UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

Bakalářská práce

2025 **Kristýna Nováková**

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra politologie

Reforma primární péče: měnící se role praktických lékařů v péči o pacienty s diabetes mellitus typu II.

Bakalářská práce

Autorka práce: Kristýna Nováková

Studijní program: Sociologie a sociální politika

Vedoucí práce: Ing. Zuzana Kotherová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2025

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.
4. Při přípravě této práce autor použil Claude by Anthropic za účelem generování a inference kódu pro zpracování dat Pythonem. Po použití tohoto nástroje autor obsah podle potřeby zkontroloval a upravil a přebírá plnou odpovědnost za obsah publikace.

V Praze dne 29.4.2025 Kristýna Nováková

Bibliografický záznam

NOVÁKOVÁ, Kristýna. Reforma primární péče: měnící se role praktických lékařů v péči o pacienty s diabetes mellitus typu II.. Praha, 2025. 88 s. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra sociologie. Vedoucí bakalářské práce Ing. Zuzana Kotherová, Ph.D.

Rozsah práce: 1**29 226 (včetně mezer)**

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá proměňující se rolí praktických lékařů v péči o pacienty s diabetes mellitus 2. typu (DM2) v kontextu reformy primární péče v České republice. Cílem práce je analyzovat současný stav organizace, legislativního a finančního rámce primární péče o pacienty s DM2, identifikovat klíčové problémy v systému a navrhnout možná zlepšení.

Teoretickým rámcem práce je koncept strukturálního funkcionalismu, zejména model AGIL Talcotta Parsonse, který umožňuje analyzovat zdravotnický systém jako komplexní strukturu plnící nezbytné funkce pro stabilitu společnosti – adaptaci, dosahování cílů, integraci a udržování hodnotových vzorců.

Empirická část je založena na kvantitativním výzkumu formou dotazníkového šetření mezi praktickými lékaři v České republice, který zkoumá jejich zkušenosti s léčbou a sledováním pacientů s DM2, vnímané bariéry a přístup ke vzdělávání pacientů.

Výsledky ukazují, že praktičtí lékaři sehrávají klíčovou roli v prevenci a dlouhodobém sledování diabetu, avšak čelí řadě překážek, zejména kapacitním a systémovým. Práce navrhuje opatření vedoucí k posílení podpory praktických lékařů, větší integraci péče a širší dostupnosti edukačních programů. Zjištění mohou sloužit jako podklad pro reformní kroky v oblasti péče o chronicky nemocné pacienty.

Abstract

This bachelor thesis focuses on the evolving role of general practitioners in the care of patients with type 2 diabetes mellitus (DM2) within the context of primary care reform in the Czech Republic. The aim of the thesis is to analyse the current state of organization, legislation, and financial framework of primary care for DM2 patients, identify key systemic issues, and propose possible improvements.

The theoretical framework of the thesis is based on the concept of structural functionalism, particularly the AGIL model developed by Talcott Parsons, which allows for the analysis of

the healthcare system as a complex structure fulfilling essential functions necessary for the stability of society – adaptation, goal attainment, integration, and latency (pattern maintenance).

The empirical part is based on quantitative research conducted through a questionnaire survey among general practitioners in the Czech Republic, examining their experiences with the treatment and monitoring of DM2 patients, perceived barriers, and approaches to patient education.

The results show that general practitioners play a crucial role in the prevention and long-term management of diabetes, but face a number of challenges, particularly in terms of capacity and systemic constraints. The thesis proposes measures aimed at strengthening the support for general practitioners, enhancing the integration of care, and expanding access to educational programs. The findings may serve as a basis for reform initiatives in the area of care for chronically ill patients.

Klíčová slova

zdravotní politika, primární péče, reforma primární péče, Diabetes mellitus typu II., prevence, edukace, Self-management, praktický lékař

Keywords

health policy, primary care, primary care reform, Type II diabetes mellitus, prevention, education, Self-management, general practitioner

Název práce

Reforma primární péče: měnící se role praktických lékařů v péči o pacienty s diabetes mellitus typu II.

Title

Primary Care Reform: The Changing Role of General Practitioners in the Care of Patients with Type II Diabetes Mellitus.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své práce Ing. Zuzaně Kotherové, Ph.D., za odbornou pomoc, kterou mi při psaní bakalářské práce poskytla

Obsah

Úvod *12*

1 Sociologický rámec péče *13*

1.1 Funkcionalismus a zdravotnický systém **13**

2 Zdravotní politika *15*

2.1 Zdravotní politika definice ..... Chyba! Záložka není definována.

2.2 Zdravotní politika a její role u DM2 ..... **16**

2.3 Strategie Zdraví 2030 a Národní diabetologický program **18**

2.4 Primární péče ..... Chyba! Záložka není definována.

2.5 Regionální nerovnosti a kapacitní problémy **19**

2.6 Digitalizace v primární péči a eHealth iniciativy **20**

3 Role praktických lékařů v péči o pacienty s DM2 ..... *22*

3.1 Diagnostika a sledování pacientů s DM2 ..... **22**

3.2 Koordinace péče a prevence komplikací **24**

4 Systém péče o pacienty s DM2 v ČR *26*

4.1 Legislativní rámec péče o pacienty s diabetem mellitus 2. typu v České republice **27**

4.2 Finanční rámec péče o pacienty s diabetem mellitus 2. typu v České republice **28**

4.3 Kapitační a výkonový systém v primární péči **30**

4.4 Fragmentace péče **30**

4.5 Nedostatky systému a jejich dopad na pacienty a poskytovatele **31**

4.6 Shrnutí praktických dopadů na pacienty a poskytovatele zdravotní péče 32

4.7 Návrhy na zlepšení legislativy a financování 35

5 Mezinárodní srovnání systémů péče 39

5.1 Dánsko a Nizozemsko jako příklady dobré praxe 39

6 Prevence v léčbě Diabetu mellitu 2. typu 41

6.1 Sociologie životního stylu 41

6.2 Bariéry dostupnosti edukace v ČR 42

7 Metodologie 45

7.1 Hlavní cíle práce 46

7.2 Výzkumné otázky a sestavené hypotézy 46

7.3 Proměnné 48

7.4 Datový soubor a sběr dat 50

7.5 Výzkumný nástroj 53

8 Analytická část 56

8.1 Charakteristika respondentů 56

8.2 Výsledky hlavních zjištění 58

8.2.1 Výzkumná otázka 1 58

8.2.2 Výzkumná otázka 2 60

8.2.3 Výzkumná otázka 3 62

8.2.4 Výzkumná otázka 4 68

8.3 Souhrn hlavních zjištění 69

V této kapitole je popsán souhrn hlavních zjištění (Key Findings) 69

Diskuse*..... *71

Závěr*..... *73

Summary*..... *74

Seznam literatury*..... *75

***Seznam příloh* .....** *Chyba! Záložka není definována.*

Úvod

Diabetes mellitus 2. typu (DM2) patří mezi nejčastější chronická onemocnění současnosti a představuje zásadní výzvu jak pro zdravotnické systémy, tak pro společnost jako celek. Onemocnění je charakteristické zvýšenou hladinou glukózy v krvi v důsledku inzulinové rezistence a postupné ztráty schopnosti organismu inzulin produkovat. Následky nedostatečně kompenzovaného diabetu se odrážejí nejen na zdravotním stavu jednotlivců, ale také na ekonomických nákladech zdravotní péče a sociálního systému (Národní diabetologický program, 2012). V České republice se počet pacientů s tímto onemocněním dlouhodobě zvyšuje, a to zejména vlivem stárnutí populace, nezdravého životního stylu a pozdního záchytu (ÚZIS, 2020; Strategický rámec Zdraví 2030, 2019).

Vzhledem k narůstající zátěži spojené s DM2 nabývá na významu role primární péče. Praktičtí lékaři stojí na pomyslné první linii, kde mají možnost onemocnění včas odhalit, zahájit léčbu a dlouhodobě sledovat její průběh. Vedle samotné léčby je však jejich úkolem také motivace pacienta k prevenci, edukaci a aktivnímu zapojení do péče o vlastní zdraví (American Academy of Family Physicians, 2020). Kvalitně nastavená primární péče tak může významně přispět ke zpomalení progrese onemocnění, snížení výskytu komplikací a v konečném důsledku i k efektivnějšímu využívání zdravotnických kapacit (Sdružení praktických lékařů ČR, 2019).

Tato bakalářská práce se zaměřuje na proměny role praktického lékaře v péči o pacienty s DM2, a to v kontextu současných změn v organizaci a směřování primární péče v České republice. K pochopení souvislostí je využit pohled sociologie zdravotnictví, konkrétně strukturální funkcionalismus Talcotta Parsonse. Tento přístup umožňuje vnímat zdravotnický systém jako součást širšího společenského celku a zkoumat, jak různé funkční prvky – adaptace, dosažení cílů, integrace a udržování hodnot – přispívají ke stabilitě a efektivitě systému. Práce si klade za cíl nejen popsat současný stav, ale také identifikovat oblasti, v nichž dochází k funkčnímu selhávání, a nabídnout podněty k jejich možnému zlepšení.

1 Sociologický rámec péče

1.1 Funkcionalismus a zdravotnický systém

Funkcionalismus je významný směr v sociologii, který analyzuje společnost jako komplexní systém, jehož jednotlivé části spolupracují na zajištění stability a kontinuity celku (Parsons, 1951). Tento přístup se zaměřuje na pochopení, jak různé sociální instituce a procesy přispívají k fungování společnosti jako celku. Významným představitelem strukturálního funkcionalismu byl Talcott Parsons, který formuloval teorii sociálního systému (Parsons, 1951). V oblasti zdravotnictví strukturální funkcionalismus například zkoumá, jak zdravotnické instituce (např. nemocnice, pojišťovny, primární péče) přispívají ke stabilitě společnosti tím, že zabezpečují léčbu, reprodukci pracovní síly a prevenci nemocí. Role lékaře nebo pacienta jsou v tomto pohledu definované normativně, tedy každý má „funkční“ úlohu, kterou společnost očekává, že bude naplněna. Parsons identifikoval čtyři základní funkcionální imperativy nezbytné pro přežití každého sociálního systému:

Adaptace (A): Schopnost systému přizpůsobit se vnějšímu prostředí a získávat z něj zdroje (Parsons, 1951).

Dosahování cílů (G): Schopnost systému definovat a dosahovat svých primárních cílů (Parsons, 1951).

Integrace (I): Udržování soudržnosti mezi různými částmi systému a řízení vztahů mezi nimi (Parsons, 1951).

Latentní udržování vzorců (L): Zajištění stability základních hodnot a norem, které řídí chování členů společnosti (Parsons, 1951).

Tento model, známý jako AGIL, poskytuje rámec pro analýzu toho, jak různé subsystémy společnosti přispívají k jejímu celkovému fungování (Parsons, 1951). Aplikace AGIL paradigmatu od Talcotta Parsonse na problematiku péče o pacienty DM2 primární péči umožňuje analyzovat, jak jednotlivé funkční imperativy přispívají k efektivitě a stabilitě zdravotnického systému.

Adaptace (A): Zdravotnický systém musí efektivně reagovat na rostoucí prevalenci DM2 adaptací svých služeb. To zahrnuje implementaci preventivních programů, zajištění dostupnosti diagnostických nástrojů a léčebných metod, a přizpůsobení se měnícím se potřebám populace.

Dosahování cílů (G): Stanovení jasných cílů, jako je snížení incidence DM2, zlepšení kontroly glykémie u pacientů a minimalizace komplikací, je klíčové. Efektivní alokace zdrojů a implementace strategií vedoucích k dosažení těchto cílů jsou nezbytné pro úspěch zdravotnického systému.

Integrace (I): Koordinace mezi různými poskytovateli zdravotní péče, jako jsou praktičtí lékaři, specialisté, nutriční terapeuti a psychologové, zajišťuje ucelenou péči o pacienty s DM2. Sdílení informací a jednotný přístup k léčbě přispívají k efektivitě a kvalitě poskytovaných služeb.

Latentní udržování vzorců (L): Udržování a posilování základních hodnot a norem, jako je důraz na zdravý životní styl, pravidelné lékařské kontroly a vlastní odpovědnost pacientů za své zdraví, podporuje dlouhodobou prevenci a management DM2.

2 Zdravotní politika

2.1 Představení pojmu zdravotní politiky

Zdravotní politika představuje souhrn strategických rozhodnutí, opatření a činností, které jsou formovány státem a dalšími relevantními subjekty s cílem zajistit ochranu, podporu a zlepšení zdraví obyvatelstva (WHO, 2023). Tento komplexní proces zahrnuje tvorbu právních předpisů, regulačních mechanismů a finančních modelů, které společně určují, jakým způsobem bude zdravotní péče organizována, financována a poskytována (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019). Hlavním cílem zdravotní politiky je dosažení rovného přístupu ke kvalitní zdravotní péči pro všechny občany, a to prostřednictvím principů solidarity a univerzality (Česká republika, 1997). Zdravotní politika také stanovuje priority, jako je například zaměření na prevenci, včasnou diagnostiku a léčbu chronických onemocnění, jako je i diabetes mellitus 2. typu, které patří mezi hlavní zdravotní výzvy současné společnosti (Diastyl, 2023).

Zdravotní politika není statická, ale vyvíjí se v reakci na demografické změny, technologický pokrok a socioekonomické podmínky, a proto musí reflektovat aktuální vědecké poznatky a potřeby společnosti (Durdisová, 2010). Klíčovým prvkem tohoto procesu je systematická analýza zdravotního stavu obyvatelstva, která slouží jako podklad pro formulaci konkrétních cílů a strategií (Potůček, 2008). Zdravotní politika se proto projevuje nejen v legislativě, ale také v implementaci národních programů a strategií, které mají za cíl zlepšit efektivitu a kvalitu poskytované péče (Česká internistická společnost, 2023). Kromě tvorby zákonů a vyhlášek se zdravotní politika zaměřuje také na optimalizaci financování zdravotní péče, aby bylo možné dlouhodobě udržet a zlepšovat dostupnost a kvalitu služeb (OECD, 2022).

Z hlediska organizační struktury zdravotní politiky definuje její rámec role jednotlivých subjektů, jako jsou státní instituce, zdravotní pojišťovny, poskytovatele zdravotních služeb a další aktéry, a vytváří rámec pro koordinaci jejich činností (Česká republika, 2011). Tento rámec zahrnuje mimo jiné povinnost poskytovatelů dodržovat stanovené standardy kvality a pravidla úhrad, která zajišťují jednotný a transparentní systém financování zdravotní péče (Vepřek, 2010). Současný systém financování, založený na kombinaci kapitačních a výkonových plateb má za cíl motivovat poskytovatele k efektivnímu využívání zdrojů a zároveň zajistit dostupnost péče i pro chronicky nemocné pacienty, jako jsou právě diabetici (Janaš, 2023). Systém financování je popsán detailněji v Kapitole 4.1.

Moderní přístupy ve zdravotní politice kladou důraz na digitalizaci a využití informačních technologií, což umožňuje lepší sledování zdravotních ukazatelů a přispívá k efektivnějšímu řízení kvality poskytované péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016).

Ekonomický aspekt zdravotní politiky je rovněž zásadní, neboť efektivní alokace finančních prostředků a zavádění inovativních platebních mechanismů může vést ke snížení celkových nákladů na zdravotní péči a zároveň ke zlepšení zdravotních výsledků obyvatelstva (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012). Tudíž je podpora preventivních opatření a systematická edukace pacientů v tomto kontextu považována za investice, které snižují budoucí finanční zátěž spojenou s léčbou komplikací chronických onemocnění. Zdravotní politika tak hraje klíčovou roli nejen při poskytování aktuálních služeb, ale také při dlouhodobém strategickém plánování a zajištění udržitelnosti zdravotnického systému (Medical Tribune, 2023). Proto je nezbytné, aby budoucí reformy zdravotní politiky byly založeny na důkladné analýze dat, zkušenostech zahraničních modelů a směřovaly k tomu, aby nejen zlepšily kvalitu péče, ale také optimalizovaly využití finančních a lidských zdrojů.

2.2 Zdravotní politika a její role u DM2

Diabetes mellitus 2. typu je onemocnění charakterizované chronicky zvýšenou hladinou glukózy v krvi, způsobené kombinací inzulínové rezistence a dysfunkce beta-buněk pankreatu. Tyto patofyziologické procesy vedou k progresivnímu poškození cév a nervového systému, což se může projevit řadou komplikací, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, diabetická nefropatie, retinopatie a syndrom diabetické nohy (Pavlíková, 2020). Klinický význam DM2 se neomezuje pouze na jeho dopad na kvalitu života pacientů, ale také na jeho výrazný vliv na zdravotnické rozpočty (Inzucchi et al., 2015). Nárůst počtu pacientů, rostoucí úmrtnost a dramatické zvýšení nákladů na léčbu zdůrazňují nutnost systematických preventivních a terapeutických opatření. Například údaje Světové zdravotnické organizace ukazují, že Diabetes mellitus typu dva (dále jen DM2) je příčinou přibližně 1,5 milionu úmrtí ročně, což jednoznačně podtrhuje naléhavost adekvátních zásahů na úrovni zdravotní politiky (WHO, 2023). Globální statistiky ukazují dramatický nárůst počtu pacientů s DM2. Podle údajů WHO a Mezinárodní diabetologické federace vzrostl počet dospělých s diabetem ze 108 milionů v roce 1980 na 463 milionů v roce 2019 a očekává se, že do roku 2045 dosáhne až 700 milionů (WHO, 2023). Tato dynamika je úzce spjata se změnami životního stylu, urbanizací a stárnutím populace (OECD,

2022). Podle analýzy NCD Risk Factor Collaboration (2024) se počet dospělých s diabetem zvýšil z přibližně 198 milionů v roce 1990 na 529 milionů v roce 2021, což představuje nárůst o více než 130 %. Tento trend je obzvláště patrný v zemích s nízkými a středními příjmy, kde je nárůst prevalence nejvýraznější (NCD Risk Factor Collaboration, 2024). Projekce do budoucna naznačují další dramatický nárůst. Studie Global Burden of Disease (Ong et al., 2023) odhaduje, že do roku 2050 by počet lidí s diabetem mohl dosáhnout až 1,3 miliardy, přičemž nejvyšší nárůst se očekává v regionech Blízkého východu a severní Afriky (Němec, 2023). Tento rostoucí trend představuje významnou výzvu pro zdravotnické systémy po celém světě, zejména v oblasti prevence, včasné diagnostiky a efektivního řízení léčby diabetu.

V České republice žije přibližně 1 milion lidí s diagnózou diabetu, přičemž naprostá většina z nich trpí diabetem 2. typu. Tento počet každoročně narůstá o zhruba 20 tisíc nových případů. Odhaduje se, že do roku 2030 by mohl počet diabetiků v ČR dosáhnout až 1,3 milionu. Je důležité poznamenat, že kromě diagnostikovaných pacientů existuje také skupina lidí, kteří o své nemoci nevědí, odhady hovoří o dalších více než 2 % populace (SZÚ, 2023).

Epidemiologické trendy poukazují na globální prevalenci diabetu 2. typu (DM2) kolem 9,3 % (Saeedi et al., 2019), zatímco v České republice se u dospělé populace pohybuje přibližně okolo 10,2 % (WHO, 2023). Tato odchylka je zřejmě způsobena regionálními rozdíly, kdy metropolitní oblasti, například Praha, vykazují nižší míru onemocnění (okolo 8,5 %), zatímco průmyslové regiony jako Ústecký a Moravskoslezský kraj zaznamenávají hodnoty 12–14 %. Tyto regionální disparity souvisejí s vyšší prevalencí obezity a sedavým životním stylem. (Státní zdravotnický ústav, 2024).

Tyto rozdíly jsou úzce spojeny zejména se zvýšenou prevalencí obezity, která je často důsledkem nedostatečné fyzické aktivity a nevhodných stravovacích návyků. Podle údajů Státního zdravotního ústavu z roku 2024 trpí nadváhou nebo obezitou více než 60 % dospělých Čechů, přičemž obezita postihuje přibližně 30 % populace. Alarmující je také nárůst obezity u dětí, kdy například u věkové skupiny 13–17 let vzrostl podíl jedinců s nadváhou z 10 % v roce 1996 na 25 % v současnosti (SZÚ, 2024). Z těchto důvodů musí být prevence a včasné zásahy integrální součástí strategie, která má nejen reagovat na aktuální situaci, ale především předcházet dalším komplikacím.

2.3 Strategie Zdraví 2030 a Národní diabetologický program

Česká republika čelí rostoucímu výskytu DM2, a proto přijala strategické dokumenty, které mají tuto situaci řešit. Zdraví 2030 a Národní diabetologický program společně tvoří komplexní rámec pro zlepšení péče o pacienty s diabetem. Jeho cílem je propojit primární péči se specializovanou diabetologickou péčí prostřednictvím moderních technologií, jako jsou telemedicínské platformy. Oba programy kladou důraz na propojení prevence, diagnostiky, léčby a monitorování.

Konkrétně „Zdraví 2030“ si vytyčilo ambiciózní cíl snížit do roku 2030 výskyt DM2 o celých 20 %. Klíčem k tomuto cíli má být pravidelný screening rizikových skupin obyvatelstva a intenzivní edukační kampaně zaměřené na zdravý životní styl (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019). Tento plán jasně ukazuje, že prevence a včasná diagnostika jsou považovány za zásadní pro zvládnutí nárustu diabetu v populaci.

Národní diabetologický program, který byl spuštěn již v roce 2012, jde v tomto úsilí ještě dál a zaměřuje se na celkové zlepšení kvality péče o diabetiky na celostátní úrovni. Jeho základní pilíře zahrnují zintenzivnění prevence DM2, dále systematické a aktivní vyhledávání diabetu 2. typu, zejména v ordinacích praktických lékařů. Dále také prevenci pozdních komplikací diabetu prostřednictvím kvalitní a komplexní léčby a v neposlední řadě vytvoření efektivního systému pro sběr a analýzu dat o péči o diabetiky (Ministerstvo zdravotnictví, 2012).

V kontextu těchto strategií hraje významnou roli integrace moderních technologií, jako jsou telemedicínské platformy. Telemedicína podporuje zapojení pacientů a dalších zdravotníků do managementu diabetu, zlepšuje koordinaci péče a zefektivňuje komunikaci mezi pacienty a zdravotníky (Prázný, 2022). Zavádění telemedicíny vyžaduje změny v technologické infrastruktuře, organizaci péče a legislativním prostředí, ale přináší potenciál pro efektivnější využívání finančních prostředků a lidských zdrojů ve zdravotnictví (Šonka et al., 2024).

