

Zdraví blíž lidem

Studie reformy zdravotnictví, konzultační verze v3.2 (26. 10. 2026)

Josef Pavlovic, resortní tým Zdravotnictví

Datum verze: 26. 10. 2026

Čte se vám to lépe jako PDF? Tady je celá studie.

Připomínky nám ale prosím nevpisujte do PDF, pošlete je souhrnně. Nejlepší cesta je formulář na webu

<https://www.zdraviblizlidem.cz/studie>: u každého odstavce je tlačítko „Připomínka“ a dole na stránce formulář pro připomínku ke studii jako celku. Stačí jméno a e-mail; nic z toho nezveřejňujeme. Pokud píšete za organizaci, pošlete jednu souhrnnou připomínku s odkazem na část a odstavec studie.

Interaktivní grafy, časové osy a kalkulačky jsou ve čtečce na webu; v PDF jsou jejich statické podoby. Místa označená „Ověřit“ jsou údaje, které autoři zatím neověřili v primárním zdroji.

Obsah

Zdraví blíž lidem

Stav dokumentu a jak ho číst

Střet zájmů

Z čeho studie vychází: Hospodářská strategie PEER

Manažerské shrnutí

Co chceme

Co všechno se musí stát

Co na co navazuje a proč

Kolik to stojí a kdo to zaplatí

Kdy

Co děláme do voleb 2029

Co od vás potřebujeme

Co reforma nedělá a co ji nejvíc ohrožuje

Část I – Výchozí stav: proč měnit

Nemocniční těžisko výdajů

Praktiků ubývá a stárnou

Odvratitelné hospitalizace a úmrtnost

Sestry a další personál

Dlouhodobá péče a sociálně-zdravotní pomezí

Peníze: pojištění ve schodku, rezervy klesají

Zdravotní rizika a prevence

Od problému k opatření

Část II – Logika reformy

Cíl reformy a pět měřitelných cílů

Teorie změny

Tři vrstvy opatření

Pět pilířů

Varianty A, B a C

Cesta pacienta

Co reforma nedělá

Část III – Jádru reformy: primární péče a digitální nástroje (pilíře 1 a 3)

I1 · Standard týmu sdružené péče a pětiletá smlouva

I2 · Sesterská složka úhrady a rozšířené kompetence sester

I3 · Kompetence praktiků

I4 · Návštěvní služba a doprava k lékaři

I5 · eŽádanka s triážním údajem, měření čekání a lidí bez praktika

Děti a PLDD: dětské týmy zůstávají

Večery, víkendy a pohotovost

Výkup praxí odcházejících lékařů

Ambulantní specialisté, konzultace lékař-lékař a zpětná zpráva

Pilíř 3 · Digitální nástroje a eŽádanka jako infrastruktura

Pilíř 3 · Dálkové sledování

Pilíř 3 · AI zapisovatel

Pilíř 3 · Portál pacienta a pravidla pro digitální nástroje

Část III – Jádru reformy: síť lůžkové péče (pilíř 2)

Náběh přeměny 2024-2038

Výchozí stav po krajích

I6 Krajský plán sítě lůžkové péče

Jak vzniká krajský plán

I7 Kapacita následné dlouhodobé péče jako podmínka přeměny

Fond přeměny a garance příjmu

Minimální objemy a centralizace

Porodnictví: porodní asistentky jako podmínka změn v porodnicích

Indikační omezení místo objemových limitů

Pediatrická lůžka

Dojezd záchranné služby a garance dostupnosti

Pandemická rezerva

Pojistky

Část III – Jádru reformy: prevence, daně za zdraví a péče doma (pilíře 4 a 5)

Pilíř 4: daně za zdraví podle Hospodářské strategie PEER

I8: daň z tichého vína a valorizace daní z lihu a piva

I9: pásmová daň ze slazených nápojů

Pil4.11 a Pil4.12: tabák a nikotin zdaněné víc, prevence odměněná

P4: Fond prevence zdravotních pojišťoven

Minimální cena alkoholu a další regulace bez výnosu

Ostatní prevence: zubní prevence, očkování, navigace, krátká intervence

Pilíř 5: sociální účet a pomezí zdravotní a sociální péče (P3)

Pilíř 5: péče doma a paliativní týmy

Pilíř 5: závěr života a dříve vyslovené přání

Harmonogram pilířů 4 a 5

Část IV – Co na co navazuje a proč

Graf závislostí

Mapa vazeb, organigramy a matice vlivů

Proč nejdřív A, pak B

Co když se to nepovede

Kdo plánuje, platí a řídí: dnes a po reformě

Toky peněz dnes a po reformě

Část V – Peníze a lidé

Kolik stojí provoz

Úspory bez překryvů

Čistý náklad a citlivost

Varianty A, B, C

Náběh po letech

Investice

Odkud peníze

Lidé

Otevřenost modelu

Část VI – Vztah k reformám, které prosazuje vláda

Deset předloh a náš postoj

Vládní reformy a náš plán na jedné ose

1. 1. 2029: souběh

Co z toho plyne pro opoziční období

Část VII – Legislativní mapa: co se musí změnit a jak velké to je

Vlna 0: co jde z opozice v letech 2027–2028

Vlna 1: peníze a daně (předložit 2030, účinnost 1. 1. 2031)

Vlna 2: primární péče (předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032)

Vlna 3: síť lůžkové péče (předložit 2031, přijmout 2032, účinnost nejpozději 1. 1. 2033)

Vlna 4: dokončení (předložit 2032–2034, účinnost 2033 a později)

Jak dlouho trvá zákon

Legislativní zátěž podle let

Tři řízení vůči Evropské komisi

Co jde bez zákona

Věcné záměry k napsání v opozici

Ověřit před podáním návrhů

Část VIII – Proces změny: fáze, brány a harmonogram 2026–2038

Fáze a brány

Harmonogram 2026–2038

Dva scénáře

Konzultační fáze 2026–2029

Pilot ve třech ORP

Řízení reformy

Pravidla rozhodování a kapacita státu

Část IX – Ukazatele a vyhodnocení

Nadřazený cíl: +5 let života ve zdraví

Osm hlavních ukazatelů

Dvanáct doplňkových ukazatelů

Kdo měří a kdy

Data pro brány

Převodník z verze 2

Část X – Rizika a pojistky

Matice rizik

Registr rizik

Co by nás zastavilo

Jak reforma zmenší rozsah

Část XI – Deset oblastí Manifestu: stručné podklady

1. Hodnocení účelnosti a standard péče

2. Rozšířená péče: možnost volby bez úplatků

3. Pojišťovny, DRG a evidence nároků

4. Transparence a otevřená data

5. Dostupné léky

6. Světový klinický výzkum

7. Stomatologie

8. Vzdělání a podmínky personálu

9. Práva pacientů

10. Duševní zdraví

Odchyłky od programu 2021 shrnutě

Příloha A – Registr opatření

Počty podle vrstvy a nástroje

Jak číst registr

Jádro a podmínky (I1–I10, P1–P5)

Pilíře: doplňková opatření (Pil1.1–Pil5.7)

Doprovod: 10 oblastí Manifestu (M1.1–M10.5)

Duplicity, které v3 sloučila

Legislativní zátěž podle roku

Příloha B – Vypořádání oponentního posudku

Vypořádání posudku

Deset výhrad verdiktu

Dvacet oprav

Otevřená ověření

Příloha C – Evidence a zdroje

Tabulka důkazů

Pilíř 1: týmy, kontinuita, sestry

Pilíř 2: lůžka, centralizace, obložnost

Pilíře 3 až 5: technologie, daně, paliativa

Citace, které se ve v3 mění

Seznam zdrojů

Datové zdroje

Legislativní zdroje

Odborná literatura

Vlastní podklady strany

Co zůstává ověřit před zveřejněním

Zdraví blíž lidem

Studie reformy zdravotnictví · verze 3.2 (konzultační) · 26. 10. 2026 · Josef Pavlovic

Stav dokumentu a jak ho číst

Toto je konzultační verze 3.2 z 26. 10. 2026. Vychází z verze 3.1 z 23. 10. 2026 (verze 3 z 20. 10. 2026 s opravami čísel) a liší se od ní jen jazykovou úpravou. Cílem konzultace je získat podporu odborných subjektů pro plán, který chce předložit vláda vzešlá z voleb v říjnu 2029. Termíny a cíle platí pro základní scénář „Vláda 2030“, ve kterém Piráti vstoupí do vlády od přelomu 2029/2030. Doplnkový scénář „Dnešní vláda převezme část“ je málo pravděpodobný a počítá jen s tím, že vlna 0 začne o 1–2 roky dříve.

Komu je určena. Hlavním čtenářem je odborná veřejnost: komory, sdružení praktiků, sestry, pojišťovny, kraje, obce, nemocnice, patientské organizace, odbory a potenciální koaliční partneři. Veřejnost dostane zkrácenou verzi.

Jak připomínkovat. Připomínky lze vložit komentářem přímo do dokumentu, nebo poslat e-mailem resortnímu týmu. Ověřit: e-mailová adresa resortního týmu. První kolo připomínek končí 31. 3. 2027. Kulaté stoly proběhnou od února 2027 do června 2028. Vypořádání zveřejníme před branou B1 (červen 2028).

Q Ověřujeme

HSPA nemá

Kontaktní e-mailová adresa resortního týmu není v HSPA Monitoru (web žádnou kontaktní adresu neuvádí, v kódu je jen zástupný formulářový příklad); doplnit musí autor studie.

Co se změnilo proti verzi 3.1. Verze 3.2 je jazyková úprava celé studie. Text jsme přepsali do přirozenější češtiny, opravili gramatiku a překlepy a anglický termín „policy brief“ nahradili stručným podkladem. Čísla, termíny, opatření ani závěry se nemění.

Co se změnilo proti verzi 3. Verze 3.1 opravuje a dokládá čísla a přidává opatření ve třech okruzích, která ve verzi 3 chyběla: komunitní porodní asistenci jako odpověď na rušení porodnic (P112.6 , Část III), pravidla pro střet zájmů v komisích a poradních orgánech ministerstva (M4.5 , oblast 4) a postupný růst daní z tabáku a nikotinu s podporou těch, kdo chodí na prevenci (P114.11 a P114.12 , pilíř 4; výnos mimo plánovací hodnotu 5 mld. Kč). Studie nově výslovně vychází ze schválené Hospodářské strategie PEER: přebírá její nadřazený cíl (+5 let života ve zdraví během jedné generace), pravidlo nejméně 40 % výnosu daní za zdraví pro Fond prevence zdravotních pojištění a model zvýhodnění těch, kdo aktivně pečují o své zdraví (P114.12); přehled je v oddílu „Z čeho studie vychází“. Ostatní opatření, jejich kódy ani model nákladů se nemění. K ověření dat jsme použili i dokument MZ ČR Strategické analýzy potřeb rezortu zdravotnictví 2025 (dále „MZ ČR 2025“), a kde to šlo, číslo dokládáme primárním zdrojem.

HSPA potvrzuje [Data léčí Česko: konference, na které se začalo měřit, kolik kvalita stojí](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-data-leci-cesko-2026.html) (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-data-leci-cesko-2026.html>)

- Sestry: čísla z vládního programu pro nelékařské profese 2026–2037 a z HSPA Monitoru. Za 10 až 12 let je potřeba přes 30 000 úvazků všeobecných a dětských sester a porodních asistentek, z toho nejméně 24 000 úvazků všeobecných sester. Dnes promuje asi 1 750 plně kvalifikovaných všeobecných sester ročně (OECD 2024; dříve uváděno 1 300), podle vládního programu jich v letech 2026–2037 vyjde z vysokých a vyšších odborných škol asi 1 840 ročně; 440 sester ročně je asi čtvrtina z nich (dříve uvedena třetina); věk sester doplněn.

HSPA má téma

[Generační propast v ošetrovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html) (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

[Čtyřicet osm ku dvanácti. Plán přesunout péči z lůžek do terénu má peníze i směr — nemá ruce](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-sestry-vazajici-podminka.html) (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-sestry-vazajici-podminka.html>)

- Lůžka dlouhodobé péče: jednotný zdroj čísla 39 000 (Přecehtěl a Hlávka 2025, zdravotní i sociální lůžka) a vedle něj zdravotní část potřeby (dnes chybí 2 až 3 tisíce, do roku 2035 dalších nejméně 8 tisíc); opravena věta o „pětině potřeby“.

HSPA potvrzuje

[Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezi-2026.html) (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezi-2026.html>)

[Dlouhodobá péče v Česku: tichá strukturální krize. Proč dvojkový systém stojí v cestě reformě, kterou demografie tak jako tak vynutí](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-dlouhodob-pece-2026.html) (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-dlouhodob-pece-2026.html>)

- Rezidenční místa: skutečné počty 2023–2025 (VPL 150, 140, 140; pediatrie 80, 70, 70).
- DRG: vedle rozpětí krajských sazeb druhá veličina, podíl akutní lůžkové péče hrazené jednotnou základní sazbou.
- eŽádanka: první fáze (zák. 236/2025 Sb.) pokrývá žádanky K, Z a FT, laboratorní příboudou později (HSPA Monitor); triážní údaj u ambulantních specialistů vyžaduje rozšíření; doplněn zdroj k eReceptu.

HSPA má téma

[Elektronizace zdravotnictví míří dál. Co schválila novela — eŽádanky, eOčkovací průkaz a centrální registr prevence — a kde má pasti](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-elektronizace-2026.html) (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-elektronizace-2026.html>)

[62 versus 70. Co index eHealth měří a proč v něm Česko zaostává](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ehealth.html) (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ehealth.html>)

Indikátor: Elektronické zdravotnictví – míra adopce (eHealth index) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=ehealth_adoption)

- Screening: Národní screeningové centrum, účast na kolonoskopii po pozitivním testu a nová cílová skupina 45–75 let od roku 2026.
- Kompetence sester: zmírněno podle platných vyhlášek; doplněna úprava indikace domácí péče sestrou od 1. 1. 2026.
- Sjednocené dílčí údaje: spotřeba alkoholu, počet atestací ve všeobecném praktickém lékařství, podíl lékařů nad 55 let.
- Kontrolní bod B1 : písemnou podporu aspoň 6 z 10 organizací nahrazuje projednání plánu se všemi 10 klíčovými organizacemi a zapracování jejich výhrad (rozhodnutí autora z 23. 10. 2026).

Opravy 26. 10. 2026 podle HSPA Monitoru. Číslo a tvrzení studie jsme ověřili porovnáním s HSPA Monitorem (skorezdravotnictvi.cz; registr docs/overeni-hspa.md v repozitáři studie). Kde HSPA Monitor uvádí jinou hodnotu z primárního zdroje (ÚZIS, Eurostat, OECD, SÚKL) nebo novější stav předpisů, studie přebírá hodnotu HSPA Monitoru a uvádí ho jako místo ověření; hodnotitelem reformy zůstává ÚZIS (Část IX). Opraveno: délka života ve zdraví (62,4 roku, EU 65,2, Švédsko 67,5 po zlomu řady 2021), potřeba sester (přes 30 000 úvazků, z toho 24 000 všeobecných) a absolventky (asi 1 750 ročně), věk a atestace praktiků (třetina nad 60 let, 110 až 140 atestací), zůstatky pojišťoven (43,2 mld. Kč na účtech, 27,7 mld. Kč v základních fondech), pracovníci dlouhodobé péče (2,5 na 100 seniorů), mamografie (pokrytí 54,5 %, pod úrovní OECD), preskripční omezení (od 1. 7. 2026 přes 1 200 přípravků), první fáze eŽádanky (K, Z, FT), věk dětských sester (50,6 roku), očkování v lékárnách (novela stažena 14. 9. 2026), investice na lůžko dlouhodobé péče (2 mil. Kč), lhůty dohodovacího řízení (dohoda do 30. 6., podněty do 31. 1.), výpadky léků (1 420 proti 1 288 v roce 2019), centrová léčiva (asi 8 % nákladů), zubní lékaři (78 na 100 tisíc), psychiatři (13 na 100 tisíc), nemocniční ombudsman (metodický pokyn MZ; dříve uveden zák. 290/2025 Sb.), zdroj ACSC (OECD; dříve uveden ÚZIS NRH), studie PAQ (2,7 mld. Kč), účinnost reformy hygienické služby (2029) a forma bonusu za zdraví (Fond prevence; dříve sleva z pojistného).

Co se změnilo proti verzi 2.

- Rámec: období 2029/2030 a dva scénáře.
- Tři vrstvy opatření; jádro tvoří 10 opatření.
- Přepočítaný model: čistý náklad v plném náběhu 15–25 mld. Kč ročně (ceny 2026).
- Daně za zdraví: jedno číslo, 5 mld. Kč ročně, a pravidlo rozdělení.
- Nové části: vztah k vládním reformám, legislativní mapa ve vlnách, proces s branami a co na co navazuje.
- 20 ukazatelů: 8 hlavních a 12 doplňkových.
- Registr opatření a vypořádání posudku jako samostatné záložky.

Jak číst. Tabulka ukazuje, která část odpovídá které roli. Manažerské shrnutí stačí pro první orientaci.

Část	O čem je	Pro koho hlavně
Manažerské shrnutí	Cíle, pilíře, čísla a termíny na jedné straně	Vedení subjektů, média
Část I Výchozí stav	Stav systému a data, ze kterých vycházíme	Odborná veřejnost
Část II Logika	Proč tato opatření a jejich pořadí	Koaliční partneři, politici
Část III Pilíře 1–5	Konkrétní opatření po pilířích (1+3, 2, 4+5)	Praktici, sestry, kraje, obce
Část IV Co na co navazuje	Vazby mezi opatřeními	Resortní týmy, odborníci
Část V Peníze a lidé	Náklady, financování, počty sester a týmů	Ministerstvo financí, pojišťovny
Část VI Vládní reformy	Vztah k reformám MZ a navrhované úpravy	Ministerstvo zdravotnictví
Část VII Legislativa	Zákony, novely a podzákoné předpisy ve vlnách	Právníci, legislativa
Část VIII Proces	Fáze, brány a řízení reformy	Kraje, obce, pacienti
Část IX Ukazatele	20 ukazatelů a jejich cíle	Analytici, nezávislý hodnotitel
Část X Rizika	Co může selhat a jak na to reagovat	Vedení reformy
Část XI Manifest	10 oblastí, každá se stručným podkladem	Veřejnost
Záložka Registr opatření	Seznam opatření, rizik a ukazatelů	Projektová kancelář
Záložka Vypořádání posudku	Odpověď na každou připomínku oponentury	Oponenti, odborníci
Záložka Evidence a zdroje	Studie a PMID, na nichž stojí tvrzení	Odborníci, novináři

Oponentura. Verze 2 prošla oponentním posudkem z října 2026. Verze 3 vypořádává všechny jeho připomínky v záložce Vypořádání posudku. Ověřit: jména oponentů verzí 1 a 2 doplní RT.

Q Ověřujeme

HSPA nemá

Jména oponentů oponentního posudku (říjen 2026) HSPA neviduje; jde o interní informaci resortního týmu, v repozitáři HSPA ani v článcích není.

Střet zájmů

Autor je členem Správní rady VZP, členem PEER a autorem HSPA Monitoru. Studie navrhuje pilot s VZP a mění složení správních rad, čtete proto tyto části s vědomím tohoto vztahu. Pilot vyhodnotí nezávislý hodnotitel jmenovaný před jeho startem. Ve Správní radě VZP se autor zdrží hlasování o pilotu a o smlouvách souvisejících s reformou. V HSPA Monitoru studie ověřuje svá čísla podle primárních zdrojů (registr ověření je v repozitáři studie); reformu hodnotí ÚZIS v oficiálním rámci HSPA (Část IX).

Z čeho studie vychází: Hospodářská strategie PEER

Studie rozpracovává dva dokumenty strany. Manifest reformy českého zdravotnictví (7. 5. 2026) vymezuje třináct oblastí a sliby k nim (Část XI). Hospodářská strategie Pirátské expertní ekonomické rady (PEER), programový dokument strany schválený v srpnu 2026, stanoví v kapitole 1.4 „Zdraví a soběstačnost přinesou silnější ekonomiku“ cíl, čísla a pravidla, ze kterých studie vychází. Kde se studie a strategie liší v rozsahu nebo načasování, platí strategie jako program strany a studie vysvětluje, proč s něčím v rozpočtu reformy počítá opatrněji.

HSPA potvrzuje

Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.htm>)

Hospodářská strategie PEER (kap. 1.4)	Kde ve studii	Jak to studie přebírá
Nadřazený cíl: prodloužit délku života ve zdraví o 5 let během jedné generace	Co chceme; Část IX, nadřazený cíl	Převzato jako cíl, ke kterému míří všech pět cílů a 20 ukazatelů
Úhrady lékařům za krátké intervence a nasměrování k programům životního stylu; počet prohlídek o úhradě nerozhoduje	J1 (odměna za výsledky), Pil4.9	Převzato
Spotřební daň ze slazených nápojů, zdanění tichého vína, úprava daní z alkoholu; výnos 10 až 15 mld. Kč ročně	J8, J9, Pilř 4	Převzata všechna tři opatření. V rozpočtu reformy opatrně počítáme s 5 mld. Kč (rozpětí 5 až 7) a cíl PEER uvádíme vedle; rozdíl se do výdajů reformy nepočítá
Nejméně 40 % výnosu účelově do Fondu prevence zdravotních pojišťoven	P4	Převzato; zákon navíc stanoví dolní hranici 2 mld. Kč pro roky nižšího výnosu
Přesun péče z lůžek: podíl nemocniční péče na rozpočtu z 46,5 % k průměru EU 36,4 % do roku 2035; regionální sítě nemocnic; kapacity domácí a terénní péče ve stejném čase	J6, J7, Pil2.2; H6	Převzat směr i podmínka souběžných kapacit; ukazatel PEER sledujeme vedle H6. Podle HSPA Monitoru se ukazatel PEER nedá ukotvit v žádné klasifikaci: podíl nemocnic (HP.1) na výdajích je podle SHA asi 40 % proti 36 % v OECD, mezera je tedy asi 4 body, kdežto z čísel PEER vychází 10; podíl lůžkového segmentu na výdajích pojišťoven je 56,3 % a samotné akutní lůžkové péče 29,7 %. Definici ukazatele PEER s PEER dohodneme do verze 4
Hodnocení nákladové efektivity pro všechny hrazené intervence, se započtením úspor v sociálním systému	Oblast 1 (M1.1 – M1.4)	Převzato, včetně sociálních úspor
Neformální pečující, terénní, asistenční a odlehčovací služby (navýšení financování o 40 až 50 mld. Kč za deset let), deinstitucionalizace, personál sociálních služeb	Pilř 5, P3, Pil5.4	Převzat směr; navýšení je výdajem MPSV, krajů a obcí mimo model reformy (21,5 mld. Kč)
Financování dlouhodobé péče: u seniorů prověřit vyšší spoluúčast, pojištění dlouhodobé péče a majetkové testování; u lidí se zdravotním postižením stát a asi 3 % krajského a obecního RUD	P3	Převzato jako zadání k prověření ve fázi F1; zákon o pojištění dlouhodobé péče přijde na řadu, jen pokud padne rozhodnutí o jeho přijetí (vlna 4)
Zvýhodnění těch, kdo aktivně pečují o své zdraví: část pojistného navázaná na doložitelné zapojení a zlepšení v čase (samotné razítko z prohlídky nestačí); pilotné a povinné pro ročníky do 40 let, s reformou daně z příjmů fyzických osob	Pil4.12	Převzat cíl, změněna forma: místo slevy z pojistného bonus z Fondu prevence podle jednotného zákonného katalogu (vzor § 65a německého SGB V). Nizozemsko, na které se strategie odvolává, rozlišování výše pojistného zákonem zakazuje a sleva podle chování by přesouvala peníze od chudších k bohatším (HSPA Monitor, 16. 8. 2026)
Možnosti získat další peníze z odvodů jsou vyčerpané; pojistné měnit jen spolu s úpravou daně z příjmu	Část V	Převzato jako pravidlo: reforma odvody nemění, a pokud se pojistné někdy zvýší, pak jen s nižší daní z příjmu

HSPA upřesňuje

Pět let navíc. Cíl na zdravé stárnutí je dobře zvolený – zatím ale jde splnit i výměnou otázky v dotazníku (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zdrave-roky-cil-pet-let.html>)

Devadesát vteřin, které se vyplatí. Krátká intervence patří k nejlépe doloženým zásahům v medicíně – a v ceníku praktika chybí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kratke-intervence-uh rady.html>)

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Manifest a strategie se rozcházejí v jednom bodě. Manifest chce dnešní fond prevence pojišťoven přeměnit na fond rozšířené péče, strategie posílá výnos daní do Fondu prevence zdravotních pojišťoven. Studie zachovává obojí: dnešní fondy prevence, plněné ze zisku pojišťoven a bez pravidel, se mění na fondy rozšířené péče (M2.3) a do nového Fondu prevence zdravotních pojišťoven plyne ze zákona podíl daní za zdraví podle pravidel strategie (P4).

Manažerské shrnutí

Kolem roku 2038 má každý obyvatel svůj tým primární péče se sestrou, která má vlastní pacienty, 8 000 akutních lůžek je přeměněno na následnou a dlouhodobou péči a zdravotní pojištění má stabilní zdroj z daní za zdraví a nového vzorce platby státu. Reforma bude v plném náběhu stát čistě asi 21,5 mld. Kč ročně (rozpětí 15 až 25 mld. Kč, ceny 2026), tedy necelá 4 % dnešních výdajů zdravotního pojištění; ve scénáři „Vláda 2030“ nabývají první zákony účinnosti 1. 1. 2031 a 1. 1. 2032. Roky 2026 až 2029 jsou konzultační: představujeme plán a hledáme pro něj podporu; do voleb chceme mít dohodu s odborníky, hotové věčné záměry zákonů a běžící pilot.

Co chceme

Kolem roku 2038 má každý obyvatel Česka svůj tým primární péče a jmenovitého lékaře, ke specialistovi se dostane podle naléhavosti a na akutním lůžku leží jen tehdy, když ho skutečně potřebuje. Nad tím stojí cíl z Hospodářské strategie PEER: prodloužit délku života ve zdraví o pět let během jedné generace (dnes 62,4 roku, průměr EU 65,2; Eurostat hlth_hlye 2024, obě pohlaví). Cíl se dělí na pět měřitelných cílů, jeden za každý pilíř; každý má hlavní ukazatel z Části IX. Hodnoty pro rok 2033 jsou data za rok 2032, tedy první rok účinnosti zákona o primární péči.

HSPA potvrzuje

Pět let navíc. Cíl na zdravé stárnutí je dobře zvolený – zatím ale jde splnit i výměnou otázky v dotazníku (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zdrave-roky-cil-pet-let.html>)

Indikátor: Naděje dožití ve zdraví (65 let) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=nadeje_dozeni_zdravi_65)

Cíl	Hlavní ukazatel	Dnes	2033	Kolem 2038
1. Každý má svůj tým a jmenovitého lékaře	lidé bez registrujícího praktika (H1); týmy a obsazená místa sester (H2); kontinuita, index UPC (H4)	0 týmů podle standardu; UPC se neměří	v ORP s týmem aspoň o polovinu méně lidí bez praktika; obsazeno aspoň 50 % míst sester; UPC aspoň 0,7	520 týmů a asi 4 000 sester navíc; 0 lidí bez praktika v ORP s týmem; obsazeno aspoň 80 % míst
2. Akutní lůžko jen tam, kde je potřeba	podíl akutní lůžkové péče na výdajích (H6)	29,7 % (2024); 48 036 akutních lůžek	28 %	26 %; 8 000 přeměněných lůžek (ze 48 036 na asi 40 000, ze 4,4 na 3,7 na 1 000 obyvatel)
3. Ke specialistovi podle naléhavosti	čekání podle triážní kategorie ežádanky (H3)	neměří se	aspoň 80 % urgentních ve lhůtě	aspoň 90 % ve všech kategoriích
4. Méně nemocí, kterým lze předjet	odvratitelná úmrtnost (H7)	107,2 léčitelných úmrtí na 100 000 (EU 86,8)	sledujeme bez cíle; daně za zdraví účinné od 1. 1. 2031	sledujeme bez cíle; daně za zdraví 5 mld. Kč ročně, z toho 2 mld. Kč Fondu prevence
5. Péče doma, kde je to možné	odvratitelné hospitalizace na 100 000 obyvatel (H5)	592	550	530

HSPA potvrzuje

Kam plyne 508 miliard. Co o struktuře českého zdravotnictví říkají dohodovací řízení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-segmenty-2026.html>)

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Co dokáže systém vyléčit: Česko ztrácí o čtvrtinu víc životů, kterým šlo zabránit léčbou (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-lecitelna-mortalita.html>)

Všech pět cílů má jednu společnou podmínku: nesmějí růst přímé platby pacientů. Hlídá ji ukazatel katastrofických výdajů domácností (H8); dnes 6 % domácností, v nejchudší pětině 21 %, a nesmí se zhoršit. Cílové hodnoty jsou návrh k diskusi v konzultaci.

HSPA potvrzuje

Šest procent domácností, dvacet jedna procent u nejchudších. Katastrofické výdaje na zdraví v Česku rostou (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-katastroficke-vydaje-zdravi.html>)

Indikátor: Katastrofické výdaje na zdraví (domácnosti) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=katastroficke_vydaje_zdravi)

Co všechno se musí stát

Od schválení této verze 7. 12. 2026 k cílovému stavu kolem roku 2038 vede 29 kroků; 13 z nich lze udělat v opozici, zbytek vyžaduje účast ve vládě od přelomu 2029/2030. Tabulka uvádí všechny kroky v pořadí, v jakém musí nastat; sloupec „závisí na“ odkazuje na čísla řádků. Termíny platí pro základní scénář „Vláda 2030“; co z toho může převzít dnešní vláda dřív, je označeno.

#	Co se musí stát	Nástroj	Kdo	Nejdřív kdy	Závisí na
1	Resortní tým schválí verzi 3 ke konzultaci (schůzky 27. 10., 9. 11. a 7. 12. 2026) a rozdělí věcné záměry mezi garanty	rozhodnutí RT	RT, Institut Pi	7. 12. 2026	—
2	Konzultace: první kolo připomínek, devět kulatých stolů, projednání plánu s 10 klíčovými subjekty a zapracování jejich výhrad	konzultace, memoranda, zveřejněné vypořádání	RT; SPL ČR, SPLDD ČR, ČAS, ČLK, VZP, SZP ČR, Asociace krajů ČR, SMO ČR, patientské organizace, odbory	připomínky do 31. 3. 2027; stoly 2/2027–6/2028	1
3	Podněty do dohodovacího řízení o úhradách 2028 (sestry v týmových praxích, platba za funkce) a do seznamu výkonů (konzultace lékař–lékař, telemonitoring, ultrazvuk u praktika)	úhradová vyhláška 2028, vyhl. 134/1998 Sb., vyhl. 55/2011 Sb.	kluby poskytovatelů a pojišťovny, které podnět převezmou; rozhoduje MZ	podat do 31. 1. 2027 (dohoda musí být do 30. 6. 2027); účinnost 1. 1. 2028 jen při vůli dnešního MZ, jinak 1. 1. 2031	2
4	Dohoda o pilotu ve třech ORP: kraj, který se přihlásí, VZP a obce	smlouva pojišťovny s týmem podle § 17 zák. 48/1997 Sb.; rozpočty kraje a obcí	kraj, vedení VZP (bez účasti Správní rady), obce	do 30. 6. 2027	2
5	Jmenování nezávislého hodnotitele pilotu, zveřejněný protokol a kontrolní ORP	smlouva o hodnocení	ÚZIS s univerzitou; kraj a VZP	do 12/2027	4

#	Co se musí stát	Nástroj	Kdo	Nejdřív kdy	Závisí na
6	Pozměňovací návrhy k vládním předlohám: reforma v. z. p. 2030 (víceleté smlouvy i pro týmy), novela zák. 325/2021 Sb. (triážní údaj v eŽádance), reforma hygienické služby (prevence v NIVZ)	pozměňovací návrhy poslaneckého klubu	poslanecký klub	2027–2028 podle projednávání ve Sněmovně	2
7	Start pilotu ve třech ORP, provoz dva roky	smlouvy z řádku 4	týmy, VZP, kraj, obce	1. 1. 2028; provoz 2028–2029	4, 5
8	Strana potvrdí plánovací hodnotu daní za zdraví pro rozpočet reformy (5 mld. Kč ročně, rozpětí 5–7) vedle cíle Hospodářské strategie PEER (10–15 mld. Kč) a pravidlo dělení podle PEER: nejméně 40 % Fondu prevence, nejméně 2 mld. Kč, zbytek platbě státu	usnesení strany	předsednictvo na návrh RT a PEER	do 6/2028	2
9	Brána B1 „Mandát“: připomínky vypořádané a zveřejněné; plán je projednaný se všemi 10 klíčovými organizacemi a jejich výhrady jsou zapracované; pilot podepsán (jinak náhradní smluvní model u jedné pojišťovny); plánovací hodnota daní potvrzena	veřejné rozhodnutí RT a strany	RT	6/2028	2, 4, 5, 7, 8
10	Věcné záměry: zákon o primární péči (s pracovním zněním a RIA), zákon o síti (s ústavním rozbořem), finanční novela (§ 3c zák. 592/1992 Sb., zák. 353/2003 Sb.), zákon o dani ze slazených nápojů, zákon o Fondu prevence; stanovisko k SGEI a veřejné podpoře do 6/2029	věcné záměry, pracovní znění, právní stanoviska	RT a Institut Pi, garanti podle řádku 1	7/2028–12/2029; teze tří záměrů už k B1	9
11	Průběžné vyhodnocení pilotu po roce provozu, promítnuté do věcného záměru zákona o primární péči	zpráva hodnotitele	nezávislý hodnotitel	jaro 2029	7
12	Volební program 2029 s jádrem J1 – J10, ohlášením daně ze slazených nápojů, personální bilancí po krajích a otevřeným modelem nákladů	program strany	strana	do voleb 10/2029	9, 10 (teze a rozpracované záměry)
13	Brána B2 „Koaliční smlouva“: jádro v koaliční smlouvě a programovém prohlášení; předlohy vln 1–3 v legislativním plánu vlády 2030	koaliční smlouva, usnesení vlády	vyjednávací tým, vláda	12/2029–1/2030	10, 11, 12
14	Rízení ve vládě: řídicí výbor (MZ, MPSV, MMR, MF, pojišťovny, kraje, obce, praktici, pacienti), projektová kancelář (0,4 mld. Kč ročně), dva nové týmy legislativního odboru MZ	usnesení vlády, rozhodnutí ministra	vláda, MZ	do 3/2030	13
15	Vlna 1: nový vzorec platby státu (§ 3c zák. 592/1992 Sb., J10); daň z tichého vína a valorizace daní z lihu a piva (zák. 353/2003 Sb., J8; víno poloviční sazbou 2031–2032, plná 2033); zákon o Fondu prevence (P4)	jedna malá a dvě střední předlohy	MF s MZ	předložit 1. pololetí 2030; účinnost 1. 1. 2031	8, 10, 13, 14
16	Zákon o dani ze slazených nápojů (J9), pásma podle cukru	nový zákon, střední předloha	MF, Celní správa	přiját 2030; účinnost 1. 1. 2032	10, 12, 13, 15
17	Závěrečné vyhodnocení pilotu, promítnuté do paragrafového znění vlny 2; od 2030 rozšíření pilotu do dalších regionů	zpráva hodnotitele	nezávislý hodnotitel	2030	7, 11
18	Vlna 2: zákon o primární péči (nová hlava zák. 372/2011 Sb. a novela zák. 48/1997 Sb.: standard týmu, víceletá smlouva se všemi pojišťovnami, sesterská složka, registrace do 30 dnů; J1 – J4); novela zák. 325/2021 Sb. (J5), pokud triážní údaj neprošel v řádku 6	velká předloha; malá novela	MZ, tým pro primární péči	předložit 2. pololetí 2030; účinnost 1. 1. 2032	10, 12, 13, 14, 17
19	Smluvní model před zákonem: pětileté smlouvy týmů se všemi pojišťovnami; standard týmu ve Věstníku MZ	smlouvy podle § 17 zák. 48/1997 Sb.; Věstník MZ	pojišťovny, MZ	od 2030	7, 13
20	Úhradová vyhláška 2031: sesterská složka úhrady, platba za funkce, nové výkony; kompetence sester (vyhl. 55/2011 Sb.)	vyhlášky MZ	MZ po dohodovacím řízení	1. 1. 2031	13, 14
21	Náběh týmů a sester: 60 týmů v roce 2031, 120 v roce 2032, 330 v roce 2035; personální bilance po krajích (P1) a rezidenční místa (P2)	smlouvy; rozhodnutí MZ a krajů	pojišťovny, týmy, kraje, MZ	od 2031	15, 19, 20
22	Vlna 3: zákon o síti lůžkové péče (J6, J7: krajský plán na 10 let, čtyři skupiny lůžek, fond přeměny, garance příjmu) s novelami zák. 48/1997 Sb., zák. 374/2011 Sb. a zák. 129/2000 Sb.; pověřovací akt SGEI před první výplatou garance	velká předloha; akt vlády a krajů	MZ, tým pro síť; kraje; vláda	předložit 2031, přijmout 2032; účinnost nejpozději 1. 1. 2033	10, 14
23	Brána B3 „Lidé a data“: obsazena aspoň polovina míst sester v týmech první vlny (registry pojišťoven); zákon o primární péči schválen; krajské plány rozpracované. Při nesplnění následuje varianta B bez center	rozhodnutí řídicího výboru na doporučení hodnotitele	řídicí výbor	12/2031	18, 21, 22
24	Zákon o primární péči účinný; investice do center (17–23 mld. Kč) se uvolňují až po splnění B3	zákon; národní dotační program, EU fondy	MZ, obce, kraje	1. 1. 2032	18, 23

#	Co se musí stát	Nástroj	Kdo	Nejdřív kdy	Závisí na
25	První krajské plány sítě (12–18 měsíců práce; kraje je začnou připravovat v roce 2031 podle návrhu zákona), s doloženou kapacitou následné a dlouhodobé péče a dojezdem záchranné služby	plán kraje podle zákona o síti	kraje	2033	22
26	Vlna 4: sestra v pokročilé praxi s preskripcí, základní sazba DRG zákonem, HSPA jako rámec hodnocení v zákoně (P5), hodnocení technologií rozšířením mandátu SÚKL a ÚZIS, sdílené financování sociálně-zdravotní péče (P3)	střední novely	MZ, MPSV, ÚZIS	předložit 2032–2034; účinnost 2033–2034	13, 23
27	Brána B4 „Nezávislé hodnocení“: zpráva hodnotitele před volbami; pokračovat, upravit, nebo zmenšit	zpráva ÚZIS s univerzitou; rozhodnutí řídicího výboru	nezávislý hodnotitel, řídicí výbor	2033	23, 25
28	Přeměna akutních lůžek podle krajských plánů: 8 000 do roku 2038, asi 1 330 ročně; každé lůžko až po prokázání kapacity dlouhodobé péče a dojezdu; stop při obloženosti nad 85 %	krajský plán; fond přeměny (investice 5–10 mld. Kč, garance příjmu asi 1 mld. Kč ročně 2033–2040)	kraje, nemocnice, pojišťovny	od 2033	22, 24, 25, 27
29	Cílový stav: 520 týmů, asi 4 000 sester navíc, 8 000 přeměněných lůžek, podíl akutní lůžkové péče 26 %	—	—	kolem roku 2038	21, 28

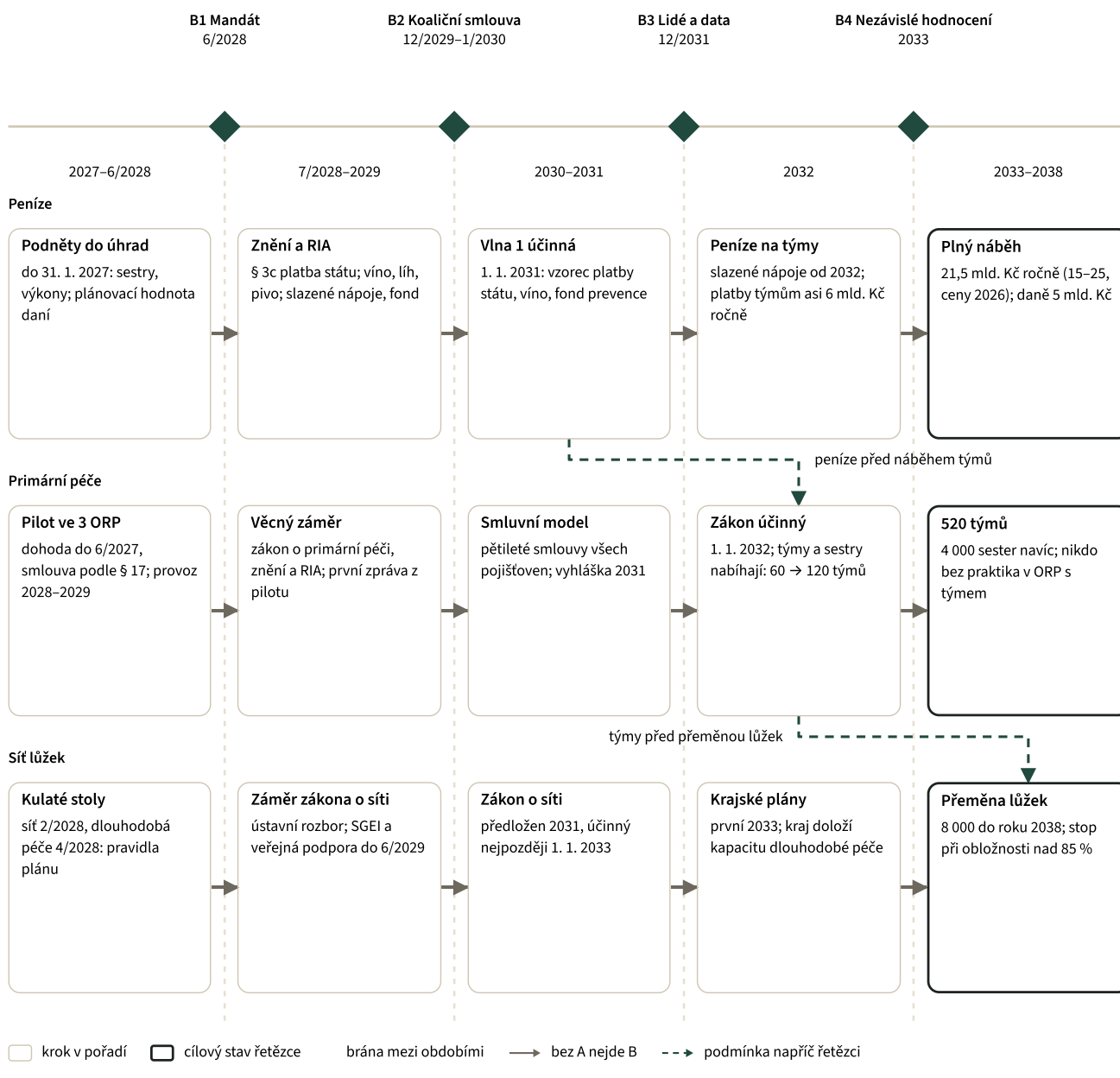
V doplňkovém scénáři, kdy dnešní vláda část návrhů převezme, se posunou o jeden až dva roky dřív jen řádky 3, 6 a 19 (vyhlášky, Věstník, pozměňovací návrhy). Zákony, daně ani brány se v něm neposouvají.

Co na co navazuje a proč

Reforma běží ve třech řetězcích, které se potkávají ve čtyřech branách; dvě závislosti napříč řetězci vysvětlují, proč nelze žádný krok přeskočit. Diagram se čte zleva doprava po řádcích; podrobný graf závislostí všech opatření J1 – J10 a P1 – P5 je v Části IV.

Pilot před zákonem, peníze před týmy, kapacita před přeměnou lůžek

Tři řetězce a čtyři brány · základní scénář Vláda 2030 · pořadí kroků bez časového měřítka



kritická cesta reformy · 3 řetězce, 4 brány · základní scénář Vláda 2030; pořadí, ne měřítka

Každá šipka znamená „bez A nejde B“: peníze z vlny 1 platí náběh týmů od roku 2032 a týmy, které od téhož roku snižují odvrátitelné hospitalizace, předcházejí přeměně lůžek od roku 2033.

Pilot před zákonem. Zákon o primární péči nabývá účinnosti 1. 1. 2032, čtyři roky po startu pilotu, aby mohl vycházet z domácích dat o tom, zda praktici do týmů vstupují a zda se daří obsadit místa sester. Verze 2 počítala se zákonem v roce 2029, půl roku po startu pilotu. Než zákon nabude účinnosti, fungují týmy na základě smlouvy s pojišťovnou podle § 17 zák. 48/1997 Sb., která zároveň zůstává náhradní cestou, kdyby se zákon zdržel.

Peníze a sestry před náběhem týmů. Platby týmům stojí v plném náběhu asi 6 mld. Kč ročně a sestry navíc další 4 mld. Kč; proto nabývá vlna 1 (vzorec platby státu, daň z vína, valorizace, fond prevence) účinnosti 1. 1. 2031, rok před zákonem o primární péči. Dřív to nejde: pevný vyměřovací základ z tisku 235 platí pro rok 2027 a nový vzorec může přijmout až nová vláda. Druhou podmínkou jsou lidé: reforma potřebuje asi 440 sester ročně, asi čtvrtinu všeobecných sester, které v letech 2026 až 2037 vyjdou z vysokých a vyšších odborných škol. Proto nabíhá po etapách a platí jen obsazená místa.

HSPA má téma

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 — a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Kapacita dlouhodobé péče před přeměnou lůžek. Lůžka následné péče jsou obsazena z 84 % a do roku 2035 bude potřeba asi 39 000 nových zdravotních i sociálních lůžek dlouhodobé a následné péče (Přecechtěl a Hlávka 2025) a 21 000 pečovateli (studie pro APSS ČR, 6/2026). Přeměna bez náhradní kapacity by jen přesunula frontu. Akutní lůžko se proto nepřemění, dokud kraj neprokáže kapacitu následné a dlouhodobé péče a dojezd záchranné služby, a při obloženosti akutních lůžek nad 85 % se přeměna v kraji zastaví. Přeměna začíná s prvními krajskými plány v roce 2033, tedy až po náběhu týmů, které od roku 2032 snižují počet odvrátitelných hospitalizací.

HSPA potvrzuje

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)

Věcné záměry v opozici. Velká předloha trvá od věcného záměru po účinnost 24 až 42 měsíců a od nástupu vlády v lednu 2030 zbývá do 1. 1. 2032 přesně 24 měsíců. Zákon o primární péči proto musí mít při nástupu vlády hotový věcný záměr i pracovní znění s RIA; ministerstvo navíc zvládne za jedno období jen dvě velké předlohy. Záměry píše resortní tým s Institutem Pi v letech 2028 a 2029 a kontrolním bodem je brána B2.

Data v reálném čase před branami. Údaje ÚZIS a OECD vycházejí se zpožděním jednoho až tří let, takže hodnotu za rok 2031 bychom znali nejdříve v roce 2033. Brána B3 v prosinci 2031 přitom rozhoduje, zda se budou stavět centra; proto vychází z registrů pojišťoven, Národního registru zdravotnických pracovníků a eŽádanky s triážním údajem. Platí pravidlo, že bez dat se o bráně nerozhoduje; pokud data chybějí, brána se odkládá.

HSPA potvrzuje Indikátor: Odvrátitelné hospitalizace (ACSC) (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=hospitalizace_acsc)

Indikátor: Léčitelná mortalita (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=mortalita_lecitelna)

Indikátor: Výdaje na prevenci (% běžných výdajů na zdravotnictví) (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=vydaje_prevence_pct)

Kolik to stojí a kdo to zaplatí

Reforma bude v plném náběhu kolem roku 2038 stát čistě asi 21,5 mld. Kč ročně (rozpětí 15 až 25 mld. Kč, ceny 2026), tedy necelá 4 % dnešních výdajů zdravotního pojištění. V roce 2035, uprostřed náběhu s 330 týmy, je to asi 17 mld. Kč; úspory jsou skutečné, ale malé: 1,2 mld. Kč v roce 2038 a 3,6 mld. Kč v roce 2050, počítané bez překryvů. Oproti verzi 2 (17,2 mld. Kč) je číslo vyšší, protože jsme platby týmům rozpočítali a úspory očistili; celý model s citlivostí je v Části V.

- Platby týmům (lékařská složka, odměna za výsledky, příspěvek za návštěvy) stojí asi 6 mld. Kč ročně (4,8 až 7,5 mld. Kč).
- Kolem roku 2038 bude pracovat 520 týmů sdružené péče a asi 4 000 sester navíc; v týmu připadají na lékaře dvě sestry, tři až ve výhledu k roku 2050.
- Reforma potřebuje v průměru asi 440 sester ročně, tedy asi čtvrtinu všeobecných sester, které v letech 2026 až 2037 vyjdou z vysokých a vyšších odborných škol. Celý systém přitom potřebuje za 10 až 12 let přes 30 000 úvazků sester, dětských sester a porodních asistentek, z toho všeobecných sester nejméně 24 000 (vládní program pro nelékařské profese 2026–2037; HSPA Monitor).

HSPA potvrzuje

Generační propast v ošetrovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

- Do roku 2038 přeměníme 8 000 akutních lůžek (z 48 036 na asi 40 000, tedy ze 4,4 na 3,7 na 1 000 obyvatel); fond přeměny stojí 5 až 10 mld. Kč investic a asi 1 mld. Kč ročně na garanci příjmu.

HSPA má téma

Osmnáct tisíc hospitalizací na sto tisíc obyvatel. Proč Česko leží v nemocnicích nejvíc v OECD (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-hospitalizujeme-nejvic.html>)

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Indikátor: Akutní lůžka (na 1 000 obyvatel) (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=postele_akutni_per_1000)

- Investice do center a přeměny lůžek stojí jednorázově 22 až 33 mld. Kč; po evropských fondech a dnešní státní podpoře zbývá zajistit 15 až 26 mld. Kč.

Varianty. Plná varianta stojí čistě 21,5 mld. Kč ročně, varianta bez center 18 mld. Kč a minimální varianta 11 mld. Kč; prevence, paliativa, konzultace a fond přeměny jsou ve všech třech. Základní je varianta A; pokud v prosinci 2031 nebude splněna brána B3, reforma se zmenší na variantu B.

	A plná, s centry	B bez center	C minimální
Čistý náklad 2038 (mld. Kč ročně)	21,5	17,8	11,3
Investice jednorázově (mld. Kč)	22–33	6–11	5–10
Praktici v týmech nebo smluvní síti 2038	75 %	65 %, jen kde je praxe	žádné týmy
Sester navíc 2038	asi 4 000	asi 3 450	0
Pomůže tam, kde praktik chybí	ano, obec nebo kraj založí tým	jen kde praxe je	ne
Kdy platí	základní varianta	brána B3 nesplněna	srovnávací základ

Za rozdíl mezi variantami A a B (asi 3,7 mld. Kč ročně a 17 až 23 mld. Kč investic do center) reforma získá další profese, budovy, spádovou odpovědnost a možnost zasáhnout tam, kde praxe zanikla: v obcích do 2 000 obyvatel jich v letech 2018 až 2022 zaniklo 428.

Kdo to zaplatí. Reformu zaplatí daně za zdraví (5 mld. Kč), státní rozpočet (asi 15,5 mld. Kč, z toho asi 13 mld. Kč vyšší platbou za státní pojištěnce, tedy asi 180 Kč měsíčně na osobu) a obce (asi 1 mld. Kč); 100 Kč měsíčně znamená 7,2 mld. Kč ročně. Podle plánu přinesou daně za zdraví 5 mld. Kč ročně (5 až 7): 2 mld. Kč dostane Fond prevence, zbytek zvýší platbu státu do zdravotního pojištění. Odvody z práce se nemění a nesnižují; vyšší odhady výnosu (10 až 15 mld. Kč, cíl PEER a propočty HSPA Monitoru) jsou horní scénář, který do rozpočtu reformy nepočítáme.

HSPA potvrzuje

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 — a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Pokud se dnešní podpora týmových praxí (asi 10 mld. Kč z pojištění do roku 2030 podle implementačního plánu MZ) udrží v úhradové vyhlášce i po roce 2030, lékařská složka ji nahradí a náklad nad plán MZ klesne asi na 19,5 mld. Kč. Model opatrně počítá s plnou částkou.

HSPA nemá

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Co reforma neřeší a co musí každá vláda. Při dnešních pravidlech příjmů bude zdravotnímu pojištění chybět asi 60 mld. Kč v roce 2035, 70 mld. Kč v roce 2038 a 104 mld. Kč v roce 2050 (ceny 2026); tuto mezeru musí řešit každá vláda. Reforma mezeru nezpůsobuje ani nezavírá: zvyšuje výdaje pojištění asi o 3,8 % a odpovídá na otázku, jakou péči za rostoucí výdaje dostaneme. Výpočet platby státu v jedné tabulce, včetně automatického růstu o 11,7 mld. Kč při vyšší sazbě pojistného, je v Části V.

HSPA nemá

Bilion korun v roce 2040. A čtyřicet miliard, které se do něj nepočítají (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-projekce-bez-centrovych-leciv.html>)

Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)

Kdy

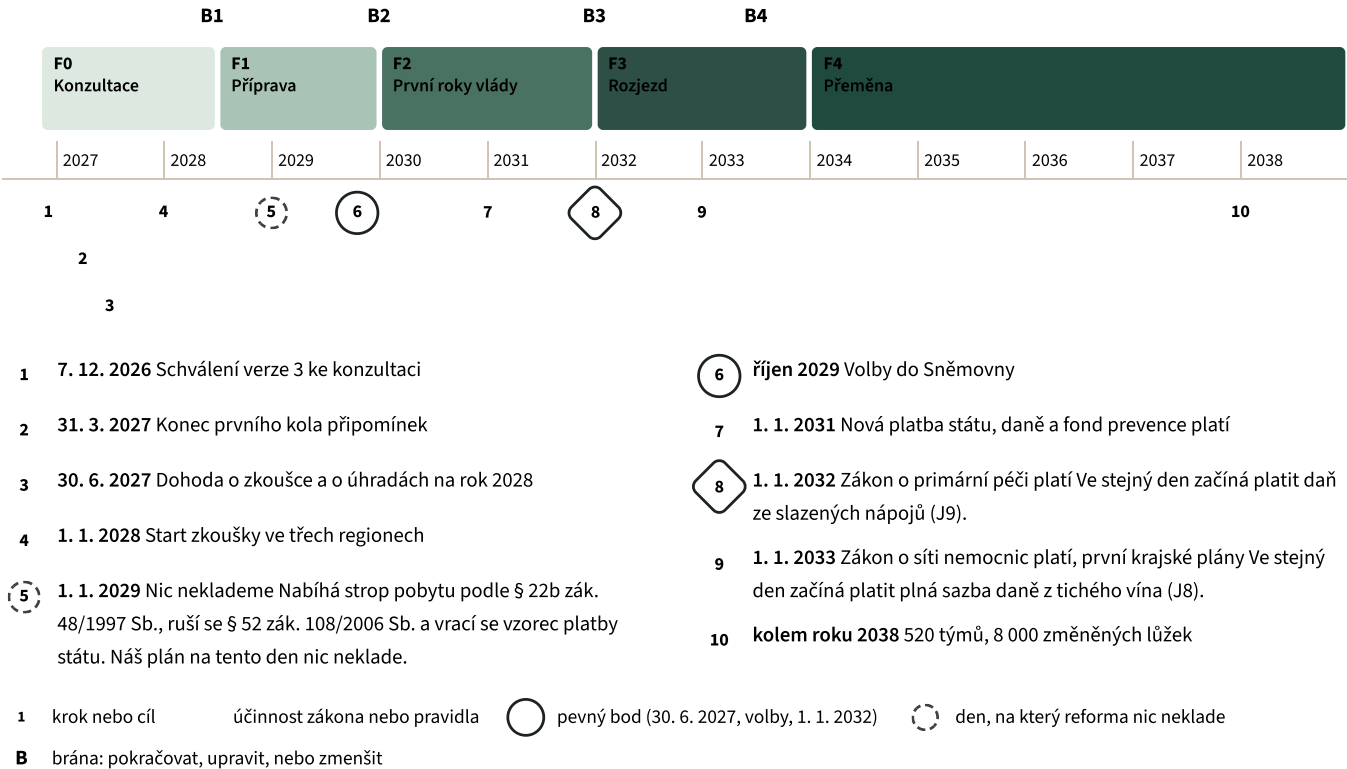
Harmonogram má tři pevné body: 30. 6. 2027 (dohoda o pilotu a konec dohodovacího řízení o úhradách 2028; podněty do něj do 31. 1. 2027), volby do Sněmovny v říjnu 2029 a 1. 1. 2032 (účinnost zákona o primární péči). První dvě fáze jsou konzultační a přípravné. Na 1. 1. 2029 reforma nic neplánuje, protože ten den začíná platit strop podle § 22b zák. 48/1997 Sb. a vrací se vzorec platby státu.

HSPA potvrzuje

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 — a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Reforma má pět fází a čtyři brány; první zákony začnou platit 1. 1. 2031 a 1. 1. 2032



Co	Kdy	Poznámka
520 týmů, 8 000 změněných lůžek	kolem roku 2038	

harmonogram 2026–2038 · 5 fází, 4 brány, klíčové účinnosti · základní scénář Vláda 2030; podrobný harmonogram v Části VIII

Každá brána má tři možné výsledky: pokračovat, upravit, nebo zmenšit; rozhodnutí i jeho důvody se zveřejňují. V doplňkovém scénáři, kdy dnešní vláda převezme část vlny 0, se o jeden až dva roky dřív posunou jen vyhlášky, Věstník a pozměňovací návrhy; termíny zákonů, daní a bran zůstávají.

Co děláme do voleb 2029

Do voleb v říjnu 2029 uděláme sedm věcí, z nichž žádná nepotřebuje vládní většinu; tři závisí na vůli ministerstva a pojišťovny, ostatní na nás. Výsledkem má být dohoda s odborníky, běžící pilot a hotové věcné záměry, se kterými může vláda předložit zákony v prvních měsících roku 2030.

- **Konzultace verze 3** (12/2026–3/2027): schválení resortním týmem 7. 12. 2026, první kolo připomínek do 31. 3. 2027, zveřejněné vypořádání před bránou B1.
- **Devět kulatých stolů** (2/2027–6/2028): standard týmu (2/2027), sestry (4/2027), pilot (5/2027), cesta pacienta a eŽádanka (9/2027), financování (11/2027), síť lůžek (2/2028), dlouhodobá péče (4/2028), prevence a daně (5/2028), bilanční konference (6/2028). Každý stůl má jeden zveřejněný výstup.
- **Podněty do úhrad 2028** (do 31. 1. 2027, dohoda do 30. 6. 2027): sesterská složka u týmových praxí a platba za funkce do dohodovacího řízení; konzultace lékař–lékař, telemonitoring a ultrazvuk u praktika do seznamu výkonů; kompetence sester do vyhl. 55/2011 Sb. Rozhoduje dnešní MZ; v základním scénáři s přijetím nepočítáme.
- **Pilot ve třech ORP** (dohoda do 30. 6. 2027, hodnotitel do 12/2027, provoz od 1. 1. 2028): kraj, který se přihlásí, VZP a obce; 100 až 150 tisíc obyvatel, 30 až 50 mil. Kč ročně; průběžné vyhodnocení na jaře 2029. Pokud dohoda nevznikne, použijeme náhradní smluvní model u jedné pojišťovny.
- **Pozměňovací návrhy k vládním předlohám** (2027–2028): víceleté smlouvy i pro týmy do reformy v. z. p. 2030, triážní údaj do novely zák. 325/2021 Sb., prevence do reformy hygienické služby. Navazujeme tím na vládní reformy a nepředkládáme k nim protinávrhy.
- **Brána B1 „Mandát“** (6/2028): plán je projednaný se všemi 10 klíčovými organizacemi a jejich výhrady jsou zapracované, pilot je podepsaný a strana potvrdila plánovací hodnotu daní za zdraví pro rozpočet reformy (5 mld. Kč ročně) vedle cíle PEER (10 až 15 mld. Kč). Co není projednané nebo zůstalo bez dohody, do volebního programu nezařadíme.
- **Věcné záměry a program** (7/2028–12/2029): zákon o primární péči s pracovním zněním a RIA, zákon o síti s ústavním rozbořem a stanoviskem k SGEI do 6/2029, finanční novela, daň ze slazených nápojů, zákon o Fondu prevence; volební program 2029 s jádrem J1 – J10 a text jádra pro koaliční smlouvu (brána B2).

Rozdělení věcných záměrů mezi členy resortního týmu projedná schůzka 9. 11. 2026; připravuje je resortní tým s Institutem Pi a poslaneckým klubem.

Co od vás potřebujeme

Do brány B1 v červnu 2028 potřebujeme mít plán projednaný se všemi 10 klíčovými organizacemi a jejich výhrady zapracované; od každé skupiny čtenářů ale potřebujeme něco konkrétního dřív. Co nabízíme na oplátku, shrnuje mapa aktérů v Části VIII.

Kdo	Co potřebujeme	Do kdy
Praktici (SPL ČR, SPLDD ČR, mladí praktici)	Spoluvorbu standardu týmu a pětileté smlouvy; stanovisko, za jakých podmínek do týmu vstoupíte a co má obsahovat výkup praxe; souhlas s dětskými týmy a registrací dětí na venkově u praktika pro dospělé v týmu	pracovní skupina od 1. čtvrtletí 2027; kulatý stůl 2/2027
Sestry (ČAS) a komora (ČLK)	Sesterskou složku úhrady a kompetence sester, které jste ochotni hájit v dohodovacím řízení; od komory aspoň neutrální postoj ke kompetencím sester a k triážnímu údaji v eŽádance	kulatý stůl 4/2027; podnět do 31. 1. 2027 (dohoda do 30. 6. 2027)
Pojišťovny (VZP, SZP ČR)	Smlouvu pilotu a sesterskou složku v dohodovacím řízení; data z registrů o lidech bez praktika a o obsazených místech, na kterých stojí brány; u zaměstnaneckých pojišťoven stejný standard smlouvy nebo náhradní model	návrh smlouvy 1. čtvrtletí 2027; dohoda do 30. 6. 2027
Kraje a obce (Asociace krajů ČR, SMO ČR)	Kraj, který se přihlásí k pilotu, a tři ORP; obecní prostory a senior taxi; připomínky k pravidlům krajského plánu sítě a k podmínce kapacity dlouhodobé péče	výzva krajům 1. čtvrtletí 2027; kulaté stoly 2/2028 a 4/2028
Nemocnice a odbory (AČMN, Asociace krajských nemocnic, LOK-SČL, OSZSP ČR)	Spolupráci na pravidlech přeměny: čtyři skupiny lůžek, garance příjmu, pojistka obloženosti 85 %, nabídka každému dotčenému zaměstnanci; vaše data o skutečné obloženosti a personálně obsaditelných lůžkách	kontakt 2027; kulatý stůl 2/2028
Ministerstvo financí, Národní rozpočtová rada, ekonomové	Technickou oponenturu otevřeného modelu (rozpětí 15–25 mld. Kč, tabulka platby státu) a stanovisko k účelovému vázání fondu prevence vůči zák. 218/2000 Sb. a 23/2017 Sb.	kulatý stůl 11/2027; stanovisko do 6/2029
Pacientské organizace	Připomínky k cestě pacienta, ke třem triážním kategoriím, k jmenovitému lékaři a ke 20 ukazatelům; co má měřit ukazatel katastrofických výdajů	od 12/2026; kulatý stůl 9/2027

Kdo	Co potřebujeme	Do kdy
Potenciální koaliční partneři	Společné autorství jádra a sdílený harmonogram; říct včas, které z opatření J8 – J10 (daně, platba státu) jsou pro vás nepřijatelná	setkání zdravotních expertů stran 2028–2029

Jak připomínkovat. První kolo připomínek končí 31. 3. 2027. Připomínku vložte komentářem přímo k odstavci v tomto dokumentu, nebo ji pošlete e-mailem resortnímu týmu; u každé prosíme o číslo opatření (J1 – J10 , P1 – P5) nebo části, které se týká. Každou připomínku vypořádáme písemně a vypořádání zveřejníme před bránou B1 v červnu 2028; nejvíc nám pomohou připomínky k tabulce kroků výše, k cílovým hodnotám ukazatelů a k předpokladům modelu v Části V.

Co reforma nedělá a co ji nejvíc ohrožuje

Pět věcí reforma výslovně nenavrhuje, i když se jí ve veřejné debatě přičítají nebo je navrhují jiné dokumenty.

- Nezavádí regulační poplatky ani příplatky za kratší čekání; katastrofické výdaje domácností se nesmí zhoršit (H8).
- Neruší dětské praktiky ani nemocnice: dětské týmy zůstávají a akutní lůžka se přeměňují na následnou, rehabilitační a paliativní péči, vždy až po prokázání náhrady a dojezdu.
- Nikoho nenutí: vstup praktika do týmu je dobrovolný a kdo nevstoupí, zůstává u dnešní úhrady; povinné doporučení ke specialistovi nezavádíme, přímý přístup zůstává.
- Neprivatizuje: praktici zůstávají soukromí a hodnotu praxe neztratí, budovy center vlastní obec nebo kraj, pojišťovny ani nemocnice se neprodávají.
- Nesnižuje z daní za zdraví odvody z práce a neslibuje z nich víc než 5 mld. Kč ročně; mezeru v příjmech pojištění (70 mld. Kč v roce 2038) reforma nezavírá a netvrdí to o sobě.

Každé ze tří největších rizik má vlastní pojistku, která reformu zmenší nebo zastaví dřív, než nesplněný předpoklad zatíží rozpočet. Celý registr 19 rizik je v Části X.

Riziko	Časný signál	Pojistka
Nedostatek sester: reforma potřebuje asi 440 sester ročně, nemocnice a dlouhodobá péče soutěží o tytéž absolventky	obsazenost míst sester v pilotu a v týmech první vlny z registrů pojištěn, čtvrtletně	náběh po etapách, plat na úrovni nemocniční sestry, platí se jen obsazené místo; brána B3 (12/2031): při obsazení méně než poloviny míst varianta B bez center, investice do budov vázané na splněnou bránu
Podhodnocené náklady: platby týmům a počet sester rozhodují o výsledku	skutečné platby na pojištěnce v pilotu mimo rozpětí 4,8–7,5 mld. Kč v plném náběhu	plánování v rozpětí 15–25 mld. Kč místo jediné hodnoty, zveřejněný otevřený model, přepočty z nákladů pilotu před bránou B2 ; neúspěch jednoho nástroje zastaví jen ten nástroj
Legislativní kapacita ministerstva: velká předloha trvá 24 až 42 měsíců a za jedno období lze zvládnout jen dvě	věcné záměry nehotové k 12/2029; ve vládním plánu víc než dvě velké předlohy; neobsazené týmy legislativního odboru	věcné záměry a pracovní znění napsané v opozici, jen dvě velké předlohy (primární péče, síť), hodnocení technologií rozšířením mandátu SÚKL a ÚZIS bez nového zákona; nejdřív smlouva a vyhláška, zákon až potom

Od roku 2026 do roku 2038 platí bez ohledu na to, kdo vládne, čtyři pravidla rozhodování: bez dat se o bráně nerozhoduje; neúspěch nástroje zastaví jen ten nástroj; nesplněná brána B3 znamená variantu B; akutní lůžko se nepřemění, dokud kraj neprokáže kapacitu dlouhodobé péče a dojezd.

Část I – Výchozí stav: proč měnit

České zdravotnictví má těžiště v nemocnicích: akutní lůžková péče čerpá 29,7 % úhrad zdravotního pojištění, praktici pro dospělé 4,3 % (ÚZIS, 2024). S tímto rozložením se teď střetává stárnutí populace. Lidí nad 85 let bude v roce 2050 zhruba 509 tisíc proti 202 tisícům v roce 2021 a počet lidí nad 75 let s vysokou potřebou péče se přibližně zdvojnásobí ze 115 na 241 tisíc (ČSÚ, ÚZIS).

HSPA potvrzuje

Kam plyne 508 miliard. Co o struktuře českého zdravotnictví říkají dohodovací řízení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-segmenty-2026.html>)

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

Systém má silné stránky, které reforma zachovává. Z povinného pojištění je hrazeno 85 % výdajů (průměr OECD 75 %) a nenaplněnou potřebu péče hlásí 0,5 % lidí (OECD 3,4 %; OECD Health at a Glance 2025). Výdaje na zdravotnictví ze všech zdrojů dosáhly 8,6 % HDP (ČSÚ, 2024); slabinou systému je tedy organizace péče, výše výdajů sama o sobě problémem není.

HSPA upřesňuje

Odkud jdou peníze a kam mizí. Anatomie financování českého zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-sha.html>)

Co by nadstandardy udělaly s českým nárokem – a za jakých podmínek by dostupnost nesnížily (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nadstandardy-3-cesky-narok.html>)

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Studie odděluje dvě otázky. Mezera mezi výdaji a příjmy zdravotního pojištění, která za dnešních pravidel příjmů vzniká, je fiskální problém a řešit ji musí právě pravidla příjmů (podsekce Peníze níže a Část V). Reforma odpovídá na jinou otázku: jakou péči za rostoucí výdaje dostaneme.

Sedm podsekcí níže popisuje problémy, na které míří jádro reformy (J1 – J10) a jeho podmínky (P1 – P5). Mezinárodní data vycházejí se zpožděním jednoho až tří let a definice se mezi zeměmi liší, proto ze srovnání vyvozujeme jen řád velikosti. Tabulka na konci části přiřazuje každému problému příčinu a opatření.

Nemocniční těžiště výdajů

Na samotnou akutní lůžkovou péči šlo v roce 2024 29,7 % úhrad pojištění, tedy 150 mld. Kč. Celý lůžkový segment včetně nemocničních ambulančí a centrových léčiv čerpá 56,3 %, praktici pro dospělé 4,3 %.

HSPA potvrzuje

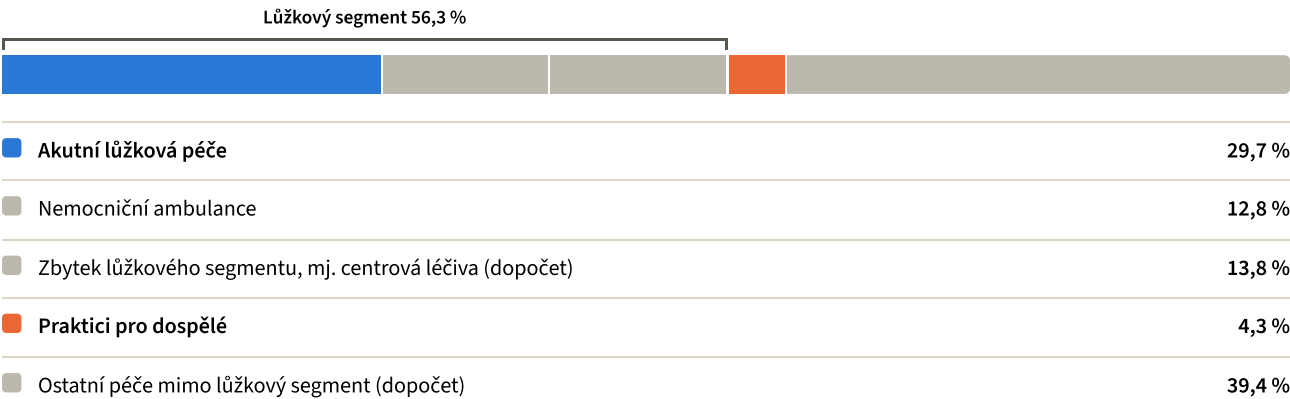
Osmdesát osm celých čtyři procenta. Úhradová vyhláška 2027 si sama píše, že nemocnicím rostou náklady rychleji než úhrady (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhradova-vyhlaska-2027.html>)

Kam plyne 508 miliard. Co o struktuře českého zdravotnictví říkají dohodovací řízení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-segmenty-2026.html>)

Indikátor: Podíl výdajů ZP na lůžkovou péči (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=podil_vydaje_luzkova_pece)

Na akutní lůžka jde téměř sedmkrát víc peněz než na praktické lékaře pro dospělé

Podíl na úhradách zdravotních pojišťoven v roce 2024, v %. Celý lůžkový segment včetně nemocničních ambulančí a centrových léčiv čerpá 56,3 %.



