MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

ZDRAVÍ2030

STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030

zdravi2030.mzcr.cz

USNESENÍ
VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY
ze dne 13. července 2020 č. 743

ke Strategickému rámci rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030

Vláda

I. schvaluje Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, obsažený v části III materiálu čj. 703/20;

II. ukládá

1. ministru zdravotnictví

a) zpracovat a vládě do 30. října 2020 předložit návrh Implementačních plánů,

b) informovat vládu každé dva roky o průběhu implementace Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, s tím že první zpráva bude předložena do 30. června 2023,

c) zpracovat a vládě do 31. prosince 2031 předložit závěrečnou zprávu o implementaci Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030;

2. členům vlády

a) spolupracovat na plnění cílů Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030,

b) zohledňovat Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 při zpracování rezortních strategických dokumentů;

III. doporučuje hejtmanům a primátorovi hlavního města Prahy

1. spolupracovat na plnění cílů Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030,

2. zohledňovat Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 při zpracování strategických dokumentů jednotlivých krajů a hlavního města Prahy.

Provedou:
členové vlády

Na vědomí:
hejtmani,
primátor hlavního města Prahy

Ing. Andrej Babiš, v. r.
předseda vlády

SOUHRN	
Název	STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030
Zadavatel	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Gestor tvorby strategického rámce	Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA, ministr zdravotnictví
Rok zpracování strategického rámce	2018–2019
Schvalovatel strategického rámce	vláda České republiky
Datum schválení	18. listopadu 2019
Forma schválení	usnesení vlády České republiky č. 817/2019
Poslední aktualizace	13. července 2020
Doba realizace	2021–2030
Odpovědnost za implementaci	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Kontext vzniku strategického rámce	Oblast zdravotní péče je nedílnou součástí základních strategických vládních dokumentů. Příprava Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále jen *„Strategický rámec Zdraví 2030“*) tak plynule navazuje na Strategický rámec Česká republika 2030 přijatý vládou ČR[1], která svým rozhodnutím také určila základní zastřešující cíl pro oblast zdravotnictví *„Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje“*. Strategický rámec Zdraví 2030 také vychází z dříve formulovaných strategických materiálů, jako jsou Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí s příslušnými akčními plány; Národní strategie elektronického zdravotnictví a Strategie reformy psychiatrické péče. V mezinárodním kontextu byla pro tvorbu Strategického rámce Zdraví 2030 výchozím dokumentem především Agenda 2030 pro udržitelný rozvoj, ze které vychází tzv. SDGs – cíle udržitelného rozvoje OSN. Pro oblast

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

	zdravotnictví je určující SDG 3 ***„Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku“***. Principy, oblasti, opatření a priority Strategického rámce Zdraví 2030 se během tvorby promítly i do souběžně připravované Strategie regionálního rozvoje ČR 2021+ i do Národní koncepce realizace politiky soudržnosti po roce 2020. Strategický rámec Zdraví 2030 byl dne 18. listopadu 2019 schválen vládou ČR. Avšak vzhledem k následnému vyhlášení pandemie COVID-19 a jejích dopadů se MZ rozhodlo aktualizovat své prioritní oblasti tak, aby byl kladen větší důraz na oblast ochrany a podpory veřejného zdraví. V této souvislosti byl upraven především původní specifický cíl 1.2 „Primární a sekundární prevence nemocí, zvyšování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví“ na „Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti“. Aktualizovány byly také jednotlivé dílčí cíle tohoto specifického cíle a jejich prioritizace. Pandemie COVID-19 ukázala, že je nezbytné se více zaměřit na podporu a ochranu veřejného zdraví a zajistit tak vytvoření funkčního systému schopného pružně reagovat na případné další hrozby pro veřejné zdraví, včetně těch s přeshraničním přesahem. Dalšími oblastmi, které byly pandemií ovlivněny, jsou především personální stabilizace resortu (2.2) a digitalizace zdravotnictví (2.3).
Stručný popis řešené problematiky a obsahu strategického rámce	Strategický rámec Zdraví 2030 je koncepčním materiálem s meziresortním přesahem, který udává směr rozvoje péče o zdraví občanů České republiky v příštím desetiletí. Strategický rámec Zdraví 2030 soustřeďuje specifické cíle Strategického rámce Česká republika 2030 do tří strategických cílů: 1) Ochrana a zlepšení zdraví obyvatel, 2) Optimalizace zdravotnického systému, 3) Podpora vědy a výzkumu. Tyto strategické cíle se pak člení na sedm specifických cílů, které kopírují investiční a neinvestiční priority MZ pro programové období politiky hospodářské, sociální a územní soudržnosti EU 2021+, a které budou realizovány prostřednictvím sedmi navazujících implementačních plánů. Strategický rámec Zdraví 2030 je rozčleněn do čtyř základních částí, přičemž první obecně a kontextově uvádí dokument, jeho vize a cíle, následuje analytická část zpracovaná s cílem popsat hlavní faktory určující stav a budoucí vývoj nemocnosti české populace, silná a slabá místa zdravotnického systému a hlavní závěry vyplývající z relevantních mezinárodních doporučení. Následuje návrhová část, která obecně vysvětluje návaznost Strategického rámce Zdraví 2030 a šesti implementačních plánů, část věnující se implementaci Strategického rámce Zdraví 2030, jeho monitoringu, evaluaci a indikátorům.

Obsah

Úvodní slovo ministra zdravotnictví 6
1. Úvod 7
1.1. Rámcová strategie České republiky pro oblast zdravotní péče 7
1.2. Mezinárodní kontext 13
1.2.1. Cíle udržitelného rozvoje 14
1.2.2. Evropská unie 16
2. Analytická část 20
2.1. Cíle analytické části a zdroje dat 20
2.1.1. Integrální ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva 21
2.1.2. Faktory determinující potřeby zdravotní péče v budoucnosti 25
2.2. Analytické zdůvodnění specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2030 27
2.2.1. Specifický cíl 1.1 – Reforma primární péče 27
2.2.2. Specifický cíl 1.2 – Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti ... 29
2.2.3. Specifický cíl 2.1 – Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví 36
2.2.4. Specifický cíl 2.2 – Personální stabilizace resortu zdravotnictví. Specifický cíl 2.3 – Digitalizace zdravotnictví. Specifický cíl 2.4 – Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví 41
2.2.5. Specifický cíl 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví 48
3. Návrhová část – specifické cíle 50
3.1. Reforma primární péče 52
3.2. Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti 57
3.3. Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví 64
3.4. Personální stabilizace resortu zdravotnictví 72
3.5. Digitalizace zdravotnictví 77
3.6. Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví 84
3.7. Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví 89
4. Implementace Strategického rámce Zdraví 2030 93
4.1. Monitoring, evaluace 93
4.2. Indikátory a klíčové předpoklady realizace 94
5. Závěr 98
6. Seznam zkratek 100

Úvodní slovo ministra zdravotnictví

Preambule:

Každý občan České republiky by měl mít možnost dosáhnout co nejvyššího stupně zdraví a během celého svého života by měl dostávat takovou zdravotní péči, jakou potřebuje. Měl by žít a pracovat v podmínkách, které upevňují a vážně neohrožují jeho zdraví. Právo podílet se na péči o své zdraví je výsadou i závazkem.

Současný systém péče o zdraví je charakterizován úspěšným rozvojem jednotlivých klinických oborů. Je však zřejmé, že narůstají problémy v oblasti zdrojů, činností i výsledků. Problémy jsou jen částečně zvládány prostřednictvím dílčích a krátkodobých opatření. Základem dobrého a hospodárného řízení by se měla stát dlouhodobě orientovaná a široce pojatá strategie péče o zdraví, v níž by byla specifikována činnost Ministerstva zdravotnictví ČR i aktivity ostatních úrovní poskytování zdravotní péče.

Předkládaný dokument je výrazem snahy posílit koncepční práci resortu a zvýšit tím účinnost, hospodárnost i trvalou udržitelnost systému péče o zdraví v kontextu demografického, ekonomického i sociálního vývoje. Má-li být péče o zdraví kvalitní, bezpečná a dlouhodobě udržitelná, je nezbytné usilovat o lepší dostupnost, kvalitu, vstřícnost a etický rozměr zdravotnických služeb. Zároveň je zapotřebí klást větší důraz na ochranu a udržení zdraví, posilovat účast občanů a jejich odpovědnost za vlastní zdraví a cíleně zlepšovat jejich zdravotní gramotnost.

Oblast zdravotní péče je nedílnou součástí základních strategických vládních dokumentů. Příprava Strategického rámce Zdraví 2030 tak plynule navazuje na Strategický rámec Česká republika 2030 přijatý vládou ČR a na program „Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“. Na základě analýzy zdravotního stavu obyvatel České republiky, dostupnosti i fungování českého zdravotnictví byly vytčeny základní prioritní oblasti resortu, na které je nutno soustředit pozornost v nadcházejícím období. Tyto priority budou předmětem dalšího rozpracování prostřednictvím jednotlivých implementačních plánů.

Takto pojatá strategie je výrazem odpovědnosti a starosti o budoucnost. Jde o respektování základních humánních hodnot, ke kterým zdraví lidí patří. Zdraví lidí nemohou zajistit samotní zdravotničtí pracovníci ani samotní občané. K jeho ochraně, udržení i zlepšení je žádoucí vyzvat všechny společenské struktury a využít všech sil a možností. Bez přípravy a realizace vhodné dlouhodobé strategie by bylo obtížné zajistit prosperitu společnosti, a dokonce by se některé ze současných problémů mohly stát příčinou závažných zdravotních, sociálních i ekonomických obtíží.

Je proto žádoucí, aby se ke strategii přihlásily další organizace, ústavy a instituce, státní správa a samospráva a široká veřejnost a podílely se jak na jejím obsahu, tak na všech jejích formách realizace.

1. Úvod

1.1. Rámcová strategie České republiky pro oblast zdravotní péče

WHO definuje zdraví jako *„stav plné tělesné a duševní a sociální pohody a nejenom nepřítomnost nemoci nebo vady“*. Jedná se o užitečnou definici, ale jde spíše o směřování a maximální možné přibližování se k tomuto cíli. Zdraví tak není cílem samo o sobě, ale je prostředkem k realizaci harmonického vývoje člověka.[2] Zdravotní potenciál každého člověka je nejvyšším stupněm zdraví, kterého může jednotlivec dosáhnout. Je určován také možností starat se o sebe a o druhé, uchovat si kontrolu nad svým životem. Společnost má vytvářet podmínky k tomu, aby lidé mohli potenciál zdraví uplatnit.[3]

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

Oblast zdravotní péče v České republice (dále jen *„ČR“*) je nedílnou součástí základních strategických materiálů a vládních dokumentů. Stejně jako je tomu u ostatních politik, i zdravotnictví je vázáno na mezinárodní dohody a dokumenty, které jsou blíže uvedeny v kapitole mezinárodní kontext. Jednotlivé cíle pro rozvoj oblasti zdravotnictví však vycházejí z podmínek a potřeb ČR a byly formulovány na základě konzultací s relevantními partnery a na základě rozsáhlé analytické studie, jež je přílohou Strategického rámce Zdraví 2030[4].

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

Kvalita života předpokládá investice do lidského potenciálu, který je základem rozvoje. Udržitelný rozvoj je takový, který naplňuje potřeby současných generací[5], aniž by ohrozil schopnost a možnost naplnit své potřeby i generacím budoucím. Udržitelný rozvoj zároveň předpokládá schopnost dlouhodobého rozhodování a zvažování různých dopadů zvoleného řešení. Takové jednání je otázkou dobrého vládnutí. Pro oblast zdravotní péče, která je v ČR zabezpečována prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění a regulována státem, je tedy potřeba dobrého vládnutí zvláště důležitá. Z tohoto důvodu je významná právě oblast strategického řízení, neboť nekoordinovaná opatření prováděná bez stanovení konkrétních cílů nemohou zajistit rozvoj a trvalou udržitelnost systému péče o zdraví. Strategický rámec Zdraví 2030 by měl navázat na Zdraví 2020 – Národní strategii ochrany a podpory zdraví

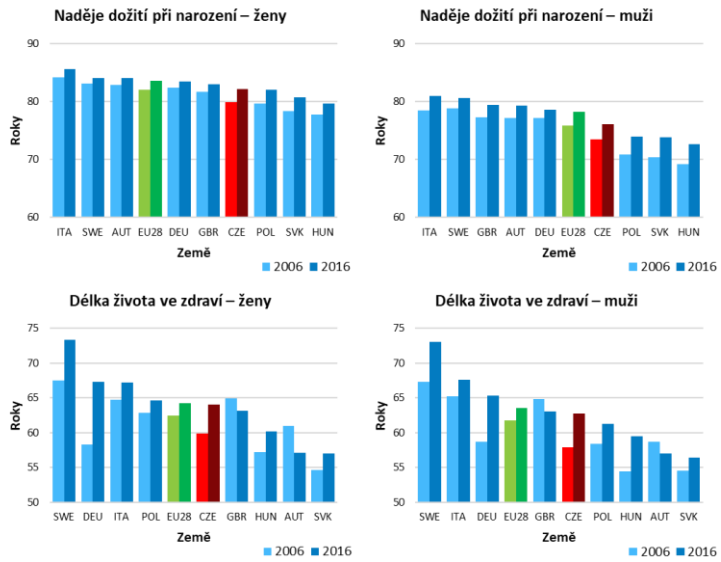
[2] WHO 1946, (Health for All, HFA).
[3] WHO, HFA 21.
4 Vzhledem ke svému rozsahu je analytická studie dostupná pouze online z www.zdravi2030.mzcr.cz
[5] Světová komise OSN pro životní prostředí a rozvoj, Naše společná budoucnost, 1987.

a prevence nemocí, což byl první souhrnný strategický dokument přijatý v resortu zdravotnictví. Strategický rámec Zdraví 2030 si klade za cíl využít zkušenosti z realizace Zdraví 2020 v podobě nastavení jednoduššího systému implementace.

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

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

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



ČR podobně jako další vyspělé země zaznamenává výrazné zvýšení střední délky života u mužů i žen. Z hlediska zdravotní péče je významným parametrem i délka života ve zdraví: v tomto parametru se ČR mezi roky 2006 a 2016 významně zlepšila. Pozitivem je fakt, že délka života ve zdraví v ČR předčí téměř všechny státy střední a východní Evropy. Nicméně stále jde o hodnoty nižší, než jaké jsou typické pro populace vyspělých zemí EU.

Pozitivní vývoj v naději dožití a v délce života ve zdraví je jednoznačně výsledkem zlepšující se zdravotní péče v ČR.

Graf č. 1: Naděje dožití a délka života ve zdraví: mezinárodní srovnání v trendu, Eurostat Health Database (2019)

Ambiciózní je tento cíl zejména proto, že zdravotní stav obyvatelstva je ve velké míře ovlivněn nejen samotným zdravotnictvím či v širším pojetí systémem péče o zdraví, ale i dalšími oblastmi – průmyslem, dopravou, zemědělstvím, životním prostředím či školstvím. Zdravotní výsledky jsou ovlivněny souborem faktorů, od dostupností a kvality péče až po životní podmínky či volbu životního stylu obyvatel. Dodnes platná tzv. Lalondova zpráva[6] udává podíl jednotlivých determinantů zdravotního stavu následujícím způsobem: faktory životního stylu – 50 %, genetické faktory – 20 %, faktory životního prostředí – 15 % a faktory odrážející fungování zdravotního systému – 15 %.

Na druhé straně se pak zdravotní stav obyvatelstva projevuje v míře zaměstnanosti či zatížení zdravotního a sociálního systému, a je tedy významným determinantem národní ekonomiky. Z tohoto důvodu musejí být meziresortní systémová opatření prováděna právě v rámci realizace Implementačního plánu ke Strategickému rámci Česká republika 2030[7].

„Nestačí zaměřit se na systém zdravotní péče, je třeba vytvořit podmínky pro zdravý život a stimulovat občany k volbě ve prospěch zdraví. Je nutné posílit nadresortní spolupráci klíčových hráčů, tedy zúčastněných stran z odvětví, jako je zdravotnictví, školství, sociální péče, územní plánování, doprava a výstavba. Je nutné si uvědomit, že zdraví je silně ovlivněno sociálně ekonomickými podmínkami života, které jsou dány úrovní vzdělání, sociálním postavením, pracovními podmínkami, příjmem, vlivem životního prostředí, individuálními preferencemi občanů apod.“[8]

Strategický rámec Zdraví 2030 si klade za cíl být základním resortním koncepčním materiálem s meziresortním přesahem a udávat směr rozvoje péče o zdraví obyvatel ČR pro příští desetiletí. Hlavní vizí Strategického rámce Zdraví 2030 je zajistit dostupnou zdravotní péči všem občanům ČR bez ohledu na jejich sociální a geografické prostředí a současně zajistit, aby občané sami více dbali o svůj zdravotní stav.

Tato vize a zároveň výzva pro český zdravotnický systém je významně ovlivněna řadou faktorů. Jedná se především o demografický vývoj, kdy bude česká populace stále více stárnout. To povede nejen k úbytku produktivní složky obyvatelstva, ale bude to také znamenat vyšší poptávku po zdravotních a sociálních službách a pečovatelství obecně (tzv. stříbrná ekonomika). Se stárnutím obyvatelstva je spojen předpokládaný nárůst veřejných výdajů na zdravotní péči, což v dlouhodobém horizontu představuje riziko pro veřejné rozpočty. Jakkoli je fiskální udržitelnost veřejných financí v krátkodobém horizontu dobrá, současný hospodářský růst přináší neocenitelnou příležitost k uskutečnění zásadních (strukturálních) reforem umožňujících připravit se na budoucí výzvy.

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

---

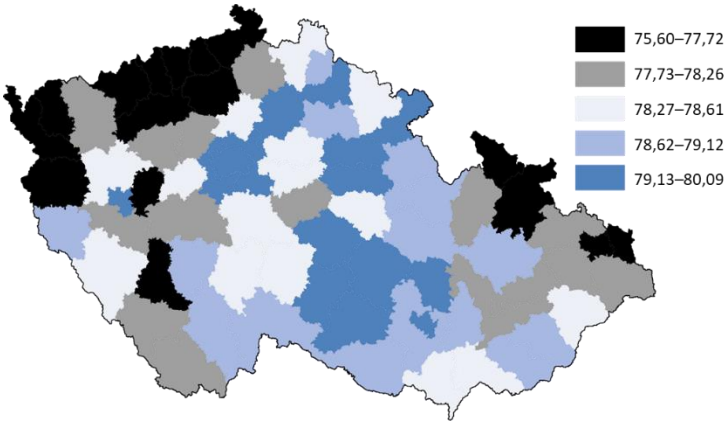
[6] Nový pohled na zdraví Kanaďanů, 1974.

[7] Usnesení vlády ČR č. 292/2017 ze dne 19. dubna 2017.

[8] Strategický rámec Česká republika 2030, Karta specifického cíle, SC 5.2 .

Zdravotnictví musí být zároveň připraveno flexibilně reagovat na nově se objevující hrozby, jako je například epidemie COVID-19 nebo obdobná infekční onemocnění s pandemickým potenciálem. Kromě vlastní odborné a kapacitní připravenosti zdravotnického systému je nezbytná i připravenost datová, kdy včasné získání informací o průběhu epidemie a aktuálně dostupných kapacitách se ukazuje jako klíčové pro zvládání situace a přijímání účinných opatření k jejímu řešení.

Výzvou je i snížení nerovností v oblasti zdraví. Ač zůstává příjmová nerovnost v ČR celkově na nízké úrovni[9], ve zdravotním stavu obyvatel ČR existují značné nerovnosti. Na zdraví obyvatel má výrazný vliv sociální prostředí a postavení, ve kterém se daný jedinec pohybuje. Znevýhodnění osob se během jejich života zpravidla nemění nebo se jejich zranitelnost ještě prohlubuje. Znevýhodněné postavení často vede z hlediska zdraví k rizikovému chování, jako je užívání tabáku, užívání alkoholu, špatné stravovací návyky, nedostatečná pohybová aktivita atd. Snižování vlivu sociálních determinantů zdraví, jakými jsou gender, sociální postavení, vzdělání, životní či pracovní prostředí, je důležitým faktorem pro snižování nerovnosti v oblasti zdravotního stavu různých skupin obyvatel. Sociální a ekonomická situace jednotlivých regionů se pak projevuje i ve značných regionálních disparitách, které mohou být ilustrovány např. rozdílem v délce života při narození mezi jednotlivými okresy.



V rámci 77 okresů České republiky se střední délka života významně liší. Rozdíly pravděpodobně odrážejí odlišnou kvalitu služeb, zdravotní stav obyvatelstva, úroveň zdravotní gramotnosti nebo prevalenci rizikových faktorů a chování.

Graf č. 2: Délka života při narození – okresy ČR podle dat OECD, OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018

Zároveň se ve zdravotnictví prosazuje pojetí, že nemocem by se mělo především v nejvyšší možné míře předcházet. Podpora zdraví během celého života, tedy pravidelný, dlouhodobý a systematický přístup k ochraně a podpoře zdraví má být základem zdravotní politiky ČR. Zdravotnictví by nemělo fungovat pouze jako záchytná síť pro již nemocné, mělo by také plnit funkci preventivní, a to například intenzivnějším využíváním preventivních prohlídek a screeningových vyšetření. Neméně důležitý je rozvoj tzv. zdravotní gramotnosti obyvatel, tedy znalostí a dovedností lidí, díky kterým dokážou jednat ve prospěch vlastního zdraví.

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

Nezanedbatelným aspektem prevence je také zdůrazňování odpovědnosti jedince za jeho zdravotní stav do míry, kterou může ovlivnit svým jednáním.

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

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

1. **Ochrana a zlepšení zdraví obyvatel**
   Zdravotní stav populace je významným ukazatelem kvality života v ČR. S ohledem na zkušenosti s řešením pandemie COVID-19 vzrůstá význam potřeby podpory a rozvoje systému epidemiologické bdělosti. Je třeba se zaměřit rovněž na zájem občanů o vlastní zdraví prostřednictvím aktivit ke zvyšování zdravotní gramotnosti, podporovat zdravý životní styl a prevenci nemocí. Součástí snahy o naplnění tohoto cíle bude také reforma stávajícího modelu primární péče, kdy by měla být posílena role praktických lékařů, což by mělo přispět k zvýšení dostupnosti zdravotní péče.

2. **Optimalizace zdravotnického systému**
   Nedostatečný rozvoj zdravotnického systému a jeho nepřizpůsobení se aktuálním trendům by mělo dopad nejen na zdraví občanů, ale i na celkové výdaje na zdravotnictví a ekonomiku. Cílem je tedy zvýšit účinnost, hospodárnost i trvalou udržitelnost systému, zejména pomocí stabilizace zdravotnického personálu a vyrovnání jeho lokálních a regionálních nedostatků, podpory integrace zdravotní a sociální péče s důrazem na pokračování reformy psychiatrické péče, kde je snaha o přesun těžiště péče do komunity a s důrazem podpory vzniku služeb dlouhodobé péče a služeb koordinované rehabilitace, podpory digitalizace zdravotnictví a optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví. Zdroje určené pro zdravotnictví by měly postupně dosáhnout na úroveň průměru vyspělých států[10].

3. **Podpora vědy a výzkumu**
   Věda a výzkum ve zdravotnictví značnou měrou přispívají ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel tím, že pomáhají objasnit vznik a příčinu mnohých onemocnění a přinášejí nové diagnostické a terapeutické metody a prostředky, které pomohou pacientům s diagnostikou, zvládáním či léčbou různých onemocnění. Hlavním cílem je zde zajistit srovnatelnou úroveň zdravotnického výzkumu, jako mají vyspělé státy EU, a zároveň šířením jeho výsledků pomoci k zajištění potřeb zdravotnictví v ČR. Priority v oblasti

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

vědy a výzkumu ve zdravotnictví vychází z priorit Národní politky výzkumu, vývoje a inovací České republiky 2021+ v gesci Rady vlády pro výzkum, vývoj a inovace.

1.2. Mezinárodní kontext

ČR je členem mnoha mezinárodních organizací, z nichž nejvýznamnější, z hlediska resortu zdravotnictví, je **Světová zdravotnická organizace** (World Health Organization, dále jen „*WHO*“). WHO je agenturou Organizace spojených národů (OSN), jejíž primární role spočívá v řízení a koordinaci mezinárodního zdraví.

Hlavní oblastí intervence WHO jsou zdravotní systémy, přenosná a nepřenosná onemocnění, surveillance, připravenost a odpověď na zdravotní hrozby. Česká republika se spolu s dalšími členskými státy Evropského regionu WHO, za podpory Regionální úřadovny WHO pro Evropu, Programu OSN pro životní prostředí (UNEP), Evropské hospodářské komise OSN (EHK OSN), EU a dalších mezivládních a nevládních organizací a agencií OSN, zavázala posílit a rozvíjet opatření ke zlepšení životního prostředí a zdraví prostřednictvím Deklarace šesté ministerské konference o životním prostředí a zdraví (tzv. Ostravská deklarace), která se konala ve dnech 13.–15. června 2017 v Ostravě, Česká republika.

Ostravská deklarace představuje hlavní politický dokument tzv. Evropského procesu životního prostředí a zdraví (EEHP) a definuje společnou evropskou politiku v klíčových oblastech ve vztahu životního prostředí a zdraví po roce 2020, a to v souladu s cíli Agendy 2030 OSN pro udržitelný rozvoj.

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

(1) zvýšení kvality vnitřního i venkovního ovzduší;

(2) přístup k bezpečné pitné vodě a sanitaci;

(3) minimalizace nepříznivých účinků chemických látek na lidské zdraví a životní prostředí;

(4) předcházení nepříznivým dopadům a jejich odstraňování při nakládání s odpady a zabezpečení kontaminovaných lokalit;

(5) posílení odolnosti vůči zdravotním rizikům souvisejícím se změnou klimatu a podpora opatření ke zmírnění změn klimatu v souladu s Pařížskou dohodou;

(6) podpora měst a regionů být zdravější, bezpečnější a udržitelnější;

(7) budování environmentálně udržitelných zdravotních systémů a snižování jejich dopadů na životní prostředí.

1.2.1. Cíle udržitelného rozvoje

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

V roce 2015 přijalo Valné shromáždění OSN na svém zasedání v New Yorku Agendu udržitelného rozvoje (dále jen *„Agenda 2030“*), která představuje nový globální program rozvoje do roku 2030 a obsahuje i finální podobu SDGs.

Jedná se o sedmnáct hlavních SDGs rozdělených na celkem 169 podcílů.

Obrázek č. 1: 17 SDGs pro udržitelný rozvoj[11]

Přijetím Agendy 2030 se ČR zavázala k monitorování naplňování jednotlivých podcílů. Oblasti zdravotnictví se týká **SDG 3: *„Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku“***, přičemž ne všechny uvedené podcíle jsou pro ČR relevantní. Hlavním gestorem tohoto cíle je MZ a spolugesce byla určena resortům MZe, MŽP, MŠMT, MZV, MV, ÚV, MPO. Z Agendy 2030 vychází Strategický rámec ČR 2030, který je součástí společného úsilí o udržitelný rozvoj Evropské unie (dále jen „EU“) a zároveň příspěvkem ČR k naplňování SDGs.

[11] https://www.osn.cz/osn/hlavni-temata/sdgs/.

Tyto globální cíle jsou společné, každý stát však s ohledem ke svým specifikům rozhoduje o tom, jaký konkrétní obsah mají mít a jakou konkrétní cestou jich lze dosáhnout.

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

Překryv SDGs a specifických cílů Strategického rámce ČR 2030[12]

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

Evropská politika pro zdraví a blahobyt Zdraví 2020 (EUR/RC62/R4)

Zdraví 2020 je rámec politiky přijatý v Evropském regionu WHO v roce 2012 v oblasti zdraví, který klade důraz na zlepšení zdraví a životní pohody obyvatel, snížení nerovností v oblasti zdraví a posílení role veřejného zdravotnictví. Cílem je vytvořit udržitelný zdravotní systém, založený na kvalitě, dostupnosti a principu rovnocenného postavení lidí jako partnerů při dosahování lepšího zdraví pro všechny. Hlavní motivací je snížení zátěže a prevence

[12] Z Implementace Agendy 2030 v České republice.

přenosných a nepřenosných onemocnění, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, rakovina, chronické obstrukční plicní nemoci a diabetes, které představují téměř 90 % úmrtí a 84 % nemocných v Evropě a zvyšují zátěž obyvatelstva, zdravotních systémů a pro celkový hospodářský rozvoj regionů. Nedílnou součást Zdraví 2020 pak tvoří zejména rozvoj zdravotní gramotnosti, která by měla být zohledněna ve všech opatřeních na podporu zdraví. Naplňováním Zdraví 2020 se zabývá *„Zpráva o zdraví“* (European Health Report), vydávaná každé tři roky Evropskou úřadovnou WHO.