Kromě technických a organizačních aspektů je rovněž nezbytné řešit hluboce zakořeněné socioekonomické determinanty. Nízká úroveň vzdělání, chudoba a nedostatek zdravotní gramotnosti významně zvyšují pravděpodobnost vzniku DM2 a komplikací u již diagnostikovaných pacientů. Prevence a edukační aktivity zaměřené na podporu zdravého životního stylu by měly být podporovány na státní úrovni i prostřednictvím spolupráce s místními komunitami a odbornými organizacemi (OECD, 2022).

Zdravotní politika hraje podstatnou roli, jak zvládnout zhoršující se situaci s DM2. Proto pro dosažení dlouhodobě udržitelného a efektivního systému péče je nutné koordinovat činnost státních institucí, zdravotnických zařízení, pojišťoven a dalších relevantních subjektů než očekávat, že si lékaři se situací poradí sami. Takový komplexní přístup umožní nejen zlepšení kvality a dostupnosti péče, ale i snížení socioekonomické zátěže spojené s tímto onemocněním.

Dále je nutné podotknout, že termín lékaři je v této práci používán v generickém maskulinu, tedy jako genderově neutrální označení pro osoby všech pohlaví.

2.4 Regionální nerovnosti a kapacitní problémy

Navzdory moderním technologiím a efektivním integračním mechanismům existují značné regionální rozdíly v dostupnosti a kvalitě péče. V metropolitních oblastech, jako je Praha, jsou specializovaná centra a moderní diagnostické nástroje dostupnější, což vede k lepším výsledkům léčby. Naopak v méně rozvinutých regionech, například v Ústeckém kraji, pacienti trpí nedostatkem specialistů a zastaralou infrastrukturou, což se projevuje vyšší mírou komplikací a celkově zhoršeným zdravotním stavem (Český statistický úřad, 2023).

Dalším závažným problémem primární péče v České republice je přetížení praktických lékařů. Na jednoho lékaře připadá v průměru až 1 850 pacientů, z nichž 10–15 % trpí DM2 (Janíčková Žďárská, 2016). Přetížení je ještě umocněno skutečností, že v České republice je nedostatek praktických lékařů. Odhadem činí mezera přibližně 12 %. Regionální disparity pak ukazují, že například v Ústeckém kraji připadá na jednoho praktického lékaře až 2 300 pacientů, zatímco v Praze je tento poměr kolem 1 600, což dokazuje nerovnoměrné rozložení zdravotnických zdrojů. Vysoké zatížení omezuje možnosti věnovat pacientům dostatečnou pozornost, detailní edukaci a pravidelné monitorování jejich zdravotního stavu. K tomu se přidává značná administrativní zátěž, kdy lékaři věnují až 25 % své pracovní doby dokumentaci a administrativním úkonům, což dále snižuje prostor pro individuální péči (Český statistický úřad, 2023).

2.5 Digitalizace v primární péči a eHealth iniciativy

Mezi významné iniciativy patří zavedení elektronického předepisování (eRecept) v roce 2011, kdy od roku 2018 je tento způsob předepisování povinný (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2025). Další snahou o digitalizaci zdravotnictví je Aplikace EZKarta, což je oficiální mobilní aplikací Ministerstva zdravotnictví České republiky, která slouží jako digitální očkovací průkaz. EZKarta nahradila dřívější aplikaci Tečka a jejím cílem je usnadnit občanům nakládání s jejich zdravotnickou dokumentací a zvýšit dostupnost elektronických služeb. Počáteční funkcionalitou je očkovací průkazka, v budoucnu se plánují další funkce, jako je například mapa poskytovatelů zdravotních služeb. Pro bezpečný přístup k údajům je vyžadováno přihlášení prostřednictvím Identity občana (Ministerstvo zdravotnictví, 2025).

Vláda České republiky přijala Národní strategii digitálního zdravotnictví na období 2016-2026 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016). Tato strategie definuje hlavní směry a cíle v oblasti elektronizace zdravotnictví. Zaměřuje se na vytvoření jednotného a bezpečného prostředí pro elektronickou komunikaci mezi poskytovateli zdravotní péče, pacienty a dalšími zainteresovanými stranami (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016). K podpoře implementace této strategie bylo zřízeno národní centrum pro digitální zdravotnictví, které má za úkol koordinovat a metodicky usměrňovat proces digitalizace (ÚZIS, 2019). Národní strategie představuje zastřešující rámec pro veškeré iniciativy v oblasti digitálního zdravotnictví a zřízení Národního centra je klíčové pro koordinaci a efektivní implementaci plánovaných změn.

Probíhají také snahy o vybudování integrovaného datového rozhraní, které by zajistilo jednotný a bezpečný přístup ke službám eHealth a umožnilo sdílení informací mezi poskytovateli zdravotní péče, pacienty a zdravotními pojišťovnami. Tento krok je klíčový pro zajištění interoperability systémů a efektivní výměnu dat v rámci celého zdravotnického systému (Nzip, 2024). Právní rámec pro integrované datové rozhraní je definován zákonem o elektronizaci zdravotnictví. Nedostatek jednotného datového rozhraní dosud bránil efektivnímu fungování zdravotnictví. Přestože Česká republika v oblasti digitalizace zdravotnictví podniká významné kroky, stále zaostává za některými dalšími zeměmi Evropské unie, zejména v oblasti plošného zavedení a využívání elektronických zdravotních záznamů (UZIS, 2023). Většina lékařských záznamů je stále vedena v nestrukturované, často nedigitalizované podobě, což komplikuje datovou analýzu a koordinaci péče (Šimůnková, 2021). Pomalejší zavádění elektronického

zdravotního záznamu je významnou překážkou, která brání plnému využití potenciálu digitálního zdravotnictví v České republice.

Digitální technologie mají potenciál zvýšit efektivitu a dostupnost primární péče. Integrace digitálních technologií do primární péče může zefektivnit pracovní postupy, zlepšit komunikaci, zvýšit dostupnost péče pro pacienty a snížit celkové náklady vynakládané zdravotním systémem.

Jedním z klíčových cílů současné zdravotní politiky v oblasti diabetu je právě posílení role primární péče a praktických lékařů v prevenci, diagnostice a dlouhodobém sledování pacientů s diabetes mellitus 2. typu, což bude dále rozvedeno v následující kapitole.

Iniciativa	**Hlavní funkcionality**	**Aktuální stav**	**Klíčové zainteresované strany**
eRecept	Elektronické předepisování, sdílený lékový záznam	Implementováno	SÚKL, VZP, lékárny, lékaři
EZKarta	Očkovací průkazka, (plánováno) mapa poskytovatelů, výpisy z registrů	Implementováno (základní funkce)	Ministerstvo zdravotnictví ČR, ÚZIS ČR, občané
Integrované datové rozhraní	Bezpečné sdílení dat mezi poskytovateli, pacienty, pojišťovnami	Ve vývoji	Ministerstvo zdravotnictví ČR, ÚZIS ČR, poskytovatelé, pojišťovny, pacienti

Tabulka 1- Klíčové iniciativy eHealth v České republice

3 Role praktických lékařů v péči o pacienty s DM2

Praktičtí lékaři představují první kontaktní bod se zdravotnickým systémem. Provádějí screeningová vyšetření, jako je měření glykémie nebo odesílají pacienty na orální glukózový toleranční test (oGTT), a na základě těchto testů stanovují diagnózu DM2 (Janíčková Žďárská, 2016). Kromě diagnostiky by měli doporučovat úpravy životního stylu, dietní opatření a zahájit farmakoterapii. Tento strategický krok může vést k efektivnější a komplexnější léčbě, a tím ke snížení počtu komplikací. Data VZP ukazují, že přibližně 40 % pacientů s DM2 je dlouhodobě sledováno praktickými lékaři, což zdůrazňuje jejich význam v systému péče (VZP, 2024). Praktický lékař, jakožto první kontakt pacienta se zdravotnickým systémem, má jedinečnou pozici pro včasnou detekci a kontinuální sledování diabetu 2. typu. Díky blízkému a dlouhodobému vztahu s pacientem může praktický lékař nejen rychle identifikovat rané známky onemocnění, ale také poskytovat pravidelnou edukaci, monitorovat dodržování léčebných režimů a motivovat pacienta ke změně životního stylu (Denisa Janíčková Žďárská, 2016). Dle Muchy (2024) by měl praktický lékař plnit roli jakéhosi „gatekeepera“ (Kut Citores, 2024). Tato kontinuita péče, založená na osobním kontaktu a důvěře, je často nedostižná ve specializovaných centrech, kde se léčba zaměřuje především na akutnější, pokročilé případy a je méně osobnější, něž je tomu právě u praktických lékařů. Dále Mucha říká, že: “z dat víme, že primární péče dokáže vyřešit 80 až 90 procent kontaktů pacientů se zdravotním systémem za 10 až 20 procent nákladů.” Z těchto důvodů je role praktického lékaře ve zdravotním systému nepostradatelná. (Kut Citores, 2024).

3.1 Diagnostika a sledování pacientů s DM2

Jednou z esenciálních funkcí praktických lékařů je aktivní vyhledávání (screening) jedinců v riziku rozvoje DM2. Tento proces zahrnuje identifikaci rizikových faktorů (věk nad 45 let, pozitivní rodinná anamnéza DM2, obezita – zejména abdominální, hypertenze, dyslipidemie, anamnéza gestačního diabetu, syndrom polycystických ovarií atd.) a následné provedení screeningových testů. Standardně se využívá stanovení glykémie nalačno, případně měření hladiny glykovaného hemoglobinu (HbA1c). U nejasných či hraničních nálezů je indikováno provedení orálního glukózového tolerančního testu (oGTT), který má vysokou senzitivitu pro detekci porušené glukózové tolerance (prediabetu) i manifestního DM2 (Janíčková Žďárská, 2016). Včasná a přesná diagnostika, založená na platných kritériích (např. Česká diabetologická společnost, 2020; American Diabetes Association, 2024), umožňuje neodkladné zahájení

terapeutických intervencí, což je zásadní pro prevenci nebo oddálení rozvoje chronických diabetických komplikací.

Po stanovení diagnózy diabetu mellitus 2. typu (DM2) praktický lékař zahajuje komplexní léčebný plán, který prioritně zahrnuje nefarmakologické intervence, zejména edukaci pacienta a doporučení k úpravě životního stylu (American Diabetes Association, 2024). Klíčová je modifikace dietních návyků, jako je omezení příjmu jednoduchých sacharidů a nasycených tuků, zvýšení příjmu vlákniny a pravidelnost stravy (Kožnarová a kol., 2021). Dále je důležité zavedení pravidelné fyzické aktivity přiměřené zdravotnímu stavu pacienta. Doporučuje se alespoň 150 minut středně intenzivní fyzické aktivity týdně, rozdělené do několika dní, přičemž vhodnou formou je například každodenní chůze v délce jedné hodiny nebo 10 000 kroků denně (Kalvach a kol., 2020).

Role praktického lékaře spočívá nejen v preskripci, ale i v monitorování účinnosti a bezpečnosti léčby, titraci dávky a případném přidání dalších antidiabetik dle aktuálních doporučených postupů a individuálních potřeb pacienta (American Diabetes Association, 2024). Při nedostatečné kompenzaci DM2 je vhodné přesměrovat pacienta do péče diabetologa. Cílem je dosažení a udržení optimální metabolické kompenzace, což zahrnuje cílové hodnoty glykovaného hemoglobinu (HbA1c), glykémie nalačno i postprandiálně, krevního tlaku a lipidového profilu (Škrha, 2023).

Systematická a kvalitní péče o pacienty s DM2 na úrovni primární péče má prokazatelný pozitivní dopad na snížení incidence a progrese chronických diabetických komplikací. Mezinárodní studie, jako například UK Prospective Diabetes Study, fundamentálně prokázaly, že časná a intenzivní kontrola glykémie a krevního tlaku signifikantně snižuje riziko mikrovaskulárních komplikací (retinopatie, nefropatie, neuropatie) a dlouhodobě i makrovaskulárních příhod (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda) (UK Prospective Diabetes Study Group, 1998). Další studie, jako ADDITION-Europe, zdůraznily význam strukturovaného screeningu a intenzivní multifaktoriální intervence v primární péči pro zlepšení prognózy pacientů s DM2 (Simmons et al., 2011). V českém kontextu, i když specifické rozsáhlé randomizované studie porovnávající péči praktických lékařů vs. specialistů mohou chybět data a klinické zkušenosti (odrážející se např. v národních doporučeních, viz Škrha et al. jako autoři či garanti těchto doporučení; Škrha et al., 2023) naznačují, že pravidelné sledování praktickým lékařem, zahrnující kontrolu HbA1c, krevního tlaku, lipidů, monitoraci renálních funkcí a pravidelné vyšetření dolních končetin k prevenci syndromu diabetické nohy,

vede k lepší kontrole onemocnění a snížení výskytu těchto závažných a nákladných komplikací. Tím se nejen zlepšuje kvalita života pacientů, ale dochází i k významným úsporám v nákladech na zdravotní péči spojených s léčbou pokročilých stadií diabetu a jeho komplikací.

3.2 Koordinace péče a prevence komplikací

Přestože praktický lékař zvládá péči o většinu nekomplikovaných pacientů s DM2, jeho role zahrnuje i schopnost rozpoznat situace vyžadující konzultaci nebo předání pacienta do péče specialisty, výše zmíněného diabetologa. Indikací k referování může být například opakovaně neuspokojivá metabolická kompenzace navzdory maximální snaze v primární péči, potřeba zahájení inzulinoterapie, akutní komplikace diabetu, rychlá progrese chronických komplikací nebo specifické situace (např. diabetes v graviditě). Praktický lékař tak funguje jako výše zmíňený koordinátor péče, zajišťuje potřebná vyšetření ve spolupráci s dalšími specialisty (oftalmolog, nefrolog, kardiolog, podiatr), čímž zajišťuje komplexní a integrovaný přístup k pacientovi (Česká diabetologická společnost, 2020).

Dalším aspektem strategie je podpora edukačních a preventivních programů, které mají za cíl zvyšovat zdravotní gramotnost populace a motivovat pacienty ke změně životního stylu. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí „Zdraví 2020“ zdůrazňuje význam zvyšování zdravotní gramotnosti populace jako prostředku ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva (Ministerstvo zdravotnictví, 2014). Specificky u pacientů s DM2 jsou edukace a prevence zásadní. Doporučené postupy péče o diabetes mellitus 2. typu uvádí, že edukace pacientů je nedílnou součástí komplexní terapie a přispívá k lepší kompenzaci onemocnění a prevenci komplikací. Dále, skupinové strukturované vzdělávací programy jsou doporučovány pro pacienty s DM2, aby se zlepšily jejich znalosti o onemocnění, kontrola glykemie a zvládání nemoci (American Diabetes Association, 2024). Implementace edukačních a preventivních programů je podporována nejen na státní úrovni, ale i prostřednictvím spolupráce s regionálními zdravotnickými zařízeními a odbornými organizacemi. Například Státní zdravotní ústav spolupracuje na projektech zaměřených na zvyšování zdravotní gramotnosti v primární péči (ÚZIS, 2021).

V kontextu probíhající reformy primární péče v České republice je důležité zmínit aktuální legislativní návrhy, které se výrazně dotýkají poskytování péče pacientům s diabetem 2. typu.

Jedním z klíčových opatření je připravovaná novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která má vstoupit v platnost v roce 2025. Novela počítá s rozšířením úhrady senzorů pro kontinuální monitoraci glykémie také na pacienty s diabetem 2. typu, kteří splní indikační kritéria (Novinky.cz, 2025). Tato změna reaguje na potřebu zlepšení kompenzace diabetu v populaci, která je sledována primárně v ordinacích praktických lékařů.

Tyto změny reflektují trend rostoucí role praktických lékařů v managementu chronických onemocnění, včetně diabetu. Reforma primární péče se snaží o přesun některých kompetencí z ambulantní specializované péče do ordinací praktiků, a tím posílit jejich postavení v systému (ČLK, 2018). Praktickým lékařům má být umožněna komplexnější péče – nejen zahájení léčby, ale také edukace, dlouhodobé sledování a včasné rozpoznání komplikací (Škrha et al., 2023).

Podporu této změny poskytují i bonifikační programy zdravotních pojišťoven, které motivují praktické lékaře k aktivnímu vyhledávání pacientů v riziku, například s prediabetem. Například VZP odměňuje praktiky částkou 200 Kč za vykázaného pacienta s prediabetem v rámci programu VZP PLUS (VZP, 2025). Tato finanční motivace má přispět k časné intervenci a prevenci rozvoje diabetu.

Dostupnost moderních technologií, jako jsou senzory CGM, spolu s jejich úhradou, může posílit spolupráci mezi praktickými lékaři a diabetology. To je zásadní zejména pro efektivní sdílení dat a kontinuální monitoring zdravotního stavu pacientů, což v konečném důsledku může vést ke zlepšení léčebných výsledků (ADA, 2024).

4 Systém péče o pacienty s DM2 v ČR

Péče o pacienty s diabetem 2. typu je v naší zemi vybudována na mnohovrstevnaté struktuře, která vyžaduje precizní koordinaci mezi jednotlivými úrovněmi zdravotnického systému. Tento systém zahrnuje primární péči jako vstupní bod a specializovaná centra, která poskytují pokročilé diagnostické a terapeutické postupy. Následující oddíly podrobně rozebírají jednotlivé složky systému, jejich vzájemné propojení a aktuální výzvy, jež otevírají prostor pro možná řešení. Praktický lékař je zodpovědný za počáteční diagnostiku a prevenci DM2. Pravidelné kontroly, včetně měření hladiny glukózy a lipidového profilu, umožňují včasnou detekci onemocnění a prevenci komplikací (Denisa Janíčková Žďárská, 2016).

Specializovaná centra se zaměřují na pacienty s komplikovanějším průběhem onemocnění a poskytují pokročilé terapeutické intervence. Tato centra disponují týmy odborníků jako jsou diabetologové, kardiologové, nefrologové, dietologové a další. Jejich multidisciplinární přístup umožňuje individualizovanou léčbu, kdy používají moderní diagnostické metody a pokročilé farmakologické režimy, které nejsou dostupné na úrovni primární péče, což je nezbytné u pacientů vyžadujících intenzivnější terapii.

Tato struktura zdravotnického systému reflektuje roli státu jako instituce, která prostřednictvím svých orgánů a politik zajišťuje organizaci, regulaci a poskytování zdravotní péče, čímž přispívá k celkovému zdraví a blahobytu obyvatelstva. Sociologicky je stát definován jako organizovaná politicky jednotná společnost na určitém území s jednotným zákoníkem, vládou a správou (Sociologická encyklopedie, 2020). Tato definice zdůrazňuje klíčové prvky státu, a to územní suverenitu, právní systém a institucionální strukturu, které společně umožňují efektivní řízení a správu veřejných záležitostí. Max Weber charakterizuje stát jako lidské společenství, které si na určitém území nárokuje monopol legitimního násilí (Weber, 1921). Tento monopol umožňuje státu prosazovat zákony a pravidla pro udržení sociálního řádu a stability. V kontextu zdravotní péče to znamená, že stát má pravomoc regulovat zdravotnické služby, stanovovat standardy péče a zajišťovat jejich dodržování.

V rámci moderní společnosti se vyvinul koncept sociálního státu, který usiluje o zajištění blahobytu svých občanů prostřednictvím poskytování sociálních služeb, jako je zdravotní péče, vzdělávání a sociální zabezpečení (Esping-Andersen, 1990). Sociální stát tedy přebírá odpovědnost za sociální podmínky svých obyvatel a snaží se minimalizovat sociální nerovnosti. Implementace zdravotní péče pro pacienty s DM2 je příkladem fungování sociálního státu v

praxi. Stát prostřednictvím svých institucí, jako jsou ministerstva zdravotnictví a veřejné zdravotní pojišťovny, zajišťuje financování, regulaci a kontrolu zdravotnických služeb. Tímto způsobem stát nejen garantuje dostupnost a kvalitu péče, ale také přispívá k prevenci onemocnění a podpoře zdravého životního stylu mezi obyvatelstvem.

4.1 Legislativní rámec péče o pacienty s diabetem mellitus 2. typu v České republice

Základ péče o pacienty s DM2 vymezuje zákonná úprava veřejného zdravotního pojištění. Klíčový je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který garantuje pojištěncům úhradu potřebné zdravotní péče z pojištění (Česká republika, 1997). Tento zákon stanoví, že hrazeny jsou zdravotní služby mající zlepšit či zachovat zdravotní stav a odpovídající současným poznatkům lékařské vědy (Česká republika, 1997). Pro pacienty s DM2 to znamená nárok na úhradu ambulantní péče u praktického lékaře či diabetologa, potřebných laboratorních vyšetření, léků (antidiabetik, inzulinů) i zdravotnických prostředků (např. glukometry, inzulinová pera) v rozsahu indikačních kritérií.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, vymezuje práva pacientů při poskytování péče, například právo na informace a na kvalitní odbornou péči a povinnosti poskytovatelů (Česká republika, 2011). Pro kontinuální sledování chronických pacientů upravuje Ministerstvo zdravotnictví dispenzární péči vyhláškou č. 39/2012 Sb. Ta stanovuje, u kterých onemocnění se má provádět pravidelné sledování a v jakých intervalech, diabetes mellitus je zde zahrnut jako jedna z nemocí vyžadujících dispenzarizaci (Česká republika, 2012). Prakticky každý pacient s DM2 by tak měl být v péči lékaře sledován dlouhodobě a pravidelně v intervalech doporučených odbornými standardy. Další prováděcí předpisy se týkají například preventivních prohlídek (vyhláška č. 70/2012 Sb.) a stanovování úhrad prostřednictvím každoročně vydávané úhradové vyhlášky Ministerstva zdravotnictví (Česká republika, 2024).

Legislativa tedy vytváří rámec, který zajišťuje dostupnost a finanční krytí zdravotní péče pro diabetiky. Poskytovatelé nemohou za tyto hrazené služby vybírat přímé platby od pacientů (Česká republika, 1997). Díky tomu mají nemocní s DM2 garantován přístup k nezbytné léčbě bez přímé finanční bariéry. Jedná se tak o léčbu, která je dostupná bez rozdílu všem sociálním vrstvám, zvlášť v případě chronického stavu a celoživotní terapie. Zákonný rámec je dále

doplněn národními strategiemi, jako například o výše zmíněný Národní diabetologický program 2012–2022, který formuloval odborná doporučení ke zlepšení kvality péče o diabetiky na celostátní úrovni (Národní diabetologický program, 2012). Tyto strategie však nejsou právně závazné, slouží spíše jako podklad pro koncepční změny a preventivní programy v rámci systému zdravotnictví. Z hlediska legislativy tedy ČR disponuje relativně robustním rámcem pro péči o diabetiky, který zahrnuje jak obecné zákony o zdravotní péči a pojištění, tak prováděcí předpisy zaměřené na prevenci a dispenzární sledování chronických onemocnění včetně DM2 (Česká republika, 2012; Česká republika, 2011).

