

VYPOŘÁDÁNÍ PŘIPOMÍNEK VĚDECKÉ RADY K MATERIÁLU S NÁZVEM:

Strategie rozvoje respektující péče o matku a dítě v těhotenství, při porodu a v šestinedělí (verze 1.6)

Příjmení, jméno, instituce a funkce členky/člena Vědecké rady MZD	Č. př.	Z/D*	Připomínka se zdůvodněním a event. návrhem na úpravu (uvést č. a název kapitoly, nebo č. str. textu)	Návrh vypořádání
Dvořák Vladimír, předseda ČGPS ČLS JEP Datum a čas uplatnění připomínky: 13.08.2025 12:37	1.1	(N)	<u>Připomínka byla doručena v jednom souhrnném dokumentu. Pro účely přehledného vypořádání byla rozdělena do částí, které jsou níže uvedeny jako připomínky č. 1.1 – 1.21.</u> I. ÚVOD Předkládáme odborné oponentní stanovisko k návrhu dokumentu Strategie rozvoje respektující péče o matku a dítě, dále Strategie (verze 1.6, 2025). Cílem byla analýza tohoto materiálu ve světle aktuálních a mezinárodně uznávaných medicínských důkazů, zejména: Berghella, Obstetric Evidence Based Guidelines, 4. vydání (2022), WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience (2016) WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience (2018) Williams, Obstetrics, 26. vydání (2022) Data: Ústav zdravotnických informací a statistiky MZ ČR Další klíčové mezinárodní odborné authority FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists)	Vysvětleno. Návrh strategie je postaven na aktuálních mezinárodně uznávaných medicínských důkazech a postupech. Klíčovým východiskem a průřezovým principem strategie je přístup evidence-based medicine, který propojuje nejlepší dostupné vědecké důkazy s individuální klinickou zkušeností a preferencemi žen, jimž je péče poskytována. Strategie se opírá o doporučení klíčových mezinárodních organizací, zejména Světové zdravotnické organizace (WHO), Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM), což dokládá i přiložené stanovisko předsedy Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči. FIGO strategii plně podporuje a deklaruje připravenost spolupracovat s Českou republikou na její implementaci. Stanovisko zdůrazňuje, že respektující péče je prioritou FIGO, a dále uvádí: „<i>Zajištění důstojné, bezpečné a empatické péče o ženy během těhotenství a porodu je nezbytné pro zlepšení zdraví matek a novorozenců, ochranu reprodukčních práv a posílení zdravotních systémů.</i>“¹ Tento základ je transparentně doložen v poznámkovém aparátu prostřednictvím 265 poznámek pod čarou,² které odkazují na odborné publikace, mezinárodní doporučení, legislativu a soudní rozhodnutí (souhrnný seznam zdrojů byl doplněn na závěr textu).

¹ Citace ze stanoviska Dr. Miranda, MD PhD, předsedy Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči.

² Strategie ve verzi 1.6, která byla předložena Vědecké radě k připomínkám, obsahovala celkem 257 poznámek pod čarou. V reakci na podněty byl text doplněn o dalších osm odkazů, takže výsledná verze 1.7 jich obsahuje celkem 265.

		AJOG (American Journal of Obstetrics and Gynecology)	Strategie rovněž vychází z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), přičemž některé z použitých grafů byly zpracovány přímo ve spolupráci s ním. Strategie nečerpá z učebnic, jako je například připomínkovým místem uváděná <i>Williams Obstetrics</i>, protože učebnice představují sekundární zdroje určené primárně k výuce a shrnutí poznatků. Vládní strategie však čerpá přímo z aktuálních vědeckých důkazů, odborných doporučení a konsenzů expertních skupin. Jde tedy o jiný žánr dokumentu, jehož cílem je nastavit rámec pro systémová opatření, nikoli poskytovat výukový či studijní materiál. Vstupní rešerše pro přípravu strategie byla zaměřena na podklady odrážející široce sdílený celosvětový odborný konsenzus, s důrazem na mezinárodní a evropský kontext. Hned prvním úkolem strategie (opatření 1.1.1) je tvorba doporučených postupů pro oblast těhotenské, porodní a poporodní péče prostřednictvím adaptace NICE guidelines, tedy mezinárodně uznávaných a oceňovaných standardů, na kterých se podílela mj. i Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Jak dokládá vyjádření řádné členky (fellow)³ RCOG, „[n]ávrhy uvedené ve strategii jsou v úzkém souladu s cíli a důkazní základnou RCOG. Vycházejí ze stejných mezinárodních standardů a výzkumu, na nichž jsou založeny naše pokyny a učební plán, čímž je zajištěna soulad s osvědčenými postupy po celém světě.“⁴ Zpochybnění souladu strategie s nejnovějšími vědeckými poznatky tudíž považujeme za nedůvodné.
1.2	(N)	II. STRUKTUROVANÁ ANALÝZA 1.Obsahový rámec. odborné ukotvení: Strategie nepracuje s epidemiologickými a klinickými daty z ÚZIS (chybí přehled o perinatální, mateřské a novorozenecké mortalitě v ČR) ani s evidencí z hlavních guidelines.	Vysvětleno, text strategie doplněn. Strategie reaguje na nejnovější vývoj poznání v řešené oblasti a akcentuje nutnost poskytování péče způsobem, jenž odpovídá vědecky podloženým postupům. Skutečnost, že se strategie opírá o evidenci z mezinárodních guidelines, potvrzují i stanoviska ke strategii od předsedy Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči či členky (fellow) RCOG (blíže viz vypořádání připomínky č. 1.1).

³ Fellowship se uděluje pouze těm, kteří významně přispěli k rozvoji oboru gynekologie a porodnictví a posunuli standardy praxe a výzkumu.

⁴ Citace ze stanoviska Dr. Wilcock BA BM BCh FRCOG.

				Strategie vychází z dat Českého statistického úřadu a ÚZIS ČR, přičemž některé z použitých grafů byly zpracovány přímo ve spolupráci s ÚZIS ČR. Účelem strategie však není suplovat ani duplovat kompletní přehled dat o perinatální, mateřské a novorozenecké mortalitě a dalších ukazatelů v ČR. Do poznámkového aparátu byl proto doplněn odkaz na Národní registr reprodukčního zdraví, kde jsou tato data k dispozici.
	1.3	(N)	Chybí jasné definování, co je cílem strategie a jak bude bezpečnost měřena.	Vysvětleno. Strategie má jasné definované cíle. Každá kapitola v analytické části obsahuje implementační tabulku s rozpisem jednotlivých strategických a specifických cílů a opatření. Zastřešující cíl strategie je formulován v kapitole 1.2 Účel strategie a vychází ze souvisejícího vládního úkolu. Měření bezpečnosti je součástí implementační části. Opatření 1.4.1–1.4.3 obsahují úkoly k provázání kritérií hodnocení kvality a bezpečnosti s doporučenými postupy, provádění pravidelných šetření všech mateřských a perinatálních úmrtí včetně případů near-misses⁵ po vzoru MBRRACE-UK,⁶ zveřejňování výstupů z analýz a formulaci doporučení ke snížení rizik. Strategie výslovně stanoví, že doporučené klinické postupy mají vznikat v rámci Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ) a být v souladu s principy EBM; potřebě existence jednotných doporučených postupů a jejich tvorbě se věnuje kapitola 3.1 Absence standardů péče a rozdíly v kvalitě zdravotních služeb. Opatření 1.1.1 předpokládá adaptaci standardů National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a registraci komplexních doporučených postupů v Centrální evidenci NIKEZ; navazující opatření 1.1.2 řeší tvorbu NSOP ve spolupráci NIKEZ a NCO NZO. Strategie nemůže a ani nemá nahradit klinické doporučené postupy, neboť se jedná o žánrově odlišné dokumenty. Strategie stanoví úkol zajistit podklady pro klinické rozhodování založené na nejlepších dostupných důkazech, ale nemůže je suplovat.
	1.4	(N)	Strategie nadřazuje lidskoprávní jazyk nad klinická data.	Vysvětleno.

⁵ Drife JO, Lewis G, Neilson JP, Knight M, Cooper G, Cantwell R. THE LEGACY IN THE UNITED KINGDOM: THE CONCEPT OF 'NEAR MISS' AND THE NEED TO KEEP SAVING LIVES. In: *Why Mothers Died and How Their Lives Are Saved: The Story of Confidential Enquiries into Maternal Deaths*. Cambridge University Press; 2023:180-192.

⁶ Blíže viz <https://www.npeu.ox.ac.uk/mbrrace-uk>.

		Reálné ohrožení bezpečí matek/děti při zvažované institucionalizaci porodů mimo zdravotnická zařízení bez opory v důkazech. Strategie deklaruje respekt, ale nepracuje s výsledky ani predikcemi. Ideologický rámec nadřazený je klinické bezpečnosti. Strategie akcentuje subjektivní prožitek a „práva rodičky“ nad objektivními měřitelnými výstupy (perinatální a mateřská morbidita a mortalita).	Mezinárodní lidskoprávní závazky a Listina základních práv a svobod mají v českém právním řádu postavení ústavního zákona. Veškeré další zákony i státní politiky jakož postup poskytovatelů a poskytovatelek zdravotních služeb se jim tudíž musí přizpůsobit. Jak uvádí předseda Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči ve stanovisku ke strategii, „[r]espektující péče o matky není pouze globální prioritou pro FIGO a Světovou zdravotnickou organizaci, ale je také uznána Organizací spojených národů jako lidské právo.“⁷ Strategie lidskoprávní rámec neklade nad klinická data – nedostatky v poskytování péče identifikuje mj. právě prostřednictvím klinických dat (např. nadměrná míra intervencí v mezinárodním srovnání) a na jejich základě formuluje doporučení ke zlepšení. K práci s daty a guidelines viz také vypořádání připomínky 1.1, 1.2 a 1.3. Stát je povinen řešit nedostatky v uplatňování práv rodiček právě proto, aby byla zajištěna klinická bezpečnost. Ženy mají katalog práv, který zahrnuje nejen právo na život, ale i právo na důstojnost, zdraví a ochranu tělesné a duševní integrity. Nerespektující přístup a porušování těchto práv může ohrozit zdraví i život žen a dětí, jak strategie s odkazem na odborné zdroje dokládá napříč kapitolami – například upozorňuje, že nerespektující komunikace spojená s opomenutím či nedostatečným nabráním anamnestických údajů může vést k nesprávné reakci personálu, a tím zásadně narušit bezpečnost a kvalitu poskytované péče. Strategie proto navrhuje <u>opatření k posílení bezpečí a kvality péče, která ženám a dětem zaručí právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví.</u>
1.5	(N)	2. Organizační návrhy Legalizace domácích porodů a plánovaný vznik porodních center bez zajištěné triáže a návaznosti na vyšší úroveň péče jsou v přímém rozporu s WHO 2018 Legalizace porodů mimo zdravotnická zařízení je v rozporu s bezpečnostními kritérii WHO a FIGO,	Vysvětleno. Strategie nenavrhuje legalizaci domácích porodů, protože ty jsou již legální (nelze tedy <i>legalizovat legální jednání</i>). Tento závěr zdůraznil mimo jiné i Ústavní soud v roce 2024.⁸ Sama Česká

⁷ Citace ze stanoviska Dr. Miranda, MD PhD, předsedy Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči.

⁸ Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 2746/23 ze dne 28. srpna 2024, vyhlášený 3. září 2024.

		Strategie připouští jejich začlenění do systému, navzdory absenci záruky bezpečnosti.	republika tak ostatně v minulosti argumentovala v souvisejících řízeních před Evropským soudem pro lidská práva.⁹ Strategie v přímé návaznosti na doporučení Ústavního soudu pouze navrhuje úpravu právních předpisů s cílem zajistit bezpečí a lepší přehlednost pravidel při poskytování zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí. V souladu se záměrem Ministerstva zdravotnictví směřuje k regulaci porodů mimo zdravotnická zařízení s oporou v nejlepších dostupných vědeckých důkazech, a to s cílem zajistit bezpečí a kvalitu péče pro matky i děti. <u>Neusiluje o plošnou podporu těchto porodů, ale o jejich bezpečnou regulaci, aby zbytečně nevznikaly rizikové situace v právním a organizačním vakuu.</u> Tím přímo reaguje i na apel Ústavního soudu, který v nálezu z roku 2024 vyzval státní orgány, aby vyřešily rozporná ustanovení právní úpravy při současném respektování reprodukčních práv žen a zohlednění vývoje v oblasti medicíny, vědy a práva. K porodním domům a centrům viz vypořádání připomínky č. 1.6.
1.6	(N)	Porodní domy/centra model opomíjí záruky/vazby na vyšší úroveň péče.	Vysvětleno. Strategie neopomíjí záruky bezpečnosti ani návaznost péče, naopak – vazby na vyšší úroveň péče a transferní pravidla jsou ve strategii podrobně popsány a výslovně požadovány. V úkolové části navíc strategie neobsahuje opatření směřující k systematické podpoře rozvoje samostatných porodních domů, ale soustředí se na efektivní využití stávající infrastruktury a kapacit a na postupný rozvoj center porodní asistence při porodnicích, kde není zapotřebí motorového převozu a lékařský personál i potřebné věcné a technické vybavení jsou okamžitě k dispozici.
1.7	(N)	Autonomie porodních asistentek (dale take PA) dostatečně nezohledňuje potřeby triáže a lékařské supervize. Zavedení autonomie PA včetně preskripce a primární péče bez indikace lékaře, resp. specifického postgraduálního akreditovaného programu nemá oporu v žádných renomovaných guidelines. Oslabení role lékaře v triáži a vedení péče ohrožuje bezpečí matka a/nebo dítěte.	Vysvětleno. Renomované mezinárodní guidelines, včetně například NICE guidelines, naopak s autonomní rolí porodních asistentek počítají a vymezují ji jako součást standardní organizace péče. Porodní asistentky jsou celosvětově uznávány jako nejvhodnější poskytovatelky primární péče pro těhotné ženy a modely kontinuální péče vedené porodními asistentkami jsou spojeny

⁹ DUBSKÁ A KREJZOVÁ proti České republice, č. 28859/11 a 28473/12, rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 15. listopadu 2016.