Cestovní mapa pro implementaci Agendy pro udržitelný rozvoj 2030, založená na evropské politice pro zdraví a blahobyt Zdraví 2020 (EUR/RC67/9)

Tato cestovní mapa navrhuje pět vzájemně provázaných strategických směrů, a to podporu řízení a vedení v oblasti zdraví a blahobytu; neponechat nikoho stranou; prevenci nemocí a pozornost zaměřenou na zdravotní determinanty prostřednictvím podpory meziodvětvových politik v průběhu celého života; vytváření zdravých míst, prostředí a odolných komunit; posílení zdravotnických systémů pro všeobecné zdravotní pokrytí /všeobecný přístup ke zdravotní péči.

Cestovní mapa navrhuje také čtyři opatření na podporu implementace Agendy 2030, kterými jsou investice do zdraví, spolupráce více partnerů, zdravotní gramotnost, výzkum a inovace a monitoring a evaluace.

1.2.2. Evropská unie

Implementaci Agendy 2030 se věnuje i EU. Evropská komise se zavázala pomáhat členským státům v naplňování dílčích cílů agendy, včetně boje s nepřenosnými chorobami i zajišťováním kvalitní zdravotní péče.

V červnu 2017 vydala EU **Společné prohlášení Rady a zástupců vlád členských států zasedajících v Radě, Evropského parlamentu a Komise NOVÝ EVROPSKÝ KONSENSUS O ROZVOJI „NÁŠ SVĚT, NAŠE DŮSTOJNOST, NAŠE BUDOUCNOST“ (2017/C 210/01)**, jehož primárním účelem je poskytnout rámec pro společný přístup k rozvojové politice, který budou orgány EU a členské státy uplatňovat při plném respektování svých příslušných úloh a pravomocí.

V oblasti zdravotnictví dokument uvádí, že EU a její členské státy budou i nadále investovat do prevence a potírání přenosných nemocí, jako jsou HIV/AIDS, tuberkulóza, malárie a hepatitida, a pomohou zajistit přístup k cenově dostupným základním lékům a očkovacím látkám pro všechny. Budou podporovat výzkum a investice v oblasti nových zdravotnických technologií a jejich vývoj. Přijmou opatření k řešení celosvětových zdravotních hrozeb, jako jsou epidemie a rezistence vůči antimikrobiálním látkám, prostřednictvím přístupu zaměřeného na veřejné zdravotnictví[13].

[13] https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2017:210:FULL&from=EN, str. 7.

Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů: Další kroky k udržitelné evropské budoucnosti, Evropské úsilí v oblasti udržitelnosti (COM (2016)739)

V souvislosti s cílem SDG 3 *„Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku“* EU doplňuje opatření členských států prostřednictvím právních předpisů a dalších iniciativ zabývajících se veřejným zdravím, zdravotnickými systémy a zdravotními problémy souvisejícími se životním prostředím (včetně kvality ovzduší, chemických látek a odpadu). Komise bude pomáhat členským státům v naplňování dílčích cílů stanovených v rámci SDGs, zejména ve snižování úmrtnosti v důsledku chronických nemocí, zajišťování kvalitní zdravotní péče, posilování kapacity zaměřující se na prevenci a řízení globálních zdravotních hrozeb (včetně antimikrobiální rezistence), vymýcení HIV/AIDS a tuberkulózy (a omezení výskytu hepatitidy) a provádění Rámcové úmluvy Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku.

Budoucí směřování celé EU je na politické rovině nastíněno v dokumentu **Bílá kniha o budoucnosti Evropy**.

Ve svém **sdělení Účinné, dostupné a odolné systémy zdravotní péče z roku 2014** Evropská komise pojmenovala prioritní oblasti pro spolupráci, např. kvalita a integrace péče, hodnocení výkonnosti systémů zdravotní péče, hodnocení zdravotnických technologií (HTA), zdravotnické informační systémy či elektronické zdravotnictví. Prioritní oblast sekundární prevence je v členských státech navíc zaštítěna specifickým **doporučením Rady EU z roku 2003 o screeningu zhoubných nádorů**, které představuje komplexní doporučení Rady EU pro členské státy k **implementaci programů časného záchytu zhoubných nádorů**. Rada EU zejména doporučuje, aby členské státy nabízely screening nádorů **založený na vědeckých důkazech** prostřednictvím **systematického populačního přístupu zaručujícího kvalitu na všech příslušných úrovních**.

Komise vyzývá členské státy, aby při uskutečňování reforem zmíněných v těchto doporučeních využívaly evropské nástroje financování.

Sdělení Komise Účinné, dostupné a odolné systémy zdravotní péče (COM (2014)215)

Analýza růstu na rok 2013 přiznala, že *„v souvislosti s demografickými výzvami a tlakem na výdaje spojené se stárnutím obyvatelstva by se měly uskutečnit reformy systémů zdravotní péče s cílem dosáhnout nákladové efektivnosti a udržitelnosti a nastavit hodnocení výkonnosti těchto systémů z hlediska dvojího cíle, tj. účinnějšího využívání veřejných zdrojů a přístupu k vysoce kvalitní zdravotní péči“*. Schopnost členských států poskytovat vysoce kvalitní péči všem bude v budoucnu záviset na zvýšení odolnosti systémů zdravotní péče a na zlepšení jejich schopnosti vypořádat se s výzvami, kterým budou čelit. Systémy zdravotní péče přitom musejí zůstat nákladově efektivními a fiskálně udržitelnými. I když jde především o úkol pro členské státy, toto sdělení poukazuje na celou řadu iniciativ, jejichž prostřednictvím může EU podporovat tvůrce politik v členských státech.

Sdělení se věnuje především následujícím klíčovým oblastem:

- **Zvyšování efektivnosti systémů zdravotní péče**
    - Oblasti, ve kterých je příspěvek systémů zdravotní péče ke zlepšení zdraví nejviditelnější, s využitím ukazatelů dostupných pro celou EU, jako je perinatální a odvratitelná úmrtnost, přenosná onemocnění, incidence onemocnění preventabilních očkováním nebo screening rakoviny.

  - Podpora zvyšování efektivnosti systémů zdravotní péče prostřednictvím hodnocení výkonnosti systémů zdravotní péče (HSPA), kvality péče včetně bezpečnosti pacientů a integrace poskytování péče.
- **Zlepšování přístupnosti systémů zdravotní péče**
  - Přístup ke zdravotní péči je výsledkem vzájemného působení různých faktorů, jako jsou pokrytí zdravotním pojištěním, balíček péče (hloubka pokrytí), cenová dostupnost péče (spoluúčast, sdílení nákladů) nebo dostupnost péče (zdravotničtí pracovníci, vzdálenost, čekací lhůty). Cílem bude místní a časová dostupnost zdravotní péče obyvatelům s důrazem na rozvoj programů pro osoby vyloučené, osoby bez domova, osoby závislé a další vulnerabilní skupiny tak, aby byla k dispozici základní lékařská i stomatologická péče.
  - Podpora zvyšování dostupnosti zdravotní péče prostřednictvím optimálního provádění směrnice 2011/24[14] nákladově efektivního využívání léků či pohybu zdravotnických pracovníků v rámci EU.
- **Zvyšování odolnosti systémů zdravotní péče**
  - Faktory odolnosti jsou mechanismy stabilního financování, spolehlivé metody přizpůsobování se rizikům, řádná správa, informační toky v systému, řádná kalkulace nákladů na zdravotnické služby nebo zdravotničtí pracovníci s vhodnými schopnostmi a náležitými dovednostmi.
  - Podpora zvyšování odolnosti systémů zdravotní péče prostřednictvím hodnocení zdravotnických technologií (HTA), zdravotnického informačního systému či elektronického zdravotnictví (eHealth).

Kromě výše uvedených dokumentů jsou pro oblast zdravotnictví relevantní také dokumenty z oblasti **politiky soudržnosti**, která je hlavní investiční politikou EU a jejímž prostřednictvím má ČR možnost čerpat fondy EU.

Fondy EU jsou jedním z nástrojů sloužících k naplňování cílů EU a pomáhají snižovat rozdíly mezi členskými státy a regiony. Členské státy tak musejí správně identifikovat problémové oblasti zabraňující rychlejšímu socioekonomickému rozvoji a zároveň stanovit priority, do kterých pak budou soustředěny investice z evropských fondů.

Aby byla zajištěna co největší účinnost při využívání fondů EU na strategické oblasti, které zajistí žádoucí změnu a posun EU směrem k vyšší konkurenceschopnosti a kvalitě života jejich občanů, bylo v aktuálně schvalovaném tzv. **obecném nařízení** [15] pro využívání fondů EU v programovém období 2021–2027, určeno pět jasně stanovených cílů politiky:

- Inteligentnější Evropa – inovativní a inteligentní ekonomická transformace;
- Zelenější, nízkouhlíková Evropa;
- Propojenější Evropa – mobilita a regionální konektivita k sítím IKT;

[14] Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.
[15] Nařízení Evropského parlamentu a Rady o společných ustanoveních o Evropském fondu pro regionální rozvoj, Evropském sociálním fondu plus, Fondu soudržnosti a Evropském námořním a rybářském fondu a o finančních pravidlech pro tyto fondy a pro Azylový a migrační fond, Fond pro vnitřní bezpečnost a Nástroj pro správu hranic a víza.

- Sociálnější Evropa – provádění evropského pilíře sociálních práv;
- Evropa bližší občanům – trvale udržitelný a integrovaný rozvoj městských, venkovských a pobřežních oblastí prostřednictvím místních iniciativ.

Pro oblast zdravotnictví je relevantní zejména cíl Sociálnější Evropa – provádění evropského pilíře sociálních práv, v jehož rámci jsou definovány i příslušné oblasti intervence, které mohou být podporovány [16]. Evropská komise dále relevantnost podpory oblasti zdravotnictví demonstrovala i v rámci analýzy hospodářských výzev a politik pro každý členský stát EU, zprávy o členských státech (tzv. Country Report), která byla zveřejněna dne 27. února 2019. Ke zprávě je připojena Příloha D o možném využití fondů EU jakožto vstup EK do dialogu s členskými státy k politice soudržnosti po roce 2020.

[16]Podmínkou pro čerpání prostředků z fondů EU je naplnění tzv. základní podmínky podle čl. 11 a přílohy IV zmiňovaného připravovaného nařízení, která je pro oblast zdraví a zdravotnictví ve znění návrhu Evropské komise ze dne 29. 5. 2018 zatím definována takto:

„Je vypracován vnitrostátní nebo regionální strategický rámec politiky v oblasti zdraví, který obsahuje:

1.Mapování potřeb v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče, a to i pokud jde o zdravotnický personál, s cílem zajistit udržitelná a koordinovaná opatření,

2.Opatření k zajištění efektivnosti, udržitelnosti, přístupnosti a cenové dostupnosti zdravotní péče a služeb dlouhodobé péče, včetně zvláštního zaměření na osoby vyloučené ze systémů zdravotní a dlouhodobé péče,

3.Opatření na podporu komunitních služeb, včetně prevence a primární péče a služeb domácí péče a komunitní péče.“

2. Analytická část

2.1. Cíle analytické části a zdroje dat

Analytická část Strategického rámce Zdraví 2030 shrnuje hlavní nálezy analytických rozborů dostupných národních a mezinárodních zdrojů dat, zejména data demografických a zdravotních registrů a srovnávacích statistických šetření. Výsledky analýz jsou graficky a tabulkově zpracovány v analytické příloze Strategického rámce Zdraví 2030 (dále jen „*Analytická studie*“), která člení výstupy analýz do kapitol popisujících zdravotní stav obyvatel ČR, hlavní determinanty zdravotního stavu populace, nemocnost a predikce jejího pravděpodobného vývoje, strukturu a kapacity systému zdravotních služeb v ČR.

Analýza je zpracována s cílem popsat hlavní faktory určující stav a budoucí vývoj nemocnosti české populace, silná a slabá místa zdravotnického systému a hlavní závěry vyplývající z relevantních mezinárodních doporučení. Významná pozornost je věnována zdůvodnění specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2030, podloženému daty.

Pro Analytickou studii Strategického rámce Zdraví 2030 byly využity zejména datové zdroje Národního zdravotnického informačního systému (dále jen „*NZIS*“). NZIS je jednotný celostátní informační systém veřejné správy, v němž jsou shromažďovány a zpracovávány údaje ze základních registrů orgánů veřejné správy, ministerstev, od poskytovatelů zdravotních služeb, případně dalších osob předávajících údaje do NZIS[17].

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

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

Mezi nejvýznamnější zdroje mezinárodních dat patří evropská výběrová šetření:

- **Šetření EHIS** (European Health Interview Survey)

  Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS) je důležitou součástí zdravotnické statistiky v mezinárodním měřítku. Realizace tohoto šetření je pro země EU povinná, a to podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1338/2008 o statistice Společenství v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. První vlna šetření EHIS byla realizována podle jednotné metodiky na dobrovolné bázi v letech 2006–2009 a druhá vlna šetření EHIS v rozmezí let 2013–2015 ve všech zemích EU28.

[17] Postup a podmínky správy a přístup k těmto údajům jsou komplexně upraveny v § 70–78 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů a jeho prováděcími předpisy, zejména vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, resp. vyhláškou č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému (s účinností od 1. 1. 2017).

- **Šetření EHES** (European Health Examination Survey)

  Výběrové šetření zdravotního stavu evropské populace s lékařským vyšetřením je zaměřeno především na srdečně-cévní onemocnění. Sledování vybraných ukazatelů patří mezi indikátory navržené WHO pro splnění cíle snížit předčasnou intenzitu úmrtnosti na chronická onemocnění vhodnými preventivními aktivitami. Úkolem EHES je tak monitorovat situaci v populaci a poskytovat informace potřebné pro zlepšení zdravotního stavu, snížení nákladů na léčbu onemocnění a jejich komplikací a zvýšení produktivity populace v ekonomicky aktivním věku. Hlavním metodikem v provedení vyšetření s odběrem žilní krve je v rámci Evropy koordinační centrum pro realizaci EHES, Institut pro zdraví a sociální péči (THL) v Helsinkách. Šetření je realizováno v cca 15 zemích Evropy.

Další zdroje dat jsou citovány u příslušných analytických výstupů v přiložené Analytické studii.

2.1.1. Integrální ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva

Podle definice WHO (1948, tzv. biopsychosociální model) je *„zdraví stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody a nejenom nepřítomnost nemoci nebo vady“*. Definice ukazuje na komplexní aspekty zdraví, tedy stránku duševní, fyzickou i sociální. Z výše citované definice vychází i předložená koncepce analýz ukazatelů zdravotního stavu obyvatel, která zahrnuje nejen epidemiologické charakteristiky nemocí, ale kvantifikuje i vliv faktorů zdravého životního stylu a subjektivního vnímání zdravotního stavu občany. Zásadní význam však mají zejména tzv. integrální ukazatele zdravotního stavu, jako jsou např. střední doba života a doba života ve zdraví. Následující odstavce stručně shrnují vybrané závěry těchto analýz, ze kterých vyplývá pro českou populaci i zdravotní systém řada pozitiv, zejména srovnáme-li vývoj v posledních deseti a více letech. Na druhou stranu řada ukazatelů stále nedosahuje úrovně vyspělých zemí Evropy a předložený Strategický rámec Zdraví 2030 tak cílí na jejich další zlepšování:

- **Střední délka života podle roku narození** v české populaci dlouhodobě narůstá. Nicméně stále jsou hodnoty zjištěné u českých žen i mužů nižší než průměr zemí EU. V roce 2017 byla střední délka života při narození u žen 82,0 let, což je o 1,8 let více než v roce 2007, ale o 1,5 méně, než byl průměr EU v roce 2017. U mužů byla v roce 2017 střední délka života při narození 76,1 let, což je o 2,3 let více než v roce 2007, ale o 2,2 méně, než byl průměr mužů EU v roce 2017.
- Z hlediska zdravotní péče je významným parametrem **délka života ve zdraví**, v tomto parametru se ČR mezi roky 2006 a 2016 významně zlepšila. Pozitivem je fakt, že délka života ve zdraví české populace předčí téměř všechny státy střední a východní Evropy. Nicméně stále jde o hodnoty nižší, než jaké jsou typické pro populace vyspělých zemí EU. Pozitivní vývoj v naději dožití a v délce života ve zdraví je jednoznačně výsledkem zlepšující se zdravotní péče v ČR.
- **Celková mortalita** vykazuje v období 2010–2017 mírně rostoucí trend, který je do značné míry dán stárnutím populace. Celkem 62 % všech úmrtí v ČR jsou úmrtí dlouhodobě nemocných pacientů bez akutní příčiny. Tento podíl představuje 66,6 tisíc pacientů ročně, kteří potenciálně mohou potřebovat dlouhodobou nebo paliativní

péči. Většina zásadních a mezinárodně sledovaných parametrů mortality vykazuje v ČR v čase se zlepšující hodnoty.

- **Předčasná úmrtí.** Podle metodiky EUROSTAT lze některá úmrtí považovat za předčasná či preventabilní (např. úmrtí na *diabetes mellitus* do věku 49 let je podle této metodiky označeno jako předčasné). V souladu s touto metodikou můžeme pro ČR v letech 2007–2017 definovat 25,9 % všech úmrtí jako předčasná. Míra předčasné úmrtnosti není v ČR sice tak vysoká jako například v Litvě, Maďarsku nebo Lotyšsku, ale stále se nachází výrazně nad průměrem EU a nemůže se srovnávat se státy západní Evropy. Ačkoli hlavním faktorem zvyšujícím nemocnost populace je demografické stárnutí, velký podíl zde má i špatný životní styl a silný vliv rizikových faktorů, jako je konzumace alkoholu, užívání tabáku, nesprávné stravovací návyky apod. ČR má míru úmrtí na preventabilní onemocnění zřetelně vyšší (285 na 100 000 obyvatel), než je průměr EU28 (216 na 100 000 obyvatel).
- Zejména v poslední dekádě lze pozorovat **mírný trend poklesu předčasných úmrtí**. Shodně klesá jejich podíl na mortalitě mužů i žen. Největší podíl předčasných úmrtí tvoří v ČR ischemická choroba srdeční (7 % z celkového počtu zemřelých), následovaná zhoubnými novotvary plic (3,7 %) a úrazy (2,7 %). U mužů je podíl předčasných úmrtí 31,9 % z celkového počtu zemřelých, u žen pouze 16,7 %. Výrazná dysbalance mezi muži a ženami v podílu preventabilních úmrtí bude z velké části zapříčiněna životním stylem, a je tedy do značné míry ovlivnitelná zvyšováním zdravotní gramotnosti a efektivními programy prevence.

Subjektivní vnímání zdravotního stavu. Česká populace subjektivně vnímá svůj zdravotní stav jako dobrý až velmi dobrý v relativně vysokém procentu, tj. z více než 60 %. Ačkoli jde o vysoký podíl populace, stále je to hodnota mírně podprůměrná ve srovnání s vyspělými zeměmi EU. Pozitivní hodnocení vlastního zdravotního stavu prudce klesá s věkem a u osob starších než 65 let již dosahuje pouze 24 %.

Mezi zásadní ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva bezpochyby patří **indikátory reprodukčního zdraví populace**. Prenatální péče o těhotné ženy je v ČR dlouhodobě na vysoké úrovni. Dokládá to například časování prvních návštěv v souvislosti s těhotenstvím u praktického lékaře – gynekologa. Více než 80 % žen absolvuje první prohlídku již mezi 1.–12. týdnem těhotenství. Z dalších ukazatelů tohoto segmentu populačního zdraví lze vybrat následující:

- Hodnoty **kojenecké úmrtnosti**, tedy počet zemřelých do jednoho roku věku na 1000 živě narozených, vykazuje ČR ve srovnání s evropskými zeměmi jedny z nejnižších. Od roku 1985 je hodnota kojenecké úmrtnosti v ČR nižší než průměrná hodnota v EU.
- **Porodní hmotnost** je jedním ze základních ukazatelů viability narozeného a do značné míry determinuje jeho poporodní adaptaci. Podíl dětí s nízkou porodní hmotností do 2500 g („*nedonošenost*“) v posledních letech mírně klesá, přesto však zůstává nad 7 % narozených. Rizikové porody, tedy porody dětí s nízkou porodní hmotností, jsou v ČR vysoce centralizovány do perinatologických a intermediárních center. Je to velmi pozitivní jev, který se významně podílí na kvalitě péče o tyto děti.

ČR zároveň předstihuje ekonomiky střední a východní Evropy, pokud jde o **celkové výsledky zdravotní péče**, jako je například míra přežívání po hospitalizaci z důvodu ischemické cévní

mozkové příhody. Již sama celková hospitalizační mortalita je v ČR relativně nízká a nepřesahuje hranici 3 %. V čase jde o hodnotu neměnnou, kolísající mezi 2,7–2,9 %. Zlepšující se výsledky zdravotní péče v ČR nejlépe dokládají mezinárodní srovnávací studie kvantifikující přežití dosahované u onkologických pacientů. Studie EUROCARE-5, publikovaná v roce 2014, přinesla pozitivní zprávy pro českou onkologii. Úspěšnost léčby pacientů se zhoubnými nádory se obecně zvyšuje a u většiny diagnóz se hodnoty pětiletého relativního přežití blíží evropskému průměru nebo jsou těsně pod ním. Zároveň jsou výrazně nad hodnotami dosahovanými v ostatních státech bývalého východního bloku. Významné pozitivní trendy jsou zaznamenány zejména u pacientů diagnostikovaných se zhoubným novotvarem prostaty, ledviny a u pacientů se zhoubným nádorem tlustého střeva a konečníku, dále pak u pacientek se zhoubným novotvarem prsu, u pacientů se zhoubným melanomem kůže a zhoubným nádorem štítné žlázy.

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

- Nejvyšší střední délka života při narození u mužů i žen byla za roky 2016–2017 zjištěna v hlavním městě Praze (muži 78,1 let, ženy 82,7 let). Naopak nejnižší střední délkou života při narození se vyznačoval v případě mužů i žen Ústecký kraj (muži 74,1 let, ženy 79,8 let). Rozdíl mezi krajem s nejvyšší a nejnižší střední délkou života činí čtyři roky v případě mužů a téměř tři roky v případě žen.
- Zjištěné rozdíly mezi regiony ČR jsou podstatné a statisticky významné. Hodnoty střední délky života tak mohou ukazovat na problémy životního stylu, nedostatečnou prevenci vážných chorob a také na rozdílnou dostupnost zdravotní péče v některých regionech. Jde o faktor hodný zřetele při formování zdravotních politik a strategií v jednotlivých regionech.

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

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

výsledcích ze sociodemografických charakteristik, politiky zaměřené na zvyšování zdravotní gramotnosti ohrožených skupin obyvatel mohou vést k vyrovnanějším výsledkům[18].

V rámci 77 okresů ČR se střední délka života významně liší. Geografické pokrytí poskytovatelů zdravotních služeb je rozloženo rovnoměrně. Rozdíly ve výsledcích v oblasti zdraví proto pravděpodobně odrážejí odlišnou kvalitu služeb, zdravotní stav obyvatelstva, nižší zdravotní gramotnost nebo prevalenci rizikových faktorů chování. Z těchto důvodů má velký význam meziresortní zaměření řady specifických cílů předloženého Strategického rámce Zdraví 2030, zejména pak integrace zdravotního, zdravotně-sociálního a sociálního sektoru služeb.

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

- Z analýzy trendových změn 2010–2016 je zřejmý odlišný vývoj v počtu obyvatel v jednotlivých částech ČR. Oblast Slezska klesá v počtu obyvatel (v roce 2016 je velikost populace nižší než v roce 2010), stejný vývoj je zaznamenán i v krajích Čech, s výjimkou Středočeského kraje a hlavního města Prahy. Rovněž oblast Moravy vykazuje růst v počtu obyvatel.
- Migrace obyvatel v ČR mezi rokem 2016 a 2010 má kladné saldo především v okolí velkých měst, i když vývoj není ve všech krajích stejný. Při porovnání krajských měst je zaznamenán především nárůst v počtu obyvatel v Praze a jejím okolí, Brně, Liberci, Plzni a Olomouci. Záporné saldo v počtu obyvatel mají města Zlín, Pardubice, Jihlava, České Budějovice, Hradec Králové, Karlovy Vary, Ústí nad Labem a Ostrava. Lze očekávat, že bez intervencí státu k udržení obyvatel v menších městech může docházet k přetlaku na zdravotní služby v některých krajských městech, kde je saldo migrace kladné. To se týká především Prahy, kde jsou z velké části využívány zdravotní služby i obyvateli Středočeského kraje a dalších regionů. V důsledku meziregionální migrace je podíl vysokoškolsky vzdělaných lidí v krajích ČR velmi nerovnoměrně rozložený, což může nepřímo negativně ovlivňovat i dostupnost zdravotní péče (problémy s dostupnou kapacitou lékařů v krajích s nízkým podílem vysokoškoláků).
- Střední délka života v okresech ČR významně negativně koreluje s mírou registrované nezaměstnanosti a podílem obyvatelstva s pouze základním vzděláním. Výsledky dosud provedených analýz tak ukazují na význam preventivních programů a programů zvyšování zdravotní gramotnosti zejména v sociálně slabších skupinách obyvatel.

[18] OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018.

2.1.2. Faktory determinující potřeby zdravotní péče v budoucnosti

Tato kapitola stručně shrnuje hlavní faktory přímo či nepřímo determinující zdravotní stav české populace a určující budoucí vývoj potřeb. Detailní informace týkající se vybraných faktorů jsou ve vazbě na plánovaná opatření popsány v částech věnovaných jednotlivým specifickým cílům Strategického rámce Zdraví 2030.

Jednoznačně nejvýznamnějším faktorem je **stárnutí české populace**. Struktura populace s vysokým podílem starších obyvatel jak u mužů, tak i u žen je významným faktorem určujícím budoucí vývoj českého zdravotnictví a očekávatelné potřeby zdravotních a sociálních služeb. Průměrný věk populace českých mužů je 40,8 let, u žen 43,6 let. Podíl osob nad šedesát let věku je přibližně 25 %. Demografické predikce ukazují, že v následujících třiceti letech dojde k významnému nárůstu podílu obyvatel starších než šedesát let a obyvatel starších než 65 let. S tímto vývojem bude nevyhnutelně spojena vyšší nemocnost typická pro populaci seniorů. Populační modely v souvislosti s tím ukazují na očekávatelný nárůst počtu pacientů se zhoubnými nádory, nemocemi oběhové, svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně a s diabetem. Podstatný bude rovněž růst počtu nemocných seniorů s neurodegenerativními onemocněními (demence, Alzheimerova choroba apod.). Tato podstatná část populace bude potřebovat dlouhodobou a téměř celodenní zdravotně-sociální péči. Budoucí demografický vývoj české populace tak bude výzvou i pro segment paliativní medicíny a obecně i pro segment zdravotně sociálních služeb v závěru života.

- Index stáří vyjadřuje počet seniorů ve věku 65+ na 100 dětí ve věku 0–14 let. Ve stárnoucí české populaci hodnota indexu stáří dlouhodobě významně narůstá, a to i přesto, že po roce 2007 se mírně zvyšuje podíl osob ve věku 0–14 let. Nicméně podíl seniorů starších než 65 let roste konzistentně a významněji než podíl dětí. Rovněž dlouhodobé predikce dokládají další pokračování stárnutí populace ČR.

Relativní struktura obyvatelstva ČR viditelně ukazuje tři zásadní věkové třídy, jejichž další posun v čase bude mít významný dopad na zdravotnický systém. Jde o velmi četnou třídu obyvatel ve věku 40–50 let a zejména ve věku 30–40 let. Tyto populační kategorie zestárnou do věku šedesáti let a více v následujících patnácti, resp. 20–25 letech, a nevyhnutelně významně znásobí potřebu zdravotně sociálních služeb. Velmi podstatný je propad počtu obyvatel ve věku 10–25 let, který společně s odkládáním věku matky při prvním dítěti vytváří demografické riziko nedostatku osob v produktivním věku v následujících 15–30 letech.

