



STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2035



SOUHRN	
Název	STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE péče o zdraví v České republice do roku 2035
Zadavatel	Ministr zdravotnictví České republiky
Gestor tvorby strategického rámce	Ing. Michaela Matoušková, MPA, MHA, náměstkyně ministra
Rok zpracování strategického rámce	2024-2025
Schvalovatel strategického rámce	vláda České republiky
Datum schválení	12. listopadu 2025
Forma schválení	usnesení vlády České republiky č. 862
Poslední aktualizace	2025
Doba realizace	2025–2035
Odpovědnost za implementaci	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Kontext vzniku strategického rámce	Oblast zdravotní péče je nedílnou součástí základních strategických vládních dokumentů. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále jen „<i>Strategický rámec Zdraví 2030</i>“) plynule navazuje na Strategický rámec Česká republika 2030 přijatý vládou ČR¹, která svým rozhodnutím také určila základní zastřešující cíl pro oblast zdravotnictví „<i>Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje</i>“. Strategický rámec Zdraví 2030 také vychází z dříve formulovaných strategických materiálů, jako jsou Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí s příslušnými akčními plány; Národní strategie elektronického zdravotnictví a Strategie reformy psychiatrické péče. V mezinárodním kontextu byla pro tvorbu Strategického rámce Zdraví 2030 výchozím dokumentem především Agenda 2030 pro udržitelný rozvoj, ze které vychází tzv. SDGs – cíle udržitelného rozvoje OSN. Pro oblast

¹ Usnesení vlády ČR č. 292/2017 ze dne 19. dubna 2017

	zdravotnictví je určující SDG 3 „<i>Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku</i>“. Strategický rámec Zdraví 2030 byl dne 18. listopadu 2019 schválen vládou ČR. V souvislosti s pandemií covid-19 byl Strategický rámec aktualizován a dne 13. července 2020 schválen usnesením vlády č. 743/20. V rámci této aktualizace došlo k úpravě aktivit tak, aby byl kladen větší důraz na ochranu veřejného zdraví. Na základě Zprávy o realizaci Zdraví 2030 v letech 2023-2024 a s ohledem na aktuální dění bylo přistoupeno k aktualizaci Strategického rámce Zdraví 2030 a jeho prolongaci do roku 2035. Navrhované úpravy neovlivňují jeho základní směřování ani soulad se Strategickým rámcem ČR 2030, naopak jsou přidány nové priority a cíle tak, aby bylo možné pokrýt i další oblasti, které prozatím nejsou ve Zdraví 2030 nijak ošetřeny.²
Stručný popis řešené problematiky a obsahu strategického rámce	Strategický rámec Zdraví 2035 je koncepčním materiálem s meziresortním přesahem, který udává směr rozvoje péče o zdraví občanů České republiky v příštím desetiletí. Strategický rámec Zdraví 2035 soustřeďuje specifické cíle Strategického rámce Česká republika 2030 do tří strategických cílů: 1) Ochrana a zlepšení zdraví obyvatel, 2) Optimalizace zdravotnického systému, 3) Podpora vědy a výzkumu. Tyto strategické cíle se pak člení na specifické cíle, které jsou realizovány především prostřednictvím navazujících implementačních plánů. Tyto mohou být doplněny dílčími strategiemi, koncepcemi, akčními plány atp. Strategický rámec Zdraví 2035 je rozčleněn do čtyř základních částí, přičemž první obecně a kontextově uvádí dokument, jeho vize a cíle, následuje analytická část zpracovaná s cílem popsat hlavní faktory určující stav a budoucí vývoj nemocnosti české populace, silná a slabá místa zdravotnického systému a hlavní závěry vyplývající z relevantních mezinárodních doporučení. Následuje návrhová část, která obecně vysvětluje návaznost Strategického rámce Zdraví 2035 a implementačních plánů, a poslední část věnující se implementaci Strategického rámce Zdraví 2035, jeho monitoringu, evaluaci a indikátorům.

² Viz průběžně aktualizovaná [Databáze strategií](#)

Úvodní slovo ministra zdravotnictví

České zdravotnictví se dlouhodobě řadí mezi nejlepší systémy v Evropě. Nabízí vysokou úroveň odborné péče, širokou dostupnost, špičkovou kvalifikaci zdravotníků i moderní medicínské technologie. Je ale nutné ho připravit na budoucnost. Demografické změny, nové technologie, ekonomické tlaky a rostoucí očekávání pacientů nás vedou k tomu, abychom měli jasnou vizi a dlouhodobou strategii rozvoje. Touto vizí je **Strategický rámec Zdraví 2035**, navazující na předchozí dokumenty tohoto typu, který představuje základní kompas českého zdravotnictví na příští dekádu. Dokument není samoúčelný – je to plán, jak zajistit, aby zdravotnictví i v roce 2035 bylo i nadále dostupné, kvalitní, udržitelné a schopné reagovat na nové výzvy.

Pokud chceme, aby si české zdravotnictví i nadále udrželo své přední postavení, musíme ho dále rozvíjet ve všech oblastech, které se jej dotýkají.

Musíme reagovat na společenské a demografické změny, zejména stárnutí populace, rostoucí výskyt chronických onemocnění i měnící se životní styl. Neméně důležité je posilovat prevenci a ochranu veřejného zdraví – oblasti, které přesahují rámec samotného zdravotnictví a vyžadují úzkou spolupráci napříč resorty, s místní samosprávou i se soukromým sektorem. Jen prostřednictvím společných platforem a koordinovaného úsilí všech aktérů dokážeme naplnit strategickou vizi zdravotnictví, které bude moderní, efektivní, a především orientované na člověka.

Proto chceme na tvorbě a rozvoji dokumentu Zdraví 2035 spolupracovat s odbornými společnostmi, profesními komorami, poskytovateli péče, samosprávami, občanským sektorem i samotnými občany. Zdraví se týká nás všech a jen společným dialogem a zapojením všech, kterých se tato oblast dotýká, zajistíme zdravotnictví, které odpovídá potřebám dnešní i budoucí společnosti.

Díky Strategickému rámci Zdraví 2035 máme pevně ukotvený plán, jak české zdravotnictví rozvíjet v souladu s evropskými trendy, ale i s ohledem na naše národní priority. Věřím, že společným úsilím dokážeme, aby se naše zdravotnictví stalo ještě dostupnějším, modernějším a více zaměřeným na pacienta.



prof. MUDr. Vlastimil Válek,
CSc., MBA, EBIR

Obsah

1.	Úvod	6
1.1.	Rámcová strategie České republiky pro oblast zdravotní péče	6
1.2.	Mezinárodní kontext.....	13
1.2.1	WHO	13
1.2.2	Evropská unie	17
1.2.3	OECD.....	22
2.	Analytická část.....	23
2.1.	Cíle analytické části a zdroje dat.....	23
2.1.1	Integrované ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva.....	23
2.1.2	Faktory determinující potřeby zdravotní péče v budoucnosti	27
2.2.	Analytické zdůvodnění specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2035	30
2.2.1	Specifický cíl 1.1 – Primární prevence a ochrana veřejného zdraví	30
2.2.2	Specifický cíl 1.2 – Sekundární prevence a screeningové programy	36
2.2.3	Specifický cíl 1.3 – Léková politika a zvýšení dostupnosti léčiv	40
2.2.4	Specifický cíl 2.1 – Reforma primární péče	44
2.2.5	Specifický cíl 2.2 – Personální stabilizace resortu zdravotnictví.....	46
2.2.6	Specifický cíl 2.3 – Digitalizace zdravotnictví.....	49
2.2.7	Specifický cíl 2.4 – Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví	50
2.2.8	Specifický cíl 2.5 – Sociálně zdravotní péče.....	53
2.2.9	Specifický cíl 2.6 – Péče o duševní zdraví	57
2.2.10	Specifický cíl 2.7 – Specializovaná zdravotní péče	58
2.2.11	Specifický cíl 2.8 - Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v ČR	64
2.2.12	Specifický cíl 3.1 -Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví	71
3.	Návrhová část – specifické cíle.....	73
3.1.	SC 1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví	76
3.2.	SC 1.2 Sekundární prevence a screeningové programy.....	83
3.3.	SC 1.3 Léková politika a zvýšení dostupnosti léčiv.....	87
3.4.	SC 2.1 Reforma primární péče	94
3.5.	SC 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví	99
3.6.	SC 2.3 Digitalizace zdravotnictví	104
3.7.	SC 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví	111
3.8.	SC 2.5 Sociálně-zdravotní péče	115
3.9.	SC 2.6 Péče o duševní zdraví	120
3.10.	SC 2.7 Specializovaná zdravotní péče	125
3.11.	SC 2.8 Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v ČR	134
3.12.	SC 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví.....	142
4.	Implementace Strategického rámce Zdraví 2035	148
4.1.	Monitoring, evaluace	148
4.2.	Indikátory a klíčové předpoklady realizace.....	151
5.	Závěr.....	162
6.	Seznam zkratk.....	164

1. Úvod

1.1. Rámcová strategie České republiky pro oblast zdravotní péče

WHO definuje zdraví jako „stav plné tělesné a duševní a sociální pohody a nejenom nepřítomnost nemoci nebo vady“. Jedná se o užitečnou definici, ale jde spíše o směřování a maximální možné přibližování se k tomuto cíli. Zdraví tak není cílem samo o sobě, ale je prostředkem k realizaci harmonického vývoje člověka.³ Zdravotní potenciál každého člověka je nejvyšším stupněm zdraví, kterého může jednotlivec dosáhnout. Je určován také možností starat se o sebe a o druhé, uchovat si kontrolu nad svým životem. Společnost má vytvářet podmínky k tomu, aby lidé mohli potenciál zdraví uplatnit.⁴

Zdraví je determinováno řadou faktorů, jako jsou osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými, a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti. Zahrnují sociální, ekonomické a fyzické prostředí jedince, stejně jako jeho individuální charakteristiky a chování (gender, dědičnost, životní styl apod.).

Oblast zdravotní péče v České republice (dále jen „ČR“) je nedílnou součástí základních strategických materiálů a vládních dokumentů. Stejně jako je tomu u ostatních politik, i zdravotnictví je vázáno na mezinárodní dohody a dokumenty, které jsou blíže uvedeny v kapitole mezinárodní kontext. Jednotlivé cíle pro rozvoj oblasti zdravotnictví však vycházejí z podmínek a potřeb ČR a byly formulovány na základě konzultací s relevantními partnery a na základě rozsáhlé analytické studie, jež je přílohou Strategického rámce Zdraví 2035⁵.

Hlavní přístupy k budoucímu rozvoji ČR, tedy kvalitu života a udržitelnost reflektující jak potřeby jednotlivce, rodiny a společenství, tak i potřebu ekonomického rozvoje, který je také nezbytnou podmínkou zdravotního zabezpečení obyvatel na nejvyšší možné úrovni, formuloval Strategický rámec Česká republika 2030, který přijala vláda ČR dne 19. dubna 2017 usnesením č. 292, a který je také výchozím dokumentem pro formulaci Strategického rámce Zdraví 2035.

Kvalita života předpokládá investice do lidského potenciálu, který je základem rozvoje. Udržitelný rozvoj je takový, který naplňuje potřeby současných generací⁶, aniž by ohrozil schopnost a možnost naplnit své potřeby i generacím budoucím. Udržitelný rozvoj zároveň předpokládá schopnost dlouhodobého rozhodování a zvažování různých dopadů zvoleného řešení. Takové jednání je otázkou dobrého vládnutí. Pro oblast zdravotní péče, která je v ČR zabezpečována prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění a regulována státem, je tedy potřeba dobrého vládnutí zvláště důležitá. Z tohoto důvodu je významná právě oblast strategického řízení, neboť nekoordinovaná opatření prováděná bez stanovení konkrétních cílů nemohou zajistit rozvoj a trvalou udržitelnost systému péče o zdraví.

Strategický rámec Zdraví 2035 představuje prolongaci Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, ke které bylo přistoupeno na základě vyhodnocení

³ WHO 1946, (Health for All, HFA).

⁴ WHO, HFA 21.

⁵ Vzhledem ke svému rozsahu je analytická studie dostupná online z <https://zdravi2030.mzcr.cz/>

⁶ Světová komise OSN pro životní prostředí a rozvoj, Naše společná budoucnost, 1987.

monitorovací zprávy za období 2021–2022. Jak původní Strategický rámec Zdraví 2030, tak i aktualizovaný Strategický rámec Zdraví 2035 navazuje na Zdraví 2020 – Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, což byl první souhrnný strategický dokument přijatý v resortu zdravotnictví. Strategický rámec Zdraví 2035 si klade za cíl využít zkušenosti z realizace Zdraví 2020 v podobě nastavení jednoduššího systému implementace. Strategický rámec Zdraví 2035 navazuje také na Strategii rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030 a Strategii sociálního začleňování 2021–2030, které blíže rozpracovávají otázky zdraví a zdravotní politiky ve vztahu k důležitým sociálním determinantům.

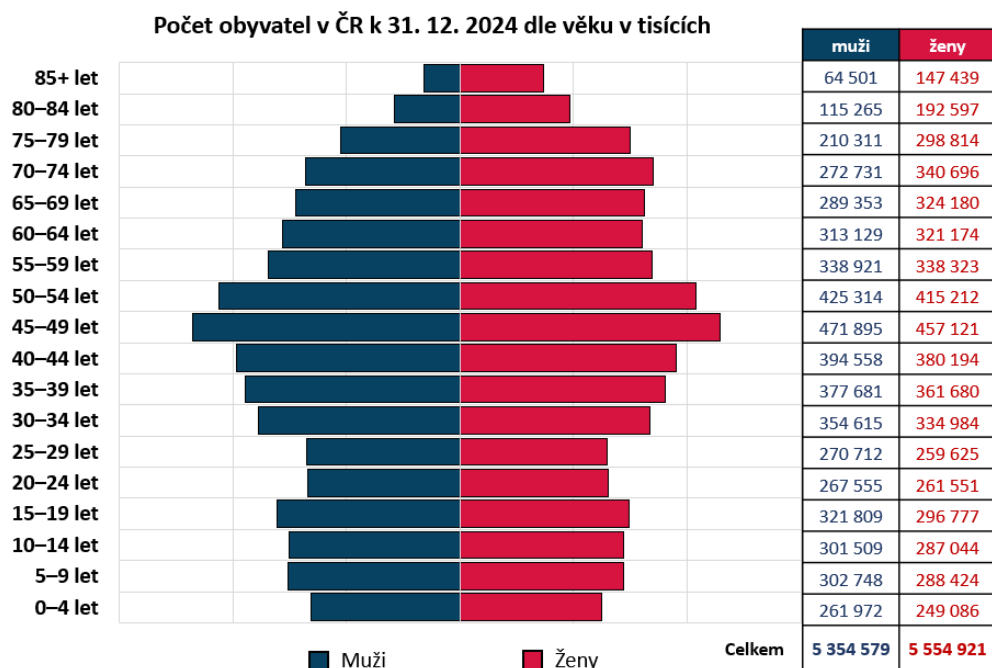
Přijetím Strategického rámce Česká republika 2030 určila vláda ČR základní zastřešující cíl pro oblast zdravotnictví, kterým je *„Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje“*. Tohoto zastřešujícího cíle má být dosaženo prostřednictvím naplnění definovaných specifických cílů:

GRAF 1 SPECIFICKÉ CÍLE STRATEGICKÉHO RÁMCE ČESKÁ REPUBLIKA 2030

- 1 Zvyšuje se délka života ve zdraví u všech skupin obyvatel ČR.
- 2 Snižují se vlivy způsobující nerovnosti v oblasti zdraví.
- 3 Systém veřejného zdravotnictví je stabilní a současně se rozvíjí odpovídající profesní struktura. Věkový průměr lékařského personálu se snižuje.
- 4 Zdravý životní styl je podporován prostřednictvím vyšších veřejných výdajů s důrazem na primární prevenci nemocí a podporu zdraví v průběhu celého života.
- 5 Snižuje se konzumace návykových látek i zátěž obyvatel zdravotně rizikovými látkami a hlukem prostřednictvím lepší kvality životního prostředí. Příslušné limity škodlivých látek a hluku nejsou překračovány.

Zdroj: vlastní zpracování

„Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje“ je ambiciózní cíl, a to nejen s ohledem na skutečnost, že v ČR sice roste střední délka života, ale její růst je rychlejší než růst ukazatele délky života ve zdraví, což znamená prodloužení doby života se zdravotním omezením.

GRAF 2 OBYVATELSTVO ČR PODLE POHLAVÍ A VĚKU


Zdroj: ČSÚ

Ambiciózní je tento cíl zejména proto, že zdravotní stav obyvatelstva je ve velké míře ovlivněn nejen samotným zdravotnictvím či v širším pojetí systémem péče o zdraví, ale i dalšími oblastmi – průmyslem, dopravou, zemědělstvím, životním prostředím či školstvím. Ve snaze o zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva tedy hraje významnou roli multisektorový přístup zahrnující spolupráci např. s územně správními celky, zdravotními pojišťovnami, zaměstnavateli, vzdělávacími institucemi či sportovními organizacemi. Zdravotní výsledky jsou ovlivněny souborem faktorů, od dostupností a kvality péče až po životní podmínky či volbu životního stylu obyvatel.

Na druhé straně se pak zdravotní stav obyvatelstva projevuje v míře zaměstnanosti či zatížení zdravotního a sociálního systému, a je tedy významným determinantem národní ekonomiky. Z tohoto důvodu musejí být mezipřesortní systémová opatření prováděna právě v rámci realizace Implementačního plánu ke Strategickému rámci Česká republika 2030⁷.

Nestačí zaměřit se na systém zdravotní péče, je třeba vytvořit podmínky pro zdravý život a stimulovat občany k volbě ve prospěch zdraví. Je nutné posílit nadresortní spolupráci klíčových hráčů, tedy zúčastněných stran z odvětví, jako je zdravotnictví, školství, sport, sociální péče, územní plánování, doprava a výstavba. Je nutné si uvědomit, že zdraví je silně ovlivněno sociálně ekonomickými podmínkami života, které jsou dány úrovní vzdělání, sociálním postavením, pracovními podmínkami, příjmem, vlivem životního prostředí, individuálními preferencemi občanů apod.

Strategický rámec Zdraví 2035 si klade za cíl být základním resortním koncepčním materiálem s meziresortním přesahem a udávat směr rozvoje péče o zdraví obyvatel ČR pro příští desetiletí. Hlavní vizí Strategického rámce Zdraví 2035 je zajistit dostupnou zdravotní péči

⁷ Usnesení vlády ČR č. 802/2024 ze dne 6. 11. 2024.

všem občanům ČR bez ohledu na jejich sociální a geografické prostředí a současně zajistit, aby občané sami více dbali o svůj zdravotní stav.

Tato vize a zároveň výzva pro český zdravotnický systém je významně ovlivněna řadou faktorů. Jedná se především o demografický vývoj, kdy bude česká populace stále více stárnout. To povede nejen k úbytku produktivní složky obyvatelstva, ale bude to také znamenat vyšší poptávku po zdravotních a sociálních službách a pečovatelské obecně (tzv. stříbrná ekonomika). Zpráva o České republice 2020 uvádí, „že náklady související se stárnutím obyvatelstva vzrostou v letech 2016 až 2070 celkem o 6,2 p. b. (z toho 2,8 p. b. výdaje na důchody, 1,1 p. b. výdaje na zdravotní péči a 1,6 p. b. výdaje na dlouhodobou péči), což u ukazatele rizika dlouhodobé fiskální udržitelnosti (S2) představuje střední riziko. Hlavním rizikem pro dlouhodobou udržitelnost je zvyšování výdajů na důchody. U zákonem stanoveného věku odchodu do důchodu byla pro muže i pro ženy zavedena hranice 65 let a systém automaticky nezohledňuje předpokládané prodlužování střední délky života.“ Se stárnutím obyvatelstva je spojen předpokládaný nárůst veřejných výdajů na zdravotní péči, což v dlouhodobém horizontu představuje riziko pro veřejné rozpočty. Jakkoli je fiskální udržitelnost veřejných financí v krátkodobém horizontu dobrá, současný hospodářský růst přináší neocenitelnou příležitost k uskutečnění zásadních (strukturálních) reforem, zejména v oblasti zlepšení nákladové efektivity poskytování zdravotnických a pečovatelských služeb, umožňujících připravit se na budoucí výzvy.⁸

Stárnutí populace není problémem jen na straně poptávky, ale i nabídky, neboť stárnutí zdravotnického personálu s sebou přináší rostoucí riziko budoucího nedostatku zdravotnických pracovníků v určitých specializacích a v určitých regionech. S ohledem na zajištění udržitelnosti financování zdravotní péče také vzrůstá potřeba zaměřit rozvoj na dlouhodobou péči a péči komunitní.

Veřejné výdaje na zdravotní péči by se měly do roku 2070 zvýšit o 1,1 p. b. HDP, což k nákladům na stárnutí obyvatelstva přidá další zátěž. K zajištění stability úhrad by měl přispět projekt úhrad zdravotní péče podle DRG (pilotní projekt byl nasazen již v roce 2020), dále posílení ambulantní péče v rámci urgentních příjmů v nemocnicích s cílem omezit zbytečné hospitalizace. Počet lůžek akutní péče i průměrná délka hospitalizace se v posledním desetiletí snížily, jsou však stále nad průměrem EU. Nízká obsazenost lůžek (70 % oproti 77 % v EU v roce 2017) spolu s poměrně vysokým počtem hospitalizací (198 na 1 000 osob oproti 174 v EU v roce 2017) naznačují existenci nadměrné kapacity. To je částečně způsobeno finančními pobídkami a neexistencí politického konsensu v otázkách transformace nemocniční sítě.

V systému stále často dochází k nadměrné spotřebě a neefektivnímu využívání ambulantní péče. Finanční prostředky na ambulantní péči jsou sice vysoké, avšak počet hospitalizací z důvodu některých běžných onemocnění (např. cukrovka a městnavé srdeční selhání), které nejsou nezbytné, je vyšší než průměr EU. To poukazuje na nedostatky v prevenci rizikových faktorů a zvládání chronických onemocnění a na nedostatečnou integraci zdravotnických služeb. Navzdory některým iniciativám praktičtí lékaři stále neplní roli regulace pohybu pacienta v systému zdravotní péče („gatekeeping“). Pacienti mohou navštívit odborného

8 PRACOVNÍ DOKUMENT ÚTVARŮ KOMISE Zpráva o České republice 2020 Průvodní dokument k SDĚLENÍ KOMISE EVROPSKÉMU PARLAMENTU, EVROPSKÉ RADĚ, RADĚ, EVROPSKÉ CENTRÁLNÍ BANCE A EUROSUPINĚ Evropský semestr 2020: Posouzení pokroku ve strukturálních reformách a v předcházení a nápravě makroekonomické nerovnováhy a výsledky hloubkových přezkumů strukturálních reforem podle nařízení (EU) č. 1176/2011; dostupné z: [EUR-Lex - 52020SC0502 - EN - EUR-Lex](#)

lékaře bez doporučení a bez poplatku, čímž se částečně vysvětluje relativně vysoký počet ambulantních konzultací (8,0 návštěv na osobu oproti průměru EU ve výši 6,2).

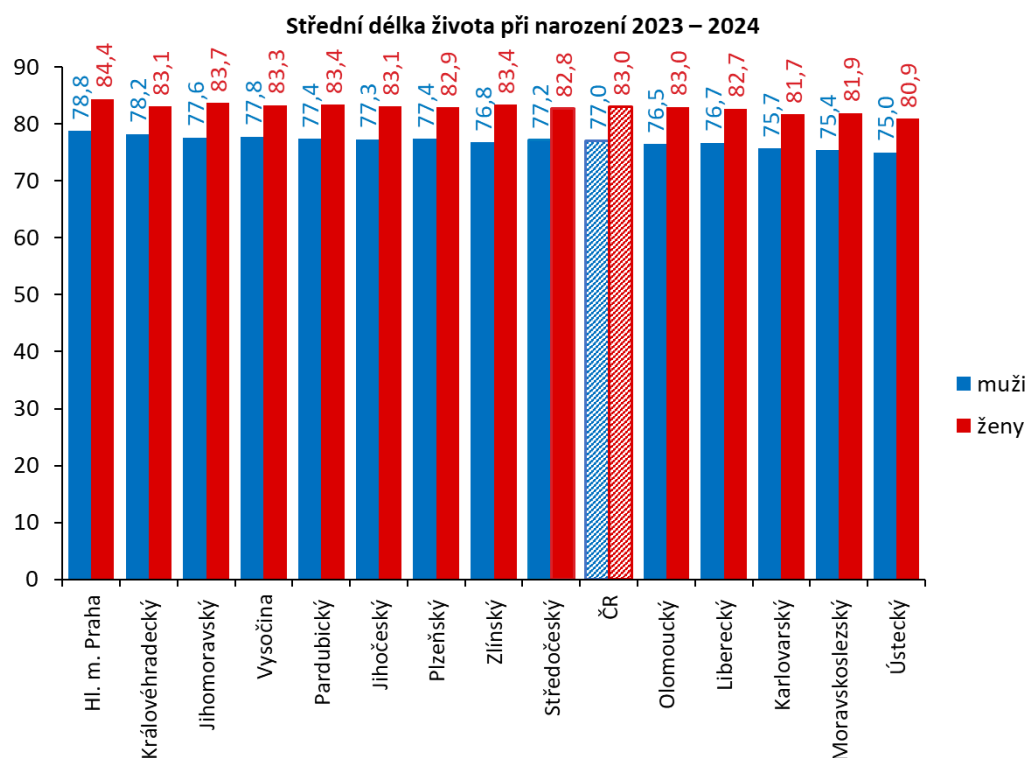
Nákladově efektivní využívání léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a zařízení v nemocniční i ambulantní péči není optimální. Povinné používání eReceptu od roku 2019 má díky dostupnosti informací v Lékovém záznamu potenciál zlepšit efektivitu předepisování a užívání léčivých přípravků a související výdaje. Další rozvoj a realizace hodnocení zdravotnických technologií spolu s centralizovanými postupy zadávání zakázek na léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a další technické nástroje může přinést úspory plátcům a zároveň zajistit přístup k vysoce kvalitním produktům ve zdravotnictví.

Odpovídajícímu a účinnému poskytování služeb dlouhodobé péče brání roztržštěná struktura jejich řízení a financování. Stále existují finanční pobídky pro prodlužování nemocniční léčby pacientů, kteří potřebují dlouhodobou péči (viz oddíl 3.3). Plánovaná transformace lůžek akutní péče na lůžka dlouhodobé nemocniční péče by měla posílit transparentnost a snížit náklady. Zvýšení úhrad v segmentu domácí péče může délku pobytů v nemocnici zkrátit, avšak pouze za předpokladu, že nabídka těchto služeb bude dostatečná.

Zdravotnictví musí být zároveň připraveno flexibilně reagovat na nově se objevující hrozby, jako byla například epidemie covid-19 nebo obdobná infekční onemocnění s pandemickým potenciálem či dalších formy hrozeb (chemické, fyzikální atp.), a to na mezinárodní a národní úrovni, ale zejména na lokální a regionální úrovni. Kromě vlastní odborné a kapacitní připravenosti zdravotnického systému je nezbytná i připravenost datová, kdy včasné získání informací o průběhu epidemie a aktuálně dostupných kapacitách se ukazuje jako klíčové pro zvládnutí situace a přijímání účinných opatření k jejímu řešení.

Výzvou je i snížení nerovností v oblasti zdraví. Ač zůstává příjmová nerovnost v ČR celkově na nízké úrovni⁹, ve zdravotním stavu obyvatel ČR existují značné nerovnosti. Na zdraví obyvatel má výrazný vliv sociální prostředí a postavení, ve kterém se daný jedinec pohybuje. Znevýhodnění osob se během jejich života zpravidla nemění nebo se jejich zranitelnost ještě prohlubuje. Zpráva o České republice 2020 upozorňuje na fakt, že starší osoby, nezaměstnaní, rodiče samoživitelé a osoby se zdravotním postižením čelí vyššímu riziku chudoby nebo sociálního vyloučení. K chudobě a nerovnosti přispívají faktory, jako je nadměrné zadlužení, bezdomovectví i rostoucí počet sociálně vyloučených lokalit. Znevýhodněné postavení často vede z hlediska zdraví k rizikovému chování, jako je užívání tabáku/nikotinu, užívání alkoholu, špatné stravovací návyky, nedostatečná pohybová aktivita atd. Snižování vlivu sociálních determinantů zdraví, jakými jsou gender, sociální postavení, vzdělání, pohybové aktivity, životní či pracovní prostředí, je důležitým faktorem pro snižování nerovností v oblasti zdravotního stavu různých skupin obyvatel. Sociální a ekonomická situace jednotlivých regionů se pak projevuje i ve značných regionálních disparitách, které mohou být ilustrovány např. rozdílem v délce života při narození mezi jednotlivými okresy. Zdravotní a sociální služby dlouhodobé péče kromě toho nejsou zcela připraveny na stále rychlejší stárnutí obyvatelstva.

⁹ Zpráva o České republice 2019 Průvodní dokument k sdělení Komise Evropskému parlamentu, Evropské radě, Radě, Evropské centrální bance a Euroskupině Evropský semestr 2019: Posouzení pokroku ve strukturálních reformách a v předcházení a nápravě makroekonomické nerovnováhy a výsledky hloubkových přezkumů strukturálních reforem podle nařízení (EU) č. 1176/2011, Brusel 27. 2. 2019, str. 9 „Příjem nejbohatších 20 % obyvatel byl v roce 2017 přibližně 3,4krát vyšší než příjem 20 % nejchudších, což je výrazně menší rozdíl než v EU (5,1)“.

GRAF 3 STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA PŘI NAROZENÍ DLE KRAJŮ


Zdroj: ČSÚ

Zároveň se ve zdravotnictví prosazuje pojetí, že nemocem by se mělo především v nejvyšší možné míře předcházet. Podpora zdraví během celého života, tedy pravidelný, dlouhodobý a systematický přístup k ochraně a podpoře zdraví má být základem zdravotní politiky ČR. Zdravotnictví by nemělo fungovat pouze jako zachytná síť pro již nemocné, mělo by také plnit funkci preventivní, a to například intenzivnějším využíváním preventivních prohlídek a screeningových vyšetření. Neméně důležitý je rozvoj tzv. zdravotní gramotnosti obyvatel, tedy znalostí a dovedností lidí, díky kterým dokážou jednat ve prospěch vlastního zdraví. Nezanedbatelným aspektem prevence je také zdůrazňování odpovědnosti jedince za jeho zdravotní stav do míry, kterou může ovlivnit svým jednáním. Se zdravotní gramotností souvisí i pohybová gramotnost, což je schopnost člověka od dětství do stáří osvojit si základní pohybové dovednosti a využívat je v každodenním životě tak, aby se uměl hýbat správně, bezpečně a s radostí. Nejde jen o fyzickou zdatnost, ale také o znalosti, dovednosti a postoje, které vedou k celoživotnímu aktivnímu životnímu stylu. Pohybová gramotnost tak stojí vedle zdravotní gramotnosti jako její nedílná součást a vytváří základ pro prevenci nemocí, podporu duševní pohody a kvalitní život ve všech věkových obdobích.

České zdravotnictví je na velmi dobré úrovni. Její udržení a další zlepšování zásadně souvisí s podporou a uplatněním výzkumu jak základního, tak aplikovaného. Věda a výzkum přispívají k objasňování vzniku a vývoje chorob, k odhalování příčin a vlivů způsobujících jejich smrtelnost, přinášejí nové diagnostické a terapeutické metody a vedou k prevenci nejzávažnějších chorob či přispívají k předcházení epidemiím. Využití výsledků výzkumu vede k zavádění inovativních metod a postupů ve zdravotnictví, a přispívá k snižování smrtelnosti nejzávažnějších chorob a celkově dále ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva.

S ohledem na tyto výzvy a současné trendy, zastřešující cíl Strategického rámce ČR 2030, konzultace s odbornou veřejností a analýzu současného stavu a potřeb českého zdravotnictví byly formulovány následující strategické cíle:

Ochrana a zlepšení zdravotního stavu populace

Zdravotní stav populace je významným ukazatelem kvality života v ČR. Je třeba se zaměřit na zájem občanů o vlastní zdraví prostřednictvím aktivit ke zvyšování zdravotní gramotnosti, podporovat zdravý životní styl včetně pohybových aktivit a podporu primární, sekundární i terciální prevence. Součástí tohoto cíle je i ochrana veřejného zdraví, např. v oblasti boje s antimikrobiální rezistencí, infekčními nemocemi, reakce na environmentální determinanty zdraví či snaha o optimalizaci lékové politiky ČR.

Optimalizace zdravotnického systému

Nedostatečný rozvoj zdravotnického systému a jeho nepřizpůsobení se aktuálním trendům by mělo dopad nejen na zdraví občanů, ale i na celkové výdaje na zdravotnictví a ekonomiku. Cílem je tedy zvýšit účinnost, hospodárnost i trvalou udržitelnost systému, zejména pomocí stabilizace zdravotnického personálu a vyrovnání jeho lokálních a regionálních nedostatků, podpory sociálně zdravotní integrované péče, pokračování reformy péče o duševní zdraví, rozvoje vybraných typů specializované péče, další podpory digitalizace zdravotnictví a optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví. Součástí snahy o naplnění tohoto cíle bude také reforma stávajícího modelu primární péče, kdy by měla být posílena role praktických lékařů, což by mělo přispět k zvýšení dostupnosti zdravotní péče. Zdroje určené pro zdravotnictví by měly postupně dosáhnout na úroveň průměru vyspělých států¹⁰.

Podpora vědy a výzkumu

Věda a výzkum ve zdravotnictví značnou měrou přispívají ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel tím, že pomáhají objasnit vznik a příčinu mnohých onemocnění a přinášejí nové diagnostické a terapeutické metody a prostředky, které pomohou pacientům s diagnostikou, zvládáním či léčbou různých onemocnění i se snižováním jejich socioekonomických dopadů. „Hlavním cílem je zde zajistit trvalý rozvoj zdravotnického výzkumu na úrovni jakou mají vyspělé státy EU a šířením, sdílením a aplikací jeho výsledků pomoci k zajištění potřeb zdravotnictví v ČR. Priority v oblasti vědy a výzkumu ve zdravotnictví vychází z priorit Národní politiky výzkumu, vývoje a inovací České republiky 2021+ v gesci Rady vlády pro výzkum, vývoj a inovace.

¹⁰ Předpokládá se postupné navyšování podílu HDP na zdroje určené pro zdravotnictví.

1.2. Mezinárodní kontext

ČR je členem mnoha mezinárodních organizací, z nichž nejvýznamnější, z hlediska resortu zdravotnictví, jsou Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, dále jen „WHO“), Evropská unie (EU) a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development, dále jen „OECD“).

1.2.1 WHO

WHO je agenturou Organizace spojených národů (OSN), jejíž primární role spočívá v řízení a koordinaci mezinárodního zdraví. Hlavními směry činnosti WHO je formulace zdravotní politiky a konzultační činnost dle potřeb členských států, odborná pomoc při vypracování národních zdravotnických strategií, sledování indikátorů zdravotního stavu populace a ukazatelů hodnotících zdravotnické systémy jednotlivých států, rozvoj a testování nových technologií a postupů pro kontrolu nemocí a řízení zdravotní péče. WHO klade důraz na koncepční a strategickou spolupráci s členskými státy, celosystémový přístup a naplňování cílů tří miliard¹¹.

MZD uzavřelo v březnu 2024 s WHO strategii spolupráce na roky 2024-2030, která bude doplňována vždy dvouletými pracovními plány a stanoví priority vzájemné kooperace, jakými jsou např. ochrana veřejného zdraví, podpora zdravého životního stylu, posílení odolnosti zdravotnického systému, podpora digitalizace ve zdravotnictví ad.

Česká republika se spolu s dalšími členskými státy Evropského regionu WHO, za podpory Regionální úřadovny WHO pro Evropu, Programu OSN pro životní prostředí (UNEP), Evropské hospodářské komise OSN (EHK OSN), EU a dalších mezivládních a nevládních organizací a agencí OSN, zavázala posílit a rozvíjet opatření ke zlepšení životního prostředí a zdraví prostřednictvím Deklarace šesté a sedmé ministerské konference o životním prostředí a zdraví (tzv. Ostravská a Budapeštská deklarace) z roku 2017 a 2023.

V souladu s Ostravskou a Budapeštskou deklarací vytvářejí členské státy WHO národní portfolia akcí, která se zaměřují na jednotlivé priority, přičemž WHO bude měřit pokrok zemí v naplňování předepsaných cílů. Expertní skupina složená ze zástupců MZD, MŽP, a ve spolupráci s dalšími zúčastněnými subjekty, bude opatření v oblasti snížení negativních zdravotních dopadů spojených s environmentálními faktory a obsažených v Národním portfoliu akcí pravidelně přezkoumávat a podle rozhodnutí rozšiřovat či dále upravovat. Opatření obsažená v národních portfoliích akcí vycházejí z následujících priorit Budapeštské deklarace:

- A. Stanovení priorit pro opatření k řešení nejnaléhavějších zdravotních problémů souvisejících se změnou klimatu, znečištěním a ztrátou biologické rozmanitosti
 - Klimatická změna
 - Znečištění životního prostředí
 - Ztráta biologické rozmanitosti a degradace půdy

¹¹ [The Triple Billion targets: Methods to deliver impact](#)

B. Poskytování základních služeb a bezpečného zastavěného prostředí pro zdravé a odolné komunity

- Voda, sanitace a hygiena
- Odpad a kontaminovaná místa
- Doprava a mobilita
- Plánování zastavěných prostředí

C. Posílení správy, mezisektorové spolupráce, lidských zdrojů a znalostí pro zdraví a životní prostředí

Světové zdravotnické shromáždění schválilo v květnu 2024 změny Mezinárodních zdravotnických předpisů, které byly aktualizovány ve světle pandemie covid-19. Zavádějí nově např. definici pandemické připravenosti, závazek smluvních stran k solidaritě a dodržování principů rovnosti mezi státy nebo vytvářejí národní autoritu pro IHR. V ČR podléhají změny ratifikaci, jelikož se jedná o smlouvu prezidentské kategorie.

Rovněž v návaznosti na pandemii covid-19 schválilo Světové zdravotnické shromáždění v květnu 2025 text Pandemické úmluvy. Úmluva stanoví opatření týkající se pandemické prevence, včetně zaměření se na interakci člověka se zvířaty a životním prostředím obecně. Dále napomůže posílit mezinárodní výzkum a vývoj a usnadnit vývoj nových diagnostik, léčiv a vakcín. Bude také možné rychleji mobilizovat mezinárodní zdroje, vč. lidských v podobě emergentních týmů, na zvládání zdravotnických krizí. Také Pandemická úmluva je smlouvou prezidentské kategorie a bude tak nutná její ratifikace.

Regionální úřadovna WHO pro Evropu pak určila 4 vlajkové iniciativy, které představují její současné priority¹²:

- Panevropská koalice pro duševní zdraví – vznikla v reakci na skutečnost, že v evropském regionu WHO žilo v roce 2019 více než 125 milionů osob s duševním onemocněním, přičemž mnoho z nich bylo bez přístupu k příslušné zdravotní péči. Klíčovými prioritami koalice je transformace péče o duševní zdraví, podpora duševního zdraví a prevence duševních nemocí v průběhu celého života.
- Posílení prostřednictvím digitálního zdraví – tato iniciativa doplňuje a uvádí do provozu návrh globální strategie WHO pro digitální zdraví a vyplňuje mezery v zastřešujících rámcích digitalizace v evropském regionu, které brání rychlému zavádění inovativních digitálních řešení. Hlavními úkoly je poskytování technické a politické podpory a odborných znalostí o bezpečnosti a účinnosti řešení digitálního zdraví; a zachování rovnosti ve zdraví, rovnosti pohlaví, rovnosti a lidských práv jako základních hodnot při jejich zavádění.
- Evropská imunizační agenda 2030 – strategie, která se zaměřuje na posílení vnitrostátních očkovacích politik, posílení spolupráce napříč institucemi a organizacemi na všech úrovních, poskytování podpory členským státům v oblastech dohledu nad šířením nemocí, reakcí na ohniska nemocí, kontrole bezpečnosti vakcín, komunikaci a zavádění nových vakcín atp.

¹² Na podzim roku 2025 by měl být schvalován nový program práce s novými prioritami Regionální úřadovny WHO.

- Zdravější chování: začlenění behaviorálních a kulturních poznatků – iniciativa si klade za cíl reflektovat sociální, behaviorální a kulturní faktory ke zlepšení zdravotní gramotnosti obyvatel. Zapojením oborů mimo biomedicínskou sféru, včetně společenských věd a humanitních lékařských věd, tato iniciativa pomůže zlepšit způsob, jakým zdravotní politiky členských států služby reagují na očekávání jejich občanů ohledně ohleduplné péče zaměřené na lidi.

Významným mezinárodním právně závazným dokumentem pro oblast veřejného zdraví je Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku, jejíž smluvní stranou je od roku 2012 i Česká republika. WHO vydává také řadu doporučení – např. v oblasti kontroly tabáku doporučení „MPOWER“, v oblasti alkoholu globální rámec WHO pro snížení škod způsobených alkoholem „SAFER“ atd.

Cíle udržitelného rozvoje

V červnu 2012 se v Rio de Janeiru konala konference OSN (Konference Rio+20), na které započala formulace **Cílů udržitelného rozvoje** (dále jen „SDGs“), na které se podílely všechny členské státy OSN, zástupci občanské společnosti, podnikatelské sféry, akademické obce i občané ze všech kontinentů. 17 SDGs představuje program rozvoje na patnáct let (2015–2030) a navazuje na úspěšnou agendu Rozvojových cílů tisíciletí (MDGs).

V roce 2015 přijalo Valné shromáždění OSN na svém zasedání v New Yorku Agendu udržitelného rozvoje (dále jen „Agenda 2030“), která představuje nový globální program rozvoje do roku 2030 a obsahuje i finální podobu SDGs. Jedná se o sedmáct hlavních SDGs rozdělených na celkem 169 podcílů.

OBRAZEK 1 17 SDGs PRO UDRŽITELNÝ ROZVOJ



Zdroj: OSN¹³

¹³ <https://www.osn.cz/osn/hlavni-temata/sdgs/>.

Přijetím Agendy 2030 se ČR zavázala k monitorování naplňování jednotlivých podcílů. Oblasti zdravotnictví se týká **SDG 3: „Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku“**, přičemž ne všechny uvedené podcíle jsou pro ČR relevantní. Hlavním gestorem tohoto cíle je MZD a spolugesce byla určena resortům MZe, MŽP, MŠMT, MZV, MV, ÚV, MPO. Z Agendy 2030 vychází Strategický rámec ČR 2030, který je součástí společného úsilí o udržitelný rozvoj EU a zároveň příspěvkem ČR k naplňování SDG's. Tyto globální cíle jsou společné, každý stát však s ohledem ke svým specifickým rozhoduje o tom, jaký konkrétní obsah mají mít a jakou konkrétní cestou jich lze dosáhnout.

Všeobecně kladou strategické dokumenty mezinárodních organizací zásadní důraz na prevenci a podporu zdraví celé populace a zároveň na vysokou udržitelnost a efektivitu zdravotního systému. Agenda 2030 stanoví konkrétní cíle zlepšování zdraví populace a všeobecného přístupu populace ke kvalitním zdravotním službám.

GRAF 4 PŘEKRYV SDGs A SPECIFICKÝCH CÍLŮ STRATEGICKÉHO RÁMCE ČR 2030

Cíl udržitelného rozvoje	Strategický rámec Česká republika 2030 (klíčová oblast, specifický cíl)
Cíl 1. Vymýtit chudobu ve všech jejích formách všude na světě	Lidé a společnost 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 Globální rozvoj 21.1
Cíl 2. Vymýtit hlad, dosáhnout potravinové bezpečnosti a zlepšení výživy, prosazovat udržitelné zemědělství	Hospodářský model 9.4 Odolné ekosystémy 12.3, 13.1, 13.2, 15.1, 15.2, 15.3
Cíl 3. Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku	Lidé a společnost 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 Hospodářský model 9.1, 10.6, 11.2 Odolné ekosystémy 12.1, 12.3, 12.4, 12.6, 14.2 Obce a regiony 16.3, 17.4, 18.2, 19.2, 19.4, 19.5, 19.6 Dobré vládnutí 25.1
Cíl 6. Zajistit všem dostupnost vody a sanitačních zařízení pro všechny a udržitelné hospodaření s nimi	Hospodářský model 10.6 Odolné ekosystémy 14.2

Zdroj: Implementace Agendy 2030 v České republice

1.2.2 Evropská unie

ČR se jako člen EU podílí na tvorbě a implementaci zdravotní politiky EU. Článek 168 Smlouvy o fungování EU uvádí, že „*Vysoký stupeň ochrany lidského zdraví je třeba zajistit napříč všemi politikami Unie a v rámci všech jejích činností*“¹⁴. Tento článek představuje právní základ pro politiku EU v oblasti zdraví.

Za organizaci a poskytování zdravotních služeb a lékařské péče jsou odpovědné samotné členské státy. EU pak tyto zdravotní politiky doplňuje s cílem:

- Chránit a zlepšovat zdraví občanů EU
- Podporovat modernizaci zdravotní infrastruktury
- Zvyšovat efektivitu systémů zdravotní péče členských států
- Posilovat opatření v oblasti připravenosti a reakce, pokud jde o přeshraniční zdravotní hrozby

V oblasti zdraví přijímá EU právní předpisy a doporučení, jež mají veřejnost chránit – jedná se například o předpisy týkající se léčivých přípravků a zdravotnických prostředků nebo práv pacientů.

Evropská komise se rovněž zavázala pomáhat členským státům v naplňování dílčích cílů Agendy 2030, včetně boje s nepřenosnými onemocněními i zajišťováním kvalitní zdravotní péče.

Důležité strategické dokumenty EU v oblasti zdraví

V červnu 2017 vydala EU **Společné prohlášení Rady a zástupců vlád členských států zasedajících v Radě, Evropského parlamentu a Komise NOVÝ EVROPSKÝ KONSENSUS O ROZVOJI „NÁŠ SVĚT, NAŠE DŮSTOJNOST, NAŠE BUDOUCNOST“ (2017/C 210/01)**, jehož primárním cílem je poskytnout rámec EU pro společný přístup k rozvojové politice, který budou orgány EU a členské státy uplatňovat při plném respektování svých příslušných úloh a pravomocí. V oblasti zdravotnictví dokument uvádí, že EU a její členské státy budou i nadále investovat do prevence a potírání přenosných onemocnění, jako jsou HIV/AIDS, tuberkulóza, malárie a hepatitida, a pomohou zajistit přístup k cenově dostupným základním léčivým přípravkům a očkovacím látkám pro všechny. Budou podporovat výzkum a investice v oblasti nových zdravotnických technologií a jejich vývoj. Přijmou opatření k řešení celosvětových zdravotních hrozeb, jako jsou epidemie a antimikrobiální rezistence vůči, prostřednictvím přístupu zaměřeného na veřejné zdraví¹⁵.

Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů: Další kroky k udržitelné evropské budoucnosti, evropské úsilí v oblasti udržitelnosti (COM (2016)739) doplňuje, v souvislosti s cílem SDG 3 „*Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoliv věku*“, opatření členských států prostřednictvím právních předpisů a dalších iniciativ zabývajících se veřejným zdravím, zdravotními systémy a zdravotními problémy souvisejícími se životním prostředím (včetně kvality ovzduší, chemických látek a odpadu). Komise bude pomáhat členským státům v naplňování dílčích cílů stanovených v rámci SDGs, zejména ve snižování úmrtnosti v důsledku chronických onemocnění, zajišťování kvalitní zdravotní péče, posilování kapacity zaměřující se

¹⁴ eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012E/TXT

¹⁵ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2017:210:FULL&from=EN>

na prevenci a řízení globálních zdravotních hrozeb (včetně antimikrobiální rezistence), vymýcení HIV/AIDS a tuberkulózy (a omezení výskytu hepatitidy) a provádění Rámcové úmluvy Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku.

Ve svém **Sdělení Komise Účinné, dostupné a odolné systémy zdravotní péče (COM(2014)215)** Evropská komise pojmenovala prioritní oblasti pro spolupráci, např. kvalita a integrace péče, hodnocení výkonnosti systémů zdravotní péče, hodnocení zdravotnických technologií (HTA), zdravotnické informační systémy či elektronizace zdravotnictví.

EU tím zahájila program, jehož cílem je vypracovat koordinovaná opatření EU ke zlepšení účinnosti, dostupnosti a odolnosti zdravotních systémů.

GRAF 5 PRIORITY AGENDY EU PRO ÚČINNÉ, DOSTUPNÉ A ODOLNÉ SYSTÉMY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Agenda EU pro účinné, dostupné a odolné systémy zdravotní péče		
Posílení efektivity	Zvýšení přístupnosti	Zlepšení odolnosti
Hodnocení výkonnosti systémů zdravotní péče	Plánování pracovních sil ve zdravotnictví v EU	Hodnocení zdravotnických technologií
Bezpečnost pacientů a kvalita péče	Nákladově efektivní používání léčivých přípravků	Zdravotnické informační systémy
Integrace péče	K optimálnímu provedení směrnice 2011/24 ¹⁶	Elektronizace zdravotnictví

Zdroj: Evropská komise – Koordinace systémů zdravotní péče ¹⁷

Prostřednictvím **Sdělení Komise o evropské zdravotní unii: společný postup pro zdraví lidí (COM(2024) 206)** Evropská komise vytváří tzv. evropskou zdravotní unii, v jejímž rámci se budou všechny členské státy EU společně připravovat na zdravotní krize a společně na ně reagovat, tzn. bude zajištěn dostupný, cenově přijatelný a inovativní zdravotnický materiál a jednotlivé členské státy budou spolupracovat na zlepšení prevence a léčby onemocnění, jako jsou například onkologická onemocnění, včetně zajištění následné péče o pacienty.¹⁸ Klíčovými opatřeními evropské zdravotní unie jsou:

- Připravenost na případné zdravotní krize do budoucna

¹⁶ [směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči](#)

¹⁷ [Koordinace systémů zdravotní péče - Evropská komise](#)

¹⁸ [Evropská zdravotní unie - Evropská komise](#)

- Evropský plán boje proti rakovině
- Reforma právních předpisů EU pro farmaceutickou oblast
- Komplexní přístup k duševnímu zdraví

Nařízení o evropském prostoru pro zdravotní údaje (EHDS)- Cílem nařízení o EHDS je vytvořit společný rámec pro používání a výměnu elektronických zdravotních údajů v rámci celé EU a tím zlepšit přístup jednotlivců k jejich osobním elektronickým zdravotním údajům a kontrolu nad nimi. Nařízení zároveň umožňuje opakované použití některých dat ve veřejném zájmu a pro účely politické podpory a vědeckého výzkumu. Podporuje datové prostředí, které je specifické pro oblast zdraví a podporuje jednotný trh digitálních zdravotních služeb a produktů. Kromě toho nařízení stanovuje harmonizovaný právní a technický rámec pro systémy elektronických zdravotních záznamů (EHR), který podporuje interoperabilitu, inovace a hladké fungování vnitřního trhu EU.

Evropský plán boje proti rakovině (Europe's Beating Cancer Plan), který Evropská komise představila 3. 2. 2021 klade velký důraz na rozvoj a trvalou udržitelnost onkologické prevence (Sustainable Cancer Prevention), zlepšení časného zachytu nádorů (Improving Early Detection), vysoký standard a dostupnost onkologické péče (High Standards in Care, Reducing Inequalities) metodicky vedené národními komplexními onkologickými centry (National Comprehensive Cancer Centres), efektivní přenos poznatků a inovací do klinické praxe, a to zejména v oblasti precizní a personalizované medicíny (Precision and Personalized Medicine), a v neposlední řadě na kvalitu života onkologických pacientů a rizikových skupin (Quality of Life for Patients, Survivors and Carers). V nadcházejících letech se EK chce zaměřit na výzkum a inovace, využít potenciál z digitalizace a nových technologií, přičemž členské státy podpoří i finanční alokací, které jsou v součtu EU4Health programu a dalších EU nástrojů ve výši 4 mld. EUR. Evropský plán boje proti rakovině by měl členskými státy rovněž pomoci prostřednictvím sdílení odborných znalostí a zdrojů napříč EU. Europe's Beating Cancer Plan rovněž stanovuje měřitelné cíle, které mají být v rámci EU dosaženy do roku 2030.

V roce 2023 bylo Evropskou radou **přijato Doporučení Rady o posílení opatření EU pro boj proti antimikrobiální rezistenci v rámci přístupu „Jedno zdraví“**, jehož cílem je posílit opatření EU pro boj proti antimikrobiální rezistenci v oblasti lidského zdraví, zdraví zvířat a životního prostředí. EU vyzývá k obezřetnému používání antibiotických přípravků v oblasti lidského zdraví a ve veterinární oblasti, a to prostřednictvím řady dobrovolných opatření, jejichž cílem je snížit riziko, že se mikroorganismy stanou odolnými vůči léčivým přípravkům. Doporučení bylo vydáno jako součást tzv. farmaceutického balíčku s cílem podpořit občany EU a výrobce léčivých přípravků a řešit dlouhodobé problémy ve farmaceutické oblasti. Hlavními cíli farmaceutického balíčku je zaručit vysokou úroveň ochrany veřejného zdraví zajištěním dostatečné jakosti, bezpečnosti a účinnosti léčivých přípravků pro pacienty v rámci EU a harmonizovat vnitřní trh EU pro dozor nad léčivými přípravky a jejich kontrolu a práva a povinnosti příslušných orgánů členských států. EK považuje předložení farmaceutického balíčku za důležitý milník v dobudování evropské zdravotní unie.

Využití EU prostředků

Pro dosažení cílů v oblasti zdravotnictví mohou členské státy využívat nástroje tzv. **politiky soudržnosti**, která je hlavní investiční politikou EU a jejímž prostřednictvím má ČR možnost čerpat finanční prostředky z fondů EU, s jejichž pomocí je možné snižovat rozdíly

mezi členskými státy a regiony v rámci EU. Členské státy tak musejí správně identifikovat problémové oblasti zabraňující rychlejšímu socioekonomickému rozvoji a zároveň stanovit priority, do kterých pak budou soustředěny investice z evropských fondů.

Aby byla zajištěna co největší účinnost při využívání fondů EU na strategické oblasti, které zajistí žádoucí změnu a posun EU směrem k vyšší konkurenceschopnosti a kvalitě života jejich občanů, bylo v tzv. **obecném nařízení**¹⁹ pro využívání fondů EU v programovém období 2021–2027, určeno pět cílů politiky:

- Inteligentnější Evropa – inovativní a inteligentní ekonomická transformace;
- Zelenější, nízkouhlíková Evropa;
- Propojenější Evropa – mobilita a regionální konektivita k sítím IKT;
- Sociálnější Evropa – provádění evropského pilíře sociálních práv;
- Evropa bližší občanům – trvale udržitelný a integrovaný rozvoj městských, venkovských a pobřežních oblastí prostřednictvím místních iniciativ.

Pro oblast zdravotnictví je relevantní zejména cíl Sociálnější Evropa – provádění evropského pilíře sociálních práv, v jehož rámci jsou definovány i příslušné oblasti intervence, které mohou být podporovány. Evropská komise dále relevantnost podpory oblasti zdravotnictví demonstruje i v rámci každoroční analýzy hospodářských výzev a politik pro každý členský stát EU tzv. Country Report.

Strategický rámec Zdraví 2035 představuje plnění tzv. základní podmínky pro čerpání finančních prostředků z evropských fondů v oblasti zdraví v programovém období 2021–2027²⁰.

Jako reakce na pandemii covid-19 EU připravila EU Nástroj pro oživení a odolnost, který je v jednotlivých zemích implementován prostřednictvím **Národních plánů obnovy**. V ČR byla podpořena i oblast zdravotnictví konkrétně komponenty 6.1 Zvýšení odolnosti systému zdravotní péče a 6.2 Národní plán na posílení onkologické prevence a péče.

Program **EU pro zdraví (EU4Health)** je v programovém období 2021–2027 hlavním finančním nástrojem pro realizaci cílů EU v oblasti veřejného zdraví. Tento program navazuje na Třetí víceletý program činnosti EU v oblasti zdraví na období 2014–2020 (tzv. 3. akční program)

¹⁹ Nařízení Evropského parlamentu a Rady o společných ustanoveních o Evropském fondu pro regionální rozvoj, Evropském sociálním fondu plus, Fondu soudržnosti a Evropském námořním a rybářském fondu a o finančních pravidlech pro tyto fondy a pro Azylový a migrační fond, Fond pro vnitřní bezpečnost a Nástroj pro správu hranic a víza. Dostupné na webu: Společná pravidla pro fondy EU (2021–2027) | EUR-Lex

²⁰ Podmínkou pro čerpání prostředků z fondů EU je naplnění tzv. základní podmínky podle čl. 15 a přílohy IV nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 2021/1060 ze dne 24. 6. 2021, která je pro oblast zdraví a zdravotnictví definována takto: „Je vypracován vnitrostátní nebo regionální strategický rámec politiky v oblasti zdraví, který obsahuje:

1. mapování potřeb v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče, a to i pokud jde o zdravotnický a pečovatelský personál, s cílem zajistit udržitelná a koordinovaná opatření;
2. opatření k zajištění efektivnosti, udržitelnosti, přístupnosti a cenové dostupnosti zdravotní péče a služeb dlouhodobé péče, včetně zvláštního zaměření na osoby vyloučené ze systémů zdravotní a dlouhodobé péče, včetně nejobtížněji dosažitelných osob;
3. opatření a podporu komunitních služeb a rodinných služeb prostřednictvím deinstitucionalizace, včetně prevence a primární péče a služeb domácí péče a komunitní péče.“

a disponuje rozpočtem ve výši 4,4 mld. EUR. Základním právním rámcem pro realizaci tohoto programu je nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2021/522 ze dne 24. března 2021²¹.

Program EU4Health je přímo řízen Evropskou komisí. Na rozdíl od strukturálních fondů nebo společné zemědělské politiky, kde má každý členský stát garantovaný podíl na rozpočtu daného programu či fondu, v tomto přímo řízeném programu soutěží žadatelé z různých členských států o evropské financování mezi sebou.

Program EU pro zdraví reaguje na zkušenost s pandemií covid-19 a má za cíl lépe připravit EU na závažné zdravotní hrozby, zejména prostřednictvím posilování připravenosti a odolnosti zdravotních systémů členských států. Cílem programu je:

- Zlepšit a posílit úroveň zdraví v EU
- Chránit obyvatele EU před případnými vážnými přeshraničními zdravotními hrozbami do budoucna
- Zlepšit dostupnost a cenovou dostupnost léčivých přípravků
- Posílit systémy zdravotní péče zlepšením jejich odolnosti a účinného využívání zdrojů

Podle návrhu VFR pro období 2028–2034 by měly být aktivity a priority programu začleněny do Evropského fondu pro konkurenceschopnost a řešeny v rámci tzv. tematického okna „Zdraví, biotechnologie, zemědělství a bioekonomika“.