			s lepšími výsledky, nižší mírou intervencí a vyšší spokojeností žen. Integraci těchto principů do zdravotnického systému podporuje Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO), Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní pediatriká asociace (IPA). Rovněž Světová zdravotnická organizace (WHO) vyzývá k celosvětovému rozšíření modelů péče poskytovaných porodními asistentkami a zdůrazňuje nutnost vytvořit podmínky, aby mohly své kompetence vykonávat samostatně a v plném rozsahu.¹⁰ Podle unijní i české legislativy je porodní asistenta oprávněna poskytovat samostatně a bez lékařského dohledu péči ženě i novorozenci. Česká republika nemůže omezit povinné minimum činností, které musí členské státy EU porodním asistentkám zajistit. Strategie v přímé návaznosti na výzvu Ústavního soudu analyzuje nekonzistentnost a vnitřní rozpornost dalších částí právní úpravy předmětné oblasti. Identifikuje překážky, které brání plnému využívání modelu kontinuální péče porodní asistentky v ČR, a navrhuje konkrétní opatření k jejich odstranění. Ministerstvo zdravotnictví si je však vědomo citlivosti některých souvisejících legislativních změn – zejména úvah o rozšíření okruhu primárních registrujících poskytovatelů zdravotních služeb v těhotenství, při porodu a v šestinedělí, které v současném systému mohou vykonávat pouze lékařky a lékaři se specializací v oboru gynekologie a porodnictví, a dále otázek spojených s případným rozvolněním preskripčních omezení. Strategie proto v této fázi proto nenavrhuje zásah do základního uspořádání systému ve smyslu postavení porodních asistentek na úroveň primárních registrujících lékařek a lékařů. Strategie volí postupný a obezřetný přístup, který podporuje rozvoj kontinuální péče vedené porodními asistentkami v mezích aktuálně politicky přijatelných změn, s důrazem na mezioborovou spolupráci a hledání širšího konsenzu.
1.8	(N)	Absence analýzy dopadu na kvalitu péče. Dokument neobsahuje žádné modelové výpočty, predikce dopadu změn na perinatální výsledky, ani cost-benefit analýzu.	Vysvětleno. Zhotovení cost–benefit analýzy implementace modelu kontinuální péče porodní asistentky je přímo jedním z opatření uvedených

¹⁰ WHO. 2025. Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110199>.

			ve strategii.¹¹ Dokument zároveň odkazuje na zahraniční zdroje, které prokazují úspory i lepší zdravotní výsledky spojené s tímto modelem péče, a reaguje také na doporučení z výzkumů týkajících se kvality a spokojenosti s poskytovanou péčí v ČR. Je nicméně zároveň nezbytné připomenout, že naplňování lidských práv však nelze hodnotit výhradně optikou ekonomické výhodnosti (byť zahraniční zkušenosti ukazují i významný úsporný efekt při implementaci modelu kontinuální péče porodní asistentky).
1.9	(N)	3. Finanční návrhy Návrh sjednocení úhrad za císařský řez a vaginální porod není podložen daty o zneužívání systému. Strategie neobsahuje žádnou validní cost-benefit analýzu.	Vysvětleno. Podle Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) představuje sjednocení úhrad jedno z mála systémových opatření, která prokazatelně přispívají ke snížení počtu medicínsky neopodstatněných císařských řezů, a to jednoduše tím, že odstraňují ekonomickou motivaci k jejich provádění – argumenty jsou blíže rozebrány v souvisejícím policy paperu uveřejněném v prestižním lékařském časopise Lancet.¹² Rozdílný přístup v míře provádění císařských řezů napříč jednotlivými zařízeními je za využití grafů a dat ÚZIS ČR diskutován v kap. 3.1 Absence standardů péče a rozdíly v kvalitě zdravotních služeb. Ohledně cost-benefit analýzy viz vypořádání připomínky č. 1.8.
1.10	(N)	4. Legislativa Požadovaná autonomie porodních asistentek (bez indikace lékaře, s preskripcí) je v rozporu s RCOG i AJOG.	Vysvětleno. Podle unijní i české legislativy je porodní asistentka oprávněna poskytovat samostatně a bez lékařského dohledu péči ženě i novorozenci. Česká republika nemůže omezit povinné minimum činností, které musí členské státy EU porodním asistentkám zajistit. Strategie nenavrhuje rozvolnění preskripčních omezení ani postavení porodní asistentky na úroveň primárního registrujícího poskytovatele. Viz také vypořádání připomínky č. 1.1 a 1.7.

¹¹ Jedná se o opatření č. 1.3.4.

¹² FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. 2018. Visser, Gerard H A et al. The Lancet, Volume 392, Issue 10155, 1286–1287. Dostupné z [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32113-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32113-5/abstract).

	1.11	(N)	III. REFLEXE IDEOLOGICKÉHO A EMOCIONÁLNÍHO RÁMCE Strategie opakovaně používá silně konotovaný a v odborné literatuře PŘESNĚ neukotvený pojem „porodnické násilí“ (např. při zpochybnění standardních postupů jako vaginální vyšetření, epiziotomie, podání oxytocinu). V ČR však máme systém povinné dokumentace, informovaných souhlasů a lékařské odpovědnosti, který chrání ženy před neindikovanými zásahy. Paušální užití tohoto pojmu ve strategii stigmatizuje zdravotníky a překrývá hranici mezi důslednou medicínskou péčí a skutečným nátlakem.	Vysvětleno. Termín „porodnické násilí“ není ve společnosti ani v mezinárodním odborném diskurzu nový. Poprvé byl použit již v roce 1827 v časopise The Lancet (kde je používán dodnes) a od počátku 21. století se etabloval v odborné literatuře i v rámci OSN, WHO, Rady Evropy či EU. Tento pojem byl rovněž legislativně zakotven v právních rádech některých států – nejnověji jeho legální definici přijalo Portugalsko. Termín „porodnické násilí“ se navíc již několik let objevuje i ve vládních dokumentech. Jeho zařazení do strategie odpovídá nejen odbornému a mezinárodnímu diskurzu, ale i předchozí praxi státní správy. Pro efektivní řešení tohoto nežádoucího fenoménu je nezbytné nejen popsat jeho projevy, ale také jej jednoznačně a srozumitelně pojmenovat. Strategie proto s pojmem pracuje v analytickém kontextu, a to s jasným vymezením a důrazem na postupy lege artis. V souladu s požadavky na zvyšování kvality a bezpečí péče zároveň navrhuje konkrétní opatření, která mají porodnickému násilí jakožto jedné z forem genderově podmíněného násilí předcházet. Strategie zdůrazňuje, že právní rámec v oblasti informovaného souhlasu je v České republice nastaven optimálně, avšak aplikační praxe selhává. Na nedodržování platné právní úpravy ze strany zdravotnického personálu opakovaně upozorňují dostupné výzkumy, míra stížností i samotní zdravotníci a zdravotnice, kteří volají po metodickém vedení při uplatňování předmětných ustanovení zákona o zdravotních službách. Užívání pojmu „porodnické násilí“ v žádném případě neslouží k paušálnímu stigmatizování zdravotníků a zdravotnic – naopak, výzkumy dokládají, že tento pojem snímá stigma z jednotlivců a umožňuje problém nahlédnout jako systémový, což je nezbytný předpoklad jeho účinného řešení.
	1.12	(N)	Adorace přírodního porodu Strategie neustále zdůrazňuje „fyziologický porod“, „přirozený průběh“ a „přírodní kompetenci žen rodit“, aniž by adekvátně zohlednila realitu současných těhotných žen (věk, tělesná hmotnost IVF, chronická onemocnění), nepředvídatelnost porodních komplikací,	Vysvětleno. Strategie neobsahuje obraty „adorace přírodního porodu“ ani „přírodní kompetence žen rodit“, jak uvádí připomínkové místo. Termín „fyziologický porod“ se v textu objevuje omezeně a vždy v souvislosti s citovanými odbornými zdroji nebo právními předpisy, které jej používají (zákon o nelékařských

		potřebu okamžitého zásahu při ohrožení matky či plodu. Tento romantizující narativ je v ostrém kontrastu s důrazem na klinické ukazatele bezpečnosti – Apgar, pH, laktát, hypoxie/asfyxie plodu, krvácení, HELLP, abrupce placenty. Strategie implicitně podává jakýkoli lékařský zásah jako nepřirozený či nežádoucí, čímž podkopává důvěru žen v moderní porodnictví.	zdravotnických povoláních a další). Spojení „přirozený průběh“ je v textu užito pouze třikrát. Dokument reflektuje realitu žen s definovaným rizikem (high-risk) a v těchto situacích zdůrazňuje potřebu specializované péče. Zároveň podtrhuje význam spolupráce mezi jednotlivými úrovněmi poskytované péče, která je nezbytná pro zajištění bezpečí a kvality. Nejedná se o idealizující přístup, ale o koncepci založenou na důkazech a mezinárodně uznávaných postupech. Záměrem strategie není podkopávat důvěru v moderní porodnictví, naopak – jejím cílem je implementovat poznatky evidence-based medicíny a reagovat na doložené výsledky výzkumů spokojenosti za poslední dvě desetiletí i dlouhodobé trendy, které ukazují, že důvěra žen v poskytovanou péči je oslabována nerespektujícím přístupem zdravotnického personálu. Strategie proto směřuje k její obnově prostřednictvím důsledného dodržování lidských práv a odborných standardů. Péče, která reflektuje klíčové determinanty spokojenosti žen, může zároveň snížit počet komplikací, omezit zbytečné zákroky a přispět k efektivnějšímu využívání ekonomických zdrojů. Přesná identifikace determinant spokojenosti žen je proto klíčovou podmínkou pro změnu současné praxe a rozvoj respektující péče o ženu a dítě v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Nejedná se o žádný romantizující narativ – text se striktně drží jak formou, tak obsahem požadavků kladených na dokumenty veřejné správy a vlády.
1.13	(N)	Záměrná dichotomie mezi „péčí o ženu“ a „medikalizací“	Vysvětleno. Text strategie žádnou takovou dichotomii nevytváří; vychází z odborných zdrojů a mezinárodně uznávaných standardů a zaměřuje se na posílení spolupráce mezi jednotlivými profesemi i úrovněmi péče.
1.14	(N)	Opakovaně se objevuje tvrzení, že současná péče „nepřihlíží k potřebám ženy“, je „zaměřena pouze na výstup“ a „preferuje techniku před lidskostí“.	Vysvětleno. Formulace uváděné připomínkovým místem v textu strategie nenacházejí, což lze snadno ověřit strojovým vyhledáváním.

	1.15	(N)	Tato dikce polarizuje odbornou i laickou veřejnost , vytváří pocit konfliktu mezi lékaři a ženami , ačkoliv klinická praxe ve většině zařízení je postavena právě na empatii, informovaném souhlasu a multidisciplinární spolupráci . Strategie tímto jazykem ztrácí odbornost a nahrává aktivistickému diskurzu .	Vysvětleno. Výzkumy (ne)spokojenosti s péčí, včetně nejnovějšího rozsáhlého výzkumu realizovaného Lékařskou fakultou Masarykovy univerzity za podpory AZV ČR, a data ze stížností ukazují, že aplikační praxe v oblasti empatie, informovaného souhlasu a mezioborové spolupráce v řadě aspektů selhává. Strategie proto obsahuje konkrétní opatření k zajištění minimální garantované kvality péče, včetně důsledného uplatňování informovaného souhlasu a podpory mezioborové spolupráce. Text strategie nepodněcuje polarizaci mezi zdravotníky a rodičkami – naopak klade důraz na posilování mezioborové spolupráce, respektující komunikace a důsledné uplatňování informovaného souhlasu. Cílem strategie je vytvářet prostředí, které podporuje vzájemnou důvěru a partnerství mezi ženami a zdravotnickým personálem. Text se zároveň striktně drží jak formou, tak obsahem požadavků kladených na dokumenty veřejné správy a vlády.
	1.16	(N)	Podtext nedůvěry k lékařům a glorifikace alternativy Napříč dokumentem je medicína zobrazována jako něco studeného, přísného, autoritativního , zatímco komunitní přístup a péče porodních asistentek mají být „respektující, blízké, lidské“.	Vysvětleno. Strategie neobsahuje tvrzení, která jí připomínkové místo přisuzuje. Dokument se opírá o odbornou literaturu, která dokládá, že model kontinuální péče vedené porodní asistentkou je spojen s nižší mírou intervencí, což je evidence-based fakt. Strategie se v žádném případě nesnaží stavět medicínu do negativního světla, ale soustředí se na identifikované nedostatky – mj. v mezioborové spolupráci nebo v porušování platné právní úpravy informovaného souhlasu, jež patří mezi hlavní příčiny dlouhodobě a výzkumy doložené nespokojenosti žen s péčí v souvislosti s porodem.
	1.17	(N)	Zhodnocení Tento styl argumentace emocionálně manipuluje čtenářem , místo aby nabídl racionální, daty podloženou analýzu. Nepodložené tvrzení, že žena má „větší důvěru v komunitní péči“, je v rozporu s realitou: >98 % porodů v ČR probíhá ve zdravotnickém zařízení, kde ženy tuto péči aktivně vyhledávají. Strategie používá neobdobné a stigmatizující termíny (zejm. „porodnické násilí“).	Vysvětleno. Strategie neobsahuje žádné tvrzení o tom, že žena má „větší důvěru v komunitní péči“, ani neglorifikuje „přírodu“. Dokument klade důraz na adekvátní posouzení rizik (včetně zajištění specializované péče tam, kde je nezbytná) a soulad s poznatky evidence-based medicine. Návrh strategie vychází z aktuálních a mezinárodně uznávaných medicínských důkazů, postupů a trendů, což potvrzují i stanoviska předsedy Výboru

		Dochází k glorifikaci „přírody“ a „fyzilogičnosti“ bez ohledu na realitu rizik. Lékařská intervence je paušálně zobrazována negativně.	FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči a členky (fellow) RCOG (blíže viz vypořádání připomínky č. 1.1). Klíčovým východiskem a průřezovým principem strategie je přístup evidence-based medicine, který propojuje nejlepší dostupné vědecké důkazy s individuální klinickou zkušeností a preferencemi žen, jimž je péče poskytována. Strategie používá terminologii odborných zdrojů a právních dokumentů, které jsou transparentně doloženy v poznámkovém aparátu prostřednictvím 265 poznámek pod čarou a také v seznamu zdrojů, který byl nově doplněn na závěr textu. Používání pojmu „porodnické násilí“ má oporu v odborném diskurzu a slouží k pojmenování systémového problému, nikoli ke stigmatizaci jednotlivců. Termín se etabloval v odborné literatuře i v dokumentech OSN, WHO, Rady Evropy a EU a byl legislativně zakotven i v právních rádech některých států (blíže viz vypořádání připomínky č. 1.11). Strategie byla vytvořena jako věcný a odborný dokument zaměřený na objektivitu a nezávislost a svou textací odpovídá jiným strategickým materiálům vlády. Při analýze výchozí situace selektivně nelze přehlížet některá pochybení v dosavadní praxi jen proto, že se zmínka o nich může někoho dotýkat. Zajištění objektivitu a nezávislosti jak v popisu aktuální situace, tak v návrhu jednotlivých opatření je pro zajištění respektující péče a důvěry žen ve zdravotnický systém klíčové. Současný formát strategie je výsledkem pečlivé přípravy a konzultací s odborníky a odbornicemi z ČR i ze zahraničí. Dokument zahrnuje nejen konkrétní kroky, ale také širší kontext a principy nezbytné pro úspěšnou implementaci. Jeho redukce by mohla vést k opomenutí důležitých aspektů, které jsou pro dosažení cílů nezbytné.
1.18	(N)	IV. METODOLOGICKÉ NEDOSTATKY 1. Chybí seznam literatury. 2. Chybí odkazy na FIGO, RCOG, AJOG. 3. Použité zdroje nejsou validovány odbornou oponenturou.	Vysvětleno, text strategie doplněn. 1. Strategie obsahuje poznámkový aparát zahrnující 265 poznámek pod čarou, které odkazují na odborné publikace, mezinárodní doporučení, legislativu a soudní rozhodnutí. Pro větší přehlednost byl na závěr textu připojen také souhrnný seznam všech citovaných zdrojů.