Tlak na změnu struktury nabízených zdravotních a sociálních služeb dále zesílí **predikované prodlužování střední délky života**. Podle střední varianty demografické projekce ČSÚ se střední délka života při narození bude zvyšovat a v roce 2050 by měla dosahovat hodnoty 82,1 let pro muže a 86,7 let pro ženy. Tento pozitivní vývoj musí být podpořen zvyšováním zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za své zdraví. Je nezbytné se střední délkou života prodlužovat i dobu života ve zdraví. Delší střední doba života s sebou ovšem přinese i nový rozměr zdravotních problémů stárnoucí populace.

Jako příklad lze uvést významný epidemiologický trend, který bude v budoucnosti podstatně zvyšovat onkologickou zátěž populace, a sice výskyt vícečetných malignit u onkologických pacientů. Významně se zlepšující výsledky protinádorové léčby vedou k signifikantně delšímu přežití onkologických pacientů a tito tak s rostoucí pravděpodobností onemocní dalšími primárními nádory. Tato sekundární incidence nádorů již v současnosti tvoří téměř 18 %

celkové incidence zhoubných novotvarů. Rostoucí incidence následných zhoubných novotvarů u pacientů již léčených pro nádorové onemocnění se týká všech nádorových skupin. Velmi podstatné zjištění je, že významně vysoký podíl následných malignit u onkologických pacientů je stále zjišťován v pokročilých stadiích, a to při dostatečném čase na jejich včasný záchyt. Tato situace je výzvou ke změnám v organizaci onkologické péče a k posílení screeningu u onkologických pacientů.

Dopad stárnutí již dnes představuje výzvu pro **kapacitu poskytování dlouhodobé i následné péče**. Poptávka po dlouhodobé péči se v ČR v posledních letech zvýšila. Současná organizace a financování dlouhodobé péče není připravena takové zvýšení poptávky absorbovat.

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

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

Je zapotřebí podporovat rozvoj pečovatelských zařízení a harmonizovat politiku úhrad zdravotní péče poskytované v nemocnicích a jiných zařízeních. Krajské úřady je vhodné motivovat k zajištění dostatečného počtu institucí dlouhodobé péče na jejich území, a to s přihlédnutím k budoucímu vývoji. Rozvoj komplexní domácí péče nabízí alternativu k hospitalizaci. Domácí péčí je ošetřovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Jedná se o zdravotní službu poskytovanou všeobecnými sestrami na základě indikace lékaře a hrazenou zdravotními pojišťovnami. Rozvoj komplexní domácí péče by měl být upřednostňován jako alternativa k dlouhé hospitalizaci. Úroveň příspěvku na sociální péči by měla zohledňovat potřebnost, aby se zajistilo, aby jedinci mající zájem nastoupit do zařízení sociální péče, si toto mohli dovolit. Za účelem omezení nadměrného nárůstu nákladů zařízení sociální péče lze s těmito zařízeními nastavit smluvní politiku ohledně stanovení cen.

2.2. Analytické zdůvodnění specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2030

Specifické cíle Strategického rámce Zdraví 2030 byly nastaveny s ohledem na aktuální potřeby a slabá místa systému poskytování zdravotních služeb v ČR. Hlavní cíle a s nimi související aktivity vycházejí z provedeného auditu dostupných datových zdrojů českého zdravotnictví a z mezinárodních komparací, které jasně ukázaly rezervy v organizaci, dostupnosti i výkonnosti sítě poskytovatelů. Objektivní závěry analytických rozborů se však netýkají pouze organizace péče, ale jsou také výzvou pro změnu postoje české populace v odpovědnosti za vlastní zdraví a silným podnětem k posilování zdravotní gramotnosti. Tato kapitola shrnuje hlavní závěry analytických rozborů dat ve formě zdůvodnění potřebnosti a významu nastavených cílů Strategického rámce Zdraví 2030.

2.2.1. Specifický cíl 1.1 – Reforma primární péče

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

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

Analýzy provedené nad segmentem poskytovatelů ambulantních služeb v letech 2016–2018 vedly k následujícím hlavním závěrům:

- V ČR existuje dlouhodobá nevyváženost kapacit různých typů poskytovatelů v segmentu ambulantní péče, a to v neprospěch kapacit praktických lékařů. Významně vysoký podíl ambulantních specialistů vs. nízká a klesající kapacita praktických lékařů jsou opakovaně zmiňovány jako kritické místo českého zdravotnictví ve srovnávacích analýzách OECD, EUROSTAT i WHO.
- Rozdíly v dostupné kapacitě ambulantních specialistů a praktických lékařů se významně liší mezi regiony ČR; velmi vysoký podíl ambulantních specialistů je patrný ve velkých městech, zejména pak v Praze a v Brně. Velkým problémem je malá a v čase klesající dostupnost praktických lékařů v menších sídlech (<2000 obyvatel) a v méně atraktivních oblastech republiky. Hustota lékařů na 1000 obyvatel činí 5,7 v městských oblastech a 4,2 ve venkovských oblastech, kde navíc často dochází k ukončování činnosti praktických lékařů především v malých sídlech.

Významnou nevyváženost kapacit a poskytovaných služeb mezi praktickými lékaři a ambulantními specialisty kvantifikovala také plošná analýza návštěv (počtu kontaktů) pacientů:

- Počet dokladů ambulantních návštěv pro ambulantní specialisty v čase narůstal do roku 2015, kdy se ustálil na hodnotě cca 63 mil. ročně. Průměrný roční počet těchto návštěv, které připadají na jednoho pacienta je přibližně 7,5, což je hodnota v mezinárodním srovnání vysoce nadprůměrná. Služby ambulantních specialistů jsou v ČR evidentně nadprůměrně konzumovány a do značné míry nahrazují úlohu primární péče, a tedy praktických lékařů.
- Ačkoli průměrný počet návštěv pacientů u praktických lékařů pro dospělé v čase narostl (z hodnoty 2,4 v roce 2010 na 3,1 v roce 2017, přičemž skoková změna nastala v roce 2014 po zrušení regulačních poplatků), tak stále nedosahuje ani poloviny počtu návštěv u ambulantních specialistů. Z tohoto srovnání je patrné, že klíčová role registrujícího praktického lékaře není v českém zdravotnictví dostatečně naplněna.

Situaci komplikuje celkový demografický vývoj populace českých lékařů, kteří velmi rychle demograficky stárnou. Ve věku nad šedesát let je téměř více než 28 % lékařů. Nejzávažněji se tato situace projevuje zejména v segmentu praktických lékařů. Již v období 2015–2017 je možné pozorovat začínající trend úbytku aktivních ordinací praktických lékařů pro dospělé z důvodu jejich odchodu do důchodu. Roční úbytek činí v průměru 0,5 až 1,5 % (kalkulováno na počet míst poskytování služeb). Ještě závažnější je situace v segmentu praktických lékařů pro děti a dorost, jejichž průměrný věk dosáhl hodnoty šedesáti let. I zde dostupná data dokládají trend úbytku aktivních ordinací praktických lékařů z důvodu jejich odchodu do důchodu. Roční úbytek činí v průměru 1,7 až 3,3 %. Věk lékařů, kteří v roce 2017 ukončili ambulantní praxi, je relativně vysoký (v mediánu 61–63 let) a ukončené praxe jsou typicky dlouhotrvající (36–37 let).

Potřebu reformy primární péče dokládají i dostupná mezinárodní srovnání. Mezi lety 2000 a 2015 se podíl lékařů starších 55 let zvýšil z 20 % na 37 % a patří tak k nejvyšším v OECD. Struktura lékařů poskytujících základní a speciální primární péči je nevyvážená i v mezinárodním srovnání, neboť všeobecných lékařů je podstatně méně než specialistů. Podle mezinárodně dostupných dat je v ČR pouze 19 % všeobecných praktických lékařů, zatímco průměr zemí OECD činí 30 %. Počet praktických lékařů je tedy v ČR z mezinárodního hlediska podprůměrný. Rovněž je patrné, že obdobný problém v tomto segmentu péče řeší například i Německo, které reportuje do mezinárodních statistik rostoucí problémy s kapacitou praktických lékařů v důsledku jejich stárnutí. Bez účinných preventivních opatření zvyšujících atraktivitu práce praktického lékaře tak hrozí rostoucí odchody mladých absolventů do zahraničí.

Lékaři v primární péči plní i důležitou preventivní roli, důraz na prevenci v ordinaci praktického lékaře by měl být zvyšován, neboť s sebou nese velký pozitivní potenciál pro zdraví obyvatel, rovněž s nezanedbatelným efektem pro zdravotní gramotnost. V letech 2016/2017 byla preventivní prohlídka u dětí zaznamenána ve více než 95 % případů, avšak po dosažení dospělosti dochází k prudkému poklesu a u dospělé populace je zaznamenána preventivní prohlídka pouze v 50–60 % případů. Celkem tak preventivní prohlídku u praktického lékaře pro dospělé absolvovalo v letech 2016/2017 pouze 63 % populace ČR. Pokrytí cílové populace dospělých preventivními prohlídkami u praktických lékařů se významně liší mezi regiony ČR,

rozsah činí 57–70 %. Nicméně ve srovnání se situací v letech 2011/2012 lze u dospělé populace v závislosti na věku pozorovat zlepšení o 5–10 % (v období 2011/2012 absolvovalo preventivní prohlídku pouze 59 % cílové populace ČR).

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

	Sídlo zdravotnického zařízení						
Kraj bydliště	Praha 1	Praha 2	Praha 4	Praha 5	Praha 6	Praha 8	Praha 10
Hlavní město Praha – kraj	9116	4592	29	16271	4557	13589	2363
Středočeský kraj	3856	1472	9	6618	1018	5944	341
Jihočeský kraj	254	52	3	215	115	149	54
Plzeňský kraj	172	40		156	48	84	24
Karlovarský kraj	162	28		130	47	73	26
Ústecký kraj	653	115	2	471	170	383	81
Liberecký kraj	264	50		150	73	114	31
Královéhradecký kraj	265	83		180	85	170	64
Pardubický kraj	147	41		112	43	95	43
Vysočina	189	32	1	123	42	88	36
Jihomoravský kraj	206	43		165	66	122	40
Olomoucký kraj	161	27		109	51	92	39
Zlínský kraj	162	34	1	118	52	68	40
Moravskoslezský kraj	346	57		269	85	196	75
Neuvedeno	575	210		925	190	325	104

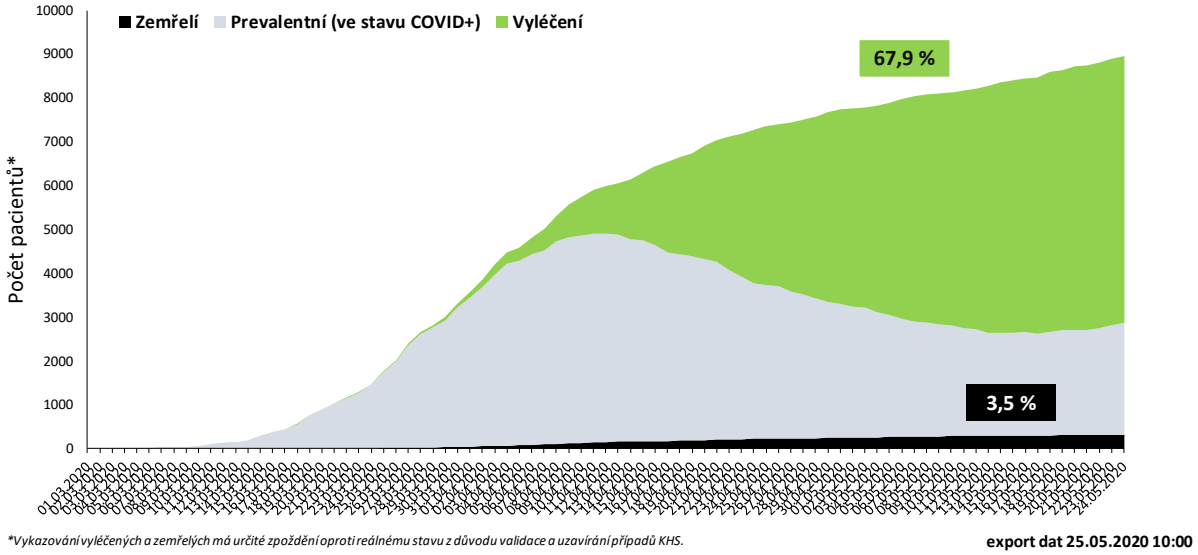
Tabulka 1: Bydliště pacientů pražské LPS – ukázka analýzy z dat NRHZS

Zdroj dat: NRHZS 2018, Pacienti LPS jsou identifikováni pomocí vykázané odbornosti 003 - lékařská pohotovostní služba a 019 - stomatologická pohotovostní služba a/nebo typu dokladu 05 Vyúčtování výkonů nepravidelné péče

2.2.2. Specifický cíl 1.2 – Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti

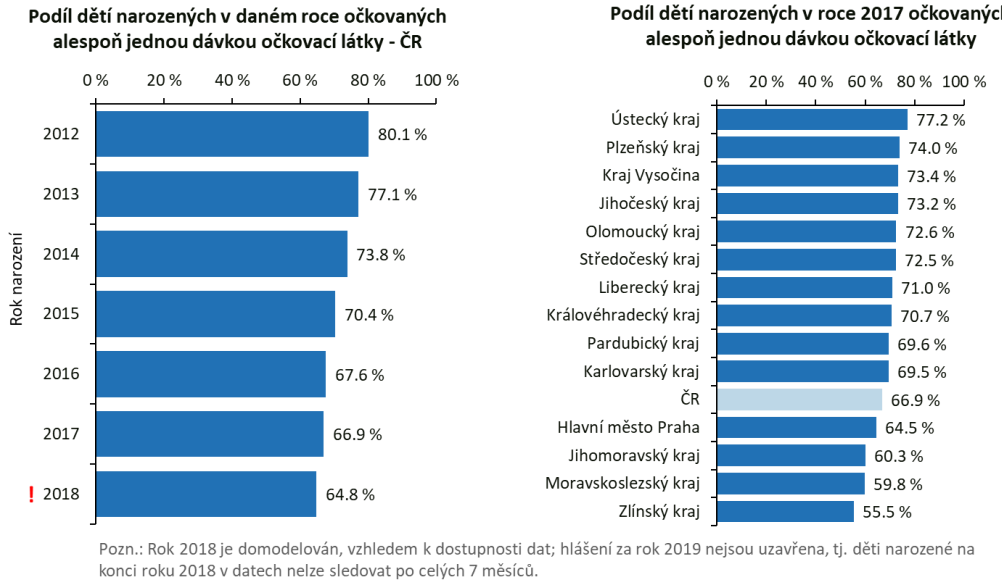
Význam tohoto specifického cíle vyplývá z dostupných mezinárodních srovnání a národních statistických šetření, a zvyhodnocení epidemiologické situace v souvislosti s pandemií COVID-19 a jejími dopady v ČR a ve světě.

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



Graf č. 6: Epidemiologie COVID-19 na základě dat v systému ISIN k 24. 5. 2020

Je zřejmé, že vedle nových nepředvídatelných hrozeb mají na zdravotní stav obyvatelstva výrazný vliv i další níže zmíněné rizikové faktory a vzorce chování. V populaci ČR přibývá osob, které se nacházejí v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu (v důsledku chronických a nevyléčitelných chorob, stárnutí, stále relativně krátké době života ve zdraví). Ačkoli hlavním faktorem zvyšujícím nemocnost populace je demografické stárnutí, velký podíl zde má i špatný životní styl a silný vliv rizikových faktorů, jako je konzumace alkoholu, užívání tabáku, nesprávné stravovací návyky apod. ČR má míru úmrtí na preventabilní onemocnění zřetelně vyšší (285 na 100 000 obyvatel), než je průměr EU28 (216 na 100 000 obyvatel).



Graf č. 3: Podíl dětí narozených v daném roce a očkovaných alespoň jednou dávkou očkovací látky proti pneumokokové infekci v letech 2012–2018

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

- Proočkovanost dětí do dvou let věku narozených v období 2010 – 2015 proti pneumokokové infekci se snižuje (z 85 % na 73 %). Pro děti narozené v roce 2015 a očkované do dvou let věku je viditelná velká heterogenita očkování podle kraje bydliště (regionu).
- Proočkovanost dětí na spalničky, zarděnky a příušnice do dvou let včetně narozených v letech 2010–2014 mírně klesá (z původních 97 % na 93 – 94 %). Klesající trend v proočkovanosti je patrný ve všech regionech ČR, avšak významně nejnižších hodnot dosahuje populace v Praze, tj. 86,5 %.
- Rovněž proočkovanost dívek proti papilomavirům od roku 2012 do roku 2016 významně klesá (z 76 % na 63 %). Hrazené očkování proti HPV je přitom plně dostupné pro dívky od třináctého roku věku do dovršení čtrnáctého roku.
- Proočkovanost seniorů nad šedesát let věku proti chřipce dosahuje celorepublikově 17,2 % a v čase mírně narůstá. Avšak ve shodě s dalšími ukazateli proočkovanosti i zde pozorujeme značné rozdíly mezi regiony ČR. Nejnižší regionální hodnoty padají pod 15 % a naopak nejvyšší přesahují hranici 19 %.
- Proočkovanost proti chřipce u pacientů s vybranými onemocněními v letech 2010–2017 mírně narůstá, avšak u žádného ze sledovaných onemocnění výrazně nepřevyšuje 20 %. Nejvýznamnější posun lze pozorovat u pacientů s CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc, nárůst od roku 2010 z 15,5 % na 20,1 %).

Úroveň zdravotní gramotnosti. ČR zaostává za průměrem evropských zemí nejen v celkové úrovni zdravotní gramotnosti, ale také v jednotlivých oblastech zdravotní gramotnosti. Zvláště nepříznivá situace je v oblasti podpory zdraví, tedy ve schopnosti získat informace týkající se chování posilujícího zdraví, schopnosti vyhodnotit je, interpretovat je a chovat se v intencích těchto informací. Ačkoli jsou průměrné hodnoty zdravotní gramotnosti dosahované českou populací ve standardizované škále mírně nadprůměrné (třicet bodů z celkových padesáti), situace není uspokojivá. Celkově lze u více než 40 % respondentů hodnotit zdravotní gramotnost jako problematickou až neadekvátní, v případě dimenze „podpora zdraví“ vykazuje toto snížené hodnocení až 60 % občanů ČR. Podle průzkumu z roku 2014 se různé části české populace značně liší v úrovni zdravotní gramotnosti. Podle očekávání zdravotní gramotnost klesá s věkem a roste s úrovní vzdělání a sociálním statusem. Výsledky ukazují na nutnost vyšší osvěty zejména v rizikových skupinách obyvatelstva.

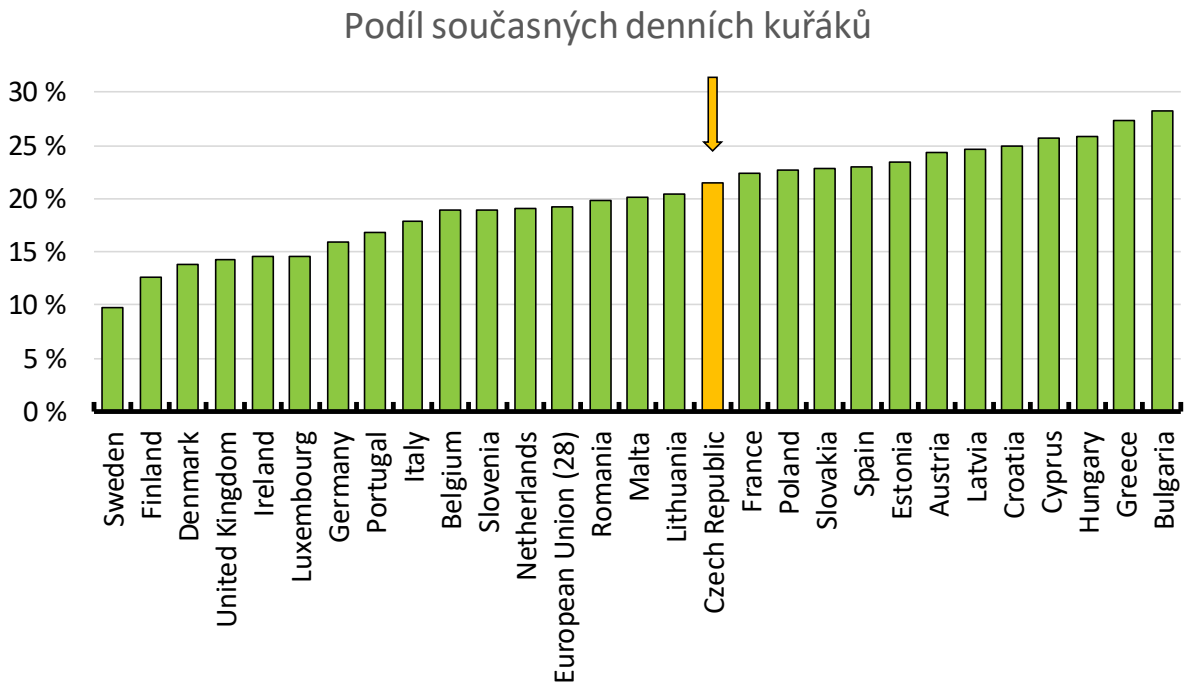
Významná prevalence rizikového chování a vliv rizikových faktorů. Z dat „Global Health Observatory Data Repository“ vyplývá, že česká populace v podílu dospělých s obezitou obsazuje čelní pozice v mezinárodních srovnáních. Relativní podíl obézních obyvatel převyšuje hodnotu 25 % a v čase významně narůstá. Vysoký podíl preobézních až obézních lidí v ČR a jejich stoupající podíl v čase je jedním z významných problémů zdravotnictví. Provedené mezinárodně srovnatelné populační predikce předpovídají v české populaci další růst prevalence obezity, a to pro rok 2030 až k hranici 35 %. Z dosavadních trendů a tempa růstu prevalence obézních osob lze rovněž věrohodně predikovat růst incidence řady vážných zdravotních problémů a onemocnění, zejména diabetu. S vysokou prevalencí obezity úzce

souvisí i vysoký podíl dospělých bez dostatečné fyzické aktivity. Podle dat mezinárodních srovnání WHO jde až o 25 % české populace. Za zvláště alarmující je nutné považovat data dokládající vysokou prevalenci obezity u relativně malých dětí (dostupné standardizované průzkumy ukazují na hodnoty vyšší než 22–25 %). Jde o problém, kterému čelí populace a zdravotnické systémy většiny vyspělých západních států. ČR patří v rámci EU ke státům s nejmenší konzumací ovoce a zeleniny. Nesprávné stravovací návyky provází naopak vysoký denní příjem soli, který se u dospělé populace v ČR blíží hranici 14–15 g / den, což je dávka až třikrát překračující doporučený denní limit (doporučení WHO/FAO). Z dostupných mezinárodních srovnání WHO je česká populace v tomto parametru mezi cca pěti státy s nejvyšším naměřeným příjmem. Tyto skutečnosti mají negativní vliv na zdravotní stav české populace.

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

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

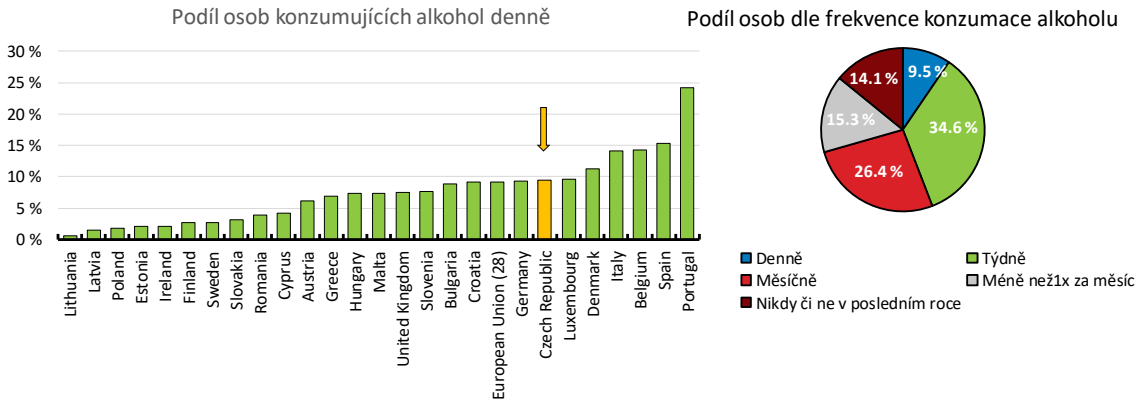
Míra současného kouření (v posledních třiceti dnech) v dospělé populaci (15+) je přibližně 25–30 %. Míra denního kouření (denně či téměř denně) je přibližně 18–25 %. Lze pozorovat dlouhodobě mírně klesající trend kouření v dospělé populaci, který v posledních letech stagnuje. Zkušenosti s užíváním tabáku uvádí více než polovina třináctiletých a tři čtvrtiny patnáctiletých. Pravidelnými kuřáky je více než 20 % patnáctiletých. Zkušenosti s kouřením tabáku mezi dospívajícími se snižují, rostou zkušenosti s elektronickými cigaretami. Vysoký podíl mladistvých denních kuřáků je problémem, který přispěje k budoucí zátěži českého zdravotnictví. Tabákovému kouři v prostředí je sekundárně exponována přibližně jedna pětina populace, trend je mírně sestupný.



Graf č. 4: Podíl denních kuřáků – mezinárodní srovnání. Česká populace vykazuje v mezinárodním srovnání nadprůměrný podíl denních kuřáků. Zvýšený podíl denních kuřáků je alarmující skutečností, která vyžaduje významné intervence ať již v posilování zdravotní gramotnosti nebo v oblasti programů odvykání kouření (EHIS 2014).

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

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



Graf č. 5: Konzumace alkoholu – mezinárodní srovnání. Česká republika patří v rámci EU ke státům s nejvyšší konzumací alkoholu. Tato skutečnost má negativní vliv na zdravotní stav české populace (EHIS 2014)

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

V r. 2017 zkušenost s užitím nelegální drogy někdy v životě uvedla jedna třetina populace ve věku 15–64 let (31,2–38,3 %). Mezi dětmi a mládeží aktuálně klesá míra užívání návykových látek, zkušenosti s užíváním nelegálních drog mezi dětmi a mládeží jsou poměrně nízké. Výjimku představují konopné látky, kde i navzdory aktuálnímu poklesu patří ČR k zemím s nejvyšší mírou užívání mezi dětmi a mládeží.

V r. 2017 bylo v ČR odhadnuto 47,8 tis. problémových uživatelů pervitinu a opioidů (PUPO), z toho 34,7 tis. uživatelů pervitinu a 13,1 tis. uživatelů opioidů. Z nich bylo 3,9 tis. uživatelů heroinu, 6,9 tis. uživatelů buprenorfinu a 2,3 tis. uživatelů jiných opioidů. Počet osob zneužívajících sedativa a hypnotika v ČR se aktuálně odhaduje cca na 900 tis., z toho největší podíl tvoří osoby zneužívající alprazolam (např. Neurol®) – cca 270 tis. osob, a zolpidem (např. Stilnox®) – cca 190 tis. osob.

Podíl uživatelů nelegálních drog v kontaktu se systémem péče je poměrně vysoký. V kontaktu s adiktologickými službami je odhadem 45 tis. uživatelů nelegálních drog ročně.
Podrobnější charakteristiku současné situace v oblasti užívání návykových látek a jeho dopadů v ČR poskytuje např. Evaluace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018[19]. Současná situace v oblasti užívání návykových látek a jeho dopadů v ČR podtrhuje potřebu významné intervence mimo jiné v posilování zdravotní gramotnosti nebo v programech odvykání užívání tabáku apod. Komplexní soubor cílů a priorit v této oblasti je detailněji rozpracován v Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 a jejím Akčním plánu.

[19] On-line dostupné zde: https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/evaluace-narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2010_2018-174684/.

Mezi rizikové faktory, které lidé ovlivňují sami svým chováním, lze zahrnout také vliv negativního působení světla v noci na cirkadiánní rytmus člověka, jakožto základní nástroj synchronizace lidského organismu s vnějším prostředím, a také vliv zejména modré složky světla na lidský organismus (ovlivnění cirkadiánního rytmu, psychického zdraví, sekrece některých hormonů atd.).