Strategie EU pro globální zdraví²² byla zveřejněna Evropskou komisí v roce 2022 a klade si za cíl 1) zajistit lepší zdraví a osobní blahobyt lidí během jejich celého života; 2) posílit systémy zdravotní péče a zlepšit všeobecnou zdravotní péči; 3) předcházet zdravotním hrozbám, včetně pandemií, a bojovat proti nim při uplatňování přístupu Jedno zdraví. K utváření nového celosvětového zdravotního řádu přispěje EU těmito opatřeními: 1) robustní globální správa v aktuálním geopolitickém prostředí; 2) mezinárodní partnerství v oblasti zdraví; 3) využití přístupu Tým Evropa; 4) podpora inovativního financování, sdílení zdrojů na mezinárodní úrovni a společné investice. Evropská komise zveřejnila v červenci 2025 Zprávu k implementaci Strategie EU pro globální zdraví.

²¹ nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2021/522 ze dne 24. března 2021, kterým se zavádí program činnosti Unie v oblasti zdraví (program EU pro zdraví) („EU4Health“) na období 2021–2027 a zrušuje nařízení (EU) č. 282/2014

²² [EU Global Health Strategy](#)

1.2.3 OECD

OECD pomáhá státům dosáhnout výkonných a odolných zdravotnických systémů zaměřených na lidi prostřednictvím měření zdravotních výsledků a zdrojů zdravotního systému a také podporou politik založených na důkazech, které zlepšují přístup, efektivitu a kvalitu zdravotní péče. K dosažení cílů využívá OECD své zdravotní statistiky, které představují nejkomplexnější zdroj statistik o zdraví a zdravotních systémech napříč členskými státy OECD. Hlavními tématy, na které se OECD zaměřuje jsou²³:

- Chronická onemocnění
- Digitální zdraví
- Zdraví a práce
- Kvalita a výsledky zdravotní péče
- Nerovnosti ve zdraví a univerzální přístup ke zdravotní péči
- Výdaje na zdravotní péči a finanční udržitelnost
- Zlepšení veřejného zdraví
- Technologie ve zdravotnictví
- Budoucnost zdravotních systémů

ČR se zapojila do mezinárodního projektu Patient Reported Indicator Surveys (PaRIS), který mezi lety 2023-2024 sbíral informace o kvalitě péče poskytované pacientům v primární péči. ČR dosáhla v porovnání s ostatními zúčastněnými státy OECD nadprůměrných výsledků.

²³ [Health | OECD](#)

2. Analytická část

2.1. Cíle analytické části a zdroje dat

Analytická část Strategického rámce Zdraví 2035 shrnuje hlavní nálezy analytických rozborů dostupných národních a mezinárodních zdrojů dat, zejména data demografických a zdravotních registrů a srovnávacích statistických šetření.

Analýza je zpracována s cílem popsat hlavní faktory určující stav a budoucí vývoj nemocnosti české populace, silná a slabá místa zdravotnického systému a hlavní závěry vyplývající z relevantních mezinárodních doporučení. Významná pozornost je věnována zdůvodnění specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2035, podloženému daty.

Pro Analytickou studii Strategického rámce Zdraví 2035 byly využity zejména datové zdroje Národního zdravotnického informačního systému (dále jen „NZIS“). NZIS je jednotný celostátní informační systém veřejné správy, v němž jsou shromažďovány a zpracovávány údaje ze základních registrů orgánů veřejné správy, ministerstev, od poskytovatelů zdravotních služeb, případně dalších osob předávajících údaje do NZIS.

Zdrojem demografických dat jsou výstupy Českého statistického úřadu (dále jen „ČSÚ“). Tato data postihují hlavní demografické charakteristiky české populace, zejména celkový počet obyvatel, detailní věkovou strukturu, charakteristiky očekávané délky života i např. projekci vývoje věkové struktury obyvatelstva ČR až do roku 2050.

Data o dostupnosti sociálních a zdravotně sociálních služeb jsou čerpána zejména z ročního výkazu o sociálních službách – Soc (MPSV) V 1-01: poskytovatelé sociálních služeb, kteří jsou definováni v § 6 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Data o výskytu rizikových faktorů vychází z výběrového šetření o zdravotním stavu EHIS (European Health Interview Survey), které bylo provedeno v letech 2014 a 2019 ve všech zemích EU, v ČR se jej účastnilo cca 8 tis. Respondentů ve věku 15 a více let.

2.1.1 Integrální ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva

Podle definice WHO (1948, tzv. biopsychosociální model) je „*zdraví stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody a nejenom nepřítomnost nemoci nebo vady*“. Definice ukazuje na komplexní aspekty zdraví, tedy stránku duševní, fyzickou i sociální. Z výše citované definice vychází i předložená koncepce analýz ukazatelů zdravotního stavu obyvatel, která zahrnuje nejen epidemiologické charakteristiky nemocí, ale kvantifikuje i vliv faktorů zdravého životního stylu a subjektivního vnímání zdravotního stavu občanů. Zásadní význam však mají zejména tzv. integrální ukazatele zdravotního stavu, jako jsou např. střední doba života a doba života ve zdraví. Následující odstavce stručně shrnují vybrané závěry těchto analýz, ze kterých vyplývá pro českou populaci i zdravotní systém řada pozitiv, zejména srovnáme-li vývoj v posledních deseti a více letech. Na druhou stranu řada ukazatelů stále nedosahuje úrovně vyspělých zemí Evropy a předložený Strategický rámec Zdraví 2035 tak cílí na jejich další zlepšování:

- **Střední délka života při narození** v české populaci dlouhodobě narůstá. Nicméně na základě výpočtů statistik Eurostatem²⁴ jsou stále hodnoty zjištěné u českých žen i mužů nižší než průměr zemí EU. V roce 2024 byla střední délka života při narození u žen 83,1

²⁴ <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/>

let, což je o 1,4 let více než v roce 2014, ale o 1,3 méně, než byl průměr EU v roce 2024. U mužů byla v roce 2024 střední délka života při narození 77,2 let, což je o 1,4 let více než v roce 2014, ale o 2 roky méně, než byl průměr mužů EU v roce 2024.

- Z hlediska zdravotní péče je významným parametrem **délka života ve zdraví** (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hlye/), v tomto ohledu se však ČR řadí k zemím s podprůměrnou hodnotou ukazatele, přičemž pozitivní trend vývoje byl přerušen významným poklesem v době covidové pandemie. Celkový podíl let prožitých ve zdraví na celkové naději dožití při narození v průměru za obě pohlaví v roce 2023 činil 77,6 % a pohyboval se tak na úrovni průměru EU (77,5 %).
- **Celková mortalita** vykazuje v období 2010–2024 mírně rostoucí trend, který je do značné míry dán stárnutím populace. Výjimku představují roky 2020 a 2021, kdy úmrtnost výrazně vzrostla v důsledku pandemie covid-19. V roce 2024 bylo 60 % všech úmrtí tvořeno pacienty s dlouhodobým onemocněním bez přítomnosti akutní příčiny. Tento podíl odpovídá přibližně 66,7 tisícům osob, které by potenciálně mohly potřebovat dlouhodobou nebo paliativní péči. Přestože tento podíl zůstává významný, celkový trend počtu úmrtí pacientů s dlouhodobým onemocněním bez akutní příčiny v posledních letech mírně klesá.
- **Předčasná úmrtí.** Podle údajů Eurostatu za rok 2022 dosahovala míra úmrtí na preventabilní onemocnění v České republice hodnoty 195 úmrtí na 100 000 obyvatel, což je výrazně nad průměrem Evropské unie (168 na 100 000 obyvatel). Míra předčasné úmrtnosti není v ČR sice tak vysoká jako například v Litvě, Maďarsku nebo Lotyšsku, ale stále se nachází výrazně nad průměrem EU a nemůže se srovnávat se státy západní Evropy, jako je například Německo, Belgie nebo Dánsko. Napříč evropským regionem se konzistentně pozoruje výrazně vyšší počet preventabilních úmrtí u mužů než u žen. V rámci celé EU činí míra těchto úmrtí 244,9 na 100 000 mužů, zatímco u žen pouze 97,7 na 100 000. Tento výrazný rozdíl mezi pohlavími je do značné míry důsledkem rozdílů v životním stylu, a tedy i ovlivnitelná prostřednictvím zvyšování zdravotní gramotnosti a cílených preventivních programů. V porovnání s evropským průměrem je na tom Česká republika hůře. U mužů zde v roce 2022 připadalo 287 preventabilních úmrtí na 100 000 mužů, zatímco u žen to bylo 112 na 100 000. Mezi tři nejčastější příčiny preventabilních úmrtí v Evropě patří rakovina plic, která si vyžádala 43 úmrtí na 100 000 mužů a 21 úmrtí na 100 000 žen, ischemická choroba srdeční s 28 úmrtími na 100 000 mužů a 8 úmrtími na 100 000 žen, a covid-19, který vedl k 22 úmrtím na 100 000 mužů a 12 úmrtím na 100 000 žen. Tyto údaje podtrhují význam prevence, zejména v oblasti životního stylu, screeningu a edukace veřejnosti.
- **Subjektivní vnímání zdravotního stavu.** Česká populace subjektivně vnímá svůj zdravotní stav jako dobrý až velmi dobrý v relativně vysokém procentu, tj. z více než 66 % (SILC, 2024). Ačkoli jde o vysoký podíl populace, stále je to hodnota mírně podprůměrná ve srovnání s vyspělými zeměmi EU. Pozitivní hodnocení vlastního zdravotního stavu prudce klesá s věkem a u osob starších než 65 let již dosahuje pouze 28 %.
- Mezi zásadní ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva bezpochyby patří **indikátory reprodukčního zdraví populace**. Prenatální péče o těhotné ženy je v ČR dlouhodobě na vysoké úrovni. Dokládá to například časování prvních návštěv v souvislosti s těhotenstvím u praktického lékaře – gynekologa. Více než 80 % žen absolvuje první prohlídku již mezi 1.–12. týdnem těhotenství. Z dalších ukazatelů tohoto segmentu populačního zdraví lze vybrat následující:

Hodnoty **kojenecké úmrtnosti**, tedy počet zemřelých do jednoho roku věku na 1000 živě narozených, vykazuje ČR ve srovnání s evropskými zeměmi jedny z nejnižších. Od roku 1985 je hodnota kojenecké úmrtnosti v ČR nižší než průměrná hodnota v EU. V roce 2024 činila kojenecká úmrtnost 2,3 ‰ (2,3 zemřelých do 1 roku na 1000 živě narozených).

Porodní hmotnost je jedním ze základních ukazatelů viability narozeného a do značné míry determinuje jeho poporodní adaptaci. Podíl dětí s nízkou porodní hmotností do 2500 g („*nedonošenost*“) v posledních letech mírně klesá, pohybuje se okolo 7 % narozených (6,4 % v roce 2024). Rizikové porody, tedy porody dětí s nízkou porodní hmotností, jsou v ČR vysoce centralizovány do perinatologických a intermediárních center. Je to velmi pozitivní jev, který se významně podílí na kvalitě péče o tyto děti.

ČR zároveň předstihuje ekonomiky střední a východní Evropy, pokud jde o **celkové výsledky zdravotní péče**, jako je například míra přežívání po hospitalizaci z důvodu ischemické cévní mozkové příhody. Již sama celková hospitalizační mortalita je v ČR relativně nízká a nepřesahuje hranici 3 %. V čase jde o hodnotu neměnnou, pohybující se kolem hodnoty 2,4 %. Zlepšující se výsledky zdravotní péče v ČR nejlépe dokládají mezinárodní srovnávací studie kvantifikující přežití dosahované u onkologických pacientů. Studie EUROCARE-5 přinesla pozitivní zprávy pro českou onkologii. Úspěšnost léčby pacientů se zhoubnými nádory se obecně zvyšuje a u většiny diagnóz se hodnoty pětiletého relativního přežití blíží evropskému průměru nebo jsou těsně pod ním. Zároveň jsou výrazně nad hodnotami dosahovanými v ostatních státech bývalého východního bloku. Významné pozitivní trendy jsou zaznamenány zejména u pacientů diagnostikovaných se zhoubným novotvarem prostaty, ledviny a u pacientů se zhoubným nádorem tlustého střeva a konečníku, dále pak u pacientek se zhoubným novotvarem prsu, u pacientů se zhoubným melanomem kůže a zhoubným nádorem štítné žlázy.

Časový vývoj hodnot výše uvedených ukazatelů populačního zdraví lze jednoznačně interpretovat jako výsledek zlepšující se úrovně zdravotní péče v ČR. Zároveň je nutné zdůraznit, že v řadě ukazatelů existuje významný prostor k dalšímu zlepšování, přičemž tato výzva neznamena pouze absolutní zlepšování populačních průměrných hodnot. Z tohoto hlediska je totiž rovněž velmi **podstatná variabilita hodnot ukazatelů mezi regiony ČR**. Tyto rozdíly se týkají i tak významného parametru, jako je střední délka života při narození:

- Nejvyšší střední délka života při narození u mužů i žen byla za roky 2023–2024 zjištěna v hlavním městě Praze (muži 78,8 let, ženy 84,4 let). Naopak nejnižší střední délkou života při narození se vyznačoval v případě mužů i žen Ústecký kraj (muži 75,0 let, ženy 80,9 let). Rozdíl mezi krajem s nejvyšší a nejnižší střední délkou života činí 3,8 roku v případě mužů a 3,5 roku v případě žen.
- Zjištěné rozdíly mezi regiony ČR jsou podstatné a statisticky významné. Hodnoty střední délky života tak mohou ukazovat na problémy životního stylu, nedostatečnou prevenci vážných chorob a také na rozdílnou dostupnost zdravotní péče v některých regionech. Jde o faktor hodný zřetele při formování zdravotních politik a strategií v jednotlivých regionech. Nicméně tento ukazatel je významně ovlivněn i historickým vývojem životních podmínek, životního stylu a zdravotní péče v regionech a určitou roli zde může hrát také migrace.

V porovnání s většinou ostatních zemí EU je dostupnost lékařské péče ve všech regionech relativně vysoká, a proto rozdíly ve výsledcích v oblasti zdraví, s největší pravděpodobností, odrážejí regionální rozdíly v socioekonomických podmínkách. Střední délka života významně negativně koreluje s mírou registrované nezaměstnanosti a podílem obyvatelstva s pouze základním vzděláním. Počet ambulantních či nemocničních lékařů však vykazuje pouze slabou pozitivní korelaci se střední délkou života, což odráží celkově vysokou dostupnost lékařské péče napříč regiony.

Pochopení faktorů, které způsobují regionální rozdíly zdravotních výsledků, je důležité pro vypracování cílených politicky řízených řešení. Dosavadní práce OECD zaměřená na efektivitu sektoru zdravotní péče v různých zemích vedla ke zjištění, že hlavními vysvětlujícími faktory jsou systémy správy a institucionální prvky a dále charakteristiky týkající se životního stylu a socioekonomického prostředí. Na všechny regiony v rámci téže země se vztahují tytéž rámcové podmínky – například institucionální uspořádání, právní a jiné předpisy –, takže rozdílné zdravotní výsledky pravděpodobně pramení ze strukturálních odlišností. V závislosti na tom, jaké faktory vedou k rozdílu ve výsledcích v oblasti zdraví, je nutné vypracovat cílené politiky. Vyplývají-li například pozorované odchylky ve zdravotních výsledcích ze sociodemografických charakteristik, politiky zaměřené na zvyšování zdravotní gramotnosti ohrožených skupin obyvatel mohou vést k vyrovnanějším výsledkům.

V rámci okresů ČR se střední délka života významně liší. Geografické pokrytí poskytovatelů zdravotních služeb je rozloženo rovnoměrně. Rozdíly ve výsledcích v oblasti zdraví proto pravděpodobně odrážejí odlišnou kvalitu služeb, zdravotní stav obyvatelstva, nižší zdravotní gramotnost nebo prevalenci rizikových faktorů chování. Z těchto důvodů má velký význam meziresortní zaměření řady specifických cílů předloženého Strategického rámce Zdraví 2035, zejména pak integrace zdravotního, zdravotně sociálního a sociálního sektoru služeb.

Studium rozdílů ve zdravotním stavu obyvatel mezi regiony ČR odhalilo jako jeden z dalších velmi vlivných determinantů **nerovnoměrný regionální vývoj sociální a demografické skladby obyvatel**, resp. vnitro-republikovou asymetrickou migraci obyvatel.

Z analýzy trendových změn 2014–2024 je zřejmý odlišný vývoj v počtu obyvatel v jednotlivých částech ČR. Snížení počtu obyvatel v Moravskoslezském (-2,9 %), Karlovarském (-2,2 %), Ústeckém (-1,9 %) a Zlínském kraji (-1,1 %). V ostatních krajích pak zejména na úrovni okresů v Domažlicích (-8,5 %), Jeseník (-7,7 %), Karviná (-6,9 %), Bruntál (-6,5 %), Sokolov (-5,7 %), Most (-5,6 %) a Děčín (-4,3 %). Výrazné nárůsty zaznamenaly vlivem migrace zejména Středočeský kraj (11,5 %), Hl. m. Praha (10,9 %), Plzeňský (6,6 %) a Jihomoravský kraj (4,7 %).

Migrace obyvatel v ČR mezi rokem 2014 a 2024 má kladné saldo především v okolí velkých měst. Při porovnání krajských měst byl zaznamenán největší celkový nárůst v počtu obyvatel v Praze a jejím okolí, dále v Brně, Liberci, Plzni, Hradci Králové, Pardubicích, Jihlavě, Olomouci. Záporné saldo migrace měly v uvedeném období pouze okresy Karviná, Bruntál, Jeseník, Sokolov a Děčín. Lze očekávat, že bez intervencí státu k udržení obyvatel v menších městech může docházet k přetlaku na zdravotní služby v některých krajských městech, kde je saldo migrace výrazně kladné. To se týká především Prahy, kde jsou z velké části využívány zdravotní služby i obyvateli Středočeského kraje a dalších regionů. V důsledku meziregionální migrace je podíl vysokoškolsky vzdělaných lidí v krajích ČR velmi nerovnoměrně rozložený, což může nepřímo negativně ovlivňovat i dostupnost zdravotní péče (problémy s dostupnou kapacitou lékařů v krajích s nízkým podílem vysokoškoláků).

Střední délka života v okresech ČR významně negativně koreluje s mírou registrované nezaměstnanosti a podílem obyvatelstva s pouze základním vzděláním. Výsledky dosud

provedených analýz tak ukazují na význam preventivních programů a programů zvyšování zdravotní gramotnosti zejména v sociálně slabších skupinách obyvatel.

Globální změny akcelerovaly potřebu ochrany kritické infrastruktury, proto je, stejně jako v celém evropském regionu, nutno i v České republice adekvátně reagovat v oblasti řízení a rozvoje lékové politiky. Kromě mitigace zranitelnosti vhodně vybraná a realizovaná opatření přispějí i k ekonomické transformaci České republiky při rozvoji sektorů s vysokou přidanou hodnotou.

2.1.2 Faktory determinující potřeby zdravotní péče v budoucnosti

Tato kapitola stručně shrnuje hlavní faktory přímo či nepřímo determinující zdravotní stav české populace a určující budoucí vývoj potřeb. Detailní informace týkající se vybraných faktorů jsou ve vazbě na plánovaná opatření popsány v částech věnovaných jednotlivým specifickým cílům Strategického rámce Zdraví 2035.

Jednoznačně nejvýznamnějším faktorem je **stárnutí české populace**. Struktura populace s vysokým podílem starších obyvatel jak u mužů, tak i u žen je významným faktorem určujícím budoucí vývoj českého zdravotnictví a očekávatelné potřeby zdravotních a sociálních služeb. Průměrný věk populace českých mužů byl ke konci roku 2024 41,6 let, u žen 44,5 let. U pětiny obyvatel věk přesahuje 64 let. Demografické predikce ukazují ([Projekce obyvatelstva České republiky - 2023–2100 | Produkty](#)), že v následujících třiceti letech dojde k významnému nárůstu podílu obyvatel starších než šedesát let a obyvatel starších než 65 let. S tímto vývojem bude nevyhnutelně spojena vyšší nemocnost typická pro populaci seniorů. Populační modely v souvislosti s tím ukazují na očekávatelný nárůst počtu pacientů se zhoubnými nádory, nemocemi oběhové, svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně a s diabetem. Podstatný bude rovněž růst počtu nemocných seniorů s neurodegenerativními onemocněními (demence, Alzheimerova choroba apod.). Tato podstatná část populace bude potřebovat dlouhodobou a téměř celodenní zdravotně sociální péči. Budoucí demografický vývoj české populace tak bude výzvou i pro segment paliativní medicíny a obecně i pro segment zdravotně sociálních služeb v závěru života.

Index stárí vyjadřuje počet seniorů ve věku 65+ na 100 dětí ve věku 0–14 let. Ve stárnoucí české populaci hodnota indexu stárí dlouhodobě významně narůstá, a to i přesto, že se podíl osob ve věku 0–14 let do roku 2022 vrátil na úroveň 16 % z roku 2000. Nicméně pokles už započal a v roce 2024 činí podíl dětí 15 % a dle projekce z roku 2023 se do roku 2040 očekává postupné snížení podílu dětské složky obyvatel na nejnižší očekávanou úroveň 12 %. Naopak podíl seniorů starších než 65 let (21 % v roce 2024) roste konzistentně a významněji a dlouhodobé predikce dokládají další pokračování stárnutí populace ČR. Do roku 2050 lze očekávat nárůst podílu seniorů až na 29 % a index stárí se zvýší ze současných 133 z roku 2024 na 219 seniorů na 100 dětí, tj. o 64 %.

Index závislosti vyjadřuje počet seniorů ve věku 65+ na 100 obyvatel v produktivním věku 15–64 let. Tento ukazatel v roce 2024 dosahuje hodnoty 32,4 seniorů na 100 osob v produktivním věku. Dle poslední dostupné projekce z roku 2023 vzroste tento ukazatel do roku 2050 až na hodnotu 49,5 seniorů na 100 osob v produktivním věku, tj. o 53 %.

Relativní struktura obyvatelstva ČR viditelně ukazuje tři zásadní věkové třídy, jejichž další posun v čase bude mít významný dopad na zdravotnický systém. Jde o velmi četnou třídu obyvatel ve věku 65–75 let a zejména ve věku 45–55 let. První skupina seniorů zatíží zásadně potřebu dlouhodobé, domácí a paliativní péče do roku 2040. Mladší a výrazně početnější populační kategorie 45–55 zestárne do věku 65 a více let do roku 2045, tj. v následujících 10–20 letech, a nevyhnutelně také významně znásobí potřebu zdravotně sociálních služeb. Velmi podstatný je také propad počtu obyvatel ve věku 20–30 let, který v důsledku odkládání dítěte

do vyššího věku matky vytvořil demografické riziko nedostatku osob v produktivním věku už v následujících 10 letech. S ohledem k celkově nízké porodnosti jsou následující věkové skupiny dětí a mladistvých také výrazně méně početné než nastupující výše uvedené generace seniorů.

Tlak na změnu struktury nabízených zdravotních a sociálních služeb dále zesílí **predikované prodloužení střední délky života**. Podle střední varianty demografické projekce ČSÚ se střední délka života při narození bude zvyšovat a v roce 2050 by měla dosahovat hodnoty 82,2 let pro muže a 87,1 let pro ženy. Tento pozitivní vývoj musí být podpořen zvyšováním zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za své zdraví. Je nezbytné se střední délkou života prodloužovat i dobu života ve zdraví. Delší střední doba života s sebou ovšem přinese i nový rozměr zdravotních problémů stárnoucí populace.

Jako příklad lze uvést významný epidemiologický trend, který bude v budoucnosti podstatně zvyšovat onkologickou zátěž populace, a sice výskyt vícečetných malignit u onkologických pacientů. Významně se zlepšující výsledky protinádorové léčby vedou k signifikantně delšímu přežití onkologických pacientů a tito tak s rostoucí pravděpodobností onemocní dalšími primárními nádory. **Tato sekundární incidence nádorů již v současnosti tvoří téměř 20 % celkové incidence zhoubných novotvarů.** Rostoucí incidence následných zhoubných novotvarů u pacientů již léčených pro nádorové onemocnění se týká všech nádorových skupin. Velmi podstatné zjištění je, že významně vysoký podíl následných malignit u onkologických pacientů je stále zjišťován v pokročilých stadiích, a to při dostatečném čase na jejich včasný záchyt. **Tato situace je výzvou ke změnám v organizaci onkologické péče a k posílení screeningu u onkologických pacientů.**

Dopad stárnutí populace již dnes představuje významnou výzvu pro kapacitu poskytování dlouhodobé a následné péče. Poptávka po dlouhodobé péči v České republice v posledních letech výrazně vzrostla. Dosavadní organizace a financování této péče nebyly schopny absorbovat takový nárůst.

Sociální a zdravotní aspekty dlouhodobé péče mají odlišnou strukturu organizace a financování (MZD a MPSV). Navzdory úsilí o posílení spolupráce mezi oběma ministerstvy s cílem optimalizovat efektivitu péče o pacienty existují podstatné rozdíly ve financování, které vytvářejí negativní pobídky při využívání nemocničních zařízení. Rezidenční zařízení dlouhodobé péče a ostatní sociální služby jsou financovány ze státního, krajského nebo obecního rozpočtu, zatímco poskytovatelé dlouhodobé lůžkové péče jsou financováni především prostřednictvím zdravotního pojištění.

Nedostatečná koordinace a rozdílné úhrady zdravotní péče poskytované v nemocnicích a zařízeních dlouhodobé sociální péče přispívají k neefektivnímu využívání nemocničních služeb a pobytových služeb sociální péče. U zdravotních služeb byly například poplatky hrazené pacienty zrušeny, zatímco u sociální péče existují úhrady za pobyt a stravu, a tento stav motivuje k vyhledávání dlouhodobé péče v rámci nákladnější zdravotní péče, a nikoli sociální péče. To vedlo k nadužívání dlouhodobé lůžkové péče. Míra obsazenosti těchto nemocničních lůžek je velmi vysoká. Jedním z důvodů vysoké průměrné délky hospitalizace může být nedostatek míst v pobytových zařízeních sociální péče. Tuto situaci dále zhoršuje politika úhrad, která je výhodnější v systému zdravotní péče a je založena na denních úhradách, což motivuje k delší hospitalizaci.

Je zapotřebí podporovat rozvoj pečovatelských zařízení a harmonizovat politiku úhrad zdravotní péče poskytované v nemocnicích a jiných zařízeních. Krajské úřady je vhodné motivovat k zajištění dostatečného počtu institucí dlouhodobé péče na jejich území,

a to s přihlédnutím k budoucímu vývoji. Rozvoj komplexní domácí péče nabízí alternativu k hospitalizaci. Domácí péčí je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Jedná se o zdravotní službu poskytovanou všeobecnými sestrami na základě indikace lékaře a hrazenou zdravotními pojišťovnami. Rozvoj komplexní domácí péče by měl být upřednostňován jako alternativa k dlouhé hospitalizaci. Úroveň příspěvku na sociální péči by měla zohledňovat potřebnost, aby se zajistilo, aby jedinci mající zájem nastoupit do zařízení sociální péče, si toto mohli dovolit. Za účelem omezení nadměrného nárůstu nákladů zařízení sociální péče lze s těmito zařízeními nastavit smluvní politiku ohledně stanovení cen.

2.2. Analytické zdůvodnění specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2035

Specifické cíle Strategického rámce Zdraví 2035 byly nastaveny s ohledem na aktuální potřeby a slabá místa systému poskytování zdravotních služeb v ČR. Hlavní cíle a s nimi související aktivity vycházejí z provedeného auditu dostupných datových zdrojů českého zdravotnictví a z mezinárodních komparací, které jasně ukázaly rezervy v organizaci, dostupnosti i výkonnosti sítě poskytovatelů. Objektivní závěry analytických rozborů se však netýkají pouze organizace péče, ale jsou také výzvou pro změnu postoje české populace v odpovědnosti za vlastní zdraví a silným podnětem k posilování zdravotní gramotnosti. Tato kapitola shrnuje hlavní závěry analytických rozborů dat ve formě zdůvodnění potřebnosti a významu nastavených cílů Strategického rámce Zdraví 2035.

Gender coby sociálně konstruovaný systém, představuje jeden z nejvýznamnějších strukturálních determinant zdraví a souvisejících nerovností. Předurčuje zdravotní chování, přístup k péči a v důsledku také zdravotní výsledky.²⁵ Interaguje s ostatními determinantami zdraví, jako je ekonomické postavení, vzdělání, nebo bydlení aj. Nerovnosti ve společnosti, včetně těch genderových, tedy ovlivňují možnosti jednotlivců a jednotlivkyň pečovat o vlastní zdraví, pociťované zdraví i dostupnost a přístupnost zdravotní péče.

2.2.1 Specifický cíl 1.1 – Primární prevence a ochrana veřejného zdraví

Význam tohoto specifického cíle vyplývá z dostupných mezinárodních srovnání a národních statistických šetření, a z vyhodnocení epidemiologické situace v ČR.

V současné době rostou nároky na vytvoření funkčního a udržitelného systému epidemiologické bdělosti a připravenosti systému ochrany veřejného zdraví na řešení možných hrozeb v oblasti infekčních onemocnění, a to nejen nových, ale i znovu se opakujících. Klesající proočkovanost a narůstající antimikrobiální rezistence spolu s postupující globalizací, a s ní souvisejícím pohybem obyvatelstva zvyšují riziko přeshraničních hrozeb pro veřejné zdraví.

Je zřejmé, že vedle nových nepředvídatelných hrozeb (např. covid-19) mají na zdravotní stav obyvatelstva výrazný vliv i další níže zmíněné rizikové faktory a vzorce chování. V populaci ČR přibývá osob, které se nacházejí v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu (v důsledku chronických a nevyléčitelných chorob, stárnutí, stále relativně krátké době života ve zdraví). Ačkoli hlavním faktorem zvyšujícím nemocnost populace je demografické stárnutí, velký podíl zde má i špatný životní styl a silný vliv rizikových faktorů, jako je konzumace alkoholu, užívání tabáku, nesprávné stravovací návyky, nedostatek pohybových aktivit apod. ČR má míru úmrtí na preventabilní onemocnění zřetelně vyšší (285 na 100 000 obyvatel), než je průměr EU27 (216 na 100 000 obyvatel).

²⁵ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7796005/> nebo https://eige.europa.eu/publications-resources/toolkits-guides/gender-equality-index-2019-report/7-domain-of-health?language_content_entity=en

GRAF 6 PODÍL DĚTÍ NAROZENÝCH V DANÉM ROCE A OČKOVANÝCH ALESPŮŇ JEDNOU DÁVKOU OČKOVACÍ LÁTKY PROTI PNEUMOKOKOVÉ INFEKCI DO 1 ROKU VĚKU V LETECH 2012–2024



Zdroj: ÚZIS

Reprezentativní šetření o úrovni **proočkovanosti české populace** ukazují na klesající proočkovanost. V oblasti očkování je v současnosti také velký prostor pro zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti obyvatelstva. Hlavní nálezy analýz lze shrnout následovně:

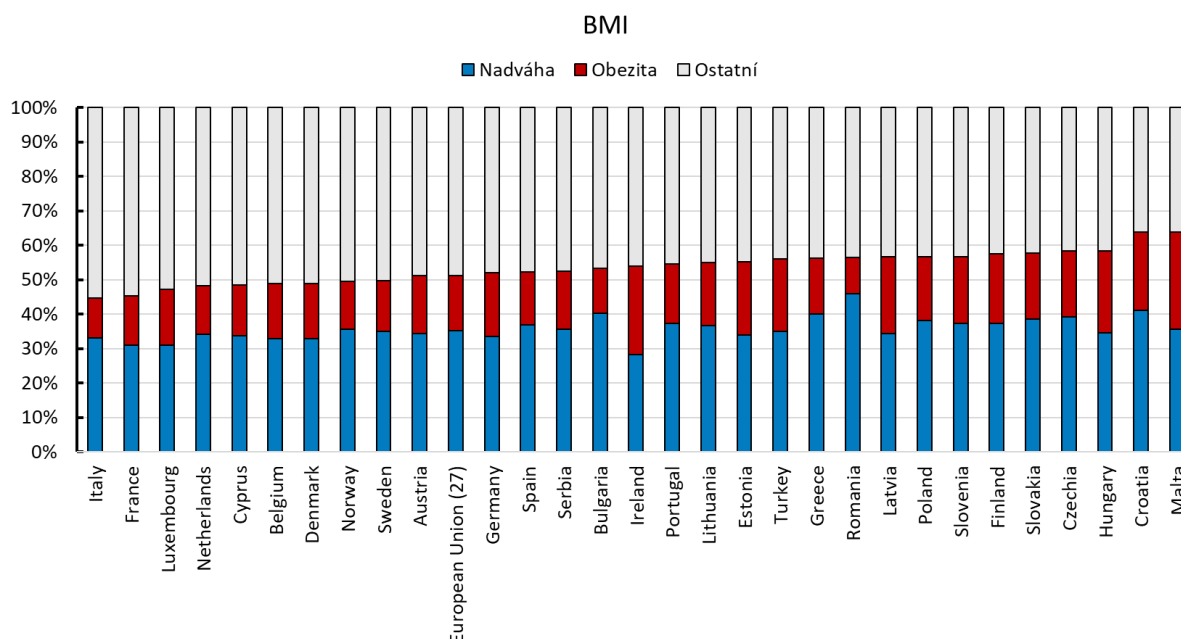
- Proočkovanost dětí do 1 roku věku narozených v období 2017–2023 proti pneumokokové infekci se zvyšuje (z 66,3 % na 75,5 %). Pro děti narozené v roce 2023 a očkované do 1 roku/let věku je viditelná velká heterogenita očkování podle kraje bydliště (regionu).
- Proočkovanost dětí na spalničky, zarděnky a příušnice do dvou let narozených v letech 2020–2022 mírně roste (z původních 81,3 % na 83,7 %). Je viditelná heterogenita v regionech ČR, avšak významně nejnižších hodnot dosahuje populace v Praze, tj. 73,8 %.
- Proočkovanost dívek proti papilomavirům od roku narození 2003 do roku narození 2010 roste (z 62,5 % na 77,6 %). Proočkovanost chlapců proti papilomavirům od roku narození 2005 do roku narození 2010 také roste (z 31,2 % na 56,1 %).
- Proočkovanost seniorů nad šedesát pět let věku proti chřipce dosahuje celorepublikově v sezóně 2024–2025 24,5 % a v čase v sezónách 2020–2025 stagnuje. Avšak ve shodě s dalšími ukazateli proočkovanosti i zde pozorujeme značné rozdíly mezi regiony ČR. Nejnižší regionální hodnoty padají pod 21 % a naopak nejvyšší přesahují hranici 29 %.
- Proočkovanost seniorů nad šedesát pět let věku proti chřipce u pacientů s vybranými onemocněními v letech 2019–2025 stagnuje, avšak u žádného ze sledovaných onemocnění výrazně nepřevyšuje 35 %.

Úroveň zdravotní gramotnosti. ČR zaostává za průměrem evropských zemí nejen v celkové úrovni zdravotní gramotnosti, ale také v jednotlivých oblastech zdravotní gramotnosti. Zvláště nepříznivá situace je v oblasti podpory zdraví, tedy ve schopnosti získat informace týkající se chování posilujícího zdraví, schopnosti vyhodnotit je, interpretovat je a chovat

se v intencích těchto informací. Ačkoli jsou průměrné hodnoty zdravotní gramotnosti dosahované českou populací ve standardizované škále mírně nadprůměrné (třicet bodů z celkových padesáti), situace není uspokojivá. Celkově lze u více než 40 % respondentů hodnotit zdravotní gramotnost jako problematickou až neadekvátní, v případě dimenze „podpora zdraví“ vykazuje toto snížené hodnocení až 60 % občanů ČR. Podle průzkumu z roku 2014 se různé části české populace značně liší v úrovni zdravotní gramotnosti. Podle očekávání zdravotní gramotnost klesá s věkem a roste s úrovní vzdělání a sociálním statutem. Výsledky ukazují na nutnost vyšší osvěty zejména v rizikových skupinách obyvatelstva.

Významná prevalence rizikového chování a vliv rizikových faktorů. Z dat „Global Health Observatory Data Repository“ vyplývá, že česká populace v podílu dospělých s obezitou obsazuje čelní pozice v mezinárodních srovnáních. Relativní podíl obézních obyvatel dosahuje 26 % a v čase významně narůstá. Vysoký podíl preobézních až obézních lidí v ČR a jejich stoupající podíl v čase je jedním z významných problémů zdravotnictví. Provedené mezinárodně srovnatelné populační predikce předpovídají v české populaci další růst prevalence obezity, a to pro rok 2030 až k hranici 35 %. Z dosavadních trendů a tempa růstu prevalence obézních osob lze rovněž věrohodně predikovat růst incidence řady vážných zdravotních problémů a onemocnění, zejména diabetu. S vysokou prevalencí obezity úzce souvisí i vysoký podíl dospělých bez dostatečného množství pohybových aktivit. Podle dat mezinárodních srovnání WHO jde až o 25 % české populace. Za zvláště alarmující je nutné považovat data dokládající vysokou prevalenci obezity u relativně malých dětí (dostupné standardizované průzkumy ukazují na hodnoty vyšší než 22–25 %). Jde o problém, kterému čelí populace a zdravotnické systémy většiny vyspělých západních států. ČR patří v rámci EU ke státům s nejmenší konzumací ovoce a zeleniny. Nesprávné stravovací návyky provází naopak vysoký denní příjem soli, který se u dospělé populace v ČR blíží hranici 14–15 g / den, což je dávka až třikrát překračující doporučený denní limit (doporučení WHO/FAO). Z dostupných mezinárodních srovnání WHO je česká populace v tomto parametru mezi cca pěti státy s nejvyšším naměřeným příjmem. Tyto skutečnosti mají negativní vliv na zdravotní stav české populace.

GRAF 7 POROVNÁNÍ BMI POPULACE



Zdroj: EHIS 2019

Expozice návykovým látkám v kontextu působení dalších nepříznivých socioekonomických faktorů představuje významnou zdravotní a sociální determinantu, dokáže významně ovlivnit naději dožití i přispět k sociálnímu vyloučení. Vliv užívání návykových látek, dalších forem rizikového chování a socioekonomických determinant zdraví (chudoba, nezaměstnanost, ztráta sociální koheze, nízká dostupnost zdravotní péče) se přitom syndemicky vzájemně kombinují a potencují.

Ve vyspělých zemích zaujímá užívání návykových látek na pomyslném žebříčku rizikových faktorů zdraví přední místa, např. užívání tabáku je v nejvyspělejších zemích nejvýznamnějším rizikovým preventabilním faktorem.

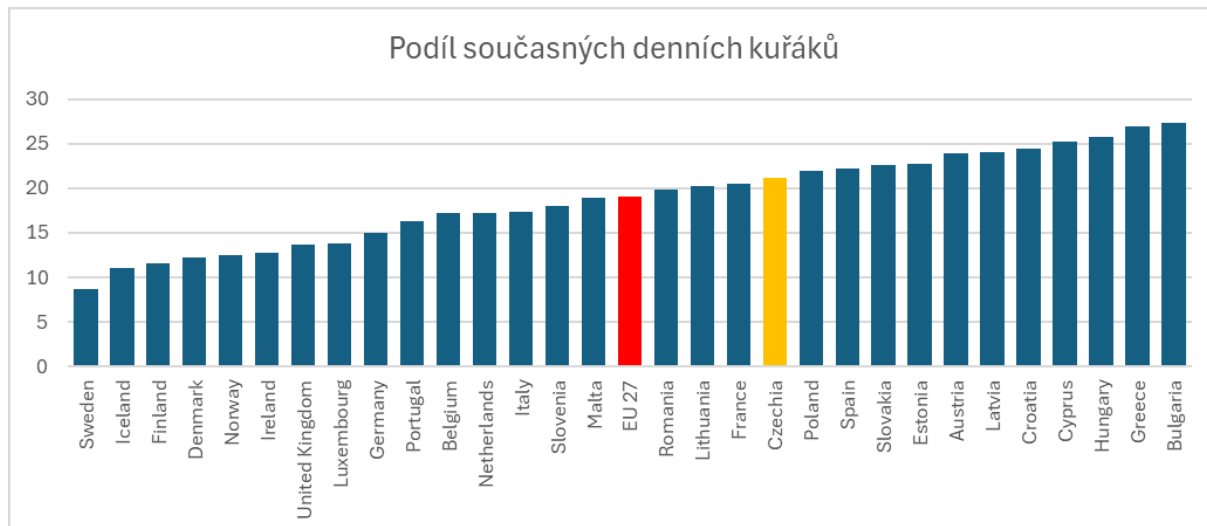
Míra současného kouření (v posledních třiceti dnech) v dospělé populaci (15+) je přibližně 25–30 %. Míra denního kouření (denně či téměř denně) je přibližně 18–25 %. Lze pozorovat dlouhodobě mírně klesající trend kouření v dospělé populaci, který v posledních letech stagnuje. Zkušenosti s užíváním tabáku uvádí více než polovina třináctiletých a tři čtvrtiny patnáctiletých. Pravidelnými kuřáky je více než 20 % patnáctiletých. Zkušenosti s kouřením tabáku mezi dospívajícími se snižují. Prudce však narůstají zkušenosti s elektronickými cigaretami a dalšími nově vznikajícími tabákovými a nikotinovými výrobky právě v nejmladší věkové kategorii osob do 24 let, což je věková kategorie, která přímo ovlivňuje, jakým směrem se bude „tabáková epidemie“ v budoucnu vyvíjet. Alespoň jednou měsíčně užívalo elektronické cigarety v roce 2024 celkem 13,9 % osob starších 15 let (v roce 2023 to bylo 11,1 %). Avšak ve věkové kategorii 15–24 let je užívalo v roce 2024 celkem 25,3 % osob (v roce 2023 bylo procento vyšší, a to 30 %). Nikotinové sáčky bez obsahu tabáku užívalo v roce 2024 alespoň jednou měsíčně celkem 4,9 % osob starších 15 let (v roce 2023 to bylo 2,9 %). Avšak stejně jako u elektronických cigaret, je také u nikotinových sáčků patrné nejvyšší zastoupení osob z nejmladší věkové kategorie do 24 let, kdy je v roce 2024 užívalo 15,4 % osob (v roce 2023 celkem 11,5 % osob). Podobný trend je patrný také u zahříváných tabákových výrobků.

Podle výsledků Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách ESPAD 2024 v ČR mezi šestnáctiletými studenty roste podíl těch, kteří užívají alternativní tabákové a nikotinové výrobky. Zatímco klasické cigarety denně podle této studie kouří 6 % dospívajících, e-cigarety – bez ohledu na to, zda obsahovaly nikotin – užívá denně 15 % studentů. Klasické cigarety i e-cigarety užívají častěji dívky, zatímco nikotinové sáčky jsou oblíbenější mezi chlapci. Ukazuje se, že užívání e-cigaret je u českých dospívajících vyšší než mezi jejich evropskými vrstevníky.

Některý z tabákových nebo nikotinových výrobků v současnosti užívá 37 % dospívajících. Vysoký podíl mladistvých užívajících tabákové, nikotinové a související výrobky je problémem, který přispěje k budoucí zátěži českého zdravotnictví. Tabákovému kouří v prostředí je sekundárně exponována přibližně jedna pětina populace. Problém je i vzrůstající míra expozice nejen dospělých ale i dětí aerosolům z elektronických cigaret atd. ve vnitřním prostředí.

Jakkoliv je trend je mírně sestupný, v mezinárodním srovnání vykazuje ČR stále nadprůměrný podíl denních kuřáků.

GRAF 8 PODÍL DENNÍCH KUŘÁKŮ – MEZINÁRODNÍ SROVNÁNÍ

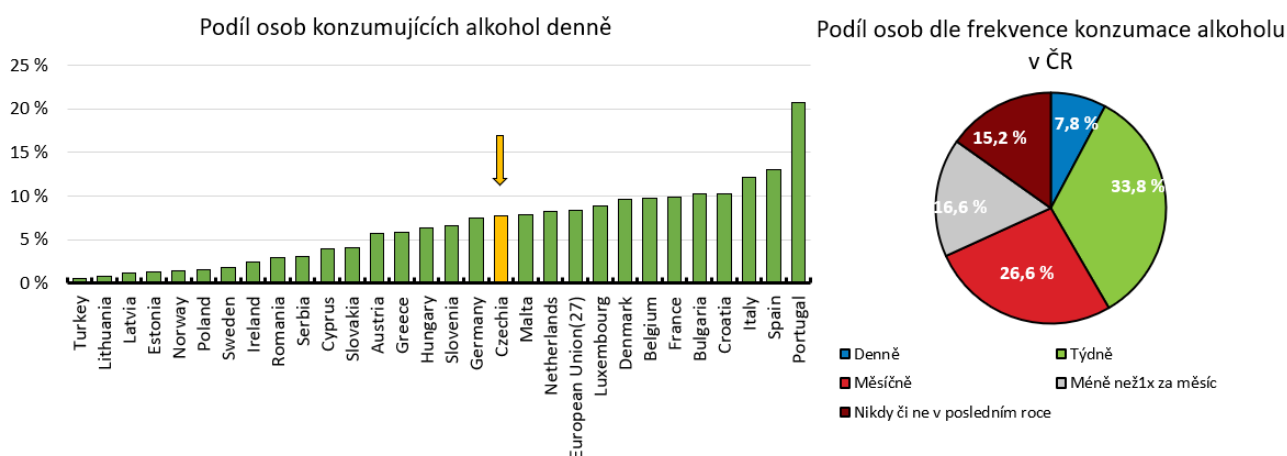


Zdroj: EHIS, 2019

Rovněž vysoký podíl rizikové konzumace alkoholu (14,9 %) je závažným problémem české populace. Užití alkoholu v životě uvádí více než 96 % populace a 82 % dospělé populace uvedlo užívání alkoholu za poslední rok. Vyšší prevalence užívání alkoholu je sledována mezi muži (87–89 %) než mezi ženami (76–78 %). Přibližně 70 % dospělých uvedlo užívání alkoholu v posledních třiceti dnech.

Mezi dětmi a dospívajícími byl v posledních letech zaznamenán pokles užívání alkoholu. V ČR je však spotřeba alkoholu velmi vysoká a užívání alkoholu patří mezi nejrozšířenější rizikové chování dospívajících, kteří mají zkušenost s alkoholem již ve velmi nízkém věku. Podíl dětí, které v průzkumech uvádějí konzumaci jednoho druhu alkoholu alespoň jednou týdně, narůstá již od věku 10–11 let (10 % chlapci, 5 % dívky) a v patnácti letech věku dosahuje 44 % u chlapců a 33 % u dívek. ČR se tak v mezinárodních průzkumech (např. studie ESPAD) řadí na přední příčky v konzumaci alkoholu u adolescentů.

GRAF 9 KONZUMACE ALKOHOLU – MEZINÁRODNÍ SROVNÁNÍ.



Zdroj: EHIS, 2019

Také riziková konzumace konopí je v ČR velmi rozšířená a zasahuje i věkové kategorie adolescentů. Podle dostupných mezinárodních průzkumů týkajících se dětí ve věku patnácti let vyzkoušelo v ČR konopí až 30 % této populace, přičemž tento podíl je shodný pro dívky i chlapce.

V r. 2023 zkušenost s užitím nelegální drogy někdy v životě uvedla 28,8 % populace ve věku 15–64 let (36,6 % mužů a 21,2 % žen. Mezi dětmi a mládeží aktuálně klesá míra užívání návykových látek, zkušenosti s užíváním nelegálních drog mezi dětmi a mládeží jsou poměrně nízké.

Užívání nelegálních drog v posledních 30 dnech je v populaci 15+ let na minimální úrovni a s výjimkou konopných látek (4,9 %) nepřesahuje hranici 0,7 %. Ve věkové skupině 15–34 let se nad touto hranicí pohybovalo užití extáze (2,2 %) a halucinogenních hub (0,8 %). Ve srovnání s předchozí vlnou studie došlo v r. 2023 v populaci 15+ let k mírnému snížení míry aktuálního užívání konopných látek (tj. v posledních 12 měsících), a to jak u mužů (12,8 % v r. 2020 vs. 11,2 % v r. 2023), tak u žen (4,6 % vs. 3,8 %).

Podíl uživatelů nelegálních drog v kontaktu se systémem péče je poměrně vysoký. V kontaktu s adiktologickými službami je odhadem 45 tis. uživatelů nelegálních drog ročně. Podrobnější charakteristiku současné situace v oblasti užívání návykových látek a jeho dopadů v ČR poskytuje např. Evaluace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. Současná situace v oblasti užívání návykových látek a jeho dopadů v ČR podtrhuje potřebu významné intervence mimo jiné v posilování zdravotní gramotnosti nebo v programech odvykání užívání tabáku/nikotinu apod. Komplexní soubor cílů a priorit v této oblasti je detailněji rozpracován v Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 a jejím Akčním plánem.

Do kategorie problematické spotřeby psychoaktivních léků, definované jako užívání léků po dobu delší než 6 týdnů, subjektivního pocitu nadužívání léků a/nebo získání léků bez lékařského předpisu, spadá odhadem 12–15 % dospělé populace, což odpovídá 1,1–1,4 mil. osob starších 15 let. Přibližně 9–13 % populace nadužívá sedativa a hypnotika, 6–7 % nadužívá opioidní analgetika. Častěji jde o ženy a osoby ve vyšším věku.“

Mezi rizikové faktory, které lidé sami ovlivňují svým chováním, patří i působení umělého světla v noci. Významný je vliv zejména modré složky světla, která negativně ovlivňuje cirkadiánní rytmus člověka, který je základním nástrojem synchronizace lidského organismu s vnějším prostředím. Jeho narušení je významným faktorem ovlivňující sekreci některých hormonů (melatoninu atd.) a následnou reakci organismu (zhoršení psychického zdraví, rozvoj civilizačních chorob atd.).

Podstatnou roli pro lidské zdraví hrají rizikové faktory vycházející z vnějšího prostředí, jako je vliv světla krátkých vlnových délek ve večerních a nočních hodinách a světelného znečištění obecně, znečištění jednotlivých složek životního prostředí, včetně problematiky mikroplastů, nanomateriálů aj. Nelze opomenout ani změnu klimatu a vliv z ní vyplývajících rizik pro lidské zdraví.

Z výše uvedených nálezů analýz je patrné, že primární prevence nemocí je oblastí, kterou je v ČR nutné zásadně posílit, a to zejména s ohledem na řadu rizikových ukazatelů zdravotního stavu obyvatel, jako je obezita, nezdravý životní styl, užívání tabáku/nikotinu, alkoholu apod. Je přitom nutné vytvořit dlouhodobější plán investic do této oblasti, neboť jejich návratnost nemusí být krátkodobá.

2.2.2 Specifický cíl 1.2 – Sekundární prevence a screeningové programy

Národní screeningové centrum ÚZIS ČR (dále jen „NSC“) zajišťuje metodickou, technickou, analytickou a koordinační podporu časného zachytu onemocnění v ČR. Za tímto účelem Vláda ČR v květnu 2025 schválila jako orgán odpovědný za koordinaci screeningových programů v České republice. Základní povinnosti a odpovědnosti NSC jsou promítnuty v dokumentu [Program Národního screeningového centra](#).

Pro zajištění dlouhodobé udržitelnosti a kvality screeningových programů v ČR je zásadní erudovaný multidisciplinární tým realizující své činnosti dle vědecky podloženého a všeobecně akceptovaného metodického rámce. Právě za tímto účelem NSC vytvořilo sérii metodických dokumentů, které definují jednotlivé fáze životního cyklu programů časného zachytu onemocnění (od posouzení návrhu programu a hodnocení zdravotnické technologie, realizaci pilotní fáze až po případnou implementaci do systému českého zdravotnictví včetně nastavení pravidelného monitoringu a evaluace programu). NSC poskytuje koordinační, metodické, administrativní a analytické zázemí pro řídicí orgány, které jsou zřízeny za účelem odborného zajištění specifických oblastí. Rada Národního screeningového centra zaštiťuje tvorbu koncepčních doporučení v oblasti řízení programů časného zachytu a prevence onemocnění v ČR a kontroluje naplňování národních strategií v této oblasti. Rada NSC se podílí na formulaci strategie Národního screeningového centra. Předsedou Rady NSC je ministr zdravotnictví, místopředsedou je ředitel ÚZIS ČR. Řídicí komise screeningových programů jsou zřízeny pro všechny celoplošné a některé připravované screeningové programy příkazem ministra zdravotnictví. Úkolem těchto řídicích komisí je koncepční řízení screeningového programu, koordinace zapojených odborností a průběžný monitoring programu a dále podílení se na tvorbě sítě screeningových pracovišť. Soustavné budování komplexní datové základny screeningových programů patří mezi nosné pilíře řízení kvality a efektivity screeningových programů založených na datech z reálné klinické praxe. Probíhá pravidelná evaluace screeningových programů. Je vytvořen funkční systém individuálních reportů pro poskytovatele zdravotních služeb v oblasti screeningových programů a veřejně dostupných analytických a informačních podkladů zpřístupněných na [datovém portálu screeningových programů](#) a v rámci jednotlivých webových stránek plošných screeningových programů (rozcestník je dostupný [zde](#)). NSC se též podílí na realizaci řady pilotních projektů časného zachytu potenciálně vhodných pro zavedení v systému českého zdravotnictví v rámci implementačních výzkumných aktivit. Dále spolupracuje na mezinárodních projektech a vědeckovýzkumných aktivitách. **Tento komplex činností vyžaduje silné personální a metodické zázemí, které je pro udržitelnost celého systému řízení sekundární prevence a jeho rozvoj zásadní.**

Díky **mamografickému screeningovému programu** se zvyšuje podíl časně zachycených karcinomů prsu a od zavedení screeningu došlo k poklesu mortality na toto zhoubné onemocnění o více než 30 %. Karcinom prsu je přesto stále druhou nejčastější nádorovou příčinou úmrtí (po nádorech plic) u žen v ČR. Screening ve dvouletém intervalu pokrývá přibližně 60 % žen ve věku 45-69 let, v rámci okresů sledujeme velkou variabilitu a v některých oblastech dosahuje pokrytí méně než 50 %. Většina žen přichází na screening se žádankou od gynekologa, role praktických lékařů je prozatím nižší. Téměř 60 % karcinomů prsu u žen ve věku nad 45 let je detekováno ve screeningu, více než 70 % těchto nádorů je neinvazivních nebo ve stadiu I; takové nádory je možné velmi dobře léčit s téměř 100% nadějí na pětileté relativní přežití.

Pokrytí **screeningem kolorektálního karcinomu** u cílové populace mužů a žen ve věku od 50 let se ustálilo na úrovni přibližně 30 %. V tříletém intervalu dosahuje úplné pokrytí cílové populace vyšetřeními hodnot okolo 50 %. Míra účasti na navazující kolonoskopii po pozitivním screeningovém testu na okultní krvácení do stolice (TOKS) se v čase pohybuje pouze mezi 60 a 70 %. V rámci indikátoru pozitivita screeningového TOKS došlo v posledních letech ke zvýšení positivity až na úroveň 10 %, což se projevilo i na nárůstu průměrné čekací doby na navazující TOKS+ kolonoskopii. I přes identifikované rezervy screeningového programu dochází dlouhodobě ke zřetelnému poklesu incidence i mortality (od zavedení screeningu v případě incidence o více než 30 % a u mortality o více než 45 %) kolorektálního karcinomu.

Screeningem karcinomu děložního hrdla je v tříletém intervalu pokryto 80 % žen ve věku 25-49 let, u žen nad 60 let klesá pod 65 %, což je spojeno s pokročilými onemocněními v této věkové skupině. Mezi ženami podstupujícími ve věku 35 a 45 let preventivní prohlídku podstupuje 76 % nově dostupný ko-test pro detekci vysokorizikových virů HPV. Incidence a mortalita karcinomu děložního hrdla za posledních 10 let poklesla o čtvrtinu, mortalita je však stále vyšší než v zemích západní a severní Evropy.

V lednu 2014 bylo v ČR prostřednictvím programu zdravotních pojišťoven zahájeno **adresné zvaní** té části populace, která spadá do rizikového věku a dosud se neúčastnila populačního screeningového programu zaměřeného na časnou detekci jednoho ze tří typů zhoubných nádorů, prsu, tlustého střeva a konečníku a děložního hrdla. Dosavadní systém adresného zvaní dosahuje relativně významné odezvy u poprvé pozvaných, s opakovanými pozvánkami nezapojeným občanům pak míra účasti významně klesá. Dosud získaná data ukazují na potřebu systém zvaní modifikovat – zejména u opakovaných pozvánek.

Zhoubné nádory plic a prostaty patří mezi populačně nejzávažnější nádorová onemocnění v ČR. Karcinom plic představuje s více než 5 tisíci úmrtí ročně (průměrně za období 2019–2023) nejčastější nádorovou příčinu úmrtí. Téměř 1 500 mužů ročně podlehnou karcinomu prostaty a v mužské populaci se tak jedná o třetí nejčastější nádorovou příčinu úmrtí. Aktuální vědecké poznatky podporují zavádění organizovaného časného zachytu karcinomu prostaty i plic. **Populační pilotní program časného zachytu karcinomu plic** byl zahájen v roce 2022. Cílovou populací pro zařazení do programu jsou bývalí či současní kuřáci ve věku 55-74 let se zátěží alespoň 20 balíčkoroků. Praktičtí lékaři odesílají osoby splňující vstupní kritéria k následnému vyšetření ambulantním pneumologem. Účastník je dále odeslán na screeningové nízkodávkové CT (LDCT) na akreditované radiologické pracoviště. V rámci programu osoby oslovuje praktický lékař a ambulantní pneumolog. V datech evidujeme zapojení 42 % zdravotnických zařízení s odborností praktický lékař a 98 % zdravotnických zařízení s odborností pneumologie. Oslovené osoby, které se rozhodnou do programu zapojit, dále pokračují dle algoritmu programu na návazná vyšetření u pneumologa a radiologa. K datu 30. 9. 2024 se do tohoto programu zapojilo celkem 39 369 osob – 29 757 osob bylo osloveno u praktického lékaře, 8 846 osob přišlo přímo na pneumologické vyšetření a 766 osob podstoupilo LDCT vyšetření bez návštěvy praktického lékaře či pneumologa. Z celkového počtu 11 752 osob s LDCT vyšetřením v období 1. 1. 2022 – 30. 6. 2024 mělo 3,7 % osob rizikový (pozitivní) výsledek, jednalo se o 433 osob. Z těchto 433 rizikových (pozitivních) pacientů na základě LDCT mělo prozatím 112 pacientů nahlášený záznam v aktuálně dostupných datech Národního onkologického registru (NOR), ve kterém jsou evidováni onkologičtí pacienti. Z těchto osob mělo 54 osob onemocnění diagnostikováno v časném a dobře léčitelném stadiu 1, deset osob ve stadiu 2 a 38 osob v pokročilých stadiích 3 a 4 (u 10 osob nebyl údaj o stadiu znám). Z dat vyplývá, že je třeba posílit jak zájem cílové skupiny obyvatel, tak zapojení praktických lékařů a zajistit průchodnost pacientů systémem od vstupu do screeningového programu až po management pozitivního zachytu či podezření na vedlejší zachyt jiného

onemocnění. **Populační pilotní program časného zachytu karcinomu prostaty** byl zahájen v lednu 2024. Cílovou populací jsou muži ve věku 50–69 let. Screeningové vyšetření PSA může nabídnout praktický lékař nebo ošetřující urolog, další postup se liší dle změřené hladiny PSA. V období leden až prosinec 2024 byl výkon managementu v rámci tohoto programu vykázán 149 454 mužům ve věku 50–69 let. Při uvažování pouze mužů, kterým byl rovněž vykázán i signální kód s výsledkem, lze sledovat pozitivitu 8,8 %. Další management pacientů s pozitivním výsledkem je třeba dále sledovat a hodnotit slabá místa průchodnosti pacienta systémem a přijímat nápravná opatření.

