

Projekt zavedení programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom ve vybraném zdravotnickém zařízení

Mgr. Bronislava Křesalová

Diplomová práce
2019

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Mgr. Křesalová Bronislava	Chudobín 91, Mladeč - Sobáčov	M16700

TÉMA ČESKY:

Projekt zavedení programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom ve vybraném zdravotnickém zařízení

TÉMA ANGLICKY:

The Project of Implementing Preventive Care Focused on Metabolic Syndrom in Selected Health Care Institution

VEDOUcí PRÁCE:

doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D. - MUMM

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Úvod
\vsp{1ex}
Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.
\begin{Riman}
\item Teoretická část
\begin{tecky}
\item {Zpracujte teoretické poznatky týkající se zdravotních služeb a řízení zdravotnických organizací.}
\end{tecky}
\item Praktická část\begin{tecky}
\item {Proveďte situační analýzu vývoje metabolického syndromu v České republice a analýzu současné úrovně preventivní činnosti zaměřené na metabolický syndrom ve vybraném zdravotnickém zařízení.}
\item {Na základě výsledků analýzy zpracujte projekt zavedení programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom ve vybraném zdravotnickém zařízení.}
\item {Projekt zhodnoťte z hlediska jeho implementace do praxe.}
\end{tecky}
\end{Riman}
Závěr

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

BUCHBINDER, Sharon B. a Nancy H. SHANKS. Introduction to health care management. 2nd ed. Burlington, MA: Jones, 2012, 498 s. ISBN 978-144-9650-957.\nl{}
LONGEST, Beaufort B. a Kurt DARR. Managing health services organizations and systems. Sixth edition. Baltimore: Health Professions Press, 2014, 752 s. ISBN 978-1938870002.\nl{}
SLOUKA, David. Vedení a marketing malých zdravotnických zařízení: příručka pro praxi. Praha: Grada, 2017, 144 s. ISBN 978-80-271-0469-7.\nl{}
STAŇKOVÁ, Pavla. Marketingové řízení nemocnic. Žilina: Georg, 2013, 208 s. ISBN 978-80-89401-64-2.\nl{}

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

**PROHLÁŠENÍ AUTORA
BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE**

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové/bakalářské práce bude uložen na elektronickém nosiči v příruční knihovně Fakulty managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen v případě, že uzavřu licenční smlouvu uzavřenou mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové/bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

1. že jsem na diplomové/bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
2. že odevzdaná verze diplomové/bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 1. 4. 2019

Jméno a příjmení: Bronislava Křesalová

.....

podpis diplomanta

ABSTRAKT

Cílem práce je vypracovat návrh projektu na zavedení programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom ve vybraném zdravotnickém zařízení. Pro vypracování projektu bylo nutné zjistit, zda je program s tímto zaměřením preventivní péče potřebný a žádaný. Pro učinění tohoto rozhodnutí bylo nutné provést analýzu dat týkající se incidence a prevalence civilizačních onemocnění v České republice se zaměřením na primární péči a metabolický syndrom a preference pacientů ohledně sekundární preventivní péče. K analýze trhu v oblasti preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom byl použit Porterův model konkurenčních sil. Jako další zdroj informací byly použity údaje získané z dotazníkového šetření, které probíhalo ve dvou ambulancích praktických lékařů v okrese Olomouc. Provedenými analýzami bylo zjištěno, že se zvyšuje incidence a prevalence těchto onemocnění a preventivní péče je žádaná a potřebná. Na základě zjištěných skutečností byl navržen projekt na zavedení programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom, který je hlavním výsledkem této diplomové práce.

Klíčová slova: civilizační onemocnění, preventivní péče, metabolický syndrom, zdravotnické zařízení

ABSTRACT

The aim of this work is to elaborate a project proposal for the introduction of a preventive care program focused on metabolic syndrome in a selected medical facility. First of all, it was necessary to find out whether the preventive care program was needed and desired. To make this decision, it was necessary to analyze the data on the incidence and prevalence of civilization diseases in the Czech Republic with a focus on primary care and metabolic syndrome and patient preference for secondary preventive care. Porter's competitive force model has been used to analyze the market for preventive care of metabolic syndrome. Another source of information was the data obtained from a questionnaire conducted in two general practitioners' offices in the Olomouc district. The analysis has shown that the incidence and prevalence of these diseases are increasing and preventive care is desired and needed. Based on the findings, a project was proposed to introduce a preventive care program focused on the metabolic syndrome, which is the main result of this thesis.

Key words: civilization diseases, preventive care, metabolic syndrome, medical facility

Ráda bych poděkovala doc. Ing. Pavle Staňkové, PhD. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a čas, který mi v průběhu zpracování této diplomové práce poskytovala.

Stejně tak bych poděkovala doc. MUDr. Daliborovi Pastuchovi, PhD., MBA za odborné informace a konzultace.

Velké poděkování patří i mojí rodině, která mě podporuje ve všech životních rozhodnutích a situacích.

Motto: „Cílem veškerého dění ve zdravotnictví musí býti pacient.“

MUDr. B. Albert, 1932

OBSAH

ÚVOD	1
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	3
I TEORETICKÁ ČÁST	5
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB A ZDRAVOTNÍ PÉČE	6
1.1 ZDRAVOTNÍ SLUŽBY A ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR	6
1.1.1 Zdravotní péče.....	6
1.1.2 Druhy zdravotní péče	7
1.1.3 Formy zdravotní péče.....	8
1.2 PREVENTIVNÍ PÉČE A JEJÍ POSTAVENÍ V SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE	9
1.3 DRUHY PREVENCE	9
1.3.1 Primární prevence	9
1.3.2 Sekundární prevence	11
1.3.3 Terciární prevence.....	11
1.4 ÚLOHA PREVENCE VE ZDRAVOTNICTVÍ V ČR	11
1.5 PROGRAMY PREVENTIVNÍ PÉČE V ČESKÉM ZDRAVOTNICTVÍ.....	12
1.5.1 Screeningové programy v rámci hrazené preventivní péče	12
1.5.2 Preventivní programy vytvářené zdravotními pojišťovnami	15
1.6 NÁRODNÍ STRATEGIE OCHRANY A PODPORY ZDRAVÍ A PREVENCE NEMOCÍ	17
2 MEZINÁRODNÍ ASPEKTY PREVENCE	19
2.1 SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE A PREVENCE	19
2.2 STRATEGIE EVROPSKÁ UNIE V OBLASTNÍ ZDRAVÍ A PREVENCE	22
3 MANAGEMENT ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ	24
3.1 STRUKTURA ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ V SYSTÉMU PÉČE V ČR	24
3.2 MANAGEMENT ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ.....	25
3.3 LEGISLATIVA ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ.....	27
4 SITUAČNÍ ANALÝZA	29
4.1 PEST ANALÝZA	29
4.2 PORTERŮV MODEL PĚTI KONKURENČNÍCH SIL	30
4.3 SWOT ANALÝZA	30
5 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
6 PŘEDSTAVENÍ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE	34
6.1 VIZE A MISE SPOLEČNOSTI FIT CLINIC	34
6.2 OBLASTI POSKYTOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE	34
7 SITUAČNÍ ANALÝZA PROSTŘEDÍ SPOLEČNOSTI S OHLEDEM NA PROBLEMATIKU METABOLICKÉHO SYNDROMU	36
7.1 METABOLICKÝ SYNDROM A CIVILIZAČNÍ ONEMOCNĚNÍ	36
7.1.1 Historie a definice metabolického syndromu.....	37

7.1.2	Prevalence metabolického syndromu.....	38
7.1.3	Obezita jako důležitý faktor metabolického syndromu	40
7.1.4	Prevalence obezity	41
7.2	PEST ANALÝZA PROSTŘEDÍ SPOLEČNOSTI S DŮRAZEM NA PROBLEMATIKU METABOLICKÉHO SYNDROMU.....	43
7.2.1	Politické vlivy	43
7.2.2	Ekonomické vlivy	45
7.2.3	Sociální vlivy	53
7.2.4	Technologické vlivy.....	57
7.2.5	Shrnutí PEST analýzy	58
7.3	PORTERŮV MODEL KONKURENČNÍCH SIL.....	59
7.3.1	Hrozba nově vstupujících zdravotnických organizací	59
7.3.2	Soupeření mezi existujícími zdravotnickými organizacemi	60
7.3.3	Vyjednávací vliv dodavatelů.....	61
7.3.4	Vyjednávací vliv klientů	61
7.3.5	Hrozba substitučních služeb.....	62
7.4	ANALÝZA SOUČASNÝCH AKTIVIT FIT CLINIC ZAMĚŘENÝCH NA PREVENTIVNÍ PÉČI63	
8	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ ZÁJMU PACIENTŮ O ŘEŠENÍ ZDRAVOTNÍCH RIZIK V RÁMCI ZDRAVOTNÍ PREVENCE	64
8.1	CÍLE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	64
8.2	METODIKA VÝZKUMU	64
8.3	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	65
8.4	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	66
9	SWOT ANALÝZA ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ.....	70
9.1	SILNÉ STRÁNKY.....	70
9.2	SLABÉ STRÁNKY.....	70
9.3	PŘÍLEŽITOSTI.....	70
9.4	HROZBY	71
10	PROJEKT ZAVEDENÍ PROGRAMU PREVENTIVNÍ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA METABOLICKÝ SYNDROM.....	74
10.1	PŘEDSTAVENÍ PROJEKTU	74
10.2	CÍLE PROJEKTU.....	74
10.2.1	Cílová skupina.....	75
10.3	NÁVRH OPATŘENÍ.....	77
10.3.1	Návrh programu preventivní péče pro pacienta v prvním roce.....	77
10.3.2	Personální zajištění projektu	80
10.3.3	Přístrojové a materiální vybavení ordinace	82
10.3.4	Marketingové aktivity	82
10.4	ČASOVÝ PLÁN A IMPLEMENTACE PROJEKTU	85
10.5	FINANČNÍ ANALÝZA	86
10.5.1	Plán nákladů.....	86
10.5.2	Plán výnosů	88

10.5.3	Bod zvratu	93
10.5.4	Dotační programy jako zdroje financování.....	97
10.6	RIZIKOVÁ ANALÝZA	98
10.6.1	Hodnocení rizik	98
10.6.2	Seznam rizik a matice rizik	99
10.6.3	Shrnutí analýzy rizik	103
ZÁVĚR		104
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		105
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....		112

ÚVOD

Otázkou prevence metabolického syndromu se zabývají lékaři v každodenní ambulanci praxi. Metabolický syndrom je typickým onemocněním, kdy základem primární a sekundární prevence je zásadní změna životního stylu. U některých jedinců, kteří žijí nezdravým životním stylem, se komplikace nevyskytují. Na druhé straně je mnoho lidí, kteří s obezitou a metabolickými důsledky bojují celý život.

Metabolický syndrom se řadí mezi rizika pro rozvoj nemocí, které jsou nejčastějšími příčinami úmrtí v naší populaci. Přítomnost metabolického syndromu u daného jedince znamená riziko pro vznik diabetu II. typu a některých nádorů a také riziko pro rozvoj předčasné aterosklerózy a na jejím podkladě vzniklých kardiovaskulárních onemocnění (Svobodová, 2012).

Pracuji ve farmaceutické firmě, která se zabývá výzkumem, vývojem a výrobou léků pro pacienty trpící diabetem. Jsem v každodenním kontaktu s lékaři i pacienty a uvědomuji si důležitost prevence právě v této oblasti medicíny. Proto jsem si ke zpracování diplomové práce vybrala projekt na vytvoření programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom.

Práce v prvních čtyřech kapitolách shrnuje teoretické poznatky týkající se zdravotnického systému v České republice, popisuje zdravotní služby a zdravotní péči se zaměřením na preventivní péči a její postavení v celém systému zdravotní péče. Dále představuje programy preventivní péče a národní strategii ochrany zdraví a prevenci nemocí a mezinárodní aspekty prevence. V závěru teoretické části je popsán management zdravotnických zařízení a vybrané analytické metody, které jsou použity v praktické části.

V praktické části diplomové práce je v úvodní kapitole představeno vybrané zdravotnické zařízení a následuje zpracování situační analýzy prostředí společnosti se zaměřením na problematiku metabolického syndromu. Metabolický syndrom je popsán v širších souvislostech a je součástí PEST analýzy. V této analýze je velká pozornost věnovaná demografické situaci, jako je přehled počtu obyvatel, lékařů primární péče, prevalence a incidence onemocnění související s metabolickým syndromem především v Olomouckém kraji a Olomouckém okrese. Vybrané zdravotnické zařízení je analyzováno pomocí Porterova modelu konkurenčních sil s posouzením současných aktivit zaměřených na

preventivní péči. Pomocí dotazníkového šetření je zjišťován zájem pacientů s rizikovými faktory metabolického syndromu o řešení zdravotního stavu. V závěru praktické části je na základě zjištěných skutečností zpracována SWOT analýza vybraného zdravotnického zařízení, která nám umožňuje efektivně využít identifikovaných silných stránek společnosti v navrhovaném projektu.

Hlavním výsledkem diplomové práce je návrh programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom, kde na základě zjištění je velká příležitost právě v této oblasti medicíny přispět ke zlepšení zdraví celé populace a upevnit povědomí o zdravotnickém zařízení FIT Clinic jako o moderním zdravotnickém zařízení, které poskytuje komplexní zdravotní služby se zaměřením na pacienta a jeho kvalitu života. Návrh projektu využívá možnosti využití kapacity prostor stávajících ambulancí a prodloužené ordinační doby pro rozšíření služeb tohoto zdravotnického zařízení. Projekt stanovuje cílovou skupinu pacientů a klientů, navrhuje časový a finanční plán a předkládá rizikovou analýzu.

V závěru projektové části je navrhovaný program vyhodnocen z hlediska implementace do praxe.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce bylo vypracovat projekt na zavedení programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom pro zdravotnické zařízení FIT Clinic v Olomouci. Důvod pro zvolení tohoto tématu je především stále se zvyšující incidence a prevalence metabolického syndromu v populaci. Toto téma se stává celosvětovým problémem a jeho řešení je zařazováno do zdravotnických programů jednotlivých zemí po celém světě. Cílem projektu z pohledu manažerského je využití kapacity stávajících ambulancí vybraného zdravotnického zařízení a rozšíření nabízených služeb a tím navýšení počtu pacientů.

Program preventivní péče je zaměřen především na pacienty, u nichž se již vyskytují rizikové faktory metabolického syndromu a kteří mají v rámci prevence zájem zabránit zhoršování zdravotního stavu a tím předcházet rozvoji dalších onemocnění.

Dílčí cíle práce jsou:

- Představit zdravotní systém České republiky se zaměřením na preventivní péči a její postavení v systému zdravotní péče
- Popsat postavení preventivní péče z pohledu mezinárodních aspektů WHO a Evropské Unie
- Popsat strukturu a management zdravotnických zařízení a platnou legislativu ve zdravotnictví v České republice
- Analyzovat preventivní péči v jedné z hlavních oblastí neinfekčních onemocnění u metabolického syndromu
- Vyhodnotit současnou demografickou situaci vztahující se k metabolickému syndromu ve světě a se zaměřením na Českou republiku a Olomoucký kraj
- Pomocí dotazníkového šetření zjistit a vyhodnotit zájem o řešení zdravotního stavu u pacientů s rizikovými faktory metabolického syndromu

Pro zpracování diplomové práce je využito analytických metod popsaných v teoretické části v kapitole 4. Pro analýzu prostředí společnosti s důrazem na problematiku metabolického syndromu byla použita PEST analýza. Pro analýzu vnějšího prostředí vybraného zdravotnického zařízení byla použita Porterova analýza pěti konkurenčních sil.

Součástí situační analýzy je i kvantitativní výzkum provedený pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl zaměřen na náhodné pacienty, kteří navštívili svého praktického lékaře

v období měsíců únor a březen 2019 ve dvou ambulancích v Olomouci a Prostějově. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, z čehož bylo 66 vyplněno. 4 dotazníky byly vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění. Zpracováno a vyhodnoceno bylo 62 dotazníků pomocí popisné analýzy s využitím MS Excel.

Na závěr praktické části byla pro zdravotnické zařízení zpracovaná SWOT analýza, která ukázala hlavní oblasti pro zaměření řešení v navrhovaném projektu.

Na základě poznatků z analytické části byl navržen projekt zavedení programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom, jehož součástí je finanční a riziková analýza. Předpokládaná délka realizace projektu je 9 měsíců. Při zpracování projektové části probíhaly konzultace s vlastníkem společnosti, aby výsledný projekt splňoval požadavky na jeho realizaci.

Výsledkem diplomové práce je zpracovaný projekt na zavedení programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom pro vybrané zdravotnické zařízení v Olomouci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB A ZDRAVOTNÍ PÉČE

System zdravotní péče definuje WHO (Staňková, 2013, str. 22) *jako veškeré činnosti, jejichž hlavním cílem je podporovat, obnovovat nebo udržovat duševní zdraví člověka.*

Základní ustanovení týkající se zdravotních služeb a zdravotní péče v podmínkách České republiky popisuje Zákon č.372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen zákon o zdravotních službách).

1.1 Zdravotní služby a zdravotní péče v ČR

Zdravotní péče v České republice je poskytována na velmi vysoké úrovni. Funguje na principu všeobecného zdravotního pojištění a je poskytována všem občanům i cizincům na území ČR.

1.1.1 Zdravotní péče

Zdravotní péči se podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (CESKO, 2011) rozumí:

- a) soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem
 1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu (dále jen „nemoc“),
 2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,
 3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,
 4. pomoci při reprodukci a porodu,
 5. posuzování zdravotního stavu,
- b) preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky (dále jen „zdravotní výkon“) za účelem podle písmene a),
- c) odborné lékařské vyšetření podle zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. (Česko, 2011).

Zdravotní služba je především poskytování zdravotní péče zdravotnickými pracovníky, které jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb. Zdravotní služby mohou být poskytovány pouze ve zdravotnických zařízeních, která mají oprávnění k poskytování těchto služeb a jsou technicky a věcně vybaveny. Za zdravotní služby můžeme považovat také služby konzultační, nakládání s tělem zemřelého, zdravotnickou záchrannou a dopravní službu.

1.1.2 Druhy zdravotní péče

Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Česko, 2011) se druhy zdravotní péče člení podle časové naléhavosti na neodkladnou péči, akutní péči, nezbytnou péči a plánovanou péči. Podle účelu poskytování zdravotní péče můžeme rozlišovat preventivní péči, diagnostickou péči, dispenzární péči, léčebnou péči a posudkovou péči. Zákon dále vymezuje péči léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní a lékárenskou.

- **preventivní péče** (včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku).
- **diagnostická péče** (zjišťování zdravotního stavu pacienta, informací nutných ke stanovení diagnózy a individuálního léčebného postupu).
- **dispenzární péče** (aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu).
- **léčebná péče** (příznivé ovlivnění zdravotního stavu dle individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu).
- **posudková péče** (posuzuje stav pacienta v souvislosti s výkonem práce, služby, povolání nebo jiné činnosti).
- **léčebně rehabilitační péče** (obnovení fyzických funkcí pacienta, odstranění vzniklých funkčních poruch, zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu), v případě, že jsou využívány přírodní léčivé zdroje, jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči.

- **ošetřovatelská péče** (udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb, zachování nebo navrácení soběstačnosti, péče o nevyлéčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti).
- **paliativní péče** (zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyлéčitelnou nemocí).
- **lékárenská péče** (zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, laboratorních chemikálií, zkoumadel, dezinfekčních přípravků, výdej a prodej zdravotnických prostředků a potravin pro zvláštní lékařské účely). V rámci této péče je dále poskytováno poradenství, konzultační služby a další služby v oblasti **prevence** a včasného rozpoznávání onemocnění, podpory zdraví a posuzování a kontrola účelného, bezpečného a hospodárného užívání léčivých přípravků a postupů s tím spojených.

1.1.3 Formy zdravotní péče

Formy zdravotní péče vymezuje Zákon o zdravotních službách 372/2011 Sb. a rozděluje je na péči ambulantní, jednodenní, lůžkovou a zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta (Česko, 2011).

- **Ambulantní péče**, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče. Ambulantní péče je poskytována jako **primární ambulantní péče** (preventivní, diagnostická, léčebná, posudková a konzultační). Tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel, který zároveň poskytuje návštěvní službu. **Specializovaná ambulantní péče** je poskytována v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče. **Stacionární péče** je péče pro pacienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.
- **Jednodenní péče** je zdravotní péčí, kdy pobyt pacienta na lůžku je kratší než 24 hodin.
- **Lůžková péče**, kdy je nezbytná hospitalizace pacienta a musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu. Dále se dělí na **akutní lůžkovou péči intenzivní a akutní lůžkovou péči standardní**. **Následná lůžková péče** je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče.

Dlouhodobá lůžková péče je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a vyžaduje soustavné poskytování ošetrovatelské péče.

- **Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta** (návštěvní služba, domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče (Česko, 2011).

1.2 Preventivní péče a její postavení v systému zdravotní péče

Prevence je taková činnost, která vede k upevnění zdraví, k zabránění vzniku nemoci, jejímu rozvoji, šíření, komplikacím a k prodloužení pracovní schopnosti a délky aktivního života (Vurm, 2004, s. 27).

Holčík (2005, s. 48) chápe prevenci v *užším pojetí pouze jako zamezení vzniku onemocnění, nebo také v širším pojetí jako soubor aktivit a zásahů, kterými předcházíme vzniku nemoci, jejímu rozvoji, nepříjemnostem, které způsobuje, a také jejím následkům a případně i předčasnému úmrtí.*

1.3 Druhy prevence

Prevenci můžeme dělit podle několika hledisek. Základní dělení je podle časového hlediska, kdy rozlišujeme prevenci primární, sekundární a terciální. Jak uvádí Čeledová (2010), prevenci můžeme i dělit podle toho, kdo ji poskytuje nebo kdo ji přijímá. Rozlišujeme potom prevenci zdravotní, společenskou, osobní nebo hromadnou, selektivní a indikativní.

1.3.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je předejít vzniku onemocnění. Jedná se např. o očkování nebo ovlivňování jedinců s vysokou genetickou zátěží některými chorobami.

Primární prevenci lze chápat jako celospolečenskou, která zahrnuje celospolečenské činnosti a opatření, kdy hlavním cílem je ochrana a podpora zdraví a zabránění vzniku onemocnění v obecném měřítku. Do této kategorie prevence dále patří hygienická opatření, týkající se životního a pracovního prostředí, výživy (např. fluorizace vody, jodizace soli, vitaminizace potravin), životosprávy a sociálních opatření (např. vzdělávání, legislativa), a také

preventivní hygienický dozor (např. posuzuje výrobky, zařízení a činnosti před jejich zavedením na trh) a běžný hygienický dozor (např. kontrola provozovaných zařízení).

Dále odlišujeme prevenci medicínskou, která se zabývá činnostmi v rámci léčebně-preventivní péče ve zdravotnických zařízeních a má za cíl zabránit vzniku určitého specifického onemocnění. Zahrnuje epidemiologická opatření, jako je očkování a zdravotně výchovná opatření (např. přednášky o zdraví, billboardy, reklamy, kampaně) užívané k prevenci HIV, hepatitid, kardiovaskulárních onemocnění, pohlavně přenosných chorob apod.

Velice důležitou součástí primární prevence je právě očkování. Světová zdravotnická organizace o něm hovoří jako o nejúčinnějším preventivním opatření, které předchází rozvoji řady infekčních nemocí, ohrožujících především děti. Podmínky pro očkování v České republice stanovuje Vyhláška č. 537/2006 o očkování proti infekčním nemocem. Očkování se dělí na pravidelné, zvláštní, mimořádné, očkování při úrazech, poraněních a nehojících se ranách, nadstandardní očkování a očkování osob cestujících do ciziny (Česko, 2006).

Do oblasti primární prevence lze zařadit i tzv. health promotion, v českém překladu jako podpora nebo rozvoj zdraví. Podle Holčíka (2005) se jedná se o aktivity vedoucí ke zlepšování, podpoře, ochraně a rozvoji zdravotního stavu celé populace. Hlavní myšlenkou je vytvořit takový přístup populace k sobě samým i k ostatním lidem a k okolnímu prostředí, aby lidé žili zdravým životním stylem, aby vytvářeli a dbali o zdravé životní prostředí, spolupracovali se zdravotníky a stále si prohlubovali svoje znalosti o péči o své zdraví. Health promotion nebojuje proti žádné konkrétní chorobě, ale snaží se eliminovat obecné determinanty škodící zdraví a vyzdvihuje pozitivní determinanty. Nezbytností je aktivní účast a podíl veřejnosti. Důležitým subjektem jsou kromě jednotlivce a společnosti také zdravotničtí pracovníci, kteří vytvářejí prostředí pro rozvoj podpory zdraví, poskytují zdravotní péči a přispívají k šíření informovanosti obyvatel. Velice důležitou roli hraje rodinné prostředí, které utváří postoj jedince k sobě samému a ke svému okolí, a tedy i ke svému zdraví.

S podporou zdraví souvisí také zdravotní gramotnost, která pomáhá lidem zlepšovat a upevňovat svoje zdraví. Vytváří se prostřednictvím zdravotní výchovy a šířením

informovanosti obyvatel o významu a nutnosti chránit a podporovat svoje zdraví a o možnostech a prostředcích, které jsou občanovi k dispozici. Zdravotní gramotnost je jedním ze základních předpokladů realizace prevence Šeflová (2009).

1.3.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence znamená předcházení následkům již vzniklé nemoci a zabránění vzniku pozdních komplikací, nevratných změn a invaliditě. Proto je tady důležité včasné zachycení nemoci, správná diagnostika a preventivní terapie. Velmi účinnou formou sekundární prevence jsou screeningové programy. Jsou to široce organizovaná vyšetření k záchytu preklinických nebo časných klinických a léčitelných stadií závažných nemocí. Nejznámější je cytologické vyšetřování z epiteliálního stěru z děložního čípku k záchytu karcinomu, mamografický screening k odhalení časných stadií karcinomu prsu nebo vyšetřování okultního krvácení do stolice k záchytu časných příznaků kolorektálního karcinomu. Sekundární prevence je také využívání dalších diagnostických metod, jako je např. kolonoskopie a koronarografie především u rizikových jedinců (Vysoký, 2018).

1.3.3 Terciární prevence

Cílem terciární prevence je omezení progresu onemocnění a zabránění opakování a vzniku dalšího postižení nebo ztráty soběstačnosti a udržení kvality života. Je zaměřena na pacienty v rozvinutém stádiu onemocnění (Vysoký, 2018).

1.4 Úloha prevence ve zdravotnictví v ČR

V České republice se na prevenci klade historicky velký důraz. Prevence je základní součástí péče o zdraví. Preventivní prohlídky provádí lékaři primární péče (praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař a gynekolog-porodník) u těch jedinců, kteří nepociťují žádné příznaky onemocnění, a právě při prohlídce mohou být zachyceny známky nemoci a může být zahájena včasná léčba (Vurm, 2004, s. 27).

Všichni pojištěnci zdravotních pojišťoven mají ze zákona nárok na základní preventivní prohlídky v rámci hrazené péče. Obsah a postup preventivních prohlídek v České republice stanovuje vyhláška o preventivních prohlídkách č. 317/2016 Sb. (Česko, 2016) a každý pojištěnec má právo na:

- všeobecnou preventivní prohlídku u praktického lékaře (1x za dva roky, děti do 3 let u praktického lékaře pro děti a dorost častěji),
- gynekologickou preventivní prohlídku 1x ročně, od 15 let,
- stomatologickou prohlídku 2x ročně,

Obsah preventivních prohlídek je zaměřen na doplňování rodinné anamnézy, s důrazem na výskyt kardiovaskulárních a plicních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetu, metabolického syndromu, nádorových onemocnění a výskyt závislostí. Provádí se kompletní fyzikální vyšetření jako je měření krevního tlaku, BMI, vyšetření zraku a sluchu a kompletní laboratorní vyšetření s vyšetřením cholesterolu, tuků, glykemie a vyšetření EKG. U osob nad 50 let věku trpících diabetem, hypertenzí nebo kardiovaskulárními komplikacemi se nově vyšetřuje kreatinin a glomerulární filtrace ve čtyřletých intervalech.

1.5 Programy preventivní péče v českém zdravotnictví

České zdravotnictví se dlouhodobě a komplexně zaměřuje na preventivní péči svých občanů. Jedná se preventivní prohlídky u praktického lékaře pro děti a dorost, praktického lékaře pro dospělé, gynekologické a stomatologické preventivní prohlídky. Obsah a postup preventivních prohlídek je dán vyhláškou o preventivních prohlídkách č. 317/2016 Sb. (Česko, 2016). Součástí hrazeného preventivního programu jsou také screeningové programy v rámci hrazené preventivní péče a preventivní programy vytvářené zdravotními pojišťovnami.

