



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



NÁRODNÍ ZPRÁVA O PROJEKTU PaRIS

(Patient Reported Indicator Surveys)

Průzkum zkušeností chronicky nemocných pacientů
s péčí poskytovanou v ordinacích praktických lékařů
a hodnocení výstupů této péče

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ 2025

PODĚKOVÁNÍ

Ministerstvo zdravotnictví děkuje všem, kteří se na přípravě a realizaci projektu PaRIS v České republice podíleli. Prostřednictvím České lékařské společnosti ČLS JEP a její organizační složky, Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, byli do projektu zapojeni všeobecní praktičtí lékaři. Projekt proběhl za podpory patientských organizací. Významnou roli v oblasti sběru a analýzy dat sehrál Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Řízení a koordinace projektu s OECD i na národní úrovni byly v režii Národního manažera projektu (NPM), doc. MUDr. Bohumila Seiferta, Ph.D. Hlavním výzkumníkem týmu NPM byl MUDr. Norbert Král, Ph.D.

Oba jmenovaní ve spolupráci s experty ÚZIS připravili tuto národní zprávu.

Tento dokument přináší informaci o projektu PaRIS, určenou pro využití v České republice. Vychází z Hlavní zprávy OECD, publikované v únoru 2025. Přináší mezinárodní srovnání, ale zároveň je zaměřen na analýzu dat, získaných na národní úrovni, s ohledem na hodnocení kvality péče poskytované chronicky nemocným pacientům. Zjištění, která jsou zasazena do národního kontextu a vztahují se k různým charakteristikám poskytování péče představují klíčový výstup projektu na národní úrovni, který by mohl ukázat cestu ke zlepšení zdravotního systému s ohledem na zkušenosti pacientů a výstupy péče.

Bohumil Seifert, Norbert Král

OBSAH

1. ÚVOD	5
2. HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ	8
2.1. SHRUTÍ.....	8
2.2. O PROJEKTU PaRIS	8
2.3. KLÍČOVÁ ZJIŠTĚNÍ.....	10
2.4. JAK DOBŘE POSKYTUJE ČESKO PÉČI LIDEM S CHRONICKÝMI ONEMOCNĚNÍMI?.....	11
2.5. KOMENTÁŘ KE KLÍČOVÝM ZJIŠTĚNÍM	24
2.6. ZÁKLADNÍ INFORMACE K ORGANIZACI A METODICE PROJEKTU PaRIS.....	26
2.7. ANALÝZA KLÍČOVÝCH UKAZATELŮ PaRIS.....	28
2.7.1. <i>Indikátory výstupu péče (PROMs)</i>	29
2.7.2. <i>Indikátory zkušeností s péčí (PREMs)</i>	30
3. JAK HODNOTÍ POSKYTOVANOU PÉČÍ OSOBY S CHRONICKOU MORBIDITOU A MULTIMORBIDITOU?	34
3.1. GLOBÁLNÍ VÝSTUPY PaRIS A SROVNÁNÍ S VÝSTUPY V ČESKU	35
3.2. VYBRANÉ ASPEKTY PÉČE O POLYMORBIDNÍ PACIENTY.....	36
3.3. VÝZVY PRO ČESKO	40
3.3.1. <i>Transformace primární péče</i>	40
3.3.2. <i>Zlepšení přístupu k duševní péči</i>	40
3.3.3. <i>Zvýšení důrazu na podporu sebeřízení</i>	41
3.3.4. <i>Lepší revize medikace</i>	41
3.3.5. <i>Podpora dlouhodobých vztahů lékař-pacient</i>	41
3.3.6. <i>Investice do primární péče</i>	41
4. PÉČE ZAMĚŘENÁ NA ČLOVĚKA	43
5. ROZDÍLY MEZI POHLAVÍMI A RŮZNÝMI SOCIOEKONOMICKÝMI SKUPINAMI.....	47
6. DŮVĚRA VE ZDRAVOTNÍ SYSTÉM	53
7. VÝZNAM VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU PaRIS PRO BUDOUCNOST ZDRAVOTNICTVÍ	58
8. ŘÍZENÍ A METODIKA PROJEKTU PaRIS	62
8.1 MEZINÁRODNÍ ORGANIZACE A ŘÍZENÍ PROJEKTU	62
8.2 ORGANIZAČNÍ STRUKTURA A ŘÍZENÍ PROJEKTU V ČR.....	63
9. METODIKA PRŮZKUMU: SBĚR DAT U POSKYTOVATELŮ A PACIENTŮ.....	67

9.1. SBĚR DAT U POSKYTOVATELŮ	67
9.2. SBĚR DAT U PACIENTŮ	68
9.3. HODNOCENÍ SBĚRU DAT U POSKYTOVATELŮ A PACIENTŮ	70
9.4. HODNOCENÍ SPOLUPRÁCE SUBJEKTŮ ZAPOJENÝCH DO PROJEKTU A PERSPEKTIVA OPAKOVÁNÍ PRŮZKUMU	72
10. DESKRIPTIVNÍ DATA SOUBORŮ	74
10.1. SOUBORY PACIENTŮ A POSKYTOVATELŮ V MEZINÁRODNÍM SROVNÁNÍ A ZKUŠENOSTI S VYPLŇOVÁNÍM DOTAZNÍKŮ	74
10.2. DESKRIPTIVNÍ DATA POSKYTOVATELŮ	76
10.3. DESKRIPTIVNÍ DATA ČESKÉHO SOUBORU PACIENTŮ A REPREZENTATIVNOST VZORKU	78

1. Úvod

Zdravotnické systémy po celém světě čelí narůstajícím výzvám, mezi které patří stárnutí populace, multimorbidita a rostoucí náklady na zdravotní péči. Z těchto změn vyplývají změny v charakteru péče a nutnost přizpůsobit zdravotnické systémy potřebám chronických pacientů. Abychom věděli, jak to udělat, potřebujeme porozumět aktuální situaci a znát názory pacientů, nejlépe v podobě měřitelných výsledků, hodnotících naplnění těchto potřeb.

S ohledem na tyto skutečnosti iniciovali v roce 2017 ministři zdravotnictví zemí OECD projekt s cílem vyvinout prostřednictvím dotazníkového šetření mezinárodně srovnatelné hodnocení zkušenosti pacientů s poskytováním péče a jejími výstupy, v pozadí různých charakteristik a chování pacientů, poskytovatelů a zdravotních systémů. Zároveň vyhodnotit zapojení pacientů do péče, míru zaměření péče na pacienta a důvěry v poskytovatele. Zjistit, jak zdravotní systémy uspokojují potřeby chronicky nemocných a získat informace pro hodnocení a zlepšování péče. Analyzovat a interpretovat výstupy takovým způsobem, aby mohly podpořit kapacity v jednotlivých zemích pro hodnocení a zlepšování poskytování takové zdravotní péče, která by odpovídala potřebám lidí. Připravit průzkum, který by byl opakovatelný v čase.

Na půdě OECD byla v roce 2017 vytvořena mezinárodní pracovní skupina (*Working Party for the Patient Reported Indicator Survey*), vedená sekretariátem OECD a zahrnující experty, zástupce klíčových institucí, patientských organizací a národní reprezentanty. Východiskem pro plánovaný projekt byly zkušenosti některých zemí s metodikou **hodnocení zkušeností pacientů se zdravotní péčí** pomocí dotazníkových šetření (PREMS – *Patient Reported Experience Measures*) a metodikou **hodnocení výsledků péče pacientem** (PROMS – *Patient Reported Outcome Measures*). Prostřednictvím těchto indikátorů lze zhodnotit kvalitu péče a její výstupy z perspektivy pacientů, posoudit do jaké míry je péče zaměřená na pacienta/člověka a odpovídá jeho potřebám.

V pracovní skupině panovala od začátku shoda, že cílovou skupinou pro projekt jsou rodinní nebo všeobecní praktičtí lékaři (VPL), jako předpokládaní koordinátoři chronické péče, a jejich registrovaní pacienti ve věku nad 45 let. OECD získalo pro spolupráci na projektu významné experty a přední instituce se zkušenostmi z masových průzkumů (IPSOS) a hodnocení kvality primární péče (NIVEL).

Studie **PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys, Průzkum prostřednictvím indikátorů hlášených pacienty)** představuje průlom v hodnocení zdravotnických systémů, neboť klade důraz na perspektivu pacientů. Česká republika byla jednou z 25 zemí OECD, které se k projektu přihlásily. Motivací pro vstup do projektu bylo především:

- možnost podílet se na průzkumu, který v ČR v systematické podobě chybí a jehož prostřednictvím je možné získat potřebné know-how,
- zaměření pozornosti na pacienta, jeho zapojení do péče a jeho potřeby,
- získání podkladů k identifikaci priorit pro zlepšení kvality primární péče z perspektivy pacientů žijících s chronickými nemocemi,
- zaměření pozornosti na primární péči, vzhledem k současnému i budoucímu zadání v managementu chronických onemocnění,
- soulad s probíhající reformou primární péče a strategickým rámcem rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030.

Výstupy studie PaRIS, uvedené v této zprávě, přinášejí informaci, která dosud chybí: názory těch, kterých se zdravotní služby přímo týkají – pacientů. Zachycuje názory více než 107 000 lidí z 1 800 ordinací primární péče v 19 zemích. Poskytuje mezinárodně srovnatelné hodnocení, jak se výstupy péče a zkušenosti uživatelů primární péče ve věku 45 let a více liší v jednotlivých zemích, a jak odpovídá péče poskytovaná v různých zdravotních systémech potřebám lidí s chronickými onemocněními. Odhaluje tak silné a slabé stránky zdravotních systémů zúčastněných zemí. Výstupy projektu PaRIS nabízí přehled globálních trendů a doporučení pro zvýšení efektivity a rovnosti zdravotních systémů. Studie je nepostradatelným nástrojem pro pochopení toho, jak poskytovat lepší, personalizovanou a udržitelnou zdravotní péči pro všechny skupiny obyvatel.

Národní zpráva vychází z mezinárodních dat PaRIS a srovnávacích analýz, publikovaných ve zprávě OECD *Does Healthcare Deliver? Výsledky průzkumů ukazatelů hlášených pacienty (PaRIS)*. Národní zpráva navazuje na dříve publikovaná Hlavní zjištění z projektu PaRIS. Analyzuje situaci v Česku, srovnává jeho výsledky s výsledky ostatních zúčastněných zemí, identifikuje silné stránky a klíčové oblasti pro zlepšení.

Hlavní zjištění představují hodnocení 10 klíčových indikátorů; výsledků péče hlášených pacienty (PROMs) a hodnocení zkušeností s péčí (PREMs). V dalších částech zprávy jsou jednotlivá hodnocení rozvedena a doplněna o hlubší detaily průzkumu.

Zpráva popisuje organizační strukturu projektu a jeho metodologii na mezinárodní i národní úrovni. Podkladem pro národní hodnocení jsou vyplněné dotazníky ze 110 praxí a od 4136 pacientů, kterými do průzkumu přispěla Česká republika.

Zpráva je podkladem pro směřování strategií rozvoje primární péče zaměřené na pacienta a odpovídající skutečné potřebě lidí.

2. Hlavní zjištění

Shrnutí

Česko je jednou z 19 zemí OECD, které se zapojily do hodnocení zdravotního systému z pohledu pacientů v projektu PaRIS. Výstupem projektu je mezinárodně srovnatelné hodnocení toho, jak se výstupy péče a zkušenosti uživatelů primární péče ve věku 45 let a více liší v jednotlivých zemích a jak odpovídá péče poskytovaná v různých zdravotních systémech potřebám lidí s chronickými onemocněními. Výsledky poskytují cenné informace pro zdravotní politiku a reformy.

Navzdory skutečnosti, že ČR patří mezi země s nižšími výdaji na zdravotnictví, pacienti v Česku hlásí, v porovnání s pacienty ze zemí zapojených do projektu OECD PaRIS, nadprůměrné výsledky, především v oblastech výstupů péče i zkušeností pacientů s péčí poskytovanou v ordinacích praktických lékařů. V některých indikátorech, jako je zkušenost s kvalitou poskytované péče, orientace péče na pacienta nebo sociální fungování chronických pacientů, dosahujeme výsledků srovnatelných s nejlépe hodnocenými zeměmi (Švýcarsko, Austrálie, Kanada). Česko je na prvním místě v kontinuitě vztahu lékař – pacient. Efektivita systému, kvalitní organizace primární péče, dlouhodobý vztah pacientů s poskytovateli a dostupnost lékařských konzultací jsou klíčovými faktory, které přispívají k pozitivnímu hodnocení. Významným tématem zůstávají sociálně-ekonomické nerovnosti a rozdíly mezi pohlavími, které v Česku, výrazněji než v průměru zemí OECD, ovlivňují zdraví a zkušenosti s péčí. Překvapivě dobré je hodnocení počítačové gramotnosti při využívání zdravotnických služeb. Naopak zaostáváme v rozvoji e-health, zejména s ohledem na sdílení zdravotnických dat.

2.1. O projektu PaRIS

Studie **PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys)** OECD představuje průlom v hodnocení zdravotnických systémů, neboť klade důraz na perspektivu pacientů. Cílem je prostřednictvím dotazníkového šetření provést hodnocení zkušeností pacientů s poskytováním péče a jejími výstupy. Studie PaRIS přináší informace, které doposud jednotlivé participující státy neměly k dispozici: názory těch, jichž se zdravotní služby přímo

týkají – pacientů. Projekt PaRIS zachycuje názory více než 107 000 lidí z 1 800 ordinací primární péče v 19 zemích, přičemž poskytuje mezinárodně srovnatelné hodnocení, jak se výstupy péče a zkušenosti uživatelů primární péče ve věku 45 let a více liší v jednotlivých zemích, a jak odpovídá péče poskytovaná v různých zdravotních systémech potřebám lidí s chronickými onemocněními.

Vzhledem k tomu, jak počet obyvatel žijících s chronickými onemocněními neustále vzrůstá, potřeba přizpůsobit systémy zdravotní péče jejich potřebám nebyla nikdy naléhavější. PaRIS sehrává klíčovou roli tím, že identifikuje podklady k možné reorganizaci zdravotní péče. Na rozdíl od hodnocení zaměřených na parametry péče jednotlivých diagnóz, využívá PaRIS širší přístup a měří, jak zdravotní péče ovlivňuje životy lidí v různých rovinách. Tato komplexní perspektiva má potenciál změnit způsob, jakým hodnotíme výkonnost systémů zdravotní péče v celosvětovém měřítku.

Zjištění PaRIS zdůrazňují potřebu více koordinované zdravotní péče zaměřené na člověka, zejména pro 80 % uživatelů primární péče ve věku 45 let a více, kteří žijí s alespoň jedním chronickým onemocněním, a pro 50 % uživatelů, kteří žijí se dvěma a více chronickými onemocněními. Výstupy zdůrazňují potřebu zaměřit zdravotní politiku na řešení nerovností, zlepšení koordinace péče a budování důvěry v systémy zdravotní péče. Podpora zapojení pacientů do rozhodování o péči a posilování pevných vztahů se zdravotnickými pracovníky může vést lepším zdravotním výsledkům, větší důvěře v systém zdravotní péče a větší sebedůvěře v řízení vlastního zdraví. Klíčem k dosažení lepších výsledků a lepších zkušeností pacientů je zároveň dostatečně kvalifikovaný zdravotnický personál a primární péče organizovaná podle potřeb lidí.

Základním podkladem pro tento materiál, zaměřený na prezentaci výsledků v České republice, je publikace OECD s názvem *Does Healthcare Deliver? Výsledky průzkumů ukazatelů hlášených pacienty (PaRIS)*. Vychází z analýzy deseti klíčových ukazatelů výsledků a zkušeností hlášených pacienty, které byly v průzkumu použity (tabulka 1), zkoumá zjištění v národním kontextu a porovnává je s průměrem OECD PaRIS. Průměr OECD PaRIS je prostý průměr 19 členských zemí OECD, které se účastní projektu PaRIS (resp. 17 zemí v hodnoceních, kde nebyla zahrnuta data z Itálie a USA).

2.2. Klíčová zjištění

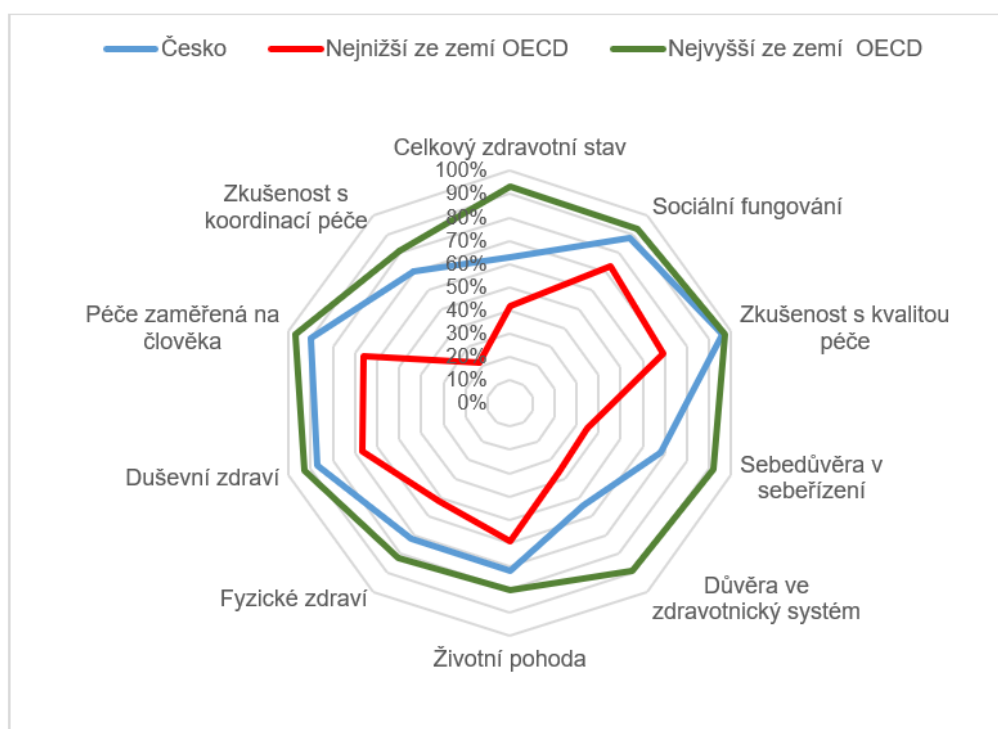
- **Více než sedm z deseti (72 %) lidí s chronickým onemocněním v Česku uvádí dobré fyzické zdraví,** měřeno fyzickou funkcí, bolestí a únavou. To je mírně nad průměrem OECD PaRIS, který činí 70 %.
- **Téměř devět z deseti (87 %) lidí s chronickým onemocněním v Česku uvádí dobré duševní zdraví,** které se týká kvality života, emočního strádání a sociálního zdraví. To je nad průměrem OECD PaRIS, který činí 83 %.
- **Téměř všichni lidé s chronickým onemocněním (96 %) v Česku uvádějí, že mají dobré zkušenosti s kvalitou péče,** což je výrazně nad průměrem OECD PaRIS, který činí 87 %. **Devět z deseti (90 %) lidí v Česku uvádí dobrou péči zaměřenou na pacienta a jeho potřeby,** což je nad průměrem OECD PaRIS, který činí 85 %.
- **Více než polovina (54 %) lidí s chronickým onemocněním v Česku důvěřuje svému zdravotnickému systému,** což je o 8 procentních bodů méně než průměr OECD PaRIS, který činí 62 %.
- **Téměř čtvrtina lidí (24 %) se dvěma nebo více chronickými onemocněními je v Česku sledována v ordinacích primární péče, které nabízejí následné a pravidelné konzultace delší než 15 minut;** to je přibližně polovina průměru OECD PaRIS, který činí 47 %.
- **Tři ze čtyř osob se dvěma nebo více chronickými onemocněními (75 %) v Česku uvádějí, že jsou u stejného lékaře primární péče déle než pět let;** to je o 17 procentních bodů více než v OECD PaRIS.
- **Třetina (33 %) lidí s chronickými onemocněními uvádí, že důvěřuje používání zdravotních informací z internetu,** zatímco průměr OECD PaRIS je 19 % (rozmezí 5-34 %).
- **Téměř všichni pacienti (95 %) jsou vedeni v ordinacích primární péče, které uvádějí, že jsou dobře připraveny koordinovat péči,** což je mnohem více než průměr OECD PaRIS, který činí 56 %. **Naopak jen 6 % pacientů je vedeno v ordinacích, které si mohou vyměňovat zdravotnické záznamy elektronicky,** což je méně než průměr OECD PaRIS (57 %).
- Česko společně se Slovinskem ukazuje, že **dobrých zdravotních výsledků lze dosáhnout i při nižších výdajích na zdravotnictví.**

2.3. Jak dobře poskytuje Česko péči lidem s chronickými onemocněními?

V Česku mají lidé s chronickými onemocněními lepší zkušenosti s kvalitou zdravotní péče a její koordinací ve srovnání s průměrem OECD PaRIS. Zatímco více lidí s chronickým onemocněním uvádí dobré sociální fungování, zdravotní výsledky se pohybují kolem průměru OECD PaRIS. Toto hodnocení je založeno na 10 klíčových výsledcích hlášených pacienty (PROMs= *Patient Reported Outcome Measures*) - fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální fungování, životní pohoda a celkový zdravotní stav a na výsledcích hlášených pacienty (PREMs= *Patient Reported Experience Measures*) - sebedůvěra v sebeřízení, zkušenosti s koordinací péče, zkušenosti s péčí zaměřenou na člověka, zkušenosti s kvalitou péče a důvěra v systém zdravotní péče (obrázek 1).

Obrázek 1 Klíčové ukazatele PaRIS 10

Podíl osob s jedním nebo více chronickými onemocněními, které uvádějí pozitivní výsledky nebo zkušenosti



Poznámka: U všech ukazatelů jsou uvedeny procentuální hodnoty, které vyjadřují procento lidí, kteří uvádějí pozitivní výsledek nebo zkušenost (například pacienti uvádějí, že mají dobrý, velmi dobrý nebo výborný celkový zdravotní stav). Další informace o mezních hodnotách pro pozitivní odpovědi a použitých stupnicích viz tabulka 1. Nejvyšší (nejnižší) hodnota představuje nejvyšší (nejnižší) hodnoty zjištěné pro každý ukazatel mezi 17 zeměmi PaRIS. Zdroj: RISIS, s.r.o.: Databáze PaRIS 2024 OECD

V Česku mají lidé žijící s chronickými onemocněními ve srovnání s ostatními zeměmi PaRIS častěji dobré zdravotní výsledky (obrázek 1):

- Více než sedm z deseti (72 %) lidí s chronickým onemocněním v Česku uvádí **dobré fyzické zdraví**, měřeno fyzickou funkcí, bolestí a únavou. To je mírně nad průměrem OECD PaRIS, který činí 70 %, ale o 10 procentních bodů méně než země s nejlepšími výsledky (82 %).
- Téměř devět z deseti (87 %) lidí s chronickým onemocněním v Česku uvádí dobré **duševní zdraví**, které se týká kvality života, emočního strádání a sociálního zdraví. To je nad průměrem OECD PaRIS, který činí 83 %, a jen o 6 procentních bodů méně než země s nejvyššími výsledky (93 %).
- Více než čtyři z pěti (88 %) lidí s chronickým onemocněním v Česku uvádějí dobré **sociální fungování**, které vyjadřuje, jak dobře lidé vykonávají své obvyklé sociální aktivity a role, které zastávají. To je nad průměrem OECD PaRIS, který činí 83 %, a jen o 5 bodů méně než země s nejvyššími výsledky (93 %).
- Téměř tři čtvrtiny (72 %) lidí s chronickým onemocněním v Česku uvádějí pozitivní **životní pohodu**, která odráží náladu, vitalitu a spokojenost. To je mírně nad průměrem OECD PaRIS (71 %) a o 8 procentních bodů pod nejlépe hodnocenou zemí (80 %).
- Téměř dvě třetiny (63 %) lidí s chronickými onemocněními v Česku uvádějí **dobrý celkový zdravotní stav**, což je mírně pod průměrem OECD PaRIS (66 %), ale o 30 procentních bodů méně než v zemi s nejlepšími výsledky (93 %).

V Česku mají lidé žijící s chronickými onemocněními v porovnání s ostatními zeměmi PaRIS častěji pozitivní zkušenosti se zdravotní péčí (obrázek 1):

- Více než dvě třetiny (68 %) lidí s chronickými onemocněními v Česku se cítí **sebejistě, pokud jde o řízení vlastního zdraví**, což je výrazně nad průměrem OECD PaRIS (59 %), ale o 24 procentních bodů méně než v zemi s nejlepšími výsledky (92 %).
- Sedm z deseti (70 %) lidí s chronickým onemocněním v Česku uvádí dobrou **koordinaci péče**, což je výrazně nad průměrem OECD PaRIS (59 %), ale o 11 procentních bodů méně než v zemi s nejlepšími výsledky (81 %).

- Devět z deseti (90 %) lidí s chronickým onemocněním v Česku uvádí dobrou **péči zaměřenou na člověka**, tedy péči zaměřenou na potřeby pacienta, což je nad průměrem OECD PaRIS (85 %) a jen o 7 procentních bodů méně než v zemi s nejlepšími výsledky (97 %).
- Téměř všichni lidé s chronickými onemocněními (96 %) v Česku uvádějí, že **zažívají dobrou kvalitu péče**, což je výrazně nad průměrem OECD PaRIS (87 %) a blízko nejlépe hodnocené zemi (97 %).
- Více než polovina (54 %) lidí s chronickým onemocněním v Česku **důvěřuje svému zdravotnickému systému**, což je o 8 procentních bodů méně než průměr OECD PaRIS (62 %).

Tabulka 1 PROMs a PREMs v PaRIS

Měření výsledků péče hlášených pacienty (PROMs)

Fyzické zdraví	Odpovědi na čtyři otázky měřící fyzickou funkci, bolest a únavu, možnosti odpovědi na stupnici 1-5. Průměrné skóre pacientů. Surová škála 4-20 převedená na metriku T-skóre, v níž 50 je průměr a 10 směrodatná odchylka referenční populace PROMIS. Rozsah T-skóre 16,2-67,7. Procento pacientů, kteří uvedli pozitivní výsledek (T-skóre 42 nebo více, což odpovídá dobrému nebo lepšímu fyzickému zdraví ve srovnání s „dobrým“ nebo „špatným“ zdravím na základě referenční populace PROMIS), je uvedeno na obrázku 1. Datový nástroj: PROMIS® Scale v1.2 - Global Health scale.
Duševní zdraví	Odpovědi na čtyři otázky týkající se kvality života, emočního stresu a sociálního zdraví, možnosti odpovědi na škále 1-5. Průměrné skóre pacientů. Surová škála 4-20 převedená na metriku T-skóre, v níž 50 je průměr a 10 směrodatná odchylka referenční populace PROMIS. Rozsah T-skóre 21,2-67,6. Procento pacientů, kteří uvedli pozitivní výsledek (T-skóre 40 nebo více, což odpovídá dobrému nebo lepšímu duševnímu zdraví ve srovnání s „dobrým“ nebo „špatným“ zdravím na základě referenční populace PROMIS), je uvedeno na obrázku 1. Datový nástroj: PROMIS® Scale v1.2 - Global Health scale.
Sociální fungování	Odpověď na otázku: „Obecně prosím ohodnoťte, jak dobře vykonáváte své obvyklé sociální aktivity a role [blíže specifikováno v dotazníku]“, možnosti odpovědi se pohybují od špatné (1) po výbornou (5). Procento pacientů, kteří odpověděli dobře, velmi dobře nebo výborně (v porovnání s odpověďmi „dobře“ nebo „špatně“). Datový nástroj: PROMIS® Scale v1.2 - Global Health scale.
Životní pohoda / Well-being	Odpovědi na pět otázek měřících pohodu (cítím se veselý a v dobré náladě, klidný a uvolněný, aktivní a energický, spokojený v každodenním životě, svěží a odpočatý), možnosti odpovědi na stupnici 0-5. Průměrné skóre pacientů (hrubá stupnice 0-25 převedená na stupnici 0-100). Procento pacientů, kteří uvádějí pozitivní výsledek (skóre ≥ 50, což znamená, že nejsou ohroženi klinickou depresí), je uvedeno na obrázku 1. Datový nástroj: WHO-5 Well-being Index.
Celkový zdravotní stav	Odpověď na otázku: „Obecně byste řekl/a, že je váš zdravotní stav ...“, kde se možnosti odpovědi pohybují od špatného (1) po vynikající (5). Procento pacientů, kteří odpověděli dobře, velmi dobře nebo výborně (v porovnání s odpověďmi dobře nebo špatně). Datový nástroj: PROMIS® Scale v1.2 - Global Health scale

Měření zkušeností s péčí hlášených pacienty (PREMs)

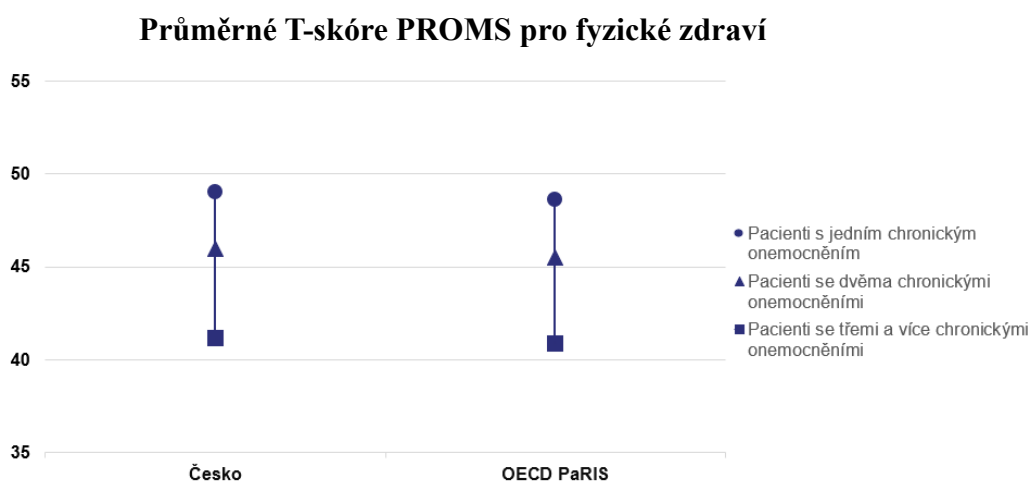
Sebedůvěra v sebeřízení	Odpověď na otázku: „Jak jste si jistý/á, že dokážete řídit své zdraví a pohodu?“, možnosti odpovědí v rozmezí od vůbec nevěřím (0) po velmi věřím (3). Procento pacientů, kteří si jsou jisti nebo velmi jisti (v porovnání s pacienty, kteří si jsou jisti nebo si nejsou jisti vůbec). Datový nástroj: Dotazník P3CEQ.
Zkušenost s koordinací péče	Odpovědi na pět otázek měřících koordinaci péče (spojená péče, jediný kontakt, celkový plán péče, podpora při sebeobsluze, informace pro sebeobsluhu). Možnosti odpovědí na stupnici 0-3. Průměrné skóre pacientů (na stupnici 0-15). Procento pacientů, kteří uvádějí pozitivní zkušenost (50 % a více bodů v 5 otázkách, tj. skóre na stupnici $\geq 7,5$) znázorněné na obrázku 1. Datový nástroj: Dotazník P3CEQ, údaje jsou k dispozici pouze pro osoby s chronickým onemocněním/chronickými onemocněními.
Péče zaměřená na člověka	Odpovědi na osm otázek zjišťujících, zda je péče zaměřena na člověka (diskuse o tom, co je důležité, zapojení do rozhodování, zohlednění „celého člověka“, není třeba opakovat informace, péče je propojená, podpora pro vlastní řízení, informace pro vlastní řízení, důvěra pro vlastní řízení). Možnosti odpovědí na stupnici 0-3. Průměrné skóre pacientů (na stupnici 0-24). Procento pacientů, kteří uvádějí pozitivní zkušenosti (50 % nebo více bodů v 8 otázkách, tj. skóre na škále ≥ 12), je uvedeno na obrázku 1. Datový nástroj: Dotazník P3CEQ, údaje jsou k dispozici pouze pro osoby s chronickým onemocněním/chronickými onemocněními.
Zkušenost s kvalitou péče	Odpověď na otázku: „Jak celkově hodnotíte lékařskou péči, kterou jste v posledních 12 měsících obdržel(a) v ordinaci svého praktického lékaře?“, škála možností odpovědí od špatné (1) po výbornou (5). Procento pacientů, kteří odpověděli dobře, velmi dobře nebo výborně (ve srovnání s odpověďmi dobře, špatně a nevím). Datový nástroj: Převzato z mezinárodního průzkumu zdravotní politiky Commonwealth Fund.
Důvěra v systém zdravotní péče	Odpověď na otázku: „Jak silně souhlasíte nebo nesouhlasíte s tím, že lze systému zdravotní péče důvěřovat?“, odpověď možnosti se pohybují od rozhodně nesouhlasím (1) po rozhodně souhlasím (5). Procento pacientů, kteří souhlasí nebo rozhodně souhlasí (ve srovnání s ani souhlasím, ani nesouhlasím, nesouhlasím, rozhodně nesouhlasím). Datový nástroj: Vychází pokynů OECD pro měření důvěry a je podobný otázkám ve vybraných národních průzkumech.

