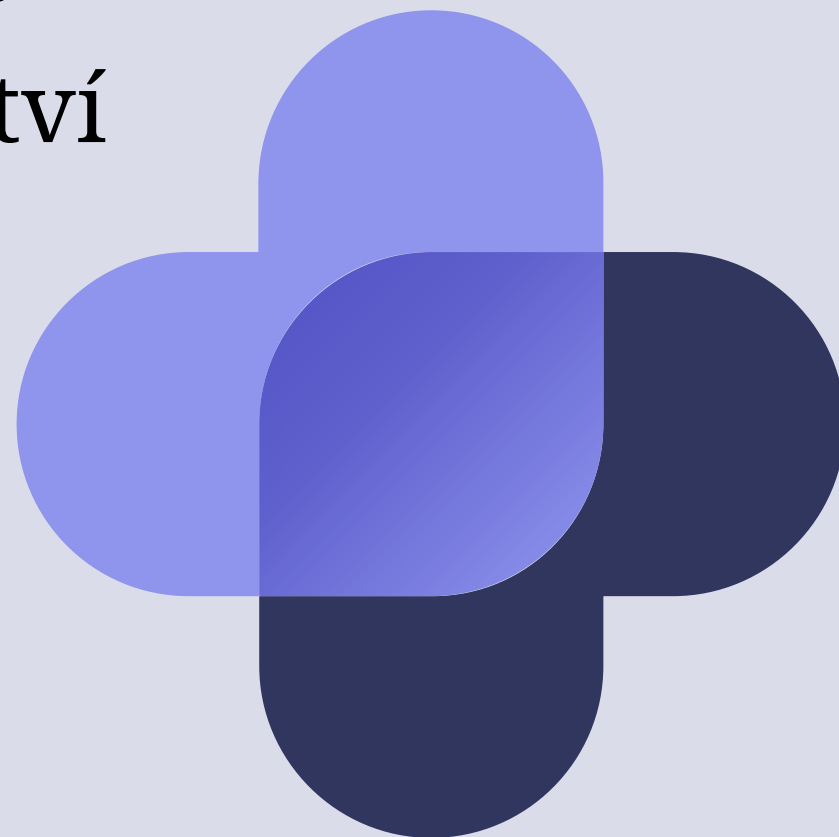


Zdravotnictví pro budoucnost: co trápí české zdravotnictví a jak mu pomoci?

Září 2025



Zdravotnictví pro budoucnost: co trápí české zdravotnictví a jak mu pomoci?

Studie Iniciativy pro efektivní zdravotnictví
Září 2025

Autoři:

Jakub Hlávka, Veronika Klimková, Monika Brychtová,
Eliška Selinger, Šimon Přecechtěl, Anna Milošič, Kateřina
Chadimová, Barbora Decker, Marek Navrátil, Karel Vaniš,
Matěj Kučera

Zadavatel:

Svaz průmyslu a dopravy ČR



**iniciativa pro
efektivní zdravotnictví**

Obsah

Executive Summary	4
Úvod	6
1. Primární a ambulantní péče: pilíř efektivní prevence a koordinace péče	10
2. Akutní lůžková péče: po stopách efektivity v přetíženém pilíři péče	17
3. Dlouhodobá a následná péče: dynamický rozvoj jako jediná cesta	27
4. Léčiva: regulace versus potřeby pacientů	35
5. Digitalizace a elektronizace: chybějící pilíř českého zdravotnictví	43
6. Data jako zdroj bohatství a jak jej vytěžit	50
Závěr	57

Executive Summary

České zdravotnictví není na udržitelné cestě. Pro zajištění kvality a dostupnosti péče bude v dalších letech vyžadovat změny vedoucí k vyšší efektivitě. Tato studie představuje řadu možných změn, které vychází z příkladů dobré praxe, dostupných dat a doporučení relevantních organizací. Ty by mohly nejen zvýšit efektivitu zdravotní péče v ČR, ale také přispět k její vyšší kvalitě, dostupnosti a dlouhodobé udržitelnosti. **Studie představuje 20 klíčových doporučení v šesti kapitolách.**

1. Primární a ambulantní péče: pilíř efektivní prevence a koordinace péče

- **Podpora sdružených praxí a multidisciplinárních týmů** — podpora modelu, kde více lékařů sdílí sestry, administrativní podporu a moderní diagnostické nástroje, včetně integrace veřejného zdraví a sociálních služeb.
- **Rozšíření kompetencí lékařů a nelékařských pracovníků** — posílení rolí sester v rámci primární péče (např. v oblasti prevence, řízení chronických nemocí a preskripce), zapojení farmaceutů do edukace pacientů, očkování a optimalizace medikace.
- **Integrace veřejného zdraví do primární péče** — podpora komunitních programů prevence a zdravotní gramotnosti, zajištění propojení mezi praktickými lékaři a centry veřejného zdraví.

2. Akutní lůžková péče: po stopách efektivit v přetíženém pilíři péče

- **Centralizace vybraných oborů, posílení regionálních nemocnic v oblasti komplexní komunitní péče** — rozhodování dle kvality a předcházení erozi lokální dostupnosti interní a geriatrické péče (vznik tzv. komunitních nemocnic).
- **Zaměření na péči o stárnoucí populaci a posílení odborností klíčových v péči o ni** — zajištění dobré dostupnosti geriatrické péče, multidisciplinární spolupráce a rozvoje komunitních služeb.
- **Koordinace péče uvnitř nemocnice** — zavedení koordinační role (mj. plánované propouštění či překlad z akutního lůžka na lůžko dlouhodobé či následné péče), elektronické nástroje, snižování komplexity oddělení (posílení vzájemné koordinace a minimalizace fragmentace péče).

3. Dlouhodobá a následná péče: dynamický rozvoj jako jediná cesta

- **Rozsáhlé státní investice či deregulace pro nové soukromé investory** — potřeba vzniku až 39 tisíc lůžek v dlouhodobé péči.
- **Stabilní systém víceletého financování** — systém víceletých neinvestičních transferů by přinesl tolik potřebnou stabilitu financování.
- **Sjednocený systém unikátních žadatelů o službu a mapový GIS systém pro plánování nových kapacit** — potřeba mapování poptávky po službách dlouhodobé péče a identifikace slepých míst napříč ČR.
- **Finanční podpora komplexních sociálně-zdravotních služeb** — bonifikace za zřízení komplexních terénních služeb v jednom místě, ideálně formou domácí péče, pečovatelské služby a mobilního hospice jedním subjektem.

4. Léčiva:

regulace versus potřeby pacientů

- **Podpora vstupu inovativních a moderních terapií na trh** — zavést flexibilnější hranici ochoty platit a transparentní metodiku pro hodnocení dopadu do rozpočtu, aby úhrady lépe reflektovaly potřeby pacientů, míru inovace a naléhavost onemocnění, zavést transparentní modely financování, jako je „coverage with evidence development“ (CED) a sdílení rizik, pokračovat v rozvoji multikriteriálního hodnocení (MCDA).
- **Zlepšení systému hodnocení zdravotnických technologií (HTA)** — zavést systematické hodnocení nákladů a přínosů nejen u ambulantních léčiv, ale také u vakcín a nemocničních léků, zajistit systematický sběr dat a jejich poskytování Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) pro účely HTA, posílit kapacity Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) pro zvládnutí rostoucí agendy HTA.
- **Posílení role lékárníků v péči o pacienty a zlepšení koordinace péče** — rozšířit spektrum služeb poskytovaných lékárníky, jako je poradenství, prevence chyb v medikaci a zlepšení porozumění pacienta své léčbě, využít moderní technologie, jako jsou mobilní aplikace, ke zvýšení míry správného užívání předepsané léčby a zlepšení komunikace mezi pacientem a zdravotnickými pracovníky, umožnění vybraných očkování v prostorách lékáren.

5. Digitalizace a elektronizace:

chybějící pilíř českého zdravotnictví

- **Vytvoření pevného legislativního rámce a jasného pětiletého plánu digitalizace založeného na analýze potřeb a kapacit** — s konkrétními cíli, harmonogramem a jasně definovanými kompetencemi a úkoly.
- **Vybudování celonárodního eHealth systému** — v něm by měla být veškerá zdravotnická dokumentace vedena elektronicky.
- **Snížení neefektivit souvisejících s kontrolou několika velkých dodavatelů nad IT systémy ve zdravotnictví** — otevření trhu pro inovace a nové dodavatele, vytvoření pobídek pro zavádění moderních řešení na straně poskytovatelů zdravotní péče.
- **Zvýšení digitálních kompetencí zdravotního personálu** — kvalitní edukace v oblasti eHealth a digitálních nástrojů v rámci pregraduálního i postgraduálního vzdělávání.

6. Data jako zdroj bohatství

a jak jej vytěžit

- **Umožnění real-time monitoringu dostupnosti a kvality péče díky investicím do moderních analytických technologií a bezpečného sdílení dat pro rozhodovací a výzkumné účely** — díky tomu bude možné včas odhalit některé systémové problémy, které by v budoucnu mohly mít mnohem větší důsledky.
- **Používání zdravotnických dat pro ekonomickou optimalizaci systému** — např. v rámci dohodovacího řízení, kontrole kvality poskytované péče a racionalizaci regionální distribuce péče.
- **Vytvoření silné, politicky neutrální instituce podle příkladu švédské agentury SBU pro sběr a analýzu dat a hodnocení zdravotních a sociálních služeb** — rozšíření kapacit pro analýzu nákladové efektivity napříč zdravotním a sociálním systémem.

Úvod

Tato studie, připravena za podpory Svazu průmyslu a dopravy ČR, poskytuje přehled klíčových oblastí a konkrétních návrhů, které by mohly vést ke zvýšení efektivity systému a ve výsledku zlepšení dostupnosti, kvality a udržitelnosti zdravotní péče v Česku. Studie si neklade za cíl popsat všechny neefektivity v českém zdravotnictví, ale spíše se zaměřit na oblasti, jejichž změna by měla v horizontu několika let vysoký dopad na zvýšení efektivity systému. S ohledem na přehlednost a čitelnost si studie neklade za cíl analyzovat jednotlivá řešení do hloubky, ale nastínit, ve kterých oblastech je možné a potřebné efektivitu zvýšit a jakých úspěchů dosáhly ostatní zdravotní systémy.

Východiska studie

Podobně jako zdravotní systémy po celém světě, i v nejvyspělejších a nejbohatších ekonomikách, se české zdravotnictví musí umět vypořádat s omezenými zdroji. Jedním z klíčových předpokladů jeho efektivního fungování tak není dlouhodobé navyšování finančních prostředků a lidských zdrojů *per se*, ale jejich lepší alokace. Zároveň však nelze očekávat, že se navýšení efektivity projeví okamžitě (mnohé investice do primární a sekundární prevence přinášejí výsledky až s odstupem času) nebo že investice většího podílu české ekonomiky do zdravotních a sociálních služeb nebude potřeba.

Výdaje za zdravotní péči v absolutní hodnotě i ve vztahu k HDP průběžně rostou

Vzestupný trend výdajů za zdravotní péči lze očekávat i v dalších letech primárně v kontextu stárnutí české populace. Ve srovnání se zeměmi OECD, které zahrnují i státy mimo Evropskou unii, lze konstatovat, že se výdaje za zdravotní péči přibližují průměru nejvyspělejších ekonomik světa, nicméně lze pozorovat, že ve většině případů vydávají systémy s lepšími výsledky (zejm. vyšší délkou či kvalitou života) na zdravotní péči o 2–3 procentní body HDP více.¹

To by dle údajů ČSÚ z roku 2022 znamenalo potřebu navýšení výdajů o asi 140 až 210 mld. korun ročně (více v dalších letech, bude-li naše ekonomika růst), ale bez pečlivého uvážení, jak tyto prostředky efektivně investovat, nemůžeme čekat, že to povede automaticky k lepším výsledkům. Zároveň by navýšení výdajů na zdravotní péči znamenalo riziko vyššího daňového zatížení práce či zvýšení míry spoluúčasti pacientů, která je v mezinárodních systémech často spojená s horší dostupností péče pro zranitelné skupiny a nižší adherencí pacientů k léčbě.²

1 Fiscal Sustainability of Health Systems, OECD, 2024, ([Zdroj](#))

2 Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: A systematic literature review, Nicole Fusco et al., 2022 ([Zdroj](#))

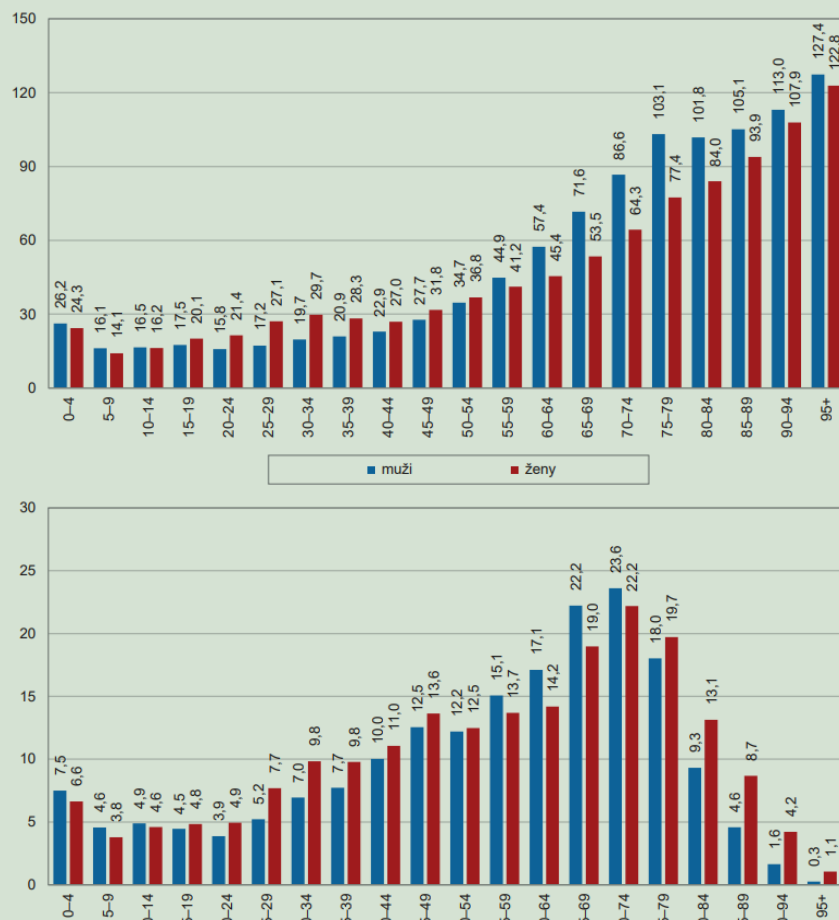
Stárnutí populace povede k růstu výdajů za zdravotní péči, zejména v oblasti chronických onemocnění

Právě stárnutí populace bude jednou z největších výzev pro zdravotní a sociální systémy po celém světě. Podle studie Evropské unie *2024 Ageing Report* lze očekávat, že se do roku 2050 v ČR sníží podíl obyvatel v ekonomicky aktivním věku (20–64 let) z dnešních 58,4 % na 52,9 % a zároveň se zvýší počet obyvatel v seniorním věku z dnešních 20,4 % na 27,3 %. Podíl obyvatel starších 80 let se navíc prakticky zdvojnásobí, z dnešních 4,3 % populace na 8,1 % populace.

Stárnutí dlouhodobě vede také k prodlužování délky ekonomicky aktivního života. Odhad čistého dopadu stárnutí na příjmy a výdaje systému veřejného zdravotního pojištění je tedy zatížen nejistotou v predikci účasti seniorů na pracovním trhu (ta ovlivní příjmy systému veřejného zdravotního pojištění) a nejistotou týkající se jejich zdravotního stavu či dostupnosti nových léčiv a technologií a s tím související poptávky po zdravotní péči (to vše ovlivní výdaje systému veřejného zdravotního pojištění). Kromě toho mohou příjmy a výdaje systému veřejného zdravotního pojištění ovlivnit další faktory, včetně migrace či infekčních nemocí a dalších hrozeb pro veřejné zdraví.

Nárůst indexu ekonomické závislosti z dnešních 34,9 osob (dětí a seniorů) na 100 obyvatel v produktivním věku na 51,7 osob na 100 obyvatel v produktivním věku v roce 2050 (tj. o téměř 50 %) bude znamenat reálnou potřebu navýšení efektivity zdravotního a sociálního systému přibližně o polovinu za stejné období, tj. alespoň o 1,6 % ročně, aby byla zachována současná dostupnost a kvalita zdravotní péče.

Průměrné náklady na zdravotní péči rostou s věkem, jak ukazují grafy níže.³ Celkově nejnákladnějšími skupinami v českém zdravotním systému jsou



Výdaje zdravotních pojišťoven za 1 obyvatele podle věku a pohlaví, 2021 (v tis. Kč)

Zdroj: ČSÚ 2023, Zdravotnické účty ČR 2010–2021

Výdaje zdravotních pojišťoven podle věku a pohlaví, 2021 (v tis. Kč)

Zdroj: ČSÚ 2023, Zdravotnické účty ČR 2010–2021

obyvatelé ve věku 65 až 79 let (kumulativně se jednalo o náklady ve výši 125 mld. Kč v roce 2021).⁴ **Zvýšení efektivity péče o starší, chronicky nemocné obyvatele bude největším úkolem pro české zdravotnictví v dalších letech.**

3 ČSÚ, 2023 ([Zdroj](#))

4 ČSÚ, 2023 ([Zdroj](#))

Nejnákladnější je dlouhodobě péče o chronicky nemocné

Údaje ČSÚ z roku 2021 pak ukazují na nejvyšší náklady na péči o pacienty s těmito onemocněními:

- nemoci oběhové soustavy (41,1 mld. Kč, 7,1 % nákladů),
- onkologická onemocnění (novotvary) (40,3 mld. Kč, 7,0 % nákladů),
- nemoci dýchací soustavy (29,4 mld. Kč, 5,1 % nákladů),
- nemoci trávicí soustavy (24,9 mld. Kč, 4,3 % nákladů),
- nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně (24,9 mld. Kč, 4,3 % nákladů).

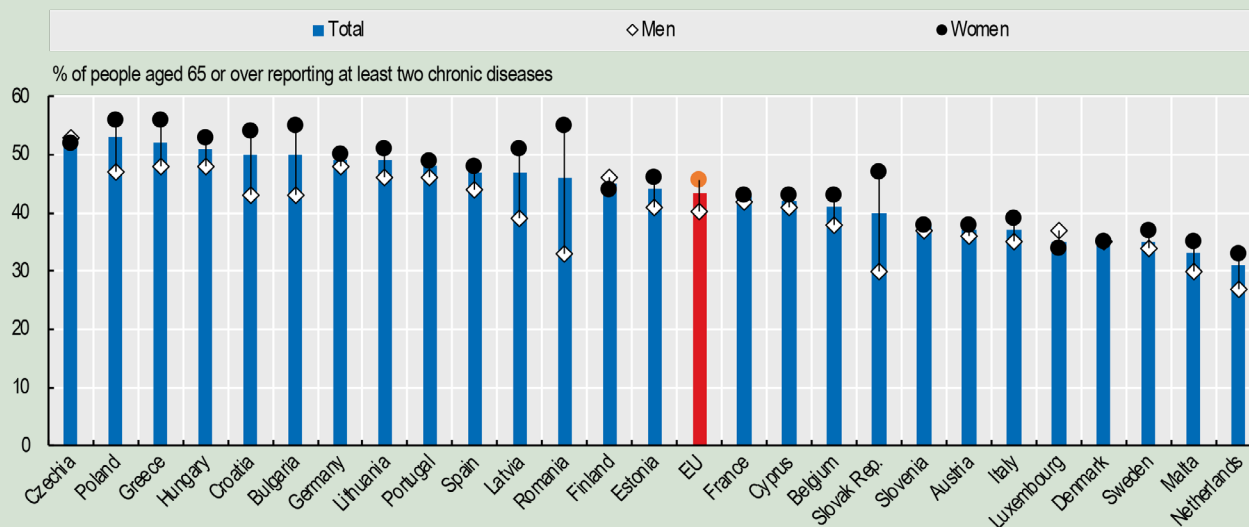
Kumulativně se těchto pět oblastí onemocnění podílelo na 161 mld. Kč nákladů českého zdravotnictví v roce 2021, tedy téměř 28 % celkového objemu za zdravotní péči v ČR. Lepším řízením péče o pacienty s těmito onemocněními, například v rozsahu snížení nákladů o 10–20 %, jak indikují podobné příklady ze zahraničí,⁵ by v těchto prioritních oblastech mohlo vést k úspoře až 30 mld. Kč ročně.

Počet obyvatel s více než jedním chronickým onemocněním v populaci českých seniorů navíc přesahuje 50 %, což je nejvyšší hodnota ve vybraných zemích Evropské unie, pro které tato data existují (evropský průměr je téměř o 10 procentních bodů nižší; nejlépe je na tom Nizozemsko s 30 %)⁶.

Prevenzi podporujeme méně, než je optimální

Data Českého statistického úřadu (ČSÚ) ukazují, že úroveň výdajů souvisejících s prevencí v ČR je dlouhodobě

More than 40% of people aged over 65 report having at least two chronic diseases on average in the EU



Note: The EU average is unweighted and based on 26 EU countries (Ireland does not participate in the SHARE survey). Chronic diseases include Alzheimer's disease, cancer, chronic kidney diseases, chronic lung diseases, diabetes, heart attack, hip fracture, hypertension, Parkinson's disease, stroke, rheumatoid arthritis and osteoarthritis.
Source: SHARE wave 9 (data refer to 2021-22).

StatLink: <https://stat.link/f6gw0d>

relativně nízká: v roce 2019 se jednalo o méně než 13 mld. korun ročně, tedy méně než 3 % všech nákladů na zdravotní péči. Větší změny můžeme očekávat v roce 2025, kdy se prostor pojišťoven pro investice do preventivních programů zvedne z 0,5 % na 3 % jejich příjmů z pojistného, budou-li pro to mít dostatek zdrojů.⁷ Klíčové však bude, aby byly jejich preventivní intervence vyhodnocovány pro svou efektivitu:

ne každá „preventivní“ intervence má totiž vysokou přidanou hodnotu a za prevenci může být schováno mnoho dalších, méně nákladově či klinicky efektivních aktivit.

