

STRATEGICKÉ ANALÝZY POTŘEB RESORTU ZDRAVOTNICTVÍ: KONCEPCE PODLOŽENÁ DOSTUPNÝMI DATY



Praha, 2. května 2024

STRATEGICKÉ ANALÝZY POTŘEB RESORTU ZDRAVOTNICTVÍ: KONCEPCE PODLOŽENÁ DOSTUPNÝMI DATY

Verze 1.0, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 20. 4. 2024

Editoři

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

Dušek Ladislav, prof., RNDr., Ph.D.

Kolektiv autorů (abecedně)

Bartůňková Markéta, Ing.

Blaha Milan, Ing. Ph.D.

Dušek Ladislav, prof., RNDr., Ph.D.

Dvořáček Jakub, Mgr.

Foltýn Petr, Bc.

Fošum Matyáš, Mgr.

Grygarová Kateřina, Mgr., Bc.

Hejduk Karel, PhDr.

Chloupková Renata, Mgr.

Jarkovský Jiří, RNDr., Ph.D.

Klimeš Daniel, RNDr., Ph.D.

Klugar Miloslav, PhDr., Ph.D.

Komenda Martin, RNDr., Ph.D.

Macková Barbora, MUDr.

Májek Ondřej, RNDr., Ph.D.

Maříková Irena, MUDr., MBA

Michálek Jan Ing.

Ngo Ondřej, Mgr.

Pavlík Tomáš, RNDr., Ph.D.

Pavlovic Josef Bc.

Pláteník Václav, MA, MLL

Policar Radek, JUDr.

Rögnerová Helena, Ing.

Rovný Daniel, Ing.

Soukupová Jitka, RNDr.

Strnadová Alice, Mgr., MBA

Svobodová Ivana, Mgr.

Škampová Venuše, Ing., Mgr.

Těšitelová Vladimíra, JUDr., Mgr., LL.M.
Troch Tomáš, Mgr.
Válek Vlastimil, prof., MUDr. CSc., MBA, EBIR
Velík Jakub, PharmDr., Ph.D.
Zapletal Jan, Mgr.
Zvolský Miroslav, MUDr.



<https://nzip.cz/koncepce2025>

Obsah

Obsah.....	3
Předmluva.....	5
Cíle a obsah předložené koncepce	7
Úvod	9
Obecné teze.....	9
Analýza současného stavu, determinanty budoucího vývoje a specifika České republiky ..	12
Dostupnost a kvalita péče jako zásadní cíl koncepce a klíčový prvek stability systému	15
Kapitola I. Prevence a veřejné zdraví.....	19
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	19
Koncepce primární prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví.....	20
Zázemí pro plánování a rozvoj programů prevence v ČR	23
Příklady nově zaváděných populačních programů screeningu v ČR: včasný záchyt karcinomu plic a karcinomu prostaty	24
Konsolidace a modernizace systému ochrany veřejného zdraví	24
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	25
Kapitola II. Dostupnost, kvalita a standardizace péče	36
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	36
Národní institut kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ) https://nikez.mzcr.cz/	37
Nově implementovaný komplexní systém posilování a hodnocení kvality péče a bezpečí pacientů.....	39
Respekt k právům pacientů namísto přebujelé administrativy.....	42
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	42
Kapitola III. Modely organizace péče.....	44
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	44
Vývoj a implementace systému CZ-DRG pro akutní lůžkovou péči v ČR	46
Nutná podpora dlouhodobé péče a komunitní ošetrovatelské péče.....	48
Nutné posílení systému péče o duševní zdraví	51
Nezbytné posílení sociálně-zdravotního pomezí.....	51
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	53
Kapitola IV. Ekonomika a optimalizace úhrad.....	57
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	57
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	60

Kapitola V. Léková politika	65
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	65
Cenová a úhradová regulace léčivých přípravků	67
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	69
Kapitola VI. Zajištění personálních kapacit – kapacity a vzdělávání lékařů	73
Analýza stávajícího stavu a koncepce koncepce	73
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	75
Kapitola VII. Zajištění personálních kapacit – kapacity a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků	82
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	82
Opatření realizovaná pro personální stabilizaci nelékařských zdravotnických profesí.....	84
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	91
Kapitola VIII. Elektronizace	93
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	93
Dobudování infrastruktury eHealth a centrálních služeb.....	94
Poskytování dat a digitálních služeb občanům.....	96
Interoperabilita poskytovatelů zdravotních služeb	100
Zvyšování kybernetické bezpečnosti	101
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	101
Kapitola IX. Legislativa a dotační politika jako nástroj změny	103
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	103
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	106
Kapitola X. Komunikace	110
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	110
Národní zdravotnický informační systém (NZIS)	114
Národní zdravotnický informační portál (NZIP).....	117
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	119
Vybrané literární zdroje	121

Předmluva

Vážené kolegyně a kolegové, zástupci odborné i laické veřejnosti,

dovoluji si vám jménem širokého kolektivu autorů předložit dokument „Strategické analýzy potřeb resortu zdravotnictví: koncepce podložená dostupnými daty“, ve kterém jsme s širokým kolektivem autorů analyticky zdůvodnili návrhy nezbytných reforem, kterými naše zdravotnictví bude muset v následující dekádě projít. Řadu opatření jsme již realizovali, mnohá nyní realizujeme, ale neméně velký počet úkolů nás ještě čeká. Slovem „nás“ myslím nejen instituce řídící zdravotní péči, ale všechny občany České republiky. Zdravotnictví je jedním z nejdůležitějších resortů, systém zdravotních služeb se dotýká každého občana a každému by na něm mělo záležet. Proto v dokumentu silně akcentujeme pozici pacienta jako klienta veřejného zdravotního pojištění a snažíme se jeho postavení v péči o vlastní zdraví posílit. Není to nic nového, princip „patient centredness“ najdeme ve všech funkčních modelech organizace zdravotní péče.

České zdravotnictví čekají minimálně dvě nelehké dekády, během kterých bude čelit dosud nebývalým výzvám. V následujících cca 20 letech se počet žijících seniorů ve věku 80+ v naší zemi více než zdvojnásobí. Dojde k nárůstu počtu obyvatel, za které zdravotní pojištění hradí stát, a naopak poklesne počet obyvatel v produktivním věku. Budeme tedy čelit nejen výzvám demografickým, ale také ekonomickým, manažerským a v neposlední řadě i technologickým. Všechny tyto dimenze v dokumentu řešíme s cílem zajistit udržitelnost a efektivní rozvoj plně solidárního systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud nemá dojít k razantnímu zvýšení daní, jde o úkol, který bude ve stárnoucí populaci vyžadovat řadu reforem. Od zajištění předvídatelného systému vícezdrojového financování, přes personální stabilizaci, až po zvýšení efektivity poskytovaných služeb.

Udržitelnost plně hrazeného přístupu k nejmodernější péči bude tou hlavní výzvou, které bude čelit každá vláda, bez ohledu na svou politickou orientaci. Předložením tohoto dokumentu činíme první krok k nalezení plošného konsensu nad klíčovými reformami a opatřeními. Do příštích let totiž české zdravotnictví nevstupuje v dobré kondici a není na nastávající vývoj tak připraveno, jak by mohlo být. Od roku 2010 se objem úhrad za péči od zdravotních pojišťoven více než zdvojnásobil, přičemž nejvíce rostly osobní náklady. Za stejné období ale rozhodně nepozorujeme zdvojnásobení dostupnosti péče či výkonnosti celého systému. Naopak, reálná úvazková kapacita řady významných zdravotnických odborností dokonce poklesla. Jako příklad kapacitně ohrožených segmentů lze uvést praktické lékaře pro děti a dorost nebo péči o duševní zdraví. Řada klíčových zdravotnických profesí nadto demograficky zestárla a je ohrožena masivními odchody do důchodu, např. všeobecné sestry. Systém si nevytvořil personální rezervy pro pokrytí těchto ztrát. Podíl osobních nákladů na celkových výdajích do zdravotnictví narostl nad ještě přijatelnou hranici 50 %, což pozorujeme zejména v akutní lůžkové péči, kde nejsou výjimkou nemocnice s více než 70 % podílem osobních nákladů. Je na místě začít se ptát, kolik prostředků „zbývá“ na péči samotnou, tedy na léky, materiál, zdravotnické prostředky, na energie či na obnovu přístrojů.

Předložené analýzy dokládají podobných problémů desítky, což je zátěž, kterou nejde vyřešit během jediného volebního období. I samotná příprava komplexních řešení není otázkou týdnů

či měsíců, ale spíše let. I proto je nezbytné řízení zdravotní péče co nejvíce odpolitizovat a hledat řešení v postupných, nikoli revolučních, opatřeních. Přiznejme si, že se nám to dosud příliš nedařilo. Od počátku vzniku České republiky byl resort zdravotnictví, navzdory své důležitosti, často opomíjen. Kritické situace byly často řešeny pod tlakem konkrétních zájmových skupin nebo ministři pro uklidnění situace resort opouštěli, ať již dobrovolně či odvolání z funkce. Důkazem budiž to, že za 31 let od vzniku České republiky jsme měli více než 20 ministrů zdravotnictví.

Výše uvedené není rozhodně myšleno jako kritika mých předchůdců. Mnozí z nich iniciovali a prosadili významná opatření a životaschopné projekty, na které se snažím navazovat a dále je rozvíjet. Avšak řada problémů během desítek let přerostla v systémová rizika a dnes je bohužel nelze jednoduše vyřešit jedním jasně identifikovatelným zásahem. Prorůstají napříč mnoha oblastmi a pro jejich odstranění je nezbytné najít širokou odbornou a politickou shodu a také se ozbrojit trpělivostí. Efektivní opatření totiž většinou nepřinášejí okamžitý efekt a jejich účinnost se projeví až v řádu let. Tak jako léčba v některých případech nezabírá okamžitě, tak i zde je nezbytné dát zásadním reformám čas a prostor na to, aby nastoupil jejich efekt.

Není lehké psát krátkou předmluvu k dokumentu, který má deset kapitol a stovky stran analytických podkladů. Jsem ale přesvědčen, že se nám je podařilo uspořádat v přehledné podobě a bude snadné je studovat a komentovat. O to nám totiž jde především. Rozhodně si nemyslím, že vše předložené je nutně 100% správné a dostačující. Velmi uvítáme jakékoli náměty i kritiku a dílo tak budeme průběžně doplňovat a rozvíjet. Proto jsme dokument připravili i v elektronické verzi, což je formát umožňující interaktivní diskusi s uživateli. A k tomu bych si vás dovolil vyzvat. Vašimi náměty se budeme vážně zabývat a doufám, že tak společně přetvoříme Konceptci v živý dokument, který pomůže i budoucím ministryním a ministrům zdravotnictví v jejich nelehké misi. To ale neznamená, že dokument píšeme jen pro časy budoucí. Každá kapitola vedle analýz výchozího stavu obsahuje také výčet již realizovaných kroků a dosažitelných cílů do roku 2026. Zcela záměrně dokument naopak neřeší jednotlivé obory zdravotní péče, pokud neslouží jako ilustrace zmíněných širších problémů.

Vážené kolegyně a kolegové, říká se, že zdraví je dobro, o němž nevíme, dokud ho neztratíme. To samé dnes nepochybně platí i o českém zdravotnictví. Máme společně příležitost nastavit cestu, která povede k jeho ozdravení. Jsem připraven na diskusi o výstupech předkládaného dokumentu, která je nezbytná a žádaná. Čtěte, reagujte, kritizujte. Jen tak dojdeme k závěrům, které nás posunou dál. Přeji příjemné čtení a těším se na zpětnou vazbu!

Jménem kolektivu autorů,

Vlastimil Válek, ministr zdravotnictví ČR

Cíle a obsah předložené koncepce

Cílem této publikace je předložit analyticky podložený rozbor stavu českého zdravotnictví v kapitolách zásadních pro jeho udržitelnost a další rozvoj. Analytická část jednotlivých kapitol je pojata stručně a nesměřuje ke komplexnímu podchycení všech aspektů dané problematiky, spíše se zaměřuje na identifikaci slabých míst a potenciálních rizik. V návaznosti na to je v každé kapitole doplněn výčet konkrétních kroků a realizovaných, resp. nutných, opatření. Na závěr každé kapitoly je stručně shrnut cílový stav a dosažitelné výsledky s výhledem do roku 2025/2026.

Obsah dokumentu je členěn do následujících kapitol:

- **Kapitola I. Prevence a veřejné zdraví**
 - Důraz na zlepšení zdravotního stavu populace, podpora prevence ve všech jejích formách
- **Kapitola II. Dostupnost, kvalita a standardizace péče**
 - Zásadní krok k posílení kvality péče: ustavení Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ)
- **Kapitola III. Modely organizace péče.**
 - Optimalizace struktury sítě lůžkových zařízení, zvládnutelná míra centralizace. Podpora dlouhodobé a ošetrovatelské péče.
- **Kapitola IV. Ekonomika a optimalizace úhrad**
 - Optimalizace systému úhrad a důsledné využívání nového systému CZ-DRG v akutní lůžkové péči
- **Kapitola V. Léková politika**
 - Zajištění dostupnosti léčiv, cenová a úhradová regulace léčivých přípravků
- **Kapitola VI. Zajištění personálních kapacit – kapacity a vzdělávání lékařů**
- **Kapitola VII. Zajištění personálních kapacit – kapacity a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků**
- **Kapitola VIII. Elektronizace**
 - Vybrané aspekty budování systému eHealth
- **Kapitola IX. Legislativa a dotační politika**
 - Legislativa a dotační politika jako nástroj změny
- **Kapitola X. Komunikace**
 - Dostupnost informací pro občany, posílení zdravotní gramotnosti

Ve výše uvedeném přehledu kapitol má relativně zvláštní postavení kapitola č. 2, která mimo jiné shrnuje ustavení zcela nového Národního institutu kvality a excelence ve zdravotnictví (NIKEZ). Aktivity a programové cíle NIKEZ jsou přehledně rozděleny do kapitol s kvartálním harmonogramem plnění až do roku 2025. V tomto smyslu je NIKEZ tělesem, které z velké části koordinuje plnění cílů celé koncepce a primárně se zaměřuje na udržitelnost plně dostupných a kvalitních zdravotních služeb v ČR. NIKEZ byl ustaven rozhodnutím ministra zdravotnictví dne 19.1. 2023 za účelem zabezpečení činností souvisejících s řízením a hodnocením kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. NIKEZ pracuje v rámci řídicích struktur Ministerstva zdravotnictví ČR jako vývojové a metodické centrum, jehož primární činností je

optimalizace, rozvoj a zajištění udržitelnosti národního systému posilování a hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Více informací, včetně programových cílů NIKEZ a jejich průběžné plnění, lze nalézt na portálu <https://nikez.mzcr.cz>.

Předložený dokument je doplněn řadou datových a analytických příloh, které jsou publikované v plně dostupné formě na portálu: <https://nzip.cz/koncepce2025>. Formát elektronické publikace umožní snadnou a potřebnou aktualizaci analytických podkladů a rovněž flexibilní zpravodajství o již splněných cílech a dosažených výstupech. Každá sekce (kapitola) zmíněného portálu nadto umožňuje interaktivní zadávání zpětné vazby a námětů od čtenářů a uživatelů, čímž se koncepce hlásí k otevřené odborné diskusi a případnému průběžnému doplňování.

Úvod

<https://nzip.cz/koncepce2025#uvod>



Obecné teze

Všechny veřejné systémy vyspělých států hledají co nejlepší organizační strukturu a finanční modely, které by umožnily nasměrovat minimálně 7–10 % HDP do zdravotnických a zdravotně sociálních služeb. Uplatněné principy a efektivní postupy se mohou v jednotlivých zemích značně lišit, přestože většina systémů zdravotní péče spadá do jedné ze dvou širokých kategorií, a to buď Bismarckův nebo Beveridgeův systém.

Bismarckův model (např. Německo, Francie, Japonsko) zdravotní péče je historicky nejstarším zdravotnickým systémem, založeným na veřejném a povinném zdravotním pojištění, kterým je uplatňován plošný princip vzájemné solidarity pojištěnců. Jde o pojištění z velké části nezávislé na základním daňovém systému. Provádí jej neziskové organizace (zdravotní pojišťovny) na základě smluv s poskytovateli zdravotních služeb z veřejného nebo soukromého sektoru. Zejména v evropských zemích je pravidlem státní garance za zdravotní péči pro všechny obyvatele, existuje zde velké množství pojišťovacích organizací, které jsou nezávislé na poskytovatelích zdravotní péče. Často zmiňovanou výhodou je relativně vysoká kvalita poskytované péče, která je ale spojena s vyšší cenou, jejímž důsledkem naopak může být snížená dostupnost péče pro některé skupiny obyvatelstva z finančních důvodů.

Beveridgeův model (např. Spojené království, Španělsko) zdravotní péče je postavený na financování a poskytování péče v rámci jednoho organizačního systému, tj. financující orgány a poskytovatelé jsou zcela nebo částečně sdruženy v rámci jedné organizace. Jde o centrálně řízený systém, který je příjmově součástí daňového systému a jeho příjmy jsou součástí i poskytovatelé zdravotní péče. Tento systém tzv. národní zdravotní služby klade důraz na individuální odpovědnost občanů, zdravotní péče nemusí být garantována plošně pro všechny, ale formou státních zdravotních programů pro vybrané sociální skupiny (seniory, sociálně slabé skupiny apod.). Fakticky se jedná o centralizované státní zdravotnictví.

Neexistuje sice žádný jednoduchý ideální model organizace zdravotnických služeb, ale většina zdravotnických systémů, které se řídí Beveridgeovým modelem zdravotní péče, si vede špatně. Náklady tohoto systému jsou většinou poměrně nízké a často formálně nabízí širokou dostupnost pro všechny účastníky. Zdravotní služby ale mají nezřídka nízkou kvalitu nebo je na jejich čerpání potřeba značná čekací doba. Nicméně i Bismarckův systém má řadu nevýhod,

mimo jiné vysoké náklady na administraci a management systému či obtížně optimalizované vztahy mezi pacienty, poskytovateli a pojišťovny. Oba modely organizace péče ale spojuje vysoká závislost na výběru daní a na efektivitě jejich přerozdělování.

V České republice bohužel máme ne zcela optimální kombinaci obou systémů. Systém ČR byl v 90. letech koncipován primárně jako Bismarckův (pluralita zdravotních pojišťoven, relativní nezávislost na poskytovatelích zdravotních služeb, financování mimo základní daňový systém) s prvky modelu Beveridgeova (nárok pojištěnce a výše úhrad definovány státem, stát ovládá největší zdravotní pojišťovnu i největší poskytovatele zdravotních služeb). Přestože doposud tato kombinace vykazuje v mezinárodním srovnání relativně dobrou efektivitu, je stále více zřejmé, že postupně naráží na vlastní limity spočívající v obtížné ekonomické udržitelnosti a s tím spojeném zhoršování dostupnosti hrazené zdravotní péče.

Systém zdravotní péče musí být citlivý, efektivní a dostatečně výkonný. Nesmí postrádat tzv. SMART cíle, tedy cíle specifické, měřitelné, dosažitelné, realistické, časově specifické. Systémy veřejné zdravotní péče jsou v jistém smyslu velmi konkrétní reprezentací toho, co „sociální Evropa“ ztělesňuje: univerzálnost, solidaritu, blahobyt a inkluzivnost. Když se Evropa na počátku 90. let 20. století posunula směrem k větší politické integraci, mnozí doufali, že princip solidarity, který formoval mnoho národních systémů zdravotní péče, by mohl být začleněn do celoevropského schématu robustní veřejné zdravotní péče. Avšak taková míra formální integrace by vyžadovala významnou až heroickou a pravděpodobně nedosažitelnou míru institucionální a politické reformy. Namísto toho historická trajektorie zdravotnických systémů jednotlivých států vedla k řadě různých modelů financování, poskytování a regulace péče.

Vzhledem k tomu, že zdravotnické systémy mnoha členských států Evropské unie jsou podstatnou součástí jejich veřejného sektoru (a často i jejich veřejné kultury), jsou chaoticky zapleteny do širších otázek národní suverenity. Zatímco vize integrujícího evropského systému zdravotní péče byla široce podporována na abstraktní úrovni, ve skutečnosti se státy odmítaly vzdát kontroly nad svými zdravotnickými systémy. Vítězily obavy, že „europeizace“ zdravotnictví by mohla vyústit v systém, který by se neopíral o solidaritu, ale o liberalizaci a neúprosný tah tržních sil. V důsledku toho byl učiněn jen slabý pokus o přímou harmonizaci národních systémů zdravotní péče. Systémy zdravotní péče členských států zůstávají formálně pod vnitrostátní, nikoli unijní jurisdikcí a artikulace „sociální Evropy“ v oblasti zdravotní politiky se proto jeví jako poměrně omezené téma k diskusi. Proto je nutné sledovat a hodnotit osvědčené postupy a zavádět je do českého systému zdravotní péče po vzoru zemí s nejlepšími systémy.

Stárnutí populace povede ke změnám v kategoriích pojištěnců, kdy se bude dále zvyšovat počet těch osob, za něž odvádí pojistné na zdravotní pojištění stát (tzv. státní pojištěnci), a naopak bude stagnovat počet ekonomicky aktivního obyvatelstva, které se již v současnosti na financování systému podílí téměř 70 % jeho celkových příjmů. S ohledem na demografický vývoj lze přitom očekávat, že poměr osob ekonomicky aktivních se bude oproti tzv. státním pojištěncům, kteří naopak čerpají s ohledem na objektivní skutečnosti (starobní důchodci, invalidní důchodci, děti včetně novorozenců) více péče, nadále snižovat. Bez přijetí potřebných opatření včetně legislativních změn povede tato situace nutně k vyčerpání zdrojů zdravotního pojištění.

S postupujícím demografickým stárnutím populace je tak zejména nutné posilovat princip solidarity, kdy každý občan přispívá do základního fondu veřejného zdravotního pojištění dle stanoveného podílu z vyměřovacího základu a zdravotní péči čerpá dle svých potřeb. Stěžejním cílem pro další dekádu bude udržení všeobecné dostupnosti péče. Pacienti budou stále více nárokovat péči od lékařů, nemocnic a dalších poskytovatelů zdravotní péče, kteří jsou přidruzeni ke zdravotnickému systému. Nepochybně musíme v dalších dekáдах počítat s významným nárůstem zdravotních potřeb v důsledku demografického stárnutí populace a nárůstu nemocnosti. Přesto stále víme jen velmi málo o tom, jak zlepšit výkonnost zdravotnického systému. Možné jsou dva principiální směry postupu:

- Za prvé lze pokračovat v odklonu od plateb za služby směrem ke kapitaci nebo, což je její „chudý bratranec“, ke sdíleným úsporám. Nelze ale očekávat, že zdravotnické systémy budou samy od sebe usilovně pracovat na optimalizaci nabídky nemocničních lůžek nebo úzce odborně zaměřených a orientovaných lékařů, pokud jsou tyto segmenty příjmovými středisky, nikoli nákladovými středisky. Optimalizace totiž nevyhnutelně znamená průběžnou restrukturalizaci sítě poskytovatelů, spojenou i se snižováním nabídky v méně potřebných segmentech péče. Obdobně platí, že investice do aktivit, které dlouhodobě zlepšují zdraví populace, mají jen malou hodnotu, když se péče hradí primárně na základě centrálně stanoveného poplatku za službu a finančně se uzavírá ke konci každého kalendářního roku. Nejen z těchto důvodů je strategie spoléhající na „vnitřní“ kultivaci zdravotnických systémů bez vnějších analýz a tlaku spíše iluzorní. Zejména ve světě, jemuž stále více dominují rozsáhlé celonárodní zdravotnické systémy, je absence mechanismů vnější kontroly a odpovědnosti velmi nebezpečnou cestou.
- Za druhé lze systémy pozvolna kultivovat k vyšší efektivitě pomocí analýz a benchmarkingu. To znamená systematicky připravovat výroční zprávy o výkonnosti systému zdravotní péče s informacemi o celkových nákladech na péči, o výsledcích a kvalitě, ale také o rozdílech v péči a její dostupnosti pro znevýhodněné skupiny. Omezení naší schopnosti měřit to, na čem záleží, a následně přizpůsobit výsledky riziku tak, abychom neomezili péči sloužící sociálně znevýhodněným skupinám, by nás mělo vést k obezřetnosti při používání tohoto hodnocení k přímočaré úpravě plateb. Používání silných pobídek k odměňování výkonu je velmi nebezpečné, když výkon, který lze měřit, je jen malou podmnožinou výkonu, na kterém lidem záleží. Přesto na analýzy tohoto typu nelze rezignovat, neboť mají značný motivační a kultivující potenciál. Žádný zdravotnický systém nebude chtít být na spodních příčkách srovnávacích hodnocení a i bez platebních pobídek budou systémy pracovat na zlepšení svého postavení. Pokud například měříme a vykazujeme rozdíly v péči a výsledcích v rámci zdravotnických systémů, zdá se pravděpodobné, že systémy budou pracovat na snižování rozdílů. Bude ovšem zapotřebí mnohem vyšší úrovně veřejných investic do měření a zlepšování výkonnosti, aby se využil potenciál, který umožňuje rostoucí dominance zdravotnických systémů.

Hodnocení stability, kvality a efektivnosti systémů zdravotní péče je založeno na ukazatelích týkajících se financí, lidských zdrojů, dostupnosti a kvality zdravotnických služeb. Všechny tyto faktory jsou klíčovými komponentami určujícími stabilitu systému zdravotní péče. Jejich

hodnota určuje efektivitu fungování systému a následně i úroveň zabezpečení občanů zdravotními službami.

Lze shrnout, že systém zdravotní péče v každé zemi by měl být přizpůsoben tak, aby vyhovoval současným zdravotním potřebám dané společnosti a aby byl připraven na změny a vývoj potřeb ve střednědobém časovém horizontu. Financování systému by mělo pocházet z mnoha zdrojů, a to jak ve formě veřejných, tak soukromých vstupů. Poměr veřejných a soukromých výdajů by měl být koncipován tak, aby nezhoršoval dostupnost potřebné péče pro nízkopříjmové skupiny obyvatelstva, neboť její odkládání vede nezdědky ke zhoršování zdravotního stavu pacienta a následnému navýšení výdajů systému na řešení mnohem závažnějšího zdravotního stavu. Důležitými prvky systému vždy bude nemocniční infrastruktura (zejména počet lůžek) a také počet, dostupnost a reálná úvazková kapacita zdravotnického personálu. Predikovaný rostoucí nedostatek počtu zaměstnanců je jednou z nejdůležitějších výzev, kterým čelí subjekty s rozhodovací pravomocí ve zdravotnických systémech většiny zemí světa. Zejména na systému vzdělávání zdravotnických profesionálů a opatřeních k personální stabilizaci služeb lze demonstrovat, že správné fungování systému vyžaduje velmi komplexní opatření a spolupráci více resortů a mnoha institucí.

Z těchto důvodů nelze zde předloženou koncepci rozvoje zdravotní péče v ČR vnímat pouze jako resortní dokument. Ve skutečnosti tyto analýzy v mnoha směrech přesahují hranice resortu zdravotnictví a usilují o iniciaci a rozvoj meziresortní spolupráce. Jako příklad lze uvést opatření směřující k personální stabilizaci zdravotnického systému, na kterých se nevyhnutelně musí podílet i systém vzdělávání, motivační pobídky pro zdravotníky od krajských a regionálních samospráv a samozřejmě také zdravotní pojišťovny. Strategie rovněž předkládá zcela novou koncepci daty podložené spolupráce resortu zdravotnictví a resortu práce a sociálních věcí. Spolupráci mnoha institucí vyžadují v podstatě všechna navržená opatření směřující k dlouhodobé udržitelnosti vysoké kvality a dostupnosti zdravotních služeb.

Analýza současného stavu, determinanty budoucího vývoje a specifika České republiky

V dokumentu předložené analýzy a návrhy opatření vycházejí především z dlouhodobé koncepce určené metodickými materiály a cíli programu „Zdraví 2030“, dále ze srovnávacích studií WHO, OECD a také z detailních analytických materiálů některých zemí EU. K reformám financování zdravotnictví a změnám ve fungování systému totiž přistupuje většina evropských zemí a aplikované přístupy jsou do značné míry obdobné. Je k tomu řada objektivních důvodů, které odhalila v plné nahotě pandemie COVID-19. Pokud chceme zabránit tzv. amerikanizaci zdravotnictví, pak je to bez zásadních změn fungování systému nemožné. Cílem je udržet pro všechny občany dostupnou a kvalitní péči, zajistit pro ně primární péči a bezbariérový přístup ke všem zdravotním a preventivním programům.

Klíčovými determinanty budoucího vývoje českého zdravotnictví jsou zejména:

- **Stárnutí populace**

- Česká populace, stejně jako evropská populace, stárne. V následujících dvou dekádách musíme počítat s vývojem, kdy se počet obyvatel ve velmi pokročilém věku (80+) až zdvojnásobí. Stárnoucí populace vyžaduje posílení geriatrické péče a následné péče, narůstá význam dlouhodobé ošetrovatelské péče, pokud možno co nejvíce dostupné v přirozeném sociálním prostředí pacientů. To obecně znamená více lůžek následné péče a méně lůžek akutní péče, posilování komunitních ošetrovatelských a sociálně-zdravotních služeb. Situace se začne rapidně zhoršovat od roku 2030 – do té doby se změně situace musí přizpůsobit struktura části lůžkového fondu včetně podpory geriatrické péče, musí dojít k razantnímu posílení kapacit dlouhodobé ošetrovatelské péče. Velmi významnou komponentou systému zdravotních služeb musí být funkční a kapacitně dobře připravené segmenty přednemocniční péče a péče v závěru života u chronických pacientů.
- **Zdravotní stav populace**
 - Zdravotní stav české populace není dobrý, což nevyhnutelně navyšuje přímé i nepřímé náklady veřejného zdravotního pojištění a systémů sociální podpory. Dlouhodobě i v mezinárodním srovnání evidujeme zkrácenou dobu života ve zdraví, zejména u mužů, dále vysoký podíl předčasných úmrtí (včetně úmrtí na preventabilní choroby) a vysokou zátěž chronickými nemocemi, jejichž prevalence začíná významně narůstat již v populačních skupinách ve věku 45+. Tento stav je výzvou k posilování prevence ve všech jejích formách, s důrazem na prevenci primární a na programy včasného zachytu vážných onemocnění. Rovněž je nezbytné investovat do posilování zdravotní gramotnosti obyvatel, a to již u dětí předškolního věku.
- **Personální kapacity**
 - K ošetření pacientů bude třeba stále více zdravotníků, zejména v dosud poněkud opomíjených segmentech péče. Moderní technologie, personalizovaná medicína a nové terapeutické postupy tento problém výrazně prohloubily. Posunula se též pozice tzv. rodinných lékařů, kdy lékař pro stanovení diagnózy potřebuje stále lepší a složitější technické a laboratorní vybavení. Tím pádem dochází ke vzniku tzv. sdružených praxí, rozvíjí se jednodenní péče a celý systém zdravotních služeb se produkcí postupně posouvá k jiným segmentům, než je akutní lůžková péče. Na to musí reagovat postupná restrukturalizační opatření, programy posilování kapacity škol vzdělávajících zdravotníky a implementace komplexních systémů integrované a dlouhodobé péče.
- **Ekonomické aspekty**
 - Rozvoj diagnostických a léčebných technologií nevyhnutelně zvyšuje náklady zdravotních služeb. Na to musí reagovat systém veřejného zdravotního pojištění všemi dostupnými mechanismy, jejichž cílem musí být zlepšování zdravotního stavu obyvatel (např. bonifikace pojištěnců zapojených do prevence, zvyšování efektivity systému, centralizace péče, optimalizace trajektorií pacientů systémem) a také tlakem na snižování jednotkových nákladů léčby. V opačném případě je vážně ohrožena finanční udržitelnost solidárního systému služeb.

Příkladem může být rozvoj segmentu personalizované medicíny, kde se s nástupem nových generací léků výrazně zdražuje léčba. To se týká nákladů jednak na tzv. centrovou léčbu, které v posledních deseti letech začaly exponenciálně narůstat, a také nákladů na léčbu vzácných onemocnění. Jen v posledním roce přibylo více než 100 nových molekul, které vedou k léčebným postupům s jednotkovou cenou vyšší než 100 milionů korun.

- Zvláštní pozornost je pak třeba věnovat vztahu vstupu nových technologií a léčivých přípravků, které mají potenciál nahradit dosavadní méně účinnou či finančně nákladnější léčbu. Z dosavadních zkušeností plyne, že investice do nových přístupů nepřináší automaticky úsporu v jiné části systému. Např. podpora jednodenní chirurgie či domácí péče nevedou k významným úsporám v akutní či následné lůžkové péči, pokud oba systémy nekoordinovaně fungují vedle sebe a dokonce jsou ve vzájemné kompetici. V budoucnu bude ale zcela nezbytné, aby nastavení úhradových mechanismů rychle reagovalo na tyto inovace, např. velmi slibné výsledky ve výzkumu léčivých přípravků na Alzheimerovu chorobu mohou znamenat významné úspory v následné péči o pacienty s tímto onemocněním. S tím ovšem přichází silný apel k implementaci integrovaných modelů péče optimalizujících návaznost různých segmentů služeb a nastavujících nejlepší možnou trajektorii pacienta v systému.
- Zdravotní péče obecně bude čím dál více integrovaná a provázaná, zdravotně-sociální péče, paliativní péče a primární péče v kombinaci se změnami v elektronizaci zdravotnictví umožní poskytování služeb ve vzájemném souladu a zároveň umožní redukci péče s nízkou přidanou hodnotou.
- **Struktura příjmů a stabilita zdravotnického systému**
 - Stárnutí populace bude nevyhnutelně navyšovat počet tzv. státních pojištěnců, tedy občanů, kteří nepřispívají do veřejného zdravotního pojištění a péči za ně platí stát přerozdělením daní. V ČR je to v současné době téměř 60 % obyvatel, kteří zdravotní pojištění neplatí, ale péči čerpají. Péči tak přímo či nepřímo financuje v rámci solidárních zdravotního pojištění zbývajících 40 % obyvatel. Počet i populační podíl státních pojištěnců přitom v následujících dvou dekádách významně naroste. Proto, aby nedošlo ke zhrocení solidárního „Bismarckova“ systému zdravotního pojištění, jsou nutné zásadní reformy.
 - Současně v Evropě narůstá počet zdravotníků, především lékařů, kteří nemají zájem vstupovat do systému zdravotního pojištění, tedy mít smlouvu se zdravotní pojišťovnou, ale dávají přednost platbám od pacientů v hotovosti. V některých oborech je tento trend již naprosto běžný (estetická chirurgie, částečně stomatologie). Obecně rovněž platí, že mladí zdravotníci již nejsou ochotni trávit ve zdravotnických zařízeních většinu svého života. Tím narůstá tlak na efektivní využívání času lékaře a také odborného nelékařského zdravotnického personálu.

Je evidentní, a exaktními daty doloženo, že vstupní nastavení české populace a českého zdravotnictví ve výše uvedených determinujících oblastech není ideální. Od roku 1989, kdy postupně začal fungovat systém pojišťoven, se nepodařilo vytvořit plně funkční a efektivní

vztah pojištěnec (občan) – zdravotní pojišťovna. Pokud má pacient problémy s dostupností či kvalitou péče, pak se primárně většinou neobrací na „svoji“ pojišťovnu, ale na municipality nebo na stát. Očekává, že péči (lékaře) mu zajistí stát a ne „jeho“ pojišťovna. Stát samozřejmě v dané oblasti svůj díl odpovědnosti jistě má, zejména v dlouhodobém plánování kapacit, zajištění vzdělávání zdravotnických profesionálů a v motivačních pobídkách pro studium i pro zdravotnickou praxi. Problém je ale také na straně pojišťoven, které se k této odpovědnosti nehlásí nebo hlásí velmi neochotně a často nebudují síť smluvních poskytovatelů, kterou by svým pojištěncům nabídly. Výrazně viditelný je tento problém již dnes při zajišťování služeb praktického lékaře nebo zubního lékaře.

Na druhou stranu je ovšem nutné konstatovat, že pojišťovny v tomto systému stojí ve velmi složité pozici, protože do vztahu pojišťovna–pojištěnec vstupoval opakovaně a naprosto nepředvídatelně stát. Narovnění tohoto systému je jednou ze základních podmínek další kultivace zdravotní péče. Pojišťovny velmi málo motivují svoje klienty k prevenci a aktivnímu přístupu ke zdravému životnímu stylu a k zájmu o svoje zdraví. Neexistuje ani systém bonusů, ani malusů. Není žádná kontrola nadužívání či dokonce zneužívání zdravotní péče. Stejně tak je značně omezená kontrola kvality poskytované péče, zejména v ambulantních segmentech. Pojišťovny se tak zatím stále pouze omezeně podílejí na budování infrastruktury dostupné péče pro svoje pojištěnce a nutno dodat, že často v důsledku jimi nezaviněného nastavení systému a legislativy.

S tím souvisí velmi malá provázanost a prostupnost sociálně-zdravotního pomezí, kdy v této oblasti zcela chybí komplexní data. Posledních 30 let neměla Česká republika ambici oba odpovědné resorty ke spolupráci a sdílení dat přivést a taková data mít.

Česká republika rovněž dlouhodobě nerealizovala svoji národní lékovou politiku. Odolnost českého trhu proti výpadkům léků byla a je proto velmi slabá a výpadky se cyklicky opakovaly a opakují. Navíc řada výrobců léků měla na českém trhu téměř monopolní postavení, což ještě více oslabovalo odolnost celého systému. V ČR nadto není zajištěná výroba naprosté většiny léků. Léková politika SÚKL nebyla dlouhodobě orientovaná na zvýšení odolnosti trhu, zajištění dostupnosti léků a plánované řešení jejich výpadků. Elektronizace v oblasti přehledu o lécích též velmi vážla.

Ve všech výše zmíněných oblastech je třeba přijmout více či méně zásadní reformní opatření s cílem připravit systém zdravotních služeb na nevyhnutelný demografický vývoj populace a na dosud nebyvalou změnu ve struktuře poptávaných služeb.

Dostupnost a kvalita péče jako zásadní cíl koncepce a klíčový prvek stability systému

Implementací navržených opatření ve všech hlavních oblastech koncepce bude dosaženo zlepšení dostupnosti a kvality péče. Dostupnost a kvalita přitom představují vzájemně propojené a neoddelitelné dimenze funkčního a efektivního systému zdravotních služeb. Dostupností péče se v předložené koncepci nemyslí pouze místní či časová dostupnost určitého místa poskytování služeb, ale také včasnost poskytnutí správné péče na místě k tomu řádně

vybaveném a určeném. Jde tedy o naplnění požadavku na „**včasně poskytnutí péče pacientovi ve správný čas a na správném místě**“.

K posílení dostupnosti a kvality péče přímo či nepřímo směřuje většina klíčových realizovaných opatření. Mezi nejdůležitější nepochybně patří:

- Implementace komplexního systému hodnocení kvality od interního hodnocení na úrovni samotných poskytovatelů, přes opatření standardizující obsah péče až po externí, na datech založené, hodnocení indikátorů [kapitola 2 koncepce: programové cíle Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví].
 - Hlavní přínos pro pacienty: státem garantovaný, plně transparentní, systém kontroly kvality a dostupnosti péče, doplněný pravidelně publikovanými výsledky. Snadný přístup k datům o dostupnosti určitého typu péče a o výsledcích kontrol kvality.
- Nový, centrálně garantovaný, systém tvorby, aktualizací a implementace doporučených postupů (DP) a operativních doporučení (OD) jako zásadní opatření k standardizaci obsahu diagnostických a léčebných postupů [kapitola 2 koncepce: dosud chybějící metodika, centrální evidence a systém kontroly DP/OD].
 - Hlavní přínos pro pacienty: definované diagnostické a léčebné postupy s garancí relevantních odborností a ministerstva zdravotnictví, snadno dostupné i v podobě srozumitelné pro laickou veřejnost. Definované postupy určující optimální dostupnost péče, případně optimální trajektorii pacienta v systému a s tím související nároky na péči v určeném rozsahu.
- Postupná restrukturalizace sítě poskytovatelů s cílem zvýšit dostupnost relevantních služeb pro demograficky stárnoucí populaci, posílit jednodenní péči, dlouhodobou ošetrovatelskou péči a komunitní ošetrovatelské služby [kapitola 3 koncepce: nové modely organizace péče, příprava na populační změny a měnící se potřeby pacientů].
 - Hlavní přínos pro pacienty: zlepšení dostupnosti vysoce efektivní a žádané chirurgické péče v jednodenním režimu, zlepšení dostupnosti ošetrovatelských služeb včetně posílení sociálně-zdravotního pomezí.
- Implementace komplexních modelů organizace péče, integrujících více na sebe navazujících kroků a segmentů péče – např. včasnost diagnostiky a následné akutní péče u závažných stavů, posílení dostupnosti a vzájemné návaznosti ambulantní péče primární a specializované, modely organizace dlouhodobé péči či péče v závěru života apod. [kapitola 2 a 3 koncepce: integrované modely organizace péče a jejich úhradové krytí].
 - Hlavní přínos pro pacienty: lepší „prostupnost“ systému zdravotních služeb, zkrácení čekacích lhůt na vyšetření a výkony, zlepšená dostupnost péče o dlouhodobě nemocné, zajištěná s respektem k specifickým podmínkám jednotlivých regionů.
- Nové metodické postupy pro účinnou a kontrolovatelnou centralizaci vysoce specializované péče a pro úhradovou bonifikaci nově definovaných „center excelence“ [kapitola 4 koncepce: nová metodika centralizace péče, včetně relevantních úhradových mechanismů].

