



Odbor rovnosti žen a mužů

Čj.: 26312-2025-UVCR

Zápis z jednání Pracovní skupiny k porodnictví (dále jen „Pracovní skupina“) při Radě vlády pro rovnost žen a mužů (dále jen „Rada“) konaného dne 26. května 2025

Místo a čas konání: prezenčně ve Starém tiskovém sále s možností on-line připojení na platformě MS Teams, od 10:00 do 13:00 hod.

Přítomné členky a členové:

	Jméno a příjmení člena/členky	Instituce
1.	Antalová Ivana	Česká ženská lobby, z. s.
2.	Antoníčková Ilona	Dětská sestra na neonatologii a VŠ pedagožka, nezávislá odbornice
3.	Canibal Hynek	Dětské a novorozenecké oddělení Nemocnice Havířov
4.	Čermáková Marie (předsedkyně)	Rada vlády pro rovnost žen a mužů, Akademie věd ČR
5.	Ezrová Magdaléna	Unie porodních asistentek, z.s.
6.	Frýdlová Alena	Česká komora porodních asistentek, z.s.
7.	Jírová Jitka	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
8.	Hažlinská Veronika	Česká pirátská strana
9.	Hrešanová Ema	Univerzita Karlova
10.	Majerčíková Aneta (místopředsedkyně)	SpoKojení, z.s.
11.	Pašková Sandra	Liga lidských práv
12.	Königsmarková Ivana	Unie porodních asistentek, z.s.
13.	Laubrová Žirovnická Lenka	Asociace pro porodní domy a centra, z.s.
14.	Šimůnková Monika	Právnička, nezávislá odbornice
15.	Menšíková Milada	Ministerstvo zdravotnictví ČR
16.	Nemrava Martin	MUSA Network, spolupracovník Evropské sítě pro porodní domy a centra

17.	Pavlíková Markéta	Biostatistička, nezávislá odbornice
18.	Šmídová Iva (<i>místopředsedkyně</i>)	Rada vlády pro rovnost žen a mužů, Masarykova univerzita
19.	Zikán Michal	Gynekologicko-porodnická klinika FN Bulovka a 1. LF UK

Omluvené nebo nepřítomné členky a členové:

	Jméno a příjmení člena/členky	Instituce
1.	Dostálová Petra	Kancelář veřejného ochránce práv
2.	Forberger Andrea	Česká asociace dul z. s.
3.	Hořejší Adéla	Hořejší legal s.r.o., advokátní kancelář
4.	Sovová Petra	Hnutí za aktivní mateřství, z.s.
5.	Šimetka Ondřej	Gynekologicko-porodnická klinika FN Ostrava a LF OU, senátní Výbor pro zdravotnictví
6.	Šiváková Martina	Kancelář vládního zmocněnce pro zastupování státu před Evropským soudem pro lidská práva
7.	Weinberger Vít	Gynekologicko-porodnická klinika FN Brno a LF MU

Hosté/hostky:

	Jméno a příjmení hosta/hostky	Instituce
1.	Fikejzová Alena	Ministerstvo zdravotnictví
2.	Jankův Miroslav	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
3.	Knorová Renata	Svaz zdravotních pojišťoven ČR
4.	Sajdlová Helena	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
5.	Suchardová Martina	Unie porodních asistentek, z.s.
6.	Žuffová-Kunčová Tereza	Kancelář vládního zmocněnce pro zastupování státu před Evropským soudem pro lidská práva

Za sekretariát Rady (Odbor rovnosti žen a mužů): Hradecká Lucie, Medal Ondřej, Šafařík Radan

1. Úvod

Předsedkyně Pracovní skupiny M. Čermáková zahájila jednání, přivítala přítomné členky a členy a také hostky a hosta, s jejichž přítomností vyslovila souhlas. Poté předala slovo tajemnici Pracovní skupiny L. Hradecké, která představila návrh programu jednání.

Program jednání Pracovní skupiny k porodnictví dne 26. května 2025	
1. Úvod	předsednictvo a tajemnice Pracovní skupiny
2. Úhrada péče porodní asistentky z veřejného zdravotního pojištění z pohledu zdravotních pojišťoven	H. Sajdlová R. Knorová A. Fikejzová diskuze
3. Aktuální stav vypořádání připomínek Ministerstva zdravotnictví k návrhu Strategie rozvoje respektující péče o matku a dítě v těhotenství, při porodu a v šestinedělí	zmocněnkyně vlády pro lidská práva tajemnice Pracovní skupiny diskuze
4. Data z oblasti porodnictví <ul style="list-style-type: none"> a. data o péči o rodičky a novorozence za rok 2024 b. změna metodiky sběru dat c. validace dat za rok 2023 k výživě kojenců 	J. Jírová L. Laubrová Žirovnická A. Majerčíková diskuze
5. Zapojení Pracovní skupiny k porodnictví do činnosti NIKEZ	M. Pavlíková diskuze
6. Aktuální stav připravovaného hodnocení a akreditace porodních domů a center v Evropě	M. Nemrava diskuze
7. Různé a shrnutí plnění úkolů	tajemnice Pracovní skupiny L. Laubrová Žirovnická členky a členové Pracovní skupiny

Návrh programu byl jednomyslně schválen.

2. Úhrada péče porodní asistentky z veřejného zdravotního pojištění z pohledu zdravotních pojišťoven

M. Čermáková otevřela druhý bod a poděkovala zástupkyním a zástupci zdravotních pojišťoven i zástupkyni Odboru dohledu nad zdravotním pojištěním Ministerstva zdravotnictví za to, že přijali pozvání na jednání. Postupně vyzvala H. Sajdlovou, ředitelku Odboru smluvní politiky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen „VZP ČR“),¹ R. Knorovou, předsedkyni zdravotní sekce Svazu zdravotních pojišťoven ČR a zdravotní ředitelku České průmyslové zdravotní pojišťovny (dále jen „ČPZP“), a poté A. Fikejzovou z Odboru dohledu nad zdravotním pojištěním Ministerstva zdravotnictví, aby se ujaly slova.

¹ kterou na jednání doprovodil M. Jankůj, vedoucí tamního oddělení ambulantních zdravotnických zařízení

H. Sajdlová na úvod připomenula, že zdravotní pojišťovny mají ze zákona povinnost zajistit zdravotní služby svým pojištěncům a pojištěnkám a činí tak prostřednictvím sítě smluvních poskytovatelů a poskytovatelek zdravotních služeb. V oblasti porodní asistence je péče zajišťována jak v rámci odbornosti gynekologie a porodnictví, tak i samostatně pod odborností porodní asistentky, přičemž její výkon musí být vždy indikován lékařem. Před uzavřením smlouvy s poskytovatelem je navíc nutné absolvovat výběrové řízení – tato povinnost bude trvat do doby, než dojde ke změně legislativy.

Mezi lednem 2023 a dubnem 2025 se VZP ČR zúčastnila celkem 21 výběrových řízení pro odbornost 921 (porodní asistentka) vyhlašovaných krajskými úřady, z nichž 13 mělo doporučující výsledek a 8 nikoliv.

Výkony určené pro porodní asistentky jsou podle H. Sajdlové zastaralé a dlouhodobě nebyly aktualizovány. Pokus² o jejich novelizaci v roce 2021 selhal kvůli nesouhlasu lékařských odborných společností, zejména České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP (dále jen „ČGPS“). Na Ministerstvu zdravotnictví (dále také jen „Mzd“ nebo „ministerstvo“) proběhla přibližně před dvěma lety rozsáhlá diskuze o konkrétních zdravotních výkonech, zejména o návštěvní službě v domácím prostředí.³ Tento výkon je podle ní popsán velmi vágně a není z něj jasné, co přesně má zahrnovat. To může být důvodem, proč je tato péče indikována jen výjimečně. Výkony porodních asistentek jsou sice nasmlouvány i v rámci odbornosti 603 (gynekologie a porodnictví), ale návštěvní výkony jsou vykazovány jen minimálně, a to i na pracovištích, která je mají nasmlouvány. Důvody mohou být různé: buď je výhodnější nabízet tuto službu za přímou platbu, nebo není lékaři a lékařkami indikována, případně o ni není zájem ze strany žen. Tyto otázky je podle ní nutné dále diskutovat za účasti všech dotčených odborných společností, protože péče o těhotné ženy, rodičky a novorozence spadá do kompetencí více profesí a je třeba jasně vymezit odpovědnosti jednotlivých aktérů a akterek.

R. Knorová potvrdila potřebu širší odborné shody mezi profesními skupinami při nastavování úhrad a kompetencí. Dále doplnila, že úhrady zdravotních služeb si pojišťovny samy neurčují – stanovují se v rámci tzv. dohodovacího řízení, které právě probíhá pro následující rok. Zástupkyně porodních asistentek se však podle dostupných informací posledního jednání neúčastnila, což může oslabit možnost ovlivnit výši úhrad pro segment domácí péče.

Zdůraznila, že kromě základního fondu zdravotního pojištění, z něhož se hradí běžné zdravotní výkony, mohou pojišťovny využívat i fond prevence. Z něj lze částečně refundovat některé služby, například i péči porodních asistentek. ČPZP například nabízí těhotným ženám program „Manažerka mateřství“ a nově i program „Žena po porodu“, prostřednictvím kterého si ženy mohou nechat proplatit například laktační poradenství. Tyto programy ukazují, že existují různé cesty, jak zdravotní pojišťovny mohou podpořit své klientky i mimo standardní úhradový systém.

A. Fikejzová uvedla, že podle § 18 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění je sice podmínkou pro úhradu péče poskytované porodní asistentkou lékařská indikace, avšak vystavení lékařské žádanky je v praxi potřeba jen v případech, kdy porodní asistentka působí samostatně v rámci odbornosti 921. Pokud porodní asistentka spolupracuje v rámci jednoho poskytovatele zdravotních služeb (ambulance nebo nemocnice) s gynekologem či gynekoložkou (odbornost 603), není pro úhradu péče porodní asistentky nutná žádanka, protože podmínka lékařské indikace je splněna bez dalšího.

Podle údajů z Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb působí v oboru porodní asistence celkem 307 poskytovatelů/poskytovatelek, z nichž 286 nemá oprávnění v žádném lékařském oboru, a tedy nemohou poskytovat péči v rámci odbornosti 603. Tyto poskytovatelky mohou žádat o úhradu pouze v rámci odbornosti 921 (porodní asistentka), kde je úhrada podmíněna vystavením lékařské žádanky. Přesto má v současnosti smlouvu s VZP

² iniciovaný profesními organizacemi porodních asistentek

³ Viz <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/06211/> (návštěva těhotné nebo matky v šestinedělí porodní asistentkou)

ČR pouze 13 poskytovatelů/poskytovatelek v odbornosti 921, z toho 9 zcela samostatně bez spolupráce s lékařem/lékařkou. To znamená, že ačkoli je samostatných poskytovatelů/poskytovatelek v oboru porodní asistence relativně mnoho, naprostá většina z nich nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

V odbornosti 603 (gynekologie a porodnictví) je návštěvní služba porodní asistentky prostřednictvím VZP ČR nasmlouvána na přibližně 345 pracovištích. V loňském roce ji však vykazalo pouze 29 pracovišť.