1.5.1 Screeningové programy v rámci hrazené preventivní péče

Součástí hrazeného preventivního programu v České republice jsou také screeningové programy. Screening je organizovaný program pro obyvatelstvo, který zajistí vysokou účast klientů a odpovídající kvalitu vyšetření. Cílem screeningu je odhalit včasné nebo přednádorové stavy, zahájit léčbu co nejdříve, a tak snižovat finanční zátěž zdravotního systému a minimalizovat lidské utrpení.

Zavádění, realizaci a hodnocení screeningových programů v ČR má na starosti Národní screeningové centrum (NSC), které je organizační jednotkou ÚZIS a svou činnost zahájilo v roce 2017 díky finanční podpoře z Evropského sociálního fondu. Cílem NSC je zlepšení

zdraví obyvatel a snížení úmrtnosti, nemocnosti a výskytu vážných onemocnění. (NSC, 2018).

Národní screeningové centrum prostřednictvím zdravotních pojišťoven a diagnostických center rozesílají opakované pozvánky občanům k účasti ve screeningu. V současné době se v České republice provádí:

- screening nádorů prsu (mamografie na akreditovaných pracovištích, 1x za dva roky, od 45 let),
- screening nádorů tlustého střeva a konečníku (test na okultní krvácení do stolice, 1x ročně od 50 do 55 let a od 55 let 1x za dva roky tento test nebo screeningová kolonoskopie na akreditovaných pracovištích 1x za 10 let),
- screening nádorů děložního hrdla (cytologického vyšetření na akreditovaných pracovištích, 1x ročně, od 15 let).

Následující tabulky (Tab.1až 3) ukazují přehled účasti občanů ve screeningu cervikálního karcinomu, kolorektálního karcinomu, karcinomu prsu a jeho vývoj v letech 2001-2017 (NSC, 2018).

Tab. 1. Screening cervikálního karcinomu v letech 2001 až 2017



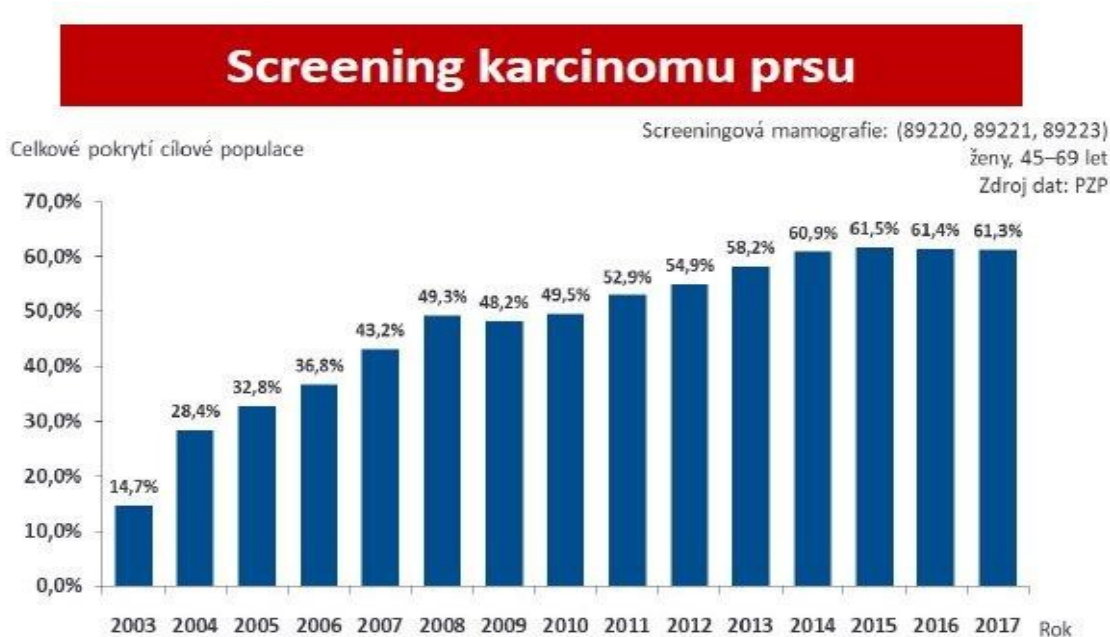
Zdroj: NSC,2018. ÚZIS (Hodnocení adresného zvaní občanů do screeningových programů v ČR, 2018)

Tab. 2. Screening kolorektálního karcinomu v letech 2001 až 2017



Zdroj: NSC,2018. ÚZIS (Hodnocení adresného zvaní občanů do screeningových programů v ČR, 2018)

Tab. 3. Screening karcinomu prsu v letech 2001 až 2017



Zdroj: NSC, 2018. ÚZIS (Hodnocení adresného zvaní občanů do screeningových programů v ČR, 2018)

1.5.2 Preventivní programy vytvářené zdravotními pojišťovnami

V České republice je celkem 7 pojišťoven, u kterých je evidováno celkem 10,5 milionu pojištěnců.

- Všeobecná zdravotní pojišťovna s kódem 111
- Vojenská zdravotní pojišťovna s kódem 201
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna s kódem 205
- Oborová zdravotní pojišťovna s kódem 207
- Zaměstnanecská pojišťovna Škoda s kódem 209
- Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra s kódem 211
- Revírní bratrská pojišťovna s kódem 213

Rozložení pojištěných osob u jednotlivých pojišťoven podle Cíkrta (2018) shrnuje následující tabulka (Tab. 4).

Tab. 4. Přehled zdravotních pojišťoven v ČR

	Počet pojištěnců:
VZP Všeobecná zdravotní pojišťovna	5 926 000
ZPMV Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra	1 307 000
ČPZP Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	1 244 000
OZP Oborová zdravotní pojišťovna	731 000
VOZP Vojenská zdravotní pojišťovna	700 000
RBP Revírní bratrská pojišťovna	430 000
ZPŠ Zdravotní pojišťovna Škoda	143 000

Zdroj: Vlastní zpracování podle Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ekonomická analýza zdravotních pojišťoven v ČR 2018

Zdravotní pojišťovny podporují prevenci a nabízí každý rok preventivní programy a bonusy pro své pojištěnce. Jednotlivé nabídky se dosti podobají, co se týče zaměření příspěvků, a liší se od sebe částkou a věkem pojištěnců, kterým na tuto prevenci přispívají.

Programy preventivní péče, které zdravotní pojišťovny nabízejí nad rámec veřejného zdravotního pojištění, se vztahují převážně k aktuálním zdravotním problémům obyvatel jako je obezita, kouření, vysoký výskyt rakoviny a výskyt infekčních chorob. Dále své programy zaměřují na zdravé těhotenství, zdravý životní styl a pohybovou aktivitu.

Následující přehled ukazuje hlavní oblasti, na které se zdravotní pojišťovny ve svých programech zaměřují (VZP, CPZP, OZP, VOZP, RBP, ZPS):

- Podpora zdravého životního stylu, zvýšení pohybové aktivity (plavání, sportovní prohlídky)
- Podpora dárcovství krve a kostní dřeně
- Pomoc při odvykání kouření
- Prevence rakoviny prsu, prostaty, střev, prevence melanomu
- Prevence v oblasti stomatologie (rovnátka)
- Programy zaměřené pro těhotné ženy

- Zaměření se rizikové skupiny obyvatel za účelem včasného zachycení onemocnění jako je obezita, diabetes, kardiovaskulární onemocnění, metabolický syndrom
- Nadstandardní očkování proti infekčním chorobám

1.6 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Národní strategie (NS) ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí v České republice vychází z programu WHO (Světová zdravotnická organizace) pod názvem Zdraví 2020. Vláda ČR ve svém usnesení č. 23 ze dne 8. ledna 2014 vzala na vědomí tuto strategii a pověřila předsedu vlády o další projednání v poslanecké sněmovně a senátu a uložila ministru zdravotnictví její další rozpracování. Hlavním cílem je zlepšit zdravotní stav populace a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet.

Účelem národní strategie je především stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Má za úkol přispět k řešení složitých zdravotních problémů 21. století spojených s ekonomickým, sociálním a demografickým vývojem, a to zejména cestou prevence a ochrany a podpory zdraví (Zdraví 2020, 2014, s.10).

Jedním z prioritních cílů národní strategie je posilovat ty zdravotnické systémy, které se zaměřují na lidi a soustředí na podporu a ochranu zdraví a prevenci nemocí. V oblasti prevence nemocí a podpory zdraví je podle Zdraví 2020 (2014, s.22) důležité se zaměřit na hlavní témata, jak ukazuje tabulka (Tab. 5) pro rozvoj aktivit, které společně ovlivňují hlavní příčiny úmrtnosti a nemocnosti populace (onemocnění srdce a cév, nádorová onemocnění, diabetes mellitus 2. typu, obezitu, onemocnění pohybového aparátu, psychická onemocnění, úrazy, infekce) a rozhodují o kvalitě a délce života ve zdraví.

Tab. 5. Přehled hlavních témat zaměřených na ochranu zdraví a prevenci nemocí

Hlavní témata v oblasti ochrany zdraví a prevence nemocí
Dostatečná pohybová aktivita
Správná výživa a stravovací návyky
Zvládání stresu
Screeningové programy a jejich vyhodnocování

Snižování zdravotně rizikového chování
Snižování zdravotních rizik v pracovním prostředí
Snižování zdravotních rizik v životním prostředí
Zlepšení dostupnosti a kvality zdravotní péče
Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb
Zvládání infekčních onemocnění
Zaměření se na opatření proti antimikrobiální rezistenci
Vakcinační programy
Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků
Elektronizace zdravotnictví

Zdroj: Vlastní zpracování dle Zdraví 2020

Dle Národní strategie Zdraví 2020 (2014, s. 25) budou podporována ta zdravotnická zařízení, která zavádí programy na prevenci a předcházení nemocí a přizpůsobující se měnící se demografii a struktuře nemocnosti. Národní strategie Zdraví 2020 (2014, s.31). předpokládá financování z prostředků fondů EU, ze státního rozpočtu a další finanční prostředky, technická a odborná podpora budou poskytnuty prostřednictvím programů Světové zdravotnické organizace.

2 MEZINÁRODNÍ ASPEKTY PREVENCE

Nemoci se šíří bez ohledu na státní hranice a otázky zdraví a prevence nemocí nelze řešit odděleně bez spolupráce s ostatními zeměmi světa. Evropská unie v oblastech zdraví a prevence nemocí spolupracuje s Organizací spojených národů (OSN), Světovou zdravotnickou organizací (WHO), která je v rámci systému OSN vnímaná jako hlavní autorita v oblasti celosvětového zdraví, Evropským střediskem pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) - spolupráce v oblasti zdraví, Radou Evropy a dalšími. Předpokladem zajištění komplexní celosvětové zdravotní politiky je důležitá spolupráce mezinárodních organizací.

2.1 Světová zdravotnické organizace a prevence

Světová zdravotnická organizace WHO (World Health Organization) je nezávislá mezinárodní agentura Organizace spojených národů (OSN). Byla založena 7. dubna 1948 a má sídlo v Ženevě ve Švýcarsku. Tento den se slaví na celém světě jako Světový den zdraví. Jedním z hlavních úkolů WHO je pomáhat vládám nést odpovědnost za zdraví občanů, koordinovat a řídit mezinárodní aktivity v oblasti veřejného zdraví a posilovat podíl populace na péči o zdraví. WHO se snaží prostřednictvím svých programů dosáhnout nejvyšší možné úrovně zdraví všech lidí na celém světě. Následující přehled ukazuje hlavní oblasti, na které se ve svém programu na rok 2019 WHO zaměřuje.

Deset oblastí ohrožení globálního zdraví v roce 2019 podle WHO Ten threats to global health in 2019 (2019).

- Znečištění ovzduší a změna klimatu (9 z 10 lidí na celém světě dýchá znečištěný vzduch. V roce 2019 považuje WHO znečištěné ovzduší za největší zdravotní riziko v roce 2019).
- **Nepřenosná onemocnění jako je diabetes, rakovina, kardiovaskulární onemocnění jsou celosvětově odpovědné za více než 70% úmrtí.**
- Globální pandemie chřipky
- Populace žijící v místech, kde je sucho, hladomor, slabé zdravotnické služby (22% populace).

- Antimikrobiální rezistence (schopnost bakterií, parazitů, virů a hub odolávat lékům je velkou hrozbou).
- Primární zdravotní péče
- Horečka Dengue, je pro desetiletí stále větší hrozbou (odhaduje se, že je ohroženo 40 % světa a vyskytuje se přibližně 390 milionů infekcí ročně).
- HIV (pokrok dosažený v boji s HIV je obrovský a je nutné v něm pokračovat, protože téměř milion lidí každoročně umírá na HIV/AIDS. V roce 2019 bude WHO podporovat testování HIV v jednotlivých zemích a testování na pracovišti prostřednictvím zaměstnavatelů).
- Vakcinace (odmítání očkování navzdory dostupnosti očkovacích látek hrozí, že se bude umírat na nemoci, které byly eradikované. Očkování v současnosti zabraňuje 2-3 milionům úmrtí ročně).
- Ebola a další vysoce nakažlivé a smrtelné onemocnění

WHO pracuje po celém světě a je rozdělena na několik regionální úřadů. Regionální úřad pro Evropu sídlí v Kodani. Svoje aktivity soustředí mimo jiné na podporu zdraví a primární prevenci. Jednou z klíčových aktivit je globální strategie zaměřená na výživu, fyzickou aktivitu a zdraví a Charta proti obezitě. Mezi hlavní programy WHO patří Zdraví 21, které si vytyčilo 21 cílů pro 21. století a strategie Evropského regionu nazvaná Health 2020. Právě v Evropském regionu mohou nemoci, kterým lze předcházet, přinášet vyšší zdravotní postižení a předčasnou úmrtnost. Pro jednotlivé země to znamená zároveň čím dál vyšší ekonomické zatížení při léčbě těchto nemocí. WHO je zapojena do mezinárodního programu 17 cílů udržitelného rozvoje (SDGs Sustainable Development Goals) na období 2015-2030. Cílem číslo 3 je zajistit zdravý život a podporovat blahobyt pro všechny bez ohledu na věk. Tento cíl je dále rozpracovaný a důležitou oblastí jsou nepřenositelná chronická onemocnění. Připravují a podporují se opatření a aktivity, které by pomohly do roku 2030 zredukovat o jednu třetinu předčasnou úmrtnost na nepřenositelné choroby a podpořit duševní zdraví a pohodu. Mezi hlavní nepřenositelné choroby, na které je nutné se zaměřit je diabetes, kardiovaskulární onemocnění, rakovina a chronické respirační onemocnění. Jejich výskyt je přímo závislý na běžných rizikových faktorech, jako je obezita, hypertenze, kouření, fyzická nečinnost, nezdravá strava a faktory životního prostředí. (Noncommunicable Diseases,

2017). Přehled klíčových cílů a prognóz naplnění cílů v regionu Evropy podle zveřejnění WHO *Noncommunicable Diseases (2017)* ukazuje tabulka (Tab. 6):

Tab. 6. 9 klíčových cílů v oblasti nepřenositelných chorob

Cíl (relativní snížení rizika) do roku 2025	Prognózy WHO Evropa
Celková úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění, rakovinu, diabetes, chronické respirační onemocnění: snížení o 25 %	Dle současného vývoje se očekává překročení cíle
Škodlivého užívání alkoholu: snížení o 10 %	Dle současného vývoje se očekává snížení o 9 %
Nedostatečná fyzická aktivita: snížení o 10 %	Dle současného vývoje není pravděpodobné dosáhnout cíle
Omezení příjmu soli/sodíku v populaci: snížení o 30 %	Dle současného vývoje není pravděpodobné dosáhnout cíle
Prevalence užívání tabáku: snížení o 30 %	Dle současného vývoje není pravděpodobné dosáhnout cíle, ani 36 z 53 zemí z regionu
Výskyt zvýšeného krevního tlaku: snížení o 25 %	Dle současného vývoje je možné očekávat dosažení cíle, ale zároveň velké nerovnosti mezi jednotlivými zeměmi
Zastavení nárůstu diabetu a obezity	Do roku 2025 nelze splnit daný cíl, trend je opačný, očekává se, že se zvýší výskyt nadváhy a obezity a tím i vzroste prevalence diabetu.
Nejméně polovina rizikových jedinců bude edukována a obdrží farmakoterapii (včetně kontroly glykemie), aby se zabránilo infarktu a mrtvici	V současné době nejsou možné vytvořit projekce do roku 2025
K léčbě závažných nepřenositelných chronických onemocnění zajistit 80 % dostupnost léčiv a technologií	V současné době nejsou možné vytvořit projekce do roku 2025

Zdroj: The WHO Global Monitoring Framework on noncommunicable diseases, 2017

2.2 Strategie Evropská unie v oblastní zdraví a prevence

Evropská unie (UE) úzce spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací a implementuje do svých programů globální strategie WHO. Základním právním dokumentem EU je Lisabonská smlouva, která vstoupila v platnost dne 1. prosince 2009.

Lisabonskou smlouvu tvoří dva dokumenty:

- Smlouva o Evropské unii (SEU)
- Smlouva o fungování Evropské unie (SFEU).

Evropská unie sdružuje 28 členských států a jednou z důležitých priorit je pomáhat členským státům řešit společná témata v oblasti zdravotnictví:

- Vytváření rovných podmínek pro udržení dobrého zdravotního stavu a kvalitu zdravotní péče pro všechny, se zaměřením i na lidi ve vyšším věku
- Řešení závažných zdravotních hrozeb pro země EU (Celoevropský systém monitorování nemocí a hrozeb v oblasti zdraví vyhodnocuje Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (European Centre for Disease Prevention and Control ECDC) ve Stockholmu, které bylo zřízeno v roce 2005. ECDC pomáhá chránit Evropu před hrozbou infekčních onemocnění. ECDC spolupracuje se všemi ostatními agenturami EU i s organizacemi mimo EU jako je Světová zdravotnická organizace (WHO).
- Prosazování nových zdravotních systémů a technologií, podpora výzkumu a inovací. Třetí víceletý program činnosti v oblasti zdraví na období 2014-2020 představuje hlavní finanční nástroj na podporu veřejného zdraví v EU. Program je financován přímo z rozpočtu EU ve výši 449 milionů eur. Dále v rámci programu Horizont 2020 vynakládá téměř 7,5 miliardy eur na výzkum, který se zaměřuje na zlepšení zdravotní péče. Nyní jsou vypsané programy a granty na období 2014-2020 s možností zapojení jednotlivých států včetně ČR. Na rozvoj zdravotnické infrastruktury a digitalizace zdravotnictví přispívají strukturální fondy EU, investiční plán pro Evropu a Nástroj na propojení Evropy (Evropská unie: Co je a co dělá, 2018, s. 35).

- Zavádění preventivních opatření proti rakovině prsu, děložního čípku, kolorektálního karcinomu, obezitě, diabetu 2. typu, kardiovaskulárním onemocněním a metabolickému syndromu
- Podporuje programy, které se zaměřují na zdravé stravovací návyky, fyzickou aktivitu a změnu životního stylu
- Boj proti kouření
- Správné označování potravin s úplnými informacemi o složení pro spotřebitele

Členství v EU zajišťuje právo občanů na poskytování zdravotní péče při pohybu v rámci zemí EU dle směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU. Kompetence EU v oblasti veřejného zdraví vymezuje článek 168 SFEU (Smlouva o fungování Evropské Unie). Podle této smlouvy *činnost Unie doplňuje politiku členských států a je zaměřena na zlepšování veřejného zdraví, předcházení lidským nemocem a odstraňování příčin ohrožení tělesného a duševního zdraví* (Smlouva o fungování Evropské unie, 2014).

Aktivity EU v oblasti veřejného zdraví spočívají především v koordinační, doplňkové či podpůrné činnosti. Organizace a zajišťování zdravotní péče je zcela v kompetenci jednotlivých členských států EU.

3 MANAGEMENT ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Zdravotnickým zařízením se rozumí prostory určené k poskytování zdravotních služeb. Poskytovatelem zdravotních služeb se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb. (Česko, 2011) Většina zdravotnických zařízení je založena na systému zdravotního pojištění a působí v systému veřejných zdravotních služeb. Přehled o všech poskytovatelích zdravotních služeb a zdravotnických zařízení v České republice je uveden v Národním registru poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS). Tento registr byl zřízen v souladu s §74 zákona o zdravotních službách. Provozovatelem registru je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Počet zdravotnických organizací v ČR stále roste, především soukromých zařízení ambulantních specialistů a lékáren (Zdravotnická ročenka ČR, 2018).

3.1 Struktura zdravotnických zařízení v systému péče v ČR

V České republice bylo k 31. 12. 2017 evidováno celkem 32 080 zdravotnických zařízení (včetně detašovaných pracovišť), z tohoto počtu bylo 21 975 samostatných ordinací lékařů primární péče a lékařů specialistů (Zdravotnická ročenka ČR 2017, s. 101). Ministerstvem zdravotnictví je přímo řízeno 137 státních zařízení, nestátní zařízení spadají pod kraje, které řídí 259 zdravotnických zařízení, města a obce řídí 192 a největší počet, 31 492 zdravotnických zařízení je vedeno ostatními fyzickými a jinými právnickými osobami a církví. (Zdravotnická ročenka ČR, 2018).

Celkový přehled zdravotnických zařízení v České republice k 31. 12. 2017 je uvedeno v následující tabulce.

Tab. 7. Síť zdravotnických zařízení

Zdravotnická zařízení celkem	32080
Nemocnice akutní a následné péče (lůžková a ambulantní část)	193
Odborné léčebné ústavy	118
Lázeňské léčebny pro dospělé	92
Samostatná ambulantní zařízení	27643
• Polikliniky, sdružená ambulantní zařízení	258
• Zdravotnická střediska	131
• Primární péče-samostatné ordinace	13663
• Lékař specialista-samostatné ordinace	8312
• Ostatní ambulantní zařízení	5279
Zvláštní zdravotnická zařízení	370
• Kojenecké ústavy a dětské domovy	26
• Dětské stacionáře a dětská centra	25
• Stacionáře	37
• Dopravní a záchranná zdravotní služba	257
• Ostatní	25
Zařízení lékárenské péče	3609
Orgány ochrany veřejného zdraví	18
Ostatní	37

Zdroj: vlastní zpracování dle ÚZIS, Zdravotnická ročenka ČR 2017

3.2 Management zdravotnických zařízení

Problematika řízení obecně představuje v současné době značně specializovanou činnost, bez které se neobejde žádný větší organizační celek. *Management lze nejobecněji charakterizovat jako souhrn všech činností, které je třeba udělat, aby byl zabezpečen chod organizace* (Weber, 2009). Gladkij (2003, s. 158) vysvětluje pojem management jako vedení podniku, a to jak vrcholové vedení, tak i všechny články struktury řízení, přičemž způsob řízení závisí na charakteru organizace a vychází z různých modelů.

Management je proces vedení organizace nebo části organizace. Využívají se při tom zdroje především lidské, finanční a materiální. Management ve zdravotnictví se od profesionálního managementu v ostatních oborech liší filosofií služeb. Zdravotnictví nese sociální zodpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců, rodin, komunit, a proto je třeba jedinečný přístup (Gröschlová, 2015). Ve zdravotnické organizaci je management důležitý pro podporu a koordinaci zdravotních služeb. Zdravotnické organizace ovlivňuje externí prostředí jako je místní legislativa, státní instituce, zdravotní pojišťovny, odborné společnosti, profesní organizace, výchovné a výzkumné instituce, konkurence, dodavatelé, orgány ochrany veřejného zdraví, odborové organizace, a další.

Na pojem management navazuje pojem manažer. Gladkij (2017) vysvětluje pojem *manažer jako člověka, který něco řídí*. Longest (2014) popisuje klíčové znalosti a dovednosti vrcholového manažera: musí být koncepční a mít vizi, mít znalosti řídicí, obchodní, technické, klinické, interpersonální, politické, obchodní a řídicí. Klíčový vrcholový manažer (dle obecně rozšířeného označení CEO Chief Executive Officer) úspěšného zdravotnického zařízení by se měl podle Longest (2014) soustředit na následující činnosti:

- usilovat o harmonii v komunikaci,
- analyzovat a hodnotit, mít přehled o jednotlivých odděleních zdravotnického zařízení a propojovat je,
- zaměřovat se na zdravotnické zařízení jako celek se všemi jeho odděleními, jak velkými, tak i malými,
- zdůrazňovat modely změn v čase oproti statické aktivitě nebo chování,
- sledovat výkon a základní příčiny problémů s výkonem,
- zaměřit se na integraci, vzájemné propojení a interpersonální vztahy.

Manažer ve zdravotnictví řídí a kontroluje zdravotní služby a kvalitu poskytovaných zdravotních služeb. Při plnění svojí úlohy musí manažer uvažovat ve dvou rovinách, jak interní a externí prostředí působí a ovlivňuje danou organizaci. Podle Ondruše (2017) je externím prostředím, které ovlivňuje zdravotnické zařízení, politika zdravotních pojišťoven, zákony a nařízení, místní potřeby, vývoj a složení populace apod. Manažer může více ovlivňovat právě interní prostředí zdravotnického zařízení, kam zahrnujeme především zabezpečení dostatečného počtu personálu, dostatek financí, vysokou kvalitu služeb,

spokojenost pacientů a další. Udržet rovnováhu v obou těchto rovinách vyžaduje velké úsilí v přijímání strategických rozhodnutí.

Následující tabulka je zpracovaná podle Buchbindera (2012) a ukazuje přehled interních a externích faktorů, které nejvíce ovlivňují zdravotnická zařízení.

Tab. 8. Interní a externí faktory ovlivňující zdravotnické zařízení

Interní faktory	Externí faktory
Zajištění personálu	Zřizovatelé
Kvalita poskytovaných služeb	Zdravotní pojišťovny
Rozvoj nových služeb	Státní instituce
Rozvoj a získávání nových technologií	Legislativa (právní úpravy, regulace)
Spokojenost pacientů	Akreditace
Dostatek financí	Místní demografické potřeby
Efektivní hospodaření	Licence
Vysoká kvalita péče	
Vztahy lékařů	

Zdroj: vlastní zpracování dle Buchbindera, 2012

3.3 Legislativa zdravotnických zařízení

Zdravotnická zařízení se v České republice řídí platnými právními předpisy. Mezi nejdůležitější patří:

1. Ústava České republiky,
2. Listina základních práv a svobod,
3. Úmluva o lidských právech a biomedicíně,
4. Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
5. Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách,
6. Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, a další.

7. Zákon č. 258/2000., o ochraně veřejného zdraví,
8. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění,
9. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních,

4 SITUAČNÍ ANALÝZA

Situační analýza je komplexní pohled na organizaci a zahrnuje podstatné informace a vnější a vnitřní faktory, které mohou ovlivňovat současný i budoucí vývoj organizace. Situační analýza nám dle Slouky (2017) poskytuje důležité informace pro úspěšné řízení firmy a pro volbu vhodné strategie pro její další směřování. Zdravotnické zařízení se musí umět přizpůsobovat změnám, které na něj mohou působit z vnitřního i vnějšího prostředí. Základním předpokladem pro tvorbu správných rozhodnutí je znát, v jakém prostředí se zdravotnické zařízení pohybuje. Vnější vlivy, které se musí brát v potaz, a které se ovlivňují nejobtížněji, nazýváme makroprostředí. Prostředí, které částečně ovlivňujeme je konkurenční prostředí a řadíme jej do mezoprostředí. Prostředí konkurence řadíme stále k vnějším vlivům. Vnitřní prostředí zdravotnického zařízení můžeme ovlivňovat a řídit nejvíce. Toto prostředí nazýváme mikroprostředí.

V této diplomové práci byla použita analýza PEST, která zkoumá makroprostředí, Porterova analýza pěti konkurenčních sil, která nám ukazuje přehled o možnostech vývoje trhu na poli konkurence a analýza SWOT, která popisuje vnitřní prostředí zdravotnické organizace a která nám pomáhá odhalit možnosti pro změny, nápravy a předcházení špatných strategických rozhodnutí uvnitř organizace.

4.1 PEST analýza

Tato analýza se používá pro analýzu makroprostředí, tedy prostředí, které z pozice managementu nemůžeme ovlivňovat, ale je velmi podstatné. Jak uvádí Slouka (2017), pouze skutečně velké organizace mohou pomocí lobbingu ovlivňovat některé z faktorů makroprostředí, jako je legislativa, místní vyhlášky, účast na výzkumu a technologickém vývoji apod. Podle Vebera (2009) je tuto metodu vhodné používat především, pokud je třeba formulovat dlouhodobé záměry. Staňková (2013) uvádí, že PEST (případně PESTLE) analýza analyzuje to prostředí zdravotnické organizace, které organizace nemůže ovlivnit, ale ovlivňuje ji samotnou. Slouka (2017), Ondruš (2017) a další autoři rozdělují makroprostředí na čtyři (PEST) až šest (PESTLE) základních oblastí:

- P-vlivy politické (politicko-právní)
- E-vlivy ekonomické

- S-vlivy sociální
- T-vlivy technologické

Ondruš (2017) dodává, že je nutné identifikovat pro každou oblast nejvýznamnější jevy, události, rizika a vlivy, které ovlivňují nebo mohou ovlivňovat zdravotnickou organizaci.