- Hlavní přínos pro pacienty: státem garantovaná dostupnost nákladné a vysoce specializované péče na vysoce erudovaných, motivovaných a dobře vybavených pracovištích. Garance „neodmítnutí“ péče indikovanému pacientovi.
- Zlepšení dostupnosti léčiv a zdravotnických pomůcek, včasná informovanost občanů a poskytovatelů o problémech s dostupností [kapitola 4 a 5 koncepce: technická i legislativní opatření včetně zajištění dostupnosti vysoce inovativních, „centrových“ léků a léků pro vzácná onemocnění].
 - Hlavní přínos pro pacienty: Zlepšení dostupnosti léků a zdravotnických prostředků, včasná informovanost při plošných výpadech včetně řešení alternativními léky a postupy.
- Zajištění potřebných personálních kapacit a personální stabilizace systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb [kapitola 6 a 7 koncepce: posílení kapacit vzdělavatelů lékařů i NLZP, zlepšení průchodnosti systémem vzdělávání, důraz na posílení personálních kapacit v ohrožených profesních skupinách].
 - Hlavní přínos pro pacienty: zvýšení dostupnosti péče ve smyslu jejího personálního zajištění (aktuálně např. v segmentu registrujících dětských lékařů, dětské psychiatrie apod.), zkrácení čekacích lhůt.
- Legislativní změny posilující roli zdravotních pojišťoven v budování sítě služeb, postavení pacienta-klienta v systému, nové úhradové mechanismy a změny [kapitola 9 koncepce: redefinice vztahu pojišťovna–poskytovatel, pojišťovna–pacient s cílem usnadnit klíčové reformy systému a zlepšit komfort pacientů]
 - Hlavní přínos pro pacienty: snadná dostupnost informací o stavu sítě a efektivní řešení při nedostatku určitých služeb pro pacienty ze strany zdravotních pojišťoven, individuální účty pojištěnce s bonifikací za účast v preventivních programech a za odpovědný přístup k vlastnímu zdraví, posílení vztahu pacient–pojišťovna.
- Posílení informovanosti pacientů cestou elektronizace a s ní spojených nástrojů [kapitola 8 koncepce: vývoj nových aplikací a nástrojů usnadňujících přístup pacienta k datům o jeho zdraví, konzumaci služeb, dostupnosti služeb apod.].
 - Hlavní přínos pro pacienty: EZKarta jako zcela nová aplikace přístupu k elektronickému zdravotnictví a k elektronické zdravotní dokumentaci pacienta, elektronické nástroje umožňující centrální objednávání na preventivní a jiná vyšetření apod.
- Posílení zdravotní gramotnosti a informovanosti široké veřejnosti cestou vývoje centrálně garantovaných informačních nástrojů, včetně map poskytovatelů s atributy reálné dostupnosti služeb [kapitola 10 koncepce: nové nástroje pro informování široké veřejnosti, systémy otevírání a sdílení zdravotních dat apod.].
 - Hlavní přínos pro pacienty: plně dostupná data o reálné dostupnosti a kapacitách poskytovatelů, včetně hodnocení jejich výsledků a kvality péče, státem odborně garantované zdravotní informace na Národním zdravotnickém informačním portálu.

Pokud má pacient problémy se zajištěním dostupnosti péče, nadále se poměrně často obrací namísto na zdravotní pojišťovnu např. na municipality či přímo stát. Přestože v tomto ohledu

dochází k postupnému zlepšování povědomí veřejnosti, je nezbytné, aby role zdravotních pojišťoven spočívající v povinnosti zajištění péče byla dále zdůrazňována a posilována. To se týká i budování sítě smluvních poskytovatelů zdravotních služeb, která je mnohdy nerovnoměrná a zhoršuje tak přístup pacientů k potřebné péči.

Kapitola I. Prevence a veřejné zdraví

Důraz na zlepšení zdravotního stavu populace, podpora prevence ve všech jejích formách

<https://nzip.cz/koncepce2025#prevence>



Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce

Úmrtnost z preventabilních a léčitelných příčin je v ČR přibližně o 25 % vyšší, než je průměr EU. Podle analýz publikovaných Evropskou komisí a OECD tak existuje významný prostor pro prevenci, veřejně-zdravotnické intervence a včasné poskytování efektivních zdravotních služeb zaměřených na včasný záchyt vážných onemocnění¹. Účinná opatření mohou zahrnovat jak primární prevenci, tedy snižování rizikových faktorů a podporu zdraví, tak sekundární prevenci, tedy screening a včasnou diagnostiku vážných onemocnění.

Prodlužující se naděje dožití české populace totiž nepředstavuje pouze prodloužení věku ve zdraví, stárnoucí populace bohužel trpí ve značné míře chronickými nemocemi. Chronická nemocnost v populaci narůstá již od 45. roku života a téměř 68 % seniorů starších než 65 let trpí minimálně jednou vážnou chronickou nemocí. Senioři často tráví velkou část závěru života v nemocnici, často jsou zbytečně vyšetřováni, a to vše navíc probíhá v akutní lůžkové péči. Preventivní a screeningové programy, přestože jsou plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění a nabízené v širokém rozsahu, nejsou populací dostatečně využívány. Občané se o svoje zdraví starají nedostatečně a pojišťovny je v tomto směru významně nemotivují.

Česká populace tak patří i dle mezinárodních srovnání mezi ty výrazně zatížené negativními faktory životního stylu. Postupně se zvyšuje prevalence nadváhy nejen u dětí, ale obecně u celé populace. Naprosto nedostatečná je pohybová aktivita. Obecně se tedy zhoršuje zdraví veřejnosti („public health“), což následně vede k vyšší nemocnosti dospělých a zejména seniorů, předčasným úmrtím a kratší délce života ve zdraví.

Uvedené faktory jsou jednoznačnou výzvou pro posilování prevence ve všech jejích formách, od prevence primární až k cíleným personalizovaným programům včasného záchytu onemocnění v rizikových skupinách osob. Neméně intenzivní pozornost musí být věnována zdravotní gramotnosti obyvatel. Je až paradoxní, že při vysoké dostupnosti mnoha preventivních programů, v drtivé většině plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění,

¹ <https://www.oecd.org/czechia/czechia-country-health-profile-2023-24a9401e-en.htm>

čelíme jejich nedostatečnému využívání podstatnou částí populace. Cílem všech programů posilujících zdravotní gramotnost musí být „zdraví jako hodnota“, kterou je třeba posilovat po celý život.

Důležité podněty pro kritické hodnocení současného stavu veřejného zdraví v České republice přinesla i epidemie koronaviru (SARS-CoV-2), která ukázala veřejné zdravotnictví ČR jako značně nepřipravené a nefunkční. Stejně jako jsme se toho hodně naučili o viru, naučili jsme se také hodně o tom, co funguje a co je třeba změnit v oblasti veřejného zdraví. Zkušenosti z tohoto období ukazují, že je nezbytné investovat značné úsilí do populační zdravotní bezpečnosti (epidemiologická a hygienická surveillance) (dále jen „zdravotní bezpečnost“) a zároveň zlepšovat celkový zdravotní stav populace. Aby byl náš systém veřejného zdravotnictví připraven na budoucnost, musí být efektivní v obou oblastech současně. I když jsou tyto dvě dimenze samozřejmě propojené, předložená koncepce posilování zdravotní bezpečnosti a zlepšování veřejného zdraví rozděluje, aby mohla jednoznačně určit účinná opatření zlepšující situaci v každé z nich.

Druhou rovinnou historické determinace stavu veřejného zdraví v ČR, tou časově vzdálenější, je vývoj od vzniku novodobého systému ochrany veřejného zdraví. Během uplynulého více než 70letého období došlo k mnohým generačním posunům ve vnímání zbytnosti či nezbytnosti veřejného zdraví. Avšak pouze jednou se změnil i přístup k získání pregraduálního vzdělání odborných pracovníků v ochraně veřejného zdraví a tento proces pregraduální výchovy nových odborných pracovníků stále nebyl dokončen. Nedochozí k dostatečnému respektování vývoje nové odborné a vědní linie oboru „public health“. Česká ochrana veřejného zdraví naráží po odborné stránce na národní limitace generované nízkou zdravotní gramotností, nedostatkem preventivních nástrojů, dostatečně rychle se neprodávající dobou života ve zdraví a délkou života. Orgány ochrany veřejného zdraví v ČR tvoří geograficky hustou síť s velmi významným personálním zastoupením. Historicky ale nedošlo k dostatečnému rozvoji této organizace dle potřeb společnosti, existující infrastruktura nemá potřebnou akceschopnost a nevychovává nové generace odborníků.

Koncepce primární prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví

V posledních letech se ukazují negativní tendence ve vývoji zdravotního stavu obyvatel České republiky, které se projevují zejména zpomalováním růstu naděje dožití. Délka života prožitého ve zdraví je kratší než ve vyspělých zemích Evropy. Možnosti dostupné zdravotnické péče a nových technologií jsou do značné míry vyčerpány a jejich další extenzivní růst je ekonomicky neudržitelný a nepřináší očekávaný efekt v ovlivnění zdraví obyvatelstva. K tomu přistupuje rychle se měnící životní styl, který přináší řadu negativních zdravotních důsledků: narůstá podíl obézních, nedostatečná je pohybová aktivita, roste průměrná hodnota krevního tlaku v populaci, nedaří se redukovat podíl kuřáků, stále vysoká je spotřeba alkoholu, vzrůstá počet nádorových, kardiovaskulárních a metabolických onemocnění, včetně alarmujícího nárůstu onemocnění diabetem typu II. U diabetu můžeme při současné prevalenci, tedy více než 1 milion nemocných, hovořit o epidemii tohoto onemocnění. Efektivním řešením této situace je jednoznačně primární prevence nemocí, ochrana a podpora zdraví.

Primární prevence nemocí, ochrana a podpora zdraví patří k významným a nezbytným nástrojům péče o zdraví obyvatelstva. Jde o úsilí, jehož smyslem je omezovat výskyt nových případů onemocnění, chránit zdraví a životy obyvatel, prodlužovat život ve zdraví a ve svém důsledku přispívat k rozvoji společnosti jako celku.

Nutnost posílení prevence ve všech jejích formách a posilování zdravého životního stylu zdůrazňuje jak Programové prohlášení vlády České republiky ze dne 6. 1. 2022, tak také Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 – Zdraví 2030:

- <https://www.vlada.cz/cz/programove-prohlaseni-vlady-193547/#zdravotnictvi>
- <https://zdravi2030.mzcr.cz>

V České republice není v současnosti oblast veřejného zdraví systémově ukotvena způsobem, který je běžný ve vyspělých státech EU. Řada agend je projektově i institucionálně roztříštěna, systém organizace postrádá koncepční vedení. Z těchto důvodů je nutné, aby odborná problematika veřejného zdraví byla koncentrována do silného a odborně zajištěného národního institutu pro veřejné zdraví. Takovou roli v ČR je připraven plnit Státní zdravotní ústav, který od svého vzniku až po současnost pokrývá celé spektrum agend této oblasti podle zákona o ochraně veřejného zdraví z roku 2000. Musí však být ke splnění tohoto náročného a odpovědného úkolu náležitě finančně stabilizován tak, aby stát disponoval moderně vybavenou a stabilní institucí, která bude systém veřejného zdravotnictví zastřešovat v plném rozsahu kontroly zdravotní bezpečnosti a zdravotních rizik, tj. rizik infekčních, environmentálních, chemických a dalších. Kromě špičkové laboratorní, diagnostické a výzkumné kompetence by tato instituce měla plnit nezastupitelnou roli i v komunikaci s odborníky i se širokou veřejností.

V souvislosti se zdravotními hrozbami nového typu je žádoucí podpořit inovativní přístupy pro zajištění krizové připravenosti celého systému veřejného zdravotnictví, včetně zvýšení laboratorní kapacity, např. v oblasti molekulárně-biologické diagnostiky a biomonitoringu jako datové a diagnostické základny pro hodnocení zdravotních rizik. Je nezbytné zajistit modernizaci národních referenčních laboratoří a pracovišť, kde je prováděna identifikace mikroorganismů a identifikace a kvantitativní stanovení vysoce toxických látek v potravinách či spotřebních výrobcích, sledování zdravotních rizik v životním a pracovním prostředí. Nové přístupy vyžadují hodnocení nanomateriálů, výrobků obsahujících recyklované materiály, materiálů vyráběných inovativními postupy v rámci přechodu z lineární na oběhovou (bezodpadovou) ekonomiku, zejména za použití odpadů.

Tyto činnosti vychází z požadavků Evropské komise a jejích vědeckých výborů, Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), Evropského úřadu pro bezpečnost potravin (EFSA) a Evropské agentury pro chemické látky (ECHA) a respektují celosvětový koncept „One Health“ – Jedno zdraví.

Nezbytným předpokladem úspěšné realizace primární prevence, ochrany a podpory zdraví je vytvoření institucionální infrastruktury na resortní i meziresortní úrovni, dále na úrovni samospráv a v neposlední řadě ve významných výrobních segmentech, u zaměstnavatelů. Na resortní úrovni se jedná zejména o ministerstvo zdravotnictví, Státní zdravotní ústav (SZÚ), Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), krajské hygienické stanice, další

pracoviště státní hygienické služby, zdravotní ústavy, zdravotní pojišťovny a v neposlední řadě zdravotnická zařízení, jak nemocniční, tak ambulantní.

Významnou součástí je i vědecká a výzkumná činnost včetně publikační, stejně jako účast v pregraduální, specializační i postgraduální výuce pracovníků ve zdravotnictví i mimo něj. Nadále je nutné podporovat a rozšiřovat navázanou spolupráci SZÚ s akademickými pracovišti. Výzkumné zaměření SZÚ směřuje vždy k výsledkům s vysokým potenciálem aplikovatelnosti v expertní praxi, metodickém řízení a referenční činnosti. V souladu s posláním SZÚ představuje jeho výzkumná činnost kombinaci základního a aplikovaného výzkumu v tematicky široké škále činností interdisciplinární povahy, zaměřených na rozvoj poznání komplexních souvislostí mezi zdravím a nemocí, vnějších i vnitřních faktorů ovlivňujících fyziologické mechanismy. Cílem výzkumu podporovaného v této oblasti je ochrana a podpora veřejného zdraví z hlediska snižování rizik pro zdraví člověka.

Pro úspěšnou realizaci koncepce primární prevence, ochrany a podpory zdraví je rovněž nezbytné zajistit právní zakotvení a účinnou implementační oporu. Novelizace již existujících právních norem, zejména novelizaci zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 258/2000 Sb.“) musí více reflektovat komplexní šíři veřejného zdraví. To znamená, že zohlední a popíše úlohu státu, orgánů ochrany veřejného zdraví i samosprávy v podpoře zdraví, ve strategiích a politikách veřejného zdraví, jejich přijímání, realizaci i hodnocení, ve sledování a analýze zdravotního stavu a jeho determinant. Soustava orgánů ochrany veřejného zdraví se musí poučit ze zkušeností nabytých během epidemie covid-19 a napravit nedostatečně efektivní a nejednotné řízení. Struktura musí zavést prvky celostátního řízení, včetně auditních mechanismů, které budou zajišťovat jednotný celostátní i regionální přístup všech zapojených institucí. Novelizovaný zákon č. 258/2000 Sb. musí rovněž přinést strukturální reformu systému ochrany veřejného zdraví s cílem připravit se na budoucí nové hrozby, jako jsou nové infekční nemoci, environmentální hrozby nebo biologická nebezpečí.

Nezbytným předpokladem plnění mezinárodních i národních závazků v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví je i nezávislost, nestrannost a transparentní financování z veřejných zdrojů. Zejména je zásadní najít udržitelný vícezdrojový způsob financování Státního zdravotního ústavu. Finanční zajištění činnosti musí být podporováno efektivní personální politikou a motivací k přípravě nového špičkově vzdělaného zdravotnického, ale i nelékařského personálu.

Základními prioritami účinných opatření řešících hlavní zdravotní problémy populace jsou:

1. Dostatečná pohybová aktivita populace
2. Správná výživa a stravovací návyky populace
3. Omezení zdravotně rizikového chování: zejména konzumace tabáku, včetně nových forem e-cigarety, bylinné výrobky určené ke kouření, nadměrná spotřeba alkoholu, používání drog, včetně tzv. psychomodulačních látek, rizikové sexuální chování a z toho plynoucí výskyt infekčních – zvláště HIV/AIDS, virových hepatitid a dalších pohlavních nemocí).
4. Prevence úrazů

5. Snižování nerovností ve zdraví
6. Vakcinační programy a screeningové programy
7. Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí
8. Zajištění chemické bezpečnosti zejména výrobků určených spotřebitelům, ale i výrobkům pro profesionální použití

Zdraví nevzniká v nemocnicích, ale v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí a pracují, odpočívají a stárnou. Zdraví zlepšují nebo zhoršují ty okolnosti, které na populaci působí v běžném životě, a právě tam je těžiště péče o zdraví. I když je důležité, aby každý sám pečoval o své zdraví, je zřejmé, že to nestačí. Péče o zdraví musí být provázána sdílenou odpovědností všech složek společnosti pod odbornou koordinační rolí Ministerstva zdravotnictví ČR. Vláda, parlament, všechny úrovně veřejné správy, organizace a instituce i podnikatelská sféra by měly vnímat hodnotu zdraví a najít své místo v ochraně i rozvoji zdraví.

Cílem je zlepšení kvality života obyvatel, prodloužení délky života ve zdraví všemi dostupnými prostředky a tím snížení nákladů na zdravotní péči, stejně jako zlepšování stavu životního a pracovního prostředí jako efektivního způsobu prevence zdravotních problémů, především formou primární zdravotní prevence.

Zázemí pro plánování a rozvoj programů prevence v ČR

Nově ustavené Národní screeningové centrum (NSC, nsc.uzis.cz) představuje zázemí pro plánování a rozvoj programů prevence a screeningu v ČR. Screeningové programy zaměřené na sekundární prevenci vybraných zhoubných nádorů a jiných vážných onemocnění mohou být účinné při snižování úmrtnosti.

Předpokladem úspěšné implementace takových screeningových programů je kompetentní multidisciplinární a transparentní řídicí struktura². Národní screeningové centrum Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR buduje v rámci Národního zdravotnického informačního systému datovou základnu pro analýzu výkonnosti a kvality screeningových programů, připravuje podklady pro národní zdravotní politiku v oblasti časného zachytu onemocnění a koordinuje provádění screeningových pilotních projektů. Rada NSC, zřízená od ledna 2023 ministrem zdravotnictví, zaštiťuje tvorbu koncepčních doporučení v oblasti řízení programů časného zachytu a prevence onemocnění v ČR a kontroluje naplňování národních strategií v této oblasti. Dále se Rada NSC podílí i na formulaci strategie NSC.

Pro všechny zavedené screeningové programy i populační pilotní programy jsou dále příkazem ministra zdravotnictví zřízeny řídicí komise. Úkolem těchto řídicích komisí je koncepční řízení screeningového programu, koordinace zapojených odborností a průběžný monitoring programu, komise se podílejí i na tvorbě sítě screeningových pracovišť. Tým NSC s využitím

² Lönnberg S, Šekerija M, Malila N et al. Cancer screening: policy recommendations on governance, organization and evaluation of cancer screening. European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control. 2017.

datové základny screeningových programů³ vytvořil a po oponentuře ze strany řídicích komisí zveřejnil evaluační zprávy programu screeningu karcinomu prsu, programu screeningu kolorektálního karcinomu a programu screeningu karcinomu děložního hrdla.

Příklady nově zaváděných populačních programů screeningu v ČR: včasný záchyt karcinomu plic a karcinomu prostaty

Strategická koncepce resortu v oblasti prevence je v souladu se strategickými dokumenty Evropské unie, jako např. Evropským plánem boje proti rakovině nebo iniciativou „Healthier Together“. ČR se do této oblasti významně zapojila i v rámci předsednictví Rady EU, kdy bylo přijato Doporučení Rady o posílení prevence prostřednictvím screeningu zhoubných nádorů. ČR toto doporučení v rámci mezinárodní spolupráce aktivně naplňuje, posiluje stávající screeningové programy a v podobě národních pilotních programů zavádí screening rakoviny prostaty a plic.

Od roku 2022 byl v pilotním režimu spuštěn populační program časného záchytu karcinomu plic a od roku 2024 populační program časného záchytu karcinomu prostaty.

Zhoubné nádory plic a prostaty patří mezi populačně nejzávažnější nádorová onemocnění v ČR. Karcinom plic představuje s přibližně 5 tisíci úmrtí ročně s předstihem nejčastější nádorovou příčinu úmrtí. Přibližně 1 500 mužů ročně podlehnou karcinomu prostaty a v mužské populaci se tak jedná o třetí nejzávažnější nádorovou příčinu úmrtí. V ČR byl dosud velmi rozšířený oportunní screening karcinomu prostaty vyšetřením prostatickým specifickým antigenem (PSA), který však nemá dostatečnou ekonomickou ani klinickou efektivitu.

Nové vědecké poznatky naopak podporují zavádění organizovaného časného záchytu karcinomu prostaty i plic, což se v závěru roku 2023 promítlo i do textu Doporučení Rady EU o screeningových programech. Monitoring a evaluaci programů provádí Národní screeningové centrum ÚZIS ČR s využitím komplexní datové základny postavené na Národním zdravotnickém informačním systému. Cílem je získání praktických zkušeností a sběr komplexních údajů pro definitivní posouzení a nastavení dlouhodobé strategie těchto programů.

Konsolidace a modernizace systému ochrany veřejného zdraví

K problematice prevence vážných onemocnění a podpory života ve zdraví neoddelitelně patří agenda veřejného zdraví. V této oblasti stojí před českým zdravotnictvím řada významných kroků a úkolů, neboť značnou organizační a manažerskou nedostatečnost orgánů ochrany veřejného zdraví odhalila zejména epidemie covid-19. Zejména chybí základna a metodika jednotného organizačního a manažerského řízení celého systému.

Krajské hygienické stanice a zdravotní ústavy v těchto oblastech nikdy optimálně nespolupracovaly a hygienická služba se zaměřovala spíše na kontroly, vydávání povolení

³ Chloupková R, Benáček P, Ngo O et al. Národní screeningové centrum: Datový portál screeningových programů [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022. [cit. 1.8.2023]. Dostupné z: <https://nsc.uzis.cz/data>. Vývoj: Národní screeningové centrum ÚZIS ČR. ISSN 2788-2888.

a restriktivní opatření. Již stávající právní řád ovšem stanovuje dostatečné mandáty pro regionální řízení veřejného zdraví, a to ve spolupráci s krajským úřadem. Nicméně efekt aktivit odpovědných organizací na zlepšování zdraví veřejnosti byl dlouhodobě nedostatečný a nezbytná spolupráce s jinými resorty (Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvem práce a sociálních věcí či Ministerstvem zemědělství) vážla nebo neexistovala.

Logickým a nutným krokem ke zlepšení veřejného zdraví tedy musí být konsolidace Státního zdravotního ústavu, obou zdravotních ústavů a všech čtrnácti krajských hygienických stanic do jedné instituce. Tato reforma směřuje k vytvoření uceleného systému, který bude efektivně koordinovat prevenci např. v oblasti stravování, pohybu, boje proti závislostem a podpory zdravého životního stylu, tedy v oblastech známých pod pojmem primární prevence.

V čele všech aktivit, které se týkají veřejného zdraví, bude nově stát **Rada vlády pro veřejné zdraví**, složená z odborníků na jednotlivé oblasti této problematiky z akademické sféry, z ministerstev nebo inspekčních orgánů. Cílem je věnovat maximum pozornosti všem aktivitám, které povedou k prodloužení života ve zdraví a inspirovat se i praxí v zahraničí. Například studie „Prioritizing Health“ poradenské společnosti McKinsey & Company publikovaná v roce 2020 ukazuje, že širším využitím již vyzkoušených zdravotních intervencí je možné do roku 2040 snížit globální zátěž způsobenou nemocemi o přibližně 40 %. Více než dvě třetiny tohoto zlepšení lze dosáhnout preventivními opatřeními, a to s poměrně nízkými náklady (McKinsey Global Institute, 2020)⁴.

Rada vlády pro veřejné zdraví bude odpovídat nejen za reakci na celostátní zdravotní hrozby, ale také za průběžnou spolupráci s mezinárodními zdravotnickými organizacemi a koordinaci v oblasti preventivních strategií, včetně propagace zdravého životního stylu, očkovacích programů a preventivních opatření zaměřených na snižování výskytu neinfekčních chronických onemocnění. Její činnost povede k ucelenému a efektivnímu přístupu ve snaze o zvýšení kvality a délky života občanů České republiky.

Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025

Czech Public Health (PHCZ):

hlavní identifikované priority a realizovaná opatření

Priorita I – Přípravenost na hrozby pro veřejné zdraví	
Cíl – Posílení systému prevence, připravenosti a reakce na budoucí pandemii a další vážné hrozby pro veřejné zdraví	
Rámcové cíle a opatření	
A – Elektronizace systému hlášení infekčních onemocnění a laboratorních výsledků	Informační systémy jsou nezbytnou součástí systému epidemiologické bdělosti, jsou

⁴ <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/prioritizing-health-a-prescription-for-prosperity>

	<p>klíčovým nástrojem pro tzv. systém včasného varování, tj. pro efektivní monitoring hodnocení trendů a vývoje nákaz a jejich dopadů na veřejné zdraví, a tím pro řízení celého systému dohledu. Informační systémy jsou nedílnou součástí celého systému prevence, připravenosti a reakce na vážné zdravotní hrozby. Automatizovaný systém je nezbytnou součástí tzv. Early Warning and Response System – tj. systému včasného varování a reakce prostřednictvím monitoringu zdravotních hrozeb na základě klíčových indikátorů.</p>
<p>B – Zpracovat analýzu možných hrozeb pro Českou republiku v oblasti ochrany veřejného zdraví a její závěry promítnout do strategických materiálů v oblasti připravenosti na vážné zdravotní hrozby</p>	<p>Zpracování analýzy možných hrozeb v oblasti ochrany veřejného zdraví je klíčovým základem pro tvorbu strategických plánů prevence, připravenosti a reakce na vážné hrozby pro veřejné zdraví. Cílem je identifikace možných hrozeb, kvantifikace rizika a definování možných scénářů reakce na definované hrozby.</p>
<p>C – Zpracování strategického řídicího dokumentu Národní plán prevence, připravenosti a reakce na vážné zdravotní hrozby</p>	<p>S ohledem na vyhodnocení zkušeností z předchozích pandemií, současného vývoje globální bezpečnostní situace, a to zejména s ohledem na klimatické změny nebo probíhající válečné konflikty, a s tím spojené hrozby, jako jsou migrační vlny velkého rozsahu a hrozby použití chemických, biologických a nukleárních zbraní se nejeví jako vhodné mít připraven pandemický plán pouze na jednu specifickou oblast, ale je naopak vysoce žádoucí mít pro potřeby komplexního řešení celého spektra mimořádných událostí spojených s ohrožením veřejného zdraví v souladu s přístupem „all hazard approach“, který zahrnuje biologické, chemické nebo radiologické události ohrožující veřejné zdraví vypracován komplexní prevence, připravenosti a reakce na vážné zdravotní hrozby, který pokryje všechny tyto oblasti. Účelem je zajistit jednotný a účinný systém připravenosti a reakce při riziku ohrožení veřejného zdraví v důsledku mimořádných</p>

	<p>událostí spojených s ohrožením veřejného zdraví vlivem působení nejen činitelů biologického, ale i chemického nebo environmentálního původu, tak aby byly naplněny požadavky a potřeby, které mají jednotlivé subjekty ve vztahu prevenci, připravenosti a reakci na mimořádné události naplňovat, včetně řešení přeshraničních hrozeb.</p> <p>Cílem plánu je poskytnout jasné a srozumitelné interní pokyny a postupy ke koordinaci a řízení činností České republiky prostřednictvím zainteresovaných subjektů při řešení mimořádné události spojené s ohrožením veřejného zdraví.</p> <p>Hlavním cílem plánu bude pak v případě vzniku mimořádné události zmírněná očekávaných zdravotních, sociálních a ekonomických následků. Mezi hlavní cíle patří:</p> <ul style="list-style-type: none"> - posílení národního systému rychlého varování a reakce za účelem včasné identifikace zdravotní hrozby; - rychlá identifikace ohnisek nákazy v populaci v případě mimořádné události biologického/infekčního původu a minimalizování rozšíření nákazy v populaci; - vymezení oblasti a stanovení opatření k minimalizaci dopadů mimořádné události a ochraně veřejného zdraví; - stanovení postupů pro řešení mimořádné události, dle míry rizika; - určení rolí a odpovědnosti jednotlivých subjektů zapojených do řešení mimořádné události, dle charakteru mimořádné události; - zajištění prevence; - zabezpečení léčby nemocných a léčby komplikací; - zabezpečení informovanosti zdravotnických pracovníků a veřejnosti.
<p>D – Posílení kapacit odborného personálu pro monitoring zdravotních hrozeb</p>	<p>Vytvoření národní jednotky pro monitoring zdravotních hrozeb, včetně monitoringu zdravotních hrozeb v zahraničí s možným</p>

	dopadem na ČR („Epidemic Intelligence Unit“).
--	---

Priorita II – Strategie v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví

Cíl – Tvorba krátkodobých a dlouhodobých koncepcí v ochraně a podpoře veřejného zdraví se zaměřením na zvýšení povědomí o důležitosti prevence (se zaměřením na odbornou i laickou veřejnost)

Krátkodobé koncepce

Edukativní kampaně	Tvorba a realizace cílených edukačních kampaní tvořených ve multioborové spolupráci státních institucí, odborných lékařských společností se zapojením sociologů a sdílení kampaní prostřednictvím odborných společností, médií a sociálních sítí. Cílem je poskytnutí jasných a srozumitelných informací směrem k odborné a laické veřejnosti o aktuálních zdravotních hrozbách/problémech a možnostech prevence.
Workshopy a školení	Organizování workshopů a školení pro odborníky a laickou veřejnost, kde je vhodné dělení na různé věkové a sociální skupiny na téma zdravého životního stylu, důležitosti očkování a prevence specifických nemocí.
Podpora očkování	Tvorba vakcinační strategie s cílem podpory očkování jako základního nástroje prevence.

Dlouhodobé koncepce:

Vzdělávací programy	Začlenění vzdělávacích programů do školních osnov, které budou děti informovat o zdravém životním stylu, prevenci a podpoře zdraví. Tvorba koncepce vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti ochrany a podpory zdraví prostřednictvím sociálního lékařství.
Zdravotní politika a legislativa (právní řád)	Vypracování a implementace zákonů a politik, které podporují zdravotní prevenci, podporu zdravého stravování ve školách a prevence nežádoucích událostí na pracovištích.
Výzkum a monitoring	Podpora vědeckého výzkumu v oblasti veřejného zdraví a vývoje nových léčivých přípravků a diagnostických metod. Sledování a analýza dat o zdravotním stavu populace pro lepší cílení preventivních opatření.

Podpora zdravotní gramotnosti	Rozvoj programů zaměřených na zvýšení zdravotní gramotnosti obyvatelstva.
Spolupráce s neziskovým sektorem	Spolupráce s neziskovými organizacemi a komunitními skupinami na projektech a iniciativách zaměřených na zdraví a prevenci. Základem úspěchu v ochraně a podpoře veřejného zdraví je komplexní přístup, který zahrnuje vzdělávání, legislativu, dostupnost služeb, výzkum a zapojení komunity. Aktivní účast veřejnosti a multioborová spolupráce jsou klíčové pro vytváření zdravější společnosti se silným důrazem na prevenci.
Rámcové cíle a opatření	
A – Tvorba Národní vakcinační strategie	<p>Očkování hraje klíčovou roli v ochraně veřejného zdraví a je jednou z nejúčinnějších metod prevence celé řady onemocnění, které jsou očkováním preventabilní a je tak nezbytné mít vytvořenu strategii jasně definující cíle, které mají být dosaženy a intervence, které je nezbytné aplikovat, aby definované cíle byly dosaženy. Vakcinační strategie esenciálně definuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konkrétní cíle, které mají být dosaženy na konci strategického období (5 let), - prioritní oblasti, které se skládají z nákladově vyčísleného souboru intervencí k dosažení stanoveného cíle a - cíle, které mají být naplněny v dlouhodobém horizontu (10 let). <p>Mezi hlavní strategické priority patří:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zvýšení proočkování populace, - zajistit dostupnost očkování, - zajistit dodávky očkovacích látek a jejich efektivní využívání pro plnění cílů vakcinační strategie, - pokračovat v posilování systémů monitorování bezpečnosti očkovacích látek, - udržet a zajistit důvěru veřejnosti/komunity v očkování prostřednictvím účinných komunikačních strategií, - posílit monitorování a hodnocení strategie prostřednictvím hodnocení a analýzy údajů

	<p>z očkovacího registru a sledováním nemocí, kterým lze předcházet očkováním a</p> <ul style="list-style-type: none"> - zajistit dostatečně kvalifikované pracovníky v oblasti očkování podporou účinného školení pro poskytovatele zdravotních služeb provádějící očkování.
<p>B – Tvorba komunikačních strategií</p>	<p>Komunikační strategie plní důležitou roli v ochraně veřejného zdraví tím, že informují a motivují lidi k přijímání rozhodnutí v oblasti prevence.</p> <p>Prvním krokem je identifikace cílových skupin, a to prostřednictvím analýzy demografických charakteristik a preferencí cílových skupin. Je třeba rozlišovat mezi jednotlivými skupinami populace a přizpůsobit tomu obsah sdělení. Sdělení by měla být jasná a srozumitelná, a to pro různé věkové skupiny a socioekonomické úrovně. Je vhodné použití jednoduchého a přístupného jazyka bez složitých termínů a odborných výrazů. Pro zvýšení efektivity komunikace a jejího dosahu je nezbytné zapojení komunitních lídrů, organizací a skupin do komunikačních aktivit, aby zajišťovali důvěru a podporu veřejnosti.</p> <p>V některých oblastech pro zajištění přístupnosti sdělení je vhodná organizace komunitních setkání, workshopů a akcí, které umožňují interaktivní komunikaci a dialog mezi veřejností a odborníky. V neposlední řadě je nezbytná tvorba strategie krizové komunikace, a to v rámci připravenosti na řešení krizových situací prostřednictvím efektivní komunikace a informování veřejnosti o nebezpečích a opatřeních k ochraně zdraví.</p>

Priorita III – Monitorování a hodnocení zdravotního stavu populace, využívání zdravotních služeb a sledování rizikových faktorů.

Pro tvorbu a nastavené efektivních intervenčních programů v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví je nezbytné znát celou řadu informací o zdravotním stavu populace a dostupnosti zdravotních služeb. A to prostřednictvím:

<p>A – Monitorování a hodnocení zdravotního stavu populace</p>	<p>Sběr a analýza epidemiologických dat o výskytu nemocí, úmrtnosti a dalších zdravotních indikátorů. Monitorování trendů v prevalenci chronických onemocnění, infekčních nemocí atd. Hodnocení zdravotního stavu populace pomocí definovaných ukazatelů. Zhodnocení nerovností mezi různými socioekonomickými skupinami a geografickými oblastmi.</p>
<p>B – Využívání zdravotních služeb</p>	<p>Sledování dostupnosti zdravotních služeb a léčiv. Analýza využívání zdravotní péče podle typu služby, věku, pohlaví a dalších demografických charakteristik. Hodnocení kvality poskytované zdravotní péče a spokojenosti pacientů.</p>
<p>C – Sledování rizikových faktorů</p>	<p>Identifikace a sledování rizikových faktorů jako jsou například kouření, nezdravá strava, nedostatek fyzické aktivity, spotřeba alkoholu atd. Sledování environmentálních a sociálních faktorů, které mohou ovlivňovat zdraví populace.</p>

Priorita IV – Intervenční programy v ochraně veřejného zdraví

Intervenční programy v ochraně veřejného zdraví mají klíčovou roli v prevenci nemocí, podpoře zdravého životního stylu a snižování rizik spojených se zdravím v populaci. Tyto programy jsou navrženy tak, aby řešily konkrétní zdravotní problémy nebo rizikové faktory v populaci prostřednictvím cílených aktivit. Zaměřeny jsou na infekční nemoci, chronické nemoci, duševní zdraví, zdraví dětí a mládeže, či pracovní zdraví. Zde jsou některé klíčové aspekty a příklady intervenčních programů v ochraně veřejného zdraví:

A – Prevence a edukace

<p>Edukativní kampaně</p>	<p>Informují veřejnost např. o důležitosti zdravého životního stylu, výživy, pravidelného cvičení, a o rizicích kouření, nadměrné konzumace alkoholu apod. v oblast prevence neinfekčních onemocnění nebo například o důležitost očkování jako prevence infekčních onemocnění.</p>
---------------------------	--

B – Monitoring výskytu nemocí a screeningové programy

B1. Screeningové programy	Zaměřené na ranou diagnostiku a léčbu onemocnění, jako jsou programy pro screening rakoviny prsu, rakoviny děložního čípku, kolorektálního karcinomu, nebo programy pro zjišťování vysokého krevního tlaku a cholesterolu, viz programy dále.
B2.Sledování výskytu nemocí	Systémy, které monitorují a analyzují výskyt vybraných nemocí v populaci a umožňují rychlou reakci při mimořádných situacích, viz výše.
C – Životní prostředí	Programy zaměřené na zlepšení kvality životního prostředí, prostřednictvím snížení expozice škodlivým látkám a znečišťujícím látkám v životním prostředí.
D – Pracovní prostředí	Programy pro zlepšení pracovních podmínek, zahrnující opatření pro snížení rizikových faktorů spojených s fyzickou prací, ergonomií, a psychosociálním stresem.
<p>Screening je zásadní součástí preventivních opatření v oblasti veřejného zdraví a má klíčový význam pro snižování incidence a mortality spojené s onkologickými onemocněními, více viz dále. Jeho hlavní důležitost spočívá v několika aspektech:</p>	
A – Raná detekce	Screening umožňuje detekci onkologického onemocnění v raném stadiu, kdy ještě nemusí být přítomné žádné symptomy. Onemocnění odhalené v raných stádiích jsou obvykle lépe léčitelné a mají lepší prognózu. Například u rakoviny prsu, děložního čípku, nebo tlustého střeva a konečníku může raná detekce významně zvýšit šance na úspěšnou léčbu a přežití.
B – Snížení mortality	Významným cílem screeningových programů je snížení úmrtnosti spojené s konkrétními typy onkologických onemocnění. Pravidelným screenigem a následnou včasnou intervencí je možné předejít pokročilým stádiím onemocnění a související vysoké mortalitě.
C – Snížení nákladů na léčbu	Léčba onkologických onemocnění v pokročilých stádiích je často mnohem náročnější a dražší než intervence v raných

	stádiích. Raná detekce a léčba mohou tedy vést k úsporám pro zdravotnické systémy tím, že se sníží potřeba nákladných léčebných postupů, jako jsou pokročilé chirurgické zákroky, radioterapie, nebo chemoterapie.
D – Zvýšení kvality života	Raná detekce a léčba rakoviny mohou vést k lepší celkové kvalitě života pro pacienty, jelikož se minimalizuje riziko vážných komplikací, bolesti a jiných nepříjemných příznaků spojených s pokročilým onemocněním. Pacienti, u kterých je rakovina diagnostikována a léčena v raném stádiu, mají často lepší fyzické a psychické prognózy.
E – Prevence určitých typů rakoviny	V některých případech může screening také identifikovat prekancerózní stavy nebo velmi raná stadia rakoviny, což umožňuje intervence, které mohou zabránit rozvoji onemocnění. Například pravidelné cytologické testy (PAP testy) mohou identifikovat prekancerózní změny na děložním čípku, což umožňuje léčbu ještě před vznikem invazivní rakoviny.
Screeningové programy musí být pečlivě plánovány a implementovány s ohledem na doporučení založená na důkazech, aby byly efektivní a etické. Kritická je také informovanost a účast cílové populace, jakož i dostupnost následné diagnostické péče a léčby pro ty, u kterých screening odhalí možné onemocnění.	

