

Návrh nových konceptů pohybových programů v rámci financování preventivních programů zdravotních pojišťoven

Bc. Kateřina Antošová



PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení diplomové práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji diplomovou 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;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem diplomové 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, že

- jsem na diplomové práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá financováním preventivních programů zaměřených na pohybové aktivity poskytovaných zdravotními pojišťovnami. Tyto programy se v praxi jeví jako nedostatečné. Cílem mé práce je na základě provedené analýzy současného stavu financování preventivních programů zdravotních pojišťoven v ČR vypracovat návrh alternativního rozdělení finančních prostředků do oblasti pohybových aktivit v rámci financování preventivních programů zdravotních pojišťoven v ČR. Záměrem tohoto návrhu je také adekvátnost, míra využití a dopad, zejména ve vztahu k narůstajícím civilizačním onemocněním, jako jsou diabetes mellitus a kardiovaskulární choroby.

Práce se zaměřuje na analýzu sekundárních dat a navrhuje nový model financování, který klade důraz na prevenci a zvyšuje motivaci pojištěnců. Navrhovaný koncept má za cíl ušetřit prostředky v akutní lůžkové péči v souvislosti s civilizačními chorobami a následně motivovat jednotlivce k využívání případných navýšených prostředků ze zdravotního pojištění pro úhradu preventivních pohybových aktivit.

Klíčová slova:

Zdravotní pojišťovny, preventivní programy, financování, prevence, pohybové aktivity

ABSTRACT

This thesis focuses on the funding of preventive programs aimed at physical activity, provided by health insurance companies. In practice, these programs appear to be insufficient. The aim of this work is to develop a proposal for an alternative allocation of financial resources into the area of physical activity within the framework of preventive programs offered by health insurance companies in the Czech Republic, based on an analysis of the current state of funding.

The objective of this proposal is also to address adequacy, utilization rates and impact, especially in relation to the growing prevalence of lifestyle-related diseases such as diabetes mellitus and cardiovascular diseases. The thesis is based on the analysis of secondary data and introduces a new funding model that emphasizes prevention and increases the motivation of insured individuals. The proposed concept aims to reduce spending on acute inpatient care related to chronic diseases and, at the same time, to encourage individuals to make use of potentially increased health insurance funds for covering preventive physical activity services.

Keywords:

Health insurance companies, preventive programs, funding, prevention, physical activity

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji svým aktivním klientům z pohybového studia Fyzio Movement s.r.o. ve Zlíně za inspiraci ke studiu i k volbě tématu této diplomové práce. Právě díky Vám jsem dnes tam, kde jsem. Přestože má aktuální víra ve výraznou změnu zdravotnického systému není příliš silná, tuto práci věnuji všem z Vás, kteří ke svému zdraví přistupujete aktivně, zodpovědně a s respektem. Vaše úsilí má smysl!

Děkuji Ing. Elišce Kozubíkové, Ph.D. za vedení při diplomové práci.

Děkuji RNDr. Jaroslavu Louckému, Ph.D., LL.M. za konzultace a seznámení s detaily organizace, poskytováním a úhradami zdravotní péče

Děkuji Petru Chmelíkovi, odborníkovi působícím v IT oboru, za konzultace při zpracování datových podkladů.

Děkuji své kolegyni Veronice Kočendové za podporu, zastupování lekcí a spolupráci při tvorbě programů pohybové prevence v našem studiu.

A v neposlední řadě děkuji sama sobě – za odvahu vydat se na cestu, která vede k poznání, a za víru v to, že i vzdělávání může být hluboce osobní proměnou.

A nesmím zapomenout na Kinga – nejlepšího psa na světě, který mě učí každým dnem, že vážit si svého zdraví pobíháním po lese je někdy ta nejlepší vědecká metoda.

Co mě na světě nejvíce překvapuje, je člověk. Protože obětuje své zdraví, aby vydělal peníze. Pak obětuje své peníze, aby obnovil své zdraví.

— Dalajláma

Obsah

ÚVOD.....	13
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE.....	15
I. TEORETICKÁ ČÁST	17
1 ZPŮSOBY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB	18
1.1 ÚHRADOVÁ VYHLÁŠKA	18
1.2 MECHANISMY ÚHRAD ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	19
2 SYSTÉM FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN.....	21
2.1 ZÁKLADNÍ MODEL Y ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ.....	21
2.1.1 STÁTNÍ ZDRAVOTNICTVÍ.....	21
2.1.2 SYSTÉM VŠEOBECNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	22
2.2 ROZDĚLENÍ FINANCOVÁNÍ A ROLE ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	24
2.3 ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY – BISMARCKŮV MODEL.....	26
3 PREVENTIVNÍ PROGRAMY NA PODPORU ZDRAVÍ.....	30
3.1 PREVENCE A LÉČBA CIVILIZAČNÍCH NEMOCÍ	30
3.2 CÍL PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	30
3.3 HLAVNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ	31
3.4 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL	31
3.5 POHYBOVÁ AKTIVITA	32
3.6 NEGATIVNÍ ROLE KOUŘENÍ.....	32
3.7 OMEZENÍ KONZUMACE ALKOHOLU.....	33
3.8 ZVLÁDÁNÍ STRESU.....	33
4 CIVILIZAČNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	35
4.1 STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	35
4.1.1 OBEZITA	35
4.1.2 DIABETES MELLITUS	35
4.1.3 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ.....	36
4.1.4 ONEMOCNĚNÍ SRDCE A CÉV	36
4.2 DOPADY CIVILIZAČNÍCH ONEMOCNĚNÍ NA LIDSKOU POPULACI	37
5 POHYBOVÉ AKTIVITY A JEJICH VLIV NA CIVILIZAČNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	38
5.1 VLIV POHYBOVÉ AKTIVITY NA ZDRAVÍ.....	38
5.1.1 OBEZITA A NADVÁHA.....	40
II. PRAKTICKÁ ČÁST	42
6 SOUČASNÝ STAV FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ A PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN V ČR.....	43

6.1	VÝVOJ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR	43
6.2	ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU FINANCOVÁNÍ PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN.....	53
6.2.1	ZAHRAČNÍ STUĐIE PODPORUJÍCI PREVENCI	58
6.2.2	ČESKÁ STUĐIE „ZDRAVOTNÍ PROFIL ZEMĚ 2030“	61
6.3	FINANCOVÁNÍ POHYBOVÝCH AKTIVIT V RÁMCI PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN.....	62
7	NÁVRH NA ZLEPŠENÍ PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ	68
7.1	PREVENCE JAKO VÝZNAMNÝ FAKTOR V BOJI S CIVILIZAČNÍMI ONEMOCNĚNÍMI	68
7.2	MOŽNOSTI ÚSPOR VE FINANCOVÁNÍ AKUTNÍ LŮŽKOVÉ PÉČE	71
7.2.1	VYSOKÝ KREVŇÍ TLAK (DRG I10)	72
7.2.2	DIABETES MELLITUS 2. TYPU (DRG E11).....	73
7.2.3	OBEZITA (DRG E66)	74
7.2.4	ISCHEMIE A INFARKT (DRG I20–I25).....	75
7.2.5	MRTVICE (CMP – DRG I63).....	76
7.3	CELKOVÝ VLIV ÚSPOR S OHLEDEM NA POPULACI	79
8	NÁVRH NOVÝCH KONCEPTŮ POHYBOVÝCH PROGRAMŮ V RÁMCI FINANCOVÁNÍ PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN.....	85
8.1	VARIANTNÍ ŘEŠENÍ NÁVRHU ZAVEDENÍ POHYBOVÝCH PROGRAMŮ DO SYSTÉMU PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	85
8.1.1	VARIANTA A.....	85
8.1.2	VARIANTA B.....	88
8.1.3	VARIANTA C	89
8.2	ZHODNOCENÍ NÁVRHU.....	94
	ZÁVĚR.....	96
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	99
	SEZNAM POUŽITÝCH ONLINE ZDROJŮ	101
	SEZNAM OBRÁZKŮ	107
	SEZNAM TABULEK.....	108
	SEZNAM GRAFŮ	109
	SEZNAM PŘÍLOH.....	110
	PŘÍLOHA P I: PŘEPOČTY KURZŮ	110

ÚVOD

Pohybová aktivita je jedním z klíčových faktorů ovlivňujících zdraví jednotlivců i celé populace. Nedostatek pohybu je v současné době jednou z hlavních příčin vzniku civilizačních onemocnění, jakými jsou obezita, cukrovka, kardiovaskulární onemocnění či bolesti pohybového aparátu. Tyto problémy představují nejen zdravotní, ale také ekonomickou zátěž pro zdravotní systém a společnost jako celek. Proto je prevence těchto onemocnění prostřednictvím podpory aktivního životního stylu zásadní prioritou moderní zdravotní péče.

Vzhledem k těmto výzvám je nezbytné, aby zdravotní pojišťovny do budoucna spolupracovaly s odborníky na výživu, fyzioterapeuty, psychology a technologickými specialisty při vývoji a implementaci preventivních programů. Tato multidisciplinární spolupráce může vést k efektivnějším a atraktivnějším programům, které budou lépe odpovídat potřebám a preferencím pojištěnců.

Zdravotní pojišťovny hrají klíčovou roli v podpoře prevence, a to prostřednictvím programů, které motivují klienty k udržování zdravého životního stylu. Současné preventivní programy však často nebývají zcela dostatečné pro motivaci jedinců. Moderní přístup by měl zahrnovat inovativní koncepty, které reflektují aktuální potřeby populace a zohledňují technologický pokrok, individuální preference a možnosti účastníků. Také by měl jedince motivovat, aby se do programu prevence chtěli sami zapojit a být jeho součástí.

Hlavní myšlenkou tohoto přístupu je prokázat úspory v následné zdravotní péči, ať už ambulantní, lůžkové či dlouhodobé, a to tím, že investice do prevence má preventivní účinek tehdy, je-li správně využita. Důležitým aspektem je také zvýšení povědomí o tom, že zdravotní péče není poskytována zdarma, jak se mnozí domnívají, a že je nezbytné, aby každý přistupoval ke svému zdraví individuálně a zodpovědně.

Jako osobní a kondiční trenér, bývalý sportovec a člověk, který se věnuje zdravému životnímu stylu už od dětství, si plně uvědomuji, jaký pozitivní dopad má pravidelný pohyb, vyvážená strava a dostatek regenerace na naše tělo i psychickou pohodu.

Z pohledu psychosomatiky lze nemoc vnímat jako ztrátu moci – tedy neschopnost ovlivňovat svůj život nebo určitou situaci. Jakmile tuto moc znovu získáme, otevírá se nám možnost převzít odpovědnost a aktivně měnit to, co nás trápí nebo co v našem životě potřebuje uzdravení. Moc však není jen o vlivu, ale také o sebekázni a svobodné volbě.

V dobách tradičního lékařství bývalo běžné ptát se: *Co se změnilo, než nemoc přišla?* Hledala se příčina, nejen důsledek. Dnes, v éře špičkového výzkumu, dokážeme analyzovat stav organismu velmi detailně – zkoumat, kde a proč došlo k narušení vnitřní rovnováhy. Otázkou ale zůstává: *Jak dlouho se chceme zaměřovat pouze na následky, potažmo je tento přístup udržitelný z dlouhodobého hlediska?*

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Cílem této práce je návrh nového konceptu pohybových programů financovaných zdravotními pojišťovnami, které budou efektivněji podporovat prevenci civilizačních onemocnění a zvyšovat motivaci klientů k pravidelné fyzické aktivitě.

Práce si klade za cíl nejen přispět k lepšímu zdraví jednotlivců, ale také k dlouhodobému snížení ekonomické zátěže zdravotního systému, což představuje přínos pro celou společnost a její budoucnost.

Hlavním cílem je navrhnout ekonomicky udržitelný koncept pohybových programů, které by zdravotní pojišťovny mohly financovat jako součást preventivní péče, s cílem zlepšit zdraví obyvatel a snížit dlouhodobé náklady na léčbu chronických onemocnění. Vytvořit řešení návrhu s možnostmi úspor a následné ekonomické efektivity s výhledem do budoucnosti a její případné realizace.

Níže uvádím jednotlivé body řešení diplomové práce:

- Prozkoumat současné pohybové a preventivní programy financované zdravotními pojišťovnami v České republice.
- Analyzovat legislativní a finanční podmínky pro podporu preventivní péče a pohybových aktivit (aktuální stav financování jednotlivých pojišťoven).
- Shromáždit datový podklad pro jednotlivé analýzy.
- Vyhodnotit zahraniční příklady z praxe a jejich možnou aplikaci v českém kontextu.
- Zpracovat ekonomickou analýzu nákladů a přínosů navržených programů.

V diplomové práci byly použity tyto metody ke zpracování:

1. Analýza stávajících preventivních programů

- Shromáždění a analýza dostupných dat o preventivních programech zdravotních pojišťoven v ČR, včetně jejich zaměření, financování a efektivity.

2. Srovnání zahraničních modelů se situací v ČR

- Vyhledání a analýza zahraničních modelů preventivních pohybových programů, přičemž důraz bude kladen na jejich financování, organizaci a dopad na zdravotní systém.
- Srovnání českého přístupu se zahraničními modely a identifikace prvků, které lze adaptovat do místního prostředí.

3. Návrh pohybových programů jako součást preventivních programů

- Vytvoření preventivních programů se zahrnutím pohybových aktivit jako nedílnou součást celku v kontextu platby za zdravotní pojištění

4. Ekonomické vyhodnocení

- Vyhodnocení finančních přínosů, jako jsou potenciální úspory zdravotního systému díky prevenci civilizačních onemocnění.

Tento přístup umožní komplexní pochopení problematiky zahrnující jak teoretickou analýzu, tak praktické návrhy, které mohou být dlouhodobě aplikovány v oblasti prevence veřejného zdraví.

Pro získání sekundárních dat se obrátím na hlavního analytika ÚZIS.

Při parafrázování textů a vyhledávání relevantních informací mi byla nápomocná placená verze AI nástroje ChatGPT 4.0.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZPŮSOBY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Tato kapitola se zaměřuje na problematiku financování zdravotnických služeb v České republice, přičemž hlavní důraz je kladen na popis úhradové vyhlášky a mechanismů úhrad ze strany zdravotních pojišťoven.

1.1 Úhradová vyhláška

V České republice je zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění, do něhož občané přispívají formou povinných odvodů. Systém funguje na základě právních předpisů, zejména zákona (258/2000 Sb.) o veřejném zdravotním pojištění a úhradové vyhlášky (319/2023 Sb.). Péče je poskytována prostřednictvím ambulančí a nemocnic. Zaměstnanci přispívají na pojištění jednou třetinou ze své hrubé mzdy, zatímco zbylé dvě třetiny platí zaměstnavatelé. Osoby samostatně výdělečně činné odvádějí pojistné podle výše svých příjmů. Za státní pojištěnce, jakými jsou děti, studenti, rodiče na mateřské a důchodci, platí pojištění stát. Výše odvodů a úhrad za zdravotní služby ovlivňuje dostupnost a rozsah péče, kterou jednotliví pojištěnci mohou čerpat. (Data o zdraví, 2019)

Úhradová vyhláška představuje jeden z klíčových právních předpisů v oblasti financování zdravotní péče, který každoročně upravuje pravidla pro úhrady zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Tuto vyhlášku **319/2023 Sb.** vydává Ministerstvo zdravotnictví České republiky a její ustanovení se dotýkají nejen poskytovatelů zdravotní péče, ale i zdravotních pojišťoven a pacientů. (NZIP, 2021)

V rámci systému veřejného zdravotního pojištění stanovuje úhradová vyhláška zásady financování a regulace pro jednotlivé segmenty zdravotní péče. Její pravidla určují způsob úhrad i maximální finanční limity pro různé typy poskytovatelů zdravotních služeb, například praktické lékaře, ambulantní specialisty, stomatology či nemocnice. Významnou součástí vyhlášky jsou také mechanismy regulace v oblasti léčiv, kde se mimo jiné stanovují limity nákladů na předepsané léčivé přípravky a specifická pravidla pro tzv. centrovou léčbu. (NZIP, 2021)

Pokud zdravotnické zařízení překročí finanční limit stanovený vyhláškou, zdravotní pojišťovna nemusí poskytnutou péči nebo předepsané léky uhradit v plném rozsahu, případně je hradí pouze částečně. Existuje však možnost individuální dohody mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou, která může mít přednost před obecnými pravidly úhradové vyhlášky. Tento mechanismus umožňuje přizpůsobit

financování specifickým situacím, na něž běžná regulace nemusí být plně aplikovatelná. (NZIP, 2021)

Úhradová vyhláška pro rok 2025, vydaná ve Sbírce zákonů pod číslem **314/2024 Sb.**, představuje zásadní právní předpis upravující financování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Tento dokument zajišťuje transparentní a předvídatelné podmínky pro úhrady zdravotní péče a stanovuje pravidla pro jednotlivé segmenty zdravotnického systému. (MZČR, 2025)

1.2 Mechanismy úhrad zdravotních pojišťoven

Každý stát vytváří vlastní systém státních orgánů, které zajišťují ochranu veřejného zdraví. V České republice plní tuto funkci Ministerstvo zdravotnictví jako nejvyšší orgán státní správy v oblasti ochrany veřejného zdraví. Na úrovni krajů tuto roli zastávají krajské hygienické stanice. Ministerstvo zdravotnictví koordinuje, řídí a kontroluje činnost těchto hygienických stanic a také rozhoduje o odvoláních proti jejich rozhodnutím. Většina vyspělých zemí, včetně České republiky, staví roli státu v oblasti zdravotnictví na principu garance – stát je zodpovědný za zajištění dostupnosti a efektivity zdravotní péče pro své obyvatele. (Kebza, Mareš, 2024, s. 102)

V České republice je financování zdravotní péče založeno na systému veřejného zdravotního pojištění, který kombinuje různé modely úhrad podle typu poskytované péče a jejího charakteru. Mezi hlavní mechanismy financování patří:

1. Kapitační platby

Kapitační platby jsou využívány především u praktických lékařů. Lékař obdrží paušální částku za každého registrovaného pacienta, přičemž výše této platby závisí na věku pacienta a organizačních parametrech ordinace, jakými je například délka ordinačních hodin. Tyto platby mohou být doplněny o úhradu výkonů, které kapitační platbu přesahují. (MZČR, 2020)

2. Paušální platby

Paušální platby se používají zejména v nemocnicích a vycházejí z objemu zdravotní péče poskytované v předchozím období. Zdravotní pojišťovny na jejich základě poskytují pravidelné zálohové platby poskytovatelům zdravotní péče. (MZČR, 2020)

3. Výkonové platby

Výkonové platby představují úhradu na základě jednotlivých provedených výkonů. Každý výkon má přidělenou bodovou hodnotu, která se následně převádí na odpovídající finanční částku. Tento systém umožňuje přesnější odměňování poskytovatelů za konkrétní zdravotní výkony. (MZČR, 2020)

4. DRG systém (Diagnosis-Related Groups)

DRG systém se používá zejména při financování akutní lůžkové péče. Hospitalizace jsou kategorizovány podle diagnóz a léčebných procedur do skupin s obdobnými náklady, přičemž každá skupina má pevně stanovenou úhradu. Tento systém umožňuje efektivnější řízení nákladů a srovnání nákladovosti mezi různými poskytovateli. (MZČR, 2020)

5. Přímé platby

Přímé platby se týkají zdravotních služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění. Mezi ně patří například některé stomatologické zákroky, estetické medicínské výkony nebo doplatky na léky a zdravotnické pomůcky. Pacienti tyto služby hradí přímo poskytovatelům zdravotní péče. (MZČR, 2020)

2 SYSTÉM FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

Financování zdravotních pojišťoven představuje klíčový prvek fungování zdravotnického systému a významně ovlivňuje dostupnost a kvalitu poskytované zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny hrají důležitou roli zprostředkovatelů mezi plátcí pojištění, poskytovateli zdravotních služeb a pojištěnci, přičemž jejich financování vychází primárně z veřejného zdravotního pojištění, které je v České republice povinné a založené na principu solidarity.

2.1 Základní modely zdravotnických systémů

Zdraví jako takové nelze nikomu zaručit. Navzdory pokročilým technologiím a moderním lékařským postupům existují onemocnění a úrazy, které přinášejí utrpení, jež lze pouze zmírnit, nebo jsou dokonce neléčitelné. Termín „právo na zdraví“ je spíše zjednodušením, které se používá v politickém a mediálním diskurzu. Reálně je však třeba soustředit pozornost na zdravotnictví jako systém, který poskytuje zdravotní péči jako službu. Tato péče by měla být účinná, bezpečná a dostupná – což však automaticky neznamená, že musí být vždy zajišťována a financována výhradně veřejným sektorem. (Koldinská, Tomeš a Křepelka, 2017, s. 229)

Hamplová (2019, s. 51) udává, že v České republice lze zdravotnické systémy rozdělit podle způsobu hrazení poskytnuté zdravotní péče na dva základní modely:

1. Státní zdravotnictví:
 - Zde je zdravotní péče hrazená z veřejných prostředků – Národní zdravotní služba
 - Jedná se o Beveridgův model a Semaškův model
2. Zdravotní systémy založené na pojištění:
 - Veřejné, povinné zdravotní pojištění – Bismarcovský model zdravotnictví
 - Soukromé, dobrovolné zdravotní pojištění, tzv. tržní zdravotnictví, liberální model

2.1.1 Státní zdravotnictví

Beveridgův model zdravotní péče, známý také jako **Národní zdravotní služba**, je financován z všeobecných daní. Tento systém, který se uplatňuje zejména ve Velké Británii, zajišťuje univerzální zdravotní pojištění pro všechny obyvatele. Zdravotní péče je

poskytována především ve veřejných zdravotnických zařízeních nebo u smluvních poskytovatelů s různými formami vlastnictví. (Hamplová, 2019, s. 52)

Většinu zdravotnických zařízení, zejména nemocnic, vlastní stát a zdravotní pracovníci jsou zaměstnání přímo v rámci národní zdravotní služby. Financování probíhá prostřednictvím daní, které občané odvádějí do státního rozpočtu. Hlavním přínosem tohoto systému je rovný přístup ke zdravotní péči bez ohledu na finanční situaci jednotlivců (Hamplová, 2019, s. 52).

Soukromá zdravotnická zařízení, jakými jsou ordinace praktických lékařů, stomatologů a specialistů, tvoří přibližně 15–20 % zdravotního sektoru a bývají častěji využívána pacienty s vyššími příjmy. Tento model zdravotní péče je s různými obměnami zaveden také ve Švédsku, Norsku, Finsku, Dánsku, Irsku, Španělsku, Portugalsku, Řecku, Itálii, Kanadě, na Novém Zélandu a v Austrálii. (Hamplová, 2019, s. 52)

Dle Mertla (2022, s. 141) můžeme tedy říct, že britský model financování zdravotní péče je založen na tradičním pojetí veřejných financí, kde zdravotnictví představuje jednu z hlavních priorit státního rozpočtu. Tento systém se vyznačuje centralizací finančních zdrojů, efektivním výběrem daní a stabilním financováním prostřednictvím jednoho plátce. Ačkoliv tento přístup umožňuje udržet kontrolu nad náklady a zajistit dostupnost zdravotní péče, zároveň přináší i určité výzvy. Dlouhodobě je britské zdravotnictví vnímáno jako podfinancované, což vede k rostoucím fiskálním tlakům a obavám o jeho udržitelnost.

Semaškův model zdravotní péče je založen na plném státním řízení financování i poskytování zdravotních služeb, přičemž soukromý sektor zde nehraje žádnou roli. Historicky byl tento systém využíván ve všech bývalých socialistických státech východní Evropy a v bývalém Sovětském svazu, přičemž v současnosti stále funguje například na Kubě. Charakteristickým rysem tohoto modelu je nízká spoluúčast pacientů, například ve formě minimálních poplatků za hospitalizaci. (Hamplová, 2019, s. 52)

Významnou výhodou tohoto systému je zajištění rovného přístupu k lékařské péči pro všechny obyvatele, garance dostupnosti zdravotní péče státem a také nižší administrativní zátěž pro zdravotnický personál. Na druhou stranu se tento model často potýká s dlouhými čekacími lhůtami a omezenými možnostmi svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení. (Hamplová, 2019, s. 52)

2.1.2 Systém všeobecného zdravotního pojištění

Systém sociálního zdravotního pojištění je systém fungující na principu všeobecného zdravotního pojištění je založen na ideji rovného a dostupného přístupu k zdravotní péči pro

všechny obyvatele. Náklady na zdravotní péči jsou hrazeny z povinného veřejného zdravotního pojištění, přičemž systém funguje na principu solidarity – každý přispívá podle svých příjmů, stanovených vyměřovacím základem, a čerpá péči podle svých individuálních potřeb.

Tento model, známý jako **Bismarckův model** (pojmenovaný po jeho zakladateli Ottu von Bismarckovi), vznikl v Německu na konci 19. století a dnes je uplatňován v mnoha evropských zemích, včetně České republiky, Slovenska, Německa, Rakouska, Francie, Belgie, Nizozemska, Lucemburska, Švýcarska, Polska a Maďarska.

Zdravotní pojištění je součástí širšího systému sociálního zabezpečení. Zdravotní pojišťovny bývají převážně veřejné a neziskové, i když v některých zemích působí i soukromé subjekty. Rozsah poskytované péče je ve většině zemí obdobný, i když mohou existovat určité národní odlišnosti.

Mezi hlavní přínosy tohoto modelu patří rovný přístup k péči, její vysoká kvalita, zajištění dostupnosti a široké spektrum poskytovatelů. Na druhou stranu k jeho nevýhodám patří značné finanční náklady – ve většině zemí výdaje na zdravotnictví dlouhodobě přesahují 10 % hrubého domácího produktu. (Hamplová, 2019, s. 53)

Soukromé zdravotní pojištění je tržní model zdravotní péče je postaven na předpokladu, že odpovědnost za vlastní zdraví nese primárně každý jednotlivec, a proto je účast v systému zdravotního pojištění dobrovolná. Pojištění se vyskytuje ve dvou hlavních formách – jako zaměstnanecké, kde část nákladů hradí zaměstnavatel, nebo jako individuální pojištění, které si hradí pojištěnec sám. Zároveň fungují neziskové, charitativní či státní instituce, které zajišťují zdravotní služby lidem bez pojištění. Vedle toho existují i speciální programy určené pro určité skupiny obyvatelstva, například chronicky nemocné, které jim zajišťují bezplatný přístup k péči. Tento systém je typický především pro Spojené státy americké. (Hamplová, 2019, s.53)

Mertl (2022, s. 117) charakterizuje Americký zdravotnický systém jako pluralitní s převahou tržních mechanismů. Jeho základním principem je individuální odpovědnost za zdravotní zabezpečení, kdy si jednotlivci sami pořizují zdravotní péči a pojištění na trhu, což odráží liberální přístup.

Systém je poznamenán výraznými rozdíly mezi špičkovou, technologicky vyspělou péčí dostupnou pro ty s výhodnými pojistnými plány a základní, často charitativní či komunitní

péči poskytovanou hromadně nepojištěným nebo nedostatečně pojištěným občanům. (Mertl, 2022, s. 117)

Američané často svůj zdravotní systém označují za „nejlepší na světě“. Ačkoli některé části systému jsou skutečně vynikající, systém jako celek potřebuje zlepšení. Americký zdravotní systém má vysoké náklady a průměrné výsledky. Přestože Spojené státy vydávají na zdravotní péči na osobu mnohem více než jakákoli jiná velká vyspělá země, americká průměrná délka života při narození je na 27. místě mezi 34 zeměmi, které jsou členy Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Horší výsledky mají pouze Česká republika, Polsko, Estonsko a Slovenská republika. (LEE, 2019, s.20)

Tržně orientovaný zdravotní systém může zajistit velmi kvalitní péči, pokud má pojištěnec dostatečně rozsáhlé pojištění. Takový systém také umožňuje vysoké investice do lékařského výzkumu a přispívá ke zlepšování úrovně zdravotní péče. Na druhou stranu ale přináší i negativní důsledky, jako jsou sociální nerovnosti, omezený přístup k péči pro některé skupiny obyvatel a finanční zátěž v případě vážných dlouhodobých onemocnění. (Hamplová, 2019, s. 53)

Ve spojených státech amerických byl například jedním z cílů programu Healthy People v roce 2020 zlepšit přístup ke komplexním a kvalitním zdravotnickým službám. Zastánci tohoto cíle poukazovali na to, že před přijetím zákona Affordable Care Act (ACA) bylo 17,2 % Američanů, což představovalo přibližně 55 milionů lidí, bez zdravotního pojištění. Mnozí z nich tvrdili, že zdravotní péče je právem každého Američana. (Nowicky, 2018, s. 365)

Každý z těchto modelů má své výhody a nevýhody a odráží historické, kulturní a ekonomické podmínky dané země. Například Bismarckův model zdůrazňuje solidaritu a povinné pojištění, zatímco Beveridgeův model klade důraz na univerzální přístup k péči financované z daní.