4.2 Porterův model pěti konkurenčních sil

Tato analýza také patří mezi analýzy vnější, ale jedná se o prostředí blízké, které se nazývá mezoprostředí. Podle Ondruše (2017) je podstatou předpovídání vývoje konkurence v daném odvětví na základě odhadu možného chování se ostatních subjektů působících na daném trhu a rizika, které hrozí organizaci z jejich strany. Buchbinder (2012, s.110) charakterizuje tento model v podmínkách zdravotnictví jako sílu zdravotnických pracovníků, sílu pacientů a plátců, sílu inovací v technologiích, sílu regulací v oblasti životního prostředí a sílu konkurenční rivality.

Staňková (2013, s. 154) aplikuje těchto pět konkurenčních sil na oblast zdravotnictví takto:

- Hrozba nově vstupujících zdravotnických organizací
- Soupeření mezi existujícími zdravotnickými organizacemi
- Vyjednávací vliv dodavatelů
- Vyjednávací vliv klientů
- Hrozba substitučních služeb

Mezoprostředí lze částečně ovlivňovat. Porterův model je podle Slouky (2017) více přínosný pro komerčně zaměřená zdravotnická zařízení. Konkurence má ve světě medicíny v dnešním světě naprosto zásadní vliv.

4.3 SWOT analýza

Tato analýza se týká vnitřního prostředí organizace. Cílem SWOT analýzy je podle Ondruše (2017) identifikovat a následně omezit slabé stránky organizace, podporovat silné stránky, hledat a využívat nové příležitosti, znát hrozby a předcházet hrozbám. Veber (2009, s. 510) doplňuje, že silné a slabé stránky jsou orientovány dovnitř organizace, které může management dobře ovlivňovat. Příležitosti a hrozby jsou považované za vnější faktory,

kterých organizace může využít nebo se jich vyvarovat. Pokud vycházíme z Buchbingera (2012, s.109), tak můžeme konstatovat, že SWOT analýza je základem pro strategický rozvoj organizace. Ukazuje, jak si organizace stojí na trhu, srovnává s vnitřními schopnostmi a zamýšlenými strategiemi organizace a identifikuje příležitosti trhu a hrozby, se kterými se může v budoucnosti potýkat. SWOT analýza zahrnuje tři odlišné, ale velmi související součásti: hodnocení trhu, vyjádření mise, vize a hodnot organizace a hodnocení samotné organizace. Slouka (2017, s. 75) dodává, že SWOT analýza je pro zdravotnické organizace jednou z nejdůležitějších metod po celou dobu existence pracoviště a pomáhá analyzovat celkový přehled ve zdravotnické organizaci.

5 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem teoretické části diplomové práce bylo popsat oblast zdravotnictví, management zdravotnických zařízení, zdravotní služby a zdravotní péči se zaměřením na preventivní péči a mezinárodní aspekty prevence.

Dostupnost literatury, která se týká obecně ekonomiky, marketingu a managementu je dostatek, a to české i zahraniční. Literatura, která se zabývá zdravotnictvím se zaměřením na ekonomiku zdravotnictví a další specifika zdravotnictví, je dostupná mnohem hůře.

V teoretické části bylo čerpáno od českých i zahraničních autorů. Obecný pohled na management byl čerpán od Vebera (2009), specifika ve zdravotnictví byla čerpána od Gladkého (2003), Staňkové (2013), Gröschlové (2014) a Ondruše (2017).

Vzhledem k tomu, že diplomová práce zpracovává projekt pro malé zdravotnické zařízení, čerpala jsem nejvíce z aktuální knihy Vedení a marketing malých zdravotnických organizací od Slouky (2017). Ze zahraničních autorů se specifickými zdravotnictví zabývá Buchbinder (2012) a Longest (2014).

Teoretické základy pro objasnění problematiky zdravotní prevence byly čerpány od Kříže (2011) a Vysokého (2018). Zdroje věnované zdravotní prevenci jsou dostupné aktuální a kvalitní. Dále bylo poměrně dosti čerpáno z publikací Evropské Unie a WHO, kde byly dostupné velmi dobře zpracované a aktuální informace z globálního pohledu na zdravotní prevenci.

Důležitým zdrojem pro teoretickou část byla legislativa České republiky, kde bylo nejvíce čerpáno ze zákona o zdravotních službách. Dále byla využita data z Ústavu zdravotnických informací a statistiky, Ministerstva zdravotnictví a z národních registrů. V oblasti zákonů a vyhlášek dochází velmi často ke změnám a je důležité oblasti, které se týkají především zdravotnictví sledovat.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 PŘEDSTAVENÍ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

Vybrané zdravotnické zařízení je nestátní zdravotnické zařízení, které vzniklo v roce 2015 a působí v Olomouci. Z důvodu neuvádění pravého názvu zdravotnického zařízení bude pro zjednodušení dalšího textu nadále uváděn název FIT Clinic. Od svého počátku se FIT Clinic věnuje zdravotní péči v oblasti obezitologie, rehabilitace, tělovýchovného lékařství a fyzioterapie. Postupně získává smlouvy se zdravotními pojišťovnami podle jednotlivých oblastí péče. Zároveň se zaměřuje na kvalitu, bezpečí a komplexnost poskytované zdravotní péče a zdravotních služeb.

Na konci roku 2016 získalo zdravotnické zařízení svoji první akreditaci SAK (Spojená akreditační komise), která uděluje akreditace zdravotnickým zařízením v oblasti externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče. Další významné ocenění získal FIT Clinic v roce 2017, akreditaci Ministerstva zdravotnictví ČR pro postgraduální vzdělávání lékařů v oboru tělovýchovné lékařství. Udělení akreditace je garancí vysoké odborné, přístrojové a vědecko-výzkumné úrovně tohoto zařízení.

V soutěži o nejlepší ordinaci v České republice Ordinace roku 2017 a 2018 se ordinace FIT Clinic umístila na 1. místě v kategorii Rehabilitační ordinace a na 1. místě v kategorii Olomoucký kraj. Ve zdravotnickém zařízení pracují nyní 4 odborní lékaři, 3 fyzioterapeuti, rehabilitační lékař a 2 psychologové.

6.1 Vize a mise společnosti FIT Clinic

Vizí společnosti je stát se významným a vyhledávaným zdravotnickým zařízením v léčbě obezity a pohybového aparátu a poskytovat služby na vysoké odborné úrovni v souladu se současnými lékařskými poznatky.

Posláním společnosti FIT Clinic, tedy mise společnosti, je poskytování kvalitní a bezpečné péče se zaměřením na prevenci a podporu zdraví v přátelském prostředí.

6.2 Oblasti poskytované zdravotní péče

FIT Clinic poskytuje ambulantní zdravotní služby v oborech: dětské lékařství, tělovýchovné lékařství, rehabilitace, fyzioterapie, obezitologie, akupunktura a psychologie. FIT Clinic spolupracuje se šesti zdravotními pojišťovnami, které se podílí na úhradě zdravotní péče.

Některé poskytované zdravotní služby vyžadují spoluúčast pacientů. Přehled zdravotních pojišťoven a hrazené zdravotní péče je uveden v následující tabulce (Tab. 9).

Tab. 9. Přehled hrazení zdravotní péče dle zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovna	Obezitologie	Rehabilitace	Tělovýchovné lékařství	Fyzioterapie
VZP	Plně hrazeno pro děti do 18 let	Nehrazeno Přímá úhrada	Nehrazeno Přímá úhrada	Nehrazeno Přímá úhrada
RBP	Plně hrazeno pro děti do 18 let	Plně hrazeno pro děti i dospělé	Preventivní prohlídky nehrazeny Konziliární vyšetření plně hrazeno pro děti i dospělé	Plně hrazeno pro děti i dospělé
ČPZP	Plně hrazeno pro děti do 18 let	Nehrazeno Přímá úhrada	Nehrazeno Přímá úhrada	Nehrazeno Přímá úhrada
ZP Škoda	Plně hrazeno pro děti do 18 let	Plně hrazeno pro děti i dospělé	Plně hrazeno pro děti i dospělé	Plně hrazeno pro děti i dospělé
OZP	Plně hrazeno pro děti do 18 let	Plně hrazeno pro děti i dospělé	Preventivní prohlídky nehrazeny Konziliární vyšetření plně hrazeno pro děti i dospělé	Plně hrazeno pro děti i dospělé
ZPMV	Plně hrazeno pro děti i dospělé	Plně hrazeno pro děti i dospělé	Preventivní prohlídky nehrazeny Konziliární vyšetření plně hrazeno pro děti i dospělé	Plně hrazeno pro děti i dospělé

Zdroj: Vlastní zpracování podle získaných informací z FIT Clinic

7 SITUAČNÍ ANALÝZA PROSTŘEDÍ SPOLEČNOSTI S OHLEDEM NA PROBLEMATIKU METABOLICKÉHO SYNDROMU

Tato kapitola popisuje problematiku metabolického syndromu a jeho vztah s civilizačními onemocněními a zpracovává aspekty vnějšího politického, ekonomického, sociálního a technologického prostředí, které mohou navrhovaný projekt a vybrané zdravotnické zařízení ovlivňovat. Vyhodnocení konkurenčního prostředí je zpracováno pomocí Porterova modelu konkurenčních sil. Rozbor prostředí uvnitř společnosti je zpracován pomocí SWOT analýzy s využitím silných stránek společnosti pro efektivní zpracování návrhu projektu.

7.1 Metabolický syndrom a civilizační onemocnění

Metabolický syndrom je soubor rizikových faktorů, které se mohou vyskytovat současně a mohou zvyšovat riziko výskytu dalších onemocnění, jako je zejména mrtvice, kardiovaskulární onemocnění a diabetes 2. typu. Metabolickým syndromem se zabývají lékaři nejrůznějších oborů-diabetologové, endokrinologové, obezitologové, lipidologové, kardiologové i praktičtí lékaři. Diagnóza metabolického syndromu je obtížná, protože se vyvíjí postupně v čase zejména u jedinců, kteří mají genetickou predispozici, nadměrný energetický příjem, žijí nevhodným životním stylem a mají nedostatek pohybu a nadbytek stresu. Jednotlivé rizikové faktory, jako je vysoký krevní tlak, dislipidemie, nadváha, obezita a inzulinová rezistence, se vyvíjejí postupně a v různém pořadí. Metabolický syndrom sám o sobě není onemocnění, ale je indikátorem toho, že s člověkem něco není v pořádku. Pokud se tento syndrom neřeší, vede k závažným obtížím (Perušičová, 2012, s. 69).

Všechna onemocnění související s metabolickým syndromem se řadí mezi tzv. civilizační onemocnění. Praktický slovník medicíny (Hugo a Vokurka, 2000, s. 63) definuje *civilizační nemoc jako nemoc, jejíž rozvoj je podmíněn nebo výrazně ovlivněn civilizací, způsobem života, technikou, stresem, znečištěním životního prostředí apod.*

Vznik pojmu civilizační onemocnění souvisí s moderním způsobem života, který způsobil významnou změnu životního stylu, konzumaci nadbytku slaných a tučných potravin, nadměrnou konzumaci cigaret a alkoholu, slazených nápojů, úbytek fyzického pohybu a nadbytek stresu.

Kučera (2007) řadí mezi civilizační onemocnění kardiovaskulární nemoci, diabetes, obezitu, osteoporózu, alergie a nádorová onemocnění. Národní informační centrum pro mládež

(NICM) přidává ještě předčasné stárnutí, předčasné porody a potraty, některé vývojové vady, deprese a demence včetně Alzheimerovy choroby a chronický únavový syndrom. (Civilizační choroby, 2018).

7.1.1 Historie a definice metabolického syndromu

První zmínka o společném výskytu rizikových faktorů, které dnes řadíme k metabolickému syndromu, jako je hypertenze a hyperglykémie, pochází z období 1. sv. války. Jak uvádí Svobodová (2012), v roce 1923 Kylin poprvé publikoval názor o společném výskytu rizikových faktorů, které vedou k ischemické chorobě a diabetu. Až za dalších 25 let Vague přidal k těmto rizikovým faktorům abdominální obezitu. Od té doby se tomuto tématu věnovalo několik autorů a rozšiřoval se seznam možných rizikových faktorů.

Velkým mezníkem v historii metabolického syndromu byla práce G. M. Reavena ze Stanfordské univerzity v Kalifornii, který roku 1988 jako první podal důkazy o souvislosti inzulinové rezistence a vzniku aterosklerózy a kardiovaskulárních nemocí. Reaven nazval tento syndrom Syndrom X a později metabolický syndrom. Někdy se uvádí i pojem Reavenův syndrom nebo syndrom inzulinové rezistence (Perušičová, 2012).

Koncem 90. let se objevila první definice metabolického syndromu. Tu přijala Světová zdravotnická organizace v roce 1999 s cílem sjednotit kritéria metabolického syndromu pro výzkum i klinickou praxi. V následujících letech byly navrhovány další definice, které se shodovaly v základních parametrech, jak popisuje Svobodová (2012): přítomnost poruchy glukózového metabolismu, arteriální hypertenze, dyslipidémie a obezita.

V klinické praxi se nejvíce uplatnily definice NCEP, ATP III (National Cholesterol Education Program, Adult Treatment Panel III) z roku 2001 a definice IDF (International Diabetes Federation) z roku 2005 (u které byla obezita považována za základní parametr). Definice, jak ji uvádí i Perušičová (2012) zní: *Metabolický syndrom se vyskytuje u jedinců se třemi a více z pěti uvedených rizikových faktorů, přičemž zvýšená glykemie nalačno nemusí být vždy přítomna. Za rizikové faktory se považuje abdominální obezita (u mužů obvod pasu více než 102 cm u žen více než 88 cm), triglyceridy (více než 1,7 mmol/l), cholesterol HDL-c (u mužů méně než 1,0 mmol/l, u žen méně než 1,3 mmol/l), krevní tlak (více než 130/80 mmHg) a glykemie nalačno (více než 6,1 mmol/l).*

V roce 2009 byla odsouhlasena na základě prohlášení významných mezinárodních odborných společností vytvořena „harmonizovaná“ **definice metabolického syndromu**, která i podle Perušičové (2012) neupřednostňuje žádné rizikové faktory z daných pěti, a tak přítomnost 3-5 rizikových faktorů znamená definici metabolického syndromu. „Harmonizovanou“ definici modifikovanou pro Českou populaci uvádí přehledně následující tabulka (Tab. 10)

Tab. 10. „Harmonizovaná“ definice metabolického syndromu z roku 2009.

RIZIKOVÝ FAKTOR	KRITÉRIA
Obvod pasu	muži více než 102 cm ženy více než 88 cm
Triglyceridy (nebo specifická léčba)	více nebo rovno 1,7 mmol/l
HDL cholesterol (nebo specifická léčba)	muži méně než 1,0 mmol/l ženy méně než 1,3 mmol/l
Krevní tlak (nebo specifická léčba)	130 mmHg
Glykemie nalačno (nebo diabetes mellitus)	Více než 5,6 mmol/l

Zdroj: vlastní zpracování dle Interní medicína pro praxi, Perušičová, 2012

7.1.2 Prevalence metabolického syndromu

Jak uvádí Perušičová (2012) prevalence metabolického syndromu je u mužů a žen rozdílná a závisí na typu užití definice a na dané populaci. Největší americká studie NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) zjistila průměrnou prevalenci u žen nižší než u mužů. Podle nejužívanější definice tzv. „Harmonizované“ definice metabolického syndromu uvádí tato studie průměrnou prevalenci u mužů 36,9 % a u žen 35,6 %. Jak uvádí S. O’Neil (2014) v publikované studii, prevalence metabolického syndromu celosvětově narůstá s nárůstem BMI (Body Mass Index) a věku. Celosvětově se prevalence metabolického syndromu pohybuje mezi 10 až 84 % v závislosti na národnosti, rase, věku a pohlaví. V naší populaci je to podobné. Perušičová (2012) uvádí, že Cífková (2003) ve studii z devíti okresů v České republice zjistila, že prevalence metabolického

syndromu je podle harmonizované definice z roku 2009 téměř 36 % u mužů a 27 % u žen. Nejčastějším rizikovým faktorem u obou pohlaví byl vyšší krevní tlak, dále u mužů vyšší hladina triglyceridů, u žen abdominální obezita. Velký rozdíl byl u žen do 50let věku s výskytem 9 % a nad 50 let věku, kde byl výskyt 30 %. Podobný rozdíl byl zjištěn i ve zmiňované studii NHANES. Autoři vysvětlují tuto diferenciaci ochrannými mechanismy endogenních estrogenů u žen v produktivním věku. V menopauze dochází ke abdominální distribuci tuku, rozvoji glukózové a lipidové poruchy, zvyšuje se inzulinová rezistence a dochází ke zvyšování krevního tlaku.

Následující tabulka (Tab. 11) ukazuje procentuální výskyt metabolického syndromu v jednotlivých zemích světa s rozdělením podle pohlaví a věku. Prevalence je uvedena dle definice NCEP ATP III (používaná v klinické praxi v ČR) a IDF (International Diabetes Federation, používaná především v USA, která upřednostňuje obezitu jako hlavní rizikový faktor).

Tab. 11. Prevalence metabolického syndromu dle jednotlivých zemí světa

Country	<i>n</i>	Age (years)	NCEP:ATPIII	IDF
Australia (15)	11,247	≥25	24.4% male 19.9% female	34.4% male 27.4% female
China (19)	15,540	35–74	9.8% male 17.8% female	N/R N/R
Denmark (17)	2,493	41–72	18.6% male 14.3% female	23.8% male 17.5% female
India (21)	2,350	>20	17.1% male 19.4% female	N/R N/R
Ireland (16)	890	50–69	21.8% male 21.5% female	N/R N/R
South Korea (23)	40,698	20–28	5.2% male 9.05% female	N/R N/R
United States (13)	3,601	≥20	33.7% male 35.4% female	39.9% male 38.1% female

Prevalence of MetS according to age and NCEP:ATPIII or IDF definitions.

IDF, International Diabetes Federation; MetS, metabolic syndrome; NCEP:ATPIII, National Cholesterol Education Program – Third Adult Treatment Panel; N/R, not reported.

Zdroj: Obesity Reviews: Metabolic syndrom (S. O'Neil, 2014)

Scuteri (2015) uvádí data o prevalenci metabolického syndromu v Evropě. Výsledky jsou zpracovány od téměř 35 000 lidí z 11 států Evropy a 1 státu USA. Průměrný výskyt metabolického syndromu je udáván u 24,3 % s tím, že narůstá s věkem (ve skupině 20-29 let 3,7 % a ve skupině nad 70 let více než 30 %).

Souhrnnou analýzu ze 34 rozsáhlých klinických studií se zaměřením na prevalenci metabolického syndromu publikoval v roce 2017 Nolan P. B. (2017), který uvádí, že výskyt metabolického syndromu je přítomen u přibližně 25 % všech dospělých s vyšší prevalencí v pokročilejším věku. Přítomnost jednoho rizikového kritéria zvyšuje riziko rozvoje metabolického syndromu v pozdějším věku a představuje vysoké riziko kardiovaskulárních onemocnění. Do analýzy bylo zahrnuto 26 609 účastníků různých etnických skupin. Metabolický syndrom dle definice byl přítomen u 4,8-7 % mladých dospělých. Nejvíce převládajícím rizikovým faktorem byl nízký HDL cholesterol (26,9-41,2 %), následoval zvýšený krevní tlak (16,6-26,6 %), abdominální obezita (6,8-23,6 %), triglyceridy (8,6-15,6 %), a zvýšené hladiny glukózy na lačno (2,8-15,4 %). Stanovení důvodu, proč je nízký HDL cholesterol nejčastějším rizikovým faktorem, může představovat důležitý krok v podpoře primární prevence metabolického syndromu a redukce incidence s tím spojených onemocnění.

7.1.3 Obezita jako důležitý faktor metabolického syndromu

Obezita je často nazývána epidemií 3. tisíciletí a celosvětově meziročně incidence obezity stále narůstá. Obezitu definuje Owen (Perušičová a kol., 2012, s. 22) jako zvýšené množství tukové tkáně nad normu. Faktory ovlivňující rozvoj obezity jsou komplexní a multifaktoriální. Rychlý nárůst obezity za posledních 30 let je především výsledkem vlivu prostředí a kulturních změn. Včasná komplexní léčba obezity může zvrátit již rozvinuté metabolické komplikace.

Vzhledem k tomu, že obezita je jedním z hlavních faktorů metabolického syndromu, můžeme nárůst obezity považovat jako významný ukazatel nárůstu metabolického syndromu. Především centrální obezita je spojována s metabolickým syndromem. Množství abdominálního tuku lze posuzovat podle obvodu pasu. Obvod pasu se měří uprostřed vzdálenosti mezi horním okrajem lopaty kosti pánevní a dolním okrajem posledního žebra.

Podle Mezinárodní diabetologické federace je pro Evropany definovaná obvodem pasu u mužů nad 94 cm a u žen nad 80 cm (Sucharda, 2009).

V praxi se obezita hodnotí indexem tělesné hmotnosti (BMI). U dospělých je obezita podle České diabetologické společnosti (ČDS) definována při BMI nad 30 kg/m². BMI se zjišťuje jako podíl tělesné hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky v metrech. Jednotlivé kategorie dle BMI ukazuje následující tabulka (Tab. 12).

$$\text{Index tělesné hmotnosti BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)}^2}$$

Tab. 12. Kategorie BMI podle WHO 1997

Kategorie	BMI, kg/m ²
Podvýživa	Méně 18,5
Zdravá hmotnost	18,5-24,9
Nadváha	25-29,9
Obezita I. stupně	30-34,9
Obezita II. stupně	35-39,9
Obezita III. stupně	40 a více

Zdroj: vlastní zpracování podle České obezitologické společnosti (www.obesitas.cz)

7.1.4 Prevalence obezity

Odhaduje se, že celosvětově trpí obezitou 150 milionů dospělých a 15 milionů dětí. V Evropě se prevalence obezity pohybuje u mužů mezi 10-20 % a u žen 15-25 % (Pěrušičová, 2012). V České republice je podle průzkumu agentury STEM/MARK z roku 2013, podporovaném Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, uváděna prevalence obezity u dospělých mužů 23 % a dospělých žen 19 %. Nadváhou trpí 42 % mužů a 27 % žen. Prevalence dětské obezity je odhadována na 7 %. Česká republika se řadí co do počtu obézních na přední místo v Evropě.

V srpnu 2018 byla zveřejněna data z mezinárodního výběrového šetření SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Toto šetření od roku 2005 každé dva roky shromažďuje informace osob nad 50 let z řady evropských zemí. Obezita se měřila ukazatelem BMI. Výsledky ukazují, že v České republice je ve věku 50-70 let vysoká prevalence obezity v mezinárodním srovnání. V roce 2015 trpělo přibližně 35 % starších mužů a žen obezitou, což je téměř dvakrát více než v některých zemích Evropy. Růst obezity je zvláště výrazný u osob s nižším vzděláním. Následující tabulka (Tab. 13) ukazuje přehled BMI a prevalence obezity u mužů a žen nad 50 let v mezinárodním srovnání (Pertold, Šatava, 2018).

Obezitu můžeme léčit dietou, fyzickou aktivitou, psychoterapií, podáváním léků proti obezitě a chirurgicky. Farmakoterapie obezity může pozitivně ovlivňovat složky metabolického syndromu. Pěrušičová (2012) uvádí, že pro léčbu obezity je nutná aktivní změna způsobu života.

Tab. 13. Přehled BMI/prevalence obezity u mužů a žen nad 50 let v mezinárodním srovnání.

Země	Muži	Ženy
	BMI / prevalence obezity %	BMI / prevalence obezity %
Rakousko	27,6 / 24,1	26,6 / 22,7
Německo	27,6 / 22,9	26,5 / 21,2
Švédsko	26,6 / 16,6	26,1 / 18,5
Španělsko	27,5 / 21,3	26,9 / 22,2
Itálie	26,7 / 15,3	25,8 / 16,9
Francie	26,9 / 20,8	25,8 / 18,0
Dánsko	26,8 / 17,4	25,6 / 15,5
Švýcarsko	26,4 / 14,7	24,9 / 14,1
Belgie	27,0 / 21,1	26,1 / 19,5
Česká republika	28,3 / 30,6	27,6 28,6
Slovinsko	28,0 / 26,4	27,0 23,0
Estonie	27,3 / 24,9	28,3 34,3

Zdroj: vlastní zpracování podle studie SHARE 2018 (IDEA: Pertold, Šatlava)

7.2 PEST analýza prostředí společnosti s důrazem na problematiku metabolického syndromu

Tato analýza se zabývá vnějším prostředím, které ovlivňuje zdravotnické zařízení a působí na něj prostřednictvím síly politické, ekonomické, sociální a technologické.

7.2.1 Politické vlivy

Politické vlivy odráží dění na mezinárodní i vnitrostátní úrovni. Mezi důležité instituce, které mají vliv na provoz zdravotnického zařízení patří Ministerstvo zdravotnictví (MZ ČR), Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), Úřad pro kontrolu osobních údajů, Ústav

zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), Úřad pro ochranu hospodářské soutěže, příslušný finanční a krajský úřad. České zdravotnictví se musí řídit i platnou legislativou Evropské Unie.

Vzhledem k tomu, že prevalence metabolického syndromu stále narůstá a je to problém celosvětového významu, do řešení se zapojují vlády, odborné organizace a společnosti po celém světě. Světová zdravotnická organizace i Evropská Unie zařadila do svých programů podporu prevence metabolického syndromu. Je vyvíjen tlak na jednotlivé země, aby podporovaly aktivity v této oblasti. Zvyšuje se zájem o tuto problematiku na straně zástupců státní správy a samosprávy. Jednotlivé státy dále rozpracovávají metodiky postupu a zakotvují některá preventivní opatření do zákonů a vyhlášek.

Ministerstvo zdravotnictví ČR podpořilo Národní diabetologický program 2012-2022, který vznikl z iniciace České diabetologické společnosti a Diabetické asociace ČR. Program podpořila Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) a Svaz zdravotních pojišťoven ČR. Jedná se o celonárodní iniciativu, jíž je třeba věnovat intenzivní pozornost ze strany státních orgánů, hygienické služby a zdravotníků. Prevence diabetu 2. typu se překrývá s prevencí obezity.

Problematika prevence diabetu 2. typu se překrývá s problematikou prevence dalších onemocnění jsou kardiovaskulární, nádorová a obezita. Předpokládá zavedení celonárodního programu zaměřeného na snížení rizikových faktorů těchto onemocnění, kterými jsou obezita, nízká fyzická aktivita, nevhodné složení stravy a přejídání. Prostředkem mohou být legislativní úpravy, jako je zavedení povinnosti chodit na preventivní prohlídky k lékaři a případné sankce pro pacienta za jejich nevyužívání.

Úhrada výkonů se provádí na základě úhradové vyhlášky stanovené Ministerstvem zdravotnictví pro daný kalendářní rok. Je to vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených zdravotních služeb a regulačních omezení. Úhradová vyhláška zahrnuje i kvalitu a efektivitu zdravotní péče. Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019, tzv. Úhradová vyhláška (2019) je poprvé výsledkem dohod mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče.

7.2.2 Ekonomické vlivy

Za klíčové ukazatele ekonomiky ve vztahu k danému tématu lze považovat HDP (hrubý domácí produkt), inflaci, průměrnou mzdu a výdaje na zdravotní péči. HDP vzrostl v uplynulém roce 2018 podle předběžného odhadu o 3 % oproti roku 2017.

Následující tabulka (Tab. 14) ukazuje srovnání krajů v ČR podle hrubého domácího produktu (HDP). Olomoucký kraj je v pořadí 11 ze 14 krajů v ČR v HDP na 1 obyvatele. Příznivý vývoj ekonomiky je příležitostí pro zvýšení zájmu ze strany pacientů o péči, kterou budou spolufinancovat. Olomoucký kraj je v pořadí 11, ale výše HDP na 1 obyvatele je blízká dalším 7 krajům v ČR (Srovnání krajů v ČR, 2019).

Tab. 14. Srovnání HDP podle krajů v ČR v roce 2017

MAKROEKONOMICKÉ UKAZATELE

MACROECONOMIC INDICATORS

5-101. Hrubý domácí produkt (HDP) podle krajů v roce 2017

Gross domestic product (GDP) by region in 2017

ČR, kraje CR, Region	HDP celkem (mil. Kč) GDP, total (CZK mil.)	HDP na 1 obyvatele GDP per capita			HDP na 1 zaměstnaného (Kč) GDP per the employed (CZK)
		v Kč CZK	v EUR EUR	v PPS ¹⁾ PPS ¹⁾	
Česká republika Czech Republic	5 047 267	476 628	18 105	26 857	944 104
Hl. m. Praha	1 283 415	997 560	37 893	56 211	1 394 187
Středočeský	599 821	445 710	16 930	25 115	974 726
Jihočeský	247 332	386 952	14 698	21 804	782 409
Plzeňský	255 226	440 631	16 737	24 829	908 905
Karlovarský	93 482	315 705	11 992	17 789	659 290
Ústecký	283 381	345 192	13 112	19 451	770 390
Liberecký	160 808	364 699	13 853	20 550	823 166
Královéhradecký	243 500	442 046	16 791	24 908	899 892
Pardubický	200 687	387 994	14 738	21 863	812 445
Vysočina	199 430	392 066	14 893	22 092	823 897
Jihomoravský	531 374	450 135	17 098	25 364	889 621
Olomoucký	236 619	373 727	14 196	21 059	791 805
Zlínský	237 885	408 009	15 498	22 991	839 788
Moravskoslezský	474 307	392 827	14 922	22 135	833 294

¹⁾ PPS – standard kupní síly

¹⁾ PPS – purchasing power standard.