Celkově je v systému zaměstnáno přibližně 3800 porodních asistentek, z toho 918 v ambulantní a téměř 3000 v lůžkové péči. Naproti tomu samostatně působících porodních asistentek je výrazně méně – podle dat z roku 2023 šlo o 32 porodních asistentek zaměstnaných na 16 pracovištích. Nízký počet samostatných porodních asistentek může být způsoben složitostí podmínek a nízkou rentabilitou samostatného poskytování péče, neboť mají k dispozici pouze tři hrazené výkony, které navíc vyžadují předchozí lékařskou indikaci. Je otázkou, zda by případná změna legislativy tento nepoměr zmírnila. V současnosti je každopádně ze strany samostatně působících porodních asistentek nízký zájem o vstup do smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami, což se projevuje i malým počtem přihlášek do výběrových řízení. Navíc i tam, kde se přihlásí, často výběrová řízení nekončí doporučujícím stanoviskem. Péče je tak v praxi zajišťována převážně prostřednictvím odbornosti 603, tedy gynekologů a gynekoložek, kteří zaměstnávají porodní asistentky.

MZd podporuje zachování povinnosti lékařské indikace, ale zároveň motivuje k jejímu využívání prostřednictvím bonifikací. Nejnověji formou úhrady 350 Kč porodnici za provedení návštěvy porodní asistentky po komplikovaném porodu.⁴ Tato bonifikace je poskytována bez ohledu na to, zda péči poskytne nemocniční porodní asistentka, nebo spolupracující ambulance či samostatná porodní asistentka. MZd plánuje tuto bonifikaci zachovat a případně rozšířit, například vyjmutím návštěvní služby z paušální úhrady.

Komplexní změny seznamu zdravotních výkonů však MZd nepovažuje za vhodné provádět autoritativně samo. Preferuje postup založený na odborném dialogu a dohodě mezi odbornými společnostmi. V této fázi je proto klíčové, aby iniciativu převzaly porodní asistentky a jejich profesní sdružení. MZd jejich iniciativu podporuje a je připraveno jim v tomto procesu poskytnout potřebnou podporu.

Pilotní šetření v Jihomoravském kraji ukázalo, že žádostí o zajištění péče porodní asistentky bylo v posledních letech jen několik a všechny byly vyřízeny. Přestože je péče formálně zajištěna, její reálné poskytování je nízké – zejména u samostatných porodních asistentek. MZd proto vyjadřuje pochybnost, zda by zrušení podmínky indikace skutečně vedlo ke zlepšení dostupnosti péče.

K prezentaci A. Fikejzové blíže viz příloha č. 1.

M. Čermáková poděkovala za úvodní příspěvky a otevřela diskusi.

M. Suchardová se ohradila vůči úvodním prezentacím, které podle ní neodpovídají skutečné dostupnosti péče porodní asistentky ani reálné poptávce ze strany žen. Ačkoli se může formálně zdát, že je tato péče zajištěna prostřednictvím odbornosti 603 (gynekologie a porodnictví), ve skutečnosti zůstává její dostupnost velmi omezená. Upozornila, že samostatně působící porodní asistentky často nedosáhnou na smlouvu se zdravotní pojišťovnou, přestože o ni aktivně usilují. Pro ilustraci zmínila případ z Brna, kde její kolegyně žádala o smlouvu s VZP ČR, ale neuspěla, přestože jiná, menší pojišťovna smlouvu uzavřela. VZP ČR svůj postup odůvodnila tvrzením, že péče je již zajištěna tamní fakultní nemocnicí, která však návštěvní službu porodní asistentky vůbec neposkytuje. V Jihomoravském kraji, který patří mezi regiony s nadprůměrným využíváním hrazených služeb porodních asistentek, bylo v roce 2024 vykázáno pouze 211 návštěv. Navíc se v některých případech mohlo jednat

⁴ Viz <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2024-314#f7947022>.

o opakované návštěvy u týchž žen, nikoli o 211 různých případech. V kontextu celkového počtu porodů je to naprosto nedostatečné.

Dále upozornila, že ačkoli má kód návštěvní služby (06211) nasmlouváno 361 poskytovatelů/poskytovatelek v odbornosti 603 (gynekologie a porodnictví), přibližně 90 % z nich tento výkon vůbec nevykazuje. V odbornosti 921 (porodní asistence) má smlouvu pouze 17 pracovišť, z toho 14 tvoří samostatné porodní asistentky, z nich službu reálně vykazuje 57 %. To podle ní ukazuje, že porodní asistentky, které smlouvu získají, se skutečně snaží nasmlouvanou péči poskytovat, zatímco gynekologové a gynekoložky tuto možnost většinou nevyužívají.

Jedná se o systémový problém, který souvisí s celkovým nepochopením významu a obsahu návštěvní služby porodní asistentky. Tato péče má především preventivní charakter – porodní asistentka přichází do domácnosti ženy po porodu, sleduje její fyzický i psychický stav, podporuje kojení, péči o novorozence a celkově reaguje na aktuální potřeby ženy. Na základě odborného posouzení může doporučit další postup, včetně návštěvy gynekoložky či gynekologa, případně jiné specialistiky či specialisty. Nejde tedy o rutinní kontrolu, ale o komplexní podporu v citlivém období po porodu, která může předejít závažnějším komplikacím. Návštěvní služba má zásadní význam pro bezpečné zvládnutí období po porodu, kdy je žena často fyzicky i psychicky zranitelná a potřebuje individuální, citlivě nastavenou podporu. Přestože jsou její přínosy odborně dobře popsány, ve vyhlášce, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů, není návštěvní služba porodní asistentky dostatečně konkrétně specifikována. To v praxi vede k nejasnostem – někteří lékaři a lékařky péči neindikují, protože si nejsou jisti, co přesně výkon zahrnuje a jaké kompetence porodní asistentka v rámci návštěvy uplatňuje. Nedostatečné porozumění této roli tak nejen omezuje počet indikací, ale zároveň snižuje dostupnost služby pro ženy, které by ji potřebovaly. Výsledkem je situace, kdy je péče sice formálně nasmlouvána, ale ve skutečnosti není poskytována, což podkopává funkčnost celého systému a znevýhodňuje jak porodní asistentky, tak zejména jejich klientky.

H. Sajdlová k příkladům z Brna doplnila, že výběrové řízení proběhlo, ale nedopadlo úspěšně – většina komise byla proti, a tedy byl výsledek nedoporučující. Uvedla, že neví, která zdravotní pojišťovna byla pro, protože každá má svou vlastní smluvní politiku. Potvrdila, že pokud se na VZP ČR obrátí pojištěnky s požadavkem na zajištění indikované péče, jsou povinni ji zajistit. Připustila, že výkon návštěvní služby má nasmlouvan i tamní fakultní nemocnice, a naznačila, že by to měl být apel i na MZd, aby dohlédlo na to, že jím přímo řízená organizace bude poskytovat péči, kterou má nasmlouvanou. Opětovně připomenula nutnost širšího odborného konsenzu pro další systémové změny. Na dotaz M. Pavlíkové, jaká jsou odůvodnění nedoporučujících výsledků výběrových řízení, odpověděla, že nemá k dispozici zápisy z jednání komisí – tyto informace jsou spíše v kompetenci krajů, od jejichž úřadů doporučila si je případně vyžádat. Sama má k dispozici pouze konečný výsledek, tedy zda bylo stanovisko doporučující, či nikoliv. Připustila, že důvody mohou být různé – například problémy s personálním zajištěním, kdy porodní asistentka již pracuje v nemocnici a její odchod by mohl ohrozit dostupnost péče. Dále může jít o situace, kdy je péče v daném regionu již dostatečně zajištěna. Zdůraznila, že důvodů, proč výběrové řízení nedopadne kladně, může být více, a že jde vždy o výsledek hlasování komise, přičemž zdravotní pojišťovna má v rozhodování pouze jeden hlas.

M. Pavlíková reagovala, že dochází k zásadnímu nepochopení v tom, co jednotlivé strany považují za zajištěnou péči. Péče porodní asistentky je primárně koncipována jako preventivní, a proto považuje za absurdní, že je její indikace podmíněna zdravotním problémem matky nebo dítěte. V kontextu počtu porodů v Jihomoravském kraji považuje 211 vykázaných výkonů za zcela nedostatečné číslo, a to je v jiných krajích situace ještě horší.

Prezentovaná data označila za cenná, ale upozornila, že vytvářejí dojem sebenaplňujícího se proroctví, a sice že o péči porodních asistentek není zájem, čímž se zpochybňuje její potřeba – jenže zájem chybí mimo jiné i proto, že lékařský personál péči často neindikuje a zdravotní pojišťovny neuzavírají smlouvy. Přitom porodní asistentky poskytují specifickou péči, která

není ani gynekologická, ani pediatrická, ale zaměřená na jednotku matka–dítě v jejich sociálním prostředí. Pokud ženu znají již z těhotenství, mohou lépe identifikovat případné komplikace.

Poukázala na to, že v ČR je výrazně více porodních asistentek s oprávněním a ochotou poskytovat péči, než kolik jich má skutečně nasmlouvané výkony. Nízký počet smluv podle ní neodráží skutečný zájem – ženy narážejí na složitý proces, kdy je obtížné najít porodní asistentku se smlouvou a zároveň získat lékařskou indikaci. Často se jim také dostává odpovědi, že péči může zajistit porodnice, i když o takovou službu nestojí – zejména v šestinedělí, kdy je pro ně každý přesun náročný.

Změnu nastavení zdravotních výkonů považuje za nezbytnou, ale upozornila, že dohoda odborných společností je více než 20 let blokována hluboce zakořeněnou mocenskou nerovnováhou. Ta podle ní pramení z dominance lékařských společností, které prosazují především své profesní a finanční zájmy, často na úkor potřeb žen a porodních asistentek. MZd by v této situaci mělo sehrát roli nestranného mediátora mezi profesemi, nikoliv vystupovat jako další aktér podporující výhradně lékařské odborné společnosti.

Ocenila vznik finanční motivace pro indikace, i když ji vnímá spíše jako provizorní řešení. Vyjádřila obavu, že další krok – pokud by zvýhodňoval nemocnice – by mohl dále oslabit podporu samostatných porodních asistentek. Pokud by ale opatření skutečně prospívalo ženám, vítá ho jako dílčí krok správným směrem.

M. Zikán vyjádřil údiv nad opakovaným tlakem na to, aby změny v systému byly podmíněny výhradně dohodou odborných společností. Klíčovou roli by podle něj měl sehrát regulátor, tedy MZd. Nejde jen o odbornou debatu, ale o politické rozhodnutí: jak má být péče nastavena, kdo ji má poskytovat, co bude hrazeno z veřejného zdravotního pojištění a co už nikoliv. To podle něj nemohou rozhodnout odborné společnosti, ale stát ve spolupráci s plátcí péče.

Kompetence porodních asistentek považuje za legislativně jednoznačně vymezené a má za to, že jejich opakované zpochybňování spíše odvádí pozornost od skutečně potřebných změn.

Ohradil se proti kritice Fakultní nemocnice Brno a vysvětlil, že důvodem, proč tuto službu neposkytovala, obdobně jako ji dosud neposkytovala Fakultní nemocnice Bulovka, není nezáměr, ale finanční nevýhodnost. Hodnota 453 bodů za návštěvu porodní asistentky v domácím prostředí nepokryje ani základní náklady. Fakultní nemocnice Brno přesto spustila pilotní program, který je financován z grantu magistrátu města Brna a Jihomoravského kraje. Fakultní nemocnice Bulovka začne službu poskytovat od příštího pondělí, navzdory zcela neodpovídající výši úhrady. Zdůraznil, že porodnice, které službu nabízejí, tak činí z důvodu přilákání klientek a PR strategie, nikoliv kvůli její ekonomické návratnosti.