Je důležité poznamenat, že v praxi mnoho zemí kombinuje prvky různých modelů, aby vytvořily systém zdravotní péče, který nejlépe vyhovuje jejich specifickým potřebám a podmínkám.

2.2 Rozdělení financování a role zdravotních pojišťoven

Financování zdravotnictví v České republice je založeno na kombinaci veřejných a soukromých zdrojů, přičemž klíčovou roli hrají zdravotní pojišťovny.

Zdroje financování (NZIP, 2024)

1. Veřejné zdroje

Zdravotní pojištění, kde hlavním zdrojem financování zdravotní péče v ČR je veřejné zdravotní pojištění. Povinné odvody činí 13,5 % z vyměřovacího základu. Zaměstnanci hradí 4,5 %, zaměstnavatelé 9 %. Osoby samostatně výdělečně činné odvádějí 13,5 % z poloviny svého zisku. Za státní pojištěnce (např. děti, studenti, důchodci) platí pojistné stát.

Státní rozpočet jako doplňkové financování specifických programů a investic ve zdravotnictví je zajišťováno prostřednictvím státního rozpočtu.

2. Soukromé zdroje

Přímé platby pacientů, kde pacienti v České republice hradí zdravotní služby, které nejsou kryty veřejným zdravotním pojištěním. Tyto platby zahrnují doplatky za léky, zdravotnické pomůcky, stomatologické výkony a nadstandardní péči. (Data o zdraví, 2029)

Soukromé zdravotní pojištění v České republice, které slouží jako doplněk k veřejnému systému a pokrývá služby, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Toto pojištění je často využíváno cizinci, kteří nemají nárok na veřejné zdravotní pojištění, nebo občany ČR při cestách do zahraničí. (Data o zdraví, 2019)

Hospodaření zdravotních pojišťoven

Hospodaření zdravotních pojišťoven v České republice je založeno na fondovém principu, kdy jsou jejich činnosti financovány z několika specifických fondů, jejichž tvorba a využití jsou upraveny právními předpisy. Hlavními fondy jsou:

1. Základní fond

Základní fond zdravotního pojištění je klíčovým fondem každé zdravotní pojišťovny. Primárně slouží k úhradě hrazených zdravotních služeb poskytovaných pojištěnců. Do tohoto fondu směřují především povinné odvody ze zdravotního pojištění po jejich přerozdělení a některé další finanční prostředky stanovené právními předpisy, jako jsou náhrady škody, část vyměřených penále a pokut. Ze základního fondu jsou rovněž realizovány příděly do dalších fondů ve výši určené právními předpisy. (MZČR, 2020)

2. Provozní fond

Provozní fond slouží k úhradě nákladů spojených s činností zdravotní pojišťovny, jako jsou platy zaměstnanců a nákup běžného majetku. Hlavním zdrojem tohoto fondu je příděl ze

základního fondu, jehož výše je stanovena právními předpisy a závisí především na počtu pojištěnců konkrétní pojišťovny. V průměru činí tento příděl něco málo přes 3 % příjmů základního fondu, což je v porovnání s provozními náklady zdravotních pojišťoven v jiných evropských zemích pod průměrem. (MZČR, 2020)

3. Fond prevence

Fond prevence je dobrovolný fond, který umožňuje zdravotním pojišťovnám hradit nad rámec zákonem stanovené zdravotní péče služby s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem. Čerpání služeb z tohoto fondu je dobrovolné a pojištěnec musí splnit podmínky stanovené pojišťovnou. Fond je tvořen především příjmy z pokut, penále a přirážek k pojistnému, a minimálním přídělem ze základního fondu. (MZČR, 2020)

4. Rezervní fond

Rezervní fond slouží ke krytí schodků základního fondu a k úhradě hrazených služeb v případě hromadných onemocnění nebo přírodních katastrof. Je tvořen povinnými příděly ze základního fondu a zdravotní pojišťovna je povinna jej udržovat v zákonem stanovené výši. (MZČR, 2020)

Kromě těchto hlavních fondů mohou zdravotní pojišťovny vytvářet další fondy, jako jsou sociální fond, fond majetku a fond reprodukce majetku, které slouží k dalším specifickým účelům v rámci hospodaření pojišťovny.

2.3 Zdravotnictví České republiky – Bismarckův model

V České republice existují výrazné nerovnosti ve zdraví, které jsou podmíněny celou řadou faktorů – od genetických predispozic přes odlišné zdravotní chování, socioekonomický status, životní podmínky až po věkové rozdíly. Nelze očekávat, že by všichni lidé mohli dosáhnout stejné úrovně zdraví nebo se dožít stejného věku. V rámci zdravotnického systému vznikají nerovnosti například v důsledku nerovnoměrné geografické a časové dostupnosti zdravotních služeb, organizačních bariér či nerovného přístupu k nadstandardním službám. Tyto rozdíly jsou obyvatelstvem často vnímány jako nespravedlivé. (Kebza, Mareš, 2024, s. 103)

Zdravotnictví lze chápat jako oblast složenou ze dvou hlavních částí. První tvoří systém zdravotnických zařízení uspořádaný do určité hierarchie, který se stará o organizaci zdravotní péče a ochranu veřejného zdraví. Druhá část zahrnuje konkrétní opatření, metody

a odborné činnosti, které slouží k péči o zdraví lidí a k naplňování jejich zdravotních potřeb. Celý systém zdravotní péče zahrnuje instituce, lidské zdroje, kulturní a ekonomické prostředky a vědecký výzkum, které společnost využívá k prevenci nemocí a podpoře zdraví. Každý rozvinutý zdravotnický systém je postaven na třech klíčových skupinách aktérů – na příjemcích péče, jejích poskytovatelích a plátcích. (Kebza a Mareš, 2024, s. 375)

Zdravotní systém České republiky je založen na **Bismarckově modelu**, který kombinuje povinné veřejné zdravotní pojištění s prvky státní regulace a soukromého poskytování zdravotní péče.

Tento systém zajišťuje univerzální přístup k zdravotní péči pro všechny občany, přičemž financování je založeno na příspěvcích z příjmů, což podporuje solidaritu mezi různými socioekonomickými skupinami. Díky kombinaci státní regulace a soukromého poskytování služeb se snaží dosáhnout rovnováhy mezi dostupností, kvalitou a efektivitou zdravotní péče.

Klíčové charakteristiky dle (MZČR,2020) v českém zdravotnictví jsou:

- Povinné zdravotní pojištění: Všichni občané jsou povinni odvádět zdravotní pojištění. Toto pojištění je spravováno zdravotními pojišťovnami, které fungují na principu neziskových organizací.
- Pluralita zdravotních pojišťoven: V ČR působí několik zdravotních pojišťoven, mezi nimiž si mohou pojištěnci vybrat. Tato konkurence má za cíl zlepšovat kvalitu služeb a efektivitu systému.
- Solidarita a rovnost přístupu: Systém je založen na principu solidarity, kdy ekonomicky aktivní obyvatelé přispívají na zdravotní péči pro všechny, včetně ekonomicky neaktivních skupin, jako jsou děti, důchodci či nezaměstnaní.
- Smluvní vztahy s poskytovateli: Zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy s poskytovateli zdravotní péče, což umožňuje regulovat kvalitu a dostupnost služeb. Poskytovatelé mohou být jak státní, tak soukromí.
- Státní regulace: Ministerstvo zdravotnictví stanovuje legislativní rámec, dohlíží na kvalitu poskytované péče a reguluje činnost zdravotních pojišťoven.

Veřejné zdravotnictví je oborem, který se systematicky věnuje otázkám zdraví a organizace zdravotní péče. Zaměřuje se na řešení zdravotních problémů u specifických skupin obyvatel, jednotlivých komunit i celé populace. Jeho hlavním cílem je podporovat zdravý životní styl a vytvářet příznivé životní a pracovní podmínky, aby byla dosažena co nejvyšší možná úroveň zdraví obyvatel daného státu. (Hamplová, 2019, s. 9)

Cílem koncepce zdravotní péče v České republice je uplatnění principu solidarity, který zajišťuje, aby kvalitní zdravotní péče zůstala dostupná pro všechny. Toho se dosahuje podporou racionálního využívání dostupných zdrojů, nastavením vhodných podmínek pro pacienty i poskytovatele a efektivní koordinací mezi veřejnými zdravotnickými systémy a soukromými institucemi. Základní metodou financování zdravotní péče v ČR je systém zdravotního pojištění. (Tomeš, 2018, s. 73)

Po roce 1989 došlo ve zdravotnictví k zásadním změnám v rámci transformačního procesu, jehož hlavním cílem byla obnova a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a zároveň zajištění souladu těchto změn s celkovou ekonomickou transformací. Reformy vycházely z Bismarckova modelu zdravotní péče, který je založen na principu solidárního zdravotního pojištění. (Mertl, 2022, s. 314)

Také po roce 1989 přinesly nové společenské poměry zásadní změny i do oblasti zdravotnictví, zejména otevřením prostoru pro vznik široké škály zdravotnických zařízení s různou právní formou. V roce 1991 došlo ke zrušení OÚNZ a KÚNZ a zároveň k přechodu na nový systém financování zdravotní péče – všeobecné zdravotní pojištění bismarckovského typu. Tento model je povinný, solidaritě založený a tvoří základ současného českého systému zdravotní péče.

K vytvoření právního rámce pro tento nový systém byly přijaty klíčové zákony: zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, který stanovuje výši pojistného. Pojistné činí 13,5 % z vyměřovacího základu, přičemž 9 % hradí zaměstnavatel a 4,5 % zaměstnanec. Oproti sazbám z období první republiky došlo k více než dvojnásobnému navýšení.

Zdravotní pojišťovny vykonávají svou činnost v souladu s platnými právními předpisy a jsou zřízeny jako veřejnoprávní, neziskové instituce. Jejich činnost upravuje také zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Veškeré uspořené prostředky musí být využity zpět v systému zdravotní péče.

Od 31.12.2018 evidujeme v České republice sedm zdravotních pojišťoven (Hamplová, 2019, s. 12):

Tabulka 1. Pojišťovny v České republice

Kód	Název pojišťovny	Zkratka
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	VZP
201	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	VoZP
205	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	ČPZP
207	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	OZP
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	ZPŠ
211	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky	ZPMV
213	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	RBP

V devadesátých letech 20. století zaznamenalo české zdravotnictví dynamický rozvoj, který se pozitivně odrazil na ukazatelích zdravotního stavu obyvatelstva. Především díky intenzivnější prevenci se podařilo dosáhnout poklesu mortality. Významnou roli v tomto procesu sehrála také cílená edukace veřejnosti a snaha vést populaci ke zdravějšímu životnímu stylu. Veřejné zdravotnictví se v této době začalo více zaměřovat na sledování a vyhodnocování zdravotního stavu obyvatel, systematickou prevenci, podporu zdraví a výchovu ke zdravému způsobu života.

Přesto se veřejné zdravotnictví i v současnosti potýká s vážnými problémy, mezi které patří vysoký výskyt rizikových faktorů spojených se životním stylem. Mezi nejzávažnější patří kouření, nadměrná konzumace alkoholu a užívání návykových látek. (Hamplová, 2019, s. 13)

3 PREVENTIVNÍ PROGRAMY NA PODPORU ZDRAVÍ

Preventivní programy jsou souborem opatření a aktivit zaměřených na předcházení vzniku nemocí. Jejím cílem je především předcházení nemocí, a tedy podpora zdraví. Včasné odhalení nemoci může také snížit náklady na případnou léčbu.

3.1 Prevence a léčba civilizačních nemocí

Machová (2015, s. 12) udává, že podpora zdraví a prevence nemocí dnes představují klíčový základ zdravotní péče. Jejich cílem je celkové zlepšení zdravotní úrovně obyvatelstva, a to nejen posilováním fyzické, psychické a sociální pohody, ale i rozvojem schopnosti odolávat nemocem. Zásadní roli v tomto procesu hraje samotný člověk – jeho životní styl a ochota aktivně se zapojit do péče o vlastní zdraví. Zdravotní podpora probíhá za přispění jednotlivců, skupin, komunit, institucí i celé společnosti.

(Sovová, 2023, s. 9) ji doplňuje tím, že prevence úzce souvisí s podporou zdraví a tvoří její přirozené pokračování. Jejím hlavním cílem je předcházet vzniku nemocí a minimalizovat jejich dopady. V tomto smyslu představuje základní pilíř péče o pacienty. Důsledným uplatňováním preventivních opatření lze snížit výskyt rizikových faktorů, a tím i samotných onemocnění. Prevence se obvykle dělí do tří úrovní: primární se zaměřuje na předcházení vzniku nemocí, sekundární na jejich včasné odhalení a zamezení dalšího rozvoje, a terciární na minimalizaci komplikací a zhoršení již existujících onemocnění.

3.2 Cíl primární prevence

Primární prevence se týká období, kdy nemoc ještě nevznikla. Jejím cílem je tedy zabránit vzniku nemoci. (Machová, 2015, s. 13)

Birkhead, Morrow a Pirani (2021, s. 30) vnímají definici zdraví jako obtížně definovatelný, a ještě hůře měřitelný pojem. Po dlouhou dobu bylo zdraví chápáno jednoduše jako nepřítomnost nemoci, což souviselo s častým výskytem epidemických onemocnění. Zdraví a nemoc byly považovány za opačné stavy, nikoli za body na kontinuální škále. V tomto pojetí bylo možné měřit zdravotní stav komunity pouze prostřednictvím výskytu nemocí, tedy sledováním jejich frekvence.

Preventivní medicína se úzce zaměřuje na jednotlivce jako příjemce zdravotní péče a zahrnuje tři hlavní úrovně – primární, sekundární a terciární prevenci. Primární prevence má za úkol předcházet vzniku onemocnění, přičemž využívá různorodých opatření, která mohou být nejen medicínského, ale i sociálního charakteru či součástí podpory zdravého

životního stylu. Ve zjednodušeném pojetí Mullerová dle WHO tvrdí, že hlavním cílem primární prevence je zachování a udržení zdraví. (Mullerová, 2021, s. 12)

3.3 Hlavní determinanty zdraví

Determinanty zdraví představují souhrn osobních, sociálních, ekonomických a environmentálních faktorů, které ve vzájemném propojení výrazně ovlivňují zdravotní stav jednotlivce i celé populace. (Dosedlová, 2016, s. 40)

Mezi determinanty zdraví patří genetické a epigenetické vlivy, způsob života a různé vnější faktory, jako jsou fyzikální, chemické, biologické, sociální a environmentální podmínky. Mnohé z těchto vnějších faktorů nemůže jednatel – a často ani společnost – přímo ovlivnit. Odborné odhady ukazují, že nejvýznamnější vliv na zdraví má životní styl (50–60 %), následovaný vlivy prostředí (20–25 %), dostupností a kvalitou zdravotní péče (15–20 %) a genetickými předpoklady (10–15 %). (Mullerová, 2021, s. 15)

Determinanty zdraví společně utvářejí zdravotní potenciál každého jednotlivce a mohou ho ovlivňovat jak pozitivně, tak negativně – například tím, že posilují nebo oslabují schopnost organismu bránit se nemocem. Z toho jasně vyplývá, že jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících zdraví je životní styl, jelikož se promítá do každodenního chování, které má přímou souvislost se zdravím. (Dosedlová, 2016, s. 41)

3.4 Zdravý životní styl

Životní styl lze chápat jako soubor dobrovolných způsobů chování, které člověk uplatňuje v konkrétních životních situacích a které vycházejí z individuálního výběru různých dostupných možností. Jedinec si tak může zvolit varianty podporující zdraví a vyhýbat se těm, které ho ohrožují. Jinými slovy, životní styl představuje kombinaci vědomého chování a okolností, v nichž se daný člověk nachází. (Machová, 2015, s. 15)

K tomu, aby se člověk mohl rozhodnout ve prospěch zdraví, potřebuje mít dostatečné informace nejen o tom, co zdraví podporuje a posiluje, ale i o tom, co ho může ohrožovat.

Analýza příčin nemoci a úmrtnosti odhaluje, které formy chování mají na zdraví největší negativní dopad, zejména u onemocnění s vysokým výskytem a úmrtností. Mezi nejškodlivější faktory patří:

- kouření
- nadměrná konzumace alkoholu

- užívání návykových látek
- nevhodné stravovací návyky
- nedostatek pohybové aktivity
- nadměrný stres (Machová, 2015, s. 15)

3.5 Pohybová aktivita

Machová (2015, s. 38) definuje pohyb jako základní součást života všech živočichů, včetně člověka. V průběhu evoluce měl klíčový vliv na vývoj živočišných druhů – nejen na pohybový aparát, ale i na regulační systémy, jako je nervová a hormonální soustava, a rovněž na rozvoj smyslových schopností. U člověka se navíc funkce pohybu v čase proměnila – od prostředku k přežití a zajištění základních potřeb až k formám sportovním či uměleckým. Lidské tělo je stejně jako těla ostatních živočichů uzpůsobeno k pohybu. A i když se jeví v klidovém stavu, neustále v něm probíhají pohyby – například dýchání, činnost srdce, oběh krve nebo peristaltika trávicího traktu. Pravidelná pohybová aktivita je proto jedním z nejpřirozenějších a nejdůležitějších předpokladů pro udržení a posilování zdraví.

Mullerová (2021, s. 103) dodává, že je důležité si uvědomit, že každá věková nebo specifická skupina má jiné nároky na typ, délku a intenzitu cvičení, aby tělesná aktivita skutečně naplnila svůj zdravotní potenciál. Pravidelný pohyb je nenahraditelný – pozitivně ovlivňuje vývoj i činnost všech orgánů a systémů lidského těla a má nezastupitelnou roli při zachování zdraví.

3.6 Negativní role kouření

Kouření dnes představuje nejzávažnější preventabilní rizikový faktor související s výskytem závažných onemocnění a předčasných úmrtí po celém světě. Tabák je zodpovědný za smrt až poloviny svých uživatelů, což znamená více než 8 milionů úmrtí ročně. Z tohoto počtu více než 7 milionů připadá na aktivní kuřáky a přibližně 1,2 milionu na pasivní kuřáky, tedy osoby vystavené kouři ve svém okolí. Nejčastější příčinou úmrtí kuřáků jsou kardiovaskulární onemocnění, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) a rakovina plic. Kouření se podílí na 25 % případů srdečně-cévních onemocnění, 30 % nádorových onemocnění a až 80 % chronických onemocnění plic. Kromě rakoviny plic, která je z 90 % způsobena kouřením, zvyšuje tabákové užívání i riziko vzniku nádorů slinivky, močového měchýře, jícnu, děložního čípku a dalších typů rakovin. (Mullerová, 2021, s. 94)

3.7 Omezení konzumace alkoholu

Pití alkoholu je v současné společnosti často spojováno s příjemnými prožitky – navozuje pocity euforie, pomáhá odbourávat zábrany, zvyšuje sebevědomí a bývá součástí společenských událostí i gastronomických zážitků. Přestože občasná konzumace alkoholu je v mnoha kulturách běžná, pravidelné pití může vést k závislosti. Alkoholismus negativně ovlivňuje nejen samotného jedince, ale také jeho blízké okolí – rodinu, komunitu i celou společnost. (Mullerová, 2021, s. 94)

Mullerová (2021, s. 94) ve své knize odkazuje na Světovou zdravotnickou organizaci, WHO, kde alkohol má přímý podíl na vzniku celé řady akutních i chronických zdravotních obtíží. Podle údajů Světové zdravotnické organizace si konzumace alkoholu ročně vyžádá životy až 2,5 milionu lidí, z toho 320 000 připadá na mladé lidi ve věku 15–29 let. Celkově je tak alkohol zodpovědný za přibližně 4 % všech úmrtí.

Formy užívání alkoholu se u jednotlivců liší – od úplné abstinence až po pravidelné nadměrné pití. Riziková konzumace alkoholu, která je spojena s dlouhodobým poškozením zdraví, začíná u mužů při příjmu vyšším než 350 g čistého alkoholu týdně (což odpovídá 35 jednotkám), a u žen při více než 210 g (21 jednotek) týdně. Jedna jednotka alkoholu odpovídá přibližně 10 gramům ethanolu – například 1 decilitru vína nebo malému pivu. (Mullerová, 2021, s. 94)

3.8 Zvládání stresu

Psychologie zdraví se zaměřuje na to, jak psychologické faktory ovlivňují udržení zdraví, prevenci onemocnění, proces uzdravování a zvládání chronických nemocí. Zkoumá, jak stres a další sociální, psychické i biologické vlivy přispívají ke vzniku nemocí a jak lze tyto vlivy využít při péči o pacienta. (Machová, 2015, s. 134)

Stres může na člověka působit rozdílnými způsoby, a proto ho rozlišujeme na dva základní typy. Negativně vnímaný stres, který je doprovázen nepříjemnými emocemi a přetížením, se označuje jako **distres**. Naopak **eustres** představuje pozitivní formu stresu, která je spojena s motivací, příjemným napětím a stimulačním účinkem na výkon a prožívání. (Machová, 2015, s. 136)

Stres narušuje vnitřní rovnováhu organismu, tedy homeostázu. Pokud je stres nadměrný nebo dlouhodobý, může se stát spouštěčem nebo přispívajícím faktorem řady zdravotních poruch a zároveň zhoršovat již existující chronická onemocnění. Výrazně se tak podílí na

vzniku psychosomatických obtíží, mezi něž patří například žaludeční a dvanáctníkové vředy, vysoký krevní tlak, chronické bolesti, únava, neurologické a gynekologické potíže, kožní onemocnění, nespavost, bušení srdce a další zdravotní problémy. (Hamplová, 2019, s. 44)

4 CIVILIZAČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Civilizační onemocnění mohou být vnímána jako choroby často související s moderním způsobem života. Mohou být způsobena nedostatkem pohybu, nezdravou stravou a stresem. Jedná se o kardiovaskulární onemocnění, cukrovku 2. typu, obezitu, dokonce i některé typy rakoviny. Prevence a zdravý životní styl z velké části dopomáhají k jejím předcházení.

4.1 Stručná charakteristika vybraných onemocnění

V této podkapitole se budu věnovat stručné charakteristice civilizačních onemocnění.

4.1.1 Obezita

Machová (2015, s. 239) udává, že obezita se v posledních desetiletích stala globálním zdravotním problémem lidstva, který nabývá charakteru pandemie.

Nadváha a obezita jsou definovány jako abnormální nebo nadměrné hromadění tělesného tuku, které představuje riziko pro zdraví. Index tělesné hmotnosti (BMI) vyšší než 25 se považuje za nadváhu a BMI vyšší než 30 za obezitu. V roce 2019 bylo odhadováno, že přibližně 5 milionů úmrtí na nepřenositelná onemocnění bylo způsobeno vyšším než optimálním BMI. (WHO, 2025)

Pichlerová (2021, s. 15) konstatuje, že obezita je spojena s významně nižší kvalitou života a je to choroba život zkracující a přímo ohrožující. Obézní jedinec je třikrát více ohrožen infarktem myokardu, cévní mozkovou příhodou a hypertenzí. Nadváha a obezita se vyskytuje zhruba u 80-90 % pacientů s diabetes mellitus 2. typu. Očekávaná délka života je u obézního zkrácena o 5-20 let v závislosti na pohlaví, věku a rase.

4.1.2 Diabetes mellitus

Cukrovka, známá také jako diabetes mellitus, je metabolické onemocnění, pro které je typické dlouhodobě zvýšená hladina glukózy v krvi. Zatímco dříve byla tato diagnóza považována za velmi závažnou, díky pokroku v medicíně je dnes zvládnutelná a léčitelná.

Existují dva hlavní typy diabetu. **Diabetes 1. typu** je autoimunitní onemocnění, při kterém imunitní systém ničí buňky slinivky břišní produkující inzulín. V důsledku toho tělo není schopné regulovat hladinu cukru v krvi. **Diabetes 2. typu** je mnohem častější (představuje přibližně 95 % případů) a vzniká tehdy, když organismus nedokáže efektivně využívat inzulín, přestože ho stále produkuje. (Know L., 2023, s. 101)

4.1.3 Nádorová onemocnění

Při vzniku nádorových onemocnění hrají zásadní roli zevní vlivy, které se podle odhadů podílejí na 80–90 % případů. Většina z těchto rizikových faktorů je spojena se životním stylem a do značné míry je ovlivnitelná vůlí jednotlivce. Mezi významné rizikové faktory patří například obezita, která je spojována se zvýšeným výskytem nádorových onemocnění. (Foretová, 2022, s. 23)

Strava hraje rovněž důležitou roli, i když přímá souvislost jednotlivých složek s konkrétními typy nádorů se obtížně prokazuje. Přesto existuje jasný důkaz, že strava bohatá na ovoce a zeleninu má ochranný účinek. Naproti tomu alkohol je klasifikován jako karcinogen 1. skupiny a zvyšuje riziko nádorů ústní dutiny, hrtanu, hltanu, jícnu, jater, kolorekta a prsu – a to už při nízkých dávkách. (Foretová, 2022, s. 23)

Dle Foretové (2022, s. 23) kouření zůstává významným a stále rozšířeným rizikovým faktorem, jehož eliminace je i přes osvětu obtížná. I když od roku 1997 dochází k poklesu výskytu nádorů plic a průdušek, stále se jedná o třetí nejčastější nádorové onemocnění. Tabákový kouř ovlivňuje nejen tkáně, které jsou s ním v přímém kontaktu, ale i vzdálené orgány.

4.1.4 Onemocnění srdce a cév

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) představují skupinu nemocí postihujících srdce a cévy. Jsou hlavní příčinou úmrtí v mnoha zemích, včetně České republiky, kde odpovídají za přibližně polovinu všech úmrtí. (Cardia, 2022)

Kardiovaskulární systém, tedy srdečně-cévní soustava, se skládá ze srdce a krevních cév – tepen, žil a vlásečnic. Tento systém zajišťuje oběh krve v těle, přičemž krev přináší buňkám kyslík a živiny, odvádí odpadní látky vznikající při metabolismu a umožňuje šíření specifických látek, které zajišťují propojení různých dějů v těle.

Statistiky jednoznačně ukazují, že kardiovaskulární onemocnění, nejčastěji spojená s aterosklerózou, jsou v rozvinutých zemích hlavní příčinou úmrtí. Významně se na tom podílí nezdravý životní styl. V České republice na tato onemocnění umírá ročně více než 50 000 lidí, což představuje více než polovinu všech úmrtí – více než je úmrtí na rakovinu, úrazy a infekční nemoci dohromady. (Machová, 2015, s. 207)

4.2 Dopady civilizačních onemocnění na lidskou populaci

Dle odborné knihy Erbena (2015, s.155) je jednou z obecných příčin civilizačních onemocnění narušení buněčného metabolismu, konkrétně v oblasti, která zajišťuje přenos metylových skupin. Právě v tomto úseku dochází ke vzájemnému působení homocysteinu (Hcy) a folátu, dvou důležitých regulátorů metabolických procesů. Tato porucha zasahuje všechny buňky v těle a projevuje se zvýšenou hladinou homocysteinu v krvi. Zvýšená hladina Hcy je jedinou dosud známou primární metabolickou poruchou, která je přímo spojena se vznikem všech civilizačních chorob.