Celkový souhrn zaměření realizovaných opatření

- Posílení systému veřejného zdraví s regionální dostupností a celostátním řízením (v celostátním designu)
- Nastavení systému pro prosazování opatření napříč vládními organizacemi v oblasti prevence a širších faktorů ovlivňujících zdraví
- Investice do kritických schopností a vytváření udržitelné pracovní síly pro jejich poskytování či pro zdravotní bezpečnost a zlepšování zdraví
- Iniciace a informační podpora orgánů pro řízení screeningových programů (Rada NSC, komise pro existující programy screeningu, komise k perspektivním programům časného záchytu)
- Podpora populačních programů screeningu zhoubných nádorů vč. zveřejnění evaluačních zpráv zavedených screeningových programů

- Aplikace výsledků realizovaných pilotních projektů časného záchytu onemocnění (2 implementovány, 2 ve vysoké fázi rozpracovanosti, 2 zavedeny jinou cestou, 2 úpravy doporučených postupů)
- Příprava nových perspektivních pilotních projektů časného záchytu onemocnění ve fázi implementačního výzkumu
- Příprava a realizace projektů pro podporu datového zázemí a komunikace screeningu a prevence onemocnění
- Posílení organizace novorozeneckého laboratorního screeningu a úspěšně dokončení pilotního programu screeningu SMA (spinální svalové atrofie) a SCID (vrozené těžké poruchy imunity), který je zaveden do běžné praxe od ledna 2024
- Rozvoj mezinárodní spolupráce v rámci akčního programu EU4Health (PRAISE-U: pilotování programu screeningu karcinomu prostaty, SOLACE: pilotování programu screeningu karcinomu plic, PERCH: podpora očkování proti HPV a nová společná akce na podporu populačních screeningových programů)

Cíle koncepce do roku 2025

1. Plně funkční Národní screeningové centrum jako mezinárodně uznávané a vládou ČR schválené těleso institucionalizující a garantující udržitelnost běžících programů prevence a odpovědnou implementaci programů nových včetně vybudovaného informačního zázemí
2. Připravené technické řešení sběru dat základních prediktorů zdravotního stavu obyvatel u praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost, které se stanou trvalou součástí monitoringu stavu dospělé a dětské populace a budou sloužit jako podklad při navrhování vyhodnocování efektivity zdravotních politik, zejména preventivních programů
3. Zavedený systém bonusů zdravotních pojišťoven umožňující individuální účty pacientů s vyhodnocováním účasti na preventivních programech
4. Pravidelný a rutinně realizovaný systém kontroly kvality a nákladové efektivity preventivních programů, včetně plošných screeningů
5. Zákon o Státní hygienické službě a její reforma
6. Vyvinutý a implementovaný zcela nový systém centrální evidence očkování, včetně agend posilující vztah populace k očkování
7. Implementovaný nový systém plně automatizovaného surveillance infekčních nemocí pod garancí nově ustaveného Národního institutu pro zvládání pandemií (NIZP)

Specifické cíle v oblasti screeningových programů do roku 2025

1. Vytvořený proces pro zavádění nových screeningových programů včetně metodického ukotvení hodnocení zdravotnických technologií (HTA) pro screeningové programy
2. Spuštěný program screeningu aneurysmatu abdominální aorty
3. Implementovaný a funkční nový plošný program včasného záchytu nádorů prostaty
4. Implementované plošné screeningové vyšetření poruch štítné žlázy v těhotenství
5. Plně funkční program časného záchytu karcinomu plic a vhodné provázání s časným záchytem chronických plicních nemocí vč. posílení intervence k zanechání kouření

6. Spuštěný pilotní program primární péče prevence obezity u dětí a dalších minimálně 5 inovativních programů prevence vážných onemocnění
7. Dokončený odborný návrh pro zavedení screeningu familiární hypercholesterolemie
8. Vyvinutý a implementovaný zcela nový informační systém pro řízení a hodnocení preventivních programů, včetně centrálního systému objednávání občanů k prevenci
9. Vytvořená koncepce a technické zázemí pro organizaci novorozeneckého laboratorního screeningu
10. Rozvoj mezinárodní spolupráce v rámci akčního programu EU4Health

ZDROJE:

1. Evropská strategie Global health
https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_7153
2. Health report OECD - https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/czechia-country-health-profile-2023_24a9401e-en#page1
3. NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2022/2371 ze dne 23. listopadu 2022o vážných přeshraničních zdravotních hrozbách a o zrušení rozhodnutí č. 1082/2013/EU <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022R2371>
4. Roky dožití ve zdraví při narození EUROSTAT 2020
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthy_Life_Years_at_Birth-7.png

Kapitola II. Dostupnost, kvalita a standardizace péče

Zásadní krok k posílení kvality péče: ustavení Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ)

<https://nzip.cz/koncepce2025#kvalita>



Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce

Při péči o pacienty je nutné myslet na dostupnost a kvalitu péče, a to zejména v kontextu kvality života pacientů. České zdravotnictví potřebuje velmi naléhavě implementovat komplexní systém řízení a hodnocení kvality, včetně nastavených mechanismů standardizace obsahu zdravotní péče. To samozřejmě neznamená, že by se kvalita vůbec nesledovala nebo že by péče byla nekvalitní. Avšak v řadě dílčích aspektů je systém neoptimalizovaný a dílem i selhává. Jako příklad můžeme uvést dostupnost péče, která je nepochybně jedním z povinných parametrů funkčních systémů hodnocení kvality péče. V ČR vidíme velmi významné rozdíly v reálné regionální dostupnosti některých segmentů péče. Síť nemocnicích zařízení s urgentním příjmem poskytujících akutní péči a počet pracovišť s nasmlouvanými JIP je dle dostupných dat vůbec nejhustší v EU. Vytvoření stejné sítě dostupných ambulantních specialistů se ale řešilo jen minimálně a pouze v některých oborech. Výsledkem je asymetrická distribuce kapacit mezi regiony, přičemž reálná kapacita některých velmi důležitých odborností v čase spíše klesá (psychiatrie, diabetologie). V případě primární péče, především co se týče stomatology, praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost, se tvorba dostupné sítě v minulosti neřešila vůbec.

Kvalita péče se přitom odvíjí od dostupnosti správné péče ve správný čas a na správném místě. Součástí jejího řízení tak musí být i nastavování a sledování optimálních trajektorií pacienta systémem vzájemně na sebe navazujících služeb, implementace, dodržování a hodnocení doporučených postupů. Na konci celé hierarchie jsou pak samozřejmě indikátory výkonnosti a kvality jako měřitelné a hodnotitelné statistiky. Důraz na takto komplexní hodnocení kvality dostupné a obsahově standardizované péče ale nebyl kladen vlastně nikdy. Kvalitu poskytované péče komplexně nehodnotí ani stát, ani pojišťovny a ani odborné společnosti či ČLK. Různé žebříčky hodnocení nemocnic nemají s kvalitou poskytované péče nic společného a jsou většinou zavádějící a matoucí.

Jako příklad lze uvést radiologii. Před více než patnácti lety vznikly Národní radiologické standardy a formou klinických auditů začala probíhat kontrola poskytovatelů. Ministerstvo ale

tento projekt nikdy nedokončilo a nedovedlo k implementaci. Dalšími dílčími kroky se postupně realizuje vydávání doporučených postupů. Agentura pro zdravotnický výzkum začala před řadou let realizovat spolu s ÚZIS projekt „Klinické doporučené postupy“. Tyto doporučené postupy jsou známé v mnoha zemích (např. Francie, Anglie, Německo) jako postupy definující nepodkročitelné standardy poskytované péče. Zatímco vyspělé zdravotnické systémy disponují až několika tisíci vydaných a sledovaných standardů, v ČR tato agenda řízeně vzniká až nyní. Dalšími příklady mohou být standardy pro akutní lůžkovou péči dle systému DRG, existují i standardy pro screeningová vyšetření, kde dokonce probíhá pravidelná kontrola kvality prováděného screeningu na jednotlivých pracovištích. Vzorovým příkladem jsou pravidelné audity mamografických screeningových pracovišť.

Problém je ale v komplexnosti systému hodnocení a v jeho důsledné implementaci, resp. vymahatelnosti. MZ nikdy nezavedlo komplexní systém hodnocení kvality, který by tyto jednotlivé dílčí kroky propojil. Stejně tak nikdy MZ nepřistoupilo k hodnocení pracovišť a nikdy nemělo ambici zveřejnit adresné informace o kvalitě péče. Například u center vysoce specializované péče, která musí být standardizovaná a nabízená v garantované kvalitě, je toto velmi zarážející. Tím pádem se občan – pacient neorientuje podle kvality poskytované péče, ale zajímá ho především dostupnost péče bez ohledu na poskytovanou kvalitu a obsah péče. Přitom monitorování základní úrovně péče ukazuje na významné rozdíly v kvalitě a mnohdy i obsahu péče mezi jednotlivými regiony nebo centry.

Proto je vitálně důležité připravit a implementovat konsolidovanější a ambicióznější systém k monitorování kvality a zlepšování zdravotní péče na systémové úrovni, aby byla zaručena její udržitelnost v budoucnosti. K tomu nezbytně potřebujeme centrální řídicí strukturu, dostatečně personálně zabezpečenou a kompetentní k zajištění celého systému v potřebné komplexnosti a funkčnosti.

Národní institut kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ)

<https://nikez.mzcr.cz/>

Národní institut kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ) byl ustaven rozhodnutím ministra zdravotnictví ze dne 19. 1. 2023 za účelem zabezpečení činností souvisejících s řízením a hodnocením kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. NIKEZ pracuje v rámci řídicích struktur Ministerstva zdravotnictví ČR jako vývojové a metodické centrum, jehož primární činností je optimalizace, rozvoj a zajištění udržitelnosti národního systému posilování a hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. NIKEZ je řízen Výkonnou radou, která sdružuje expertní vedení vybraných odborů a přímo řízených organizací ministerstva. Ústředním orgánem NIKEZ je Řídicí rada sdružující vedoucí zástupce všech resortních subjektů a institucí relevantních pro řízení a optimalizaci systému poskytování zdravotních a zdravotně sociálních služeb.

Všechny agendy řešené v rámci činnosti NIKEZ směřují k budování národního systému zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb a jejich hodnocení. Relativně široké zaměření činnosti NIKEZ vychází z vědecky prokázaného faktu, že efektivní je pouze komplexní systém hodnocení více ukazatelů, který zlepšuje dostupnost zdravotních služeb v místě a čase

a zároveň vede k účinné prevenci nežádoucích událostí a dalších projevů nekvality. Dosažení potřebné úrovně kvality musí být nadto přímo či nepřímo provázáno s úhradovými mechanismy, neboť jen tak lze pro kontinuálně zlepšující se systém zaručit dlouhodobou udržitelnost. Efektivní naopak není dílčí hodnocení jednotlivých indikátorů bez následných kontrolních mechanismů zaměřených na dostupnost, organizaci a úhradu péče; takové hodnocení do značné míry pouze administrativně zatěžuje klinickou praxi. Analýzy ekonomického zajištění zdravotních služeb a kapacit poskytovatelů proto musí být nedílnou součástí každého funkčního systému hodnocení, který navíc musí realisticky reflektovat aktuální zdravotní, technologickou a socioekonomickou situaci dané země.

Věcnou náplň činnosti NIKEZ a s tím související provozní agendy tak zajišťují příslušné odbory ministerstva a ministerstvem přímo řízené organizace. Výstupy jsou předkládány Řídící radě NIKEZ a její náměty a připomínky ministerstvo přijímá jako velmi zásadní vstupy do strategických koncepčních programů a do připomínkových a recenzních řízení. Závěry činnosti NIKEZ jsou dále projednávány, případně schvalovány Vědeckou radou MZ ČR. Tímto způsobem ministerstvo posiluje nejen metodickou a publikační podporu v této oblasti, ale také informovanost napříč klíčovými institucemi resortu, odbornými společnostmi a profesními komorami.

Ustavení NIKEZ a implementace komplexního systému řízení kvality zdravotních služeb naplňují hlavní cíle programu Zdraví 2030, Národního plánu obnovy a Programového prohlášení vlády ČR. Jde zejména o následující oblasti:

- Zvyšování kvality péče včetně sledování indikátorů kvality
- Zvýšení podílu do praxe zavedených doporučených postupů, kompetencí a vzdělávacích plánů přizpůsobených aktuálním podmínkám a rozvoji oboru
- Vytvoření a rozvoj datové základny pro všechny relevantní dimenze hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb
- Integrace ekonomických dat vztahujících se ke všem relevantním dimenzím příjmů a výdajů veřejného zdravotního pojištění
- Příprava a aplikace modelů predikce ekonomických dopadů nových technologií a zavádění inovací ve zdravotnictví
- Vytvoření informačního systému postaveného na meziresortní integraci dat pro účely optimalizace dostupnosti a kvality zdravotně sociálních služeb
- Posílení meziresortní spolupráce při optimalizaci segmentu zdravotně sociálních služeb
- Vytvoření modelů udržitelného financování systémů integrované péče, komunitní psychiatrické péče a domácí péče

Metodická činnost NIKEZ je v oblastech týkajících se praktické implementace důsledně technologicky neutrální a nijak neomezuje zapojení relevantních institucí a subjektů do procesů posilujících kvalitu a bezpečí zdravotních služeb pro pacienty. V koncepci činnosti jsou samozřejmě jasně definovány role centrálních institucí resortu, centrální referenční datové zdroje a platné zákonné normy, které musí být respektovány. Naplňování vlastního systému hodnocení však zůstává široce otevřené pro všechny typy poskytovatelů, odborné společnosti,

profesní komory či externí dodavatele hodnotících služeb. To platí zejména pro tvorbu a aktualizaci doporučených postupů, operativních doporučení a vývoj či hodnocení indikátorů kvality zdravotních služeb, které lze zajistit pouze se zapojením odborných společností, komor, poskytovatelů a dalších relevantních subjektů. Výstupy činnosti NIKEZ určují povinná pravidla hodnocení a nositele centrálních metodických a organizačních pravomocí, v implementaci však systém spoléhá na zapojení všech subjektů angažovaných v poskytování zdravotních a zdravotně sociálních služeb. Významným prvkem je rovněž zapojení patientských organizací.

Nově implementovaný komplexní systém posilování a hodnocení kvality péče a bezpečí pacientů

Návrh koncepce vychází z vědecky prokazaného faktu, že efektivní je pouze komplexní systém hodnocení více ukazatelů, který posiluje dostupnost zdravotních služeb v místě a čase, a zároveň vede k účinné prevenci nežádoucích událostí a dalších projevů nekvality. Dosažení potřebné úrovně kvality musí být nadto přímo či nepřímo provázáno s úhradovými mechanismy, neboť jen tak lze pro kontinuálně zlepšující se systém zaručit dlouhodobou udržitelnost. Efektivní naopak není dílčí hodnocení jednotlivých indikátorů bez následných kontrolních mechanismů zaměřených na dostupnost, organizaci a úhradu péče; takové hodnocení do značné míry pouze administrativně zatěžuje klinickou praxi. Ekonomické zajištění zdravotních služeb a optimalizace kapacit poskytovatelů proto musí být nedílnou součástí každého funkčního systému hodnocení, který musí realisticky reflektovat aktuální zdravotní, technologickou a socioekonomickou situaci v populaci.

Klíčové komponenty, o které se nově navržený národní systém posilování a hodnocení kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů opírá:

- **Rozvoj legislativně ukotvené datové a informační základny**
 - Systém hodnocení se opírá o dobudovaný **Národní zdravotnický informační systém (NZIS)**, jehož komponenty mají pro hodnocení kvality zdravotních služeb legislativně ukotvený mandát. NZIS umožňuje jednak komplexní analýzy činnosti a výsledků péče poskytovatelů, jednak analýzy zaměřené na pacienty, tedy zejména hodnocení trajektorií pacientů v systému a reprezentativní hodnocení dostupnosti péče. Komponenty (dílní registry) NZIS umožňují exaktní analýzy obsahu zdravotních služeb na úrovni záznamů jednotlivých případů, hodnocení krátkodobých i dlouhodobých výsledků péče a případných komplikací s péčí spojených. U závažných onemocnění a terminálních stavů chorob jsou dostupná plně reprezentativní data o mortalitě pacientů, případně data o úrovni přežití dosahovaného za určitý časový interval.
- **Standardizace obsahu péče a podpora integrovaných modelů péče, zejména tvorba a implementace doporučených postupů a operativních doporučení**
 - Základním nástrojem pro zlepšování kvality zdravotních služeb je implementace doporučených postupů, která je založena na garanci relevantních odborných společností. **Doporučené postupy (DP)** a **Operativní doporučení (OD)** založené na vědeckých důkazech garantují a posilují bezpečnost, kvalitu

a rovný přístup ke zdravotním službám v ČR. DP a OD přímo podmiňují kontrolu kvality prostřednictvím nastavených a sledovaných indikátorů kvality v rámci oblastí medicíny, pro které jsou DP a OD vytvářeny a implementovány.

- Implementace DP a OD je také podmínkou optimalizace mezioborové návaznosti péče a implementace integrovaných modelů péče. Konkrétními příklady jsou: zajištění rychlé a účinné diagnostiky vážných onemocnění po preventivních vyšetřeních nebo po záchytech ve screeningových programech; komplexní organizace komunitní psychiatrické péče; zajištění péče v závěru života u chronických pacientů s očekávatelným úmrtím.
- **Management interního hodnocení kvality péče: systém hlášení, hodnocení a prevence nežádoucích událostí, hodnocení spokojenosti pacientů**
 - Funkčnost „lokálních“ systémů managementu kvality je jedním z pilířů navržené koncepce, neboť zahrnuje zcela zásadní komponenty hodnocení a řízení poskytovaných zdravotních služeb:
 - **Lokální sběr dat pokrývající zásadní segmenty péče u poskytovatelů a jejich hodnocení.**
 - **Ustavené pozice (příp. týmy) metodiků, manažerů kvality** na lokální či regionální úrovni a jejich činnost.
 - **Tvorbu metodických materiálů směřujících k odstranění slabých míst v systému a k posílení kvality,** jejich zpětné hodnocení na základě dat.
 - Sledování nežádoucích událostí (NU) v klinické praxi, jejich incidence a vypořádání vycházejí z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí ze dne 9. června 2009 (2009/C 151/01). Navržená koncepce se v této oblasti opírá o **funkční český systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU)**, který dlouhodobě pokrývá všechny výše uvedené oblasti.
 - SHNU je jedinečným dlouhodobě ověřeným a funkčním systémem (kontinuální rozvoj od roku 2014). S ohledem na jeho koncepci sdíleného učení a šíření dobré praxe v podmínkách lůžkové péče (akutní, následné i dlouhodobé) je zcela unikátní i ve srovnání v rámci centrální Evropy. Zahrnuje jak kontinuální metodickou podporu s využitím jednotné terminologie (International Classification for Patient Safety) a nomenklatury nežádoucích událostí, tak zároveň vytváří dlouhodobě prostor pro prevalenční sběr dat a jistou formu benchmarkingu ve srovnatelných skupinách PZS. Zároveň poskytuje veřejně dostupná anonymizovaná data pro laickou populaci (příjemce péče, decizní sféru apod.). Právě metodická podpora a koncepční činnost ve spolupráci s oprávněnými zástupci PZS, snaha o kontinuální kultivační procesy a nerepresivní charakter spolupráce významně pozitivně ovlivňují primárně limitující faktor self-reportingu.
- **Systémy interního a externího datového hodnocení zdravotních služeb**
 - Číselné hodnocení ukazatelů výkonnosti, dosahovaných výsledků a kvality směřuje dle navržené koncepce k referenčním hodnotám umožňujícím srovnávání pozice poskytovatelů v dané dimenzi hodnocení.

- Základem datových auditů je interní sebehodnocení, tedy srovnávání své pozice proti referenčním hodnotám ČR či mezinárodním.
- Nosným prvkem nové formy externího datového hodnocení a komunikace budou resortní referenční statistiky (RRS), u kterých se vzhledem k již potvrzenému legislativnímu zázemí předpokládá plné zveřejňování až na úroveň jednotlivých poskytovatelů. Resortní referenční statistiky jsou zcela novým institutem, který je upraven v § 73a zákona o zdravotních službách.
- **Institucionalizace hodnocení s primárním zaměřením na centra vysoce specializované péče**
 - Základní organizační jednotkou navrženého systému je Národní institut kvality a excelence ve zdravotnictví (NIKEZ) jako společné pracoviště MZ ČR a ÚZIS ČR. NIKEZ bude vybaven Výkonnou radou a (národní) Řídicí radou, které budou ve spolupráci se všemi relevantními subjekty stanovovat priority hodnocení, nastavovat pravidla řízení a hodnocení a potvrzovat metodická doporučení. Závěry činnosti NIKEZ bude ročně projednávat a schvalovat Vědecká rada MZ ČR.
- **Posilování legislativního zázemí**
 - Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v současné době upravuje *hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb externí osobou na základě oprávnění vydaného MZ (§ 98 až § 106) a dále interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (§ 47 odst. 3 písm. b)*. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality (ISHK) dle cit. zákona stanovuje MZ ČR s povinností uveřejnit je ve Věstníku ministerstva zdravotnictví a na svých internetových stránkách. IHK je ve Věstníku MZ nyní postaveno výlučně na principu sebehodnocení s tím, že výstupy jsou určeny výhradně pro interní potřebu poskytovatele.
 - V první fázi tak návrh předpokládá úpravu a doplnění požadavků ze strany MZ ČR a jejich publikaci ve Věstníku MZ o dosud chybějící kontrolní mechanismus pro revizi naplňování IHK poskytovatelem, a to s nastavením pravidel pro možnost (dobrovolný proces) získání certifikace od MZ ČR.
 - Navazující fází by měla být změna zákona o zdravotních službách, upravující tzv. externí hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, s posílením garance státu/MZ ČR za kvalitu poskytované péče konkrétními poskytovateli.
- **Komunikace, vzdělávání a informační servis**
 - Navržená koncepce pracuje se třemi základními komponentami (nosiči) pro publikaci a komunikaci výstupů hodnocení a analýz:
 - Samostatná řada Věstníků MZ ČR věnovaná doporučeným postupům, metodikám, hodnocení kvality a akreditacím / certifikacím
 - Národní zdravotnický informační portál (NZIP) jako zavedená platforma pro komunikaci hodnocení a statistik s odbornou a zejména laickou veřejností

- Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS) jako systém umožňující vnitřní benchmarking poskytovatelů a komunikaci datových map s veřejností (dostupnost péče, regionální sítě apod.)

Respekt k právům pacientů namísto přebujelé administrativy

V kontextu zdravotnické praxe byla iniciativa na prosazování kvality a bezpečnosti péče, stejně jako princip informovaného souhlasu, často redukována na administrativní povinnost vyplňování rozsáhlých formulářů. Tato situace nepřináší přidanou hodnotu pacientům, frustruje lékaře a generuje nadměrnou byrokracii. Dalším cílem navržené koncepce je zjednodušení a standardizace procesu informovaného souhlasu, který povede k větší efektivitě a snížení administrativního zatížení, čímž se zlepší celková zkušenost jak pro pacienty, tak pro zdravotnické pracovníky.

V rámci posílení práv pacientů dojde k dalšímu rozvoji funkce nemocničního ombudsmana. Tato role je klíčová pro zajištění efektivního a spravedlivého řešení stížností v rámci zdravotnických zařízení. Ombudsman bude sloužit jako primární kontaktní bod pro zachycení patientských stížností, čímž uleví zdravotnickému personálu a pacientům od administrativního a emocionálního břemene spojeného s vyřizováním sporů. Současně bude mít za úkol identifikovat a navrhnout zlepšení procesů v zdravotnických zařízeních, aby se zvýšila celková kvalita poskytované péče.

Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025

Obsah nové koncepce resortu v oblasti kvality a standardizace péče zahrnuje zejména následující programové cíle:

1. Agenda EBM: Doporučené postupy / operativní doporučení
2. Management kvality, interní hodnocení sledování a prevence nežádoucích událostí
3. Metodika akreditace a hodnocení CVSP (center vysoce specializované péče)
4. Indikátory kvality, externí hodnocení, resortní referenční statistiky, HSPA
5. Datové hodnocení dostupnosti a kvality zdravotních a zdravotně sociálních služeb
6. Hodnocení výkonnosti a kvality programů prevence
7. Systém hodnocení a predikce potřebných personálních kapacit
8. Systém hodnocení nákladové a obsahové heterogenity akutní lůžkové péče, CZ-DRG

Cíle koncepce do roku 2025

1. Ustavení NIKEZ a zajištění jeho plné funkčnosti ve výše uvedených dimenzích
2. Naplnění programových cílů NIKEZ (viz příloha)
3. Vydání nové metodiky akreditace a hodnocení center vysoce specializované péče a implementace nového systému interního a externího hodnocení kvality
4. Zavedený systém vydávání řádně obsahově a metodicky garantovaných doporučených postupů a operativních doporučení, včetně systému jejich standardizované centrální evidence

5. Zavedený systém přípravy, hodnocení a aktualizace indikátorů výkonnosti a kvality, včetně publikace v podobě Resortních referenčních statistik
6. Nastavení auditů screeningových pracovišť, center, využití přístrojů schválených akreditační komisí, externích klinických auditů podle NRS, akreditovaných pracovišť
7. Pravidelná prezentace výsledků těchto auditů na konferenci NIKEZ a na stránkách MZ

Kapitola III. Modely organizace péče

Optimalizace struktury sítě lůžkových zařízení, zvládnutelná míra centralizace. Podpora dlouhodobé a ošetrovatelské péče.

<https://nzip.cz/koncepce2025#organizace>



Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce

Moderní zdravotnictví musí implementovat progresivní modely organizace péče založené na efektivní posloupnosti diagnostických a léčebných kroků (tzv. disease management programy) a na logické integraci různých segmentů péče. Obecně platí, že pacient by měl v lůžkových zařízeních trávit minimum času. Čas strávený v nemocnici a na lůžku kvalitu života nezvyšuje, naopak může představovat vyšší riziko nákazy či jiných zdravotních komplikací. S postupujícím demografickým stárnutím populace nabývají efektivní a komplexní modely organizace péče na významu. Dominantně je nutné podporovat ambulantní léčbu a domácí péči či péči v sociálním prostředí pacienta v různých formách. Pokud je nezbytná hospitalizace, pak by vše mělo probíhat co nejrychleji a primárně s ohledem na kvalitu. Pokud je například možné určité výkony provést v režimu jednodenní péče, znamená to pro pacienta jednoznačně vyšší komfort a bezpečí, než když je pacient dlouho hospitalizovaný. Proto ty výkony, které lze provádět v systému jednodenní péče musí být i v ČR, podobně jako je tomu v moderních zdravotnických systémech, prováděny v tomto režimu. V západní Evropě je celá řada výkonů, které jsou prováděny v režimu jednodenní medicíny, což výrazně zlevňuje fungování systému a zlepšuje komfort pacientů.

Nemocný, pokud nemůže být léčen ambulantně nebo v rámci jednodenní medicíny, musí mít vždy přístup k optimálnímu typu lůžka, jak to jeho stav vyžaduje. Akutní lůžka musí sloužit pro co nejkratší, efektivní a kvalitní péči o pacienty v akutním stavu. Z těchto lůžek, pokud to stav pacienta umožňuje, odchází nemocný domů, kde může čerpat systémem podpořenou domácí péči nebo být hospitalizovaný na lůžku následné péče. V posledních dnech života je naopak nutné podporovat pacienta a jeho rodinu paliativní péčí v různých režimech. Zvláště je pak nutno myslet na geriatrické pacienty, u kterých kvalita života představuje ještě významnější primární cílový parametr léčby. Vzhledem k stárnutí české populace nabývá toto téma na důležitosti, a proto je nutná i reforma a posílení geriatrické péče.

Objektivním faktem je, že potřeba a produkce akutní lůžkové péče (měřeno počtem hospitalizačních případů a objemem ošetrovacích dní) dlouhodobě a trvale klesá. České

zdravotnictví tak následuje trend, který evidujeme ve všech vyspělých zemích. S postupujícím rozvojem technologií a s narůstající produkcí jednodenní péče bude tento pokles nadále pokračovat. V posledních 10 letech klesala celková produkce akutní lůžkové péče měřená počtem ošetřovacích dnů cca o 1,5 % ročně. Na tento trend však v posledních deseti letech nijak nereagovala struktura sítě poskytovatelů ani lůžkový fond. Logicky tak nastává situace, kdy řadě nemocnic a jejich lůžkovým oddělením klesá obloženost a s ní také nákladová efektivita provozu. Nemocnice přitom v ČR většinou nejsou nijak strukturované. S výjimkou několika specializovaných pracovišť jsou si všechny nemocnice z pohledu úhrad za péči, personálu a struktury péče téměř rovny. To vše ještě podporuje velmi hustá síť urgentních příjmů. Akutní lůžková péče tak trvale odčerpává značné personální kapacity a síť nereaguje na rostoucí potřebu péče o stárnoucí populaci. Disponujeme vysokým počtem akutních lůžek, v řadě regionů přitom již nyní kriticky chybí lůžka následné péče.

Byť se hovoří o spádovosti a o nemocnicích vyššího typu, dle zákona nic takového neexistuje, s výjimkou některých typů centrové péče. Ta ale byla často hrazena v centrech stejně jako mimo centra bez ohledu na kvalitu a výsledky péče. Úhradové mechanismy pro akutní lůžkovou péči nebyly dlouhá léta nijak revidovány a zakonzervovaly značné nerovnosti v systému, které nemají oporu ani v produkci, ani v kvalitě péče. Byť by měly být nemocnice za stejnou péči ve stejné kvalitě stejně hrazeny, jsou v úhradách mezi nimi velké rozdíly. Ty jsou dány především tzv. základní sazbou, která se historicky vyvíjela často pod tlakem ad hoc zásahů a přinesla do systému velkou míru nespravedlnosti. Výkony pak nejsou hrazeny dle skutečných nákladů, a to ani centrové výkony (ve vyspělých zemích je takto hrazeno typicky 30–40 % výkonů).

Existuje celá řada výkonů, které se provádí v menším množství. Jsou to především výkony u onkologicky nemocných dětí, u pacientů se vzácným onemocněním, onkologických pacientů, transplantace a rozsáhlé chirurgické výkony, léčba cévních mozkových příhod a srdečního infarktu, včetně některých intervenčních výkonů na srdci cévách a dalších orgánech. Pokud se tyto výkony nekoncentrují na několik pracovišť (podobně jako se koncentrují transplantace do IKEM Praha a CKTCH Brno nebo léčba dětí s onkologickým onemocněním do FN Motol a FN Brno), jsou rozdíly v kvalitě péče o tyto pacienty veliké. Proto je nutné tyto výkony podle doporučení odborných společností centralizovat a v centrech je hradit nákladově. Přitom je nutné průběžně hodnotit kvalitu provádění těchto výkonů tak, aby byl systém otevřený a centra mohla jak vznikat, tak zanikat. Vedle ustavování tzv. „center koncentrace“ je nutné zavést i institut „center excellence“, kdy jsou vybraná pracoviště bonifikována za nadprůměrné výsledky, dodržování doporučených postupů a kvalitu.

V ČR vedle sebe funguje od roku 1989 systém urgentních příjmů (ÚP) a lékařské pohotovosti (LPS). Dle zákona se na poskytování lékařské pohotovosti má podílet každý poskytovatel zdravotní péče. Avšak ve společnosti přitom přetrvává naprosto mylná představa, že to má být pouze praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost. LPS zřizují kraje, a to v pracovní dny do 22, resp. 23 hod., o víkendech většinou od 7 do 19 hod. Kde poskytovatel, kterého kraj určí, tuto LPS poskytuje, je na něm. Může to být na vlastním pracovišti poskytovatele (tedy např. v ordinaci lékaře na malém městě, nebo naopak na místě, které je vytvořené v nemocnici, kde je vyčleněna místnost, kde lékař LPS poskytuje).

Urgentní příjem je součástí lůžkových zařízení, která poskytují akutní péči. Na urgentní příjem obecně přiváží nemocné sanitka nebo vrtulník a jsou to pacienti s akutním postižením, jako jsou úrazy, cévní mozkové příhody, infarkt, náhle vzniklá bolest břicha. Pacient, který dorazí na urgentní příjem, musí projít (pokud toto neproběhne již v sanitce) triáží, kdy speciálně vyškolená sestra pacienty třídí na ty, kteří potřebují opravdu ošetření na urgentním příjmu, a na ty, kteří mají být ošetřeni na pohotovosti. Třídění je vysoce odborná činnost a existuje řada publikací, kde je jasně a na základě exaktních dat definované, který pacient patří na urgentní příjem, a který nikoliv. Bohužel ale toto třídění v řadě případů neprobíhá dostatečně a urgentní příjmy jsou stále více a více zatěžované neakutními pacienty (byť pacient sám sebe jako akutního vnímat může). To opět zvyšuje nároky na zajištění a fungování systému a na zajištění provozu urgentních příjmů v režimu 24/7/365.

V současnosti se pohotovosti postupně přesouvají do nemocnic tam, kde je urgentní příjem. Jednak tak může lépe probíhat třídění pacientů a zejména lékař na pohotovosti může využít laboratoře a komplementární vyšetření nemocnice, které v jeho ambulanci často nemusí být dostupné (typicky RTG snímek nebo ultrazvukové vyšetření). Pokud je pohotovost zajišťovaná ambulantně např. na poliklinice, tak v případě zejména dětských pacientů je až 90 a více procent pacientů odesíláno z pohotovosti na urgentní příjem do nemocnice.

Vývoj a implementace systému CZ-DRG pro akutní lůžkovou péči v ČR

Zásadním nástrojem, o který se koncepce v oblasti řízení, optimalizace a financování kapacit akutní lůžkové péče opírá, je systém CZ-DRG. Systém byl vyvinut v letech 2015–2019 a od roku 2020 je v plném plošném nasazení a provozu. První verze CZ-DRG byla dokončena v roce 2018 a vydána jako oficiální klasifikační systém pro rok 2019 Českým statistickým úřadem formou sdělení o zavedení Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG v referenční síti poskytovatelů akutní lůžkové péče (sdělení ČSÚ č. 159/2018 Sb.).

Aktuálně je systém **CZ-DRG vydán ve verzi 6.0 platné pro rok 2024**, která je dostupná na webových stránkách <https://www.mzcr.cz/stazeni-distribucniho-balicku-cz-drg-v6/>.

CZ-DRG je systém pro klasifikaci a nákladové ocenění akutní lůžkové péče (ALP) v ČR, jehož vývoj zajišťuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) ČR, a to na základě § 41a zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů. Systém CZ-DRG představuje vzájemně provázaný soubor klasifikačních pravidel, metodických postupů a algoritmů, číselníků, informačních systémů a softwarových nástrojů, které jsou nezbytné pro jeho korektní fungování a které jsou kompletně vyvíjeny kolektivem ÚZIS ČR. Všechny metodické materiály a nástroje systému CZ-DRG jsou vyvíjeny a transparentně publikovány pod hlavičkou ÚZIS ČR jako organizační složky státu, přičemž držitelem licence ke všem komponentám CZ-DRG je Česká republika, konkrétně ministerstvo zdravotnictví. Kompletní systém CZ-DRG je zveřejňován formou distribučního balíčku na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR na základě bezplatného licenčního ujednání.

Hlavní vývojové komponenty systému CZ-DRG jsou následující:

1. **Vytvoření a kultivace sítě referenčních nemocnic (RN)** – proces vývoje a implementace systému CZ-DRG se neobejde bez intenzivního zapojení části poskytovatelů ALP schopných na základě smluvního vztahu pravidelně předávat ÚZIS ČR data o produkci a ekonomice ALP. Síť RN je klíčová i z prospektivního hlediska, neboť je nezbytná pro hodnocení dopadů a trendů v poskytované péči a optimalizaci celého systému. V rámci vývoje CZ-DRG vznikla síť více než 40 RN (aktuální stav viz Věstník MZ ČR 4/2023), které dlouhodobě pokrývají svou produkcí přibližně 40 % ALP v ČR. Za období 2016–2022 byla v síti RN nasbírána data více než 5 milionů hospitalizačních případů (HP).
2. **Vytvoření klasifikačního systému ALP odpovídajícího potřebám a specifikům ČR** – klasifikační systém CZ-DRG vychází z rutinně sbíraných informací o ALP a primárních zdravotnických klasifikací pro ČR. V řadě klíčových prvků, které souvisí především s flexibilitou vnitřní struktury systému, se však vývoj CZ-DRG inspiroval principy použitými v mezinárodních DRG systémech jako jsou zejména německý G-DRG (a od něj odvozený SK-DRG), australský AR-DRG, severský Nord-DRG nebo francouzský systém GHM. Na vývoji klasifikace CZ-DRG tým ÚZIS ČR velmi úzce spolupracoval s odbornými společnostmi České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.
3. **Definice a implementace metodiky nákladového oceňování** – v rámci vývoje CZ-DRG došlo k vytvoření a plošné implementaci standardizované metodiky nákladového oceňování, která umožňuje k jednotlivým HP přiřadit náklady na základě produkčních a ekonomických údajů předávaných sítí RN. Sbírané údaje podléhají rozsáhlým validacím umožňujícím ověřit formální i obsahovou správnost předaných dat s cílem odfiltrovat případy s chybovým obsahem, které nejsou validní s ohledem na výpočet kalkulačních jednic (ocenění) a klasifikaci jednotlivých HP. Výsledky validací jsou taktéž pravidelně (několikrát ročně) komunikovány s RN k zajištění nápravných opatření vyplývajících z výsledků kontrol.
4. **Definice a implementace pravidel kódování akutní lůžkové péče** – pro dlouhodobé zajištění kvality sbíraných dat o ALP byla pro CZ-DRG vytvořena pravidla pro plošné kódování zdravotního stavu a popis důvodů a okolností hospitalizace, která jsou závazná pro kódování ALP i nad rámec pravidel uvedených v Instrukční příručce MKN-10.

DRG systémy jsou ve světě vyvíjeny a využívány především pro účely úhradových mechanismů ALP. Systém CZ-DRG je implementován do úhradových mechanismů ALP v ČR částečně již od roku 2020, od roku 2021 pak plně. Hlavní přínosy systému CZ-DRG s ohledem na proces úhrad ALP lze shrnout následovně:

1. **Odraz reálně poskytované ALP:** vytvoření struktury klasifikačního systému s adekvátním klinickým detailem, který odpovídá léčebným modalitám 21. století, včetně zohlednění vysoce specializované péče.
2. **Odraz reálně nákladovosti ALP:** kalkulace nákladovosti HP dle mezinárodně uznaných metodických postupů implementovaných v síti RN – každoroční aktualizace dat o produkci a ekonomice ALP.

Každoroční aktualizace metodických materiálů systému CZ-DRG probíhá podle harmonogramu, který zahrnuje vydání jeho pilotní verze pro použití v rámci dohodovacího

řízení a následně po veřejném připomínkovém řízení vydání finální verze k 30. 9. daného kalendářního roku (dle § 41a zákona č. 48/1997 Sb.). **Systém CZ-DRG tak prochází neustálým vývojem, který se týká všech jeho komponent.** Vývoj a aktualizace CZ-DRG zahrnuje následující kroky:

- **Sběr a validace produkčních a ekonomických dat RN** – iterativní proces komunikace se zástupci jednotlivých RN nad předanými datovými soubory a jejich validace oproti platným metodikám a datovým zdrojům z registrů NZIS, centrálního úložiště výkazů a účetním výkazům,
- **Nákladové ocenění hospitalizačních případů** – kalkulace jednic pro jednotlivá nákladová střediska a postup vyčíslení a přiřazení relevantních nákladů dané RN ke konkrétním HP
- **Příprava nové verze klasifikačního systému** – kultivace a aktualizace struktury klasifikace a klasifikačních pravidel včetně zohlednění změn v primárních klasifikacích
- **Příprava aktualizovaných softwarových nástrojů** – přizpůsobení nástrojů Pre-Groupier a Groupier navrženým změnám v sestavení HP a změnám klasifikačního systému
- **Příprava aktualizovaných číselníků a podkladů pro nasmlouvání** – doplnění předmětných číselníků včetně nově definovaných CZ-DRG markerů
- **Výpočet nové sady nákladových indexů, tzv. relativních vah** a dalších podkladů pro účely přípravy úhradové vyhlášky na další kalendářní rok
- **Školící aktivity v rámci sítě RN** – individuální komunikace a návrhy řešení zjištěných nedostatků v předávaných datech
- **Školící aktivity v rámci sítě poskytovatelů ALP v ČR** – školení kódování zdravotních služeb pro zajištění standardizovaných a kvalitních dat o ALP napříč všemi poskytovateli v ČR
- **Vývoj a aktualizace webových nástrojů** – aktualizace webového definičního manuálu na novou verzi CZ-DRG včetně interaktivního klasifikátoru pro virtuální HP

Nutná podpora dlouhodobé péče a komunitní ošetrovatelské péče

Vedle optimalizace sítě urgentních příjmů a zajištění relevantní centralizace specializované akutní péče stojí české zdravotnictví před vážným úkolem posílit kapacitu dlouhodobé a následné lůžkové péče a zajistit její plynulou návaznost na péči akutní. Dlouhodobá lůžková péče zahrnuje služby specificky zaměřené na osoby, které se o sebe nemohou postarat například z důvodu chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Stárnutí populace bude pro zdravotnické systémy představovat velkou výzvu právě v oblasti rostoucí poptávky po dostupné a kvalitní zdravotní péči o nejstarší pacienty. Pomineme-li finanční stránku dlouhodobé lůžkové péče, bude hlavní limitací v geriatrici dostupnost zdravotnického personálu, který se bude o pacienty ve vysokém věku starat.

Kapacitní zajištění tohoto segmentu péče je v ČR již v současnosti nedostatečné, což je patrné i z počtu smluvně zajištěných lůžek. I dle velmi konzervativních modelů chybí v dané oblasti minimálně 2–3 tisíce lůžek, přičemž predikce do roku 2035 ukazují na další potřebu minimálně v objemu 4 700 lůžek. Demografické stárnutí populace bude význam tohoto segmentu

nepochybně zvyšovat a bude sílit tlak na restrukturalizaci lůžkového fondu zejména převodem akutních lůžek do režimu dlouhodobé ošetrovatelské péče. I odborná literatura většiny států EU hovoří o potřebě přechodu od globálního „modelu akutní péče“ k „modelu dlouhodobé péče“.

Zpráva WHO z roku 2016 („The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing“) zdůrazňuje potřebu přepracovat systémy péče o geriatrické pacienty, které zajistí pokrytí integrovaných služeb bez finanční zátěže, které se soustředí na potřeby a práva starších lidí a které poskytují péči založenou na společném cíli funkčních schopností. Identifikuje jednoduché strategie, které lze do těchto systémů začlenit, jako je použití komplexních hodnocení k identifikaci křehkých pacientů, prevence polyfarmacie a posílení vazeb mezi dlouhodobou péčí a zdravotnickými službami.

Zásadně by měly být rozvíjeny systémy pro poskytování dlouhodobé péče. V 21. století neexistuje země, která by si mohla dovolit nemít komplexní systém dlouhodobé péče. Cílem těchto systémů by mělo být udržet úroveň funkčních schopností u starších lidí, kteří mají podstatnou ztrátu způsobilosti nebo jsou touto ztrátou vystaveni vysokému riziku, a zajistit, aby tato péče a podpora byla v souladu s jejich základními právy, základními svobodami a lidskou důstojností. Tyto systémy mají mnoho potenciálních přínosů nad rámec toho, že umožňují starším lidem závislým na péči žít důstojný život. Mezi tyto přínosy patří omezení nevhodného využívání akutních zdravotnických služeb, pomoc rodinám vyhnout se katastrofálním výdajům na péči a uvolnění příbuzných a blízkých osob pacienta tak, aby se mohli věnovat aspiracím přesahujícím poskytování péče, jako je vzdělávání a formální účast na trhu práce.