				2. Viz výše a dále vypořádání připomínky č. 1.1. 3. Použité zdroje zahrnují mezinárodní doporučení (např. WHO, FIGO, ICM), odborné publikace, články v recenzovaných časopisech, zdroje z Cochrane Library, legislativu a soudní rozhodnutí. Jedná se tedy o materiály, které samy o sobě prošly procesem odborné validace a tvoří standardní základ pro tvorbu strategických dokumentů. Dokument byl navíc připraven a konzultován s odborníky a odbornicemi z ČR i zahraničí, čímž byla zajištěna jeho odborná oponentura v rámci připomínkového a konzultačního procesu.
	1.19	(N)	V. CHYBÍ KONCEPT BEZPEČNOSTNÍHO OKNA Standardní časová dotace pro bezpečný zásah u komplikací je 5–15 minut. Tento časový rámec je dosažitelný pouze ve zdravotnickém zařízení. Mimo zdravotnické zařízení není možné bezpečnostní okno zajistit.	Vysvětleno. Není pochyb o tom, že v případě komplikací je nezbytné zajistit prostor pro včasnou intervenci a že transfer do zdravotnického zařízení, případně do zařízení vyššího typu, musí proběhnout včasně, bezpečně a efektivně – to ostatně strategie uvádí (s důrazem na jasné protokoly, organizaci a koordinaci mezi jednotlivými úrovněmi péče a transportní službou). Připomínka však vychází z předpokladu existence univerzálního časového limitu („bezpečnostního okna“) 5–15 minut, který v odborné literatuře ani v mezinárodních doporučeních není ukotven. Například guideline pro veřejně hrazené domácí porody v Queenslandu (2024)¹³ požaduje, aby plánované místo porodu bylo pro případ komplikací v dojezdové vzdálenosti od nemocnice maximálně 30 minut. Doporučení NICE (NG192), naposledy aktualizované v červnu 2025, neobsahuje univerzální časový limit pro intervenci – požaduje, aby v případě bezprostředního ohrožení života ženy nebo plodu byl císařský řez proveden co nejdříve, ve většině situací do 30 minut od rozhodnutí. Od této kategorie 1 odlišuje císařský řez kategorie 2, 3 a 4, přičemž u kategorie 2, tedy v případě ohrožení matky nebo plodu, jež však není bezprostředně život ohrožující, se má císařský řez provést co nejdříve, ve většině situací do 75 minut od rozhodnutí. Obdobná časová rozpětí, odstupňovaná podle míry naléhavosti situace, se objevují i v dalších doporučeních a odborné literatuře.

¹³ Clinical Practice Guidelines: Obstetrics/Queensland publicly funded homebirth. 2024. Clinical Practice Guidelines: Obstetrics/Queensland publicly funded homebirth. Dostupné z: https://www.ambulance.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0027/285354/CPG_Queensland-publicly-funded-homebirths.pdf.

			Tyto intervaly však vždy reflektují konkrétní klinické okolnosti, nikoliv univerzálně stanovené časové limity pro všechny porody či prostředí. Samotná teze, že „bezpečnostní okno“ mimo zdravotnické zařízení nelze zajistit, není v souladu s dostupnými důkazy z prostředí, kde je komunitní péče dobře integrována do systému. Systematický přehled a metaanalýza od Hutton et al. (2019),¹⁴ zahrnující více než 500 000 porodů, ukazuje, že u žen s nízkým rizikem není plánovaný mimonemocniční porod spojen s vyšším rizikem perinatálních či neonatálních ztrát oproti stejně nízkorizikové populaci žen plánujících porod v nemocnici. Klíčovým faktorem je proto správná selekce nízkorizikových rodiček, jasně nastavené protokoly a dobře organizovaný transportní systém, nikoli apriorní předpoklad univerzálního časového okna. Strategie proto při navrhování opatření vychází z mezinárodně uznávaných doporučení a klade důraz na bezpečnou organizaci péče a transferů v podmínkách ČR. Současně realisticky reflektuje skutečnost, že každoročně volí porod ve vlastním sociálním prostředí malé procento žen (cca 1–2 %), a proto usiluje o to, aby jejich rozhodování probíhalo na základě úplných a objektivních informací a aby byla zajištěna maximální možná míra bezpečí i pro ty ženy, které se pro tuto volbu rozhodnou. Strategie tuto možnost nepropaguje, pouze reflektuje její existenci a respektuje právo ženy na volbu místa porodu.
	1.20	(N)	VI. DAŇ ZA ÚSPĚCH ČESKÉ PERINATOLOGIE Vysoká úroveň péče vede k iluzi, že porod je vždy bezpečný. Část veřejnosti i profesionálů podceňuje riziko právě proto, že komplikace jsou včas zvládnuty. Strategie je příkladem ideologizace systému, který úspěšně funguje. Vysvětleno. Strategie „neideologizuje systém“ – vychází z výzkumných dat a mezinárodně uznávaných odborných doporučení. Strategie obsahuje opatření zaměřené na rozvoj silných stránek stávajícího systému péče a zlepšení jeho slabých stránek. Opatření jsou navržena tak, aby napomohla rozvíjet pozitivní změny, jichž bylo dosaženo v některých oblastech z vládní úrovně, vedení nemocnic nebo prostřednictvím „iniciativ zdola“ – ať už ze strany příjemkyň péče, nebo konkrétních zdravotníků a zdravotnic. Zároveň strategie obsahuje opatření

¹⁴ Hutton, E. K., Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., & Kaufman, K. (2019). Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, 14, 59–70. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2019.07.005>.

			pro zvrácení negativních trendů tam, kde přetrvávají anebo se prohlubují. Strategie v této souvislosti tematizuje rozdíl mezi novými a tradičními nástroji sledování kvality, které se v českém zdravotnictví zaměřují především na klinické ukazatele (např. perinatální úmrtnost, výskyt komplikací, délku hospitalizace), a potřebu doplnit tento přístup o zkušenost žen jako klíčový ukazatel kvality péče. V souladu s doporučeními vycházejícími z výzkumného projektu Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, podpořeného Agenturou pro zdravotnický výzkum ČR, strategie navrhuje rozšířit stávající systém hodnocení kvality o nástroje, jako jsou PREMs (Patient-Reported Experience Measures) a PROMs (Patient-Reported Outcome Measures), které umožňují zachytit prožitky a zpětnou vazbu žen v souvislosti s poskytovanou péčí. Cílem tohoto rozšíření není nahrazení stávajících ukazatelů, ale jejich doplnění o informace, které lépe odrážejí komunikační a organizační aspekty péče a napomáhají jejímu zlepšování a zvyšování celkové spokojenosti žen.
1.21	(N)	VII. DOPORUČENÍ 1. Zastavit projednávání strategie v této podobě. 2. Zahájit mezioborovou odbornou oponenturu. 3. Zajistit, aby jakékoli změny systému byly vedeny daty a vědeckými důkazy. 4. Zachovat strukturu péče, která umožňuje garanci bezpečnostního okna. Závěr: Materiál z výše uvedených důvodů nelze připomínkovat, je nutné jej zcela odmítnout.	Vysvětleno. Smyslem konzultační fáze, včetně vnitřního a mezirezortního připomínkového řízení, je právě umožnit rezortům a dalším relevantním subjektům vyjádřit se k obsahu materiálu a navrhnout úpravy. Již samotné zaslání těchto připomínek proto potvrzuje, že se připomínkové místo procesu projednávání aktivně účastní. Veškeré návrhy intervencí staví na datech a vědeckých důkazech. Návrhy opatření reflektují doporučení WHO, FIGO, ICM a dalších mezinárodně uznávaných autorit. Vychází z premisy, že kvalitní, bezpečnou a respektující péči během celého těhotenství, porodu a poporodního období by měla dostat každá žena a novorozenec. Strategie sleduje kvalitu a bezpečnost péče a rozpracovává mechanismy pro jejich hodnocení i posílení. Namísto úplného odmítnutí je tedy žádoucí vést odbornou diskuzi nad konkrétními opatřeními, neboť právě k tomu je proces připomínkového řízení určen.

Šochmanová Martina, Institut klinické a experimentální medicíny, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a kvalitu Datum a čas uplatnění připomínek: <u>Původní stanovisko</u> (č. př. 2-5) 14.08.2025 11:27 <u>Doplňující stanovisko</u> (č. př. 6) 18.08.2025 10:31	2	Z	V celém materiálu chybí péče o dítě a role dětské sestry. Duly musí dodržovat etický kodex, řídit se pravidly GDPR, respektovat pokyny zdravotnického personálu. Jaká je ochrana před nereálným přáním duly a zasahováním do péče? V ČR je perfektní síť porodnic, může dojít k jejich postupné transformaci na porodní domy, nikoli zřizovat nová zařízení. Za ČAS nesouhlasíme s porody v domácím prostředí.	Vysvětleno. Materiál samozřejmě inherentně zahrnuje péči o dítě, avšak neizoluje ji. V souladu s principy péče založené na důkazech přistupuje strategie k matce a dítěti jako k nedělitelné jednotce (mother–baby dyad, woman–newborn dyad) a usiluje o to, aby poskytovaná péče nebyla dvojkolejná a segmentovaná a aby především nevýústila v neopodstatněnou separaci matky a dítěte. Role dětské sestry ani jiných profesí v materiálu nechybí – opatření k rozvoji respektující péče se vztahují na všechny profese, které o matku a dítě v daném období pečují. Strategie zároveň požaduje podporovat tvorbu a aktualizaci koncepcí jednotlivých oborů a metodik organizace péče tak, aby reflektovaly potřebu interdisciplinárního přístupu. Není jejím úkolem duplikovat již existující nebo připravované koncepce (např. Koncepci ošetrovatelství či Koncepci porodní asistence). Obdobně strategie nenahrazuje klinické standardy, protože představuje žánrově odlišný koncepční dokument. Jejím úkolem je nastavit vládní rámec a podmínky pro to, aby klinická rozhodnutí byla přijímána na základě nejlepších dostupných důkazů, včetně přípravy podkladů pro tvorbu jednotných národních doporučených postupů s účastí všech relevantních stakeholderů. Napříč textem je zdůrazněno, že dula není zdravotnickou profesionálkou a neposkytuje zdravotní služby; její role spočívá především v emocionální podpoře rodičky. Jediné přání, kterým se zdravotnický personál musí řídit, je přání samotné ženy jako příjemkyně péče – strategie proto jasně zdůrazňuje, že dula nemůže jakkoli zasahovat do poskytování zdravotních služeb. Strategie vyzdvihuje hustou síť porodnic jako silnou stránku českého systému a uvádí, že infrastrukturu zrušených porodnic by bylo možné využít i pro vznik porodních center a domů. V úkolové části se nicméně strategie soustředí na efektivní využití stávající infrastruktury a kapacit, zejména na postupný rozvoj center porodní asistence při porodnicích, posílení kompetencí porodních asistentek a mezioborové spolupráce tak, aby tato centra mohla v budoucnu naplňovat
---	---	---	---	--

			funkci porodních center (alongside midwifery units) v souladu s evropskými standardy. Nesouhlas ČAS s domácími porody bereme na vědomí, avšak tato možnost zůstává legální volbou garantovanou ústavním pořádkem, kterému se musí veškeré zákony a politiky státu přizpůsobit.
3	Z	Str. 60, odstavec 2: Pokud dojde k zařazení porodní asistence mezi regulované zdravotní služby, nelze akceptovat porody vedené doulou.	Vysvětleno. Dula je v textu strategie zmiňovaná výhradně jako doprovázející osoba poskytující psychickou a emocionální podporu rodičce, nikoli jako poskytovatelka zdravotních služeb. Strategie explicitně zdůrazňuje, že dula je nezdravotnická profese a neposkytuje zdravotní služby.
4	Z	Str. 68, odstavec 3: Znamenalo by to mít u každého porodu složku s připravenými negativními reversy pro všechny možné komplikace, je toto opravdu reálné provádět v časové tísní akutních situací?	Vysvětleno. Zárok provedený bez platného informovaného souhlasu, resp. řádného právního důvodu je protiprávní. Zdravotnice a zdravotníci se před odpovědnostními důsledky odmítnutí navrhované péče chrání prostřednictvím institutu negativního reversu. Strategie upozorňuje, že blanketní <i>reversy na všechno</i> nejsou smyslem právní úpravy ani doporučené praxe, a navrhuje sadu opatření ke zvýšení právního povědomí zdravotnického personálu a k posílení správného a účinného uplatňování informovaného souhlasu, zejména v kontextu porodu, v souladu s lidskoprávními standardy i požadavky zákona.
5	Z	Str. 69, 3.4.7. Navrhujeme také dostatek pozitivní motivace od spokojených žen!!	Vysvětleno. Již je ve strategii obsaženo – součástí opatření v úkolové části ke kapitole Nedostatky v komunikaci a uplatňování informovaného souhlasu je seznamovat zdravotníky a zdravotnice s klíčovými determinantami spokojenosti žen s péčí během porodu a začleňovat je do systému vzdělávání.
6	(N)	Vážené členky a členové Vědecké rady, přestože jsem připomínky odeslala, jednoznačně souhlasím s odmítnutím dokumentu. V účtě Martina Šochmanová	Vysvětleno. Smyslem konzultační fáze, včetně vnitřního a mezirezortního připomínkového řízení, je právě umožnit rezortům a dalším relevantním subjektům vyjádřit se k obsahu materiálu a navrhnout úpravy. Již samotné zaslání těchto připomínek proto