Vyšší počet chronických onemocnění nepříznivě ovlivňuje výsledky v oblasti fyzického zdraví, duševního zdraví a sociálního fungování

Lidé žijící s více chronickými onemocněními hlásí nižší úroveň fyzického a duševního zdraví, životní pohody a sociálního fungování ve srovnání s těmi, kteří žijí s jedním chronickým onemocněním. Tento vzorec je v souladu s průměrem OECD PaRIS, nicméně Česko dosahuje ve většině zdravotních výsledků u osob s více chronickými onemocněními o něco lepších výsledků než průměr OECD PaRIS. Konkrétně:

- V Česku mají lidé se třemi a více chronickými onemocněními nižší pravděpodobnost, že budou hlásit dobrý zdravotní stav než lidé se dvěma chronickými onemocněními. Tento vzorec je v souladu s výsledky jiných zemí.
- Lidé žijící s více chronickými onemocněními v Česku mají horší fyzické zdraví v porovnání s lidmi žijícími pouze s jedním chronickým onemocněním, a to s rozdílem 8 bodů, což odpovídá průměru OECD PaRIS. Skóre fyzického zdraví u osob s alespoň jedním chronickým onemocněním v Česku je srovnatelné s průměrem OECD PaRIS (obrázek 2). Přesto lidé se třemi a více chronickými onemocněními v Česku vykazují skóre fyzického zdraví pod hranicí dobrého stavu (42), podobně jako v průměru OECD PaRIS.

Obrázek 2 Fyzické zdraví osob s jedním, dvěma a třemi a více chronickými onemocněními

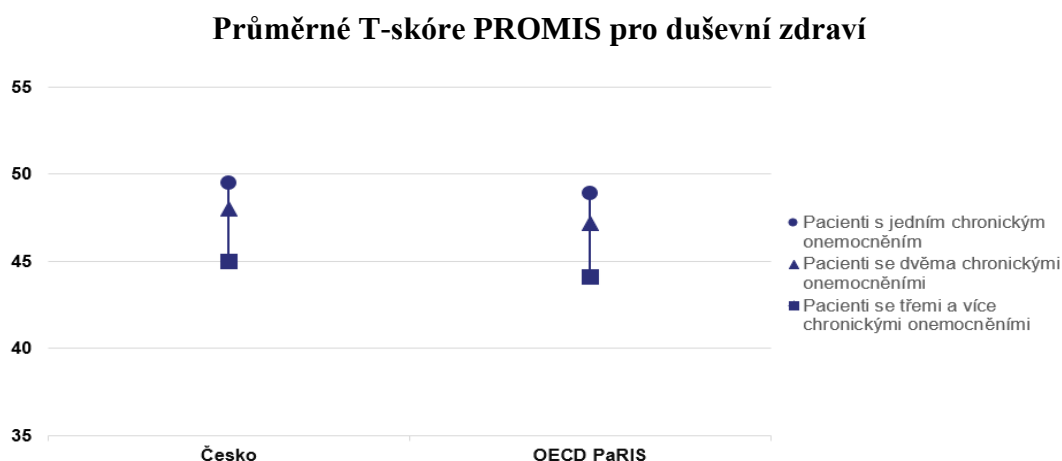


Poznámka: Průměr OECD PaRIS je vypočítán na základě údajů ze zúčastněných členských zemí OECD. Škála PROMIS® v1.2 - Globální složka zdraví pro fyzické zdraví je metrika T-skóre s rozsahem 16-68 a hranicí dobrého a spravedlivého stavu 42, přičemž vyšší hodnoty představují lepší fyzické zdraví.

Zdroj: Databáze OECD PaRIS 2024

Česko si vede srovnatelně s průměrem OECD PaRIS, pokud jde o duševní zdraví osob žijících s alespoň jedním chronickým onemocněním. Lidé s více chronickými onemocněními v Česku uvádějí horší duševní zdraví než lidé s jedním chronickým onemocněním, a to s pětibodovým rozdílem, který se pohybuje kolem průměru OECD PaRIS (obrázek 3).

Obrázek 3 Duševní zdraví osob s jedním, dvěma a třemi a více chronickými onemocněními

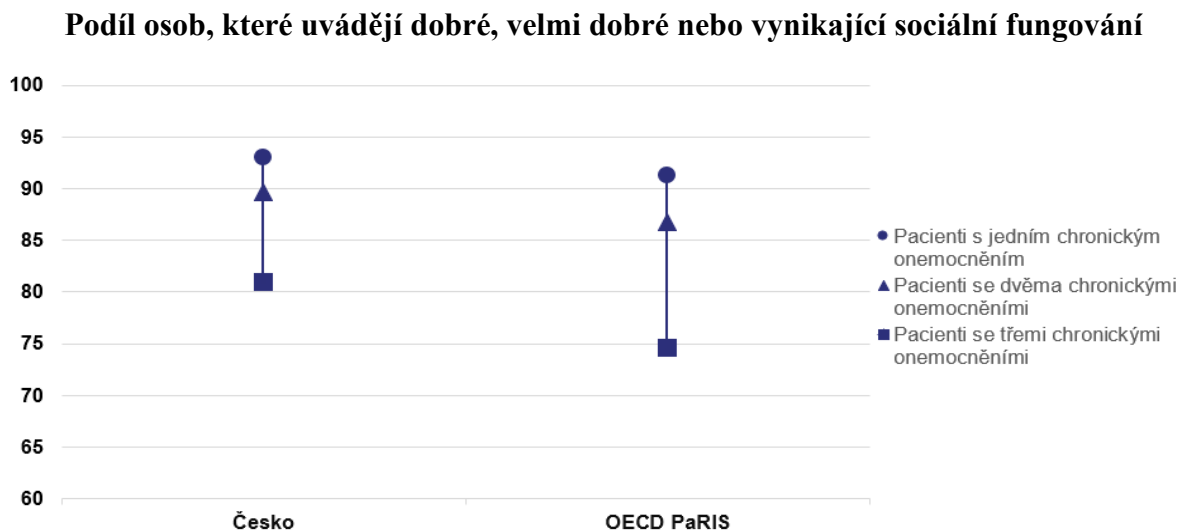


Poznámka: Průměr OECD PaRIS je vypočítán na základě údajů ze zúčastněných členských zemí OECD. Škála PROMIS® v1.2 - Globální složka zdraví pro duševní zdraví je metrika T-skóre s rozsahem 21-68 a hranicí dobrého stavu 40, přičemž vyšší hodnoty představují lepší duševní zdraví.

Zdroj: Databáze OECD PaRIS 2024

Podobně jako ve většině zemí, i v Česku lidé s více chronickými onemocněními uvádějí dobré sociální fungování méně často, než ti s jedním chronickým onemocněním (obrázek 4). Zatímco 93 % lidí s jedním chronickým onemocněním v Česku má dobré sociální fungování, u lidí se třemi a více chronickými onemocněními se tento podíl snižuje na 81 %. I přesto Česko zaznamenává lepší výsledky v porovnání s průměrem OECD PaRIS (75 %).

Obrázek 4 Sociální fungování osob s jedním, dvěma a třemi a více chronickými onemocněními



Poznámka: Průměr OECD PaRIS je vypočítán na základě údajů ze zúčastněných členských zemí OECD. Škála PROMIS® v1.2 položka Globální zdraví týkající se sociálního fungování. Procento pacientů, kteří na otázku odpověděli dobře, velmi dobře nebo výborně (v porovnání s odpovědí dobře nebo špatně): "Obecně prosím ohodnoťte, jak dobře vykonáváte své obvyklé sociální aktivity a role [blíže specifikováno v dotazníku]".

Zdroj: Databáze OECD PaRIS 2024

Česko dosahuje nadprůměrných výsledků v rámci OECD PaRIS ve většině charakteristik primární péče, s výjimkou počtu ordinací, které vykazují dobu následné konzultace delší než 15 minut.

Charakteristiky konzultací v primární péči spojené s vyšší úrovní hlášené kvality péče souvisejí s časem, a to jak s časem naplánovaným na pravidelné a následné konzultace, tak s délkou vztahu se stejným lékařem primární péče. Při zlepšování poskytování zdravotní péče lidem s více chronickými onemocněními hraje roli i péče nelékařských zdravotnických pracovníků. Systematické kontroly medikace u osob s více chronickými onemocněními mohou zvýšit bezpečnost, účinnost a koordinaci medikace.

Ve většině těchto charakteristik primární péče dosahuje Česko srovnatelných výsledků s průměrem OECD PaRIS (obrázek 5). Podíl osob, které mají možnost se objednat na následnou konzultaci delší než 15 minut, je v Česku nižší než v OECD PaRIS. Naopak Česko vykazuje v rámci OECD PaRIS, největší podíl osob, které jsou v péči stejného lékaře déle než pět let.

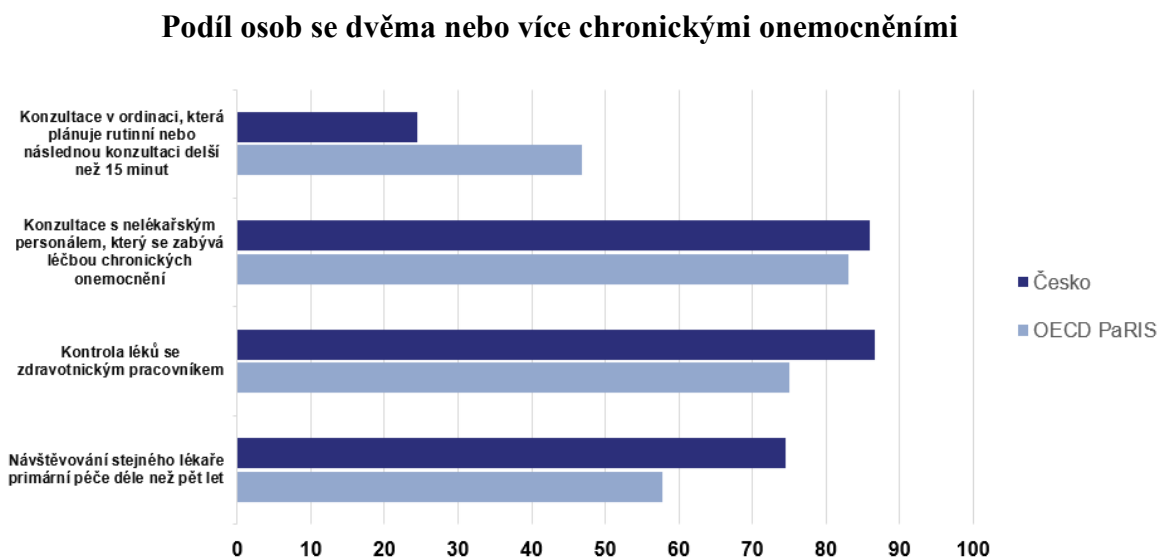
- Téměř čtvrtina lidí (24 %) se dvěma nebo více chronickými onemocněními je

v Česku sledována v ordinacích primární péče, které nabízejí následné a pravidelné konzultace delší než 15 minut; to je přibližně polovina průměru OECD PaRIS, který činí 47 %.

- V České republice jsou více než čtyři z pěti osob (86 %) se dvěma nebo více chronickými onemocněními vedeny v ordinacích primární péče, kde se na léčbě chronických onemocnění podílí nelékařský zdravotnický personál; to se blíží průměru OECD PaRIS, který činí 83 %.
- Více než čtyři z pěti osob (87 %) se třemi nebo více chronickými onemocněními v České republice uvádějí, že jejich léky byly v posledních 12 měsících zkontrolovány zdravotnickým pracovníkem; to je o 12 procentních bodů více, než činí průměr OECD PaRIS (75 %).

Tři ze čtyř osob se dvěma nebo více chronickými onemocněními (75 %) v Česku uvádějí, že jsou u stejného lékaře primární péče déle než pět let; to je o 17 procentních bodů více než v OECD PaRIS.

Obrázek 5 Poskytování primární péče osobám s více chronickými onemocněními



Poznámka: Průměr OECD PaRIS je vypočítán na základě údajů ze zúčastněných členských zemí OECD.
 *Výsledky pro pacienty se třemi nebo více chronickými onemocněními, kteří uvedli, že jejich léky byly v posledních 12 měsících přezkoumány zdravotnickým pracovníkem.
 Zdroj: Databáze OECD PaRIS 2024

Péče zaměřená na člověka: Česko vykazuje silné stránky v koordinaci péče a digitální zdravotní gramotnosti, ale má problémy v zavádění elektronických zdravotních záznamů.

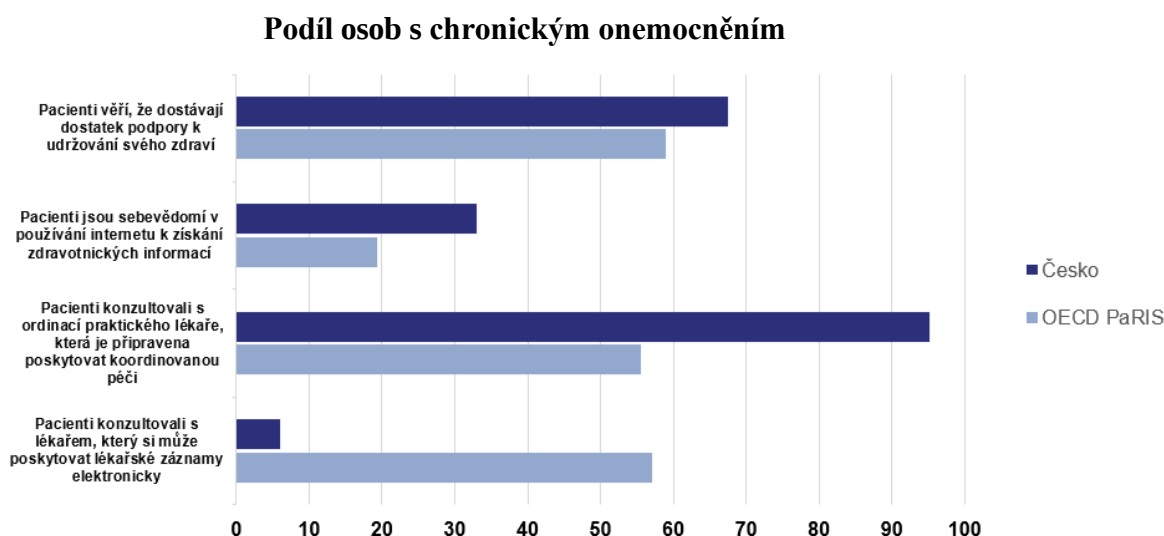
Péče zaměřená na člověka, tedy zdravotní péče, která se zaměřuje na potřeby lidí, je základním ukazatelem kvality a výkonnosti systémů zdravotní péče a primární péče. Údaje PaRIS ukazují, že přístup, který upřednostňuje silné zapojení pacientů a účinnou koordinaci péče, je spojen s lepšími zdravotními výsledky a zkušenostmi pacientů. Tento přístup je zvláště přínosný při léčbě chronických onemocnění, protože dává pacientům možnost aktivně se podílet na rozhodování o svém zdraví.

V ukazatelích péče zaměřené na člověka vykazuje Česko ve srovnání s průměrem OECD PaRIS smíšené výsledky (obrázek 6):

- Přibližně 68 % lidí s chronickými onemocněními v Česku dostává dostatečnou podporu, aby mohli sami řídit svůj zdravotní stav, což je nad průměrem OECD PaRIS, který činí 63 %.
- Česko vyniká v digitální zdravotní gramotnosti - 33 % lidí s chronickými onemocněními uvádí, že důvěřuje používání zdravotních informací z internetu, zatímco průměr OECD PaRIS je 19 % (rozmezí 5-34 %).
- Téměř všichni (95 %) lidé s chronickými onemocněními jsou vedeni v ordinacích primární péče, které uvádějí, že jsou dobře připraveny koordinovat péči, což je mnohem více než průměr OECD PaRIS, který činí 56 %.
- Naopak pouze 6 % osob s chronickými onemocněními je vedeno v ordinacích, které si mohou vyměňovat lékařské záznamy elektronicky, což je podstatně méně než průměr OECD PaRIS, který činí 57 %.

Tyto výsledky poukazují na dobré výsledky, které Česko zaznamenává v oblasti koordinace péče a digitální zdravotní gramotnosti, ale zdůrazňují značné problémy při zavádění systémů elektronických zdravotních záznamů v ordinacích primární péče.

Obrázek 6 Spoluvytváření, koordinace a využívání digitálních nástrojů v primární péči



Poznámka: Výsledky pro osoby s jedním nebo více chronickými onemocněními přiřazené k ordinaci. Koprodukcce: Pacienti uvádějí, že dostávají dostatečnou podporu a důvěru při používání zdravotních informací z internetu (eHEALS). Koordinace: Pacienti vedeni v ordinacích, které jsou dobře připraveny na koordinaci péče a které si mohou elektronicky vyměňovat zdravotní záznamy, uvádějí pacienti a zúčastněné ordinace primární péče. Průměr OECD PaRIS nezahrnuje Spojené státy pro ukazatele na úrovni praxe.

Zdroj: Databáze OECD PaRIS 2024

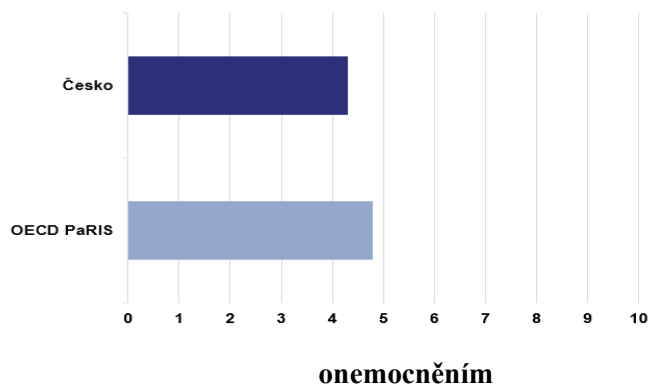
V Česku existují nerovnosti v hodnocení výstupů péče a zkušeností s péčí s ohledem na pohlaví a úroveň příjmů

Mezi lidmi s alespoň jedním chronickým onemocněním existují v Česku rozdíly v pocitu životní pohody a důvěře v systémy zdravotní péče mezi pohlavími, přičemž oba ukazatele jsou nižší u žen (obrázek 7 a obrázek 8).

- Rozdíl v pocitu životní pohody žen a mužů je v Česku srovnatelný s průměrem OECD PaRIS (5 bodů). Tento rozdíl mezi pohlavími odráží výsledky ostatních zemí a Česko dosahuje podobných výsledků jako průměr OECD PaRIS, pokud jde o životní pohodu mužů i žen.
- Zatímco 63 % mužů s chronickým onemocněním v Česku má důvěru ve zdravotní péči, důvěru ve zdravotní péči má pouze 48 % žen s chronickým onemocněním. Tyto výsledky důvěry jsou nižší než průměr OECD PaRIS pro muže (67 %) i ženy (58 %) s chronickými onemocněními.
- Rozdíl v důvěře mezi muži a ženami v České republice (15 procentních bodů) je největší mezi zeměmi OECD PaRIS a vyšší než průměrný rozdíl OECD PaRIS (9 procentních bodů).

Obrázek 7 Životní pohoda uváděná muži a ženami

Rozdíl průměrných indexů životní pohody mezi ženami a muži u osob s chronickým

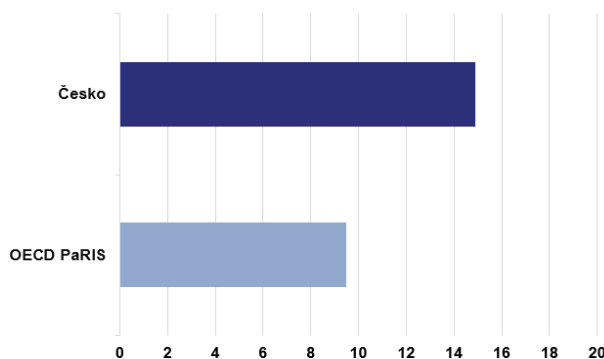


Poznámka: Průměr OECD PaRIS je vypočítán na základě údajů ze zúčastněných členských zemí OECD. Index životní pohody WHO-5. Odpovědi na pět otázek měřících životní pohodu. Surová škála 0-25 převedena na škálu 0-100, přičemž 0 znamená nejnižší možnou životní pohodu a 100 nejvyšší. Kladná hodnota rozdílu znamená, že ženy uvádějí vyšší úroveň životní pohody než muži.

Zdroj: databáze OECD PaRIS 2024

Obrázek 8 Důvěra v systém zdravotní péče uváděná muži a ženami

Rozdíl procent žen a mužů s chronickým onemocněním, kteří uvádějí, že důvěřují systému zdravotní péče



Poznámka: Průměr OECD PaRIS je vypočítán na základě údajů ze zúčastněných členských zemí OECD. Důvěra v systém zdravotní péče: Odpovědi na otázku: "Jak silně souhlasíte nebo nesouhlasíte s tím, že systému zdravotní péče lze důvěřovat?", "rozhodně souhlasím, souhlasím" versus "ani souhlasím, ani nesouhlasím, nesouhlasím, rozhodně nesouhlasím". Kladná hodnota rozdílu znamená, že ženy uvádějí vyšší důvěru ve zdravotní systém než muži.

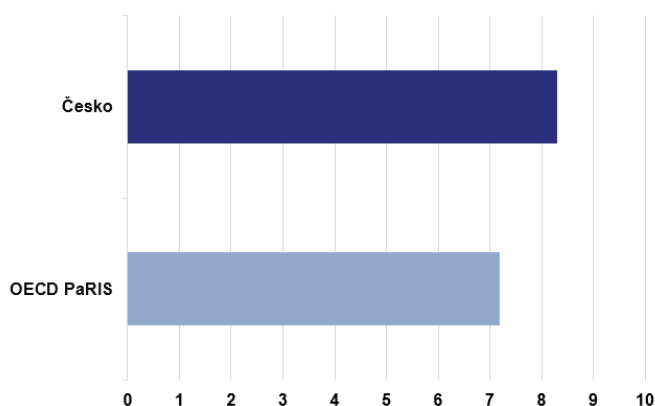
Zdroj: Databáze OECD PaRIS 2024

Stejně jako v ostatních zemích OECD i v Česku lidé s chronickými onemocněními a vyššími příjmy uvádějí vyšší životní pohodu a důvěru v systém zdravotní péče (obrázek 9 a obrázek 10):

- V zemích OECD PaRIS uvádějí lidé s chronickým onemocněním a vyššími příjmy lepší životní pohodu, než chronicky nemocní lidé s nižšími příjmy (rozdíl 7 bodů). V Česku je úroveň životní pohody napříč příjmovými skupinami srovnatelná s průměrem OECD PaRIS, i když u lidí s vysokými příjmy je mírně vyšší.
- V Česku mezi lidmi žijícími s chronickým onemocněním důvěřuje zdravotnickému systému téměř sedm z deseti lidí (65 %) s vyššími příjmy, zatímco u lidí s nižšími příjmy je to 48 %. Míra důvěry ve zdravotnický systém v jednotlivých příjmových skupinách je podobná průměru OECD PaRIS pro skupiny s vysokými (70 %) a nízkými příjmy (59 %).
- Rozdíl v důvěře mezi skupinami s vysokými a nízkými příjmy je v Česku největší mezi zeměmi OECD PaRIS, ale není statisticky významný.

Obrázek 9 Životní pohoda podle výše příjmu

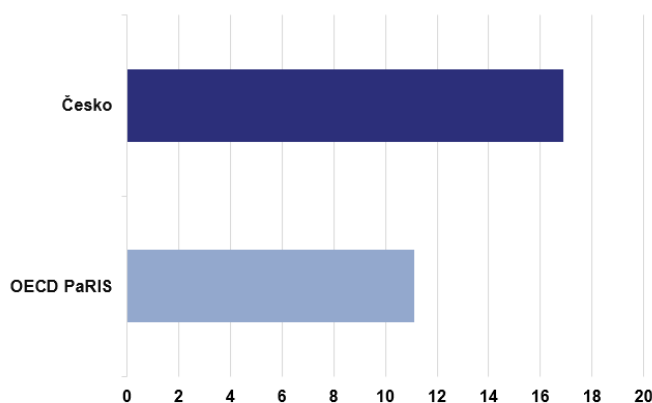
**Rozdíl průměrných indexů životní pohody u osob
s chronickým onemocněním s vyššími a nižší příjmy**



Poznámka: Průměr OECD PaRIS je vypočítán na základě údajů ze zúčastněných členských zemí OECD. Index životní pohody WHO-5. Odpovědi na pět otázek měřících životní pohodu. Surová škála 0-25 převedena na škálu 0-100, přičemž 0 znamená nejnižší možnou životní pohodu a 100 nejvyšší. Kladná hodnota rozdílu znamená, že pacienti s vyššími příjmy uvádějí vyšší úroveň životní pohody než pacienti s nižšími příjmy.
Zdroj: Databáze OECD PaRIS 2024

Obrázek 10 Důvěra v systém zdravotní péče podle výše příjmu

Rozdíl procent osob s chronickým onemocněním s vyššími a nižšími příjmy, kteří uvádějí, že důvěřují systému zdravotní péče



Poznámka: Průměr OECD PaRIS je vypočítán na základě údajů ze zúčastněných členských zemí OECD. Důvěra v systém zdravotní péče: Odpovědi na otázku: "Jak silně souhlasíte nebo nesouhlasíte s tím, že systému zdravotní péče lze důvěřovat?", "rozhodně souhlasím, souhlasím" versus "ani souhlasím, ani nesouhlasím, nesouhlasím, rozhodně nesouhlasím". Kladná hodnota rozdílu znamená, že pacienti s vyššími příjmy uvádějí vyšší důvěru ve zdravotní systém než pacienti s nižšími příjmy.

Zdroj: Databáze OECD PaRIS 2024

2.5. Komentář ke klíčovým zjištěním

- **Nadprůměrné hodnocení indikátorů výsledků péče** hodnocených pacienty (PROMs) v Česku, jako fyzické zdraví, duševní zdraví, celkové zdraví, životní pohoda a sociální fungování, je výsledkem širšího komplexu příčin a nelze ho zjednodušit na důsledek poskytování zdravotní péče, resp. primární péče. Nicméně svědčí o tom, že český zdravotnický systém je z pohledu indikátorů, pacienty hodnocených výstupů péče, efektivní.
- **Péče o duševní zdraví** musí být nedílnou součástí péče o polymorbidní pacienty. V postgraduálním a celoživotním vzdělávání poskytovatelů primární péče by měl být věnován větší prostor rozpoznávání a zvládání duševních onemocnění a osvojení přístupu ke komplexním a koordinovaným službám duševní péče.
- **Česko patří mezi nejlepší země v průzkumu PaRIS s ohledem na pozitivní zkušenosti chronicky nemocných pacientů s kvalitou primární péče, koordinací**

péče a péči zaměřenou na člověka. Vynikáme v délce trvání vztahu praktický lékař–pacient. Je to výsledek dobré organizace primární péče, systému registrací, dostupností lékařských konzultací a chování všeobecných praktických lékařů v systému. Je potřeba dále posilovat roli primární péče jako koordinátora komplexní péče o pacienty s polymorbiditou. Tato potřeba se musí promítnout do postgraduálního i celoživotního vzdělávání všeobecných praktických lékařů. Je třeba podporovat rozvoj týmových praxí, ve kterých je prostor pro navýšení personálních i odborných kapacit pro koordinaci a poskytování komplexní péče.