Uvedl, že jejich zařízení už nyní ví, že o návštěvní službu porodní asistentky má zájem přibližně 80 % rodiček – tedy jenom za jejich porodnici kolem 2000 žen ročně. I s vědomím, že ne všechny ženy, které o službu projeví zájem, ji nakonec skutečně využijí, to podle něj jasně ukazuje, že poptávka po této péči mezi ženami existuje. Znovu zdůraznil, že jde o politické rozhodnutí: pokud má být služba hrazena z veřejného zdravotního pojištění, musí být nastavena tak, aby pokryla alespoň náklady poskytovatelů a poskytovatelek. Pokud ne, pak je třeba otevřeně říci, že jde o nadstandard, který si ženy budou hradit samy. Toto rozhodnutí však nemohou učinit odborné společnosti – musí ho učinit stát.

I. Königsmarková potvrdila, že malý počet smluv uzavřených se zdravotními pojišťovnami není důsledkem nezájmu ze strany porodních asistentek nebo příjemkyň péče, ale nevhodným nastavením systému. MZd by mělo vycházet z dostupných dat a studií, které potvrzují, že investice do preventivní péče porodních asistentek – zejména v období šestinedělí – může výrazně snížit budoucí náklady tím, že včas zachytí problémy, jejichž řešení by později stálo násobně více. MZd by nemělo stát na straně jednotlivých profesí, ale hájit především zájmy příjemkyň péče, tedy žen. Zdůraznila, že skutečná příčina neochoty lékařských odborných společností k dohodě byla pojmenována již před dvaceti lety v bulletinu Sdružení soukromých gynekologů, kde tehdejší předseda otevřeně přiznal, že samostatně působící porodní

asistentky pro ně představují finanční konkurenci. Od té doby se podle ní v této oblasti mnoho nezměnilo.

S. Pašková reagovala, že považuje za zásadní si uvědomit, že v této debatě existuje ještě jeden klíčový subjekt, a tím jsou samotné příjemkyně péče. Ty jsou nejen klientkami zdravotních pojišťoven, ale zároveň plátkyněmi péče prostřednictvím systému veřejného zdravotního pojištění. Není tudíž možné nahlížet na situaci pouze optikou potřeby dohody mezi ČGPS, porodními asistentkami a dalšími poskytovateli/poskytovatelkami péče. Taková dohoda mezi subjekty, které jsou zároveň konkurenty, zkrátka nikdy nenastane. Je nezbytné změnit perspektivu: primárním hlediskem musí být postavení a práva příjemkyně péče, jež jí zaručují možnost volby. A právě tuto možnost současné nastavení systému i přístup ministerstva fakticky omezují.

Je povinností MZd nastavit systém tak, aby v něm byla plnohodnotně integrována jak péče gynekologů/gynekoložek, tak péče porodních asistentek – a aby konečné rozhodnutí o volbě poskytovatele/poskytovatelky náleželo ženě samotné (s ohledem na její zdravotní stav a potřeby). Nejde tedy o vymezování kompetencí mezi odbornými společnostmi, ale o vytvoření podmínek, které umožní ženám skutečnou volbu i v oblastech, kde dochází k překryvu odborností.

V příspěvcích zástupkyň zdravotních pojišťoven podle ní zcela chyběla perspektiva žen jako příjemkyň péče. Data uvedená v úvodních vystoupeních označila za nerelevantní a zkreslená, neboť neodrážejí skutečnou poptávku žen po péči. Nezahrnují ženy, které si péči porodních asistentek hradí samy mimo systém veřejného pojištění – často nikoli z vlastní vůle, ale proto, že hrazená péče není dostupná. Pro mnohé z nich je přitom zásadní, aby v případě komplikací nemusely ihned vyhledat gynekologickou ambulanci, ale mohly využít návštěvní službu porodní asistentky, zejména v šestinedělí. Presentovaná data nezohledňují využívání bonusových programů pojišťoven ani zkušenosti nemocnic, které již tuto službu začaly poskytovat. Právě taková data – kolik žen využívá péči porodních asistentek v domácím prostředí – by měla být středem zájmu. Až ve chvíli, kdy budou různé formy péče plnohodnotně zakomponovány do systému – byť zpočátku jen formou pilotního projektu – bude možné sledovat relevantní a vypovídající data. Dokud se ale pracuje s takto zkreslenými a neúplnými údaji, vede to jen k udržování současného nevyhovujícího stavu a brání to jakékoli skutečné změně.

R. Knorová upozornila na skutečnost, že i zdravotní pojišťovny jsou součástí systému, který samy nenastavily, avšak musí v jeho rámci fungovat podle stanovených pravidel. Systém péče o ženu je v současnosti postaven především na roli gynekologa/gynekoložky. Pokud bude v systému hrazených zdravotních služeb jednoznačně vymezena role porodní asistentky v oblasti preventivní péče, bude nezbytné, aby se plátcí (zdravotní pojišťovny) postavili k otázce její úhrady. Změna systému by si podle ní vyžádala i nové nastavení forenzní odpovědnosti. Upozornila však na současnou obtížnou finanční situaci systému veřejného zdravotního pojištění a vyjádřila pochybnost, zda je v tuto chvíli vhodné otvírat téma rozšiřování hrazené péče. V reakci na příspěvek S. Paškové vyjádřila ochotu dohledat za ČPZP informace o tom, kolik žen využívá nabízené preventivní programy.

V. Hažlinská uvedla, že v roce 2020 společně s M. Suchardovou realizovaly za porodní asistentky krátké šetření zaměřené na informovanost žen o možnosti poporodní péče v domácím prostředí. Zúčastnilo se jej přibližně 4000 respondentek. Ačkoliv šlo o rychlé orientační šetření, výsledky byly velmi výmluvné: 60 % žen vůbec netušilo, že mohou po porodu využít jakoukoli formu domácí péče, a 80 % z nich uvedlo, že by tuto službu rády využily, pokud by o ní věděly.

Mezi hlavní důvody zájmu ženy uváděly například potíže s kojením, které jsou po porodu velmi časté. Zároveň se ukázalo, že přibližně třetina žen, které o službě věděly a aktivně ji poptávaly, nakonec žádanku na tuto péči neobdržela. To znamená, že tyto ženy se do statistik zdravotních pojišťoven vůbec nedostanou – nemohou službu poptávat, pokud jim není indikována. Zkušenosti z nemocnic, které poporodní návštěvy porodních asistentek zajišťují,

často prostřednictvím vlastních zaměstnankyň, ukazují, že přibližně třetina žen tuto službu využije, pokud je dostupná.

Připomenula, že vláda se zavázala k podpoře péče porodních asistentek a MZd letos učinilo krok směrem k bonifikaci poporodních návštěv po komplikovaných porodech. To je důležitý signál, že tuto službu považuje za smysluplnou. Pokud však chceme překonat bludný kruh tvrzení o nízké poptávce, je nezbytné, aby ženy o této možnosti vůbec věděly. Stejně jako gynekologové a gynekoložky informují ženy o možnostech nadstandardní péče v těhotenství, je třeba, aby i poporodní péče byla ženám aktivně představována. Vyjádřila přesvědčení, že pokud by ženy měly dostatek informací, tuto službu by využívaly – ať už jako samoplátkyně, nebo v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

M. Suchardová upozornila, že poporodní návštěva není a nemá být službou poskytovanou v gynekologické ordinaci, ale v domácím prostředí ženy. Jedná se o návštěvní službu, tedy péči poskytovanou v prostředí, které ženě umožňuje komfortní zotavení bez nutnosti absolvovat cestu do ambulance, což může být zejména v šestinedělí velmi zatěžující.

Považuje za pozoruhodné, že ačkoliv je služba finančně nevýhodná, porodní asistentky o smlouvy se zdravotními pojišťovnami nadále aktivně usilují. Přesto s nimi pojišťovny smlouvy neuzavírají. V reakci na příspěvek H. Sajdlové oponovala, že ze své zkušenosti z výběrových řízení, jichž se účastní jako zástupkyně profesní organizace porodních asistentek, ví, že v praxi pojišťovny často mlčí a pouze formálně vyjádří nesouhlas, aniž by uvedly konkrétní důvody.

S. Pašková v reakci na zmínku R. Knorové o finanční situaci v systému veřejného zdravotního pojištění uvedla, že právě tato situace by měla být důvodem pro podporu péče porodních asistentek. Dostupná data ukazují, že tato péče je nákladově efektivnější a může předcházet dražší následné péči v případech, kdy žena nedostane potřebnou podporu včas.

A. Fikejzová reagovala, že MZd je nakloněno systémovým změnám navrhovaným ve *Strategii rozvoje respektující péče o matku a dítě v těhotenství, při porodu a v šestinedělí*, která je aktuálně v připomínkovém řízení, zároveň však za účelem dosažení konsenzu se zástupci a zástupkyněmi lékařských odborných společností usiluje o jejich úpravu tak, aby byl i nadále zajištěn lékařský dohled nad činností porodních asistentek. Za účelem podpory lékařské indikace péče porodních asistentek případech MZd doporučuje tvorbu doporučeného postupu či operativního doporučení prostřednictvím NIKEZ. Souhlasila, že je nezbytné zvýšit informovanost žen o možnostech poporodní péče.

H. Canibal upozornil na zhoršující se personální situaci praktických lékařů a lékařek pro děti a dorost (dále jen „PLDD“) a uvedl, že v horizontu dvou let může nastat problém se zajištěním péče o novorozence po propuštění z porodnice. V této souvislosti vyjádřil podporu komunitní péči porodních asistentek (odbornost 921) a dodal, že by bylo žádoucí, aby byla tato péče dostupnější i v rámci odbornosti 603. V návaznosti na M. Zikána uvedl, že návštěvní službu poskytuje i Nemocnice Havířov, přestože není ekonomicky výhodná. Činí tak nejen z důvodu vstřícného přístupu ke klientkám, ale i s ohledem na udržení pozitivního obrazu zařízení. Závěrem konstatoval, že do budoucna bude pravděpodobně nutné, aby se péče o novorozence dělila mezi zbývající PLDD a porodní asistentky, a vyzval k podpoře jejich spolupráce.

H. Sajdlová, R. Knorová a M. Jankův opustili jednání.

3. Aktuální stav vypořádání připomínek Ministerstva zdravotnictví k návrhu Strategie rozvoje respektující péče o matku a dítě v těhotenství, při porodu a v šestinedělí

M. Čermáková otevřela třetí bod jednání a požádala tajemnici Pracovní skupiny L. Hradeckou a tajemníka Rady R. Šafaříka, aby Pracovní skupinu informovali o aktuálním stavu vypořádání

připomínek MZd k návrhu *Strategie rozvoje respektující péče o matku a dítě v těhotenství, při porodu a v šestinedělí*.

L. Hradecká a R. Šafařík uvedli, že tento bod měla původně osobně prezentovat zmocněnkyně vlády pro lidská práva, avšak z důvodu souběhu více pracovních povinností se musela z jednání Pracovní skupiny operativně omluvit. R. Šafařík dodal, že v uplynulých týdnech proběhla dvě intenzivní jednání s vedením MZd. Jejich cílem bylo nastavit rámec pro vypořádání připomínek, které ministerstvo k návrhu strategie vzneslo. Vzhledem k tomu, že jednání nadále pokračují a část informací má interní charakter, on ani L. Hradecká nejsou v této fázi oprávněni sdílet všechny konkrétní detaily. Na pracovní úrovni paralelně probíhají schůzky se zástupci a zástupkyněmi jednotlivých útvarů MZd, jichž se L. Hradecká aktivně účastní. Jednání probíhají v konstruktivním duchu s cílem nalézt oboustranně přijatelné řešení pro zapracování vznesených připomínek. V některých oblastech však bude nutné přistoupit ke kompromisu. Věří, že navrhované úpravy umožní zachovat hlavní směřování strategie způsobem přijatelným jak pro připomínková místa, tak pro Pracovní skupinu, která se na přípravě dokumentu aktivně podílela. Jakmile bude nalezen kompromis, bude možné upravený dokument předložit Pracovní skupině k vyjádření.