				potvrzuje, že se připomínkové místo procesu projednávání aktivně účastní. Veškeré návrhy intervencí staví na datech a vědeckých důkazech. Návrhy opatření reflektující doporučení WHO, FIGO, ICM a dalších mezinárodně uznávaných autorit. Vychází z premisy, že kvalitní, bezpečnou a respektující péči během celého těhotenství, porodu a poporodního období by měla dostat každá žena a novorozenec. Strategie sleduje kvalitu a bezpečnost péče a rozpracovává mechanismy pro jejich hodnocení i posílení. Namísto úplného odmítnutí je tedy žádoucí vést odbornou diskuzi nad konkrétními opatřeními, neboť právě k tomu je proces připomínkového řízení určen.
Feyereisl Jaroslav, ředitel ÚPMD, vedoucí Katedry gynekologie a porodnictví IPVZ Datum a čas uplatnění připomínky: 14.08.2025 15:05	7.1	(N)	<u>Připomínka byla doručena v jednom souhrnném dokumentu. Pro účely přehledného vypořádání byla rozdělena do částí, které jsou níže uvedeny jako připomínky č. 7.1 – 7.19.</u> a dále následující e-mail: Vážená paní ředitelko, po prostudování materiálu "Strategie rozvoje respektující péče o matku a dítě-verze 1.6." se domnívám, že se jedná o velmi neobdobný, tendenčně laděný text, který především je velmi nebezpečný a útočí na samotné základy kvalitní porodnické péče. Na budování současné perinatální péče se podílela celá řada porodníků a proměňovala se výrazně minimálně po dobu posledních 50-ti let. Z této práce pak vychází naše celorepublikové perinatologické výsledky, které řadí Českou republiku na přední místa ve světě v perinatologické péči. Domnívám se, že výše uvedený materiál by měl být v této podobě odmítnut, jako vedoucí Katedry gynekologie a porodnictví IPVZ a ředitel Ústavu pro péči o matku a dítě s ním nemohu souhlasit. V příloze odesílám podrobnou analýzu jednotlivých kapitol a především uvedených chyb a omylů. V žádném případě tento materiál nemohu nejen z titulu mých funkcí podepsat.	Vysvětleno. Strategie představuje věcný a odborný dokument, který formou i obsahem odpovídá standardům vládních strategických materiálů. Staví na silných stránkách české perinatologické péče, zároveň identifikuje oblasti, kde přetrvávají výzvy a kde dostupné důkazy ukazují prostor pro další posílení kvality a bezpečí. Tyto výzvy dokládají výzkumy, stížnosti žen, soudní rozhodnutí i mezinárodní doporučení, na něž strategie reaguje návrhem konkrétních opatření. Záměrem strategie není zpochybňovat dosavadní výsledky, ale posílit kvalitu a bezpečí péče v oblastech, kde se ukazuje prostor pro zlepšení. Strategie v této souvislosti tematizuje rozdíly mezi novými a tradičními nástroji sledování kvality, které se v českém zdravotnictví zaměřují především na klinické ukazatele (např. perinatální úmrtnost, výskyt komplikací, délku hospitalizace), a potřebu doplnit tento přístup o zkušenost žen jako klíčový ukazatel kvality péče. V souladu s doporučeními vycházejícími z výzkumného projektu Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, podpořeného Agenturou pro zdravotnický výzkum ČR, strategie navrhuje rozšířit stávající systém hodnocení kvality o nástroje, jako jsou PREMs (Patient-Reported Experience Measures) a PROMs (Patient-Reported Outcome Measures), které umožňují zachytit prožitky a zpětnou vazbu žen v souvislosti s poskytovanou péčí. Cílem tohoto rozšíření není nahrazení stávajících ukazatelů, ale jejich doplnění o informace, které

		V dokonalé účtě Doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc.	lépe odrážejí komunikační a organizační aspekty péče a napomáhají jejímu zlepšování a zvyšování celkové spokojenosti žen. Strategie tudíž směřuje k tomu, aby Česká republika nejen udržela své vynikající perinatální výsledky, ale zároveň reflektovala širší dimenze kvality péče, včetně zkušenosti žen a důsledného naplňování jejich práv. Blíže viz vypořádání jednotlivých připomínek č. 7.2-7.16.
7.2	(N)	Odborné vyjádření k návrhu strategie reakce na návrh dokumentu „<i>Strategie rozvoje respektující péče o matku a dítě v ČR</i>“ (verze 1.6), který si klade za cíl reformovat systém perinatální péče v duchu respektu k ženě a moderní bio-psycho-sociální praxe. Přes některé pozitivní aspekty strategie však považují za nutné upozornit na zásadní oblasti, v nichž může docházet k odborně problematické nebo účelové interpretaci zahraničních i domácích doporučení. Základní informace o dokumentu • Dokument je konsolidovaným návrhem, určeným k připomínkám Vědecké radě Ministerstva zdravotnictví ČR. • Neobsahuje individuálně jmenované autory, ale je prezentován jako výstup expertní pracovní skupiny (zřejmě při MZ ČR se zapojením zmocněnkyně vlády pro lidská práva), čerpající údajně ze současných vědeckých důkazů, zahraničních doporučení a WHO směrnic.	Částečně akceptováno. U vládních strategických dokumentů se standardně neuvádějí individuální autoři či autorky. Strategie je dokumentem vlády ČR, nikoli autorským textem jednotlivců. Zpracování materiálů zajišťuje úřednický aparát ministerstev a dalších orgánů veřejné správy, a to často ve spolupráci s odbornými pracovními skupinami a poradními orgány. V souladu s touto praxí se v dokumentu uvádí gestor (odpovědný úřad či úřady), interně případně koordinátor/ka přípravy, nikoli jmenný seznam autorů a autorek Na jednání Vědecké rady dne 24. června 2025 bylo upřesněno, jakým způsobem byla strategie připravována a jaká pracovní skupina se na jejím zpracování podílela (Pracovní skupina k porodnictví při Radě vlády pro rovnost žen a mužů), jakož i to, jak byla strategie následně konzultována a upravována na základě připomínek jednotlivých útvarů Ministerstva zdravotnictví. Do textu strategie byla doplněna kapitola „5. Postup tvorby a konzultace strategie“, která rekapituluje průběh přípravy dokumentu a jednotlivé fáze konzultací. Zahrnuje rovněž odkaz na jmenný seznam zapojených odborníků a odbornic. Součástí textu je poznámkový aparát – 265 poznámek pod čarou, které odkazují na odbornou literaturu, mezinárodní doporučení (včetně doporučení WHO), legislativu i soudní rozhodnutí. Pro větší přehlednost byl navíc doplněn souhrnný seznam zdrojů na závěr dokumentu.
7.3	(N)	Část 1:	Částečně akceptováno.

		Absence vymezení cílové skupiny u doporučení WHO Dokument opakovaně odkazuje na směrnici WHO „<i>Intrapartum care for a positive childbirth experience</i>“ (2018), aniž by jednoznačně uvedl, že tato doporučení jsou určena výhradně pro zdravé těhotné ženy bez rizikových faktorů („low-risk“ ženy a jejich novorozenci). Některá doporučení převzatá ze zmíněné směrnice (např. absence trvalého CTG, minimální přítomnost lékaře, redukce intervencí) jsou však vhodná výhradně pro fyziologické porody. Jejich plošná aplikace bez rozlišení podle rizikovitosti těhotenství by mohla vést k ohrožení bezpečnosti péče u žen se zdravotními nebo porodnickými komplikacemi. Lze tedy shrnout, že autoři čerpají z WHO dokumentu pouze částečně a účelově – některá opatření přenáší i na skupinu žen, pro které nejsou primárně určena. V kontextu systémových změn (např. posílení porodních asistetek nebo přeformátování porodní péče) je nutné jasněji vymežit, že odlišný přístup je nutný u žen s rizikovým těhotenstvím (např. WHO směrnice z roku 2017 „<i>Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors</i>“).	Je zapotřebí rozlišit mezi cílovou skupinou doporučení WHO a jejich zaměřením (scope), stejně jako mezi cílovou skupinou strategie a cílovou skupinou klinických standardů, jejichž vytvoření v souladu s principy evidence-based medicine strategie stanoví jako jeden z klíčových úkolů. Strategie nenahrazuje klinické standardy. Nemůže a ani nemá suplovat klinické doporučené postupy, protože se jedná o žánrově odlišný typ dokumentu. Jejím úkolem je nastavit vládní rámec a podmínky pro to, aby klinická rozhodnutí byla přijímána na základě nejlepších dostupných důkazů, včetně přípravy podkladů pro tvorbu jednotných národních doporučených postupů s účastí všech relevantních stakeholderů. WHO uvádí, že cílovou skupinou doporučení <i>Intrapartum care for a positive childbirth experience</i> (2018) jsou mj. tvůrci a tvůrkyně politik (policy-makers) v oblasti zdraví matek a dětí. Rozsah (scope), který tato doporučení pokrývají, je skutečně zaměřen primárně na ženy s nízkým rizikem, tedy ženy, „u nichž nebyly zjištěny žádné rizikové faktory pro ně samé nebo jejich děti a které se jinak jeví jako zdravé“.¹⁵ Strategie se proto na tato doporučení odkazuje v relevantních částech textu, přičemž nikde netvrdí, že by měla být plošně aplikována bez rozlišení podle rizikovitosti těhotenství. Naopak zdůrazňuje nutnost adekvátního posouzení rizika a potřebu vzniku národních doporučených postupů, které zajistí kvalitu a bezpečnost péče. Patří sem i zavedení pravidelných šetření všech mateřských a perinatálních úmrtí včetně případů near-misses po vzoru MBRRACE-UK, zveřejňování výstupů z těchto analýz a formulace doporučení ke snížení rizik. WHO v předmětných doporučeních však zároveň ve stejném odstavci, kde definuje jejich zaměření, zdůrazňuje, že si „vysoce kvalitní intrapartální péči zaslouží všechny ženy“¹⁶ a že „tyto pokyny zahrnují postupy, které jsou nezbytné pro péči o všechny těhotné ženy, bez ohledu na jejich rizikový status“.¹⁷ Tento aspekt dále rozvádí v připomínkovém místě zmiňovaném komplementárním dokumentu WHO <i>Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives</i>
--	--	---	--

¹⁵ Str. 9.

¹⁶ Tamtéž.

¹⁷ Tamtéž.

			<i>and doctors (2017)</i>, zaměřeném na akutní porodnickou a novorozeneckou péči, kde zdůrazňuje, že pojem bezpečí, resp. bezpečného mateřství „<i>musí být rozšířen nad rámec prevence morbidity a mortality tak, aby zahrnoval respektování základních lidských práv žen, včetně autonomie žen, jejich důstojnosti, pocitů, voleb a preferencí</i>“.¹⁸ Aspekty respektující péče a komunikace WHO v dokumentu následně blíže rozvádí a jsou zcela kompatibilní s přístupem, který uplatňuje strategie. Na základě připomínky byl předmětný materiál doplněn mezi zdroje strategie a do jejího textu přidán důraz na rozsah (zaměření) <i>Intrapartum care for a positive childbirth experience (2018)</i>, aby se předešlo nedorozumění. Strategie s těmito doporučeními pracuje v intencích jejich původního určení – nejde tedy o účelovou interpretaci, jak namítá připomínkové místo, ale o jejich věcnou aplikaci při formulaci vládní strategie zaměřené na systematický rozvoj respektující péče o matku a dítě.
	7.4	(N)	Část 2: Nedostatečné citační zdroje V celém dokumentu je uváděna řada účelově použitých a zavádějících informací. V kapitole 2.1 je dáována do souvislosti s aktuálně klesající porodností mimo jiné obava z dalšího těhotenství a porodu vzniklá na základě špatné zkušenosti s péčí nebo vystavením porodnickému násilí, bez jakékoliv schopnosti toto tvrzení dokladovat.

Vysvětleno.

Připomínka neodpovídá skutečnému obsahu textu. V kapitole 2.1 strategie uvádí, že jejím záměrem není řešit klesající porodnost ani analyzovat její příčiny (k tomu slouží jiné vládní dokumenty, zatímco strategie se zaměřuje rozvoj respektující péče u již těhotných žen s chtěným těhotenstvím). Text strategie v úvodu kapitoly „2.1 Základní přehled situace v ČR“ pouze upozorňuje na trend poklesu porodnosti, který je relevantní i s ohledem na budoucí riziko nutnosti ukončení provozu některých porodnic a zesilující tlak na zvýšení kvality péče a naplnění očekávání a potřeb žen, pokud si poskytovatelé zdravotních služeb budou chtít klientky nadále udržet.

V této souvislosti strategie podotýká, že rozvoj respektujícího přístupu může sekundárně přispět ke snížení počtu negativních zkušeností žen s péčí, a tím i k **řešení jedné z mnoha příčin, jež mohou ovlivnit rozhodování o dalším těhotenství**. Text zde výslovně odkazuje na **kapitolu 3.5.4**, kde jsou citovány **konkrétní výzkumy a zdroje** dokládající, že **traumatické zkušenosti s péčí** – včetně zkušeností označovaných jako porodnické násilí – **mohou být faktorem vedoucím ženy**

¹⁸ Str. 33 (C-9).

				k rozhodnutí nemít další dítě. Například v příslušné části strategie zmiňovaný průzkum provedený v Itálii na reprezentativním vzorku žen (matek dětí ve věku 0-14 let) ukázal, že 11 % matek přiznává, že utrpělo trauma v důsledku péče v nemocnici, a proto raději odložilo rozhodnutí o dalším těhotenství o mnoho let. Pro 6 % z celkového počtu účastnic průzkumu bylo trauma z porodnického násilí natolik závažné, že se rozhodly nemít další děti.¹⁹ Z vyhodnocení průzkumu vyplynul odhad, že se kvůli tomu ročně nenarodí 20 000 dětí.²⁰ Veškeré použité zdroje jsou transparentně uvedeny v poznámkovém aparátu (a souhrnném seznamu zdrojů nově doplněném na závěr textu).
	7.5	(N)	Je kritizováno údajně nevyhovující určení rizika v konkrétním případě, přičemž je opomenuta skutečnost, že kvantifikaci rizika může provádět pouze kvalifikovaný odborník, a také to, že jde o proces dynamický v průběhu těhotenství, který vyžaduje kontinuální spolupráci lékařů a nelékařského personálu.	Vysvětleno. Připomínka neodpovídá skutečnému obsahu strategie. Dokument opakovaně zdůrazňuje, že péče musí být v každé fázi adekvátně přizpůsobena míře případného rizika pro matku a dítě a že zásahy mají být prováděny pouze v přímé návaznosti na potvrzení konkrétního rizika či nastalé komplikace, nikoli rutinně či z jiných medicínských neopodstatněných důvodů. Na podporu tohoto postupu strategie navrhuje vznik jednotných standardů, které – s vědomím, že rizikový profil ženy se může v průběhu těhotenství měnit – mají snížit současné rozdíly ve skórování rizika napříč pracovišti a regiony a usnadnit mezioborovou spolupráci. Na celostátní úrovni dosud neexistuje jasně definovaný postup, kdy konkrétně by mělo dojít k předání ženy z péče porodní asistentky do lékařské péče. Výčet konkrétních rizik obsažený v doporučeném postupu ČGPS ČLS JEP, resp. Zásadách dispenzární péče v těhotenství, je v pouze demonstrativní, nikoli taxativní. Definice ženy s nízkým rizikem v postupu zcela absentuje. Předmětný doporučený postup ČGPS ČLS JEP také zcela opomíjí roli porodní asistentky, která je podle zákona kvalifikovanou odborníci způsobilou a oprávněnou k „poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu

¹⁹ OBSERVATORY ON OBSTETRIC VIOLENCE IN ITALY (OVOITALIA).Doxa-OVOItalia Survey, 2017, blíže viz <https://ovoitalia.wordpress.com/indagine-doxa-ovoitalia/>.