Článek „*Čelíme epidemii civilizačních chorob. Nejvíce nás ohrožují kardiovaskulární nemoci a cukrovka*“ doplňuje informace a upozorňuje na rostoucí výskyt chronických neinfekčních onemocnění v České republice. Udává, že hlavními příčinami jsou nezdravý životní styl, nedostatek pohybu, nevhodná strava, stres a další faktory. Mezi nejčastější onemocnění patří kardiovaskulární choroby, diabetes mellitus 2. typu a obezita, které vedou k dlouhodobému snížení kvality života a zvyšují finanční zátěž zdravotnického systému. Článek zdůrazňuje význam prevence, zdravé stravy, pravidelného pohybu a využívání moderních technologií pro včasné odhalení a léčbu těchto onemocnění. Zdravotní systém by měl klást větší důraz na preventivní opatření a podporu zdravého životního stylu obyvatelstva. (Košek, 2023)

5 POHYBOVÉ AKTIVITY A JEJICH VLIV NA CIVILIZAČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Pohybové aktivity jsou velmi důležitou součástí při prevenci a léčbě civilizačních onemocnění. Pravidelný pohyb pomáhá udržovat zdravou tělesnou hmotnost, snižuje hladinu cholesterolu a krevního cukru a reguluje krevní tlak. Fyzická aktivita významně přispívá k prevenci kardiovaskulárních onemocnění a diabetu mellitu 2. typu. Zároveň podporuje psychickou pohodu a snižuje riziko vzniku deprese.

5.1 Vliv pohybové aktivity na zdraví

Dle Dosedleové (2016, s.50) pravidelná pohybová aktivita hraje klíčovou roli v prevenci a léčbě civilizačních onemocnění, jako jsou kardiovaskulární choroby, obezita a nadváha.

Chování zdraví podporující je vymezeno jako takové chování, které zprostředkovává přínosy pro zdraví nebo jinak chrání jedince před onemocněním.

Pichlerová (2021, s. 15) udává, že osoby trpící obezitou mají až trojnásobně vyšší riziko vzniku infarktu myokardu, cévní mozkové příhody a vysokého krevního tlaku. Taktéž zmiňuje, že nadváha a obezita jsou navíc přítomny přibližně u 80–90 % pacientů s diabetem 2. typu, což svědčí o úzkém propojení mezi těmito zdravotními problémy. U kardiovaskulárních onemocnění je pohyb zvláště účinný. Zejména u ischemické choroby srdeční, srdečního selhání, cévní mozkové příhody (iktu) a hypertenze. Pozitivní účinky pohybu jsou výsledkem adaptace kardiovaskulárního systému – dochází k poklesu klidové srdeční frekvence a krevního tlaku, zlepšuje se okysličení srdečního svalu, snižuje se srážlivost krve a dochází také k příznivým metabolickým změnám, jako je zvýšení hladiny tzv. „hodného“ HDL cholesterolu, snížení LDL cholesterolu a zlepšení citlivosti na inzulin. (Pichlerová, 2021, s. 96)

U pacientů s ischemickou chorobou srdeční vede pravidelná fyzická aktivita ke snížení úmrtnosti o 25–30 %. U osob s diabetem 2. typu má jak aerobní, tak posilovací cvičení pozitivní vliv na snížení krevního tlaku i hladiny tuků v krvi. (Pichlerová, 2021, s. 96)

Důsledná prevence by měla začínat již v rámci primární prevence, tedy ještě před vznikem samotného onemocnění. Výhodou je, že většina příčin předčasného vzniku aterosklerózy – nejčastějšího podkladu KVO – je známa a dají se účinně ovlivnit.

Dosbaba (2023, s. 26) zmiňuje, že, mezi ovlivnitelné rizikové faktory patří:

- nezdravý životní styl
- nedostatek pohybové aktivity
- nadváha a obezita
- vysoký krevní tlak
- zvýšená hladina cholesterolu
- diabetes mellitus 1. a 2. typu
- chronický stres
- kouření
- nadměrná konzumace alkoholu

Zásahy vedoucí ke změně jednoho nebo více těchto faktorů mohou výrazně snížit riziko vzniku KVO – některé studie uvádějí až o 80 % méně případů kardiovaskulárních onemocnění a přibližně 40 % snížení výskytu úmrtí souvisejících s těmito nemocemi. (Dosbaba, 2023, s. 23)

Primární prevence kardiovaskulárních onemocnění (KVO) zdůrazňuje, že přijetí aktivního životního stylu – ať už v mládí, anebo ve vyšším věku – má vždy pozitivní vliv na zdraví. Přínosy pohybové aktivity jsou patrné i při minimální fyzické zátěži, která převyšuje zcela sedavý způsob života. I malé množství pravidelného pohybu tak může mít měřitelný dopad na snížení rizika vzniku KVO.

Současná doporučení vycházející z novodobých výzkumů podporují jakoukoli formu pohybu jako nástroj prevence. V tomto ohledu sehrávají významnou roli zdravotničtí pracovníci – jejich úkolem je nejen edukace pacientů o rizicích spojených se sedavým životním stylem, ale také praktická pomoc při zařazování pravidelné fyzické aktivity do každodenního života. (Dosbaba, 2023, s. 28)

Sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění (KVO) představuje soubor opatření zaměřených na pacienty, kteří již onemocnění prodělali. Jejím cílem je zmírnit dopad nemoci na kvalitu života, zpomalit její další progresi, a především zabránit opětovnému výskytu (recidivě).

Ačkoliv nelze zcela oddělit účinek samotné pohybové aktivity (PA) od dalších terapeutických přístupů, fyzická aktivita je považována za neoddelitelnou součást sekundární prevence. Pro kardiaky by měla být pravidelná a vhodně přizpůsobená PA běžnou součástí životního stylu. (Dosbaba, 2023, s. 30)

Pohybovou aktivitu (PA) řadíme společně s dietními opatřeními a redukcí hmotnosti mezi základní nefarmakologická opatření při léčbě arteriální hypertenze. Na základě observačních studií je prokázáno, že muži a ženy, kteří se pravidelně věnují PA, mají o 24 % a 27 % nižší riziko kardiovaskulárního onemocnění, oproti jedincům, kteří žádnou aktivitu nevykonávají. Pravidelná PA je při léčbě arteriální hypertenze stejně účinná jako farmakoterapie. Výše redukce systolického krevního tlaku (TK) po fyzické aktivitě závisí na hodnotě systolického TK před zahájením PA a přímo úměrně stoupá se vzestupem hodnot TK. Míra redukce TK se odvíjí i od typu pohybové aktivity, kterou daný jedinec provádí. Mezi základní typy PA patří vytrvalostní trénink a odporový trénink. K největšímu poklesu TK dochází při kombinaci obou výše zmíněných typů zátěže. (Mikeš, 2020)

Dosbaba (2023, s.26) taktéž zmiňuje, že v České republice se téměř polovina populace nevěnuje žádné formě aerobní fyzické aktivity, což má přímý dopad na celkový zdravotní stav obyvatel. Pravidelnému pohybu v rozsahu alespoň 150 minut týdně se věnuje méně než 30 % lidí, což je v mezinárodním srovnání podprůměrný výsledek. Nedostatek fyzické aktivity se často objevuje už v období adolescence, kdy je klíčové vytvořit si pozitivní vztah k pravidelnému pohybu. Právě v tomto věku by měla být fyzická aktivita vnímána jako přirozená součást každodenního života, nikoli jako nadstandardní činnost.

5.1.1 Obezita a nadváha

Pohyb má pro zdraví obézních osob daleko širší význam než jen pouhou pomoc při snižování tělesné hmotnosti. Z pohledu zdravotní prevence je klíčová především dostatečná intenzita pohybu – ideálně alespoň střední intenzita, při které jsme schopni během aktivity mluvit, ale už ne zpívat. Právě tato úroveň zátěže přináší největší zdravotní benefity. Podle aktuálních doporučení by měl dospělý člověk absolvovat alespoň 150 minut pohybové aktivity střední intenzity týdně. Realita však ukazuje, že většina populace tuto hranici nedosahuje. (Pichlerová, 2021, s.94)

Obezita může být podmíněna jak vnitřními faktory (například hormonálními poruchami, vlivem endokrinní sekrece nebo farmakologickou léčbou), tak i faktory vnějšími, jako je nevhodné složení stravy, nízká úroveň fyzické aktivity, změna aktivity autonomního

nervového systému při chronickém stresu nebo nedostatek spánku. Nedostatek spánku snižuje hladinu leptinu – hormonu, který reguluje pocit sytosti – a vede k vyššímu příjmu potravy kvůli prodloužené době bdělosti a aktivity.

Vztah mezi obezitou a diabetem 2. typu je složitý a úzce propojený s inzulinovou rezistencí, která často předchází samotnému vzniku diabetu. Prevence i léčba obezity tak představují účinný způsob, jak oddálit nebo dokonce zabránit manifestaci diabetu 2. typu. U pacientů s tímto onemocněním platí, že čím větší je úbytek tělesné hmotnosti, tím výraznější je zlepšení glukózové rovnováhy v organismu. (Perušicová, 2017, s.26)

Spojení nadváhy, obezity a nedostatku pohybu výrazně zvyšuje riziko vzniku hypertenze, dyslipoproteinémie, diabetu 2. typu a kardiovaskulárních onemocnění. U osob s nadváhou či obezitou jsou navíc častěji zaznamenány zvýšené zánětlivé parametry a vyšší výskyt stavů spojených s rizikem trombózy. (Dosbaba, 2023, s.38)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 SOUČASNÝ STAV FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ A PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN V ČR

Zdravotnický systém v České republice je financován převážně prostřednictvím systému veřejného zdravotního pojištění, který vychází z principu solidarity. Pojistné platí zaměstnanci, zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné a stát za tzv. státní pojištěnce (např. děti, důchodce, nezaměstnané). V roce 2024 přesáhl celkový rozpočet zdravotních pojišťoven 510 miliard Kč. (ČTK, 2024)

V analytické části vykonám následující postup:

- Prostuduji dostupná data o vývoji výdajů ve zdravotnictví v České republice.
- Budu analyzovat časové řady těchto výdajů, abych sledovala jejich vývoj v průběhu let.
- Zaměřím se na rozdělení výdajů podle jednotlivých typů poskytované péče.
- Vyhledám statistické údaje týkající se výskytu civilizačních onemocnění a zaměřím se na jejich souvislost s vysokým podílem BMI u populace. Tyto ukazatele platné v České republice srovnám s mezinárodními ukazateli.
- Prozkoumám preventivní programy nabízené zdravotními pojišťovnami, a to s ohledem na jejich aktuální nabídku.
- Z těchto programů se specificky zaměřím na podporu pohybových aktivit a porovnáím nabídky jednotlivých zdravotních pojišťoven.
- Dále vyhledám obdobné preventivní programy v zahraničí, abych získala širší kontext a možnost srovnání.
- Ze získaných dat budu dále postupovat v návrhové části práce.

6.1 Vývoj financování zdravotnictví v ČR

Výdaje na zdravotní péči: Systém veřejného zdravotního pojištění hospodařil v roce 2023 s celkovými příjmy 467,5 mld. Kč, celkovými výdaji 469,2 mld. Kč a deficitem 1,7 mld. Kč. Příjmy z vlastního výběru pojistného, tzn. vybrané pojistné zdravotními pojišťovnami od plátců dosáhly hodnoty 320 mld.Kč. (meziroční nárůst o 8,2%, abs.+24,1mld.Kč).Příjmy z přerozdělování, tzn. příjmy ze státního rozpočtu, za osoby za které je plátcem pojistného stát byly v hodnotě 141,9 mld.Kč. (MFČR, 2023)

Podíl výdajů na HDP: Podíl výdajů na zdravotní péči na hrubém domácím produktu (HDP) v roce 2023 činil přibližně 8,5 %. Tato hodnota je vyšší než v předpandemických letech, kdy se pohybovala kolem 7,5 %, ale stále pod průměrem Evropské unie, který činí 11,0 %. (Health.ec.europa.eu, 2023)

Úhradová vyhláška pro rok 2024: Tato vyhláška již počítá s meziročním nárůstem úhrad ve všech segmentech zdravotní péče o 7,8 %, což znamenalo navýšení o více než 35 miliard Kč oproti předchozímu roku. (MZČR, 2023)

Tabulka 2. Výdaje na zdravotní péči v Česku podle druhu péče v mld. Kč, 2010–2022

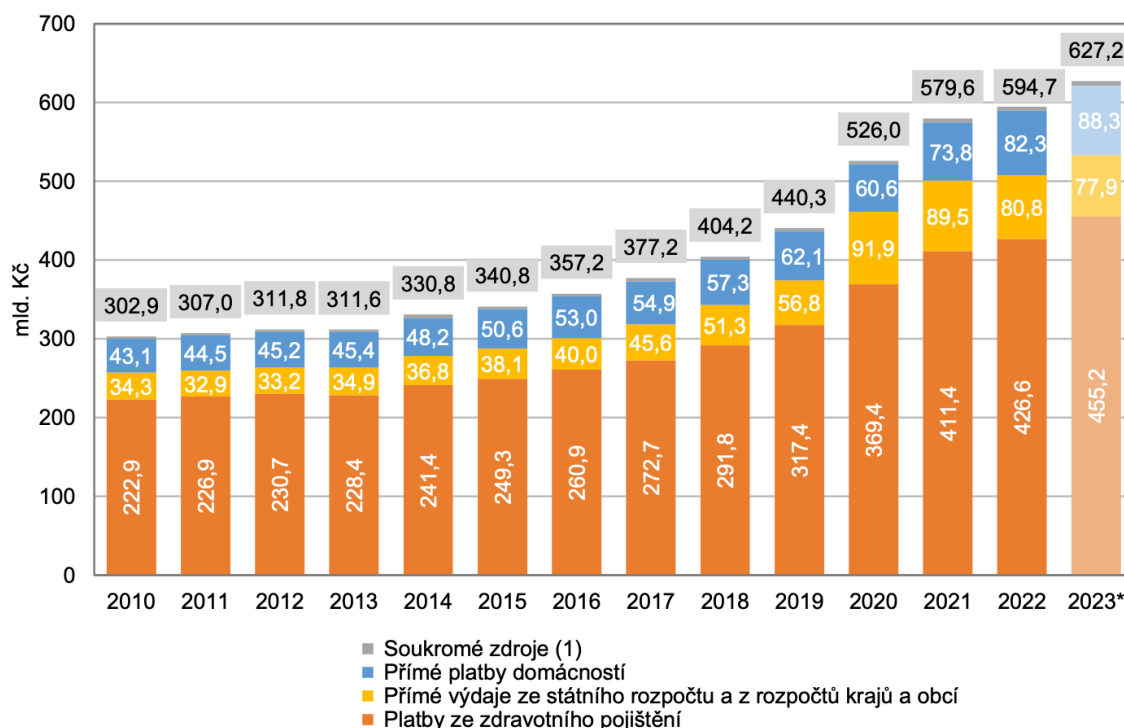
Zdroj financování (HF)	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
1 Veřejné zdroje	257,2	263,8	278,3	300,9	343,1	374,2	461,3	500,9	507,4	533,1
1.1 Veřejné rozpočty	34,3	33,2	36,8	40,0	51,3	56,8	91,9	89,5	80,8	77,9
1.1.1 Státní rozpočet	27,5	27,1	30,6	33,4	42,8	47,6	78,9	78,1	70,7	65,3
1.1.2 Krajské a obecní rozpočty	6,8	6,1	6,3	6,6	8,4	9,2	13,0	11,4	10,1	12,6
1.2 Zdravotní pojišťovny	222,9	230,7	241,4	260,9	291,8	317,4	369,4	411,4	426,6	455,2
2 Soukromé zdroje	2,7	2,8	4,3	3,3	3,8	4,1	4,0	5,0	5,0	5,8
2.1 Dobrovolné zdravotní pojištění	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7	0,5	0,3	0,7	0,9
2.2 Neziskové organizace	1,3	1,4	1,4	1,6	2,0	2,1	2,2	2,3	2,3	2,7
2.3 Závodní preventivní péče	0,9	0,9	2,4	1,3	1,2	1,3	1,3	2,3	2,0	2,2
3 Domácnosti	43,1	45,2	48,2	53,0	57,3	62,1	60,6	73,8	82,3	88,3
Celkem	302,9	311,8	330,8	357,2	404,2	440,3	526,0	579,6	594,7	627,2

*Předběžný odhad

Zdroj: ČSÚ 2024

(ČSÚ, 2024)

Graf 1. Výdaje na zdravotní péči v Česku podle hlavních zdrojů financování, 2010–2023



(1) Zahnuje výdaje neziskových organizací, dobrovolné zdravotní pojištění a závodní preventivní péči.

* Předběžný odhad.

Zdroj: ČSÚ 2024

(ČSÚ, 2024)

Na základě údajů zveřejněných Českým statistickým úřadem, které jsou uvedeny v tabulce č.2 a grafu č.1 budu analyzovat období posledních pěti let. Z provedené analýzy v tabulce č.2 vyplývá, že výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v České republice vzrostly mezi lety 2019 a 2023 o 43,3 %. V případě celkových výdajů na zdravotnictví v ČR činil nárůst ve stejném období 42,4 %. Oba ukazatele tak vykazují téměř shodný relativní růst, což poukazuje na stabilní vývoj podílu výdajů pojišťoven v rámci celkového zdravotnického rozpočtu.

Tabulka 3. Výdaje na zdravotní péči v Česku, 2010–2023 – základní ukazatele

Rok	Absolutně – v běžných cenách			Základní poměrové ukazatele	
	Celkem v mld. Kč	meziroční změny		podíl na HDP (v %)	na 1 obyvatele (v Kč)
		v mld. Kč	v %		
2010	302,9	.	.	7,6	28 802
2011	307,0	4,1	1,4	7,6	29 250
2012	311,8	4,7	1,5	7,6	29 665
2013	311,6	-0,2	-0,1	7,5	29 645
2014	330,8	19,2	6,2	7,6	31 433
2015	340,8	10,0	3,0	7,4	32 329
2016	357,2	16,3	4,8	7,4	33 804
2017	377,2	20,1	5,6	7,4	35 621
2018	404,2	27,0	7,2	7,5	38 038
2019	440,3	36,1	8,9	7,6	41 272
2020	526,0	85,7	19,5	9,2	49 160
2021	579,6	53,6	10,2	9,5	55 200
2022	594,7	15,1	2,6	8,8	55 275
2023*	627,2	32,5	5,5	8,5	57 656

*Předběžný odhad.

Zdroj: ČSÚ 2024

(ČSÚ, 2024)

Z tabulky č. 3 vyplývá, že mezi lety 2019 a 2023 došlo k navýšení výdajů na jednoho obyvatele o 39,7 %. Nejvýraznější meziroční růst byl zaznamenán v období let 2021 a 2022, kdy se na tomto zvýšení pravděpodobně významně podílela pandemie COVID-19, která vedla ke zvýšeným nákladům na zdravotní péči a mimořádným opatřením ve zdravotnictví.

Tabulka 4. Výdaje na zdravotní péči v Česku podle druhu péče v mld. Kč, 2010–2022

Druh zdravotní péče (HC)	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2020	2021	2022
1. Léčebná péče	152,6	155,9	169,3	184,0	208,5	228,0	279,2	298,2	318,3
2. Rehabilitační péče	13,0	14,5	15,7	17,4	20,7	23,5	22,8	24,3	28,3
3. Dlouhodobá zdravotní péče	34,5	35,3	38,6	43,0	53,5	59,0	67,2	73,4	76,0
4. Doplnkové služby ¹⁾	15,0	15,6	16,5	17,9	20,5	22,3	27,9	26,4	26,7
5. Léky a zdravotnické prostředky	68,0	70,7	69,0	73,1	76,1	80,2	91,2	91,4	98,2
6. Preventivní péče	8,2	8,5	10,5	10,1	11,8	12,6	19,6	47,1	29,5
7. Správa systému zdravotní péče	8,6	8,6	8,6	8,6	9,2	10,0	10,8	11,7	11,9
9. Ostatní nebo jinde nezařazené	3,0	2,6	2,7	3,0	4,1	4,8	7,4	7,2	5,8
Celkem	302,9	311,8	330,8	357,2	404,2	440,3	526,0	579,6	594,7

¹⁾ Zahnuje laboratorní služby, zobrazovací metody a dopravu pacientů.

Zdroj: ČSÚ 2024

(ČSÚ, 2024)

Podle údajů Českého statistického úřadu obsažené v tabulce č.4 jsou výdaje na preventivní zdravotní péči dostupné pouze do roku 2022. Z těchto dat vyplývá, že mezi sledovanými lety došlo k nárůstu těchto výdajů o 234 %. Největší skok nastal v roce 2021, kdy preventivní péče zaznamenala mimořádné navýšení o 373 %, přičemž hlavním faktorem tohoto růstu byla pandemie COVID-19 a s ní spojená mimořádná opatření.

Pro objektivnější hodnocení je proto vhodné zaměřit se na rok 2019, který předcházel pandemii a nebyl ovlivněn výjimečnými výdaji. V tomto roce činil podíl výdajů na preventivní péči pouhých 2,86 % z celkových výdajů na zdravotnictví. V porovnání s rokem 2016, kdy podíl výdajů na preventivní péči činil 2,8 % je patrné, že podíl výdajů na preventivní péči byl do období covidu poměrně konstantní. Vzhledem k tématu této práce považuji tento podíl za nedostatečný, a to zejména ve vztahu k významu prevence jako klíčového nástroje snižování celkové zátěže zdravotního systému.

Tabulka 5. Přehled výdajů na poskytnutou péči

ZDRAVOTNICTVÍ					HEALTH
Výdaje na zdravotnictví podle zdroje financování a druhu poskytnuté péče					
<i>Expenditure on health by source of financing and type of health care provided</i>					
v mil. Kč					CZK million
Ukazatel	2010	2015	2017	2018	Indicator
Výdaje na zdravotnictví celkem	334 488	353 316	388 207	430 501	Expenditure on health, total
v tom:					
Výdaje zdravotních pojišťoven	231 889	234 460	252 169	283 913	Expenditure of health insurance companies
z toho podle druhu poskytnuté péče:					<i>By type of health care provided</i>
Léčebná péče	120 204	121 000	128 448	148 929	Medical care
Lůžková léčebná péče	52 268	47 053	50 594	54 095	Inpatient medical care
Ambulantní léčebná péče	62 512	68 020	71 279	87 903	Outpatient medical care
Denní a domácí léčebná péče	5 424	5 927	6 576	6 931	Day and home medical care
Rehabilitační péče	10 586	11 201	13 212	14 195	Rehabilitation
Dlouhodobá zdravotní péče	13 066	14 028	16 384	17 823	Long-term health care
Doplňkové služby	33 614	36 306	39 359	46 365	Supplementary services
Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	39 115	38 401	40 359	41 709	Medicines and other health care products
Preventivní péče	7 957	6 612	7 332	7 429	Preventive care
Správa systému zdravotní péče	6 748	6 490	6 371	6 763	Administration of health care system
Výdaje státního rozpočtu	45 187	52 622	62 090	69 503	State budget expenditure
z toho podle druhu poskytované péče:					<i>By type of health care provided</i>
Léčebná péče	1 777	1 367	1 845	1 883	Medical care
Dlouhodobá zdravotní péče	22 643	28 234	33 842	38 688	Long-term health care
Dlouhodobá sociální péče	16 981	18 589	21 780	23 501	Long-term social care
Správa systému zdravotní péče	1 874	2 029	2 240	2 398	Administration of health care system
Preventivní péče	995	1 359	1 285	1 980	Preventive care
Výdaje místních rozpočtů	5 091	6 277	7 774	8 436	Local government budgets expenditure
z toho podle druhu poskytované péče:					<i>By type of health care provided</i>
Lůžková léčebná péče	1 257	2 120	2 866	2 879	Inpatient medical care
Doprava pacientů	2 900	3 162	3 720	4 220	Transport of patients
Přímé výdaje domácností	43 105	50 635	54 870	57 344	Direct expenditure of households
z toho podle druhu poskytované péče:					<i>By type of health care provided</i>
Ambulantní léčebná péče	13 689	16 491	17 260	18 353	Outpatient medical care
Rehabilitační péče	1 907	3 837	4 812	5 736	Rehabilitation
Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	27 115	29 359	31 544	31 834	Medicines and other health care products
Soukromé pojištění	427	478	539	564	Private health insurance
Neziskové organizace	7 888	7 929	8 995	9 544	Non-profit organisations
Závodní preventivní péče	901	915	1 769	1 197	Company-funded preventive health care

(ÚZIS, 2019)

Z tabulky č. 5 je patrné, že lůžková péče se dlouhodobě podílí přibližně 13 % na celkových výdajích na zdravotní péči. Naproti tomu výdaje na preventivní péči v průměru nepřesahují 2 %, což poukazuje na výrazně nižší finanční podporu této oblasti. Je však důležité zdůraznit,

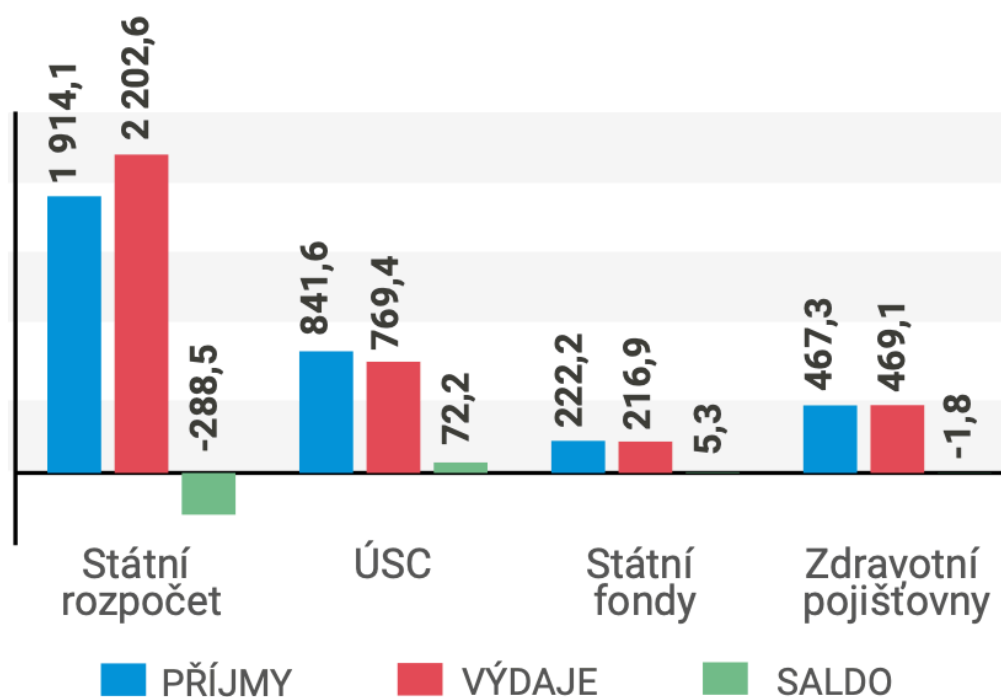
že přínos prevence se neomezuje pouze na snížení nákladů v oblasti lůžkové péče – její dopad se promítá napříč celým zdravotnickým systémem.

Podle analýz OECD může zvýšení výdajů na preventivní opatření významně přispět ke snížení výskytu onemocnění v populaci. To vede nejen ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel, ale i k dlouhodobému snižování ekonomické zátěže zdravotního systému jako celku. (Health economics review, 2021)

Pro ilustraci uvádím graf č.2, ze kterého je patrné, jakou část činilo financování zdravotních pojišťoven v roce 2023.

Graf 2. Státní rozpočet – státní závěrečný účet

PŘÍJMY, VÝDAJE A SALDO V ROCE 2023 (V MLD. KČ)



Na grafu zobrazujícím státní závěrečný účet můžeme vidět, rozsah uvedený v poměru k financování dalších úrovní veřejných financí v roce 2023. (MFČR, 2023)

V detailním pohledu jsem se zaměřila na incidenci vybraných civilizačních onemocnění, které jsou znázorněny v tabulce č.6.