5 Například studie Avery et al., 2016 ([Zdroj](#)) nebo Roberts et al., 2025 ([Zdroj](#))

6 OECD, Health at a Glance, 2024, [oecd.org](#)

7 Novela zákona č. 48/1997 Sb, 2024 ([Zdroj](#))

Kromě efektivity musíme hodnotit i další indikátory, mj. kvalitu péče

Kromě ekonomické efektivity je klíčové zvažovat i bezpečnost a dostupnost péče. Sama zdravotní péče je pro pacienty mnohdy riziková: kromě možných nežádoucích účinků léčby totiž může dojít k chybě na straně poskytovatele či k tzv. nozokomiálním nákazám, které souvisí s hospitalizací a podle různých odhadů se týkají 3–16 % hospitalizací (tyto nákazy vedou v ČR k tisícům úmrtím ročně, nejčastěji na zápal plic a infekce krevního řečiště).⁸

Samotná ekonomická efektivita tak není jediným důležitým kritériem; je klíčové ji zohlednit vedle dalších dimenzí kvalitní zdravotní péče, včetně bioetických kritérií, bezpečí pacientů i zdravotníků a mnoha dalších.

Zdroje financování jsou omezené

Financování zdravotnictví se dostává pod rostoucí tlak udržitelnosti. V roce 2022 byla schválena automatická valorizace plateb za státní pojištěnce a příjmy i výdaje systému v posledních letech rostly velmi rychlým tempem. V roce 2024 došlo k deficitu systému veřejného zdravotního pojištění v objemu necelých 10 mld. Kč, který byl hrazen ze zůstatků na účtech zdravotních pojišťoven,⁹ větší deficit je očekáván v roce 2025, kdy sama Všeobecná zdravotní pojišťovna počítá se schodkem ve výši 7,7 mld. Kč.¹⁰ Může proto dojít k situaci, že tyto deficity budou muset být řešeny urychlením valorizace plateb za státní pojištěnce, snížením objemu poskytnuté péče, zvýšením spoluúčasti pacientů nebo zvýšením efektivity systému se současnými zdroji. Příjmy systému veřejného zdravotního pojištění, které reprezentuje drtivou

většinu výdajů na péči o zdraví v ČR, ilustruje následující grafika.¹¹

Vzhledem k velkému množství neefektivit českého zdravotnictví, od nedostatečně rozvinuté primární péče až po nedostatečnou koordinaci péče o chronicky nemocné a pomalou adopci nových technologií, proto doporučujeme zaměřit se na klíčové priority

navržené v této studii. Kromě snížení rizika rostoucí finanční nestability systému a zhoršení dostupnosti péče pro zranitelné skupiny obyvatel totiž mají potenciál přispět ke zlepšení pracovních podmínek zdravotníků a zvýšení kvality života všech obyvatel naší země.

467,5
mld. Kč

Celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2023. Výdaje činily 469,2 mld. Kč, celkový deficit činil 1,7 mld. Kč.

68,4 %

Více než dvě třetiny příjmů systému veřejného zdravotního pojištění (320 mld. Kč.) tvořily v roce 2023 příjmy z vlastního výběru pojistného, tj. vybrané pojistné zdravotními pojišťovnami od všech skupin plátců, zaměstnavatelů, osob samostatně výdělečně činných (OSVČ) a osob bez zdanitelných příjmů (OBZP).

30,4 %

Příjmy z přerozdělování (především příjmy ze státního rozpočtu za osoby, za které je plátcem pojistného stát) **vytvářely téměř třetinu z celkových příjmů systému,** přibližně 141,9 mld. Kč. Průměrný počet státních pojištěnců za rok 2023 dosáhl 6,08 mil. osob.

43 200
Kč

V přepočtu na jednoho pojištěnce činily v roce 2023 průměrné výdaje systému veřejného zdravotního pojištění téměř 43 200 Kč. Provozní výdaje systému veřejného zdravotního pojištění tvořily necelá 2 % všech výdajů, což je v mezinárodním srovnání relativně nízký poměr.

57 %

Téměř 57 % všech výdajů veřejného zdravotního pojištění si vyžadují náklady na lůžkovou péči, u ambulantní péče se jedná pouze o 27 % výdajů systému.

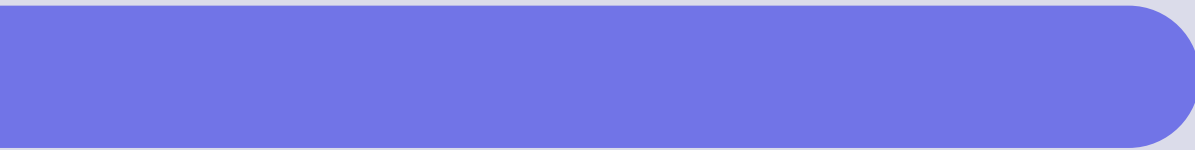
⁸ Nemocniční infekce stojí miliardy a zabijí až deset tisíc Čechů ročně. Polovině by přitom šlo zabránit. Zdravotnický deník, 2016, zdravotnickydenik.cz

⁹ Ministerstvo financí, 2024, [\(Zdroj\)](#)

¹⁰ České noviny, 2025 [\(Zdroj\)](#)

¹¹ Ministerstvo zdravotnictví, 2024, [\(Zdroj\)](#)

Primární a ambulantní péče: pilíř efektivní prevence a koordinace péče



Primární a ambulantní péče: pilíř efektivní prevence a koordinace péče

Primární a ambulantní péče představuje klíčový pilíř zdravotnického systému a měla by pokrýt většinu běžných zdravotních potřeb populace. V ideálním systému může primární péče zvládnout přes 80 % zdravotních problémů pacientů, a to za přibližně čtvrtinu celkových nákladů na zdravotnictví. V ČR je tato oblast dlouhodobě poddimenzovaná a rostoucí nerovnosti v dostupnosti ovlivňují nejen kvalitu, ale i koordinaci péče v mnoha regionech naší země.

Ačkoliv by měla být primární a ambulantní péče silným pilířem zdravotnictví v ČR, realita je od tohoto ideálu bohužel velmi vzdálená. Významná část financí míří do akutního sektoru, který řeší problémy pacientů, kteří nejsou včasné a efektivně léčení v primárním a ambulantním sektoru. Důležitost primární péče spočívá nejen v léčbě akutních onemocnění, ale zejména v prevenci a dlouhodobém managementu

chronických onemocnění, která tvoří stále větší podíl zdravotních problémů světové populace.

Podle indexu DCCI¹² trpí určitou formou chronického onemocnění 34 % obyvatel, přičemž ve věkové skupině nad 65 let se tento podíl zvyšuje na 65 %.¹³ Zároveň Česko zaostává v počtu praktických lékařů v mezinárodním srovnání. Na 100 tisíc obyvatel připadá jen 66,5 praktických lékařů ve srovnání např.

s 102,8 praktiky v Německu nebo 139,5 praktiky ve Francii.¹⁴ Naopak specialistů je u nás nadprůměrně mnoho, ČR se v tomto ohledu řadí mezi pět předních zemí OECD. Tento nepoměr přispívá k dlouhodobým problémům s dostupností primární péče.¹⁵

12 Index komorbidit dle Charlsonové.

13 Strategická analýza potřeb resortu zdravotnictví: Ekonomika a optimalizace úhrad www.nzip.cz

14 Strategická analýza potřeb resortu zdravotnictví: Zajištění personálních kapacit www.nzip.cz

15 OECD Data Explorer: Physicians by categories data-explorer.oecd.org

Hlavní zdroje neefektivity

1

Stárnutí praktických lékařů a nerovnoměrná distribuce

Průměrný věk praktických lékařů je 54 let, 30 % je starších 65 let.¹⁶ Největší disproporce v jejich distribuci jsou v krajích sousedících s Německem a ve Středočeském kraji.

2

Nedostatečná role praktického lékaře jako koordinátora péče

Chybí lepší propojení mezi primární a specializovanou péčí, zejména u chronicky nemocných. Pacienti se často dostávají rovnou k ambulantním specialistům, což zvyšuje zatížení zdravotního systému.

3

Důraz na sólo praxe praktických lékařů místo na podporu širších multidisciplinárních týmů

V mnoha evropských zemích (např. Finsko, Španělsko, Belgie) je primární péče poskytována v rámci týmů složených ze širšího spektra odborníků, což přináší lepší koordinaci péče a snížení zátěže nemocnic.

4

Nízké zapojení dalších zdravotnických profesionálů

Sestry, farmaceuti, sociální pracovníci a fyzioterapeuti nejsou dostatečně využíváni pro podporu prevence a řízení chronických onemocnění.

5

Slabé propojení se sektorem veřejného zdraví

Praktičtí lékaři mají minimální vazbu na komunitní programy podpory zdraví a prevence. Primární péče tak nemůže zcela naplnit svůj preventivní potenciál.

16 [Medical Tribune](#): Primární péči je třeba modernizovat, 2024

Klíčová doporučení

1 Podpora sdružených praxí a multidisciplinárních týmů

Podpora modelu, kde více lékařů sdílí sestry, administrativní podporu a moderní diagnostické nástroje, včetně integrace veřejného zdraví a sociálních služeb.

2 Rozšíření kompetencí lékařů a nelékařských pracovníků

Posílení rolí sester v rámci primární péče (např. v oblasti prevence, řízení chronických nemocí a preskripce), zapojení farmaceutů do edukace pacientů, očkování a optimalizace medikace.

3 Integrace veřejného zdraví do primární péče

Podpora komunitních programů prevence a zdravotní gramotnosti, zajištění propojení mezi praktickými lékaři a centry veřejného zdraví.

Další doporučení

1 Reforma vzdělávání lékařů

Zjednodušení atestačního systému, transparentní alokace rezidenčních míst do ohrožených regionů a podpora spolupráce s akademickými institucemi pro kontinuální vzdělávání zdravotníků.

2 Podpora disease management programů

Posílení programů pro diabetes a rozšíření na další oblasti (např. onkologické screeniny a prevence demence).

3 Lepší využití digitalizace

Implementace elektronických objednávkových systémů, propojení patientských dat napříč sektory a rozvoj telemedicínských služeb (blíže rozpracováno v kapitole k digitalizaci).

Současný stav

Podstatou primární péče je zajištění dostupnosti zdravotní péče tam, kde ji lidé nejvíce potřebují: v jejich komunitách. Náplní je léčení nemocí, ale také na jejich prevence a podpora zdravého životního stylu. Zahrnuje spolupráci různých sektorů, i proto, že zdraví ovlivňuje nejen životní prostředí, ale i vzdělání nebo sociální podmínky. Cílem primární péče je, aby byla srozumitelná, dostupná a přizpůsobená potřebám každého člověka.¹⁷

V ČR je zajišťována zejména praktickými lékaři, pediatry a ambulantními specialisty (např. gynekologie). Praktický lékař představuje pro mnoho pacientů první kontakt se zdravotnictvím a má klíčovou roli v prevenci i řízení chronických onemocnění. Navažující ambulantní péče zahrnuje specializované obory jako např. diabetologie, kardiologie či neurologie, které by měly poskytovat pokročilou péči o chronicky nemocné.

Od roku 2016 byl zaznamenán téměř 20% pokles v počtu ambulantních zařízení praktického lékaře pro děti a dorost a téměř 10% mezi praktickými lékaři pro dospělé.¹⁸

Česko je charakteristické vyšším zastoupením ambulantních specialistů oproti praktickým lékařům, a to i v mezinárodním srovnání.¹⁹ Přestože statistika nerozlišuje mezi specialisty v ambulantním a nemocničním sektoru, dá se předpokládat, že nadprůměrný počet v ČR způsobuje právě velké množství specialistů působících v ambulancích.

Nadbytečný počet praktických lékařů odcházející do specializované péče, je jedním z důvodů jejich nedostatku v péči primární. Tuto nerovnováhu dále zhoršuje rostoucí věk praktických lékařů (průměrně 54 let), omezený příchod nových absolventů do primární péče a jejich nerovnoměrná regionální distribuce, kdy chybí zejména mimo velká města. **Nízká míra propojení péče i nedostatečná pozice praktického lékaře jako „gatekeepera“ vedou k přetížení nemocnic a nadužívání specializované péče.**

Hlavní zdroje neefektivity

Dostupnost péče v regionech

V Česku přetrvávají výrazné regionální rozdíly v dostupnosti primární péče. Zatímco v Praze v roce 2023 připadalo na 1 ambulanci 816 obyvatel, ve Středočeském kraji to bylo 2 009 obyvatel.²⁰ Výrazně horší situace je i v kraji Jihočeském, Ústeckém a Libereckém (v rozmezí 1 ambulance na 1 560 až 1 580 obyvatel).

Dvě třetiny obyvatel žijí mimo krajská města, kde dojezdový čas k lékaři často komplikuje slabá veřejná doprava. Podle průzkumu PAQ Research až 32 % žen nad 45 let neabsolvuje mamografický screening kvůli vzdálenosti či nemožnosti najít volný termín.²¹ Nerovnosti přitom nejsou jen v příhraničí, ale i ve „vnitřní periferii“, například ve Středočeském kraji. Nejlepší přístup k primární péči má Zlínský a Jihomoravský kraj a Praha, zatímco kraje sousedící s Německem (Ústecký, Plzeňský, Karlovarský, Jihočeský) vykazují největší nerovnosti.²²

Nedostupnost péče úzce souvisí také s alokací tzv. „rezidenčních míst“ pro specializaci mladých lékařů v primární péči. Dle mapy školitelů²³ se v roce 2024 většina rezidenčních míst soustředila do velkých krajských měst, kde je i větší dostupnost školitelů. K nepoměru v zastoupení lékařů primární a specializované péče přispívá v mezinárodním srovnání nadměrný počet specializačních oborů a jejich nízká vzájemná prostupnost v kombinaci s absencí řízení počtu míst dostupných pro specializaci v jednotlivých oborech, taktéž obvyklou v jiných zemích.

17 WHO Primary healthcare definition <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care>

18 ČSU Návštěvy vybraných zařízení ambulantní péče <https://csu.gov.cz>

19 OECD Data Explorer data-explorer.oecd.org

20 ČSU csu.gov.cz

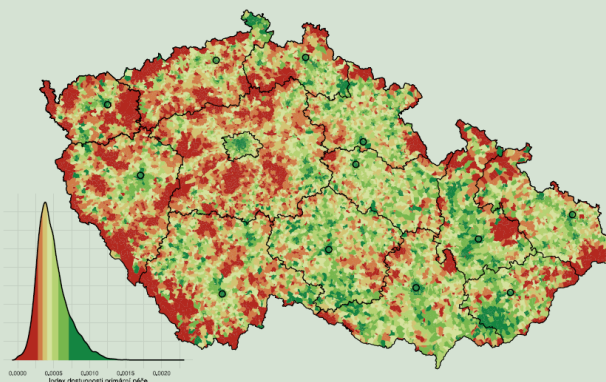
21 PAQ Research: proč Češi zanedbávají preventivní prohlídky www.paqresearch.cz

22 MUNI ECON Dostupnost primární zdravotní péče is.muni.cz

23 Mapa školitelů <https://mapaskolitelu.cz>

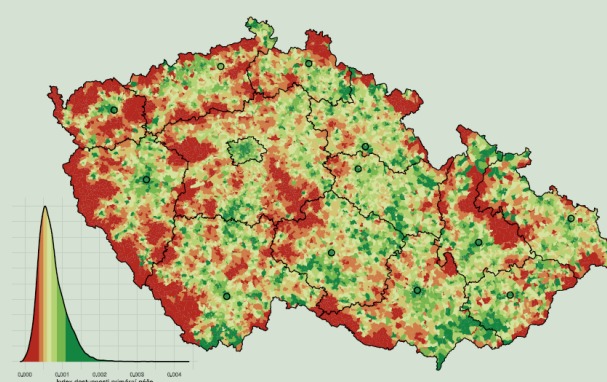
Územní dostupnost primární péče
(praktičtí lékaři pro dospělé)

Krajská města jsou vyznačena tečkami



Územní dostupnost primární péče
(praktičtí lékaři pro děti a dorost)

Krajská města jsou vyznačena tečkami



Důraz na sólo praxe lékařů a nevyužitý potenciál dalších zdravotnických pracovníků

V české primární péči se dosud plně nevyužívají dovednosti dalších zdravotnických profesí, zejména sester, farmaceutů, fyzioterapeutů či psychologů.

K omezené kapacitě primární péče přispívá i stále převažující tradiční model sólo praxí, oproti systémům se sdíleným zázemím, administrativní podporou a zapojením širšího zdravotnického týmu. Mnoho administrativních úkonů je vykonáváno lékaři,²⁴ kteří tak mají méně času na pacienty. To vše vede k vysoké časové zátěži lékařů, zvýšení pravděpodobnosti duplicitních úkonů a komplikuje to systematickou péči o pacienty s chronickými či kombinovanými zdravotními problémy.

Nevyužitý potenciál prevence

Chronická onemocnění jako diabetes, hypertenze, chronická obstrukční plicní nemoc nebo deprese v ČR představují hlavní zdroj nákladů na zdravotní péči. A ačkoliv je česká populace jedna z nejvíce zatížených chronickými nemocemi v Evropě, český model komplexního řízení péče o tyto choroby (tzv. disease management) je zatím velmi slabý. Existující programy fungují převážně v režii zdravotních pojišťoven či jednotlivých zdravotnických zařízení, takže chybí jednotné klinické protokoly, ucelená koordinace více profesí či řízená podpora pacienta ve změně životního stylu. V posledních letech se klade důraz na odklon od „disease-centered“ k „patient-centered“ přístupu,^{25,26,27} který zohledňuje i duševní a sociální

aspekty zdraví. Tento posun ale zatím není v ČR dostatečně systematicky podporován.

Významnou roli v nedostatečném důrazu na preventivní péči hraje i způsob financování zdravotní péče. Pravidelné měsíční kapitační platby mohou tvořit až 85 % příjmů ordinace (v roce 2025 to bude až 59 Kč za dospělého a 64 Kč za dítě.²⁸ Přestože kapitační platba vytváří jistotu pro ordinace, snižuje pobídky pro aktivity zaměřené na prevenci, edukaci pacientů či efektivní řízení chronických onemocnění. Není také například možné kombinovat preventivní vyšetření, předoperační vyšetření a dispenzarizaci diabetu během jedné návštěvy, což vede k nutnosti opakovaných návštěv a vyšším nákladům. Navíc automatizované kontroly vykázaných výkonů (např. prevence každé 2 roky) nezkontrolují jejich reálnou efektivitu. Chybějící propojení a spolupráce mezi zdravotními pojišťovnami, Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) a poskytovateli péče brání sledování dlouhodobého dopadu zdravotnických služeb na populaci, což omezuje možnost ladit systém úhrad podle reálných dat o nákladové efektivitě.

Rozsáhlejší integrace psychosomatického přístupu, jenž kromě tělesných projevů nemoci klade důraz i na psychické a sociální aspekty, zatím není systémově zavedena a ani stávající nastavení úhrad a vzdělávání lékařů neklade dostatečný důraz na tento celostní pohled na pacienta. Nedostatečné systémové ukotvení moderní primární péče se promítá i do pregraduální výuky, kde zůstávají témata jako aktivní management chronických onemocnění, obecné profesní dovednosti v oblasti organizace práce, týmové práce či digitální komunikace s pacientem na okraji zájmu.

Obdobně není systémově začleněna ani spolupráce se sektorem veřejného zdraví. Tento segment je z velké části oddělený od každodenní praxe praktických lékařů, kteří tak nemají přehled o komunitních programech, službách a preventivních aktivitách, které by mohli doporučit svým pacientům.

Klíčová doporučení podrobně

Podpora sdružených praxí a multidisciplinárních týmů

Sdružené praxe a multidisciplinární týmy, ve kterých společně působí lékaři, sestry, farmaceuti, sociální pracovníci a další profese, představují moderní koncept, který zvyšuje dostupnost i kvalitu primární péče. Zahraniční zkušenosti ukazují, že tímto způsobem lze efektivněji využít dostupné zdroje a přitom poskytovat komplexnější péči založenou na vzájemné spolupráci, a to vše v pro pacienta pohodlnější podobě. Dochází ke sdílení personálu i vybavení. Multidisciplinární centra primární péče, ať už jako jediný systém poskytování primární péče nebo v kombinaci s menšími týmy či solo praxím v různé podobě fungují například v Rakousku, Belgii, Finsku, Francii, Slovinsku, Španělsku, Švédsku nebo Nizozemsku. Přechod z tradičních solo praxí směrem k multidisciplinárním týmům incentivizuje od roku 2017 také Velká Británie a od roku 2014 Estonsko. Multidisciplinární týmy v zahraničí zahrnují nejen praktické lékaře pro dospělé či děti a dorost, ale také gynekology, porodní asistentky, zubaře, psychology, nutriční terapeutky, fyzioterapeuty, sociální pracovníky nebo odborníky na podporu veřejného zdraví.

24 Sdružení: Praktičtí lékaři věnují až 50 procent času administrativě (www.mediprofi.cz)

25 What Is Patient-Centered Care? [NEJM Catalyst 2017](#)

26 Patient-Centered Adult Cardiovascular Care: [A Scientific Statement From the American Heart Association](#) 2024

27 A 2020 vision of patient-centered primary care: [J Gen Intern Med 2005](#)

28 Úhradová vyhláška 2025 pro VPL a PLDD www.infoprolekare.cz

Integrovaný přístup umožňuje efektivně reagovat na nerovnosti v dostupnosti péče a řešit i další faktory ovlivňující zdraví – od sociálního zázemí po režimová preventivní opatření.

Rozšíření kompetencí lékařů a nelékařských pracovníků

Zahraniční zkušenosti ukazují, že posun některých kompetencí na sestry, farmaceuty nebo další zdravotníky v primární péči zvyšuje její efektivitu a dostupnost. Zdravotní sestry mohou převzít důležitou roli například ve screeningu, v koordinaci péče o chronické pacienty či při předpisu vybraných léčiv. To snižuje zátěž lékařů, urychluje diagnostiku a zlepšuje management dlouhodobých onemocnění. Zahraniční inspirací pro posílení role sester v systému primární péče může být třeba Finsko, Španělsko nebo Švédsko.

