

Prevence – praktický návod na zlepšení zdravotního stavu a podporu ekonomického růstu

Koncepční dokument vycházející ze
situace v ČR na začátku roku 2023

Partneři publikace



Autoři publikace

MUDr. Pavel Hroboň, M.S.

Ing. Veronika Klimková

www.advanceinstitute.cz

Poděkování

Za inspiraci a cenné rady děkujeme zejména následujícím odborníkům:

- MUDr. Tomáš Doležal, PhD. (Institut pro zdravotní ekonomiku a technology assessment – iHETA)
- PhDr. Ivan Duškov (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR)
- Ludmila Hamplová (Zdravotnický deník)
- prof. MUDr. Roman Havlík, Ph.D. (Fakultní nemocnice Olomouc)
- PhDr. Ivo Hlaváč, MBA (Hospodářská komora ČR)
- Jakub Hlávka, PhD (University of Southern California)
- MUDr. Barbora Macková (Státní zdravotní ústav)
- MUDr. Vojtěch Mucha (Mladí praktici, z.s.)
- MUDr. Eliška Selinger (3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy)
- MUDr. Petr Smejkal (Institut klinické a experimentální medicíny – IKEM)
- MUDr. Kateřina Šédová (Loono, z.s.)
- Bc. Josef Pavlovic (Ministerstvo zdravotnictví ČR)
- MUDr. František Vlček, PhD, MHA (AKESO holding a.s.)

Stejně jako všem dalším, se kterými jsme měli možnost přípravu publikace konzultovat v menším rozsahu.

Za pomoc s přípravou publikace dále děkujeme Karolíně Marešové, Bc. Václavu Karlovi a Mgr. Daliborovi Slovákovi.

Obsah

Seznam obrázků	5
Seznam tabulek	6
Seznam boxů	6
1. Úvod.....	7
2. Prevence a její ekonomický význam	8
2.1. Zlepšení zdravotního stavu a ekonomický růst	8
2.2. Definice a základní klasifikace prevence	9
2.3. Hodnocení ekonomického dopadu investic do zdraví	11
2.4. Výběr priorit pro zlepšení zdraví obyvatel ČR.....	13
3. Současný stav prevence v ČR	18
3.1. Zdravotní stav obyvatel ČR	18
3.2. Výdaje na prevenci v ČR.....	21
3.3. Strategický rámec rozvoje zdraví do roku 2030	27
4. Příklady dobré praxe v oblasti prevence.....	28
4.1. Primární prevence.....	28
4.1.1. Vzdělávání obyvatelstva	28
4.1.2. Regulace	33
4.1.3. Přímá finanční motivace jednotlivců.....	38
4.1.4. Behaviorální ekonomie	40
4.1.5. Krátké intervence ze strany poskytovatelů zdravotní péče	45
4.1.6. Očkování	47
4.2. Sekundární prevence	50
4.3. Terciární prevence	54
5. Doporučení pro efektivní rozvoj prevence v ČR.....	60
5.1. Ministerstvo zdravotnictví (ve spolupráci s dalšími složkami státní správy, zejména Ministerstvem financí).....	60

5.2. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR a další státní složky mimo Ministerstva zdravotnictví ČR.....	Chyba! Záložka není definována.
5.3. Zaměstnavatelé	64
5.4. Zdravotní pojišťovny	64
5.5. Poskytovatelé zdravotních služeb, zejména praktičtí lékaři	66
5.6. Občané a pacienti.....	67
6. Bibliografie	68

Seznam obrázků

Obrázek 1: Řešitelná zátěž nemocemi v ČR	14
Obrázek 2: Stav primární prevence v ČR	16
Obrázek 3: Stav sekundární prevence v ČR	16
Obrázek 4: Stav terciární prevence v ČR	17
Obrázek 5: Vývoj a srovnání délky života (LE) a délky života ve zdraví (HALE) české populace.....	19
Obrázek 6: Srovnání celkové dosažené zdravotní gramotnosti mezi vybranými evropskými zeměmi.....	21

Seznam tabulek

Tabulka 1: Možnosti snížení zátěže nemocemi v ČR (v počtu dodatečných let prožitých ve zdraví).....	15
Tabulka 2: Výdaje na preventivní péči podle zdrojů financování v ČR v mil. Kč (2020) ...	24
Tabulka 3: Čerpání klientských programů VZP v roce 2022 (01-10/2022).....	25
Tabulka 4: Principy sociálního marketingu ve zvyšování zdravotní gramotnosti.....	29
Tabulka 5: Možnosti regulačních intervencí s cílem ochrany a podpory zdraví.....	33
Tabulka 6: Příklady úspěšných intervencí behaviorální ekonomie	42
Tabulka 7: Účast na vybraných skríninzích napříč vybranými evropskými zeměmi.....	52
Tabulka 8: Výhody DMP pro různé kategorie zapojených aktérů.....	56
Tabulka 9: Faktory úspěchu DMP	57

Seznam boxů

Box 1: Příklad vlivu špatného zdraví na pracovní výkon.....	9
Box 2: Příklady dobré praxe zvyšování zdravotní gramotnosti	31
Box 3: Příklady dobré praxe využití regulatorních opatření v prevenci a podpoře zdravého životního stylu	36
Box 4: Příklad dobré praxe nasazení bonusů k motivaci pojištěnců.....	39
Box 5: Příklady dobré praxe aplikace behaviorální ekonomie ve zdravotnictví	44
Box 6: Příklady dobré praxe použití velmi krátkých.....	47
Box 7: Příklady dobré praxe – jak posílit očkování?.....	49
Box 8: Příklady dobré praxe konkrétních intervencí v oblasti skríníngů.....	53
Box 9: Příklad dobré praxe úspěšného DMP ze zahraničí	58

1. Úvod

Zdravotní stav obyvatel ČR je horší než v případě našich západních sousedů. Délka života se sice stále prodlužuje, čas získaný navíc ale příliš často strávíme nemocní, tedy s významně zhoršenou kvalitou života a vysokou potřebou nákladné léčby a sociálních služeb. Nemocní jsou méně soběstační, potřebují více péče, kterou poskytují buď profesionální ošetřovatelé či rodina nebo přátelé. Zároveň také mnohem častěji čerpají různé příspěvky a sociální dávky. Pokud nedokážeme tento stav změnit, bude se v důsledku pokračujícího stárnutí obyvatelstva rychle zhoršovat.

Stárnutí obyvatelstva má dopad nejen na výdaje zdravotního a sociálního systému, ale díky poklesu podílu obyvatel v ekonomicky aktivním věku také na jejich příjmy. Již dnes má česká ekonomika nedostatek pracovních sil. Zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, tedy jeho ochoty a schopnosti pracovat déle a strávit čas věnovaný práci produktivněji, je jedním ze způsobů zajištění růstu ekonomiky, který máme k dispozici.

Právě významně vyšší a zároveň smysluplně zaměřené investice do prevence jsou možným řešením výše popsaných problémů. Řada studií ukazuje, že dosažitelné zlepšení zdravotního stavu obyvatel ČR je z více než dvou třetin závislé na prevenci, jen menšinu tedy můžeme dosáhnout zlepšením léčby. Dnes ale do prevence investujeme pouhý zlomek toho, co do léčby. Přitom významná část preventivních programů dokáže být nákladově efektivnější než léčba. Pokud započítáme dopad zlepšení zdravotního stavu na nárůst pracovní síly a produktivity práce, je zlepšení zdravotního stavu dokonce ekonomicky návratnou investicí. Navíc tyto investice vedou k prodloužení délky života, stejně tak jako pomáhají odstranit utrpení pramenící z nemocí.

Cílem této publikace je upozornit ty, kdo dělají reálná rozhodnutí týkající se zdraví, tedy politiky, zdravotní pojišťovny, poskytovatele zdravotních služeb, zaměstnavatele, ředitele škol, řadu dalších profesí a v konečném důsledku samozřejmě samotné občany, na to, co můžeme získat a co dnes zbytečně ztrácíme.

Publikace se nejprve zabývá vztahem zdraví a ekonomického růstu a klíčovou rolí, kterou ve zlepšení zdravotního stavu obyvatel ČR může sehrát prevence. Dále přináší stručný popis současného stavu v ČR a příklady dobré zahraniční i domácí praxe. Na závěr uvádíme doporučení konkrétních kroků pro nejdůležitější aktéry v oblasti prevence.

2. Prevence a její ekonomický význam

2.1. Zlepšení zdravotního stavu a ekonomický růst

Studie „Prioritizing Health“ poradenské společnosti McKinsey & Company (McKinsey) publikovaná v roce 2020 ukazuje, že širším využitím již vyzkoušených zdravotních intervencí je možné do roku 2040 snížit globální zátěž způsobenou nemocemi o přibližně 40 %. Více než dvě třetiny tohoto zlepšení lze dosáhnout skrze prevenci, a to s poměrně nízkými náklady (McKinsey Global Institute, 2020).¹

Studie McKinsey není jediná, která prokazuje vztah mezi dobrým zdravím a ekonomickou prosperitou. Ekonomové odhadují, že zhruba jednu třetinu hospodářského růstu ve vyspělých ekonomikách v minulém století lze připsat zlepšení zdravotního stavu (Fogel, 2004). Jiné studie dokonce srovnávají význam zdraví pro růst příjmů se vzděláním (Lau & Wang, 2004). Úzkou souvislost mezi včasnými intervencemi a významnými ekonomickými přínosy ve svých výstupech obhájí i Světová zdravotnická organizace (WHO) (McDaid et al., 2018).

Ekonomické přínosy prevence se realizují následujícími způsoby:

- **Méně předčasných úmrtí** – předcházení úmrtím zkracujícím ekonomicky aktivní život lidí,
- **Méně nemocí a zdravotních komplikací** – snižování počtu případů, ve kterých zhoršení zdravotního stavu lidem brání naplno se účastnit pracovního života,
- **Prodloužená účast na pracovním trhu** – umožněním delší účasti lidí na pracovním životě, zapojení lidí s handicapem a dnešních neformálních pečujících na pracovním trhu,
- **Navýšení produktivity ekonomicky aktivních občanů** díky zlepšení jejich zdravotního stavu (McKinsey Global Institute, 2020).

¹ Studie počítá s navýšením HDP prostřednictvím dodatečného navýšení podílu zdravější a produktivnější pracovní síly. Studie také počítá s dopady inovací, které by bylo možné do roku 2040 aplikovat a sociálními benefity díky zdravějšímu a delšímu životu.

Box 1: Příklad vlivu špatného zdraví na pracovní výkon

- Ve vyspělých ekonomikách trpí každý pátý pracovník chronickým zdravotním problémem jako například bolest zad, migréna a bolest hlavy, úzkost či deprese, které zásadně ovlivňují jejich celkovou produktivitu v práci.
- Podle šetření EHIS² trpí v ČR alespoň jedním chronickým onemocněním více než 60 % populace nad 15 let (Daňková & Otáhalová, 2017).
- V Evropě mají lidé s více než jedním chronickým onemocněním o přibližně 30 % menší pravděpodobnost zaměstnání než jejich zdraví vrstevníci.
- U zaměstnanců trpících chronickou nemocí se častěji vyskytuje tzv. prezentismus, tedy situace, kdy jsou v práci sice fyzicky přítomní, ale zdravotní potíže jim brání v plné soustředěnosti. Dle odhadů ve Spojených státech zaměstnanci trpící depresí prezentizmem ztratí až čtyři hodiny týdně.

Zdroj: Allen et al., 2018; OECD, 2016; Isham et al., 2020

Zajištění pracovní síly je vzhledem k jejímu již dnešnímu nedostatku a nepříznivému demografickému výhledu pro budoucí vývoj české ekonomiky zcela zásadní. Jak dokážeme dále, právě prevence je v současné situaci v ČR největší a nejefektivnější příležitost pro zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

2.2. Definice a základní klasifikace prevence

Na prevenci můžeme nahlížet jako na soubor včasných opatření, které mají za cíl minimalizovat zátěž způsobenou nemocemi a jejich rizikovými faktory. Může se uplatnit

² European Health Interview Survey

v různých stádiích rozvoje nemoci, a právě na tomto rozlišení je obvykle založeno dělení prevence na její jednotlivé druhy.³

Primární prevence má za cíl zamezení vzniku nemoci, tedy snažíme se zasáhnout dříve, než nemoc vznikne. Cestou je posílení zdraví obyvatel omezením rizikových faktorů vedoucích ke vzniku nemocí. Zásadní součástí primární prevence je tedy podpora zdraví. Z toho vyplývá, že primární prevence nemůže být zodpovědností jen zdravotního systému (byť jeho účast je klíčová), ale vyžaduje zapojení prakticky celé společnosti, zejména školství, zaměstnavatelů a lokálních komunit. Primární prevence zahrnuje následující typy intervencí:

- Posílení zdravotní gramotnosti, tedy znalostí obyvatelstva o dopadech vlastního chování na zdraví,
- Regulace, zejména zdanění a přímé omezení nežádoucích aktivit (například kouření),
- Finanční motivace na individuální úrovni (bonusy a malusy).

Tyto intervence je ideální kombinovat. I informovaný jedinec obvykle potřebuje vnější pomoc nebo motivaci ke změně svých zvyků a naopak motivace ke změně bez jasného vysvětlení jejího cíle nemusí vést k žadoucím dopadům.

Očkování je většinou definic také přiřazeno do primární prevence, jako další způsob efektivní intervence ještě před samotným vznikem nemoci. Je už ale plně zajišťováno zdravotním systémem, a proto ho řadíme do zvláštní kapitoly.

Sekundární prevence se zabývá včasným odhalením raných stádií nemoci, ještě před nástupem jejich prvních projevů. Typickými intervencemi jsou preventivní prohlídky a skriningové programy. Sekundární prevence je tedy již plně zajišťována zdravotním systémem, byť zapojení dalších částí společnosti a poznatků z jiných oborů, například behaviorální ekonomie, je pro zvýšení účasti obyvatel na těchto programech klíčové.

³ V této publikaci vycházíme z definic primární a sekundární prevence používaných WHO, v případě terciární prevence z vymezení kanadským Institutem pro zdraví a práci (Institute for Work & Health) a americkým Střediskem pro kontrolu a prevenci nemocí (Centers for Disease Control and Prevention).

Poslední úroveň, **terciární prevence**, má za cíl zmírnit dopad již existujících, zejména chronických nemocí cestou zpomalení jejich dalšího rozvoje (Centers for Disease Control and Prevention; Institute for Work & Health, 2015). Například diabetes mellitus (cukrovka) vede k rozvoji vážných komplikací, ty ale mohou být vhodnou léčbou za podmínky spolupráce pacientů oddáleny, případně nemusí vůbec nastat. Typickým příkladem terciární prevence jsou programy tzv. disease managementu, tedy komplexní integrované podpory pacientů s dlouhodobými nemocemi.

2.3. Hodnocení ekonomického dopadu investic do zdraví

Celková ekonomická ztráta způsobená nemocemi se skládá z následujících čtyř oblastí:

- **Veřejné náklady na zdravotní péči** – v ČR tedy zejména náklady systému veřejného zdravotního pojištění, například náklady na diagnostické testy, léčebné postupy, léky a zdravotnické prostředky,
- **Další náklady veřejných systémů, zejména sociálního** – náklady na invalidní důchody, pracovní neschopnost a sociální služby hrazené z veřejných zdrojů,
- **Soukromé náklady na zdravotní a sociální péči** – v ČR nejsou tak vysoké jako v jiných zemích, ale rozhodně nejsou zanedbatelné,
- **Náklady ušlé příležitosti** – vznikají výpadkem nemocného, případně také jeho pečujících blízkých, z trhu práce nebo zhoršením produktivity práce. Dále do této kategorie spadá ztráta volného času, a to jak na straně pacienta, tak u jeho pečující rodiny.

Důležité je zdůraznit, že nejen fyzické, ale i mentální zdraví má nemalý dopad jak na zdravotní stav obyvatel, tak i celkové náklady nemoci. Podle WHO zodpovídají duševní poruchy za 1 z 5 let života ztracených v důsledku prožití části života ve špatném zdraví. Dvě z nejběžnějších poruch, deprese a úzkost, stojí světovou ekonomiku každoročně 1 bilion amerických dolarů.⁴ Zároveň je třeba si uvědomit, že významná část těchto nákladů se promítá mimo sektor zdravotnictví, například u deprese je to až 59 % všech vynaložených nákladů (McDaid et al., 2018).

⁴ https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2

Jak počítáme ekonomickou výhodnost investic do zlepšení zdravotního stavu?

Především je třeba započítat úspory, které vzniknou v oblasti veřejných zdravotních a sociálních systémů. Započítat bychom měli ale také úspory soukromých výdajů a dopady na zvýšení produktivity práce. A konečně – do zdraví investujeme nejen kvůli úsporám nebo podpoře ekonomického růstu, ale především proto, že zdraví je pro nás jednou z nejdůležitějších životních hodnot, za kterou jsme ochotni platit. Proto nákladovou efektivitu zdravotních programů často vyjadřujeme v nákladech na získání jednoho roku života v plné kvalitě (QALY – quality adjusted life year nebo DALY – disability adjusted life year, liší se pouze metodikou zhodnocení dopadu nemocí na kvalitu života). Pokud náklady na jeden QALY nepřekročí určitou mez, je daná zdravotní intervence považována za nákladově efektivní. WHO tuto hranici orientačně doporučuje stanovit jako trojnásobek HDP na hlavu (Griffiths et al., 2015). V ČR se nákladová efektivita povinně hodnotí u inovativních léčiv, jako hranice je ze strany SÚKL uplatňována cena 1,2 milionu za jeden QALY (SÚKL, 2022).