Akutní lůžková péče (29,7 %, asi 150 mld. Kč) dostává 6,9krát víc než praktici pro dospělé (4,3 %). Cílem studie je podíl akutní lůžkové péče 26 % kolem roku 2038; sledujeme ho spolu s podílem nemocničních ambulančí, aby nešel splnit přeučtováním.

Zdroj: ÚZIS, NRHZS OIS-11-24 (verze 2026-01), úhrady 7 pojišťoven za rok 2024 z pololetní dodávky; praktici: ÚZIS 2024. „Ostatní“ a „zbytek“ jsou dopočet do celku.

ÚZIS, NRHZS OIS-11-24 (verze 2026-01), úhrady 7 pojišťoven za rok 2024 bez podsegmentu 1.7.1; rok 2024 z pololetní dodávky; praktici: ÚZIS 2024; „ostatní“ = dopočet do celku

Číslo 56,3 % se často cituje jako „polovina peněz do nemocnic“; samotná hospitalizační péče ale tvoří 29,7 %. Studie proto sleduje podíl akutní lůžkové péče (podsegment 2.1.2) a usiluje o jeho pokles na 26 % kolem roku 2038. Ukazatel lze splnit i přeučtováním výkonů do nemocničních ambulančí, proto ho posuzujeme spolu s jejich podílem (12,8 %) a s výsledky péče (Část IX).

HSPA potvrzuje

Kam plyne 508 miliard. Co o struktuře českého zdravotnictví říkají dohodovací řízení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-segmenty-2026.html>)

Nemocniční ambulance: 65 miliard, které se počítají jako lůžková péče (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nemocnicni-ambulance.html>)

Od zahraničí se Česko liší víc kapacitou než penězi. Podle NZIP má Česko 48 036 akutních lůžek, tedy 4,4 na 1 000 obyvatel (2024); v mezinárodní definici OECD je to 3,99 proti 2,38 ve Španělsku a 2,09 v Nizozemsku. Na lůžkovou kurativní péči jde podle zdravotnických účtů (SHA) 25,9 % celkových výdajů na zdraví, průměr OECD je 24,2 % (2023).

HSPA potvrzuje

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Kam plyne 508 miliard. Co o struktuře českého zdravotnictví říkají dohodovací řízení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-segmenty-2026.html>)

Tři z tisíce. K lékaři se v Česku dostanete nejsnáze ze střední Evropy — kapacity ale rostou nejpomaleji z pětky (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-soused-e-dostupnost.html>)

Česko hospitalizuje 17 990 lidí na 100 tisíc obyvatel ročně (ÚZIS NRH, 2024), průměr OECD je kolem 14 600. Standardní akutní lůžka byla v roce 2024 obsazena z 56 % (v roce 2015 z 65,6 %), lůžka následné péče z 84,2 % (ÚZIS, NRHZS). Akutní lůžka tedy stojí poloprázdná, zatímco následná jsou téměř plná. Objem akutní lůžkové péče měřený ošetřovacími dny klesal za posledních deset let asi o 1,5 % ročně, síť ani lůžkový fond na to ale nereagovaly a řada nemocnic provozuje oddělení s obložeností pod 50 % (MZ ČR, Strategické analýzy potřeb rezortu zdravotnictví 2025, s. 61 a 75).

HSPA potvrzuje

Osmnáct tisíc hospitalizací na sto tisíc obyvatel. Proč Česko leží v nemocnicích nejvíce v OECD (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-hospitalizujeme-nejvic.html>)

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Nízká obloženost neznamená, že lze 44 % lůžek zavít: rozhodují personálně obsaditelná lůžka, sezónní špičky, obor a dojezd. Obloženost nad 85 % souvisí s o 9 % vyšší úmrtností (Madsen a kol., Health Affairs 2014), proto studie počítá s přeměnou lůžek a jejich rušení nenavrhuje. Úhrady (CZ-DRG, paušály, individuální dohody) přitom pořád víc odměňují objem a historické rozpočty než přesun pacienta do následné nebo ambulantní péče.

HSPA má téma

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 — a vyrovnaná vyhláška stojí na částece, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Nemocniční ambulance: 65 miliard, které se počítají jako lůžková péče (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nemocnicni-ambulance.html>)

Praktiků ubývá a stárnou

Praktiků pro dospělé (PLD) je zhruba 5 500 a čistý úbytek je 110 až 180 ročně; personální bilance studie (Část V) z něj vychází a pro rok 2035 počítá s asi 3 900 až 4 500 PLD. Příčinou je věková struktura: asi třetina praktiků pro dospělé je starší 60 let a dalších 25 % má 50 až 59 let (ÚZIS k 31. 12. 2024, průměrný věk 56,2 roku, medián 58; HSPA Monitor). Graf níže vychází z údajů k 31. 3. 2023 a zahrnuje širší okruh všech aktivních lékařů oboru; v něm byl podíl starších 60 let 43,6 %.

HSPA potvrzuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Každý druhý praktik brzy do důchodu. Čtyřicet jedna procent českých lékařů je starších 55 let (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-starnuti-lekaru.html>)

Třetině dětských praktiků je přes 65 let. Síť ordinací se tenčí rychleji, než ji noví pediatri stíhají přebírat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html>)

Téměř polovina praktiků pro dospělé je starší 60 let

Aktivní lékaři oboru všeobecné praktické lékařství v ambulantní péči (6 120), podíl podle věku v %

43,6 % tedy asi 2 670 z 6 120 lékařů oboru



Ročně atestuje 150 až 200 nových praktiků, odchází jich víc. Graf zahrnuje všechny aktivní lékaře oboru, i ty, kteří nejsou registrujícími praktiky; registrujících praktiků pro dospělé je asi 5 500. Podíly užších pásem 60–64, 65–69 a 70+ text studie neuvádí, proto ukazujeme skupinu 60+ jako celek.

Zdroj: ÚZIS, NRZP a NRHZS, stav k 31. 3. 2023 (M. Matějková, Praktické lékařství v České republice, FaF UK 2024)

ÚZIS, NRZP a NRHZS, stav k 31. 3. 2023 (M. Matějková, Praktické lékařství v České republice, FaF UK 2024); pásma 60–64 a 65–69 dopočtena z kumulativních podílů 60+, 65+ a 70+

Graf zahrnuje všechny aktivní lékaře oboru v ambulantní péči (6 120), tedy i ty, kteří nejsou registrujícími praktiky; počet PLD v textu (asi 5 500) je užší.

K atestaci ze všeobecného praktického lékařství ročně přistupuje 110 až 140 lékařů a z aktivní praxe odchází 250 až 320 (ÚZIS k 31. 12. 2024; HSPA Monitor). V obcích do 2 000 obyvatel mezi lety 2018 a 2022 zaniklo 428 míst praktiků a vzniklo 291 (ÚZIS). Ordinance, kterou nikdo nepřevezme, zanikne a její pacienti hledají místo u okolních praktiků, kteří už nemají volnou kapacitu.

HSPA potvrzuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Třetině dětských praktiků je přes 65 let. Síť ordinací se tenčí rychleji, než ji noví pediatři stíhají přebírat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html>)

Praktiků pro děti a dorost (PLDD) je asi 2 050. Obor stárne podobně: průměrný věk je 56 let a z 292 pediatriů atestovaných v letech 2016 až 2022 šlo do ordinací jen 153 (ÚZIS 2023).

HSPA potvrzuje

Třetině dětských praktiků je přes 65 let. Síť ordinací se tenčí rychleji, než ji noví pediatři stíhají přebírat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html>)

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Indikátor: Podíl praktických lékařů pro děti a dorost ve věku 65+ (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=pldd_podil_65plus)

Typickou ordinací tvoří jeden lékař a jedna sestra a praktik nesmí ani to, co jeho kolegové v zahraničí dělají běžně. Preskripční omezení se symbolem „F“ (skupiny „E“ otevřela praktikům vyhláška č. 119/2026 Sb. od 1. 7. 2026) ho dále nutí posílat chroniky ke specialistovi kvůli receptu a řada výkonů (například ultrazvuk) mu není hrazena. Kolik času mu zabere administrativa, v Česku nikdo spolehlivě nezměřil.

HSPA upřesňuje

Konec obíhání kvůli receptu. Přes 1 200 léků smí od července předepsat i praktik (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-preskripce-praktici-2026.html>)

Kolik dospělých nemá registrujícího praktika, systém neměří. Nepřímé údaje ukazují, že nejde o okrajový problém: asi 182 tisíc dětí do 19 let nemělo v roce 2022 vykázanou kapítaci u PLDD a dalších asi 90 tisíc měl v péči praktik pro dospělé (ÚZIS 2023). Týmové praxe zavedené od roku 2025 zaregistrovaly jen u VZP 43 705 lidí, kteří lékaře hledali (VZP, 15. 7. 2026).

HSPA potvrzuje

Třetině dětských praktiků je přes 65 let. Síť ordinací se tenčí rychleji, než ji noví pediatři stíhají přebírat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html>)

Ověřit: počet dospělých pojištěnců bez registrujícího praktika podle registrů všech sedmi pojišťoven (výchozí hodnota pro ukazatel J5).

Q Ověřujeme

HSPA nemá

Třetině dětských praktiků je přes 65 let. Síť ordinací se tenčí rychleji, než ji noví pediatři stíhají přebírat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html>)

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Odvratitelné hospitalizace a úmrtnost

Česko má o 25 % víc odvrátitelných hospitalizací než průměr OECD (592 proti 473 na 100 tisíc) a léčitelná úmrtnost je o 24 % nad průměrem EU (107,2 proti 86,8). Největší odstup je u nemocí, o jejichž průběhu rozhoduje soustavná péče o chroniky.

HSPA potvrzuje

Téměř šest set hospitalizací, kterým mělo zabránit ambulantní zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vyhnutelne-hospitalizace.html>)

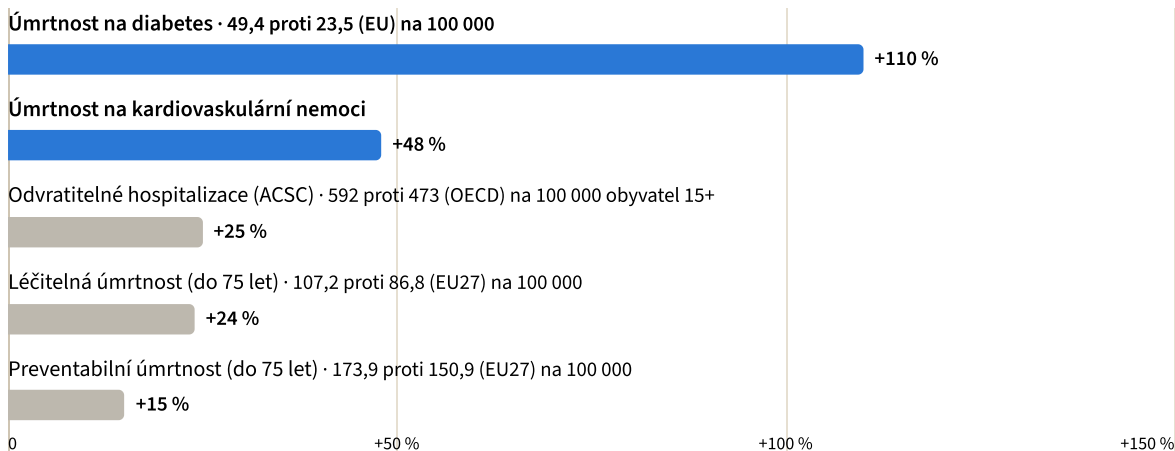
Co dokáže systém vyléčit: Česko ztrácí o čtvrtinu víc životů, kterým šlo zabránit léčbou (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-lecitelna-mortalita.html>)

Podfinancované, nebo neefektivní? Česko dává na zdravotnictví méně než Evropa — a ztrácí víc, než i tomu odpovídá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vysledky-za-penize.html>)

Nejvíc zaostáváme u nemocí, o kterých rozhoduje péče o chroniky: úmrtnost na diabetes je dvojnásobná

O kolik procent je Česko nad průměrem EU (úmrtnost, standardizovaná) nebo OECD (odvratitelné hospitalizace)

■ nemoci, o jejichž průběhu rozhoduje soustavná péče o chroniky ■ souhrnné ukazatele



U kardiovaskulárních nemocí uvádí studie jen rozdíl (+48 %) bez absolutních hodnot. Česká akutní kardiologie přitom nezaostává; odstup vzniká v soustavné péči.

Zdroj: Eurostat hlth_cd_asdr2 a hlth_cd_apr (2023, standardizace ESP 2013); odvratitelné hospitalizace (ACSC): OECD Health at a Glance 2025, období 2021/2022, standardizace na populaci OECD 15+

Eurostat hlth_cd_asdr2 a hlth_cd_apr (2023, standardizace ESP 2013); ACSC: OECD Health at a Glance 2025, období 2021/2022, standardizace na populaci OECD 15+

Odvratitelné hospitalizace (ACSC) jsou přijetí pro diabetes, CHOPN, srdeční selhání, hypertenzi a astma, kterým lze předejít dobrou ambulantní péčí. Ukazatel je nepřímý: ovlivňuje ho i dostupnost specialistů, kódování a chování pacientů. Národní registrová řada ÚZIS a standardizovaný ukazatel OECD nejsou zaměnitelné, proto studie pracuje s řadou OECD.

HSPA má téma

Téměř šest set hospitalizací, kterým mělo zabránit ambulantní zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vyhnutelne-hospitalizace.html>)

Indikátor: Úmrtnost na chronické nemoci dolních dýchacích cest (CHOPN, astma) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=mortalita_chopn)

Léčitelná úmrtnost měří, zda systém včas a správně léčí; preventabilní měří sílu prevence a vliv životního stylu. V obou Česko zaostává. U diabetu je úmrtnost 49,4 proti 23,5 na 100 tisíc v EU, u kardiovaskulárních nemocí je o 48 % vyšší, přestože česká akutní kardiologie nezaostává.

HSPA potvrzuje

Na diabetes umírá v Česku dvakrát víc lidí než v průměru EU. Část rozdílu vznikla v roce 2013 na úmrtním listu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-umrtnost-diabetes-dvojnasocek-eu-2026.html>)

Český kardiovaskulární paradox. Akutní péče v evropské špičce, mortalita o 60 procent vyšší (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kardiovaskularni-mortalita.html>)

O 14 % horší poměr. Česko patří mezi tři střeoevropské země, kde na ischemickou chorobu srdeční relativně víc umírají ženy (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zeny-ischemicka-choroba-srdce-2026.html>)

Pro srdeční selhání Česko hospitalizuje zhruba dvakrát častěji než Španělsko (OECD Health Statistics). Pozorovací studie ukazují, co pomáhá: lidé, kteří mají téhož praktika 15 a více let, mají asi o čtvrtinu nižší úmrtnost (Sandvik a kol., BJGP 2022; Pereira Gray a kol., BMJ Open 2018). Péče o chroniky vedená sestrou je stejně bezpečná nebo bezpečnější než péče vedená lékařem (Paier-Abuzahra a kol., Hum Resour Health 2024).

HSPA nemá

Hospitalizace pro srdeční selhání ve srovnání se Španělskem HSPA nemá (jen souhrnný ACSC 592 vs. 473).

Sestry a další personál

Ve zdravotnictví pracuje asi 83 tisíc sester a asi 3 tisíce jich chybí. Přes 12 tisíc všeobecných sester je starších 60 let a dalších 1 774 starších 70 let (NZIS; MZ ČR 2025, s. 111). Za 10 až 12 let bude potřeba přes 30 000 úvazků nových všeobecných a dětských sester a porodních asistentek, z toho nejméně 24 000 všeobecných (vládní program pro nelékařské profese 2026–2037, podklad ÚZIS a MŠMT; HSPA Monitor). Plně kvalifikovaných všeobecných sester přitom promuje jen asi 1 750 ročně, tedy 16,1 na 100 tisíc obyvatel, což je méně než polovina průměru

OECD (OECD Health Statistics 2024; HSPA Monitor); učí je 16 vysokých a 35 vyšších odborných škol (MZ ČR 2025, s. 112 a 114). Vládní program pro nelékařské zdravotnické profese na roky 2026 až 2037 (přes 12,8 mld. Kč) navyšuje kapacity prvních ročníků nejméně o 20 %, u všeobecného ošetrovatelství až o 40 %, a má na vysokých školách vychovat 11 078 všeobecných sester, 2 539 porodních asistentek a 1 547 dětských sester; vyšší odborné školy mají za stejnou dobu vychovat asi 11 000 všeobecných sester (vládní program pro nelékařské profese 2026–2037; MZ ČR 2025, s. 113–114).

HSPA potvrzuje

Čtyřicet osm ku dvanácti. Plán přesunout péči z lůžek do terénu má peníze i směr — nemá ruce (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-sestry-vazajici-podminka.html>)

Generační propast v ošetrovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Indikátor: Praktikující sestry / 1 000 obyvatel (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=sestry_per_1000)

Ukazatel	Česko	Srovnání	Zdroj, rok dat
Lékaři na 1 000 obyvatel	4,2	OECD 4,0	OECD Health Statistics, poslední dostupný rok
Podíl praktiků (PLD + PLDD) mezi lékaři	asi 17 %	OECD asi 23 %	ÚZIS NRZP; OECD Health at a Glance 2023
Lékaři ve věku 55 a více let	41 %	EU 35 %	OECD/EK Health at a Glance: Europe 2024, data 2022
Praktikující sestry na 1 000 obyvatel	9,0 (Eurostat, užší koncept praktikujících sester: 8,0, od roku 2021 pokles o 3,5 %)	OECD 9,2	ÚZIS NRZP 2024; OECD; Eurostat hlth_rs_prs2 2024 (HSPA Monitor)
Absolventi ošetrovatelství na 100 000 obyvatel	38,8, z toho všeobecné sestry asi 16	OECD 44,4	OECD Health Statistics, 2024
Fyzioterapeuti na 100 000 obyvatel	86	EU 147,5	ÚZIS 2024; Eurostat 2023
Pracovníci dlouhodobé péče na 100 lidí nad 65 let	2,5	OECD 5,6	OECD Health Statistics, 2024 (HSPA Monitor)

HSPA upřesňuje Lékařů máme víc než OECD. Sester chybí. A absolventů taky (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pracovni-sila.html>)

Tři z tisíce. K lékaři se v Česku dostanete nejnáz ze střední Evropy — kapacity ale rostou nejpomaleji z pětky (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-soused-e-dostupnost.html>)

Lékař-specialista bere 2,74násobek průměrné mzdy — nejvíc v historii. Křivka ale roste jen po protestech (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platy-lekaru.html>)

Počtem sester na obyvatele Česko průměru OECD zhruba odpovídá, podle užšího konceptu Eurostatu je ale pod úrovní sousedních zemí a sester od roku 2021 o 3,5 % ubylo. Problémem jsou věk, přesčasy a složení. Plně kvalifikovaných všeobecných sester promuje jen asi 16 na 100 tisíc obyvatel, zbytek absolventů tvoří praktické sestry a asistenti.

HSPA potvrzuje

Generační propast v ošetrovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Sester přibývá, přesto chybí: proč český počet absolventů klame (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-absolventi-osetrovatelstvi.html>)

Primární péče sestry s vlastními pacienty skoro nemá. Typická ordinace má jednu sestru, která dělá hlavně administrativu a asistenci, a podmínky týmových praxí od roku 2025 sestry ani jiné profese nezahrnují. Kompetence sester se od roku 2022 rozšiřují: vyhláška 158/2022 Sb. rozšířila ve vyhlášce 55/2011 Sb. okruh činností, které sestry vykonávají bez indikace lékaře, vyhláška 324/2024 Sb. přenesla část kompetencí v léčbě ran na specializovanou sestru a zákon 375/2022 Sb. umožnil sestrám se specializovanou způsobilostí předepisovat vybrané zdravotnické prostředky. Samostatnou práci v ordinaci praktika ale dál brzdí úhrada a chybějící protokoly.

HSPA má téma

Generační propast v ošetrovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Primární péče se proto bude o každou sestru přetahovat s nemocnicemi a dlouhodobou péčí, které potřebují tytéž absolventky. Fyzioterapeutů je zhruba o 40 % méně než v průměru EU a pracovníků dlouhodobé péče méně než polovina průměru OECD. Kolik sester týmy potřebují a v jakém tempu, počítá personální bilance v Části V.

HSPA potvrzuje

Čtyřicet osm ku dvanácti. Plán přesunout péči z lůžek do terénu má peníze i směr — nemá ruce (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-sestry-vazajici-podminka.html>)

Indikátor: Praktikující fyzioterapeuti / 100 000 obyvatel (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=fyzioterapeuti_per_100k)

Indikátor: Pracovníci formální dlouhodobé péče (na 100 osob 65+) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=pracovnici_ltc_per_100_65plus)

Číslo „přes 30 000 úvazků“ z verze 3 platí pro všeobecné a dětské sestry a porodní asistentky dohromady; samotných všeobecných sester je potřeba nejméně 24 000 úvazků (vládní program; HSPA Monitor); věkovou strukturu sester jsme doplnili výše (NZIS). Tím jsou uzavřena i obě ověření z verze 3.

Dlouhodobá péče a sociálně-zdravotní pomezí

Na 1 000 lidí nad 65 let připadá 35,1 lůžka dlouhodobé péče, srovnatelné evropské země mají asi 46 (OECD 2024; Eurostat 2019/2020). Za deset let lůžek přibýlo, seniorů ale přibývalo rychleji.

HSPA potvrzuje

Místo pro stáří se ztrácí. Lůžek dlouhodobé péče má Česko o čtvrtinu pod evropským průměrem (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-luzka-dlouhodob-pece.html>)

Tichá epidemie: v Česku se za rok léčí přes 135 tisíc lidí s demencí — a odhady říkají, že skutečných je o třetinu víc (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-demence-prevalence.html>)

Indikátor: Lůžka dlouhodobé péče v pobytových zařízeních (na 1 000 obyvatel 65+) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=luzka_dlouhodob-pece_65plus)

Lůžek dlouhodobé péče máme o 24 % méně než srovnatelné evropské země a přibývají pomaleji, než je potřeba

Vlevo lůžka v zařízeních na 1 000 lidí nad 65 let; vpravo nová lůžka dlouhodobé a následné péče za rok

LŮŽKA NA 1 000 LIDÍ NAD 65 LET



NOVÁ LŮŽKA ZA ROK



Lůžek za deset let přibýlo, seniorů ale rychleji. Do roku 2035 bude potřeba zhruba 39 000 nových lůžek dlouhodobé a následné péče, o 53 % víc než v roce 2021.

Zdroj: OECD Health Statistics, DF_HEALTH_LTCR_BED (2024); srovnání: Eurostat hlth_rs_bdsns (HP.2), 2019/2020; potřeba: Přecechtěl a Hlávka, Studie efektivního zdravotnictví, 2025. Řada zahrnuje sociální pobytové služby i lůžka následné a dlouhodobé zdravotní péče.

OECD Health Statistics, DF_HEALTH_LTCR_BED (lůžka v zařízeních, 2014–2024); srovnání: Eurostat hlth_rs_bdsns (HP.2), 2019/2020; řada zahrnuje sociální pobytové služby i lůžka následné a dlouhodobé zdravotní péče

Do roku 2035 bude potřeba zhruba 39 000 nových lůžek dlouhodobé a následné péče, zdravotních i sociálních, o 53 % víc než v roce 2021 (Přecechtěl a Hlávka, Studie efektivního zdravotnictví, 2025). Muselo by jich vznikat asi 2 800 ročně; v roce 2022 jich vzniklo 1 928.

HSPA potvrzuje

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomez-2026.html>)

Zdravotní část této potřeby je menší. Zdravotních lůžek následné a dlouhodobé péče už dnes chybí nejméně 2 až 3 tisíce a do roku 2035 bude potřeba dalších nejméně 8 tisíc; spodní hranice predikcí je asi 4 700 lůžek do let 2030 až 2035 (MZ ČR 2025, s. 65 a 66). Obě řady uvádíme vedle sebe a nesčítáme je. Zbytek odhadu 39 000 tvoří pobytové sociální služby.

HSPA nemá

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomez-2026.html>)

Studie Deloitte pro Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR (2026) počítá do roku 2035 s potřebou 35 tisíc pobytových míst a 21 tisíc úvazků terénních pečovatelských; náklad sociální péče o seniory podle ní vzroste z asi 80 na 137 mld. Kč ročně. Studie vznikla na zakázku poskytovatelů a její vstup Deloitte neověřoval. Rozdíl proti odhadu 39 000 plyne z rozsahu: Deloitte počítá jen sociální pobytové služby, první odhad zahrnuje i zdravotní lůžka následné péče.

HSPA potvrzuje

Kdo se o nás postará v roce 2035. O 284 tisíc lidí nad 75 let víc, tři cesty a jeden nesečtený účet (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kdo-se-o-nas-postara-2035.html>)

Pobytová dlouhodobá péče spadá pod dva resorty. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem patří pod MPSV a kraje, léčebny dlouhodobě nemocných a následná lůžka pod MZ a pojišťovny. Kvůli dvojímu financování a dvojí evidenci za kapacitu jako celek nikdo neodpovídá.

HSPA potvrzuje

Dlouhodobá péče v Česku: tichá strukturální krize. Proč dvojí kolejný systém stojí v cestě reformě, kterou demografie tak jako tak vynutí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-dlouhodob-pece-2026.html>)

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomez-2026.html>)

Pro reformu je to tvrdá podmínka. Lůžka následné péče jsou obsazená z 84,2 %, takže tam žádná rezerva není a akutní lůžko nelze přeměnit, dokud kraj nemá kam pacienta přeložit. Když kapacita nevznikne, zůstane péče na rodinách: neformální pečující podle studie Deloitte odvádějí práci za 97 tisíc úvazků.

HSPA potvrzuje

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Peníze: pojištění ve schodku, rezervy klesají

Zdravotní pojištění hospodaří od roku 2023 se schodkem. Na rok 2026 pojišťovny plánují příjmy 555,8 mld. Kč a výdaje 570,8 mld. Kč, tedy schodek 14,9 mld. Kč (počítáno z nezaokrouhlených částek).

HSPA potvrzuje

Schodek podle plánu. Pojišťovny míří rokem 2026 k minusu 14,9 miliardy a rezervy klesají ke kritické hranici (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pojistn-e-plan-2026.html>)

Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)

Pojištění je ve schodku a zůstatky na účtech pojišťoven klesly pod jeden měsíc výdajů

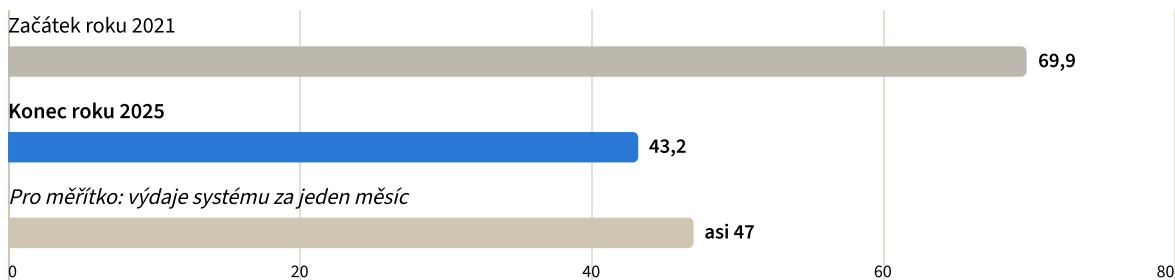
Vlevo zdravotně pojistné plány na rok 2026, vpravo zůstatky na účtech všech sedmi pojišťoven; mld. Kč

PLÁN NA ROK 2026



Schodek 14,9 mld. Kč; pojištění je ve schodku od roku 2023.

ZŮSTATKY NA ÚČTECH POJIŠŤOVEN



Zdroj: Zdravotně pojistné plány pojišťoven a jejich hodnocení MZ; rok 2026 = schválené plány (sněmovní tisk 280/0). Zůstatek fondů: důvodová zpráva k tisku 235.

Zdravotně pojistné plány pojišťoven a jejich hodnocení MZ; rok 2026 = schválené plány (sněmovní tisk 280/0)

Schodky se kryjí z rezerv. Studie je měří jedinou veličinou: zůstatky na účtech všech sedmi pojišťoven. Ty klesly z 69,9 mld. Kč na začátku roku 2021 na 43,2 mld. Kč na konci roku 2025 (důvodová zpráva k tisku 235; HSPA Monitor). K 30. 4. 2026 bylo na účtech 52,7 mld. Kč, z toho v základních fondech jen 27,7 mld. Kč, a plány pojišťoven počítají se zůstatkem základních fondů 2,8 mld. Kč na konci roku 2026.

HSPA upřesňuje

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částece, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Osmdesát osm celých čtyři procenta. Úhradová vyhláška 2027 si sama píše, že nemocnicím rostou náklady rychleji než úhrady (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhradova-vyhlaska-2027.html>)

Schodek podle plánu. Pojišťovny míří rokem 2026 k minusu 14,9 miliardy a rezervy klesají ke kritické hranici (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pojisteni-plany-2026.html>)

Další čísla, která se v debatě objevují, měří jiné veličiny. Asi 32 mld. Kč jsou rezervy ke konci roku 2025 podle výkaznictví pojišťoven (VZP asi 23, zaměstnanecké pojišťovny asi 9 mld. Kč; HSPA Monitor). 45,7 mld. Kč jsou podle odborů prostředky na účtech ke konci srpna 2026; tento údaj HSPA Monitor neeviduje. Pro srovnání: provozní minimum pojišťoven, tedy dvanáctina ročních výdajů, je asi 47 mld. Kč. Ověřit: vazbu poklesu zůstatku na kumulované saldo.

Q Ověřujeme

HSPA potvrzuje

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částece, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Miliardy, které chybí. Anatomie deficitu veřejného zdravotního pojištění 2026 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-vzp-2026.html>)

Schodek podle plánu. Pojišťovny míří rokem 2026 k minusu 14,9 miliardy a rezervy klesají ke kritické hranici (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pojisteni-plany-2026.html>)

Platba státu za státní pojištěnce je v roce 2026 2 188 Kč měsíčně a její podíl na výdajích pojištění klesl z 30,8 % v roce 2021 na 28,4 %, přestože státních pojištěnců přibývá. Vzorec podle § 3c zák. 592/1992 Sb. sleduje inflaci a polovinu růstu reálné mzdy; počet a věk státních pojištěnců nezohledňuje. Pro rok 2027 tisk 235 stanovil pevný vyměřovací základ 18 362 Kč (platba 2 479 Kč); vzorec se má vrátit od roku 2029 a MZ avizuje zmrazení pro rok 2028.

HSPA upřesňuje

Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částece, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

2,4 miliardy podle vzorce, 24 miliard podle slibu. Platba za státní pojištěnce jde do roku 2027 po dvou kolejích (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-valori-zace-statni-pojistenci-2027.html>)

Národní rozpočtová rada očekává růst výdajů zdravotního pojištění z 6,4 % HDP v roce 2026 na 6,9 % v roce 2036 a 7,5 % v roce 2056, při příjmech kolem 6,1 až 6,2 % HDP (Zpráva o dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí 2026, tab. D.1). V cenách a při velikosti ekonomiky roku 2026 to dává mezeru asi 60 mld. Kč v roce 2035 a asi 104 mld. Kč v roce 2050 (přepočtené studie, Část V). Jde o podmíněný scénář, který platí za dnešních pravidel příjmů. Ověřit: přesné hodnoty tabulky D.1 v primárním zdroji.

Q Ověřujeme

HSPA nemá

Bilion korun v roce 2040. A čtyřicet miliard, které se do něj nepočítají (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-projekce-bez-centrovych-leciv.html>)

Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)

Ochrana před přímými platbami slábne u nejchudších. V roce 2023 mělo katastrofické výdaje na zdraví 21 % domácností nejchudší pětiny (v roce 2018 14 %) a asi 6 % všech domácností, hlavně kvůli doplatkům na léky a platbám u zubaře (WHO/Europe 2025).

HSPA potvrzuje

Šest procent domácností, dvacet jedna procent u nejchudších. Katastrofické výdaje na zdraví v Česku rostou (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-katastroficke-vydaje-zdravi.html>)

Čtrnáct procent z kapsy. Česká solidarita zdravotnictví – a kde její míra zaostává za realitou (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-z-kapsy.html>)

Indikátor: Katastrofické výdaje na zdraví (domácnosti) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=katastroficke_vydaje_zdravi)

Zdravotní rizika a prevence

Česko vypije 11,2 litru čistého alkoholu na osobu nad 15 let ročně (2023), asi o třetinu víc než průměr OECD, a 60 % dospělých má nadváhu nebo obezitu. Prevence přitom dostává méně peněz než v průměru OECD.

HSPA potvrzuje

Čtrnáct litrů. Proč Česko pije nejvíc v OECD a co s tím dělají jiné země (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-alkohol-spotreba.html>)

Indikátor: Spotřeba alkoholu (čistý alkohol, 15+) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=alkohol_spotreba)

Indikátor: Nadváha a obezita (BMI ≥ 25, 18+) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=bmi_dospeli)

Ukazatel	Česko	Srovnání	Zdroj, rok dat
Registrovaná spotřeba alkoholu (l čistého alkoholu na osobu 15+)	11,2	OECD 8,5	OECD Health at a Glance 2025, data 2023
Nadváha a obezita dospělých (BMI ≥ 25)	60,0 %	EU 52,7 %	Eurostat EHIS, 2019
Obezita dospělých (BMI ≥ 30)	19,8 %	EU 16,5 %	Eurostat EHIS, 2019
Nadváha a obezita dětí 6–9 let	26,3 %	průměr zemí COSI 29,8 %	WHO COSI, 2019
Účast ve screeningu kolorektálního karcinomu	31,1 %	OECD 42 %	ÚZIS NRHS 2024; OECD

Ukazatel	Česko	Srovnání	Zdroj, rok dat
Pokrytí žen 50–69 let mamografickým screeningem	54,5 %	OECD 68 %, EU 65 %	ÚZIS NRHZS 2024 (HSPA Monitor)
Očkování proti chřipce, lidé nad 65 let	24,6 %	OECD 51 %, cíl EU 75 %	ÚZIS, sezóna 2025/26; OECD 2024
Výdaje na prevenci (% běžných výdajů na zdraví)	2,7 %	OECD 3,2 %	OECD SHA, 2023

HSPA upřesňuje Čtrnáct litrů. Proč Česko pije nejvíc v OECD a co s tím dělají jiné země (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-alkohol-spotreba.html>)
Obezita v Česku má vzdělání. Vysokoškoláci jsou na evropské normě, dvě třetiny země ne (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-obezita-vzdelani-2025.html>)
Šest z deseti dospělých Čechů má nadváhu nebo obezitu. Co tomu říká cukr (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-bmi-obezita.html>)
Ceny alkoholu spotřebě odpovídají. Spotřební daň z piva patří k nejnižším v EU, tiché víno má sazbu nula a pivo bývá levnější než nealkoholické nápoje. Na spotřebních daních z alkoholu stát vybere kolem 15,5 mld. Kč ročně (lích přes 10, pivo asi 5, víno asi 0,5 mld. Kč).

HSPA potvrzuje Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)
Cena levného piva: Česko umírá na nemocná játra o 43 % častěji než Evropa (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-jaterni-mortalita-alkohol.html>)
Následky se ukazují v úmrtnosti na chronická onemocnění jater, která je o 43 % vyšší než v EU a za posledních pět let se nezlepšila (graf odvrátitelné úmrtnosti výše). Národní odhad včetně neregistrované spotřeby je asi 14,4 litru (ČSÚ, SZÚ); vychází ale z jiné metodiky a s průměrem OECD ho srovnávat nelze.

HSPA potvrzuje
Cena levného piva: Česko umírá na nemocná játra o 43 % častěji než Evropa (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-jaterni-mortalita-alkohol.html>)
Čtrnáct litrů. Proč Česko pije nejvíc v OECD a co s tím dělají jiné země (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-alkohol-spotreba.html>)
Indikátor: Úmrtnost na chronická onemocnění jater (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=mortalita_jaterni_chronicka)
Bilanční spotřeba cukru je 30,8 kg na obyvatele (ČSÚ, 2024) a nezahrnuje sirupy, kterými se nápoje často sladí. Na slazené nápoje dnes žádná zvláštní daň není.

HSPA potvrzuje Daň, etikety, automaty: co na slazené nápoje opravdu platí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-napoj-6-dan-regulace.html>)
Tekutý cukr: proč na nápojích záleží víc než na zákusku (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-napoj-1-tekuty-cukr.html>)
Kde systém lidí aktivně zve, účast roste: na mamografii chodí 61,4 % žen ve věku 50–69 let, víc než v mediánovém státě EU, pokrytí celé cílové skupiny je ale 54,5 % a zůstává pod průměrem OECD (68 %) i EU (65 %; ÚZIS NRHZS 2024, HSPA Monitor). U screeningu tlustého střeva a očkování seniorů Česko zaostává ještě víc. Na kolonoskopii po pozitivním testu se čekalo 84,2 dne (2024; v roce 2019 61,2 dne) a dorazí na ni jen 61,7 % lidí (ÚZIS). Screeningové programy koordinuje Národní screeningové centrum při ÚZIS, které vláda v této roli schválila v květnu 2025. Účast na kolonoskopii po pozitivním testu se dlouhodobě pohybuje jen mezi 60 a 70 % (MZ ČR 2025, s. 35 a 36). Od roku 2026 se má cílová skupina kolorektálního screeningu rozšířit na 45 až 75 let (tamtéž, s. 40).

HSPA upřesňuje
Pozitivní test, pak 84 dní čekání. Fronta na kolonoskopii po screeningu se od roku 2019 prodloužila o třetinu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cekani-na-kolonoskopii.html>)
Centrum onkologické prevence za 1,12 miliardy. Brno staví kapacitu, klíčový test je účast Čechů na screeningu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centrum-onkologicke-prevence-mou-2026.html>)
Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)
Vyšší účast ve screeningu zvýší poptávku po kolonoskopii, kterou dnešní kapacita nepokryje. Ověřit: kapacita endoskopických pracovišť po krajích a její rezerva pro nárůst účasti.

🔍 Ověřujeme

HSPA má téma
Pozitivní test, pak 84 dní čekání. Fronta na kolonoskopii po screeningu se od roku 2019 prodloužila o třetinu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cekani-na-kolonoskopii.html>)
Indikátor: Čekací doba na kolonoskopii po pozitivním testu ve screeningu kolorektálního karcinomu (průměr, dny) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=cekaci_doba_toks_kolonoskopie)

Od problému k opatření

Každý problém výše má v jádru reformy (J1 – J10) nebo v jejích podmínkách (P1 – P5) aspoň jedno opatření. Jedinou výjimkou jsou katastrofické výdaje domácností, které studie výslovně řeší mimo jádro.

Problém (výchozí stav)	Co ho způsobuje	Opatření jádra a podmínky
Těžšíste v akutní lůžkové péči: 29,7 % úhrad, obloženost standardních lůžek 56 %	Úhrady odměňují objem a historické rozpočty; síť lůžek nikdo neplánuje; není kam pacienta přeložit	J6 krajský plán sítě a fond přeměny; J7 kapacita následné a dlouhodobé péče jako podmínka přeměny; J1 a J4 přesun péče k týmům a domů
Praktiků ubývá o 110–180 ročně, asi třetina je starší 60 let	Málo atestací, praxe jednoho lékaře bez zástupu, omezené kompetence, každoroční nejistota úhrady	J1 tým sdružené péče a pětiletá smlouva; J3 kompetence praktiků; P2 rezidenční místa; P1 nábor ze zahraničí a rychlejší aprobace

Problém (výchozí stav)	Co ho způsobuje	Opatření jádra a podmínky
Lidé bez praktika, jejichž počet nikdo nesleduje	Zánik praxí v malých obcích; chybí měření z registrů pojištěn	J5 měření lidí bez praktika; J1 odpovědnost týmu za spádové území; J4 návštěvní služba a doprava k lékaři
Odvratitelných hospitalizací o 25 % víc než v OECD, vysoká úmrtnost na diabetes a nemoci srdce	Péče o chroniky je nesoustavná, bez sester s kompetencemi a bez návštěv doma	J1 jmenovitý ošetřující lékař a kontinuita v týmu; J2 sesterská složka úhrady a kompetence sester; J3 ; J4
Čekací doby se neměří, ke specialistovi se dostane dřív ten, kdo dřív zavolá	eŽádanka není povinná a nenese údaj o naléhavosti	J5 eŽádanka s triážním údajem a měření čekání
Potřeba přes 30 000 nových úvazků sester za 10–12 let (z toho nejméně 24 000 všeobecných), primární péče bez sester	Stárnutí sester, nízký přísun všeobecných sester, sesterská práce v ordinaci se neplatí	J2 ; P1 personální bilance po krajích
Do roku 2035 je potřeba asi 39 000 nových zdravotních i sociálních lůžek dlouhodobé a následné péče (z toho zdravotních dnes chybí 2–3 tisíce a do roku 2035 bude potřeba dalších nejméně 8 tisíc) a 21 000 pečovateli	Dva resorty a dvojí financování, kapacitu nikdo neplánuje jako celek	J7 ; P3 sociální účet a sdílené financování sociálně-zdravotní péče; J4
Schodek pojištění od roku 2023, zůstatky na účtech pojištěn 69,9 → 43,2 mld. Kč	Platba státu nesleduje náklady na péči; stárnutí	J10 nový vzorec platby státu; J8 a J9 , jejichž výnos nad pevnou část pro Fond prevence zvyšuje platbu státu
Alkohol, cukr, obezita; nízký screening tlustého střeva a očkování seniorů	Nízké spotřební daně, nulová sazba na tiché víno, žádná daň ze slazených nápojů; prevence bez stabilního zdroje	J8 daň z tichého vína a valorizace daní z lihu a piva; J9 pásmová daň ze slazených nápojů; P4 Fond prevence
Katastrofické výdaje má 21 % domácností nejchudší pětiny	Doplatky na léky a platby u zubaře	Mimo jádro: stručné podklady Dostupné léky a Reforma stomatologie (Část XI); ukazatel katastrofických výdajů (Část IX)
Výkonnost systému se hodnotí nahodile a se zpožděním	Chybí závazný rámec hodnocení a data v reálném čase	P5 HSPA jako oficiální rámec hodnocení v zákoně; J5

HSPA upřesňuje

Kam plyne 508 miliard. Co o struktuře českého zdravotnictví říkají dohodovací řízení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-segmenty-2026.html>)

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pe-ce-z-luzek.html>)

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Dvě vazby z tabulky jsou závazné pro celý návrh. Podíl akutní lůžkové péče se sleduje spolu s podílem nemocničních ambulancí, aby pokles nevznikl jen přeúčtováním. Přeměna lůžek (J6) je vázaná na J7 : dokud kraj neprokáže kapacitu následné a dlouhodobé péče a dojezd záchranné služby, akutní lůžko se nepřemění.

Část II – Logika reformy

Reforma stojí na deseti opatřeních jádra, která mají kolem roku 2038 dát každému obyvateli tým primární péče a přeměnit 8 000 akutních lůžek na následnou péči. Tato část vysvětluje, proč jsme zvolili právě tato opatření, jak mají působit a co se stane, když některý předpoklad selže. Jednotlivá opatření podrobně popisuje Část III, peníze a lidi Část V a termíny Část VIII.

Cíl reformy a pět měřitelných cílů

Kolem roku 2038 má každý obyvatel Česka svůj tým primární péče, ke specialistovi se dostane podle naléhavosti a na akutním lůžku leží jen tehdy, když ho skutečně potřebuje. Všechny cílové roky platí pro základní scénář „Vláda 2030“, tedy pro účast Pirátů ve vládě od přelomu let 2029/2030.

Cíl se dělí na pět měřitelných cílů, jeden za každý pilíř. Každý má hlavní ukazatel z Části IX (kódy H1 až H8); cílové hodnoty jsou návrh k diskusi v resortním týmu a v konzultaci.

Cíl	Hlavní ukazatel	Dnes	2033 (data za 2032)	Kolem 2038	Pilíř
1. Každý má svůj tým a jmenovitý lékaře	lidé bez registrujícího praktika (H1); týmy a obsazená místa sester (H2); kontinuita, index UPC (H4)	0 týmů podle standardu; UPC se neměří	v ORP s týmem aspoň o polovinu méně lidí bez praktika; obsazeno aspoň 50 % míst sester; UPC aspoň 0,7	520 týmů; 0 lidí bez praktika v ORP s týmem; obsazeno aspoň 80 % míst sester	1
2. Akutní lůžko jen tam, kde je potřeba	podíl akutní lůžkové péče na výdajích (H6)	29,7 % (2024)	28 %	26 %; 8 000 přeměněných akutních lůžek (z 48 036 na asi 40 000)	2
3. Ke specialistovi podle naléhavosti	čekání podle triážní kategorie eŽádanky (H3)	neměří se	aspoň 80 % urgentních ve lhůtě	aspoň 90 % ve všech kategoriích	1 a 3
4. Méně nemocí, kterým lze předejít	odvratitelná úmrtnost (H7)	viz Část I	sledujeme bez cíle	sledujeme bez cíle; daně za zdraví plánované 5 mld. Kč ročně	4
5. Péče doma, kde je to možné	odvratitelné hospitalizace na 100 000 obyvatel (H5)	592	550	530	5

HSPA potvrzuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Kam plyne 508 miliard. Co o struktuře českého zdravotnictví říkají dohodovací řízení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-segmenty-2026.html>)

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Všech pět cílů má společnou podmínku: nesmějí růst přímé platby pacientů. Hlídá to osmý hlavní ukazatel, katastrofické výdaje domácností (H8): dnes 6 % domácností, v nejchudší pětině 21 %, a podle návrhu se nesmí zhoršit. Odvratitelnou úmrtnost sledujeme bez cíle, protože ji reforma ovlivňuje jen zčásti a se zpožděním.

HSPA potvrzuje

Šest procent domácností, dvacet jedna procent u nejchudších. Katastrofické výdaje na zdraví v Česku rostou (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-katastroficke-vydaje-zdravi.html>)

Indikátor: Katastrofické výdaje na zdraví (domácnosti) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=katastroficke_vydaje_zdravi)

Celostátní data ÚZIS přicházejí se zpožděním jednoho až tří let. Průběžné kroky proto měříme z dat, která existují v reálném čase: registry pojišťoven, Národní registr zdravotnických pracovníků a eŽádanka.

HSPA upřesňuje

Generační propast v ošetrovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Indikátor: Odvratitelné hospitalizace (ACSC) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=hospitalizace_acsc)

Indikátor: Pětileté přežití po diagnóze kolorektálního karcinomu (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=prezit_rakoviny_5let)

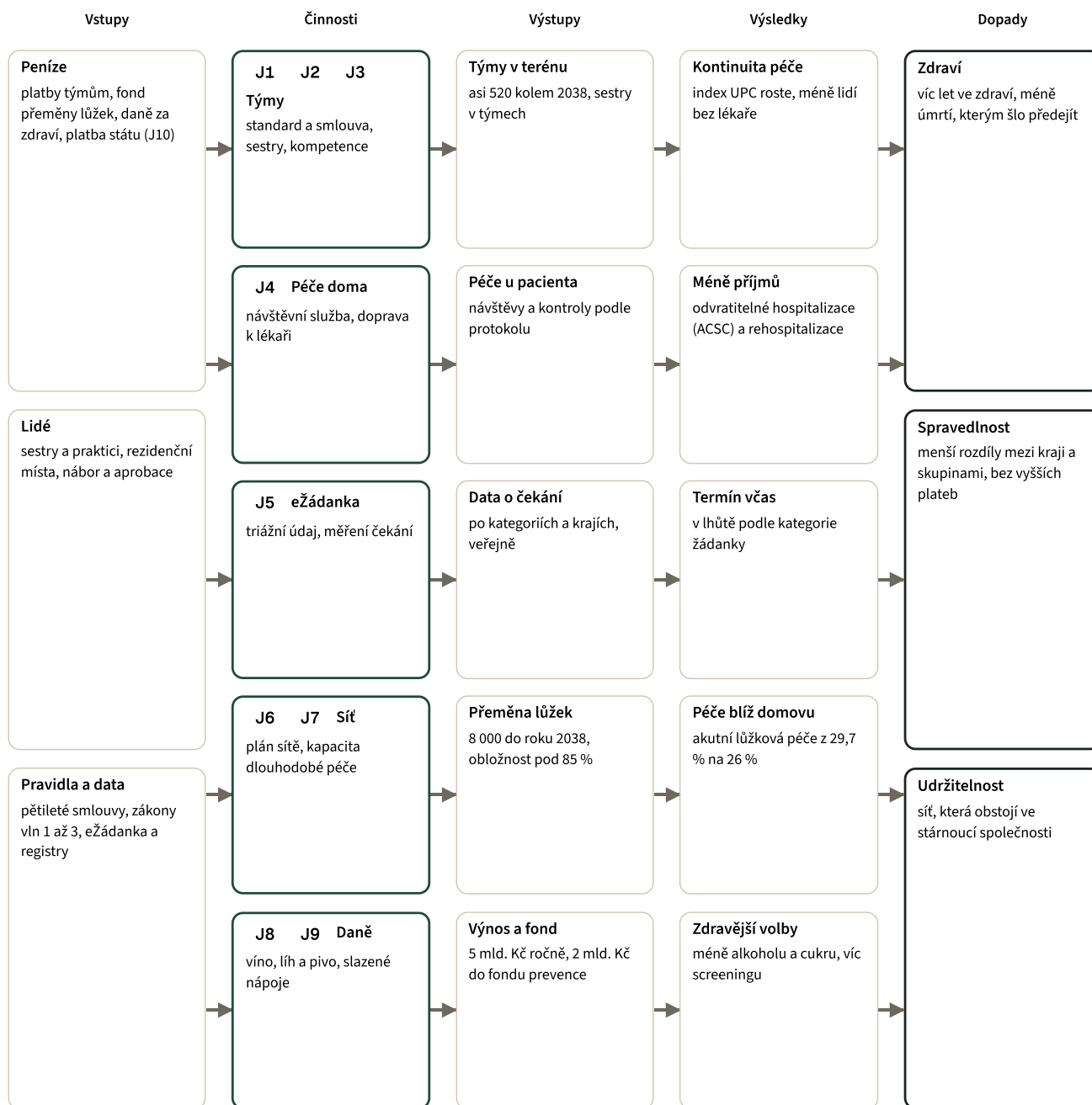
Teorie změny

Reforma působí pěti řetězci, které vedou od peněz, lidí a pravidel k delšímu životu ve zdraví (nadřazený cíl z Hospodářské strategie

PEER: +5 let během jedné generace); každý má měřitelný mezikrok a všechny stojí na čtyřech předpokladech. Diagram níže se čte zleva doprava: co do reformy vstupuje, co se dělá, co vznikne, co se změní pro pacienty a co z toho plyne pro celou populaci.

Pět řetězců změny platí, jen když se splní čtyři předpoklady

Čte se zleva doprava: vstupy, činnosti, výstupy, výsledky, dopady



Předpoklady, bez kterých řetěz neplatí

Sestry
polovina míst obsazena do 12/2031 (brána B3)
jinak varianta B

Data
eŽádanka a registry pojištěn průběžně
jinak brána čeká

Peníze
vzorec platby státu a daně ve vlně 1
jinak varianta B

Dlouhodobá péče
kapacita v kraji před přeměnou lůžek
jinak lůžko zůstává

 Činnost s opatřeními jádra (J)
 vstup, výstup, výsledek
 dopad na populaci
 předpoklad
 → vede k

Každý článek má v Části IX svůj mezikrok a v ekonomickém modelu (Část V) svou citlivost. Úspory se tak o slabší články opírají jen do té míry, kterou unesou důkazy o jejich účinku.

Řetězec	Mezikrok, který měříme	Síla evidence	O co se opírá
Týmy → kontinuita	index obvyklého poskytovatele (UPC), lidé bez praktika	střední; pozorovací studie	Systematický přehled 22 studií spojuje kontinuitu s nižší úmrtností (Pereira Gray 2018, PMID 29959146). Norská registrová studie: lidé s týměž praktikem 15 a více let mají asi o čtvrtinu nižší úmrtnost (Sandvik 2022, PMID 34607797). Dokládá hodnotu kontinuity, účinek této reformy ale neprokazuje
Péče doma → méně příjmů	odvratitelné hospitalizace (ACSC), rehospitalizace	silná pro výsledky u chroniků, slabá pro úspory	Péče vedená sestrou je stejně bezpečná nebo bezpečnější (Paier-Abuzahra 2024); úspora nákladů prokázána není (Laurant 2018). Dálkové sledování srdečního selhání snižuje hospitalizace, účinek se ukazuje až po 12 měsících (De Lathauwer 2025, PMID 39834044)
eŽádanka → termín včas	podíl vyšetření v lhůtě podle kategorie	nízká; jde o nástroj měření, který sám neléčí	Mechanismus je správný: bez triážního údaje nelze lhůtu garantovat ani kontrolovat
Síť → péče blíž domovu	podíl akutní lůžkové péče, obložnost, dojezd	střední; závisí na politické vůli	Obložnost nad 85 % je spojena s o 9 % vyšší úmrtností (Madsen 2014). Ve švédské studii připadalo na tři zachovaná lůžka jedno úmrtí ročně méně (Siverskog 2022). Nový Zéland snížil počet lůžek a přístup k péči zachoval, vzrostla ale zátěž a počet rehospitalizací (Davis 2007)
Daně → zdravější volby	spotřeba alkoholu, obsah cukru v nápojích, výnos	silná	Minimální cena alkoholu ve Skotsku: o 13,4 % méně úmrtí plně způsobených alkoholem (Wyper 2023, PMID 36963415). Daně ze slazených nápojů snižují nákupy (Andreyeva 2022, PMID 35648398)

HSPA potvrzuje

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Čtrnáct litrů. Proč Česko pije nejvíc v OECD a co s tím dělají jiné země (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-alkohol-spotreba.html>)

Řetězce mohou selhat na třech místech. Velký tým bez jmenovitého lékaře sníží kontinuitu, sestry nemusí přijít a plán sítě nemusí nikdo schválit. Proto studie věnuje nejvíc pozornosti kontinuitě, personální bilanci a zákonu o síti.

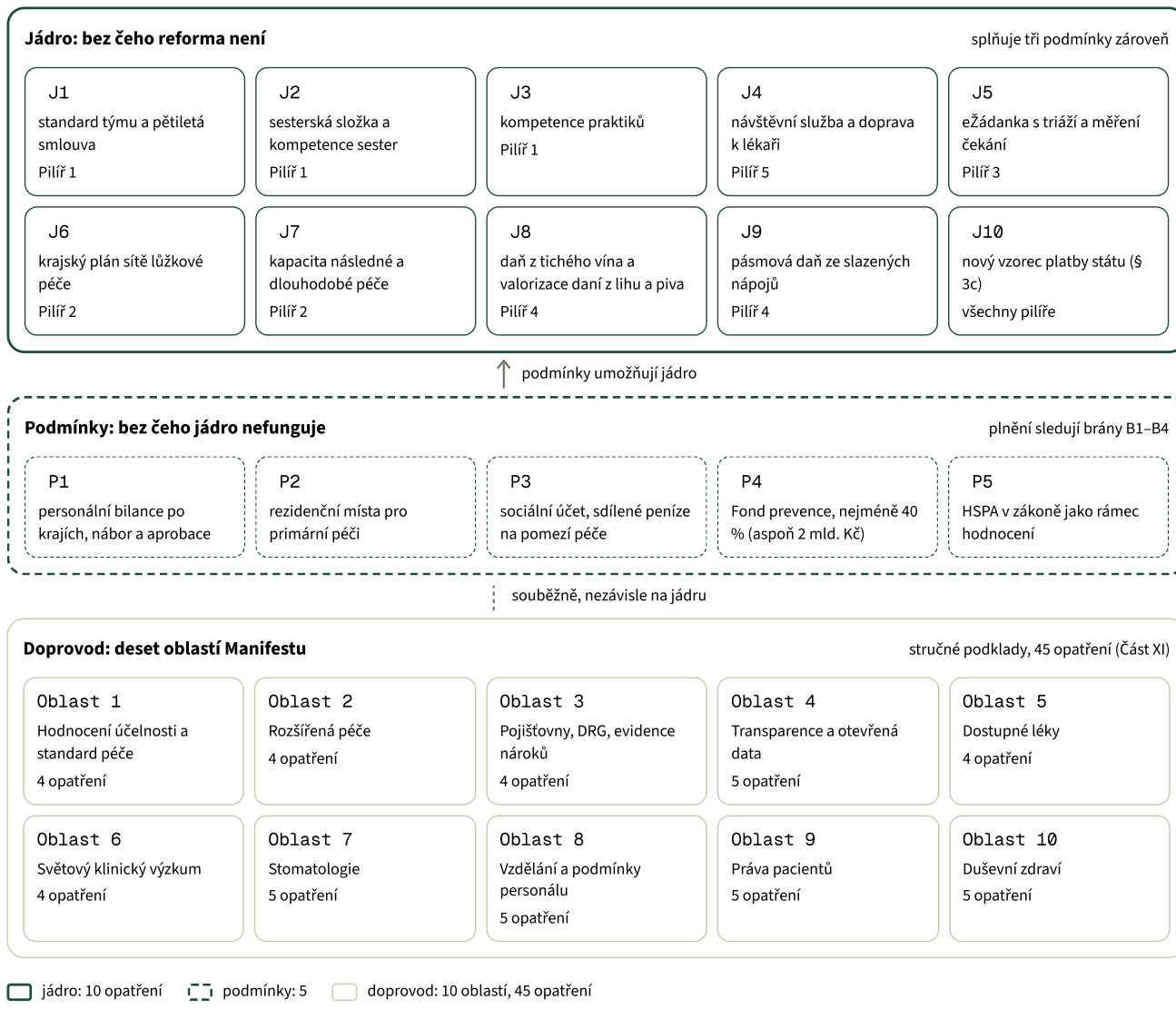
Platby týmům samy o sobě výsledky nezaručí. Nizozemské balíčkové platby za chroniky zvýšily výdaje (Karimi 2021, PMID 33947604). Proto se platí za funkce, které tým skutečně zajistí, a odměna za výsledky má strop.

Tři vrstvy opatření

Verze 2 obsahovala odhadem 150 až 170 opatření bez pořadí; verze 3 je dělí do tří vrstev a jádro tvoří jen deset z nich. Oponent napadne nejslabší článek, jako by byl nosný, a proto musí být na první pohled vidět, která opatření nosná jsou.

Bez deseti opatření jádra reforma není; pět podmínek ho drží

Tři vrstvy opatření; doprovod má vlastní harmonogram a jádro nezdržuje



tři vrstvy opatření · 10 jádro, 5 podmínek, 10 oblastí doprovodu

Do jádra patří opatření, která splňují tři podmínky zároveň. Za prvé, bez takového opatření se přeruší některý řetězec teorie změny. Za druhé, nelze ho nahradit jiným opatřením. Za třetí, má konkrétní právní nástroj a termín ve scénáři „Vláda 2030“.

Opatření jádra	Co by se bez něj stalo	Právní nástroj
J1 Standard týmu a pětiletá smlouva	Tým by neměl definici ani stabilní příjem; praktik by do něj neměl důvod vstoupit	smlouva podle § 17 zák. 48/1997 Sb.; později nová hlava zák. 372/2011 Sb.
J2 Sesterská složka a kompetence sester	Sestry by v ordinacích zůstaly u administrativy; řetězec péče o chroniky by neexistoval	vyhl. 55/2011 Sb., úhradová vyhláška
J3 Kompetence praktiků	Nejlevnější páka: bez ní praktik dál posílá ke specialistovi kvůli preskripčním omezením a výkonům, které zvládne sám	seznam výkonů, úhradová vyhláška
J4 Návštěvní služba a doprava k lékařům	Lidé, kteří k lékařům nedojdou, by zůstali bez péče, dokud se jejich stav nezhorší	úhradová vyhláška; smlouvy s obcemi
J5 eŽádanka s triážním údajem a měření čekání	Bez něj nelze garantovat lhůtu ani poznat, zda reforma zkracuje čekání	novela zák. 325/2021 Sb.
J6 Krajský plán sítě lůžkové péče	Lůžka by se dál měnila podle nahodilých rozhodnutí vlastníků	zákon o síti
J7 Kapacita následné a dlouhodobé péče	Přeměna akutních lůžek by přesunula pacienty na chodby a do rodin	zákon o síti; podmínka každé přeměny
J8 Daň z tichého vína a valorizace daní z lihu a piva	Bez ní chybí zdroj i nástroj prevence	zákon o spotřebních daních
J9 Pásmová daň ze slazených nápojů	Jediný nástroj, který mění složení výrobků dřív, než začne platit	nový zákon (střední předloha, vlna 1)

Opatření jádra	Co by se bez něj stalo	Právní nástroj
J10 Nový vzorec platby státu	Reforma by neměla stabilní zdroj; platba za státní pojištění by dál závisela na ročním rozhodnutí	§ 3c zák. 592/1992 Sb.

Podmínky P1 až P5 samy péči nemění, ale bez nich jádro selže. Personální bilance (P1) rozhoduje, zda přijdou sestry; sociální účet (P3) rozhoduje, zda bude kam přesunout pacienty z akutních lůžek. Jejich plnění sledují brány v Části VIII.

Doprovod tvoří deset oblastí Manifestu. Každá dostane stručný podklad s vlastním harmonogramem (Část XI). Zpoždění doprovodu nezastaví jádro a zpoždění jádra nezastaví doprovod.

Rozsah jádra odpovídá kapacitě státu. Za jedno volební období lze realisticky přijmout dvě velké předlohy, zákon o primární péči a zákon o síti, a k nim střední daňový zákon (Část VII). Zapisovatel, dálkové sledování a další nástroje zůstávají v pilířích a ověří se v pilotu. Úplný seznam všech opatření s nástrojem, nákladem a termínem je v záložce Registr opatření.

Pět pilířů

Deset opatření jádra se dělí do pěti pilířů; každý pilíř má jeden cíl a jeden hlavní ukazatel. Pilíře ukazují, kde se péče mění, a jádro, čím se mění. Podrobně je rozpracovává Část III.

Pilíř	Cíl	Opatření jádra	Hlavní ukazatel
1. Tímy sdružené péče a centra primární péče	Každý má svůj tým a jmenovitého lékaře	J1 , J2 , J3	lidé bez praktika (H1); týmy a místa sester (H2); kontinuita UPC (H4)
2. Méně akutních lůžek, víc následné péče	Akutní lůžko jen tam, kde je potřeba	J6 , J7	podíl akutní lůžkové péče na výdajích (H6)
3. Technologie jako pomocník lékaře	Ke specialistovi podle naléhavosti, čekání je vidět	J5	čekání podle triážní kategorie (H3)
4. Prevence a daně za zdraví	Méně nemocí, kterým lze předejít	J8 , J9 (s podmínkou P4)	odvratitelná úmrtnost (H7); doplňkově screening a spotřeba alkoholu
5. Stárnutí, péče doma a závěr života	Péče doma, kde je to možné	J4 (s podmínkou P3)	odvratitelné hospitalizace (H5)

Nový vzorec platby státu (J10) nepatří do žádného pilíře, protože financuje všechny. Pilíř 3 má v jádře jen eŽádanku; zapisovatel a dálkové sledování se nejdřív ověří v pilotu.

Oproti verzi 2 se dva pilíře rozšiřují. Pilíř 1 má kompetence praktiků jako samostatné opatření (J3) a zachovává dětské praktiky. Pilíř 2 nově zahrnuje dětská lůžková oddělení a indikační omezení místo objemových limitů, která navrhoval už program 2021.

Varianty A, B a C

Reforma má tři varianty: plnou A s centry, B bez center a minimální C; základní je A a na B se zmenší, když v prosinci 2031 nebude splněna brána B3. Všechny tři vycházejí ze stejné diagnózy a stejných dat. Pozor na označení: verze 2 řadila varianty opačně (A byla dofinancování, C týmy a centra).

Srovnání ve verzi 2 nebylo férové: do rozdílu mezi variantou bez center a variantou s centry se započítávaly paliativní týmy, prevence, konzultace lékař s lékařem a fond přeměny lůžek, přestože na centrech vůbec nezávisí. Varianta bez center tak vycházela uměle levně a centra uměle „za málo navíc“. Ve verzi 3 jsou tyto položky i ve variantě B.

Složka	A: plná, s centry	B: bez center	C: minimální
Tímy podle standardu a pětiletá smlouva (J1)	ano, včetně týmů založených obcí nebo krajem	ano, jen z existujících praxí (týmová praxe, smluvní síť ordinací)	ne; dnešní podpora týmových praxí
Sestry navíc a sesterská složka (J2)	ano	ano	ne
Kompetence praktiků (J3)	ano	ano	ano
Centra primární péče: budovy a další profese pod jednou střechou	ano	ne	ne
Návštěvní služba a doprava k lékaři (J4)	ano	ano	ne
eŽádanka s triáží a měření čekání (J5)	ano	ano	ano
Hrazená konzultace lékař s lékařem a zpětná zpráva	ano	ano	ne
Mobilní paliativní týmy	ano	ano	ne
Plán sítě, kapacita dlouhodobé péče a fond přeměny (J6 , J7)	ano	ano	ne
Daně za zdraví a Fond prevence (J8 , J9 , P4)	ano	ano	ano
Nový vzorec platby státu (J10)	ano	ano	ano
Pomůžte tam, kde praktik chybí	ano: obec nebo kraj založí tým	jen kde existuje praxe	ne
Kontinuita lékař a pacient	ohrožena ve velkých týmech; pojistka jmenovitý lékař a UPC	zachována, pojistka stejná	zachována
Závislost na sestrách	nejvyšší	vysoká	nízká

Složka	A: plná, s centry	B: bez center	C: minimální
Čistý náklad v plném náběhu (ceny 2026)	asi 21,5 mld. Kč ročně (rozpětí 15 až 25)	asi 18 mld. Kč ročně (17,8)	asi 11 mld. Kč ročně (11,3)
Kdy platí	základní varianta	brána B3 nesplněna	srovnávací základ

Varianta C zhruba odpovídá pokračování dnešní politiky ministerstva. Ministerstvo už plánuje 10 mld. Kč z veřejného zdravotního pojištění na podporu praxí; C k tomu přidává daně za zdraví, vzorec platby státu, kompetence praktiků a eŽadanku. Udrží dnešní síť, ale nepřivede sestry ani péči domů a venkovské ordinace budou dál zanikat bez náhrady.

HSPA nemá

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Variantu A upřednostňujeme před B kvůli venkovu: B předpokládá praxi, kterou lze posílit, ale v obcích do 2 000 obyvatel mezi lety 2018 a 2022 zaniklo 428 míst praktiků. Pouze A umožňuje, aby obec, kraj nebo sousední tým převzal území jako celek. Rozdíl v nákladu mezi A a B platí budovy, další profese pod jednou střechou a schopnost vstoupit tam, kde trh selhal.

HSPA má téma

Třetina dětských praktiků je přes 65 let. Síť ordinací se tenčí rychleji, než ji noví pediatři stíhají přebírat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html>)

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

O zmenšení reformy na variantu B rozhodne v prosinci 2031 brána B3 „Lidé a data“, která má tři kritéria:

- v týmech první vlny je obsazena aspoň polovina míst sester, doloženo aktuálními daty z registrů pojištěn (data ÚZIS přicházejí se zpožděním);
- zákon o primární péči je schválen;
- krajské plány sítě jsou rozpracované.

Když brána splněna nebude, Řídící výbor reformy přejde na variantu B a centra se stavět nebudou. Týmy v existujících praxích, sestry, paliativní týmy, prevence, konzultace a fond přeměny pokračují, takže se reforma zmenší, ale nezastaví. Investice do budov center se proto smluvně vážou až na splněnou bránu B3.

První signál dá už pilot ve třech ORP v letech 2028 a 2029. Ukáže, zda praktici do týmů vstupují a zda se daří obsadit místa sester; závěrečné vyhodnocení přijde v roce 2030 (Část VIII).

Cesta pacienta

Ke specialistovi se pacient dostane podle naléhavosti, kterou indikující lékař určí v eŽadance jednou ze tří kategorií: urgentní do 2 týdnů, do 6 týdnů, nebo plánovaná. Gatekeeping je měkký: přímý přístup ke specialistovi zůstává, žádanka dává přednost v objednání a garantovanou lhůtu. Ambulantní specialisté jsou druhým největším segmentem výdajů, asi 116 mld. Kč ročně.