Mezi neonkologické programy v dospělém věku lze zmínit od roku 2025 zavedený program časného zachytu výdutě břišní aorty určený pro muže ve věku 65 až 67 let, či aktivity směřující k časnému zachytu osteoporózy či demence ve vyšším věku. Mezi screeningové programy novorozenců a dětí patří novorozenecký laboratorní screening, kde došlo díky pilotnímu projektu realizovaného NSC k rozšíření o dvě závažná onemocnění SMA (svalová atrofie) a SCID (poruchy imunity), screening sluchu novorozenců, screening sluchu v 5 letech, screening poruch autistického spektra a včasný zachyt očních vad u dětí. Důležitá jsou i preventivní vyšetření v průběhu těhotenství, jako je např. kombinovaný screening v I. trimestru těhotenství. Zásadní roli v časném zachytu rizikových faktorů u dětí i dospělých pak hrají preventivní prohlídky, a to jak jejich definovaný obsah, praktická realizace a možnost hodnocení její efektivity, tak pokrytí cílové skupiny obyvatel a následný management rizikových faktorů.

Nutnost kontinuální snahy o udržení a posílení výkonnosti a kvality programů sekundární prevence se opírá především o následující fakta a slabé stránky či hrozby:

- Pravidelný monitoring a evaluace programu na základě robustních dat a realizace s tím spojených nápravných opatření vede k větší efektivitě programů
- Nezájem části široké veřejnosti o preventivní vyšetření
- Nedostatečná angažovanost části odborné veřejnosti v oblasti preventivních a screeningových vyšetření
- Stagnace pokrytí screeningovými vyšetřeními a motivace k účasti u osob, které dlouhodobě nenavštěvují tyto programy.
- Nutnost pravidelné revize designu screeningových programů v kontextu dostupných výkonnostních charakteristik programů a nově dostupných vědeckých důkazů.
- Variabilita pokrytí screeningovými vyšetřeními napříč geografickými celky či skupinami obyvatel a obecně nerovnosti pokrytí a kvality programů
- Vyšší efektivita a často méně nákladnější léčba onemocnění zachycených v nižším stadiu.

V následujících letech lze očekávat razantní rozvoj nových technologií ve screeningu a časném zachytu onemocnění (zejména umělá inteligence a omics technologie, včetně multi cancer detection testů). Pro řízenou implementaci těchto technologií ve zdravotním systému je nezbytná multidisciplinární řídicí struktura, která zajistí všeobecně dostupnou implementaci nákladově efektivních a nákladově dostupných technologií a průběžné zajištění kvality příslušných screeningových programů.

Plošné populační programy vyžadují jednotné a koncepční metodické řízení a mezioborovou spolupráci s aktivním zapojením všech zainteresovaných stakeholderů.

Vzhledem k identifikovaným potřebám pacientů, lékařů a zdravotního systému je stěžejní oblastí **rozvoj elektronizace zdravotnictví pro podporu prevence onemocnění**. Cílovými stavy, pro jejichž dosažení mohou napomoci informační technologie jsou:

- Snižování bariér a posilování role jedince v péči o své zdraví,
- Zpřístupňování informací mezi lékaři jednotlivých odborností,
- Zamezení duplicitního provádění vyšetření,
- Posílení monitoringu a evaluace pro zajištění maximální efektivity,
- Efektivní využívání kapacit systému.

Konkrétními nástroji pro podporu výše zmíněných cílových stavů jsou následující komponenty. Jedná se o aplikaci EZKarta, která by měla obsahovat modul, který bude mj. informovat o nároku na preventivní a screeningové vyšetření pro jednotlivce, o výsledku a základním doporučení, dále bude umožňovat notifikace o účasti na preventivním a screeningovém vyšetření a případně o absenci navazující vyšetření apod. Dalším nástrojem by měl být Centrální rezervační systém, který by obsahoval i část pro všechna screeningová pracoviště s možností propojení s existujícími rezervačními systémy, který bude umožňovat výběr času a místa vyšetření, notifikace termínu a možnost pružného přeobjednání. Zásadním nástrojem pro zvýšení efektivity screeningových programů bude centrální služba MZD pro sdílení dat mezi lékaři v reálném čase, která bude umožňovat sdílení informací o provedeném vyšetření mezi jednotlivými lékaři, např. praktickým lékařem a registrujícím gynekologem, základní informace o výsledku návazného vyšetření a případně informace o absenci navazujících vyšetření apod. V rámci podpory screeningových programů bude využívána i další připravovaná centrální služba e-žádanky jako nositel důležitých informací ke screeningovým vyšetřením, např. hodnota výsledku testu na okultní krvácení před následnou kolonoskopií apod. V oblasti monitoringu screeningových programů je zásadním milníkem vznik Národního registru preventivních a screeningových vyšetření, který bude součástí Národního zdravotnického informačního systému.

2.2.3 Specifický cíl 1.3 – Léková politika a zvýšení dostupnosti léčiv

Farmaceutický průmysl v České republice je definován podmínkami stanovenými na úrovni Evropské unie. Důležitá jsou jak legislativní pravidla spojená s regulací výroby (např. pravidla správné výrobní praxe, pro registraci léčiv, ochrany životního prostředí, nakládání s odpady) a podporou průmyslu (možnosti podpory z veřejných prostředků), tak důsledky jednotného hospodářského prostoru (volný pohyb zboží). Vysoká míra regulace přináší výrobcům zvýšené náklady a ti pak musí čelit konkurenci s výrobou mimo Evropskou unii, převážně z Číny a Indie. Většina výrobců je dále závislá na subdodávkách surovin, od primárních chemických látek po účinné látky (tzv. API), jejichž výroba se v posledních 25 letech přesouvala za účelem snížení nákladů mimo Evropu.

Evropský farmaceutický průmysl čelí výzvám, jak zlepšit či udržet včasné a kontinuální dodávky léčiv, snížit zásoby, a přitom stále flexibilně reagovat na změny v dodávkách nebo ve spotřebě trhu, při zachování konkurenceschopnosti. V posledních dvou letech se zintenzivnila diskuse ohledně lékové soběstačnosti a problematiky výpadků léků. Nedostatek léků je uznáván jako globální problém Evropskou sítí pro regulaci léčiv (EMRN) a dalšími mezinárodními organizacemi jako je Světová zdravotnická organizace (WHO). Správné a včasné plánování výroby hraje klíčovou roli při řízení procesů, které přeměňují suroviny na život zachraňující léky. V dnešním vysoce konkurenčním a rychle se rozvíjícím farmaceutickém průmyslu je nezbytné najít rovnováhu mezi optimalizací výrobních plánů a kontrolou nákladů. Český průmysl není výjimkou a v posledních třech letech navíc musel čelit vysoké inflaci, která se projevila nárůstem cen vstupů, avšak z důvodu regulace cen léčivých přípravků hrazených z veřejného systému zdravotního pojištění ji není možné plně promítnout do koncových cen.

Jak uvádí připravovaná zpráva OECD²⁶, jsou investice do farmaceutického výzkumu a vývoje v ČR nízké, ve výši zhruba jedné pětiny průměru EU, a to přesto, že je země silným centrem klinických studií. Vláda nově označila farmaceutický sektor za strategický a zavádí opatření na podporu domácí výroby a stabilizaci dodavatelských řetězců²⁷.

Česká republika je závislá na dovozu léčivých přípravků a její vlastní výroba nedokáže kapacitně a šíří portfolia výroby pokrýt národní spotřebu, což ilustruje negativní schodek zahraniční obchodní bilance. Mezi deseti největšími společnostmi na trhu²⁸ (ve finančním vyjádření dle obrátu) se nacházejí dvě společnosti, Zentiva a Teva, které mají výrobu i v ČR. Tuzemské výrobní společnosti se zaměřují na výrobu generických léčivých přípravků. Česká republika je u dražších patentově chráněných léčivých přípravků závislá výhradně na dovozu, protože globální společnosti zabývající se vývojem a výrobou patentově chráněných léčiv nemají v ČR své sídlo ani výrobní kapacitu²⁹.

Výdaje na zdravotní péči v České republice zaznamenaly během posledních deseti let výrazný nárůst; zatímco v roce 2014 činily 234,9 mld. Kč, v roce 2024 dosáhly výše 505,5 mld. Kč v rámci systému veřejného zdravotního pojištění. Největší podíl prostředků směřuje do lůžkové péče (49 % celkových výdajů) a ambulantní péče (27,7 %), významnou součástí rozpočtu jsou však rovněž náklady na léky, které v roce 2024 představovaly 86,41 miliardy Kč (přibližně 17 % celkových nákladů), přičemž predikce zdravotních pojišťoven počítají s navýšením tohoto

²⁶ State of Health in the EU: CZECHIA, draft 8/2025

²⁷ Více viz [Hospodářská strategie České republiky: Česko do top 10](#)

²⁸ Definice trhu = Rx + volně prodejně registrované léky

²⁹ Sektorová analýza farmaceutického průmyslu v České republice, IQVIA Solutions a.s. pro Ministerstvo průmyslu a obchodu, 2024

podílu na 18,1 %. Tento trend reflektuje rostoucí dostupnost inovativní léčby (např. CAR-T terapie, genová léčba, mRNA vakcíny apod.), která významně přispívá k prodloužení délky života, zlepšení jeho kvality a usnadnění návratu pacientů do běžného a pracovního života.

Kromě nákladové stránky je klíčovým aspektem také dostupnost moderních léčiv pro pacienty. Podle analýzy EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator z roku 2023 se Česká republika zařadila mezi přední evropské státy – s 104 novými přípravky dostupnými alespoň jednomu pacientovi obsadila 7. místo ze 36 hodnocených zemí. Dochází zároveň ke zkracování období od registrace nového léčiva do jeho skutečné dostupnosti pacientům. Dle údajů VZP v oblasti onkologie je Česko v dostupnosti nejmodernější léčby na šesté příčce a dle dostupných údajů za rok 2023 v léčbě vzácných onemocnění dokonce páté³⁰. Existují roční stropy na spoluúčast pacientů, které od roku 2025 fungují v reálném čase. Cenotvorba a úhrady jsou přísně regulovány s cílem udržet náklady pod kontrolou, včetně pravidelných revizí úhrad, které v roce 2023 přinesly úspory asi 200 milionů EUR³¹.

Dostupnost léčiv v České republice ovlivňuje řada faktorů, zejména regionální rozdíly v dostupnosti poskytování zdravotní péče, omezené kapacity specializovaných center (například komplexní onkologická centra či centra pro léčbu roztroušené sklerózy), časové prodlevy v léčbě a dále preskripční či indikační omezení. Česká republika se musí rovněž vypořádat s tím, že se jedná o relativně malý trh, který je pro řadu výrobců/distributorů z hospodářského hlediska méně atraktivní. Většina patentově chráněných originálních přípravků je vyráběna společnostmi, které mají sídlo a výrobu mimo území České republiky. Tato situace není specifická pro lokální trh, ale je dána vysokou kapitálovou náročností vývoje originálních přípravků, kterou si mohou dovolit pouze velké mezinárodní společnosti³². Nejen Česko, ale celá EU je stále více závislá na třetích zemích, obavy vyvolává antimikrobiální rezistence i environmentální udržitelnost výroby a spotřeby léčivých přípravků. Zavedené léčivé přípravky jsou doplňovány terapeutickými inovacemi, prosazuje se HTA³³ i vyšší zapojování pacientů do strategických a legislativních procesů. Pokrok vyžaduje zavedení moderních modelů financování, které umožní léčbu i udržitelnost solidárního systému veřejného zdravotního pojištění.

V roce 2022 započaly legislativní práce v oblasti zajištění dostupnosti léčivých přípravků pro pacienty v ČR, prvotně, v návaznosti na zkušenosti z pandemie covid-19, těch, které jsou významné z hlediska ochrany veřejného zdraví, a to zejména s ohledem na zajištění úhrady ze zdravotního pojištění.

Na tyto práce bylo s ohledem na období významnějších výpadků léčivých přípravků navázáno přípravou novely zákona o léčivech, která nabyla účinnosti v roce 2024, a která stanovila nové nástroje státu a nová práva a povinnosti regulovaných subjektů napříč celým dodavatelským řetězcem směřující k přípravě na budoucí výpadky léčivých přípravků a v případě aktivních výpadků ke zmírnění jejich dopadů na pacienty v České republice, a to nejen z hlediska faktické dostupnosti, ale též cenové dostupnosti. Novela zákona o léčivech tak stanovuje nové,

³⁰ [Dostupnost moderní léčby se v Česku výrazně zlepšuje. I díky VZP patříme mezi sedm nejlepších v Evropě – VZP ČR](#)

³¹ State of Health in the EU: CZECHIA, draft 8/2025

³² Sektorová analýza farmaceutického průmyslu v České republice, IQVIA Solutions a.s. pro Ministerstvo průmyslu a obchodu, 2024

³³ HTA je zkratka pro anglický termín Health Technology Assessment, což v češtině znamená hodnocení zdravotnických technologií. Jde o systematický proces, který analyzuje medicínské, sociální, ekonomické a etické dopady používání různých zdravotnických technologií. Cílem HTA je pomoci s rozhodováním o tom, které technologie by měly být ve zdravotnictví používány, s ohledem na efektivitu, bezpečnost a ekonomickou stránku věci.

účinnější a flexibilnější možnosti aktivního vstupu státu do koordinace řešení výpadků léčivých přípravků.

Nově může Ministerstvo zdravotnictví stanovit povinnost tvorby měsíčních zásob vybraných léčivých přípravků na úrovni distributorů a její následné rozpouštění. Státní ústav pro kontrolu léčiv může lépe monitorovat reálnou dostupnost léčivých přípravků ve všech úrovních dodavatelského řetězce, též může označovat léčivé přípravky příznakem „omezená dostupnost“ v případě výpadku dodávek, což aktivuje další povinnosti subjektů dodavatelského řetězce (např. nedistribuuat je do zahraničí na úrovni distributorů, případně možnost omezeného objednávání lékárnami, aby nedocházelo k nadměrnému předzásobování a vytváření lokální nedostupnosti). Držitelé rozhodnutí o registraci mají nově povinnost zajistit dodávky i po datu oznámení přerušení či ukončení dodávek léčivého přípravku na trh a distributoři mají nově povinnost nezvýhodňovat konkrétní lékárny při objednávání a v případě léčivého přípravku označeného příznakem „omezená dostupnost“ povinnost dodat je do dvou pracovních dnů od přijetí objednávky od lékárny. Novela též pamatuje na cenovou dostupnost v případě výpadků léčivých přípravků, pokud bude zajištěna náhrada pomocí zvláštních institutů k zajištění dostupnosti léčiv, může být nahrazujícímu léčivému přípravku stanovena úhrada tak, aby byl doplatek pacienta stejný jako byl u léčivého přípravku, který je ve výpadku.

V neposlední řadě byla v rámci novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, která nabude účinnosti dne 1. 1. 2026 legislativně ukotveno posílení role zdravotních pojišťoven při zajištění dostupnosti léčivých přípravků, a to v podobě možnosti centrálního zadávání veřejných zakázek na vybrané (nové) léčivé přípravky a dále povinnost uhradit léčivé přípravky zajištěné v rámci mezinárodní spolupráce.

Léková politika bude v nadcházejícím období významně ovlivněna připravovanými změnami evropské legislativy v oblasti léčiv. Revize obecné farmaceutické legislativy (General Pharmaceutical Legislation, GPL) Evropské komise zahrnuje návrhy zásadních opatření, která mají dopad na proces uvádění léčiv na trhy zemí EU, včetně úpravy struktury Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA). Další změny se týkají zejména Evropského prostoru pro zdravotní data (EHDS), digitalizace zdravotnictví a posílení strategické pozice EU ve výrobě léčiv. Členské státy EU dále řeší nastavení pobídek pro inovativní farmaceutický průmysl, podporu konkurenceschopnosti v oblasti výzkumu a výroby farmaceutických produktů. V neposlední řadě bude zapotřebí implementovat nařízení o kriticky důležitých léčivých přípravcích (CMA), na jehož základě bude zavedena možnost regulatorní flexibility za účelem podpory výroby v EU a při nákupu léčivých přípravků ze seznamu kritických léčiv.

Obyvatelé České republiky očekávají, že se jim v případě potřeby dostane bezpečné, moderní a cenově dostupné léčby. Proto Strategický rámec Zdraví 2035 rovněž reaguje na fakt, že trh s léčivými přípravky se dlouhodobě potýká s výpadky dodávek léčivých přípravků, kdy tento problém byl zvýrazněn pandemií onemocnění covid-19, narušením dodavatelských řetězců a dopady řady mezinárodních konfliktů (mj. zablokováním Suezského průplavu, válkou v Ukrajině a v neposlední řadě celní politikou USA apod.).

V kontextu globálních výzev je proto nezbytné specifický cíl 1.3 designovat tak, aby jeho kroky vedly ke zvýšení dostupnosti léčivých přípravků pacientům v České republice, tedy zajištění systémové dostupnosti napříč regiony, diagnózami a skupinami pacientů. V předmětném období bude navázáno na dříve uskutečněná opatření zaměřená na stabilitu a udržitelnost lékového systému vč. kritické infrastruktury. Klíčovou roli budou hrát implementace evropské legislativy, detailní monitoring dodavatelsko-odběratelských řetězců, zajištění finanční udržitelnosti systému zdravotního pojištění, efektivní koordinace zapojených subjektů aktivní

spoluprací regulátorů, zákonodárců, výrobců a distributorů léčiv, zdravotních pojišťoven, lékařů, zdravotníků i pacientů, jako i zajištění lékové politiky v intencích bezpečnosti státu a posilování odolnosti a stability zdravotnického systému.

2.2.4 Specifický cíl 2.1 – Reforma primární péče

Specifický cíl sleduje zejména postupnou proměnu a posílení primární péče tak, aby byla schopna poskytovat v maximálním rozsahu co nejširší, a přitom kvalitní péči snadno dostupnou pacientovi. Ačkoli jde zejména o posílení postavení a rozšíření pravomocí registrujících praktických lékařů, fakticky reforma přinese postupnou rekonstrukci kapacit celého ambulantního segmentu péče, včetně ambulantních specialistů.

Nově dostupná data Národního zdravotnického informačního systému, zejména Národního registru zdravotnických pracovníků a Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb, dokládají naléhavost plnění tohoto specifického cíle a významný pozitivní potenciál jeho stanovených dílčích cílů. Ačkoli se celkový počet lékařů v ČR v posledních dvaceti letech mírně zvyšuje, problémem je nerovnoměrná distribuce jejich kapacit a u praktických lékařů i jejich vysoký věk v přibližně 30 % ambulancí. Přestože je počet lékařů v současné době poměrně vysoký, vysoký průměrný věk lékařů může brzy vést k omezení nabídky, které ovlivní pokrytí a kvalitu péče. Každoroční produkce českých lékařských fakult sice v současnosti pokrývá odchody lékařů do důchodu, ale roční pozitivní přírůstek do systému je pouze +250 až +350 plných úvazků lékařů, z nichž podstatnou část absorbuje akutní lůžková péče.

Analýzy provedené nad segmentem poskytovatelů ambulantních služeb v letech 2010–2024 vedly k následujícím hlavním závěrům:

V ČR existuje dlouhodobá nevyváženost kapacit různých typů poskytovatelů v segmentu ambulantní péče, a to v neprospěch kapacit praktických lékařů. Významně vysoký podíl ambulantních specialistů vs. nízká a klesající kapacita praktických lékařů jsou opakovaně zmiňovány jako kritické místo českého zdravotnictví ve srovnávacích analýzách OECD, EUROSTAT i WHO.

Rozdíly v dostupné kapacitě ambulantních specialistů a praktických lékařů se významně liší mezi regiony ČR; velmi vysoký podíl ambulantních specialistů je patrný ve velkých městech, zejména pak v Praze a v Brně. Velkým problémem je malá a v čase klesající dostupnost praktických lékařů v menších sídlech (<2000 obyvatel) a v méně atraktivních oblastech republiky. Hustota lékařů na 1000 obyvatel činí 6,8 v městských oblastech a 1,8 ve venkovských oblastech, kde navíc často dochází k ukončování činnosti praktických lékařů především v malých sídlech.

Situaci komplikuje celkový demografický vývoj populace českých lékařů, kteří velmi rychle demograficky stárnou. Ve věku nad šedesát let je téměř více než 29 % lékařů. Nejzávažněji se tato situace projevuje zejména v segmentu praktických lékařů. Již v období 2018–2024 je možné pozorovat začínající trend úbytku aktivních ordinací praktických lékařů pro dospělé z důvodu jejich odchodu do důchodu. Roční úbytek činí v průměru 0,6 až 1,8 % (kalkulováno na počet míst poskytování služeb). Ještě závažnější je situace v segmentu praktických lékařů pro děti a dorost, jejichž průměrný věk dosáhl hodnoty padesáti šesti let. I zde dostupná data dokládají trend úbytku aktivních ordinací praktických lékařů z důvodu jejich odchodu do důchodu. Roční úbytek činí v průměru 3,2 až 4,9 %. Věk lékařů, kteří v roce 2024 ukončili ambulantní praxi, je relativně vysoký (v mediánu 56 let) a ukončené praxe jsou typicky dlouhotrvající (medián 21 let).

Potřebu reformy primární péče dokládají i dostupná mezinárodní srovnání. Mezi lety 2010 a 2023 se podíl lékařů starších 55 let zvýšil z 33 % na 39 % a patří tak k vyšším v OECD. Struktura lékařů poskytujících základní a speciální primární péči je nevyvážená i v mezinárodním srovnání, neboť všeobecných lékařů je podstatně méně než specialistů. Podle mezinárodně dostupných dat je v ČR pouze 19 % všeobecných praktických lékařů, zatímco průměr zemí OECD činí 21 %. Počet praktických lékařů je tedy v ČR z mezinárodního hlediska podprůměrný.

Rovněž je patrné, že obdobný problém v tomto segmentu péče řeší například i Německo, které reportuje do mezinárodních statistik rostoucí problémy s kapacitou praktických lékařů v důsledku jejich stárnutí. Bez účinných preventivních opatření zvyšujících atraktivitu práce praktického lékaře tak hrozí rostoucí odchody mladých absolventů do zahraničí.

Lékaři v primární péči plní i důležitou preventivní roli, důraz na prevenci v ordinaci praktického lékaře by měl být zvyšován, neboť s sebou nese velký pozitivní potenciál pro zdraví obyvatel, rovněž s nezanedbatelným efektem pro zdravotní gramotnost. V roce 2023 absolvovalo během posledních dvou let (2022–2023) preventivní prohlídku 60 % osob (rozsah mezi kraji 52–63 %), což představuje navýšení pokrytí o 2 % oproti roku 2019, kdy bylo preventivní prohlídkou v posledních dvou letech (2018–2019) pokryto 58 % osob (rozsah mezi kraji 51–62 %). Vyššího pokrytí obecně dosahují osoby do 18 let věku, přičemž po přechodu k praktickému lékaři pro dospělé dochází k výraznému poklesu pokrytí. V roce 2023 absolvovalo během posledních dvou let (2022–2023) preventivní prohlídku 90 % osob ve věkové kategorii 0–17 let, u osob ve věku 18 a více let dosahovalo pokrytí 52 %.

Nutností bude také výrazné posílení kompetencí všeobecné sestry založené na postgraduálním vzdělávání v magisterském programu, popř. ve specializačním vzdělávání, se zaměřením na primární péči (sestra v primární péči).

TABULKA 1 NÁVŠTĚVY PRAŽSKÉ LPS DLE KRAJŮ BYDLIŠTĚ

Kraj bydliště	Obvod pracoviště							
	Praha 1	Praha 2	Praha 4	Praha 5	Praha 6	Praha 8	Praha 9	Praha 10
Hl. m. Praha	19 125	80 805	33 844	81 779	6 566	48 502	6 566	29 486
Středočeský kraj	7 136	23 048	13 250	31 894	1 829	18 210	1 829	4 343
Jihočeský kraj	358	805	392	584	146	498	146	388
Plzeňský kraj	241	545	232	517	83	297	83	218
Karlovarský kraj	255	536	189	401	69	263	69	189
Ústecký kraj	1 315	1 410	525	2 032	284	1 254	284	478
Liberecký kraj	485	533	292	447	93	445	93	313
Královéhradecký kraj	372	645	245	423	92	411	92	299
Pardubický kraj	238	549	171	390	93	335	93	290
Vysočina	281	512	218	338	61	269	61	260
Jihomoravský kraj	273	562	236	491	91	398	91	289
Olomoucký kraj	224	375	183	285	63	326	63	252
Zlínský kraj	246	531	154	309	58	246	58	175
Moravskoslezský kraj	427	801	287	619	114	530	114	421
Neuvedeno	1 256	2 190	857	3 175	295	1 514	295	966

Zdroj: NRHZS Zdroj dat: NRHZS 2024, návštěvy LPS jsou identifikovány pomocí vykázaného výkonu 09563 - VÝKON LÉKAŘSKÉ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBY a odborností 003 (LSPP) a 019 (stomatologická LSPP) jako návštěva se započítává unikátní doklad s vykázaným alespoň jedním výkonem 09563 nebo v rámci odborností 003 a 019

2.2.5 Specifický cíl 2.2 – Personální stabilizace resortu zdravotnictví

Specifické cíle 2.2–2.4 Strategického rámce Zdraví 2035 se zaměřují na stabilizaci sítě poskytovatelů zdravotních služeb, zejména na personální a finanční zajištění jejich kapacit. Tyto aktivity se vzájemně silně potencují, neboť například personální stabilizaci resortu nelze oddělit od zajištění dostatečné úrovně platů a mezd, které dále úzce souvisí s úhradami zdravotních služeb. Osobní náklady přitom představují velký podíl celkového rozpočtu poskytovatelů, v segmentu lůžkové péče jde o více než 55–60 % celkových nákladů. Ačkoli příjmová stránka veřejného zdravotního pojištění každoročně absolutně roste, zdroje systému nejsou neomezené. To v ještě větší míře platí o zdrojích lidských. Stárnutí české populace se týká i pracovníků ve zdravotnictví a populačně slabší ročníky budou v budoucnosti limitovat lidské zdroje zdravotních i sociálních služeb. Z těchto důvodů je strategické hledat nové cesty v optimalizaci úhradových mechanismů (specifický cíl 2.4) a také usilovat o snížení administrativní zátěže a o usnadnění práce lékařů a zdravotníků například účinnou elektronizací procesů a řízení zdravotních služeb (specifický cíl 2.3).

Pandemie covid-19 ukázala nepřípravenost zdravotnických systémů jak na mezinárodní, tak na národní úrovni. Z toho důvodu přistoupilo MZD k reprofilaci personálního zajištění českého zdravotnictví, a to včetně posílení orgánů ochrany veřejného zdraví.

Personální kapacity lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků jsou podmínkou dostupnosti a kvality zdravotních i zdravotně sociálních služeb. Hlavní aktivity specifického cíle 2.2 Strategického rámce Zdraví 2035 vyplývají z nálezů nově získaných plošných dat Národního registru zdravotnických pracovníků (NRZP), Národního registru hrazených zdravotnických služeb, E-výkazů a Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS). V řadě segmentů není současné personální zajištění zdravotních služeb optimální, v případě praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost je situace v některých regionech až kritická (ukončování praxí bez náhrady z důvodu postupujícího demografického stárnutí). Druhým nejslabším místem je dlouhodobě nedostatečná a klesající kapacita všeobecných sester a porodních asistentek v akutní lůžkové péči. Data funkčních registrů a každoročních resortních statistických šetření lze shrnout následovně:

- Celkem je v systému kvantifikována kapacita lékařů v celkovém počtu 44 263 úvazků, dále zubních lékařů (7413 úvazků) a farmaceutů (7118 úvazků). Všeobecné sestry a porodní asistentky vykazují úhrnně 89 291 aktivních plných úvazků v systému. Celkový počet úvazků všech aktivních zdravotnických pracovníků dosáhl v roce 2023 hodnoty 238 442.
- V ČR působí celkově přibližně 4,1 úvazku lékařů na tisíc obyvatel, což je hodnota mírně nadprůměrná v mezinárodním srovnání zemí OECD, ale nižší ve srovnání s obdobnými zdravotnickými systémy, jako je Německo či Rakousko (4,5–5,4 úvazku na tisíc obyvatel).
- Velkým problémem ČR je nerovnoměrná distribuce kapacit lékařů v systému. Je jasně patrný vliv velkých měst a fakultních nemocnic, zejména v Brně a Praze, kde dostupné kapacity přesahují 6,5 úvazku lékaře na tisíc obyvatel. Naopak v krajích Středočeském, Ústeckém, Jihočeském a Pardubickém jsou hodnoty nižší než 3,5 úvazku na tisíc obyvatel a tyto lze interpretovat jako podprůměrné i z evropského hlediska.
- Určitým problémem demografické struktury populace českých lékařů je rovněž nevyváženost podílu pohlaví. Zejména v posledních deseti letech absolvuje lékařské fakulty výrazně vyšší podíl žen než mužů (průměrně 65 % ku 35 %) a tento nepoměr se v čase mírně prohlubuje. Feminizace povolání lékaře musí být promítnuta do modelů

predikujících dostupnost kapacit v následujících letech, neboť předpokládané odchody lékařek na mateřskou dovolenou budou mít na zajištění rozsahu péče značný vliv.

- Z pohledu počtu lékařů v nemocnicích na obyvatele nevybočuje ČR z průměru evropských států s 216 nemocničními lékaři na 100 tis. obyvatel, stejný počet má například Německo. Struktura lékařů v nemocniční péči kategorií L1-L3 se v rámci let 2010–2024 výrazně neměnila. Z kvantitativního hlediska počet lékařů mírně narůstá, a klesá tudíž počet obyvatel na jednoho lékaře. Ročně v ČR přibývá do systému poskytovatelů zdravotních služeb přibližně +300 plných úvazků lékařů. Tato hodnota je relativně nízká, uvážíme-li, že produkce lékařských fakult dosahuje ročně hodnoty převyšující až tisíc očekávatelných nových úvazků. Důvodů tohoto rozdílu je více:
- Určitá kapacita nových absolventů lékařských fakult je absorbována mimo zdravotnictví (posudkové lékařství, hygiena, výzkum, další studium),
- Část absolventů-lékařů nenastupuje do zdravotnictví anebo odchází do zahraničí,
- Každoročně přibližně 400–500 úvazků lékařů ze systému odchází z důvodů dosažení vysokého/důchodového věku.
- Počty lékařů v ambulantní péči zaznamenaly v období 2010–2024 mírný nárůst, navíc dochází ke zvětšování podílu kategorie L3 (k 31. 12. 2024 se jednalo o 37 193 pracovníků kategorie L3, což je 91 % ze všech lékařů v ambulantní péči). Problémem ambulantní péče v ČR není absolutní počet, ale struktura odborností a geograficky asymetrické rozmístění v ní působících lékařů. Detailní analýzy identifikují zejména významný nepoměr mezi ambulantními specialisty a praktickými lékaři, dále nerovnoměrnou regionální distribuci dostupných kapacit a u praktických lékařů problém s jejich demografickým stárnutím, které není vyvažováno odpovídajícími vstupy nových kapacit.
- Počty zubních lékařů v ambulantní péči v období 2010–2024 stagnovaly, až mírně klesaly, ale nadto došlo ke zvětšování kategorie LZ1 (k 31. 12. 2023 se jednalo o 7 239 pracovníků kategorie LZ1, což je 86 % ze všech zubních lékařů v ambulantní péči). Tento trend je pozitivní a velmi žádoucí, neboť vede k omlazení této skupiny specialistů.
- V ČR působí celkově přibližně 8,2 úvazku všeobecných sester na tisíc obyvatel, což je hodnota celkově mírně podprůměrná ve srovnání se zeměmi OECD. Z okolních zemí vyspělé Evropy jde o počet srovnatelný s Rakouskem, avšak významně nižší než v Německu. Na rozdíl od lékařů je v ČR celkový počet všeobecných sester v nemocnicích (3,9 na 1000 obyvatel) pod průměrem zemí OECD (9 na 1000 obyvatel). Poměr všeobecných sester k lékařům je rovněž nižší než průměr OECD. ČR má v rámci OECD jeden z nejnižších počtů absolventů ošetrovatelství – 13,6 na 100 000 obyvatel.

Zásadním problémem v dostupnosti kapacit však není absolutní počet dostupných úvazků všeobecných sester, ale jejich nerovnoměrná distribuce v regionech a v různých segmentech péče a kontinuálně klesající kapacita úvazků všeobecných sester v akutní lůžkové péči.

Na regionální distribuci úvazků všeobecných sester a porodních asistentek je stále jasně patrný vliv velkých měst, nikoli však poskytovatelů akutní lůžkové péče v těchto městech. Naopak v kraji Středočeském pracuje méně než 5,7 úvazku všeobecných sester na tisíc obyvatel a tyto hodnoty lze interpretovat jako silně podprůměrné i z mezinárodního hlediska. V regionálních přehledech je rovněž patrný významný nepoměr mezi kapacitou všeobecných sester dostupnou pro akutní lůžkovou péči a pro péči dlouhodobou a následnou. Řádově nižší počet úvazků všeobecných sester v neakutní lůžkové péči reflektuje nevyváženě nízký počet lůžek v tomto segmentu péče. Tato situace nevyhnutelně vede ke zvýšené zátěži akutní lůžkové péče, včetně jejího využívání pro řešení zdravotních problémů umírajících.

Hlavním problémem kapacity všeobecných sester v českém zdravotnictví je dostupnost kapacit v nemocniční péči, zejména ve směnném provozu akutní lůžkové péče. Mezinárodní šetření zaměřené na počty všeobecných sester v nemocniční péči (EUROSTAT 2022) odhalilo, že celkový počet všeobecných sester v tomto segmentu péče je v ČR mírně nižší než v řadě zemí se srovnatelným zdravotnictvím (např. Německo či Rakousko). Nadto kapacity všeobecných sester zejména v akutní lůžkové péči stagnují. Tento fakt již v současnosti limituje dosažitelnou obloženost akutních lůžek a vede k dočasnému uzavírání celých lůžkových stanic. Problémem je též dostupnost všeobecných sester v segmentu pobytových sociálních služeb, ve kterých je poskytována zdravotní péče.

Práce všeobecných sester ve směnném provozu je náročná a je uváděna jako jeden z důvodů odchodu všeobecných sester z tohoto segmentu péče. Podle Národního registru zdravotnických pracovníků celkově v ČR pracuje ve směnném provozu cca 39 800 všeobecných sester jako fyzických osob; tyto osoby pokrývají cca 35 000 plných přepočtených úvazků (podle výsledků resortních statistických šetření). Vztaheno na celkový počet všeobecných sester, dětských sester a porodních asistentek v ČR, pak ve směnném provozu jakékoli lůžkové péče pracuje 48 % z celkového počtu fyzických osob a 42 % z celkového objemu úvazků všeobecných sester v ČR. V akutní lůžkové péči pracuje ve směnném provozu 64 % všeobecných sester, což činí cca 35 600 fyzických osob pokrývajících cca plných přepočtených 30 800 úvazků a v ostatní lůžkové péči pracuje ve směnném provozu 71 % všeobecných sester, což činí cca 4190 fyzických osob pokrývajících cca plných přepočtených 4180 úvazků.

Od roku 2018 mapuje resort úbytek úvazkové kapacity všeobecných sester a porodních asistentek v segmentu akutní lůžkové péče o více než 2000 úvazků. Z těchto důvodů se hlavní aktivity specifických cílů 2.2–2.4 Strategického rámce Zdraví 2035 zaměřují na široké spektrum opatření s cílem usnadnit práci zdravotnických pracovníků, zvýšit společenskou hodnotu jejich práce a tím i zájem mladých lidí o ni. Potenciálně velmi účinná mohou v tomto ohledu být zejména tato opatření:

- Organizační opatření, zejména efektivnější a úhradami podpořené změny v organizaci péče (specifický cíl 2.2, 2.4) a s tím související posílení postavení všeobecných a dětských sester a porodních asistentek v systému zdravotní péče.
- Obecně zlepšení organizace a průchodnosti (nejen) postgraduálního vzdělávání zdravotnických pracovníků, zvýšení atraktivity vzdělávání a atraktivity práce ve zdravotnictví (Specifický cíl 2.2).
- Snižování administrativní zátěže, zlepšení a usnadnění komunikace při výkonu práce prostřednictvím digitalizace agend a elektronizace organizace práce (specifický cíl 2.3).
- Podpora sladění rodinného a pracovního života (specifický cíl 2.2).

2.2.6 Specifický cíl 2.3 – Digitalizace zdravotnictví

Vybudování systému elektronického zdravotnictví představuje důležitý potenciál pro zlepšení správy zdravotnictví prostřednictvím lepšího shromažďování informací a jejich využití pro efektivnější řízení služeb. Ucelená koncepce elektronického zdravotnictví byla připravena v rámci Národní strategie elektronického zdravotnictví 2025-2035 a zároveň také promítnuta do novely zákona o elektronizaci zdravotnictví s předpokládanou účinností od 1. 1. 2026.

Od počátku roku 2018 byl rovněž zaveden povinný elektronický recept (s ročním odkladem sankcí za nedodržování). Po uplynutí šesti měsíců byla elektronická preskripce používána z cca 80 % maximální kapacity. Avšak dosud nebyly klíčové komponenty elektronického zdravotnictví implementovány tak, aby mohly být využity pro řízení zdravotnictví. Nové technologie k zefektivnění komunikace mezi lékaři a zdravotními pojišťovnami nejsou dostatečně využívány v rozsahu, který by odpovídal počítačové vybavenosti ordinací, včetně ambulantního sektoru. Provedená šetření ukazují, že ordinace lékařů v nelůžkové péči jsou většinou vybavena jak počítači, tak připojením k internetu. Vycházíme-li ze záznamů řádně odevzdaných hlášení, pak pouze cca 5 % ordinací vykazuje v dané oblasti problém. Pokud ordinace pracují s PC, mají v téměř 99 % zároveň zajištěnou konektivitu k internetu. V uvedených šetřeních nebyly zjištěny zásadní regionální rozdíly. Současné nastavení systému by mělo usnadnit elektronizaci, protože systém je již silně centralizovaný a samotné odměňování poskytovatelů zdravotních služeb již závisí na předávání informací elektronickou cestou.

Stejně jako v mnoha jiných zemích čelí sdílení osobních zdravotních údajů prostřednictvím elektronických zdravotních záznamů určitému odporu vzhledem k ochraně osobních údajů. Vývoj moderních systémů elektronického zdravotnictví se již systematicky zaměřuje i na otázky zabezpečení. Na tuto problematiku bude zaměřena i řada aktivit specifického cíle 2.3 Strategického rámce Zdraví 2035. Je nutná osvěta ohledně významu sdílení dat a též řešení jejich zabezpečení. Cíleně zaměřená politika by měla zajistit vhodné vybavení poskytovatelů zdravotních služeb včetně případných dotací, motivaci k zavádění a využívání systémů, vyškolení uživatelů a zavedení soudních pravidel, která by dala lidem jistotu ohledně využívání informací.

2.2.7 Specifický cíl 2.4 – Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví

Velmi podstatným nástrojem pro stabilizaci personálních kapacit systému zdravotních služeb je samozřejmě odměňování a progresivní růst platů a mezd se správně nastavenými motivačními složkami. Zajištění odpovídajících personálních nákladů musí vycházet z optimálních úhradových mechanismů a je samozřejmě závislé na celkové úrovni úhrad zdravotní péče v ČR. Z těchto důvodů jsou hlavní aktivity specifického cíle 2.4 zaměřeny právě na optimalizaci a racionalizaci systému úhrad všech segmentů péče, včetně návrhu formy hrazení nově vznikajících, velmi potřebných, segmentů integrované péče. Velmi významným dílčím cílem zde je optimalizace a další vývoj nově vzniklého systému úhrad akutní lůžkové péče (systém CZ-DRG). Stárnutí obyvatel ČR a s ním spojený očekávatelný nárůst nemocnosti i nárůst počtu seniorů vyžadujících dlouhodobou péči si nově žádají vybudování podobného systému jako DRG pro segment následné a dlouhodobé péče. Implementace exaktně řízeného systému úhrad pro tuto péči, včetně různých modelů komunitní péče a péče paliativní, napomůže potřebnému posílení kapacit a zvýší dostupnost pro všechny potřebné občany ČR, napomůže standardizaci zdravotní péče a dopomůže k využívání moderních metod při diagnostice i léčbě. V návaznosti na reformu primární péče (Specifický cíl 2.1) bude nutné optimalizovat systém úhrad v primární péči s důrazem na motivační, výkon podporující složky a vytvořit modely nastavující vyváženost úhrad v různých segmentech ambulantní péče.

Výstupy aktivit Specifického cíle 2.4 tak přispějí k racionalizaci systému úhrad, který má v českém zdravotnictví významné rezervy, a to i v absolutním objemu prostředků ve vztahu k hrubému domácímu produktu. Výdaje na zdravotní péči ve výši 8,5 % HDP byly v roce 2022 ve srovnání s ostatními zeměmi OECD o něco nižší než celkový průměr, který přesahuje hodnotu 9 %. Rakouské a německé zdravotnictví je financováno více než 10 % HDP těchto zemí. Nicméně, mezi lety 2014 a 2022 se výdaje ČR na zdravotní péči zdvojnásobily, což představuje jeden z největších nárůstů v rámci EU. Problémem ČR však zůstává i nízká heterogenita zdrojů a mezinárodní analýzy dále kritizují i neexistenci možnosti občanů volit různé formy pojištění či připojištění. Multizdrojové financování by do zdravotní péče přineslo další prostředky a zvýšilo by stabilitu systému, resp. jeho odolnost vůči výkyvům výkonnosti národního hospodářství. Další faktory hodné zřetele lze v této oblasti shrnout následovně:

- Obecně platí, že větší využívání ambulantní péče bývá nákladově efektivnější než lůžková péče. Omezuje čekací doby a je nejvhodnější léčebnou metodou pro mnoho zákroků (ambulantní chirurgie). Podle dostupných mezinárodních srovnání (2015–2016) tvořil sektor lůžkové péče (převážně nemocnice) v ČR 26 % celkových výdajů, oproti 29 % v EU a 28 % v OECD v roce 2015. Na rozdíl od ostatních ekonomik střední a východní Evropy, které podobně jako Česká republika zdědily velké nemocniční sektory, je největším sektorem ambulantní péče s 32 % výdajů na zdravotnictví, zatímco výdaje na dlouhodobou a lůžkovou péči jsou méně významné a pohybují se okolo průměru OECD.
- Zatímco v řadě zemí OECD dochází k posunu od lůžkové péče k jednodenní péči, který je motivován snahou o zvýšení efektivity, v ČR jsou výdaje na jednodenní péči v nemocnicích i nadále nízké (podle odhadů pouze 2–3 % výdajů na nemocnice). Je třeba vynaložit větší úsilí směrem k posunu vybraných typů hospitalizací od delší lůžkové péče k jednodenní péči. Tento trend je výzvou jak pro hledání vhodných úhradových mechanismů, tak pro definici klinických doporučených postupů pro jednodenní péči.
- Podíl HDP mířící na investice v českém zdravotnictví sice odpovídá celkovému průměru zemí OECD, avšak stále je významně nižší např. ve srovnání s Rakouskem či Německem.

Jistým problémem českého zdravotnictví je fakt, že investice a obnova infrastruktury zejména nemocnic není adekvátně zohledněna v úhradovém mechanismu lůžkové péče. Nemocnice a zdravotnická zařízení proto při investicích spoléhají na veřejné dotace a finanční prostředky EU. Investice do zdravotnické infrastruktury a její modernizace by měly být lépe plánovány a koordinovány napříč kraji a měly by se řídit integrovaným přístupem v rámci financování zdravotnictví na úrovni nemocnic, krajů a ministerstva. Například léčba akutních ischemických cévních mozkových příhod byla přeskupena do iktových center a vedla k významným zlepšením. V důsledku toho pravděpodobnost, že pacient podstoupí nezbytnou léčbu v rámci doporučeného limitu šedesáti minut, patří k nejvyšším v EU.

Zvyšování výdajů na zdravotnictví spolu se zvyšováním jeho efektivity může být vysoce přínosné. Odhady založené na vzorku zemí OECD v letech 1990–2015 naznačují, že 10% nárůst výdajů na zdravotnictví (neboli přibližně 245 USD na obyvatele a rok) je spojen s potenciálním přírůstkem střední délky života o cca 3,5 měsíce. Nicméně zároveň je třeba dbát na zvyšování efektivity systému zdravotních služeb. Srovnání ČR se zeměmi s podobnými výdaji a institucionálními rysy naznačuje, že zdravotní výsledky jsou stále částečně nedostatečné. Srovnávací analýzy OECD ukazují, že český zdravotní stav zůstává pod úrovní Slovinska, Koreje a Řecka, a to i při zohlednění dalších rozdílů v životním stylu a sociálních faktorů. To naznačuje, že při současné úrovni financování existuje v českém systému zdravotní péče prostor pro zvyšování efektivity a zlepšování zdravotních výsledků.

Odměňování zdravotnického personálu je velkou výzvou pro úhradové mechanismy ve všech segmentech péče. V posledních letech došlo k významnému navýšení odměn pracovníků, zejména v lůžkové péči a plošné, centrálně řízené navýšování v podobném objemu není ve stejném tempu dlouhodobě možné. Jednak se plošným zvyšováním odměn ztrácí selektivní motivační potenciál a jednak takový systém nereflexuje specifické personální potřeby regionů nebo jednotlivých poskytovatelů. Celkový vývoj odměn lze na aktuálních datech roku 2023 shrnout takto:

- Platy i mzdy lékařů a zubních lékařů od roku 2017 významně narostly a v roce 2024 dosáhly průměru (celkový průměr platů a mezd, všechny segmenty lůžkové péče) cca 127 600 Kč. Segment akutní péče se v celkovém průměru odměn lékařů významně liší od segmentu ostatní lůžkové péče (celkový průměr v akutní péči: 128 000 Kč vs. v ostatní lůžkové péči: 119 600 Kč). Zjištěný růst od roku 2017 pokračuje v trendu z předchozího období a tento v celkovém průměru nemění. Meziročně 2023 -> 2024 mzdy a platy rostly průměrně o 21 %). Ačkoli platy i mzdy lékařů a zubních lékařů rostou relativně stejným tempem, nadále zůstává mezi těmito dvěma formami odměny významný rozdíl. Průměrný plat lékařů a zubních lékařů dosáhl v roce 2024 hodnoty 126 600 Kč, zatímco průměrná mzda 129 100 Kč.
- Průměrná odměna lékaře a zubního lékaře tak v roce 2024 významně převýšila průměrnou odměnu v ČR (podle dat ČSÚ: 49 050 Kč). Oproti roku 2010 odměna lékařů a zubních lékařů roste v roce 2024 kumulativním indexem růstu +254 %, zatímco průměrná mzda v ČR rostla proti roku 2010 o +206 %. Ačkoli platy i mzdy rostou relativně stejným tempem, nadále zůstává mezi těmito dvěma formami odměny významný rozdíl. Průměrný plat lékařů a zubních lékařů dosáhl v roce 2024 hodnoty 126 600 Kč, zatímco průměrná mzda 129 100 Kč. V nemocnicích zřizovaných Ministerstvem zdravotnictví ČR dosáhl v roce 2024 průměrný plat lékaře hodnoty 126 600 Kč.

- Platy i mzdy všeobecných sester od roku 2017 významně vzrostly a v roce 2024 dosáhly průměru (celkový průměr platů a mezd, všechny segmenty lůžkové péče) cca 60 100 Kč. Segment akutní péče se v celkovém průměru odměn všeobecných sester významně neliší od segmentu ostatní lůžkové péče. Zjištěný růst od roku 2017 pokračuje v trendu z předchozího období a tento nemění. Meziročně 2023 -> 2024 tak jde o nárůst o 6 %.
- Průměrná odměna všeobecných sester tak v roce 2018 významně převýšila průměrnou odměnu v ČR (podle dat ČSÚ: 49 050 Kč). Oproti roku 2010 odměna všeobecných sester roste v roce 2024 kumulativním indexem růstu +218 %, zatímco průměrná mzda v ČR rostla proti roku 2010 o +206 %. Ačkoli platy i mzdy rostou relativně stejným tempem, nadále zůstává mezi těmito dvěma formami odměny významný rozdíl. Průměrný plat všeobecné sestry dosáhl v roce 2024 hodnoty 63 000 Kč, zatímco průměrná mzda 56 100 Kč.

2.2.8 Specifický cíl 2.5 – Sociálně zdravotní péče

Zásadní motivací pro zařazení tohoto specifického cíle mezi priority Strategického rámce Zdraví 2035 byla podkladová data o stárnutí české populace a o rostoucím podílu chronicky nemocných pacientů. Tento specifický cíl úzce souvisí se specifickými cíli 2.6 Péče o duševní zdraví a 2.7 Specializovaná zdravotní péče, neboť se tyto oblasti v mnoha případech prolínají.

V ČR přibývá občanů, kteří trpí dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, což zvyšuje nároky na dostupné zdravotní a sociální služby poskytované současně a koordinovaně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru. Vedle stárnutí populace a prodlužující se absolutní délky života má v tomto ohledu zásadní význam stále relativně krátká doba života ve zdraví, tedy do první vážné nemoci. Vyjdeme-li z recentních mezinárodních srovnání období deseti let mezi rokem 2014 a 2023 (Eurostat Health Database ve verzi z roku 2025), pak naděje dožití při narození byla v roce 2023 u českých mužů 76,9 roku (2014: 75,8), avšak délka života ve zdraví dosáhla v roce 2023 pouze 61,5 let (2014: 63,4). U českých žen je tento rozdíl ještě patrnější, v roce 2023 byla u této populace naděje dožití při narození 82,9 roku (2014: 82,0 roku), avšak délka života ve zdraví pouze 62,6 let (2014: 65,0 let). I navzdory pozitivnímu zlepšování těchto integrálních ukazatelů zdraví české populace v čase, jde stále o hodnoty nižší, než jaké jsou typické pro populace vyspělých zemí EU.

Zejména v důsledku výše uvedených faktů pozorujeme v ČR s věkem významně narůstající chronickou nemocnost (ČSÚ, výběrové šetření EU-SILC, 2024). U populace starší 65 let dosahuje podíl chronicky nemocných přes 65 %, avšak vysoká je i chronická nemocnost kalkulovaná pro populaci ČR ve věku 16 a více let (33 %). Vysoká chronická nemocnost osob ve věku 65+ je zátěží pro zdravotní systém, která bude s pokračujícím demografickým stárnutím populace narůstat. Těmto datům odpovídají i výsledky populačních šetření zaměřených na subjektivní vnímání zdravotního stavu české populace. Česká populace celkově vnímá subjektivně svůj zdravotní stav jako dobrý až velmi dobrý ve vysokém procentu, tj. z více než 66 %. Avšak pozitivní hodnocení vlastního zdravotního stavu prudce klesá s věkem a u osob starších než 65 let již dosahuje pouze 28 %. Vedle narůstající celkové nemocnosti populace seniorů jsou hlavními faktory zvyšujícími potřebu efektivních modelů integrované zdravotní, sociálně-zdravotní a sociální péče zejména narůstající prevalence vážných dlouhodobých onemocnění (zhoubné nádory, diabetes mellitus, neurodegenerativní poruchy ve stáří aj.) a problémy s finančním a personálním zajištěním dostupnosti péče o takto postiženou část populace. Následující data jsou stručným shrnutím epidemiologických charakteristik vybraných onemocnění, které by měly být primárním cílem aktivit měnících modely organizace péče a integrující zdravotní a sociální služby:

Celková nemocnost. V roce 2024 žilo přibližně 65 % obyvatelstva ČR bez vážnějšího onemocnění (např. kardiovaskulární nemoci, diabetes, nádorová onemocnění). Avšak s věkem nemocnost výrazně narůstá, ve věku nad 65 let dosahuje měřitelná hodnota Deyovy modifikace indexu komorbidit podle Charlsonové (DCCI) hranice dvou a více bodů (tj. dvě onemocnění nebo jedno komplikovanější onemocnění) u poloviny populace; ve věku nad 85 let dosahují této hranice dokonce dvě třetiny populace. Zdraví poloviny české populace nad 85 let je ve zhoršeném či závažném stavu. U mužů je mírně vyšší nemocnost ve věku 0–20 let, od 20 do 50 let je mírně vyšší nemocnost u žen. Od 50 let po zbytek života je vyšší nemocnost u mužů ve srovnání se ženami stejného věku.

Epidemiologie zhoubných nádorových onemocnění je velkou výzvou pro racionalizaci organizace péče v českém zdravotnictví. V roce 2023 bylo v ČR nově diagnostikováno 65 288 pacientů se zhoubným novotvarem (bez nemelanomového kožního zhoubného novotvaru), což je 600 pacientů na 100 000 osob. V roce 2023 zemřelo 27 096 osob v souvislosti

se zhoubným novotvarem (bez nemelanomového kožního zhoubného novotvaru), což je 249 na 100 000 osob. Celkem k 31. 12. 2023 žilo v ČR 504 101 osob se zhoubným novotvarem (bez nemelanomového kožního zhoubného novotvaru) nebo s minulostí tohoto onemocnění, což je 4 634 na 100 000 osob. Zátěž české populace zhoubnými nádory je velmi vysoká i z mezinárodního hlediska a v čase setrvale narůstá (roční nárůst v prevalenci pozorujeme +3 %). Prediktivní modely ukazují, že do roku 2035 by se roční počet nově diagnostikovaných nádorových onemocnění (zhoubné novotvary bez nemelanomového kožního) mohl zvýšit až na 74 000 a v prevalenci lze očekávat až 670 000 osob.

Diabetes. ČR se nachází v horní třetině mezinárodních žebříčků hodnotících výskyt diabetu v populaci osob ve věku 20–79. Celkový počet diabetiků se v ČR každoročně zvyšuje o cca dvacet tisíc, v roce 2018 přesáhla četnost výskytu jeden milion. V roce 2024 bylo zachyceno 1,13 milionu osob s tímto onemocněním. Ve věku nad sedmdesát let se DM vyskytuje u více než 35 % populace, tedy v souvislosti se stárnutím populace lze očekávat pokračující nárůst počtu pacientů. Pro rok 2035 je predikován výskyt diabetu u více než 1,33 milionu osob.

Chronická onemocnění dýchacích cest. Chronická nemoc dolních cest dýchacích byla v roce 2024 zaznamenána u více než 650 tisíc obyvatel ČR (6,1 % populace). Počet nemocných se v jednotlivých krajích pohybuje od 45 do 77 případů na tisíc obyvatel. Z toho astmatem trpí půl milionu obyvatel ČR (4,5 % populace v roce 2024). Počet nemocných se v jednotlivých krajích pohybuje od 35 do 57 případů na tisíc obyvatel. Počet astmatiků se zvyšuje meziročně v průměru o 2,5 %.

Hypertenze. Počet pacientů léčených s hypertenzí v čase roste a představuje tak stále větší zátěž pro zdravotní systém. V roce 2024 mělo na dokladu vykázanou diagnózu I10 a zároveň bylo léčeno vybranými léky 2,35 milionu pacientů. Počet osob se za deset let zvýšil o 430 tisíc ve srovnání s rokem 2014.

Dlouhodobé hospitalizace u seniorů. Za poslední roky počet hospitalizací delších než třicet dní u pacientů nad 65 let stoupá průměrně o 1,3 % ročně. Tento trend signalizuje velmi pravděpodobný budoucí vývoj související se stárnutím české populace.

Hospitalizace v závěru života chronicky nemocných pacientů. Dostupná data Národního registru hospitalizací dokládají, že v posledním půlroce života absolvuje více než polovina pacientů opakované hospitalizace a téměř z 15 % více než tři hospitalizační pobyty. Evidentně se tak projevují rezervy v organizaci péče, neboť řadě těchto hospitalizací lze předejít efektivním managementem péče o umírající. Velmi četné hospitalizace u více než 15 % pacientů v posledním půlroce života vykazuje šest krajů ČR.

Je objektivní skutečností, že české zdravotnictví vstupovalo do procesů změn organizace a integrace různých forem péče nepřipraveno. Téměř všechny hlavní segmenty péče byly charakterizovány více či méně odděleným systémem zdravotních a sociálních služeb, jejichž propojení bylo těžkopádné, mnohdy naráželo na legislativní překážky.

Zákon č. 38/2025 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony (dále jen „zákon č. 38/2025 Sb.“), představuje zásadní legislativní milník v oblasti integrace zdravotních a sociálních služeb. Poprvé dochází k právnímu zakotvení institutu sociálně-zdravotních služeb, které umožňují koordinované poskytování péče osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje současně zdravotní i sociální podporu.