Je ale třeba uvědomit si, že do výše uvedených kalkulací nákladové efektivity se dnes v ČR započítávají jen náklady a úspory systému veřejného zdravotního pojištění, v jiných zemích někdy další veřejné náklady (zejména sociální systém). Soukromé náklady a dopad na schopnost pracovat, tedy vytvářet ekonomické hodnoty, se obvykle nezapočítávají.

Započítání těchto dopadů (jak s nimi pracujeme i v této publikaci) ale často významně změní výsledek a ukazuje, že **řada léčebných, ale zejména preventivních opatření může mít pozitivní ekonomickou návratnost.**⁵ Tedy nejen, že získáme lepší zdraví, ale dojde i k čisté úspoře na straně nákladů. Konkrétně **návratnost na preventivní a léčebná opatření navržená ve studii McKinsey „Prioritizing Health“ pro ČR je 1,7** během dvaceti let (2020-2040). Znamená to, že z každé koruny investované do vhodných opatření můžeme v průběhu času získat 1,70 Kč.

⁵ Zároveň je třeba říci, že pozitivní celospolečenskou návratnost nemají jen investice do zdraví, ale také celá řada dalších investic – do vzdělání, do ochrany životního prostředí, do dopravy, kultury a podobně.

2.4. Výběr priorit pro zlepšení zdraví obyvatel ČR

Jaká opatření a proč výše uvedená studie McKinsey navrhuje? Celková zátěž nemocemi v ČR, vyjádřená jako počet ztracených let života přizpůsobených kvalitě (DALYs), dosahuje 3,5 milionu ročně. Největší podíl na této ztrátě mají chronické neinfekční nemoci, které v souhrnu vytváří zátěž 2,9 milionu DALYs (2019), tedy přes 80 % celkové zátěže nemocemi.⁶

Většina těchto ztracených let života (62 %) připadá na lidi v produktivním věku, což má za následek značnou ztrátu hospodářského výkonu. Ten zmiňovaná studie odhaduje na zhruba 700 miliard Kč.

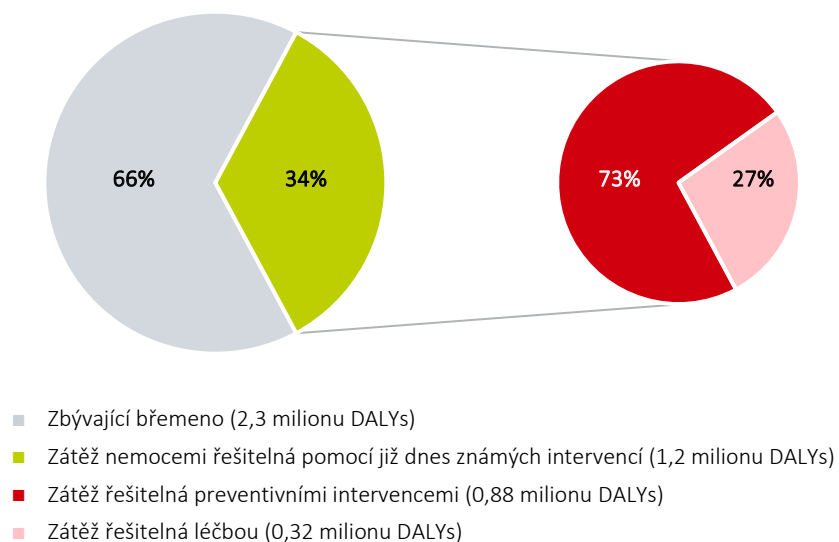
Studie navrhuje i možné východisko z této situace – pokud bychom **dnes investovali do zdraví české populace**, mohli bychom dosáhnout **navýšení růstu HDP v průběhu příštích dvaceti let až o 0,7 % ročně, což představuje dodatečných 840 miliard Kč** (průměrně 42 miliard/rok, byť náběh dopadů by byl samozřejmě postupný).

Jak víme, že bychom toto mohli dokázat? Studie pracuje jen se zdravotními intervencemi, které už byly v některých zemích realizované a jejichž výsledky byly publikovány v respektovaných vědeckých časopisech. Je jasné, že nedokážeme vyřešit veškerý dopad nemocí, ale výše zmíněné intervence ho dokáží vyřešit zhruba z jedné třetiny, což představuje 1,2 milionu let života v plné kvalitě ročně (viz Obrázek 1 – zelená část). A co je klíčové, více než dvě třetiny tohoto potenciálu leží v oblastech primární, sekundární a terciární prevence, jak jsme si je definovali pro účely této publikace.⁷

⁶ <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/scale-what-works-the-benefits-of-proven-health-interventions>

⁷ McKinsey používá ve své studii jinou klasifikaci – dělí zdravotní intervence na environmentální, sociální a behaviorální, dále intervence v oblasti prevence a podpory zdraví, a nakonec terapeutické intervence, z čehož první dvě kategorie odpovídají prevenci dle definice používané pro tuto publikaci.

Obrázek 1: Řešitelná zátěž nemocemi v ČR



Zdroj: McKinsey Health Institute: *Opportunity to reduce disease burden*⁸

Výčet hlavních preventivních opatření doporučených ve studii McKinsey a jejich odhadovaný dopad je shrnut v následující tabulce. **Pro ČR zřetelně existuje příležitost pro významné zlepšení zejména v oblasti primární a terciární prevence.**

⁸ <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/scale-what-works-the-benefits-of-proven-health-interventions>

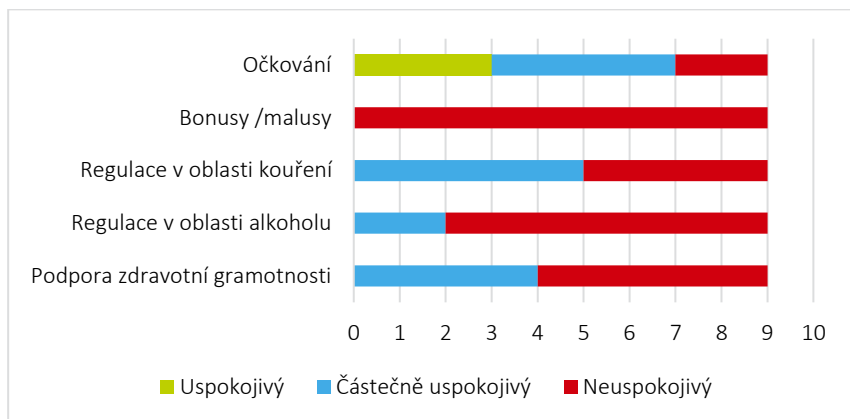
Tabulka 1: Možnosti snížení zátěže nemocemi v ČR (v počtu dodatečných let prožitých ve zdraví)

Oblast prevence	Druh intervence	Počet získaných let života (QALY)
Primární prevence	Ovlivňování hmotnosti a životního stylu ze strany poskytovatelů zdravotních služeb	99 tisíc
	Edukace vedoucí ke změně chování	140 tisíc
	Odvykání od kouření	110 tisíc
	Vakcinace	47 tisíc
Sekundární prevence	Skríníng rakoviny	39 tisíc
Terciární prevence	Medikace onemocnění srdce a diabetu (v raných stádiích nemoci)	150 tisíc
	Medikace onemocnění srdce a diabetu (k zamezení další progresu a zmírnění dopadů probíhající nemoci)	36 tisíc

Zdroj: McKinsey Health Institute: *Opportunity to reduce disease burden*⁹

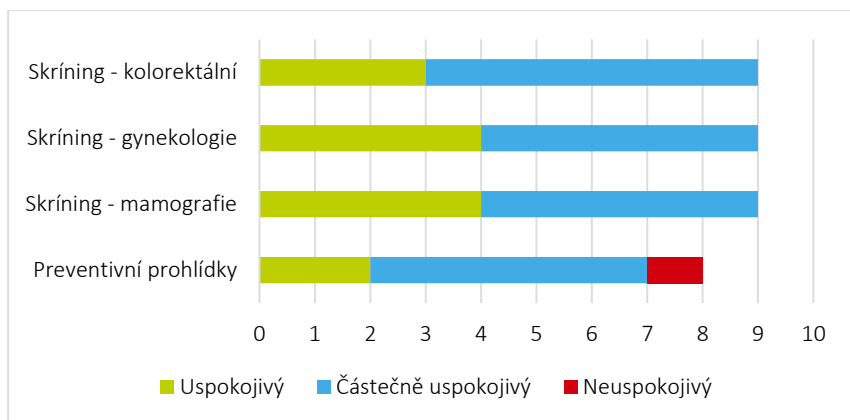
Tato evidence vede k jasnému určení priorit pro zlepšení prevence v ČR. Další inspiraci jsme získali pomocí krátké ankety od vybraných odborníků. Ptali jsme se jich na současný stav jednotlivých oblastí prevence. Jejich odpovědi jsou shrnuty na následujících obrázcích. Rozhodně nepředstavují jakýkoliv statisticky významný obraz nebo systematické srovnání, lze je ale považovat za užitečný expertní názor.

⁹ <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/scale-what-works-the-benefits-of-proven-health-interventions>

Obrázek 2: Stav primární prevence v ČR

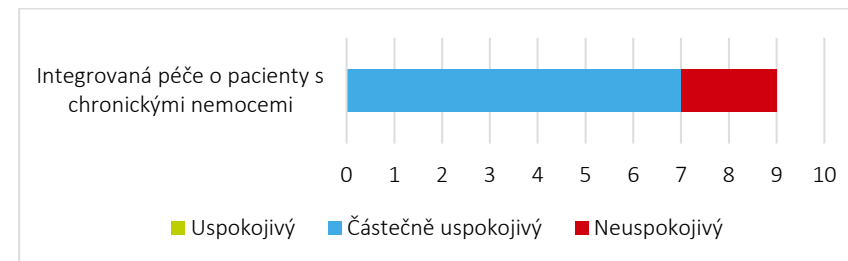
Zdroj: Vlastní zpracování na základě odpovědí oslovených odborníků

Zatímco experti nejpozitivněji hodnotí stav očkování, s velkými nedostatky vnímají regulaci v oblasti alkoholu a především použití bonusů či malusů k ovlivnění chování Čechů v oblasti zdraví, ke kterému v ČR dochází minimálně (v případě malusů vůbec ne).

Obrázek 3: Stav sekundární prevence v ČR

Zdroj: Vlastní zpracování na základě odpovědí oslovených odborníků

Výrazně kladněji je v ČR oslovenými experty nahlíženo na stav sekundární prevence, zejména tří plošných skríningových programů nádorových onemocnění v dospělém věku. Rezervovanější je jejich názor na preventivní prohlídky.

Obrázek 4: Stav terciární prevence v ČR

Zdroj: Vlastní zpracování na základě odpovědí oslovených odborníků

Poslední hodnocenou úrovní prevence je úroveň terciární, tedy posouzení stavu integrované péče o pacienty s chronickými neinfekčními nemocemi. Jak se ukázalo, většina oslovených expertů považuje její stav za částečně uspokojivý. Je ale možné, že pro účely hodnocení vycházeli z různých definic standardu či kladli větší důraz na odlišná kritéria integrované péče.

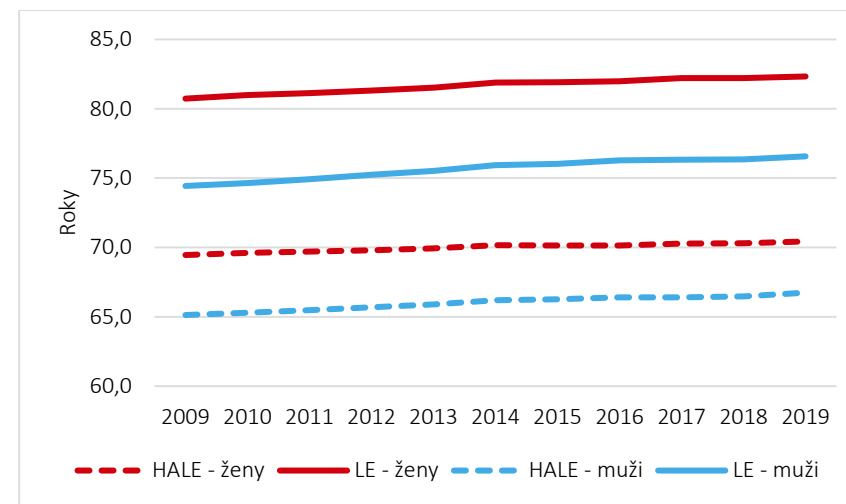
3. Současný stav prevence v ČR

3.1. Zdravotní stav obyvatel ČR

Obdobně jako v jiných vyspělých zemích střední očekávaná délka života Čechů (LE z ang. „life expectancy“), mužů i žen, dlouhodobě roste (s výjimkou specifického roku 2020 kde pandemie tento trend dočasně zvrátila (OECD, 2021)). Jen za období 2009-2019 se život průměrné Češky prodloužil o 1,6 let, u mužů ve stejném období došlo k průměrnému nárůstu délky života o 2,1 let. Jak je však vidět v grafu níže, délka života prožitá ve zdraví (HALE z ang. „health-adjusted life expectancy“) i přes svůj postupný růst za celkovou délkou prožití výrazně zaostává (o cca 12 let u žen a cca 10 let u mužů). Češi tak žijí stále déle, nicméně ekvivalent jedné dekády života ztratí díky dopadu nemoci na kvalitu života¹⁰ (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019).

¹⁰ Zkrácení života díky nemocem je již zahrnuto v jeho délce, tedy life expectancy.

Obrázek 5: Vývoj a srovnání délky života (LE) a délky života ve zdraví (HALE) české populace



Zdroj: Institute for Health Metrics and Evaluation^{11 12}

Statistiky udávají, že **téměř polovinu všech úmrtí v Česku v roce 2019 lze připsat rizikovým faktorům chování – hlavně špatné stravě (23 % všech úmrtí), kouření (20 %) a konzumaci alkoholu (6 %)** (OECD, 2021).¹³ Míra obezity se za posledních 15 let neustále zvyšovala a nyní se pohybuje kolem 20 % u dospělých, což přispívá k vysoké prevalenci diabetu a dalších nemocí. Míra obezity je jednou z nejvyšších ve mezinárodních srovnáních a s vysokým výskytem u malých dětí (Ministerstvo

¹¹ <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/a7c44d8a4fe29fb7f51b9654c7fce0c3>

¹² <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/b97b93c5e8c559534db7c6a8e5be268f>

¹³ U špatného stravování jde o nadprůměrný podíl ve srovnání s průměrem států EU, který dosahuje 17 %. Rovněž podíl úmrtí způsobených kouřením na celkových úmrtích napříč státy EU je 17 %. U úmrtí v důsledku nadměrné konzumace alkoholu je podíl v ČR a EU stejný.

zdravotnictví ČR, 2020). Podle Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR byl v roce 2021 podíl obézních dětí 16,4 %, nadváhu mělo dalších 9,6 %.¹⁴ Nepříznivý stav zdraví Čechů je dle MZČR¹⁵ dokumentují také v následující údaje (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020):

- 25 % dospělých Čechů nevykonává dostatečnou volnočasovou fyzickou aktivitu,
- ČR patří k pěti největším konzumentům soli v rámci EU,
- Vysoký podíl rizikové konzumace alkoholu (14,9 % obyvatel), s celkovou spotřebou jednou z nejvyšších v EU,
- Poměrně vysoký podíl uživatelů nelegálních drog,
- Vysoká chronická nemocnost společnosti, u populace starší 65 let dosahuje podíl chronicky nemocných téměř 64 %, u celkové populace 35 % s relativně vysokými regionálními rozdíly a predikcí dalšího nárůstu do roku 2030,
- Stoupající trend rostoucích hospitalizací nad 30 dnů u seniorů starších 65 let, tlak na vyšší potřebu domácí a dlouhodobé péče,
- Přibývání lidí s duševními a neurodegenerativními poruchami.

Nejen zdravotní stav, ale také zdravotní gramotnost Čechů je problematická. Analýza situace v ČR z roku 2014 ukázala, že **téměř 60 % české dospělé populace má neadekvátní nebo problematickou celkovou zdravotní gramotnost**. Jak ukázaly výsledky, nejméně znalí jsou Češi v oblasti podpory zdraví (36 %). O relativně slušné úrovni zdravotní gramotnosti lze mluvit v případě znalosti zdravotního systému (51 %) a jím poskytované preventivní péče (46 %), což ukazuje lepší schopnosti Čechů orientovat se ve fungování systému zdravotní péče, než si zjišťovat kvalitní informace ohledně zdravého životního stylu a podpory vlastního zdraví (Ministerstvo zdravotnictví ČR et al., 2020). Jinými slovy – tento výzkum potvrzuje orientaci českého obyvatelstva spíše na léčbu než na prevenci a hlavně spoléhání na zdravotní systém namísto vlastních rozhodnutí a snahy o zdravý život.