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

Negativní působení světla v noci na cirkadiánní rytmus člověka, jakožto základní nástroj synchronizace lidského organismu s vnějším prostředím, lze zahrnout mezi rizikové faktory, které lidé ovlivňují sami svým chováním, zejména co se týče účinků modré složky světla na lidský organismus (negativní ovlivnění cirkadiánního rytmu a psychického zdraví, přispění k rozvoji civilizačních chorob).

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

Posílení **programů časného záchytu onemocnění a sekundární prevence** může navázat na již zahájenou činnost Národního screeningového centra (ÚZIS), jehož hlavním cílem je vybudování metodického a personálního zázemí pro zavádění, realizaci a hodnocení screeningových programů v ČR. Tyto aktivity řídí *„Národní rada pro implementaci a řízení programů časného záchytu onemocnění“*, která byla zřízena v polovině roku 2017 a slouží jako poradní orgán MZ v oblasti programů časného záchytu onemocnění. Hlavním posláním Národní rady je formulace doporučení ke stanovení optimální strategie k realizaci programů časného záchytu onemocnění v ČR.

Screening zhoubných nádorů (dále také *„ZN“*) se primárně zaměřuje na karcinom prsu, tlustého střeva a konečníku a děložního hrdla, u kterých bylo studiemi prokázáno, že jako organizované programy v dlouhodobém měřítku snižují mortalitu na tato onemocnění, a to především díky nižšímu podílu pokročilých, těžko léčitelných stadií při diagnóze. Dalším významným programem je novorozenecký laboratorní screening (diagnostika screenovaných onemocnění na základě stanovení koncentrace specifické látky – event. i průkazu genové mutace – v suché kapce krve na filtračním papírku). V roce 2017 se v ČR narodilo 114 tisíc živých novorozenců. Screeningem bylo vyšetřeno více než 99 % dětí, zachyceno bylo celkem 95 dětí s některou z vyhledávaných nemocí.

Nutnost posílení výkonnosti a kontroly kvality u běžících screeningových onkologických programů se opírá především o následující fakta:

- V ČR jsou dlouhodobě ustaveny a plně funkční všechny tři onkologické screeningy, které mají oporu v normách medicíny založené na důkazech. Avšak v posledních letech stagnuje pokrytí těmito screeningovými vyšetřeními. Výsledky poukazují na rezervy programů a je nezbytné připravit a realizovat soubor opatření, která povedou k vyšší

účasti a zájmu cílové populace o screeningové programy, zejména o screening kolorektálního karcinomu.

- Pokrytí screeningovými programy je variabilní napříč kraji a významně se liší rovněž mezi jednotlivými okresy ČR, kde jsou sledovány rozdíly až o desítky procent. V oblastech s nižší podporou pokrytí screeningem by měla být posílena role primární péče a motivace cílové skupiny osob účastnit se těchto preventivních programů.
- Zastoupení stadií se vyvíjí příznivě u karcinomu prsu, kde je větší část karcinomů diagnostikována ve stadiu I nebo II. Méně příznivou situaci sledujeme u zbylých dvou programů, kde stále zaujímají velkou část nově diagnostikovaných nádorů pozdní stadia onemocnění. Pouze nepřetržitým zvyšováním účasti cílové populace na screeningu lze směřovat k vyššímu zastoupení časných stadií.
- Od roku 2014 v ČR probíhá adresné zvaní osob ke screeningovým programům. Pojišťovny zvou své pojištěnce v pravidelných intervalech. Za celé čtyřleté hodnocené období bylo celkem rozesláno ke screeningu karcinomu prsu, děložního hrdla a kolorekta více než 1,7 milionu, 1,9 milionu a 4,6 milionu pozvánek. Problémem systému adresného zvaní k onkologickým screeningům je značná rezistence určité části české populace. Systém zvaní je založen na principu, kdy jsou zváni občané, kteří se do screeningu nezapojili. Největší pozitivní odezvu přitom přinášejí právě první pozvánky (20–30 % oslovených se screeningu zúčastní). Odezva na adresnou výzvu však zřetelně klesá s opakovaným pozváním osob. Stávající systém tedy vyžaduje inovaci pro zvýšení jeho efektivity.

2.2.3. Specifický cíl 2.1 – Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví

Zásadní motivací pro zařazení tohoto specifického cíle mezi priority Strategického rámce Zdraví 2030 byla podkladová data o stárnutí české populace a o rostoucím podílu chronicky nemocných pacientů. V ČR přibývá občanů, kteří trpí dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, což zvyšuje nároky na dostupné zdravotní a sociální služby poskytované současně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru. Vedle stárnutí populace a prodlužující se absolutní délky života má v tomto ohledu zásadní význam stále relativně krátká doba života ve zdraví, tedy do první vážné nemoci. Vyjdeme-li z recentních mezinárodních srovnání období deseti let mezi rokem 2006 a 2016 (Eurostat Health Database ve verzi z roku 2019), pak naděje dožití při narození byla v roce 2016 u českých mužů 76,1 roku (2006: 73,5), avšak délka života ve zdraví dosáhla v roce 2016 pouze 62,7 let (2006: 57,9). U českých žen je tento rozdíl ještě patrnější, v roce 2016 byla u této populace naděje dožití při narození 82,1 roku (2006: 79,9 roku), avšak délka života ve zdraví pouze 64 let (2006: 59,9 let). I navzdory pozitivnímu zlepšování těchto integrálních ukazatelů zdraví české populace v čase, jde stále o hodnoty nižší, než jaké jsou typické pro populace vyspělých zemí EU.

Zejména v důsledku výše uvedených faktů pozorujeme v ČR s věkem významně narůstající chronickou nemocnost (ČSÚ, výběrové šetření EU-SILC). U populace starší 65 let dosahuje podíl chronicky nemocných téměř 64 %, avšak vysoká je i chronická nemocnost kalkulovaná pro celkovou populaci ČR (35 %). Vysoká chronická nemocnost osob ve věku 65+ je zátěží pro zdravotní systém, která bude s pokračujícím demografickým stárnutím populace narůstat.

Ve srovnání krajů je nejnižší celkový podíl chronicky nemocných obyvatel v Praze 25 % a v Jihomoravském kraji 29 %. Naopak nejvyšší chronickou nemocnost vykazují kraje Plzeňský 46 % a dále Olomoucký, Moravskoslezský a Kraj Vysočina, všechny 38–39 %. Těmto datům odpovídají i výsledky populačních šetření zaměřených na subjektivní vnímání zdravotního stavu české populace. Česká populace celkově vnímá subjektivně svůj zdravotní stav jako dobrý až velmi dobrý ve vysokém procentu, tj. z více než 60 %. Avšak pozitivní hodnocení vlastního zdravotního stavu prudce klesá s věkem a u osob starších než 65 let již dosahuje pouze 24 %. Mezi regiony ČR je i v tomto ukazateli patrný značný rozptyl, podíl osob pozitivně hodnotících svůj zdravotní stav kolísá od 53 % do 68 %.

Vedle narůstající celkové nemocnosti populace seniorů jsou hlavními faktory zvyšujícími potřebu efektivních modelů integrované zdravotní, zdravotně sociální a sociální péče zejména narůstající prevalence vážných dlouhodobých onemocnění (zhoubné nádory, diabetes mellitus, neurodegenerativní poruchy ve stáří aj.) a problémy s finančním a personálním zajištěním dostupnosti péče o takto postiženou část populace. Následující data jsou stručným shrnutím epidemiologických charakteristik vybraných onemocnění, které by měly být primárním cílem aktivit měnících modely organizace péče a integrující zdravotní a sociální služby:

- **Celková nemocnost.** V roce 2017 žilo přibližně 60 % obyvatelstva ČR bez vážnějšího onemocnění (např. kardiovaskulární nemoci, diabetes, nádorová onemocnění). Avšak s věkem nemocnost výrazně narůstá, ve věku nad 65 let dosahuje měřitelná hodnota Deyovy modifikace indexu komorbidit podle Charlsonové (DCCI) hranice dvou a více bodů (tj. dvě onemocnění nebo jedno komplikovanější onemocnění) u poloviny populace; ve věku nad 85 let dosahuje této hranice dokonce 75 % populace. Zdraví poloviny české populace nad 85 let je ve zhoršeném či závažném stavu. U mužů je mírně vyšší nemocnost ve věku 0–20 let, od 20 do 55 let je mírně vyšší nemocnost u žen. Od 55 let po zbytek života je vyšší nemocnost u mužů ve srovnání se ženami stejného věku.
- **Epidemiologie zhoubných nádorových onemocnění** je velkou výzvou pro racionalizaci organizace péče v českém zdravotnictví. V roce 2016 bylo v ČR nově diagnostikováno 87 290 pacientů se zhoubným novotvarem, což je 826,2 na 100 000 osob. V roce 2016 zemřelo 27 261 osob v souvislosti se zhoubným novotvarem, což je 258,0 na 100 000 osob. Celkem k 31. 12. 2016 žilo v ČR 562 329 osob se zhoubným novotvarem nebo s minulostí tohoto onemocnění, což je 5322 na 100 000 osob. Zátěž české populace zhoubnými nádory je velmi vysoká i z mezinárodního hlediska a v čase setrvale narůstá (roční nárůst v prevalenci +3 až 4 %). I relativně konzervativní prediktivní modely ukazují, že do roku 2030 by se roční počet nově diagnostikovaných nádorových onemocnění mohl zvýšit až na 110 000 a v prevalenci lze očekávat až 790 000 osob.
- **Diabetes.** ČR se nachází v horní třetině mezinárodních žebříčků hodnotících výskyt diabetu v populaci osob ve věku 20–79. Celkový počet diabetiků se v ČR každoročně zvyšuje o cca dvacet tisíc, v roce 2018 přesáhla četnost výskytu jeden milion. Ve věku nad sedmdesát let se DM vyskytuje u více než 30 % populace, tedy v souvislosti se stárnutím populace lze očekávat pokračující nárůst počtu pacientů. Pro rok 2030 je predikován výskyt diabetu u více než 1,3 milionu osob.

- **Chronická onemocnění dýchacích cest.** Chronická nemoc dolních cest dýchacích byla v roce 2017 zaznamenána u 330 tisíc obyvatel ČR (3,1 % populace). Počet nemocných se v jednotlivých krajích pohybuje od 25 do 37 případů na tisíc obyvatel. Astmatem trpí půl milionu obyvatel ČR (4,9 % populace v roce 2017). Počet nemocných se v jednotlivých krajích pohybuje od 40 do 57 případů na tisíc obyvatel. Počet astmatiků se významně zvyšuje meziročně v průměru až o 2,5 %.
- **Hypertenze.** Počet pacientů léčených s hypertenzí v čase roste a představuje tak stále větší zátěž pro zdravotní systém. V roce 2017 mělo na dokladu vykázanou diagnózu I10 a zároveň bylo léčeno vybranými léky téměř dva miliony pacientů. Nárůst oproti roku 2016 je 11 499 osob, proti roku 2010 je to o 299 148 pacientů více.
- **Dlouhodobé hospitalizace u seniorů.** Za poslední roky počet hospitalizací delších než třicet dní u pacientů nad 65 let stoupá průměrně o 1,3 % ročně. Tento trend signalizuje velmi pravděpodobný budoucí vývoj související se stárnutím české populace.
- **Hospitalizace v závěru života chronicky nemocných pacientů.** Dostupná data Národního registru hospitalizací dokládají, že v posledním půlroce života absolvuje více než polovina pacientů opakované hospitalizace a téměř z 15 % více než tři hospitalizační pobyty. Evidentně se tak projevují rezervy v organizaci péče, neboť řadě těchto hospitalizací lze předejít efektivním managementem péče o umírající. Velmi četné hospitalizace u více než 15 % pacientů v posledním půlroce života vykazuje šest krajů ČR.

Je objektivní skutečností, že české zdravotnictví vstupuje do procesů změn organizace a integrace různých forem péče nepřipraveno. Téměř všechny hlavní segmenty péče charakterizuje více či méně oddělený systém zdravotních a sociálních služeb, jejichž propojení je těžkopádné, mnohdy s legislativními překážkami. Provedené analýzy kapacit různých kategorií poskytovatelů ukazují na nedostatečnou saturaci zdravotních a sociálních potřeb pacientů s různou mírou nutné podpory. Je dokladována vysoká heterogenita ve struktuře zdravotně sociálních a sociálních služeb mezi regiony ČR, což značí absenci ucelené koncepce integrovaných modelů péče. Následující shrnutí dostupných datových zdrojů popisuje vybrané problémy, na jejichž řešení bude nutné se prioritně zaměřit:

- **Poskytovatelé sociálních služeb.** Z dostupných přehledů o počtech poskytovatelů sociálních služeb (MPSV) vyplývá, že distribuce kapacit je mezi jednotlivými regiony ČR značně rozdílná. V některých kategoriích je mezi regiony ČR významný nepoměr a řada forem služeb není v některých regionech vůbec zastoupena. Mezi nejčastější a také relativně rovnoměrně zastoupené typy sociálních služeb patří sociální poradny, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, a částečně též centra sociálně rehabilitačních služeb. U celkově četných azylových domů a chráněného bydlení existují některé zcela nepokryté regiony. Následující typy služeb jsou významně méně četné a nejsou dostupné v řadě regionů ČR: centra denních služeb, týdenní stacionáře, nízkoprahová denní centra, intervenční centra, zařízení následné péče a další. Poskytovatelé sociálních služeb vykazují chybějící kapacitu vyjádřenou v počtu, resp. podílu neuspokojených klientů v daném kalendářním roce. Z dostupných dat vyplývá, že celkový podíl neuspokojených žadatelů (klientů) za všechny regiony ČR je 20 %, přičemž např. ve Středočeském kraji

je to 32 %; nejvyšší podíl je ve Zlínském kraji, a to 39 %. V absolutním počtu neuspokojených klientů dominují nejlidnatější regiony, tedy Praha, Jihomoravský kraj, Moravskoslezský kraj.

- **Domácí péče.** Ročně je v domácí péči léčeno necelých 150 tisíc obyvatel (1,36 % populace v roce 2017), přičemž mezi kraji jsou výrazné rozdíly v počtu osob léčených v domácí péči. Nicméně nárůst počtu osob v domácí péči v letech 2010–2017 je patrný ve všech krajích, ale s rozdílnou intenzitou. Ve Středočeském kraji narůstá počet osob v domácí péči o 6 % ročně, zatímco v Jihočeském a Karlovarském kraji je nárůst pouze o 1 % za rok.
- **Dlouhodobá péče.** Poptávka po dlouhodobé péči se v ČR v posledních letech zvýšila, stejně jako v ostatních zemích OECD. Dopad stárnutí populace již v současnosti zvyšuje tlak na kapacity v segmentu dlouhodobé péče. Předpokládá se, že podíl obyvatelstva ve věku osmdesáti let a více stoupne ze 4 % v roce 2015 na 9 % do roku 2050. Současná organizace a financování dlouhodobé péče nejsou dostatečné pro absorbování takového navýšení poptávky. Výdaje na dlouhodobou péči představovaly v roce 2015 1,3 % HDP, z čehož 82 % představuje lůžková dlouhodobá péče. Je zapotřebí podporovat rozvoj pečovatelských zařízení a harmonizovat politiku úhrad zdravotní péče poskytované v nemocnicích a jiných zařízeních. Rozvoj komplexní domácí péče by měl být upřednostňován jako alternativa k dlouhé hospitalizaci.

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

Celkem 59,2 % všech úmrtí v ČR lze na základě úmrtní diagnózy a hospitalizační historie zpětně označit jako úmrtí z chronické příčiny. U těchto úmrtí lze předpokládat značnou míru očekávatelnosti a vysokou pravděpodobnost potřeby některé z forem paliativní péče. Tento podíl představuje cca šedesát tisíc zemřelých ročně.

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

Neméně důležitou oblastí je integrovaná onkologická péče. Systém bude nastaven tak, že ve specializovaných centrech bude probíhat vysoce specializovaná diagnostika a terapie

a v případech následného stabilizovaného stavu bude péče předávána až na úroveň praktických lékařů. Cílem je vytvořit systém, který rovnoměrně využívá kapacit, jelikož aktuálně je onkologická péče realizována především v Komplexních onkologických centrech. Dvě nejzatíženější pracoviště počtem pacientů, ale především spektrem nejzávažnějších onkologických nálezů, diagnóz a indikací jsou Národní onkologická centra, FN Motol a MOÚ Brno, ve kterých jsou řešena dominantně velmi nákladná vzácná onemocnění, která vyžadují speciální diagnostické a terapeutické přístupy. Jedná se o léčbu nejen farmakoterapeutickou, ale i speciální terapii radiační onkologie, endoskopické metody, invazivní zákroky při zobrazovacích metodách apod.

Významnou částí specifického cíle 2.1 jsou aktivity zaměřené na reformu péče o osoby s duševním onemocněním, což znamená zejména posilování procesů destigmatizace těchto zdravotních problémů, posilování dostupnosti multioborové péče v komunitním prostředí a posilování rovnosti přístupu ke zdravotním a sociálním službám u zranitelné a početně významné populace osob s duševním onemocněním.

ČR dosáhla významného zlepšení, pokud jde o pokrytí a léčbu v oblasti péče o duševní zdraví. Došlo k posunu od lůžkové péče směrem k ambulantní péči. Počet osob ambulantně léčených pro duševní onemocnění se od roku 2000 zdvojnásobil na téměř 700 000, zatímco využívání hospitalizací pokleslo. V současnosti je za pomoci evropských finančních prostředků realizována reforma, jejímž cílem je zejména zlepšit kvalitu života osob s duševním onemocněním prostřednictvím restrukturalizace služeb a nového přístupu k podpoře pacientů. Nový přístup si klade za cíl zajistit včasnou diagnostiku a léčbu základních duševních poruch prostřednictvím lepší spolupráce mezi primární péčí a specializovanými psychiatrickými službami. Bude rozšířena síť stávajících ambulantních psychiatrických a psychologických služeb, vytvořena síť multidisciplinárních terénních týmů a dalších služeb komunitní péče.

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

- Přibývá především duševních poruch dětí a mladistvých a neurodegenerativních poruch ve stáří. Velký nárůst pacientů je zaznamenán i u neurotických, stresových a somatoformních poruch u dospělých. Tato skupina tvoří i největší podíl všech pacientů (téměř 40 %). Nejčastěji se jedná o jiné anxiózní poruchy (F41, především smíšená úzkostná a depresivní porucha, panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha) a reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43).
- Hospitalizační zátěž diagnózami F00–F99 je v ČR velmi vysoká, i když celkový počet hospitalizací u osob s duševním onemocněním recentně klesá. Ročně v ČR proběhne více než 78 000 hospitalizací, u kterých je psychiatrická diagnóza uvedena jako hlavní příčina. Často jde o hospitalizace daným pacientem vícekrát ročně opakované, celkový index ročního počtu hospitalizací na pacienta činí 1,33.
- Psychiatrické diagnózy tvoří přibližně 3,4 % všech hospitalizačních pobytů, avšak u věkové skupiny 11–20 let je to 7,2 % a u osob ve věku 21–50 let jde o 5–6 % všech hospitalizačních pobytů.

- Tato stále enormní zátěž zatěžuje nemocnice a zejména segment akutní lůžkové péče. Z těchto důvodů je rozvoj reformy psychiatrické péče zařazen jako jeden z principiálních dílčích cílů Strategického rámce Zdraví 2030. Cílovým stavem je podstatné snížení konzumace neakutních hospitalizačních služeb osobami s duševním onemocněním a zajištění účinné pomoci pro ně v následné lůžkové péči a zajištění účinné pomoci osobám s duševním onemocněním v komunitních službách.

Současné epidemiologické trendy indikují výrazný nárůst potřeb zdravotně sociálních a sociálních služeb v péči o chronicky nemocné pacienty, zejména o dlouhodobě nemocné seniory. Rostoucí počet nemocných vyžadujících dlouhodobou péči je predikován i do budoucna a vytváří tak tlak na zavádění nových modelů organizace péče, efektivně integrující péči primární, ambulantní a nemocniční a nastavující vyvážený poměr mezi lůžkovou péčí akutní a následnou. Vysoký a v čase rostoucí počet osob s duševním onemocněním a s tím související léčebná zátěž jsou zdůvodněním velmi významné reformy psychiatrické péče a budování základny pro multioborovou komunitní péči v psychiatrii.

2.2.4. Specifický cíl 2.2 – Personální stabilizace resortu zdravotnictví. Specifický cíl 2.3 – Digitalizace zdravotnictví. Specifický cíl 2.4 – Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví

Specifické cíle 2.2–2.4 Strategického rámce Zdraví 2030 se zaměřují na stabilizaci sítě poskytovatelů zdravotních služeb, zejména na personální a finanční zajištění jejich kapacit. Tyto aktivity se vzájemně silně potencují, neboť například personální stabilizaci resortu nelze oddělit od zajištění dostatečné úrovně platů a mezd, které dále úzce souvisí s úhradami zdravotních služeb. Osobní náklady přitom představují velký podíl celkového rozpočtu poskytovatelů, v segmentu lůžkové péče jde o více než 55–60 % celkových nákladů. Ačkoli příjmová stránka veřejného zdravotního pojištění v letech 2018-2020 každoročně absolutně roste, zdroje systému nejsou neomezené. To v ještě větší míře platí o zdrojích lidských. Stárnutí české populace se týká i pracovníků ve zdravotnictví a populačně slabší ročníky budou v budoucnosti limitovat lidské zdroje zdravotních i sociálních služeb. Z těchto důvodů je strategické hledat nové cesty v optimalizaci úhradových mechanismů (specifický cíl 2.4) a také usilovat o snížení administrativní zátěže a o usnadnění práce lékařů a zdravotníků například účinnou elektronizací procesů a řízení zdravotních služeb (specifický cíl 2.3). Tyto tři specifické cíle Strategického rámce lze tedy označit za manažerské a jejich zdůvodnění je spojeno do této ucelené kapitoly.

Zejména vybudování systému elektronického zdravotnictví představuje důležitý potenciál pro zlepšení správy zdravotnictví prostřednictvím lepšího shromažďování informací a jejich využití pro efektivnější řízení služeb. Ucelená koncepce elektronického zdravotnictví je nově připravována v zákoně o elektronizaci zdravotnictví, což je pozitivní výsledek vývoje v období 2017–2019. V průběhu třetího čtvrtletí 2019 pokračovala intenzivní práce na finalizaci dílčích částí paragrafovaného znění zákona o elektronizaci zdravotnictví. Projednávání zákona Poslaneckou sněmovnou ČR se předpokládá v roce 2020.

Od počátku roku 2018 byl rovněž zaveden povinný elektronický recept (s ročním odkladem sankcí za nedodržování). Po uplynutí šesti měsíců byla elektronická preskripce používána z cca 80 % maximální kapacity. Avšak dosud nebyly klíčové komponenty elektronického

zdravotnictví implementovány tak, aby mohly být využity pro řízení zdravotnictví. Nové technologie k zefektivnění komunikace mezi lékaři a zdravotními pojišťovnami nejsou dostatečně využívány v rozsahu, který by odpovídal počítačové vybavenosti ordinací, včetně ambulantního sektoru. Provedená šetření ukazují, že ordinace lékařů v nelůžkové péči jsou většinově vybavena jak počítači, tak připojením k internetu. Vycházíme-li ze záznamů řádně odevzdaných hlášení, pak pouze cca 5 % ordinací vykazuje v dané oblasti problém. Pokud ordinace pracují s PC, mají v téměř 98 % zároveň zajištěnou konektivitu k internetu. V uvedených šetřeních nebyly zjištěny zásadní regionální rozdíly. Současné nastavení systému by mělo usnadnit elektronizaci, protože systém je již silně centralizovaný a samotné odměňování poskytovatelů zdravotních služeb již závisí na předávání informací elektronickou cestou.

Stejně jako v mnoha jiných zemích čelí sdílení osobních zdravotních údajů prostřednictvím elektronických zdravotních záznamů určitému odporu vzhledem k ochraně osobních údajů. Vývoj moderních systémů elektronického zdravotnictví se již systematicky zaměřuje i na otázky zabezpečení. Na tuto problematiku bude zaměřena i řada aktivit specifického cíle 2.3 Strategického rámce Zdraví 2030. Je nutná osvěta ohledně významu sdílení dat a též řešení jejich zabezpečení. Cíleně zaměřená politika by měla zajistit vhodné vybavení poskytovatelů zdravotních služeb včetně případných dotací, motivaci k zavádění a využívání systémů, vyškolení uživatelů a zavedení soudních pravidel, která by dala lidem jistotu ohledně využívání informací.

Pandemie COVID-19 ukázala nepřipravenost zdravotnických systémů jak na mezinárodní, tak na národní úrovni. Z toho důvodu přistoupilo MZ k reprofilaci personálního zajistění českého zdravotnictví, a to včetně posílení orgánů ochrany veřejného zdraví.

Personální kapacity lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků jsou podmínkou dostupnosti a kvality zdravotních i zdravotně sociálních služeb. Hlavní aktivity specifického cíle 2.2 Strategického rámce Zdraví 2030 vyplývají z nálezů nově získaných plošných dat Národního registru zdravotnických pracovníků (NRZP) a Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS). V řadě segmentů není současné personální zajištění zdravotních služeb optimální, v případě praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost je situace v některých regionech až kritická (ukončování praxí bez náhrady z důvodu postupujícího demografického stárnutí). Druhým nejslabším místem je dlouhodobě nedostatečná a klesající kapacita všeobecných sester a porodních asistentek v akutní lůžkové péči. Data funkčních registrů a každoročních resortních statistických šetření lze shrnout následovně:

- Celkem je v systému kvantifikována kapacita lékařů v celkovém počtu přibližně 42 000 úvazků, dále zubních lékařů (7540 úvazků) a farmaceutů (6460 úvazků). Všeobecné sestry a porodní asistentky vykazují úhrnně 82 300 aktivních plných úvazků v systému. Celkový počet úvazků všech aktivních zdravotnických pracovníků dosáhl v roce 2017 hodnoty 214 797.
- V ČR působí celkově přibližně 4,0 úvazku lékařů na tisíc obyvatel, což je hodnota mírně nadprůměrná v mezinárodním srovnání zemí OECD, ale nižší ve srovnání s obdobnými zdravotnickými systémy, jako je Německo či Rakousko (4,1–4,3 úvazku na tisíc obyvatel).