Provedené analýzy kapacit různých kategorií poskytovatelů ukazují na nedostatečnou saturaci zdravotních a sociálních potřeb pacientů s různou mírou nutné podpory. Je dokladována vysoká heterogenita ve struktuře zdravotně sociálních a sociálních služeb mezi regiony ČR, což

značí absenci ucelené implementační koncepce integrovaných modelů péče, navzdory nově vytvořenému legislativnímu rámci. Následující shrnutí dostupných datových zdrojů popisuje vybrané problémy, na jejichž řešení bude nutné se prioritně zaměřit:

- **Poskytovatelé sociálních služeb.** V dostupnosti některých sociálních služeb je mezi regiony ČR významný nepoměr a řada forem služeb není v některých regionech vůbec zastoupena nebo jen v omezené míře. Mezi nejčastější a také relativně rovnoměrně zastoupené typy sociálních služeb patří sociální poradny, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, a částečně též odlehčovací služby. U celkově četných azylových domů a chráněného bydlení existují některé zcela nepokryté regiony. Následující typy služeb jsou významně méně časté a nejsou dostupné v řadě regionů ČR: centra denních služeb, týdenní stacionáře, nízkoprahová denní centra, intervenční centra a další. Poskytovatelé sociálních služeb vykazují chybějící kapacitu vyjádřenou v počtu, resp. podílu neuspokojených klientů v daném kalendářním roce. Z dostupných dat vyplývá, že celkový podíl neuspokojených žadatelů (klientů) za všechny regiony ČR je 20 %, přičemž např. ve Středočeském kraji je to 32 %; nejvyšší podíl je ve Zlínském kraji, a to 39 %. V absolutním počtu neuspokojených klientů dominují nejlidnatější regiony, tedy Praha, Jihomoravský kraj, Moravskoslezský kraj.
- **Domácí péče.** Ročně je v domácí péči léčeno necelých 174 tisíc obyvatel (1,59 % populace v roce 2024), přičemž mezi kraji jsou výrazné rozdíly v počtu osob léčených v domácí péči. Nicméně nárůst počtu osob v domácí péči v letech 2010–2024 je patrný ve všech krajích, ale s rozdílnou intenzitou. Ve Středočeském kraji narůstá počet osob v domácí péči o 7 % v dlouhodobém průměru, zatímco v Jihočeském, Moravskoslezském a Karlovarském kraji je nárůst pouze o 2 %. Tento rozdíl může být způsoben kombinací několika faktorů jako jsou např. nedostatečná motivace praktických lékařů k indikaci domácí péče, která může být ovlivněna nastavením úhradových mechanismů ze strany zdravotních pojišťoven, rozdílná dostupnost poskytovatelů domácí péče, regionální odlišnosti v organizaci péče, informovanost pacientů a jejich rodin o možnostech domácí péče nebo rozdílná míra spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami.
- **Dlouhodobá péče³⁴.** Poptávka po dlouhodobé péči se v ČR v posledních letech zvýšila, stejně jako v ostatních zemích OECD. Dopad stárnutí populace již v současnosti zvyšuje tlak na kapacity v segmentu dlouhodobé péče. Předpokládá se, že podíl obyvatelstva ve věku osmdesáti let a více stoupne ze 4,8 % v roce 2024 na 9 % do roku 2050. Současná organizace a financování dlouhodobé péče nejsou dostatečné pro absorbování takového navýšení poptávky. Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči představovaly v roce 2022 76 mld. Kč (ČSÚ, 2024). Je zapotřebí podporovat rozvoj pečovatelských zařízení a harmonizovat politiku úhrad zdravotní péče poskytované

³⁴ Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je cílem dlouhodobé péče zajistit lidem se sníženou soběstačností důstojný život, zachování funkčních schopností a co nejvyšší možnou míru nezávislosti. WHO zdůrazňuje potřebu integrovaného a personálně orientovaného přístupu, který propojuje zdravotní a sociální složku péče a zohledňuje individuální potřeby každého člověka.

OECD definuje dlouhodobou péči jako služby poskytované osobám, které potřebují pomoc při každodenních činnostech v důsledku zdravotního stavu. Tyto služby mohou být poskytovány jak v domácím prostředí, tak v pobytových zařízeních, a zahrnují jak formální péči (zajišťovanou profesionály), tak neformální péči (např. rodinou nebo blízkými osobami). OECD rovněž rozlišuje mezi zdravotní a sociální složkou dlouhodobé péče a klade důraz na jejich koordinaci.

v nemocnicích a jiných zařízeních. Rozvoj komplexní domácí péče by měl být upřednostňován jako alternativa k dlouhé hospitalizaci.

Významným strategickým cílem musí být **integrace včasné paliativní péče a péče v závěru života** do systému péče. Kvalifikované odhady z vyspělých zemí západního světa deklarují potřebu některé z forem paliativní péče u 60–80 % všech úmrtí. Populace ČR vzhledem ke struktuře mortality bude generovat přibližně stejný objem péče v závěru života. Recentní data Listu o prohlídce zemřelých ukazují, že téměř 78 % všech úmrtí spadá do diagnostických skupin, které jsou relevantní pro paliativní péči. Tzv. očekávatelná úmrtí jsou výzvou pro integrované modely organizace péče, neboť vhodnou kombinací a dostupností služeb z různých segmentů lze dosáhnout nejen vyšší kvality, ale i úspory nákladů. Kombinace služeb poskytovaných v domácím prostředí pacientů, mobilních služeb a služeb specializovaných týmů může přinést snížení počtu akutních hospitalizací v závěru života pacientů.

Celkem 59,5 % všech úmrtí v ČR lze na základě úmrtní diagnózy a hospitalizační historie zpětně označit jako úmrtí z chronické příčiny. U těchto úmrtí lze předpokládat značnou míru očekávatelnosti a vysokou pravděpodobnost potřeby některé z forem paliativní péče. Tento podíl představuje cca šedesát tisíc zemřelých ročně.

Ačkoli v období 2014–2018 došlo v ČR v oblasti podpory paliativní péče a péče v závěru života k řadě pozitivních kroků a proběhly pilotní projekty zaměřené na mobilní paliativní péči, v mnoha regionech stále chybí komplexní model víceúrovňové a formami dostatečně heterogenní paliativní péče. Zejména kapacity zaměřené na domácí hospicovou péči nejsou dostatečné. To v řadě regionů vede k nadužívání nemocniční péče, typicky spojené s výjezdy zdravotnické záchranné služby. Tato oblast se musí v následujícím období stát jednou z priorit reorganizace zdravotních služeb, neboť představuje velký potenciál pro úsporu dostupných kapacit českého zdravotnictví.

Současné epidemiologické trendy indikují výrazný nárůst potřeb sociálně-zdravotních a sociálních služeb v péči o chronicky nemocné pacienty, zejména o dlouhodobě nemocné seniory (specifický cíl 2.7). Rostoucí počet nemocných vyžadujících dlouhodobou péči je predikován i do budoucna a vytváří tak tlak na zavádění nových modelů organizace péče, efektivně integrující péči primární, ambulantní a nemocniční a nastavující vyvážený poměr mezi lůžkovou péčí akutní a následnou.

2.2.9 Specifický cíl 2.6 – Péče o duševní zdraví

S předchozím specifickým cílem úzce souvisí oblast zaměřená na reformu péče o osoby s duševním onemocněním, což znamená zejména posilování procesů destigmatizace těchto zdravotních problémů, posilování dostupnosti multioborové péče v komunitním prostředí a posilování rovnosti přístupu ke zdravotním a sociálním službám u zranitelné a početně významné populace osob s duševním onemocněním.

ČR dosáhla významného zlepšení, pokud jde o pokrytí a léčbu v oblasti péče o duševní zdraví. Došlo k posunu od lůžkové péče směrem k ambulantní péči. Počet osob ambulantně léčených pro duševní onemocnění se od roku 2010 o třetinu navýšil na téměř 700 000, zatímco využívání hospitalizací pokleslo. V současnosti je za pomoci evropských finančních prostředků realizována reforma, jejímž cílem je zejména zlepšit kvalitu života osob s duševním onemocněním prostřednictvím restrukturalizace služeb a nového přístupu k podpoře pacientů. Nový přístup si klade za cíl zajistit včasnou diagnostiku a léčbu základních duševních poruch prostřednictvím lepší spolupráce mezi primární péčí a specializovanými psychiatrickými službami. Bude rozšířena síť stávajících ambulantních psychiatrických a psychologických služeb, vytvořena síť multidisciplinárních terénních týmů a dalších služeb komunitní péče.

Psychiatrická péče a počty pacientů s duševním onemocněním představují objemem velký segment českého zdravotnictví. V posledních letech roste počet pacientů v ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízeních psychiatrické péče:

- Přibývá především duševních poruch dětí a mladistvých a neurodegenerativních poruch ve stáří. Velký nárůst pacientů je zaznamenán i u neurotických, stresových a somatoformních poruch u dospělých. Tato skupina tvoří i největší podíl všech pacientů (téměř 40 %). Nejčastěji se jedná o jiné anxiózní poruchy (F41, především smíšená úzkostná a depresivní porucha, panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha) a reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43).
- Hospitalizační zátěž diagnózami F00–F99 je v ČR velmi vysoká, i když celkový počet hospitalizací u osob s duševním onemocněním recentně klesá. Ročně v ČR proběhne více než 79 000 hospitalizací, u kterých je psychiatrická diagnóza uvedena jako hlavní příčina. Často jde o hospitalizace daným pacientem vícekrát ročně opakované, celkový index ročního počtu hospitalizací na pacienta činí 1,46.
- Psychiatrické diagnózy tvoří přibližně 4,0 % všech hospitalizačních pobytů, avšak u věkové skupiny 15–19 let je to 16,2 % a u osob ve věku 20–24 let jde o 12–13 % všech hospitalizačních pobytů.
- Tato stále enormní zátěž zatěžuje nemocnice a zejména segment akutní lůžkové péče. Z těchto důvodů je rozvoj reformy psychiatrické péče zařazen jako jeden z principiálních dílčích cílů Strategického rámce Zdraví 2030. Cílovým stavem je podstatné snížení konzumace neakutních hospitalizačních služeb osobami s duševním onemocněním a zajištění účinné pomoci pro ně v následné lůžkové péči a zajištění účinné pomoci osobám s duševním onemocněním v komunitních službách.

2.2.10 Specifický cíl 2.7 – Specializovaná zdravotní péče

Specifický cíl rozpracovává vybrané oblasti specializované péče, které v rámci systému zdravotních služeb vyžadují zvláštní pozornost. Jedná se o geriatrickou péči, kardiologickou péči, léčebně rehabilitační péči, prevenci a léčbu obezity, onkologickou péči, pediatriickou péči a péči o těhotné ženy, ženy při porodu, ženy v poporodním období, novorozence a jejich rodiny.

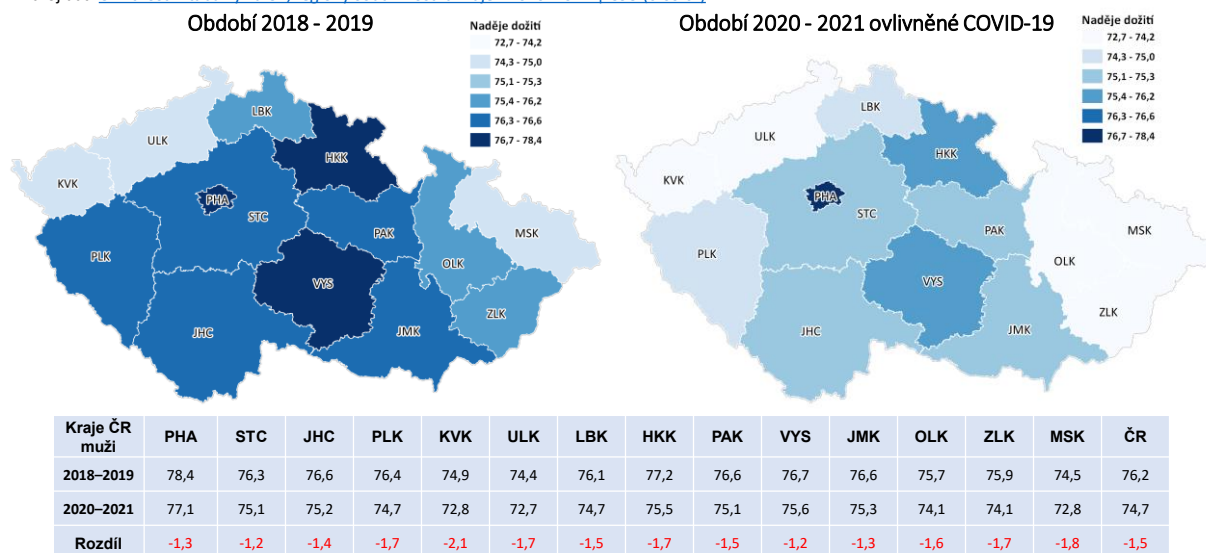
Geriatrická péče – Dle odhadů EUROSTATU pro rok 2023 byla hodnota střední délky života při narození (naděje dožití) v ČR 79,9 let (kalkulováno pro obě pohlaví). Hodnota pro ČR je pod průměrem EU-27 o necelé 2 roky kratší a staví tak českou populaci na 18. pozici z 27 zemí EU.

Střední délka života při narození vykazuje v české populaci stejný trend jako průměr EU, dlouhodobě je ale významně nižší než průměr EU. Vlivem pandemie covid-19 došlo v letech 2020 a 2021 k výraznému poklesu tohoto ukazatele na úroveň dosahovanou před 10 lety. V roce 2021 poklesla střední délka života při narození vlivem pandemie covid-19 u žen na 80,6 let, což je o 1,6 roku méně, než činí historické maximum 82,2 let v roce 2019 a o 2,2 roku méně, než představoval průměr EU. Střední délka života při narození u mužů poklesla mezi roky 2019 až 2021 o 2,1 roku na 74,3 let, což je o 2,9 roku méně, než představoval průměr EU. V roce 2023 u mužů překročila střední délka života historické maximum a dosahuje hodnoty 76,9 let (1,8 roku méně než průměr EU). Podobná situace panuje i u žen, které dosáhly hodnoty 82,9 let (1,1 roku méně než průměr EU). Rozdíl mezi průměrem EU a ČR se v čase snižuje.

GRAF 10 DÉLKA ŽIVOTA PŘI NAROZENÍ – MUŽI

Střední délka života při narození u mužů: trend vývoje v krajích ČR

Zdroj dat: Úmrtnostní tabulky za ČR, regiony soudržnosti a kraje - 2020-2021 | ČSÚ (czso.cz)



ZDRAVÍ2030

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030: analytická studie



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

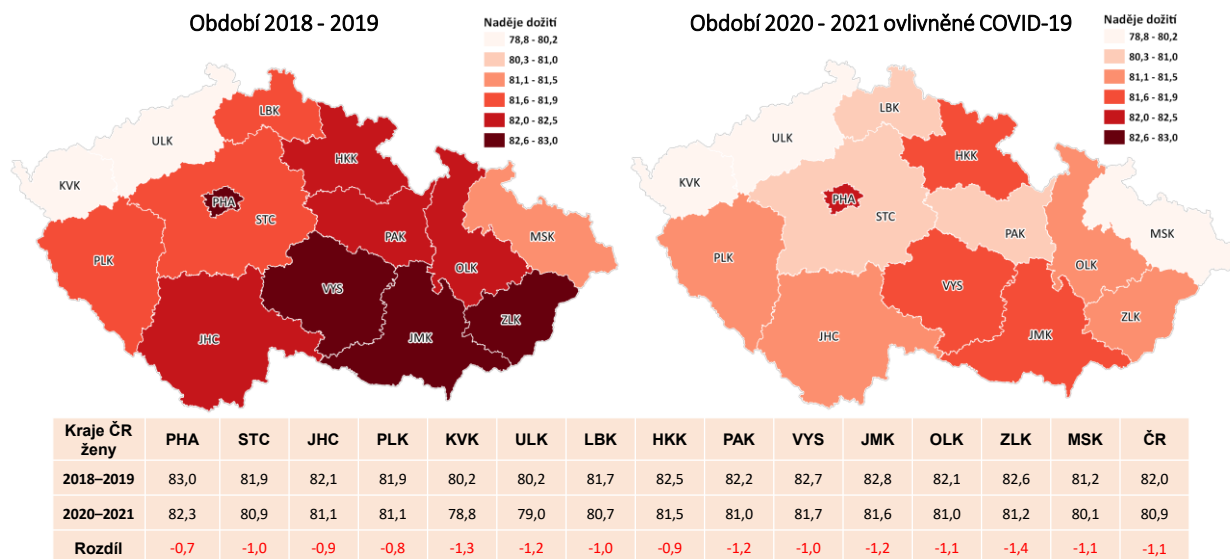


Zdroj: ČSÚ

GRAF 11 DÉLKA ŽIVOTA PŘI NAROZENÍ – ŽENY

Střední délka života při narození u žen: trend vývoje v krajích ČR

Zdroj dat: Úmrtnostní tabulky za ČR, regiony soudržnosti a kraje - 2020–2021 | ČSÚ (czso.cz)



ZDRAVÍ 2030

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030: analytická studie



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Zdroj: ČSÚ

Dle ECHI 2019 byl podíl osob ve věku 65–79 let v ČR o 1,2 % vyšší než průměr celé EU, čímž se řadila na 4. místo mezi státy s nejvyšším podílem uvedených osob. Podíl osob 65–79 let byl v ČR 15,5 %, zatímco podíl v EU je 14,3 %.

V ČR můžeme pozorovat zvyšování počtu osob starších 65 let i jejich podílu na populaci. Nejnižší podíl seniorů dlouhodobě vykazují Středočeský kraj a Hlavní město Praha. V roce 2024 byl v celé ČR průměrný podíl osob starších 65 let 20,7 %.

Do 15 let je očekávatelný nárůst nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů. Do 20–25 let pak prudký nárůst nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů. Dále lze očekávat i nižší zastoupení mladších věkových skupin jako riziko poklesu porodnosti v následujících 10–15 letech³⁵.

V ČR s věkem zásadně narůstá chronická nemocnost. U populace starší 65 let dosahuje podíl chronicky nemocných téměř 65 %, kdy chronická nemocnost pro celkovou populaci ČR je 33 %. Vysoká chronická nemocnost osob ve věku 65+ je výzvou pro zdravotní systém, která bude s pokračujícím demografickým stárnutím populace pravděpodobně narůstat³⁶.

S narůstajícím věkem roste v populaci výskyt chronických onemocnění, přičemž od 65 let věku postupně narůstá počet osob kumulací těchto onemocnění. I přes celkový nízký počet kontaktů s geriatrickými odbornostmi je patrné, že geriatrickí pacienti, kterým byla geriatrická péče poskytnuta, trpí vícečetným výskytem závažných onemocnění. Obecně je vysoká i polymorbidita u ostatních pacientů nad 65+ let, kteří měli minimálně jeden kontakt se zdravotní péčí mimo geriatrické odbornosti.

³⁵ Zdroj: ČSÚ – ISDEM, <https://www.czso.cz/csu/czso/projekceobyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>

³⁶ Zdroj: ČSÚ, Výběrové šetření SILC 2024-Statistics on Income and Living Conditions

Kardiologická péče – Onemocnění oběhové soustavy představují dominantní příčinu úmrtnosti v ČR. V roce 2024 se na celkové úmrtnosti podílela z 38,0 %, přičemž jejich podíl má od počátku 90. let klesající trend (v roce 1994 činil 55 %). I tak zůstávají nemoci oběhové soustavy dominantní příčinou daleko před zhoubnými novotvarami (2024–24 % příčin úmrtí).

Podle inovované metodiky EUROSTAT je možno až 15,6 % úmrtí v ČR definovat jako předčasná. Zde zaujímají novotvary nejčastější příčinu (6,3 % u mužů a 3,4 % u žen v roce 2024) s klesajícím trendem oproti předchozímu období 2011–2019, kdy šlo o 8,4 % u mužů a 3,8 % u žen. Mezi rizikovými faktory vedoucími k předčasným úmrtím, a to nejen na kardiovaskulární choroby, je nutno zdůraznit na prvním místě kouření.

V mezinárodním srovnání zaujímá podle dat EUROSTATu v roce 2022 Česká republika 10. nejhorší místo v Evropě v podílu úmrtí na kardiovaskulární choroby. I přes tendenci k poklesu úmrtí na oběhové choroby je to stejná pozice jako v roce 2011. Vyšší úmrtnost mají jen země bývalého Východního bloku. Ještě nepříznivější je situace v úmrtích na ischemickou chorobu srdeční, kde zaujímá ČR 5. nejhorší místo v Evropě (opět i přes pokles úmrtnosti bez zlepšení pozice ve srovnání s rokem 2011, kdy jsme zaujímali nepříznivé 6. nejhorší místo v Evropě). Obdobně nedobrá je i situace u úmrtí na cévní mozkové příhody, kdy ČR zaujímá 13. nejhorší pozici v rámci EU. Podle dat OECD z roku 2021 sice došlo u CMP k 3. nejvýznamnějšímu poklesu mortality ze sledovaných zemí mezi roky 2000 a 2019 o 72 %, stále však jsme pod průměrem 38 zemí statistiky OECD

Nemoci oběhové soustavy jsou v ČR jednou z hlavních příčin čerpání léčebné péče. Ta v posledních letech jeví narůstající tendenci, kdy oproti roku 2012, kdy byla vykázána ambulantní nebo hospitalizační diagnóza kardiovaskulárního onemocnění u 2 605 tisíc pacientů dosáhla tato hodnota v roce 2024 3 017 tisíc. Celkově v roce 2024 bylo ambulantně léčeno pro nemoci oběhové soustavy 27 % populace ČR a hospitalizována byla 2 % populace.

Nemoci oběhové soustavy jsou druhou nejčastější příčinou dlouhodobých hospitalizací, ve věkové skupině nad 65 let pak příčinou nejčastější. Avšak celkově dochází v meziročním srovnání od roku 2010 k progresivnímu zkracování celkové délky hospitalizací. I tak zaujímá ČR dlouhodobě stejné nelichotivé druhé místo v délce hospitalizace pro oběhové choroby v Evropě.

V následujících letech lze očekávat při každé modelové situaci nepříznivý demografický vývoj. V souvislosti se stárnutím populace v následujících letech lze očekávat nárůst nemocnosti v souvislosti s nejčastějšími chorobami vyššího věku, kterými jsou právě nemoci oběhové soustavy.

Modelová predikce nárůstu některých onemocnění představuje naléhavou výzvu pro změnu kapacit pro poskytování specializované péče. Ve srovnání s rokem 2021, kdy incidence srdečního selhání dosahovala 49 223 pacientů, lze v roce 2030 predikovat incidenci 69 015 (61 533; 76 497) a v roce 2040 dokonce 75 578 pacientů (67 673; 83 482).

Léčebně rehabilitační péče – Představuje ucelený soubor aktivit, jejichž cílem je návrat pacienta do původního zdravotního stavu, výkonnosti, pohyblivosti, soběstačnosti, pracovní schopnosti nebo jiných aspektů každodenního života; rehabilitační aktivity se mohou týkat širokého spektra pacientů, např. s cévní mozkovou příhodou, infarktem myokardu, astmatem, CHOPN, zhoubnými nádory, duševními onemocněními apod.

Prevence a léčba obezity – Obezita a nadváha jsou definovány jako nadměrné nebo abnormální hromadění tělesného tuku, které představuje zdravotní riziko. Diagnóza nadváhy a obezity se stanovuje měřením hmotnosti a výšky a výpočtem indexu tělesné hmotnosti (BMI): $\text{hmotnost (kg)} / \text{výška}^2 \text{ (m}^2\text{)}$. BMI je nepřímým ukazatelem množství tělesného tuku a jeho diagnostiku může doplnit i měření obvodu pasu (WHO, 2024).

Obezita zkracuje průměrnou délku života o 3 až 10 let, v závislosti na její závažnosti. Může způsobovat obtíže při každodenních činnostech a vést k vážným zdravotním komplikacím³⁷.

Obezita zvyšuje riziko rozvoje mnoha vážných zdravotních stavů, včetně:

- Cukrovky 2. typu
- Vysokého krevního tlaku
- Vysoké hladiny cholesterolu a aterosklerózy
- Astmatu
- Metabolického syndromu (kombinace cukrovky, vysokého krevního tlaku a obezity)
- Několika druhů rakoviny (včetně rakoviny tlustého střeva, prsu a dělohy)
- Žlučových kamenů
- Snížené plodnosti
- Onemocnění jater a ledvin

V ČR se s nadváhou potýká více než třetina žen (36 %) a téměř polovina mužů (49 %). Obezitou trpí 21 % mužů a 18 % žen, přičemž s přibývajícím věkem hodnoty BMI často rostou. Ve věku 16–34 let má normální váhu 59 % české populace. Ve věku 35–49 let klesá podíl osob s normální váhou na 37 %. Mezi 50–64 lety má normální váhu pouze 27 % dospělých, přičemž výrazně přibývá lidí s nadváhou (47 %). U osob starších 65 let má normální váhu už jen 24 %, zatímco každý čtvrtý senior trpí obezitou³⁸.

Onkologická péče – Z mezinárodních srovnání plyne, že české zdravotnictví v posledních dvou dekádách prošlo výrazným rozvojem v oblasti organizace onkologické péče a ve zvýšení dostupnosti vysoce specializované protinádorové terapie. Velký pokrok rovněž nastal v posílení organizovaných screeningových programů. Dosahované výsledky péče jsou srovnatelné s hodnotami průměru zemí EU s tím, že ve většině ukazatelů česká onkologie dosahuje nejlepších výsledků v oblasti střední a východní Evropy. Většina významných zlepšení vyplynula z postupující centralizace specializované péče do center vysoce specializované péče. Nicméně v řadě klíčových ukazatelů, jako je např. 5leté relativní přežití nebo podíl včasné zachycených onemocnění, jsou dosahované hodnoty stále nižší ve srovnání se státy západní a severní Evropy. Určité rezervy v pokrytí populace vykazují i organizované programy screeningu zhoubných nádorů a významný prostor ke zlepšení je patrný v programech primární prevence a eliminace hlavních rizikových faktorů onkologických onemocnění souvisejících s nezdravým životním stylem.

Epidemiologická zátěž české populace zhoubnými nádory zůstává stále vysoká, i když v uplynulých dvou dekádách se trend vývoje významně obrátil k lepšímu. V celkové incidenci

³⁷ Zdroj: NHS, 2023

³⁸ Zdroj: ČSÚ, 2023

zhoubných nádorů zaujímá česká populace v roce 2022. místo v Evropě a 26. místo ve světě. Jde o pozitivní posun, ještě na počátku tisíciletí patřila ČR k nejvíce zatíženým zemím Evropy. Velmi pozitivním faktem je stabilizace a u řady diagnóz i pokles celkové mortality. Ve srovnání standardizované mortality v roce 2022 zaujímá ČR 22. místo v Evropě a 48. místo ve světě. Přesto v ČR mortalita na zhoubné nádory představuje nejčastější příčinu úmrtí nejčastější příčinu předčasného úmrtí u osob do 65 let věku.

Rozevírající se trend mezi incidencí a mortalitou nevyhnutelně zvyšuje prevalenci onkologických onemocnění, o která se zdravotnický systém musí dlouhodoběji starat. V absolutních počtech je ročně v ČR v období 2019–2023 nově diagnostikováno přes 62 000 zhoubných novotvarů bez jiných kožních nádorů (C00–C97 bez C44), ročně je registrováno téměř 28 000 úmrtí na tyto zhoubné novotvary (ZN) a v celkové prevalenci s nálezem jakéhokoli novotvaru v anamnéze žije k 31. 12. 2023 téměř 800 000 osob (diagnózy C00–C97, D00–D48). Mezi nejčastější diagnózy mimo nemelanomové kožní ZN patří v období 2019–2023 ZN prostaty (C61), ZN prsu (C50), ZN tlustého střeva a konečníku (C18–C20) a ZN průdušnice, průdušky a plíce (C33, C34). Pořadí v mortalitě je významně odlišné, v průměrném ročním počtu úmrtí ve stejném období dominují ZN plic, následované ZN tlustého střeva a konečníku a ZN slinivky břišní (C25). Spektrum zastoupení jednotlivých onkologických diagnóz se pro různé věkové kategorie značně liší. Zatímco nejčastější malignitou u mladých dospělých (20–29 let) je ZN varlete (C62) a ZN štítné žlázy (C73), u osob ve věku 30–59 let se jedná o ZN prsu. Osobám ve věku 60–79 let je nejčastěji diagnostikován ZN prostaty a u starších osob ve věku nad 80 let dominují ZN tlustého střeva a konečníku.

Analýza epidemiologických a demografických dat dále potvrdila, že stávající trendy rostoucí onkologické zátěže budou v dalších dvou dekádách nevyhnutelně pokračovat. Rizikovitost demografického stárnutí populace nadto umocňuje i „nezdravé“ stárnutí, způsobené zejména nezdravým životním stylem podstatné části populace. Více než 70 % seniorů nad 65 let trpí minimálně jednou vážnou chronickou chorobou a v délce života ve zdraví je česká populace dlouhodobě pod evropským průměrem. Všechny tyto faktory povedou k růstu počtu onkologických onemocnění. I středně rizikové scénáře predikcí ukazují do roku 2040 nárůst incidence zhoubných nádorů o 18–20 %, u prevalence dokonce až o více než 40 %.

V uplynulých 20 letech výrazně narostl počet zhoubných novotvarů diagnostikovaných jako následné primární novotvary u onkologických pacientů. V dětské onkologii je tématem nejen výskyt druhých primárních nádorů, ale i třetích, čtvrtých a dalších. Avšak problém následných malignit u onkologických pacientů se týká celé populace. V období 2014–2023 bylo v ČR průměrně ročně nově diagnostikováno celkem 12 358 případů jako následný primární novotvar (C00–C97 bez C44). Tyto následné malignity tak představovaly 20 % všech nově diagnostikovaných nádorů. Pro srovnání v letech 1994–2003 bylo takto zachyceno průměrně ročně cca 4 600 následných malignit, což bylo pouze 10 % celkové roční incidence zhoubných nádorů.

Pediatrická péče – Péče o zdraví novorozenců, kojenců, dětí a mladistvých je zásadní pro jejich optimální fyzický a duševní vývoj. Podpora pediatrické péče zahrnuje dlouhodobé směřování v poskytování zdravotních služeb dětem všech věkových kategorií, s důrazem na prevenci a komplexní přístup. Vzhledem k snižujícímu se počtu hospitalizovaných dětí a zkracující se době hospitalizace je navržena racionalizace péče o děti, včetně rozšíření ambulantních týmů o odborníky jako fyzioterapeuty, logopedy, nutriční terapeutky, klinické psychology a další specialisty. Prevence a včasná diagnostika zdravotních problémů zajistí, že děti budou mít lepší start do života a optimální fyzický i duševní vývoj. Rozšíření ambulantních týmů o odborníky umožní efektivnější péči a sníží potřebu dlouhodobých hospitalizací.

Péče o těhotné ženy, ženy při porodu, ženy v poporodním období, novorozence a jejich rodiny – Systém péče o těhotné a rodící ženy představuje v ČR hustou síť poskytovatelů zdravotních služeb. Indikátory reprodukčního zdraví populace ukazují na to, že prenatální péče o těhotné ženy je v ČR dlouhodobě na vysoké úrovni. Dokládá to např. časování prvních návštěv v souvislosti s těhotenstvím u gynekologa. Více než 80 % žen absolvuje první prohlídku již mezi 1. až 12. týdnem těhotenství.

Studie MUDr. Antonína Šebely, Ph.D. z Centra perinatálního duševního zdraví popisuje, že perinatální období s sebou nese pro ženy riziko vzniku nebo recidivy duševních poruch. Vysoká prevalence běžných perinatálních duševních poruch (20 % v případě úzkostných poruch a 17 % v případě deprese) představuje závažný celosvětový problém³⁹, zejména s ohledem na řadu negativních důsledků, pokud nejsou léčeny. Nejen to, že neléčená perinatální deprese je spojena s ekonomickými potížemi, horší kvalitou života, problémy ve vztazích nebo rizikovým chováním (např. kouření nebo sebevražedné chování u žen), ale může také vést ke komplikacím v těhotenství (preeklampsie, spontánní potrat) nebo abnormálnímu vývoji plodu či dítěte (např. abnormality placenty, nitroděložní růstová restrikce, nízká porodní hmotnost apod.)⁴⁰

Některé studie navíc naznačují, že negativní dopad prenatální deprese a úzkosti může přetrvávat i po časném postnatálním období, neboť u exponovaných dětí se později v životě projevily problémy s chováním, horší kognitivní schopnosti a exekutivní dysfunkce, zvýšené sociální stažení a emoční problémy. Nedávná epidemiologická studie z České republiky ukázala, že až 75 % žen s perinatálními psychickými obtížemi nevyhledá odbornou pomoc⁴¹, a proto tyto ženy nejsou léčeny. Přitom česká data ukazují, že výskyt psychiatrických poruch u žen na konci šestinedělí je 13,6 %⁴².

³⁹ Fawcett et al., 2019; Hahn-Holbrook et al., 2017

⁴⁰ Field et al., 2006; Grote et al., 2010

⁴¹ Sebela et al., 2021

⁴² Horáková et al., 2022

2.2.11 Specifický cíl 2.8 - Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v ČR

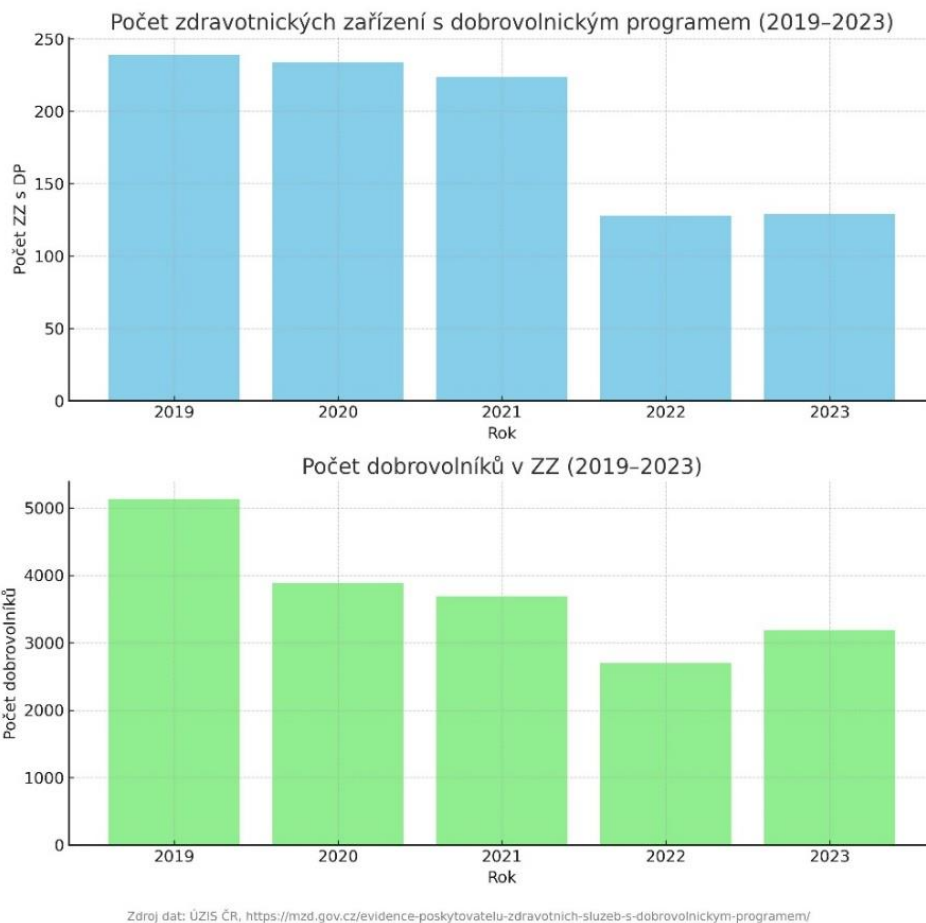
Tento cíl byl do Strategického rámce Zdraví 2035 zařazen ve vazbě na aktualizaci a prolongaci Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. Zaměřuje se na aktivity Ministerstva zdravotnictví, které mají pozitivní vliv na zvyšování úrovně kvality poskytovaných zdravotních služeb (implementace mezinárodních programů na podporu zdraví a odvykání kouření, participace v projektu Národní hodnocení spokojenosti pacientů, posílení spolupráce s patientskými organizacemi) a současně svou implementací umožňují zvýšení efektivity personálních kapacit u poskytovatelů lůžkové péče (zavedení programu dobrovolnictví ve zdravotnictví, zřízení ombudsovy).

Dobrovolnictví ve zdravotnictví

Obecné dobrovolnictví se v ČR vyskytuje na mnoha místech dlouhodobě a patří do gesce Ministerstva vnitra. Jelikož však je zdravotnictví specifickým prostředím, kde nebylo možné aplikovat dosavadní principy poskytování dobrovolnické činnosti, byl ke dni 1.6.2019 zahájen projekt „Efektivizace systému nemocniční péče v ČR prostřednictvím dobrovolnické činnosti CZ.03.3.X/0.0/0.0/15_018/0007517“, který vznikl za finanční podpory Evropského sociálního fondu EU, Operační program Zaměstnanost. Projekt měl za cíl řešit t.č. omezenou a nedostatečnou roli dobrovolnictví pro potřeby poskytování kvalitní, bezpečné a efektivní zdravotní péče pacientům hospitalizovaným v lůžkových zdravotnických zařízeních ČR. Tento projekt byl ukončen v roce 2023 a dal velmi kvalitní základ pro metodické uchopení dobrovolnictví ve zdravotnictví, způsob realizace apod. Do projektu bylo zařazeno 14 poskytovatelů zdravotních služeb (PZS) bez dobrovolnického programu (z celkových 30 PZS), kteří získali kromě finanční podpory pro implementaci programu též velmi silnou podporu metodickou. Od roku 2013, kdy se ve spolupráci s ÚZIS ČR ročně sleduje počet PZS s dobrovolnickým programem, lze konstatovat, že do roku 2018 byl počet PZS s dobrovolnickým programem rostoucí. Od roku 2019 však evidujeme klesající trend. K roku 2023 je evidováno 129 PZS.

V rámci IP 2.8. je proto počítáno s aktivitami a dílčími cíli, jež povedou k navýšení počtu nejen PZS s dobrovolnickým programem, ale též k navýšení počtu dobrovolníků.

Za možné důvody nedostatečného zájmu o program dobrovolnictví, na které se chce MZD v této strategii zaměřit, jsou shledávány především: nesprávné uchopení tohoto programu v praxi, který může mít za následek zbytečné zatížení zdravotnického personálu, nepochopení přínosu iniciativy, organizační zatížení, nedostatečná komunikace a koordinace na národní úrovni. [Detailní informace o dobrovolnictví ve zdravotnictví jsou dostupné na stránkách MZD.](#)

GRAF 12 POČET ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ S DOBROVOLNICKÝM PROGRAMEM,
GRAF 13 POČET DOBROVOLNÍKŮ


Zdroj: ÚZIS

Mezinárodní programy (HPH, GNTH)

Obdobná situace je již dlouhodobě evidována u mezinárodních programů Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH) a The Global Network for Tobacco Free Healthcare Services (GNTH), které měly největší rozvoj mezi lety 2003 až 2019, kdy byly tyto projekty poskytovateli zdravotních služeb v ČR považovány za prestižní rozšíření běžné péče o své pacienty a zaměstnance. Ke každé této iniciativě je v rámci ČR zřízena tzv. národní síť, která je v gesci Ministerstva zdravotnictví, jež zodpovídá za národní implementaci, rozvoj sítě, metodickou podporu členských poskytovatelů zdravotních služeb atp. Národní síť nemocnic a zdravotnických zařízení bez tabáku vznikla v roce 2017, kdy MZD dle mezinárodních stanov GNTH sdružilo několik solitérně existujících členů na území ČR s cílem tento projekt lépe uchopit, vést a rozvíjet. Aktuálně čítá tato česká síť 15 členských PZS, nicméně je velice náročné tento stav udržet či jej navyšovat.

Přínosy tohoto programu jsou především v odvykání kouření u pacientů a zaměstnanců daného PZS, snížení počtu aktivních kuřáků, snížení výskytu chronických neinfekčních chorob, zavedení efektivních intervenčních technik, cílení na substituční léčbu (více [zde](#)), nicméně navzdory dlouhodobé snaze MZD tento projekt rozvíjet (např. vytvoření pracovní skupiny na MZD, propagace, pořádání konferencí apod.), nedochází k navýšení počtu zapojených PZS a tím k žádoucímu rozvoji implementace programu v ČR. Zásadní překážku shledáváme v nově zavedeném členském poplatku, narůstající administrativní zátěži managementu PZS (, jehož

člen je většinou lokální koordinátor), omezené personální kapacity PZS, nedostatečné povědomí o této iniciativě, nezáměr PZS o aktivitu spojenou s dalším zatížením personálu a dále též neefektivní spolupráci s mezinárodním sekretariátem GNTH. V důsledku toho je nutné zaměřit se na zkvalitnění komunikace přínosů této iniciativy s důrazem na skutečnost, že benefity implementace převýší nároky na vyšší zatížení personálu spojené s administrativou, organizací a zajištěním aktivit spojených s účastí v národní síti HPH a/nebo GNTH. Žádoucí je též zaměřit se na podporu nových i stávajících členů.

Na totéž se chce MZD zaměřit v rámci Národní sítě nemocnic a zdravotnických zařízení podporujících zdraví, která byla vytvořena již v roce 2003 a aktuální čítá 11 PZS. Stejně jako GNTH se program zaměřuje jak na pacienty, tak zaměstnance PZS, ale i na podporu zdraví široké veřejnosti v plném rozsahu (prevence, zdravý životní styl, pohyb, strava, snížení stresu atd.). Hlavní přínosy jsou např. ve snížení neinfekčních civilizačních chorob, zlepšení psychické pohody zaměstnanců a zvýšení jejich psychické i stresové odolnosti, edukaci pacientů a zlepšení jejich životního stylu. V tomto programu je hrazen členský roční poplatek od zavedení programu v ČR, nicméně v průběhu jeho implementace došlo k jeho značnému navýšení. Tato finanční zátěž je pro lokální koordinátory HPH (i GNTH) čím dál obtížněji komunikována s vedením PZS, jelikož přínosy obou projektů jsou detekovány obtížně a často až v dlouhodobém horizontu (např. snížení nemocnosti personálu, zvýšení spokojenosti zaměstnanců, snížení počtu aktivních kuřáků atd.).

Dlouhodobá podpora obou projektů je dále negativně ovlivňována personální nestabilitou a fluktuací nejen ve vedoucích pozicích. Neochotu implementovat oba programy může též způsobovat či podněcovat jazyková bariéra, jelikož oba programy jsou vedeny plně v anglickém jazyce. Tento faktor se MZD snaží minimalizovat překladem vybraných materiálů a jejich distribucí členům obou sítí. Nicméně se značnou limitací v personálních i finančních kapacitách. Ve vazbě na stále posilující systém posuzování efektivity dle výkonových parametrů je nutné, aby se MZD zaměřilo na komunikaci cílenou na pochopení obou programů coby preventivních opatření s dlouhodobě pozitivním dopadem.

Národní hodnocení spokojenosti pacientů (NHSP)

Záměrem strategického rámce je dále rozvoj projektu Národní hodnocení spokojenosti pacientů (NHSP), a to v obou stávajících modulech, tj. pro hodnocení lůžkové péče a hodnocení ambulantní péče poskytované v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Projekt byl vytvořen ze zdrojů Ministerstva zdravotnictví jako národní a bezplatný nástroj pro plnění zákonné povinnosti PZS vyplývající z § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Do doby jeho zavedení bylo šetření spokojenosti pacientů většinou prováděno buď vlastními silami PZS, což pro personál představovalo administrativní zátěž nebo prostřednictvím externího subjektu, který však pro PZS znamenal značnou a opakující se zátěž finanční.

Projekt byl pilotován v roce 2020 u 5 PZS napříč ČR. Sledování spokojenosti pacientů s poskytovanou lůžkovou péčí je prováděno prostřednictvím dotazníkového šetření, které probíhá u zapojených PZS zpravidla každoročně (dotazníky se získávají vždy ve stejném období sběru). Sledování spokojenosti pacientů s ambulantní péčí, která jim je/byla poskytována v lůžkovém zdravotnickém zařízení bylo spuštěno v ostrém provozu v dubnu 2024 a oproti lůžkovému modulu je plně elektronické.

Aktuálně je do NHSP zapojených 46 PZS (sledování lůžkové péče) a 14 PZS pro sledování ambulantní péče nebo obou forem péče. Cílem MZD je v rámci tohoto strategického rámce rozšíření projektu NHSP jako dominantního nástroje pro sledování spokojenosti pacientů v ČR.

Ačkoliv má projekt rostoucí podporu, tempo navyšování participujících PZS v posledních 3 letech klesá. Jako významný důvod vnímáme konkurenční soukromé subjekty, které vytváří národní soutěže a vyhlašování různých žebříčků, kde PZS na prvních třech místech obdrží certifikát, ocenění a popř. věcný dar. Ač je všeobecně známo, že validita těchto soutěží je minimálně pochybná, stále je tento princip veřejného ocenění a možnost kladného PR pro dané zdravotnické zařízení velkým lákadlem a argumentem pro odmítnutí implementace NHSP. NHSP tento princip totiž zásadně odmítá. Data jsou určena pouze pro konkrétní PZS, jsou anonymní a nezpracovává se z nich benchmarking. Jsou však i nemocnice, které využívají oba systémy sledování spokojenosti pacientů – NHSP pro jeho validitu, kvalitní výpovědní hodnotu apod. a komerční subjekt pro vyhlašování národní soutěže. Současně je možnou překážkou pro zapojení některých PZS i obava z administrativní zátěže spojené s organizací při lokální implementaci především NHSP v lůžkové péči, které zatím neprobíhá plně elektronicky. I přes výše popsaná úskalí, věříme, že správně cílenou a efektivní komunikací, a především vytvořením propracované online platformy pro správu NHSP, dojde k navýšení jeho implementace. Tato platforma nyní již existuje a lze konstatovat, že základní funkce nyní plní. Jelikož však byl web vytvořen bez výrazné finanční podpory v rámci běžných úvazků zaměstnanců MZD, neodpovídá strukturálně, rozsahem funkcí či uživatelným designem projektu takového rozsahu. Vhodné je též rozšíření o jazykové mutace pro cizojazyčné pacienty.

Zapojení pacientů a veřejnosti do tvorby zdravotních politik

Zapojení pacientů a veřejnosti do tvorby zdravotních politik představuje jednu z hlavních podmínek pro legitimitu rozhodovacích procesů a budování důvěryhodnosti zdravotnického systému. Moderní přístupy k hodnocení kvality péče vycházející z doporučení WHO, již nepracují pouze s klinickými nebo procesními ukazateli, ale stále častěji zahrnují subjektivní dimenzi – zkušenosti pacientů (PREMs) a jimi hlášené výsledky (PROMs). Tyto ukazatele zajišťují, že zdravotnický systém je orientován na potřeby lidí (people-centredness). Empirická data WHO (2024) potvrzují, že zapojení pacientů do národního řízení a správy (governance), které je v evropském regionu přítomno pouze ve 13 % zemí, má přímý vztah k lepším zdravotním výsledkům a k vyšší míře důvěry pacientů v instituce.⁴³ V českém kontextu existují první institucionální základy participace, avšak její skutečný vliv na tvorbu politik zůstává dosud omezený.

V roce 2017 vznikla Pacientská rada ministra zdravotnictví, která se stala prvním stabilním poradním orgánem zajišťujícím zastoupení pacientského hlasu v procesu přípravy a konzultace zdravotnických dokumentů. Rada se podílí na připomínkování legislativních návrhů a vydává doporučení k otázkám týkajícím se práv pacientů a kvality péče. Koncepce participace v Ministerstvu zdravotnictví 2030 (KOPA 2030) pak vymezila participaci jako důležitý princip v rámci tvorby politik, čímž otevřela cestu k systematictějšímu zapojení pacientů a veřejnosti do rozhodovacích procesů.⁴⁴ Tyto kroky znamenají posun směrem k partnerskému modelu, nicméně zatím nepokrývají všechny fáze politik – od přípravy přes implementaci až po evaluaci.

⁴³ World Health Organization (2024). *Taking the pulse of quality of care and patient safety in the WHO European Region: multidimensional analysis and future prospects*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

⁴⁴ Ministerstvo zdravotnictví (2021). *Koncepce participace na MZD 2030*. Praha: MZD.

Rovnost mezi aktéry ve zdravotnictví a role Pacientské rady

Zřízení Pacientské rady a její právní zakotvení prostřednictvím Statutu a Jednacího řádu vytvořilo základní institucionální rámec participace. Díky tomu mohou pacientské organizace vystupovat jako jednotný partner v konzultacích a připomínkových procesech. Tento krok je zásadní pro formální uznání role pacientů v systému řízení a správy (governance), ale jeho dopady jsou omezené: doporučení Pacientské rady nejsou závazná a často nejsou systematicky zohledňována v následných strategiích či politikách.⁴⁵

Rovnost mezi aktéry zdravotního systému je klíčová pro skutečně partnerský přístup k řízení kvality péče. Přestože Pacientská rada vytvořila prostor pro pravidelný dialog mezi ministerstvem a pacientskými organizacemi, Evaluace Pacientské rady (2025) ukazuje, že nerovnováha mezi aktéry přetrvává. Profesní komory a poskytovatelé disponují stabilnějším institucionálním rámcem a silnějšími možnostmi prosazování svých zájmů, zatímco pacientské organizace mají omezený přístup k informacím i k rozhodovacím procesům. To se negativně promítá do schopnosti pacientského hlasu skutečně ovlivňovat systémová rozhodnutí.⁴⁶

Podpora pacientských organizací

Pacientské organizace představují klíčové aktéry, kteří dokáží přenášet zkušenosti pacientů do systému zdravotní péče a poskytovat informace, jež jsou nezbytné pro tvorbu politik orientovaných na člověka. Přesto však většina těchto organizací v ČR funguje na bázi dobrovolnictví, bez stabilního finančního zázemí. Tento stav výrazně omezuje jejich schopnost dlouhodobě a systematicky se zapojovat v rámci nastavených procesů.⁴⁷

Pro podporu jejich činnosti MZD vytvořilo malé grantové schéma v rámci Programu Zdraví z Fondů EHP 2014–2021 s alokací 51 milionů Kč, které bylo prvním dotačním titulem přímo zaměřeným na pacientské organizace. Podpořeno bylo 15 projektů, z toho 13 cílilo na profesionalizaci jednotlivých organizací a 2 na vznik střešních organizací.⁴⁸ S ohledem na náročnost procesu i relativně krátkou dobu podpory iniciovalo MZD spolu s Pacientskou radou legislativní změnu zákona o veřejném zdravotním pojištění (č. 48/1997 Sb.), která nově umožňuje financování provozních nákladů pacientských organizací z Fondu veřejně prospěšných činností v rámci všech zdravotních pojišťoven.⁴⁹

Pro podporu profesionalizace a vzdělávání vznikl rovněž [projekt Pacientský hub](#) realizovaný z fondů EHP, který posiloval kapacity pacientských organizací v oblasti znalostí systému zdravotnictví, fundraisingu, advokacie a komunikace. Projekt poskytl i zázemí v podobě coworkingového prostoru a webové platformy s e-learningovými moduly.⁵⁰

Kvalitní komunikace mezi poskytovateli a pacienty

Komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty představuje jednu z nejzásadnějších dimenzí kvality zdravotní péče. V českém prostředí se dlouhodobě ukazuje, že právě nedostatečná komunikace je nejčastějším důvodem stížností pacientů, a to až ve dvou

⁴⁵ Ministerstvo zdravotnictví (2021). *Statut a Jednací řád Pacientské rady ministra zdravotnictví*. Praha: MZD.

⁴⁶ Ministerstvo zdravotnictví (2025). *Evaluace Pacientské rady MZD ČR*. Praha: MZD

⁴⁷ Ministerstvo zdravotnictví (2025). *Evaluace Pacientské rady MZD ČR*. Praha: MZD

⁴⁸ Ministerstvo zdravotnictví (2025). *Evaluace Pacientské rady MZD ČR*. Praha: MZD

⁴⁹ Ministerstvo zdravotnictví (2025). *Evaluace Pacientské rady MZD ČR*. Praha: MZD

⁵⁰ Ministerstvo zdravotnictví (2025). *Evaluace Pacientské rady MZD ČR*. Praha: MZD

třetinách případů⁵¹. Tento trend naznačuje, že i když je pacientovi poskytnuta odborně bezchybná péče, subjektivní vnímání její kvality je výrazně ovlivněno tím, zda se cítí respektován, informován a vyslyšen.

Z hlediska dosavadních řešení lze zmínit zejména zavedení funkce ombudsmanů ve zdravotnictví. Tito fungují v některých zdravotnických zařízeních jako prostředníci mezi pacienty a institucí a napomáhají řešit spory smírnou cestou. Ombudsman zároveň přináší důležité poznatky o systémových slabinách organizace a může sloužit jako zpětná vazba pro vedení nemocnice. Přestože jde o krok správným směrem, jeho dopad je zatím omezený, protože není plošně rozšířen a jeho činnost se odvíjí především od vnitřní iniciativy jednotlivých zařízení.

Dalším nástrojem, který přispívá k posilování komunikace mezi pacienty a zdravotníky je vzdělávání na akademické úrovni. Příkladem je univerzitní předmět „Pacient jako partner: kazuistiky a komunikační dovednosti“, jenž si klade za cíl studentům zdravotnických oborů zprostředkovat praktické situace a různé úhly pohledu – od pacientů přes mediátory až po ombudsmany. Tento přístup bývá velmi kladně hodnocen⁵², neboť dokáže studenty připravit na reálné výzvy v praxi. Problémem však zůstává, že podobné programy zatím nejsou systematicky dostupné napříč všemi univerzitami a úrovněmi vzdělávání. Zároveň je nutné dodat, že MZD nemá pravomoc zasahovat do sylabů univerzit ani dalších vzdělávacích institucí – obsah vzdělávání je plně v gesci vysokých škol a jejich akreditačních orgánů. MZD tak může školám poskytovat pouze doporučení a metodické impulsy, nikoli závazné pokyny.

Je třeba konstatovat, že systematický rámec pro rozvoj kvalitní komunikace ve zdravotnictví v České republice chybí. Vzdělávání zdravotníků se často omezuje na odbornou složku léčby.⁵³ Rovněž povědomí pacientů o možnostech obrany v případě porušení práv nebo nespokojenosti je nedostatečné. Chybí také kvalitní vzdělávání a širší metodická podpora pro ombudsmany, kteří sice plní důležitou roli, ale jejich kapacity a pravomoci jsou omezené.

Celkově lze říci, že české zdravotnictví v oblasti komunikace mezi poskytovateli a pacienty stojí na rozcestí. Na jedné straně existuje množství příkladů dobré praxe⁵⁴ a rostoucí uznání významu participace pacienta, na straně druhé je však patrná absence jednotné strategie, metodické opory a systematického rozvoje komunikačních kompetencí zdravotníků. Tento nesoulad přispívá k vysokému počtu stížností a k nízké spokojenosti části pacientů, což v konečném důsledku snižuje důvěru ve zdravotnický systém jako celek.

Zefektivnění stížnostního procesu ve zdravotnictví

Stížnostní proces představuje v každém zdravotnickém systému důležitý mechanismus zpětné vazby a ochrany práv pacientů. V českém prostředí se vyznačuje značnou roztříštěností a absencí jednotného rámce. Nemocniční ombudsman se ukazuje jako efektivní prostředek, jak stížnosti řešit pružně a smírně, nicméně jeho role není podrobně legislativně zakotvena a jeho působnost není vázána na závazné metodické standardy. Výsledkem je výrazná

⁵¹ World Health Organization (2024). *Taking the pulse of quality of care and patient safety in the WHO European Region: multidimensional analysis and future prospects*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

⁵² Ministerstvo zdravotnictví (2021). *Koncepce participace na MZD 2030*. Praha: MZD.

⁵³ Ministerstvo zdravotnictví (2021). *Koncepce participace na MDZ 2030*. Praha: MZD.

⁵⁴ Ministerstvo zdravotnictví (2025). *Evaluaace Pacientské rady MZD ČR*. Praha: MZD.

nejednotnost mezi jednotlivými nemocnicemi, a tedy i nerovný přístup pacientů k uplatnění svých práv.

Statistiky ukazují, že stížnosti pacientů se nejčastěji týkají nedostatečné komunikace se zdravotnickým personálem (63 %), dále závažnějších nedostatků v samotné zdravotní péči (35 %) a praktických či provozních problémů, jako je strava či vybavení (22 %). Tyto údaje naznačují, že stížnostní proces je nejen nástrojem pro řešení konkrétních sporů, ale zároveň cenným indikátorem systémových nedostatků v kvalitě péče a řízení zdravotnických zařízení.

Dosavadní zkušenosti potvrzují přínosy funkce nemocničního ombudsmana. Tito pracovníci nejenže řeší individuální stížnosti, ale ve značném procentu případů také navrhnou systémové změny, které by mohly podobným problémům v budoucnu předcházet. Zároveň se podílejí na školení personálu, čímž přispívají ke zvyšování povědomí o právech pacientů a k prevenci konfliktů. Jejich činnost je pacienty obecně vnímána pozitivně a posiluje důvěru ve zdravotnické zařízení.

Hlavním problémem zůstává absence závazného metodického vedení. Chybí také centrální databáze či reporting, které by umožnily sledovat trendy napříč institucemi a využít stížnostní proces jako zdroj dat pro strategické řízení zdravotnictví. Tímto způsobem se ztrácí potenciál stížnostního systému jako cenného nástroje řízení kvality.

Současně je nutné zaměřit se i na oblast ambulantní péče, kde je proces vyřizování stížností nedostatečně podchycený a chybí jednotná metodika. Pacienti často nemají jasnou informaci, na koho se mohou obrátit, a výsledkem je pocit bezmoci či ztráty důvěry. Do budoucna je proto nutné rozšířit institucionální rámec ombudsmanů nebo vytvořit specifické mechanismy pro řešení stížností i v segmentu ambulantních poskytovatelů, aby byla zajištěna rovnocenná ochrana práv pacientů napříč celým systémem zdravotní péče.

2.2.12 Specifický cíl 3.1 -Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví

Zdravotnictví je odvětvím, které se neustále vyvíjí k vyšší produktivitě a k lepším výsledkům prostřednictvím aplikace vědeckých poznatků a technologických inovací. Z tohoto důvodu má specifický cíl rozvíjející inovační potenciál zdravotních služeb strategický význam. Zapojení vědy a výzkumu je třeba vnímat i jako významnou podporu pro aktivity řady jiných, výše zdůvodněných specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2035. Mezi zásadní aktivity synergicky podporující dílčí aktivity ostatních specifických cílů patří zejména:

- podpora výzkumu s důrazem na prevenci, ověřování nových efektivních postupů v primární prevenci, zavádění a testování nových programů sekundární prevence a cílených programů časného zachytu vážných onemocnění,
- podpora výzkumu chování ve vztahu ke zdraví včetně pravidelného monitoringu úrovně zdravotní gramotnosti obyvatel,
- podpora výzkumných aktivit ve vztahu ke stárnutí populace,
- vytvoření validní studie o zdravotním stavu obyvatel ČR, která bude moci být východiskem pro jednotlivé programy podpory výzkumu,
- vytvoření vědeckovýzkumné a inovační základny pro digitalizaci zdravotnictví, rozvoj znalostní základny digitálního zdravotnictví.