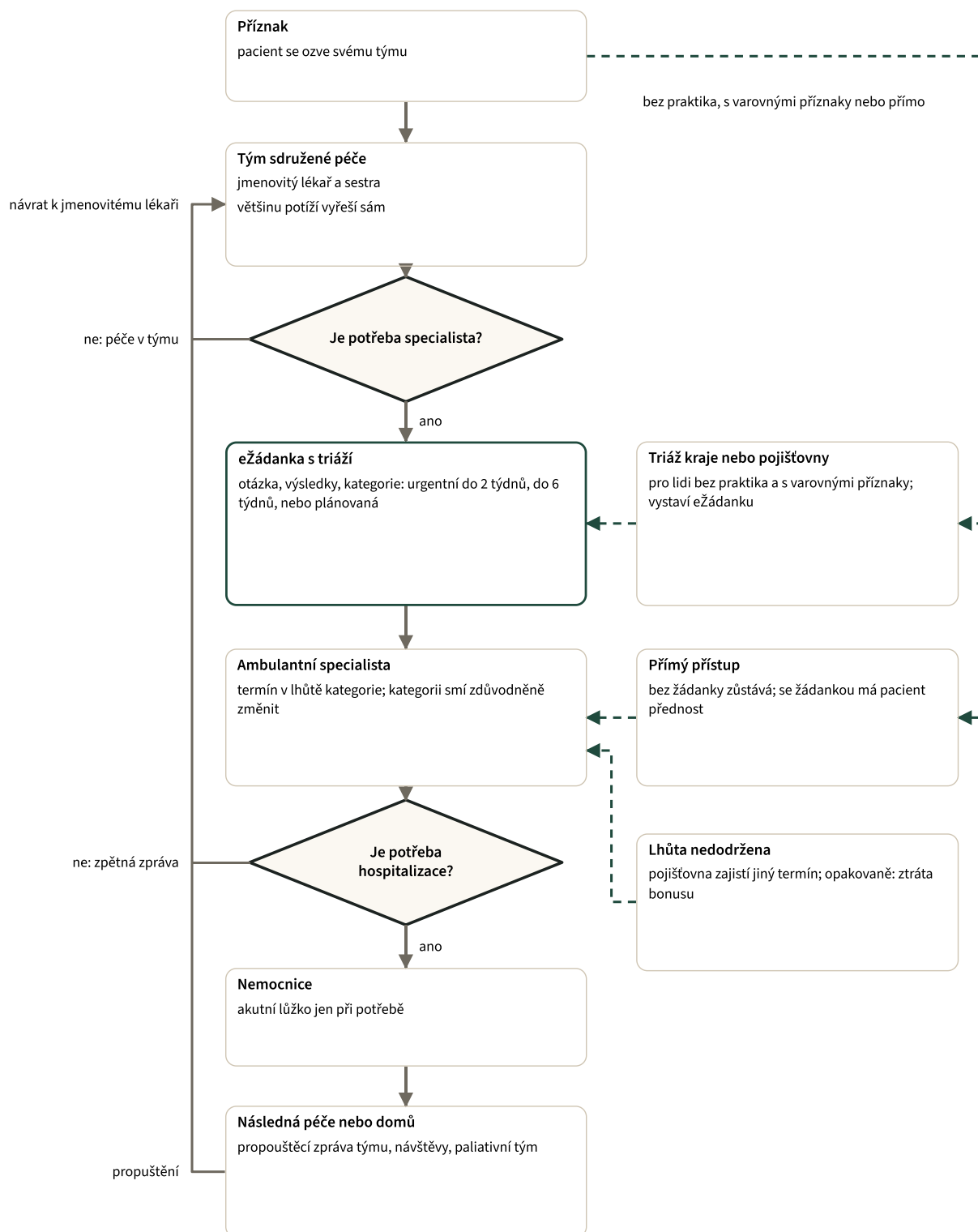
HSPA má téma

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Indikátor: Podíl výdajů ZP na ambulantní péči (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=podil_vydaje_ambulantni_pece)

Pořadí u specialisty určuje triáž v eŽádance; pacient se vrací ke svému týmu

Cesta pacienta po reformě · měkký gatekeeping, přímý přístup zůstává



Ke gynekologovi, očnímu lékaři, zubaři, psychiatrovi a do dispenzarizované onkologie se chodí bez doporučení jako dnes.

□ krok □ eŽádanka s triází ◇ rozhodnutí → cesta v týmu - - → vstup mimo tým

cesta pacienta · 7 kroků, 2 rozhodnutí, 3 vstupy mimo tým

Ve verzi 2 chyběla tato pravidla:

- **Kdo posuzuje naléhavost.** Určuje ji indikující lékař, tedy praktik nebo specialista, po klinickém posouzení, nikdy úřad ani pojišťovna.

- **V jakém poli.** Naléhavost se zapisuje do povinného strukturovaného pole „triážní kategorie“ v eŽádance vedle klinické otázky a výsledků. Zavádí ho pozměňovací návrh k vládní novele zák. 325/2021 Sb., která má eŽadanku učinit povinnou.
- **Změna kategorie.** Specialista smí kategorii změnit, pokud změnu zdůvodní v témže záznamu. Změny se vyhodnocují, aby bylo vidět, zda indikující lékaři kategorie systematicky nenadsazují.
- **Přímý přístup.** Bez žádanky lze ke specialistovi jít i nadále; pacient se žádankou má přednost v objednání. Ke gynekologovi, očnímu lékaři, zubaři, psychiatrovi a do dispenzarizované onkologie se chodí bez doporučení jako dnes.

HSPA má téma

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

- **Garance lhůty.** Pojišťovna garantuje termín podle kategorie. Když ho smluvní specialista ve lhůtě nenabídne, pojišťovna zajistí termín u jiného smluvního poskytovatele.
- **Sankce.** Pacienta se sankce netýká. Poskytovatel, který lhůty opakovaně nedodrží, ztrácí bonus za dostupnost.
- **Měření.** Čekání se z eŽadanky zveřejňuje po odbornostech a krajích, zvláště pro pacienty se žádankou a bez ní. Když se čekání pacientů bez žádanky prodlouží, pravidla se změní.
- **Lidé bez praktika.** Žadanku jim vystaví triáž kraje nebo pojišťovny, při varovných příznacích hned. Pojišťovna, která do 30 dnů nezajistí registraci, zajistí do té doby vyšetření lékařem nebo sestrou smluvního týmu.

Pravidla právně stojí na změně § 17 a § 46 zák. 48/1997 Sb. a na povinném triážním poli v eŽádance. Bez nich by zůstala deklarací, protože ambulantní specialisté jsou soukromí a váže je jen smlouva s pojišťovnou.

HSPA potvrzuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Cesta ke specialistovi končí návratem do týmu. Hrazená konzultace lékaře s lékařem a zpětná zpráva vracejí stabilního pacienta k jeho lékaři; propíjí se odpověď, přednost se neplatí. Náklad těchto nových výkonů je v Části V.

Povinné doporučení ke specialistovi studie nezavádí. Dopis MUDr. Pavla Neničky z roku 2023 navrhl plné rodinné lékařství s povinným doporučením. Studie z něj přebírá kompetence praktika (J3), povinné doporučení ale nepřebírá: tam, kde praktik chybí, se mění v další frontu. Ukazují to i země, kde je praktik vstupem do systému (Španělsko, Nizozemsko a Dánsko).

HSPA má téma

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Paradox dostupnosti. Češi udávají nejnížší nesplněnou potřebu péče v EU — a přesto čekáme (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cekani-specialista.html>)
Třetina dětských praktiků je přes 65 let. Síť ordinací se tenčí rychleji, než ji noví pediatri stíhají přebírat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html>)

Kontinuita. Každý pacient má i v týmu jmenovitěho ošetřujícího lékaře a svou sestru, zapsané v registru pojišťovny. Kontinuita je hlavní konstrukční zásadou týmu a měří ji index obvyklého poskytovatele (UPC), hlavní ukazatel H4.

Důkazy tu ukazují dvěma směry. Kontinuita s týmem lékařem souvisí s nižší úmrtností (Pereira Gray 2018, PMID 29959146; Sandvik 2022, PMID 34607797). Vícečlenné týmy ale vztahovou kontinuitu často snižují (Bates 2025, PMID 41181853; Kegreiss 2026, DOI 10.1186/s12875-026-03507-y; Kovacevic 2023, PMID 37976620) a kontinuita s praxí ji nahrazuje jen zčásti (McDonald 2024).

Z toho plynou tři pojistky. Jmenovitý lékař je podmínkou standardu týmu (J1). Index UPC se měří za každý tým čtvrtletně z dat pojištěven. Kontinuita je kontrolním bodem pilotu: klesne-li v pilotních týmech pod 0,7, upraví se standard týmu dřív, než ho převezme zákon o primární péči.

Plné bibliografické údaje všech tří zdrojů uvádí záložka Evidence a zdroje (E2). Starší práce Kegreiss a kol. 2023 (PMID 37909317) navíc ukazuje, že částečné úvazky praktiků zhoršují dostupnost a kontinuitu.

Co reforma nedělá

Šest věcí reforma výslovně nenavrhuje, i když se jí ve veřejné debatě přičítají nebo je navrhuje jiné dokumenty. Každá z nich by podkopala důvěru pacientů nebo zdravotníků, na které reforma spoléhá.

- **Nezavádí regulační poplatky** ani příplatky za kratší čekání. Programový text „Zdravotnictví pro 21. století“ poplatky navrhuje; studie tento návrh výslovně opouští a hlídá katastrofické výdaje domácností (H8).

HSPA má téma

Za registraci ani eRecept se neplatí, 90 korun na pohotovosti ano. Ministerstvo vyložilo, co smí lékař po pacientovi chtít (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platby-pacientu-metodicke-stanovisko-mz-2026.html>)

Indikátor: Přímé platby pacientů (% zdravotních výdajů) (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=platba_z_kapsy_pct)

Indikátor: Katastrofické výdaje na zdraví (domácnosti) (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=katastroficke_vydaje_zdravi)

- **Neruší dětské praktiky.** Péče o děti zůstává u praktiků pro děti a dorost a dětské týmy se zachovávají. Kde dětský praktik chybí, může se dítě registrovat u praktika pro dospělé v týmu.

- **Neruší nemocnice.** Mění účel části akutních lůžek na následnou, rehabilitační a paliativní péči. Žádné lůžko se nepřemění, dokud kraj neprokáže kapacitu následné a dlouhodobé péče a dojezd záchranné služby (J7).
- **Neprivatizuje.** Nemocnice ani pojišťovny se neprodávají. Praktici zůstávají soukromí a hodnotu své praxe neztratí; budovy center vlastní obec nebo kraj.
- **Nikoho nenutí.** Vstup praktika do týmu je dobrovolný; kdo nevstoupí, zůstává u dnešní úhrady. Povinné doporučení ke specialistovi reforma nezavádí.
- **Nesnižuje z výnosu daní za zdraví odvody z práce.** Fond prevence dostane nejméně 40 % výnosu, a to nejméně 2 mld. Kč ročně; zbytek výnosu zvyšuje platbu státu do veřejného zdravotního pojištění. Tvzení politické verze 2 o nižších odvodech bylo chybné.

HSPA má téma

„Po vzoru Nizozemska" znamená přesný opak. Bonus za péči o zdraví patří do fondu prevence, ne do pojistného (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-bonus-za-zdravi-pojistne.html>)

Část III – Jádru reformy: primární péče a digitální nástroje (pilíře 1 a 3)

Pět z deseti opatření jádra (J1 – J5) se týká primární péče: kolem roku 2038 má fungovat asi 520 týmů sdružené péče, každý pro spádové území s 10 až 25 tisíci obyvatel. Pilíř 1 mění, kdo pacienta ošetří a jak se za to platí. Pilíř 3 dodává nástroje, bez kterých se týmová péče nedá řídit ani měřit.

HSPA má téma

Cílový počet 520 týmů ani spádové území 10–25 tis. HSPA nemá; sleduje jen politickou linii (sdružené praxe v programovém prohlášení vlády a v Zdraví 2035) a nepřímý výsledek (odvratitelné hospitalizace).

Oba pilíře stojí na dobrovolnosti. Nikdo nemusí do týmu vstoupit a funkční samostatná ordinace, která nové funkce nezajistí, si ponechá dnešní úhradu bez snížení.

Každé opatření jádra popisujeme na kartě se stejnou osnovou: proč, co přesně, právní nástroj a vlna, kdo, kdy, na čem závisí, rizika a pojistky. Termíny platí pro základní scénář „Vláda 2030“; doplňkový scénář „Dnešní vláda převezme část“ by nástroje vlny 0 posunul o jeden až dva roky dřív. Souhrnné náklady pilíře a náběh sester a týmů po letech jsou v Části V.

J1 · Standard týmu sdružené péče a pětiletá smlouva

Proč. K 30. 6. 2026 fungovalo 241 týmových praxí (174 pro dospělé, 67 pro děti) a jen u VZP díky nim našlo praktika 43 705 lidí (VZP, 15. 7. 2026). Týmová praxe podle úhradové vyhlášky ale nevyžaduje sestry ani další profese a centrum primární péče z Implementačního plánu MZ č. 2.1 (prosinec 2025) zatím nemá právní definici. Praktiků pro dospělé je asi 5 500, třetina je starší 60 let a ubývá jich 110 až 180 ročně (ÚZIS k 31. 12. 2024).

HSPA potvrzuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Indikátor: Podíl praktických lékařů (generalistů) mezi všemi lékaři (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=podil_prakticti_lekari)

Zahraniční zkušenost ukazuje, že rozhodující je úhrada a budova je až druhotná. Estonsko vázalo dotaci na smlouvu se skupinou praktiků a do roku 2022 vzniklo 60 středisek pro 44 % populace; samostatní praktici ale vstupovali pomalu, protože střediska neměla vyšší úhradu (Habicht a kol. 2023, PMID 36764032). Přehled 39 studií o multidisciplinárních týmech dospěl ke smíšeným výsledkům: péče o chroniky se zlepšila, vztahová kontinuita se ale místy roztrátila (Bates a kol. 2025, PMID 41181853).

HSPA nemá

Estonsko HSPA zmiňuje jen u eHealth (X-Road, datová páteř), ne u týmů primární péče.

Co přesně. Standard stanoví minimální funkce týmu a jeho právní formu nepředepisuje. Platí se za funkce: zástupnost, prodlouženou dostupnost, návštěvní službu, poradny chroniků a kontinuitu zaplatí pojišťovna stejně jedné společnosti jako smluvní síti ordinací.

Prvek	Parametr standardu
Spádové území	10 až 25 tisíc obyvatel; plánovací jednotka, která pacienty nepřiděluje. Svobodná volba poskytovatele (§ 11 zák. 48/1997 Sb.) se nemění
Lékaři	Malý tým 5 až 7 lékařů pro dospělé a 2 pro děti, střední tým 8 až 13 a 3 až 4; ve velkých městech víc malých týmů v jednom centru
Jmenovitá dvojice	Každý registrovaný má jmenovitého ošetřujícího lékaře a sestru; zástup je výjimka
Další profese	Nutriční terapeut, fyzioterapeut, psycholog (0,75 úvazku), recepce 1,5 úvazku; malý tým je smí sdílet se sousedním
Dostupnost	Akutní stav týž den, neakutní do pěti pracovních dnů; ordinace ve všední dny do 19 hodin a v sobotu dopoledne
Forma	Jeden poskytovatel (s. r. o. nebo družstvo lékařů, organizace obce či kraje), nebo smluvní síť ordinací s vlastním IČO
Smlouva	Dobrovolný vstup, pětiletá smlouva se všemi pojišťovnami
Úhrada	Lékařská složka: 10 000 Kč měsíčně za desetinu úvazku nad první úvazek × krajský koeficient (navazuje na týmovou praxi). Sesterská a profesní složka: viz J2. Odměna za výsledky: až 10 % roční kapitace týmu

HSPA má téma

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Vzorec, který rozdělí stovky miliard. Jak funguje úhradová vyhláška a proč na ní záleží víc, než si myslíte (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhrada-v-uhlaska.html>)

Odměna za výsledky se řídí osmi až deseti ukazateli, které tým může ovlivnit: prevence, kontrolování diabetici a hypertonici, očkovaní seniorů, dostupnost, nově registrovaní a kontinuita. Ukazatele se rizikově upravují věkovými indexy, které už používá kapitace, a za registraci křehkého seniora 75+ je bonus. Strop 10 % vychází z britské zkušenosti, kde platba za výsledky zlepšila procesní ukazatele jen mírně a narazila na stropový efekt (Roland a Guthrie 2016, PMID 27492602).

HSPA potvrzuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Téměř šest set hospitalizací, kterým mělo zabránit ambulantní zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vyhnuteln-hospitalizace.html>)

Jak platit za výsledek bez gamingu: incentivy a value-based healthcare (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platit-za-vysledek-vbhc.html>)

Platby týmům v plném náběhu odhadujeme na 4,8 až 7,5 mld. Kč ročně; verze 2 počítala s 2,5 mld. Kč. Kolik z toho už kryje plán MZ (asi 10 mld. Kč z veřejného zdravotního pojištění na podporu praxí do roku 2030), rozlišuje Část V. O budově se rozhoduje až po vzniku týmu: dotaci na centrum dostane jen obec nebo kraj, a to se smlouvou o budoucím nájmu s týmem na nejméně deset let.

HSPA nemá Indikátor: Úhrada zdravotních pojišťoven na pojištěnce (ZFZP)

 (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=uhrada_zp_per_pojistenec)

Právní nástroj. Vlna 0: smluvní model, tedy smlouva podle § 17 zák. 48/1997 Sb. (dodatek smlouvy pojišťovny s týmem, pilot) a standard týmu a centra jako metodika ve Věstníku MZ. Vlna 2 (zákon o primární péči): nová hlava zák. 372/2011 Sb. s definicí týmu a centra, smluvní síti, spádem, skutečnými majiteli a klinickou nezávislostí (rozsah L, 30 až 40 paragrafů). K tomu přibude novela § 17 a § 46 zák. 48/1997 Sb. o víceleté smlouvě se všemi pojišťovnami a platbě za funkce.

Kdo. Standard spoluprotví SPL ČR, SPLDD ČR, SVL ČLS JEP a ČAS; pilotní smlouvu uzavírá VZP, zaměstnanecké pojišťovny přistupují dobrovolně. Pilot nese kraj, který se k němu přihlásí, a tři jeho ORP. Věcný záměr zákona připraví resortní tým s Institutem Pi, předlohu předloží MZ.

Kdy. Návrh standardu jde do konzultace v roce 2027 (fáze F0). Pilot ve třech ORP běží v letech 2028 a 2029, pokud se kraj a VZP dohodnou do června 2027; průběžné vyhodnocení přijde po roce provozu, závěrečné v roce 2030. Zákon o primární péči vláda předloží v roce 2030 s účinností od 1. 1. 2032; do té doby platí smluvní model.

Cílový stav je asi 520 týmů kolem roku 2038; náběh po letech uvádí Část V. V doplňkovém scénáři by metodika ve Věstníku vyšla už v roce 2027 a smluvní model by od roku 2028 nabízely všechny pojišťovny.

Na čem závisí. Bez J2 by tým byl jen větší ordinací. J5 je potřeba k měření dostupnosti a počtu lidí bez praktika a J4 k péči o ty, kdo do ordinace nedojdou. Opatření dále závisí na P1 (personální bilance po krajích), P2 (rezidenční místa) a J10 (platba státu). Víceleté smlouvy z vládní reformy „Moderní veřejné zdravotní pojištění 2030“ chceme pozměňovacím návrhem otevřít i týmům.

HSPA má téma

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

Rizika a pojistky. Bez pojistek by uspořádání týmu (jeden poskytovatel, pětiletá smlouva, budova) zvýhodnilo kapitálově silné řetězce proti společnostem lékařů. Navrhujeme šest pojistek:

- skutečný vlastník každého poskytovatele je veřejně dohledatelný;
- koncentrace se posuzuje ve spádovém území a obci: smlouvu, kterou by jeden vlastník ovládl většinu kapacity praktiků ve spádu, uzavře pojišťovna jen po veřejném posouzení a vyjádření obce;
- platby mezi propojenými firmami (nájem, služby, management) se řídí pravidly a zveřejňují se;
- zákon zaručí klinickou nezávislost lékaře a sestry vůči vlastníkov;
- jeden vlastník smí mít nejvýš 20 % spádových území kraje (mimo organizace obcí a krajů);
- dotace na budovu jde jen obci nebo kraji.

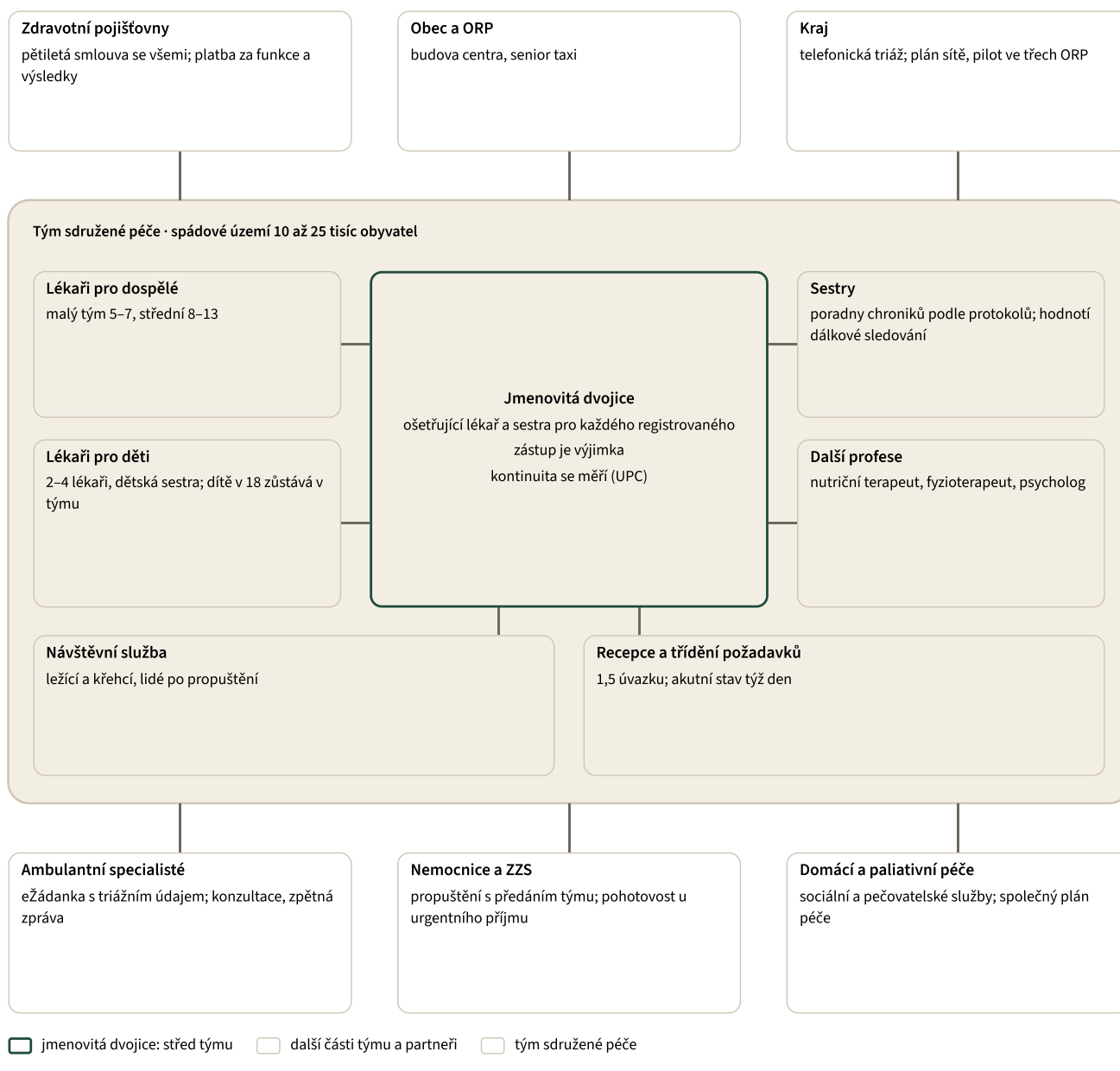
Druhé hlavní riziko se týká kontinuity. Větší praxe mívají nižší kontinuitu (Barker a kol. 2017, PMID 28148478) a kontinuita s lékařem souvisí s nižší úmrtností (Pereira Gray a kol. 2018, PMID 29959146; Sandvik a kol. 2022, PMID 34607797). Kontinuita s praxí ji nahrazuje jen zčásti (McDonald a kol. 2024, PMID 38806258).

HSPA nemá

Barker 2017, Pereira Gray 2018, Sandvik 2022 a McDonald 2024 nejsou v publikovaných článcích ani v evidence-auditů HSPA (viz Část II, řádek 429). Pojistkami jsou jmenovitý ošetřující lékař a sestra pro každého pacienta, malé týmy a index obvyklého poskytovatele (UPC) jako ukazatel odměny. UPC je zároveň kontrolním bodem pilotu: pokud v pilotních ORP klesne pod výchozí stav, uspořádání týmu se před předložením zákona upraví. Pokud praktici do týmů nevstoupí, zůstává dobrovolnost, ochrana hodnoty praxe a záložní varianta B.

Pacient má svého lékaře a sestru; tým kolem nich sdílí další profese

Organigram týmu sdružené péče a jeho napojení na okolí



organigram týmu sdružené péče · 7 částí týmu, 6 partnerů

Středem týmu je jmenovitá dvojice lékaře a sestry; ostatní profese a partneři kolem ní pracují, ale pacienta jí nepřebírají.

J2 · Sesterská složka úhrady a rozšířené kompetence sester

Proč. Za 10 až 12 let je potřeba nejméně 24 000 úvazků jen nových všeobecných sester, zatímco plně kvalifikovaných všeobecných sester promuje jen asi 1 750 ročně, tedy 16,1 na 100 tisíc obyvatel (OECD Health Statistics 2024; HSPA Monitor). Typická ordinace praktika má dnes asi jednu sestru na lékaře a úhrada vyšší počet sester neodměňuje. Průměrný věk všeobecné sestry byl v roce 2023 48,2 roku (ÚZIS) a přes 12 tisíc všeobecných sester je starších 60 let (NZIS; MZ ČR 2025, s. 111).

HSPA upřesňuje

Generační propast v ošetřovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Čtyřicet osm ku dvanácti. Plán přesunout péči z lůžek do terénu má peníze i směr — nemá ruce (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-sestry-vazajici-podminka.html>)

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Evidence vyznívá vesměs příznivě, i když s výhradami. Cochranův přehled 18 randomizovaných studií zjistil u péče vedené sestrou podobné nebo lepší zdravotní výsledky a vyšší spokojenost, úspora nákladů je ale nejistá (Laurant a kol. 2018, PMID 30011347). Přehled přehledů potvrzuje, že péče vedená sestrou je stejně bezpečná nebo bezpečnější (Paier-Abuzahra a kol. 2024, PMID 39529012).

HSPA nemá

Nejblíže: článek osetřovatelství-generacni-propast-2026 popisuje nizozemský skill-mix (sestra samostatně vede návštěvy chroniků), ale bez těchto citací.

Většina studií se týká sester v pokročilé praxi. Česká bakalářská sestra v ambulanci roli nurse practitioner neodpovídá, a proto kompetence přidáváme postupně a podle protokolů.

Co přesně. Sesterská a profesní složka se vyplácí jen za obsazenou funkci: za neobsazené místo tým nedostane nic ani kvůli němu nepřijímá pacienty navíc.

Prvek	Návrh
Sestra nad poměr 1 : 1	83 000 Kč měsíčně za úvazek; kryje plat 62 177 Kč (ISPV 2025) s odvody 33,8 %, tedy asi 1,0 mil. Kč ročně
Další profese	70 000 Kč měsíčně za úvazek nutričního terapeuta, fyzioterapeuta nebo psychologa
Plat	Na úrovni nemocniční sestry stejné kvalifikace a praxe, bez nočních služeb; večery a soboty pokryje rozpis s příplatky
Podmínka smlouvy	Sestry placené ze sesterské složky tráví většinu času přímou prací s pacienty (Nizozemsko požaduje 75 %)
Koordinační sestra	Hodnotí upozornění z dálkového sledování a zároveň zůstává sestrou své dvojice, takže samostatná linka nevzniká

HSPA upřesňuje

Sestra bere 1,48násobek průměrné mzdy – víc než v Německu i Švédsku. Přesto sestry chybějí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platy-sester.html>)

Indikátor: Odměňování nemocničních sester (násobek průměrné mzdy) (<https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=odmenovani-sester-nasobek-mzdy>)

Kompetence přibývají ve třech krocích: nejdřív poradny chroniků podle protokolu a hodnocení upozornění z dálkového sledování, potom samostatná indikace sestry se specializací v ambulanci a nakonec sestra v pokročilé praxi s předepisováním, které navazuje na priority ministra (sesterská preskripce).

Tři sestry na lékaře představují dlouhodobý směr a podmínkou nejsou; srovnávané země mají v primární péči 0,7 až 1 sestru na lékaře (Španělsko 0,9, Portugalsko asi 1, Dánsko 0,7 úvazku). Počty sester v týmech po letech a jejich náklad stanoví personální model v Části V.

HSPA má téma

Indikátor: Praktikující sestry / 1 000 obyvatel (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=sestry_per_1000)

Indikátor: Praktikující lékaři / 1 000 obyvatel (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=lekari_per_1000)

Právní nástroj. Vlna 0: novela vyhl. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků (rozsah S), sesterská složka v úhradové vyhlášce podle § 17 odst. 5 zák. 48/1997 Sb. a smluvní dodatek v pilotu. Vlna 2: § 17 a § 18 zák. 48/1997 Sb. (platba za funkci, samostatná indikace sestry). Vlna 4: zák. 96/2004 Sb. a § 80 zák. 378/2007 Sb. (sestra v pokročilé praxi s předepisováním).

HSPA upřesňuje

Generační propast v ošetřovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Kdo. MZ (vyhlášky), ČAS a odborné společnosti (protokoly poraden), pojišťovny a SPL ČR v dohodovacím řízení, vysoké školy (kapacity a specializace). Partnerem při prosazování platové parity s nemocnicemi jsou odbory.

Kdy. Podnět do dohodovacího řízení o úhradách 2028 podáme do 31. 1. 2027 a dohodu je třeba uzavřít do 30. 6. 2027; v pilotu platí sesterská složka smluvně od roku 2028. V základním scénáři přijde novela vyhl. 55/2011 Sb. v roce 2030 a sesterská složka vstoupí do úhradové vyhlášky 2031. Samostatná indikace sestry platí od 1. 1. 2032, sestra v pokročilé praxi nejdřív od roku 2033.

V doplňkovém scénáři by sestry u týmových praxí vstoupily do úhradové vyhlášky už od 1. 1. 2028. Ministr zdravotnictví sesterské kompetence a preskripce sám uvádí mezi prioritami, takže tento krok může přijmout i dnešní vláda.

HSPA potvrzuje

Generační propast v ošetřovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Na čem závisí. Na P1 : personální bilance po krajích včetně nábory ze zahraničí a zrychlení aprobační musí být zveřejněná před předložením zákona o primární péči. Opatření závisí také na J1 (tým, který sestry zaměstná) a na Pilíři 2 (změna práce v nemocnicích). Brána B3 v prosinci 2031 vyžaduje, aby podle registrů pojišťoven byla obsazena aspoň polovina míst sester v týmech první vlny; jinak reforma přechází na variantu B.

Rizika a pojistky. Hlavním rizikem je odliv sester z nemocnic, kde jich chybí už dnes. Pojistky jsou tři: přechod nemocničních sester do týmů podpoříme jen tam, kde se podle krajského plánu síť práce v nemocnici prokazatelně změnila; plat v týmu nepřesáhne nemocniční úroveň; obsazenost nemocničních míst sledujeme čtvrtletně po krajích.

Původní plán verze 2 počítal se 40 % vysokoškolských absolventek, oponentní posudek ale spočítal, že by jich spotřeboval kolem 64 %. Proto platí scénář „polovina sester“: když jich přijde méně, reforma se nezastaví, jen se zmenší na variantu B. Riziko, že sestry budou místo péče vyřizovat administrativu, omezuje podmínka přímé práce ve smlouvě a zapisovatel z Pilíře 3.

J3 · Kompetence praktiků

Proč. Rozvolnění kompetencí praktiků je nejlevnějším nástrojem reformy; verze 2 ho vynechala a oponentní posudek ho žádá jako samostatné opatření. Od 1. 7. 2026 smí praktik podle vyhlášky č. 119/2026 Sb. (novela vyhl. 376/2011 Sb.) předepisovat přes 1 200 přípravků s dřívějším omezením „E“, zhruba osminu hrazených léčiv v ambulantní péči; u skupin se symbolem „F“ ale dál jen pokračuje v léčbě na doporučení specialisty a pacient kvůli tomu chodí ke specialistovi na kontroly, které by zvládl praktik (HSPA Monitor). Administrativa podle odhadů zabírá 30 až 40 % času praktika (HSPA Monitor).

HSPA potvrzuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Konec obíhání kvůli receptu. Přes 1 200 léků smí od července předepsat i praktik (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-preskripce-praktici-2026.html>)

Z dopisu MUDr. Pavla Neničky resortnímu týmu (2023) návrh přebírá myšlenku praktika s širšími kompetencemi včetně ultrazvuku. Nepřebírá povinné doporučení ke specialistovi ani sloučení PLDD do všeobecného lékařství, protože jdou proti dobrovolnosti, na které reforma stojí. Evidence o přínosu je převážně organizační a pilot ji musí doplnit měřením.

Co přesně.

- Dokončení revize preskripčních omezení po skupinách léčiv se symbolem „F“ (skupiny „E“ otevřela vyhláška č. 119/2026 Sb. od 1. 7. 2026): tam, kde praktik dnes léčbu jen prodlužuje, ji smí po stanovení diagnózy zahájit nebo upravit podle doporučeného postupu. Seznam skupin navrhne SVL ČLS JEP s příslušnými odbornými společnostmi.

HSPA potvrzuje

Konec obíhání kvůli receptu. Přes 1 200 léků smí od července předepsat i praktik (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-preskripce-praktici-2026.html>)

390 kilogramů konopí na recept. Lékařny ho v roce 2025 vydaly o 48 % víc než rok předtím a téměř šestkrát víc než v prvním roce úhrady (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-konopi-lecebne-390-kilogramu.html>)

- Nové výkony v Seznamu zdravotních výkonů: cílené ultrazukové vyšetření v ordinaci praktika podmíněné certifikovaným kurzem a malé výkony, kvůli kterým dnes pacient musí jít.

HSPA má téma

Paradox dostupnosti. Češi udávají nejnižší nesplněnou potřebu péče v EU — a přesto čekáme (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cekani-specialista.html>)

- Nové výkony jsou hrazené ve výkonné složce nad kapítací, aby nebyly pro praktika ztrátové.
- Certifikované kurzy podle zák. 95/2004 Sb. a audit kvality nových výkonů.

Kompetence platí pro každého praktika, v týmu i mimo něj, a obdobně pro PLDD. Ověřit: kolik přípravků s preskripčním omezením na odbornost praktik dnes předepisuje jen na doporučení a kolik takových preskripcí ročně eviduje SÚKL. Ověřit: které ultrazukové výkony smí dnes odbornost 001 vykazovat.

🔍 Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Konec obíhání kvůli receptu. Přes 1 200 léků smí od července předepsat i praktik (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-preskripce-praktici-2026.html>)

Paradox dostupnosti. Češi udávají nejnižší nesplněnou potřebu péče v EU — a přesto čekáme (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cekani-specialista.html>)

Právní nástroj. Nový zákon není potřeba. Preskripční omezení podle odbornosti mění ministerstvo vyhláškou (§ 33 vyhl. 376/2011 Sb., naposledy vyhl. 119/2026 Sb.) a u jednotlivých přípravků SÚKL ve správním řízení o výši a podmínkách úhrady podle části šesté zák. 48/1997 Sb., na podnět MZ nebo pojišťovny. Výkony přibývají novelou vyhl. 134/1998 Sb. (Seznam výkonů, rozsah S až M) a jejich cena úhradovou vyhláškou. Všechny tyto nástroje patří do vlny 0.

HSPA upřesňuje

Konec obíhání kvůli receptu. Přes 1 200 léků smí od července předepsat i praktik (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-preskripce-praktici-2026.html>)

Kdo. SVL ČLS JEP a SPL ČR (návrh), odborné společnosti specialistů (souhlas po skupinách), SÚKL (řízení), Pracovní skupina k Seznamu výkonů, pojišťovny.

HSPA upřesňuje

HSPA potvrzuje, že pracovní skupina k Seznamu výkonů existuje a je aktivní (49 jednání od 2015), a doplňuje novou pracovní skupinu MZ pro reformu primární péče (od 3/2026), která má stejnou agendu (kompetence, preskripce). Podněty J3 je ...

Kdy. Podněty do Pracovní skupiny k Seznamu výkonů a k SÚKL podáme ve fázi F0, tedy v letech 2027 a 2028. V základním scénáři platí nové výkony od 1. 1. 2031 s úhradovou vyhláškou 2031 a revize preskripčních omezení (skupiny „F“) se dokončí po skupinách v letech 2030 až 2032; první krok, přes 1 200 přípravků, platí od 1. 7. 2026. V doplňkovém scénáři může první výkon platit od 1. 1. 2028.

HSPA potvrzuje

Konec obíhání kvůli receptu. Přes 1 200 léků smí od července předepsat i praktik (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-preskripce-praktici-2026.html>)

Na čem závisí. J3 je nejméně závislé opatření jádra a může běžet jako první. Jeho účinek zesílí J2 (sestra uvolní čas praktika), konzultace lékař–lékař v J5 a zapisovatel z Pilíře 3.

Rizika a pojistky. Odpor odborných společností specialistů: revize jde po skupinách, s jejich účastí a se zpětnou zprávou, která specialistovi vrací informaci o pacientovi. Kvalita výkonů, zejména ultrazvuku: certifikace a audit. Přetížení praktiků: nové výkony jsou dobrovolné a placené. Revize nemění indikace léčiv, jen to, kdo je smí předepsat; pojišťovny sledují preskripci před revizí a po ní.

J4 · Návštěvní služba a doprava k lékaři

Proč. Počet lidí ve věku 75+ s vysokou potřebou péče se zhruba zdvojnásobí, ze 115 na 241 tisíc. Ordinance ve vesnicích už dnes zanikají s odchodem lékaře, bez jakéhokoli rozhodnutí úřadu. Návštěvní služba je podle § 7 odst. 3 zák. 372/2011 Sb. povinnou součástí péče registrujícího praktika, úhrada ji ale nepokryje natolik, aby mohla fungovat pravidelně.

HSPA potvrzuje

Nárok narazí na demografii. Proč bude do roku 2050 čekat dvakrát víc seniorů na péči, kterou systém slibuje (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-2-demograficky-tlak.html>)

Kdo se o nás postará v roce 2035. O 284 tisíc lidí nad 75 let víc, tři cesty a jeden nesečtený účet (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kdo-se-o-nas-postara-2035.html>)

Záchranka ošetří pacienta víc než milionkrát za rok. O polovinu víc než před 15 lety — a v polovině případů jde o seniora (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zachranka-milion-pacientu.html>)

Evidence mluví pro cílené návštěvy. Meta-analýza 64 randomizovaných studií s 28 642 seniory neprokázala u plošných preventivních návštěv konzistentní vliv na úmrtnost, hospitalizace ani umístění do zařízení (Mayo-Wilson a kol. 2014, PMID 24622676). Od návštěv proto neslibujeme méně hospitalizací; jejich účelem je dostupnost péče pro ty, kdo do ordinace nedojdou.

HSPA nemá

Studie v HSPA není. Souvisí jen kontext: ACSC hospitalizace 592/100 tis. a domácí péče (domaci-pece-stagnace).

Co přesně.

Prvek	Návrh
Komu	Ležící a křehcí pacienti, lidé po propuštění z nemocnice, pacienti v paliativní péči; plošné preventivní návštěvy návrh nezahrnuje
Organizace	Jeden až dva lékaři týmu mají v týdnu den na návštěvy; sestra dvojice jezdí na kontroly podle protokolu
Úhrada	Příplatek za lékařskou návštěvu po portugalském vzoru, 30 eur, nejvýš 20 návštěv měsíčně na lékaře
Pacient registrovaný jinde	Návštěvu poskytne tým spádu jako hrazený výkon s vyúčtováním mezi týmy, jak dnes funguje domácí péče
Senior taxi	Organizuje obec s rozšířenou působností nebo obec; dispečink sladí odvoz s termínem vyšetření
Návaznost	Domácí péče, mobilní paliativní tým a pečovatelská služba podle společného plánu péče (Pilíř 5)

HSPA má téma

Seniorů přibýlo téměř o polovinu, domácí péče stojí na místě. A stát ji přestal veřejně počítat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-domaci-pece-stagnace.html>)

Indikátor: Týmy mobilní specializované paliativní péče (na milion obyvatel) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=mobilni_paliativni_tymy_per_milion)

Indikátor: Klienti pečovatelské služby (na 1 000 obyvatel 65+) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=pecovatelska_sluzba_klienti_per_1000_65plus)

Náklady na senior taxi odhaduje model na 0,34 mld. Kč ročně (205 ORP × 1,5 vozu × 1,1 mil. Kč); hradí je obce a kraje ze svých rozpočtů, mimo zdravotní pojištění. V pilotu počítáme asi s 1,1 mil. Kč na vůz.

Právní nástroj. Vlna 0: příplatek za návštěvu smluvně v pilotu, poté v úhradové vyhlášce podle § 17 odst. 5 zák. 48/1997 Sb.; výkon návštěvy sestry v Seznamu výkonů (vyhl. 134/1998 Sb.). Senior taxi zákon nepotřebuje: spadá do samostatné působnosti obce podle zák. 128/2000 Sb., případně do krajského dotačního programu. Vlna 2: dojezdové doby podle spádů v nařízení vlády 307/2012 Sb.

HSPA potvrzuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Nárok narazí na demografii. Proč bude do roku 2050 čekat dvakrát víc seniorů na péči, kterou systém slibuje (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-2-demograficky-tlak.html>)

Kdo. Týmy a samostatní praktici (návštěvy), pojišťovny (příplatek), obce a ORP (senior taxi), kraje (dotace pro chudší obce), SMO ČR (vzorová smlouva o provozu).

Kdy. V pilotu od roku 2028. V základním scénáři vstoupí příplatek do úhradové vyhlášky 2031 a dojezdové doby do nařízení vlády s účinností zákona o primární péči 1. 1. 2032. Senior taxi mohou obce rozšiřovat kdykoli; v doplňkovém scénáři by příplatek platil od 1. 1. 2028.

Na čem závisí. Na J1 (tým, který si rozdělí návštěvní dny) a J2 (sestra pro kontroly doma), dále na Pilíři 5 (domácí péče s delší indikací, paliativní týmy) a na P3 (sdílené financování sociálně-zdravotní péče).

Rizika a pojistky. Obce nemají peníze na taxi: přednost mají spády s nejhorší dostupností a dopravu může převzít kraj. Návštěvy vytlačí ordinací čas: strop 20 placených návštěv měsíčně a ukazatel dostupnosti v odměně za výsledky. Delší cesta z vesnic po zániku ordinace: návštěvní služba a senior taxi musí v daném spádu fungovat od prvního dne týmu bez ohledu na to, zda už tým má budovu.

J5 · eŽádanka s triážním údajem, měření čekání a lidí bez praktika

Proč. Ambulantní specialisté jsou druhou největší položkou výdajů (asi 116 mld. Kč ročně), ale nikdo systémově neměří, jak dlouho pacienti čekají a kolik lidí nemá registrujícího praktika. Vládní novela zák. 325/2021 Sb. s povinnou elektronickou žádankou je na vládě; poprvé umožní vidět, kdo koho odeslal a kdy se pacient dostal na řadu. První fáze eŽadanky podle zák. 236/2025 Sb. od roku 2026 pokrývá konziliární (K), zobrazovací (Z) a fyzioterapeutické (FT) žádanky, laboratorní přibývají od druhého pololetí 2026; vystavování je dobrovolné, povinné je jen přijímání (HSPA Monitor). Konziliární žádanka ke specialistovi tedy v systému je, chybí ale triážní údaj a povinnost žádanku vystavit. Oponentní posudek upozornil, že „pořadí podle naléhavosti“ bez určení, kdo naléhavost posoudí, v jakém poli a s jakou sankcí, zůstane jen deklarací.

HSPA potvrzuje

Třetině dětských praktiků je přes 65 let. Síť ordinací se tenčí rychleji, než ji noví pediatři stíhají přebírat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html>)

Dvě vrstvy: staré ostrovy a nová centrální páteř českého e-zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-digi-3-dve-vrstvy-ncez.html>)

Elektronizace zdravotnictví míří dál. Co schválila novela — eŽadanky, eOčkovací průkaz a centrální registr prevence — a kde má pasti (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-elektronizace-2026.html>)

Země s povinným doporučením (Španělsko, Nizozemsko, Dánsko) zároveň ukazují, že bez dostupného praktika se doporučení mění v další frontu. Proto navrhuje měkký gatekeeping, který pacientovi žádnou možnost nebere a zvýhodní toho, kdo přijde s žádankou.

Co přesně.

- Indikující lékař (praktik nebo specialista) vyplní v eŽadance triážní údaj: urgentní do 2 týdnů, do 6 týdnů nebo plánované. Žádanka nese také klinickou otázku a dosavadní výsledky.
- Specialista smí kategorii změnit a změnu zdůvodní v odpovědi.
- Přímý přístup ke specialistovi bez žádanky zůstává. Pacient s žádankou má přednost v objednání a pojišťovna mu garantuje termín podle kategorie.
- Sankce nedopadá na pacienta: poskytovatel, který opakovaně nedodrží lhůtu kategorie, ztrácí bonus za dostupnost.
- Rychlá cesta pro varovné příznaky (podezření na nádor, náhlé zhoršení) platí i pro lidi bez registrace a vede přes telefonickou triáž kraje nebo pojišťovny.
- Pojišťovna, která pojištěnci do 30 dnů nezajistí registraci, mu obstará vyšetření lékařem nebo sestrou smluvního týmu. Doporučení smí vystavit jen zdravotník, a to po klinickém posouzení.

Měření má dvě části. Čekání od vystavení eŽadanky do vyšetření se zveřejňuje podle kategorií a zvlášť pro pacienty se žádankou a bez ní; když se čekání pacientů bez žádanky prodlouží, pravidla se změni. Počet pojištěnců bez registrujícího praktika zveřejňují pojišťovny čtvrtletně po ORP z vlastních registrů.

Údaje se tak dostanou k rozhodování bez zpoždění, s jakým vycházejí ročenky ÚZIS, a stojí na nich brána B3.

Právní nástroj. Vlna 0: pozměňovací návrh k vládní novele zák. 325/2021 Sb. (povinné triážní pole, export údajů o čekání); bonus za dostupnost v úhradové vyhlášce. Vlna 2: § 17 a § 46 zák. 48/1997 Sb. (garance termínu podle kategorie, povinnost zajistit registraci do 30 dnů) a lhůty v nařízení vlády 307/2012 Sb. Pokud pozměňovací návrh neprojde, přijde malá novela zák. 325/2021 Sb. ve vlně 2.

Kdo. MZ a státní infrastruktura elektronizace (pole a export dat), pojišťovny (garance termínu, data o registracích), odborné společnosti se SPL ČR a SAS ČR (kritéria kategorií pro nejčastější diagnózy), ÚZIS a nezávislý hodnotitel (zveřejňování).

Kdy. Pozměňovací návrh podáme podle termínu vládní novely, nejpozději v roce 2028. Navrhujeme, aby pojišťovny data o lidech bez praktika zveřejňovaly dobrovolně už od roku 2027. V základním scénáři platí bonus za dostupnost od úhradové vyhlášky 2031 a zákonná garance termínu od 1. 1. 2032.

Na čem závisí. Na povinné eŽadance (Pilíř 3) a na kapacitě praktiků a týmů (J1 až J3): bez dostupného praktika by žádanka byla jen dalším papírem. Dále na konzultaci lékař–lékař a zpětné zprávě (viz níže), které vracejí stabilní pacienty do péče týmu.

Rizika a pojistky. Inflace urgentních kategorií: specialista kategorií mění a zdůvodňuje, pojišťovna sleduje podíl urgentních žádanek podle indikujícího lékaře a sdílí ho s ním. Odpor specialistů: pobídky bez sankcí vůči pacientovi, placená konzultace a kritéria psaná s odbornými společnostmi. Přetížení praktiků: žádanku lze vystavit i bez návštěvy, u chroniků s roční platností, a připravit ji může sestra; horší dostupnost pro lidi bez praktika kryje rychlá cesta a lhůta 30 dnů.

Děti a PLDD: dětské týmy zůstávají

Péči o děti dnes nese asi 2 050 praktických lékařů pro děti a dorost a reforma tuto odbornost neruší. Návrh na postupné sloučení PLDD do všeobecného lékařství z dopisu MUDr. Pavla Neničky (2023) nepřebíráme, protože by šel proti dobrovolnosti i proti postoji SPLDD ČR a České pediatričké společnosti. Přebíráme z něj rozšíření kompetencí, které v J3 platí i pro PLDD.

HSPA potvrzuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Indikátor: Podíl praktických lékařů pro děti a dorost ve věku 65+ (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=pldd_podil_65plus)

Co navrhuje:

- dětská sestra v každém týmu, který o děti pečuje (prevence podle protokolu, očkování, poradenství rodičům);
- tým s lékaři pro dospělé i pro děti, ve kterém dítě v osmnácti zůstává u téhož týmu a jeho dokumentace nemusí nikam putovat;
- tam, kde PLDD chybí, registraci dětí u praktika pro dospělé v týmu, s kapacitami a podporou pediatra týmu; posudek odhaduje, že se to dnes týká asi 90 tisíc dětí na venkově;

HSPA potvrzuje

Třetina dětských praktiků je přes 65 let. Síť ordinací se tenčí rychleji, než ji noví pediatři stíhají přebírat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html>)

- přednost pediatrie při výběru týmů do pilotu.

Dětské sestry jsou s průměrným věkem 50,6 roku nejstarší skupinou v ošetrovatelství (všeobecné sestry 47,0; Národní registr zdravotnických pracovníků k 31. 12. 2022, HSPA Monitor), takže bez nábory dnes chybějí i stávajícím ordinacím. Text prof. Bronského pro resortní tým (2023) uvádí, že pediatři vstupují do primární péče obvykle ve 35 až 45 letech, po rodičovské dovolené. Rezidenčních míst pro budoucí PLDD podpořilo ministerstvo 70 v letech 2024 a 2025 (80 v roce 2023), a to jen ve variantě s praxí v ordinaci PLDD (dotační program MZ Rezidenční místa; MZ ČR 2025, s. 97–98). Počet rezidenčních míst proto patří do podmínky P2.

HSPA potvrzuje

Generační propast v ošetrovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osestrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Ověřit: plné jméno autora a přesný název textu prof. Bronského pro resortní tým. Dětskou lůžkovou péči, která je podle téže práce předimenzovaná, řeší Pilíř 2; dětská pohotovost zůstává u nemocnic s dětským oddělením.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

HSPA nejspíš identifikuje autora: doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D. (člen PS pro koncepční řešení pediatrické péče, 2023). Titul se liší (HSPA: doc., studie: prof.) a název textu HSPA nemá; text ani dokument v HSPA není. Identitu je nutno p...

Večery, víkendy a pohotovost

Od 1. 1. 2026 zajišťují lékařskou pohotovost pro dospělé nemocnice s urgentním příjmem (zák. 290/2025 Sb.) a reforma tuto změnu nevrací. Malý tým by pohotovost neunesl: minimální rozsah podle vyhl. 380/2025 Sb. je asi 31 hodin týdně. Dětská pohotovost zůstává u nemocnic s dětským oddělením.

HSPA potvrzuje

Pohotovosti přešly na pojišťovny. Co zákon 290/2025 Sb. skutečně mění (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-pohotovosti-290-2025.html>)

Pořadí kroků:

- Prodloužená ordinační doba týmů do 19 hodin a v sobotu dopoledne, placená jako funkce týmu (J1).
- Krajská telefonická triáž, která je zároveň vstupem do rychlé cesty pro lidi bez praktika (J5). Provozovatele, financování a napojení na záchrannou službu je třeba dohodnout s kraji.
- Pohotovost v centru primární péče jen tam, kde pracuje víc než deset lékařů, dobrovolně a nejdřív po účinnosti zákona o primární péči 1. 1. 2032.

Model verze 2 odhaduje náklady na prodlouženou ordinační dobu a pohotovost na 0,75 mld. Kč ročně; aktuální číslo uvádí Část V. Ověřit: zda kraje po účinnosti zák. 290/2025 Sb. provozují telefonickou triáž a v jakém rozsahu.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Pohotovosti přešly na pojišťovny. Co zákon 290/2025 Sb. skutečně mění (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-pohotovosti-290-2025.html>)

Vzorec, který rozdělí stovky miliard. Jak funguje úhradová vyhláška a proč na ní záleží víc, než si myslíte (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhrada-v-uhlaska.html>)

Výkup praxí odcházejících lékařů

Hodnota praxe se odhaduje na 2 až 3 mil. Kč a registrovaní pacienti jsou její hlavní součástí; tým ji proto musí umět vykoupit, jinak do něj starší praktici nevstoupí. Uvnitř týmu, který je jedním poskytovatelem, jsou pacienti registrovaní u týmu a „kmen“ jednotlivého lékaře právně neexistuje. Hodnotu vloženou lékařem musí zachytit smlouva.

HSPA nemá

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Jak to funguje:

- lékař vloží praxi do společnosti za podíl odpovídající její hodnotě, nebo si ponechá IČO a vstoupí do smluvní sítě;

- při odchodu do důchodu tým podíl vyplatí za předem dohodnutou cenu a splácí ho z vlastních příjmů za pět až deset let;
- vzorová společenská smlouva s jednotnou metodikou ocenění (počet registrovaných a roční kapitace), nezávislým odhadem a pravidly pro současný odchod více společníků (pořadí výplat, rozložení splátek, pojištění);
- státní záruka za úvěr, případně zvýhodněný úvěr z národních zdrojů, pokud evropské fondy výkup nepřipustí.

Výkup je převod mezi lékaři a systému jím nový náklad nevzniká. Tým ho hradí z kapitace stejně, jako dnes kupující lékař splácí kupní cenu z budoucích příjmů, a smlouva s pojišťovnou ho nesmí obsahovat jako samostatnou platbu. Verze 2 odhadla objem na 3 až 7,5 mld. Kč za dvanáct let; přepočet na posunutý náběh týmů je v Části V.

Výkup doplňuje nástroj, o kterém se jednalo už v dohodovacím řízení 2027: jednorázový příspěvek 250 až 500 tisíc Kč na převzetí praxe v okrese s nedostatkem praktiků, podmíněný pětiletým závazkem provozu. Vzorovou smlouvu připraví resortní tým se SPL ČR v roce 2027; výkup na smluvní úrovni zákon nepotřebuje, státní záruka potřebuje rozpočtové rozhodnutí vlády v roce 2030.

HSPA potvrzuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Ambulantní specialisté, konzultace lékař–lékař a zpětná zpráva

Model verze 2 počítá se třemi novými výkony za 1,5 mld. Kč ročně: 3 miliony žádank se zpětnou zprávou a přímým objednáním po 300 Kč a 1,5 milionu konzultací po 400 Kč. Část nákladů se vrátí díky menšímu počtu kontrolních návštěv, model s tím ale nepočítá. Úhrada jde za odpověď specialisty; za přednost v pořadí se neplatí.

Výkon	Co obnáší	Co získá specialista
Konzultace lékař–lékař	Praktik položí otázku elektronicky, specialista odpoví bez návštěvy pacienta	Placený čas bez obsazeného termínu
Zpětná zpráva	Specialista vrátí stabilního pacienta do péče týmu s plánem kontrol	Méně kontrol stabilních pacientů a volnou kapacitu pro nové
Přímé objednání	Tým rezervuje termín v kalendáři specialisty přímo ze žádanky	Pacienta s vyplněnou otázkou a výsledky

HSPA má téma

Paradox dostupnosti. Češi udávají nejnížší nesplněnou potřebu péče v EU — a přesto čekáme (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cekani-specialista.html>)

Sdílená péče o chroniky běží podle protokolů týmů a odborných společností: kdo kontroluje stabilního pacienta, kdy se vrací ke specialistovi a co musí obsahovat zpráva. Bez doporučení zůstává přístup ke gynekologovi, očnímu lékaři, zubaři, psychiatrovi a do dispenzarizované onkologie.

Výkony přibývají novelou vyhl. 134/1998 Sb. ve vlně 0 a jejich cena úhradovou vyhláškou. V základním scénáři platí od 1. 1. 2031, v doplňkovém mohou platit od 1. 1. 2028; podnět do Pracovní skupiny k Seznamu výkonů podáme v roce 2027. Náhradu objemových limitů indikačními omezeními a revizní činností řeší Pilíř 2.

Riziko, že zpětná zpráva bude jen dalším papírem, snižuje její vazba na eŽadanku: odpověď je strukturovaná a odchází elektronicky. Riziko odporu SAS ČR a odborných společností snižuje to, že výkony jsou nové, placené a bez sankcí.

Pilíř 3 · Digitální nástroje a eŽadanka jako infrastruktura

Pilíř 3 obsahuje čtyři nástroje a jen jeden z nich využívá umělou inteligenci: eŽadanka (infrastruktura), dálkové sledování (prahová pravidla), zapisovatel (AI) a portál pacienta. Do pilíře patří jen to, co má oporu v datech nebo v platném právu; ostatní má ověřit pilot.

Výchozí stav je nerovnoměrný. eRecept (téměř 86 milionů vystavených receptů v roce 2024; SÚKL, statistiky eReceptu; MZ ČR 2025, s. 91) a eNeschopenka fungují, ale souhrn pacienta nikdy nepoužilo 66,4 % lékařů a online se objedná 19,6 % lidí proti 39,8 % v EU. AI používá nebo testuje 67,6 % zdravotnických zařízení (MZ, únor 2026), zatím bez pravidel a mimo primární péči.

HSPA upřesňuje

Šedesát dva ze sta. Český eHealth má EZKartu v telefonu — ale dva ze tří lékařů Patient Summary nepoužili (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ezkarta-e-health.html>)

Elektronizace zdravotnictví míří dál. Co schválila novela — eŽadanky, eOčkovací průkaz a centrální registr prevence — a kde má pasti (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-elektronizace-2026.html>)

Tři miliony stažení, čtyřiatřicet tisíc lidí denně. EZKarta dostala data, na která pilot čekal (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ezkarta-nova-generace.html>)

Evropský prostor zdravotních dat ukládá povinnost sdílet souhrn pacienta a eRecepty od roku 2029 a laboratoře, snímky a propouštěcí zprávy od roku 2031. Jako první má sdílení fungovat v centrech primární péče.

HSPA potvrzuje

Evropský prostor zdravotních dat: jak nařízení EHDS změní české zdravotnictví do roku 2035 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ehds-evropsky-prostor-zdravotni-data.html>)

eŽadanka. Vládní novela zák. 325/2021 Sb. zavádí povinnou elektronickou žádanku; navazujeme na ni a vlastní systém nestavíme. Pozměňovacím návrhem (vlna 0) chceme do standardu žádanky doplnit čtyři prvky, na kterých stojí J5 :

HSPA má téma

Evropské peníze na e-zdravotnictví letos dojdou. Stát rozhodl, kdo zaplatí jeho provoz od roku 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ncez-financovani-2027.html>)

- povinné triážní pole se třemi kategoriemi a možností změny specialistou se zdůvodněním;
- strukturovanou klinickou otázku a odpověď, která slouží zároveň jako zpětná zpráva;
- vazbu na objednávací kalendář specialisty pro přímé objednání;
- časová razítka vystavení, objednání a vyšetření s exportem pro pojišťovny a ÚZIS, ze kterého se počítá čekání.

Pacient žádanku vidí na Portálu lékaře a pacienta, který MZ spustilo v lednu 2026 v pilotním režimu. Výchozí stav: novela zákona o elektronizaci (zák. 236/2025 Sb.) je účinná od 1. 1. 2026. První fáze eŽadanky pokrývá konziliární, zobrazovací a fyzioterapeutické žádanky, od druhého pololetí 2026 i laboratorní, a vystavování je dobrovolné (HSPA Monitor; MZ ČR 2025, s. 129 a 140). Triážní pole pro ambulantní specialisty proto znamená doplnit údaj do konziliární žádanky a zavést povinnost ji vystavit. Ověřit: aktuální stav a harmonogram dnešní vládní novely zák. 325/2021 Sb. (č. j. 748/26) v legislativním procesu.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje 62 versus 70. Co index eHealth měří a proč v něm Česko zaostává (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ehealth.html>)

Co je v roce 2026 povinné a co dobrovolné v elektronickém zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-digi-4-povinne-dobrovolne-2026.html>)

Elektronizace zdravotnictví míří dál. Co schválila novela — eŽadanky, eOčkovací průkaz a centrální registr prevence — a kde má pasti (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-elektronizace-2026.html>)

Pilíř 3 • Dálkové sledování

Dálkové sledování zavádíme jen tam, kde je jasné, co měřit a kdy jednat; nejsilnější oporu má u srdečního selhání. Meta-analýza 41 studií se 16 312 pacienty zjistila nižší riziko hospitalizace (poměr šancí 0,78) i úmrtí (0,81) (De Lathauwer a kol. 2025, PMID 39834044). Účinek se ale ukazuje hlavně při sledování delším než 12 měsíců a některé velké studie byly negativní, takže dvouletý pilot ho zachytí jen zčásti.

HSPA nemá

Studie ani téma telemonitoringu srdečního selhání v HSPA nejsou. HSPA má jen kontext: hospitalizace pro ACSC včetně srdečního selhání (592/100 tis.) a článek hospitalizujeme-nejvic.

Diagnóza	Co se měří	Síla evidence	Jak zavádět
Srdeční selhání	Hmotnost denně, tlak, tep	Silná	Po propuštění z nemocnice, první v řadě
Hypertenze	Saměření tlaku s úpravou léčby	Střední; přínos plyne ze saměření samotného, bez ohledu na přenos dat	Saměření v poradně sestry, telemonitoring jen tam, kde pomůže organizaci
CHOPN, diabetes	Podle protokolu	Slabá	Jen v pilotu, rozhodne měření

HSPA má téma Indikátor: Kontrolovaná hypertenze (TK < 140/90 mmHg) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=kontrola_hypertenze)

U hypertenze snížilo saměření s titrací léčby systolický tlak po roce o 3,5 mm Hg proti běžné péči a s telemonitoringem o 4,7 mm Hg, rozdíl mezi oběma variantami ale nebyl významný (McManus a kol. 2018, TASMING4, PMID 29499873). Model proto počítá s úsporami jen u srdečního selhání, hierarchicky a bez překryvu s ostatními hospitalizacemi; číslo je v Části V.

Kapacitu dálkového sledování určuje čas sestry. Při 250 sledovaných a 5 % horších měření jde o 12,5 upozornění denně, tedy asi dvě hodiny práce; koordinační sestra proto má limit 150 až 250 pacientů a pacient sledovaný telefonicky se počítá dvakrát až třikrát. Třídění má tři stupně: nejdřív automatický filtr podle prahů nastavených lékařem, potom sestru a nakonec lékaře.

Sledování běží v pracovní době a pacient má jasnou instrukci, kdy volat 155. Pro lidi bez chytrého telefonu jsou k dispozici váha a tlakoměr, které odesílají data samy, dále přístup pečující osoby přes elektronickou identitu nebo telefonát sestry.

Právní základ už existuje: § 11c zák. 372/2011 Sb. a vyhl. 30/2025 Sb. Chybí výkony a jejich úhrada v Seznamu výkonů (vlna 0) a kompetence sestry hodnotit upozornění ve vyhl. 55/2011 Sb. (J2). Dálkové sledování poběží v pilotu smluvně od roku 2028, v základním scénáři jako hrazený výkon od 1. 1. 2031, v doplňkovém od 1. 1. 2028.

HSPA upřesňuje 62 versus 70. Co index eHealth měří a proč v něm Česko zaostává (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ehealth.html>)

Pilíř 3 • AI zapisovatel

První randomizované studie ukazují u AI zapisovatele mírný a nejistý přínos; úsporu, se kterou by šlo plánovat, nedokládají. Verze 2 tvrdila, že zapisovatel zkrátí čas na zápisy „o asi desetinu“; to platí jen pro jeden ze dvou testovaných nástrojů v krátké studii, a tvrzení proto opravujeme.

Studie	Design	Výsledek
Lukac a kol. 2025, NEJM AI (PMID 41497288)	238 ambulantních lékařů ze 14 oborů, dva nástroje proti kontrole, dva měsíce	Nabla zkrátila čas strávený zápisy o 9,5 % (95% CI −17,2 až −1,8 %), DAX bez významného účinku (−1,7 %). Nástroje se použily ve 30 až 34 % návštěv; lékaři hlásili „občasné“ klinicky významné nepřesnosti

Studie	Design	Výsledek
Afshar a kol. 2025, NEJM AI (PMID 41625485)	66 zdravotníků, stupňovité zavádění, 24 týdnů	Nižší pracovní vyčerpání a o 0,36 hodiny denně kratší čas na zápisy; pokles práce mimo pracovní dobu se nepodařilo spolehlivě prokázat

HSPA potvrzuje

Lékař, který se vám zase dívá do očí: jak umělá inteligence mění provoz medicíny (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ai-zdravotnictvi-1-vstricnost.html>)

Citaci Chowdhury a kol. (JAMIA 2026, PMID 41729180) z verze 2 ve verzi 3 nepoužíváme: studie srovnávala jen dva nástroje mezi sebou a neměla kontrolní skupinu bez zapisovatele. Zapisovatel tedy může ulehčit práci a snížit vyčerpání, studie ale nedokládají, že by uvolnil čas pro další pacienty. Reforma s ním nepočítá jako se zdrojem kapacity a neslibuje, že díky němu bude potřeba méně lékařů.

Pilot změní tři věci: čistotu úsporu času po kontrole a opravách zápisu, chybovost zápisů v češtině a to, zda se zlepšila dostupnost. Systém ukládá návrh i schválené znění a za zápis odpovídá lékař, který ho podepsal.

Model verze 2 počítá s cenou 2 300 Kč na lékaře a měsíc podle amerických ceníků; českou cenu zjistí až pilot nebo výběrové řízení.

Klasifikaci zapisovatelů (zda jde o zdravotnický prostředek) musí vyjasnit metodika MZ a SÚKL. Ověřit: zda už SÚKL k AI zapisovatelům vydal stanovisko.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

MZ už klasifikační vodítko vydalo (metodický pokyn k AI, v1.0 listopad 2025, v2.0 ve Věstníku 13/2026); podle (zatím nepublikovaného) rozboru HSPA je prostý přepis řeči bez klinické interpretace mimo režim zdravotnických prostředků, zatím...

Pilíř 3 · Portál pacienta a pravidla pro digitální nástroje

Pro patientskou část nebudeme stavět nový portál: navazujeme na Portál lékaře a pacienta, který MZ spustilo v lednu 2026 v pilotním režimu. Do dvou let od nástupu vlády v něm chceme pacientovi zpřístupnit čtyři věci:

- souhrn pacienta, výsledky a zprávy, v souladu s termíny Evropského prostoru zdravotních dat;

HSPA upřesňuje

Tři miliony stažení, čtyřiatřicet tisíc lidí denně. EZKarta dostala data, na která pilot čekal (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ezkarta-nova-generace.html>)

- objednání k týmu a u specialisty ze žádanky, včetně stavu čekání podle kategorie;
- přehled, kdo do jeho záznamu nahlížel;
- přístup pečující osoby přes elektronickou identitu.

Pro lidi, kteří portál nepoužijí, zůstává telefon a recepce týmu; žádná služba nesmí být dostupná jen online. Ověřit: harmonogram MZ pro přechod Portálu lékaře a pacienta z pilotního do ostrého provozu.

Q Ověřujeme

HSPA má téma Kam to směřuje: strategie 2025–2035, EHDS a magický rok 2030 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-digi-5-strategie-ehds-2030.html>)

Tři miliony stažení, čtyřiatřicet tisíc lidí denně. EZKarta dostala data, na která pilot čekal (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ezkarta-nova-generace.html>)

Pro všechny nástroje pilíře platí stejná pravidla:

- každé klinické rozhodnutí dělá člověk a pacient ví, kdy komunikuje se systémem;
- data se ukládají v EU, v českém zdravotnickém systému napojeném na eZdraví, a přístup má jen tým, který pacienta léčí;
- nástroje, které vyhodnocují stav pacienta, mají certifikaci zdravotnického prostředku nejméně třídy IIa a plní povinnosti vysoce rizikové AI podle AI Actu;

HSPA má téma

2. srpna 2026. AI Act, české nemocnice a regulační vrstva, kterou nikdo necvičil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ai-act-zdravotnictvi-srpen-2026.html>)

Téměř třetina dospělých použila AI kvůli duševnímu zdraví. 13 % uživatelů kvůli ní odložilo odbornou pomoc, stát chystá pravidla (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ai-dusevni-zdravi-tretina-dospelych-2026.html>)

- odpovědnost je rozdělená předem: zdravotník za rozhodnutí, výrobce za nástroj;
- kybernetická bezpečnost se řídí NIS2 a před závislostí na jednom dodavateli chrání otevřené standardy a státem definovaná rozhraní.

HSPA má téma Bez dat nelze řídit: datová páteř, interoperabilita a past dodavatele (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-datova-patere-lock-in.html>)

Indikátor: Kybernetické bezpečnostní incidenty ve zdravotnictví (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=kyberneticke_incidenty_zdravotnictvi)

Ověřit: datum, od kdy platí povinnosti vysoce rizikové AI pro zdravotnické prostředky po zjednodušujících změnách AI Actu.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

2. srpna 2026. AI Act, české nemocnice a regulační vrstva, kterou nikdo necvičil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ai-act-zdravotnictvi-srpen-2026.html>)

Pilot v Pilíři 3 sleduje šest údajů: čas na administrativu před zavedením zapisovatele a po něm, chybovost zápisů, počet upozornění na koordinační sestru za den, neplánované hospitalizace u srdečního selhání proti kontrolním ORP, podíl pacientů na aplikaci, telefonu a přes pečující osobu a vyzvedávání léků podle eReceptu.

Indikátor: Nevydaná balení léků (rozdíl předpis – výdej na eRecept) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=nevydana_baleni_leku_pct)

Část III – Jádro reformy: síť lůžkové péče (pilíř 2)

Do roku 2038 navrhujeme přeměnit 8 000 akutních lůžek na následnou, rehabilitační, dlouhodobou a sociálně-zdravotní péči, a snížit tak jejich počet z 48 036 na zhruba 40 000 (asi 3,7 na 1 000 obyvatel). Lůžka přitom nezanikají, jen mění účel, a to až ve chvíli, kdy kraj prokáže, že pacient má kam jít a že záchranná služba dojde včas.

HSPA má téma

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Osmnáct tisíc hospitalizací na sto tisíc obyvatel. Proč Česko leží v nemocnicích nejvíc v OECD (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-hospitalizujeme-nejvic.html>)

Indikátor: Akutní lůžka (na 1 000 obyvatel) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=postele_akutni_per_1000)

Vycházíme z jediného základu: z lůžkového fondu podle NZIP/ÚZIS za rok 2024, tedy ze 48 036 nasmlouvaných akutních lůžek (4,4 na 1 000 obyvatel). Údaj OECD (3,99 na 1 000) používáme jen pro mezinárodní srovnání, protože vychází z jiné definice. Směr k 3,5 lůžka na 1 000 obyvatel, tedy o dalších asi 1 900 lůžek méně, platí až pro období po roce 2038 a jen při splněných ukazatelích.

HSPA potvrzuje

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Indikátor: Akutní lůžka (na 1 000 obyvatel) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=postele_akutni_per_1000)

Hlavním ukazatelem pilíře je podíl vlastní akutní lůžkové péče na úhradách pojišťoven: z 29,7 % v roce 2024 na 26 % kolem roku 2038. Pokles podílu vyjadřuje změnu ve skladbě péče a neznamená škrt: nemocnice dostanou v korunách víc, nové peníze ale půjdou hlavně do primární, domácí a následné péče. Aby ukazatel nešlo splnit přeúčtováním do nemocničních ambulančí, sledujeme vedle něj počet akutních lůžek, obloženost a odvrátitelné hospitalizace (Část IX).