Zdroj: ČSÚ 2019, Srovnání krajů v České republice

Průměrná roční míra inflace za rok 2018 byla 2,1 %. Zaměstnanost vzrostla v loňském roce o 1,6 %. Obecná míra nezaměstnanosti v roce 2018 byla 2,3 % a očekává se i v roce 2019. Dle posledních zveřejněných dat ČSÚ byla míra nezaměstnanosti za rok 2017 v ČR 2,9 % a v Olomouckém kraji 3,1 %. Nízká míra nezaměstnanosti je příležitostí v případě řešení tohoto projektu, protože bude více pacientů, kteří budou ochotni finančně se spolupodílet na další léčbě.

Vzhledem k tomu, že projektové návrhy se budou dotýkat péče hrazené pacientem, je důležité sledovat i makroekonomický ukazatel průměrné mzdy. Olomoucký kraj byl podle výše průměrné mzdy v roce 2017 na 12. místě mezi 14 kraji v ČR (Tab. 15), přesto průměrná mzda byla srovnatelná s dalšími 6 kraji (Srovnání krajů v ČR, 2019).

Tab. 15. Přehled trhu práce podle měsíční mzdy

TRH PRÁCE

LABOUR MARKET

9-105. Zaměstnanci a jejich průměrné hrubé měsíční mzdy podle krajů v roce 2017¹⁾

Employees and their average gross monthly wages by region in 2017¹⁾

ČR, kraje CR, Region	Průměrný evidenční počet zaměstnanců (tis. osob) Average registered number of employees (thousand persons)		Průměrná hrubá měsíční mzda (Kč) Average gross monthly wage (CZK)	
	přepočtené počty FTE persons	fyzické osoby Headcount	přepočtené počty FTE persons	fyzické osoby Headcount
Česká republika¹⁾ Czech Republic¹⁾	4 004,7	4 143,7	29 496	28 506
Hl. m. Praha	831,4	869,0	36 915	35 314
Středočeský	401,5	414,2	29 957	29 041
Jihočeský	219,2	226,3	26 537	25 710
Plzeňský	211,1	217,9	28 659	27 772
Karlovarský	89,3	92,4	25 651	24 785
Ústecký	244,4	251,1	27 173	26 455
Liberecký	144,2	148,7	27 476	26 649
Královéhradecký	200,8	207,4	27 273	26 408
Pardubický	178,1	183,7	26 586	25 783
Vysočina	171,8	176,8	26 971	26 217
Jihomoravský	455,8	472,6	28 607	27 590
Olomoucký	217,2	224,9	26 360	25 465
Zlínský	206,0	212,0	26 045	25 314
Moravskoslezský	431,0	444,1	26 731	25 941

¹⁾ pracovištní metoda, předběžné údaje

¹⁾ The workplace method is applied here. Preliminary data.

¹⁾ zahrnutí jsou i zaměstnanci sledovaných subjektů pracující mimo území ČR

¹⁾ Includes employees of of reporting units active outside the CR territory.

Zdroj: ČSÚ 2019, Srovnání krajů v České republice

Situace v přímo v okrese Olomouc je příznivější. Na porovnání okresů jsou poslední zveřejněná data ČSÚ z roku 2016, kde byla nezaměstnanost v Olomouckém kraji celkem 4,35 %, samotný okres Olomouc 3,89 %, což může znamenat příležitost pro zaváděný projekt.

Informace o výdajích na zdravotnictví poskytuje ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky) a ČSÚ (Český statistický úřad). V roce 2017 dosáhly celkové výdaje na zdravotní péči v České republice 387,4 mld. Kč a činily 7,1 % HDP. Meziročně vzrostly o 25,8 mld.

Kč (7,1 %). Od roku 2010 včetně bylo za zdravotní péči v Česku vynaloženo celkem téměř 2 809 miliard korun. Celkový nárůst výdajů na zdravotní péči v ČR (25,8 mld. Kč) byl zapříčiněn více než 10 % vyššími výdaji ze státního rozpočtu (6,2 mld. Kč) a 6% navýšením prostředků z veřejného zdravotního pojištění (14,5 mld. Kč). Přímé platby pacientů od roku 2016 vzrostly o 2,8 mld. Kč (5,5 %). V meziročním srovnání přímých plateb vzrostly výdaje na volně prodejné léky a na doplatky za léky na předpis okolo 8 %.

Výdaje na zdravotní péči v České republice ve vztahu k HDP patří v rámci zemí EU dlouhodobě k těm nižším. Více jak 10 % HDP vydalo na zdravotní péči 6 zemí a pouze Německo a Francie překročili hranici 11 %.

Následující tabulky (Tab. 16 a 17) ukazují vývoj podílu celkových výdajů na zdravotnictví v letech 2012 až 2017 v mezinárodním srovnání a přehled celkových výdajů na zdravotní péči v Česku mezi roky 2010 a 2017 (Zdravotnická ročenka ČR, 2018).

Tab. 16. Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (HDP)

ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ČR 2017 / CZECH HEALTH STATISTICS 2017

6.5 Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu
Proportion of total expenditure on health services in gross domestic product

Stát	State	Rok Year					
		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Česká republika	Czech Republic	7,0 (B)	7,8	7,7	7,2	7,1 (E)	7,1
Belgie	Belgium	10,1	10,3	10,3	10,1	10,0 (E)	10,0
Dánsko	Denmark	10,2	10,2	10,2	10,3	10,4 (E)	10,2
Finsko	Finland	9,3	9,5	9,5 (B)	9,7	9,5 (E)	9,2
Francie	France	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5 (E)	11,5
Irsko	Ireland	10,8	10,3	9,7	7,4	7,4 (E)	7,1
Itálie	Italy	(B) 9,0	9,0	9,0	9,0	8,9 (P)	8,9
Maďarsko	Hungary	7,5	7,3	7,1	7,1	7,4 (P)	7,2
Německo	Germany	10,8	10,9	11,0	11,1	11,1 (P)	11,3
Nizozemsko	Netherlands	10,9	10,9	10,9	10,4	10,4 (P)	10,1
Norsko	Norway	8,8	8,9	9,3	10,1 (P)	10,5 (P)	10,4
Polsko	Poland	6,2	6,4	6,2	6,3	6,5 (P)	6,7
Portugalsko	Portugal	9,3	9,1	9,0	9,0	9,1 (P)	9,0
Rakousko	Austria	10,2	10,3	10,4	10,3	10,4 (P)	10,3
Řecko	Greece	8,9	8,4	8,0	8,2	8,5 (E)	8,4
Slovensko	Slovakia	(B) 7,6	7,5	6,9	6,9	7,1 (E)	7,1
Spojené království	United Kingdom	8,3 (B)	9,8	9,7	9,8	9,8 (E)	9,7
Španělsko	Spain	9,1	9,0	9,0	9,1	9,0 (E)	8,8
Švédsko	Sweden	10,9	11,1	11,1	11,0	10,9 (P)	10,9
Švýcarsko	Switzerland	11,1	11,3	11,5	11,9	12,2 (E)	12,3
Austrálie	Australia	(D) 8,7 (D)	8,8 (D)	9,1 (D)	9,3 (DE)	9,3 (DE)	9,1
Japonsko	Japan	10,8	10,8	10,8	10,9 (E)	10,8 (E)	10,7
Kanada	Canada	10,2	10,1	10,0	10,4 (P)	10,5 (P)	10,4
USA	USA	16,4	16,3	16,5	16,8	17,1 (E)	17,2

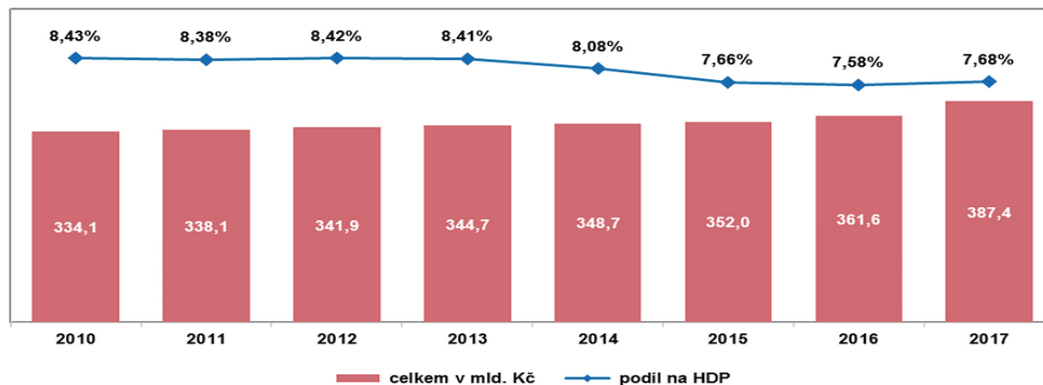
Zdroj dat: OECD Health Data
<http://stats.oecd.org/index.aspx>

Source of data : OECD Health Data

Vysvětlivky:
 annotation: B: Přerušení řady, Break
 D: Rozdíl v metodice, Difference in methodology
 E: Odhad, Estimated value
 P: Předběžná data, Provisional value

Zdroj: dle ÚZIS, Zdravotnická ročenka ČR 2017

Tab. 17. Celkové výdaje na zdravotní péči a podíl HDP v ČR, 2010-2017 (mld. Kč)



Zdroj: Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010–2017 dle ČSÚ 2019

České zdravotnictví je dlouhodobě financováno především z veřejných zdrojů, a to z veřejného zdravotního pojištění (ve sledovaném období 2010 až 2017 se veřejné zdroje podílely z 83 až 85 % na financování zdravotní péče v ČR). Jak ukazuje tabulka (Tab. 18) v rámci výše uvedených zdrojů financování měly ve sledovaném období největší podíl na celkových výdajích na zdravotní péči platby hrazené zdravotními pojišťovnami z veřejného pojištění (252,2 mld. Kč; 65,1 % v roce 2017), následované státním rozpočtem (62,1 mld. Kč; 16,0 %) a domácnostmi (54,1 mld. Kč; 14,0 %). Ve zdravotnictví je z ekonomického pohledu důležité téma finanční spoluúčasti pacienta a větší zapojení pacienta do procesu uvědomění si hodnotu svého zdraví a nutnosti se finančně podílet na udržování zdraví a předcházení nemocí. V posledních čtyřech letech podíl financování zdravotní péče ze soukromých zdrojů, což činí především přímé platby a spoluúčast pacientů za poskytnutou zdravotní péči, zvýšil z 15,3 % na 16,9 % v roce 2017 (Výsledky zdravotnických účtů 2010-2017, 2018).

Tab. 18. Výdaje na zdravotní péči v ČR podle zdrojů financování 2010-2017

Tab. 2.1 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle zdrojů financování, 2010 a 2013 až 2017 (mil. Kč)

Ukazatel	2010	2013	2014	2015	2016	2017	Index 2017/2016
Veřejné zdroje celkem	282 166	292 053	291 572	293 359	300 210	322 033	107,3
veřejné zdravotní pojištění	231 889	238 354	234 602	234 460	237 700	252 169	106,1
státní rozpočet	45 187	47 499	50 721	52 622	55 895	62 090	111,1
krajské a obecní rozpočty	5 091	6 200	6 250	6 277	6 614	7 774	117,5
Soukromé zdroje celkem (bez přímých plateb domácností)	9 217	9 202	10 668	9 322	10 222	11 303	110,6
soukromé zdravotní pojištění	427	475	537	478	484	539	111,4
neziskové instituce	7 888	7 726	7 757	7 929	8 479	8 995	106,1
podniky - závodní preventivní péče	901	1 001	2 374	915	1 259	1 769	140,5
Přímé platby domácností¹⁾	42 705	43 465	46 490	49 358	51 215	54 051	105,5
Výdaje na zdravotní péči celkem	334 088	344 720	348 730	352 039	361 647	387 388	107,1

1) údaje za rok 2017 jsou předběžné

Zdroj: ČSÚ 2019, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2017

Zdroj: ČSÚ 2019, Zdravotnické účty ČR 2010-2017

Výdaje na zdravotnictví můžeme sledovat i z pohledu členění podle druhů poskytnuté péče. Zdravotní péče může být spotřebována individuálně nebo kolektivně.

- Výdaje na individuální spotřebu činí 90 % výdajů na zdravotní péči. Individuální spotřeba znamená stanovení diagnózy, léčebného plánu, předepsání léku, stanovení diagnózy, léčbu a hodnocení výsledků a zahrnuje tedy péči léčebnou, rehabilitační, dlouhodobou a také podpůrné služby (laboratoře, zobrazovací metody a dopravu pacientů), léky a zdravotnické pomůcky.
- Kolektivní služby jsou zaměřeny na zlepšení celkového zdravotního stavu populace zacíleny na celou nebo části populace a mají zlepšit celkové zdravotní standardy nebo efektivitu a výkonnost systému zdravotnictví, kam řadíme **preventivní zdravotní služby a provádění zdravotnických programů.**

Výdajově nejvýznamnější položkou preventivní péče jsou programy pro sledování zdravotního stavu populace. Preventivní programy z této skupiny se zaměřují na určitá období života jako je těhotenství, růst a vývoj dítěte, skupiny stárnoucích lidí, zubní a všeobecné preventivní prohlídky. Na tyto preventivní programy bylo v roce 2017 vynaloženo celkem 6,9 mld. Kč, což je o 766 mil. Kč více (12,5 %), než v roce 2016. Tato část preventivní péče je ze 74 % (údaj za rok 2017) hrazena z veřejného zdravotního pojištění a zbytek připadá na podnikové zdroje v rámci závodní preventivní péče o své zaměstnance.

Další skupinou výdajů preventivní péče jsou programy pro včasné odhalení nemocí zahrnující různé typy screeningů, diagnostické testy a lékařské prohlídky. Zdravotní pojišťovny hradí některá preventivní vyšetření např. screening zhoubných nádorů, screening sluchu u novorozenců nebo preventivní prohlídky ze základního fondu veřejného zdravotního pojištění. V roce 2017 bylo na tato preventivní vyšetření z veřejného zdravotního pojištění vynaloženo 1,5 mld. Kč a ze státního rozpočtu dalších 279 mil. Kč.

Celkový přehled výdajů na zdravotnictví podle druhů péče ukazuje následující tabulka (Tab. 20). Jak je uvedeno v tabulce (Tab. 19), v roce 2017 byly výdaje na preventivní péči 10,5 mld. Kč, což činí 2,7 %. Výdaje na programy pro včasné odhalení nemoci, kam můžeme zařadit i téma projektu této diplomové práce, mají rostoucí trend, v roce 2010 bylo vynaloženo 1,6 mld. Kč a v roce 2017 činily výdaje 1,8 mld Kč (Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010-2017, 2018).

Tab. 19. Výdaje na zdravotnictví podle druhů péče 2010-2017

Tabulka č. 2.2 Výdaje na zdravotnictví v Česku podle druhů péče, 2010 a 2013 až 2017 (mil. Kč)

Ukazatel	2010	2013	2014	2015	2016	2017	Index 2017/2016
Léčebná péče celkem	137 302	140 948	137 311	141 600	142 437	151 875	106,6
lůžková	55 948	53 489	52 473	51 431	50 938	56 302	110,5
ambulantní (bez stomatologické)	59 101	65 040	61 609	66 461	67 361	69 255	102,8
stomatologická	16 829	16 900	17 491	17 781	18 230	19 743	108,3
denní	5 238	5 333	5 561	5 735	5 720	6 386	111,7
domácí	186	186	179	192	187	189	101,2
Rehabilitační péče celkem	12 808	13 753	13 738	14 764	15 018	17 145	114,2
lůžková	5 886	6 255	6 407	6 911	7 483	8 027	107,3
ambulantní	6 922	7 498	7 331	7 853	7 535	9 117	121,0
Dlouhodobá péče celkem	52 761	55 837	62 113	61 018	65 264	72 181	110,6
zdravotní	35 762	38 596	44 035	42 407	45 116	50 382	111,7
sociální	16 999	17 241	18 078	18 611	20 148	21 799	108,2
Doplňkové služby celkem	37 039	38 469	38 883	40 020	41 081	43 524	105,9
laboratorní služby	19 917	21 215	21 454	22 037	22 527	23 793	105,6
zobrazovací metody	9 729	10 044	10 490	10 484	10 698	11 154	104,3
doprava pacientů	7 393	7 210	6 939	7 499	7 856	8 577	109,2
Léčiva a zdravotnické výrobky celkem	66 231	66 784	67 021	67 831	69 285	72 578	104,8
léčiva a zdravotnický materiál (1)	57 091	56 221	56 957	58 061	59 365	61 989	104,4
terapeutické pomůcky	9 141	10 563	10 064	9 770	9 921	10 588	106,7
Preventivní péče celkem	9 990	10 765	11 433	9 027	9 739	10 540	108,2
programy pro sledování zdrav. stavu	6 541	7 034	7 561	5 455	6 121	6 887	112,5
programy pro včasné odhalení nemocí	1 573	1 644	1 659	1 637	1 746	1 788	102,4
imunizační programy	1 389	1 458	1 576	1 267	1 172	1 161	99,1
informační a poradenské programy	487	629	637	668	700	704	100,5
Správa systému zdravotní péče	8 649	9 005	9 040	8 536	8 583	8 634	100,6
<i>ostatní či nespecifikováno (2)</i>	<i>9 307</i>	<i>9 159</i>	<i>9 192</i>	<i>9 245</i>	<i>10 240</i>	<i>10 911</i>	<i>106,5</i>
Zdravotní péče celkem	334 088	344 720	348 730	352 039	361 647	387 388	107,1

(1) zahrnují léky na předpis, volně prodejné léky a další zboží krátkodobé spotřeby např. obvazy, elastické kompresivní punčochy, inkontinenční pomůcky atd. **Nezahrnuje**, dle manuálu SHA, výdaje na léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních.

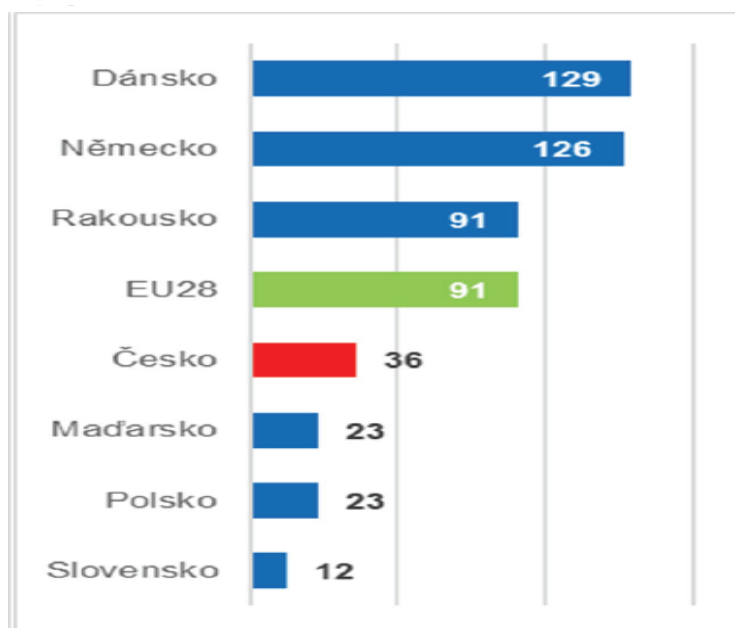
(2) zahrnuje programy na podporu zdraví v širším pohledu např. kontrolu a zavádění nových předpisů na ochranu pitné vody, potravin, bezpečnostní opatření spojená s nakládání s odpady, znečištění půdy a také nespecifikované druhy zdravotní péče

Zdroj: ČSÚ 2019, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2017

Zdroj: ČSÚ 2019, Zdravotnické účty ČR 2010-2017

Jak ukazuje tabulka následující tabulka (Tab. 20), podle srovnání výdajů na preventivní péči v rámci 28 států Evropy je možno konstatovat, že na preventivní péči vynaložily země EU v roce 2016 v průměru 91 EUR na osobu. V České republice byly výdaje na preventivní péči na jednoho obyvatele 2,5krát nižší je průměr EU. V sousedních státech jako je Maďarsko, Polsko a Slovensku bylo vydáno méně než v České republice (Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010-2017, 2018).

Tab. 20. Výdaje na preventivní péči ve vybraných zemích EU v roce 2016 (v EUR na obyv.)



Zdroj: ČSÚ 2019, Zdravotnické účty ČR 2010-2017

Při pohledu na problematiku diabetu z ekonomického hlediska Česká republika spotřebuje dle evropských dat na přímou léčbu diabetu více finančních prostředků ve zdravotnictví (kolem 10 %) než celá řada vyspělých zemí světa. Je to především v důsledku nákladnější léčby komplikací diabetu, které jsou výsledkem nesprávného nastavení systému ambulantní péče, kdy všichni pacienti nedostávají komplexní léčbu vlivem preskripčních omezení i celkových finančních limitů zdravotního systému. Základní farmakoterapie hyperglykémie se v současné době nedostává celé jedné pětině pacientů v ČR. Z pohledu farmakoekonomiky musíme zahrnout i ztráty, které vznikají v důsledku pracovní neschopnosti, sociálních výdajů a ztráty ze sníženého odvodu daně. Bylo prokázáno, že přímé náklady na léčbu diabetu jsou podstatně nižší než náklady na terapii komplikací, tedy včasná investice do účinné a kvalitní terapie snižuje následné náklady na léčbu chronických komplikací (Národní diabetologický program, 2012).

Tlak na české zdravotnictví se bude díky stárnutí obyvatelstva stupňovat. OECD Economic survey pro Českou republiku zveřejnil v roce 2018, že česká populace stárne rychleji, než je tomu ve většině evropských zemí a náklady spojené se stárnutím budou do roku 2040 vyšší o 20 % a do roku 2060 o 30 %. Pokud se bude předpokládat další roční nárůst díky moderním

technologíím o 2 %, potom se do roku 2040 předpokládá nárůst ve výši 64 %. Zlepšení efektivnosti při poskytování zdravotní péče by mohlo zmírnit dopad stárnutí populace na výdaje na zdravotnictví. Nastavení rozumné spoluúčasti pacientů by mohlo podpořit nákladově efektivní využívání zdravotní péče.

7.2.3 Sociální vlivy

Pro tento projekt byla zaměřena pozornost na demografickou situaci, a to z více pohledů:

- přehled počtu obyvatel v regionu Olomoucký kraj a Olomoucký okres
- přehled lékařů primární péče
- prevalence a incidence počtu onemocnění souvisejících s metabolickým syndromem
- data z registru léčených diabetiků

Olomoucký kraj má necelých 635 000 obyvatel a tvoří 5 okresů:

- **Olomouc, Přerov, Šumperk, Prostějov a Jeseník.**

V Olomouckém kraji byl v roce 2014 proveden výzkum prevalence nadměrné hmotnosti a obezity u 6–7letých dětí na základních školách. Nadměrná hmotnost byla zjištěna u 7,56 % chlapců a 5,45 % dívek, obezita u 8,14 % chlapců a 5,45 % dívek. Na základě analýzy bylo podle procentuálního množství tukové tkáně zařazeno do kategorie obezita 10,47 % chlapců a 7,88 % dívek. Následující tabulka ukazuje srovnání mezi lety 1991 a 2014. Monitorování prevalence nadměrné hmotnosti a obezity u dětí v Olomouckém kraji ukázalo na růst obezity u 6–7letých chlapců a dívek (Kopecký, 2016) jak je uvedeno v tabulce (Tab. 21).

Tab. 21. Prevalence obezity u 6 až 7letých chlapců a dívek v Olomouckém kraji v roce 2014

Tab. 6: Prevalence zvýšené hmotnosti, nadměrné hmotnosti a obezity u 6–7letých chlapců a dívek v Olomouckém kraji v roce 2014

Antropologické výzkumy	Chlapci			Dívky		
	Zvýšená hmotnost %	Nadměrná hmotnost %	Obezita %	Zvýšená hmotnost %	Nadměrná hmotnost %	Obezita %
5. CAV 1991	-	7,00	3,00	-	7,00	3,00
6. CAV 2001	-	8,90	6,60	-	8,50	5,60
Olomoucký kraj 2002	12,90	6,60	4,50	11,70	6,00	2,80
Olomoucký kraj 2014	14,53	7,56	8,14	23,03	5,45	5,45

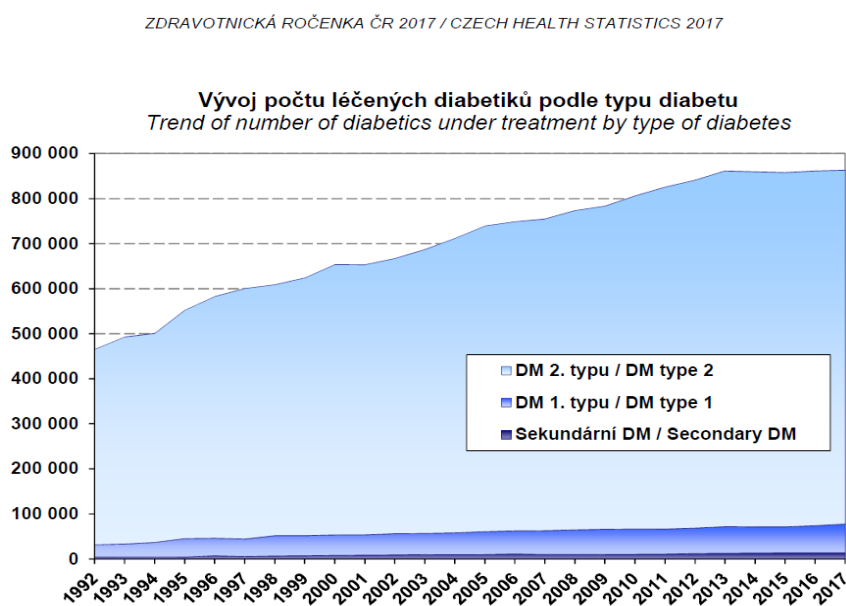
Zdroj: Hygiena 2016, 61(1), 4-10 Kopecký

Podle dat OECD, která zveřejnila v roce 2018 byla míra úmrtnosti na diabetes v ČR v roce 2013 ve srovnáním s průměrem EU dvojnásobná. Celkově se Česká republika potýká

s problémy při zavádění programů na podporu zdraví. Činnost zaměřená na řešení vysoké prevalence rizikových faktorů je stále v počátcích.

Následující tabulka (Tab. 22) sleduje vývoj počtu léčených diabetiků v České republice od roku 1992 do roku 2017 a je patrné, že počet diabetiků se za posledních 25 let téměř zdvojnásobil.

Tab. 22. Vývoj počtu léčených diabetiků v ČR od roku 1992 do roku 2017



Zdroj: dle ÚZIS, Zdravotnická ročenka ČR 2017

V Olomouckém kraji je trvale vyšší počet žen diabetiček než mužů (v roce 2017 činil 51,4 % žen a 48,6 % mužů). Na diabetologických pracovištích a v ordinacích praktického lékaře pro dospělé bylo v roce 2017 v kraji evidováno 58 765 léčených diabetiků, což představovalo 6,8 % celkového počtu léčených diabetiků v ČR (Tab. 23). Většina diabetiků je v péči odborných diabetologických ordinací. Menší část nemocných, která má lehčí formu diabetu, se léčí u praktických lékařů pro dospělé (v roce 2013 22,9 %). V roce 2017 činil počet léčených diabetiků 9,3 % z celkového počtu obyvatel kraje (v ČR 2017 8,1 %). Incidence a prevalence diabetických onemocnění stále stoupá. V roce 2017 se v Olomouckém kraji léčilo 93 osob na 1 000 obyvatel ve srovnání s rokem 2004, kdy to bylo jen 69 pacientů na 1 000 obyvatel kraje (Zdravotnická ročenka ČR, 2018).