- V Česku je **důvěra pacientů** v systém zdravotní péče i jejich vlastní **schopnost řídit své zdraví** na podprůměrné úrovni s ohledem na země v projektu PaRIS. Důvěra ve zdravotní systémy je zásadní nejen pro individuální zdraví, ale také pro celkovou odolnost a efektivitu systémů zdravotní péče. Cesta k lepším výsledkům péče vede přes větší zapojení informovaných pacientů. Doporučuje se zavádět a pacientům zpřístupnit vzdělávací programy, společně s pacienty vytvářet plány péče a explicitně stanovovat cíle péče. Podpora sebeřízení může zlepšit sebedůvěru pacientů, což povede k lepším zdravotním výsledkům.
- Výzkum ukazuje **potřebu přizpůsobit zdravotní péči různým skupinám obyvatel** – podle pohlaví, věku a socioekonomického postavení tak, aby byla zaručena rovnost přístupu k péči léčebné i preventivní, a k informacím, potřebným pro sebeřízení péče. Přetrvávající genderové a socioekonomické nerovnosti v oblasti zdraví vyžadují cílené politické zásahy a komplexní přístup. Investice do inkluzivního a spravedlivého zdravotnictví přinesou lepší zdravotní výsledky, zvýší důvěru pacientů a posílí odolnost zdravotních systémů v globálním měřítku.
 - Výsledky průzkumu PaRIS ukazují, že **i při nižších výdajích na zdravotnictví Česko dosahuje vysoké kvality péče** a pozitivních výsledků. To zároveň ukazuje na rozdílový přínos investic do rozvoje primární péče.
 - Česko vykazuje **podprůměrné výsledky v oblasti rozvoje e-health a vysoce podprůměrné v oblasti sdílení zdravotních záznamů**. Sdílení informací mezi různými poskytovateli je klíčovým prvkem pro zlepšení koordinace péče. Primární péče, kde se shromažďují data pacienta a kde by péče měla být koordinována, by měla být v rozvoji e-health prioritním segmentem péče.

Český zdravotnický systém, zahrnující silnou a organizovanou primární péči, má solidní základ. Implementace doporučení z projektu PaRIS může zajistit, aby Česko, i v éře rostoucí chronické polymorbidity, nadále patřilo mezi země s efektivním zdravotnickým systémem s vysokou kvalitou péče zaměřené na potřeby pacientů.

2.6. Základní informace k organizaci a metodice projektu PaRIS

PaRIS poskytuje informace o výsledcích péče a zkušenostech hlášených pacienty a o jejich zdravotním chování, na pozadí jejich sociodemografických charakteristik. Zároveň přináší informace od poskytovatelů zdravotní péče. Sběr dat probíhal v letech 2023-24 a první výsledky byly zveřejněny v únoru 2025 v publikaci *Does Healthcare Deliver: Výsledky průzkumu ukazatelů hlášených pacienty (PaRIS)*.

Výsledky zahrnují 107 011 uživatelů primární péče (ve věku 45 a více) z 1 816 ordinací primární péče v 19 zemích: Austrálie, Belgie, Česko, Francie, Island, Itálie, Kanada, Lucembursko, Nizozemsko, Norsko, Portugalsko, Rumunsko, Saúdská Arábie, Řecko, Slovinsko, Spojené státy, Španělsko, Švýcarsko a Wales (Velká Británie). Všechny výsledky vztažené k jednotlivým zemím jsou standardizovány podle věku a pohlaví, aby se zohlednily různé demografické profily jednotlivých zemí. Na obrázku 1 nejvyšší (nejnižší) hodnota představuje hodnotu zjištěnou u každého ukazatele mezi 17 zeměmi PaRIS. V Itálii a Spojených státech se kritéria způsobilosti pro účast pacientů lišila od pokynů, proto tyto země nejsou v tomto obrázku zahrnuty. Podrobné informace o tvorbě dotazníku a o metodologii sběru dat jsou uvedeny ve výše uvedeném zdrojovém dokumentu a jsou dále rozvedeny v Národní zprávě.

Česká republika přispěla k průzkumu 110 dotazníky od poskytovatelů a 4 136 dotazníky od jejich pacientů. Účast byla nabídnuta všeobecným praktikám, vybraným slepě z Národního registru poskytovatelů zdravotní péče. V praxích byl dotazník vyplňován on-line. Pacienti starší 45 let, kteří měli kontakt s ordinací v posledních 6 měsících, byli vybráni pravděpodobnostním výběrem z registrů zúčastněných praxí a odpovídali on-line, resp. z jedné pětiny vyplnili papírový dotazník.

Tato kapitola se zaměřuje na detailnější hodnocení zdravotního stavu a zkušeností pacientů s chronickými onemocněními v Česku, na základě dotazníkového průzkumu. Česká republika vykazuje ve srovnání zemí OECD zúčastněných na projektu dobré výsledky v několika ukazatelích, včetně hodnocení kvality péče i životní pohody, i když jsou patrné rozdíly mezi různými socioekonomickými skupinami a pohlavími. Výsledky ukazují, jak různé faktory ovlivňují zkušenosti pacientů a jejich vnímání zdravotní péče.

Přehled národních výsledků v 10 klíčových indikátorech přináší tabulka 2.

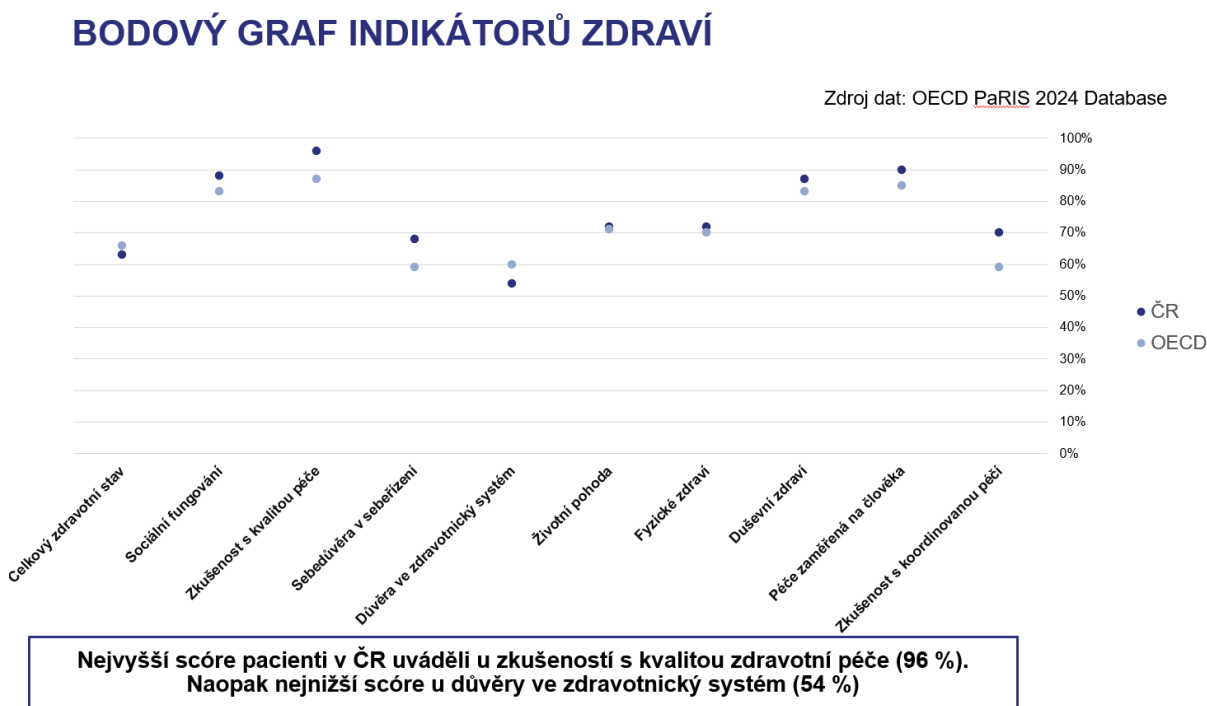
Tabulka 2 Národní výsledky v 10 klíčových indikátorech

	Výstupy péče hlášené pacienty (PROMs)					Zkušenosti s péčí hlášené pacienty (PREMs)				
	Fyzické zdraví	Duševní zdraví	Sociální fungování	Životní pohoda	Celkový zdravotní stav	Sebedůvěra v sebeřízení	Zkušenost s koordinací péče	Péče zaměřená na člověka	Zkušenost s kvalitou péče	Důvěra v systém zdravotní péče
Pozitivní výsledky	≥ 42	≥ 40	Dobrá, velmi dobrá, výborná	≥ 50	Dobrá, velmi dobrá, výborná	Jistý, velmi jistý	≥ 7.5	≥ 12.0	Dobrá, velmi dobrá, výborná	Souhlasím, zcela souhlasím
OECD PaRIS	45 (70%)	47 (83%)	83%	60 (71%)	66%	59%	8.2 (59%)	16.3 (85%)	87%	62%
Australia	47 (74%)	48 (81%)	80%	59 (70%)	74%	61%	9.6 (74%)	18.1 (94%)	94%	64%
Belgium	45 (68%)	46 (83%)	85%	60 (71%)	72%	63%	8.8 (67%)	17.9 (93%)	95%	70%
Canada	47 (77%)	49 (87%)	87%	62 (74%)	83%	59%	9.3 (71%)	12.1 (63%)	94 %	61%
Czechia	46 (72%)	48 (87%)	88%	60 (72%)	63%	68%	9.2 (70%)	17.1 (90%)	96%	54%
France	45 (68%)	46 (87%)	91%	58 (67%)	76%	92%	8.4 (61%)	17.1 (92%)	91%	61%
Greece	45 (69%)	45 (78%)	87%	58 (66%)	69%	37%	7.1 (47%)	14.6 (79%)	74%	36%
Iceland	44 (65%)	47 (82%)	78%	63 (74%)	62%	35%	6.2 (34%)	14.9 (77%)	74%	54%
Luxembourg	45 (72%)	47 (86%)	86%	60 (71%)	71%	56%	8.5 (63%)	17.0 (91%)	93%	66%
Netherlands	47 (74%)	47 (85%)	82%	65 (79%)	64%	78%	7.3 (49%)	16.8 (90%)	92%	71%
Norway	47 (75%)	47 (83%)	80%	63 (76%)	63%	47%	7.6 (51%)	16.3 (87%)	92%	73%
Portugal	43 (57%)	43 (67%)	73%	56 (61%)	42%	61%	7.3 (49%)	14.9 (77%)	69%	54%
Romania	41 (52%)	44 (75%)	75%	59 (65%)	43%	42%	10.3 (78%)	17.4 (93%)	80%	52%
Saudi Arabia	46 (68%)	52 (93%)	93%	59 (65%)	93%	73%	6.5 (37%)	15.9 (87%)	89%	74%
Slovenia	46 (74%)	47 (85%)	88%	61 (72%)	62%	61%	8.2 (57%)	16.4 (85%)	89%	63%
Spain	43 (60%)	46 (81%)	79%	60 (69%)	55%	67%	8.5 (65%)	16.4 (85%)	85%	89%
Switzerland	47 (82%)	49 (91%)	90%	65 (80%)	79%	67%	10.3 (81%)	19.1 (97%)	97%	71%
Wales	44 (60%)	46 (75%)	73%	53 (59%)	62%	51%	5.0 (22%)	13.7 (66%)	72%	46%
Italy*	44 (66%)	45 (76%)	78%	56 (62%)	39%	24%	9.5 (72%)	16.3 (88%)	78%	62%
United States**	48 (75%)	51 (89%)	90%	64 (76%)	81%	74%	9.3 (72%)	18.4 (95%)	94%	65%

* Údaje za Itálii se vztahují k pacientům sledovaným v ambulantních zařízeních při specializovaných návštěvách, a to pouze ve vybraných regionech. ** Vzorek z USA zahrnuje pouze osoby starší 65let.

Graf 1 ukazuje srovnání České republiky s průměrem zemí OECD PaRIS v hodnocení 10 klíčových indikátorů.

Graf 1 Bodový graf indikátorů zdraví



Scóre (na škále 0–100 %) hodnotí míru souhlasu vzhledem ke každému z deseti indikátorů zdraví. Výsledky jsou očištěny o vliv pohlaví, věku a vzdělání.

2.7. Analýza klíčových ukazatelů PaRIS

Analýza klíčových ukazatelů projektu PaRIS poskytuje cenný přehled o výstupech a zkušenostech pacientů se zdravotní péčí v České republice, a to ve srovnání s ostatními zeměmi OECD. Ukazatele PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) a PREMIs (Patient-Reported Experience Measures) představují zásadní nástroje pro hodnocení kvality zdravotních systémů z perspektivy samotných pacientů. Tyto ukazatele zahrnují nejen zdravotní stav a životní pohodu pacientů, ale i jejich zkušenosti s poskytovanou péčí, důvěru v zdravotnický systém a schopnost řídit vlastní zdraví. Zjištění ukazují, že Česká republika dosahuje nadprůměrných výsledků ve většině sledovaných oblastí. Silnými stránkami jsou zejména hodnocení kvality péče, přístup zaměřený na pacienta a koordinace péče. Naopak prostor ke zlepšení zůstává v oblasti důvěry v systém zdravotní péče a eliminace socioekonomických rozdílů. Následující podkapitoly rozpracovávají jednotlivé dimenze výstupů péče (PROMs)

a zkušeností pacientů (PREMs) včetně identifikace hlavních rozdílů podle věku, pohlaví a vzdělání.

2.7.1. Indikátory výstupu péče (PROMs)

Fyzické zdraví

- Více než sedm z deseti (72 %) lidí v České republice hlásí dobré fyzické zdraví, měřené fyzickými funkcemi, bolestí a únavou. To je mírně nad průměrem OECD PaRIS (70 %), ale o 10 procentních bodů méně než u země s nejvyšší výkonností (82 %).
- Lidé s chronickými onemocněními v Česku hodnotí své fyzické zdraví mírně nad hranicí „dobrého“ (skóre 42), avšak výrazně pod úrovní referenční populace PROMIS (skóre 50). **Sociální faktory:** Osoby s nižším vzděláním a ženy uvádějí horší fyzické zdraví. Rozdíly podle věku jsou minimální.

Duševní zdraví

- Téměř devět z deseti (87 %) lidí v Česku hlásí dobré duševní zdraví, což se týká kvality života, emočního stresu a sociálního zdraví. To je nad průměrem OECD PaRIS (83 %) a pouze o 6 procentních bodů méně než v zemi s nevyššími výsledky (93 %).
- V Česku mají lidé s chronickými onemocněními duševní zdraví nad mezí „dobrého“ (40 bodů). Lepší výsledky vykazují osoby bez chronických onemocnění.
- **Sociální faktory:** Nižší úroveň vzdělání a ženské pohlaví jsou spojeny s horším duševním zdravím. Starší osoby (75+) hodnotí své duševní zdraví lépe než osoby mladší.

Sociální fungování

- Více než čtyři z pěti (88 %) lidí v Česku uvádějí dobré sociální fungování, které je měřeno podle toho, jak dobře lidé vykonávají své obvyklé společenské aktivity a role. To je nad průměrem OECD PaRIS (83 %) a pouze o 5 procentních bodů méně než v zemi s nejvyšší výkonností (93 %).
- **Socioekonomické rozdíly:** Nižší vzdělání a vyšší věk jsou spojeny s horším sociálním fungováním. Rozdíly podle pohlaví jsou méně výrazné.

Životní pohoda

- Téměř tři čtvrtiny (72 %) lidí v Česku hlásí pozitivní životní pohodu, která odráží náladu, vitalitu a naplnění. To je mírně nad průměrem OECD PaRIS ve výši 71 % a o 8 procentních bodů méně než u země s nejvyššími výsledky (80 %).
- Česko je jednou z mála zemí, kde průměrné skóre životní pohody lidí s chronickými onemocněními přesahuje hranici 60 bodů, což znamená pozitivní životní pohodu.
- **Ohrožení depresí:** Přibližně 3 z 10 osob s chronickými onemocněními jsou ohroženi klinickou depresí.

Celkový zdravotní stav

- Téměř dvě třetiny (63 %) lidí v Česku uvádějí dobrý celkový zdravotní stav, což je mírně pod průměrem OECD PaRIS (66 %), ale o výrazných 30 procentních bodů méně než v zemi s nejvyššími výsledky (93 %).
- **Pozitivní hodnocení:** 67 % osob s chronickými onemocněními hodnotí své zdraví pozitivně, což je blízko průměru OECD.
- **Rozdíly:** Osoby s nižším vzděláním a starší lidé častěji vykazují horší hodnocení celkového zdraví.

2.7.2. Indikátory zkušeností s péčí (PREMs)

Sebedůvěra v sebeřízení

- Více než dvě třetiny (68 %) lidí v Česku se cítí sebejistě, když se starají o své vlastní zdraví, což je výrazně nad průměrem OECD PaRIS (59 %), ale o 24 procentních bodů méně než v zemi s nejvyššími výsledky (92 %).
- **Sociální rozdíly:** Lidé s vyšším vzděláním mají větší důvěru ve své schopnosti zvládnout vlastní zdraví. Starší osoby a muži mají vyšší důvěru než mladší a ženy.

Zkušenosti s koordinací péče

- Sedm z deseti (70 %) lidí v Česku uvádí dobrou koordinaci péče, což je výrazně nad průměrem OECD PaRIS (59 %), ale o 11 procentních bodů méně než v zemi s nejvyššími výsledky (81 %).

- **Sociální faktory:** Osoby s nižším vzděláním uvádějí lepší zkušenosti s koordinací péče, což může odrážet nižší očekávání. Starší lidé a muži vykazují vyšší skóre.

Péče zaměřená na člověka

- Devět z deseti (90 %) lidí v Česku uvádí dobrou péči zaměřenou na člověka a péči zaměřenou na potřeby pacienta, což je nad průměrem OECD PaRIS (85 %) a pouze o 7 procentních bodů méně než v zemi s nejvyššími výsledky (97 %).
- V Česku je průměrné skóre nad hranicí pro kvalitní péči zaměřenou na člověka (16 bodů z 24), což ukazuje pozitivní vnímání přístupu zdravotníků.
- **Sociální faktory:** Vyšší věk a mužské pohlaví korelují s lepším hodnocením. Osoby s nižším vzděláním mají horší zkušenosti.

Zkušenosti s kvalitou péče

- Téměř všichni lidé (96 %) v Česku uvádějí dobrou kvalitu péče, která je výrazně nad průměrem OECD PaRIS (87 %), což je druhý nejlepší výsledek a blíží se nejvýkonnější zemi (97 %).
- **Rozdíly:** Nižší vzdělání a ženské pohlaví jsou spojeny s méně pozitivními zkušenostmi.

Důvěra v systém zdravotní péče

- Více než polovina (54 %) lidí v Česku důvěřuje svému systému zdravotní péče, což je o 8 procentních bodů méně než průměr OECD PaRIS (62 %).
- Podíl osob s chronickými onemocněními, které důvěřují zdravotnickému systému, činí 63 %, což odpovídá průměru OECD.
- **Sociální rozdíly:** Lidé s vyšším vzděláním a muži častěji důvěřují systému. Starší osoby vykazují vyšší důvěru než mladší.

Závěr

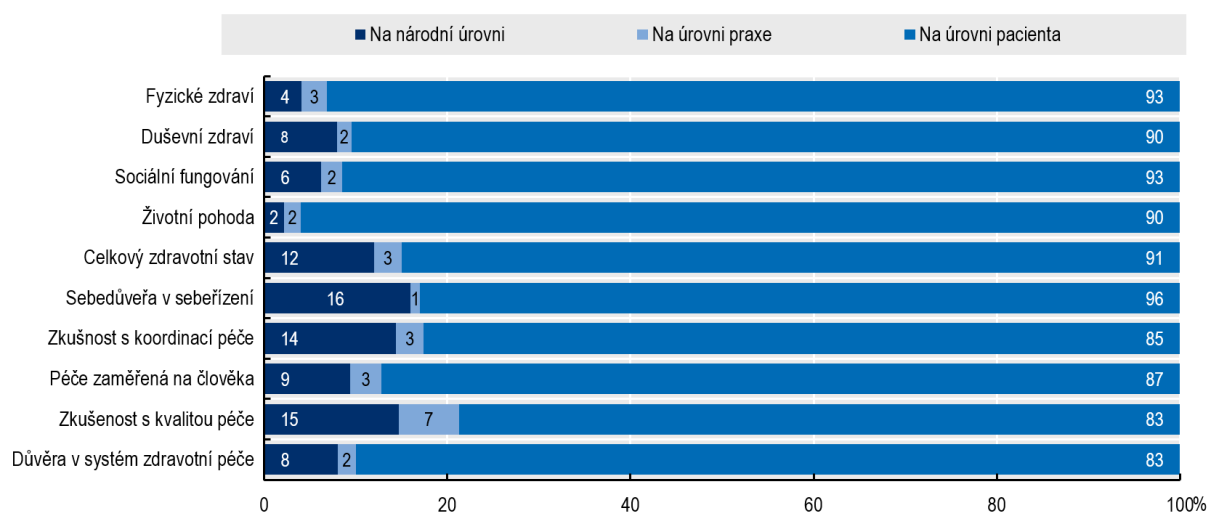
Česká republika se na základě ukazatelů projektu PaRIS řadí mezi země s velmi vysokou kvalitou poskytované zdravotní péče, a to především z pohledu patientských zkušeností. Vysoké hodnocení kvality péče, empatie a orientace na pacienta, spolu s nadprůměrnou koordinací péče, vytváří solidní základ pro další rozvoj systému.

Výzvou zůstává snížení rozdílů mezi jednotlivými sociálními skupinami – zejména mezi osobami s nižším vzděláním a ženami, které dlouhodobě vykazují horší výsledky a nižší důvěru ve zdravotní systém. Důležitým směrem do budoucna bude posílení důvěry v systém zdravotní péče, rozšíření přístupu k duševní péči a podpora sebeřízení pacientů, zejména těch s chronickými onemocněními. Data z projektu PaRIS ukazují, že kvalitní péče není pouze otázkou výše investic, ale především efektivní organizace, dlouhodobých vztahů a aktivního zapojení pacientů. Český systém má silné základy a výstupy PaRIS poskytují cennou zpětnou vazbu, která může sloužit jako kompas pro smysluplné a cílené reformy.

Variabilita výsledků péče a zkušeností pacientů na úrovni státu, zdravotnické praxe a pacienta (intratřídní korelace)

Obrázek 11 ukazuje, do jaké míry lze variabilitu ve výsledcích 10 indikátorů připsat rozdílům mezi zeměmi, praxemi a pacienty. Charakteristiky na úrovni pacienta (věk, pohlaví, socio-ekonomický status) odpovídají za největší část variability. Charakteristiky na úrovni státu byly pro hodnocení důležitější než faktory na úrovni praxí.

Obrázek 11 Variabilita výsledků péče a zkušeností pacientů



Z výsledků vyplývá, že země, ve které pacient žije, má větší vliv na hodnocení kvality péče než praxe, kterou pacient navštěvuje. Na druhou stranu výsledky ukazují relativně velké rozdíly na úrovni praxí pro indikátor zkušenosti s kvalitou poskytované péče.

10 indikátorů PaRIS – rozdíly podle pohlaví, věku a vzdělání

Obrázek 12 10 indikátorů PaRIS

	Pohlaví		Věk		Vzdělání	
	Žena	Muž	Věk 45-54	Věk 75+	Nižší	Vyšší
Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)						
Fyzické zdraví (skóre škály 16–68)	45.6	47.4	44.1	44.3	44.1	48.3
Duševní zdraví (skóre škály 21–68)	46.8	48.2	44.2	46.9	45.5	49.0
Sociální fungování (% osob s příznivým výsledkem)	84%	86%	84%	79%	79%	89%
Well-being / Životní pohoda (skóre škály 0–100)	59.9	64.2	55.0	61.7	58.5	64.6
Celkový zdravotní stav (% osob s příznivým výsledkem)	69%	72%	74%	60%	60%	78%
Patient-Reported Experience Measures (PREMs)						
Sebedůvěra v sebeřízení (% osob s příznivou zkušeností)	61%	61%	61%	57%	56%	65%
Zkušenost s koordinací péče (skóre škály 0–15)	8.0	8.5	7.1	8.6	8.3	8.1
Péče orientovaná na člověka (skóre škály 0–24)	16.1	16.5	14.7	16.6	16.0	16.5
Zkušenost s kvalitou péče (% osob s příznivou zkušeností)	86%	88%	82%	89%	86%	88%
Důvěra v systém zdravotní péče (% osob s příznivou zkušeností)	58%	68%	59%	66%	59%	67%
Podíl respondentů s jedním nebo více chronickými onemocněními	81%	83%	71%	92%	87%	78%

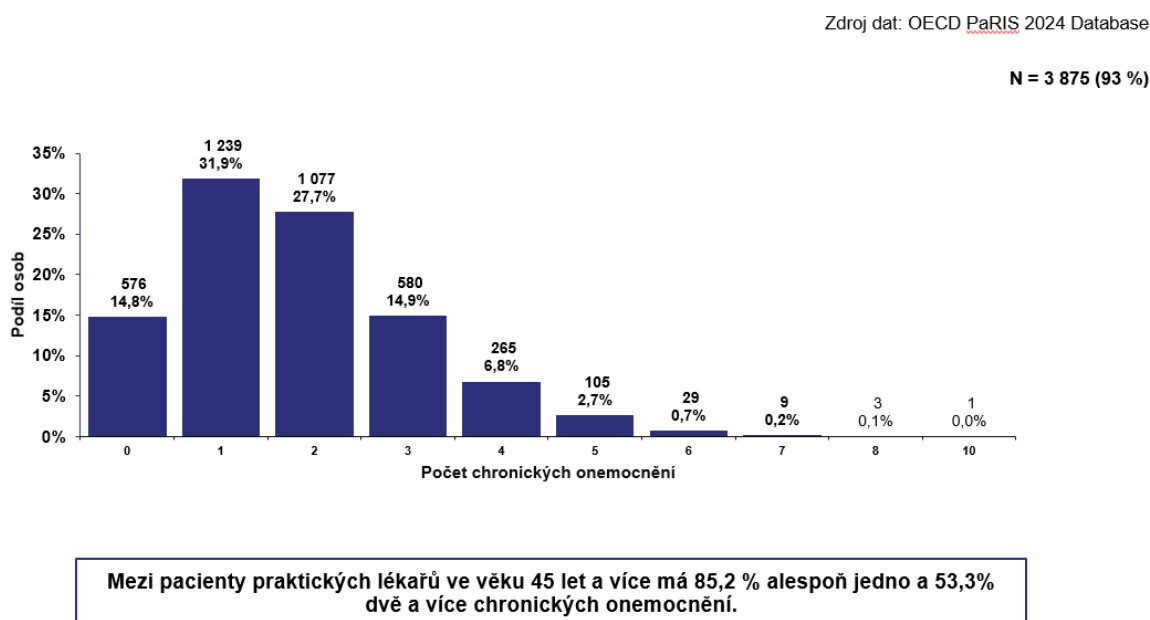
Poznámka: Hodnoty za celý soubor, včetně osob bez chronických onemocnění (s výjimkou indikátorů *Zkušenost s koordinací péče* a *Péče zaměřená na člověka*, kde nejsou k dispozici údaje pro osoby bez chronických onemocnění). Modré buňky označují vyšší hodnoty se statistickou významností ($p < 0,05$).

Zdroj: Databáze OECD PaRIS 2024

3. Jak hodnotí poskytovanou péči osoby s chronickou morbiditou a multimorbiditou?

Spolu se stárnutím populace se multimorbidita – přítomnost dvou a více chronických onemocnění – stává jedním z nejvýznamnějších zdravotních problémů současnosti. V České republice má mezi pacienty praktických lékařů ve věku 45 let a více 85,2 % z nich alespoň jedno a 53,3 % dvě a více chronických onemocnění (obrázek 13). To odpovídá průměru OECD. Vysoký podíl pacientů s multimorbiditou přináší zdravotnímu systému nové výzvy – potřebu koordinace péče, komplexního přístupu a tvorby léčebných plánů.

Obrázek 13 Počty pacientů s chronickým onemocněním



Polypragmazie, neboli užívání více léků současně, se stává pro mnoho pacientů s multimorbiditou každodenní realitou. V Česku například více než 65 % pacientů s více chronickými onemocněními užívá alespoň tři různé léky, což zvyšuje riziko nežádoucích účinků a lékových interakcí. Zároveň je stále častější potřeba komplexní péče, která by zahrnovala nejen tělesné, ale i duševní zdraví, jehož význam pro celkovou kvalitu života pacientů nelze podceňovat. S ohledem na tyto faktory se ukazuje, že primární péče, a především její schopnost efektivně koordinovat péči o pacienty s komplexními zdravotními potřebami, bude v následujících letech hrát klíčovou roli.

Tato kapitola se zaměřuje na výzvy, kterým čelí poskytovatelé primární péče při zvládání multimorbidity, a na doporučení pro zlepšení kvality péče, včetně zvýšení důrazu na sebeřízení pacientů, zajištění lepší koordinace mezi specialisty a primární péčí a optimalizace přístupu k duševní péči. V kontextu rostoucí prevalence multimorbidity se totiž ukazuje, že tradiční model zaměřený na léčbu jednotlivých nemocí již nestačí. Před námi stojí výzva transformace systému, který by byl schopen poskytovat péči odpovídající komplexitě pacientů s více chronickými onemocněními.

3.1. Globální výstupy PaRIS a srovnání s výstupy v Česku

Lidé žijící s více chronickými onemocněními hlásí nižší úroveň fyzického a duševního zdraví, životní pohody (WHO-5) a sociálního fungování ve srovnání s těmi, kteří žijí s jedním chronickým onemocněním. Tyto problémy se prohlubují s každým dalším chronickým onemocněním. Kombinace duševních a tělesných chronických onemocnění zhoršuje celkovou kvalitu života a komplikuje léčbu. Lidé s duševními onemocněními mají o poznání horší sociální a fyzické fungování než ti, kteří žijí pouze s tělesnými nemocemi.

Tento vzorec je v souladu s průměrem OECD PaRIS, přesto má Česko o něco lepší skóre než průměr OECD PaRIS ve většině zdravotních výsledků pro osoby s více chronickými onemocněními.

- V Česku je u lidí se třemi a více chronickými onemocněními menší pravděpodobnost, že budou vykazovat dobrý zdravotní stav ve srovnání s lidmi se dvěma chronickými onemocněními. Tento vývoj je v souladu s výsledky jiných zemí.
- Lidé žijící s více chronickými onemocněními v Česku mají horší fyzické zdraví ve srovnání s těmi, kteří žijí pouze s jedním chronickým onemocněním s 8 bodovým rozdílem, což je vzorec konzistentní s průměrem OECD PaRIS. Skóre fyzického zdraví lidí s jedním, dvěma, třemi nebo více chronickými onemocněními v Česku je srovnatelné s průměrem OECD PaRIS (obr. 2).
- Podobně si Česko vede srovnatelně s OECD PaRIS, pokud jde o duševní zdraví lidí s jedním, dvěma, třemi a více chronickými onemocněními. Lidé s více chronickými onemocněními v Česku vykazují horší duševní zdraví než lidé s jedním chronickým onemocněním s 5 bodovým rozdílem, což je přibližně průměr OECD PaRIS (obr. 3).