Tabulka 6. Přehled vybraných civilizačních onemocnění a jejich počty případů přijatých k hospitalizaci ve věkovém rozmezí 30-60 let

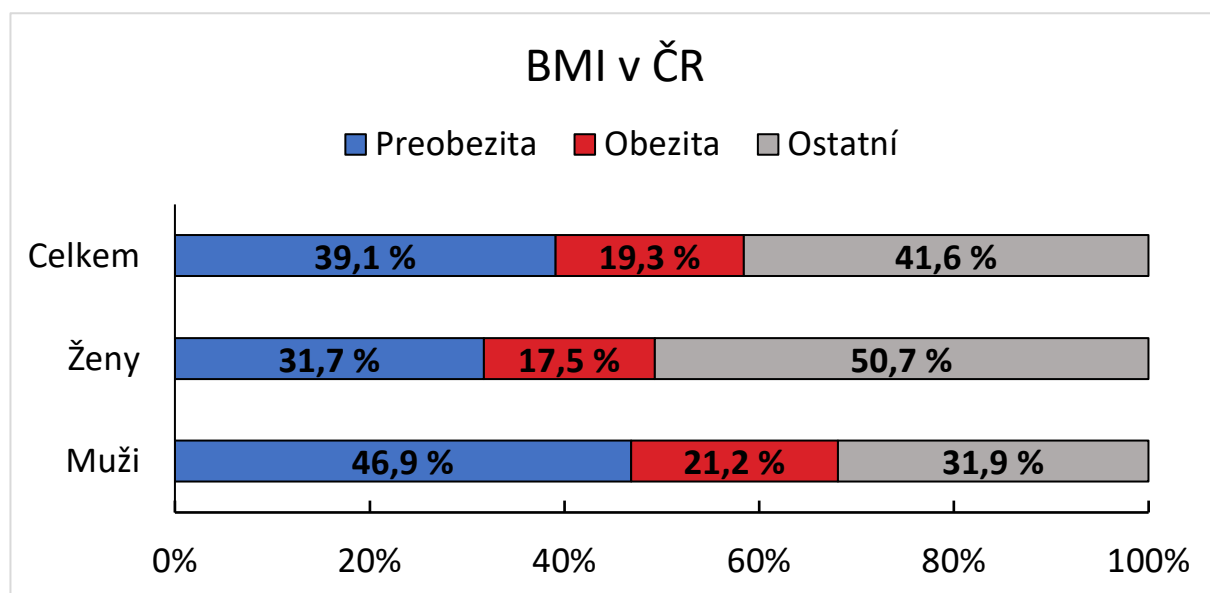
Onemocnění (DRG / Kód)	Počet případů 2019	Počet případů 2023
Vysoký krevní tlak I 10	1855	1297
D.Mellitus 2.typu I 11	122	6732
Obezita E 66	1300	2497
Ischemie a Infarkt I20–I25	10557	10715
Mrtvice I 63	2889	3038

Na základě otevřených dat z NZIP jsem se zaměřila na věkovou skupinu 30 až 60 let, která představuje produktivní část populace, a porovnála počet případů hospitalizací. Výrazný nárůst byl patrný zejména u diabetu mellitu 2. typu, který je úzce spojen s rozvojem dalších přidružených onemocnění. (NZIP, 2024)

Z veřejně dostupných informací například v roce 2024 vynaložily pojišťovny na léčbu diabetu přes 20 miliard Kč. (ČTK, 2024)

Cukrovka, konkrétně **diabetes mellitus 2. typu**, má s **obezitou** velmi úzkou souvislost. Obezita je dokonce jedním z **hlavních rizikových faktorů** pro vznik tohoto typu diabetu, proto jsem si v návaznosti na analýzu civilizačních onemocnění zvolila také hodnocení BMI, který poukazuje na zvyšující se trend preobézních a obézních lidí v ČR.

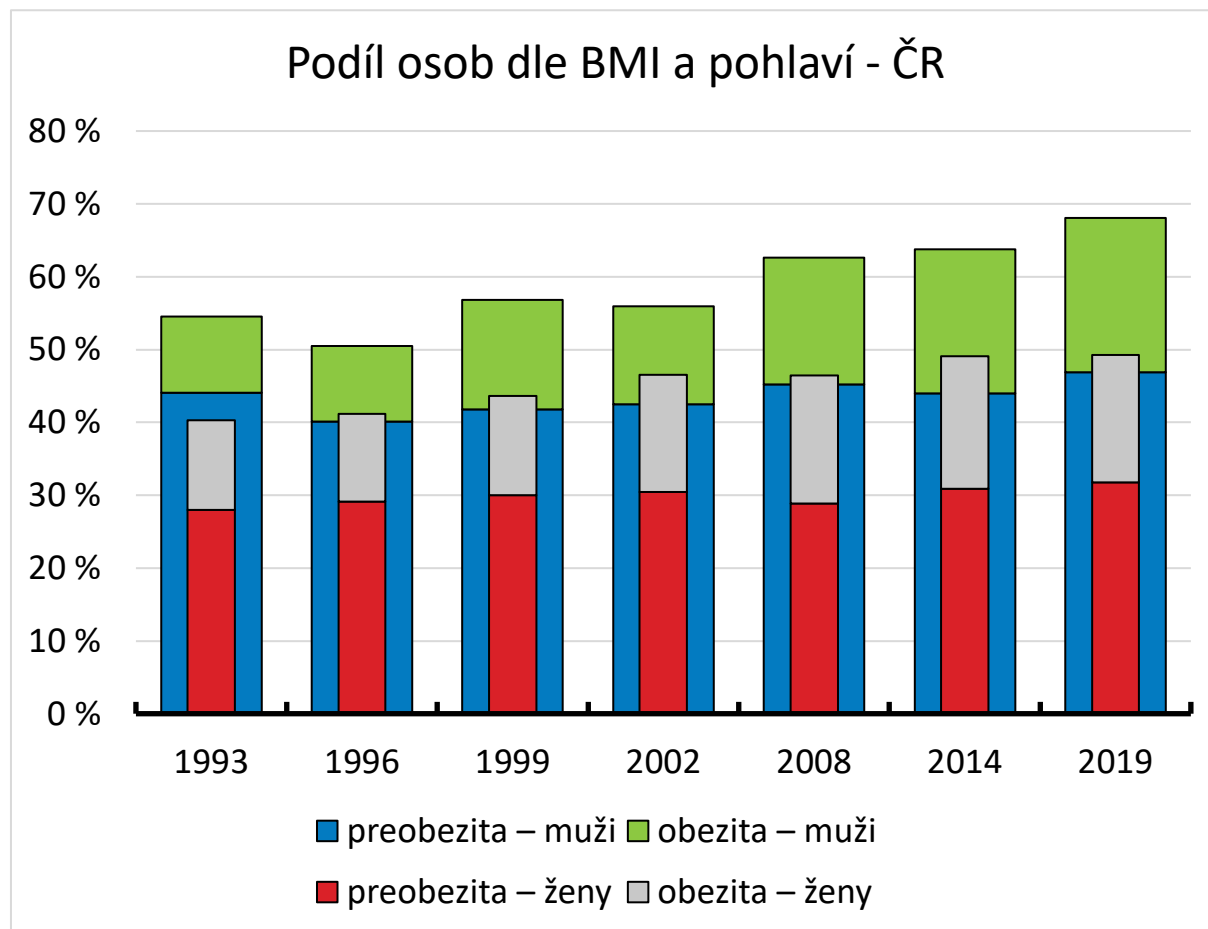
Graf 3. BMI v České republice



Zdroj: EHIS 2019

Z grafu č. 3 je patrný index tělesné hmotnosti a obezita v české populaci. Vysoký podíl preobézních až obézních lidí v České republice je jedním z významných problémů zatěžujících zdravotnický systém. Tato data jsou výzvou pro účinné programy, zejména primární prevence.

Graf 4. Podíl osob dle BMI a pohlaví v České republice



Zdroj: EHIS 2019

Graf č. 4 prezentuje změny v podílu obézních v čase v České republice. Vysoký a postupně rostoucí podíl osob s nadváhou až obezitou v České republice představuje jeden z klíčových problémů současného zdravotnictví. Trend výskytu tohoto rizikového faktoru má vzestupnou tendenci, přičemž nejvýraznější nárůst je patrný zejména u mužské populace.

Ačkoli hodnota BMI nemusí být zcela přesným ukazatelem tělesného složení – protože nerozlišuje mezi podílem svalové hmoty a tukové tkáně, přičemž svaly mají vyšší hmotnost než tuk – jedná se o standardní a široce používaný nástroj. Pro účely populačních studií a mezinárodních srovnání tak i nadále zůstává relevantním a užitečným indikátorem.

Aktuálně můžeme říct, že Česká republika čelí několika výzvám ve financování zdravotnictví:

- Stárnutí populace vede k demografickým změnám a ke zvýšené poptávce po zdravotní a sociální péči, což klade nároky na kapacity a financování zdravotnického systému. (MZČR, 2019)
- Civilizační onemocnění jsou řešena v rámci projektu Strategický rámec Zdraví 2030. Ministerstvo zdravotnictví připravilo strategii zaměřenou na rozvoj péče o zdraví do roku 2030, která se soustředí na zlepšení kvality a dostupnosti zdravotní péče, podporu prevence a efektivní využívání zdrojů. (MZČR, 2017)

Strategický rámec zdraví 2030 je dokument vydaný v roce 2020 a stanovuje priority jako jsou zdravý životní styl, prevence civilizačních nemocí, psychické zdraví a snižování nerovnosti ve zdraví. Tento dokument navazuje na dokument Strategický rámec zdraví 2020, který vycházel z doporučení WHO. (ÚZIS, 2019)

6.2 Analýza současného stavu financování preventivních programů zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny udávají, že preventivní programy zdravotních pojišťoven v České republice jsou financovány z Fondu prevence, který je součástí rozpočtu každé pojišťovny. Tyto programy nabízejí pojištěncům různé příspěvky a benefity zaměřené na podporu zdraví a prevenci onemocnění.

Konkrétněji, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v § 7 odst. 2 uvádí, že pojišťovna může vytvářet fond prevence. Z tohoto fondu lze nad rámec hrazených služeb hradit zdravotní služby s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem, jsou-li poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Dále lze prostředky fondu prevence využít k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu pojištěnců a na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotních služeb, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. (Česko § 551/1991 Sb., 1991)

Fond prevence

Z fondu prevence lze hradit zdravotní péči nad rámec zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem, je-li poskytována pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky fondu prevence lze využít také k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu účastníků, dále na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu účastníků a také na podporu projektů přispívajících ke zvýšení kvality zdravotní péče, zdravému způsobu života a zdraví pojištěnců. (VZP static, 2023)

V České republice působí sedm zdravotních pojišťoven, které se liší počtem pojištěnců. Níže je jejich seřazení od největší po nejmenší podle počtu pojištěnců.

Tabulka 7. Zdravotní pojišťovny – počty pojištěnců a plánované výdaje na prevenci

	Zdravotní pojišťovna	Počet pojištěnců (k 31. 12. 2024)	Plánované výdaje na prevenci v roce 2024	Výdaje v roce 2024	Plánované výdaje v roce 2025
0	Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP)	6 164 024	1,6 miliardy Kč	přes 2 miliardy Kč	přes 2,13 miliardy Kč
1	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZP MV ČR)	1 353 517	340 milionů Kč	330 milionů Kč	340 milionů Kč
2	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)	1 307 068	450 milionů Kč	378 milionů Kč	450 milionů Kč
3	Oborová zdravotní pojišťovna (OZP)	758 000	250 milionů Kč	240 milionů Kč	250 milionů Kč
4	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (VoZP ČR)	701 000	200 milionů Kč	180 milionů Kč	200 milionů Kč

5	Revírní bratrská pokladna (RBP)	425 000	140 milionů Kč	130 milionů Kč	140 milionů Kč
6	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ)	142 743	65 milionů Kč	63 milionů Kč	65 milionů Kč

Dle přehledu výdajů uvedených v tabulce č.7 v předchozím roce 2024 můžeme zaznamenat navýšení prostředků do fondu prevence do aktuálního období roku 2025. Z dat uvedených pro rok 2024 vyplývá, že celkový objem prostředků do fondu prevence byl ve výši 3,331mld. Kč, přičemž na 1 pojištěnce tak ZP vynaložily v průměru 307 Kč.

Tabulka 8. Výdaje na preventivní programy

ZPP 2023 (v mil. Kč)	VZP ČR	VoZP ČR	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZP MV ČR	RBP
Výdaje celkem	278 193	29 995	51 749	30 365	6 427	57 046	17 859
Výdaje na zdravotní služby ze ZFZP	270 088	28 777	49 850	29 233	6 170	54 800	17 250
Na 1 pojištěnce (v Kč)	44 339	40 818	38 053	38 554	42 698	40 617	40 255
Výdaje na preventivní programy	981	192	340	239	57	320	110
Na 1 pojištěnce (v Kč)	161	273	260	315	394	237	257
Výdaje na vlastní činnost	6 044	809	1 341	834	184	1 666	477
Podíl na výdajích celkem	2,2 %	2,7 %	2,6 %	2,7 %	2,9 %	2,9 %	2,7 %

(Zdravotnický deník, 2023)

Pro porovnání uvádím v tabulce č.8 data z roku 2023. Z uvedené tabulky lze vyčíst několik důležitých údajů. Tabulka obsahuje celkové výdaje zdravotních pojišťoven, které zahrnují nejen úhrady za poskytovanou zdravotní péči, ale také provozní náklady a výdaje na preventivní programy – právě tyto jsou středem zájmu této analýzy.

Pokud se podíváme konkrétně na výdaje VZP na prevenci, můžeme spatřit částku 981 milionů Kč. Na první pohled může tato suma působit pozitivně, avšak po přepočtu na jednoho pojištěnce zjistíme, že VZP investuje do prevence v průměru pouze 161 Kč na osobu, což už tak optimisticky nepůsobí.

Zajímavý je také údaj uvedený v předchozí tabulce, kde je pro rok 2024 vyčleněno na prevenci u VZP více než 2 miliardy Kč a pro rok 2025 dokonce přes 2,13 miliardy Kč. Ve srovnání s rokem 2023 se jedná o významné navýšení – konkrétně na 204 % v roce 2024 a odhadem 205 % v roce 2025.

Celkové výdaje všech zdravotních pojišťoven na preventivní programy činí 2,239 miliardy Kč. Pokud tuto částku porovnáme s celkovými náklady všech pojišťoven, které dosahují 471,634 miliardy Kč, zjistíme, že prevence tvoří pouhých 0,47 % z celkových výdajů. Tento podíl ukazuje na velmi omezené finanční zastoupení prevence v rámci celého systému veřejného zdravotního pojištění.

V návaznosti na předchozí finanční přehled o preventivních aktivitách uvádím jednotlivé zdravotní pojišťovny a jejich možnosti využití z fondu prevence. Tento fond nabízí benefity pro pojištěnce s prokazatelným preventivním účinkem. Zde uvádím přehled možností využití u jednotlivých pojišťoven.

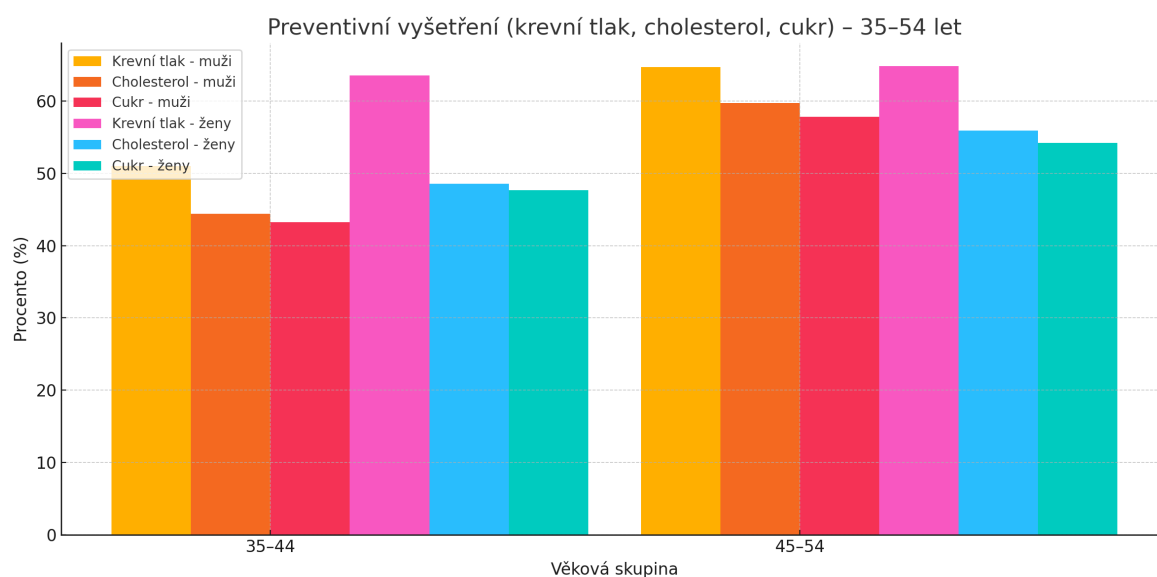
Tabulka 9. Zdravotní pojišťovny – preventivní programy

Zdravotní pojišťovna	Druhy preventivních programů	Zdroj
Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP)	Očkování, dentální hygiena, pohybové aktivity, rehabilitační aktivity, podpora při nemoci, prevence onemocnění, péče o matku a dítě, podpora dárcovství	vzp.cz
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZPMV)	Očkování, dentální hygiena, podpora pohybových aktivit, prevence onkologických onemocnění, podpora duševního zdraví, péče o matku a dítě, podpora dárcovství	zpmvcr.cz
Vojenská zdravotní pojišťovna (VoZP)	Očkování, dentální hygiena, vitamíny, zubní rovnátka, dioptrické brýle pro děti, péče o těhotné a po porodu, podpora dárcovství, pohybové aktivity, plavání, kloubní výživa pro seniory, prevence onkologických onemocnění, odvykání kouření, podpora duševního zdraví	vozp.cz
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)	Očkování, dentální hygiena, pohybové aktivity, podpora při diabetu, programy pro zdravé dítě, prevence onkologických onemocnění, podpora dárcovství	cpzp.cz
Oborová zdravotní pojišťovna (OZP)	Dentální hygiena, podpora sportovních aktivit pro děti, prevence kožních onemocnění	ozp.cz
Revírní bratrská pokladna (RBP)	Očkování, dentální hygiena, pohybové aktivity, podpora při diabetu, programy pro zdravé dítě, prevence onkologických onemocnění, podpora dárcovství	rbp213.cz

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ)	Očkování, dentální hygiena, pohybové aktivity, podpora při diabetu, programy pro zdravé dítě, prevence onkologických onemocnění, podpora dárcovství	zpskoda.cz
--------------------------------------	---	--

V návaznosti na předchozí přehled možnosti využití preventivních programů uveden v tabulce č. 9, uvádím příkladový graf č.5 o využití některých preventivních vyšetření z roku 2019.

Graf 5. Zdravotní pojišťovny a jejich využití některých preventivních měření dle ČSÚ v roce 2019



(ČSÚ, 2020)

Z údajů v grafu o využívání preventivních vyšetření můžeme zjistit, že nejvíce je využíváno služby měření krevního tlaku v kategorii žen ve věku 35-54, jedná se přesně o 63,6-64,8 %.

Z grafu týkajícího se využívání preventivních vyšetření vyplývá, že nejčastěji dochází k měření krevního tlaku v kategorii žen ve věkové kategorii 35 až 54 let, přičemž míra účasti se pohybuje mezi 63,6 až 64,8 %.

Pravidelná kontrola krevního tlaku je zásadní pro včasné zachycení jeho odchylek od běžných hodnot. Zvýšený tlak (hypertenze) výrazně přispívá k rozvoji srdečně-cévních onemocnění, cévních mozkových příhod a dalších vážných zdravotních rizik. Naopak příliš

nízký tlak (hypotenze) může být příčinou závratí, kolapsových stavů a v některých případech může signalizovat i jiný zdravotní problém.

Z těchto důvodů je důležité tlak pravidelně sledovat a při opakovaném výskytu neobvyklých hodnot vyhledat odborné lékařské posouzení. (Celimed Team, 2023)

Článek zpravodajského portálu ČT24 informuje o plánovaném navýšení prostředků, které zdravotní pojišťovny v České republice vyčlení na preventivní programy v roce 2025. Celková částka má přesáhnout 3,5 miliardy korun, což představuje nárůst o čtvrt miliardy korun oproti předchozímu roku. (ČT24, 2025)

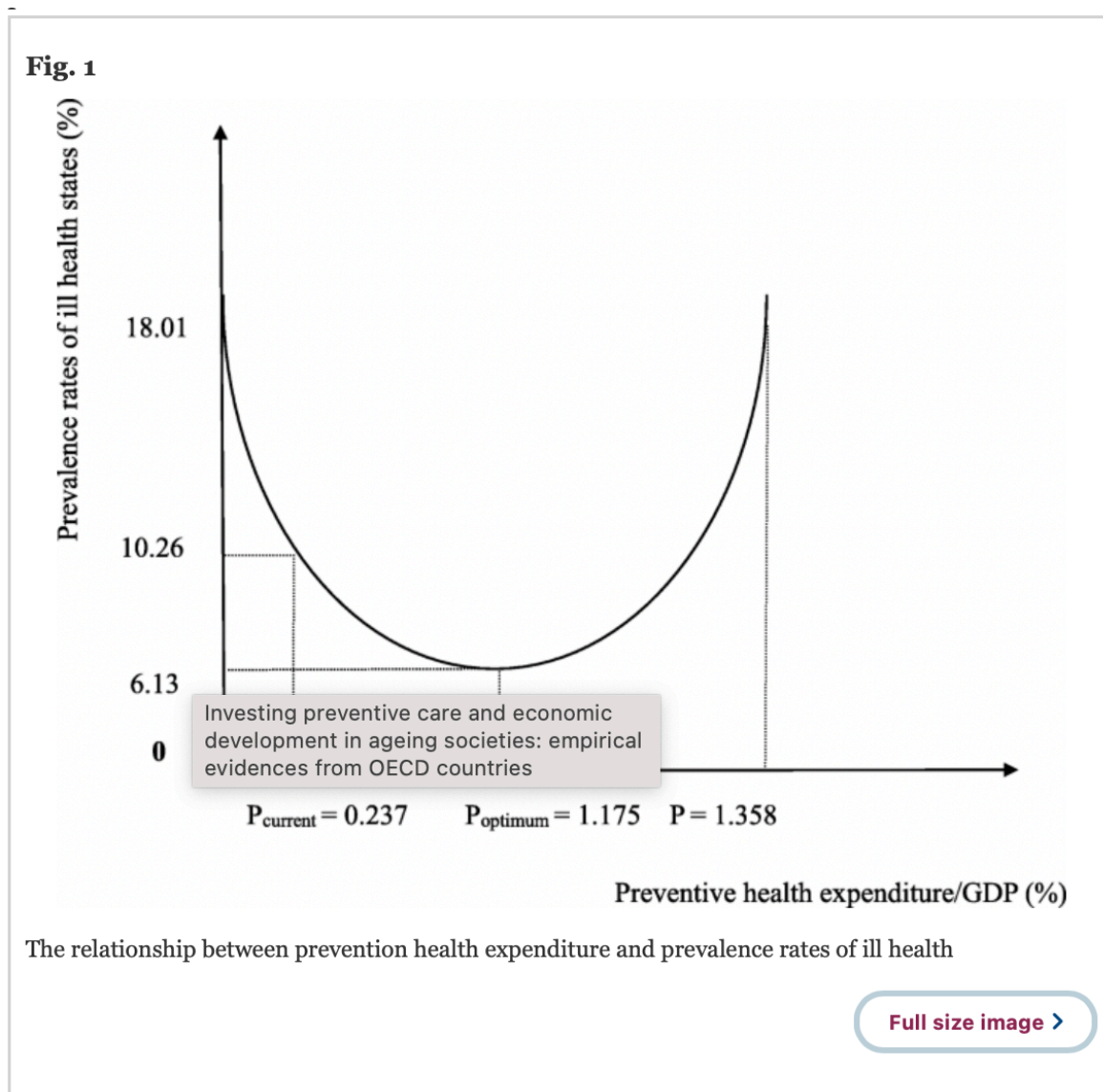
Tato iniciativa zahrnuje rozšíření příspěvků na různé preventivní aktivity, a to včetně očkování, onkologických prohlídek, péče o duševní zdraví, sportovních aktivit, dentální hygieny, ortopedických pomůcek a programů na odvykání kouření. Například Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) plánuje vyčlenit přes 2,13 miliardy korun, zatímco Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP) navýší svůj fond prevence na 450 milionů korun. Je nutno poznamenat, že tyto pojišťovny mají rozdílné počty pojištěnců. (ČT24, 2025)

6.2.1 Zahraniční studie podporující prevenci

Dle studie OECD *Investice do preventivní péče a ekonomický dopad na stárnoucí společnosti: Empirické důkazy ze zemí OECD*, která byla provedena mezi lety 2000-2017 byl podíl prevence 0,237 % a prevalence onemocnění 10,26 % k podílu HDP. Na základě studie publikované v roce 2021 je optimální podíl výdajů na zdravotní prevenci 1,175 % HDP, přičemž tento objem prostředků vynaložených na preventivní péči by v optimálním případě měl nastavit prevalenci onemocnění na 6,13 %. Současná prevence je proto nedostatečná. Obrázek č.1 zobrazuje výše uvedená data.

Zvýšení výdajů na prevenci snižuje míru prevalence nemocných stavů a zároveň zlepšuje zdraví populace, zvyšuje produktivitu ekonomiky a zvyšuje blahobyt populace. (Healthconomicsreview, 2021)

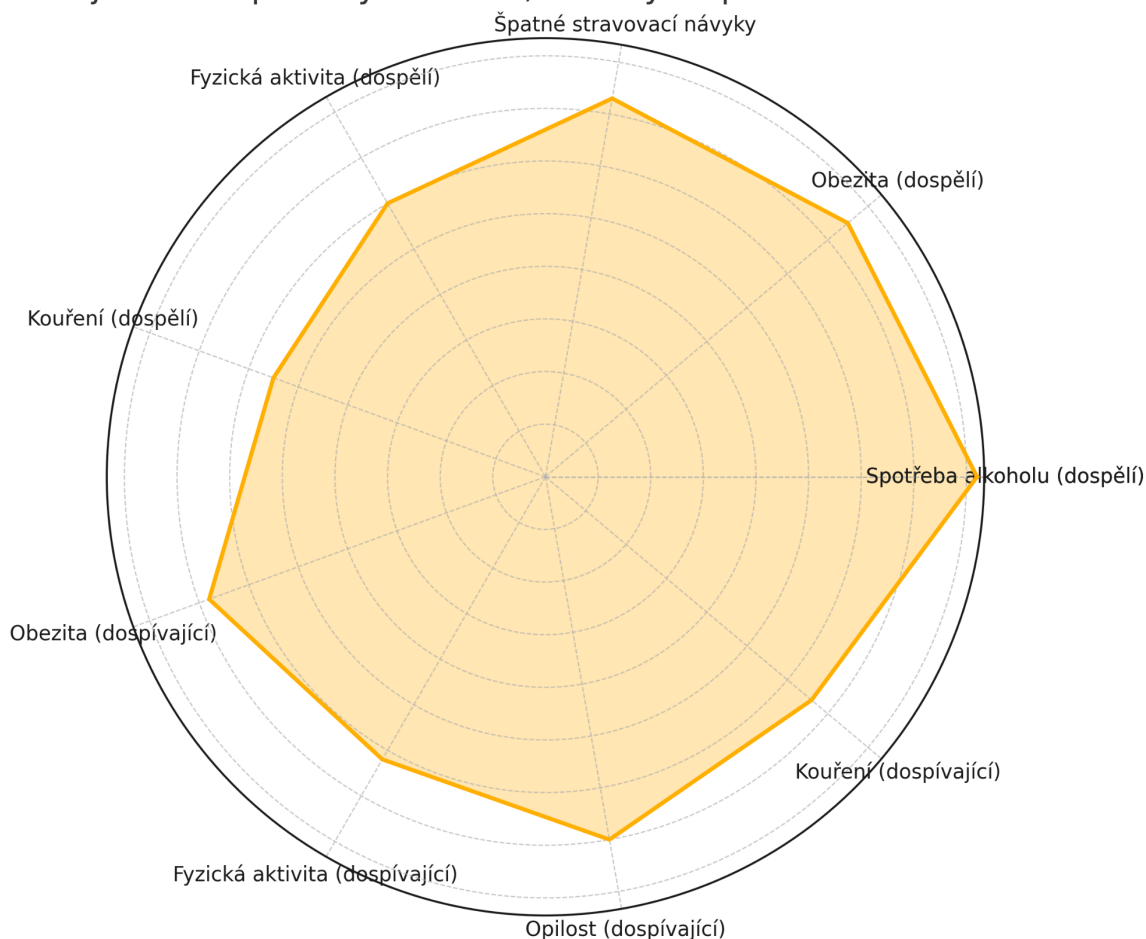
Obrázek 1. Vztah prevence a prevalence (OECD)



(Wang, 2021).

