopravdy naslouchají.

Značným limitujícím faktorem předkládané diplomové práce byl. Limitujícím faktorem může být též nízký počet respondentů, který je pravděpodobně způsoben, právě velkým časovým zatížením praktických lékařů, kteří pak na vyplnění dotazníkového šetření nemuseli mít časovou kapacitu, nebo též tím, že značnou část praktický lékařů bylo náročné někdy až nemožné kontaktovat. Limitace stran interpretace dat spočívá zejména vtom, že u některých oblastí nelze jednoznačně dogmaticky určit, co je nejdůležitější, jelikož mnoho faktorů je pro praktické lékaře v důležitosti na stejné úrovni.

7 Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku preventivní péče v primárním sektoru zdravotnictví. Cílem diplomové práce bylo tedy zhodnotit jakou roli zastává praktický lékař při prevenci v primární, sekundární, terciární a kvartérní péči s důrazem na to, v jaké oblasti jednotlivých prevencí praktičtí lékaři vidí svou roli jako nejdůležitější. Dílčím cílem bylo také identifikovat, jaké faktory praktické lékaře při preventivní péči ovlivňují.

Z provedené analýzy bylo zjištěno, že hlavní role je z perspektivy praktických lékařů spatřována v primární prevenci v motivování pacientů ke zdravému životnímu stylu, v sekundární prevenci v provádění preventivních prohlídek, v terciární preventivní péči v omezení progresu již vzniklého onemocnění a v kvartérní preventivní péči se jedná o prevenci nadměrného užívání léčiv.

Součástí diplomové práce byla také analýza úhradových mechanismů preventivní péče, a to z pohledu makroekonomického, tedy kolik finančních prostředků je ročně vydáváno na preventivní péči a preventivní programy, tak i prevence v ordinacích praktických lékařů. Vzhledem ke stále se zvyšujícímu důrazu, který je kladen na preventivní péči, došlo v roce 2023 ke změně u navýšení kapitační platby u praktického lékaře z předešlých 0,50 Kč za provedení preventivních prohlídek u 30 % pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny o 1,50 Kč na 2,00 Kč k základní kapitační platbě.

Výzkum byl také z části zaměřen na problematiku gatekeepingu a zdravotní gramotnosti pacientů. Dle většiny praktických lékařů není úroveň gatekeepingu na příliš dobré úrovni, ale zároveň jej nadpoloviční většina praktických lékařů považuje za důležitou část jejich působení. Úroveň zdravotní gramotnosti pacientů je dle většiny praktických lékařů problematická, a proto by se měla posilovat. Nejčastějším podnětem k posilování zdravotní gramotnosti je špatné porozumění informacím týkajících se rizikového chování a dále nedodržování stanového léčebného postupu. Nejčastěji praktičtí lékaři posilují zdravotní gramotnost formou zdravotně výchovného rozhovoru při návštěvě pacienta v ordinaci.

V posledních letech je preventivní péče značně akcentována, jak na národní, tak i mezinárodní úrovni. V současné době se preventivní péčí a její reformou v České republice, i v rámci ordinací praktických lékařů, zabývá Strategický rámec Zdraví 2030, jehož cílem je posílení primární péče jako celku, ale také větší zacílení na prevenci a zdůraznění vlastní odpovědnosti pacientů za svoje zdraví. Jelikož prevence by měla být spoluprací pacienta s praktickým lékařem s cílem udržení nejlepší možné zdravotní kondice.

8 Seznam použité literatury

- [1] ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3809-6.
- [2] BLINKENBERG, Jesper, Sahar PAHLAVANYALI, Øystein HETLEVIK, Hogne SANDVIK a Steinar HUNSKAAR. General practitioners' and out-of-hours doctors' role as gatekeeper in emergency admissions to somatic hospitals in Norway: registry-based observational study. *BMC Health Services Research* [online]. 2019, **19**(1) [cit. 2022-06-20]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: doi:10.1186/s12913-019-4419-0
- [3] *Nové zdravotní výkony pro praktické lékaře* [online]. [cit. 2022-06-10]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/nove-zdravotni-vykony-pro-prakticke-lekare/>
- [4] *Bez posílení kompetencí primární péče bude české zdravotnictví stále zahlcené* [online]. [cit. 2022-06-07]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/archiv/bez-posileni-kompetenci-primarni-pece-bude-ceske-zdravotnictvi-stale-zahlcene_1-22/?fbclid=IwAR36Y71msi2pD8LyPo6xHReotApMN4eEJqZDbpOvgBQtomDVj8Tn3BkhM8M
- [5] *63/2007 Sb. Vyhláška o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely* [online]. In: . [cit. 2022-06-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-63>
- [6] *Zákon č. 95/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta*. In: . Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>
- [7] *Healthcare personnel statistics - physicians: Physicians by speciality* [online]. 2020 [cit. 2022-08-20]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians#Healthcare_personnel
- [8] *Organizace a kompetence praktických lékařů v Německu* [online]. [cit. 2022-06-01]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/komentare/organizace-a-kompetence-praktickych-lekaru-v-nemecku/>
- [9] DEUTSCH, Tobias, Stefan LIPPMANN, Thomas FRESE a Hagen SANDHOLZER. Who wants to become a general practitioner? Student and

- curriculum factors associated with choosing a GP career - a multivariable analysis with particular consideration of practice-orientated GP courses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* [online]. 2015, **33**(1), 47-53 [cit. 2022-06-20]. ISSN 0281-3432. Dostupné z: doi:10.3109/02813432.2015.1020661
- [10] WEGGEMANS, Margot, Bruce VAN DIJK, Birgit VAN DOOIJEWERT, Anne VEENENDAA a Olle TEN CATE. *The postgraduate medical education pathway: an international comparison* [online]. [cit. 2022-06-22]. Dostupné z: doi:10.3205/zma001140
- [11] VAN DEN BUSSCHE, Hendrik. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* [online]. 2019, **62**(9), 1129-1137 [cit. 2022-08-01]. ISSN 1436-9990. Dostupné z: doi:10.1007/s00103-019-02997-9
- [12] MOKRZYCKA, Anna, Iwona KOWALSKA-BOBKO, Anna SAGAN a W. WŁODARCZYK. The 2014 primary health care reform in Poland: Short-term fixes instead of a long-term strategy. *Health Policy* [online]. 2016, **120**(11), 1226-1232 [cit. 2022-06-23]. ISSN 01688510. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthpol.2016.07.012
- [13] *Medical education: Medical study in Poland* [online]. [cit. 2022-06-21]. Dostupné z: <https://entrant.eu/en/medichne-navchannya/>
- [14] ZGLICZYŃSKI, Wojciech, Zbigniew WęGRZYN, Mariusz RUIZ et al. Specialty training system in Poland in 2011-2018 according to the Centre of Postgraduate Medical Education register data. *Wiedza Medyczna* [online]. 2020, **2**(1), 1-8 [cit. 2022-06-23]. ISSN 2657-9669. Dostupné z: doi:10.36553/wm.24
- [15] *Primärversorgung* [online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022 [cit. 2022-08-22]. Dostupné z: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitspolitik.html>
- [16] SCHARER, Sebastian a Andreas FREITAG. Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice. *Wiener klinische Wochenschrift* [online]. 2015, **127**(9-10), 323-329 [cit. 2022-08-11]. ISSN 0043-5325. Dostupné z: doi:10.1007/s00508-015-0786-7
- [17] *Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska: Kompetencie pre všeobecných lekárov musia byť reálne a bezpečné* [online]. Slovenská republika: SVLS, 2018 [cit. 2022-08-26]. Dostupné z: <https://svls.sk/svls-avls-kompetencie-pre-vseobecnych-lekarov-musia-byt-realne-a-bezpecne/?fbclid=IwAR1C-vUW-i11MxzBmwLxGmf46eOJNu3U9AgbMZZkOh1ORTytM3wPrQaj21g>