Takové rozšíření kompetencí nebývá na úkor bezpečnosti či kvality péče, pokud je doprovázeno adekvátním vzděláváním a jasným legislativním ukotvením. Naopak se zvyšuje spokojenost pacientů a zkracují se čekací doby, protože tým na sebe dokáže navazovat a řešit problémy rychleji, bez nutnosti dalších návštěv. V konečném důsledku to vede k úsporám nákladů a k lepším zdravotním výsledkům, neboť je větší prostor věnován prevenci a průběžnému řízení chorob, nikoli pouze akutním stavům.

Integrace ochrany a podpory veřejného zdraví do primární péče

Zahraniční praxe potvrzuje, že propojení primární péče se systémem veřejného zdraví výrazně posiluje prevenci chronických onemocnění, podporu zdravého životního stylu i snižování nerovností v přístupu k péči. Úzká spolupráce lékařů s odborníky na veřejné zdraví umožňuje efektivně reagovat na místní potřeby, včas zachytit ohrožené skupiny

a zlepšit celkové zdraví populace. Inspirací může být například finský model s důrazem na podporu zdraví v průběhu celého života. Centrální roli v systému hrají tzv. *sestry veřejného zdraví*, které zajišťují komplexní preventivní služby od těhotenství přes dětský a školní věk až po stáří. Zdravotní sestry poskytují poradenství v oblasti výživy, pohybu, kouření a alkoholu, včetně cílené podpory pro zvlášť zranitelné skupiny, například rodiny se zhoršeným přístupem k péči či rizikové adolescenty. Na poskytování preventivní péče se společně se sestrami podílí i sociální pracovníci, psychoterapeuti a další relevantní odborné profese. Elektronické zdravotní záznamy jsou pak využívány i pro sledování a vyhodnocování rizik u jednotlivých klientů. Podobné programy propojující primární péči se systémem veřejného zdraví existují i v dalších evropských zemích.

Programy zaměřené na podporu a ochranu veřejného zdraví by mohly být před jejich širším zavedením do praxe pilotně testovány v menším měřítku, prioritně v oblastech s vysokou mírou zdravotních nerovností a především s podrobným vyhodnocením jejich nákladové efektivity a dopadů na zdraví a kvalitu života zapojených pacientů.

Základem integrace podpory veřejného zdraví do systému primární péče může v ČR být již existující síť regionálních *center podpory zdraví* spravovaných pod hlavičkou Státního zdravotního ústavu (SZÚ). Klíčové však bude poskytnutí dostatku zdrojů a dlouhodobé podpory pro rozvoj kvalitní primární péče, která bude reflektovat moderní trendy.

Další doporučení

Reforma vzdělávání lékařů

Složitý a časově náročný atestační systém, s neobvykle vysokým množstvím atestačních oborů, v kombinaci s nerovnoměrnou alokací rezidenčních míst, představuje jednu z hlavních překážek pro posílení primární péče v ohrožených regionech. Transparentní přidělování rezidenčních pozic a zároveň

zjednodušení procesu atestací může vést k vyššímu zájmu absolventů o obory spojené s všeobecným lékařstvím či ambulantní sférou. Bylo by vhodné analyzovat řízení počtu míst dostupných pro specializaci v jednotlivých oborech, aby nabídka lépe odrážela reálné potřeby systému, jak je obvyklé v jiných zemích.

Podpora disease management programů

Komplexní programy pro management chronických onemocnění prokazatelně zlepšují výsledky léčby a snižují množství komplikací, hospitalizací a s nimi spojených nákladů. Základním předpokladem jejich funkčnosti je stabilní síť primární péče, která se opírá o jednotné standardy, digitální nástroje pro sdílení informací a jasně definované role všech členů týmu. Díky tomu lze obdobné aktivity rozšířit z již fungujících programů i na další oblasti, včetně onkologických screeningů či prevence neurodegenerativních onemocnění.

Rozvoj terénní péče

Posílení domácí zdravotní péče a komunitních zdravotních center přináší přímé benefity zejména pro seniory, dlouhodobě nemocné a obyvatele odlehklých oblastí. Inspirací lze najít například ve Slovinsku, kde dobře fungující centra primární péče úzce spolupracují se sociálními službami a dokáží zajistit i terénní návštěvy či rehabilitace v domácím prostředí. Tím se předejde zbytečným hospitalizacím a ušetří kapacita nemocnic pro akutní případy. Klíčem je lepší koordinace mezi zdravotními a sociálními pracovníky, která umožňuje pružně reagovat na potřeby pacientů, včas odhalit komplikace a efektivně spojit zdravotní péči s nezbytnou sociální podporou.

Akutní lůžková péče: po stopách efektivity v přetíženém pilíři péče



Akutní lůžková péče: po stopách efektivity v přetíženém pilíři péče

ČR má velmi hustou síť 160 nemocnic s 49 tisíci lůžky, včetně velmi nadprůměrného počtu JIP lůžek. Systém ale čelí významným výzvám. Náklady na akutní lůžkovou péči v roce 2024 dosáhly zhruba 57 % výdajů veřejného zdravotního pojištění. Přitom stárnutí populace a nárůst chronických onemocnění zvyšují poptávku spíše po následné, sociální i domácí péči. Fragmentace zdravotnického personálu do mnoha malých oddělení snižuje celkovou efektivitu. To vše vede k nutnosti reformy systému akutní péče a lůžkového fondu, posílení koordinace s ostatními sektory a efektivnějšího využití lidských zdrojů.

Akutní lůžková péče v ČR stojí před nezbytnou transformací. Současný rozsah sítě přináší nejen značné náklady (57 % nákladů na zdravotní péči v systému veřejného zdravotního pojištění), ale i fragmentaci služeb pro akutně nemocné pacienty. Přestože systém zajišťuje vysokou dostupnost péče, jeho efektivita je omezena nerovnoměrným rozložením zdrojů napříč regiony, nízkou obložeností akutních lůžek a nedostatkem kapacit pro následnou a dlouhodobou péči. Stárnutí populace, rostoucí výskyt chronických onemocnění a vyšší nároky seniorů zvyšují tlak na zdravotní systém, zejména v oblasti interní,

geriatrické, následné či péče na sociálně-zdravotním pomezí. Navzdory relativnímu dostatku zdravotnického personálu dochází k jeho přetížení, a to kvůli fragmentaci péče do mnoha zařízení a oddělení, zbytečným přesčasům a značné administrativní zátěži.

Řešením je reforma formou optimalizace sítě: proměna málo využívaných lůžek a oddělení na ta, která se více zaměřují na potřebnou péči v regionu, rozvoj jednodenní chirurgie, digitalizace, přerozdělení personálu napříč regiony a specializacemi, ale také posílení primární a následné péče či systémové zlepšení pracovních podmínek zdravotníků. Aplikace

navrhovaných doporučení umožní lépe reagovat na změny demografické a epidemiologické, ale také posílí udržitelnost celého zdravotního systému.

Hlavní zdroje neefektivity

1

Nerovnoměrné rozložení akutních lůžek a jejich nízká obloženost

Některá zařízení akutní lůžkové péče jsou přetížená, zatímco jiná jsou využívána nedostatečně. Průměrná obloženost akutních lůžek je pouze 56 %, u intenzivních dosahuje 63 %, přičemž v zemích OECD je běžná obloženost kolem 70 %.

2

Nepřipravenost zdravotního systému na stárnutí populace

Nárůst hospitalizací seniorů (o 7–15 % za posledních 10 let) a prodlužování délky pobytu starších, křehkých pacientů. Nadužívání akutní péče je spojeno s omezenými kapacitami nákladově efektivnějších forem péče, jako je následná, dlouhodobá nebo domácí péče a se slabým sektorem primární péče.

3

Suboptimální distribuce zdravotního personálu

V ČR existují značné regionální rozdíly v dostupnosti odborníků. Některé nemocnice jsou kvůli nedostatku personálu nuceny omezit provoz i v klíčových oblastech, např. v oblasti interní péče.

4

Vysoký podíl žen ve zdravotnictví a nedostatečná prarodinná politika

66 % absolventů všeobecného praktického lékařství jsou ženy, což zdůrazňuje potřebu lepších opatření pro sladění kariéry s rodičovstvím.

5

Nadměrné přesčasy a administrativní zátěž

Lékaři průměrně odpracují 77 přesčasových hodin měsíčně, což překračuje zákonné limity. Značnou část pracovního dne tráví administrativou místo přímé péče o pacienty.

6

Nedostatečná digitalizace a využití moderních technologií

Českému zdravotnictví chybí digitální nástroje, které by pomohly výrazně snížit administrativní zátěž a zefektivnit organizaci a poskytování péče.

Klíčová doporučení

1

Centralizace vybraných oborů, posílení regionálních nemocnic v oblasti komplexní komunitní péče

Rozhodování dle kvality a předcházení erozi lokální dostupnosti interní a geriatrické péče (vznik tzv. komunitních nemocnic).

2

Zaměření na péči o stárnoucí populaci a posílení odborností klíčových v péči o ni

Zajištění dobré dostupnosti geriatrické péče, multidisciplinární spolupráce a rozvoje komunitních služeb.

3

Koordinace péče uvnitř nemocnice

Zavedení koordinační role (mj. plánované propouštění či překlad z akutního lůžka na lůžka dlouhodobé či následné péče), elektronické nástroje, snižování komplexity oddělení (posílení vzájemné koordinace a minimalizace fragmentace péče).

Další doporučení

1

Snižování administrativní zátěže, rozdělení rolí v péči o pacienta

Digitalizace uvnitř a napříč poskytovateli, rozšíření kompetencí a nové role.

2

Prorodinná politika a flexibilita úvazků

Podpora lepšího sladění rodinného a pracovního života, pomoc s plánováním kariéry a dalšího vzdělávání.

Současný stav

Akutní lůžková síť bude vyžadovat transformaci

ČR má rozsáhlou síť nemocnic poskytujících akutní péči. V roce 2023 jich bylo celkem 160 s 49 tisíci lůžky.²⁹ V počtu lůžek jednotek intenzivní péče na obyvatele patříme mezi evropské lídry: na každých 100 000 obyvatel připadá 53 lůžek (průměr EU je 25).³⁰ Počet oborově specializovaných jednotek intenzivní péče je v ČR vysoký, což zvyšuje náklady a vede k fragmentaci péče v rámci jednotlivých zařízení. Většina těchto zařízení poskytuje nepřetržitou péči, zajišťující širokou dostupnost péče pacientům. Z hlediska úhrad existují rozdíly mezi péčí poskytovanou ve specializovaných centrech a mimo ně (často s nižší základní sazbou za úhradu péče).

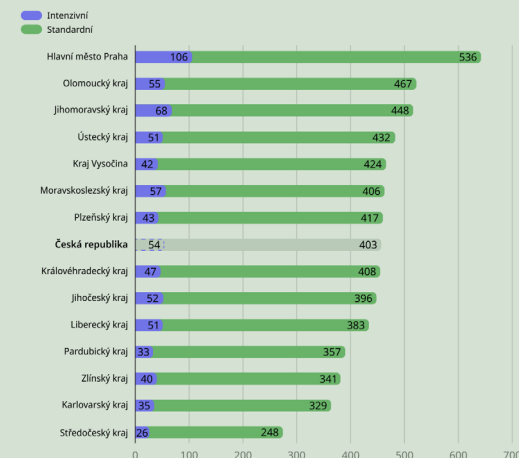
Akutní lůžková péče však čelí výzvám vyžadujícím komplexní reformu. Roste důraz na prevenci a primární péči, s cílem snížit potřebu hospitalizací a celkovou zátěž systému. Jen mezi lety 2019–2024 se náklady na akutní lůžkovou péči zvýšily o 68,5 %, v roce 2024 tvořily asi 57 % nákladů zdravotního pojištění (včetně nákladů na centrová léčiva).³¹

Distribuce akutních lůžek nereaguje na rostoucí podíl starší populace a výskyt chronických onemocnění. V roce 2019 mělo 75 % seniorů (65 let a starší) dlouhodobé zdravotní potíže, přičemž s věkem narůstá i počet zdravotních komplikací.³² Tyto faktory zvyšují riziko hospitalizací, včetně těch opakovaných.^{33,34} Častější a složitější hospitalizace seniorů na akutních lůžkách zvyšují tlak na zdravotní systém a představují značnou ekonomickou zátěž. Během dlouhých akutních hospitalizací se rovněž zvyšují rizika související se samotnou hospitalizací, například z důvodu nízké mobility a absence aktivizace pacientů, úbytku svalové hmoty, rizika nemocničních infekcí a dalších.

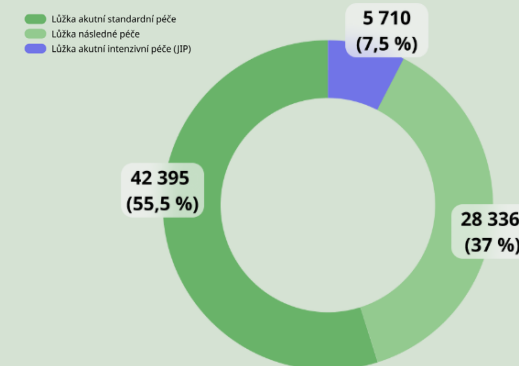
Stárnutí populace zvyšuje požadavky na dlouhodobou dostupnost zdravotní a sociální péče, včetně té poskytované v komunitním prostředí nebo přímo v domácnostech. Tyto služby jsou zatím nedostatečně rozvinuty. Stárnutí klade vyšší požadavky na kapacity péče, zejména v oblastech primární, interní, geriatrické či následné péče, které musí být dobře dostupné ve všech regionech ČR. Efektivitu však brzdí nerovnoměrné rozložení a neefektivní využití zdravotnického personálu.^{35,36} Přestože je lékařů a sester relativně vysoký počet, jejich fragmentace do mnoha oddělení zbytečně zvyšuje počet personálu potřebného pro zajištění nepřetržitého provozu, aniž by se tím výrazně zlepšila kvalita nebo dostupnost péče.

Přehled o lůžkovém fondu a jeho využití v rámci zdravotnických zařízení v České republice v roce 2022

Počet lůžek akutní intenzivní péče (JIP) a lůžek akutní standardní péče v přepočtu na 100 tis. obyvatel



Skladba jednotlivých typů lůžek v rámci ČR



Zdroj: Institut zdravotních informací a statistiky ČR, 2023.

Pozn.: Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023.

Dostupné z:
<https://www.nzip.cz/data/1778-luzkovy-fond-vyuziti-otevrena-data>

29 ČSÚ, Zdravotní péče, www.csu.gov.cz

30 OECD Data Explorer. Data za rok 2022. Srovnání se zeměmi EU s dostupnými daty v daném nebo nejbližším roce, www.data-explorer.oecd.org

31 Rozložení nákladů na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů v % v roce 2024, prezentace Ing. Jiřího Mrázka, MBA, VZP ČR, www.zdravotnickydenik.cz

32 Pavel Weber, Dana Prudius, Hana Meluzínová: Geriatrická multimorbidita – jeden z klíčových problémů současné medicíny, www.casopisvniitnilekarstvi.cz

33 Rodrigues LP, de Oliveira Rezende AT, Delpino FM, Mendonça CR, Noll M, Nunes BP, de Oliveira C, Silveira EA. Association between multimorbidity and hospitalization in older adults: systematic review and meta-analysis, www.pmc.ncbi.nlm.nih.gov

34 Evropského výběrové šetření o zdraví 2019, www.statistikaamy.csu.gov.cz

35 OECD: Czechia: Country Health Profile 2023, www.oecd.org

36 Zdraví 2030, www.zdravi2030.mzcr.cz

Nerovnoměrná dostupnost lůžek v regionech a obloženost

V ČR mají pacienti k dispozici velké množství akutních lůžek, jejichž počet se ale mezi kraji výrazně liší. Podle ÚZIS (2022) jich je nejvíce v Praze a Středočeském kraji (916 na 100 tisíc obyvatel), zatímco nejméně ve Zlínském (381) a Karlovarském kraji (364). Vzhledem k omezeným zdrojům však vysoká kapacita akutní lůžkové péče omezuje dostupnost péče následné a dlouhodobé, která je již nyní nedostatečná. ÚZIS přitom odhaduje, že do roku 2030 bude potřeba počet lůžek pro následnou a dlouhodobou ošetrovatelskou péči navýšit minimálně o 5,3 tisíce.³⁷ Vedle počtu lůžek je klíčová míra jejich obloženosti, tedy efektivita jejich využití. V Karlovarském, Zlínském a Pardubickém kraji je sice lůžek méně, ale ani zde obloženost nepřesahuje 72 %.

V roce 2022 dosahovala průměrná obloženost akutních lůžek 56 % a intenzivních 63 %, ³⁸ přičemž některé obory, jako chirurgie (56 %) nebo dětská intenzivní péče (40 %), vykazují ještě nižší hodnoty.³⁹ Naopak lůžka následné a dlouhodobé péče jsou často obsazena z více než 80 %, zejména v Praze, Plzeňském a Pardubickém kraji.

Cílem však není obloženost neomezeně zvyšovat, neboť příliš vysoká míra (nad 85 % dle doporučení britského NICE) může vést k nedostatku lůžek při náhlém nárůstu pacientů, například během chřipkové epidemie a vyššímu riziku šíření nemocničních infekcí.⁴⁰

Počet a délka akutních hospitalizací

Mezi roky 2010 a 2022 klesl celkový počet akutních hospitalizací o 13 %, u seniorů naopak vzrostl (o 7 % ve věku 65–84 let a o 15 % nad 85 let). U starších pacientů také významně přibýlo hospitalizací spojených s operacemi, úrazy či intenzivní péčí.⁴¹ Naproti tomu využití dětských oddělení dlouhodobě klesá,⁴² což odpovídá trendu nižší porodnosti ve vyspělých zemích.

I z pohledu počtu dní strávených na lůžku se celkový objem akutní péče za posledních 10 let snižoval, o 1,5 % ročně. U seniorů však zůstává průměrná délka hospitalizace vyšší než je průměr EU, zejména u diagnóz spojených se stářím, jako je Alzheimerova choroba, demence či zlomenina stehenní kosti.⁴³ Tabulka níže zobrazuje srovnání situace v ČR s průměrem EU pro věkovou kategorii 85–89 let, tedy u typické skupiny klientů dlouhodobé péče v pobytových službách. Přestože data pocházejí z pandemického roku 2021, délka hospitalizace v ČR převyšuje v těchto diagnózách průměr EU o desítky dní. Tento markantní rozdíl naznačuje významnou neefektivitu českého systému a nedostatečné kapacity následné péče, zejména pro seniory.⁴⁴

Vzhledem k probíhající demografické změně, technologickému pokroku a novým léčebným metodám, vč. jednodenní péče, lze očekávat, že tyto trendy budou nadále snižovat poptávku po akutních lůžkách ve prospěch lůžek následné a dlouhodobé péče.

Průměrná délka hospitalizace ve dnech u vybraných diagnóz: ČR vs průměr EU u populace 85–89 let

Diagnóza	Délka hospitalizace ČR	Délka hospitalizace průměr EU	Rozdíl
Alzheimerova nemoc	85	28	57
Demence	72	32	40
Zlomenina stehenní kosti	27	14	13

Zdroj: Eurostat, 2021 (zvažovány země EU s dostupnými daty)

Dostupnost odborných kapacit (lékaři, sestry a další personál)

ČR si v počtu zdravotních pracovníků v nemocnicích vede relativně dobře. Počet plných úvazků lékařů na 1 000 obyvatel je srovnatelný s Německem či Francií. Od roku 2010 dokonce v akutní lůžkové péči přibýlo výrazně více lékařů (+ 4,5 tisíce) než v jiných oblastech péče.⁴⁵ Přestože hustota lékařů i sester od roku 2010 vzrostla, zároveň se zvýšila poptávka po péči. Společně s nerovnoměrným rozmístěním zdravotníků napříč regiony čelí některé nemocnice nedostatku personálu a jsou tak nucené omezovat provoz nebo dokonce uzavírat některá oddělení.⁴⁶

Kapacitu klíčových sektorů dále ohrožuje stárnutí pracovníků ve zdravotnictví. V oborech jako všeobecné praktické lékařství, chirurgie, rehabilitace či

37 Strategická analýza potřeb resortu zdravotnictví: Optimalizace struktury sítě lůžkových zařízení, www.nzip.cz

38 Lůžkový fond ČR a jeho využití, data za rok 2024, www.nzip.cz

39 Strategická analýza potřeb resortu zdravotnictví: Koncepce podložené dostupnými daty, www.nzip.cz

40 National Institute for Health and Care Excellence: Emergency and acute medical care in over 16s, www.nice.org.uk

41 Strategická analýza potřeb resortu zdravotnictví: Koncepce podložené dostupnými daty, www.nzip.cz

42 Strategická analýza potřeb resortu zdravotnictví: Koncepce podložené dostupnými daty, www.nzip.cz

43 Zvažované byly země EU, za které byla data v roce 2021, příp. nejbližším roce dostupná.

44 Eurostat: patient average length of stay (days), www.ec.europa.eu

45 Strategická analýza potřeb resortu zdravotnictví: Koncepce podložené dostupnými daty, www.nzip.cz

46 OECD: Czechia: Country Health Profile 2023, www.oecd.org

ortopedie tvoří minimálně jednu pětinu lékařů starší 60 let.⁴⁷ U zdravotních sester to je asi 14 %.⁴⁸ Významnou výzvu přináší i vysoký podíl žen ve zdravotnictví: u absolventů všeobecného lékařství až 66 %.⁴⁹ Pro mnoho z nich je možnost skloubit kariéru s rodičovstvím klíčovým faktorem při volbě nebo setrvání v oboru. Nejen u žen lékařek mohou nepříznivě působit pracovní podmínky vést k opuštění zaměstnání. Dle průzkumu Mladých lékařů až pětina absolventů medicíny po narození dítěte zvažuje odchod z oboru.⁵⁰

Pokud jde o velikost pracovních sil zdravotnictví do budoucna, podle odhadů Ministerstva zdravotnictví ČR lékařské fakulty do roku 2030 připraví asi 10,2 tisíce absolventů, tedy asi čtvrtinu současného počtu lékařů.⁵¹ Tento nárůst mírně převyšuje očekávaný počet lékařů starších 65 let (8,4 tisíce),⁵² ale sám o sobě nestačí. Stěžejní proto bude zajistit rovnoměrné rozložení lékařů mezi kraje, podpořit oblasti s největším nedostatkem a vytvořit podmínky pro pracující matky.