¹⁴ <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-misto-prikazu-hra-o-odmeny-vznika-narodni-plan-boje-s-detskou-obezitou-225092>

¹⁵ Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, poslední aktualizace 13. července 2020

Šetření v míře zdravotní gramotnosti uskutečněné v tomtéž období na evropské úrovni (srovnání 9 vybraných zemí) Čechům přiděluje ještě o něco nižší skóre, viz následující graf:

Obrázek 6: Srovnání celkové dosažené zdravotní gramotnosti mezi vybranými evropskými zeměmi



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR et al., 2020

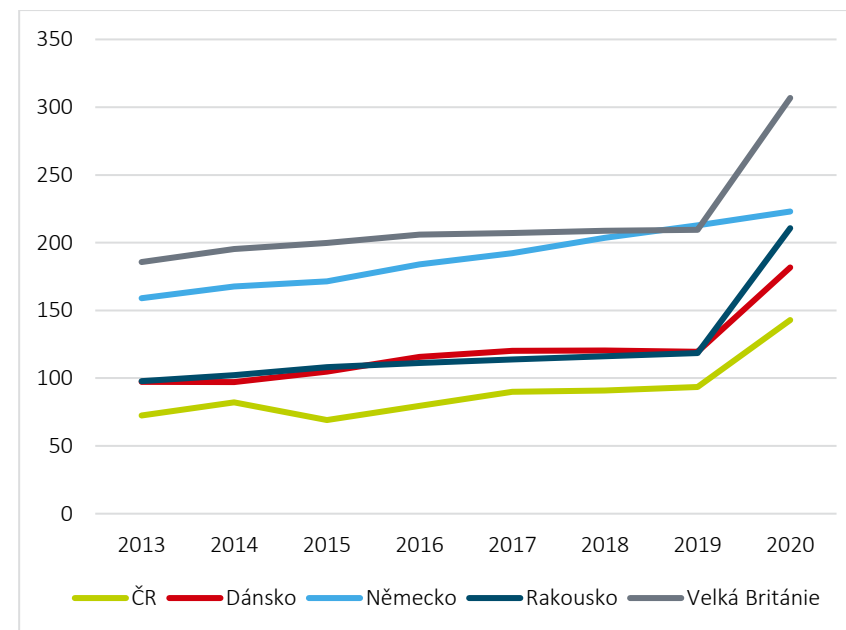
3.2. Výdaje na prevenci v ČR

I přes jasnou deklaraci spojitosti mezi investicemi do zdraví a lidským rozvojem, sociálním prospěchem a ekonomickou prosperitou (například Tallinnská charta z roku 2008), investice do prevence zůstávají ve většině evropských zemí dlouhodobě nízké. Země OECD na prevenci alokují pouhá 2-4 % celkových výdajů do zdravotnictví (McDaid et al., 2018). Data OECD zahrnují jak veřejné, tak soukromé výdaje v rámci zdravotnictví

a veřejné výdaje na primární prevenci. Nezahrnují tedy soukromé výdaje na primární prevenci a žádné výdaje na terciární prevenci.¹⁶

Podle OECD se v ČR v období 2013-2019 podíl investic do prevence na celkových výdajích do zdravotnictví pohyboval kolem 3 %, v roce 2020 došlo k navýšení tohoto podílu na 3,8 % z důvodů spojených s pandemií. Ve srovnání s vybranými evropskými zeměmi, se kterými pracujeme napříč touto publikací,¹⁷ tj. Dánsko (3,2 %), Německo (3,2 %), Rakousko (3,6 %) a Velká Británie (6,1 %), je tento podíl až na Velkou Británii obdobný. Ještě lepší srovnání nabízí pohled na výdaje těchto států na investice do prevence na hlavu v běžných cenách a v paritě kupní síly (viz Obrázek 7). **ČR dle těchto dat trvale zaostává za všemi čtyřmi srovnávanými evropskými zeměmi.**¹⁸

Obrázek 7: Výdaje na prevenci na hlavu v běžných cenách v paritě kupní síly (v amerických dolarech)



Zdroj: OECD

Dle metodiky Českého statistického úřadu celkové výdaje na prevenci v roce 2020 dosáhly 11,4 miliardy Kč. Z celkové výše nejvíce na prevenci vynaložily zdravotní pojišťovny, cca 82 % (viz tabulka níže). Je však potřeba upozornit, že financování chodu institucí, které se ve své činnosti mimo jiné věnují prevenci, jako například samotné MZČR, Státní zdravotní ústav (SZÚ) a krajské hygienické stanice, do těchto dat není započteno.

¹⁶ Metodika OECD dostupná na <https://www.oecd.org/els/health-systems/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

¹⁷ Rakousko a Německo jsme pro porovnání s Českem pro účely této publikace vybrali z důvodu kulturní blízkosti těchto zemí, Německo dále specificky kvůli podobné organizaci zdravotního systému. Velká Británie je v současnosti považována za jednoho z lídrů v oblasti zdravotnických systémů. V případě Dánska se jedná o srovnatelnou velikost populace a také vzor v racionálním uspořádání systému zdravotní péče, byť významně odlišným od ČR

¹⁸ Data dostupná na webu OECD k 20. únoru 2023, <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=106160>

Tabulka 2: Výdaje na preventivní péči podle zdrojů financování v ČR v mil. Kč (2020)

	Informační a poradenské programy	Očkování	Programy pro včasné odhalení nemocí
Státní rozpočet	1 227	-	-
Krajské a obecní rozpočty	214	-	-
Zdravotní pojišťovny	258	1 694	7 366
Neziskové organizace	605	-	-
Celkem	2 304	1 694	7 366

Zdroj: Český statistický úřad

V rámci Strategického rámce do roku 2030 si MZČR určilo za cíl snížení rozdílů ve výdajích na prevenci mezi ČR a jinými vyspělými evropskými zeměmi, především těmi v severní Evropě a Velkou Británií, přičemž předpokládá navýšení podílu veřejných výdajů na prevenci na celkových veřejných výdajích na zdraví na 4,5 % (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).

Preventivní prohlídky, skriningové programy a povinná vakcinace jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, konkrétně ze zdrojů základního fondu zdravotního pojištění, tedy stejného zdroje jako u nákladů na léčbu. Na prevenci jsou na straně zdravotních pojišťoven ale směřovány i prostředky ze zvláštního fondu prevence, který si zdravotní pojišťovny zřizují dobrovolně. Fond prevence slouží dle zákona k financování:

- Zdravotních služeb standardně nehrazených z veřejného zdravotního pojištění s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem,
- Preventivních zdravotnických programů k odhalování závažných nemocí,
- Programů na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu,
- Projektů podporujících zvýšení kvality zdravotních služeb, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců.

Jako ukázka čerpání fondu prevence může sloužit čerpání klientských programů Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP) v roce 2022 (leden–říjen 2022), které uvádíme

v následující tabulce. V rámci zdravotních programů¹⁹ VZP nabízí různé formy příspěvků v řádech několika stovek až tisíc korun (například možnost dosáhnout na příspěvek ve výši maximálně 500 Kč na pravidelné pohybové aktivity nebo příspěvek 3 tisíce Kč na komplexní onkologickou prohlídku). Je však nutné zdůraznit, že získání příspěvku podléhá určitým omezením (například věk, frekvence výkonu podporované aktivity pojištěnce apod.) a vyžaduje doložení potvrzení.

Tabulka 3: Čerpání klientských programů VZP v roce 2022 (01-10/2022)

Název programu	Čerpání 2022 v mil. Kč
Samoodběrové testy COVID -19	474,1
Prevence kardiovaskulárních onemocnění	132,9
Maminka a novorozenci	99,8
Prevence infekčních onemocnění	81,4
Bezpečnostní dárce krve a dárce orgánů	37,3
Dietní programy	30,6
Pilotní projekty	28,5
Prevence onkologických onemocnění	25,0
Zdravé stárnutí	18,5
Duševní zdraví	11,1
Prevence onemocnění diabetes mellitus	10,1
CELKEM	949,3

Zdroj: VZP

Dle zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven působících na území ČR došlo v období od roku 2018 do roku 2022²⁰ u většiny z nich k navýšení nákladů na preventivní péči čerpanou z fondu prevence v přepočtu na jednoho pojištěnce. Je však potřeba brát v potaz, že po vypuknutí pandemie COVID-19 jsou tato data od roku 2020

¹⁹ Programy mimo COVID-19, dárcovství krve a novorozence.

²⁰ Za rok 2022 jsme počítali s plánovanými výdaji na preventivní zdravotní péči.

ovlivněna zákonnou úpravou umožňující proplácení úhrady antigenního testování z fondu prevence.

Pokud si výdaje z fondů prevence dáme do kontextu příjmů zdravotních pojišťoven, zjistíme, že podíl je ve všech případech nižší než 1 %. V roce 2022 dosahoval průměr tohoto podílu napříč zdravotními pojišťovnami 0,65 %, v roce 2019 to bylo 0,55 %.

Změna Zákona o VZP ČR a zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách²¹ s účinností od roku 2023 nově pojišťovně dává širší pole působnosti v oblasti prevence, když jim do fondu prevence umožňuje přesunout finanční prostředky z dalších zdrojů (u VZP také finanční prostředky provozního fondu) a navýšit alokaci z fondu základního²² (až 0,5 %, jak u VZP, tak u ostatních zdravotních pojišťoven). Je proto klíčové zajistit, aby tyto prostředky byly využívány nákladově efektivním způsobem vedoucím k co největšímu zlepšení zdravotního stavu pojištěnců.

Další kategorií výdajů na prevenci jsou soukromé výdaje. Zde se jedná o pracovně-lékařskou službu ve firmách – typicky jde o vstupní a výstupní prohlídky zaměstnanců, programy ochrany zdraví zaměstnanců před úrazy a nemocemi z povolání, případně i o podporu zdraví a omezení dopadů nejčastějších civilizačních onemocnění. V roce 2020 tyto náklady dosahovaly výše přibližně 1,3 mld. Kč (ČSÚ).

²¹ Zákon č. 551/1991 Sb. Zákon České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a Zákon č. 280/1992 Sb. Zákon České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

²² Základní fond slouží primárně k úhradě poskytnutých hrazených zdravotních služeb pojištěncům.

3.3. Strategický rámec rozvoje zdraví do roku 2030

Strategický rámec rozvoje zdraví do roku 2030 (Zdraví 2030) je koncepčním materiálem s meziresortním přesahem, který udává směr rozvoje péče o zdraví občanů ČR v období let 2020-2030. Prevence se týká zejména Implementační plán č. 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti (Implementační plán).²³

Implementační plán předpokládá realizaci Zdraví 2030 skrze osm dílčích cílů, přičemž každý z nich se pojí s vlastními opatřeními. Celkový rozpočet alokovaný na realizaci tohoto plánu dosahuje výše 2,3 miliardy Kč. S nejvyšším rozpočtem implementační plán počítá u dílčího cíle „Prevence vzniku a šíření infekčních onemocnění a nastavení podpůrných informačních opatření pro systém managementu krizových situací“ (celkem 618 milionů Kč), s nejnižším pak u „Vybudování Národního zdravotnického informačního portálu“ (50 milionů Kč) (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021).

Strategický rámec rozvoje zdraví do roku 2030 vyjmenovává primární nedostatky a klíčové oblasti k řešení na poli prevence, nicméně z pohledu jejich financování zásadní změnu nepřináší. Navíc, zhodnocení naplňování předchozí strategie Zdraví 2020 odhalilo „značné disproporce v plnění cílů“ a zpoždění v plnění strategie především „z důvodu nedostatečného finančního krytí plánovaných aktivit“.²⁴ Důvodem přitom dle MZČR bylo nevypsání vhodných výzev k čerpání z Evropských strukturálních fondů.²⁵ Vzhledem ke stejnému plánovanému zdroji krytí aktivit Zdraví 2030 je obava včasného a kvalitního plnění jejich cílů zcela na místě.

²³ S ohledem na aktuální epidemiologickou situaci došlo k úpravě specifického cíle 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti. V této publikaci odkazujeme na jeho verzi 1 s platností od 11. ledna 2021, dostupnou na: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/ip-1.2_pompr_rev.pdf

²⁴ <https://www.mzcr.cz/informace-o-stavu-realizace-zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci-za-obdobi-rijen-2017-zari-2018/>

²⁵ <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/10/nektere-plany-strategie-zdravi-2020-se-neplni-nejsou-penize/>

4. Příklady dobré praxe v oblasti prevence

4.1. Primární prevence

4.1.1. Vzdělávání obyvatelstva

Základem jakékoli intervence v oblasti prevence je zdravotní gramotnost, tedy míra znalostí obyvatel o prospěšných a škodlivých vlivech na zdraví. Vysoká zdravotní gramotnost pomáhá rozvíjet dovednosti a sebevědomí lidí potřebné k tomu, aby činili informovaná rozhodnutí o svém zdraví a zdraví svých rodin. Umožňuje občanům také lépe fungovat jako aktivní partneři při poskytování zdravotních služeb (tzv. empowerment), efektivně se orientovat v systémech zdravotní péče a tím i zlepšovat spolupráci pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb.²⁶

Nedostatečná zdravotní gramotnost má závažné dopady jak na jednotlivce, tak na celou společnost. Vede ke snížené účasti na činnostech směřujících k podpoře zdraví a odhalování nemocí, k nesprávným rozhodnutím v oblasti zdraví a zhoršenému zvládnutí chronických neinfekčních nemocí včetně nízké adherence k léčbě.²⁷ Není tak žádným překvapením, že nízká úroveň zdravotní gramotnosti vede k podstatnému odčerpávání lidských i finančních zdrojů ve zdravotnictví.

Správnou komunikací k navýšení zdravotní gramotnosti

V komunikaci v oblasti zdraví se stále častěji uplatňují principy sociálního marketingu. Usiluje o dobrovolnou změnu chování ve prospěch jednotlivce i společnosti (CDC, 2011) a za tímto účelem používá nástroje typické pro komerční marketing, jako je správná definice cílové skupiny včetně výzkumu trhu, prioritizace jejích potřeb a výběr vhodného způsobu komunikace. S cílovou skupinou je nezbytné spolupracovat na vytváření komunikačního plánu, protože jen tak lze zajistit adresnost a srozumitelnost zprostředkované informace. Dopad na cílovou skupinu je důležité neustále

monitorovat, vyhodnocovat a dle potřeby také provádět revize (Chichirez & Purcărea, 2018).

Detailnější přehled přístupu k vytváření komunikace založené na sociálním marketingu nabízí následující tabulka:

Tabulka 4: Principy sociálního marketingu ve zvyšování zdravotní gramotnosti

Oblast	Doporučení
Popis problému	<ul style="list-style-type: none"> • Popis řešeného problému na meziresortní a celospolečenské úrovni, včetně zdůvodnění jeho závažnosti • Jasná definice cílové (rizikové) skupiny a cílového stavu jejího chování založená na realistických očekáváních
Průzkum trhu	<ul style="list-style-type: none"> • Příprava a realizace výzkumu trhu s respektem vůči charakteristikám, postojům, přesvědčením, hodnotám, chování, motivaci a bariérám ve změně chování cílové skupiny; věnování pozornosti prostředí, věku, etniku aj.
Vytvoření komunikační strategie	<ul style="list-style-type: none"> • Vhodná segmentace cílové skupiny • Zacílení komunikační kampaně na konkrétní chování cílové skupiny, které chceme změnit, ve spolupráci s cílovou skupinou • Prioritizace komunikačních kanálů • Vypracování časového harmonogramu realizace komunikační kampaně, včetně monitoringu a evaluace
Realizace komunikační kampaně	<ul style="list-style-type: none"> • Důraz na delší období trvání kampaně – změna chování je dlouhodobý proces • Zaangažování širokého spektra aktérů, včetně osob a institucí respektovaných cílovou skupinou, nacházejících se jak uvnitř cílové skupiny, tak mimo ni
Monitoring, evaluace a provádění změn	<ul style="list-style-type: none"> • Sledování naplňování stanovených indikátorů dopadu komunikační strategie na úrovni jedince i celých komunit • Proces neustálého se učení a uskutečňování změn k větším dopadům v budoucnosti

Zdroj: Chichirez & Purcărea, 2018; Aras, 2011; Ministerstvo zdravotnictví ČR et al., 2020; CDC a Ústav pro zdravotní gramotnost²⁸

²⁶ <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>

²⁷ <https://www.who.int/europe/teams/behavioural-and-cultural-insights/health-literacy>

²⁸ <https://www.uzg.cz/omezena-zdravotni-gramotnost-je-stale-problemem-verejneho-zdravi/>

Zásadní význam má zahájení vzdělávání v oblasti zdraví už na školách, tedy v období vytváření zvyků a vzorců chování, jež je velmi náročné změnit v pozdějších etapách života. Zajímavým a již prakticky ověřeným přístupem jsou tzv. health promoting schools. Takové školy dbají na vytváření zdravého prostředí pro život, učení a práci.²⁹ Za význam role školního prostředí se mj. zasazuje skupina dvaceti čtyř klíčových aktérů ze zdravotnictví a potravinářství v rámci evropského projektu STOP s cílem zvrátit alarmující trend rostoucí obezity dětí. V rámci projektu skupina poukazuje na úzkou závislost mezi intervencemi škol v oblasti stravování a snížením indexu tělesné hmotnosti (BMI) u žáků.³⁰

Jiné studie ukázaly, že studenti ze škol, které komplexně přijaly koncept „health promoting schools“, dosáhli lepších výsledků v oblasti zdraví a vzdělání než jejich vrstevníci ze škol, které se tímto konceptem neřídily. Pozitivní změny byly přitom pozorovány především při získávání relevantních zdravotních informací či ve výrazně vyšší úrovni pozitivních osobních zdravotních návyků (Lee et al., 2008).

²⁹ https://www.who.int/health-topics/health-promoting-schools#tab=tab_1

³⁰ https://www.worldobesity.org/downloads/healthy_voices_downloads/School_food_environment.pdf

Box 2: Příklady dobré praxe zvyšování zdravotní gramotnosti

NÁRODNÍ PROGRAM ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI V NIZOZEMSKU

Nizozemský Národní program zdravotní gramotnosti vyniká svým mezisektorovým charakterem. Zapojují se do něj všechna ministerstva a dále zaměstnanecké organizace, odborové svazy, hospodářské subjekty a nevládní organizace (celkem více než 60 členů). Program mimo jiné poskytuje podporu poskytovatelům zdravotních služeb a zdravotním pojišťovnám ve zlepšení srozumitelnosti jimi zveřejňovaných informací o zdraví a zdravotních službách.