HSPA potvrzuje

Kam plyne 508 miliard. Co o struktuře českého zdravotnictví říkají dohodovací řízení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-segmenty-2026.html>)

Nemocniční ambulance: 65 miliard, které se počítají jako lůžková péče (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nemocnicni-ambulance.html>)

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Pilíř stojí na dvou opatřeních jádra: J6 (krajský plán sítě) a J7 (kapacita následné a dlouhodobé péče jako podmínka každé přeměny). Hlavním nástrojem je nový zákon o síti lůžkové péče ve vlně 3: předložit 2031, přijmout 2032, účinnost nejpozději 1. 1. 2033, první krajské plány 2033. Část sítě lze měnit i bez zákona, jak ukazuje centralizace onkochirurgie (první vlna – játra, slinivka, jícen – od 1. 9. 2026 podle Věstníku MZ 10/2026, další obory 2027–2030); tuto cestu budeme ministerstvu navrhnout už ve fázi F0.

HSPA potvrzuje

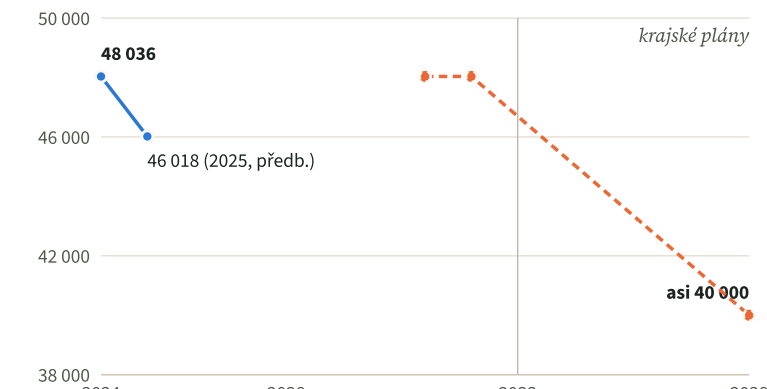
Čtyři tisíce operací se stěhují do center. Centralizace onkochirurgie má být hotová do roku 2030 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-onkochirurgie-2030.html>)

Náběh přeměny 2024–2038

Do roku 2038 změní účel asi 8 000 akutních lůžek, většina až s krajskými plány od roku 2033

Akutní lůžka v Česku: skutečnost 2024 a 2025 (předběžně) a plánovací trajektorie studie 2031–2038; ze 4,4 na 3,7 lůžka na 1 000 obyvatel

— skutečnost (NZIP/ÚZIS) — plánovací trajektorie studie



Křivka ukazuje plán, skutečný vývoj se může lišit: tempo v každém kraji určí krajský plán a pojistky (stop při obloženosti nad 85 %). Plán počítá od základu 48 036 lůžek z roku 2024; předběžný pokles v roce 2025 by jen zmenšil počet lůžek, které zbývá přeměnit. V letech 2010 až 2013 ubylo 5 914 akutních lůžek, ale lůžek následné a dlouhodobé péče přibýlo jen 22. To se nesmí opakovat.

Zdroj: NRHZZ, datový souhrn OIS-11-28 (zpracováno 30. 6. 2026; rok 2025 předběžně); plánovací trajektorie studie v3

NRHZZ, datový souhrn OIS-11-28 (2010–2025, rok 2025 předběžně) · plánovací trajektorie studie 2031–2038

Trajektorie slouží k plánování a vývoj nepředpovídá: tempo v každém kraji určí krajský plán a pojistky, takže skutečná křivka může být pozvolnější. Do roku 2032 jde jen o dobrovolné přeměny podle smluv s pojišťovnami a o minimální objemy; hlavní část přeměny přijde až s krajskými plány od roku 2033. Pokles v letech 2010 až 2013 ukazuje, co se nesmí opakovat: akutní lůžka ubyla, aniž by přibýla následná.

HSPA nemá

Indikátor: Lůžka dlouhodobé péče v pobytových zařízeních (na 1 000 obyvatel 65+) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=luzka_dlouhodob_e_pece_65plus)

Výchozí stav po krajích

Rezerva je v akutních lůžkách, nedostatek v následných: v roce 2024 byla standardní akutní lůžka obsazená z 56,0 %, lůžka následné a dlouhodobé péče z 85,4 %. V osmi krajích přesahuje obloženost následných lůžek 85 %, takže tam nemá přeměněné akutní lůžko kam „odevzdat“ pacienta, dokud nevznikne nová kapacita (J7).

HSPA upřesňuje

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Indikátor: Využití lůžek intenzivní péče (ARO/IIP) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=obloznost_intenzivni_pece_pct)

Kraj	Akutní lůžka 2024	Obloženost standardních akutních lůžek (%)	Lůžka následné a dlouhodobé péče 2024	Obloženost následných lůžek (%)
Hl. m. Praha	8 441	55,3	3 175	84,8
Jihomoravský	6 119	56,1	2 660	82,0
Moravskoslezský	5 327	60,7	3 580	87,7
Středočeský	3 920	60,7	3 700	87,1
Ústecký	3 813	45,7	2 032	80,7
Olomoucký	2 876	58,8	1 854	88,3
Jihočeský	2 836	55,4	1 105	74,8
Královéhradecký	2 752	57,8	1 561	87,2

Kraj	Akutní lůžka 2024	Obložnost standardních akutních lůžek (%)	Lůžka následné a dlouhodobé péče 2024	Obložnost následných lůžek (%)
Plzeňský	2 670	57,9	2 070	91,7
Vysočina	2 324	54,7	2 014	80,5
Zlínský	2 151	61,4	1 573	88,5
Pardubický	1 935	46,0	1 782	85,2
Liberecký	1 885	55,4	762	83,5
Karlovarský	987	55,4	683	88,8
Česko	48 036	56,0	28 551	85,4

HSPA upřesňuje

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Zdroj: NRHZS, [datový souhrn OIS-11-28](https://www.nzip.cz/data/2378-luzkovy-fond-akutni-nasledna-dlouhodob-pece-datovy-souhrn) (<https://www.nzip.cz/data/2378-luzkovy-fond-akutni-nasledna-dlouhodob-pece-datovy-souhrn>) (zpracováno 30. 6. 2026), vlastní výpočet; obložnost = ošetřovací dny / (lůžka × 365). Sestavy ÚZIS SSS-05-02 a SSS-05-03 uvádějí pro následná lůžka 84,2 %, protože počítají jinou metodikou. Praha slouží i pacientům ze Středočeského kraje, proto krajská čísla nelze číst jako potřebu obyvatel kraje. Průměr 56 % neznamená, že lze 44 % lůžek zavřít. V roce 2024 mělo 58 akutních pracovišť (zařízení a obor) roční obložnost standardních lůžek nad 85 %, celkem 1 791 lůžek; malá oddělení navíc potřebují rezervu na zimní špičky. Krajský plán proto rozhoduje podle oboru, sezóny, personálu a dojezdu; celostátní průměr k tomu nestačí.

HSPA potvrzuje

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Předběžná data za rok 2025 ukazují 46 018 akutních lůžek, o 2 018 méně než v roce 2024; největší úbytky vykázaly Krajská zdravotní (–368), Nemocnice Pardubického kraje (–122) a FN Brno (–121). Cíl kolem 40 000 lůžek v roce 2038 se tím nemění, zmenšil by se jen počet lůžek, která zbývá přeměnit. Pojišťovny se během roku 2024 s řadou nemocnic dohodly na redukci akutních lůžek a vzniku lůžek následné péče (MZ ČR 2025, s. 82), což podporuje výklad, že jde o trvalé snížení. Ověřit: zda jde o trvalé snížení, nebo o změnu ve vykazování smluvních lůžek.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

J6 Krajský plán sítě lůžkové péče

Od roku 2033 bude mít každý kraj desetiletý plán služeb, ze kterého teprve vyplyne počet lůžek ve čtyřech skupinách: akutní, následná, dlouhodobá a sociálně-zdravotní. Plán navrhuje kraj, schvaluje ministerstvo zdravotnictví a spor rozhodne vláda.

- **Proč.** Celostátní plánování lůžek zákon nezná: kraj vydává oprávnění a většinu nemocnic vlastní, síť ale fakticky určují pojišťovny smlouvami (§ 46 až 52 zák. 48/1997 Sb.). Nikdo tak neodpovídá za to, že s ubylým akutním lůžkem přibude následné. V letech 2010 až 2013 ubylo 5 914 akutních lůžek, zatímco lůžek následné a dlouhodobé péče přibýlo 22 (NRHZS).

HSPA má téma

[Co dnes skutečně máte nárok? Anatomie ústavního práva na bezplatnou zdravotní péči](https://skorezdravnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-1-co-to-je.html) (<https://skorezdravnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-1-co-to-je.html>)

[Nárok narazí na demografii. Proč bude do roku 2050 čekat dvakrát víc seniorů na péči, kterou systém slibuje](https://skorezdravnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-2-demograficky-tlak.html) (<https://skorezdravnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-2-demograficky-tlak.html>)

[Indikátor: Lůžka dlouhodobé péče v pobytových zařízeních \(na 1 000 obyvatel 65+\)](https://skorezdravnictvi.cz/indicator.html?id=luzka_dlouhodob-pece_65plus) (https://skorezdravnictvi.cz/indicator.html?id=luzka_dlouhodob-pece_65plus)

- **Co přesně.** Plán na deset let s revizí po třech letech vychází z potřeb regionu, dojezdů, oborů, sezónních špiček a personálně obsaditelných lůžek. Každé nemocnici určí jednu ze tří rolí: specializované centrum, regionální nemocnice s urgentním příjmem, nebo okresní nemocnice jako zdravotní centrum regionu (následná a rehabilitační péče, jednodenní chirurgie, diagnostika, ambulance, zázemí pro týmy primární péče). Obsahuje personální plán a kontrolní body, které je nutné splnit před každou přeměnou oddělení (diagram níže).

HSPA má téma

[Pelhřimov, Znojmo a co dál. Tichá personální krize okresních nemocnic](https://skorezdravnictvi.cz/clanek-okresni-nemocnice-personalni-krize.html) (<https://skorezdravnictvi.cz/clanek-okresni-nemocnice-personalni-krize.html>)

- **Právní nástroj.** Nový zákon o síti lůžkové péče (rozsah L, 40 až 70 paragrafů, vlna 3) a novela § 46 až 52 zák. 48/1997 Sb.: pojišťovny musí plán naplnit a výběrová řízení vypisovat podle něj. Dále menší novely zák. 374/2011 Sb. (plán pokrytí záchrannou službou jako podmínka sloučení oddělení), zák. 129/2000 Sb. a zák. 372/2011 Sb. (působnost kraje, soulad oprávnění s plánem) a pověřovací akt SGEI. Ještě před věcným záměrem je třeba dokončit ústavněprávní rozbor zásahu do samosprávy krajů (čl. 8 a 101 Ústavy) a do vlastnického práva (čl. 11 Listiny). Ověřit: nálezy Ústavního soudu k omezení krajské samosprávy zákonem ve veřejném zájmu.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Čtyři tisíce operací se stěhují do center. Centralizace onkochirurgie má být hotová do roku 2030 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-onkochirurgie-2030.html>)

Otevřené dveře. Ústavní soud nadstandardy nezakázal — tak proč jimi 12 let nikdo neprošel? (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nadstandardy-1-otevrene-dvere.html>)

- **Kdo.** Kraj plán navrhuje a nese za něj spoluodpovědnost; ministerstvo vydá metodiku a plán schvaluje; ÚZIS dodá data o potřebách a dojezdech; pojišťovny síť naplní smlouvami. Pro soukromé vlastníky nemocnic, kteří mají zhruba pětinu akutních lůžek, platí stejná pravidla, stejné kontrolní body i stejná garance příjmu. V opozici připraví věcný záměr resortní tým s Institutem Pi a poslaneckým klubem; ve vládě posílíme legislativní odbor ministerstva o tým pro síť.

HSPA nemá

Podíl soukromých vlastníků na akutních lůžkách HSPA nemá.

- **Kdy (scénář „Vláda 2030“).** F0 (11/2026–6/2028): metodika krajské analýzy, výpočet výchozích dojezdů z otevřených dat, jednání s Asociací krajů ČR a soukromými vlastníky. F1 (7/2028–12/2029): hotový věcný záměr. B2 : zákon v legislativním plánu vlády 2030. F2: předložení 2031. F3: přijetí 2032, účinnost nejpozději 1. 1. 2033; kraje potřebují na plán 12 až 18 měsíců, první plány schválené 2033. F4 (2034–2038): přeměna podle plánů, první revize 2036. V doplňkovém scénáři „Dnešní vláda převezme část“ se o 1 až 2 roky dříve uskuteční jen vlna 0, tedy metodika, minimální objemy ve Věstníku a smluvní dobrovolné přeměny; zákon tento scénář nezahrnuje.
- **Na čem závisí.** Na J7 (kapacita následné a dlouhodobé péče), na personální bilanci po krajích (P1) a na sociálním účtu (P3). Dále na zákonu o primární péči (vlna 2), aby měl pacient po propuštění kam jít, a na legislativní kapacitě ministerstva: bez týmu pro síť se vlna 3 posune o rok.
- **Rizika a pojistky.** Odpor krajů a soukromých vlastníků vyvažují garance příjmu, platba za připravenost pro urgentní příjmy a investice z fondu přeměny. Riziko, že lůžka ubudou dříve než náhrada, kryjí zákonné kontrolní body a pravidlo, že akutní lůžko se nepřemění bez prokázané kapacity a dojezdu. Odlivu personálu brání nabídka, kterou každý dotčený zdravotník dostane předem: nové místo v nemocnici nebo regionu, placená rekvalifikace, přechod do týmu primární, domácí či paliativní péče a příspěvek na dojíždění. Kdyby zákon neprošel, zůstane smluvní cesta a Věstník a zbytek reformy bude pokračovat.

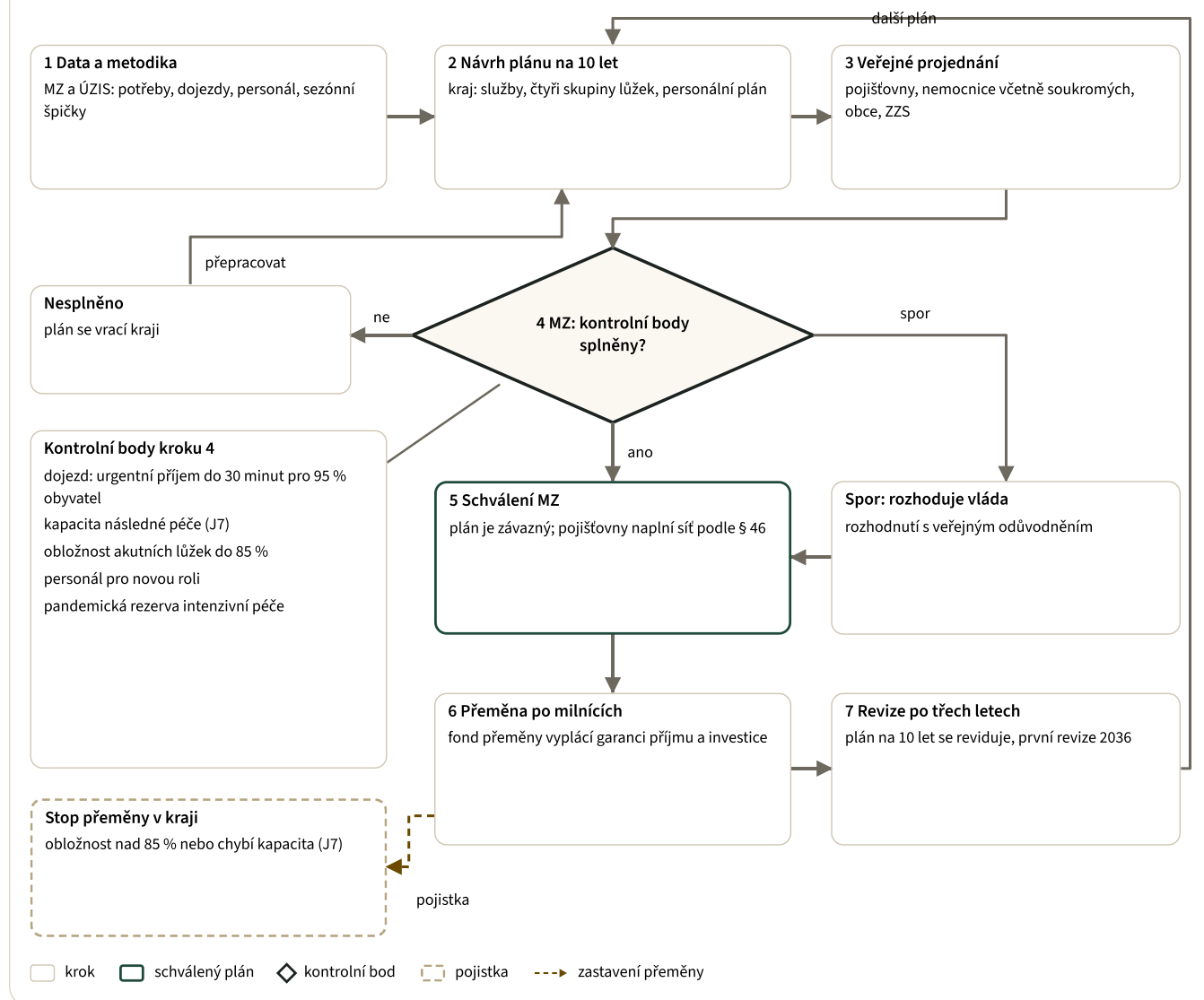
HSPA má téma

Pelhřimov, Znojmo a co dál. Tichá personální krize okresních nemocnic (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-okresni-nemocnice-personalni-krize.html>)

Jak vzniká krajský plán

Krajský plán sítě: kraj navrhuje, MZ schvaluje, spor rozhodne vláda

Návrh zákona o síti lůžkové péče · první plány 2033, revize po třech letech



proces krajského plánu sítě · 7 kroků, 1 kontrolní bod, spor a pojistka

Plán, který nesplní kontrolní body, se vrací kraji; trvá-li spor, rozhodne vláda s veřejným odůvodněním. Ani schválený plán neopravňuje k přeměně, dokud konkrétní oddělení nesplní milníky, a pojistka obložnosti ji může v kraji kdykoli zastavit.

J7 Kapacita následné a dlouhodobé péče jako podmínka přeměny

Žádné akutní lůžko se nepřemění, dokud kraj neprokáže místo pro pacienta po akutní fázi a dojezd záchranné služby v garantovaném čase. Kapacitu mimo akutní lůžka je třeba vytvořit ještě před přeměnou.

- **Proč.** Lůžka následné a dlouhodobé péče jsou obsazena z 85,4 %, v osmi krajích nad 85 %. Do roku 2035 bude potřeba zhruba 39 000 nových zdravotních i sociálních lůžek dlouhodobé a následné péče (Přecechtěl a Hlávka 2025) a 21 000 pečovateli (studie pro APSS ČR, 6/2026). Ze zdravotních lůžek už dnes chybí nejméně 2 až 3 tisíce a do roku 2035 bude potřeba dalších nejméně 8 tisíc (MZ ČR 2025, s. 65). Bez této kapacity by přeměna jen přesunula čekání z akutního lůžka na rodinu.

HSPA potvrzuje

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)

Dlouhodobá péče v Česku: tichá strukturální krize. Proč dvojčejný systém stojí v cestě reformě, kterou demografie tak jako tak vynutí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-dlouhodobé-pece-2026.html>)

Nárok narazí na demografii. Proč bude do roku 2050 čekat dvakrát víc seniorů na péči, kterou systém slibuje (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-2-demograficky-tlak.html>)

- **Co přesně.** Kontrolní bod v zákonu o síti: přeměnu oddělení lze schválit, až kraj doloží (a) volná místa v následné, rehabilitační a dlouhodobé péči v dojízdě vzdálenosti, (b) kapacitu domácí péče a sociálních služeb, (c) dojezd a urgentní příjem podle garance a (d) obloženost akutních lůžek pod 85 %. Pro přeměněná lůžka bude platit standard, aby nevznikly nové LDN: tři druhy lůžek s různým cílem a úhradou (rehabilitační následná s cílem návratu domů, dlouhodobá ošetrovatelská, paliativní), plán s cílem a dobou pobytu od prvního dne a tým včetně fyzioterapeuta, ergoterapeuta, geriatra, nutričního terapeuta a sociálního pracovníka. Veřejné ukazatele: dekubity, pády, rehospitalizace do 30 dnů, podíl pacientů propuštěných domů a doba čekání na následnou péči na akutním lůžku.

HSPA má téma

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)

Geriatrických ambulaní je 67, v Karlovarském kraji žádná. Ministerstvo počítá s pěti novými a deseti posílenými, zatím na rok (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-geripro-geriatricke-ambulance-2026.html>)

Indikátor: Dekubity získané během hospitalizace (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=dekubity_hospitalizace)

- **Právní nástroj.** Kontrolní bod v zákonu o síti lůžkové péče (vl. 3). Standard a vyšší sazbu vázanou na standard zakotví úhradová vyhláška (§ 17 odst. 5 zák. 48/1997 Sb.) s klasifikací pacientů podle § 41aa. Sdílené financování sociálně-zdravotních lůžek zavede novela § 36 zák. 108/2006 Sb. a § 22b zák. 48/1997 Sb. (vl. 4), která naváže na zák. 38/2025 Sb. a rekodifikaci MPSV.

HSPA potvrzuje

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)

- **Kdo.** Kraj jako zřizovatel nemocnic i plánovatel sociálních služeb, MZ a MPSV, pojišťovny, obce (SMO ČR) a poskytovatelé sociálních služeb. Spory mezi resorty řeší Řídicí výbor reformy.
- **Kdy (scénář „Vláda 2030“).** F0: měření čekání na následnou péči na akutních lůžkách z dat pojištěn, návrh standardu s odbornými společnostmi, podnět do dohodovacího řízení o úhradách 2028 (do 31. 1. 2027). F1: věcný záměr kontrolního bodu jako součást zákona o síti. F2: standard a sazba v úhradových vyhláškách 2031 a 2032. F3: kontrolní bod platí od účinnosti zákona o síti, první posouzení s plány 2033. F4: kapacita roste vždy o krok před přeměnou.
- **Na čem závisí.** Na sociálním účtu a sdíleném financování (P3), na pečovateli a sestřích (P1) a na investicích do pobytových kapacit; studie Deloitte pro APSS ČR počítá se 2 mil. Kč na pobytové lůžko (verze 2 odhadovala 3 až 5 mil. Kč; HSPA Monitor). Přeměna akutního lůžka na následné je přitom levnější než nová stavba (0,6 až 1,2 mil. Kč na lůžko, viz níže), proto je fond přeměny i nástrojem J7.

HSPA má téma

Kdo se o nás postará v roce 2035. O 284 tisíc lidí nad 75 let víc, tři cesty a jeden nesečtený účet (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kdo-se-o-nas-postara-2035.html>)

- **Rizika a pojistky.** Když kapacita nevznikne, přeměna v kraji stojí. Tak má pojistka fungovat, za selhání reformy to nepovažujeme a ostatní kraje pokračují. Proti vzniku nových LDN působí standard, veřejné ukazatele a sazba podmíněná standardem. Lůžkům bez personálu brání personální plán, který je součástí kontrolního bodu.

Fond přeměny a garance příjmu

Fond přeměny má dvě části: jednorázovou investici 5 až 10 mld. Kč (0,6 až 1,2 mil. Kč na přeměněné lůžko) a provozní garanci příjmu v letech 2033 až 2040 v průměru asi 1 mld. Kč ročně, s vrcholem asi 1,3 mld. Kč v letech 2035 až 2038. Obě části jsou odhady s nízkou jistotou a nahradí je dopadová studie zákona o síti.

HSPA nemá

Fond přeměny, garance příjmu (1 500 Kč na lůžko a den, 7,9 mld. Kč za 2033–2040) ani jednotkové náklady přeměny HSPA nevyčísľuje.

Investici na přeměnu lůžek už dnes váže jedna z aktivit výzvy IROP 2021–2027 na lůžkovou následnou péči: dotaci v ní dostane jen poskytovatel, který zruší 20 akutních lůžek a zřídí 20 následných, převážně pro geriatrické pacienty, s návazností na zdravotní a sociální služby v domácím prostředí (výzva IROP; MZ ČR 2025, s. 148). Ověřit: číslo výzvy IROP a počet takto přeměněných lůžek.

Q Ověřujeme

HSPA nemá

Výzvu IROP 2021–2027 na lůžkovou následnou péči (zrušit 20 akutních lůžek, zřídí 20 následných) HSPA neviduje; nesouvisející je výzva č. 98 IROP REACT-EU (covid).

Garance dorovnává rozdíl mezi dnešní úhradou oddělení a úhradou za jeho novou roli po dobu přechodu. Model počítá s rozdílem asi 1 500 Kč na lůžko a den při 60% obloženosti a s přechodem, který trvá v průměru tři roky; zákon ho omezí na nejvýš pět let na oddělení. Částka 2,6 mld. Kč ročně je jen teoretický strop pro situaci, kdy by všech 8 000 lůžek bylo v garanci současně; při rozložení přeměny do let 2033 až 2038 vychází v letech 2033 až 2040 celkem asi 7,9 mld. Kč.

Garance se vyplácí po splnění milnicích: nová lůžka následné péče v provozu, ambulance otevřená, personál převeden. Vyplácí se od roku 2033, kdy přeměnu začnou řídit první krajské plány; dobrovolné přeměny, které pojišťovny sjednají smluvně ještě před účinností zákona, model do garance nezapočítává. Provozní garance je výdajem veřejného zdravotního pojištění, investice jde ze státního rozpočtu a evropských fondů. Jak obě části započítáváme do celkového nákladu reformy, uvádí Část V.

Veřejná podpora a SGEI. Garance i investice jsou veřejnou podporou, jakmile je dostane nemocnice jako podnik, a to i krajská akciová společnost. Rozhodnutí Komise 2012/21/EU vyjímá z notifikace vyrovnávací platby nemocnicím za službu obecného hospodářského zájmu bez ohledu na výši, pokud splní jeho podmínky. K tomu je potřeba pověřovací akt, který stanoví obsah a dobu závazku, území, parametry výpočtu platby a opatření proti nadměrné vyrovnávací platbě; tu je třeba kontrolovat nejméně jednou za tři roky.

Pověření může být nejvýš desetileté, nejde-li o významnou investici, což odpovídá délce krajského plánu a jeho tříletým revizím. Stejným režimem lze krýt platbu za připravenost urgentních příjmů a nezbytných akutních kapacit. Soukromá nemocnice dostane investiční podporu jen se závazkem provozovat novou roli nejméně 15 let; investice nad rámec pověření posoudí ÚOHS jako koordinátor veřejné podpory, případně Komise. Ověřit: zda pověření vydá vláda, kraj, nebo oba, a jak sladit patnáctiletý závazek s desetiletým limitem pověření.

Q Ověřujeme

HSPA nemá

SGEI / veřejná podpora / pověřovací akt – HSPA žádný podklad nemá.

Minimální objemy a centralizace

Od 1. 9. 2026 soustřeďuje ministerstvo nejnáročnější onkochirurgii do center bez nového zákona (první vlna – játra, slinivka, jícen – podle Věstníku MZ 10/2026, další obory 2027–2030); stejnou cestou navrhujeme minimální objem a personální standard pro porodnictví, kardiologii, traumatologii a dětská lůžková oddělení. Centralizaci onkochirurgie podporujeme a navrhujeme ji vyhodnotit jako vzor.

HSPA má téma

Šest celá čtyři procenta a dvanáct center: proč se v Česku rodí předčasně méně dětí než v Evropě (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-predcasne-porody-centralizace.html>)

Česko je světová špička v přežití novorozenců. Není to náhoda, je to systém (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-perinatalni-umrtnost.html>)

Devět z deseti nejkřehčích dětí se narodí na správném místě. O tom desátém se rozhoduje po telefonu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-velmi-predcasnych-porodu.html>)

Precedent bez zákona. Věstník MZ č. 6/2026 (28. 5. 2026) vydal metodické pokyny pro chirurgii jater, žlučových cest a slinivky a pro chirurgii jícnu; účinnost této první vlny od 1. 9. 2026 stanovil Věstník MZ 10/2026 a další obory následují v letech 2027–2030. Reforma používá tři páky: akreditaci centra s minimálním objemem, úhradový koeficient (výkon mimo centrum se hradí jen z 25 % místo dnešních 50 %) a smlouvy pojišťoven podle § 17 zák. 48/1997 Sb. Podle podkladů pracovní skupiny MZ (4/2026) byla devadesátidenní úmrtnost po resekci jater v letech 2022 až 2024 6,15 % v pracovištích nad 20 výkonů ročně a 11,76 % v menších.

HSPA upřesňuje

Centralizace onkologické chirurgie 2027: konec „trofejních výkonů“ v českých nemocnicích (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-chirurgie-2027.html>)

Čtyři tisíce operací se stěhují do center. Centralizace onkochirurgie má být hotová do roku 2030 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-onkochirurgie-2030.html>)

Co říká evidence. Metaanalýza Grilli a kol. (2021, PMID 33944635) shrnula 41 studií, z toho 15 hodnotících politiku centralizace; souhrnný poměr šancí pooperační úmrtnosti byl 0,68 (95% interval spolehlivosti 0,54 až 0,85) při vysoké heterogenitě. Autoři sami uvádějí, že důkazy jsou nízké kvality a velikost efektu je pravděpodobně nadsazená. Centralizace je tedy spojena s nižší úmrtností, ale nevíme přesně, o kolik; proto ji zavádíme spolu s měřením výsledků a konkrétní zlepšení neslibujeme.

HSPA má téma

Grilli 2021 (PMID 33944635) v HSPA není; HSPA ale cituje a v evidence-auditě ověřil jiné přehledy objem–výsledek (centralizace jícnu 8,48 % vs 2,82 % mortalita; Huo 2017 – 47 studií).

U porodnictví platí opačné varování. Uzavírání venkovských porodnic v USA bylo spojeno s nárůstem porodů mimo nemocnici, v nemocnicích bez porodnice a předčasných porodů (Kozhimannil a kol., JAMA 2018, PMID 29522161). Standardní lůžka gynekologie a porodnictví ve 100 pracovištích byla v roce 2024 obsazená jen z 39,4 % (NRHVS), přesto žádnou porodnici nesloučíme bez plánu dojezdu a posílené výjezdové základny.

HSPA nemá Indikátor: Akutní lůžka (na 1 000 obyvatel) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=postele_akutni_per_1000)

Jak. Prahy objemu a personální standard navrhnou odborné společnosti z dat ÚZIS a ministerstvo je vydá ve Věstníku; podmínkou úhrady se stanou v úhradové vyhlášce a smlouvách. Nezbytné kapacity, které objem splnit nemohou, ale jsou potřeba kvůli dojezdu, dostanou platbu za připravenost po vzoru německé reformy nemocnic. V opozici (F0) dáváme podnět ministerstvu; ve vládě vyjdou Věstníky 2030 až 2031 a prahy začnou platit s úhradovými vyhláškami 2031 a 2032. V doplňkovém scénáři to může udělat dnešní ministerstvo už od roku 2028.

HSPA má téma

Čtyři tisíce operací se stěhují do center. Centralizace onkochirurgie má být hotová do roku 2030 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-onkochirurgie-2030.html>)

Porodnictví: porodní asistentky jako podmínka změn v porodnicích

Debata o malých porodnicích dnes končí u otázky, které zavřít. Uznáváme, že síť porodnic v dnešní podobě neudržíme: porodů ubývá (v roce 2024 se narodilo asi 84 tisíc dětí, v roce 2010 asi 117 tisíc; ČSÚ), standardní lůžka gynekologie a porodnictví jsou obsazena ze 39,4 % a odborné společnosti žádají minimální objemy kvůli bezpečnosti (P112.1). Ověřit: přesné počty narozených a návrh minimálního objemu porodů na porodnici, se kterým pracuje ministerstvo a Česká gynekologická a porodnická společnost. Odmítáme ale rušení bez odpovědi na otázku, co dál. Odpovědí je péče porodních asistentek: nejlevnější a u fyziologických těhotenství nejlépe doložená forma péče, kterou český systém dnes téměř nehradí.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Porodních asistentek má Česko víc než Německo i Rakousko. K ženám v šestinedělí se přesto dostaly dvě ze sta (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-porodni-asistentky-sestinedeli.html>)

Rekordní dožití, nejméně narozených od roku 1785. Co rok 2025 vzkazuje zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-demografie-2025-rekordni-dozi-minimum-narozeny.html>)

Šestnáct lidí bude přestavovat porodnictví. Porodní asistentka mezi nimi není ani jedna (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-komise-porodnictvi.html>)

- **Co.** Hrazená péče porodní asistentky v těhotenství, u fyziologického porodu a v šestinedělí, včetně návštěv doma. Centra porodní asistence v porodnicích a komunitní (terénní) porodní asistentky se smlouvou s pojišťovnou a s dohodou o spolupráci s nejbližší porodnicí, aby měla každá žena jasnou cestu k lékaři, kdykoli ho bude potřebovat. Porodní asistentka smí vést fyziologický porod už dnes (§ 5 vyhl. 55/2011 Sb.); chybí výkony v seznamu výkonů, jejich úhrada a smlouvy pojišťoven. Ověřit: které výkony porodní asistentky (odbornost 921) jsou dnes v seznamu výkonů a kolik smluv s komunitními porodními asistentkami pojišťovny v roce 2025 uzavřely.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Porodních asistentek má Česko víc než Německo i Rakousko. K ženám v šestinedělí se přesto dostaly dvě ze sta (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-porodni-asistentky-sestinedeli.html>)

Šestnáct lidí bude přestavovat porodnictví. Porodní asistentka mezi nimi není ani jedna (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-komise-porodnictvi.html>)

Indikátor: Praktikující porodní asistentky / 100 000 obyvatel (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=porodni_asistentky_per_100k)

- **Podmínka každé změny v síti.** Porodnici lze sloučit nebo uzavřít jen se třemi věcmi zároveň: s plánem dojezdu a posílenou výjezdovou základnou (P112.4), se smlouvami pojišťovny s komunitními porodními asistentkami v dotčeném území a s vyhodnocením po dvou letech (podíl porodů mimo zdravotnické zařízení, předčasné porody, převozy za porodu). Kraj to doloží v plánu sítě (J6) stejně jako u ostatních lůžek.
- **Proč.** Cochranův přehled 15 studií se 17 674 ženami (Sandall a kol. 2016, PMID 27121907) ukázal u kontinuální péče vedené porodní asistentkou méně zásahů (méně epidurálů, nástřihů hráze a instrumentálních porodů), méně předčasných porodů a nižší ztrátu plodu před 24. týdnem bez zhoršení ostatních výsledků. Anglická studie Birthplace (BMJ 2011, PMID 22117057) se 64 538 porody s nízkým rizikem nenašla mezi jednotkami vedenými porodními asistentkami a porodnicemi rozdíl v závažných výsledcích pro dítě, v jednotkách však bylo výrazně méně zásahů; vyšší riziko měly jen plánované porody doma u prvorodiček. Navazující ekonomická analýza (Schroeder a kol. 2012, PMID 22517916) došla k tomu, že porod v těchto jednotkách je levnější než v porodnici. Zánik venkovských porodnic v USA byl naopak spojen s vyšším podílem porodů mimo nemocnici a předčasných porodů (Kozhimannil 2018, E12).

HSPA má téma

Jeden ze čtyř vaginálních porodů. Epiziotomie v Česku: kde stojíme v Evropě a co mění praxe (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-epiziotomie.html>)

Indikátor: Epiziotomie při vaginálním porodu (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=epiziotomie_pct)

- **Nástroj.** Vlna 0 bez zákona: nové výkony porodní asistentky a jejich úhrada v seznamu výkonů (vyhl. 134/1998 Sb.) a v úhradové vyhlášce, smlouvy podle § 17 zák. 48/1997 Sb., metodika centra porodní asistence ve Věstníku MZ. Podmínka pro změny v síti porodnic patří do zákona o síti (J6, vlna 3).
- **Kdy.** Podnět do seznamu výkonů a do dohodovacího řízení o úhradách 2028 podáme do 31. 1. 2027 (F0; dohoda do 30. 6. 2027); smlouvy s komunitními porodními asistentkami od úhradové vyhlášky 2031; podmínka v zákoně o síti od roku 2033 s krajskými plány. V doplňkovém scénáři může dnešní ministerstvo výkony zařadit od 1. 1. 2028.
- **Kolik.** Náklady zatím nevychýslujeme. Péče porodní asistentky je levnější než porod vedený lékařem, úspora ale vzniká jen tam, kde porodnice skutečně změní roli. Ověřit: propočty v modelu nákladů pro verzi 4 a přenos anglických nákladů do českých úhrad.

Q Ověřujeme

HSPA nemá

Porodních asistentek má Česko víc než Německo i Rakousko. K ženám v šestinedělí se přesto dostaly dvě ze sta (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-porodni-asistentky-sestinedeli.html>)

- **Pojistka.** Komunitní porodní asistence nenahrazuje porodnici u rizikových těhotenství. Hranici rizika a postup předání určí odborné společnosti porodníků a porodních asistentek ve Věstníku MZ; bez dohody o předání pojišťovna smlouvu neuzavře.

Indikační omezení místo objemových limitů

Vracíme návrh pirátského programu 2021, který ve verzi 2 chyběl: objemové limity v úhradové vyhlášce postupně nahradit indikačními omezeními a revizí. Pojišťovna zaplatí každý indikovaný případ podle CZ-DRG; kontrolovat bude správnost indikace, počet případů už hlídat nebude.

HSPA má téma

Vzorec, který rozdělí stovky miliard. Jak funguje úhradová vyhláška a proč na ní záleží víc, než si myslíte (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhradova-v-uhlaska.html>)

Na magnetickou rezonanci se v Česku čeká. Ne proto, že by chyběly stroje (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-mri-vysetreni-cesko.html>)

Dnešní úhradová vyhláška každoročně omezuje, kolik péče nad referenční období pojišťovna nemocnici zaplatí. Limit chrání historické rozpočty, a tím i historická lůžka: centrum, které má podle plánu sítě převzít výkony z jiné nemocnice, narazí na svůj strop. Na konci roku navíc vede k odkládání plánovaných výkonů a prodlužuje čekání.

Indikační kritéria pro skupiny výkonů s největším rizikem nadužívání navrhnou odborné společnosti; nové výkony budou hodnotit SÚKL a ÚZIS s rozšířeným mandátem, případně institut HTA (vlna 4). Opatření propojuje tři věci, které reforma potřebuje: sbližování základních sazeb CZ-DRG z 1 : 1,7 na 1 : 1,3 do roku 2031 (priorita dnešního ministra), hodnocení technologií a dostupnost podle plánu sítě.

HSPA má téma

Joint Clinical Assessment startuje, Česko hodnotí léky podle vlastních not. Co znamená nařízení EU 2021/2282 pro úhradové rozhodování a kde má český HTA-systém slepá místa (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-hta-jca-eu-2026.html>)

Jeden gama nůž, jedno protonové centrum. Jak chce stát srovnat přístup k nejdražší radioterapii (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-dostupnost-radioterapie-2026.html>)

Sbližování sazeb sledujeme dvěma veličinami. Rozpětí krajských základních sazeb (1 : 1,7) měří, jak daleko jsou sazby od sebe. Podíl akutní lůžkové péče hrazené jednotnou základní sazbou měří, kolik péče už je sjednoceno: v roce 2022 to bylo 3,4 %, v roce 2025 přes 25 % a cílem je aspoň 30 % (MZ ČR 2025, s. 74, 76 a 82).

HSPA potvrzuje

Kam plyne 508 miliard. Co o struktuře českého zdravotnictví říkají dohodovací řízení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-segmenty-2026.html>)

Osmdesát osm celých čtyři procenta. Úhradová vyhláška 2027 si sama píše, že nemocnicím rostou náklady rychleji než úhrady (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhradova-vyhlaska-2027.html>)

Pelhřimov, Znojmo a co dál. Tichá personální krize okresních nemocnic (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-okresni-nemocnice-personalni-krize.html>)

Fiskální riziko neomezeného objemu kryje víceletý rámec úhrad z vládní reformy veřejného zdravotního pojištění 2030 a revize pojišťoven, která neindikovaný případ neuhradí. Nástrojem je úhradová vyhláška (§ 17 odst. 5 zák. 48/1997 Sb.) a indikační omezení v seznamu výkonů (vyhl. 134/1998 Sb.); zákonem se DRG ukotví ve vlně 4. První skupiny výkonů bez limitu navrhujeme pro úhradovou vyhlášku 2031; v opozici k tomu podáme podněty do dohodovacího řízení. Ověřit: které skupiny výkonů mají v ČR dostatečně přesná data o indikaci pro první vlnu.

Q Ověřujeme

HSPA potvrzuje

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

Pediatrická lůžka

Standardní dětská akutní lůžka byla v roce 2024 obsazená z 36,3 %; ze 84 pracovišť se standardními dětskými lůžky jich 75 mělo obloženost pod 50 %. Verze 2 dětská lůžka neřešila; prof. Bronský (2023) přitom síť dětských lůžkových oddělení označil za hypertrofickou.

HSPA nemá

Obloženost dětských lůžek (36,3 %, 41,1 % v 2015; neonatologická 47,0 %; 2 290 lůžek) HSPA nemá. Ukazatel transformace pediatrické lůžkové péče je ve strategii Zdraví 2035, ale v HSPA bez dat.

V roce 2024 bylo nasmlouváno 2 290 standardních akutních lůžek dětského lékařství a jejich obloženost klesla z 41,1 % v roce 2015 (NRHZS, OIS-11-28, vlastní výpočet). Standardní neonatologická lůžka byla obsazená z 47,0 %. Opačný problém má dětská a dorostová psychiatrie: hospitalizací dětí do 19 let na akutních psychiatrických lůžkách bylo v roce 2023 podle ÚZIS 4 067, téměř dvakrát víc než v roce 2013.

HSPA potvrzuje

Akutní lůžko místo ambulance: dětské psychiatrické hospitalizace se za deset let zdvojnásobily (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detska-psychiatrie-akutni-luzka.html>)

Indikátor: Hospitalizace dětí a dospívajících na akutních psychiatrických lůžkách (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=hospitalizace_deti_psychiatrie_akutni)

Dětská lůžková oddělení proto přidáváme k oborům, pro které krajský plán stanoví minimální standard. Kromě objemu má rozhodovat i nepřetržitá přítomnost pediatra, dostupnost dětské intenzivní péče a převozu a dojezd pro děti z venkova. Oddělení, které standard nesplní, zůstane otevřené se změněnou náplní: krátkodobá observační lůžka u urgentního příjmu, denní stacionář, dětská rehabilitace, dětská paliativní lůžka a tam, kde chybí, dětská a dorostová psychiatrie.

Ambulantní pediatrie se přeměna netýká. Praktické lékaře pro děti a dorost nerušíme a dětské týmy primární péče zachováváme (pilíř 1). Standard navrhne Česká pediatrická společnost s ÚZIS ve fázi F0 a F1, ministerstvo ho vydá ve Věstníku ve fázi F2 a krajské plány ho uplatní od roku 2033. Ověřit: krajské rozložení potřeby lůžek dětské a dorostové psychiatrie.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Akutní lůžko místo ambulance: dětské psychiatrické hospitalizace se za deset let zdvojnásobily (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detska-psychiatrie-akutni-luzka.html>)

Sto padesát sedm dětských psychiatrů na celé Česko. Proč rodiny čekají měsíce. (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detska-psychiatrie-krize.html>)

Indikátor: Dětská a dorostová psychiatrie / 100 000 dětí (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=pedopsychiatri_per_100k_deti)

Dojezd záchranné služby a garance dostupnosti

Krajský plán nebude schválen, pokud by po přeměně nemělo aspoň 95 % obyvatel kraje urgentní příjem do 30 minut jízdy. Pro zbylých 5 % v horských a pohraničních oblastech musí plán posílit pozemní a leteckou záchrannou službu a síť proškolených prvních respondentů.

HSPA má téma

Nárok narazí na demografii. Proč bude do roku 2050 čekat dvakrát víc seniorů na péči, kterou systém slibuje (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-2-demograficky-tlak.html>)

Dnes dostupnost upravují dva předpisy: nařízení vlády 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb a zákon 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě s plánem pokrytí a dojezdem do 20 minut. Žádný z nich ale neváže změnu sítě nemocnic na dojezd do urgentního příjmu. Garanci proto vkládáme do zákona o síti jako kontrolní bod a NV 307/2012 Sb. doplníme o dojezdové doby podle spádů (vlna 2).

HSPA potvrzuje

Nárok narazí na demografii. Proč bude do roku 2050 čekat dvakrát víc seniorů na péči, kterou systém slibuje (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-2-demograficky-tlak.html>)

Záchranka přes hranici. Smlouva ČR–SR mění pravidla výjezdů na Moravě (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prihranici-zachranka-cr-sk-2026.html>)

Indikátor: Dojezdový čas ZZS (do 20 minut) (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=dojezd_zzs)

Urgentní příjem, který pacienta stabilizuje, odlišujeme od specializovaného centra (iktového, kardiovaskulárního, traumatologického); pro centra platí vlastní standardy dojezdu a převozu. Akutní oddělení lze sloučit teprve poté, co se posílí výjezdová základna a schválí plán dojezdů; podmínku doplní novela zák. 374/2011 Sb. ve vlně 3. K tomu patří krajská telefonická triáž propojená s dispečinkem a záchranná služba, která může ošetřit na místě a předat pacienta týmu primární péče.

HSPA má téma

Iktová centra fungují, výsledky horší. Úmrtnost po cévní mozkové příhodě 9,9 % proti 7,7 v OECD (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cmp-iktova-centra.html>)

Indikátor: Nemocniční úmrtnost po cévní mozkové příhodě (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=mortalita_inhosp_cmp)

Indikátor: Nemocniční úmrtnost po akutním infarktu myokardu (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=mortalita_inhosp_ami)

Výchozí dojezdy do urgentních příjmů pro každou obec spočítáme ve fázi F0 z otevřených dat a nabídneme metodiku ÚZIS; ve vládě se výpočet stane povinnou přílohou každého krajského plánu. Ověřit: dostupnost dat o skutečných dojezdových časech záchranné služby po krajích a jejich srovnatelnost.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Indikátor: Dojezdový čas ZZS (do 20 minut) (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=dojezd_zzs)

Pandemická rezerva

Krajský plán musí rezervu pro pandemii a hromadná neštěstí výslovně uvést, aby nezanikla bez povšimnutí: navrhujeme rezervu odpovídající 15 % lůžek intenzivní péče, celostátně asi 860 z 5 727 lůžek (2024). Vysoký počet lůžek intenzivní péče se v pandemii covidu-19 ukázal jako výhoda, i když mezinárodní srovnání kvůli různým definicím bereme jen orientačně.

HSPA potvrzuje

Osmnáct tisíc hospitalizací na sto tisíc obyvatel. Proč Česko leží v nemocnicích nejvíc v OECD (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-hospitalizujeme-nejvic.html>)

Vládě věří 18,6 % Čechů, nejméně ze třiceti zemí OECD. Studie navrhuje důvěru měřit jako varovný signál (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-duvera-na-dumrtnost-covid-studie.html>)

Indikátor: Lůžka intenzivní péče (IIP/ARO) pro dospělé (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=luzka_iip_per_100k)

Přeměna 8 000 lůžek se týká především standardních akutních lůžek. Počet a úroveň lůžek intenzivní péče má sjednotit koncepční materiál ministerstva k restrukturalizaci intenzivní péče ohlášený ve Věstníku (4/2026); plán sítě na něj naváže. Ověřit: stav a obsah tohoto materiálu.

Q Ověřujeme

HSPA potvrzuje

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Indikátor: Nevyužité ošetrovací dny intenzivní péče (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=nevyuzite_oseetrovací_dny_ip)

Součástí plánu je krajský plán rozšíření: která nemocnice, kolik lůžek a s jakým personálem v krizi otevře. Přeměněná lůžka následně péče v akutních nemocnicích si ponechají rozvody medicínálních plynů a monitoraci, aby se v krizi mohla vrátit do akutního režimu. Rozhodující je personál, a proto plán počítá se sestrami z následné péče jako se zálohou pro akutní provoz a s jejich pravidelným výcvikem.

HSPA nemá

Konkrétní koncept surge capacity HSPA nemá; na stav připravenosti ČR odkazuje článek o hodnocení ECDC (pandemický plán z roku 2011).

Pojistky

Přeměna se v kraji zastaví, jakmile obloženost standardních akutních lůžek v některém oboru překročí 85 %. Dánská data spojují takovou obloženost s o 9 % vyšší úmrtností; cílová obloženost kolem 70 % při nižším počtu lůžek má proto od této hranice dostatečnou rezervu.

HSPA má téma

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Pojistka	Spouštěč	Co se stane	Kdo měří
Obloženost 85 %	Obloženost standardních akutních lůžek v oboru a kraji nad 85 % za 12 měsíců nebo v zimní špičce (prosinec až únor)	Přeměna v kraji a oboru stojí, dokud obloženost neklesne	Pojišťovny a ÚZIS měsíčně, nezávislý hodnotitel
Kapacita následné péče (J7)	Kraj nedoloží místa v následné, rehabilitační a dlouhodobé péči	Oddělení se nepřemění	Kraj, schvaluje MZ
Dojezd	Urgentní příjem do 30 minut by po změně mělo méně než 95 % obyvatel	Plán ani změna se neschválí	ÚZIS, záchranná služba kraje
Výsledky pacientů	Růst rehospitalizací do 30 dnů nebo úmrtnosti po hospitalizaci v kraji nad dlouhodobý trend	Mimořádná revize plánu v kraji	Nezávislý hodnotitel čtvrtletně
Personál	Nová role oddělení není personálně obsazená	Garance příjmu se nevyplatí, přeměna čeká	Kraj, pojišťovna

HSPA má téma

Indikátor: 30denní readmise po AIM (akutní IM) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=readmise_30d_ami)

Indikátor: Nemocniční úmrtnost po akutním infarktu myokardu (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=mortalita_inhosp_ami)

Indikátor: Nemocniční úmrtnost po cévní mozkové příhodě (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=mortalita_inhosp_cmp)

Prahy zimní špičky a výsledků pacientů jsou návrh; upřesní je dopadová studie zákona o síti. Neúspěch v jednom kraji zastaví přeměnu jen v tomto kraji a reforma jinde pokračuje.

Co říká evidence. Madsen a kol. (Health Affairs 2014, PMID 25006151) analyzovali 2,65 milionu příjmů na interní oddělení dánských nemocnic v letech 1995 až 2012. Vysoká obloženost byla oproti nízké spojena s o 9 % vyšší nemocniční i třicetidenní úmrtností; jde o pozorovací studii, která ukazuje souvislost, příčinu však neprokazuje.

HSPA nemá

Madsen 2014, Siverskog–Henriksson 2022 (PMID 36206659) ani Davis 2007 (PMID 18007169) nejsou v HSPA ani v evidence-audit.

Siverskog a Henriksson (Social Science & Medicine 2022, PMID 36206659) srovnali všech 21 švédských regionů v letech 2001 až 2019. Lůžka i úmrtnost klesaly všude, ale regiony, které ubraly méně personálně obsazených lůžek, měly v průměru větší pokles úmrtnosti, což odpovídá jednomu úmrtí ročně méně na tři zachovaná lůžka. Autoři výsledek považují za stabilní a přiklání se ke kauzálnímu výkladu; Švédsko ale vycházelo z mnohem menšího počtu lůžek, takže míru efektu nelze přenést do Česka 1 : 1. Plyne z toho, že lůžko se nesmí ubrat bez náhrady; proto lůžka přeměňujeme na jinou péči a úmrtnost sledujeme po krajích.

HSPA nemá

Siverskog–Henriksson 2022 (PMID 36206659) v HSPA ani v evidence-audit není.

Davis a kol. (Medical Care 2007, PMID 18007169) popsali Nový Zéland v letech 1988 až 2001: lůžek ubyla třetina, obyvatel přibyla skoro pětina, a přesto počet propuštěných rostl a přístup zranitelných skupin se udržel. Délka pobytu se zkrátila na polovinu a neplánované rehospitalizace vzrostly o čtvrtinu; věkově standardizovaná úmrtnost do 60 dnů klesla o čtvrtinu, ale vyšší zátěž její pokles zpomalila. Proto mezi pojistky patří vedle počtu lůžek i rehospitalizace a zátěž personálu.

HSPA nemá

Davis 2007 (PMID 18007169) v HSPA ani v evidence-audit není.

Část III – Jádru reformy: prevence, daně za zdraví a péče doma (pilíře 4 a 5)

Daně za zdraví vynesou podle plánu 5 mld. Kč ročně (rozpětí 5–7). Z toho 2 mld. Kč dostane Fond prevence a zbytek zvýší platbu státu do veřejného zdravotního pojištění. Péče doma pak stojí na kapacitě mimo zdravotnictví: do roku 2035 musí přibýt asi 39 000 lůžek dlouhodobé a následné péče, zdravotních i sociálních (Přecechtěl a Hlávka 2025), a 21 000 pečovatelských.

HSPA upřesňuje

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Tato část popisuje dvě opatření jádra (J8 , J9), dvě podmínky (P4 , P3) a navazující kroky prevence a péče doma. Termíny platí pro základní scénář „Vláda 2030“, tedy pro Piráty ve vládě od přelomu 2029/2030. V doplňkovém scénáři „Dnešní vláda převezme část“ přicházejí v úvahu jen kroky vlny 0 (seznam výkonů, vyhláška, poslanecký návrh), a to o 1 až 2 roky dříve.

Kód	Opatření	Právní nástroj	Předložení	Účinnost
J8	Tiché víno 23,40 Kč/l s poloviční sazbou pro malé vinaře; automatická valorizace lihu a piva	novela zák. 353/2003 Sb.	2030	1. 1. 2031; plná sazba vína 1. 1. 2033
J9	Pásmová daň ze slazených nápojů	nový zákon	2030	1. 1. 2032
P4	Fond prevence	nový zákon	2030	1. 1. 2031
P3	Sociální účet a sdílené financování sociálně-zdravotní péče	zák. 108/2006 Sb. a 48/1997 Sb.	vlna 4	2033 a později
Pilíř 5	Delší a samostatná indikace domácí péče sestrou	zák. 48/1997 Sb.	2030	1. 1. 2032

Pilíř 4: daně za zdraví podle Hospodářské strategie PEER

Daně za zdraví patří mezi opatření Hospodářské strategie PEER: spotřební daň ze slazených nápojů, zdanění tichého vína a úprava daní z alkoholu s očekávaným výnosem 10 až 15 mld. Kč ročně. V rozpočtu této reformy opatrně počítáme s 5 mld. Kč ročně po plném náběhu, v rozpětí 5 až 7 mld. Kč. Plánovací hodnotu jsme záměrně zvolili na dolní hranici, aby reforma vystačila i se slabším výnosem. Postupný růst daní z tabáku a nikotinu (Pil14.11) vedeme vedle tohoto čísla jako výhled a do plánovací hodnoty ho nepočítáme. Britská pásmová daň vybrala 327 mil. £ ročně místo plánovaných 500 mil. £, protože výrobci z nápojů cukr odstranili. Z českého lihu se po zvýšení sazby o více než pětinu (10 %, 10 % a 5 % v letech 2024 až 2026) vybralo méně než předtím.

HSPA potvrzuje Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Složka	Statický výnos, mld. Kč	Výnos po reakci, mld. Kč	Hlavní předpoklad
Tiché víno, 23,40 Kč/l	3,7–4,6	3,3–4,3	19,5 l vína na obyvatele, tichá vína 75–93 % objemu, elasticita –0,69
Pásmová daň ze slazených nápojů	2,1–2,5	asi 1,5 (1,3–1,8)	britský výnos na obyvatele (134 Kč); reformulace výnos dál snižuje
Valorizace lihu a piva	1–1,5	0–1	líh 2024 až 2026: vyšší sazba, ale inkaso pod úrovní roku 2023
Součet	6,8–8,6	4,6–7,1, tedy 5–7	všechny tři kroky současně

HSPA upřesňuje

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Výnos se počítá jen jednou: všechny tři kroky jsou součástí daňového balíčku Hospodářské strategie PEER (asi +80 mld. Kč čistě), takže když v této reformě slouží jako zdroj pro zdravotnictví, musí se z propočtu konsolidace odečíst.

HSPA nemá Miliardy, které chybí. Anatomie deficitu veřejného zdravotního pojištění 2026 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-vzp-2026.html>)

Cíl PEER 10 až 15 mld. Kč vychází z plné podoby opatření: víno zdaněné podle obsahu alkoholu, cukerná daň nad britskou úrovní a úprava daní z alkoholu obecně. Rozpočet reformy s ním zatím nepočítá, protože výnos těchto daní klesá s tím, jak spotřebitelé reagují (o což zdravotně jde), i s erozí základu daně; ukazuje to zkušenost s lihem v letech 2024 až 2026 i s britskou cukernou daní. Výnos nad 5 mld. Kč se rozdělí podle pravidla PEER: nejméně 40 % dostane Fond prevence a zbytek platba státu.

Zdroj	Mld. Kč ročně	Co předpokládá	Jak s ním nakládáme
Tato studie	5 (5–7)	sazby běžné v Evropě, víno 23,40 Kč/l, britská pásmová daň, valorizace	plánovací hodnota pro rozpočet reformy
Hospodářská strategie PEER	10–15	víno podle alkoholu, cukerná daň nad britskou úrovní, úprava daní z alkoholu	program strany a cílová hodnota; rozpočet reformy s ní zatím nepočítá
PAQ Research (10/2023)	2,7 (slazené nápoje)	polský model daně ze slazených nápojů; čistý výnos po odečtení propadu DPH a nákladů výběru	HSPA Monitor; údaj 12–17 mld. Kč k dani z alkoholu podle gramu ve studii PAQ není; k dani podle gramu alkoholu viz výhled po roce 2033 níže
Strukturální reforma Česka v6	až asi 15	valorizace, tiché víno a případně slazené nápoje; součást balíku asi 80 mld. Kč	v6 chápe vázání výnosu jako politické pravidlo; studie váže zákonem 40 % výnosu podle PEER, nejméně 2 mld. Kč

HSPA upřesňuje

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Brána B1 (6/2028) proto vyžaduje, aby strana veřejně rozlišovala cíl programu (10 až 15 mld. Kč) a plánovací hodnotu pro rozpočet reformy (5 mld. Kč). Jinak by oponent vyšší číslo vydával za slib a nižší za přiznání. Autor je členem PEER (viz prohlášení o střetu zájmů).

Zdravotní účinek daní je skromnější než jejich výnos. Zdanění vína sníží spotřebu čistého alkoholu o 0,1 až 0,2 l na osobu, tedy o 1 až 2 % z 11,2 l. Větší pokles by vyžadoval minimální cenu a opatření omezující dostupnost, která přicházejí později. Cíl pro spotřebu alkoholu v Části IX proto vychází z tohoto mechanismu a cíl –15 % z verze 2 nepřebírá.

HSPA upřesňuje Čtrnáct litrů. Proč Česko pije nejvíc v OECD a co s tím dělají jiné země (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-alkohol-spotreba.html>)

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

J8 : daň z tichého vína a valorizace daní z lihu a piva

Od roku 2031 se tiché víno zdaní sazbou 23,40 Kč/l s dvouletým náběhem a poloviční sazbou pro malé vinaře. Lih a pivo se jen valorizují, protože zvyšování sazeb lihu v letech 2024 až 2026 výnos nepřineslo.

HSPA potvrzuje Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Karta J8	Daň z tichého vína a valorizace
Proč	Tiché víno je jediný alkohol s nulovou sazbou: tvoří 75–93 % objemu trhu s vínem (ČSÚ podíl nepublikuje, ISP 2019 uvádí 93 %), zatímco víno jako celek (zdaněné je jen šumivé) přináší 0,24 % inkasa spotřebních daní. Elasticita poptávky po víně je –0,69 (Wagenaar 2009); zdražení lahve za 100–150 Kč o 12–18 % (bez DPH) sníží spotřebu vína o 8–12 %. Lih rezervu nemá: po zvýšení sazby o více než pětinu je inkaso pod úrovní roku 2023 (8,97 mld. Kč), proto u lihu a piva navrhuje jen valorizaci.
Co přesně	(1) Sazba 23,40 Kč/l, shodná se šumivým vínem, s náběhem: poloviční sazba 2031–2032, plná od 2033. (2) Nezávislí vinaři s průměrnou produkcí do 1 000 hl ročně platí trvale polovinu (11,70 Kč/l) a mají zjednodušenou evidenci. (3) Sazby lihu a piva se automaticky valorizují o inflaci, bez skokových zvýšení. (4) Přechodná pomoc s náklady zavedení.
Právní nástroj	Novela zák. 353/2003 Sb. (rozsah M): sazby, nová snížená sazba, valorizace v § 70. Unijní základ: čl. 9a směrnice 92/83/EHS ve znění směrnice (EU) 2020/1151 dovoluje sníženou sazbu pro nezávislé malé producenty do 1 000 hl ročně, nejvýše o 50 % pod národní základní sazbou. Největší část předlohy tvoří režim malých vinařů (daňové sklady, zjednodušená evidence).
Kdo	Předkládá Ministerstvo financí, sazby spravuje Celní správa, zdravotní odůvodnění dodá MZ. Ve fázích F0 a F1 připravuje věcný záměr resortní tým s Institutem Pi a konzultuje ho s vinařskými, pivovarskými a lihovarskými organizacemi.
Kdy (základní scénář)	F0 (11/2026–6/2028): konzultace a podněty. Brána B1 (6/2028): strana přijala číslo 5 mld. Kč. F1 (do 12/2029): věcný záměr a volební program. Předložení 2030 (vlna 1), účinnost 1. 1. 2031; víno s poloviční sazbou 2031–2032, s plnou od 1. 1. 2033.
Na čem závisí	Na vládě s Piráty od přelomu 2029/2030 a na koaliční shodě, kterou je třeba prosadit i přes moravský blok napříč stranami. Dále na novém vzorci platby státu (J10), který převede zbytek výnosu do pojištění, a na zákoně o Fondu prevence (P4). Ověřit: podíl objemu vína od producentů do 1 000 hl ročně; bez něj nelze vyčíslit náklad poloviční sazby.
Rizika a pojistky	(1) Vinaři: dvouletý náběh, poloviční sazba pro malé, jednodušší administrativa a přechodná pomoc. Ověřit: zda odhad 3,3–4,3 mld. Kč počítá malé vinaře jako osvobozené (verze 2), nebo zdaněné. (2) Přeshraniční nákupy: Ověřit sazby tichého vína v Německu, Rakousku, Polsku a na Slovensku; pokles inkasa se nesmí číst jako pokles pití (zkušenost s lihem). (3) TRIS: sazba daně se podle našeho výkladu nenotifikuje; notifikaci vyžaduje až zdravotní varování a minimální cena (vlna 4). (4) Veřejná podpora: snížená sazba pro malé vinaře je selektivní výhoda a patří do posouzení veřejné podpory. Ověřit: zda stačí čl. 9a směrnice, nebo je nutné oznámení Komisi. (5) Návrh MF z roku 2023 uváděl tři sazby a osvobození malých vinařů. Ověřit: jak je MF slučovalo se směrnicí; pokud osvobození šlo, studie zbytečně přitvrzuje.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

J9 : pásmová daň ze slazených nápojů

Daň ze slazených nápojů začne platit 1. 1. 2032 a vynese asi 1,5 mld. Kč ročně (1,3 až 1,8) s klesající tendencí. Hlavní účinek daně se projeví ve změnách receptur nápojů, a zdravotní cíl proto má přednost před výnosem.

HSPA upřesňuje

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Daň, etikety, automaty: co na slazené nápoje opravdu platí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-napoje-6-dan-regulace.html>)

Karta J9	Pásmová daň ze slazených nápojů
Proč	Poptávka po slazených nápojích je elastická: elasticita –1,59, promítnutí daně do ceny 82 % a průměrný pokles prodejů o 15 % bez doložené substituce (Andreyeva 2022, 86 studií, PMID 35648398). Britská pásmová daň, ohlášená 2016 a účinná 2018, snížila podíl nápojů nad 5 g cukru na 100 ml o 33,8 bodu ještě před účinností (Scarborough 2020). Obezita dívek ve věku 10–11 let klesla o 1,6 bodu, v nejchudším kvintilu o 2,4 bodu; u chlapců se nezměnila (Rogers 2023, PMID 36701272). V Česku má nadváhu nebo obezitu 26,3 % dětí ve věku 6–9 let.
Co přesně	Nula pod 4,5 g cukru na 100 ml (britská hranice od 2028), nižší sazba do 8 g, vyšší nad 8 g; sazby na britské úrovni, asi 6 a 8 Kč/l (přesně je kalibruje dopadová studie 2028). Plátcem je výrobce a dovozce, sladidla se nedaní a slazené mléčné nápoje nemají plošnou výjimku. Mimo daň jsou nápoje bez přidaného cukru a nejmenší výrobci. Polský model nevolíme: daní pevnou částkou i sladidla, takže motivaci k odsazení oslabuje.
Právní nástroj	Nový zákon o dani ze slazených nápojů (rozsah L, 25–35 paragrafů): pásma, plátce, osvobození, správa Celní správou, určení výnosu. TRIS: pásma podle složení mohou být de facto technickým předpisem, protože jde o fiskální opatření, které motivuje k určitému složení výrobku (čl. 1 odst. 1 písm. f) směrnice (EU) 2015/1535); Ověřit právně, standstill je tři měsíce. Veřejná podpora: posouzení osvobození nejmenších výrobců; Ověřit hranici osvobození (britská hranice: 1 mil. litrů ročně).
Kdo	Předkládá Ministerstvo financí, vybírá Celní správa; MZ stanoví zdravotní cíle a evaluaci. O pásmech a době ohlášení jedná s výrobci a dovozci nápojů resortní tým a později vláda (jednání 2030).
Kdy (základní scénář)	Ohlášení ve volebním programu 2029; přijetí zákona 2030 (vlna 1); účinnost 1. 1. 2032. Dvouleté ohlášení (2030–2031) slouží k reformulaci. Evaluace od prvního dne: základní data o prodejkách a obsahu cukru se sbírají už před účinností.
Na čem závisí	Na zákoně o Fondu prevence (P4), z něhož se financují programy ve školách; na mikrosimulaci dopadu na domácnosti s nízkými příjmy, dokončené před předložením, a na kompenzacích mimo daň (například přídavky na děti); dále na kapacitě Celní správy a koaliční shodě.

Karta J9	Pásmová daň ze slazených nápojů
Rizika a pojistky	(1) Výnos nižší než plán: britský výnos klesl z plánovaných 500 na 327 mil. £, proto s 1,5 mld. Kč počítáme jako s klesající částkou. (2) Přeshraniční nákupy: Polsko (od 2021) i Slovensko (od 2025) slazené nápoje zdaňují, motiv nákupu za hranicí je tedy slabý; Ověřit: Německo a Rakousko. (3) Regresivita: daň tvoří větší podíl výdajů chudších domácností, ty ale snižují spotřebu víc (Quiroz-Reyes 2025); pojistkou jsou kompenzace mimo daň a prevence ve školách. (4) Rozpuštění vázání: britský výnos se v obecném rozpočtu rozpustil, proto zákonná částka pro Fond prevence. (5) Odpor průmyslu: dvouleté ohlášení, které v Británii umožnilo reformulaci. (6) TRIS a veřejná podpora jsou dvě ze tří řízení vůči Evropské komisi.

Q Ověřujeme

HSPA potvrzuje Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)
Daň, etikety, automaty: co na slazené nápoje opravdu platí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-napoje-6-dan-regulace.html>)
Indikátor: Nadváha a obezita u dětí 6–9 let (WHO COSI) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=deti_obezita_cosi)

Pi14.11 a Pi14.12 : tabák a nikotin zdaněné víc, prevence odměněná

Tabák a nikotin do daní za zdraví patří, jejich výnos ale do čísla 5 mld. Kč nepočítáme. Důvod je stejný jako u lihu: cílem je, aby se kouřilo méně, a klesající spotřeba inkaso snižuje. Zákon už dnes zvyšuje sazby daně z cigaret o 5 % ročně do roku 2027 a ze zahřívání tabáku o 15 % ročně a od roku 2024 zdaňuje náplně do elektronických cigaret a nikotinové sáčky s náběhem sazeb do roku 2027 (zák. 353/2003 Sb. ve znění konsolidačního balíčku; Ověřit přesné sazby a jejich kalendář). Rokem 2027 tento plán končí a navrhujeme v něm předvídatelně a bez skoků pokračovat.

HSPA má téma

Šestnáct procent kouří denně. Česko kleslo pod průměr EU — nový problém je nikotin u mladých (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-koureni.html>)
Vaping českých školáků se za šest let zdvojnásobil — a regulace nestíhá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ecigarety-adolescenti.html>)

- **Co (Pi14.11).** Od roku 2028 automatická valorizace sazeb z tabáku a nikotinu o inflaci a k tomu růst o 5 % ročně nad inflaci, dokud podíl daní na ceně nejprodávanějších cigaret nedosáhne 75 % doporučených WHO (Ověřit: dnešní podíl, odhadem kolem 70 %). Zahřívání tabák, náplně do elektronických cigaret a nikotinové sáčky se zdaní podle obsahu nikotinu tak, aby se přechod mezi výrobky daňově nevyplácel.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Cigarety nad rámec mýtu. Kouření českých patnáctiletých je kolem evropského průměru — nástup nikotinu je jinde (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-koureni-adolescenti.html>)

- **Výnos.** Inkaso daně z tabákových výrobků je asi 60 mld. Kč ročně (Ověřit: inkaso 2024 a 2025 podle Celní správy). Při elasticitě poptávky kolem -0,4 přinese každý rok růstu o 5 % nad inflaci odhadem 1,5 až 2 mld. Kč navíc, s klesající tendencí; po pěti letech asi 6 až 8 mld. Kč ročně nad dnešní úroveň v reálném vyjádření. Ověřit v modelu pro verzi 4. Toto číslo vedeme jako samostatný výhled mimo plánovací hodnotu 5 mld. Kč.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)
Vaping českých školáků se za šest let zdvojnásobil — a regulace nestíhá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ecigarety-adolescenti.html>)
Šestnáct procent kouří denně. Česko kleslo pod průměr EU — nový problém je nikotin u mladých (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-koureni.html>)

- **Kam výnos jde (Pi14.12).** Reálný přírůstek nad úrovní roku 2027 jde ze zákona přednostně na podporu těch, kdo aktivně pečují o své zdraví, podle Hospodářské strategie PEER. (1) Hrazené odvykání kouření včetně léků a poradenství pro každého, kdo se o to pokusí; dnes pojišťovny hradí jen část a jen některým (Ověřit rozsah dnešní úhrady); odhadem 0,5 mld. Kč ročně. (2) Bonus za zdraví z Fondu prevence: pojišťovna vyplácí pojištěnci bonus vedle pojistného podle jednotného zákonného katalogu (vzor § 65a německého SGB V); sazba pojistného zůstává jednotná. Slevu z pojistného podle chování navrhnout nelze: Nizozemsko, na které se strategie PEER odvolává, diferenciaci pojistného zákonem zakazuje, české pojistné je jednotná veřejnoprávní platba a sleva by byla transferem od chudších k bohatším (HSPA Monitor, 16. 8. 2026). Bonus odměňuje širší koš chování než razítko z prohlídky: pravidelný pohyb, nekouření, střídmost v alkoholu, práci s hmotností a spánkem a účast v ověřených programech (odvykání kouření, pohybové a nutriční programy). Rozhoduje zapojení a zlepšení v čase, aktuální zdravotní stav roli nehraje; preventivní prohlídka je vstupním bodem a slouží k měření, sama o sobě cílem není. Kdo se ze zdravotních důvodů zapojit nemůže, bonus neztrácí. Zavádí se pilotně pro ročníky do 40 let. Randomizované studie wellness programů nacházejí efekt blízky nule a bonusy čerpají častěji lidé s vyšším vzděláním (HSPA Monitor), proto bonus odměňuje zapojení a hodnotitel pilotu sleduje, kdo ho čerpá. (3) Programy pro lidi s prediabetem a nadváhou u nutričního terapeuta týmu (Pi14.10).