²⁰ Tamtéž.

			a poskytování péče o novorozence“;²¹ a to samostatně a bez lékařského dohledu. Strategie proto usiluje o posílení mezioborové spolupráce a o vytvoření jasného rámce, který zajistí, aby péče byla v každé fázi adekvátně přizpůsobena míře případného rizika pro matku a dítě.
7.6	(N)	V části, která se zabývá hustotou sítě porodnických pracovišť je vedle ekonomické rentability zcela opomenut požadavek na minimální objem porodů, který je požadován především s ohledem na udržení kvality poskytované péče.	Vysvětleno. Připomínka neodpovídá skutečnému obsahu strategie – v části věnované síti porodnických pracovišť je na str. 23 uvedeno: „S ohledem na trend klesajícího počtu porodů nyní některým porodnicím hrozí zánik. Nízký počet porodů vede k neefektivnímu využívání kapacit zdravotnického personálu, jehož je v některých regionech již nyní nedostatek, a má také negativní ekonomické dopady na provoz těchto zařízení. Tlak na racionalizaci provozu, a tedy na postupné uzavření či sloučení sílí zejména u porodnic, které se nacházejí v těsné blízkosti. Nemocnicím s nízkým počtem porodů rovněž hrozí odebrání akreditace pro specializační vzdělávání v oboru gynekologie a porodnictví. Akreditační komise oboru gynekologie a porodnictví při Ministerstvu zdravotnictví stanovila pro zachování této akreditace podmínku minimálně 600 porodů za poslední kalendářní rok nebo průměrně 600 porodů ročně za poslední tři kalendářní roky. Aktuálně tuto podmínku nesplňuje 20 pracovišť. Hrozba odebrání akreditace zároveň odrazuje mladé lékaře a lékařky od nástupu do těchto zařízení, protože praxe v nich by se jim nezapočítávala do předatestačního vzdělávání.“
7.7	(N)	Údajná příležitost, že zavírání malých porodnic lze využít k vytváření zařízení autonomně vedených PA (tedy vytváření fyzické nedostupnosti okamžitého lékařského zásahu při náhlých stavech, které není možné vyloučit ani sebelepším skříníkem rizika) v žádném případě neřeší zásadní argument malého počtu porodů.	Vysvětleno. Je zřejmé, že pokud dojde k uzavření porodnice, vzniká tím fyzická nedostupnost okamžitého lékařského zásahu – tato skutečnost však není důsledkem strategie, nýbrž faktorů, které k uzavírání porodnic vedou (blíže viz vypořádání připomínky č. 7.6). S ohledem na trend klesající porodnosti a požadovaný minimální objem porodů, se kterým se připomínkové místo plně

²¹ § 6 odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

				ztotožňuje, nebude v některých zařízeních možné provoz porodnice zachovat. Strategie tuto skutečnost pouze konstatuje a – obdobně jako další připomínkové místo v připomínce č. 2 – uvádí, že využití uvolněné infrastruktury pro vznik center vedených porodními asistentkami může představovat příležitost. Mezi variantou ponechat infrastrukturu nevyužitou a variantou využít ji pro poskytování péče nízkorizikovým rodičkám pod vedením porodních asistentek proto strategie preferuje druhou možnost. Dále viz také vypořádání připomínky č. 7.8. Existence pracovišť porodních asistentek, kde jsou vedeny fyziologické porody, je již nyní umožněna právním řádem ČR, byť za velmi přísných podmínek – avšak ani tento striktní rámec nepředpokládá nepřetržitou dostupnost okamžitého lékařského zásahu. V praxi navíc vždy existují situace, kdy lékař či lékařka není k dispozici okamžitě. Strategie proto navrhuje, aby v těchto případech byly jasně nastaveny podmínky spolupráce, protokoly pro transfer a další mechanismy zajišťující bezpečnost péče. Strategie si neklade za cíl řešit příčiny klesající porodnosti – těmi se zabývají jiné vládní dokumenty (viz vypořádání připomínky č. 7.4). Jejím cílem je zajistit, aby i v měnící se demografické a infrastrukturní situaci měly ženy dostupnou, bezpečnou a kvalitní péči v souladu s mezinárodními standardy, principy evidence-based medicine a s respektem k jejich právům a preferencím.
	7.8	(N)	Toto však není v žádném rozporu s vytvářením a funkcí center porodní asistence v rámci ZZ (v zabezpečeném prostředí). <i>Blíže viz Case of Dubská and Krejzová v. THE CZECH REPUBLIC (Applications nos. 28859/11 and 28473/12) JUDGMENT OF ECHR STRASBOURG, 15 November 2016, především body 72.-75., 104).</i>	Vysvětleno. Do strategie nebyla zařazena – byť byla ve fázi přípravy diskutována – opatření směřující k systematické podpoře rozvoje samostatných porodních domů (freestanding midwifery units). Strategie se místo toho soustředí na efektivní využití stávající infrastruktury a kapacit, zejména na postupný rozvoj center porodní asistence při porodnicích, posílení kompetencí porodních asistentek a mezioborové spolupráce tak, aby tato centra mohla v budoucnu naplňovat funkci porodních center (alongside midwifery units) v souladu s evropskými standardy. Cílem je rozšiřovat možnosti péče vedené porodními asistentkami postupným, udržitelným a politicky přijatelným způsobem, který zohledňuje preference žen, a zároveň reflektuje přetrvávající

			obavu části lékařské veřejnosti, sdílenou i Ministerstvem zdravotnictví, z možného oslabení nepřetržité dostupnosti specializované péče.
7.9	(N)	V kapitole 2.2. např. nutnost hospitalizace po porodu, nezajištěná péče v šestinedělí, šetření spokojenosti žen s péčí v porodnicích cituje a podtrhuje data z psychosociálního výzkumu z let 2005-2012, tedy ne zcela recentní práci. Obecně lze říci, že citace jsou účelově vybrané a „citově zabarvené“, relevantní a recentní data o tzv. „spokojenosti“ žen s porodní péčí v ČR chybí. Vypíchnuta jsou dílčí a nedostatečná data.	Vysvětleno. Připomínka neodpovídá skutečnému obsahu strategie. Strategie se neopírá primárně o data z let 2005–2012, jak mylně uvádí připomínkové místo, nýbrž o recentní rozsáhlý výzkum realizovaný Lékařskou fakultou Masarykovy univerzity v rámci projektu podpořeného Agenturou pro zdravotnický výzkum ČR (Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu na léta 2020–2026). Kapitola 2.2 se zaměřuje na identifikaci determinant spokojenosti žen s péčí jako klíčové podmínky pro změnu současné praxe a rozvoj respektující péče. Shrnuje hlavní závěry z vybraných výzkumů a šetření v Česku za posledních cca 18 let, zejména těch, jichž se účastnil vyšší počet respondentek nebo které iniciovalo, realizovalo či podpořilo Ministerstvo zdravotnictví, a na všechny transparentně odkazuje v poznámkovém aparátu. Starší reprezentativní výzkum z let 2005–2012 je do strategie zařazen proto, aby doložil, že nespokojenost žen s péčí není novým fenoménem, ale dlouhodobě zmapovaným problémem, který se opakuje napříč časem. Strategie tedy kombinuje nejnovější poznatky s širším kontextem vývoje a ukazuje, že nespokojenost žen není nový jev, ale opakovaně doložený problém, který je třeba řešit. Text je formulován věcně a neutrálně, bez emocionálně zabarvených výrazů, a argumentace je podložena zdroji transparentně uvedenými v poznámkovém aparátu.
7.10	(N)	Část 3: Absence konkrétních citací zahraničních a domácích doporučených postupů Strategie odkazuje na „dobrou praxi západoevropských zemí“ (např. Nizozemsko, Německo, Norsko, Velká Británie), aniž by citovala konkrétní doporučené postupy těchto států (např. NICE Guidelines – UK). Tím může vzniknout riziko účelového výběru pouze některých	Vysvětleno. Připomínka neodpovídá skutečnému obsahu dokumentu a je vnitřně rozporná – na jedné straně tvrdí, že strategie necituje doporučené postupy, a na druhé uvádí, že je cituje pouze částečně. Strategie přitom na několika místech transparentně odkazuje na zahraniční i domácí doporučené postupy, včetně postupů ČGPS, a to nikoli pouze jednoho, a uvádí odkaz na rozcestník, kde jsou všechny doporučené postupy ČGPS zveřejněny.

		aspektů těchto modelů (např. podpory péče porodní asistentky), ignorace bezpečnostních prvků, které jsou v těchto zemích klíčové – zejména systém triáže, dostupnost vyšší úrovně péče a jasně stanovená odpovědnost. Konkrétně: v kapitole 3.1.2 je uváděna absence klinických doporučených postupů. Příkladem je dán britský NICE a jeho ucelená klinická doporučení. Nicméně odkazy na doporučené postupy České gynekologicko-porodnické společnosti (ČGPS), která je garantem odborných standardů péče v České republice chybí, respektive je opět účelově vypíchnut pouze jediný doporučený postup z roku 2012. Absence těchto doporučení oslabuje návaznost strategie na klinickou praxi, snižuje odbornou důvěryhodnost návrhu, může vést ke kolizi strategie s již platnými národními klinickými standardy.	Úplně prvním úkolem v úkolové části (opatření 1.1.1) je adaptace NICE guidelines, což jasně dokládá, že strategie s těmito postupy aktivně pracuje a rozhodně je neignoruje. Strategie požaduje, aby byly adaptovány v souladu s Metodikou tvorby a aktualizace doporučených postupů a operativních doporučení ve zdravotnictví a tímto způsobem vznikly komplexní národní postupy pro oblast těhotenské, porodní a poporodní péče, využitelné všemi relevantními zdravotnickými profesemi. Tyto postupy mají za cíl především posílit bezpečnost a kvalitu péče, ale zároveň díky jasně stanovenému metodickému rámci usnadní triáž, podpoří mezioborovou spolupráci a vyjasní dosud nejednoznačné oblasti, včetně otázek odpovědnosti. Doporučené postupy ČGPS, které strategie rovněž cituje, však nepředstavují národní klinické standardy – jde o dokumenty profesní organizace, které tuto roli zatím do určité míry suplují, avšak svým obsahem a způsobem vzniku neodpovídají procesním a metodickým požadavkům kladeným mezinárodně uznávanými standardy na doporučené postupy. Národní metodika (NIKEZ) vychází z metodiky GRADE, celosvětově nejrozšířenější a nejrobustnější metodiky pro tvorbu doporučení, kterou využívá WHO, Cochrane Library a další mezinárodní organizace. Každé doporučení je podle této metodiky založeno na systematickém přehledu nejlepších dostupných důkazů, vzniká v rámci mezioborového panelu zahrnujícího i zástupkyně příjemkyň péče a minimalizuje střety zájmů prostřednictvím transparentní deklarace. Strategie proto správně konstatuje, že v ČR dosud chybí jednotné národní klinické standardy, a požaduje jejich vytvoření. Sama je však nahradit nemůže a ani nemá, protože jde o žánrově odlišný dokument. Jejím cílem je nastavit vládní rámec a podmínky pro jejich vznik i pro klinické rozhodování založené na nejlepších dostupných důkazech.
7.11	(N)	V kapitole 3.1.3 je správně vyzdvihnout význam kvalitních a kompletních dat pro hodnocení řady aspektů poskytované péče. NRRZ dosáhl v uplynulých letech významných pokroků, nicméně je nutné v souladu s doporučením WHO pro kontrolu národních dat z NISů (datových zdrojů pro ÚZIS), které bylo publikováno	Částečně akceptováno. Plně se ztotožňujeme s připomínkou, že je nezbytné zajistit úplnost a spolehlivost dat poskytovaných ÚZIS ČR. Tato opatření jsou však již řešena v jiných vládních dokumentech, zejména v Národní strategii elektronického zdravotnictví