Obrázek 2. Porovnání ČR se zeměmi EU

V porovnání s jinými zeměmi EU vykazuje Česko špatné výsledky zejména u spotřeby alkoholu, obezity a špatného stravování



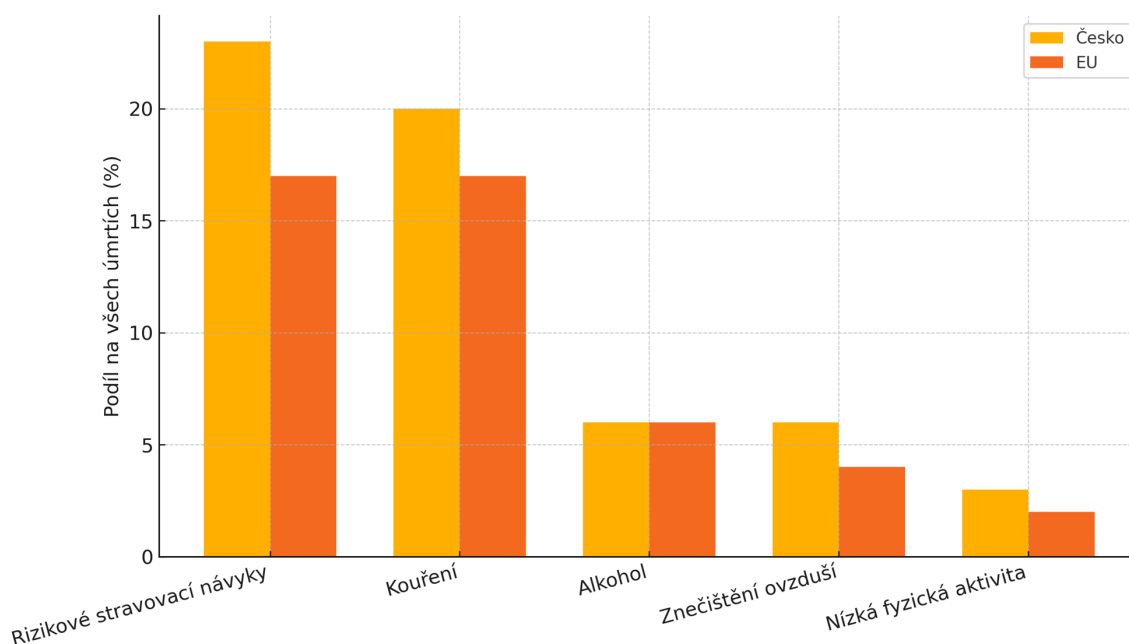
Vlastní zpracování dle dokumentu Public Health (Health.ec., 2023)

Na obrázku č.2 můžeme shlédnout, kde se ČR nachází při nesprávném životním stylu. Střed kruhu znázorňuje, kde by bylo ideální řešení těchto jednotlivých faktorů. Týká se to zemí EU, přičemž žádná se nepohybuje v ideálním rozmezí.

Dle studie Pub Med z webu Dataozdraví.cz vyplývá, že pravidelná fyzická aktivita hraje zcela zásadní roli v primární i sekundární prevenci chronických onemocnění, jako jsou kardiovaskulární nemoci, diabetes, rakovina, hypertenze, obezita, deprese a osteoporóza, i v prevenci předčasných úmrtí. (Data o zdraví, 2019)

Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) uvádí, že pravidelný pohyb představuje jednu z nejdůležitějších věcí, které můžeme pro své zdraví udělat. Fyzická aktivita zlepšuje tělesné i duševní zdraví osob ve všech věkových skupinách. (CDC, 2024)

Graf 6. Rizikové faktory přispívající k úmrtnosti v Česku a Evropské unii v roce 2019



Vlastní zpravování dle dokumentu Public Health (Health.ec.2023)

6.2.2 Česká studie „Zdravotní profil země 2030“

Dokument *Zdraví 2030* (ÚZIS, 2019) poskytuje komplexní analýzu zdravotního stavu obyvatel České republiky a výkonnosti zdravotního systému. V souvislosti se zdravím a pohybovými aktivitami uvádí následující klíčové informace:

Nízká úroveň fyzické aktivity: V roce 2019 pouze 23 % dospělých v České republice vykazovalo alespoň 2,5 hodiny mírné fyzické aktivity týdně, což je výrazně méně než průměr EU, který činí 33 %. Tento pokles fyzické aktivity byl zaznamenán mezi lety 2014 a 2019, přičemž výraznější snížení bylo pozorováno u žen.

Dopad nízké fyzické aktivity na úmrtnost: Nízká úroveň fyzické aktivity přispěla v roce 2019 k přibližně 3 % všech úmrtí v České republice, což je o něco více než průměr EU, který činí 2 %. To naznačuje, že nedostatek pohybu je významným rizikovým faktorem ovlivňujícím zdravotní stav populace. (Health.ec., 2023)

6.3 Financování pohybových aktivit v rámci preventivních programů zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny v České republice v roce 2025 podporují prevenci formou příspěvků na pohybové aktivity pro dospělé i děti. V rámci svých preventivních programů nabízejí různé finanční příspěvky na sportovní a pohybové aktivity. Níže je uveden přehled jednotlivých pojišťoven a jejich aktuálních benefitů.

Tabulka 10. Přehled vybraných pojišťoven a jejich aktuálních nabídek

Pojišťovna	Kategorie pojištěnců	Výše příspěvku	Podmínky čerpání	Poznámky
VZP	Dospělí (18–65 let)	Až 500 Kč	Preventivní prohlídka u praktického lékaře do 1. 1. 2023	Žádost přes aplikaci Moje VZP, pouze na pravidelnou pohybovou aktivitu
VZP	Děti (do 18 let)	Až 2 000 Kč		Na pravidelnou pohybovou a sportovní aktivitu (kroužky, kurzy)
ZPMVČR	Dospělí	Až 500 Kč	Preventivní prohlídka od 1. 1. 2023 do žádosti	Na sportovní aktivity – doklad musí obsahovat druh sportu
ZPMVČR	Děti (do 18 let)	Až 1 500 Kč		Na organizované sportovní aktivity (kroužky, kurzy)
VoZP	Dospělí	Až 500 Kč		Na pravidelné pohybové aktivity
VoZP	Děti (do 18 let)	Až 1 000 Kč		Na mimoškolní i školní pohybové aktivity (kroužky, kurzy)
ČPZP	Dospělí (od 18 let)	Až 700 Kč	Doklad o úhradě min. 1 500 Kč	Na pravidelnou aktivitu včetně plavání, důraz na prevenci KVS a obezity

Pojišťovna	Kategorie pojištěnců	Výše příspěvku	Podmínky čerpání	Poznámky
ČPZP	Děti (do 18 let)	Až 1 500 Kč		Na pravidelné pohybové aktivity
OZP	Dospělí	Až 10 000 Kč (podle kreditů ve VITAKARTĚ)		Kredity ve VITAKARTĚ – programy podpory pohybu
OZP	Děti (6–14 let)	Až 1 000 Kč	Aktivita min. 3 měsíce	Lze čerpat 10. 1. – 30. 4. 2025
ZPŠ	Dospělí (19–64 let)	Až 500 Kč / 700 Kč (Karta mého srdce)	Preventivní prohlídka v posledních 4 letech	Na sport, plavání, saunování – některé výjimky

Vlastní zpracování dle údajů, z webových stránek jednotlivých pojišťoven. (VZP, ZPMVČR, VOZP, ČPZP, OZP, ZPŠ)

Z dostupných údajů pro rok 2025 vyplývá, že všechny hlavní zdravotní pojišťovny v České republice poskytují svým pojištěncům příspěvky na podporu pohybových aktivit, a to napříč věkovými skupinami. Přesto se jejich přístup, výše příspěvků i konkrétní podmínky čerpání liší.

Nejštědřejší je v tomto směru Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP, 2025), která jako jediná poskytuje dětem do 18 let příspěvek až 2 000 Kč, a to na pohybové aktivity nebo dentální hygienu, případně jejich kombinaci. Tento benefit lze navíc čerpat ve dvou žádostech ročně, což přispívá k lepší dostupnosti a flexibilitě. U dospělých a seniorů se výše příspěvku pohybuje maximálně do 500 Kč a je podmíněna absolvováním preventivní prohlídky.

Oborová zdravotní pojišťovna (OZP, 2025) se zaměřuje především na dětskou populaci a nabízí zajímavý model příspěvku s 50% spoluúčastí rodičů, kde může dítě získat až 1 000 Kč na pravidelnou pohybovou aktivitu. Tento přístup posiluje odpovědnost rodičů, ale zároveň může být bariérou pro nízkopříjmové rodiny. OZP rovněž zaujala kreditovým systémem Vitakarta, který umožňuje čerpání benefitů v široké škále oblastí včetně sportu, táborů nebo zdravé výživy, a rozšiřuje tak možnosti prevence mimo klasické finanční příspěvky.

Vojenská zdravotní pojišťovna (VoZP, 2025) nabízí poměrně přehledný a praktický systém – dětem přispívá až 1 000 Kč na sportovní aktivity a další benefity na plavání nebo tábory. U dospělých je podpora omezena na 500 Kč, přičemž je zdůrazňována pravidelnost sportovní aktivity. VoZP konkrétně vymezuje, že nelze čerpat příspěvek na jednorázové vstupy, což je logické z hlediska dlouhodobého dopadu, avšak výše částky není velká a přibližuje se spíše cenám jednorázových vstupů.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZP MV ČR, 2025) si zachovává svou tradičně silnou pozici zejména u dětských pojištěnců, kterým přispívá až 1 500 Kč na pohybové a sportovní aktivity. U dospělých nabízí základní příspěvek 500 Kč, ovšem příslušníci bezpečnostních sborů mají nárok až na 1 000 Kč, a to bez podmínky absolvování preventivní prohlídky.

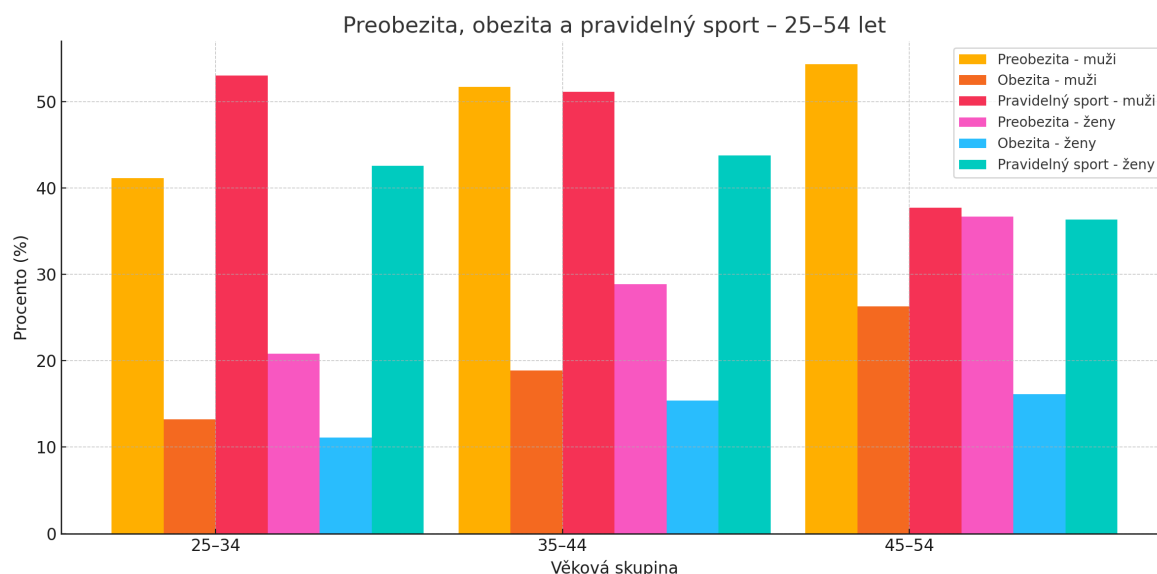
Naopak Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP, 2025) se orientuje na detailní vymezení podmínek a snaží se systémově nastavit čerpání příspěvků tak, aby docházelo ke skutečné pravidelnosti sportovní činnosti. Děti a mládež mohou získat až 1 500 Kč, zatímco dospělí až 1 000 Kč, ale pouze pokud doloží úhradu pohybových aktivit v hodnotě alespoň 1 500 Kč (u seniorů 1 000 Kč). Tento přístup podporuje dlouhodobější závazek k pohybové aktivitě, avšak dle aktuálních cen v různých sportovních centrech je tato částka opravdu jen příspěvkem.

Z porovnání jednotlivých pojišťoven je patrné, že děti a mládež jsou prioritní skupinou preventivních programů. Výše příspěvků pro dospělé se napříč pojišťovnami pohybuje většinou mezi 500 Kč a 1 000 Kč, což může být pro některé motivací, ale zároveň to není dostatečný impuls pro systematickou změnu životního stylu. Za efektivní lze zčásti považovat modely, které motivují pravidelnost, propojují čerpání s absolvováním preventivní prohlídky a využívají i moderní digitální nástroje (např. kreditní systém OZP).

Z pohledu dlouhodobé udržitelnosti systému zdravotního pojištění je zřejmé, že investice do pohybových aktivit jakožto prevence civilizačních onemocnění je smysluplným krokem. Zdravotní pojišťovny mají v tomto ohledu nejen možnost, ale i odpovědnost aktivně formovat chování svých pojištěnců směrem ke zdravějšímu životnímu stylu, avšak aktuální stav příspěvků nelze brát v potaz jako příliš motivační. Vzhledem k cenám pohybových aktivit, různých sportů, nebo pravidelné placené rehabilitaci, je to opravdu jen zlomek toho, co se za motivační považuje.

Jako příklad uvádím graf z údajů z ČSÚ, který názorně ukazuje, že s rostoucím věkem klesá motivace populace věnovat se pohybovým aktivitám.

Graf 7. Indexu tělesné hmotnosti a fyzické aktivity ve věkových skupinách v roce 2019



(ČSÚ, 2020)

Graf č.7 znázorňuje, že s rostoucím věkem obyvatel v České republice dochází k postupnému poklesu zájmu o pravidelnou pohybovou aktivitu. Tento trend zároveň doprovází nárůst počtu osob s nadváhou, tedy tzv. preobézních jedinců, což poukazuje na souvislost mezi pasivním životním stylem a zhoršující se tělesnou hmotností v průběhu stárnutí.

Pro lepší představu a možnost srovnání uvádím detailní přehled mezinárodního porovnání příspěvků zdravotních pojišťoven na pohybové aktivity v jednotlivých zemích.

1. Dánsko

- Příspěvky: Soukromé pojišťovny (např. Danmark Sygeforsikring) nabízejí až 500 DKK = 1714 Kč ročně na sportovní aktivity, jako je členství v posilovnách nebo wellness programy. Veřejné pojištění přímo sport nefinancuje. (Danmark Sygeforsikring, 2025)

2. Švédsko

- Příspěvky: Soukromé pojišťovny (např. Skandia) poskytují „friskvårdsbidrag“ až 5 000 SEK = 11231Kč ročně na fitness centra, jógu nebo jiné aktivity. Veřejné pojištění (Försäkringskassan) tyto příspěvky neposkytuje přímo. (Skandia, 2025)

3. Finsko

- Příspěvky: Soukromé pojišťovny (např. Pohjola Insurance) nabízejí 300–500 EUR = 7661–12768Kč ročně na sportovní kluby nebo vybavení (např. lyže). Veřejná Kela refunduje jen fyzioterapii, ne přímé sportovní aktivity. (Pohjola Insurance, 2025)

4. Nizozemsko

- Příspěvky: Povinné soukromé pojišťovny (např. Zilveren Kruis) hradí z doplňkových balíčků 20–30 EUR měsíčně = 6124–9193Kč na fitness centra, fyzioterapii nebo programy jako „BeweegKuur“. (Zilveren Kruis, 2025)

5. Norsko

- Příspěvky: Soukromé pojišťovny (např. Tryg) přispívají až 2 000 NOK = 4445Kč ročně na fyzioterapii nebo sportovní kurzy (např. lyžování). Veřejné pojištění přímo sport nefinancuje. (Tryg, 2025)

6. Austrálie

- Příspěvky: Soukromé pojišťovny (např. Bupa) nabízejí slevy až 100 AUD = 608Kč ročně na posilovny nebo sportovní programy. Veřejné Medicare tyto aktivity nehradí. (Bupa, 2025)

7. Kanada

- Příspěvky: Soukromé pojišťovny (např. Sun Life) poskytují až 500 CAD = 8745Kč ročně na fitness centra nebo rehabilitaci zaměřenou na pohyb. Veřejné pojištění přímo sport nefinancuje. (Sun Life, 2025)

Z mezinárodního přehledu vyplývá, že nejvíce příspěvků na pohybové aktivity vydávají zdravotní pojišťovny ve Švédsku a Finsku.

V německém systému zdravotního pojištění existují programy, které motivují pojištěnce k účasti na preventivních opatřeních prostřednictvím finančních bonusů nebo snížené spoluúčasti na léčích. Například Techniker Krankenkasse (TK) nabízí program, ve kterém

mohou pojištěnci získat finanční odměny za aktivity podporující zdraví, jako jsou preventivní prohlídky, očkování nebo účast na sportovních aktivitách. Podobně pojišťovna BARMER poskytuje bonusový program, kde pojištěnci sbírají body za zdraví prospěšné aktivity, které mohou proměnit v peněžní odměny. (TK.DE, 2025)

Z analytické části je zřejmé, že obezita je významným faktorem, který souvisí s řadou civilizačních chorob. Podporu ze strany zdravotních pojišťoven při prevenci tohoto onemocnění vnímám jako nedostatečnou. Z tohoto důvodu se v návrhové části své práce budu zabývat pohybovými programy, jako významným prvkem při prevenci civilizačních onemocnění v ČR a její možnosti financování v rámci preventivních programů.

7 NÁVRH NA ZLEPŠENÍ PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ

Na základě studie OECD (OECD, 2025), která zkoumá rozdíly v prevenci v jednotlivých zemích, lze říct, že podíl osob ve věku 65 let a starších dosáhne do roku 2050 celosvětové hodnoty asi 16 %. Včasné investice do prevence by mohly následně vést ke snížení nemocnosti a zároveň by ušetřily prostředky ve zdravotních a sociálních službách.

Cílem této kapitoly je navrhnout vhodné úpravy preventivních programů, které prostřednictvím motivace ze strany poskytovatelů podpoří jednotlivce k aktivní účasti. Takové programy mohou vést ke snížení výskytu civilizačních chorob, a tím i k úsporám v oblasti akutní lůžkové péče a celkově ke snížení nákladů zdravotního systému.

V praktické části návrhu budu postupovat těmito kroky:

- Zaměřím se na zahraniční příklady a studie, které se věnují efektivitě investic do preventivní péče, s cílem identifikovat možnosti úspor ve výdajích na akutní lůžkovou péči.
- Na základě dostupných datových přehledů sestavím vlastní datový soubor, orientovaný na konkrétní diagnózy, a provedu odhad nákladů spojených s jejich léčbou.
- Diagnózy jako vysoký krevní tlak, cukrovka 2. typu, obezita, infarkt a mrtvice budu vzájemně porovnávat a propojovat v souvislostech.
- Porovnám aktuální údaje z oblasti akutní lůžkové péče a preventivní péče, abych identifikovala rozdíly ve výdajích a efektivitě.
- V návaznosti na analýzy a zpracovaná data navrhnu několik variant řešení, které by mohly přispět k optimalizaci nákladů ve zdravotnictví.

7.1 Prevence jako významný faktor v boji s civilizačními onemocněními

Po prostudování dokumentu o zdraví a pohybu z roku 2023 (OECD,2023) lze vyhodnotit, že

- 10 331 předčasných úmrtí ročně lze zabránit, pokud by každý dospělý vykonával alespoň 150 minut pohybu týdně
- 11,5 milionu případů chronických onemocnění (NCDs) by bylo možné předejít do roku 2050, z toho:
 - 3,8 milionu případů kardiovaskulárních onemocnění,

- téměř 1 milion cukrovky 2. typu

Studie publikované na platformě BioMed Central (Health economics review, 2021) posuzují různé možnosti investic do preventivních opatření nejen z hlediska zdravotních přínosů, ale především z finančního hlediska, které považují za klíčové.

Prevence má pozitivní vliv na snížení výskytu nemocí

- Studie potvrzuje, že vhodné investice do prevence vedou ke snížení prevalence nemocí, komplikací a invalidity.
- Např. při příznivé úrovni výdajů na prevenci (1,175 % HDP) by podíl nemocné populace klesl na 6,13 %.
- Při aktuálním podílu prevence ve výši jen 0,237 % HDP je prevalence nemocí 10,26 %.
- Pokud by nebyly výdaje na prevenci žádné nebo příliš vysoké (např. 1,596 % HDP), prevalence by mohla stoupnout až na 18 %.

Prevence přináší dlouhodobé úspory

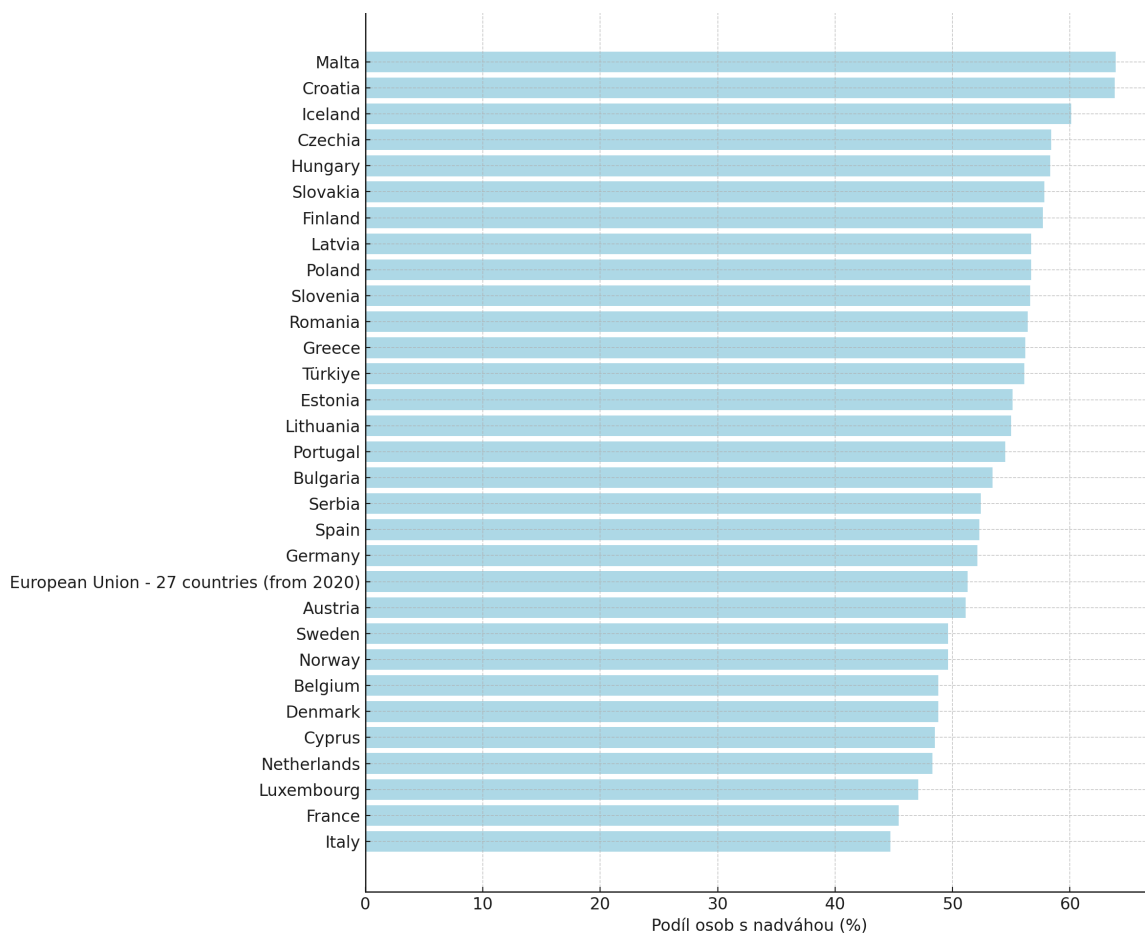
- Např. 1 USD investovaný do prevence infekčních onemocnění (např. COVID-19) může ušetřit až 7 USD na budoucích nákladech.
- Podobné úspory (až 7 USD za 1 USD) byly pozorovány i u chronických onemocnění.

Z dostupných údajů lze vyvodit, že investice do preventivní zdravotní péče vykazují vyšší nákladovou efektivitu ve srovnání s finančními prostředky vynakládanými na léčbu již manifestovaných onemocnění. V kontextu civilizačních chorob jsem zvolila komparaci prevalence obezity v zemích Evropské unie jako výchozí rámec pro návrh účinného motivačního modelu. Ten by měl sloužit jako nástroj podpory vlastní angažovanosti populace v péči o zdraví, a to prostřednictvím cílených preventivních intervencí.

Česká republika se dle grafu č. 9 v rámci mezinárodního srovnání umísťuje na 5. místě v kategorii preobézních osob, která následuje po skupině s nadváhou. Tento výsledek je velmi znepokojující a poukazuje na rostoucí problém spojený s nezdravým životním stylem. Jedním z klíčových témat současnosti tak zůstává otázka, jak efektivně motivovat populaci k větší osobní odpovědnosti a k začlenění zásad zdravého životního stylu do každodenního života.

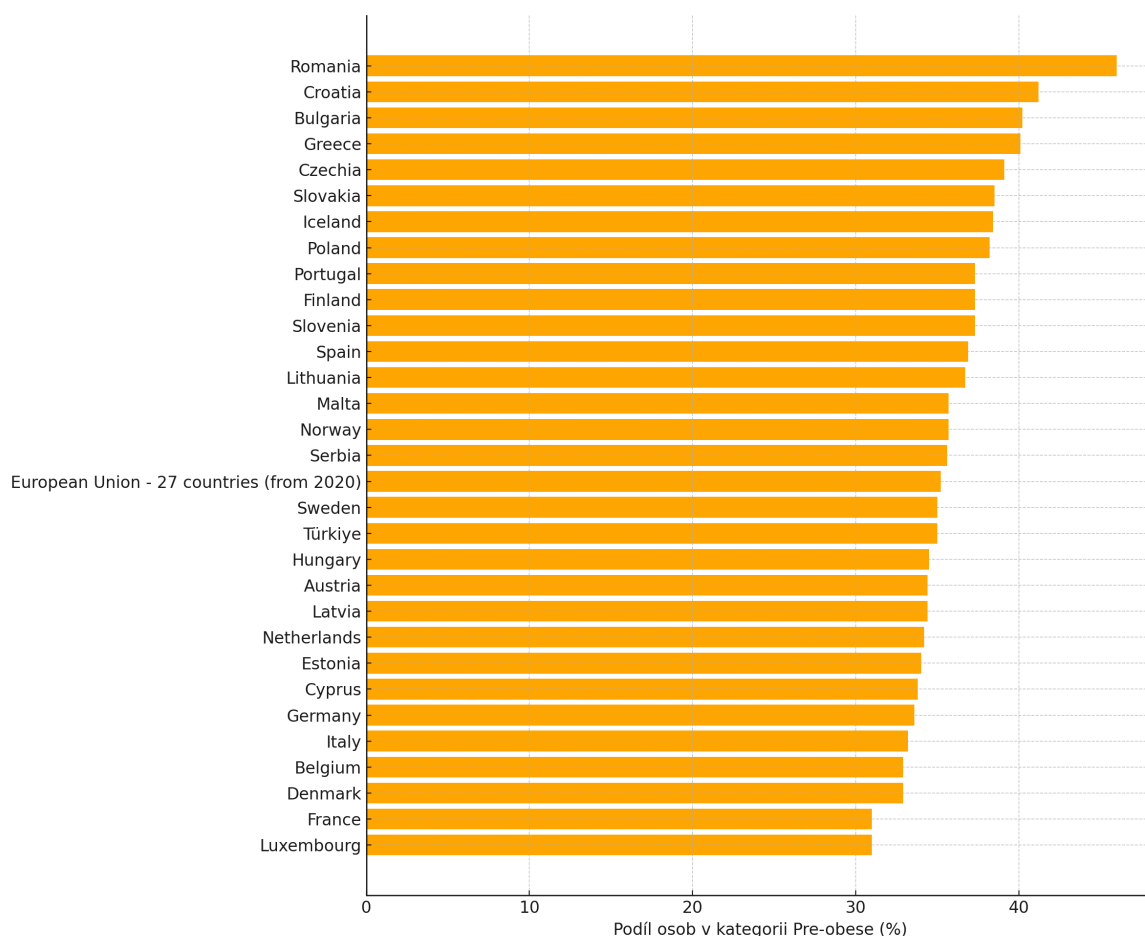
Z tohoto důvodu jsem si jako výchozí indikátor pro návrh tzv. motivačního fondu zdraví zvolila právě oblast nadváhy a s ní souvisejících onemocnění. Fond by měl podpořit pohybové aktivity jako jeden z hlavních pilířů prevence a nástroje, jak zlepšit zdravotní stav obyvatel a posílit jejich dlouhodobou kondici.