L. Hradecká doplnila, že sekretariát Rady obdržel připomínky od MZd na konci března. K návrhu strategie bylo v obligatorním vnitrozorním připomínkovém řízení uplatněno celkem 80 připomínek ze strany 10 odborů a Pacientské rady, z toho 42 připomínek bylo označeno jako zásadní. Některé připomínky jsou rozsáhlejší a zahrnují více dílčích oblastí, což činí jejich vypořádání složitějším. Na pracovní úrovni proto probíhá série konzultací a schůzek zaměřených na vzájemné vyjasňování postojů, hledání oboustranně přijatelných řešení a minimalizaci počtu sporných bodů, které by bylo nutné řešit na politické úrovni.

O obsahu těchto jednání však v této fázi lze poskytnout pouze rámcové informace. V současné době je předmětem intenzivní diskuze pět hlavních tematických okruhů:

1. **Rozsah autonomie porodních asistentek** – MZd se neztotožňuje s návrhy některých opatření, neboť podle jeho názoru představují zásadní odklon od stávajícího modelu poskytování péče. Ministerstvo nesouhlasí s návrhem, aby porodní asistentka mohla v období těhotenství, porodu a poporodní péče působit jako jedna z primárních poskytovatelek zdravotních služeb ženě a dítěti paralelně s lékařem či lékařkou v oboru gynekologie a porodnictví, a aby si žena mohla mezi těmito variantami volit dle vlastních preferencí.
2. **Samostatné porodní domy a centra** – MZd aktuálně preferuje tzv. hybridní model péče, jak je definován v návrhu strategie. Podpora vzniku a rozvoje samostatných porodních domů bude pravděpodobně z návrhu vypuštěna.
3. **Porodnické násilí** – s MZd se řeší terminologické uchopení tohoto tématu, včetně případné úpravy názvu příslušné kapitoly.
4. **Základní východiska strategie** – některé připomínky směřují ke zpochybnění samotné potřeby strategie a formulace jejích základních východisek. V této souvislosti probíhá diskuze zaměřená na vyjasnění kontextu a podrobnější představení dostupných dat, relevantních odborných studií, mezinárodních doporučení, judikatury a dalších podkladů.
5. **Financování navrhovaných opatření** – jedno z připomínkových míst vzneslo požadavek na přesnější vyčíslení nákladů jednotlivých opatření. Tento úkol aktuálně přesahuje personální i odborné kapacity sekretariátu. Ve spolupráci s dalšími subjekty se aktuálně zvažuje realizace podrobnější cost-benefit analýzy, která by mohla být součástí implementační fáze strategie.

Dále uvedla, že součástí hledání kompromisních řešení je také diskuze o možných normativních zásadách do systému úhrad, mj. v souvislosti s pilotním ověřováním a následným provozem porodních center odpovídajících evropským standardům. Cílem těchto úvah je

zajistit, aby tato zařízení mohla generovat relevantní data pro další rozhodování o podobě systému péče. Kompromisní řešení prostřednictvím úprav v úhradových mechanismech se týká i tzv. ambulantních porodů – tedy situací, kdy žena využije zdravotní péči v porodnici pouze po omezenou dobu a z osobních či rodinných důvodů (např. péče o starší dítě) odchází domů dříve. Diskutuje se o možnostech nastavení úhradových podmínek tak, aby zařízení, která takový postup umožní, nebyla v systému úhrad nepřiměřeně znevýhodněna. V návaznosti na předchozí bod jednání potvrdila, že se v rámci probíhajících diskuzí řeší také potřeba narovnání úhrad za poporodní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí ženy tak, aby její poskytování bylo ekonomicky rentabilní a dlouhodobě udržitelné pro všechny subjekty, které tuto péči zajišťují.

Zdůraznila, že Úřad vlády ČR (dále také jen „ÚV ČR“) v rámci probíhajících jednání aktivně argumentuje ve prospěch zachování podstaty opatření navržených ve strategii. Současně však upozornila, že v této fázi není možné ze strany MZd ani ÚV ČR sdělit finální stanovisko či předjímat výslednou podobu materiálu.

M. Čermáková poděkovala za úvodní příspěvky a otevřela diskuzi.

M. Pavlíková konstatovala, že je zřejmé, že probíhá velmi intenzivní a pečlivý proces, který je náročný a bude ještě nějakou dobu pokračovat. Předestřené sporné body podle ní odpovídají očekáváním, neboť se týkají oblastí, kde se předpokládala širší debata. Ocenila, že diskuze zahrnuje i otázky financování, jakož i záměr provést cost-benefit analýzu. Vyjádřila však pochybnost, zda je obdobný přístup (důraz na důkladnou cost-benefit analýzu) standardně uplatňován i u jiných vládních opatření a strategií, nebo zda je vyžadován spíše selektivně, zejména v případech, kdy se objevuje nesouhlas.

Podpořila snahu prosazovat model porodních center v souladu s evropskými standardy a principy. Uvedla, že téma ambulantních porodů projednávala nedávno také Pracovní skupina ke sběru dat a kontrole realizace programu BfHI (Baby-friendly Hospital Initiative) na MZd. Skupina se věnovala výstupům z návštěv porodnic, které nyní zajišťuje MZd. Zdůraznila, že otázka dřívějšího odchodu žen z porodnic představuje pro řadu zařízení problém. V některých případech zdravotnický personál obchází metodiku MZd – například tím, že na ženy vyvíjí tlak, aby zůstaly déle než 72 hodin, nebo uvádí nejasné zdravotní důvody u dítěte. Upozornila, že tato praxe zvláště komplikuje situaci ženám, které se potřebují vrátit domů ke starším dětem, zatímco novorozenec zůstává v nemocnici odděleně. Podotkla, že důvody nejsou vždy medicínské, ale často ekonomické. Obavy z krácení úhrady tak vedou ke zbytečné separaci matky a dítěte. Doplnila, že spravedlivěji nastavené financování by mohlo přispět k větší flexibilitě rozhodování zdravotnických zařízení a posílit orientaci péče na potřeby žen, aniž by zařízení musela zohledňovat primárně ekonomické aspekty.

L. Laubrová Žirovnická vyjádřila nesouhlas se způsobem, jakým v současné fázi probíhá vypořádávání připomínek. Návrh strategie vznikl z iniciativy Pracovní skupiny, která se tohoto úkolu společně se sekretariátem ujala po několikaletém zpoždění na straně MZd. Ministerstvo na konci roku 2023 předložilo pouze dílčí, nedopracovaný návrh, který nebyl v souladu s vládním zadáním a nebyl použitelný jako podklad pro další práci. Zdůraznila, že Pracovní skupina stála u zrodu výsledného návrhu a po celou dobu aktivně podporovala jeho vznik; bez její odborné a koncepční práce by ministerstvo ani nemělo co připomínkovat. Poukázala na nedostatek transparentnosti, kdy Pracovní skupina navzdory své klíčové roli při zpracování dokumentu nemá k dispozici přehled připomínek ani návrh jejich vypořádání. Připomenula usnesení přijatá Pracovní skupinou a Radou,⁵ která zapojení skupiny předpokládala i ve fázi vypořádávání připomínek. Poskytnutí těchto informací je podle ní nejen základním projevem slušnosti a respektu k práci poradního orgánu, ale z jejího pohledu také klíčovým předpokladem důvěryhodnosti celého procesu.

⁵ usnesení Pracovní skupiny č. 02/2024 ze dne 15. listopadu 2024 a usnesení Rady č. 16/2024 ze dne 2. prosince 2024

Zdůraznila, že v této fázi postrádá potřebné podklady, zejména připomínky jednotlivých útvarů MZd, k nimž by se mohla věcně vyjádřit. Uvedla, že si může pouze dovozovat existenci zásadních rozporů v pěti tematických okruzích, a vyjádřila obavu, že škrtání či výrazné oslabování některých částí návrhu může zásadním způsobem narušit jeho vnitřní logiku a celkovou smysluplnost. Znepokojení vyjádřila zejména v souvislosti s možným nepodpořením autonomie porodních asistentek, což by podle ní fakticky znemožnilo rozvoj porodních domů a center v souladu s evropskými standardy. Závěrem vyjádřila pochybnost, zda je vůbec žádoucí, aby Pracovní skupina takto redukovaný dokument doporučila přijmout.

I. Šmídová uvedla, že si je vědoma politické citlivosti a komplexnosti témat, jimiž se strategie zabývá, a připomenula, že právě z tohoto důvodu byla Pracovní skupina ustavena – s cílem zpracovávat odborné podklady a doporučení k těmto citlivým oblastem. Respektuje, že proces vypořádávání připomínek aktuálně nachází v pracovní fázi, do níž skupina není aktivně zapojena, ačkoliv důvody tohoto postupu jí nejsou zcela srozumitelné. Za zásadní považuje otázku, kdy bude skupina seznámena s připomínkami a upravenou verzí dokumentu, aby se k němu mohla vyjádřit.

M. Menšíková za MZd upřesnila, že ministerstvo obdrželo návrh dokumentu v prosinci loňského roku. Připomínkové řízení proběhlo ve dnech 23. ledna až 5. února 2025, přičemž ÚV ČR obdržel ministerstvem uplatněné připomínky na konci března. Od té doby probíhají zmiňované pracovní schůzky. Na základě dohody mezi náměstkyní ministra zdravotnictví M. Matouškovou a zmocněnkyní vlády pro lidská práva K. Šimáčkovou Laurenčíkovou není v této fázi možné sdělovat bližší detaily. Uvedla, že ministr zdravotnictví má zájem, aby – v případě, že nedojde ke konsenzu – byl dokument ještě před poradou vedení, která bude schvalovat výsledek obligatorního vnitřního připomínkového řízení, předložen Vědecké radě. Ta by se měla sejít v červnu. Teprve poté by následovalo fakultativní vnější a mezirezortní připomínkové řízení. V tuto chvíli nelze předjímat, zda proběhnou společně, nebo odděleně.

V reakci na výtku, že připomínky nebyly skupině zaslány, uvedla, že pokud se má MZd s dokumentem ztotožnit a předložit jej svým jménem, je nezbytné, aby nejprve proběhl interní proces připomínkování a schvalování. Je proto logické, že odbory ministerstva představují první subjekty, které se k návrhu vyjadřují v rámci obligatorního vnitřního připomínkového řízení.

M. Zikán uvedl, že ačkoliv to může působit, že se diskuze o opatřeních uvedených ve strategii odehrává na úřednické rovině, ve skutečnosti se jedná – a má jednat – o rozhodnutí politické povahy. Pokud vláda přijala závazek zpřístupnit péči poskytovanou porodními asistentkami a otevřít debatu o změně systému péče o těhotné a rodící ženy, učinila tím politické rozhodnutí. Ocenil úsilí zmocněnkyně vlády pro lidská práva, která podle něj důsledně postupuje v souladu s cíli formulovanými ve strategii. Zdůraznil, že strategie představuje kvalitně zpracovaný dokument, který nabízí reálnou příležitost k dalšímu posunu a k naplnění závazků, jež si vláda stanovila ve svém programovém prohlášení. V této souvislosti doporučil přímé jednání s ministrem zdravotnictví s cílem zajistit politickou podporu strategie a umožnit její další prosazení.

Doplnil, že stát má nést odpovědnost za systém péče a zastupovat zájmy příjemkyň péče, nikoli pouze reagovat na postoje jednotlivých profesních skupin. Rozhodnutí tohoto typu by nemělo být vázáno výhradně na stanoviska jednotlivých zájmových skupin, jako jsou lékaři a lékařky či porodní asistentky, protože i ty sledují především své profesní zájmy. Za hlavního garanta zájmů příjemkyň péče musí vystupovat stát, který nese odpovědnost za systémové nastavení a dostupnost kvalitní a respektující péče.