		v únoru 2023 provádět taková opatření, aby byla zajištěna úplnost dat a spolehlivost informací z těchto dat odvozovaných. Uvedené tvrzení v návrhu strategie, že: „Prostřednictvím veřejné kontroly mj. dochází i ke zlepšování procesu reportingu, potažmo ke sběru kvalitnějším a realitě co nejvíce odpovídajícím datům.“ není blíže specifikované a zcela postrádá návrh konkrétních opatření (či vyjádření souhlasu se zmíněným doporučením WHO).	2025–2035, která stanoví konkrétní kroky k zajištění kvality a validace dat (např. vytvoření systému pravidelného vyhodnocování přesnosti, úplnosti a včasnosti vykazovaných dat či poskytování metodické asistence poskytovatelům zdravotních služeb). Strategie proto tyto body nerozvádí, aby nedocházelo ke zdvojování již existujících opatření. Na tuto skutečnost v reakci na připomínku nově výslovně upozorňujeme v poznámce pod čarou.
7.12	(N)	V kapitole 3.3.4 je uvedeno, že porod mimo zdravotnické zařízení, tedy domácí porod (stejně jako porod v ev. porodním domě) je vhodný pouze pro nízkorizikové rodičky. Taktéž je zmíněn relevantní odkaz na Cochrane databázi s údaji o možných perinatálních komplikacích, tedy zejména riziko perinatální mortality a morbidit. U skupiny dobře selektovaných rodiček jsou rizika srovnatelná. Nicméně pro prvorodičky, rodičky ve vyšší věkové kategorii a se specifikovaným rizikem jsou jednoznačně rizika pro novorozence při domácím porodu vyšší. V této části opět chybí literární odkazy na odborné publikace, které nejsou v souladu s laděním navrhované strategie (např. Providing Care for Infants Born at Home. Watterberg K, COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN Pediatrics. 2020;145(5) Epub 2020 Apr 20). Právní argumentace viz <i>Case of Dubska and Krejzová v. THE CZECH REPUBLIC (Applications nos. 28859/11 and 28473/12) JUDGMENT OF ECHR STRASBOURG, 15 November 2016, především body 163. a 172.)</i>.	Částečně akceptováno. Strategie nerozporuje, že u rodiček s definovaným rizikem jsou rizika pro novorozence při domácím porodu vyšší – právě proto zdůrazňuje, že volba porodu ve vlastním sociálním prostředí je vhodná pouze pro nízkorizikové rodičky. Veškerá opatření směřují k nastavení jasných klinických a organizačních standardů, které zajistí kvalitní selekci rizika a efektivní spolupráci lékařských i nelékařských profesí. Jak připomínkové místo samo uvádí, u skupiny dobře selektovaných rodiček jsou rizika porodu mimo porodnici srovnatelná s riziky porodu v porodnici, což je v plném souladu se strategií. Stanovisko Americké pediatrické akademie (AAP) <i>Providing Care for Infants Born at Home</i> není se strategií v rozporu – naopak uznává právo ženy zvolit si porod ve vlastním sociálním prostředí a formuluje doporučení, jejichž cílem je posílit bezpečnost novorozence. Shodně se strategií doporučuje, aby žena nerodila doma sama, ale aby měla doprovod nejlépe dvou zdravotníků či zdravotníků s odpovídající kvalifikací a praxí. Stanovisko AAP zároveň, v souladu s Americkou gynekologicko-porodnickou společností (ACOG), podporuje poskytování této péče porodními asistentkami, jejichž vzdělání a oprávnění odpovídají globálním standardům Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM). Dále doporučuje, aby jedna z přítomných osob měla primárně na starosti novorozence, ovládala neonatální resuscitaci a měla k ní vhodné vybavení. Strategie na tento požadavek přímo navazuje. V opatření 3.3.1 stanoví, že asistence u plánovaných domácích porodů musí být začleněna mezi státem regulované zdravotní služby a že poskytovatelky a poskytovatelé mají mít povinnost

			absolvovat akreditovaný kurz resuscitace novorozence. Doporučení obsažená v citovaném stanovisku AAP jsou v souladu s návrhem strategie. Odkaz na předmětné stanovisko AAP bylo do strategie nově doplněn jako inspirativní zdroj pro nastavování systémových požadavků na zajištění bezpečí dítěte při porodu ve vlastním sociálním prostředí. Je však nezbytné zohlednit i limity stanoviska AAP, které reflektuje především kontext USA – tedy rozdílnou právní úpravu mezi jednotlivými státy federace, nedostatek odpovídajícím způsobem vyškolených a ochotných poskytovatelů a poskytovatelek, jakož i absenci podpůrných systémů zajišťujících odborné konzultace a rychlý převoz do nemocnice. Na příslušný rozsudek Evropského soudu pro lidská práva strategie odkazuje na několika místech a přímo navazuje na jeho výzvu českým státním orgánům, aby průběžně přehodnocovaly právní úpravu a zohledňovaly lékařský a vědecký vývoj při plném respektování práv žen v oblasti reprodukčního zdraví. Blíže viz také vypořádání připomínky č. 1.5.
7.13	(N)	Kapitola 3.4.3 zabývající se porodním plánem, zmiňuje neoptimální reakci personálu na porodní plán rodičky. Tato skutečnost není dostatečně podložena, porodní plán a možnosti vyhovění porodním přáním rodičky jsou již běžným postupem.	Vysvětleno. Oceňujeme, že připomínkové místo považuje porodní plán a možnosti vyhovění porodním přáním rodičky za běžný postup. Výzkumy i zkušenosti žen však ukazují, že realita v českém prostředí tomu zcela neodpovídá. Praktická aplikace porodních plánů naráží na řadu překážek – od a priori negativního přístupu zdravotnického personálu až po odmítavé postoje některých zařízení, která zveřejňují seznamy <i>dovolených</i> či <i>zakázaných</i> přání, ačkoliv některá z nich nejsou v rozporu s medicínou založenou na důkazech. Zvláště závažné a v rozporu s právem je, když nemocnice těmito požadavky podmiňuje samotné přijetí rodičky do péče. O aplikačních nesnázích svědčí i zpětná vazba samotného zdravotnického personálu, k čemuž strategie v kapitole 3.4.3 cituje z časopisu Tempus Medicorum (Česká lékařská komora, roč. 32, č. 6/2023): „<i>Dost často si poskytovatelé zdravotních služeb, kteří provozují porodnici, stěžují na to, že k nim přichází budoucí rodička s tzv. porodním plánem, jímž si vyhrazuje určitá</i>

			<i>práva, určité zdravotní služby poskytované specifickým způsobem, a žádá, aby jí bylo vyhověno ... a nelze doporučit na taková přání, prezentovaná jako tzv. porodní plán, přistupovat.</i>“ Je tedy zjevné, že odmítavý či rezervovaný postoj k porodním plánům se v odborné praxi stále objevuje. Podkapitolu 3.4.3 zároveň nelze číst izolovaně – tvoří součást širší kapitoly 3.4, která reaguje na skutečnost, že zásahy bez souhlasu patří mezi nejčastěji zmiňované zkušenosti žen z období porodu, a to i v nejnovějším výzkumu realizovaném v letech 2021 až 2024. Stejně jako ve všech dalších částech strategie jsou i v této kapitole jednotlivá tvrzení podložena citacemi a odkazy v poznámkovém aparátu.
7.14	(N)	Kapitola 3.6 velmi dobře poukazuje na potřebu návaznosti péče o duševní zdraví v perinatálním období. Zde je jistě prostor pro výrazné zlepšení v rámci komplexní perinatologické péče.	Akceptováno. (Dokument je v souladu s připomínkou.)
7.15	(N)	Tvrzení v kapitole 3.5.1 a v dalších částech strategie, která se týkají „porodnického násilí“ považujeme za zcela nepřiměřená a nerespektující vývoj a současnou situaci.	Částečně akceptováno – název kapitoly upraven, ve zbytku vysvětleno. Název kapitoly 3.5 byl nově upraven na „Prevence nerespektující péče“. Termín „porodnické násilí“ nicméně nelze považovat za nepřiměřený – poprvé byl použit již v roce 1827 v časopise <i>The Lancet</i> (kde se objevuje dodnes) a od počátku 21. století se etabloval v odborné literatuře i v rámci OSN, WHO, Rady Evropy či EU. V posledních letech se objevuje i v dokumentech vlády ČR a v právních rádech některých států má dokonce legální definici. Strategie tedy naopak reflektuje současný vývoj a skutečnost, že pojem „porodnické násilí“ se v posledních letech rozšířil. Například v únoru letošního roku Výbor OSN pro odstranění diskriminace žen ve stanovisku k případu <i>C.S.F. v. Argentina</i> (CEDAW/C/90/D/164/2021)²² opětovně potvrdil, že porodnické násilí představuje formu genderově podmíněného násilí a že jeho neřešení ze strany státu může

²² Výbor CEDAW Argentině v souvislosti s porušením Úmluvy (články 2, 3, 5, 12 a 24), které shledal, doporučil mj. poskytnout dotčeným obětem komplexní reparace (včetně finanční kompenzace a lékařské a psychologické péče) a přijmout systémová opatření za účelem prevence porodnického násilí. Mezi svá doporučení zařadil zejména zajištění respektující péče, vytvoření účinných právních mechanismů k řešení případů porodnického násilí a systematické vzdělávání zdravotnických i justičních profesí v oblasti reprodukčních práv žen. Blíže viz *Views adopted by the Committee under article 7 (3) of the Optional Protocol, concerning communication No. 164/2021* dostupné z: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n25/060/80/pdf/n2506080.pdf>.

			konstituovat porušení Úmluvy o odstranění všech forem diskriminace žen (CEDAW). Zařazení tohoto pojmu do strategie je tudíž zcela přiměřené, neboť odráží v oblasti vědy a lidských práv. Strategie s ním pracuje výhradně v analytickém kontextu – s důrazem na postupy <i>lege artis</i> a návrh opatření, která mají předcházet tomuto nežádoucímu jevu jakožto jedné z forem genderově podmíněného násilí. Cílem není stigmatizace zdravotnického personálu, ale systémové řešení problému, které povede ke zvýšení kvality a bezpečí péče. Blíže viz vypořádání připomínky č. 1.11.
7.16	(N)	Závěr Strategie usiluje o potenciál být důležitým koncepčním dokumentem pro reformu perinatální péče, avšak v současné podobě postrádá dostatečnou odbornou oporu pro některé klíčové návrhy. Doporučení jsou často účelová vedená pouze snahou o zapojení porodní asistence, postrádají odborný podklad a často je patrna i snaha o záměrné znevážení a zpochybnění lékařské profese. Systém porodní péče v ČR prochází v posledních letech velkou proměnou směřující vedle zajištění bezpečí pro rodičku a novorozence (zachování excelentní nízké perinatální úmrtnosti) k co největší spokojenosti rodiček se snahou o pozitivní porodní zážitky. Samozřejmostí je komunikace lékařského a nelékařského personálu, doprovod rodičky, porodní plán atd. V ČR dochází k poklesu porodnosti a zároveň se setkáváme s odsunem těhotenství do vyšších věkových skupin. S tím souvisí i vyšší zastoupení těhotných s určitým definovaným rizikem. Otázkou tedy je, zda je nutné zřizování porodních domů či by mělo spíše docházet k přístupu ke spokojenosti rodiček při zachování bezpečnosti pro ně i novorozence ve zdravotnických zařízeních. S čímž lze jednoznačně souhlasit je potřeba rozvoje péče o duševní zdraví ženy	Vysvětleno. Návrhy obsažené ve strategii nesměřují k oslabení bezpečí péče, nýbrž k jejímu posílení. Strategie se opírá o doporučení klíčových mezinárodních organizací, zejména Světové zdravotnické organizace (WHO), Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM), což dokládá i přiložené stanovisko předsedy Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči. FIGO strategii plně podporuje a deklaruje připravenost spolupracovat s Českou republikou na její implementaci. Stanovisko zdůrazňuje, že respektující péče je prioritou FIGO, a dále uvádí: „<i>Zajištění důstojné, bezpečné a empatické péče o ženy během těhotenství a porodu je nezbytné pro zlepšení zdraví matek a novorozenců, ochranu reprodukčních práv a posílení zdravotních systémů.</i>“²³ Odborný základ strategie je transparentně doložen prostřednictvím 265 poznámek pod čarou, které odkazují na odborné publikace, mezinárodní doporučení, legislativu a soudní rozhodnutí (souhrnný seznam zdrojů byl doplněn na závěr textu). Strategie rovněž vychází z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), přičemž některé z použitých grafů byly zpracovány ve spolupráci přímo s tímto ústavem. Výhrady připomínkového místa k údajné absenci zdrojů byly již podrobně vypořádány výše např. u připomínek č. 7.4, 7.5 a 7.6

²³ Citace ze stanoviska Dr. Miranda, MD PhD, předsedy Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči.

			v perinatálním období, nicméně i tyto kroky jsou již podnikány.	a lze je snadno ověřit kontrolou poznámkového aparátu a nahlédnutím do textu strategie. Záměrem strategie není zpochybňovat roli lékařské profese ani stranit porodním asistentkám, nýbrž posílit mezioborovou spolupráci všech relevantních profesí, které ženě a dítěti v daném období poskytují zdravotní služby a vytvořit podmínky pro rozvoj respektující péče v souladu s mezinárodními standardy. Strategie naopak spory mezi lékařskou profesí a porodními asistentkami chápe jako jednu z překážek rozvoje respektující péče. Dokument v souladu s explicitním vládním zadáním staví na principech péče zaměřené na ženu a rodinu (woman-centered care, family-centered care) a sleduje průchod systémem z perspektivy ženy. Usiluje, aby byl tento proces pro ženu a její rodinu co nejméně zatěžující, respektoval individuální potřeby a vedl k pozitivní zkušenosti s péčí i k posílení důvěry ve zdravotnický systém. Cílem strategie je zajistit ženám dostupnou, bezpečnou, kvalitní a respektující péči. Dokument staví na excelentních výsledcích v oblasti nízké perinatální mortality a usiluje o jejich zachování při současném rozšíření dalších dimenzí kvality – zejména respektu k právům a preferencím žen a kontinuity péče, jakož i podpory duševního zdraví v perinatálním období (v této oblasti se strategie shoduje s připomínkovým místem) a dalších oblastí.
Zavoral Miroslav, přednosta Ústavu gastrointestinální onkologie ÚVN Datum a čas uplatnění připomínky: 15.08.2025 10:51	8	(N)	<i>Na základě prostudování dokumentu „Strategie rozvoje respektující péče o matku a dítě“ (verze 1.6) se připojuji k výhradám odborné obce, zejména k věcně podloženému stanovisku předloženému ředitelem ÚPMD doc. MUDr. Jaroslavem Feyereislem, CSc. Vnímám důležitost humanizace porodní péče a respektu k rodičkám, nicméně jakékoli systémové změny musí vycházet z ověřených dat, být podloženy odbornými doporučeními a zároveň garantovat bezpečnost pro matku i dítě. Předložený materiál považuji v současné podobě za odborně nevyvážený a doporučuji jeho zásadní přepracování. S úctou prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.</i>	Vysvětleno. Strategie byla připravena v souladu s principy evidence-based medicine a opírá se o doporučení klíčových mezinárodních organizací (WHO, FIGO, ICM a další), data ÚZIS ČR a další relevantní odborné a právní zdroje (včetně mezinárodní a vnitrostátní judikatury). Tuto skutečnost, stejně jako soulad strategie se současnými trendy péče, potvrzují mj. přiložená stanoviska mezinárodních autorit, včetně zástupce Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a členky (fellow) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Předseda Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči ve svém stanovisku zdůrazňuje plnou podporu strategie a deklaruje připravenost spolupracovat s Českou republikou na její implementaci.