Tab. 23. Přehled léčených diabetiků podle krajů ČR

ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ČR 2017 / CZECH HEALTH STATISTICS 2017

2.6.2 Léčení diabetici podle kraje sídla zdravotnického zařízení
Diabetics under treatment by region of the seat of health establishment

Území, kraj <i>Territory, region</i>	Léčení diabetici k 31.12. <i>Diabetics under treatment to 31.12.</i>					
	absolutně <i>number</i>			na 100 000 obyvatel <i>per 100 000 inhabitants</i>		
	celkem	muži	ženy	total	males	females
Česká republika	863 404	427 215	436 189	8 153,4	8 203,7	8 104,7
Hl.m.Praha	117 779	59 690	58 089	9 154,6	9 549,5	8 781,5
Středočeský	79 129	40 192	38 937	5 879,9	6 050,0	5 714,0
Jihočeský	55 713	28 225	27 488	8 716,3	8 950,2	8 488,6
Plzeňský	47 326	23 562	23 764	8 170,5	8 211,6	8 130,2
Karlovarský	26 079	13 335	12 744	8 807,3	9 119,4	8 502,9
Ústecký	70 631	34 340	36 291	8 603,7	8 433,6	8 771,1
Liberecký	30 029	14 965	15 064	6 810,3	6 902,0	6 721,6
Královéhradecký	49 648	24 936	24 712	9 013,0	9 196,3	8 835,4
Pardubický	38 170	18 919	19 251	7 379,5	7 393,2	7 366,1
Vysočina	32 672	16 425	16 247	6 423,1	6 504,1	6 343,3
Jihomoravský	83 595	40 985	42 610	7 081,5	7 082,0	7 081,0
Olomoucký	58 765	28 561	30 204	9 281,6	9 220,7	9 340,0
Zlínský	68 150	33 169	34 981	11 688,8	11 612,3	11 762,2
Moravskoslezský	105 718	49 911	55 807	8 755,7	8 431,3	9 067,7

Zdroj: dle ÚZIS, Zdravotnická ročenka ČR 2017

V Olomouckém okrese bylo dle zveřejněných dat ČSÚ v roce 2016 léčeno celkem 22 443 diabetiků, což činí 35,5 % z celého Olomouckého kraje.

Následující tabulka (Tab. 24) ukazuje přehled lékařů v primární péči v Olomouckém kraji, kteří mohou v rámci preventivních prohlídek u pacientů včas rozpoznat rizikové faktory metabolického syndromu a navrhnout další postupy v rámci sekundární prevence a léčby (Zdravotnická ročenka ČR, 2018).

Tab. 24. Přehled lékařů primární péče v Olomouckém kraji

Primární péče v Olomouckém kraji 2013

Praktický lékař pro dospělé - zabezpečení a využívání péče

Území	Počet lékařů včetně smluvních ¹⁾	Počet registrovaných pacientů na 1 lékaře	Počet ošetření-vyšetření			
			celkem	preventivní prohlídky (v %)	na 1 lékaře a den	na 1 registrovaného pacienta
Olomoucký kraj	365,04	1 411,8	2 549 843	7,2	31,8	4,9
Jeseník	24,20	1 212,6	110 562	6,9	20,8	3,8
Olomouc	151,75	1 278,5	847 211	8,3	25,4	4,4
Prostějov	62,12	1 352,2	489 876	5,9	35,8	5,8
Přerov	63,70	1 675,3	533 131	7,3	38,0	5,0
Šumperk	63,27	1 600,8	569 063	6,8	40,9	5,6
Správní obvod obce s rozšířenou působností (ORP)						
Hranice	15,08	1 809,0	145 170	9,7	43,8	5,3
Jeseník	24,20	1 212,6	110 562	6,9	20,8	3,8
Konice	4,00	1 443,0	34 215	2,3	38,9	5,9
Lipník nad Bečvou	7,00	1 522,0	53 718	6,0	34,9	5,0
Litovel	14,00	1 216,2	68 809	7,8	22,3	4,0
Mohelnice	10,00	1 559,6	78 976	10,0	35,9	5,1
Olomouc	117,05	1 206,1	636 807	8,4	24,7	4,5
Prostějov	58,12	1 345,9	455 661	6,2	35,6	5,8
Přerov	41,62	1 652,7	334 243	6,5	36,5	4,9
Šternberk	12,45	1 603,6	84 698	8,5	30,9	4,2
Šumperk	37,37	1 576,1	344 334	6,0	41,9	5,8
Uničov	8,25	1 920,2	56 897	7,2	31,3	3,6
Zábřeh	15,90	1 684,9	145 753	6,8	41,7	5,4
Rok 2000	332,26	1 437,6	3 208 624	.	43,9	6,7
Rok 2005	341,24	1 459,1	3 240 248	5,0	43,2	6,5
Rok 2006	345,72	1 457,3	3 239 300	5,0	42,6	6,4
Rok 2007	333,23	1 484,9	3 146 581	5,2	42,9	6,4
Rok 2008	341,93	1 470,7	2 730 855	6,0	36,3	5,4
Rok 2009	340,06	1 478,4	2 488 011	6,8	33,3	4,9
Rok 2010	342,79	1 474,0	2 465 662	6,8	32,7	4,9
Rok 2011	351,80	1 453,7	2 486 466	6,9	32,1	4,9
Rok 2012	362,13	1 430,5	2 523 017	6,8	31,7	4,9

Zdroj: Informace ze zdravotnictví Olomouckého kraje č.7/2014, ÚZIS ČR

7.2.4 Technologické vlivy

Technologie mají v dnešní době zásadní vliv na zvyšování výdajů ve zdravotnictví. Může se jednat o nové přístroje, postupy nebo materiály. S rozvojem informovaností pacientů v oblasti zdraví a léčení nemocí a postupů léčby je nezbytné sledovat nové trendy, nové technologie a léčebné postupy i ze strany zdravotnického personálu. Začínají se stále více uplatňovat informační a komunikační technologie, které by mohly najít uplatnění i

v preventivní péči, tady ale chybí infrastruktura a propojení informačních technologií, dostatečná vzdělanost v oblasti informačních technologií u starších občanů.

V diabetologii nové technologie umožňují pacientům, aby co nejvíce přiblížili podávání inzulínu fyziologickým podmínkám. Propojení inzulínových pump a kontinuální monitorace glykemie vede ke zlepšení kompenzace diabetu a ke snížení rizika hypoglykemie, která je limitujícím faktorem léčby. Diabetologie zažívá v posledních několika letech velký rozmach z hlediska nových léčivých prostředků a rozvoj technologií, které umožňují fyziologickou aplikaci inzulínu. Nové inzulínové pumpy jsou již reálným předstupněm uzavřeného okruhu podávání inzulínu. K tomu pomáhá i rozvoj monitorovací techniky.

Zdravotní pojišťovny hradí pro pacienty diabetiky zdravotní pomůcky dle typu léčby a schválení revizním lékařem (Pomůcky pro diabetiky, 2019)

- glukometr (do výše 1 000 Kč, 1 kus za 10 let)
- diagnostické proužky na stanovení glukózy (od 800 do 8 000 Kč za rok, do 18 let možné do 14 400 Kč za rok)
- testovací proužky ke stanovení ketolátek, s jejichž pomocí si lze stanovit orientačně hladinu cukru v moči
- lancety pro odběr krve do výše 300 Kč ročně
- aplikátor odběru krve (1 ks za 5 let, do výše 250 Kč)
- inzulínové pero (1 ks za 3 roky; maximálně 2 ks za 3 roky při souběžné aplikaci dvou druhů inzulínu, do výše 1500 Kč)
- jehly k inzulínovým perům (200 ks ročně, do výše 530 Kč)
- obuv pro diabetiky (1 pár za 2 roky do výše 1 000 Kč)
- inzulínová pumpa (maximálně 1 ks nebo sada 2 ks za 4 roky, v ceně do výše 100 000 Kč za 1 ks nebo 1 sadu)
- sety infuzní k inzulínové pumpě (do 160 Kč za jeden set)
- sety infuzní teflonové k inzulínové pumpě (300 Kč za 1 set)

7.2.5 Shrnutí PEST analýzy

Provedená PEST analýza identifikovala dopad možných vnějších vlivů na zdravotnické zařízení a plánovaný projekt preventivní péče zaměřené na metabolický

syndrom. Jako nejsilnější vlivy byly identifikovány vlivy ekonomické a sociální-demografické. Ekonomika v posledních letech posilovala, a to se odrazilo i na nárůstu platů. Olomoucký kraj je ve statistikách spíše v dolní polovině mezi ostatními kraji v ČR, ale průměrný plat se pohybuje blízko průměrných platů poloviny krajů ČR a v Olomouci je ekonomická situace o příznivější, než v okrajových okresech kraje. Z demografického hlediska bylo zjištěno, že populace stárne a přibývá pacientů s rizikovými faktory metabolického syndromu. Politická situace je nakloněna řešit problematiku zdravotní preventivní péče a je globálně podporována ze strany světových institucí.

7.3 Porterův model konkurenčních sil

Porterův model se používá pro analýzu mezoprostředí, a zkoumá konkurenční sílu současných a potencionálních konkurentů, dodavatelů, zákazníků a substitutů.

7.3.1 Hrozba nově vstupujících zdravotnických organizací

Konkurence má dnes zásadní vliv i mezi zdravotnickými zařízeními, především mezi komerčně zaměřenými pracovišti. Možnost vstupu nových firem na trh závisí na bariérách vstupu do daného podnikatelského odvětví. Vzhledem k poměrně složité legislativě při zřizování nového zdravotnického zařízení a regulaci počtu a sítě smluvních pracovišť, poskytuje tento trh poměrně stabilní prostředí. Při zřizování nového nestátního zdravotnického zařízení je potřeba splnit několik požadavků vyplývajících ze Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Česko, 2011). V první řadě je nutné splnit požadavky na vzdělání. Pro lékaře je nutné splnit požadavek odborné způsobilosti, který splní úspěšným zakončením studia, a specializované způsobilosti, kterou potvrdí složením atestační zkoušky v daném oboru. Nestátní zdravotnické zařízení (od 1. 4. 2012 Zákonem č. 372/2011 Sb., poskytovatel zdravotní péče) může být provozováno jako fyzická nebo právnická osoba, která splňuje příslušné oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Oprávnění vydává příslušný krajský úřad. Lékaři žádají také o udělení licence prostřednictvím okresních sdružení České lékařské komory (ČLK), kde jsou registrováni. Licence jsou udělovány pro obory uvedené ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČR č. 185/2009 a 152/2018 Sb. v platném znění a podmínky jejich udělení upravuje stavovský

předpis České lékařské komory č. 11 tzv. Licenční řád. Dále je nutná registrace u příslušných orgánů státní správy (Finanční úřad, Zdravotní pojišťovna, Okresní správa sociálního zabezpečení). Podmínkou k získání oprávnění k provozu nestátního zdravotnického zařízení, je splnění zákonných požadavků na zdravotnická zařízení v souladu s Vyhláškou o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče (92/2012 Sb.).

7.3.2 Soupeření mezi existujícími zdravotnickými organizacemi

Vývoj se v tomto odvětví je v posledních letech zrychlil díky vyšší poptávce po rehabilitačních a fyzioterapeutických službách. Vzhledem k tomu, že FIT Clinic nabízí zdravotní služby z větší části hrazené zdravotními pojišťovnami, bude tato analýza provedena mezi zdravotnickými zařízeními, které poskytují obdobné služby hrazené taktéž z větší části zdravotními pojišťovnami.

Projekt této diplomové práce vychází ze záměru rozšíření služeb stávajícího zdravotnického zařízení se zaměřením na metabolický syndrom, kde významnou roli hraje obezita, budou v rámci konkurence popsána zdravotnická zařízení, která poskytují komplexní péči zaměřenou na prevenci a léčbu obezity.

V České republice, jak uvádí Česká obezitologická společnost (www.obesitas.cz), se léčbou obezity zabývají:

- obezitologická centra v Praze, Brně a Plzni
- bariatrická centra v Praze, Ostravě a Trutnově
- bariatrická pracoviště v Praze, Břeclavi a Prostějově
- obezitologické ambulance pro dospělé, kterých je v ČR celkem 16 (z toho 2 v Olomouci: FN Olomouc a soukromá diabetologická a obezitologická ambulance)
- obezitologické ambulance pro děti a dorost, kterých je v rámci ČR celkem 9, **v Olomouci je 1 (FIT Clinic)**
- pracoviště klinické psychologie (v ČR 11, většina působí v Praze a nejbližší Olomouci je v nemocnici v Prostějově)

V celém Olomouckém kraji se léčbou obezity zabývá pouze několik pracovišť:

- **Fakultní nemocnice Olomouc** je největším zdravotnickým zařízením v kraji, která poskytuje komplexní zdravotní služby v mnoha oborech. V rámci interní kliniky je

diabetologické centrum a poradna pro poruchu metabolismu lipidů a obezitologická ambulance, která má ordinální hodiny 3x týdně od 11 do 15 hodin.

- Nestátní zdravotnické zařízení v Olomouci s centrem pro léčbu diabetu a obezity. Pracovní doba je 1x týdně do 17 hodin, 3x týdně do 15 hodin a 1x týdně do 12 hodin.
- Nemocnice v Prostějově, kde se v rámci chirurgického oddělení od roku 2009 zabývají léčbou metabolického syndromu.
- V rámci Priessnitzových lázní v Jeseníku je obezitologická ambulance.

Z celkové analýzy konkurence vyplývá, že pracovišť, která se zabývají prevencí a léčbou metabolického syndromu v rámci České republiky, a zvláště Olomouckého kraje je stále nedostatek. Důležité je se zaměřovat na poskytování komplexních zdravotních služeb souvisejících s metabolickým syndromem, především s důrazem na předcházení rozvoje onemocnění s ním spojených.

7.3.3 Vyjednávací vliv dodavatelů

V případě zdravotnických zařízení jde především o oblast spotřebního materiálu, zdravotnických pomůcek, zdravotní techniky a vybavení. Další dodavatelé jsou v poskytování energií, kapitálu, získání pracovní síly. Všechny tyto faktory ovlivňují spíše provozní náklady a cash flow a neovlivňují zásadním způsobem vizi pracoviště.

Zdravotnický materiál patří mezi produkty mírně diferencované a na trhu je hodně dodavatelů. Další oblastí jsou dodavatelé zdravotnické techniky, kde je dodavatelů podstatně méně, mají větší vyjednávací schopnost a je to ovlivněno i požadavky na specializaci daného přístroje. Poslední skupinou dodavatelů jsou distributoři léků.

Významnou dodavatelskou oblastí pro zdravotnická zařízení je předávání pacientů. Pro FIT Clinic jsou to pacienti především od praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost. Pro zvyšování povědomí a zlepšování spolupráce s ostatními kolegy je prostor pro přednáškovou činnost, které se FIT Clinic věnuje a touto cestou se daří získávat nové pacienty.

7.3.4 Vyjednávací vliv klientů

Klíčovými partnery v odběratelsko-dodavatelských vztazích jsou pacienti a jejich rodinní příslušníci. S jejich rostoucím počtem se vyjednávací síla snižuje a snižuje se i s mírou

diferenciace poskytované péče. Podle legislativy v České republice je pacient z primární péče odeslán s doporučením k lékaři specialistovi, u kterého se poskytuje další péče. Toto legislativní opatření je ukotveno ve smlouvě mezi zdravotnickým zařízením a příslušnou zdravotní pojišťovnou, která tuto zdravotní péči hradí. Co se týká vlivu pacientů, zdravotnické zařízení se musí snažit, aby byli spokojeni. Pacient, který je spokojený s kvalitou poskytnuté služby, s chováním personálu a s příjemným prostředím není motivován hledat tuto službu jinde.

Mezi klienty řadíme i zdravotní pojišťovny, které uzavírají smlouvy se zdravotnickým zařízením a jejich vyjednávací síla je velmi vysoká. FIT Clinic se postupně snaží rozšiřovat svoji nabídku zdravotní péče a zdravotních služeb se zaměřením na zvyšující se potřeby této péče u rizikových skupin obyvatel. Zároveň klade důraz na kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb a postupně získává výhodnější podmínky ze strany zdravotních pojišťoven.

7.3.5 Hrozba substitučních služeb

Substituty jsou alternativní služby nebo produkty, ke kterým by se mohl zákazník přiklonit, pokud nebude spokojen s dosavadními službami. Problematika substitutů je v klasické medicíně minimální a v komerční medicíně je velmi závislá na vybraném oboru. Z pohledu komerční medicíny můžeme za substituty služeb, které nabízí FIT Clinic, považovat všechny nabídky ostatních komerčních zařízení zdravotnických i nezdravotnických, které poskytují služby zaměřující se na pohybový aparát a řešení obezity. Za substituty lze považovat masérské služby, fitness centra, přírodní léčitele, centra pro snižování nadváhy, nutriční poradce apod. Pokud zůstaneme v klasické medicíně, potom substituty jsou podobné zdravotní služby, které poskytují ostatní zdravotnická zařízení, a které jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. V tomto případě je důležitá spolupráce mezi lékaři primární péče a specialisty.

Porterův model konkurenčních sil ukázal, že není mnoho konkurenčních zdravotnických zařízení, které by se zabývaly sekundární prevencí metabolického syndromu. Především chybí zdravotnické zařízení, které by poskytovalo komplexní služby v této zdravotní problematice. Velký vliv budou mít pacienti a jejich rodiny a zdravotní pojišťovny především z důvodu nových smluv na zdravotní služby ze strany zdravotní pojišťovny a spolufinancování zdravotní služby ze strany pacienta.

7.4 Analýza současných aktivit FIT Clinic zaměřených na preventivní péči

Z důvodu, že si vybrané zdravotnické zařízení nepřálo být jmenováno, jsou v této analýze vnitřního prostředí použity pouze veřejně dostupné a obecné informace. FIT Clinic je moderní zdravotnické zařízení, které poskytuje komplexní péči. Přímo ve zdravotnickém zařízení působí specialisté v oboru obezitologie, tělovýchovné lékařství, akupunktura, psychologie a fyzioterapie. FIT Clinic nabízí komplexní preventivní, posudkovou, diagnostickou a léčebnou péči všem sportujícím osobám bez ohledu na stupeň výkonnosti. Zaměřuje se vrcholové a výkonostní sportovce a stejně tak na rekreační sportovce i širokou veřejnost.

Odborní lékaři provádí komplexní vyšetření pohybového aparátu jako je držení těla, svalová rovnováha, koordinace a obratnost, chůze a dýchání. Na základě vyšetření a odebrání podrobné anamnézy lékař doporučuje vhodné léčebné, rehabilitační a preventivní postupy. Pokud to stav vyžaduje, odesílá lékař pacienta k dalšímu specialistovi, nejčastěji z oboru neurologie, ortopedie, revmatologie a interna.

FIT Clinic nabízí další programy zaměřené na preventivní péči:

- komplexní terapie nadváhy
- očkování
- genetické testy (test sportovních dispozic, nutrigenomický test)
- programy prevence bolesti zad a kloubů
- programy prevence kardiovaskulárních onemocnění
- program detoxikace organismu
- programy preventivní péče na pracovišti (zdravé držení těla, ergonomie pracovního místa, cvičení v kanceláři a další

8 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ ZÁJMU PACIENTŮ O ŘEŠENÍ ZDRAVOTNÍCH RIZIK V RÁMCI ZDRAVOTNÍ PREVENCE

Dotazníky byly distribuovány ve 2 ambulancích praktického lékaře pro dospělé a náhodně vybraným respondentům ve městě Olomouc a okolí.

8.1 Cíle dotazníkového šetření

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jestli respondent-pacient chodí na pravidelné preventivní prohlídky, je mu znám jeho aktuální zdravotní stav, je si vědom zdravotních rizik, které mu mohou hrozit, jestli je ochoten v rámci prevence tato rizika minimalizovat, předcházet rozvoji onemocnění, udržovat se v dobré fyzické a psychické kondici, navštěvovat zdravotnické zařízení, kde by mohl svoje zdravotní problémy řešit, o jakou zdravotní péči v rámci prevence by měl zájem, jak je informovaný o způsobu hrazení, a jak je ochotný se podílet na hrazení takové zdravotní péče, která by mu mohla pomoci zlepšit jeho zdravotní stav.

Základní výzkumné otázky:

- Chodí pacienti na pravidelné preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři?
- Jsou si pacienti vědomi rizikových faktorů metabolického syndromu, které se jich týkají?
- Jaké jsou preference pacienta při výběru zdravotnického zařízení?
- Jsou pacienti ochotni finančně se podílet na zdravotní péči?

8.2 Metodika výzkumu

Pro účely této diplomové práce byla zvolena kvantitativní metoda. Pro sběr dat byl využit nestandardizovaný dotazník. Dotazníky jsou ekonomickou metodou pro sběr velkého množství dat v poměrně krátkém časovém období. Dotazník byl k dispozici ve dvou ambulancích praktického lékaře pro dospělé v okrese Olomouc a Prostějov a vybraným respondentům v Olomouci a okolí.

Dotazník se sestává z 8 otázek, respondenti vybírali z daných možností, jedna otázka byla uzavřená s možností odpovědi ano, ne a jedna otázka měla možnost doplnění vlastní

odpovědi. Dále byla v dotazníku využita pětibodová hodnotící škála pro zjištění důležitosti vybraných aspektů zdravotnického zařízení.

V úvodu byli respondenti seznámeni s účelem dotazníku, hlavní část byla věnovaná preventivním prohlídkám a uvědomění si rizik, která mohou být ukazatelem rozvoje onemocnění do budoucna a zjištění preferencí respondentů při výběru zdravotnického zařízení, aktivit preventivní péče a možné finanční spoluúčasti pacienta-klienta. V závěru bylo poděkováno respondentům za účast v dotazníkovém šetření.

8.3 Charakteristika respondentů

Respondenty byly dospělé osoby, které navštívily ambulanci praktického lékaře v Prostějově a v Olomouci v období únor a březen 2019 a náhodně vybrané dospělé osoby v Olomouci. Respondenti byly rozděleni do 6 skupin podle věku. Zaměření šetření bylo na populaci nad 50 let, kde dle statistiky přibývá rizikových faktorů týkajících se metabolického syndromu ve srovnání s populací do 50 let. Celkem se dotazníkového šetření účastnilo 66 respondentů. Celkem 4 dotazníky byly vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění.

Nejvíce respondentů bylo ve věkové skupině 55-64 let a většina z celkového počtu respondentů byly ženy (71 %). Rozdělení respondentů podle věku a podle pohlaví ukazuje následující tabulka (Tab. 25).

Tab. 25. Demografická charakteristika (n absolutní četnost, % relativní četnost)

		n	%
Pohlaví	Muž	18	29
	Žena	44	71
Věk	méně než 35	0	0
	35-44	10	16
	45-54	12	19
	55-64	22	35
	65-74	12	19
	více než 75 let	6	10

Zdroj: vlastní zpracování

8.4 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků. Dotazník vyplnilo a odevzdalo 66 respondentů, což činí 83 % dotazovaných. 4 dotazníky byly vyřazeny pro neúplné odpovědi. Zpracováno bylo 62 dotazníků. V dotazníku bylo uvedeno celkem 8 otázek. U jedné otázky byla použita pětibodová hodnotící škála pro zjištění preferencí při výběru zdravotnického zařízení a u jedné otázky byla možnost zakroužkovat více odpovědí. U zbývajících otázek respondenti vybírali z daných možností a v jedné otázce byla možnost vlastní odpovědi.

Výsledky šetření jsou přehledně uvedeny v následujících tabulkách (Tab. 26 až 29).

Tab. 26. Účast na preventivních prohlídkách u praktického lékaře

Byl(a) jste v posledních dvou letech na preventivní prohlídce u svého praktického lékaře?	n	%
ano	42	68
ne	18	29
nepamatuji se	2	3

Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu 62 odpovědělo 42 pacientů, že se v posledních dvou letech účastnilo preventivní prohlídky, což činí 68 %.

Tab. 27. Průměrný koeficient důležitosti při výběru zdravotnického zařízení

	Průměrná hodnota důležitosti
Kvalita poskytované péče	4,81
Doporučení od praktického lékaře	4,71
Prodloužené ordinační hodiny	4,69
Dobrá pověst konkrétního lékaře	4,64
Poskytování komplexních služeb	4,35
Dobrá pověst zařízení	4,32
Zkušenosti známých a příbuzných	3,87
Čekací doby na zdravotnický výkon	3,87
Vzdálenost od bydliště	3,81
Možnost objednávání přes internet	2,90

Zdroj: vlastní zpracování

Jako nejdůležitější kritéria při výběru zdravotnického zařízení pacienti uváděli kvalitu poskytované péče, doporučení od praktického lékaře a prodlouženou ordinační dobu.

Tab. 28. Zdravotní rizikové faktory

Týkají se vás aktuálně některé z následujících rizikových faktorů?	ano		ne		nevím	
	n	%	n	%	n	%
Vyšší hodnoty cholesterolu?	32	52	18	29	12	19
Vysoký krevní tlak?	32	52	28	45	2	3
Vyšší hodnoty tuků (triglyceridů) v krvi?	20	32	24	39	18	29
Vyšší glykemie (hodnoty cukru) v krvi?	26	42	26	42	10	16
Nadváha nebo obezita	32	52	28	45	2	3
Bolesti zad a kloubů	46	74	16	26	0	0

Zdroj: vlastní zpracování

Jak je vidět z tabulky 28, tak více než polovina pacientů uvedla, že má nadváhu nebo obezitu, vyšší hodnoty cholesterolu a vysoký krevní tlak. Vyšší hodnoty glykemií uvedlo 42 % pacientů.

Na otázku, jestli se pacienti zajímají o programy z oblasti prevence, které nabízejí jejich zdravotní pojišťovny, odpovědělo 18 respondentů že znají a využívají tyto programy, což činí 29 %. Zbývající pacienti shodně odpověděli, že vědí o programech zdravotních pojišťoven, ale nevyužívají (22 odpovědí: 35,5 %) nebo neznají tyto programy (22 odpovědí: 35,5 %).

Na otázku, jakou částkou by se pacient byl ochoten podílet na připlacení si takové zdravotní služby, kterou by aktuálně potřebovat, odpověděla většina pacientů částku 100 nebo 200 Kč za hodinu (38 odpovědí: 61 %). 12 pacientů bylo ochotno zaplatit 500 Kč a více, což činí 19 %. Zbýlých 20 % pacientů využilo možnost dopsat vlastní odpověď a odpovědělo: nic, nula, ne, žádnou.

Tab. 29. Preference nabízených služeb ze strany pacienta

O jaké aktivity, které by Vám mohly pomoci řešit Vaše aktuální zdravotní potíže, byste měl/a zájem?		
(s možností zakroužkovat více odpovědí)	n	%
Program prevence bolesti zad a kloubů	38	61
Program detoxikace organismu	16	26
Komplexní terapie nadváhy	23	37
Rehabilitační cvičení	36	58
Fyzioterapie	28	45
Zdravotní cvičení	22	35
Žádné	4	6
Jiné	masáže, lázně, čínská medicína	

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocením dotazníkového šetření byly zodpovězeny základní výzkumné otázky, které byly na začátku položeny. 68 % pacientů odpovědělo, že chodí na pravidelné preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři a většina pacientů zná rizikové faktory spojené s metabolickým syndromem. Pouze jedna třetina pacientů uvedla, že neví, zdali má rizikové faktory spojené se sledovanými hodnotami triglyceridů (tuků), 19 % pacientů nezná svoje hodnoty cholesterolu a 16 % pacientů nezná svoje hodnoty glykemií. Nejdůležitější pro navštívení zdravotnického zařízení pacienti uváděli kvalitu poskytované péče, doporučení

od praktického lékaře a prodlouženou ordinační dobu. Většina pacientů je ochotna si na zdravotní péči přispívat, ale výše spoluúčasti se značně liší. Nejvíce se objevovala částka 100 nebo 200 Kč za hodinu, pouze jedna pětina pacientů je ochotna zaplatit částku 500 Kč a více.

9 SWOT ANALÝZA ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

SWOT analýza poskytuje organizaci potřebné informace k jejímu strategickému plánování a rozhodování v jejím dalším rozvoji. U zdravotnického zařízení FIT Clinic byly analyzovány vnitřní silné a slabé stránky a vnější příležitosti a hrozby, které by mohly přímo ovlivňovat zdravotnické zařízení.

9.1 Silné stránky

Na základě SWOT analýzy můžeme říct, že hlavní silnou stránkou FIT Clinic je poskytování komplexní péče na vysoké odborné úrovni s důrazem na kvalitu. Zdravotnický personál se stále odborně vzdělává a zaměřuje se na osobní přístup ke každému pacientovi. FIT Clinic poskytuje svoje zdravotní služby v prodloužených ordinačních hodinách každý den od 8 do 20 hodin. Zdravotnické zařízení je umístěno ve velkém městě s dobrou dostupností veřejnou městskou dopravou a možností bezplatného parkování přímo u budovy zařízení. Fit Clinic má vybudovanou dobrou spolupráci s lékaři pro děti a dorost při doporučení a předávání dětských pacientů do další péče.

9.2 Slabé stránky

Mezi slabé stránky lze zařadit nevyužitou ordinační dobu v rámci ambulancí, kdy ordinační doba je každý den od 8 do 20 hod. Za poslední dva roky se výrazně navýšil počet pacientů na rehabilitaci, což prodlužuje objednací lhůty. Na druhou stranu v rámci obezitologie se neorientují na dospělé pacienty a nespolupracují s praktickými lékaři pro dospělé. Za slabou stránku lze považovat dosud neuzavřené smlouvy s některými zdravotními pojišťovnami. Se zvyšujícím se zájmem o poskytované zdravotní služby ze strany pacientů začíná být problém s personální obsazením především fyzioterapeutů.