Avšak věda a výzkum samozřejmě neslouží pouze jako podpora jiných strategických cílů, v řadě oblastí medicíny přináší zcela novou kvalitu zdravotních služeb, nadto s potenciálem uspořit finanční i lidské zdroje. Jako příklad zde lze uvést následující dvě oblasti:

- Podpora výzkumu zaměřeného na aplikace ICT, internetu věcí a umělé inteligence ve zdravotnictví a metod na těchto technologiích založených a výzkum v oblasti telemedicíny.
- Péče o dlouhodobě nemocné vyžadující téměř celodenní monitoring bude již v blízké budoucnosti bez dalších technologických inovací personálně velmi obtížně zajiřitelná. Technologický vývoj usnadňující dálkové sledování a včasnou detekci hrožících zdravotních problémů mohou zásadně zvýšit bezpečnost péče o tyto nemocné, řešit nedostatek odborného personálu a zajistit posun těžiště péče do domácího prostředí pacientů. Jde přitom o oblast s narůstajícím významem. V roce 2024 bylo v datech NZIS identifikováno 130 tisíc osob léčených s demencí, z čehož 61 % tvořili pacienti s plně diagnostikovanou Alzheimerovou nemocí a 39 % pacienti s nedošetřenou demencí. U různých typů nedošetřené demence existuje předpoklad, že není dořešen typ neurodegenerativní poruchy, a není tak vyloučena přítomnost Alzheimerovy nemoci a rozvoj Alzheimerovy demence v budoucnu. Vzhledem k celosvětově známé poddiagnostikovanosti pacientů s neurodegenerativními onemocněními (odhadem až třetina jedinců s Alzheimerovou nemocí není diagnostikována) lze předpokládat, že z dostupných dat je přitom odhalena pouze špička ledovce.

Aplikovaný výzkum zaměřený na sledování nákladných diagnostických a léčebných inovací a zdokonalující systémy hodnocení dopadu těchto technologií na bázi metodik HTA (Health Technology Assessment).

Prudce rostoucí objem léčby inovativními léčivými přípravky či technologiemi lze v ČR dokumentovat na tzv. centrové léčbě (tedy o spotřebě inovativních léků, indikované v akreditovaných centrech vysoce specializované péče podle metodik MZD). Prevalence

pacientů léčených centrovými léky v letech 2021 a 2024 významně narostla (ročně +11 % až +17 %). V letech 2022 a 2023 došlo k meziročnímu nárůstu +15 %. V roce 2023 bylo centrovou léčbou léčeno 127 261 pacientů. V roce 2024 bylo takto léčeno 148 877 pacientů (nárůst +17 % oproti roku 2023).

Nástup nových technologií do klinické praxe zvyšuje tlak na finanční zdroje. Z těchto důvodů je velmi významné podporovat aplikovaný mezioborový výzkum zaměřený na hodnocení nákladové efektivity inovací a na modelování jejich trvale udržitelné implementace v reálné praxi. Roste význam ekonomických modelů ve zdravotnictví. Pokračující molekularizace řady klinických oborů mění samotnou koncepci klinického výzkumu, nastupují nové metody hodnocení reflektující personalizovaný přístup k pacientům (např. „N of 1 trials“), posiluje význam hodnocení dat z klinické praxe (RWE: Real World Evidence).

3. Návrhová část – specifické cíle

Hlavní ambicí Strategického rámce Zdraví 2035 je být nejenom zastřešujícím strategickým dokumentem pro směřování resortu zdravotnictví, ale i vodítkem pro všechny orgány státní správy i samosprávy, protože faktory ovlivňující zdraví obyvatel se prolínají napříč všemi resorty a jsou také předmětem rozhodování orgánů na krajské i obecní úrovni.

Stále platí, že zdraví lidí nevzniká v nemocnicích, ale všude tam, kde lidé žijí, pracují a tráví volný čas. Z toho důvodu Strategický rámec Zdraví 2035 definuje základní prioritní oblasti, na které je potřeba se zaměřit, aby bylo dosaženo stabilního systému veřejného zdravotnictví. Jednou ze zásadních identifikovaných oblastí je prevence nemocí a rozvoj zdravotní gramotnosti obyvatel, která by měla přispět ke snížení nákladovosti zdravotního systému, jelikož je méně nákladné nemocem předcházet, než je léčit v pozdějších fázích. Strategický rámec Zdraví 2035 také pojednává o dalších oblastech potřebných pro optimalizaci zdravotnického systému, a to jak reforem klíčových či nedostatečně obsazených oborů, tak také oblastí reagujících na nové výzvy, jako je např. demografické stárnutí obyvatel a s ním spojená potřeba dlouhodobé péče a integrované sociálně-zdravotní péče.

Jak již bylo zdůrazněno v úvodu, Strategický rámec Zdraví 2035 navazuje na cíl Strategického rámce ČR 2030 „Zdraví všech obyvatel se zlepšuje“, jehož specifické cíle⁵⁵ se tematicky soustřeďují do následujících strategických cílů Strategického rámce Zdraví 2035.

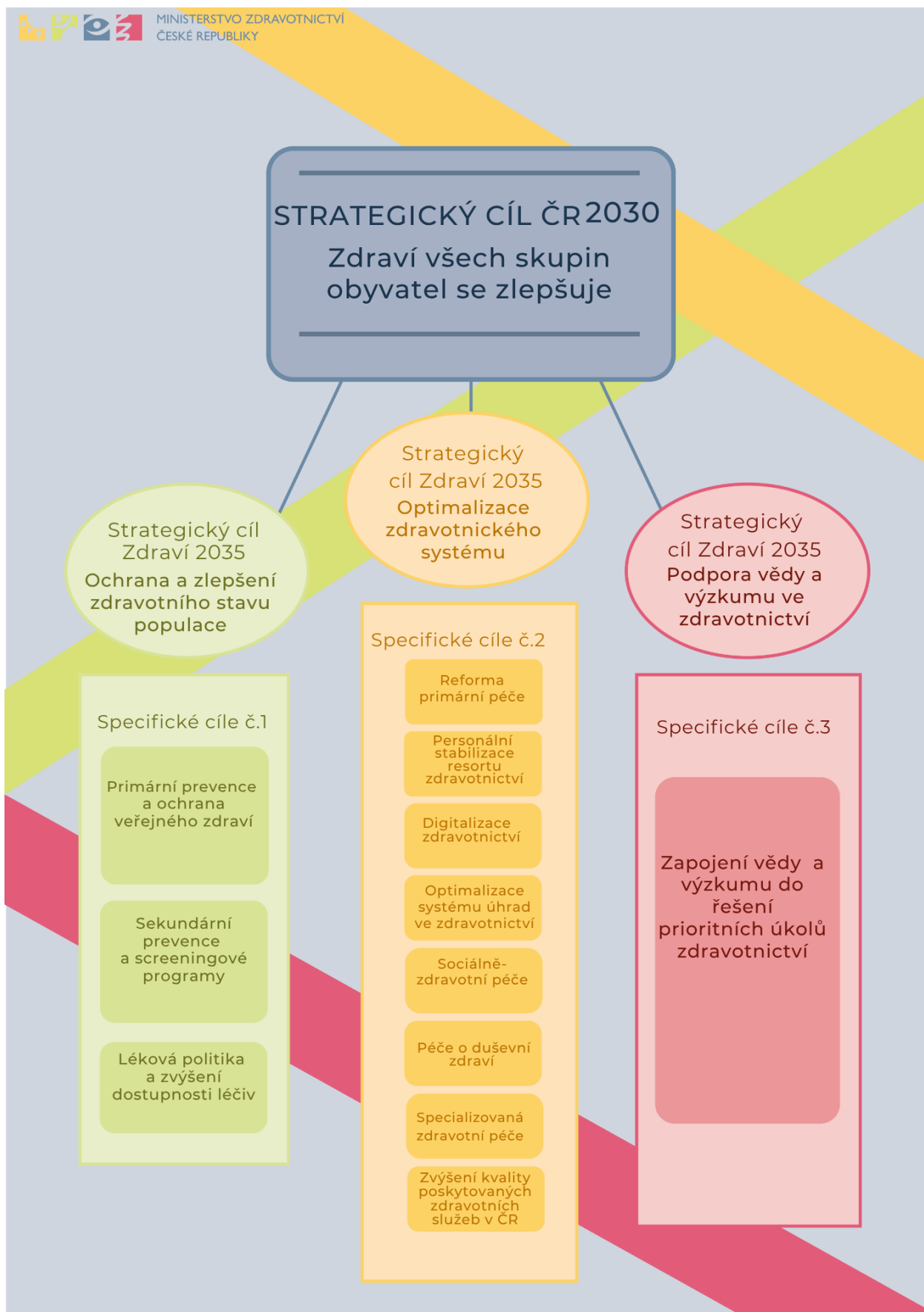
1. Ochrana a zlepšení zdravotního stavu populace (naplnění specifického cíle 1, 2, 4 a 5 Strategického rámce ČR 2030)
2. Optimalizace zdravotnického systému (naplnění specifického cíle 2, 3, 4 a 5 Strategického rámce ČR 2030)
3. Podpora vědy a výzkumu (naplnění specifického cíle 1 a 3 Strategického rámce ČR 2030)

S ohledem na aktuální i dlouhodobé potřeby resortu zdravotnictví, ale i se zřetelem na dosavadní poznatky a zkušenosti prezentované v Analytické části Strategického rámce Zdraví 2035, byl každý ze strategických cílů rozpracován do podrobnějšího členění na cíle specifické. Výběr specifických cílů byl ovlivněn především posouzením jejich možných dopadů na plnění příslušného strategického cíle.

Specifické cíle se následně rozpadají na dílčí cíle, které formulují konkrétní opatření a aktivity, vedoucí k realizaci daného cíle. Zároveň však všechny dohromady pojímají zdravotní péči jako komplexní oblast, která reprezentuje zdraví jako esenciální podmínku prosperity jednotlivce i celé společnosti. Zdravotní stav populace má značný dopad nejen na systém a náklady zdravotnictví, ale také na zaměstnanost, sociální systém státu a tím také ekonomiku celé země.

⁵⁵ Viz kapitola Obecný úvod.

OBRAZEK 2 STRATEGICKÉ A SPECIFICKÉ CÍLE STRATEGICKÉHO RÁMCE ZDRAVÍ 2035



Zdroj: vlastní zpracování

V rámci aktualizace v roce 2025 došlo k rozšíření okruhu specifických a dílčích cílů z důvodu prolongace dokumentu.

Strategický cíl 1 „Ochrana a zlepšení zdravotního stavu populace“ bude nově plněn prostřednictvím 3 specifických cílů, a to:

- 1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví
- 1.2 Sekundární prevence a screeningové programy
- 1.3 Léková politika a zvýšení dostupnosti léčiv

Původní specifický cíl 1.1 Reforma primární péče byl přesunut pod strategický cíl 2. Specifický cíl 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti byl rozdělen na dva samostatné specifické cíle, aby byly více akcentovány některé oblasti, např. bylo žádoucí více rozpracovat oblast podpory zdravotní gramotnosti obyvatel, či reagovat na stále více rezonující hrozbu antibiotické rezistence. Nově byl pak, jako reakce na výpadky dodávek některých léků, přidán specifický cíl 1.3 Léková politika a zvýšení dostupnosti léčiv.

Strategický cíl 2 „Optimalizace zdravotnického systému“ bude nově plněn prostřednictvím 8 specifických cílů:

- 2.1 Reforma primární péče
- 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví
- 2.3 Digitalizace zdravotnictví
- 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví
- 2.5 Sociálně zdravotní péče
- 2.6 Péče o duševní zdraví
- 2.7 Specializovaná zdravotní péče
- 2.8 Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v ČR

Nově je zde přesunut specifický cíl 2.1 Reforma primární péče. Specifické cíle 2.2, 2.3 a 2.4 doznaly pouze dílčích změn. Původní specifický cíl 2.1 Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví je nově rozdělen na 3 samostatné specifické cíle, které spolu úzce souvisí, nicméně vzhledem k jejich obsáhlosti je každá uvedena v samostatném specifickém cíli, a to 2.5, 2.6 a 2.7. Nově pak byl přidán specifický cíl 2.8 Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v ČR.

Strategický cíl 3 „Podpora vědy a výzkumu“ zůstal nezměněn.

Naplnění těchto specifických cílů bude realizováno především implementací navazujících implementačních plánů, které představují hlavní prováděcí dokumenty Strategického rámce Zdraví 2035 a podrobněji rozpracovávají danou tematiku. Tyto implementační plány mohou být doplňovány specifičtějšími (ať už z hlediska užšího tematického, nebo časového) akčními plány, strategiemi a dalšími dokumenty. Vzhledem ke specifičnosti oblasti zdravotnického výzkumu bude specifický cíl 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví implementován primárně Národní koncepcí zdravotnického výzkumu.

Níže jsou uvedeny karty jednotlivých specifických cílů, které obsahují rámcový popis implementačních plánů specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2035.

3.1. SC 1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví

V populaci ČR přibývá osob, které se nacházejí v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu. Ačkoliv hlavním faktorem zvyšující nemocnosti populace je demografické stárnutí, velký podíl zde má i špatný životní styl a silný vliv behaviorálních rizikových faktorů jakými jsou nezdravé stravovací návyky, sedavý způsob života, nedostatek pohybové aktivity, ale i nadměrná konzumace alkoholu, užívání tabáku/nikotinu, a to u všech skupin obyvatel, včetně dětí a mladistvých. Nemalý podíl na rozvoji nežádoucího zdravotního stavu mají i environmentální faktory zdraví. K nejvýznamnějším důsledkům znečištění životního prostředí, stejně jako u behaviorálních faktorů, náleží chronická neinfekční onemocnění, jakými jsou respirační, kardiovaskulární a metabolická onemocnění, vývojové a reprodukční poruchy či nádorová onemocnění. Mnoho životů lze zachránit zintenzivněním snah o prevenci nezdravého životního stylu. V rozvoji různých onemocnění hraje roli chronická expozice obyvatelstva nejen toxickým látkám z prostředí (znečištěné životní prostředí, pracovní prostředí, nevhodné vnitřní prostředí obytných budov), ale také z potravin, předmětů běžného užívání nebo pitné vody. Nepříznivé účinky na zdraví vyvolává i dlouhodobé vystavení zvýšenému hluku a v neposlední řadě se může jednat i o různé volnočasové aktivity jako koupání ve znečištěných vodách, ať už přírodních nebo nevhodně ošetřovaných umělých koupalištích. Orgány ochrany veřejného zdraví mají nezastupitelnou roli v nastavení a dozorování vhodného systému kontroly různých oblastí expozice obyvatelstva nepříznivým faktorům. Tuto činnost a její výsledky je nezbytné účinně komunikovat s veřejností (mapové a databázové výstupy široce a snadno dostupné veřejnosti), jelikož se jedná o účinný preventivní nástroj v ochraně veřejného zdraví. Je také zásadní flexibilně reagovat na nově se objevující zdravotní rizika.

S narůstající globalizací a s ní se zvyšujícím pohybem obyvatelstva nabývají na významu infekční onemocnění, a to nejen nová, ale i znovu se objevující infekční onemocnění. Znovu se objevující infekční onemocnění jsou již známá onemocnění, jejichž zvýšená incidence nebo jejich znovuobjevení se v populaci souvisí se změnou procesu šíření nákazy. S ohledem na zkušenosti s řešením pandemie covid-19 vzrůstá význam potřeby podpory rozvoje již fungujícího systému epidemiologické bdělosti, tedy komplexního a soustavného sledování všech dostupných informací o procesu šíření nákazy a sledování všech podmínek a faktorů, které tento proces ovlivňují, a to za účelem stanovení systému účinných opatření k potlačování nebo likvidaci dané nákazy. Vhodným nástrojem pro lokalizaci ohnisek infekce a predikci jejího vývoje je i monitoring městských odpadních vod, který může poskytnout informace o typech a množství patogenů cirkulujících v dané oblasti. Aktuálně řešené téma je i klimatická změna a její zdravotní dopady. V této souvislosti se dají očekávat i změny v epidemiologické situaci (výskyt klimaticky-senzitivních patogenů a jejich živočišných vektorů a rezervoárů), proto je nutná příprava zdravotního systému ČR i na tyto v naší oblasti dosud se nevyskytující infekce. Nezbytnou podmínkou pro řešení případů velmi vysokého rizika ohrožení zdraví populace ČR infekčními nemocemi, ale i pro případy jiné neinfekční povahy (např. hromadná toxická rizika, rozsáhlé povodně apod.) je zajištění připravenosti systému ochrany veřejného zdraví na řešení přeshraničních hrozeb.

Výraznou příčinou nárůstu počtu některých infekčních onemocnění preventabilních očkováním je pokles proočkovanosti související s váhavostí v oblasti očkování a s ní související neochotou nechat se očkovat či přímo odmítání očkování. Monitoring imunitního stavu populace a podpora očkování a zvýšení proočkovanosti je taktéž jednou z důležitých aktivit podílejících se na boji proti závažné zdravotní hrozbě, jakou je antimikrobiální rezistence, a to spolu se zvyšováním povědomí o rozumném užívání antibiotik, zejména esenciálních, a prevencí infekčních onemocnění spojených s poskytováním zdravotní péče. Antimikrobiální

rezistence a problematika očkování jsou jedny z hlavních priorit v rámci komunitárního programu EU4Health.

Přestože prevence nemocí představuje jeden z nejúčinnějších a zároveň nákladově efektivních nástrojů pro zlepšování celkového zdravotního stavu české populace, její potenciál není v rámci zdravotních politik České republiky plně využíván. Preventivní opatření nejenže pomáhají předcházet vzniku a rozvoji mnoha chronických i akutních onemocnění, ale také přispívají k vyšší kvalitě života občanů, snižují zatížení zdravotnického systému a dlouhodobě vedou k významným úsporám veřejných financí. Například podpora pohybu jako základní cesty k delšímu a kvalitnějšímu životu, psychické pohodě a aktivnímu stáří představuje jeden z nejjednodušších a zároveň nejúčinnějších nástrojů prevence napříč všemi věkovými skupinami. Díky lepšímu zdraví obyvatel roste i produktivita pracovní síly, což se pozitivně promítá do ekonomiky a může vést ke zvýšení zaměstnanosti v národním hospodářství. Přesto však preventivní péče zůstává v českém zdravotnickém systému často opomíjena, přičemž důraz je nadále kladen především na léčbu již vzniklých onemocnění namísto jejich předcházení. To ukazuje na potřebu intenzivnějšího zapojení preventivních strategií do zdravotní politiky, většího informování veřejnosti o výhodách prevence, užší spolupráce se zaměstnavateli a posílení role zdravotní gramotnosti mezi občany.

V souvislosti se zvyšováním zdravotní gramotnosti obyvatel bylo přistoupeno k doplnění oblasti zaměřené na sebepéči a na zvýšení potenciálu samoléčby k zajištění spolehlivého přístupu k zdravotní péči a udržitelného zdravotního systému, který byl zvolen s ohledem na skutečnost, že v případě lehčích onemocnění jde zhruba polovina Čechů (52 %) nejprve do lékárny, zatímco pětina (21 %) dává přednost praktickému lékaři.

Nedílnou součástí primární péče je zapojení zaměstnavatelů do oblasti péče o zdraví zaměstnanců, což může mít přímý vliv na zlepšení jejich zdraví, snížení nemocnosti a úspory peněz z veřejného zdravotního pojištění. Vhodnou prevencí totiž lze snížit potřebu primární zdravotní péče a omezit výskyt civilizačních chorob. Zaměstnavatelé znají problémy a potřeby svých zaměstnanců a mají eminentní zájem na výborném fyzickém a duševním zdraví svých zaměstnanců, ale i jejich rodinných příslušníků. Zaměstnavatelé mají zároveň silné nástroje k motivaci zaměstnanců v oblasti prevence, jako je např. podpora očkování (prevence infekčních nemocí), podpora zdravého životního stylu (zdravá výživa, dostatek pohybu, udržování optimální váhy, psychická pohoda) a prevence škodlivých návyků (kouření, alkohol, drogy).

Významným determinantem zdravotního stavu, včetně závislostního chování, je prostředí a jeho faktory. Cílem příznivého nastavení těchto faktorů, označované jako environmentální prevence, je v oblasti závislostí vytvářet takové sociální, kulturní, ekonomické a fyzické prostředí, které podporuje zdravý životní styl a minimalizuje dostupnost a atraktivitu návykových látek. Příkladem environmentální prevence může být omezení reklamy na produkty se závislostním potenciálem, regulace jejich dostupnosti (např. věková hranice, omezená otevírací doba), zajištění bezpečného, podpůrného a podnětného prostředí ve školách a v komunitách, nebo podpora volnočasových aktivit, které nabízejí alternativy k rizikovému chování.

Kojení představuje klíčovou složku ochrany veřejného zdraví, která významně přispívá ke snížení výskytu řady závažných onemocnění u dětí i dospělých. U žen dlouhodobým kojením například klesá pravděpodobnost výskytu rakoviny prsu i rakoviny vaječníků, cukrovky 2. typu, osteoporózy či kardiovaskulárních onemocnění, u dětí kojení zase významně snižuje výskyt zánětů dolních dýchacích cest, infekce zažívacího traktu, středoušních zánětů, ekzémů,

astmatu, obezity, cukrovky nebo syndromu náhlého úmrtí, u nedonošených dětí pak také nižší riziko závažné, život ohrožující nekrotizující enterokolitidy.

Kromě zdravotních přínosů má kojení i zásadní společenský a ekonomický význam. Přispívá k úsporám veřejných i rodinných rozpočtů, snižuje spotřebu vody a energie a má nižší uhlíkovou stopu než výroba náhrad mateřského mléka. Kojení tak přispívá k ochraně životního prostředí a naplňování cílů udržitelného rozvoje.

Zahraniční studie opakovaně potvrzují vysokou návratnost investic do podpory kojení – až 35násobnou. Nástroj „Náklady na nekojení“ odhaduje celosvětové ekonomické ztráty z nekojení na 341,3 miliardy dolarů ročně, přičemž největší část tvoří kognitivní ztráty (285,4 mld. dolarů), následované ztrátami z předčasné úmrtnosti (53,7 mld. dolarů) a náklady na léčbu (1,1 mld. dolarů). Ve vysokopříjmových zemích jen ztráty na kognitivních schopnostech v důsledku nekojení dosahují v přepočtu 0,53 % hrubého národního příjmu.

Na faktory, které ovlivňují úspěšnost začátku kojení a jeho pokračování, se zaměřuje vládní Strategie k implementaci programu Světové zdravotnické organizace a UNICEF Baby-friendly Hospital Initiative 2018 v České republice. Pro zajištění efektivní podpory, ochrany a propagace kojení je však nezbytné rozšířit opatření i mimo nemocniční prostředí, včetně legislativního ukotvení ochrany kojení a implementace Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka a navazujících rezolucí. Proto i Strategický rámec Zdraví 2035 klade důraz na začlenění podpory a ochrany kojení jako nedílné součásti primární prevence a ochrany veřejného zdraví.

Specifický cíl 1.1 je zaměřen na ochranu veřejného zdraví a primární prevenci, která se prostřednictvím přijímání opatření k eliminaci příčin a rizikových faktorů jednotlivých onemocnění nebo zvyšováním odolnosti jedinců snaží zabránit vzniku onemocnění. Tento cíl úzce souvisí se specifickým cílem 1.2 zaměřeným na sekundární prevenci, která má za cíl zastavit rozvoj onemocnění předtím, než se začne projevovat klinickými symptomy.

Číslo a název specifického cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví
Dílčí cíle	1.1.1. Prevence vzniku a šíření infekčních onemocnění a nastavení podpůrných informačních opatření a nástrojů pro řízení krizových situací 1.1.2. Vytvoření a implementace národní očkovací strategie jako nástroje pro systematickou prevenci očkováním preventabilních infekčních onemocnění a nastavení organizačního řízení očkování a efektivní komunikační strategie 1.1.3. Ochrana zdraví obyvatel ČR v kontextu environmentálních rizik (chemické látky, nadměrná hluková zátěž, světelné znečištění, projevy změny klimatu apod.) 1.1.4 Prevence užívání návykových látek, realizace screeningů, časná diagnostika a krátké intervence v oblasti závislostního chování 1.1.5 Tvorba Národního programu zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti, monitoring zdravotní gramotnosti, pohybové aktivity a sedavého chování a podpora realizace aktivit a programů v oblasti primární a primordiální prevence vedoucí ke snížení výskytu nejčastějších a nejzávažnějších neinfekčních nemocí

Číslo a název specifického cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví
	1.1.6 Vybudování a rozvoj center prevence ve zdravotnických zařízeních 1.1.7. Vybudování a rozvoj Národního zdravotnického informačního portálu 1.1.8 Připravenost orgánů ochrany veřejného zdraví na krize pro veřejné zdraví národního a mezinárodního významu 1.1.9 Strategický a udržitelný rozvoj orgánů ochrany veřejného zdraví z pohledu ochrany zdraví při práci 1.1.10 Modernizace technického a administrativního zázemí orgánů ochrany veřejného zdraví 1.1.11 Zvýšení potenciálu samoléčby k zajištění spolehlivého přístupu k zdravotní péči a udržitelného zdravotního systému
Příklady hlavních opatření	• Rozvoj datové a informační základny a informačního systému, monitoring infekčních nemocí a dalších nově se objevujících hrozeb pro zdraví obyvatelstva a tvorba výstupů pro užití odbornou i širokou veřejností • Rozvoj systému epidemiologické bdělosti za účelem stanovení systému účinných opatření k potlačování nebo likvidaci dané nákazy a predikce případných nových výskytů nákazy • Rozvoj pracovišť zaměřených na boj s infekčními nemocemi a jejich návaznosti na další segmenty systému péče (tzv. kaskáda péče) • Tvorba a realizace komunikační strategie v oblasti očkování • Rozvoj hygienických registrů • Podpora příznivého nastavení faktorů prostředí, které podporuje zdravý životní styl a minimalizuje dostupnost a rizika užívání návykových látek • Edukace veřejnosti o možných škodlivých vlivech životního a pracovního prostředí • Edukace veřejnosti ohledně zdravého životního stylu • Tvorba a realizace mezíresortní strategie pro omezení výskytu a důsledků antimikrobiální rezistence • Monitorování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky • Podpora pohybové aktivity a programů na zastavení nárůstu nadváhy a obezity u dětí a dospělých a medializace tohoto tématu • Včasná diagnostika a krátké intervence v oblasti závislostního chování • Vybudování Národního zdravotnického informačního portálu

Číslo a název specifického cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví
Garant	MZD – SH-vrchní ředitel sekce ochrany veřejného zdraví a hlavní hygienik ČR
Spolupracující instituce	SZÚ a ZÚ, KHS, IPVZ, NCO NZO, AZV, MPSV, MZe, MŽP, MMR, MŠMT, MV, ÚV, ČLS JEP, NSZM, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, patientské organizace, municipality, zdravotní pojišťovny, Svaz měst a obcí ČR a Sdružení místních samospráv, NÚKIB, lékařské fakulty, profesní organizace, ÚSKVBL, PZS, NNO, ČLnK, APLS
Vazba na další specifické cíle	1.2 Sekundární prevence a screeningové programy 2.1 Reforma primární péče 2.3 Digitalizace zdravotnictví 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Podíl veřejných výdajů na prevenci • Podíl osob s rizikovou konzumací alkoholu • Podíl denních kuřáků Na úrovni výsledků/výstupů: • Vybudování a návštěvnost Národního zdravotnického informačního portálu • Počet osob podpořených programy podpory zdraví • Počet koncepcí podpory zdraví na municipální a regionální úrovni
Výchozí stav	Každoročně v zemích EU umírá předčasně více než 1,2 milionu osob. ČR má přitom míru úmrtí na preventabilní onemocnění zřetelně vyšší (195 na 100 000 obyvatel), než je průměr EU27 (168 na 100 000 obyvatel). Tento stav je mimo jiné důsledkem snížené zdravotní gramotnosti obyvatel, jisté rezistence části obyvatel k preventivním programům a vysoké míry vlivu rizikových faktorů na českou populaci. Prakticky ve všech hlavních pro zdraví rizikových faktorech je česká populace významně nad průměrem vyspělých zemí EU (výskyt silných kuřáků, užívání tabáku/nikotinu u dětí a mladistvých, riziková konzumace alkoholu, nesprávné stravovací návyky a nedostatečná pohybová aktivita, preobezita a obezita aj.). Například výsledky evropského dotazníkového šetření o zdraví (2014) potvrzují nepříznivou pozici ČR ve srovnání indexu tělesné hmotnosti, kdy podíl jedinců s nadváhou v české populaci patří mezi vůbec nejvyšší v EU. Dostupná data o zdravotním stavu české populace poukazují na nevyužitý potenciál preventivních aktivit pro zlepšování délky a kvality života českých občanů. Mezinárodní

Číslo a název specifického cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví
	statistiky ukazují, že výdaje na preventivní aktivity v přepočtu na obyvatele patří v ČR mezi zeměmi OECD ke spíše nižším. Rovněž systém exaktního a metodicky garantovaného zavádění nových preventivních programů je v ČR pouze v počátcích. Cílem přitom nemohou být velmi nákladné a celoplošné programy, ale spíše projekty cíleně zaměřené na rizikové skupiny obyvatel. V oblasti posilování odpovědnosti občanů a zvyšování zdravotní gramotnosti rovněž chybí odpovídající meziresortní spolupráce integrující kroky relevantních ministerstev (MZD, MF, MMR, MŠMT) s aktivitami krajských úřadů, regionálních a místních samospráv. Je třeba sladit nebo vzájemně propojit nejrůznější dílčí preventivní projekty, a to i za účasti zdravotních pojišťoven.
Cílový stav	V rámci řešení implementačního plánu dojde k vytvoření komplexní soustavy opatření a programů ochrany a podpory zdraví tak, aby jeho naplňování významně přispělo k rozšíření nástrojů pro boj s infekčními onemocněními a zavádění epidemiologických opatření, zvýšení zdravotní gramotnosti obyvatel a usnadnil se přístup k cíleným a efektivním programům prevence a přispěl k prodloužení života ve zdraví českých občanů. V kontextu veřejného zdraví jsou velmi podstatnými aktivitami i programy usilující o snížení negativního vlivu řady rizikových faktorů na zdraví, a to pomocí komplexního systému sběru a hodnocení údajů v oblasti kvalitativních ukazatelů ve vztahu ke zdraví a vyhodnocování zdravotních rizik. Jedná se například o sledování kvality pitné vody nebo koupacích vod, zveřejňování nebezpečných výrobků apod. Výsledky tohoto typu monitoringu je nutné vhodnými kanály pomocí moderních nástrojů předkládat veřejnosti, aby bylo dosaženo minimalizace možných nepříznivých účinků a veřejné zdraví ochráněno na maximální možnou úroveň. V oblasti posilování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví je cílovým stavem vysoká míra zdravotní gramotnosti oproti současnému stavu. Zdravotní gramotnost je důležitá pro každého občana, protože v určitém okamžiku života, každý potřebuje být schopen najít, pochopit a využít informací o zdraví a zdravotní péči. Péče o zdraví se musí stát součástí každodenního života. Výsledkem aktivit bude posílení zdraví zvýšením zdravotní gramotnosti nejen celkové populace, ale zejména dílčích populačních skupin. Cílené edukační aktivity posílí schopnost porozumět nejen základním informacím například o faktorech životního stylu, ale také například pozvánkám na vyšetření, příbalovým letákům, pokynům zdravotnického personálu, základní orientaci v systému poskytování zdravotní péče, znalost symptomů běžných onemocnění, znalost základních funkcí lidského těla, znalost základních kroků sebepéče, včetně samoléčby,

Číslo a název specifického cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví
	a zajištění soběstačnosti v případě onemocnění. Důležitá bude rovněž tvorba a implementace vhodných komunikačních kanálů, jakým je například realizace Národního zdravotnického informačního portálu či zlepšování komunikačních schopností pracovníků ve zdravotnictví prostřednictvím aktivit cílených na zpracování odborných informací do všeobecně srozumitelných forem. Z pohledu celého zdravotního systému je cílovým stavem jednak funkční, legislativně a metodicky ukotvený systém programů podpory a ochrany zdraví, podpory pohybových aktivit, zdravotní gramotnosti a programů zaměřených na časný záchyt vážných onemocnění v rizikových skupinách osob, jednak funkční, legislativně a metodicky ukotvený systém epidemiologické bdělosti a připravenosti systému ochrany veřejného zdraví na řešení aktuálních zdravotních hrozeb pro veřejné zdraví. Institucionální ukotvení těchto programů, jako jsou např. centra prevence, bude provedeno tak, aby byla zajištěna jejich dlouhodobá udržitelnost, včetně udržitelnosti v rovině personální a finanční. Cílový stav bude rovněž charakterizovaný zapojením moderních nástrojů eHealth a on-line dostupných a plně garantovaných informačních služeb pro posílení zdravotní gramotnosti obyvatel. Dále bude vybudována funkční meziprojektová platforma zpřístupňující informace a posilující programy podpory zdraví zejména na regionální a municipální úrovni a Národní zdravotnický informační portál (NZIP).
Předpokládané náklady	1 634 mil. Kč
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU, Fondy EHP/Norska, EU4Health Vedle interních rozpočtových zdrojů resortu zdravotnictví bude využívána i možnost mezinárodních projektů spolupráce v rámci EU a projektů domácích grantových agentur.

3.2. SC 1.2 Sekundární prevence a screeningové programy

Specifický cíl usiluje o funkční, legislativně a metodicky ukotvený systém programů prevence a programů zaměřených na časný záchyt vážných onemocnění v rizikových skupinách osob a cíl úzce souvisí se specifickým cílem 1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví.

Specifický cíl 1.2 ve svých aktivitách a dílčích cílech přijímá opatření k eliminaci příčin jednotlivých onemocnění nebo zvyšováním odolnosti jedinců, směřuje aktivity k předcházení vzniku onemocnění či odhalení nemoci včasné, zpravidla lépe léčitelné, fázi. Správný následný management onemocnění a kroky k časnému záchytu zhoršení již diagnostikovaných onemocnění vedou ke snížení negativních dopadů vlastního onemocnění. Díky časnému záchytu lze tak u mnoha onemocnění zabránit fatálním následkům, ale i ušetřit peníze za nákladnou léčbu pokročilých stadií onemocnění. Protože postupy primární, sekundární a terciární prevence často závisí na chování osob v populaci a převzetí jejich odpovědnosti za své zdraví, klíčovou součástí preventivních zdravotních politik rovněž musí být zvyšování zdravotní gramotnosti populace tak, aby lidé mohli správně chápat zdravotnické informace a činit vhodná rozhodnutí o svém zdraví a čerpané zdravotní péči.

Přestože prevence onemocnění představuje účinný a nákladově efektivní nástroj pro zlepšování zdraví české populace, zvyšování efektivity zdravotnického systému a potažmo i zvyšování zaměstnanosti obyvatel v národním hospodářství, přesto stále není ve zdravotních politikách ČR dostatečně využívána. Specifický cíl 1.2 tuto situaci plánuje v příštích deseti letech změnit. V rámci řešení implementačního plánu dojde k posilování zdravotní gramotnosti občanů v oblasti sekundární prevence, rozvoji metodického, personálního, datového a analytického zázemí pro podporu preventivních a screeningových programů, realizaci pilotních projektů časného záchytu onemocnění či rizikových faktorů, rozvoji nástrojů elektronického zdravotnictví pro podporu prevence, rozvoji mezinárodních aktivit a vědecké aktivity a spolupráce na poli sekundární prevence a metodicky garantované zavádění nových programů časného záchytu vážných onemocnění.

Význam specifického cíle 1.2 vychází zejména z dostupných mezinárodních srovnání a provedených národních statistických šetření. V souhrnu lze konstatovat, že i přes zlepšení situace ve zdravotní gramotnosti a míry zapojování občanů do preventivních programů, je úroveň zdravotní gramotnosti zejména v některých skupinách populace nedostatečná a rizikové faktory pro zdraví a rizikové vzorce chování mají v české populaci stále velmi výrazný vliv.

Hlavní aktivity a dílčí cíle tohoto specifického cíle byly nastaveny na základě následujících závěrů:

- Úmrtnost z důvodů preventabilních a léčitelných příčin je v ČR přibližně o 25 % vyšší, než je průměr EU.
- Podle analýz publikovaných Evropskou komisí a OECD existuje významný prostor pro prevenci, veřejně-zdravotnické intervence a včasné poskytování efektivních zdravotních služeb zaměřených na včasný záchyt vážných onemocnění.
- Účinná opatření mohou zahrnovat jak primární prevenci, tedy snižování rizikových faktorů a podporu zdraví, tak sekundární prevenci, tedy screening a včasnou diagnostiku vážných onemocnění.
- Preventivní a screeningové programy, přestože jsou plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění a nabízené v širokém rozsahu, nejsou populací dostatečně využívány.

V oblasti sekundární prevence onemocnění je nezbytné dále posilovat organizační roli státu v implementaci a zajištění kvality, posilovat informování populace včetně adresného zvaní, podporovat zapojení zaměstnanců do screeningových programů, podporovat pravidelné preventivní prohlídky zaměstnanců a efektivně zavádět nové programy založené na nově získaných vědeckých poznatcích.

Číslo a název specifického cíle	1.2 Sekundární prevence a screeningové programy
Dílčí cíle	1.2.1. Zajištění a rozvoj metodického a personálního zázemí pro podporu sekundární prevence a nastavení její řídicí struktury vč. rozvoje institucionálního zázemí 1.2.2. Zajištění a rozvoj datového a analytického zázemí pro podporu sekundární prevence 1.2.3 Podpora a optimalizace zavedených organizovaných programů screeningu vč. očkování proti HPV a zavádění vhodných celoplošných programů screeningu vážených onemocnění 1.2.4. Realizace pilotních projektů časného zachytu onemocnění 1.2.5. Zavádění a podpora nástrojů elektronizace zdravotnictví v oblasti prevence 1.2.6. Rozvoj mezinárodní spolupráce a vědeckého zázemí v oblasti sekundární prevence vč. očkování proti HPV 1.2.7. Realizace vzdělávacích aktivit a zajištění informovanosti o sekundární prevenci vč. očkování proti HPV pro odbornou i laickou veřejnost 1.2.8. Vybudování vzorového centra prevence ve vybraném zdravotnickém zařízení 1.2.9 Podpora časného zachytu nežádoucích stavů ve všech dalších oblastech prevence (primární i terciární) a podpora správného managementu onemocnění
Příklady hlavních opatření	• Nastavení koncepce preventivních intervencí pokrývajících propojený komplex primární, sekundární a terciální prevence. • Vybudování a další rozvoj Národního screeningového centra. • Optimalizace a zvyšování kvality plošných screeningových programů. • Zavádění nových programů časného zachytu onemocnění (včetně vzácných onemocnění) založených na vědeckých poznatcích. • Vývoj a kultivace datové základny realizace screeningových programů • Rozvoj doporučených postupů, hodnocení kvality a akreditace screeningových center

Číslo a název specifického cíle	1.2 Sekundární prevence a screeningové programy
	• Průzkum možností měření rizikových faktorů v lékárnách prostřednictvím POCT⁵⁶ • Vznik a rozvoj nástroje pro sdílení individuálních dat občanům v oblasti preventivních a screeningových programů • Vznik a rozvoj nástroje pro možnost objednávání se na preventivní a screeningové vyšetření. • Vznik a rozvoj nástroje pro sdílení individuálních dat pacientů mezi relevantními lékaři v oblasti preventivních a screeningových programů
Garant	ÚZIS – Rada NSC
Spolupracující instituce	SZÚ, KHS, IPVZ, NCO NZO, AZV, MPSV, MZe, MŽP, MMR, MŠMT, MV, ÚV, ČLS JEP, NSZM kraje – krajské úřady, nevládní sektor, patientské organizace, municipality, zdravotní pojišťovny, Svaz měst a obcí ČR a Sdružení místních samospráv, NÚKIB, lékařské fakulty, profesní organizace, ÚSKVBL, PZS, NNO, ČLnK, APLS
Vazba na další specifické cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví 2.1 Reforma primární péče 2.3 Digitalizace zdravotnictví 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Pokrytí populace screeningem kolorektálního karcinomu • Počet osob, které byly osloveny do programu časného zachytu karcinomu plic a dalších plicních onemocnění • Pokrytí populace screeningovým programem časného zachytu karcinomu prostaty Na úrovni výsledků/výstupů: • Počet zavedených programů časného zachytu onemocnění • Počet registrů ke screeningu a datový portál • Počet vytvořených projektů časného zachytu onemocnění

⁵⁶ cílem průzkumu nemá být pouhé zmapování, ale vyhodnocení možností standardizace, metodického ukotvení a rozšíření těchto služeb v rámci systému prevence, s důrazem na datové napojení a koordinaci s lékaři relevantních odborností

Číslo a název specifického cíle	1.2 Sekundární prevence a screeningové programy
	Počet nově zavedených nástrojů elektronického zdravotnictví pro podporu preventivních a screeningových programů
Výchozí stav	V populaci ČR přibývá osob, které se nacházejí v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu. Ačkoliv hlavním faktorem zvyšující nemocnosti populace je demografické stárnutí, velký podíl zde má i špatný životní styl, nedostatek pohybových aktivit a silný vliv behaviorálních rizikových faktorů jakými jsou nezdravé stravovací návyky, sedavý způsob života, nedostatek pohybové aktivity, ale i nadměrná konzumace alkoholu, užívání tabáku/nikotinu, a to u všech skupin obyvatel, včetně dětí a mladistvých. Nemalý podíl na rozvoji nežádoucího zdravotního stavu mají i environmentální faktory zdraví. K nejvýznamnějším důsledkům znečištění životního prostředí, stejně jako u behaviorálních faktorů, náleží chronická neinfekční onemocnění, jakými jsou respirační, kardiovaskulární a metabolická onemocnění, vývojové a reprodukční poruchy či nádorová onemocnění.
Cílový stav	V rámci řešení implementačního plánu dojde k posilování zdravotní gramotnosti občanů v oblasti sekundární prevence, rozvoji metodického, personálního, datového a analytického zázemí pro podporu preventivních a screeningových programů, realizaci pilotních projektů časného zachytu onemocnění či rizikových faktorů, rozvoji nástrojů elektronického zdravotnictví pro podporu prevence, rozvoji mezinárodních aktivit a vědecké aktivity a spolupráce na poli sekundární prevence a metodicky garantované zavádění nových programů časného zachytu vážných onemocnění. Specifický cíl 1.2 dále předpokládá posilování rolí poskytovatelů zdravotní péče a státu ve zvyšování kvality a dostupnosti preventivních a screeningových programů. Mezi hlavní dílčí cíle této oblasti patří zejména: - Nastavená funkční koncepce preventivních intervencí pokrývající propojený komplex primární, sekundární a terciální prevence. - Vybudování a další rozvoj Národního screeningového centra. - Optimalizované a kvalitní plošné screeningové programy. - Zavádění nových programů časného zachytu onemocnění (včetně vzácných onemocnění) založených na vědeckých poznatcích.
Předpokládané náklady	Cca 1 577 mil. Kč

Číslo a název specifického cíle	1.2 Sekundární prevence a screeningové programy
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU Vedle interních rozpočtových zdrojů resortu zdravotnictví bude využívána i možnost mezinárodních projektů spolupráce v rámci EU a projektů domácích grantových agentur. Financování nových programů screeningu bude projektově kryto pouze ve fázi verifikace a testování, následně přejde finanční krytí na zdroje veřejného zdravotního pojištění.

3.3. SC 1.3 Léková politika a zvýšení dostupnosti léčiv

Specifický cíl po provedené analýze potřeb České republiky navazuje na čtyři pilíře Farmaceutické strategie pro Evropu⁵⁷, strategický dokument, který je orientovaný zejména na pacienty. Jeho cílem je zajištění kvality a bezpečnosti léčivých přípravků a posílení globální konkurenceschopnosti evropského farmaceutického průmyslu. Strategie se opírá o 4 pilíře, mezi něž patří legislativní i nelegislativní opatření:

- Zajistit pacientům přístup k cenově dostupným lékům a zaměřit se na neuspokojené léčebné potřeby (např. v oblasti antimikrobiální rezistence či vzácných onemocnění);
- Podporovat konkurenceschopnost, inovace a udržitelnost farmaceutického průmyslu v EU a vývoj vysoce kvalitních, bezpečných, účinných a ekologičtějších léčivých přípravků;
- Zdokonalovat mechanismy připravenosti a reakce na krize, diverzifikovat a zabezpečovat dodavatelské řetězce, řešit nedostatek léků;
- Zajistit silné postavení EU ve světě a prosazovat vysokou úroveň standardů kvality, účinnosti a bezpečnosti.

Dosažení specifického cíle bude realizováno prostřednictvím 7 dílčích cílů:

- 1.3.1 Implementovat unijní právní předpisy a stabilizovat řízení zásob léčiv
- 1.3.2 Zavést systém monitoringu léčiv
- 1.3.3 Zvýšit aktivní zapojení stakeholderů
- 1.3.4 Modernizovat způsoby výdeje léčiv
- 1.3.5 Zvýšit hospodářskou podporu výroby léčiv
- 1.3.6 Stabilizovat finanční udržitelnost lékové politiky
- 1.3.7 Zajistit rozvoj kapacit správních úřadů v oblasti lékové politiky státu

⁵⁷ Farmaceutická strategie pro Evropu, přijata 25. listopadu 2020, dostupná z: [Farmaceutická strategie pro Evropu – Evropská komise](#)

Primárně je nezbytné **vycházet z unijních právních předpisů**, které budou muset být v následujících letech implementovány do právního řádu České republiky. To je obsahem prvního dílčího cíle. Z pohledu implementace nejen Zdraví 2035, ale i Farmaceutické strategie pro Evropu, je totiž klíčová **reforma právních předpisů EU týkajících se léčivých přípravků**. Česká právní úprava bude upravena v návaznosti na nové směrnice a nařízení nahrazující právní předpisy v oblasti léčivých přípravků, včetně těch týkajících se vzácných onemocnění a pediatrie. Česká republika se účastní i posouzení dopadů revize, dialogu o bezpečnosti dodávek léčivých přípravků či pilotního projektu uvádění centrálně registrovaných přípravků na trh. Podstatné informace budou získány díky celoevropské studii o nedostatku léčivých přípravků a studii o optimalizaci zadávání veřejných zakázek na léčivé přípravky.

Jedním z opatření bude **implementace metodiky pro hodnocení zranitelnosti kritických léčiv**, budou identifikována slabá místa v dodavatelských řetězcích a navržena opatření pro zajištění jejich dostupnosti. Pomocí definovaných ukazatelů bude vytvořen seznam nejzranitelnějších léčiv, následně proběhne hlubší analýza pomocí kombinace kvalitativních a kvantitativních ukazatelů (vč. aspektů, jako globální dodavatelské řetězce, enviromentální, sociální a bezpečnostní faktory). Zakomponovány budou rovněž prediktivní modely pro předvídání budoucích výpadků v dodávkách léčiv⁵⁸.

Dalším opatřením bude **rozšíření systému rezervací u Správy státních hmotných rezerv o léčivé přípravky uvedené v seznamu kritických léčiv**, a to v návaznosti na pilotní projekt započatý v roce 2024, konkrétně např. rezervace perorálních antibiotik pro účely řešení potenciálních budoucích nedostupností. Tímto opatřením bude v dodavatelském řetězci vytvořena rezerva významných léčivých přípravků, které v případě potřeby (při výpadku dodávek či za účelem řešení krizí) bude možné uvolnit do lékáren pro zajištění léčby pacientů. Doplnkově budou obdobným způsobem rezervovány i léčivé přípravky použitelné pro řešení CBRN hrozeb. Výhodou uvedeného systému je, že bude zajištěna přirozená obměna rezervovaných balení, a tudíž nebude s léčivými přípravky nakládáno ne hospodárně, zejména s ohledem na stanovenou dobu použitelnosti. Očekávají se náklady ze státního rozpočtu v období let 2026 až 2031 v objemu 7 mld. Kč.

Dalším opatřením je **rozšíření výčtu léčiv v systému rezervních zásob**, kdy tato možnost vyplývá z novely zákona o léčivech účinné od roku 2024. Tento nástroj je podobný systému rezervací Správou státních hmotných rezerv, avšak je plně v rukou Ministerstva zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci se Státním ústavem pro kontrolu léčiv budou dále analyzovat situaci na trhu a predikovat potenciální nedostupnosti léčivých přípravků a přikazovat vytvářet měsíční zásoby léčivých přípravků na úrovni distribuce. Toto opatření povede k dalšímu zvýšení odolnosti dodavatelského řetězce a mělo by napomáhat snižovat dopady výpadků léčiv na pacienty v České republice. Očekávané náklady představují přibližně 1 mld. Kč z veřejného zdravotního pojištění v letech 2026 až 2031.

Druhý dílčí cíl se skládá ze dvou opatření, která jsou vzájemně provázána a napomohou státním orgánům, lékařům i pacientům v orientaci na trhu s léčivými přípravky.

Prvním opatřením je **sběr dat o dostupnosti léčivých přípravků i v rozsahu léčivých přípravků**, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění nebo které nemají stanovenou maximální cenu a druhým dílčím opatřením je **zvýšení frekvence sběru dat z trhu**. Opatření

⁵⁸ STRATEGIC REPORT OF THE CRITICAL MEDICINES ALLIANCE, Critical Medicines Alliance, February 28 2025

mají za cíl poskytnout komplexní informaci o reálném okamžitém stavu zásob všech léčivých přípravků na trhu v České republice i s určením konkrétního subjektu, který danými léčivými přípravky a v jakém množství aktuálně disponuje. Toto má za cíl zlepšení plynulosti dodávek léčivých přípravků napříč dodavatelským řetězcem a současně i pacient si bude moci ověřit skladové zásoby jednotlivých lékáren a bude si tak moci vybrat konkrétní lékárnu, která daným léčivým přípravkem skutečně disponuje. Obě opatření by měla být implementována v letech 2028 až 2030 s předpokládanými náklady na rozvoj systému eRecept v celkové výši 20 mil. Kč.

Obsah třetího dílčího cíle reaguje na identifikaci slabých míst současné praxe, která je charakterizována nejednoznačným rozdělením odpovědností za dostupnost léčivých přípravků. Některé subjekty se odpovědnosti zříkají, zatímco jiné ji prakticky nemají. Tato situace komplikuje nalezení rychlého a efektivního řešení pro pacienty v případě nedostupnosti léčivých přípravků. Opatření tedy směřují **k jasnému vymezení spoluzodpovědnosti všech zainteresovaných stran za dostupnost léčivých přípravků**, přičemž největší prostor pro změnu je u zdravotních pojišťoven. Tyto subjekty zajišťují zdravotní péči pro své pojištěnce, což by mělo zahrnovat i dostupnost léčivých přípravků. Od 1. ledna 2026 budou mít zdravotní pojišťovny možnost centrálně zadávat veřejné zakázky na nové i dosud nehrazené léčivé přípravky (např. genové terapie), čímž prostřednictvím dohody s distributory vzniká prostor pro snižování nákladů z veřejného zdravotního pojištění. Současně budou zdravotní pojišťovny hradit pořízení a distribuci léčivých přípravků, které pro Českou republiku zajistí Evropská unie, mezinárodní organizace nebo uskupení států, jehož je Česká republika členem. Z dosavadních zkušeností vyplývá, že **je zapotřebí legislativně ukotvit způsob zajištění potřeb pacientů ve vztahu k množství a časovým intervalům dodávek léčivých přípravků**, aby držitelé rozhodnutí o registraci měli postaveno na jisto, jaké množství léčivých přípravků a v jakých intervalech mají povinnost dodávat na trh v České republice.

V neposlední řadě bude do budoucna potřeba **rozšířit pravomoc Státního ústavu pro kontrolu léčiv označovat léčivé přípravky příznakem „omezená dostupnost“ tak, aby se nejednalo pouze o reakci na oznámení přerušení či ukončení dodávek léčivého přípravku na trh v České republice**. Existuje řada případů, ve kterých by bylo na základě vyhodnocení situace na trhu a dalších informací získaných z úřední činnosti potřeba označit léčivý přípravek tímto příznakem dříve, než je držitelem rozhodnutí o registraci oficiálně oznámeno přerušení či ukončení dodávek léčivého přípravku na trh. Současně **je vhodné rozšířit pravomoc označovat léčivé přípravky příznakem „omezená dostupnost“ i na léčivé přípravky, které nemají stanovenou maximální cenu nebo úhradu z veřejného zdravotního pojištění**, neboť ty mohou též být významné pro poskytování zdravotních služeb, a tudíž důležité pro zajištění stanovené léčby. Je však zapotřebí nastavit legislativní rámec tak, aby nebyl v rozporu s pravidly volného pohybu zboží Evropské unie.

Ke zvýšení dostupnosti léčiv vzhledem k identifikovaným regionálním rozdílům, a to zejména u pacientů, kteří pravidelně a dlouhodobě užívají stejné léčivé přípravky, případně u pacientů hendikepovaných, přispěje ke zvýšení dostupnosti čtvrtý dílčí cíl, kterým je **zásilkový výdej léčiv, jejichž výdej je vázán na lékařský předpis a emergentní výdej**.

Realizace obou opatření je možná pouze prostřednictvím legislativní změny v podobě novely zákona o léčivech. Obě opatření významně pozitivně ovlivní přístup pacientů k léčivým přípravkům, jejichž výdej je vázán na lékařský předpis. Zásilkový výdej receptových léčivých přípravků umožní pacientům objednat si lékařem předepsaný léčivý přípravek v libovolné lékárně, která bude poskytovat službu zásilkového výdeje receptových léčivých přípravků, a tudíž i v případě, že lékárny v dostupné vzdálenosti od pacienta nedisponují požadovaným léčivým přípravkem, toto opatření kromě řešení lokální nedostupnosti rovněž zvýší komfort pacienta a napomůže mu jednoduše si opatřit potřebný léčivý přípravek. Zavedení možnosti

tzv. emergentního výdeje je doplňkovým opatřením, s jehož využitím bude možné pacientovi vydat za stanových podmínek léčivý přípravek, který běžně užívá (chronická terapie) i bez lékařského předpisu. Toto opatření napomůže eliminovat situace, kdy si pacient z jakéhokoli důvodu nemůže opatřit od svého ošetřujícího lékaře recept na další balení léčivého přípravku pro účely pokračování léčby. V případě splnění stanovených podmínek tak nebude docházet k situaci, kdy by pacient z důvodu dočasné nedostupnosti lékařské péče neměl k dispozici svou léčbu. Pro účely realizace obou uvedených opatření je však zapotřebí nastavit pravidla, aby nebyla ohrožena bezpečnost, účinnost a jakost léčivých přípravků a aby byly dodrženy léčebné postupy stanovené ošetřujícím lékařem a zajištěna bezpečnost pacienta.

Ve snaze **zmenšit závislost na dovozu léků**, často ze zemí mimo Evropskou unii, bylo v rámci *Hospodářské strategie České republiky: Česko do top 10*⁵⁹, do prvního implementačního plánu stejnojmenné strategie zařazeno opatření „Posílení soběstačnosti ve výrobě humánních léčiv a léčivých látek tzv. API (aktivní ingredience)“. V rámci zajištění souladu a synergie jsou aktivity součástí i aktualizace Zdraví 2035. Obsahem implementace bude:

- Zřízení pozice sektorových specialistů (na úrovni ministerských radů) dedikovaných pro oblasti farmacie, medicínské technologie a výroby léčivých přípravků (2026) v MZD a MPO;
- Zmapování stávající i chybějící kompetence pro výzkum a vývoj léčiv i diagnostik, se zvláštním zaměřením na průmyslový výzkum, experimentální vývoj, velké výzkumné infrastruktury v medicíně a centra kompetencí na výzkumných a vzdělávacích institucích realizujících mj. vědecké projekty transferovatelné do průmyslových aplikací (2026);
- Zpracování Národního plánu pro farmaceutický průmysl analyzující stav sektoru v ČR a jeho potřeby, a navrhuující opatření pro jeho rozvoj (2027);
- Přípravu projektu v rámci výzvy Technologické platformy II, jehož primárním cílem bude zpracování akčního plánu pro implementaci směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2024/3019 ze dne 27. listopadu 2024 o čištění městských odpadních vod (přepřacované znění) (UWWTD) v ČR. Součástí tohoto projektu dojde ke zpracování výrobní mapy farmaceutického průmyslu v ČR. Na základě výše uvedeného bude možné činit informovaná rozhodnutí o cílené podpoře výroby konkrétních léčivých přípravků, která sníží strategickou závislost a zranitelnost ČR a EU (2026);
- Přípravu na implementaci nařízení o kriticky důležitých léčivech (Critical Medicines Act) pro posílení konkurenceschopnosti projektů tuzemských výrobců ucházet se včas o finanční a regulační podporu strategickým projektům posilujícím soběstačnost EU (2026); zavedení investiční pobídky (dotačního programu) pro podporu výroby léčivých přípravků a podpora vybraných strategických projektů odpovídajících konceptům návrhu Critical Medicines Act i za předpokladu potřebné notifikace veřejné podpory u Evropské komise (2027).

Šestý cíl pokrývá oblast financování léčivých přípravků. Dostupnost jak zavedených, tak i inovativních léčiv úzce souvisí s jejich financováním. Podmínkou zajišťování dostupnosti léčiv pro potřeby zdravotní péče je jejich finanční a cenová udržitelnost, a to jak z pohledu systému

⁵⁹ Dostupná z <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mpo/strategie/hospodarska-strategie-ceske-republiky-cesko-do-top-10> a z <https://mpo.gov.cz/cz/rozcestnik/pro-media/tiskove-zpravy/hospodarska-strategie-ceske-republiky-ministr-vlcek-predstavil-cestu-do-top-10-zemi-evropske-unie--283601/>, schválena usnesením vlády č. 695/2024 Sb., ze dne 9. dubna 2024

zdravotního pojištění a pacientů, tak i hospodářských subjektů, které dodávají léčiva na český trh. V rámci tohoto cíle tak budou realizována opatření **zajišťující co nejrychlejší vstup generických přípravků na český trh za rovných podmínek, které budou generovat úspory prostředků zdravotního pojištění i pacientů**. Prostředky zdravotního pojištění tak bude možné efektivněji využít pro úhradu nově vstupujících léčiv nebo léčbu většího počtu pacientů. Využití potenciálu vstupu generik je důležité nejen z důvodu úspor, ale i z hlediska snižování vnější závislosti, neboť v ČR jsou vyráběny pouze generické léčivé přípravky a může tak dojít k podpoře domácího farmaceutického průmyslu. Druhá část realizace cíle bude mířit na změny v oblasti cenové regulace, kde by, s ohledem na vývoj cen vstupů výroby a určité zacyklenosti systému vnějších cenových referencí používaných kromě České republiky i v řadě další členských států EU, mělo dojít k **přehodnocení stávajícího systému**. Další rozšíření způsobů cenové regulace by mělo umožnit reagovat na vývoj v oblasti výroby a dodávek léčiv tak, aby byla zachována dostupnost zavedených léčiv. Nejenom vstup inovací, ale i cenová a úhradová dostupnost zavedených léčiv, která mnohdy představují základ léčby řady onemocnění, je zásadní pro zajištění náležité zdravotní péče o pacienty v ČR.