HSPA potvrzuje

Každá druhá nezletilá matka kouří v těhotenství. Celostátní průměr to skrývá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-koureni-v-tehotenstvi.html>)
Devadesát vteřin, které se vyplatí. Krátká intervence patří k nejlépe doloženým zásadám v medicíně — a v ceníku praktika chybí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kratke-intervence-uh rady.html>)
„Po vzoru Nizozemska“ znamená přesný opak. Bonus za péči o zdraví patří do fondu prevence, ne do pojistného (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-bonus-za-zdravi-pojistne.html>)

- **Proč obojí.** Zdanění tabáku řadí WHO mezi nejúčinnější opatření vůbec („best buy“); spotřebu snižuje nejvíc u mladých a u lidí s nízkými příjmy, na které ale také nejvíc dopadá finančně. Podpora odvykání a bonus za zdraví tento dopad vracejí těm, kdo pro své zdraví něco dělají. Hospodářská strategie PEER zvýhodnění výslovně navrhuje (kap. 1.4, s odkazem na nizozemský vzor; skutečným vzorem je německý bonusový program, viz výše) a Manifest předpokládá zdanění tabáku jako WHO Best Buy (oblast 8).

HSPA potvrzuje

Šestnáct procent kouří denně. Česko kleslo pod průměr EU — nový problém je nikotin u mladých (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-koureni.html>)

„Po vzoru Nizozemska“ znamená přesný opak. Bonus za péči o zdraví patří do fondu prevence, ne do pojistného (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-bonus-za-zdravi-pojistne.html>)

Indikátor: Denní kuřáctví (15+) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=kuractvi_denni)

- **Nástroj a kdy.** Novela zák. 353/2003 Sb. spolu s J8 (vlna 1, předložení 2030, účinnost 1. 1. 2031). Roky 2028 až 2030 dnešní plán nepokrývá, proto v roce 2027 dáme současné vládě podnět, aby ho prodloužila. Vázání přírůstku patří do zákona o Fondu prevence (P4); bonus za zdraví do zákona o Fondu prevence a novely zák. 551/1991 Sb. (fond prevence pojištěn, § 7), pilot pro ročníky do 40 let od 1. 1. 2032. Ověřit: zda vázání přírůstku jedné daně obstojí v rozpočtových pravidlech stejně jako pevná částka pro fond.

Q Ověřujeme

HSPA má téma Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

- **Rizika a pojistky.** Nelegální trh a nákupy v Polsku a na Slovensku: růst o 5 % ročně nad inflaci je postupný a předem známý, bez skoků, a podíl nelegálních cigaret se sleduje každý rok (Ověřit dnešní odhad); při jeho růstu nad dohodnutou mez se tempo zpomalí. Příspěvek vázaný na prevenci nesmí vyloučit lidi, kteří na prohlídku nemohou přijít, a proto se počítá i prohlídka, kterou doma provede sestra týmu (J4).

HSPA nemá

[doplněno] Podíl nelegálních cigaret – HSPA nemá.

P4 : Fond prevence zdravotních pojišťoven

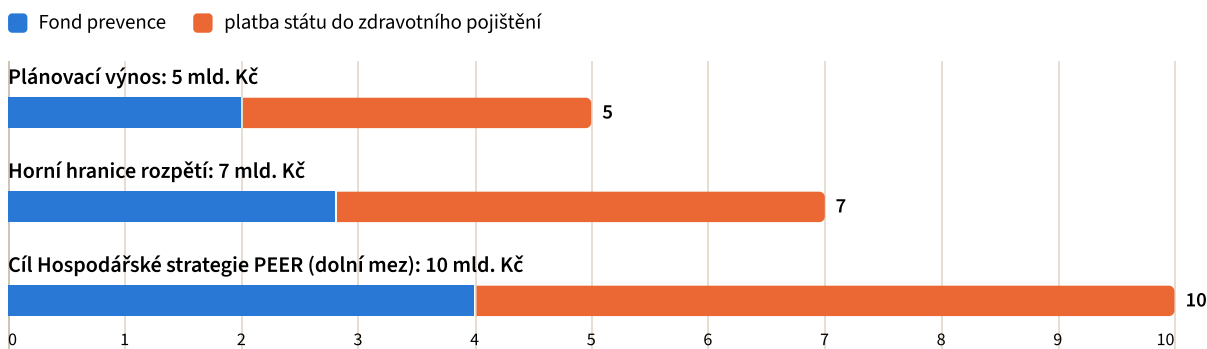
Podle Hospodářské strategie PEER jde nejméně 40 % výnosu daní za zdraví účelově do Fondu prevence zdravotních pojišťoven (dále Fond prevence), nejméně však 2 mld. Kč ročně, valorizovaných o inflaci; zbytek výnosu zvýší platbu státu do pojištění.

HSPA potvrzuje Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Prevence dostane nejméně 40 % výnosu daní za zdraví, vždy aspoň 2 mld. Kč; zbytek zvýší platbu státu do pojištění

Rozdělení ročního výnosu daní za zdraví v plném náběhu, mld. Kč: plánovací výnos 5 mld. Kč, horní hranice rozpětí 7 mld. Kč a dolní mez cíle PEER 10 mld. Kč

Pravidlo v zákoně o fondu (podle Hospodářské strategie PEER): Fond prevence zdravotních pojišťoven dostane nejméně 40 % výnosu, vždy aspoň 2 mld. Kč ročně (valorizované); zbytek zvyšuje platbu státu za státní pojištění. Odvody z práce se nesnižují.



5 mld. Kč: fond 2 (40 % výnosu), pojištění 3, tedy asi 40 Kč měsíčně navíc za každého státního pojištěnce

7 mld. Kč: fond 2,8 (40 % výnosu), pojištění 4,2, tedy asi 60 Kč měsíčně navíc za každého státního pojištěnce

10 mld. Kč: fond 4 (40 % výnosu), pojištění 6, tedy asi 80 Kč měsíčně navíc za každého státního pojištěnce

Při plánovací hodnotě kryjí 2 mld. Kč prevenci, se kterou počítá model (1,3 mld. Kč), a komunitní programy (0,7 mld. Kč). Částku nad 2 mld. Kč při vyšším výnosu přidělí rada fondu programům s doloženým účinkem; rozpočet reformy s ní zatím nepočítá.

Zdroj: Studie v3.2, Část III (pilíř 4 a P4) a Hospodářská strategie PEER, kap. 1.4; 100 Kč měsíčně na státního pojištěnce odpovídá 7,2 mld. Kč ročně (6,0 mil. státních pojištěnců)

pravidlo rozdělení daní za zdraví · plánovací výnos 5 mld. Kč, horní hranice rozpětí 7 mld. Kč a dolní mez cíle PEER 10 mld. Kč · tři scénáře

Pravidlo spojuje podíl ze strategie PEER s pevnou dolní hranicí. Podíl 40 % zajistí, že s vyšším výnosem roste i prevence. Dolní hranice 2 mld. Kč chrání prevenci v letech, kdy výnos klesá, což u cukerné daně nastane, jakmile výrobci sníží obsah cukru. Verze 2 počítala jen s podílem, a protože cukerná daň měla jít z 96 % do fondu a škol, nedalo se z ní poznat, kolik prevence skutečně dostane.

Při plánovací hodnotě 5 mld. Kč dostane Fond prevence 2 mld. Kč, které kryjí prevenci započtenou v modelu (1,3 mld. Kč, viz Část V) a komunitní programy (0,7 mld. Kč). Při výnosu 7 mld. Kč dostane 2,8 mld. Kč a při cíli PEER 10 až 15 mld. Kč 4 až 6 mld. Kč; částku nad 2 mld. Kč model zatím nerozepisuje a rada fondu ji přidělí programům s doloženým účinkem.

Zbytek, 3 mld. Kč při plánovací hodnotě a 4,2 mld. Kč při výnosu 7 mld. Kč, se nevypláčí jako samostatná dotace: zvyšuje základ platby státu podle nového vzorce (J10 , § 3c zák. 592/1992 Sb.), v němž 100 Kč měsíčně na státního pojištěnce odpovídá 7,2 mld. Kč ročně. Zbytek tedy představuje asi 40 až 60 Kč měsíčně. Odvody z práce se tím nesnižují; politická verze 2 to tvrdila chybně. Výpočet vzorce včetně automatického růstu platby při vyšší sazbě je v jedné tabulce v Části V.

HSPA upřesňuje

Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)

Karta P4	Fond prevence zdravotních pojišťoven
Proč	Prevence se dnes financuje nahodile, z fondů pojišťoven a z programů bez evaluace: jde na ni 2,74 % běžných výdajů (OECD 3,2 %), tedy odhadem 18 až 19 mld. Kč. Britské vázání výnosu se po roce rozpustilo v obecném rozpočtu, polské (96,5 % do Národního fondu zdraví) drží. Pevná zákonná částka chrání prevenci i před poklesem výnosu.
Co přesně	Fond prevence zdravotních pojišťoven zřízený zákonem podle Hospodářské strategie PEER; příjem tvoří nejméně 40 % výnosu daní za zdraví, nejméně však 2 mld. Kč ročně (valorizované), přednostně i při nižším výnosu. Výnos se rozdělí pojišťovnám podle počtu pojištěnců s věkovou vahou jako při přerozdělení; pojišťovny ho vedou odděleně a o programech rozhoduje společná rada podle zákonných pravidel. Z fondu se platí navigace po screeningu, očkování, krátká intervence, dostupná adiktologická léčba a pomoc rodinám závislých, fluorid a voda ve školách, programy pro děti s nadváhou a neziskové organizace. Rada fondu každý rok veřejně vyúčtuje, na co peníze šly, za každou pojišťovnu zvlášť. Dnešní fondy prevence pojišťoven, plněné ze zisku a bez pravidel, se přemění na fondy rozšířené péče (vlna 2, M2.3), aby se dva účely a dva zdroje nemíchaly.

Karta P4	Fond prevence zdravotních pojišťoven
Právní nástroj	Zákon o Fondu prevence zdravotních pojišťoven (rozsah M–L, 15–25 paragrafů; vlna 1) s novelou zák. 280/1992 Sb. a 551/1991 Sb. o fondech pojišťoven. Účelové vázání výnosu daní musí obstát vůči zák. 218/2000 Sb. a 23/2017 Sb. Ověřit: zda vést fond jako zvláštní fond každé pojišťovny se společnými pravidly, nebo jako společný účet ve zdravotním pojištění.
Kdo	Zřizuje stát zákonem (MZ a MF), peníze vedou pojišťovny; o programech rozhoduje společná rada se zástupci MZ, MF, pojišťoven, krajů, SMO ČR, patientských organizací a odborných společností; o složení se ještě povedou konzultace. Programy hodnotí ÚZIS s univerzitou jako nezávislý hodnotitel reformy.
Kdy (základní scénář)	Konzultace s MF a NRR od fáze F0. Brána B1 (6/2028): strana potvrdila plánovací hodnotu a pravidlo rozdělení podle PEER. Předložení 2030 (vlna 1) spolu s J8 a J10, účinnost 1. 1. 2031; příjem z daně ze slazených nápojů od 1. 1. 2032.
Na čem závisí	Na J8, J9 a J10; na souhlasu MF a NRR s pevným vázáním v rozpočtových pravidlech; na tom, že strana potvrdí plánovací hodnotu a pravidlo rozdělení (B1); na evaluaci od prvního dne.
Rizika a pojistky	(1) Rozpuštění vázání jako ve Spojeném království: částka je v zákoně a roční vyúčtování je veřejné. (2) Nižší výnos v náběhu: fond má přednost, platba státu z daní za zdraví roste výrazněji až od 2032–2033 (odvozený odhad výnosu: 2031 asi 1,7–3,2 mld. Kč, 2032 asi 3,0–5,0 mld. Kč, od 2033 5–7 mld. Kč). (3) Programy bez účinku: každý má kontrolovanou časovou řadu a po třech letech se rozhoduje o jeho pokračování. (4) Pojišťovny použijí fond na marketing místo prevence: zákon vymezí, co se z fondu smí platit, a programy hodnotí ÚZIS s univerzitou.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové daní (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

„Po vzoru Nizozemska“ znamená přesný opak. Bonus za péči o zdraví patří do fondu prevence, ne do pojistného (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-bonus-za-zdravi-pojistne.html>)

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

Minimální cena alkoholu a další regulace bez výnosu

Minimální cena za gram alkoholu přichází až ve vlně 4 (účinnost 2033 a později), protože nejdříve musí obstát daně. Ve Skotsku, kde platí od roku 2018, snížila počet úmrtí plně způsobených alkoholem o 13,4 % proti stavu bez opatření, tedy asi o 150 úmrtí ročně (kontrolovaná přerušovaná časová řada se srovnáním s Anglií; Wyper 2023, PMID 36963415). Největší pokles nastal ve čtyřech nejhudších decilech.

HSPA má téma Čtrnáct litrů. Proč Česko pije nejvíc v OECD a co s tím dělají jiné země (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-alkohol-spotreba.html>)

Stát na minimální ceně nic nevybere, protože cenový rozdíl zůstává obchodníkům; vyšší DPH přinese jen 0,2 až 0,5 mld. Kč.

HSPA nemá

Odhad výnosu vyšší DPH HSPA nemá.

Verze 2 odvodila pro Česko 200 až 400 odvrácených úmrtí ročně při polovičním skotském účinku. Posudek správně namítl, že takový přenos skotských výsledků nemá oporu, protože Česko má jinou strukturu spotřeby (pivo, víno). Verze 3 proto počet úmrtí neslibuje; interval nejistoty pro konkrétní cenovou hranici spočítá dopadová studie v roce 2028.

HSPA má téma Indikátor: Spotřeba alkoholu (čistý alkohol, 15+) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=alkohol_spotreba)

Indikátor: Pití alkoholu u dospívajících (16 let) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=alkohol_adolescenti)

Právní překážkou je test přiměřenosti podle rozsudku SDÚE C-333/14 (Scotch Whisky Association): minimální cena omezuje volný pohyb zboží a obstojí jen tehdy, nelze-li stejného cíle dosáhnout méně restriktivně, zejména daní. Proto zavádíme nejdříve daně a minimální cenu až po vyhodnocení jejich účinku. Zákon o minimální ceně (rozsah M) vyžaduje notifikaci TRIS a analýzu dopadu na pivo.

HSPA nemá

Judikatura SDEU k minimální ceně HSPA nemá.

Opatření	Právní nástroj	Termín	Poznámka
Zmocnění obcí omezit noční prodej alkoholu v obchodech (22 až 6 h)	zák. 65/2017 Sb., 128/2000 Sb.	vlna 4 (rozsah S–M)	jeden prodejní den navíc = +3,4 % spotřeby (Sherk 2018); Ověřit: zda lze předložit dříve jako poslanecký návrh
Zpřísnění reklamy tam, kde ji sledují děti (sportovní přenosy, sociální sítě)	zák. 40/1995 Sb.	vlna 4	bez výnosu
Zdravotní varování na obalech alkoholu (riziko rakoviny)	nový zákon; notifikace TRIS (tříměsíční standstill)	vlna 4	Yukon: –6,6 % prodeje označených produktů, studii ukončil zásah průmyslu; Irsko varování odložilo na 2028
Daň podle gramu alkoholu ve všech nápojích	sjednocení sazeb v zák. 353/2003 Sb.	debata do voleb 2029, účinnost nejdříve 2033	+2 až +3 mld. Kč nad víno 23,40 Kč/l; největší politická cena; do plánovací hodnoty se nepočítá

Q Ověřujeme

HSPA má téma Čtrnáct litrů. Proč Česko pije nejvíc v OECD a co s tím dělají jiné země (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-alkohol-spotreba.html>)

Jen 15 % pijících dospělých ve 14 zemích ví, že alkohol způsobuje rakovinu prsu. WHO dala zdravotníkům AI asistenta k rozhovoru o pití, český praktik ho ale nemá jak vykázat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-who-alkohol-rakovina-prsu-ai-hub-2026.html>)

Pivo, víno a mýtus zdravého alkoholu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-napoj-4-alkohol-mytus.html>)

Ostatní prevence: zubní prevence, očkování, navigace, krátká intervence

Prevenci mimo daně hradíme jen tam, kde má doložený účinek: fluoridový lak a pečetení u dětí, očkování seniorů, navigaci po pozitivním screeningu a krátkou intervenci u praktika. Každou položku studie uvádí jen jednou; zubní prevence zde nahrazuje obecné „hrazené hygieny“ z Manifestu.

Opatření	Co přesně	Evidence	Nástroj a termín
Zubní prevence do 18 let	Hrazený fluoridový lak dvakrát ročně, pečetení fisur prvních stálých molárů a instruktáž, od 1. třídy; provádí i dentální hygienistka ve škole. Rutinní odstraňování kamene a leštění se nehradí. Náklad 0,3–0,5 mld. Kč ročně při plném pokrytí.	Lak: –43 % kazů stálých zubů (Marinho 2013, PMID 23846772). Pečetení: OR 0,12 ve dvou letech (Ahovuo-Saloranta 2017, PMID 28759120). Školní programy s lakem –32 % (Griffin 2025). Rutinní hygiena u dospělých bez doloženého přínosu (Lamont 2018).	Podnět do seznamu výkonů (vyhl. 134/1998 Sb.) s cílem 1. 1. 2028; zákon (zák. 48/1997 Sb., příloha 1) ve vlně 2, účinnost 1. 1. 2032. Šetření orálního zdraví dětí v 5, 12 a 15 letech (2028, pak každých pět let).
Očkování seniorů proti chřipce	Pozvánka od sestry týmu, očkování v lékárnách hrazené a bez předpisu (lékárníci dnes očkovat nemohou; novela zák. 258/2000 Sb., která to má umožnit, byla 14. 9. 2026 stažena z programu vlády, podnět k ní patří do vlny 0; HSPA Monitor), připomínka v aplikaci. Cíl 40 % kolem roku 2038 (30 % v roce 2033); verze 2 uváděla 60 % do roku 2035, což evidence k očkování v lékárnách nepodporuje, proto jsme cíl podle posudku snížili (ukazatel D7, Část IX).	Lékařníci: nárůst proočkovanosti o 0 až 10 bodů, nejvíc při největší autonomii (Spinks 2020, PMID 32674753).	Hrazený výkon v seznamu výkonů a úhradové vyhlášce. Výchozí proočkovanost 65+ je 24,6 % (sezóna 2025/26, ÚZIS NR-28-02; HSPA Monitor, ukazatel D7).
Navigace po pozitivním screeningu	Sestra týmu do týdne zavolá, objedná a ohlídá. Pilot ve dvou krajích s evaluací.	Dokončení kolonoskopie RR 1,27 (1,10–1,46), osm studií, střední jistota, americká data ze znevýhodněných populací (Gonzalez Mosquera 2026, PMID 42618855).	Hrazený výkon po pilotu. Ověřit: start a financování pilotu.
Krátká intervence u praktika	Hrazený výkon navazující na rizikový screening při preventivní prohlídce (vyhl. 70/2012 Sb. ve znění 403/2025 Sb.).	–20 g alkoholu týdně, tedy asi jedno pivo (půllitr); 69 randomizovaných studií, střední jistota (Kaner 2018, PMID 29476653). Účinek je malý, intervence je ale levná.	Podnět do seznamu výkonů s cílem 1. 1. 2028. Cenová opatření nenahrazuje.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

České děti mají zhruba čtyřikrát víc kazů než německé. A skoro to nikdo neměří (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zubni-kaz-deti.html>)

Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.htm>)

Dvacet čtyři procenta. Nejrychleji dostupná rezerva české prevence je hotová, hrazená — a nevyužitá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ockovani-dospelych-rezerva.html>)

Navigace zvyšuje také poptávku po kolonoskopii, takže bez kapacity endoskopie by prodloužila čekání. Pilot proto nejdřív změří kapacitu v kraji a do té doby žádný cíl pro čekací dobu neslibujeme. Screeningové programy koordinuje Národní screeningové centrum (schválené vládou v květnu 2025), které zavedlo koordinátory screeningových programů a krajské koordinátory (MZ ČR 2025, s. 35 a 44–45); pilot navigace stavíme na nich. Na kolonoskopii po pozitivním testu dnes dochází jen 60 až 70 % lidí (tamtéž, s. 36). Ověřit: u navigace, očkování a krátké intervence plátce výkonu (pojišťovna úhradou, nebo Fond prevence); prevence se v modelu počítá jen jednou.

Q Ověřujeme

HSPA potvrzuje

Devadesát vteřin, které se vyplatí. Krátká intervence patří k nejlépe doloženým zásahům v medicíně — a v ceníku praktika chybí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kratke-intervence-uhady.html>)

Dvacet čtyři procenta. Nejrychleji dostupná rezerva české prevence je hotová, hrazená — a nevyužitá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ockovani-dospelych-rezerva.html>)

Pozitivní test, pak 84 dní čekání. Fronta na kolonoskopii po screeningu se od roku 2019 prodloužila o třetinu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cekani-na-kolonoskopii.html>)

Zubní prevenci jsme oproti Manifestu zúžili na opatření s doloženým účinkem. První verze ocenila hygienu na 0,8 až 1,4 mld. Kč ročně bez jediné citace účinnosti; verze 3 počítá 0,3 až 0,5 mld. Kč. Ověřit: zda je tento náklad součástí prevence 1,3 mld. Kč v modelu (Část V), nebo stojí mimo.

Q Ověřujeme

HSPA nemá

Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.htm>)

Strava a pohyb: aktualizace vyhlášky 107/2005 Sb. o školním stravování (cukr, sůl) s kontrolou skladby jídel, omezení reklamy na nezdravé potraviny dětím podle nutričního profilu WHO a nutriční terapeut v týmu s programy pro lidi s prediabetem. Diabetes Prevention Program snížil výskyt cukrovky o víc než polovinu (Knowler 2002), v běžné praxi je účinek menší. Program škola podporující zdraví (SZÚ, 102 základních a středních a 86 mateřských škol v roce 2025) nemá evaluaci a rozšíří se jen po pilotu v jednom kraji s kontrolním srovnáním po třech letech.

HSPA upřesňuje

Každé čtvrté dítě má nadváhu. Česko pod průměrem EU – trend jde špatným směrem (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deti-obezita-cosi.html>)

Kdyby každá třída byla Zdravou školou (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zdrava-skola-szu.html>)

Daň, etikety, automaty: co na slazené nápoje opravdu platí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-napoje-6-dan-regulace.html>)

Z programu 2021 nepřebíráme daňové zvýhodnění zaměstnavatelů za prevenci, protože má vysoké mrtvé náklady.

HSPA má téma

„Po vzoru Nizozemska“ znamená přesný opak. Bonus za péči o zdraví patří do fondu prevence, ne do pojistného (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-bonus-za-zdravi-pojistne.html>)

Pilíř 5: sociální účet a pomezí zdravotní a sociální péče (P3)

Počet lidí nad 75 let s vysokou potřebou péče (příspěvek ve stupni III a IV) vzroste ze 115 tisíc v roce 2024 na 241 tisíc v roce 2050, u lidí nad 85 let z 62 na 165 tisíc (ÚZIS). Pracovníků dlouhodobé péče máme 2,5 na 100 seniorů, průměr OECD je 5,6. Péče se nejvíc rozpadá na pomezí, kde zdravotní a sociální potřebu platí každou jiný rozpočet a řídí jiné ministerstvo.

HSPA potvrzuje

Nárok narazí na demografii. Proč bude do roku 2050 čekat dvakrát víc seniorů na péči, kterou systém slibuje (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-2-demograficky-tlak.html>)

Dlouhodobá péče v Česku: tichá strukturální krize. Proč dvojkoľejný systém stojí v cestě reformě, kterou demografie tak jako tak vynutí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-dlouhodore-pece-2026.html>)

Kdo se o nás postará v roce 2035. O 284 tisíc lidí nad 75 let víc, tři cesty a jeden nesečtený účet (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kdo-se-o-nas-postara-2035.html>)

Do roku 2035 musí přibýt asi 39 000 lůžek dlouhodobé a následné péče, zdravotních i sociálních (Přecechtěl a Hlávka 2025), a 21 000 pečovateli, jinak nelze přeměnit jediné akutní lůžko (J7). Zdravotní část potřeby je menší (dnes chybí 2 až 3 tisíce lůžek, do roku 2035 dalších nejméně 8 tisíc; MZ ČR 2025, s. 65), většina připadá na pobytové sociální služby. Jediným uceleným vyčíslením sociální části je studie Deloitte pro Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR (červen 2026). Jde o studii na zakázku poskytovatelů a Deloitte její vstupy neověřoval; přebíráme z ní jen vstupy, její doporučení nepřebíráme. Kapacita pobytových služeb je 76 tisíc lůžek a v roce 2035 bude potřeba 111 tisíc, terénních pečovateli je 34 tisíc úvazků a bude potřeba 55 tisíc.

HSPA upřesňuje

Kdo se o nás postará v roce 2035. O 284 tisíc lidí nad 75 let víc, tři cesty a jeden nesečtený účet (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kdo-se-o-nas-postara-2035.html>)

Náklad sociální péče o seniory vzroste z asi 80 mld. Kč (2024) na asi 137 mld. Kč (2035), tedy v roce 2035 o 57 mld. Kč ročně víc než dnes. Jednotkové náklady Deloitte jsou nižší než podle ČSÚ (domov pro seniory 495 oproti 665 tisícům Kč na klienta a rok), skutečný účet tedy může být vyšší. Pro investice do pobytové kapacity počítá studie Deloitte s 2 mil. Kč na lůžko (při 35 tisících nových pobytových míst podle téže studie asi 70 mld. Kč); verze 2 uváděla 3 až 5 mil. Kč.

HSPA upřesňuje

Kdo se o nás postará v roce 2035. O 284 tisíc lidí nad 75 let víc, tři cesty a jeden nesečtený účet (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kdo-se-o-nas-postara-2035.html>)

Celý účet vedeme odděleně od čistého nákladu reformy (viz Část V); reforma zdravotnictví ho nezaplatí ani nezlevní. Odhady 35 tisíc (verze 2 a Deloitte: rozdíl 111 a 76 tisíc, jen pobytové sociální služby) a 39 tisíc (Přecechtěl a Hlávka: i zdravotní lůžka následné péče) se liší hlavně rozsahem; zdravotní část odhaduje MZ ČR 2025 (s. 65 a 66) zvlášť. Ověřit: jak se obě řady překrývají; studie používá vyšší hodnotu, dokud nebude rozdíl úplně vysvětlen.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezi-2026.html>)

Pokud kapacita nevznikne, péči doma ponesou rodiny, většinou dcery: model počítá se 136 tisíci úvazků neformálních pečujících v roce 2035 oproti dnešním 97 tisícům. Proto samostatně sledujeme počet neformálních pečujících a počet dnů, které lidé stráví na akutním lůžku čekáním na místo v sociální službě.

HSPA upřesňuje

Kdo se o nás postará v roce 2035. O 284 tisíc lidí nad 75 let víc, tři cesty a jeden nesečtený účet (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kdo-se-o-nas-postara-2035.html>)

Největší poskytovatel dlouhodobé péče v Česku nemá IČO (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-neformalni-pecujici.html>)

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezi-2026.html>)

Karta P3	Sociální účet a sdílené financování sociálně-zdravotní péče
Proč	Bez sociální kapacity zůstane senior na akutním lůžku, protože nemá kam jít, a rodiny nesou náklady samy. Pomezí rozdělují dva rozpočty a dvě ministerstva, což vede k převozům tam a zpět.

Karta P3	Sociální účet a sdílené financování sociálně-zdravotní péče
Co přesně	(1) Veřejně sledovaný roční přehled sociálního účtu dlouhodobé péče: zdravotní, sociální a neformální péče vedle sebe. (2) Sdílené financování: pojišťovna může hradit část sociální služby, pokud tím ušetří ve zdravotnictví, a naopak. (3) Piloty se společným rozpočtem pojištěnoven a kraje. (4) Koordinátor péče v týmu (zdravotně-sociální pracovník nebo sestra). (5) Jedno šetření pro příspěvek na péči i plán péče. (6) Rozhodnutí o samostatném pojištění dlouhodobé péče do roku 2031 (Německo má pojištění od 1995, Japonsko od 2000, Nizozemsko od 2015 oddělilo akutní, dlouhodobou a komunitní péči).
Právní nástroj	Novela § 36 zák. 108/2006 Sb. ve vazbě na § 17a a § 22b zák. 48/1997 Sb. (rozsah M; vlna 4). Navazuje na zák. 38/2025 Sb. (od 1. 1. 2029 strop pobytu podle § 22b a zrušení § 52 zák. 108/2006 Sb.), na reformu příspěvku na péči (zák. 300/2025 Sb., převážně od 1. 6. 2028; § 8a: člověk v terminálním stavu se na 12 měsíců považuje za závislého ve stupni III) a na rekodifikaci sociálních služeb MPSV (2031). Samostatný zákon o pojištění dlouhodobé péče (rozsah L) jen tehdy, pokud se pro pojištění rozhodne.
Kdo	MPSV (sociální účet, rekodifikace) a MZ; pojišťovny, kraje a obce jako plátcí a objednavatelé; Asociace krajů ČR a SMO ČR v Řídicím výboru; poskytovatelé sociálních služeb (APSS ČR) jako konzultační partner.
Kdy (základní scénář)	F1: jednání s MPSV od 2028, teze do 12/2029; věcný záměr pro rekodifikaci sociálních služeb MPSV (2031–2032), protože mezi deseti podklady do brány B2 není. Pilot společného rozpočtu v kraji, který se k pilotu přihlásí; Ověřit: termín a zda jde smluvně bez novely. Zákon ve vlně 4 (účinnost 2033 a později). Rozhodnutí o pojištění dlouhodobé péče do roku 2031.
Na čem závisí	Na MPSV a MF (zdroj sociálního účtu), na koaliční smlouvě (B2) a na datech o čekání na místo v sociální službě. Kapacita je podmínkou přeměny: kraj bez ní lůžka nepřemění (J7).
Rizika a pojistky	(1) Resorty se nedohodnou: pojistkou je pilot společného rozpočtu a účast MPSV v Řídicím výboru. (2) Sociální kapacita nevznikne: kontrolní body přeměny se nesplní a akutní lůžko se nepřemění, takže se riziko promítne do tempa reformy a pacienta nezasáhne. (3) Péče se přesune na rodiny: sociální účet je veřejně sledovaná položka, doplňují ho odlehčovací služby a koordinátor. (4) Podklad Deloitte je studie na zakázku poskytovatelů: vstupy je třeba nezávisle ověřit.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Místo pro stáří se ztrácí. Lůžek dlouhodobé péče má Česko o čtvrtinu pod evropským průměrem (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-luzka-dlouhodob-pece.html>)

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomez-2026.html>)

Pilíř 5: péče doma a paliativní týmy

Péče doma stojí na pěti krocích a zákon vyžaduje jen jeden z nich: delší a samostatnou indikaci domácí péče s účinností 1. 1. 2032. Ostatní se zavádějí úhradou, smlouvou nebo vyhláškou.

Krok	Co se mění	Nástroj	Termín (základní scénář)
1. Návštěvní služba týmu a senior taxi (J4 , pilíř 1)	Lékař a sestra preventivně navštěvují křehké seniory ve spádu; senior taxi stojí 0,34 mld. Kč ročně.	Pětiletá smlouva týmu (smlouva podle § 17 zák. 48/1997 Sb.), obce	Pilot 2028–2029; dál podle zákona o primární péči (1. 1. 2032)
2. Delší a samostatná indikace domácí péče	Dnes indikuje praktik na tři měsíce, jiný lékař na 14 dnů (§ 22 zák. 48/1997 Sb.). Od 1. 1. 2026 smí sestra se specializovanou způsobilostí v domácí péči indikaci ošetřujícího lékaře upravit nebo doplnit, pokud to lékař v indikaci umožní (MZ ČR 2025, s. 121). Navrhujeme delší lhůtu a na tento krok navázat samostatnou indikací sestrou se specializací. Úhradová vyhláška 2027 přidává domácí péči 8,5 %.	Zák. 48/1997 Sb. (§ 18, § 22; vlna 2); vyhl. 55/2011 Sb. pro činnosti sester (vlna 0)	Vyhláška 2028 (rozhodne dnešní MZ); zákon 1. 1. 2032
3. Mobilní paliativní tým v okrese	Dnes má úhradu přes 40 poskytovatelů; doporučuje se jeden tým na 70 až 150 tisíc obyvatel. Model počítá 0,9 mld. Kč ročně jako plnou cenu všech 150 týmů (6 mil. Kč na tým); je to horní mez.	Úhrada pojištěnoven, smlouva	Podnět do dohodovacího řízení o úhradách 2028 (do 31. 1. 2027); jinak úhradová vyhláška 2031
4. Společný plán péče a koordinátor	Plán týmu, pečovatelské služby a rodiny; koordinátor v týmu.	Hrazený výkon „plánování péče“ (vyhl. 134/1998 Sb.)	Podnět 1. 1. 2028; jinak úhradová vyhláška 2031
5. Podpora pečujících rodin	Odlehčovací, terénní a asistenční služby, edukace, kontakt na sestru mimo pracovní dobu, dlouhodobé ošetřovné. Hospodářská strategie PEER počítá s navýšením financování terénních a odlehčovacích služeb o 40 až 50 mld. Kč za deset let a s růstem částečných úvazků ze 7 % na 15 % do roku 2040.	MPSV, kraje, obce, pojišťovny	Navýšení je výdajem MPSV, krajů a obcí mimo model reformy. Ověřit: rozložení po letech a nositel

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Seniorů přibýlo téměř o polovinu, domácí péče stojí na místě. A stát ji přestal veřejně počítat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-domaci-pece-stagnace.html>)

Osmdesát osm celých čtyři procenta. Úhradová vyhláška 2027 si sama píše, že nemocnicím rostou náklady rychleji než úhrady (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhradova-vyhlaska-2027.html>)

Umřít doma chce většina. Tým, který to umožní, má jen každý druhý okres (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-mobilni-paliativni-tymy.html>)

Samostatnou indikaci sestrou podporuje přehled přehledů, podle něhož je péče vedená sestrou stejně bezpečná nebo bezpečnější (Paier-Abuzahra 2024, PMID 39529012); úspora nákladů však prokázána není (Laurant 2018). Navazujeme na prioritu ministra zdravotnictví, kterou je sesterská preskripce, a návrh podáme jako pozměňovaci k vládní předloze.

HSPA nemá

Paier-Abuzahra 2024 ani Laurant 2018 v HSPA nejsou; sesterská preskripce je mimo to zmíněna jako priorita ministra (článek preskripce-praktici-2026 o praktících).

U paliativních týmů je 0,9 mld. Kč horní mez: úhradu už dnes má přes 40 poskytovatelů, takže skutečný přírůstek bude nižší. Nedostatek paliativních lékařů řešíme náběhem od největších nemocnic a sdílením týmů v kraji, aby týmy nezůstaly jen na papíře.

Domov je jednou z možností a nikdo ho nemusí zvolit. Kdo žije sám, nemá vhodné bydlení nebo si nepřeje zemřít doma, musí mít dostupnou odlehčovací službu, krizový příjem do pobytového zařízení a lůžkovou paliativní péči v hospici nebo na paliativním lůžku nemocnice blízko domova. Úspěch proto měříme souladem místa péče s přáním člověka a únosností péče pro pečující; počet úmrtí doma měřítkem není.

HSPA potvrzuje

Sedm z deseti Čechů umírá v nemocnici. Může za to chybějící mobilní hospicová péče (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-umrti-doma-hospic.html>)

Indikátor: Podíl zemřelých doma nebo v hospici (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=umrti_doma_nebo_hospici_pct)

Indikátor: Lůžková hospicová kapacita (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=hospicova_pece_luzka)

Pilíř 5: závěr života a dříve vyslovené přání

Doporučení pro plánování péče na konci života u nás existují od roku 2010 (Česká lékařská komora) a má je i Společnost pro paliativní medicínu, ale běžná praxe je nepoužívá. Návod tedy existuje; potíží je v tom, že rozhovor o přáních pacienta nikdo nehradí a nikdo ho nezaznamenává tak, aby ho našel navazující poskytovatel. Proto navrhuje čtyři kroky, které nevyžadují nový zákon.

HSPA nemá

Rok po dlouhé plicní ventilaci žije polovina pacientů. ÚZIS poprvé ukázal, co je s nimi dál (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-preziti-po-dlouhe-upv.html>)

- **Hrazení výkonu plánování péče.** Rozhovor praktika nebo sestry s křehkým pacientem a rodinou dostane vlastní kód a časový limit (úhradová vyhláška; jde o tentýž výkon jako v kroku 4 předchozí tabulky).
- **Konziliární paliativní tým v nemocnicích se 200 a více lůžky akutní péče.** Tým radí oddělením, nepřebírá pacienty a činnost se hradí jako konzilium. Začínáme v největších nemocnicích, kde je nejvíc pacientů na konci života.

HSPA má téma

Ze 32 na 200 nemocničních týmů. Co slibuje první strategie paliativní péče a jak daleko k tomu Česko má (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-paliativni-strategie-2035-cile.html>)

- **Nabídka plánu péče při hospitalizaci křehkého seniora.** Pacientovi, který při příjmu odpovídá profilu (věk, křehkost, opakované příjmy), se rozhovor o přáních nabídne, nikdy se ale nevyžaduje.
- **Plán ve sdíleném záznamu a úhrada péče doma i v domácnostech.** Plán vidí záchranná služba, ambulance i dům seniorů; úhrada paliativní péče v pobytových službách navazuje na kartu P3.

Dříve vyslovené přání upravuje § 36 zák. 372/2011 Sb. Nemocný ho dnes jen obtížně platně vysloví, přání nelze dohledat a poskytovatel ho nemusí respektovat. Navrhujeme jednodušší ověření podpisu, centrální registr dostupný poskytovateli a povinnost přání respektovat, pokud se nezměnily okolnosti. Ověřit: přesné znění § 36 odst. 2 až 6 před předáním návrhu.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Paliativní péče míří do zákona. Co skutečně mění senátní novela a co (ne)může sama o sobě vyřešit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-paliativni-pece.html>)

Zákonnou změnu podáme jako poslanecký návrh v letech 2028 až 2029, bez čekání na vládní novelu. Eutanazii záměrně neřešíme: je to samostatná etická debata, která by překryla praktické kroky, na kterých se lze dohodnout. K § 8a zák. 300/2025 Sb. viz kartu P3.

HSPA má téma

Paliativní péče míří do zákona. Co skutečně mění senátní novela a co (ne)může sama o sobě vyřešit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-paliativni-pece.html>)

Riziko	Co se stává	Pojistka
Papírové týmy	Tým je ve smlouvě, ale nikoho nenavštěvuje.	Úhrada za úkon a vykazování místa přání pacientů; bez činnosti se smlouva neobnoví
Formalita	Plán se vyplní pro úhradu a nikdo ho neotevře.	Plán vidí záchranná služba a ambulance; kontrola vzorku záznamů
Nedostatek paliativních lékařů	Týmy se nepodaří obsadit.	Start v největších nemocnicích, sdílené týmy v kraji, výcvik sester
Tlak na pacienta	Rozhovor se vnímá jako nátlak na odmítnutí léčby.	Rozhovor je jen nabídka a není povinný; přání lze kdykoli změnit

Harmonogram pilířů 4 a 5

Daň z vína začíná platit 1. 1. 2031, cukerná daň navazuje 1. 1. 2032 a plná sazba vína 1. 1. 2033.

Daně za zdraví začnou platit v letech 2031 až 2033, z péče doma vyžaduje zákon jen jeden krok z pěti

		B1		B2		B3		B4			
		F0		F1		F2		F3		F4	
		2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	
PILÍŘ 4 · PREVENCE A DANĚ ZA ZDRAVÍ											
J8	Tiché víno, líh a pivo 2030 → 1. 1. 2031							◇			
J9	Daň ze slazených nápojů 2030 → 1. 1. 2032										
P4	Fond prevence 2030 → 1. 1. 2031						◇				
Pi14.1	Minimální cena alkoholu 2032 → 1. 1. 2034										
Pi14.2	Noční prodej alkoholu 2032 → 1. 1. 2033										
Pi14.3	Reklama na alkohol 2032 → 1. 1. 2033										
Pi14.4	Varování na obalech 2032 → 1. 1. 2033										
Pi14.5	Daň podle gramu alkoholu debata → nejdříve 2033							◇			
Pi14.6	Zubní prevence do 18 let 2030 → 1. 1. 2032										
Pi14.7	Očkování seniorů vyhláška 2031										
Pi14.9	Krátká intervence vyhláška 2031										
Pi14.11	Tabák a nikotin: postupný růst podnět 2027 · 2030 → 1. 1. 2031										
Pi14.12	Podpora těch, kdo chodí na prevenci 2031 · příspěvek 2032										
PILÍŘ 5 · PÉČE DOMA A ZÁVĚR ŽIVOTA											
Pi15.1	Domácí péče: indikace 2030 → 1. 1. 2032										
Pi15.2	Paliativní tým v okrese vyhláška 2031 → 2034										
Pi15.3	Plán péče a koordinátor vyhláška 2031										
Pi15.7	Dříve vyslovené přání návrh poslanců 2028–29										
P3	Sociální účet 2033 → 1. 1. 2034						◇				
podněty, konzultace, věcný záměr začátek studie neuvádí zákon: od předložení po účinnost náběh ohlášení, notifikace (pod pruhem) účinnost (u vyhlášky rok) ◇ další stupeň, rozhodnutí ◇ nejdříve brány B1 až B4 volby, říjen 2029											

☐ podněty, konzultace, věcný záměr
☐ začátek studie neuvádí
☐ zákon: od předložení po účinnost
☐ náběh
☐ ohlášení, notifikace (pod pruhem)
☐ účinnost (u vyhlášky rok)
☐ další stupeň, rozhodnutí
☐ nejdříve
☐ brány B1 až B4
☐ volby, říjen 2029

Pod názvem opatření je rok předložení zákona a den jeho účinnosti; u vyhlášek rok, na který platí.

Bez termínu ve studii, proto nejsou na ose: Pi14.8 navigace po pozitivním screeningu; Pi14.10 strava a pohyb; Pi15.4 podpora pečujících rodin; Pi15.5 konziliární paliativní tým v nemocnicích; Pi15.6 nabídka plánu péče při hospitalizaci.

Textová verze

Opatření	Termín	Zdroj
J8 Tiché víno, líh a pivo	Předložit 2030, účinnost 1. 1. 2031; víno poloviční sazba 2031–2032, plná 1. 1. 2033	ř. 1002, 1044, 2491
J9 Daň ze slazených nápojů	Ohlášení v programu 2029; předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032; dvouleté ohlášení 2030–2031	ř. 1003, 1058, 2492
P4 Fond prevence	Teze do B1 (6/2028); předložit 2030, účinnost 1. 1. 2031; příjem z daně ze slazených nápojů od 1. 1. 2032	ř. 1004, 1080, 2497
Pil4.1 Minimální cena alkoholu	Notifikace 2031–2032; předložit 2032, účinnost 1. 1. 2034	ř. 1086, 2517
Pil4.2 Noční prodej alkoholu	Ověřit: dřívější poslanecký návrh; předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033	ř. 1096, 2518
Pil4.3 Reklama na alkohol	Předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033	ř. 1097, 2519
Pil4.4 Varování na obalech	Předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033	ř. 1098, 2520
Pil4.5 Daň podle gramu alkoholu	Debata do voleb 2029; účinnost nejdříve 2033	ř. 1099, 2521
Pil4.6 Zubní prevence do 18 let	Zákon předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032	ř. 1107, 2522
Pil4.7 Očkování seniorů	Úhradová vyhláška nové vlády (2031)	ř. 1108, 2523
Pil4.9 Krátká intervence	Úhradová vyhláška nové vlády (2031)	ř. 1110, 2525
Pil4.11 Tabák a nikotin: postupný růst	Podnět současné vládě 2027; předložení 2030, účinnost 1. 1. 2031 (doplňkový scénář: prodloužení dnešního plánu od 2028)	ř. 1092 a násl., registr Pil4.11
Pil4.12 Podpora těch, kdo chodí na prevenci	S Národním fondem prevence od 1. 1. 2031; příspěvek za prevenci od 1. 1. 2032	ř. 1092 a násl., registr Pil4.12
Pil5.1 Domácí péče: indikace	Zákon předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032	ř. 1006, 1149, 1186, 2527
Pil5.2 Paliativní tým v okrese	Úhradová vyhláška 2031; náběh 2031–2034	ř. 1150, 2528
Pil5.3 Plán péče a koordinátor	Úhradová vyhláška 2031	ř. 1151, 2529
Pil5.7 Dříve vyslovené přání	Poslanecký návrh 2028–2029, závisí na většině	ř. 1171, 1186, 2533
P3 Sociální účet	Věcný záměr do 12/2029; předložit 2033, účinnost 1. 1. 2034; rozhodnutí o pojištění dlouhodobé péče do konce 2031	ř. 1005, 1138, 1186, 2496
Pil4.8 Navigace po pozitivním screeningu	Pilot s evaluací (start ověřit); výkon po pilotu	ř. 1109, 2524
Pil4.10 Strava a pohyb	Termín v textu neuveden (ověřit); vyhodnocení po třech letech	ř. 2526
Pil5.4 Podpora pečujících rodin	Ověřit	ř. 1152, 2530
Pil5.5 Konziliární paliativní tým v nemocnicích	Start v největších nemocnicích; termín neuveden	ř. 2531
Pil5.6 Nabídka plánu péče při hospitalizaci	Termín neuveden	ř. 2532

harmonogram pilířů 4 a 5 · základní scénář Vlády 2030

Zákony o daních a o fondu se předkládají v roce 2030, novela o indikaci domácí péče nabývá účinnosti 1. 1. 2032 a úprava dříve vysloveného přání půjde jako poslanecký návrh už v letech 2028 až 2029. Sociální účet (P3) se rozbíhá po roce 2033 a rozhodnutí o pojištění dlouhodobé péče padne do konce roku 2031.

Část IV – Co na co navazuje a proč

Reforma stojí na třech řetězcích, které musí doběhnout v letech 2031 až 2038 v pevném pořadí:

- **Peníze:** daně za zdraví a nový vzorec platby státu, obojí účinné 1. 1. 2031 → peníze na náběh týmů od roku 2032.
- **Primární péče:** sestry, data a pilot → pětiletá smlouva podle § 17 zák. 48/1997 Sb. → zákon o primární péči účinný 1. 1. 2032.
- **Lůžka:** krajský plán sítě (první plány 2033), kapacita následné a dlouhodobé péče a dojezd záchranky → přeměna 8 000 akutních lůžek do roku 2038.

HSPA má téma

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Záchranný řetězec po zástavě srdce: proč Česko zaostává a co s tím (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ohca-zachrana-srdce.html>)

Indikátor: Dojezdový čas ZZS (do 20 minut) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=dojezd_zzs)

Preskočený článek reformu neurychlí a ohrozí všechno, co na něm stojí.

Tato část mapuje celou reformu. Ukazuje, které z deseti opatření jádra (J1 – J10) a pěti podmínek (P1 – P5) musí přijít dřív než jiná, proč a co se stane, když jeden článek selže. Doprovodná opatření z Manifestu (Část XI) mají vlastní harmonogram, proto v grafech závislostí nejsou; organigramy na konci této kapitoly ukazují, ke kterému opatření jádra patří.

Termíny platí pro základní scénář „Vláda 2030“: Piráti ve vládě od přelomu 2029/2030, velké zákony předložené v letech 2030 a 2031. Fáze a brány B1 – B4 podrobně popisuje Část VIII, zákony po vlnách 0–4 Část VII.

Graf závislostí

Tři větve kritické cesty míří do let 2031 a 2032: peníze a sestry podmiňují naběh týmů, pilot a data podmiňují zákon o primární péči a lůžka čekají na dlouhodobou péči. Šipka v grafech znamená „bez A nejde B“, silná šipka označuje kritickou cestu.

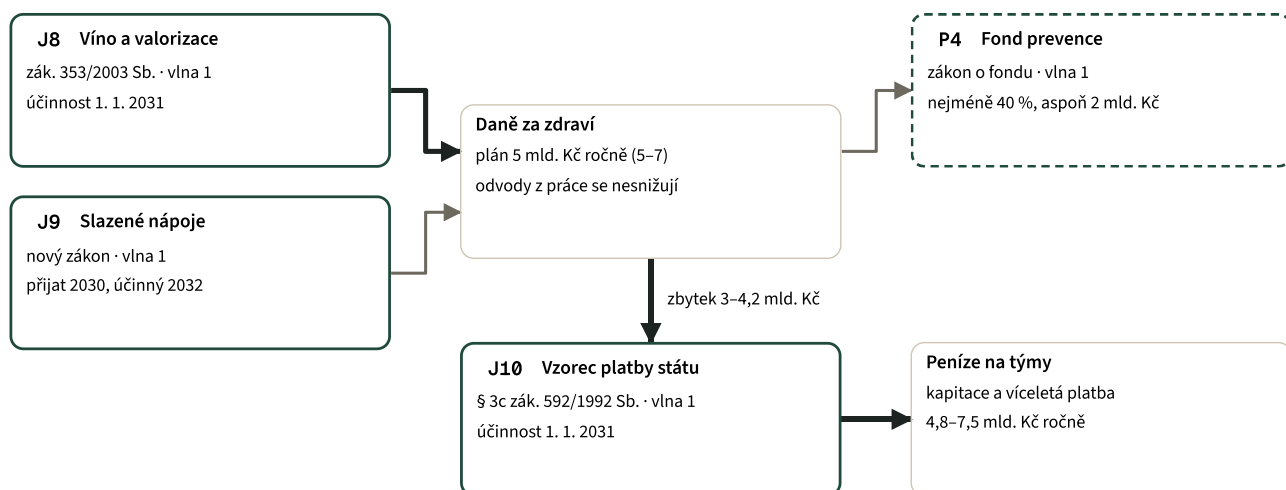
HSPA má téma

HSPA má vlastní kauzální mapu systému se stejnými typy vazeb (peníze/platba státu → příjmy, pracovní síla → primární péče, digitalizace → primární péče, dlouhodobá péče → uvolnění akutních lůžek) a doloženými články. Pořadí a kritická ce...

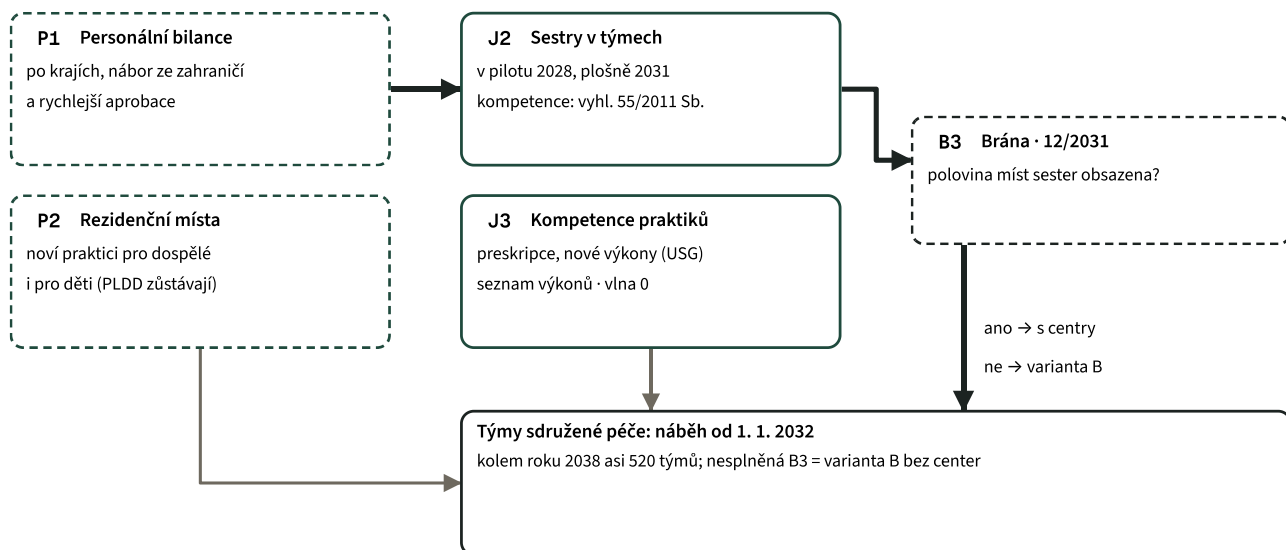
Peníze a sestry musí být na místě dřív, než týmy v roce 2032 naběhnou

Graf závislostí 1/2: peníze a lidé · šipka = bez A nejde B · silná šipka = kritická cesta

PENÍZE



LIDÉ



□ jádro (J1–J10) □ podmínka (P1–P5) □ zákon, krok nebo souhrn □ výsledek □ brána → kritická cesta → závislost

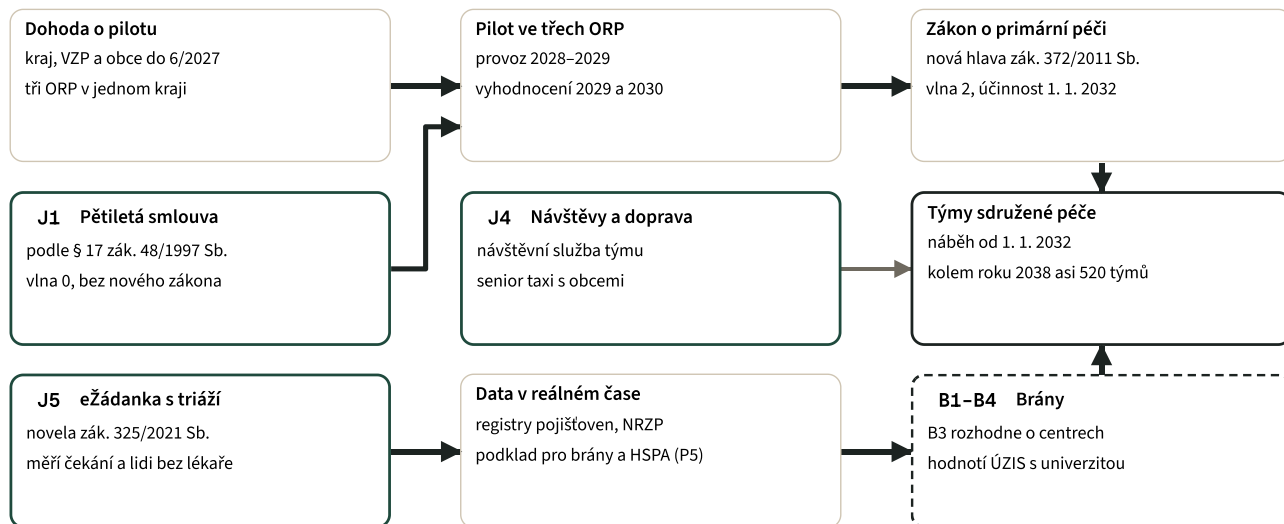
graf závislostí 1/2 · peníze a lidé · J8–J10, J2, J3, P1, P2, P4, brána B3

Peníze přicházejí dvěma cestami a kritická je z nich jen jedna, nový vzorec platby státu. Daň ze slazených nápojů naběhnebrzdí, protože začne až rok po vlně 1. U lidí rozhoduje brána B3; když do 12/2031 nebude obsazena polovina míst sester, reforma pokračuje ve variantě B.

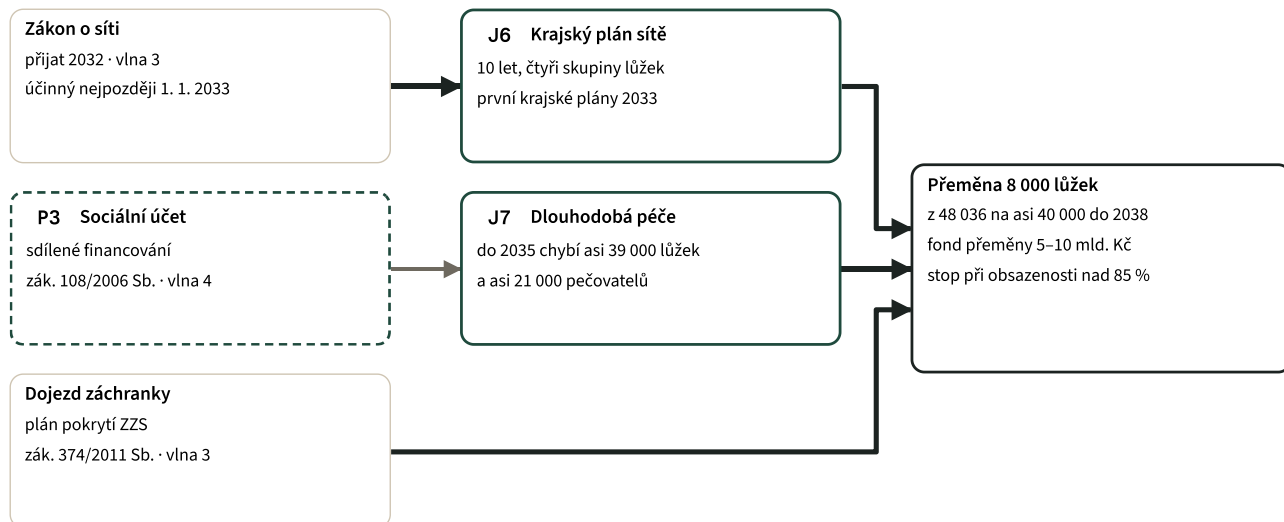
Zákon o primární péči stojí na pilotu, přeměna lůžek na dlouhodobé péči

Graf závislostí 2/2: péče a síť · šipka = bez A nejde B · silná šipka = kritická cesta

PRIMÁRNÍ PÉČE



SÍŤ LŮŽKOVÉ PÉČE



□ jádro (J1–J10) □ podmínka (P1–P5) □ zákon, krok nebo souhrn □ výsledek □ brána → kritická cesta → závislost

graf závislostí 2/2 · péče a síť · J1, J4–J7, P3, zákony vln 0–3, brány

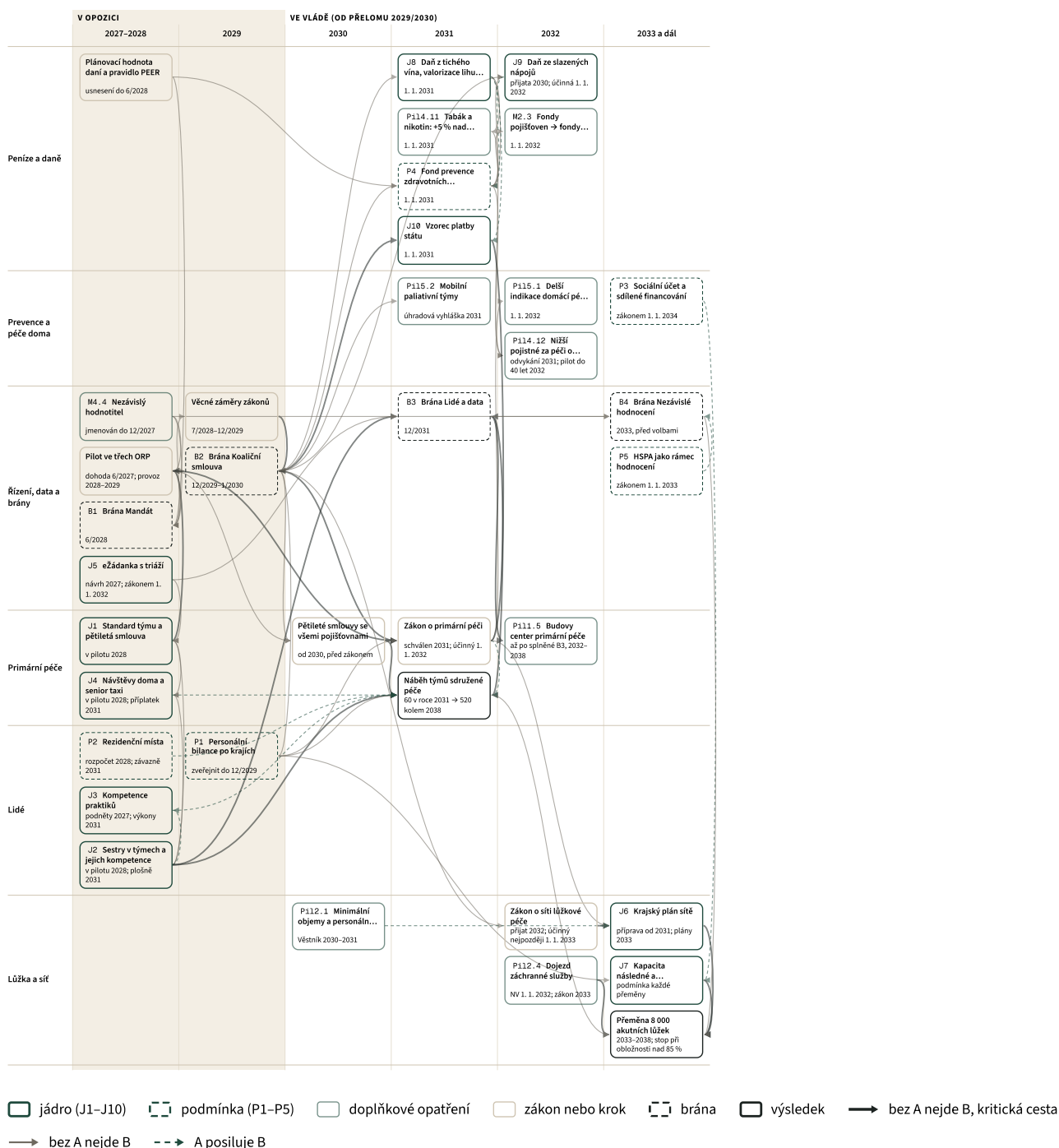
V primární péči vede kritická cesta přes dohodu o pilotu do 6/2027, smlouvu a pilot k zákonu účinnému 1. 1. 2032; data z eŽadanky a registrů pojištěven slouží jako podklad pro brány. Přeměna lůžek v síti začne, až budou současně splněny tři podmínky: krajský plán, kapacita dlouhodobé péče a dojezd záchranky. Přeměna zároveň navazuje na týmy, které od roku 2032 snižují počet odvrátitelných hospitalizací.

Mapa vazeb, organigramy a matice vlivů

Tři obrázky ukazují celou reformu najednou. Mapa vazeb rozmisťuje opatření jádra, podmínky, brány a klíčové zákony na časovou osu v šesti pásech; šipka „bez A nejde B“ nikdy nemíří proti času. Ve čtečce na webu stačí kliknout na opatření a mapa zvýrazní, co musí přijít dřív a co na něm stojí, a ke každé vazbě ukáže důvod.

Co na co navazuje: každá šipka vede od toho, co musí přijít dřív

Mapa vazeb opatření v čase · základní scénář Vláda 2030 · klikněte na opatření a uvidíte, na čem stojí a co umožní



mapa vazeb opatření v čase · opatření jádra, podmínky, brány a klíčové zákony · základní scénář Vláda 2030

Z mapy plynou dvě upřesnění pořadí, která tabulka kroků v Manažerském shrnutí už obsahuje. Personální bilance (P1) je podmínkou až pro plošný náběh týmů a předložení zákona o primární péči; sestry v pilotu začínají už v roce 2028 a na ní nezávislejí. Zákon o primární péči musí být schválený do prosince 2031, protože to je kritérium brány B3 ; účinný je od 1. 1. 2032.

Organigramy řadí každé ze 93 opatření registru (Příloha A) pod opatření jádra nebo podmínku, na které stojí. Doprovodná opatření Manifestu, která na jádro přímo nenavazují, jsou seřazena zvlášť podle oblastí.

Každé opatření visí na opatření jádra, na kterém stojí

Organigramy pěti pilířů a doprovodu Manifestu · všech 93 opatření z registru · klikněte na opatření a najdete ho ve studii

Pilíř 1 · Primární péče a lidé

Tým sdružené péče stojí na sestřích, praktikách a peněžích; doplňková opatření z něj dělají službu pro děti, večery i místa bez lékaře.

J1 Standard týmu sdružené péče a pětiletá smlouva

vlna 0 → 2 · Pilot 2028–2029; zákon předložit 2. pol. 2030, účinnost 1. 1. 2032

H1 H2 H4 H5 D12

J2 Sesterská složka úhrady a rozšířené kompetence sester

vlna 0 → 2 → 4 · Podnět do 31. 1. 2027; v pilotu 2028

H2 H4 H5 D6 D7 D12

J3 Kompetence praktiků

vlna 0 · Podněty 2027–2028; nové výkony od 1. 1. 2031

H1 H3 H5

P1 Personální bilance po krajích

vlna 0 · Zveřejnit do B2 (12/2029); měření v bráně B3 (12/2031)

H1 H2

Pil1.1 Dětské týmy a PLDD

vlna 0 → 2 · Pilot 2028; plošně 1. 1. 2032

H1

Pil1.2 Večery, víkendy a pohotovost

vlna 2 · Prodloužená ordinace doba s týmy od 2031–2032; triáž dohodnout s kraji

Pil1.3 Výkup praxí odcházejících lékařů

vlna 0 · Vzorová smlouva 2027; záruka rozhodnutím vlády 2030

H1

Pil1.5 Centra primární péče: dotace na budovy

vlna 0 → 2 · Stavba závisí na bráně B3 (12/2031); investice 2030–2038

H2

M10.1 Psycholog v každém týmu primární péče

vlna 0 → 2 · Pilot 2028; plošně 1. 1. 2032

M8.3 Sestry: akreditované kurzy kompetencí, přesun administrativy na recepci a zapisovatele

vlna 0 · Kurzy s pilotem od 2028

H2

M8.4 Pracovní podmínky sester

vlna 0 · Od úhr. vyhlášky 2031

H2

Pil1.4 Konzultace lékař–lékař, zpětná zpráva, přímé objednání

vlna 0 · Podnět 2027; platí od 1. 1. 2031

H3

M8.5 Nábor ze zahraničí a zrychlení aprobací

vlna 0 · Viz P1

H1 H2

P2 Rezidenční místa

vlna 0 · Podnět do dohodovacího řízení 2027 a do rozpočtu 2028; závazně od rozpočtu 2031

H1

M8.1 Rezidenční místa

vlna 0 · Viz P2

H1

M8.2 Lékaři: přehledné akreditace, délka přípravy, placené stáže, přesčasy, centra jako místa výcviku
vlna 0 - Podnět do rozpočtu 2028; závazné od 2031

M10.5 Každoroční mapa center duševního zdraví; rezidenční místa v psychiatrii
vlna 0 - Od 2027 (F0)

Pilíř 2 - Síť lůžkové péče

Krajský plán rozhoduje, co se s lůžky stane; kapacita dlouhodobé péče a dojezd záchranky určují, kdy smí přeměna začít.

J6 Krajský plán sítě lůžkové péče

vlna 3 - Věcný záměr do B2; předložit 2031, přijmout 2032, účinnost nejpozději 1. 1. 2033

H6 D1 D2 D4

J7 Kapacita následné a dlouhodobé péče jako podmínka každé přeměny

vlna 3 - Měření čekání a návrh standardu F0; standard a sazba v úhr. vyhláškách 2031 a 2032

H6 D1 D3

P12.1 Minimální objemy a personální standard (porodnictví, kardiologie, traumatologie, dětská lůžka) a platba za připravenost
vlna 0 - Podnět F0; Věstníky 2030–2031

H6

P12.2 Indikační omezení místo objemových limitů
vlna 0 - Podněty do dohodovacího řízení; první skupiny výkonů v úhr. vyhlášce 2031

H6

P12.3 Pediatrická lůžka: minimální standard dětských lůžkových oddělení

vlna 0 → 3 - Návrh F0–F1; Věstník F2 (2030–2031)

D1

P12.4 Dojezd záchranné služby a garance dostupnosti

vlna 2 → 3 - Výchozí dojezdy F0; NV od 1. 1. 2032

D4

P12.5 Pandemická rezerva

vlna 3 - S krajskými plány 2033

P12.6 Komunitní porodní asistence: hrazená péče porodní asistentky v těhotenství, u fyziologického porodu a v šestinedělí; podmínka každé změny v síti porodnic

vlna 0 → 2 - Podnět do 31. 1. 2027; smlouvy od úhr. vyhlášky 2031

M3.3 Pravidla DRG v zákoně

vlna 4 - Předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033

Pilíř 3 · Digitální nástroje a data

eŽádanka s triází je první krok: bez dat v reálném čase nejde měřit čekání ani rozhodovat v branách.

J5 eŽádanka s triážním údajem, měření čekání a lidí bez praktika

vlna 0 → 2 · PN 2027; data o lidech bez praktika od 2027 dobrovolně

H1 H3 D5

Pil3.1 Dálkové sledování

vlna 0 · Pilot 2028; hrazený výkon od 1. 1. 2031

H5

Pil3.2 AI zapisovatel

vlna 0 · Pilot 2028; plošně až po vyhodnocení

Pil3.3 Portál pacienta a pravidla pro digitální nástroje

vlna 0 · Do dvou let od nástupu vlády; EHDS 2029 a 2031

M3.1 Evidence plnění nároku včetně čekacích dob

vlna 0 · Pilot 2028; plošně nejdříve s úhr. vyhláškou 2031

H3

M4.2 Informace pro pacienta před zákrokem a volné kapacity v reálném čase

vlna 0 · Od 2027 (F0).

Pilíř 4 · Prevence a daně za zdraví

Daně za zdraví plní Fond prevence; z něj se platí screening, očkování, zubní prevence a odměna za péči o zdraví.