4.2 Finanční rámec péče o pacienty s diabetem mellitus 2. typu v České republice

Na tento legislativní rámec navazuje systém úhrad péče o pacienty s DM2, který v praxi zajišťuje financování poskytovaných služeb prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Financování zdravotní péče v ČR probíhá prostřednictvím systému veřejného zdravotního pojištění, na němž jsou ze zákona účastni všichni občané (Česká republika, 1997). Zdravotní pojišťovny hradí smluvním poskytovatelům péči podle platných úhradových mechanismů, které jsou každoročně stanoveny úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví (Česká republika, 2024). Pro segment péče o diabetiky 2. typu jsou podstatné úhrady v primární péči (praktický lékař) a v ambulantní specializované péči (diabetologická ambulance, internista).

Vzhledem k tomu, že praktičtí lékaři jsou ti, kteří pečují o stabilizované pacienty s DM2, je podstatné nastavit i odpovídající systém jejich financování. Financování práce praktických lékařů probíhá kombinovanou formou, a to kapitační platbou a platbou za výkon. Kapitační platba je měsíční paušální úhrada za každého registrovaného pacienta v péči praktika, vyplácená bez ohledu na počet návštěv. Tato platba pokrývá běžnou základní péči, například cílená a kontrolní vyšetření diabetika, drobné výkony či administrativu, které již praktik nemůže vykazovat zvlášť (Janaš, 2023). Konkrétní výše kapitační sazby je odstupňována dle ordinačních hodin lékaře a násobena věkovým indexem pacienta (Janaš, 2023).

Vedle kapitace však praktický lékař získává i úhradu za jednotlivé výkony neobsažené v kapitaci. Mezi hrazené výkony patří preventivní prohlídky, očkování a také specializované úkony spojené s péčí o chronicky nemocné (Janaš, 2023). Právě péče o diabetiky byla zařazena

mezi výkonově hrazené činnosti, a tak od roku 2010 mohou všeobecní praktičtí lékaři léčit a dispenzarizovat pacienty s DM2 a vykazovat za to pojišťovnám zvláštní výkon (kód 01201 „péče o stabilizovaného nekomplikovaného diabetika 2. typu“). Tím se rozšířily kompetence praktických lékařů a finanční ohodnocení jejich práce s diabetiky. Pokud je diabetik 2. typu v péči svého praktického lékaře (není sledován u diabetologa), může praktický lékař vykazovat zmíněný výkon dispenzární péče a získat tak úhradu navíc ke kapitaci (Kaplan, 2011).

V případě, že je průběh onemocnění složitější (např. potřeba inzulinoterapie či přítomnost komplikací), bývá pacient odeslán do ambulance diabetologa, tedy lékaře se specializací v oboru diabetologie (typicky internista nebo endokrinolog). Ambulantní specialisté jsou v českém systému hrazeni převážně výkonově. Každý provedený lékařský úkon (vyšetření, edukace pacienta, aplikace léčby apod.) má bodové ohodnocení dle seznamu výkonů a výsledná úhrada se vypočítá vynásobením počtu bodů hodnotou bodu stanovenou pro daný rok (Česká republika, 2024). Úhradová vyhláška rovněž může zavádět paušální platby za chronickou péči, například od roku 2023 dostávají ambulantní internisté roční paušál 300 Kč za každého dispenzarizovaného pacienta s DM jako příspěvek na komplexní péči (ČLK, 2023). Z pohledu financování tak péče o diabetiky kombinuje kapitační způsob (pro základní kontinuální dohled v primární péči) a výkonový způsob (pro specializované úkony a péči u odborníka) – tedy kombinovanou platbu, která má motivovat jak k efektivitě, tak k poskytování potřebných výkonů (Janaš, 2023).

Kromě lékařské péče hradí pojišťovny i potřebné léky a zdravotnické prostředky pro diabetiky. Perorální antidiabetika a inzuliny jsou na základě zákona č. 48/1997 Sb. a rozhodnutí SÚKL plně nebo částečně hrazeny z pojištění, pokud jsou předepsány v souladu s indikačními omezeními (Česká republika, 1997). Diabetické pomůcky, jako jsou proužky na měření glykémie či inzulinová pumpa, jsou hrazeny dle kategorizace zdravotnických prostředků (příloha zákona 48/1997 Sb.), většinou v plné výši u indikovaných pacientů (Česká republika, 1997).

I přes uvedené omezení však systém veřejného pojištění zajišťuje, že naprostá většina nákladů na péči o DM2 – od lékařských kontrol a edukace po hospitalizace při komplikacích, léčiva či zdravotnické pomůcky – je hrazena z veřejných zdrojů. Pacient tak platí jen případné regulační poplatky či doplatky u léčiv, pokud daný přípravek není plně hrazen (Česká republika, 1997).

Díky provázanosti legislativního a finančního rámce je v České republice zajištěna nejen široká dostupnost, ale také odpovídající kvalita péče pro pacienty s DM2. Legislativní předpisy garantují nárok pacientů na potřebnou léčbu, vymezují standardy péče (například pravidelné kontrolní vyšetření a dispenzarizaci) a zakotvují právo na kvalitní odbornou péči (Česká republika, 2011), zatímco systém veřejného zdravotního pojištění poskytuje nezbytné finanční krytí a vytváří motivační prostředí pro efektivní poskytování zdravotních služeb.

4.3 Kapitační a výkonový systém v primární péči

Ačkoli legislativní a finanční rámec garantuje dostupnost péče, v praxi se ukazují určité nedostatky a výzvy. Jedním z dlouhodobě diskutovaných problémů je kapitační způsob financování primární péče. Kapitační platby sice brání nadměrnému vykazování zbytečných výkonů, mohou však vytvářet nežádoucí motivace. Lékař dostává zaplaceno i za pacienty, kteří ordinaci nenavštěvují, což může vést k opomíjení některých pravidelných kontrol (Janaš, 2023). Hrozí také, že pokud má praktický lékař velmi mnoho registrovaných pacientů, kapitační systém ho motivuje spíše k objemu než ke kvalitě péče, neboť za dodatečnou péči nad rámec kapitace nedostává přímou odměnu (Janaš, 2023). To může vést k úmyslnému opomíjení u chronických nemocných, kteří vyžadují pravidelné konzultace, edukaci a sledování. Snahou bylo tento efekt zmírnit kombinovanou platbou, tedy zavedením extra úhrad za dispenzární péči diabetiků, nicméně i tak v primární péči přetrvává riziko, že lékař přehlédne zhoršení kompenzace diabetu, pokud pacient sám nevyhledá pomoc.

4.4 Fragmentace péče

Dalším problémem je fragmentace péče mezi primárním a specializovaným sektorem. Tradičně byli diabetici 2. typu sledováni zejména na specializovaných diabetologiích, zatímco praktičtí lékaři se starali jen o běžnou agendu. Jak již bylo zmíněno po zapojení praktických lékařů do léčby DM2 od roku 2010 se mnozí pacienti přesunuli do jejich péče, avšak neexistuje formální koordinovaný systém sdílené péče. To může vést k nejasnostem v kompetencích, někteří diabetici chodí paralelně k praktickému lékaři i diabetologovi, jindy naopak nejsou v péči žádného specialisty, pokud je praktický lékař opomene odeslat při zhoršení stavu. Chybí

robustní nástroje pro řízení péče napříč odbornostmi, jako jsou integrované registry či formální „disease management“ programy, které by zajistily, že žádný pacient nevypadne ze systému sledování. Inspirací mohou být zahraniční programy řízené péče například v Německu po zavedení strukturovaného Disease Management Programu pro diabetes poklesl výskyt některých komplikací a celkové náklady na péči se snížily o 13 % (Brandt et al., 2010). V ČR takový centralizovaný program pro diabetes chybí a péče je spíše segmentovaná dle úrovní zdravotnictví.

4.5 Nedostatky systému a jejich dopad na pacienty a poskytovatele

Financování péče o pacienty s diabetem mellitus 2. typu (DM2) v České republice čelí řadě strukturálních problémů, které mohou negativně ovlivňovat kvalitu i efektivitu léčby. Jednou z nejčastěji kritizovaných oblastí jsou regulační mechanismy zdravotních pojišťoven, které sledují objem poskytované péče, kdy například počty předepsaných vyšetření nebo nákladných léků a při jejich překročení mohou poskytovatelům krátit úhrady. Tento systém vytváří tlak na lékaře, kteří se tak mohou obávat indikace dražších, byť klinicky vhodných postupů, ze strachu z finančních sankcí. To se týká zejména diabetiků, jejichž péče je často nákladná a vyžaduje komplexní přístup. Současně odborníci upozorňují, že stávající model financování je nedostatečně orientován na prevenci a edukaci pacientů, přestože právě tyto složky péče mají potenciál výrazně snížit náklady na léčbu komplikací v budoucnu. Výdaje na léčbu závažných komplikací DM2, jako je dialýza, amputace či intervence infarktu, jsou vysoké a stále rostou s prodlužující se délkou života diabetiků. Přesto však nejsou preventivní výkony či edukační aktivity honorovány adekvátně (Ministerstvo zdravotnictví, 2024). Výsledkem je situace, kdy systém primárně reaguje na již vzniklé problémy, místo aby se soustředil na jejich včasné odvrácení.

Dalšími slabinami jsou podfinancování časově náročné chronické péče v rámci primární sféry (zejména v důsledku systému kapitační platby), roztříštěnost péče mezi různými úrovněmi zdravotnictví a omezené pokrytí moderních léčebných možností z veřejného zdravotního pojištění. Tyto faktory se mohou negativně promítat do výstupů léčby, kdy například ne všichni pacienti dosahují doporučených hodnot kompenzace, což přispívá k častému výskytu závažných zdravotních komplikací (Státní zdravotní ústav, 2024). Systémová neefektivita má navíc přímé ekonomické důsledky. Pouze Všeobecná zdravotní pojišťovna evidovala v roce

2023 téměř 590 tisíc léčených klientů s diabetem a vynaložila na jejich péči 9,8 miliardy Kč, přičemž více než dvě třetiny této částky šly na léky a zdravotnické prostředky (VZP, 2024). Celkové přímé náklady na léčbu DM2 v ČR se ročně pohybují mezi 15–20 miliardami Kč, přičemž až 30 % rozpočtu zdravotních pojišťoven je spotřebováno na hospitalizace a léčbu komplikací, jako jsou kardiovaskulární příhody či selhání ledvin (Česká internistická společnost, 2023; Ministerstvo zdravotnictví, 2023). Tato nákladovost navíc kontinuálně roste, například mezi lety 2015–2022 vzrostly celkové výdaje na léčbu DM2 o 43 %, přičemž většina prostředků byla určena na zvládání již rozvinutých komplikací (Doležal et al., 2009).

Vedle přímých nákladů existují také nepřímé ekonomické dopady, které se projevují zejména sníženou pracovní produktivitou, vyšší nemocností, čerpáním invalidních důchodů a dalšími formami ekonomické ztráty pro státní rozpočet. Vzhledem k vysoké prevalenci DM2 ve věku produktivní populace představují tyto nepřímé náklady závažnou ekonomickou výzvu. Zahraniční studie navíc ukazují, že v zemích s nižším socioekonomickým indexem dochází v důsledku rostoucí prevalence DM2 k významnému zatížení systému sociálního zabezpečení i národních ekonomik (Global Burden of Disease, 2020).

Celkově lze říci, že současný model financování péče o DM2 je dlouhodobě neudržitelný a vyžaduje změnu. Je nezbytné vytvořit takové podmínky, které umožní větší důraz na prevenci, systematickou edukaci a komplexní koordinaci péče napříč zdravotnickými segmenty – tedy změny, které budou nejen efektivnější z hlediska nákladů, ale zároveň přinesou lepší zdravotní výsledky pro samotné pacienty.

4.6 Shrnutí praktických dopadů na pacienty a poskytovatele zdravotní péče

Nastavení legislativy a financování se konkrétně promítá do každodenní zkušenosti pacientů s DM2 i zdravotníků. Pro pacienty je největším přínosem skutečnost, že veškerá nezbytná zdravotní péče je hrazena z veřejného pojištění, diabetik má nárok na pravidelné kontroly u lékaře, laboratorní vyšetření glykovaného hemoglobinu, edukaci o dietě i farmakoterapii, aniž by musel platit přímou úhradu (Česká republika, 1997). To výrazně zvyšuje dostupnost péče a umožňuje i sociálně slabším pacientům dodržovat léčebný plán. V praxi tedy například návštěvy u diabetologa či praktického lékaře, základní diagnostické testy (glykemický profil, vyšetření moči na albumin) a standardní léky (metformin, inzulin atd.) hradí pojišťovna, pacient

doplácí jen minimální částky u léků s částečnou úhradou. Toto je významný rozdíl oproti některým zemím bez univerzálního pojištění, kde mohou náklady na léčbu diabetu pro pacienta představovat vysokou bariéru. Legislativní nárok na péči však sám o sobě negarantuje, že péče bude skutečně poskytnuta v optimální kvalitě a čase. Vytíženost odborných ambulancí může znamenat delší čekací doby na vyšetření u diabetologa, zvláště ve větších městech, kde je mnoho pacientů. Pacient s nově zjištěným diabetem tak někdy čeká i několik týdnů na první dostupný termín u specialisty, což může oddálit zahájení specializované léčby. Naopak v odlehlých regionech může být problémem dostupnost diabetologické ambulance. Pacient pak zůstává v péči praktického lékaře, který ovšem nemusí mít tolik času ani zkušeností s intenzivní terapií. Z hlediska finanční zátěže pacienta dopadá na diabetiky zejména úhrada pomůcek, které nejsou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Například kontinuální glukózové senzory jsou v České republice hrazeny primárně pacientům s diabetem 1. typu. Diabetici 2. typu, kteří by chtěli využívat tyto pokročilé pomůcky ke zlepšení kompenzace svého onemocnění, si je musí hradit sami, což může představovat finanční zátěž v řádu desítek tisíc korun ročně. To vytváří nerovnost v přístupu k péči, pacienti 2. typu na intenzivní inzulinové léčbě, kteří by ze senzorů měli prospěch, si je museli platit sami, přičemž roční náklad přesahoval 40 tisíc Kč. Podobně u některých moderních antidiabetik jsou úhrady vázány na splnění přísných kritérií (např. určitá hodnota glykovaného hemoglobinu či BMI), což může znamenat, že pacient nedostane inovativní léčbu včas (Šoupal, 2024). Tyto faktory mnoho pacientů odrazuje a raději zůstávají pouze u glukometru s občasným měřením, což vede k horší kontrole glykémie. Obdobně někteří pacienti pociťují finanční zátěž u dietních opatření či volně prodejných pomůcek (např. speciální potraviny pro diabetiky, jehly k inzulinovým perům nad rámec limitu hrazení apod.), které pojištění nekryje (Štěchová, 2024). Celkově však v českém systému přímé náklady diabetika na léčbu zůstávají relativně nízké v porovnání s celkovými náklady, z nichž většinu nese pojištění (Česká republika, 1997).

Pro poskytovatele péče má současný systém smíšené dopady. Praktickým lékařům zajišťuje kapitační financování stabilní příjem za registrované pacienty, avšak nezohledňuje plně, když je potřeba pacientovi věnovat více času (Janaš, 2023). Lékaři primární péče tak mohou být demotivováni věnovat velmi mnoho času jednomu komplikovanému diabetikovi, neboť za to nedostanou navýšenou úhradu (pokud již vyčerpali možnosti vykázat výkony jako dispenzární prohlídku či prevence). To může vést k tomu, že praktičtí raději odesílají komplikovanější případy k odborníkovi dříve, než by možná bylo nutné, částečně i proto, aby neohrozili kvalitu péče pro ostatní pacienty v přeplněné ordinaci. Diabetologové jsou zase zatíženi

administrativou spojenou s pojišťovnami, kdy musí hlídat indikační kritéria při předepisování moderních léků (například vyplňovat žádosti o úhradu některých drahých preparátů) a dodržovat četná regulační omezení (například kolik proužků do glukometru měsíčně mohou pacientovi předepsat). Někteří poskytovatelé poukazují, že finanční systém je motivuje spíše k objemu vykázaných výkonů než ke skutečným léčebným výsledkům, a to se dotýká zmíněné kvality péče (například dosažená kompenzace diabetu) není přímo bonifikována. To se však postupně mění a od roku 2022/2023 začaly pojišťovny zvyšovat hodnotu bodu právě u výkonů spojených s péčí o chronické pacienty včetně diabetiků (Bábíček, 2022). Sdružení praktických lékařů uvedlo, že pro rok 2023 byly bodové hodnoty mimokapitačních výkonů nastaveny tak, že preventivní výkony dosáhly 1,40 Kč/bod, dispenzární (monitorovací) výkony 1,30 Kč/bod, což je více než minimální sazba 1,26 Kč/bod, která platí pro ostatní výkony (Česko, 2022). To v praxi znamená, že lékař, který aktivně sleduje diabetiky a provádí u nich potřebná vyšetření, obdrží vyšší úhradu než dříve, což je pozitivní motivace. Taková změna odráží snahu finančního systému více ocenit pečlivou dlouhodobou péči. Pro zdravotnická zařízení jako jsou nemocnice má financování diabetiků také své důsledky, hospitalizace pro komplikace diabetu jsou hrazeny podle DRG, ale pokud nemocnice překročí nasmlouvané objemy péče, nemusí jí být vše proplaceno.

Systém DRG (Diagnosis Related Groups) představuje klasifikaci hospitalizačních případů, která rozděluje pacienty do skupin na základě diagnóz, provedených výkonů a dalších charakteristik. Tento systém umožňuje nemocnicím získat předem stanovenou, fixní úhradu za hospitalizaci, přičemž platba je určena podle skupiny, do které pacient spadá. Úhrada na základě DRG motivuje nemocnice k efektivnějšímu využívání zdrojů, protože finanční odměna je fixní, a tedy vyžaduje optimalizaci léčby a zkracování délky hospitalizace. Takový přístup také přispívá ke srovnatelnosti nákladů a výsledků mezi nemocnicemi, což umožňuje lepší kontrolu finančních prostředků v rámci zdravotnického systému (ÚZIS ČR, 2015). Proto například velký počet hospitalizací pro syndrom diabetické nohy nebo hyperglykemické kóma může vyčerpat rozpočet oddělení. To vede nemocnice k důsledné kontrole indikací hospitalizací a snaze zkracovat délku pobytu, aby náklady pokryl paušál DRG. Pro pacienty to může znamenat brzké propouštění do ambulantní péče a nutnost zvládat léčbu doma nebo v ambulanci. V neposlední řadě legislativa (zákon o zdravotních službách) dává pacientům právo na svobodnou volbu poskytovatele, což diabetikům umožňuje rozhodnout se, zda budou sledováni u svého praktického lékaře či u specialisty, případně změnit lékaře. To je benefitní pro pacienty a od poskytovatele to vyžaduje neustálé udržování kvality péče, jinak hrozí odchod pacientů (Česká

republika, 2011). Současný systém financování tedy dopadá na každodenní praxi tím, že zajišťuje finanční pokrytí většiny péče, což je pozitivní pro pacienty, ale v některých ohledech může brzdit optimální organizaci péče jako je administrativní zátěž pro lékaře, nedostatečné ohodnocení edukace pacienta. Přesto lze říci, že díky legislativě mají pacienti v ČR s DM2 dostupnější a levnější péči než v řadě jiných zemí, a aktuální kroky v úhradách naznačují snahu systém vylepšit ve prospěch prevence komplikací (Bábíček, 2022).

4.7 Návrhy na zlepšení legislativy a financování

Řada analytiků a odborných společností se shoduje, že pro další zlepšení péče o diabetiky je třeba evoluce financování směrem k důrazu na kvalitu a na výstupy péče. Jedním z doporučovaných opatření je zavedení výkonnostních finančních pobídek (pay-for-performance) pro splnění určitých parametrů léčby diabetu. Zkušenosti z Velké Británie ukazují, že systém Quality and Outcomes Framework, jenž odměňuje praktické lékaře za dosažení stanovených ukazatelů péče, jako je podíl pacientů s dobrou kompenzací, vedl k významnému zlepšení parametrů léčby diabetu (Diabetes UK, 2018). Podle Diabetes UK (2018) přinesl QOF po svém zavedení prokazatelné zlepšení v léčbě diabetiků i v datovém sledování jejich zdravotního stavu. České prostředí by mohlo využít podobný mechanismus, například bonifikovat ordinace za to, že určitý podíl jejich pacientů dosáhne cílové hodnoty HbA1c, že všichni diabetici mají jednou ročně vyšetřeny oči (screening retinopatie) a podobně. Takové incentivy by motivovaly poskytovatele zaměřit se nejen na kvantitu, ale i na výsledky léčby. Dalším návrhem, opírajícím se o mezinárodní praxi, je implementace strukturovaných programů řízené péče o chronické pacienty. V Německu byly zavedeny tzv. Disease Management Programmes (DMP) pro diabetes, do nichž jsou zapojeni praktičtí lékaři i specialisté a které stanovují standardizované postupy sledování a edukace. Analýzy ukazují, že dobře navržený DMP dokáže zlepšit zdravotní ukazatele a snížit náklady na komplikace (Schäfer et al., 2010). Pro ČR by takový program mohl znamenat vytvoření národního registru diabetiků 2. typu, jednotných protokolů péče napříč poskytovateli a sdílení dat (např. aby praktičtí lékaři i diabetologové viděli stejné záznamy o pacientovi). Z legislativního hlediska by bylo nutné upravit zákony tak, aby umožnily lepší sdílení zdravotnických informací a případně aby účast v takovém programu byla bonifikována pojišťovnami. Posílení prevence a včasného záchytu diabetu je další klíčová oblast. Současná vláda již signalizovala záměr

legislativně podpořit prevenci. Současná vláda ČR deklaruje, že jednou z jejích priorit je posílení prevence chronických onemocnění a motivace občanů k odpovědnosti za vlastní zdraví. V novele zákona o veřejném zdravotním pojištění připravované v roce 2024 se proto počítá se zavedením bonusových mechanismů pro pojištěnce, např. finančních příspěvků či benefitů pro osoby, které absolvují preventivní prohlídky nebo se aktivně účastní programů zdravého životního stylu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024).

Novela rovněž umožňuje zdravotním pojišťovnám vytvářet vlastní bonifikační programy, jejichž prostřednictvím mohou oceňovat např. udržování nebo zlepšování zdravotního stavu chronických pacientů, včetně osob s diabetem mellitus 2. typu. Jedním z cílů je zvýšit účast na screeningu, zlepšit včasné zachycení prediabetu a tím i dlouhodobě snížit ekonomické náklady systému (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024). V současné době novela čeká na projednání v Senátu. Pokud bude schválena, její účinnost se předpokládá od 1. ledna 2026.