9.3 Příležitosti

Velkou příležitostí v této oblasti poskytování péče je celosvětová podpora zdravotní prevence ze strany odborných zdravotních organizací a státních institucí. Na celou řadu aktivit v oblasti zdravotní prevence jsou vytvářeny projekty a poskytovány granty a finanční podpory. Zdravotní pojišťovny mají zájem na rozšiřování poskytování preventivní zdravotní péče a tím předcházení nemocí, které by v budoucnu mohly přinášet velké finanční zatížení celého zdravotnického systému. Zdravotní pojišťovny zároveň připravují programy, které

by měly více motivovat pacienty účastnit se preventivních prohlídek a zároveň se finančně spolupodílet na udržování dobrého zdravotního stavu a tím předcházení nemocí.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že pacienti jsou si vědomi svých zdravotních rizik spojených s metabolickým syndromem a mají zájem na základě doporučení praktickým lékařem navštívit zdravotnické zařízení, které by pomohlo řešit jejich zdravotní stav a tím předcházet rozvoji dalších onemocnění, což je další příležitostí k získání nových pacientů pro zdravotnické zařízení.

Je předpoklad, že zdravotní pojišťovny budou uzavírat a rozšiřovat smlouvy s takovými poskytovateli zdravotní péče, kteří se věnují právě prevenci zdraví a předcházení nemocí.

Pro FIT Clinic je příležitostí plné využití stávajících prostor ambulancí vzhledem k pracovní době každý den od 8 do 20 hodin s možností rozšíření oblastí poskytované zdravotní péče a navýšení počtu pacientů. Fit Clinic se soustředí na další vzdělávání zdravotnických pracovníků a rozvoj motivačního programu pro zaměstnance. Příležitostí je získání dalšího zdravotnického personálu.

9.4 Hrozby

Mezi hrozby můžeme zahrnout smluvní změny ze strany Zdravotních pojišťoven, které by mohly negativně ovlivnit financování poskytované zdravotní péče a zároveň neochota pacientů se finančně podílet na poskytované zdravotní péči.

K nezájmu o službu může vést i neochota okolních, především praktických lékařů pro dospělé, ke spolupráci. To může pramenit z nedostatku času věnovanému doporučení a odesílání k další péči nebo dlouhodobá spolupráce s podobným zdravotnickým zařízením. Za další hrozbu můžeme považovat zvyšující se konkurenci stávajících podobných zdravotnických zařízení, které se budou snažit získat pacienty do svojí péče.

Následující tabulka ukazuje v přehledu silné a slabé stránky a příležitosti a hrozby (Tab.30).

Tab. 30. SWOT analýza zdravotnického zařízení

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> • Silná značka: Ordinace roku 2017 a 2018 • Odborná kvalifikace zdravotnického personálu • Vysoká kvalita poskytovaných služeb • Získaná akreditace SAK • Orientace na pacienta • Zavedená dobrá spolupráce s praktickými lékaři pro děti a dorost v regionu • Nabídka komplexních služeb • Dobrá dostupnost • Prodloužená ordinační doba 	<ul style="list-style-type: none"> • Nejsou plně využité ambulance vzhledem k prodloužené ordinační době • Dlouhé objednací doby rehabilitace • Chybějící smlouvy na vybranou péči s některými pojišťovnami • Chybějící personál na fyzioterapie a rehabilitace • Nezahájená spolupráce s praktickými lékaři pro dospělé • Malá kapacita pro parkování • V rámci obezitologie se dostatečně neorientují na dospělé pacienty.
Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> • Podpora zdravotní prevence ze strany světových i státních organizací • Finanční podpora preventivních programů ze strany zdravotních pojišťoven • Zájem pacientů navštívit zdravotnické zařízení na doporučení svého praktického lékaře • Získání nových prostor s možností rozšíření poskytované péče • Další vzdělávání zdravotnických pracovníků 	<ul style="list-style-type: none"> • Smluvní změny ze strany Zdravotních pojišťoven s negativním dopadem na financování zdravotní péče • Nízká motivace finančně se podílet na zdravotní péči ze strany pacienta • Nově vznikající zdravotnická zařízení s komplexní nabídkou podobných služeb • Rozšíření péče stávajících zdravotnických zařízení s podobnou nabídkou služeb

<ul style="list-style-type: none"> • Rozšíření oblastí poskytované péče • Rozšíření smluv se zdravotními pojišťovkami, individuálně sjednané platby za určité výkony • Finanční podpora v rámci grantů a nadací na prevenci zdraví a předcházení nemocí • Využití PR a marketingu v regionu • Tlak z Ministerstva zdravotnictví na akreditace kvality zdravotnických zařízení podobného typu • Nový systém financování zdravotní péče • Tlak na finanční spoluúčast klientů-pacientů na zdravotní prevenci • Demografický vývoj 	<ul style="list-style-type: none"> • Neodesílání pacientů praktickými lékaři
---	---

Zdroj: vlastní zpracování

SWOT analýza nám ukázala rozbor vnitřních silných i slabých stránek zdravotnického zařízení a zároveň příležitostí a hrozeb, které by z toho mohly vyplývat. V postupech strategického řízení společnosti se doporučuje posilovat především silné stránky a využívat příležitostí.

Velkou příležitostí je nepříznivý demografický vývoj ve zvyšování počtu pacientů s metabolickým syndromem a uvědomování si tohoto rizika ze strany všech zainteresovaných institucí, jak ve zdravotnictví, tak ve vládách jednotlivých zemí celého světa.

V návrhu tohoto projektu se doporučuje posílit nabídku komplexních služeb, časově pokrýt nevyužité ordinace, nadále se orientovat na pacienta, využít prodloužené ordinační doby a dále posilovat dobrou značku společnosti (Ordinace roku 2017 a 2018).

10 PROJEKT ZAVEDENÍ PROGRAMU PREVENTIVNÍ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA METABOLICKÝ SYNDROM

V projektové části této diplomové práce je představen projekt a jeho cíle, popsaná cílová skupina pacientů, navržen časový, finanční a personální plán projektu a zpracovaná analýza rizik navrhovaného projektu. V závěru projektové části je navrhovaný projekt zhodnocen z hlediska jeho implementace do praxe.

10.1 Představení projektu

Stěžejní částí diplomové práce je návrh projektu na zavedení programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom pro vybrané zdravotnické zařízení v Olomouci. Jedná se o program sekundární prevence, kdy pacienti v riziku metabolického syndromu budou do vybraného zdravotnického zařízení odesíláni na doporučení praktického lékaře. Každý pacient absolvuje vyšetření u lékaře a nutričního terapeuta s návrhem dalšího léčebného postupu a plánovaného počtu kontrolních vyšetření.

Projekt zahrnuje:

- Návrh jednotlivých vyšetření pacienta v prvním roce
- Personální zajištění projektu (navýšení úvazku odborného lékaře z 0,5 na 1,0, přijetí nutričního terapeuta na úvazek 1,0 a dále proškolení stávajících a nových zaměstnanců)
- Návrh nákupu nového přístrojového a materiálního vybavení ordinace (Osobní váha s digitálním výškoměrem včetně BMI)
- Marketingové aktivity, PR a reklamu (inzerce v tisku, zhotovení letáků pro praktické lékaře, rozhovor ředitele FIT Clinic v regionálním tisku Olomouc 4YOU)
- Finanční plán
- Rizikovou analýzu
- Zhodnocení projektu a jeho implementace do praxe

10.2 Cíle projektu

Projekt zavedení programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom má za cíl přinést zdravotnickému zařízení navýšení počtu pacientů a plné využití stávajících ordinací vzhledem k ordinační době každý den od 8 do 20 hodin. Dosažením tohoto cíle se zvýší

konkurence schopnost a vnímání zdravotnického zařízení jako zdravotnického centra, které poskytuje komplexní kvalitní zdravotní služby na vysoké odborné úrovni s orientací na pacienta se zvýší konkurenceschopnost tohoto zdravotnického zařízení.

10.2.1 Cílová skupina

Primární cílovou skupinou pro projekt budou pacienti, kteří se rozhodnou řešit svůj zdravotní stav v rámci sekundární zdravotní prevence. Nejvíce pacientů by mělo přicházet od praktických lékařů, kteří mohou na základě preventivní prohlídky odhalit riziko metabolického syndromu. Metabolický syndrom zahrnuje několik rizikových faktorů, které mohou rozvíjet různá onemocnění a týká se všech věkových kategorií. Můžeme sem zařadit především pacienty, kteří mají:

- nadváhu a obezitu
- vyšší či vysoký krevní tlak
- vyšší hodnoty cholesterolu, než je fyziologické rozmezí
- vyšší hodnoty tuků (triacylglycerolu)
- vyšší hodnoty cukru (glykémie)

Sekundární cílovou skupinou budou praktičtí lékaři a zdravotní pojišťovny.

V Olomouckém kraji je celkem 13 obcí s rozšířenou působností, kde působí celkem 365 praktických lékařů pro dospělé. Přehled obcí a jednotlivý počet praktických lékařů pro dospělé dle zveřejnění ÚZIS (2014) seřazených abecedně: Hranice 15, Jeseník 24, Konice 4, Lipník nad Bečvou 7, Litovel 14, Mohelnice 10, Olomouc 117, Prostějov 58, Přerov 42, Šternberk 13, Šumperk 37, Uničov 8, Zábřeh 16 (Primární péče v Olomouckém kraji, 2014).

V Olomouckém kraji má zastoupení všech 7 zdravotních pojišťoven. Všeobecná zdravotní pojišťovna s kódem 111, Vojenská zdravotní pojišťovna s kódem 201, Česká průmyslová pojišťovna s kódem 205, Oborová zdravotní pojišťovna s kódem 207, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda s kódem 209, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra s kódem 211, Revírní bratrská pojišťovna s kódem 213. Zdravotní pojišťovny nabízejí své programy a přispívají na zdravotní péči, která není hrazena v základním pojištění. Všechny pojišťovny nabízejí programy prevence. Příspěvky na prevenci a péči o zdraví se pohybují v řádu několika set korun, ale u některých pojišťoven lze získat příspěvky ve výši i několika tisíc korun.

Všeobecná zdravotní pojišťovna přispívá v roce 2019 na aktivity, které prokazatelně vedou ke zlepšování zdravotního stavu a které nejsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Dospělí mohou získat až 500 Kč a děti až 1 000 Kč ročně na pohybové aktivity. Na odvykání kouření lze získat až 2 500 Kč a až 1 000 Kč na zdravotní pomůcky a služby pro diabetiky.

Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra má zřízený fond prevence jako speciálně financovaný program, určený na podporu aktivit, díky kterým je možné aktivně předcházet vzniku nemocí, případně na aktivity a položky, které mohou významně přispívat k tomu, aby se již existující choroby nezhoršovaly. Příspěvky jsou zaměřené především na podporu zdravého životního stylu a prevenci. Na sportovní pohybové aktivity mohou děti čerpat až 1 000 Kč a pokud jim rodiče postoupí svůj příspěvek, pak až 2 000 Kč.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna přispívá zejména na podporu preventivních programů proti vzniku závažných onemocnění, na podporu zdravého životního stylu a také na podporu bezpříspěvkových dárců krve. Pojišťovna poskytuje příspěvek 500 Kč na vysoký krevní tlak nebo příspěvek 200 Kč pro pojištěnce se zvýšenou hladinou tuků či cholesterolu. V roce 2019 je nově zařazen Program onkologické prevence, který je zaměřený na komplexní vyšetření pro pojištěnce nad 35 let s příspěvkem 2 000 Kč. Na odvykání kouření je nově navýšený příspěvek na 2 000 Kč z loňských 1 000 Kč.

Oborová ZP zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví má na výběr je pět desítek benefitů a desítky celoplošných preventivních programů. Celoplošné preventivní programy se zaměřují na brzký záchyt nástupu Alzheimerovy choroby, na pomoc lidem s vysokým krevním tlakem, diabetem 2. typu, na záchyty osteoporózy a řady druhů rakovin. Výhodou těchto programů je, že klient na místě nic nehradí, OZP uhradí preventivní vyšetření přímo svým partnerům.

Vojenská zdravotní pojišťovna poskytuje klientům příspěvky 500 Kč v programech s názvy Pohyb, Zdraví a Prevence. V programu Prevence přispívá na nehrazená preventivní vyšetření k včasnému záchytu kolorektálního karcinomu, melanomu a nádoru prsu a také na odvykání kouření.

Pojištěnci Revírní bratrské pokladny mohou čerpat finanční příspěvek až do výše 1 000 Kč na očkování nehrazené ze zdravotního pojištění, pro celiakii nebo diabetiky, na sportovní a pohybové aktivity a celou řadu dalších vyšetření podporujících zdraví.

Zdravotní pojišťovna Škoda nabízí preventivní programy na zvýšení imunity očkováním, včasný záchyt vybraných onemocnění, rehabilitaci, moderní léčebné metody a zdravý životní styl s využitím příspěvku 500 Kč. (Zmapovali jsme, na co všechno letos přispívají zdravotní pojišťovny, 2019).

10.3 Návrh opatření

Návrh opatření zahrnuje rozložení programu preventivní péče pro pacienta v prvním roce, analýzu předpokládaného počtu pacientů přicházejících do FIT Clinic od praktických lékařů pro dospělé, personální zajištění projektu, přístrojové a materiálové vybavení ordinace a marketingové aktivity navržené pro začátek a první 3 měsíce projektu.

10.3.1 Návrh programu preventivní péče pro pacienta v prvním roce

V prvním roce programu by každý pacient měl absolvovat základní a kontrolní vyšetření u lékaře a nutričního terapeuta. Podle individuálních potřeb pacienta budou plánována kontrolní a další potřebná vyšetření a navrhované léčebné programy.

Přehled vyšetření:

- **vstupní komplexní prohlídka u lékaře**, která zahrnuje podrobnou anamnézu, celkové fyzikální interní vyšetření, zhodnocení výsledků laboratorních vyšetření, návrh dalších doplňkových a laboratorních vyšetření, závěr diagnostický a posudkový, návrh terapeutického postupu, zápis do dokumentace, další administrativní činnosti spojené s výkonem a stanovení kontroly.
- **vyšetření a zhodnocení nutričního stavu pacienta**, stanovení výšky a hmotnosti, BMI, propočet nutriční potřeby ve vazbě na aktuální zdravotní stav a předcházející vývoj podle laboratorních markerů stavu výživy a pomocných metod, zadání pacientovi dokumentovat týdenní jídelníček na příští kontrolu, záznam do dokumentace.
- **kontrolní vyšetření u lékaře**, které zahrnuje doplnění anamnézy, fyzikální vyšetření se zaměřením na postižený orgán, návrh na kontrolní laboratorní a pomocná vyšetření a jejich zhodnocení, zhodnocení výsledků léčebného postupu a jeho úprava dle stavu, závěr diagnostický, administrativní činnosti a stanovení kontroly

- **sestavení nutričního plánu** zahrnuje sestavení plánu nutričních opatření s ohledem na léčebný plán (rehabilitace, sportovní a pohybové aktivity)
- **edukace nutričním terapeutem** o skladbě a systému stravování při zjištěném riziku onemocnění, vzniku onemocnění či komplikaci onemocnění zabrání zhoršování stavu pacienta, vzniku komplikací onemocnění a následné potřebě intenzifikované či náročnější léčby. V případě, kdy je to třeba, je edukován rodinný příslušník.
- **kontrolní vyšetření u lékaře** viz bod 3
- **reedukace nutričním terapeutem** navazuje na edukaci o skladbě a systému stravování, identifikuje a řeší zjištěné chyby ve stravování, zhoršení laboratorních parametrů ovlivněných stravováním, snižuje rizika vzniku komplikací onemocnění. Nad rámec zahrnutých vyšetření v rámci projektu může lékař navrhnout další vyšetření jako je cílené interní vyšetření, základní ergometrické vyšetření, propočet nutriční bilance SW nástrojem a další edukační vyšetření dle potřeby (Seznam zdravotních výkonů, (UZIS 2019).

Následující tabulka (Tab. 31) ukazuje přehled odběrů, které by se realizovali při navrhovaném projektu. V případě pacienta samoplátce, lékař uvede tuto skutečnost při odběru na žádanku a pacient hradí částku za konkrétní potřebné odběry přímo v dané laboratoři. Většina potřebných odběrů je prováděna v rámci preventivní prohlídky u praktického lékaře a pacient si může vyžádat výsledky laboratorních odběrů a může přinést s sebou na první vyšetření do FIT Clinic. Dle potřeby se mohou pouze doplnit chybějící odběry.

Použité zkratky:

- CelCh celkový cholesterol
- LDL low density lipoprotein (“zlý” cholesterol)
- HDL high density lipoprotein (“hodný” cholesterol)
- TAG triacylglyceroly
- KM kyselina močová
- ALT alaninaminotransferáza
- AST aspartátaminotransferáza
- CB celkový bilirubin

Tab. 31. Přehled laboratorních odběrů a cen jednotlivých analýz

Laboratorní vyšetření	Cena analýzy (body)	Samoplátce (Kč)
		1 bod 1,20 Kč
Glukóza	15	18
CelCh	23	28
LDL	60	72
HDL	50	60
TAG	28	34
KM	22	27
ALT	18	22
AST	18	22
CB	16	20
Celkem	250	300
Inzulinová rezistence	159	191
Celkem	409	491

Zdroj: vlastní zpracování dle informací z laboratoře

Při vytváření odhadu počtu pacientů, kteří by přicházeli do ambulance FIT Clinic na doporučení praktického lékaře použito několik analýz:

- Analýza počtu obyvatel: Olomoucký kraj má 633 133 obyvatel, z toho zhruba 25 % tvoří dospělí ve věku 50 až 70 let. Na okres Olomouc připadá 37 % obyvatel z celkového počtu kraje (CSU, 2019).
- Prevalence metabolického syndromu v České republice udává téměř 36 % u mužů a 27 % u žen (Perušičová, 2012), kdy s věkem prevalence stoupá.
- Analýza počtu praktických lékařů: V Olomouckém kraji bylo v roce 2014, dle ÚZIS (UZIS, 2014) 365 praktických lékařů pro dospělé a v okrese Olomouc je 151 praktických lékařů pro dospělé. Přímou v Olomouci je 117 praktických lékařů pro dospělé. Pokud budeme vycházet ze zkušeností ze spolupráce s praktickými lékaři pro děti a dorost, tak na více než polovina lékařů doporučuje rodičům dětí s nadváhou a obezitou další došetření na FIT Clinic. V současné době reálně přichází kolem 20-30 pacientů měsíčně.

- Analýza ze středně velké ordinace praktického lékaře pro dospělé v okrese Opava, kde bylo v letech 2016 a 2017 na základě preventivních prohlídek zjištěno 248 jedinců v průměrném věku 57 let (121 mužů a 127 žen) se složkami metabolického syndromu včetně prediabetu (Štěpánek, 2018).

Pomocí analýzy výsledků preventivních prohlídek průměrné ordinace praktického lékaře pro dospělé bylo reálně stanoveno, že průměrná ordinace praktického lékaře pro dospělé může odeslat 10 pacientů měsíčně k pokračovací léčbě na FIT Clinic.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že nejdůležitější kritérium pro pacienty při rozhodování o navštívení zdravotnického zařízení, kde by řešili svůj zdravotní stav je kvalita poskytované péče a doporučení od svého praktického lékaře.

Zaváděný program preventivní péče zaměřený na metabolický syndrom bude hrazen částečně zdravotními pojišťovnami dle uzavřených smluv a částečně přímou platbou od pacientů.

Pacienti mohou využít finanční podporu jednotlivých zdravotních pojišťoven, které v rámci svých programů přispívají na různé preventivní programy. Zdravotnické zařízení se může zapojit do dotačních programů Evropské Unie, EHP fondů a dotačních programů, které poskytují jednotlivé kraje ČR. Možnosti využití dotačních programů budou popsány v kapitole 10.5.4.

Tento projekt bude realizován ve stávajícím zdravotnickém zařízení a jedná se o rozšíření zdravotnických služeb. FIT Clinic je zavedené zdravotnické zařízení, které disponuje vybavenými ambulancemi. Pro realizaci projektu bude nutné přijmout jeden celý úvazek nutričního terapeuta a navýšit úvazek stávajícímu lékaři z 0,5 na 1,0. Výdaje na mzdy a odvody nového zdravotnického personálu budou představovat nejvyšší výdaje v rámci tohoto projektu. V projektu je navrženo rozšířit využití stávajících ambulančí v průběhu celé ordinační doby, která je každý den od 8 do 20 hodin.

10.3.2 Personální zajištění projektu

Nutriční terapeut musí pro vykonávání své profese splňovat požadavky na odbornou způsobilost. Odbornou způsobilost k výkonu povolání nutričního terapeuta ukládá Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti

souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Česko, 2004).

Odborná způsobilost k výkonu povolání **nutričního terapeuta** se získává absolvováním:

- akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu nutričních terapeutů
- tříletého studia v oboru diplomovaná dietní sestra na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005
- nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný nutriční terapeut na vyšších zdravotnických školách
- střední zdravotnické školy v oboru dietní sestra, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005

Odborná způsobilost k výkonu povolání **nutričního asistenta** se získává absolvováním střední zdravotnické školy v oboru nutriční asistent. Za výkon povolání nutričního asistenta se považuje činnost pod dohledem nutričního terapeuta nebo odborného lékaře.

Za výkon povolání nutričního terapeuta se považuje činnost v rámci preventivní péče na úseku klinická výživa a specifické ošetrovatelské péče zaměřené na uspokojování nutričních potřeb. Dále se nutriční terapeut ve spolupráci s lékařem podílí na léčebné a diagnostické péči v oboru klinická výživa. Mezi výkony nutričních terapeutů patří propočet nutriční bilance (SW nástrojem), sestavení nutričního plánu, vyšetření a zhodnocení nutričního stavu, indikace sippingu (výživy určené k popíjení), edukace a reedukace. Nejprve je třeba udělat nutriční anamnézu, jakým způsobem se pacient dosud stravoval, aktuální zdravotní stav pacienta a plán jeho léčby, jaké užívá léky, základní antropometrické hodnocení člověka jako je váha, výška, obsah tuku v těle, měření obvodu paže. Důležitým údajem je vždy propočet nutriční potřeby konkrétního klienta. Ten se odvíjí nejen od antropometrických zjištění, výsledků laboratorních vyšetření, ale i od případných dalších přidružených onemocnění.

Pro zpracováváný projekt byl navržen nutriční terapeut s úvazkem 1,0 a výší mzdy 30 000 Kč hrubého za měsíc. Vzhledem k tomu, že ordinační doba ve FIT CLINIC je každý den od 8 do 20 hodin, jsou možné příplatky a finanční odměny dohodou mezi zaměstnavatelem a

zaměstnancem. Zaměstnavatel může zaměstnance motivovat poskytováním zaměstnaneckých benefitů.

Velmi efektivním způsobem přijímání nového zaměstnance je kontaktování profesionální personální agentury. V Olomouci sídlí personální agentura Pragma s.r.o., Advantage Consulting s.r.o., Pragma personální agentura s.r.o., Comfort Job Agency s.r.o., Agentura Plus s.r.o. a další. Je možnost si vybrat personální agenturu, která se specializuje přímo na zdravotnické profese. Jednou z vysoce profesionálních agentur, která se specializuje na zdravotnický personál je Slowis Slovakia s.r.o., která působí v celé Evropě.

Dalším způsobem výběru nového zaměstnance je podání inzerátu v regionálním tisku, odborném periodiku pro zdravotníky nebo přímo ve Střední zdravotnické škole v Olomouci, kde jsou studenti připravováni v oboru Nutriční asistent.

V České republice bylo v roce 2017 evidováno 723 nutričních terapeutů (ÚZIS, 2018).

10.3.3 Přístrojové a materiální vybavení ordinace

Pro navrhovaný projekt je plánované vybavení ordinace multifunkční osobní vahou. Osobní váha s digitálním výškoměrem má v sobě zabudovaný digitální výškový metr. Díky multifunkčnímu displeji vypočítá ihned BMI. Tato váha má váživost do 250 kg a přesnost 100 g. Díky možnosti připojení portu lze přenášet všechny informace do počítače. Vzhledem k tomu, že navrhovaný program preventivní péče je plánovaný ve stávajících vybavených ordinacích, není potřeba žádného dalšího přístrojového ani materiálního vybavení. Materiální vybavení potřebné k laboratorním odběrům je dodáváno přímo laboratoří, která zpracovává a vyhodnocuje odebrané vzorky.

10.3.4 Marketingové aktivity

Marketingové aktivity plánované pro navrhovaný projekt jsou návrh komunikace se spolupracujícími lékaři, návrh komunikace se zaměstnavateli v regionu, návrh personálního zajištění rozšířené zdravotní služby, návrh na proškolení stávajícího personálu, zadání výběrového řízení na dodavatele zdravotnického vybavení a laboratoří na zpracování biologického materiálu, návrh rozšíření systému objednávání pacientů, upřesnění požadavků na přístrojového a materiálního vybavení ordinace, zadání inzerce v tisku, zhotovení a

distribuce letáků pro praktické lékaře, rozhovor ředitele FIT Clinic v regionálním tisku Olomouc4YOU.

Přehled marketingových aktivit se stanovením odpovědnosti:

Komunikace se spolupracujícími lékaři

- Praktičtí lékaři pro dospělé se sídlem v Olomouci budou obesláni 1 měsíc před spuštěním programu mailem s nabídkou služeb pro jejich pacienty v riziku metabolického syndromu a nabídkou zaslání letáků pro pacienty. Tato forma komunikace bude opakována celkem 3 x s frekvencí 1 měsíc (odpovědnost: majitel zdravotnického zařízení, administrativní podpora asistentka).
- Na základě zkušeností se spoluprací s dětskými lékaři je v návrhu vytipování praktických lékařů pro dospělé a osobní kontakt s prodiskutováním spolupráce a předáním letáků pro pacienty.
- V rámci odborného semináře pro praktické lékaře bude prezentovaná přednáška o obezitologii, kde bude na závěr zařazeno sdělení o možnosti odesílat pacienty v riziku metabolického syndromu do zdravotnického zařízení FIT Clinic (odpovědnost: majitel zdravotnického zařízení, administrativní podpora asistentka).

Komunikace se zaměstnavateli v regionu

- Projekt navrhuje na základě vlastního internetového průzkumu vytipovat 3 zaměstnavatele v okrese Olomouc, kteří mají v rámci zaměstnaneckých benefitů program zaměřený na zdraví a k zahájení možné spolupráce dohodnout osobní schůzku a personálním managerem společnosti. (odpovědnost: majitel a spolujitel zdravotnického zařízení, administrativní podpora asistentka).

Personálního zajištění rozšířené zdravotní služby

- Podání inzerátu na nové pracovní místo nutričního terapeuta na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické v Olomouci, Fakultě zdravotnických studií v Olomouci.
- Inzerát prostřednictvím webových stránek www.prace.cz, jobs.cz nebo spolupráce s personální agenturou.

- odpovědnost: majitel a spolumajitel zdravotnického zařízení, administrativní podpora asistentka).

Výběrového řízení na dodavatele zdravotnického vybavení

- Vzhledem k tomu, že projekt navrhuje zakoupení 1 kusu zdravotnického zařízení, kterým je osobní váha s digitálním výškoměrem v hodnotě 30 000 Kč, je navrženo malé výběrové řízení formou zaslání písemné poptávky 3 vybraným dodavatelům zdravotnické techniky v ČR a na základě zasláné nabídky bude vybráno zdravotnické vybavení, které bude nejlépe vyhovovat medicínským, technickým a finančním požadavkům.

(odpovědnost: majitel zdravotnického zařízení, odborný lékař, administrativní podpora asistentka).

Rozhovor ředitele FIT Clinic v regionálním tisku Olomouc4YOU

- Regionální časopis Olomouc4YOU je moderní lifestyleový magazín distribuovaný na mnoha místech okresu Olomouc, včetně zdravotnických zařízení, zdarma. Pro rok 2019 v rámci rubriky Osobnosti oslovili majitele FIT Clinic a požádali o rozhovor. V návrhu projektu je sdělení o možnosti návštěvy zdravotnického zařízení FIT Clinic pacientům, kteří chtějí udržovat svůj zdravotní stav v dobré kondici a předcházet rozvoji onemocnění do budoucna.

(odpovědnost: majitel zdravotnického zařízení).

10.4 Časový plán a implementace projektu

Časový plán je důležitou součástí projektu a můžeme jej rozdělit do tří částí:

- První fáze je přípravná, která zahrnuje zpracování, návrh a předložení projektu vlastníkům zdravotnického zařízení, kteří finálně rozhodnou, zda se projekt zrealizuje.
- Druhá fáze je plánovací, zahrnuje všechny potřebné kroky nutné k zahájení činnosti. Můžeme sem zahrnout marketingové aktivity, jako je návrh komunikace se spolupracujícími lékaři, návrh komunikace se zaměstnavateli v regionu, návrh personálního zajištění rozšířené zdravotní služby, návrh na proškolení stávajícího personálu, zadání výběrového řízení na dodavatele zdravotnického vybavení a laboratoří na zpracování biologického materiálu, návrh rozšíření systému objednávání pacientů, upřesnění požadavků na přístrojového a materiálního vybavení ordinace.
- Třetí fáze je realizační, kam zahrnujeme veškeré aktivity související se začátkem zahájení činnosti. V této fázi se realizují nákupy přístrojového a materiálního vybavení, přijímá se nový personál a zaškoluje se nový a stávající personál, dovybavují se prostory pro realizaci činnosti, aktivně se komunikuje se spolupracujícími lékaři a zaměstnavateli, realizuje se inzerce v tisku a v ordinacích spolupracujících lékařů a spolupracujících firmách.