Posledním dílčím cílem je zajištění modernizace a rozvoje Státního ústavu pro kontrolu léčiv⁶⁰ a Ministerstva zdravotnictví. S ohledem na plánované legislativní změny na národní úrovni i na úrovni Evropské unie je zapotřebí vytvořit dostatečné podmínky v Ministerstvu zdravotnictví a Státním ústavu pro kontrolu léčiv, aby byla udržena vysoká kvalita jejich činnosti nejen v oblasti lékové politiky České republiky. Je zapotřebí vytvořit ve Státním ústavu pro kontrolu léčiv pozice odborných hodnotitelů, koordinátorů i inspektorů, aby byl i v budoucnosti schopen odborně pojmout veškerou regulaci oblasti nejen léčivých přípravků a poskytovat služby veřejnosti na náležité úrovni, v požadované kvalitě, rychle a se zachováním přístupu důrazné ochrany života a zdraví pacientů v České republice. Jedním ze střednědobých cílů by měla být **modernizace sídla Státního ústavu pro kontrolu léčiv, a to i s ohledem na navýšení personálních kapacit odpovídající nárůstu agend nebo rozvoj laboratorních prostor**, které lze efektivně dosáhnout stavbou nové budovy, která poskytne potřebné zázemí pro výkon činností. V neposlední řadě je, i s ohledem na očekávané rozšíření agend vykonávaných na úrovni Ministerstva zdravotnictví, potřeba posílit pozice specialistů v oblasti lékové politiky, a to zejména v oblasti HTA, Horizon scanning apod. Financování výše uvedených opatření lze zajistit kombinací **zvýšení mimorozpočtového financování Státního ústavu pro kontrolu léčiv a financováním ze státního rozpočtu**. Odhadované náklady z evropských fondů a ze státního rozpočtu na realizaci uvedeného opatření jsou pro období let 2026 až 2035 přibližně 1,5 mld. Kč.

⁶⁰ <https://sukl.gov.cz/vyrocní-zprava/vyrocní-zprava-sukl-2024/>

Číslo a název specifického cíle	1.3 Léková politika a zvýšení dostupnosti léčiv
Dílčí cíle	1.3.1 Implementovat unijní právní předpisy a stabilizovat řízení zásob léčiv 1.3.2 Zavést systém monitoringu léčiv 1.3.3 Zvýšit aktivní zapojení stakeholderů 1.3.4 Modernizovat způsoby výdeje léčiv 1.3.5 Zvýšit hospodářskou podporu výroby léčiv 1.3.6 Stabilizovat finanční udržitelnost lékové politiky 1.3.7 Zajistit rozvoj kapacit správních úřadů v oblasti lékové politiky státu
Příklady hlavních opatření	• Implementace farmaceutického balíčku do právního řádu ČR prostřednictvím nového zákona o léčivech. • Analýza dodavatelského řetězce a identifikace slabých míst • Nastavení a legislativní ukotvení bezpečného způsobu distančního výdeje léčiv, jejichž výdej je vázán na recept. • Analýza možností zpřístupnění informací o všech léčivých přípravcích pacientům
Garant	MZD – náměstek ministra (NAM/1)
Spolupracující instituce	SÚKL, Zdravotní pojišťovny, ČLnK, SSHR, distributoři, držitelé rozhodnutí o registraci, MMR, MPO, MZE, patientské organizace
Vazba na další specifické cíle	2.1 Reforma primární péče 2.3 Digitalizace zdravotnictví 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Počet ohlášených výpadků léčiv • Počet přijatých společných řešení/opatření Na úrovni výsledků/výstupů: • Počet implementovaných unijních právních předpisů vedoucích ke stabilizaci zásob léčiv; • Funkční systém monitoringu trhu léčiv akceptovaný všemi zainteresovanými stranami s udržitelným technologickým řešením • Počet nových způsobů výdeje léčiv do roku 2035 schválených regulačními orgány • Vytvoření dlouhodobého finančního plánu pro udržitelné a stabilní financování lékové politiky s podporou všech stakeholderů

Číslo a název specifického cíle	1.3 Léková politika a zvýšení dostupnosti léčiv
	Počet kapacit správních úřadů a zajištění potřebných zdrojů a školení
Výchozí stav	Situace v lékové politice v České republice je ovlivněna vysokou mírou regulace na úrovni Evropské unie a tržním nastavením vyznačujícím se silnou závislostí na dovozu surovin, zejména z Číny a Indie. Farmaceutický průmysl čelí výzvám, jako jsou včasné a kontinuální dodávky léčiv, snížení zásob a flexibilní reakce na změny v dodávkách nebo spotřebě trhu. Nedostatek léků je globálním problémem a situaci neusnadňuje ani fakt, že je Česká republika závislá na dovozu léčivých přípravků a její vlastní výroba nedokáže kapacitně pokrýt národní spotřebu. Výdaje na zdravotní péči v ČR výrazně vzrostly (a dál budou růst), přičemž významnou část rozpočtu tvoří náklady na léky. Dostupnost moderních léčiv pro pacienty je ovlivněna regionálními rozdíly, kapacitami specializovaných center a ekonomickou atraktivitou trhu. Současná praxe ukázala též nejednoznačné rozdělení odpovědnosti za dostupnost léčivých přípravků, kdy některé subjekty se odpovědnosti zřikají, jiné nemají prakticky žádnou, což v případě nedostupnosti léčivých přípravků komplikuje nalezení rychlého a efektivního řešení.
Cílový stav	V rámci řešení implementačního plánu dojde k implementaci opatření unijního farmaceutického balíčku a nařízení o kritických léčivech. Dále pak dojde k jasnému vymezení spoluzodpovědnosti všech stakeholderů za dostupnost léčivých přípravků, kde největší prostor pro změnu je u zdravotních pojišťoven. Dojde k vytvoření nových kapacit správních úřadů a k lepšímu vymáhání dalších opatření, která v kombinaci budou příznivě působit na dostupnost léčivých přípravků pro pacienty v České republice. Specifický cíl usiluje rovněž o zvýšení dostupnosti u pacientů, kteří pravidelně a dlouhodobě užívají stejné léčivé přípravky, případně u pacientů hendikepovaných prostřednictvím ukotvení a rozvoje zásilkového výdeje léčiv, jejichž výdej je vázán na recept.
Předpokládané náklady	Cca 60.6 mld. Kč
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU, mimorozpočtové financování

3.4. SC 2.1 Reforma primární péče

Primární péče je základem fungujícího zdravotnictví ve vyspělých zemích. V České republice je primární péče realizována registrujícími poskytovateli ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Lékař primární péče⁶¹ je jeho základním kamenem. Je schopen velmi efektivně poskytovat kvalitní a přitom dostupnou (ve smyslu geografickém, časovém, ekonomickém i sociálním) péči. Podle OECD mají praktičtí lékaři největší potenciál ke zlepšení a udržení zdraví populace, zvyšují její zdravotní gramotnost, garantují péči o zranitelné skupiny občanů, zajišťují rovnost přístupu k péči a svým působením činí zdravotní systém udržitelnějším a efektivnějším.

Kvůli nízkým kompetencím lékařů primární péče, ale i nedostatečnému spektru poskytovaných služeb daných nedostatečným rozvojem oboru a nedostatečnému využívání jejich koordinační a organizační role pro přístup k nákladným specializovaným službám, není potenciál primární péče v ČR, ve srovnání s vyspělými zeměmi EU, dobře využit. Za hlavní problémy lze považovat omezení kompetencí, výkonů a preskripce lékařů primární péče, neexistence jasných pravidel, definovala návaznost péče poskytované ambulantními specialisty, lůžkovými a dalšími zdravotnickými zařízeními na péči primární, způsob úhrady (z veřejného zdravotního pojištění) zdravotních služeb u ambulantních specialistů (s regulací na unicitní rodné číslo), který determinuje jejich chování v systému a zvyšuje uměle četnost kontaktů pacienta se zdravotním systémem. To znamená zbytečné náklady v řádu desítek miliard korun ročně a diskomfort pro pacienta. Dalším problémem primární péče jsou obrovský nárůst administrativy a úbytek praktických lékařů v neatraktivních oblastech ohrožující dostupnost lékařské péče. Reforma primární péče vychází nejen z klíčového dokumentu Strategický rámec Zdraví 2035, ale i z dokumentů mezinárodních, které jasně deklarují nákladovou efektivitu dobře fungující primární péče ve srovnání s péčí specializovanou a nemocniční.

Na základě výstupů analytické části byly definovány hlavní dílčí cíle tohoto specifického cíle tak, aby sledovaly zejména následující cílový stav:

- Posílení kompetencí praktických lékařů a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, zlepšení koordinace činnosti primární péče a služeb ambulantních specialistů; zajištění vyšší dostupnosti primární péče při jejím vyšším a standardizovaném výkonu.
- Posílení motivačních faktorů pro zabezpečení praxí na venkově, v méně atraktivních oblastech, zvýšení počtu ordinací praktických lékařů na venkově a v odlehlých oblastech; usnadnění lepší koordinovanosti při zakládání týmových praxí a posilování výkonové složky úhrady posilující kvalitu služeb.
- Vytvoření nového modelu lékařské pohotovostní služby⁶² jako součást urgentních příjmů na úrovni okresů.

⁶¹ Pojmem lékař primární péče jsou myšleni registrující poskytovatelé ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, v oboru zubní lékařství a v oboru gynekologie a porodnictví

⁶² Povinnost poskytovatelů zajistit LPS je specifikována novelou zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, z roku 2019/2020.

Primární péče je v ČR na vysoké úrovni, avšak v poslední době dochází ke snižování dostupnosti zdravotní péče v důsledku klesajícího počtu personálu, zejména v odlehlých lokalitách. Vzhledem k tomu dochází ke zneužívání záchranné služby, urgentních příjmů, ale i LPS k suplování role praktických lékařů v jejich ordinacích. Spojitost s primární péčí je zcela zásadní a reforma LPS nezbytná k zabezpečení dostupnosti péče v jednotlivých regionech. Stávající právní úprava má sice zakotvenou povinnost sloužit LPS, avšak praktické vymáhání této povinnosti je téměř nemožné. Proto je nezbytné změnit celý systém legislativně tak, aby případné sankce byly účinně vymahatelné.

Číslo a název specifického cíle	2.1 Reforma primární péče
Dílčí cíle	2.1.1 Posílení kompetencí praktických lékařů, všeobecných sester a dětských sester a jejich koordinační role v poskytování zdravotní péče zejména o chronické pacienty a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, podpora rozvíjení multidisciplinárních týmů 2.1.2 Úplné odstranění preskripčních omezení pro praktické lékaře 2.1.3 Zavedení standardizace vybavení ordinací 2.1.4 Zvýšení kvality a dostupnosti primární péče – podpora týmových praxí 2.1.5 Zvyšování kvality péče včetně sledování indikátorů kvality 2.1.6 Změna systému financování s důrazem na posílení výkonové složky při fixované kapitaci 2.1.7 Zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech 2.1.8 Navýšení počtu lékařů primární péče, rozšíření a kultivace rezidenčních míst 2.1.9 Nastavení efektivních postupů v managementu chronických neinfekčních onemocnění 2.1.10 Zvýšení podílu obyvatel využívajících pravidelné preventivní prohlídky 2.1.11 Vybudování rovnoměrné sítě urgentních příjmů a pohotovostní služby (cca 1 pro každý okres) 2.1.12 Zajištění návaznosti lékařské pohotovostní služby na urgentní příjmy, u vybraných poskytovatelů na nízkoprahové urgentní příjmy 2.1.13 Investice do týmových praxí primární péče a jejich rozvoje 2.1.14 Rozvoj, modernizace a rozšíření přístrojového vybavení primární péče
Příklady hlavních opatření	• Nastavení legislativního rámce týmových praxí • Změna úhradových mechanismů • Revize modelu rezidenčních míst • Rozvolnění preskripce pro praktické lékaře • Nastavení toků pacientů mezi ambulantními specialisty a praktickými lékaři

Číslo a název specifického cíle	2.1 Reforma primární péče
	• Příprava a vydávání metodických postupů a resortních metodik (standardů) pro poskytování primární péče • Edukační a vzdělávací programy, certifikované kurzy • Příprava nových legislativních norem, resortních vyhlášek a systémů upravujících personální a technickou vybavenost praxí a LPS • Vývoj systémů hodnocení kvality • Založení referenčních sítí poskytovatelů v primární péči se zaměřením na podporu zdraví a zdravotní gramotnosti • Nastavení, monitoring a zvyšování kvality preventivních programů • Využití nástrojů elektronického zdravotnictví • Investiční podpora vytváření urgentních příjmů • Zapojení uživatelů péče do přípravy a implementace řešení v oblasti primární péče • Posílení primární péče prostřednictvím posílení role lékáren v oblasti primární prevence
Garant	MZD – vrchní ředitel sekce pro zdravotní péči (SZ)
Spolupracující instituce	ÚZIS, SÚKL, IPVZ, NCO NZO, MPSV, MŠMT, ČLS JEP, Česká asociace sester, ČLK, kraje – krajské úřady a další územně správní celky, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny, Svaz měst a obcí ČR a Sdružení místních samospráv, vysoké školy, poskytovatelé zdravotních služeb, profesní organizace, odborové organizace, ČLnK, APLS
Vazba na další specifické cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví 1.2 Sekundární prevence a screeningové programy 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví 2.3 Digitalizace zdravotnictví 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví 2.5 Sociálně zdravotní péče 2.7 Specializovaná zdravotní péče
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Průměrný věk praktických lékařů • Poměr návštěv u ambulantních specialistů k návštěvám u praktických lékařů • Podíl obyvatel, kteří v průběhu předchozích dvou let absolvovali preventivní prohlídku u praktického lékaře

Číslo a název specifického cíle	2.1 Reforma primární péče
	Na úrovni výsledků/výstupů ⁶³ : • Počet ordinací naplňujících standard praxe • Počet vytvořených urgentních příjmů • Počet osob podpořených rezidenčními programy pro praktiky
Výchozí stav	Kvůli nízkým kompetencím praktických lékařů (VPL a PLDD), ale i nedostatečnému spektru poskytovaných služeb daných suboptimálním rozvojem oboru a nedostatečnému využívání jejich regulační a organizační role pro přístup k nákladným specializovaným službám, není potenciál primární péče v ČR, ve srovnání s vyspělými zeměmi EU, dobře využit. Za hlavní problémy lze považovat omezení kompetencí, výkonů a preskripce praktických lékařů, neexistence jasných pravidel, která by vymezovala vztahy s ambulantními specialisty a lůžkovými zařízeními, systém paušálních úhrad u ambulantních specialistů (s regulací na unicitní rodné číslo), který determinuje jejich chování v systému a zvyšuje uměle četnost kontaktů pacienta se zdravotním systémem. To znamená zbytečné náklady v řádu desítek miliard korun ročně a diskomfort pro pacienta. Současný standard ordinací podle vyhlášky č. 92/2012 Sb. a vyhlášce č. 99/2012 Sb. se z hlediska nutnosti posílení role primární péče jeví jako zastaralý a neodpovídající současným možnostem ordinací PL. Dalším problémem primární péče je obrovský nárůst administrativy a úbytek praktických lékařů v neatraktivních oblastech ohrožující dostupnost lékařské péče.
Cílový stav	Cílem reformy primární péče musí být její postupná proměna a posílení tak, aby byla schopna poskytovat v maximálním rozsahu co nejširší, a přitom kvalitní péči snadno dostupnou pacientovi. Rozšíření kompetencí musí umožnit praktickému lékaři poskytovat maximum možné péče, které je odborně a technicky schopen. Většina kontaktů pacienta se zdravotním systémem se musí uskutečnit co nejbližší jeho bydliště v ordinaci praktického lékaře, se kterým má důvěrný vztah a dobře ho zná. Jedinými limity takové péče mají být technické a odborné možnosti praktického lékaře, nikoli administrativní překážky. Důležitým cílem posilování role primární péče je korigovat pohyb pacienta zdravotním systémem tak, aby prioritně vyhledával péči u praktického lékaře, a redukovat počet kontaktů pacienta se zdravotním systémem, který je v ČR extrémní a vysoce převyšuje čísla okolních vyspělých zemí. Klíčové je rovněž maximální

⁶³ V rámci Implementačního plánu bude stanovena podrobnější indikátorová sada.

Číslo a název specifického cíle	2.1 Reforma primární péče
	zpřístupnění kvalitní farmakoterapie v primární péči odpovídající úrovni vyspělých států EU. Po implementaci reformy je snahou maximální zlepšení vybavenosti ordinací VPL a PLDD na úroveň odpovídající standardu primární péče vyspělých států EU. Trendem budoucnosti je spolupráce dvou a více lékařů v jedné praxi, vč. využívání multidisciplinárního přístupu. Umožní to zajistit lepší kvalitu a časovou dostupnost péče a vzájemnou zastupitelnost lékařů, ale také zjednodušení generační obměny a zachování kontinuity péče. Takzvané týmové praxe však musejí být vždy založeny na spolupráci plně kvalifikovaných praktických lékařů. Primární péče bude i nadále hrazena kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, která podporuje vztah lékař–pacient (tím, že je vázána na registraci), brání zbytečné honbě za body, podporuje prevenci, podporuje také komunitní a sociální roli praktického lékaře a stabilizuje síť lékařů primární péče. Je však třeba posílit výkonovou složku úhrad a nastavit úhradové mechanismy, které umožní diferenciaci mezi jednotlivými praxemi podle poskytovaného výkonu a které je budou motivovat k lepší péči tím, že umožní lepší ohodnocení praxí poskytující vyšší výkon a kvalitu. Lékařská pohotovostní služba bude součástí urgentních příjmů vybraných okresních nemocnic. Vznikne tak státem garantovaná síť LPS. Nový systém vzdělávání přinese formou rezidenčních míst vyšší motivační prvky ke stabilizaci personálu i v periferních lokalitách. Vyšší zdravotní gramotnost povede k vyváženější konzumaci zdravotní péče.
Předpokládané náklady	Cca 40,24 mld. Kč
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU (OPZ+ a IROP II, EF 2028+), fondy ZP Vedle interních rozpočtových zdrojů resortu zdravotnictví bude využívána i možnost mezinárodních projektů spolupráce v rámci EU a projektů domácích grantových agentur. Pro reformu primární péče v oblasti týmových praxí a vytvoření modelu fungující Lékařské pohotovostní služby se předpokládá zapojení fondů EU i v oblasti investic.

3.5. SC 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví

Od počátku transformačních změn uskutečňovaných po roce 1989 se nedostatečně reagovalo na nutnost řešení personální situace, a tak se v posledním desetiletí český systém začíná zabývat nedostatkem personálních kapacit (jak lékařů, tak nelékařského zdravotnického personálu), stárnutím lékařů (zejm. v segmentu primární péče – všeobecní praktičtí lékaři, PLDD, stomatologové) a nedostupností některých profesí ve venkovských oblastech. Dílčí opatření byla zavedena např. v roce 2008, např. v odměňování (přesun do vyšších platových tříd), v profesním rozvoji (podpora moderních odborných školení, vznik programů odborného rozvoje); profesní samostatnosti (legislativní změny pro rozšíření kompetencí všeobecných sester a v oblasti vyššího vzdělávání). K dalším změnám zejména v oblasti lékařských povolání došlo v roce 2017 v souvislosti s účinností rozsáhlejší novely zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, která měla za cíl zjednodušit a zpřehlednit systém specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů. Přesto tyto změny nedokázaly dostatečně reflektovat potřeby v dlouhodobé perspektivě a MZD v současné době čelí řadě problémů, jak zabezpečit dostatek kvalifikovaných profesionálů v různých segmentech zdravotní péče. Personální stabilizace ve zdravotnictví je proto prvořadou a naléhavou prioritou zdravotní politiky i řízení a poskytování zdravotních služeb a adekvátního pokrytí zdravotních potřeb občanů ČR. Definitivním cílem MZD jsou zdraví občané s přístupem k péči, a to vždy, když ji potřebují. Jedním ze způsobů, jak tohoto cíle dosáhnout, je mít k dispozici vzdělané, zodpovědné a motivované lékaře a další zdravotnické pracovníky.

I přes to, že v posledních letech došlo v oblasti personální stabilizace k výrazným posunům, je třeba tuto oblast i nadále aktivně podporovat, především proto, že personální stabilizace nadále zůstává významnou prioritou zdravotní politiky a je zásadní pro poskytování zdravotních služeb a adekvátního pokrytí zdravotních potřeb občanů ČR.

Dostatečné personální kapacity lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků jsou podmínkou dostupnosti a kvality zdravotních i sociálně-zdravotních služeb. V řadě segmentů není současné personální zajištění zdravotních služeb optimální, v případě všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost je situace v některých regionech až kritická (ukončování praxí bez náhrady z důvodu postupujícího demografického stárnutí, viz specifický cíl 2.1 Reforma primární péče) Druhým nejslabším místem je dlouhodobě nedostatečná a klesající kapacita všeobecných sester a porodních asistentek v akutní lůžkové péči.

Zkušenosti získané v rámci pandemie covid-19 mimo jiné poukázaly, a to zejména vzhledem k objemu a náročnosti zajišťovaných služebních agend, nedostatečnou personální kapacitu českého systému ochrany a podpory veřejného zdraví. S časovým odstupem lze ale vyslovit fakt o nedostatečné flexibilitě a esenciálnímu přístupu orgánu ochrany veřejného zdraví ke standardním a mimořádným úkolům. Myšlen je zejména personální základ a aktivity, které jsou orgány ochrany veřejného (dále i jen „OOVZ“) zdraví vykonávány. Ty dle současného poznání by měly být podrobeny analýze jednotlivé povinnosti a úkony, které jsou OOVZ realizovány, resp. zda se jedná o prvek ochrany veřejného zdraví či již jen o historický relikt atp.

Orgány ochrany veřejného zdraví (MZD sekce ochrany veřejného zdraví vedená hlavním hygienikem s postavením vrchního ředitele sekce a 14 krajských hygienických stanic) zajišťují kromě dalších agend vyplývajících z národní legislativy i komunitárního právního řádu, také činnost zajištění připravenosti a řešení zdravotních hrozeb v oblasti ochrany veřejného zdraví pro území ČR s mezinárodním přesahem. V průběhu řešení mimořádné situace spojené

s covid-19 se ukázalo, že OOVZ nejsou dostatečně flexibilní k řešení mimořádné události, a to jak nedostatečného personálního zázemí v některých regionech či nedostatečných právních nástrojů, jak přerozdělovat lidské zdroje či pracovníky OOVZ přesouvat v rámci jednotlivých regionů. Cílem by mělo být vytvoření efektivních pracovních týmů určených pro jednotlivé mimořádné události a krize, a též připravit systém flexibilní a operativně velmi rychlé zálohy pracovníků uvnitř systému OOVZ. V současné době se předpokládá, že cíle bude naplněno prostřednictvím konsolidace systému veřejného zdraví a orgánů ochrany veřejného zdraví prostřednictvím zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Tato situace a její koncepční řešení má zásadní vliv na naplnění cílů Strategického rámce Zdraví 2035, zejména na oblasti zlepšení zdravotního stavu populace, dostupnost zdravotní péče a optimalizaci zdravotnického systému jako celku včetně péče o veřejné zdraví.

Číslo a název specifického cíle	2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví
Dílčí cíle	2.2.1 Vytvoření dlouhodobé strategie stabilizace a rozvoje personálních zdrojů ve zdravotnictví do roku 2035 2.2.2 Vytvoření procesu a institucionální struktury pro strategické řízení a plánování personálních kapacit 2.2.3 Zlepšení organizace a průchodnosti postgraduálního vzdělávání zdravotnických pracovníků 2.2.4 Podpora koordinovaných přístupů v oblasti celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků 2.2.5 Definování návaznosti prohlubování a zvyšování kvalifikace zdravotnických pracovníků na systém finančního ohodnocení 2.2.6 Vybudování národní informační základny pro monitoring stávajících a plánování potřebných personálních kapacit ve zdravotnictví na celostátní, regionální i místní úrovni 2.2.7 Posílení postavení nelékařských zdravotnických pracovníků v systému zdravotní péče, podpora jejich vzdělávání a zvyšování kompetencí v jejich samostatných rolích 2.2.8 Zlepšení prevence negativních dopadů psychické a fyzické zátěže pro pracovníky ve zdravotnictví, např. Prostřednictvím psychosociální podpory a supervize 2.2.9 Personální posílení nedostatečně obsazených oborů 2.2.10 Personální posílení orgánů ochrany veřejného zdraví 2.2.11 Zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech 2.2.12 Zvýšení podílu doporučených postupů a příprava národních standardizovaných ošetrovateľských protokolů 2.2.13 Podpora sladování osobního a pracovního života pracovníků ve zdravotnictví

Číslo a název specifického cíle	2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví
Příklady hlavních opatření	• Příprava metodik, obsahu a evaluace motivačních programů pro podporu otevírání praxí v primární péči v rizikových oblastech ČR • Vývoj nového informačního systému umožňujícího plánování opatření pro posílení personální stabilizace zdravotních a sociálně-zdravotních služeb • Metodická doporučení a normativní programy snižující administrativní zátěž pracovníků ve zdravotnictví • Tvorba nástrojů pro řízení systému vzdělávání • Vytváření doporučených klinických postupů, kompetencí a vzdělávacích plánů přizpůsobených aktuálním podmínkám a rozvoji oboru • Opatření v oblasti organizace postgraduálního vzdělávání • Vytvoření informačního systému pro organizaci postgraduálního vzdělávání zdravotnických pracovníků
Garant	MZD – náměstek ministra (NAM/2)
Spolupracující instituce	MŠMT, MPSV, MMR, MV, MZV, Asociace krajů ČR, IPVZ, NCO NZO, ÚZIS, SZÚ, zdravotní ústavy, KHS, ČLS JEP, lékařské fakulty, vzdělavatelé (SZŠ, VOŠ, VŠ, akreditovaná zařízení podle zákona č. 96/2004 Sb. a zákona č. 95/2004 Sb.), profesní komory, odborné společnosti, ČAS, poskytovatelé zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny, Mladí lékaři z.s., sdružení poskytovatelů, odborové svazy, zdravotnické asociace nemocnic, Svaz zdravotních pojišťoven, vzdělavatelé včetně akreditovaných zařízení
Vazba na další specifické cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví 2.1 Reforma primární péče 2.3 Digitalizace zdravotnictví 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví 2.5 Sociálně zdravotní péče
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Průměrný věk praktických lékařů • Počet lékařů/zdravotnických pracovníků (všeobecných sester, nelékařů atp.) na 1 000 000 obyvatel na územně samosprávný celek Na úrovni výsledků/výstupů: • Počet absolventů specializačního vzdělávání (počet atestovaných) za rok • Saldo odchodu a příchodu různých skupin pracovníků do zdravotnictví. Počet vytvořených klinických postupů,

Číslo a název specifického cíle	2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví
	kompetencí a vzdělávacích plánů přizpůsobených aktuálním podmínkám a rozvoji oboru Počet absolventů lékařských fakult a zdravotnických středních škol, kteří směřují po absolutoriu do praxe v ČR
Výchozí stav	Personální zajištění zdravotních služeb je jedním ze slabých míst veřejného zdravotního systému. Vyznačuje se především nedostatečnou kapacitou praktických lékařů (včetně praktických lékařů pro děti a dorost) a značně omezenou dostupností primární a stomatologické péče zejména v odlehlých oblastech země, což nadále přispívá k regionálním rozdílům ve kvalitě života obyvatel. V ČR je dlouhodobě vysoce nevyrovnaný podíl počtu ambulantních specialistů a praktických lékařů. Počty ambulantních specialistů jsou až 2,5× četnější (v relaci k počtu praktických lékařů), než je tomu ve vyspělých zemích OECD. Rozdíly v dostupné kapacitě ambulantních specialistů vs. praktických lékařů se významně liší mezi regiony ČR – velmi vysoký podíl ambulantních specialistů je patrný ve velkých městech, zejména pak v Praze. U praktických lékařů je nadto velkým problémem jejich demografické stárnutí, které zvyšuje riziko uzavírání ordinací z důvodu odchodu do důchodu. Stejným problémem nedostatečné kapacity v určitých oblastech trpí i stomatologická péče, která je charakterizována nerovnoměrným geografickým rozložením stomatologů. Velké aglomerace vykazují více než dostatek stomatologů, zatímco v okrajových regionech není stomatologická péče dostatečně zabezpečena, na což upozorňují regionální samosprávy i sami pojištěnci, kteří mají problém nalézt „svého zubaře“. Dalším personálně kapacitním problémem českého zdravotnictví je nedostatek všeobecných sester. Nejvíce rizikovým trendem je pokles úvazků všeobecných sester v akutní péči. Odchodem všeobecných sester trpí směnné provozy nemocnic, akutní lůžková péče a obecně lze konstatovat nedostatek všeobecných sester v nemocniční péči. Oblast zdravotnictví je vysoce náročná na odbornou lidskou práci. Proto se personální nestabilita resortu zdravotnictví může stát jedním z limitujících faktorů veřejné všeobecně dostupné zdravotní péče.
Cílový stav	Cílem personální stabilizace resortu zdravotnictví je zabezpečení dostatečných kapacit veškerého personálu, jak lékařského, tak i v ostatních nelékařských zdravotnických profesích. Nejde pouze o zabezpečení odpovídajícího početního stavu, ale také o jeho strukturu, rozložení v profesích i celoplošné pokrytí

Číslo a název specifického cíle	2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví
	z hlediska regionů. K tomu patří i dlouhodobě udržitelný rozvoj personálních kapacit českého zdravotnictví. Výsledkem aktivit uskutečněných v tomto specifickém cíli je nastavení změn v personálním řízení a koordinaci zdravotní péče spočívající ve vytvoření a implementaci dlouhodobé strategie stabilizace a rozvoje personálních zdrojů ve zdravotnictví. To znamená z hlediska snižování regionálních rozdílů nastavení opatření, která povedou ke snížení rozdílů v této oblasti (podpora motivačních aktivit lékařů a dalšího personálu pro výkon praxe v odlehlých oblastech apod.). Zcela zásadní je v tomto ohledu také nastavení systému vzdělávání a následného odměňování, které zabezpečí udržení zdravotní péče. Z hlediska odměňování je cílovým stavem model odměňování (růstu platů a mezd) se správně nastavenými motivačními složkami, a to i s ohledem na optimalizaci úhradových mechanismů (viz také specifický cíl 2.4). V oblasti vzdělávání zdravotnických pracovníků je cílem nastavení dlouhodobého systému vzdělávání a posílení systémových a vzdělávacích nástrojů pro udržitelný rozvoj zdravotní péče při zohlednění očekávaného rozvoje civilizačních chorob a stárnutí populace. K personální stabilizaci resortu zdravotnictví přispěje i sladění osobního a pracovního života pracovníků ve zdravotnictví nebo zvýšení prestiže zdravotnických profesí, a to včetně posilování kompetencí všeobecných sester. Toto by také společně se systémem odměňování a dalších motivačních faktorů mělo vést ke zvýšenému zájmu o zdravotnická povolání. Realizace tohoto specifického cíle povede k větší podpoře zdravotnických profesí z hlediska starostlivosti o jejich dlouhodobý profesní růst, ale i nastavení prvků prevence negativních dopadů psychické a fyzické zátěže pro pracovníky ve zdravotnictví. Cílovým stavem jsou dostatečné personální kapacity lékařů a nelékařských zdravotnických profesí jako podmínka dostupnosti a kvality zdravotní i sociálně-zdravotních služeb.
Předpokládané náklady	Cca 3 912,7 mil. Kč
Zdroje financování	státní rozpočet, fondy zdravotního pojištění, fondy EU

3.6. SC 2.3 Digitalizace zdravotnictví

Mezi prioritní oblasti, které mají v současné době nejvyšší potenciál pro zlepšení zdraví obyvatel ČR a zároveň jsou klíčové pro vyrovnání se s aktuálními trendy socioekonomického rozvoje, tj. demografickými změnami a rychlým technickým a technologickým pokrokem, patří digitalizace zdravotnictví. Digitalizace zdravotnictví bude mimo jiné sloužit k podpoře reformy zdravotních služeb a přístupu k nim, digitální technologie posílí možnosti jednotlivců pečovat o vlastní zdraví a zároveň podpoří celkovou efektivnost zdravotního systému. Účelná digitalizace napomůže přechodu na integrované, na jednotlivce zaměřené modely péče a usnadní přesun od léčby k prevenci. Digitální technologie a inovace usnadní dosažení strategických záměrů v oblasti veřejného zdraví. Inovativní digitální řešení napomůžou podpoře zdraví a kvality života občanů a umožní účinnější způsoby organizace a poskytování zdravotních a sociálních služeb. Tomu nově napomůže i sdílení údajů o zdravotním stavu pacienta zdravotnickými pracovníky se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách, v jejichž vzájemné koordinaci jsou poskytovány sociálně-zdravotní služby. Dojde k vytvoření systému sledování a vyhodnocování dat MPSV a MZD.

Digitální řešení v oblasti zdravotnictví a péče napomohou zvýšit kvalitu života milionů občanů a radikálně změnit způsob poskytování zdravotnických a pečovatelských služeb pacientům, pokud budou vhodně navržena a prováděna nákladově efektivním způsobem. Digitalizace může podpořit kontinuitu přeshraniční péče. Může podpořit reformu systémů zdravotní péče a jejich přechod na nové modely péče, které jsou zaměřeny na potřeby lidí a umožňují přechod od systémů opírajících se o nemocnice k více komunitním a integrovanějším strukturám péče. Digitální technologie by měly být vnímány jako nedílná součást zdraví a péče a měly by být zaměřeny na širší cíle zdravotních systémů. Digitální nástroje mohou využít vědecké poznatky a pomoci občanům udržovat se v dobrém zdravotním stavu, čímž pomohou zajistit, aby se nestali pacienti. Mají rovněž potenciál umožnit lepší využívání zdravotních údajů ve výzkumu a inovacích za účelem podpory individualizované zdravotní péče.

Zdravotní záznamy u poskytovatelů zdravotních služeb budou vznikat, budou uchovávány a sdíleny elektronicky prostřednictvím robustní IT infrastruktury s vysokou úrovní kybernetické bezpečnosti, zavedení elektronických zdravotních záznamů a jejich výměna bude vyžadovat nejvyšší možné standardy bezpečnosti informací a ochrany osobních údajů. Údaje o pacientech musejí být chráněny a zabezpečeny, v neposlední řadě s důrazem na ochranu soukromí občanů, ale i ochranu lidských práv a principy etiky. Digitalizace se stane hybnou silou při rozvoji konceptů integrované péče. Každý občan, který se nerozhodne jinak, bude mít k dispozici sdílený osobní elektronický zdravotní záznam, digitální technologie budou všudypřítomnou součástí péče o zdraví i celého zdravotnictví. Zaváděný systém sdílení zdravotnické dokumentace bude respektovat právo občanů rozumět, komu a proč poskytují své údaje, což mimo jiné znamená, že budou k dispozici jednoduché, srozumitelné a bezpečné nástroje k vyjádření či odvolání souhlasu nebo nesouhlasu se sdílením v potřebné granularitě, v souladu s platnou legislativou.

Legislativní podpora a reálná podpora standardizace v oblasti vedení a sdílení zdravotních záznamů a v oblasti mobilního elektronického zdravotnictví a telemedicíny, včetně certifikace informačních systémů a služeb digitálního zdravotnictví zásadním způsobem přispějí k rozvoji trhu s IT řešeními pro zdravotnictví.

Z pohledu krizové připravenosti zdravotnictví je digitalizace klíčovou oblastí pro krizové plánování a odezvu na krize, včetně schopnosti zvládnání pandemií a kybernetických útoků na zdravotnický systém. V těchto situacích musí být garantována možnost propojení klíčových datových zdrojů do chráněných informačních systémů státní správy, např. propojení s Informačním systémem krizového řízení nebo napojení na evropské vyrozumívací systémy.

Z důvodu krize veřejného zdraví způsobené pandemií, povodněmi, kybernetickými útoky a dalšími mimořádnými událostmi čelí zdravotnictví, způsob života, ekonomická stabilita nebývalé výzvě. Digitální technologie zaujímají významnou roli – poskytují důležitý nástroj pro informování veřejnosti a pomoci veřejným orgánům, zdravotnickým organizacím při výměně zdravotních informací.

Nezbytnou podmínkou zvládnutí těchto krizových situací je mapování procesů jednotlivých subjektů zapojených do řešení krize, působících např. v rámci hygienické služby, centrálních evidenčních systémů, telekomunikačních operátorů, silových složek, integrovaného záchranného systému a informačních systémů jednotlivých krajů.

Nezbytná je i podpora řešení založených na telemedicině a mHealth, která usnadní zdravotní péči v situacích, kdy objektivně nebude možné či žádoucí, aby docházelo k fyzickému kontaktu pacienta se zdravotnickým pracovníkem. Zároveň platí, že nově zaváděné digitální nebo digitalizované služby nesmí omezit přístup ke zdravotním službám pro starší nebo sociálně znevýhodněné občany bez přístupu k digitálním službám a musí souběžně zavést nebo zachovat i alternativní přístupy (papír, osobní pomoc).

Aktuální vývoj ve světě nás kategoricky staví před nutnost zvýšení odolnosti zdravotnického systému vůči kybernetickým hrozbám, kdy útočníci zneužívají vyšší zranitelnosti zdravotnických zařízení a správy zdravotnického systému zejména právě v krizových situacích, způsobených např. pandemií, povodněmi či jinými mimořádnými událostmi spadajícími do oblasti medicíny katastrof a krizového řízení ve zdravotnictví.

Veškeré aktivity a opatření v rámci specifického cíle Digitalizace zdravotnictví budou probíhat s ohledem na etické principy, přičemž bude brán v potaz aspekt ochrany lidských práv.

Číslo a název specifického cíle	2.3 Digitalizace zdravotnictví
Dílčí cíle	2.3.1 Rozvoj a implementace koncepce digitalizace zdravotnictví, institucionalizace elektronického zdravotnictví 2.3.2 Rozvoj centrální infrastruktury pro sdílení zdravotnické dokumentace, zaručenou a bezpečnou komunikaci a výměnu informací ve zdravotnictví 2.3.3 Rozvoj systému poskytování služeb autoritativních údajů, resortních autoritativních registrů a modelu zaručených dat 2.3.4 Rozvoj Národního zdravotnického informačního systému 2.3.5 Správa systému s rozvojem katalogu služeb elektronického zdravotnictví 2.3.6 Podpora využívání a standardizace nástrojů elektronického zdravotnictví (nástroje pro standardizaci prostředí digitálního zdravotnictví, interoperabilní prostředí pro uživatele společných sdílených elektronických služeb ve zdravotnictví) 2.3.7 Podpora využití nových digitálních technologií a postupů v oblasti personalizované medicíny, domácí péče, integrované péče

Číslo a název specifického cíle	2.3 Digitalizace zdravotnictví
	2.3.8 Podpora využití umělé inteligence ve zdravotnictví a implementace na ní založených služeb 2.3.9 Rozvoj vědeckovýzkumné a inovační základny pro digitalizaci zdravotnictví a rozvoj znalostní základny digitálního zdravotnictví 2.3.10 Praktické aplikace modelů bezpečného sdílení zdravotních záznamů, uplatnění technologie Blockchain a navazujících konceptů, využití konceptů z oblasti Big Data 2.3.11 Podpora technologií mobilního zdravotnictví (mHealth) a telemedicíny na všech úrovních poskytování zdravotní péče, zejména u koncových uživatelů (nemocnice, ambulance, pacienti) 2.3.12 Rozvoj platforem pro komunikaci a koordinaci veřejné správy, průmyslu a akademické sféry pro účely rozvoje digitálních služeb ve zdravotnictví a v péči o zdraví 2.3.13 Programy rozvoje obecné i specifické digitální gramotnosti pracovníků ve zdravotnictví 2.3.14 Programy posilující budování důvěry ve služby digitálního zdravotnictví mezi občany i zdravotníky
Příklady hlavních opatření	• Rozvoj a implementace koncepce digitalizace zdravotnictví včetně institucionalizace elektronického zdravotnictví • Realizace cílů Národní strategie elektronického zdravotnictví a opatření Akčního plánu • Naplňování cílů vládního programu Digitální Česko (Digitální ekonomika a společnost, informační koncepce Digitálního Česka) • Realizace záměrů implementačních plánů vládního programu Digitální Česko • Podpora využívání a standardizace nástrojů elektronického zdravotnictví (nástroje pro standardizaci prostředí digitálního zdravotnictví, interoperabilní prostředí pro uživatele společných sdílených elektronických služeb ve zdravotnictví) • Dobudování základních stavebních kamenů elektronizace zdravotnictví (Národní zdravotnický informační portál, projekty řešící elektronickou identitu zdravotníků a pacientů, profesní průkazy, resortní autoritativní a referenční registry, integrované datové rozhraní resortu, elektronizaci zdravotnické dokumentace; rozvíjení služeb elektronického zdravotnictví související s ePreskripcí, eNeschopenkou, souhrnem o pacientovi včetně podpory přeshraniční péče, telemedicínská řešení a mHealth)

Číslo a název specifického cíle	2.3 Digitalizace zdravotnictví
	• Podpora řešení přístupu pacientů k vlastním zdravotním údajům a jejich správě • Podpora rozvoje infrastruktury a pro sdílení zdravotnické dokumentace, zaručenou a bezpečnou komunikaci a výměnu informací ve zdravotnictví • Podpora rozvoje systému poskytování služeb autoritativních údajů, resortních autoritativních registrů • Podpora a výzkum využití nových digitálních technologií v oblasti zdravotnictví • Podpora a výzkum technologií mobilního zdravotnictví (mHealth) a telemedicíny na všech úrovních poskytování zdravotní péče, zejména u koncových uživatelů (nemocnice, ambulance, pacienti) • Podpora a zvyšování digitální zdravotní gramotnosti a využívání moderních technologií ve zdravotnictví • Vytvoření systému sledování a vyhodnocování dat MPSV a MZD. Pro účely mezioborové a meziresortní spolupráce budou identifikovány a zpracovány datové zdroje obou resortů. Budou definované procesy umožňující získat propojená data ze sociální a zdravotní oblasti, připravená pro následnou syntézu a analýzu.
Garant	MZD – vrchní ředitel sekce informačních technologií
Spolupracující instituce	ÚZIS, SÚKL, IPVZ, NCO NZO, SZÚ, KHS, MV, MPSV, MŠMT, MF, MPO, DIA zdravotní pojišťovny, NÚKIB, Svaz měst a obcí ČR, kraje, poskytovatelé zdravotních služeb, patientské organizace, NNO, ČSSZ, odborné společnosti, výzkumné organizace zaměřené na zdravotnictví, vzdělávací instituce,
Vazba na další specifické cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví 1.2 Sekundární prevence a screeningové programy 1.3 Léková politika a zvýšení dostupnosti léčiv 2.1 Reforma primární péče 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů ve zdravotnictví
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Počet vytvořených portálových řešení elektronického zdravotnictví (elektronické zdravotní záznamy)

Číslo a název specifického cíle	2.3 Digitalizace zdravotnictví
	Na úrovni výsledku/výstupu: • Počet zavedených interoperabilních sdílených služeb • Počet zavedených digitálních služeb ve zdravotnictví • Počet vytvořených modernizovaných systémů elektronického zdravotnictví s novými funkcemi • Počet podpořených systémů s pokročilými funkcemi • Počet vytvořených telemedicínských řešení a technologií mobilního zdravotnictví (mHealth) • Počet registrovaných/autorizovaných uživatelů portálů
Výchozí stav	Národní strategie elektronického zdravotnictví na období 2016–2020 je střednědobý strategický dokument, který na základě znalosti českého zdravotnictví, společenských podmínek a trendů vývoje na úrovni EU a ČR formuluje na období minimálně pěti let strategické cíle a program pro jejich podporu a vychází z Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020. Strategie definuje soustavu cílů a opatření, na které jsou navázány jednotlivé implementační projekty. Jsou realizována opatření z přijatého Akčního plánu k Národní strategii elektronického zdravotnictví 2016–2020, který je prováděcím dokumentem Strategie. Smyslem plánů Strategie je rozpracování jejích cílů a opatření do úkolů, projektů a aktivit a vymezit postupy, implementační strukturu, harmonogram, finanční zdroje, rozpočet, stanovit způsob vyhodnocení plnění cílů a opatření, vč. sady indikátorů a termínů. Je připraven návrh paragrafového znění zákona o elektronizaci zdravotnictví (zákon č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví), který představuje základní právní úpravu elektronizace stávajících procesů, které probíhají v resortu zdravotnictví. V předchozí právní úpravě existovaly pouze některé prvky zavádějící elektronizaci ve zdravotnictví. Předchozí právní úprava byla roztržštěná. Tento stav byl zcela nevyhovující, neboť roztržštěná podoba dílčích právních úprav znemožňuje efektivní řízení systémů elektronického zdravotnictví. Základním principem, ze kterého zákon o elektronizaci zdravotnictví vychází, je respekt, k již existujícím procesům ve zdravotnictví a jejich uvedení do souladu se zákonem o elektronizaci zdravotnictví. Přijatý zákon o elektronizaci zdravotnictví navazuje na již právní úpravou zavedený systém, kdy poskytování zdravotních služeb a vše, co s tím souvisí, tedy i vedení zdravotnické dokumentace, je právně upraveno zákonem o zdravotních službách. Roztržštěnost právní úpravy prvků elektronizace zdravotnictví také neumožňovala systémové zavedení moderních a společných pravidel ochrany osobních údajů a požadavků kybernetické

Číslo a název specifického cíle	2.3 Digitalizace zdravotnictví
	bezpečnosti, což lze označit za principiální nedostatek řešitelný pouze ucelenou právní úpravou elektronizace zdravotnictví jako celku. Zákon zajišťuje potřebný soulad s naplněním požadavků podle následujících právních předpisů a zákonů z oblasti ochrany osobních údajů a kybernetické bezpečnosti. Účelná digitalizace se ve zdravotnictví nedá realizovat, aniž by veřejná podpora byla dostupná všem subjektům, podílejícím se na zdravotní péči, počínaje drobnými ambulantními primární péče, přes laboratoře, polikliniky či lékárny až po velké krajské a fakultní nemocnice. Efektivnost péče o zdraví je závislá na nejslabším článku celého systému péče a intervence tak musí směřovat do celého systému, ke každému subjektu, který je nezbytné zapojit do digitální výměny a sdílení údajů o zdravotním stavu občanů, pro využití všech zdravotních záznamů potřebných pro zajištění návaznosti péče.
Cílový stav	Pro období po roce 2020 je charakteristický nástup nových digitálních technologií a postupů v oblasti personalizované medicíny, klinických aplikací umělé inteligence, praktických aplikací modelů sdílených zdravotních záznamů. Rostoucí měrou se do péče o zdraví zapojují technologie mobilního zdravotnictví (mHealth) a telemedicína. Klíčový význam nese digitalizace při rozvoji zdravotní gramotnosti obyvatelstva. Zvláštní úsilí je nutné směřovat do rozvoje obecné i specifické digitální gramotnosti pracovníků ve zdravotnictví a budování důvěry ve služby digitálního zdravotnictví mezi občany i zdravotníky. Digitalizace ve zdravotnictví: • Více slouží k podpoře reformy zdravotních služeb a přístupu k nim, • Posiluje možnosti jednotlivců pečovat o vlastní zdraví, • Podporuje celkovou efektivnost zdravotního systému, • Účelná digitalizace napomáhá přechodu na integrované, na jednotlivce zaměřené modely péče a usnadní přesun od léčby k prevenci, • Digitální technologie a inovace usnadňují dosažení strategických záměrů v oblasti veřejného zdraví. Zdravotní záznamy u poskytovatelů zdravotních služeb budou vznikat, budou uchovávány a sdíleny elektronicky prostřednictvím robustní IT infrastruktury s vysokou úrovní kybernetické bezpečnosti a s vysokým důrazem na ochranu soukromí občanů. Digitalizace se stane hybnou silou při rozvoji konceptů integrované péče. Každý občan, který se nerozhodne jinak, bude mít k dispozici sdílený osobní elektronický zdravotní záznam, digitální technologie

Číslo a název specifického cíle	2.3 Digitalizace zdravotnictví
	budou všudypřítomnou součástí péče o zdraví i celého zdravotnictví. Legislativní podpora a reálná podpora standardizace v oblasti vedení a sdílení zdravotních záznamů a v oblasti mobilního elektronického zdravotnictví a telemedicíny, včetně certifikace informačních systémů a služeb digitálního zdravotnictví zásadním způsobem přispějí k rozvoji trhu s IT řešeními pro zdravotnictví.
Předpokládané náklady	Cca 15 586 mil. Kč
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU (2021+, 2028+), vládní program Digitalizace ČR 2018+ Finanční mechanismy EK – Digital Europe Programme (DEP), ERDF/fondy EU, program Connecting Europe Facility (CEF), The Invest EU Programme (InvestEU), Structural Reform Support Programme, Horizon Europe (HE), eHealth Network (EU4Health).

3.7. SC 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví

Zajištění dlouhodobě udržitelného financování českého zdravotnictví je zásadním úkolem, který podmiňuje dostupnost, kvalitu i výsledky zdravotní a sociálně-zdravotní péče pro všechny občany ČR. Jde o oblast, která primárně vyžaduje mezipřesortní spolupráci, neboť udržitelné transparentní financování zdravotní péče není pouze otázkou objemu prostředků na příjmové straně veřejného zdravotního pojištění, ale zahrnuje také zvyšování efektivnosti poskytovaných služeb prostřednictvím změn kompetencí (gesce resortu zdravotnictví), plánování příjmů a výdajů a zvyšování stability vícezdrojovým financováním (spolupráce s resortem financí) a rovněž nutné změny v organizaci zdravotních služeb (spolupráce s resortem ministerstva pro místní rozvoj), včetně plánování sociálně-zdravotních služeb (spolu s resortem práce a sociálních věcí). Plánovité zajištění dostatečného objemu a struktury úhrad vyžaduje robustní informační základnu zahrnující prediktivní modely ověřované přímo v praxi poskytovatelů zdravotních služeb; z tohoto důvodu mají zásadní význam referenční sítě poskytovatelů sledující reálná nákladová data. Oblast úhrad zdravotních služeb je také spojena s častým prosazováním zájmů, ať již jednotlivých segmentů péče, nebo poskytovatelů – z tohoto důvodu je nezbytné, aby makroekonomické plánování bylo založeno na zaručených resortních datech, verifikovatelně získávaných v rámci systému elektronického zdravotnictví.

Vedle výše uvedených dimenzí musí plánovitá optimalizace systému úhrad zdravotních služeb stále více akcentovat exaktní hodnocení nových zdravotnických technologií, léků a inovací v diagnostických a klinických doporučených postupech. Nejde pouze o modely posuzující samotný dopad inovací do rozpočtu, vzhledem k limitovaným finančním zdrojům je nezbytné implementovat exaktní metodiky kritického hodnocení nových technologií, včetně hodnocení nákladové efektivity. Implementací těchto metodik stát garantuje svým občanům uvážené vynakládání veřejných prostředků pouze na takové technologie, které přinesou slibovaný efekt a zaručí bezpečí léčených pacientů.

Dílčí cíle specifického cíle přímo navazují na výsledky dosažené při řešení vybraných projektů v rámci programu Zdraví 2020, zejména projekt Operačního programu Zaměstnanost DRG RESTART. Nově vybudovaný systém DRG musí být dále optimalizován a rozvíjen, včetně zajištění spolupráce referenční sítě nemocnic. Stárnutí obyvatel ČR a s ním spojený očekávatelný nárůst nemocnosti i nárůst počtu seniorů vyžadujících dlouhodobou péči si nově žádají vybudování podobného systému jako DRG pro segment následné a dlouhodobé péče. Implementace exaktně řízeného systému úhrad pro tuto péči, včetně různých modelů komunitní péče a péče paliativní, napomůže potřebnému posílení kapacit a zvýší dostupnost pro všechny potřebné občany ČR.

Číslo a název specifického cíle	2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví
Dílčí cíle	2.4.1 Vytvoření informační základny postavené na meziresortní integraci zdravotních a sociálních dat výkonnosti 2.4.2 Vytvoření a aplikace nové resortní koncepce úhrad následné, dlouhodobé a zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí Vybudování systému predikcí příjmů a výdajů veřejného zdravotního pojištění 2.4.3 Zajištění rozvoje, optimalizace a udržitelnosti systému úhrad akutní lůžkové péče založeném na DRG 2.4.4 Optimalizace systému úhrad v primární péči s důrazem na motivační, výkon podporující složky a vytvoření modelů nastavujících vyváženost úhrad v různých segmentech ambulantní péče 2.4.5 Vytvoření klasifikace a systémů umožňujících standardizaci a optimalizaci systému úhrad zdravotních výkonů 2.4.6 Příprava a praktická implementace modelů predikujících a hodnotících ekonomické a klinické dopady nových technologií a zavádění inovací ve zdravotnictví 2.4.7 Vytvoření modelů hodnocení, optimalizace a udržitelného financování systémů integrované péče, a sociálně-zdravotní péče 2.4.8 Optimalizace systému úhrad léčivých přípravků podmíněných použitím na specializovaném pracovišti
Příklady hlavních opatření	• Optimalizace a metodický rozvoj systému DRG pro akutní lůžkovou péči • Optimalizace referenční sítě nemocnic akutní lůžkové péče • Založení a rozvoj referenční sítě poskytovatelů následné a dlouhodobé lůžkové péče za účelem optimalizace systému úhrad • Vybudování robustní datové základny pro hodnocení efektivnosti úhrad, využití zaručených referenčních dat ze systémů elektronického zdravotnictví • Vývoj a implementace metodik pro dlouhodobé makroekonomické plánování příjmové a výdajové stránky rozpočtu zdravotnictví • Posílení odborné a technické kapacity orgánů veřejné správy k zapojení pacienta • Vývoj modelů dlouhodobě udržitelného systému poskytování zdravotních služeb v modelech integrované péče a v modelech komunitní péče
Garant	MZD – vrchní ředitel sekce pro ekonomiku a zdravotní pojištění
Spolupracující instituce	ÚZIS, NCO NZO, MF, MMR, MPSV, ÚV, LK ČR, ČLS JEP, zdravotní pojišťovny, Hospodářská komora ČR, univerzity a akademické instituce, NÚKIB, Svaz měst a obcí ČR, patientské organizace, NNO, ČSSZ, SNL, profesní organizace, vzdělávací instituce ve zdravotnictví,

Číslo a název specifického cíle	2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví
	poskytovatelé zdravotní péče, odborné společnosti, poskytovatelé sociálně-zdravotní péče
Vazba na další specifické cíle	2.1 Reforma primární péče 2.3 Digitalizace zdravotnictví 2.5 Sociálně zdravotní péče 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Podíl bezchybně zaklasifikovaných hospitalizačních případů podle modelu CZ DRG, přijatých pojišťovnami k úhradě • Počet datových sad/datových modelů • Počet modelů optimalizujících úhrady péče Na úrovni výsledků/výstupů: • Počet metodik, normativních a legislativně garantovaných postupů • Počet modelů optimalizujících úhrady péče • Počet a velikost referenčních sítí poskytovatelů • Počet osob podpořených edukačními aktivitami zaměřenými na kódování zdravotních služeb, výkaznictví služeb pro úhrady a optimalizace ekonomického managementu poskytovatelů • Počet návštěvníků preventivních programů podporovaných vzniklým systémem úhrad primární péče
Výchozí stav	České zdravotnictví se nachází pod značným ekonomickým tlakem, který je dán silícími požadavky na zvyšování platů a mezd pracovníků, hustotou sítě poskytovatelů s často neoptimálním rozložením kapacit a prudce nastupujícími novými technologiemi včetně velmi nákladných genových terapií. Není zajištěna robustní referenční datová základna pro dlouhodobé makroekonomické plánování finančních potřeb. Není dostatečně implementováno vícezdrojové financování, které by systému zdravotních služeb přineslo větší stabilitu. Nejsou vyvinuty modely udržitelného financování programů zvyšujících efektivitu poskytování zdravotních služeb, jako jsou služby poskytované v komunitní péči, domácí péči, a dále modely plánovitého financování preventivních programů a programů časného zachytu vážných onemocnění.
Cílový stav	Plnění indikátorů směřujících k naplnění všech stanovených dílčích cílů povede k vybudování zcela nového, transparentně publikovaného datového a modelového zázemí pro řízení a plánování systému úhrad. Klíčové makroekonomické

Číslo a název specifického cíle	2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví
	charakteristiky všech segmentů zdravotní péče budou publikovány ve formě referenčních resortních statistik. Sběry dat v referenčních sítích poskytovatelů, a zejména v síti nemocnic udržující a kultivující systém DRG, budou dostupné všem relevantním subjektům v resortu a budou využívány pro krátkodobé i dlouhodobé predikce a strategické modely finančních potřeb. Dosud neexistující datové podklady kultivující vykazování a oceňování výkonů a zdravotních služeb obecně budou k dispozici i pro meziresortní spolupráci. Zdravotní pojišťovny budou s vedením resortu a s poskytovateli zdravotních služeb sdílet stejnou, datově validovanou, informační základnu pro plánování systému úhrad.
Předpokládané náklady	Cca 1 270 mil. Kč
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU, fondy zdravotního pojištění a státního rozpočtu na zdravotnictví

3.8. SC 2.5 Sociálně-zdravotní péče

V ČR přibývá osob, které se dlouhodobě nacházejí v nepříznivém zdravotním stavu, což zvyšuje jejich nároky na zdravotní a sociální služby poskytované současně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru.

Delší doba dožití je často spojena s dlouhým obdobím přítomnosti jedné a neřídka více chronických chorob, které mají významný negativní dopad na kvalitu života zejména starších lidí, podílejí se výrazně na spotřebě péče z hlediska požadovaných kapacit i financí a vážou rostoucí počet vysoce kvalifikovaných lékařských i nelékařských odborníků. Jedním z výsledných efektů takového vývoje je dlouhodobě nestoupající počet let strávených ve zdraví u populace v ČR v porovnání s jinými rozvinutými zeměmi EU, kde při řešení otázek péče zejména o chronicky nemocné přistoupili k reformám, jejichž základní charakteristikou je integrace péče a její zefektivnění pomocí inovací.

V ČR byl problém doposud řešen extenzivním přístupem: více kapacit v nemocnicích, ambulancích, více lékařů, více sester. Tento přístup však nevedl k systémovým změnám, které by reagovaly na vývoj v nárocích společnosti na dlouhodobou péči v porovnání s péčí o akutní případy. U chronicky nemocných dochází dále k deficitu soběstačnosti při zajišťování sociálních potřeb, který (pokud není adekvátně saturován) může vést až k nevratným procesům, které pak násobí nároky na vyžadovanou péči jak ze strany rodiny a blízkých nemocného, tak ze strany poskytovatelů zdravotní péče.

Zákon č. 38/2025 Sb. představuje zásadní legislativní změnu, která zavádí sociálně-zdravotní služby. Tyto služby jsou definovány zásadním požadavkem na koordinované poskytování zdravotní a sociální péče osobám s komplexními potřebami. Současně tento zákon zavádí novou formu sociálně-zdravotní lůžkové péče, čímž vytváří podmínky pro přesun části dlouhodobé péče ze zdravotnického systému do systému sociálních služeb. Tento krok má nejen zlepšit dostupnost péče, ale také zvýšit její efektivitu a kvalitu.