Sdílením rizik a zátěže spojených se závislostí na péči tak mohou systémy dlouhodobé péče přispět k posílení sociální soudržnosti. Tyto systémy mohou účinně vytvářet a kontrolovat pouze vlády. To však neznamená, že dlouhodobá péče je výhradně v kompetenci vlády. Systém musí být založen na výslovném partnerství s rodinami, komunitami, institucemi, dalšími poskytovateli péče a soukromým sektorem. Vlády mohou toto partnerství spravovat, zajišťovat integraci napříč různými službami (včetně zdravotnictví), zajišťovat kvalitu služeb a přímo poskytovat služby těm, kteří je nejvíce potřebují (buď z důvodu jejich nízké vnitřní kapacity, nebo jejich socioekonomického postavení). Každý by měl mít možnost zestárnout v prostředí příznivém pro seniory. Proto je nutné v rámci reformy zajistit přístup k integrované péči zaměřené na starší osoby a sladit systém zdravotní péče s potřebami starších lidí.

Výše uvedené klade velmi závažné nároky na metodiky predikcí potřeb. Aby modely skutečně relevantně postihovaly budoucí vývoj potřeb populace a zároveň vedly k efektivnímu uspořádání spektra služeb, musí zahrnovat i projekce dlouhodobých trajektorií pacientů v systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb a také na důkazech založené komplexní „disease management“ programy. Je nezbytné definovat „cestu pacienta“ ve smyslu transparentní, předvídatelné a pokud možno automatické trajektorie pacienta systémem, aby nezůstával v prodlevách mezi specializacemi, centry a periferiemi. S tím úzce souvisí důraz na „průvodcovskou“ roli pojišťoven, elektronizaci agend sledujících trajektorie pacientů v systému a důsledná implementace klinických doporučených postupů. Odborná literatura

hovoří o „**patient centered care**“, která nabývá na významu zejména u dlouhodobě chronicky nemocných pacientů, seniorů či pacientů na konci života.

Z výše uvedeného popisu vyplývá, že skutečně robustní systém predikcí musí kombinovat a integrovat více klíčových dimenzí, které se nadto vzájemně významně ovlivňují. Např. existující a již vybudovaná infrastruktura poskytovatelů lůžkové péče determinuje potřebné personální kapacity nezbytné pro nasmlouvané spektrum a objem služeb. Velký počet poskytovatelů v daném segmentu péče tak může generovat až nesplnitelné personální požadavky, přičemž hustota sítě nemusí odpovídat skutečným potřebám dané populace a její nemocnosti.

Disbalance mezi různými segmenty péče pak v konečném důsledku vede k vzájemné redundanci nabízených služeb a také k nežádoucímu a neoptimálnímu nahrazování péče, která je v určité oblasti kapacitně podhodnocena. Příkladem může být suplování nedostatku dlouhodobé ošetrovatelské péče hospitalizacemi na akutním lůžku apod. Jakákoli asymetrie v oblasti blízké akutní péči pak nevyhnutelně vede k tlaku na zdravotnickou záchrannou službu a/nebo na urgentní příjmy, což dramaticky zvyšuje finanční náročnost systému.

Dlouhodobě udržitelná koncepce rozvoje zdravotnictví tedy musí zahrnovat i posílení neakutní lůžkové péče a komunitní ošetrovatelské péče, včetně paliativní péče a sociálně zdravotních služeb. Lůžkový fond a personální kapacity pro následnou a dlouhodobou ošetrovatelskou péči jsou již v současnosti nedostatečné. Se stárnutím populace se nadto bude v dalších cca 20 letech potřeba služeb v těchto segmentech významně zvyšovat. Spodní hranice predikcí kalkulují s potřebou navýšit lůžkový fond v této oblasti do roku 2030–2035 o cca 4 700 lůžek. Pokud by měla být zachována alespoň stávající dostupnost péče, bude v důsledku stárnutí populace do roku 2030 zapotřebí navýšit lůžkový fond ošetrovatelských pracovišť 9U7 minimálně o cca 3 200 lůžek. Další navýšení o 1 600 lůžek dlouhodobé a následné péče vyplývá již ze současných potřeb systému – jde o péči, kterou v současnosti zajišťují lůžka akutní.

Nevyvážené kapacity lůžkové péče v neprospěch následné a dlouhodobé péče jsou v mnoha regionech dále umocňovány nedostatečnou kapacitou komunitní ošetrovatelské péče, geriatrické péče a sociálně-zdravotních služeb. V důsledku toho velký podíl dlouhodobé péče nebo péče v závěru života chronicky nemocných pacientů (tzv. očekávatelná úmrtí) neoptimálně saturují akutní lůžka. Situace v ČR je v tomto ohledu excentrická i v mezinárodních srovnáních.

Strategií MZ je posílení dostupnosti následné a dlouhodobé péče, včetně nově se rozvíjející nemocniční konziliární paliativní péče. Tyto projekty jsou již iniciovány, avšak musí trvale pokračovat – stále přetrvávají velké rozdíly mezi regiony a infrastruktura se buduje.

Součástí koncepce je i systémová podpora a rozvoj paliativní péče ve všech jejích formách. Zdravotní služby relevantní pro péči v závěru života jsou podporovány zdravotními pojišťovnami a jejich úhrady i produkce rostou.

Stále však přetrvávají významné rozdíly mezi regiony a systém má velké personální limity. Z toho důvodu MZ připravuje i nový vládní program podpory vzdělávání vysoce kvalifikovaných pracovníků pro komunitní ošetrovatelskou péči.

Nutné posílení systému péče o duševní zdraví

V oblasti péče o duševní zdraví dochází k zásadním změnám v přístupu k lidem se zkušeností s duševním onemocněním, principů i metod práce s nimi i v přístupu k duševnímu zdraví jako takovému. Důraz je přitom kladen na preventivních opatření a včasnou intervenci, stejně jako na zajištění komplexní podpory osob s duševním onemocněním. V současné době již byla realizována opatření zaměřená jak na etablování nových druhů služeb působících v komunitě, transformaci psychiatrických nemocnic s cílem zvyšovat kvalitu péče a přenášet v maximální možné míře péči o lidi se zkušeností s duševním onemocněním do běžného prostředí a doplňovat potřebnou akutní i specializovanou lůžkovou péči, ale také směrem k destigmatizaci lidí se zkušeností s duševním onemocněním, zajištění prevence a propojování služeb ve zdravotnictví, sociální oblasti i školství.

Z dosavadních zkušeností se ukazuje jako problematické plnit nastavené cíle zejména s ohledem na nedostatek odborníků a zvyšující se počet osob v potřebou podpory či zdravotní péče. Nejvýznamnější v této oblasti je péče o děti a mládež. Dále doposud nebyla významněji řešena koncepce sítě akutní psychiatrické péče (lůžkové i ambulantní) a zajištění ochranného léčení, kdy je třeba řešit jak jednotný výkon (zejména u ochranného léčení), tak zajištění dostupné a včasné péče odpovídající potřebám pacientů.

Navázat je nutné i na aktivity podporující systém pro osoby s Alzheimerovou demencí a obdobnými onemocněními, kde není např. dostatečně nastaven systém péče o tyto osoby v resortu zdravotnictví i sociálních věcí, či aktivity směřující k prevenci sebevražd. U některých výše uvedených specifických oblastí je také zpravidla nedostatek relevantních dat – zejména pokud se týká dat u meziresortně zajišťovaných oblastí.

Vedle cílů a opatření stanovených ve Zdraví 2030 je potřeba zaměřit se v následujících letech zejména na:

- vytvoření a realizaci koncepčních opatření pro akutní péči, ochranného léčení a pedopsychiatrické péči
- rozložení kompetencí mezi různé profese – zavedení třístupňového modelu v psychoterapii do legislativy a praxe, vymezení vázané živnosti – část psychoterapeutické poradenství pro praxi mimo zdravotnictví
- zajistit dostatečný počet odborného personálu – projekt ministerstva zdravotnictví zaměřený na odborníky v péči o dětské duševní zdraví, vzdělávání IPVZ – zajištění vzdělávání psychologů, připravovaný projekt na vzdělávání v psychoterapii pro podporu zavedení třístupňového modelu v psychoterapii, pokračující nabídka vzdělávání i pro další lékaře (např. praktické lékaře)

Nezbytné posílení sociálně-zdravotního pomezí

V ČR byl dlouhodobě podceňován systematický rozvoj sociálně zdravotního pomezí a souvisejících segmentů péče. Rozvoj této oblasti nebyl realizovaný jako spolupráce obou klíčových resortů, tedy MZ a MPSV, ale spíše jako boj těchto resortů. To se promítalo i do limitací rozvoje následné a paliativní péče, včetně systému hrazení těchto segmentů sociálně-

zdravotní péče. Pro podrobnější analýzu situace chybí data především ze sociální oblasti a prakticky 30 let tu nebyla snaha vybudovat datovou základnu ministerstva práce a sociálních věcí v obdobné podobě jako v resortu ministerstva zdravotnictví, s Národním zdravotnickým informačním systémem spravovaným Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR.

Součástí nové koncepce ministerstva zdravotnictví je vybudování datového mostu pro sekundární sdílení dat resortů MPSV a MZ a zároveň ustavení a personální zajištění společného kompetenčního analytického centra. Nově budovaný meziresortní systém sdílení dat sleduje zejména následující strategické cíle:

- Ustavit efektivní a co nejvíce automatizovanou platformu pro meziresortní sdílení a sekundární využívání dat, zejména v segmentech sociálně zdravotních služeb
- Umožnit komplexní mapování trajektorií pacientů mezi segmenty sociálních a zdravotních služeb, včetně hodnocení nákladovosti obou segmentů
- Vybudovat modely hodnocení sociálních dopadů zejména chronických onemocnění, včetně finanční náročnosti
- Vyvinout prediktivní modely potřeb sociálně zdravotní péče s ohledem na regionální specifika

Zdravotně-sociální péčí se v nastavené koncepci spolupráce myslí péče na rozhraní mezi sociálním a zdravotním sektorem. Toto dělení je ovšem v řadě praktických situací nejasné splývá, zdravotní a sociální služby se vzájemně v čase i rámci zapojených poskytovatelů překrývají. V řadě případů nelze jednoznačně vymezit, co je péče zdravotní a kdy se již jedná o péči sociální. Proto musí zejména kapacitní modely pracovat s predikcemi potřeb pro oba segmenty péče, typicky v oblasti péče o umírající, dlouhodobě nemocné pacienty s vysokým stupněm závislosti (například pacienty trpící Alzheimerovou chorobou nebo nespecifickou demencí apod.).

Z důvodu nejasného vymezení potřeb a vzájemného překryvu, je pro účely metodických prediktivních modelů nezbytné k dané oblasti přistupovat z pohledu obou segmentů péče. Nově implementovaná strategie meziresortního sdílení dat tak v zdravotně sociální oblasti pracuje zejména s následujícími kohortami:

- Pacienti v pobytových sociálních službách, jejichž zdravotní stav vyžaduje intenzivní nebo akutní zdravotnickou péči či intervence
- Pacienti v ambulantně poskytovaných sociálních službách s potřebou dlouhodobé a intenzivní ošetrovatelské péče
- Pacienti v péči lůžkových zdravotnických zařízení, kterým je poskytována sociální podpora dle § 52 zákona o zdravotních službách
- Pacienti s vysokým stupněm závislosti v domácím nebo ambulantním ošetřování, kteří potřebují dlouhodobou nebo nepřetržitou ošetrovatelskou péči (oblast kandidátní pro systém odlehčovací péče či služeb)

Pro účely modelování potřeb a kapacit pobytových sociálních služeb zahrnují modely co nejširší spektrum poskytovatelů, zejména:

- domov pro seniory

- domov se zvláštním režimem
- domov pro osoby se zdravotním postižením
- odlehčovací služby
- týdenní stacionáře
- chráněné bydlení

V segmentu ambulantně poskytované sociální podpory, kde může velkou roli hrát dostupnost zejména ošetrovatelské zdravotní péče, je nutné analyzovat zejména kapacitu a vývoj potřeb u následujících kategorií poskytovatelů:

- Centra duševního zdraví
- Denní stacionáře
- Centra denní služeb

Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025

Obsah nové koncepce resortu v oblasti restrukturalizace lůžkového fondu a posilování centralizace péče tvoří:

Postupná reforma, resp. budování hierarchicky strukturované sítě nemocnic:

- Centrové nemocnice s centrovou péčí a akutní péčí, urgentním příjmem i LPS (tedy pohotovost). V každém kraji musí být alespoň jedna takováto nemocnice. Ve všech nemusí být všechna centra, nutný je ale provoz urgentního příjmu v režimu 24/7/365.
- Nemocnice poskytující akutní péči 24/7/365 bez centrové péče, musí zde být jak urgentní příjem, tak LPS (tedy pohotovost).
- Nemocnice, kde není urgentní příjem a je/není LPS (pohotovost). Provoz v režimu 24/7/365 zde nemusí být, pracoviště mohou být specializovaná nebo zaměřená na jednodenní medicínu.
- Nemocnice s následnou péčí (samostatné nebo součást jakékoliv nemocnice). U nich vždy funkční ambulance geriatrické.
- Zařízení paliativní péče.
- Vývoj a implementace modelů integrované péče včetně podpory nemocničních paliativních týmů a infrastruktury pro dlouhodobou péči navazující na lůžkovou akutní péči.

Hustota sítě poskytovatelů a rozsah poskytovaných služeb determinují potřebné personální kapacity. Koncepce MZ v této oblasti plánuje zejména:

- Zavedení směnného provozu v akutních lůžkových zařízeních s urgentními příjmy s cílem snižovat množství hodin přesčasů
- Audit struktury lůžkového fondu a analýzu efektivity jeho využívání
- Posílení centralizace specializované péče, akreditace center koncentrace a center excelence, zavedení systému pravidelného a daty podloženého měření výkonnosti a kvality center.
- Posílení jednodenní péče

- Zvýšení dostupnosti následné a dlouhodobé péče, postupná restrukturalizace lůžkového fondu s ohledem na regionální specifika.
- Důraz na optimalizaci a kapacitní zajištění sociálně zdravotních služeb
- Pilotování nových modelů úhrad komunitní ošetrovatelské péče, včetně case-mix modelů pro domácí ošetrovatelkou péči.
- Podpora komunitní ošetrovatelské péče infrastrukturními opatřeními a úhradovými mechanismy

Vysoce kvalifikovaného zdravotnického personálu není a v dalších 20 letech nebude nadbytek. Koncepce MZ plánuje zejména revizi a optimalizaci personální vyhlášky:

- U lékařských profesí vyhláška nyní nereflektuje specifika oborů, např. obory intenzivní vs. kožní oddělení nemocnic.
- Je nutné revidovat nastavení potřebných kapacit a kompetencí ošetrovatelských a dalších nelékařských profesí.

Další opatření koncepce MZ napraví dlouhá léta přehlíženou nedostatečnou centralizaci péče. Koncepce se zaměřuje zejména na úhradovou podporu centralizace péče:

- Pro většinu CZ-DRG skupin hrazených případovým paušálem (bez psychiatrie) jsou definována centra vysoce specializované péče, ve kterých by péče měla být prováděna, přičemž centralizace ale nově není podmínkou úhrady případovým paušálem.
- U některých skupin je definováno i více možností center. Úhradová motivace tak supljuje nedostatky smluvní politiky. Pro rok 2023 bylo toto opatření omezeno na péči, kde již nyní vysoké procento koncentrace. V letech 2024–2025 proběhne rozšiřování na další péči.

V oblasti posilování systému péče o duševní zdraví se koncepce soustředí především na opatření s následujícím cílem:

- Zvyšovat kvalitu služeb – zavést hodnocení péče v psychiatrii s ohledem na kvalitu a lidská práva, navázat na toto finanční bonifikaci služeb, pokračovat v transformaci psychiatrických nemocnic (z pohledu nabízených služeb, prostředí, proškolení personálu atp.)
- Zapojovat osoby, kterých se péče dotýká do systému, tedy nastavení sítě, hodnocení kvality, vzdělávání, podpory pacientů atp.
- Rozšiřovat koncept komunitních služeb do dalších regionů (zejména zvyšování počtu CDZ, ambulancí s rozšířenou péčí)
- Pokračovat v meziresortním provazování – podpora multidisciplinární spolupráce v rámci zajištění komplexní podpory a efektivní průchodnosti člověka jednotlivými systémy
- Pokračovat v destigmatizačních aktivitách
- Zajistit odpovídající financování s ohledem na zvyšující se potřeby a možnosti zajištění péče
- Zajistit datové podklady pro další rozhodování a nastavování služeb a jejich sítě

V roce 2023 byla připravena zcela nová metodika akreditace center vysoce specializované péče, včetně metodiky hodnocení kvality péče. Metodika nově zavádí centra koncentrace a centra excellence.

- Součástí nastaveného hodnocení je i systém datových auditů prováděných na základě indikátorů výkonnosti a kvality péče, které budou publikovány v podobě tzv. resortních referenčních statistik.

Vývoj nového informačního systému pro meziresortní sdílení a sekundární využívání dat resortu zdravotnictví a resortu práce a sociálních věcí

- Vybudování společného datového mostu a kompetenčního analytického centra mezi resorty MPSV a MZ
- Vývoj a implementace datové základy a informačního systému umožňujícího mapování dostupnosti sociálně zdravotních služeb a predikce jejich potřebné kapacity
- Vypracování a realizace koncepce otevírání a sdílení meziresortně propojených dat k sekundárnímu využití

Cíle koncepce do roku 2025

1. Realizovaný audit kapacit a potřeb lůžkového fondu, infrastruktury lůžkové péče a realizovaná základní opatření k optimalizaci stavu – zejména posílení jednodenní péče, následné a dlouhodobé péče
2. Vydaná a plně implementovaná nová metodika akreditace a reakreditace center vysoce specializované péče, včetně institutu center koncentrace a center excellence.
3. Vypracovaný a implementovaný systém zohlednění úspěšné centralizace péče v úhradové vyhlášce
4. Vypracované variantní transformační plány pro nemocnice, která přecházejí z nepřetržitého provozu mnoha oborů do jiného režimu, zejména s posílením jednodenní péče, následné a dlouhodobé péče a komunitní péče
5. Ustavený systém interního a externího hodnocení kvality centrové péče, včetně pravidelného vydávání indikátorů kvality formou resortních referenčních statistik
6. Akreditace a implementace nových CVSP, provedená revize a reakreditace klíčových segmentů centrové péče, zejména komplexní onkologická centra a další centra specializované onkologické péče, centra specializované kardiologické péče
7. Vybudovaný funkční analytický meziresortní tým propojující data MPSV a MZ, implementovaný a funkční zcela nový reporting dat nad meziresortním úložištěm
8. Vyvinutý a implementovaný nový informační systém umožňující hodnocení dostupnosti, výkonnosti a nákladů všech relevantních segmentů sociálně zdravotních služeb
9. Zavedený systém motivační úhrady nemocniční paliativní péče a komunitní vysoce specializované paliativní péče s implementací ve všech regionech ČR
10. Legislativní ukotvení a zavedení nové služby sociálně-zdravotní lůžkové péče

11. Dokončený a implementovaný systém selektivního přístupu komerčních pojišťoven k vyléčeným pacientům s vážnými onemocněními, zejména onkologickými („právo být zapomenut“)
12. Aktualizovaný přístup posudkového lékařství a posuzování invalidity u chronicky nemocných pacientů a nastavení vhodných podmínek při návratu na pracovní trh

Plánované vývojové kroky systému CZ-DRG s předpokládanou realizací ke konci roku 2025:

- **Rozšíření sítě referenčních nemocnic** – cílem je dosáhnout rozšíření aktuálně stabilní sítě RN, což povede k reprezentativnějšímu pokrytí oceňovaných zdravotních služeb u poskytovatelů ALP v ČR.
- **Začlenění jednodenní péče do systému CZ-DRG** – nezanedbatelné množství ALP je možné poskytovat v režimu jednodenní péče a současný systém nastavení zdravotního systému umožňuje v řadě oblastí účelové chování. Začlenění jednodenní péče do CZ-DRG je tak logickým krokem v rámci kultivace a optimalizace CZ-DRG.
- **Kultivace metodiky nákladového oceňování** – pilotní sběr dat o ošetrovatelské náročnosti na standardních lůžkových stanicích RN a následné využití společně s rozlišením kategorií pacienta pro přerozdělení nákladů dle ošetrovatelské náročnosti.
- **Portál referenčních nemocnic** – další vývoj sdíleného webového nástroje pro komunikaci a předávání a validaci dat RN s cílem rozšíření jeho struktury, funkcionalit a posílení kyberbezpečnosti.
- **Benchmarking ALP v rámci sítě RN** – rozšíření stávajících sledovaných ukazatelů k hodnocení efektivity a výkonnosti jednotlivých RN, např.:
 - a) vykazování zdravotnických prostředků u jednotlivých HP v CZ-DRG z pohledu pořizovacích nákladů a celkového objemu,
 - b) struktura pacientů na jednotlivých lůžkových pracovištích z pohledu náročnosti ošetrovatelské péče,
 - c) využívání přístrojové techniky.
- **Rozšíření validací dat a jejich distribuce v rámci validačního nástroje pro RN** – příkladem je propojení evidence vybrané zdravotnické techniky z účetnictví s vykazovanou produkcí.

Kapitola IV. Ekonomika a optimalizace úhrad

Optimalizace systému úhrad a důsledné využívání nového systému CZ-DRG v akutní lůžkové péči

<https://nzip.cz/koncepce2025#ekonomika>



Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce

Český systém financování lůžkové péče trpěl ještě v nedávné minulosti řadou zásadních problémů. Tím hlavním byly významné nerovnosti ve výši úhrad pro jednotlivé nemocnice. Ačkoliv byl v roce 2021 plošně implementován nový systém klasifikace hospitalizací a úhrad, tzv. systém CZ-DRG, historicky vzniklé rozdíly v úhradách přetrvávaly. Jednotlivé nemocnice dostávaly za stejnou péči různé úhrady, a dokonce péče o identické pacienty pojištěné u různých pojišťoven byla v rámci jedné nemocnice hrazena různými částkami. Tento systém kromě své inherentní nespravedlnosti poškozoval rovnost přístupu pacientů k péči, kdy čekací doby na zákroky mohly být kvůli různé úhradě ovlivněny pojišťovnou pacienta (nemocnice preferovaly pacienty s vyšší úhradou). Tento systém dále znemožňoval jakékoliv sledování efektivity a benchmarking nemocnic, kdy hospodářský výsledek nemocnice byl více ovlivněn historickou výší úhrad než kvalitou managementu a efektivitou poskytování péče. Neefektivita a nespravedlnost byla tolerována. Pro ilustraci, ještě v roce 2022 byl podíl akutní lůžkové péče hrazené tzv. jednotnou základní sazbou (tj. principem za stejnou péči stejná úhrada) pouhých 3,4 %. Nerovnosti v úhradách se pak v menším měřítku týkají i ambulantní péče.

Různé základní sazby nemocnic ale nejsou jedinou příčinou neefektivity českého systému úhrad. V zahraničních zdravotních systémech se v posledních 20 letech začala významně prosazovat jednodenní péče, která namísto několikadenní hospitalizace umožňuje propuštění pacienta po operaci do 24 hodin. Tento přístup je jednak významně levnější, ale zároveň je komfortnější a bezpečnější pro pacienty, kterým hrozí menší riziko nákazy v nemocnici, a dále vyžaduje menší množství práce zdravotnického personálu a méně přesčasů. Přes své výhody nebyla jednodenní péče v českém systému úhrad nikterak zakotvena, nebyla podporována, a tudíž se neprosazovala. Ještě v roce 2021 se některé výkony v ČR jednodenním způsobem prakticky neprováděly, jak ukazují srovnávací analýzy například v publikacích OECD.⁵

Zásadní neefektivita ale existují i v organizaci zdravotní péče. Již řadu let v ČR existují centra vysoce specializované péče (CVSP), která by měla zajišťovat a koncentrovat péči o pacienty

⁵ OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

s nejtěžšími diagnózami. V praxi je ale často i vysoce náročná péče prováděna mimo tato centra, často velmi neefektivně a hlavně za nižší kvality s horšími výsledky pro pacienty. CVSP tak ve vícero oblastech neplnila svoji roli a náročná lůžková péče nebyla v ČR řízena a koordinována. Podobně neřízená byla i návazná péče o pacienty, kteří již nevyžadují akutní nemocniční péči. Tito pacienti by měli být ošetřováni v zařízeních následné péče nebo by jim měla být poskytována domácí péče, zdravotně-sociální péče, případně paliativní péče. Bohužel ale všechny tyto návazné typy péče byly v ČR historicky podfinancovány a neměly dostatečnou kapacitu zajistit adekvátní péči o pacienty. Tento problém se navíc stále prohluboval z důvodu stárnutí populace a zvyšování poptávky po této péči.

Organizační problémy jsou ovšem hlubší než jen v případě CVSP a návazné péče. Síť nemocnic a počty akutních lůžek již neodpovídají moderní době a reálné poptávce po péči. Objem a struktura lůžkového fondu nereaguje adekvátně na měnící se potřeby populace, vyvíjející se nemocnost a na technologický progres v diagnostice a léčebné péči. Řada nemocnic nyní provozuje oddělení s obložeností pod 50 % a péče se přesunuje do ambulantního nebo jednodenního režimu. Špatná organizace a neefektivita poskytování péče pak také přispívá k enormnímu množství přesčasů. Problémy v organizaci péče lze ale spatřovat rovněž v primární a ambulantní péči, kdy pacient prostupuje systémem nekoordinovaně a řada onemocnění, kterým by šlo prevencí a ambulantní péčí předcházet, se tak léčí až v nemocničním prostředí.⁶

Primární a ambulantní péče je navíc stále dominantně poskytována v režimu sólo praxí s jedním lékařem a sestrou, namísto efektivnější sdružených praxí či center primární péče.

Řada těchto problémů je způsobena nefunkčními institucemi a mechanismy stojícími za financováním zdravotnictví. Z makroekonomického pohledu v minulosti problémy způsobovala příjmová stránka zdravotnictví, kdy platba za státní pojištěnce byla stanovována chaoticky ad-hoc a neumožňovala dlouhodobější plánování financování systému. Systém dohodovacího řízení, kde mají být úhrady domlouvány, se zároveň do určité míry vyčerpál a neumožňuje provádění systémových změn.

Všechny tyto problémy jsou dlouhodobě známé a historicky neřešené. **V současné době ale ministerstvo zdravotnictví přichází s novou koncepcí financování zdravotnictví a v posledních dvou letech již realizovalo řadu klíčových opatření pro nápravu chronických problémů s financováním zdravotní péče.**

Základem všeho je finanční stabilita a předvídatelnost celého systému, proto jedním z klíčových opatření je přijetí automatické valorizace platby za státní pojištěnce, která zajistí odpolitizování příjmů zdravotnictví, umožní víceleté plánování a zároveň přinese stabilní a předvídatelný tok financí pro zdravotnictví v krátkodobém až střednědobém horizontu. Díky předvídatelnosti příjmů lze pak dělat reformní změny na výdajové stránce, počínaje způsobem, jakým jsou výdaje dohodovány. Dohodovací řízení potřebuje podporu, více dat a analýz a jasnou deklaraci veřejných priorit. Širší datová základna dostupná již na počátku

⁶ OECD and European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Czech Republic: Country Health Profile 2023.

dohodovacích jednání a změny v přerozdělení příjmů pojišťoven pomohou účastníkům řízení v dosahování dohod.

Na výdajové straně se v posledních dvou letech již podařilo napravit řadu problémů a vývoj úhradového systému bude dále pokračovat. Podařilo se podpořit dlouhodobě podfinancované ale klíčové komponenty systému: více financí pro následnou péči, paliativu, primární péči a zdravotně-sociální péči jsou nákladově efektivní investice, které umožní poskytovat péči pacientům tam, kde to je pro systém nejvýhodnější. Prevenci kromě podpory primární péče v budoucnu zlepší i změny ve fondech prevence zdravotních pojišťoven, kdy pojištěnci budou motivováni k péči o své zdraví prostřednictvím individuálních zdravotních účtů, které budou reflektovat účast pojištěnce na prevencích, screeningu apod.

I v oblasti dostupnosti péče je aktuálně řešena řada dlouhodobě problematických oblastí. Kriticky nedostupné služby jako péče o duševní zdraví, péče o děti a stomatologie jsou v současné době významně podporovány. Do budoucna bude prosazována větší odpovědnost zdravotních pojišťoven za zajištění dostupnosti péče, což je jejich zákonná povinnost. Na pojišťovny přejde povinnost zajistit pacientům pohotovostní péči, dále budou povinny pacientům důsledně hledat lékaře a budou muset sledovat čekací doby na zákroky. Zásadní změny se rovněž připravují ve stomatologii, kde budou pacientům z velké části hrazeny moderní léčebné metody, což významně zlepší dostupnost péče.

Zásadní obrat nastal v podpoře jednodenní péče, která byla poprvé zakotvena v úhradové vyhlášce, a oblasti jako chirurgie, ortopedie nebo gynekologie budou čím dál častěji řešeny v jednodenním provedení. Do budoucna bude tato podpora pokračovat a je v plánu rozvoj jednodenní kardiologie a dále systémové ukotvení jednodenní péče v rámci referenční sítě poskytovatelů a prostřednictvím klasifikace analogické s CZ-DRG.

Postupně se snižují nerovnosti ve financování – v roce 2024 bude více než 18 % akutní lůžkové péče hrazeno jednotnou základní sazbou a celkově se u akutní péče nerovnosti snižují. V příštích několika letech je strategickým cílem se dostat alespoň na 30 % péče hrazené jednotně dle reálných nákladů a začít s daty podloženým benchmarkingem nemocnic podle jejich ekonomických výsledků. I v ambulantní péči se úhradové nůžky zavírají, od roku 2024 jsou nemocniční ambulance včetně urgentních příjmů hrazeny novým modelem, který narovnáva historické nespravedlnosti a v následujících letech bude dále kultivován.

Po třiceti letech dochází ke skutečně kontrolované koncentraci vysoce specializované péče do center. Celý proces tvorby CVSP byl restartován, vznikla nová metodika rozlišující centra koncentrace a centra excelence a byl založen expertní tým, který na CVSP bude dohlížet. Od roku 2023 dochází k řízenému procesu koncentrace péče, kde specializovaná péče poskytovaná mimo centra je penalizována a do budoucna bude postupně docházet k úplnému odsmlouvání této péče. To v kombinaci s podporou jednodenní, následné a ambulantní péče vyvolá zásadní změny ve struktuře sítě nemocnic a akutních lůžek. Síť poskytovatelů akutní lůžkové péče bude donucena se přeorientovat na reálné potřeby pacienta a moderní způsoby poskytování péče.

V blízké době by také mělo dojít k definici sdružených praxí a jejich úhradové podpoře, čímž se postupně začne měnit způsob organizace primární (ale i ostatní ambulantní) péče. Sdružené

praxe přinesou lepší efektivitu a dostupnost péče nastavením sdílením přístrojové techniky, zastupitelností lékařů, přenesením administrativy od zdravotníků na nelékařský personál a v neposlední řadě prodloužením ordinačních dob. Sdružené praxe jsou ale jen prvním krokem reformy organizace primární péče; významnou změnu přinese až vznik komplexních center primární péče, která kromě výhod sdružených praxí budou mít navíc přesah do oblastí veřejného zdraví a komunitního duševního zdraví a budou zaměstnávat celý multidisciplinární tým profesionálů, který zajistí integrovanou a komplexní péči o pacienty.

Zvláštní pozornost je pak třeba věnovat vztahu vstupu nových technologií a léčivých přípravků, které mají potenciál nahradit dosavadní méně účinnou či finančně nákladnější léčbu. Z dosavadních zkušeností plyne, že investice do nových přístupů nepřináší automaticky úsporu v jiné části systému. Např. podpora jednodenní chirurgie či domácí péče nevedou k signifikantním úsporám v akutní či následné lůžkové péči, pokud oba systémy nekoordinovaně fungují vedle sebe a dokonce jsou ve vzájemné kompetici. V budoucnu bude ale zcela nezbytné, aby nastavení úhradových mechanismů rychle reagovalo na tyto inovace, např. velmi slibné výsledky ve výzkumu léčivých přípravků na Alzheimerovu chorobu mohou znamenat významné úspory v následné péči o pacienty s tímto onemocněním. S tím ovšem přichází silný apel k implementaci integrovaných modelů péče optimalizujících návaznost různých segmentů služeb a nastavujících nejlepší možnou trajektorii pacienta v systému.

Zdravotní péče obecně bude čím dál více integrovaná a provázaná, zdravotně-sociální péče, paliativní péče a primární péče v kombinaci se změnami v elektronizaci zdravotnictví umožní poskytování služeb ve vzájemném souladu a zároveň umožní redukci péče s nízkou přidanou hodnotou.

Do roku 2025 by tak české zdravotnictví díky změnám ve financování mělo být významně efektivnější, kvalitnější a hlavně více zaměřené na potřeby pacientů.

Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025

Obsah nové koncepce resortu v oblasti optimalizace úhrad zahrnuje zejména:

1) Institucionální a systémové změny

a) Předvídatelnost a stabilita financování zdravotnictví

- Automatická valorizace platby za státní pojištění – návaznost na inflaci a růst reálné mzdy
- Částečné úpravy přerozdělení – narovnání přerozdělení za mimořádně nákladné pojištění

b) Podpora dohodovacího řízení

- Publikace oficiální příjmové predikce zdravotnictví
- Každoroční deklarace úhradových priorit resortu
- Iniciace diskuse o víceletém financování

2) Vyšší efektivita zdravotnictví

a) Podpora jednodenní péče

- Pilot v roce 2023; pro rok 2024 rozšíření odborností a výkonů, spolupráce s odbornými společnostmi, poskytovateli i pojišťovnami
- Nastavení úhrad vychází z exaktní kalkulace dle CZ-DRG, motivuje k provádění v jednodenním režimu
- Podpora jednodenní péče i v nemocnicích – v rámci akutní lůžkové péče zaručen plynulý přechod mezi úhradou jednodenní péče a vícedenní péčí

b) Podpora prevence a primární péče

- Navýšení úhrad primární péče – praktičtí lékaři, stomatologové
- Podpora screeningů + nové screeniny nádorů prostaty a štítné žlázy

c) Odstraňování úhradových nerovností

- Sbližování základních sazeb CZ-DRG
- Navyšování podílu péče hrazené jednotnou základní sazbou dle reálných nákladů
- Snižování historických nerovností ve financování ambulancí a urgentních příjmů

d) Centralizace vysoce specializované péče

- Nová metodika center vysoce specializované péče (CVSP)
- Koncentrace péče do CVSP, úhradové motivace
- Podpora center pro vzácná onemocnění (ERN)

e) Podpora a optimalizace systému CZ-DRG

- Podpora a rozvoj referenční sítě DRG
- Řešení nákladových heterogenit a výjimek
- Nová pravidla pro vysoce specializované poskytovatele
- Zkracování čekacích dob, nastavení správných motivací

3) Lepší dostupnost péče

a) Podpora péče o děti

- Ve všech ambulantních segmentech nové bonifikační výkony pro děti
- Podpora dětské psychiatrie, psychologie, stomatologie a praktických lékařů pro děti a dorost
- Úhradová deregulace péče o děti

b) Podpora péče o duševní zdraví

- Podpora transformace lůžkové psychiatrické péče – vznik akutních lůžek, transformace následných lůžek
- Úhradová podpora všech typů péče o duševní zdraví
- Podpora telemedicíny

c) Podpora péče po standardní pracovní době

- Nový úhradový model pro urgentní příjmy
- Nové bonifikační výkony za práci v noci, o víkendy a ve svátek; podpora LPS

d) Reforma stomatologie

- Práce nové expertní skupiny, výstupy promítnuty v novele zákona a ve změnách úhrad
- Významné navýšení úhrad, podpora moderních metod
- Podpora endodoncie, ortodoncie a prevence

e) Podpora moderních a inovativních léčebných metod

- Úhrada robotických výkonů a dalších moderních metod
- Úhrada moderních lékových terapií, široká dostupnost léčby
- Úhrada genové terapie a léků na vzácná onemocnění

4) Vyšší zaměření péče na potřeby pacientů („patient-centered care“)

a) Podpora paliativní péče

- Rozvoj paliativních týmů nemocnic
- Rozvoj kamenných i domácích hospiců
- Integrace se sociálně-zdravotním pomezím a péčí o duševní zdraví

b) Podpora sociálně-zdravotního pomezí

- Posílení financování péče v pobytových sociálních zařízeních, podpora integrace péče
- Nové modely financování sociálně-zdravotní péče – agregované výkony

c) Podpora následné, domácí a geriatrické péče

- Lepší průchodnost pacienta systémem
- Podpora navyšování kapacit následné a domácí péče
- Systém bonifikací pro zajištění vysokého kvalitativního standardu
- Nová koncepce geriatricke péče

Cíle koncepce do roku 2025

1) Institucionální a systémové změny

a) Úprava přerozdělení příjmů pojišťoven

- Aktualizace a narovnání modelu přerozdělení
- Zohlednění více faktorů v přerozdělení
- Zlepšení příjmové situace zaměstnaneckých pojišťoven

b) Restart dohodovacího řízení

- Lepší datová a analytická základna dohodovacího řízení
- Vznik segmentu jednodenní péče, mezisegmentové a víceleté dohody
- Dohody o systémových změnách, lepší reprezentativnost DŘ
- Tlak na zvyšování efektivity a dostupnosti péče

c) Změny fondů prevence a vyšší motivace pojištěnců k péči o zdraví

- Vznik individuálních účtů pojištěnců u jejich pojišťoven
- Individualizované nabídky preventivních bonusů pojišťoven
- Odměny za péči o vlastní zdraví, absolvování prevence a screeningů
- Rozšíření a harmonizace oblastí podporovaných z fondů prevence

2) Vyšší efektivita zdravotnictví

a) Rozvoj jednodenní péče

- Plošné rozšíření jednodenní péče na většinu odborností včetně kardiologie
- Tvorby referenční sítě poskytovatelů jednodenní péče – výpočet úhrad na základě reálných nákladů
- Začlenění jednodenní péče do DRG klasifikace
- Vyšší motivace k jednodennímu provádění

b) Významné sblížení financování nemocnic a benchmarking

- Navýšení podílu péče hrazené jednotnou základní sazbou alespoň na 30 %
- Řešení nákladových heterogenit formou doporučených postupů a operativních doporučení – sjednocování klinické praxe
- Snižování risk-koridorů a sblížování úhrad i u ostatních úhradových mechanismů
- Výkonnostní benchmarking nemocnic

c) Reforma primární péče a zlepšení prevence

- Podpora sdružených praxí a multidisciplinárních center primární péče
- Rozšiřování ordinačních dob a redukce návštěv LPS a urgentů
- Disease management modely a koordinace péče
- Zvyšování kompetencí praktických lékařů a sester v primární péči
- Podpora veřejného zdraví a primární prevence, podpora očkování
- Start nových screeningových programů, kultivace stávajících

d) Reforma nemocniční sítě

- Podpora páteřní sítě akutních nemocnic pracujících v režimu 24/7 v širokém spektru oborů a s urgentními příjmy
- Podpora jednodenní péče, následné a dlouhodobé péče
- Podpora postupné transformace vybraných zařízení na nemocnice komunitního typu, vždy s ohledem na specifika jednotlivých regionů

3) Lepší dostupnost péče

a) Reforma stomatologie

- Změny v zákoně o zdravotním pojištění
- Úhrada (částečná) moderních stomatologických metod
- Podpora prevence, dentální hygieny a veřejného zdraví

- Navýšení počtu zubařů pracujících na pojišťovnu

b) Úhrada přeshraniční péče

- Zvýšení dostupnosti přeshraniční péče
- Odbourání administrativy

c) Zvýšení odpovědnosti zdravotních pojišťoven za dostupnost péče

- Povinnost zajištění lékařské pohotovostní služby – optimalizace sítě LPS
- Přímá odpovědnost za vyhledávání poskytovatelů pro pojištěnce
- Monitoring čekacích dob a motivace k online objednávání na zákroky
- Podpora telemedicínských projektů
- Podpora integrace a koordinace péče, projekty řízené péče

4) Vyšší zaměření péče na potřeby pacientů („patient-centered care“)

a) Rozšiřování paliativní péče

- Reforma specializovaných paliativních ambulancí s návštěvní službou
- Rozšiřování sítě hospiců (domácích i kamenných)
- Podpora paliativní péče pro děti
- Podpora paliativní péče u neonkologických diagnóz

b) Podpora péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta

- Rozšiřování především regionální dostupnosti domácí péče
- Zkvalitňování služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb – integrace s fyzioterapií, nutriční terapií, psychologii
- Podpora péče porodních asistentek v šestinedělí
- Vznik nových specializovaných sociálně-zdravotních zařízení s integrovanou péčí

c) Podpora následné, dlouhodobé a geriatrické péče

- Rozšiřování kapacit následné péče, zvyšování kvality této péče
- Transformace nevyužívaných akutních lůžek na lůžka následné péče
- Lepší prostupnost akutní a následné péče – deregulace, integrace
- Tvorba doporučených postupů v následné péči
- Podpora a rozvoj geriatrie (reforma této péče)

d) Rozvoj telemedicíny

- Péče o dispenzarizované a chronické pacienty telemedicínsky – zprůchodnění systému, lepší regionální dostupnost
- Telemedicína v péči o duševní zdraví
- Provazba na elektronizaci zdravotnictví a reformu fondů prevence

Kapitola V. Léková politika

Zajištění dostupnosti léčiv, cenová a úhradová regulace léčivých přípravků

<https://nzip.cz/koncepce2025#leky>



Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce

Zajištění dostupnosti léčiv

Česká republika, stejně jako ostatní členské státy Evropské unie, se dlouhodobě potýká s problémem výpadků dodávek humánních léčivých přípravků hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Výpadky léčivých přípravků a jejich následná nedostupnost na trhu v České republice je způsobována různými důvody – zejména výrobními nebo ekonomickými – kterým stát (příslušné správní úřady) nemůže předcházet, jelikož tyto důvody jsou na straně výrobců či držitelů rozhodnutí o registraci léčivého přípravku.