- [18] *OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Slovakia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU* [online]. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels [cit. 2022-08-22]. ISBN 9789264497894. Dostupné z: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/419473/Country-Health-Profile-2019-Slovakia.pdf
- [19] BARTOŠOVIČ, Ivan a Ivana IVÁNKOVÁ BARTOŠOVIČOVÁ. Niektoré aspekty starostlivosti všeobecného lekára o seniorov: Some aspects of general practitioner care for the elderly. *Lekársky obzor: odborný časopis Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave*. Bratislava: HERBA, 2022, **71**(4), 168-172. ISSN 0457-4214.
- [20] *Nariadenie vlády č. 296/2010 Z. z.: Nariadenie vlády Slovenskej republiky o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností*. Slovenská republika, 2010.
- [21] *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2020: Health statistics yearbook of the Slovak republic 2020* [online]. Bratislava: Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, 2021 [cit. 2022-08-26]. ISBN 978-80-89282-80-6. Dostupné z: https://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/2020/Zdravotnicka_rocenka_Slovenskej_republiky_2020.pdf
- [22] FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA. *Preventivní medicína*. 3. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2021. Jessenius. ISBN 978-80-7345-680-1.
- [23] *Prevention Strategies* [online]. National Library of Medicine, 2022 [cit. 2023-05-16]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>
- [24] HOLMBERG, Christine, Giselle SARGANAS, Nadine MITTRING et al. Primary prevention in general practice – views of German general practitioners: a mixed-methods study. *BMC Family Practice* [online]. 2014, **15**(1) [cit. 2022-08-22]. ISSN 1471-2296. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2296-15-103
- [25] SEBO, Paul, Hubert MAISONNEUVE, Bernard CERUTTI, Jean-Pascal FOURNIER, Nicolas SENN, Cédric RAT, Dagmar HALLER a Sabine ROHRMANN. Overview of preventive practices provided by primary care physicians: A cross-sectional study in Switzerland and France. *PLOS ONE* [online]. 2017, **12**(9) [cit. 2022-08-08]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0184032

- [26] DOLANSKÝ, Hynek. *Preventivní prohlídky v primární ambulanci péči*. Praha: Raabe, 2019. Lékařská legislativa. ISBN isbn978-80-7496-415-2.
- [27] MCILFATRICK, Sonja, Sinead KEENEY, Hugh MCKENNA, Nigel MCCARLEY a Gerry MCELWEE. Investigating the role of the general practitioner in cancer prevention: a mixed methods study. *BMC Family Practice* [online]. 2013, **14**(1) [cit. 2022-08-13]. ISSN 1471-2296. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2296-14-58
- [28] *Secondary prevention of cancer* [online]. [cit. 2023-05-11]. Dostupné z: <https://www.edcan.org.au/edcan-learning-resources/supporting-resources/population-health-concepts/prevention-and-detection/secondary-prevention>
- [29] CALANZANI, Natalia, Aina CHANG, Marije VAN MELLE, Merel PANNEBAKKER, Garth FUNSTON a Fiona WALTER. Recognising Colorectal Cancer in Primary Care. *Advances in Therapy* [online]. 2021, **38**(5), 2732-2746 [cit. 2022-08-17]. ISSN 0741-238X. Dostupné z: doi:10.1007/s12325-021-01726-6
- [30] SKÁLA, Bohumil. *Prevence a screening onkologických onemocnění: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2018. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-03-3.
- [31] BADE, Brett a PhD, DELA CRUZ MD. *Lung Cancer 2020: Epidemiology, Etiology, and Prevention* [online]. [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.ccm.2019.10.001>
- [32] ŠŤASTNÝ, Boris, Králíková EVA, Seifert BOHUMIL a Býma SVATOPLUK. *Léčba závislosti na tabáku v ordinaci všeobecného praktického lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Doporučené postupy pro praktické lékaře, 2022. ISBN 978-80-88280-36-1.
- [33] KOLAK, Agnieszka, Marzena KAMIŃSKA, Katarzyna SYGIT, Agnieszka BUDNY, Dariusz SURDYKA, Bożena KUKIEŁKA-BUDNY a Franciszek BURDAN. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* [online]. 2017, **24**(4), 549-553 [cit. 2023-05-15]. ISSN 1232-1966. Dostupné z: doi:10.26444/aaem/75943
- [34] GARBE, Yvette a Stefanie KLUG. Aktueller Stand der HPV-Impfung in Deutschland. *Der Onkologe* [online]. 2017, **23**(6), 409-414 [cit. 2022-08-10]. ISSN 0947-8965. Dostupné z: doi:10.1007/s00761-017-0231-9

- [35] COLZANI, Edoardo, Kari JOHANSEN, Helen JOHNSON a Lucia PASTORE CELENTANO. Human papillomavirus vaccination in the European Union/European Economic Area and globally: a moral dilemma. *Eurosurveillance* [online]. 2021, **26**(50) [cit. 2022-08-10]. ISSN 1560-7917. Dostupné z: doi:10.2807/1560-7917.ES.2021.26.50.2001659
- [36] TÁBORSKÝ, Miloš a Michal VRABLÍK. *Prevence kardiovaskulárních onemocnění: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2022*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2022. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-34-7.
- [37] NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5.
- [38] BÁRTLOVÁ, Sylva, Lenka ŠEDO VÁ, Lucie ROLANTOVÁ, Andrea HUDÁČKOVÁ, František DOLÁK a Petr SADÍLEK. General awareness of stroke in the Czech Republic. *Central European Journal of Public Health* [online]. 2021, **29**(3), 230-235 [cit. 2022-08-22]. ISSN 12107778. Dostupné z: doi:10.21101/cejph.a6212
- [39] MATA, Jutta, Ronald FRANK a Gerd GIGERENZER. Symptom recognition of heart attack and stroke in nine European countries: a representative survey. *Health Expectations* [online]. 2014, **17**(3), 376-387 [cit. 2022-08-22]. ISSN 13696513. Dostupné z: doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00764.x
- [40] 537/2006 Sb. *Vyhláška o očkování proti infekčním nemocem*. In: . Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-537>
- [41] MZČR. *Strategický rámeček Zdraví 2030*. In: . 2020. Dostupné také z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>
- [42] *Preventivní programy Všeobecná zdravotní pojišťovna* [online]. [cit. 2022-06-15]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence>
- [43] *Preventivní programy Česká průmyslová zdravotní pojišťovna* [online]. In: . [cit. 2022-06-15]. Dostupné z: <https://cpzp.cz/preventivni-programy>
- [44] *Preventivní programy Oborová zdravotní pojišťovna* [online]. [cit. 2022-06-05]. Dostupné z: <https://www.ozp.cz/benefit>
- [45] *Zdravotní programy Zaměstnanecká pojišťovna Škoda* [online]. [cit. 2022-06-09]. Dostupné z: <https://www.rbp213.cz/cs/pojistenci/bonusy-a-prevence/preventivni-a-bonusovy-program/a-55/>

- [46] *Preventivní programy Revírní bratrská pojišťovna* [online]. [cit. 2022-06-05]. Dostupné z: <https://www.rbp213.cz/cs/pojistenci/bonusy-a-prevence/preventivni-a-bonusovy-program/a-55/>
- [47] *Preventivní programy Vojenská zdravotní pojišťovna* [online]. [cit. 2022-06-15]. Dostupné z: <https://www.vozp.cz/program-prevence>
- [48] QUAGLIO, Gianluca, Kristine SØRENSEN, Paul RÜBIG et al. Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health Promotion International* [online]. [cit. 2022-08-23]. ISSN 0957-4824. Dostupné z: doi:10.1093/heapro/daw028
- [49] NUTBEAM, Don, Bronwyn MCGILL a Pav PREMKUMAR. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promotion International* [online]. 2018, **33**(5), 901-911 [cit. 2022-06-20]. ISSN 0957-4824. Dostupné z: doi:10.1093/heapro/dax015
- [50] MCCAFFERY, Kirsten, Margaret HOLMES-ROVNER, Sian SMITH et al. Addressing health literacy in patient decision aids. *BMC Medical Informatics and Decision Making* [online]. 2013, **13**(2) [cit. 2022-06-20]. ISSN 1472-6947. Dostupné z: doi:10.1186/1472-6947-13-S2-S10
- [51] KUČERA, Zdeněk, Jurgen PELIKAN a Alena ŠTEFLOVÁ. ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH. *Časopis lékařů českých: Zdravotní gramotnost obyvatel ČR - výsledky komparativního reprezentativního šetření* [online]. Časopis lékařů českých: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2016, [cit. 2022-06-10]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-5/download?hl=cs.233-241>.
- [52] SCHAEFFER, Doris, Eva-Maria BERENS, Dominique VOGT, Svea GILLE, Lennert GRIESE, Julia KLINGER a Klaus HURRELMANN. Health literacy in Germany. *Deutsches Ärzteblatt international* [online]. 2021 [cit. 2022-06-20]. ISSN 1866-0452. Dostupné z: doi:10.3238/arztebl.m2021.0310
- [53] BERENS, Eva-Maria, Dominique VOGT, Melanie MESSER, Klaus HURRELMANN a Doris SCHAEFFER. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health* [online]. 2016, **16**(1) [cit. 2022-08-11]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: doi:10.1186/s12889-016-3810-6
- [54] SŁOŃSKA, Zofia, Agnieszka BOROWIEC a Anita ARANOWSKA. Health literacy and health among the elderly: status and challenges in the context of the Polish population aging process. *Anthropological Review* [online]. 2015, **78**(3), 297-307 [cit. 2022-06-22]. ISSN 2083-4594. Dostupné z: doi:10.1515/anre-2015-0023