Přesčas pro udržení non-stop provozů

Nemocnice musí ve většině případů zajišťovat nepřetržitý provoz, což s sebou nese vysoké náklady a nutnost personálního obsazení několika směn. Současná právní úprava umožňuje lékařům až 416 hodin přesčasů ročně, to se ale v praxi často překračuje – dle průzkumu lékař průměrně odpracuje 77 hodin přesčasů

měsíčně, tedy více než 900 hodin ročně.⁵³ Důvodem vysokých přesčasů je však i nadměrná administrativa – místo péče o pacienty tak běžně lékař stráví až polovinu pracovní doby „papírováním“. Přetížení zdravotníků však zhoršuje kvalitu péče a zvyšuje riziko chyb, které mohou vážně ohrozit zdraví pacientů (u nevyspalých lékařů je riziko pochybení až dvojnásobné).⁵⁴

Klíčová doporučení podrobně

Centralizace vybraných oborů, posílení regionálních nemocnic v oblasti komplexní komunitní péče

Transformaci akutní lůžkové péče můžeme docílit centralizací druhu péče, které není možné poskytovat v nejvyšší kvalitě a efektivně ve velkém počtu nemocnic. Přitom se nemusí jednat o celou oblast péče, může jít například jen o vybranou skupinu výkonů, u kterých data ukazují při vyšším objemu výkonů lepší výsledky péče. Dle výsledků průzkumu NAPO je za kvalitní péči ochotno cestovat více než jednu hodinu až 76 % Čechů.

Centralizace však musí probíhat strategicky a vycházet z komplexní analýzy sítě nemocnic, dopravní dostupnosti a jejich kapacit, včetně těch odborných. Jak ukazuje zahraniční praxe (např. reforma

v Dánsku, která vedla k 2% růstu produktivity ročně),^{55,56} centralizace musí být plánovaná, průběžně sledovaná dle indikátorů a komunikovaná mezi všemi klíčovými hráči – ministerstvem, plátcem, nemocnicemi, regiony a pacientem. Tyto změny by měly iniciovat zdravotní pojišťovny, protože mají mandát s nemocnicemi vyjednávat smlouvy o jejich financování. Tato jednání by měla zohlednit personální zdroje, technické vybavení, počet výkonů na lékaře (nikoli na poskytovatele), kvalitu a efektivitu péče a potřeb populace ve spádové oblasti. Je však důležité, aby byl proces změn řízen ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR a průběžně koordinován na úrovni krajů, aby nedošlo k omezení dostupnosti péče.

Zároveň, pokud dojde u přesunu určitého druhu péče z nemocnice v regionu do „centra“, neznamená to automaticky, že nemocnice musí své oddělení zavřít a pacient ztratí přístup k péči. Oddělení se mohou transformovat a vykonávat péči, která je v regionu potřebná. Oblasti péče, které nevyžadují péči v režimu 24/7, se mohou z nonstop provozů proměnit na denní stacionáře nebo nabízet jednodenní péči. Jistá rezerva lůžek by měla být ponechána pro mimořádné události.⁵⁷ Nutností je ale ke změnám ve vnitřní organizaci nemocnice finančně motivovat.

Kromě center by zároveň měly vznikat komunitní nemocnice, typicky v regionech s nižší nabídkou akutní péče, zato však poskytující péči rehabilitační,

47 Strategická analýza potřeb resortu zdravotnictví: Koncepce podložené dostupnými daty, www.nzip.cz

48 Strategická analýza potřeb resortu zdravotnictví: Koncepce podložené dostupnými daty, www.nzip.cz

49 Strategická analýza potřeb resortu zdravotnictví: Koncepce podložené dostupnými daty, www.nzip.cz

50 Průzkum „Rodičovství v medicíně“ (2024), www.efektivnizdravotnictvi.cz

51 Zdravotnický deník, 2024, www.zdravotnickydenik.cz

52 Zdraví 2030, www.zdravi2030.mzcr.cz

53 Spolek Mladí lékaři, www.mladilekari.cz

54 Assessment of Physician Sleep and Wellness, Burnout, and Clinically Significant Medical Errors, Trockel et al, 2020 www.jamanetwork.com

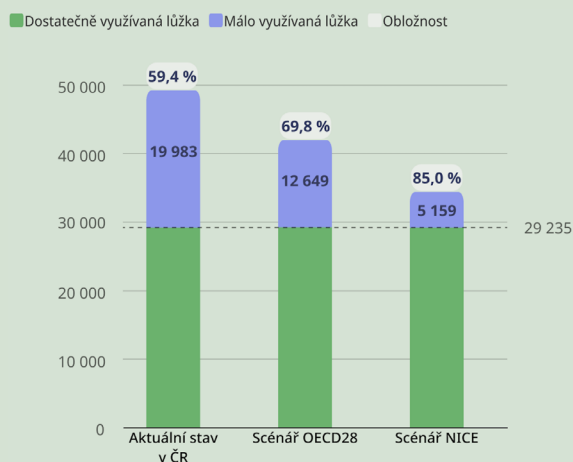
55 Health System Review Denmark, 2024, www.iris.who.int

56 Hospital centralization and performance in Denmark—Ten years on, Christiansen & Vrangbæk, 2018, www.sciencedirect.com

57 Productivity analysis of regional-level hospital care in the Czech Republic and Slovak Republic, Vaňková & Vrabková, 2022, www.bmchealthservres.biomedcentral.com

Kapacita lůžek akutní péče

Aktuální stav a modelace scénářů



Zdroj: Health at a Glance 2023, OECD Indicators: NICE Emergency and acute medical care in over 16s

následnou a dlouhodobou, včetně péče o starší a méně mobilní pacienty.⁵⁸ Dobré fungování komunitní nemocnice musí být podpořeno financováním dle skutečných nákladů na péči. Vhodné nastavení akreditace pro výuku lékařů je zase klíčové pro zajištění dostupnosti kvalitní péče poskytované odborným personálem. Pozitivní vliv by mohla mít společná akreditace ke vzdělávání napříč zařízeními či povinná rotace studentů medicíny mezi nemocnicemi v regionech a centrech.

Komunitní nemocnice by měly úzce spolupracovat s dalšími zdravotnickými zařízeními a fungovat jako první kontaktní místo pro pacienty v případě, že jejich situaci nevyřeší praktický lékař. Jejich úkolem je posoudit, zda péči zvládnou samy, nebo je potřeba pacienta poslat do specializované nemocnice s pokročilejším vybavením. Dobrá koordinace mezi zařízeními bude stěžejní, stejně jako efektivní systém urgentního transportu pacientů a sdílení patientských dat.

Potenciál k transformaci akutních lůžek

Graf znázorňuje odhad počtu lůžek, která by bylo možné transformovat na jinou formu péče dle zahraničních modelů.⁵⁹ V roce 2023 bylo v ČR více než 49 tisíc lůžek akutní péče s průměrnou obložností 60 %, tedy s téměř 20 tisíc relativně málo využívanými lůžky.

Pokud by se obložnost zvýšila na průměr OECD (70 %),⁶¹ uvolnilo by se pro potřeby transformace lůžek (například na lůžka následná a dlouhodobá) přibližně 7 tisíc lůžek. Při 85% obložnosti, kterou považuje za optimální britský NICE,⁶² by se počet lůžek s potenciálem

k transformaci zvýšil na více než 14 tisíc. Lůžka s potenciálem k transformaci v obou scénářích představují lůžka, která již nyní chybí v dlouhodobé péči, často v regionech ČR, kde již nyní pozorujeme nedostatečné kapacity. Jak ale ukazujeme níže, deficit v této oblasti bude dosahovat až 39 tisíc lůžek.

V dalších několika letech by proto cílem mělo být 7 až 14 tisíc akutních lůžek transformovat na levnější a potřebnější lůžka dlouhodobé a následné péče, a tím zároveň snížit úvazkové a finanční kapacity, která akutní lůžka v nemocnicích vyžadují. Tyto změny bude potřeba provést komplementárně s posílením primární a ambulantní péče tak, aby nebyla ohrožena kvalita a dostupnost péče, zejména ve vybraných regionech naší země, které jsou odkázány na kapacity zařízení akutní lůžkové péče.

Posílení odborností klíčových v péči o stárnoucí populaci

Zdravotnictví by se mělo mnohem více zaměřit na kvalitu života ve stáří, prevenci a koordinovanou péči. Klíčem je dobrá dostupnost geriatrické péče, multidisciplinární spolupráce a rozvoj komunitních služeb, které pomohou zkrátit hospitalizace a vrátit pacienta zpátky „do komunity“. Společně s plánováním propouštění přítomnost geriatrů prokazatelně zlepšuje výsledky péče a snižuje obsazenost lůžek.⁶³ Klíčové bude naplnit vizi a cíle Národního plánu rozvoje geriatry, který v dubnu 2025 schválila

58 Koncepte komunitní nemocnice se mezi zeměmi s vysokými příjmy liší a zahrnuje tak různé modely péče. V českém prostředí toto téma analyzoval např. Advance Healthcare Management Institute, dle kterého se komunitní nemocnice v minimalistické verzi skládá z interního oddělení, příp. chirurgie či jiného operačního oboru v jednodenním režimu, specializovaných ambulancí, následné či dlouhodobé lůžkové péče a ideálně i domácí péče se specializovanými službami pro chronické pacienty. Klíčovým je zbavit se povinnosti nepřetržitého zajištění poskytnutí akutních služeb (mimo hospitalizované pacienty). (Zdroj)

59 Za „dostatečně“ využívaná lůžka považujeme ta, která jsou dlouhodobě průměrně obsazena v míře obvyklé ve státech OECD či Velké Británii dle doporučení NICE. Zdroj dat: OECD Health Data, ÚZIS a doporučení NICE.

60 OECD Health Data, 2021, www.oecd.org

61 Za předpokladu stejného počtu dostatečně využívaných lůžek akutní péče, jako dnes, tedy 29 235 lůžek.

62 National Institute for Health and Care Excellence: Emergency and acute medical care in over 16s, www.nice.org.uk

63 The King's Fund: Making our health and care systems fit for an ageing population, www.citeseerx.ist.psu.edu

Vláda ČR, jakož i motivovat lékaře zvolit si geriatrickou specializaci.⁶⁴

Posílení vzdělávání v oblasti geriatrie je zásadní nejen pro samotné geriatry, ale také pro lékaře napříč různými specializacemi. Důležité je rovněž zapojení dalšího zdravotnického personálu,⁶⁵ jako jsou zdravotní sestry, fyzioterapeuti či nutriční specialisté, kteří také budou stále častěji pracovat se stárnoucí populací. Zvýšení povědomí o specifických potřebách seniorů, jako je křehkost, multimorbidita nebo pomalejší reakce na léčbu, by mohlo být podpořeno prostřednictvím kurzů a seminářů začleněných do vzdělávacích programů lékařských fakult i postgraduálního vzdělávání. Takové vzdělávání by přispělo ke zlepšení kvality péče a prevenci komplikací.

Zlepšení koordinace péče uvnitř nemocnic

Kromě reorganizace sítě je důležité hledat další metody zlepšování efektivity a kvality péče přímo v nemocnicích. Pomoci může například zavedení pozice koordinátora, který by sledoval obsazenost lůžek na jednotlivých odděleních a plánoval využití kapacit sdílených mezi odděleními, např. operačních sálů. Také by se věnoval plánování propouštění pacientů⁶⁶ – ideálně už po jejich přijetí, aby nemocnice šetřila čas, náklady a kapacity. Cílem je bezpečný návrat pacienta domů, snížení opakovaných hospitalizací⁶⁷

a uvolnění akutních lůžek pro ty, kteří je skutečně potřebují. Koordinátorem může být nelékařský pracovník, musí ale projít odpovídajícím školením (možností je rozšíření vzdělávacích kurzů už dnes nabízených IPVZ).⁶⁸

Pobídky pro aktivní spolupráci akutní a ambulantní péče bude klíčové v oblasti zlepšení provázanosti služeb a snížení překážek, zejména pro chronicky nemocné po ukončení hospitalizace. Objednávání do specializovaných nemocničních ambulantí by přitom mělo ideálně probíhat elektronicky. Dobrým příkladem řízení poptávky po péči je i „online pohotovost“.⁶⁹ Po vzoru Dánska, Spojených států a dalších zemí by bylo vhodné zřídit zdravotnická call centra, která by poskytovala informace pacientům, kteří se bojí o svůj zdravotní stav a jsou nuceni využívat služeb pohotovostí či rychlé záchranné služby. Pro větší efektivitu takových služeb bude klíčová implementace emergentního zdravotního záznamu a v budoucnu i jednotného patientského záznamu.

Další doporučení

Snižování administrativní zátěže, rozdělení rolí v péči o pacienta

Významnou příležitostí ke zvýšení efektivity zdravotní péče je důsledná elektronizace zdravotních

dat (eHealth) a využití digitálních technologií, včetně umělé inteligence, která například už dnes dokáže na menší klinice ušetřit přes 20 hodin práce měsíčně.⁷⁰ Plně digitalizovaná zdravotní dokumentace by umožnila lékařům snadný a rychlý přístup k údajům o pacientech, snížila administrativní zátěž, omezila duplicitu a přispěla k vyšší bezpečnosti péče. Inspirací může být Estonsko, kde je 99 % zdravotnických dat digitalizováno a lékaři i pacienti mají okamžitý přístup k vyšetřením, předepsaným lékům i dalším informacím.⁷¹ Další příležitost pro dosažení větší efektivity spočívá v automatickém přepisu hlasových záznamů, který může zkrátit čas potřebný k tvorbě lékařských zpráv až o 40 % a zároveň snížit chybovost v dokumentaci.⁷²

Delegováním administrativy na jiné pracovníky se lékařům mohou uvolnit ruce pro odbornější činnosti. Velký potenciál skýtá rozšíření kompetencí zdravotních sester a farmaceutů, kteří by mohli převzít některé rutinní úkony, jako je správa chronické medikace či odběr anamnézy. Jak se ukazuje, zapojení klinických farmaceutů v praxi vede ke snížení míry vyhoření lékařů a ke zvýšení efektivity.⁷³ Nelékařských zdravotnických profesí je však dnes nedostatek. Ministerstvo zdravotnictví se tento problém snaží aktivně řešit,⁷⁴ rovněž je však potřeba navýšit počet pracovníků, kteří by převzali část administrativní zátěže. U praktických sester je zároveň pro

64 Ministerstvo zdravotnictví představilo Národní plán rozvoje geriatrické péče do roku 2035, Ministerstvo zdravotnictví, 2025, ([Zdroj](#))

65 David Oliver, Eileen Burns, Geriatric medicine and geriatricians in the UK. How they relate to acute and general internal medicine and what the future might hold?, www.sciencedirect.com

66 Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review, www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

67 Tricco AC, Antony J, Ivers NM, Ashoor HM, Khan PA, Blondal E, Ghassemi M, MacDonald H, Chen MH, Ezer LK, Straus SE. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services, www.pmc.ncbi.nlm.nih.gov

68 IPVZ, www.ipvz.cz

69 Webové stránky nemocnice České Budějovice, www.nemcb.cz

70 Medical Tribune: Nová expertní skupina pomáhá zavést AI do české medicíny, www.tribune.cz

71 Estonian e-Health Record, www.e-estonia.com

72 Matthias Zuchowski, Aydan Göller: Speech recognition for medical documentation: an analysis of time, cost efficiency and acceptance in a clinical setting, www.magonlinelibrary.com

73 Mayo Clinic: Study shows an integrated clinical pharmacist helped reduce provider burnout, Joel Streed, www.newsnetwork.mayoclinic.org

74 Zdravotnický deník, 2025, www.zdravotnickydenik.cz

rozšíření kompetencí důležité zjednodušit systém uznávání předchozího vzdělání, aby například po absolvování vysoké odborné školy mohly dále pokračovat magisterským vzděláním bez povinnosti získat titul bakaláře.

Prorodinná politika a flexibilita úvazků

Udržení personálních kapacit ve zdravotnictví úzce souvisí s možností lépe sladovat pracovní a rodinný život, zejména v prostředí s vysokým podílem pracujících žen. Právě zkrácené úvazky a flexibilní pracovní doba patří mezi nejžádanější benefity: 77 % dotázaných je označilo za klíčové pro sladění práce a rodičovství.⁷⁵ K vyšší atraktivitě profese pak může přispět i rozvoj doprovodných služeb, jako jsou školky s delší otevírací dobou či dětské skupiny přímo v nemocnicích.

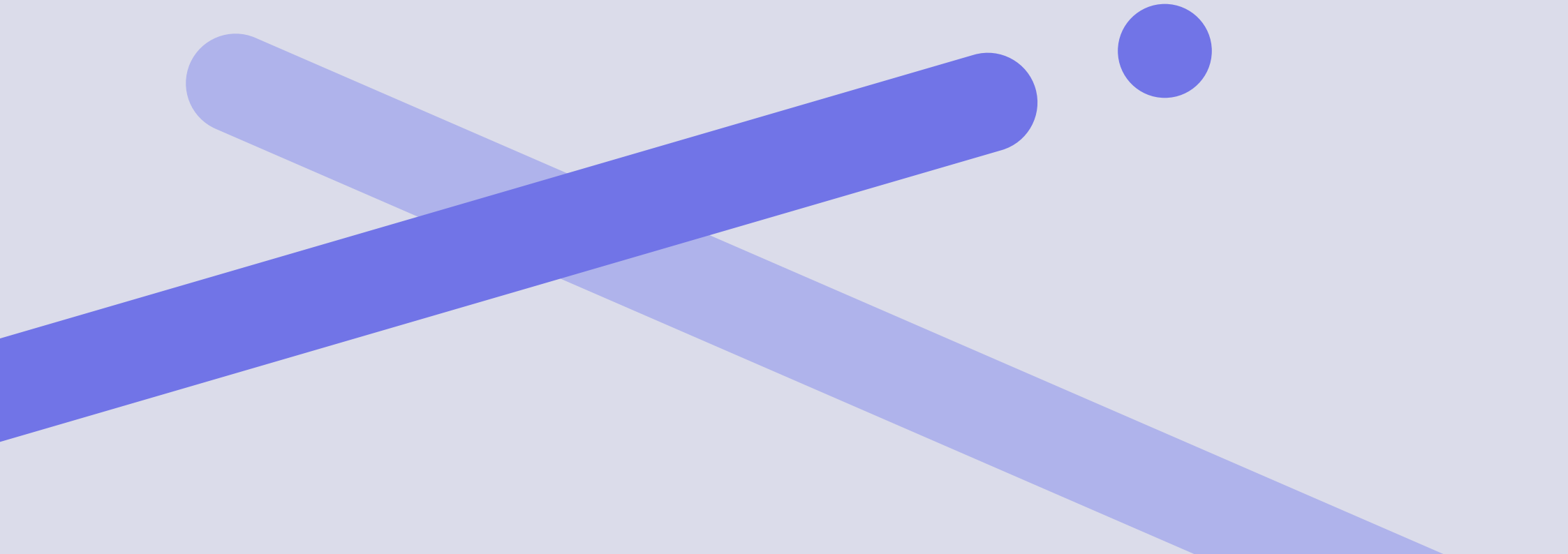
Klíčovou roli dále hraje i cílená podpora při návratu do zaměstnání po rodičovské dovolené. Inspirací může být britský program *Supported Return to Training (SuppoRTT)*, který prostřednictvím opakovacích kurzů a mentoringu pomáhá lékařům a lékařkám se hladce vrátit do praxe.⁷⁶ Taková opatření, jakož i pomoc se správným plánováním kariéry (např. pomoc s výběrem specializace) nejen usnadňují návrat zkušených odborníků, ale zároveň mohou být nástrojem, jak zvýšit motivaci k práci v méně obsazených regionech. Zahraniční zkušenosti ukazují, že zajištění lepší dostupnosti zdravotní péče, například prostřednictvím zajištění personálu v odlehlých oblastech, se vyplácí, protože přináší nejen zdravotní benefity, ale také výrazné úspory nákladů.⁷⁷

75 Průzkum „Rodičovství v medicíně“ (2024), www.efektivnizdravotnictvi.cz

76 NHS, Supported Return to Training, www.hee.nhs.uk

77 University of Mississippi Medical Center – Jackson Remote Patient Monitoring Program, www.aha.org

Dlouhodobá a následná péče: dynamický rozvoj jako jediná cesta



Dlouhodobá a následná péče: dynamický rozvoj jako jediná cesta

Systém dlouhodobé péče bude v dalších letech čelit velkému tlaku poptávky. Jen pro udržení dostupnosti služeb z roku 2021 budeme v dalších 10 letech nuceni zvyšovat kapacity masivním tempem o téměř 50 % v počtu sociálně-zdravotních lůžek oproti roku 2021. Bude také nutné podporovat komplexní terénní sociálně-zdravotní služby, které zatím vznikaly spíše navzdory českému regulatornímu rámci. V prostředí urgency a zvyšující se poptávky je zásadní, abychom dbali na zachování vysokého standardu kvality služeb. Náklady na tak rozsáhlý rozvoj musí nést veřejný i soukromý sektor a pro podporu vzniku nových kapacit musíme zvážit nástroje zahrnující cenovou deregulaci, benchmarking kvality, finanční pobídky a geoinformační systémy pro efektivnější plánování regionálních kapacit.

Dlouhodobá péče v ČR prošla v roce 2024 zásadní změnou. Po třech dekadách snah byla schválena legislativní úprava v oblasti sociálních a zdravotních služeb. Tento krok je přelomový, protože poprvé vzniká legislativní rámec pro sociálně-zdravotní služby, které kombinují zdravotní a sociální péči. Tato péče je určena především seniorům nad 75 let, kteří potřebují nejen kvalitní zdravotní péči, ale i sociální pomoc, která kompenzuje jejich nesoběstačnost. Ačkoli je toto legislativní řešení průlomové, v oblasti dlouhodobé péče stále existuje mnoho problémů, které je nutné řešit.