Následující tabulka (Tab. 32) ukazuje jednotlivé fáze projektu seřazeny v časových souvislostech.

Tab. 32. Časový plán a implementace projektu

	Kroky implementace projektu	Časová realizace projektu
1.fáze	Zpracování, návrh a předložení projektu	01-05/ 2019

Tab. 32. Časový plán a implementace projektu

2.fáze	Zadání inzerátu na obsazení pozice nutričního terapeuta	6-7/ 2019
	Specifikace přístrojového a materiálního vybavení	6/2019
	Pracovní pohovory s kandidáty na pracovní místo	6-8/2019
	Kontaktování dodavatele přístrojového a materiálního vybavení a uzavření dohod a objednávek	6/2019
	Kontaktování spolupracujících laboratoře a upřesnění rozšíření využívaných služeb vyhodnocování biologického materiálu	6/2019

3.fáze	Nákup přístrojového vybavení ordinace	8/2019
	Přijímání nového zaměstnance	8/2019
	Zaškolení stávajících a nových zaměstnanců	8/2019
	Zahájení komunikace se spolupracujícími lékaři a zaměstnavateli	9-10/2019
	Realizace inzerce v tisku a v ordinacích spolupracujících lékařů	9-10/2019

Zdroj: Vlastní zpracování

10.5 Finanční analýza

Navrhovaný projekt bude financován částečně z vlastních zdrojů, především jednorázové vstupní náklady, které jsou nutné financovat před spuštěním projektu, dále dle nasmlouvaných kódů zdravotních pojišťoven a finanční spoluúčasti pacientů. Pacienti mohou využít dalších zdrojů zdravotních pojišťoven, které přispívají na programy prevence. Zdravotnické zařízení se může zapojit do dotačních projektů, které jsou popsány v kapitole 10.5.4.

10.5.1 Plán nákladů

Následující kapitola popisuje předpokládané náklady na realizaci projektu zavedení programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom.

Celkové náklady jsou rozděleny na dvě části:

- První část tvoří jednorázové vstupní náklady, které je potřeba financovat během přípravné a realizační fáze. Jedná se o náklady na přístrojové a materiální vybavení a náklady na PR a reklamu (Tab. 33).

- Druhou část tvoří měsíční provozní náklady – fixní náklady a variabilní náklady. Fixní provozní náklady tvoří náklady na mzdy lékaře a nutričního terapeuta. Dále vznikají náklady na provoz ordinace, ale ve skutečnosti neznamenají dodatečné náklady vzhledem k tomu, že ordinace již existuje a nabídkou těchto služeb pouze dochází k efektivnějšímu využití ordinace. Měsíční variabilní náklady na pacienty jsou kalkulovány nulové, jelikož průzkumem trhu bylo zjištěno, že některé laboratoře v Olomouci nabízejí v rámci svých služeb dodávání zdravotnického materiálu potřebného k odběrům zdarma. Laboratoř, která provádí zpracování odběrů pro zdravotnické zařízení FIT Clinic dodává veškeré potřebné vybavení zdarma a zároveň realizuje likvidaci odpadů vzniklých při laboratorních odběrech.

Tab. 33. Jednorázové vstupní náklady

Přístrojové a materiální vybavení ordinace	Počet (ks)	Náklady na 1 ks (Kč)	Náklady celkem (Kč)
Osobní váha s digitálním výškoměrem včetně BMI	1	30 000	30 000
Celkem			30 000
PR a reklama	Částka za grafické zhotovení a tisk	Částka za zveřejnění (Kč)	Náklady celkem (Kč)
Inzerce v tisku	1 000	5 000	6 000
Zhotovení letáků pro praktické lékaře	4 000	0	4 000
Rozhovor ředitele FIT Clinic v regionálním tisku Olomouc4YOU	0	0	0
Celkem			10 000
Další náklady	Počet (ks)	Náklady na 1 ks (Kč)	Náklady celkem (Kč)
Pracovní oděv	2	1 500	3 000
Pracovní obuv	2	1 200	2 400
			5 400
Jednorázové vstupní náklady celkem			45 400

Zdroj: vlastní zpracování

Další náklady představují mzdy a řadíme je mezi náklady fixní. Pro navrhovaný projekt je v plánu přijetí nutričního terapeuta na celý úvazek, jehož měsíční náklad na mzdu činí

42 000 Kč a rozšíření pracovního úvazku stávajícího lékaře z 0,5 na 1,0 a měsíční náklady na mzdu činí 33 500 Kč. Přehled celkových měsíčních nákladů na mzdy je uveden v následující tabulce (Tab.34).

Tab. 34. Měsíční náklady na mzdy

Pozice	Úvazek	Měsíční náklady (Kč)
Odborný lékař	0,5	33 500
Nutriční terapeut	1	42 000
Měsíční náklady celkem		75 500

Zdroj: vlastní zpracování

10.5.2 Plán výnosů

Zdravotnické zařízení FIT Clinic je způsobem úhrady za poskytnuté zdravotní služby zařazeno mezi ambulantní specialisty. Způsob úhrad ambulantních specialistů je založen na platbách za poskytnuté zdravotní výkony ve smyslu zákona o veřejném zdravotním pojištění. Seznam zdravotních výkonů a jejich ohodnocení, tzv. úhradovou vyhlášku, vydává Ministerstvo zdravotnictví ČR a je každoročně novelizovaná. V rámci aktualizace tohoto seznamu se doplňují a upravují některé zdravotní výkony a zařazují nové zdravotní výkony.

Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených zdravotních služeb a regulačních omezeních (úhradová vyhláška) je pro rok 2019 poprvé výsledkem dohod mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče v rámci dohodovacího řízení. Podle seznamu jednotlivých výkonů si ambulantní specialista přiřazuje bodové ohodnocení výkonů. Pro výši plateb je rozhodující korunová hodnota bodu.

Pro rok 2019 je hodnota bodu dle vyhlášky 201/2018 Sb. (Česko, 2018):

- **odbornost 101 (interna)** pro sekundární prevenci metabolického syndromu je pro rok 2019 hodnota bodu 1,06 Kč a lze ji navýšit na 1,09 Kč za 1 bod z důvodů poskytování zdravotní služby v dané odbornosti v rozsahu 5 dní v týdnu alespoň 30 hodin týdně a prodloužené ordinační doby (FIT Clinic má ordinační dobu každý den od 8 do 20 hodin) a všichni odborní lékaři jsou držiteli diplomu celoživotního vzdělávání, což FIT Clinic splňuje.
- **odbornost 916 (nutriční terapeut)** hodnota bodu pro rok 2019 je 0,93 Kč (Česko, 2019).

Následující tabulka (Tab. 35) ukazuje přehled plateb za poskytnuté zdravotní služby u odborností 101 a 916, které budou poskytovány při zavedení projektu programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom a zároveň ceník pro pacienty, kteří si budou službu hradit v částečné a plné úhradě.

Tab. 35. Přehled plateb od ZP u odborností 101 a 916 a částečná (plná) úhrada pacientem

Kód odbornosti	Název vyšetření	Doba trvání (min)	Frekvence	Bodové ohodnocení	Kč/lbod	Úhrada Zdravotní pojišťovny Kč	Částečná úhrada pacient Kč	Celkem cena služby Kč	Plná úhrada pacient Kč
101	Komplexní vyšetření	60	1/1 den	707	1,09	770,63	200,00	970,63	1 000,00
101	Cílené vyšetření	40	1/1 den	474	1,09	516,66	200,00	716,66	700,00
101	Kontrolní vyšetření	20	1/1 den	237	1,09	258,33	100,00	358,33	350,00
101	Základní ergometrické vyšetření	45	1/1Q	628	1,09	684,52	300,00	984,52	1 000,00
916	Vyšetření a zhodnocení nutričního stavu	45	1/1 den	251	0,93	233,43	200,00	433,43	450,00
916	Sestavení nutričního plánu	45	3/1Q	250	0,93	232,50	200,00	432,50	450,00
916	Edukace	75	1/rok	368	0,93	342,24	400,00	742,24	750,00
916	Reedukace	45	3/1Q	221	0,93	205,53	200,00	405,53	400,00
916	Propočítání nutriční bilance SW nástrojem	20	1/1 den	104	0,93	96,72	100,00	196,72	200,00

Zdroj: vlastní zpracování

Úhradové dodatky jednotlivých zdravotních pojišťoven mohou upřesňovat smluvní vztahy s jednotlivými zdravotnickými zařízeními.

Příjmy FIT Clinic jsou založeny na příjmech od jednotlivých zdravotních pojišťoven dle uzavřených smluv a vykázaných výkonů a příjmech získaných za přímou úhradu od pacientů. V současné době se tyto příjmy podílejí 60 % příjmů od zdravotních pojišťoven a 40 % příjmů získaných přímou úhradou od pacientů.

Pokud bychom vzali v úvahu pouze praktické lékaře pro dospělé se sídlem v Olomouci a předpokládali, že bude spolupracovat 20 % tedy kolem 30 lékařů, a každý doporučí 5 pacientů měsíčně, z toho se 2 pacienti reálně objednají, potom lze do kalkulače zahrnout 60 pacientů měsíčně, kteří se objednají do FIT Clinic.

Další pacienti se mohou objednat bez doporučení praktického lékaře na základě

- informací z letáku umístěného v čekárně praktického lékaře
- informací z tisku, kde bude reklamní upozornění na rozšířené služby, které FIT Clinic poskytuje
- informací od zaměstnavatele, který v rámci zaměstnaneckých benefitů může poskytovat příspěvky na preventivní péči svých zaměstnanců
- doporučení svých kolegů, známých, příbuzných, kteří navštívili toto zdravotnické zařízení a byli se službami spokojeni
- doporučení lékaře FIT Clinic rodičům stávajících dětských pacientů

Každý pacient bude absolvovat vstupní komplexní vyšetření u lékaře a potom bude odeslán k nutričnímu terapeutovi k vyšetření a zhodnocení nutričního stavu. Pacient může být zván lékařem na další, kontrolní či cílené vyšetření, popř. k ergonomickému vyšetření a nutričním terapeutem k sestavení nutričního plánu, edukaci a reedukacím. V návrhu projektu je zpracovaná analýza na prvních 12 měsících.

Následující tabulky (Tab. 36 až 39) shrnují přehled možných vyšetření a jejich úhrad při plánovaném počtu pacientů po měsících pro lékaře, který pracuje na úvazek 0,5 a nutričního terapeuta, který pracuje na úvazek 1,0.

Vysvětlivky:

	Počet nových pacientů v 1. měsíci a kontroly v 3. a 9. měsíci
	Počet nových pacientů v 2. měsíci a kontroly v 4. a 10. měsíci
	Počet nových pacientů v 3. měsíci a kontroly v 5. a 11. měsíci
	Počet nových pacientů v 4. měsíci a kontroly v 6. a 12. měsíci

Tab. 36. Počet ošetřených pacientů lékařem a ohodnocení

Lékař a počet pacientů 1. až 3. návštěva a příslušné úhrady ZP							
Měsíce 1-12	1. návštěva	Úhrada ZP+ úhrada pacienta	2. návštěva	Úhrada ZP+ úhrada pacienta	3. návštěva	Úhrada ZP+ úhrada pacienta	Úhrada ZP+ úhrada pacienta celkem Kč
1	30	29 119	0	0	0	0	29 119
2	30	29 119	0	0	0	0	29 119
3	30	29 119	30	10 750	0	0	39 869
4	45	43 678	30	10 750	0	0	54 428
5	45	43 678	30	10 750	0	0	54 428
6	45	43 678	45	16 125	0	0	59 803
7	55	53 385	45	16 125	0	0	69 510
8	55	53 385	45	16 125	0	0	69 510
9	55	53 385	55	19 708	30	10 750	83 843
10	60	58 238	55	19 708	30	10 750	88 696
11	60	58 238	55	19 708	30	10 750	88 696
12	60	58 238	60	21 500	45	16 125	95 862

Zdroj: vlastní zpracování

Tab. 37. Počet ošetřených pacientů nutričním terapeutem a ohodnocení

Nutriční terapeut a počet pacientů 1. až 5. návštěva a příslušné úhrady											
Měsíce 1-12	1. návštěva	Úhrada ZP+ úhrada pacienta	2. návštěva	Úhrada ZP+ úhrada pacienta	3. návštěva	Úhrada ZP+ úhrada pacienta	4. návštěva	Úhrada ZP+ úhrada pacienta	5. návštěva	Úhrada ZP+ úhrada pacienta	Úhrada ZP+ úhrada pacienta celkem
1	30	13 003	0	0	0	0	0	0	0	0	13 003
2	30	13 003	30	12 975	0	0	0	0	0	0	25 978
3	30	13 003	30	12 975	30	22 267	0	0	0	0	48 245
4	45	19 504	30	12 975	30	22 267	0	0	0	0	54 747
5	45	19 504	45	19 463	30	22 267	0	0	0	0	61 234
6	45	19 504	45	19 463	45	33 401	30	12 166	0	0	84 534
7	55	23 839	45	19 463	45	33 401	30	12 166	0	0	88 868
8	55	23 839	55	23 788	45	33 401	30	12 166	0	0	93 193
9	55	23 839	55	23 788	55	40 823	45	18 249	0	0	106 698
10	60	26 006	55	23 788	55	40 823	45	18 249	0	0	108 865
11	60	26 006	60	25 950	55	40 823	45	18 249	0	0	111 028
12	60	26 006	60	25 950	60	44 534	60	24 332	30	12 166	132 988

Zdroj: vlastní zpracování

Lékař na poloviční úvazek ošetří 4 nové pacienty za den (komplexní vyšetření), při kontrolním vyšetření 3 x více, protože kontrolní vyšetření má třetinovou časovou dotaci ve srovnání s komplexním vyšetřením. Při průměrné kapacitě 20 pracovních dnů v měsíci může lékař může ošetřit maximálně 80 nových pacientů za měsíc. V následující tabulce je uveden přehled vyšetření v jednotlivých měsících a kapacita lékaře pracujícího na poloviční úvazek. Z výpočtů vyplývá, že pokud bude naplněna kapacita pacientů dle předpokládaných výpočtů a každý pacient bude chodit na plánovaná kontrolní vyšetření, potom v 9. měsíci dojde k překročení časové kapacity lékaře. Možná opatření jsou navýšení kapacity stávajících lékařů nebo přijetí dalšího lékaře.

Tab. 38. Přehled počtu vyšetření lékaře vzhledem k časové kapacitě

Lékař, měsíce	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Počet nově ošetřených pacientů	30	30	30	45	45	45	55	55	55	60	60	60
Počet kontrolních vyšetření	0	0	30	30	30	45	45	45	85	85	85	105
Přepočtená kontrolní na komplexní vyšetření	0	0	10	10	10	15	15	15	28	28	28	35
Přepočtená komplexní vyšetření celkem	30	30	40	55	55	60	70	70	83	88	88	95
Kapacita komplexních vyšetření	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

Zdroj: vlastní zpracování

Na práci lékaře bude navazovat práce nutričního terapeuta, kde kapacita počtu vyšetření vzhledem k časové dotaci na 1 vyšetření, je o jednu čtvrtinu vyšší, tedy kolem 200 pacientů za měsíc v úvazku 1,0. V následující tabulce je uveden přehled vyšetření nutričního terapeuta po měsících. Podobně jako v případě lékaře, dochází v 9. měsíci k překročení časové kapacity nutričního terapeuta. Vzhledem k tomu, že část pacientů si vyšetření hradí jako samoplátci, je jako možné opatření navrženo zkrácení časové dotace na kontrolní vyšetření, což přinese pacientům nižší finanční zátěž a nutriční terapeut může navýšit kapacitu vyšetření. Další možností je přijetí dalšího nutričního terapeuta.

Tab. 39. Přehled počtu vyšetření nutričního terapeuta vzhledem k časové kapacitě

Nutriční terapeut měsíce	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Počet pacientů celkem	30	60	90	105	120	165	175	185	210	215	220	270
Kapacita počtu vyšetření úvazek	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200

Zdroj: vlastní zpracování

10.5.3 Bod zvratu

Bod zvratu, všeobecně známý pod pojmem Break Even Point, je takové množství produkce firmy, při kterém nevzniká žádný zisk ani ztráta. Bod zvratu je tedy bod, kdy se náklady rovnají výnosům. Analýzou bodu zvratu se určuje, kolik zboží, v případě navrhovaného

projektu je to počet ošetřených pacientů nebo počet provedených bodových výkonů, je potřeba vyprodukovat, aby byl generován zisk.

Celkové náklady mají dvě hlavní složky-fixní náklady a variabilní náklady. Fixní náklady jsou náklady, jejichž objem není přímo závislý na objemu výroby. V navrhovaném projektu byly zahrnuty do fixních nákladů pouze náklady na mzdy. Variabilní náklady jsou náklady, jejichž objem roste spolu s objemem ošetřených pacientů. Vzhledem k tomu, že veškerý zdravotnický materiál, který je spojen s vyšetřením pacientů je dodáván laboratoří zdarma a další variabilní náklady, jako je např. spotřeba papíru na tisk dokumentace, jsou zanedbatelné částky, nebyly zahrnuty další variabilní náklady.

Celkové měsíční náklady tvoří průměrné měsíční fixní náklady na mzdy 75 000 Kč (měsíční variabilní náklady jsou počítány nulové).

Cena služby je vyjádřena jako průměrná cena za jedno ošetření 1 pacienta v prvním roce a činí 520 Kč.

Množství produkce je vyjádřeno jako počet ošetření pacientů lékařem a nutričním terapeutem celkem.

Pro výpočet bodu zvratu je možno použít vzorec:

$$\text{Bod zvratu} = \frac{\text{fixní náklady}}{\text{cena služby} - \text{průměrné variabilní náklady}}$$

Následující tabulka (Tab. 40) ukazuje výnos pacienta za 1 rok.

Tab. 40. Výnos za 1 pacienta za 1 rok

1 pacient	1. rok	Lékař	Nutriční terapeut	Celkem ZP	Spoluúčast pacienta	Celkem ZP + pacient	Plná úhrada pacientem
1. návštěva	1. měsíc	770,63	233,43	1004,06	450,00	1454,06	1450,00
2. návštěva	2. měsíc	0,00	232,50	232,50	200,00	432,50	450,00
3. návštěva	3. měsíc	258,33	342,24	600,57	500,00	1100,57	1100,00
4. návštěva	6. měsíc	0,00	205,53	205,53	200,00	405,53	400,00
5. návštěva	12. měsíc	258,33	205,53	463,86	300,00	763,86	750,00
Celkem		1287,29	1219,23	2506,52	1650,00	4156,52	4150,00

Zdroj: vlastní zpracování

Pro výpočet bodu zvratu byly zahrnuty dvě varianty:

1.varianta předpokládá, že každý pacient přijde na vstupní a další plánované kontroly k lékaři i nutričnímu terapeutovi a uhradí požadované částky. Za prvních 12 měsíců má pacient plánováno celkem 5 návštěv a 8 ošetření (3 ošetření u lékaře a 5 ošetření u nutričního terapeuta). Průměrná cena za jedno ošetření u 1 pacienta je v prvním roce je 520 Kč.

$$\text{Bod zvratu} = \frac{75\,000}{520}$$

Bod zvratu pro 1.variantu dosahuje 144 ošetření za měsíc. Podle předpokladů by požadovaného počtu ošetření ordinace dosáhla ve třetím měsíci od zavedení služby.

2.varianta předpokládá, pacienti na plnou úhradu nebudou ochotni platit všechna kontrolní vyšetření. Z celkové plánované roční částky 4150 Kč pacient uhradí pouze 1. a 3. návštěvu (4 ošetření), což činí 2550 Kč a průměrná částka na 1 plánované ošetření (plánovaný počet ošetření za rok je 8) klesne na 320 Kč.

$$\text{Bod zvratu} = \frac{75\,000}{320}$$

Bod zvratu pro 2. variantu je 235 vyšetření za měsíc. Požadovaného počtu ošetření by bylo dosaženo v 6. měsíci od zavedení služby.

Největší náklady v tomto projektu jsou vynakládány na mzdy lékaře a nutričního terapeuta. Zisk se realizuje od 3. měsíce zavedení projektu při plánovaném počtu ošetřených pacientů jak je vidět z tabulky (Tab.č. 41).

Tab. 41. Předpokládaný zisk v prvním roce (po měsících)

Lékař	Nutriční terapeut				
Úhrada ZP+ úhrada pacienta celkem Kč	Úhrada ZP+ úhrada pacienta celkem Kč	Celkové výnosy	Celkové náklady	Zisk	Měsíce
32 119	16 003	48 122	75 000	-26 878	1
32 119	32 753	64 872	75 000	-10 128	2
48 869	58 020	106 889	75 000	31 889	3
64 928	66 021	130 949	75 000	55 949	4
64 928	74 396	139 324	75 000	64 324	5
73 303	102 196	175 499	75 000	100 499	6
84 010	107 530	191 540	75 000	116 540	7
84 010	113 114	197 124	75 000	122 124	8
106 343	129 119	235 462	75 000	160 462	9
111 696	131 786	243 482	75 000	168 482	10
111 696	134 578	246 274	75 000	171 274	11
122 862	161 568	284 430	75 000	209 430	12

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky je vidět, že zisk by mohl být realizován již ve 3. měsíci od zavedení služby. Výše zisku je přímo závislá na několika proměnných. Hlavním kritériem bude počet nově přichozích pacientů, dále poměr počtu pacientů, kteří budou mít služby hrazeny z větší části

zdravotní pojišťovnou a počtu pacientů, kteří si budou služby hradit plně. Další proměnnou je i účast pacientů na plánovaných kontrolních vyšetřeních a na výši finanční spoluúčasti.

Výši zisku mohou ovlivňovat i další služby, které mohou být nabídnuty pacientům nad rámec tohoto projektu, jako je ergometrické vyšetření, fyzioterapie, rehabilitační služby a další služby, které zdravotnické zařízení v rámci komplexní péče nabízí.

10.5.4 Dotační programy jako zdroje financování

Vzhledem k tomu, že navrhovaný projekt programu rozšíření zdravotních služeb je zaměřen na preventivní péči, je možné využít celé řady dotačních programů, které podporují preventivní péči.

- **Fondy EHP a Norska**

Prostřednictvím Fondů EHP (Evropský hospodářský prostor) a Norska přispívají státy Island, Lichtenštejnsko a Norsko zemím střední, východní a jižní Evropy na programy zaměřené na veřejné zdraví, vědu, výzkum, ochranu životního prostředí, vzdělávání a další. Česká republika je příjemcem těchto fondů od roku 2004, kdy vstoupila do Evropské Unie. V roce 2017 bylo podepsáno v Praze již třetí programové období a Česká republika obdrží 184,5 milionů EUR. Toto období bude ukončené 30. dubna 2024. V březnu 2019, jak zveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví, byly vyhlášeny první otevřené výzvy pro předkládání žádostí o **grant v rámci Programu zdraví**, které jsou zaměřeny na následující oblasti:

Prevence duševních onemocnění dětí

Prevence přenosných a nepřenosných onemocnění

Posílení role pacientů a patientských organizací

Posílení prevence a podpory zdraví prostřednictvím zavádění adekvátních opatření naplňují hlavní vizi Programu zdraví. Odhadovaný termín pro vyhlášení výzvy je 06/2019-09/2019.

- **Podpora významných aktivit v oblasti zdravotnictví Olomoucký kraj**

V lednu 2019 byla otevřena výzva k podání žádostí o poskytnutí dotace na podporu zlepšování zdravotního stavu obyvatel Olomouckého kraje. Tato dotace je určena na projekty zaměřené na širokou veřejnost ke zlepšování **informovanosti o zdravém**

způsobu života a o prevenci v oblasti zdraví, dále projekty zaměřené na zlepšování zdravotního stavu dětí se zdravotním či kombinovaným postižením včetně neurologického pomocí speciálních rehabilitací nehrazených z veřejného zdravotního pojištění, které budou poskytovány dětem z Olomouckého kraje (Dotační podpora Olomouckého kraje, 2019).

10.6 Riziková analýza

Každá činnost může s sebou přinášet jistá rizika. Při vytváření programu rozšíření služby preventivní péče ve zdravotnickém zařízení FIT Clinic musíme brát v úvahu rizika, která by mohla tento projekt ohrozit.

Pro účely poskytování zdravotní péče se nejvíce používaným modelem k analýze rizik a jejich řízení, jak uvádí Šupšáková (2017), jeví model „švýcarského sýra“ (Swiss Cheese Model). Při objasnění tohoto modelu bereme v úvahu bezpečnostní bariéry, přes které procházejí všechny činnosti. Tyto bariéry nejsou homogenní, ale mají v sobě nedostatky (jako díry v pomyslném sýru). Pokud se riziko ohrožení stane reálné, může projít bariérou (dírou) a pokud jej nezastaví další bariéra, prochází dále. Ve zdravotnictví může pochybení projít několika bariérami. Některé nedostatky jsou v bariérách přítomny skrytě a pouze shodou okolností a náhod nelze výslednému pochybení zabránit.

10.6.1 Hodnocení rizik

Rizika mohou být zjišťována retrospektivně (hodnocením a analýzou již proběhlé události) a prospektivně (vyhledáváním možných rizik a jejich analýzou). Metod vyhledávání a hodnocení rizik, jak uvádí Šupšáková (2017), je ve světě známo více než 40.

Rizika vždy hodnotíme podle toho, s jakou pravděpodobností může daný jev nastat a zároveň podle závažnosti, dopadu následků daného jevu. Každé zdravotnické zařízení si může zvolit vlastní škálu pravděpodobnosti a následků rizik. V této diplomové práci byla k vyhodnocení rizik použita matice rizik zpracovaná dle přednášky Řízení a provoz zdravotnických zařízení (Vydrová, 2018).

Nejprve rizika identifikujeme a označíme, potom přiřadíme jednotlivým rizikům stupeň pravděpodobnosti výskytu a stupeň závažnosti následků. Stupnici si můžeme vytvořit sami.

Pro číselné ohodnocení **pravděpodobnosti výskytu rizik** byla zvolena lineární pětibodová stupnice:

- 5 vysoká pravděpodobnost rizika s frekvencí výskytu trvale
- 4 velká pravděpodobnost rizika s frekvencí výskytu velmi často (každý den)
- 3 pravděpodobnost rizika s frekvencí příležitostně (každý týden)
- 2 malá pravděpodobnost rizika s frekvencí občas (párkrát za rok)
- 1 nepravděpodobnost rizika (zřídka)

Pro vyjádření **závažnosti následků rizik** byla zvolena lineární pětibodová stupnice:

- 1 zanedbatelné následky rizika
- 2 málo závažné následky rizika
- 3 závažné následky rizika
- 4 těžké následky rizika
- 5 kritické následky rizika

Vynásobením přiřazeného čísla pravděpodobnosti výskytu rizika a přiřazeného čísla závažnosti rizika získáme výsledné číselné ohodnocení rizika. Zvolíme interval závažnosti rizik a můžeme rozdělit rizika na:

- Kritická rizika (neprodlený zásah ve všech stupních řízení)
- Významná rizika (vyžadovaný zásah manažerů)
- Málo závažná rizika Střední (specifikována zodpovědnost jednotlivých manažerů)
- Zanedbatelná rizika (zvládnuté standartními postupy)

10.6.2 Seznam rizik a matice rizik

Rizika, která by se mohla vyskytnout při zavedení programu preventivní péče pro zdravotnické zařízení FIT Clinic jsou seřazena do následujícího seznamu a označena písmeny R s číselným rozlišením od 1 do 10:

- R1 nedostatek pacientů
- R2 neochota pacientů ke spoluúčasti ve financování zdravotní péče
- R3 vstup nových konkurenčních zdravotnických zařízení na trh

- R4 nedostatečné personální obsazení
- R5 nedodržení časového plánu
- R6 změna legislativy
- R7 neposkytnutí dotací na program preventivní péče
- R8 nerozšíření smluv se zdravotními pojišťovkami na potřebnou péči
- R9 nespolupráce s lékaři pro dospělé a odesílání pacientů
- R10 ztráta kreditu a dobré pověsti zdravotnického zařízení
- R11 rozšíření nabídky zdravotní péče stávajících konkurenčních zdravotnických zařízení

Jednotlivá rizika byla následně ohodnocena podle pravděpodobnosti výskytu a závažnosti následků body 1-5 a seřazena do tabulky (Tab. 42).