Mezi další navrhovaná opatření patří i rozšíření kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti péče o chronicky nemocné, včetně diabetiků. Novela podporuje možnost, aby určité výkony, například edukace pacientů nebo dietní poradenství by mohli provádět specializovaní edukátoři nebo nutriční terapeuti a aby tyto výkony byly plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, čímž by se současně odlehčilo přetíženým lékařům (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024). Odborné společnosti upozorňují i na nutnost reformy úhrad pomůcek pro diabetiky. Pozitivním krokem je v tomto směru právě plánované rozšíření úhrady kontinuálních senzorů, kdy podle připravované novely má od 1. 7. 2025 pojištění hradit senzory i vybraným diabetikům 2. typu na intenzifikované inzulínové terapii a také těhotným diabetičkám (Šoupal, 2024). Tato legislativní změna odstraní dosavadní diskriminaci skupiny pacientů a zpřístupní moderní technologii širšímu okruhu nemocných. Do budoucna by bylo vhodné zvažovat úhradu senzorů pro všechny diabetiky léčené insulínem, pokud se prokáže její nákladová efektivita skrze snížení akutních i chronických komplikací, kdy i ostatně náměstek VZP Jan Bodnár uvedl, že moderní senzory výrazně pomáhají udržet stabilní glykemie a předejít hypoglykémiím, což podporuje argument pro jejich širší hrazení (VZP, 2024).

Zvýšení transparentnosti a využití dat je klíčovým krokem ke zlepšení kvality péče o pacienty s diabetem 2. typu (DM2). Implementace indikátorového systému kvality, který by sledoval parametry jako průměrné hodnoty HbA1c, frekvenci provádění screeningů komplikací či míru hospitalizací, umožňuje cílené finanční a organizační intervence v oblastech s identifikovanými

nedostatky. Takový systém by mohl být napojen na úhradové mechanismy, kde by pracoviště dosahující lepších výsledků získávala vyšší úhrady či dotační podporu na další rozvoj.

Program Quality and Outcomes Framework (QOF) ve Spojeném království poskytuje finanční pobídky praktickým lékařům za dosažení stanovených kvalitativních ukazatelů, včetně pravidelného monitorování HbA1c a dosažení cílových hodnot u pacientů s diabetem. Tento systém vedl k častějšímu testování HbA1c, zejména v obdobích před uzávěrkou reportování, což naznačuje, že finanční pobídky mohou ovlivnit chování poskytovatelů zdravotní péče (Sheridan et al., 2019).

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) doporučuje využití sady devíti indikátorů kvality péče o diabetes, které zahrnují jak procesní ukazatele (např. roční testování HbA1c, LDL cholesterolu, screening nefropatie a oční vyšetření), tak výsledkové ukazatele (např. kontrola HbA1c a LDL, míra amputací dolních končetin, výskyt onemocnění ledvin a kardiovaskulární mortalita). Tyto indikátory umožňují porovnání kvality péče mezi jednotlivými zdravotnickými systémy a identifikaci oblastí vyžadujících zlepšení (Greenfield, Nicolucci & Mattke, 2004).

Například Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (2024) realizuje od roku 2018 programy zaměřené na hypertenzní nemoc, diabetes mellitus II. typu a dyslipidemie, přičemž poskytovatelé jsou finančně odměňováni za dosažení stanovených parametrů péče. Poskytovatelé zdravotních služeb mohou získat dvoustupňovou bonifikaci: první stupeň ve výši 400 Kč za pojištěnce za dodržení minimálních kritérií doporučeného postupu léčby daného chronického onemocnění a druhý stupeň ve výši 250 Kč za dosažení cílového stavu léčby pojištěnce, tedy kompenzace. Celkově mohou poskytovatelé získat až 650 Kč na pojištěnce (ZP MV ČR, 2024).

Multidisciplinární přístup v péči o pacienty s diabetem, zejména při prevenci a léčbě syndromu diabetické nohy (SDN), se ukazuje jako klíčový pro zlepšení zdravotních výsledků a snížení výskytu komplikací, včetně amputací. V České republice došlo v posledních letech k rozvoji podiatrické péče, především díky aktivitám České diabetologické společnosti a její podiatrické sekce. Byly zřízeny specializované podiatrické ambulance, vyškoleni odborníci a vytvořeny doporučené postupy pro péči o pacienty se SDN. Přesto však přetrvávají některé problémy, jako je nedostatečná dispenzarizace pacientů podle rizika SDN a chybějící systémové financování podiatrických výkonů z veřejného zdravotního pojištění (Jirkovská et al., 2023). Dlouhodobé

sledování pacientů ukazuje, že kvalitní podiatrická péče a edukace mohou významně snížit výskyt ulcerací a amputací. Například studie sledovaná po dobu 18 let potvrdila, že integrace podiatrické péče do léčby pacientů se SDN vedla ke snížení incidence primárních defektů a zlepšení přežití pacientů (Benešová, 2020). Pro další zlepšení péče o diabetiky v České republice by bylo vhodné legislativně ukotvit a finančně podpořit roli edukátora diabetu a podiatra, což by mohlo přispět ke snížení výskytu komplikací, jako je syndrom diabetické nohy, a zlepšení kvality života pacientů.

Dále experti navrhují úpravu makrofinancování systému, příkladem je zvýšit platby státu za tzv. státní pojištěnce (děti, důchodce), protože právě starší populace nejvíce zatěžuje systém (Ministerstvo zdravotnictví, 2024). Vyšší příjmy systému by umožnily investovat do preventivních programů a moderních terapií, které se v horizontu let vyplatí. Ministerstvo zdravotnictví rovněž plánuje legislativně zrušit neefektivní rezervní fond pojišťoven a použít tyto prostředky v základním fondu péče, aby bylo více financí přímo na úhradu zdravotních služeb (Ministerstvo zdravotnictví, 2024). Souhrnně lze říci, že navrhovaná vylepšení směřují k modelu „*hodnotově orientované péče*“ (value-based care), kde financování motivuje k dobrým zdravotním výsledkům a k efektivnímu využití zdrojů. Přijetí těchto změn, jak už od technických úprav vyhlášek až po případnou větší novelu zákona by mělo vycházet z dat a pilotních ověření. Pokud se podaří implementovat osvědčené principy (prevence, koordinace péče, motivace kvality, dostupnost inovací), český systém péče o diabetiky by se mohl posunout blíže nejlepším mezinárodním standardům a současně čelit epidemii DM2 nákladově efektivněji. Jak uvádí Ministerstvo zdravotnictví, cílem připravovaných změn je zvýšit efektivitu a dostupnost hrazené péče bez narušení solidárních základů systému (Ministerstvo zdravotnictví, 2024). Očekává se, že kombinace legislativních úprav a promyšlených finančních incentiv povede ke zlepšení zdravotního stavu diabetiků v ČR a snížení budoucí zátěže tohoto onemocnění pro společnost (Ministerstvo zdravotnictví, 2024; Brandt et al., 2010).

5 Mezinárodní srovnání systémů péče

5.1 Dánsko a Nizozemsko jako příklady dobré praxe

Pokud se podíváme na mezinárodní zkušenosti léčby DM2, můžeme vidět, že některé země úspěšně implementovaly modely péče, které pomohly ke snížení komplikací a nákladů na léčbu diabetu mellitu 2. typu (DM2). Podle zpráv OECD a WHO patří mezi lídry v této oblasti země jako Švédsko, Nizozemsko a Dánsko, kde je kladen důraz na týmovou spolupráci, finanční incentivy a využití telemedicínských služeb (OECD, 2020; WHO, 2021). Integrovaná péče spojuje různé úrovně zdravotnických služeb s cílem zajistit kontinuální a koordinovanou péči pro pacienty s DM2. Například v Nizozemsku je kladen důraz na integrovaný zdravotnický informační systém, který umožňuje sdílení dat mezi poskytovateli péče a podporuje efektivní řízení chronických onemocnění (OECD, 2022). Využití telemedicíny umožňuje pacientům s DM2 přístup k lékařským konzultacím a monitorování na dálku, což zvyšuje dostupnost péče a snižuje potřebu fyzických návštěv. Během pandemie COVID-19 došlo k výraznému nárůstu využívání telemedicínských služeb, což vedlo k jejich širší implementaci v mnoha zemích (OECD, 2023).Týmová spolupráce mezi různými zdravotnickými profesionály, včetně lékařů, sester a specialistů, je klíčová pro efektivní management DM2. V Dánsku je tento přístup podporován prostřednictvím integrovaných zdravotnických center, která usnadňují koordinaci péče a sdílení informací mezi členy týmu (OECD, 2023).

Dánsko je často uváděno jako příklad efektivního systému péče o diabetiky, který kombinuje inovativní přístupy a moderní technologie. Základem dánského modelu je důraz na primární péči, kde praktický lékař hraje klíčovou roli v diagnostice, léčbě a dlouhodobém sledování pacientů s DM2. Tento přístup je podporován dobře organizovaným systémem specializovaných diabetologických center, jako je například Steno Diabetes Center, která poskytují vysoce specializovanou péči a zároveň slouží jako vzdělávací a výzkumná centra (Birk et al., 2023).Významným prvkem dánského systému je integrace telemedicíny do péče o diabetiky. Telemedicínské konzultace umožňují pacientům pravidelně komunikovat se zdravotnickými pracovníky bez nutnosti fyzické návštěvy ordinace, což zvyšuje dostupnost péče a snižuje zátěž zdravotnického systému. Studie provedená v rámci projektu Svendborg Telemedicine Diabetes Project ukázala, že telemedicínské konzultace jsou nákladově efektivní a mají srovnatelné výsledky v klíčových parametrech léčby diabetu jako konvenční léčba (Levin et al., 2013). Během pandemie COVID-19 došlo v Dánsku k výraznému nárůstu využívání videokonzultací v rámci primární péče. Studie z roku 2022 zjistila, že

videokonzultace byly široce přijímány praktickými lékaři a pacienty, což naznačuje potenciál pro jejich trvalé začlenění do systému zdravotní péče (Kirk et al., 2022). Dánský přístup k péči o diabetiky zdůrazňuje také význam prevence a komunitních iniciativ. Programy jako Tingbjerg Changing Diabetes, podporované nadací Novo Nordisk, se zaměřují na zlepšení životního stylu prostřednictvím komunitních aktivit, jako jsou kurzy vaření a cvičení, což vedlo ke snížení prevalence diabetu v dané oblasti (The Times, 2025). Tyto přístupy mohou sloužit jako inspirace pro implementaci podobných strategií v České republice. Integrace telemedicíny, důraz na primární péči a komunitní programy zaměřené na prevenci by mohly přispět ke zlepšení péče o pacienty s DM2.

6 Prevence v léčbě Diabetu mellitu 2. typu

6.1 Sociologie životního stylu

Pojem životní styl představuje v sociologii komplexní koncept, který popisuje vzorce každodenního chování, hodnot, preferencí a volnočasových aktivit jednotlivců i sociálních skupin. Zahrnuje nejen to, *jak* lidé žijí, ale také *proč* žijí určitým způsobem – tedy jaké jsou jejich kulturní, ekonomické, sociální a zdravotní determinanty. Životní styl je výsledkem kombinace osobních voleb a strukturálních podmínek**,** které jsou formovány sociální třídou, vzděláním, pohlavím, věkem, profesním statusem, náboženstvím nebo regionálními rozdíly (Giddens, 2001).

Z pohledu funkcionalismu životní styl odráží adaptaci jedince na požadavky společnosti – například pracovní rytmus, stravovací normy nebo zdravotní chování. Každý životní styl má určitý funkční význam pro zachování stability společnosti. Naproti tomu konfliktuální teorie vnímá životní styl jako nástroj sociální stratifikace, tedy jinými slovy, různé skupiny si prostřednictvím životního stylu udržují nebo vyjadřují svou moc, prestiž a postavení ve společnosti (Bourdieu, 1984). Pierre Bourdieu (1984) ve své koncepci **„**habitu a kapitálu**“** vysvětluje, že životní styl je výrazem sociálního postavení a výsledkem vnitřně přijatých vzorců chování, které si člověk osvojuje od raného dětství. Rozlišuje tzv. kulturní kapitál (vzdělání, jazyk, estetické preference), který ovlivňuje například to, jaké potraviny jedinec konzumuje, jak sportuje, jaký má vztah ke zdraví a lékařské péči. V kontextu zdraví, konkrétně u pacientů s diabetem mellitus 2. typu, má životní styl zásadní význam. Faktory jako je složení stravy, pohybová aktivita, kouření nebo konzumace alkoholu významně ovlivňují vznik, průběh i léčbu tohoto onemocnění. WHO (2023) upozorňuje, že nezdravý životní styl patří mezi hlavní příčiny civilizačních onemocnění, včetně DM2. Z tohoto důvodu je v oblasti veřejného zdraví a primární péče kladen důraz na změnu životního stylu jako základní formu prevence.

Životní styl tedy není pouze soukromou záležitostí jednotlivce, ale společensky podmíněným fenoménem, který odráží širší kulturní a sociální kontext a zároveň utváří zdraví populace. Změna životního stylu proto vyžaduje nejen individuální motivaci, ale také strukturální podporu ze strany zdravotního systému, vzdělávacích institucí a veřejné politiky. Edukace pacientů, preventivní opatření a podpora schopnosti samostatně zvládat své onemocnění (self-management) tvoří naprosto zásadní pilíře úspěšné léčby diabetes mellitus 2. typu (DM2). Aktivní zapojení pacienta do vlastního léčebného procesu, podpořené dostatečnou

informovaností o principech zdravého životního stylu a specifikách onemocnění, prokazatelně vede ke zlepšení kompenzace diabetu, zejména ke snížení hodnot glykovaného hemoglobinu (HbA1c), a tím i ke snížení rizika rozvoje pozdních diabetických komplikací. Studie Americké diabetické asociace (ADA) potvrzují, že strukturované a pravidelné edukační programy (často označované jako Diabetes Self-Management Education and Support - DSMES) mohou vést ke snížení hodnot HbA1c v průměru o 0,5–1 %, což představuje klinicky významný přínos s přímým pozitivním dopadem na dlouhodobou prognózu pacientů (ADA, 2023). Efektivní edukace navíc přispívá ke zlepšení kvality života, snižuje psychosociální zátěž spojenou s chronickým onemocněním a může vést i ke snížení nákladů na zdravotní péči díky prevenci hospitalizací a nákladné léčby komplikací (Powers et al., 2020).

6.2 Bariéry dostupnosti edukace v ČR

V České republice implementace komplexních a dostupných edukačních programů pro pacienty s diabetem čelí několika významným výzvám. Jedním z hlavních problémů je nízká informovanost pacientů o existenci a přínosech těchto programů. Odhaduje se, že pouze kolem 20 % pacientů je systematicky a pravidelně informováno o dostupných možnostech edukace (Jirkovská, 2017). K tomu se přidávají strukturální omezení systému, jako je absence celostátní, snadno dostupné a standardizované sítě edukačních center nebo specializovaných edukátorů, nedostatečné finanční ohodnocení edukačních výkonů v rámci systému úhrad a také potenciální jazykové a kulturní bariéry u specifických skupin obyvatelstva, jako jsou cizinci nebo etnické menšiny (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019). Existující iniciativy, jako jsou programy typu „Škola diabetu“ nebo edukační kampaně pořádané pacientskými organizacemi (např. Svazem diabetiků ČR), představují významný a potřebný krok správným směrem (Jirkovská, 2017). Jejich reálná dostupnost je však často geograficky nerovnoměrná, bývá omezena na vybraná specializovaná diabetologická centra nebo větší města a jejich kapacita nemusí pokrývat skutečnou potřebu, což výrazně snižuje celkovou efektivitu a dopad těchto intervencí na celostátní úrovni (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019).

Kromě tradičních forem skupinové či individuální edukace se v posledních letech stále více prosazují moderní technologická řešení, která nabízejí nové možnosti podpory self-managementu pacientů s diabetem mellitus 2. typu (Sherazi, 2023). Zejména mobilní zdravotnické aplikace (tzv. mHealth) poskytují širokou škálu funkcí – umožňují pacientům

zaznamenávat a sledovat hladiny glukózy v krvi, příjem potravy a fyzickou aktivitu, připomínají užívání léků, poskytují edukační obsah a personalizovanou zpětnou vazbu a v některých případech umožňují propojení s ošetřujícím lékařem nebo komunitou pacientů (Liu, Xie, Or, 2020).

Výzkumy ukazují, že využití těchto aplikací může mít pozitivní dopad na adherenci pacientů k léčbě, motivaci ke změnám životního stylu a na kvalitu komunikace se zdravotníky. U starších pacientů však naráží širší zavádění těchto technologií na bariéry, jako je digitální negramotnost a omezený přístup k chytrým technologiím (Kruse et al., 2023).

Aby byly edukační strategie skutečně efektivní, měly by být integrovány do širšího rámce multidisciplinární péče. Tento model zahrnuje praktického lékaře, specialistu (např. diabetologa, kardiologa, nefrologa), nutričního terapeuta, psychologa a další odborníky, kteří společně poskytují komplexní podporu pacientovi. Multidisciplinární přístup zohledňuje nejen medicínské, ale i behaviorální, sociální a psychologické aspekty života s chronickým onemocněním, čímž výrazně přispívá ke zlepšení výsledků léčby (Levengood, Peng, Xiong, 2020).

Nedílnou součástí komplexního přístupu je také primární prevence DM2, která je založena především na modifikaci rizikových faktorů a změně životního stylu. Jak uvádí Světová zdravotnická organizace (WHO), pravidelná fyzická aktivita (alespoň 150 minut středně intenzivní aerobní aktivity týdně), osvojení si zdravých stravovacích návyků (s důrazem na dostatek vlákniny, ovoce, zeleniny a omezení příjmu nasycených tuků a jednoduchých cukrů) a udržení normální tělesné hmotnosti mohou snížit riziko vzniku DM2 až o 30 % (WHO, 2023). Kromě individuálních změn hrají klíčovou roli v podpoře zdravých návyků na populační úrovni také celospolečenské preventivní kampaně a legislativní opatření, jako je například regulace složení potravin (limitace obsahu transmastných kyselin, soli, cukru), podpora zdravého stravování ve školách a na pracovištích, vytváření podmínek pro bezpečnou fyzickou aktivitu (cyklostezky, parky) nebo případné zavedení fiskálních opatření, jako je daň ze slazených nápojů či nezdravých potravin, ačkoliv jejich efektivita a implementace jsou předmětem diskuzí (WHO, 2013).

Podpůrnou, avšak neméně důležitou roli v úspěšném managementu DM2 hraje také sociální opora pacienta. Zapojení rodinných příslušníků může významně pomoci při udržování zdravých stravovacích návyků v domácnosti, motivaci k pravidelné fyzické aktivitě a podpoře

při zvládání každodenních výzev spojených s léčbou. Stejně tak pacientské organizace a komunitní skupiny poskytují cenné zdroje – nabízejí edukační materiály, podpůrné programy, možnost sdílení zkušeností s ostatními pacienty a posilují tak schopnost pacientů lépe kontrolovat své onemocnění a vyrovnávat se s ním (Hýlová, 2022; Info-zdraví.cz, 2020).

Závěrem lze konstatovat, že úspěšný management diabetu mellitus 2. typu vyžaduje komplexní, koordinovaný, a především na pacienta zaměřený přístup. Ten musí zahrnovat nejen včasnou diagnostiku a dostupnost moderních léčebných metod, ale také efektivní organizační strukturu péče, motivační finanční mechanismy, smysluplné využití digitálních technologií a zejména systematickou, dostupnou a kvalitní edukaci pacientů spojenou s podporou jejich self-managementu. Česká republika disponuje solidními předpoklady pro kvalitní péči, jako je relativně vysoká úspěšnost včasné diagnostiky, hustá síť praktických lékařů a principiálně bezplatný přístup k základní péči hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Současně však čelí řadě systémových výzev, mezi které patří přetížení primární péče, přetrvávající regionální nerovnosti v dostupnosti specializované péče i edukace a stále nedostatečná úroveň digitalizace a interoperability zdravotnických systémů. Inspirace osvědčenými zahraničními modely, které kladou důraz na multidisciplinaritu, prevenci a posílení role pacienta, spolu s neustálými inovacemi v oblasti terapeutických postupů a behaviorálních intervencí, představují klíč k budoucímu zlepšení péče o diabetiky v ČR a ke snížení významné socioekonomické zátěže spojené s tímto stále častějším onemocněním.

7 Metodologie

Hlavním cílem této bakalářské práce je prozkoumat a hlouběji analyzovat měnící se roli praktických lékařů v péči o pacienty s diabetes mellitus 2. typu (DM2), a to v kontextu probíhající reformy primární péče v České republice. Cílem deskriptivní analýzy je zjistit, jaké konkrétní činnosti a přístupy lékaři v praxi uplatňují, jaké překážky při léčbě vnímají a jaké návrhy na zlepšení systému považují za nejpřínosnější. Práce postupuje podle následujícího procesu sociologického procesu dle Novotné (2020).

1. Definování výzkumných otázek a hypotéz, které budou testovány.
2. Konceptualizace pomocí definování měřitelných proměnných (nominální, ordinální, intervalové, poměrové).
3. Výběr a konfigurace vhodného dotazníkového nástroje pro sběr dat od reprezentativního vzorku lékařské populace.
4. Sběr a následná analýza dat pomocí deskriptivní analýzy, výběr vhodných funkcí dle typu výzkumné otázky.
5. Interpretace výsledků vyvozující závěry, které buď potvrdí, nebo vyvrátí původní hypotézy.

Hlavní myšlenkou je, že praktičtí lékaři představují základní pilíř zdravotního systému, a právě jejich zkušenosti a názory mohou poskytnout cennou zpětnou vazbu pro tvorbu účinných a efektivních zdravotnických politik. Zvláště v péči o pacienty s chronickými onemocněními, jako je právě DM2, hraje primární péče klíčovou roli v časné diagnostice, dlouhodobém sledování, edukaci pacientů i prevenci komplikací. Reforma primární péče, o níž se v posledních letech v České republice intenzivně diskutuje, proto musí zohlednit reálné potřeby a omezení, se kterými se praktičtí lékaři ve své každodenní praxi setkávají.

Praktická část této práce proto prostřednictvím kvantitativního výzkumu zjišťuje, jaké mají praktičtí lékaři zkušenosti s léčbou pacientů s DM2, jaké léčebné a edukační přístupy volí, s jakými problémy se setkávají a jaké změny by přivítali k efektivnějšímu fungování systému. Tato zjištění budou porovnána s teoretickými poznatky uvedenými v předchozí části práce a mohou sloužit jako podklad pro další výzkumy či doporučení v oblasti organizace primární péče.