- [55] ČSÚ - *Výsledky zdravotnických účtů* [online]. [cit. 2022-06-06]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-m6hwrlzbbw>
- [56] ČSÚ - *Výsledky zdravotnických účtů: Výdaje zdravotních pojišťoven* [online]. [cit. 2022-06-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/142872080/2600052102.pdf/2bfa9f22-e2db-4a98-869c-7fe2d4add625?version=1.2>
- [57] *Fondy zdravotních pojišťoven*. In: . Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/fondy-zdravotnich-pojistoven/>
- [58] *Vyhláška: Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023*. In: . Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-315>
- [59] *Podíl výdajů na preventivní péči z celkových výdajů na zdravotní péči* [online]. [cit. 2022-06-21]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210118-1>
- [60] WEINHOLD, Ines, Christian SCHINDLER, Nils KOSSACK, Benjamin BERNDT a Dennis HÄCKL. Economic impact of disease prevention in a morbidity-based financing system: does prevention pay off for a statutory health insurance fund in Germany?. *The European Journal of Health Economics* [online]. 2019, **20**(8), 1181-1193 [cit. 2022-06-20]. ISSN 1618-7598. Dostupné z: doi:10.1007/s10198-019-01086-7
- [61] *Statistické údaje OECD* [online]. [cit. 2022-08-10]. Dostupné z: https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en&fbclid=IwAR0zpMExzx143O_P3JFI0FmFgSHwyufYYnGu_b2GHjAb4nG5zei5eaYMXqI
- [62] *Organization and financing of public health services in Europe: Country reports: Poland* [online]. [cit. 2022-06-21]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507318/>
- [63] *Statistické údaje OECD: Slovenská republika* [online]. [cit. 2022-08-15].
- [64] *Kapitační platba* [online]. 2023 [cit. 2023-05-11]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/kapitacni-platba>
- [65] *Úhradová vyhláška 2023* [online]. Praha: MZCR, 2023 [cit. 2023-05-13]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/uhradova-vyhlaska-2023/>
- [66] *Vyhláška č. 475/2012 Sb.: Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013*. In: . 2012. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-475>

- [67] *Vyhláška č. 428/2013 Sb.: Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014.* In: . 2013. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-428>
- [68] *Vyhláška č. 324/2014 Sb.: Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015.* In: . 2014. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2014-324>
- [69] *Vyhláška č. 273/2015 Sb.: Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016.* In: . 2015. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-273>
- [70] *Vyhláška č. 348/2016 Sb.: Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017.* In: . 2016. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-348>
- [71] *Vyhláška č. 353/2017 Sb.: Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018.* In: . 2017. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-353>
- [72] *Vyhláška č. 201/2018 Sb.: Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019.* In: . 2018. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-201>
- [73] *Vyhláška č. 268/2019 Sb.: Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020.* In: . 2019. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-268>
- [74] *Vyhláška č. 428/2020 Sb.: Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021.* In: . 2020. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-428>
- [75] *Vyhláška č. 315/2022 Sb.: Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023.* In: . 2022. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-315>
- [76] *Vyhláška č. 242/2021 Sb.: Vyhláška o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2021.* In: . 2021. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-242>
- [77] *Vyhláška č. 396/2021 Sb.: Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022.* In: . 2021. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-396>

- [78] ROOPA, S, MS RANI a Gurkeerat SINGH. Questionnaire Designing for a Survey. *The Journal of Indian Orthodontic Society* [online]. 2012, **46**, 273-277 [cit. 2022-11-19]. ISSN 03015742. Dostupné z: doi:10.5005/jp-journals-10021-1104
- [79] BUSETTO, Loraine, Wolfgang WICK a Christoph GUMBINGER. How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and Practice* [online]. 2020, **2**(1), 1-10 [cit. 2022-11-15]. ISSN 2524-3489. Dostupné z: doi:10.1186/s42466-020-00059-z
- [80] *Royal College of Nursing: The voice of nursing* [online]. [cit. 2023-05-13]. Dostupné z: <https://www.rcn.org.uk/Get-Involved/Campaign-with-us/Prevention-is-better-than-cure>
- [81] *Can you consult a medical specialist without seeing your GP in France?* [online]. 2023 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.connexionfrance.com/article/French-news/Health/Explainer-Why-having-a-designated-GP-in-France-saves-you-money>
- [82] HROBOŇ, Pavel a Veronika KLIMKOVÁ. *Prevence – praktický návod na zlepšení zdravotního stavu a podporu ekonomického růstu* [online]. Advance institute. 2023 [cit. 2023-05-11]. Dostupné z: https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/04/Advance_Prevence_05.pdf
- [83] MUDR- ŠIMŮNKOVÁ, Marta. *Propad v prevencích je znatelný, snad se podaří dohnat* [online]. [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/propad-v-prevencich-je-znatelny-snad-se-podari-dohnat/>
- [84] *Strategický rámec Česká republika 2030*. Praha: Úřad vlády České republiky, Odbor pro udržitelný rozvoj, 2017. ISBN 978-80-7440-181-7.
- [85] *Koncepce změn primární péče v ČR: Materiál Pracovní skupiny pro reformu primární péče*. 2018.
- [86] *PRACOVNÍ SKUPINA PRO ULTRAZVUK V PRIMÁRNÍ PÉČI SVL ČLS JEP: Pocus iGP* [online]. [cit. 2023-05-13]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/o-nas/pracovni-skupina-pro-uz-vysetreni-1/>

Seznam obrázků, grafů a tabulek

Seznam grafů

Graf 2.1: Podíl výdajů na preventivní péči v ČR vzhledem k celkovým výdajům na zdravotní péči v letech 2015-2019 [55]	27
Graf 2.2: Podíl výdajů na jednotlivé preventivní programy [56]	28
Graf 2.3: Kapitační platba v letech 2013-2023	31
Graf 2.4: Navýšení kapitační platby za preventivní prohlídky	32
Graf 5.1: Věková struktura respondentů	39
Graf 5.2: Délka praxe v oboru praktického lékařství	40
Graf 5.3: Typ ordinace	40
Graf 5.4: Okres, ve kterém praktičtí lékaři ordinují	41
Graf 5.5: Úroveň preventivní péče v České republice z pohledu PL	41
Graf 5.6: Rozsah kompetencí praktických lékařů v České republice	42
Graf 5.7: Přístroj k analýze CRP v ordinaci	42
Graf 5.8: Včasná diagnostika v ordinacích VPL	43
Graf 5.9: Čas věnovaný preventivním činnostem v ordinacích VPL	43
Graf 5.10: Příjem preventivních rad od praktických lékařů	44
Graf 5.11: Faktory vedoucí praktického lékaře k indikaci preventivních opatření kardiovaskulárních onemocnění	44
Graf 5.12: Faktor ovlivňující praktického lékaře k indikaci preventivních opatření onkologických onemocnění	45
Graf 5.13: Inicie preventivních prohlídek praktickými lékaři	45
Graf 5.14: Způsoby pozvání k preventivní prohlídce	46
Graf 5.15: Důležitost úkonů preventivní prohlídky	46
Graf 5.16: Hierarchie důležitosti faktorů ovlivňujících preventivní péči	47
Graf 5.17: Hlavní role VPL v primární preventivní péči	48
Graf 5.18: Hlavní role VPL v sekundární preventivní péči	48
Graf 5.19: Hlavní role VPL v terciární preventivní péči	49
Graf 5.20: Hlavní role VPL v kvartérní preventivní péči	49
Graf 5.21: Největší potenciál k ovlivnění pacienta	50

Graf 5.22: Poskytování informací o preventivních programech ZP	50
Graf 5.23: Úroveň gatekeepingu v ČR z perspektivy VPL	51
Graf 5.24: Důležitost gatekeepingu z pohledu VPL	51
Graf 5.25: Zákaz návštěv ambulantních specialistů bez indikace VPL.....	52
Graf 5.26: Pohled VPL na úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel ČR.....	52
Graf 5.27: Relevance zdrojů informací o zdraví.....	53
Graf 5.28: Podněty vedoucí praktické lékaře k posilování zdravotní gramotnosti.....	53
Graf 5.29: Prostředky, jež VPL k posilování zdravotní gramotnosti využívají.....	54
Graf 5.30: VPL kteří zdravotní gramotnost aktivně posilují	54

Seznam tabulek

Tabulka 2-1: Výdaje vynaložené na zdravotní péči v letech 2015–2019 [55]	26
Tabulka 2-2: Průměrné výdaje na preventivní péči jednoho pojištěnce v Kč v období 2015-2019 [56]	27
Tabulka 2-3: Věkové indexy pro výpočet kapitační platby	30
Tabulka 0-1: Výkony kapitační platby	100
Tabulka 0-2: Výkony preventivních výkonů u VPL	101

Přílohy

Příloha A: Dotazník

Všechna data získaná z dotazníkového šetření jsou anonymní. Začátek dotazníku tvoří anketa zjišťující demografické údaje a následuje blok otázek zaměřený na roli praktických lékařů v preventivní péči a také zdravotní gramotnost.