- Velkým problémem ČR je nerovnoměrná distribuce kapacit lékařů v systému. Je jasně patrný vliv velkých měst a fakultních nemocnic, zejména v Brně a Praze, kde dostupné kapacity přesahují 6,5 úvazku lékaře na tisíc obyvatel. Naopak v krajích Středočeském, Ústeckém, Libereckém a Zlínském jsou hodnoty nižší než 3,3 úvazku na tisíc obyvatel a tyto lze interpretovat jako podprůměrné i z evropského hlediska.
- Určitým problémem demografické struktury populace českých lékařů je rovněž nevyváženost podílu pohlaví. Zejména v posledních deseti letech absolvuje lékařské fakulty výrazně vyšší podíl žen než mužů (průměrně 64 % ku 36 %) a tento nepoměr se v čase mírně prohlubuje. Feminizace povolání lékaře musí být promítnuta do modelů predikujících dostupnost kapacit v následujících letech, neboť předpokládané odchody lékařek na mateřskou dovolenou budou mít na zajištění rozsahu péče značný vliv.
- Z pohledu počtu lékařů v nemocnicích na obyvatele nevybočuje ČR z průměru evropských států s 225 nemocničními lékaři na 100 tis. obyvatel, stejný počet má například Německo. Struktura lékařů v nemocniční péči kategorií L1-L3 se v rámci let 2010–2017 výrazně neměnila. Z kvantitativního hlediska počet lékařů mírně narůstá, a klesá tudíž počet obyvatel na jednoho lékaře. Ročně v ČR přibývá do systému poskytovatelů zdravotních služeb přibližně +250 až +350 plných úvazků lékařů. Tato hodnota je relativně nízká, uvážíme-li, že produkce lékařských fakult dosahuje ročně hodnoty převyšující až tisíc očekávatelných nových úvazků. Důvodů tohoto rozdílu je více:
    - určitá kapacita nových absolventů lékařských fakult je absorbována mimo zdravotnictví (posudkové lékařství, hygiena, výzkum, další studium),
    - část absolventů-lékařů nenastupuje do zdravotnictví anebo odchází do zahraničí,
    - každoročně přibližně 400–500 úvazků lékařů ze systému odchází z důvodů dosažení vysokého/důchodového věku.
- Počty lékařů v ambulantní péči zaznamenaly v období 2010–2017 mírný nárůst, navíc dochází ke zvětšování podílu kategorie L3 (k 31. 12. 2017 se jednalo o 19 660 pracovníků kategorie L3, což je 93 % ze všech lékařů v ambulantní péči). Problémem ambulantní péče v ČR není absolutní počet, ale struktura odborností a geograficky asymetrické rozmístění v ní působících lékařů. Detailní analýzy identifikují zejména významný nepoměr mezi ambulantními specialisty a praktickými lékaři, dále nerovnoměrnou regionální distribuci dostupných kapacit a u praktických lékařů problém s jejich demografickým stárnutím, které není vyvažováno odpovídajícími vstupy nových kapacit.
- Počty zubních lékařů v ambulantní péči v období 2010–2017 mírně rostly a nadto došlo ke zvětšování kategorie LZ1 (k 31. 12. 2017 se jednalo o 6345 pracovníků kategorie LZ1, což je 81 % ze všech zubních lékařů v ambulantní péči). Tento trend je pozitivní a velmi žádoucí, neboť vede k omlazení této skupiny specialistů.
- V ČR působí celkově přibližně 7,8 úvazku všeobecných sester na tisíc obyvatel, což je hodnota celkově mírně podprůměrná ve srovnání se zeměmi OECD. Z okolních zemí

vyspělé Evropy jde o počet srovnatelný s Rakouskem, avšak významně nižší než v Německu. Na rozdíl od lékařů je v ČR celkový počet všeobecných sester v nemocnicích (8 na 1000 obyvatel) pod průměrem zemí OECD (9 na 1000 obyvatel). Poměr všeobecných sester k lékařům je rovněž nižší než průměr OECD. ČR má v rámci OECD jeden z nejnižších počtů absolventů ošetřovatelství – 16 na 100 000 obyvatel – a v posledních letech vykazuje klesající trend.

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

Na regionální distribuci úvazků všeobecných sester a porodních asistentek je stále jasně patrný vliv velkých měst, nikoli však poskytovatelů akutní lůžkové péče v těchto městech. Naopak v krajích Středočeském a Libereckém pracuje méně než 6,5 úvazku všeobecných sester na tisíc obyvatel a tyto hodnoty lze interpretovat jako silně podprůměrné i z mezinárodního hlediska. V regionálních přehledech je rovněž patrný významný nepoměr mezi kapacitou všeobecných sester dostupnou pro akutní lůžkovou péči a pro péči dlouhodobou a následnou. Řádově nižší počet úvazků všeobecných sester v neakutní lůžkové péči reflektují nevyváženě nízký počet lůžek v tomto segmentu péče. Tato situace nevyhnutelně vede ke zvýšené zátěži akutní lůžkové péče, včetně jejího využívání pro řešení zdravotních problémů umírajících.

Hlavním problémem kapacity všeobecných sester v českém zdravotnictví je dostupnost kapacit v nemocniční péči, zejména ve směnném provozu akutní lůžkové péče. Mezinárodní šetření zaměřené na počty všeobecných sester v nemocniční péči (EUROSTAT 2015) odhalilo, že celkový počet všeobecných sester v tomto segmentu péče je v ČR významně nižší než v řadě zemí se srovnatelným zdravotnictvím (např. Německo či Rakousko). Nadto kapacity všeobecných sester zejména v akutní lůžkové péči setrvale klesají. Od roku 2010 opustilo segment akutní lůžkové péče v ČR více než 2000 úvazků všeobecných sester. Tento fakt již v současnosti limituje dosažitelnou obložnost akutních lůžek a vede k dočasnému uzavírání celých lůžkových stanic. Problémem je též dostupnost všeobecných sester v segmentu pobytových sociálních služeb, ve kterých je poskytována zdravotní péče.

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

Velmi podstatným nástrojem pro stabilizaci personálních kapacit systému zdravotních služeb je samozřejmě odměňování a progresivní růst platů a mezd se správně nastavenými motivačními složkami. Zajištění odpovídajících personálních nákladů musí vycházet z optimálních úhradových mechanismů a je samozřejmě závislé na celkové úrovni úhrad

zdravotní péče v ČR. Z těchto důvodů jsou hlavní aktivity specifického cíle 2.4 zaměřeny právě na optimalizaci a racionalizaci systému úhrad všech segmentů péče, včetně návrhu formy hrazení nově vznikajících, velmi potřebných, segmentů integrované péče. Velmi významným dílčím cílem zde je optimalizace a další vývoj nově vzniklého systému úhrad akutní lůžkové péče (systém CZ-DRG). Stárnutí obyvatel ČR a s ním spojený očekávatelný nárůst nemocnosti i nárůst počtu seniorů vyžadujících dlouhodobou péči si nově žádají vybudování podobného systému jako DRG pro segment následné a dlouhodobé péče. Implementace exaktně řízeného sytému úhrad pro tuto péči, včetně různých modelů komunitní péče a péče paliativní, napomůže potřebnému posílení kapacit a zvýší dostupnost pro všechny potřebné občany ČR, napomůže standardizaci zdravotní péče a dopomůže k využívání moderních metod při diagnostice i léčbě. V návaznosti na reformu primární péče (Specifický cíl 1.1) bude nutné optimalizovat systém úhrad v primární péči s důrazem na motivační, výkon podporující složky a vytvořit modely nastavující vyváženost úhrad v různých segmentech ambulantní péče.

Výstupy aktivit Specifického cíle 2.4 tak přispějí k racionalizaci systému úhrad, který má v českém zdravotnictví významné rezervy, a to i v absolutním objemu prostředků ve vztahu k hrubému domácímu produktu. Výdaje na zdravotní péči ve výši 7,3 % HDP byly v roce 2016 ve srovnání s ostatními zeměmi OECD významně nižší než celkový průměr, který přesahuje hodnotu 9 %. Rakouské a německé zdravotnictví je financováno více než 10 % HDP těchto zemí. Kromě nízkého celkového objemu financí je problémem ČR i nízká heterogenita zdrojů a mezinárodní analýzy dále kritizují i neexistenci možnosti občanů volit různé formy pojištění či připojištění. Multizdrojové financování by do zdravotní péče přineslo další prostředky a zvýšilo by stabilitu systému, resp. jeho odolnost vůči výkyvům výkonnosti národního hospodářství. Další faktory hodné zřetele lze v této oblasti shrnout následovně:

- Obecně platí, že větší využívání ambulantní péče bývá nákladově efektivnější než lůžková péče. Omezuje čekací doby a je nejvhodnější léčebnou metodou pro mnoho zákroků (ambulantní chirurgie). Podle dostupných mezinárodních srovnání (2015–2016) tvořil sektor lůžkové péče (převážně nemocnice) v ČR 26 % celkových výdajů, oproti 29 % v EU a 28 % v OECD v roce 2015. Na rozdíl od ostatních ekonomik střední a východní Evropy, které podobně jako Česká republika zdědily velké nemocniční sektory, je největším sektorem ambulantní péče s 32 % výdajů na zdravotnictví, zatímco výdaje na dlouhodobou a lůžkovou péči jsou méně významné a pohybují se okolo průměru OECD.[20]
- Zatímco v řadě zemí OECD dochází k posunu od lůžkové péče k jednodenní péči, který je motivován snahou o zvýšení efektivity, v ČR jsou výdaje na jednodenní péči v nemocnicích i nadále nízké (podle odhadů pouze 2–3 % výdajů na nemocnice). Je třeba vynaložit větší úsilí směrem k posunu vybraných typů hospitalizací od delší lůžkové péče k jednodenní péči. Tento trend je výzvou jak pro hledání vhodných úhradových mechanismů, tak pro definici klinických doporučených postupů pro jednodenní péči.

[20] OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018.

- Podíl HDP mířící na investice v českém zdravotnictví sice odpovídá celkovému průměru zemí OECD, avšak stále je významně nižší např. ve srovnání s Rakouskem či Německem. Jistým problémem českého zdravotnictví je fakt, že investice a obnova infrastruktury zejména nemocnic není adekvátně zohledněna v úhradovém mechanismu lůžkové péče. Nemocnice a zdravotnická zařízení proto při investicích spoléhají na veřejné dotace a finanční prostředky EU. Investice do zdravotnické infrastruktury a její modernizace by měly být lépe plánovány a koordinovány napříč kraji a měly by se řídit integrovaným přístupem v rámci financování zdravotnictví na úrovni nemocnic, krajů a ministerstva. Například léčba akutních ischemických cévních mozkových příhod byla přeskupena do iktových center a vedla k významným zlepšením. V důsledku toho pravděpodobnost, že pacient podstoupí nezbytnou léčbu v rámci doporučeného limitu šedesáti minut, patří k nejvyšším v EU.

Zvyšování výdajů na zdravotnictví spolu se zvyšováním jeho efektivity může být vysoce přínosné. Odhady založené na vzorku zemí OECD v letech 1990–2015 naznačují, že 10% nárůst výdajů na zdravotnictví (neboli přibližně 245 USD na obyvatele a rok) je spojen s potenciálním přírůstkem střední délky života o cca 3,5 měsíce. Nicméně zároveň je třeba dbát na zvyšování efektivity systému zdravotních služeb. Srovnání ČR se zeměmi s podobnými výdaji a institucionálními rysy naznačuje, že zdravotní výsledky jsou stále částečně nedostatečné. Srovnávací analýzy OECD ukazují, že český zdravotní stav zůstává pod úrovní Slovinska, Koreje a Řecka, a to i při zohlednění dalších rozdílů v životním stylu a sociálních faktorů. To naznačuje, že při současné úrovni financování existuje v českém systému zdravotní péče prostor pro zvyšování efektivity a zlepšování zdravotních výsledků[21].

Odměňování zdravotnického personálu je velkou výzvou pro úhradové mechanismy ve všech segmentech péče. V posledních 2–3 letech došlo k významnému navýšení odměn pracovníků, zejména v lůžkové péči a plošné, centrálně řízené navyšování v podobném objemu není ve stejném tempu dlouhodobě možné. Jednak se plošným zvyšováním odměn ztrácí selektivní motivační potenciál a jednak takový systém nereflektuje specifické personální potřeby regionů nebo jednotlivých poskytovatelů. Celkový vývoj odměn lze na aktuálních datech roku 2018 shrnout takto:

- Platy i mzdy lékařů od roku 2017 významně narostly a v roce 2018 dosáhly průměru (celkový průměr platů a mezd, všechny segmenty lůžkové péče) cca 77 600 Kč. Segment akutní péče se v celkovém průměru odměn lékařů významně liší od segmentu ostatní lůžkové péče (celkový průměr v akutní péči: 78 000 Kč vs. v ostatní lůžkové péči: 71 900 Kč). Zjištěný růst od roku 2017 pokračuje v trendu z předchozího období a tento v celkovém průměru nemění. Meziročně 2017 -> 2018 tak jde o nárůst o +8 až +10 % (mzdy rostly průměrně o 7,4 %, platy o 8,3 %). Ačkoli platy i mzdy lékařů rostou relativně stejným tempem, nadále zůstává mezi těmito dvěma formami odměny významný rozdíl. Průměrný plat lékařů dosáhnul v roce 2018 hodnoty 80 412 Kč, zatímco průměrná mzda 73 523 Kč.

[21] OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018.

- Průměrná odměna lékaře tak v roce 2018 významně převýšila průměrnou odměnu v ČR (podle dat ČSÚ: 31 900 Kč). Oproti roku 2010 odměna lékařů roste v roce 2018 kumulativním indexem růstu +157 %, zatímco průměrná mzda v ČR rostla proti roku 2010 o +134 %. Ačkoli platy i mzdy rostou relativně stejným tempem, nadále zůstává mezi těmito dvěma formami odměny významný rozdíl. Průměrný plat lékařů dosáhl v roce 2018 hodnoty 80 412 Kč, zatímco průměrná mzda 73 523 Kč. V nemocnicích zřizovaných Ministerstvem zdravotnictví ČR dosáhl v roce 2018 průměrný plat lékaře hodnoty 85 690 Kč, což znamená meziroční nárůst o 8 až 9 %.
- Platy i mzdy všeobecných sester od roku 2017 významně vzrostly a v roce 2018 dosáhly průměru (celkový průměr platů a mezd, všechny segmenty lůžkové péče) cca 35 800 Kč. Segment akutní péče se v celkovém průměru odměn všeobecných sester významně neliší od segmentu ostatní lůžkové péče. Zjištěný růst od roku 2017 pokračuje v trendu z předchozího období a tento nemění. Meziročně 2017 -> 2018 tak jde o nárůst o 12 až 13 %, přičemž toto relativní navýšení bylo v přibližně stejné výši zjištěno u všech druhů zřizovatelů lůžkové péče.
- Průměrná odměna všeobecných sester tak v roce 2018 významně převýšila průměrnou odměnu v ČR (podle dat ČSÚ: 31 900 Kč). Oproti roku 2010 odměna všeobecných sester roste v roce 2018 kumulativním indexem růstu +149 %, zatímco průměrná mzda v ČR rostla proti roku 2010 o +134 %. Ačkoli platy i mzdy rostou relativně stejným tempem, nadále zůstává mezi těmito dvěma formami odměny významný rozdíl. Průměrný plat všeobecné sestry dosáhl v roce 2018 hodnoty 41 188 Kč, zatímco průměrná mzda 34 828 Kč.

Od roku 2018 mapuje resort úbytek úvazkové kapacity všeobecných sester a porodních asistentek v segmentu akutní lůžkové péče o více než 2000 úvazků. Z těchto důvodů se hlavní aktivity specifických cílů 2.2–2.4 Strategického rámce Zdraví 2030 zaměřují na široké spektrum opatření s cílem usnadnit práci zdravotnických pracovníků, zvýšit společenskou hodnotu jejich práce a tím i zájem mladých lidí o ni. Potenciálně velmi účinná mohou v tomto ohledu být zejména tato opatření:

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

2.2.5. Specifický cíl 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví

Zdravotnictví je odvětvím, které se neustále vyvíjí k vyšší produktivitě a k lepším výsledkům prostřednictvím aplikace vědeckých poznatků a technologických inovací. Z tohoto důvodu má specifický cíl rozvíjející inovační potenciál zdravotních služeb strategický význam. Zapojení vědy a výzkumu je třeba vnímat i jako významnou podporu pro aktivity řady jiných, výše zdůvodněných specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2030. Mezi zásadní aktivity synergicky podporující dílčí aktivity ostatních specifických cílů patří zejména:

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

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

- Podpora výzkumu zaměřeného na aplikace ICT, internetu věcí a umělé inteligence ve zdravotnictví a metod na těchto technologiích založených a výzkum v oblasti telemedicíny.
- Péče o dlouhodobě nemocné vyžadující téměř celodenní monitoring bude již v blízké budoucnosti bez dalších technologických inovací personálně velmi obtížně zajistitelná. Technologický vývoj usnadňující dálkové sledování a včasnou detekci hrozících zdravotních problémů mohou zásadně zvýšit bezpečnost péče o tyto nemocné, řešit nedostatek odborného personálu a zajistit posun těžiště péče do domácího prostředí pacientů. Jde přitom o oblast s narůstajícím významem, jako příklad uvádíme Alzheimerovu demenci a demence seniorního věku obecně. Počet osob v populaci ČR s vykázanou diagnózou demence ve sledovaném období 2015–2017 narůstal meziročně až o 5 %.

V roce 2017 bylo v datech NZIS identifikováno 102 tisíc osob s demencí, z čehož 60 % tvořili pacienti s plně diagnostikovanou Alzheimerovou nemocí a 40 % pacienti s nedošetřenou demencí. U různých typů nedošetřené demence existuje předpoklad, že není dořešen typ neurodegenerativní poruchy, a není tak vyloučena přítomnost Alzheimerovy nemoci a rozvoj Alzheimerovy demence v budoucnu. Vzhledem k celosvětově známé poddiagnostikovanosti pacientů s neurodegenerativními onemocněními (odhadem až třetina jedinců s Alzheimerovou nemocí není diagnostikována) lze předpokládat, že z dostupných dat je přitom odhalena pouze špička ledovce.

- Aplikovaný výzkum zaměřený na sledování nákladných diagnostických a léčebných inovací a zdokonalující systémy hodnocení dopadu těchto technologií na bázi metodik HTA (Health Technology Assessment).
- Prudce rostoucí objem léčby inovativními léčivými přípravky či technologiemi lze v ČR dokumentovat na tzv. centrové léčbě (tedy o spotřebě inovativních léků, indikované v akreditovaných centrech vysoce specializované péče podle metodik MZ ČR). Prevalence pacientů léčených centrovými léky v letech 2015 a 2018 významně narostla (ročně +10 % až +14 %). V roce 2016 bylo takto léčeno 52 640 pacientů. V letech 2016 a 2017 došlo k meziročnímu nárůstu +10 % a v roce 2017 bylo centrovou léčbou léčeno 57 905 pacientů. Odhadovaný počet pacientů léčených centrovou léčbou v roce 2018 je 62 162 s dalším, cca 7% nárůstem oproti roku 2017.

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

3. Návrhová část – specifické cíle

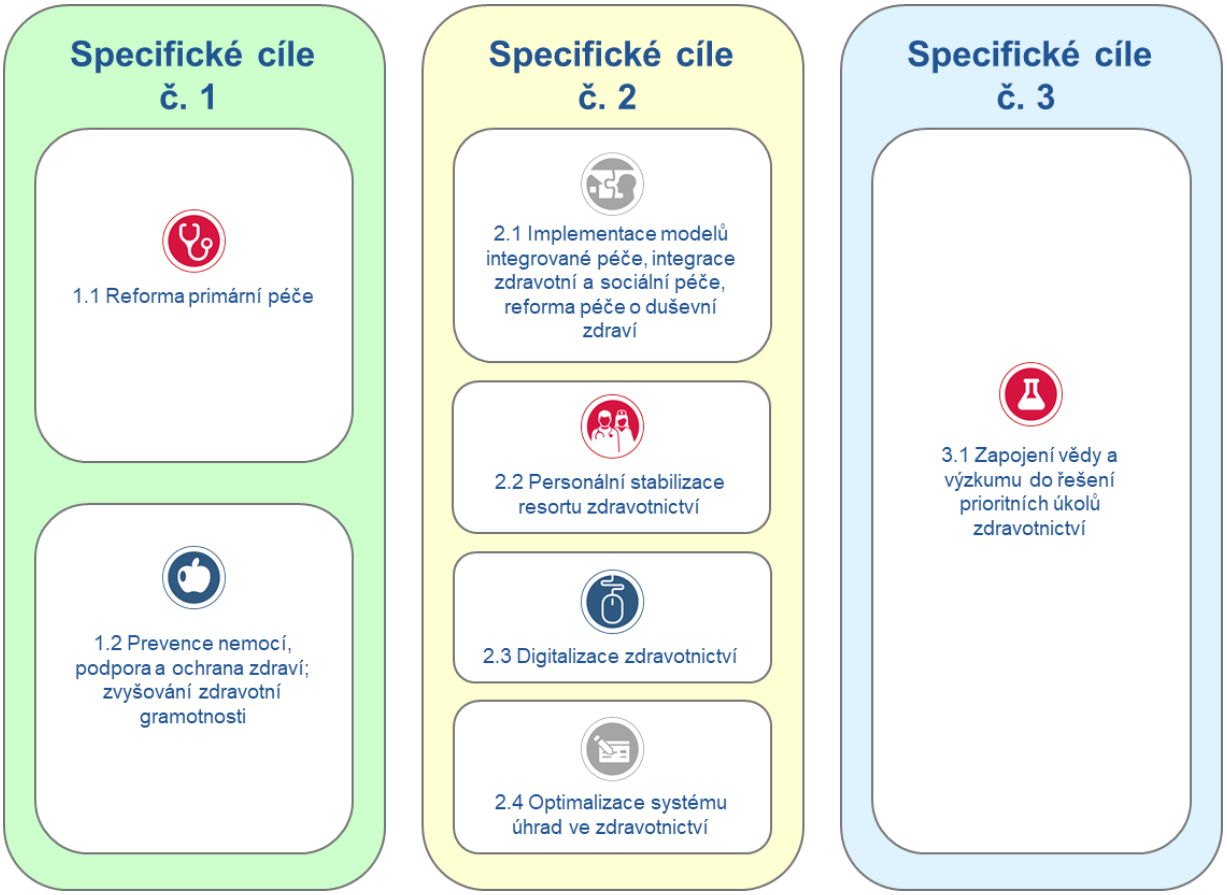
Hlavní ambicí Strategického rámce Zdraví 2030 je být nejenom zastřešujícím strategickým dokumentem pro resort zdravotnictví, ale i vodítkem pro všechny orgány státní správy i samosprávy, protože faktory ovlivňující zdraví obyvatel se prolínají napříč všemi resorty a jsou také předmětem rozhodování orgánů na krajské i obecní úrovni. Stále platí, že zdraví lidí nevzniká v nemocnicích, ale všude tam, kde lidé žijí, pracují a odpočívají.

Jak již bylo zdůrazněno v úvodu, Strategický rámec Zdraví 2030 navazuje na cíl Strategického rámce ČR 2030 „Zdraví všech obyvatel se zlepšuje“, jehož specifické cíle[22] se tematicky soustřeďují do následujících strategických cílů Strategického rámce Zdraví 2030.

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

[22] Viz str. 6, kapitola Obecný úvod.

S ohledem na aktuální i dlouhodobé potřeby resortu zdravotnictví, ale i se zřetelem na dosavadní poznatky a zkušenosti prezentované v Analytické části Strategického rámce Zdraví 2030, byl každý ze strategických cílů rozpracován do podrobnějšího členění na cíle specifické. Výběr specifických cílů byl ovlivněn především posouzením jejich možných dopadů na plnění příslušného strategického cíle.



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

Naplnění těchto specifických cílů bude realizováno implementací navazujících Implementačních plánů, které představují hlavní prováděcí dokumenty Strategického rámce Zdraví 2030, podrobněji rozpracovávají danou tematiku. Tyto Implementační plány mohou být doplňovány specifičtějšími (ať už z hlediska užšího tematického, nebo časového) akčními plány. Vzhledem ke specifičnosti oblasti zdravotnického výzkumu bude specifický cíl 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví implementován primárně Národní koncepcí zdravotnického výzkumu.

Níže jsou uvedeny karty jednotlivých specifických cílů, které obsahují rámcový popis Implementačních plánů specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2030.

3.1. Reforma primární péče

Primární péče, zajištěná praktickými lékaři (VPL + PLDD + registrující poskytovatelé ambulantních služeb) v součinnosti s gynekology a stomatology, je základem fungujícího zdravotnictví ve vyspělých zemích. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Dobře pracující, motivovaný a maximem možných kompetencí vybavený praktický lékař je základním kamenem zdravotního systému. Je schopen velmi efektivně poskytovat kvalitní a přitom dostupnou (ve smyslu geografickém, časovém, ekonomickém i sociálním) péči. Podle OECD mají praktičtí lékaři největší potenciál ke zlepšení a udržení zdraví populace, zvyšují její zdravotní gramotnost, garantují péči o vulnerabilní skupiny občanů, zajišťují rovnost přístupu k péči a svým působením činí zdravotní systém udržitelnějším a efektivnějším[23].

Skutečnost, že praktičtí lékaři neplní gate-keepingovou roli, oslabuje organizaci primární a ambulantní péče. Pojištěnci musejí být teoreticky zaregistrováni u praktického lékaře, nebo pediatra (v případě dětí), zubního lékaře a v případě žen u gynekologa. V současné době však pacienti mohou navštívit přímo specialistu nebo jít do nemocnice, aniž by navštívili lékaře primární péče, a také to často dělají. Neexistuje žádná sankce ani pobídka, která by vedla k primární návštěvě praktického lékaře. Praktickým lékařům by měla být svěřena větší role v oblasti gate-keepingu a koordinace. Tím by se zajistilo, aby byli pacienti v případě potřeby lépe nasměrováni na nejvhodnější místo pro jejich léčbu (specialisté nebo nemocnice). Rovněž by to umožnilo snížit nadužívání nemocničních zařízení a podpořit změnu jejich zaměření na složitou a intenzivní léčbu. Předpokladem pro zavedení gate-keepingu je zvýšení kompetencí a zrušení preskripčních omezení praktických lékařů.

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

- Posílení kompetencí praktických lékařů a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, zlepšení koordinace činnosti primární péče a služeb ambulantních specialistů; zajištění vyšší dostupnosti primární péče při jejím vyšším a standardizovaném výkonu.
- Posílení motivačních faktorů pro zabezpečení praxí na venkově, v méně atraktivních oblastech, zvýšení počtu ordinací praktických lékařů na venkově a v odlehlých oblastech; usnadnění lepší koordinovanosti při zakládání sdružených praxí a posilování výkonové složky úhrady posilující kvalitu služeb.
- Posílení role praktických lékařů jako *„průvodců zdravotnickým systémem“* a ve zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti obyvatel; vybudování funkčního systému *„gate-keepingu“* – včetně posílení zapojení praktických lékařů do preventivních programů a do programů dlouhodobé dispenzární péče o chronicky nemocné. Cílené, na pacienty se zvýšeným zdravotním rizikem orientované, preventivní prohlídky mohou předejít zhoršení řady závažných zdravotních stavů, nebo jim dokonce předejít.

[23] OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018.

- Vytvoření nového modelu lékařské pohotovostní služby[24] jako součást urgentních příjmů na úrovni okresů.

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

Číslo a název specifického cíle	**1.1 Reforma primární péče**
Dílčí cíle	1.1.1 Posílení kompetencí praktických lékařů a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, zlepšení koordinace činnosti primární péče a služeb ambulantních specialistů 1.1.2 Snížení počtu preskripčních omezení 1.1.3 Zavedení standardizace vybavení ordinací 1.1.4 Zvýšení dostupnosti primární péče – podpora sdružených praxí 1.1.5 Zvyšování kvality péče včetně sledování indikátorů kvality 1.1.6 Změna systému financování s důrazem na posílení výkonové složky při fixované kapitaci 1.1.7 Zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech 1.1.8 Optimalizace využívání programů rezidenčních míst a vytvoření modelu vzdělávání (zvláště PLDD a registrující poskytovatelé ambulantních služeb) 1.1.9 Nastavení efektivních postupů v managementu chronických neinfekčních onemocnění 1.1.10 Zvýšení podílu obyvatel využívajících pravidelné preventivní prohlídky 1.1.11 Vybudování rovnoměrné sítě urgentních příjmů a pohotovostní služby[25] (cca jedna pro každý okres), 1.1.12 Zajištění návaznosti lékařské pohotovostní služby na urgentní příjmy, u vybraných poskytovatelů na nízkoprahové urgentní příjmy

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

[25] Týká se i lékárenských pohotovostních služeb.