7.1 Hlavní cíle práce

Pro dosažení hlavního cíle byly formulovány následující konkrétní dílčí cíle:

Zmapovat reálnou praxi praktických lékařů při péči o pacienty s diabetes mellitus 2. typu. Tento cíl zahrnuje zjištění, jak často lékaři tyto pacienty vídají, jaké léčebné přístupy preferují, zda se při léčbě opírají o národní či mezinárodní doporučení, a jaké typy léčby (např. medikace, edukace, odeslání ke specialistům) nejčastěji využívají.

Posoudit míru a charakter edukace, kterou praktičtí lékaři poskytují pacientům s DM2. Cílem je zjistit, jaké edukační aktivity praktičtí lékaři uplatňují, zda jsou spíše proaktivní nebo pasivní, jaká témata nejčastěji probírají a jak hodnotí účinnost edukace z hlediska zlepšení zdravotního stavu pacientů.

Identifikovat hlavní bariéry, se kterými se praktičtí lékaři v péči o diabetiky potýkají. Cílem je popsat problémy, které podle jejich názoru ztěžují nebo komplikují léčbu DM2, ať už se jedná o nedostatek času, nízkou motivaci pacientů, finanční omezení, nebo systémové překážky jako je nedostupnost specializované péče či administrativní zátěž. Cílem je získat konkrétní doporučení ze strany lékařů, která by mohla přispět k efektivnější, dostupnější a kvalitnější péči o pacienty s DM2 v rámci primární sféry. Každý z uvedených dílčích cílů přímo navazuje na teoretickou část práce, v níž byly analyzovány klíčové výzvy současné primární péče v ČR, důležitost edukace a prevence, i očekávání spojená s plánovanou reformou. Výzkumná část si klade za cíl tato témata doplnit o praktické poznatky z ordinací praktických lékařů a tím přispět k ucelenějšímu pohledu na tuto problematiku.

Každý z uvedených cílů je rozpracován v konkrétní výzkumné otázce a hypotéze v následující kapitole, čímž je zajištěno systematické naplňování celkového výzkumného rámce práce.

7.2 Výzkumné otázky a sestavené hypotézy

Na základě vytyčených cílů a teoretického rámce byly formulovány konkrétní výzkumné otázky a k nim odpovídající hypotézy. Hlavní výzkumná otázka této práce zní: *„Jak se v praxi proměňuje role praktických lékařů v péči o pacienty s diabetem 2. typu v rámci probíhající reformy primární péče?“* Tato široce položená otázka vychází z hlavního cíle práce a zahrnuje více aspektů (edukaci, léčebné postupy, překážky, kvalitu péče). Pro její zodpovězení byly

stanoveny dílčí výzkumné otázky zaměřené na konkrétní oblasti, ke každé z nich je formulována hypotéza:

Výzkumná otázka 1: *Liší se míra, s jakou se praktičtí lékaři věnují edukaci a prevenci u pacientů s DM2, v závislosti na délce jejich praxe?*

Hypotéza 1: Předpokládáme, že většina praktických lékařů si uvědomuje význam edukace diabetiků a aktivně ji do své praxe zahrnuje. Lékaři s delší praxí nebo specializovaným školením pravděpodobně věnují edukaci více času a považují ji za účinnou pro zlepšení stavu pacientů.

Výzkumná otázka 2: *Jaké překážky v systému zdravotní péče nejčastěji vnímají praktičtí lékaři jako limitující při péči o pacienty s DM2?*

Hypotéza 2: Očekáváme, že mezi nejčastěji uváděné bariéry patří nedostatek času na pacienta a nízká motivace či spolupráce ze strany pacientů. Dále se předpokládá, že praktičtí lékaři poukážou i na systémové problémy, jako je omezená dostupnost odborných specialistů (diabetologů) či administrativní zátěž, avšak tyto budou vnímané až na druhém místě za faktory spojenými přímo s pacientem.

Výzkumná otázka 3: *Liší se výsledky praktických lékařů v léčbě pacientů s DM2 podle délky jejich praxe, regionu nebo počtu diabetických pacientů v jejich evidenci?*

Hypotéza 3: Domníváme se, že existují určité rozdíly v přístupu lékařů – například zkušení lékaři s delší praxí by mohli častěji dodržovat pravidelné kontroly. Regionální rozdíly mohou také hrát roli (např. lékaři v odlehlých regionech mohou vnímat větší problémy s dostupností specializované péče). Obdobně lékaři s velmi vysokým počtem pacientů s DM2 mohou být časově vytíženější, což se může odrazit v méně častých kontrolách či menším prostoru pro individuální péči.

Výzkumná otázka 4 *Jaké faktory podle praktických lékařů nejvíce ovlivňují kvalitu péče o pacienty s DM2 a jaká zlepšení by přispěla ke zvýšení efektivity této péče?*

Hypotéza 4: Předpokládáme, že praktičtí lékaři budou za klíčové faktory ovlivňující kvalitu péče považovat zejména časové a personální možnosti v ordinaci (čas na pacienta, počet spolupracovníků), podporu ze strany systému (např. úhradové nastavení motivující k preventivní péči, dostupnost edukačních programů) a snahu a spolupráci pacienta. Co se týče návrhů na zlepšení, očekáváme, že lékaři často zmíní potřebu většího času na pacienta (např. skrze lepší financování primární péče), dostupnější edukativní materiály či programy pro pacienty a lepší provázanost primární a specializované péče. Tato hypotéza shrnuje očekávání, že lékaři dokáží pojmenovat konkrétní systémové změny (např. snížení administrativy, posílení prevence) pro zvýšení kvality péče o diabetiky.

7.3 Proměnné

Z výše popsané struktury dotazníku vyplývá řada proměnných, s nimiž bude výzkum pracovat. Výběr uvedených proměnných vychází z úzkého propojení s výzkumnými otázkami a hypotézami práce. Cílem bylo zvolit takové proměnné, které umožní nejen deskriptivní zachycení reálné praxe praktických lékařů, ale zejména analytické ověření souvislostí mezi charakteristikami praxe a kvalitou či organizací péče o pacienty s diabetem 2. typu.

Proměnné:

Délka praxe lékaře – kategorizovaná proměnná (např. <5 let, 5–10, 11–20, >20 let). Tato proměnná reprezentuje zkušenost lékaře a bude využita např. ke zkoumání, zda zkušenosti ovlivňují přístup k péči či vnímání překážek.

Region působení – nominální proměnná (kraj České republiky, kde lékař ordinaci provozuje). Umožní posoudit případné regionální rozdíly v podmínkách péče (např. odlišná dostupnost diabetologů v různých krajích).

Velikost praxe a počet diabetiků – dvě kvantitativní proměnné: celkový počet registrovaných pacientů (v kategoriích) a počet pacientů s DM2 (v kategoriích). Tyto údaje přiblíží vytíženost

lékaře diabetickou péčí. Zejména podíl diabetiků v praxi může ovlivnit, jak velkou pozornost lékař DM2 věnuje a jaké má zkušenosti.

Procento obézních/nadváhových mezi diabetiky – ordinální proměnná (hrubý odhad v intervalech). Slouží jako indikátor komplikovanosti pacientské populace (vyšší výskyt obezity může znamenat obtížnější léčbu DM2) a může korelovat s potřebou intenzivnější péče.

Frekvence kontrol diabetiků – ordinální proměnná (např. čtvrtletně, půlročně, ročně, či jen při potížích). Tato proměnná ukazuje systematičnost sledování pacientů a lze ji porovnat mezi skupinami lékařů (např. zda lékaři s více pacienty mají tendenci kontrolovat méně často).

Výsledky léčby (kompenzace diabetu) – odhad procenta pacientů s dobrou kompenzací (HbA1c pod cílovou hodnotou). Tuto proměnnou lze interpretovat jako indikátor kvality péče či účinnosti léčby v dané praxi. Ačkoli jde o subjektivní odhad lékaře, může sloužit pro srovnání – např. zda lékaři, kteří více edukují nebo častěji kontrolují, udávají lepší výsledky.

Preferované léčebné postupy – vícenásobná proměnná (sada dichotomických položek označujících, zda lékař využívá daný postup či zdroj informací: národní doporučení, mezinárodní doporučení, EHR s podporou, vlastní praxe atd.). Tyto položky charakterizují, z čeho lékař při léčbě DM2 vychází. Pro analýzu lze vybrané položky převést na binární proměnné (např. „využívá/nevyužívá národní guidelines“).

Předepisované typy léčby – vícenásobná proměnná indikující, jaké terapie lékař běžně ordinuje (perorální léky, inzulin, moderní injekční léky, režimová opatření, odeslání ke specialistovi apod.). Lze opět převést na sadu binárních proměnných. Tyto údaje umožní popsat terapeutický přístup lékaře a případně zkoumat, zda např. lékaři v různých regionech či s různou praxí volí odlišné postupy (např. míra využití moderních léků vs. předávání specialistovi).

Vnímané bariéry v péči – několik binárních proměnných podle položek z otázky v sekci 3 (každá indikující, zda danou bariéru lékař označil). Klíčové bariéry zahrnují: nedodržování léčby pacienty, nedostatečná edukace/motivace pacientů, finanční omezení pacientů, omezená dostupnost specialistů, vysoké náklady moderní léčby pro systém, nedostatek času lékaře, nedostatečné vybavení/personál. Tyto proměnné budou analyzovány z hlediska četnosti (jaké bariéry jsou nejčastější) i v návaznosti na jiné charakteristiky (např. zda lékaři, kteří needukují, častěji vnímají nízkou motivaci pacientů apod.).

Frekvence finančních bariér pro pacienty – ordinalní proměnná (velmi často až nikdy), která kvantifikuje, jak rozšířený je problém finanční nedostupnosti léčby v praxi daného lékaře.

Zapojení do edukace – kategorizovaná proměnná zjišťující přístup lékaře k edukaci pacientů (proaktivní vs. pasivní vs. žádná edukace). Tato proměnná je stěžejní pro vyhodnocení role edukace: lze zkoumat, kolik procent lékařů edukuje aktivně a zda se to liší dle praxe či jiných faktorů.

Vnímaná účinnost edukace – ordinalní proměnná (účinná vs. spíše neúčinná, případně neutrální), reflektuje názor lékaře na to, zda edukace přináší zlepšení.

Témata probíraná při edukaci – vícenásobná proměnná (označení všech relevantních témat, jako výživa, pohyb, adherenci k léčbě, měření glykémie, prevence komplikací, psychologická podpora). Zde lze identifikovat, která témata jsou nejčastěji zahrnuta (např. zda dominují dietní rady a pohyb, a naopak méně často se probírá psychologická podpora).

Potřeby pro lepší edukaci – vícenásobná proměnná ze sekce 4 (více času, lepší materiály, technologie, školení, motivace pacientů atd.). Tyto proměnné ukazují, jaké změny by lékaři uvítali – např. převládá-li požadavek na více času či spíše na lepší pacientskou motivaci.

Celkové hodnocení systémové podpory – ordinální proměnná (dostatečná / částečně dostatečná / nedostatečná). Dá se převést i na dichotomii spokojen vs. nespokojen se systémem.

Hlavní nedostatek systému – nominální proměnná (financování vs. koordinace péče vs. prevence vs. administrativa vs. jiné). Ukáže nejpalčivěji vnímaný problém na systémové úrovni.

Návrh zásadní změny – kvalitativní otevřená odpověď. Tyto odpovědi budou analyzovány spíše obsahovou analýzou či shrnuty do kategorií, protože se nejedná o strukturovanou proměnnou. Mohou však ilustrovat konkrétní nápady lékařů a doplnit kvantitativní zjištění.

7.4 Datový soubor a sběr dat

Pro sběr dat byla použita metoda CAWI (Computer-Assisted Web Interviewing). Tato metoda umožňuje efektivní sběr dat vzdáleně prostřednictvím online dotazníků. Dotazník byl vytvořen

pomocí webové platformy Click4Survey a distribuován praktickým lékařům po celé České republice. Lékaři byli oslovováni individuálně prostřednictvím e-mailu, který obsahoval informace o výzkumu, žádost o vyplnění dotazníku a odkaz na online formulář. Šetření probíhalo od února do poloviny dubna roku 2025. Účast byla zcela dobrovolná a anonymní.

Metoda CAWI byla zvolena s ohledem na její výhody, jako jsou nízké náklady, rychlost sběru dat a možnost oslovit respondenty bez ohledu na jejich geografickou polohu. Nicméně, je důležité si uvědomit i její omezení, například potenciální výběrové zkreslení, kdy jsou osloveni pouze ti respondenti, kteří mají přístup k internetu a jsou ochotni dotazník vyplnit. Tento problém je minimalizován u cílové skupiny respondentů lékařů. Jelikož již nyní jsou povinni vystavovat eRecepty – mají tedy připojení k internetu a v národním katalogu dat obsahuje email více než 82 % záznamů.

V rámci online dotazování je často využíván koncept online panelů, který ale v práci využit nebyl. S tímto konceptem se pojí i řada kritik jako reprezentativnost vzorku, panelová únava, nesprávná motivace respondentů a v neposlední řadě etické a právní aspekty (Novotná, 2020).

V České republice působí podle dat českého statistického úřadu (2025) přibližně 5 473 praktických lékařů pro dospělé. Pro stanovení minimální velikosti výběrového souboru se v sociálních vědách běžně využívají výpočty založené na intervalech spolehlivosti a přípustné chybě odhadu. Při zvolené spolehlivosti 95 % a přípustné chybě 5 % se jako adekvátní výběrový soubor z celkového počtu 5 473 lékařů jeví minimálně 384 respondentů.

Vstupní data:

- Velikost cílové populace (N): 5473 praktických lékařů
- Přípustná míra chyby (e): 5 % (0,05)
- Zvolená hladina spolehlivosti: 95 %

Hodnota Z-skóru pro 95 % hladinu spolehlivosti: 1,96 (dle normálního rozdělení)

Soukup a Kočvarová (2016) doporučují při neznámém poměru výskytu zkoumaného jevu v populaci (tedy při nejkonzervativnějším odhadu) použít hodnotu 0,5, protože tak získáme největší možný vzorek (což zajistí dostatečně robustní vzorek).

Výpočet bez korekce (pro nekonečně velkou populaci):

Rovnice 1

$$n_0 = \frac{Z^2 * p * (1 - p)}{e^2}$$

- Z je Z-skóre (pro 95 % spolehlivost = 1,96)
- p je odhadovaný poměr jevu (0,5)
- e je maximální přípustná chyba (0,05)
- n_0 je výsledná velikost vzorku = 384

Korekce vzorku pro konečnou populaci:

Rovnice 2

$$N = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

Kde:

- n_0 je původní vypočtená velikost vzorku (384)
- N je celková velikost populace (5473)

Po dosazení vychází, že ke splnění výše uvedených podmínek je zapotřebí alespoň 361 respondentů.

(Soukup a Kočvarová, 2016, Pennsylvania State University, 2024)

Cílem tohoto výzkumu je získat přibližně 361 vyplněných dotazníků, čímž bude dosažen reprezentativní vzorek vzhledem k celkové populaci praktických lékařů v ČR. Je však nutné upozornit, že výzkum využívá účelový (non-probability sampling) výběr, a tudíž nelze výsledky striktně generalizovat na celou populaci. Přesto však takto stanovená velikost vzorku umožňuje provádět základní deskriptivní a explorační analýzy a formulovat závěry založené na rozmanitých zkušenostech praktických lékařů z různých regionů a s různou délkou praxe.

Ve výsledku se sešly odpovědi od 384 praktických lékařů. Rozmanitost napříč regiony a praxí bylo zajištěno plošným rozesláním dotazníků co největšímu počtu praktických lékařů. Dotazníky byly nejprve rozeslány do všech 71 okresních měst. Odhadovaný počet takto

oslovených lékařů činil přibližně 600 praktických lékařů. V druhé fázi sběru dat bylo přistoupeno s využitím Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb dostupným v Národním katalogu otevřených dat, kde je k dispozici datový soubor (CSV) s řadou údajů o poskytovatelích včetně emailové adresy. Po vyfiltrování na praktické/všeobecné lékaře u kterých je uvedena e-mailová adresa, vyšel seznam s přibližně 4500 položkami. Je ale nutné podotknout, že některé e-mailové adresy se i několikrát opakovaly. E-mailové zprávy byly zasílány po menších celcích ve skrytých kopiích e-mailu, aby byla zachována prestiž dotazníku a aby e-mailové zprávy nebyly vyhodnocené jako spam. Návratnost dotazníků činila pouze kolem 7,4 %.

7.5 Výzkumný nástroj

Dotazník obsahoval kombinaci uzavřených i polouzavřených otázek rozdělených do několika tematických sekcí. V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s účelem výzkumu, ujištěni o anonymitě dat a informováni o přibližné délce vyplňování (cca 10–15 minut). Guillemin a Gillam (2004), nabádá výzkumníky k průběžnému uvažování nad etickými dopady vlastního jednání. Na to byl brán při vytváření dotazníku celý čas ohled. Vzhledem ale k povaze dotazníku, který byl anonymní bylo pouze potřeba brát v potaz, aby odpovědi na jednotlivé otázky nevedly k jednoznačné identifikaci respondenta. Finální dotazník zahrnoval tyto hlavní části:

Sekce 1: Charakteristiky lékaře a praxe

Tato část zahrnovala demografické a profesní údaje o respondentovi. Lékaři zde uváděli délku své praxe (kategorizováno do intervalů), region (kraj) svého působení a orientační počet registrovaných pacientů ve své ordinaci. Dále byl zjišťován konkrétní počet pacientů s diagnostikovaným DM2, které má lékař v evidenci, a odhad procenta těchto diabetických pacientů, kteří mají také obezitou či nadváhou. Tyto otázky poskytují základní kontext o velikosti a typu praxe, což umožní zkoumat, zda například lékaři s větším počtem diabetiků nebo s delší praxí vykazují odlišné přístupy k péči.

Sekce 2: Každodenní péče o pacienty s DM2

V této části se otázky zaměřily na postupy a frekvenci péče, kterou lékaři svým diabetickým pacientům poskytují. Zjišťovala jsem například, jak často zvou pacienty s DM2 na pravidelné

kontrolní prohlídky (intervaly od 1–3 měsíců po jednou ročně či jen při obtížích), což vypovídá o důslednosti sledování chronického onemocnění. Dále dotazník obsahoval otázky na výsledky léčby, například jaké procento jejich pacientů dosahuje doporučených hodnot kompenzace (HbA1c pod 53 mmol/mol), což může naznačovat kvalitu péče či spolupráce pacientů. Respondenti také vybírali, jaké léčebné postupy a doporučení nejčastěji využívají u pacientů s DM2 (výběr z více možností, jako např. národní či mezinárodní odborná doporučení, využití elektronických zdravotních záznamů s podporou rozhodování, postupy naučené během studia, vlastní osvědčené postupy apod.). Další otázka mapovala, jaké typy léčby běžně předepisují či indikují (perorální antidiabetika, inzulinovou terapii, moderní léky typu GLP-1 agonistů, důraz na změnu životního stylu, případně odeslání pacienta ke specialistovi). Tyto položky dohromady popisují přístup lékaře k léčbě DM2, jak kombinuje farmakologickou léčbu s režimovými opatřeními a kdy volí péči specialisty.

Sekce 3: Bariéry a výzvy v péči

V této části dotazníku bylo cílem odhalit, jaké překážky praktičtí lékaři vnímají v každodenní péči o diabetiky. Lékaři označovali z nabídnutého seznamu ty problémy, které považují za nejvýraznější, například nedodržování léčebného režimu ze strany pacientů, nedostatečná edukace nebo motivace pacientů, finanční omezení pacientů (např. doplatky za léky), omezená kapacita či dostupnost specializované diabetologické péče, vysoká cena moderních léků pro systém veřejného pojištění, nedostatek času během vyšetření na důkladnější konzultaci, nebo třeba nedostatečné vybavení či personál v ordinaci. Respondenti měli rovněž možnost dopsat jinou, vlastní bariéru. Tato víceodpověďová otázka poskytuje přehled vnímaných bariér na úrovni lékař–pacient (např. spolupráce pacienta), na úrovni praxe (čas, vybavení) i systému (dostupnost specialistů, financování). V rámci této sekce byla také doplňující otázka na frekvenci, s jakou se lékaři setkávají s tím, že pacient odmítá či odkládá léčbu z finančních důvodů, to kvantifikuje jeden z možných problémů (dostupnost péče pro pacienty) na škále od „velmi často“ po „nikdy“.

Sekce 4: Edukace a podpora pacientů

Tato část se zabývala přímo rolí edukace v praxi lékaře. Nejprve se dotazník ptal, zda a jakým způsobem se lékař věnuje edukačnímu poradenství u svých diabetických pacientů. Možnosti zahrnovaly aktivní, proaktivní edukaci (lékař sám od sebe nabízí pacientům informace, materiály, dietní rady apod.), edukaci spíše pasivní či pouze na vyžádání ze strany pacienta,

anebo vůbec žádnou systematickou edukaci. Následující položka zjišťovala subjektivní hodnocení účinnosti edukace, zda podle lékaře vede edukace pacientů ke zlepšení kompenzace diabetu (např. lepší životospráva a zdravotní stav pacienta), nebo zda naopak nepozoruje vliv edukace. Dále lékaři označovali témata, která s pacienty v rámci edukace obvykle probírají (např. výživa a dietní opatření, fyzická aktivita, dodržování léčby, měření glykémie a interpretace výsledků, prevence komplikací, psychologická podpora apod.). Tato otázka ukazuje, na které oblasti se praktičtí lékaři při edukaci zaměřují nejvíce. V závěru sekce 4 byla klíčová otázka směřující na potřeby lékařů pro zlepšení edukace a péče. Respondenti vybírali, co by jim osobně nejvíce pomohlo zefektivnit edukaci diabetiků. Na výběr byly možnosti jako více času na pacienta (např. díky lepší úhradě nebo posílení personálu), snazší přístup ke specializovaným edukačním programům a materiálům, využití moderních technologií (telemedicína) pro podporu edukace, další vzdělávání či školení lékařů zaměřené na komunikaci s pacienty, nebo silnější motivace pacientů k dodržování režimu.

Sekce 5: Systémová zlepšení a vize

Závěrečná část dotazníku se věnovala postojům lékařů k systémovým aspektům péče**.** Nejprve respondenti hodnotili, jak celkově vnímají současnou podporu ze strany zdravotního systému (pojišťovny, Ministerstvo zdravotnictví, ÚZIS apod.) v léčbě DM2. Úplně poslední položka dotazníku měla formu otevřené otázky a lékaři mohli navrhnout libovolnou zásadní změnu pro zlepšení péče o pacienty s DM2, představit si, že by ji mohli jako „ministr zdravotnictví na den“ prosadit. Tato otázka sbírá individuální náměty a vize praktických lékařů ohledně systémových reforem či opatření, které považují za nejpřínosnější.