Forma dotazníku

1. Demografické údaje

1.1. Jste:

- a) Muž
- b) Žena
- c) Nechci uvádět

1.2. Kolik je Vám let:

- a) 26-30
- b) 31-40
- c) 41-50
- d) 51-60
- e) 61-65
- f) 65<

1.3. Jak dlouho působíte v praxi jako praktický lékař pro dospělé:

- a) Mezi jedním rokem až deseti lety
- b) 10-15 let
- c) 15-20 let
- d) 20-30 let
- e) 30 let a více

1.4. Ve kterém z následujících okresů ordinujete:

- a) Mělník
- b) Mladá Boleslav
- c) Nymburk
- d) Kolín

- e) Kutná Hora
- f) Benešov
- g) Příbram
- h) Beroun
- i) Rakovník
- j) Kladno
- k) Praha-východ
- l) Praha-západ

1.5. Vaše ordinace je:

- a) Samostatnou ambulantní ordinací
- b) Sdílenou ordinací
- c) Součástí polikliniky
- d) Součástí nemocnice

2. Preventivní péče

2.1. Úroveň preventivní péče v České republice je:

- a) Adekvátní
- b) Problematická
- c) Neadekvátní

2.2. Rozsah kompetencí praktických lékařů v rámci preventivní péče je dle Vašeho názoru:

- a) Adekvátní
- b) Problematický
- c) Neadekvátní

2.3. Ve které oblasti preventivní péče považujete svou roli jako nejvýznamnější:

- a) Primární prevence
- b) Sekundární prevence
- c) Terciární prevence
- d) Kvartérní prevence

2.4. Co považujete za nejdůležitější aspekt preventivní péče:

- a) Předcházení vzniku onemocnění
- b) Včasnou diagnostiku onemocnění
- c) Zmírnění příznaků onemocnění

2.5. Jakou formu prevence považujete za nejdůležitější

- a) Preventivní prohlídky
- b) Očkování
- c) Posilování zdravotní gramotnosti pacientů

2.6. Je podle Vás očkování v rámci prevence významné

- a) Ne
- b) Spíše ne
- c) Spíše ano
- d) Ano

2.7. Co je podle Vašeho názoru při poskytování preventivní péče nejpodstatnější:

- a) Sdílení informací o zdravotních rizicích souvisejících s životní stylem
- b) Očkování pacientů proti přenosným chorobám
- c) Pravidelné preventivní prohlídky

2.8. Co nejvíce ovlivňuje Vaše rozhodnutí při poskytování preventivní péče

- a) Aktuální obtíže pacienta
- b) Čas
- c) Dotazy pacienta ohledně možností preventivních aktivit

2.9. Dodržujete u svých pacientů dvouleté intervaly preventivních prohlídek:

- a) Ano
- b) Ne

2.10. Zvete své pacienty k preventivním prohlídkám:

- a) Ano
- b) Ne

2.11. Pokud aktivně zve své pacienty na preventivní prohlídky, jakým způsobem tak činíte:

- a) Telefonicky
- b) SMS pozvánkou
- c) E-mailovou pozvánkou
- d) Při návštěvě pacienta v ordinaci

2.12. Berete jako součást své role v rámci preventivní péče informovat pacienty o možnostech preventivních programů jednotlivých pojišťoven

- a) Ano
- b) Ne
- c) Na vyžádání pacienta ano

2.13. Domníváte se, že ochota pacientů k participaci na preventivní péči souvisí s tím, v jakém městě ordinujete:

- a) Ano
- b) Ne

3. Problematika gatekeepingu

3.1. Myslíte si, že je úroveň gatekeepingu v České republice na dobré úrovni:

- a) Ne
- b) Spíše ne
- c) Spíše ano
- d) Ano

3.2. Zastáváte názor, že je gatekeeping důležitý:

- a) Ne
- b) Spíše ne
- c) Spíše ano
- d) Ano

3.3. Domníváte se, že pacienti navštěvují ambulance specialistů bez doporučení praktického lékaře

- a) Ne
- b) Spíše ne
- c) Spíše ano
- d) Ano

3.4. Měly by být návštěvy ambulantních specialistů bez doporučení praktického lékaře sankciovány

- a) Ne
- b) Spíše ne
- c) Spíše ano
- d) Ano

4. Zdravotní gramotnost

4.1. Jaký informační zdroj je pro pacienty stran informací týkajících se zdraví dle Vašeho názoru nejrelevantnější:

- a) Informace od praktického lékaře
- b) Informace od rodiny a přátel
- c) Informace z literatury
- d) Informace z internetu a televize

4.2. Snažíte se rozšiřovat a prohlubovat znalosti svých pacientů o zdravotních rizikových faktorech:

- a) Ne
- b) Spíše ne
- c) Spíše ano
- d) Ano

4.3. Snažíte se své pacienty vést k ochotě přijímat předepsaná preventivní opatření:

- a) Ne
- b) Spíše ne
- c) Spíše ano
- d) Ano

4.4. Jakých prostředků využíváte k prohlubování zdravotní gramotnosti svých pacientů:

- a) Brožury
- b) Letáky
- c) Zdravotní výchovu formou rozhovoru

4.5. Poskytujete možnost konzultací ohledně očekávaných přínosů jednotlivých preventivních aktivit:

- a) Ne
- b) Spíše ne
- c) Spíše ano
- d) Ano

4.6. Jak byste ohodnotil/a zdravotní gramotnost svých pacientů

- a) Nadprůměrná
- b) Adekvátní
- c) Problematická
- d) Neadekvátní

4.7. Co Vás podněcuje ke snaze zlepšit zdravotní gramotnost svých pacientů:

- a) Špatné porozumění informací týkajících se zdravotně rizikového chování jako je kouření, nízká fyzická aktivita a nadměrné užívání alkoholu
- b) Popírání významnosti očkování
- c) Nedodržování stanoveného léčebného postupu
- d) Adekvátnost návštěvy ordinace praktického lékaře

Příloha B: Scénář rozhovoru

Polostrukturovaný rozhovor bude probíhat formou osobního setkání nebo jako videohovor přes platformu MS Teams..

Úvodní otázka

- Souhlasíte s pořízením nahrávky?

Tematické okruhy

Demografické údaje

- Jak dlouho působíte jako praktický lékař

Preventivní péče

- Myslíte si, že je úroveň preventivní péče v České republice na dobré úrovni
- Co považujete za nejdůležitější aspekt prevence v případě působení praktického lékaře a jakým způsobem přistupujete k prevenci
- V jaké oblasti preventivní péče (primární, sekundární, terciární, kvartérní) zastává dle vašeho názoru praktický lékař hlavní roli
- Jaký faktor byste označil/a za klíčový při rozhodování, jakou formu prevence pro své pacienty zvolíte
- Myslíte si, že je role praktického lékaře jako zdroje informací ohledně témat souvisejících s preventivní činností pro pacienty klíčová
- Domníváte se, že je poskytovaná prevence ovlivněna tím, v jakém městě nebo typu ordinace praktický lékař ordinuje

Preventivní prohlídky

- Myslíte si, že je frekvence preventivních prohlídek adekvátní
- Myslíte si že je obsah preventivní prohlídky nastaven adekvátně

Gatekeeping

- Jak hodnotíte úroveň gatekeepingu v České republice
- Myslíte si, že pacienti navštěvují ambulance specialistů bez doporučení praktického lékaře

- Měly by být návštěvy ambulantních specialistů bez doporučení praktického lékaře sankcionovány

Zdravotní gramotnost

- Považujete úroveň zdravotní gramotnosti Vašich pacientů za adekvátní
- Jaký informační zdroj hraje u pacientů hlavní roli v přístupu k informacím ohledně preventivní a léčebné péče (praktický lékař, rodinní příslušníci a přátelé, internet a televize)

Příloha C: Informovaný souhlas dotazníkového šetření

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

jmenuji se Magdaléna Černá a jsem studentkou Fakulty biomedicínského inženýrství na Českém vysokém učení technickém v Praze. Tímto bych Vás chtěla požádat o účast v dotazníkovém šetření, jež je součástí mé diplomové práce s názvem: „Role praktických lékařů v oblasti preventivní péče“. Účelem této výzkumné studie je analyzovat, jaké jsou názory, pohledy a vnímání praktických lékařů stran problematiky aktuální role praktických lékařů při poskytování preventivní péče, posilování zdravotní gramotnosti pacientů a faktorů jež praktické lékaře ovlivňují při poskytování preventivní péče. Zjištěné informace budou sloužit ke stanovení možných strategií pro zlepšení stávajícího stavu.