Příklady hlavních opatření	• Nastavení legislativního rámce sdružených praxí • Změna úhradových mechanismů • Vytvoření modelu rezidenčních míst • Rozvolnění preskripce pro praktické lékaře • Nastavení toků pacientů mezi ambulantními specialisty a praktickými lékaři • Příprava a vydávání metodických postupů a resortních metodik (standardů) pro poskytování primární péče • Edukační a vzdělávací programy, certifikované kurzy • Příprava vydávání klinických doporučených postupů pro poskytování primární péče • Příprava nových legislativních norem, resortních vyhlášek a systémů upravujících personální a technickou vybavenost praxí a LPS • Vývoj systémů hodnocení kvality • Založení referenčních sítí poskytovatelů v primární péči se zaměřením na podporu zdraví a zdravotní gramotnosti • Nastavení, monitoring a zvyšování kvality preventivních programů • Využití nástrojů elektronického zdravotnictví • Investiční podpora vytváření urgentních příjmů a sdružených praxí • Zapojení uživatelů péče do přípravy a implementace řešení v oblasti primární péče
Doba trvání implementace	2021–2030
Garant	MZ
Zpracovatel	Sekce MZ: NZ
Spolupracující instituce	ÚZIS, SÚKL, IPVZ, NCO NZO, MPSV, MŠMT, ČLS JEP, Česká asociace sester, ČLK, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny, Svaz měst a obcí ČR a Sdružení místních samospráv, vysoké školy, PZS, profesní organizace
Vazba na další specifické cíle	1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti 2.3 Digitalizace zdravotnictví 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví
Indikátory	Na úrovni dopadu:

	• Průměrný věk praktických lékařů • Poměr návštěv u ambulantních specialistů k návštěvám u praktických lékařů • Podíl obyvatel, kteří v průběhu předchozích dvou let absolvovali preventivní prohlídku u praktického lékaře Na úrovni výsledků/výstupů[26]: • Počet vytvořených sdružených praxí • Počet ordinací naplňujících standard praxe • Počet vytvořených urgentních příjmů • Počet osob podpořených rezidenčními programy pro praktiky
Výchozí stav	Kvůli nízkým kompetencím praktických lékařů (VPL a PLDD), ale i nedostatečnému spektru poskytovaných služeb daných suboptimálním rozvojem oboru a nedostatečnému využívání jejich regulační a organizační role pro přístup k nákladným specializovaným službám, není potenciál primární péče v ČR, ve srovnání s vyspělými zeměmi EU, dobře využit. Za hlavní problémy lze považovat omezení kompetencí, výkonů a preskripce praktických lékařů, neexistence jasných pravidel, která by vymezovala vztahy s ambulantními specialisty a lůžkovými zařízeními, systém paušálních úhrad u ambulantních specialistů (s regulací na unicitní rodné číslo), který determinuje jejich chování v systému a zvyšuje uměle četnost kontaktů pacienta se zdravotním systémem. To znamená zbytečné náklady v řádu desítek miliard korun ročně a diskomfort pro pacienta. Současný standard ordinací podle vyhlášky č. 92/2012 Sb. a vyhlášce č. 99/2012 Sb. se z hlediska nutnosti posílení role primární péče jeví jako zastaralý a neodpovídající současným možnostem ordinací PL. Dalším problémem primární péče je obrovský nárůst administrativy a úbytek praktických lékařů v neatraktivních oblastech ohrožující dostupnost lékařské péče.
Cílový stav	Cílem reformy primární péče musí být její postupná proměna a posílení tak, aby byla schopna poskytovat v maximálním rozsahu co nejširší, a přitom kvalitní péči snadno dostupnou pacientovi. Rozšíření kompetencí musí umožnit praktickému lékaři poskytovat maximum možné péče, které je odborně a technicky schopen. Většina kontaktů pacienta se zdravotním systémem se musí uskutečnit co nejblíže jeho bydlišti v ordinaci praktického lékaře, se kterým má důvěrný vztah a dobře ho zná. Jedinými limity takové péče mají být technické a odborné možnosti praktického lékaře,

[26] V rámci Implementačního plánu bude stanovena podrobnější indikátorová sada.

	nikoli administrativní překážky. Praktický lékař má být průvodcem pacienta po systému a jeho advokátem, který ho mimo jiné ochraňuje i před zbytečnou lékařskou péčí. Důležitým cílem posilování role primární péče je korigovat pohyb pacienta zdravotním systémem tak, aby prioritně vyhledával péči u praktického lékaře, a redukovat počet kontaktů pacienta se zdravotním systémem, který je v ČR extrémní a vysoce převyšuje čísla okolních vyspělých zemí. Klíčové je rovněž maximální zpřístupnění kvalitní farmakoterapie v primární péči odpovídající úrovni vyspělých států EU. Po implementaci reformy je snahou maximální zlepšení vybavenosti ordinací VPL a PLDD na úroveň odpovídající standardu primární péče vyspělých států EU. Trendem budoucnosti je spolupráce dvou a více lékařů v jedné praxi. Umožní to zajistit lepší kvalitu a časovou dostupnost péče a vzájemnou zastupitelnost lékařů, ale také zjednodušení generační obměny a zachování kontinuity péče. Takzvané sdružené praxe však musejí být vždy založeny na spolupráci plně kvalifikovaných praktických lékařů. Primární péče bude i nadále hrazena kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, která podporuje vztah lékař–pacient (tím, že je vázána na registraci), brání zbytečné honbě za body, podporuje prevenci, podporuje také komunitní a sociální roli praktického lékaře a stabilizuje síť lékařů primární péče. Je však třeba posílit výkonovou složku úhrad a nastavit úhradové mechanismy, které umožní diferenciaci mezi jednotlivými praxemi podle poskytovaného výkonu a které je budou motivovat k lepší péči tím, že umožní lepší ohodnocení praxí poskytující vyšší výkon a kvalitu. Lékařská pohotovostní služba bude součástí urgentních příjmů vybraných okresních nemocnic. Vznikne tak státem garantovaná síť LPS. Nový systém vzdělávání přinese formou rezidenčních míst vyšší motivační prvky ke stabilizaci personálu i v periferních lokalitách. Vyšší zdravotní gramotnost povede k vyváženější konzumaci zdravotní péče.
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU Vedle interních rozpočtových zdrojů resortu zdravotnictví bude využívána i možnost mezinárodních projektů spolupráce v rámci EU a projektů domácích grantových agentur. Pro reformu primární péče v oblasti sdružených praxí a vytvoření modelu fungující Lékařské pohotovostní služby se předpokládá zapojení fondů EU i v oblasti investic.

3.2. Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti

V populaci ČR rovněž postupně přibývá osob, které se nacházejí v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu. Ačkoli hlavním faktorem zvyšujícím nemocnost populace je demografické stárnutí, velký podíl zde má i špatný životní styl a silný vliv rizikových faktorů, jako je konzumace alkoholu, užívání tabáku, nesprávné stravovací návyky apod., a to u všech skupin obyvatel, včetně dětí a mladistvých.

Pandemie COVID-19 jednoznačně změnila pohled na význam prevence nemocí a nezbytnost zvýšení úrovně zdravotní gramotnosti obyvatel a výrazně ovlivnila význam potřeby podpory rozvoje již fungujícího systému epidemiologické bdělosti, tedy komplexního a soustavného sledování všech dostupných informací o procesu šíření nákazy a sledování všech podmínek a faktorů, které tento proces ovlivňují, a to za účelem stanovení systému účinných opatření k potlačování nebo likvidaci dané nákazy a za účelem predikce případných nových výskytů nákazy. Nezbytnou podmínkou pro řešení případů velmi vysokého rizika ohrožení zdraví populace ČR infekčními nemocemi, ale i pro případy jiné neinfekční povahy (např. hromadná toxická rizika, povodně apod.) je zajištění připravenosti systému ochrany veřejného zdraví na řešení přeshraničních hrozeb.

Mnoho životů lze zachránit zintenzivněním snah o prevenci nezdravého životního stylu. Právě prevence nemocí tak představuje klíčový nástroj jak pro zlepšování zdraví české populace, tak i pro zlepšování efektivnosti zdravotnického systému a potažmo zvyšování zaměstnanosti obyvatel v národním hospodářství.

Prevence nemocí představuje účinný a nákladově efektivní nástroj pro zlepšování zdraví populace, přesto často není ve zdravotních politikách ČR stále dostatečně využívaný. Specifický cíl ve svých aktivitách a dílčích cílech rozlišuje primární prevenci, která se prostřednictvím eliminace příčin nemocí nebo zvyšováním odolnosti jedinců snaží zabránit vzniku nemocí, a sekundární prevenci, která má za cíl zastavit rozvoj nemocí předtím, než se začne projevovat klinickými symptomy. Díky včasnému záchytu lze tak u mnoha nemocí zabránit fatálním následkům, ale i ušetřit peníze za nákladnou léčbu jejich pokročilých stadií. Protože postupy primární a sekundární prevence často závisejí na chování osob v populaci a převzetí jejich odpovědnosti za své zdraví, klíčovou součástí preventivních zdravotních politik rovněž musí být zvyšování zdravotní gramotnosti populace tak, aby lidé mohli správně chápat zdravotnické informace a činit vhodná rozhodnutí o svém zdraví a čerpané zdravotní péči.

Specifický cíl usiluje o vytvoření komplexní soustavy opatření a programů podpory zdraví tak, aby významně přispěl k ochraně zdraví obyvatel před vznikajícími zdravotními hrozbami a zvýšení zdravotní gramotnosti obyvatel, a dále usnadnil přístup k programům prevence, a tak přispěl k prodloužení života ve zdraví českých občanů. Tento specifický cíl je úzce propojen se specifickým cílem 2.3 Elektronizace zdravotnictví, jelikož bude kombinovat budování robustní datové základny a užití informačních nástrojů a s informačním servisem v oblasti infekčních nemocí a dalších zdravotních hrozeb, edukační projekty a kampaně, realizaci cílených průzkumů zdravotního stavu v různých oblastech, včetněrizikového chování obyvatel a zavádět programy usilující o snížení vlivu řady zdravotně rizikových faktorů a programy screeningu a časného záchytu vážných nemocí.

Specifický cíl 1.2. přímo navazuje na cíle strategie Zdraví 2020 a ve svých dílčích cílech upřesňuje konkrétní aktivity, které povedou k tvorbě nástrojů a politik přispívajících k ochraně zdraví a časnému záchytu nemocí, zlepšování zdraví české populace a podpory její zdravotní gramotnosti. Analytická studie, jež je přílohou Strategického rámce Zdraví 2030, jednoznačně dokládá přetrvávající rezervy v investicích do zdraví v oblasti prevence nemocí. Úmrtnost na preventabilní onemocnění je v ČR zřetelně vyšší, než je průměr EU, což se negativně projevuje na stále nižší očekávané délce života a stagnaci jejího růstu v posledních letech. Právě prevence nemocí (včetně infekčních) tak představuje klíčový nástroj jak pro zlepšování zdraví české populace, tak i pro zvyšování zaměstnanosti a zlepšování efektivnosti zdravotnického systému.

Tomu odpovídají i nastavené dílčí cíle zde zdůvodňovaného specifického cíle, které se zásadně zaměřují na posílení zdraví prostřednictvím zavedení nových technologických nástrojů a opatření a zvýšení kompetencí široké veřejnosti či definovaných populačních skupin, a to zejména v oblastech:

- Rozvoje systému epidemiologické bdělosti, tedy komplexního a soustavného sledování všech dostupných informací o procesu šíření nákazy a sledování všech podmínek a faktorů, které tento proces ovlivňují, a to za účelem stanovení systému účinných opatření k potlačování nebo likvidaci dané nákazy,
- Ochrana zdraví obyvatel ČR v kontextu environmentálních rizik,
- Prevence užívání návykových látek, včetně užívání tabáku a nadměrné konzumace alkoholu u všech skupin obyvatel, včetně dětí a mladistvých.

Specifický cíl 1.2 dále předpokládá posilování rolí poskytovatelů péče v budování dostatečné úrovně zdravotní gramotnosti a ve zvyšování dostupnosti programů primární i sekundární prevence. Mezi hlavní aktivity a dílčí cíle této oblasti patří zejména:

- Vybudování a rozvoj center prevence ve zdravotnických zařízeních a příznivé ovlivnění behaviorálních faktorů zdraví (správná výživa, stravovací návyky, pohybová aktivita, sedavý způsob života),
- Vybudování Národního zdravotnického informačního portálu,
- Optimalizace a zvyšování kvality populačních screeningových programů,
- Zavádění nových programů časného záchytu nemocí založených na vědeckých poznatcích a na jasně definovaných metodických doporučeních.

Číslo a název specifického cíle	1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti
Dílčí cíle	1.2.1. Prevence vzniku a šíření infekčních nemocí a nastavení podpůrných informačních opatření pro systém managementu krizových situací 1.2.2. Ochrana zdraví obyvatel ČR v kontextu environmentálních rizik (chemické látky, nadměrná hluková zátěž, projevy změny klimatu apod.) 1.2.3. Prevence užívání návykových látek a realizace screeningu, časné diagnostiky a krátké intervence v oblasti závislostního chování 1.2.4. Tvorba Národního programu zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti, realizace dílčích programů a monitoring zdravotní gramotnosti 1.2.5. Vybudování a rozvoj center prevence ve zdravotnických zařízeních 1.2.6. Vybudování a rozvoj Národního zdravotnického informačního portálu 1.2.7. Posilování časného záchytu nemocí a rizikových faktorů ve všech segmentech péče a zavádění nových programů časného záchytu 1.2.8. Rozvoj institucionálního zázemí pro optimalizaci sekundární prevence a zvyšování kvality stávajících populačních screeningových programů
Příklady hlavních opatření	• Rozvoj datové a informační základny a informačního systému, monitoring infekčních nemocí a dalších nově se objevujících hrozeb pro zdraví obyvatelstva a tvorba výstupů pro užití odbornou i širokou veřejností • Rozvoj systému epidemiologické bdělosti za účelem stanovení systému účinných opatření k potlačování nebo likvidaci dané nákazy a predikce případných nových výskytů nákazy • Rozvoj pracovišť zaměřených na boj s infekčními nemocemi • Tvorba a realizace komunikační strategie v oblasti očkování • Rozvoj hygienických registrů • Edukace veřejnosti o možných škodlivých vlivech životního a pracovního prostředí • Edukace veřejnosti ohledně zdravého životního stylu • Tvorba a realizace meziresortní strategie pro omezení výskytu a důsledků antimikrobiální rezistence • Monitorování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky

	• Příprava nových legislativních norem, resortních vyhlášek a systémů upravujících implementaci preventivních programů • Příprava vydávání klinických doporučených postupů pro programy screeningu a pro programy časného záchytu vážných onemocnění v rizikových skupinách osob • Vývoj systémů hodnocení kvality, nákladové efektivity a úhrad programů screeningu a programů časného záchytu vážných onemocnění v rizikových skupinách osob • Využití nástrojů elektronického zdravotnictví pro programy podpory zdraví • Vytvoření Národního programu zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti a zahájení jeho implementace a nastavení monitoringu zdravotní gramotnosti • Založení center prevence ve zdravotnických zařízeních a zajištění jejich udržitelnosti, navázání na práci a rozvoj existující sítě regionálních center podpory zdraví • Podpora aktivit neziskových organizací zabývajících se otázkami souvisejícími se zdravím, včetně pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům v oblasti zvyšování zdravotní gramotnosti • Zapojení uživatelů péče do přípravy a implementace řešení v oblasti primární a sekundární prevence nemocí, zvyšování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví • Nastavení, monitoring a zvyšování kvality preventivních programů • Včasná diagnostika a krátké intervence v oblasti závislostního chování • Vybudování Národního zdravotnického informačního portálu • Návrhy, pilotní ověření a testování nových programů časného záchytu onemocnění
Doba trvání implementace	2021–2030
Garant	MZ
Zpracovatel	ÚZIS ČR, Sekce MZ: NZ, NH, NM

Spolupracující instituce	SZÚ, KHS, IPVZ, NCO NZO, AZV, MPSV, MZe, MŽP, MMR, MŠMT, MV, ÚV, ČLS JEP, NSZM kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, municipality, zdravotní pojišťovny, Svaz měst a obcí ČR a Sdružení místních samospráv, NÚKIB, lékařské fakulty, profesní organizace, ÚSKVLB, PZS, NNO
Vazba na další specifické cíle	1.1 Reforma primární péče 2.3 Digitalizace zdravotnictví 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Podíl veřejných výdajů na prevenci • Podíl osob s rizikovou konzumací alkoholu • Podíl denních kuřáků • Pokrytí populace screeningovým programem • Počet podpořených osob Na úrovni výsledků/výstupů: • Počet vytvořených center prevence • Vybudování a návštěvnost Národního zdravotnického informačního portálu • Počet vytvořených inovativních programů zdravotního screeningu • Počet osob podpořených programy podpory zdraví a programy screeningu • Počet koncepcí podpory zdraví na municipální a regionální úrovni
Výchozí stav	Každoročně v zemích EU umírá předčasně více než 1,2 milionu osob. ČR má přitom míru úmrtí na preventabilní onemocnění zřetelně vyšší (285 na 100 000 obyvatel), než je průměr EU28 (216 na 100 000 obyvatel). Tento stav je mimo jiné důsledkem snížené zdravotní gramotnosti obyvatel, jisté rezistence části obyvatel k preventivním programům a vysoké míry vlivu rizikových faktorů na českou populaci. Prakticky ve všech hlavních pro zdraví rizikových faktorech je česká populace významně nad průměrem vyspělých zemí EU (výskyt silných kuřáků, užívání tabáku u dětí a mladistvých, riziková konzumace alkoholu, nesprávné stravovací návyky a nedostatečná pohybová aktivita, preobezita a obezita, aj.). Například výsledky evropského dotazníkového šetření o zdraví (2014) potvrzují nepříznivou pozici ČR ve srovnání indexu tělesné

	hmotnosti, kdy podíl jedinců s nadváhou v české populaci patří mezi vůbec nejvyšší v EU. Dostupná data o zdravotním stavu české populace poukazují na nevyužitý potenciál preventivních aktivit pro zlepšování délky a kvality života českých občanů. Mezinárodní statistiky ukazují, že výdaje na preventivní aktivity v přepočtu na obyvatele patří v ČR mezi zeměmi OECD ke spíše nižším. Rovněž systém exaktního a metodicky garantovaného zavádění nových preventivních programů je v ČR pouze v počátcích. Cílem přitom nemohou být velmi nákladné a celoplošné programy, ale spíše projekty cíleně zaměřené na rizikové skupiny obyvatel. V oblasti posilování odpovědnosti občanů a zvyšování zdravotní gramotnosti rovněž chybí odpovídající meziresortní spolupráce integrující kroky relevantních ministerstev (MZ, MF, MMR, MŠMT) s aktivitami krajských úřadů, regionálních a místních samospráv. Je třeba sladit nebo vzájemně propojit nejrůznější dílčí preventivní projekty, a to i za účasti zdravotních pojišťoven.
Cílový stav	V oblasti posilování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví je cílovým stavem vysoká míra zdravotní gramotnosti oproti současnému stavu. Zdravotní gramotnost je důležitá pro každého občana, protože v určitém okamžiku života, každý potřebuje být schopen najít, pochopit a využít informací o zdraví a zdravotní péči. Péče o zdraví se musí stát součástí každodenního života. Výsledkem aktivit bude posílení zdraví zvýšením zdravotní gramotnosti nejen celkové populace, ale zejména dílčích populačních skupin. Cílené edukační aktivity posílí schopnost porozumět nejen základním informacím například o faktorech životního stylu, ale také například pozvánkám na vyšetření, příbalovým letákům, pokynům zdravotnického personálu, základní orientaci v systému poskytování zdravotní péče, znalost symptomů běžných onemocnění, znalost základních funkcí lidského těla, znalost základních kroků sebepéče a zajištění soběstačnosti v případě onemocnění. Důležitá bude rovněž tvorba a implementace vhodných komunikačních kanálů, jakým je například realizace Národního zdravotnického informačního portálu či zlepšování komunikačních schopností pracovníků ve zdravotnictví prostřednictvím aktivit cílených na zpracování odborných informací do všeobecně srozumitelných forem. Z pohledu celého zdravotního systému je cílovým stavem jednak funkční, legislativně a metodicky ukotvený systém programů podpory a ochrany zdraví, zdravotní gramotnosti a programů zaměřených na časný záchyt vážných onemocnění v rizikových skupinách osob, jednak funkční, legislativně a metodicky ukotvený systém epidemiologické bdělosti a připravenosti systému ochrany veřejného zdraví na řešení aktuálních zdravotních hrozeb pro

	veřejné zdraví. Institucionální ukotvení těchto programů, jako jsou např. centra prevence, bude provedeno tak, aby byla zajištěna jejich dlouhodobá udržitelnost, včetně udržitelnosti v rovině personální a finanční. Cílový stav bude rovněž charakterizovaný zapojením moderních nástrojů eHealth a on-line dostupných a plně garantovaných informačních služeb pro posílení zdravotní gramotnosti obyvatel a zavedením systému odpovědné přípravy, testování a implementace nových programů screeningu a časného záchytu onemocnění. Dále bude vybudována funkční meziresortní platforma zpřístupňující informace a posilující programy podpory zdraví zejména na regionální a municipální úrovni a Národní zdravotnický informační portál.
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU Vedle interních rozpočtových zdrojů resortu zdravotnictví bude využívána i možnost mezinárodních projektů spolupráce v rámci EU a projektů domácích grantových agentur. Financování nových programů screeningu bude projektově kryto pouze ve fázi verifikace a testování, následně přejde finanční krytí na zdroje veřejného zdravotního pojištění.

3.3. Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví

V ČR přibývá osob, které se dlouhodobě nacházejí v nepříznivém zdravotním stavu, což zvyšuje jejich nároky na zdravotní a sociální služby poskytované současně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru. Je nutné soustředit se zejména na propojení systému zdravotních a sociálních služeb, protože v rámci jejich legislativně i funkčně odděleného poskytování nelze adekvátně reagovat na měnící se potřeby osob s různou mírou závislosti na zdravotní a sociální péči. Je třeba restrukturalizovat stávající systém zdravotních a sociálních služeb tak, aby pro osoby všech věkových kategorií s rozdílnou mírou závislosti na péči, byla dostupná kvalitní, individualizovaná, zdravotně sociální služba, a to ve všech potřebných formách (od ambulantních/terénních, poskytovaných ve vlastním sociálním prostředí pacienta, po lůžkové/pobytové, využitelné pro přechodné či trvalé řešení životní situace pacienta). Problém je třeba řešit komplexně, tzn. včetně vhodně zvoleného systému financování takové služby, která zahrnuje několik zdrojů, v podílu odpovídajícím možnostem systému a potřebám a možnostem pacienta.

Rozvoj integrované péče úzce souvisí s připravovanou reformou primární péče (SC 1.1), která je založena na principu posílení role praktických lékařů ve zdravotnickém systému. Podstatou integrovaného přístupu je propojení péče v lůžkových zařízeních s úrovní praktických lékařů. Prvotní oblasti propojení integrované péče se bude zaměřovat na péči onkologickou, perinatologickou a gerontologickou.

V případě onkologické péče se předpokládá, že systém bude nově nastaven tak, že ve specializovaných centrech bude probíhat vysoce specializovaná diagnostika a terapie a v případech následného stabilizovaného stavu je péče předávána až na úroveň praktických lékařů. Cílem je vytvořit systém, který rovnoměrně využívá kapacit.

Do uvedené oblasti patří i implementace reformy péče o duševní zdraví, která byla započata v minulém programovém období za podpory fondů EU na základě schválené Strategie reformy psychiatrické péče (2014). Ta svou šíří záběru vyžaduje mnohem více času než jedno programové období. V současné době, na základě doposud provedených reformních opatření, je zřejmé, že pro zajištění komplexní péče o duševní zdraví je nutné se zaměřit na problematiku šířeji, tedy na udržení duševního zdraví jako takového. Znamená to nejenom dopracovat (hlavně z hlediska legislativy a financování) funkční model přesunu klientů z velkých lůžkových institucí do komunity v rámci zdravotně sociálního multidisciplinárního modelu péče, ale tuto péči doplnit i o aspekt prevence a časné intervence. Proto na Strategii reformy psychiatrické péče plynule navazuje Národní akční plán pro duševní zdraví (dále jen „NAPDZ“), který vznikal souběžně se Strategickým rámcem Zdraví 2030 a který rozpracovává nutné pokračování změnového procesu. Zabývá se mj. změnami příslušné legislativy, návrhy zavedení inovativních forem financování, řízením a plánováním zdravotně-sociálního pomezí pro jednotlivé cílové skupiny, zlepšováním kvality péče a naplňováním lidských práv, snižováním vysokého rizika chudoby u osob se závažným duševním onemocněním (vč. řešení intervencí v rámci bydlení, zaměstnávání, vzdělávání apod.), podporou rozvoje a změnami systému poskytování péče o děti v riziku nebo s již rozvinutými duševními obtížemi, zvyšováním efektivity péče o pacienty v ochranné léčbě, péčí o osoby s adiktologickou poruchou a v neposlední řadě i intervencemi v oblasti destigmatizace.

Hlavní aktivity a dílčí cíle specifického cíle 2.1 napomohou řešit výše doložené a v čase narůstající problémy s nedostatečnou kapacitou následné a dlouhodobé lůžkové péče, problémy související se stárnutím populace lékařů a s nedostatkem nelékařských zdravotnických pracovníků. V žádném zdravotnickém systému nejsou zdroje poskytovatelů péče neomezené a optimalizace organizace péče s sebou nese velký potenciál úspor při zachování vysoké kvality služeb.

Modely integrace péče v aktivitách specifického cíle 2.1 představují zejména standardizaci pohybu pacienta systémem zdravotních, zdravotně sociálních a sociálních služeb a zajištění jejich návazné dostupnosti v definovaném potřebném rozsahu a struktuře. Z hlediska struktury služeb lze očekávat zejména následující změny a opatření:

- Optimalizace struktury sítě poskytovatelů a lůžkového fondu, posilování služeb v domácí péči, posilování efektivních modelů mobilní paliativní péče apod.
- Posílení integrace primární, ambulantní péče a péče lůžkové, zajištění účinné dispenzarizace o chronické pacienty, kteří vyžadují po zvládnutí akutní fáze léčby dlouhodobé sledování. Tyto aktivity se rovněž nevyhnutelně dotknou restrukturalizace lůžkového fondu a posílení kapacit následné a dlouhodobé lůžkové péče.
- Posilování role registrujících praktických lékařů a jejich začlenění do modelů integrované péče (viz také specifický cíl 1.1).
- Modernizace a obnova přístrojového vybavení onkologických center umožňující rovnoměrné využívání moderních diagnostických a terapeutických metod při léčbě zhoubných novotvarů.
- Standardizace zdravotně sociální péče a vazba na kapacity sociální na bázi klinických doporučených postupů, optimalizace dostupnosti komunitních multioborových služeb ve vybraných klíčových segmentech medicíny.
- Integrace vysoce specializované péče v systému akutní péče a posílení tzv. sekundární centralizace péče, zejména péče o pacienty se vzácnými onemocněními. Vymezení činnosti center vysoce specializované péče, zajištění včasné diagnostiky onemocnění vyžadujících tento typ péče.
- Posílení komunikace různých segmentů péče zejména při určování správného diagnostického a léčebného postupu (klinické doporučené postupy), posílení multioborových týmů v nemocnicích zaměřených na management léčby chronických onemocnění apod.
- Posílení multioborové péče v komunitní či mobilní podobě, posouvající péči o pacienta co nejvíce do jeho domácího prostředí.
- Rozvoj stávajících Komplexních onkologických center (KOC), s důrazem na inovativní diagnosticko-léčebné postupy (precizní individualizovaná péče), posílení regionální spolupráce a fixace vazeb v aktuálně existujících sítích poskytovatelů v rámci regionální sítě s návazností na KOC.

Číslo a název specifického cíle	2.1 Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví
Dílčí cíle	**V oblasti implementace modelů integrované péče a integrace zdravotní a sociální péče:** 2.1.1 Vytvoření konsensuální strategie rozvoje zdravotně sociální péče, standardizace doporučených postupů a metodik posilujících funkčnost zdravotně-sociálních služeb 2.1.2 Implementace specifických a regionálně specifických modelů integrované péče 2.1.3 Role praktických lékařů v dlouhodobé péči a v modelech integrované péče 2.1.4 Zvýšení dostupnosti integrovaných zdravotních a sociálních služeb a integrace zdravotní, pracovní a sociální rehabilitace 2.1.5 Zvýšení kvality života pacientů s chronickými a nevyléčitelnými chorobami 2.1.6 Optimalizace lůžkového fondu a zvýšení dostupnosti následné a dlouhodobé péče 2.1.7 Posílení péče poskytované v domácím prostředí pacientů 2.1.8 Programy optimalizace a zvyšování dostupnosti paliativní péče ve všech formách (konziliární paliativní péče v nemocnicích, mobilní specializovaná PP, domácí péče, hospicová péče) 2.1.9 Programy posilující roli rodinných příslušníků a jiných laických pečovatelů v dlouhodobé péči 2.1.10 Posílení segmentu pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům **V oblasti péče o duševní zdraví:** 2.1.11 Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi 2.1.12 Zajištění, aby každý člověk měl srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku 2.1.13 Zajištění, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována

	2.1.14 Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě podle potřeby 2.1.15 Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví a začlenění/návratu do společnosti
Příklady hlavních opatření	• Změny legislativy • Změny financování • Změny v řízení a koordinaci péče horizontálně (resorty) i vertikálně (resorty, kraje, obce, uživatelé); včetně efektivní spolupráce péče o duševní a somatické zdraví; využití informačních systémů a evaluace pro tvorbu na evidenci založeného systému péče, zavedení procesů sledování a zvyšování kvality péče • Podpora rozvoje komplexní a integrované onkologické péče a vyrovnávání disparit v jednotlivých regionech • Změny v uspořádání a rozvoj sítě služeb (multidisciplinarita, integrovaná péče, balance care model, model recovery) • Pro oblast duševního zdraví zejména další rozvoj CDZ pro osoby se závažným duševním onemocněním, pro děti s duševním onemocněním či s rizikem jeho rozvoje, multidisciplinární týmy v oblasti závislostní problematiky a v oblasti forenzní problematiky, a realizace de-institucionalizace (vč. rozvoje akutní péče v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic a v psychiatrických nemocnicích) • Změny v oblasti lidských zdrojů (práce s kompetencemi, organizace práce) a jejich odborné přípravy • Využití mHealth, eHealth a dalších ICT systémů pro bezpečí a dostupnost péče • Obhajoba práv klientů a rodinných příslušníků, důraz na dodržování ratifikovaných lidskoprávních mezinárodních dokumentů, destigmatizace a prevence • Modelování a posilování zapojení pacientů (uživatelů péče) v procesech veřejné zdravotní politiky (tvorba koncepcí a strategií, stanovování cen a úhrad, hodnocení kvality péče, správa zdravotních pojišťoven, orgány poskytovatelů zdravotní péče apod.) • Posilování odborné a technické kapacity orgánů veřejné správy k zapojení pacienta (např. MZ, MPSV, SÚKL případně HTA agentura apod.)