Hlavním motivem těchto problémů je stárnutí české populace, na které sektor dlouhodobé péče není připraven. Neuspokojené žádosti ukazují, že kapacity

lůžkových i terénních služeb jsou nedostatečné a že tyto služby nejsou na sociálně-zdravotní úrovni propojené. Neformální pečovatelé často nemají přehled o všech možnostech pomoci, které mohou využít. Systém financování přes jednoleté neinvestiční transfery přináší poskytovatelům nestabilní zázemí, které, spolu s cenovou regulací, podporuje netransparentní platby třetích stran. Plánování kapacit nebere v úvahu komplexní sociálně-zdravotní služby a chybí systém pro transparentní hodnocení a benchmarking kvality služeb.

Nedostatek kapacit v dlouhodobé a následné péči se projevuje nejen horší kvalitou života obyvatel, ale také neefektivním využíváním zdrojů v akutní

lůžkové péči, která často poskytuje nákladnou péči v případě tzv. „sociálních hospitalizací“, kdy není možné pacienta propustit do domácí léčby nebo vhodnějšího zařízení pro následnou či dlouhodobou péči.

Hlavní zdroje neefektivity

1

Nedostatečné kapacity systému

Již dnes se klienti pohybují v poptávkově pokriveném prostředí, které nedokáže dorovnat nabídku služeb. Tento stav se bude v dalších letech bez intervence pouze prohlubovat.

2

Nepropojení terénních sociálně-zdravotních služeb

Poskytovatelé komplexních sociálně-zdravotních služeb v terénní formě potřebují podporu systému, který jim momentálně nijak nepomáhá, spíše naopak.

3

Nestabilní systém financování

Poskytovatelé sociálních služeb jsou každý rok vystaveni nejistotě v rámci dotačního financování, což snižuje stabilitu daného segmentu.

4

Nesrozumitelnost systému pro neformální pečující

Systém dlouhodobé péče je pro neformální pečující mnohdy složitý a nechává je bez možnosti využití efektivních nástrojů: respitní a terénní péče apod.

5

Plánování kapacit sektoru nereflektuje nástroje 21. století

Nedostatečné plánování sociálně-zdravotních služeb podporuje fenomén sociálních hospitalizací a nechává na mapě ČR „slepá místa“.

6

Byrokratická zátěž poskytovatelů

Poskytovatelé mnohdy vyplňují vícekrát podobná či stejná data.

7

Absence benchmarkingu kvality služeb

Schází systém, jenž by nabízel přehledné srovnání jednotlivých zařízení a poskytovatelů služeb.

Klíčová doporučení

1

Rozsáhlé státní investice či deregulace pro nové soukromé investory

Potřeba vzniku až 39 tisíc lůžek je nutné řešit zrychlením tempa zvyšování kapacit systému. To lze realizovat např. prostřednictvím finanční deregulace pro nově vzniklá lůžka, nebo rozsáhlými veřejnými investicemi do nových kapacit. Je žádoucí rozdělit ochotu nést masivní náklady na výstavbu mezi veřejný a soukromý sektor.

2

Stabilní systém víceletého financování

Systém víceletých neinvestičních transferů by přinesl tolik potřebnou stabilitu financování.

3

Sjednocený systém unikátních žadatelů o službu a mapový systém (GIS) pro plánování nových kapacit

Národní systém unikátních žadatelů může naplňovat potřebu mapování poptávky po službách dlouhodobé péče. Díky tomuto bude možné zapojit nástroje na bázi geoinformačních systémů, které budou schopny identifikovat slepá místa v oblasti sociálně-zdravotních služeb.

4

Finanční podpora komplexních sociálně-zdravotních služeb

Poskytovatelé by měli být za zřízení komplexní terénní služby (ideálně formou domácí péče, pečovatelské služby a služeb mobilního hospice) v jednom místě odměňováni. To lze zajistit skrze dotační financování či v rámci plateb zdravotních pojišťoven. Toto by pomohlo většímu počtu nesoběstačných pacientů zůstat déle v domácím prostředí.

Další doporučení

1

Podpora péče v domácím prostředí praktickými a ambulantními lékaři

Zavedení vhodných motivačních nástrojů pro zapojení praktických a ambulantních lékařů do kontinuální péče, aby mohli obyvatelé déle zůstat v domácím prostředí.

2

Podpora rozvoje respitní a ambulantní péče

Výrazné navýšení kapacit stacionářů a odlehčovacích služeb.

3

Systémová podpora rozvoje role case manažera

Rozvoj case managementu v ČR by měl probíhat mnohem rychlejším tempem, než jak tomu je v současnosti.

4

Výkaznictví v národním systému

Rozvoj jednotného systému výkaznictví, který by umožňoval nahlížet do dat a ověřovat potřebné finanční i provozní ukazatele a zvyšovat tak transparentnost systému.

5

Benchmarking kvality v národním měřítku

Poskytnout benchmarking v rozhraní, které by umožnilo všem odborníkům i široké veřejnosti snadno kontrolovat ukazatele kvality poskytovaných služeb.

Současný stav

Česká republika čelí vážným problémům v oblasti péče o obyvatele, kteří potřebují sociální či zdravotní asistenci v následné či dlouhodobé péči. Téměř 58 % lidí nad 65 let, kteří mají omezení ve třech a více základních činnostech denního života (například pohyb, hygiena, oblékání, stravování nebo komunikace), nedostává potřebnou pomoc – ani od profesionálních služeb, ani od rodiny. Tito lidé často zůstávají odkázáni sami na sebe.⁷⁸

Zároveň se očekává, že do roku 2045 vzroste potřeba domácí zdravotní péče o 60 % oproti roku 2019.⁷⁹ Přesto ji v roce 2019 využívalo jen 4,5 % českých seniorů,⁸⁰ což je výrazně méně než v jiných evropských zemích. Například v Nizozemsku to bylo 19,1 % a v Belgii 15,7 %.

Dalším problémem je nedostatek míst v pobytových zařízeních. Aby se udržela současná úroveň dostupnosti, bude potřeba do roku 2035 vybudovat asi 39 000 nových lůžek – což je o 53 % víc než v roce 2021.⁸¹ To znamená, že bychom měli každý rok přidávat zhruba 2 800 lůžek. V roce 2022 ale vzniklo jen 1 928 nových míst, a většina z nich byla otevřena v domovech se zvláštním režimem provozovaných soukromými firmami.⁸²

Klíčová doporučení podrobně

Potřeba nových kapacit dlouhodobé péče

Na základě výše popsaných dat lze jednoznačně konstatovat, že očekávaný nárůst poptávky po službách dlouhodobé péče v porovnání s kapacitami systému, kterými momentálně disponujeme, je enormní. Dle analýzy společnosti BCG se jen do roku 2035 zvýší potřeba lůžkové kapacity o 28 tisíc lůžek. Tento výpočet vychází ze složené roční míry růstu v hodnotě 3 %. Takový předpoklad je možný na základě vývoje předchozích let. Je ovšem důležité poznamenat, že ve výpočtu jde zřejmě pouze o kapacity sociálních pobytových služeb. Avšak i z tohoto pohledu se potřeba 28 tisíc lůžek mezi lety 2021 a 2035 jeví jako velmi problematická.

Dalším možným úhlem pohledu na danou problematiku je tzv. úroveň vybavenosti služeb na 1 000 obyvatel. Pro zpřesnění těchto odhadů je vhodné určit úroveň vybavenosti na 1 000 obyvatel v dotčené věkové kohortě, tedy nad 75 let. V rámci našeho jednoduchého propočtu založeného na datech MPSV (lůžka DS a DZR za sociální část), ÚZIS (lůžka LDN a ošetřovatelská lůžka za zdravotní část) a ČSÚ (data a predikce počtu obyvatel v ČR) jsme byli schopni identifikovat úroveň vybavenosti těmito službami v roce 2021. Pokud bychom chtěli udržet vybavenost těmito službami v roce 2035, museli bychom počítat s růstem lůžek pouze v sociální oblasti o 31 tisíc jednotek. Pro zdravotní oblast jde o 8 tisíc lůžek. Kombinovaně

bychom tedy museli zvýšit náš lůžkový fond od roku 2021 do roku 2035 o téměř 39 tisíc lůžek. Takové tempo výstavby znamená přibližně 2 800 lůžek ročně po dobu 14 let.

Vzhledem k faktu, že máme kompletní veřejně dostupná data z této oblasti pouze do roku 2022, lze konstatovat, že již v prvním roce jsme dosáhli výsledku o 900 lůžek horšího než optimum. Při opakování této situace by šlo o deficit 12 600 lůžek do roku 2035. Tento růst je tažen převážně sociální částí lůžek. Pokud přetrvávají trendy z posledních 15 let pozorování, za tento růst může především vznik nových kapacit domovů se zvláštním režimem (DZR) v soukromém segmentu. Je tedy alarmujícím faktem, že bez zásadních změn systému dlouhodobé péče nebudeme schopni udržet ani dnešní úroveň vybavenosti těchto služeb, která není v mezinárodním srovnání nijak dobrá, což dokládají i data Eurostatu.⁸³

Kapacity systému doplňují ještě terénní a ambulantní služby, které jsou nedílnou součástí systému dlouhodobé péče. Bohužel, především u služeb terénní péče nedošlo stále k propojení sociální a zdravotní složky péče a poskytovatelé jsou při provozování komplexních služeb stále nuceni fungovat v několika paralelních systémech byrokracie (registrace, výkaznictví), řízení financí a zaměstnanců. Kapacity sociálních terénních služeb⁸⁴ byly v roce 2021 108 tisíc klientů.⁸⁵

U kapacit zdravotních terénních služeb (tedy agentur domácí péče) hovoříme o 170 tisících pacientů.⁸⁶ V rámci terénních služeb však nemůžeme

78 Data z publikace OECD – Health at Glance (2023) s daty z 8. vlny projektu SHARE ([Zdroj](#)).

79 Data zdravotních pojišťoven z roku 2019 o ambulantních návštěvách a hospitalizacích rezidentů jednoho z krajů, ČSÚ – Projekce obyvatelstva ČR 2023–2100.

80 Data z publikace Long Term Care report (2021) z dílny Evropské komise a Social Protection Committee ([Zdroj](#)).

81 Vlastní výpočet na základě dat ze Statistických ročenek MPSV ([Zdroj](#)) a Otevřených dat NZIP ([Zdroj](#)).

82 Vlastní výpočet na základě dat ze Statistických ročenek MPSV ([Zdroj](#)) a Otevřených dat NZIP ([Zdroj](#)).

83 Data z Eurostat (2022), „Long-term care beds in nursing and residential care facilities by NUTS 2 region“ ([Zdroj](#)).

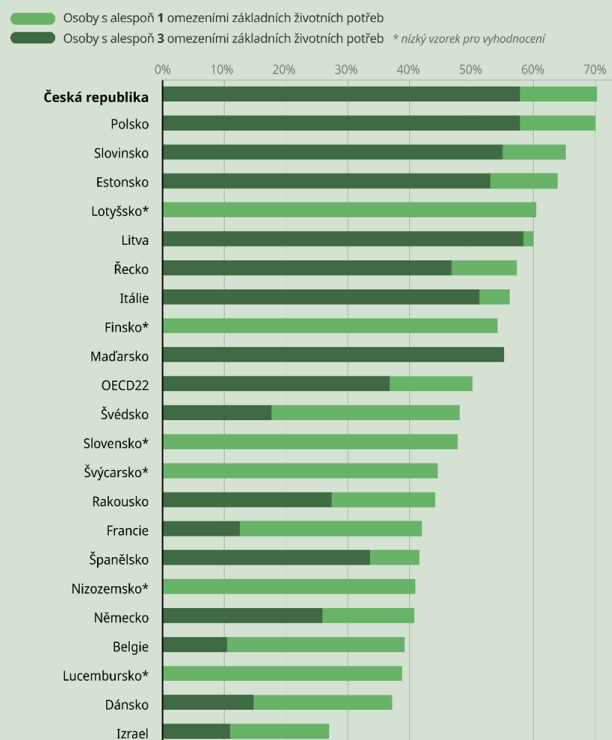
84 Pečovatelské služby, osobní asistence, odlehčovací služby.

85 Data ze Statistických ročenek MPSV ([Zdroj](#)).

86 Data z ÚZIS (2021), „Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2020“ ([Zdroj](#)).

Neuspokojená potřeba dlouhodobé péče v domácím prostředí u lidí nad 65 let

Procento limitovaných pacientů s nedostatečně zajištěnou formální a neformální péčí v jednotlivých zemích



Zdroj: OECD – Health at a Glance (2023), data jsou získána z 8. vlny SHARE

z dosavadních dat odhadovat složenou kapacitu sociálně-zdravotní části, jelikož klienti sociální části a pacienti zdravotní části se mohou překrývat. Maximální možná hranice terénních sociálně-zdravotních služeb je však přibližně 108 tisíc jedinců za předpokladu, že všichni klienti sociální části jsou příjemci i zdravotní péče.

Potřeba rozvoje terénních služeb dlouhodobé péče

Velký nedostatek legislativního ukotvení dlouhodobé péče spočívá ve vynechání terénních služeb. Díky tomu jsou terénní služby stále rozdělené na sociální (pečovatelské služby, osobní asistence, odlehčovací služby) a zdravotní (agentury domácí péče) s unikátním postavením paliativní péče. Tu v terénu poskytují mobilní hospice, které již poskytují komplexní sociálně-zdravotní služby lidem na konci jejich života. To, co se tedy alespoň částečně povedlo v paliativní péči, se rozhodně nepovedlo v běžné domácí péči, kde stále sociální a zdravotní služby musí koexistovat a spolupracovat navzdory nastavení našeho legislativního rámce.

Systém dlouhodobé péče v terénních službách nefunguje efektivně a nenabízí komplexní řešení. Nejvíce pro změny mluví údaje z publikace OECD *Health at a Glance*⁸⁷, které se zaměřují na neuspokojené potřeby dlouhodobé péče u lidí nad 65 let, kteří žijí v domácím prostředí. V ČR je alarmující, že až 70 % lidí s omezením v alespoň jedné základní životní potřebě (Activities of Daily Living, ADL) nemá dostatečnou péči. U těch, kteří mají omezení ve třech ADL, tento podíl dosahuje až 58 %. Takové statistiky jasně ukazují, že je třeba jednat a změnit systém.

S ohledem na rostoucí počet klientů, kteří budou potřebovat náročnější péči v domácím prostředí,

zejména kvůli nedostatečným kapacitám pobytových služeb, je klíčová integrace obou systémů. Je nezbytné umožnit lepší koordinaci těchto služeb už na legislativní úrovni. Aktuální systém terénní péče totiž neumožňuje komplexní poskytování těchto služeb, které budeme v budoucnu nezbytně potřebovat.

Poskytovatelé by měli být motivováni k tomu, aby vytvářeli komplexní terénní služby na jednom místě, a to buď prostřednictvím dotačního financování, nebo plateb od zdravotních pojišťoven. Tento krok je nezbytný pro zajištění péče pro nesoběstačné pacienty v domácím prostředí, přičemž ideálním řešením je integrace domácí péče, pečovatelských služeb a služeb mobilního hospice do jedné služby. U paliativní péče by měla být bonifikace ještě vyšší. Současný systém ročních dotačních výzev však pouze zhoršuje stabilitu financování těchto služeb, což je problém, který je nutné řešit.

Benchmarking kvality v národním měřítku

Jediným oficiálním měřítkem pro hodnocení kvality sociálních služeb v ČR jsou takzvané standardy kvality sociálních služeb. Podle analýz (například *Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025 z dílny MPSV*) však současná inspekce nemá dostatečné personální ani finanční kapacity, aby mohla plošně dodržování uvedených standardů spolehlivě kontrolovat.

Na rozdíl od některých jiných zemí, například Finska, kde dohled nad kvalitou a standardy sociální a zdravotní péče zajišťuje národní autorita Valvira⁸⁸, zatím v ČR neexistuje komplexní a celostátně uplatňovaný rámec, který by umožnil přesné porovnání kvality napříč poskytovateli.

87 Health at a Glance, OECD, 2023, (Zdroj)

88 National Supervisory Authority for Welfare and Health, Finland, 2025, valvira.fi.

Mapový GIS systém pro plánování nových kapacit sociálně-zdravotních služeb

I přes skutečnost, že plánování sociálních služeb je plně v gesci krajů jako samosprávných celků, je nutné otevřít otázku určitého sblížování těchto systémů v oblasti sociálně-zdravotního pomezí. Momentálně neexistuje v národním měřítku mapový (Geographic Information System, GIS) nástroj, který by dokázal odhalovat bílá místa na základě propojení dat z *Registru poskytovatelů sociálních služeb* (MPSV) a *Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb* (ÚZIS). Takový GIS nástroj by mohl být užíván jako podklad pro plánování sociálně-zdravotních služeb mezi oběma resorty nebo zdravotními pojišťovnami a kraji, které mají povinnost spravovat svoje sítě sociálních či zdravotních služeb.

Další doporučení

Case management

Rozvoj case managementu v ČR by měl probíhat mnohem rychlejším tempem, než jak tomu je v současnosti. Většina pečujících osob často nemá dostatečné informace o tom, na jaké služby mají nárok a jaké možnosti jim mohou pomoci. Mnozí se neorientují v systému, který zahrnuje domácí péči, pečovatelské služby, osobní asistenci a další formy podpory.

V ČR je case management stále nedostatečně rozvinutý. Podle výzkumu provedeného Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí (VÚPSV) jen asi 26,4 % sociálních pracovníků uplatňuje metody case managementu ve své praxi. Zároveň velká část pečujících osob nemá dostatek znalostí různých typů podpory, na kterou mají nárok.

Léčiva: regulace versus potřeby pacientů



Léčiva: regulace versus potřeby pacientů

Česká republika má od roku 2008 zavedený systém hodnocení účinnosti a bezpečnosti léčiv, který přísně posuzuje jejich nákladovou efektivitu. Díky tomu je zajištěno, že se k pacientům dostanou léky, které jsou bezpečné, účinné a dostupné. Ačkoli systém funguje, existuje několik oblastí, které vyžadují zlepšení. Jedná se zejména o stále omezenou dostupnost inovativních terapií pro pacienty či nevyužitý potenciál běžných (generických) léčiv. Výsledky léčby negativně ovlivňuje také nízká zdravotní gramotnost obyvatelstva a nedostatečná koordinace péče. Kombinace všech těchto faktorů vede k systémovým problémům s přímým dopadem na pacienty.

Současný stav oblasti léčiv v ČR čelí mnoha výzvam. I když se dostupnost nových léčiv zlepšuje, stále v mnoha dimenzích zaostáváme za průměrem EU. Nové léky jsou většinou pacientům dostupné pouze v centrech specializované péče, která jsou přetížena. Přísná a neflexibilní pravidla úhrady stanovují mnohá preskripční, indikační či jiná populační omezení. To má ve svém důsledku značný dopad na reálnou dostupnost léků pro pacienty. Strategicky není přistoupeno ani k běžným lékům. Role lékárníků je stále nevyužitá a zaostává za postavením lékárníků v jiných evropských zemích, kde jejich kompetence mohou zahrnovat i předepisování určitých léků či aplikace očkování. Problémem jsou také výpadky léčiv, avšak tyto situace není možné řešit pouze na české úrovni z důvodu globalizace

farmaceutické výroby. Nicméně distribuční řetězec léčiv lze lépe sledovat a na výpadky se připravit, což již ČR učinila novelou zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, z roku 2024.

Další otázkou je podpora výzkumu a vývoje, výroby a distribuce léčiv v ČR a EU. V případě, že jsou veřejné incentivy nedostatečné, může docházet ke zhoršování konkurenceschopnosti v oblasti, která má vysoký ekonomický a společenský potenciál, snížení soběstačnosti v době krizí a omezené dostupnosti inovativních terapií, například v klinických studiích. Podpora inovací v oblasti léčiv a biotechnologií má rovněž potenciál přispět ke zvýšení konkurenceschopnosti české ekonomiky, a to i díky propojení univerzitního a soukromého sektoru.

Hlavní zdroje neefektivity

1

Omezený vstup inovativních léčiv na trh

Přestože se dostupnost nových léčiv v ČR zlepšuje, stále zaostáváme za průměrem EU. Kvůli rigidním pravidlům pro úhradu a snaze omezit dopad na rozpočet jsou léky často hrazeny jen pro část indikované populace a mohou být předepsány jen určitými lékařskými odbornostmi.

2

Závislost na dovozu a s tím spojené výpadky léčiv

Omezená dostupnost či úplný výpadek kritických léčiv ohrožuje včasnou a účinnou terapii. Důvodů je několik: výrobní a distribuční problémy výrobce, tlak na co nejnižší cenu a úhradu či nesoběstačnost EU v produkci výrobních surovin i konečných léčiv.

3

Nevyužitý potenciál farmaceutů

Farmaceuti by měli hrát větší roli v péči o pacienty, například v rámci poradenství, prevence chyb v medikaci či aplikace očkování. Mnoho pacientů nerozumí, proč a jak mají předepsané léky užívat a jaká režimová opatření dodržovat (dieta, změna životního stylu). To snižuje účinnost preventivní i terapeutické léčby a zvyšují se náklady na zdravotní péči.

Klíčová doporučení

1

Podpora vstupu inovativních a moderních terapií na trh

Je třeba zavést flexibilnější hranici ochoty platit a transparentní metodiku pro hodnocení dopadu do rozpočtu. Výpočet hranice ochoty platit (WTP, willingness-to-pay) by měl být upraven tak, aby lépe reflektoval potřeby pacientů, míru inovace a naléhavost onemocnění. Tento proces by měl být výsledkem široké diskuze s odborníky, pojišťovnami, ministerstvem zdravotnictví a patientskými organizacemi. Transparentní modely financování, jako je „coverage with evidence development“ (CED) a sdílení rizik, by zároveň umožnily udržitelné financování inovativních terapií. U velmi nákladných léčiv je vhodné pokračovat v rozvoji multikriteriálního hodnocení (MCDA).