První část dotazníku je zaměřena na sociodemografické údaje. Dále dotazník mapuje oblast aktuální role praktických lékařů v preventivní péči, postojů praktických lékařů k preventivní péči a k posilování zdravotní gramotnosti. Účast ve studii vyžaduje přibližně 10-15 minut Vašeho času.

Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a anonymní. Svou účast ve výzkumu máte možnost odmítnout. Kdykoliv v průběhu vyplňování dotazníku můžete od studie odstoupit. Vaše osobní údaje nebudou nikde zveřejněny. Informace získané skrze dotazníkové šetření budou použity pro účely diplomové práce. Svou účastí významně přispějete k rozšíření poznatků zkoumané problematiky.

V případě nejasností se mě můžete obrátit prostřednictvím e-mailu: cernamag@student.cvut.cz. Děkuji

Bc. Magdaléna Černá

Prosím o informaci, zda souhlasíte/nesouhlasíte s účastí ve studii:

Na základě výše uvedených informací SOUHLASÍM se svou účastí ve výzkumu

Na základě výše uvedených informací NESOUHLASÍM se svou účastí ve výzkumu

Příloha D: Informovaný souhlas pro rozhovory

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

jmenuji se Magdaléna Černá a jsem studentkou Fakulty biomedicínského inženýrství na Českém vysokém učení technickém v Praze. Tímto bych Vás chtěla požádat o účast v semistrukturovaném rozhovoru, jež je součástí mé diplomové práce s názvem: „Role praktického lékaře v oblasti preventivní péče“. Účelem tohoto rozhovoru je analyzovat, jaké jsou názory, pohledy a vnímání praktických lékařů stran problematiky aktuální role praktických lékařů při poskytování preventivní péče, posilování zdravotní gramotnosti pacientů a faktorů jež praktické lékaře ovlivňují při poskytování preventivní péče. Zjištěné informace budou sloužit ke stanovení možných strategií pro zlepšení stávajícího stavu.

První část otázek je zaměřena na sociodemografické údaje. Dále jsou otázky rozhovoru zaměřeny na problematiku aktuální role praktických lékařů v preventivní péči, postojů praktických lékařů k preventivní péči a k posilování zdravotní gramotnosti. Účast ve studii vyžaduje přibližně 15 Vašeho času.

Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a anonymní, přičemž s daty bude nakládáno tak, aby nebylo možné účastníky jakkoliv identifikovat. Svou účast ve výzkumu máte možnost odmítnout. Kdykoliv v průběhu rozhovoru můžete od studie odstoupit. Vaše osobní údaje nebudou nikde zveřejněny. Informace získané v rámci rozhovoru šetření budou použity pro účely diplomové práce. Svou účastí významně přispějete k rozšíření poznatků zkoumané problematiky.

V případě nejasností se mě můžete obrátit prostřednictvím e-mailu: cernamag@student.cvut.cz. Děkuji

Bc. Magdaléna Černá

Prosím o informaci, zda souhlasíte/nesouhlasíte s účastí ve studii a rovněž s pořízením záznamu rozhovoru

Příloha E: Vyjádření etické komise



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

Fakulta biomedicínského inženýrství

nám. Sítná 3105, 272 01 Kladno

Žádost o projednání výzkumného projektu v etické komisi FBMI ČVUT

Application for approval of a research project by FBMI CTU Institutional Ethical/Review Board

Název projektu: Role praktického lékaře v oblasti preventivní péče
Name of the project: The role of general practitioner in the field of preventive care

Hlavní řešitel projektu (Jméno, pracoviště, e-mail): Bc. Magdaléna Čemá, Katedra biomedicínské techniky, FBMI ČVUT v Praze, cemamaga@student.cvut.cz

Stručný popis projektu (do 100 slov):

Účelem této studie je analyzovat současný stav problematiky praktických lékařů v souvislosti s jejich rolí v systému poskytování preventivní péče. Cílem výzkumného projektu je určit hlavní faktory, které praktické lékaře ovlivňují při poskytování preventivní péče, jakým způsobem se podílejí na posilování zdravotní gramotnosti svých pacientů a dále na základě provedených analýz navržení možných opatření pro zlepšení stávajícího stavu. K hodnocení bude využito dotazníkového šetření a polostrukturovaných rozhovorů, a to buď osobně, nebo prostřednictvím MS Teams.

Důvodem pro žádost EK je požadavek řešitele pro potřeby publikace.

Charakter projektu: Grantová úloha (název agentury):
 Výzkum výzkumného týmu (specifikace):
 Kvalifikační práce (specifikace): Diplomová práce
 Jiné:

Seznam příkládaných dokumentů:

- sylabus projektu
- informovaný souhlas písemný pro dotazníkové šetření, náplň informovaného souhlasu pro polostrukturované rozhovory
- jiné (prosíme vypsát): Scénář rozhovorů, otázky dotazníkového šetření

V Kladně dne 23. 2. 2023

podpis hlavního řešitele

Vyjádření souhlasu etické komise FBMI ČVUT

FBMI CTU Institutional Ethical/Review Board approval

Projekt byl schválen etickou komisí FBMI ČVUT dne: 28. 2. 2023 platný do: 4/2023
pod číslem: 033/2023

Etická komise FBMI ČVUT v Praze, ve složení Mgr. Martina Dingová Šlíková, Ph.D. (předsedkyně), prof. Ing. Karel Roubík, Ph.D., RNDr. Táňa Jarošíková, CSc., doc. Ing. Petr Kudrna, Ph.D., MUDr. Tomáš Heřman, a Ing. Lucie Šedzmáková, zhodnotila předložený projekt a neshledala žádné rozpory s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směnicemi pro provádění biomedicínského výzkumu zahrnujícího lidské účastníky nebo laboratorní zvířata.

Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.

V Kladně dne 28. 2. 2023

ETICKÁ KOMISE
České vysoké učení technické v Praze
Fakulta biomedicínského inženýrství
nám. Sítná 3105
272 01 Kladno
razítko etické komise FBMI ČVUT

Mgr. Martina Dingová Šlíková, Ph.D.

podpis předsedy etické komise

ČVUT v Praze
Fakulta biomedicínského inženýrství
nám. Sítná 3105
272 01 Kladno

tel.: (+420) 224 358 419
fax: (+420) 312 608 204
www.fbmi.cvut.cz

IČ: 68407700
DIČ: CZ68407700
Bankovní spojení: KB Praha 6
č.ú. 27-73800102870100

Příloha F: Rozhovory

Rozhovor I.

Úvodní otázka

- Ano souhlasím s nahrávkou

Demografické údaje

- Přibližně 42 let
- Samostatná ambulance

Preventivní péče

- Co byste označil/a za hlavní roli praktického lékaře v oblasti poskytování preventivní péče a co považujete v rámci působení praktického lékaře za nejdůležitější v primární, sekundární, terciární a kvartérní péči
 - Vyhledávání diabetes mellitus, vyhledávání onkologických onemocnění třeba tlustého střeva, identifikace vyšších cholesterolů a tuků tím pádem i edukaci pacientů
 - Primární – zaslání do laboratoře, děláme EKG, RTG z toho vyhodnotím jak je ten pacient nemocný, jeli to slabé – edukace, papírovou formou a doporučím všechno možné internet a nějakou dobu ho takto nechám poté udělám kontrolu, když zjistím, že to bylo nedostatečné nebo že je pacient nedůsledný, udělám kontrolu do 2-3 měsíců. Řeknu pacientovi proč to dělám a doporučím jednou za čas kontrolu, upraví-li se stav po edukaci – kontrola jednou za půl roku. Když mu podám léky a je to dobré, pochopitelně jsou kontroly po třech měsících a lze říct, že jsou dispenzarizovaní. Na to jsou většinou guideliny, které říkají jakým způsobem to dělat, někdy si zkracujeme, jelikož víme, že někteří pacienti nejsou příliš důslední a potřebuju určitou kontrolu
- Domníváte se, že je míra vlivu praktického lékaře jako informačního zdroje pro pacienty klíčová nebo volí jiné informační zdroje.
 - Doporučuji všechny možnosti samozřejmě. Brožury, letáky, weby.
 - Záleží na tom, jaký člověk je. Mladší lidi milují internet. Starší ročníky mají rádi když jim to opakovaně řekneme, nebo dáme do rukou nějaké brožurky

s poučeními a tak dále. Někdo to chce několikrát. Někdo to chce papírově, slovem a internet taky. Nejlepší je všechno.