				Strategie navrhuje opatření k posílení bezpečí a kvality péče , která ženám a dětem zaručí právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví . Pro podrobnější argumentaci viz vypořádání připomínek č. 1.1–1.21 a také č. 7.1–7.16.
Havlas Vojtěch, přednosta Kliniky dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, proděkan pro specializační vzdělávání 2. LF UK Datum a čas uplatnění připomínky: 15.08.2025 14:04	9	(N)	Vážené dámy, vážení pánové, děkuji paní ředitelce za distribuci dokumentu. V kontextu debaty na poslední vědecké radě a s ohledem na aktuální znění Strategie z pozice člena Vědecké rady doporučuji tento text jako celek odmítnout a zaslat autorům zpět k zásadnímu přepracování. Strategie nerespektuje současné trendy a především ignoruje aktuální nastavení velmi vysoké úrovně péče o matku a novorozence v České republice. Zcela se ztotožňuji s názorem odborné společnosti i předsedy katedry IPVZ a navrhuji jejich doporučení vyslyšet. Přeji všem krásné léto. S přátelským pozdravem, Vojtech Havlas	Vysvětleno. Strategie byla připravena v souladu s principy evidence-based medicine a opírá se o doporučení klíčových mezinárodních organizací (WHO, FIGO, ICM a další), data ÚZIS ČR a další relevantní odborné a právní zdroje (včetně mezinárodní a vnitrostátní judikatury). Tuto skutečnost, stejně jako soulad strategie se současnými trendy péče, potvrzují mj. přiložená stanoviska mezinárodních autorit, včetně zástupce Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a členky (fellow) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Předseda Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči ve svém stanovisku zdůrazňuje plnou podporu strategie a deklaruje připravenost spolupracovat s Českou republikou na její implementaci. Strategie navrhuje opatření k posílení bezpečí a kvality péče, která ženám a dětem zaručí právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví. Pro podrobnější argumentaci viz vypořádání připomínek č. 1.1–1.21 a také č. 7.1–7.16.
Svačina Štěpán, předseda ČLS JEP a předseda Vědecké rady Ministerstva zdravotnictví Datum a čas uplatnění připomínky: 15.08.2025 16:03	10	(N)	Vážená paní ředitelko, Materiál Strategie rozvoje respektující péče o matku a dítě-verze 1.6 jsem jako předseda VR MZ podrobně konzultoval s předsednictvem ČLS JEP tedy jak se členy předsednictva, kteří jsou členy VR MZ tak s ostatními členy 15 členného předsednictva a dále s výbory dotčených společností ČLS JEP Gynekologicko-porodnické, pediatrické a neonatologické. Materiál zcela odporuje vědeckému poznání a ohrožuje matku i novorozence a nemá smysl upravovat jednotlivé části. Mimo jiné používá zcela neakceptovatelnou terminologii. 1. Plně podporujeme vyjádření Gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP, které jsme obdrželi v kopii.	Vysvětleno. Strategie byla připravena v souladu s principy evidence-based medicine a opírá se o doporučení klíčových mezinárodních organizací (WHO, FIGO, ICM a další), data ÚZIS ČR a další relevantní odborné a právní zdroje (včetně mezinárodní a vnitrostátní judikatury). Tuto skutečnost, stejně jako soulad strategie se současnými trendy péče, potvrzují mj. přiložená stanoviska mezinárodních autorit, včetně zástupce Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a členky (fellow) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Předseda Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči ve svém stanovisku zdůrazňuje plnou podporu strategie a deklaruje připravenost spolupracovat s Českou republikou na její implementaci.

			2. Doporučujeme Strategii zcela odmítnout a myslím, že tak rozhodne i vědecká rada MZ na svém zájmovém jednání. 3. Chápeme, že část matek požaduje domácí porod a chápeme evropské i české snahy na tuto situaci reagovat. Pro tyto situace je třeba vypracovat Strategii zcela novou zaručující matce a zejména novorozenci maximálně možnou míru bezpečí. Takovou strategii společnosti ČLS JEP rády vypracují. S pozdravem prof. Štěpán Svačina předseda ČLS JEP a předseda VR MZ. P.S. tuto odpověď zasíláme i do datové schránky MZ	Strategie navrhuje opatření k posílení bezpečí a kvality péče, která ženám a dětem zaručí <u>právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví</u>. Pro podrobnější argumentaci viz vypořádání připomínek č. 1.1–1.21 a také č. 7.1–7.16.
Kolář Milan, přednosta Ústavu mikrobiologie LF UP a FNOL, děkan LF UP Datum a čas uplatnění připomínky: 15.08.2025 17:48	11	(N)	Vážené dámy, vážení pánové, rovněž děkuji za zaslání dokumentu a plně se ztotožňuji s názorem odborné společnosti i předsedy katedry IPVZ . Předložený text doporučuji odmítnout a zásadně přepracovat. Přeji pohodové letní dny, milan kolář	Vysvětleno. Strategie byla připravena v souladu s principy evidence-based medicine a opírá se o doporučení klíčových mezinárodních organizací (WHO, FIGO, ICM a další), data ÚZIS ČR a další relevantní odborné a právní zdroje (včetně mezinárodní a vnitrostátní judikatury). Tuto skutečnost, stejně jako soulad strategie se současnými trendy péče, potvrzují mj. přiložená stanoviska mezinárodních autorit, včetně zástupce Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a členky (fellow) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Předseda Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči ve svém stanovisku zdůrazňuje plnou podporu strategie a deklaruje připravenost spolupracovat s Českou republikou na její implementaci. Strategie navrhuje opatření k posílení bezpečí a kvality péče, která ženám a dětem zaručí <u>právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví</u>. Pro podrobnější argumentaci viz vypořádání připomínek č. 1.1–1.21 a také č. 7.1–7.16.
Krška Zdeněk, přednosta I. chirurgické kliniky – břišní, hrudní a úrazové chirurgie VFN a 1. LF UK	12	(N)	Naprosto souhlasím! Zdeněk Krška (reakce na mail prof. Svačiny)	Vysvětleno. Strategie byla připravena v souladu s principy evidence-based medicine a opírá se o doporučení klíčových mezinárodních organizací (WHO, FIGO, ICM a další), data ÚZIS ČR a další relevantní odborné a právní zdroje (včetně mezinárodní a vnitrostátní judikatury). Tuto skutečnost, stejně jako soulad

Datum a čas uplatnění připomínky: 15.08.2025 17:48				strategie se současnými trendy péče, potvrzují mj. přiložená stanoviska mezinárodních autorit, včetně zástupce Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a členky (fellow) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Předseda Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči ve svém stanovisku zdůrazňuje plnou podporu strategie a deklaruje připravenost spolupracovat s Českou republikou na její implementaci. Strategie navrhuje opatření k <u>posílení bezpečí a kvality péče</u>, která ženám a dětem zaručí <u>právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví</u>. Pro podrobnější argumentaci viz vypořádání připomínek č. 1.1–1.21 a také č. 7.1–7.16.
Prausová Jana, 2. LF UK Datum a čas uplatnění připomínky: 15.08.2025 17:57	13	(N)	Vážené dámy, vážení pánové zcela souhlasím s názorem odborné společnosti a předsedy katedry IPVZ. Text doporučuji zamítnout. Jana Prausová	Vysvětleno. Strategie byla připravena v souladu s principy evidence-based medicine a opírá se o doporučení klíčových mezinárodních organizací (WHO, FIGO, ICM a další), data ÚZIS ČR a další relevantní odborné a právní zdroje (včetně mezinárodní a vnitrostátní judikatury). Tuto skutečnost, stejně jako soulad strategie se současnými trendy péče, potvrzují mj. přiložená stanoviska mezinárodních autorit, včetně zástupce Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a členky (fellow) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Předseda Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči ve svém stanovisku zdůrazňuje plnou podporu strategie a deklaruje připravenost spolupracovat s Českou republikou na její implementaci. Strategie navrhuje opatření k <u>posílení bezpečí a kvality péče</u>, která ženám a dětem zaručí <u>právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví</u>. Pro podrobnější argumentaci viz vypořádání připomínek č. 1.1–1.21 a také č. 7.1–7.16.
Beneš Vladimír, čestný přednosta Ústav klinických neurooborů ÚVN Datum a čas uplatnění připomínky:	14	(N)	Vážení kolegové, přečetl jsem dokument a souhlasím s odmítnutím -- prof. MUDr. Vladimír Beneš, DrSc.	Vysvětleno. Strategie byla připravena v souladu s principy evidence-based medicine a opírá se o doporučení klíčových mezinárodních organizací (WHO, FIGO, ICM a další), data ÚZIS ČR a další relevantní odborné a právní zdroje (včetně mezinárodní a vnitrostátní judikatury). Tuto skutečnost, stejně jako soulad strategie se současnými trendy péče, potvrzují mj. přiložená

15.08.2025 18:36				stanoviska mezinárodních autorit, včetně zástupce Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a členky (fellow) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Předseda Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči ve svém stanovisku zdůrazňuje plnou podporu strategie a deklaruje připravenost spolupracovat s Českou republikou na její implementaci. Strategie navrhuje opatření k <u>posílení bezpečí a kvality péče</u>, která ženám a dětem zaručí <u>právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví</u>. Pro podrobnější argumentaci viz vypořádání připomínek č. 1.1–1.21 a také č. 7.1–7.16.
Šedo Aleksi, přednosta Ústavu biochemie a experimentální onkologie 1. LF UK, prorektor UK pro rozvoj Datum a čas uplatnění připomínky: 16.08.2025 11:56	15	(N)	Vazene kolegyně a kolegové, Připojuji se k doporučení odmitnout či zásadně přepracovat predmetny dokument. Fakta s oporou v datech, vecna, kompetentni a konkretni argumentace oborove relevantnich autorit I stanovisko odborne spolecnosti jsou jednoznacnym argumentem. Aleksi Sedo	Vysvětleno. Strategie byla připravena v souladu s principy evidence-based medicine a opírá se o doporučení klíčových mezinárodních organizací (WHO, FIGO, ICM a další), data ÚZIS ČR a další relevantní odborné a právní zdroje (včetně mezinárodní a vnitrostátní judikatury). Tuto skutečnost, stejně jako soulad strategie se současnými trendy péče, potvrzují mj. přiložená stanoviska mezinárodních autorit, včetně zástupce Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a členky (fellow) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Předseda Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči ve svém stanovisku zdůrazňuje plnou podporu strategie a deklaruje připravenost spolupracovat s Českou republikou na její implementaci. Strategie navrhuje opatření k <u>posílení bezpečí a kvality péče</u>, která ženám a dětem zaručí <u>právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví</u>. Pro podrobnější argumentaci viz vypořádání připomínek č. 1.1–1.21 a také č. 7.1–7.16.
Widimský Petr, vedoucí lékař Kardiocentra FNKV a 3.LF UK, děkan 3. LF UK Datum a čas uplatnění připomínky:	16	(N)	Vážené kolegyně a kolegové, jsem rád, že to vidíme stejně. Obávám se, že přepracování současným týmem autorů není moc reálné. Dávám ke zvážení prosté odmítnutí dokumentu. V úctě Petr Widimský	Vysvětleno. Strategie byla připravena v souladu s principy evidence-based medicine a opírá se o doporučení klíčových mezinárodních organizací (WHO, FIGO, ICM a další), data ÚZIS ČR a další relevantní odborné a právní zdroje (včetně mezinárodní a vnitrostátní judikatury). Tuto skutečnost, stejně jako soulad strategie se současnými trendy péče, potvrzují mj. přiložená stanoviska mezinárodních autorit, včetně zástupce Mezinárodní

17.08.2025 06:56				federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a členky (fellow) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Předseda Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči ve svém stanovisku zdůrazňuje plnou podporu strategie a deklaruje připravenost spolupracovat s Českou republikou na její implementaci. Strategie navrhuje opatření k posílení bezpečí a kvality péče, která ženám a dětem zaručí právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví. Pro podrobnější argumentaci viz vypořádání připomínek č. 1.1–1.21 a také č. 7.1–7.16.
Pavlíček Jan, přednosta kliniky Klinika dětského lékařství FNO a LF OU Datum a čas uplatnění připomínky: 17.08.2025 20:08	17	(N)	Vážený pane ministře Vážené kolegyně a kolegové souhlasím s názory a hodnocením přiloženého dokumentu v již proběhlých mailech a v této podobě dokument doporučuji odmítnout s úctou a pozdravem Jan Pavlíček	Vysvětleno. Strategie byla připravena v souladu s principy evidence-based medicine a opírá se o doporučení klíčových mezinárodních organizací (WHO, FIGO, ICM a další), data ÚZIS ČR a další relevantní odborné a právní zdroje (včetně mezinárodní a vnitrostátní judikatury). Tuto skutečnost, stejně jako soulad strategie se současnými trendy péče, potvrzují mj. přiložená stanoviska mezinárodních autorit, včetně zástupce Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a členky (fellow) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Předseda Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči ve svém stanovisku zdůrazňuje plnou podporu strategie a deklaruje připravenost spolupracovat s Českou republikou na její implementaci. Strategie navrhuje opatření k posílení bezpečí a kvality péče, která ženám a dětem zaručí právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví. Pro podrobnější argumentaci viz vypořádání připomínek č. 1.1–1.21 a také č. 7.1–7.16.
Býma Svatopluk, Ústav preventivního lékařství, LF v HK UK, předseda výboru SVL ČLS JEP Datum a čas uplatnění připomínky:	18	(N)	Vážené kolegyně, vážení kolegové Mám stejný názor. Návrh by měl být zamítnut a příslušné odborné společnosti by se měly od začátku podílet na novém materiálu. Svatopluk Býma	Vysvětleno. Strategie byla připravena v souladu s principy evidence-based medicine a opírá se o doporučení klíčových mezinárodních organizací (WHO, FIGO, ICM a další), data ÚZIS ČR a další relevantní odborné a právní zdroje (včetně mezinárodní a vnitrostátní judikatury). Tuto skutečnost, stejně jako soulad strategie se současnými trendy péče, potvrzují mj. přiložená stanoviska mezinárodních autorit, včetně zástupce Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a členky (fellow)