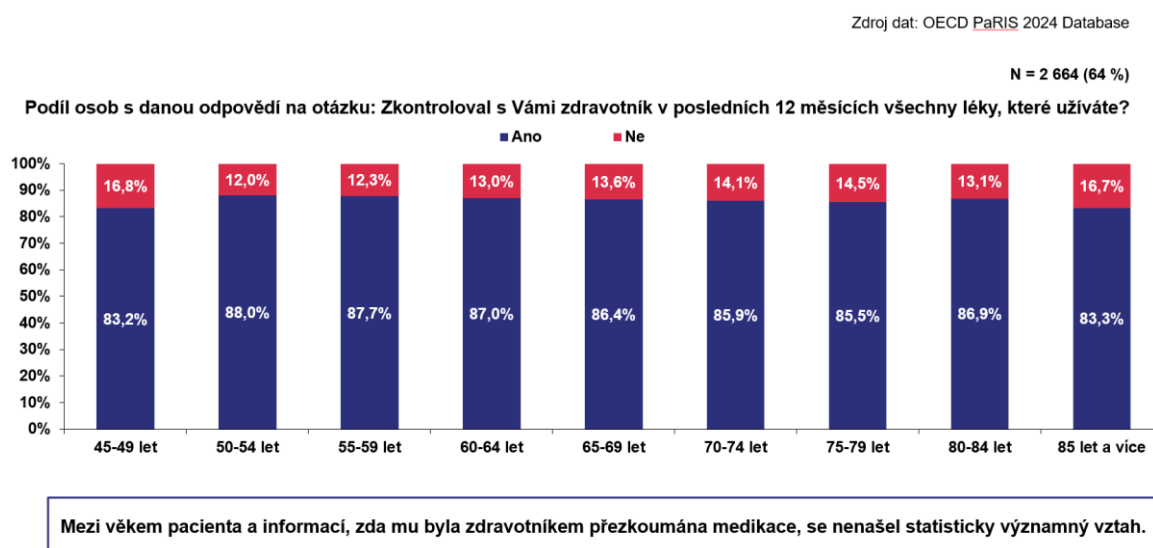
- Stejně jako ve většině ostatních zemí i v Česku lidé s více chronickými onemocněními méně často uvádějí dobré sociální fungování než lidé s jedním chronickým onemocněním (obr. 4). Zatímco 93 % lidí s jedním chronickým onemocněním v Česku má dobré sociální funkce, u lidí se třemi a více chronickými onemocněními je to 81 %. To je však stále o 6 procentních bodů nad průměrem OECD PaRIS (75 %).

3.2. Vybrané aspekty péče o polymorbidní pacienty

Složitost léčby a polyfarmacie:

- Pacienti s multimorbiditou pravidelně užívají více léků – více než 65 % užívá alespoň tři různé léky a 30 % čtyři a více. To zvyšuje riziko lékových interakcí, nežádoucích účinků a složitosti léčby.
- Více než 80 % pacientů s multimorbiditou v Česku uvádí, že jejich medikace byla v posledních 12 měsících přezkoumána, což je výrazně nad průměrem OECD. To přispívá ke snížení rizika polyfarmacie a lepší koordinaci péče.
- Mezi věkem pacienta a informací, zda mu byla zdravotníkem přezkoumána medikace, se nenašel statisticky významný vztah (obrázek 14).

Obrázek 14 Přezkoumání medikace podle věku

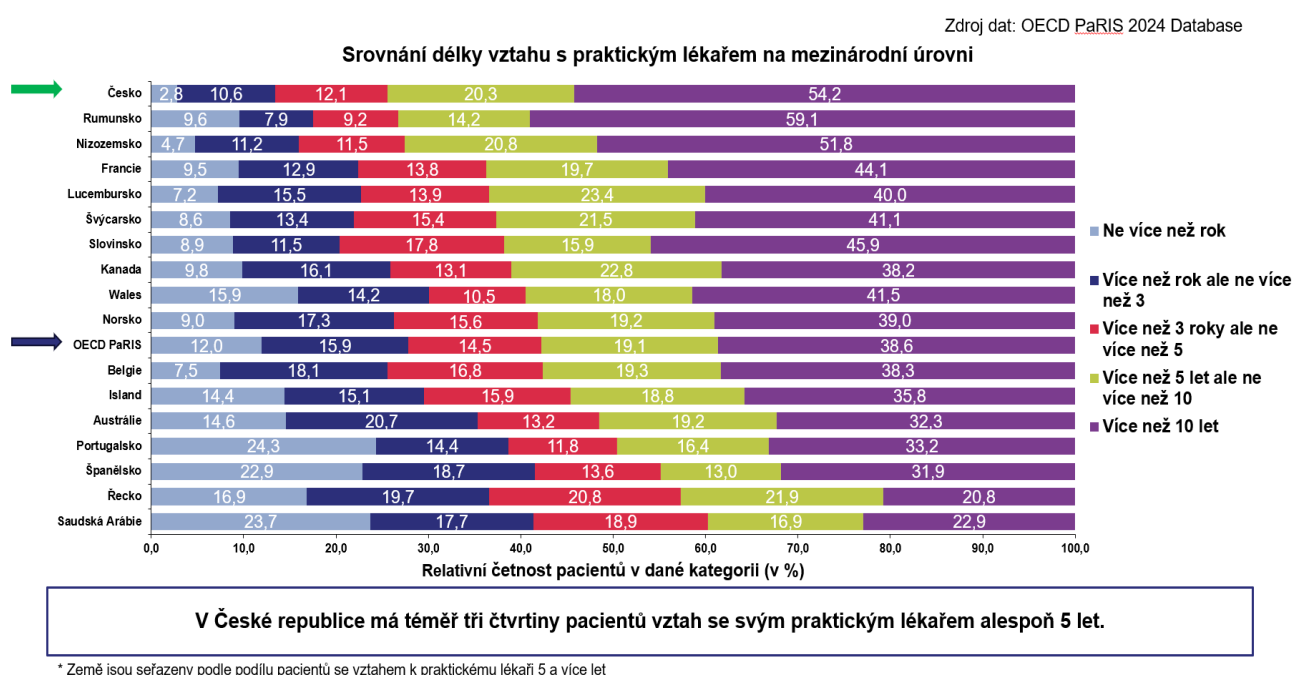


Dlouhodobý vztah k poskytovatelům

- Česko má vysoký podíl pacientů s dlouhodobým vztahem k poskytovatelům primární péče – více než 50 % pacientů uvádí, že svého lékaře navštěvují déle než 10 let. V podílu pacientů, kteří mají stejného lékaře více jak 5 let, jsme na prvním místě ze všech zemí zúčastněných v projektu (obrázek 15).

Nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi délkou vztahu s praktickým lékařem a vzděláním nebo pohlavím.

Obrázek 15 Mezinárodní srovnání délky vztahu s praktickým lékařem



Délka konzultace

- Délka konzultace představuje jeden z klíčových ukazatelů kvality primární péče, který ovlivňuje nejen pacientovu zkušenost, ale i efektivitu samotné péče. Výzkum PaRIS opakovaně prokázal, že delší konzultační časy jsou spojeny s vyšší mírou spokojenosti pacientů, lepší koordinací péče a celkově kvalitnějšími výstupy.
- Konzultační funkce primární péče jsou přitom úzce spojené s dvěma faktory: jednak s časem vyhrazeným pro pravidelné a následné konzultace, jednak s délkou vztahu pacienta se stejným odborníkem v rámci primární péče. Oba tyto aspekty posilují důvěru, zvyšují

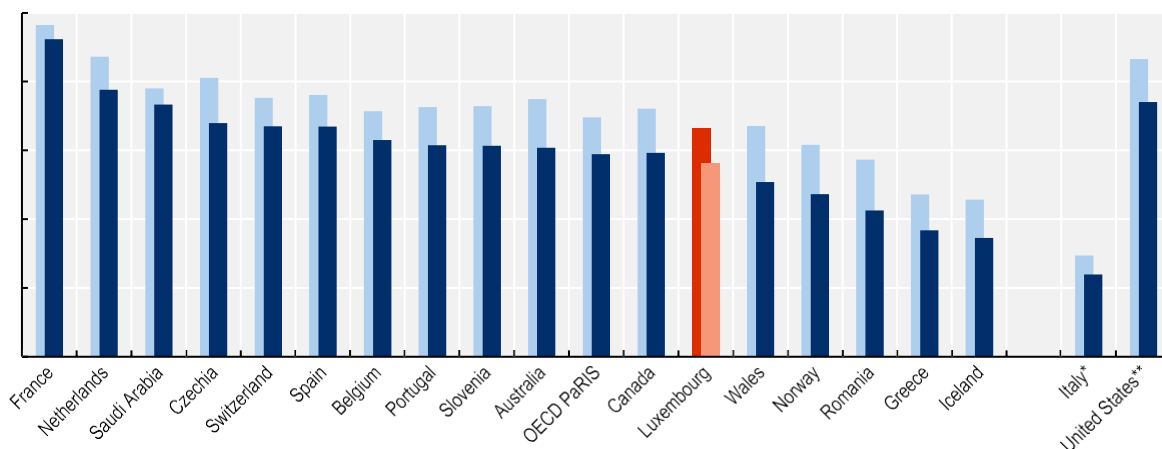
kontinuitu péče a zlepšují porozumění individuálním potřebám pacientů, zejména těch s více chronickými onemocněními.

- o Česká republika dosahuje v řadě těchto ukazatelů výsledků srovnatelných s průměrem zemí OECD zapojených do projektu PaRIS. Výrazným pozitivem je zejména vysoký podíl pacientů, kteří jsou registrováni u stejného poskytovatele primární péče déle než pět let – tento ukazatel je v Česku dokonce nadprůměrný ve srovnání s ostatními zeměmi.
- o Naopak oblast délky samotné konzultace zůstává výzvou. Téměř čtvrtina pacientů (24 %) se dvěma nebo více chronickými onemocněními je v Česku léčena v ordinacích, které nabízejí následnou péči a konzultace trvající více než 15 minut. To je přibližně polovina průměru zemí OECD PaRIS, kde tento podíl dosahuje 47 %.
- o Tyto údaje naznačují, že ačkoliv má český systém dobře rozvinuté dlouhodobé vztahy mezi pacientem a poskytovatelem, samotný čas věnovaný konzultacím je relativně krátký. Kratší konzultace mohou omezit prostor pro důkladné probrání komplexních potřeb pacientů s multimorbiditou, zejména v oblastech jako je plánování péče, edukace a podpora sebeřízení.
- o Z hlediska budoucího rozvoje primární péče v Česku bude klíčové nejen zachovat stabilitu vztahů mezi pacienty a jejich praktickými lékaři, ale zároveň vytvořit podmínky pro prodloužení konzultačního času tam, kde je to potřeba. To si vyžádá nejen organizační změny v ordinacích, ale také odpovídající systémové nastavení úhrad a podpory personální kapacity.

Sebedůvěra v sebeřízení:

- o V průměru zúčastněných zemí OECD, pouze 59 % pacientů s jedním nebo více chronickými onemocněními uvedli sebedůvěru k řízení vlastního zdraví. Česko vykazuje nadprůměrný výsledek v sebedůvěře pacientů k řízení vlastního zdraví, a to jak u pacientů bez chronického onemocnění, tak u pacientů chronicky nemocných. (68 % resp. 82 %). Viz obrázek 16.

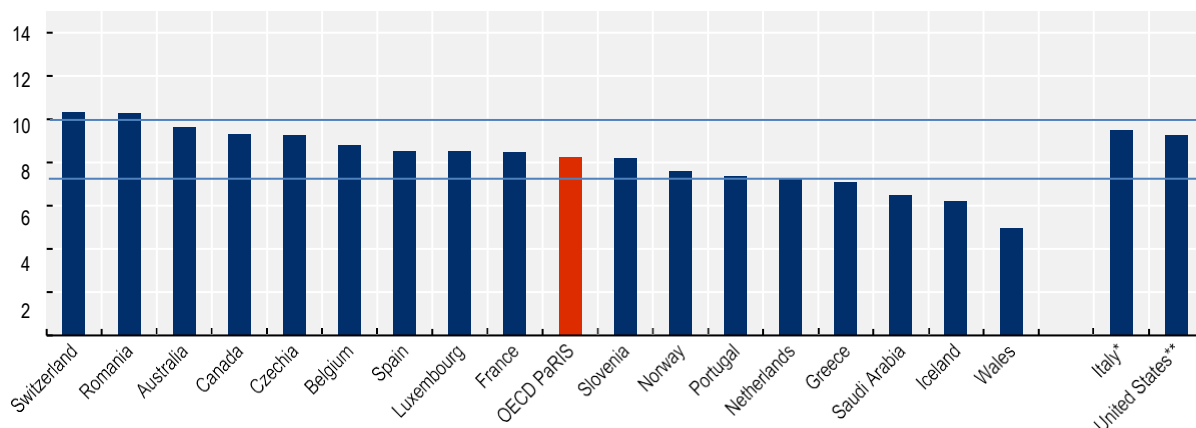
Obrázek 16 Sebedůvěra v sebeřízení



- Čeští pacienti s více chronickými onemocněními vykazují nižší sebedůvěru ve schopnost zvládnout své zdraví ve srovnání s pacienty s jedním onemocněním. Rozdíl je více než 13 procentních bodů, což patří k nejvyšším rozdílům mezi zúčastněnými zeměmi.

Koordinace péče

Obrázek 17 Zkušenost s koordinací péče – lidé s chronickými onemocněními



- V Česku jsou více než čtyři z pěti lidí (86 %) se dvěma nebo více chronickými onemocněními léčeni v ordinacích primární péče, kde je do léčby chronických onemocnění zapojen nelékařský personál. To se blíží průměru OECD PaRIS ve výši 83 %. Přestože koordinace péče je chronickými pacienty v Česku hodnocena nad průměrem

OECD (obrázek 17), výsledky ukazují, že zapojení dalších zdravotnických pracovníků by mohlo pomoci zlepšit zkušenosti pacientů

Dostupnost podpory pro sebeřízení:

- Ordinance primární péče v Česku nabízejí spíše základní podporu sebeřízení (např. informace během konzultací), zatímco pokročilejší přístupy, jako je zapojení školitelů nebo explicitní stanovení cílů, jsou méně časté.

3.3. Výzvy pro Česko

Zpráva PaRIS zdůrazňuje potřebu systémových změn zaměřených na lepší zvládání multimorbiditu. Česko si vede v některých oblastech nadprůměrně **dobře** (např. dlouhodobé vztahy s lékaři, kontroly medikace), ale existuje prostor pro zlepšení, zejména v oblasti podpory sebeřízení a integrace duševní péče. Posílení primární péče a přizpůsobení systémů potřebám lidí s multimorbiditou mohou zlepšit kvalitu života a zkušenosti pacientů.

3.3.1. Transformace primární péče

Je potřeba posílit roli primární péče jako koordinátora komplexní péče o pacienty s multimorbiditou. Tato potřeba se musí promítnout do postgraduálního i celoživotního vzdělávání všeobecných praktických lékařů, ve kterém aktuálně dominují jednooborově zaměřené informace. Je třeba podporovat rozvoj týmových praxí, ve kterých je prostor pro navýšení personálních i odborných kapacit pro koordinaci a poskytování komplexní péče. Dobrou praxi zde nabízí Slovinsko, které implementovalo do primární péče specializované koordinátory péče, školené nelékařské zdravotníky, v jejichž náplni je koordinace kontrol, sledování a léčebných plánů.

3.3.2. Zlepšení přístupu k duševní péči

Péče o duševní zdraví musí být nedílnou součástí péče o multimorbidní pacienty. V postgraduálním a celoživotním vzdělávání poskytovatelů primární péče by měl být věnován větší prostor rozpoznávání a zvládání duševních onemocnění a osvojení přístupu k integrovaným službám duševní péče.

3.3.3. Zvýšení důrazu na podporu sebeřízení

Podpora sebeřízení může zlepšit sebedůvěru pacientů, což povede k lepším zdravotním výsledkům. Cesta k lepším výsledkům péče vede přes větší zapojení informovaných pacientů. Doporučuje se zavádět a pacientům zpřístupnit vzdělávací programy a směřovat na kurzy sebeřízení. Společně s pacienty vytvářet plány péče a explicitně stanovovat cíle péče.

3.3.4. Lepší revize medikace

Vzhledem k vysoké prevalenci polypragmatie je nutné, aby byly revize medikace prováděny systematicky a s důrazem na zapojení pacientů. Lékaři a lékárníci by měli spolupracovat na přizpůsobení medikace aktuálním potřebám pacientů. Tento přístup pomáhá zabránit nevhodné polypragmatii a lékovým interakcím, což přispívá k vyšší bezpečnosti pacientů.

3.3.5. Podpora dlouhodobých vztahů lékař-pacient

Pacienti s dlouhodobým vztahem k poskytovatelům primární péče uvádějí lepší zkušenosti s kvalitou péče. Je proto důležité podporovat stabilitu těchto vztahů. Klíčovou roli u nás hraje nastavení systému registrací. Neregistrovaní občané v ČR nemají přístup k prevenci, ani ke koordinační roli a službám, které poskytuje registrující lékař. Stát, resp. pojišťovny by měly hledat cesty, jak tuto situaci zlepšit.

3.3.6. Investice do primární péče

Zdravotnické systémy by měly investovat do zlepšení kvality a kapacity primární péče. Primární péče by měla mít podmínky k růstu. Elektronické zdravotní záznamy a sdílení informací mezi různými poskytovateli jsou klíčovými prvky pro zlepšení koordinace péče. Primární péče, kde se shromažďují data pacienta a kde by péče měla být koordinována, by měla být v rozvoji e-health prioritním segmentem péče.

Závěr

Výzkum PaRIS přináší cenný vhled do zkušeností a potřeb pacientů s chronickými onemocněními a multimorbiditou v České republice. Výsledky ukazují, že český zdravotní systém má v mnoha ohledech pevné základy – vyniká zejména ve vytváření dlouhodobých vztahů mezi pacienty a poskytovateli péče, v systematickém přezkoumávání medikace a ve

vysoké míře zapojení nelékařského personálu do péče o chronicky nemocné. Tyto silné stránky představují důležitý pilíř bezpečnosti, kontinuity a důvěry v primární zdravotní péči.

Zároveň však výstupy projektu poukazují na oblasti, které vyžadují pozornost a cílené zlepšení. Krátká délka konzultací, nedostatek pokročilé podpory sebeřízení pacientů a stále omezená integrace péče o duševní zdraví jsou slabšími články systému, které brání plnému rozvoji péče odpovídající potřebám pacientů s multimorbiditou.

Klíčovou prioritou pro další rozvoj by mělo být posílení koordinační role primární péče a podpora týmových praxí, které umožní lépe reagovat na komplexitu zdravotních stavů. Inspirací může být například zavedení školených nelékařských pracovníků zaměřených na koordinaci péče. Významným přínosem by také bylo systematické vzdělávání praktických lékařů v oblasti duševního zdraví, komunikace a podpory pacientů v aktivním řízení vlastního zdraví.

Podpora sebeřízení pacientů si zaslouží strategičtější uchopení – včetně rozvoje vzdělávacích programů, využívání individualizovaných plánů péče a důrazu na partnerství mezi pacientem a poskytovatelem. Pacient by měl být vnímán jako aktivní účastník léčby, nikoli jako pasivní příjemce služeb.

V kontextu demografického stárnutí a rostoucí prevalence multimorbidity je zřejmé, že budoucnost efektivního a udržitelného zdravotnictví bude stát na silné, kvalitně koordinované a patientsky orientované primární péči. Studie PaRIS poskytuje nejen srovnávací data, ale především konkrétní impulzy a důkazy, které mohou sloužit jako východisko pro reformní kroky. Implementace doporučení vycházejících z těchto zjištění představuje příležitost, jak zvýšit kvalitu života pacientů a posílit odolnost českého zdravotního systému vůči budoucím výzvám.

4. Péče zaměřená na člověka

Péče zaměřená na člověka představuje klíčový přístup ke zdravotnictví, který se snaží přizpůsobit zdravotní péči potřebám, hodnotám a preferencím pacientů. Zlepšení zapojení pacientů, efektivní koordinace péče a využití digitálních nástrojů nejen posilují důvěru pacientů, ale zároveň zvyšují kvalitu a výsledky poskytované péče. Údaje z iniciativy PaRIS (OECD) poskytují přehled o globálních trendech i konkrétních výzvách, přičemž tato zpráva se zaměřuje jak na obecné poznatky, tak na situaci v České republice jako součást širšího mezinárodního rámce.

Globální výstupy

Systémy péče zaměřené na člověka, které reagují na potřeby pacientů, jsou považovány za základní ukazatel kvality a výkonnosti primární zdravotní péče. Data PaRIS ukazují, že přístupy preferující aktivní zapojení pacientů a efektivní koordinaci péče přispívají k lepším zdravotním výsledkům a vyšší spokojenosti. Tento model je zvláště efektivní při zvládání chronických onemocnění, kde hraje roli partnerský vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče.

1. Zapojení pacientů a sebeřízení

- Pacienti, kteří se aktivně účastní rozhodování o své léčbě, uvádějí o 10 % vyšší důvěru ve schopnost řídit své zdraví.
- Více než 80 % respondentů v průzkumu PaRIS potvrzuje zapojení do rozhodování o péči, přičemž nejvyšší hodnoty dosahují Nizozemsko, Austrálie a Rumunsko.
- Efektivní podpora sebeřízení zahrnuje poskytnutí informací, stanovení cílů a doporučení na kurzy – avšak jen 34 % ordinací pacienty na tyto kurzy skutečně odkazuje.
- Pacienti, kteří dostávají podporu v sebeřízení, mají o 14 % vyšší důvěru ve vlastní péči.

2. Digitalizace a zdravotní gramotnost

- Používání digitálních nástrojů, jako jsou e-recepty, elektronické záznamy nebo online objednávání, zlepšuje zkušenosti pacientů. Přesto pouze 17 % pacientů má přístup ke svým záznamům online.

- Starší a méně vzdělaní pacienti často čelí bariérám v používání digitálních zdravotních nástrojů, což prohlubuje nerovnosti.
- Interoperabilita zdravotních systémů je omezená – pouze polovina ordinací ve státech zapojených do PaRIS je schopna elektronicky sdílet informace s jinými poskytovateli.

3. Koordinace péče

- Plány péče jsou u pacientů s chronickými onemocněními stále nedostatečně využívány. Ačkoliv 45 % poskytovatelů uvádí, že plány sestavují, jen 24 % pacientů potvrzuje, že takový plán skutečně má.
- Elektronické záznamy jsou rozšířené, ale omezená interoperabilita brání efektivnímu sdílení informací – problém zejména v Rumunsku, Slovinsku a Řecku.

4. Péče zaměřená na člověka jako měřítko kvality

- Pacienti zažívající péči zaměřenou na člověka mají lepší fyzické i psychické zdraví. Nejvyšší míry životní pohody (dle skóre WHO-5) jsou zaznamenány u těch, kteří hodnotí péči jako více individualizovanou.
- Důležitou roli hraje kvalita komunikace – dostatek času na konzultace a jasné informace významně zvyšují spokojenost pacientů.

Zjištění pro Česko

Česká republika ve srovnání s průměrem zemí OECD vykazuje smíšené výsledky (obr 6.)

1. Zapojení pacientů a sebeřízení

- 68 % pacientů s chronickými onemocněními uvádí, že dostávají dostatečnou podporu při péči o vlastní zdraví (nad průměrem OECD – 63 %).

2. Digitalizace a zdravotní gramotnost

- 33 % pacientů důvěřuje informacím o zdraví získaným z internetu (průměr OECD – 19 %).
- Starší a méně vzdělaní pacienti mají nižší důvěru ve využití digitálních zdravotních informací.

3. **Koordinace péče**

- 95 % pacientů mělo konzultaci v ordinaci primární péče poskytující koordinovanou péči (průměr OECD – 56 %).
- Naproti tomu pouze 6 % ordinací v Česku dokáže sdílet zdravotní záznamy elektronicky (průměr OECD – 57 %).
- Pacienti v Česku častěji než poskytovatelé uvádějí, že mají plán péče – naznačuje to nesoulad v komunikaci.

Tato zjištění ukazují na silné stránky Česka v oblasti koordinace péče a digitální zdravotní gramotnosti, ale zároveň odhalují závažné nedostatky v zavádění systémů elektronických zdravotních záznamů.

Doporučení pro Česko

1. Posílit plánování péče:

- Zajistit, aby všichni pacienti s chronickým onemocněním měli individuální plán péče.
- Zlepšit komunikaci ohledně významu a využití těchto plánů.

2. Zlepšit digitalizaci a interoperabilitu:

- Investovat do systémů umožňujících elektronické sdílení informací.
- Rozšířit přístup pacientů k online záznamům a službám (např. videokonzultace).

3. Podpořit zdravotní a digitální gramotnost:

- Vzdělávací programy zaměřené na seniory a nízkopříjmové skupiny.
- Vyvíjet uživatelsky přívětivé digitální nástroje.

4. Zlepšit koordinaci péče:

- Podporovat sdílení plánů péče napříč poskytovateli.
- Zavést systematické přehledy medikace jako standard péče.

5. Zvýšit zapojení pacientů do rozhodování:

- Podporovat programy aktivní účasti pacientů skrze vzdělávání a asistenci.

Závěr

Péče zaměřená na člověka mění přístup ke zdravotním službám – od pasivního přijímání péče k aktivní spoluúčasti pacientů. Tento model přináší lepší zdravotní výsledky, větší spokojenost pacientů i vyšší efektivitu systémů.

Zkušenosti z PaRIS ukazují, že aktivní zapojení pacientů a podpora sebeřízení přináší důvěru a lepší kontrolu nad zdravím. V České republice zůstávají výzvy v oblasti sdílení informací a digitální rovnosti. Je třeba posílit komunikaci mezi pacienty a zdravotníky, zlepšit dostupnost digitálních nástrojů a zajistit interoperabilitu systémů.

Budoucnost zdravotní péče spočívá v posílení role pacienta, lepší koordinaci odborníků a digitální infrastruktuře, která umožní efektivní sdílení informací. Tento směr je nezbytný pro udržitelné, kvalitní a rovné zdravotnictví pro všechny.

Zásadní bude také posílení institucionální podpory a politického vedení, které vytvoří podmínky pro důsledné zavádění principů péče zaměřené na člověka do každodenní praxe. Investice do vzdělávání zdravotnických pracovníků, vytvoření měřitelných standardů kvality, stejně jako posílení práv pacientů ve smyslu přístupu k informacím a spolurozhodování, jsou klíčové kroky pro další rozvoj. Pouze systém, který aktivně zahrnuje hlas pacientů, propojuje technologie s lidským přístupem a podporuje dlouhodobé vztahy mezi pacienty a poskytovateli, může být vnímán jako skutečně moderní a odpovídající potřebám 21. století.

Péče zaměřená na člověka tak představuje nejen konceptuální rámec, ale praktickou cestu k udržitelné, kvalitní a spravedlivé zdravotní péči v České republice i v mezinárodním měřítku.

5. Rozdíly mezi pohlavími a různými socioekonomickými skupinami

Zdravotní nerovnosti jsou dlouhodobým a komplexním problémem, který má zásadní vliv na kvalitu života a zdravotní výsledky různých skupin obyvatel. Tato kapitola se zaměřuje na klíčové oblasti nerovností ve zdravotní péči, včetně genderových a socioekonomických rozdílů, které přetrvávají v mnoha zemích po celém světě. Zpráva vychází z mezinárodních srovnání a ukazuje, jaký dopad mají tyto nerovnosti na zdraví jednotlivců a důvěru ve zdravotní systém.

Přetrvávající rozdíly mezi pohlavími ilustrují tzv. genderový paradox zdraví: ženy sice žijí déle než muži, ale častěji hlásí horší fyzické i duševní zdraví. Rozdíly ve zdraví nejsou však omezeny pouze pohlavím. Socioekonomické faktory, jako je příjem a vzdělání, mají rovněž zásadní vliv na zdraví jednotlivců. Lidé z nižších socioekonomických skupin čelí nejen horším zdravotním výsledkům, ale také nižší důvěře ve zdravotní systém. K tomu se připojuje stále více zranitelná skupina nebinárních osob, které vykazují nejhorší zdravotní výsledky a nejnižší důvěru v poskytovanou péči.

Zpráva se také zaměřuje na mezinárodní srovnání, které ukazuje, že některé země, jako Švýcarsko a Nizozemsko, dosahují menších rozdílů mezi socioekonomickými skupinami, zatímco jiné, například Portugalsko a Rumunsko, čelí větším výzvám. Rovněž se ukazuje, že sociální determinanty zdraví, jako je věk a vzdělání, hrají zásadní roli v přístupu k péči a ve zdravotních výsledcích.

Globální výstupy

Zdravotní nerovnosti představují jeden z nejzásadnějších a nejtrvalejších problémů současných systémů zdravotní péče. Rozdíly v přístupu ke kvalitní péči, zdravotních výsledcích a důvěře v poskytovatele nejsou rovnoměrně rozloženy napříč populací. Významně je ovlivňují faktory jako pohlaví, příjem, vzdělání, ale také identita a zranitelnost některých skupin obyvatel.

Data z mezinárodního průzkumu PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys) organizovaného OECD přinášejí jedinečný pohled na to, jak tyto nerovnosti ovlivňují

zkušenosti pacientů s chronickým onemocněním napříč různými zeměmi. Zvláštní pozornost je věnována rozdílům mezi ženami a muži, mezi jednotlivými příjmovými a vzdělanostními skupinami, a také mezi cisgenderovou a nebinární populací.

Výsledky průzkumu ukazují, že:

- ženy sice žijí déle než muži, ale častěji hlásí horší zdravotní stav a psychické zdraví,
- lidé z nižších socioekonomických skupin mívají horší zdravotní výsledky a nižší důvěru ve zdravotnický systém,
- nebinární osoby vykazují nejnižší míru důvěry i nejhorší hodnocení životní pohody a zdraví.

Současně zpráva identifikuje i pozitivní příklady zemí, které dokázaly zdravotní nerovnosti výrazně snížit – zejména díky důrazu na rovný přístup k péči, prevenci, dostupné komunitní služby a inkluzivní zdravotní politiku.

1. Přetrvávající nerovnosti mezi pohlavími

- Genderový paradox zdraví:
 - Ženy žijí déle než muži, ale hlásí horší fyzické i duševní zdraví. Rozdíly v míře životní pohody dosahují až 9 % ve prospěch mužů, přičemž rozdíly přetrvávají i po kontrole socioekonomických faktorů, věku a multimorbidit.
- Zdravotní stav podle pohlaví:
 - Muži častěji trpí vysokým krevním tlakem, kardiovaskulárními onemocněními a cukrovkou.
 - Ženy hlásí častější výskyt artritidy, neurologických onemocnění a duševních potíží, jako je deprese.
- Důvěra ve zdravotní péči:
 - Muži vyjadřují větší důvěru v systémy zdravotní péče než ženy, přičemž rozdíly ve třetině zemí přesahují 10 %.