- Myslíte si, že je frekvence preventivních prohlídek adekvátní
 - Ano bohatě to stačí
- Myslíte si že je současně nastavený obsah preventivní prohlídky dostatečný.
 - Ne. Měli by tam být určité věci. Mělo by to být obohacené například o ultrazvuky vylučovacího systému močového, který tam chybí. Nikde se pořádně nehledá u mužských, ta prostata ještě jakž takž, ale močový systém jako ledviny a močový měchýř na ten se zapomíná. Pro kardiologii makají všichni, pro střeva makají všichni, pro močový měchýř nikdo a je to velmi málo.

Gatekeeping

- Jak byste zhodnotil/a úroveň gatekeepingu v České republice
 - Já bych řekla, že je ale časově ne. Že návaznost, když já něco zjistím a pošlu to a nechci přímo hospitalizaci a chci jenom další vyšetření nebo potvrzení diagnózy kterou já tam říkám, protože je více možností, tak ta doba je neuvěřitelně dlouhá. Odborníci nemají čas, protože mají kvóty na den, kolik mohou udělat a pojišťovna jim více nezaplatí. Když je vyčerpána kvóta dál už dělat nemůžu.

Zdravotní gramotnost pacientů

- Jak byste zhodnotil/a úroveň zdravotní gramotnosti pacientů v České republice
 - Myslím si, že od doby internetu se pacienti cítí
 - Za mě je doktor Google neštěstí, pacient si něco přečte, nerozumí tomu, přijdou k doktorovi tady mám diagnózu a něco s tím udělejte. Spousta pacientů nechce přistoupit na to že možností stran diagnostiky je mnohem více a že když bolí na hrudi, nemusí se jednat o infarkt a že to může být úplně něco jiného od embolie přes hrudní blokádu přes cokoliv. Tak jako oni to velice špatně přijímají.
 - Edukace je nutná těch lidí ale v určité míře, protože ikdyž je to třeba vzdělaný člověk. I ten vzdělaný člověk, když si přečte google
- Jaký je dle Vás nejlepší způsob posilování zdravotní gramotnosti v populaci.

- Google nikdo neovlivní, ale edukace by mohla být nějakým způsobem, ale lidé hledají nejjednodušší způsob. Vezmou si telefon, vygooglim si co to je a je to. Pak s tím tedy jsou nebo nejdou. S tím nelze bojovat.
- Mělo by to být jako takové, přesnější diagnózy by měly být blokovány třeba je pro lékaře. Když třeba mladí lékaři váhají, což mladí většinou váhají a nevědí jaká diagnóza nebo něco takového, tak aby si to mohli otevřít a přečíst, ale obecný lid, který tohle nemusí až tak vědět, protože neumí tu návaznost a nemá za sebou anatomii, histologii, patologii a tak dále. Tak to si myslím, že by bylo dobré aby Google zakázal a odemykalo se to jen doktorům, ale jak zjistím, že se jedná o lékaře.
- Víc praxe ve škole už za školy dělat více praxe. Kór pro ty kdo chce dělat praktika, ten musí mít obrovský záběr ve všech těch, nemusí jít do hloubky jako třeba kardiolog nebo něco takového, ale kardiolog má srdce a hotovo, kdežto my máme celého člověka od psychiatrie přes oční všechno prostě. Tak aby v tom uměli plavat. Nevím jak to teď je, kdy si přesně vybírají co chtějí být, ale pokud na škole vědí, že chtějí být praktikem už je k tomu nějak směřovat že tedy je tu spousta papírování a jak se to dělá, spousta různých diagnóz už v té škole.

Rozhovor II.

Souhlasíte s pořízením záznamu

- Ano souhlasím

Demografické údaje

- Jako VPL praktikuji přibližně 11 let
- Součást samostatné ordinace

Preventivní péče

- Co byste označil/a za hlavní roli praktického lékaře v oblasti poskytování preventivní péče a co považujete v rámci působení praktického lékaře
 - Je to úžasné jako komplex. Já si je kompletně vyzpovídám, vyšetřím od hlavy k patě co potřebuju a podle toho se rozhoduju jakou laboratoř. Samozřejmě vím jakou laboratoř můžu dělat preventivně od pojišťovny kterou nemusím dělat, mám na to přesný tabulky a rozpisy co smím a co nesmím což mě občas i limituje, ale občas už když se mi něco nelíbí nedávám to jako preventivní laboratoř. Protože při té prevenci se na to přichází ve chvíli kdy ten pacient ty problémy ještě nemá a já jsem schopná na to přijít a v tom mi to přijde geniální.
- Pomohlo by rozšíření kompetencí praktických lékařů
 - Já si zásadně nemyslím, přijde mi že je to celkem rozumně nastavený, jsou tam spíše detaily, které mi jako překážejí nebo vadí, ale všeobecně je ten preventivní systém dobře nastaven, pokud by ho všichni praktici dělali jak mají tak by fungoval dobře. Myslím si že ne všichni to dělají, ale co musím říct na obhajobu té nové generace praktiků si myslím, že to dělají čím dál více. Samozřejmě strašně záleží na školiteli, který toho doktora mladého školí, tak od něj automaticky přejímá od toho školitele nějaké zvyky, zásady nebo tak a když má člověk špatného školitele, může zdědit i špatné návyky. Ale myslím si že všeobecně ta mladá generace lékařů, kteří žili většinu života po revoluci, tak si myslím, že už jdou tímto směrem. Navíc teď současně se dělá mraky školení pro praktické lékaře a všeobecně ta primární péče teď kdo má zájem tak se perfektně školí a jsou výborně udělaný doporučený postupy, každý týden jsou webináře pro praktické lékaře, kde se sejde 3000 praktiků napříč republikou a povídá se tam o

tématech a myslím si že současně skoro bych řekla že praktici ty co mají zájem fungují lépe než leckteré jiné společnosti lékařů tady v České republice, ten kdo nemá zájem samozřejmě ne, někteří již jedou ze setrvačnosti.

- Myslíte si že frekvence preventivních prohlídek je adekvátní
 - určitě to stačí, samozřejmě pak nemocní pacienti chodí častěji, například hypertonicí chodí 4 za rok, ale u té mladé generace jednou za dva roky stačí, ale ať jednou za dva roky přijdou, protože vždycky se může problém objevit a čím dříve se na to přijde tím lépe. Vždycky tam musí být nějaký kompromis
- Myslíte se že je současný obsah preventivní prohlídky nastaven adekvátně
 - Z mého pohledu je to v podstatě dostatečný. Navíc si stejně myslím že si to ten praktik může nepatrně upravovat. Někteří lékaři si to obohatí, když prostě mají zkušenost že to potřebuju, tomu se říká ten rámeček. Čím je doktor starší tím nabírá zkušenosti a opravdu zkušený doktor jak já vždy říkám „pozná rakovinu od dveří“ a neví čeho, ale pozná na to pacientovi, že se něco děje i na téměř na cizím. Pokud má ten doktor o tu práci opravdu zájem a chce ji dělat dobře, tak se mu ty zkušenosti násobí s dobou praxe a pak si opravdu udělám třeba věci které jsou trošku nadstandard, ale já si myslím že jsou potřeba a tak si je tam přidám. Nemyslím si že by nás to mělo limitovat, důležité je že člověk přijde, že to s ním v komplexu probereme a z toho můžou vznikat nejen otázky toho pacienta, který třeba zodpovíme pokud je čas ale i mě napadne co by se třeba ještě mělo vyšetřit.
- Domníváte se, že je míra vlivu praktického lékaře jako informačního zdroje pro pacienty klíčová nebo volí jiné informační zdroje
 - Všeobecně se říká, že praktickým furt ještě hrozně moc říká se to i napříč praktiky, že máme velký v tomhle zásluhu nebo velkou moc, kterou když nevyužijeme správným směrem je to škoda. Že ten potenciál je tam obrovský, lidi si ledaco přečtou ale pak stejně přijdou za mnou a ptají se zda si mají třeba něco koupit a zda bych tomu věřila a já třeba řeknu že ne. Ten potenciál ovlivnění je obrovský si myslím, pokud si získají důvěru té své kupičky lidí a já si myslím že to dobrý praktik dokáže, tak je pro ně náš názor velmi důležitý, neříkám všeřikající, ale velmi důležitý a my k tomu, my si ty názory z internetu taky přečteme, ale mám k tomu to

zázemí znalostí a souvislostí. To je nejhorší to si lidi strašně pletou, znalosti si přečtou z internetu, dokonce mě i někteří překvapí, že mají znalosti třeba o ALS ví více než já, to se samozřejmě může stát, když s to třeba „ajt’ák“ teď a tady všechno nastuduje ale nemá ty souvislosti a ty já mám. V tom je ta obrovská nadstavba toho doktora, oproti všem počítačům oproti umělé inteligenci, že mi tam budeme mít souvislost vždycky větší, to propojení těch znalostí bude vždycky větší, si myslí já teda.