J8 Daň z tichého vína (poloviční sazba pro malé vinaře) a valorizace daní z lihu a piva

vlna 1 · Předložit 2030, účinnost 1. 1. 2031; u vína poloviční sazba 2031–2032, plná od 1. 1. 2033

D8 D10

J9 Pásmová daň ze slazených nápojů

vlna 1 · Ohlášení v programu 2029; předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032

D9

Pil4.10 Strava a pohyb

vlna 0 · Termín v textu neuveden (ověřit); vyhodnocení po třech letech

P4 Fond prevence zdravotních pojišťoven

vlna 1 · Teze do B1 (6/2028); předložit 2030, účinnost 1. 1. 2031

D5 D6 D7 D11

Pil4.12 Zvýhodnění těch, kdo aktivně pečují o své zdraví (Hospodářská strategie PEER): bonus z Fondu prevence za doložitelné zapojení a zlepšení v čase, samotné razítko z prohlídky nestačí (vzor § 65a SGB V; sleva z pojistného podle HSPA Monitoru neobstojí); hrazené odvykání kouření; pilot pro ročníky do 40 let

vlna 1 → 2 · Odvykání s P4 od 1. 1. 2031; pilot bonusu do 40 let od 1. 1. 2032

Pil4.7 Očkování seniorů proti chřipce

vlna 0 · Úhr. vyhláška nové vlády (2031)

D7

Pil4.8 Navigace po pozitivním screeningu

vlna 0 · Pilot s vyhodnocením (začátek ověřit); výkon po pilotu

D5 D6

Pil4.11 Daň z tabáku a nikotinu: valorizace a zvyšování o 5 % ročně nad inflaci od roku 2028, dokud daň nedosáhne 75 % ceny; nikotinové výrobky zdaněné podle obsahu nikotinu
vlna 1 · Podnět současné vlády 2027; předložit 2030, účinnost 1. 1. 2031

Pil4.1 Minimální cena alkoholu

vlna 4 · Notifikace 2031–2032; předložit 2032, účinnost 1. 1. 2034

D8 D10

Pil4.2 Zmocnění obcí omezit noční prodej alkoholu

vlna 4 · Ověřit: dřívější poslanecký návrh; předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033

D8

Pil4.3 Zpřísnění reklamy na alkohol tam, kde ji sledují děti
vlna 4 · Předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033
D8

Pil4.4 Zdravotní varování na obalech alkoholu
vlna 4 · Předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033
D8

Pil4.5 Daň podle gramu alkoholu ve všech nápojích
vlna 4 · Debata do voleb 2029; účinnost nejdříve 2033
D8

Pil4.9 Krátká intervence u praktika
vlna 0 · Úhr. vyhláška nové vlády (2031)
D8

Pil4.6 Zubní prevence do 18 let
vlna 0 → 2 · Zákon předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032
D11

M7.3 Hrazená dentální prevence do 18 let
vlna 0 → 2 · Viz Pil4.6
D11

M2.3 Přeměna fondů prevence pojišťoven na fondy rozšířené péče
vlna 2 · Jako M2.1

Pilíř 5 · Péče doma a závěr života

Návštěvy týmu, domácí péče a paliativní týmy drží lidi doma; sociální účet rozhoduje, zda bude kam jít, když doma už to nejde.

J4 Návštěvní služba a doprava k lékaři
vlna 0 → 2 · Pilot 2028; příspěvek v úhr. vyhlášce 2031

P3 Sociální účet a sdílené financování sociálně-zdravotní péče
vlna 4 · Teze do 12/2029; věcný záměr 2031–2032
D3

Pil5.1 Delší a samostatná indikace domácí péče
vlna 0 → 2 · Zákon předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032
H5

Pil5.4 Podpora pečujících rodin
Ověřit

Pil5.3 Společný plán péče, koordinátor a hrazený výkon plánování péče
vlna 0 · Úhr. vyhláška 2031
H5

M10.4 Stabilní financování sociální části center duševního zdraví ze sítě sociálních služeb kraje
vlna 4 · Předložit po 2031, účinnost 2033 a později

Pil5.2 Mobilní paliativní tým v okrese
vlna 0 · Úhr. vyhláška 2031; náběh 2031–2034
H5

Pil5.5 Konziliární paliativní tým v nemocnicích s 200 a více akutními lůžky
vlna 0 · Začátek v největších nemocnicích; termín neuveden

Pil5.6 Nabídka plánu péče při hospitalizaci křehkého seniora a plán ve sdíleném záznamu
Termín neuveden

Pil5.7 Dříve vyslovené přání: jednodušší ověření, centrální registr, povinnost respektovat
vlna 0 · Poslanecký návrh 2028–2029, závisí na sněmovní většině

M9.5 Dříve vyslovené přání
vlna 0 · Viz Pil5.7

Celá reforma · platba státu a hodnocení

Vzorec platby státu platí všechny pilíře; nezávislé hodnocení podle HSPA rozhoduje v branách, zda pokračovat.

J10 Nový vzorec platby státu za státní pojištění

vlna 1 · Předložit 1. pol. 2030, účinnost 1. 1. 2031

P5 HSPA jako oficiální rámec hodnocení v zákoně

vlna 4 · Předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033; PN k hygienické službě 2027–2028

M4.3 HSPA jako oficiální rámec v zákoně

vlna 4 · Viz P5

M4.4 Reformu nezávisle hodnotí ÚZIS s univerzitou

Jmenován před začátkem pilotu (do konce 2027); zpráva pro B4 2033

M4.1 Otevřená anonymizovaná data na úrovni poskytovatele

vlna 0 · Od 2027 (F0).

M1.1 Metodika ÚZIS pro hodnocení organizačních modelů, poprvé použita v pilotu

vlna 0 · 2027 (F0).

M6.4 Pilotní týmy vyhodnotit jako studii s kontrolní skupinou

vlna 0 · Registrace před začátkem 2028; průběh 2028–2029

Doprovod Manifestu bez přímé vazby na jádro

Tato opatření mají vlastní harmonogram a jádro reformy nezdržují ani nepodmiňují.

1. Hodnocení účelnosti a standard péče

M1.2 Nezávislá instituce pro hodnocení technologií

vlna 4 · Rozhodnutí o podobě F1 (2028–2029); předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033 (nový zákon 1.

M1.3 Standard hrazené péče jako výstup hodnocení; soutěž pojišťoven nad standardem

vlna 4 · 2033 a později

M1.4 Napojení na evropské společné klinické hodnocení

Průběžně; datum neuvedeno

2. Rozšířená péče bez úplatků

M2.1 Zákonné vymezení druhů rozšířené péče, doplatku a ochranného limitu

vlna 2 · Předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032

M2.2 Plně hrazená základní varianta nabízená jako první; volba varianty neovlivní termín

vlna 2 · Jako M2.1

M2.4 Transparentní ceník a nezávislé posouzení hranice nadstandardu

vlna 2 · Jako M2.1

3. Pojišťovny, DRG a evidence nároků

M3.2 Jeden návrh správy pojišťoven

vlna 0 → 4 · PN ve Sněmovně 2027; zastoupení pojišťoven zákonem; předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033

M3.4 Pružnost v krizi: zmocnění vlády k odchylce a rizikový koridor ±5 %

vlna 4 · Jako M3.3

4. Transparence a otevřená data

M4.5 Střet zájmů v komisích a poradních orgánech ministerstva: veřejná prohlášení o zájmech, vyloučení z hlasování, jmenovitá hlasování a veřejné zápisy

vlna 0 → 4 · Podnět 2027; příkaz ministra po nástupu vlády 2030

5. Dostupné léky

M5.1 Seznam základních léků se zajištěnou dostupností a postup při výpadcích

vlna 4 · Bez zákona kdykoli; zákon: předložit 2032–2034, účinnost 2033 a později

M5.2 Online srovnávač doplatků

vlna 0 · Datum neuvedeno

H8

6. Klinický výzkum

M6.1 Program AZV pro akademické klinické studie

vlna 0 · Podnět F0; výzva 2031

M6.2 Samostatná linka pro výzkum zdravotních služeb a primární péče

vlna 0 · První výzva 2031

M6.3 Každoroční zveřejnění počtu studií v jednotlivých krajích a vyhodnocování dopadů

vlna 0 · Datum neuvedeno

M5.3 Lékárníci: rozvoz léků kurýrem s kontrolou a širší pravomocí v prevenci a očkování
vlna 4 · Předložit 2032–2034, účinnost 2033 a později

M5.4 Léky na vzácná onemocnění: společný rizikový fond pojišťoven (FRP), podmíněná úhrada, individuální rozhodnutí se lhůtou
vlna 4 · Předložit 2032–2034, účinnost 2033 a později

7. Stomatologie

M7.1 Úhrada ošetření kořenových kanálků i u stoliček
vlna 0 · Podnět do 31. 1. 2027; platnost podle úhr. vyhlášky nové vlády (2031)
H8

M7.2 Sazby, které udrží smluvní zubaře i mimo velká města; plně hrazené základní výkony; pružnější regulace
vlna 0 · Jako M7.1
H8

M7.4 Samostatnější dentální hygienistky a ordinace dentální hygieny
Datum neuvedeno

M7.5 Celostátní šetření orálního zdraví dětí v 5, 12 a 15 letech (WHO), poté každých pět let
vlna 0 · 2031 (2028, jen pokud šetření zadá dnešní MZ)

9. Práva pacientů

M9.1 Zdravotnický ombudsman bez poplatků
vlna 2 · Předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032

M9.2 Vymahatelnost doporučení ombudsmana
vlna 2 · Jako M9.1

M9.3 Každoroční zveřejňování počtu a délky šetření stížností; průzkumy zkušeností pacientů; reforma akreditací
vlna 0 · Datum neuvedeno

M9.4 Porodní péče v souladu s právem a doporučeními WHO; přítomnost blízkých jako výchozí pravidlo
Datum neuvedeno

10. Duševní zdraví

M10.2 Krátké hrazené intervence a hrazená psychoterapie podle potřeby
vlna 0 · Datum neuvedeno

M10.3 Psychoterapie jako zdravotní služba
vlna 4 · Předložit 2033, účinnost 1. 1. 2034

☒ jádro (J1–J10) ☒ podmínka (P1–P5) ☐ doplňkové opatření pilíře ☐ opatření z Manifestu H5 hlavní ukazatel, kterým se měří účinek

organigramy pilířů · všech 93 opatření z registru pod opatřením jádra nebo podmínkou

Matice ukazuje, které opatření ovlivňuje který hlavní ukazatel z Části IX.

Nejvíce opatření míří na lidi bez praktika (H1); odvratitelná úmrtí (H7) přímo neměří žádné

Co se kde ovlivňuje · 42 opatření s vlastním ukazatelem × osm hlavních ukazatelů H1–H8 · všechny míří k cíli +5 let života ve zdraví

OPATŘENÍ	H1 Lidé bez praktika	H2 Týmy a sestry	H3 Čekání podle naléhavosti	H4 Kontinuita péče	H5 Zbytečné hospitalizace	H6 Podíl akutních lůžek	H7 Odvratitelná úmrtí	H8 Nižší výdaje domácností	Doplňkové
PILÍŘ 1 · PRIMÁRNÍ PÉČE A LIDÉ									
J1 Standard týmu sdružené péče a pětiletá smlouva	●	●		●	●				D12
J2 Sesterská složka úhrady a rozšířené kompetence sester		●		●	●				D6 D7 D12
J3 Kompetence praktiků	●		●		●				
P1 Personální bilance po krajích	●	●							
P2 Rezidenční místa	●								
P11.1.1 Dětské týmy a PLDD	●								
P11.1.3 Výkup praxí odcházejících lékařů	●								
P11.1.4 Konzultace lékař–lékař, zpětná zpráva, přímé objednání			●						
P11.1.5 Centra primární péče: dotace na budovy		●							
PILÍŘ 2 · SÍŤ LŮŽKOVÉ PÉČE									
J6 Krajský plán sítě lůžkové péče						●			D1 D2 D4
J7 Kapacita následné a dlouhodobé péče jako podmínka každé přeměny						●			D1 D3
P112.1 Minimální objemy a personální standard (porodnictví, kardiologie, traumatologie, dětská lůžka) a platba za připravenost						●			
P112.2 Indikační omezení místo objemových limitů						●			
P112.3 Pediatrická lůžka: minimální standard dětských lůžkových oddělení									D1
P112.4 Dojezd záchranné služby a garance dostupnosti									D4
PILÍŘ 3 · DIGITÁLNÍ NÁSTROJE A DATA									
J5 eŽádanka s triázním údajem, měření čekání a lidí bez praktika	●		●						D5
P113.1 Dálkové sledování					●				
PILÍŘ 4 · PREVENCE A DANĚ ZA ZDRAVÍ									
J8 Daň z tichého vína (poloviční sazba pro malé vinaře) a valorizace daní z lihu a piva							○	○	D8 D10
J9 Pásmová daň ze slazených nápojů							○	○	D9
P4 Fond prevence zdravotních pojišťoven									D5 D6 D7 D11
P114.1 Minimální cena alkoholu									D8 D10
P114.2 Zmocnění obcí omezit noční prodej alkoholu									D8
P114.3 Zpřísnění reklamy na alkohol tam, kde ji sledují děti									D8
P114.4 Zdravotní varování na obalech alkoholu									D8
P114.5 Daň podle gramu alkoholu ve všech nápojích									D8
P114.6 Zubní prevence do 18 let									D11
P114.7 Očkování seniorů proti chřipce									D7
P114.8 Navigace po pozitivním screeningu									D5 D6
P114.9 Krátká intervence u praktika									D8
PILÍŘ 5 · PÉČE DOMA A ZÁVĚR ŽIVOTA									
P3 Sociální účet a sdílené financování sociálně-zdravotní péče									D3
P115.1 Delší a samostatná indikace domácí péče					●				
P115.2 Mobilní paliativní tým v okrese					●				
P115.3 Společný plán péče, koordinátor a hrazený výkon plánování péče					●				
DOPROVOD MANIFESTU									
M3.1 Evidence plnění nároku včetně čekacích dob			●						
M5.2 Online srovnávač doplateků								●	
M7.1 Úhrada ošetření kořenových kanálků i u stoliček								●	
M7.2 Sazby, které udrží smluvní zubaře i mimo velká města; plně hrazené základní výkony; pružnější regulace								●	
M7.3 Hrazená dentální prevence do 18 let									D11
M8.1 Rezidenční místa	●								
M8.3 Sestry: akreditované kurzy kompetencí, přesun administrativy na recepci a zapisovatele		●							
M8.4 Pracovní podmínky sester		●							
M8.5 Nábor ze zahraničí a zrychlení aprobací	●	●							
Počet opatření, která ukazatel měří	9	7	4	2	7	4	0	3	

Zbylých 51 opatření z registru nemá vlastní ukazatel; jejich plnění se sleduje v registru a ve zprávě nezávislého hodnotitele. Všechny hlavní ukazatele míří k nadřazenému cíli prodloužit život ve zdraví o pět let.

matice vlivů na ukazatele · opatření s vlastním ukazatelem × H1–H8

Matice odhaluje jednu mezeru. Odvratitelnou úmrtnost (H7) přímo neměří žádné opatření: daně za zdraví (J8 , J9) ji jen sledují a prevence se měří doplňkovými ukazateli D5 až D11. Navrhujeme v konzultaci rozhodnout, zda H7 přiřadit Fondu prevence (P4) a prevenci v Pilíři 4 jako ukazatel jejich účinku, nebo ji ponechat jako ukazatel výsledku celé reformy.

HSPA má téma Úmrtí, kterým šlo předejít. Odvratitelná úmrtnost je v Česku o pětinu vyšší než v EU (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pyll.html>)

Indikátor: Preventovatelná mortalita (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=mortalita_preventabilni)

Indikátor: Léčitelná mortalita (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=mortalita_lecitelna)

Proč nejdřív A, pak B

Šest řetězců určuje, kdy může reforma přinést první výsledky, a každý z nich má důvod, který politická vůle neobejde.

Proč věcné záměry píšeme v opozici

Velká předloha trvá od věcného záměru po účinnost 24 až 42 měsíců, střední novela 11 až 21 měsíců. Má-li zákon o primární péči platit od 1. 1. 2032, musí ho vláda předložit v roce 2030. To je možné jen tehdy, když bude věcný záměr hotový v den nástupu vlády.

HSPA nemá

Rozpětí 24–42 a 11–21 měsíců HSPA nedokládá. Radar legislativy (data/legislativa.json) obsahuje jen termíny konkrétních materiálů; statistiku by bylo třeba dopočítat z dokončených položek nebo doložit mimo HSPA (Legislativní rada vlády, ...

Věcné záměry zákona o primární péči, zákona o síti, finanční novely a daňových zákonů proto vznikají ve fázi F1 (7/2028–12/2029) s resortním týmem a Institutem Pi. Kontrolním bodem je brána B2 : jádro v koaliční smlouvě a předlohy v legislativním plánu vlády na rok 2030.

Druhým důvodem je kapacita ministerstva. Za jedno volební období reálně zvládne dvě velké předlohy (zákon o primární péči a zákon o síti) a čtyři až šest menších. Účinnost reformních zákonů neklademe na 1. 1. 2029: ten den začne platit strop podle § 22b zák. 48/1997 Sb. ze zák. 38/2025 Sb. a v říjnu 2029 budou volby.

HSPA potvrzuje

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)

Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)

Proč smlouva podle § 17 zák. 48/1997 Sb. dřív než nová hlava zákona

Pětiletou smlouvu týmu s pojišťovnou lze uzavřít už dnes jako dodatek smlouvy podle § 17 zák. 48/1997 Sb. Sesterská složka a nové výkony se mohou do úhradové vyhlášky a seznamu výkonů dostat od 1. 1. 2028, pokud je MZ převezme z dohodovacího řízení končícího 30. 6. 2027.

Smlouva tak spustí týmy o čtyři roky dřív, než začne platit zákon.

HSPA potvrzuje

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 — a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Vzorec, který rozdělí stovky miliard. Jak funguje úhradová vyhláška a proč na ní záleží víc, než si myslíte (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhradova-vyhlaska.html>)

Dohoda ve 12 z 15 segmentů. Co skutečně přineslo dohodovací řízení pro rok 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-dohodovaci-řízení-2027-vysledek.html>)

Nová hlava zák. 372/2011 Sb. (vlna 2) pak ukotví to, co smlouva vyzkoušela: definici týmu, minimální funkce, spádové území a víceletou smlouvu se všemi pojišťovnami. Obrácené pořadí by znamenalo psát standard naslepo. Smlouva navíc zůstává náhradní cestou, kdyby se zákon zdržel.

Proč pilot před zákonem

Pilot ve třech ORP poběží v letech 2028 a 2029, pokud se kraj, který se k pilotu přihlásí, a VZP dohodnou do 6/2027. Průběžné vyhodnocení po roce provozu se promítne do paragrafového znění. Závěrečné vyhodnocení v roce 2030 přijde během jednání ve Sněmovně.

Zákon o primární péči proto může být účinný nejdřív 1. 1. 2032. Verze 2 ho kladla na rok 2029, tedy půl roku po startu pilotu, a zákon by tak nestál na žádných domácích datech. Nezávislý hodnotitel bude jmenován ještě před startem pilotu, aby výsledky nehodnotil ten, kdo pilot navrhl.

Proč daně, vzorec platby státu a sestry před náběhem týmů

Platby týmům stojí v plném náběhu 4,8 až 7,5 mld. Kč ročně, sestry jsou samostatná položka (viz Část V). Proto vlna 1 nabývá účinnosti 1. 1. 2031, rok před zákonem o primární péči: nový vzorec platby státu (§ 3c zák. 592/1992 Sb.), daň z tichého vína a valorizace daní z lihu a piva. Daň ze slazených nápojů bude přijata v roce 2030 a účinná od 1. 1. 2032, aby výrobci měli čas změnit receptury.

HSPA potvrzuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Daně za zdraví mají plánovací výnos 5 mld. Kč ročně (rozpětí 5–7). Fond prevence z nich podle pravidla PEER dostane nejméně 40 % (nejméně 2 mld. Kč); zbytek, 3 až 4,2 mld. Kč, zvýší platbu státu do zdravotního pojištění a na snížení odvodů z práce se nepoužije. Dřív než v roce 2031 to nejde: pevný vyměřovací základ z tisku 235 platí pro rok 2027 a nový vzorec může přijmout až nová vláda.

HSPA upřesňuje

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

2,4 miliardy podle vzorce, 24 miliard podle slibu. Platba za státní pojištěnce jde do roku 2027 po dvou koleích (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-valori-zace-statni-pojistenci-2027.html>)

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Druhou podmínkou jsou lidé. Ze škol dnes ročně vychází asi 1 750 plně kvalifikovaných všeobecných sester (16,1 na 100 tisíc obyvatel, OECD Health Statistics 2024; HSPA Monitor). Za 10 až 12 let je přitom potřeba přes 30 000 nových úvazků všeobecných a dětských sester a porodních asistentek, z toho nejméně 24 000 úvazků všeobecných sester (vládní program pro nelékařské profese 2026–2037), a praktiků pro dospělé ubývá 110 až 180 ročně. Bez personální bilance po krajích (P1), rezidenčních míst (P2) a širších kompetencí sester a praktiků (J2 , J3) nemají týmy koho zaměstnat.

HSPA upřesňuje Sester přibývá, přesto chybí: proč český počet absolventů klame (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-absolventi-osetrovatelstvi.html>).

Generační propast v ošetrovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Čtyřicet osm ku dvanácti. Plán přesunout péči z lůžek do terénu má peníze i směr – nemá ruce (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-sestry-vazajici-podminka.html>)

Proč data v reálném čase před branami

Většina ukazatelů ÚZIS a OECD vychází se zpožděním jednoho až tří let, takže hodnotu za rok 2031 bychom znali nejdřív v roce 2033. Brána B3 (12/2031) přitom rozhoduje, zda se budou stavět centra, nebo reforma přejde na variantu B. Musí proto stát na datech, která jsou k dispozici hned: registrech pojišťoven, Národním registru zdravotnických pracovníků (NRZP) a eŽádance.

HSPA potvrzuje

Nejsmrtnější den českých veder: 1. srpna 1994 zemřelo 420 lidí. Kolik zabíjí dnešní vlna, data řeknou nejdřív za rok (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-k-vedra-umrtnost-data.html>)

eŽádanka s triázním údajem (J5) proto patří na začátek reformy. Triážní pole navrhne poslanecký klub pozměňovacím návrhem k vládní novele zák. 325/2021 Sb.; neprojde-li, přijde ve vlně 2. Pravidlo zní: žádná brána bez dat, a chybějící-li data, brána se odkládá.

HSPA má téma

Co je v roce 2026 povinné a co dobrovolné v elektronickém zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-digi-4-povinne-dobrovolne-2026.html>)

Proč kapacita dlouhodobé péče před přeměnou akutních lůžek

Senior, který nemá kam odejít, zůstane na akutním lůžku, a přeměna bez náhradní kapacity jen přesune frontu. Lůžka následné péče jsou dnes obsazená z 84 % a do roku 2035 bude potřeba asi 39 000 nových zdravotních i sociálních lůžek dlouhodobé a následné péče (Přecechtěl a Hlávka 2025) a 21 000 pečovateli (studie pro APSS ČR, 6/2026). Akutní lůžko se proto nepřemění, dokud kraj neprokáže kapacitu následné a dlouhodobé péče (J7) a dojezd záchranné služby.

HSPA potvrzuje

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomez-2026.html>)

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Přeměna začne s prvními krajskými plány sítě v roce 2033 a do roku 2038 se bude týkat 8 000 lůžek (z 48 036 na asi 40 000). Následuje až po primární péči, protože počítá s tím, že týmy od roku 2032 sníží počet odvrátitelných hospitalizací. Obsazenost akutních lůžek nad 85 % přeměnu v daném kraji zastaví; vyšší obsazenost souvisí s vyšší úmrtností (Madsen 2014: +9 %).

HSPA potvrzuje

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Indikátor: Akutní lůžka (na 1 000 obyvatel) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=postele_akutni_per_1000)

Indikátor: Využití akutních standardních lůžek vnitřního lékařství (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=obloznost_interna_standard_pct)

Sdílené financování sociálně-zdravotní péče (P3) upraví zákon až ve vlně 4. Do té doby se proto akutní lůžka budou přeměňovat hlavně na lůžka následné a dlouhodobé péče hrazená ze zdravotního pojištění.

HSPA má téma

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)

Kdo se o nás postará v roce 2035. O 284 tisíc lidí nad 75 let víc, tři cesty a jeden nesečený účet (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kdo-se-o-nas-postara-2035.html>)

Co když se to nepovede

Pro každé ze 13 rizik v tabulce je předem dohodnutá náhradní cesta, takže selhání jednoho článku reformu nezastaví. Platí čtyři pravidla rozhodování: žádná brána bez dat; neúspěch nástroje zastaví jen ten nástroj; nesplněná brána B3 znamená variantu B; akutní lůžko se nepřemění bez prokázané kapacity následné a dlouhodobé péče a dojezdu.

Co se nepovede	Co to ohrozí	Náhradní cesta
Kraj, VZP a obce se do 6/2027 nedohodnou na pilotu	Zákon o primární péči bez domácích dat; brána B1	Náhradní smluvní model u jedné pojišťovny (smlouva podle § 17 zák. 48/1997 Sb.); vyhodnotit týmové praxe z úhradové vyhlášky
Sesterská složka nebude v úhradové vyhlášce 2028 (rozhoduje dnešní MZ)	Sestry v týmech před rokem 2031	Sestry v pilotu platit dodatkem smlouvy; podnět znovu do dohodovacího řízení; úhradová vyhláška 2031 nové vlády
eŽádanka bez triážního údaje (pozměňovací návrh neprojde)	Měření čekání, měkký gatekeeping, data pro brány	Triážní údaj ve vlně 2 (novela zák. 325/2021 Sb.); do té doby data z registrů pojištěn a NRZP
Nový vzorec platby státu nebude přijat k 1. 1. 2031	Peníze na náběh týmů od 2032	Reforma se zmenší na variantu B; týmy, sestry, prevence, paliativa, konzultace a fond přeměny zůstávají
Daně za zdraví nepřinesou plánovaných 5 mld. Kč	Fond prevence a přírůstek platby státu	Fond dostane přednostně své 2 mld. Kč a menší je přírůstek platby státu; veřejně slibujeme jen plánovací hodnotu
Do 12/2031 není obsazena polovina míst sester v týmech první vlny (B3)	Centra primární péče	Varianta B: týmy bez center; vše, co na centrech nezávisí, běží dál
Zákon o primární péči se zpozdí	Standard týmu a víceletá smlouva se všemi pojišťovnami	Smlouvy podle § 17 zák. 48/1997 Sb. pokračují; standard týmu ve Věstníku MZ
Zákon o síti se zpozdí nebo neobstojí v ústavním rozboru	Krajské plány sítě a fond přeměny	Dnešní nástroje: výběrová řízení pojištěn (§ 46 zák. 48/1997 Sb.), NV 307/2012 Sb., minimální objemy ve Věstníku jako u onkochirurgie
Kraj neprokáže kapacitu následné a dlouhodobé péče nebo dojezd	Přeměnu akutních lůžek v tom kraji	Přeměna stojí; akutní lůžka přednostně na následná a dlouhodobá v téže nemocnici
Obsazenost akutních lůžek v kraji přesáhne 85 %	Bezpečnost pacientů	Přeměna v kraji se zastaví, dokud obsazenost neklesne
Rezidenční místa a nábor ze zahraničí nestačí na úbytek praktiků	Počet týmů, území bez praktika	Kompetence sester a praktiků (J2 , J3); děti na venkově registrované u praktika pro dospělé v týmu
Věcné záměry nebudou hotové do brány B2	Účinnost velkých zákonů 2032	Priorita dvěma velkým zákonům; institut HTA nahradit rozšířením mandátu SÚKL a ÚZIS
HSPA se nedostane do zákona (P5)	Pravidelné nezávislé hodnocení	Nezávislý hodnotitel (ÚZIS + univerzita) na základě smlouvy s MZ; zpráva před bránou B4

HSPA potvrzuje Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Čtyři tisíce operací se stěhují do center. Centralizace onkochirurgie má být hotová do roku 2030 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-onkochirurgie-2030.html>)

Co dnes skutečně máte nárok? Anatomie ústavního práva na bezplatnou zdravotní péči (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-1-co-to-je.html>)

Kdo plánuje, platí a řídí: dnes a po reformě

Dnes za cestu pacienta systémem neodpovídá nikdo a šest děr má společný kořen: plán, peníze a péče patří různým institucím.

Organigramy ukazují, kdo v systému plánuje, kdo platí a kdo řídí. Řízení samotné reformy (řídící výbor, projektová kancelář reformy) popisuje Část VIII.

Dnes za cestu pacienta neodpovídá nikdo: plán, platba a péče jsou oddělené

Kdo v systému plánuje, platí a řídí, stav 2026 · čísla v kroužku jsou díry



Kde systém selhává

- 1 Síť lůžek nikdo neplánuje jako celek: kraj vlastní, pojišťovna nasmlouvá, MZ reguluje.
- 2 Zdravotní a sociální péče mají dva rozpočty a dvě ministerstva; senior uvízne mezi nimi.
- 3 Data přicházejí se zpožděním 1–3 roky a čekání na péči se neměří.
- 4 Za lidi bez praktika neodpovídá nikdo; cestu systémem si pacient hledá sám.
- 5 Prevence je rozdrobená ve fondech prevence sedmi pojišťoven.
- 6 Výkonnost systému nikdo nezávisle a pravidelně nehodnotí.

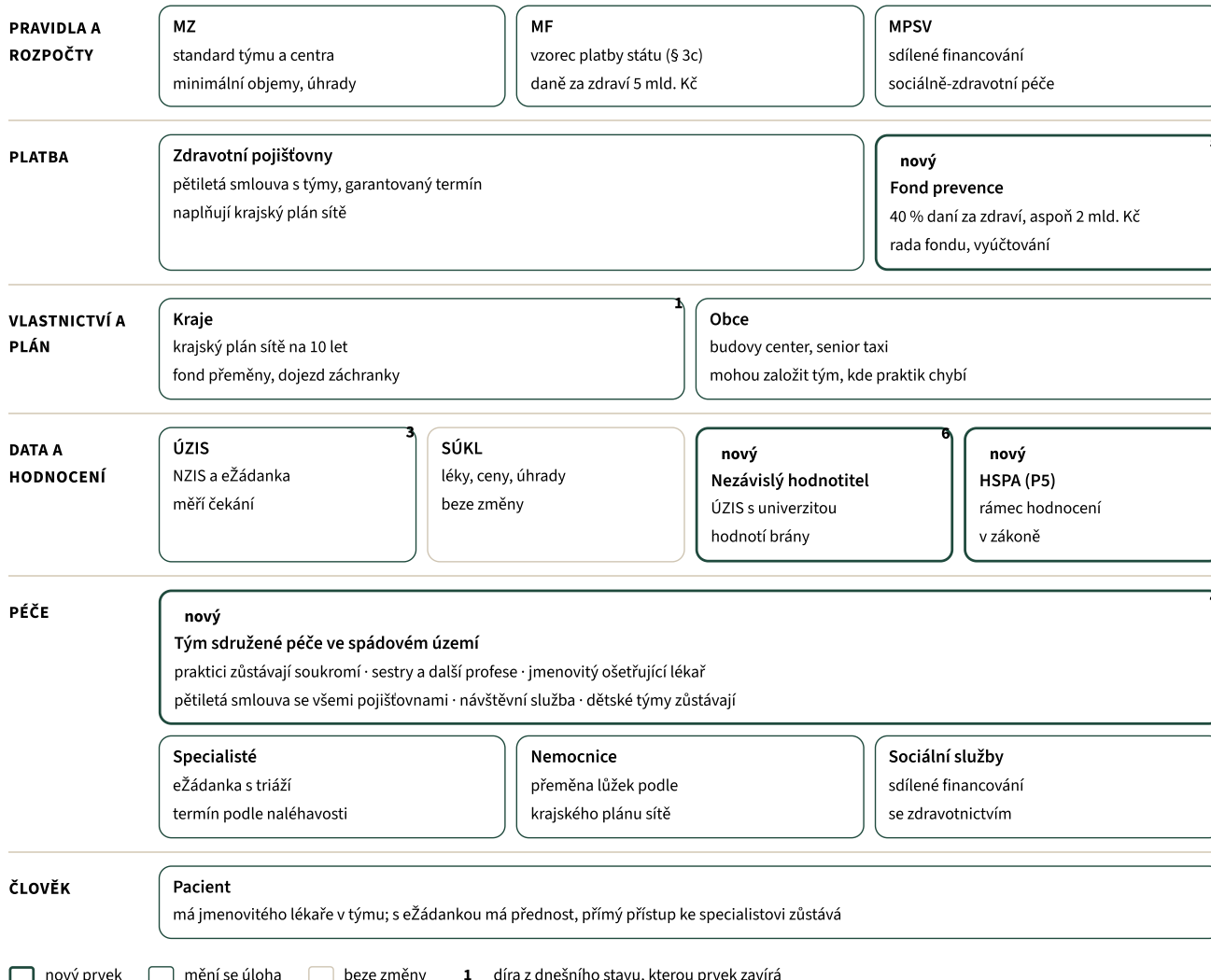
☐ instituce **1** díra: chybějící vazba nebo odpovědnost

organigram · dnes (2026) · 6 vrstev, 6 děr

Díry nezpůsobila chyba jedné instituce: každá dělá svou práci, jen celek nemá nikdo na starosti. Proto se stav nedá opravit jedním zákonem.

Po reformě péči řídí tým ve spádu a síť lůžek plánuje kraj

Kdo plánuje, platí a řídí kolem roku 2038 · čísla v kroužku = díra, kterou prvek zavírá



organigram · cílový stav kolem 2038 · 4 nové prvky

Reforma mění úlohy institucí, které už existují, a nový řídicí úřad nad systémem nezřizuje: kraj plánuje síť, pojišťovna uzavírá pětiletou smlouvu, stát platí za státní pojištěnce podle vzorce. Nové jsou čtyři prvky: tým sdružené péče, Fond prevence, nezávislý hodnotitel a HSPA jako zákonný rámec hodnocení. Za každou ze šesti děr tak bude někdo odpovídat.

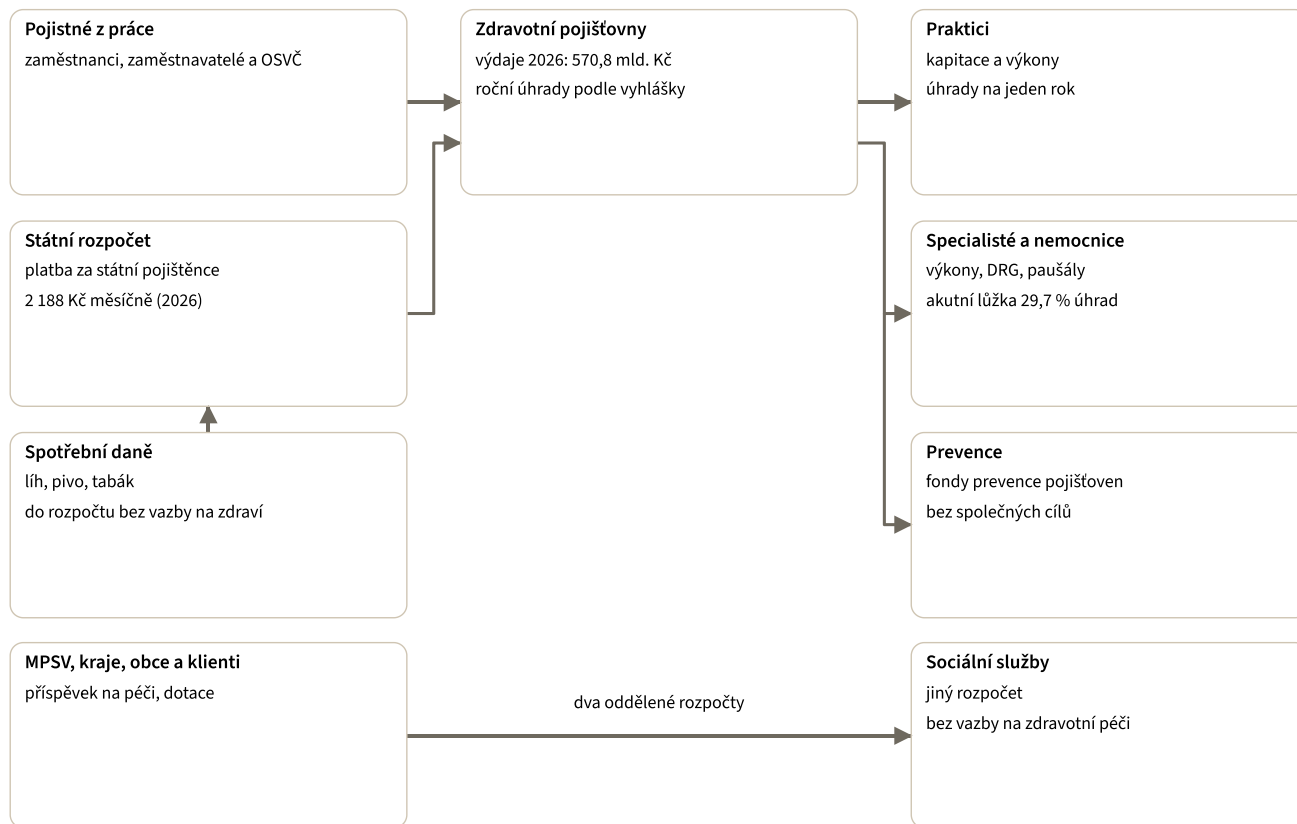
Toky peněz dnes a po reformě

Reforma v plném náběhu kolem roku 2038 přidává do systému tři nové fondy a jeden nový zdroj, daně za zdraví ve výši 5 mld. Kč ročně; odvody z práce se nemění. Hlavní tok zůstává stejný: pojistné a platba státu jdou přes zdravotní pojišťovny k poskytovatelům.

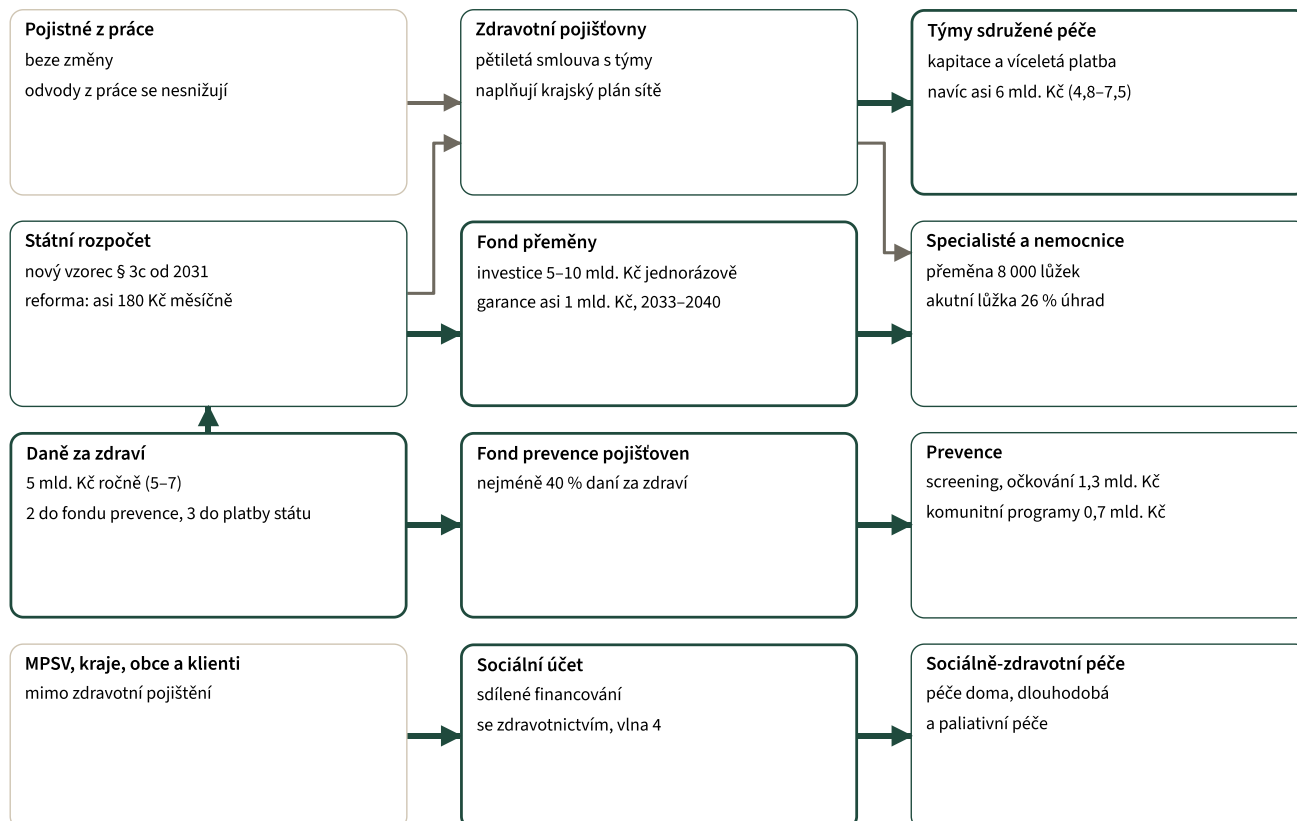
Reforma přidává tři nové fondy a jeden nový zdroj, odvody z práce nemění

Toky peněz dnes a po reformě · částky v mld. Kč ročně, ceny 2026

DNES



PO REFORMĚ, PLNÝ NÁBĚH KOLEM ROKU 2038



Kdo zaplatí 21,5 mld. Kč ročně (2038) = provoz 22,8 – úspory 1,2

Stát: vyšší platba za děti, důchodce a studenty	13 mld. Kč
Stát: přímé výdaje (řízení, fond přeměny, sledování na dálku)	2,6 mld. Kč
Daně za zdraví: do zdravotního pojištění	3 mld. Kč
Daně za zdraví: Fond prevence	2 mld. Kč
Obce a kraje: odvoz k lékaři, provoz center	1 mld. Kč

Scénářový výpočet ekonomického modelu studie (model_v3.py), ceny 2026. Model zatím není zveřejněný; zveřejníme ho s tabulkou vstupů. Vyšší platba státu je přesun peněz ze státního rozpočtu.

☐ nový prvek ☐ mění se ☐ beze změny ➡ nový tok ➡ dnešní tok

toky peněz dnes a po reformě · částky z ekonomického modelu v3 (Část V), ceny 2026

Mění se tři věci: peníze na týmy jdou pětiletou smlouvou místo roční úhrady, prevence má vlastní fond s pevným příjmem a přeměna lůžek má vlastní fond s milníky. Sociální účet dlouhodobé péče stojí mimo zdravotní pojištění i mimo čistý náklad reformy; jeho růst a zdroje rozebírá Část V.

Vyšší platba státu jen přesouvá peníze ze státního rozpočtu a celkové veřejné zdroje nezvyšuje. Za samotnou reformu jde asi o 13 mld. Kč, tedy asi 180 Kč měsíčně za státního pojištěnce; 100 Kč měsíčně znamená 7,2 mld. Kč ročně. Celou tabulku platby státu, včetně automatického růstu o 11,7 mld. Kč při vyšší sazbě, obsahuje Část V.

HSPA potvrzuje

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

2,4 miliardy podle vzorce, 24 miliard podle slibu. Platba za státní pojištěnce jde do roku 2027 po dvou kolejích (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-valori-zace-statni-pojistenci-2027.html>)

Část V – Peníze a lidé

Reforma bude v plném náběhu kolem roku 2038 stát čistě asi 21,5 mld. Kč ročně (rozpětí 15 až 25 mld. Kč, ceny 2026), tedy necelá 4 % dnešních výdajů zdravotního pojištění. Mezera v příjmech, kterou přinese hlavně stárnutí, je přitom víc než trojnásobná: 70 mld. Kč v roce 2038 při dnešních pravidlech. Reforma odpovídá na to, jakou péči za rostoucí výdaje dostaneme; mezeru řeší pravidla příjmů.

HSPA má téma

Schodek podle plánu. Pojišťovny míří rokem 2026 k minusu 14,9 miliardy a rezervy klesají ke kritické hranici (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pojistne-plany-2026.html>)

Bilion korun v roce 2040. A čtyřicet miliard, které se do něj nepočítají (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-projekce-bez-centrovych-leciv.html>)

Proti verzi 2 (17,2 mld. Kč) je číslo vyšší, protože výpočet je poctivější: platby týmům jsou rozpočítané (6,1 místo 2,5 mld. Kč), úspory jsou spočtené bez překryvů a model počítá s tím, že praktiků ubývá. Všechny částky jsou v cenách a při velikosti ekonomiky roku 2026, pokud není řečeno jinak.

Kolik stojí provoz

Provoz reformy včetně rezervy stojí v roce 2038 asi 22,8 mld. Kč a v roce 2050 asi 28,5 mld. Kč. Do modelu patří jen to, co přibude; praktici, většina sester a dnešní ordinace už v systému jsou. Největší položky jsou platby týmům a sestry navíc.

Položka (mld. Kč ročně)	2038	2050	Z čeho vychází
Sestry navíc v týmech	3,97	9,55	4 000 sester (2038), 9 600 (2050) × 0,998 mil. Kč; plat 62 177 Kč (ISPV 2025, platová sféra), odvody 33,8 %
Platby týmům: lékařská složka	3,73	4,22	příplatek ke kapitaci 38 Kč na registrovaného a měsíc (33–44) × 8,2 mil. registrovaných v týmech (75 % populace; 2050: 85 %)
Platby týmům: odměna za výsledky	1,60	1,81	strop 10 % úhrad praktiků pro dospělé (21,7 mld. Kč) = 2,2; střed při plnění asi 75 %
Platby týmům: příplatek za návštěvy	0,80	1,05	160 000 křehkých pacientů × 5 návštěv × 1 000 Kč; 2050 úměrně růstu lidí 75+ s vysokou potřebou péče
Pohotovost a prodloužená ordináční doba	0,75	0,75	odhad v2; mimo lékařskou složku
Další profese (nutriční terapeut, fyzioterapeut, 0,75 psychologa, 1,5 recepce)	1,73	1,73	520 týmů × 4,25 úvazku, asi 3,3 mil. Kč na tým
Provoz center, pokud obec dotuje nájem	0,53	0,53	300 budov (150 nových, 150 rekonstruovaných) × 1,75 mil. Kč
Kompetence praktiků: nové výkony, ultrazvuk, vzdělávání (J3)	0,50	0,50	odhad; samostatné opatření
Senior taxi	0,34	0,34	205 ORP × 1,5 vozu × 1,1 mil. Kč
Zapisovatel a dálkové sledování	0,66	0,66	5 630 praktiků × 2 300 Kč měsíčně + 0,5 mld. Kč na aplikaci a přístroje
Paliativní týmy	0,90	0,90	150 týmů × 6 mil. Kč; horní mez, přes 40 poskytovatelů už úhradu má

Položka (mld. Kč ročně)	2038	2050	Z čeho vychází
Prevence z Fondu prevence: screening, navigace, očkování, dentální prevence	1,30	1,30	odhad v2
Prevence z Fondu prevence: komunitní programy	0,70	0,70	zbytek 2 mld. Kč fondu při plánovací hodnotě
Konzultace lékař-lékař, zpětná zpráva, přímé objednání	1,50	1,50	3 mil. žádanek × 300 Kč + 1,5 mil. konzultací × 400 Kč
Koordinace reformy (projektová kancelář, nezávislé hodnocení)	0,40	0,40	odhad
Fond přeměny: garance příjmu nemocnic	1,31	0	4 000 lůžek v tříleté garanci × 1 500 Kč/den × 60 % obloženost
Provoz celkem	20,71	25,95	
Rezerva 10 % (IT, vzdělávání, vybavení, rezidenční místa, nábor)	2,07	2,59	odhad
Provoz včetně rezervy	22,78	28,54	

HSPA potvrzuje

Sestra bere 1,48násobek průměrné mzdy – víc než v Německu i Švédsku. Přesto sestry chybějí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platy-sester.html>)

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Půlka dospělých Čechů preventivní prohlídku ignoruje. Co se v ní dělá a proč to stojí za půlhodinu času (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-preventivni-p-rohlidka.html>)

Proti verzi 2 se změnilo pět věcí. Platby týmům jsou rozpočítané, prevence obsahuje i komunitní programy, kompetence praktiků jsou samostatná položka a provoz center počítá s 300 budovami jako tabulka investic (dříve se 400). Sester je méně, protože model odvozuje lékaře v týmech z úbytku praktiků. Model počítá s platovou úrovní sester, protože sestra z nemocnice za mzdový medián ambulance (44 218 Kč) nepřejde.

HSPA má téma

Indikátor: Odměňování nemocničních sester (násobek průměrné mzdy) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=odmenovani_sester_nasobek_mzdy)

Platby týmům rozpočítané. Položka 2,5 mld. Kč z verze 2 nemohla pokrýt tři složky platby. Lékařská složka je příplatek ke kapitaci za registrovaného v týmu: 38 Kč měsíčně dává 3,7 mld. Kč, tedy asi 74 000 Kč měsíčně na lékaře v týmu. To odpovídá dnešní záloze týmové praxe (až 200 000 Kč měsíčně na praxi se třemi úvazky). Odměna za výsledky má strop 10 % úhrad praktiků pro dospělé (2,2 mld. Kč) a vyplácí se podle ukazatelů kvality a kontinuity. Příplatek za návštěvy hradí domácí návštěvy křehkých pacientů. Dohromady jde o 6,1 mld. Kč ročně s rozpětím 4,8 až 7,5 mld. Kč.

HSPA nemá

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Co už je v plánu MZ. Implementační plán MZ č. 2.1 (prosinec 2025) počítá s asi 10 mld. Kč ze zdravotního pojištění na podporu praxí do roku 2030 a s 2 mld. Kč ze státního rozpočtu. Pokud se podpora týmových praxí udrží v úhradové vyhlášce i po roce 2030, lékařská složka ji nahradí a náklad reformy nad plán MZ klesne asi o 2 mld. Kč (na 19,5 mld. Kč). Model počítá s plnou částkou. Projekce NRR vychází z demografie a nedemografického růstu nákladů a jednotlivá opatření nemodeluje, takže plán MZ v ní samostatně vidět není.

HSPA nemá

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Ověřit: rozložení 10 mld. Kč z implementačního plánu 2.1 po letech.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Mimo provoz zůstávají dvě položky, které je přesto třeba sledovat. Výkup praxí odcházejících lékařů (0,3 až 0,6 mld. Kč ročně) je převod mezi lékaři hrazený z kapitace a nový náklad nepředstavuje. Sociální účet dlouhodobé péče je samostatný účet mimo zdravotní pojištění (viz oddíl Lidé níže).

Úspory bez překryvů

Reforma ušetří v roce 2038 asi 1,2 mld. Kč a v roce 2050 asi 3,6 mld. Kč ročně. Verze 2 počítala s 1,7 a 4,1 mld. Kč, ale tři položky se překrývaly: hospitalizace pro srdeční selhání jsou podmnožinou odvrátitelných hospitalizací (ACSC) a ty jsou podmnožinou všech hospitalizací. Model proto počítá hierarchicky a každá úroveň započítá jen případy, které nezapočítala úroveň pod ní.

Úroveň (mld. Kč ročně)	2038	2050	Výpočet
Srdeční selhání: dálkové sledování	0,24	0,24	32 600 hospitalizací × 50 % v monitoringu × -20 % = 3 260 případů × 73 600 Kč
Ostatní odvrátitelné hospitalizace: týmy a sestry pro chroniky	0,11	0,33	mezera Česko 592 vs. OECD 473 na 100 tisíc obyvatel 15+ = 11 080 případů; dorovnáme 50 % (2038) a 75 % (2050), tedy 4 900 a 8 310 případů, minus 3 260 u srdečního selhání; 65 000 Kč za případ

Úroveň (mld. Kč ročně)	2038	2050	Výpočet
Ostatní hospitalizace: přeměna lůžek a ambulantizace	0,90	3,08	mezera 17 990 vs. 14 600 na 100 tisíc = 369 500 případů; ubude 10 % (2038) a 30 % (2050), minus odvratitelné; 60 000 Kč za případ, polovinu spotřebuje následná a domácí péče
Celkem	1,24	3,64	

HSPA potvrzuje

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pe-ce-z-luzek.html>)

Téměř šest set hospitalizací, kterým mělo zabránit ambulantní zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vyhnutelne-hospitalizace.html>)

Osmnáct tisíc hospitalizací na sto tisíc obyvatel. Proč Česko leží v nemocnicích nejvíc v OECD (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-hospitalizujeme-nejvic.html>)

Úspory jsou skutečné, ale malé, a rostou s tím, jak týmy a přeměna lůžek dozrávají. Silná primární péče přináší lepší zdraví a méně zbytečných hospitalizací, celkové výdaje ale spíš zvyšuje. Model nezapočítává lepší hospodaření (až 5 mld. Kč, dokud nebudou schválena konkrétní opatření) ani zdravotní dividendu prevence a daní za zdraví. Účinek týmů na kontinuitu dokládají pozorovací studie; citlivost úspor ukazuje graf níže.

HSPA má téma

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pe-ce-z-luzek.html>)

Indikátor: Odvratitelné hospitalizace (ACSC) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=hospitalizace_acsc)

Čistý náklad a citlivost

Čistý náklad reformy v plném náběhu je asi 21,5 mld. Kč ročně, s rozpětím 15 až 25 mld. Kč. V roce 2035, uprostřed náběhu s 330 týmy, je to asi 17 mld. Kč; v roce 2050, kdy mají týmy tři sestry na lékaře, asi 25 mld. Kč.

mld. Kč ročně	2035	2038	2050
Provoz včetně rezervy	17,6	22,8	28,5
Úspory	-0,7	-1,2	-3,6
Čistý náklad	16,9	21,5	24,9
Podíl na výdajích v. z. p. 2026 (570,8 mld. Kč)	3,0 %	3,8 %	4,4 %

HSPA potvrzuje

Schodek podle plánu. Pojišťovny míří rokem 2026 k minusu 14,9 miliardy a rezervy klesají ke kritické hranici (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pojistne-plany-2026.html>)

Rozpětí verze 2 (16,4 až 18,1 mld. Kč) vycházelo jen z kolísání úspor. Verze 3 mění všech deset hlavních předpokladů najednou v simulaci Monte Carlo (20 000 běhů, trojúhelníková rozdělení): medián je 21,0 mld. Kč a 90 % běhů leží mezi 19,2 a 23,0 mld. Kč. Rozpětí 15 až 25 mld. Kč pokrývá i strukturní scénáře mimo tyto předpoklady.

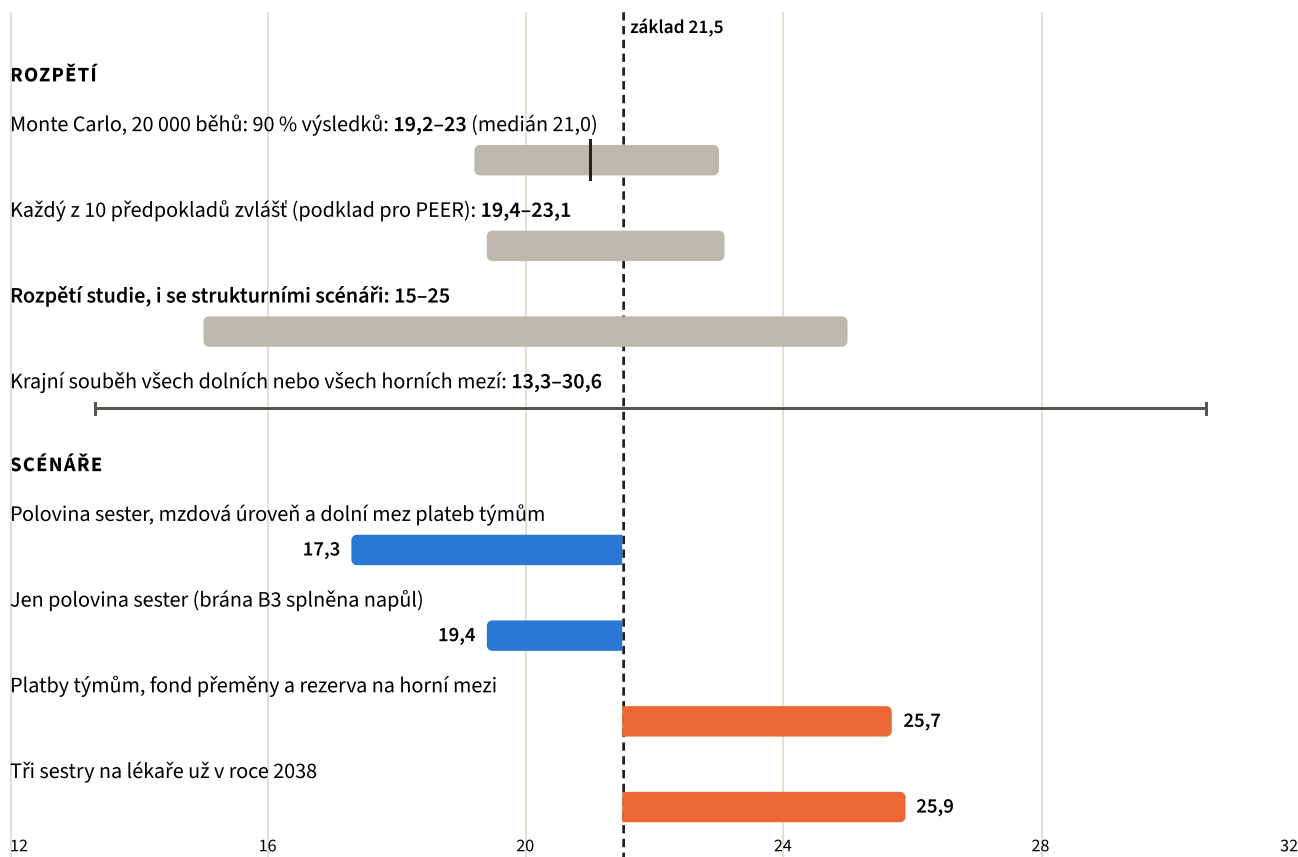
Scénář	Čistý náklad 2038 (mld. Kč)
Jen polovina sester (brána B3 splněna napůl)	19,4
Polovina sester, mzdová úroveň a dolní mez plateb týmům	17,3
Platby týmům, fond přeměny a rezerva na horní mezi	25,7
Tři sestry na lékaře už v roce 2038	25,9

Souběh všech dolních mezí (13,3) nebo všech horních mezí (30,6 mld. Kč) je krajní případ; v simulaci vyšlo nad 25 mld. Kč méně než 0,1 % běhů.

Čistý náklad v roce 2038 drží mezi 15 a 25 mld. Kč; víc ho posune souběh několika změn než jeden předpoklad

Čistý náklad reformy v roce 2038, mld. Kč ročně; svislá čára je základní odhad 21,5 mld. Kč

■ rozpětí ■ scénář levnější než základ ■ scénář dražší než základ



Svislá značka v pruhu Monte Carlo je medián. V simulaci vyšlo nad 25 mld. Kč méně než 0,1 % běhů. Nejvíc rozhoduje cena a počet personálu: každých 1 000 sester navíc nebo méně změní náklad asi o 1,1 mld. Kč ročně. Rozpis deseti předpokladů jednotlivě (tornádo) ve zveřejněném textu není; ukazujeme jejich souhrnné rozpětí.

Zdroj: Scénářový výpočet ekonomického modelu studie (model_v3.py), ceny 2026. Model zatím není zveřejněný; zveřejníme ho s tabulkou vstupů. Monte Carlo 20 000 běhů s trojúhelníkovými rozděleními. Rozpětí jednotlivých předpokladů: podklad pro PEER, 20. 10. 2026.

model_v3.py · citlivost čistého nákladu 2038 na 10 předpokladů; Monte Carlo 20 000 běhů

O výsledku rozhoduje cena a počet personálu: platby týmům, počet sester na lékaře a podíl praktiků, kteří do týmů vstoupí. Každých 1 000 sester navíc nebo méně změní náklad asi o 1,1 mld. Kč ročně včetně rezervy. Model je statický a nediskontuje; nezahrnuje dynamické účinky vyšších odvodů na zaměstnanost ani zdravotní dividendu prevence.

HSPA potvrzuje

Přepočet z HSPA platu (61 738 Kč, ÚZIS 2024) vychází na 1,09 mld. Kč za 1 000 sester vč. odvodů a rezervy, tedy shodně se studií (0,998 mil. Kč na sestru).

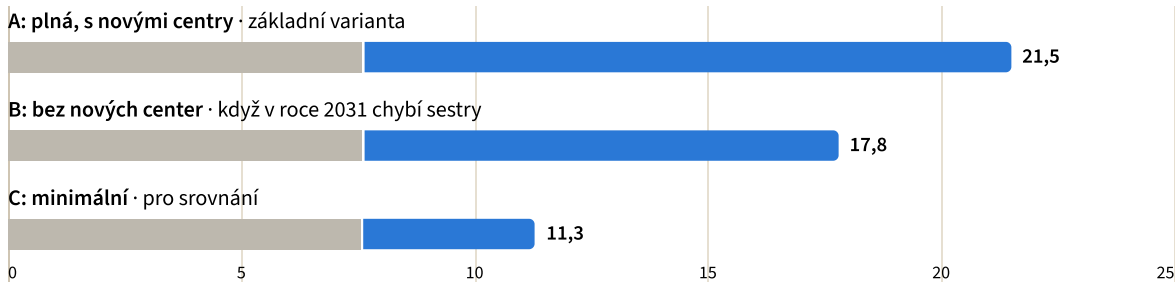
Varianty A, B, C

Plná varianta A stojí čistě 21,5 mld. Kč ročně, varianta B bez center 17,8 mld. Kč a minimální varianta C 11,3 mld. Kč. Verze 2 srovnávala zkráceně: rozdíl mezi variantami obsahoval paliativní týmy, prevenci, konzultace a fond přeměny, které na centrech nezávisí. Ve verzi 3 mají všechny tři varianty stejný společný základ 7,6 mld. Kč: prevence z Fondu prevence, paliativní týmy, konzultace a ežádanka, kompetence praktiků, dálkové sledování, senior taxi, koordinace a fond přeměny.

Plná varianta A stojí 21,5 mld. Kč ročně, varianta B bez center 17,8 a minimální C 11,3

Čistý náklad v roce 2038, mld. Kč ročně; všechny tři varianty mají stejný společný základ 7,6 mld. Kč

■ společný základ 7,6 (prevence, paliativa, konzultace, fond přeměny a další) ■ nad společný základ, čistě po úsporách



A proti B: asi 3,8 mld. Kč ročně kupuje další profese, budovy, spádovou odpovědnost a vstup tam, kde praxe není.

B proti C: asi 6,5 mld. Kč ročně kupuje sestry a platby týmům místo plošného zvýšení kapitace.

Prevence, paliativní péče, konzultace lékařů a fond přeměny nemocnic jsou ve všech třech variantách. Rozdíl mezi A a B kupuje budovy, další profese v týmu a možnost, aby obec nebo kraj založily tým tam, kde ordinace zanikla. Varianta B je záložní plán: když brána B3 v prosinci 2031 nebude splněna, reforma pokračuje ve variantě B a nic se nezačíná znovu.

Zdroj: Scénářový výpočet ekonomického modelu studie (model_v3.py), ceny 2026. Model zatím není zveřejněný; zveřejníme ho s tabulkou vstupů.

model_v3.py · varianty A, B, C v roce 2038

Za rozdíl A proti B (asi 3,7 mld. Kč ročně a 17 až 23 mld. Kč investic do center) reforma získá další profese, budovy, spádovou odpovědnost a možnost vstoupit tam, kde praxe není. Za rozdíl B proti C (asi 6,5 mld. Kč) získá sestry a platby týmům místo plošného zvýšení kapitace.

	A plná (týmy a centra)	B bez center	C minimální
Praktici v týmech nebo smluvní síti 2038	75 % (4 220)	65 % (3 660), jen kde je praxe	žádné týmy
Sester navíc 2038	asi 4 000	asi 3 450	0
Investice (mld. Kč jednorázově)	22–33 (centra 17–23, lůžka 5–10)	6–11 (lůžka 5–10, úprava praxí 1,1)	5–10 (lůžka)
Pomůže tam, kde praktik chybí	ano: obec nebo kraj založí tým	jen tam, kde praxe je	ne
Doba do plného účinku	8 až 10 let	5 až 7 let	1 až 2 roky
Když sestry nepřijdou	zmenší se na B	zmenší se	nic se nezmění

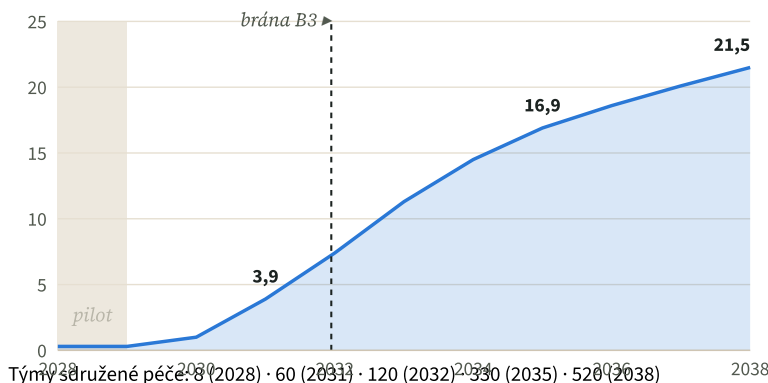
Varianta B je záložní plán: všechno, co obsahuje, je i ve variantě A. Když brána B3 „Lidé a data“ v prosinci 2031 nebude splněna, reforma pokračuje jako varianta B a nemusí začínat od nuly. Úspory varianty C zahrnují jen dálkové sledování srdečního selhání a polovinu úspor z přeměny lůžek (předpoklad modelu).

Náběh po letech

Reforma nabíhá jedenáct let: od osmi týmů pilotu v roce 2028 k 520 týmům kolem roku 2038. Harmonogram vychází ze scénáře „Vláda 2030“: pilot ve třech ORP 2028–2029, smluvní model (smlouva podle § 17 zák. 48/1997 Sb.) od roku 2030, první úhradová vyhláška nové vlády 2031 a zákon o primární péči účinný od 1. 1. 2032. Nový tým obsadí v prvním roce polovinu míst sester; neobsazené místo se neplatí.

Náklad nabíhá jedenáct let a většina peněz se utratí až po bráně B3 v prosinci 2031

Čistý náklad reformy po letech, mld. Kč ročně; varianta A, scénář „Vláda 2030“, ceny 2026



Šedě pilot ve třech ORP 2028–2029. Smluvní model běží od roku 2030, zákon o primární péči je účinný od 1. 1. 2032. Nový tým obsadí v prvním roce polovinu míst sester; neobsazené místo se neplatí.

Zdroj: Scénářový výpočet ekonomického modelu studie (model_v3.py), ceny 2026. Model zatím není zveřejněný; zveřejníme ho s tabulkou vstupů. Kumulativně 2028–2038 asi 116 mld. Kč. Počty týmů: studie, Části I a V.

model_v3.py · náběh 2028–2038, scénář Vláda 2030

Náběh v letech 2028–2038 stojí celkem asi 116 mld. Kč. Prevence z Fondu prevence nabíhá 2031–2033 s výnosem daní za zdraví, paliativní týmy, senior taxi a konzultace 2031–2034, fond přeměny 2033–2040. Polovina výdajů přijde až po bráně B3 v prosinci 2031, takže čerstvá data o obsazení míst sester rozhodnou dřív, než se utratí většina peněz.

Investice

Investice do center a přeměny lůžek stojí jednorázově 22 až 33 mld. Kč: úpravy dnešních praxí od roku 2030, budovy center až po splnění brány B3 (2032–2038) a fond přeměny od roku 2033; po odečtení evropských fondů a dnešní státní podpory zbývá zajistit 15 až 26 mld. Kč. Do čistého ročního nákladu se investice nepočítají.

Typ	Počet	Cena za kus	Celkem (mld. Kč)
Nové centrum	150	80 mil. Kč (120 ve vysoké variantě)	12,0 (18,0)
Rekonstrukce stávající budovy	150	25 mil. Kč	3,75
Úprava dnešních prostor praxí	220	5 mil. Kč	1,1
Fond přeměny, investiční část	8 000 lůžek	0,6 až 1,2 mil. Kč na lůžko	5 až 10
Celkem hrubě			22 až 33 (centra 17 až 23)
Evropské fondy a státní rozpočet (implementační plán MZ 2.1)			–5,0 a –2,0
Zbývá zajistit			15 až 26

Odhad má nízkou jistotu. Obecní projekty stály 70 až 191 mil. Kč za novostavbu; ceny nezahrnují pozemky a vybavení a IROP 2021–2027 výstavbu ordinací praktiků nepodporuje. Zbytek má pokrýt národní dotační program, podíl obcí a krajů a programování evropských fondů po roce 2027. Předpokladem rozdělení je inventura obecních středisek (kolik jich je a v jakém stavu).

HSPA má téma

[13,04 miliardy. Rozpočet ministerstva zdravotnictví na rok 2027 se skoro nehne — evropské peníze z něj mizí a stát místo nich staví nemocnice \(https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-rozpocet-mz-2027-kapitola-335.html\)](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-rozpocet-mz-2027-kapitola-335.html)

Odkud peníze

Zdravotnímu pojištění bude při dnešních pravidlech příjmů chybět asi 60 mld. Kč v roce 2035, 70 mld. Kč v roce 2038 a 104 mld. Kč v roce 2050 (ceny 2026). Tuto mezeru musí řešit každá vláda, ať reformuje, nebo ne; za reformu odpovídají navrhovatelé. Jde o podmíněný scénář Národní rozpočtové rady a mezera není nevyhnutelná.

HSPA má téma

[Bilion korun v roce 2040. A čtyřicet miliard, které se do něj nepočítají \(https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-projekce-bez-centrovych-leciv.html\)](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-projekce-bez-centrovych-leciv.html)

Schodek podle plánu. Pojišťovny míří rokem 2026 k minusu 14,9 miliardy a rezervy klesají ke kritické hranici (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pojistne-plany-2026.html>)

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částece, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Mezera a potřeba celkem. NRR (Zpráva o dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí, září 2026, tab. D.1) počítá s výdaji v. z. p. 6,4 % HDP v roce 2026, 6,9 % v roce 2036 a 7,5 % v roce 2056 a s příjmy kolem 6,1 až 6,2 % HDP. Model výdaje lineárně interpoluje, příjmy nechává klesat z 6,20 na 6,15 % HDP (2050) a rozdíl násobí HDP roku 2026 (asi 8 920 mld. Kč).

HSPA má téma

8,6 procenta HDP. Co české zdravotnictví stojí, co tomu odpovídá a co přijde (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vydaje-zdravotnictvi.html>)

Schodek podle plánu. Pojišťovny míří rokem 2026 k minusu 14,9 miliardy a rezervy klesají ke kritické hranici (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pojistne-plany-2026.html>)

Indikátor: Výdaje na zdravotnictví / HDP (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=vydaje_zdravotnictvi_hdp)

mld. Kč ročně (ceny 2026)	2035	2038	2050
Mezera při dnešních pravidlech příjmů (NRR)	59,7	70,0	104,4
Čistý náklad reformy	16,9	21,5	24,9
Potřeba celkem	76,5 (0,86 % HDP)	91,6 (1,03 % HDP)	129,3 (1,45 % HDP)

Ověřit: hodnoty příjmů v. z. p. po letech přímo v tab. D.1 NRR.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Schodek podle plánu. Pojišťovny míří rokem 2026 k minusu 14,9 miliardy a rezervy klesají ke kritické hranici (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pojistne-plany-2026.html>)

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částece, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Osmdesát osm celých čtyři procenta. Úhradová vyhláška 2027 si sama píše, že nemocnicím rostou náklady rychleji než úhrady (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhradova-vyhlaska-2027.html>)

Nominální částku „96 mld. Kč“ z verze 2 vypouštíme, protože nezohledňovala reálný růst ekonomiky. Model je v cenách a při velikosti ekonomiky 2026; nominální částku získáme vynásobením nominálním růstem HDP (asi 4,5 % ročně), tedy ×1,49 v roce 2035, ×1,70 v roce 2038 a ×2,88 v roce 2050. Potřeba 76,5 mld. Kč v roce 2035 tak odpovídá nominálně asi 114 mld. Kč.