Graf 8. Podíl osob s nadváhou v evropských zemích v roce 2019



(EC, 2022)

Dle dat Eurostatu se Česká republika vyskytuje již na 4. místě v kategorii zemí s nejvyšším podílem osob s nadváhou. Investice do pohybové prevence je nyní žádoucím tématem pro zachování zdraví populace a udržitelného zdravotního systému do budoucnosti.

Graf 9. Podíl osob v kategorii Pre-obese v evropských zemích v roce 2019

(EC, 2022)

7.2 Možnosti úspor ve financování akutní lůžkové péče

V této podkapitole můžeme nahlédnout, kolika osob se týkají civilizační onemocnění a jaké orientační částky by se případně daly přesunout do fondů prevence, konkrétně do pohybových aktivit a podpory zdravého životního stylu.

Jedná se o výpočty hospitalizačních případů u jednotlivých diagnóz a jejich průměrných nákladů.

Celková hypotetická částka vypočtená z dat ÚZISu za hospitalizaci pacientů s danými diagnózami ve věkové skupině 30 až 60 let dosáhla výše 174 020 500 Kč. Výpočet vycházel z předpokladu nákladů ve výši 2 500 Kč za jeden lůžkoden. V rámci této analýzy jsem dále uvedla, kolik dnů hospitalizace připadalo na jednotky intenzivní péče (JIP), kde jsou náklady na lůžkoden výrazně vyšší, i když jsem je do výpočtu nezahrnovala.

Pro komplexnější pohled jsem spočítala i celkovou částku za hospitalizace těchto onemocnění napříč všemi věkovými skupinami. Výsledná suma činila **927 962 500 Kč**, opět za předpokladu jednotné ceny 2 500 Kč za lůžkoden, což představovalo celkový počet 371 185 lůžko dnů. Tuto hodnotu budu dále využívat jako výchozí referenční údaj v návrhové části práce.

Akutní lůžková péče (průměr) – 2 500 Kč/den (Institut pro politiku a společnost, 2019)

Poznámka: Náklady budou s vysokou pravděpodobností vyšší, jelikož cena průměrného dne na lůžku JIP je několikanásobně vyšší.

Podklady pro výpočet převzaty z nzip otevřených dat. (NZIP, 2024)

7.2.1 Vysoký krevní tlak (DRG I10)

Vysoký krevní tlak neboli hypertenze je sám o sobě považován za civilizační chorobu, která se vyznačuje trvalým zvýšením tlaku v arteriálních tepnách nad hodnotu 140/90 mm Hg. Jeho výskyt je úzce spjat s moderním životním stylem, zahrnujícím faktory jako nezdravá strava, nedostatek pohybu, nadměrný příjem soli, kouření, nadměrná konzumace alkoholu a stres. (Kardio-cz, 2025)

Tabulka 11. Výpočet 1

Parametr	Hodnota
Věkové rozmezí	30–60 let
Pohlaví	Muži + ženy
Rok	2023
Počet hospitalizačních případů	1 297
Počet ošetrovacích dnů	3 456 (z toho 252 JIP)
Průměrný počet dnů na osobu	2,66

Parametr	Hodnota
Cena za 1 den	2 500 Kč
Výpočet	$3\,456 \times 2\,500 \text{ Kč}$
Celkové náklady	8 640 000 Kč
Celkové náklady-všechny věkové skupiny	58 002 500 Kč

Poznámka

Náklady vyšší kvůli JIP

Pro srovnání jsem vypočítala celkové náklady pro danou diagnózu pro všechny věkové skupiny.

7.2.2 Diabetes Mellitus 2. typu (DRG E11)

Diabetes mellitus je charakterizován jako civilizační onemocnění, které úzce souvisí s nesprávným životním stylem, jako je např. nedostatek pohybu.

Dle datových souhrnů diabetes mellitus je průkazné, že cukrovka 2. typu je tedy nová epidemiologie a má vzestupnou tendenci.

Tabulka 12. Výpočet 2

Parametr	Hodnota
Věkové rozmezí	30–60 let
Pohlaví	Muži + ženy
Rok	2023
Počet hospitalizačních případů	6 732
Počet ošetrovacích dnů	23 202 (z toho 78 JIP)
Průměrný počet dnů na osobu	3,44

Parametr	Hodnota
Cena za 1 den	2 500 Kč
Výpočet	$23\,202 \times 2\,500 \text{ Kč}$
Celkové náklady	58 005 000 Kč
Celkové náklady-všechny věkové skupiny	61 802 500 Kč

Poznámka

Náklady vyšší kvůli JIP

Pro srovnání jsem vypočítala celkové náklady pro danou diagnózu pro všechny věkové skupiny.

7.2.3 Obezita (DRG E66)

Obezita je chronické onemocnění charakterizované nadměrným hromaděním tělesného tuku, které negativně ovlivňuje zdraví jedince. Je považována za jedno z nejrozšířenějších civilizačních onemocnění současnosti, neboť její prevalence výrazně vzrostla v důsledku změn životního stylu spojených s moderní společností. (SZÚ, 2024)

Tabulka 13. Výpočet 3

Parametr	Hodnota
Věkové rozmezí	30–60 let
Pohlaví	Muži + ženy
Rok	2023
Počet hospitalizačních případů	2 497
Počet ošetrovacích dnů	10 811 (z toho 1 426 JIP)

Parametr	Hodnota
Průměrný počet dnů na osobu	4,32
Cena za 1 den	2 500 Kč
Výpočet	$10\,811 \times 2\,500 \text{ Kč}$
Celkové náklady	27 027 500 Kč
Celkové náklady všechny věkové skupiny	34 855 000 Kč

Poznámka

Náklady vyšší kvůli JIP

Pro srovnání jsem vypočítala celkové náklady pro danou diagnózu pro všechny věkové skupiny.

7.2.4 Ischemie a infarkt (DRG I20–I25)

Ischemie a infarkt myokardu jsou úzce spjaty s civilizačními onemocněními, která jsou výsledkem moderního životního stylu a představují významné zdravotní riziko v současné populaci.

Tabulka 14. Výpočet 4

Parametr	Hodnota
Věkové rozmezí	30–60 let
Pohlaví	Muži + ženy
Rok	2023
Počet hospitalizačních případů	10 175
Počet ošetrovacích dnů	32 400 (z toho 11 503 JIP)

Parametr	Hodnota
Průměrný počet dnů na osobu	4,18
Cena za 1 den	2 500 Kč
Výpočet	$32\,400 \times 2\,500 \text{ Kč}$
Celkové náklady	81 000 000 Kč
Celkové náklady – všechny věkové skupiny	423 985 000 Kč

Poznámka

Náklady vyšší kvůli JIP

Pro srovnání jsem vypočítala celkové náklady pro danou diagnózu pro všechny věkové skupiny.

7.2.5 Mrtvice (CMP – DRG I63)

V České republice je CMP třetí nejčastější příčinou úmrtí, hned po kardiovaskulárních a onkologických onemocněních. Ročně postihne přibližně 30 000 lidí, z nichž třetina na následky zemře, třetina zůstává trvale invalidní a pouze třetina se zotaví bez významných následků. (Afázie, 2025)

Tabulka 15. Výpočet 5

Parametr	Hodnota
Věkové rozmezí	30–60 let
Pohlaví	Muži + ženy
Rok	2023
Počet hospitalizačních případů	3 038
Počet ošetrovacích dnů	20 621 (z toho 7 023 JIP)

Parametr	Hodnota
Průměrný počet dnů na osobu	6,7
Cena za 1 den	2 500 Kč
Výpočet	$20\,621 \times 2\,500 \text{ Kč}$
Celkové náklady	51 552 500 Kč
Celkové náklady – všechny věkové skupiny	349 317 500 Kč

Poznámka

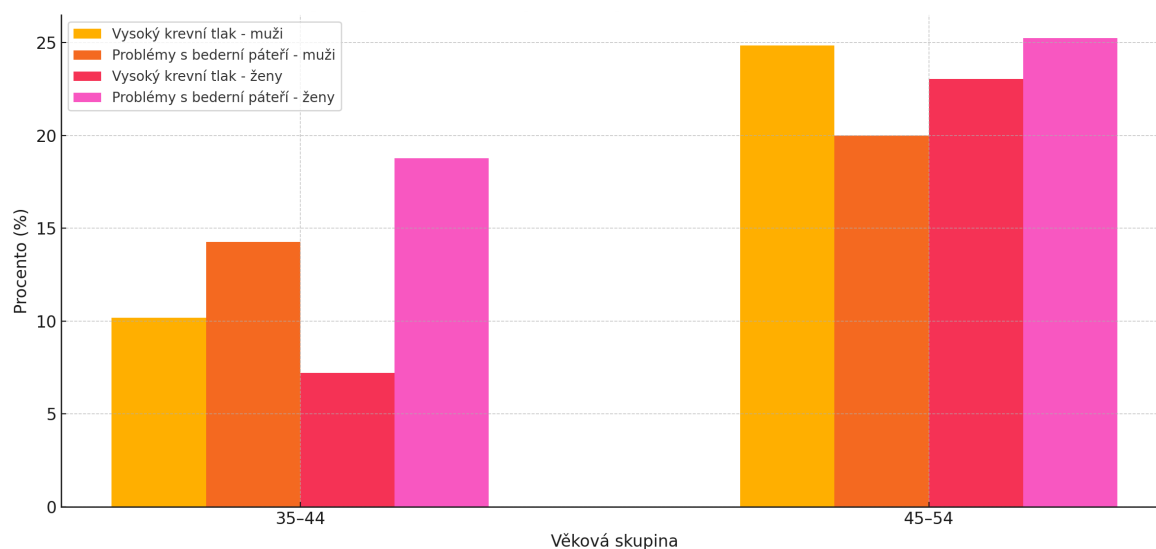
Náklady vyšší kvůli JIP

Pro srovnání jsem vypočítala celkové náklady pro danou diagnózu pro všechny věkové skupiny.

V návaznosti na předchozí výpočty uvádím dva příkladové grafy, které mají souvislost s vybranými diagnózami.

Vysoký krevní tlak lze považovat za tichý zabiják a jedním z klíčových rizikových faktorů civilizačních chorob. Má přímou souvislost s Ischemickou chorobou srdeční I20–I25 a s Mrtvicí I 63.

Graf 10. Vysoký krevní tlak (35-54 let)

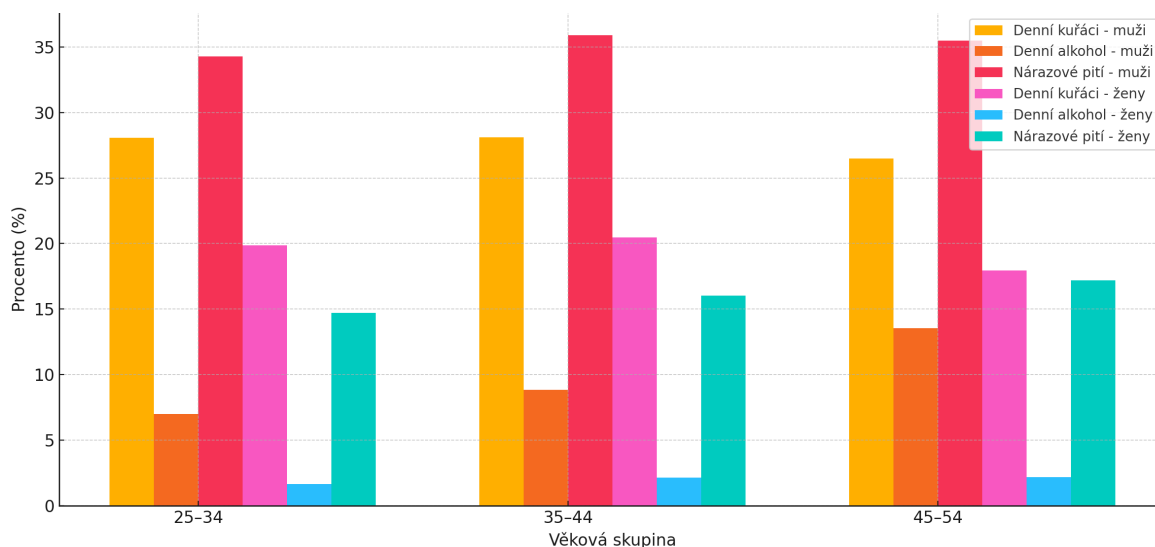


(ČSÚ, 2020)

Z dostupných dat vyplývá, že ve věkové skupině 45–54 let, zejména u mužů, je evidován zvýšený výskyt vysokého krevního tlaku. Tento stav často úzce souvisí s nárůstem tělesné hmotnosti, přičemž hlavní riziko představuje ukládání tuku v oblasti břicha. Viscerální (útrobní) tuk je považován za nejnebezpečnější typ obezity, protože negativně ovlivňuje činnost vnitřních orgánů a zároveň zatěžuje pohybový aparát.

Nadměrné zatížení břišní oblasti se pak často odráží ve zvýšené zátěži na bederní páteř, což může vést k chronickým bolestem zad a pohybovým obtížím. Pokud je v tomto období zanedbána prevence a chybí pravidelná pohybová aktivita, dochází k dalšímu zhoršování zdravotního stavu. Včasná intervence v podobě úpravy životního stylu, zejména zvýšení fyzické aktivity a redukce břišního tuku, je klíčová pro předcházení rozvoji chronických onemocnění a omezení funkční kapacity pohybového systému. (ČSÚ, 2020)

Graf 11. Denní kuřáci, denní a nárazová konzumace alkoholu (25-54 let)



(ČSÚ, 2020)

Kouření má silnou a prokázanou souvislost s infarktem myokardu (srdečním selháním). Jedná se jeden z nejlépe ovlivnitelných rizikových faktorů pro rozvoj ischemické choroby srdeční viz. Náš výpočet DRG I20–I25. V mém výpočtu v podkapitole 7.2.4 zaznamenávám velký počet hospitalizovaných s tímto onemocněním. Konzumace alkoholu

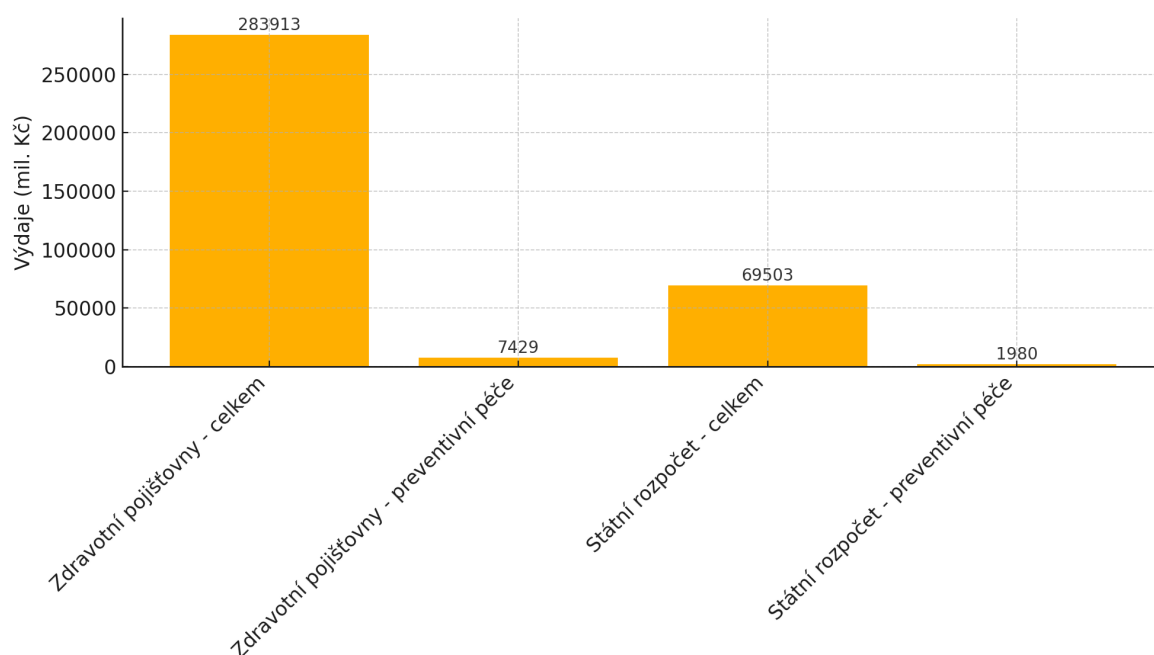
taktéž může ovlivnit Ischemickou chorobu srdeční, jelikož alkohol podporuje aterosklerózu a poruchy srdečního rytmu.

Dle tabulky z (ČSÚ, 2020) je výše patrné, že muži jsou vyšší konzumenti denního kouření a požívání alkoholu oproti ženám. Z tabulky také vyplývá, že muži praktikují denní kouření v průměru skoro v jedné čtvrtině populace.

7.3 Celkový vliv úspor s ohledem na populaci

Otázkou zůstává, zda by snížení výskytu civilizačních onemocnění – například rostoucího počtu případů diabetu mellitu – a zařazení motivačních pohybových programů do fondu prevence mohlo vést ke snížení nákladů zdravotních pojišťoven na léčbu těchto onemocnění. Podle údajů z roku 2018 však výdaje pojišťoven na preventivní péči představovaly pouze 2,62 % z celkového objemu financování. V analytické části jsem tento ukazatel vztahovala k roku 2019, kde činil 2,86 %. Pro představu, jakou částku tyto procenta činí uvádím ještě graf č. 12.

Graf 12. Výdaje na zdravotnictví v roce 2018 v mil. Kč



(ČSÚ, 2020)

Dle dat z výročních zpráv při porovnání pojišťoven VZP, ZP MV ČR a ČPZP uvádím malou tabulku pro náhled porovnání prevence versus akutní lůžková péče. Tyto pojišťovny jsem si vybrala z důvodů největších počtů pojištěnců. Pouze u VZP bylo možné dohledat konkrétní

částku na pohybové aktivity, která tvoří v porovnání s akutní lůžkovou péčí jen minimální částku.

Tabulka 16. Ukazatele péče v roce 2023

Ukazatel	VZP (tis. Kč)	ZP MV ČR (tis. Kč)	ČPZP (tis. Kč)	Poznámka
Akutní lůžková péče	43 329 856	13 846 164	14 822 420	Přímé náklady na péči
Výdaje na prevenci celkem	955 000	387 431	268 122	Z fondu prevence
Z toho na pohybové aktivity	15 766	neuvedeno	neuvedeno	Pouze obecná zmínka

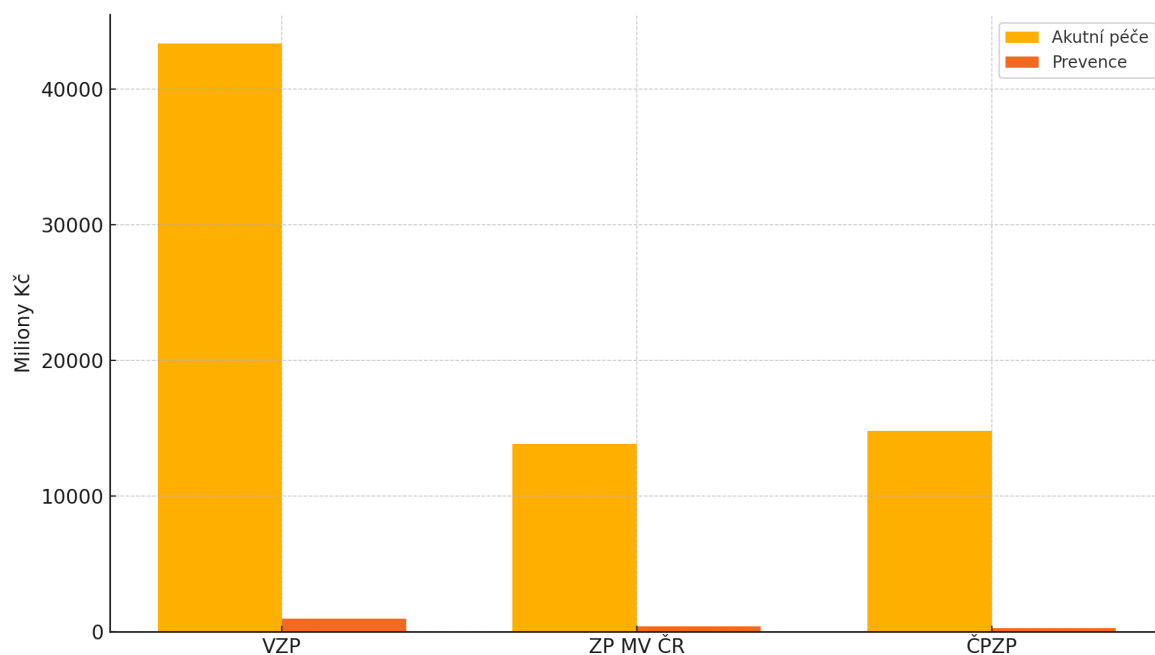
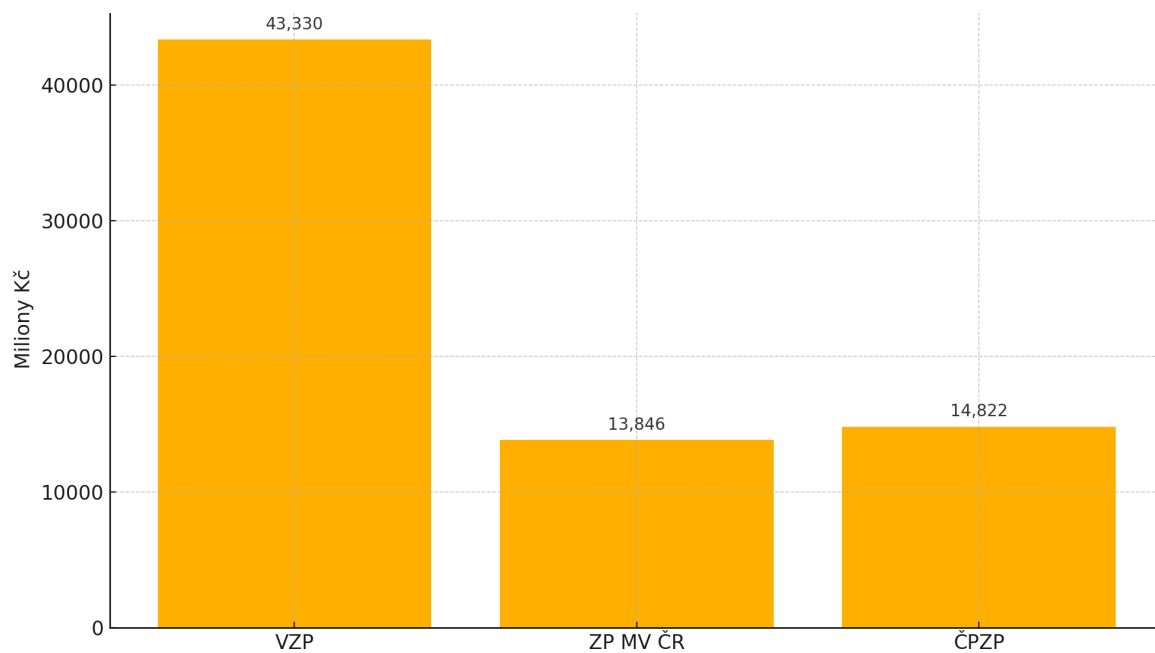
(VZP, 2023)

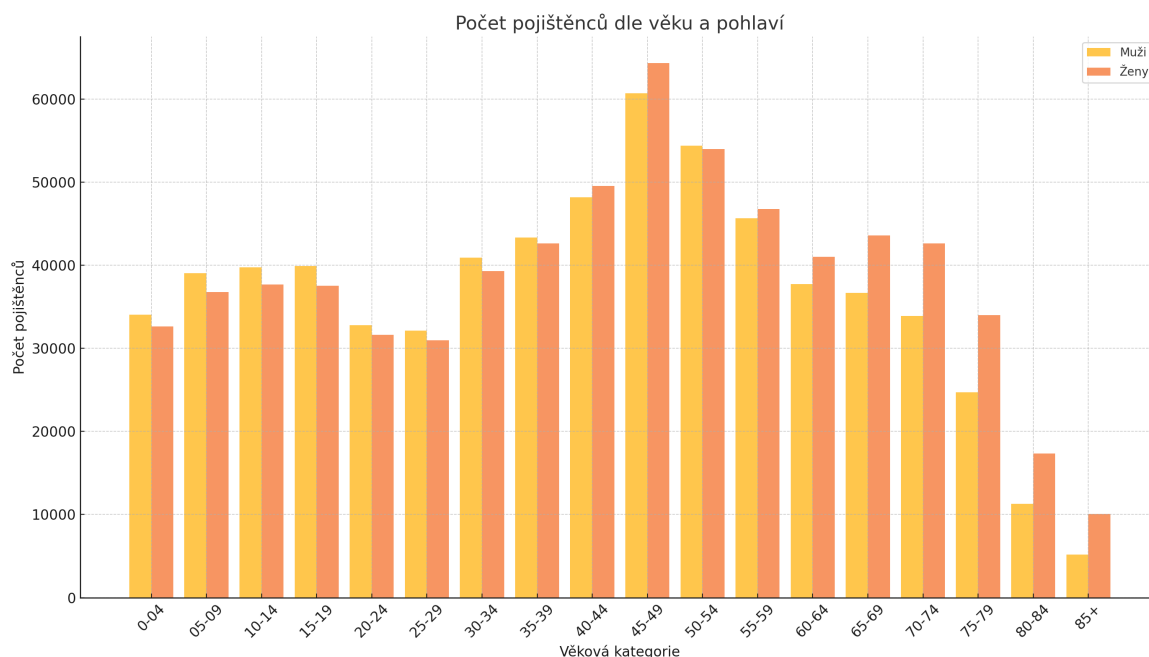
Tabulka 17. Tabulka přehledu výpočtu částka na 1 pojištěnce VZP

Kategorie výdajů	Celková částka (tis. Kč)	Částka na pojištěnce (Kč)
Akutní lůžková péče	43 329 856	7 022,67
Výdaje na prevenci	955 000	154,78
Pohybové aktivity	15 766	2,56

(VZP, 2023)

Jelikož pouze VZP pojišťovna udává částku na pohybové aktivity, uvádím tabulku č. 17 pro představu, kolik tato částka činí na jednoho pojištěnce.