Gatekeeping

- Je gatekeeping v České republice na dobré úrovni
 - To je otázka, protože samozřejmě občas je problém je spíš k těm odborníkům, třeba tady na Kladensku jsou specialisté přetížení takže pokud já neseženu odborníka dříve než za půl roku může to být problém. Protože pak se mi tady pacient půl roku zasekne na místě s problémem, který já jako praktik už nejsem schopná řešit a půl roku může být dlouhá doba, ale zase to není to tak urgentní abych ho statimově poslala do nemocnice a pak je takový blbý mezistavu. Z nemocnice ho pošlou domů, že to není urgentní. Jo ale ono to není urgentní ale bylo by dobrý to třeba do měsíce vyšetřit. Ale jako rozdíl mezi dnes a tady a za půl roku je příliš velký. Ale zatím tedy podle mých informací jsme na tom úplně nejlépe z celé Evropy a celého západního světa, kdy například pacient začne v Anglii krvácet z konečníku a kolonoskopii má třeba až za dva roky. Pořád jsem na tom extrémně dobře a lidé jsou tu rozmazlení.
- Sankce za návštěvu ambulantního specialisty bez indikace praktického lékaře
 - Já si myslím že nějaký poplatek by měl být a jakýkoliv i třeba za použití RZ rozhodně by měl být, to je největší zlo této republiky ta snaha udržet bezplatné zdravotnictví prostě nejde a doktoři jsou přetížení, v tom smyslu že návštěvnost u praktického lékaře za rok v západních zemích je průměrně 3 x za rok u nás 6 x za rok průměr. To je myslím tím že je ta péče bezplatná a když byl regulační poplatek, zbytečných pacientů, kteří problém neměli ubylo a byl větší prostor pro pacienty s obtížemi. My nikdy nemůžeme odmítnout někoho s bolestí na hrudi. Byla by možnost například zálohové úhrady, retro systém toho že když se prokáže že to bylo

oprávněně, tak by záloha za poskytnutou péči byla vrácena. Nějaká bazální platba by měla mít.

- **Možnost připojištění** –Máme hrozně špičkovou péči, které si mnozí neváží. A kdyby lidé platili 10 % toho co jim poskytujeme tak by se divili. Pak by přestal být tlak na praktické lékaře nabírat zbytečnosti, já jsem si schopná to obhájit já řeknu pane vy jste tak dlouho unavený, já bych vám ty boreliózy chtěla nabrat a já si myslím že tam nějaká možnost toho že budou pozitivní je, jo bude vás to stát 500 Kč nebo 200 Kč protože to stojí 2000 Kč tak vás to bude stát 200, ale já si myslím že je to prostě indikovaný/správný vám to nabrat a pacient si řekne dobře tak v tomto případě tedy ano. Takže si myslím že nějaká malá míra spoluúčasti té motivační by byla správná a že prostě to naopak bude třeba podporovat rodiny žít spolu a pomáhat svému seniorovi, aby si to mohl dopřát a to že to tady není, že všechno dostanou zadarmo, že rodina nemá povinnost nebo nutnost

Zdravotní gramotnost

- Úroveň zdravotní gramotnosti pacientů
 - Zlepšuje se to, hodně se to zlepšuje. Lidé mají zájem až mě to samotnou překvapuje a možná jim ten doktor jde přirozeně příkladem, že já jsem aktivní sportovní nekuřák z přesvědčení. Vždycky je to lepší než když jim to říká tlustý kuřák. Mě sami lidé překvapují jak lidé slyší na ty různé hubnutí, na dynamický způsob pohybu sportu, na vytrvalostní způsob sportu a sami mi lidé říkají, že přehodnotili, že chodí do práce pěšky ráno a říkají mi ty dílejí a chlubí se mi tím a já mám z nich radost. Celkově osvěta se zlepšuje, před 89 lidí akorát kouřili a jedli salámy a dnes se to zlepšuje rozhodně. Osvěta se zlepšuje všeobecně jak díky médiím tak díky doktorům těžko říct.
- **Myslíte si že dosah médií je velký**
 - Je taky velký určité a mohl by i fungovat lépe než funguje. Mohlo by být více různých informačních věcí pro ty lidi o té osvětě o zdravém životním stylu. Mohlo by se do toho investovat víc protože by stát ve výsledku ušetřil na zdravotní péči, kdyby udělal občas tu tam nějaký shot viz covidové vakcinace, ty shoty byly hrozný to se jim vůbec nepovedlo to se

dá udělat vtipně prostě zajímavě, motivačně tam je vidět že tímhle směrem jako v této republice moc lidí nepřemýšlí jo. My potřebujeme oslovovat mladý lidi a to se musí přizpůsobit na míru, stejně tak seniorům to přizpůsobit na míru, v době kdy se koukají ta či ona generace – cíleně by to měl stát začít sponzorovat. Určitě média v dnešní době hýbou světem a hrají obrovskou roli v našem světě

- **Nejlepší možnost posilování zdravotní gramotnosti**

- praktik a média, co si lidi řeknou mezi sebou může být občas velká tragédie

Rozhovor III

Souhlasíte s pořízením záznamu

- Ano souhlasím s pořízením záznamu

Demografické údaje

- 24 let
- Samostatná ambulance

Preventivní péče

- Co byste označil/a za hlavní roli praktického lékaře v oblasti poskytování preventivní péče a co považujete v rámci působení praktického lékaře
 - Hlavně včasnou diagnostiku, onemocnění u kterých je včasný zachycení možné. Jinak taky samozřejmě doporučení všem pacientům aby žili zdravě a aspoň se snažili udržet nějak základní zdravý životní styl. Taky poučení pacientů proč děláme vyšetření a jaký důsledky můžou z toho, že třeba nepřijdou na preventivní prohlídky nebo když zanedbávají léčbu kterou ode mě mají doporučenou
- Pomohlo by rozšíření kompetencí praktických lékařů
 - Nemyslím si že by byly mohly být rozšířeny takovým způsobem aby to zároveň pomohlo .
- Myslíte si že frekvence preventivních prohlídek je adekvátní
 - Jo myslím si že ano, přeci jen když se pacient necítí zdraví, přijde i mimo preventivní prohlídky ale zase dvouletý interval je za mě v pořádku pro odhalení nějakého nového onemocnění
- Myslíte se že je současný obsah preventivní prohlídky nastaven adekvátně
 - Podle mě ano, protože když potřebuju něco nad tak si to vždy můžu udělat už mimo prevenci, to už je zase na uvážení daného praktika a taky na základě jeho zkušeností
- Domníváte se, že je míra vlivu praktického lékaře jako informačního zdroje pro pacienty klíčová nebo volí jiné informační zdroje
 - To asi záleží no. Všeobecně myslím, že je pro ně můj názor důležitý je a že o věcech kterým nerozumí nebo se jich bojí se sice nejdřív poradí s internetem, ale pak stejně přijdou sem, aby si to buď potvrdili nebo aby se jim jejich obavy vyvrátily

Gatekeeping

- Je gatekeeping v České republice na dobré úrovni
 - Myslím že je dobrá, ale pak než se dostane pacient k dalšímu vyšetření je to delší, protože je systém přetížený. Pak jsou taky ale pacienti, kteří nás jako praktiky obcházejí a to by se i vzhledem k přetížení systému mělo nějak ošetřit
- Sankce za návštěvu ambulantního specialisty bez indikace praktického lékaře
 - Vyloženě pokuta by zavedená být neměla, ale možná zase zpětně zavést regulační poplatky. Tím by pacienti více přemýšleli o tom zda by jejich potíže neměl nejdříve zvážit praktik.