HSPA má téma

Kam plyne 508 miliard. Co o struktuře českého zdravotnictví říkají dohodovací řízení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-segmenty-2026.html>)

Kdo zaplatí reformu. Čistý náklad 21,5 mld. Kč v roce 2038 kryjí daně za zdraví (5 mld. Kč), státní rozpočet (15,6 mld. Kč) a obce a kraje (1 mld. Kč). Přes vyšší platbu za státní pojištěnce jde 13 mld. Kč, tedy asi 180 Kč měsíčně na osobu; 100 Kč měsíčně znamená 7,2 mld. Kč ročně (6,0 mil. státních pojištěnců).

HSPA potvrzuje

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částece, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

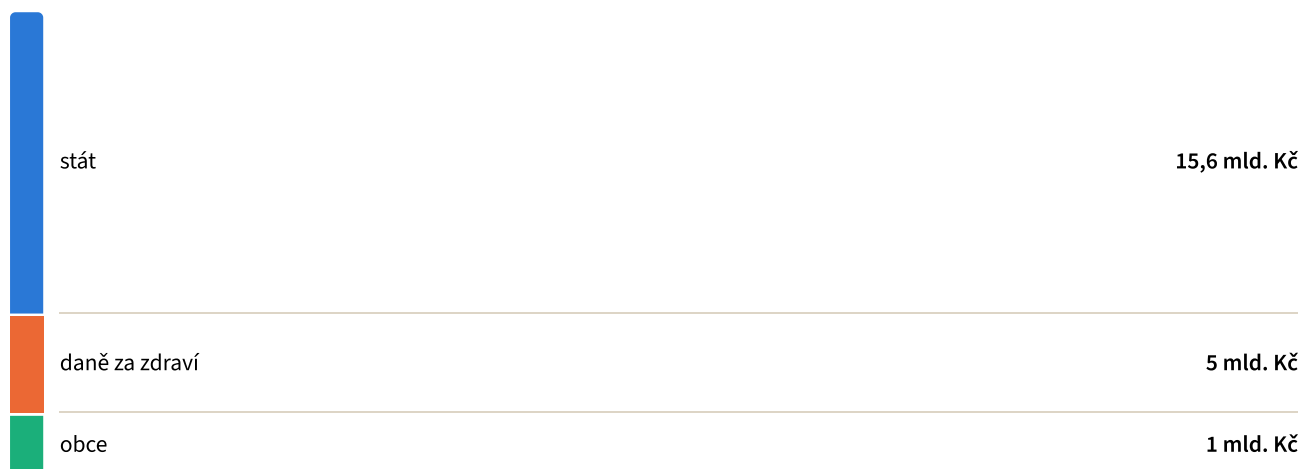
2,4 miliardy podle vzorce, 24 miliard podle slibu. Platba za státní pojištěnce jde do roku 2027 po dvou kolejích (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-valorizace-statni-pojistenci-2027.html>)

Sto padesát pět miliard ze státního rozpočtu. Anatomie platby státu za státní pojištěnce a její valorizace (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statu-s-tatni-pojistenci.html>)

Většinu z 21,5 mld. Kč ročně zaplatí stát, daně za zdraví přinesou 5 mld. Kč

Tok peněz v roce 2038, mld. Kč ročně: vlevo zdroje čistého nákladu, vpravo provoz včetně rezervy (22,8 mld. Kč před odečtením úspor 1,2)

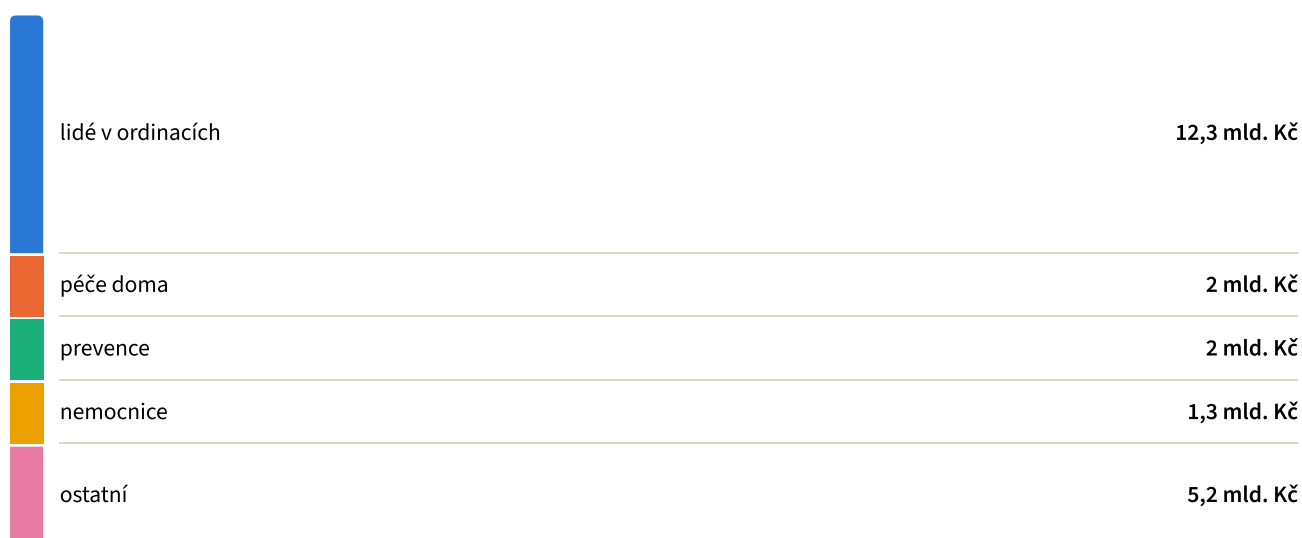
ODKUD PENÍZE PŘIJDOU



21,6 mld. Kč ročně

↓ 21,5 mld. Kč čistě
= provoz 22,8 – úspory 1,2

NA CO PŮJDOU



22,8 mld. Kč provoz včetně rezervy

Stát: vyšší platba za děti, důchodce a studenty	13
Stát: přímé výdaje (řízení, fond přeměny, sledování na dálku)	2,6
Daně za zdraví: do zdravotního pojištění	3
Daně za zdraví: Fond prevence	2
Obce a kraje: odvoz k lékaři, provoz center	1

Přes vyšší platbu za státní pojištěnce jde 13 mld. Kč, tedy asi 180 Kč měsíčně na osobu. Peníze se přesouvají ze státního rozpočtu.

Zdroj: Scénářový výpočet ekonomického modelu studie (model_v3.py), ceny 2026. Model zatím není zveřejněný; zveřejníme ho s tabulkou vstupů. Vyšší platba státu je přesun peněz ze státního rozpočtu. Provoz včetně rezervy. Scénářový výpočet ekonomického modelu studie (model_v3.py), ceny 2026. Model zatím není zveřejněný; zveřejníme ho s tabulkou vstupů..

model_v3.py · tok peněz na reformu, 2038

Platba státu v jedné tabulce. V roce 2026 je platba za státního pojištění 2 188 Kč měsíčně. Pro rok 2027 stanoví tisk 235 pevný měřovací základ 18 362 Kč (platba 2 479 Kč), na rok 2028 MZ avizuje zmrazení a v roce 2029 se vrací vzorec podle § 3c zákona 592/1992 Sb. Nový vzorec, který bude sledovat náklady péče o státní pojištění, přijme nová vláda s účinností od 1. 1. 2031. Sazba vyšší o 1 p. b. přinese z práce a OSVČ 25 až 29 mld. Kč a zároveň automaticky zvýší platbu státu o 162 Kč měsíčně, tedy o 11,7 mld. Kč.

HSPA potvrzuje

Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)
Sto padesát pět miliard ze státního rozpočtu. Anatomie platby státu za státní pojištění a její valorizace (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statu-s-tatni-pojistenci.html>)
Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištění 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Zdroj 2038 (mld. Kč)	1. Bez vyšší sazby	2. Sazba 13,5 → 14,5 % jako součást daňové reformy
Potřeba celkem (mezera 70,0 + reforma 21,5)	91,6	91,6
Daně za zdraví → Fond prevence	2,0	2,0
Daně za zdraví → platba státu do v. z. p.	3,0	3,0
Obce a kraje přímo (senior taxi, provoz center)	1,0	1,0
Státní rozpočet přímo (koordinace, fond přeměny, dálkové sledování)	2,6	2,6
Sazba pojistného: práce a OSVČ	0	27,0
Sazba pojistného: automatický růst platby státu (§ 3c)	0	11,7
Platba státu: nový vzorec	83,0	44,3
Platba státu nad projekci NRR celkem	83,0 (asi 1 150 Kč měsíčně)	56,0 (asi 780 Kč měsíčně, z toho 162 Kč automaticky)
Kdo nese: stát / práce / spotřeba / obce	93 / 0 / 6 / 1 %	64 / 29 / 6 / 1 %

V roce 2035 vychází platba státu ve variantě 1 na 68,2 mld. Kč (asi 950 Kč měsíčně), ve variantě 2 na 41,2 mld. Kč (asi 570 Kč). Jak upozorňuje i NRR, vyšší platba státu jen přesouvá peníze ze státního rozpočtu a celkové veřejné zdroje nezvyšuje. Varianta 2 zvyšuje sazbu jen jako součást daňové reformy s vyšší slevou na poplatníka; volba mezi variantami je politické rozhodnutí pro program 2029.

HSPA má téma

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištění 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Co už je v plánu MZ a v projekci NRR. Projekce NRR vychází z dnešních pravidel příjmů; ověřit, zda už zahrnuje jednorázové navýšení platby státu pro rok 2027 (tisk 235). Plán MZ na podporu týmových praxí (asi 10 mld. Kč z pojištění do roku 2030) se s platbami týmům může překrýt nanejvýš o 2 mld. Kč ročně (viz Kolik stojí provoz).

HSPA nemá

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištění 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Daně za zdraví. Plánovací výnos je 5 mld. Kč ročně (rozpětí 5 až 7): tiché víno 3,3 až 4,3, slazené nápoje asi 1,5 a valorizace lihu a piva 0 až 1 mld. Kč po reakci poptávky. Plného výnosu se dosáhne v roce 2033: valorizace a víno platí od 1. 1. 2031 (víno s poloviční sazbou 2031–2032), daň ze slazených nápojů od 1. 1. 2032.

HSPA potvrzuje Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Rozdělení výnosu (mld. Kč ročně)	Plánovací 5	Horní hranice 7
Fond prevence (pevně, valorizováno)	2,0	2,0
Zdravotní pojištění přes platbu státu	3,0	5,0
Snížení odvodů z práce	0	0

Fond kryje přesně položky prevence v modelu (1,3 mld. Kč screening, navigace, očkování a dentální prevence a 0,7 mld. Kč komunitní programy), takže prevence není započtena dvakrát. Cíl Hospodářské strategie PEER (10 až 15 mld. Kč) a odhad PAQ Research (12 až 17 mld. Kč) předpokládají zdanění vína a piva podle obsahu alkoholu; rozpočet reformy s nimi zatím nepočítá a plánuje s 5 mld. Kč. Výnos nad tuto částku se rozdělí podle pravidla PEER (nejméně 40 % Fondu prevence). Daně za zdraví jsou součástí daňového balíčku PEER a nesmějí se počítat dvakrát. Reforma odvody z práce nemění; podle strategie PEER se pojistné, pokud se někdy zvýší, změní jen spolu s úpravou daně z příjmu, aby celkové zdanění práce nerostlo.

HSPA má téma Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Rezervy pojišťoven. Studie používá jednu veličinu: zůstatky na účtech všech pojišťoven ke konci roku 2025, 43,2 mld. Kč (důvodová zpráva k tisku 235; na začátku roku 2021 69,9 mld. Kč); základní fondy z toho tvořily k 30. 4. 2026 jen 27,7 mld. Kč z 52,7 mld. Kč na účtech (HSPA Monitor). Jiná čísla měří něco jiného: asi 32 mld. Kč uvádí HSPA Monitor jako rezervy podle reportingu pojišťoven (VZP asi 23, zaměstnanecké asi 9) a 45,7 mld. Kč uvádějí odbory jako zůstatky na účtech ke konci srpna 2026. Pro srovnání: měsíční výdaje systému jsou asi 47 mld. Kč.

HSPA potvrzuje

Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)

Miliardy, které chybí. Anatomie deficitu veřejného zdravotního pojištění 2026 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-vzp-2026.html>)

Ověřit: definici čísla 45,7 mld. Kč u odborů (HSPA Monitor je nemá).

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)

Miliardy, které chybí. Anatomie deficitu veřejného zdravotního pojištění 2026 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-vzp-2026.html>)

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částece, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Lidé

Reforma potřebuje do roku 2038 asi 4 000 sester navíc, v průměru 440 ročně, tedy asi čtvrtinu všeobecných sester, které v letech 2026 až 2037 vyjdou z vysokých a vyšších odborných škol (11 078 z vysokých škol a asi 11 000 z VOŠ, dohromady asi 22 000 za 12 let, tedy asi 1 840 ročně; vládní program pro nelékařské profese 2026–2037; MZ ČR 2025, s. 114). Verze 2 počítala s 5 400 sestrami do roku 2035, což při startu týmů po volbách znamenalo 830 ročně (64 % absolventek na tehdejší základu 1 300 ročně). Nižší číslo verze 3 plyne z pozdějšího a delšího náběhu a z toho, že praktiků, ke kterým se sestry vážou, ubývá.

HSPA má téma

Generační propast v ošetrovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Sester přibývá, přesto chybí: proč český počet absolventů klame (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-absolventi-osetrovatelstvi.html>)

Indikátor: Absolventi ošetrovatelství (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=absolventi_osetrovatelstvi_per_100k)

Sestry: poptávka proti nabídce. Jen všeobecných sester potřebuje systém za 10 až 12 let nejméně 24 000 nových úvazků, tedy při rozložení do 12 let asi 2 000 ročně; vysoké a vyšší odborné školy jich v letech 2026 až 2037 vychovají asi 1 840 ročně (vládní program pro nelékařské profese 2026–2037; MZ ČR 2025, s. 112–114). Reforma přidává v letech 2032–2037 450 až 600 sester ročně, tedy 23 až 30 % navíc k potřebě náhrady; vrchol je 595 sester v roce 2034 (asi 32 % všeobecných sester, které ten rok vyjdou ze škol, na stejném základu 1 840 ročně).

Bilance bez reformy je záporná už dnes. Proti potřebě 24 000 úvazků stojí 11 078 všeobecných sester z vysokých škol a asi 11 000 z VOŠ, takže za 12 let chybí asi 2 tisíce všeobecných sester i bez reformy (dopočet studie z čísel MZ ČR 2025, s. 114). Asi 4 000 sester pro týmy je potřeba nad tento rámec.

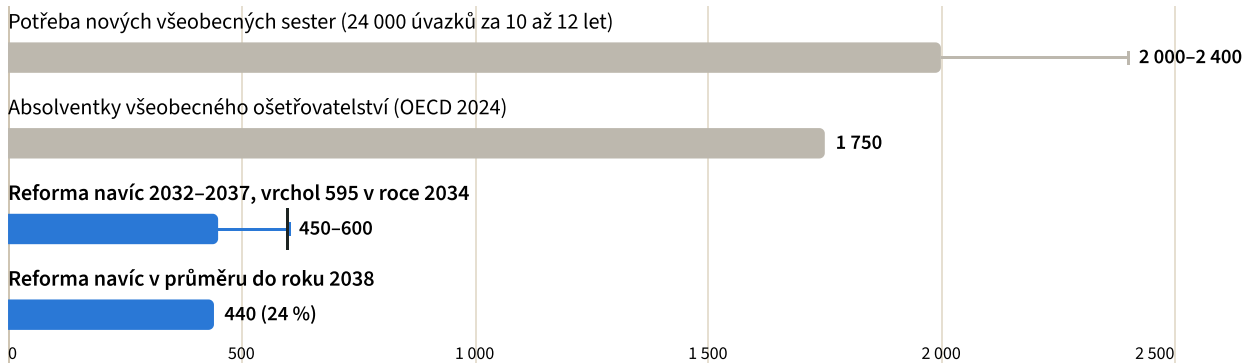
HSPA má téma

Generační propast v ošetrovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Reforma potřebuje v průměru 440 sester ročně, asi čtvrtinu absolventek, které mají vyjít ze škol do roku 2037; ve vrcholu 2034 asi třetinu

Všeobecné sestry za rok. Potřeba náhrady: nejméně 24 000 úvazků za 10 až 12 let. Studie v3 pracovala s 30 000 úvazky do roku 2037 a 1 300 absolventkami ročně; čísla jsme opravili podle vládního programu.

celý systém potřeba reformy



Vrchol 595 sester v roce 2034 je 32 % z asi 1 840 všeobecných sester, které mají podle vládního programu ročně vyjít z vysokých a vyšších odborných škol (dnes jich vychází 1 750; studie v3 uváděla 46 % z 1 300). Tým proto přebírájí nemocniční sestry jen tam, kde se podle plánu síť práce v nemocnici prokazatelně změnila, a brána B3 v prosinci 2031 měří obsazení míst sester; když nebude splněna, reforma pokračuje jako varianta B.

Zdroj: Vládní program pro nelékařské zdravotnické profese 2026–2037 (potřeba) a OECD Health Statistics 2024 přes HSPA Monitor (absolventky); ekonomický model studie v3 (potřeba reformy)

model_v3.py · náhrada úvazků sester do 2037: nejméně 24 000 úvazků všeobecných sester, absolventky VŠ a VOŠ ročně (vládní program 2026–2037); verze 3 počítala s 30 000 úvazky a 1 300 absolventkami

Hrozí přetahování sester z nemocnic, proto tým přebírájí nemocniční sestry jen tam, kde se podle plánu síť práce v nemocnici prokazatelně změnila. Přeměna 8 000 akutních lůžek část sester uvolní, model to ale nezapočítává. Personální bilance po krajích (P1) je proto samostatnou podmínkou reformy a musí zahrnout absolventky, odchody, návraty, úvazky a nábor ze zahraničí. Oporou bilance mohou být plánovací modely, které MZ s Univerzitou Karlovou, ÚZIS a Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů vytváří v evropském projektu JA HEROES (pilotně pro fyzioterapeuty a domácí péči, připravují se modely pro všeobecné sestry), a záměr zřídit Národní centrum pro plánování a forecasting zdravotnických pracovníků (MZ ČR 2025, s. 113); predikce personálních kapacit je i programovým cílem NIKEZ (tamtéž, s. 58). Brána B3 v prosinci 2031 měří obsazení míst sester z registrů pojišťoven; když nebude splněna, reforma pokračuje jako varianta B.

HSPA potvrzuje

Tři roky, devatenáct zemí, jeden český model. Co projekt JA HEROES dal plánování personálu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ja-heroes-workforce-2026.html>)

Vysoké a vyšší odborné školy dnes vychovávají dohromady asi 1 750 plně kvalifikovaných všeobecných sester ročně (OECD Health Statistics 2024; HSPA Monitor). Vyšší odborné školy od roku 2021 přijímají o 40 až 50 % víc studentů a za 12 let mají vychovat asi 11 000 všeobecných sester (MZ ČR 2025, s. 112 a 114). Ověřit: roční počet absolventek oboru praktická sestra a kolik jich nastoupí do zdravotnictví.

Q Ověřujeme

HSPA má téma Sester přibývá, přesto chybí: proč český počet absolventů klame (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-absolventi-osetrovatelstvi.html>)

Generační propast v ošetřovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Indikátor: Absolventi ošetřovatelství (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=absolventi_osetrovatelstvi_per_100k)

Praktici. Praktiků pro dospělé je dnes asi 5 500 a ubývá jich 110 až 180 ročně; do roku 2035 jich zbude asi 3 900 až 4 500 (5 500 – 9 × 110 až 180). Ročně vstupuje do atestace 110 až 140 lékařů, z praxe odchází 250 až 320 a asi třetina praktiků pro dospělé je starší 60 let (ÚZIS k 31. 12. 2024; HSPA Monitor), takže odchody se mohou zrychlit a dolní mez klesnout. Model to zohledňuje v analýze citlivosti, základní výpočet s tím nepočítá.

HSPA potvrzuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

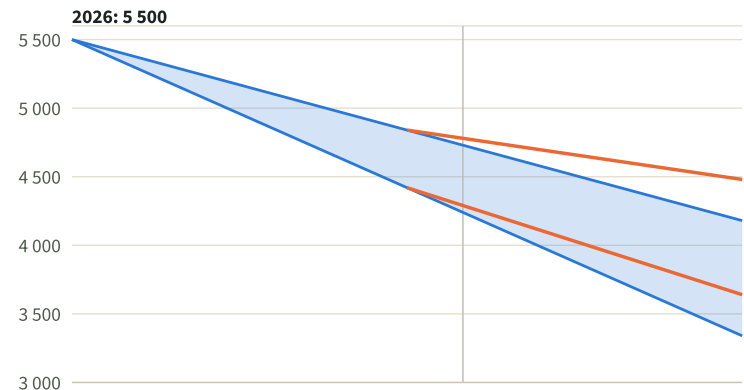
Málo praktiků, hodně specialistů: Česko má jeden z nejnižších podílů generalistů v OECD (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-podil-prakticti-lekari.html>)

Každý druhý praktik brzy do důchodu. Čtyřicet jedna procent českých lékařů je starších 55 let (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-starnuti-lekaru.html>)

Úbytek praktiků rezidenční místa nezastaví: P2 přidá do roku 2038 asi 300 lékařů

Praktici pro dospělé, počet; rozpětí podle úbytku 110 až 180 ročně. P2 = +50 atestací ročně od roku 2033 (předpoklad modelu)

■ bez P2 (rozpětí) ■ s P2: +50 atestací ročně od 2033



V roce 2038: bez P2 3 340 až 4 180, s P2 3 640 až 4 480 praktiků. V roce 2035 bez P2 3 880 až 4 510.

Úbytek nahrazují hlavně sestry v týmech, nové výkony praktiků a sdílené zastupování. Rezidenční místa P2 musí potvrdit ministerstvo a odborné společnosti. Asi třetina praktiků je starší 60 let (ÚZIS k 31. 12. 2024), odchody se tedy mohou zrychlit a dolní mez klesnout.

Zdroj: Scénářový výpočet ekonomického modelu studie (model_v3.py), ceny 2026. Model zatím není zveřejněný; zveřejníme ho s tabulkou vstupů. 5 500 praktiků pro dospělé v roce 2026 (ÚZIS). Roky po 2035 jsou aritmetika téhož pravidla do konce náběhu reformy.

model_v3.py · 5 500 PLD (2026), úbytek 110–180 ročně; P2 = +50 atestací ročně od 2033 (předpoklad)

Reforma má úbytek praktiků vyvážit, i když ho nezastaví: sestry přebírají péči o chroniky, kompetence praktiků (J3) vracejí do ordinace výkony od specialistů a tým dělí zastupování. Rezidenční místa (P2) model počítá jako 50 atestací ročně navíc od roku 2033; to je předpoklad, který musí potvrdit MZ a odborné společnosti. Ministerstvo podpořilo ve všeobecném praktickém lékařství 150 rezidenčních míst v roce 2023 a po 140 v letech 2024 a 2025, v pediatrii 80, 70 a 70 (dotační program MZ Rezidenční místa; MZ ČR 2025, s. 97). Předpoklad +50 atestací ročně proto vyžaduje počet míst zvýšit; udržet ho nestačí. Absolventů všeobecného lékařství přitom od školního roku 2025/26 přibývá o víc než 300 ročně (tamtéž); úzkým místem je volba oboru a rezidenční místo. Dětských praktiků je asi 2 050; dětské týmy zachováváme a model počítá s úbytkem 40 ročně (nízká jistota).

HSPA potvrzuje

Třetině dětských praktiků je přes 65 let. Sít ordinací se tenčí rychleji, než ji noví pediatrii stíhají přebírat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html>)

Lékařů máme víc než OECD. Sester chybí. A absolventů taky (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pracovni-sila.html>)

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Dlouhodobá péče. Do roku 2035 bude potřeba asi 39 000 nových zdravotních i sociálních lůžek dlouhodobé a následné péče (Přecechtěl a Hlávka 2025) a 21 000 pečovateli (studie pro APSS ČR, 6/2026). Zdravotních lůžek následné a dlouhodobé péče dnes chybí nejméně 2 až 3 tisíce a do roku 2035 bude potřeba dalších nejméně 8 tisíc (MZ ČR 2025, s. 65). Přeměna 8 000 akutních lůžek tak řádově odpovídá zdravotní části potřeby; zbytek potřeby leží v bytových sociálních službách a řeší ho podmínka P3. Platí proto i pravidlo J7 : žádné akutní lůžko se nepřemění, dokud kraj neprokáže kapacitu následné a dlouhodobé péče a dojezd záchranné služby.

HSPA upřesňuje

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)

Dlouhodobá péče v Česku: tichá strukturální krize. Proč dvojkový systém stojí v cestě reformě, kterou demografie tak jako tak vynutí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-dlouhodobé-pece-2026.html>)

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Lůžka a fond přeměny	Hodnota
Akutní lůžka dnes (NZIP/ÚZIS)	48 036, tedy 4,4 na 1 000 obyvatel
Cíl do roku 2038	přeměnit 8 000, na asi 40 000 (3,7 na 1 000)
Směr po roce 2038, jen při splněných ukazatelích	3,5 na 1 000, tedy –9 900 lůžek
Fond přeměny, investice	5 až 10 mld. Kč (0,6 až 1,2 mil. Kč na lůžko)

Lůžka a fond přeměny	Hodnota
Fond přeměny, garance příjmu	7,9 mld. Kč v letech 2033–2040; průměr asi 1 mld. Kč ročně, vrchol 1,3 mld. Kč
Pojistka	obložnost akutních lůžek nad 85 % zastaví přeměnu v kraji

HSPA potvrzuje

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Indikátor: Akutní lůžka (na 1 000 obyvatel) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=postele_akutni_per_1000)

Indikátor: Využití lůžek intenzivní péče (ARO/IIP) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=obloznost_intenzivni_pece_pct)

Garance platí tři roky na lůžko (1 500 Kč za lůžko a den při 60% obložnosti) a přeměna běží po prvních krajských plánech sítě v letech 2033–2038. Kdyby se všech 8 000 lůžek přeměnilo v jednom roce, stála by garance až 2,6 mld. Kč ročně; rovnoměrné tempo snižuje vrchol na polovinu. Sociální účet dlouhodobé péče (v roce 2035 asi o 57 mld. Kč ročně víc než dnes, investice asi 70 mld. Kč do 35 tisíc pobytových míst podle studie pro APSS ČR) leží mimo zdravotní pojištění i mimo čistý náklad reformy.

HSPA má téma

Kdo se o nás postará v roce 2035. O 284 tisíc lidí nad 75 let víc, tři cesty a jeden nesečtený účet (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kdo-se-o-nas-postara-2035.html>)

Otevřenost modelu

Model je skript v Pythonu bez externích knihoven (model_v3.py, verze z 20. 10. 2026); jediným příkazem vypíše všechna čísla této části včetně tornádového grafu a simulace Monte Carlo (pevné semínko 2026). Zveřejníme ho spolu s konzultační verzí studie a s tabulkou vstupů, aby si každý mohl výsledky přepočítat s vlastními předpoklady. Verze 2 otevřený skript slibovala, ale nezveřejnila ho.

Vstup	Hodnota	Zdroj	Jistota
Mezera v. z. p.	6,4 → 6,9 → 7,5 % HDP výdaje (2026, 2036, 2056), příjmy 6,1–6,2 %	NRR 9/2026, tab. D.1	střední
HDP 2026	8 920 mld. Kč	570,8 mld. Kč výdajů = 6,4 % HDP	střední
Týmy kolem 2038	520	10,9 mil. obyvatel, asi 21 000 na tým	nízká
Praktici pro dospělé a děti	5 500 a 2 050 (2026), úbytek 110–180 a 40 ročně	ÚZIS; úbytek PLDD vlastní předpoklad	střední / nízká
Podíl praktiků v týmech	75 % (2038), 85 % (2050)	vlastní předpoklad	nízká
Sester navíc na lékaře	1 (2038), 2 (2050)	etapy Piliře 1	nízká
Plat sestry	62 177 Kč, odvody 33,8 %	ISPV 2025	vysoká
Platby týmům	38 Kč na registrovaného a měsíc; odměna 1,6; návštěvy 0,8 mld. Kč	oponentní posudek, zálohy týmových praxí	nízká
Úspory	50 % / 75 % mezery ACSC; 10 % / 30 % mezery hospitalizací	OECD, ÚZIS, De Lathauwer 2025	střední / nízká
Fond přeměny	1 500 Kč na lůžko a den, 60 % obložnost, 3 roky	vlastní odhad	nízká
Platba státu	100 Kč měsíčně = 7,2 mld. Kč; +1 p. b. sazby = 27 mld. Kč z práce a 11,7 mld. Kč automaticky	6,0 mil. státních pojištěnců; vyměřovací základ 2026	vysoká / střední
Daně za zdraví	5 mld. Kč (5–7)	HSPA Monitor 8/2026, britský výnos daně ze slazených nápojů, elasticity	střední

HSPA potvrzuje

Schodek podle plánu. Pojišťovny míří rokem 2026 k minusu 14,9 miliardy a rezervy klesají ke kritické hranici (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pojistne-plan-2026.html>)

8,6 procenta HDP. Co české zdravotnictví stojí, co tomu odpovídá a co přijde (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vydaje-zdravotnictvi.html>)

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Model je statický a nediskontuje; všechny částky jsou v cenách a při velikosti ekonomiky roku 2026. Nezahrnuje dynamické účinky vyšších odvodů na zaměstnanost, zdravotní dividendu prevence ani lepší hospodaření, dokud nebude doložené konkrétními opatřeními. Každé číslo z této části má ve skriptu svůj výpočet a mění se jen změnou vstupu.

Ověřit: veřejnou adresu, kde bude model a tabulka vstupů zveřejněny (repozitář HSPA Monitoru, nebo web strany).

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

HSPA Monitor má veřejný repozitář <https://github.com/veritasderman-rgb/hspa> a web skorezdravotnictvi.cz; postup „skript + tabulka vstupů + test shody“ už používá kalkulačka dlouhodobé péče (kalkulacka-pece-2035.html). Konkrétní místo pro...

Část VI – Vztah k reformám, které prosazuje vláda

Deset vládních předloh a opatření z let 2025–2028 otevírá stejné paragrafy, které potřebuje náš plán, především § 17 zákona 48/1997 Sb. Proto na ně v letech 2026–2028 navazujeme pozměňovacími návrhy (PN) a podněty do dohodovacího řízení; vlastní protinávrh nepředkládáme.

HSPA má téma

Jedenáct předpisů, o kterých VeKLEP mlčí. Co prozrazuje legislativní newsletter ministerstva zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-legislativni-newsletter-mz-zari-2026.html>)

Postupujeme podle tří zásad. Co vláda dělá správně, tedy víceleté dohody, centralizaci onkochirurgie a povinnou eŽadanku, nepřepisujeme. Kde nechává mezeru, doplňujeme týmy sdružené péče, sesterskou složku úhrady a triážní údaj. Kde se s vládou rozcházíme, uvádíme to výslovně i s důvodem.

Stav je k 20. 10. 2026. Reforma pojištění existuje zatím jen jako prezentace ministerstva z 22. 9. 2026 a paragrafové znění není veřejné, takže hodnotíme jen ohlášený záměr. Údaj, který jsme nemohli ověřit v primárním zdroji, značíme „Ověřit:“.

Q Ověřujeme

HSPA potvrzuje

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

Deset předloh a náš postoj

Devět z deseti řádků vede ke konkrétnímu PN nebo podnětu; u tisku 235 už nový PN podat nelze. Centralizace onkochirurgie běží bez zákona, proto pro ni zákonný PN nenavrhujeme. Kódy J1 – J10 a P1 – P5 označují opatření jádra a podmínky plánu.

Reforma, předloha	Stav k 20. 10. 2026	Co dělá	Průnik s plánem	Náš postoj	Konkrétní PN nebo podnět	Kdy
Moderní veřejné zdravotní pojištění 2030 (novela zák. 48/1997, 280/1992, 551/1991 a 372/2011 Sb.)	Představeno 22. 9. 2026, vnitřní připomínkové řízení; paragrafové znění není veřejné. Ověřit: záznam ve VeKLEP (k 20. 10. jsme ho nenašli).	Víceleté dohody o úhradách, síti a personálu; vyhláška jen publikuje dohody; rozhodčí řízení; správní rady o 9 členech; Kancelář ZP; odměna 500–1 500 Kč za prevenci (věk 45–75 let).	J1 , J2 , J5 , P4 , P5	Podpořit rámec víceletých dohod; pozměnit prevenci a orgány; jinak u „soutěžního prostředí“.	(1) Do víceletých dohod zapsat pětiletou smlouvu týmu a sesterskou složku (smlouva podle § 17 zák. 48/1997 Sb.). (2) Kancelář ZP zveřejňuje čekací doby a UPC. (3) Odměnu za prevenci hradit jen z fondu prevence a měřit pokrytí (52,6 % v roce 2023). (4) Zastoupení pojištěnců řešit v devíti místech a elektronických volbách, ne samostatně (tisk 479). (5) Soutěž mezi pojišťovnami jen po dopadové studii.	Připomínky v meziresortním řízení 2027; PN ve Sněmovně 2027
Centralizace onkochirurgie	Platí bez zákona: Věstník MZ 6/2026 (28. 5.) a 10/2026 (20. 8.). Játra, slinivka a jícen od 1. 9. 2026; gynekologie a rektum od 1. 1. 2027; plíce od 1. 1. 2028; urologie 2027–2030.	Soustřeďuje 4 109 z 17 096 ročních výkonů šesti oborů do center vysoce specializované péče; necentrovým nemocnicím výkony odsmlouvuje.	J6 , J7	Podpořit a použít jako důkaz, že část sítě lze měnit bez zákona; důkazy hodnotit zdrženlivě (Grilli: OR 0,68, nízká kvalita).	Zákonný PN nenavrhujeme. Podnět: po každé vlně zveřejnit dojezd, čekání a 90denní úmrtnost; stejný nástroj (Věstník) použít pro minimální objemy ve čtyřech oborech vlny 0.	Průběžně 2026–2030; podnět 2027
Zákon 38/2025 Sb. (sociálně-zdravotní pomezí)	Platí od 1. 3. 2025; další kroky 1. 1. 2027 a 1. 1. 2029; nový zákon o sociálních službách se očekává 2031.	Zavádí sociálně-zdravotní službu (§ 36 zák. 108/2006 Sb.) a lůžka (§ 9 odst. 2 písm. e zák. 372/2011 Sb.). Od 2029 hradí pojišťovna pobyt nad 90 dnů jen s indikací schválenou revizním lékařem (§ 22b zák. 48/1997 Sb.), prodloužení o 180 dnů; § 52 zák. 108/2006 Sb. se ruší.	J7 , P3	Podpořit cíl; výhrady máme k načasování: strop nesmí dopadnout na kraj bez kapacity následné péče.	Při první novele, která § 22b otevře, výjimka nebo odklad pro kraj bez bilance lůžek dlouhodobé péče (J7); zveřejnit krajskou bilanci čekajících na místo. Ověřit: která předloha to bude.	2027–2028
Sněmovní tisk 235 (platba státu, zák. 592/1992 Sb.)	2. čtení skončilo 23. 9. 2026; podány PN č. 1796 (základ 17 540 Kč místo 18 362 Kč) a č. 1813; stanovisko výboru je tisk 235/3 (15. 10.); 3. čtení zatím nebylo.	Pevný vyměřovací základ 18 362 Kč od 1. 1. 2027 (platba 2 479 Kč měsíčně, asi +21 mld. Kč); do roku 2029 vypíná automatický vzorec § 3c.	J10	Peníze na rok 2027 nezpochybňujeme, ale požadujeme termínovaný plán reformy (stanovisko klubu z 8. 7. 2026). Jako trvalé pravidlo navrhujeme vzorec J10.	Nový PN už podat nelze. Ověřit: hlasování klubu o PN č. 1796 a 1813. Pro rok 2028 požadovat v rozpočtu pravidlo místo zmrazení.	3. čtení podzim 2026; rozpočet 2028 v roce 2027

Reforma, předloha	Stav k 20. 10. 2026	Co dělá	Průnik s plánem	Náš postoj	Konkrétní PN nebo podnět	Kdy
Úhradová vyhláška 2027 a cyklus 2028	Dohoda ve 12 z 15 segmentů (18. 6. 2026); návrh vyhlášky rozděluje 604,8 mld. Kč; do Sbírky do 31. 10. 2026.	Stanoví hodnotu bodu, úhrady a regulace na rok podle § 17 odst. 5 zák. 48/1997 Sb.	J1 , J2 , J3 , J5	Využít, protože vlna 0 projde v tomto cyklu bez zákona.	Podněty do dohodovacího řízení 2028: sesterská složka u týmových praxí, výkony pro praktiky (například USG), telemonitoring, konzultace lékař-lékař; do seznamu výkonů (vyhl. 134/1998 Sb.) přes Pracovní skupinu k SZV.	Podněty do 31. 1. 2027 (dohoda do 30. 6. 2027); účinnost 1. 1. 2028
Novela zák. 325/2021 Sb. (povinná eŽádanka)	Návrh MZ ve VeKLEP (č. j. vlády 748/26); verze pro jednání vlády z 30. 9. 2026, vláda ho zatím neprojednala. Ověřit: termín povinnosti (návrh uvádí 1. 7. 2027).	Zavádí povinnou eŽádanku, elektronickou dokumentaci a první fázi EHDS.	J5	Podpořit a doplnit.	Povinný triážní údaj (urgentní do 2 týdnů, do 6 týdnů, plánované); specialista smí kategorii změnit se zdůvodněním; měření čekání podle kategorie; přímý přístup bez žádanky zůstává; pacienta nesankcionovat.	Sněmovna 2027, po schválení vládou
Reforma hygienické služby (zákon o Národním institutu veřejného zdraví)	Vnitřní připomínkové řízení od přelomu 9/10 2026; mezíresortní řízení plánováno na 4/2027, vláda 30. 8. 2027. Účinnost 1. 1. 2028 je podle harmonogramu pracovní skupiny (meziresortní řízení 4/2027, vláda 30. 8. 2027, ve VeKLEP zatím nic) nerealizovat; počítáme s rokem 2029 (HSPA Monitor).	Sloučí 14 krajských hygienických stanic, SZÚ a dva zdravotní ústavy (17 institucí) do jednoho ústředního orgánu podřízeného vládě.	P4 , P5	Podpořit sloučení; doplnit hodnocení zdraví.	Pětiletá zpráva o zdraví podle rámce HSPA (P5) a otevřená data; institut vyhodnocuje výdaje Fondu prevence (P4).	Připomínky 4/2027; Sněmovna 2027–2028
Sesterská preskripcie (priorita ministra)	Záměr MZ; paragrafové znění neznáme. Ověřit: předloha a termín. Dnes sestry léky nepřepisují (§ 80 zák. 378/2007 Sb.).	Rozšiřuje kompetence nelékařů (preskripcie sester, očkování v lékárnách).	J2 , J3 , vlna 4	Podpořit a navázat úhradou.	Kompetence musí mít úhradu: samostatná indikace sestry a platba za sesterskou složku v dohodovacím řízení. Sestra v pokročilé praxi s předepisováním zůstává ve vlně 4 (2033).	Podněty 2027; vyhl. 55/2011 Sb. 2028
Konvergence CZ-DRG	Priorita ministra do voleb 2029: zúžit rozpětí krajských základních sazeb z 1 : 1,7 na 1 : 1,3 do 2031. Druhá veličina: jednotnou základní sazbou se hradí přes 25 % akutní lůžkové péče (2025; 3,4 % v roce 2022; cíl aspoň 30 %; MZ ČR 2025, s. 74, 76 a 82). Ověřit: veřejný dokument MZ s trajektorií rozpětí sazeb.	Sbližuje krajské sazby; status zařízení má být samostatný koeficient.	J6 , vlna 4	Podpořit konvergenci; jinak v dopadu na přeměnu lůžek.	Podnět: spočítat dopad konvergence po krajích spolu s krajským plánem sítě. Základní sazbu zákonem (§ 41a) řešit až ve vlně 4 (2033).	Každý cyklus 2027–2031
Zákony 289/2025 a 290/2025 Sb.	Platí od 1. 1. 2026.	289/2025: fond obecně prospěšných činností místo rezervního fondu (až 0,5 % pojistného, asi 2,5 mld. Kč), evropské HTA, úhrada očkovaní přes SÚKL. 290/2025: pohotovosti organizují pojišťovny; nemocničního ombudsmana zákon nevymezuje, stojí na metodickém pokynu MZ 2023 (HSPA Monitor).	P2 , P4 , vlna 4	Navázat na ně bez přepisování.	Rezidenční místa (P2) hradit z fondu obecně prospěšných činností; HTA řešit rozšířením mandátu SÚKL a ÚZIS; zdravotnického ombudsmana odvodit z nemocničních ombudsmanů podle metodického pokynu a jejich chystaného zákonného ukotvení.	P2 v dohodovacím řízení 2027; ostatní ve vlnách 2 a 4

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

Jedenáct předpisů, o kterých VeKLEP mlčí. Co prozrazuje legislativní newsletter ministerstva zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-legislativni-newsletter-mz-zari-2026.html>)

„Po vzoru Nizozemska“ znamená přesný opak. Bonus za péči o zdraví patří do fondu prevence, ne do pojistného (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-bonus-za-zdravi-pojistne.html>)

Poznámka k tisku 235: PN č. 1796 by zvýšil platbu státu asi o 13 mld. Kč místo 21 mld. Kč, tedy asi o 8 mld. Kč méně než vládní návrh (výpočet HSPA Monitoru: $17\,540 \times 0,135 = 2\,368$ Kč měsíčně, rozdíl 111 Kč na pojištěnce).

HSPA má téma

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Vládní reformy a náš plán na jedné ose

Do voleb 2029 běží vládní předlohy souběžně s našimi fázemi F0 a F1; naše zákony přijdou až po nich



Naše zákony se předkládají v roce 2030 a platí nejdřív od 1. 1. 2031, tedy za pravým okrajem osy. →

krok vlády ◇ krok vlády k ověření vládní krok v čase □ náš krok: konzultace, návrhy, věcný záměr □ náš poslanecký návrh
pilot náš termín brány B1 a B2 | 1. 1. 2029: souběh vládních událostí | volby, říjen 2029

Sesterská preskripce a konvergence CZ-DRG v ose chybí, protože nemají veřejný termín.

Textová verze		
Dráha a řádek	Termíny a kroky	Zdroj
Vláda: Moderní veřejné zdravotní pojištění 2030	22. 9. 2026: Představeno jako prezentace ministerstva; vnitřní připomínkové řízení. Paragrafové znění není veřejné, záznam ve VeKLEP jsme k 20. 10. nenašli (Ověřit).	ř. 1547
Vláda: Centralizace onkochirurgie	1. 9. 2026: Játra, slinivka a jícen (Věstník MZ 6/2026 a 10/2026); platí bez zákona. 1. 1. 2027: Gynekologie a rektum. 1. 1. 2028: Plíce. 2027–2030: Urologie.	ř. 1548
Vláda: Zákon 38/2025 Sb. (sociálně-zdravotní pomezí)	od 1. 3. 2025: Zákon platí. 1. 1. 2027: Další krok zákona. 1. 1. 2029: Pojišťovna hradí pobyt nad 90 dnů jen s indikací revizního lékaře (§ 22b zák. 48/1997 Sb.); ruší se § 52 zák. 108/2006 Sb. 2031: Očekává se nový zákon o sociálních službách.	ř. 1549

Dráha a řádek	Termíny a kroky	Zdroj
Vláda: Sněmovní tisk 235 (platba státu)	23. 9. 2026: Druhé čtení skončilo; podány pozměňovací návrhy č. 1796 a 1813; třetí čtení zatím nebylo (podzim 2026). 1. 1. 2027: Pevný vyměřovací základ 18 362 Kč (platba 2 479 Kč měsíčně, asi +21 mld. Kč); do roku 2029 se vypíná automatický vzorec § 3c. 1. 1. 2029: Vrací se automatický vzorec § 3c zák. 592/1992 Sb.; rok 2028 má podle ministra zůstat bez valorizace.	ř. 1550
Vláda: Úhradová vyhláška 2027 a cyklus 2028	do 31. 10. 2026: Návrh vyhlášky rozděluje 604,8 mld. Kč; do Sbírky (dohoda ve 12 z 15 segmentů z 18. 6. 2026). 1. 1. 2027: Vyhláška 2027 platí. 1. 1. 2028: Účinnost vyhlášky 2028 (podněty do dohodovacího řízení se podávají do 31. 1. 2027, dohoda do 30. 6. 2027).	ř. 1551
Vláda: Novela zák. 325/2021 Sb. (povinná eŽádanka)	30. 9. 2026: Verze pro jednání vlády; vláda ji zatím neprojednala. 1. 7. 2027: Termín povinné eŽádanky, který uvádí návrh. Ověřit.	ř. 1552
Vláda: Reforma hygienické služby	od přelomu 9/10 2026: Vnitřní připomínkové řízení. 4/2027: Plánované meziresortní řízení. 30. 8. 2027: Plánované jednání vlády. 1. 1. 2028: Účinnost; harmonogram je těsný. Ověřit.	ř. 1553
Plán: Konzultace	7. 12. 2026: Resortní tým schválí verzi 3 ke konzultaci. 31. 3. 2027: Konec prvního kola připomínek. 2/2027–6/2028: Devět kulatých stolů; bilanční konference 6/2028 před bránou B1.	ř. 75–76, 1879–1887
Plán: Podněty a pozměňovací návrhy	do 31. 1. 2027: Podněty do dohodovacího řízení o úhradách 2028 (dohoda do 30. 6. 2027) a do seznamu výkonů. 2027–2028: Pozměňovací návrhy k reformě v. z. p. 2030, novele zák. 325/2021 Sb. a reformě hygienické služby (podle projednávání ve Sněmovně).	ř. 77, 80, 1547–1556
Plán: Pilot ve třech ORP	do 30. 6. 2027: Dohoda kraje, VZP a obcí. 1. 1. 2028: Start provozu; provoz dva roky. jaro 2029: Průběžné vyhodnocení po roce provozu.	ř. 78, 81, 85, 1935–1940
Plán: Poslanecké návrhy	2028–2029: Jednodušší „dříve vyslovené přání“ s registrem; dobrovolné zveřejňování počtu lidí bez praktika po regionech.	ř. 1171, STEPS_2029
Plán: Věcné záměry a program	7/2028–12/2029: Věcné záměry zákonů o primární péči, o síti, finanční novely a daňových zákonů. do voleb 10/2029: Volební program 2029 s jádrem J1–J10.	ř. 84, 86

časová osa · vládní reformy 2026–2029 a fáze F0–F1 plánu

Do voleb v roce 2029 běží vládní předlohy souběžně s našimi fázemi F0 a F1 (konzultace, pilot, věcné záměry). Naše zákony se předkládají v roce 2030 a platí nejdřív od 1. 1. 2031, tedy za pravým okrajem osy. Sesterská preskripce a konvergence CZ-DRG v ose chybí, protože nemají veřejný termín.

HSPA upřesňuje

Co s tím. Pět reformních směrů, jak udržet nárok pojištěnce udržitelným (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-3-co-s-tim.html>)

1. 1. 2029: souběh

Na 1. 1. 2029 připadají tři vládní události a o devět měsíců později volby do Sněmovny.

- **Strop podle § 22b zák. 48/1997 Sb.** (zákon 38/2025 Sb.): pojišťovna hradí pobyt nad 90 dnů jen s indikací schválenou revizním lékařem, prodloužení nejvýše o 180 dnů. Důvodová zpráva odhaduje úsporu asi 200 mil. Kč ročně; skutečný dopad závisí na kapacitě sociálních služeb.

HSPA potvrzuje

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezi-2026.html>)

- **Zrušení § 52 zák. 108/2006 Sb.:** zaniká dnešní úprava sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Zůstává sociálně-zdravotní služba a lůžko podle zákona 38/2025 Sb. Ověřit: přechodná ustanovení.

Q Ověřujeme

HSPA potvrzuje

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezi-2026.html>)

- **Konec pevného základu z tisku 235:** pro rok 2029 se vrací automatický vzorec § 3c zák. 592/1992 Sb. (růst cen plus polovina růstu reálné mzdy). Rok 2028 má podle ministra zůstat bez valorizace.

HSPA potvrzuje

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 — a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Na tento den náš plán nic nenavrhuje, a to ze tří důvodů. Za prvé, žádný z našich zákonů nemůže být účinný dřív než 1. 1. 2031 (vlna 1) a 1. 1. 2032 (vlna 2); do té doby postupujeme smlouvami, vyhláškou a pilotem. Za druhé, poskytovatelé a pojišťovny budou v roce 2029 zavádět strop pobytu a nové pravidlo platby státu, takže další změna téhož dne by znemožnila oddělit jejich dopady. Za třetí, pilot ve třech ORP běží v letech 2028–2029 a potřebuje stabilní prostředí pro čisté vyhodnocení.

V roce 2029 se soustředíme na tři věci. Sledujeme, kolik lidí nad 90 dnů čeká v kraji na místo v následné péči; tato data jsou podmínkou opatření J7 i brány B3. Návrat vzorce § 3c bereme jako výchozí stav, který v roce 2031 nahradí nový vzorec J10. Ve volebním programu také ohlašujeme daň ze slazených nápojů s účinností od 1. 1. 2032.

HSPA má téma

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezi-2026.html>)

Indikátor: Neuspokojené žádosti o domov pro seniory a domov se zvláštním režimem (na 100 lůžek) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=neuspokojene_zadosti_pobytove_pece_seniory)

Protože strop může zvýšit tlak na akutní lůžka, kraj, v němž obložnost akutních lůžek přesáhne 85 %, přeměnu zastaví bez ohledu na plán sítě.

HSPA má téma

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Indikátor: Využití akutních standardních lůžek vnitřního lékařství (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=obloznost_interna_standard_pct)

Indikátor: Využití lůžek intenzivní péče (ARO/IIP) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=obloznost_intenzivni_pece_pct)

Co z toho plyne pro opoziční období

Do voleb v roce 2029 je třeba udělat pět kroků; nejbližší termín je 9. 11. 2026 a nejdůležitější 30. 6. 2027, kdy končí dohodovací řízení o úhradách na rok 2028. V opozici za ně odpovídá resortní tým (RT) s Institutem Pi a poslaneckým klubem; žádný z kroků nevyžaduje vládní většinu.

HSPA potvrzuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Termín	Krok	Kdo
9. 11. 2026	Rozdělit deset předloh z tabulky mezi členy RT; každá dostane gestora a termín podnětu (schůzka RT).	RT
do 31. 1. 2027 (návrh)	Připravit podklady pro dohodovací řízení 2028: sesterská složka, výkony pro praktiky, telemonitoring, konzultace lékař-lékař; předat je SPL ČR, SPLDD ČR, ČAS a VZP.	RT, Institut Pi
do 30. 6. 2027 (podněty do 31. 1. 2027)	Podat podněty do dohodovacího řízení o úhradách 2028 a dohodnout s krajem a VZP pilot ve třech ORP (jinak náhradní smluvní model u jedné pojišťovny).	RT, VZP, kraj, který se k pilotu přihlásí
2027, po zveřejnění ve VeKLEP	Poslat připomínky v meziresortním řízení k reformě pojištění a hygienické službě; připravit pět PN k pojištění a PN o triážním údaji k eŽadance pro druhé čtení ve Sněmovně.	poslanecký klub, RT
do 6/2028 (brána B1)	Zveřejnit, které PN a podněty byly přijaty a které ne, spolu s vypořádáním připomínek k verzi 3 jako podklad pro bránu B1.	RT, Institut Pi

HSPA upřesňuje

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Osmdesát osm celých čtyři procenta. Úhradová vyhláška 2027 si sama píše, že nemocnicím rostou náklady rychleji než úhrady (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhradova-vyhlaska-2027.html>)

Kam to směřuje: strategie 2025–2035, EHDS a magický rok 2030 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-digi-5-strategie-ehds-2030.html>)

Těchto pět kroků pilot ani věčné záměry zákonů nenahrazuje; obojí běží souběžně a popisuje to Část VIII.

Část VII – Legislativní mapa: co se musí změnit a jak velké to je

Reforma vyžaduje čtyři až šest nových zákonů, novely 16 zákonů, šest až sedm podzákoných předpisů a tři řízení vůči Evropské komisi. Odhadujeme 250 až 350 stran paragrafového znění a zhruba dvakrát tolik důvodových zpráv a dopadových studií (RIA). Stav předpisů je k 20. 10. 2026.

HSPA nemá

Odhad rozsahu legislativy je vlastní plánovací výpočet studie; HSPA nic srovnatelného (počty zákonů, stran, RIA) nemá.

To je víc, než ministerstvo zdravotnictví zvládne za jedno volební období. Proto předlohy řadíme do pěti vln a tam, kde to jde, začínáme smlouvou a vyhláškou a zákon přichází až po nich. Novými zákony jsou zákon o síti lůžkové péče, zákon o dani ze slazených nápojů, zákon o Fondu prevence a zákon o minimální ceně alkoholu; podmíněně přibude zákon o institutu pro hodnocení zdravotnických technologií (HTA) a zákon o pojištění dlouhodobé péče. Zákon o primární péči je nová hlava zákona 372/2011 Sb. s doprovodnými změnami dalších zákonů.

Vlna 0 (2027–2028) běží z opozice: přes ministerstvo, VZP, dohodovací řízení a pozměňovací návrhy k vládním předlohám. Vlny 1 až 4 předpokládají vládu s Piráty od přelomu 2029/2030 (základní scénář „Vláda 2030“). Převzeme-li dnešní vláda část našich návrhů (doplňkový scénář s nízkou pravděpodobností), posune se o jeden až dva roky dopředu jen vlna 0.

Rozsah předloh měříme třemi stupni. Hranice 35 paragrafů je pracovní a slouží jen k plánování kapacity, právní kvalifikaci neurčuje.

Stupeň	Definice	Rozsah znění	Průvodní dokumenty
S (malá)	novela do 10 novelizačních bodů	1–3 strany	zkrácená RIA
M (střední)	novela o 10–50 bodech, nebo nový zákon či hlava do 35 paragrafů	5–20 stran	RIA, paragrafové znění
L (velká)	novela nad 50 bodů, nebo nový zákon či hlava nad 35 paragrafů	20–50 stran	věcný záměr, plná RIA, ústavní rozbor

Tabulky uvádějí ustanovení, rozsah, předkladatele, rok předložení, účinnost a vazbu na opatření jádra (J1 – J10) a podmínky (P1 – P5). Označením „doprovod“ uvádíme opatření, která nepatří do jádra ani mezi podmínky.

Vlna 0: co jde z opozice v letech 2027–2028

Vlna 0 má devět kroků: pět závisí na vůli ministerstva nebo pojišťovny, čtyři na hlasování Sněmovny, kde Piráti nemají většinu. Pro opozici jsou nejlevnější cestou pozměňovací návrhy, protože vládní předlohy z let 2026 až 2027 otvírají právě ty paragrafy, které studie potřebuje. Návrh musí věcně souviset s předmětem předlohy (nález Pl. ÚS 77/06 o přílepcích; Ověřit: spisová značka).

Q Ověřujeme

HSPA nemá

2,4 miliardy podle vzorce, 24 miliard podle slibu. Platba za státní pojištění jde do roku 2027 po dvou kolejích (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-valori-zace-statni-pojistenci-2027.html>)

Nástroj a ustanovení	Co se mění	Rozsah	Kdo	Předložení	Účinnost	Vazba
Smlouva pojišťovny s týmem podle § 15 a § 17 zák. 48/1997 Sb.	Pilot a pětiletá smlouva dodatkem: sesterská složka, příplatek za návštěvu, odměna za výsledky	vzor smlouvy	VZP, kraj, obce	dohoda do 6/2027	pilot 2028	J1 , J2 , J4
Úhradová vyhláška na rok 2028; § 17 odst. 5 zák. 48/1997 Sb.	Sestry u týmových praxí, platba za funkce	S (ročně)	MZ po dohodovacím řízení	podněty do 31. 1. 2027 (dohoda do 30. 6. 2027)	1. 1. 2028	J1 , J2
Seznam výkonů; vyhl. 134/1998 Sb.	Telemonitoring, konzultace lékař–lékař, zpětná zpráva, plánování péče, navigace, krátká intervence, fluoridový lak a pečetění, USG u praktika. V roce 2025 plátcí (VZP a SZP ČR, po jednom hlasu) zablokovali v pracovní skupině 15 návrhů včetně telemonitoringu srdečního selhání (výkon 17228), takže bez dohody s plátcí výkony neprojdou (HSPA Monitor)	S–M	MZ, pracovní skupina k SZV	podněty 2027	1. 1. 2028	J2 , J3 , J5
Činnosti sester; vyhl. 55/2011 Sb.	Poradny chroniků, hodnocení upozornění z telemonitoringu	S	MZ (v souladu s prioritou ministra, sesterskou preskripcí)	podněty 2027	2028	J2
Věstník MZ; metodika	Standard týmu a centra; minimální objemy pro čtyři obory podle vzoru onkochirurgie (první vlna – játra, slinivka, jícen – od 1. 9. 2026 podle Věstníku MZ 10/2026, další obory 2027–2030)	metodika	MZ	2027	2027–2028	J1 , J6
Pozměňovací návrhy k reformě veřejného zdravotního pojištění 2030; zák. 48/1997, 551/1991, 280/1992 Sb.	Víceleté smlouvy i pro týmy primární péče	S	poslanecký klub	Sněmovna 2027	podle předlohy MZ, 2028	J1
Pozměňovací návrhy k novele zák. 325/2021 Sb.	Triážní údaj v eŽádance (urgentní do 2 týdnů, do 6 týdnů, plánované); měření čekání	S	poslanecký klub	2. čtení 2027	podle předlohy	J5
Pozměňovací návrhy k reformě hygienické služby	Prevence a fond v novém ústředním orgánu (NIVZ nejdříve od 2029)	S	poslanecký klub	2027–2028	NIVZ od 2029	P4
Poslanecký návrh; § 36 zák. 372/2011 Sb.	Dříve vyslovené přání bez ověřeného podpisu, registr	S	poslanecký klub	2028	závisí na většině	doprovod

HSPA upřesňuje

Platit za výsledek, nikoli za výkon. Duškovova reforma úhrad VZP a co skutečně znamená pro českou zdravotní péči (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-za-vysledek-vzp.html>)

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Dohodovací řízení o úhradách pro rok 2028 začne v lednu 2027 a dohodu je třeba uzavřít do 30. června 2027 (§ 17 odst. 5; řízení pro rok 2027 běželo od 29. 1. do 18. 6. 2026; HSPA Monitor). Podněty pro rok 2028 proto podáváme do 31. 1. 2027, nejpozději při zahájení jednání. Bez dohody vydá ministerstvo vyhlášku do 31. října.

HSPA potvrzuje

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

Vlna 1: peníze a daně (předložit 2030, účinnost 1. 1. 2031)

Vlnu 1 tvoří jedna malá a tři střední předlohy, které se předkládají v prvním pololetí 2030 a zajišťují zdroje: daně za zdraví s plánovacím výnosem 5 mld. Kč ročně (rozpětí 5–7). Výnos se dělí podle pravidla PEER: Fond prevence dostane nejméně 40 %, a to nejméně 2 mld. Kč (valorizovaně); zbytek zvyšuje platbu státu do veřejného zdravotního pojištění a na snížení odvodů z práce se nepoužije. Toto pravidlo patří přímo do zákona o fondu; v ročním rozpočtu se neupravuje.

HSPA potvrzuje Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Předpis a ustanovení	Co se mění	Rozsah	Kdo	Předložení	Účinnost	Vazba
Zák. 592/1992 Sb.; § 3c, § 2	Vzorec platby státu podle nákladů na státní pojištění; sazba pojistného (13,5 %) se mění jen v daňové reformě. Navazuje na pevný základ z tisku 235 pro rok 2027 a na návrat vzorce § 3c od 2029 (MZ avizuje zmrazení pro 2028)	S	MF s MZ	1. pololetí 2030	1. 1. 2031	J10
Zák. 353/2003 Sb.; daň z vína, § 70 (líh) a sazba piva	Tiché víno 23,40 Kč/l; poloviční sazba pro malé nezávislé vinaře do 1 000 hl (2031–2032, plná sazba 2033); automatická valorizace lihu a piva. Většinu textu tvoří správní režim malých vinařů (daňové sklady, zjednodušená evidence). Ověřit: směrnice 92/83/EHS ve znění (EU) 2020/1151 sníženou sazbou pro víno nezná (čl. 5 a 22 se týkají piva a lihu), tedy právní opora a veřejná podpora	M	MF, Celní správa	2030	1. 1. 2031	J8
Nový zákon o dani ze slazených nápojů	Pásma podle cukru, plátce, osvobození, správa Celní správu, určení výnosu. Zákon se přijme v roce 2030 a ohlásí už ve volebním programu 2029, aby výrobci měli dva roky na reformulaci. Posoudit veřejnou podporu u osvobození malých výrobců; Ověřit: kvalifikace daně vzhledem k čl. 401 směrnice 2006/112/ES	M (25–35 §§)	MF, Celní správa	2030	1. 1. 2032	J9
Nový zákon o Fondu prevence	Státní fond, příjmy z daní za zdraví, rada fondu, roční vyúčtování. Účelové vázání příjmů musí obstát z hlediska zák. 218/2000 Sb. (rozpočtová pravidla) a 23/2017 Sb. (rozpočtová odpovědnost); vzor: zák. 104/2000 Sb. (SFDI)	M (15–25 §§)	MZ, MF	2030	1. 1. 2031	P4 (J8, J9 jako zdroj)

Q Ověřujeme

HSPA potvrzuje

Miliardy, které chybí. Anatomie deficitu veřejného zdravotního pojištění 2026 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-vzp-2026.html>)

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částece, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Zákon o fondu je účinný dřív než daň ze slazených nápojů, proto se fond v letech 2031 až 2032 financuje z výnosu daně z vína a valorizace; od 2032 k tomu přibude výnos daně ze slazených nápojů. Dnešní fondy prevence jednotlivých pojišťoven fungují v roce 2031 souběžně s novým fondem. Od 1. 1. 2032 se změní na fondy rozšířené péče (M2.3, vlna 2) a prevenci pak platí jen Fond prevence zdravotních pojišťoven.

HSPA potvrzuje

„Po vzoru Nizozemska“ znamená přesný opak. Bonus za péči o zdraví patří do fondu prevence, ne do pojistného (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-bonus-za-zdravi-pojistne.html>)

Vlna 2: primární péče (předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032)

Vlna 2 obsahuje čtyři předlohy a jedno nařízení vlády, z nichž jedna je velká: zákon o primární péči s účinností 1. 1. 2032. Znění zákona vychází z pilotu: průběžné vyhodnocení (2029) a závěrečné (2030) se promítnou do znění před jeho schválením. Do účinnosti zákona funguje smluvní model (smlouva podle § 17 zák. 48/1997 Sb.).

Předpis a ustanovení	Co se mění	Rozsah	Kdo	Předložení	Účinnost	Vazba
Zák. 372/2011 Sb.; nová hlava	Tým sdružené péče a centrum: definice, minimální funkce, smluvní síť ordinací, spádové území jako plánovací jednotka, skuteční majitelé a místní koncentrace, klinická nezávislost, pohotovost v centrech nad 10 lékařů. Vzor: centrum duševního zdraví (Ověřit: § 44b až 44d). Ověřit: soulad pravidel vlastnictví a koncentrace s čl. 49 SFEU (rozsudek C-169/07 Hartlauer) a rozbor ÚOHS	L (30–40 §§)	MZ (tým pro primární péči)	2. pololetí 2030	1. 1. 2032	J1, J2, J3
Zák. 48/1997 Sb.; § 17, § 18, § 22, § 46, přílohy	Víceletá smlouva se všemi pojišťovnami, platba za funkce, samostatná indikace sestry, delší indikace domácí péče, povinnost zajistit registraci do 30 dnů, hrazená zubní prevence do 18 let. Ověřit: čísla § 18 a § 22	M–L (40–60 bodů); v jedné předloze s hlavou 372/2011	MZ	2. pololetí 2030	1. 1. 2032	J1, J2, J4
NV 307/2012 Sb.	Dojezdové doby podle spádů, lhůta pro zajištění registrace	S–M	MZ, vláda	po schválení zákona, 2031	1. 1. 2032	J1, J4
Zák. 325/2021 Sb.; eŽádanka	Triážní údaj, měření čekání s doporučením i bez něj	S (jen pokud neprojde ve vlně 0)	MZ	2030	1. 1. 2032	J5
Zák. 372/2011 Sb., stížnosti (Ověřit: část osmá) a zák. 349/1999 Sb. (VOP)	Zdravotnický ombudsman s povinností reagovat do 30 dnů	M	MZ, Kancelář veřejného ochránce práv (konzultace)	2030	1. 1. 2032	doprovod
Zák. 48/1997, 551/1991, 280/1992 Sb.; vyhl. 418/2003 Sb.	Zákonné vymezení rozšířené péče a ochranného limitu (nález Pl. ÚS 36/11); fondy prevence pojišťoven se mění na fondy rozšířené péče. Ověřit: rozsah výroku Pl. ÚS 36/11 a obsah vyhl. 418/2003 Sb.	M	MZ	2030	1. 1. 2032	P4

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Devět tisíc lidí ročně. Centra duševního zdraví ošetřila v roce 2024 třicetkrát víc pacientů než v roce prvních center, Karlovarský kraj pětkrát víc na obyvatele než Jihomoravský (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cdz-devet-tisic-pacientu.html>)
207 milionů na patnáct center duševního zdraví. Dotace platí dvanáct měsíců (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cdz-iv-vyzva-207-milionu.html>)
Reforma slíbila 100 center duševního zdraví. Funguje jich zhruba 40 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centra-dusevniho-zdravi.html>)

Vlna 3: síť lůžkové péče (předložit 2031, přijmout 2032, účinnost nejpozději 1. 1. 2033)

Zákon o síti lůžkové péče je druhou velkou předlohou období: předkládá se v roce 2031, přijat má být v roce 2032 a účinný nejpozději od 1. 1. 2033; první krajské plány vzniknou v roce 2033. Jako jediná mění práva krajů a vlastníků nemocnic, a proto musí stát na ústavním a uniijním rozboru, který bude hotový před nástupem vlády. Samotné zpracování plánu sítě zabere 12 až 18 měsíců.

HSPA má téma

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pe-ce-z-luzek.html>)
Indikátor: Akutní lůžka (na 1 000 obyvatel) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=postele_akutni_per_1000)
Indikátor: Míra hospitalizací (všechna onemocnění) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=hospitalizace_na_100k)

Předpis a ustanovení	Co se mění	Rozsah	Kdo	Předložení	Účinnost	Vazba
Nový zákon o síti lůžkové péče	Krajský plán služeb na 10 let, čtyři skupiny lůžek, kontrolní body, fond přeměny s milníky, garance příjmu, pandemická rezerva, rozhodování sporů vládou	L (40–70 §§)	MZ (tým pro síť), kraje	2031	nejpozději 1. 1. 2033 (přijetí 2032)	J6 , J7
Zák. 48/1997 Sb.; § 46 až 52 (část desátá, síť poskytovatelů)	Povinnost pojišťoven naplňovat plán; výběrová řízení (dnes je vyhlašuje krajský úřad) podle plánu	M	MZ	2031, v jedné předloze se zákonem o síti	jako zákon o síti	J6
Zák. 374/2011 Sb. (ZZS)	Plán pokrytí, posílení základů jako podmínka sloučení oddělení	S–M	MZ	2031, v jedné předloze	jako zákon o síti	J6 , J7
Zák. 129/2000 Sb. (kraje); zák. 372/2011 Sb. (oprávnění)	Působnost kraje v plánu, soulad oprávnění s plánem	S	MZ	2031, v jedné předloze	jako zákon o síti	J6
Pověřovací akt SGEI (akt vlády a krajů, nemá formu zákona)	Garance příjmu jako vyrovnávací platba podle rozhodnutí Komise 2012/21/EU	akt	vláda, kraje	před první výplatou garance	nejpozději s účinností zákona	J6

HSPA upřesňuje

Co s tím. Pět reformních směrů, jak udržet nárok pojištěnce udržitelným (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-3-co-s-tim.html>)
Indikátor: Dojezdový čas ZZS (do 20 minut) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=dojezd_zzs)

Před předložením je třeba mít hotové čtyři podklady: ústavní rozbor (čl. 8 a 101 Ústavy, čl. 11, 26 a 31 Listiny), dopadovou studii fondu přeměny, posouzení, proč nestačí dnešní nástroje (§ 17 a § 46 až 52 zák. 48/1997 Sb., NV 307/2012 Sb., Věstník MZ), a pověřovací akt SGEI. Centralizace onkochirurgie (první vlna – játra, slinivka, jícen – od 1. 9. 2026 podle Věstníku MZ 10/2026, další obory 2027–2030) ukazuje, že část sítě lze měnit bez zákona; zákon je nutný pro desetiletý plán, fond přeměny a garanci příjmu.

HSPA potvrzuje

Co dnes skutečně máte nárok? Anatomie ústavního práva na bezplatnou zdravotní péči (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-1-co-to-je.html>)
Čtyři tisíce operací se stěhují do center. Centralizace onkochirurgie má být hotová do roku 2030 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-onkochirurgie-2030.html>)
Provozní garance příjmu se v modelu vyplácí v letech 2033 až 2040 (viz Část V), tedy až po účinnosti zákona o síti (nejpozději 1. 1. 2033) a prvních krajských plánech; samostatný právní základ pro dřívější výplaty proto není potřeba.

Vlna 4: dokončení (předložit 2032–2034, účinnost 2033 a později)

Vlna 4 reformu dokončuje. Tvoří ji deset předloh z let 2032 až 2034; většina z nich jádro doplňuje, jeho start na nich ale nezávisí. Po volbách 2033 závisí její pokračování na zprávě nezávislého hodnotitele (brána B4) a na složení vlády. Zákony o alkoholu a o dlouhodobé péči jsou politicky nejcitlivější; strana je voličům předkládá k rozhodnutí a předem se k nim nezavazuje.