ŠVÝCARSKÁ ALIANCE PRO ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

Aliance propojuje zdravotnictví a školství s výzkumníky, politiky, reprezentanty zdravotnického průmyslu a médií ve společné podpoře zdravotní gramotnosti. Snahou je zlepšit situaci jak na úrovni strategií a koncepcí, tak prostřednictvím realizace konkrétních projektů. Země klade velký důraz na roli zdravotních a sociálních pracovníků v šíření srozumitelných informací, zejm. mezi zranitelnými skupinami, včetně tréninku vedení kvalitního rozhovoru a správné tvorby informačních materiálů.³¹

„DOBŘE A ZDRAVÉ ŠKOLKY“ V NĚMECKU

Program je založen na partnerství mezi veřejným a soukromým sektorem. Zdravotní intervence jsou začleněny do širšího kontextu výuky a rozvoje dětí. Témata zahrnují zdravou stravu a pohyb, stejně jako životní prostředí a motivaci ke vzdělávání. Evaluace v roce 2021 prokázala jeho úspěch – až 75 % dotázaných rodičů ho hodnotí jako velmi nápomocný a všichni by ho dále doporučovali. Program je pozitivně hodnocen i zaměstnanci školek a vede i k navýšení jejich vlastní spokojenosti s prací.³²

AMBULANCE AKTIVNÍHO ZDRAVÍ FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC (FNO)

V hlavní roli se svým ředitelem FNO pravidelně prezentuje témata podpory zdraví, například obezity, otužování a zdravého spánku. Jednotlivé díly jsou k dispozici na webových stránkách FNO. Cílem je zaměřit pozornost každého z nás na to, co pro své zdraví může udělat. FNO dále plánuje poskytovat návody, jak si sám nejlépe pomoci při určitých diagnózách s ohledem na věk a celkový zdravotní stav. Součástí tohoto projektu je také vznik „kamenné“ ambulance pro individuální zájemce o prevenci a aktivní zdraví a nabídka kolektivních programů pro určité diagnózy nebo věkové či zaměstnanecké skupiny, například program pro lidi s vysokým krevním tlakem.³³

AKREDITOVANÉ PROGRAMY UNIVERZITY PALACKÉHO V OLOMOUCI (UPOL)

UPOL je českým zástupcem v mezinárodní studii HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) sbírající data o životním stylu dětí (naposledy v roce 2018 a 2022 u cca 13 tisíc dětí). K dalším významným projektům UPOL patří evidence-based programy „Pohyb do škol“³⁴ nabízející nové formy a metody vzdělávání a výchovy ke zdraví na základních a středních školách či „Výchova ke zdraví zážitkově“³⁵ - akreditovaný kurz dalšího vzdělávání pro učitele a metodiky prevence se zaměřením na zdraví a životní styl školáků.³⁶

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR et al., 2020 a další zdroje uvedené přímo v boxu

³¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/gesundheitskompetenz-von-benachteiligten-staerken.html>

³² <https://gute-gesunde-kitas-in-berlin.de/app/uploads/2017/10/factsheet-evaluation-modellphase.pdf>

³³ <https://ambulanceaz.fnol.cz/>

³⁴ <http://zdravi.upol.cz/o-nas/>

³⁵ <https://zdravagenerace.cz/doskol/>

³⁶ <https://hbsc.cz/>

4.1.2. Regulace

Základem aktivního postupu států v oblasti ochrany zdraví jsou politiky v oblasti daní a regulace tabáku, alkoholu, dalších návykových látek, potravin a dalších vlivů (fyzikálních, chemických a biologických) vnějšího prostředí (WHO Regional Office for Europe). Výchozím bodem a nákladově efektivním vodítkem může být balíček postupů a intervencí vypracovaný WHO, tzv. „Best Buys“ (WHO, 2017), který pro všechny země představuje potenciál k dosažení cíle snížit do roku 2030 předčasnou úmrtnost na nepřenosné choroby o třetinu (The Lancet, 2022).

Regulace musí vycházet z dlouhodobě udržitelného a strategicky uchopeného přístupu. Je nezbytné, aby byla doprovázena fungující meziresortní spoluprací (zejména sektor vzdělávání, dopravy, životního prostředí, místního rozvoje), nepřetržitým dialogem se zasaženými skupinami (občané a dotčené podnikatelské subjekty) a pravidelným monitoringem a vyhodnocováním dosažených efektů. Regulační opatření musí být vhodně zacílená a podložena důkazy o jejich nákladové efektivitě a právní korektnosti.

Regulace v oblasti ochrany a podpory zdraví může nabývat několik forem, které ilustruje následující tabulka. Pokud jde o návykové látky, v této publikaci se zaměřujeme pouze na alkohol a tabák, nepovoleným návykovým látkám se z důvodu velké specifčnosti této problematiky nevěnujeme.

Tabulka 5: Možnosti regulačních intervencí s cílem ochrany a podpory zdraví

Typ regulace	Popis	Příklad použití
Zdanění a cenová politika	Daně, cenová omezení	<ul style="list-style-type: none"> Spotřební nebo výrobní daň z tabáku a alkoholických nápojů Minimální cena litru čistého alkoholu či litru nápoje s určitým obsahem cukru Dotace na zajištění prospěšných produktů (například ovoce ve školních jídelnách)
Regulace informačního prostředí	Edukace, označování produktů a služeb, regulace reklamy	<ul style="list-style-type: none"> Omezení či zákaz propagace tabáku a alkoholických nápojů (zejména vůči dětem a mladistvým) Přísná kontrola etiket potravin a doplňků stravy Zákaz šíření klamavých informací o vlastnostech produktů a služeb či nepodložených zdravotních účincích léčiv
Přímá regulace rizikového chování	Zákonná regulace určitého chování, praktik a aktivit, tresty a pokuty	<ul style="list-style-type: none"> Regulace podmínek prodeje (místo, otevírací doba), úplný zákaz prodeje návykových látek

Typ regulace	Popis	Příklad použití
		<p>mladistvým, včetně kontroly cestou „mystery shopping“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zákaz kouření, případně požívání alkoholu na (vybraných) veřejných místech • Regulace složení potravin (například množství soli), zvláštní regulace pro vybrané skupiny (například standardy školního stravování ve školních jídelnách) • Limitování velikosti balení vysokokalorických produktů

Zdroj: Gostin & J.D., 2000; WHO, 2017; WHO Regional Office for Europe, 2016

Kouření tabáku je v ČR zodpovědné za přibližně pětinu úmrtí a odhaduje se, že vede ke společenským škodám ve výši 80–100 miliard Kč, nejvíce v důsledku výdajů na léčbu a ztrát produktivity kvůli zvýšené nemocnosti a předčasné úmrtnosti. Hlavním nástrojem pro omezení spotřeby tabákových výrobků v současné situaci v ČR je postupné navyšování spotřební daně. V roce 2020 česká vláda pro léta 2021–2023 schválila pokračování postupného navyšování sazeb spotřební daně z tabákových výrobků. Každoročně tak v tomto období dochází k navýšení sazby daně zhruba o 5 %.³⁷

I přes omezení vyplývající ze zákona je dostupnost tabákových a nikotinových výrobků v ČR stále vysoká. Zkušenost s kouřením má dnes přibližně pětina 13letých dětí. Stejně jako v jiných zemích i v ČR roste nabídka alternativních výrobků, narůst zkušeností s e-cigaretami byl zaznamenán nejen u dospělých, ale také mezi dospívajícími (Mravčík et al., 2021). Zatímco přechod od klasických cigaret k e-cigaretám je prospěšnou záležitostí (minimálně ve smyslu omezení škodlivých dopadů), je třeba zabránit tomu, aby alternativní tabákové či nikotinové výrobky lákaly nové spotřebitele. Aktuálně se pozornost obrací na problematiku nikotinových sáčků. Je připravována novela zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, která si klade za cíl zamezit

distribuci nikotinových sáčků osobám mladším 18 let a zintenzivnit kontrolní činnosti u jejich prodejců.³⁸

Pokud jde o konzumaci **alkoholu**, možnosti jeho přísnější regulace jsou v ČR často diskutovaným tématem. Roční spotřeba alkoholu na hlavu v ČR (14,5 litru) je nejvyšší ze všech zemí EU³⁹, s rostoucím trendem (WHO, 2018). Dle OECD nadměrná konzumace alkoholu způsobuje zkrácení očekávané délky dožití Čechů o jeden rok (OECD, 2021a). Konzumace alkoholu též zvyšuje rizika poranění a dopravních nehod (Rehm et al., 2017). Statistiky OECD udávají, že HDP ČR je v důsledku nemocí a úrazů způsobených nadměrným užíváním alkoholu až o cca 1,5 % nižší.

Současné daňové nastavení ale není postačující, v rámci OECD i EU jsou příjmy ČR ze zdanění alkoholu podprůměrné (Neufeld et al., 2022), s množstvím výjimek (například nulová sazba spotřební daně u „tichých“ vín).⁴⁰ Dále se alkohol průběžně stává cenově dostupnějším vzhledem k tomu, že v ČR nedochází k automatické úpravě spotřební daně o inflaci (OECD, 2021c).

³⁸ <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-predstavilo-vyhlasuku-regulujici-nikotinove-sacky/>

³⁹ Mezi nejvyšší patří i při zohlednění možné konzumace turistů.

⁴⁰ <https://www.denik.cz/ekonomika/zdaneni-tichych-vin.html>

³⁷ <https://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2020/danovy-balicek-prinasi-stravenkovou-revo-38598>

Box 3: Příklady dobré praxe využití regulačních opatření v prevenci a podpoře zdravého životního stylu

MYSTERY SHOPPING U PRODEJE ALKOHOLU VE ŠVÝCARSKU

Ve Švýcarsku probíhá kontrola dodržování zákazu prodeje alkoholických nápojů nezletilým skrze mystery shopping. Roční počet testovacích nákupů vzrostl z 85 v roce 2000 na 5 518 v roce 2011 a procento úspěšných nákupů (nákup, při němž obchodník prodá nezletilému alkoholický nápoj) kleslo z 83 % na 30 %. V roce 2000 bylo pouze 3,5 % tajných nakupujících požádáno o prokázání totožnosti, zatímco v roce 2010 bylo téměř 80 % dotázáno na věk nebo se muselo identifikovat.

ZVÝŠENÍ SPOTŘEBNÍ DANĚ NA ALKOHOL VE FINSKU

Vláda během čtyř let čtyřikrát zvýšila spotřební daň z alkoholu (vzrostly jak běžné ceny alkoholických nápojů, tak i ty snížené během časově omezených prodejních kampaní), daňové příjmy se zvýšily o 400 milionů eur a celková spotřeba alkoholu klesla o 8 %.

ZMĚNA POPTÁVKY PO ALKOHOLICKÝCH NÁPOJÍCH VE VELKÉ BRITÁNII

Dle vědců z britské Univerzity Sheffield lze 1% zvýšením cen alkoholu docílit až 0,5% pokles jeho spotřeby. V souladu s jinými studiemi bylo současně potvrzeno, že účinky na běžné spotřebitele jsou spíše malé, podstatný je dopad této politiky na jednotlivce pijící ve vysoké míře, a to nehledě na věkovou skupinu.

OVLIVŇOVÁNÍ SPOTŘEBY SLAZENÝCH NEALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ VE SPOJENÝCH STÁTECH

Průzkum výsledků 160 amerických studií v letech 1938–2007 se zaměřením na problematiku funkčních zásahů pro zlepšení stravování vyčíslil, že 10% zvýšení cen nealkoholických nápojů by mělo vést ke snížení jejich spotřeby až o 8–10 %.

CUKROVÁ DAŇ – ZDANĚNÍ SLAZENÝCH NEALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ VE VELKÉ BRITÁNII

V roce 2018 vstoupila v Británii v platnost tzv. cukrová daň, která zdaňovala nealkoholické slazené nápoje podle obsahu cukru s cílem omezit další nárůst obezity. I přes počáteční kritiku se zavedení daně ukázalo jako úspěšné, mezi roky 2015–2019 došlo k poklesu celkového prodeje cukru ve zdaněných nápojích o 35,4 %, tedy cca o 50 tisíc tun, přičemž celkové prodeje odvětví nebyly daní nikterak zasaženy (prodej nezdaněných nealkoholických nápojů vzrostl).⁴¹

DAŇ NA PRODUKTY S VYSOKÝM OBSAHEM CUKRU A SOLI V MAĎARSKU

V roce 2011 maďarská vláda uvalila daň na potravinářské produkty obsahující nezdravé množství cukru, soli a dalších přísad ve snaze snížit jejich spotřebu, podpořit zdravé stravování a vytvořit další mechanismus pro financování služeb veřejného zdravotnictví. Daň byla navržena ve spolupráci Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva financí a WHO. Čtyři roky od jejího zavedení se spotřeba zdanitelných nezdravých potravin v Maďarsku snížila. Mnoho výrobců potravin omezilo nebo zcela vyloučilo nezdravé přísady ve svých produktech, zvýšilo se povědomí populace o zdravém stravování a dodatečné příjmy státního rozpočtu z této daně ve výši přibližně 219 milionů amerických dolarů byly vyčleněny na pokrytí výdajů na zdravotní péči (zhruba 1,2 % veřejných výdajů na zdravotnictví).⁴²

ELASTICITA POPTÁVKY PO TABÁKOVÝCH VÝROBCÍCH

Britská analýza 36 studií z celkem 15 zemí v roce 2017 přinesla zjištění, že 10% navýšení ceny by vedlo k nižší poptávce po necigaretových tabákových produktech jako doutníky, rolky aj. o 2,1 - 8,3 %.

Zdroj: World Health Organization & Regional Office for Europe, 2014; Jawad et al., 2017; Reed et al., 2013; Andreyeva et al., 2010; Holmes et al., 2014; Mora, 2018 a další zdroje uvedené přímo v boxu

⁴¹ <https://www.instituteforgovernment.org.uk/article/explainer/sugar-tax>

⁴² https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/287095/Good-practice-brief-public-health-product-tax-in-hungary.pdf

4.1.3. Přímá finanční motivace jednotlivců

Ke změnám postojů a chování lidí v oblasti prevence může přispět přímá **finanční motivace** cestou **bonusů** a případně **malusů**, tedy finančního postihu uplatněného u konkrétní osoby.

Jako efektivní se osvědčilo odměňovat zejména chování, ke kterému nedochází kontinuálně, jako je například očkování a účast na screeningových programech (Vlaev et al., 2019). Finanční schémata jsou zvláště účinná u rizikových skupin obyvatel s nízkým příjmem.⁴³ Finanční motivace je ale na řadě až po důkladném zvážení všech okolností a bariér souvisejících s aktuálním chováním, například neúčast na screeningech kvůli špatné dostupnosti screeningových center. Podobně lze dodržování zdraví prospěšných aktivit spojit s čerpáním výhod nabízených zaměstnavateli nebo zdravotními pojišťovnami.

Například v některých státech USA jsou zaměstnancům snižovány nebo úplně odepřeny některé pracovní benefity, pokud se neúčastní pravidelných zdravotních prohlídek, plošných screeningů, neberou předepsané léky nebo nedodržují programy prevence podle pokynů poskytovatelů zdravotní péče (Bishop & Brodkey, 2006). Jiný příklad ze Spojených států uvádí pravidlo vydané ještě v roce 2013 americkým ministerstvem zdravotnictví, jež firmám umožňuje do nabízených zaměstnaneckých wellness programů nasadit finanční odměny až do výše 50 % pojistného na zdravotní pojištění, aby pracovníky motivovaly přestat kouřit, začít pravidelně cvičit, jíst zdravě, zhubnout či dokonce snížit hladinu cholesterolu a krevní tlak.⁴⁴ Podle vedení globální americké farmaceutické firmy Johnson & Johnson jejich programy zaměřené na zlepšení sociálního, duševního a fyzického zdraví jejích zaměstnanců v období 2002-2008 společnosti pomohly ušetřit 250 milionů dolarů na nákladech na zdravotní péči, s návratností 2,71 na každý jeden utracený dolar.⁴⁵

⁴³ <https://www.countyhealthrankings.org/take-action-to-improve-health/what-works-for-health/strategies/patient-financial-incentives-for-preventive-care>

⁴⁴ <https://www.nytimes.com/2013/05/30/business/new-rules-give-employers-leeway-on-use-of-health-incentives.html>

⁴⁵ <https://hbr.org/2010/12/whats-the-hard-return-on-employee-wellness-programs>

Box 4: Příklad dobré praxe nasazení bonusů k motivaci pojištěnců

PŘÍKLAD Z JIŽNÍ AFRIKY – VITALITY

Vitality, od jihoafrického poskytovatele finančních a pojišťovacích služeb Discovery Limited, je globálně fungující program zaměřený na změnu chování v souvislosti se zdravím. Je nabízena jako doplněk k životnímu pojištění a využívá ji 20 milionů členů téměř na celém světě. Vitality funguje jako vědecky podložený program změny chování kombinující analýzu dat s odměnami a pobídkami, které jeho členům pomáhají dělat zdravější rozhodnutí. Motivující bonusy zahrnují slevy na nákup zboží sloužící k péči o zdraví včetně fitness zařízení a například Apple Watch, ale také slevy na cestování a mnohé další. Cena za program se liší podle typu členství, jde zhruba o 190-420 Kč/měsíc.

K získání bonusů se člen kvalifikuje postupným splňováním konkrétních kroků jako jsou sportovní aktivity, online zdravotní testy (včetně duševního zdraví či kondiční úrovně), nákup zdravých potravin, návštěva nutričního poradce, ale také absolvováním screeningů a různých zdravotních prohlídek. Lidé 65+, děti a těhotné ženy mají podmínky modifikovány pro zajištění větší relevance k jejich zdravotním potřebám. Členové zmíněné bonusy mohou používat tak dlouho, jak si dokážou udržet svůj „Vitality status“, který je podmíněn plněním předem stanoveného plánu.