8 Analytická část

Kapitola se zabývá způsobem práce s nasbíranými daty před jejich samotnou analýzou. Poté výběrem statistických metod pro analýzu dat, a nakonec představuje výsledky, které odpovídají na výzkumné otázky vymezené v předchozí části.

Po ukončení sběru dat byla data exportována do strojového formátu CSV. Byl nastaven proces pro očištění dat (Novotná, 2020), nedokončené odpovědi budou zahozeny. Duplicity není možné vzhledem k anonymní povaze identifikovat. Díky uzavřeným odpovědím byla validace provedena již na straně nástroje pro sběr dat. Následně byla nad daty provedena základní deskriptivní statistika pro získání přehledu o základních charakteristikách souboru respondentů.

Průzkumu se zúčastnilo celkem 382 respondentů (praktických lékařů). Všechny obdržené odpovědi byly dokončené a zahrnuté do analýzy (žádné nebyly vyřazeny). Tento vzorek představuje poměrně významnou část praktických lékařů v ČR – pro představu, v celé republice působí odhadem kolem 5 473 praktických lékařů, takže 382 respondentů odpovídá přibližně 6,4 % z této populace.

8.1 Charakteristika respondentů

Věková data respondentů nebyla zjišťována přímo, ale lze je odvodit z délky jejich praxe, protože je znám průměrný věk dokončení studia/atestace. Z analýzy vyplývá, že respondenti jsou převážně středního a vyššího věku. Například až 42 % respondentů uvedlo praxi „více než 20 let“, což naznačuje, že velká část z nich bude ve věku nad ~50 let (mnozí pravděpodobně i nad 60 let). Dalších 32 % má praxi „11–20 let“ (tj. často lékaři ve věku kolem 45–55 let). Naopak jen asi 26 % respondentů lze považovat za mladší lékaře (odhadem do 45 let věku) – do této skupiny spadají ~19 % s praxí „5–10 let“ a pouze ~8 % s praxí „méně než 5 let“ (tj. pravděpodobně lékaři mladší ~35 let). Celkově tak údaje ukazují na stárnoucí věkovou strukturu: odhadem okolo dvou pětin respondentů může být starších 60 let, což koresponduje i s celostátní statistikou, podle které je cca 40 % praktických lékařů v ČR je ve věku 60 a starší (Medical Tribune, 2024). Respondenti pocházejí ze všech regionů České republiky, avšak jejich zastoupení není rovnoměrné. Následující tabulka uvádí počet a podíl respondentů podle kraje působnosti.

Kraj	Počet respondentů	Podíl z 382
Praha	53	13,9 %
Středočeský kraj	43	11,3 %
Jihomoravský kraj	38	9,9 %
Moravskoslezský kraj	35	9,2 %
Ústecký kraj	34	8,9 %
Plzeňský kraj	29	7,6 %
Jihočeský kraj	29	7,6 %
Pardubický kraj	28	7,3 %
Liberecký kraj	25	6,6 %
Královéhradecký kraj	19	5,0 %
Kraj Vysočina	15	3,9 %
Olomoucký kraj	15	3,9 %
Zlínský kraj	14	3,7 %
Karlovarský kraj	5	1,3 %

Tabulka 2 Regionální zastoupení respondentů

Z tabulky je patrné, že nejvíce respondentů zastupuje hlavní město Prahu (52 lékařů, ~14 %), dále Středočeský kraj a Jihomoravský kraj. Silné zastoupení mají také Moravskoslezský a Ústecký kraj. Nejméně odpovědí přišlo z Karlovarského kraje (pouze 5 lékařů, ~1 % vzorku), což může odrážet menší počet praktických lékařů v tomto kraji nebo slabší zapojení do průzkumu. Obecně však každý kraj přispěl alespoň několika respondenty, takže výsledky pokrývají názory praktických lékařů napříč celou ČR.

Všichni respondenti jsou všeobecní praktičtí lékaři (tj. kvalifikovaní lékaři primární péče pro dospělé pacienty), což vyplývá již z cílení průzkumu. Jejich délka praxe v oboru se však výrazně liší. Následuje rozložení podle praxe

Délka praxe (jako PL)	Počet respondentů	Podíl z 382
Méně než 5 let	29	7,6 %
5–10 let	71	18,6 %
11–20 let	122	31,9 %
Více než 20 let	160	41,9 %

Tabulka 3 Rozložení respondentů podle délky praxe

Z uvedených dat vyplývá, že téměř polovina lékařů (42 %) v souboru patří mezi velmi zkušené praktické lékaře s více než 20 lety praxe. Třetina respondentů (32 %) má za sebou 11 až 20 let výkonu praxe. Naopak menší část vzorku tvoří lékaři v rané fázi kariéry – pouze 7,6 % má praxi kratší než 5 let a dalších 18,6 % spadá do kategorie 5–10 let praxe. Mediánová kategorie délky praxe je 11–20 let, což naznačuje, že typický respondent má okolo 15 let zkušeností v oboru. Lze odhadnout i průměrnou délku praxe kolem 15–17 let (hrubý odhad na základě rozmezí kategorií). Celkově tedy převládají lékaři s dlouhodobou praxí, ale nechybí ani hlasy nejmladších praktických lékařů. Tato kombinace zajišťuje, že výsledky průzkumu reflektují pohled jak zavedených odborníků, tak i nastupující generace praktických lékařů.

8.2 Výsledky hlavních zjištění

8.2.1 Výzkumná otázka 1

Liší se míra, s jakou se praktičtí lékaři věnují edukaci a prevenci u pacientů s DM2, v závislosti na délce jejich praxe?

Celková míra zapojení do edukace. Z dat vyplývá, že proaktivní edukaci (lékař sám aktivně nabízí informace, materiály, konzultace) poskytuje celkem 294 lékařů, což je výrazná většina respondentů. Dalších 76 lékařů edukuje spíše pasivně, tedy jen pokud o to pacient požádá. A jen 8 lékařů (přibližně 2 %) vůbec edukaci neprovádí, buď to přenechávají jinému odborníkovi, nebo nevědí, zda je pacient edukován.

Tento výsledek lze z pohledu sociologie medicíny interpretovat jako projev posunu od tradičního paternalistického modelu lékař-pacient k modelu participativnímu. V tomto modelu je pacient vnímán jako aktivní účastník svého léčebného procesu, což je klíčové zejména u chronických onemocnění, kde je dlouhodobá spolupráce mezi lékařem a pacientem nezbytná pro úspěšnou léčbu (Charles, Gafni & Whelan, 1997). Tradiční model, kde lékař rozhoduje a pacient pasivně přijímá pokyny, je nahrazován modelem, kde pacienti jsou informováni, motivováni a zapojeni do rozhodování o své péči. Tento přístup nejen zvyšuje efektivitu léčby, ale také posiluje důvěru a spokojenost pacientů s poskytovanou péčí (Charles, Gafni & Whelan, 1997).

Zároveň je důležité si uvědomit, že efektivní edukace pacientů vyžaduje nejen předání informací, ale také pochopení sociálního kontextu, ve kterém pacient žije. Faktory jako

socioekonomický status, kulturní zvyklosti a úroveň zdravotní gramotnosti mohou významně ovlivnit schopnost pacienta porozumět a aplikovat získané informace. Proto je role praktického lékaře v edukaci pacientů komplexní a vyžaduje individuální přístup přizpůsobený potřebám každého pacienta (Nutbeam, 2000).

Závislost mezi délkou praxe a typem edukace

Délka praxe	Proaktivní edukace	Edukace na vyžádání	Needukuje (nebo přenechává)
Méně než 5 let	21	6	2
5–10 let	50	18	3
11–20 let	98	22	1
Více než 20 let	125	30	5

Tabulka 4 - Závislost mezi délkou praxe a typem edukace

χ^2 (chí-kvadrát) test nezávislosti

$\chi^2 = 10{,}64$

Stupně volnosti (df) = (počet řádků – 1) × (počet sloupců – 1) = (4 – 1) × (4 – 1) = 9

p-hodnota = 0,301

Hodnota 10,64 není dostatečně vysoká na to, aby prokázala statisticky významný vztah – tomu odpovídá i p-hodnota 0,301, což je výrazně nad hladinou významnosti 0,05.

Statistická analýza nepotvrdila, že by forma edukace pacientů s diabetem 2. typu závisela na délce praxe praktického lékaře. Výsledky χ^2 testu ($\chi^2 = 10{,}64$; df = 9; p = 0,301) ukazují, že rozdíly mezi skupinami jsou malé a z hlediska statistiky pravděpodobně náhodné. Z toho vyplývá, že praktičtí lékaři napříč různými generacemi edukují pacienty podobným způsobem, a to že většina z nich se edukaci věnuje proaktivně nebo na vyžádání. Hypotéza, že delší praxe je spojena s vyšší mírou edukace, se tedy nepotvrdila. Tento výsledek může naznačovat, že edukace se stala standardizovanou součástí každodenní praxe, ať už u mladších či zkušenějších

lékařů, což lze chápat jako pozitivní důkaz vlivu jednotných odborných doporučení, postgraduálního vzdělávání a obecného posunu ve vnímání významu prevence a self-managementu v chronické péči.

8.2.2 Výzkumná otázka 2

Jaké překážky v systému zdravotní péče nejčastěji vnímají praktičtí lékaři jako limitující při péči o pacienty s DM2?

Překážka	Počet	Podíl (%)
Nedodržování léčby ze strany pacientů	321	84.3
Nedostatečná edukace nebo motivace ze strany pacienta	170	44.6
Nedostatek času na hlubší konzultaci	135	35.4
Vysoká cena některých moderních léků pro pojišťovnu	104	27.3
Omezená kapacita/ dostupnost specializované péče (diabetologů)	72	18.9
Finanční omezení pacientů (doplatky, cena léků)	55	14.4
Nedostatečné vybavení či chybějící personál v ordinaci	4	1

Tabulka 5 - překážky v systému zdravotní péče

Nedodržování léčby ze strany pacientů uvedlo 84 % lékařů – je tedy nejčastěji zmiňovaná bariéra v celém výzkumu. Tato překážka odráží zkušenosti lékařů, že pacienti často nedodržují předepsané režimy, zapomínají brát léky, nebo ignorují doporučené změny životního stylu. Výsledky korespondují s literaturou, která adherenci označuje za klíčový problém v léčbě chronických onemocnění. Kdy například Vytřísalová (2009) uvádí, že adherence k medikamentózní léčbě je klíčovým faktorem pro úspěšnost terapie, a její nedostatečnost může vést k selhání léčby a zvýšení nákladů na zdravotní péči. Dále, Světová zdravotnická organizace (WHO) identifikuje nedodržování léčby jako jednu z hlavních překážek v efektivním řízení chronických onemocnění, přičemž uvádí, že až 50 % pacientů v rozvinutých zemích nedodržuje předepsaný léčebný režim (WHO, 2003).

Nedostatečná motivace nebo edukace pacientů byla označena 44,6 % respondentů. Praktičtí lékaři vnímají, že ani edukace nemusí být účinná, pokud pacient není vnitřně motivován měnit své návyky. Z pohledu sociologie medicíny jde o problém tzv. zdravotní gramotnosti. Z toho vyplívá, že pacienti často nechápou dlouhodobé dopady své nemoci, nebo nejsou schopni

aktivně spolupracovat. V České republice bylo zjištěno, že téměř 60 % dospělé populace má omezenou zdravotní gramotnost, přičemž nejhorší situace je v oblasti podpory zdraví, kde 64,3 % respondentů vykazuje problematickou až neadekvátní úroveň (Kučera, Pelikan & Šteflová, 2016). Tato nízká úroveň zdravotní gramotnosti negativně ovlivňuje schopnost pacientů porozumět dlouhodobým dopadům svých onemocnění a aktivně se podílet na jejich léčbě. Důsledky nízké zdravotní gramotnosti zahrnují nejen horší zdravotní stav pacientů, ale také vyšší míru hospitalizací a zvýšené náklady na zdravotní péči. Studie ukazují, že pacienti s nízkou zdravotní gramotností častěji nedodržují léčebné režimy a mají potíže s orientací v systému zdravotní péče (Státní zdravotní ústav, 2020).

Cílem práce bylo zjistit, které bariéry praktičtí lékaři nejčastěji vnímají jako omezující při péči o pacienty s diabetem 2. typu. Očekávalo se, že dominovat budou překážky spojené přímo s pacientem (nízká motivace, nedodržování léčby), zatímco systémové problémy (např. dostupnost specialistů nebo časové omezení lékaře) budou uváděny méně často.

Výsledky analýzy potvrzují výchozí hypotézu, a to jako nejčastější bariéry v péči o pacienty s diabetem 2. typu uvádějí praktičtí lékaři především faktory spojené s pacientem – zejména nedodržování léčby (84 % respondentů) a nedostatečnou motivaci či edukaci pacientů (44,6 %). Naopak systémové překážky, jako je nedostatek času (35 %) nebo dostupnost specialistů (19 %), byly zmiňovány méně často. To naznačuje, že praktičtí lékaři vnímají klíčové problémy péče primárně v rovině každodenní spolupráce s pacientem a v jeho schopnosti dodržovat doporučení, spíše než v samotné organizaci zdravotnického systému.

8.2.3 Výzkumná otázka 3

Liší se přístup praktických lékařů ve výsledcích léčby pacientů s DM2 podle délky jejich praxe, regionu nebo počtu diabetických pacientů v jejich evidenci?

Oblast	Otázka	Popis
Výsledek léčby	Jaké procento Vašich pacientů s diabetem 2. typu dosahuje cílových hodnot HbA1c (pod 53 mmol/mol)?	Kategorie dle %
Délka praxe	Jak dlouho pracujete jako praktický lékař?	Kategorie let praxe
Region	V jakém kraji působíte?	Kategorie krajů
Počet pacientů s DM2	Kolik pacientů s diagnostikovaným diabetem 2. typu aktuálně evidujete?	Kategorie podle počtu

Tabulka 6- proměnné k analýze

Proměnná	χ^2	p-hodnota	Stupně volnosti	Statisticky významné
Praxe	33,60	0,0001	9	Ano
Region	44,55	0,2181	39	Ne
Počet_DM2	18,69	0,2283	15	Ne

Tabulka 7- Výsledky chí-kvadrát testů

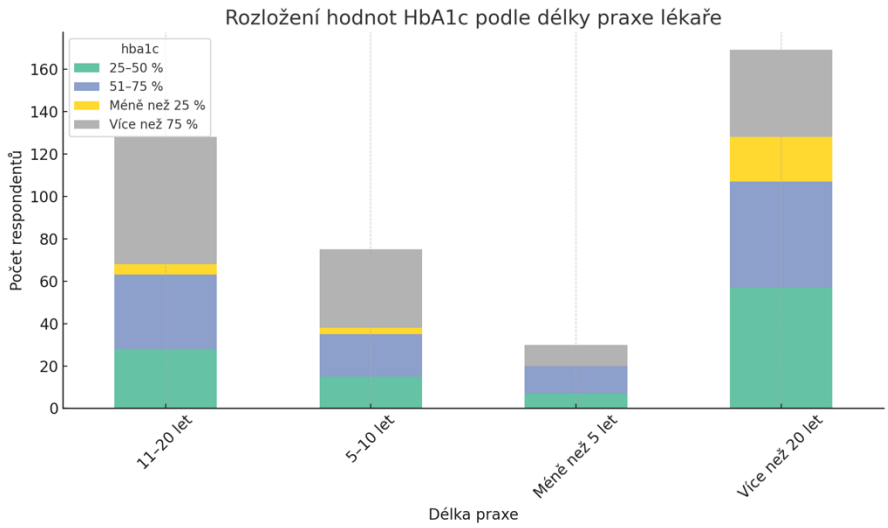
Postup analýzy – výsledky léčby závislé na délce praxe lékaře

Byl proveden Chí-kvadrát test nad kontingenční tabulkou HbA1c proti délce praxe lékařů.

Chí-kvadrát test:

- χ^2 (testová statistika): 33,60
- p-hodnota: 0,0001

Stupeň volnosti: 9



Graf 4 - výsledky léčby dle délky praxe

Interpretace: Vizualizace ukazuje, jak se rozložení procent pacientů s cílovou hodnotou HbA1c liší podle délky praxe praktického lékaře. Z grafu lze vidět, že zkušenější lékaři (např. 11–20 let a 20+ let praxe) častěji uvádějí vyšší podíl pacientů s dobře kompenzovaným diabetem.

Interpretace:

Jelikož p-hodnota je < 0,001, vztah mezi délkou praxe a výsledky léčby (HbA1c) je statisticky významný.

Praktici s delší praxí častěji uvádějí lepší výsledky léčby (vyšší podíl pacientů s HbA1c pod 53 mmol/mol).

Výsledky statistické analýzy naznačují, že délka praxe praktických lékařů má statisticky významný vliv na dosažené výsledky léčby pacientů s diabetem 2. typu, konkrétně v oblasti kontroly glykovaného hemoglobinu (HbA1c). Lékaři s delší praxí častěji uvádějí vyšší podíl pacientů s dosažením cílových hodnot (< 53 mmol/mol), což může odrážet jejich hlubší klinické zkušenosti, schopnost vést dlouhodobý léčebný plán a případně i efektivnější komunikaci a motivaci pacientů k dodržování režimových opatření. Z hlediska sociologického lze tuto skutečnost chápat i jako výsledek profesní socializace, tedy procesu, během kterého si lékaři v průběhu své praxe osvojují určité způsoby práce, osvojované normy a strategie jednání s

pacienty. Praktici s delší praxí tak mohou mít více rozvinuté mechanismy zvládání nároků chronické péče nebo mohou lépe rozpoznávat pacienty vyžadující intenzivnější sledování. Naproti tomu regionální rozdíly v dosažených výsledcích léčby nebyly statisticky významné. To může naznačovat, že v rámci systému primární péče nejsou mezi regiony zásadní strukturální nerovnosti, které by determinovaly odlišnou kvalitu péče. Vzhledem k regionálnímu členění systému zdravotnictví a rozdílné dostupnosti specializovaných služeb je však možné, že některé jemnější rozdíly by mohly být zachyceny v hlubší (např. kvalitativní) analýze. Počet pacientů s diabetem 2. typu v evidenci se rovněž neprokázal jako statisticky významný faktor. Tento výsledek lze interpretovat dvojím způsobem: buď skutečně vyšší počet pacientů nevede k poklesu kvality péče (např. díky dobré organizaci práce, delegování úkolů či elektronickým systémům), nebo si lékaři výsledky léčby interpretují subjektivně a bez přímého vztahu ke své kapacitní vytíženosti. To by mohlo souviset i s tzv. normativní adaptací – lékaři se přizpůsobují realitě své praxe a přirozeně korigují očekávání vůči svým pacientům. Z hlediska zdravotní politiky jsou tyto poznatky důležité, naznačují totiž, že zkušenost lékaře může být jedním z určujících faktorů kvality péče o chronicky nemocné pacienty. V kontextu reformy primární péče je tak namístě uvažovat o cílené podpoře mladších lékařů formou mentoringu, dalšího vzdělávání nebo zajištění konzultační podpory, která by mohla přispět ke srovnatelné kvalitě péče napříč věkovým spektrem odborníků.

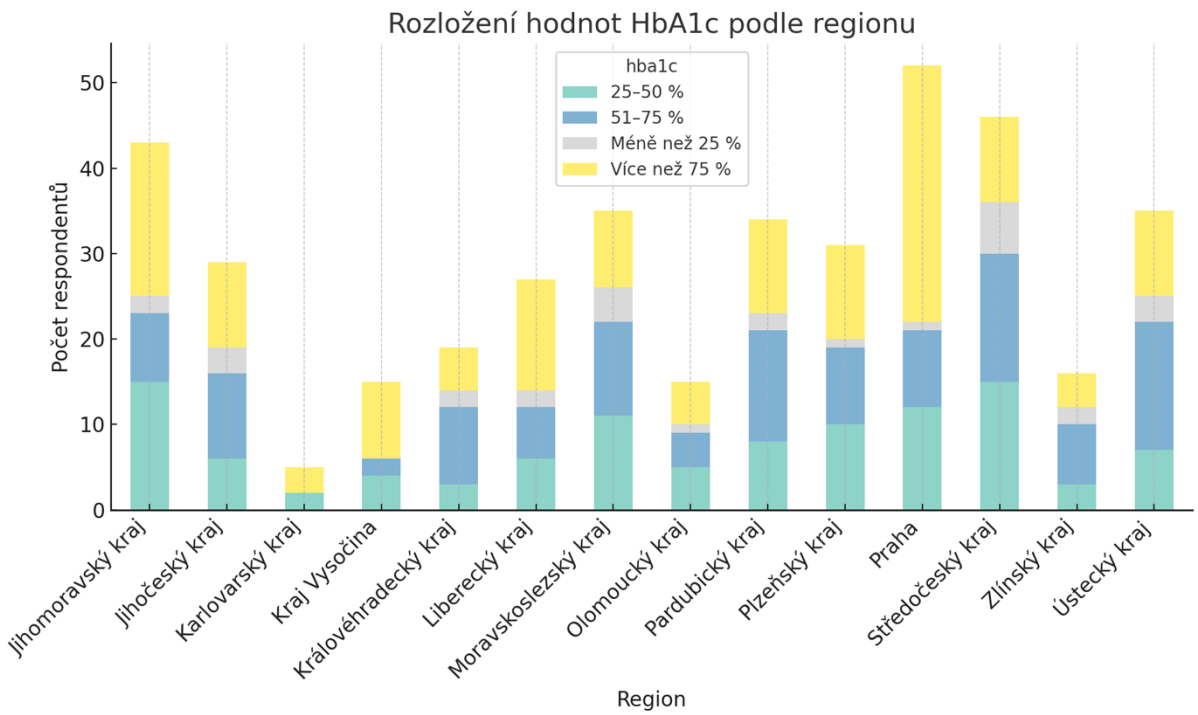
Postup analýzy

Vytvoření vztahu mezi regionem působení a podílem pacientů, kteří dosahují dobrých výsledů léčby (hodnot HbA1c).

Byl proveden Chí-kvadrát test nad kontingenční tabulkou HbA1c a regiony působení.

Chí-kvadrát test:

- χ^2 (testová statistika): 45,55
- p-hodnota: 0,218
- Stupeň volnosti: 39



Graf 5- výsledky léčby dle regionu

Interpretace:

Hodnota p = 0,218 je vyšší než hladina významnosti 0,05.