Zdravotní gramotnost

- Úroveň zdravotní gramotnosti pacientů
 - Záleží na tom jak která generace, ale i vzdělání. Často se stane, že si pacient něco přečte a je hotovo ale dneska mají pacienti větší přehled díky internetu a taky se snaží různým věcem porozumět. Neštěstí v tomto spočívá hlavně v tom, že nemají tu základnu znalostí, které my jako lékaři získáme při studiu. Pacienti se nedají so spojitosti své potíže s více diagnózami, protože tam prostě ty informace nejsou tak široké jako u nás lékařů. Myslím, že mladí lidé jsou hodně zaměřen na zdržení dobrého zdravotního stavu a proto je i jejich zdravotní gramotnost na lepší úrovni, protože si ji sami rozšiřují
- **Myslíte si že dosah médií je velký**
 - Určitě a občas je to na škodu, ale třeba imunizační programy například encefalitida, tak to podle mě může lidi přimět jít se očkovat. Ale stejně se občas přijdou poradit sem.
- **Nejlepší možnost posilování zdravotní gramotnosti**
 - Nejlépe by podle mě fungovalo, kdyby se na to více dbalo v médiích, mluvím ale o opravdu ověřených informacích a ne o neúplných informacích, které jsou často dohledání na internetu. A určitě by pomohla větší osvěta již ve školách
 - Rozhovor v ordinaci a doporučení od praktického lékaře jsou nejdůležitější, pro rozšíření daného tématu pak brožury a informační weby.

Příloha G: Seznamy výkonů

Tabulka 0-1: Výkony kapitační platby

Seznam výkonů kapitační platby s bodovou hodnotou výkonů pro rok 2023							
Číslo výkonu	Název výkonu	Doba trvání výkonu v	Omezení frekvence	Bodová hodnota výkonu			
				Přímé náklady	Osobní náklady	Režijní náklady	Celkem
01023	Cílené vyšetření praktickým lékařem	15	1/1 den	8,00 Kč	160,73 Kč	52,65 Kč	221 Kč
01024	Kontrolní vyšetření praktickým lékařem	10	1/1 den	4,00 Kč	107,16 Kč	35,10 Kč	146 Kč
01025	Konzultace praktického lékaře rodinnými příslušníky pacienta	10	1/1 den	- Kč	55,11 Kč	35,10 Kč	90 Kč
01030	Administrativní úkony praktického lékaře	10		- Kč	55,11 Kč	35,10 Kč	90 Kč
09215	Injekce I.M., S., I., D.	5	3/1 den	3,66 Kč	16,41 Kč	17,55 Kč	38 Kč
09216	Injekce do měkkých tkání nebo intradermální pupeny v rámci reflexní léčby	10	den; 20/3 měsíce	3,66 Kč	82,66 Kč	35,10 Kč	121 Kč
09217	Intravenózní injekce u kojence nebo dítěte do 10 let	15		3,66 Kč	82,66 Kč	52,65 Kč	139 Kč
09219	Intravenózní injekce u dospělého nebo dítěte do 10 let	10		3,66 Kč	32,83 Kč	35,10 Kč	72 Kč
09220	Kanyla periferní žíly včetně infuze	30		30,55 Kč	32,83 Kč	105,30 Kč	169 Kč
09233	Injekční okrsková anestezie	10		11,93 Kč	55,11 Kč	35,10 Kč	102 Kč
09237	Ošetření a převaz rány včetně ošetření kožních a podkožních afekcí do 10 cm ²	10	1/1 den	26,94 Kč	32,83 Kč	35,10 Kč	95 Kč
09507	Psychoterapie podpůrná prováděná lékařem nepsychiatrem	30	1/1 rok	- Kč	165,33 Kč	105,30 Kč	271 Kč
09511	Minimální kontakt lékaře s pacientem	5	1/1 den 1/odbomost	- Kč	27,55 Kč	17,55 Kč	45 Kč
09513	Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem	10	2/1 den	- Kč	55,11 Kč	35,10 Kč	90 Kč
09523	Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou	30	1/1 den	- Kč	165,33 Kč	105,30 Kč	271 Kč
09525	Rozhovor lékaře s rodinou	30	1/1 den	- Kč	165,33 Kč	105,30 Kč	271 Kč
44239	Ošetření a převaz bércového vředu lékařem (1 bérec)	20	den; 5/1 týden	240,12 Kč	214,31 Kč	70,20 Kč	525 Kč
71511	Vyjmutí cizího tělesa ze zvukovodu	5		2,02 Kč	53,58 Kč	21,05 Kč	77 Kč
71611	Vynětí cizího tělesa z nosu-jednoduché	10		4,42 Kč	55,11 Kč	42,10 Kč	102 Kč

Tabulka 0-2: Výkony preventivních výkonů u VPL

Seznam preventivních zdravotních výkonů s bodovou hodnotou výkonů pro rok 2023							
Číslo výkonu	Název výkonu	Doba trvání výkonu v minutách	Omezení frekvence	Bodová hodnota výkonu			
				Přímé náklady	Osobní náklady	Režijní náklady	Celkem
01021	Komplexní vyšetření praktickým lékařem	60	1/1 den	8,00 Kč	642,94 Kč	210,60 Kč	862 Kč
01022	Opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem - preventivní prohlídka	40	1/1 den	8,00 Kč	428,62 Kč	140,40 Kč	577 Kč
01023	Cílené vyšetření praktickým lékařem	15	1/1 den	8,00 Kč	160,73 Kč	52,65 Kč	221 Kč
01024	Kontrolní vyšetření praktickým lékařem	10	1/1 den	4,00 Kč	107,16 Kč	35,10 Kč	146 Kč
01026	Časný záchyt demence v ordinaci praktického lékaře	15	1/1 den	- Kč	160,73 Kč	52,65 Kč	213 Kč
01146	Stanovení D-dimeru v ordinaci	12	1/1 den	252,13 Kč	66,13 Kč	42,12 Kč	360 Kč
01147	Stanovení srdečního troponinu T v ordinaci	12	2/1 den	352,13 Kč	66,13 Kč	42,12 Kč	460 Kč
01148	Stanovení pro BNP v ordinaci	12	1/1 den	669,13 Kč	66,13 Kč	42,12 Kč	777 Kč
01186	Převzetí pacienta po onkologické léčbě do péče lékaře primární péče	40	1/1 rok	8,00 Kč	428,62 Kč	140,40 Kč	577 Kč
01188	Následná prohlídka pacienta s onkologickým onemocněním	25	2/1 rok	8,00 Kč	267,89 Kč	87,75 Kč	364 Kč
01196	Management časného záchytu karcinomu plic - zahájení sledování pojištěnce v rámci časného záchytu karcinomu plic	15	1/život	- Kč	160,73 Kč	52,65 Kč	213 Kč
01197	Management časného záchytu karcinomu plic - bez zahájení sledování pojištěnce v rámci časného záchytu karcinomu plic	15	1/rok	- Kč	160,73 Kč	52,65 Kč	213 Kč
01201	Péče o stabilizovaného diabetika 2. typu všeobecným praktickým lékařem	30	4/rok	- Kč	321,47 Kč	105,30 Kč	427 Kč
01204	Péče o prediabetika praktickým lékařem	30	2/rok	- Kč	321,47 Kč	105,30 Kč	427 Kč
01210	Test mentálních funkcí v ordinaci praktického lékaře	30	1/1 rok	- Kč	165,33 Kč	105,30 Kč	271 Kč
01211	Péče o pacienta s demencí praktickým lékařem	20	2/1 rok	- Kč	214,31 Kč	70,20 Kč	285 Kč
01441	Stanovení glukózy glukometrem	2	1/1 den	7,24 Kč	6,57 Kč	7,02 Kč	21 Kč
01443	Kvantitativní stanovení krevní srážlivosti (INR) z kapilární krve (POCT)	5	8/3 měsíce	143,17 Kč	27,55 Kč	17,55 Kč	188 Kč
15118	Management kolorektálního screeningu	15	50-55 let 1/1rok; od 55 let 1/2 roky	- Kč	160,73 Kč	52,65 Kč	213 Kč
15119	Kolorektální screening - analytická část, stanovení okultního krvácení ve stolici	5	50-55 let 1/1rok; od 55 let 1/2 roky	125,96 Kč	53,58 Kč	17,55 Kč	197 Kč