M. Nemrava podpořil návrh na přímé jednání s ministrem zdravotnictví, případně s předsedou vlády, s cílem posílit politickou podporu dokumentu a zajistit jeho přijetí. Vyjádřil uznání za práci, kterou sekretariát Rady vynakládá na podporu strategie, a zdůraznil, že rozumí nutnosti hledání kompromisních řešení. Zároveň však doporučil, aby další jednání byla vedena na vyšší politické úrovni.

L. Hradecká potvrdila, že se v konečném důsledku bude jednat o politické rozhodnutí. Úkolem sekretariátu Rady bylo připravit odborný podklad s využitím expertízy Pracovní skupiny. Uvedla, že ÚV ČR, resp. sekretariát Rady, k tomuto úkolu přistoupil s maximální pečlivostí a odpovědností a stejným způsobem nyní přistupuje i k procesu vypořádávání připomínek. Připomněla, že před předložením jakéhokoli dokumentu – legislativního i nelegislativního – vládě je standardní praxí, že připomínkové řízení probíhá nejprve na úřednické pracovní úrovni, kde je cílem dosáhnout co nejširší shody. V tomto ohledu aktuální fáze projednávání nepředstavuje žádnou výjimku. Zdůraznila, že sekretariát Rady aktivně připomíná vládní závazek obsažený v programovém prohlášení na každé vypořádací schůzce. Doplnila, že při plánování termínu jednání Pracovní skupiny se sekretariát snažil zohlednit časové možnosti osob s politickou odpovědností, aby měly možnost vyjádřit se k dokumentu i z této pozice. Nakonec se však zmocněnkyně vlády pro lidská práva ani náměstkyně ministra zdravotnictví jednání nemohly zúčastnit z důvodu kolize s jinými povinnostmi.

M. Zikán opustil jednání.

L. Laubrová Žirovnická a I. Königsmarková vyjádřily znepokojení nad složením Vědecké rady. Uvedly, že v jejím aktuálním složení není zastoupena žádná porodní asistentka, zatímco mezi členy figurují lékaři, kteří ve veřejném prostoru opakovaně vystupují proti rozšiřování kompetencí porodních asistentek. Vyjádřily pochybnost nad tím, zda je v této fázi předložení dokumentu Vědecké radě skutečně přínosné. Uvedly, že tento krok samy vnímají jako účelovou zástěrku, která může sloužit ke zdržení procesu a oslabit šance na schválení strategie.

M. Menšíková reagovala, že Vědecká rada je kolektivní poradní orgán ministra zdravotnictví a je plně v jeho kompetenci, koho do ní jmenuje. Předložení dokumentu Vědecké radě je podle ní přáním ministra, zejména pokud se nepodaří dosáhnout dohody mezi MZd a ÚV ČR. Dodala, že sporné body by v takovém případě byly předloženy Vědecké radě k projednání. Ta by následně formulovala doporučení pro ministra, který se jím může, ale nemusí řídit. Ministr chce tohoto poradního orgánu využít před tím, než učiní rozhodnutí na úrovni porady vedení.

L. Hradecká doplnila, že za ÚV ČR je cílem celého procesu dosažení konsenzu a že sekretariát Rady z podnětu zmocněnkyně vlády pro lidská práva aktivně vyjednává kompromisní řešení – tak, aby nebylo nezbytné předkládat dokument Vědecké radě již v této fázi, ale případně až v rámci fakultativního připomínkového řízení.

M. Ezrová uvedla, že pro Unii porodních asistentek je klíčové, aby i upravená verze dokumentu zůstala v souladu s principy medicíny založené na důkazech a s požadavky Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM).

Na podnět E. Hřešanové a H. Canibala následovala diskuze o tom, jak dále podpořit strategii a práci sekretariátu při vypořádávání připomínek. H. Canibal uvedl, že pokud by veřejnost znala obsah strategie, mohla by jí vyjádřit výraznou podporu. Zdůraznil, že strategie se věnuje tématům, která jsou pro veřejnost srozumitelná a důležitá – kvalita péče, respekt k ženám a dostupnost podpory ženám a jejich rodinám. Navrhl zvážit možnosti, jak cíleně pracovat s veřejným míněním jako s nástrojem prosazování změn, neboť politická rozhodnutí často reagují na postoje a očekávání voliček a voličů.

Z diskuze vyplynulo, že aktivní oslovování veřejnosti přesahuje mandát Pracovní skupiny jako poradního orgánu. Ani sekretariát Rady nemůže k takové iniciativě vyzývat. Využití vlastních komunikačních kanálů k podpoře návrhu strategie je nicméně možné a zůstává plně v kompetenci a na uvážení jednotlivých členů a členek Pracovní skupiny.

Tajemnice Pracovní skupiny L. Hradecká uvedla, že ocení zejména možnost nadále se obracet na členy a členky skupiny s žádostmi o odborné konzultace k dílčím tématům.

Předsedkyně M. Čermáková bod uzavřela s důrazem na požadavek Pracovní skupiny, aby byl dokument po ukončení interních jednání znovu předložen skupině – včetně návrhu vypořádání připomínek – a aby skupina měla možnost se k němu vyjádřit.

4. Data z oblasti porodnictví

a. data o péči o rodičky a novorozence za rok 2024

M. Čermáková otevřela první část čtvrtého bodu jednání a požádala J. Jírovou o představení nejnovějších dat o péči o rodičky a novorozence.

J. Jírová zdůraznila, že Pracovní skupina je první, kdo má možnost nahlédnout do nejnovějších dat. Registr rodiček byl uzavřen v pátek, registr novorozenců v sobotu večer. Přestože původně žádala o možnost prezentovat později, na naléhání tajemnice Pracovní skupiny L. Hradecké připravila stručný přehled nejaktuálnějších dat.

Na úvod prezentace J. Jírová představila demografickou prognózu Českého statistického úřadu (dále jen „ČSÚ“), která předpokládala pokles porodnosti. Uvedla, že skutečný vývoj v roce 2024 je ještě méně příznivý – narodilo se 83 557 dětí, což je o 8 000 méně, než ČSÚ odhadoval. Jako hlavní příčiny poklesu označila jednak nižší počet žen ve fertilním věku, zejména kvůli populačně slabým ročníkům 90. let, a dále pokles plodnosti jako takové. Uvedla, že pokud by šlo pouze o strukturální změnu v počtu žen, úhrnná plodnost by zůstala stabilní. To se však neděje – úhrnná plodnost v roce 2024 podle ČSÚ dosáhla hodnoty 1,37 dítěte na jednu ženu.

Celkový počet porodů v roce 2024 činil 82 479. Nejvíce porodů proběhlo v Praze (18,5 %, tj. 15 238 porodů), nejméně v Karlovarském kraji (1,9 %, tj. 1 605 porodů) a Pardubickém kraji (3,7 %, tj. 3 082 porodů). Co se týče typu zařízení, 44,3 % porodů proběhlo v porodnicích základní úrovně (36 577 porodů), 21,2 % v centrech intermediární péče (17 455 porodů) a 34,5 % v centrech intenzivní péče (28 447 porodů).

Průměrný věk rodiček v roce 2024 činil 31,2 let. U prvorodiček dosáhl 29,8 let, u vícerodiček 32,5 let. Nejvyšší průměrný věk rodiček byl zaznamenán v Praze (32,5 let). Poměr prvorodiček a vícerodiček se mění – aktuálně činí 48 % ku 52 %, což odráží trend odkládání mateřství a nižší počet žen v mladších věkových skupinách.

V oblasti četnosti porodů nedošlo k zásadním změnám. Podíl porodů dvojčat zůstal na úrovni 1,2 %, vícečetných těhotenství bylo evidováno celkem 7. Podíl předčasných porodů činil 6,6 % (5 464 porodů), z toho 1,7 % (1 383 porodů) proběhlo před 34. týdnem a 0,3 % (270 porodů) před 28. týdnem těhotenství.

Podíl porodů císařským řezem dosáhl 26,8 %, přičemž trend nepřetržitého růstu trvá již od roku 2018. Podíl vakuuumextrakcí a forcepsů zůstal meziročně stabilní. Celková perinatální úmrtnost vzrostla z 4,19 na 4,44 ‰, přičemž mrtvorozenost zůstala stabilní. Nárůst byl zaznamenán u časně novorozenecké úmrtnosti, která vzrostla z 0,8 na 1,03 ‰. J. Jírová upozornila, že jde o velmi nízké absolutní počty, a tedy i přirozenou míru kolísání.

Na závěr uvedla, že podrobnější prezentace bude připravena na pátek 30. května 2025 pro kongres ČGPS. Pro veřejnost, resp. ty, kdo se kongresu nezúčastní, bude prezentace s daty zveřejněna na webu NZIP v sekci analytických studií.⁶

M. Čermáková poděkovala J. Jírové za to, že vyhověla žádosti a exkluzivně pro Pracovní skupinu prezentovala aktuální data, a následně otevřela diskusi.

L. Laubrová Žirovnická rovněž poděkovala za prezentaci a doplnila, že se minulý měsíc účastnila XL. Celostátní konference Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny – Štemberovy dny, kde byla prezentována předběžná data za uplynulý rok a kde zároveň poprvé zaznamenala veřejné vyjádření znepokojení nad rostoucím podílem císařských řezů i ze strany představitelů ČGPS. Bylo to poprvé, kdy od ČGPS slyšela, že jde o problém celonárodního významu.

V této souvislosti připomněla, že v roce 2011 dosáhl podíl císařských řezů ve Velké Británii 24,8 %, což vedlo tamní vládu k podpoře rozsáhlé studie *Birthplace in England*. Studie

⁶ Rozšířená prezentace je dostupná z odkazu <https://www.nzip.cz/data/2419-narodni-registr-reprodukčního-zdraví-perinatální-výsledky-2024>.

analyzovala příčiny nárůstu císařských řezů z různých hledisek – demografických, sociokulturních i systémových – a byla podpořena výraznými veřejnými investicemi. Upozornila však, že přestože studie důkladně popsala situaci, její výstupy nebyly nikdy implementovány. Výsledkem je, že Velká Británie v roce 2025 směřuje k 50% podílu císařských řezů.

Uvedla, že Česká republika má nyní možnost se z tohoto vývoje poučit. Pokud se nic nezmění, lze podle ní očekávat podobný trend i u nás. V návaznosti na apely, které zazněly od M. Zikána a M. Nemravy v předchozím bodu jednání, vyzvala k přenesení debaty na nejvyšší politickou úroveň. Zdůraznila, že nestačí diskutovat pouze v odborném kruhu, kde panuje názorová shoda. Upozornila na nutnost řešit tato témata i v kontextu poklesu porodnosti a položila otázku, zda si stát může při současném nastavení sociální politiky dovolit, aby tento trend nadále pokračoval.

M. Ezrová reagovala, že Velká Británie se o implementaci daných opatření pokusila, avšak velmi nešťastným způsobem. Ačkoli se některým zařízením podařilo snížit počet císařských řezů, došlo zároveň k výraznému zhoršení kvality péče. Zdůraznila proto, že je klíčové správně nastavit celý systém a promyšleně zvolit způsob implementace, aby se předešlo negativním dopadům. Dále uvedla, že právě kvůli těmto problémům nyní Velká Británie směřuje k výrazně vyšším číslům, než původně zamýšlela. Z jejího pohledu je snižování počtu císařských řezů prioritou, kterou by zdravotnice a zdravotníci měli sdílet, avšak zároveň je nutné postupovat rozumně a vyvarovat se unáhlených rozhodnutí.