2. Nerovnosti mezi socioekonomickými skupinami

- Horší výsledky u socioekonomicky znevýhodněných:
 - Lidé s nižším příjmem a vzděláním onemocní dříve a mají horší zdravotní výsledky. Rozdíly v duševním zdraví mezi nejnižší a nejvyšší příjmovou skupinou dosahují 5 až 10 %.
- Zkušenosti se zdravotní péčí:
 - Navzdory rozdílům ve zdravotních výsledcích uvádějí různé socioekonomické skupiny podobné zkušenosti s kvalitou a koordinací péče. Významný rozdíl existuje pouze v důvěře ve schopnost řídit vlastní zdraví, kde lidé s vyšším vzděláním a příjmem vykazují větší jistotu.
- Důvěra ve zdravotnický systém:
 - Lidé s vyššími příjmy a vzděláním častěji důvěřují zdravotnímu systému. Rozdíly mezi příjmovými skupinami přesahují 10 % v polovině zkoumaných zemí.

3. Nerovnosti u nebinárních osob

- Nebinární a jinak identifikované osoby vykazují nejhorší skóre ve všech zdravotních výsledcích (fyzické zdraví, duševní zdraví, životní pohoda, sociální fungování) a nejnižší důvěru ve zdravotní systém. Rozdíly oproti mužům a ženám dosahují až 24 %.

Klíčové poznatky a výstupy

- Mezinárodní srovnání:
 - Země jako Švýcarsko a Nizozemsko vykazují menší rozdíly mezi příjmovými skupinami, zatímco Rumunsko a Portugalsko mají velké nerovnosti.
 - Rozdíly v duševním zdraví mezi muži a ženami jsou nejmenší v Austrálii a na Islandu, největší v Portugalsku a Řecku.

- Socioekonomické faktory a věk:
 - Lidé s nižším vzděláním častěji onemocní v mladším věku. Ve věkové skupině 55–64 let je rozdíl mezi těmito skupinami v multimorbiditě až 13 %.

Zjištění pro Česko

1. Rozdíly mezi pohlavími a socioekonomickými skupinami

V České republice zůstávají významné nerovnosti ve zdravotních výsledcích i důvěře ve zdravotnický systém mezi různými skupinami obyvatel. Výsledky průzkumu PaRIS ukazují, že se tyto rozdíly týkají především pohlaví, příjmu, vzdělání a dalších socioekonomických faktorů.

2. Rozdíly mezi pohlavími

- **Životní pohoda** žen je nižší než u mužů, a to v rozsahu srovnatelném s průměrem zemí OECD PaRIS (rozdíl 5 bodů). Tento rozdíl odráží tzv. *genderový paradox zdraví*, kdy ženy sice žijí déle, ale zároveň častěji hlásí horší fyzické i psychické zdraví.
- Důvěra žen ve zdravotní systém je výrazně nižší než u mužů – pouze 48 % žen důvěřuje systému zdravotní péče, zatímco u mužů je to 63 %. Rozdíl 15 procentních bodů je největší mezi všemi zeměmi zapojenými do projektu PaRIS.
- Tyto rozdíly se projevují i v typu onemocnění – ženy častěji trpí artritidou, neurologickými obtížemi a depresí, zatímco muži vykazují vyšší výskyt hypertenze, kardiovaskulárních chorob a diabetu.

3. Socioekonomické rozdíly

- V Česku, stejně jako v jiných zemích, platí, že vyšší příjem a vzdělání souvisejí s vyšší životní pohodou a důvěrou v systém zdravotní péče.
- Životní pohoda u lidí s vyššími příjmy je mírně nad průměrem OECD PaRIS, zatímco u nízkopříjmových skupin odpovídá mezinárodnímu průměru.
- Důvěra ve zdravotní systém u lidí s vyššími příjmy činí 65 %, oproti 48 % u lidí s nižšími příjmy. Rozdíl 17 procentních bodů je nejvyšší napříč zeměmi OECD PaRIS.

- Přestože zkušenosti se samotnou kvalitou a koordinací péče jsou mezi skupinami relativně podobné, důvěra ve schopnost řídit vlastní zdraví je u vzdělanějších a bohatších výrazně vyšší

4. Nebinární osoby

- Česká republika se v rámci projektu PaRIS podílela na sběru dat o nebinárních osobách, avšak jejich podíl mezi respondenty byl velmi nízký, což omezuje možnosti podrobnější analýzy. Nicméně mezinárodní data ukazují, že tato skupina je obzvláště zranitelná – vykazuje nejnižší úroveň životní pohody, nejhorší zdravotní výsledky a nejnižší důvěru v péči.
- V budoucnu bude důležité zlepšit sběr dat o zdravotním stavu a zkušenostech nebinárních osob i v Česku, aby bylo možné vytvářet cílené a inkluzivní politiky.

Doporučení pro Česko

1. Zacílené zdravotní politiky na odstranění genderových rozdílů:

- Zavedení genderově citlivých přístupů ve zdravotnictví, zajištění rovných příležitostí ke zdravotní péči a posílení výzkumu zaměřeného na specifické potřeby žen.
- Podpora vzdělávání zdravotníků v genderových otázkách.

2. Snížení socioekonomických nerovností:

- Investice do zlepšení zdravotní péče v chudších regionech a cílené programy na podporu zdravotní gramotnosti.
- Rozvoj dostupných komunitních zdravotnických služeb a programů prevence.

3. Podpora nebinárních osob ve zdravotnictví:

- Zavedení inkluzivních politik pro nebinární osoby, včetně školení zdravotníků a vytvoření prostředí, které respektuje jejich identitu.

- Zlepšení sběru dat o nebinárních osobách pro přesnější analýzy a intervenci.

4. Monitorování nerovností:

- Sběr a vykazování podrobných, rozčleněných dat o zdraví podle pohlaví, příjmu, vzdělání a dalších demografických ukazatelů.
- Vytvoření mezinárodních rámců pro srovnávání výsledků, jako je iniciativa PaRIS, pro výměnu osvědčených postupů.

5. Budování důvěry ve zdravotní systém:

- Posílení transparentnosti a spravedlnosti ve zdravotnických službách.
- Vytvoření participativních mechanismů, které umožní pacientům aktivně ovlivňovat poskytování péče.

Závěr

Zdravotní systém, který si klade za cíl být efektivní, spravedlivý a udržitelný, nemůže ignorovat přetrvávající rozdíly mezi pohlavími a socioekonomickými skupinami. Výsledky projektu PaRIS ukazují, že tyto nerovnosti mají měřitelný dopad na zdravotní stav, důvěru i schopnost pacientů aktivně řídit své zdraví.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat nejen genderovým a příjmovým nerovnostem, ale i zranitelným skupinám, jako jsou nebinární osoby, které čelí kombinovaným překážkám. Pro Českou republiku to znamená potřebu cílených opatření – jak v oblasti zdravotní politiky, tak v každodenní praxi poskytovatelů péče.

Investice do inkluzivního zdravotnictví, které reflektuje různé potřeby a životní situace lidí, nejsou pouze morální nutností – představují klíč k vyšší efektivitě systému, zlepšení zdravotních výsledků a zvýšení důvěry celé populace. Nerovnosti ve zdraví totiž nejsou pouze odrazem rozdílů – jsou příležitostí k transformaci zdravotní péče ve spravedlivější a více zaměřenou na člověka.

6. Důvěra ve zdravotní systém

Důvěra ve zdravotní systém je klíčovým faktorem pro zajištění kvalitní a efektivní péče, zejména pro pacienty s chronickými onemocněními, kteří jsou na zdravotní péči často závislí. Studie ukazují, že více než polovina respondentů průzkumu PaRIS důvěřuje svému zdravotnímu systému, avšak úroveň důvěry se značně liší mezi zeměmi. Důvěra je silně ovlivněna individuálními zkušenostmi pacientů, jako je kvalitní komunikace, kontinuita péče a dostatek času věnovaný pacientovi. Důvěra je také spojena s lepším zdravotním stavem a psychickým zdravím pacientů, přičemž dlouhodobé vztahy s poskytovateli péče mohou výrazně posílit tuto důvěru.

Tato kapitola se zaměřuje na faktory, které ovlivňují důvěru ve zdravotní systémy, včetně transparentní komunikace, role digitálních nástrojů, a dopadu sociálních faktorů, jako jsou vzdělání a diskriminace. Poskytne také přehled o tom, jak zlepšení důvěry může přispět k efektivnější péči a lepším zdravotním výsledkům pro pacienty.

Globální výstupy

1. Důvěra ve zdravotní systém a její význam:

- Lidé s chronickými zdravotními potížemi jsou často závislí na zdravotních systémech a mají omezené možnosti ověřit si kvalitu péče. Důvěra v systém zdravotní péče je proto zásadní pro zajištění kvalitní a efektivní péče.
- Více než polovina respondentů průzkumu PaRIS důvěřuje svému zdravotnímu systému, avšak úroveň důvěry se výrazně liší mezi zeměmi. Například ve Španělsku, Nizozemsku a Belgii dosahuje více než 70 %, zatímco ve Walesu a Řecku klesá pod 50 %.
- Respondenti mají větší důvěru k poslednímu poskytovateli zdravotní péče, kterého navštívili než k systému jako celku.

2. Zdravotní stav a důvěra:

- Lidé s dobrým zdravotním stavem častěji důvěřují systému zdravotní péče (66 % vs. 56 % u těch se špatným zdravotním stavem).
- Důvěra v poskytovatele péče a systém je také spojena s lepším psychickým zdravím.

3. Individuální zkušenosti s péčí:

- Klíčové faktory, jako je dostatek času věnovaného pacientům, kvalitní komunikace a kontinuita péče, významně ovlivňují důvěru. Pacienti, kteří cítí, že jejich lékař věnuje dostatek času a naslouchá jejich obavám, důvěřují systému téměř o 90 % více.
- Virtuální konzultace jsou považovány za stejně důvěryhodné jako osobní návštěvy ve většině zemí.

4. Význam transparentní komunikace a eliminace dezinformací:

- Nedostatek jasných informací a šíření dezinformací, například během pandemie COVID-19, může podkopat důvěru.
- Systémy zdravotní péče musí klást důraz na transparentnost, přesnou komunikaci a ochranu dat pacientů.

5. Role dlouhodobých vztahů a struktury systému:

- Dlouhodobé vztahy s poskytovateli primární péče posilují důvěru. Lidé, kteří mají jednoho hlavního poskytovatele, důvěřují svému poskytovateli a systému více než ti, kteří tuto možnost nemají.
- Typ poskytovatele, plánování delších schůzek a konzistentní péče také přispívají k vyšší důvěře.

6. Sociální faktory:

- Vzdělání a zdravotní gramotnost jsou spojeny s vyšší úrovní důvěry. Osoby s vyšším vzděláním častěji důvěřují zdravotnickým systémům.
- Diskriminace a neadekvátní přístup mohou snížit důvěru u menšinových skupin.

7. Podpora samosprávy pacientů:

- Podpora pacientů při řízení jejich vlastního zdraví zvyšuje důvěru v systém i poskytovatele. Lidé, kteří se cítí schopni řídit svůj zdravotní stav, často uvádějí vyšší míru důvěry.

8. Budování a udržování důvěry:

- Důvěra musí být systematicky budována prostřednictvím kvalitní péče zaměřené na pacienta, transparentnosti a přístupné komunikace.

- Digitální nástroje a interoperabilní systémy mohou zlepšit koordinaci péče a podpořit důvěru, pokud jsou implementovány správně.

Zjištění pro Česko

Výsledky průzkumu PaRIS ukazují, že Česká republika vykazuje v oblasti důvěry pacientů ve zdravotní systém specifické rysy, které odrážejí širší evropské trendy, ale zároveň naznačují prostor pro cílená zlepšení. Přestože pacienti obecně vyjadřují vysokou důvěru ke svým poskytovatelům péče, důvěra v systém jako celek je nižší.

1. Vysoká důvěra v individuální poskytovatele péče

- **87 % českých respondentů** vyjádřilo důvěru svému poslednímu poskytovateli zdravotní péče, což je nadprůměrný výsledek v porovnání s jinými zeměmi PaRIS.
- Důvěra je vyšší u těch, kteří mají s poskytovatelem dlouhodobý vztah, vnímají, že jim lékař věnuje dostatek času a jasně komunikuje.

2. Nižší důvěra v systém jako celek

- Zatímco individuální důvěra je vysoká, celková důvěra v **systém zdravotní péče** je výrazně nižší, zejména u určitých skupin populace.
- Tento rozdíl naznačuje, že lidé mají pozitivní zkušenosti na mikroúrovni, ale nedůvěřují fungování a spravedlnosti systému jako celku.

3. Sociální nerovnosti a důvěra

- Respondenti s **vyšším příjmem a vzděláním** vykazují vyšší důvěru ve zdravotní systém než osoby z nižších socioekonomických skupin.
- **Rozdíl v důvěře mezi vysokopříjmovými a nízkopříjmovými skupinami** činí 17 procentních bodů, což je největší rozdíl mezi všemi zúčastněnými zeměmi PaRIS.
- To podtrhuje nutnost zaměřit se na nerovnosti a přístupnost péče pro zranitelné skupiny.

4. Genderové rozdíly

- **63 % mužů** v ČR důvěřuje zdravotnímu systému, zatímco u **žen je to pouze 48 %** – rozdíl 15 procentních bodů je nejvyšší mezi zeměmi PaRIS.

- Ženy zároveň častěji uvádějí nižší spokojenost s péčí, což může souviset s nedostatečným nasloucháním, nižší důvěrou v kompetenci systému nebo horšími zdravotními výsledky.

5. Význam kontinuity a transparentní komunikace

- Vztahy s jedním hlavním poskytovatelem a transparentní komunikace významně posilují důvěru.
- V ČR mají pacienti s dlouhodobým poskytovatelem výrazně vyšší důvěru než ti, kteří takového lékaře nemají.

Doporučení pro Česko

1. Zlepšit komunikaci a vztah mezi pacientem a lékařem – podpora tréninku komunikačních dovedností.
2. Zvýšit dostupnost kvalitních, srozumitelných informací pro pacienty – včetně digitálních kanálů.
3. Posilovat roli praktických lékařů a dlouhodobé kontinuity péče.
4. Věnovat zvýšenou pozornost zranitelným skupinám – zohlednit nerovnosti ve vzdělání, příjmech a zdravotní gramotnosti.
5. Využít digitální nástroje k posílení důvěry – pouze za předpokladu jejich správného nasazení a podpory uživatelů.

Závěr

Důvěra pacientů ve zdravotní systém je klíčovým prvkem pro udržitelnost, kvalitu a spravedlnost zdravotní péče. Zjištění projektu PaRIS potvrzují, že důvěra není abstraktní koncept, ale konkrétní výsledek každodenních interakcí mezi pacientem a poskytovatelem, kvality komunikace, organizace péče a zkušenosti s fungováním systému. Pacienti, kteří zažívají konzistentní, srozumitelnou a empatickou péči, mají vyšší důvěru jak ke konkrétnímu lékaři, tak ke zdravotnímu systému jako celku. Naopak nejistota, diskriminace nebo nedostatek srozumitelných informací mohou důvěru oslabit – a s ní i motivaci pacientů pracovat na zlepšení svého zdravotního stavu.

V České republice zůstává důvěra v posledního navštěvovaného poskytovatele péče vysoká, což je pozitivní signál. Avšak rozdíl mezi důvěrou ve zdravotníka a systém jako celek poukazuje na strukturální výzvy, které vyžadují pozornost – zejména u zranitelných skupin obyvatel. Nerovnosti ve zdravotní gramotnosti, socioekonomickém postavení nebo digitálních dovednostech mohou prohlubovat nedůvěru a oslabovat účinnost zdravotní péče.

Budování důvěry není jednorázový úkol, ale dlouhodobý proces, který vyžaduje cílenou politiku, systematické vzdělávání zdravotníků a důraz na lidskost, srozumitelnost a kontinuitu péče. Využívání digitálních nástrojů a transparentní komunikace mohou důvěru posílit – ale pouze tehdy, pokud budou pacientům přístupné, snadno použitelné a budou sloužit jako doplněk, nikoliv náhrada lidského kontaktu.

Zkušenosti pacientů a data z mezinárodního průzkumu PaRIS ukazují jasný směr: zdravotní systémy, které staví důvěru do středu své strategie, dosahují lepších výsledků – nejen v oblasti zdraví, ale i spokojenosti, efektivity a udržitelnosti. Český systém primární péče má potenciál stát se vzorem v oblasti důvěry a partnerství mezi pacientem a lékařem – za předpokladu, že bude tyto hodnoty rozvíjet i do budoucna.

7. Význam výsledků průzkumu PaRIS pro budoucnost zdravotnictví

Globální výstupy

Průzkum PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys) přinesl průlomové poznatky o zkušenostech a výsledcích péče z pohledu samotných pacientů, a to zejména chronicky nemocných z mimonemocničního prostředí. Zjištění ukazují, že aktivní hlas pacientů je nepostradatelný pro transformaci zdravotnických systémů směrem k vyšší kvalitě, dostupnosti a důvěryhodnosti.

Globální analýza dat napříč zúčastněnými zeměmi vyzdvihla několik klíčových oblastí, které budou hrát zásadní roli při utváření budoucnosti zdravotní péče:

1. Péče zaměřená na člověka

Zdravotnické systémy, které se zaměřují na potřeby jednotlivce, dosahují lepších zdravotních výsledků i vyšší míry důvěry. To zahrnuje respektování pacientových preferencí, posílení jeho role při rozhodování o léčbě, kvalitní komunikaci a přístup založený na partnerství. Zvláště chronicky nemocní pacienti profitují z individuálního přístupu a kontinuity péče.

2. Digitalizace zdravotnictví

Digitální nástroje – jako jsou elektronické zdravotní záznamy, online konzultace nebo mobilní aplikace – mohou významně zlepšit koordinaci péče, zefektivnit přenos informací a zvýšit dostupnost zdravotnických služeb. Úspěch těchto technologií však závisí na tom, zda jsou dostupné, srozumitelné a bezpečné i pro zranitelné skupiny obyvatel. Výzvou zůstává digitální gramotnost, interoperabilita systémů a ochrana citlivých údajů.

3. Nerovnosti ve zdravotní péči

Rozdíly v přístupu ke kvalitní péči podle příjmu, pohlaví, vzdělání nebo identity jsou přetrvávajícím problémem. Studie PaRIS ukázala, že lidé ze znevýhodněných skupin nejen častěji trpí zdravotními problémy, ale také mají nižší důvěru v systém a horší

zkušenosti s péčí. Řešení těchto nerovností je zásadní pro dosažení spravedlivého a udržitelného zdravotnictví.

4. Multimorbidita jako systémová výzva

Stárnoucí populace přináší nárůst pacientů s více chronickými onemocněními. Ti potřebují integrovanou a koordinovanou péči, která zahrnuje jak somatické, tak duševní aspekty zdraví. Fragmentovaná péče zvyšuje riziko neefektivity, přetížení systému a zhoršení zdravotních výsledků.

5. Důvěra jako pilíř fungujícího systému

Důvěra pacientů ve zdravotnický systém je úzce spojena s jejich zdravím i ochotou vyhledat péči. Budování důvěry si žádá transparentní komunikaci, dostupné informace, etické zacházení a prevenci dezinformací – zejména v obdobích krizí, jako byla pandemie COVID-19.

Závěry studie PaRIS vysílají jasný signál: transformace zdravotnictví směrem k péči orientované na pacienta, založené na datech, rovnosti a důvěře, je nejen žádoucí, ale i nezbytná pro odolnost a udržitelnost systémů v 21. století.

Zjištění pro Česko

Výsledky průzkumu PaRIS potvrzují, že český zdravotnický systém má silné základy, avšak zároveň odhalují konkrétní oblasti, které vyžadují pozornost a rozvoj:

1. Efektivita a kvalita péče

Česká republika dosahuje ve srovnání s mnoha jinými zeměmi velmi dobrých zdravotních výsledků, a to i při relativně nižších výdajích na zdravotnictví. Tento úspěch je z velké části dán silnou sítí praktických lékařů, dlouhodobými vztahy mezi pacienty a poskytovateli a důrazem na prevenci. Přesto však kvalita není rovnoměrně rozložena – rozdíly existují mezi regiony i mezi skupinami obyvatel.

2. Důvěra a zkušenosti pacientů

Zatímco pacienti často pozitivně hodnotí svou poslední zkušenost s péčí, důvěra ve zdravotní systém jako celek je výrazně nižší. Tato dichotomie naznačuje, že české zdravotnictví sice funguje dobře „v terénu“, ale potřebuje posílit transparentnost, komunikaci a systémové řízení na makroúrovni.

3. Výzvy v oblasti nerovností

Socioekonomické a genderové rozdíly v přístupu ke zdravotní péči a ve zdravotních výsledcích zůstávají v Česku zásadní výzvou. Lidé s nižším vzděláním, nižšími příjmy nebo ženy častěji hlásí horší zdravotní stav i nižší důvěru v systém. Tato zjištění volají po cílených intervencích – ať už prostřednictvím zdravotní gramotnosti, nebo dostupnosti péče v sociálně znevýhodněných oblastech.

4. Multimorbidita a polyfarmacie

Český systém prokázal vysokou míru odpovědnosti v oblasti kontroly užívání léků a léčebných plánů. Prostor ke zlepšení však zůstává v oblasti koordinace péče o duševní zdraví a podpory pacientů v aktivním řízení jejich zdravotního stavu.

5. Digitalizace jako příležitost i riziko

Ačkoliv elektronické zdravotní záznamy jsou široce využívány, interoperabilita mezi jednotlivými systémy je nedostatečná. Pacienti navíc často nemají přístup ke svým údajům ani nástroje pro jejich využití. Digitalizace musí být vnímána jako cesta k posílení autonomie pacientů, nikoli jen jako administrativní prostředek.

Doporučení pro Česko

1. Posilovat primární péči jako hlavní pilíř koordinace, zejména v oblasti péče o chronicky nemocné.
2. Zacílit zdravotní politiku na odstranění socioekonomických a genderových nerovností pomocí dostupných nástrojů – vzdělávání, prevence, komunitní péče.
3. Rozvíjet digitální infrastrukturu s důrazem na interoperabilitu a uživatelsky přívětivý přístup pacientů k datům.

4. Integrovat péči o duševní zdraví do systému primární péče a posílit roli pacienta jako aktivního partnera v řízení svého zdraví.
5. Podporovat dlouhodobé vztahy mezi pacienty a poskytovateli, které prokazatelně zvyšují důvěru i kvalitu péče.
6. Zvýšit transparentnost a zapojení veřejnosti do utváření zdravotních politik – například pomocí participativních platforem.

Závěr

Studie PaRIS vysílají jasný signál: transformace zdravotnictví směrem k péči orientované na pacienta, založené na důkazech, rovnosti a důvěře, není pouze vizí budoucnosti, ale nezbytným předpokladem pro odolnost a udržitelnost zdravotnických systémů ve 21. století. V kontextu rostoucího podílu chronicky nemocných, stárnoucí populace a proměňujících se společenských očekávání nabývá péče zaměřená na pacienty na zcela nové důležitosti.

Český zdravotnický systém se může opřít o silné stránky – kvalitní primární péči, rozvinutou síť praktických lékařů a vysokou důvěru ve vztahu mezi pacientem a jednotlivými poskytovateli. Výzvou však zůstává posílení systémové důvěry, zmenšování nerovností v přístupu ke zdravotnictví a hlubší integrace duševního zdraví, prevence i digitálních nástrojů do běžné praxe.

Implementací doporučení vyplývajících z průzkumu PaRIS může Česká republika upevnit svou pozici mezi předními zeměmi, které se nebojí měnit zdravotnictví směrem k vyšší kvalitě, dostupnosti a lidskosti. Systém, který dokáže efektivně reagovat na různorodé potřeby pacientů, podporuje jejich samostatnost a aktivní roli, se stává nejen výkonnějším, ale i spravedlivějším. PaRIS tak nabízí nejen zrcadlo současného stavu, ale i kompas pro budoucnost zdravotnictví – takové, které staví člověka do jeho středu.

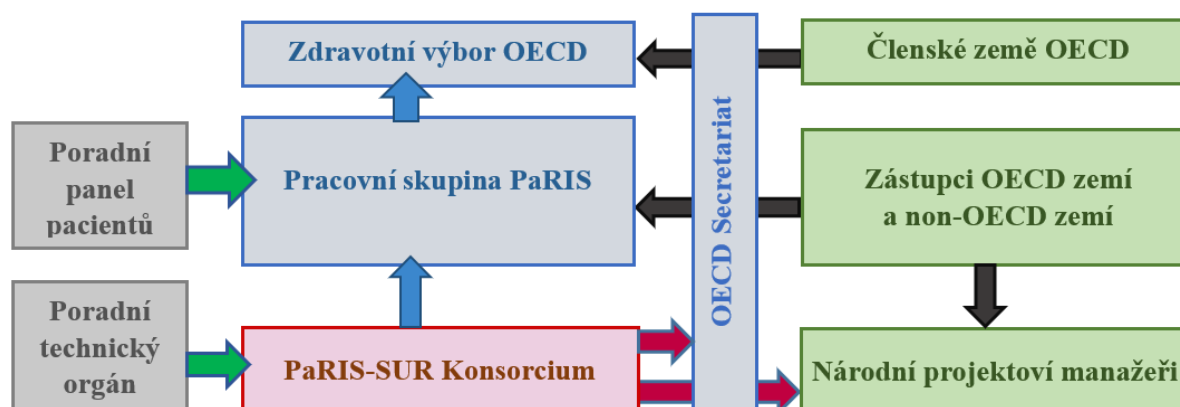
8. Řízení a metodika projektu PaRIS

8.1 Mezinárodní organizace a řízení projektu

Projekt vznikl z iniciativy ministrů zdravotnictví zemí Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD, Organization for Economic Co-operation and Development). Projekt byl zahájen na podnět **Zdravotního výboru OECD**. Projekt je řízen **Pracovní skupinou pro projekt PaRIS** (*The OECD Working Party for Paris, WP-PaRIS*). Jejími členy jsou kromě pracovníků sekretariátu OECD a pozvaných expertů zástupci zemí, účastnících se projektu. Pracovní skupinu doplňují zástupci mezinárodního Poradního panelu pacientů. WP-PaRIS provádí plánování a strategické rozhodování, schvaluje metodiku projektu, vydává dokumenty a komunikuje se zúčastněnými zeměmi. Zodpovídá se **Zdravotnímu výboru OECD**. Vybrané **PaRIS-SUR Konsorcium** mezinárodně působících odborných společností se zkušenostmi v průzkumech (IPSOS) a hodnocení kvality primární péče (NIVEL), zajišťuje projekt po stránce metodologické, informační a analytické, poskytuje podporu jednotlivým zemím a zároveň garantuje takovou národní implementaci, která umožňuje mezinárodní porovnatelnost výsledků.

Struktura řízení projektu na úrovni OECD je znázorněna na obrázku 18.

Obrázek 18 Řídící struktura mezinárodního projektu PaRIS



8.2 Organizační struktura a řízení projektu v ČR

Organizační struktura a řízení je znázorněna na obrázku 19.

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) je na mezinárodní i národní úrovni přímo zapojené do projektu.

Na mezinárodní úrovni:

- Komunikuje se Zdravotním výborem OECD a má zástupce v Pracovní skupině projektu PaRIS. Českou republiku v Pracovní skupině zastupuje NPM.
- Je odpovědné za dodržování povinností vyplývajících z kontraktu mezi OECD a MZ, včetně povinnosti platit mezinárodní a národní náklady na projekt.

Na národní úrovni:

- Vytváří rámec a udržuje strukturu projektu. Zajišťuje součinnost přímo řízených organizací, jako je Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), podporuje a facilituje spolupráci České lékařské společnosti JEP a pacientských organizací.
- Vyčleňuje finanční prostředky na projekt, připravuje a zajišťuje potřebné kontrakty.
- Jmenuje Národního projektového manažera a poskytuje prostředky jeho týmu na zajištění přípravy a implementace projektu, jeho řízení, monitoring a zpracování výstupů.
- Ve spolupráci s NPM a za podpory mezinárodního projektového konsorcia se podílí na přípravě tzv. Country Road Map, národního manuálu projektu, s důrazem na aspekty právní a aspekty ochrany osobních dat.
- Zajišťuje komunikaci a povědomí odborné i laické veřejnosti o projektu PaRIS.
- Podporuje analýzu a interpretaci dat a vytváří prostředí pro jejich prezentaci.

Za přípravu a realizaci průzkumu na národní úrovni odpovídá **Národní projektový manažer (NPM)**, jmenovaný MZ ČR.

Na mezinárodní úrovni:

- Komunikuje se sekretariátem OECD, Pracovní skupinou pro projekt PaRIS a Konsorciem.
- Absolvuje potřebná školení.
- Poskytuje zpětné vazby Pracovní skupině PaRIS k přípravě celého projektu, tvorbě mezinárodních dokumentů.
- Spolupracuje s Konsorciem v naplňování metodiky projektu a v průběhu sběru dat
- Je partnerem Pracovní skupiny PaRIS pro analýzu a interpretaci dat z projektu a jejich zpracování do závěrečných dokumentů a prezentací.

Na národní úrovni

- Spolupracuje a průběžně si vyměňuje informace s MZ.
- Jmenuje svého zástupce, vytváří a koordinuje tým projektu.
- Odpovídá za etické aspekty projektu; přípravu informovaného souhlasu, zajištění souhlasu etické komise a dodržování zásad ochrany osobních dat.
- Zajišťuje překlad a kognitivní testování dotazníků pro poskytovatele a pacienty.
- Vytváří návrh Country Road Map pro pilotní a hlavní projekt, včetně popisu procesů náboru respondentů, sběru dat a jejich zpracování.
- Ve spolupráci s **ČLS JEP a SVL ČLS JEP** navazuje spolupráci s poskytovateli a prostřednictvím **ÚZIS** lékaře a pacienty hromadně oslovuje a je jim k dispozici k vysvětlování projektu.
- Organizuje a vede pilotní projekt a následně hlavní projekt, včetně sběru dat.
- Je odpovědný za interpretaci zpráv s daty pro Českou republiku, připravených OECD (Flagship report, Does Health Care Deliver, Country Report, Feedback for General Practices).
- Řídí analýzu národních dat z průzkumu. Je odpovědný za všechny výstupy a prezentace projektu, které tvoří zejména: Hlavní zjištění z projektu, Národní zpráva a odborné publikace.