Je zřejmé, že je nutné se soustředit jak na lepší koordinaci a rozvoj zdravotní péče zejména o chronicky nemocné, kdy bude zdravotní péče poskytována specializovanými poskytovateli zdravotních služeb v úzké spolupráci s praktickými lékaři, tak na implementaci legislativního rámce a funkční propojení systému zdravotních a sociálních služeb. Oddělené poskytování těchto služeb totiž dlouhodobě neodpovídá potřebám osob s různou mírou závislosti. Specifický cíl usiluje o to, aby byly všem obyvatelům ČR dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu (v důsledku chronických a nevyléčitelných chorob, stárnutí apod.), zaručeny spravedlivé příležitosti k užívání zdravotních a sociálních služeb současně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru dle potřeb a ve všech potřebných formách (od ambulantních, terénních, poskytovaných ve vlastním sociálním prostředí, po lůžkové/pobytové, využitelné pro přechodné či trvalé řešení životní situace klienta), a to po celý životní cyklus obyvatel ČR. Široká oblast zahrnuje celé spektrum témat od systémových a regionálních opatření až po cíle stanovené pro vybrané roviny péče o pacienty s potřebou komplexní podpory.

Číslo a název specifického cíle	2.5 Sociálně-zdravotní péče
Dílčí cíle	2.5.1 Vytvoření systémových nástrojů pro podporu a rozvoj integrované zdravotní a sociální péče a pro standardizaci mechanismů posilujících funkčnost integrovaných zdravotních a sociálních služeb 2.5.2 Tvorba a realizace regionálně specifických modelů podpory integrované zdravotní a sociální (dlouhodobé) péče 2.5.3 Posílení role praktických lékařů a dalších poskytovatelů zdravotních služeb v procesu poskytování integrované zdravotní a sociální péče 2.5.4 Zvýšení dostupnosti integrovaných zdravotních a sociálních služeb 2.5.5 Zvýšení kvality života pacientů s dlouhodobým chronickým onemocněním 2.5.6 Optimalizace lůžkového fondu a zvýšení dostupnosti následné a dlouhodobé péče 2.5.7 Posílení péče poskytované v domácím prostředí pacientů 2.5.8 Optimalizace programů a zvyšování dostupnosti paliativní péče ve všech formách (konziliární paliativní péče v nemocnicích, mobilní specializovaná PP, domácí péče, hospicová péče) 2.5.9 Podpora rodinných příslušníků a jiných laických pečovatелů v dlouhodobé péči prostřednictvím programů
Příklady hlavních opatření	• Nastavení systémových opatření vedoucích k propojování a integraci zdravotní a sociální péče o osoby s potřebou komplexní podpory • Příprava a realizace základního modelu podpory integrované sociálně zdravotní péče a nástrojů pro kraje • Vznik a rozvoj – multidisciplinárních přístupů v péči o pacienty s dlouhodobým chronickým onemocněním se zapojením praktických lékařů a dalších poskytovatelů zdravotních služeb • Standardizace multidisciplinární spolupráce a konziliární podpory pro specializované lékařské obory v péči o pacienty s dlouhodobým chronickým onemocněním • Podpora rozvoje a dostupnosti zdravotní péče o pacienty se vzácným onemocněním • Detailní analýza lůžkové kapacity a její struktury ve vybraných regionech ČR
Garant	MZD – vrchní ředitel sekce zdravotní péče

Číslo a název specifického cíle	2.5 Sociálně-zdravotní péče
Spolupracující instituce	ÚZIS, SÚKL, IPVZ, NCO NZO, NÚDZ, MPSV, MMR, MSp, MŠMT, MV, ČLS JEP, kraje, obce, nevládní sektor, zdravotní pojišťovny, patientské organizace, Svaz měst a obcí ČR a Sdružení místních samospráv, Asociace krajů ČR, NNO, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, odborná veřejnost, akademická sféra, zdravotní pojišťovny, profesní organizace
Vazba na další specifické cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví 2.1 Reforma primární péče 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví 2.3 Digitalizace zdravotnictví 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví 2.6 Péče o duševní zdraví 2.7 Specializovaná zdravotní péče 2.8 Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v ČR
Indikátory	Na úrovni dopadu: - Počet lůžek následné a dlouhodobé péče - Počet pacientů léčených v domácí péči Na úrovni výsledků/výstupů: - Počet podpořených poskytovatelů v nově nastaveném systému sociálně-zdravotních služeb - Počet podpořených poskytovatelů paliativní péče - Počet realizovaných programů posilujících roli pečovatelských v dlouhodobé péči - Počet vytvořených regionálních modelů integrované péče
Výchozí stav	Zdravotní systém ČR se potýká s problematikou polymorbidních pacientů, kteří se opakovaně navrací do systému zdravotní péče. Potřeby těchto osob se neomezují jen na zdravotní složku, ale je nutné řešit i jejich sociální problémy. Integrovaná péče je komplexním systémem podpory, který umožňuje plánování, realizaci, koordinaci a hodnocení péče v uceleném pohledu na individuální potřeby pacienta a poskytující mu potřebnou míru podpory napříč mnoha rovinami jeho života. V horizontální rovině je vnímána jako spolupráce poskytovatelů na stejné úrovni a zahrnuje intenzivní spolupráci praktických lékařů a specialistů s multidisciplinárními týmy. Ve vertikální rovině je péče poskytována různými poskytovateli na různých úrovních péče. Dlouhodobě byl systém zdravotních a sociálních služeb v ČR oddělený, což vedlo k těžkopádnému propojení a legislativním

Číslo a název specifického cíle	2.5 Sociálně-zdravotní péče
	překážkám. Novela zákona č. 38/2025 Sb. však přináší zásadní změnu – legislativně zakotvuje propojení zdravotních a sociálních služeb prostřednictvím sociálně-zdravotních služeb, které umožňují koordinované poskytování péče osobám s komplexními potřebami. Zavedením sociálně-zdravotní lůžkové péče pak dochází k přesunu části dlouhodobé péče do systému sociálních služeb, čímž se zvyšuje dostupnost péče v přirozeném prostředí klienta. Nově je v daném zákoně stanoveno, že poskytovatelé sociálně-zdravotních služeb musí mít nejen oprávnění k poskytování sociálních služeb, ale také oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle příslušné legislativy. Navzdory této změně přetrvávají výzvy: část potřebných pacientů zůstává mimo systém, naráží na nedostatek informací a nemá možnost aktivně se zapojit do rozhodování o své péči. Efektivní organizaci práce brání absence kontaktního opěrného bodu – nástroje pro koordinaci služeb nebo průvodcovství systémem. Stále existují systémové bariéry, které komplikují vznik a fungování služeb s meziresortním přesahem v přirozeném prostředí klientů. Dosavadní modely financování a legislativní rámce alokují zdroje (finanční i lidské) převážně do institucionální péče, která je nákladnější a často snižuje kvalitu života osob tím, že nežijí v jejich vlastním sociálním prostředí. Novela zákona č. 38/2025 Sb. však vytváří podmínky pro změnu tohoto paradigmatu – podporuje komunitní charakter služeb a klade důraz na dostupnost, koordinaci a kvalitu péče v souladu s individuálními potřebami klientů.
Cílový stav	Funkčně propojený systém sociálně – zdravotní péče pro všechny věkové kategorie pacientů, umožňující individuální nastavení sociálně – zdravotních služeb podle aktuálních potřeb pacienta. Systém je plně transparentní pro pacienty (z hlediska nároku na péči a podmínek jejího poskytování) a poskytovatele (z hlediska vytvoření podmínek pro poskytování) a splňuje oficiálně nastavené kvalitativní požadavky, které jsou pravidelně přezkoumávány. Sociálně zdravotní péče a sociálně-zdravotní služby jsou místně i časově dostupné všem potřebným pacientům bez ohledu na jejich věk, pohlaví či sociální status. Jsou vytvořena kontaktní informační a podpůrná místa pro pacienty, jejich rodiny a blízké s vazbami na poskytovatele zdravotních i sociálních služeb. Do roku 2035 jsou všem občanům ČR v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu (v důsledku chronických a nevléčitelných chorob, stárnutí apod.), zaručeny rovné příležitosti k užívání zdravotních a sociálních služeb současně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru podle potřeb a ve všech potřebných formách (od ambulantních, terénních, poskytovaných ve vlastním sociálním

Číslo a název specifického cíle	2.5 Sociálně-zdravotní péče
	prostředí, po lůžkové/pobytové, využitelné pro přechodné či trvalé řešení životní situace klienta). Cílem je tedy zajistit optimální dostupnost sociálně zdravotní péče o chronicky a dlouhodobě nemocné pacienty a vyrovnávání disparit v jednotlivých regionech. Podpora této péče by se projevila i na zkvalitnění zdravotní péče o pacienty s méně častými či vzácnými diagnózami a v neposlední řadě by přispěla k vyšší dostupnosti specializované následné péče (geriatrické, rehabilitační a paliativní) s cílem zvýšit kvality života chronicky a nevyléčitelně nemocných pacientů.
Předpokládané náklady	7.2 mld. Kč
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU, Program švýcarsko-české spolupráce, fondy ZP a další donoři.

3.9. SC 2.6 Péče o duševní zdraví

Problémy s duševním zdravím jsou příčinou přibližně jedné třetiny roků poznamenaných disabilitou v důsledku všech onemocnění a duševní onemocnění dohromady způsobují zátěž přibližně 15 % DALY (Disability Adjusted Life Years), což je srovnatelné s onemocněními onkologickými. Je nutné zaměřit se na udržení duševního zdraví celé populace, tedy doplnit k dosavadnímu přístupu významný aspekt prevence a časné intervence. Implementační plán pro příští desetiletí přináší návod, jak řešit problémové oblasti, které nemohly být podchyceny předem, dokud se nezhmotnily v konkrétní podobě během realizace projektů reformy psychiatrie. Nejdůležitějšími z těchto otázek, respektive problémových oblastí, je legislativní a finanční ošetření sociálně-zdravotní péče, problematika vysokého rizika chudoby u lidí se závažnými duševními nemocemi, rozvoj a změna systému poskytování péče o děti v riziku nebo s již rozvinutými duševními obtížemi, definice a rozvoj systému péče o potenciálně nebezpečné pacienty/klienty a pacienty/klienty v ochranné léčbě, krizová péče a již zmíněná oblast prevence, která, pokud není adekvátně podpořena, přináší do systému péče nadměrnou zátěž ve formě plně rozvinutých preventabilních nemocí. Všechny výše identifikované oblasti současně vyžadují výrazné zapojení relevantních rezortů (MPSV, MŠMT, MMR, MSp), jako i krajů. Z tohoto důvodu byl zpracován Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, který byl vládou ČR schválen dne 27. ledna 2020 usnesením číslo 76/2020.

Součástí péče o duševní zdraví je i oblast prevence sebevražd, která byla rovněž zpracována v samostatném strategickém dokumentu – v Národním akčním plánu prevence sebevražd 2019–2030 (dále jen „NAPPS“), který je stanovuje konkrétní postupy pro naplňování jednotlivých strategických cílů ve formě specifických cílů a opatření. NAPPS zároveň přispívá k plnění cílů, které vytyčila Organizace spojených národů (OSN), tzv. Sustainable Development Goals.

S výše uvedeným je v souladu i oblast péče o osoby trpící demencí. V reakci na zvyšující se prevalenci demence v České republice a nutnost aktivně podporovat osvětu, prevenci, zvyšovat dostupnost včasné diagnostiky a následné zdravotní i sociální podpory pro lidi žijící s demencí a jejich pečující vznikl Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro roky 2020–2030 (dále jen NAPAN), jehož opatření byla zpracována do tohoto implementačního plánu. Česká republika se skrze Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro roky 2020–2030 (NAPAN) připojuje k výzvě Světové zdravotnické organizace, která v roce 2017 vyhlásila demenci prioritou veřejného zdraví [CITE].

Reforma péče o duševní zdraví byla započata v minulém programovém období za podpory fondů EU na základě schválené Strategie reformy psychiatrické péče (2014). Ta svou šíří záběru vyžaduje mnohem více času než jedno programové období. V současné době, na základě doposud provedených reformních opatření, je zřejmé, že pro zajištění komplexní péče o duševní zdraví je nutné se zaměřit na problematiku šířeji, tedy na udržení duševního zdraví jako takového. Znamená to nejenom dopracovat (hlavně z hlediska legislativy a financování) funkční model přesunu klientů z velkých lůžkových institucí do komunity v rámci zdravotně sociálního multidisciplinárního modelu péče, ale tuto péči doplnit i o aspekt prevence a časné intervence.

Číslo a název specifického cíle	2.6 Péče o duševní zdraví
Dílčí cíle	2.6.1 Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi 2.6.2 Zajištění srovnatelných šancí na duševní zdraví pro každého člověka v průběhu celého jeho života od narození až do seniorského věku 2.6.3 Zajištění, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována 2.6.4 Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby 2.6.5 Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví a začlenění / návratu do společnosti 2.6.6 Zavádění systémových opatření pro podporu lidí s intelektovým znevýhodněním a chováním náročným na péči 2.6.7 Preventivní intervence a opatření prevence sebevražd a sebepoškozování jsou běžnou komponentou v oblasti prevence v rámci veřejného zdraví 2.6.8 Služby v oblasti duševního zdraví a služby sociální péče, určené pro poskytnutí pomoci člověku procházejícímu krizí, jsou dostupné časem, místem, kapacitou i cenou a jsou k dispozici v komunitě podle potřeby, je ustanovena dobrá praxe předávání klientů mezi těmito službami a služby samotné poskytují péči založenou na důkazech 2.6.9 Problematika sebepoškozování, sebevražd a možnosti prevence jsou součástí vzdělávání relevantních profesí a běžným prvkem v osvětových kampaních 2.6.10 Prevence sebevražd a sebepoškozování a koordinace aktivit v této oblasti vychází ze spolehlivých informací a vědomostí 2.6.11 Doporučené postupy a síť služeb pro diagnostiku a léčbu demence 2.6.12 Vzdělávání v oblasti demence 2.6.13 Epidemiologie a výzkum v oblasti demence 2.6.14 Povědomí o demenci a prevence 2. 6. 15 Ochrana práv osob žijících s demencí

Číslo a název specifického cíle	2.6 Péče o duševní zdraví
Příklady hlavních opatření	• Podpořit prevenci a včasnou intervenci v oblasti duševního zdraví v průběhu celého života • Podpořit vzdělávání v problematice užívání návykových látek a závislostního chování relevantních profesí v oblasti duševního zdraví • Další rozvoj CDZ pro osoby se závažným duševním onemocněním, pro děti s duševním onemocněním či s rizikem jeho rozvoje, multidisciplinární týmy v oblasti závislostní problematiky a v oblasti forenzní problematiky, a realizace de-institucionalizace (vč. rozvoje akutní péče v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic a v psychiatrických nemocnicích) • Pilotní projekty inovativních metod v poskytování péče v oblasti duševního zdraví⁶⁴, modelu „recovery house“, „mother and baby unit“, podpora duševního zdraví v zaměstnání, dětské duševní zdraví a psychosociální výchova ve vzdělávacím systému, multidisciplinární týmy pro osoby trpící demencí, pro forenzní léčbu • Zajištění podkladů pro rozhodování o omezování dostupnosti prostředků pro vykonání sebevraždy • Integrovat péči o duševní zdraví do kompetencí praktických lékařů, zapojení do péče o pacienty s demencí a zajistit péči o nemocné s psychosomatickou problematikou a psychologickou a psychiatrickou péči o somaticky nemocné • Vytvoření jednotného doporučeného postupu s mezioborovou platností pro diagnostiku, léčbu a péči o osoby žijící s demencí • Dotvoření víceúrovňové sítě péče • Vytvoření podmínek pro setrvání nemocných s demencí co nejdéle ve vlastním sociálním prostředí
Garant	MZD – vrchní ředitel sekce zdravotní péče
Spolupracující instituce	ÚZIS, SÚKL, IPVZ, NCO NZO, NÚDZ, MPSV, MMR, MSp, MŠMT, MV, ČLS JEP, kraje, obce, nevládní sektor, zdravotní pojišťovny, patientské organizace, Svaz měst a obcí ČR a Sdružení místních samospráv, Asociace krajů ČR, NNO, poskytovatelé zdravotních

⁶⁴ Detailní popisy nových modelů péče v oblasti duševního zdraví jsou obsaženy v příslušném implementačním plánu a v Národním akčním plánu pro oblast duševního zdraví 2020+.

Číslo a název specifického cíle	2.6 Péče o duševní zdraví
	a sociálních služeb, odborná veřejnost, akademická sféra, zdravotní pojišťovny,
Vazba na další specifické cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví 1.2 Sekundární prevence a screeningové programy 2.1 Reforma primární péče 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví 2.3 Digitalizace zdravotnictví 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví 2.5 Sociálně zdravotní péče 2.8 Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v ČR
Indikátory	Na úrovni dopadu: - Počet rehospitalizací - Míra sebevražednosti do 61 dnů od psychiatrické hospitalizace podle pohlaví Na úrovni výsledků/výstupů: - Počet systémů reportování a monitorování kvality péče o duševní zdraví ve vazbě na vynakládané prostředky - Počet datových základů a informačních systémů sledujících oblast péče o duševně nemocné - Technologická zařízení využitelná pro zvýšení bezpečnosti seniorů s demencí - Vzdělávací programy v rámci destigmatizačních opatření - Počet regionálních center domácí péče
Výchozí stav	Dlouho opomíjeným tématem je v české populaci výskyt duševních onemocnění, který přímo ovlivňuje přibližně 21 % obyvatel ČR. Problémy s duševním zdravím jsou příčinou přibližně jedné třetiny všech roků poznamenaných disabilitou v důsledku onemocnění a deprese je přitom globálně nejčastějším důvodem života v disabilitě. Lidé s vážným průběhem duševního onemocnění často žijí v chudobě, jsou stigmatizováni a diskriminováni a dožívají se významně nižšího věku než běžná populace. Lidé s duševním onemocněním také častěji zneužívají alkohol a jiné návykové látky. Jsou častěji traumatizováni, resp. viktimizováni, což přispívá k vyššímu riziku jejich agrese. Narůstá potřeba pedopsychiatrické péče. Sebevraždu spáchají v ČR každý den přibližně čtyři lidé. Reforma péče o duševní zdraví byla započata v minulém programovém období za podpory fondů EU na základě schválené Strategie reformy psychiatrické péče (2014). Ta svou šíří záběru vyžaduje mnohem více času než jedno programové období.

Číslo a název specifického cíle	2.6 Péče o duševní zdraví
	V současné době, na základě doposud provedených reformních opatření, je zřejmé, že pro zajištění komplexní péče o duševní zdraví je nutné se zaměřit na problematiku šířeji, tedy na udržení duševního zdraví jako takového.
Cílový stav	Zkušenosti ze zahraničí a hlavně pak i z doposud realizovaných změn v oblasti duševního zdraví, jako i požadavky z oblasti dodržování lidských práv a zajištění vyšší efektivity péče vyžadují, aby bylo pokračováno v reformě psychiatrie tak, aby do roku 2035 bylo těžiště péče o duševní zdraví přesunuto z velkokapacitních zařízení zdravotních služeb následné lůžkové péče, kde jsou lidé se závažnými duševními onemocněními hospitalizováni i déle než 20 let, přesunuto do komunitní péče, tj. péče poskytované v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním. V roce 2035 je kvalitní péče v oblasti duševního zdraví poskytována všem lidem v riziku s duševním onemocněním bez rozdílu, je dostupná jak místem, tak rozsahem služeb, založená na multidisciplinárním přístupu, koordinovaná a komplexně pokrývající všechny potřeby, efektivní a inovativní, s důrazem na rehabilitaci a brzký návrat do běžného života, a především na dodržování lidských práv. U běžné populace jsou duševní onemocnění „normalizována“, vnímána jako běžná a léčitelná. Pozornost je věnována prevenci a včasné intervenci, která zamezí rozvoji a posléze chronifikaci a dlouhodobým následkům duševních obtíží.
Předpokládané náklady	Cca 6 366 mil. Kč
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU, Fondy EHP/Norska, a další donoři.

3.10.SC 2.7 Specializovaná zdravotní péče

Specifický cíl rozpracovává vybrané oblasti specializované péče, které v rámci systému zdravotních služeb vyžadují zvláštní pozornost. Jedná se o geriatrickou péči, kardiologickou péči, léčebně rehabilitační péči, prevenci a léčbu obezity, onkologickou péči, pediatriickou péči a péči o těhotné ženy, ženy při porodu, ženy v poporodním období, novorozence a jejich rodiny.

Cílem podpory geriatrické péče je ucelené nastavení systému vzdělávání a péče orientovaného na geriatrického pacienta a komplexní nastavení intervencí vedoucích k maximálnímu možnému zlepšení jeho zdravotního stavu, celkové kondice a soběstačnosti (funkčního stavu) při zabezpečení jeho individuálních potřeb, což v konečném důsledku povede k dlouhodobému snižování nákladů na péči. Správnou diagnostikou a správně nastavenou léčbou křehkých a polymorbidních pacientů budou tito schopni trávit více času ve svém sociálním prostředí a méně času v rámci hospitalizací, což povede ke zvýšení dlouhodobé fiskální udržitelnosti a posílení celkového významu komunitní péče a péče v rámci rodiny pacienta.

Oblast kardiologické péče má za cíl zajistit každému obyvatele České republiky možnost prevence vzniku kardiovaskulárního onemocnění a v případě jeho rozvoje zajistit nejvyšší možnou kvalitu péče a života bez ohledu na geografickou polohu či stadium nemoci. Aktualizuje cíle v rámci prevence, diagnostiky a léčby kardiovaskulárních chorob, navazující multidisciplinární péče, sociálních služeb a paliativní péče. Klíčové je rovněž podnícení zájmu laické veřejnosti o prevenci vč. ochrany a podpory zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti v oblasti rizikových faktorů kardiovaskulárních nemocí.

Oblast léčebně rehabilitační péče má za cíl zajistit komplexní přístup zahrnující široké množství terapeutických a ošetrovatelských činností zaměřených především na zvyšování kvality života pacientů jak po akutních stavech, tak v rámci navazující rehabilitační péče. Nezbytná je také multidisciplinární spolupráce orientovaná na dostatečnou koordinaci léčebného procesu, prevenci případných komplikací, edukaci pacienta a zajištění maximální možné kvality jeho života.

Cílem prevence a léčby obezity je změnit náhled odborné i laické veřejnosti na obezitu jako na chronické, většinou progredující onemocnění, vyžadující včasnou diagnostiku a komplexní dlouhodobou péči. Obezita a zdravotně závažná nadváha je jednou z nejrozšířenějších civilizačních nemocí a již třetí desetiletí se celosvětově řadí mezi pět nejzávažnějších zdravotních problémů lidstva. Vzhledem ke své prevalenci se řadí k nejzávažnějším rizikovým faktorům kardiovaskulárních onemocnění, diabetu 2. typu a je významným rizikem nádorových onemocnění a dalších běžných chorob. Součástí této změny je zapotřebí uznání potřeby preventivního přístupu k ohroženým populacím včasného zachytu a komplexní léčby již nemocných osob.

Realizace onkologické péče v ČR je v souladu se strategií Evropského plánu boje proti rakovině (Europe's Beating Cancer Plan), který vznikl v roce 2021 a definuje cíl do roku 2030, aby mělo 90 % potřebných pacientů přístup do vysoce specializovaných center onkologické péče.

Implementace probíhá rovněž prostřednictvím Národního onkologického plánu České republiky 2030 (dále jen „NOPL ČR 2030“), který vychází z Evropského plánu boje proti rakovině. Mezi hlavní cíle patří prevence, včasný zachyt nádorů a soustředění léčby do specializovaných center.

Pediatric se zabývá péčí o zdraví novorozenců, kojenců, dětí a mladistvých (dále také „děti“). Cílem podpory pediatriické péče je nastavení dlouhodobého směřování v oblasti poskytování

zdravotních služeb dětem všech věkových kategorií. Zaměřuje se na multidisciplinární přístup a komplexnost poskytovaných zdravotních služeb dětem cílených z velké části na prevenci, optimální fyzický a duševní vývoj. Zároveň však s rozvojem diagnostických a léčebných metod je nutné zaměřit komplexní přístup také na chronicky nemocné děti a jejich rodiny.

V oblasti péče těhotné ženy, ženy při porodu, ženy v poporodním období, novorozence a jejich rodiny je snahou MZD nastínit smysluplný program rozvoje péče o tuto cílovou skupinu v následujících letech, a prostřednictvím jednotlivých strategických a specifických cílů navrhnout postupy k poskytování efektivní péče o matku a dítě a posílení postavení všech aktérů, kteří tuto péči poskytují.

Číslo a název specifického cíle	2.7 Specializovaná zdravotní péče
Dílčí cíle	2.7.1 Podpora geriatrické péče 2.7.2 Prevence kardiovaskulárních onemocnění a rozvoj kardiologické péče 2.7.3 Zvýšení dostupnosti a kvality léčebně rehabilitační péče 2.7.4 Prevence a léčba obezity 2.7.5 Podpora onkologické péče 2.7.6 Rozvoj pediatrické péče 2.7.7 Podpora multidisciplinárního přístupu v péči o těhotné ženy, ženy při porodu, ženy v poporodním období, novorozence a jejich rodiny
Příklady hlavních opatření	• Tvorba Národního plánu rozvoje geriatrické péče • Vznik modelů pro spolupráci s praktickými lékaři a dalšími lékařskými odbornostmi (v oblasti geriatrické péče) • Monitoring rehospitalizací pacientů a pacientů využívajících domácí zdravotní péči, podpora dostupnosti domácí zdravotní péče pro pacienty s kardiovaskulárním onemocněním • Nastavení provázanosti péče (např. systém sdílení laboratorních a klinických dat, úprava preskripce pro VPL) • Rozvoj infrastruktury a vybavení poskytovatelů rehabilitační péče • Zpracování Národního plánu prevence a léčby obezity ČR (NPPLO ČR), který bude po přijetí a schválení vládou ČR představovat samostatnou strategii pro oblast obezity. • Efektivita všech fází prevence se zvyšuje a předchází vzniku onkologického onemocnění.

Číslo a název specifického cíle	2.7 Specializovaná zdravotní péče
	• Péče orientovaná na (onkologického) pacienta vede k zajištění maximálně možné kvality jeho života, a to během nemoci, po vyléčení, jakož i v terminálním stadiu. • Koordinace celého systému boje s rakovinou je moderní, efektivní, vychází vstříc poskytovatelům péče i potřebám pacientů. • Boj s rakovinou je veden ve vysokém standardu, v souladu s pokrokem ve vědě a v nových technologiích • Vznik a podpora rozvoje multidisciplinárních přístupů v péči o děti • Podpora rozvoje vzniku center porodní asistence • Pilotní projekty
Doba trvání implementace	2025–2035
Garant	MZD – vrchní ředitel sekce zdravotní péče
Spolupracující instituce	ÚZIS, SÚKL, IPVZ, NCO NZO, NÚDZ, MPSV, MMR, MSp, MŠMT, MV, ČLS JEP, kraje, obce, nevládní sektor, zdravotní pojišťovny, patientské organizace, Svaz měst a obcí ČR a Sdružení místních samospráv, Asociace krajů ČR, NNO, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, odborná veřejnost, akademická sféra, zdravotní pojišťovny,
Vazba na další specifické cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví 1.2 Sekundární prevence a screeningové programy 2.1 Reforma primární péče 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví 2.3 Digitalizace zdravotnictví 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví 2.5 Sociálně zdravotní péče 2.6 Péče o duševní zdraví 2.8 Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v ČR
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Naděje dožití – střední délka života při narození a ve věku 65 let • Přežití pacientů s nádorovými onemocněními Na úrovni výsledků/výstupů:

Číslo a název specifického cíle	2.7 Specializovaná zdravotní péče
	• Nástroje pro podporu dostupnosti, rozsahu a kvality geriatrické péče – nárůst počtu poskytovatelů geriatrické péče • Procento populace participující na systematických preventivních prohlídkách • Snížení prevalence obezity v dětské a dospělé populaci (BMI ≥ 30) • Počet vzdělávacích nástrojů na podporu v oblasti onkologické péče • Transformace akutní lůžkové pediatrické péče • Počet podpořených center porodní asistence
Výchozí stav	Specifický cíl rozpracovává vybrané oblasti specializované péče, které v rámci systému zdravotních služeb vyžadují zvláštní pozornost. Jedná se o geriatrickou péči, kardiologii, rehabilitační péči, obezitologii, onkologickou péči, pediatrii a péči o těhotné ženy, ženy při porodu, ženy v poporodním období, novorozence a jejich rodiny. Podpora geriatrické péče S ohledem na demografickou predikci rostoucího podílu seniorské populace ve společnosti lze do budoucna předpokládat kontinuální zvyšování počtu geriatrických, křehkých a polymorbidních pacientů v mnoha oblastech zdravotních služeb. V současné době existuje v ČR jen málo poskytovatelů zajišťujících péči geriatrickým pacientům v celém jejím spektru. Zdravotní péče orientovaná specificky na potřeby geriatrických pacientů je poskytována roztržštěně a v nedostatečné kapacitě. Je nezbytná podpora stávajících poskytovatelů napříč všemi formami zdravotní péče i podpora vzniku poskytovatelů nových v takovém rozsahu, který by odpovídal demografickým výzvám stárnutí populace. Současný systém zdravotních služeb je zaměřen hlavně na aktuální zdravotní problémy bez celistvého hodnocení zdravotního a funkčního stavu pacienta a jeho potenciálu. Není dostatečně řešena kontinuita péče a její provázanost. Převažující chronická multimorbidita bude vyžadovat zlepšení provázanosti primární, geriatrické a další odborné péče, dostupných komunitních služeb a provázanost zdravotní a sociální péče pro geriatrické pacienty. Prevence kardiovaskulárních onemocnění a rozvoj kardiologické péče V souvislosti s vysokou prevalencí kardiovaskulárních rizikových faktorů představují onemocnění oběhové soustavy dominantní příčinu úmrtnosti v České republice a jsou jednou z hlavních důvodů čerpání léčebné péče. Podpora kardiologické péče reaguje na

Číslo a název specifického cíle	2.7 Specializovaná zdravotní péče
	neutěšený stav kardiovaskulárního rizika české populace a měnící se trendy ve výskytu jednotlivých kardiovaskulárních chorob, proto je nezbytné zaměřit tuto oblast především na prevenci vzniku kardiovaskulárních onemocnění, dostupnost a organizaci péče, personální zabezpečení a podporu vědy a výzkumu. Pokud dojde ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění, je nutné zajistit maximální kvalitu života pacientů bez ohledu na geografickou polohu či stádium nemoci. Zvýšení dostupnosti a kvality rehabilitační péče Oblast rehabilitační péče je velice rozvinutou a nezbytnou součástí systému zdravotní péče zaměřující se na poskytování komplexního přístupu, který integruje širokou škálu terapeutických, ošetřovatelských a podpůrných činností s cílem maximalizovat obnovení funkčních schopností pacienta a zlepšit kvalitu jeho života. Tento přístup zahrnuje nejen aspekty rehabilitační péče, ale také psychické a sociální faktory, které ovlivňují celkové zdravotní stav pacienta. Rehabilitační péče je nezbytná jak po akutních stavech, jako jsou úrazy, chirurgické zákroky nebo závažná onemocnění (např. neurologická, kardiovaskulární), tak v rámci dlouhodobé navazující rehabilitace, která je zaměřena na stabilizaci stavu pacienta, prevenci komplikací, podporu návratu do běžného života. Prevence a léčba obezity Mimořádně závažným rizikovým faktorem je obezita. Vzhledem ke své prevalenci je rizikovým faktorem metabolických a srdečně-cévních onemocnění, poškození pohybového aparátu, ale i řady nádorových onemocnění a dalších chorob. To vše má extrémní dopady nejen na zdravotní stav populace, ale i na hospodářství. Podíl osob s nadváhou a obezitou v ČR je nad průměrem zemí OECD, když se blíží 60 % populace⁶⁵, z toho cca jedna třetina má obezitu (19 %) a zbytek nadváhu (OECD Health at a Glance, 2023). Větší problém je v mužské populaci, kde má obezitu až 30 %. Navíc predikce dalšího vývoje jsou velmi nepříznivé, když ukazují, že v roce 2035 se k hranici obezity dostane téměř 40 % mužů, přes 30 % žen, 25 % chlapců a téměř 15 % dívek (World Obesity Atlas, 2023). Podpora onkologické péče Z mezinárodních srovnání plyne, že české zdravotnictví v posledních dvou dekádách prošlo výrazným rozvojem v oblasti organizace onkologické péče a ve zvýšení dostupnosti vysoce specializované protinádorové terapie. Velký pokrok rovněž nastal v posílení organizovaných screeningových programů. Dosahované výsledky

⁶⁵ Institut pro zdravotní ekonomiku a technology assessment (iHETA)

Číslo a název specifického cíle	2.7 Specializovaná zdravotní péče
	péče jsou srovnatelné s hodnotami průměru zemí EU s tím, že ve většině ukazatelů česká onkologie dosahuje nejlepších výsledků v oblasti střední a východní Evropy. Většina významných zlepšení vyplynula z postupující centralizace specializované péče do center vysoce specializované péče. Nicméně v řadě klíčových ukazatelů, jako je např. 5leté relativní přežití nebo podíl včasné zachycených onemocnění, jsou dosahované hodnoty stále nižší ve srovnání se státy západní a severní Evropy. Určité rezervy v pokrytí populace vykazují i organizované programy screeningu zhoubných nádorů a významný prostor ke zlepšení je patrný v programech primární prevence a eliminace hlavních rizikových faktorů onkologických onemocnění souvisejících s nezdravým životním stylem. Rozvoj pediatrické péče Vzhledem k snižujícímu se počtu hospitalizovaných dětí a zkracující se době hospitalizace MZD navrhuje racionalizaci péče o děti podporou rozvoje multidisciplinárních přístupů v péči o děti např. rozšířením ambulantního týmu primární péče nebo pediatrické péče např. o fyzioterapeuta, logopeda, nutričního terapeuta, klinického psychologa, sociálně zdravotního pracovníka, lékaře specialistu v oboru neurologie, ortopedie, aj. Podpora multidisciplinárního přístupu v péči o těhotné ženy, ženy při porodu, ženy v poporodním období, novorozence a jejich rodiny Systém péče o těhotné a rodící ženy představuje v ČR hustou síť poskytovatelů zdravotních služeb. Indikátory reprodukčního zdraví populace ukazují na to, že prenatální péče o těhotné ženy je v ČR dlouhodobě na vysoké úrovni. Dokládá to např. časování prvních návštěv v souvislosti s těhotenstvím u gynekologa. Více než 80 % žen absolvuje první prohlídku již mezi 1. až 12. týdnem těhotenství. V České republice je péče o těhotné ženy, ženy při porodu, ženy v poporodním období a péče o novorozence zajištěna dostatečně. V každém kraji je alespoň jedno perinatologické centrum intenzivní či intermediární péče pro zajištění dostupnosti vysoce specializované zdravotní péče pro těhotné ženy. Lze hovořit o segmentované zdravotní péči, avšak je třeba podotknout, že péče je komplexní. V ČR je zajištěna návaznost zdravotních služeb o cílovou skupinu osob, která je zajišťována multidisciplinárním týmem zdravotnických pracovníků, tj. lékaři gynekology – porodníky, neonatology, praktickými lékaři pro děti a dorost, pediatry, porodními asistentkami, dětskými sestrami a dalšími zdravotnickými odborníky.) Nicméně mezi moderní trendy se řadí přesun těžiště zdravotní péče poskytované ženám s fyziologickým těhotenstvím a šestinedělím,

Číslo a název specifického cíle	2.7 Specializovaná zdravotní péče
	včetně péče o fyziologického novorozence, do péče porodní asistentky.
Cílový stav	Podpora geriatrické péče Cíle je zajištění dostupné a udržitelné geriatrické péče, kdy je nastavena kontinuita péče o geriatrického pacienta, dochází k mezioborové spolupráci nejen mezi jednotlivými lékařskými odbornostmi, ale i se sociálním sektorem, který je v péči o geriatrického pacienta rovněž klíčový. Je aktivně podporováno a proklamováno zdravé stárnutí a jsou realizovány výzkumné aktivity v oblasti geriatry a gerontologie. Prevence kardiovaskulárních onemocnění a rozvoj kardiologické péče Je podporován zdravý životní styl obyvatel což zahrnuje nejen edukaci o zdravé výživě, pohybových aktivitách a prevenci rizikových faktorů jako kouření, konzumace alkoholu či hypertenze, ale také motivaci k dlouhodobým a udržitelným výsledkům. Zároveň je zvyšována zdravotní gramotnost populace, aby jednotlivci byli schopni lépe porozumět svému zdraví, identifikovat potenciální rizika a efektivněji se zapojit do prevence, diagnostiky a léčby kardiovaskulárních chorob. Mimo to jsou dostupné a efektivně využívané preventivní prohlídky. Rehabilitační programy zaměřené na podporu rekonvalescence pacientů po kardiovaskulárních příhodách jsou dostupné v místě i čase. Snižuje se počet rehospitalizací i díky včasné diagnostice pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. Systém zdravotnické záchranné služby (ZZS) je optimalizován tak, aby zajišťoval dostatečně krátké dojezdové časy a pokrytí v rámci celé České republiky. Součástí systému péče o pacienty s kardiovaskulárními chorobami je také specializovaná ambulantní péče a zajištění dostatečného a kvalitního vzdělávání v oblasti kardiologie. Důležitou součástí modernizace kardiovaskulární péče je zavedení změn v úhradách ambulantní kardiologické, angiologické a primární péče, které umožní optimalizaci financování a zajištění kvalitní dostupnosti péče. Zvýšení dostupnosti a kvality rehabilitační péče Cílem oblasti rehabilitační péče je vytvořit podmínky pro efektivní a udržitelný rozvoj této péče, který bude reflektovat současné potřeby pacientů, technologický pokrok a zároveň bude zajišťovat vysoký standard kvality, dostupnosti a personálního zajištění na všech úrovních rehabilitačního procesu a za využívání multidisciplinárního přístupu.

Prevence a léčba obezity

Cílem programového zaměření na prevenci a léčbu obezity v ČR je vedle změny samotného náhledu odborné i laické veřejnosti na toto progredující onemocnění především zvýšení zdravotní gramotnosti populace a její povědomí o zdravém životním stylu, prospěšnosti pohybových aktivit a tím předejít vzniku obezity za současného zlepšení dostupnosti účinné léčby, spolu se stanovenými pravidly úhrad v systému veřejného zdravotního pojištění. Součástí této změny musí být uznání potřeby preventivního přístupu k ohroženým populacím včasného zachytu a komplexní léčby již nemocných osob.

Podpora onkologické péče

V případě onkologické péče se předpokládá, že systém bude nově nastaven tak, že ve specializovaných centrech bude probíhat vysoce specializovaná diagnostika a terapie a v případech následného stabilizovaného stavu je péče předávána až na úroveň praktických lékařů. Cílem je vytvořit systém, který rovnoměrně využívá kapacit. Klíčové je rovněž podnícení zájmu laické veřejnosti o prevenci vč. ochrany a podpory zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti v oblasti rizikových faktorů zhoubných nádorů. Důraz je kladen na zapojení pacientů a neformálních pečujících do celého strategického procesu. Nezbytné bude rovněž nastavení trvale udržitelné cesty boje se zhoubnými nádory, a to vč. multidisciplinární spolupráce v diagnostice a léčbě nádorových onemocnění, k dosažení co nejlepších výsledků léčby. Ruku v ruce musí jít i úzká spolupráce s plátcí zdravotních a sociálních služeb, s nestátními neziskovými organizacemi a s dalšími spolupracujícími odbornostmi, které se podílejí na prevenci, diagnostice, léčbě i následné péči.

Rozvoj pediatrické péče

Cílem podpory pediatrické péče je nastavení dlouhodobého směřování v oblasti poskytování zdravotních služeb dětem všech věkových kategorií. Zaměřuje se na multidisciplinární přístup a komplexnost poskytovaných zdravotních služeb dětem cílených z velké části na prevenci, optimální fyzický a duševní vývoj. Zároveň však s rozvojem diagnostických a léčebných metod je nutné zaměřit komplexní přístup také na chronicky nemocné děti.

Podpora multidisciplinárního přístupu v péči o těhotné ženy, ženy při porodu, ženy v poporodním období, novorozence a jejich rodiny

Cílem je rozvoj center porodní asistence tak, aby těhotná žena v centru porodní asistence měla možnost navštěvovat prenatální poradnu vedenou porodní asistentkou, родit v centru porodní asistence s porodní asistentkou a využít i poskytování zdravotních služeb porodní asistentkou v poporodním období (využít návštěvní činnosti porodní asistentky z centra porodní asistence v jejím

Číslo a název specifického cíle	2.7 Specializovaná zdravotní péče
	sociálním prostředí, případně by žena měla možnost za porodní asistentkou dojít v poporodním období osobně do centra porodní asistence). Kontinuita zdravotních služeb by byla zachována i ve sledování novorozenců a zadávání údajů do Národního registru reprodukčního zdraví – modulu novorozenců. Dochází také k rozvoji péče o duševní zdraví těhotných žen a žen v poporodním období a k podpoře gynekologické fyzioterapie.
Předpokládané náklady	Cca 39.7 mld. Kč
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU, Fondy EHP/Norska, a další donoři.

3.11.SC 2.8 Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v ČR

Tento cíl byl do Strategického rámce Zdraví 2035 zařazen ve vazbě na aktualizaci a prolongaci Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. Zaměřuje se na aktivity Ministerstva zdravotnictví, které mají pozitivní vliv na zvyšování úrovně kvality poskytovaných zdravotních služeb (implementace mezinárodních programů na podporu zdraví a odvykání kouření, participace v projektu Národní hodnocení spokojenosti pacientů, posílení spolupráce s patientskými organizacemi) a současně svou implementací umožňují zvýšení efektivity personálních kapacit u poskytovatelů lůžkové péče (zavedení programu dobrovolnictví ve zdravotnictví, zřízení ombudsosoby).

Dobrovolnictví ve zdravotnictví

Dosažením stanovených dílčích cílů IP 2.8 bude zdravotní systém efektivní, lidský a podporující zdraví celé společnosti v souladu s moderními principy sociální spravedlnosti. Toho má být dosaženo mimo jiné prostřednictvím komplexní podpory a rozvojem dobrovolnictví ve zdravotnictví s cílem maximálně využít potenciálu, které českému zdravotnictví tyto iniciativy nabízí. Činnost dobrovolníků v rámci dobrovolnických programů u poskytovatelů zdravotních služeb MZD vnímá jako důležitou součást poskytovaných zdravotních služeb, neboť výraznou měrou přispívá ke zlepšení celkového prostředí v nemocnicích. S cílem navýšení počtu PZS, kteří mají zaveden dobrovolnický program, se chce MZD zaměřit na systematickou podporu stávajících PZS s dobrovolnickým programem ve zdravotnictví, systematickou a metodickou podporu poskytovatelů zdravotních služeb, kteří s dobrovolnickým programem začínají a komunikaci přínosů pro PZS, kteří o zavedení dobrovolnického programu ještě např. neuvažovali. Předpokládá se aktualizace a rozšiřování komplexní metodiky podle potřeb koordinátorů dobrovolnictví ve zdravotnictví a nových forem dobrovolnictví. Dále vytvoření a průběžná aktualizace funkční platformy s komplexními informacemi o dobrovolnictví ve zdravotnictví určené pro odbornou i širokou veřejnost na internetových stránkách MZD; posílení činnosti Pracovní skupiny pro dobrovolnictví ve zdravotnictví (poradní a iniciační orgán MZD s cílem ukotvit, rozvíjet a podporovat dobrovolnickou činnost v rámci strategie zdravotní politiky na národní, regionální a lokální úrovni) a zvýšení kvality a efektivity komunikace s dotčenými subjekty. Dílčí cíl 2.8.1 se chce zaměřit i na nastavení spolupráce MZD s dobrovolnickými neziskovými organizacemi (vč. patientských organizací) a poskytování informací, včetně metodické podpory, pořádání vzdělávacích akcí (semináře, workshopy) zejména pro koordinátory dobrovolnických programů u PZS včetně koordinátorů dobrovolnických neziskových organizací podílejících se nebo zajišťujících dobrovolnické programy u poskytovatelů zdravotních služeb.

Mezinárodní programy (HPH, GNTH)

Další významnou aktivitou, která přispěje k plnění specifického cíle 2.8 je záměrem rozvoj mezinárodních iniciativ International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services – “Nemocnice a zdravotnická zařízení podporující zdraví” a The Global Network for Tobacco Free Healthcare Services – “Nemocnice a zdravotnická zařízení bez tabáku”, které hrají důležitou roli při zvyšování kvality zdravotních služeb ve zdravotnických zařízeních. Iniciativa “Nemocnice a zdravotnická zařízení podporující zdraví” motivuje zdravotnická zařízení prostřednictvím pěti standardů k podpoře zdraví a prevenci nemocí. “Nemocnice a zdravotnická zařízení bez tabáku” prostřednictvím osmi standardů dává vodítko k tomu, jak odstranit tabákové výrobky ze zdravotnických zařízení a přeneseně i z domácností. I v této oblasti je cílem IP 2.8 systematická a metodická podpora pro nové i stávající členy sítě HPH a GNTH a snaha o jejich rozšíření. Dále administrace národních sítí GNTH a HPH, aktualizace

webových stránek MZD, pořádání setkání PZS za účelem zajištění sdílení dobré praxe a zkušeností nejen pro členy národní sítě, ale i pro případné zájemce o zařazení do sítě, realizace mediální kampaně k propagaci mezinárodní iniciativy a získávání nových členů. K eliminaci překážek spojených s jazykovou bariérou budou zajišťovány překlady materiálů zpracovaných mezinárodní iniciativou do českého jazyka s cílem zjednodušení následné realizace a aplikace těchto materiálů (např. standardů a dalších dokumentů) do praxe zdravotnických zařízení.

Národní hodnocení spokojenosti pacientů (NHSP)

Pro zvyšování kvality zdravotních služeb je obecně velmi důležitá i zpětná vazba pacientů, kteří s poskytovanými službami přicházejí přímo do kontaktu. Proto se tento strategický rámec zaměřuje na rozvoj projektu Národní hodnocení spokojenosti pacientů v jeho obou stávajících modulech a jeho rozšíření na moduly další, které budou reflektovat systémovou potřebu. V rámci doby platnosti Strategického rámce Zdraví 2035 plánuje MZD převedení hodnocení lůžkové péče ze sběru papírových dotazníků v omezeném období sběru dat na plně elektronický sběr s kontinuálními výsledky, který byl plně osvědčen a ověřen v rámci sledování spokojenosti ambulantní péče. Tím by došlo k obrovskému přínosu pro PZS stran kvality dat, efektivity práce, datových analýz atd. Nad rámec toho bude NHSP rozšířeno o nové moduly, které mají svá specifika a je nutné je technicky dopracovat do stávající online platformy. Aktuálně je zapojených 46 PZS (sledování lůžkové péče) a 14 PZS pro sledování ambulantní péče nebo obou forem péče. Cílem MZD je v rámci tohoto strategického rámce cílit na rozšíření projektu NSHP jako dominantního nástroje pro sledování spokojenosti v ČR, a to např. prostřednictvím optimalizace softwarového řešení projektu NHSP ve smyslu vývoje a zapracování úprav stávajícího softwarového řešení a nastavení vyšší uživatelské přívětivosti systému, rozšíření datových analýz a rozšíření o jazykové mutace dotazníků. Proběhne revize stávajících metodik pro NHSP v lůžkové i ambulantní péči, záměrem je též vytvoření hepldesku pro členy NHSP, který by umožňoval efektivní a transparentní řešení všech dotazů či podnětů.

Zapojení pacientů a veřejnosti do tvorby zdravotních politik

Zapojení pacientů a veřejnosti do tvorby zdravotních politik představuje jednu z hlavních podmínek pro legitimitu rozhodovacích procesů a budování důvěryhodnosti zdravotnického systému. Moderní přístupy k hodnocení kvality péče vycházející z doporučení WHO, již nepracují pouze s klinickými nebo procesními ukazateli, ale stále častěji zahrnují subjektivní dimenzi – zkušenosti pacientů (PREMs) a jimi hlášené výsledky (PROMs). Tyto ukazatele zajišťují, že zdravotnický systém je orientován na potřeby lidí (people-centredness). Empirická data WHO (2024) potvrzují, že zapojení pacientů do národního řízení a správy (governance), které je v evropském regionu přítomno pouze ve 13 % zemí, má přímý vztah k lepším zdravotním výsledkům a k vyšší míře důvěry pacientů v instituce⁶⁶. V českém kontextu existují první institucionální základy participace, avšak její skutečný vliv na tvorbu politik zůstává dosud omezený.

V roce 2017 vznikla Pacientská rada ministra zdravotnictví, která se stala prvním stabilním poradním orgánem zajišťujícím zastoupení pacientského hlasu v procesu přípravy a konzultace zdravotnických dokumentů. Rada se podílí na připomínkování legislativních návrhů a vydává doporučení k otázkám týkajícím se práv pacientů a kvality péče. Koncepce participace

⁶⁶ World Health Organization (2024). Taking the pulse of quality of care and patient safety in the WHO European Region: multidimensional analysis and future prospects. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

v Ministerstvu zdravotnictví 2030 (KOPA 2030) pak vymezila participaci jako důležitý princip v rámci tvorby politik, čímž otevřela cestu k systematictějšímu zapojení pacientů a veřejnosti do rozhodovacích procesů⁶⁷. Tyto kroky znamenají posun směrem k partnerskému modelu, nicméně zatím nepokrývají všechny fáze politik – od přípravy přes implementaci až po evaluaci.

Rozvoj participace je zároveň třeba chápat v širším smyslu jako proces postupného rozšiřování možností vyjádřit zkušenost, potřeby a očekávání různých skupin pacientů, včetně osob se specifickými potřebami nebo zranitelných skupin. K těm patří i děti a dospívající, jejichž názory jsou často zprostředkovány dospělými, i když se jich rozhodnutí o zdraví bezprostředně dotýkají.

Ministerstvo zdravotnictví uznává význam participace dětí při rozhodování o jejich zdraví v souladu s článkem 12 Úmluvy o právech dítěte a článkem 7 odst. 3 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Tyto mezinárodní závazky potvrzují, že i děti mají právo být slyšeny ve všech záležitostech, které se jich týkají. Ministerstvo zdravotnictví v této souvislosti podporuje metodický rozvoj a sdílení dobré praxe v oblasti participace dětí na rozhodování o jejich zdraví, která představuje významnou součást moderního přístupu k zdravotní péči zaměřené na člověka⁶⁸. Na tento základ navazuje záměr postupně rozšiřovat participaci i na mladé lidi, zejména prostřednictvím pilotních aktivit v poradních a pracovních strukturách Ministerstva zdravotnictví (např. Pacientská rada, Odborná rada pro ošetřovatelství a řízení implementace a hodnocení úspěšnosti Konceptu ošetřovatelství). Současně s institucionalizovanými formami plánujeme zapojování dětí a mladých lidí v rámci aktuálně řešených témat a priorit Ministerstva zdravotnictví. To nám umožní flexibilně reagovat na potřeby, které se týkají této cílové skupiny. Tyto kroky vytvoří základ pro systematictější zapojování mladých lidí do tvorby a hodnocení zdravotních politik a současně podpoří rozvoj metod efektivní komunikace mezi zdravotníky a dětmi či mladistvými ve vztahu k jejich zdravotním rozhodnutím. Zároveň Ministerstvo zdravotnictví zajistí metodickou podporu zdravotníků a zdravotnic k efektivní komunikaci s dětmi při poskytování zdravotních služeb.

Rovnost mezi aktéry ve zdravotnictví a role Pacientské rady

Partnerský přístup nelze dosáhnout bez rovnosti mezi aktéry, a proto je nutné dále posilovat a nastavovat podmínky, které k tomu přispějí. Institucionální zakotvení Pacientské rady prostřednictvím Statutu a Jednacího řádu poskytlo základ, na který navazujeme ve 3. funkčním období. Vycházíme z proběhlé evaluace a Statut a jednací řád odrážejí zjištění právě z ní. Její výsledky budou reflektovány i v praxi poradního orgánu a fungování gesčního útvaru. Zásadní je zajistit, aby doporučení Pacientské rady byla systematicky zohledňována při tvorbě strategických materiálů a politik. Podpora rovnosti bude dále posílena prostřednictvím informování a komunikace interní i externí. V případě vhodného nastavení lze využít i digitální platformy z oblasti civic-tech.

Podpora pacientských organizací

Pacientské organizace představují nezastupitelné aktéry participativního procesu. Aby mohly tuto roli plnit plnohodnotně, je nutné zajistit jim stabilní zázemí. Strategická opatření se proto

⁶⁷ Ministerstvo zdravotnictví (2021). Koncepte participace na MZ 2030. Praha: MZD.

⁶⁸ Ministerstvo zdravotnictví v této souvislosti v roce 2025 zajistilo překlad a publikaci příručky Rady Evropy „Tvoje zdraví, tvůj názor“ k participaci dětí v rozhodnutích o jejich zdraví, která představuje významný metodický podklad pro rozvoj této oblasti v České republice. <https://pacientskeorganizace.mzd.gov.cz/news-detail/cs/258-naucme-deti-jak-se-zapojit-do-rozhodovani-o-svem-zdravi/>

zaměřují na posílení jejich kapacit prostřednictvím dlouhodobého rámce financování, který umožní jejich profesionalizaci a rozvoj. Důležitým prvkem je také systematická komunikace směrem k patientským organizacím a veřejnosti. Pravidelné publikování článků a výzev na portálu pro pacienty a patientské organizace zajistí informovanost, transparentnost a možnost aktivního zapojení širšího spektra subjektů. Tímto způsobem budou patientské organizace motivovány a podporovány v tom, aby se staly rovnocennými partnery v rámci strategického dialogu o zdravotní politice.

Kvalitní komunikace mezi poskytovateli a pacienty

Zlepšení komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty je jedním ze stěžejních předpokladů posunu českého zdravotnictví k více partnerskému modelu péče. Návrhová část proto musí směřovat k vytvoření jednotného rámce, který propojí vzdělávání, institucionální podporu, a to vše v mezích kompetencí MZD.

Prvním krokem je posílení role ombudsmanů ve zdravotnictví a její legislativní zakotvení. Ombudsman se (od účinnosti novely zákona o zdravotních službách 1.1.2026) stane povinnou součástí všech zařízení poskytujících lůžkovou péči. Jeho mandát je jasně vymezen metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví, aby byla zajištěna jednotnost výkonu funkce napříč republikou. Současně by mělo dojít k oficiálnímu zakotvení profese ombudsmana do katalogu prací i do národní soustavy povolání, čímž by se role stala standardizovanou, s jasně definovanými kompetencemi, kvalifikačními požadavky a možnostmi systematického profesního rozvoje. Ombudsman by měl mít možnost aktivně vstupovat do řešení stížností, navrhopvat systémové změny a sloužit jako prostředník pro komunikaci mezi pacienty, rodinnými příslušníky a vedením nemocnic. Součástí procesu by měl být také povinný reporting činnosti, aby bylo možné vyhodnocovat trendy a reagovat na opakující se problémy.

Dalším důležitým opatřením je systematické vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti komunikačních dovedností a práv pacientů. To by mělo probíhat na dvou úrovních – jednak jako součást pregraduální výuky na všech lékařských a zdravotnických školách, jednak formou pravidelných povinných školení pro pracovníky v praxi. Využít lze existující modely, například univerzitní předmět *Pacient jako partner*, který je možné rozšířit do širšího spektra vzdělávacích institucí a doplnit o aktivní zapojení pacientů do výuky odborných předmětů na lékařských fakultách. Posilování komunikačních kompetencí lze zároveň realizovat i prostřednictvím nemocničního ombudsmana, který by v rámci daného zařízení koordinoval tuto oblast a přispíval k systematickému rozvoji kultury respektující komunikace.

Zefektivnění stížnostního procesu ve zdravotnictví

Pro zvýšení efektivity stížnostního procesu je nezbytné posílit jeho institucionální a legislativní ukotvení. Klíčovým krokem je vydání metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví, který jasně vymezuje postavení, kompetence a povinnosti nemocničních ombudsmanů. Zásadním opatřením je také profesionalizace role nemocničního ombudsmana prostřednictvím vytvoření samostatného povolání v katalogu prací a v národní soustavě povolání. Ukotvení této profese zajistí jednotně stanovené kvalifikační požadavky, vzdělávací standardy a jasně vymezené kompetence. Díky tomu bude možné garantovat odbornou připravenost ombudsmanů, jejich nezávislost i důvěryhodnost vůči pacientům a zdravotnickým institucím. Profesionální rámec zároveň umožní systematický profesní rozvoj a sdílení dobré praxe.

Důležitou součástí je také **problematika respektujícího přístupu** ve zdravotnictví a zapojení uživatelů do rozhodovacích procesů, a to zejm. prostřednictvím většího zapojení zástupců pacientů do všech procesů a řízení v oblasti zdravotnictví.