Dle studie publikované v British Journal of Sports Medicine členové programu Vitality Active Rewards za jeden a více let svého členství více než zdvojnásobili svoji fyzickou aktivitu,⁴⁶ k čemuž dle autorů přispěla kombinace hned několika faktorů založených na behaviorální ekonomii – **závazek členů splnit předem stanovený cíl, využití podnětů ke změně životní správy díky atraktivním odměnám a efektivní odstraňování překážek výkonu pravidelné sportovní aktivity** (snižováním nákladů na sport, umožněním přístupu k posilovacím strojům a dalšímu fitness vybavení či práci s nedostatkem motivace cestou budování nových, zdravějších návyků).⁴⁷

NĚMECKÝ PŘÍKLAD PODPORY PREVENCE PŘES BONUSY

V Německu zdravotní pojišťovny své pojištěnce odměňují za osobní zodpovědnost ve smyslu pravidelného docházení na preventivní prohlídky, screeningy či absolvování očkovaní.⁴⁸ Podmínky bonusových programů si však jednotlivé pojišťovny nastavují samy.⁴⁹ Například zdraví a aktivní pojištěnci si u AOK ve spolkové zemi Bádensko-Württembersko mohou zvolit tarif („AOK-AktivBonusTarif“), v rámci kterého se pojištěnci po registraci na účet u AOK připíše základní prémie ve výši 80-200 eur (závisí na hrubém příjmu jednotlivce). Dále má pojištěnec v tomto tarifu nárok na získání bonusu za absolvování každé

preventivní prohlídky, skríníngu či očkování (20 eur/návštěvu, maximálně do 100 eur/rok za celou rodinu pojištěnce registrovanou v tarifu), přičemž si ale musí každou další návštěvu lékaře mimo té preventivní/skríníngové hradit sám (25-45 eur/návštěvu), resp. se automaticky odečítá z přidělené prémie. Finální výplata prémie pojištěnci probíhá jednou ročně za celý předchozí kalendářní rok.^{50 51}

SYSTÉM BONIFIKACE PREVENCE U ČESKÉ OBOROVÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY (OZP)

OZP svým pojištěncům umožňuje skrze online aplikaci (tzv. VITAKARTA) sbírat v průběhu roku kredity, které lze následně proměnit za příspěvek na některý z cca 40 programů. Kredity lze získat například absolvováním preventivní prohlídky u praktika, stomatologa a gynekologa (50 kreditů za každou z prohlídek za rok) nebo účastí na preventivním vyšetření v rámci projektu STOP rakovině (ročně po 50 kreditech za vyšetření prsu, kůže, prostaty a rizika infarktu). Kromě toho OZP ve formě kuponů nabízí příspěvek na prevenci v maximální výši do 6 tisíc Kč (například 1 tisíc Kč na dentální hygienu, 500 Kč na očkování proti chřipce aj.).⁵²

Zdroj: Studie Discovery Vitality a další zdroje uvedené přímo v boxu

4.1.4. Behaviorální ekonomie

Zvláště užitečné nástroje pro motivaci cílové populace ke změně chování poskytuje behaviorální ekonomie, která poukazuje na to, že lidé se nerozhodují zcela racionálním

⁴⁶ Členové programu průměrně navýšili četnost výkonu sportovní aktivity z původních 5 na 11krát za měsíc.

⁴⁷ <https://www.discovery.co.za/vitality/how-vitality-works>

⁴⁸ <https://www.krankenkasseninfo.de/leistungen/bonusprogramme/>

⁴⁹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/wahltarife-bonusprogramme-und-zusatzleistungen.html>

⁵⁰ <https://www.aok.de/pk/bonus-praemienprogramme/programme-tarife/>

⁵¹ Tarif zároveň stanovuje maximální výši spoluúčasti (dle hrubého příjmu 200-360 eur/rok) a maximální výši vyplacené prémie (180-300 eur/rok).

⁵² <https://www.ozp.cz/benefity/benefityozp>

způsobem, nýbrž často pod vlivem emocí, dojmů či podjatosti (bias) dělají spíše krátkozraká rozhodnutí (Rice, 2013). Jednoduchým příkladem je špatný odhad, jaké množství kalorií lidé zkonsumují v jídle nebo kolik jich vynaloží na cvičení (Ministerstvo zdravotnictví ČR et al., 2020).

Rozhodování je proto možno ovlivnit nejen racionálními argumenty a finanční motivací, ale také jednoduchými stimuly (nudge – postrčení), které dokážou měnit chování lidí předvídatelným způsobem, aniž bychom jim zakazovali alternativy nebo významně měnili jejich ekonomické incentivy. Příkladem je umístění zdravých jídel v jídelnách a prodejnách na atraktivní a snadno dostupná místa.

Na straně zdravotníků použití tohoto přístupu vyžaduje změnu jejich role z expertů, kteří říkají lidem, co mají dělat, ve zprostředkovatele znalostí a podporovatele změny (Ministerstvo zdravotnictví ČR et al., 2020). Tyto způsoby intervencí se často zavádí v různých kombinacích, jako velmi účinné se ukázalo například kombinovat varování s návrhy alternativních řešení (užívání e-cigaret místo těch klasických) (Sant'Anna et al., 2021), ačkoli je stejně důležité zamezit, aby alternativní způsoby kouření tabáku přilákaly nové uživatele. Nahrazování kouření klasických cigaret těmi elektronickými, ale také například používání sterilních jehel pro aplikaci drog, jsou příklady principu „**harm reduction**“, tedy strategie, jejímž cílem je co nejvíce snížit škody spojené s určitým chováním, spíše než cílit na absolutní odstranění zlovyku. V případě nadměrného užívání návykových látek princip například akceptuje, že určitá míra konzumace alkoholu je ve společnosti nevyhnutelná a v rámci intervence definuje cíle v rovině snižování nepříznivých následků takového chování. Spíše než na striktní měření konzumace alkoholických nápojů tak klade důraz na sledování zdravotních, sociálních a ekonomických výsledků (Canadian Paediatric Society, 2008).

Za zmínku stojí i **metoda změny chování prostřednictvím závazků** nebo kontraktů (tzv. „commitment contracts“). Toto poněkud komplikované označení má nicméně jednoduchou aplikaci – lidé, kteří se rozhodnou změnit určité chování, se k tomu zaváží přijetím dobrovolného opatření, tedy uzavřením kontraktu. Konkrétním příkladem může být plán na redukci tělesné váhy, kdy se osoba s ambicí zhubnout zaváže ke splnění tohoto cíle skrze skutečnou smlouvu s třetí stranou nebo jasně definovaným zveřejněným příslibem sobě samému. Možností je také posílit závazek vložím určité sumy peněz, kterou osoba získá zpátky, pouze pokud svůj závazek naplní. Dostupné studie prokazují účinnost této metody (mj. vyšší účast a dokončení programů řízení tělesné váhy), hlavně u lidí s problematickým naplňováním dlouhodobých cílů v oblasti zdraví. Významnou roli zde hraje především motivace jednotlivců vyhnout se ztrátě, ať už reputační nebo finanční (Manthri Savani, 2019).

Poznatky behaviorální ekonomie lze využít nejen v primární prevenci včetně očkování, ale i při podpoře účasti na skriningových programech nebo adherence k léčbě u terciární prevence.

Tabulka 6: Příklady úspěšných intervencí behaviorální ekonomie⁵³

Oblast	Opatření
Stravování	<ul style="list-style-type: none"> Nasměrování trasy nákupních vozíků nejdřív k ovoci a zelenině U švédských stolů nabízení menších talířů, atraktivnější servírování zdravější varianty dezertu Platba za sladké nápoje v hotovosti místo stravenek Systém barev semaforu, nebo emotikonů s pozitivními/negativními emocemi na potravinách ukazující na zdravější a méně zdravé volby Přejmenování obyčejného balení na „dvojnásobné balení“
Kouření	<ul style="list-style-type: none"> Mediální kampaň, která připomene, že normální je nekouřit (většina nekouří) a že většina kuřáků chce přestat kouřit
Konzumace alkoholu	<ul style="list-style-type: none"> Servírování v menších sklenicích Prezentace konzumace menšího množství alkoholu se vzkazem, že většina nepije přes míru
Pohybová aktivita	<ul style="list-style-type: none"> Umístění schodiště, spíše než výtahu, blíže vstupu do budovy Podpora jízdy na kolech zavedením systému sdílení bicyklů
Očkování/skríning	<ul style="list-style-type: none"> Zasílání pozvánek ve smyslu opt-in (tzn. cílová skupina je automaticky pozvána, pokud si pozvánky nepřeje dostávat, musí se sama odhlásit), ideálně s již určeným termínem
Adherence k medikaci	<ul style="list-style-type: none"> Použití jazyka lépe srozumitelného pacientovi Zjednodušení informací na příbalových letáčcích

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR et al., 2020; Marteau et al., 2011; Rice, 2013; Dai et al., 2021; Roberto & Kawachi, 2016

Důležitou pobídku k nákupu zdravějších produktů může představovat **grafické značení potravin** s cílem co nejvíce kupujícímu usnadnit orientaci v tom, jak „zdravý“ je zvolený

⁵³ <https://www.sciencefocus.com/science/nudge-theory-ten-subtle-pushes-that-change-how-you-think/>

produkt. Existuje několik různých způsobů značení potravin, přičemž Nutri-Score je jednou z možných variant.⁵⁴ V případě Nutri-Score jde o systém označování potravin na přední straně obalu formou loga s pětibarevnou škálou, který je založený na vědecké metodě stanovení výživové hodnoty výrobku. Označení je intuitivní díky využití barev „semaforu“ a zvýraznění jednoho z písmen od A do E (výrobky označeny zelenou barvou a písmeny A, B se doporučuje konzumovat častěji nebo ve větším množství, výrobky označené oranžově či červeně a písmeny D, E bychom měli zase v denní stravě co nejvíce omezovat).⁵⁵ V ČR toto označování ze strany výrobce prozatím povinné není. Na dobrou praxi jeho využívání ukázal průzkum provedený ve Francii v roce 2020 (cca 2 roky po jeho zavedení), kde až 57 % spotřebitelů uvádělo, že díky značení pomocí Nutri-Score potravin změnilo své chování. Jeho povinné zavedení přitom podporuje až 89 % Francouzů.⁵⁶

⁵⁴ <https://archiv.hn.cz/c7-67178890-pn0am-1c26c93c5f15bde>

⁵⁵ <https://www.nutriscorecesko.cz/o-nutri-score>

⁵⁶ <https://www.santepubliquefrance.fr/en/nutri-score-a-well-known-and-supported-logo-that-is-increasingly-impacting-purchasing-behaviors-of-french-consumers>

Box 5: Příklady dobré praxe aplikace behaviorální ekonomie ve zdravotnictví**ZMĚNA CHOVÁNÍ STUDENTŮ STŘEDNÍCH ŠKOL V AUSTRÁLII**

Studie uskutečněná na vzorku devíti australských středních škol ukázala, že lze pozitivně ovlivnit výběr obědů nakupovaných studenty v online aplikaci, a to označením nabízených jídel dle vhodnosti ke každodenní nebo občasné konzumaci, případně jako jídla zcela nedoporučená. Za dva měsíce narostl počet objednávek doporučených jídel na jednoho studenta o cca 5,5 %. U jídel, od kterých se aplikace snažila odradit, nákupy poklesly o přibližně 4,4 % na studenta. Tato čísla sice nepůsobí zrovna ohromujícím dojmem, je ale třeba si uvědomit, že změna chování je obtížnou a postupnou záležitostí, podmíněnou nikoliv jedním, ale celým souborem opatření.

PRINCIPY BEHAVIORÁLNÍ EKONOMIE VŠAK LZE APLIKOVAT I V OBLASTI SEKUNDÁRNÍ ČI TERCIALNÍ PREVENCE A LÉČBY, NAPŘÍKLAD:

Zasílání dopisu praktickým lékařem, včetně bližších informací o procesu výkonu kolorektálního skriningu, navýšilo účast ve Velké Británii o cca 10 %.

Studie Univerzity z Jižní Kalifornie ukázala, že intervence cílené na změnu chování nemusí být nákladné a ani komplikované. V pěti ambulancích v Los Angeles byli lékaři vyzváni k podpisu závazku ke snižování předepisování antibiotik, a to přímo na plakátu vystaveném ve vyšetřovně po dobu 12 týdnů. Podepsaný závazek lékaře pokaždé doprovázela jeho fotografie. Ve srovnání s kontrolní skupinou bylo výsledkem intervence dosažení až 20% poklesu v předepisovaném množství antibiotik.

„NUDGE UNIT“ Z VELKÉ BRITÁNIE

V roce 2010 byl pod britskou vládou založen behaviorální tým (Behavioral Insights Team) fungující pro sběr poznatků z oblasti behaviorálních věd a jejich aplikaci na řešení aktuálních problémů veřejné politiky. Získané poznatky testuje na rozsáhlých, randomizovaných kontrolních studiích (dosud asi 700). Skupina rovněž pomáhá budovat kapacity a dovednosti pro aplikaci behaviorální vědy ostatním – v současnosti má za sebou více než tisícovku workshopů a školení pro vlády po celém světě a vyškolila 20 tisíc státních zaměstnanců a odborníků. S Warwick Business School k tomuto účelu otevřela speciální program vzdělávání pro vedoucí pracovníky.

Tým má za sebou několik úspěšných intervencí, v oblasti zdraví například doporučení britské vládě v roce 2011 zajistit širokou dostupnost e-cigaret jako nejefektivnější náhrady pro kuřáky, kteří se rozhodli s tímto zlovykem přestat.

V roce 2016 se tak tato alternativa stala primární cestou k nekouření, s celkem 2,8 milionu uživatelů. Zkušenosti z jiných zemí ale ukazují, že tabákové alternativy se mohou stát hrozbou samy o sobě. Jako další příklad pozitivního dopadu intervence doporučené Nudge Unit můžeme zmínit 3,3% snížení míry předepisování antibiotik v cílové skupině lékařů díky speciálně upraveným dopisům.⁵⁷

Zdroj: Meeker et al., 2014; Perry et al., 2015; Halpern & Sanders, 2016; Delaney et al., 2022

4.1.5. Krátké intervence ze strany poskytovatelů zdravotní péče

Krátká intervence představuje techniku používanou k zahájení změn u osoby s rizikovým chováním. Postup je dobře aplikovatelný u celého spektra behaviorálních rizik, dokonce ho lze použít i u řešení poruch duševního zdraví.⁵⁸ Použití krátké intervence je typické u běžných interakcí s pacientem, například návštěvy u lékaře z jiného důvodu než je řešení rizikového chování. Zdravotník (nebo jiný školený pracovník) dotyčnému poskytne potřebné informace o dopadu a významu daného rizikového chování a možnostech, jak ho omezit, včetně toho, kam se obrátit pro další pomoc (například poradny pro odvykání kouření). Jsou tedy založeny na struktuře „zeptat se, poradit, pomoci“ (ask, advise, assist).

Jako příklad lze použít řešení problému s nadváhou skrze změnu stravovacích návyků. Základním krokem je zahájení konverzace o problému s pacientem. Navazuje vysvětlení rizika a doporučení dalších kroků, včetně doporučení dalších dostupných služeb, například výživového poradce či obezitologa. Příslibem pacienta, že změní své chování, intervence rozhodně nekončí, téma je nezbytné otevírat pravidelně u každého kontaktu s ním a dlouhodobě sledovat jak jeho vůli ke změně, tak i dosažené výsledky. Kvůli

⁵⁷ <https://www.bi.team/about-us-2/who-we-are/>

⁵⁸

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/737903/weight_management_toolkit_Let_s_talk_about_weight.pdf

citlivosti tématu a velkému významu konkrétních formulací je vhodné postupovat dle vzorových konverzačních doporučení.⁵⁹

Krátké intervence musí být podpořeny vhodným úhradovým mechanismem, jasně definovanými pravidly, co má intervence obsahovat, hodnocením správnosti jejich provedení a sledováním jejich výsledků. V českém kontextu jsou k dispozici například doporučené postupy pro léčbu závislosti na tabáku (Králiková et al., 2022). Role lékaře je ve velmi krátkých intervencích sice důležitá, ale dala by se do budoucna přesunout také do kompetencí zdravotních sester či speciálně školených edukátorů pacientů.⁶⁰ Zásadní je role nelékařů v navazujícím podrobnějším poradenství pacientovi. Provádění intervencí u hospitalizovaných kuřáků je standardem v rozvinutých zemích, v ČR například pilotně na III. Interní klinice 1. LF UK a VFN.

⁵⁹

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/737903/weight_management_toolkit_Let_s_talk_about_weight.pdf

⁶⁰ <https://www.phpc.cam.ac.uk/pcu/many-practitioners-using-brief-interventions-many-patients-may-significant-public-health-impact/>

Box 6: Příklady dobré praxe použití velmi krátkých intervencí

PRAXE VELMI KRÁTKÝCH INTERVENČÍ Z VELKÉ BRITÁNIE

V souladu s doporučeními britského National Institute for Health and Care Excellence (NICE) vzniklo několik doporučení efektivních velmi krátkých intervencí pro poskytovatele primární péče.⁶¹ Podle studie University of Cambridge mělo doporučení fyzické aktivity sledované krokoměrem 73% pravděpodobnost pozitivního dopadu. Dle realizačního týmu je vhodné intervence doplnit dalšími opatřeními, například aplikací v mobilním telefonu, která budou závazek ke změně pacientovi pravidelně připomínat.⁶²

APLIKACE KRÁTKÝCH INTERVENČÍ V USA

Příklad z amerického prostředí prokazuje dopad krátkých intervencí (cca 10-15 minut) založených na rozhovoru s praktikem a navazujícím telefonickém hovoru se zdravotní sestrou na snížení konzumace alkoholu. Intervence vedla k omezení pití alkoholu po dobu až 36 měsíců po intervenci. Celkové dosažené úspory na zdravotní péči byly vyčísleny na 546 dolarů na pacienta a 7 800 dolarů, pokud započítáme také sociální náklady (hlavně díky snížení dopravních nehod).⁶³

Zdroj: Pears et al., 2016 a další zdroje uvedené v boxu

4.1.6. Očkování

Cílem **očkování** je chránit lidi před život ohrožujícími infekčními nemocemi a jejich následky. Spektrum nemocí, vůči kterým se povinně očkuje napříč námi zkoumanými

⁶¹ <https://www.cambridgeshireandpeterboroughccg.nhs.uk/health-professionals/patient-pathways/hypertension-programme/resources-to-improve-management-of-hypertension/strengthening-healthy-lifestyles/very-brief-interventions/>

⁶² <https://www.phpc.cam.ac.uk/pcu/many-practitioners-using-brief-interventions-many-patients-may-significant-public-health-impact/>

⁶³ <https://www.uptodate.com/contents/brief-intervention-for-unhealthy-alcohol-and-other-drug-use-efficacy-adverse-effects-and-administration/print>

evropskými zeměmi (Dánsko, Německo, Rakousko⁶⁴ a Velká Británie⁶⁵), je velmi podobné.