L. Laubrová Žirovnická doplnila, že jejím cílem nebylo vyvíjet tlak na konkrétní parametr, protože takový přístup může mít závažné vedlejší dopady. Například zastropování počtu hrazených císařských řezů by podle ní nebylo efektivní, neboť podle WHO má mít přístup k císařskému řezu každá žena, která ho potřebuje.

Zdůraznila, že případné změny by se měly týkat především místa poskytování péče – například formou samostatně stojících či přidružených porodních center, případně integrovaného modelu domácích porodů. Pokud je třeba volit mezi kontinuální péčí v rámci nemocnic a rozšířením péče do jiných prostředí, měla by být vždy upřednostněna změna místa. Tento závěr potvrzují i dosud nepřekonané studie, jako například *Birthplace in England*, které jasně ukazují, jaké modely péče je vhodné podporovat.

M. Pavlíková uvedla, že obdobný podíl císařských řezů v Česku již v minulosti byl – kolem roku 2015 činil přibližně 26,1 %, poté klesl na 23,6 % v roce 2018, ale následně opět začal narůstat. Za ještě znepokojivější než samotný nárůst považuje skutečnost, že současně přibývá vícerodíček, u nichž bývá podíl císařských řezů obvykle nižší. To naznačuje, že v datech se skrývá další významná informace, kterou je třeba analyzovat.

Zdůraznila důležitost třídění dat podle parity a dalších faktorů a navrhla, aby se ČGPS této analýze věnovala, případně aby jí byla ze strany Pracovní skupiny nabídnuta odborná podpora. Domnívá se, že změny v poskytování péče – zejména u prvorodiček – mohou být jedním z klíčových důvodů tohoto vývoje. Upozornila, že je třeba zjistit, zda dochází k výraznému nárůstu počtu císařských řezů u prvorodiček, nebo zda se péče o vícerodíčky změnila k horšímu oproti předchozím letům, a vyjádřila zájem o to, v jakých konkrétních parametrech k těmto změnám dochází.

L. Laubrová Žirovnická uvedla dvě konkrétní skupiny žen, u nichž lze mluvit o nadbytečných císařských řezech. Domnívá se, že by na těchto kategoriích panovala shoda i s ČGPS. Konkrétně zmínila ženy plánující vaginální porod po předchozím císařském řezu (VBAC) a ženy s polohou plodu koncem pánevním. V obou případech podle ní systém selhává – u VBAC chybí dostatečná podpora a u konců pánevních dosahuje podíl císařských řezů téměř 100 %.

Zdůraznila, že nejde o kritiku konkrétních zařízení, ale o výzvu směrem k MZd a dalším subjektům, aby se zaměřily na osvětu a vzdělávání zdravotníků a zdravotnic. Upozornila na ztrátu kompetencí u porodních asistentek i lékařů a lékařek – čím méně se s těmito situacemi

setkávají, tím méně jsou schopni je bezpečně zvládat. To vede k paradoxu, kdy je vaginální porod považován za rizikovější, protože personál s ním nemá dostatečné zkušenosti.

Dále upozornila na rostoucí podíl císařských řezů u žen s indukovaným porodem. Podle ní je potřeba odborná debata o tom, u jakých žen a z jakých důvodů se k indukci přistupuje a zda jsou tyto postupy skutečně v souladu s doporučeními založenými na důkazech.

J. Jírová potvrdila, že se tématu bude dále věnovat, protože ho považuje za velmi důležité a osobně ji zajímá. Bude pokračovat v hledání konkrétních skupin, kde dochází k nadbytečným císařským řezům, a analyzovat, jaké faktory a s jakou mírou rizika k tomu nejvíce přispívají. Uvedla, že se této oblasti chce věnovat i ČGPS.

A. Fikejzová doplnila, že na MZd se Odbor regulace cen a úhrad touto problematikou rovněž aktivně zabývá a sleduje jak probíhající debaty, tak dostupná data. Potvrdila, že již proběhlo jednání s L. Laubrovou Žirovnickou a že v tuto chvíli nejsou plánovány žádné unáhlené kroky, například zavedení stropu pro podíl císařských řezů na úrovni jednotlivých porodnic. Zdůraznila, že případné budoucí změny budou promyšlené, aby se předešlo negativním dopadům, jaké přinesl britský model.

4. Data z oblasti porodnictví **b. změna metodiky sběru dat**

M. Čermáková otevřela druhou část čtvrtého bodu jednání a požádala L. Laubrovou Žirovnickou, aby informovala o změně metodiky sběru porodnických dat.

L. Laubrová Žirovnická informovala, že změna metodiky sběru dat pro modul rodiček⁷ vstoupila v platnost 1. dubna tohoto roku. Z pozice ředitelky organizace, která se věnuje analýze porodnických dat, vyjádřila nevoli nad tím, že při přípravě metodiky nebyli přizváni zástupci a zástupkyně profesních skupin, kterých se změny přímo týkají. Nejlépe přitom fungují metodiky, na jejichž tvorbě se podílejí ti, kdo s nimi následně pracují v praxi.

Uvedla, že nelze s jistotou určit, zda šlo o nedopatření, či záměr, nicméně vyjádřila naději, že šlo pouze o chybu. Ta spočívala v tom, že bylo na dvou místech metodiky uvedeno, že sběr údajů o epiziotomii již není povinný. Tuto chybu se podařilo identifikovat díky spolupráci s porodními asistentkami, které při vyplňování porodopisu zjistily, že systém umožňuje odeslat data i bez tohoto údaje. Obratem kontaktovala J. Jírovou, která situaci neprodleně prověřila a zajistila nápravu jak v dokumentaci, tak v nastavení systému. Za vstřícný přístup a rychlé řešení jí vyjádřila poděkování.

Zároveň upozornila na další nedostatky v novém porodopisu – například chybějící možnost zaznamenat některé typy poranění (např. lacerace) nebo komplikací během porodu. Podle ní tyto nedostatky ukazují na to, že metodiky vznikají bez dostatečné zpětné vazby z praxe. Uvedla, že aktuálně nemají možnost do tvorby metodik vstupovat ani ti, kteří s nimi ve výsledku pracují. To podle ní vede k tomu, že se do praxe dostávají chyby, které snižují důvěru zdravotnického personálu v systém a komplikují každodenní práci.

M. Čermáková poděkovala L. Laubrové Žirovnické za sdílení podnětů vycházejících z její watchdogové činnosti a otevřela diskusi.

J. Jírová potvrdila, že v metodice skutečně došlo k chybě. Podle ní šlo o typický příklad situace, kdy metodiku připravuje více osob, každá zpracovává jinou část, a výsledkem je nesoulad, který se obtížně odhaluje. Konkrétně uvedla, že ačkoli byla epiziotomie uvedena v seznamu povinných položek, na jiných místech metodiky již jako povinná označena nebyla. Ocenila, že se chybu podařilo včas zachytit. Zdůraznila, že ÚZIS ČR okamžitě provedl kroky ke zjednáání nápravy. Sběr údajů o epiziotomii je nyní opět povinný a všem dodavatelům nemocničních informačních systémů byla rozeslána informace o chybě a o zavedení nové validace. Nově je nastavena tak, že pokud nebude položka vyplněna, systém neumožní

⁷ Kompletní metodika je dostupná z <https://www.uzis.cz/res/file/registry/nrrz/nrrz-rod-metodika-032-20250401.pdf>.

odeslat žádná data za daný měsíc do registru. Tím je zajištěno, že nemocnice nemohou tento údaj vynechat.

V reakci na kritiku, že zdravotnice a zdravotníci nebyli o změnách dostatečně informováni, uvedla, že metodika a obsah hlášení byly připravovány dva roky a opakovaně diskutovány na odborných akcích. Připomněla, že návrhy nových položek byly projednávány v rámci odborných společností a že byl uspořádán i online webinář, kde byly změny představeny. Uvedla, že chápe, že právě tato skupina má výhrady k obsazení Rady Národního registru reprodukčního zdraví, avšak připomněla, že složení tohoto poradního orgánu je plně v kompetenci ředitele ÚZIS ČR. Odmítla však tvrzení, že by změny byly připraveny bez informování odborné veřejnosti – podle ní měli všichni možnost se s nimi seznámit.

L. Laubrová Žirovnická se zeptala, jaká profesní organizace porodních asistentek byla do přípravy metodiky zapojena. Kritizovala, že informace o změnách byly sdíleny pouze s jednou částí poskytovatelů a poskytovatelek péče – konkrétně s lékařskou komunitou – zatímco druhá profesní skupina, která se na poskytování porodní péče rovněž podílí, zůstala mimo proces informování i rozhodování.

Dále zpochybnila smysluplnost zařazení sledování hodnoty laktátu mezi povinné parametry. Uvedla, že tento krok není podložen ekonomickými ani odbornými důvody a představuje zbytečné náklady v řádu tisíců korun. Zmínila, že v této souvislosti konzultovala situaci s přední evropskou kapacitou na laktát, která vyjádřila překvapení nad tím, že Česká republika zavedla plošný sběr tohoto parametru bez jakékoli datové opory.

J. Jírová uvedla, že laktát je nově zařazenou položkou, která však zůstává nepovinná. Podobně jako parametr pH pupečnickové krve, který se v systému sbírá již od roku 2000, se i laktát vztahuje k odběrům z pupečnickové krve. Zdůraznila, že z pohledu ÚZIS ČR se v tomto ohledu nic nemění – položka není povinná a hlášení je možné odeslat i bez jejího vyplnění. Otázka, zda má být rozbor pupečnickové krve prováděn plošně u všech novorozenců, nebo pouze u rizikových případů, je předmětem odborné diskuze. Rozhodnutí o případném plošném zavedení tohoto postupu náleží ČGPS, která se tím podle jejích informací dále zabývá. ÚZIS ČR v tuto chvíli parametr laktátu eviduje jako nepovinný a akceptuje hlášení i bez jeho uvedení.

L. Laubrová Žirovnická zdůraznila, že je důležité mít úplný přehled o tom, jak je téma sběru porodnických dat komunikováno v odborné lékařské komunitě. Uvedla, že na zmiňované konferenci ČGPS M. Ľubušký vystoupil s důrazným prohlášením, že nemocnice, která nebude odevzdávat data k parametru laktát, je špatná nemocnice. Podle ní tím vzniká tlak, aby se i formálně nepovinný parametr sbíral jako závazný, což rozostřuje hranici mezi doporučením a povinností.

Zdůraznila, že zavádění dalších povinných parametrů, jako je laktát, bez dostatečné odborné diskuze a širší shody dále posiluje technicko-industriální model péče na úkor podpory fyziologického porodu. Takové zásahy podle ní zatěžují systém jak finančně, tak administrativně – a zároveň se vzdalují podpoře přirozeného průběhu porodu.

M. Ezrová potvrdila, že k tvorbě nové metodiky sběru dat nikdo porodní asistentky nepřizval.

J. Jírová potvrdila, že autorkou nové struktury je ČGPS a že návrh byl projednáván na jejích odborných akcích. Doplnila, že nešlo o mezioborovou diskuzi, ale že informace o připravované změně byly dostupné.

4. Data z oblasti porodnictví **c. validace dat za rok 2023 k výživě kojenců**

M. Čermáková otevřela poslední část čtvrtého bodu jednání a požádala A. Majerčíkovou, aby přednesla příspěvek k validaci dat za rok 2023 k výživě kojenců.