Zástupce NPM je hlavním výzkumníkem projektu a stínuje všechny národní i mezinárodní aktivity NPM.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) reprezentuje svým technologickým a analytickým zázemím silného partnera projektu:

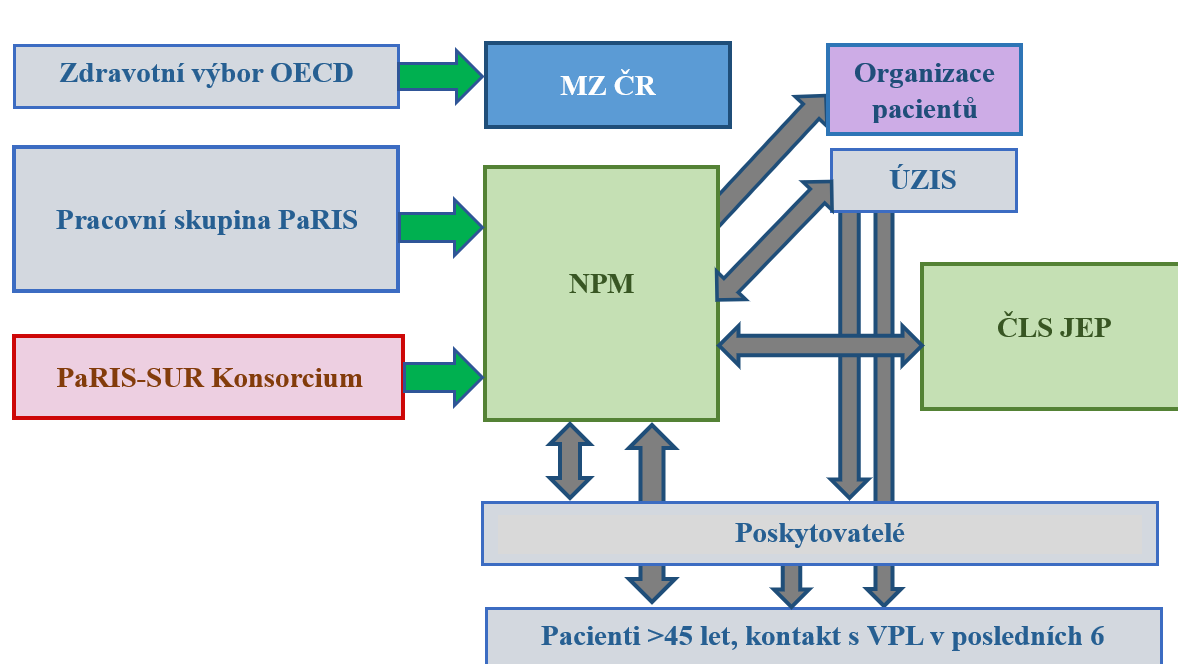
- Pro hlavní fázi projektu alokuje personální a technickou kapacitu.
- Provádí slepý výběr poskytovatelů z národních registrů a poskytuje jim unikátní linky
- Provádí slepý výběr pacientů ze sady vhodných pacientů z praxí a poskytuje jim unikátní linky.
- Poskytuje IT podporu pro hromadnou mailovou komunikaci poskytovatelům a pacientům, včetně zasílání připomínek.
- Zajišťuje strojní čtení papírových dotazníků a jejich transkripci do systému Konsorcia.
- Na základě požadavků NPM provádí analýzu národních dat a jejich zpracování pro prezentace a publikace.

Role České lékařské společnosti a Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

Role ČLS JEP a její odpovědnost v projektu je dána smlouvou s Ministerstvem zdravotnictví. Prostřednictvím této smlouvy je umožněno financování projektu, které pokrývá odměňování poskytovatelů, IT podporu poskytovatelům a týmu NPM, administrativní činnosti, materiální náklady. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP aktivně podporuje projekt, poskytuje prostor ve svém periodiku i na konferencích pro informace a pro prezentace výsledků.

Národní patientská rada a další patientské organizace jsou průběžně seznamovány s přípravou a záměrem projektu a dostávají příležitost se k nim vyjadřovat. Na půdě Patientské rady jsou také poprvé prezentovány výstupy projektu. S účastí zástupců pacientů se dále počítá při interpretaci výsledků projektu a z něj vyplývajících doporučení.

Obrázek 19 Organizační struktura a řízení projektu v ČR



9. Metodika průzkumu: sběr dat u poskytovatelů a pacientů

9.1. Sběr dat u poskytovatelů

Z celkového počtu 4 865 ordinací VPL, identifikovaných propojením registrů, spravovaných ÚZIS (NRHZS, NRHP), bylo vybráno 2 803 praxí oprávněných, aktivních ordinací, registrujících alespoň 900 pacientů, disponujících mailovou adresou a datovou schránkou. Z tohoto vzorku bylo vybráno jednoduchou randomizací a následně obdrželo pozvání do projektu (mailem nebo datovou schránkou) 1 000 ordinací. Na základě opakovaného hromadného oslovení z ÚZIS (16. 5. 2023 resp. 12. 6. 2023) a další individuální komunikace získal tým NPM ke spolupráci 110 ordinací VPL (obrázek 20). Tým NPM zajistil administraci trojcestné smlouvy s ČLS a ÚZIS. Spolupracující zástupce každého pracoviště, vesměs lékař, pak podepsal smlouvu s ČLS JEP o vlastní projektové činnosti a odměně za ni. Ve třech případech (řetězce praxí) jeden lékař zaštiťoval a převzal odpovědnost za spolupráci více pracovišť (dvou, tří a v jednom případě deseti). Následně lékaři obdrželi odkaz na on-line dotazník. V rámci této spolupráce, VPL po administrativním vypořádání obou smluv vyplnili **110 kompletních on-line PaRIS dotazníků.**

Obrázek 20 Diagram výběru poskytovatelů v projektu PaRIS

PROCES

ÚZIS: registry

ÚZIS: registry

ÚZIS: randomizace a oslovení mailem,
datovou schránkou

NPM: individuální komunikace



9.2. Sběr dat u pacientů

VPL ze 110 praxí poskytli za IT podpory týmu NPM prostřednictvím svých ambulantních softwarů **106 souborů oprávněných pacientů**, tj. pacientů, starších 45 let, kteří v posledních 6 měsících navštívili nebo byli v kontaktu s ordinací. V následujícím kroku došlo k očištění souborů s ohledem na věk pacientů a kontaktní údaje. Soubory, obsahující pouze nezbytná kontaktní data, byla pak odeslána v chráněném režimu ÚZIS. Celkový počet pacientů ze 106 praxí, kteří splnili kritéria pro zařazení do průzkumu, byl **53 002 (28 250 žen a 24 752 mužů)**. Randomizací ÚZIS byl z tohoto počtu vybrán vzorek **26 232 pacientů (13 611 žen, 12 621 mužů)**.

Obrázek 21 Diagram výběru a zapojení pacientů v projektu PaRIS

PROCES

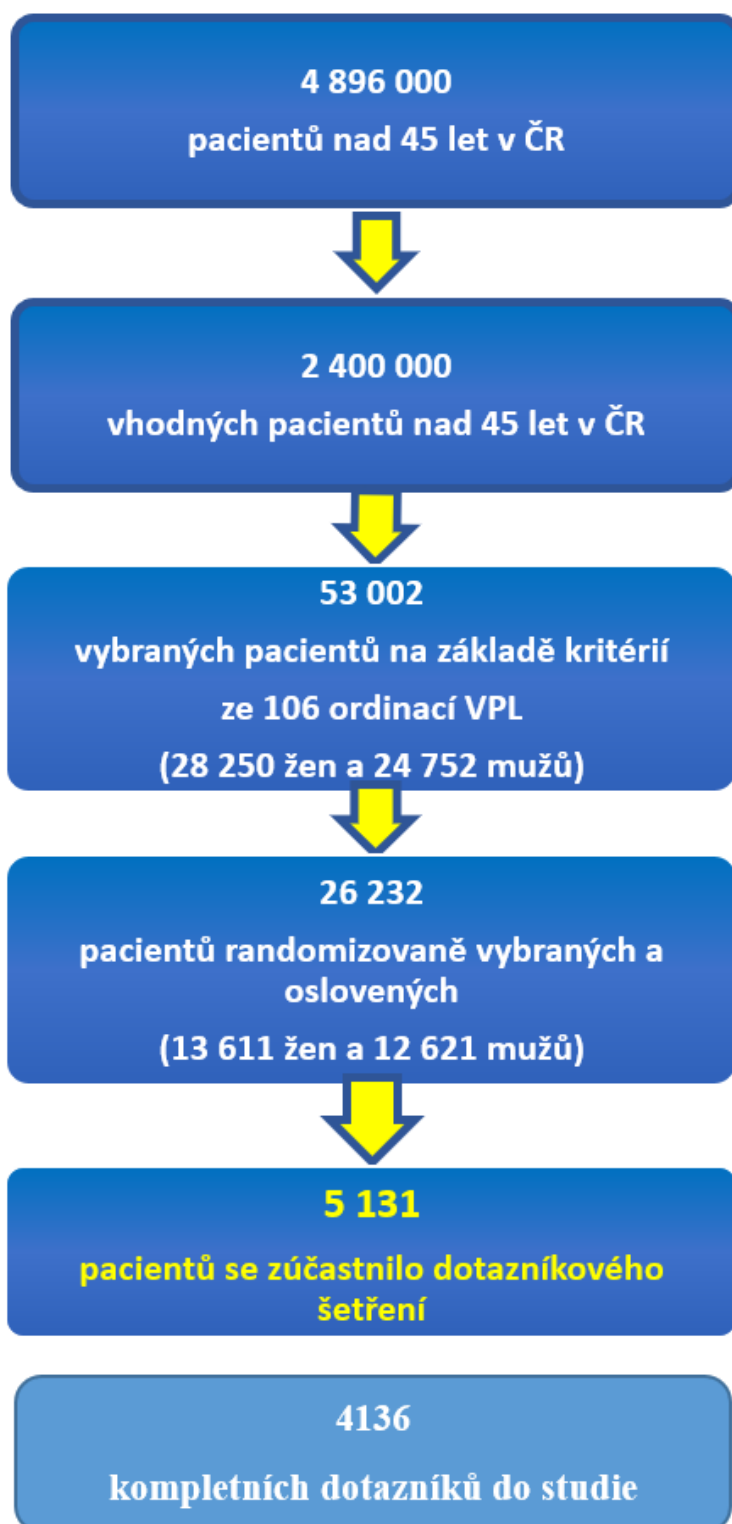
ÚZIS / ČSÚ

ÚZIS / NPM: kvalifikovaný odhad

Poskytovatelé:
zdroj: podle ambulantní software
NPM: očištění souborů
|

ÚZIS: randomizace

ÚZIS: oslovení mailem,
NPM: podpora poskytovatelů
poskytovatelé: přímá komunikace



ÚZIS rozeslal první pozvánku do projektu s odkazem na on-line dotazník 9 607 pacientům z tohoto vzorku s dostupnou mailovou adresou v týdnu od 22. do 26. 9. 2023. Příjem e-mailu byl potvrzen u 9 247 pacientů. Připomínka byla odeslána v týdnu od 23. do 28. 10. 2023 a posléze druhá připomínka 28. 11. 2023. Zároveň byl seznam pacientů z každé ordinace, vybraných ÚZIS do projektu, předán prostřednictvím NPM příslušnému VPL. VPL byl požádán, aby pacienty kontaktoval, poskytl jim vysvětlení a aktivně motivoval k účasti v průzkumu. VPL mohl poskytnout odkaz na on-line vyplnění dotazníku nebo nabídnout vyplnění papírového dotazníku. Finalizace dotazníku pro papírový tisk se prodloužila do října v důsledku opakovaných úprav některých otázek s ohledem na jejich význam v češtině a mezinárodní porovnatelnost (zdržení na straně konsorcia) a úprav nezbytných pro automatizované čtení. Tisk dotazníků pak zajistil ÚZIS. Celkem bylo do praxí zasláno během listopadu týmem NPM 3 500 papírových dotazníků.

Do konce října, na kdy bylo původně plánováno ukončení sběru dat v projektu PaRIS, byla ČR více jak 100 % v získání dotazníků od poskytovatelů (jako jedna ze 4 zemí z celkového počtu 19), ale měla k dispozici, podobně jako v ostatních zemích, jen necelou polovinu dotazníků od pacientů. Rozhodnutím OECD došlo k prodloužení sběru dat do 19. ledna 2024.

Prodloužení termínu umožnilo individuálně ovlivňovat VPL ke spolupráci a soustředit se na uplatnění papírových dotazníků. Z hlediska sběru dat u pacientů toto klíčové období spadlo do konce roku a jeho začátku, takže intervence u lékařů nebyly tak účinné. Přesto jsme nakonec zadali do systému **5 131 dotazníků; 4 111 bylo on-line vyplněných dotazníků a 1020 (zhruba 20 % všech dotazníků) bylo na on-line platformu přepsáno z papírové formy.** Z toho bylo 30 % přepsáno manuálně týmem NPM, 70 % prostřednictvím automatizovaného čtení a následné transkripce on-line platformy. Přehled výběru a zapojení pacientů do projektu PaRIS znázorňuje obrázek 21.

9.3. Hodnocení sběru dat u poskytovatelů a pacientů

Návratnost průzkumu u poskytovatelů činila zhruba 10 %; z 1 000 oslovených se podařilo získat 110 poskytovatelů pro spolupráci (2,2 % ze všech ordinací VPL v ČR, 3,8 % ze všech ordinací VPL v ČR splňujících kritéria pro průzkum). Nábor 110 praxí byl zajištěn v řádu měsíce, ale sběr dotazníků od poskytovatelů trval do konce září, vzhledem k tomu, že vlastní projektové činnosti poskytovatelů předcházela náročná administrativní agenda.

Výsledná návratnost na oslovení pacientů k vyplnění dotazníku činila 20 % (5 131 z 26 232 oslovených). Na základě prvního a opakovaného e-mailového oslovení 9 247 pacientů s dostupnými mailovými adresami, zareagovalo on-line otevřením dotazníku 2 730 pacientů, což představuje návratnost 30 %. Dalších 1 381 pacientů vyplnilo on-line dotazník po připomenutí od ordinací a týmu NPM. Z poskytovatelům vydaných 3 500 papírových dotazníků pro pacienty (nejméně 30 dotazníků na ordinaci), se vrátilo 1 020 dotazníků (29 %). Dotazníky docházely na ČLS JEP i po termínu 19. ledna, ale ty již nemohly být do průzkumu zařazeny. Obrázek 22 ukazuje nárůst počtu dotazníků od 1. rozesílky 22. září 2023 v čase.

Obrázek 22 Nárůst počtu patientských dotazníků v čase

Forma dotazníku	k 30.10.2023	k 27.11.2023	k 31.12.2023	k 19.1. 2024
On-line dotazník	2 730	3 393	4 101	4 111
Papírový dotazník			265	1 020
CELKEM	2 730	3 393	4 366	5 131

Celkově byl sběr dat u poskytovatelů splněn více než na 100 %, sběr dat u pacientů byl splněn na 68 % (5 131/7 500); bylo získáno zhruba 50 patientských dotazníků na poskytovatele. To je počet, který zástupci zemí s podobnou metodou sběru jako v ČR dat v diskuzi na PaRIS Working Party, před spuštěním hlavního průzkumu, navrhovali.

Konsorcium tentokrát připravilo podklady pro spuštění hlavního průzkumu do konce jara 2023, jak slíbilo. Na úrovni ČR byl ale průzkum od začátku zatížen časovou ztrátou s ohledem na ujasňování pravidel GDPR a na složitý administrativní proces v souvislosti s uzavíráním trojcestné smlouvy mezi MZ ČR, ČLS JEP a poskytovateli, bez které nebylo možné předávat soubory pacientů. Trojcestná smlouva představovala významný administrativní hendikep projektu, který NPM a jeho tým nemohl ovlivnit.

Po vyřešení problémů pak pro ÚZIS nebyl problém identifikovat z příslušných registrů oprávněné poskytovatele, získat randomizací jejich statisticky významný vzorek a oslovit je.

Pro tým NPM pak nebyl problém za podpory ČLS resp. SVL získat ke spolupráci potřebný počet poskytovatelů a získat od nich on-line dotazníky. V tomto směru byla Česká republika premiantem projektu, stejně jako v jeho pilotní fázi.

Zpoždění se promítlo i do zahájení sběru dat od pacientů. Bohužel jen u části randomizovaných pacientů k obelání měl ÚZIS k dispozici v souborech e-mailové adresy. Mezi poskytovateli VPL byla v tomto směru v dokumentaci velká variabilita. Hromadné mailové rozesílky ÚZIS tak mohly oslovit jen zhruba třetinu oprávněných pacientů.

Další komplikací byla výše popsaná finalizace české verze papírového dotazníku, zejména kvůli vyjasňování drobností spojených se specifiky českého jazyka a potřeby změn, vyplývajících z nově provedeného (NPM) kognitivního testování. Musela se řešit grafika dotazníku a jeho přizpůsobení pro potřeby automatizovaného čtení. V tomto směru došlo k prodlení i ze strany konsorcia. Dotazníky se tak tiskly a distribuovaly až v závěrečné fázi projektu. Finále dotazníkového průzkumu pacientů, ve kterém se snažil NPM a jeho tým znovu působit na lékaře a motivovat je k závěrečnému nasazení, se promítlo do období Vánoc a začátku nového roku.

Z 5131 odeslaných patientských dotazníků jich 995 (19 %) konsorcium z důvodu nekompletnosti nepřijalo. Jednalo se vesměs o on-line dotazníky, jejichž úplnost nemohl NPM kontrolovat. Do finálního hodnocení bylo tak zařazeno 4136 dotazníků od pacientů z ČR. Cílové zadání 7 500 patientských dotazníků bylo splněno na 55 %, což odpovídá průměru zúčastněných zemí OECD. NPM a jeho tým je přesvědčen, že bylo možné cíl v termínu naplnit, nebýt výše popsaných problémů.

9.4. Hodnocení spolupráce subjektů zapojených do projektu a perspektiva opakování průzkumu

Projekt vyžadoval spolupráci a koordinované úsilí všech zapojených subjektů. Na úrovni MZ byla klíčová spolupráce mezi Odborem zdravotní péče a Odborem mezinárodních věcí a Evropské unie. Rozhodnutí o zapojení ÚZIS do hlavní fáze průzkumu bylo zásadní. ÚZIS potvrdil roli silného technologického partnera s vysokou analytickou expertizou. Významnou součinnost poskytla Česká lékařská společnost JEP a její největší organizační složka, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Osvědčila se kontinuální spolupráce se zástupci

pacientských organizací a jejich zpětná vazba. Tým NPM nesporně těžil z akademického zázemí 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Spolupráci 10 % oslovených nezávislých všeobecných praktických lékařů lze hodnotit jako uspokojivou a odpovídající zkušenostem NPM z podobných průzkumů. Získání potřebného vzorku poskytovatelů pro průzkum bylo v České republice jednodušší a rychlejší než v ostatních zúčastněných zemích OECD. Oslovení pacientů s omezeným množstvím e-mailových kontaktů bylo komplikovanější a návratnost dotazníků od pacientů v on-line režimu byla zhruba pětina. Návratnost dotazníků zaslaných nebo vydaných v papírové formě, byla zhruba třetina.

Z pohledu realizace dalšího cyklu průzkumu, lze použitou metodiku označit za osvědčenou, použitelnou a průchodnou. Lze předpokládat, že s větší dostupností e-mailových kontaktů pacientů a s využitím získaných zkušeností lze procesy popsané v Country Road Map zopakovat, vylepšit a dosáhnout uspokojivé návratnosti.

Na úrovni OECD proběhne revize náplně dotazníku a může být upravena i metodika sběru dat.

10. Deskriptivní data souborů

10.1. Soubory pacientů a poskytovatelů v mezinárodním srovnání a zkušenosti s vyplňováním dotazníků

Data v projektu PaRIS ukázala dostatečnou statistickou sílu, aby zodpověděla hlavní výzkumné otázky. Mnohoúrovňová analýza spolehlivosti dotazníku/instrumentu pro hodnocení deseti hlavních indikátorů na úrovni zemí, praxí i pacientů v jednotlivých zemích ukázala dostatečnou spolehlivost s koeficientem nad 70 %. Přehled velikosti vzorků v projektu zúčastněných zemí ukazuje tabulka 3.

Tabulka 3 Přehled velikosti vzorku respondentů ze všech v projektu PaRIS zúčastněných zemí OECD

Země	Ordinace VPL			Pacienti			
	Respondenti zahrnutí do analýzy	Cíl	%	Respondenti zahrnutí do analýzy	Cíl	%	Další respondenti bez vazby na ordinaci VPL
Australia	56	100	56%	2 392	7 500	32%	0
Belgium	83	100	83%	4 372	7 500	58%	205
Canada	65	100	65%	3 883	7 500	52%	4
Czechia	110	100	110%	4 136	7 500	55%	30
France	150	100	150%	12 242	7 500	163%	3 415
Greece	104	100	104%	2 173	7 500	29%	45
Iceland	36	34	106%	1 864	4 725	39%	833
Italy	113	100	113%	1 817	7 500	24%	2 295
Luxembourg	52	75	69%	1 590	5 625	28%	0
Netherlands	60	100	60%	4 851	7 500	65%	0
Norway	121	100	121%	8 684	7 500	116%	0
Portugal	91	75	121%	11 744	5 625	209%	595
Romania	128	100	128%	1 277	7 500	17%	1
Saudi Arabia	100	100	100%	7 579	7 500	101%	79
Slovenia	81	75	108%	3 240	5 625	58%	63
Spain	251	251	100%	19 067	7 500	254%	0
Switzerland	140	100	140%	4 178	7 500	56%	0
United States				4 216	5 144	82%	0
Wales	75	75	100%	7 706	5 625	137%	0
Celkem	1 816	1 785	102%	107 011	129 869	82%	7 565
Průměr	101	99	102%	5 632	6 835	82%	398

Responsibilita

Míru návratnosti dotazníků od pacientů a poskytovatelů v jednotlivých zemích ukazuje tabulka 4.

Tabulka 4 Míra respondibility praxí a pacientů v projektu v jednotlivých zemích

	Australia	Canada	Czechia	France	Greece	Iceland	Italy	Luxembourg	Netherlands	Norway	Portugal	Romania	Saudi Arabia	Slovenia	Spain	Switzerland	United States	Wales
Ordinace VPL	<5%		11%	56%	35%	57%		14%	<5%	50%	61%	26%	28%	9%	86%	14%	NA	37%
Pacienti	8%		16%	42%	7%	25%	25%	27%	17%	44%	11%	6%	24%	15%	47%	19%	42%	21%

Zkušenosti s vyplňováním dotazníků

Vyplnění patientského dotazníku trvalo v průměru 30 minut (čas pro ČR), v rozmezí od 26 minut (průměr v Holandsku) do maxima 38 minut (průměr Spojené státy).

Ve Francii, Saudské Arábii, Španělsku, Norsku a Walesu, ze všech dotazníků, u kterých bylo zahájeno vyplňování, poskytovateli i pacienty, jich bylo 100 % vyplněno kompletně. Naopak v Itálii zkompletovalo dotazníky po zahájení vyplňování jen 66 % pacientů a 96 % poskytovatelů, v Řecku 75 % pacientů a 72 % poskytovatelů.

V České republice byly dotazníky poskytovatelů vyhodnoceny jako kompletní ve 100 %, zatímco z 5131 odeslaných patientských dotazníků bylo jen 4136 uznáno jako kompletní (80 %). Naprostá většina dotazníků v papírové formě byla kompletních; nekompletní byly vesměs on-line odeslané dotazníky.

Způsoby vyplňování dotazníků ve srovnání zemí OECD ukazuje tabulka 5. Analýza různých způsobů vyplňování dotazníku neprokázala statisticky významné rozdíly.

Tabulka 5 Způsoby vyplnění podle zemí

	Online	Papírová verze	Telefon	CAPI/CATI
Australia	95%	5%		
Belgium	62%	38%		
Canada	94%	3%	3%	
Czechia	84%	16%		
France	80%	9%	11%	
Greece	100%			
Iceland	100%			
Italy	100%			
Luxembourg	85%	15%		
Netherlands	90%	10%		
Norway	92%	8%		
Portugal	100%			
Romania	14%	85%		1%
Saudi Arabia			100%	
Slovenia	96%	4%		
Spain	8%		92%	
Switzerland	84%	16%		
United States				100%
Wales	86%	14%		

10.2. Deskriptivní data poskytovatelů

Jak bylo již popsáno v metodice, zdrojem pro náhodný výběr poskytovatelů v České republice byl Národní registr hrazených zdravotnických služeb (NRHZS) a Národní registr poskytovatelů (NRHP). Kombinace registrů byla použita z důvodu získání souboru aktivních poskytovatelů ve všeobecném praktickém lékařství, splňujících zadaná kritéria standardní praxe, tj. nejméně 900 registrovaných pacientů a k dispozici kontaktní údaje. Slepým výběrem z 2803 praxí jsme získali 1000 pracovišť, které jsme následně oslovili.

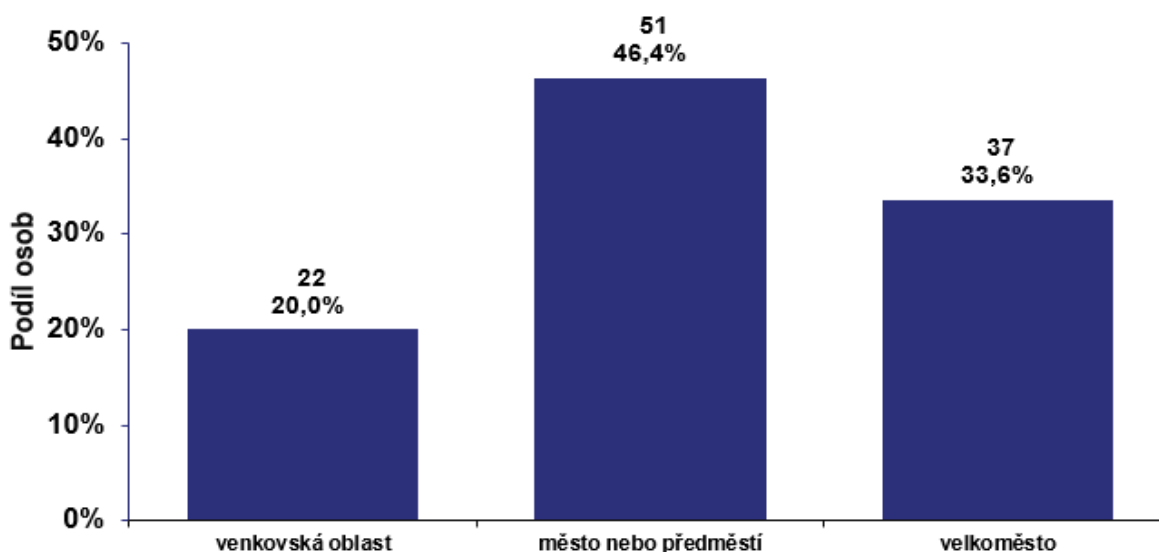
Lokalizace praxí

V náhodně vybraném vzorku 1 000 praxí bylo:

- 36 % v městských hustě osídlených aglomeracích,
- 40 % v městských a příměstských oblastech
- 24 % ve venkovských oblastech

Distribuce poskytovatelů primární péče neodpovídá distribuci obyvatel podle bydliště (graf 2). V České republice s dobrými dojezdovými vzdálenostmi je obvyklé, že řada pacientů z venkova vyhledává služby ve městech a také významná část osob, zaměstnaných ve městech, se tam také registruje.

Graf 2 Lokalizace praxí poskytovatelů – účastníků průzkumu

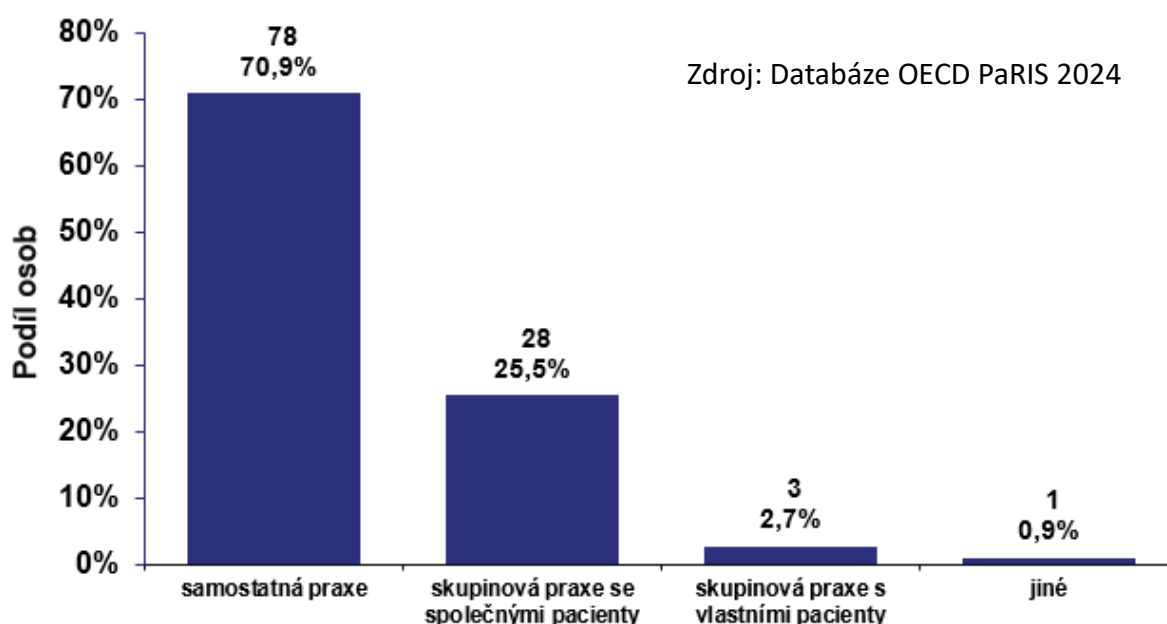


Typy praxí

Z hlediska typu praxí bylo 904 (90 %) praxí zajišťovaných jedním kvalifikovaným všeobecným praktickým lékařem, zatímco 96 (10 % praxí) bylo týmových. Tato skutečnost odpovídá současnému trendu směřujícímu k tvorbě týmových praxí. Prozatím se nejedná o systematickou změnu, ale pomalu se prosazující trend.

Přehled typů praxí poskytovatelů zapojených do průzkumu znázorňuje graf 3.