2

Zlepšení systému hodnocení zdravotnických technologií (HTA)

Zavést systematické hodnocení nákladů a přínosů nejen u ambulantních léčiv, ale také u vakcín a nemocničních léků (t. č. návrh zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění). Zajistit systematický sběr dat a jejich poskytování Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) pro účely HTA. Posílit kapacity Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) pro zvládnutí rostoucí agendy HTA.

3

Posílení role lékárníků v péči o pacienty a zlepšení koordinace péče

Rozšířit spektrum služeb poskytovaných lékárníky, jako je poradenství, prevence chyb v medikaci a zlepšení porozumění pacienta své léčbě. Posílení komunikace mezi lékaři a lékárníky je nezbytné pro lepší koordinaci péče. Farmaceuti by měli hrát klíčovou roli v hodnocení efektivity léčby, identifikaci nevhodných kombinací a navrhování alternativních terapií. Vyšší zapojení lékárníků do péče o pacienty by zlepšilo efektivitu léčby, zejména prostřednictvím přístupu k patientské dokumentaci a zavedení konzultačních služeb hrazených z veřejného pojištění pro specifické skupiny pacientů. Moderní technologie, jako jsou mobilní aplikace, mohou navíc podpořit pravidelné užívání předepsané léčby a posílit komunikaci mezi pacientem a zdravotnickými pracovníky. Dalším opatřením je rozšíření kompetencí lékáren, například umožnění očkování přímo v jejich prostorách.

Další doporučení

1

Sběr a analýza dat z reálné praxe

Vytvořit systém pro systematický sběr a vyhodnocování dat o účinnosti a bezpečnosti léčiv v reálné praxi. Využívat tato data pro HTA, modernizaci úhradových modelů a zlepšení péče o pacienty.

2

Podpora větší dostupnosti léčiv

Podporovat diverzifikaci dodavatelů a výrobu léčiv v rámci Evropské unie. Podpora tuzemské a evropské farmaceutické výroby, která se zaměřuje na vývoj a výrobu vylepšených generik například daňovým zvýhodněním a nastavením ceny a úhrady, která zohledňuje vynaložené investice do výzkumu. Pro zajištění dostupnosti léčiv je rovněž nezbytné přehodnotit modely úhrad a zavést lepší cenové mechanismy pro nedostatkové léky, včetně předvídatelného systému úhrad pro kritické skupiny léčiv a rozšíření kritérií výběrových řízení.

Klíčovým krokem k lepší dostupnosti léčiv je také rozšíření delegované preskripce, která umožní předepisování léčiv širšímu spektru lékařů, i mimo specializovaná centra.

Současný stav

Dostupnost léčiv je klíčovým předpokladem pro včasnou a účinnou terapii, a zaujímá proto zásadní roli v moderní zdravotní péči jak ze zdravotního, tak z ekonomického hlediska. Každá část z širokého spektra léčiv má svoje místo ve zdravotním systému:

- Inovativní farmakoterapie: označuje nové nebo pokročilé přístupy k léčbě nemocí pomocí léků, které jsou vysoce účinné nebo poskytují zlepšení v porovnání s tradičními terapiemi.
- Generická léčiva: vstupují na trh po vypršení patentové ochrany originálního léku. Jejich cena je výrazně nižší, a tak šetří náklady ve zdravotnictví.
- Vylepšená generika, tzv. VAM (Value Added Medicines): generikum, které má oproti původnímu inovativnímu léku určitou přidanou hodnotu, jako je např. méně nežádoucích účinků, nová léková forma, rychlejší nástup účinku, zvýšená bezpečnost apod.

V oblasti nákladů na léky se jedná o tři hlavní kategorie:

- Léky na předpis: výdaje na léky na předpis v ČR dosáhly v roce 2023 44,7 mld. Kč,⁸⁹
- Centrové léky: celkové náklady na centrové léky dosáhly v roce 2023 31,5 mld. Kč,⁹⁰

- Volně prodejné léky (OTC): náklady na volně prodejné léky dosáhly v roce 2023 12,2 mld. Kč.⁹¹

Náklady na léčivé přípravky včetně doplatků pacientů dosáhly v roce 2023 celkově 103,85 mld. Kč, což představuje meziroční růst o 8 % (o podobně velký objem se však zvýšily i příjmy systému veřejného zdravotního pojištění).^{92,93}

Nedostatky léčiv na české i evropské úrovni

Jedním ze strategických cílů státu by měla být snaha předcházet výpadkům léčiv na trhu, protože ohrožují kontinuitu a kvalitu léčby pacientů. Pokud není lék dostupný, dochází k zhoršení zdravotního stavu v důsledku zpoždění léčby či nutnosti volit méně účinnou nebo pro daného pacienta nevhodnou alternativu.⁹⁴ To pak má vliv nejen na pacienta, ale také se zvyšuje zátěž na lékaře (komplikace terapie, zhoršený zdravotní stav pacienta), a zvyšují se také náklady ve zdravotnickém systému. Novela zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, z roku 2024 umožnila zlepšení monitoringu výpadků léčiv, kdy např. léky s nedostatečným množstvím budou označeny jako „omezeně dostupné“ a nebudou moci být vyvezeny, aby zůstaly pro české pacienty. Distributoři musí hlásit množství těchto léků a regulovat objednávky, aby se léky rovnoměrně rozdělily po celé republice.

Problém s dostupností v ČR souvisí také s tlakem regulátorů na co nejnižší ceny a úhrady léků.⁹⁵ ČR tak není atraktivním trhem pro výrobce, kteří se pak mohou rozhodnout daný lék z prodeje na tuzemském trhu stáhnout. To vede k situaci, kdy lék je na trh dodáván jen jedním či dvěma výrobci, kteří navíc do ČR dovezou jen určité množství. V případě výpadku z výrobních či geopolitických důvodů tedy může rychle dojít k nedostatečnému počtu balení na českém trhu. Pokud se pak jedná o kritická léčiva, například antibiotika či cytostatika, může být situace pro pacienty život ohrožující.⁹⁶

Podpora konkurenceschopnosti, soběstačnosti a inovací

Tzv. *Draghiho zpráva* pro Evropskou komisi z roku 2024 označila farmaceutický sektor za strategický a zdůraznila jeho klíčovou roli pro zlepšení evropské konkurenceschopnosti na globální úrovni. Farmaceutický sektor tvoří 5 % přidané hodnoty celoevropské výroby a 11 % exportu EU. Evropská unie však také přiznává, že v oblasti výzkumu a vývoje nových léčiv zaostává. Zpráva zároveň doporučuje, aby se do budoucna snížila závislost tohoto průmyslového odvětví na třetích zemích.⁹⁷ Také Hospodářská strategie ČR 2024, strategický dokument Vlády ČR, definuje farmaceutický průmysl jako strategické odvětví, které by mohlo pomoci EU odstraňovat závislosti na dovozu

89 Zpráva analytické komise o vývoji příjmů a nákladů na zdravotní služby hrazených z prostředků v. z. p. v roce 2023, Ministerstvo zdravotnictví ([Zdroj](#))

90 Zpráva analytické komise o vývoji příjmů a nákladů na zdravotní služby hrazených z prostředků v. z. p. v roce 2023, Ministerstvo zdravotnictví ([Zdroj](#))

91 Lékárenská péče 2023, ÚZIS, 2025 ([Zdroj](#))

92 Lékárenská péče 2023, ÚZIS, 2025 ([Zdroj](#))

93 V odhadech nákladů v této kategorii v roce 2023 pozorujeme mezi daty ÚZIS a daty Analytické komise dohodovacího řízení Ministerstva jistý nesoulad.

94 EAHP 2023 Shortage Survey Report ([Zdroj](#))

95 Generics 2030, KPMG, 2020 ([Zdroj](#))

96 Teva Critical Medicines Health Check, Teva, 2024 ([Zdroj](#))

97 The Draghi report on EU competitiveness, Mario Draghi, 2024, ([Zdroj](#))

ze třetích zemí, pokud by byl v ČR a EU správně využit jeho potenciál. Takový vývoj by navíc posílil odolnost zdravotnického systému i národní hospodářství.⁹⁸

Avšak problém s dostupností leží hlouběji v komplexitě a křehkosti celého farmaceutického řetězce, kterou ještě více umocnila pandemie Covid-19. Podle aktuálních údajů pochází až 80 % účinných látek a výrobních surovin a přibližně 40 % konečných léčiv z Číny nebo Indie.^{99,100} Evropa je tak dnes silně závislá na dovozu a neustálý tlak na snižování cen vede výrobce k dalšímu přesunu výroby mimo EU. Situace není tak závažná v oblasti výroby inovativních léčiv, kdy velká část výroby leží v EU.¹⁰¹

Podpora českých farmaceutických firem ze strany státu a regulátorů by mohla být například formou daňového zvýhodnění nebo nastavení ceny a úhrady, která odpovídá vynaloženým prostředkům na výzkum a vývoj. Takové kroky by mohly zvýšit zaměstnanost ve vysoce specializovaných vysokoškolských a vědeckých oborech, navýšit výdaje na výzkum a vývoj v ČR, zapojit univerzitní sektor do klinických výzkumů a zvýšit soběstačnost ČR v oblasti dostupnosti léků na trhu.¹⁰²

Omezení v dostupnosti moderních terapií

Dostupnost nově schválených léčiv v ČR sleduje dlouhodobě analýza EFPIA W.A.I.T. Indicator¹⁰³. ČR si v porovnání s ostatními evropskými zeměmi vede velmi dobře v počtu léčiv, které se dostanou alespoň k jednomu pacientovi a v době do dostupnosti léčiva.

Zároveň jsou však nové léky dostupné jen omezenému množství pacientů, a to z důvodu striktních indikačních omezení a nízkého tržního podílu. Dostupnost moderních terapií Čechům dále komplikuje nerovnoměrná kvalita zdravotní péče mezi regiony, omezené kapacity specializovaných center a indikační omezení úhrady, často z důvodu rigidní hranice ochoty platit (Willingness to Pay, WTP) nebo snahy omezit dopad do rozpočtu.

Pracovní skupina ČFES¹⁰⁴ zjistila, že aplikace jedné v čase fixní hranice WTP, což je případ ČR (kromě vysoce inovativních léků a léků pro vzácná onemocnění, kde jsou kritéria flexibilnější), je spíše ojedinělým přístupem a hodnocení zdravotnických technologií v zahraničí zvažuje také další faktory, jako je například přidaná hodnota terapie nebo závažnost onemocnění. Důsledkem pak je, že v některých indikacích, jako je například migréna (ale i mnohé další), musí pacient nejdříve selhat na několika léčivých přípravcích, které lékař musí předepsat, i když ví, že nebudou dostatečně účinné, než může předepsat efektivní léčbu, a to právě kvůli restriktivním indikačním omezením. Přitom může jít o nákladově efektivní intervenci, jejíž hrazení by se systému vyplatilo, zvláště pokud zohledníme i náklady na ztrátu produktivity (tj. čas zmeškaný v práci kvůli onemocnění, a to jak pacienta, tak jeho pečovateli). To je i důvod, proč je nezbytné při rozhodování o úhradách hledět nejen na rozpočet zdravotnictví, ale na celkové dopady na státní finance, a to prioritně v oblastech, které mají vysokou společenskou zátěž onemocnění.

Překážky v dostupnosti léčiv a vakcín

Dalším důvodem omezené dostupnosti léčivých přípravků jsou někdy tzv. preskripční omezení, kdy daný lék mohou předepisovat pouze lékaři ve specializovaných centrech („S“ léky). Krok správným směrem bylo zrušení preskripčního omezení u tzv. „L“ léků od 1. 7. 2024. Na základě této vyhlášky mohou nově praktičtí lékaři předepsat k úhradě ze zdravotního pojištění i léky, které na ně dříve musel písemně delegovat ambulantní specialista.

Přístup pacientů k inovativní léčbě dále ovlivňují také obchodní strategie farmaceutických firem a jejich omezené výrobní kapacity.

Rozhodování o úhradě z veřejného zdravotního pojištění by mělo být založeno na aktuálních medicínských a ekonomických důkazech. Transparentní a systematické hodnocení zdravotnických technologií (HTA) ale v České republice bohužel stále chybí v oblasti vakcín nebo léků podávaných za hospitalizace (t.č. se projednává legislativní návrh, který zatím nebyl schválen). Důsledkem je, že vakcíny, které jsou vysoce nákladově efektivní (např. očkování proti chřipce¹⁰⁵), jsou hrazeny pouze pro malou část populace a nepodporují se dostatečně opatření ke zvýšení proočkovanosti. Bohužel v ČR v současné době navíc chybějí dostatečně kvalitní a podrobná epidemiologická data společně s daty o frekvenci a intenzitě čerpání zdravotních služeb s jejich jednotkovými náklady, která jsou pro hodnocení vakcín potřeba. Proto je nutné tato data systematicky sbírat a poskytovat pro účely hodnocení.

98 Hospodářská strategie České republiky, 2024 ([Zdroj](#))

99 The case of Europe's disappearing medicine cabinet, Teva Pharmaceuticals Europe, 2024 ([Zdroj](#))

100 EU Fine Chemical Commercial KPI, IQVIA, 2020 ([Zdroj](#))

101 Factors affecting the location of biopharmaceutical investments and implications for European policy priorities, EFPIA, 2022 ([Zdroj](#))

102 Pavel Šebek: Farmaceutický průmysl může transformovat českou ekonomiku, Věda a Výzkum, 2022, ([Zdroj](#))

103 EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2023 Survey, IQVIA, 2024 ([Zdroj](#))

104 WTP Threshold: A Review of International Approaches, ČFES, 2023 ([Zdroj](#))

105 Očkování proti chřipce: Jak včasná prevence chrání zdraví a ekonomiku, IEZ, 2024 ([Zdroj](#))

V mnoha zemích je běžné zvyšování kompetencí lékárníků, například zavedením možnosti očkování přímo v lékárnách.¹⁰⁶ V 15 státech EU lze očkovat pacienty přímo v lékárně, což na základě publikovaných studií přispívá k vyšší proočkovanosti populace.¹⁰⁷

Přístup pacientů k inovativní léčbě dále ovlivňují také obchodní strategie farmaceutických firem a jejich omezené výrobní kapacity na evropské i globální úrovni.

Hodnocení nákladové efektivity

V ČR je oblast léčiv díky systematickému HTA aplikovanému téměř v celé šíři pravděpodobně nejefektivnější oblastí ve zdravotnictví. Stejně přísná hodnocení nákladové efektivity jako u léků nejsou uplatňována v žádném jiném segmentu, byť se v posledních letech přiblížila cenotvorba zdravotnických prostředků k efektivitě léčivých přípravků. Pokud by český zdravotní systém systematicky posuzoval náklady a přínosy i ve všech dalších segmentech zdravotnictví, například v nemocniční péči, mohl by zvýšit svou vnitřní efektivitu o jednotky až desítky procent.

HTA v ČR zároveň čelí rostoucím nárokům, zejména na SÚKL, který se od počátku roku 2025 musí kromě rostoucí národní agendy povinně zapojit i do evropského *Joint Clinical Assessment (JCA)*. Tento nárůst pracovní zátěže by měl být doprovázen navýšením počtu zaměstnanců, jak ukazují zkušenosti ze zahraničí a švédské agentury TVL¹⁰⁸, což se však zatím v praxi neděje.

Hodnocení efektivity v reálné klinické praxi

V současné době v ČR neexistuje systematické sledování a zpětné vyhodnocování efektu léčby pomocí dat z reálné klinické praxe (RWD, real-world data). Tento deficit je obzvláště problematický u moderních buněčných a genových terapií, kde přetrvává nejistota ohledně jejich dlouhodobé účinnosti a bezpečnosti, protože chybí odpovídající data. Elektronické zdravotní údaje, které v rámci své činnosti shromažďují mj. poskytovatelé zdravotní péče, regulační orgány, pojišťovny či výzkumní pracovníci, existují, ale mnoho z těchto údajů není zpřístupněno pro další sekundární zpracování a využití. To omezuje možnost využívat tyto údaje k například výzkumu, inovacím, zajištění vyšší bezpečnosti pacientů, re-evaluačním účelům nebo politickému rozhodování.

Zapojení pacienta a eliminace chyb

Aby byla léčiva účinná, je nutné, aby pacient svému onemocnění a terapii rozuměl a aby věděl, proč a jak léčiva správně a bezpečně užívat. V ČR pacienti často neužívají své léky tak, jak by měli, což vede k nižší účinnosti léčby. Například u léků na vysoký cholesterol nedodrжуje třetina pacientů (podle některých odhadů možná i více)¹⁰⁹ předepsanou léčbu, což zvyšuje riziko závažných kardiovaskulárních onemocnění,¹¹⁰ jejichž terapie je mnohem dražší než preventivní užívání léčiv.

Chyby v medikaci jsou vážným problémem, ale lze jim často předcházet. Zahraniční zkušenosti ukazují, že služby lékárenské péče, jako je příprava přehledu užívaných léčiv a prodiskutování s pacientem, mohou být efektivní pro zlepšení terapie a snížení komplikací¹¹¹. Pro efektivní poskytování těchto služeb je však nezbytné zajistit oddělený prostor v lékárně, který poskytne dostatek soukromí a potřebné pomůcky (glukometr, inhalátory, apod.) a v neposlední řadě je třeba zajistit, že lékárník, který takovou službu poskytuje, má adekvátní rozšířené vzdělání, například formou akreditovaného kurzu či specializace¹¹². Omezený přístup ke zdravotní dokumentaci pacientů je též omezující faktor, protože jediným zdrojem informací pro lékárníky jsou pouze samotní pacienti, což omezuje přehled o celkovém zdravotním stavu a terapeutickém záměru lékaře. U takových služeb, které by byly hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, by bylo třeba pečlivě posuzovat jejich nákladovou efektivitu.

Zlepšení adherence a snížení nadměrného užívání léčiv (polyfarmacie) přispívá k ekonomickým úsporám ve zdravotnictví. Odhaduje se, že nízká adherence k léčbě a problémy spojené s polyfarmacií stojí evropské zdravotní systémy více než 100 miliard eur ročně.¹¹³ V USA se dokonce odhaduje, že zlepšení adherence u pacientů s chronickými onemocněními by mohlo zabránit až 10 % všech hospitalizací ročně a vedlo k finanční úspoře ve výši až 300 miliard dolarů (6 % nákladů v systému amerického zdravotnictví) z důvodu nižšího plýtvání s léky a zbytečným diagnostickým i jiným intervencím.¹¹⁴

106 Zavedení očkování v lékárnách by odlehčilo přetíženému systému, Zdravotnický deník, 2025 ([Zdroj](#))

107 Pharmacist's role in influenza immunisation: a scoping review, Edna Ribeiro Parracha, 2024 ([Zdroj](#))

108 How will Sweden implement EU joint HTA, Neil Grubert ([Zdroj](#))

109 Pacienti riskují, když nedodrжуjí předepsanou léčbu, Zdravotnický deník, 2019 ([Zdroj](#))

110 Adherence pacientů léčených statiny, KZP, 2022 ([Zdroj](#))

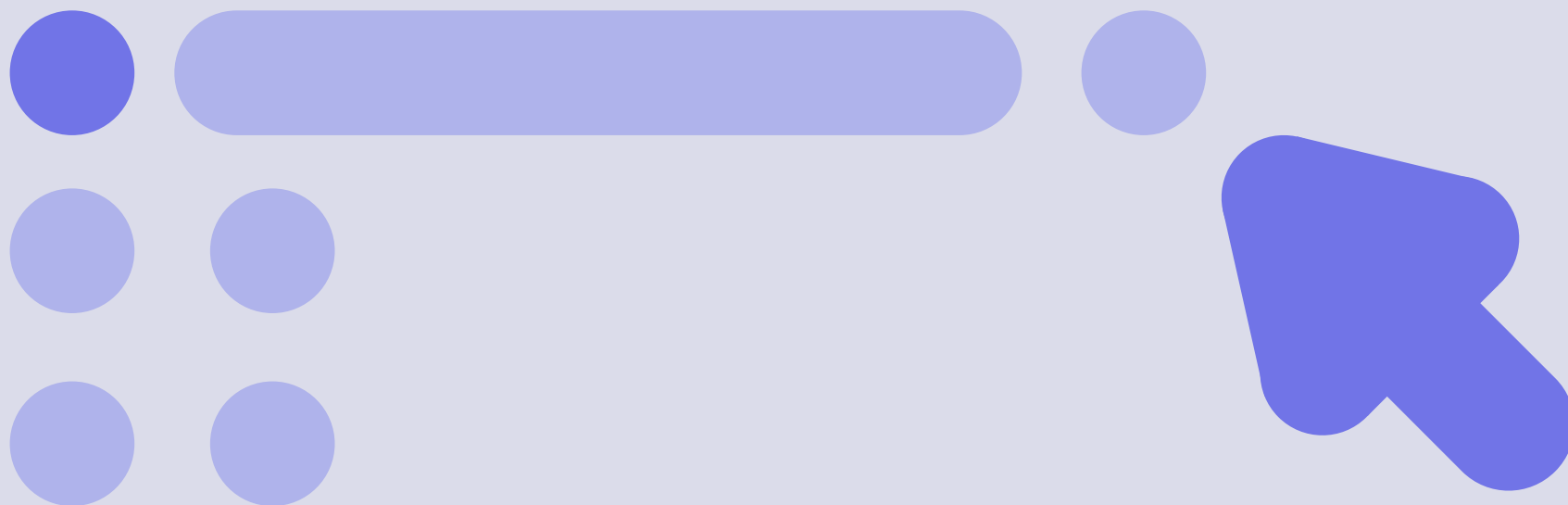
111 Medication Review and medicines use review, FIP, 2022 ([Zdroj](#))

112 Guidelines on medication review, EDQM, 2024 ([Zdroj](#))

113 €125 billion lost each year across Europe due to non-adherence to medication, ILC UK, 2022 ([Zdroj](#))

114 Overcoming barriers to patient adherence, Tsvetelina H. Baryakova ([Zdroj](#))

Digitalizace a elektronizace: chybějící pilíř českého zdravotnictví



Digitalizace a elektronizace: chybějící pilíř českého zdravotnictví

Elektronizace a digitalizace ve zdravotnictví jsou důležitými prvky pro zvýšení efektivity celého systému. Tyto prvky na jedné straně vyžadují rozsáhlé investice, avšak s ohledem na dlouhodobé přínosy, které mohou přinést, jsou nutné. Digitalizace může zlepšit kontinuitu péče, omezit duplicitní výkony, snížit zbytečné návštěvy v ambulancích, urychlit diagnostiku či například snížit kontraindikace předepsaných léků. Digitalizace a zavedení celonárodního eHealth systému by tak neznamenal pouze vyšší kvalitu péče, ale i výrazné úspory v řádu až desítek miliard korun ročně. České zdravotnictví tak stojí před volbou – buď budeme komplexní digitalizaci dál odkládat a prohlubovat tak „papírovou neefektivitu“, nebo se inspirováme úspěšnými modely a vstoupíme do nové digitální éry, která bude přívětivější jak pro pacienty, tak poskytovatele péče.