Do roku 2023 mohlo ministerstvo zdravotnictví aktivně podpořit dostupnost léčiv pouze některými (formálně-administrativními) nástroji, např. povolením dočasně distribuovat, vydávat a používat léčivé přípravky registrované v jiném členském státě Evropské unie. Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen „Ústav“) v případech nahlášení přerušování uvádění léčivých přípravků na trh prověřoval ve spolupráci s držiteli rozhodnutí o registraci možnost zajistit dostupnost v České republice nedostupného léčivého přípravku např. formou dovozu cizojazyčných balení.

Výše uvedené možnosti ministerstva zdravotnictví a Ústavu však vyžadují čas v řádu minimálně několika týdnů (vyjma povolení dovozu cizojazyčných šarží a souhlasu s dovozem ze třetích zemí), aby je bylo možné zrealizovat, a to s ohledem na nutnost vést správní řízení v daných věcech. V drtivé většině případů je však přerušování uvádění léčivých přípravků na trh držiteli rozhodnutí o registraci nahlášeno až současně s faktickým přerušením, a to i v případech, kdy držitel rozhodnutí o registraci věděl nebo mohl vědět o přerušování delší dobu, případně nebyl dodržen termín předpokládaného obnovení, který byl v některých případech i opakovaně prodlužován. Lze konstatovat, že stát (prostřednictvím věcně příslušných správních úřadů) nedisponoval dostatečně funkčními nástroji tak, aby mohl operativně předcházet výpadkům léčiv, tj. zajistit, aby k těmto v ideálním případě vůbec nedocházelo a/nebo zvýšit připravenost České republiky právě pro případy výpadků léčiv.

Česká republika, stejně jako ostatní členské státy Evropské unie, je přitom odpovědná za zajištění zdravotní péče na svém území. Jedním z prvků zajištění zdravotní péče je zajištění

dostupnosti léčivých přípravků pro potřeby pacientů v České republice. V souladu s čl. 81 směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES ze dne 6. listopadu 2001 o kodexu Společenství týkajícím se humánních léčivých přípravků, ve znění směrnice Evropského parlamentu a Rady 2004/27/ES ze dne 31. března 2004, mají držitelé rozhodnutí o registraci léčivého přípravku a distributoři léčivých přípravků povinnost zajistit odpovídající a stálé dodávky daného léčivého přípravku lékárnám a osobám oprávněným vydávat léčivé přípravky tak, aby byly pokryty potřeby pacientů v daném členském státě. Tato povinnost je implementována do současného znění zákona o léčivech.

S ohledem na nárůst počtu výpadků napříč členskými státy vydala Evropská komise v prosinci 2021 dokument „Future-proofing pharmaceutical legislation — study on medicine shortages“, ve kterém analyzovala situaci týkající se nedostatku léčivých přípravků na území Evropské unie, mj. popsala základní důvody a vyhodnocovala trendy a v neposlední řadě legislativní rámec stanovený Evropskou unií. Na základě této analýzy je možné identifikovat, že na území Evropské unie, potažmo v České republice (jak dokazují i data Ústavu, viz níže), významně narůstá počet nahlášených přerušení i ukončení uvádění léčivých přípravků na trh, čímž se stávají nedostupnými pro poskytování zdravotních služeb pacientům.

V České republice jsou hlášena přerušení a ukončení dodávek léčivých přípravků Ústavu. Z dat Ústavu vyplývá následující:

Typ hlášení	Q1	Q2	Q3	Q4	Celkem
Přerušení 2019	465	550	575	621	2 211
Ukončení 2019	119	157	185	191	652
Přerušení 2020	785	418	335	360	1 898
Ukončení 2020	183	130	148	167	628
Přerušení 2021	495	513	309	536	1 853
Ukončení 2021	280	120	160	184	744
Přerušení 2022	677	670	652	827	2 826
Ukončení 2022	243	247	194	255	939
Přerušení 2023	1 195	1 048	978	924	4 145
Ukončení 2023	202	316	259	267	1 044

Je tedy zřejmé, že v posledních dvou letech výrazně narostl počet hlášení o přerušení i ukončení uvádění léčivého přípravku na trh. Nutno podotknout, že výše uvedená data nezohledňují v případě přerušení uvádění léčivého přípravku na trh dobu tohoto přerušení.

Jak již bylo uvedeno výše, příslušné správní úřady v České republice disponovaly pouze omezenými možnostmi, jak zabezpečit dostupnost léčivých přípravků v potřebném čase, pro které bylo oznámeno přerušení nebo ukončení uvádění na trh. Navíc je třeba uvést, že při takovém oznámení nebylo možné zjistit aktuální stav zásob předmětného léčivého přípravku na trhu v České republice, neboť takovou ucelenou informaci o zásobách na trh (tj. i v distribuci a lékárnách) žádný úřad nedisponoval. Proto nebylo možné predikovat, zda množství, které bylo k dispozici u distributorů nebo v lékárnách, by mohlo pokrýt potřebu pacientů po dobu výpadku, či zda by bylo nezbytné aktivně podpořit dostupnost využitím některého z institutů k zajištění dostupnosti léčiv.

Stěžejními problémy tak byl nedostatek času a dat pro příslušné správní úřady na adekvátní reakci při přerušení nebo ukončení uvádění léčivých přípravků na trh v České republice a absence povinnosti pro držitele rozhodnutí o registraci saturovat trh po určitou dobu po oznámení přerušení nebo ukončení uvádění léčivého přípravku na trh, což by zajistilo potřebný čas pro přijetí patřičných opatření ze strany státu.

Přímé nákupy léčivých přípravků

Od pandemie covid-19 a společného nákupu vakcín proti tomuto onemocnění uskutečněného ze strany Evropské unie, potažmo jednotlivých členských států, se zvyšuje zájem o možnost realizace společných nákupů členských států Evropské unie, a to z důvodů vyjednávacích a ekonomických s cílem zajištění dostupnosti léčivých přípravků významných pro poskytování zdravotních služeb. Současně existují různá (např. regionální) uskupení zemí, která společně vyjednávají a nakupují zejména inovativní, nákladné, léčivé přípravky pro své pacienty (např. Benelux).

V právním řádu České republiky není s výjimkou nákupu vakcín na covid-19 a léčivých přípravků významných z hlediska ochrany veřejného zdraví zakotvena možnost, jak se k takovým společným nákupům připojit a jak jednoduše zajistit splnění regulatorních požadavků na další zacházení s takovými léčivými přípravky.

Cenová a úhradová regulace léčivých přípravků

Oblast léčivých přípravků v trvalé úhradě

V reakci na možné ohrožení dostupnosti léčivých přípravků významných při poskytování zdravotních služeb z důvodu nepřiměřeně nízké maximální ceny výrobce byl v roce 2023 zaveden nový mechanismus deregulace ceny původce těch léčivých přípravků, u nichž panuje veřejný zájem na zachování dostupnosti na trhu v České republice. Podle této úpravy nepodléhá regulaci formou stanovení maximální ceny ten léčivý přípravek z příslušné ATC skupiny, u kterého je účinné písemné ujednání o nejvyšší ceně výrobce uzavřené ve veřejném zájmu mezi zdravotní pojišťovnou a držitelem rozhodnutí o registraci léčivého přípravku (nebo dovozcem či tuzemským výrobcem léčivého přípravku, je-li jím dovážený nebo vyráběný léčivý přípravek používán na území České republiky v rámci specifického léčebného programu nebo jiným předkladatelem specifického léčebného programu). Do daného cenového rozhodnutí ministerstva zdravotnictví byly zařazeny ATC skupiny, u nichž byly příslušné léčivé přípravky ohroženy nedostupností z důvodu stanovené nízké maximální ceny výrobce v řádu desetikorun. Po dobu účinnosti písemného ujednání mezi držitelem rozhodnutí o registraci a zdravotní pojišťovnou může být takový léčivý přípravek obchodován za cenu odpovídající dohodě o nejvyšší ceně výrobce.

Bariérou pro dostupnost poskytování primární zdravotní péče pak v některých případech může být i preskripční omezení pro předepisování léčivých přípravků, které je svěřeno do rukou lékařů pouze některých odborností. Cílová skupina pacientů (např. stav, stadium, předléčenost) je vymezena v případně stanoveném indikačním omezení.

Vysoce inovativní léčivé přípravky a léčivé přípravky pro vzácná onemocnění

V praxi správní úřady u některých léčivých přípravků (zejména v oblasti onkologie) pozorují určitou diskrepanci v klinických kritériích pro jejich vyhodnocení jako vysoce inovativního léčivého přípravku (VILP) oproti léčivým přípravkům pro jiná onemocnění. Stále častěji jsou podávány žádosti o stanovení úhrady pro volnou kombinaci vysoce inovativních léčivých přípravků, případně také pro volné kombinace VILP a léčivého přípravku pro vzácná onemocnění (LPVO). Avšak po přiznání úhrady dle žádosti o dočasnou úhradu nastává problém v případě, kdy ostatní přípravky z dané kombinace nemají stanovenou vyšší úhrady, ať už za daných podmínek, či vůbec, a není tak jasné, v jaké výši mají být hrazeny. Ani zdravotní pojišťovny, ani držitel rozhodnutí o registraci, ani pacient tak nemají právní jistotu ohledně úhrady.

S účinností od 1. 1. 2024 byly cenovým předpisem ministerstva zdravotnictví nově upraveny situace týkající se léčivých přípravků dosud nehrazených z veřejného zdravotního pojištění a pro jejichž úhradu z veřejného zdravotního pojištění je ve výjimečných případech žádáno podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění (je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce). Podle nové úpravy, pokud je zdravotní pojišťovně podán návrh na posouzení naplnění podmínek nároku pojištěnce na poskytnutí zdravotních služeb jako hrazených ve smyslu § 16 o veřejném zdravotním pojištění, podléhá takový léčivý přípravek regulaci ceny původce maximální cenou a regulaci maximální obchodní přírůžkou v případě, že zdravotní pojišťovna pro tento léčivý přípravek podala Ústavu žádost o stanovení maximální ceny. Takovému léčivému přípravku bude stanovena maximální cena, přičemž v průběhu správního řízení o stanovení maximální ceny bude zachováno právo pojištěnce na poskytnutí daného léčivého přípravku.

Léčivé přípravky s úhradou dočasně stanovenou ve veřejném zájmu

Novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění účinnou od 1. 12. 2022 byla ministerstvu zdravotnictví svěřena možnost mimořádným opatřením (obecné povahy), vydaným se souhlasem vlády České republiky, stanovit nebo změnit podmínky úhrady nebo stanovit léčivému přípravku cenu pro konečného spotřebitele, a to za účelem zajištění dostupnosti léčiv významných z hlediska ochrany veřejného zdraví.

Limitem této úpravy je, že se vztahuje pouze na léčivé přípravky významné z hlediska ochrany veřejného zdraví (antibiotika, antivirotika, vakcíny apod.), avšak nikoli na jiné léčivé přípravky významné pro poskytování zdravotních služeb (např. onkologické léčivé přípravky).

Hodnocení léčivých přípravků používaných pouze v lůžkové péči

V současné době není v legislativě upravena možnost zdravotně-ekonomického hodnocení, tj. hodnocení nákladové efektivity a dopadu na finanční prostředky veřejného zdravotního pojištění u hromadně vyráběných léčivých přípravků pro moderní terapii (dále jen „LPMT“) a léčivých přípravků pro vzácná onemocnění (dále jen „LPVO“), které jsou podávány pouze při hospitalizaci. Jedná se o nejmodernější léčbu, jejíž cena dosahuje až desítek miliónů korun na pacienta při vysoké míře nezralosti klinických dat, a proto je třeba zavést systém hodnocení, který umožní systému zdravotního pojištění specifické okolnosti vyhodnotit.

Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025

Realizované kroky

Zajištění dostupnosti léčiv

Novelou zákona o léčivech účinnou od 1. 1. 2024 (v části od 1. 6. 2024), došlo k rozšíření portfolia nástrojů, které mohou ministerstvo zdravotnictví a Ústav využít k podpoře dostupnosti léčivých přípravků, potažmo k prevenci některých výpadků, což by mělo vést k zajištění vyšší odolnosti lékového trhu v České republice a současně ke zmírnění dopadů výpadků léčivých přípravků na pacienta. Zároveň novela zákona o léčivech umožňuje doplnění reaktivního přístupu k výpadkům léčiv o aktivní složku, tj. aktivní kroky ministerstva zdravotnictví a Ústavu k předcházení, resp. zmírňování dopadů výpadků léčiv na pacienta.

Základním nástrojem pro vytvoření dostatečného časového rámce pro zajištění alternativního řešení potenciálního výpadku je povinnost držitele rozhodnutí o registraci zajistit dodávku léčivého přípravku, který má stanovenou maximální cenu nebo úhradu z veřejného zdravotního pojištění i po dni faktického přerušení nebo ukončení uvádění na trh, a to v množství odpovídajícím spotřebě na 1 nebo 2 měsíce podle toho, zda se tento léčivý přípravek potýkal s výpadky již v minulosti.

Dalším důležitým pilířem účinné novely je systém rezervních zásob. Ministerstvo zdravotnictví může opatřením obecné povahy stanovit léčivé přípravky, u nichž mají distributoři povinnost vytvořit a udržovat zásobu odpovídající jejich měsíčním prodejm provozovatelům oprávněným k výdeji a do zahraničí. Na základě dalšího opatření obecné povahy distributoři uvolní léčivý přípravek ze systému rezervních zásob, pokud na trhu nebude dostatek dotčeného léčivého přípravku, aby byla zajištěna jeho dostupnost pro pacienty. Tento systém doplňuje povinnost držitele rozhodnutí o registraci (viz výše) a poskytne další čas pro případné hledání alternativního řešení situace. Je potřeba zdůraznit, že zařadit léčivý přípravek do systému rezervních zásob je možné pouze v případě, kdy existuje reálná možnost vytvořit na úrovni distribuce „nadzásobu“, nikoli tedy v období aktivního výpadku. Evropská unie vydala seznam kritických léčiv⁷ jehož hodnocení ve vztahu k národním potřebám bude jednou ze složek tvorby systému rezervních zásob.

Ústav bude po přijetí oznámení o přerušení nebo ukončení uvádění léčivého přípravku na trh označovat léčivé přípravky, u nichž hrozí riziko faktické nedostupnosti pro pacienty v České republice, příznakem „omezená dostupnost“. Tento příznak s sebou nese zákaz distribuovat takový léčivý přípravek do zahraničí, povinnost distributorů dodat jej do 2 pracovních dnů od objednání do lékárny a možnost lékáren objednávat si pouze obvyklé množství, aby nedocházelo ke koncentraci dotčeného léčivého přípravku pouze do malého počtu lékáren ve velkých množstvích.

Novela reagovala i na nedostatečný datový základ, ze kterého by příslušné úřady mohly kvalifikovaně vytvářet odhady potřeby v období výpadku, a to tak, že u léčivých přípravků, u kterých má Ústav podezření na ohrožení dostupnosti léčivého přípravku, může vydat výzvu,

⁷ [Availability of critical medicines | European Medicines Agency \(europa.eu\)](https://www.europa.eu/press-room/media/30612)

na základě které mu musí jednotlivé články dodavatelského řetězce nahlásit aktuální skladové zásoby daného léčivého přípravku. U léčivých přípravků označených příznakem „omezená dostupnost“ je stanovena povinnost pravidelných hlášení o skladových zásobách jednotlivých článků dodavatelského řetězce. Tím je zajištěna dostatečná informovanost Ústavu, zda zásoby na trhu v České republice jsou dostatečné pro překlenutí výpadku, či zda je nezbytné využít některý z nástrojů zajištění dostupnosti léčivých přípravků.

Přímé nákupy léčivých přípravků

Ministerstvo zdravotnictví v současnosti řeší ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami, zda by bylo možné jejich prostřednictvím za Českou republiku zabezpečit problematiku přímých nákupů léčivých přípravků, neboť v konečném důsledku zdravotní pojišťovny hradí poskytnutou zdravotní péči včetně takových léčivých přípravků. Současně je potřeba více zapojit zdravotní pojišťovny, neboť mají povinnost zajistit péči pro své pojištěnce.

Je však nezbytné podrobně analyzovat dopady na proveditelnost a dopady na zainteresované subjekty zejména z ekonomického ale i provozního hlediska.

Cenová a úhradová regulace léčivých přípravků

Oblast léčivých přípravků v trvalé úhradě

V rámci novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění je v části šesté zamýšleno zavedení nových pravidel umožňujících stanovit udržitelné maximální ceny pro důležité, obvykle málo nákladné skupiny léčiv. Úprava by měla pomoci zejména lokálním producentům s nedostatečným počtem zahraničních referencí. Další úpravy a upřesnění postupů v rámci správních řízení vedených Ústavem cílí na odstranění některých administrativních bariér a zjednodušení vstupu léčivých přípravků na trh v České republice a jejich setrvání v systému veřejného zdravotního pojištění. Za účelem odstranění preskripčních omezení je vhodné zavést jednoduchý typ zkrácené revize, a to na základě souhlasu odborných společností, na které bylo vázáno původní preskripční omezení, a zástupců praktických lékařů, případně lékařů pro děti a dorost. V takovém případě dojde ke zrušení preskripčního omezení, přičemž výše úhrady a indikační omezení zůstanou zachovány.

Oblast vysoce inovativních léčivých přípravků a léčivých přípravků pro vzácná onemocnění

V rámci novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění je zamýšleno upřesnění klinických kritérií pro vyhodnocení léčivého přípravku jako vysoce inovativního v souladu s doporučeními European Society For Medical Oncology (ESMO). V situacích, kdy jsou podány žádosti o úhradu vysoce inovativního léčivého přípravku ve volné kombinaci s jiným VILP, případně LPVO, je záměrem, aby pro takovou kombinaci byly výše úhrad stanoveny ve stejný okamžik (ve společném správním řízení), čímž bude odstraněna nejistota v oblasti doléčení pacientů vysoce inovativním léčivým přípravkem po uplynutí platnosti rozhodnutí o stanovení dočasné úhrady.

Oblast léčivých přípravků s úhradou dočasně stanovenou ve veřejném zájmu

Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění (účinná od 1. 12. 2022) svěřila ministerstvu zdravotnictví kompetenci vydat pro léčivý přípravek významný z hlediska ochrany veřejného zdraví mimořádné opatření, kterým ministerstvo zdravotnictví takovému přípravku dočasně stanoví podmínky úhrady a cenu pro konečného spotřebitele, potažmo úhradu z veřejného

zdravotního pojištění, a to s předchozím souhlasem vlády s vydáním takového mimořádného opatření. Tímto institutem byla zajištěna dostupnost hrazených služeb pro pojištěnce u léčivých přípravků na covid-19 (p.o. antivirotika), které jsou určeny k podání u dospělých pacientů v domácím prostředí, a antibiotických přípravků všech lékových forem v období plošných problému s jejich dostupností. U těchto léčivých přípravků standardní stanovení úhrady Ústavem nebylo možné, neboť dotčené léčivé přípravky nejsou v České republice registrované (ačkoliv jsou registrované v jiných zemích Evropské unie) a jejich distribuce, výdej a použití bylo povoleno opatřením podle zákona o léčivech.

Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění (účinná od 1. 1. 2024) stanovila novou možnost, jak zajistit dostupnost nenahraditelných léčiv, respektive léčiv významných z hlediska ochrany veřejného zdraví. Na základě vybraných opatření či rozhodnutí ministerstva zdravotnictví, Ústavu, potažmo nařízení vlády může Ústav ve správním řízení zvýšit maximální cenu a úhradu či maximální cenu a úhradu léčivému přípravku stanovit a zajistit tak jeho dostupnost pro pacienty v České republice. Všechna opatření Ústavu se vydávají na maximální dobu 1 roku, ve většině případů (kromě případu, kdy dochází ke změně stávající maximální ceny a úhrady) s možností prodloužení. Pokud důvody, které k vydání takové opatření vedly, pominou, upravuje zákon možnost jeho předčasného zrušení.

Oblast hodnocení léčivých přípravků používaných pouze v lůžkové péči

V rámci novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění je v části šesté zamýšleno zavedení nových postupů pro hrazení LPVO v lůžkové péči a LPMT v lůžkové a ambulantní péči. Pro obě skupiny přípravků je žádoucí projít procesem HTA a s ohledem na jejich specifika je nejvhodnější pro ně aplikovat stávající proces stanovení úhrady pro LPVO, tedy včetně posouzení poradním orgánem ministra zdravotnictví.

Cíle koncepce do roku 2025

Zajištění dostupnosti léčiv

1. Stabilizovat situaci v oblasti zajištění dostupnosti léčiv a minimalizovat dopady výpadků na pacienty v České republice i za využití nových nástrojů umožňujících sbírat více dat a rovněž aktivněji zasahovat do lékového trhu.
2. Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ústavem prověří robustnost dodavatelských řetězců ve skupinách léčivých přípravků zařazených na seznam kritických léčiv a na základě vyhodnocení zváží možnost zařadit ohrožené léčivé přípravky do systému rezervních zásob.

Přímé nákupy léčivých přípravků

1. Dokončit analýzu a následně připravit legislativní návrh umožňující zajištění přímých nákupů léčivých přípravků.
2. Vyhledávat možnosti zapojení se do společných nákupů Evropské unie, mezinárodních organizací nebo uskupení jiných států.

Oblast léčivých přípravků v trvalé úhradě

1. Dokončit legislativní návrh novely části šesté zákona o veřejném zdravotním pojištění.

2. Upravit proces stanovování maximálních cen a tím zvýšit atraktivitu českého lékového trhu.
3. Nastavit pravidla procesu uvolnění preskripčních omezení.

Oblast vysoce inovativních léčivých přípravků a léčivých přípravků pro vzácná onemocnění

1. Dokončit legislativní návrh úpravy společných správních řízení VILP ve volné kombinaci s jiným VILP.
2. Upravit oblast smluvních ujednání s cílem snížení administrativní zátěže, zejména na straně poskytovatelů zdravotních služeb v souvislosti s vykazováním VILP.

Oblast léčivých přípravků s úhradou dočasně stanovenou ve veřejném zájmu

1. Prostřednictvím institutů umožňujících stanovit léčivému přípravku úhradu a její podmínky ve veřejném zájmu zmírnit finanční dopady na pojištěnce při výpadcích některých léčivých přípravků a při zajištění mimořádných dodávek.

Oblast hodnocení léčivých přípravků používaných pouze v lůžkové péči

1. Dokončit legislativní návrh pro stanovení nových postupů hodnocení pro LPVO v rámci lůžkové péče a LPMT v lůžkové a ambulantní péči.

Kapitola VI. Zajištění personálních kapacit – kapacity a vzdělávání lékařů

<https://nzip.cz/koncepce2025#lekari>



Analýza stávajícího stavu a koncepce koncepce

Plánování a distribuce kapacit lékařů, organizace, kvalita a efektivita jejich vzdělávání vyžadují v ČR velmi významné reformy. České zdravotnictví čelí významnému riziku nedostatku lékařů v řadě odborností, personální zajištění péče se nadto významně liší mezi regiony. Problém není v celkové počty nyní aktivních lékařů, ale v jejich nerovnoměrné distribuci mezi obory a regiony, a zejména v jejich demografickém stárnutí, které ohrožuje podstatnou část kapacit v dohledné budoucnosti.

Celkový počet lékařů v ČR v přepočtu na počet obyvatel přesahuje průměr EU a je srovnatelný s Rakouskem či Německem. Klíčovým problémem je však nerovnoměrné rozložení kapacit lékařů v rámci ČR, dále v rámci jednotlivých oborů a rovněž dlouhodobý nedostatek lékařů v primární péči. Problém nedostatečné a ubývajících kapacity primární péče se bohužel týká i praktických lékařů pro děti a dorost. Dlouhodobé podceňování primární péče a její nedostatečná podpora ze strany zdravotních pojišťoven i státu vedla k tomu, že řada občanů ČR nemá svého praktického lékaře. Proto není možné nastavit standardní fungování systému tak, jak je tomu např. v Dánsku, Rakousku, Německu a dalších zemích – tedy takové, že pacient je k dalšímu vyšetření vždy odeslán cestou svého praktického lékaře. Řada pacientů pak vyhledává péči přímo u ambulantních specialistů nebo v nemocnicích, které tak do značné míry suplují nedostupnost primární péče. To vede k opakování vyšetření a redundantní péči, což celý systém prodražuje.

Regionální rozložení kapacit lékařů na území ČR není symetrické. Jak vyplývá z analýzy, v Praze a Brně je jedna z nejvyšších koncentrací ambulantních specialistů na počet obyvatel i v mezinárodním srovnání. Přitom v některých oborech je ambulantních specialistů nedostatek, a to nejen regionálně, ale i v absolutních počtech. Naopak v jiných oborech je jich nadbytek, a to nejen regionálně (Praha, Brno), ale opět i v absolutních počtech. Proto je nezbytné přistupovat k systému atestačního vzdělávání a regionálního nasmlouvání ambulantní péče plánovitě a usilovat o posílení rizikově oslabených odborností.

Velmi vysokou koncentraci úvazkové kapacity lékařů registrujeme v akutní péči a na akutních a JIP lůžkách. Je to dáno strukturou nemocniční sítě, dlouhodobě nedostatečnou podporou

jednodenní medicíny, nedostatečným počtem následných lůžek a obecně opět sníženou dostupností primární péče. Dalším problémem je personální vyhláška, která nereflektuje oborová specifika a definuje pouze jeden typ akutních lůžek a jeden typ lůžek JIP. Ve srovnání s rokem 2010 pozorujeme absolutní růst úvazkové kapacity lékařů pouze v segmentu akutní péče, zatímco péče následná a dlouhodobá stagnuje kvůli nízkým počtům aktivních lékařů.

Ve vzdělávání lékařů byly historicky základním problémem opakující se reformy systému vzdělávání. Proto je nutné tento systém kultivovat, zvýšit prostupnost vzdělávacích programů, zjednodušit jejich obsah a nerozšiřovat počty oborů ani kmenů. Finančně je pak nutné podporovat především obory primární péče a dále malé obory, kde je kritický nedostatek lékařů, jako je například dětská psychiatrie či dětská neurologie. Je nutné srovnat kvalitu přípravy na akreditovaných pracovištích a rozšířit počet těchto pracovišť.

V ČR se prosadil před řadou let decentralizovaný systém akreditovaných pracovišť, na která může absolvent LF nastoupit (byť obecně v EU, USA a Japonsku převládá systém centralizovaný). Proto lékař, který na akreditované pracoviště do předatestační přípravy nastoupí, většinou po úspěšném složení atestace na tomto pracovišti zůstává. To ale vede k tomu, že na velkých pracovištích, kam se hlásí velká část absolventů lékařských fakult, se stále zvyšují počty lékařů. Naopak pracoviště, kam se absolventi nehlásí, mají obecně dlouhodobé problémy s počtem lékařů.

Takto nastavený systém nutí všechny nemocnice, aby získaly akreditaci pokud možno pro všechny svoje obory, jelikož již atestovaní nemocniční lékaři, kteří by měli zájem změnit pracoviště, na trhu fakticky nejsou. Systém, který je běžný v USA a některých zemích západní Evropy (anglosaský systém „rezident–fellow–staff“), v ČR není. Prakticky každý lékař, který po škole na akreditované pracoviště nastoupí, dostává ještě před atestací smlouvu na dobu neurčitou. Nicméně i v dalších zemích EU je systém kombinovaný a nejednotný, proto je obtížné nějaký systém označit za tzv. „zlatý standard“.

Problémem je rovněž kvalita přípravy lékařů k atestaci. Na řadě pracovišť nefungují školitelé v adekvátním módu. Pro lékaře v předatestační přípravě mají pracoviště jen výjimečně připravený program včetně přednášek a kurzů. Propracovaný systém péče o lékaře ve specializační přípravě se od roku 1989 na většině pracovišť v ČR nepodařilo nastavit a zavést. Rozdíl jsou i ve vlastní atestační zkoušce a kvalitě zkušebních komisí. Problematická je často velmi špatná náplň vzdělávacích programů a špatná prostupnost těchto programů.

Z výše uvedených důvodů představují metodická reforma systému vzdělávání, zajištění jeho standardizovaného obsahu, dostupnosti a prostupnosti zásadní pilíře představené koncepce v této oblasti. Proto MZ nově pověřilo IPVZ koordinací administrativního a metodického zajištění specializačního vzdělávání. Jedním ze zásadních přínosů nové strategie je i krok ke zjednodušení a k plné elektronizaci agend souvisejících se vzděláváním lékařů – viz dále blíže popsany vývoj systému „Administrátor“. Další ministerstvem realizované kroky jsou připraveny s vědomím faktu, že od roku 2019 úspěšně probíhá vládní program podpory vzdělávání lékařů. Lékařské fakulty dokázaly navýšit počet studujících až o 30 %; od akademického roku 2025/26 tak dojde k nárůstu počtu absolventů oboru Všeobecné lékařství o více než 300 ročně. Je

naprosto nezbytné tuto situaci využít k plánovitému posílení kapacit v nejvíce ohrožených oborech a regionech.

Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025

V rámci své působnosti se IPVZ v průběhu roku 2023 podílel na přípravě a realizaci následujících opatření přímo vedoucích k personální stabilizaci zdravotnictví a zjednodušení systému specializačního vzdělávání:

1. Automatické přidělení 13. platové třídy po úspěšném absolvování základního kmene:

- Lékaři, kteří úspěšně absolvují základní kmen, se nově posouvají do 13. platové třídy. Změnu zakotvuje nový katalog prací MPSV, který nabyl účinnosti 1. ledna 2023.

2. Navýšení dotace na rezidenční místa:

- **Rezidenční místa pro základní kmeney:** Došlo k výraznému navýšení částek. V předchozích letech byla výše dotace na kmen 20 000 Kč měsíčně pro interní kmen a 10 000 Kč měsíčně pro ostatní kmeney. V roce 2023 se průměrně pohybovala mezi 30–35 tis. Kč/ rezident /1 měsíc. Podíl dotace, který musí být určen na mzdu rezidenta, byl navýšen na 80 %. Zároveň je systém přidělování rezidenčních míst průchodnější, tzn. že rezidenční místa jsou přidělována všem žadatelům (kteří splní formální podmínky) v průběhu celého roku. Jinými slovy, není stanoven žádný termín pro příjem žádostí a není omezen počet míst, která je možné přidělit.
- **Rezidenční místa pro specializační vzdělávání:** Podpora je koncentrována na obory primární péče a obory péče o děti. V roce 2023 bylo podpořeno pět následujících oborů:
 - Všeobecné praktické lékařství – 150 míst
 - Pediatrie – 80 míst (podpořena je pouze ta varianta vzdělávání, kde je ve specializovaném výcviku 12měsíční praxe v ordinaci PLDD)
 - Dětská a dorostová psychiatrie – 10 míst
 - Dětská neurologie – 10 míst
 - Urgentní medicína – 10 míst

U všech oborů byla dotace zvýšena na 55 000 Kč měsíčně. Podíl dotace, který musí být určen na mzdu rezidenta, byl navýšen na 80 %. Akreditované zařízení musí být schopno plnit požadavky na personální zajištění (vyhláška č. 99/2012 Sb.) při poskytování péče v daném oboru i bez rezidenta. To znamená, že rezident je do zařízení přijat „nad rámec“ minimální personálního stavu. Toto opatření má vést k tomu, aby dotace byla využita skutečně na zajištění specializačního vzdělávání, nikoliv k pokrytí mzdových nákladů běžného provozu; bude tak větší pravděpodobnost, že školitel se bude rezidentovi skutečně věnovat. Výše dotace pro rezidenční místa a výše dotace na vybrané obory RM 2024 jsou součástí analytické a datové přílohy č. 1 této kapitoly.

IPVZ v rámci agendy rezidenčních míst lékařů i NLZP poskytuje podporu MZ v rámci svých personálních kapacit a podílí se na zlepšování metodických postupů

v souladu s praxí. Dále se pořádá pravidelná celorepubliková školení pro žadatele o rezidenční místa a vykonává funkci kontaktního místa pro vyřizování dotazů týkajících se rezidenčních míst.

3. Pružné udělování výjimek při uznávání praxe na neakreditovaném pracovišti, pomoc se zajištěním akreditačního řízení a setkání akreditačních komisí:

- Pokud pracoviště splňuje kritéria k získání akreditace v daném oboru, pouze nemělo v rozhodném období akreditaci platnou, ministr zdravotnictví k této skutečnosti přihlédne a rozhodne o uznání praxe na takovém pracovišti v plné výši. Tím bude zajištěno, aby se kolegům před atestací neprodložovala doba do složení atestační zkoušky a aby mohli atestaci získat co nejdříve po splnění všech podmínek specializačního vzdělávání.
- IPVZ zřídilo funkci koordinátora akreditačních komisí, který pomáhá MZ s administrativním zajištěním jednání akreditačních komisí, zajištěním podkladů pro jejich rozhodování, zápisů z jednání atd.

4. Realizace projektu „Administrace specializačního a nástavbového vzdělávání“:

- V rámci NPO byl zahájen projekt „Administrace specializačního a nástavbového vzdělávání“. Jeho cílem je konsolidace a sladění dostupných datových zdrojů o personálních kapacitách českého zdravotnictví a jejich spojení v nový informační systém predikující potřeby v dané oblasti. Kromě plošných zdrojů dat nově integrovaných v národním zdravotnickém informačním systému je součástí plnění projektového záměru i vývoj a implementace nového informačního systému pro postgraduální a specializační vzdělávání. Implementace tohoto navrhovaného informačního systému („Administrátor“) umožní efektivní sběr, analýzu a vyhodnocení dat týkajících se personálních kapacit ve zdravotnictví. Díky přehledu o obsazenosti vzdělávacích programů včetně regionálního členění získáme detailní informace o aktuálních i budoucích personálních kapacitách. To umožní kvalifikované zhodnocení dostupnosti zdravotnického personálu a predikci budoucích potřeb.
- Na základě těchto analýz bude možné efektivně plánovat a přijímat opatření pro zajištění vysoké úrovně vzdělávání. Hlavním přínosem je vytvoření nástroje, který poskytne komplexní přehled o situaci v oblasti lidských zdrojů a umožní strategické řízení s cílem zajistit dostatečné množství kvalifikovaných zdravotnických pracovníků pro poskytování kvalitní zdravotní péče v budoucnosti. Výstupy systému budou využity pro strategické rozhodování v oblasti vzdělávání zdravotnických pracovníků a zajištění dostatečných personálních kapacit ve zdravotnictví.
- V souvislosti s přípravou architektury systému rozpracované v současnosti do jednotlivých případových studií („use case“) byla navržena i implementace tohoto elektronického systému do novely zákona č. 95/2004 Sb., kde je zakotven v § 43c systém Administrace jako informační systém veřejné správy, a v § 43d až 43k jsou dále specifikovány různé moduly systému Administrace a jejich funkce (podrobněji viz příloha č. 2 této kapitoly). Systém administrace bude plně ve vlastnictví Ministerstva zdravotnictví, realizací projektu a následnou správou systému je

pověřen IPVZ. Za rok 2023 byly splněny všechny klíčové milníky: analýza akreditačního řízení, audit plošných zdrojů dat, analýza specializačního vzdělávání, návrh novely zákona, návrh nového procesu zpracování dat, příprava výběrového řízení na dodavatele nového IS. Projekt vstupuje do další fáze vývoje a testování, které by mělo být ukončeno na začátku druhého pololetí roku 2024. Na přípravě architektury a zadání pro zhotovitele se na základě uzavřeného memoranda s IPVZ podílí ČVUT, dále pak je klíčovým partnerem ÚZIS, všechny LF a NCO NZO. Podílejí se i koordinátoři specializačního vzdělávání ve zdravotnických zařízeních přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví.

5. **Ostatní projekty IPVZ jsou zaměřeny na dotované vzdělávání** a jejich přehled tvoří samostatnou přílohu č. 3 této kapitoly.

6. **Stanovování jasných kompetencí lékařů po absolvování základního kmene:**

- S účinností od 1.7.2023 byla vydána vyhláška MZ ČR č. 162/2023, o stanovení činností, které může vykonávat lékař bez odborného dohledu po získání certifikátu o absolvování základního kmene pediatrického. Mezi tyto kompetence se řadí i takové, které lze využít v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost a rozšířit tak kapacitu v tomto segmentu. Přehled všech kompetenčních vyhlášek po kmenech tvoří samostatnou přílohu č. 4 této kapitoly.
- Kromě toho IPVZ shromáždil návrhy odborných společností ke kompetencím po získání zvláštní specializované způsobilosti v nastavbových oborech. Stanovení jasných kompetencí stabilizuje postavení lékaře dané odbornosti a jejich transparentní ustanovení vede k personální stabilizaci v daném oboru.

7. **Vznik Vědecké rady IPVZ:**

- Vědecká rada IPVZ je složena ze všech děkanů LF v ČR, předsedy ČLS JEP a dalších klíčových stakeholderů zdravotnického vzdělávání včetně zástupce KOR s cílem spolupracovat na tvorbě systému, realizaci a rozvoji postgraduálního vzdělávání zdravotnických pracovníků, společného efektivního využívání lidských i materiálních zdrojů a společné participaci na vědecko-výzkumné činnosti. Hlavní důraz je kladen na koordinaci administrativních postupů specializačního vzdělávání, termínů jednotlivých zkoušek a výkladových stanovisek při uznávání praxe v rámci specializačního vzdělávání apod.

8. **Vznik pracovní skupiny koordinátorů specializačního vzdělávání ve zdravotnických zařízeních přímo řízených MZ:**

- Úkolem koordinátorů specializačního vzdělávání je dozor a odpovědnost za naplňování zákonných podmínek specializačního vzdělávání v akreditovaném zařízení. Zodpovídají za určení školitele každému lékaři zařazenému do specializačního vzdělávání, za stanovení plánu absolvování jednotlivých částí vzdělávacího programu, včetně časového harmonogramu. Zodpovídají za férové a transparentní podmínky výkonu specializačního vzdělávání, tzn. nepodmiňování absolvování programu nestandardními podmínkami ze strany zaměstnavatele. V rámci této aktivity bylo zřízeno i kontaktní místo pro připomínky, podněty a stížnosti na MZ. Do konce ledna 2024 vyplní všichni koordinátoři hlášení o kontrole

průběhu specializačního vzdělávání v jejich akreditovaném zařízení. Následně se uskuteční dalších pracovní setkání koordinátorů v únoru 2024, kde bude kladen důraz na sjednocení metodických postupů specializačního vzdělávání v jednotlivých akreditovaných zařízeních.

9. Zjednodušení specializačního vzdělávání:

- Zrušení doby platnosti průřezových povinných kurzů (kurz Lékařská první pomoc, kurz Základy zdravotnické legislativy, etiky a komunikace, kurz Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislostí a kurz Radiační ochrana); tyto kurzy mají od 1. 1. 2024 neomezenou platnost a lékaři v přípravě k atestaci nejsou omezeni jejich opakovaným absolvováním, což v minulosti vedlo i k odkládání složení atestační zkoušky. Informace o tomto zrušení byla zveřejněna ve Věstníku MZ ČR, částka 1/2024. Současně se připravuje do legislativního procesu návrh úpravy vyhlášky MZ ČR č. 397/2020 Sb., kdy je na základě pokynu ministra navrženo zcela odstranit povinnost absolvovat průřezové teoretické kurzy. Připravuje se informace do Věstníku MZ ČR, kterou by se zrušila i stanovená délka platnosti tzv. oborových teoretických kurzů. Povinnost absolvovat je v souladu s vyhláškou MZ ČR č. 397/2020 Sb. však zůstane.
- Modifikace povinných stáží („koleček“): v současnosti se připravuje informace do Věstníku MZ ČR o zrušení povinných stáží z interního lékařství, chirurgie a anesteziologie a resuscitace, které i nadále zůstanou nepovinnou součástí u vzdělávacích programů. Bude však možné nahradit je stáží na akreditovaném pracovišti základního oboru.
- Pravidelné setkává í s proděkany LF pro specializační vzdělávání: za účelem vzájemné výměny informací vedoucí k zjednodušení průběhu specializačního vzdělávání a organizaci atestačních i kmenových zkoušek se na MZ nově od letošního roku scházejí proděkani každé čtvrtletí.
- Výkladová stanoviska k zákonu č. 95/2004 Sb.: vznikla pracovní skupina k sjednocení výkladů tohoto zákona, aby postup ve všech situacích byl vždy jednoduchý a jednotný.
- Implementace simulačního vzdělávání do specializačního vzdělávání jako volitelná součást, kdy bude lékařům ve specializační přípravě umožněno absolvovat volitelně definované výkony i v simulačním centru.

10. Podpora primární pediatrické péče:

- Podpora variabilního vzdělávacího programu specializačního oboru Pediatrie s možností volby doby trvání specializovaného výcviku v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v délce 24 měsíců.

11. Podpora stomatologické péče:

- Podpora primárně řeší úhradu stomatologických výkonů, smluvní vztahy, ale i zjednodušení přístupu zubních lékařů z jiných zemí než z členských zemí EU do našeho systému, aniž by byla snižována kvalita péče a nároky na jejich odbornost.

12. Revize aprobačního procesu

- IPVZ byl pověřen tvorbou a následnou realizací vzdělávacího projektu Jazykové a odborné přípravy zahraničních zdravotníků. Analytická část tohoto projektu ukázala nutnost revize systému aprobačního testování. Byla zahájena příprava nových sad testovacích otázek odborníky na testování z UK na základě principu „single best answer“. Tyto otázky byly již pilotně nasazeny do jarního běhu aprobačních zkoušek a byl sledován trend zvýšení úspěšnosti u písemné části zkoušek. K jeho posílení povede i samotná příprava na aprobační zkoušku, která je další součástí projektu.