Graf 3 Typy praxí poskytovatelů v průzkumu



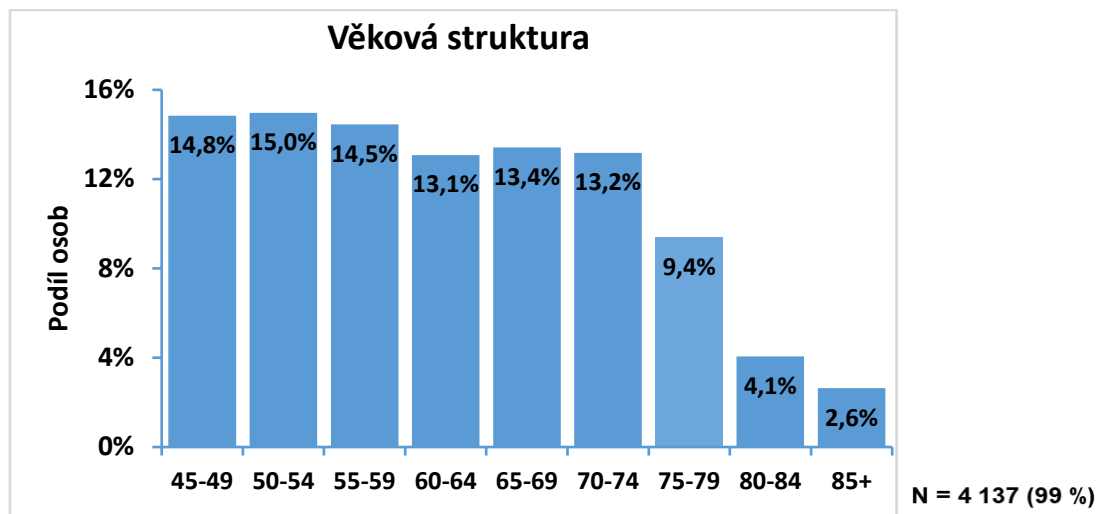
Mezi respondenty průzkumu je o 20 % méně samostatných praxí. Částečně lze rozdíl vysvětlit jiným vnímáním typu praxe respondenty a tím, jak je popsána v registrech. V půlroce, který uplynul od randomizace k náboru, vešla ve známost plánovaná systémová podpora týmových praxí. Část praxí (až 20 %) byla součástí řetězců, kde jsou častěji pacienti sdílení. Terminologie týmové/skupinové praxe u nás ještě není dostatečně vžitá.

10.3. Deskriptivní data českého souboru pacientů a reprezentativnost vzorku

Věková struktura

Věková struktura osob zapojených do projektu je znázorněna na grafu 4. Ve věkové skupině 45-54 let je 29,8 % pacientů, ve věku 55-64 27,6 % pacientů, ve věku 65-74 26,6 % pacientů, zatímco ve věku 75 let a více je 16,1 % pacientů. Ve standardizované české populaci je to ve stejných skupinách 32 %, 25 %, 25 % resp. 18 %. To svědčí o dostatečné reprezentativnosti vzorku.

Graf 4 Věková struktura

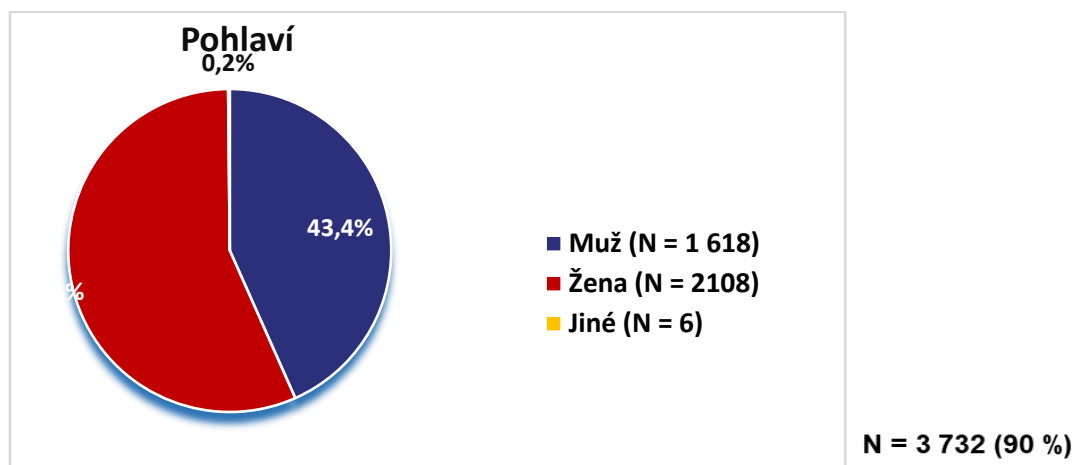


Zdroj dat: OECD PaRIS 2024 Database

Rozložení podle pohlaví

Z hlediska **rozložení pohlaví** převažují ženy, kterých bylo v průzkumu 2108, tj. 56,5 % (53 % ve standardizované populaci) oproti 1618 mužům, tj. 43,4 % (47 % ve standardizované populaci). 0,2 % respondentů zaškrtnulo v dotazníku možnost: jiné pohlaví (graf 5).

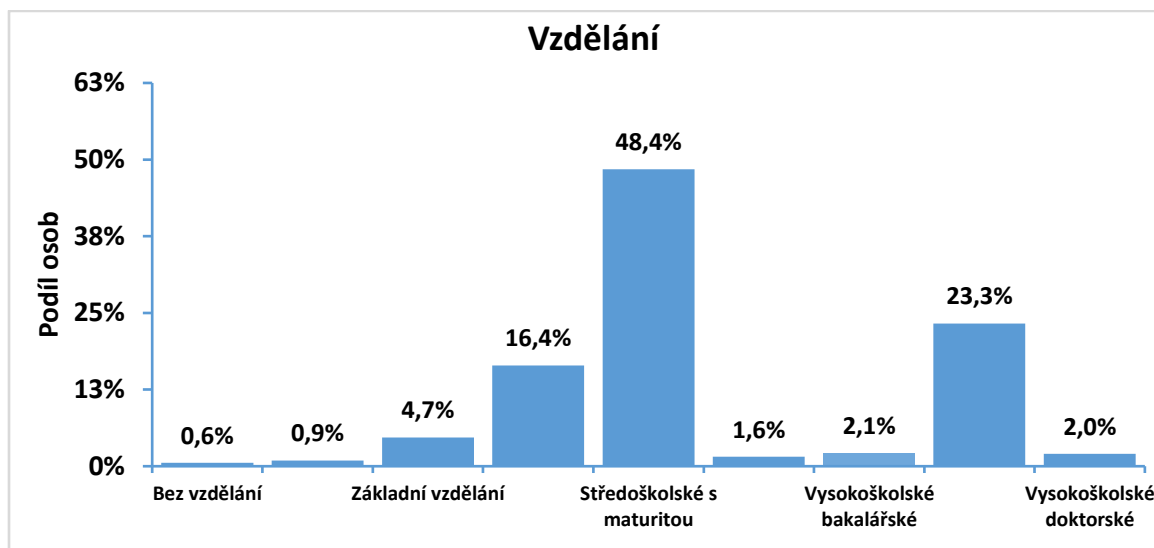
Graf 5 Rozložení dle pohlaví



Zdroj dat: OECD PaRIS 2024 Database

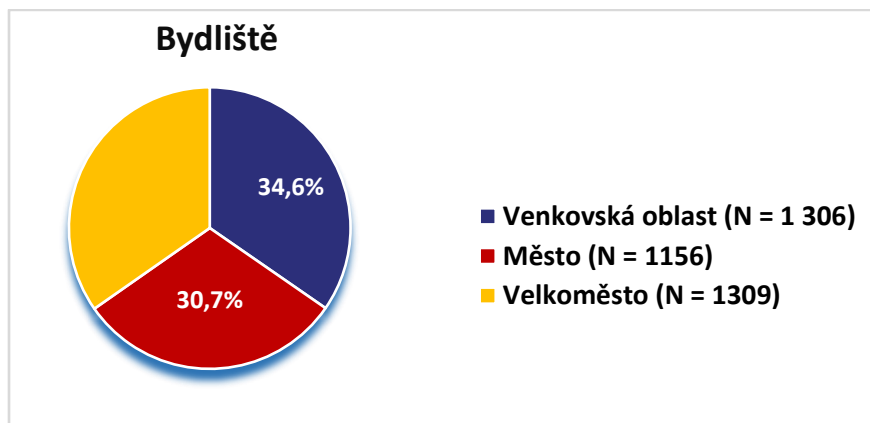
Rozdělení osob podle vzdělání

Graf 6 Sociodemografické charakteristiky: rozložení osob podle vzdělání



Největší podíl zapojených osob dosáhl středoškolského vzdělání s maturitou. Téměř čtvrtina osob nemá maturitu. Více jak 27 % má vysokoškolské vzdělání (graf 6).

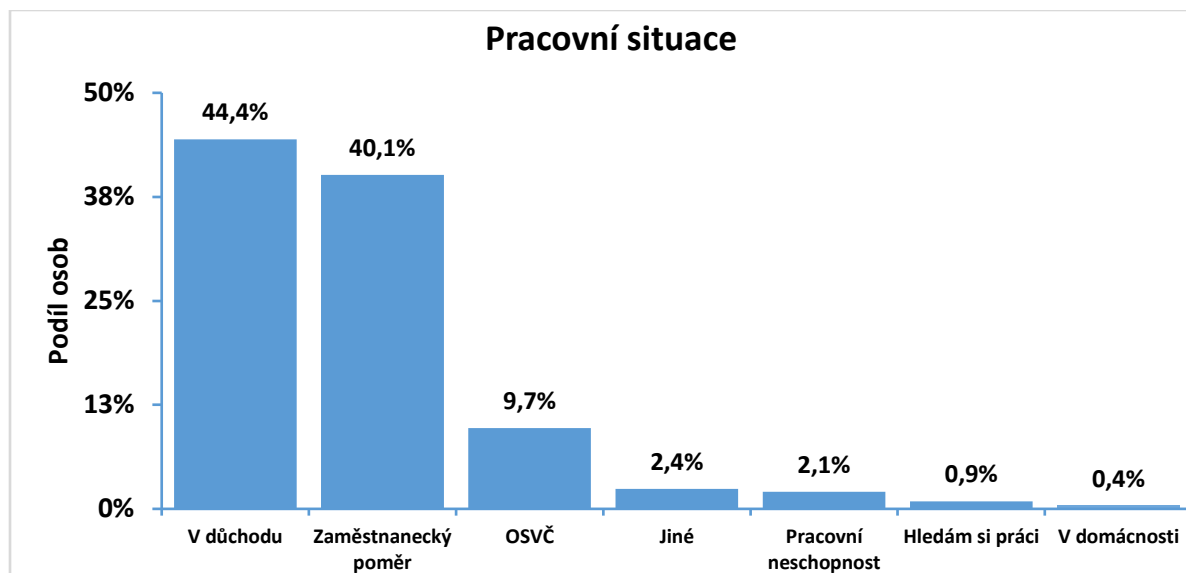
Graf 7 Rozložení osob dle bydliště



Osoby v průzkumu PaRIS jsou rovnoměrně rozloženy podle bydliště; celkem 34,6 % pacientů pochází z venkovské oblasti, 30,7 % z města a 34,7 % z velkoměsta (graf 7).

Rozložení podle pracovní situace

Graf 8 Rozložení podle pracovní situace



Největší podíl pacientů v průzkumu tvoří lidé v důchodu (44,4 %). V pracovní neschopnosti bylo aktuálně 2,1 % lidí starších 45let. 95,7 % osob z průzkumu se narodilo v České republice a 98,6 % mělo české občanství.

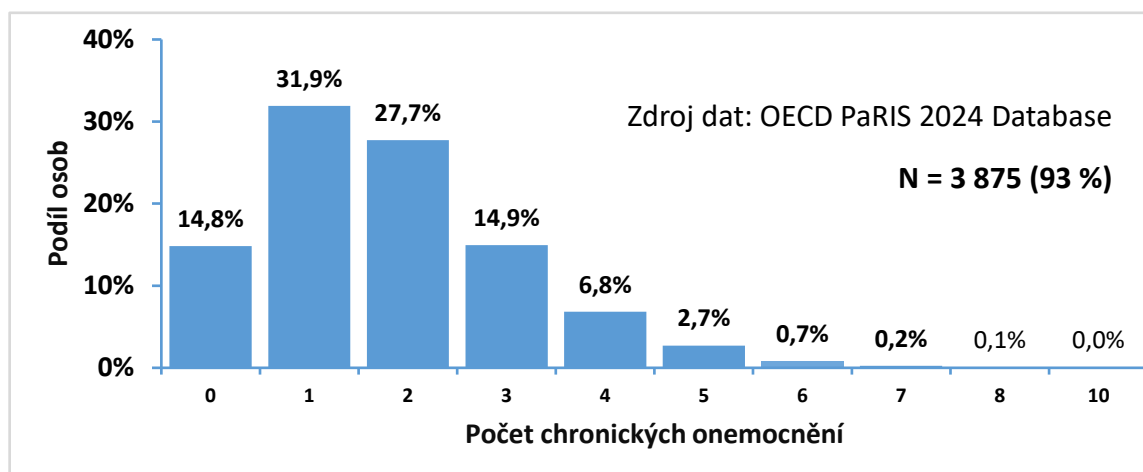
Čistý příjem domácnosti

2983 (72 %) osob odpovědělo na otázky, týkající se čistého příjmu domácnosti. 23 % osob žije v domácnostech s příjmem menším než 22 400 Kč, nejvíce, t.j. 42,1% osob žije v domácnostech s příjmem vyšších než 37 300 Kč.

Chronická multimorbidita v ordinaci praktického lékaře

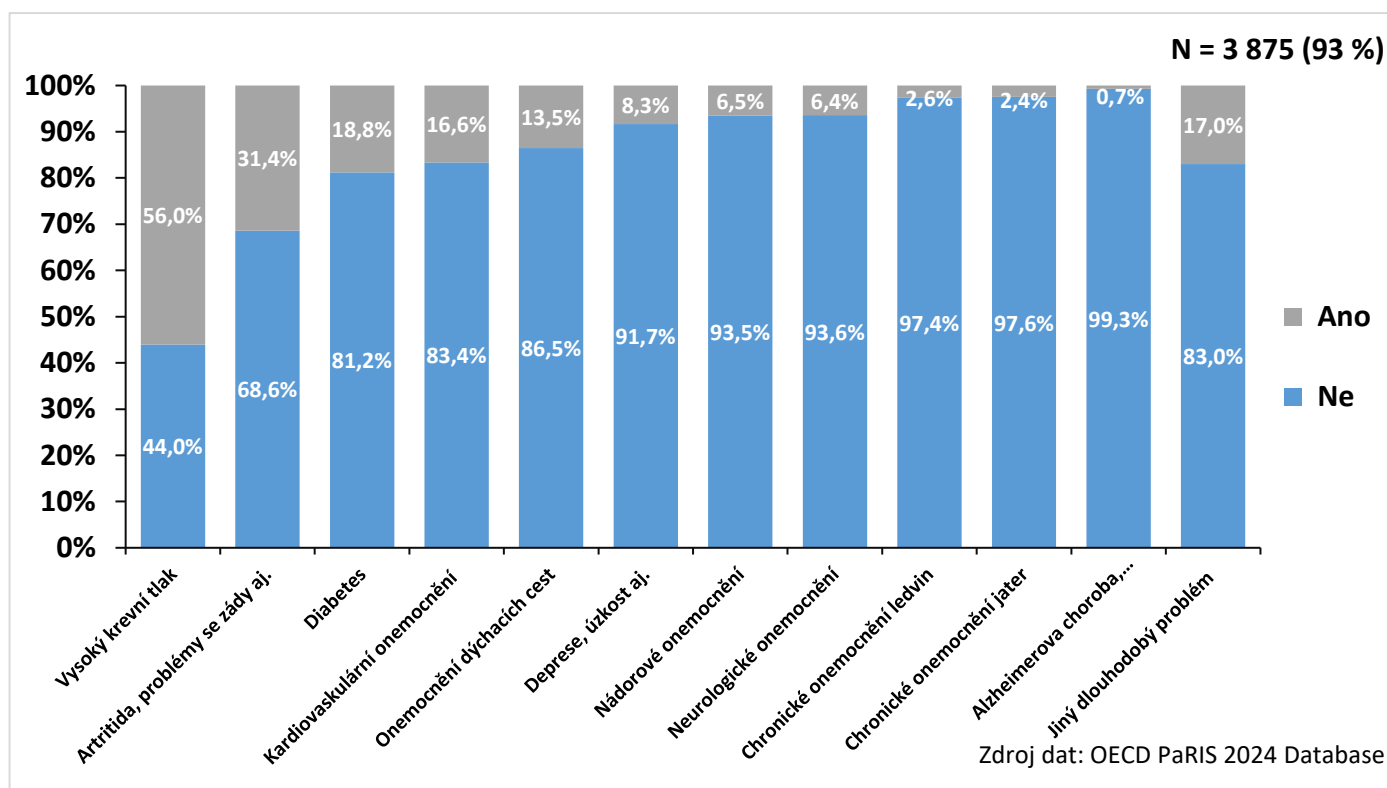
Rozložení pacientů nad 45 let podle **počtu chronických onemocnění** ukazuje graf 9. Mezi pacienty praktických lékařů ve věku 45 let a více má 85,2 % alespoň jedno a 53,3 % dvě a více chronických onemocnění. Čtvrtina osob na 45 let věku má tři a více chronických onemocnění.

Graf 9 Počty osob s chronickým onemocněním v ordinaci praktického lékaře



Nejčastější chronická onemocnění u osob nad 45 let

Graf 10 Relativní četnosti pacientů s chronickým onemocněním



Největší podíl pacientů (56 %) uvedlo, že se léčí s vysokým krevním tlakem. Téměř ve třetině případů lidé uvedli jako chronický problém onemocnění pohybového aparátu. 18 % osob uvedlo diabetes mellitus, 16,6 % jiné kardiovaskulární onemocnění kromě arteriální hypertenze. Duševní onemocnění, jako je deprese nebo úzkost, reportovalo 8,3 % osob.

Pouze 2,6 % osob uvedlo, že mají chronické onemocnění ledvin a 2,4 % chronické onemocnění jater. To nejvíce kontrastuje s předpokládanou prevalencí těchto chronických onemocnění v naší populaci. Mezi osobami nad 45 let najdeme známky chronického onemocnění ledvin u 10-15 % osob (4-6× více), chronické jaterní onemocnění má 5 a více procent populace nad 45 let (nejméně 2× více).

Tabulka 6 Srovnání výskytu chronických onemocnění v populaci nad 45 let podle pohlaví (v procentech)

	Muži	Ženy
Arteriální hypertenze	65	49
Kardiovaskulární onemocnění	21,7	12,9
Diabetes	23,4	15,5
Onemocnění dýchacích cest	11,8	15
Artritidy, bolesti v zádech	28,7	33,9
Neurologické onemocnění	4,6	7,9
Deprese, úzkost	4,9	11
Chronické onemocnění jater	3,6	1,5
Nádorové onemocnění	8,1	5,5

Muži se častěji potýkají s vysokým krevním tlakem, kardiovaskulárním onemocněním, diabetem, chronickým onemocněním jater a nádorovým onemocněním. Oproti tomu ženy se častěji potýkají s artritidou a bolestí zad, onemocněním dýchacích cest, depresí a úzkostí a neurologickým onemocněním.

Přílohy

Seznam obrázků

Obrázek 1 Klíčové ukazatele PaRIS 10	11
Obrázek 2 Fyzické zdraví osob s jedním, dvěma a třemi a více chronickými onemocněními	16
Obrázek 3 Duševní zdraví osob s jedním, dvěma a třemi a více chronickými onemocněními	17
Obrázek 4 Sociální fungování osob s jedním, dvěma a třemi a více chronickými onemocněními	18
Obrázek 5 Poskytování primární péče osobám s více chronickými onemocněními	19
Obrázek 6 Spoluvytváření, koordinace a využívání digitálních nástrojů v primární péči	21
Obrázek 7 Životní pohoda uváděná muži a ženami	22
Obrázek 8 Důvěra v systém zdravotní péče uváděná muži a ženami	22
Obrázek 9 Životní pohoda podle výše příjmu	23
Obrázek 10 Důvěra v systém zdravotní péče podle výše příjmu	24
Obrázek 11 Variabilita výsledků a zkušeností pacientů	32
Obrázek 12 10 indikátorů PaRIS	33
Obrázek 13 Počty pacientů s chronickým onemocněním	34
Obrázek 14 Přezkoumání medikace podle věku	36
Obrázek 15 Mezinárodní srovnání délky vztahu s praktickým lékařem	37
Obrázek 16 Sebedůvěra v sebeřízení	39
Obrázek 17 Zkušenost s koordinací péče – lidé s chronickými onemocněními	39
Obrázek 18 Řídící struktura mezinárodního projektu PaRIS	62
Obrázek 19 Organizační struktura a řízení projektu v ČR	66
Obrázek 20 Diagram výběru poskytovatelů v projektu PaRIS	68
Obrázek 21 Diagram výběru a zapojení pacientů v projektu PaRIS	69
Obrázek 22 Nárůst počtu patientských dotazníků v čase	71

Seznam tabulek

Tabulka 1 PROMs a PREMs v PaRIS	14
Tabulka 2 Národní výsledky v 10 klíčových indikátorech	27
Tabulka 3 Přehled velikosti vzorku respondentů ze všech v projektu PaRIS zúčastněných zemí OECD	74
Tabulka 4 Míra respondibility praxí a pacientů v projektu v jednotlivých zemích	75
Tabulka 5 Způsoby vyplnění podle zemí	76
Tabulka 6 Srovnání výskytu chronických onemocnění v populaci nad 45 let podle pohlaví v procentech	83

Seznam grafů

Graf 1 Bodový graf indikátorů zdraví	27
Graf 2 Lokalizace praxí poskytovatelů – účastníků průzkumu	77
Graf 3 Typy praxí poskytovatelů v průzkumu.....	78
Graf 4 Věková struktura	79
Graf 5 Rozložení dle pohlaví.....	79
Graf 6 Sociodemografické charakteristiky: rozložení osob podle vzdělání	80
Graf 7 Rozložení osob dle bydliště	80
Graf 8 Rozložení podle pracovní situace	81
Graf 9 Počty osob s chronickým onemocněním v ordinaci praktického lékaře	82
Graf 10 Relativní četnosti pacientů s chronickým onemocněním.....	82

Dotazník 1 Dotazník pro pacienty	86
---	----

Dotazník 1 Dotazník pro pacienty



OECD PARIS

Dotazník pro pacienty

Tento dotazník je součástí mezinárodního průzkumu PaRIS (Patient Reported Indicators Surveys), který provádí Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky a Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Realizací průzkumu byl pověřen Ústav všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Cílem mezinárodního průzkumu PaRIS je zhodnotit poskytovanou péči z pohledu osob s chronickými onemocněními a na základě získaných informací podpořit zlepšení této péče. Průzkum obsahuje otázky na Vaši zkušenost s péčí, která Vám byly poskytnuta Vaším praktickým lékařem. Dále průzkum obsahuje otázky cílené na Vás a Vaše zdraví. Vaše odpovědi jsou důležité a pomohou politikům, organizátorům zdravotnictví a praktickým lékařům vylepšit zdravotní péči podle Vašich potřeb.

Účast v průzkumu

V závislosti na Vašich odpovědích Vám vyplnění dotazníku zabere zhruba **25 minut**. U každé otázky označte Vaši volbu odpovědi křížkem v okénku, a to perem/propisovací tužkou s černou nebo modrou náplní. U některých otázek budete instruováni o možnosti zaškrtnout více odpovědí. V některých případech najdete u křížkem označeného okénka odkaz na jinou otázku. Pokud budete pečlivě postupovat podle instrukcí, vyhnete se odpovědím na otázky, které Vám nejsou určeny.

V případě zaškrtnutí špatné odpovědi je nutné celý čtvereček vybarvit/zatmavit a vyplnit křížkem správnou odpověď.

Vyplněný dotazník pak pošlete v příložené obálce na adresu: **Bára Kyselová, SVL ČLS JEP, Sokolská 490/31, Praha 2, 120 00.**

Účast v tomto průzkumu je dobrovolná a **Vaše odpovědi budou považovány za důvěrné**. Pokud si nepřejete na některou otázku odpovídat, nechte ji prosím nevyplněnou.

Pro více informací o tomto průzkumu a o tom, jak budou využita a chráněna data z něj získaná a Vaše soukromí, navštivte stránku:

<https://www.mzcr.cz/category/mezinarodni-vztahy-a-eu/paris/>

Máte ještě otázky nebo potřebujete pomoc?

Pokud máte otázky, které se týkají dotazníku, napište na e-mail projekt.paris@lf1.cuni.cz nebo zavolejte na telefon 224 968 508.

Váš zdravotní stav

Několik prvních otázek se týká Vašeho zdravotního stavu.

01 Obecně byste řekl/a, že Vaše zdraví je:

- ☐ Vynikající
- ☐ Velmi dobré
- ☐ Dobré
- ☐ Ucházející
- ☐ Špatné

02 Řekl/a byste, že kvalita Vašeho života je obecně:

- ☐ Vynikající
- ☐ Velmi dobrá
- ☐ Dobrá
- ☐ Ucházející
- ☐ Špatná

03 Jak byste obecně hodnotil/a své tělesné zdraví?

- ☐ Vynikající
- ☐ Velmi dobré
- ☐ Dobré
- ☐ Ucházející
- ☐ Špatné

04 Jak byste obecně hodnotil/a své duševní zdraví, včetně Vaší nálady a Vaší schopnosti přemýšlet?

- ☐ Vynikající
- ☐ Velmi dobré
- ☐ Dobré
- ☐ Ucházející
- ☐ Špatné

05 Jak byste obecně ohodnotil/a svou spokojenost se svými společenskými aktivitami a vztahy?

- ☐ Vynikající
- ☐ Velmi dobrá
- ☐ Dobrá
- ☐ Ucházející
- ☐ Špatná

06 Ohodnotte prosím obecně, jak dobře si vedete ve svých obvyklých společenských aktivitách a rolích. (To zahrnuje aktivity doma, v práci a ve Vaší komunitě a povinnosti v roli rodiče, dítěte, manžela/manželky, zaměstnance, přítele atd.)

- ☐ Vynikající
- ☐ Velmi dobrá
- ☐ Dobrá
- ☐ Ucházející
- ☐ Špatná

07 Do jaké míry jste schopen/schopna vykonávat každodenní fyzické aktivity, jako je chůze, chůze do schodů, nošení nákupů nebo přesunutí židle?

- ☐ Zcela
- ☐ Většinou
- ☐ Středně
- ☐ Trochu
- ☐ Vůbec ne

Několik následujících otázek se týká specifických příznaků, které se u Vás možná v poslední době objevily.

08 Za posledních 7 dní jsem dušný/dušná

- ☐ Vůbec ne
- ☐ Málo
- ☐ Středně
- ☐ Značně
- ☐ Velice

09 Za posledních 7 dní, jak byste v průměru ohodnotil/a míru své vyčerpanosti?

- ☐ Žádná
- ☐ Mírná
- ☐ Střední
- ☐ Silná
- ☐ Velmi silná

10 Za posledních 7 dní, do jaké míry bolest narušovala Vaše každodenní aktivity?

- ☐ Vůbec ne
- ☐ Málo
- ☐ Středně
- ☐ Značně
- ☐ Velice

11 Za posledních 7 dní, jak byste v průměru ohodnotil/a Vaši bolest?

- ☐ 0 - Bez bolesti
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 - Nejhorší představitelná bolest

12 Za posledních 7 dní, jak často Vás trápily emocionální problémy, jako je pocit úzkosti, deprimovanosti nebo podrážděnosti?

- ☐ Nikdy
- ☐ Málokdy
- ☐ Někdy
- ☐ Často
- ☐ Vždy

U několika následujících otázek se zamyslete, jak jste se cítil/a během posledních dvou týdnů

13 Cítil/a jsem se vesele a měl/a jsem dobrou náladu.

- ☐ Neustále
- ☐ Většinou
- ☐ Více než polovinu času
- ☐ Méně než polovinu času
- ☐ Občas
- ☐ Nikdy

14 Cítil/a jsem se klidně a uvolněně.

- ☐ Neustále
- ☐ Většinou
- ☐ Více než polovinu času
- ☐ Méně než polovinu času
- ☐ Občas
- ☐ Nikdy

15 Cítil/a jsem se aktivně a měl/a jsem hodně energie.

- ☐ Neustále
- ☐ Většinou
- ☐ Více než polovinu času
- ☐ Méně než polovinu času
- ☐ Občas
- ☐ Nikdy

16 Můj každodenní život naplňovaly věci, které mě zajímají.

- ☐ Neustále
- ☐ Většinou
- ☐ Více než polovinu času
- ☐ Méně než polovinu času
- ☐ Občas
- ☐ Nikdy

17 Probouzel/a jsem se s pocitem svěžesti a odpočinku.

- ☐ Neustále
- ☐ Většinou
- ☐ Více než polovinu času
- ☐ Méně než polovinu času
- ☐ Občas
- ☐ Nikdy

Několik následujících otázek se týká Vaší nedávné fyzické aktivity, stravy, užívání tabáku a alkoholu, jakož i podpory, kterou Vám případně poskytli zdravotníci (lékaři, zdravotní sestry či jiní zdravotníci).
Odpovídejte, prosím, v souladu s Vašimi zkušenostmi s péčí a léčbou u Vašeho poskytovatele primární péče. Pracoviště primární péče je obvykle prvním místem kontaktu se zdravotnictvím v případě celé řady nových i dlouhodobých zdravotních problémů.

- 18** Kolik dní z uplynulého týdne jste se alespoň 30 minut věnoval/a nějaké intenzivní nebo středně intenzivní aktivitě (např. běhání, plavání, jízdě na kole, rychlé chůzi nebo tanci)? Při intenzivní fyzické aktivitě se obvykle dýchá mnohem hůře než obvykle, zatímco při středně intenzivní aktivitě se dýchá o trochu hůře než obvykle.
- ☐ Každý den
- ☐ 5 až 6 dní
- ☐ 3 až 4 dny
- ☐ 1 až 2 dny
- ☐ V uplynulém týdnu jsem se žádné intenzivní nebo středně náročné aktivity nevěnoval/a.
- ☐ Nevím jistě

- 19** Mluvil s Vámi během posledních 12 měsíců nějaký zdravotník o vaši fyzické aktivitě?
- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím jistě

- 20** Jak často jíte ovoce (nezapočítávejte šťávu vymačkanou z čerstvého ovoce nebo vyrobenou z koncentráту)?
- ☐ Více než jednou denně
 - ☐ Jednou denně
 - ☐ 4 až 6 dní v týdnu
 - ☐ 1 až 3 dny v týdnu
 - ☐ Méně než jednou týdně
 - ☐ Nikdy

- 21** Jak často jíte zeleninu nebo saláty (nezapočítávejte brambory a čerstvou šťávu nebo šťávu z koncentráту)?
- ☐ Více než jednou denně
 - ☐ Jednou denně
 - ☐ 4 až 6 dní v týdnu
 - ☐ 1 až 3 dny v týdnu
 - ☐ Méně než jednou týdně
 - ☐ Nikdy

- 22** Mluvil s Vámi během uplynulých 12 měsíců nějaký zdravotník o zdravé stravě?
- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím jistě

- 23** Kouříte nějaké tabákové výrobky (kromě elektronických cigaret nebo podobných elektronických zařízení)?
- ☐ Ano, denně..... **Jděte na O25**
- ☐ Ano, příležitostně..... **Jděte na O25**
- ☐ Vůbec ne

- 24** Kouří/la jste někdy tabákové výrobky (kromě elektronických cigaret nebo podobných elektronických zařízení) denně nebo téměř denně alespoň po dobu jednoho roku?
- ☐ Ano **Jděte na Q25**
- ☐ Ne **Jděte na Q26**

- 25** Mluvil s Vámi během posledních 12 měsíců nějaký zdravotník o zdravotních rizicích kouření nebo užívání tabáku a o způsobech, jak s tím přestat?
- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím jistě

26 Jak často jste si během posledních 12 měsíců dal/a nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, cider, lihoviny, koktejly, premixy, likéry, po domácku vyrobený alkohol, ...)?