A. Majerčíková uvedla, že MZd je v oblasti výživy kojenců mírně ve skluzu za porodnickými daty, neboť zatím nemá k dispozici údaje za rok 2024. Komise pro výživu kojenců a malých dětí a její Pracovní skupina pro sběr dat a kontrolu realizace programu BfHI se těmto datům budou podrobněji věnovat až v následujících měsících. Cílem je připravit analytické výstupy, včetně grafického zpracování, které budou k dispozici na podzim. Její prezentace vychází z validace dat za rok 2023, kterou na začátku roku 2025 provedla v rámci svého působení na MZd ve spolupráci s tajemnicí Komise pro výživu kojenců a malých dětí, a to na základě zjištění z Pracovní skupiny pro sběr dat a kontrolu realizace programu BfHI.

Ačkoli porodnice data nahlásí a následně autorizují, při hlubší analýze dat na úrovni jednotlivých zařízení při porovnání předchozích let se ukázaly nesrovnalosti, které si vyžádaly dodatečné ověření. MZd tudíž nemocnice hromadně oslovilo dopisem s žádostí o ověření, zda sbírají data podle aktuální metodiky ÚZIS ČR, která se změnila v roce 2022.

Vysvětlila, že mezi lety 2020 a 2021 se sbíral indikátor výlučného kojení – tedy zda bylo dítě po celou dobu hospitalizace krmeno pouze mateřským mlékem, s výjimkou podání léčiv nebo darovaného mateřského mléka. Od roku 2022 se sběr údajů vrátil k dřívější praxi a zaznamenává se opět pouze tzv. plné kojení při odchodu z porodnice. V metodice však zůstal termín „výlučné kojení“, což některé nemocnice zmátlo.

Podařilo se získat odpovědi od všech porodnic, včetně nemocnice Děčín, což za MZd ověřily s předsedkyní Komise pro výživu kojenců a malých dětí při osobní návštěvě. Potvrdila, že 29 zařízení zaznamenalo nesoulad v datech, z toho 22 v důsledku změny metodiky. Nejčastěji se problém týkal zařízení poskytujících základní péči. Zpětné vyhodnocení míry dopadu je obtížné – některé nemocnice sbíraly data chybně celý rok, jiné pouze část roku, v některých data chybně sbírala pouze část personálu. Upozornila, že stejná chyba se může opakovat i v datech za rok 2024.

Některé nemocnice uvedly, že údaj pro sebe sledují pouze u donošených a zdravých dětí, což je zásadní nedorozumění – pro potřeby programu Baby-friendly Hospital Initiative se sleduje situace u všech novorozenců. Osm zařízení potvrdilo, že je schopno svá data opravit; pokud dodají upravená data ve formátu požadovaném ÚZIS ČR, budou zaneseny zpětné opravy.

Některé nemocnice poskytly ke sběru dat další komentáře, které MZd ověřuje také při osobních návštěvách – vč. údajného vyššího výskytu žen, které si vědomě předem přejí nekojit. Uvedla, že se tento trend zatím nepotvrdil například v nemocnici ve Vyškově, zatímco v Hradci Králové odchází na umělé výživě zhruba 8 % novorozenců.

Zdůraznila, že zveřejňování dat je klíčové, neboť právě jejich analýza umožňuje odhalit chyby ve sběru dat a přispívá ke zlepšení kvality péče.

K prezentaci A. Majerčíkové blíže viz příloha č. 2.

Závěrem pozvala členky a členy Pracovní skupiny na kulatý stůl s názvem „Výživa kojenců a malých dětí vs. marketing: Jak efektivně chránit zdraví žen a dětí?“, který se uskuteční ve středu 28. května 2025 od 10:00 do 12:00 v budově Poslanecké sněmovny PČR.⁸

M. Čermáková poděkovala A. Majerčíkové za prezentaci výsledků validace dat a otevřela diskusi.

L. Hradecká doplnila, že validaci dat podrobněji diskutovala právě zmiňovaná Pracovní skupina pro sběr dat a kontrolu realizace programu BfHI, jejíž členkou je i M. Pavlíková a J. Jírová, se kterou byla konzultována i možnost opravy dat u zařízení, kde je to možné.

5. Zapojení Pracovní skupiny k porodnictví do činnosti NIKEZ

M. Čermáková otevřela pátý bod jednání a předala slovo M. Pavlíkové.

⁸ Videozáznam z kulatého stolu je dostupný z odkazu: <https://videoarchiv.psp.cz/playa.php?cast=4680>.

M. Pavlíková podotkla, že tímto bodem částečně navazuje na předchozí diskuzi k vypořádání připomínek k návrhu *Strategie rozvoje respektující péče o matku a dítě v těhotenství, při porodu a v šestinedělí*. Současně reaguje na vývoj v letošním roce v souvislosti s Konceptí porodní asistence, kterou MZd stáhlo s odůvodněním, že danou oblast bude nově řešit materiál vznikající v rámci NIKEZ.

Upozornila, že diskuze o odborných doporučeních v oblasti péče o ženu a dítě v těhotenství, při porodu a po porodu často sklouzávají k tvrzení, že tyto doporučené postupy vzniknou v rámci NIKEZ, a proto není třeba podnikat další kroky. M. Klugar, vedoucí oddělení evidence-based medicíny a hodnocení kvality péče a metodického centra NIKEZ, na minulém jednání Pracovní skupiny potvrdil, že vznik takových doporučení je žádoucí. Dosavadní vývoj však zatím naznačuje spíše deklarativní záměr než konkrétní kroky.

Zdůraznila, že aktivní zapojení Pracovní skupiny do procesu tvorby doporučených postupů je klíčové. Vzhledem k tomu, že NIKEZ při jejich přípravě spolupracuje s různými stakeholdery, je žádoucí, aby se Pracovní skupina stala jedním z nich. Vyzvala členy a členky skupiny, aby se do činnosti NIKEZ aktivně zapojili. Pracovní skupina by podle ní měla patřit mezi první subjekty, které se budou podílet na formování obsahu vznikajících doporučených postupů. Zapojením do tohoto procesu může nejen přispět k odborné diskuzi, ale také včas identifikovat případné nedostatky a upozornit na ně Radu.

M. Čermáková poděkovala M. Pavlíkové za iniciativu a otevřela diskuzi.

L. Hradecká doplnila, že komunikace s metodickým centrem NIKEZ je podmíněna registrací v centrální evidenci doporučených postupů a operativních doporučení. Poptávce po zapojení lze vyhovět, je však nezbytné respektovat kompetence Pracovní skupiny a Rady a zároveň provést registraci, kterou může případně zajistit sekretariát jménem ÚV ČR.

L. Laubrová Žirovnická reagovala, že o zapojení do procesu má zájem a již se v této souvislosti obrátila na MZd. Z kabinetu ministra má k dispozici odpověď, která potvrzuje, že nic nebrání tomu, aby byl podle metodiky NIKEZ sestaven a podán návrh doporučeného postupu. Tuto skutečnost hodnotí jako velmi pozitivní – nyní je pouze potřeba sestavit menší tým odborníků a odbornic a započít přípravu.

M. Čermáková zahájila hlasování o návrhu usnesení, který načetla M. Pavlíková.

Usnesení č. 02/2025

Pracovní skupina k porodnictví

a) schvaluje záměr aktivně se zapojit do tvorby a oponentury doporučených postupů a operativních doporučení vznikajících v rámci Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ), které se vztahují k působnosti pracovní skupiny, a to v souladu s cíli aktualizované Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030;

b) žádá sekretariát Rady vlády pro rovnost žen a mužů, aby:

i. provedl registraci v Centrální evidenci doporučených postupů a operativních doporučení NIKEZ,

ii. zprostředkoval možnost zapojení odbornic, odborníků a zástupkyň příjemkyň péče zastoupených v pracovní skupině do fáze prospektivní registrace, přípravy, konzultací a veřejné oponentury vznikajících doporučených postupů a operativních doporučení,

iii. usiloval o navázání spolupráce s relevantními subjekty a profesními organizacemi, které se podílejí na tvorbě doporučených postupů a operativních doporučení;

c) konstatuje, že registrace do centrální evidence a možnost podílet se na činnosti NIKEZ jsou nezbytným předpokladem k tomu, aby pracovní skupina mohla v rámci své působnosti posuzovat vznikající doporučené postupy a operativní doporučení z hlediska rovnosti žen a mužů a na tomto základě formulovat doporučení pro Radu vlády pro rovnost žen a mužů.

Výsledek hlasování: 17 PRO, 0 PROTI, 0 ZDRŽEL(A) SE. Usnesení bylo přijato.

6. Aktuální stav připravovaného hodnocení a akreditace porodních domů a center v Evropě

M. Čermáková otevřela pátý bod jednání a předala slovo M. Nemravovi.

M. Nemrava uvedl, že jeho prezentace k aktuálnímu stavu příprav evropského rámce pro hodnocení a akreditaci porodních domů a center navazuje na dlouhodobou debatu o potřebnosti těchto center, jejich počtu a roli státu jako garanta této formy péče. Do projektu se zapojil již před několika lety s vědomím, že v kontextu klesající porodnosti a úbytku porodnic poroste zájem o dostupnější, efektivnější a méně nákladné modely vedené porodními asistentkami. Za klíčové proto považoval vytvoření jasného právního a metodického rámce, který by tuto formu péče ukotvil na evropské úrovni.

Projekt Midwifery Unit Self-Assessment (dále jen „MUSA“) slouží jako nástroj pro sebehodnocení porodních domů a center. Iniciativu vede Midwifery Unit Network (Evropská síť pro porodní domy a centra) pod záštitou City St George's, University of London. Jeho odbornou garantkou je L. Rocca-Ihenacho, zakladatelka sítě a vysokoškolská pedagožka v oboru porodní asistence.

Projekt se zpozdil v důsledku pandemie covid-19 a nedostatku financování. Přesto má podle něj potenciál mít praktický přínos i pro Českou republiku, neboť MZd může získat připravený nástroj, který definuje, jak mají centra porodní asistence vypadat, fungovat a jak je hodnotit. V minulosti byl o tyto výstupy zájem ze strany MZd i jednotlivých zařízení – například při zakládání Centra porodní asistence ve Fakultní nemocnici Bulovka.

Pilotní fáze hodnocení nyní probíhá ve vybraných zařízeních v šesti evropských zemích. Vývojový tým MUSA kladl důraz na to, aby byl nástroj administrativně i finančně nenáročný. Cílem je vytvořit rámec, který umožní benchmarking a následnou akreditaci těchto center.

Součástí projektu je i příprava systému European Midwifery Unit Accreditation (dále jen „EMUA“), který má sloužit k formální akreditaci center porodní asistence. První úroveň (bronzová) je založena na online sebehodnocení a doložení splnění základních standardů péče, včetně zásad jako je autonomie. Druhá (stříbrná) vyžaduje návštěvu akreditující osoby, rozhovory s porodními asistentkami i klientkami a vyhodnocení prvního datového výstupu. Třetí (zlatá) úroveň je určena zařízením, která dlouhodobě naplňují požadované standardy; podmínkou je plán udržitelnosti, pravidelné hodnocení dat a opakované inspekce.

Závěrem upozornil, že pokud se bude debata o vzniku center porodní asistence nadále odehrávat pouze v akademické rovině, mohou taková centra vznikat živelně – bez jasně stanovených pravidel a bez garance kvality péče. Připravovaný rámec má podle něj potenciál přispět k nastavení transparentních a kontrolovatelných standardů, které zajistí, že se za centrum porodní asistence nebude vydávat zařízení, které pouze změnilo název, nikoli přístup k péči.

K prezentaci M. Nemravy blíže viz příloha č. 3.

M. Čermáková poděkovala M. Nemravovi za prezentaci a otevřela diskuzi.

M. Ezrová poděkovala za aktivity související s rozvojem porodních domů a center a rovněž zdůraznila jejich význam v kontextu klesající porodnosti. Upozornila, že tento trend mimo jiné zvyšuje riziko uzavírání menších porodnic, zejména ve venkovských nebo horských regionech. Jako příklad uvedla oblast Šumavy – konkrétně region mezi Domažlicemi, Prachaticemi, Klatovy a Pískem, kde je dostupnost porodní péče výrazně omezena.