Graf 13. Porovnání výdajů u akutní lůžkové péče versus prevence v roce 2023**Graf 14. Porovnání nákladů na akutní lůžkovou péči v roce 2023**

Graf 15. Věková struktura pojištěnců ZPMVČR

Grafy (13,14,15) byly vytvořeny dle údajů z výročních zpráv. Pro celkovou představu je nutno brát v potaz vždy počty pojištěnců u jednotlivé zdravotní pojišťovny. (VZP, 2023) (ZPMVČR, 2023)

Tabulka 18. Fondy – stav ZPMVČR pro rok 2023

Fond	Fond 31.12.2023	Bankovní účet 31.12.2023	Fond 31.12.2022	Bankovní účet 31.12.2022
Základní fond (ZFZP)	340 808	1 153 033	900 993	2 088 278
Rezervní fond (RF)	729 628	729 628	658 032	658 032
Provozní fond (PF)	2 222 551	2 366 687	1 874 105	1 909 334
Sociální fond (SF)	11 343	11 204	12 538	12 720
Fond reprodukce majetku (FRM)	763 708	763 237	774 766	774 610
Fond prevence (Fprev)	570 996	587 838	638 461	653 376

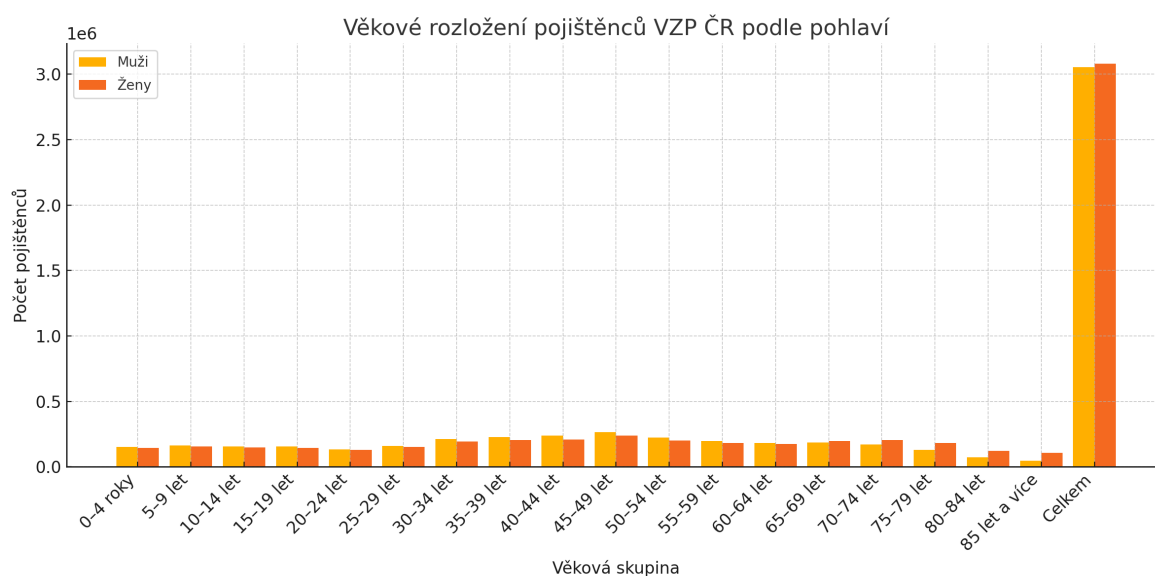
Celkem	4 639 034	5 611 627	4 858 895	6 096 350
---------------	-----------	-----------	-----------	-----------

(ZPMVČR,2023)

Tabulka 19. Počty pojištěnců VZP 2023

Datum	Ženy	Muži	Celkem
31. 12. 2023	3 080 532	3 055 367	6 135 899

(VZP, 2023)

Graf 16. Věková struktura pojištěnců VZP

Věková struktura (VZP) pojištěnců zvolená pro návrhovou část v rozmezí 30-60 let činí celkem 2 588 062 obyvatel. Vytvořeno dle ročenky VZP z r. 2023. (VZP, 2023)

Tabulka 20. Tabulka fondy stav VZP v roce 2023

Fondy	31. prosince 2022	Tvorba	Čerpání	31. prosince 2023
Základní fond veřejného zdravotního pojištění	9 525 877	287 658 259	284 883 325	12 300 811
Rezervní fond veřejného zdravotního pojištění	3 278 206	304 336	0	3 582 542
Fond prevence	787 061	769 022	955 197	600 886
Provozní fond	13 943 904	8 089 750	5 429 833	16 603 821
Sociální fond	34 910	53 095	47 910	40 095
Fond reprodukce majetku	2 165 955	396 740	504 481	2 058 214
Fond majetku	3 239 596	717 584	543 017	3 414 163
Jiné – přerozdělení	204 737	142 210 414	142 173 210	241 941

(VZP, 2023)

Z tabulek a grafů jednotlivých výše uvedených zdravotních pojišťoven je zřejmé, že výdaje na preventivní péči tvoří pouze malý podíl ve srovnání s náklady na akutní lůžkovou péči. Při hodnocení těchto údajů je však třeba zohlednit, jak počet pojištěnců, tak jejich věkové složení. Konkrétní propočet výdajů na pohybové aktivity byl dostupný pouze u výroční zprávy z r.2023 (VZP,2023) u Všeobecné zdravotní pojišťovny, kde výsledná částka 2,56 Kč na pojištěnce působí jako téměř zanedbatelná položka. (viz. Tabulka č.17)

8 NÁVRH NOVÝCH KONCEPTŮ POHYBOVÝCH PROGRAMŮ V RÁMCI FINANCOVÁNÍ PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

Tato kapitola pojednává o zavedení pohybových programů, které by korespondovaly s financováním preventivních programů zdravotních pojišťoven. Navrhované řešení vychází z analýz uvedených v předchozích kapitolách a poukazují na možnosti inovací zavedením pohybových aktivit jako jedním z klíčových faktorů fondů prevence.

8.1 Variantní řešení návrhu zavedení pohybových programů do systému preventivních programů zdravotních pojišťoven

Na základě provedených analýz a odborných studií lze důvodně předpokládat, že cílené investice do prevence civilizačních onemocnění by mohly přinést významné úspory pro zdravotní systém. Snížením výskytu těchto chorob by došlo nejen k poklesu počtu nemocných, ale pravděpodobně i ke snížení nákladů spojených s poskytováním ambulantní a lůžkové péče.

8.1.1 Varianta A

V minulých letech byly publikovány studii (Center for Disease Control and Prevention,2024) kde jejichž výsledky naznačovaly, že investovaný 1 USD do preventivních medicínských programů může přinést násobný efekt v úspoře prostředků vynaložených nejen na úhradu související zdravotní péče při vzniku konkrétního onemocnění, ale úspora má širší kontext a vzniká nejen v oblasti úhrady zdravotní péče, ale její část je generována také zachováním ekonomické produktivity konkrétního jednotlivce. Nejedná se tedy pouze o úsporu v oblasti zdravotnictví ale o celkový ekonomický přínos při eliminaci konkrétního onemocnění právě díky preventivním programům. Toto číslo je často publikováno v programech CDC (Center for Disease Control and Prevention,2024). Z mého pohledu v návaznosti na pohybové aktivity je tento model často prosazován např. American Heart Association.(Heart,2023) kde tato organizace prosazuje požadavek, aby v programech CDC byla ještě výrazněji akcentována větší finanční podpora preventivních programů souvisejících s onemocněním srdce. Tato onemocnění jsou nejen jednou z hlavních příčin úmrtí, ale péče o přeživší je extrémně nákladná a např. v USA představuje částku téměř 1 miliardy USD denně. Onemocnění srdce mají přímou návaznost na nedostatek pohybových aktivit a nezdravý životní styl, který je tématem této diplomové práce.

Moje navrhovaná varianta vycházející ze sedminásobku úspor při vhodně nastavené intervenci do prevence ukazuje, že bereme-li v potaz, že prevence přináší dlouhodobé úspory vycházející ze studie (Health economics review, 2021) a použijeme tento model v rámci České republiky, pak můžeme udělat přepočty pro představu potenciálních úspor vycházejících z aktuálních zaokrouhlených dat. Pokud tento model tedy aplikujeme do prostředí českého zdravotnictví, kde celkové výdaje na zdravotní péči dosáhly 595 miliard Kč, lze za předpokladu investice 3% (tj. 17,85 miliardy Kč) do preventivních programů očekávat potenciální úsporu až 124,95 miliard.

Implementace této varianty by spočívala v navýšení prostředků z fondů prevence a jejich cíleném použití na programy pohybových aktivit. Tyto prostředky by mohly být rozdělovány zdravotními pojišťovnami podle velikosti jejich pojišťenecké základny a struktury rizik (např. prevalence diagnóz chronických onemocnění).

Jak už bylo uvedeno výše, tak potenciální úspora se netýká pouze vynaložených prostředků na navazující zdravotní péči při vzniku konkrétního onemocnění, ale má další ekonomické a sociální dopady. Výše uvedený předpoklad úspor se týká období pěti let od vynaložení investice do prevence. Pokud u konkrétního jednotlivce onemocnění vůbec nevznikne, tak úspora je dána nejen tím, že nejsou vynaloženy prostředky na léčbu, ale konkrétní jedinec nečerpá nemocenského pojištění, ev. sociální dávky, ale je nadále ekonomicky aktivní a vykonává své zaměstnání.

V České republice není v současné době optimální propojení zdravotního a sociálního systému, nicméně z dlouhodobého pohledu bude třeba tuto situaci řešit a možné úspory vnímat jak ve sféře poskytování zdravotní péče, tak ve sféře sociální.

Pokud zaměstnanec v důsledku nezdravého životního stylu onemocní civilizačním onemocněním a stane se dlouhodobě pracovně neschopným, vzniká nejen problém s jeho zastupitelností v pracovním procesu, ale současně i významná ekonomická zátěž jak pro systém zdravotní péče, tak pro systém sociálního zabezpečení – zejména prostřednictvím čerpání nemocenských dávek.

Tabulka 21. Potenciální úspora – Investice s návratností 7:1 (návratnost 7 Kč při investované 1 Kč do prevence)

Ukazatel	Hodnota
Celkové výdaje na zdravotní péči	595 mld. Kč
Výdaje na pohybovou prevenci (3 % z celkových výdajů na zdravotnictví)	17,85 mld. Kč
Potenciální úspora (7× snížení výdajů v celkovém kontextu úhrady zdravotní péče, nemocenského poj. a sociální péče)	124,95 mld. Kč

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 21 znázorňující potenciální úspory ve zdravotnictví při celkových výdajích na zdravotní péči ve výši 595 miliard Kč (r. 2022), za předpokladu z (Health economics review, 2021), že 3 % těchto výdajů by měly být investovány do preventivních pohybových aktivit a každá investovaná koruna by měla přinést úsporu 7 Kč. Tento model předpokládá ekonomickou návratnost prostředků do prevence v dlouhodobějším časovém horizontu. Jedná se o vizi, která může sloužit jako základ strategického směřování systému.

V České republice je úhrada za poskytnutou zdravotní péči u konkrétního pacienta zcela oddělena od výdajů vynaložených na úhradu v sociální sféře. Výpočet vyplývající z tabulky č. 21 podle tohoto modelu vyčísluje celkové potenciální úspory, které zahrnují jak úspory v oblasti zdravotní péče, nemocenského pojištění, tak v oblasti sociální. Tento model výpočtu vychází z investovaných prostředků na prevenci, tedy z prostředků vynakládaných na zdravotní péči, ale návratnost této investované částky souvisí jednak s nečerpáním úhrady za zdravotní péči, která nevznikla a jednak také s nečerpáním úhrad ze sociálního systému. (např. nemocenské dávky). Tento navržený model řešení úspor by mohl mít pozitivní dopad v řádu desítek miliard korun pro skupinu pacientů v návaznosti na čerpání preventivních prostředků v rámci pohybových aktivit. Pro ilustraci uvádím že v roce 2024 byly výdaje na pohybové aktivity pouze ve výši 0,06 %.

8.1.2 Varianta B

Tato varianta se opírá o ekonomický model publikovaný ve studii (Health economics review, 2021), která ukazuje, že zvýšení výdajů na prevenci by mohl vést ke snížení nákladů na zdravotní péči. Nastavení optimálního objemu prostředků pro preventivní aktivity, které by ve svém důsledku snížily zatížení zdravotního systému není určitě jednoduchou záležitostí a vyžaduje vyhodnocení velkého množství dat. V roce 2021 byla publikována studie, kterou zmiňuji v kap. 6.2.1. a která analyzovala data ze zemí OECD mezi lety 2000 až 2017. Studie zdůraznila skutečnost, že podíl populace starší 65 let bude celosvětově činit v roce 2050 16 % z celkové populace. Včasná investice do preventivních programů by tak mohla významně přispět ke snížení mortality související s mnoha chronickými onemocněními a tím také ke snížení nákladů zdravotního systému, ale také snížení nákladů sociálního systému. Autoři analyzovali zdravotní situaci ve stárnoucí společnosti a podkladem pro analýzu byla data ze zemí OECD. Tento výzkum se také snažil ověřit hypotézu, že postupně stárnoucí populace bude mít větší poptávku jak po preventivních programech, tak po vlastní zdravotní péči. Vlastní výsledky ověřily, že s nárůstem preventivní péče do určitého bodu klesá objem poskytované zdravotní péče. Poměr výdajů na preventivní péči k HDP poskytuje určitý náhled na potenciální přínos finanční podpory preventivních programů ve zdravotnictví, jak uvádí výše zmíněná studie. (Health economics review, 2021). Tato výzkumná studie analyzuje výdaje na zdravotnictví vzhledem k celkovému HDP a snaží se stanovit optimální hranici navýšení výdajů na prevenci, tak aby přinášely co nejefektivnější dopad pro financování vlastní zdravotní péče. Tento model ve svém výsledku popisuje, že navýšení výdajů na prevenci z 0,237 % (tato částka odpovídá průměrným výdajům na prevenci v zemích OECD) na hodnotu odpovídající 1,175 % z celkového HDP, by měl snížit náklady na vlastní zdravotní péči o 4,13 %. Domnívám se, že pro porovnatelnost mezi jednotlivými státy je model vycházející k porovnávání k celkovému HDP výhodnou variantou. V podmínkách Českého zdravotnictví je celková částka vynakládaná jak na preventivní programy (celkově), tak na úhradu vlastní zdravotní péče, částečně rozdílná od dat uveřejněných ve zmiňované práci, nicméně tento model ukazuje jeden z možných přístupů, jaké benefity může pro zdravotní systém prevence přinášet z dlouhodobého pohledu. Lze konstatovat, že studie jasně prezentuje vztah mezi objemem prevence a prevalencí onemocnění, ale co je na této práci velmi podstatné, je fakt, že při určitém objemu preventivní péče dojde k optimalizaci objemu poskytované zdravotní péče a pokud se na prevenci vynakládají další prostředky, tak to naopak generuje detekci mnoha dalších

onemocnění, které nemají závažný dopad, nicméně jejich identifikace a následná léčba začínou náklady na zdravotní péči zase zvyšovat. Realizace takového preventivního přístupu k řešení zdraví populace by vyžadovala více koncepčního přístupu mezi zdravotními pojišťovnami a státem a stanovení definice priorit ve zdravotní politice. Cena zdraví má nevyčíslitelnou hodnotu a stát by měl v oblasti podpory prevence vystupovat nejen jako regulátor a plátce, ale také jako aktivní aktér a vzor, který naplňuje princip tzv. pozitivní motivace. Z pohledu veřejné politiky je žádoucí, aby stát usiloval o co nejzdravější populaci, a to nejen kvůli snižování nákladů na zdravotní a sociální systém, ale také s ohledem na zajištění dlouhodobé ekonomické prosperity a kvality života obyvatel.

Tabulka 22. Potenciální úspora - navýšení výdajů na prevenci vůči HDP

Ukazatel	Hodnota
HDP ČR (2022)	6,000,000,000,000 Kč
Původní výdaje na prevenci (% HDP)	0,237 %
Navrhované výdaje na prevenci (% HDP)	1,175 %
Původní výdaje na prevenci (Kč)	14,220,000,000.0 Kč
Navrhované výdaje na prevenci (Kč)	70,500,000,000.0 Kč
Navýšení výdajů na prevenci (Kč)	56,280,000,000.0 Kč
Potenciální úspora na výdajích za zdravotní a sociální péči (Kč)	247,800,000,000.0 Kč

Zdroj: (ČSÚ, 2024; Health economics review, 2021) vlastní zpracování

Pokud chceme porovnat výdaje fondů prevence zdravotních pojišťoven k celkové částce HDP v ČR, tak se jedná cca 0,00045 %. (výpočet je dán poměrem prostředků vynaložených z fondů prevence k HDP). Jedná se pouze výdaje z fondů prevence, které nezahrnují úhrady za preventivní vyšetření, které zdravotní pojišťovny hradí ze základního fondu zdravotního pojištění. Podobně jako ekonomický model úspory ve variantě A, se skládá tato celková úspora z částky ušetřené za zdravotní péči a za sociální péči. Jedná se tedy o částku potenciální úspory ve výši 247 800 000 000 Kč.

8.1.3 Varianta C

Z výše uvedených zahraničních studií, použité ve variantě A i B, je patrné, že se jednalo o retrospektivní analýzu vybraných dat, ze kterých vznikly prezentované závěry a predikce

pro možný přínos pro zdravotní, nemocenský, ev. i sociální systém. V obou studiích (Center for Disease Control and Prevention, 2024) a (Health economics review, 2021) se jednalo o velké množství dat v delším časovém úseku. Varianta C naopak vychází z reálných dat při poskytování a úhradě zdravotní péče v rámci české republiky a jednoho kalendářního roku a jednoho roku 2023. Tato varianta je koncipována na základě podrobné analýzy nákladů podle diagnóz v provedené kapitole 7. V rámci této analýzy bylo identifikováno pět vybraných diagnóz, které úzce souvisejí s nezdravým životním stylem.

V České republice je správcem zdravotnických informací Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Právě na tento ústav jsem se obrátila s požadavkem o poskytnutí dat, které by byly využitelné při tvorbě hypotézy, jak by mohly pohybové aktivity ovlivnit vybraná onemocnění a jaký by to mohlo mít ekonomický dopad pro zdravotní systém. Ukázalo se, že prvotní představa existence dat spojených přímo s obezitou není bohužel v datech ÚZISu dohledatelná. Proto jsem zvolila cestu přes analýzu pěti vybraných diagnóz, které s obezitou zpravidla úzce souvisejí. Můj navrhovaný model je v porovnání se zahraničními studiemi hodně konzervativní. České zdravotní pojišťovny totiž velmi neochotně vynakládají větší část prostředků mimo přímou úhradu poskytnuté zdravotní péče.

Můj návrh tedy vychází z hypotézy, že pokud by se díky různým pohybovým aktivitám podařilo snížit prevalenci onemocnění u těchto vybraných diagnóz o 10%, tak by se ušetřené prostředky mohly využít právě v rámci Fondů prevence jednotlivých ZP. 10% úsporu jsem stanovila díky aktuální částce, která je již v návrhu dále uvedena v souvislosti s DM.2typu.

Na základě dat poskytnutých ÚZISEm jsem tedy analyzovala počet hospitalizací u pěti diagnóz, které souvisejí s nezdravým životním stylem. Jednalo se o diagnózy vysoký krevní tlak I10, diabetes mellitus 2.typu E11, obezita E66, ischemie – infarkt I20-I25 a mrtvice I63. V této skupině jsem vyčíslila, při znalosti průměrné úhrady na lůžkoden, celkové výdaje a také výdaje pro jednotlivé Dg (viz kapitola 7.2.1, tabulky 11-15). V odborné literatuře bylo publikováno množství článků, které popisují vliv pohybových aktivit a dalších prvků zdravého životního stylu (Intermedicina, 2018) a které mohou významným způsobem ovlivnit výskyt zmiňovaných onemocnění. U této skupiny hospitalizovaných jsem vyčíslila možné úspory za předpokladu, že by díky preventivním programům došlo k 10% snížení počtu případů. Jedná se o nezanedbatelnou částku, ale z dat také vyplývá, že hospitalizace např. u DM 2. typu se týká pouze medicínsky nejtěžších případů, ale větší část nemocných je ošetřována a léčena v ambulantním režimu. Modelově jsem se zaměřila právě na

onemocnění DM 2. typu a předpokládali v této skupině nemocných identický scénář jako u hospitalizovaných pacientů, tak při zavedení zmiňovaných pohybových aktivit by celkové úspory byly mnohem vyšší. Právě u této skupiny byla data o celkových nákladech na léčbu dohledatelná. Jak je patrné z přiloženého odkazu, tak u pojištěnců VZP tyto náklady v roce 2023 dosáhly výše téměř 10 miliard Kč a 10% snížení počtu nemocných by představovalo faktickou úsporu 1 miliardy Kč. Podobným způsobem by bylo možné vyhodnotit i počty nemocných a výdaje na jejich léčbu u dalších čtyřech souvisejících diagnózách.

Dle informací z roku 2024 (ČTK, 2024) pojišťovny vynaložily na léčbu diabetu přes 20 miliard Kč.

S přihlédnutím k mnoha objektivním faktorům, se kterými jsem se setkala při získávání dat od ÚZISu, či z dalších veřejných zdrojů, kdy data nebyla v některých ohledech úplně konzistentní, a také s přihlédnutím k reálné situaci při proplacení a výši finančních příspěvků z fondů prevence, se pokusím navrhnout na základě vyhodnocených dat následující model příspěvků na prevenci:

Tabulka 23. Předpoklady modelu – preventivní programy

Předpoklady modelu:
Podklady vycházejí z analýzy pěti uvedených Dg, které mají přímou souvislost s nezdravým životním stylem.
Při předpokládaném 10% snížení počtu nemocných, pokud by populace v produktivním věku (30-60 let) více dbala o pohybovou aktivitu, by pojišťovny významně šetřily na léčbu uvedených 5 Dg. (VKT,DM.2,Obezita,Ischemie-Infarkt, Mrtvice)
Na základě dohledatelnosti dat jsem se modelově ve skupině nemocných zaměřila na onemocnění DM 2. typu.

Zdroj: Vlastní zpracování

V předpokladu využívám pět výše uvedených diagnóz viz. kapitola 7.2.

Tabulka 24. Analýza modelu – preventivní programy

Analýza modelu:
Z dat VZP byly dohledatelné celkové náklady na léčbu DM 2. typu v roce 2023.
Z dat VZP je zřejmé, že by se jednalo o částku úspory cca 1 mld. Kč, a to pouze pro Dg DM 2. typu, pokud by se snížil počet nemocných o 10 %.
Při předpokládaném 10% snížení počtu nemocných, pokud by populace v produktivním věku (30-60 let) více dbala o pohybovou aktivitu, by pojišťovny významně šetřily na léčbu uvedených 5 Dg. (DM 2. typu brán jako příklad vycházející z dostupných dat VZP)

Zdroj: Vlastní zpracování

Při analýze modelu uvažuji s mým navrhovaným předpokladem snížení nemocnosti o 10%.

Tabulka 25. Návrh motivačního programu – preventivní programy

Návrh motivačního programu:
V této věkové skupině je u VZP v roce 2023 evidováno 2 588 062 pojištěnců
Pro tyto pojištěnce by ZP (v tomto případě VZP) měly připravit motivační preventivní program, který by nabízel vyšší částku než současný standard (500 Kč).
Podmínkou pro získání příspěvku by byla návštěva praktického lékaře, který by provedl základní vyšetření, včetně měření krevního tlaku, stanovení glukózy na lačno a cholesterolu, případně další parametry při podezření na konkrétní onemocnění.
Při splnění této vstupní podmínky by měl pojištěnec nárok na částku 2000 Kč.
Její použití by ale musel pojištěnec doložit daňovým dokladem ze zařízení, které by splňovalo podmínky vyhlášené zdravotní pojišťovnou.

Zdroj: Vlastní zpracování

V návrhu modelu vyčísluji konkrétní částku a podmínky pro její čerpání.

Tato varianta navrhuje cílený preventivní program zaměřený na rizikovou populaci s využitím finanční motivace a současného lékařského dohledu. Lékařský dohled zde vnímám jako bonus pro případné včasné odhalení i jiných možných onemocnění. Pojištěnci ve věku 30-60 let by získali příspěvek ve výši 2000 Kč ročně pokud absolvují preventivní prohlídku u praktického lékaře a doloží využití příspěvku plnohodnotným ověřitelným dokladem. Je zřejmé, že tento model by zdaleka nevyužili všichni pojištěnci ZP ze skupiny 30 až 60 let, ale vyšší částka vynaložená na prevenci v oblasti sportu a pohybové kultury by na část této populace měla působit motivačně. Očekávaným výsledkem by bylo snížení incidence a závažnosti civilizačních onemocnění v této skupině. Např. u diabetu 2. typu by 10% relativní pokles nemocnosti znamenal úsporu cca 1 miliardy Kč ročně. Výhodou takového uspořádání, které kombinuje nejen vlastní příspěvek na prevenci, ale také vstupní kontakt s lékařem a základní pohled na klientovo zdraví, by mohl přispět také ke včasnému odhalení potenciálních zdravotních problémů, které by jinak mohly být odhaleny mnohem později. Objektivní vyhodnocení tohoto navrženého preventivního programu by v případě realizace bylo nutné provést ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami.

V současnosti se výše příspěvků zdravotních pojišťoven na preventivní programy značně liší (viz tabulka č. 10) a jednotlivé pojišťovny mají odlišně nastavené podmínky pro jejich čerpání. Aby byl tento systém skutečně motivační a přispíval k dlouhodobé péči o zdraví, lze navrhnout jeho dynamické nastavení – například formou postupného navyšování příspěvku v závislosti na plnění konkrétních podmínek pojištěncem v čase (např. v ročních intervalech). Tím by se posílil princip vnitřní motivace a jednotlivci by byli vedeni ke kontinuální péči o své zdraví. Vnitřní motivace jednotlivce je zároveň klíčovým prvkem zdraví celé populace. Vznik moderního trendu, v němž by lidé sledovali vlastní výsledky, sdíleli je v rámci komunit, pracovních kolektivů či rodin, a navzájem se motivovali nejen finančně, ale i společensky, by mohl přispět ke kultivaci zdravotně odpovědného chování. Takový přístup by umožnil České republice přirozeně a udržitelně směřovat ke zdravější populaci. Právě kontinuita a dlouhodobost v péči o zdraví jsou zásadními faktory, které rozhodují o efektivitě preventivních opatření.

Základem úspěchu jakéhokoliv preventivního modelu však musí být systém postavený na pevných základech. Klíčová je informovanost obyvatel o tom, jak zdravotní systém funguje a jaké skutečné náklady jsou s poskytováním zdravotní péče spojeny. Jedním z nástrojů by mohla být například povinnost podepisovat informativní přehled nákladů po každé návštěvě lékaře. Tato změna by byla na první pohled nenápadná, ale mohla by významně přispět k budování finančního povědomí a zodpovědnosti pacientů.

Zajímavou možností by také bylo zavedení systému, v němž by pacienti péči nejprve sami zaplatili, a až následně by jim částku refundovala zdravotní pojišťovna – čímž by se zvýšila transparentnost a uvědomění si skutečných nákladů. Zdravotní pojišťovny by v takovém případě mohly mít jasně definovaný ceník hrazené péče, zatímco nadstandardní služby by si pacienti hradili samostatně. Tento přístup by nejen posílil motivaci k odpovědnému přístupu ke zdraví, ale také zvýšil efektivitu celého systému.

8.2 Zhodnocení návrhu

Z praktické části mé diplomové práce vyplývá, že i poměrně malá změna v alokaci prostředků na preventivní péči může mít výrazný dopad na úspory ve výdajích zdravotních pojišťoven. V průběhu zpracování jsem však narazila na zásadní komplikaci spojenou se získáváním potřebných dat. Oslovila jsem hlavního analytika Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, který mi ochotně poskytl datovou podporu. Přestože jsem získala přístup k otevřeným datům obsahujícím miliony řádků, jejich selekce a zpracování pro účely mé analýzy byla velmi náročná.

Na základě takto zpracovaných výstupů jsem začala pracovat s výpočtovými hypotézami a návrhovými variantami. I přes závěrečné sdělení ÚZIS, které upozorňovalo na to, že mnou sledované diagnózy nejsou v dostupných datech komplexně podchyceny, se mi podařilo vytvořit modelovou návaznost na možnosti systémových úspor.