- ☐ Každý nebo skoro každý den
 - ☐ 5–6krát za týden
 - ☐ 3–4krát za týden
 - ☐ 1–2krát za týden
 - ☐ 2–3krát za měsíc
 - ☐ Jednou za měsíc
 - ☐ Méně než jednou za měsíc
 - ☐ Alkohol jsem v posledních 12 měsících nepil/a
 - ☐ Nikdy, nebo jen pár doušek nebo pokusů za celý život
- Jděte na Q28**

Jděte na O28

27 Mluvil s Vámi během posledních 12 měsíců nějaký zdravotník o užívání alkoholu?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím jistě

Několik následujících otázek se zabývá tím, jak Vy osobně spolu se zdravotníky, které obvykle navštěvujete, přispíváte ke svému zdraví a zdravotní péči. Odpovězte, prosím, v souladu se svými zkušenostmi s péčí a léčbou u svého poskytovatele primární péče.

28 Spoléhám na to, že mi zdravotníci řeknou vše, co potřebuji vědět k péči o své zdraví.

- ☐ Naprosto nesouhlasím
- ☐ Nesouhlasím
- ☐ Nemohu říci, že souhlasím, ani že nesouhlasím
- ☐ Souhlasím
- ☐ Naprosto souhlasím

29 Většina zdravotních témat je příliš složitá na to, abych jim rozuměl/a.

- ☐ Naprosto nesouhlasím
- ☐ Nesouhlasím
- ☐ Nemohu říci, že souhlasím, ani že nesouhlasím
- ☐ Souhlasím
- ☐ Naprosto souhlasím

30 Aktivně se snažím předcházet chorobám a nemocem.

- ☐ Naprosto nesouhlasím
- ☐ Nesouhlasím
- ☐ Nemohu říci, že souhlasím, ani že nesouhlasím
- ☐ Souhlasím
- ☐ Naprosto souhlasím

31 Nechávám na zdravotníkách, aby udělali správná rozhodnutí ohledně mého zdraví.

- ☐ Naprosto nesouhlasím
- ☐ Nesouhlasím
- ☐ Nemohu říci, že souhlasím, ani že nesouhlasím
- ☐ Souhlasím
- ☐ Naprosto souhlasím

32 Je pro mě důležité mít informace o zdravotních tématech.

- ☐ Naprosto nesouhlasím
- ☐ Nesouhlasím
- ☐ Nemohu říci, že souhlasím, ani že nesouhlasím
- ☐ Souhlasím
- ☐ Naprosto souhlasím

33 Potřebuji mít informace o zdravotních tématech, abych se mohl/a postarat o své zdraví a o zdraví své rodiny.

- ☐ Naprosto nesouhlasím
- ☐ Nesouhlasím
- ☐ Nemohu říci, že souhlasím, ani že nesouhlasím
- ☐ Souhlasím
- ☐ Naprosto souhlasím

34 Mám potíže pochopit velké množství informací ohledně zdravotních témat, o nichž čtu.

☐ Naprosto nesouhlasím
☐ Nesouhlasím
☐ Nemohu říci, že souhlasím, ani že nesouhlasím
☐ Souhlasím
☐ Naprosto souhlasím

35 Na udržování svého zdraví spolupracuji se zdravotníky, které navštěvuji.

☐ Naprosto nesouhlasím
☐ Nesouhlasím
☐ Nemohu říci, že souhlasím, ani že nesouhlasím
☐ Souhlasím
☐ Naprosto souhlasím

36 Když si přečtu nebo zaslechnu něco důležitého, co se týká mé zdravotní péče, proberu to se zdravotníky, které navštěvuji.

☐ Naprosto nesouhlasím
☐ Nesouhlasím
☐ Nemohu říci, že souhlasím, ani že nesouhlasím
☐ Souhlasím
☐ Naprosto souhlasím

37 Snažím se porozumět svým osobním zdravotním rizikům.

☐ Naprosto nesouhlasím
☐ Nesouhlasím
☐ Nemohu říci, že souhlasím, ani že nesouhlasím
☐ Souhlasím
☐ Naprosto souhlasím

38 Když se mi na mé zdravotní péči něco nezdá, sdělím své obavy zdravotníkům, které navštěvuji.

☐ Naprosto nesouhlasím
☐ Nesouhlasím
☐ Nemohu říci, že souhlasím, ani že nesouhlasím
☐ Souhlasím

☐ Naprosto souhlasím

39 Nakolik si důvěřujete, že si dokážete udržet zdraví a tělesnou i duševní pohodu?

☐ Naprosto si důvěřuji
☐ Důvěřuji si
☐ Trochu si důvěřuji
☐ Vůbec si nedůvěřuji

40 Nakolik si důvěřujete, že dokážete dodržovat pokyny zdravotníků ohledně toho, jak máte o sebe doma pečovat?

☐ Naprosto si důvěřuji
☐ Důvěřuji si
☐ Trochu si důvěřuji
☐ Vůbec si nedůvěřuji

41 Nakolik si důvěřujete, že dokážete dodržovat pokyny zdravotníků ohledně toho, jak máte změnit své návyky nebo životní styl?

☐ Naprosto si důvěřuji
☐ Důvěřuji si
☐ Trochu si důvěřuji
☐ Vůbec si nedůvěřuji

42 Nakolik si důvěřujete, že dokážete rozpoznat, kdy je pro Vás nezbytné vyhledat lékařskou pomoc?

☐ Naprosto si důvěřuji
☐ Důvěřuji si
☐ Trochu si důvěřuji
☐ Vůbec si nedůvěřuji

43 Nakolik si důvěřujete, že dokážete rozpoznat, že se u Vás projevují vedlejší účinky léků?

☐ Naprosto si důvěřuji
☐ Důvěřuji si
☐ Trochu si důvěřuji
☐ Vůbec si nedůvěřuji
☐ Nevztahuje se na mě

44 Nakolik si při rozhodování ohledně svého zdraví důvěřujete ve využívání informací z internetu?

- ☐ Naprosto si důvěřuji
- ☐ Důvěřuji si
- ☐ Trochu si důvěřuji
- ☐ Vůbec si nedůvěřuji
- ☐ Nevztahuje se na mě

Vaše zkušenosti se zdravotní péčí

Odpovězte, prosím, v souladu se svými zkušenostmi s péčí a léčbou u svého poskytovatele primární péče.

45 Existuje jeden konkrétní zdravotník, kterého obvykle navštěvujete s většinou svých zdravotních problémů?

- ☐ Ano, lékař
- ☐ Ano, jiný zdravotník **Jděte na O49**
- ☐ Ne, neexistuje žádný konkrétní zdravotník, kterého obvykle navštěvují s většinou svých zdravotních problémů **Jděte na O52**
- ☐ Nevím jistě **Jděte na O52**

46 O jakého lékaře se jedná?

- ☐ Lékař se specializací v rodinném lékařství/všeobecném praktickém lékařství
- ☐ Jiný odborný lékař
- ☐ Nevím jistě

47 Jak dlouho už tohoto lékaře navštěvujete?

- ☐ 1 rok nebo méně
- ☐ Déle než 1 rok, ale ne déle než 3 roky
- ☐ Déle než 3 roky, ale ne déle než 5 let
- ☐ Déle než 5 let, ale ne déle než 10 let
- ☐ Více než 10 let
- ☐ Nevím jistě

48 Kolikrát jste za posledních 12 měsíců navštívil/a tohoto lékaře? Mohlo to být osobně, telefonicky, prostřednictvím videohovoru nebo online zpráv.

- ☐ Ani jednou za posledních 12 měsíců
- ☐ Jednou **Jděte na**
- ☐ 2krát **O52**
- ☐ 3krát
- ☐ 4krát
- ☐ 5krát nebo vícekrát
- ☐ Nevím jistě

49 O jakého zdravotníka se jedná?

- ☐ Zdravotní sestra
- ☐ Zdravotník v příbuzných oborech, jako například fyzioterapeut, dietolog nebo podiatr.
- ☐ Jiný zdravotník..... **Jděte na Q52**
- ☐ Nevím jistě..... **Jděte na Q52**

50 Jak dlouho již tohoto zdravotníka navštěvujete?

- ☐ 1 rok nebo méně
- ☐ Déle než 1 rok, ale ne déle než 3 roky
- ☐ Déle než 3 roky, ale ne déle než 5 let
- ☐ Déle než 5 let, ale ne déle než 10 let
- ☐ Více než 10 let
- ☐ Nevím jistě

51 Kolikrát jste za posledních 12 měsíců navštívil/a tohoto lékaře? Mohlo to být osobně, telefonicky, prostřednictvím videohovoru nebo online zpráv.

- ☐ Ani jednou za posledních 12 měsíců
- ☐ 1krát
- ☐ 2krát
- ☐ 3krát
- ☐ 4krát
- ☐ 5krát nebo vícekrát
- ☐ Nevím jistě

52 Dozvěděl/a jste se někdy od lékaře, že máte některé z následujících zdravotních potíží?

Zvolte všechny relevantní možnosti.

- ☐ Vysoký krevní tlak
- ☐ Kardiovaskulární onemocnění nebo onemocnění srdce
- ☐ Diabetes (typu 1 nebo 2)
- ☐ Artritida nebo dlouhodobé potíže se zády nebo klouby
- ☐ Onemocnění dýchacích cest (např. astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc)
- ☐ Alzheimerova choroba nebo jiná příčina demence
- ☐ Deprese, úzkost nebo jiné duševní onemocnění (např. bipolární porucha nebo schizofrenie) (probíhající)
- ☐ Neurologické onemocnění (např. epilepsie nebo migréna)
- ☐ Chronické onemocnění ledvin
- ☐ Chronické onemocnění jater
- ☐ Nádorové onemocnění (diagnostikované nebo léčené během posledních 5 let)
- ☐ Jiný dlouhodobý problém nebo problémy:
- ☐
.....
- ☐ Lékař mi nikdy nesdělil, že bych trpěl/a některou z uvedených chorob

Jděte na Q70

Několik následujících otázek se týká péče, která Vám byla v souvislosti s těmito onemocněními poskytnuta.

Odpovězte, prosím, v souladu se svými zkušenostmi s péčí a léčbou u svého poskytovatele primární péče.

53 Máte jednoho konkrétního zdravotníka, který odpovídá za koordinaci Vaší péče napříč různými zdravotními službami, které využíváte?

- ☐ Ano
- ☐ Ne **Jděte na O56**
- ☐ Nevyužívám péči více než jedné zdravotní služby **Jděte na O56**
- ☐ Nevím jistě **Jděte na O56**

54 Jedná se o stejného zdravotníka, kterého navštěvujete s většinou svých zdravotních problémů?

- ☐ Ano.....**Jděte na O56**
☐ Ne.....**Jděte na O55**
☐ Nevím jistě.....**Jděte na O55**

55 O jakého zdravotníka se jedná?

- ☐ Lékař se specializací v rodinném lékařství/všeobecném praktickém lékařství
- ☐ Jiný odborný lékař
- ☐ Zdravotní sestra
- ☐ Zdravotní sestra praktického lékaře
- ☐ Zdravotník v příbuzných oborech, jako například fyzioterapeut, dietolog nebo podiatr.
- ☐ Jiný zdravotník
- ☐ Nevím jistě

56 Je Vaše zdravotní péče organizována způsobem, který vám vyhovuje?

- ☐ Ano, rozhodně
- ☐ Ano, do určité míry
- ☐ Ne, spíše ne
- ☐ Ne, rozhodně ne
- ☐ Nevím jistě

57 Diskutujete se zdravotníky zapojenými do Vaší péče o tom, co je pro vás a přibližně organizaci Vaší zdravotní péče a tělesné a duševní pohody nejdůležitější?

- ☐ Ano, rozhodně
- ☐ Ano, do určité míry
- ☐ Ne, spíše ne
- ☐ Ne, rozhodně ne
- ☐ Nevím jistě

58 Podílíte se na rozhodování o své péči tak, jak byste si přál/a?

- ☐ Ano, rozhodně
- ☐ Ano, do určité míry
- ☐ Ne, spíše ne
- ☐ Ne, rozhodně ne
- ☐ Nevím jistě

59 Je v souvislosti se zdravotní péčí přihlíženo k „celé vaší osobě“, a nikoliv jen k Vašemu onemocnění/stavu?

- ☐ Ano, rozhodně
☐ Ano, do určité míry
☐ Ne, spíše ne
☐ Ne, rozhodně ne
☐ Nevím jistě

Zdravotníci někdy pomáhají pacientům definovat jejich zdravotní cíle. Jedná se o záležitosti, které jsou pro Vás důležité a v jejichž dosažení byste uvítali pomoc.

60 Jak často s vámi zdravotník hovoří o konkrétních zdravotních cílech?

- ☐ Neustále
☐ Často
☐ Občas
☐ Zřídka
☐ Nikdy
☐ Nevím jistě

Následující otázky se týkají plánů péče. Plán péče je písemná dohoda mezi Vámi a Vašimi zdravotníky, v níž je podrobně popsán typ péče, kterou potřebujete na delší období, a způsob jejího poskytování, včetně toho, jak se do ní zapojíte Vy sám/sama. Ne každý má plán péče.

Odpovězte, prosím, v souladu se svými zkušenostmi s péčí a léčbou u svého poskytovatele primární péče.

61 Máte plán péče, který zohledňuje potřeby Vašeho zdravotního stavu a Vaší tělesné a duševní pohody?

- ☐ Ano.....**Jděte na O62**
☐ Ne.....**Jděte na O65**
☐ Nevím jistě.....**Jděte na O65**

62 Je vám tento plán péče k dispozici?

- ☐ Ano
☐ Ne
☐ Nevím jistě

63 Do jaké míry považujete svůj plán péče za užitečný pro udržení svého zdraví a duševní pohody?

- ☐ Vůbec ne
☐ Do určité míry
☐ Z velké části
☐ Naprosto
☐ Nevím jistě

64 Do jaké míry se podle Vás všichni zdravotníci zapojení do vaší péče řídí stejným plánem péče?

- ☐ Vůbec ne
☐ Do určité míry
☐ Z velké části
☐ Naprosto
☐ Nevím jistě

65 Máte ze strany zdravotníků dostatečnou podporu, která Vám pomáhá udržovat Váš zdravotní stav a tělesnou a duševní pohodu?

- ☐ Nepotřebuji podporu.
☐ Dosud se mi nedostalo žádné podpory.
☐ Někdy mám dostatečnou podporu.
☐ Často mám dostatečnou podporu.
☐ Vždy mám dostatečnou podporu.
☐ Nevztahuje se na mě
☐ Nevím jistě

66 Do jaké míry jsou Vám poskytovány užitečné informace ve chvíli, kdy je potřebujete, abyste mohl/a udržovat svůj zdravotní stav a tělesnou a duševní pohodu?

- ☐ Žádné informace mi poskytovány nejsou.
☐ Někdy je mi poskytováno dost informací.
☐ Často je mi poskytováno dost informací.
☐ Vždy je mi poskytováno dost informací.
☐ Je mi poskytováno příliš mnoho informací.
☐ Nevztahuje se na mě
☐ Nevím jistě

67 Zapojují Vaši zdravotníci Vaši rodinu, přátele a/nebo pečovatele do rozhodování o Vaší péči tolik, jak si přejete?

- ☐ Ne, rozhodně ne
☐ Ne, spíše ne
☐ Ano, do určité míry
☐ Ano, rozhodně
☐ Nechci, aby do mé péče byli zapojeni členové mé rodiny, přátelé nebo pečovatelé.
☐ Členové mé rodiny, přátelé nebo pečovatelé nechtějí být do mé péče zapojeni.
☐ Nevztahuje se na mě

68 Kolik různých léků předepsaných lékařem nebo různými lékaři užíváte pravidelně nebo dlouhodobě?

- ☐ Žádné léky..... **Jděte na O70**
☐ 1–2 léky
☐ 3–4 léky
☐ 5–9 léků
☐ 10 a více léků

69 Zkontroloval s Vámi zdravotník v posledních 12 měsících všechny léky, které užíváte?

- ☐ Ano
☐ Ne
☐ Nevím jistě

Několik následujících otázek se týká Vaší zkušenosti s ordinací praktického lékaře za posledních 12 měsíců.

70 Stalo se Vám někdy, že jste musel/a opakovat informace, které měly být uvedeny ve Vaší zdravotní dokumentaci?

- ☐ Ano, rozhodně
☐ Ano, do určité míry
☐ Ne, spíše ne
☐ Ne, rozhodně ne
☐ Nevím jistě

71 Někdy pacienti zažijí událost nebo okolnost, která by mohla vést nebo skutečně vedla ke zbytečné újmě (např. jste nedostal/a termín, když jste ho potřeboval/a, byla Vám špatně či opožděně stanovena diagnóza nebo léčba nebo se vyskytly problémy v komunikaci mezi zdravotníky).

Jak často jste dle svého názoru zažil/a takovou událost v ordinaci svého praktického lékaře?

- ☐ Neustále
☐ Často
☐ Občas
☐ Zřídka
☐ Nikdy
☐ Nevztahuje se na mě

72 Jak často jste měl/a pocit, že Vás zdravotníci v ordinaci vašeho praktického lékaře povzbuzují, abyste mluvil/a o svých obavách v souvislosti se svou zdravotní péčí?

- ☐ Neustále
☐ Často
☐ Občas
☐ Zřídka
☐ Nikdy
☐ Nevztahuje se na mě

73 Jak často jste měl/a nějaký zdravotní problém, ale nevyhledal/a jste lékařskou péči z důvodu obtížného cestování do ordinace svého praktického lékaře?

- ☐ Neustále
☐ Často
☐ Občas
☐ Zřídka
☐ Nikdy
☐ Nevztahuje se na mě

74 Jak často jste měl/a nějaký zdravotní problém, ale nevyhledal/a jste zdravotní péči nebo si nevzal/a předepsaný lék z finančních důvodů?

- ☐ Neustále
☐ Často
☐ Občas

- 96

Vaše poslední konzultace

Další otázky se týkají Vaší poslední konzultace s Vaším poskytovatelem primární péče, s lékařem, zdravotní sestrou nebo jiným zdravotníkem za účelem zajištění Vaší zdravotní péče. Mohlo se jednat o konzultaci s Vaším ošetřujícím lékařem nebo jiným zdravotnickým pracovníkem, a to včetně konzultací po telefonu nebo v ordinaci či na klinice.

81 Vaše poslední konzultace/návštěva

Jaký byl hlavní důvod této konzultace?

- ☐ První kontakt kvůli novému problému
- ☐ Následná kontrola kvůli novému problému
- ☐ Pravidelná péče u dlouhodobého problému
- ☐ Nepravidelná péče související s dlouhodobým problémem
- ☐ Základní preventivní péče
- ☐ Nevím jistě

82 Vaše poslední konzultace

U koho jste měl/a tuto poslední konzultaci? Pokud jste navštívil/a více než jednoho zdravotníka, zvolte toho, u něž jste strávil/a v daný den nejvíce času. Zvolte prosím pouze jednu možnost.

- ☐ Lékař se specializací v rodinném lékařství/všeobecném praktickém lékařství
- ☐ Jiný odborný lékař
- ☐ Zdravotní sestra
- ☐ Zdravotní sestra praktického lékaře
- ☐ Jiný zdravotník, například fyzioterapeut, dietolog nebo podiatr
- ☐ Jiný zdravotník
- ☐ Nevím jistě

83 Vaše poslední konzultace/návštěva

V jakém zařízení tento zdravotník pracoval?

- ☐ Ordinace praktického lékaře
- ☐ Ambulantní oddělení nemocnice
- ☐ Jiná možnost
- ☐ Nevím jistě
- ☐ Nevztahuje se na mě

84 Vaše poslední konzultace/návštěva

Která z uvedených možností nejlépe vystihuje typ péče, která Vám byla poskytnuta?

- ☐ Osobní konzultace ve zdravotnickém zařízení
- ☐ Telefonická konzultace
- ☐ Konzultace prostřednictvím videohovoru
- ☐ Domácí návštěva
- ☐ Jiná možnost
- ☐ Nevím jistě

85 Vaše poslední konzultace/návštěva

Za jak dlouho od okamžiku, kdy jste se poprvé snažil/a objednat, konzultace proběhla?

- ☐ Ve stejný den
- ☐ Následující den
- ☐ O několik dní později, ale do jednoho týdne
- ☐ Po více než týdnu, ale do jednoho měsíce
- ☐ Po více než měsíci
- ☐ Nepamatuji si

86 Vaše poslední konzultace/návštěva

Představovalo pro Vás čekání problém?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím jistě

87

Vaše poslední konzultace/návštěva

Věnoval Vám tento zdravotník dostatek času?

- ☐ Ano, rozhodně
- ☐ Ano, do určité míry
- ☐ Ne, spíše ne
- ☐ Ne, rozhodně ne
- ☐ Nevím jistě

88

Vaše poslední konzultace/návštěva

Poskytl Vám tento zdravotník snadno pochopitelné vysvětlení?

- ☐ Ano, rozhodně
- ☐ Ano, do určité míry
- ☐ Ne, spíše ne
- ☐ Ne, rozhodně ne
- ☐ Nevím jistě

89

Vaše poslední konzultace/návštěva

Vzbudil ve Vás zdravotník, kterého jste navštívil/a nebo s nímž jste mluvil/a, důvěru?

- ☐ Ano, rozhodně
- ☐ Ano, do určité míry
- ☐ Ne, spíše ne
- ☐ Ne, rozhodně ne
- ☐ Nevím jistě

90

Vaše poslední konzultace/návštěva

Jak byste celkově zhodnotil/a kvalitu této konzultace?

- ☐ Výborně
☐ Velmi dobře
☐ Dobře
☐ Celkem dobře
☐ Špatně
☐ Nevím jistě

Další otázky se týkají Vašeho případného pozitivního testu na COVID-19 a příznaků, které se u Vás mohly vyskytnout.

91

Byl/a jste někdy pozitivně testován/a na COVID-19 (pomocí rychlotestu, vlastního testu nebo laboratorního testu) nebo Vám lékař či jiný zdravotník řekl, že máte nebo jste prodělal/a COVID-19?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím jistě

92

Dlouhodobé příznaky mohou zahrnovat: únavu nebo vyčerpání, potíže s myšlením, soustředěním, zapomnitelivost nebo problémy s pamětí (někdy označované jako 'mozková mlha'), potíže s dýcháním nebo dušnost, bolest kloubů nebo svalů, rychlý tlukot nebo bušení srdce (známé také jako palpitace), bolest na hrudi, závratě při stání, změny menstruace, změny chuti/čichu nebo neschopnost cvičit.

Měl/a jste nějaké příznaky trvající 2 měsíce nebo déle, které jste neměl/a před onemocněním koronavirem nebo COVID-19?

- ☐ Ano, příznaky trvaly 2–3 měsíce
- ☐ Ano, příznaky trvaly 3–6 měsíců
- ☐ Ano, příznaky trvaly 6 měsíců až 1 rok
- ☐ Ano, příznaky trvaly nejméně 1 rok
- ☐ Ne..... **Jděte na O95**
- ☐ Nevím jistě..... **Jděte na O95**

93

Máte tyto dlouhodobé příznaky stále?

- ☐ Ano
- ☐ Ne..... **Jděte na O95**
- ☐ Nevím jistě..... **Jděte na O95**

94

Omezují tyto dlouhodobé příznaky Vaši schopnost vykonávat každodenní činnosti v porovnání s dobou předtím, než jste prodělal/a COVID-19?

- ☐ Ano, hodně
- ☐ Ano, trochu
- ☐ Vůbec ne

☐ Nevím jistě

O vás

Na závěr bychom rádi zjistili některé informace o Vás osobně. Tyto informace jsou důležité k pochopení, zda různé skupiny lidí mají s kvalitou zdravotních služeb rozdílné zkušenosti.

95 Kolik je Vám let?

- ☐ 44 nebo méně
☐ 45–49
☐ 50–54
☐ 55–59
☐ 60–64
☐ 65–69
☐ 70–74
☐ 75–79
☐ 80–84
☐ 85 nebo více
☐ Nepřeji si uvádět.

96 Kolik vážíte?

- kg
☐ Nevím
☐ Nechci odpovédět

97 Kolik měříte?

- cm
☐ Nevím
☐ Nechci odpovédět

98 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ Bez vzdělání
☐ Neúplné základní vzdělání (dokončen pouze 1. stupeň ZŠ, SZŠ, ZZŠ)
☐ Základní vzdělání (dokončena ZŠ, dokončena 1. část víceletých gymnázií)
☐ Středoškolské vzdělání s maturitou (Učiliště)
☐ Středoškolské vzdělání s maturitou (SŠ, gymnázia)

- ☐ Středoškolské vzdělání - Konzervatoře
Středoškolské vzdělání bez maturity (Učiliště zakončené pouze výučním listem nebo závěrečnou zkouškou – ne maturitou)
☐ Středoškolské vzdělání bez maturity (SŠ zakončená pouze závěrečnou zkouškou – ne maturitou)
Absolventi SŠ s maturitou, po níž následovalo další studium zakončené maturitou (nástavbové studium, kvalifikační pomaturitní studium)
☐ Absolventi SŠ bez maturity (závěrečná zkouška), po níž následovalo další studium zakončené závěrečnou zkouškou (učební obory, nekvalifikační studium, studium jazyků apod.)
☐ Vysokoškolské vzdělání s diplomem (VOŠ - DiS., pomaturitní specializační studium)
☐ Vysokoškolské vzdělání s bakalářským diplomem (Bc. BcA.)
Vysokoškolské vzdělání s magisterským diplomem (Mgr., Ing., Ing. arch., MUDr., MDDr., MVDr., PhDr., RNDr., JUDr., PharmDr., ThLic., ThDr., PaedDr., RSDr.)
☐ Doktorský studijní program (Ph.D., Th.D., CSc., DrSc.)

99 Která z níže uvedených možností Vás nejlépe vystihuje?

- ☐ Žena
☐ Muž
☐ Jiná možnost
☐ Nepřeji si uvádět

100 Tato otázka se týká Vaší sexuální orientace. Identifikujete se jako

- ☐ Heterosexuál (tj. přitahuje vás opačné pohlaví)
☐ Homosexuál (gay nebo lesba, tj. přitahuje vás stejné pohlaví)
☐ Bisexuál (přitahují vás obě pohlaví)
☐ Jiná možnost
☐ Nepřeji si uvádět.

101 Která z následujících možností nejlépe vystihuje Vaši současnou pracovní situaci?

- ☐ OSVČ (pracujete na sebe)

☐ Občas
 ☐ Zřídka
 ☐ Nikdy

106
Zda budete mít dost peněz na zaplacení měsíčních účtů, např. za elektřinu, topení nebo telefon?

☐ Neustále
 ☐ Často
 ☐ Občas
 ☐ Zřídka
 ☐ Nikdy

107
Narodil/a jste se v České republice?

☐ Ano
 ☐ Ne (Uveďte zemi, ve které jste se narodil/a.):

Př.: V případě České republiky vyplňte ČR

108
Máte občanství České republiky?

☐ Ano
 ☐ Ne (Uveďte zemi, jejíž občanství máte.):

109
Která z uvedených možností nejlépe vystihuje typ oblasti, v níž žijete?

☐ Velké město
 ☐ Město nebo předměstí
 ☐ Venkov
 ☐ Nevím jistě

110
Kolik dětí mladších 18 let s Vámi žije v jedné domácnosti?

dítě/děti/děti mladší 18 let

111
Kolik osob ve věku 18 let a starších s Vámi žije v jedné domácnosti? Sebe nezapočítávejte.

osob ve věku 18 let a starších

112 Pokud byste potřeboval/a pomoc, jak snadno ji získáte od následujících lidí?

Blízký člen rodiny (včetně vašeho partnera/partnerky)

- ☐ Velmi snadno
- ☐ Snadno
- ☐ Ani snadno, ani obtížně
- ☐ Obtížně
- ☐ Velmi obtížně
- ☐ Nevztahuje se na mě

113 Pokud byste potřeboval/a pomoc, jak snadno ji získáte od následujících lidí?

Přátelé, sousedé a spolupracovníci

- ☐ Velmi snadno
- ☐ Snadno
- ☐ Ani snadno, ani obtížně
- ☐ Obtížně
- ☐ Velmi obtížně
- ☐ Nevztahuje se na mě

114 Potřebujete fyzickou péči nebo podporu, jako je pomoc při jídle, oblékání, koupání, pohybu po domácnosti nebo pomoc mimo domov, například při přepravě?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

115 Potřebujete emocionální péči nebo podporu, například útěchu, radu nebo konzultaci?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

116 Potřebujete pomoc v oblasti zdravotní péče, jako je podávání léků, výměna obvazů nebo domlouvání schůzek s poskytovatelem primární péče?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

117 Do jaké míry souhlasíte, nebo nesouhlasíte s tím, že systému zdravotní péče lze důvěřovat?

- ☐ Naprosto nesouhlasím
- ☐ Nesouhlasím
- ☐ Nemohu říci, že souhlasím, ani že nesouhlasím
- ☐ Souhlasím
- ☐ Naprosto souhlasím

118 Kdo byl hlavní osobou nebo osobami, které vyplnily tento dotazník?

- ☐ Osoba přizvaná k účasti na průzkumu
- ☐ Přítel/kyně nebo osoba příbuzná s osobou přizvanou k účasti na průzkumu
- ☐ Osoba přizvaná k účasti na průzkumu společně s přítelem či přítelkyní nebo příbuznou osobou
- ☐ Osoba přizvaná k účasti na průzkumu za pomoci zdravotníka nebo pečovatele

Děkujeme Vám za účast v tomto průzkumu. Zodpověděl/a jste všechny otázky.