Problémem ČR není nedostatečný rozsah hrazených očkovacích látek ani faktická dostupnost očkování, ale zejména ochota obyvatelstva k očkování. V posledních letech mezi lidmi narůstá skepse vůči očkování kvůli šíření různých nepravdivých informací ohledně jeho možných vedlejších účincích nebo falešnému pocitu bezpečí („v dnešní době tyto nemoci už nehrozí“), což se u mnohých ještě více posílilo během pandemické krize způsobené COVID-19. **Dlouhodobé podceňování vakcinace veřejností se již v některých státech projevilo opětovným vznikem nemocí či úmrtí, kterým se právě očkováním má zabránit** (například přenosná dětská obrna a spalničky v Nizozemsku).⁶⁶

Zpráva Evropské komise za rok 2018 ukazuje, že přibližně 21 % Čechů vakcíny nepovažuje za bezpečné a cca 13 % za účinné. Pro srovnání, pozitivněji na očkování nahlíží například Dáni, kdy jenom 6 % občanů zpochybňuje jejich bezpečnost a 5 % jejich účinnost. Dalším zajímavým zjištěním je, že zhruba 7 % Čechů nesouhlasí, že by očkování dětí bylo důležité, což bylo více než například v Dánsku (4 %) (Evropská komise et al., 2018). Pandemické období tuto skepsi spíše posílilo, když v roce 2020 jen 64 % české populace očkování důvěřovalo (na rozdíl od 85 % před pandemií).⁶⁷

Proočkovanost české populace proti COVID-19 je pod průměrem EU (65,1 % vs. 75,6 % u očkování alespoň jednou dávkou).⁶⁸ Nedůvěra v toto očkování,⁶⁹ nesrozumitelná

⁶⁴ <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>

⁶⁵ <https://www.nhs.uk/conditions/vaccinations/why-vaccination-is-safe-and-important/>

⁶⁶ <http://www.szu.cz/tema/vakciny/ockovani-stanovenych-skupin-populace>

⁶⁷ https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/pruzkum-vzdelani-veri-ockovani-nejmin-u-covidu-ho-ale-podporuji-nejvic/2121917?fbclid=IwAR2U7O9v_B2-bcGluLuYv-T_FC96ZNZPi1GnLSQ-sDW5vYybMd-F_Nb4DZI

⁶⁸ <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>

⁶⁹ <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/vetsina-cechu-se-proti-koronaviru-ockovat-nehodla/r~a56610f2ff2d11ea80e60cc47ab5f122/>

komunikace medicínských autorit⁷⁰ a dezinformace patří v tomto ohledu mezi hlavní faktory relativně nižší proočkovanosti ve srovnání s dalšími zeměmi EU.⁷¹

Box 7: Příklady dobré praxe – jak posílit očkování?

MOTIVACE NOVÝCH RODIČŮ V DÁNSKU

Dle dánských zkušeností mohou vyšší účasti dětí na programech očkování významným způsobem pomoci návštěvy zdravotníků přímo v domácnostech rodičů novorozenců.

ZJIŠTĚNÍ O PŘÍSTUPU K OČKOVÁNÍ PROTI COVID-19 V ČR

Autoři studie publikované v časopisu Nature, kteří mj. vycházeli také z dat zveřejněných Českou lékařskou komorou a agenturou PAQ Research, zjistili, že kladný názor lékařů na očkování může zásadně navýšit důvěru lidí v očkování a také jejich ochotu skutečně se dát očkovat. Lékařský konsensus měl navíc na postoj a chování cílové skupiny dlouhodobý efekt.

OSVĚTA V OBLASTI OČKOVÁNÍ Z PROSTŘEDÍ ČR

Projekt Medici PRO Očkování má za cíl zvýšit povědomí o významu očkování a podporovat kritické myšlení. K tomu využívá diskusní setkání, besedy, školení i moderní komunikační technologie. Zvláštní pozornost projekt věnuje studentům středních škol, aby jim mohl včas pomáhat v utváření názorů a hodnot.⁷²

Zdroj: Danish Health Authority et al., 2018; (Bartoš et al., 2022) a další zdroje uvedené přímo v boxu

⁷⁰ <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-vizita-jak-postouchnout-k-ockovani-cesi-nasli-navod-205266>

⁷¹ <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/3251996-komunikace-tykajici-se-vakcinace-je-katastrofalni-hodnoti-sociolog-medii-potiz-je-i-s>

⁷² <https://www.mediciproockovani.cz/>

4.2. Sekundární prevence

Sekundární prevence má za cíl včasné odhalení již existující nemoci, případně významného rizikového faktoru. K tomu se typicky využívají nástroje, jako jsou preventivní prohlídky a **skrínig**.⁷³

PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY

V ČR, ale také v jiných evropských zemích, mají občané nárok na absolvování pravidelné bezplatné preventivní prohlídky. Obsah, četnost a doporučení účasti na takové prohlídce se odvíjí od věku, pohlaví či zdravotního stavu pacienta. I přes jejich dobrou dostupnost v ČR však dle zástupců Svazu zdravotních pojišťoven na preventivní prohlídku u praktického lékaře pravidelně chodí pouze 32 % pojištěnců. Spíš než jako součást prevence tak většina Čechů praktického lékaře navštíví, až když pociťuje zdravotní potíže.⁷⁴

SKRÍNIG

Skrínig je procesem nalezení zdánlivě zdravých osob, u kterých již ale existuje nemoc nebo mimořádně závažný rizikový faktor, zatím bez klinických projevů. Rozdělení mezi nemoc a rizikový faktor je do značné míry umělé, protože řada nemocí jsou zároveň významné rizikové faktory dalších onemocnění (například vysoký krevní tlak nebo diabetes jsou rizikovými faktory mj. pro ischemickou chorobu srdeční).

Skrínig dává smysl jenom tam, kde je možné nemoc v raných stádiích léčit mnohem úspěšněji než ve stádiích pokročilých. Může také mít významné nežádoucí účinky, například mylné označení tzv. falešně pozitivních, tedy lidí, kteří danou nemoc ve skutečnosti nemají, ale vyjdou ze skrínigu s pozitivním nálezem. Všechny skrínigové programy je proto třeba velmi pečlivě zdůvodňovat a vyhodnocovat tak, aby rozšířeným skrínigem nebylo na zdraví obyvatel způsobeno více škody než užítku. Stejně tak je vysoce žádoucí podmínit skrínig pečlivou kalkulací nákladové efektivity. Pravidla pro zavedení skrínigu do praxe shrnuje například WHO (WHO Regional Office for Europe, 2020).

⁷³ <https://www.iwh.on.ca/what-researchers-mean-by/primary-secondary-and-tertiary-prevention>

⁷⁴ <https://www.zdravezpravy.cz/2022/04/21/pojistovny-navrhuj-bonus-za-preventivni-prohlidky/>

Vedle jeho celkového benefitu je u skrínigu třeba (ještě více než u zdravotních služeb, které pacient vyhledá kvůli pociťovaným problémům) dbát na poskytnutí srozumitelných informací a na zcela bezproblémovou dostupnost skrínigu i případné navazující léčby.

V další sekci této kapitoly si krátce srovnáme zahraniční praxi ve čtyřech evropských zemích v rámci stejných druhů dobrovolných skrínigů hrazených z veřejného pojištění. K popisu u jednotlivých zemích použijeme jejich mezinárodní zkratky (Dánsko – DK, Německo – DE, Rakousko – AT a Velká Británie – GB). Vzhledem k tomu, že rozsah hrazených základních skrínigových programů pro dospělou populaci je podobný a tato publikace se nevěnuje určení nejvhodnějšího rozsahu skrínigu na základě evidence-based medicine, soustředíme se na podporu zvýšení účasti obyvatel na skrínigu. Z těchto důvodů se také v této publikaci blíže nevěnujeme skrínigům těhotných a novorozenců, u kterých je současným systémem zaručena vysoká účast (u novorozenců v podstatě 100%).

Následující tabulka poskytuje porovnání účasti na mamografickém, cervikálním a kolorektálním skrínigu ve vybraných evropských zemích. Pokud není v poznámce pod čarou u daného procenta blíže specifikováno, data ukazují účast v roce 2018, příp. 2020 (kolorektální skrínig). Na první pohled je zřejmá výrazně nejvyšší „popularita“ kolorektálního skrínigu, nejvyšší účast cílové populace na skrínizích obecně je vidět v případě Dánska či Velké Británie.

Tabulka 7: Účast na vybraných skríninzích napříč vybranými evropskými zeměmi

Název skríningu	ČR	DK	DE	AT	GB
Mamografický	60 %	83 %	50 %	41 % ⁷⁵	75 %
Cervikální	75 %	62 %	92 % ⁷⁶	Nezjištěno	75 %
Kolorektální	27 %	62 %	27 %	25 % ⁷⁷	35 %

Dzroj: Data Eurostat,⁷⁸ Goetz, 2021; Haidinger et al., 2008; Heisser et al., 2022; Digestive Cancers Europe

ČR si vede nejlépe u cervikálního skríningu, srovnatelně se zahraniční zkušeností, přičemž na úrovni 75 % se účast Čechů nachází dlouhodobě. Dlouhodobě stabilní účast je také na mamografickém skríningu, a to kolem 60 %.⁷⁹ Na druhou stranu, podle dat ÚZIS poměrně nízká účast české populace na kolorektálním skríningu od roku 2015 neroste.⁸⁰

⁷⁵ Poslední data zveřejněna na webových stránkách rakouského Federálního ministerstva sociálních věcí, zdravotnictví, péče a ochrany spotřebitele.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Krebs/Brustkrebs-Fr%C3%BCherkennungsprogramm.html>

⁷⁶ Z pozvaných žen u randomizované kohortové studie (2005-2012, Mainz a okolí)

⁷⁷ 2005, 25 % mělo minimálně jednu kolonoskopii v studii vzorku žen a mužů, pokaždě cca 500-550 účastníků

⁷⁸ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ps_scre/default/table?lang=en

⁷⁹ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ps_scre/default/table?lang=en

⁸⁰ <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-cesi-umiraji-i-kdyz-by-nemuseli-nerozumime-prevenci-219865>

Box 8: Příklady dobré praxe konkrétních intervencí v oblasti skrínungů

DOMÁCÍ TESTOVACÍ SADA NA HPV V DÁNSKU

V Dánsku byl v letech 2017-2018 proveden experiment, jenž umožnil ženám, které se i přes vyzvání nezúčastnily klasického skrínungu, **provést test na HPV doma s testovací sadou**. Pro účast na experimentu byly oslovené ženy vyzvány přihlásit se dopisem, mailem, telefonicky či na webu. Tato praxe se ukázala být účinná, jelikož 27 % přizvaných žen se domácího testování zúčastnilo a navýšilo tak celkovou účast na skrínungu o 6 procentních bodů.

CERVIKÁLNÍ SKRÍNUNG V NĚMECKU

Populační studie v Německu poukázala na možnost **zvýšení účasti žen na skrínungu, pokud jim byl zaslán zvací dopis**, hlavně pokud jde o ženy s nižším vzděláním, migrantky a starší ženy.

DALŠÍ PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE ZKOUMANÝCH EVROPSKÝCH ZEMÍ:

- Oslovování cílové skupiny **pozvánkou** (poštou nebo emailem), s možností odhlásit se z jejího odběru (opt-out možnost), případně už také s **pevně stanoveným termínem**,
- Možnost **online rezervace termínu**,
- **Edukace** ohledně samovyšetření prsou jako součást mamografického vyšetření,⁸¹
- Možnost vyhrazení **delší konzultace** se specialistou mamografie před/po skrínungu,
- Zprovoznění **mobilní skrínungové jednotky** za účelem lepší dostupnosti skrínungu,
- Možnost **volby lékařky místo lékaře** u cervikálního skrínungu.

⁸¹ <https://www.tk.de/techniker/gesundheits-und-medizin/praevention-und-frueherkennung/brust-und-gebaermutterhalskrebsfrueherkennung-2003590>

PŘÍKLAD MĚŘENÍ HLADINY CHOLESTEROLU V LÉKÁRNĚ BENU A CENTRECH PREVENCE S PORADENSTVÍM

Síť lékáren BENU ve svých vybraných pobočkách v ČR nabízí preventivní měření hladiny cholesterolu v krvi osobám starším 40 let a těm s rodinnou anamnézou příbuzných onemocnění. Měření probíhá za přítomnosti zkušeného a proškoleného farmaceuta, který výsledek vyhodnotí a vysvětlí. V případě rizika kardiovaskulárního onemocnění pacientovi také řekne, jak dále postupovat a kdy je vhodné navštívit ordinaci lékaře. BENU Lékařny v rámci prevence s pacienty spolupracují také ve vlastních „Centrech prevence s poradenstvím“, v rámci kterých nabízí mnohem rozsáhlejší měření (kromě cholesterolu také hladinu cukru v krvi, krevní tlak, paměť a jiné).⁸²

Zdroj: Ejegod et al., 2022a; Radde et al., 2016; Heisser et al., 2022; NHS screenings⁸³; Danish Cancer Society;⁸⁴ Österreichische Krebshilfe;⁸⁵ Die Techniker⁸⁶

4.3. Terciární prevence

Cílem **terciární prevence** je zpomalit rozvoj existující nemoci a zabránit vzniku jejích komplikací nebo je alespoň oddálit. Terciární prevence je tedy součástí léčby již odhaleného onemocnění, vzhledem k jejímu obrovskému významu a nedostatečné realizaci ji ale považujeme za vhodné a nutné zařadit do této publikace.

Typickým příkladem potřeby terciární prevence je diabetes druhého typu. Pokud je u pacientů včas odhalen (sekundární prevence) a léčen, ideálně ve spojení se změnou chování pacienta, nemusí dojít k rozvoji komplikací s dalekosáhlými zdravotními

i ekonomickými následky. K těm patří mimo jiné cévní onemocnění srdce i dolních končetin, postižení ledvin, očí nebo neuropatická bolest.

Péče o konkrétního pacienta je často zajišťována tolika poskytovateli (v případě diabetika s komplikacemi se může jednat například o praktického lékaře, diabetologa, kardiologa, nefrologa, neurologa, nutričního terapeuta, edukační sestru a další), že i když každý plní svoji roli, jejich koordinace, spolupráce a zaměření na pacienta včetně jeho odpovídající informovanosti vyžaduje vnější podporu. Jeden z poskytovatelů nebo specializovaná agentura (zajištěná poskytovateli, například praktickými lékaři, nebo zdravotní pojišťovnou) tak přebírá roli koordinátora/manažera péče. Koordinátor je partnerem poskytovatelů a průvodcem pacienta ve zdravotním systému.

Prevenici komplikací chronických neinfekčních nemocí se věnují programy **disease managementu** (DMP), známé také pod názvem integrace péče. Takové programy jsou založené na vytvoření strukturovaného léčebného plánu pro **aktivní řízení chronického onemocnění pacienta** (Institute for Quality and Efficiency in Health Care, 2007). Cíle DMP lze shrnout do následujících čtyř bodů:

- Zlepšení klinických výsledků péče,
- Předejít či oddálení komplikací souvisejících s onemocněním,
- Přenesení spoluodpovědnosti na pacienta,
- Zlepšení kvality života pacienta a zlepšení subjektivního vnímání zdravotní péče pacientem.

DMP jsou založeny na několika základních prvcích. Jedná se především o **standardizaci péče** na základě doporučených klinických postupů, včetně měření dodržení těchto postupů a výsledků péče. Další nutnou součástí je zapojení pacienta do péče založené na jeho **vzdělávání** a **sdílení informací mezi poskytovateli a pacientem**. Významnou roli přitom hraje **motivace všech zapojených aktérů** a **koordinace péče** zajišťované různými poskytovateli. Hlavním zdrojem úspor je obvykle snížení počtu hospitalizací. Výhody DMP pro jednotlivé aktéry shrnuje tabulka 8.