Cíle koncepce do roku 2025

- Umožnit pojišťovně hrazení přeshraniční péče.
- Umožnit pojišťovně větší podíl a odpovědnost za budování sítě a dostupné primární péče. V rámci MZ byly ustanoveny pracovní skupiny řešící problematiku nedostatku stomatologické péče a primární pediatrické péče. V rámci pediatrické péče pak MZ spolupracuje na podpoře sdružených praxí primární péče umožňujících práci na snížený pracovní úvazek a zároveň zajištění každodenní zdravotní péče. Dále se podílí na modifikaci vzdělávacího programu oboru Pediatrie pro ty lékaře, kteří směřují do primární péče tak, aby větší část své praxe v rámci specializačního vzdělávání mohli vykonávat v ordinaci pediatra v primární péči či praktického lékaře pro děti a dorost. Jde o opatření napравující současný stav, který není dostatečně motivační ani pro školitele, ani pro školence v primární péči, protože znamená vyslání školence na větší část specializační přípravy do nemocničního pediatrického oddělení k tíži školitele.
- Zvýšení prostupnosti vzdělávacích programů, možnost započtení větší části vzdělávacího programu např. u lékaře se specializovanou způsobilostí z interního lékařství do všeobecného praktického lékařství apod. Jinými slovy, zjednoduší se konverze při získávání specializované způsobilosti mezi příbuznými odbornostmi.
- Možnost společné akreditace pracovišť umožní výkon větší části vzdělávacího programu v daném oboru specializačního vzdělávání na mateřském pracovišti.
- Zásadní elektronizace administrativy vzdělávání (program „Administrátor“) – viz výše.
- Zjednodušení vzdělávacích programů a procesu akreditací – v rámci implementace programu „Administrátor“.
- Zákon o valorizaci úhrad za státní pojištění.
- Novela zákoníku práce umožňuje 24h služby (na základě výjimky vyjednané v Evropské komisi), přesčasová práce je limitována na 416 hodin dobrovolné přesčasové práce.
- Zákon o odměnách ve zdravotnictví je provázán s úhradovou vyhláškou, bylo dosaženo dohody s ČLK a odborovými svazy ve zdravotnictví ohledně ukončení výpovědí z přesčasové práce a zajištění služeb od 1.1.2024.
- Novela personální vyhlášky.

Shrnutí hlavních milníků projektu „Vytvoření nového systému administrace zdravotnických pracovníků (ADMINISTRÁTOR)“ – stav ke dni ke dni 22.02.2024:

- Projekt „Administrátor“ byl v gesci IPVZ zahájen v březnu 2023.
- V rámci úvodní přípravné části projektu byla v průběhu období duben–září 2023 provedena procesní a datová analýza současného stavu specializačního a nástavbového vzdělávání zdravotnických pracovníků.
- Analýza byla v září 2023 předložena správci a vlastníkovi budoucího systému, tedy MZ ČR. V současné době stále probíhá finální kolo revizí dokumentu. Očekávané zveřejnění analýzy na straně MZ ČR plánováno ve 2Q 2024 (aby nebylo ovlivněno vypsání VZ).
- Rovněž v září 2023 byla ze strany IPVZ připravena novela návrhu zákona k ukotvení Administrátora do příslušné legislativy. Návrh byl předán Odboru legislativy MZ ČR k dopracování a následně v říjnu oficiálně schválen a zařazen do legislativního procesu schvalování – k 22. 2. 2024 čeká na 2. čtení.
- V období říjen–prosinec bylo na základě výstupu z analýzy a schválené projektové žádosti v rámci NPO připraveno Rámcové zadání plánovaných modulů Administrátora (spolu s funkční a technickou specifikací nového informačního systému). Takto připravené zadání bylo následně 15. 12. 2023 prezentováno na MZ ČR. Uvedený dokument byl schválen na poradě vedení MZ ČR dne 21. 12. 2023.
- Na konci roku 2023 byli členy řídicího výboru projektu Administrátor jmenováni prof. Martin Repko (předseda ADLF) a prof. Ladislav Dušek (ředitel ÚZIS), dále vedoucí katedry softwarového inženýrství FIT ČVUT dr. Michal Valenta a doc. Robert Pergl z FIT ČVUT. Gestorem projektu je ředitelka IPVZ dr. Irena Maříková.
- K projektu Administrátor se přes podepsané memorandum o spolupráci připojila Asociace děkanů lékařských fakult, Univerzita Karlova a FIT ČVUT v Praze.
- K projektu Administrátor byla dle platných zákonů a nařízení pro vznik informačního systému veřejné správy podána žádost na NÚKIB a DIA (OHA), kde projekt získal předběžná souhlasná stanoviska pro přípravu realizace.
- V období leden–březen 2024 probíhají se všemi dotčenými subjekty (ministerstvo zdravotnictví, pověřené organizace, LF, IPVZ, NCO NZO, Spolky mladých lékařů / praktiků / lékárníků, vybraní poskytovatelé zdravotních služeb) pracovní workshopy s prezentací návrhu uživatelských obrazovek nového systému administrace specializačního a nástavbového vzdělávání.
- V dubnu 2024 by mělo dojít k finalizaci Zadání a kvalitativnímu dokončení specifikace nového informačního systému, které bude sloužit pro zadávací dokumentaci potřebné pro vypsání výběrového řízení.
- Vyhlášení výběrového řízení je přímo závislé na schválení pozměňovacího návrhu k vládnímu návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb. a zákon č. 95/200 Sb.
- Do poloviny letošního roku bude dle platného harmonogramu projektu splněn 1. milník, tzn. vyvinuta základní datová platforma Administrátora. Ve druhém pololetí pak začne, s vítězem VZ, vývoj jednotlivých modulů nového systému administrace.
- Pilotní provoz IPVZ plánuje spustit ve druhé polovině roku 2025.
- Start nového informačního systému se všemi plánovanými a odsouhlasenými funkcionalitami je naplánován na leden 2026.

Příloha č. 1: Analýzy, data, časová dotace na rezidenční místa a výše dotace na vybrané obory RM 2024

Příloha č. 2: Funkční a technické specifikace nového informačního systému „Administrátor“

Příloha č. 3: Přehled projektů IPVZ_17_01_24

Příloha č. 4: Přehled kompetenčních vyhlášek po kmeni

Kapitola VII. Zajištění personálních kapacit – kapacity a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků

<https://nzip.cz/koncepce2025#nlzp>



Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce

Personální zajištění zdravotních služeb je nepochybně jedním z nejobtížnějších úkolů veřejného zdravotního systému ve většině vyspělých států. Jde o agendu vyžadující dlouhodobé plánování, na sebe navazující součinnost více resortů a také alokaci nezanedbatelných finančních zdrojů do vzdělávacího systému. Personální stabilizace často vyžaduje implementaci velmi komplexních opatření, což je případ i České republiky. České zdravotnictví bohužel v rostoucí míře limituje nedostatečná kapacita nelékařských zdravotnických pracovníků, a to ve více profesích. Dlouhodobě nedostatečná a klesající kapacita všeobecných sester, radiologických asistentů a dalších nelékařských zdravotnických profesí je v kontrastu se zvyšující se poptávkou stárnoucí české populace po zdravotních službách. Chybějící personální kapacity ohrožují v dalším desetiletém horizontu dostupnost i kvalitu péče.

Podle dat Národního zdravotnického informačního systému ve zdravotnictví aktuálně působí cca 83 tisíc sester, avšak v různých oborech napříč systémem jich již nyní přibližně 3 tisíce schází. Velmi varující je také to, že další tisíce sester v dohledné době v zaměstnání pravděpodobně skončí z důvodu odchodu do důchodu. Více než 12 tisíc všeobecných sester je starších 60 let a dalších 1 600 sester již dokonce přesáhlo věkovou hranici 70 let. Sestry chybí jak v akutní, tak i dlouhodobé a následné péči. Nejproblematictější je pak situace v sociálních a zdravotně sociálních službách, kde věku 60 let dosahuje až pětina sester. Přitom jde o segment, který bude muset nevyhnutelně kapacitně růst s postupujícím demografickým stárnutím populace. Problematika se týká i dětských sester a porodních asistentek. Co se týče radiologických asistentů, v nadcházejících deseti letech bude odchod do důchodu hrozit u zhruba 32 procent dnešních kapacit, což znamená až 1250 úvazků. Objem na tuto odbornost vázaných výkonů přitom za posledních 10 let vzrostl o téměř 22 procent, přičemž problém ještě umocňuje nerovnoměrná distribuce kapacit mezi poskytovateli. U přibližně padesáti poskytovatelů lůžkové péče již dnes není provoz techniky kryt odpovídajícím počtem úvazků radiologických asistentů. Celkově již nyní registrujeme chybějící kapacitu radiologických asistentů v objemu cca 200 úvazků.

Problémy s dostupnou kapacitou hrozí i v nemenší míře u odborností zdravotnický záchranář a nutriční terapeut. Zdravotničtí záchranáři sice nejsou ohroženi demografickým stárnutím, je ale třeba alespoň částečně kompenzovat ukončení vzdělávání této profese na VOŠ v roce 2019, což přineslo výpadek pětileté produkce absolventů ve výši zhruba 700 zdravotnických záchranářů. Problémem je také velmi rozdílná úvazková kapacita mezi regiony, kdy se rozsah v přepočtu úvazků na 100 tisíc obyvatel pohybuje mezi 19,2 až 63,1. Celková chybějící kapacita zdravotnických záchranářů u zdravotnických záchranných služeb je cca 100 úvazků; v kapacitně poddimenzovaných regionech, jako je Moravskoslezský, Karlovarský, Olomoucký, Jihomoravský či Pardubický kraj, pak existuje potenciál uplatnit dalších 500 až 600 úvazků. Další poptávku po této profesi generují nemocnice a segmenty řešící urgentní a zdravotně krizové situace v terénu. V tuto chvíli v České republice záchranáře vzdělává deset škol, ačkoli jen záchranných služeb je čtrnáct. Žádoucí je rovněž posílit kapacity nutričních terapeutů, kde sice nehrozí demografické stárnutí, ale jejich kapacity nestačí k pokrývání narůstajícího objemu zdravotních a zdravotně sociálních služeb.

Závěrem provedených datových auditů personálních kapacit je fakt, že po roce 2030 hrozí kritická situace v řadě nelékařských profesí. Proto je nutné v následujících letech věnovat pozornost posílení vzdělávacích kapacit, zejména pak navýšit počet studentů nejvíce ohrožených oborů na vysokých školách. Tento krok může vyjít z pozitivní zkušenosti s programem podpory výuky všeobecného lékařství, který byl zahájen v letech 2018–2019. Lékařské fakulty náročné parametry programu naplnily a počet studujících budoucích lékařů narostl o téměř 30 %. Byla tak připravena platforma, která má velký potenciál pokrýt rostoucí potřebu lékařů a také nahradit ztrátu kapacit z důvodů demografického stárnutí lékařů.

Iniciace podobného programu, který by směřoval k navýšení produkce vysokoškolsky vzdělaných nelékařů, by významně napomohla řešení hrožících kapacitních rizik. Vzdělávání lékařů i nelékařů na vysokých školách je přitom velmi efektivní a vede k uplatnění absolventů v systému veřejného zdravotního pojištění. Pozitivní zprávou je, že v posledních letech absolventi zdravotnických oborů nastupují do zaměstnání v oboru. Např. ze všeobecných sester, které získaly odbornou způsobilost mezi lety 2018 a 2022, jich nyní ve zdravotnictví aktivně pracuje více než 80 %, u praktických sester je to pouze 50 %. Tato čísla ovšem mohou být zkreslená tím, že někteří absolventi ještě dále pokračují ve studiu (sestry bakalářky v magisterském navazujícím studiu a praktické sestry ve studiu připravujícím na výkon povolání všeobecné či dětské sestry, případně jiného zdravotnického povolání). Část výpadku aktivních kapacit je rovněž způsobena mateřstvím mladých sester, které po dokončení vzdělávání zakládají rodinu.

Vzdělávání nelékařů je nastaveno dobře, je však nutné neustále zlepšovat jak vzájemnou propustnost a provázanost vzdělávacích a studijních programů, tak propojení vybraných nelékařských zdravotnických oborů. Problém je dědictví proběhlých reforem, kdy v řadě oborů existuje jak bakalářské studium, tak odborné studium na vyšší odborné škole. Současně v ČR existují i čtyřletá maturitní studia, která připravují absolventy na výkon „asistentských“ zdravotnických povolání (např. laboratorního asistenta, asistenta zubního technika), přičemž míra jejich využití je omezená. Jedná se tak vlastně o kombinaci systému německého

a anglosaského. Zvláštností je pak studium sester, kdy český vzdělávací systém vedle všeobecných sester vychovává i praktické sestry.

I přes tyto limitace je pro systém velkou šancí relativně vysoký zájem o studium zdravotnických profesí mezi mladými lidmi. Aktuálně například na základě opatření krajů dokázaly VOŠ podstatně navýšit počet studujících v sesterských oborech, obdobně pozorujeme velký zájem o studium zdravotnických lyceí. Ministerstvo opakovaně oslovilo hejtmany krajů ve věci přijetí maximálního počtu uchazečů při přijímacím řízení úspěšných zájemců o vzdělávání ve zdravotnických oborech. Některé střední a vyšší odborné školy již své kapacity podstatně navýšily. V současné době v ČR působí 35 VOŠ s produkcí 570 studentů ročně, k tomu navíc 16 vysokých škol s produkcí 680 absolventů.

Cílem personální stabilizace resortu zdravotnictví ovšem nemůže být pouze zabezpečení odpovídajícího početního stavu: neméně významné je rovněž zajištění optimální struktury profesí, optimalizace jejich kompetencí a garance celoplošného pokrytí služeb ve všech regionech. Zde je problémem dlouhodobá absence plánování pracovních sil ve zdravotnictví. Mapy vzdělavatelů a mapy poskytovatelů zdravotní péče ukazují, že existují velké regionální oblasti, kde je více než jedna nemocnice, mnoho poskytovatelů ambulantní péče a poskytovatelů sociálních služeb poskytujících zdravotní péči, ale přitom v takové oblasti je jen jeden vzdělavatel produkující všeobecné sestry v bakalářském studiu a jeden vzdělavatel vzdělávající všeobecné sestry na VOŠ. Produkce absolventů je tak nízká, že nemůže přirozeně saturovat obměnu zdravotnických pracovníků ve své spádové oblasti. U řady nelékařských profesí nadto evidujeme velmi významné rozdíly v dostupné kapacitě mezi regiony ČR, což souvisí s neoptimálně budovanou infrastrukturou služeb a do značné míry také s nižší atraktivitou některých oblastí pro čerstvě vystudované zdravotnické pracovníky.

Další výzvou je otázka kompetencí nelékařských pracovníků. Řadu méně odborných činností, zejména administrativních, stále musí zbytečně vykonávat zdravotničtí pracovníci. Tento problém je ale dán spíše neochotou vedení pracovišť měnit zaběhnuté postupy a hledat cesty k větší efektivitě práce např. zapojením administrativních pracovníků. Ministerstvo zdravotnictví reagovalo na podněty z praxe a od roku 2019 pořádá ve spolupráci s Institutem pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví nový kurz Administrativní pracovník ve zdravotnictví. Díky němu je možné ve zdravotnictví zaměstnat nezdravotnické pracovníky, kteří mohou lékařům a sestřím pomáhat s administrativou. Cílem je ulevit zdravotníkům od administrativy a umožnit jim, aby věnovali více času pacientům.

Opatření realizovaná pro personální stabilizaci nelékařských zdravotnických profesí

Pro dlouhodobě udržitelný rozvoj personálních kapacit zřídilo ministerstvo zdravotnictví **Strategickou skupinu pro personální zajištění resortu zdravotnictví**, ve které jsou zastoupeni všichni relevantní zástupci vzdělavatelů, poskytovatelů i plátců zdravotní péče. Ministerstvo tak ustavilo odbornou platformu, kde lze veškeré definované problémy řešit ve spolupráci s širokou odbornou veřejností.

S cílem vytvoření sady nástrojů pro řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví využilo MZ ČR příležitost k zapojení do mezinárodního projektu Joint Action on HEalth woRkfOrce to meet health challEngES, („JA HEROES“) v rámci programu EU pro zdraví. Společná akce JA HEROES si klade za cíl podpořit budování administrativní kapacity členských států a rozvoj znalostí o datových zdrojích, které jsou potřebné pro komplexnější plánování personálních kapacit ve zdravotnictví a budování kapacit pro účinné predikce a plánování personálních kapacit ve zdravotnictví.

Co se týče vysokoškolského studia ve zdravotnických oborech, MZ ČR udržuje dlouhodobou spolupráci s Národním akreditačním úřadem (NAÚ) a kontroluje pro NAÚ studijní programy, zda odpovídají právním předpisům z pohledu splnění minimálních požadavků na studijní programy regulovaných zdravotnických povolání. Obě instituce se zaměřují na kvalitu vzdělávání, zástupce ministerstva je rovněž pověřenou osobou pro výkon kontrolní činnosti NAÚ. Pravidelná spolupráce se vzdělavateli vede k nastavení tzv. **kvalifikačních standardů**. Prostřednictvím kvalifikačních standardů jsou podrobněji stanoveny minimální požadavky na studijní programy vysokých škol nebo vzdělávací programy vyšších odborných škol. Cílem je stanovit zejména minimální počty hodin teoretické a praktické přípravy a stanovit její nepodkročitelný rozsah tak, aby bylo zajištěno kvalitní profesní vzdělávání na výkon zdravotnického povolání a aby absolventi daných programů byli odpovídajícím způsobem a kvalitně připraveni k výkonu povolání. V této souvislosti MZ ČR působí i jako mediátor mezi vzdělavateli a zástupci profesních organizací pro sblížení praktických požadavků současného zdravotnického systému a obsahu vzdělávání.

V rámci připravovaných inovací ve výuce se MZ ČR zabývalo četnými podněty na zrušení či nahrazení bakalářských prací. K tomuto podnětu již v roce 2022 proběhla diskuse s předsedkyní Asociace vysokoškolských vzdělavatelů nelékařských zdravotnických profesí v ČR; na podnět reagovaly všechny vysoké školy ve shodě, a to názorem k zachování závěrečných bakalářských prací, kromě vysoké školy ČVUT. Samozřejmostí je podpora využívání moderních prostředků informačních a komunikačních technologií a práce s informacemi: tato témata jsou obsažena v oblasti všeobecně vzdělávacích předmětů ve zdravotnictví (např. modely – low-fidelity a high-fidelity simulátory). Dalším inovativním opatřením ke stabilizaci počtu vzdělávaných zdravotnických pracovníků jsou stipendia. MZ umožnilo již v roce 2019 změnou řízovacích listin všem svým státním příspěvkovým organizacím, aby bylo možné poskytovat stipendia studentům a studentkám zdravotnických oborů.

MZ ČR jedná s MŠMT o obsahu vzdělávání oboru Zdravotnické lyceum a o možném uplatnění těchto absolventů ve zdravotnictví. Cílem je vytvořit podmínky, aby titi absolventi mohli ve zdravotnictví vykonávat povolání jako je správce dat, administrativní pracovník ve zdravotnictví apod. Ve spolupráci s MŠMT proběhne ověřování zájmu a úspěšnosti studentů zdravotnických lyceí ve studiu na vyšších odborných a vysokých školách.

Problém s nedostatkem nelékařských zdravotnických pracovníků navrhuje ministerstvo řešit **dlouhodobým programem podpory výuky v kapacitně ohrožených oborech**. MZ ČR připravilo program podpory výuky vybraných nelékařských profesí obdobně, jako byl připraven dlouhodobý program pro podporu lékařských fakult připravující studenty „mediky“ na výkon

povolání lékaře. Program podpory výuky vybraných nelékařských profesí vychází z doloženého nedostatku kapacit vysoce kvalifikovaného nelékařského zdravotnického personálu a reaguje na rostoucí potřebu zajištění péče pro stárnoucí populaci. Produkce fakult bude posílena jak v ošetrovatelských oborech (Všeobecné ošetrovatelství, Pediatrické ošetrovatelství, Porodní asistence), tak v některých dalších nelékařských oborech (Zdravotnické záchranářství, Radiologická asistence a Nutriční terapie). Záměr je navýšit počty studujících celkově o 20 %, u kapacitně nejvíce ohrožených odborností až o 40 %. K programu se aktivně přihlásilo 18 vysokoškolských vzdělavatelů s potenciálem pokrýt zvýšenou produkcí hrozící propad kapacit NLZP. Konkrétní parametry navrženého programu jsou následující:

- Program je navržen na dobu 12 let.
- Finanční krytí se bude odvíjet od reálných počtů studujících, nejde tedy o paušální financování bez kontroly produkce.
- Finanční model pokrývá nejen vlastní navýšení produkce, ale také dorovnání odměn vyučujících na průměrnou úroveň mezd všeobecných sester v akutních nemocnicích.
- Program obsahuje prvky usnadňující prostupnost a navyšující kvalitu studia, např. klesající počet studentů na úvazek učitele apod.
- Při předpokládané celkové úspěšnosti studia 70 % má program potenciál během 12 let vychovat následující počty pracovníků:
 - všeobecná sestra: 11 078
 - porodní asistentka: 2 539
 - dětská sestra: 1 547
 - radiologický asistent: 1 728
 - zdravotnický záchranář: 3 573
 - nutriční terapeut: 1 250

Výše uvedená produkce odpovídá kapacitním potřebám zdravotnického systému a kryje očekávané odchody pracovníků do důchodu v následujících cca 10–12 letech. Výjimkou jsou všeobecné sestry, kde je potřebný objem nových absolventů odhadován minimálně na 24 000 úvazků. Vzdělávání v tomto oboru tedy nemůže probíhat jen na vysokých školách: neméně významná je produkce VOŠ. Aktuální roční produkce sester studujících na VOŠ je cca 570 a od roku 2021 vyšší odborné školy navýšily počet nově studujících o 40–50 %. Lze tedy předpokládat, že VOŠ v dalších 12 letech vychovají dalších cca 11 000 všeobecných sester.

Dalším nezbytným krokem je **efektivní využívání vzdělání a schopností nelékařských zdravotnických pracovníků a posílení týmové spolupráce**. Nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou dnes významně vzdělanější, než tomu bylo na počátku století. Kvalifikační příprava se posunula ze středních škol na terciární tříletou či pětiletou odborně zaměřenou kvalifikační přípravu, která následně pokračuje profesním vzděláváním v certifikovaných kurzech, ve specializačním vzděláváním nebo dalšími navazujícími magisterskými či doktorskými studii na vysokých školách. Oficiálně se však míra působnosti těchto profesí vymezená legislativou v ČR nikterak nemění. V posledním období odborná veřejnost diskutuje o efektivitě tohoto procesu, resp. do jaké míry a jak efektivně využíváme vzdělávání a schopnosti jednotlivých členů zdravotnického týmu.

V blízké budoucnosti je tedy žádoucí rozšířit **kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků** o definice, s jakou mírou samostatnosti budou moci vykonávat praxi, jak dalece budou moci některá vyšetření či ošetření sami indikovat bez indikací lékařů a jakým způsobem budou tyto kompetence formálně deklarovány ve vyhlášce, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Potenciál posilování kompetencí NLZP vidí MZ ČR v oblasti primární péče, preventivní péče zdravé populace a edukace a vyhodnocování péče pomocí národních standardizovaných protokolů u pacientů s chronickým onemocněním (např. osteoporózou, chronickou a nehojící se ránou, CHOPN, DM II. typu).

Aktuálně resort zdravotnictví vydal např. stanovisko k **uplatnění zdravotnických pracovníků v sociálních službách a prostupnosti těchto profesí**, což je zásadní krok k posílení kapacit a produkce komunitní ošetrovatelské péče a sociálně zdravotní péče.

Konkrétně, odborná způsobilost k výkonu pracovníka v sociálních službách se získává dle ustanovení § 116 odst. 5 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu pracovník v sociálních službách, do kterého mohou vstoupit osoby s minimálně základním vzděláním. Nicméně ne všichni zájemci z řad nelékařských zdravotnických povolání musí akreditovaným kvalifikačním kurzem projít, pokud chtějí v sociálních službách pracovat. Povolání pracovníka v sociálních službách může vykonávat rovněž ten, kdo získal dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, způsobilost k výkonu zdravotnického povolání:

- sanitáře, který absolvoval akreditovaný kvalifikační kurz v oboru všeobecný sanitář přede dnem 1. ledna 2007 (přechodné ustanovení § 40 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách),
- ošetrovatele (§ 36 zákona č. 96/2004 Sb.),
- praktické sestry, všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky, zdravotnického záchranáře, lékaře (tato povolání mají zároveň způsobilost k výkonu povolání ošetrovatele).

Povolání pracovníka v sociálních službách mohou vykonávat rovněž osoby, které absolvovaly:

- část studia pro přípravu lékařů,
- část studia pro přípravu všeobecných sester, dětských sester či porodních asistentek,
- část studia pro přípravu zdravotnických záchranářů,
- část studia pro přípravu praktických sester (tyto osoby mají zároveň způsobilost k výkonu povolání ošetrovatele).

Dále, zákonem č. 89/2021 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 89/2021 Sb.“) byla **nově ukotvena pravomoc nelékařských zdravotnických povolání se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí předepisovat vybrané zdravotnické prostředky**. Současně novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů,

provedenou zákonem č. 371/2021 Sb., se upravily okolnosti a podmínky, při jejichž splnění je umožněna úhrada ze zdravotního pojištění vybraných zdravotnických prostředků poskytovaných v rámci ošetrovatelské péče, pokud byly předepsány všeobecnou sestrou nebo dětskou sestrou.

Dalšího **posílení postavení nelékařských zdravotnických pracovníků v systému zdravotní péče** bylo dosaženo vyhláškou č. 158/2022 Sb., která upravila vyhlášku č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků provázáním činností některých zdravotnických pracovníků tak, aby bylo dosaženo co do rozsahu širší možné, a přitom kvalitní a bezpečné zdravotní péče. Konkrétním příkladem je rozšíření rozsahu kompetencí dětských sester, všeobecných sester, sester specialisek, zdravotnických záchranářů specialistů, zdravotnických pracovníků vykonávajících své povolání na úseku ochrany a podpory veřejného zdraví.

V listopadu 2022 došlo k rozšíření kompetencí vybraných nelékařských zdravotnických profesí též zavedením **třístupňového modelu psychoterapeutické péče**. Vedle lékařů s nástavbovou specializací a psychologů ve zdravotnictví s atestací v oboru psychoterapie mohou vybrané psychoterapeutické a psychosociální intervence poskytovat další nelékařské zdravotnické profese (např. sestry, adiktolog, zdravotně-sociální pracovníci) po prohloubení jejich kvalifikace v psychoterapii. V únoru 2023 ministerstvo vydalo minimální požadavky na rozsah a obsah vzdělávacího programu certifikovaného kurzu „Psychosociální intervence“ a minimální požadavky na rozsah a obsah vzdělávacího programu certifikovaného kurzu „Psychoterapeutická konzultace“.

Připravují se **Národní standardizované operativní protokoly (NSOP)** v ošetrovatelství. Jde o klíčový krok ke sjednocení a zlepšení kvality ošetrovatelské péče v České republice a v prevenci možných pochybení v klinické praxi. NSOP nahradí již vydané Národní ošetrovatelské postupy (NOP), které budou dle nových procesních kroků průběžně aktualizovány a transformovány na NSOP. Národní standardizované operativní protokoly pro NLZP mají široké využití a přínosy.

Pro podporu vzdělávání a rozšiřování kompetencí sester se připravuje řada projektových záměrů, například v oblasti poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta, kde ministerstvo s podporou NCO NZO připravuje projektový záměr s názvem Zvyšování kvality a dostupnosti domácí péče prostřednictvím zavádění nových metod a technologií (zkrácený název Domácí péče) připraveným do výzvy č. 046 OPZ+ (vyhlášeno v lednu 2023). Projekt se zaměřuje na tvorbu a pilotní ověření systémového řešení zvyšování kvality a dostupnosti domácí péče s využitím dostupných technologií a case managementu.

V návaznosti na posilování kompetencí a rozšiřování uplatnění nelékařských zdravotnických profesí je nutné zlepšovat **finanční ohodnocení nelékařských zdravotnických profesí**. Ve spolupráci s MPSV od 1. 1. 2023 došlo k narovnání odpočtu let praxe při zařazení zaměstnance do 11.–16. platové třídy (odstranění rozdílu mezi vzděláním na VŠ a VOŠ).

Vedle toho je strategickým záměrem ministerstva co nejvíce **zprůchodnit systém kvalifikačního vzdělávání a následného profesního vzdělávání, včetně vzdělávání specializačního**. Ministerstvo usiluje o propojení vybraných oborů vzdělávání kategorie H–M–N

ve skupině oborů vzdělání 53 – Zdravotnictví ve vybraných středních a vyšších odborných školách. Ve spolupráci s MŠMT bylo v letech 2021–2023 vyhlášeno pokusné ověřování stupňovitého propojení v oborech:

- 53-41-N/11 Diplomovaná všeobecná sestra pro absolventy oboru vzdělání 53-41-M/03 Praktická sestra, 53-41-H/01 Ošetřovatel
- 53-41-N/5 Diplomovaná dětská sestra pro absolventy oboru vzdělání 53-41-M/03 Praktická sestra, 53-41-H/01 Ošetřovatel
- 53-41-M/02 Nutriční asistent, 53-41-N/4 Diplomovaný nutriční terapeut

V plánu je připravit a vyhlásit pokusné ověřování v dalších odbornostech.

Ministerstvo též apeluje na zprůchodnění vzdělávání vyšších odborných a vysokých škol tak, aby absolventi VOŠ nemuseli v podstatě opakovat své vzdělání v bakalářském studiu ve chvíli, kdy by měli zájem o studium magisterské. Ministerstvo podporuje vznik detašovaných pracovišť středních zdravotnických škol, event. vyšších odborných škol u fakultních nemocnic (již vzniklo detašované pracoviště ve FTN v Praze a v Jihočeském kraji).

Dalším nástrojem je **modernizace specializačního vzdělávání**, která přinese jeho větší flexibilitu, větší dostupnost, provázanost modulového vzdělávání, stupňovité propojení vybraných oborů a zkrácení délky vzdělávání, modernizaci organizace, metod, forem vzdělávání, zavádění on-line vzdělávání, e-learning, virtuální simulace, interdisciplinární vzdělávání, stipendia, finanční podporu a podporu mentorství.

Pro sdělení a zpřehlednění již dnes existující částečné provázanosti a dostupnosti oborů specializačního vzdělávání všeobecných sester zpracovalo MZ ČR společně s NCO NZO metodické doporučení, které přibližuje, co lze z jedné specializace započítat do druhé, demonstruje oblasti (okruhy) znalostí a dovedností, které všeobecná sestra v absolvovaném specializačním vzdělávání nezískala nebo získala v jiném rozsahu, a které může získat nejen absolvováním dalšího specializačního vzdělávání, ale též absolvováním certifikovaných kurzů.

Dlouhodobě se daří rovněž **optimalizace specializačního vzdělávání**. Jedná se o podporu dostupnosti specializačního vzdělávání všeobecných sester mezi nejčastěji požadovanými obory prostřednictvím započítání předchozího vzdělávání, které povede ke zkrácení vzdělávací cesty v těchto oborech:

- ošetřovatelská péče v interních oborech
- ošetřovatelská péče v chirurgických oborech
- ošetřovatelská péče v geriatрии
- domácí a hospicová péče
- intenzivní péče

Je připravována **plná elektronizace specializačního a nástavbového vzdělávání**, která zdigitalizuje např. akreditační řízení, zařazování do specializačních oborů, přihlašování se k atestačním zkouškám. Potřebná elektronizace vzdělávání pomůže efektivněji využít kapacity školitelů i čas školenců a skutečně zlepšit kvalitu jejich vzdělávání. Výsledkem v roce 2025 by

měl být jednodušší, rychlejší a efektivnější systém Administrace specializačního a nástavbového vzdělávání, který zajistí kvalitní přípravu budoucích zdravotnických pracovníků.

Výstavba nového simulačního centra intenzivní medicíny ve FN v Motole a dovybavení stávajících simulačních center lékařských fakult veřejných vysokých škol a zařazení simulací jako standardního vzdělávacího nástroje do systému vzdělávání zdravotnických pracovníků je dalším opatřením, které je realizováno pro kontinuální zvyšování kvality, dostupnosti a efektivity zdravotní péče.

MZ ČR již umožňuje vzdělávání v kvalifikačních kurzech, certifikovaných kurzech nebo ve specializačním vzdělávání realizovat vedle denní formy též formou kombinovanou. Teoretická část vzdělávání může probíhat formou distanční; praktickou část, resp. plnění stanoveného počtu zdravotních výkonů, lze částečně plnit/nahradit simulací.

Je nutné zaměřit pozornost i na **zlepšení prevence negativních dopadů psychické a fyzické zátěže zdravotnických pracovníků**. Pozornost je naplňována zaváděním systému psychosociální intervenční služby (dále jen „SPIS“) nejen u zdravotnických záchranných služeb, ale i u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří poskytují lůžkovou nebo ambulantní péči. SPIS je zajištěn prostřednictvím příspěvkové organizace v přímé řídicí působnosti ministerstva NCO NZO v oblasti koordinační, organizační a vzdělávací. V roce 2022 byla NCO NZO poskytnuta částka 3 389 000 Kč jako účelová provozní dotace na pokrytí nákladů SPIS a pokrytí nákladů na provoz krizové linky, která byla zřízena v souvislosti s epidemickou situací na základě pověření ministerstva.

Kromě toho je žádoucí řešit **nadlimitní a dlouhodobou zátěž pracovníků ve zdravotnictví** v souvislosti s pracovními podmínkami a soustavně vzdělávat zdravotnické pracovníky v prevenci vzniku muskuloskeletálních poruch (MSD) souvisejících s prací, zavádět podporu osvojením vhodných zvládacích technik s důrazem na souvislosti mezi MSD a psychosociálními rizikovými faktory.

Aktuálně ministerstvo s NCO NZO připravuje projektový záměr s názvem **Koncepce zavádění inovativních strategií ke zvýšení psychické a fyzické odolnosti zdravotníků** vedoucí k posílení odolnosti zdravotního systému, kterým se rozšíří portfolio péče o zaměstnance prostřednictvím budování dalších týmů psychosociální podpory a vzdělávacích aktivit zdravotnických pracovníků např. v prevenci vzniku MSD.

Dalším připravovaným projektem MZ s podporou NCO NZO je projekt supervize a kompetence všeobecných sester, dětských sester a porodních asistentek a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků, jehož cílem je vyškolení intervizorů a zavedení supervizních metod jako nástroje profesního růstu, podpory měkkých dovedností a programů snižující zátěž.

V neposlední řadě je na místě komplexně přehodnotit i **počet a složení ošetřovatelských týmů ve směnách**. MZ ČR se zabývá složením ošetřovatelských týmů, a to nejen v návaznosti na personální vyhlášku a minimální požadavky, ale i v rámci zlepšení pracovních podmínek nelékařských zdravotnických pracovníků. Od 1. 5. 2024 je připraveno spuštění pilotního měření náročnosti a nákladů ošetřovatelské zátěže, a to v úzké spolupráci s ÚZIS ČR a zástupci poskytovatelů zdravotních služeb. Předmětem projektu je zmapování činností sester, resp.

zhodnocení měření ošetrovatelské zátěže na jednotlivých pracovištích. Vedle oborů (pracovišť) se bude sledovat:

- časová náročnost poskytované péče dle vykázaných individuálních výkonů
- denní obrátka pacientů
- průměrná délka hospitalizace propuštěných pacientů daného pracoviště
- podíl standardních ošetrovacích dnů u pacientů sledovaných pracovišť
- důvod přijetí pacienta na sledované pracoviště
- vykázané kategorie pacienta
- počet vykázaných ošetrovacích dnů dle kalendářních dnů
- počet zemřelých pacientů na pracovišti

V závislosti na exaktně podchycenou náročnost péče je záměrem **upravit pracovní podmínky** nastavením optimálního profilu personálního zabezpečení ze stran ošetrovatelského personálu úpravou personální vyhlášky.

Jako uznání za mimořádný přínos v oboru ošetrovatelství, a v souladu s nařízením vlády č. 248/2007 Sb., o oceněních v oblasti zdravotnictví udělovaných ministerstvem zdravotnictví, MZ ČR od roku 2022 každoročně uděluje ocenění PhDr. Alice Garrigue Masarykové. Ocenění je spojeno s finanční odměnou ve výši 100 000 Kč. Podařilo se vypracovat a vydat novou Koncepti domácí péče, Koncepti ošetrovatelství a připravují se koncepce dalších nelékařských oborů.

Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025

Obsah nové koncepce resortu v oblasti zajištění a stabilizace personálních kapacit nelékařských zdravotnických profesí zahrnuje zejména následující opatření a novely legislativních norem:

- Hrazení přeshraniční péče zdravotními pojišťovnami
- Zvýšení podílu a posílení odpovědnosti zdravotních pojišťoven na budování sítě, zejména posílením dostupnosti primární péče
- Posílení personálních kapacit nelékařských oborů a jejich kompetencí
- Posílení postavení nelékařských zdravotnických pracovníků v systému zdravotní péče
- Uplatnění zdravotnických pracovníků v sociálních službách a prostupnosti těchto profesí
- Řešení nadlimitní a dlouhodobé zátěže pracovníků ve zdravotnictví
- Zlepšení prevence negativních dopadů psychické a fyzické zátěže zdravotnických pracovníků
- Vybudování funkční datové základny sledující a predikující potřebné kapacity nelékařských zdravotnických profesí v regionálně specifických modelech
- Modernizace vzdělávání nelékařských zdravotnických oborů a zajištění vyšší prostupnosti na sebe navazujících úrovní vzdělávání
- Posílení spolupráce se vzdělavateli a nastavení tzv. kvalifikačních standardů
- Zákon o valorizaci úhrad za státní pojištění

- Novela zákoníku práce
- Novela personální vyhlášky
- Novela katalogu prací
- Novela vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění
- Novela vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Cíle koncepce do roku 2025

- Zvýšení prostupnosti a provázanosti vzdělávacích a studijních programů a vybraných oborů
- Ustavení možnosti společné akreditace pracovišť, sdílených praxí apod.
- Plná elektronizace administrativy spojené se vzděláváním NLZP (program Administrátor implementovaný v specializačním i nadstavbovém vzdělávání)
- Zjednodušení a modernizace vzdělávacích programů a procesu akreditací, posílení prostupnosti na sebe navazujících úrovní vzdělávání
- Optimalizace specializačního vzdělávání
- Posílení samostatnosti, odpovědnosti a kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků
- Připravená koncepce zavádění inovativních strategií ke zvýšení psychické a fyzické odolnosti zdravotníků
- Posílení personálních kapacit prostřednictvím navýšení počtu studentů v kapacitně ohrožených oborech na lékařských fakultách a dalších vysokých školách
- Zavedený systém publikace a aktualizace Národních standardizovaných operativních protokolů (NSOP) v ošetrovatelství

Kapitola VIII. Elektronizace

Vybrané aspekty budování systému eHealth

<https://nzip.cz/koncepce2025#elektronizace>



Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce

Koncepce elektronizace zdravotnictví do roku 2025 navazuje na vybrané oblasti Národní strategie elektronického zdravotnictví a je rovněž definována Strategickým rámcem rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 („Zdraví 2030“), zejména jeho Implementačním plánem 2.3 Digitalizace zdravotnictví. Resortní strategie rovněž respektuje Informační koncepci ČR a Informační koncepci MZ ČR.

Dalším, naprosto klíčovým, řídicím dokumentem v oblasti elektronizace zdravotnictví, který má dopad na veškeré oblasti elektronizace a strategické cíle MZ ČR v této oblasti, je zákon č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví.

Aktuální situace v oblasti elektronizace zdravotnictví není ani přes dílčí pokroky rozhodně uspokojivá. Velmi zjednodušeně lze informační systémy v českém zdravotnictví rozdělit na systémy centrální a systémy, které jsou provozovány jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb. Příklady plně funkčních centrálních systémů jsou eRecept či Národní zdravotnický informační systém. Oba tyto systémy ale plní pouze svoji vymezenou, byť podstatnou, centrální agendu a neposkytují širší podporu další digitalizaci v českém zdravotnictví. Není to jejich úlohou. Zásadní centrální systémy a na ně navázané služby dle definice zákona 325/2021 Sb. stále nejsou dobudovány.

Tím je významně ovlivněna i digitalizace informačních systémů, které používají poskyvatelé zdravotních služeb. Zde se digitalizace postupně logicky prosazuje, nicméně bez vazby na centrální řídicí a standardizační komponenty. Výsledkem je nejednotné prostředí, kde sice vznikají nové digitální služby, jenže nejsou vzájemně provázány. Podstatnou limitací jsou rovněž nejasná a obtížně splnitelná pravidla pro vedení čistě elektronické zdravotnické dokumentace na straně poskytovatelů. Bez existence elektronické zdravotnické dokumentace si není možné představit další pokrok v elektronizaci, není možné její bezbariérové sdílení ani budování dalších služeb občanům a poskytovatelům zdravotních služeb. Velkou limitací je rovněž nedokončená standardizace základních typů zdravotnické dokumentace, a to jak po komunikační, tak obsahové stránce.

Standardizace datových agend a komunikačních rozhraní představuje velký nedostatek českého zdravotnictví. Byť jsou ve všech nemocnicích a u většiny soukromých ambulancí informační systémy široce využívány (včetně PACSu) a dokumentace je vedena plně elektronicky, naprosto chybí obsahová standardizace těchto systémů a možnost přenosu dat mezi poskytovateli či směrem k pacientovi. Poskytovatelé disponují informačními systémy, které byly vyvíjeny bez jakékoli povinnosti strukturovat a ukládat data jednotným způsobem a s využitím jednotného standardu. Proto i implementace moderních systémů s využitím integračních platforem neumožňuje bezproblémové sdílení dat napříč resortem. Na rozdíl od okolních zemí nebyly dosud datové standardy pro informační systémy legislativně ukotveny. Tak může každý poskytovatel – a zejména výrobce informačních systémů – k praktické implementaci přistupovat odlišným a vzájemně nekompatibilním způsobem, který v konečném důsledku jakékoli efektivní sdílení zdravotní dokumentace v podstatě neumožní.