Neexistuje statisticky významný vztah mezi regionem působení a podílem pacientů, kteří dosahují cílových hodnot HbA1c.

Přesto vizuálně patrné rozdíly mohou souviset s jinými faktory, které nebyly v tomto modelu zachyceny. Avšak regionální rozdíly v kvalitě zdravotní péče v České republice existují, bude se však zejména jednat o nedostatek nemocnic, ambulancí a specialistů.

Zdravotní péče v České republice je oficiálně založena na principu rovného přístupu k léčbě bez ohledu na místo bydliště pacienta. Ve skutečnosti se však vyskytují významné regionální rozdíly v dostupnosti a kvalitě poskytované péče, které mohou mít přímý dopad na zdraví obyvatel a efektivitu celého systému. Tyto rozdíly jsou ovlivněny nejen geografickou polohou, ale i socioekonomickými charakteristikami jednotlivých oblastí. Jedním z hlavních faktorů nerovností je nerovnoměrná distribuce zdravotnické infrastruktury a personálu. Zatímco ve větších městech je koncentrace nemocnic, ambulancí a specialistů vysoká, venkovské a periferní oblasti často trpí nedostatkem personálu i zdravotnických zařízení. Podle zprávy

OECD připadá v některých regionech na jednu nemocnici až 84 000 obyvatel, zatímco v jiných je tento poměr výrazně nižší (Data o zdraví, 2022). Tato disproporce může vést k prodlevám v léčbě, snížené frekvenci preventivních vyšetření a vyššímu výskytu komplikací, zejména u chronických onemocnění.

Významnou roli hraje také odliv mladého zdravotnického personálu z venkova a menších měst. Nedostatek odborníků v těchto oblastech bývá způsoben omezenými pracovními příležitostmi, nižší kvalitou infrastruktury nebo nedostatečnou možností profesního růstu. Tento jev byl popsán i ve studii Krönera (2024), která se zaměřila na dostupnost zdravotnických služeb v českém venkovském prostoru a potvrdila, že venkovské ordinace čelí vyššímu riziku uzavření kvůli personální nestabilitě.

Je také nezbytné uvažovat o vlivu socioekonomických podmínek. Regiony s nižším socioekonomickým statusem (např. Ústecký nebo Karlovarský kraj) často vykazují horší zdravotní ukazatele, nižší zapojení do preventivních programů a vyšší výskyt onemocnění, jejichž vývoj je silně ovlivněn životním stylem (OECD, 2014). Sociologické teorie, jako například koncept sociálního kapitálu (Putnam, 2000), naznačují, že kvalita veřejných služeb, a to včetně zdravotnictví úzce souvisí s úrovní důvěry, občanské participace a institucí v dané oblasti.

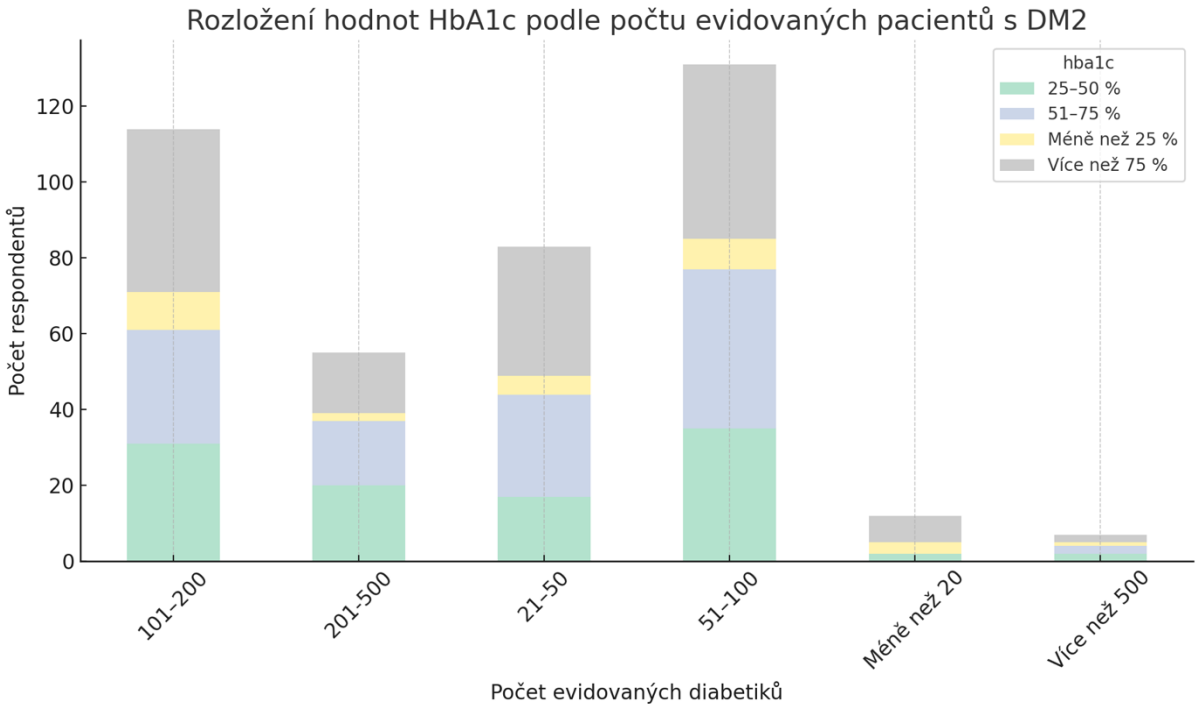
Postup analýzy

Vytvoření vztahu mezi počtem evidovaných pacientů s DM2 a podílem pacientů, kteří dosahují dobrých výsledků léčby (hodnot HbA1c).

Byl proveden Chí-kvadrát test nad kontingenční tabulkou HbA1c na počet evidovaných pacientů s DM2.

Chí-kvadrát test:

- χ^2 (testová statistika): 18,69
- p-hodnota: 0,228
- Stupeň volnosti: 15



Graf 6 - výsledky léčby dle počtu evidovaných s DM2

Graf ukazuje, jaký podíl pacientů s dobře kompenzovaným diabetem (HbA1c pod 53 mmol/mol) uvádějí lékaři v závislosti na tom, kolik pacientů s DM2 mají ve své evidenci. Zdá se, že lékaři s menším počtem pacientů častěji uvádějí vyšší míru dosažení cílových hodnot.

Interpretace:

p-hodnota 0,228>0,05 → výsledek není statisticky významný.

Nebyl prokázán vztah mezi velikostí diabetické evidence a výsledky léčby podle HbA1c.

Závěrem lze konstatovat, že hypotéza byla částečně potvrzena. Významnou roli hraje délka praxe, která se promítá do lepších výsledků léčby podle HbA1c. Naproti tomu regionální působení a počet evidovaných diabetiků se v této analýze jako statisticky významné faktory neprokázaly. V kontextu reformy primární péče je tak namístě uvažovat o cílené podpoře mladších lékařů formou mentoringu, dalšího vzdělávání nebo zajištění konzultační podpory, která by mohla přispět ke srovnatelné kvalitě péče napříč věkovým spektrem odborníků.

8.2.4 Výzkumná otázka 4

Jaké faktory podle praktických lékařů nejvíce ovlivňují kvalitu péče o pacienty s DM2 a jaká zlepšení by přispěla ke zvýšení efektivity této péče?

Návrh na zlepšení	**Počet lékařů**	**Podíl (%)**
Víc času na pacienta (lepší úhrada, personální posílení)	249	65,4
Silnější motivace pacientů k pravidelným kontrolám	226	59,3
Snazší přístup ke specializovaným edukačním programům / materiálům	126	33,1
Moderní technologická řešení (aplikace, telemedicína apod.)	58	15,2
Další školení zaměřené na komunikaci s pacientem	53	13,9

Tabulka 8 - Návrhy na zlepšení léčby

Výsledky výzkumu potvrzují výchozí hypotézu. Praktičtí lékaři skutečně označovali za nejzásadnější faktory ovlivňující kvalitu péče časové možnosti v ordinaci (zejména dostatek času na pacienta, který uvedlo 65,4 % lékařů), dále personální podporu a motivaci pacientů ke spolupráci (59,3 %). Významnou roli podle respondentů hraje i systémová podpora, jako je přístup k edukačním programům (33,1 %). Mezi méně často zmiňovaná, avšak stále relevantní zlepšení patřila moderní technologická řešení (15,2 %) a další školení lékařů zaměřené na komunikaci s pacientem (13,9 %). Praktičtí lékaři tedy byli schopni konkrétně pojmenovat oblasti, jejichž zlepšení by vedlo ke zvýšení efektivity péče, a to jak v rovině provozní, tak systémové. Tento výsledek zároveň reflektuje poznatky z odborné literatury, která dlouhodobě poukazuje na význam organizační kapacity a spolupráce pacienta v léčbě chronických onemocnění.

A jaká zlepšení by přispěla ke zvýšení efektivity této péče? Existují modely organizace ordinací, kde sestry hrají klíčovou roli v přípravě pacientů před samotnou konzultací s lékařem. Tento přístup, známý jako “pre-visit planning” (plánování před návštěvou), umožňuje efektivnější využití času lékaře a zvyšuje celkovou efektivitu péče.

V rámci tohoto modelu sestry nebo zdravotničtí asistenti připravují pacienta před konzultací s lékařem tím, že shromažďují potřebné informace, provádějí základní vyšetření a zajišťují, že všechny relevantní údaje jsou k dispozici lékaři před samotným setkáním s pacientem. Tímto způsobem může lékař efektivněji využít čas strávený s pacientem, zaměřit se na klíčové aspekty péče a rozhodování, což vede k lepší kvalitě péče a vyšší spokojenosti pacientů. Tento sytém péče je v ČR zavedený například v síti ordinací praktických lékařů Moje Ambulance. Další možnosti zvýšení efektivity jsou již výše zmíněné, a to telemedicína, zvýšení kapacitní a personální podpory v ordinacích, motivace pacientů k self-managementu a v neposlední řadě je nezbytné nastavit systémové finanční pobídky, které nebudou odměňovat pouze množství výkonů, ale i kvalitu péče a dosažené zdravotní výsledky.

8.3 Souhrn hlavních zjištění

V této kapitole je popsán souhrn hlavních zjištění (Key Findings)

Ve vztahu k výzkumné otázce 1 a hypotéze 1 bylo zjištěno, že drtivá většina praktických lékařů (přibližně 77 %) edukuje pacienty s diabetem 2. typu proaktivně. Téměř všichni ostatní se edukaci věnují alespoň pasivně (na žádost pacienta) a pouze zhruba 2 % lékařů edukaci zcela neprovádějí. Statistická analýza neprokázala významný vztah mezi délkou praxe a mírou zapojení do edukace, čímž nebyla potvrzena hypotéza, že zkušenější lékaři edukují častěji a intenzivněji.

Ve vztahu k výzkumné otázce 2 a hypotéze 2 se potvrdilo, že praktici vnímají hlavní překážky péče primárně na straně pacientů. Nejčastěji uváděli nedodržování léčby (84 %) a nízkou motivaci či informovanost pacientů (44,6 %). Systémové překážky – jako je nedostatek času na pacienta, administrativní zátěž nebo omezená dostupnost specialistů – byly zmiňovány podstatně méně často, což odpovídá očekávání stanovenému v hypotéze.

Ve vztahu k výzkumné otázce 3 a hypotéze 3 bylo potvrzeno, že delší praxe lékaře má statisticky významný pozitivní vliv na dosažené výsledky léčby (měřeno podílem pacientů s kompenzovaným diabetem – HbA1c pod cílovou hodnotou). Regionální rozdíly ani počet pacientů s DM2 v evidenci však prokázány nebyly, a hypotéza tak byla potvrzena pouze částečně.

Ve vztahu k výzkumné otázce 4 a hypotéze 4 lékaři nejčastěji označili za klíčový faktor kvality péče dostatek času na pacienta (65 %) a jeho motivaci ke spolupráci (59 %). Za důležitou systémovou podporu považují také dostupnost edukačních programů a materiálů (33 %). Méně často zmiňovali technologické nástroje či potřebu dalšího školení. Tato zjištění potvrzují hypotézu, že praktičtí lékaři dokáží jasně pojmenovat klíčové provozní a systémové oblasti, které by podle jejich názoru přispěly ke zvýšení kvality péče o pacienty s DM2.

Diskuse

Výsledky této práce potvrzují, že praktičtí lékaři sehrávají v péči o pacienty s diabetem 2. typu klíčovou roli. Jak uvádí OECD (2020), dobře organizovaná primární péče může významně přispět ke snížení hospitalizací pro chronická onemocnění, včetně diabetu, a podpořit efektivnější fungování celého zdravotnického systému. Také Světová zdravotnická organizace (WHO, 2023) klade důraz na prevenci a edukaci jako zásadní prvky při zvládání DM2.

Z odpovědí praktických lékařů vyplynulo, že za hlavní překážku považují nízkou motivaci pacientů a jejich nedostatečnou informovanost o možnostech edukace. To odpovídá i poznatkům z předchozích studií, podle nichž je adherence pacientů k léčbě a aktivní zapojení do péče zásadní pro dosažení dobrých výsledků (Powers et al., 2020; Kruse et al., 2023). Přestože většina lékařů uvádí, že pacientům edukaci poskytuje, její rozsah, kvalita i dostupnost se v praxi liší. Podle Jirkovské (2017) je systematicky edukováno pouze kolem 20 % pacientů, což poukazuje na rezervy v organizaci a podpoře této oblasti.

Při pohledu do zahraničí je zřejmé, že některé země přistupují k problematice strukturovaněji. V Německu fungují tzv. Disease Management Programme (DMP), které kombinují pravidelné sledování pacientů, multidisciplinární spolupráci a finanční motivaci pro poskytovatele péče (Brandt et al., 2010). Ve Velké Británii zajišťuje program DESMOND skupinovou edukaci nově diagnostikovaných pacientů v rámci primární péče (NICE, 2022). Oba příklady ukazují, že cílené a systematické programy mohou zlepšit spolupráci mezi lékařem a pacientem a vést k lepší kompenzaci onemocnění.

Český systém má v tomto ohledu své přednosti. Zajišťuje rovný přístup ke zdravotní péči, a to díky solidárnímu systému veřejného zdravotního pojištění. Preventivní prohlídky a dispenzární péče jsou zakotveny ve vyhláškách a poskytují rámec pro dlouhodobé sledování chronických onemocnění. Národní diabetologický program navíc formuluje doporučení pro zlepšení péče, byť jejich uplatnění v praxi je zatím spíše dobrovolné (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019).

Slabiny systému spočívají především v omezené dostupnosti edukačních programů, které se často soustředí pouze do větších měst a specializovaných center. Primární péče je navíc zatížena nedostatkem personálu a časovými limity, což praktickým lékařům ztěžuje prostor pro individuální edukaci pacientů. Jak upozorňuje OECD (2020), současný model financování v ČR stále nedostatečně zohledňuje složitost a časovou náročnost péče o pacienty s chronickými

onemocněními. Nedostatečně je také rozvinutá spolupráce mezi různými profesemi – např. edukačními sestrami, nutričními terapeuty či psychology, i přestože multidisciplinární přístup může vést ke komplexnější a efektivnější péči (Levengood, Peng, Xiong, 2020).

Z pohledu metodologie je třeba zmínit omezení, která mohou ovlivnit interpretaci výsledků. Výzkum byl založen na dobrovolném dotazníkovém šetření mezi praktickými lékaři, což může znamenat jistou výběrovou selekci respondentů. Otázky měly převážně uzavřený charakter, což mohlo omezit možnost hlubšího vyjádření názorů. Výzkum také nezohledňuje regionální rozdíly ani konkrétní výstupy léčby, jako je např. zlepšení hodnot glykovaného hemoglobinu (HbA1c) u pacientů.

Přesto lze na základě získaných dat formulovat několik doporučení pro praxi i zdravotní politiku. V první řadě je vhodné podpořit rozšíření dostupných edukačních programů v rámci primární péče. Tyto programy by měly být systematické, standardizované a dostupné i v menších regionech. Současně je třeba zvýšit podporu vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků v oblasti edukace pacientů, a to včetně praktických dovedností, jak motivovat pacienty ke změně životního stylu. Dalším krokem by měla být podpora týmové spolupráce v primární péči, včetně zajištění odpovídajícího financování této koordinované péče. V neposlední řadě je nutné reflektovat i technologický rozvoj, kdy využití mobilních aplikací či telemedicíny může rozšířit možnosti sledování pacientů a posílit jejich motivaci k aktivnímu zapojení do léčby (Liu, Xie, Or, 2020).

Kvalitní péče o pacienty s diabetem 2. typu tudíž musí stát na koordinovaném a systémově podporovaném přístupu, který bude reagovat na výzvy současné praxe a bude se inspirovat i osvědčenými modely ze zahraničí.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo analyzovat, jakým způsobem se proměňuje role praktických lékařů v péči o pacienty s diabetes mellitus 2. typu (DM2) v kontextu probíhající reformy primární péče v České republice. Práce si kladla za úkol nejen zmapovat reálnou praxi praktických lékařů v léčbě a prevenci DM2, ale také zjistit, jaké bariéry lékaři vnímají a jaké návrhy na zlepšení systému by sami doporučili. Teoretickým východiskem byl koncept strukturálního funkcionalismu Talcotta Parsonse, který umožnil chápat zdravotnický systém jako komplexní síť vzájemně provázaných funkcí.

Empirická část práce byla postavena na kvantitativním dotazníkovém šetření mezi praktickými lékaři. Výsledky ukázaly, že drtivá většina praktiků pacienty s DM2 edukuje – a to převážně proaktivně –, avšak způsob edukace není výrazně ovlivněn délkou praxe lékaře. Nejčastější bariéry péče vnímají lékaři u samotných pacientů, konkrétně v nedodržování léčby a nízké motivaci. Systémové překážky, jako je nedostatek času či omezená dostupnost specialistů, byly sice rovněž zmiňovány, avšak v menší míře.

Výzkum dále potvrdil hypotézu, že lékaři s delší praxí častěji dosahují lepších výsledků v léčbě, konkrétně vyššího podílu pacientů s cílovými hodnotami HbA1c. Naproti tomu regionální rozdíly ani počet pacientů v evidenci neměly na výsledky léčby významný vliv. Co se týče faktorů ovlivňujících kvalitu péče, praktičtí lékaři nejčastěji zdůrazňovali potřebu dostatku času na pacienta a důležitost pacientovy motivace. Systémová podpora, například dostupnost edukačních programů, byla rovněž vnímána jako podstatná, ale s nižší prioritou než provozní faktory.

Zjištění ukazují, že praktičtí lékaři hrají nezastupitelnou roli v dlouhodobé péči o diabetiky 2. typu, ale čelí řadě provozních a systémových omezení. Výsledky této práce potvrzují význam primární péče pro zvládání chronických onemocnění a naznačují konkrétní oblasti, které je třeba posílit, zejména snížení administrativní zátěže, podpora dostupnosti edukace a lepší systémové nastavení financování preventivní péče.

Summary

The aim of this bachelor thesis was to analyse how the role of general practitioners (GPs) in the care of patients with type 2 diabetes mellitus (DM2) is evolving in the context of the ongoing primary care reform in the Czech Republic. The thesis sought not only to map the real-world practices of GPs in the treatment and prevention of DM2 but also to identify the barriers perceived by physicians and the proposals for system improvements they would recommend.

The theoretical framework was based on the concept of structural functionalism by Talcott Parsons, which allowed the healthcare system to be understood as a complex network of interrelated functions.

The empirical part of the thesis was based on a quantitative survey conducted among general practitioners. The results showed that the vast majority of GPs actively educate patients with DM2 – predominantly in a proactive manner – although the method of education was not significantly influenced by the length of the physician's practice. The most frequently perceived barriers to care were identified on the patient side, specifically poor adherence to treatment and low motivation. Systemic obstacles, such as lack of time or limited availability of specialists, were also mentioned, but to a lesser extent.

The research further confirmed the hypothesis that GPs with longer practice experience tend to achieve better treatment outcomes, particularly a higher proportion of patients with target HbA1c levels. In contrast, neither regional differences nor the number of diabetic patients registered with the practice had a significant impact on treatment outcomes. Regarding factors influencing the quality of care, GPs most often emphasized the need for sufficient time with the patient and the importance of patient motivation. Systemic support, such as the availability of educational programs, was also considered important, although it was given lower priority compared to operational factors.

The findings indicate that general practitioners play an indispensable role in the long-term care of patients with type 2 diabetes but face a range of operational and systemic challenges. The results of this thesis confirm the crucial importance of primary care in managing chronic diseases and highlight specific areas in need of strengthening, particularly the reduction of administrative burden, improved access to education, and better systemic financing of preventive care.

Seznam literatury

ADA – AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Care in Diabetes – 2024. *Diabetes Care*, 2024, roč. 47, č. 1, s. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://diabetesjournals.org/care/issue/47/Supplement_1?

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. *Diabetes: Clinical Guidance and Practice Resources* [online]. 2020. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/clinical-recommendations/clinical-guidance-diabetes.html

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. *Standards of Medical Care in Diabetes*. Diabetes Care [online]. 2023, 46(Suppl 1), S1–S120. ISSN 0149-5992. Dostupné z: https://doi.org/10.2337/dc23-S001 [cit. 13. 4. 2025].

BÁBÍČEK, Michal. Hlavním motivem úhrad v roce 2023 je prevence. Medical Tribune [online]. 8. června 2022 [cit. 22. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/hlavnim-motivem-uhrad-v-roce-2023-je-prevence/

BENEŠOVÁ, Irena. Vliv podiatrické péče na rozvoj syndromu diabetické nohy a přežití pacientů: výsledky 18letého sledování. *Oborový speciál – Diabetologie* [online]. 2020 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/oborovy-special/2020-1-diabetologie/vliv-podiatricke-pece-na-rozvoj-syndromu-diabeticke-nohy-a-preziti-pacientu-vysledky-18leteho-sledovani-123165

BIRK, Hans Okkels, Karsten VRANGBÆK, Andreas RUDKJØBING, Allan KRASNIK a Signe Smith JERVELUND. *Denmark: Health system review*. Health Systems Review [online]. 2023, 26(1), i–152 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376116/9789289059558-eng.pdf

BOURDIEU, Pierre. *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste* [online]. 1984. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://monoskop.org/images/e/e0/Pierre_Bourdieu_Distinction_A_Social_Critique_of_the_Judgement_of_Taste_1984.pdf

BULTS, Marloes, LEERSUM, Catharina Margaretha van, OLTHUIS, Theodorus Johannes Josef, BEKHUIS, Robin Enya Marije a OUDEN, Marjolein Elisabeth Maria den. Mobile Health

Apps for the Control and Self-management of Type 2 Diabetes Mellitus: Qualitative Study on Users' Acceptability and Acceptance. *JMIR Diabetes* [online]. 2023, roč. 8, e41076 [cit. 23. 4. 2025]. DOI: 10.2196/41076. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36692927/

ČESKÁ DIABETOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. typu*. ČDS, 2020 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.diab.cz/odborne-informace-a-vzdelavani/standardy-a-doporuceni/

ČESKÁ DIABETOLOGICKÁ SPOLEČNOST. Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. typu [online]. Praha: Česká diabetologická společnost ČLS JEP, 2019 [cit. 2025-04-16]. Dostupné z: https://svl.cz/svl-docs/doporucene-postupy/19/diabetes-mellitus-lecba-u-starsich-pacientu-v-cr-2019.pdf

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Koncepce změn primární péče v ČR*. Praha: Česká lékařská komora, 2019. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/reforma-primarni-pece-navrh-pracovni-skupiny-101009.pdf

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. Prevence cukrovky 2. typu [online]. 8. 7. 2021 [cit. 29. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/428-prevence-cukrovky-2-typu

ČESKÁ REPUBLIKA. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 397/2023 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2024. Sbírka zákonů České republiky [online]. 2023 [cit. 22. 4. 2025]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/uhradova-vyhlaska-2024/

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Praha: Parlament ČR, 2011.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči. Praha: Parlament ČR, 2012.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Praha: Parlament ČR, 1997.