Současný stav

Digitalizace zdravotnictví v ČR je stále relativně pomalá, byť se na národní úrovni podařilo realizovat již několik úspěšných digitálních zdravotnických projektů, jako eRecept a eOčkování.¹¹⁵ Celkově však náš systém neintegruje nová, digitální řešení dostatečně rychle a v mnoha oblastech zaostáváme i dvě dekády za pokročilými zdravotními systémy. Potýkáme se

s absencí samotných základů a jasně vytyčeného rámce, na kterém by digitalizace mohla stát. Výstižně to dokládá i fakt, že v roce 2022 vedlo patientskou dokumentaci výhradně elektronicky jen 12 % ordinací.¹¹⁶

I přes podporu v rámci Národního plánu obnovy patří ČR mezi země s nejpomalejší digitalizací zdravotnictví v Evropě.¹¹⁷ Cíle plánu neplníme, finance čerpáme neefektivně¹¹⁸ a státní správa zůstává pro odborníky a mladé talenty málo atraktivní, což

snižuje inovativní kapacity veřejného sektoru v této klíčové oblasti. Zatímco ostatní země řeší již možnosti přeshraničního sdílení patientských dat díky nařízení EHDS (European Health Data Space), v ČR není toto sdílení dat možné ani vnitrostátně.

115 NZIP: Nová elektronická služba resortu (www.nzip.cz)

116 ČSÚ: ICT ve zdravotnictví (www.csu.cz)

117 European Commission: Digital Decade 2024 (digital-strategy.ec.europa.eu)

118 UPOL: Zhodnocení dosavadního vývoje strategie elektronizace zdravotnictví v ČR (www.upol.cz)

Hlavní zdroje neefektivity

1

Absence dlouhodobé vize a odvahy ke změnám

Digitalizace zdravotnictví postrádá strategický směr a systematický přístup. Reformy se často odkládají nebo řeší pouze dílčími zásahy.

2

Nedostatečná legislativa, podpora a interoperabilní standardy

Chybí jasná pravidla, pevně stanovené lhůty i motivační mechanismy a pobídky, které by poskytovatele vedly k aktivnímu zapojení do digitalizace.

3

Slabé kompetence a nedostatek odborníků

Sice již existuje Národní centrum elektronického zdravotnictví, ale nedisponuje dostatečnými kompetencemi, pravomocemi a finančními i lidskými zdroji.

4

Zastaralé IT systémy a překážky pro vstup konkurence

Mnoho nemocnic stále využívá zastaralé a nekompatibilní IT systémy, které brzdí inovace a sdílení dat. Závislost na dodavatelích (vendor lock) a složité veřejné zakázky omezují konkurenci.

5

Roztříštěnost zdravotnických dat a absence elektronického patientského záznamu

Vede k duplicitním vyšetřením, zbytečným návštěvám a nízké koordinaci péče. Zároveň znemožňují efektivní analýzu, plánování a optimalizaci procesů, což brání rozhodování založenému na datech a důkazech.

6

Nízká digitální gramotnost zdravotnického personálu a pacientů

Technologie samy o sobě nestačí, klíčové je také vzdělávání a bez dostatečného proškolení lékařů, pacientů a dalších pracovníků ve zdravotnictví, nelze digitální nástroje zavést a efektivně využívat v praxi.

Klíčová doporučení

1

Vytvoření pevného legislativního rámce a jasného pětiletého plánu digitalizace

Legislativní rámec, plán digitalizace a jeho udržitelné financování by mělo být založeno na analýze potřeb a kapacit, s konkrétními cíli, harmonogramem a jasně definovanými kompetencemi a úkoly.

2

Vybudování celonárodního eHealth systému

Národní eHealth systém by měl poskytovat přístup ke zdravotnické dokumentaci elektronicky a umožňovat bezpečný a efektivní přístup, jak ze strany pacientů, tak poskytovatelů péče (od primární přes akutní až po následnou a dlouhodobou péči). Tento systém nemusí být spravován jedním dodavatelem, klíčové budou požadavky na interoperabilitu vycházejícího z mezinárodních standardů (např. rámce HL7 FHIR pro výměnu elektronických zdravotnických dat).

3

Snížení neefektivit souvisejících s kontrolou několika velkých dodavatelů nad IT systémy ve zdravotnictví

Mělo by dojít k transparentnímu otevření trhu pro inovace a nové dodavatele a vytvoření pobídek pro zavádění moderních řešení na straně poskytovatelů zdravotní péče. Je klíčové, aby žádný z dodavatelů elektronických a digitálních řešení ve zdravotnictví nebránil adopci inovativních řešení či sdílení informací (tzv. „information blocking“).

4

Zvýšení digitálních kompetencí pracovníků ve zdravotnictví a sektoru sociální péče

Pro úspěšnou digitalizaci a elektronizaci zdravotnictví bude klíčová edukace personálu v oblasti eHealth a digitálních nástrojů v rámci pregraduálního i postgraduálního vzdělávání personálu ve zdravotnictví a příbuzných oblastech (zejména v sociální péči). Je rovněž potřeba pomoci pacientům, kteří čelí překážkám v přístupu k moderním technologiím, a všechny nové technologie a komunikační platformy by měly stát na principech tzv. human-centered designu.

Současný stav

Dokončení digitalizace zdravotnických záznamů pacientů a její udržitelnost bude klíčovým úkolem pro české zdravotnictví v dalších několika letech. Proces, který probíhá pod hlavičkou Národního centra elektronického zdravotnictví (NCEZ) v rámci rozvoje EZkarty, je pozitivním impulsem a nutným dílem skládačky digitalizace. Zajištění jednotného systému, který ulehčí pacientům a lékařům komunikaci a zlepší léčbu, by však mělo být ještě větší prioritou i pro následující roky.

Aby byla digitalizace úspěšná, je třeba zajistit financování implementačních projektů nad rámec aktuálně běžícího financování z Národního plánu obnovy. V České republice dosud nebyly dedikovány dlouhodobé finanční a lidské zdroje pro realizaci digitalizace zdravotnictví a nebyla vyřešena závislost na krátkodobých grantových schématech. Výjimku tvoří úspěšné projekty, jako je eRecept, eNeschopenka či ePoukaz (povinný od roku 2026). Přesto celkový postup digitalizace zůstal pomalý, díky čemuž má české zdravotnictví až 20 let zpoždění za nejlepšími systémy světa.

Rozvoj telemedicíny představuje klíčový předpoklad pro zvýšení efektivity zdravotnického systému, zlepšení přístupu k péči v odlehlých oblastech a snížení zátěže poskytovatelů. Pro úspěšnou integraci telemedicínského modelu do českého zdravotnictví bude důležité zajistit transparentní pravidla a kontinuální financování. V této oblasti dochází k nastavování pravidel, ale využití telemedicíny či telemetrie je v českém zdravotnictví stále nedostatečné, přičemž by mohlo pomoci snížit počet fyzických návštěv

u lékaře, zrychlit přístup k odborné péči a snížit geografické nerovnosti v dostupnosti péče.

Díky rozvoji elektronických záznamů a telemedicíny vzniká mnoho nových typů dat, která lze využít pro zlepšení klinické praxe a strategického řízení zdravotnictví. Ministerstvo, pojišťovny i poskytovatelé zatím nenašly způsob, jak financovat a implementovat projekty směřující k využití těchto dat, včetně jejich využití pro lepší rozhodování o péči skrze systémy pro podporu klinického rozhodování (clinical decision support systems) a sekundární analýzu dat, například ve spolupráci s akademickým a neziskovým sektorem. Je přitom velice důležité, aby nové technologie splňovaly etické a bezpečnostní normy, včetně minimalizace rizika algoritmického zkreslení či úniků citlivých dat.

Co myslíme digitalizací?

Zahraniční zkušenosti ukazují, že dobře nastavená digitalizace vede k lepší dostupnosti péče, enormním úsporám času a financí a k vyšší kvalitě služeb.^{119,120} Digitalizace zdravotnictví však není jen o technologiích, ale především o lidech a systémové změně.¹²¹ Do digitalizace můžeme zahrnout velkou řadu technologií a modelů péče, které zahrnují:

- **Elektronickou zdravotnickou dokumentaci (EHR)** — centralizovaná správa patientských informací dostupná napříč poskytovateli, umožňující koordinaci péče, zamezení duplicit vyšetření apod.
- **Telemedicínu** — vzdálené konzultace, sledování pacientů na dálku, snížení potřeby fyzických návštěv.

- **Umělou inteligenci a analýzu dat** — prediktivní modely pro diagnostiku, optimalizaci kapacit nemocnic, personalizovanou léčbu.
- **Automatizaci a robotizaci** — podpora lékařských zákroků, logistika léčiv, administrativní procesy.
- **Digitální monitoring a nositelná zařízení** — vzdálené sledování pacientů, prevence akutních stavů.
- **Sběr a analýzu dat pro efektivnější péči** — digitalizace umožňuje systematický sběr a vyhodnocování zdravotnických dat, což vede k lepší alokaci zdrojů, predikci rizik a průběžné optimalizaci procesů. Přístup založený na datech zvyšuje kvalitu péče a snižuje zbytečné náklady.

Skutečná digitalizace znamená, i přes všechny technologie, pečlivou analýzu neefektivních procesů, odstranění zbytečné byrokracie a vytvoření propojeného a efektivního systému.¹²²

Současný stav digitalizace zdravotnictví v České republice

Navzdory dílčím pokrokům zůstává ČR jednou z nejméně digitalizovaných zemí v Evropě. *Národní centrum elektronického zdravotnictví (NCEZ)* sice realizuje některé projekty, například automatizaci propouštěcích zpráv nebo snahu o interoperabilitu zdravotnických IT systémů, tyto kroky však nepředstavují ucelenou strategii digitalizace.¹²³ Mnoho inovací vzniká decentralizovaně – například mobilní aplikace pro správu zdravotního stavu nebo chytrá nositelná zařízení (wearables). Jejich širšímu využití v českém zdravotnictví však brání absence systémové podpory,

119 Hemesath, A., Wright, K., Draelos, M. M., & Draelos, R. L.: The Cydoc smart patient intake form accelerates medical note writing (www.arxiv.org)

120 Gentili, A., Failla, G., Melnyk, A., Puleo, V., Di Tanna, G. L., Ricciardi, W., & Cascini, F The cost-effectiveness of digital health interventions: A systematic review of the literature (www.pmc.gov)

121 Tabrizi, B., Lam, E., Girard, K., & Irvin, V.: Digital transformation is not about technology. Harvard Business Review. (www.hbr.org)

122 World Economics Forum: Global Health and Healthcare Strategic Output (www.weforum.org)

123 KPMG: Česko zaostává v digitalizaci zdravotnictví (www.kpmg.com)

jednotných technických standardů a také jednotné státní infrastruktury, která by umožnila všechna IT řešení snadno sdílet a napojovat na zdravotnický systém bez ohledu na jejich výrobce. I z těchto důvodů výsledky výzkumu z roku 2022¹²⁴ ukazují, že:

- **Nedostatečně využíváme digitální nástroje** (plně digitální dokumentaci vede jen 12 % ordinací, online objednání umožňuje jen 23 % lékařů a pouze 35 % ordinací umožnilo požádat o recept online, bez fyzického dostavení se do ordinace).
- **Podporujeme závislost na papírové administrativě**, která brzdí efektivní sdílení dat a koordinaci péče.
- **Chybí dostatečný legislativní rámec, podpora a motivace** poskytovatelů k digitalizaci.

Národní strategie elektronizace zdravotnictví (2016–2020)¹²⁵ sice definovala cíle pro digitalizaci, avšak jejich realizace nebyla zcela úspěšná. V roce 2025 zahájilo Ministerstvo zdravotnictví práce na aktualizaci této strategie, přičemž nový plán by měl vytyčit cíle do roku 2035. Digitalizační reformy v ČR jsou nadále roztržštěné, pomalé a chybí jim ucelená vize, efektivní implementace a koordinace mezi klíčovými aktéry. K řešení této situace měl přispět vznik NCEZ, jehož role ve správě infrastruktury a koordinaci významných projektů však zůstává omezená nedostatečnými kompetencemi a lidskými i finančními zdroji.

V minulých letech přesto již byly položeny základy budoucího systému eHealth. Od roku 2022 je v ČR platný zákon o elektronizaci zdravotnictví 325/2021 Sb., jehož druhá část nabude účinnosti v lednu 2026. Ve stejném roce by měla vstoupit v platnost i jeho novela, která si klade za cíl zavést například^{126,127}:

- **sdílený zdravotní záznam se dvěma klíčovými složkami:** emergentním zdravotním záznamem (život zachraňující údaje) a výsledky preventivních a screeningových vyšetření, dostupnými lékařům napříč systémem,
- **EZKartu** jako patientskou aplikaci pro přístup k vlastním zdravotním údajům,
- **elektronickou žádanku** na laboratorní vyšetření (eŽádanka),
- **možnost zahrnutí pacienta do výměnné sítě služeb** (v případě, že lékař předá pacientovi záznam, například s výsledky eŽádanky),
- **rozšíření kmenového registru pacientů**, například o údaje o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel nebo držení zbraní.

Přestože tyto změny představují významný legislativní krok, stále chybí konkrétní implementační plán, který by zajistil jejich efektivní realizaci a přinesl skutečné přínosy pacientům i zdravotnickému systému. ČR tak v oblasti eHealth nadále zaostává za řadou států EU a má zde značný prostor ke zlepšení.

Evropa digitalizuje, Česko zůstává pozadu

V evropském kontextu patří ČR mezi nejméně digitalizované země v oblasti elektronických zdravotních záznamů a připravenosti na implementaci EHDS, které se má začít implementovat v roce 2027. Podle zprávy Evropské komise z roku 2024 se Česko řadí mezi tři největší „začátečníky v digitalizaci“ a výrazně zaostává za státy, které do této oblasti již několik dekád investují.¹²⁸ Inspirativní příklady ukazují, že digitalizace je dlouhodobý proces, který vyžaduje stabilní strategii a podporu, kromě písemných strategií.

Zahraniční příklady ilustrují, že digitalizace je dlouhodobý proces. Například Estonsko, dnes lídr evropské digitalizace, zahájilo digitalizaci už v roce 1998 a od té doby postupně budovalo národní digitální infrastrukturu.¹²⁹ 2005 – pilotní projekty elektronizace, 2008 – zavedení elektronických karet pro všechny občany, následně eRecepty, eObjednávání a online přístup ke zdravotním datům. Dnes se v Estonsku mohou věnovat personalizované medicíně založené na datech.¹³⁰ Přínos digitalizace v Estonsku lze pozorovat i během pandemie COVID-19, která jen potvrdila její důležitost. Digitální systémy umožnily efektivní testování, trasování a očkování, cílenou alokaci zdrojů a rozsáhlé využití telemedicíny, což výrazně snížilo zátěž zdravotního systému a vedlo k nižší míře nárazů a úmrtí.¹³¹

124 ČSÚ: ICT ve zdravotnictví (www.csu.cz)

125 NCEZ: Národní strategie elektronického zdravotnictví (www.ncez/mzcr.cz)

126 NZIP: EZKarta pro občany (www.nzip.cz)

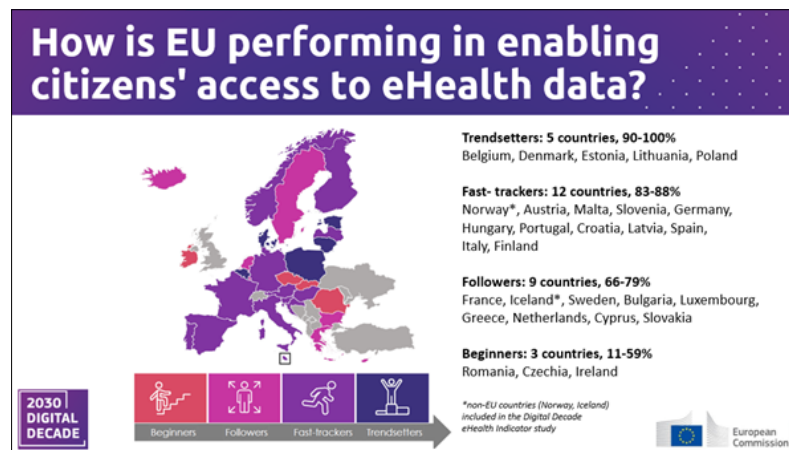
127 NCEZ: Konference digitalizace (www.ncez.cz)

128 European Commission: Digital Decade 2024: eHealth Indicator Study (www.ec.eu)

129 e-Estonia: eHealth (www.investinestonia.com)

130 IcPerMed: Implementation of Personalised Medicine in Estonia (www.icpermed.eu)

131 FPRI: Estonia's Digital Solutions to COVID-19 (www.fpri.eu)



Klíčová doporučení podrobně

1. Vytvoření pevného legislativního rámce a jasného pětiletého plánu digitalizace založeného na analýze potřeb a kapacit

V České republice je od roku 2022 v platnosti zákon o elektronizaci zdravotnictví, který vytváří základní právní rámec pro sdílení dat a pro vznik integrovaného datového rozhraní. Chybí však konkrétní plán, který by stanovil priority, časový harmonogram a jasné odpovědnosti jednotlivých institucí – od ministerstva zdravotnictví a ÚZIS až po zdravotní pojišťovny a poskytovatele péče. Tento plán by měl vycházet z reálných potřeb zdravotnictví, být provázán s Evropským prostorem pro zdravotní data (EHDS) a počítat s financováním nejen z evropských, ale také národních zdrojů. Jen tak lze zajistit, aby digitalizace neprobíhala nahodile a vedla k rychlým a měřitelným výsledkům.

2. Vybudování celonárodního eHealth systému

České zdravotnictví už má k dispozici některé důležité nástroje v oblasti digitalizace a elektronizace. Elektronický recept je povinný od roku 2018 a dnes se využívá prakticky plošně. Od roku 2022 funguje elektronický poukaz na zdravotnické prostředky, který se stane povinným v roce 2026. Moderní eHealth systém musí zajistit, že se bude patientská dokumentace bezpečně a jednoduše sdílet mezi ambulantními lékaři, nemocnicemi i dlouhodobou péčí. Klíčem bude důsledné využívání mezinárodních standardů, zejména HL7 FHIR, které zajišťují interoperabilitu, a povinná adopce eHealth nástrojů všemi poskytovateli péče co nejdříve po jejich zavedení do praxe. V této oblasti budou nezbytné významné investice, ty se však v krátkém časovém horizontu vyplatí

v podobě lepších výsledků, snížení duplicit a zvýšení efektivity systému.

3. Snížení neefektivit souvisejících s kontrolou několika velkých dodavatelů nad IT systémy ve zdravotnictví

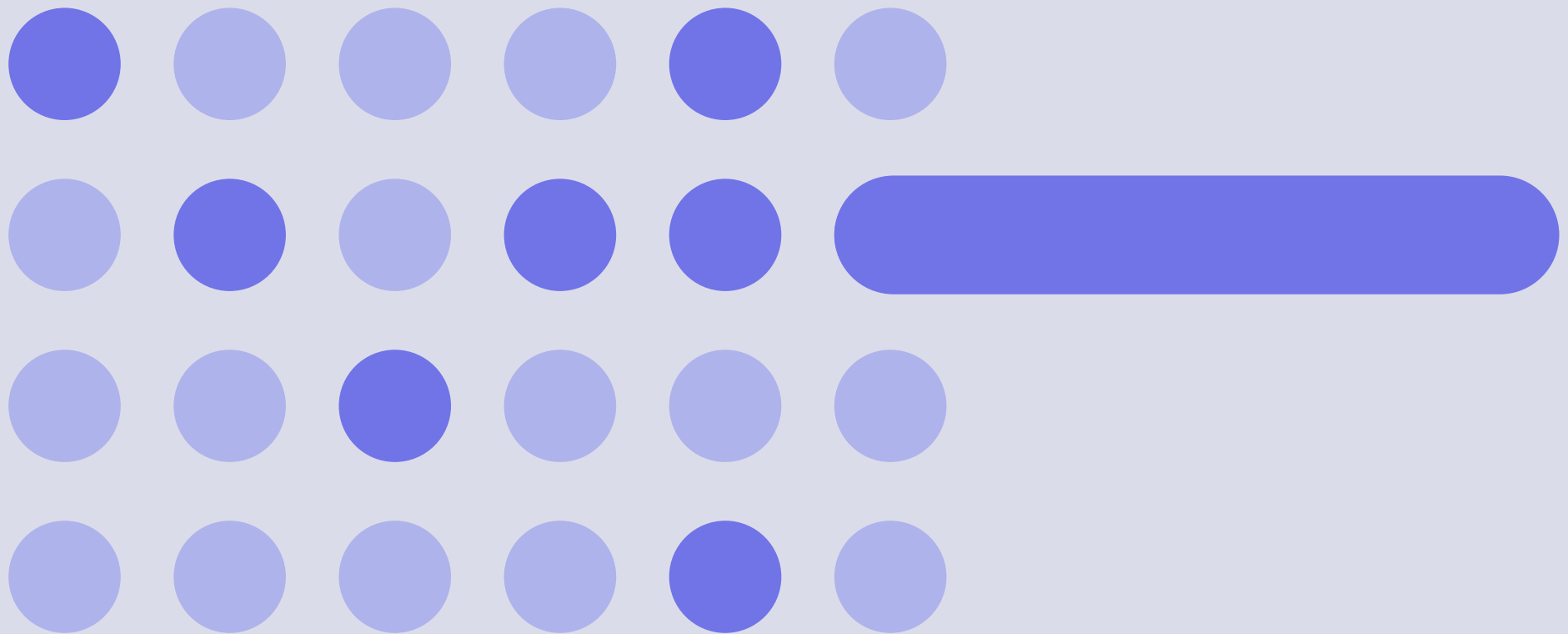
Významnou slabinou českého prostředí je závislost na několika málo velkých dodavatelích, například v oblasti nemocničních informačních systémů. Současný stav omezuje inovaci a prodražuje modernizaci. Cílem by mělo být otevření trhu novým hráčům, včetně menších firem a startupů, které mohou nabídnout inovativní řešení. To vyžaduje povinná otevřená rozhraní, přenositelnost dat a závaznou kompatibilitu s národními a mezinárodními standardy. Pokud nemocnice či ordinace změní dodavatele, nesmí to znamenat ztrátu dat nebo náročnou a drahou migraci. Je rovněž potřeba, aby veřejný sektor vykonával kvalitní dohled nad rychlým sdílením dat a informací a zabránil situacím, kdy dodavatelé IT systémů cíleně brání sdílení dat, které by mohly zvýšit kvalitu a dostupnost péče. Inspirací mohou být země jako Estonsko nebo Dánsko, kde důsledné prosazení otevřených standardů umožnilo rychlý rozvoj moderních digitálních služeb a kde hraje veřejný sektor v této roli proaktivní roli.