Číslo a název specifického cíle	2.8 Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v ČR
Dílčí cíle	2.8.1 Rozvoj dobrovolnictví ve zdravotnictví 2.8.2 Rozvoj Národního hodnocení spokojenosti pacientů a jeho implementace v systému poskytování zdravotních služeb 2.8.3 Rozvoj národní sítě nemocnic a zdravotnických zařízení bez tabáku (GNTH) 2.8.4 Rozvoj národní sítě nemocnic a zdravotnických zařízení podporujících zdraví (HPH) 2.8.5 Posílení zapojení segmentu patientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům včetně zapojování/participace občanů (uživatelů péče) 2.8.6 Posílení partnerského přístupu v poskytování zdravotní péče
Příklady hlavních opatření	• Propagace dobrovolnictví ve zdravotnictví • Zkvalitnění sběru a přehledu dat do celostátní databáze dobrovolnictví ve zdravotnictví • Podpora a rozvoj projektu Národní hodnocení spokojenosti pacientů u poskytovatelů zdravotních služeb • Rozvoj a podpora národní sítě nemocnic a zdravotnických zařízení bez tabáku prostřednictvím administrace sítě, podpory sdílení dobré praxe a propagace • Rozvoj a podpora národní sítě nemocnic a zdravotnických zařízení podporujících zdraví prostřednictvím administrace sítě, podpory sdílení dobré praxe a propagace • Metodická podpora poskytovatelům zdravotních služeb zařazených do národní sítě GNTH a HPH • Navýšení počtu veřejných politik vytvořených se zapojením relevantních aktérů (stakeholderů a/nebo veřejnosti) • Vytvoření strategického a metodického zázemí pro zapojení pacientů/veřejnosti do řízení a procesů ve zdravotnictví, vč. zapojení pacientů u vybraných aktérů – zdravotních pojišťoven, SÚKL, poskytovatelů zdravotních služeb • Vytvoření kapacit pro zapojení pacientů u vybraných aktérů – poskytovatelů zdravotních služeb, SÚKL, zdravotních pojišťoven • Vzdělávání zdravotníků v oblasti partnerského přístupu ve vztahu pacient-zdravotník
Doba trvání implementace	2025–2035
Garant	MZD – SZ – vrchní ředitel sekce zdravotní péče
Spolupracující instituce	ÚZIS, SÚKL, IPVZ, NCO NZO, NÚDZ, MPSV, MMR, MSp, MŠMT, MV, ČLS JEP, kraje, obce, nevládní sektor, zdravotní pojišťovny, patientské organizace, Svaz měst a obcí ČR a Sdružení místních samospráv, Asociace krajů ČR, NNO, poskytovatelé zdravotních

Číslo a název specifického cíle	2.8 Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v ČR
	a sociálních služeb, odborná veřejnost, akademická sféra, zdravotní pojišťovny, organizace zaměřené na pomoc pacientům,
Vazba na další specifické cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví 2.1 Reforma primární péče 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví 2.3 Digitalizace zdravotnictví 2.5 Sociálně zdravotní péče 2.6 Péče o duševní zdraví
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Navýšení počtu dobrovolníků ve zdravotnictví (jakýkoliv typ řízení programu) • Navýšení počtu poskytovatelů zdravotních služeb nabízejících program dobrovolnictví ve zdravotnictví (jakýkoliv typ řízení programu) • Navýšení počtu členů v národní síti HPH • Navýšení počtu členů v národní síti GNTH • Navýšení počtu poskytovatelů zdravotních služeb zapojených do projektu Národní hodnocení spokojenosti pacientů v lůžkové péči • Navýšení počtu poskytovatelů zdravotních služeb zapojených do projektu Národní hodnocení spokojenosti pacientů v ambulantní péči • Navýšení počtu veřejných politik vytvořených se zapojením relevantních aktérů (stakeholderů a/nebo veřejnosti) • Posílení partnerského přístupu v poskytování zdravotní péče – vzdělávání zdravotníků Na úrovni výsledků/výstupů: • Navýšení počtu dobrovolníků ve zdravotnictví (jakýkoliv typ řízení programu) • Optimalizace softwarového řešení projektu NHSP • Navýšení počtu členů v národní síti HPH • Navýšení počtu členů v národní síti GNTH • Navýšení počtu strategických materiálů v oblasti zapojení aktérů • Navýšení počtu metodických materiálů v oblasti zapojení aktérů • Navýšení počtu článků publikovaných na portálu pro pacienty a patientské organizace

Číslo a název specifického cíle	2.8 Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v ČR
	• Navýšení počtu veřejných výzev pro zapojení stakeholderů/veřejnosti uveřejněných na portálu (prozatím na portálu pro pacienty a patientské organizace, do budoucna web MZD/dedikovaný web pro participační procesy) • Posílení partnerského přístupu v poskytování zdravotní péče – PZS se zřízenou funkcí ombudsosoby
Výchozí stav	Ministerstvo zdravotnictví nastavilo koncepci dobrovolnictví ve zdravotnictví na základě projektu MZD „Efektivizace systému nemocniční péče v ČR prostřednictvím dobrovolnické činnosti“. I přes silnou metodickou podporu stran MZD nastal s ukončením projektu postupný úpadek zájmu o implementaci a rozvoj této aktivity. Prostřednictvím tohoto strategického rámce má být dosaženo navýšení počtu PZS s dobrovolnickým programem a současně navýšení počtu dobrovolníků v ČR. Projekt Národní hodnocení spokojenosti pacientů aktuálně existuje v modulu pro sledování spokojenosti hospitalizovaných pacientů s lůžkovou péčí a sledování spokojenosti ambulantních pacientů, kteří tuto péči čerpají v lůžkových zdravotnických zařízeních. Projekt má relativně pozitivní trend v počtu participujících PZS, nicméně v kontextu aktuálního nedostatečného softwarového řešení, finančních limitů, omezených PR aktivit atd. je třeba jej dále rozvíjet a šířit. Cílem je vytvořit z NHSP dominantní nástroj pro sledování spokojenosti pacientů v české praxi. Při MZD byla vytvořena Národní síť nemocnic a zdravotnických zařízení bez tabáku (The National GNTH Network of the Czech Republic), a Národní síť nemocnic a zdravotnických zařízení podporujících zdraví (International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services, HPH) jako realizační platforma programů v ČR. Při implementaci mají oba projekty prokázané benefity nejen pro pacienty, ale i zdravotnický personál. Tyto jsou však obtížně kvantifikovatelné a zpravidla po dlouhodobé. Nejen proto dochází k velmi omezené implementaci na národní úrovni. Snahou je tedy rozšířit obě národní sítě, zdůraznit komunikaci přínosů obou programů a podporovat již aktivní či potenciální členy. Pro tvorbu udržitelných a spravedlivých politik je třeba zapojovat aktéry, na které mají politiky dopad a vliv. S ohledem na historicky nižší zapojování zástupců pacientů je třeba jejich zapojení ukotvit a systémově nastavit. V souladu s Rezolucí WHO o sociální participaci se počítá se zapojováním občanů. Zlepšení komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty je jedním ze stěžejních předpokladů posunu českého zdravotnictví k více partnerskému modelu péče. Pro zvýšení efektivity stížnostního procesu je nezbytné posílit jeho institucionální a legislativní ukotvení.

Číslo a název specifického cíle	2.8 Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v ČR
Cílový stav	Tento cíl je zaměřen na dosažení stavu, kdy je zdravotnictví postaveno na respektujícím přístupu, který klade důraz na důstojnost, rovnost a partnerství mezi pacienty a zdravotníky. Patriarchální model, kdy byl pacient pasivním příjemcem péče, ustoupí systému, kde jsou pacienti aktivními spolutvůrci svého zdravotního plánu. Zdravotní péče je individualizovaná, citlivá k potřebám různých skupin a odráží hodnoty důvěry, empatie a spolupráce. Díky tomuto přístupu je zdravotní systém efektivní, lidský a podporuje zdraví celé společnosti v souladu s moderními principy sociální spravedlnosti. Je nastaven jednotný národní systém sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů v ČR. Ve zdravotnických zařízeních jsou vytvořeny a využívány dobrovolnické programy. Většina nemocnic je zapojena do sítí GNTH a HPH a využívají NHSP jako nástroj pro sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů ve zdravotnictví.
Předpokládané náklady	Cca 26 mil. Kč
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU, Fondy EHP, a další donoři.

3.12. SC 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví

České zdravotnictví je na velmi dobré úrovni. Její udržení a další zlepšování zásadně souvisí s podporou a uplatněním výzkumu jak základního, tak aplikovaného. Věda a výzkum přispívají k objasňování vzniku a rozvoje chorob, přinášejí nové diagnostické a terapeutické metody a vedou jak ke snižování smrtnosti, tak k prevenci nejzávažnějších chorob a přispívají k předcházení epidemií. Využití výsledků výzkumu vede k zavádění inovativních metod a postupů ve zdravotnictví a přispívá dále ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva a k snižování socioekonomických dopadů nemocí na obyvatelstvo i společnost.

Dalšími přínosy vědy a výzkumu je podpora účinnosti diagnostických a léčebných postupů, zavádění inovativních metod a postupů ve zdravotnictví. S tím souvisí potřeba dalšího rozvoje stávajících špičkových výzkumných pracovišť působících v oblasti zdravotnického výzkumu, stejně jako nutnost zlepšování podmínek pro vědce, především širší zapojení mladých výzkumných pracovníků a jejich podpora zahrnující také zajištění stability jejich dostatečného finančního odměňování, flexibility pracovních úvazků a dalších forem sladování profesního a osobního života pracovníků ve zdravotnictví. Výsledky výzkumu se pak dostávají do praxe také postgraduálním vzděláváním lékařů i ostatních pracovníků ve zdravotnictví.

Nemalou roli v oblasti vědy a výzkumu hraje spolupráce se špičkovými zahraničními pracovišti a týmy a vytvoření podmínek pro takovou spolupráci. Český zdravotnický výzkum musí držet krok s rozvojem světové vědy. Stejně důležitá je v oblasti zdravotnického výzkumu podpora excelence a interdisciplinarity, jakož i spolupráce veřejného a privátního sektoru.

Organizačně je nutno hledat cesty k centralizaci a koncentraci výzkumných i léčebných aktivit. Výzkum v této oblasti by měl hledat lepší provázanost s místním průmyslem, státní správou i v místě působící samosprávou. Podstatou této strategické výzvy je existence dynamických, nerovnovážných vztahů mezi rychlými pokroky lékařské vědy, měnícími se životními a pracovními podmínkami života lidí a setrvačností lidského i institucionálního chování; tyto faktory se – často s mnohaletým zpožděním – budou promítat do zdravotního stavu české populace. Přitom dobrý zdravotní stav je základním předpokladem uspokojivého uplatnění jedinců ve společnosti a ekonomice.

Do životního prostředí se každoročně uvolňují tisíce nových chemických látek, jejichž vliv na zdraví ani jejich kumulativní účinky přesně neznáme. K dalším negativním faktorům řadíme hluk, záření či vystavení lidí vlivu znečišťujících látek ve vodě, potravinách nebo ve vzduchu. Nelze opomenout ani rychlost technologických změn a vyšší míru stresu s nimi spojenou. Budou tak zřejmě vznikat dříve neznámá zdravotní rizika spojená s modernizací a rozvojem společnosti (nanotechnologie, geneticky modifikované organismy atd.). Stále hrozí pandemie nových infekčních nemocí. Nové výzvy přinese i změna klimatu, kdy lze očekávat i výskyt chorob v ČR dosud raritních či se nevyskytujících. Zranitelné skupiny (např. kardiaci, děti a starší spoluobčané) pak budou více ohroženy vlnami veder.

Pokrok lékařského poznání v oblasti genetiky a dalších oborů naopak povede k lepšímu poznání mechanismů vzniku onemocnění a k rozšíření možností jejich prevence, léčení či nahrazování poškozených nebo nefunkčních orgánů novými. Velkou roli budou hrát schopnosti systému zdravotnictví adaptovat se na tyto proměny tak, aby byl všem občanům zaručen přístup k podpoře a ochraně jejich zdraví, aby byla posilována motivace ke zdravému životnímu stylu a aby byla důsledně uplatňována pravidla účinné prevence nemocí.

Základním a hlavním cílem je zajištění mezinárodně srovnatelné úrovně zdravotnického výzkumu a využití jeho výsledků pro zlepšení zdraví české populace a pro zabezpečení aktuálních potřeb zdravotnictví v ČR.

Hlavními nástroji realizace specifického cíle 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví budou programy účelové podpory na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu v gesci MZD.

Dalšími relevantními nástroji mohou být i evropské programy a projekty zejména s ohledem na plánované mise a témata stávajícího i připravovaného rámcového programu směřující do oblasti zdraví populace

Číslo a název specifického cíle	3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví 
	Vzhledem ke specifickému charakteru zdravotnického výzkumu není tato oblast ošetřena implementačním plánem, ale koncepcí zdravotnického výzkumu, která vychází z priorit Národní politiky výzkumu, vývoje a inovací České republiky 2021+ v gesci Rady vlády pro výzkum, vývoj a inovace. V době přípravy Strategického rámce 2030 byla stále v platnosti Koncepce zdravotnického výzkumu do roku 2022 navazující na Národní priority orientovaného výzkumu, experimentálního vývoje a inovací. V roce 2020 schválila vláda České republiky nový zastřešující strategický dokument, a to Národní politiku výzkumu, vývoje a inovací České republiky 2021+. V době přípravy Strategického rámce Zdraví 2035 byla stále v platnosti Koncepce zdravotnického výzkumu do roku 2022 navazující na Národní priority orientovaného výzkumu, experimentálního vývoje a inovací. V roce 2020 schválila vláda České republiky nový zastřešující strategický dokument, a to Národní politiku výzkumu, vývoje a inovací České republiky 2021+, který pravděpodobně v roce 2026 nahradí dokument Národní priority orientovaného výzkumu. V roce 2024 začaly práce na Národní strategii pro klinická hodnocení v ČR jako jedné z důležitých oblastí zdravotnického výzkumu, s předpokládaným datem přijetí v druhé polovině roku 2025. Pro oblast zdravotnictví navazuje na tento dokument Koncepce zdravotnického výzkumu do roku 2030 schválená v prosinci 2022 a prostřednictvím této koncepce je dále naplňován specifický cíl č. 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví. Koncepce je kromě priorit uvedených NP VaVal 2021+ zaměřena v oblasti veřejného zdraví na: • Socioekonomické aspekty zdravotnictví, • Digitalizaci zdravotnictví, • Demografické změny a péče o seniory,

Číslo a název specifického cíle	3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví 
	• Zdravotní péče, • Podporu zdravotní gramotnosti a orientace na pacienta, • Podporu zdraví a prevenci, • Globální zdraví, v oblasti patogeneze a rozvoje chorob na: • Metabolické a endokrinní choroby • Nemoci oběhové soustavy • Nádorová onemocnění • Chronické nemoci plic • Onemocnění krve • Nervová a psychická onemocnění • Onemocnění pohybového aparátu a zánětlivá onemocnění • Imunopatologické choroby • Infekční onemocnění • Onemocnění perinatálního období a dětského věku V oblasti inovativních řešení pro medicínu na: • Personalizovanou medicínu a nové diagnostické a teranostické postupy • Nízkomolekulární léčiva • Léčivé přípravky pro moderní terapie • Biologická léčiva včetně profylaktických vakcín • Nové formulace léčiv • Vývoj a výzkum v oblasti nových lékařských přístrojů a zařízení • Inovativní výzkum v chirurgii včetně transplantací • Telemedicínu a eHealth • Inovativní postupy v oblasti paliativní a podpůrné péče.
Příklady hlavních opatření	• Spolupráce s Radou pro výzkum, vývoj a inovace na formování vhodných a předvídatelných podmínek při rozdělování účelové podpory pro oblast zdravotnického výzkumu a institucionální podpory pro relevantní výzkumné organizace • Realizace programu účelové podpory, jehož priority vycházejí z Koncepce zdravotnického výzkumu do

Číslo a název specifického cíle	3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví 
	roku 2030, dlouhodobě zajišťovaná Agenturou pro zdravotnický výzkum České republiky • Podpora excelence ve zdravotnickém výzkumu skrze národní koordinaci Evropských partnerství v oblasti zdraví, s cílem umožnit zapojení českých vědců do nadnárodních partnerství v rámci programu Horizont Evropa • Plná implementace Metodiky hodnocení výzkumných organizací a programů účelové podpory výzkumu, vývoje a inovací (Metodika 17+), implementace Metodiky 2025+. • Nastavení systému institucionální podpory, který dostatečně zohlední hodnocení organizací podle Metodiky 17+, resp. Metodiky 2025+ přesun prostředků z národních programů udržitelnosti a aktuální potřeby v oblasti výzkumu, např. zapojení mladých vědců) • Vytvoření vhodných podmínek pro realizaci klinických hodnocení prováděných nekomerčními zadavateli. • Tvorba a implementace Národní strategie pro klinická hodnocení v České republice • Podpora vzniku a rozvoje oddělení klinických studií u poskytovatelů zdravotních služeb, včetně metodik organizace práce a financování.
Doba trvání implementace	2022–2035
Garant	MZD – vrchní ředitel sekce pro zdravotní péči
Spolupracující instituce	Agentura pro zdravotnický výzkum, Úřad vlády ČR (Rada pro výzkum, vývoj a inovace), MŠMT, zdravotní pojišťovny, NÚKIB, lékařské fakulty, velké výzkumné infrastruktury ⁶⁹ v působící v resortu zdravotnictví
Vazba na další specifické cíle	1.1 Primární prevence a ochrana veřejného zdraví 1.2 Sekundární prevence a screeningové programy 2.3 Digitalizace zdravotnictví

⁶⁹ <https://www.vyzkumne-infrastruktury.cz/>

Číslo a název specifického cíle	3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví 
Indikátory	Na úrovni dopadu: - Počet vytvořených programů podpory výzkumu - Zvýšení kvality zdravotnického výzkumu v ČR - Posílení mezinárodní konkurenceschopnosti českého zdravotnického výzkumu - Posílení personální základny zdravotnického výzkumu - Posílení mezioborové spolupráce Na úrovni výsledků/výstupů: - Počet a kvalita výsledků zdravotnického výzkumu (citační ohlas, procento publikací v Q1 časopisech dle databáze WoS) - Počet přihlášených výsledků aplikovaného výzkumu (realizace prototypu, funkčního vzorku, software, užitého/průmyslového vzoru, poloprovozu, ověřené technologie, certifikované metodiky a postupy, patentová přihláška, patent, licence) - Počet a objem mezinárodních spoluprací (společné publikace, projekty) - Počet a kvalita výsledků výzkumu realizovaného mladými výzkumníky - Podíl žen a mužů zapojených do řešení projektů a do hodnotitelského procesu - Počet alokovaných grantů (poměr realizovaných projektů k počtu podaných žádostí) - počet úspěšně ukončených grantů - Počet vytvořených/zmapovaných sítí vytvořených výzkumnými organizacemi a podniky
Výchozí stav	V době přípravy dokumentu byl v rámci resortu MZD podporován zdravotnický výzkum a vývoj prostřednictvím dvou nástrojů – účelové podpory (Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu na léta 2015–2022, resp. Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu na léta 2020–2026) a institucionální podpory na dlouhodobý koncepční rozvoj výzkumných organizací. Účelová podpora pro roky 2015–2022, ale i pro roky 2020–2026 vycházela z Koncepce zdravotnického výzkumu do roku 2022, tedy dokumentu z roku 2013, který byl v některých oblastech již překonaný. V roce 2020 byl schválen nový zastřešující strategický dokument Národní politika výzkumu, vývoje a inovací České republiky 2021+ a na v roce 2022 navázala Koncepce zdravotnického výzkumu do roku 2030. V případě institucionální podpory probíhalo od roku 2017 zavádění nové metodiky hodnocení výzkumných organizací a programů

Číslo a název specifického cíle	3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví 
	účelové podpory výzkumu, vývoje a inovací, tzv. Metodiky 17+. V této souvislosti docházelo k postupné změně přístupu k rozdělování institucionální podpory a následnému vyhodnocování jejich výsledků. Současně probíhaly práce na přípravě nové koncepce zdravotnického výzkumu.
Cílový stav	Je vytvořena nová koncepce zdravotnického výzkumu, jejíž cíle jsou průběžně naplňovány projekty programu účelové podpory. Zadávací dokumentace veřejných soutěží v rámci programů účelové podpory jsou aktualizovány a reagují na aktuální potřeby. V případě nutnosti je aktualizován i Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu na léta 2020–2026. Metodika 17+ je plně implementována do resortu zdravotnictví. Probíhá hodnocení podle Metodiky 2025+.
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU, účelová podpora podle zákona č. 130/2002 Sb. (Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu), institucionální podpora na dlouhodobý koncepční rozvoj výzkumné podle zákona č. 130/2002 Sb.

4. Implementace Strategického rámce Zdraví 2035

Strategický rámec Zdraví 2035 je základním předpokladem pro dlouhodobý rozvoj veřejného zdravotního systému a pro strategické řídicí procesy v celém resortu i v jeho jednotlivých částech. Jedná se o živý a otevřený dokument, což znamená, že bude odpovídajícím způsobem reagováno na případné změny podmínek a vnějšího prostředí. Schválením tohoto strategického rámce se vytyčují obecné směry budoucího vývoje resortu zdravotnictví.

Realizace Strategického rámce Zdraví 2035 probíhá především prostřednictvím jednotlivých implementačních plánů, případně dílčích strategických dokumentů, které jsou vytvořeny k jednotlivým specifickým nebo dílčím cílům. V těchto implementačních plánech jsou podrobněji popsány dílčí cíle a opatření vedoucí k jejich naplnění. Součástí popisu je rovněž harmonogram jednotlivých kroků a odpovídající rozpočtové rámce a registr rizik. Přílohou každého implementačního plánu je pak vždy příslušná indikátorová sada. Každý implementační plán má určeného gestora na úrovni náměstka nebo vrchního ředitele sekce MZD, který zodpovídá za jeho realizaci.

Garantem provádění celého Strategického rámce Zdraví 2035 je MZD, respektive pověřený náměstek ministra. Vzhledem k provázanosti systému veřejného zdravotnictví s problematikou spadající do gesce dalších resortů bude nezbytnou podmínkou úspěšné realizace Strategického rámce Zdraví 2035 spolupráce s řadou dalších resortů, především s MPSV, MŠMT, MMR, MF, NSA ale i dalšími subjekty, jako jsou územně správní celky a další zřizovatelé a poskytovatelé zdravotních služeb.

4.1. Monitoring, evaluace

Součástí implementace musí být i proces monitoringu a evaluace Strategického rámce Zdraví 2035. Tyto procesy budou do velké míry probíhat souběžně či kontinuálně. Výsledkem by měl být Strategický rámec Zdraví 2035, který reaguje na změny vnějšího prostředí a na poznatky z jeho aplikace a podle toho provádí jednotlivá opatření. Důsledkem vývoje, reakce na nové poznatky či na identifikované potřeby mohou být změnová opatření, která mohou vyústit v potřebu aktualizace cílů nebo opatření a aktivit vedoucích k jejich realizaci. Strategický rámec Zdraví 2035 je živým dokumentem, který reaguje na proměny kontextu a vývoj v prioritních oblastech. Revize strategického dokumentu bude probíhat podle potřeby na základě pravidelného hodnocení, nejpozději v roce 2031. V roce 2036 pak proběhne závěrečné vyhodnocení realizace celého dokumentu.

Monitorovací systém je navržen tak, že každé dva roky je vládě ČR předkládána pro informaci Zpráva o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2035. Vyhodnocení postupu realizace samotných implementačních plánů jsou každý rok předkládána pro informaci na poradu vedení MZD. Je sledováno, jakým směrem jde vývoj, a jsou zajišťovány zdroje dat o vybraných oblastech a nastaven systém jejich sledování a vyhodnocování. To samozřejmě předpokládá i zajištění dostatečných odborných a personálních kapacit. Součástí monitorovací zprávy je i vyhodnocení indikátorové sady, včetně regionálních indikátorů a dalších analytických stratifikací.

Pro přípravu Zprávy o realizaci implementačních plánů předkládají gestoři implementačních plánů vyplněné monitorovací formuláře za sledované období gestorovi Strategického rámce Zdraví 2035, a to do konce kalendářního roku tak, aby mohl v průběhu měsíce března předložit Zprávu ke schválení poradě vedení MZD.

Zpráva o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2035 vychází ze Zpráv o realizaci implementačních plánů za sledované období a je předkládána gestorem Strategického rámce Zdraví 2035 pro informaci vládě ČR, a to vždy v průběhu měsíce září roku následujícího po sledovaném období. Na přípravě Zprávy se podílí gestoři implementačních plánů a jejich implementační jednotky.

TABULKA 2 HARMONOGRAM PŘEDKLÁDÁNÍ ZPRÁV O PRŮBĚHU REALIZACE

10/2025	Předložení Zprávy o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2030, jejíž součástí bude revize a prolongace Strategického rámce Zdraví 2030 na Zdraví 2035 na jednání vlády ČR
03/2026	Předložení Zprávy o realizaci implementačních plánů za rok 2025 Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
03/2027	Předložení Zprávy o realizaci implementačních plánů za rok 2026 Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
06/2027	Předložení Zprávy o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2035 za monitorovací období 2025–2026 Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
09/2027	Předložení Zprávy o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2035 za monitorovací období 2025–2026 pro informaci na jednání vlády ČR
03/2028	Předložení Zprávy o realizaci implementačních plánů za rok 2027 Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
03/2029	Předložení Zprávy o realizaci implementačních plánů za rok 2028 Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
06/2029	Předložení Zprávy o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2035 za monitorovací období 2027–2028 Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
09/2029	Předložení Zprávy o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2035 za monitorovací období 2027–2028 pro informaci na jednání vlády ČR
03/2030	Předložení Zprávy o realizaci implementačních plánů za rok 2029 Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
03/2031	Předložení Zprávy o realizaci implementačních plánů za rok 2030 Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
06/2031	Předložení Zprávy o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2035 za monitorovací období 2029–2030 a závěrečného vyhodnocení realizace Strategického rámce Zdraví 2035 a jeho implementačních plánů Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
09/2031	Předložení Zprávy o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2035 za monitorovací období 2029–2030 pro informaci na jednání vlády ČR
03/2032	Předložení Zprávy o realizaci implementačních plánů za rok 2031 Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
03/2033	Předložení Zprávy o realizaci implementačních plánů za rok 2032 Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
06/2033	Předložení Zprávy o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2035 za monitorovací období 2031–2032 a závěrečného vyhodnocení realizace Strategického rámce Zdraví 2035 a jeho implementačních plánů Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
09/2033	Předložení Zprávy o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2035 za monitorovací období 2031–2032 pro informaci na jednání vlády ČR

03/2034	Předložení Zprávy o realizaci implementačních plánů za rok 2033 Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
03/2035	Předložení Zprávy o realizaci implementačních plánů za rok 2034 Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
03/2036	Předložení Zprávy o realizaci implementačních plánů za rok 2035 Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
06/2036	Předložení Zprávy o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2035 za monitorovací období 2033-2035 a závěrečného vyhodnocení realizace Strategického rámce Zdraví 2035 a jeho implementačních plánů Řídicímu výboru Zdraví 2035 a na poradu vedení MZD
09/2036	Předložení Zprávy o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2035 za monitorovací období 2025–2026 a závěrečného vyhodnocení realizace Strategického rámce Zdraví 2035 a jeho implementačních plánů pro informaci na jednání vlády ČR

Zdroj: vlastní zpracování

Evaluace Strategického rámce Zdraví 2035 probíhá interně. Vzhledem ke skutečnosti, že MZD nedisponuje projektovou, strategickou, metodickou ani evaluační jednotkou, je evaluace zpracovávána koordinátorem přípravy a implementace Strategického rámce Zdraví 2035 ve spolupráci s ÚZIS a oddělením strategií, protokolu, vládní a parlamentní agendy MZD, na základě podkladů od gestorů jednotlivých implementačních plánů. Evaluace je vložena v Databázi strategií.

4.2. Indikátory a klíčové předpoklady realizace

Na úrovni Strategického rámce Zdraví 2035 jsou stanoveny základní indikátory. Tabulky indikátorů tak demonstrují provázanost obou strategických dokumentů, zastřešujícího i resortního, který cíle a indikátory dále rozpracovává. Zeleně jsou označeny indikátory, které jsou sledovány i ve Strategickém rámci Zdraví 2035 na úrovni specifických cílů. Indikátory jsou počítány v první řadě pro úroveň celé ČR, v případech, kdy to je relevantní pak ve stratifikacích dle věku, pohlaví, regionu, popřípadě dalších faktorů.

TABULKA 3 SEZNAM INDIKÁTORŮ SLEDOVANÝCH NA ÚROVNI STRATEGICKÉHO RÁMCE ČR 2030

Indikátor	Bližší vymezení a jednotka	Výchozí hodnota (2017)	Cílový stav (2035)
Délka života ve zdraví při narození	Roky	62,7 (muži) 64,0 (ženy)	65,7 (muži) 66,0 (ženy)
Dlouhodobé omezení aktivit – GALI (Global Activity Limitation Indicator)	Míra disability u věkové skupiny 25–64	25–64 nejnižší kvintil: 23,2 %	25–64 nejnižší kvintil: 19 %
	- Nejnižší příjmový kvintil	25–64 nejvyšší kvintil: 12,0 %	25–64 nejvyšší kvintil: 10 %
	- Nejvyšší příjmový kvintil	65+ nejnižší kvintil: 53,5 %	65+ nejnižší kvintil: 43 %
	Míra disability u věkové skupiny 65+	65+ nejvyšší kvintil: 35,9 %	65+ nejvyšší kvintil: 29 %
	- Nejnižší příjmový kvintil - Nejvyšší příjmový kvintil		
Průměrný věk praktických lékařů	Věk	56	50
Veřejné výdaje na prevenci ³	Podíl veřejných výdajů na prevenci na celkových veřejných výdajích na zdraví	2,7 %	4,5 %
Podíl osob s rizikovou konzumací alkoholu	Podíl osob konzumujících 6 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti alespoň jednou měsíčně	14,9 %	6,5 % rizikové pití, 5,5 % škodlivé pití
Podíl denních kuřáků	Podíl denních kuřáků starších 15 let	21,5 %	15 %

Zdroj: ÚZIS

Tabulka níže uvádí indikátory sledované na úrovni jednotlivých specifických cílů.

TABULKA 4 SEZNAM INDIKÁTORŮ SLEDOVANÝCH NA ÚROVNI SPECIFICKÝCH CÍLŮ ZDRAVÍ 2035

Specifický cíl	Indikátor	Stručná definice	Gestor	jednotka	Frekvence sběru dat	Hodnota k 31.12.2023	Cílový stav-2035
1.1	Veřejné výdaje na prevenci	Podíl veřejných výdajů na prevenci na celkových veřejných výdajích na zdraví	ÚZIS, MZD-HH/OVZ	%	1x ročně	5,2 %^[2]	4,50 %
1.1	Podíl osob s rizikovou konzumací alkoholu	Podíl osob konzumujících 6 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti alespoň jednou měsíčně	SZÚ	%	1 x ročně	8,3 % rizikové pití, 6,3 % škodlivé pití	6,5 % rizikové pití, 5,5 % škodlivé pití
1.1	Podíl denních kuřáků	Podíl denních kuřáků starších 15 let	SZÚ	%	1x ročně	15,90 %	15 %
1.1	Podíl dospělých osob s obezitou	Podíl osob s indexem tělesné hmotnosti BMI (hmotnost v kg/(výška v m) ²) vyšším než 30	SZÚ	%	1x za 6 let	19.3 % (z. 2019)	17 %
1.1	Podíl dětí a mladistvých (do 18 let) s obezitou	Podíl dětí a mladistvých jejichž index tělesné hmotnosti BMI odpovídá hodnotám pro obezitu v závislosti na věku a pohlaví dle příslušného rozmezí na	SZÚ	%	1x za 5-6 let	16,4 %^[2]	15 %

Specifický cíl	Indikátor	Stručná definice	Gestor	jednotka	Frekvence sběru dat	Hodnota k 31.12.2023	Cílový stav-2035
		růstových grafech pro děti a dospívajících					
1.1	Podíl osob s pravidelnou pohybovou aktivitou	Podíl osob provozujících pravidelně pohybové aktivity	NSA	%	1x za 5 let	20 %	60 %
1.2	Pokrytí populace screeningem kolorektálního karcinomu	Pokrytí screeningovými vyšetřeními ve tříletém intervalu u osob od 50 let	ÚZIS ČR	%	ročně	40,00 %	45 %
1.2	Počet osob, které byly osloveny do programu časného zachytu karcinomu plic a dalších plicních onemocnění	Počet osob, které byly osloveny k účasti v program u praktického lékaře nebo pneumologa	ÚZIS ČR	počet osob	ročně	25406	100 000
1.2	Pokrytí populace screeningovým programem časného zachytu karcinomu prostaty	Celkové pokrytí screeningovými výkony	ÚZIS ČR	%	ročně	Bude možné vyhodnotit na konci roku 2025	30 %

Specifický cíl	Indikátor	Stručná definice	Gestor	jednotka	Frekvence sběru dat	Hodnota k 31.12.2023	Cílový stav-2035
1.3	Počet skupin léčivých přípravků v systému rezervací SSHR	Konkrétní skupiny léčivých přípravků, které budou s ohledem na své terapeutické vlastnosti rezervovány	SSHR	ATC skupina	průběžně	0	200
1.3	Provedení zátěžového a funkčního testu	Otestování systému a připravenosti jednotlivých subjektů na využití rezervovaných zásob léčivých přípravků	SSHR/MZD - SE-OLZP	ATC skupina	Průběžně	0	3
1.3	Počet centrálně nakoupených léčivých přípravků	Konkrétní léčivé přípravky, které budou s ohledem na své unikátní postavení na trhu v ČR a cenu centrálně nakupovány	SZP/VZP	ATC skupina	Průběžně	0	30
2.1	průměrný věk praktických lékařů	Věk všech aktivních všeobecných praktických lékařů v daném období	MZD-SZ/OZP	Věk	ročně	55	50

Specifický cíl	Indikátor	Stručná definice	Gestor	jednotka	Frekvence sběru dat	Hodnota k 31.12.2023	Cílový stav-2035
2.1	Poměr návštěv u ambulantních specialistů k návštěvám u praktických lékařů	Relativní četnost kontaktů pacientů s ambulantními specialisty ve srovnání s kontakty s praktickými lékaři	MZD-SZ/OZP	Průměrný počet návštěv na jednoho pacienta u ambulantního specialisty: průměrný počet návštěv na jednoho pacienta	ročně	4,9:3,4	6,5 : 3,6
2.1	Preventivní prohlídky u praktického lékaře	Provedené preventivní prohlídky u všeobecných praktických lékařů v daném období. Míra využívání preventivní péče obyvatelstvem.	MZD-SZ/OZP	Podíl obyvatel, kteří v průběhu předchozích dvou let absolvovali preventivní prohlídku u praktického lékaře	ročně	59,80 %	74,10 %
2.2	Počet lékařů/zubařů/zdravotnických pracovníků – (všeobecných sester, nelékařů atp) na 1000 obyvatel/územně samosprávný celek	Pročet uvedených zdravotnických pracovníků se do roku 2035 zvýší.	MZD-NAM/2, SZ/OZP	Počet zdravotnických pracovníků (včetně sester) na 1 000 obyvatel	ročně	23	32

Specifický cíl	Indikátor	Stručná definice	Gestor	jednotka	Frekvence sběru dat	Hodnota k 31.12.2023	Cílový stav-2035
2.2	Dostupné personální údaje z kritické systemizace míst dle modelu DRG (lůžková péče)	Údaje o systemizovaných pracovních místech v rámci lůžkové péče, které jsou vyhodnocovány v rámci DRG.	MZD-SE/CAU	Existence validních údajů	ročně	ANO	ANO
2.3	Počet vytvořených portálových řešení elektronického zdravotnictví (elektronické zdravotní záznamy)	Centrálním prvkem celého systému elektronického zdravotnictví bude Národní portál elektronického zdravotnictví (NPEZ), zpřístupňující služby elektronického zdravotnictví, včetně elektronické zdravotnické dokumentace, doprovázený mobilní aplikací EZkarta. Portál i aplikace jsou vymezeny zákonem	MZD-SIT/NCEZ	počet	na konci sledovaného období	0	1
2.4	Podíl bezchybně zaklasifikovaných hospitalizačních případů dle modelu CZ DRG, přijatých pojišťovnami k úhradě	Podíl hospitalizačních případů klasifikovaných v CZ-DRG na celkovém počtu hospitalizačních případů v ČR	MZD-SE/CAU	%	Roční	1	1

Specifický cíl	Indikátor	Stručná definice	Gestor	jednotka	Frekvence sběru dat	Hodnota k 31.12.2023	Cílový stav-2035
2.4	Počet datových sad/datových modelů	Počet datových sad a modelů jako datová a informační podpora dohodovacího řízení.	ÚZIS ČR	ks	Roční	4	46
2.4	Počet modelů optimalizujících úhrady péče	Počet modelů pro jednotlivé segmenty zdravotní péče, které optimalizují úhradové mechanismy	MZD-SE/CAU	ks	Roční	3	15
2.5	Počet lůžek dlouhodobé a následné péče	Počet lůžkových kapacit poskytovatelů zdravotních služeb v rámci následné a dlouhodobé lůžkové péče dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování	MZD/SZ-OZP	Počet lůžek dlouhodobé péče na 1000 obyv.	1x2 roky	2,6	3,3
2.5	Počet pacientů léčených v domácí péči	Pacienti využívající indikovanou zdravotní péči ve vlastním sociálním prostředí, tedy mimo lůžkovou zdravotnická zařízení (tj. hlavně prostřednictvím domácí zdravotní péče – hl. odbornost 925 a 926, návštěvní služby lékařů)	MZD/SZ-OZP	Počet pacientů léčených v domácí péči na 1000 obyv.	1x2 roky	15,2	19,6

Specifický cíl	Indikátor	Stručná definice	Gestor	jednotka	Frekvence sběru dat	Hodnota k 31.12.2023	Cílový stav-2035
2.6	Počet rehospitalizací	Rehospitalizace je definovaná jako další hospitalizace z důvodu hospitalizace na psychiatrickém oddělení do 30 dní od předchozí hospitalizace.	MZD-SZ/OZP3	Počet pacientů, u kterých došlo k opětovné psychiatrické hospitalizaci	ročně	99,8/ 1 000 hospitalizací	75
2.6	Míra sebevražednosti do 61 dnů od psychiatrické hospitalizace podle pohlaví	Počet osob na tisíc hospitalizací, které do 61 dní od psychiatrické hospitalizace ukončili ze své vůle svůj život.	MZD-SZ/OZP3	Počet uskutečněných sebevražd do 61 dní od psychiatrické hospitalizace dle pohlaví na 1000 hospitalizací	ročně	muži: 2,6/ 1 000 hospitalizací ženy: 1,3/ 1 000 hospitalizací	1,2/ 1 000 hospitalizací

Specifický cíl	Indikátor	Stručná definice	Gestor	jednotka	Frekvence sběru dat	Hodnota k 31.12.2023	Cílový stav- 2035
2.7	Naděje dožití – střední délka života při narození a ve věku 65 let	Indikátor udává očekávaný celkový průměrný počet let, který zbývá osobám daného věku ještě prožít, jestliže budou zachovány úmrtnostní poměry daného období po zbytek jejich života.	MZD-SZ/OZP	Počet let	ročně	Muži: 76,9 roku Ženy: 82,8 roku	Při narození: muži: odhadovaných 78–80 let, ženy: 84,5– 85,5 let Muži ve věku 65 let: na 20 let Ženy ve věku 65 let na 23 let
2.7	Přežití pacientů s nádorovými onemocněními	K hodnocení přežívání onkologických pacientů se využívá tzv. relativní přežití, které je definováno jako poměr celkového přežití a tzv. očekávaného přežití. Očekávané přežití vyjadřuje mortalitu v obecné populaci, která odpovídá sledované skupině pacientů věkem, pohlavím a rokem diagnózy. Cílem výpočtu relativního přežití je odfiltrování vlivu mortality spojené s jinými onemocněními, než jsou sledované malignity. Pro hodnocení se využívá tzv.	MZD-SZ/OZP	Pětileté relativní přežití, uvádí se v %	ročně	ZN tlustého střeva a konečníku (C18–C20): 61.23 % (60.45–62.00); ZN slinivky břišní (C25): 8.73 % (8.12–9.36); ZN průdušnice, průdušky a plíce (C33, C34): 16.86 % (16.32–17.40); ZN	750 000 osob, pokud bude pokračovat současný trend růstu (meziroční nárůst cca 2,5–3 % 7 000–7 500 na 100 000 obyvatel

Specifický cíl	Indikátor	Stručná definice	Gestor	jednotka	Frekvence sběru dat	Hodnota k 31.12.2023	Cílový stav-2035
		analýza časové periody, zpravidla pětileté.				prsu (C50) u žen: 90.18 % (89.61–90.72); ZN prostaty (C61): 96.34 % (95.63–96.94) *	
2.8	Navýšení počtu dobrovolníků ve zdravotnictví (jakýkoliv typ řízení programu)	Systematická podpora pro poskytovatele zdravotních služeb s dobrovolnickým programem ve zdravotnictví, provazování kontaktů	MZD-SZ/OZP	Počet	1x ročně	3185	4000
2.8	Navýšení počtu poskytovatelů zdravotních služeb nabízejících program dobrovolnictví ve zdravotnictví (jakýkoliv typ řízení programu)	Systematická a metodická podpora pro poskytovatele zdravotních služeb, kteří začínají s dobrovolnickým programem	MZD-SZ/OZP	Počet	1x ročně	129	150
2.8	Navýšení počtu členů v národní síti HPH	Systematická a metodická podpora pro nové členy v síti HPH	MZD-SZ/OZP	Počet	1x ročně	11	> 11
2.8	Navýšení počtu členů v národní síti GNTH	Systematická a metodická podpora pro nové členy v síti GNTH	MZD-SZ/OZP	Počet	1x ročně	14	> 15

Specifický cíl	Indikátor	Stručná definice	Gestor	jednotka	Frekvence sběru dat	Hodnota k 31.12.2023	Cílový stav-2035
2.8	Navýšení počtu poskytovatelů zdravotních služeb zapojených do projektu Národní hodnocení spokojenosti pacientů v lůžkové péči	Navýšení počtu participantů povede k vyšší implementaci projektu v ČR	MZD-SZ/OZP, ÚZIS	Počet	Průběžně	36	> 46
2.8	Navýšení počtu poskytovatelů zdravotních služeb zapojených do projektu Národní hodnocení spokojenosti pacientů v ambulantní péči	Navýšení počtu participantů povede k vyšší implementaci projektu v ČR	MZD-SZ/OZP, ÚZIS	Počet	Průběžně	5	> 14

Zdroj: vlastní zpracování

Podrobnější indikativní ukazatele ke sledování naplňování specifických cílů budou sledovány a vyhodnocovány v rámci implementace dílčích cílů. U některých opatření není možno stanovit přesnou číselnou hodnotu úspěchu. Ale i kroky vedoucí k realizaci takových „neměřitelných“ opatření budou průběžně monitorovány a vyhodnocovány.

Všechny indikátory Strategického rámce Zdraví 2035 a jeho implementačních plánů jsou rozpracovány v příloze Indikátorová sada.

5. Závěr

Zdravotní stav obyvatel má významný ekonomický dopad na národní hospodářství. Tento fakt dosud není dostatečně zohledněn jak v úvahách politiků, tak i ekonomů ani není v širokém povědomí veřejnosti. Bez nadsázky se dá konstatovat, že nemoci tunelují národní hospodářství a že „investice do zdraví“ má bezprostřední vliv na další hospodářská odvětví a prosperitu společnosti.

Z makroekonomického pohledu povedou intervence ve zvolených oblastech k dosažení základních předpokladů rozvoje – tj. zajištění zdravé pracovní síly. Zároveň z pohledu sociálních aspektů povedou intervence ke snižování sociálních rozdílů a k větší soudržnosti společnosti. Z pohledu územní soudržnosti pak představují zdravotní služby jednu ze základních veřejných služeb v území, soudržnost je nutnou podmínkou regionálního rozvoje, a to zejména v periferních oblastech.

Nízký socioekonomický status obyvatel může být překážkou pro přístup ke kvalitní zdravotní péči. Navzdory univerzálnímu přístupu ke zdravotní péči, který je garantován v rámci České republiky, lidé z nejvíce znevýhodněných sociálních skupin mohou mít horší přístup ke zdravotním službám.

Zdravotnictví musí reagovat na megatrendy, jako je demografické stárnutí, zvyšující se rychlost technologické změny, rostoucí nerovnosti ve společnosti, rostoucí mobilitu, posun civilizace ke znalostní ekonomice, zvyšující se dostupnost technologií a kompetence pro budoucnost. Stejně tak se ukázala nezbytnost zdravotnických systémů flexibilně a efektivně reagovat na nové hrozby pro veřejné zdraví, jako byla pandemie nemoci covid-19.

Pochopení faktorů, které veřejný zdravotní systém jakkoli ovlivňují, je důležité pro vypracování cílených politicky řízených řešení. Strategický rámec Zdraví 2035, který MZD připravilo, vytváří jasně strukturovaný přehled problematiky českého zdravotnictví v celé jeho šíři, zároveň si klade za cíl přispět k lepší koordinaci jednotlivých kroků, k jejich lepšímu plánování časovému i věcnému i jejich vzájemné provázanosti.

Základem úspěšného rozvoje resortu zdravotnictví je vize formulovaná ve Strategickém rámci Zdraví 2035. Vzhledem k tomu, že se jedná o dlouhodobý dokument, mohou se v čase měnit podmínky, za kterých bude Strategický rámec Zdraví 2035 realizován. Na změnu okolí a podmínek je vždy reagováno, jak ukazuje nyní již druhá aktualizace dokumentu.

Strategický rámec Zdraví 2035 je realizován a naplňován za podmínek respektování požadavků na nediskriminaci, rovné příležitosti a další zásady naplňující právo ČR i EU s cílem vytvářet účinnou veřejnou správu.

Na závěr je možné uvést motto: Zdraví je celospolečenskou hodnotou, která se promítá do veškerého konání, do všech politik. Každý občan ČR si je vědom toho, že zdraví nevzniká v nemocnicích a ordinacích lékařů. Vzniká doma, ve školách a na pracovištích. Všude tam, kde se lidé rodí, kde vyrůstají, vzdělávají se, pracují, sportují, odpočívají a stárnou.

Klíčové předpoklady úspěšné realizace Strategického rámce Zdraví 2035

- Dostatek kvalifikovaných a motivovaných pracovníků, kteří se podílejí na implementaci Strategického rámce Zdraví 2035.
- Zapojení všech dotčených subjektů do rozpracování jednotlivých dílčích cílů a realizace opatření a aktivit Strategického rámce Zdraví 2035.
- Efektivní spolupráce s ostatními dotčenými resorty.
- Politická stabilita umožňující plynulé legislativní procesy.
- Časový soulad mezi realizací jednotlivých opatření, kdy časový horizont realizace jednoho opatření nebude znemožňovat realizaci opatření jiného.
- Správná koordinace nasazení jednotlivých nástrojů. Cíle a opatření k jejich realizaci spolu mohou úzce souviset a nesprávné pořadí jejich zavádění by mohlo mít negativní dopad na jejich přínos a mohlo by si vyžádat dodatečné finanční náklady.
- Personální stabilita MZD zajišťující také stabilitu a kontinuitu programových priorit.
- Dostatek finančních prostředků včetně získání prostředků z budoucích EU fondů a finančních mechanismů s tím, že prioritizace opatření Zdraví 2035 k podpoře z těchto prostředků bude provedena v souladu s principy partnerství na základě jednak mezinárodních doporučení a dále zejména analýzy regionálních potřeb a s ohledem na vyrovnání regionálních rozdílů zejména v dostupnosti péče a služeb.

Klíčovým předpokladům odpovídají také klíčová rizika, která mohou ohrozit úspěšnou realizaci Strategického rámce Zdraví 2035. Podrobněji budou předpoklady a rizika rozpracovány v jednotlivých implementačních plánech.

6. Seznam zkratek

Zkratka	Význam
00-F99	Poruchy duševní a poruchy chování – diagnózy
APLS	Asociace provozovatelů lékárenských sítí
AZV	Agentura pro zdravotnický výzkum
BMI	Body Mass Index
CAU	Odbor cen a úhrad MZD
CDZ	Centrum duševního zdraví
CEF	Nástroj pro propojení Evropy
CMA	Nařízení o kriticky důležitých léčivých přípravcích
CMP	Cévní mozková příhoda
CT	Počítačová tomografie
CZ-DRG	Český systém DRG
ČLK	Česká lékařská komora
ČLnK	Česká lékárnická komora
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
DALY	Disability Adjusted Life Years
DEP	Digital Europe Programme
DIA	Digitální informační agentura
DM	<i>Diabetes mellitus</i> – cukrovka
DRG	Diagnosis Related Groups- klasifikační systém DRG
EHDS	Evropský prostor pro zdravotní data
EHR	Elektronická zdravotní dokumentace
ECHI	Evropské základní zdravotní ukazatele
EMA	Evropská agentura pro léčivé přípravky
EMRN	Evropská síť pro regulaci léčiv
EU	Evropská unie
EU 27	27 členských států EU
EU4Health	Program EU pro zdraví

EUROSTAT	Statistický úřad Evropské unie
EZkarta	Elektronická zdravotní karta
Fondy ZP	Fondy zdravotního pojištění
GNTH	Globální síť nemocnic podporujících zdraví
GPL	obecná farmaceutická legislativa (General Pharmaceutical Legislation)
HDP	Hrubý domácí produkt
HPH	Nemocnice podporující zdraví
HPV	Lidský papilomavirus
HTA	Hodnocení zdravotnických technologií
IHR	Mezinárodní zdravotnické předpisy
IKT/ICT	Informační a komunikační technologie
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví ČR
IROP II	Integrovaný regionální operační program II
IT	Informační technologie
KHS	Krajská hygienická stanice
KOC	Komplexní onkologické centrum
KOPA 2030	Koncepce participace v Ministerstvu zdravotnictví 2030
LDCT	Nízkodávková počítačová tomografie
LK ČR	Lékařská komora ČR
LPS	Lékařská pohotovostní služba
MDGs	Rozvojové cíle tisíciletí
MF	Ministerstvo financí
MHealth	Mobilní zdravotnictví
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MOÚ	Masarykův onkologický ústav
MPO	Ministerstvo průmyslu a obchodu
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MSp	Ministerstvo spravedlnosti
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MV	Ministerstvo vnitra
MZD	Ministerstvo zdravotnictví
MZV	Ministerstvo zahraničních věcí
MŽP	Ministerstvo životního prostředí

NAM/1, 2	Politický náměstek ministra zdravotnictví
NAPAN	Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro roky 2020–2030
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví
NAPPS	Národním akčním plánu prevence sebevražd 2019–2030
NCEZ	Národní centrum elektronizace zdravotnictví
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NHSP	Národní síť nemocnic podporujících zdraví
NNO	Nestátní nezisková organizace
NOPL ČR	Národní onkologický plán České republiky 2030
NOR	Národní onkologický registr
NP VaVal 2021+	Národní politika výzkumu, vývoje a inovací České republiky 2021+
NPPLO ČR	Národní plán prevence a léčby obezity ČR
NRZP	Národní registr zdravotnických pracovníků
NSA	Národní sportovní agentura
NSC	Národní screeningové centrum
NSZM	Národní síť Zdravých měst
NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
NÚKIB	Národní úřad pro kybernetickou a informační bezpečnost
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OLZP	Odbor léčiv a zdravotnických prostředků
OOVZ	Orgány ochrany veřejného zdraví
OPZ+	Operační program Zaměstnanost +
OSN	Organizace spojených národů
OVZ	Ochrana veřejného zdraví
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
PL	Praktický lékař
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost

POCT	Point-of-care testing (laboratorní vyšetření prováděná v místě péče o pacienta)
PP	Paliativní péče
PREMs	Patient Reported Experience Measures
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
PSA	Prostatický specifický antigen
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb
RHK OSN	Rada OSN pro lidská práva
SC	Specifický cíl
SCID	Porucha imunity
SDGs	Cíle udržitelného rozvoje
SE	Sekce ekonomiky a zdravotního pojištění
SH	Sekce ochrany a podpory veřejného zdraví
SIT	Sekce informačních a komunikačních technologií
SMA	Spinální muskulární atrofie
SSHR	Správa státních hmotných rezerv
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SZ	Sekce zdravotní péče
SZP	Svaz zdravotních pojišťoven
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TOKS	Test okultního krvácení do stolice
UNRK	Úmluva o právech dítěte
USA	Spojené státy americké
USD	Americký dolar
ÚSKVBL	Ústav pro státní kontrolu veterinárních biopreparátů a léčiv
ÚV	Úřad vlády
ÚV	Úřad vlády
UWWTD	Směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2024/3019 ze dne 27. listopadu 2024 o čištění městských odpadních vod
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VPL	Všeobecný praktický lékař
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace

ZN	Zhoubný nádor
ZÚ	Zdravotní ústav
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Seznam tabulek

Tabulka 1 Návštěvy Pražské LPS dle krajů bydliště.....	45
Tabulka 2 Harmonogram předkládání zpráv o průběhu realizace	149
Tabulka 3 Seznam indikátorů sledovaných na úrovni Strategického rámce ČR 2030.....	151
Tabulka 4 Seznam indikátorů sledovaných na úrovni specifických cílů Zdraví 2035	152

Seznam grafů

Graf 1 Specifické cíle Strategického rámce Česká republika 2030	7
Graf 2 Obyvatelstvo ČR podle pohlaví a věku	8
Graf 3 Střední délka života při narození dle krajů	11
Graf 4 Překryv SDGs a specifických cílů Strategického rámce ČR 2030.....	16
Graf 5 Priority Agendy EU pro účinné, dostupné a odolné systémy zdravotní péče	18
Graf 6 Podíl dětí narozených v daném roce a očkovaných alespoň jednou dávkou očkovací látky proti pneumokokové infekci do 1 roku věku v letech 2012–2024.....	31
Graf 7 Porovnání BMI populace	32
Graf 8 Podíl denních kuřáků – mezinárodní srovnání	34
Graf 9 Konzumace alkoholu – mezinárodní srovnání.....	34
Graf 10 Délka života při narození – muži.....	58
Graf 11 Délka života při narození – ženy.....	59
Graf 12 Počet zdravotnických zařízení s dobrovolnickým programem,	65
Graf 13 Počet dobrovolníků	65

Seznam obrázků

Obrázek 1 17 SDGs pro udržitelný rozvoj.....	15
Obrázek 2 Strategické a specifické cíle Strategického rámce Zdraví 2035.....	74

Seznam citací

číslo	zdroj
1	Usnesení vlády ČR č. 292/2017 ze dne 19. dubna 2017
2	<u>Databáze strategií</u>
3	WHO 1946, (Health for All, HFA).
4	WHO, HFA 21.
5	https://zdravi2030.mzcr.cz/
6	Světová komise OSN pro životní prostředí a rozvoj, Naše společná budoucnost, 1987.
7	Nový pohled na zdraví Kanadánů, 1974.
8	Usnesení vlády ČR č. 802/2024 ze dne 6. 11. 2024.
9	PRACOVNÍ DOKUMENT ÚTVARŮ KOMISE Zpráva o České republice 2020 Průvodní dokument k SDĚLENÍ KOMISE EVROPSKÉMU PARLAMENTU, EVROPSKÉ RADĚ, RADĚ, EVROPSKÉ CENTRÁLNÍ BANCE A EUROSKUPINĚ Evropský semestr 2020: Posouzení pokroku ve strukturálních reformách a v předcházení a nápravě makroekonomické nerovnováhy a výsledky hloubkových přezkumů strukturálních reforem podle nařízení (EU) č. 1176/2011; dostupné z: EUR-Lex - 52020SC0502 - EN - EUR-Lex
10	Zpráva o České republice 2019 Průvodní dokument k sdělení Komise Evropskému parlamentu, Evropské radě, Radě, Evropské centrální bance a Euroskupině Evropský semestr 2019: Posouzení pokroku ve strukturálních reformách a v předcházení a nápravě makroekonomické nerovnováhy a výsledky hloubkových přezkumů strukturálních reforem podle nařízení (EU) č. 1176/2011, Brusel 27. 2. 2019, str. 9 „Příjem nejbohatších 20 % obyvatel byl v roce 2017 přibližně 3,4krát vyšší než příjem 20 % nejchudších, což je výrazně menší rozdíl než v EU (5,1)“.
12	<u>The Triple Billion targets: Methods to deliver impact</u>
14	https://www.osn.cz/osn/hlavni-temata/sdgs/ .
15	eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012E/TXT
16	https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2017:210:FULL&from=EN,,
17	směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči
18	<u>Koordinace systémů zdravotní péče - Evropská komise</u>
19	<u>Evropská zdravotní unie - Evropská komise</u>
20	Nařízení Evropského parlamentu a Rady o společných ustanoveních o Evropském fondu pro regionální rozvoj,

- Evropském sociálním fondu plus, Fondu soudržnosti a Evropském námořním a rybářském fondu a o finančních pravidlech pro tyto fondy a pro Azylový a migrační fond, Fond pro vnitřní bezpečnost a Nástroj pro správu hranic a víza. Dostupné na webu: Společná pravidla pro fondy EU (2021–2027) | EUR-Lex
- 22 1 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2021/522 ze dne 24. března 2021, kterým se zavádí program činnosti Unie v oblasti zdraví (program EU pro zdraví) („EU4Health“) na období 2021–2027 a zrušuje nařízení (EU) č. 282/2014
- 23 1 EU Global Health Strategy
- 24 Health | OECD
- 25 <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/>
- 26 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7796005/> nebo https://eige.europa.eu/publications-resources/toolkits-guides/gender-equality-index-2019-report/7-domain-of-health?language_content_entity=en
- 27 State of Health in the EU: CZECHIA, draft 8/2025
- 28 Hospodářská strategie České republiky: Česko do top 10
- 30 State of Health in the EU: CZECHIA, draft 8/2025
- 31 Více viz Hospodářská strategie České republiky: Česko do top 10
- 32 State of Health in the EU: CZECHIA, draft 8/2025
- 33 Více viz Hospodářská strategie České republiky: Česko do top 10
- 36 zdroj: ČSÚ – ISDEM,
<https://www.czso.cz/csu/czso/projekceobyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>
- 37 Zdroj: ČSÚ, Výběrové šetření SILC 2024-Statistics on Income and Living Conditions
- 38 Zdroj: NHS, 2023
- 39 Zdroj: ČSÚ, 2023
- 40 Fawcett et al., 2019; Hahn-Holbrook et al., 2017
- 41 Field et al., 2006; Grote et al., 2010
- 42 Sebela et al., 2021
- 43 Horáková et al., 2022
- 44 World Health Organization (2024). *Taking the pulse of quality of care and patient safety in the WHO European Region: multidimensional analysis and future prospects*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 45 Ministerstvo zdravotnictví (2021). *Koncepce participace na MZD 2030*. Praha: MZD.
- 46 Ministerstvo zdravotnictví (2021). *Statut a Jednací řád Pacientské rady ministra zdravotnictví*. Praha: MZD.

47-51	Ministerstvo zdravotnictví (2025). <i>Evaluace Pacientské rady MZD ČR</i> . Praha: MZD
52	World Health Organization (2024). <i>Taking the pulse of quality of care and patient safety in the WHO European Region: multidimensional analysis and future prospects</i> . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
53-54	Ministerstvo zdravotnictví (2021). <i>Koncepce participace na MZD 2030</i> . Praha: MZD.
55	Ministerstvo zdravotnictví (2025). <i>Evaluace Pacientské rady MZD ČR</i> . Praha: MZD.
58	<u>Farmaceutická strategie pro Evropu – Evropská komise</u>
59	STRATEGIC REPORT OF THE CRITICAL MEDICINES ALLIANCE, Critical Medicines Alliance, February 28 2025
60	Dostupná z https://www.databaze-strategie.cz/cz/mpo/strategie/hospodarska-strategie-ceske-republiky-cesko-do-top-10 a z https://mpo.gov.cz/cz/rozcestnik/pro-media/tiskove-zpravy/hospodarska-strategie-ceske-republiky-ministr-vlcek-predstavil-cestu-do-top-10-zemi-evropske-unie--283601/ , schválena usnesením vlády č. 695/2024 Sb., ze dne 9. dubna 2024
61	https://sukl.gov.cz/vyrocní-zprava/vyrocní-zprava-sukl-2024/
67	World Health Organization (2024). Taking the pulse of quality of care and patient safety in the WHO European Region: multidimensional analysis and future prospects. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
68	Ministerstvo zdravotnictví (2021). <i>Koncepce participace na MZ 2030</i> . Praha: MZD.
69	https://patientskeorganizace.mzd.gov.cz/news-detail/cs/258-naucme-deti-jak-se-zapojit-do-rozhodovani-o-svem-zdravi/
70	https://www.vyzkumne-infrastruktury.cz/

Seznam příloh

Příloha č. 1: Indikátorová sada