18.08.2025 08:03				Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Předseda Výboru FIGO pro posilování zdravotních systémů a respektující péči ve svém stanovisku zdůrazňuje plnou podporu strategie a deklaruje připravenost spolupracovat s Českou republikou na její implementaci. Strategie navrhuje opatření k posílení bezpečí a kvality péče, která ženám a dětem zaručí právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví. Pro podrobnější argumentaci viz vypořádání připomínek č. 1.1–1.21 a také č. 7.1–7.16.
Havlík Roman ředitel FNO Datum uplatnění připomínky: 30.07.2025 Datum předání připomínky: 21.08.2025 15:19	19	Z	Ačkoliv se dokument zabývápéčí o matku a dítě, jen málo reflektuje realitu a zvyklosti péče o dítě v ČR. Jak správně uvádí, zásadním problémem vnímaným klientkami je nejednotnost podávaných informací. Realita ČR je taková, že novorozenec je příjemcem preventivní péče PLDD a dětské sestry v šestinedělí: Pokud se dle dokumentu rozšíří (opět správně) péče o rodičku v šestinedělí a součástí bude i péče o novorozence – nastane a nastává podstatná nejednotnost, kterou se dokument nezabývá: informace o péči o dítě, výživa, prospívání atd. V téhle oblasti vzniká dvoukolejnost. (Ve „vzorových“ zemích toto riziko není, není rozvinuta specifická péče PLDD...)	Vysvětleno. Péče poskytovaná porodní asistentkou nenahrazuje preventivní prohlídky u praktického lékaře či lékařky pro děti a dorost (PLDD). Porodní asistentka však má ve svých kompetencích i péči o novorozence, je k tomu odpovídajícím způsobem vzdělaná a může proto posoudit, zda dítě prospívá, a v případě potřeby jej předat do lékařské péče. Strategie tuto skutečnost reflektuje a v souladu s postupy založenými na důkazech přistupuje k matce a dítěti jako k nedělitelné jednotce (mother–baby dyad, woman–newborn dyad). Usiluje o to, aby nedocházelo k neopodstatněné separaci matky a dítěte a byla zajištěna koordinovaná péče o oba. V období šestinedělí tuto potřebu optimálně pokrývá návštěvní služba porodní asistentky, která jako jediná profesní skupina disponuje kompetencemi postarat se současně o ženu i dítě. Strategie proto v souladu s postupy založenými na důkazech podporuje tvorbu doporučených organizačních postupů, které jasně vymezí role jednotlivých profesí. Uznává, že některé situace spadají výhradně do lékařské péče, avšak existují i momenty, kdy může kvalifikovaně poskytnout péči více profesí, včetně nelékařských. V těchto případech by měla mít žena reálnou možnost volby. Cílem je nastavit systém, v němž bude plnohodnotně integrována jak péče lékařů a lékařek, tak péče porodních asistentek, přičemž konečné rozhodnutí o volbě poskytovatele či poskytovatelky náleží ženě samotné s ohledem na její zdravotní stav a individuální potřeby. Strategie tak vytváří podmínky pro skutečnou volbu i v oblastech, kde dochází k překryvu odborností.

	20	Z	SWAT analýza – Slabé stránky – je chybně uvedena: Roztříštěnost a dvojkolejnost péče /o matku se nepečuje jako o nedělitelnou jednotku..) Zřejmě má být o matku a dítě.....	Akceptováno. Text byl upraven.
	21	D	SWAT analýza - Pokles počtu výlučně kojených dětí – neopírá se o relevantní data, data UZIS jsou podstatně zkreslena změnou metodiky a nedůslednou implementací změn jednotlivými informačními systémy – vyžaduje korekci!!	Vysvětleno. V letech 2020 a 2021 byla metodika sběru dat skutečně přesnější, resp. odpovídala v příslušném indikátoru programu Baby-friendly Initiative Hospital 2018 (BfHI 2018). ²⁴ Od 1. března 2022 se však metodika na žádost České neonatologické společnosti opět vrátila k původní definici, kdy se podíl kojených dětí sleduje pouze v okamžiku propuštění z nemocnice, nikoli po celý čas jeho pobytu v nemocnici. Data před rokem 2019 a od roku 2022 jsou orientační z hlediska programu BfHI 2018, ale jsou plně srovnatelné s daty sbíranými do 2019 (včetně) a lze z nich odvodit, jak se situace vyvíjela, tedy i dlouhodobý pokles plně kojených dětí při odchodu z porodnice. Tím, že se nyní sleduje tento podíl pouze v momentu odchodu z porodnice, nikoli v průběhu celého pobytu v porodnici, může být celkový pokles ve skutečnosti ještě větší . Tuto problematiku však neřeší předkládaná strategie, nýbrž samostatná Strategie k implementaci programu WHO a UNICEF Baby-friendly Hospital Initiative 2018 v České republice.
	22	D	2. 1 Jsou uvedena poměrně neaktuální demografická data, nerodí se už zdaleka 100 tisíc dětí – zapracovat novější data!	Akceptováno. Úvodní odstavec kapitoly záměrně uvádí počty porodů a narozených dětí v Česku i z předchozích let, aby ilustroval jejich nejvýraznější pokles od poloviny 90. let 20. století. Text kapitoly 2.1 byl doplněn o data za rok 2024 a graf č. 1 byl aktualizován tak, aby zobrazoval počet porodů včetně roku 2024. Současně byl přidán odkaz na Národní registr reprodukčního zdraví, kde jsou vždy k dispozici nejnovější a pravidelně aktualizovaná data.
	23	D	Obava z dalšího těhotenství na základě špatné zkušenosti - není relevantní příčina poklesu porodnosti! Určitě se porodnictví a přístupy zlepšují, jde o bias....	Vysvětleno. V kapitole 2.1 strategie uvádí, že jejím záměrem není řešit klesající porodnost ani analyzovat její příčiny (k tomu slouží jiné

²⁴ Tj. začala sledovat jeden ze sentinelových indikátorů programu (byť pod nepřesným názvem), a sice podíl dětí (donošených i nedonošených), kterým bylo podáno jen mateřské mléko (buď od vlastní matky, nebo ze sběrný či banky mateřského mléka) v průběhu celého pobytu v porodnici.

		Samozřejmě, že může být relevantní pro volbu konkrétní ženy, ale není faktorem, který vede k poklesu.....!	vládní dokumenty, zatímco strategie se zaměřuje rozvoj respektující péče u již těhotných žen s chtěným těhotenstvím). Text strategie v úvodu kapitoly „2.1 Základní přehled situace v ČR“ pouze upozorňuje na trend poklesu porodnosti, který je relevantní i s ohledem na budoucí riziko nutnosti ukončení provozu některých porodnic a zesilující tlak na zvýšení kvality péče a naplnění očekávání a potřeb žen, pokud si poskytovatelé zdravotních služeb budou chtít klientky nadále udržet. V této souvislosti strategie podotýká, že rozvoj respektujícího přístupu může sekundárně přispět ke snížení počtu negativních zkušeností žen s péčí, a tím i k řešení jedné z mnoha příčin, jež mohou ovlivnit rozhodování o dalším těhotenství. Text zde výslovně odkazuje na kapitulu 3.5.4, kde jsou citovány konkrétní výzkumy a zdroje dokládající, že traumatické zkušenosti s péčí – včetně zkušeností označovaných jako porodnické násilí – mohou být faktorem vedoucím ženy k rozhodnutí nemít další dítě. Například v příslušné části strategie zmiňovaný průzkum provedený v Itálii na reprezentativním vzorku žen (matek dětí ve věku 0-14 let) ukázal, že 11 % matek přiznává, že utrpělo trauma v důsledku péče v nemocnici, a proto raději odložilo rozhodnutí o dalším těhotenství o mnoho let. Pro 6 % z celkového počtu účastnic průzkumu bylo trauma z porodnického násilí natolik závažné, že se rozhodly nemít další děti.²⁵ Z vyhodnocení průzkumu vyplynul odhad, že se kvůli tomu ročně nenarodí 20 000 dětí.²⁶ Veškeré použité zdroje jsou transparentně uvedeny v poznámkovém aparátu (a souhrnném seznamu zdrojů nově doplněném na závěr textu).
24	D	Str. 22 – jak je uvedeno, úhradový systém je obecně v ČR vázán na lékařskou profesi: nejde o specifikum porodnictví.....	Vysvětleno. Úhradový systém v ČR sice tradičně vychází z vazby na lékařskou profesi, avšak již dnes z něj existují zákonné výjimky, přičemž jejich rozsah byl dále rozšířen novelou č. 289/2025 Sb. s účinností od 01.01.2026. To potvrzuje, že model výhradní lékařské indikace není do budoucna v dosavadní podobě udržitelný. Zároveň je třeba zdůraznit, že porodnictví představuje specifickou oblast zdravotní péče:

²⁵ OBSERVATORY ON OBSTETRIC VIOLENCE IN ITALY (OVOITALIA). Doxa-OVOItalia Survey, 2017, blíže viz <https://ovoitalia.wordpress.com/indagine-doxa-ovoitalia/>.

²⁶ Tamtéž.

			porod sám o sobě nepředstavuje nemoc a péče při něm poskytovaná – s výjimkou patologických situací – se řídí vlastní logikou a specifiky, které si vyžadují optimalizaci úhradového nastavení tak, aby tuto skutečnost reflektovalo.
25	D	Str. 23 pokud žena odejde před uplynutím 72 hodin Nemá ztížený přístup: screeningová vyšetření může provést PLDD, pediatr na DO nebo v ambulanci Novorozeneckých oddělení. Pokud má prakticky ztížený postup, jde jen o případnou neochotu uvedených složek screeningová vyšetření provést.....	Vysvětleno. Zpětná vazba žen ukazuje, že ačkoli screeningová vyšetření mohou formálně provést i PLDD, pediatr či pediatrička na DO či v ambulanci novorozeneckých oddělení, v praxi se ženy v případě porodu ve vlastním sociálním prostředí nebo odchodu s dítětem z porodnice před uplynutím 72 hodin od porodu stále setkávají s neochotou některých složek tato vyšetření zajistit, jakož i odmítáním vzetí novorozenců do péče ze strany některých PLDD.
26	D	Str. 26 studie, ze kterých dokument čerpá jsou někdy i více než 10 let stará a jejich interpretace je místy tendenční: : Koncept center porodní asistence „Zaujal dvě třetiny respondentek nebo: zpochybnění „nehodícího se“ výsledku – že nejlepší informace o místech pro porod dají především lékaři.....	Vysvětleno. Strategie se opírá primárně o recentní rozsáhlý výzkum realizovaný Lékařskou fakultou Masarykovy univerzity v rámci projektu podpořeného Agenturou pro zdravotnický výzkum ČR (Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu na léta 2020–2026). Kapitola 2.2 se zaměřuje na identifikaci determinant spokojenosti žen s péčí jako klíčové podmínky pro změnu současné praxe a rozvoj respektující péče. Shrnuje hlavní závěry z vybraných výzkumů a šetření v Česku za posledních cca 18 let , zejména těch, jichž se účastnil vyšší počet respondentek nebo které iniciovalo, realizovalo či podpořilo Ministerstvo zdravotnictví , a na všechny transparentně odkazuje v poznámkovém aparátu. Šetření, které připomínkové místo cituje, bylo do strategie zařazeno na přání Ministerstva zdravotnictví, které jej zadalo a poskytlo jako jeden ze vstupních dokumentů pro tvorbu strategie. Kapitola rozebírá jeho přínosy i metodologické nedostatky. Text kapitoly je formulován věcně a neutrálně a argumentace je podložena zdroji transparentně uvedenými v poznámkovém aparátu.
27	D	Dokument obecně zdůrazňuje dle mého nadmíru zájmy jedné skupiny poskytovatelů zdravotní péče, komunitních porodních asistentek: Výsledkem je dojem, že zajištění jejich služeb vyřeší většinu uvedených	Částečně akceptováno. Strategie se podrobně věnuje porodním asistentkám proto, že vstupní analýza identifikovala nejvíce překážek právě u této

		problémů. Vyřešení problémů se zavedením jejich služeb dominuje celému dokumentu. Naopak jako zcela zásadním a cenným výstupem materiálu je důraz na kompetenci klientek, jejich rozhodovací pravomoci, informovaný souhlas a vzdělávání všech zdravotníků v oblasti právní a komunikační. Stejně jako důraz na možnost supervizní péče – tato je jen naznačena, dokument nezakotvuje nárokovost supervize (jak je tomu např. v oblasti sociálních služeb), což je velká škoda....	profese z těch, které v daném období poskytují péči matce a dítěti. Strategie se podrobně věnuje porodním asistentkám proto, že vstupní analýza identifikovala nejvíce překážek právě u této profese z těch, které v daném období poskytují péči matce a dítěti. Odstranění těchto překážek je nezbytné, aby ženy měly reálnou možnost volby a aby bylo možné postupovat v souladu s mezinárodními doporučeními a standardy. Tomu odpovídá i sada opatření zaměřená na tuto oblast, včetně komunitní péče. Je však nutné zdůraznit, že několikanásobně větší prostor strategie věnuje dalším oblastem rozvoje respektující péče, včetně těch, které zmiňuje i samo připomínkové místo. Další část připomínky vychází z nesprávného předpokladu – zákonná povinnost supervizí v oblasti sociálních služeb dosud neexistuje a novela zákona, která by ji zavedla, nebyla dosud projednána (ani vládou). Přesto však považujeme význam supervizí za zásadní a v souladu s připomínkovým místem jsme na jeho doporučení rozšířili úkolovou část strategie o možnost zakotvení právní povinnosti zajištění pravidelných supervizí a intervizí pro zdravotníky a zdravotnice poskytující péči v oblasti těhotenství, porodu a šestinedělí.
--	--	--	---

*Z/D – zásadní/doporučující

*(N) – neuvedeno

Přílohou vypořádání připomínek jsou stanoviska následujících odborníků a odbornic:

1. Dr. Jezid Miranda, MD, PhD

Předseda Výboru pro posilování zdravotních systémů a respektující péči Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO)
Výzkumník a pedagog, Universidad de Cartagena, Kolumbie

2. Dr. Florence Wilcock, BA, BM, BCh, FRCOG

Členka (fellow) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Gynekoložka-porodnice a odborná konzultantka, Kingston & Richmond NHS Foundation Trust, Velká Británie

3. Dr. Kirsten Small, MBBS, BMedSc, MReproMed, GradDipHlthRes, PhD

Gynekoložka-porodnice, klinická pedagožka a výzkumnice, Griffith University, Austrálie

4. Dr. Matan Elami-Suzin, MD

Vedoucí gynekolog-porodník a vedoucí porodního sálu, Laniado Medical Center, Netanja, Izrael

Předseda Izraelské společnosti pro pediatriickou a adolescentní gynekologii

5. Mervi Jokinen, BSc Hons, MSc, RM, FRCM

Prezidentka European Forum of National Nursing and Midwifery Association (EFNNMA)

Členka (fellow) a poradkyně Royal College of Midwives (RCM)

Konzultantka Evropské asociace porodních asistentek (EMA)

Členka Rady ICM

6. Anna af Ugglas, MNSc

Výkonná ředitelka Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM)

7. Felipe Castro Cardona, BSc Hons, MA, MSc

Spoluzakladatel evropské sítě Midwifery Unit Network (MUNet)

Nezávislý poradce pro oblast zdraví matek a novorozenců působící ve Velké Británii