Před řadou let se podařilo propojit poskytovatele (především lůžkového segmentu) pomocí dvou sítí tak, že dnes lze běžně v rámci České republiky i Slovenska zasílat obrazovou dokumentaci ve formátu DICOM mezi zdravotnickými zařízeními. Opět jde ale jen o částečný úspěch a částečné dořešení pouze jedné agendy. Tímto způsobem totiž nelze posílat žádanky na konkrétní vyšetření (ani screeningová), popisy vyšetření ani propouštěcí zprávy. Navíc nejsou žádanky, popisy ani propouštěcí zprávy obsahově standardizované. Pacient může elektronicky získat obrazovou dokumentaci, nikoli však nálezy a žádanky na vyšetření. V době epidemie COVID-19 sice byla vyvinuta a zavedena aplikace Tečka, takže informaci o očkování proti COVID mohl dostat každý občan do svého mobilu a do této aplikace, ale tato příležitost nebyla dosud plně využita k rozšíření na další služby a informace.

Zdravotníci a občan/pacient jsou tak zatěžováni papírováním a přepisováním stále stejných informací. To je také jedním z důvodů, proč nebyl zaznamenán žádný posun v elektronickém objednávání na vyšetření. I to komplikuje život jak zdravotníkům, tak pacientům. V konečném důsledku je tak komplikována i dostupnost zdravotních služeb, neboť neexistuje centrální platforma, která by kontrolovala objednávací a čekací lhůty na nejrůznější diagnostická vyšetření, screeningová vyšetření či elektivní operace.

Níže popsaná koncepce popisuje základní kroky, které mohou tento stav v horizontu do konce roku 2025 zlepšit realizací konkrétních opatření.

Dobudování infrastruktury eHealth a centrálních služeb

Zásadním východiskem pro řízený a jednoznačný rozvoj elektronizace je reálná implementace informačních systémů a centrálních služeb, jak jsou definovány v zákoně č. 325/2021 Sb. Vybudování této centrální infrastruktury nabídne infrastrukturní služby zejména poskytovatelům zdravotních služeb, kteří pak budou moci rozvíjet své informační systémy a postupně začít nabízet digitální služby i občanům. Bude také podpořena interoperabilita informačních systémů jednotlivých poskytovatelů a usnadněna výměna zdravotnické dokumentace.

Mezi klíčové komponenty definované tímto zákonem patří **kmenové registry**. Jedná se o Kmenový registr poskytovatelů zdravotních služeb, Kmenový registr zdravotnických pracovníků a Kmenový registr pacientů.

Zatímco Kmenový registr poskytovatelů zdravotních služeb a Kmenový registr zdravotnických pracovníků mají svou datovou základnu (editační vrstvu) v již existujících národních registrech (oba registry jsou součástí NZIS) a stačí je tak pouze převést technicky a legislativně do referenční podoby, kmenový registr pacientů musí být vybudován zcela nově. Nicméně i zde již je na straně resortu jistá zkušenost, neboť báze pacientů, která bude tvořit obsah Kmenového registru pacientů, musela být v rámci epidemie COVID-19 již částečně vytvářena.

Všechny tři registry jsou základními stavebními kameny elektronizace, neboť poskytnou všem subjektům resortu zapojeným do elektronizace jednoznačnou a potvrzenou identitu těchto subjektů. Vznikne tak dosud chybějící **identitní prostor elektronického zdravotnictví**. To umožní spolehlivou identifikaci i přidělování oprávnění v rámci elektronických služeb. Nejpodstatnější je tato problematika pro Kmenový registr pacientů, který zavede resortní identifikátor pacienta (RID) a doplní (a v elektronické komunikaci postupně nahradí) rodné číslo i číslo pojištěnce.

Další zásadní komponentou je **služba výměnných sítí**. Pod tímto pojmem se skrývá v zásadě platforma vzájemně propojených afinitních domén, která umožní propojení poskytovatelů zdravotních služeb a výměnu elektronické zdravotnické dokumentace. V navrhované novele zákona je tato služba rozšířena také o pacienta, poskytovatele sociálních služeb a zdravotní pojišťovny. Předpokládáme tedy, že tato síť bude zajišťovat elektronickou komunikaci a výměnu dokumentů i napříč mezi jmenovanými subjekty. Prvek dočasného úložiště je klíčovou komponentou nezbytnou pro funkčnost sítě a zajistí dostupnost služby i pro poskytovatele a pacienty, kteří nejsou připojeni k internetu nepřetržitě. Komponenta výměnných sítí je rovněž součástí řešení eŽadanky a EZKarty, které mají v budoucnu poskytovat centrální služby.

Dalšími komponentami, které mají spíše systémový charakter, jsou **služby vytvářející důvěru, Registr práv a mandátů a Katalog služeb elektronického zdravotnictví**.

Katalog služeb elektronického zdravotnictví je evidenční komponentou, která slouží k evidenci registrovaných služeb elektronického zdravotnictví, ke kterým bude možné řídit přístup pomocí Registru práv a mandátů. Tedy například udělení mandátu jedné osobě druhou k tomu, aby mohla získat přístup ke službě evidované v katalogu jako „nahlížení do očkovací průkazky“. Služby vytvářející důvěru mají za cíl zejména sjednotit vydávání resortních certifikátů a nabídnout poskytovatelům zdravotních služeb bezplatná časová razítka, a tím podpořit vedení elektronické zdravotnické dokumentace.

Další služby, které jsou navrhovány v nyní připravené novele zákona č. 325/2021 Sb. jsou již služby, které cílí více na občany a jsou rozebrány dále. Jedná se o Elektronickou zdravotní kartu (EZKartu) a systém elektronických žádanek. Výše zmiňované rozšíření je předmětem již připravené novely zákona o elektronizaci zdravotnictví (zákon č. 325/2021 Sb.).

Pro faktické vybudování zmiňovaných komponent a služeb je určeno financování z projektů Národního plánu obnovy (NPO). Tyto projekty probíhají a MZ ČR připravilo a realizuje výběrová řízení, která mají za cíl tyto zákonem definované komponenty do konce roku 2025 plně uvést do provozu.

Aktuálně probíhá na centrální úrovni vývoj a implementace klíčových informačních systémů zejména v následujících oblastech: primární péče, surveillance infekčních nemocí, komunitní paliativní péče, preventivní programy a screeningy. Rovněž jsou dále udržovány a rozvíjeny informační systémy, které byly vybudovány při zvládnutí epidemie COVID-19.

Poskytování dat a digitálních služeb občanům

Na vybudování centrálních infrastrukturních služeb musí navazovat realizace reálných služeb občanům. Nicméně s ohledem na jejich potřebnost je nezbytné zahájit jejich realizaci již nyní tak, aby služby občanům mohly být postupně na pozadí přepojovány na nově vznikající centrální komponenty.

V první fázi budou služby občanům postaveny na centrálně evidovaných datech (Národní zdravotnický informační systém, registry orgánů ochrany veřejného zdraví...). Nicméně tyto služby a nástroje (aplikace) budou budovány tak, aby je bylo možné v budoucnu snadno rozšířit i o nové úlohy. Hlavními prostředky, jak tyto služby nabídnout občanům, bude komplexní portál elektronického zdravotnictví (budovaný MZ ČR z projektů NPO) a k němu sesterská mobilní aplikace EZKarta, která bude zpřístupňovat vybrané služby.

Následující část kapitoly stručně představuje komponenty a služby, které má smysl a je reálné realizovat do konce roku 2025.

Zpřístupnění otevřených datových sad

Objem evidovaných zdravotních dat i s ohledem na úspěšnou digitalizaci centrálních sběrů (zejména do NZIS) roste a je nezbytné zavádět nové metody, které tato cenná data zpřístupní nejen státní správě, ale i jednotlivým občanům, případně široké veřejnosti. To umožní provádění nezávislých analýz nad zveřejňovanými daty i v nových oblastech, kterým se dosud úřad centrálně nevěnoval.

Příkladem je propojování a budování datového mostu a analytického zázemí mezi resorty MZ ČR a MPSV, kdy tato principiálně vzájemně související data, která se týkají každého občana, nebyla dosud společně analyzována jako jeden celek.

Dalším aspektem, který hraje velmi významnou roli ve strategii naplňování tohoto cíle, je připravované nařízení o Evropském prostoru pro zdravotní data (EHDS). Toto nařízení bude mít zcela jistě dopad na zveřejňování a publikaci dat, a to jak z NZIS, tak obecně z resortu zdravotnictví. ÚZIS ČR (přesněji Národní zdravotnický informační systém) se stane hlavním uzlem komunikace těchto dat do společného prostoru.

V rámci zpřístupňování dat občanům budou tedy v horizontu konce roku 2025 publikovány nové datové sady, které zajistí nezávislé a objektivní informování veřejnosti. Klíčovou roli bude

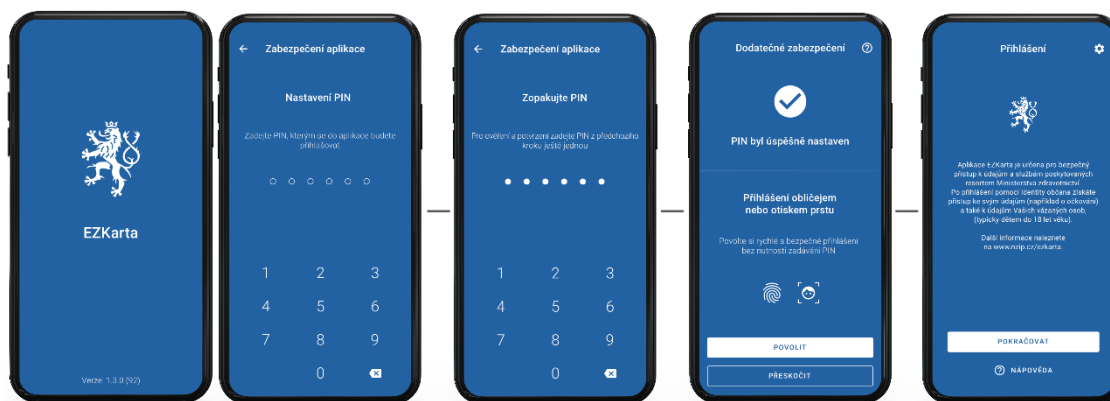
v této aktivitě hrát ÚZIS ČR, který zveřejnil ve spolupráci s dalšími subjekty státní správy svoji koncepci zveřejňování dat, která je předmětem samostatného dokumentu „Koncepce sdílení a sekundárního vytěžování dat Národního zdravotnického informačního systému“.

Portál elektronického zdravotnictví

Portál elektronického zdravotnictví je centrální službou dle zákona č. 325/2021 Sb. Portál má být vybudován jako komplexní jednotné místo přístupu pro občany (a zdravotnické pracovníky). Jeho realizace bude součástí projektů NPO, přičemž vzorem je Portál občana. Jelikož portál prozatím neexistuje, je předpokladem, že služby pro občany popisované níže budou prozatím realizovány v rámci stávající infrastruktury resortních registrů (například stávající registry a centrální úložiště dat, portál ocko.uzis.cz).

Elektronická zdravotní karta (EZK, EZKarta)

EZKarta vznikla transformací původní aplikace Tečka. Se zahrnutím nových funkcí, které EZKarta přináší a přinese, bylo nezbytné zvýšit bezpečnost aplikace a přejít od původní jednocelové aplikace k řešení, které poskytuje vysokou úroveň zabezpečení pro přístup k datům. Po vzoru bankovních aplikací je tak možné se do EZKarty přihlásit pouze zabezpečeným způsobem pomocí Národní identitní autority a chránit tak osobní údaje, které jsou v aplikaci zobrazovány. Díky tomu se EZKarta stala zabezpečenou aplikací jednoznačně svázanou s konkrétní osobou (je nutné jednoznačně prokázat identitu přihlašující osoby), která aplikaci využívá a má práva na citlivé údaje a služby v aplikaci nabízené.

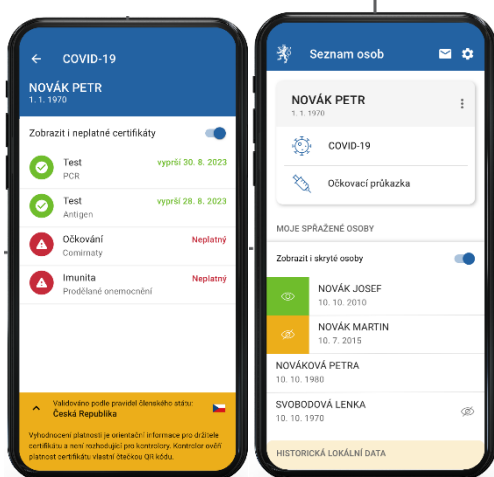


Notifikační funkce

Aplikace EZKarty byla rozšířena o notifikační funkci. Tato funkce umožňuje zasílat uživatelům aplikace EZKarty adresné i obecné informace, které pro něj mohou být podstatné. Jednoduchou možností jejího využití je informování o novinkách v aplikaci, avšak počítá se i s jejím budoucím využitím i v mnohem zásadnějších situacích, jako je adresné informování o nároku na screeningové vyšetření zdarma, případně zasílání informací v případě, že by se opakovala situace podobná pandemii COVID-19 či hrozilo jiné nebezpečí či hygienické riziko, o kterém je vhodné občany neprodleně a cíleně informovat.

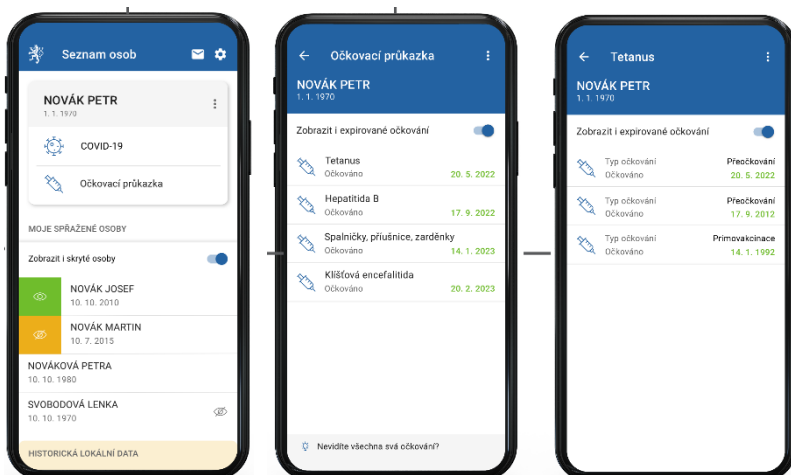
Covid certifikáty

Funkce pro uchování, zobrazování a validaci covidových certifikátů je v aplikaci EZKarty zachována i nadále, a to jako samostatná sekce včetně vazby na portál ocko.uzis.cz. Lze předpokládat, že dojde k postupnému sblížení očkovacího průkazu s očkovaním proti onemocnění COVID-19, a že i toto očkovaní se tak stane jeho integrální a standardní součástí. Zobrazení certifikátů jiných osob je podřízeno spolu s dalšími funkcemi jednotnému systému mandátování a sprážených osob, kde rodič vidí automaticky certifikáty svých dětí do 18 let, případně vidí certifikáty osob, které mu k tomu udělily mandát.



Očkovací průkazka

Očkovací průkazka je novou hlavní službou, kterou EZKarta nabídne všem občanům. Každý občan uvidí v aplikaci veškerá svá očkovaní, která mu byla aplikována od 1. 1. 2023, a to včetně očkovaní proti onemocnění COVID-19. Rodič navíc automaticky uvidí očkovací průkazku svých dětí do 18. let. Na základě explicitně uděleného mandátu jinou osobou pak uvidí občan také očkovací průkazku této osoby. Tato služba bude v příštím období nadále rozvíjena.

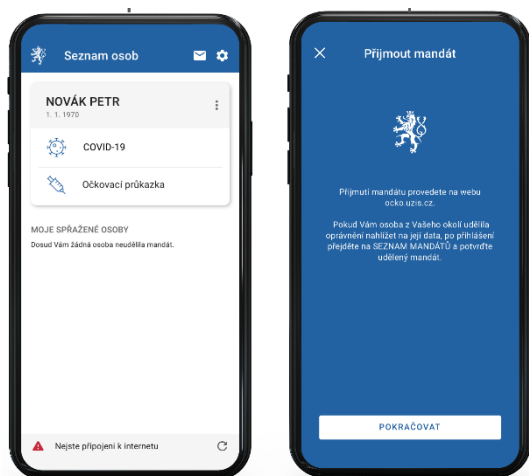


Udělování mandátů

S tím, jak EZKarta integruje nové funkce, vzrůstá i potřeba dalšího sdílení dat, tedy například udělit mandát jiným osobám a zobrazit jim vlastní očkovací průkaz. Příkladem může být

situace, kdy chce senior umožnit svým dětem nebo vnoučatům, aby si mohly zobrazit obsah jeho očkovací průkazky. Proto byl implementován mechanismus, kdy aplikace EZKarty spolu s portálem ocko.uzis.cz umožňuje přidělovat (a odebírat) mandáty k obsaženým funkcím i dalším osobám. Tato správa mandátů je v tuto chvíli vztažena jen na dostupné funkce EZKarty, tedy očkovací průkazka a certifikáty COVID-19, nicméně předpokládáme, že do správy mandátů budou postupně zařazovány i nové funkce tak, jak budou v aplikaci přibývat.

Do budoucna předpokládáme přepojení správy všech mandátů pod registr práv a mandátů dle zákona č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví.



Další rozvoj EZKarty

EZKarta se bude postupně rozvíjet v synergii s rozvojem elektronizace zdravotnictví, zejména s rozvojem centrálních služeb, případně s rozvojem standardizace, která zavede porovnatelné a centrálně integrované funkce elektronizace zdravotnictví.

Mezi nové plánované funkce v horizontu této strategie do konce roku 2025 spadá například elektronický přístup občanů k jejich datům, tedy výpisy informací z centrálních resortních systémů, zvláště pak z Národního zdravotnického informačního systému. Tato služba poskytne občanovi přihlášenému přes funkcionalitu Identita občana výpis z centrálních evidencí (pilotně vybraných registrů Národního zdravotnického informačního systému), ve kterých je jednoznačně ztotožněn. V zásadě tak občan postupně získá dle svého práva údaje o něm vedené v centrálních evidencích resortu zdravotnictví. Jako příklad lze uvést informace o hospitalizacích pacienta.

Bude zaveden „Rozcestník“ na jednotlivé webové stránky provozované Ministerstvem zdravotnictví ČR a případně jinými relevantními orgány státní správy (v zásadě dashboard). Bude přizpůsoben dle osoby, která se do EZkarty přihlásí; například zdravotnickým pracovníkům bude moci nabídnout pro ně relevantní odkazy apod.

Bude implementována e-mapa poskytovatelů zdravotních služeb, která zobrazí vybrané údaje o poskytovatelích zdravotních služeb v mapovém podkladu České republiky, a to včetně kapacitní dostupnosti poskytovatelů zdravotních služeb. Údaje budou získány z Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb.

Další významnou komponentou, která principiálně závisí na dokončení centrálních služeb dle zákona č. 325/2021 Sb., je sdílení elektronické zdravotnické dokumentace (zejména parametricky standardizovaných forem eZD). Občan bude mít přímo v aplikaci dostupnou svou eZD, respektive přímý odkaz na stažení ZD, například propouštěcí zprávu, laboratoř či e-žádanky, pokud mu je daný poskytovatel zpřístupní.

EZKarta tak bude novou bránou občanů k dalším novým službám elektronického zdravotnictví a bude je integrovat a zpřístupňovat. Půjde například o registr mandátů, výpis ze žurnálu činností, přístup do kmenových registrů a další. Podrobnější popis funkcí a prostředí EZKarty je uveden v přílohách 1 a 2.

Elektronické žádanky na vyšetření

Zavedení jednotné a centrálně řízené strukturované trojcestné elektronické žádanky bude přínosem jak pro občany, tak pro poskytovatele zdravotních služeb, a povede k větší efektivitě žádaných vyšetření. Občanům zajistí snadnou garanci svobodné volby poskytovatele zdravotních služeb. Rovněž budou mít občané možnost sledovat stav vypořádání své žádanky. Předpokladem je, že elektronická žádanka bude zobrazena v EZKartě a rovněž portálu elektronického zdravotnictví. Poskytne tak mimo jiné občanovi lepší kontrolu nad provedenými vyšetřeními i zpětný přehled o nich. V první fázi se bude jednat o žádanky na laboratorní vyšetření a žádanky na obrazová vyšetření. Dalším logickým krokem, který ale přesahuje aktuální rámec, je sdělování výsledků vyšetření vázaných na tuto žádanku.

Pozvánka na screeningové programy

Pro tuto službu budou využity funkce EZKarty, které umožňují zasílání notifikací. Služba bude generovat pozvánky na screeningová vyšetření, na která má občan nárok. Předpokladem je propojení této funkcionality na centrální rezervační systém, který zajistí efektivní alokaci volných termínů na screeningová vyšetření. V rámci elektronizace tedy bude zajištěno a vybudováno technické zázemí pro plně elektronické řízení a hodnocení preventivních a screeningových programů.

Interoperabilita poskytovatelů zdravotních služeb

Nezbytnou výchozí podmínkou interoperability poskytovatelů zdravotních služeb v oblasti zdravotnické dokumentace je její vedení v elektronické podobě. Zjednodušení této agendy zavádí novela zákona č. 372/2021 Sb. Další zásadní podmínkou je implementace centrálních služeb elektronického zdravotnictví, které zavede jednoznačnou identifikaci subjektů, včetně pacientů.

Zcela zásadní a dosud velmi opomíjený slabý prvek v českém systému eHealth je zcela nedostatečná parametrizace zdravotnické dokumentace blokující efektivní datovou komunikaci v rámci resortu. Je tedy nezbytné zavedení obsahových a také komunikačních standardů pro výměnu zdravotnické dokumentace. Je vypracována zcela nová koncepce standardizace e-dokumentace pacienta a je připravena legislativa pro její implementaci s termínem plnění 1. 1. 2025.

V první fázi bude standardizace zaměřena na prioritní typy zdravotnické dokumentace tak, jak je má ve svých prioritách i budoucí nařízení EHDS. Půjde tedy zejména o propouštěcí zprávu, propouštěcí zprávu z obrazového vyšetření, laboratorní výsledek a patientský souhrn.

V interoperabilitě poskytovatelů je kromě komunikační a obsahové standardizace nezbytné rovněž zapojení dalších komponent elektronického zdravotnictví. Jde zejména o: (1) kmenové registry, které propojí danou zprávu s konkrétní identitou pacienta; (2) systém výměnných sítí, který zajistí vlastní výměnu eZD mezi poskytovateli (případně i s pacientem); (3) koncové služby pro pacienta. Zde se uplatní zejména EZKarta a portál elektronického zdravotnictví, kde bude sdílená dokumentace dostupná i pacientovi.

Zvyšování kybernetické bezpečnosti

Kontinuální zvyšování kybernetické bezpečnosti centrálních systémů i informačních systémů poskytovatelů zdravotních služeb je nezbytnou podmínkou pro bezpečnou realizaci dalších cílů, které spočívají v budování elektronických služeb a strategii otevírání centrálních datových zdrojů. Bez zabezpečených procesů a infrastruktury není možné tyto služby odpovědně budovat – navíc v prostředí, kdy se intenzita počtu kybernetických útoků i s ohledem na mezinárodní situaci zvyšuje a stávají se více rizikovými.

Nezbytnost zvyšování požadavků na kybernetickou bezpečnost je dána i přijetím směrnice o kybernetické bezpečnosti, tzv. NIS2. Česká republika má povinnost transponovat text této směrnice do národního práva. S ohledem na dané lhůty lze očekávat, že národní legislativa bude platnou do 16. 10. 2024.

MZ ČR realizuje či připravuje některé zásadní projekty, které mají přímý či nepřímý dopad na schopnost a rozsah realizace této oblasti. Jedná se zejména o projekty z Národního plánu obnovy, které podpoří posílení centrální kybernetické infrastruktury (provozovatelem je ÚZIS ČR) a rovněž podpoří zavedení a aktualizaci bezpečnostních procesů (centrální projekty MZ ČR z NPO). Tento projekt by měl plně zajistit jak všechny formální a metodické požadavky na kybernetickou bezpečnost (metodiky, dokumentace, mapování aktiv, hodnocení rizik), tak zvýšení kompetencí zaměstnanců úřadu v oblasti kybernetické bezpečnosti.

Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025

Realizované kroky

- 1) Zajištění kapacitního zázemí pro přípravu a realizaci projektů NPO.
- 2) Příprava výchozích podkladů technických řešení jednotlivých komponent elektronizace.
- 3) Výchozí zadání pro realizaci výběrových řízení na partnery pro přípravu a implementaci technických řešení elektronizace:
 - a. podpora rozvoje interoperability,
 - b. služby elektronického zdravotnictví,
 - c. příprava implementace EHDS,
 - d. zavedení systému řízení bezpečnosti, kybernetická bezpečnost.

- 4) Realizace výběrového řízení na dodavatele odborného zázemí a projektové řízení všech fází realizace prostředků elektronizace.
- 5) Tvorba metodiky projektového řízení a metodického rámce enterprise architektury
- 6) Koordinace příprav a validace IT technických řešení s odborníky zástupců přímo řízených organizací v souvislosti s nutností zajištění pilotních projektů pro ověření předpokládaných funkcionalit elektronizace.
- 7) Koordinace příprav na technická řešení pro realizaci interoperability u poskytovatelů.
- 8) Konzultace a vydání souhlasných stanovisek pro projekty interoperability u poskytovatelů v rámci žádosti o dotační prostředky na realizaci technických řešení.
- 9) Příprava zadání a technických specifikací pro realizační projekty všech komponent elektronizace zdravotnictví.

Cíle koncepce do roku 2025

- 1) Vybudované a plně funkční centrální komponenty a další infrastrukturní služby definované zákonem č. 325/2021 Sb.
- 2) Funkční resortní katalog otevřených dat a publikace široké sady otevřených datových sad v tomto katalogu. Finalizace a naplnění „Koncepce sdílení a sekundárního vytěžování dat Národního zdravotnického informačního systému“.
- 3) Nově vybudované elektronické služby občanům, dostupné v EZKartě. Postupné rozšiřování jejich funkcí:
 - a. rozcestník MZ ČR a mapa poskytovatelů,
 - b. výpisy z centrálních registrů NZIS,
 - c. online centrální objednávání na screeningové vyšetření,
 - d. elektronické zasílání žádanek a propouštěcích zpráv.
- 4) Legislativně ukotvené zjednodušené vedení čistě elektronické zdravotnické dokumentace u poskytovatelů zdravotních služeb.
- 5) Zavedení obsahových a komunikačních standardů pro informační systémy poskytovatelů zdravotních služeb:
 - a. platné standardy pro prioritní typy EZD,
 - b. elektronizace komunikace mezi nemocnicemi.
- 6) Implementace datových standardů a elektronických nástrojů posilujících plynulost navazujících segmentů péče, zejména v oblasti rychlé diagnostiky a zahájení léčby vážných onemocnění, v dlouhodobé péči kombinující lůžkový a nelůžkový segment a v sociálně-zdravotních službách.
- 7) Posílení kybernetické bezpečnosti centrálních systémů a informačních systémů poskytovatelů zdravotních služeb.

Kapitola IX. Legislativa a dotační politika jako nástroj změny

<https://nzip.cz/koncepce2025#legislativa>



Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce

Legislativa

Principiální cíle a reformní kroky představené koncepcí nelze naplnit bez odpovídajícího legislativního zázemí. Zejména vývoj klíčových komponent infrastruktury elektronického zdravotnictví vyžaduje novelizaci příslušných zákonů – a totéž platí pro inovace v oblasti sociálně zdravotních služeb a úhradových mechanismů. MZ ČR plánuje do konce volebního období prosadit několik důležitých legislativních záměrů, mezi jejichž hlavní cíle patří:

- lepší dostupnost zdravotních služeb pro pacienty a vyšší podpora činností zaměřených na předcházení vzniku nemocí,
- zajištění dostatku pracovníků vykonávajících jednotlivá zdravotnické povolání dle oborové a regionální potřeby,
- podpora lepšího sdílení informací mezi poskytovateli zdravotních služeb a díky tomu omezení zbytečných či duplicitních případů poskytování zdravotních služeb,
- snížení administrativní zátěže zdravotnických pracovníků a poskytovatelů zdravotních služeb,
- optimalizace a reorganizace systému hygienické služby,
- zvýšení odpovědnosti zdravotních pojišťoven za funkční a hospodárné nastavení sítě smluvních poskytovatelů za pomoci účinných nástrojů.

V oblasti poskytování zdravotních služeb a výkonu zdravotnických povolání koncepce:

- zracionalizuje požadavky na vzdělávání zdravotnických pracovníků bez snížení kvality a očekávaného výstupu vzdělávacího procesu,
- omezí stávající hypertrofované požadavky na posuzování zdravotní způsobilosti v případech, kdy to není nezbytné, ani potřebné,
- podpoří bezpečné poskytování telemedicínských zdravotních služeb,
- usnadní využití údajů vzniklých při poskytování zdravotních služeb pro vědu a výzkum bez snížení standardu ochrany osobních údajů.

V oblasti financování zdravotních služeb a systému veřejného zdravotního pojištění koncepce zejména:

- rozšíří možnosti aktivit zdravotních pojišťoven v oblasti prevence – například tím, že umožní pojištěncům čerpat vyšší prostředky z fondu prevence v případě, kdy budou řádně pečovat o své zdraví (např. preventivní prohlídky, screeniny, očkování atd.);
- umožní zdravotním pojišťovnám poskytovat příspěvky (stipendia, dotace) na předatestační vzdělávání lékařů, což posílí jejich možnost ovlivňovat síť poskytovatelů zdravotních služeb a tím zajišťovat dostupnost zdravotních služeb ve všech regionech ČR; zdravotní pojišťovny tedy budou mít možnost ovlivnit počet lékařů vzdělávajících se v jednotlivých odbornostech a zároveň cílit finanční prostředky tam, kde bude potenciálně riziko snížení dostupnosti péče v příslušné odbornosti;
- zreviduje rozsah nároku a výši úhrad hrazených služeb v oblasti stomatologické péče tak, aby byla zajištěna vyšší ochota zubních lékařů uzavírat smlouvy se zdravotními pojišťovnami;
- zjednoduší možnost pro čerpání zdravotních služeb v zahraničí, zejména tak, aby tyto služby mohli čerpat pojištěnci v příhraničních oblastech se zhoršenou dostupností v některých oborech zdravotních služeb.

V oblasti elektronizace zdravotnictví a podpory digitálních služeb koncepce zejména:

- dokončí přípravu a zprovozní integrované datové rozhraní zdravotnictví včetně kmenových registrů, služeb vytvářejících důvěru a centrálních služeb elektronického zdravotnictví;
- transformuje stávající mobilní aplikaci Tečka na univerzální aplikaci pro přístup k elektronickým službám ve zdravotnictví tak, že nebude pouhým elektronickým očkovacím průkazem, ale jednotnou branou ke všem elektronicky vedeným údajům daného pacienta a k dalším užitečným informacím;
- vydá standardy elektronického zdravotnictví, které umožní interoperabilitu rozdílných informačních systémů, a tím usnadní potřebný přenos dat mezi poskytovateli zdravotních služeb a dalšími příjemci dat;
- spustí službu eŽádanka, která primárně usnadní objednávání pacientů k indikovaným zdravotním službám a sekundárně přinese významné informace o dostupnosti zdravotních služeb nebo čekacích dobách a také usnadní redukci zbytečných případů poskytování zdravotních služeb.

V oblasti ochrany veřejného zdraví koncepce zejména:

- zřídí nový ústřední orgán – Státní hygienickou službu, která bude nástupnickou organizací pro krajské hygienické stanice a hygienickou stanici hlavního města Prahy, který umožní efektivní jednotné řízení a metodické vedení v oblasti ochrany veřejného zdraví včetně státního zdravotního dozoru;
- zefektivní poskytování souvisejících nezbytných laboratorních služeb novým uspořádáním organizace a obsahu činnosti zdravotních ústavů;
- podpoří lepší, snadnější a přesnější sběr dat o infekčních nemocech novými nástroji elektronické komunikace.

Dotační politika

MZ ČR, ač není řídicím orgánem žádného operačního programu financovaného z EU fondů, umí používat tyto zdroje pro podporu rozvoje infrastruktury a pro tvorbu a realizaci systémových kroků v resortu. MZ ČR totiž dodává podklady pro nastavení dotací v rámci operačních programů řízených jinými ministerstvy – konkrétně Ministerstvem pro místní rozvoj v případě Integrovaného regionálního operačního programu 2021–2027 (dále jen „IROP“, investiční prostředky EU ve výši cca 9,6 mld. Kč) a Ministerstvem práce a sociálních věcí v případě Operačního programu Zaměstnanost plus (dále jen „OPZ+“, neinvestiční prostředky), v rámci něhož jsou MZ ČR a jeho organizace (např. ÚZIS, IPVZ, NCO NZO a NÚDZ) příjemci a tedy realizátory projektů, které by měly přispět k vyrovnávání se se současnými i budoucími výzvami českého zdravotnictví, tedy především s demografickým stárnutím jak populace obecně, tak zdravotnických pracovníků.

Nově se MZ ČR stalo tzv. vlastníkem pilíře č. 6 „Zdraví a odolnost obyvatel“, jež se skládá ze dvou komponent Národního plánu obnovy (dále jen „NPO“). Konkrétně se jedná o oblast 6.1 Zvýšení odolnosti systému zdravotní péče a 6.2 Národní plán na posílení onkologické prevence a péče, celkem je rozdělováno cca 12,5 mld. Kč. Primárním cílem komponent je především posílení odolnosti systému zdravotní péče s důrazem na péči onkologickou. Komponenty v sobě zahrnují realizaci projektů zaměřených na výstavbu nových či úpravu stávajících zdravotnických zařízení, podporu vzdělávání lékařských i nelékařských pracovníků, podporu rehabilitační péče pro pacienty po kritických stavech, podporu preventivních screeningových programů a rozvoj specializované hematoonkologické a onkologické péče. NPO je založen na realizaci reforem a investic v dané oblasti, jejichž plnění je následně vyhodnocováno skrze plnění nastavených cílů a milníků. V případě oblasti zdraví je nezbytné ze strany resortu plnit celkem 14 milníků a cílů, aby bylo úspěšně dosaženo všech reforem a investic s tím, že aktuálně byly již úspěšně splněny tři z nich.

Vedle výše uvedených evropských dotačních nástrojů samozřejmě existují ještě národní dotační prostředky, jež cílí na výstavbu, rekonstrukci a modernizaci zdravotnické infrastruktury prostřednictvím tzv. programů reprodukce majetku. Tyto programy jsou zaměřeny především na modernizaci a obnovu zdravotnické infrastruktury a obnovu a pořízení zdravotnické přístrojové techniky. Výjimečně je podpora poskytnuta i do oblasti pomocných a obslužných provozů, a to většinou při rozsáhlejších akcích, kde tyto provozy jsou součástí většího celku. Podstatná je mimo jiné i otázka efektivnosti a návratnosti takové investice. V budoucích letech je plánována řada investičních akcí; mezi ty nejvýznamnější (i co do finančních prostředků) patří tzv. strategické investice Ministerstva zdravotnictví. Strategické investiční akce jsou zaměřené na obnovu stávající infrastruktury, na udržení zdravotní péče ve stávajícím rozsahu a na vytvoření moderního a komfortního prostředí pro pacienta, a aktuálně jsou připraveny k postupné realizaci.

Koordinované nastavení dotační politiky a realizace projektů společně s dalšími aktivitami (zejména v legislativní oblasti a oblasti nastavení úhrad) má sloužit k dosažení cílů stanovených v hlavních strategických dokumentech resortu; konkrétně se jedná o Zdraví 2030 a rovněž i Národní onkologický plán České republiky 2030, který vznikl v rámci výše uvedené komponenty 6.2 NPO, která následně slouží pro jeho realizaci.

MZ ČR využívá potenciálu jednotlivých nástrojů jednak jako impulsu k dosažení cílového stavu u poskytovatelů zdravotní péče, kdy poskytnutí dotace je motivací k jejich žádoucímu chování např. v oblasti optimalizace lůžkového fondu, jednak jako možnosti získání prostředků pro realizaci nových průkopnických kroků v jednotlivých oblastech.

Shrnutí stavu a kroky do budoucna

V uplynulých letech představovaly investice z fondů EU významný zdroj financování infrastruktury ve zdravotnictví. Předpokládáme, že tomu tak bude i do budoucna, byť v omezenější míře (vzhledem k předpokládanému snížení objemu prostředků dostupných pro ČR). MZ ČR se proto intenzivně zapojuje do přípravy a vyjednávání dalšího programového období od roku 2028 s tím, že předpokládanou prioritou pro investiční podporu zřejmě budou představovat služby na zdravotně sociálním pomezí, což je plně v souladu s nastoupeným trendem odklonu od financování projektů v oblasti akutní lůžkové péče.

Do zdravotnictví (a především právě do akutní péče) z evropských prostředků zaměřilo v nedávné době velké množství dotací, kdy nejvýznamnější podporu představoval investiční nástroj REACT-EU za 22 mld. Kč, v jehož rámci musela být realizace všech projektů dokončena do konce roku 2023. V rámci tohoto nástroje byla podpořena síť urgentních příjmů, tj. síť nemocnic zajišťujících základní regionální dostupnost zdravotní péče. Tato podpora umožnila podstatný rozvoj oborů navazujících bezprostředně na urgentní příjem. Samotná podpora vzniku a modernizace urgentních příjmů bude zajištěna v rámci plánovaných výzev IROP, právě při jejich definici stojí před MZ ČR úkol v podobě nastavení parametrů pro skutečně efektivní rozdělení podpory ve výši cca 4,8 mld. Kč s ohledem na žádoucí nastavení sítě.

Na závěr lze obecně konstatovat, že dotační nástroje především investičního charakteru pomáhají zvyšovat dostupnost a kvalitu zdravotní péče, kdy z pohledu MZ ČR je např. jednou z dílčích priorit řízený rozvoj onkologické péče v Karlovarském kraji, který je financován z dotace NPO. Ale i systémové projekty realizované MZ ČR se ukázaly – a nadále ukazují – s ohledem na své výstupy zejména např. v oblasti paliativní péče a zakotvení multidisciplinárních nemocničních paliativních týmů v systému zdravotní péče jako vhodné nástroje změny.

Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025

Mezi nejvýznamnější návrhy právních předpisů k realizaci legislativních záměrů Ministerstva zdravotnictví patří zejména:

- Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů – projednáván Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR
- Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a některé související zákony – nyní po meziresortním připomínkovém řízení
- Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony – nyní po meziresortním připomínkovém řízení

- Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví, a další související zákony – nyní v meziresortním připomínkovém řízení
- Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů – nyní po vnitřním připomínkovém řízení
- Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další související zákony – nyní po vnitřním připomínkovém řízení
- Návrh zákona o úhradách zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz a stomatologických výrobků hrazených z veřejného zdravotního pojištění – nyní po vnitřním připomínkovém řízení

Realizované a připravované aktivity dotační politiky mají přispívat zejména ke zvýšení kvality a dostupnosti péče v definovaných segmentech, k posílení preventivních programů a k dosažení především následujících specifických cílů Zdraví 2030:

- **Zdraví 2030 / Cíl 2.1: Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví**
 - Jako klíčové pro zajištění udržitelnosti zdravotnictví a kvality péče pro stárnoucí obyvatelstvo je vnímána nutnost provést změny na zdravotně-sociálním pomezí. Pomocí investičních prostředků z IROP je podporována lůžková následná péče s tím, že je v plánu příslušné vyhlášené výzvy ještě upravit a rozšířit směrem k dalším poskytovatelům především geriatrické péče ovšem za podmínky zajištění skutečně integrované péče včetně zabezpečení návazné dostupnosti zdravotních a sociálních služeb ve vlastním sociálním prostředí pacienta, případně transformace lůžek z akutní péče na následnou. IROP rovněž podporuje stavební projekty a projekty na pořízení vybavení u poskytovatelů paliativní péče, a právě v této oblasti je vidět provázanost aktivit a zároveň kontinuita podpory tohoto důležitého segmentu péče, neboť zároveň bude MZ ČR realizátorem projektu OPZ+, jehož cílem je vznik strategie rozvoje paliativní péče a zároveň šíření obecné paliativních přístupů především do oblasti primární péče.
 - Nově se mezi priority systémové podpory dostává i domácí péče, pro niž je připravován samostatný program v rámci Programu švýcarsko-české spolupráce o objemu cca 250 mil. Kč. Vzhledem k rozsáhlosti a složitosti neustále odkládaných kroků v oblasti zdravotně sociálního pomezí začíná MZ ČR s realizací projektu KRAPL na zmapování a plánování služeb v tomto segmentu, a to na krajské úrovni, kdy se v rámci tvorby metodik a postupů budou aktivně setkávat všichni partneři a rovněž vzniknou čtyři pilotní krajské zdravotně sociální plány. Nedílnou podmínkou úspěšnosti veškerých snah pak je propojení dat obou sektorů, což je předmětem plánovaného projektu ÚZIS.
 - MZ ČR i nadále pokračuje v podpoře reformy péče o duševní zdraví, o čemž svědčí jedna vyhlášená a jedna plánovaná výzva IROP pro poskytovatele této péče, připravovaná podpora z OPZ+ i projekty MZ ČR, jejichž realizace by v rámci OPZ+ měla začít v první polovině roku 2024. Jedná se o systémové projekty např. na rozvoj akutní psychiatrické péče včetně zajištění dostupnosti akutních

psychiatrických ambulancí. V souladu s reformou péče o duševní zdraví se aktivity MZ ČR přesouvají i do oblasti prevence, s ohledem na situaci v oblasti dětského duševního zdraví se konkrétně jedná o šíření přejatého mezinárodního evidence-based rodičovského programu TripleP, jehož cílem je minimalizace vzniku výchovných problémů u dětí a případně i intervence v případě, že se objeví.