ČESKO. Vyhláška č. 315/2022 Sb., ze dne 21. října 2022, o stanovení hodnot bodu, výši úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023. In: Sbírka zákonů ČR 2022, č. 145, s. –. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-315 [cit. 20250422].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Zdravotní péče – Regionální data. [online]. 2023 [cit. 23. 4. 2025]. Dostupné z: https://csu.gov.cz/zdravotni-pece

ČESKÝ statistický úřad. Zdravotní péče [online]. Praha: Český statistický úřad, 16. 1. 2025 [cit. 24. 4. 2025]. Dostupné z: https://csu.gov.cz/zdravotni-pece.

DATA O ZDRAVÍ. Infrastruktura, distribuce a dostupnost zdravotní péče [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.dataozdravi.cz/temata/clanky/zdravotnickysystem/infrastruktura

DIASTYL.CZ. *Legislativní rámec péče o diabetiky*. Diastyl.cz, 2023 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.diastyl.cz

DOLEŽAL, Tomáš, Zuzana PÍSAŘÍKOVÁ, Petra ZEMANOVÁ a Dagmar BARTÁŠKOVÁ. Náklady na diabetes 2. typu v podmínkách zdravotního systému České republiky. *Vnitřní lékařství* [online]. 2009, 55(4), 342–344 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitrni-lekarstvi/2009-4/naklady-na-diabetes-2-typu-v-podminkach-zdravotniho-systemu-ceske-republiky-34166

DURDISOVÁ, Jana. *Ekonomika zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5276-3. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://ndk.cz/view/uuid:854c0ac0-ad6a-11e5-b5dc-005056827e51?page=uuid:346bb0a0-b9ff-11e5-b404-005056825209

DURKHEIM, Émile. *The Division of Labour in Society* [online]. Paris: Alcan, 1893. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: http://fs2.american.edu/dfagel/www/Class%20Readings/Durkheim/Division%20Of%20Labor%20Final%20Version.pdf

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1990 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://lanekenworthy.net/wp-content/uploads/2017/03/reading-espingandersen1990pp9to78.pdf

GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 2001.

Greenfield, S., Nicolucci, A., & Mattke, S. (2004). Selecting Indicators for the Quality of Diabetes Care at the Health Systems Level in OECD Countries. *OECD Health Technical Papers*, No. 15. .[cit. 22. 4. 2025]. Dostupné z: https://doi.org/10.1787/165531523300

GUILLEMIN, Marilys a Lynn GILLAM, 2004. Etika, reflexivita a “eticky důležité okamžiky” ve výzkumu. Biograf [online]. 2004, č. 35, s. 47–60 [cit. 2025-04-29]. Dostupné z: https://sreview.soc.cas.cz/pdfs/csr/2008/02/02.pdf

HIRST, Jennifer A., FARMER, Andrew J., SMITH, Matthew C. a STEVENS, Richard J. Timings for HbA1c testing in people with diabetes are associated with incentive payments: an analysis of UK primary care data. Diabetic Medicine [online]. 2019, roč. 36, č. 4, s. 471–477 [cit. 23. 4. 2025]. DOI: 10.1111/dme.13853. Dostupné z: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6519368/

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Social Science & Medicine. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953696002213?via%3Dihub

INFO-ZDRAVÍ.CZ. *Role pacientských organizací v péči o pacienty s diabetem*. Info-zdraví.cz [online]. 2020 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.info-zdravi.cz/diabetes/role-pacientskych-organizaci-v-peci-o-pacienty-s-diabetem/

Inzucchi, S. E., Bergenstal, R. M., Buse, J. B., et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: A patient-centered approach. Diabetes Care. 2015, 38(1), s. 140–149. DOI: 10.2337/dc14-2441. Dostupné z: https://diabetesjournals.org/care/article/38/1/140/37869/Management-of-Hyperglycemia-in-Type-2-Diabetes

JANAŠ, Petr. Proč pravidelné platby pojišťoven ovlivňují přístup a chování lékařů. *Medium.seznam.cz* [online]. 2023 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://medium.seznam.cz/clanek/petr-janas-proc-pravidelne-platby-pojistoven-ovlivnuji-pristup-a-chovani-lekaru-k-pacientum-13632

JANÍČKOVÁ ŽĎÁRSKÁ, Denisa. Kvalita péče o pacienty s diabetem v České republice. *Forum Diabetologicum* [online]. 2016 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/forum-diabetologicum/2016-2/kvalita-pece-o-pacienty-s-diabetem-v-ceske-republice-analyza-dat-vzp-58417

JIRKOVSKÁ, Jarmila, Vladimíra FEJFAROVÁ, Alexandra JIRKOVSKÁ, Pavlína PIŤHOVÁ, Miroslav KOLIBA, Bedřich SIXTA a Hana KŮSOVÁ. Opomíjené okolnosti: podiatrická péče o diabetiky. *Medical Tribune* [online]. 2023 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/archiv/opomijene-okolnosti-podiatricka-pece-o-diabetiky/

JIRKOVSKÁ, Jarmila. Možnosti efektivní edukace v diabetologii – návod pro edukátory. *Vnitřní lékařství* [online]. 2017, 63(3), s. 171–174 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitrni-lekarstvi/2017-3/moznosti-efektivni-edukace-v-diabetologii-navod-pro-edukatory-60682

KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrie pro praxi*. Praha: Galén, 2020. ISBN 978-80-7492-408-

KAREN, Igor, PRÁZNÝ, Martin, DUŠEK, Ladislav, HOROVÁ, Eva, SVAČINA, Štěpán, ŠMAHELOVÁ, Alena, ŠOUPAL, Jan, VRABLÍK, Michal, BÝMA, Svatopluk, FLEKAČ, Milan, MORAVČÍKOVÁ, Dana, ŠKRHA, Jan, ŠONKA, Petr, VACHEK, Jan a ZLATOHLÁVEK, Lukáš. Diabetes mellitus – léčba u starších pacientů v ČR – novelizace 2023: Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2023. ISBN 978-80-88280-42-2. Dostupné z: https://svl.cz/svl-docs/doporucene-postupy/19/diabetes-mellitus-lecba-u-starsich-pacientu-v-cr-2023.pdf

KIRK, U. B., VESTERGAARD, C. H. a BECH, B. H. Video consultation in general practice during COVID-19: a register-based study in Denmark. BJGP Open [online]. 2024 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://bjgpopen.org/content/8/2/BJGPO.2023.0208

KRUSE, Clemens Scott, Marya MILESKI, Kristi HEINEMANN, Hanh HUYNH, Amanda LEAFBLAD a Erica MORENO. Analyzing the Effectiveness of mHealth to Manage Diabetes Mellitus Among Adults Over 50: A Systematic Literature Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* [online]. 2023, 16, 101–117 [cit. 10. 4. 2025]. ISSN 1178-2390. Dostupné z: https://www.dovepress.com/analyzing-the-effectiveness-of-mhealth-to-manage-diabetes-mellitus-amo-peer-reviewed-fulltext-article-JMDH

Kučera, Z., Pelikan, J., & Šteflová, A. (2016). Zdravotní gramotnost obyvatel ČR − výsledky komparativního reprezentativního šetření. Časopis lékařů českých. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupný z: https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-5/zdravotni-gramotnost-obyvatel-cr-vysledky-komparativniho-reprezentativniho-setreni-59024

KUT CITORES, Felipe. *Primární péči je třeba modernizovat. Co by se mělo změnit?* Medical Tribune [online]. 12. 2. 2024 [cit. 22. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/primarni-peci-je-treba-modernizovat-co-by-se-melo-zmenit/

LEVIN, Klaus, MADSEN, Jette R., PETERSEN, Inge, WANSCHER, Christina E. a HANGAARD, Joergen. Telemedicine diabetes consultations are cost-effective, and effects on essential diabetes treatment parameters are similar to conventional treatment: 7-year results from the Svendborg Telemedicine Diabetes Project. Journal of Diabetes Science and Technology [online]. 2013, roč. 7, č. 3, s. 587–595 [cit. 23. 4. 2025]. DOI: 10.1177/193229681300700302. Dostupné z: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/193229681300700302

MEDICAL TRIBUNE. Které odbornosti lékařů jsou nejstarší. *Medical Tribune* [online]. 9. 1. 2024 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/ktere-odbornosti-lekaru-jsou-nejstarsi/

MEDICAL TRIBUNE. Vizitka od spolupracovníků WHO: Česko – přehled zdravotního systému 2023. *Medical Tribune* [online]. 9. 8. 2023 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/vizitka-od-spolupracovniku-who-cesko-prehled-zdravotniho-systemu-2023/

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *EZKarta – nová elektronická služba resortu zdravotnictví* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2025 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/ezkarta

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Ministerstvo zdravotnictví podpoří půl miliardou korun měření a hodnocení kvality a nákladovosti péče [online]. 2012 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-podpori-pul-miliardou-korun-mereni-a-hodnoceni-kvality-a-nakladovosti-pece/

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. [online]. 2019 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/18700/40551/Zdravi2030_FINAL16122019.pdf

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Národní strategie elektronického zdravotnictví na období 2016–2026*. Praha: MZČR, 2016. Dostupné z: https://ncez.mzcr.cz/cs/narodni-strategie-elektronickeho-zdravotnictvi/narodni-strategie-elektronickeho-zdravotnictvi?utm

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020* [online]. Praha: MZ ČR, 2014 [cit. 2025-04-22]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/8689/19545/N%C3%A1rodn%C3%AD%20strategie%20Zdrav%C3%AD%202020.pdf

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění – stav po meziresortním připomínkovém řízení. Prezentace. Praha: MZČR, 2024 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/09/Prezentace-Novela-zakona-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni-—-stav-po-meziresortnim-pripominkovem-rizeni-MPR.pptx

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s DIA ČR a ÚZIS ČR představuje novou aplikaci EZKarta*. [online]. 2024 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-ve-spolupraci-s-dia-cr-a-uzis-cr-predstavuje-novou-aplikaci-ezkarta/

NÁRODNÍ DIABETOLOGICKÝ PROGRAM. *Národní diabetologický program České republiky* [online]. Česká diabetologická společnost, 2012. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.diab.cz/narodni-diabetologicky-program

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. *The Lancet* [online]. 2024, 404(10467), 2077–2093. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)02317-1. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39549716/

NĚMEC, Jakub. Počet diabetiků raketovým tempem narůstá, v roce 2050 jich může na světě být až 1,3 miliardy, varuje studie. *Zdravotnický deník* [online]. 23. 6. 2023. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.zdravotnickydenik.cz/2023/06/pocet-diabetiku-raketovym-tempem-narusta-v-roce-2050-jich-muze-na-svete-byt-az-13-miliardy-varuje-studie/

NOVINKY.CZ. Novela zákona může změnit dostupnost senzorů pro diabetiky 2. typu. [online]. 2025 [cit. 22. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.novinky.cz/clanek/komercni-clanky-musi-byt-vzdy-druzi-novela-zakona-muze-zmenit-dostupnost-sensoru-pro-diabetiky-2-typu-40508025

NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Martina ŠŤOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ, 2020. Metody výzkumu ve společenských vědách. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-7671-001-6.

Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. [online]. 2024 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z:https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/15/3/259/551108?redirectedFrom=fulltext

NZIP. *EZKarta pro občany – nová elektronická služba resortu zdravotnictví*. [online]. 2024 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: http://www.nzip.cz/clanek/1757-ezkarta-nova-elektronicka-sluzba-resortu-zdravotnictvi

OECD. *Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries*. OECD Health Working Papers, No. 116. 2020 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.oecd.org/en/publications/bringing-health-care-to-the-patient_8e56ede7-en.html?

OECD. *Good Practices in Delivering Integrated Care: Examples from the Netherlands, Denmark, France and Ontario, Canada* [online]. OECD Publishing, 2023 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9acc1b1d-en/full-report.html

OECD. Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle [online]. Paris: OECD Publishing, 2022 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en.html

OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014 – Raising Standards [online]. Paris: OECD Publishing, 2014 [cit. 13. 4. 2025]. ISBN 978-92-64-20749-1. Dostupné z: https://www.oecd.org/en/publications/oecd-reviews-of-health-care-quality-czech-republic-2014_9789264208605-en.html

OECD. *The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine* [online]. OECD Publishing, 2023 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.oecd.org/en/publications/the-covid-19-pandemic-and-the-future-of-telemedicine_ac8b0a27-en.html

OECD. *Towards an Integrated Health Information System in the Netherlands* [online]. OECD Publishing, 2022 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.oecd.org/en/publications/towards-an-integrated-health-information-system-in-the-netherlands_a1568975-en.html

ONG, Liane, et al. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet* [online]. 2023, 402(10397), 203–234. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)01301-6. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01301-6/fulltext

PARSONS, Talcott. *The Social System* [online]. Glencoe: Free Press, 1951. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://voidnetwork.gr/wp-content/uploads/2016/10/The-Social-System-by-Talcott-Parsons.pdf

PAVLÍKOVÁ, Barbora. *Diabetes mellitus 2. typu v praxi – balancování mezi rezistencí a sekrecí*. Vnitřní lékařství, 2020, roč. 66, č. 1. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2020/01/04.pdf?.com

Pennsylvania State University. Estimating a Proportion for a Small, Finite Population [online]. [cit. 22. 4. 2025]. Dostupné z: https://online.stat.psu.edu/stat415/lesson/6/6.3

POTŮČEK, Milan. *Veřejná politika*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-7.

PRÁZNÝ, Martin. Klinické doporučené postupy. *Diabetes a kardiovaskulární onemocnění* [online]. Praha: ÚZIS, 2022 [cit. 2025-04-22]. Dostupné z: https://kdp.uzis.cz/res/guideline/8-diabetes-cvs-onemocneni-final.pdf

PUTNAM, Robert D. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. New York: Simon & Schuster, 2000. ISBN 978-0-7432-0304-3. Dostupné z: https://psycnet.apa.org/record/2001-01469-000

SAEEDI, Pouya, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes

Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice* [online]. 2019, 157, 107843 [cit. 13. 4. 2025]. DOI: 10.1016/j.diabres.2019.107843. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822719312306

SDRUŽENÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ ČR. *Stanovisko Sdružení praktických lékařů ČR k problematice péče o pacienty s diabetem* [online]. 2019. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://splcr.cz/

SCHÄFER, I., Küver, C., Gedrose, B., Hoffmann, F., Ruß-Thiel, B., Brose, H. P., van den Bussche, H., & Kaduszkiewicz, H. (2010). The disease management program for type 2 diabetes in Germany enhances process quality of diabetes care – a follow-up survey of patient's experiences. BMC Health Services Research, 10, 55. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-55

SIMMONS, Rebecca K., Simon J. GRIFFIN, Torsten LAUNER, aj. Screening for type 2 diabetes: lessons from the ADDITION-Europe study. *Diabetic Medicine* [online]. 2011, 29(7), 884–891 [cit. 10. 4. 2025]. ISSN 0742-3071. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21679235/

SOCIOLOGICKÁ ENCYKLOPEDIE. *Stát* [online]. 2020 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/St%C3%A1t

SOUKUP, Petr a KOČVAROVÁ, Ilona. Velikost výběrového souboru pro kvantitativní výzkum – výpočet a faktory ovlivňující tuto velikost. *Sociologická metodologie*. 2016, roč. 22, č. 1, s. 3–28. DOI: 10.14712/23363525.2016.2. Dostupný z: https://journals.muni.cz/pedor/article/download/6137/5510/10103

SZÚ.STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. 14. listopadu si připomínáme Světový den diabetu [online]. Praha, 2023 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://szu.gov.cz/aktuality/14-listopadu-si-pripominame-svetovy-den-diabetu/

SZÚ.STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Evropský průzkum zdraví v České republice (EHES 2022): Zpráva z šetření* [online]. Praha, 2023 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://szu.gov.cz/wp-content/uploads/2023/01/ehes2022.pdf

SZÚ.STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Více než 60 procent Čechů má nadváhu, trpí jí až čtvrtina dětí. Obezita způsobuje závažné zdravotní komplikace* [online]. Praha, 2024 [cit. 2025-04-22]. Dostupné z: https://szu.gov.cz/aktuality/vice-nez-60-procent-cechu-ma-nadvahu-trpi-ji-az-ctvrtina-deti-obezita-zpusobuje-zavazne-zdravotni-komplikace/

SZÚ.STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Zdravotní gramotnost: Solidní fakta. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2020 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://szu.gov.cz/wp-content/uploads/2022/09/ZG_brozura_10_2020.pdf

SZÚ.STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Zhruba milion Čechů trpí cukrovkou a nemocných neustále přibývá. [online]. 2023. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://archiv.szu.cz/zhruba-milion-cechu-trpi-cukrovkou-a-nemocnych-neustale

SZÚ.STÁTNÍ ZDRAVOTNICKÝ ÚSTAV. *Aktuální zdravotnické statistiky a analýzy*. [online]. 2024 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://szu.cz

ŠIMŮNKOVÁ, Marta. *Praktičtí lékaři musejí uspět v digitálním světě dřív, než začne léčit „doktor Google“*. Medical Tribune [online]. 27. 12. 2021 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/archiv/prakticti-lekari-museji-uspet-v-digitalnim-svete-driv-nez-zacne-lecit-doktor-google/

ŠKRHA, Jan, DUŠEK, Ladislav, JARKOVSKÝ, Jiří a BENEŠOVÁ, Klára. Kdo léčí pacienty s diabetem v České republice? *Vnitřní lékařství* [online]. 2023 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2023/07/06.pdf

ŠONKA, Petr. *Primární péči je třeba modernizovat. Co by se mělo změnit?* [online]. Medical Tribune, 2024 [cit. 2025-04-22]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/primarni-peci-je-treba-modernizovat-co-by-se-melo-zmenit/

ŠOUPAL, Jan. Drahá nemoc: diabetici si ročně připlatí až 40 000 korun, říká lékař. iDNES.cz [online]. 29. listopadu 2024 [cit. 22. 4. 2025]. Dostupné z: https://sdeleni.idnes.cz/zpravy/draha-nemoc-diabetici-si-rocne-priplati-az-40-000-korun-rika-lekar.A241129_153215_zpr_sdeleni_ikup

ŠTECHOVÁ, Kateřina. Indikace, specifika a úhrady glukózových senzorů u pacientů s diabetem 2. typu. *Vnitřní lékařství* [online]. 2024, roč. 70, č. 6, s. 643–648 [cit. 13. 4. 2025]. ISSN 0042-773X. Dostupné z: https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2024/06/08.pdf

THE TIMES. NHS turns to Denmark: what can we learn from the land of Ozempic? [online]. 2025 [cit. 13. 4. 2025].Dostupné z: https://www.thetimes.com/uk/healthcare/article/demark-ozempic-weight-loss-drug-qtflh02qr?region=global

UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *The Lancet* [online]. 1998, 352(9131), 837–853 [cit. 10. 4. 2025]. DOI: 10.1016/S0140-6736(98)07019-6. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2014359/

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdraví 2030: analytická studie – stav obyvatelstva*. [online]. 2019 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie-stav-obyvatelsva.pdf

ÚZIS. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK ČR. *Diabetologie – Péče o nemocné cukrovkou* [online]. 2020. [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy–statistika-vybranych-oboru-lekarske-pece–diabetologie

ÚZIS. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Metodika kódování diagnóz pro využití v IR-DRG*. Praha: ÚZIS, 2015 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://drg.uzis.cz/res/file/metodiky/metodika-kodovani-diagnoz-v-drg-v014-prip-001.pdf

VEPŘEK, Pavel. Jak se vyvíjelo a jak funguje financování zdravotnictví. Medical Tribune [online]. 7. června 2010 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/archiv/jak-se-vyvijelo-a-jak-funguje-financovani-zdravotnictvi/

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. Diabetici – co je čeká a nemine. *VZP ČR* [online]. 13. 6. 2024 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/diabetici-co-je-ceka-a-nemine

VYTŘÍSALOVÁ, M. Adherence k medikamentózní léčbě – známá a neznámá. *Remedia* [online]. 2009, 19(3), 225–230 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.remedia.cz/rubriky/editorial/jak-podporit-adherenci-k-farmakologicke-lecbe-2773/

VZP ČR. Bonifikační program VZP PLUS – Diabetes. [online]. Praha: VZP, 2025 [cit. 22. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/poskytovatele/bonifikace/bonifikacni-program-vzp-plus/diabetes

WEBER, Max. *Economy and Society* [online]. 1921 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://archive.org/details/MaxWeberEconomyAndSociety

WHO. Denmark: Country Health Profile 2021. State of Health in the EU. [online]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2021 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/denmark-country-health-profile-2021

WHO. *Noncommunicable diseases* [online]. 2023 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *WHO* [online]. 2003 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health Policy*. [online]. 2023 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Czech Republic: Diabetes country profile 2023 [online]. 2023 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/diabetes/cze_en.pdf

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Diabetes Report*. [online]. 2023 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Zdraví 2020: Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*. Kodaň: Regionální úřadovna WHO pro Evropu, 2013. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-

content/uploads/wepub/8526/20842/Zdravi_2020_Osnova%20evropsk%C3%A9%20zdravotn%C3%AD%20politiky%20pro%2021%20stolet%C3%AD.pdf

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. Bonifikační programy – ambulantní specialisté [online]. Praha: ZPMV ČR, 2024 [cit. 13. 4. 2025]. Dostupné z: https://www.zpmvcr.cz/poskytovatele/bonifikacni-programy/vseobecne-prakticke-lekarstvi