Tab. 42. Hodnocení rizik zavedení programu preventivní péče pro FIT Clinic

Riziko Stupnice R1-R8	Pravděpodobnost výskytu Stupnice 1-5	Závažnost následků Stupnice 1-5	Ohodnocení rizika
R1	3	4	12
R2	4	3	12
R3	1	3	3
R4	2	3	6
R5	1	2	2
R6	1	3	3
R7	1	2	2
R8	2	4	8
R9	4	3	12
R10	1	3	3
R11	2	2	4

Zdroj: vlastní zpracování

Po přiřazení bodů jednotlivým rizikům byla sestavena matice rizik, kterou ukazuje následující tabulka (Tab. 43).

Tab. 43. Matice rizik

Pravděpodobnost výskytu	Závažnost následků				
	1	2	3	4	5
1	1	2	3	4	5
2	2	4	6	8	10
3	3	6	9	12	15
4	4	8	12	16	20
5	5	10	15	20	25

Zdroj: vlastní zpracování

Intervaly rizik byly vyhodnoceny jako:

- zanedbatelné riziko v intervalu od 1 do 2 (žlutá pole)
- málo významné riziko v intervalu od 3 do 4 (modrá pole)
- významné riziko v intervalu od 5 do 12 (světle červená pole)
- kritické riziko v intervalu od 15 do 25 (tmavě červená pole)

Tento způsob nám pomohl roztrdit jednotlivá rizika podle závažnosti a můžeme soustředit pozornost na rizika, která nás nejvíce ohrožují. Zároveň bychom měly vytvořit systém preventivních opatření. Podle Gröschlové (2015, s. 48) je jako možná ochrana před riziky sjednání pojištění, tvorba finančních a materiálních rezerv, dostatek informací, provádění změn po etapách, rozdělení aktivit do různých oblastí a nezaměřovat se jen na jednu činnost.

Za významná rizika, u kterých bylo navrženo preventivní opatření, můžeme považovat riziko nedostatku pacientů, neochotu pacientů ke spoluúčasti financování zdravotní péče, nespolupráce s lékaři pro dospělé a odesílání pacientů do FIT Clinic, nerozšíření smluv se zdravotními pojišťovnami na potřebnou péči a nedostatečné personální obsazení.

Preventivní opatření pro významná rizika:

- **Riziko nedostatku pacientů** může zdravotnické zařízení dobře zvolenou marketingovou strategií eliminovat. Důležité je navázat a udržovat dobrou spolupráci s praktickými lékaři pro dospělé. Tito lékaři mohou doporučovat preventivní program FIT Clinic svým pacientům, kteří jsou v riziku metabolického syndromu. V rámci propagace tohoto preventivního programu se mohou rozšiřovat aktivity o oslovení zaměstnavatelů z regionu, kteří mají zájem podporovat zdravotní prevenci svých zaměstnanců, podpora programu na webových stránkách nebo v tisku.
- **Neochota pacientů ke spoluúčasti ve financování zdravotní péče** je jedno z rizik, které je velmi obtížné ze strany zdravotnického zařízení ovlivnit a eliminovat. Pacienti nejsou obecně ochotni si připlácet za zdravotní péči. V České republice se dlouhodobě diskutuje motivační program pro spoluúčast pacientů na udržování dobrého zdraví a předcházení nemocí. Zdravotní pojišťovny nabízejí v rámci svých programů prevence finanční příspěvky, které by mohly pacienti zapojující se do navrhovaného programu preventivní péče využít.
- **Nedostatečné personální obsazení** je riziko, kterému je možno předejít dobře připraveným výběrovým řízením na nového zaměstnance. Zdravotnické zařízení by pro získání kvalifikovaného zaměstnance mělo nabídnout nejen odpovídající finanční ohodnocení, ale i další motivační zaměstnanecký program. V posledních letech je v České republice nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu a pro získání potřebného zaměstnance by mělo být nabídnuto něco navíc, než nabízí konkurenční zdravotnická zařízení, jako je podpora dalšího vzdělávání, měsíční oceňování mimořádných pracovních výkonů, programy odměňování zaměstnanců v návaznosti na odpracované roky apod. Pro zaměstnavatele je důležité nejenom kvalifikovaného zaměstnance získat, ale také ho dlouhodobě motivovat a udržet si ho.
- **Nerozšíření smluv se zdravotními pojišťovnami** na potřebnou péči nemůže zdravotnické zařízení moc ovlivňovat. Je zapotřebí se systematicky snažit vyjednávat a rozšiřovat stávající smlouvy a poskytnout zdravotním pojišťovnám dostatek argumentů a důvodů pro poskytnutí úhrady rozšířené péče. V případě navrhovaného

projektu je velmi silným argumentem zaměření na preventivní péči a snižování finanční zátěže zdravotním pojišťovněm do budoucna.

- **Nespolupráce s lékaři pro dospělé** a odesílání pacientů do FIT Clinic je riziko, které můžeme eliminovat správně nastavenou strategií spolupráce s lékaři pro dospělé. V navrhovaném projektu se předpokládala spolupráce pouze s 20 % lékařů pro dospělé, kteří budou mít zájem doporučovat svým pacientům řešení jejich zdravotního stavu v rámci sekundární prevence. Je navrhováno využít zkušeností FIT Clinic s dobrou spoluprací s praktickými lékaři pro děti a dorost a praktické lékaře pro dospělé kontaktovat písemně, telefonicky a vybrané potom postupně osobně navštívit a projekt představit. Tuto spolupráci by mělo zdravotnické zařízení udržovat a spolupracující lékaře průběžně kontaktovat a dávat zpětnou vazbu.

10.6.3 Shrnutí analýzy rizik

V navrhovaném projektu bylo identifikováno celkem 11 rizik (R1-R11). Jednotlivá rizika byla bodově ohodnocena podle pravděpodobnosti jejich výskytu (stupnice 1-5 vzestupně) a podle závažnosti následků (stupnice 1-5 vzestupně). Po přiřazení bodů jednotlivým rizikům byla sestavena matice rizik, která nám roztrídila rizika dle závažnosti.

Z analýzy matice rizik vytvořené k programu zavedení preventivní péče pro FIT Clinic můžeme vyvodit následující závěry:

- Navrhovaný projekt není ohrožován kritickými riziky.
- Za významná rizika můžeme považovat riziko nedostatku pacientů, neochotu pacientů ke spoluúčasti financování zdravotní péče, nespolupráce s lékaři pro dospělé a odesílání pacientů do FIT Clinic, nerozšíření smluv se zdravotními pojišťovněmi na potřebnou péči a nedostatečné personální obsazení.
- Mezi málo významná rizika bylo zařazeno riziko změny legislativy, vstup nových konkurenčních zdravotnických zařízení na trh a ztráta kreditu a dobré pověsti zdravotnického zařízení. Jako zanedbatelné riziko bylo vyhodnoceno vstup nových konkurenčních zdravotnických zařízení na trh, nedodržení časového plánu a neposkytnutí dotací na program preventivní péče.

Pro významná rizika byla navržena preventivní opatření pro jejich eliminaci.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zpracovat návrh projektu zavedení programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom ve vybraném zdravotnickém zařízení. Cílem projektu bylo rozšíření nabídky služeb s využitím kapacity stávajících ambulancí zdravotnického zařízení a tím navýšení počtu pacientů.

Diplomová práce byla rozčleněna do dvou základních celků na část teoretickou a praktickou. Teoretická část popisovala zdravotní služby a zdravotní péči v České republice se zaměřením na preventivní péči a její postavení v systému zdravotní péče, programy preventivní péče a národní strategie ochrany zdraví a prevence nemocí. Byly popsány i mezinárodní aspekty prevence z pohledu WHO a Evropské Unie.

Praktická část zpracovávala část analytickou a projektovou. V analytické části bylo představeno zdravotnické zařízení FIT Clinic, vize a mise společnosti, a oblasti poskytované zdravotní péče. Situační analýza prostředí společnosti byla zpracována s ohledem na problematiku metabolického syndromu. Tato část se zabývala analýzou vnějšího a vnitřního prostředí společnosti s využitím PEST analýzy, Porterovy analýzy a SWOT analýzy. Součástí analytické části bylo dotazníkové šetření, kdy byl zjišťován zájem pacientů s rizikovými faktory metabolického syndromu o řešení jejich zdravotního stavu.

Následně byl vypracován projekt, který stanovil cílovou skupinu, navrhl časový a finanční plán s možnostmi využití dotačních programů jako dalších zdrojů financování, a předložil rizikovou analýzu.

Z vypracovaných analýz vyplynulo, že navrhovaný projekt má významný přínos pro pacienty při nízkých vstupních nákladech pro zdravotnické zařízení. Riziková analýza potvrdila, že projekt není ohrožen žádnými kritickými riziky.

Cíl práce, kterým bylo zpracovat návrh projektu zavedení programu preventivní péče zaměřené na metabolický syndrom ve vybraném zdravotnickém zařízení, byl splněn. Projekt bude předán vlastníkům společnosti FIT Clinic k posouzení a schválení. Jeho implementace do praxe bude záležet na získání kvalifikovaného nutričního terapeuta. V případě úspěšného fungování, je možné rozšíření projektu na ambulance, které zdravotnické zařízení využívá pro rehabilitace a fyzioterapie.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTÁKOVÁ, J. a Jan JISKRA, 2014. Metody ekonomického hodnocení screeningových programů. Situace v České republice. *Vnitřní lékařství* [online]. 60(3),212-215 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2014-3/metody-ekonomickeho-hodnoceni-screeningovych-programu-situace-v-ceske-republice-49000>

BUCHBINDER, Sharon B. a Nancy H. SHANKS, 2012. Introduction to health care management. 2nd ed. Burlington. MA: Jones, ISBN 978-144-9650-957.

CESKO, 2019. Úhradová Vyhláška, 2019. In: Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ve-sbirce-zakonu-vysla-uhradova-vyhlaskaktera-je-poprve-vysledkem-dohody-mezi-_16006_1.html

CESKO, 2019. *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019*. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-201>

CESKO, 1997. Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 28. 3. 1997 o veřejném zdravotním pojištění. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

CESKO, 1998. *Vyhláška č. 134/1998 Sb. ze dne 24. 6. 1998 ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134?text=seznam+zdravotn%C3%ADch+v%C3%BDkon%C5%AF>

CESKO, 2006. Vyhláška č. 537/2006 Sb. ze dne 8. 12. 2006 o očkování proti infekčním nemocem. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-537>

CESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 8. 12. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

CESKO, 2014. Zákon č. 96/2014 Sb. ze dne 30. 3. 2004 Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

CESKO, 2016. Vyhláška č. 317/2016 Sb. ze dne 29. 9. 2016, kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-317>

CIKRT, Tomáš, 2018. *Ekonomická analýza zdravotních pojišťoven*. Praha: MZČR Civilizační choroby, ©2018. In: Národní informační centrum mládeže[online]. [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/oblasti/zdravi/civilizacni-choroby/obecne-informace>

CPZP, ©2019. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna Preventivní programy [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/programy/>

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3213-8.

CESKO, 1997. Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 28. 3. 1997 o veřejném zdravotním pojištění. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

CESKO, 1998. *Vyhláška* č. 134/1998 Sb. ze dne 24. 6. 1998 ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134?text=seznam+zdravotn%C3%ADch+v%C3%BDkon%C5%AF>

CESKO, 2006. Vyhláška č. 537/2006 Sb. ze dne 8. 12. 2006 o očkování proti infekčním nemocem. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-537>

CESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 8. 12 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

CESKO, 2014. Zákon č. 96/2014 Sb. ze dne 30. 3. 2004 Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

CESKO, 2016. Vyhláška č. 317/2016 Sb. ze dne 29. 9. 2016, kterou se mění vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-317>

Dotační podpora Olomouckého kraje, 2019. In: Cyrrus Advisory-poskytovatel informací dotačního servisu [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <http://www.dotaeni.info/podpora-vyznamnych-aktivit-v-oblasti-zdravotnictvi-olomoucky-kraj/>

Evropská unie: Co je a co dělá, 2018. [online]. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské Unie [cit. 2019-04-16]. ISBN 978-92-79-76873-6. Dostupné z: <http://publications.europa.eu/webpub/com/eu-what-it-is/cs/>

Evropským střediskem pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC),

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví.* Brno: Computer Press, ISBN 80-7226-996-8.

GRÖSCHLOVÁ, Olga, 2014. *Řízení a provoz zdravotnických organizací.* Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7357-503-8.

HOLČÍK, Jan, Pavlína KÁŇOVÁ a Lukáš PRUDIL, 2005. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 80-7013-417-8.

KOPECKÝ M., 2016. Prevalence nadměrné hmotnosti a obezity u 6 - 7letých dětí a postoj rodičů k primární prevenci v Olomouckém kraji [online]. In: *Hygiena* 61(1):4-10 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: https://hygiena.szu.cz/artkey/hyg-201601-0002_Prevalence-nadmerne-hmotnosti-a-obezity-u-6-7letych-deti-a-postoj-rodicu-k-primarni-prevenci-v-Olomouckem-kraji.php?l=czhttp://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/index.html

KŘÍŽ, Jaroslav, 2011. Prevence a ekonomika. *Hygiena* [online]. 56(3), 89-94 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: https://hygiena.szu.cz/artkey/hyg-201103-0006_Prevence-a-ekonomika.php

KUČERA, 2006. Metabolický syndrom a kardiovaskulární riziko. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/metabolicky-syndrom-a-kardiovaskularni-riziko-172603>

KUČERA, 2008. Civilizační nemoci a jejich prevence. *Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/civilizacni-nemoci-a-jejich-prevence-397832>

LONGEST, Beaufort B. a Kurt DARR, 2014. *Managing health services organizations and systems.* Sixth edition. Baltimore: Health Professions Press, ISBN 978-1938870002.

Metabolický syndrom-diagnostika a léčba, ©2013. Český institut metabolického syndromu[online]. 12 [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <http://www.cims-ops.cz/cz/pro-odborniky/207/metabolicky-syndrom-diagnostika-a-lecba/>

MZCR, 2018. Ekonomická analýza zdravotních pojišťoven. In: Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z:

Národní diabetologický program, ©2012. In: Česká diabetologická společnost[online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z:<http://www.diab.cz/narodni-diabetologicky-program>

NOLAN, P. B., 2017. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic syndrome components in young adults: A pooled analysis. *Preventive medicine reports* [online]. 7, 211–215 [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5540707/>

Noncommunicable Diseases, 2017. WHO [online]. Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: www.euro.who.int/sdgs

NSC, 2018. Národní screeningové centrum. In: *Národní screeningové centrum* [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://nsc.uzis.cz/index.php?pg=narodni-screeningove-centrum>

O'NEIL, S., L. O'DRISCOLL, 2015. Metabolic syndrome: a closer look at the growing epidemic and its associated pathologies. *Obesity Reviews* [online]. 16/1, 1-12 [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/obr.12229>

ONDRUŠ, Peter, 2017. *Manažment a financovanie v zdravotníctve*. Banská Bystrica: Peter Ondruš, ISBN 9788097253592.

OSTAPTCHOUK, Jana V van Vliet, 2014. The prevalence of metabolic syndrome and metabolically healthy obesity in Europe: a collaborative analysis of ten large cohort studies. *BMC Endocrine Disorders* [online]. 14(9) [cit. 2019-04-15]. ISSN: 1472-6823. Dostupné z: <https://bmcendocrdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6823-14-9>

OZP, ©2019. Oborová zdravotní pojišťovna: Pro klienty[online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://www.ozp.cz/pro-klienty>

PERTOLD, Filip, Jiří Šatava, 2018. Obezita v České republice: mezinárodní srovnání s využitím dat z projektu SHARE [online]. Praha: Národohospodářský ústav AV ČR, 2018 [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: <http://idea.cerge-ei.cz/publikace>

PERUŠIČOVÁ, Jindřiška, 2012. *Prediabetes, prehypertenze, dyslipidemie a metabolický syndrom*. Praha: Maxdorf Jessenius, ISBN 978-80-7345-272-8.

Pomůcky pro diabetiky, © 2019. In: Cukrovka [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z:<https://www.cukrovka.cz/pomucky-pro-diabetiky-hrazeni-zdravotnimi-pojistovnam>

Primární péče v Olomouckém kraji, © 2014. In: Český statistický úřad [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/primarni-pece-olomouckem-kraji-roce-2013>

PTÁKOVÁ, Aneta, 2007. Podnikatelský plán pro založení rehabilitačního zdravotnického zařízení [online]. Praha, [cit. 2018-04-15]. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta podnikohospodářská. Vedoucí práce Helena Sedláčková. Dostupné z: [file:///C:/Users/Asus/Downloads/zaverecna_prace%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/zaverecna_prace%20(1).pdf)

RBP, ©2019. Revírní bratrská pojišťovna: Preventivní program [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://www.rbp-zp.cz/pro-pojistence/preventivni-program/>

SAKLAYEN M. G., 2018. The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome. *Current hypertension reports* [online]. 20(2), 12 [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5866840/>

SCUTERI, A., 2014. Metabolic syndrome across Europe: different clusters of risk factors. *European journal of preventive cardiology* [online]. 22(4), 486–491. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4544872/>

SLOUKA, David, 2017. *Vedení a marketing malých zdravotnických zařízení: příručka pro praxi*. Praha: Grada, ISBN 978-80-271-0469-7.

Smlouva o fungování Evropské unie, © 2014. In: Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/obsah/politika-verejneho-zdravi-v-eu_3097_8.html

SOUČEK, Zdeněk a Jan BURIAN, 2006. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. Praha: Profesional Publishing, ISBN 80-86946-18-5.

Srovnání krajů v ČR, ©2019. In: Český statistický úřad [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/srovnani-kraju-v-ceske-republice-2018>

STAŇKOVÁ, Pavla, 2013. *Marketingové řízení nemocnic*. Žilina: Georg, ISBN 978-80-89401-64-2.

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL)

SUCHARDA, Petr, 2009. Léčba obezity dospělých: Evropská doporučení pro praxi [online]. In: Česká obezitologická společnost [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <http://www.obesitas.cz/?pg=doporuceni>

SVOBODOVÁ, Šárka, 2012. Metabolický syndrom, predikce a prevence. *Interní medicína pro praxi* [online]. 14(11), 412-424 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201211-0003_Metabolicky_syndrom_predikce_a_prevence.php

ŠATERA, Karel, 2012. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 2. upravené vydání. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-135-3.

ŠEFLOVÁ, Aneta, 2009. *Prevence jako součást zdravotní politiky ČR* [online]. Praha, [cit. 2019-04-16]. Diplomová práce. Masarykova univerzita Ekonomicko-správní fakulta. Vedoucí práce Marek Pavlík. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/wio2i/DP_Prevence_jako_soucast_zdravotni_politiky_CR.doc

ŠTĚPÁNEK, Ladislav, 2018. *Efektivita nepřímých metod detekce inzulinové rezistence v prevenci metabolického syndromu* [online]. 4/2018,12-16 [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <http://ezcr.cz/casopis/>

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra, 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotní péče*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-0062-0.

Ten threats to global health in 2019, ©2019. WHO [online]. [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky
UZIS, 2019. *Personální kapacity v českém zdravotnictví v r. 2017*. [on-line]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/personalni-kapacity-v-ceskem-zdravotnictvi-v-r-2017>

UZIS, 2019. *Seznam zdravotních výkonů*. [on-line]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/>

UZIS, 2019. *Statistická ročenka Olomouckého kraje*. [on-line]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-olomouckeho-kraje-2017>

VEBER, Jaromír. *Management*. 2. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-200-0.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2000. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, ISBN 80-85912-38-4.

VOZP, ©2019. *Vojenská zdravotní pojišťovna: Výhody a příspěvky*[online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky>

VURM, Vladimír, 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, ISBN 978-80-7254-997-9.

Vydrová, Janka, 2018. *Riziková analýza*. Prezentace výuky UTB ve Zlíně akademický rok 2017/2018.

Výsledky zdravotnických účtů 2010-2017, © 2018. In: Český statistický úřad [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-7luhzp32ax>

VYSOKÝ, Robert, 2018. *Programy vytváření sekundární a terciární prevence civilizačních onemocnění*. Fakulta sportovních studií Brno: přednášky předmětu np2417-navazující magisterský program kineziologie.

VZP, ©2019. Všeobecná zdravotní pojišťovna: Výhody a příspěvky, ©2019. www.vzp.cz [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky>

WHO, ©2019. Countries: Czech Republic [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z <http://www.euro.who.int/en/countries/czech-republic>

Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, ©2019, In: Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

Zdraví 2020, 2014. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky Praha: Geoprint [cit. 2019-04-16]. ISBN: 978-80-85047-47-9. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

Zdravotnická ročenka ČR, © 2018. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky [online]. [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013>

Zmapovali jsme, na co všechno letos přispívají zdravotní pojišťovny, © 2019. In: idnes.cz/Finance [online]. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/finance/pojisteni/zdravotni-pojistovny-preventivni-programy-speciality-prispevky-prevence.A190204_131106_poj_sov#space-a

ZPMV, ©2019. Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra: Výhody pro pojištěnce [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/vyhody-pro-pojistence/>

Zpráva z Konference PREVON 2018, 2019. Pilotní projekty časného záchytu vážných onemocnění realizované Národním screeningovým centrem. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/akce/zprava-z-konference-prevon-2018-konane-ve-dnech-13-14-11-2018>

ZPS, ©2019. Zdravotní pojišťovna Škoda: Zdravotní programy 2019 [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/pro-pojistence/zdravotni-programy-2019>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CelCH	Celkový cholesterol
LDL	Low density lipoprotein (“zlý” cholesterol)
HDL	High density lipoprotein (“hodný” cholesterol)
TAG	Triacylglyceroly
KM	Kyselina močová
ALT	Alaninaminotransferáza
AST	Aspartátaminotransferáza
CB	Celkový bilirubin
MS Excel	Microsoft Excel
NSC	Národní srovnávací centrum
ÚZIS	Ústav zdravotních informací a statistiky
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
ZZ	Zdravotnické zařízení
WHO	Světová zdravotnická organizace
EU	Evropská Unie
OSN	Světová zdravotnická organizace
OECD	Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
ECDC	Evropským střediskem pro prevenci a kontrolu nemocí
ČSÚ	Český statistický úřad
HDP	Hrubý domácí produkt
FN	Fakultní nemocnice
ČR	Česká republika

Č.	Číslo
Kč.	Koruna česká
Tab.	Tabulka
ZPMV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva Vnitra
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
RBP	Revírní bratrská pokladna
VOZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
BMI	Body Mass Index
EKG	Elektrokardiograf

SEZNAM TABULEK

- Tab. 1. Screening cervikálního karcinomu v letech 2001 až 2017
- Tab. 2. Screening kolorektálního karcinomu v letech 2001 až 2017
- Tab. 3. Screening karcinomu prsu v letech 2001 až 2017
- Tab. 4. Přehled zdravotních pojišťoven v ČR
- Tab. 6. 9 klíčových cílů v oblasti nepřenositelných chorob
- Tab. 7. Síť zdravotnických zařízení
- Tab. 8. Interní a externí faktory ovlivňující zdravotnické zařízení
- Tab. 9. Přehled hrazení zdravotní péče dle zdravotních pojišťoven
- Tab. 10. „Harmonizovaná“ definice metabolického syndromu z roku 2009.
- Tab. 11. Prevalence metabolického syndromu dle jednotlivých zemí světa
- Tab. 12. Kategorie BMI podle WHO 1997
- Tab. 13. Přehled BMI/ prevalence obezity u mužů a žen nad 50 let v mezinárodním srovnání
- Tab. 14. Srovnání HDP podle krajů v ČR v roce 2017
- Tab. 15. Přehled trhu práce podle měsíční mzdy
- Tab. 16. Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (HDP)
- Tab. 17. Celkové výdaje na zdravotní péči a podíl HDP v ČR, 2010-2017 (mld. Kč)
- Tab. 18. Výdaje na zdravotní péči v ČR podle zdrojů financování 2010-2017
- Tab. 19. Výdaje na zdravotnictví podle druhů péče 2010-2017
- Tab. 20. Výdaje na preventivní péči ve vybraných zemích EU v roce 2016 (v EUR na obyv.)

- Tab. 21. Prevalence obezity u 6 až 7letých chlapců a dívek v Olomouckém kraji v roce 2014
- Tab. 22. Vývoj počtu léčených diabetiků v ČR od roku 1992 do roku 2017
- Tab. 23. Přehled léčených diabetiků podle krajů ČR
- Tab. 24. Přehled lékařů primární péče v Olomouckém kraji
- Tab. 25. Demografická charakteristika (n absolutní četnost, % relativní četnost)
- Tab. 26. Účast na preventivních prohlídkách u praktického lékaře
- Tab. 28. Zdravotní rizikové faktory
- Tab. 29. Preference nabízených služeb ze strany pacienta
- Tab. 30. SWOT analýza zdravotnického zařízení
- Tab. 31. Přehled laboratorních odběrů a cen jednotlivých analýz
- Tab. 32. Časový plán a implementace projektu
- Tab. 33. Jednorázové vstupní náklady
- Tab. 34. Měsíční náklady na mzdy
- Tab. 35. Přehled plateb od ZP u odborností 101 a 916 a částečná (plná) úhrada pacientem
- Tab. 36. Počet ošetřených pacientů lékařem a ohodnocení
- Tab. 37. Počet ošetřených pacientů nutričním terapeutem a ohodnocení
- Tab. 38. Přehled počtu vyšetření lékaře vzhledem k časové kapacitě
- Tab. 39. Přehled počtu vyšetření nutričního terapeuta vzhledem k časové kapacitě
- Tab. 40. Výnos za 1 pacienta za 1 rok
- Tab. 41. Předpokládaný zisk v prvním roce (po měsících)
- Tab. 42. Hodnocení rizik zavedení programu preventivní péče pro FIT Clinic
- Tab. 43. Matice rizik

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I. Dotazník zájmu předcházení prevence v oblasti zdraví a předcházení nemocí

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK ZÁJMU O ŘEŠENÍ PREVENCE V OBLASTI ZDRAVÍ A PŘEDCHÁZENÍ NEMOCÍ

Dobrý den,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníku. Jsem studentkou oboru Management ve zdravotnictví na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Účelem tohoto dotazníku je zjistit, jak důležitá je pro nás zdravotní prevence a co jsme ochotni udělat pro svoje zdraví a předcházení nemocí.

Výsledky budou anonymně zpracovány a použity v diplomové práci. Vyplnění Vám nezabere více než pět minut.

Děkuji za Váš čas.

Mgr. Bronislava Křesalová

1) Jak moc jsou pro Vás důležité následující faktory při výběru zdravotnického zařízení?

(5=velmi důležité, 1=nejméně důležité)

Dobrá pověst zařízení	1	2	3	4	5
Dobrá pověst konkrétního lékaře	1	2	3	4	5
Kvalita poskytované péče	1	2	3	4	5
Zkušenosti známých a příbuzných	1	2	3	4	5
Doporučení od jiného lékaře (praktický lékař, dětský lékař, ...)	1	2	3	4	5
Vzdálenost od bydliště	1	2	3	4	5
Poskytování komplexních služeb	1	2	3	4	5
Prodloužené ordinace hodiny	1	2	3	4	5
Čekací doby na zdravotnický výkon	1	2	3	4	5
Možnost objednávání přes internet	1	2	3	4	5

2) Byl/a jste v posledních dvou letech na preventivní prohlídce u svého praktického lékaře?

ANO NE NEPAMATUJI SE

3) Týkají se vás aktuálně některé následujících rizikových faktorů:

Vyšší hodnoty cholesterolu?	ANO	NE	NEVÍM
Vysoký krevní tlak?	ANO	NE	NEVÍM
Vyšší hodnoty tuků (triglyceridů) v krvi?	ANO	NE	NEVÍM
Vyšší glykemie (hodnoty cukru) v krvi?	ANO	NE	NEVÍM
Nadváha nebo obezita	ANO	NE	NEVÍM
Bolesti zad a kloubů	ANO	NE	NEVÍM

4) O jaké aktivity, které by Vám mohly pomoci řešit Vaše aktuální zdravotní potíže, byste měl/a zájem?

Můžete zakroužkovat více odpovědí:

- a) Program prevence bolesti zad a kloubů
- b) Program detoxikace organismu
- c) Komplexní terapie nadváhy
- d) Rehabilitační cvičení
- e) Fyzioterapie
- f) Zdravotní cvičení
- g) Jiné (prosím vypište):
.....
- h) Žádné

5) Jakou částkou byste byl/a ochoten/ochotna se podílet na příplacení si takové zdravotní služby, kterou byste aktuálně potřeboval(a)?

- a) Do 100 Kč za hodinu
- b) Do 200 Kč za hodinu
- c) Do 500 Kč za hodinu

- d) Jiná, prosím uveďte:
- 6) Zajímáte se o programy z oblasti prevence, které nabízí Vaše zdravotní pojišťovna?
- a) Zním programy prevence a využívám příspěvky
 - b) Vím o programech prevence, ale nevyžívám příspěvky
 - c) Neznám programy prevence
- 7) Vaše věková kategorie?
- a) Méně než 35
 - b) 35-44
 - c) 45-54
 - d) 55-64
 - e) 65-74
 - f) Více než 75
- 8) Pohlaví?
- a) Muž
 - b) Žena

Děkuji za Váš čas, který jste věnovali vyplnění tohoto dotazníku.