4. Zvýšení digitálních kompetencí zdravotního personálu

Digitalizace se neobejde bez lidí, kteří ji umí využívat. Vzdělávání v oblasti eHealth a digitálních nástrojů by proto mělo být součástí jak pregraduální přípravy na vysokých školách, tak i celoživotního vzdělávání zdravotníků. Podobnou podporu ale potřebují i pacienti. Data Českého statistického úřadu ukazují, že pravidelně používá internet jen zhruba polovina lidí starších 65 let. Přitom právě starší pacienti patří k těm, kteří by z elektronické dokumentace,

telemedicíny a přehledného přístupu ke svým datům mohli nejvíce těžit. Nové portály a aplikace proto musí být navrhovány srozumitelně a dostupně, v souladu s moderními principy přístupnosti („human-centered design“). Pokud se podaří posílit digitální kompetence zdravotníků i pacientů, digitalizace zdravotnictví se stane skutečným nástrojem pro zlepšení kvality péče.

Data jako zdroj bohatství a jak jej vytěžit



Data jako zdroj bohatství a jak jej vytěžit

Úspěch změn a reformy bude z velké části závislý na tom, do jaké míry bude pracovat s daty. Byť svou důležitou roli hraje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), stále chybí komplexní systém hodnocení dalších zdravotnických intervencí, který funguje například ve Švédsku či Velké Británii. Možnosti využití dat budou narůstat s tím, jak se bude rozvíjet digitalizace systému. K „vytěžení“ datového bohatství je však důležité investovat do kyberbezpečnosti, vzdělávání v datové gramotnosti a koordinace spolupráce mezi státem, akademiky, poskytovateli a pojišťovnami. Nevyužití bohatství, které se skrývá v datech o fungování našeho zdravotnictví, snižuje efektivitu péče a schopnost identifikovat potřebné změny.

Ačkoliv jsou data v českém zdravotnictví často sbírána a někdy i vyhodnocována, nejedná se vždy o komplexní analýzy, na základě nichž je možné rozhodovat například o alokaci omezených zdrojů, rozvoji nových služeb, investicích do lidských a technologických kapacit.

To, co dělá data cennými, je schopnost v nich nalézat smysluplné souvislosti a kauzální vztahy. Ve zdravotnictví jsou důležité jak korelační ukazatele (např. pro porozumění aktuálnímu zdravotnímu stavu populace), tak ty kauzální (např. stanovení vlivu dané politiky na výskyt určitého onemocnění).

V ČR naštěstí máme celou řadu výzkumných institucí a expertů, kteří dokáží dělat poctivou datovou práci a využívat kvantitativní údaje pro tvorbu analýz či doporučení. Tyto kapacity jsou zatím nedostatečně využity a rozvoj nových je omezen nízkým financováním výzkumu v oblasti veřejného zdraví z veřejných prostředků.

O využití zdravotnických informací je dobré ale přemýšlet v širším rámci: data o vlastním zdraví by měli mít mj. sami občané; lékaři by měli umět adaptovat léčbu na konkrétní situaci svých pacientů; vedoucí pracovníci by měli umět interpretovat trendy

a reagovat na ně v tvorbě strategií. To však úzce souvisí s budováním datové a zdravotní gramotnosti, která je důležitým předpokladem pro skutečné naplnění potenciálu zdravotnických dat v českém systému.¹³² V této oblasti je na tom české zdravotnictví spíše podprůměrně.

132 NZIP. Datová, informační a zdravotní gramotnost, 2025 ([Zdroj](#))

Hlavní zdroje neefektivity

1 Administrativní prodlevy v přístupu k datům

Pro výzkumné instituce a pojišťovny je obtížné a časově náročné získat data, což zpomaluje proces vyhodnocování efektů zdravotnických postupů či kvality péče.

2 Nízká kvalita dat a analýz v oblasti nelékových intervencí

Preventivní aktivity či péče ve zdravotně-sociálním pomezí zatím nejsou dobře datově podloženy; není proto snadné racionálně rozhodovat o jejich finanční podpoře.

3 Nedostatečné investice do kyberbezpečnosti

Ochrana dat se zlepšuje, ale neodpovídá tempu digitalizace zdravotnictví. Kybernetické útoky na nemocnice ohrožují citlivá data pacientů a podřývají důvěru ve zdravotnický systém.

4 Absence standardizace zdravotních IT systémů

Nepropojené sociální a zdravotní registry a fragmentované nemocniční informační systémy brzdí efektivní sdílení informací. Závislost na dodavatelích (vendor lock-in) je značnou překážkou, stejně jako fragmentace systému a absence silnější koordinační role ministerstva zdravotnictví.

5 Nízká úroveň datové gramotnosti zdravotnického personálu

Chybí systematická školení v práci s daty a interpretaci analýz; proces zadávání dat může být nepřehledný, což omezuje validitu získaných údajů a vypovídající hodnotu následných analýz.

Klíčová doporučení

1

Umožnění real-time monitoringu dostupnosti a kvality péče díky investicím do moderních analytických technologií a bezpečného sdílení dat pro rozhodovací a výzkumné účely

Díky tomu bude možné včas odhalit některé systémové problémy, které by v budoucnu mohly mít mnohem větší důsledky. Ministerstvo zdravotnictví by mělo vytvořit rámec a systém garantovat, popř. jeho správou pověřit ÚZIS.

2

Používání zdravotnických dat pro ekonomickou optimalizaci systému

Např. v rámci dohodovacího řízení, kontrole kvality poskytované péče a racionalizaci regionální distribuce péče. Ministerstvo zdravotnictví a pojišťovny by měly reflektovat výsledky analýz při stanovení hodnot bodu; analytická komise dohodovacího řízení by měla tyto vstupy zařadit do připravovaných podkladů k dohodovacímu řízení.

3

Vytvoření silné, politicky neutrální instituce podle příkladu švédské agentury SBU pro sběr a analýzu dat a hodnocení zdravotních a sociálních služeb

Rozšíření kapacit pro analýzu nákladové efektivity napříč zdravotním a sociálním systémem. K tomuto by přispěl rozvoj kapacit ÚZIS, SÚKL a SZÚ a partnerství s akademickými institucemi. Posílení finančních a personálních kapacit by nejlépe mělo být hrazeno přímo ze státního rozpočtu s ohledem na šíři její agendy, nikoliv nekonceptně ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění, jak nedávno navrhlo ministerstvo zdravotnictví.

Další doporučení

1

Rychlé dokončení procesu elektronizace zdravotních záznamů tak, aby vznikla potřebná podkladová data pro realizaci datově orientované zdravotní politiky

Je nutné, aby NCEZ konzultovala s experty z akademické sféry, ministerstva zdravotnictví (MZ) a ÚZIS o tom, v jaké formě bude možné z elektronických systémů bezpečně a účinně exportovat data. Je třeba najít rovnováhu mezi právem na soukromí jednotlivců a legitimním zájmem realizovat výzkum.

2

Podpora analytických činností pro posuzování (nákladové) efektivity zdravotních intervencí a politik, a to nad rámec současných analýz léčiv a screeningů, především na zdravotně-sociálním pomezí a v oblasti veřejného zdraví

Tuto podporu by mělo koordinovat MZ, ale také by se na ní měli podílet poskytovatelé a pojišťovny, kteří mají mít zájem na tom, aby byla poskytována ekonomicky efektivní péče.

3

Zajištění bezpečnosti a interoperability zdravotních dat, pro kterou musí MZ vytvořit jasný legislativní rámec a standardy

ÚZIS by měl mít autoritu v koordinaci sdílení dat a zajištění kybernetické bezpečnosti (za podpory NCEZ a NÚKIB). Po vytvoření těchto standardů bude důležité motivovat samotné poskytovatele péče a také jim umožnit se vzdělávat v oblasti práce s daty a jejich interpretace.

4

Poskytování hodnocení výkonnosti českého zdravotnictví pomocí HSPA (Health System Performance Assessment), díky kterému bude možné poskytnout srovnání se zahraničím a nacházet hlavní zdroje neefektivity

Důležité bude zajistit, aby garanti jednotlivých oblastí měli k dispozici kvalitní data a aby se poznatky získané z HSPA opravdu využívaly v rozhodování na národní i lokální úrovni.

5

Plná implementace EHDS (European Health Data Space)

Díky tomu bude možné bezpečně sdílet zdravotní informace mezi poskytovateli péče v ČR a dalších zemích EU, což zlepší kvalitu a efektivitu péče doma i v zahraničí.

6

Posílení datově analytických kapacit zdravotních pojišťoven

Využití dat pro rozhodování pojišťoven může zvýšit efektivitu péče, a to zejména z důvodu nutnosti alokace omezených zdrojů. Toto by mohlo v budoucnu zahrnovat využití nových technologií pro optimalizaci kapacit a využití nástrojů AI pro větší personalizaci a zaměření péče na potřeby pacientů.

Současný stav

Klíčovým problémem je roztržičnost datových zdrojů a omezená interoperabilita mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče. Současné informační systémy v českých nemocnicích nejsou plně propojené, což vede k duplicitním vyšetřením, zbytečné administrativě a prodávám v poskytování péče. Národní zdravotnické registry spravované ÚZIS sice obsahují cenné informace, ale jejich využití pro strategické řízení zdravotnictví je stále nedostatečné. Chybí také robustní systém zpětného vyhodnocování kvality a efektivity zdravotních intervencí na úrovni celého systému, což omezuje schopnost zavádět cílená opatření a optimalizovat náklady. Ve srovnání se zeměmi jako Dánsko nebo Estonsko tak ČR zaostává nejen v oblasti digitalizace, ale i v efektivním využívání zdravotnických dat pro zlepšování péče. Přechod od fragmentace k integraci může významně posílit efektivitu českého zdravotního systému.

V ČR navíc mimo oblast léčiv neexistuje silná instituce, která by systematicky hodnotila zdravotní a sociální intervence s ohledem na jejich účinnost a nákladovou efektivitu, jako to komplexně dělá pro sociální a zdravotní služby například švédská agentura SBU (Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services). Část této role v posledních několika letech přebírá ÚZIS, nicméně vzhledem k personálním a finančním kapacitám se nemůže věnovat celé šíři otázek z oblasti zdravotnictví a sociálního sektoru. V oblasti veřejného zdraví je situace značně složitější, neboť Státní zdravotní ústav (SZÚ) disponuje ještě menšími kapacitami k systematickému sběru dat a analýzám intervencí. Podíváme-li se do ostatních zemí, je patrné, že centrální instituce pro hodnocení zdravotnických technologií jsou běžnou praxí a že jejich rozpočty

významně převyšují malé zdroje věnované analýzám a hodnocením, které děláme v ČR.

Důležitou roli v systému hrají zdravotní pojišťovny, které s rozvojem elektronického zdravotnictví budou získávat čím dál kvalitnější data o zdravotní péči. Tím se výrazně rozšíří jejich možnosti řídit péči na základě dat – efektivněji, cíleněji a s větším důrazem na výsledky. Umělá inteligence může pomoci odhalit neefektivní cesty pacientů systémem a snížit zbytečné výdaje. Díky lepší datové infrastruktuře budou pojišťovny schopny personalizovat prevenci a screening – tedy cílit na skupiny, kde je největší přínos. Inspirací může být práce Národního screeningového centra. Datová analytika umožní lépe hodnotit i účinnost a náklady moderních léčeb – včetně toho, zda skutečně zlepšují kvalitu života a přinášejí úspory. Pojišťovny tak budou klíčovými hráči při budování efektivního a udržitelného systému řízení daty

Klíčová doporučení podrobně

1. Real-time monitoring dostupnosti a kvality

Díky akceleraci přechodu zdravotnických dat do elektronické podoby se nabízí zavedení komplexního systému pro real-time monitoring dostupnosti a kvality péče. Ten by měl stát na moderních AI-asistovaných analytických nástrojích, např. interaktivních dashboardech, které umožní sledování klíčových ukazatelů – například čekacích dob, adherence k léčbě, regionálních rozdílů v přístupu k péči či výsledků konkrétních zdravotních či sociálních intervencí. Inspirací může být dánský model, kde veřejně dostupné přehledy dat o kvalitě péče umožňují pružnější řízení systému i větší transparentnost vůči pacientům a veřejnosti.¹³³

Klíčovým předpokladem je integrace dat od zdravotních pojišťoven a poskytovatelů péče v jednotném zabezpečeném online ekosystému, ideálně v gesci ÚZIS ve spolupráci s Národním centrem elektronického zdravotnictví a dalšími relevantními aktéry, například Národním úřadem pro kybernetickou a informační bezpečnost, vzhledem k citlivosti zdravotnických dat. **Real-time monitoring by měl sloužit nejen tvůrcům zdravotní politiky pro včasnou identifikaci potenciálních neefektivit a hrozeb pro veřejné zdraví, ale i lékařům, pacientům a výzkumníkům.** Pro docílení tohoto stavu je třeba zkrátit lhůty pro reporting zdravotních výkonů zdravotním pojišťovnám tak, aby se tato data propisovala v řádu dnů, nikoliv týdnů až měsíců.

Součástí monitoringu by měla být i možnost prediktivní analytiky – tedy včasné odhalování trendů, které mohou negativně ovlivnit kvalitu nebo dostupnost péče v budoucnu. **Zavedení takového systému by přineslo výrazné zlepšení rozhodovacích procesů, zejména při nastavování úhradové politiky, plánování kapacit či hodnocení efektivity konkrétních programů.**¹³⁴ Zároveň by mohlo pomoci zvýšit důvěru pacientů ve zdravotnický systém, pokud budou mít přístup k relevantním, srozumitelným a pravidelně aktualizovaným informacím. Významným přínosem je i snížení rizika systémových selhání – například včasná identifikace nedostupnosti některých služeb může zabránit eskalaci problémů, které by jinak vyžadovaly mnohem nákladnější zásahy.

2. Používání dat pro ekonomickou optimalizaci

V situaci rostoucího tlaku na udržitelnost českého zdravotnictví je nezbytné, aby se rozhodovací procesy na úrovni ministerstva, zdravotních

133 Digitalisation in Danish Healthcare. Healthcare Denmark ([Zdroj](#))

134 Benefits of EHRs. HealthIT ([Zdroj](#))

pojišťoven i poskytovatelů zdravotní péče opíraly o robustní a pravidelně aktualizovaná data. Ta by neměla sloužit pouze pro zpětné vyhodnocování efektivity, ale měly by se stát základem pro plánování, alokaci zdrojů a předcházení budoucím problémům v oblasti veřejného zdraví.

Prostoupení datově orientovaného přístupu do jednání ministerstva, pojišťoven a poskytovatelů znamená vytvoření strukturovaného procesu, ve kterém budou analýzy dostupných dat o jednotlivých výkonech sloužit jako základní podklad pro diskusi a rozhodování. Tento proces by měl být součástí protokolů z dohodovacího řízení (DŘ) a explicitně zohledněn v odůvodněních k úhradové vyhlášce. V praxi to znamená, že před stanovením hodnot bodu a regulací by mělo ministerstvo i pojišťovny reflektovat výsledky analýz, například počet a strukturu výkonů v regionech a odlišnosti v poskytované péči. To stejné by měla zvažovat Analytická komise DŘ nad rámec čistě finančních ukazatelů.¹³⁵ Diskuse nad reformou úhradové vyhlášky naštěstí běží a tento aspekt by neměla minout.¹³⁶ Důraz na datově podložené rozhodování by měl mít oporu v zákoně č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, který byl nedávno novelizován, ale tento aspekt byl prozatím pomínut.

Důraz na datovou evidenci povede ke zvýšení transparentnosti a lepší alokaci zdrojů v rámci interakcí jednotlivých aktérů zdravotního systému. To stejné by mělo činit MZ ve vztahu k formulaci strategických priorit – tak, jak např. přistoupilo k dokumentu *Strategické analýzy potřeb resortu zdravotnictví*.¹³⁷

3. Vytvoření silné politicky neutrální instituce pro sběr a analýzu dat

Pro systematický rozvoj datově orientovaného rozhodování v českém zdravotnictví je nezbytné vytvořit politicky nezávislou, finančně stabilní a odborně silnou instituci, která se bude systematicky věnovat sběru, analýze a interpretaci dat. Inspirací mohou být švédská agentura SBU, britská NICE, finská THL nebo německý IQWiG, které dlouhodobě poskytují vysoce kvalitní podklady pro úhradovou politiku, veřejné investice i vývoj zdravotních služeb.¹³⁸ Stejně tak by tato instituce mohla poskytovat analýzy dopadů sociálních a preventivních opatření na populaci ve spolupráci se SZÚ.

Tato instituce – ať už vznikne rozšířením ÚZIS nebo jako nový odborný orgán – by měla mít dostatečné a stabilní financování, které jí umožní působit nejen v oblasti hodnocení léčiv a zdravotnických prostředků, ale také v oblasti veřejného zdraví, prevence, organizace péče a dalších nelékových intervencí. Měla by být schopná spolupracovat s akademickými institucemi, veřejnou správou i patientskými organizacemi a poskytovat relevantní a srozumitelná doporučení napříč těmito oblastmi. Klíčovou bude schopnost poskytnout kompetitivní platové podmínky expertům, kteří vyžadují pokročilé vzdělání a o které má vysoký zájem také soukromý sektor v ČR a zahraničí. Její autorita ve společnosti by měla také přispět k tomu, že se tato doporučení odrazí v politické a klinické realitě.

Aby taková kapacita byla funkční a dlouhodobě udržitelná, musí být podpořena nejen legislativně, ale i finančně – s rozpočtem v řádech desítek či nižších stovek milionů korun ročně, s odborným týmem o dostatečném počtu výzkumníků, analytiků, zdravotnických odborníků a datových specialistů. Právě taková instituce může být oporou pro veřejné rozhodování založené na důkazech, chránit systém před politickými cykly a zajistit, že stovky miliard vložené do zdravotnictví jsou optimálně investovány ve prospěch zdraví české populace.

135 Dohodovací řízení 2025. ZPMVČR ([ZPMVČR](#))

136 Systém je neudržitelný, reformy nevyhnutelné. [...] Zdravotnický deník ([Zdroj](#))

137 Koncepce 2025. NZIP ([Zdroj](#))

138 Members. INAHTA ([Zdroj](#))

Závěr

Tato studie ukazuje, že současné výzvy českého zdravotnictví jsou čím dál tím větší a zasahují do všech jeho sektorů. Tlak na ekonomické a lidské zdroje v době technologické a demografické změny bude vyžadovat řešení na mnoha úrovních: od zvýšení kapacit některých oblastí (např. v primární a dlouhodobé či následné péči), tak transformaci jiných (akutní lůžková péče) a investic do inovací, technologií a kompetencí skrze digitalizaci a posílení role nelékařských pracovníků ve zdravotnictví. Klíčová bude rovněž práce s daty a jejich využití na všech úrovních zdravotnictví.

Představená doporučení byla vybrána s cílem poukázat na příležitosti zvýšení efektivity systému, který v současné době nevyužívá optimálně své lidské, finanční ani technologické zdroje. Vybraných 20 doporučení v šesti oblastech představuje komplexní systém kroků inspirovaných zahraničními zkušenostmi, která zároveň respektují specifika českého zdravotnického prostředí. Navržená opatření by neměla být implementována izolovaně: například posílení primární péče a rozvoj kapacit dlouhodobé a následné péče bude nutnou podmínkou pro efektivní transformaci akutní lůžkové sítě, jak se to podařilo například v Dánsku. Posílení kapacit a kompetencí v oblasti primární a dlouhodobé péče bude důležitou podmínkou pro optimalizaci akutní lůžkové sítě, která čerpá velký podíl zdrojů ve zdravotnictví a velmi nákladně nahrazuje nedostatečné kapacity v těchto dvou oblastech péče v ČR.

Realizace vybraných doporučení v dalších letech umožní nejen významně zlepšit ekonomickou udržitelnost českého zdravotnictví, ale také účinněji reagovat na technologickou a demografickou změnu a měnící se potřeby naší populace. Přínosem těchto změn by pak bylo posílení celého systému zdravotní péče, který dokáže lépe předcházet zdravotním potížím, zajistit včasnou a koordinovanou péči a optimálně využívat zdroje, se kterými pracuje.

Zvýšení efektivity je nejen možné, ale především nutné. Věříme, že představená řešení mohou přispět k pozitivnímu vývoji, nejen v oblasti zdravotního systému, ale zejména v oblasti kvality života všech obyvatel naší země.

Tým autorů



Více informací a další analýzy naleznete na www.efektivnizdravotnictvi.cz