	• Vzdělávání zástupců pacientů (vč. peer konzultantů), ale i široké veřejnosti • Pilotní projekty inovativních metod v poskytování péče v oblasti duševního zdraví[27], modelu „recovery house“, „mother and baby unit“, podpora duševního zdraví v zaměstnání, dětské duševní zdraví a psychosociální výchova ve vzdělávacím systému, multidisciplinární týmy pro osoby trpící demencí, pro forenzní léčbu • Využití informačních systémů a evaluace pro tvorbu na evidenci založeného systému péče • Zapojení pacientů do edukační činnosti v oblasti péče • Edukace specifických diagnostických skupin pacientů • Posílení postavení pacienta v rozhodovacích procesech • Investiční podpora poskytovatelů integrovaných služeb
Doba trvání implementace	2021–2030
Garant	MZ
Zpracovatel	Sekce MZ: NZ
Spolupracující instituce	ÚZIS, SÚKL, IPVZ, NCO NZO, NÚDZ, MPSV, MMR, MSp, MŠMT, MV, ČLS JEP, kraje, obce, nevládní sektor, zdravotní pojišťovny, pacientské organizace, Svaz měst a obcí ČR a Sdružení místních samospráv, Asociace krajů ČR, NNO, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, odborná veřejnost, akademická sféra, zdravotní pojišťovny, NNO
Vazba na další specifické cíle	1.1 Reforma primární péče 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví 2.3 Digitalizace zdravotnictví 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví

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

Indikátory	Na úrovni dopadu: • Počet lůžek následné a dlouhodobé péče • Počet pacientů léčených v domácí péči Na úrovni výsledků/výstupů: • Počet podpořených poskytovatelů v nově nastaveném systému zdravotně sociálních služeb • Počet podpořených poskytovatelů paliativní péče • Počet realizovaných programů prevence zaměřených na duševní zdraví • Počet realizovaných programů posilujících roli pečovatelů v dlouhodobé péči • Počet vytvořených regionálních modelů integrované péče
Výchozí stav	Zdravotní systém ČR se potýká s problematikou polymorbidních pacientů, kteří se opakovaně navracejí do systému zdravotní péče. Potřeby těchto osob se neomezují jen na zdravotní složku, ale je nutné řešit i jejich sociální problémy. Integrovaná péče je komplexním systémem péče nabízejícím možnosti plánování, realizace, koordinace a hodnocení v uceleném pohledu na individuální potřeby pacienta a poskytující mu potřebnou míru podpory napříč mnoha rovinami jeho života. V horizontální rovině je vnímána jako spolupráce poskytovatelů na stejné úrovni a zahrnuje intenzivní spolupráci praktických lékařů a specialistů s multidisciplinárními týmy. Ve vertikální rovině je péče poskytována různými poskytovateli na různých úrovních péče. Oddělený systém zdravotních a sociálních služeb, jejichž propojení je těžkopádné, mnohdy s legislativními překážkami, charakterizuje nedostatečná saturace zdravotních a sociálních potřeb pacientů s různou mírou nutné podpory. Již nyní existuje počet potřebných pacientů mimo systém, marně hledajících optimální zdravotní a sociální služby, s chybějícími informacemi. Pacienti se nemohou dostatečně zapojit do rozhodování. Efektivní organizaci práce brání absence kontaktního opěrného bodu, nebo koordinátora služeb nebo průvodce pacienta systémem. Existují systémové bariéry bránící vzniku, rozvoji a fungování služeb s meziresortním přesahem ve vlastním prostředí klientů. Legislativa i modely financování zdravotní a sociální části alokují zdroje (finanční i lidské) do institucí, kde je péče nákladnější, a hlavně do značné míry snižuje kvalitu života osob institucionalizovaných, neboť jim odpírá právo na život ve vlastním sociálním prostředí.

Cílový stav	Funkčně a legislativně propojený systém zdravotně sociálních služeb pro všechny věkové kategorie pacientů, umožňující individuální nastavení zdravotně sociálních služeb podle aktuálních potřeb pacienta. Systém je plně transparentní pro pacienty (z hlediska nároku na péči a podmínek jejího poskytování) a poskytovatele (z hlediska vytvoření podmínek pro poskytování) a splňuje oficiálně nastavené kvalitativní požadavky, které jsou pravidelně přezkoumávány. Zdravotně sociální služby jsou místně i časově dostupné všem potřebným pacientům bez ohledu na jejich věk, pohlaví či sociální status. Jsou vytvořena kontaktní informační a podpůrná místa pro pacienty, jejich rodiny a blízké s vazbami na poskytovatele zdravotně sociálních služeb. V oblasti integrace zdravotních a sociálních služeb: do roku 2030 jsou všem občanům ČR v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu (v důsledku chronických a nevyléčitelných chorob, stárnutí apod.), zaručeny rovné příležitosti k užívání zdravotních a sociálních služeb současně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru podle potřeb a ve všech potřebných formách (od ambulantních, terénních, poskytovaných ve vlastním sociálním prostředí, po lůžkové/pobytové, využitelné pro přechodné či trvalé řešení životní situace klienta). Cílem integrované péče je tedy zajistit optimální dostupnost specializované a superspecializované péče o chronicky a dlouhodobě nemocné pacienty např. prostřednictvím podpory rozvoje komplexní a integrované onkologické péče a vyrovnávání disparit v jednotlivých regionech. Podpora této péče by se projevila i na zkvalitnění zdravotní péče o pacienty s méně častými či vzácnými diagnózami a v neposlední řadě by přispěla k vyšší dostupnosti specializované následné péče (geriatrické, rehabilitační a paliativní) s cílem zvýšit kvality života chronicky a nevyléčitelně nemocných pacientů. V roce 2030 je kvalitní péče v oblasti duševního zdraví poskytována všem lidem v riziku s duševním onemocněním bez rozdílu, je dostupná jak místem, tak rozsahem služeb, založená na multidisciplinárním přístupu, koordinovaná a komplexně pokrývající všechny potřeby, efektivní a inovativní, s důrazem na rehabilitaci a brzký návrat do běžného života, a především na dodržování lidských práv. U běžné populace jsou duševní onemocnění „normalizována“, vnímána jako běžná a léčitelná. Pozornost je věnovaná prevenci a včasné intervenci, která zamezí

	rozvoji a posléze chronifikaci a dlouhodobým následkům duševních obtíží. Pacienti a uživatelé jsou zapojeni do procesů tvorby zdravotních politik a legislativy, kdy jsou partnerem dalším zúčastněným stranám.
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU, EHP fondy, a další donoři.

3.4. Personální stabilizace resortu zdravotnictví

Celospolečenské transformační změny uskutečňované po roce 1989 položily zárodek problémů, který české zdravotnictví posledních několik let citelně oslabuje v oblasti lidského kapitálu. Na nepříznivou personální situaci, a to nejenom lékařů, ale i všeobecných sester, se odráží celá řada determinantů. Za všechny lze jmenovat jednak stárnutí lékařů (zejm. V segmentu primární péče – praktici, stomatologové atp.), která mj. způsobuje nedostupnost některých profesí ve venkovských oblastech nebo snížení motivace a ochoty mladých lidí pracovat ve zdravotnictví v ošetřovatelských profesích jako např. všeobecná sestra. Mladá generace mnohdy raději ve zdravotnictví pracují v jiných oblastech, které nevyžadují tak vysokou míru odpovědnosti a nabízejí vyšší odměnu, příznivější pracovní podmínky (jednosměnný provoz, volné víkendy apod.) a práci v méně náročném a stresujícím prostředí. Dílčí opatření byla zavedena v roce 2008, např. v odměňování (přesun do vyšších platových tříd za účelem zlepšení výdělku státních zaměstnanců ve zdravotnictví), v profesním rozvoji (podpora moderních odborných školení, vznik programů odborného rozvoje); profesní samostatnosti (legislativní změny ve výkonu povolání praktické sestry, v oblasti vyššího stupně vzdělávání, přičemž nedošlo k navýšení kompetencí). Přesto tyto změny nedokázaly dostatečně reflektovat potřeby v dlouhodobé perspektivě a rezort zdravotnictví v současné době čelí výzvě v podobě zabezpečení kvalifikovaných profesionálů ve všech segmentech zdravotní péče. Personální stabilizace ve zdravotnictví je proto prvořadou a naléhavou prioritou zdravotní politiky i řízení a poskytování zdravotních služeb a adekvátního pokrytí zdravotních potřeb občanů ČR. Dlouhodobější plány v oblasti personální stabilizace jsou cíleny na uznání životních potřeb pracovníků ve zdravotnictví, soulad pracovního a rodinného života a zvyšování efektivity systému (změna struktury poskytování zdravotní péče – s větším důrazem na péči primární, využívání elektronického zdravotnictví, zavádění integrované péče) a dále na zlepšování pracovního prostředí ve zdravotnictví, zvyšování atraktivity zdravotnického povolání a na různé druhy motivačních pobídek a nástrojů.

Resort zdravotnictví však nutně potřebuje adekvátní, koncepčně pojatý a dlouhodobě udržitelný způsob řešení. Koncepční řešení by mělo vycházet z dobré znalosti stávajícího stavu, krátkodobých i dlouhodobých trendů a mělo by být schopné od nich odvodit prospektivně účinná opatření.

V souvislosti s pandemií COVID 19 a očekáváním možných příštích epidemiologických hrozeb bylo třeba zvážit reprofilaci personálního obsazení českého zdravotnického systému, včetně personálního posílení orgánů ochrany veřejného zdraví.

Číslo a název specifického cíle	**2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví**
Dílčí cíle	2.2.1 Vytvoření dlouhodobé strategie stabilizace a rozvoje personálních zdrojů ve zdravotnictví do roku 2030 2.2.2 Zlepšení organizace a průchodnosti postgraduálního vzdělávání lékařských povolání

	2.2.3 Podpora koordinovaných přístupů v oblasti celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků 2.2.4 Definování návaznosti prohlubování a zvyšování vzdělání zdravotnických pracovníků na systém finančního ohodnocení 2.2.5 Vybudování národního informačního systému pro monitoring stávajících a plánování potřebných personálních kapacit ve zdravotnictví na celostátní, regionální i místní úrovni 2.2.6 Posílení postavení nelékařských zdravotnických pracovníků v systému zdravotní péče, podpora jejich vzdělávání a vyšování kompetencí v jejich samostatných rolích 2.2.7 Zlepšení prevence negativních dopadů psychické a fyzické zátěže pro pracovníky ve zdravotnictví např. prostřednictvím psychosociální podpory a supervize 2.2.8 Personální posílení nedostatečně obsazených oborů lékařského personálu 2.2.9 Personální posílení orgánů ochrany veřejného zdraví 2.2.10 Zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech 2.2.11 Zvýšení podílu doporučených klinických postupů, kompetencí a vzdělávacích plánů přizpůsobených aktuálním podmínkám a rozvoji oboru
Příklady hlavních opatření	• Příprava metodik, obsahu a evaluace motivačních programů pro studium zdravotnických oborů (nelékařská zdravotnická povolání i lékaři) • Příprava metodik, obsahu a evaluace motivačních programů pro podporu otevírání praxí v primární péči v rizikových oblastech ČR • Vývoj nového informačního systému umožňujícího plánování opatření pro posílení personální stabilizace zdravotních a zdravotně-sociálních služeb • Metodická doporučení a normativní programy snižující administrativní zátěž pracovníků ve zdravotnictví • Tvorba nástrojů pro řízení systému vzdělávání • Vytváření doporučených klinických postupů, kompetencí a vzdělávacích plánů přizpůsobených aktuálním podmínkám a rozvoji oboru • Opatření v oblasti organizace postgraduálního vzdělávání

	• Vytvoření informačního systému pro organizaci postgraduálního vzdělávání zdravotnických pracovníků
Doba trvání implementace	2021–2030
Garant	MZ
Zpracovatel	Sekce MZ: NM, NZ, NE, ST
Spolupracující instituce	ÚZIS, IPVZ, NCO NZO, KHS, SZÚ profesní komory, MŠMT, zdravotní pojišťovny, Svaz měst a obcí ČR a Sdružení místních samospráv, NÚKIB, PZS, MPSV, vysoké školy, Mladí lékaři z.s., odborové svazy, kraje, obce, zdravotnické VOŠ, Česká asociace sester, PZS
Vazba na další specifické cíle	1.1 Reforma primární péče 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti 2.1 Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Průměrný věk praktických lékařů • Počet lékařů/zdravotnických pracovníků (všeobecných sester, nelékařů atp.) na 1 000 000 obyvatel na územně samosprávný celek Na úrovni výsledků/výstupů: • Počet absolventů specializačního vzdělávání (počet atestovaných) za rok • Saldo odchodu a příchodu různých skupin pracovníků do zdravotnictví. Počet vytvořených klinických postupů, kompetencí a vzdělávacích plánů přizpůsobených aktuálním podmínkám a rozvoji oboru • Počet absolventů lékařských fakult a zdravotnických středních škol, kteří směřují po absolutoriu do praxe v ČR
Výchozí stav	Personální zajištění zdravotních služeb je jedním ze slabých míst veřejného zdravotního systému. Vyznačuje se především nedostatečnou kapacitou praktických lékařů (včetně praktických lékařů pro děti a dorost) a značně omezenou dostupností primární a stomatologické péče zejména v odlehlých oblastech

	země, což nadále přispívá k regionálním rozdílům ve kvalitě života obyvatel. V ČR je dlouhodobě vysoce nevyrovnaný podíl počtu ambulantních specialistů a praktických lékařů. Počty ambulancí specialistů jsou až 2,5× četnější (v relaci k počtu praktických lékařů), než je tomu ve vyspělých zemích OECD. Rozdíly v dostupné kapacitě ambulantních specialistů vs. praktických lékařů se významně liší mezi regiony ČR – velmi vysoký podíl ambulantních specialistů je patrný ve velkých městech, zejména pak v Praze. U praktických lékařů je nadto velkým problémem jejich demografické stárnutí, které zvyšuje riziko uzavírání ordinací z důvodu odchodu do důchodu. Stejným problémem nedostatečné kapacity v určitých oblastech trpí i stomatologická péče, která je charakterizována nerovnoměrným geografickým rozložením stomatologů. Velké aglomerace vykazují více než dostatek stomatologů, zatímco v okrajových regionech není stomatologická péče dostatečně zabezpečena, na což upozorňují regionální samosprávy i sami pojištěnci, kteří mají problém nalézt „svého zubaře“. Dalším personálně kapacitním problémem českého zdravotnictví je nedostatek všeobecných sester. Nejvíce rizikovým trendem je pokles úvazků všeobecných sester v akutní péči. Odchodem všeobecných sester trpí směnné provozy nemocnic, akutní lůžková péče a obecně lze konstatovat nedostatek všeobecných sester v nemocniční péči. Oblast zdravotnictví je vysoce náročná na odbornou lidskou práci. Proto se personální nestabilita resortu zdravotnictví může stát jedním z limitujících faktorů veřejné všeobecně dostupné zdravotní péče.
Cílový stav	Cílem personální stabilizace resortu zdravotnictví je zabezpečení dostatečných kapacit veškerého personálu, jak lékařského, tak i v ostatních nelékařských zdravotnických profesích. Nejde pouze o zabezpečení odpovídajícího početního stavu, ale také o jeho strukturu, rozložení v profesích i celoplošné pokrytí z hlediska regionů. K tomu patří i dlouhodobě udržitelný rozvoj personálních kapacit českého zdravotnictví. Výsledkem aktivit uskutečněných v tomto specifickém cíli je nastavení změn v personálním řízení a koordinaci zdravotní péče spočívající ve vytvoření a implementaci dlouhodobé strategie stabilizace a rozvoje personálních zdrojů ve zdravotnictví.

	To znamená z hlediska snižování regionálních rozdílů nastavení opatření, která povedou ke snížení rozdílů v této oblasti (podpora motivačních aktivit lékařů a dalšího personálu pro výkon praxe v odlehlých oblastech apod.). Zcela zásadní je v tomto ohledu také nastavení systému vzdělávání a následného odměňování, které zabezpečí udržení zdravotní péče. Z hlediska odměňování je cílovým stavem model odměňování (růstu platů a mezd) se správně nastavenými motivačními složkami, a to i s ohledem na optimalizaci úhradových mechanismů (viz také specifický cíl 2.4). V oblasti vzdělávání zdravotnických pracovníků je cílem nastavení dlouhodobého systému vzdělávání a posílení systémových a vzdělávacích nástrojů pro udržitelný rozvoj zdravotní péče při zohlednění očekávaného rozvoje civilizačních chorob a stárnutí populace. K personální stabilizaci resortu zdravotnictví přispěje zvýšení prestiže zdravotnických profesí, a to včetně posilování kompetencí všeobecných sester. Toto by také společně se systémem odměňování a dalších motivačních faktorů mělo vést ke zvýšenému zájmu o zdravotnická povolání. Realizace tohoto specifického cíle povede k větší podpoře zdravotnických profesí z hlediska starostlivosti o jejich dlouhodobý profesní růst, ale i nastavení prvků prevence negativních dopadů psychické a fyzické zátěže pro pracovníky ve zdravotnictví. Cílovým stavem jsou dostatečné personální kapacity lékařů a nelékařských zdravotnických profesí jako podmínka dostupnosti a kvality zdravotní i zdravotně sociálních služeb.
Zdroje financování	státní rozpočet, fondy zdravotního pojištění, fondy EU

3.5. Digitalizace zdravotnictví

Mezi prioritní oblasti, které mají v současné době nejvyšší potenciál pro zlepšení zdraví obyvatel ČR a zároveň jsou klíčové pro vyrovnání se s aktuálními trendy socioekonomického rozvoje, tj. demografickými změnami a rychlým technickým a technologickým pokrokem, patří digitalizace zdravotnictví. Digitalizace zdravotnictví bude mimo jiné sloužit k podpoře reformy zdravotních služeb a přístupu k nim, digitální technologie posílí možnosti jednotlivců pečovat o vlastní zdraví a zároveň podpoří celkovou efektivnost zdravotního systému. Účelná digitalizace napomůže přechodu na integrované, na jednotlivce zaměřené modely péče a usnadní přesun od léčby k prevenci. Digitální technologie a inovace usnadní dosažení strategických záměrů v oblasti veřejného zdraví. Inovativní digitální řešení napomůžou podpoře zdraví a kvality života občanů a umožní účinnější způsoby organizace a poskytování zdravotních a sociálních služeb.

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

Zdravotní záznamy u poskytovatelů zdravotních služeb budou vznikat, budou uchovávány a sdíleny elektronicky prostřednictvím robustní IT infrastruktury s vysokou úrovní kybernetické bezpečnosti, zavedení elektronických zdravotních záznamů a jejich výměna bude vyžadovat nejvyšší možné standardy bezpečnosti informací a ochrany osobních údajů. Údaje o pacientech musejí být chráněny a zabezpečeny, v neposlední řadě s důrazem na ochranu soukromí občanů, ale i ochranu lidských práv a principy etiky. Digitalizace se stane hybnou silou při rozvoji konceptů integrované péče. Každý občan, který se nerozhodne jinak, bude mít k dispozici sdílený osobní elektronický zdravotní záznam, digitální technologie budou všudypřítomnou součástí péče o zdraví i celého zdravotnictví.

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

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

Z důvodu krize veřejného zdraví způsobené pandemií, povodněmi, kybernetickými útoky a dalšími mimořádnými událostmi čelí zdravotnictví, způsob života, ekonomická stabilita nebývalé výzvě. Digitální technologie zaujímají významnou roli - poskytují důležitý nástroj

pro informování veřejnosti a pomoci veřejným orgánům, zdravotnickým organizacím při výměně zdravotních informací.

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

Nezbytná je i podpora řešení založených na telemedicíně a mHealth, která usnadní zdravotní péči v situacích, kdy objektivně nebude možné či žádoucí, aby docházelo k fyzickému kontaktu pacienta se zdravotnickým pracovíkem.

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

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

Číslo a název specifického cíle	**2.3 Digitalizace zdravotnictví**
Dílčí cíle	2.3.1 Rozvoj a implementace koncepce digitalizace zdravotnictví [28], institucionalizace elektronického zdravotnictví 2.3.2 Rozvoj centrální infrastruktury pro sdílení zdravotnické dokumentace, zaručenou a bezpečnou komunikaci a výměnu informací ve zdravotnictví 2.3.3 Rozvoj systému poskytování služeb autoritativních údajů, resortních autoritativních registrů a modelu zaručených dat 2.3.4 Rozvoj Národního zdravotnického informačního systému 2.3.5 Rozvoj Národního zdravotnického informačního portálu 2.3.6 Správa systému s rozvojem katalogu služeb elektronického zdravotnictví 2.3.7 Podpora využívání a standardizace nástrojů elektronického zdravotnictví (nástroje pro standardizaci

[28] Digitálním zdravotnictvím obecně je „oblast znalostí a praxe spojená s jakýmkoli aspektem přijímání digitálních technologií ke zlepšení zdraví, od vzniku až po provoz“. Tato definice je v souladu s WHO EB142/20 z roku 20171 a zahrnuje také elektronické zdravotnictví. Termín „digitální zdravotnictví“ se dnes často používá jako široký zastřešující pojem zahrnující elektronické zdravotnictví stejně jako rozvíjející se oblasti, například využívání pokročilých výpočetních věd (v oblasti „velkých dat“, genomiky a umělé inteligence).

	prostředí digitálního zdravotnictví, interoperabilní prostředí pro uživatele společných sdílených elektronických služeb ve zdravotnictví) 2.3.8 Podpora využití nových digitálních technologií a postupů v oblasti personalizované medicíny, domácí péče, integrované péče 2.3.9 Podpora využití umělé inteligence ve zdravotnictví a implementace na ní založených služeb 2.3.10 Rozvoj vědeckovýzkumné a inovační základny pro digitalizaci zdravotnictví a rozvoj znalostní základny digitálního zdravotnictví 2.3.11 Praktické aplikace modelů bezpečného sdílení zdravotních záznamů, uplatnění technologie Blockchain a navazujících konceptů, využití konceptů z oblasti Big Data 2.3.12 Podpora technologií mobilního zdravotnictví (mHealth) a telemedicíny na všech úrovních poskytování zdravotní péče, zejména u koncových uživatelů (nemocnice, ambulance, pacienti) 2.3.13 Rozvoj platforem pro komunikaci a koordinaci veřejné správy, průmyslu a akademické sféry pro účely rozvoje digitálních služeb ve zdravotnictví a v péči o zdraví 2.3.14 Programy rozvoje obecné i specifické digitální gramotnosti pracovníků ve zdravotnictví 2.3.15 Programy posilující budování důvěry ve služby digitálního zdravotnictví mezi občany i zdravotníky
Příklady hlavních opatření	• Rozvoj a implementace koncepce digitalizace zdravotnictví včetně institucionalizace elektronického zdravotnictví • Realizace cílů Národní strategie elektronického zdravotnictví a opatření Akčního plánu • Naplňování cílů vládního programu Digitální Česko (Digitální ekonomika a společnost, informační koncepce Digitálního Česka) • Realizace záměrů implementačních plánů vládního programu Digitální Česko • Podpora využívání a standardizace nástrojů elektronického zdravotnictví (nástroje pro standardizaci prostředí digitálního zdravotnictví, interoperabilní prostředí pro uživatele společných sdílených elektronických služeb ve zdravotnictví) • Dobudování základních stavebních kamenů elektronizace zdravotnictví (Národní zdravotnický informační portál, projekty řešící elektronickou identitu zdravotníků a pacientů, profesní průkazy, resortní autoritativní a referenční registry, integrované datové rozhraní resortu,

	elektronizaci zdravotnické dokumentace; rozvíjení služeb elektronického zdravotnictví související s ePreskripcí, eNeschopenkou, souhrnem o pacientovi včetně podpory přeshraniční péče, telemedicínská řešení a mHealth) • Podpora řešení přístupu pacientů k vlastním zdravotním údajům a jejich správě • Podpora rozvoje infrastruktury a pro sdílení zdravotnické dokumentace, zaručenou a bezpečnou komunikaci a výměnu informací ve zdravotnictví • Podpora rozvoje systému poskytování služeb autoritativních údajů, resortních autoritativních registrů • Podpora a výzkum využití nových digitálních technologií v oblasti zdravotnictví • Podpora a výzkum technologií mobilního zdravotnictví (mHealth) a telemedicíny na všech úrovních poskytování zdravotní péče, zejména u koncových uživatelů (nemocnice, ambulance, pacienti) • Podpora a výzkum využití umělé inteligence ve zdravotnictví a implementace na ní založených služeb s ohledem na etické, lidskoprávní a legislativní rozměry, včetně zohlednění zahraniční praxe • Legislativní podpora a reálná podpora standardizace v oblasti vedení a sdílení zdravotních záznamů • Změna legislativy • Podpora a zvyšování digitální zdravotní gramotnosti a využívání moderních technologií ve zdravotnictví • Zapojení uživatelů péče do přípravy a implementace řešení v oblasti digitalizace zdravotnictví
Doba trvání implementace	2021–2030
Garant	MZ
Zpracovatel	Sekce MZ: NZ
Spolupracující instituce	ÚZIS, SÚKL, IPVZ, NCO NZO, SZÚ, KHS, MV, MPSV, MŠMT, MF, zdravotní pojišťovny, NÚKIB, Svaz měst a obcí ČR, kraje, poskytovatelé zdravotních služeb, pacientské organizace, NNO
Vazba na další specifické cíle	1.1 Reforma primární péče 1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti

	2.1 Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví 2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Počet vytvořených portálových řešení elektronického zdravotnictví (elektronické zdravotní záznamy) Na úrovni výsledku/výstupu: • Počet zavedených interoperabilních sdílených služeb • Počet zavedených digitálních služeb ve zdravotnictví • Počet vytvořených modernizovaných systémů elektronického zdravotnictví s novými funkcemi • Počet podpořených systémů s pokročilými funkcemi • Počet vytvořených telemedicínských řešení a technologií mobilního zdravotnictví (mHealth) • Počet registrovaných/autorizovaných uživatelů portálů
Výchozí stav	Národní strategie elektronického zdravotnictví na období 2016–2020 je střednědobý strategický dokument, který na základě znalosti českého zdravotnictví, společenských podmínek a trendů vývoje na úrovni EU a ČR formuluje na období minimálně pěti let strategické cíle a program pro jejich podporu a vychází z Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020. Strategie definuje soustavu cílů a opatření, na které jsou navázány jednotlivé implementační projekty. Jsou realizována opatření z přijatého Akčního plánu k Národní strategii elektronického zdravotnictví 2016–2020, který je prováděcím dokumentem Strategie. Smyslem plánů Strategie je rozpracování jejích cílů a opatření do úkolů, projektů a aktivit a vymezit postupy, implementační strukturu, harmonogram, finanční zdroje, rozpočet, stanovit způsob vyhodnocení plnění cílů a opatření, vč. sady indikátorů a termínů. Je připravován návrh paragrafového znění zákona o elektronickém zdravotnictví. Důvodem přípravy samostatné právní úpravy digitalizace zdravotnictví je potřeba reflexe dalšího vývoje v oblasti elektronizace zdravotnictví s cílem položit základy systémového řešení při využití stávajících procesů a struktur zdravotnictví s postupným náběhem jednotlivých prvků. V ČR stále chybí zákonná úprava definující hlavní komponenty elektronického zdravotnictví, autoritativní zdroje dat elektronického zdravotnictví, práva a povinnosti subjektů v systému elektronického zdravotnictví a v neposlední řadě rovněž standardy elektronické zdravotnické

	dokumentace, pravidla pro její sdílení a celkově pro umožnění efektivního sdílení informací o zdravotním stavu napříč zdravotnictvím. Účelná digitalizace se ve zdravotnictví nedá realizovat, aniž by veřejná podpora byla dostupná všem subjektům, podílejícím se na zdravotní péči, počínaje drobnými ambulancemi primární péče, přes laboratoře, polikliniky či lékárny až po velké krajské a fakultní nemocnice. Efektivnost péče o zdraví je závislá na nejslabším článku celého systému péče a intervence tak musí směřovat do celého systému, ke každému subjektu, který je nezbytné zapojit do digitální výměny a sdílení údajů o zdravotním stavu občanů, pro využití všech zdravotních záznamů potřebných pro zajištění návaznosti péče.
Cílový stav	Pro období po roce 2020 bude charakteristický nástup nových digitálních technologií a postupů v oblasti personalizované medicíny, klinických aplikací umělé inteligence, praktických aplikací modelů sdílených zdravotních záznamů, včetně uplatnění technologie Blockchain a navazujících konceptů, využití konceptů z oblasti Big Data. Rostoucí měrou se do péče o zdraví zapojí technologie mobilního zdravotnictví (mHealth) a telemedicína. Klíčový význam ponese digitalizace při rozvoji zdravotní gramotnosti obyvatelstva. Zvláštní úsilí bude nutné směřovat do rozvoje obecné i specifické digitální gramotnosti pracovníků ve zdravotnictví a budování důvěry ve služby digitálního zdravotnictví mezi občany i zdravotníky. Digitalizace ve zdravotnictví bude: • více sloužit k podpoře reformy zdravotních služeb a přístupu k nim, • posílí možnosti jednotlivců pečovat o vlastní zdraví, • podpoří celkovou efektivnost zdravotního systému, • účelná digitalizace napomůže přechodu na integrované, na jednotlivce zaměřené modely péče a usnadní přesun od léčby k prevenci, • digitální technologie a inovace usnadní dosažení strategických záměrů v oblasti veřejného zdraví. Zdravotní záznamy u poskytovatelů zdravotních služeb budou vznikat, budou uchovávány a sdíleny elektronicky prostřednictvím robustní IT infrastruktury s vysokou úrovní kybernetické bezpečnosti a s vysokým důrazem na ochranu soukromí občanů. Digitalizace se stane hybnou silou při rozvoji konceptů integrované péče. Každý občan, který se nerozhodne jinak, bude mít k dispozici sdílený osobní elektronický zdravotní záznam, digitální technologie

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

3.6. Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví

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

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

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

Číslo a název specifického cíle	2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví
Dílčí cíle	2.4.1 Vytvoření informačního systému postaveného na meziresortní integraci ekonomických dat vztahujících se ke všem relevantním dimenzím příjmů a výdajů veřejného zdravotního pojištění 2.4.2 Vytvoření a aplikace nové resortní koncepce úhrad všech segmentů zdravotní péče, která posílí transparentnost, verifikovatelnost a plánovitou udržitelnost systému financování zdravotnictví 2.4.3 Validace a optimalizace predikcí příjmů a nákladů veřejného zdravotního pojištění se základem ve srovnávacím modelu různých systémů úhrad 2.4.4 Zajištění rozvoje, optimalizace a udržitelnosti systému úhrad akutní lůžkové péče založeném na DRG 2.4.5 V návaznosti na výstupy aktivit naplňujících SC 1.1 optimalizace systému úhrad v primární péči s důrazem na motivační, výkon podporující složky a vytvoření modelů nastavujících vyváženost úhrad v různých segmentech ambulantní péče 2.4.6 Vytvoření klasifikace a systému umožňujících standardizaci a optimalizaci systému úhrad zdravotních výkonů 2.4.7 Připravení a v praxi aplikování modelů predikce ekonomických dopadů nových technologií a zavádění inovací ve zdravotnictví 2.4.8 Sestavení modelů hodnocení a optimalizace nákladů zdravotních a sociálních služeb, ekonomika zdravotně – sociálního pomezí systému 2.4.9 Vytvoření modelů udržitelného financování systémů integrované péče, komunitní psychiatrické péče a domácí péče 2.4.10 Rozšíření hodnocení nákladové efektivity nových technologií (HTA) i na nelékové inovace a technologie
Příklady hlavních opatření	• Legislativní změny, příprava metodik, obsahu a evaluace různých systémů úhrad • Optimalizace a metodický rozvoj systému DRG pro akutní lůžkovou péči • Optimalizace referenční sítě nemocnic akutní lůžkové péče

	• Založení a rozvoj referenční sítě poskytovatelů následné a dlouhodobé lůžkové péče za účelem optimalizace systému úhrad • Založení a rozvoj referenční sítě poskytovatelů v primární péči za účelem optimalizace systému úhrad • Vybudování robustní datové základny pro hodnocení efektivnosti úhrad, využití zaručených referenčních dat ze systémů elektronického zdravotnictví • Vývoj a implementace metodik pro dlouhodobé makroekonomické plánování příjmové a výdajové stránky rozpočtu zdravotnictví • Model zapojení pacientů (uživatelů péče) v procesech veřejné zdravotní politiky • Posílení odborné a technické kapacity orgánů veřejné správy k zapojení pacienta • Vývoj a implementace metodik pro kritické hodnocení nákladové efektivity a přínosu inovací a moderních technologií ve zdravotnictví • Vývoj modelů dlouhodobě udržitelného systému poskytování zdravotních služeb v modelech integrované péče a v modelech komunitní péče
Doba trvání implementace	2021–2030
Garant	MZ
Zpracovatel	ÚZIS ČR, Sekce MZ: NE, NZ
Spolupracující instituce	MF, MMR, zdravotní pojišťovny, Hospodářská komora ČR, univerzity a akademické instituce, NÚKIB, Svaz měst a obcí ČR, pacientské organizace, NNO
Vazba na další specifické cíle	1.1 Reforma primární péče 2.1 Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví 2.3 Digitalizace zdravotnictví 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Podíl bezchybně zaklasifikovaných hospitalizačních případů podle modelu CZ DRG, přijatých pojišťovnami k úhradě

	• Počet datových sad/datových modelů • Počet modelů optimalizujících úhrady péče Na úrovni výsledků/výstupů: • Počet metodik, normativních a legislativně garantovaných postupů • Počet modelů optimalizujících úhrady péče • Počet a velikost referenčních sítí poskytovatelů • Počet osob podpořených edukačními aktivitami zaměřenými na kódování zdravotních služeb, výkaznictví služeb pro úhrady a optimalizace ekonomického managementu poskytovatelů • Počet návštěvníků preventivních programů podporovaných vzniklým systémem úhrad primární péče
Výchozí stav	České zdravotnictví se nachází pod značným ekonomickým tlakem, který je dán sílícími požadavky na zvyšování platů a mezd pracovníků, hustotou sítě poskytovatelů s často neoptimálním rozložením kapacit a prudce nastupujícími novými technologiemi včetně velmi nákladných genových terapií. Není zajištěna robustní referenční datová základna pro dlouhodobé makroekonomické plánování finančních potřeb. Není dostatečně implementováno vícezdrojové financování, které by systému zdravotních služeb přineslo větší stabilitu. Nejsou vyvinuty modely udržitelného financování programů zvyšujících efektivitu poskytování zdravotních služeb, jako jsou služby poskytované v komunitní péči, domácí péči, a dále modely plánovitého financování preventivních programů a programů časného záchytu vážných onemocnění.
Cílový stav	Plnění indikátorů směřujících k naplnění všech stanovených dílčích cílů povede k vybudování zcela nového, transparentně publikovaného datového a modelového zázemí pro řízení a plánování systému úhrad. Klíčové makroekonomické charakteristiky všech segmentů zdravotní péče budou publikovány ve formě referenčních resortních statistik. Sběry dat v referenčních sítích poskytovatelů, a zejména v síti nemocnic udržující a kultivující systém DRG, budou dostupné všem relevantním subjektům v resortu a budou využívány pro krátkodobé i dlouhodobé predikce a strategické modely finančních potřeb. Dosud neexistující datové podklady kultivující vykazování a oceňování výkonů a zdravotních služeb obecně budou k dispozici i pro meziresortní spolupráci. Zdravotní pojišťovny budou s vedením resortu a s poskytovateli

	zdravotních služeb sdílet stejnou, datově validovanou, informační základnu pro plánování systému úhrad.
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU, fondy zdravotního pojištění a státního rozpočtu na zdravotnictví

3.7. Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví

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

Dalšími přínosy vědy a výzkumu je podpora účinnosti diagnostických a léčebných postupů, zavádění inovativních metod a postupů ve zdravotnictví. S tím souvisí potřeba dalšího rozvoje stávajících špičkových výzkumných zdravotnických pracovišť, stejně jako nutnost zlepšování podmínek pro vědce, především širší zapojení mladých výzkumných pracovníků a jejich podpora (dostatečné finanční ohodnocení, flexibilní pracovní úvazky atd.). Výsledky výzkumu se pak dostávají do praxe také postgraduálním vzděláváním lékařů i ostatních pracovníků ve zdravotnictví.

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

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

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

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

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

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

Číslo a název specifického cíle	**3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví**
	Vzhledem ke specifickému charakteru zdravotnického výzkumu není tato oblast ošetřena implementačním plánem, ale koncepcí zdravotnického výzkumu, která bude vycházet z priorit Národní politky výzkumu, vývoje a inovací České republiky 2021+ v gesci Rady vlády pro výzkum, vývoj a inovace. V době přípravy Strategického rámce 2030 byla stále v platnosti Koncepce zdravotnického výzkumu do roku 2022 navazující na Národní priority orientovaného výzkumu, experimentálního vývoje a inovací. Současně však probíhaly práce na návrhu Národní politiky výzkumu, vývoje a inovací České republiky 2021+ (NP VaVaI 2021+). Návrh národní politky, včetně návrhu výdajů ze státního rozpočtu na tuto oblast do roku 2026 byl schválen v dubnu 2020. Koncepce zdravotnického výzkumu pro období po roce 2022, prostřednictvím které bude naplňován specifický cíl č. 3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví, bude zpracována po schválení (NP VaVaI 2021+) vládou. Koncepce bude kromě priorit uvedených NP VaVaI 2021+ zaměřena primárně na: • Výzkum v oborech zaměřených na nové diagnostické a terapeutické metody • Ověřování nových efektivních postupů v primární prevenci • Zlepšení diagnostiky a léčby chorob v souvislosti se změnou klimatu • Výzkum chování ve vztahu ke zdraví a zdravotní gramotnosti • Preklinický a klinický výzkum v oblasti biotechnologií • Hledání nových molekul s terapeutickými účinky • Akademické klinické studie a klinický výzkum • Inovační vědeckovýzkumná základna pro digitalizaci zdravotnictví • Výzkum zaměřený na ICT, AI ve zdravotnictví a telemedicínu

Příklady hlavních opatření	• Spolupráce s Radou pro výzkum, vývoj a inovace na tvorbě nové koncepce zdravotnického výzkumu • Realizace programu účelové podpory • Implementace Metodiky hodnocení výzkumných organizací a programů účelové podpory výzkumu, vývoje a inovací (Metodika 17+) • Nastavení systému institucionální podpory, který dostatečně zohlední hodnocení organizací podle Metodiky 17+, přesun prostředků z národních programů udržitelnosti a aktuální potřeby v oblasti výzkumu, např. zapojení mladých vědců) • Zapojení uživatelů péče do přípravy a implementace řešení v oblasti zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví
Doba trvání implementace	2022–2030
Garant	MZ
Zpracovatel	Sekce MZ:NZ
Spolupracující instituce	Agentura pro zdravotnický výzkum, Úřad vlády ČR (Rada pro výzkum, vývoj a inovace), MŠMT, zdravotní pojišťovny, NÚKIB, Svaz měst a obcí ČR, lékařské fakulty, velké výzkumné infrastruktury[29] v působící v resortu zdravotnictví
Vazba na další specifické cíle	1.2 Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti 2.3 Digitalizace zdravotnictví
Indikátory	Na úrovni dopadu: • Počet vytvořených programů podpory výzkumu • Publikační výsledky – pětileté období: odborné články • Publikační výsledky – pětileté období: citační ohlas Na úrovni výsledků/výstupů: • Počet publikací v impaktových časopisech

[29] https://www.vyzkumne-infrastruktury.cz/

	• Počet alokovaných grantů (poměr realizovaných projektů k počtu podaných žádostí) • počet úspěšně ukončených grantů • Počet vytvořených/zmapovaných sítí vytvořených výzkumnými organizacemi a podniky • Počet výsledků uplatněných v klinických doporučených postupech v ČR
Výchozí stav	Aktuálně je v rámci resortu MZ podporován zdravotnický výzkum a vývoj prostřednictvím dvou nástrojů – účelové podpory (Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu na léta 2015–2022, resp. Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu na léta 2020–2026) a institucionální podpory na dlouhodobý koncepční rozvoj výzkumných organizací. Účelová podpora pro roky 2015–2022, ale i pro roky 2020–2026 vychází z Koncepce zdravotnického výzkumu do roku 2022, tedy dokumentu z roku 2013, který je v některých oblastech již překonaný. V případě institucionální podpory probíhá od roku 2017 zavádění nové metodiky hodnocení výzkumných organizací a programů účelové podpory výzkumu, vývoje a inovací, tzv. Metodiky 17+. V této souvislosti dochází k postupné změně přístupu k rozdělování institucionální podpory a následnému vyhodnocování jejich výsledků. Současně probíhají práce na přípravě nové koncepce zdravotnického výzkumu.
Cílový stav	Je vytvořena nová koncepce zdravotnického výzkumu, jejíž cíle jsou průběžně naplňovány projekty programu účelové podpory. Zadávací dokumentace veřejných soutěží v rámci programů účelové podpory jsou aktualizovány a reagují na aktuální potřeby. V případě nutnosti je aktualizován i Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu na léta 2020–2026. Metodika 17+ je plně implementována do resortu zdravotnictví.
Zdroje financování	Státní rozpočet, fondy EU, účelová podpora podle zákona č. 130/2002 Sb. (Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu), institucionální podpora na dlouhodobý koncepční rozvoj výzkumné podle zákona č. 130/2002 Sb.

4. Implementace Strategického rámce Zdraví 2030

Strategický rámec Zdraví 2030 je základním předpokladem pro dlouhodobý rozvoj veřejného zdravotního systému a pro strategické řídící procesy v celém resortu i jeho jednotlivých částech. Jedná se o živý a otevřený dokument, což znamená, že bude odpovídajícím způsobem reagováno na případné změny podmínek. Schválením tohoto strategického rámce se vytyčují obecné směry budoucího vývoje resortu zdravotnictví.

Strategický rámec Zdraví 2030 je implementován prostřednictvím sedmi Implementačních plánů zpracovaných a rozdělených podle sedmi specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2030. V těchto Implementačních plánech jsou podrobněji stanoveny odpovídající rozpočtové rámce, vyčísleny náklady i předpokládané úspory a obsahují podrobnější popis opatření a aktivit, kterými jsou jednotlivé cíle realizovány. Harmonogram realizace implementace bude součástí jednotlivých Implementačních plánů.

Garantem provádění Strategického rámce Zdraví 2030 je MZ. Vzhledem k provázanosti systému veřejného zdravotního pojištění s problematikou spadající do gesce dalších resortů bude nezbytnou podmínkou úspěšné realizace Strategického rámce Zdraví 2030 spolupráce s řadou dalších resortů, především s MPSV, MMR, MF a dalšími.

4.1. Monitoring, evaluace

Součástí implementace musí být i proces monitoringu a evaluace Strategického rámce Zdraví 2030. Tyto procesy budou do velké míry probíhat současně či kontinuálně. Výsledkem by měl být Strategický rámec Zdraví 2030, který reaguje na změny vnějšího prostředí a na poznatky z její aplikace a podle toho provádí jednotlivá opatření. Důsledkem vývoje, reakce na nové poznatky či na identifikovanou potřebu mohou být změnová opatření, která mohou vyústit v potřebu aktualizace dílčích cílů nebo opatření a aktivit vedoucích k jejich realizaci. Strategický rámec Zdraví 2030 je živým strategickým dokumentem, který reaguje na proměny kontextu a vývoj v prioritních oblastech. Revize strategického dokumentu bude probíhat podle potřeby na základě pravidelného hodnocení, nejpozději však v polovině realizace, tedy v roce 2025, a poté v roce 2031 proběhne závěrečné vyhodnocení realizace celého dokumentu.

Monitorovací systém je navržen tak, že každé dva roky bude vládě ČR předkládána pro informaci zpráva o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2030. Vyhodnocení postupu realizace samotných Implementačních plánů budou každý rok předkládána pro informaci na poradu vedení Ministerstva zdravotnictví. Bude sledováno, jakým směrem jde vývoj, a budou zajišťovány zdroje dat o vybraných oblastech a nastaven systém jejich sledování a vyhodnocování. To samozřejmě předpokládá i zajištění dostatečných odborných a personálních kapacit.

4.2. Indikátory a klíčové předpoklady realizace

Na úrovni Strategického rámce Zdraví 2030 jsou stanoveny následující základní indikátory. Poslední sloupec níže uvedené tabulky odkazuje na to, zda je daný indikátor sledován i ve Strategickém rámci ČR 2030. Tabulka indikátorů tak demonstruje provázanost obou strategických dokumentů, zastřešujícího i resortního, který cíle a indikátory dále rozpracovává.

Indikátor	**Bližší vymezení a jednotka**	**Výchozí hodnota (2017)**	**Cílový stav (2030)**	**Sledován ve Strategickém rámci ČR 2030**
Délka života ve zdraví při narození	Roky	**62,7** (muži) **64,0** (ženy)	**65,7** (muži) **66,0** (ženy)	ANO
Předčasná (preventabilní) úmrtí [1]	Míra předčasné úmrtnosti na 100 000 obyvatel	**256,8**	**228,9**	NE
Dlouhodobé omezení aktivit – GALI (Global Activity Limitation Indicator)	Míra disability u věkové skupiny 25–64 - Nejnižší příjmový kvintil - Nejvyšší příjmový kvintil Míra disability u věkové skupiny 65+ - Nejnižší příjmový kvintil - Nejvyšší příjmový kvintil	**25–64 nejnižší kvintil: 23,2 %** **25–64 nejvyšší kvintil: 12,0 %** **65+ nejnižší kvintil: 53,5 %** **65+ nejvyšší kvintil: 35,9 %**	**25–64 nejnižší kvintil: 19 %** **25-64 nejvyšší kvintil: 10 %** **65+ nejnižší kvintil: 43 %** **65+ nejvyšší kvintil: 29 %**	ANO
Úmrtnost na zhoubné nádory [2]	Počet úmrtí na 100 000 obyvatel	**258**	**240**	NE
Průměrný věk praktických lékařů	Věk	**56**	**50**	ANO (sledována věková struktura)
Poměr návštěv u ambulantních specialistů ku návštěvám u praktických lékařů	Průměrný počet návštěv na jednoho pacienta u ambulantního	**7,4 : 3,1**	**6,5 : 3,6**	NE

	specialisty: průměrný počet návštěv na jednoho pacienta			
Veřejné výdaje na prevenci [3]	Podíl veřejných výdajů na prevenci na celkových veřejných výdajích na zdraví	**2,7 %**	**4,5 %**	ANO
Preventivní prohlídky u praktického lékaře	Podíl obyvatel, kteří v průběhu předchozích dvou let absolvovali preventivní prohlídku u praktického lékaře	**63,2** %	**74,1 %**	NE
Podíl osob s rizikovou konzumací alkoholu	Podíl osob konzumujících 6 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti alespoň jednou měsíčně	**14,9 %**	**7,5 %**	ANO
Podíl denních kuřáků	Podíl denních kuřáků starších 15 let	**21,5 %**	**15 %**	ANO
Pokrytí populace screeningovým programem	Pokrytí TOKS, dvouletý interval, věková skupina 55–69 let	**0 %**	**40 %**	NE
Počet lůžek dlouhodobé a následné péče	Počet lůžek dlouhodobé péče na 1000 obyvatel	**2,7**	**3,3**	NE
Počet pacientů léčených v domácí péči	Počet pacientů léčených v domácí péči na 1000 obyvatel	**13,6**	**19,6**	NE
Počet lékařů/zdravotnických pracovníků – (všeobecných sester, nelékařů atp) na 1000 obyvatel/územně samosprávný celek[4]	Počet zdravotnických pracovníků (včetně sester) na 1000 obyvatel	**29**	**32**	NE
Počet vytvořených portálových řešení elektronického	Počet	**0**	**1**	NE

zdravotnictví (elektronické zdravotní záznamy)[6]				
Podíl bezchybně zaklasifikovaných hospitalizačních případů podle modelu CZ DRG, přijatých pojišťovnami k úhradě	Procento	**0**	**90**	NE
Počet datových sad/datových modelů[7]	Počet	**0**	**5**	NE
Počet modelů optimalizujících úhrady péče [7]	Počet	**1**	**4**	NE
Počet vytvořených programů podpory výzkumu	Počet	**1**	**3**	NE
Publikační výsledky pětileté období: odborné články [8]	Počet	**17 056**	**22 000**	NE
Publikační výsledky pětileté období: citační ohlas [9]	Počet	**90 000**	**170 000**	NE

[1] Definice podle metodik EUROSTAT, číselné nastavení odpovídá současným trendům a mezinárodně publikovaným datům.

[2] Kalkulováno pro všechny diagnózy zhoubných nádorů, číselné nastavení odpovídá trendům z dat Národního onkologického registru.

[3] Číselná nastavení provedena podle dostupných mezinárodních srovnání OECD, a to na cílovou úroveň odpovídající vyspělým severským státům Evropy či UK.

[4] Mezi zdravotnické profesionály nejsou zahrnuti farmaceuti.

[5] Indikátor je vyčíslen jako dostupná kapacita v přepočítaných plných úvazcích všeobecných sester na 1000 obyvatel, cílová hodnota kalkuluje s 10% navýšením.

[6] V rámci resortu je plánován pouze jeden garantovaný portál NZIP, který bude zastřešovat veškeré informační zdroje resortu.

[7] Výchozí hodnotou indikátoru je systém CZ-DRG ve verzi 1,0 (2019), cílovými hodnotami jsou systém CZ-DRG v pokročilejších verzích a dále modely optimalizující úhrady v ambulantním segmentu péče a v lůžkové péči dlouhodobé/následné.

[8] Číselné nastavení indikátoru vychází ze statistik publikačních výstupů domácích grantových agentur (GAČR, TACR, AZV), celkově pro kategorii „lékařské vědy“.

[9] Kalkulováno jako medián citovanosti za pětileté období.

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

Klíčové předpoklady úspěšné realizace Strategického rámce Zdraví 2030

- Dostatek kvalifikovaných a motivovaných pracovníků, kteří se podílejí na implementaci Strategického rámce Zdraví 2030.
- Zapojení všech dotčených subjektů do rozpracování jednotlivých dílčích cílů a realizace opatření a aktivit Strategického rámce Zdraví 2030.
- Efektivní spolupráce s ostatními dotčenými resorty.
- Politická stabilita umožňující plynulé legislativní procesy.
- Časový soulad mezi realizací jednotlivých opatření, kdy časový horizont realizace jednoho opatření nebude znemožňovat realizaci opatření jiného.
- Správná koordinace nasazení jednotlivých nástrojů. Cíle a opatření k jejich realizaci spolu mohou úzce souviset a nesprávné pořadí jejich zavádění by mohlo mít negativní dopad na jejich přínos a mohlo by si vyžádat dodatečné finanční náklady.
- Dostatek finančních prostředků.
- Personální stabilita MZ zajišťující také stabilitu a kontinuitu programových priorit.

- Klíčovým předpokladům odpovídají také klíčová rizika, která mohou ohrozit úspěšnou realizaci Strategického rámce Zdraví 2030. Podrobněji budou předpoklady a rizika rozpracovány v jednotlivých implementačních plánech.

5. Závěr

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

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

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

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

Pochopení faktorů, které veřejný zdravotní systém jakkoli ovlivňují, je důležité pro vypracování cílených politicky řízených řešení. Strategický rámec Zdraví 2030, který Ministerstvo zdravotnictví připravilo, vytváří jasně strukturovaný přehled problematiky českého zdravotnictví v celé jeho šíři, zároveň si klade za cíl přispět k lepší koordinaci jednotlivých kroků, k jejich lepšímu plánování časovému i věcnému i jejich vzájemné provázanosti.

Základem úspěšného rozvoje resortu zdravotnictví je vize formulovaná ve Strategickém rámci Zdraví 2030. Vzhledem k tomu, že se jedná o dlouhodobý dokument, mohou se v čase měnit podmínky, za kterých bude Strategický rámec Zdraví 2030 realizován. Na změnu okolí a podmínek bude vždy reagováno v souladu s podmínkami stanovenými v příkazu ministra k implementaci Strategického rámce Zdraví 2030.

Strategický rámec Zdraví 2030 bude realizován a naplňován za podmínek respektování požadavků na nediskriminaci, rovné příležitosti a další zásady naplňující právo ČR i EU s cílem vytvářet účinnou veřejnou správu.

Na závěr je možné uvést motto: Zdraví je celospolečenskou hodnotou, která se promítá do veškerého konání, do všech politik. Každý občan ČR si je vědom toho, že zdraví nevzniká

v nemocnicích a ordinacích lékařů. Vzniká doma, ve školách a na pracovištích. Všude tam, kde se lidé rodí, kde vyrůstají, vzdělávají se, pracují, sportují, odpočívají a stárnou.

6. Seznam zkratek

00-F99	Poruchy duševní a poruchy chování – diagnózy
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSÚ	Český statistický úřad
DCCI	Deyova modifikace indexu komorbidit – Charlson Comorbidity Index
DM	*Diabetes mellitus* – cukrovka
DRG	Diagnosis-related group – klasifikační systém DRG
EFRR	Evropský fond regionálního rozvoje (ERDF-European Regional Development Fund)
eHealth	Využití informačních a komunikačních technologií ve zdravotnictví
EHES	European Health Examination Survey
EHIS	European Health Interview Survey
ESF	Evropský sociální fond
ESF+	Evropský sociální fond v programovém období 2021–2027
EU	Evropská unie
EU28	28 členských států EU (včetně Velké Británie)
Eurostat	Statistický úřad EU
FS	Fond soudržnosti
HDP	Hrubý domácí produkt
HTA	Health Technology Assessment – hodnocení zdravotnických technologií
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
ICT	Information and communications technology – informační a komunikační technologie
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví ČR
L1-L3	Kategorie pracovníků Lékaři
LPS	Lékařská pohotovostní služba
MD	Ministerstvo dopravy ČR
MDGs	Millennium Development Goals
mHealth	Mobile Health
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj ČR
MPO	Ministerstvo průmyslu a obchodu ČR
MSp	Ministerstvo spravedlnosti ČR
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
MV	Ministerstvo vnitra ČR
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
MZe	Ministerstvo zemědělství ČR
MZV	Ministerstvo zahraničních věcí ČR
MŽP	Ministerstvo životního prostředí ČR
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NE	Sekce ekonomiky a zdravotního pojištění Ministerstva zdravotnictví
NRZP	Národní registr zdravotnických pracovníků
NSEZ	Národní strategie elektronického zdravotnictví
NZ	Sekce zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
OECD	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj

OSN	Organizace spojených národů
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
SDGs	Sustainable Development Goals, cíle udržitelného rozvoje OSN
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv ČR
SZÚ	Státní zdravotní ústav ČR
ÚV	Úřad vlády ČR
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VPL	Všeobecný praktický lékař
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
ZN	Zhoubné nádory