Poukázala na to, že zařízení jako nemocnice v Prachaticích, která eviduje přibližně 120 porodů ročně, již fakticky fungují podobně jako porodní centra. Avšak z hlediska bezpečnosti může být jejich provoz v tomto režimu diskutabilní. Podle ní mohou právě centra porodní asistence představovat udržitelnou formu poskytování péče v těchto oblastech – umožnit zachování služeb v jiném organizačním režimu a zároveň garantovat jejich bezpečnost.

Z jejího pohledu je proto důležité tuto cestu aktivně podporovat, aby se předešlo situacím, kdy ženy v některých regionech zůstanou bez dostupné porodní péče.

L. Laubrová Žirovnická poděkovala M. Nemravovi za jeho zapojení do aktivit týkajících se MUSA a připravovaného systému EMUA. Uvedla, že ačkoli ČR dlouhodobě aspiruje na zapojení do systému akreditace porodních center, zatím nesplňuje základní předpoklad – skutečnou autonomii porodních asistentek. Právě ta je klíčovým kritériem již v první otázce sebehodnotícího nástroje.

Na základě této zkušenosti iniciovala v rámci svého studia pod vedením L. Rocca-Ihenacho vznik nové pracovní skupiny, která sdružuje země, jež zatím nemohou naplno využívat MUSA, ale chtějí systematicky pracovat na rozšíření a podpoře modelů péče vedené porodními asistentkami.

Uvedla, že skupina se detailně zabývala specifiky tzv. hybridního systému fungujícího v ČR, včetně analýzy jeho silných a slabých stránek. V současnosti zde podle ní vznikají grassrootové iniciativy uvnitř gynekologicko-porodnických oddělení, které se snaží o podporu péče vedené porodními asistentkami. Zároveň však upozornila, že tyto snahy narážejí na limity systému a dosavadní evropská data ukazují, že pokusy o paralelní provoz dvou modelů – tedy lékařsky vedené péče a péče vedené porodní asistentkou – nevedly k prokazatelnému zlepšení výsledků péče.

Zdůraznila, že dosud neexistuje žádná studie, která by doložila, že lékařsky vedená péče je pro zdravé těhotné ženy výhodnější než péče jedné porodní asistentky. Naopak data konzistentně ukazují, že pro fyziologicky probíhající těhotenství představuje model péče vedené porodní asistentkou v porodním domě či centru nejbezpečnější a nejvhodnější variantu. V závěru vyjádřila naději, že se ČR do systému EMUA v budoucnu plnohodnotně zapojí.

L. Hradecká doplnila, že s využitím nástroje MUSA počítá i aktualizovaná vládní Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030. Jedná se o jedno z kritérií pro naplňování opatření týkajících se rozvoje center porodní asistence, resp. porodních domů a porodních center.

I. Šmídová opustila jednání.

7. Různé a shrnutí plnění úkolů

M. Čermáková otevřela poslední bod jednání a předala slovo přednostně přihlášené L. Laubrové Žirovnické.

L. Laubrová Žirovnická uvedla, že považuje za důležité věnovat zvýšenou pozornost informacím zveřejněným na Národním zdravotnickém informačním portále (NZIP), který je dle vyjádření ředitele ÚZIS ČR L. Duška na konferenci Porod 2024 jediný server s garantovanými informacemi pro pacienty a pacientky v České republice. Na základě tohoto výroku přistoupila k posouzení obsahu portálu z hlediska jeho souladu s aktuálními poznatky medicíny založené na důkazech a současnými přístupy k péči o těhotné a rodící ženy.

Již v úvodu ji znepokojila informace, že v ČR lze poskytovat péči bez souhlasu, což považuje za natolik závažné zjištění, že na jeho základě připravila podnět, který Pracovní skupina schválila minulý měsíc formou per rollam⁹. Členky a členové tak vyjádřili podporu revizi konkrétního článku publikovaného na portálu.

Zdůraznila, že problematických článků a pasáží je na NZIP více. Jako příklad uvedla článek, který pod odbornou garancí ČGFS popisuje epiziotomii jako preventivní opatření proti poranění pánevního dna, což je v rozporu s mezinárodními doporučeními i s aktuálními vědeckými poznatky. Rozporuplné informace na NZIP mohou podle ní vést nejen ke zmatení,

⁹ Viz https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/prac_skupiny/Pracovni_skupina_k_porodnictvi/Podnet-Pracovni-skupiny-k-porodnictvi-k-revizi-NZIP.pdf

ale i ztratě důvěry ve zdravotnický systém jako celek, což je v současné společenské situaci obzvlášť nežádoucí.

V reakci na svůj podnět obdržela vyjádření zástupkyně redakční rady NZIP M. Alföldi Šperkerové, podle něhož se obsah článků měnit nebude, neboť jsou odborně validní a jsou garantovány ČGFS.

Připomněla, že ženy mají právo na věcně správné a srozumitelné informace, které ovlivňují jejich rozhodování i průběh péče. V této souvislosti apelovala na důslednou odbornou revizi obsahu NZIP, zejména s ohledem na ochranu tělesné a duševní integrity žen a respekt k jejich autonomii, a nastavení transparentního mechanismu, který by umožnil odpovědnou správu a aktualizaci informací na tomto veřejném portálu.

J. Jírová doplnila, že k hlasování o podnětu za ÚZIS ČR zaslala stanovisko. Potvrdila, že obsah portálu NZIP je spravován redakční radou a že existuje popsany postup pro připomínkování jednotlivých textů.¹⁰ Tento standardní mechanismus lze využít k podání návrhů na úpravy obsahu. Současně připomněla, že NZIP je projektem v gesci MZd, a tedy je možné postup přehodnotit v případě, že by tak rozhodl ministr zdravotnictví.

L. Laubrová Žirovnická reagovala, že se pokusila využít oficiálního mechanismu připomínkování obsahu NZIP, avšak bezúspěšně. Redaktorka NZIP M. Alföldi Šperkerová jí sdělila, že připomínky nelze akceptovat, neboť nejsou podány odbornou společností. Tento přístup považuje za problematický a přirovnala jej k situaci „hlava XXII“, kdy sice existuje formální mechanismus připomínkování, avšak fakticky neumožňuje uplatněné připomínky zohlednit.

J. Jírová uvedla, že se dotazovala na informace, které byly L. Laubrové Žirovnické předány, a obdržela odlišnou odpověď, než kterou prezentovala L. Laubrová Žirovnická. Zdůraznila, že připomínky k obsahu NZIP může vznášet kdokoli – stačí je sepsat a následně se projednat s autorem/autorkou příslušného textu. Pokud obdržela jinou informaci, považuje to za politováníhodné. Znovu zdůraznila, že NZIP je veřejný portál a možnost připomínkování by měla být otevřená všem. Požádala tajemnici Pracovní skupiny L. Hradeckou, aby Pracovní skupině rozeslala stanovisko ÚZIS ČR, ze kterého je jasně patrné, že připomínky k obsahu NZIP může uplatnit kdokoli, nikoli jen odborná společnost.

L. Laubrová Žirovnická zdůraznila, že své připomínky uplatnila v souladu s doporučeným postupem, avšak zástupkyně NZIP je odmítla s odůvodněním, že je nepředkládá odborná společnost. Komunikaci s M. Alföldi Šperkerovou označila za vypjatou a přístup redaktorky za neprofesionální.

Takový přístup podle ní oslabuje důvěryhodnost portálu. Kritizovala nízkou úroveň některých textů, které podle ní nedosahují kvality srovnatelných informačních zdrojů a mohou snižovat důvěru žen v poskytovanou péči i celý systém. Vyzvala proto k důkladné revizi portálu jako celku, aby mohl skutečně plnit svou deklarovanou roli spolehlivého a odborně garantovaného zdroje informací pro pacientky a pacienty.

M. Nemrava uvedl, že se domnívá, že hlavní problém spočívá v tom, že připomínky může sice podat kdokoliv, ale redakce NZIP na ně nemusí reagovat.

J. Jírová upřesnila, že podle stanoveného postupu připomínky nejprve projedná redakční rada, následně je předá autorovi či autorce. Pokud autor/ka se změnami souhlasí, zapracují se. Pokud nesouhlasí, existuje možnost zveřejnění rozkladu článku a stanoviska připomínkujícího subjektu.

L. Hradecká doplnila, že v reakci podnět L. Laubrové Žirovnické k revizi NZIP, který Pracovní skupina schválila usnesením č. 1/2025 ze dne 10. dubna 2025, obdržela několik dotazů, proč se řeší pouze jeden článek, ačkoliv problematických textů je na portálu více. Vzhledem k následné diskuzi o rozsahu podnětu nebyla výzva k intervenci zmocněnkyně dosud

¹⁰ Viz <https://www.nzip.cz/data/metodicke-materialy/02-redakcni-a-publikacni-proces-nzip.pdf>.

odeslána, aby bylo možné zohlednit i případné další připomínky. Upozornila, že potřebu systémové revize reflektuje také návrh *Strategie rozvoje respektující péče o matku a dítě v těhotenství, při porodu a v šestinedělí*, který počítá s přepracováním celé části NZIP věnované porodnictví v souladu se zásadami human centered design (designu zaměřeného na člověka). Sekretariát Rady je připraven podklad pro zmocněnkyni rozšířit, nicméně žádá o zaslání konkrétních návrhů a jejich odůvodnění.

M. Čermáková poděkovala všem za aktivní účast, spolu s tajemnicí zrekapitulovala vzešlé úkoly a jednání Pracovní skupiny ukončila.

Přílohy zápisu

- Příloha č. 1 Prezentace A. Fikejzové k úhradám péče porodní asistentky
Příloha č. 2 Prezentace A. Majerčíkové k validaci dat za rok 2023 k výživě kojenců
Příloha č. 3 Prezentace M. Nemravy a L. Rocca-Ihenacho k MUSA a EMUA
Příloha č. 4 Shrnutí aktuálních informací a plnění úkolů pro Pracovní skupinu

Shrnutí úkolů pro sekretariát a členky a členy Pracovní skupiny:

1. Rozeslat Pracovní skupině návrh vypořádání připomínek uplatněných v rámci obligatorního vnitřního připomínkového řízení, včetně jejich úplného znění a upraveného návrhu *Strategie rozvoje respektující péče o matku a dítě v těhotenství, při porodu a v šestinedělí* k vyjádření.
Zodpovídá: sekretariát Pracovní skupiny
Termín: co nejdříve po dosažení konsenzu s MZd
2. Provést registraci do Centrální evidence doporučených postupů a operativních doporučení NIKEZ.
Zodpovídá: sekretariát Pracovní skupiny
Termín: co nejdříve
3. Poskytnout aktivní součinnost pro zapojení Pracovní skupiny do činnosti NIKEZ.
Zodpovídá: členky a členy Pracovní skupiny
Termín: průběžně
4. Rozeslat Pracovní skupině stanovisko ÚZIS ČR k postupu uplatňování a vypořádávání připomínek k obsahu portálu NZIP.
Zodpovídá: sekretariát Pracovní skupiny
Termín: co nejdříve
5. Zaslát podněty k úpravě dalších článků zveřejněných na portálu NZIP, a to včetně písemného odůvodnění a odkazu na příslušný text.
Zodpovídá: členky a členy Pracovní skupiny
Termín: co nejdříve

V Praze dne 17. července 2025

Zapsala: Lucie Hradecká, tajemnice Pracovní skupiny

V Praze dne 25. července 2025

Schválila: Marie Čermáková, předsedkyně Pracovní skupiny