- **Zdraví 2030 / Cíl 2.2: Personální stabilizace resortu zdravotnictví**

- Aktivity v této oblasti řeší i s ohledem na nastavení výše uvedeného specifického cíle Zdraví 2030 velmi široké téma od vytvoření administrativního systému pro specializační a nástavbové vzdělávání zdravotnických pracovníků, které je nyní realizováno IPVZ díky dotaci z NPO, a které má vysoký potenciál pro zjednodušení atestačního vzdělávání jak z pohledu studentů, tak jednotlivých zapojených organizací, až po realizaci projektů na konkrétní vzdělávání především v oborech, které se vyznačují regionálními rozdíly v jejich dostupnosti. Tyto projekty jsou realizovány ze strany IPVZ a NCO NZO, kdy obě organizace zároveň realizují projekty mající přispět alespoň částečně k personální stabilizaci resortu zdravotnictví díky komplexnímu přístupu k pracovníkům ze zahraničí.
- Ostatně problém s nedostatkem zdravotnických pracovníků v následujícím období budou muset řešit i další evropské země, MZ ČR se proto společně s ÚZIS ČR, NCO NZO a partnerem v podobě Univerzity Karlovy zapojily do tzv. společné akce v rámci programu EU4Health se zkráceným názvem JA HEROES, jejímž předmětem je především vyvinout účinné nástroje a metody pro plánování pracovních sil ve zdravotnictví.

- **Zdraví 2030 / Cíl 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti**

- Významná oblast podpory směřující do oblasti primární a sekundární prevence a rozvoje datové a komunikační platformy resortu vůči laické i odborné veřejnosti. Dominantní část projektů je podpořena z Operačního programu Zaměstnanost, systémové infrastrukturní projekty a rozvoj centrální IT infrastruktury pro řízení projektů prevence jsou podpořeny i z projektů Národního plánu obnovy.
- Přehled úspěšně obhájených a již implementovaných projektů, a rovněž projektů řešených, přináší příloha kapitoly I tohoto dokumentu. Celkem bylo a je podpořeno více než 20 pilotních projektů nových programů prevence, z nejvýznamnějších (a již uvedených do praxe) lze zmínit např. populační program screeningu karcinomu plic nebo program včasného záchytu karcinomu prostaty.

- **Zdraví 2030 / Cíl 2.3: Digitalizace zdravotnictví**

- Projekty a dotace přispívají k dosažení cílů i v této oblasti, kdy aktuálně dochází primárně z evropských prostředků k podpoře projektů zaměřených na kybernetickou bezpečnost, eHealth a interoperabilitu. Tyto oblasti jsou podporovány z Národního plánu obnovy a Integrovaného regionálního operačního programu 2021–2027. Elektronizace zdravotnictví je zásadním

tématem i pro resort samotný, neboť právě Ministerstvo zdravotnictví by mělo být autoritou, jež nastaví jednotné standardy elektronizace v resortu a parametry interoperability systémů. Z tohoto důvodu je realizováno několik systémových projektů z Národního plánu obnovy, jež mají za úkol dané standardy nastavit.

Cíle koncepce do roku 2025

1. Prohloubení spolupráce s relevantními partnery při přípravě nastavení jednotlivých dotačních nástrojů a projektových záměrů.
2. Nastavení efektivní dotační podpory z IROP u nemocnic s urgentními příjmy s ohledem na udržitelnou síť poskytovatelů zdravotních služeb v rámci jednotlivých regionů České republiky.
3. Zajištění rozsáhlejší propagace realizace systémových projektů MZ zejména v oblasti zdravotně-sociálního pomezí s ohledem na nutnost zapojení všech relevantních stakeholderů (např. projekt KRAPL).
4. Nastavení konsensuální podoby Programu domácí péče v rámci Programu švýcarsko-české spolupráce a jeho vyjednání s MF a donorským státem.
5. Zapojení se do přípravy podkladů pro podobu evropské kohezní politiky 2028+ a zajištění dostatečných důkazů o efektivitě podpory zdravotnictví z EU fondů.
6. Zkoumání možnosti využití doplňkové podpory investic do zdravotnictví ve formě tzv. finančních nástrojů z EU fondů např. při budování kapacit zdravotně-sociálních služeb
7. Zahájení výstavby minimálně dalších dvou strategických investic Ministerstva zdravotnictví a dokončení strategické investice IKEM.
8. Postupná realizace projektů NPO vedoucí k úspěšnému vykazování plnění milníků a cílů.

Kapitola X. Komunikace

Dostupnost informací pro občany, posílení zdravotní gramotnosti

<https://nzip.cz/koncepce2025#komunikace>



Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce

Komunikace informací, vysvětlování reforem a edukace k zdravému životnímu stylu jsou a musí být každodenní náplní činnosti všech institucí odpovědných za organizaci a rozvoj zdravotních služeb. Zejména informacemi podložená osvěta v oblasti prevence vážných onemocnění a vysvětlování podstaty a přínosu běžících programů včasného zachytu vážných onemocnění jsou z tohoto hlediska zcela zásadní. V digitální éře, kde jsou v nejrůznějších médiích volně dostupná nekonečná kvanta zdravotnických informací, je pro laika často nemožné se orientovat, informace třídit a identifikovat zdroje nevalidní, zkreslené nebo dokonce dezinformační. Proto je dnes již dlouhodobou strategií resortu vývoj vlastních komunikačních platforem, včetně webových portálů, které nesou značku ministerstva zdravotnictví a publikují výhradně ověřené a odborně garantované informace pro všechny cílové skupiny pacientů a občanů obecně.

Komunikace zaměřená na odbornou veřejnost je v strategii resortu rozvíjena samostatně a pokrývá dvě zásadní modalit. Strategie musí umožnit svobodnou a kritickou výměnu informací a připravovaných či prováděných reforem na nekomerčních a otevřených odborných konferencích, které musí být provázeny odpovídající publikační aktivitou. Druhým, v poslední době velmi aktuálním směrem je otevírání a sdílení zdravotnických dat k sekundárnímu využití pro manažerské i vědecko-výzkumné účely. V obou těchto oblastech zpracoval resort zdravotnictví zcela novou koncepci, která mimo jiné systém českého zdravotnictví připravuje na nové legislativní zázemí v oblasti správy veřejných dat, včetně evropského nařízení týkajícího se sdílení dat (EHDS⁸).

Nově připravená Koncepce sdílení a zpřístupňování dat (dále jen „Koncepce“) usiluje o pokrytí všech těchto strategických oblastí prostřednictvím datových zdrojů Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), který je páteřním systémem centralizace zdravotnických dat v ČR. Koncepce popisuje klíčové postupy a nástroje, které jsou nezbytné pro budování dlouhodobě udržitelného systému sdílení, zveřejňování a sekundárního

⁸ Evropský prostor pro zdravotní data (https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_cs)

využívání dat NZIS. Základem je vize, která vymezuje reálně dosažitelný plán pro období 2024 až 2026 a následnou udržitelnost procesů souvisejících s přípravou, sdílením a užíváním dat všech komponent a dílčích registrů NZIS. Zpřístupňování zdravotnických dat má svá významná specifika, včetně právních a etických aspektů. Z těchto důvodů Koncepce nedefinuje pouze technické aspekty samotné přípravy dat, ale určuje i odpovědné institucionální zajištění a legislativní zázemí dané agendy, postupy schvalování a odborné oponentury. Jde o obecný dokument, který se orientuje na velmi široké spektrum cílových skupin, potenciálně zainteresovaných v sekundárním využití zdravotnických dat (komerční a akademická sféra, vědecko-výzkumné infrastruktury, média, pracovní skupiny veřejných orgánů, krajské samosprávy, odborná i laická veřejnost a další).

Cílem Koncepce je ustavit metodický základ pro bezpečné a trvale udržitelné sdílení a sekundární využívání dat Národního zdravotnického informačního systému (NZIS). Koncepce definuje legislativně podložené režimy a formy zpřístupňování datových zdrojů NZIS a popisuje procesy, kterými jsou tyto agendy kontrolovány a řízeny Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) jako správcem NZIS. Primárním cílem je maximální možné zpřístupnění všech komponent NZIS odborné i laické veřejnosti a bezbariérový přístup k co nejširšímu sekundárnímu využívání dat pro statistické a výzkumné účely.

Koncepce pracuje s různými formami zveřejňování dat NZIS, přičemž zásadně rozlišuje datové zdroje dle zákona veřejné, které lze publikovat v plně otevřeném formátu bez úprav, a datové zdroje v primární podobě neveřejné, které je nutné před publikací upravit, případně je lze sdílet dálkovým přístupem pouze pro zákonem určené instituce (čtenáře). Úpravou dat se rozumí zejména různé formy agregace chránící osobní data subjektů údajů nebo publikace syntetických dat, či již zpracovaných statistických ukazatelů. Koncepce dále popisuje i formy sdílení a plánovaného zpřístupňování, které jsou ve zdravotnictví neméně významné a žádoucí. Jde například o přímé zpřístupnění dat zákonem určeným institucím za účelem řízení zdravotní péče, publikace zásadních statistických ukazatelů ve formátu resortních referenčních statistik opatřených detailním popisem a referenční interpretací apod.

Koncepce rovněž definuje rozhodovací a kontrolní procesy, kterým jakékoli zpřístupňování dat NZIS musí podléhat. Důvodem je zejména značná různorodost komponent NZIS, v jejímž důsledku není možné konkrétní formy uvolňování dat paušálně a trvale přiřadit jednotlivým datovým zdrojům. Řešení konkrétních zadání tak vždy bude do značné míry původní a bude vyžadovat jistou formu originální přípravy a předzpracování dat. Hlavním klíčem, který rozhoduje o zvoleném postupu, obsahu a formě publikace dat, je nezbytná ochrana osobních údajů bránící přímé i nepřímé identifikaci pacientů a zdravotnických pracovníků.

Připravená Koncepce ustavuje Radu Národního zdravotnického informačního systému jako zásadní odborné těleso kultivující pravidla a procesy uvolňování dat NZIS. Vzhledem k resortnímu rozsahu a meziresortnímu přesahu činnosti Radu jmenuje ministr zdravotnictví jako zásadní poradní orgán pro oblast uvolňování a sekundárního zpracování dat NZIS. Rada NZIS představuje odborné těleso pro strategické metodické vedení a dlouhodobou optimalizaci využívání dat NZIS. Ve své činnosti bude navazovat na již dlouhodobě ustavené a funkční úrovně kontroly obsahu a režimů využívání dat NZIS. Jde zejména o odborné rady garantů jednotlivých registrů NZIS, které jsou sestaveny z předních odborníků pro daný registr

relevantních odborných společností. ÚZIS ČR jako správce NZIS rovněž ustavil interní organizační strukturu a systém řízení správy dat NZIS tak, aby zajistil všechny v Koncepti stanovené kompetence. Jde zejména o Komunikační a datové centrum NZIS, které je pro realizaci Koncepte hlavním koordinačním týmem.

Dlouhodobě funkční, a pro realizaci Koncepte rovněž podstatná, je resortní Rada Národního zdravotnického informačního portálu, který Koncepte ustanovuje hlavní publikační platformou pro datové zpravodajství NZIS.

Metodika sdílení a sekundárního zpracování dat NZIS musí respektovat fakt, že ne všechny režimy zpracování a publikace dat mohou být paušálně aplikovány na všechny komponenty NZIS. Formy zveřejnění dat a informací musí být v souladu s platnou legislativou (zejména se zákonem o zdravotních službách). Z tohoto pohledu je zcela zásadní kategorizace jednotlivých komponent NZIS, která je dána zejména zákonným účelem a citlivostí primárně sbíraných dat. Oba zmíněné faktory nejvíce určují možný režim sdílení a zveřejňování dat a informací z NZIS.

I. Zdroje dat otevřené v režimu otevřených dat bez úprav.

- Tato kategorie sdružuje komponenty NZIS s veřejně dostupnými primárními daty. Přímé otevření primárních dat je jediným režimem, který předpokládá plné otevření dat bez úprav, pro vzdálené strojové zpracování bez omezení. Režim přímého otevření primárního obsahu databází v podobě vyhovující ustanovení zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů (§ 3a odst. 5) musí být pro daný informační systém či zdroj dat explicitně povolen a určen zákonem. Vzhledem k citlivosti zdravotních dat jde spíše o výjimečný režim publikování, při kterém jsou zveřejňovány primární řádkové záznamy databází bez jakýchkoli předběžných úprav, anonymizace apod. Tento režim je principiálně vhodný zejména pro charakteristiky „neživých objektů“, které nemají vazbu k osobním údajům, např. charakteristiky poskytovatelů dle výčtu v zákoně o zdravotních službách, přístroje či zdravotní prostředky/léky a pro jejich charakteristiky typu dostupnost, indikace či kvantita využívání.

II. Zdroje pro zpřístupnění dat dálkovým přístupem zákonem určenému čtenáři (instituci).

- Jde o režim nastavení přístupu k definovaným datům pro zákonem určené čtenáře a v zákonem určeném rozsahu. Jedná se o institucionální přístupy, kdy správce (poskytovatel dat) a přístupující instituce (uživatel dat) definují datová rozhraní, technické aspekty a zabezpečení přístupu a také nastavení časových režimů. Je-li zpřístupnění pro konkrétní instituci jasně dáno zákonem, není nutné vlastní realizaci podmiňovat vzájemnou smlouvou, nicméně detailní metodická dokumentace je pro implementaci nezbytná.
- Tento režim podporuje zejména institucionální sdílení primárních dat nezbytných pro samotné poskytování a řízení zdravotních služeb a pro rozvoj elektronického zdravotnictví. Jde o vysoce citlivé komponenty NZIS, které pracují s osobními daty pacientů sbíranými za účelem řízení péče. Konkrétními příklady jsou registr osob odmítajících posmrtný odběr orgánů či registr osob vyloučených z dárcovství krve, které jsou zřízeny a využívány pro rozhodování o péči zákonem určenými subjekty. Další oblastí, která zvyšuje význam plánovaných a přímých přístupů k datům pro

určené čtenáře, je rozvíjející se segment vzdáleného monitoringu pacientů a telemedicíny.

- Režim nastavení přístupu k definovaným primárním datům je vymezen pouze pro čtenáře určené zákonem o zdravotních službách a v zákonem určeném rozsahu. Data podléhající tomuto režimu jsou neveřejná, čímž ovšem není vyloučeno jejich statistické zpracování. Sumární a obecné statistiky (např. kolik osob odmítá posmrtný odběr orgánů, kolik osob a poskytovatelů využívá jaké telemedicínské nástroje apod.) mohou být i v tomto režimu zpracovávány a zveřejňovány.
- Za dálkový přístup k primárním datům lze považovat i přístup do vznikajících Kmenových registrů dle zákona 325/2021 Sb. o elektronizaci zdravotnictví. Dle tohoto zákona mají oprávněné osoby, kde hlavním skupinou jsou poskytovatelé zdravotní péče, přístup do Kmenového registru pacientů k ověření svého patientského kmenu a do Kmenového registru zdravotnických pracovníků k ověření dosažené odbornosti zaměstnávaných osob. Kmenový registr zdravotnických pracovníků přejímá data z Národního registru zdravotnických pracovníků, který je součástí NZIS. Kmenový registr pacientů je zase propojen s Registrem obyvatel (ROB), čímž zprostředkovává přístup poskytovatelů k informačnímu systému základních registrů. Do Kmenových registrů má přístup taktéž samotný subjekt údajů, tedy pacient, resp. zdravotnický pracovník, k záznamu o něm vedeném.

III. Zdroje dle zákona neveřejných dat, zpřístupňovaných po nezbytných úpravách.

- Tato kategorie komponent NZIS neumožňuje přímé publikování primárních dat v otevřeném formátu. Sdílení a zveřejňování těchto dat lze realizovat následujícími režimy:

A. Zpřístupnění dat po nezbytných úpravách a agregacích.

- Jde o nejběžnější formu zveřejňování dat NZIS. Příkladem úprav mohou být různé formy kódování chybějících hodnot, korekce chybných záznamů, agregace záznamů přes věkové kategorie pacientů, dopočet standardizujících proměnných apod. Datové sady a souhrny jsou publikovány včetně popisu parametrů pro definované cílové subjekty či kohorty subjektů, metadat a pravidel pro následné aktualizace. Forma zveřejnění musí vylučovat jakoukoli přímou či nepřímou identifikaci fyzické osoby. Podmínkou zveřejnění je dodržení standardizované metodiky při tvorbě datových sad, odborná oponentura či schválení týkající se obsahových, legislativních a technických aspektů.
- Spektrum výsledných forem takto upravených dat je relativně široké. Nejčastějším výstupem úprav jsou ke zveřejnění připravené, plně anonymizované datové sady nebo agregované datové souhrny, které mohou být dle potřeby doplněny statistickými komentovanými souhrny či zprávami (publikace, ročenky). Výstupy mohou zahrnovat i robustní statistické zpracování ve formátu již vyčíslených statistik a ukazatelů, které obvykle vyžadují referenční interpretaci. Typickým příkladem jsou data určená pro zpracování s cílem ovlivnit chování cílových subjektů, např. data o kvalitě péče, nežádoucích účincích či účinnosti terapie apod.
- Publikaci statistik charakterizujících skupinu (kohortu) subjektů/objektů (region či časová perioda, kohorta pacientů, skupina zdravotních výkonů, kategorie

poskytovatelů apod.) lze v tomto módu vnímat jako metodicky komentovanou publikaci informací a znalostí. Uživatel získá přehledové statistiky, metodiky a postupy výpočtu. Zvláštním formátem jsou referenční resortní statistiky, jejichž seznam je schvalován v prováděcím předpise (vyhláška dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů) Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR). Tyto statistiky musí být povinně vybaveny referenční interpretací a mohou být publikovány s určením konkrétního poskytovatele či zdravotní pojišťovny. Pro zveřejnění v tomto režimu jsou prioritně vybírána data a ukazatele s vysokým rizikem chybné interpretace, která by mohla vést k nevratným a chybným rozhodnutím na straně pacientů, poskytovatelů či regulátorů. Jako příklad lze uvést nemocniční mortalitu jako údaj vyžadující sofistikované analytické zpracování a interpretaci. Publikace již zpracovaných dat ve formě referenčních statistik však nijak nebrání jejich doplnění zdrojovými daty v otevřeném formátu.

B. Zveřejnění struktury a obsahu databází formou syntetických dat.

- Tento režim umožňuje uživatelům komplexní seznámení se strukturou dat a s jejich informačním potenciálem. Na základě studia syntetických dat je možné připravit nejen vlastní návrhy statistických výstupů, ale také návrhy nových agregovaných datových sad či datových souhrnů. Skripty a algoritmické postupy připravené na bázi syntetických dat následně správce realizuje nad původními daty daných komponent NZIS a výstupy předává uživateli, vždy po nezbytné kontrole zaměřené na ochranu osobních dat. Poskytování těchto výstupů může mít různou podobu, od přípravy ad hoc připravených datových sad až po režim zpracování předpřipravených dat na místě u správce (režim safe room).

Pro jakýkoli výše uvedený režim uvolňování dat NZIS je striktně vyžadována regulace zákonem, včetně stanoveného oprávněného rozsahu sbíraných a hodnocených dat. Publikovaná data musí vždy odpovídat zákonem danému účelu NZIS. Obecně platí, že údaje obsažené v NZIS jsou neveřejné, pokud zákon nestanoví jinak (zákon o zdravotních službách). Všechny výstupy zpracování dat NZIS jsou typicky autorským dílem, které by mělo projít plnohodnotnou oponenturou (připomínkovým řízením) a mělo by nést jasné vymezení licenčních pravidel pro korektní citaci v odborných publikacích a jiných výstupech.

Národní zdravotnický informační systém (NZIS)

Zajištění udržitelnosti a dalšího rozvoje NZIS je principiálním úkolem a cílem datové a komunikační strategie resortu. 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. Postup a podmínky správy a přístup k těmto údajům jsou komplexně upraveny v § 70–78 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů a jeho prováděcími předpisy, zejména vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, ve znění pozdějších předpisů. V navržené

koncepti hodnocení hrají zásadní roli zejména následující klíčové komponenty (registry, statistická šetření) NZIS:

- **Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS)** zajišťuje hodnocení vybavenosti, výkonnosti a výsledků poskytovatelů, včetně systému self-benchmarkingu. Parametry NRPZS jsou stanoveny v § 74 odst. 1 a 2 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. NRPZS je, obecně vzato, registrem veřejným s tím, že zákon explicitně (§ 74 odst. 3 písm. a) stanoví části, které zveřejnit nelze a z uvedeného důvodu se neobjevují v jeho veřejné části. Jsou jimi parametry chránící osobní údaje fyzických osob či respektující neveřejný charakter správního řízení v případě stejnopisů dokumentů vydaných v jeho rámci či údaje týkající se konkrétní obsazenosti lůžek u poskytovatelů. Dále zákon v následujících písmenech téhož paragrafu stanoví explicitně okruh osob oprávněných k přístupu k úplnému obsahu NRPZS. Zpravodajské jednotky NRPZS jsou pak uvedeny v § 75, stejně tak i lhůta pro předávání údajů, která je lhůtou bez zbytečného odkladu, nejpozději však do 3 pracovních dnů ode dne, kdy se o vzniku údaje nebo o jeho změně zpravodajská jednotka dozví.
- **Národní registr zdravotnických pracovníků (NRZP)** zajišťuje zejména reprezentativní hodnocení personálních kapacit dostupnosti zdravotních služeb. Parametry NRZP jsou stanoveny v § 76 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. NRZP je registrem neveřejným, zákon explicitně uvádí ve svém § 75 odst. 2 okruh osob, které jsou oprávněny k přístupu. Zpravodajské jednotky jsou pak stanoveny § 77, stejně tak i lhůta pro předávání údajů, která je lhůtou bez zbytečného odkladu, nejpozději však do tří pracovních dnů ode dne, kdy se o vzniku údaje nebo o jeho změně zpravodajská jednotka dozví.
- **Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS)** umožňuje hodnocení obsahu poskytované péče dle administrativních výkazů v rámci veřejného zdravotního pojištění. Jde o systém mapující komplexní trajektorii pacientů v systému zdravotních služeb s potenciálem hodnotit místní i časovou dostupnost, včetně dodržení klinických doporučených postupů. Parametry NRHZS jsou stanoveny v § 77a odst. 1 až 4 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. NRHZS je registrem neveřejným, zákon explicitně uvádí ve svém § 77a odst. 5 pouze zdravotní pojišťovny, které jsou oprávněny k přístupu. Zpravodajské jednotky jsou pak stanoveny § 77a odst. 2 a 4. Jsou jimi zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb v případě laboratorních výsledků. Lhůta pro předávání údajů je stanovena v prováděcí vyhlášce č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, ve znění pozdějších předpisů.
- **Národní registr hospitalizovaných (NRHOSP)**. Právní úprava obsahu NRHOSP je upravena v příloze zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci pacienta, sociodemografické údaje (věk, pohlaví, zaměstnání) ovlivňující zdravotní stav pacienta, údaje vztahující se k hospitalizaci, o přijetí, diagnostické údaje o průběhu a léčbě nemoci (operace, komplikace, nákazy apod.), osobní anamnéza, stav pacienta při propuštění a potřeba dalších zdravotních služeb, údaje potřebné pro identifikaci poskytovatele poskytujícího lůžkovou péči.

- **Klasifikační systém CZ-DRG a jeho referenční databáze.** Hodnocení zátěže, výkonnosti, výsledků a reálných nákladů akutní lůžkové péče se v ČR opírá o legislativně ukotvený a plně udržitelný systém DRG. Systém CZ-DRG je vyvíjen a spravován na základě pověření Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) dle § 41a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Velkým přínosem české Koncepce v této oblasti je dlouhodobě funkční referenční síť nemocnic, které každoročně generují referenční databázi všech hospitalizačních případů s vysokým rozlišením obsahu péče a nákladových položek.
- **List o prohlídce zemřelého (LPZ)** je základním zdrojem informací o každém úmrtí. Bezodkladně po prohlídce zemřelého jej vyplňuje prohlízející lékař, který kromě základních sociodemografických charakteristik zaznamenává také posloupnost příčin vedoucích ke smrti (od roku 1994 kódováno pomocí MKN-10).
- **Statistické výkazy a výběrová průřezová šetření.** Jde o významný nástroj využitelný pro hodnocení zpětné vazby pacientů či jejich blízkých v hodnocení zdravotních služeb a poskytovatelů. Velmi významný datový zdroj pokrývající administrativně obtížně dosažitelné hodnocení kvality života pacientů, spokojenosti s poskytovanými službami či s jejich dostupností. Mezi nejvýznamnější formy šetření patří mezinárodně standardizované průzkumy jako například evropská výběrová šetření o zdraví:
 - **Šetření EHIS** (European Health Interview Survey). Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS) je důležitou součástí zdravotnické statistiky v mezinárodním měřítku. Realizace tohoto šetření je pro země EU povinná, a to dle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1338/2008 o statistice Společenství v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. První vlna šetření EHIS byla realizována dle jednotné metodiky na dobrovolné bázi v letech 2006–2009 a druhá vlna šetření EHIS v rozmezí let 2013–2015 ve všech zemích EU28. Třetí vlna šetření byla realizována v roce 2019. Metodicky je realizace výběrových šetření koordinována v rámci Technické skupiny TG HIS při Eurostatu, složené ze zástupců členských zemí.
 - **Šetření EHES** (European Health Examination Survey). Výběrové šetření zdravotního stavu evropské populace s lékařským vyšetřením je zaměřeno především na srdečně-cévní onemocnění; sledování vybraných ukazatelů patří mezi indikátory navržené WHO pro splnění cíle snížit předčasnou intenzitu úmrtnosti na chronická onemocnění vhodnými preventivními aktivitami. Úkolem EHES je tak monitorovat situaci v populaci a poskytovat informace potřebné pro zlepšení zdravotního stavu, snížení nákladů na léčbu onemocnění a jejich komplikací a zvýšení produktivity populace v ekonomicky aktivním věku. Hlavním metodikem v provedení lékařských vyšetření s odběrem žilní krve je v rámci Evropy koordinační centrum pro realizaci EHES, Institut pro zdraví a sociální péči (THL) v Helsinkách. Pomáhá budovat síť EHES ve státech EU a usiluje o zajištění standardizovaného a vysoce kvalitního sběru dat prostřednictvím národních šetření s lékařským vyšetřením. Je realizováno v cca 15 zemích Evropy.

- **Zdravotní registry NZIS⁹.** V rámci přípravy této Koncepce byl proveden audit obsahu stávajících zdravotnických registrů NZIS s cílem vytěžit informace a ukazatele reprezentativně popisující hlavní problémy zdravotního stavu obyvatel ČR. V generování různých forem datových souhrnů budou využita data zejména následujících zdravotních registrů:
 - Národní registr hospitalizovaných
 - Národní onkologický registr
 - Národní diabetologický registr
 - Národní registr kardiovaskulárních operací a intervencí
 - Národní registr úrazů
 - Národní registr intenzivní péče
 - Národní registr kloubních náhrad
 - Národní registr reprodukčního zdraví
 - Národní registr nemocí z povolání
 - Národní registr léčby uživatelů drog
 - Národní registr pitev a toxikologických vyšetření
 - Národní registr osob trvale vyloučených z dárcovství krve

Národní zdravotnický informační portál (NZIP)

Ústřední a jednotnou resortní platformou pro zveřejňování dat NZIS bude Národní zdravotnický informační portál¹⁰ (NZIP). NZIP si klade za dlouhodobý cíl zajištění srozumitelné komunikace mezi jednotlivými aktéry péče o zdraví, občany – pacienty, zástupci veřejné správy a odbornými společnostmi: (i) veřejná správa prostřednictvím NZIP sděluje veřejnosti potřebné informace z českého zdravotnictví, (ii) veřejnost prostřednictvím NZIP poskytuje zpětnou vazbu, která témata nejsou dostatečně informačně pokryta, a to včetně hodnocení kvality již publikovaného obsahu v podobě článků a externích zdrojů. Nedílnou součástí NZIP je také interaktivní mapa zdravotní péče, kde lze vyhledat nejbližšího poskytovatele a usnadnit tak propojení potenciálních pacientů se zdravotními problémy s jejich lékařem/specialistou.

NZIP byl spuštěn 23. července 2020, kdy se konala tisková konference ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR. K srpnu 2023 bylo na portálu 1 306 popisných článků, 335 externích doporučených zdrojů, 5 054 rejstříkových pojmů a 39 469 odborníků a zdravotnických zařízení. Obsah NZIP je rozdělen na základní sekce o životních situacích, prevenci a zdravém životním stylu, informacích o nemocech.

Hlavními garanty obsahu jsou Ministerstvo zdravotnictví ČR, Státní zdravotní ústav, Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Projekt NZIP a jeho řešitelský tým (management, vývojový tým, autorský tým, tým garantů, tým recenzentů, analytický tým, datový tým, finanční management, tým pro marketing a propagaci) jsou financovány z následujících projektů:

⁹ <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-zdravotni-registry>

¹⁰ <https://www.nzip.cz>

- Projekt NZIP I (2021–2023): Operační program Zaměstnanost (prioritní osa 4: Efektivní veřejná správa, investiční prioritita 4.1: Investice do institucionální kapacity a efektivnosti veřejné správy a veřejných služeb na celostátní, regionální a místní úrovni za účelem reformy, zlepšování právní úpravy a řádné správy).
- Projekt NZIP II (2023–2026): Operační program Zaměstnanost plus, investiční prioritita 2.2 Sociální začleňování.

Dlouhodobým záměrem je NZIP zařadit mezi klíčové a nosné priority MZ ČR, které budou mít manažerskou i finanční podporu veřejné správy po skončení výše uvedených projektů.

V rámci sjednocování publikovaných informací z oblasti datového zpravodajství NZIS je aktuálně (květen 2024) připravena zcela nová sekce na NZIP, kde budou průběžně zveřejňovány a odkazovány nosné zprávy, statistické souhrny, analytické reporty a aktuality. Nedílnou součástí budou resortní referenční statistiky a otevřené datové sady z konkrétních registrů NZIS, které jsou kontinuálně publikovány v rámci specializovaného modulu Datové zpravodajství na NZIP¹¹. Dále jsou dle aktuální potřeby zveřejňovány datové sady obsahující administrativní data MZ ČR, a především data z vybraných centrálních registrů NZIS. Kromě statické publikace vybraných výstupů určených pro širokou i odbornou veřejnost jsou vyvíjeny interaktivní webové portály pro dedikovaná a ucelená témata (např. [psychiatrie](#)¹², [screeningy](#)¹³). Pro vhodné výstupy jsou navrženy a implementovány dynamické vizualizace v podobě infografik přímo jako součást obsahu NZIP, která srozumitelně a názorně ilustruje klíčové závěry nad dostupnými daty¹⁴.

Role NZIP v Konceptci je zásadní, a to zejména v následujících oblastech:

1. NZIP představuje strukturované publikační médium, zahrnující jak sekce pro širokou veřejnost, tak obsahově komplementární odborné zpravodajství NZIS. Jde o portál, na kterém jsou a budou zveřejňovány všechny datové a statistické výstupy NZIS popsané v Konceptci – publikace na jedné platformě zásadně přispívá k přehlednosti a transparentnosti výstupů.
2. NZIP slouží jako vstupní brána k podávání podnětů a žádostí na výstupy NZIS, včetně autorských návrhů nových datových sad či souhrnů (případně návrhů na modifikaci již publikovaných výstupů).
3. NZIP provazuje publikované datové a statistické výstupy s dalšími klíčovými, daty podmíněnými, agendami, jako jsou publikované klinické doporučené postupy, indikátory kvality péče, hodnocení preventivních programů apod.
4. Obsah NZIP je základnou pro zpětné hodnocení dopadu již publikovaných výstupů, ať již metrikami citovanosti, návštěvnosti či stahování, nebo sledováním následných využití a interpretací.

¹¹ <https://www.nzip.cz/modul/datove-zpravodajstvi>

¹² <https://psychiatrie.uzis.cz/>

¹³ <https://nsc.uzis.cz/data/>

¹⁴ <https://www.nzip.cz/kategorie/309-narodni-registr-reprodukcniho-zdravi-interaktivni-vizualizace>

5. Kontrola návštěvnosti, vyhledávání témat a zájmu odborných i laických uživatelů NZIP usnadňuje predikce potřeb pro výstupy NZIS a umožňuje efektivní zacílení budoucích výstupů.

Sběr, zpřístupňování a sdílení zdravotnických dat ovšem není možné koncepčně rozvíjet bez pevné vazby na systém poskytování zdravotních služeb, tedy bez ukotvení ve zdravotnictví samotném. Tento fakt je tak zřejmý, že bývá paradoxně často přehlížen. Pokud nebude zajištěn plně standardizovaný a administrativně nenáročný sběr samotných primárních dat v klinické praxi, budou kvalitní centralizovaná data existovat jen v omezené míře, což může komplikovat jejich další využitelnost. Proto se Koncepce věnuje i aspektům souvisejícím se standardizací sběru dat, interoperabilitě klinických informačních systémů a elektronizaci zdravotnictví. Zajištění potřebných vstupních zdrojů v podobě robustní IT infrastruktury a personálních kapacit pro sběr a management dat je zásadní podmínkou systematického a dlouhodobě udržitelného rozvoje zpřístupňování zdravotnických dat.

Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025

Základní pilíře nové informační a komunikační koncepce resortu jsou následující:

1. Rozvoj a zajištění udržitelnosti Národního zdravotnického informačního systému

- a. Ustavení Datového a komunikačního centra NZIS společně s odbornou meziresortní Radou, ve které budou zastoupeni experti úzce spolupracujících resort, zejména MPSV a MV ČR (DIA).
- b. Jmenování pozice resortního koordinátora pro sdílení a sekundární využívání zdravotnických dat.
- c. Zajištění rozvoje a vzájemné interoperability dílčích komponent NZIS s následujícími prioritními úkoly:
 - i. Funkční datové a IT zázemí pro hodnocení dostupnosti, výkonnosti a nákladovosti akutní lůžkové péče, zabudování infrastruktury systému CZ-DRG.
 - ii. Příprava pro referenční hodnocení dostupnosti, výkonnosti a nákladovosti segmentů následné a dlouhodobé lůžkové péče a dále klíčových segmentů komunitní ošetrovatelské péče (odbornosti 912, 913, 926).
 - iii. Dokončení vývoje informačního systému pro mapování a predikce personálních kapacit v lůžkové i nelůžkové péči.
 - iv. Dokončení vývoje portálu zdravotnických ukazatelů jako základního nástroje pro podporu zdravotních politik jednotlivých krajů.

2. Rozvoj Národního zdravotnického informačního portálu (NZIP: www.nzip.cz) jako elektronického publikačního média posilujícího zdravotnickou gramotnost a také jako platformy otevírající data pro odbornou veřejnost

- a. Budování NZIP započalo v letech 2018/2019 a současná koncepce MZ ČR usiluje o jeho trvalou udržitelnost a rozvoj – pro tento účel byly získány i prostředky z projektů EU.

- b. NZIP je plošnou komunikační platformou, která má za cíl posilovat zdravotní gramotnost občanů a přinášet ověřené informace z oblasti veřejného zdraví.
- c. NZIP je nově rozvíjen o odborně orientované sekce.

3. Nová koncepce sdílení a sekundárního využívání zdravotnických dat

- a. Byla dopracována zcela nová koncepce sdílení a sekundárního využívání dat NZIS – po recenzních řízeních bude připravena k publikaci nejpozději k 1.3. 2024
- b. Touto koncepcí se resort připravil i na přicházející evropskou standardizaci v dané oblasti, včetně EHDS.

4. Ustavení platformy (dílem nových) konferencí resortu, zaměřených na laickou i odbornou veřejnost

- a. Resort nově ustavil 7 národních konferencí, které pokrývají všechna klíčová témata strategie rozvoje zdravotnictví.
- b. Cílem je vybudovat tradici každoročně opakovaných národních konferencí jako zdroje ověřených a garantovaných informací.
- c. Zásadní je, že jde o platformu nekomerční, v maximální možné míře založenou na podpoře získanými granty.

Cíle koncepce do roku 2025

1. Každoroční realizace ustavených resortních konferencí pro laickou a odbornou veřejnost.
2. Zavedené a pravidelně aktualizované vydávání vyhlášek o resortních referenčních statistikách a publikace těchto statistik včetně klíčových ukazatelů dostupnosti a kvality péče.
3. Implementována nová koncepce otevírání a sekundárního sdílení zdravotnických dat s garancí Rady Národního zdravotnického informačního systému pro meziresortní spolupráci v této oblasti.
4. Dokončené prioritní úkoly dalšího rozvoje NZIS, zejména systému pro mapování a predikce personálních kapacit ve zdravotnictví a systémů pro hodnocení dostupnosti a výkonnosti všech segmentů zdravotní péče.
5. Dokončený obsah portálu NZIP tak, aby pokrýval všechny segmenty zdravotní péče a všechna témata významná pro veřejné zdraví.
6. Nastavení systematického a efektivního procesu kultivace dat NZIS včetně posílení informačních a komunikačních kanálů směrem ke klíčovým cílovým skupinám.

Vybrané literární zdroje

<https://nzip.cz/koncepce2025#literatura>



Babaei N, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Lotfi M, Kousha A, Samad-Soltani T, Avazeh M.: Virtual care in the health care system: A concept analysis. *Scand J Caring Sci.* 2023 Nov 27. doi: 10.1111/scs.13227. Online ahead of print.

Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, Lloyd-Sherlock P, Epping-Jordan JE, Peeters GMEEG, Mahanani WR, Thiyagarajan JA, Chatterji S.: The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet.* 2016 May 21;387(10033):2145-2154. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4.

BMJ Glob Health. 2023 Jul;8(7):e012668. doi: 10.1136/bmjgh-2023-012668.

Braveman P, Starfield B, Geiger HJ.: World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *BMJ.* 2001 Sep 22;323(7314):678-81. doi: 10.1136/bmj.323.7314.678.

Collins TE, Akselrod S, Atun R, Bennett S, Ogbuoji O, Hanson M, Dubois G, Shakarishvili A, Kalnina I, Requejo J, Mosneaga A, Watabe A, Berlina D, Allen LN.:

Converging global health agendas and universal health coverage: financing whole-of-government action through UHC. *Lancet Glob Health.* 2023 Dec;11(12):e1978-e1985. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00489-8.

El Taguri A, Nasef A.: The French Health Care System; What can We Learn? *Libyan J Med.* 2008 Dec 1;3(4):186-91. doi: 10.4176/081009.

Fierlbeck K.: Health Care and the Fate of Social Europe. *J Health Polit Policy Law.* 2021 Feb 1;46(1):1-22. doi: 10.1215/03616878-8706579.

Goyal M.: Telemedicine and technology: A need for the health-care system. *Ayu.* 2021 Apr-Jun;42(2):67-68. doi: 10.4103/ayu.ayu_5_23. Epub 2023 Mar 16.

Hone T, Macinko J, Millett C.: Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet.* 2018 Oct 20;392(10156):1461-1472. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4.

Kronick R. The promise and peril of health systems. *Health Serv Res.* 2020 Dec;55 Suppl 3(Suppl 3):1027-1030. doi: 10.1111/1475-6773.13595.

Mhazo AT, Maponga CC.: Retracing loss of momentum for primary health care: can renewed political interest in the context of COVID-19 be a turning point?

Reeve J, Byng R.: Realising the full potential of primary care: uniting the 'two faces' of generalism. *Br J Gen Pract.* 2017 Jul;67(660):292-293. doi: 10.3399/bjgp17X691589.

Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M.: The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas.* 2020 Sep;139:6-11. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.05.018. Epub 2020 May 26.

Savel RH, Munro CL.: The Health of Our Health Care System. *Am J Crit Care.* 2018 Jul;27(4):258-260. doi: 10.4037/ajcc2018521.

Signorelli C, Odone A, Oradini-Alacreu A, Pelissero G. Universal Health Coverage in Italy: lights and shades of the Italian National Health Service which celebrated its 40th anniversary. *Health Policy.* 2020 Jan;124(1):69-74.

Smarżewska D, Wereda WS, Jończyk JA. Assessment of the Health Care System in Poland and Other OECD Countries Using the Hellwig Method. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Dec 13;19(24):16733. doi: 10.3390/ijerph192416733.

Tennankore K, Jones J, Miller A, Adib A, Mathew S, Rasic D, Coockey J.: Transforming healthcare delivery: a descriptive study of a novel provider-to-provider virtual care platform. *Front Public Health.* 2023 Dec 8;11:1284566. doi: 10.3389/fpubh.2023.1284566. eCollection 2023. PMID: 38155888

The Lancet. Health-care system staffing: a universal shortfall. *Lancet.* 2018 Nov 24;392(10161):2238. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32973-8.

Van der Stuyft P, Unger JP. Improving the performance of health systems: the World Health Report as go-between for scientific evidence and ideological discourse. *Trop Med Int Health.* 2000 Oct;5(10):675-7.

Walter Ricciardi, Rosanna Tarricone: The evolution of the Italian National Health Service. *Lancet* 2021; 398: 2193–206

Ward ZJ, Atun R, King G, Sequeira Dmello B, Goldie SJ.: A simulation-based comparative effectiveness analysis of policies to improve global maternal health outcomes. *Nat Med.* 2023 May;29(5):1262-1272. doi: 10.1038/s41591-023-02311-w. Epub 2023 Apr 20.

Zarulli V, Sopina E, Toffolutti V, Lenart A.: Health care system efficiency and life expectancy: A 140-country study. *PLoS One.* 2021 Jul 9;16(7):e0253450. doi: 10.1371/journal.pone.0253450. eCollection 2021.