⁸² <https://www.pharmaprofit.cz/2022/09/16/benu-otvira-centra-prevence-s-poradenstvim/>

⁸³ <https://www.nhs.uk/conditions/nhs-screening/>

⁸⁴ <https://www.cancer.dk/international/english/>

⁸⁵ <https://www.krebshilfe.net/information/krebsfrueherkennung/brustkrebs-frueherkennung>

⁸⁶ <https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/praevention-und-frueherkennung/brust-und-gebaermutterhalskrebsfrueherkennung-2003590?tkcm=aaus>

Tabulka 8: Výhody DMP pro různé kategorie zapojených aktérů

Aktér	Výhody DPM
Zdravotní pojišťovna	<ul style="list-style-type: none"> • Finanční úspory • Zlepšení vztahů s pojištěnci a poskytovateli
Poskytovatel péče	<ul style="list-style-type: none"> • Vyšší příjmy • Standardizace postupu • Lepší spolupráce s pacienty díky jejich edukaci • Zlepšení klinických ukazatelů
Dodavatel	<ul style="list-style-type: none"> • Lepší možnost vytvořit finanční rámec (kontrakt), ve kterém bude zohledněn pozitivní dlouhodobý efekt nového materiálu nebo léku
Pacient	<ul style="list-style-type: none"> • Lepší zdravotní stav • Lepší subjektivní vnímání, informovanost • Úspora nákladů

Zdroj: Vlastní zpracování

DMP ale nemusí být vždy vhodný a zejména nákladově efektivní pro jakoukoli chronickou nemoc. Jako vodítko pro rozhodnutí slouží posouzení následujících faktorů: jak je nemoc v **populaci rozšířená**, jak vysoké jsou její **náklady**, jak velká **variabilita existuje v současné léčbě** a jaký je potenciál dosažitelné **změny životního stylu pacientů**. **Klíčové pro úspěšnost programu je také rozdělení pacientů do skupin podle míry rizika progresu nemoci.**

Tématu správného nastavení DMP se věnuje také studie společností McKinsey, podle níž musí úspěšný DMP splnit pět základních podmínek. Tyto podmínky a rovněž také příklady otázek, které si je před nasazením funkčního DMP do praxe potřeba zodpovědět, uvádíme v tabulce níže:

Tabulka 9: Faktory úspěchu DMP

Faktor úspěchu DMP	Příklady otázek k zodpovězení
Zaměření na pacienta	<ul style="list-style-type: none"> • Kdo je cílová skupina a lze ji segmentovat? Liší se chování lidí v jednotlivých segmentech? • Co má pro pacienta skutečně hodnotu? • Jak technologicky zdatná je naše cílová skupina? Umí pracovat s digitálními aplikacemi?
Motivace k zapojení	<ul style="list-style-type: none"> • Jsou finanční a nefinanční motivace správně vyváženy? • Máme nastavenou vhodnou motivaci pro všechny zapojené aktéry?
Jednoduchá a jasná pravidla	<ul style="list-style-type: none"> • Je zajištěna dostatečná jednoduchost DMP pro všechny aktéry? • Lze snížit administrativní náročnost programu? • Lze procesy péče o pacienta snadno sledovat?
Zahrnutí maximálního počtu pojištěnců	<ul style="list-style-type: none"> • Pokrývá DMP u daného onemocnění alespoň prahovou hodnotu počtu pojištěnců pro návratnost programu? • Je možné dosahovat dodatečné úspory díky zahrnutí většího počtu pacientů?
Kvalitní data, informační infrastruktura	<ul style="list-style-type: none"> • Jsou nastaveny procesy včasného zpracování a sdílení dat? • Je jasně stanoveno, co má být měřeno? • Je prostor k využití dat k lepšímu přenastavení DMP?

Zdroj: McKinsey & Company, 2010

DMP jsou velmi důležité i z hlediska návaznosti na sekundární prevenci. Včasné odhalení nemoci nebo významného rizikového faktoru nevede automaticky k tomu, že pacient je odpovídajícím způsobem sledován či léčen, ani k tomu, že pochopil význam problému a spolupracuje. Typickým příkladem je analýza pojištěnců, kteří se ocitli na chronické hemodialýze tzv. z ulice, tedy bez odpovídající přípravy. Analýza provedená Advance na datech VZP ukázala, že přes 90 % z nich mělo včas diagnostikovanou nedostatečnou funkci ledvin, často opakovaně a různými poskytovateli. Přesto „propadli“ systémem a nedokázali čerpat péči, která by je připravila na dialýzu a vedla tak k omezení zdravotních komplikací i nákladů.

Box 9: Příklad dobré praxe úspěšného DMP ze zahraničí**POSKYTOVATELEM ORGANIZOVANÝ SYSTÉM V NIZOZEMSKU**

DMP vychází z velmi silného postavení role praktických lékařů a z vytváření jejich spolupracujících skupin, tzv. „care groups“, na jejichž úrovni se uzavírají i smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Na jejich základě praktici získávají finance určené na péči o chronicky nemocné pojištěnce podle standardu definovaného společně se zdravotní pojišťovnou, včetně „nakupování“ specializované péče.

Velmi významná je role zdravotních sester, zejména v oblasti komunikace s pacienty. Počet konzultací během 2letého sledovaného období u DMP zaměřených na diabetes výrazně vzrostl – a s tím i náklady na jejich zajištění, toto navýšení bylo ale kompenzováno nižšími náklady na hospitalizace a zlepšením produktivity práce u ekonomicky aktivních pacientů (snížení počtu dní na nemocenské). Celkový dopad na snížení nákladů je odhadován na 29 eur za 3 měsíce na jednoho pacienta. To nemusí vypadat jako vysoké číslo (dokud ho nevnásobíme statisíci pacientů s diabetem přítomných v Nizozemsku i v ČR, potom se dostaneme do miliard korun ročně), klíčové ale je, že došlo k významnému zvýšení kvality péče, a to bez navýšení nákladů.

SLOVENSKÝ DMP V REŽII ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY DŮVERA

Přístup Důvery vycházel z důkladné rešerše zkušeností úspěšných zahraničních DMP. Důvera zvolila jako první DMP pro diabetiky z důvodu vysokého počtu pacientů, potenciálu synergií a velkému počtu úspěšných programů v zahraničí. Již do pilotního projektu se zapojilo 60 % diabetologů a 94 % zapojených lékařů program doporučovalo ostatním. DMP se zaměřil i na zapojení pacientů, mj. díky edukaci a motivačnímu bonusovému programu. V roce 2019 téměř polovina dotázaných diabetiků uvedla, že jim edukace pomohla změnit chování a návyky. Data z DMP Důvery ukazují výrazná zlepšení na straně procesů i výsledků. Jde zejména o méně časté či kratší hospitalizace, méně časté výjezdy záchranné zdravotní služby, nižší využívání urgentních příjmů a lepší klinické výsledky (hodnoty glykémie, krevního tlaku a BMI).

STÁTEM PODPOROVANÉ DMP V NĚMECKU

Podpora DMP byla nastavena v roce 2002 v návaznosti na zákon o přerozdělení vybraného pojistného mezi zdravotními pojišťovnami zohledňující podíl klientů s chronickými nemocemi. Oblasti pro DMP definovala koordinační komise pojišťoven a poskytovatelů, samotné programy potom navrhují, registrují a provozují poskytovatelé ambulantních služeb. Mezi prvními byly vytvořeny programy na diabetes (typu 1 a 2), onemocnění koronárních tepen a rakovinu prsu, dnes se k nim řadí také astma, chronická obstrukční plicní nemoc a další.

Do konce roku 2007 došlo k registraci, příp. bylo přeregistrováno, zhruba 14 tisíc jednotlivých lokálních programů.

Důvodem pro rychlý nárůst klientů DMP byla vedle motivace poskytovatelů (celkové náklady na DMP dosahovaly v roce 2009 1,1 mld. eur) i nižší spoluúčast pacientů. Analýza nákladů pacientů s diabetem zapojených do německého DMP v letech 2003-2007 prokazuje téměř třetinové snížení nárůstu nákladů oproti pacientům nezahrnutým do DMP: celkové náklady pacientů v DMP během 4 let dosahovaly 3 996 eur oproti nákladům ve výši 4 469 eur u ostatních pacientů. DMP výrazně snížil náklady na hospitalizační péči (2 019 eur vs. 2 495 eur). I přesto jsou dopady německých DMP neřídka kritizované, zejména ve smyslu nákladové efektivity a nedostatečného zaměření na výsledky.

JINÝ PROGRAM V OBLASTI TERCÍÁRNÍ PREVENCE – PROGRAM PACIENT EXPERTEM Z VELKÉ BRITÁNIE

Tento program řeší zdravotní gramotnost lidí trpících chronickou nemocí, které motivuje k zapojení do péče o vlastní zdraví. Významnou roli hraje porozumění reálným potřebám pacientů. Pro pacienty a jejich rodinné příslušníky se v průběhu 6-8 týdnů organizují skupinové kurzy o délce zhruba 2,5 hodiny. Výsledky ukazují značné zlepšení v oblastech subjektivního hodnocení vlastního zdraví, pocíťované bolesti či únavy, zvládnání kognitivních symptomů, v tělesné aktivitě a odhodlání uskutečnit potřebnou změnu chování.

Zdroj: Flamm et al., 2011; Nolte et al., 2008; Steuten et al., 2007, Hagen, 2022, webové stránky Health Advances,⁸⁷ Medical Netcare GmbH,⁸⁸ zdravotní pojišťovny Důvera,⁸⁹ výstupy dostupné na Avance Healthcare Management Institute⁹⁰ a Mediweb⁹¹

⁸⁷ <https://healthadvancesblog.com/2018/08/23/disease-management-programs-in-germany/>

⁸⁸ <https://m-nc.de/en/dmp-evaluation>

⁸⁹ <https://www.dovera.sk/lepsizivotsckurovkou/uvod>

⁹⁰ <https://advanceinstitute.cz/newsletter/seznam-newsletteru/a1-2018?id=854>

⁹¹ <https://mediweb.hnonline.sk/zdn/meditalk/9174574-jeden-poistenec-stoji-zhruba-tisic-eur-diabetik-dvojnaso-bok-da-sa-im-pomoc-tvrdi-zdravotna-poistovna>

5. Doporučení pro efektivní rozvoj prevence v ČR

Závěrečná kapitola této publikace je věnována základním předpokladům dalšího rozvoje prevence a doporučením konkrétních kroků, v rozdělení dle hlavních aktérů.

5.1. Ministerstvo zdravotnictví (ve spolupráci s dalšími složkami státní správy, zejména Ministerstvem financí)

Doporučení pro Ministerstvo zdravotnictví ČR

Vybrané priority

- **Dotažení regulace na úroveň obvyklou v zemích západní Evropy**, zejména navýšení spotřební daně z alkoholu, včetně omezení výjimek a stanovení minimální ceny; další omezení propagace alkoholických nápojů a tabákových výrobků; podpora jednotného značení výživové hodnoty potravin. **Zajištění funkčních systémů** kontrol dodržování omezení (například zákazu prodeje mladistvým), včetně tvrdých sankcí při jejich porušení.
- **Podpora přenesení kompetencí na nelékařské zdravotnické profese a umožnění vzniku nových zdravotnických profesí (například edukátor pacientů s chronickými nemocemi nebo koordinátor péče)** s cílem odlehčení lékařů i zdravotních sester. Umožnit vyšší zapojení studentů medicíny, lékařů bez specializace a sester do preventivních aktivit.
- **Podpora vzniku dalších výkonů krátkých intervencí** a jejich zahrnutí do Seznamu výkonů s bodovými hodnotami.⁹²
- **Umožnění a podpora dalšího rozvoje motivačních mechanismů (včetně finančních) používaných ze strany zdravotních pojišťoven** s cílem zlepšení zdravotních návyků jejich pojištěnců.

Další doporučení

- **Pravidelný monitoring zdravotního stavu obyvatelstva nad rámec mezinárodních statistik, včetně úrovně zdravotní gramotnosti a přístupu obyvatel k vlastnímu zdraví.**
- **Vyčlenění speciálního projektového týmu** pro včasnou, efektivní a důslednou realizaci opatření k naplnění strategie prevence (v současnosti Zdraví 2030), včetně monitoringu výsledků.
- **Zahrnutí komunikace o významu zlepšení zdravotního stavu do plánu strategické komunikace vlády.**
- **Organizace pravidelných strategických setkání na mezíresortní úrovni**, včetně zapojení dalších relevantních partnerů (například zaměstnavatele, pojišťovny) ke koordinaci a kontrole naplňování, případně k úpravě společné strategie.
- **Dlouhodobá systematická podpora výzkumu ve společenskovední oblasti podpory zdraví**, tedy zaměření na ekonomické dopady zhoršeného zdravotního stavu a jednotlivých preventivních intervencí, behaviorální ekonomii a další behaviorální vědy s cílem identifikace a ověření mechanismů podpory rozhodování jednotlivců a skupin, včetně boje s dezinformacemi. **Je nutné poznamenat, že takový výzkum zatím není systematicky podporován.**
- **Zajištění systematického hodnocení medicínské a nákladové efektivity preventivních opatření a hodnocení jejich ex-post účinnosti.** Pro tyto účely se nabízí využití Národního skríningového centra a (v případě očkovacích látek) SÚKL.
- **Otevření anonymizovaných dat zdravotních pojišťoven a registrů** vedených ÚZIS pro výzkumné účely širokému spektru veřejných i soukromých organizací.
- **Příprava převedení nemocenského pojištění na zdravotní pojišťovny**, v první fázi zajištění výměny dat mezi zdravotními pojišťovnami a ČSSZ. Zajištění předávání statistických dat o nemocnosti zaměstnanců jednotlivým zaměstnavatelům (při zajištění nemožnosti identifikace zdravotního stavu jednotlivců).
- **Zabezpečení finanční podpory neziskových organizací v oblasti realizace ověřených aktivit prevence**, například podporou ze strany státních institucí pro získání finančních grantů z evropských a mezinárodních programů.

Zdroj: Vlastní zpracování, na základě WHO, 2011; Krist et al., 2017; Tripathy, 2017 National Institute for Health and Care Excellence, 2008, 2010a, 2010b, 2011, 2021

⁹² Králíková et al., 2022

5.2. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR a další veřejné instituce

Doporučení pro Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR

- **Podpora výuky v oblasti zdravotní gramotnosti** na všech základních a středních školách, včetně edukace personálu a zajištění kvalitních výukových materiálů.
- **Podpora realizace vlastních intervencí na školách.** Reforma systému školního stravování s cílem naplnění edukační funkce v souladu s aktuálním poznáním (lze využít například výstupy projektu „Máme to na talíři“⁹³). Podpora zapojování škol do projektů prevence běžících v ČR (například „Pohyb do škol“⁹⁴ nebo „Výchova ke zdraví zážitkově“⁹⁵), včetně poskytování přehledu nabídky takových projektů.

Zdroj: Vlastní zpracování, na základě National Institute for Health and Care Excellence, 2008, 2010a, 2010b, 2011, 2021

Doporučení pro veřejné regionální instituce

- **Při plánování infrastruktury zohlednit podporu fyzického pohybu a sportu.**
- **Podpora projektů organizovaných jinými subjekty – převzít** roli „koordinačního střediska“ v regionu (zmapování probíhajících projektů podpory zdravého životního stylu), finanční podpora, navázání na dlouhodobě existující aktivity, například projekt Zdravá města, obce a regiony.⁹⁶
- **Zlepšení dostupnosti poskytovatelů zdravotních služeb** veřejnou dopravou a podporou vzdáleného poskytování služeb.

Zdroj: Vlastní zpracování, na základě National Institute for Health and Care Excellence, 2008, 2010a, 2010b, 2011, 2021

⁹³ <https://www.mametonataliri.cz/ke-stazeni>

⁹⁴ <http://zdravi.upol.cz/o-nas/>

⁹⁵ <https://zdravagenerace.cz/doskol/>

⁹⁶ <https://www.zdravamesta.cz/cz/zdrava-mesta-obce-a-regiony-sit-pro-rozvoj-komunikaci-a-spolupraci-v-uzemni-verejne-sprave>

5.3. Zaměstnavatelé

Doporučení pro zaměstnavatele

- **Poskytování informací zaměstnancům ohledně dostupných možností prevence v komunitě**, například dostupné cyklostezky a pěší trasy, odvykací centra, sportoviště atd. Proaktivní a pravidelná komunikace a edukace zaměstnanců ohledně dostupných skrínigových programů, pravidelných zdravotních prohlídek a očkování, speciálně u rizikových skupin, ideálně ve spolupráci s kvalifikovanými odborníky.
- **Vypracování a realizace vlastního plánu podpory zdraví na pracovišti na základě existující nemocnosti a rizik**, ideálně ve spolupráci s poskytovatelem pracovnělékařských služeb jako náhradu za provádění periodických lékařských prohlídek u nerizikových profesí. Tyto aktivity by měly navazovat na prevenci hrazenou v rámci veřejného zdravotního pojištění.
- **Navázání firemních benefitů na aktivity podporující zdravý životní styl a individuální podpora prevence**, například umožnění návštěvy terapií odvykání od kouření či účasti na skrínizích během pracovní doby.

Zdroj: Vlastní zpracování, na základě National Institute for Health and Care Excellence, 2008, 2010a, 2010b, 2011, 2021

5.4. Zdravotní pojišťovny

Doporučení pro zdravotní pojišťovny

Vybrané priority

- **Navázání benefitů z fondu prevence na účast na očkování, skrínigu a preventivních prohlídkách**, následně i dalších zdraví podporujících aktivitách. Vytváření, používání a důkladné vyhodnocování bonifikačních programů pro pojištěnce zaměřených především na rizikové skupiny obyvatelstva.
- **Rozšíření úhrady nákladově efektivních intervencí v oblasti primární prevence zajišťovaných poskytovateli zdravotních služeb**, například podpory odvykání od kouření.
- **Úhradová podpora integrace péče a disease management programů** v nákladově efektivních oblastech, pravidelné vyhodnocování jejich výsledků.

Další doporučení

- **Včlenění dalších nízkonákladových „krátkých“ intervencí do úhrad ambulantní péče**, včetně systému sledování jejich výsledků a poskytování zpětné vazby jednotlivým poskytovatelům.
- **Zlepšení dostupnosti skrínigů**. Zabezpečení dostatečné dostupnosti skrínigových pracovišť napříč regiony (při zachování požadavků na kvalitu). Mamografie bez nutnosti vypsání žádanky praktickým lékařem.
- **Poskytování zpětné vazby registrujícím lékařům na adherenci jejich pacientů s očkováním, skrínigy a preventivními prohlídkami**, a to ve srovnání s průměrem okresu, kraje a ČR, ideálně přizpůsobené věkové struktuře.
- **Systematické vyhodnocování výsledků stávajících bonifikačních mechanismů pro klienty a poskytovatele** směřující k podpoře účasti na hrazené prevenci a testování nových motivačních mechanismů.
- **Aktivní vyhledávání rizikových skupin pojištěnců ve vlastním pojistném kmeni** a uzavírání kontraktů s poskytovateli zaměřených na moderaci tohoto rizika.