Ve své analýze jsem se zaměřila na pět konkrétních diagnóz ve vztahu k poskytované péči, a to konkrétně k hospitalizaci. Vyšla jsem z předpokladu, že hospitalizace pacienta zpravidla znamená akutní potřebu řešit jeho zdravotní stav, ať už z podnětu samotného pacienta, nebo ošetřujícího lékaře. Získaná data jsem dále analyzovala v rámci věkové skupiny 30–60 let, tedy v produktivním věku, a zároveň jsem zohlednila i celkový kontext napříč všemi věkovými kategoriemi pro možnost výpočtů.

V rámci mé diplomové práce využívám také grafické znázornění, které slouží k ilustraci aktuální situace České republiky ve vztahu k civilizačním onemocněním a faktorům, které k jejich vzniku přispívají. Z dostupných údajů vyplývá, že vývoj zdravotního stavu populace v ČR není příznivý z pohledu zdravého životního stylu. Lidé konzumují stále více alkoholu, kouří, mají nedostatek přirozeného pohybu a sportu, přičemž tento negativní trend má rostoucí tendenci.

Zároveň je patrné, že zdravotní problémy jsou často řešeny až v momentě, kdy se projeví konkrétní diagnóza – tedy v pokročilejší fázi. Preventivní přístup není pro většinu populace samozřejmostí a chybí dostatečná motivace k předcházení onemocnění. Zdravotní pojišťovny přitom vynakládají výraznou část svých prostředků na léčbu, ale obecně se příliš nezaměřují na prevenci a příčiny vzniku nemocí.

Zahraniční studie založené na dostupných datech ukazují, že v porovnání s některými jinými zeměmi není podpora pohybových aktivit ze strany českých zdravotních pojišťoven dostatečně motivační, a tudíž ani efektivní z hlediska celospolečenského přínosu. Například Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) v roce 2025 snížila roční příspěvek na pohybové aktivity z 1 000 Kč (v roce 2024) na 500 Kč. Pokud má být tato částka skutečným stimulem ke sportu a zdravějšímu životnímu stylu, pak ji považuji za zcela nedostačující.

Ve své práci proto předkládám hypotézu, že i mírné zvýšení investic do preventivních programů by mohlo vést k pozitivním změnám v systému zdravotního pojištění. Zároveň by se tím otevřel prostor pro vytvoření širší nabídky motivačních programů, které by se například mohly odvíjet od pravidelné sportovní aktivity pojištěnců a odměňovat ji postupně rostoucí finanční podporou.

Cílem této úvahy je poukázat na možnosti jednoduchých, ale účinných úprav ve financování prevence, které by mohly posílit zdraví obyvatelstva. Jako osobní trenérka a majitelka pohybového studia Fyzio Movement s.r.o. zaměřeného na prevenci pohybových obtíží a rozvoj fyzické kondice, mám každodenní zkušenosti s tím, jak lidé investující do pravidelného pohybu výrazně méně onemocní. Tento trend vnímám u svých klientů zcela konkrétně a opakovaně.

ZÁVĚR

V závěru své práce bych ráda upozornila na vybrané oblasti neefektivního čerpání finančních prostředků ve zdravotnictví, které by mohly být smysluplněji využity – například ve prospěch preventivních programů podporujících pohybovou aktivitu. Vzhledem k dlouhodobě vysokému výskytu nadváhy a obezity v české populaci lze tato onemocnění považovat za jakousi formu moderní pandemie.

Za jeden z významných příkladů neefektivnosti považuji taktéž duplicitní provádění vyšetření napříč různými zdravotnickými zařízeními, které je často důsledkem nepropojených informačních systémů. Takové zbytečné opakování zatěžuje jak zdravotnický personál, tak rozpočet celého systému. Další problematickou oblastí jsou výdaje spojené s léčbou onemocnění, jež vznikají přímým důsledkem nezdravého životního stylu a nízké míry osobní odpovědnosti jednotlivců.

Stát by k těmto výzvám neměl zůstat lhostejný. Naopak by měl aktivně podpořit změny, které povedou ke zvyšování zdravotní gramotnosti, vzdělávání obyvatel a jejich motivaci k přijetí zdravějšího životního stylu. Neefektivní hospodaření ve zdravotnictví vnímám jako obdobu špatně řízené firmy – s tím rozdílem, že zde jde o zdraví celé společnosti.

V poslední době se objevují názory, které prezentují představitelé ministerstva zdravotnictví a také vrcholní představitelé Ústavu pro zdravotnické informace a statistiku (ÚZIS), že by české zdravotnictví mělo postupně projít procesem restrukturalizace. V jejich pojetí se restrukturalizací rozumí efektivnější způsob poskytování zdravotní péče, zejména centralizace specializovanějších činností do vybraných zdravotnických zařízení. Jedním z takových příkladů, při současném demografickém vývoji, může být např. koncentrace porodů do porodnic s nejmenším definovaným počtem porodů. Tato restrukturalizace by určitě měla klást mnohem vyšší důraz také na prevenci. Z informací uvedených v mé diplomové práci je tedy zřejmé, že výdaje na prevenci mohou sekundárně násobně snížit vynakládané výdaje na poskytování vlastní zdravotní péče v mnoha oblastech zdravotnictví. Přestože tyto skutečnosti jsou prokázány na úrovni velkých mezinárodních ekonomických studií, tak české zdravotní pojišťovny se vůči nim stavějí velmi opatrně až skepticky a preventivní programy vnímají spíše jako drobný marketingový nástroj při nabídce svých služeb než skutečnou součást systému poskytování zdravotní péče.

I přesto je třeba ocenit, že české zdravotnictví dokáže – navzdory zmíněným nedostatkům – poskytovat péči na velmi vysoké úrovni. Realizují se zde náročné operační zákroky, podporuje se výzkum a většina obyvatel má přístup ke zdravotní péči. To ukazuje, že systém v sobě skrývá potenciál – je však potřeba ho efektivněji řídit a důsledněji zaměřit na prevenci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BIRKHEAD, Guthrie S.; MORROW, Cynthia B. a PIRANI, Sylvia. *Essentials of public health*. Fourth edition. Burlington: Jones & Bartlett learning, [2021]. ISBN 978-1-284-17325-3.

DOSBABA, Filip; BAŤALÍK, Ladislav a FILÁKOVÁ, Kateřina. *Kardiovaskulární rehabilitace a prevence*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-1376-7.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Opera Facultatis philosophicae Universitatis Masarykianae. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, 2016. ISBN 9788021084582.

ERBEN, Karel. *Homocystein, civilizační choroby a biochemické zdraví*. Praha: Bondy, 2015. ISBN 9788090586673.

HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 9788027105687.

KNOW, Lee. *Mitochondrie a medicína budoucnosti: klíč k pochopení nemocí, chronických chorob, stárnutí a života jako takového*. Galileo. Praha: Academia, 2023. ISBN 978-80-200-3379-6.

KOLDINSKÁ, Kristina; TOMEŠ, Igor a KŘEPELKA, Filip. *Sociální právo EU*. Právní monografie. Praha: Wolters Kluwer, 2017. ISBN 9788075527011.

LEE, Robert H. *Economics for Healthcare Managers*. Chicago: Health Administration Press, 2019. ISBN 978-1-64055-048-3.

MACHOVÁ, Jitka a KUBÁTOVÁ, Dagmar. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Pedagogika. Praha: Grada, 2015. ISBN 9788024753515.

MERTL, Jan. *Financování zdravotnických systémů: v kontextu české zdravotní politiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2022. ISBN 978-80-7676-505-4.

NOWICKI, Michael. *Introduction to the financial management of healthcare organizations*. 7th ed. Chicago: Health Administration Press, 2018. Gateway to Healthcare

PERUŠIČOVÁ, Jindra. *Diabetes mellitus: onemocnění celého organismu*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2017]. ISBN 9788073455125.

PICHLEROVÁ, Dita. *Léčba obezity přehledně a prakticky*. Asclepius. Mlečice: Axonite s.r.o., nakladatelství lékařské literatury, 2021. ISBN 978-80-88046-24-0.

TOMEŠ, Igor. *Povinná sociální solidarita*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 9788024638355.

SEZNAM POUŽITÝCH ONLINE ZDROJŮ

AFÁZIE, [b.r.]. *Cévní mozkové příhody – afazie.cz* [online]. [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: https://www.afazie.cz/?page_id=1313

Anon., [b.r.]. *Bupa Private Health Cover | Want Up To 12 Weeks Free? | Bupa* [online] [Cit. 2025a-04-21]. Dostupné z: <https://www.bupa.com.au/>

Anon., [b.r.]. CDC Prevention Programs. *www.heart.org* [online] [vid. 2025-04-24]. Dostupné z: <https://www.heart.org/en/get-involved/advocate/federal-priorities/cdc-prevention-programs>

Anon., [b.r.]. *EDUKACE PACIENTA S HYPERTENZÍ | Kardio 365* [online] [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: <https://www.kardio-cz.cz/abstrakta/detail.php?p=detail&id=3721>

Anon., [b.r.]. *Forside | Sygeforsikringen* [online] [Cit. 2025-04-21]. Dostupné z: <https://www.sygeforsikring.dk/>

Anon., [b.r.]. Forsikring for alt du er glad i. *Tryg Forsikring* [online] [Cit. 2025-04-21]. Dostupné z: <https://www.tryg.no>

Anon., [b.r.]. *OP:n verkkopalvelu op.fi* [online] [Cit. 2025-04-21]. Dostupné z: <https://www.op.fi/>

Anon., [b.r.]. *Sparande, försäkring & bolån | Skandia* [online] [Cit. 2025-04-21]. Dostupné z: <https://www.skandia.se/>

Anon., [b.r.]. *Sun Life Canada – Insurance, Investments and Health* [online] [Cit. 2025-04-21]. Dostupné z: <https://www.sunlife.ca/en/>

Anon., [b.r.]. *Uw Zorgverzekeraar - Consumenten - Zilveren Kruis* [online] [Cit. 2025-04-21]. Dostupné z: <https://www.zilverenkruis.nl/consumenten>

CarDia., [b.r.]. *Kardiovaskulární onemocnění* [online] [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: https://cardia.ikem.cz/kardiovaskularni-onemocneni?utm_source=chatgpt.com

CDC, [b.r.]. *Benefits of Physical Activity | Physical Activity Basics | CDC* [online] [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: https://www.cdc.gov/physical-activity-basics/benefits/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/health/index.htm

CELIMED TEAM, [b.r.]. *Co znamenají vaše hodnoty krevního tlaku?* | Celimed [online] [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: <https://www.krevni-tlak-omron.cz/informace-o-zdravi/co-znamenaji-vase-hodnoty-krevniho-tlaku/>

CIBIČKOVÁ, Ľubica, 2018. *The importance of physical activity in patients with obesity and type 2 diabetes. Interní medicína pro praxi* [online]. **20**(2), e1–e5 [Cit. 2025-04-19]. ISSN 12127299, 18035256. Dostupné z: doi:[10.36290/int.2018.016](https://doi.org/10.36290/int.2018.016)

ČECHOVÁ, Štěpánka, 2024. *Více než 60 procent Čechů má nadváhu, trpí jí až čtvrtina dětí. Obezita způsobuje závažné zdravotní komplikace. SZÚ | Oficiální web Státního zdravotního ústavu v Praze* [online]. [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: <https://szu.gov.cz/aktuality/vice-nez-60-procent-cechu-ma-nadvahu-trpi-ji-az-ctvrtina-deti-obezita-zpusobuje-zavazne-zdravotni-komplikace/>

ČESKO. 1991. *Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Zákony pro lidi* [online] [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-551?utm_source=chatgpt.com

ČPZP, [2024]. *Výroční zpráva za rok 2023* [online] [Cit. 2025a-04-19]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/cdn/file/lApSVaU3dcM1bbJBgTEGPmMuxhnerak2.pdf>

ČR, ÚZIS, [2024]. *Epidemiologie diabetes mellitus (datový souhrn). NZIP.cz* [online] [Cit. 2025a-04-19]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1769-diabetes-mellitus-epidemiologie-datovy-souhrn>

ČR, ÚZIS, [2024]. *Charakteristika hospitalizačních případů akutní NZIP.cz* [online] [Cit. 2025b-04-19]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1751-hospitalizacni-pripady-akutni-pece-otevrena-data>

ČR, ÚZIS, [2021]. *Úhradová vyhláška. NZIP.cz* [online] [Cit. 2025d-04-19]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/802-uhradova-vyhlaska>

ČR, ÚZIS, [2024]. *Veřejné zdravotní pojištění. NZIP.cz* [online] [Cit. 2025g-04-19]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/619-verejne-zdravotni-pojisteni>

ČSÚ., [2024]. *Čtvrtletní odhady HDP. Statistika* [online] [vid. 2025-04-24]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/ctvrtletni-odhady-hdp>

ČSÚ., [2020]. *Statistická ročenka České republiky - 2020. Produkty* [online] [Cit. 2025i-04-19]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2020>

ČSÚ., [2024]. *Struktura výdajů na zdravotní péči podle zdroje financování se dlouhodobě příliš nemění. Produkty* [online] [Cit. 2025n-04-19]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/struktura-vydaju-na-zdravotni-peci-podle-zdroje-financovani-se-dlouhodobě-prilis-nemeni>

ČSÚ., [2024]. *Výdaje na zdravotní péči v Česku v roce 2022* [online] [Cit. 2025n-04-19]. Dostupné z: https://csu.gov.cz/docs/107508/62b29202-5969-7af8-28a0-3db90fd60135/260041-24.pdf?version=1.0&utm_source=chatgpt.com

ČT24., [2025]. *Zdravotní pojišťovny vyčlení na prevenci o čtvrt miliardy víc než loni — ČT24 — Česká televize* [online] [Cit. 2025a-04-19]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/zdravotni-pojistovny-vycleni-na-prevenci-o-ctvrt-miliardy-vic-nez-loni-359092>

ČTK, [2024]. *Jak bude příští rok hospodařit VZP? Plánovaný schodek výrazně naroste | e15.cz* [online] [Cit. 2025a-04-19]. Dostupné z: https://www.e15.cz/domaci/jak-bude-pristi-rok-hospodarit-vzp-planovany-schodek-vyrazne-naroste-1420370?utm_source=chatgpt.com

ČTK, [2024]. *Pojišťovny: Náklady na léčbu cukrovky jsou kolem 20 miliard korun ročně | ČeskéNoviny.cz* [online] [Cit. 2025b-04-19]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/2595288>

Data o zdraví., [b.r.]. *Data o zdraví* [online] [Cit. 2025e-04-19]. Dostupné z: https://www.dataozdravi.cz/temata/clanky/pohyb/dopady?utm_source=chatgpt.com

EC, [2023]. *State of Health in EU* [online] [Cit. 2025q-04-19]. Dostupné z: https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_cz_czech.pdf?utm_source=chatgpt.com

EHIS., [2020]. *Výsledky - Výběrová šetření o zdraví v ČR* [online] [Cit. 2025q-04-19]. Dostupné z: <https://ehis.uzis.cz/index.php?pg=ehis-2019--vysledky>

Eurostat., [2022]. *[hlth_ehis_bm1e] Body mass index (BMI) by sex, age and educational attainment level* [online] [Cit. 2025i-04-19]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_bm1e_custom_12653631/default/bar?lang=en&page=time:2019

FORETOVÁ, Lenka; MACHÁČKOVÁ, Eva a GAILLYOVÁ, Renata. *Hereditární nádorová onemocnění v klinické praxi*. Grada, 2022. ISBN 978-80-271-1293-7. Dostupné

také

z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/hereditarni-nadorova-onemocneni-v-klinicke-praxi-11236/> [Cit.2025 – 02-20]

Institut pro politiku a společnost, [2019]. *Struktura nákladů v českém zdravotnictví a mechanismy jejich alokace* [online] [Cit. 2025b-04-19]. Dostupné z: <https://www.politikaspolecnost.cz/wp-content/uploads/2020/01/Struktura-n%C3%A1klad%C5%AF-v-%C4%8Desk%C3%A9m-zdravotnictv%C3%AD-a-mechanismy-jejich-alokace-IPPS.pdf>

KEBZA, Vladimír a MAREŠ, Jiří. *Psychologie zdraví*. Grada, 2024. ISBN 978-80-247-4411-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/psychologie-zdravi-14085/>.

KOŠEK, Roman., [2022]. *Čelíme epidemii civilizačních chorob. Nejvíce nás ohrožují kardiovaskulární nemoci a cukrovka* [online] [Cit. 2025b-04-19]. Dostupné z: <https://nasezdravotnictvi.cz/aktualita/celime-epidemii-civilizacnich-chorob-nejvice-nas-ohrozuji-kardiovaskularni-nemoci-a-cukrovka>

MFČR, [2023]. *Hodnocení vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2023*. [online] [Cit. 2025b-04-19]. https://www.mfcr.cz/assets/attachments/2025-01-17_Priloha-k-Info-106-99-MF-905-2025-74.pdf#:~:text=Syst%C3%A9m%20ve%C5%99ejn%C3%A9ho%20zdravotn%C3%ADho%20poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD%20hospoda%C5%99il%20v%20roce%202023,p%C5%99%C3%ADjmy%20467%2C5%20mld.%20K%C

MIKEŠ, O. Tuka, V., [2020]. *Vliv pohybové aktivity na snížení hodnot krevního tlaku u pacientů s arteriální hypertenzí* [online] [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2020-1-12/vliv-pohybove-aktivity-na-snizeni-hodnot-krevniho-tlaku-u-pa-cientu-s-arterialni-hypertenzi-121889?utm_source=chatgpt.com

MÜLLEROVÁ, Dana. *Public Health and Preventive Medicine*. Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4863-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/public-health-and-preventive-medicine-8495/> [Cit.2024-12-12]

MZ, [2019]. *Zdraví 2030. Ministerstvo zdravotnictví* [online]. [Cit. 2025p-04-19]. Dostupné z: https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf?utm_source=chatgpt.com

MZ., [b.r.]. *Úhradová vyhláška pro rok 2024. Na zdravotní péči míří o více než 35 miliard korun navíc. Ministerstvo zdravotnictví* [online]. [Cit. 2025p-04-19]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/uhradova-vyhlaska-pro-rok-2024-na-zdravotni-peci-miri-o-vice-nez-35-miliard-korun-navic/>

MZD., 2016. *Fondy zdravotních pojišťoven. Ministerstvo zdravotnictví* [online]. [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/fondy-zdravotnich-pojistoven/>

MZD., 2018a. *Veřejné zdravotní pojištění. Ministerstvo zdravotnictví* [online]. [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/verejne-zdravotni-pojisteni-2/>

MZD., 2018b. *Veřejné zdravotní pojištění. Ministerstvo zdravotnictví* [online]. [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/verejne-zdravotni-pojisteni-2/>

MZD., 2024. *Úhradová vyhláška 2025. Ministerstvo zdravotnictví* [online]. [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/uhradova-vyhlaska-2025/>

NĚMEC Jakub, 2023. *Rozpočet zdravotních pojišťoven bude i letos zatížen schodkem. Zdravotnický deník* [online]. [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2023/02/rozpocet-zdravotnich-pojistoven-bude-i-letos-zatizen-schodkem/>

OECD., 2023. *Step Up! Tackling the Burden of Insufficient Physical Activity in Europe. OECD* [online] [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: https://www.oecd.org/en/publications/step-up-tackling-the-burden-of-insufficient-physical-activity-in-europe_500a9601-en.html

OECD., [2021.]. *The future of health systems | OECD* [online] [Cit. 2025o-04-19]. Dostupné z: https://www.oecd.org/en/topics/the-future-of-health-systems.html?utm_source=chatgpt.com

SOVOVÁ, Eliška; SOVOVÁ, Markéta a SOVA, Milan. *Primární prevence v praxi - projekt 5S*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2023. ISBN 978-80-244-6262-2. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/primarni-prevence-v-praxi-projekt-5s-11844/> [Cit.2025 – 02-20]

TK.DE, [b.r.]. *How does the TK Bonus Plan work? | TK. Die Techniker* [online] [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: <https://www.tk.de/en/support-faq/faq-easy-access-to-health-care/access-doctors-and-abroad/tk-bonus-plan/bonusplan-basics-2144930>

VZP., [2024]. *Monitoring je pro léčbu diabetu klíčový, výdaje na úhradu moderních senzorů neustále rostou - VZP ČR* [online] [Cit. 2025k-04-19]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/monitoring-je-pro-lecibu-diabetu-klicovy-vydaje-na-uhradu-modernich-senzoru-neustale-rostou>

VZP., [2024]. *Ročenka za rok 2023 - VZP ČR* [online] [Cit. 2025k-04-19]. Dostupné z: <https://media.vzpstatic.cz/media/Default/rocenky/rocenka-vzp-2023.pdf>

WANG, Fuhmei a Jung-Der WANG, 2021a. *Investing preventive care and economic development in ageing societies: empirical evidences from OECD countries. Health Economics Review* [online]. **11**(1), 18 [Cit. 2025-04-19]. ISSN 2191-1991. Dostupné z: doi:[10.1186/s13561-021-00321-3](https://doi.org/10.1186/s13561-021-00321-3)

WANG, Fuhmei a Jung-Der WANG, 2021b. *Investing preventive care and economic development in ageing societies: empirical evidences from OECD countries. Health Economics Review* [online]. **11**(1), 18 [Cit. 2025-04-19]. ISSN 2191-1991. Dostupné z: doi:[10.1186/s13561-021-00321-3](https://doi.org/10.1186/s13561-021-00321-3)

WANG, Fuhmei a Jung-Der WANG, 2021c. *Investing preventive care and economic development in ageing societies: empirical evidences from OECD countries. Health Economics Review* [online]. **11**(1), 18 [Cit. 2025-04-19]. ISSN 2191-1991. Dostupné z: doi:[10.1186/s13561-021-00321-3](https://doi.org/10.1186/s13561-021-00321-3)

WHO, [b.r.]. *Obesity* [online] [Cit. 2025-04-19]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Vztah prevence a prevalence (OECD)	59
Obrázek 2. Porovnání ČR se zeměmi EU	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Pojišťovny v České republice	29
Tabulka 2. Výdaje na zdravotní péči v Česku podle druhu péče v mld. Kč, 2010–2022	44
Tabulka 3. Výdaje na zdravotní péči v Česku, 2010–2023 – základní ukazatele	46
Tabulka 4. Výdaje na zdravotní péči v Česku podle druhu péče v mld. Kč, 2010–2022	47
Tabulka 5. Přehled výdajů na poskytnutou péči	48
Tabulka 6. Přehled vybraných civilizačních onemocnění a jejich počty případů přijatých k hospitalizaci ve věkovém rozmezí 30-60 let	50
Tabulka 7. Zdravotní pojišťovny – počty pojištěnců a plánované výdaje na prevenci.....	54
Tabulka 8. Výdaje na preventivní programy	55
Tabulka 9. Zdravotní pojišťovny – preventivní programy.....	56
Tabulka 10. Přehled vybraných pojišťoven a jejich aktuálních nabídek	62
Tabulka 11. Výpočet 1	72
Tabulka 12. Výpočet 2	73
Tabulka 13. Výpočet 3	74
Tabulka 14. Výpočet 4	75
Tabulka 15. Výpočet 5	76
Tabulka 16. Ukazatele péče v roce 2023	80
Tabulka 17. Tabulka přehledu výpočtu částka na 1 pojištěnce VZP	80
Tabulka 18. Fondy – stav ZPMVČR pro rok 2023	82
Tabulka 19. Počty pojištěnců VZP 2023	83
Tabulka 20. Tabulka fondy stav VZP v roce 2023	84
Tabulka 21. Potenciální úspora – Investice s návratností 7:1 (návratnost 7 Kč při investované 1 Kč do prevence)	87
Tabulka 22. Potenciální úspora - navýšení výdajů na prevenci vůči HDP	89
Tabulka 23. Předpoklady modelu – preventivní programy.....	92
Tabulka 24. Analýza modelu – preventivní programy	92
Tabulka 25. Návrh motivačního programu – preventivní programy	92

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Výdaje na zdravotní péči v Česku podle hlavních zdrojů financování, 2010–2023	45
Graf 2. Státní rozpočet – státní závěrečný účet	49
Graf 3. BMI v České republice	51
Graf 4. Podíl osob dle BMI a pohlaví v České republice	52
Graf 5. Zdravotní pojišťovny a jejich využití některých preventivních měření dle ČSÚ v roce 2019.....	57
Graf 6. Rizikové faktory přispívající k úmrtnosti v Česku a Evropské unii v roce 2019....	61
Graf 7. Indexu tělesné hmotnosti a fyzické aktivity ve věkových skupinách v roce 2019..	65
Graf 8. Podíl osob s nadváhou v evropských zemích v roce 2019	70
Graf 9. Podíl osob v kategorii Pre-obese v evropských zemích v roce 2019	71
Graf 10. Vysoký krevní tlak (35-54 let)	77
Graf 11. Denní kuřáci, denní a nárazová konzumace alkoholu (25-54 let).....	78
Graf 12. Výdaje na zdravotnictví v roce 2018 v mil. Kč.....	79
Graf 13. Porovnání výdajů u akutní lůžkové péče versus prevence v roce 2023	80
Graf 14. Porovnání nákladů na akutní lůžkovou péči v roce 2023	81
Graf 15. Věková struktura pojištěnců ZPMVČR.....	82
Graf 16. Věková struktura pojištěnců VZP	83

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Přepočty kurzů

Banky a předpokládané kurzy (31. 3. 2025)

1. Dánsko – Danmarks Nationalbank
 - Kurz: 1 DKK = 0,145 USD (předpoklad podle ECB a historických dat).
 - Zdroj: <https://www.nationalbanken.dk/>, sekce „Exchange rates“.
2. Švédsko – Sveriges Riksbank
 - Kurz: 1 SEK = 0,095 USD (předpoklad podle ECB a trendu SEK).
 - Zdroj: <https://www.riksbank.se/>, sekce „Search interest rates and exchange rates“.
3. Finsko – Evropská centrální banka (ECB) (Finsko používá euro).
 - Kurz: 1 EUR = 1,08 USD (předpoklad podle ECB a tržního trendu).
 - Zdroj: <https://www.ecb.europa.eu/>, sekce „Euro exchange rates“.
4. Nizozemsko – Evropská centrální banka (ECB) (Nizozemsko používá euro).
 - Kurz: 1 EUR = 1,08 USD (stejný jako Finsko).
 - Zdroj: <https://www.ecb.europa.eu/>, sekce „Euro exchange rates“.
5. Norsko – Norges Bank
 - Kurz: 1 NOK = 0,094 USD (předpoklad podle historických dat Norges Bank).
 - Zdroj: <https://www.norges-bank.no/>, sekce „Exchange rates“.
6. Austrálie – Reserve Bank of Australia (RBA)
 - Kurz: 1 AUD = 0,68 USD (předpoklad podle RBA a tržního vývoje).
 - Zdroj: <https://www.rba.gov.au/>, sekce „Exchange Rates“.
7. Kanada – Bank of Canada (BoC)
 - Kurz: 1 CAD = 0,74 USD (předpoklad podle BoC a trendu CAD).
 - Zdroj: <https://www.bankofcanada.ca/>, sekce „Exchange Rates“.
8. Česká republika – Česká národní banka (ČNB)
 - Kurz: 1 USD = 23,645 Kč (předpoklad z 31. 3. 2025).
 - Zdroj: <https://www.cnb.cz/cs/financni-trhy/devizovy-trh/kurzy-devizoveho-trhu/>.

Přepočet příspěvků pojišťoven podle kurzů národních bank

1. Dánsko: $500 \text{ DKK} \times 0,145 = 72,50 \text{ USD}$
2. Švédsko: $5\,000 \text{ SEK} \times 0,095 = 475 \text{ USD}$
3. Finsko: $300\text{--}500 \text{ EUR} \times 1,08 = 324\text{--}540 \text{ USD}$
4. Nizozemsko: $20\text{--}30 \text{ EUR/měsíc} \times 12 \times 1,08 = 259,20\text{--}388,80 \text{ USD}$
5. Norsko: $2\,000 \text{ NOK} \times 0,094 = 188 \text{ USD}$
6. Austrálie: $100 \text{ AUD} \times 0,68 = 68 \text{ USD}$
7. Kanada: $500 \text{ CAD} \times 0,74 = 370 \text{ USD}$
8. Česká republika: $500\text{--}2\,000 \text{ Kč} \div 23,645 = 21,15\text{--}84,58 \text{ USD}$