Zdroj: Vlastní zpracování, na základě Krist et al., 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2008, 2010a, 2010b, 2011, 2021

5.5. Poskytovatelé zdravotních služeb, zejména praktičtí lékaři

Doporučení pro poskytovatele zdravotních služeb, zejména praktické lékaře

- **Ověření/přehodnocení obsahu preventivních prohlídek u dospělých** ze strany odborných společností tak, aby jednotlivá vyšetření byla založena na evidenci jejich prospěšnosti. **V rámci preventivní prohlídky vytvoření dostatečného prostoru pro posouzení hlavních rizik pacienta**, jejich zohlednění v doporučených vyšetřeních, provedení potřebných krátkých intervencí, ale také pro aktualizaci anamnézy a případné přehodnocení probíhající léčby.
- **Používat „krátké intervence“ informující pacienta o nevhodnosti určitého návyku, zakončené jasným doporučením, kde získat další informace a odbornou pomoc** (například Centrum pro závislé na tabáku).
- **Proaktivní přístup k prevenci**, založený na rizikové stratifikaci pacientů (potřeba zařazení rizikové stratifikace do softwaru používaného praktiky na další onemocnění, dnešním příkladem je hodnocení rizika u kardiovaskulárních onemocnění⁹⁷).

Zdroj: Vlastní zpracování, na základě Longtin et al., 2010a; Krist et al., 2017; Coleman et al., 2009; National Institute for Health and Care Excellence, 2008, 2010a, 2010b, 2011, 2021

⁹⁷ Vrablík et al., 2019

5.6. Občané a pacienti

Doporučení pro občany a pacienty

- **Pravidelná účast na preventivních prohlídkách, očkováních a skríninzích.**
- **Využívání dostupných aplikací zdravotních pojišťoven a neziskových organizací** (například www.loono.cz). Poskytování zpětné vazby k jejich užitečnosti, navrhování zlepšení.
- **Dodržování předepsané léčby**, v případě pochybností vyhledání druhého názoru.
Udělení souhlasu k poskytování svých anonymizovaných klinických dat k monitoringu.

Zdroj: Vlastní zpracování, na základě Valderas et al., 2016; Krist et al., 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2008, 2010a, 2010b, 2011, 2021

6. Bibliografie

Allen, D., Hines, E. W., Pazdernik, V., Konecny, L. T., & Breitenbach, E. (2018). Four-year review of presenteeism data among employees of a large United States health care system: a retrospective prevalence study. *Human Resources for Health, 16*(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0321-9>

Andreyeva, T., Long, M. W., & Brownell, K. D. (2010). The Impact of Food Prices on Consumption: A Systematic Review of Research on the Price Elasticity of Demand for Food. *American Journal of Public Health, 100*(2), 216–222. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.151415>

Aras, R. (2011). Social marketing in healthcare. *Australasian Medical Journal, 4*(8), 418–424. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2011.626>

Bartoš, V., Bauer, M., Cahlíková, J., & Chytilová, J. (2022). Communicating doctors' consensus persistently increases COVID-19 vaccinations. *Nature, 606*(7914), 542–549. <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04805-y>

Bishop, G., & Brodkey, A. C. (2006). Personal Responsibility and Physician Responsibility — West Virginia's Medicaid Plan. *New England Journal of Medicine, 355*(8), 756–758. <https://doi.org/10.1056/NEJMp068170>

Canadian Paediatric Society. (2008). Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents. *Paediatrics & Child Health, 13*(1), 53–56. <https://doi.org/10.1093/pch/13.1.53>

CDC. (2011). *Building Our Understanding: Social Marketing on a Dime Using Social Media to Do More with Less*. www.turningpointprogram.org/toolkit/content/cdcenergy.htm.

Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *Picture of America: Prevention*. Retrieved March 8, 2023, from https://www.cdc.gov/pictureofamerica/pdfs/picture_of_america_prevention.pdf

Chichirez, C.-M., & Purcărea, V. L. (2018). Health marketing and behavioral change: a review of the literature. *Journal of Medicine and Life, 11*(1), 15–19.

Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Affairs, 28*(1), 75–85. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.75>

Dai, H., Saccardo, S., Han, M. A., Roh, L., Raja, N., Vangala, S., Modi, H., Pandya, S., Sloyan, M., & Croymans, D. M. (2021). Behavioural nudges increase COVID-19

vaccinations. *Nature, 597*(7876), 404–409. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03843-2>

Danish Health Authority, Statens Serum Institute, & Danish Medicine Agency. (2018). *The Danish childhood vaccination program: SUMMARY IN ENGLISH*. www.ssi.dk/Service/Sygdomsleksikon/M/Maeslinger.aspx

Daňková, Š., & Otáhalová, H. (2017). ZDRAVOTNÍ STAV ČESKÉ POPULACE PODLE VÝBĚROVÉHO ŠETŘENÍ O ZDRAVÍ EHIS. *Slovenská Štatistika a Demografia, 258*–272. <https://www.czso.cz/documents/10180/46203816/Prehledy+Dankova.pdf>

Delaney, T., Yoong, S. L., Lamont, H., Lecathelinais, C., Wolfenden, L., Clinton-McHarg, T., Sutherland, R., & Wyse, R. (2022). The efficacy of a multi-strategy choice architecture intervention on improving the nutritional quality of high school students' lunch purchases from online canteens (Click & Crunch High Schools): a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 19*(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01362-5>

Discovery Vitality. (n.d.). *The Science of Vitality*.

Ejegod, D. M., Pedersen, H., Pedersen, B. T., Serizawa, R., & Bonde, J. (2022). Operational experiences from the general implementation of HPV self-sampling to Danish screening non-attenders. *Preventive Medicine, 160*, 107096. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107096>

Evropská komise, London School of Hygiene and Tropical Medicine, & Vaccine Confidence Project. (2018). *State of vaccine confidence in the EU 2018*.

Flamm, M., Panisch, S., Winkler, H., & Sönnichsen, A. C. (2011). Impact of a randomized control group on perceived effectiveness of a Disease Management Programme for diabetes type 2. *European Journal of Public Health, 22*(5), 625–629. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr147>

Fogel, R. W. (2004). Health, Nutrition, and Economic Growth. *Economic Development and Cultural Change, 52*(3), 643–658. <https://doi.org/10.1086/383450>

Goetz, G. (2021). Stool DNA testing for colorectal cancer (CRC) screening. *Austrian Institute for Health Technology Assessment*. <https://aihta.at/page/stuhl-dna-test-zur-frueherkennung-von-darmkrebs/en>

Gostin, L. O., & J.D., LL. D. (2000). Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research: PAPER CONTRIBUTION J, Legal and Public Policy Interventions to Advance the Population's Health. *National Library of Medicine*.

Griffiths, M., Maruszczak, M., & Kusel, J. (2015). The who-choice cost-effectiveness Threshold: a Country-level analysis of changes over time. *Value in Health*, 18(3), A88. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.03.517>

Hagen, B. (2022). Database Supported Long-term Management of Chronic Diseases – Data from the German Disease Management Programmes as a Source for Continuing Medical Education. *Journal of European CME*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/21614083.2021.2014038>

Haidinger, G., Waldhoer, T., & Vutuc, C. (2008). Self-reported colonoscopy screening in Austria. *European Journal of Cancer Prevention*, 17(4), 354–357. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0b013e3282f75f05>

Halpern, D., & Sanders, M. (2016). *Nudging by government: Progress, impact and lessons learnt*.

Heisser, T., Hoffmeister, M., Tillmanns, H., & Brenner, H. (2022a). Impact of demographic changes and screening colonoscopy on long-term projection of incident colorectal cancer cases in Germany: A modelling study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 20, 100451. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2022.100451>

Heisser, T., Hoffmeister, M., Tillmanns, H., & Brenner, H. (2022b). Impact of demographic changes and screening colonoscopy on long-term projection of incident colorectal cancer cases in Germany: A modelling study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 20, 100451. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2022.100451>

Holmes, J., Meng, Y., Meier, P. S., Brennan, A., Angus, C., Campbell-Burton, A., Guo, Y., Hill-McManus, D., & Purshouse, R. C. (2014). Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *The Lancet*, 383(9929), 1655–1664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62417-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62417-4)

Institut pro zdravotní ekonomiku a technology assessment. (2019). *Struktura-nákladů-v-českém-zdravotnictví-a-mechanismy-jejich-alokace*. <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>

Institute for Quality and Efficiency in Health Care. (2007). What are disease management programs (DMPs)? *InformedHealth.Org [Internet]*.

Institute for Work & Health. (2015, April). *Primary, secondary and tertiary prevention*. <https://www.iwh.on.ca/what-researchers-mean-by/primary-secondary-and-tertiary-prevention>

Isham, A., Mair, S., & Jackson, T. (2020). *Wellbeing & productivity: A review of the literature*.

Jawad, M., Lee, J. T., Glantz, S., & Millett, C. (2017). Price elasticity of demand of non-cigarette tobacco products: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Journals*. <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/6/689>

Králiková, E., Zvolská, K., Štěpánková, L., & Pánková Alexandra. (2022). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis Lékařů Českých*, 33–43. <https://www.slz.cz/media/document/79bee9694f97b9bdf14eafaf8f20b392.pdf>

Krist, A. H., Tong, S. T., Ayccock, R. A., & Longo, D. R. (2017). Engaging Patients in Decision-Making and Behavior Change to Promote Prevention. *Studies in Health Technology and Informatics*, 240, 284–302.

Lau, L. J., & Wang, J. (2004). *Health's Contribution to Economic Growth in an Environment of Partially Endogenous Technical Progress*. www.fic.nih.gov/dcpp

Lee, A., Wong, M. C., Keung, V. M., Yuen, H. S., Cheng, F., & Mok, J. S. (2008). Can the concept of Health Promoting Schools help to improve students' health knowledge and practices to combat the challenge of communicable diseases: Case study in Hong Kong? *BMC Public Health*, 8(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-42>

Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53–62. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0248>

Manthri Savani, M. (2019). Can commitment contracts boost participation in public health programmes? *Journal of Behavioral and Experimental Economics*, 82, 101457. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2019.101457>

Marteau, T. M., Ogilvie, D., Roland, M., Suhrcke, M., & Kelly, M. P. (2011). Judging nudging: can nudging improve population health? *BMJ*, 342(jan25 3), d228–d228. <https://doi.org/10.1136/bmj.d228>

Mattoo, S., Prasad, S., & Ghosh, A. (2018). Brief intervention in substance use disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(8), 466. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.224352>

McDaid, D., Kluge, H., & Figueras, J. (2018). *Using economic evidence to help make the case for investing in health promotion and disease prevention POLICY BRIEF INVEST HEALTH SYSTEMS FOR PROSPERITY AND SOLIDARITY*. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/>

McKinsey & Company. (2010). *How to design a successful disease-management program*.

<https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/industries/healthcare%20systems%20and%20services/our%20insights/how%20to%20design%20a%20successful%20disease%20management%20program/how%20to%20design%20a%20successful%20disease%20management%20program.pdf?shouldIndex=false>

McKinsey Global Institute. (2020). *Prioritizing health: A prescription for prosperity*. www.mckinsey.com/mgi.

Meeker, D., Knight, T. K., Friedberg, M. W., Linder, J. A., Goldstein, N. J., Fox, C. R., Rothfeld, A., Diaz, G., & Doctor, J. N. (2014). Nudging Guideline-Concordant Antibiotic Prescribing. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 425. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.14191>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2020). *Zdraví 2030: Strategický rámeček rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030*. https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/revokace-zdravi2030_final.pdf

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2021). *Implementační plán č. 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti, Verze 1*.

Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú., & Státní zdravotní ústav. (2020). *Zdravotní gramotnost: Solidní fakta*.

Mora, T. (2018). Acerca de la imposición sobre bebidas alcohólicas en España. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 176–180. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.017>

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Franková, E., Nechanská, B., & Fidesová, H. (2021). *Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021*. https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33573/1121/Zprava_o_tabakovych_nikotinovyh_vyrobcich_v_CR_2021_fin.pdf

National Institute for Health and Care Excellence. (2008). *Physical activity in the workplace, Public health guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ph13

National Institute for Health and Care Excellence. (2010a). *Alcohol-use disorders: prevention, Public health guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ph24

National Institute for Health and Care Excellence. (2010b). *Cardiovascular disease prevention, Public health guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ph25

National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Type 2 diabetes prevention: population and community-level interventions*. www.nice.org.uk/guidance/ph35

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence, NICE guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ng209

Neufeld, M., Rovira, P., Ferreira-Borges, C., Kilian, C., Sassi, F., Veryga, A., & Rehm, J. (2022). Impact of introducing a minimum alcohol tax share in retail prices on alcohol-attributable mortality in the WHO European Region: A modelling study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 15, 100325. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100325>

Nolte, E., Knai, C., & Mckee, M. (2008). *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*.

OECD. (2016). *The labour market impacts of ill-health* (pp. 17–36). https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2016-4-en

OECD. (2021a). *Preventing Harmful Alcohol Use: Czech Republic*. <http://oecdpublichealthexplorer.org/>

OECD. (2021b). *State of Health in the EU - Czechia: The Country Health Profile Series*.

OECD. (2021c). *Preventing Harmful Alcohol Use*. OECD. <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>

Pears, S., Bijker, M., Morton, K., Vasconcelos, J., Parker, R. A., Westgate, K., Brage, S., Wilson, E., Prevost, A. T., Kinmonth, A.-L., Griffin, S., Sutton, S., & Hardeman, W. (2016). A randomised controlled trial of three very brief interventions for physical activity in primary care. *BMC Public Health*, 16(1), 1033. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3684-7>

Perry, C. (Behavioural researcher), Chhatralia, K., Damesick, D., Hobden, S., Volpe, L., & Health Foundation (Great Britain). (2015). *Behavioural insights in health care: nudging to reduce inefficiency and waste*.

Radde, K., Gottschalk, A., Bussas, U., Schüle, S., Schriefer, D., Seifert, U., Neumann, A., Kaiser, M., Blettner, M., & Klug, S. J. (2016). Invitation to cervical cancer screening does increase participation in Germany: Results from the MARZY study. *International Journal of Cancer*, 139(5), 1018–1030. <https://doi.org/10.1002/ijc.30146>

Reed, H., Arnott, D., & Langley, T. (2013). The price elasticity of demand for cigarettes in the UK, 2001–2011. *European Journal of Public Health*, 23(suppl_1). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt123.012>

Rehm, J., Gmel, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Iltiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). The

relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease— an update. *Addiction*, 112(6), 968–1001. <https://doi.org/10.1111/add.13757>

Rice, T. (2013). The Behavioral Economics of Health and Health Care. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 431–447. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114353>

Roberto, C. A., & Kawachi, I. (2016). *Behavioral Economics & Public Health*. Oxford University Press.

Sant'Anna, A., Vilhelmsson, A., & Wolf, A. (2021). Nudging healthcare professionals in clinical settings: a scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*, 21(1), 543. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06496-z>

Steuten, L. M. G., Vrijhoef, H. J. M., Landewé-Cleuren, S., Schaper, N., Van Merode, G. G., & Spreeuwenberg, C. (2007). A disease management programme for patients with diabetes mellitus is associated with improved quality of care within existing budgets. *Diabetic Medicine*, 24(10), 1112–1120. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2007.02202.x>

SÚKL. (n.d.). *Postup pro posuzování analýzy nákladové efektivity*.

The Lancet. (2022). Non-communicable diseases: what now? In *The Lancet* (Vol. 399, Issue 10331, p. 1201). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00567-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00567-0)

Tripathy, J. P. (2017). Partnerships in noncommunicable disease prevention and control. *International Journal of Noncommunicable Diseases*, 2(4), 102–106. <https://www.ijncd.org/article.asp?issn=2468-8827;year=2017;volume=2;issue=4;spage=102;epage=106;aulast=Tripathy>

Valderas, J. M., World Health Organization, & World Health Organization. Department of Service Delivery and Safety. (2016). *Patient engagement*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf>

Vlaev, I., King, D., Darzi, A., & Dolan, P. (2019). Changing health behaviors using financial incentives: a review from behavioral economics. *BMC Public Health*, 19(1), 1059. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7407-8>

Vrablík, M., Piřha, J., Bláha, V., Cífková, R., Freiburger, T., Karásek, D., Kraml, P., Rosolová, H., Sořka, V., Štulc, T., & Urbanová, Z. (2019). Stanovisko výboru České společnosti pro aterosklerózu k doporučením ESC/EAS pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií z roku 2019. In *Lege Artis Medicinae* (Vol. 32, Issues 8–9, pp. 381–383). Literatura Medica Publishing House. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>

WHO. (2011). *Prevention and control of noncommunicable diseases, Outcomes of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases and the First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control, Report by the Secretariat*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_6-en.pdf

WHO. (2017). *Tackling NCDs: “Best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*.

WHO. (2018). *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014: observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053495>

WHO Regional Office for Europe. (2016). *Key considerations for the use of law to prevent noncommunicable diseases in the WHO European Region Report of an intensive legal training and capacity-building workshop on law and noncommunicable diseases*. <http://www.euro.who.int/pubrequest>

WHO Regional Office for Europe. (2020). *Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm Screening programmes: a short guide*.

World Health Organization, & Regional Office for Europe. (2014). *Prevention and control of noncommunicable diseases in the European Region: a progress report*. <http://www.euro.who.int/pubrequest>

www.advanceinstitute.cz