Předpis a ustanovení	Co se mění	Rozsah	Kdo	Předložení	Účinnost	Vazba
Zák. 96/2004 Sb. a zák. 378/2007 Sb. (§ 80)	Sestra v pokročilé praxi s předepisováním	M	MZ	2032	1. 1. 2033	J2
Zák. 48/1997 Sb.; § 41a (Ověřit: číslo §)	Základní sazba DRG a valorizace zákonem, rizikový koridor; navazuje na konvergenci CZ-DRG 1:1,7 na 1:1,3 do 2031	M	MZ	2032	1. 1. 2033	doprovod
Zák. 551/1991 a 280/1992 Sb.	Zastoupení pojištěnců; musí navázat na reformu MZ (správní rady o 9 členech), jinak jde proti platnému stavu. Přímá volba (tisk 479) není součástí jádra	M	MZ	2032	1. 1. 2033	doprovod
Zák. 372/2011 Sb. (NZIS)	HSPA jako oficiální rámec hodnocení, povinná zpráva	S	MZ, ÚZIS	2032	1. 1. 2033	P5

Předpis a ustanovení	Co se mění	Rozsah	Kdo	Předložení	Účinnost	Vazba
Institut pro hodnocení technologií (HTA): rozšíření mandátu SÚKL a ÚZIS	Hodnocení výkonů a organizačních modelů. Plánujeme s touto cestou; nový zákon o nezávislé instituci (L) připravíme jen tehdy, když ministerstvo získá kapacitu	M (nový zákon: L)	MZ	2032	1. 1. 2033 (nový zákon 1. 1. 2034)	doprovod
Zák. 65/2017, 40/1995, 128/2000 Sb.	Zmocnění obcí k nočnímu prodeji, reklama, zdravotní varování na alkoholu. Varování vyžaduje notifikaci TRIS (tříměsíční standstill)	M	MZ, obce	2032	1. 1. 2033	doprovod
Nový zákon o minimální ceně alkoholu	Kalibrovaná cena za gram alkoholu; test přiměřenosti podle C-333/14	M	MZ, MF	2032	1. 1. 2034	doprovod
Zák. 108/2006 Sb. (§ 36); zák. 48/1997 Sb. (§ 17a, § 22b)	Sdílené financování sociálně-zdravotních služeb; navázat na zák. 38/2025 Sb. a rekodifikaci MPSV (2031). Ověřit: čísla § po novele 38/2025 Sb.	M	MZ, MPSV	2033	1. 1. 2034	P3 , J7
Zák. 96/2004 a 48/1997 Sb.	Psychoterapie jako zdravotní služba a její úhrada	M	MZ	2033	1. 1. 2034	doprovod
Zákon o pojištění dlouhodobé péče	Samostatný zákon, jen pokud padne rozhodnutí	L	MZ, MPSV, MF	2034, podmíněno	2036 a později	P3

Q Ověřujeme

HSPA potvrzuje

Co s tím. Pět reformních směrů, jak udržet nárok pojištěnce udržitelným (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-3-co-s-tim.html>)

Osmdesát osm celých čtyři procenta. Úhradová vyhláška 2027 si sama píše, že nemocnicím rostou náklady rychleji než úhrady (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhradova-vyhlaska-2027.html>)

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

Jak dlouho trvá zákon

Velká předloha trvá 24 až 42 měsíců od věcného záměru do účinnosti, střední novela 11 až 21 měsíců. Dvě krajní hodnoty rozhodují o tom, co musí být hotové dřív, než vláda nastoupí.

HSPA má téma

Pohotovosti přešly na pojišťovny. Co zákon 290/2025 Sb. skutečně mění (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-pohotovosti-290-2025.html>)

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)

Elektronizace zdravotnictví míří dál. Co schválila novela — eŽádanky, eOčkovací průkaz a centrální registr prevence — a kde má pasti (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-elektronizace-2026.html>)

Krok	Velká předloha (L)	Střední novela (M)	Co lze udělat v opozici
Věcný záměr a jeho projednání	4–6 měsíců	nepotřebuje	celý věcný záměr
Paragrafové znění, RIA	4–6 měsíců	2–3 měsíce	osnova a pracovní znění
Meziresortní připomínkové řízení a vypořádání	2–3 měsíce	1–2 měsíce	nic, probíhá ve vládě
Legislativní rada vlády, vláda	2–3 měsíce	1–2 měsíce	nic
Sněmovna (tři čtení), Senát, prezident	6–12 měsíců	4–8 měsíců	jednání s kluby, pozměňovací návrhy
Legisvakance	6–12 měsíců	3–6 měsíců	nic
Celkem	24–42 měsíců	11–21 měsíců	

Od nástupu vlády v lednu 2030 zbývá do 1. 1. 2032 přesně 24 měsíců, tedy právě dolní hranice rozpětí pro velkou předlohu. S hotovým věcným záměrem se řetězec zkrátí na 20–36 měsíců, s hotovým záměrem i pracovním zněním s RIA na 16–30 měsíců. Se samotným věcným záměrem je tedy termín 1. 1. 2032 dosažitelný, jen pokud proces proběhne v dolní čtvrtině rozpětí; se zněním a RIA vychází termín zhruba doprostřed.

U střední novely se řetězec s hotovým zněním zkrátí na 9–18 měsíců. Termín 1. 1. 2031 pro vlnu 1 je od nástupu vlády 12 měsíců, tedy ve spodní třetině rozpětí. Udržíme ho, jen pokud budou znění a RIA hotové při nástupu vlády a legisvakance bude na dolní hranici; jinak se dané i vzorec platby státu posunou o rok.

Zákon o síti (předložit 2031, přijmout 2032, účinnost nejpozději 1. 1. 2033) má od nástupu vlády 36 měsíců, což spadá do horní poloviny rozpětí. Rezerva je u něj větší, ale ústavní rozbor a posouzení veřejné podpory musí být hotové předem, jinak zdrží celý řetězec.

Pro věcné záměry v letech 2028–2029 z toho plynou tři pravidla:

- Věcné záměry obou velkých předloh (primární péče, síť) a znění daňových a finančních novel jsou hotové do brány B2 (12/2029–1/2030).
- Zákon o primární péči má při nástupu vlády i pracovní znění s RIA, jinak termín 1. 1. 2032 nedrží.
- Ústavní rozbor sítě, pověřovací akt SGEI a posouzení veřejné podpory jsou hotové do 6/2029, aby v roce 2030 nezdržely vládu.

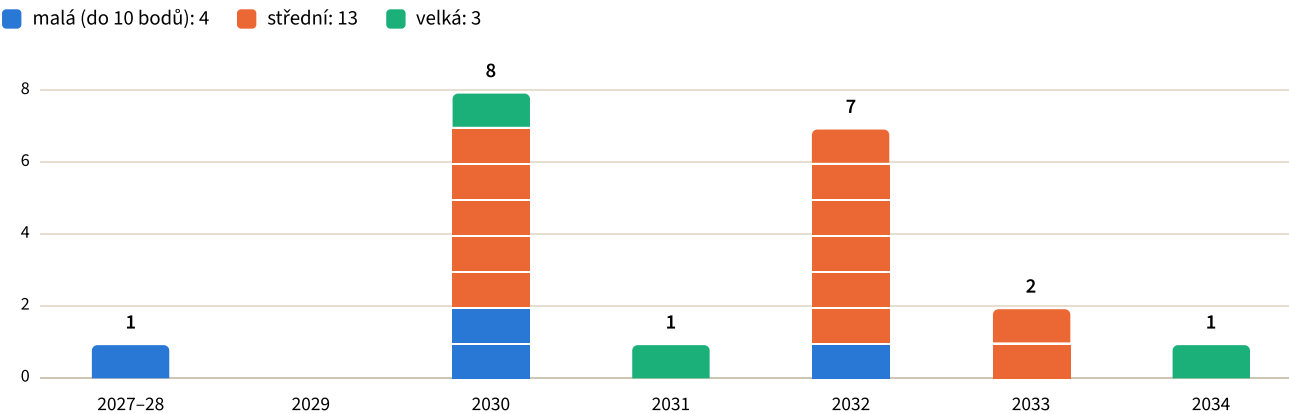
Opoziční příprava úřední znění nenahradí: legislativní odbor ministerstva musí připravené podklady převzít a zpracovat. Proto počítáme s tím, že ho posílí tým pro primární péči a tým pro síť (viz Část VIII).

Legislativní zátěž podle let

Ve dvaceti předlohách vln 0 až 4 jsou čtyři malé, třináct středních a tři velké. Graf ukazuje, že vrchol připadá na rok 2030, kdy se předkládají finanční a daňové zákony spolu se zákonem o primární péči, a na rok 2032, kdy se předkládá balíček 3.

Legislativní zátěž vrcholí v letech 2030 a 2032: osm a sedm předloh

Počet předloh podle roku předložení a rozsahu; 20 předloh vln 0–4: 4 malé, 13 středních, 3 velké



V roce 2030 se předkládají finanční a daňové zákony spolu se zákonem o primární péči, v roce 2032 balíček vlny 4. V roce 2031 je jen zákon o síti, ale Sněmovna tehdy projednává obě velké předlohy současně. Vlna 0 jde z opozice přes ministerstvo, pojišťovny a pozměňovací návrhy; jako samostatnou předlohu z ní počítáme jednu malou, souhrnně za roky 2027–2028.

Zdroj: Studie v3, Část VII, součet tabulek vln 0–4; stav předpisů k 20. 10. 2026. Jedna předloha může novelizovat více zákonů.

součet tabulek vln 0–4 v této části · 20 předloh, rok předložení 2027–2034

V roce 2031 se předkládá jen zákon o síti, ve Sněmovně se však tehdy projednávají obě velké předlohy současně. Institut HTA je zařazen jako rozšíření mandátu SÚKL a ÚZIS (M); jako nový zákon by byl čtvrtou velkou předlohou období.

Tři řízení vůči Evropské komisi

Reforma vyžaduje tři řízení vůči Evropské komisi. Každé trvá měsíce, a proto žádné nelze nechat na poslední chvíli. Dvě z nich (veřejná podpora a SGEL) rozhodují o tom, zda lze vyplátit peníze fondu přeměny a garanci příjmu; třetí (TRIS) rozhoduje o termínu účinnosti zákonů o alkoholu.

Řízení	K čemu slouží	Právní základ	Lhůta	Kdo a kdy
TRIS, notifikace technických předpisů	Zdravotní varování na alkoholu (novela 65/2017 a 40/1995 Sb.). Ověřit: zda minimální cena alkoholu spadá pod notifikační povinnost; i při záporné odpovědi návrh Komisi předložíme, protože test přiměřenosti podle C-333/14 je citlivý	směrnice (EU) 2015/1535	tři měsíce standstill; při podrobném stanovisku Komise nebo členského státu se prodlužuje	MZ přes ÚNMZ (Ověřit: kontaktní místo); návrh se notifikuje před předložením vládě, tedy 2031–2032
SGEL, pověřovací akt a vyrovnávací platba	Garance příjmu nemocnicím v plánu sítě jako úhrada služby obecného hospodářského zájmu	rozhodnutí Komise 2012/21/EU (nemocnice bez stropu částky); kritéria Altmark, C-280/00	bez notifikace, pokud akt splní podmínky rozhodnutí: obsah pověření, doba nejvýše 10 let, kontrola nadměrné náhrady aspoň jednou za tři roky (Ověřit: čl. 2, 4 a 6)	vláda a kraje; akt hotový před první výplatou garance
Veřejná podpora, posouzení a případná notifikace	Investiční část fondu přeměny (5–10 mld. Kč), snížená sazba daně z vína pro malé vinaře, osvobození malých výrobců od daně ze slazených nápojů, platby soukromým týmům	čl. 107 a 108 SFEU; nařízení (EU) 2015/1589	předběžné posouzení Komise dva měsíce od úplné notifikace (Ověřit); formální šetření může trvat déle než rok	ministerstva přes ÚOHS jako koordinátora veřejné podpory (Ověřit: zák. 215/2004 Sb.); právní stanovisko 2029, notifikace vlny 1 v roce 2030, fondu přeměny 2031

Q Ověřujeme

HSPA nemá Čtrnáct litrů. Proč Česko pije nejvíc v OECD a co s tím dělají jiné země (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-alkohol-spotreba.html>)

Pravidla vlastnictví a místní koncentrace v primární péči se posuzují jako zásah do svobody usazování (čl. 49 SFEU; rozsudek C-169/07 Hartlauer); veřejnou podporou nejsou. Směrnice o službách na zdravotní služby nedopadá (čl. 2 odst. 2 písm. f) směrnice 2006/123/ES), takže notifikace podle ní odpadá; rozbor přiměřenosti je ale potřeba i tak.

HSPA nemá

HSPA se evropským právem svobody usazování (Hartlauer, směrnice o službách 2006/123/ES) nezabývá.

Co jde bez zákona

Reformu lze začít bez nového zákona osmi nástroji; každý z nich má ale hranici, kterou překoná až zákon. Právní oporou smluvního modelu je poslední věta § 17 odst. 5 zák. 48/1997 Sb.: úhradová vyhláška se použije, pokud se poskytovatel a pojišťovna nedohodnou o způsobu a výši úhrady jinak. Ministerstvo tento prostor vykládá úzce (stanovisko z roku 2012: pojišťovna vyhlášku jednostranně nevyloučí); Ověřit: aktuální výklad.

Q Ověřujeme

HSPA nemá

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)

Nástroj	Právní opora	Co umožňuje	Hranice
Smlouva pojišťovny s týmem	smlouva podle § 15 a § 17 zák. 48/1997 Sb.	Pětiletá smlouva, sesterská složka, příplatek za návštěvu, odměna za výsledky	Platí jen pro jednu pojišťovnu; o smlouvách rozhoduje vedení pojišťovny, střet zájmů autora popisuje úvod studie; Ověřit: vztah k § 46 (výběrové řízení) u nových smluv
Úhradová vyhláška	§ 17 odst. 5 zák. 48/1997 Sb.	Sestry u týmových praxí, platba za funkce	Ročně jednou; rozhoduje ministr, když dohoda nevznikne do 120 dnů před koncem roku
Seznam zdravotních výkonů	vyhl. 134/1998 Sb. (Ověřit: zákonné zmocnění)	Nové výkony: telemonitoring, konzultace, navigace, USG	Výkon bez ceny v úhradové vyhlášce se neplatí; hodnotu bodu stanoví až vyhláška
Činnosti sester	vyhl. 55/2011 Sb. (Ověřit: zmocnění v zák. 96/2004 Sb.)	Poradny chroniků, hodnocení upozornění, rozšířené kompetence v mezích zákona	Nesmí překročit zákon: předepisování léčiv (§ 80 zák. 378/2007 Sb.) patří do vlny 4
Věstník MZ	metodika; precedens: centralizace onkochirurgie, první vlna – játra, slinivka, jícen – od 1. 9. 2026 podle Věstníku MZ 10/2026, další obory 2027–2030	Standard týmu a centra, minimální objemy pro čtyři obory	Není právním předpisem; závazným se stává až prostřednictvím smluv s pojišťovnami (Ověřit)
Obce a kraje	§ 39 zák. 128/2000 Sb. (nakládání s majetkem obce), rozpočet obce nebo kraje	Prostory pro týmy, senior taxi	Nelze přikázat pojišťovně ani poskytovateli
Výkup praxí uvnitř týmu	zák. 89/2012 Sb. (občanský zákoník), vzorová smlouva	Nezávislý odhad ceny, úvěr se splátkami na 5 až 10 let	Žádná platba ze smlouvy s pojišťovnou; státní záruka potřebuje vlastní právní základ (Ověřit)
AI zapisovatel a telemonitoring	změna zákona se nepředpokládá (Ověřit: § 11c a vyhl. 30/2025 Sb. citované v minulé verzi)	Provoz v ordinacích	Zakázky musí od začátku požadovat MDR (nařízení (EU) 2017/745), EHDS (nařízení (EU) 2025/327) a NIS2 (směrnice (EU) 2022/2555); AI Act (nařízení (EU) 2024/1689)

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Co s tím. Pět reformních směrů, jak udržet nárok pojištěnce udržitelným (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-3-co-s-tim.html>)

Dva hlasy stačí. Jak pojišťovny drží tiché veto nad sazebníkem zdravotních výkonů (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-veto-platcu-szv-2026.html>)

Čtyři tisíce operací se stěhují do center. Centralizace onkochirurgie má být hotová do roku 2030 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-onkochirurgie-2030.html>)

Zákon je nezbytný pro tři věci: víceleté jistoty vůči všem pojišťovnám, pravidla vlastnictví a koncentrace a práva krajů a vlastníků v plánu sítě. Pokud strana přesvědčí MZ k vydání vyhlášky a VZP k pilotu, začne reforma bez jediného zákona.

Věcné záměry k napsání v opozici

Deset podkladů musí být hotových do brány B2 (12/2029–1/2030), aby je vláda mohla předložit v prvních měsících roku 2030; u tří z nich mají být teze připravené už do brány B1 (6/2028). Rozdělení mezi členy resortního týmu (RT) projedná schůzka 9. 11. 2026; uvedené termíny jsou návrhem k diskusi.

Věcný záměr	Rozsah	Garant	Termín hotovosti	Obsah a podmínka
Zákon o primární péči (nová hlava 372/2011 Sb. a novela 48/1997 Sb.)	L	doplní RT 9. 11.	teze B1 (6/2028); záměr s pracovním zněním a RIA B2 (12/2029)	Tým a centrum, pravidla vlastnictví, pohotovost center, víceletá smlouva; zohlední průběžné vyhodnocení pilotu
Zákon o síti lůžkové péče (vlna 3)	L	doplní RT 9. 11.	teze B1 (6/2028); záměr B2 (12/2029)	Krajský plán, fond přeměny, garance příjmu, pandemická rezerva; ústavní rozbor a dopadová studie fondu
Právní stanovisko k SGEI a veřejné podpoře	studie	doplní RT 9. 11.	6/2029	Fond přeměny, garance příjmu, daňové úlevy pro malé vinaře a výrobce; návrh pověřovacího aktu
Finanční novela: platba státu a daně z vína, lihu a piva	S + M	doplní RT 9. 11.	znění a RIA B2 (12/2029)	§ 3c a § 2 zák. 592/1992 Sb., zák. 353/2003 Sb.; správní režim malých vinařů; právní oporu snížené sazby ověřit

Věcný záměr	Rozsah	Garant	Termín hotovosti	Obsah a podmínka
Zákon o dani ze slazených nápojů	M	doplň RT 9. 11.	znění a RIA B2 (12/2029); ohlášení ve volebním programu 2029	Pásma podle cukru, osvobození, správa Celní správou
Zákon o Fondu prevence	M	doplň RT 9. 11.	teze B1 (6/2028); znění a RIA B2 (12/2029)	Pravidlo dělení výnosu podle PEER (nejméně 40 %, aspoň 2 mld. Kč fondu, zbytek platba státu); stanovisko MF k zák. 218/2000 a 23/2017 Sb. do 6/2029
Zdravotnický ombudsman a stížnosti	M	doplň RT 9. 11.	osnova B2 (12/2029); znění připravuje MZ 2030	Část osmá zák. 372/2011 Sb., zák. 349/1999 Sb.; konzultace s Kanceláří veřejného ochránce práv
Rozšířená péče, ochranný limit a fondy pojišťoven	M	doplň RT 9. 11.	ústavní rozbor 6/2029; osnova B2 (12/2029)	Nález Pl. ÚS 36/11; zák. 48/1997, 551/1991, 280/1992 Sb.
Balíček 3: sestra v pokročilé praxi, DRG zákonem, rozšíření mandátu SÚKL a ÚZIS (HTA)	M	doplň RT 9. 11.	teze po B2 (2030); není podmínkou B2	Zák. 96/2004, 378/2007, 48/1997 Sb.; koridor DRG navázat na konvergenci 1:1,7 na 1:1,3 do 2031
Regulace alkoholu: varování, reklama, noční prodej, minimální cena	M	doplň RT 9. 11.	teze po B2 (2030–2031); notifikace TRIS 2031–2032	Zák. 65/2017, 40/1995, 128/2000 Sb.; test přiměřenosti C-333/14; předkládá se voličům k rozhodnutí

HSPA potvrzuje Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Zákonné lhůty na vyřízení stížnosti jsou „fakticky neúčinné“, píše ministerstvo o vlastním systému (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-stiznosti-zpetna-va-zba-zprava-2026.html>)

Pět ombudsmanů, jeden pacient. Kdo v Česku hlídá práva nemocných — a proč to bylo tak roztržštěné (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ombudsmani-v-e-zdravotnictvi.html>)

Ověřit před podáním návrhů

Dvanáct ustanovení a výroků je třeba před podáním prvního návrhu ověřit v konsolidovaném znění; do té doby jsou v tabulkách označena „Ověřit“.

HSPA nemá

HSPA nenabízí ověření konsolidovaných znění; pomůže jen u stavů předloh (tisk 235, úhradová vyhláška, eŽádanka).

- Konečné znění tisku 235 a úhradové vyhlášky na rok 2027 (605 mld. Kč).

HSPA má téma

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 — a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

- Čísla § 18, § 22, § 22b, § 17a a § 41a zák. 48/1997 Sb. a § 36 zák. 108/2006 Sb. po novele 38/2025 Sb.

HSPA upřesňuje

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezi-2026.html>)

- Zákonné zmocnění vyhl. 134/1998 Sb. a 55/2011 Sb.

HSPA nemá

Zmocňovací ustanovení HSPA neuvádí.

- Čísla § 44b až 44d a označení části osmé zák. 372/2011 Sb.

HSPA potvrzuje

Devět tisíc lidí ročně. Centra duševního zdraví ošetřila v roce 2024 třicetkrát víc pacientů než v roce prvních center, Karlovarský kraj pětkrát víc na obyvatele než Jihočeský (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cdz-devet-tisic-pacientu.html>)

Pět ombudsmanů, jeden pacient. Kdo v Česku hlídá práva nemocných — a proč to bylo tak roztržštěné (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ombudsmani-v-e-zdravotnictvi.html>)

- Rozsah výroku Pl. ÚS 36/11 a obsah vyhl. 418/2003 Sb.

HSPA upřesňuje

Co dnes skutečně máte nárok? Anatomie ústavního práva na bezplatnou zdravotní péči (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-1-co-to-je.html>)

- Spisová značka nálezu o přilepcích (Pl. ÚS 77/06).

HSPA nemá

Nález o přilepcích HSPA necituje.

- Směrnice 92/83/EHS ve znění (EU) 2020/1151: opora pro sníženou sazbu u vína; čl. 401 směrnice 2006/112/ES u daně ze slazených nápojů.

HSPA nemá

Směrnice 92/83/EHS ani 2006/112/ES HSPA necituje; české sazby spotřební daně z alkoholu ano (clanek-cukerna-dan-vynos).

- Odkaz „§ 31a“ u zák. 325/2021 Sb. a zák. 300/2025 Sb. (v minulé verzi uváděné bez ověření).

HSPA nemá

Elektronizace zdravotnictví míří dál. Co schválila novela — eŽádanky, eOčkovací průkaz a centrální registr prevence — a kde má pasti (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-elektronizace-2026.html>)

- P1 (zrychlení aprobací, nábor ze zahraničí) může přidat zák. 95/2004 Sb. jako sedmnáctý novelizovaný zákon.

HSPA upřesňuje Indikátor: Podíl lékařů se vzděláním získaným v zahraničí (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=lekari_vzdelani_v_zahranici)

- Čl. 2, 4 a 6 rozhodnutí 2012/21/EU a lhůty řízení o veřejné podpoře.

HSPA nemá

HSPA nemá.

- Zda minimální cena alkoholu spadá pod směrnici (EU) 2015/1535.

HSPA nemá

HSPA nemá.

- Vztah smluv o víceletých týmech k § 46 zák. 48/1997 Sb. (výběrová řízení).

HSPA upřesňuje

Co s tím. Pět reformních směrů, jak udržet nárok pojištěnce udržitelným (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-3-co-s-tim.html>)

Část VIII – Proces změny: fáze, brány a harmonogram 2026–2038

Reforma má pět fází a čtyři brány; první dvě fáze, od listopadu 2026 do prosince 2029, jsou konzultační a přípravné. V opozici zbývají nástroje, které zákon nepotřebují: podpis pilotu, podněty do dohodovacího řízení o úhradách 2028 a věcné záměry zákonů. Hlavní poselství tohoto období zní: „Představujeme plán a hledáme pro něj podporu. Do voleb chceme mít dohodu s odborníky, hotové věcné záměry a běžící pilot.“

Každá brána má měřitelné kritérium opřené o data dostupná v reálném čase, veřejné hodnocení a tři možné výsledky: pokračovat, upravit nebo zmenšit na variantu B. Všechny termíny platí pro základní scénář „Vláda 2030“, tedy pro situaci, kdy jsou Piráti ve vládě od přelomu let 2029 a 2030. Doplnkový scénář, v němž část kroků převezme dnešní vláda, popisuje níže tabulka obou scénářů.

Fáze a brány

Fáze F0 začíná v listopadu 2026 a fáze F4 končí kolem roku 2038, kdy má být v provozu asi 520 týmů a podíl akutní lůžkové péče má klesnout z 29,7 % na 26 %. Každá fáze končí bránou a řídicí orgán reformy jí projde jen tehdy, když má v ruce data.

HSPA potvrzuje

Kam plyne 508 miliard. Co o struktuře českého zdravotnictví říkají dohodovací řízení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-segmenty-2026.html>)

Každá fáze končí bránou, kterou projdeme jen s daty v ruce



2026

2038

Klikněte na bránu a uvidíte, co v ní musí platit a co se stane, když ne.

11/2026–6/2028

F0 • Konzultace a koalice podpory

7/2028–12/2029

F1 • Příprava vládnutí

2030–2031

F2 • První dva roky ve vládě

2032–2033

F3 • Náběh

2034–2038

F4 • Přeměna a ukotvení

konzultace verze 3, kulaté stoly, memoranda o podpoře

pozměňovací návrhy k reformě v. z. p. 2030, novele zák. 325/2021 Sb. a reformě hygienické služby

podněty do dohodovacího řízení o úhradách 2028 (do 31. 1. 2027, dohoda do 30. 6. 2027) a do seznamu výkonů

dohoda o pilotu (kraj, VZP, obce)

věcné záměry zákona o primární péči, zákona o síti, finanční novely a daňových zákonů

volební program

pilot běží

koaliční vyjednávání

vlna 1 předložena 2030, účinnost 1. 1. 2031

vlna 2 předložena 2030, účinnost 1. 1. 2032

vlna 3 předložena 2031

závěrečné vyhodnocení pilotu 2030; úhradové vyhlášky 2031 a 2032

zákon o primární péči účinný 1. 1. 2032

zákon o síti přijat 2032, účinný nejpozději 1. 1. 2033, první krajské plány 2033

vlna 4 (sestra v pokročilé praxi, DRG zákonem, hodnocení technologií) od roku 2033

náběh týmů k asi 520 kolem roku 2038

přeměna 8 000 akutních lůžek podle krajských plánů

podíl akutní lůžkové péče klesne z 29,7 % na 26 % kolem roku 2038

Textová verze		
Fáze a období	Co se v ní stane	Brána na konci fáze
F0 Konzultace a koalice podpory, 11/2026–6/2028	konzultace verze 3, kulaté stoly, memoranda o podpoře; pozměňovací návrhy k reformě v. z. p. 2030, novele zák. 325/2021 Sb. a reformě hygienické služby; podněty do dohodovacího řízení o úhradách 2028 (do 31. 1. 2027, dohoda do 30. 6. 2027) a do seznamu výkonů; dohoda o pilotu (kraj, VZP, obce)	B1 Mandát, červen 2028. Musí platit: Připomínky jsou vypořádané a zveřejněné. Plán je projednaný se všemi 10 klíčovými organizacemi (praktici, sestry, lékařská komora, pojišťovny, kraje, obce, pacienti, odbory) a jejich výhrady jsou zapracované. Zkouška ve třech regionech je podepsaná. Strana potvrdila, s jakým výnosem daní za zdraví rozpočet reformy počítá. Když ne: Co s některou organizací projednané není nebo zůstalo bez dohody, do volebního programu nejde. Místo zkoušky s krajem náhradní smlouva s jednou pojišťovnou.
F1 Příprava vládnutí, 7/2028–12/2029	věcné záměry zákona o primární péči, zákona o síti, finanční novely a daňových zákonů; volební program; pilot běží; koaliční vyjednávání	B2 Koaliční smlouva, přelom let 2029 a 2030. Musí platit: Jádru plánu je v koaliční smlouvě a v programu vlády. Zákony jsou v plánu vlády na rok 2030. Když ne: Do plánu vlády jde jen dohodnuté jádro. Zbytek zůstává programem pro další období.
F2 První dva roky ve vládě, 2030–2031	vlna 1 předložena 2030, účinnost 1. 1. 2031; vlna 2 předložena 2030, účinnost 1. 1. 2032; vlna 3 předložena 2031; závěrečné vyhodnocení pilotu 2030; úhradové vyhlášky 2031 a 2032	B3 Lidé a data, prosinec 2031. Musí platit: V prvních týmech je obsazená aspoň polovina míst pro sestry. Zákon o primární péči je schválený. Kraje pracují na plánech sítě. Když ne: Reforma pokračuje bez nových budov zdravotních center (varianta B). Všechno, co na budovách nezávisí, běží dál.

Fáze a období	Co se v ní stane	Brána na konci fáze
F3 Náběh, 2032–2033	zákon o primární péči účinný 1. 1. 2032; zákon o síti přijat 2032, účinný nejpozději 1. 1. 2033, první krajské plány 2033; vlna 4 (sestra v pokročilé praxi, DRG zákonem, hodnocení technologií) od roku 2033	B4 Nezávislé hodnocení, rok 2033, před volbami. Musí platit: Nezávislý hodnotitel (statistický ústav ÚZIS s univerzitou) vyhodnotí osm hlavních ukazatelů. Když ne: Hodnotitel doporučí pokračovat, upravit, nebo zmenšit. Rozhodnutí i důvody se zveřejní.
F4 Přeměna a ukotvení, 2034–2038	náběh týmů k asi 520 kolem roku 2038; přeměna 8 000 akutních lůžek podle krajských plánů; podíl akutní lůžkové péče klesne z 29,7 % na 26 % kolem roku 2038	–

roadmapa reformy · 5 fází, 4 brány · základní scénář Vláda 2030

První dvě brány jsou politické: B1 měří, zda má plán podporu odborníků, a B2, zda se dostal do koaliční smlouvy. Zbylé dvě jsou věcné: B3 měří, zda jsou k dispozici sestry a data, a B4, zda reforma podle nezávislého hodnotitele funguje.

Fáze	Období	Co se v ní stane
F0 Konzultace a koalice podpory	11/2026–6/2028	konzultace verze 3, kulaté stoly, memoranda o podpoře; pozměňovací návrhy k reformě v. z. p. 2030, novely zák. 325/2021 Sb. a reformě hygienické služby; podněty do dohodovacího řízení o úhradách 2028 (do 31. 1. 2027, dohoda do 30. 6. 2027) a do seznamu výkonů; dohoda o pilotu (kraj, VZP, obce)
F1 Příprava vládnutí	7/2028–12/2029	věcné záměry zákona o primární péči, zákona o síti, finanční novely a daňových zákonů; volební program; pilot běží; koaliční vyjednávání
F2 První dva roky ve vládě	2030–2031	vlna 1 předložena 2030, účinnost 1. 1. 2031; vlna 2 předložena 2030, účinnost 1. 1. 2032; vlna 3 předložena 2031; závěrečné vyhodnocení pilotu 2030; úhradové vyhlášky 2031 a 2032
F3 Náběh	2032–2033	zákon o primární péči účinný 1. 1. 2032; zákon o síti přijat 2032, účinný nejpozději 1. 1. 2033, první krajské plány 2033; vlna 4 (sestra v pokročilé praxi, DRG zákonem, hodnocení technologií) od roku 2033
F4 Přeměna a ukotvení	2034–2038	náběh na asi 520 týmů kolem roku 2038; přeměna 8 000 akutních lůžek podle krajských plánů a podíl akutní lůžkové péče 26 % kolem roku 2038

HSPA má téma

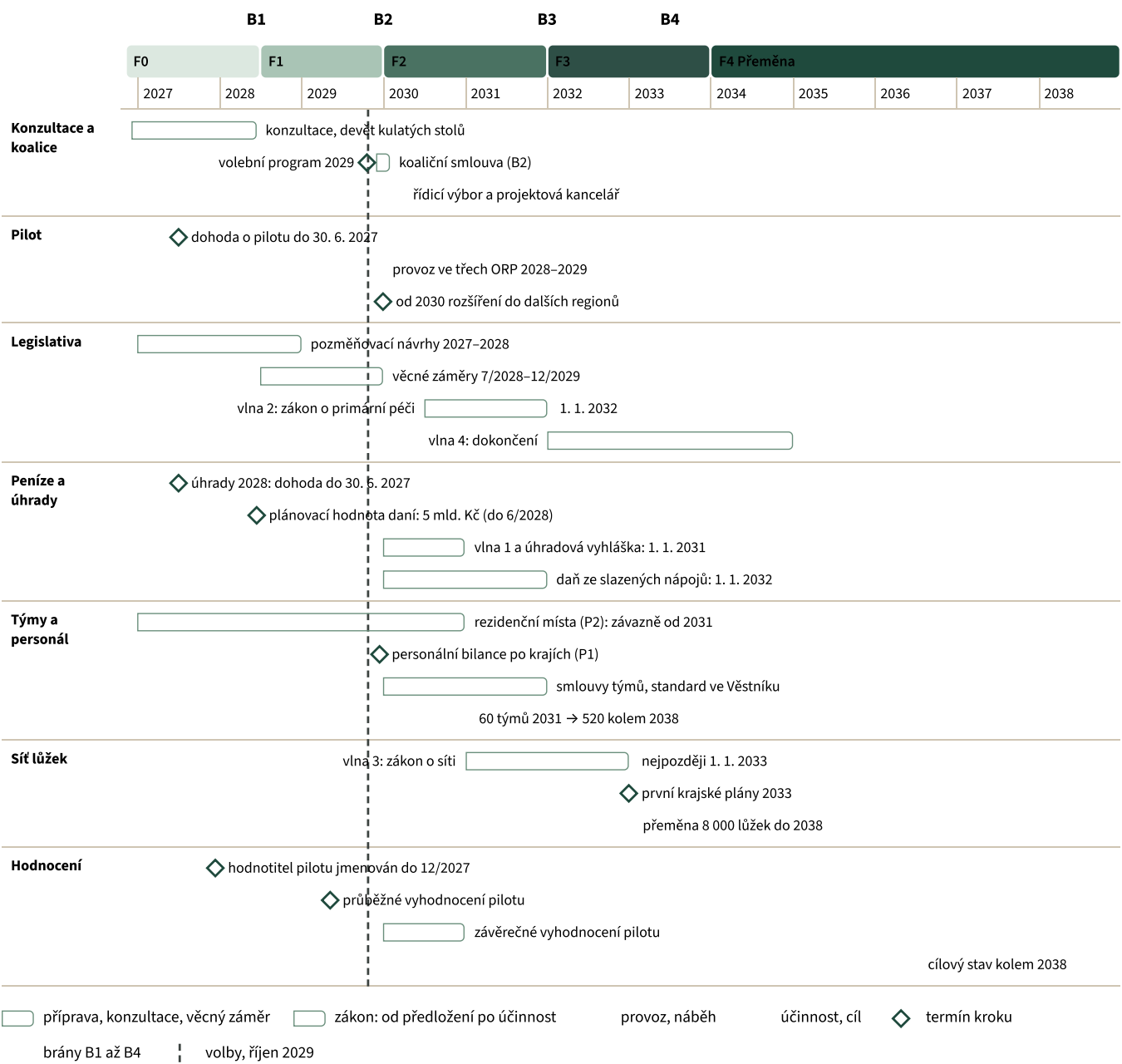
Vzorec, který rozdělí stovky miliard. Jak funguje úhradová vyhláška a proč na ní záleží víc, než si myslíte (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhradova-v-uhlaska.html>)

Každá brána skončí jedním ze tří výsledků: pokračovat, upravit nebo zmenšit. Rozhodnutí i jeho důvody se zveřejňují. Co se stane, když některá brána splněna není, uvádí tabulka v oddílu o pravidlech rozhodování.

Harmonogram 2026–2038

Harmonogram má tři pevné body: 30. 6. 2027 (dohoda o pilotu a konec dohodovacího řízení o úhradách 2028; podněty do něj do 31. 1. 2027), volby do Sněmovny v říjnu 2029 a 1. 1. 2032 (účinnost zákona o primární péči). Graf je rozdělený na dvě období, aby byly popisky čitelné.

Finanční a daňové změny jdou na 1. 1. 2031 a velké zákony na 1. 1. 2032 až 2033, takže se nekumulují s rokem 2029



PN je pozměňovací návrh poslaneckého klubu. Účinnost podnětů podaných do 31. 1. 2027 už od 1. 1. 2028 závisí na dnešním ministerstvu a v základním scénáři se s ní nepočítá; první vyhláška nové vlády platí od 1. 1. 2031. Přesná data krajských voleb 2028 a voleb 2029 jsou orientační.

Textová verze			
Dráha	Termín	Co se děje	Krok
Konzultace a koalice	7. 12. 2026 – 6/2028	Schválení verze 3 (7. 12. 2026), připomínky do 31. 3. 2027, kulaté stoly 2/2027–6/2028.	1–2
Konzultace a koalice	do voleb 10/2029	Volební program 2029 s jádrem J1–J10, ohlášením daně ze slazených nápojů, personální bilancí po krajích a otevřeným modelem nákladů.	12
Konzultace a koalice	12/2029–1/2030	Brána B2: jádro v koaliční smlouvě a programovém prohlášení; předlohy vln 1–3 v legislativním plánu vlády 2030.	13
Konzultace a koalice	do 3/2030	Řízení ve vládě: řídicí výbor, projektová kancelář (0,4 mld. Kč ročně), dva nové týmy legislativního odboru MZ.	14
Pilot	do 30. 6. 2027	Dohoda o pilotu ve třech ORP: kraj, který se přihlásí, VZP a obec.	4
Pilot	1. 1. 2028, provoz 2028–2029	Start pilotu ve třech ORP, provoz dva roky.	7

Dráha	Termín	Co se děje	Krok
Pilot	od 2030	Pilot se postupně rozšiřuje do dalších regionů s kontrolními oblastmi.	17
Legislativa	2027–2028	Pozměňovací návrhy k reformě v. z. p. 2030, novele zák. 325/2021 Sb. a reformě hygienické služby (podle projednávání ve Sněmovně).	6
Legislativa	7/2028–12/2029	Věcné záměry zákona o primární péči, zákona o síti, finanční novely, daňového zákona a zákona o Fondu prevence; teze tří záměrů už k B1.	10
Legislativa	předložit 2. pol. 2030, účinnost 1. 1. 2032	Vlna 2: zákon o primární péči (J1–J4); investice do center se uvolňují až po splnění bráně B3.	18, 24
Legislativa	předložit 2032–2034, účinnost 2033–2034	Vlna 4: sestra v pokročilé praxi s preskripcí, základní sazba DRG zákonem, HSPA v zákoně (P5), hodnocení technologií, sdílené financování sociálně-zdravotní péče (P3).	26
Peníze a úhrady	podat do 31. 1. 2027, dohoda do 30. 6. 2027	Podněty do dohodovacího řízení o úhradách 2028 a do seznamu výkonů. Účinnost 1. 1. 2028 jen při vůli dnešního MZ, jinak 1. 1. 2031.	3
Peníze a úhrady	do 6/2028	Strana potvrdí plánovací hodnotu daní za zdraví pro rozpočet reformy (5 mld. Kč ročně, rozpětí 5–7) vedle cíle PEER (10–15 mld. Kč) a pravidlo dělení podle PEER: nejméně 40 % Fondu prevence, aspoň 2 mld. Kč, zbytek platbě státu.	8
Peníze a úhrady	předložit 1. pol. 2030, účinnost 1. 1. 2031	Vlna 1: nový vzorec platby státu (J10), daň z tichého vína a valorizace (J8; víno poloviční sazbou 2031–2032, plná 2033), zákon o Fondu prevence (P4). Úhradová vyhláška 2031: sesterská složka úhrady, platba za funkce, nové výkony.	15, 20
Peníze a úhrady	přijít 2030, účinnost 1. 1. 2032	Zákon o dani ze slazených nápojů (J9), pásma podle cukru.	16
Týmy a personál	podnět 2027, závazně od rozpočtu 2031	Podnět do dohodovacího řízení 2027 a do rozpočtu 2028; závazně od rozpočtu 2031.	P2
Týmy a personál	zveřejnit do B2 (12/2029)	Zveřejněná personální bilance po krajích; měření v bráně B3 (12/2031).	P1
Týmy a personál	od 2030 do účinnosti zákona	Smluvní model před zákonem: pětileté smlouvy týmů se všemi pojišťovnami, standard týmu ve Věstníku MZ.	19
Týmy a personál	od 2031	Náběh týmů a sester: 60 týmů v roce 2031, 120 v roce 2032, 330 v roce 2035; kolem roku 2038 asi 520 týmů.	21
Sít lůžek	předložit 2031, přijmout 2032, účinnost nejpozději 1. 1. 2033	Vlna 3: zákon o síti lůžkové péče (J6, J7: krajský plán na 10 let, čtyři skupiny lůžek, fond přeměny, garance příjmu); pověřovací akt SGEI před první výplatou garance.	22
Sít lůžek	2033	První krajské plány sítě (12–18 měsíců práce) s doloženou kapacitou následné a dlouhodobé péče a dojezdem záchranné služby.	25
Sít lůžek	od 2033	Přeměna akutních lůžek podle krajských plánů: 8 000 do roku 2038, asi 1 330 ročně; každé lůžko až po prokázané kapacitě dlouhodobé péče a dojezdu; stop při obloženosti nad 85 %.	28
Hodnocení	do 12/2027	Jmenování nezávislého hodnotitele pilotu (ÚZIS s univerzitou), zveřejněný protokol a kontrolní ORP.	5
Hodnocení	jaro 2029	Průběžné vyhodnocení pilotu po roce provozu, promítnuté do věcného záměru zákona o primární péči.	11
Hodnocení	2030	Závěrečné vyhodnocení pilotu, promítnuté do paragrafového znění vlny 2.	17
Hodnocení	kolem roku 2038	Cílový stav: 520 týmů, asi 4 000 sester navíc, 8 000 přeměněných lůžek, podíl akutní lůžkové péče 26 %.	29

harmonogram 2026–2038 · 7 drah · základní scénář Vláda 2030 · termíny podle této studie a oponentního posudku verze 2

Na 1. 1. 2029 reforma žádnou změnu nenavrhuje, protože ten den nabíhá strop pobytu podle § 22b zák. 48/1997 Sb., ruší se § 52 zák. 108/2006 Sb. a vrací se vzorec platby státu. Finanční a daňové změny proto začínají platit 1. 1. 2031 (daň ze slazených nápojů od 1. 1. 2032, plná sazba na víno od 1. 1. 2033) a velké zákony 1. 1. 2032 až 2033, aby se poskytovatelům ani pojišťovnám nescítaly se změnami roku 2029.

HSPA potvrzuje

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)
Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Zkratka PN v grafu znamená pozměňovací návrh poslaneckého klubu. Krok „vyhláška a SZV 2028“ označený MZ závisí na dnešním ministerstvu a v základním scénáři se s ním nepočítá; první vyhláška, kterou připraví nová vláda, platí od 1. 1. 2031.

- Ověřit: přesná data krajských voleb 2028 a voleb do Sněmovny 2029 podle rozhodnutí prezidenta; v grafu jsou orientačně.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)

Dva scénáře

Základní scénář „Vláda 2030“ počítá s tím, že do voleb v říjnu 2029 dnešní vláda z reformy nic nepřevzme. Doplnkový scénář „Dnešní vláda převzme část“ je málo pravděpodobný a týká se jen vlny 0: vyhlášek, Věstníku a pozměňovacích návrhů k vládním předlohám. Zákony a daně se v něm neposouvají.

Krok	Základní scénář Vláda 2030	Doplnkový scénář Dnešní vláda převzme část	Na čem to závisí
Pilot ve třech ORP (smlouva podle § 17 zák. 48/1997 Sb.)	provoz 2028–2029	stejně	dohoda kraje, VZP a obcí do 6/2027; o smlouvě rozhoduje samo vedení VZP bez účasti vlády

Krok	Základní scénář Vláda 2030	Doplňkový scénář Dnešní vláda převezme část	Na čem to závisí
Podněty do dohodovacího řízení o úhradách 2028	podány do 31. 1. 2027 (dohoda do 30. 6. 2027)	stejně	kluby poskytovatelů a pojišťovny, které podnět převezmou
Sestry u týmových praxí v úhradové vyhlášce	1. 1. 2031	1. 1. 2029 až 2030, nejdřív 2028	vůle dnešního MZ převzít podnět z dohodovacího řízení
Nové výkony v seznamu výkonů (telemonitoring, konzultace lékař-lékař)	1. 1. 2031	1. 1. 2029 až 2030, nejdřív 2028	Pracovní skupina k SZV, MZ
Kompetence sester (vyhl. 55/2011 Sb.)	2031	2029	soulad s prioritou ministra (sesterská preskripce)
Standard týmu ve Věstníku MZ	2030	2028	MZ; vzorem je centralizace onkochirurgie (první vlna – játra, slinivka, jícen – od 1. 9. 2026 podle Věstníku MZ 10/2026, další obory 2027–2030)
Triážní údaj v eŽádance	zákonem ve vlně 2, účinnost 1. 1. 2032	pozměňovací návrh k novele zák. 325/2021 Sb., 2028	přijetí pozměňovacího návrhu ve Sněmovně
Víceleté smlouvy i pro týmy	zákonem ve vlně 2, účinnost 1. 1. 2032	pozměňovací návrh k reformě v. z. p. 2030 (Sněmovna 2027, účinnost 2028)	podpora koalice pro pozměňovací návrh opozice
Valorizace daní z lihu a piva, sazba na tiché víno	1. 1. 2031 (víno v plné sazbě 2033)	beze změny	poslanecký návrh opozice bez podpory vlády zpravidla neprojde prvním čtením
Nový vzorec platby státu (§ 3c zák. 592/1992 Sb.)	1. 1. 2031	beze změny	tisk 235 vrací vzorec pro rok 2029, MZ avizuje zmrazení pro rok 2028
Daň ze slazených nápojů	přijata 2030, účinná 1. 1. 2032	beze změny	ohlášení ve volebním programu 2029, vládní většina
Zákon o primární péči	účinnost 1. 1. 2032	beze změny	věcný záměr hotový při nástupu vlády, výsledky pilotu
Zákon o síti lůžkové péče	přijetí 2032, účinnost nejpozději 1. 1. 2033, první krajské plány 2033	minimální objemy pro vybrané obory přes Věstník dřív, zákon beze změny	ústavní rozbor, SGEI, dopadová studie

HSPA upřesňuje

Čtyři tisíce operací se stěhují do center. Centralizace onkochirurgie má být hotová do roku 2030 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-onkochirurgie-2030.html>).

Centralizace onkologické chirurgie 2027: konec „trofejních výkonů“ v českých nemocnicích (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-chirurgie-2027.html>).

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>).

Všechny cíle a ukazatele v této studii počítají se základním scénářem. Doplňkový scénář bereme jako příležitost, se kterou plán nepočítá: pokud nastane, náběh týmů začne dřív, termíny bran však zůstanou stejné.

Konzultační fáze 2026–2029

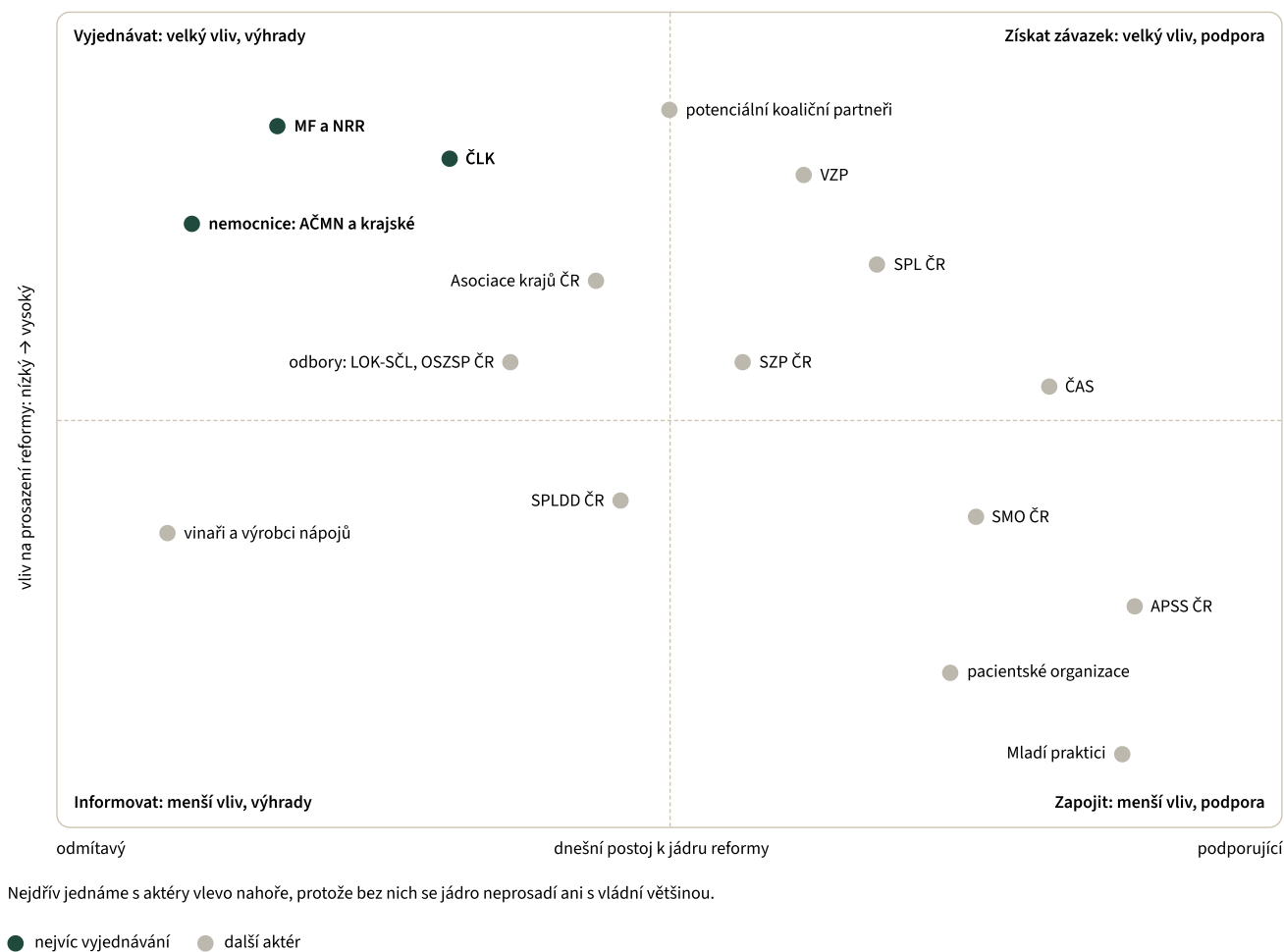
Do brány B1 v červnu 2028 musí být plán projednaný se všemi 10 klíčovými organizacemi (SPL ČR, SPLDD ČR, ČAS, ČLK, VZP, SZP ČR, Asociace krajů ČR, SMO ČR, pacientské organizace a odbory) a jejich výhrady zapracované. Co není projednané nebo zůstalo bez dohody, do volebního programu nejde. Konzultace začnou 7. 12. 2026, kdy resortní tým schválí verzi 3. Předtím se tým sejde 27. 10. 2026 k verdiktu posudku a prioritám a 9. 11. 2026 k rozdělení věcných záměrů mezi své členy. Do té doby je třeba vyřídit přihlášku nového člena RT, která čeká od 25. 9. 2026, protože na věcných záměrech bude potřeba každý člověk.

Pořadí jednání se řídí politickým kalendářem. Po komunálních volbách v říjnu 2026 se ustavují nová vedení obcí, a obce pro pilot proto oslovujeme v prvním čtvrtletí 2027. Krajské volby proběhnou na podzim 2028, až po bráně B1, takže smlouva pilotu musí obstát i při změně vedení kraje.

Nejvíce vyjednávání čeká u nemocnic, ČLK a ministerstva financí

Vliv na prosazení reformy × dnešní postoj k jádru reformy

Q Pracovní odhad RT, k ověření v konzultacích 2027



mapa aktérů · 16 subjektů · pracovní odhad RT, k ověření

Mapa zachycuje pracovní odhad resortního týmu; skutečné postoje aktérů zatím zjištěné nejsou. Každé umístění ověří první jednání v roce 2027, po kterém se mapa překreslí. Nejdřív jednáme s aktéry vlevo nahoře, protože bez nich se jádro neprosadí ani s vládní většinou.

Aktér	Co od něj potřebujeme	Co mu nabízíme	První krok	Kdy
SPL ČR	spoluvytváření standardu týmu a pětileté smlouvy, podporu pilotu	sesterskou složku úhrady, pětiletou smlouvu, zrušení preskripčních omezení, vzorovou smlouvu o výkupu praxe	pracovní skupina ke standardu týmu	1. čtvrtletí 2027
SPLDD ČR	souhlas s dětskými týmy a s registrací dětí na venkově u praktika pro dospělé v týmu	PLDD nerušíme, dětské týmy se sestrami, řešení rezidencí	schůzka k dětským týmům	1. čtvrtletí 2027
Mladí praktici	zájem vstoupit do týmů v pilotních ORP, zpětnou vazbu k podmínkám	práci v týmové praxi, kde lékař není sám, výkup praxe, kompetence včetně ultrazvuku	dotazník a setkání	1. pololetí 2027
ČLK	aspoň neutralitu ke kompetencím sester a k triážnímu údaji v eŽadance	jmenovitě ošetřujícího lékaře v týmu, klinickou nezávislost, méně administrativy	jednání s vedením komory nad verzí 3	1. pololetí 2027
ČAS	spoluvytváření sesterských kompetencí a sesterské složky	rozšíření kompetence, samostatnou indikaci, sestru v pokročilé praxi ve vlně 4	společná pracovní skupina	1. čtvrtletí 2027
Odbory (LOK-SČL, OSZSP ČR)	podporu přeměny lůžek a nábory sester	přeměnu místo rušení, garanci příjmu z fondu přeměny, nová místa v týmech	kulatý stůl k síti lůžek	2028
VZP	pilot, sesterskou složku v dohodovacím řízení	měřitelné výsledky, data pro řízení sítě, méně odvrátitelných hospitalizací	návrh smlouvy pilotu vedení VZP	1. čtvrtletí 2027, dohoda do 30. 6. 2027
SZP ČR	stejný standard smlouvy u zaměstnaneckých pojišťoven, náhradní smluvní model	víceleté smlouvy jako pozměňovací návrh k reformě v. z. p. 2030	jednání o náhradním modelu	2027
Asociace krajů ČR	kraj pro pilot, pravidla krajského plánu sítě	fond přeměny, garanci příjmu, krajský plán místo centrálního rozhodnutí	výzva krajům k přihlášce do pilotu	1. čtvrtletí 2027

Aktér	Co od něj potřebujeme	Co mu nabízíme	První krok	Kdy
SMO ČR	obecní prostory, senior taxi	lékaře blíž lidem, spolufinancování dopravy, podíl na plánování	setkání s novými vedeními obcí	1. čtvrtletí 2027
Nemocnice (AČMN, Asociace krajských nemocnic)	spolupráci na pravidlech plánu sítě a přeměny	investiční fond přeměny 5–10 mld. Kč, garanci příjmu, pojistku obloženosti 85 %	kulatý stůl k síti lůžek	kontakt 2027, kulatý stůl 2028
APSS ČR	data o kapacitě dlouhodobé péče po krajích	kapacitu dlouhodobé péče jako podmínku každé přeměny, sociální účet	společná bilance kapacit	2028
Pacientské organizace	připomínky k cestě pacienta, triáži a ukazatelům	garanci termínu podle naléhavosti, jmenovitě lékaře, zdravotnického ombudsmana	veřejná konzultace verze 3	od 12/2026
Vinaři a výrobci nápojů	přijatelnost náběhu daní, reformulaci nápojů	poloviční sazbu pro malé vinaře 2031–2032, ohlášení daně ze slazených nápojů dva roky předem, pásma podle cukru	jednání o režimu malých vinařů	konzultace 2028, ohlášení v programu 2029
MF a NRR	technickou shodu na metodice nákladů a na vzorci platby státu, posouzení fondu prevence vůči rozpočtovým pravidlům	otevřený model, rozpětí nákladu 15–25 mld. Kč ročně, daně za zdraví 5 mld. Kč jako částečný zdroj	předat model a požádat o technickou oponenturu	2028
Potenciální koaliční partneři	jádro v koaliční smlouvě	společné autorství, sdílený harmonogram, varianty A, B a C	setkání zdravotních expertů stran	2028–2029

Kalendář kulatých stolů. Termíny navrhuje RT; každý kulatý stůl má jeden výstup, který se zveřejní.

Termín	Téma	U stolu	Výstup
1/2027	Sestry v primární péči: kompetence a sesterská složka	ČAS, SPL ČR, ČLK, pojišťovny, MZ (pozvat)	podnět do dohodovacího řízení o úhradách 2028 (do 31. 1. 2027)
2/2027	Standard týmu sdružené péče a pětiletá smlouva	SPL ČR, SPLDD ČR, Mladí praktici, ČAS, VZP, SZP ČR	návrh standardu týmu
5/2027	Pilot ve třech ORP	kraj, VZP, obce, hodnotitel	dohoda o pilotu do 30. 6. 2027
9/2027	Cesta pacienta a ežádanka s triážním údajem	ČLK, odborné společnosti, SPL ČR, pacientské organizace	pozměňovací návrh k novele zák. 325/2021 Sb.
11/2027	Financování: platba státu a daně za zdraví	MF (pozvat), NRR, pojišťovny, PEER	podklad pro plánovací hodnotu daní za zdraví a pravidlo dělení podle PEER
2/2028	Sít lůžkové péče a přeměna	Asociace krajů ČR, AČMN, Asociace krajských nemocnic, odbory, záchranné služby	pravidla krajského plánu sítě
4/2028	Dlouhodobá a sociálně-zdravotní péče	APSS ČR, MPSV (pozvat), kraje, SMO ČR	podmínka kapacity před přeměnou lůžek
5/2028	Prevence a daně za zdraví	vinaři, pivovary, výrobci nápojů, pacientské organizace	náběh daní a režim malých vinařů
6/2028	Bilanční konference	všichni účastníci	vypořádání připomínek a záznam o projednání plánu s 10 klíčovými organizacemi pro bránu B1

Co musí být hotové do brány B1 (červen 2028).

- ☐ Verze 3 schválená resortním týmem 7. 12. 2026 a zveřejněná ke konzultaci
- ☐ Připomínky vypořádané a vypořádání zveřejněné
- ☐ Plán projednaný se všemi 10 klíčovými organizacemi a jejich výhrady zpracované
- ☐ Smlouva pilotu podepsaná, jinak náhradní smluvní model u jedné pojišťovny
- ☐ Podněty do dohodovacího řízení o úhradách 2028 podané do 31. 1. 2027 (dohoda do 30. 6. 2027)
- ☐ Pozměňovací návrhy k reformě v. z. p. 2030, k novele zák. 325/2021 Sb. a k reformě hygienické služby podané
- ☐ Strana potvrdila plánovací hodnotu daní za zdraví pro rozpočet reformy: 5 mld. Kč ročně (rozpětí 5–7), vedle cíle PEER 10–15 mld. Kč

Co musí být hotové do brány B2 (prosinec 2029 až leden 2030).

- ☐ Věcné záměry zákona o primární péči, zákona o síti, finanční novely a daňových zákonů hotové
- ☐ Průběžné vyhodnocení pilotu zveřejněné (jaro 2029)
- ☐ Volební program 2029 s jádrem reformy a s ohlášením daně ze slazených nápojů
- ☐ Personální bilance po krajích a otevřený model nákladů zveřejněné
- ☐ Text jádra pro koaliční smlouvu a programové prohlášení připravený
- ☐ Seznam předloh do legislativního plánu vlády 2030 a obsazení řídicího výboru a projektové kanceláře připravené

Pilot ve třech ORP

Pokud se kraj, VZP a obce dohodnou do konce června 2027, poběží pilot dva roky, v letech 2028 a 2029, ve třech ORP jednoho kraje, který se k němu přihlásí. Ověřuje proveditelnost týmu sdružené péče; zdravotní dopad měřit nemá. Nejdřív běží pilot a teprve po něm přichází zákon: zákon o primární péči nabývá účinnosti 1. 1. 2032 a do té doby týmy fungují na základě smlouvy podle § 17 zák. 48/1997 Sb.

HSPA nemá

HSPA nemá nic k pilotu (náklady, ORP).

Uspořádání. Pilot zahrnuje tři ORP různého typu: město, řídce osídlený venkov a ORP, kde chybí praktici, dohromady se 100 až 150 tisíci obyvatel. Před startem se k nim podle podobnosti vyberou tři až šest kontrolních ORP. Pilot vystačí s dnešním právem: týmová praxe podle vyhlášky, další sestry na základě dodatku smlouvy, obecní prostory, senior taxi hrazené z rozpočtu obce nebo kraje a navigace po screeningu hrazená z fondu prevence pojišťovny.

Náklady. Pilot ve třech ORP stojí 30 až 50 mil. Kč ročně a nezávislé hodnocení asi 5 mil. Kč ročně. Jeden tým s deseti lékaři a deseti sestrami navíc vychází asi na 13 mil. Kč ročně, senior taxi asi na 1,1 mil. Kč na vůz.

- Ověřit: kdo zaplatí nezávislé hodnocení (kraj, VZP, nebo grant na výzkum zdravotních služeb).

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Miliarda a čtvrt ročně na zdravotnický výzkum. Jak funguje AZV a kde peníze končí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-azv-zdravotnickvy-vyzkum.html>)

Hodnotitel. Nezávislý hodnotitel (ÚZIS s univerzitou) bude jmenován do konce roku 2027, tedy před startem pilotu, a ještě před startem zveřejní protokol a výpočet statistické síly. Na spolehlivé měření odvrátitelných hospitalizací tři ORP a dva roky nestačí (ročně asi 900 případů na 150 tisíc obyvatel). Pokud pilot efekt neprokáže, nelze to proto číst jako důkaz, že žádný dopad neexistuje.

HSPA potvrzuje **Indikátor: Odvrátitelné hospitalizace (ACSC)** (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=hospitalizace_acsc)

Co se měří. Všechny ukazatele pilotu vycházejí z dat dostupných v reálném čase, takže se nemusí čekat na roční výstupy ÚZIS.

Oblast	Ukazatel	Zdroj dat
Personál	obsazenost míst sester, odchody, čas na dokumentaci	smlouvy a výkazy pojišťovny, šetření v týmech
Dostupnost	nové registrování, pojištěnci bez praktika ve spádu, dny do prvního volného termínu	registr pojištěnců VZP, eŽádanka
Kontinuita	index obvyklého poskytovatele (UPC), jmenovitý ošetřující lékař u každého pacienta	vykázaná péče
Chronici	diabetici a lidé se srdečním selháním s kontrolou podle protokolu, očkování 65+	vykázaná péče
Péče doma	návštěvy, pacienti 75+ v návštěvní službě, jízdy senior taxi	výkazy týmů, obce
Hospitalizace	odvrátitelné a všechny hospitalizace pacientů týmu proti kontrolním ORP	vykázaná péče (popisně)
Pacienti	zkušenost pacientů a pečujících	dotazník hodnotitele
Peníze	skutečné náklady na pacienta a rok, náklady pojišťovny proti kontrolním ORP	účty pojišťovny

Termíny.

- Do 30. 6. 2027: dohoda kraje, VZP a obcí; podnět do dohodovacího řízení o úhradách 2028 už do 31. 1. 2027.
- 2. pololetí 2027: výběr ORP a kontrolních ORP, nábor sester, jmenování hodnotitele, zveřejnění protokolu.
- 1. 1. 2028: start provozu.
- 6/2028: podepsaný a běžící pilot je kritériem brány B1.
- Jaro 2029: průběžné vyhodnocení po roce provozu; vstupuje do věcného záměru zákona o primární péči.
- 2030: závěrečné vyhodnocení; vstupuje do paragrafového znění vlny 2. Od roku 2030 se pilot postupně rozšiřuje do dalších regionů s kontrolními oblastmi, aby bylo možné změřit zdravotní dopad.

Když dohoda nevznikne. Když kraj a VZP do června 2027 dohodu neuzavrou, nastupuje náhradní smluvní model u jedné pojišťovny: týmové praxe, které se přihlásí, bez krajského rámce a bez obecní dopravy. Měření je pak slabší, protože chybí kontrolní ORP; zákon se opře víc o zahraniční zkušenost a první vlna týmů po roce 2032 se hodnotí jako rozšířený pilot. Když pilot ukáže, že týmy sestry neseženou nebo že praktici do týmů nevstoupí, musí se tento výsledek promítnout do zákona stejně jako úspěch a reforma se vrací k variantě B.

O smlouvě s týmy rozhoduje vedení VZP bez účasti Správní rady. Střet zájmů autora jako člena Správní rady VZP uvádí úvod studie.

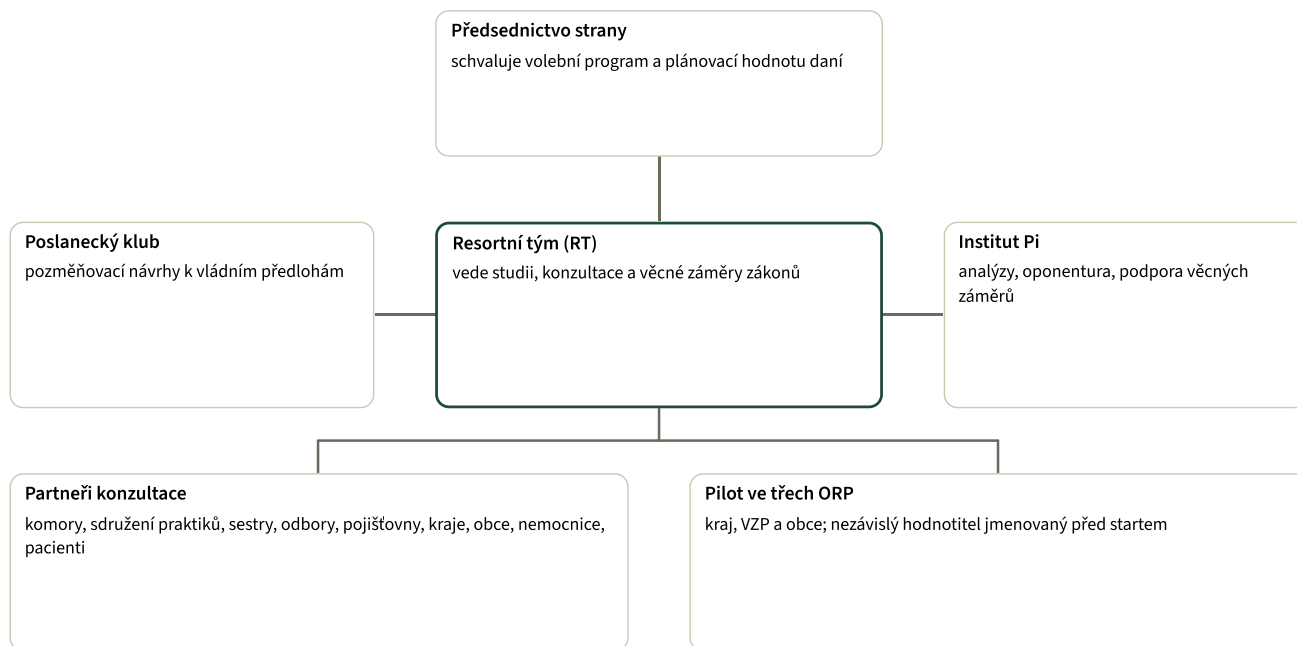
Řízení reformy

Do konce roku 2029 řídí přípravu resortní tým s Institutem Pi a poslaneckým klubem; od roku 2030 ji přebírá řídicí výbor reformy, jediný orgán, který schvaluje přechod branou. Vládní struktura řízení vznikne do tří měsíců od jmenování vlády, aby stihla první legislativní plán 2030.

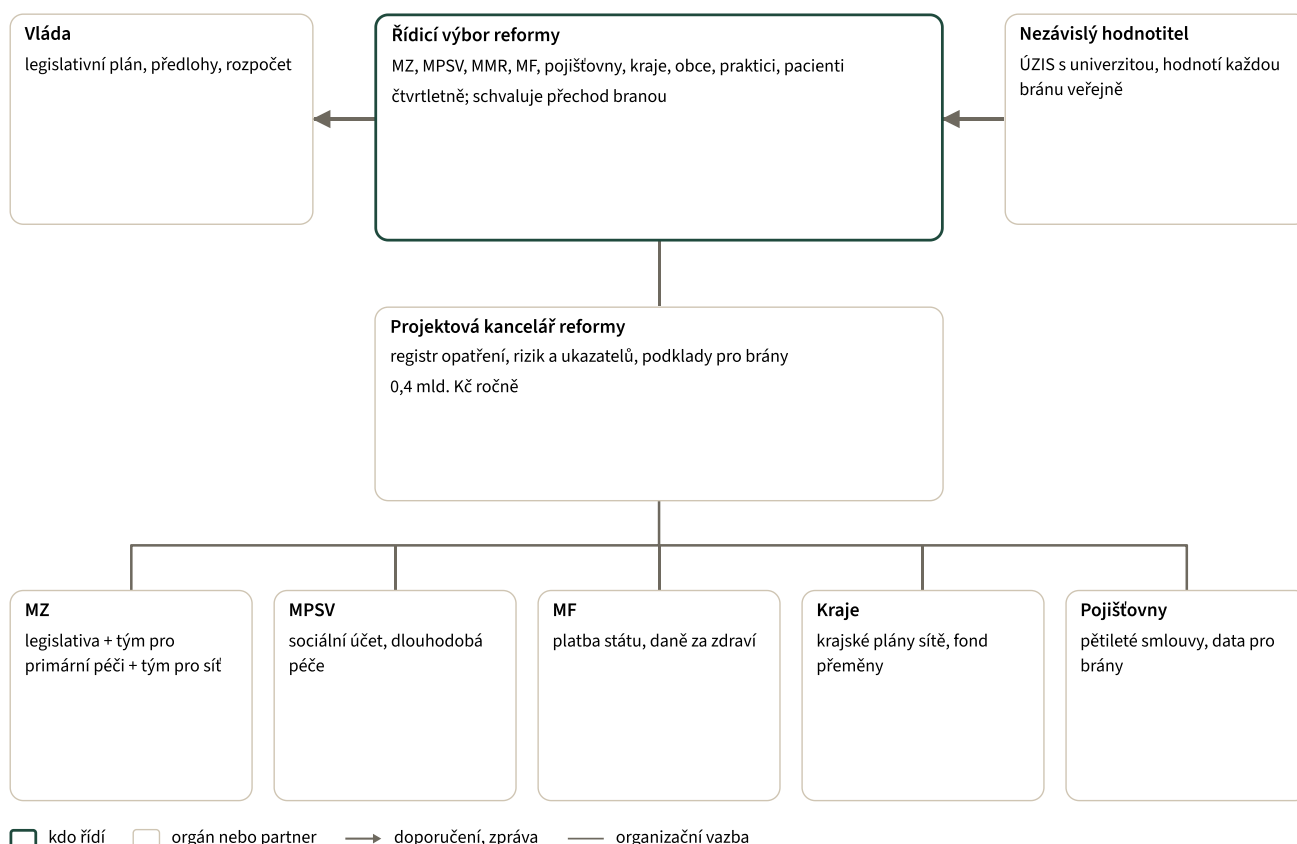
V opozici řídí resortní tým, ve vládě řídicí výbor s nezávislým hodnotitelem

Řízení přípravy a provádění reformy; řídicí výbor jediný schvaluje přechod branou

V opozici: fáze F0 a F1, 2026–2029



Ve vládě: fáze F2 až F4, od roku 2030



řízení reformy · v opozici (F0–F1) a ve vládě (F2–F4)

V opozici nese odpovědnost resortní tým: vede konzultace, píše věcné záměry a připravuje pozměňovací návrhy, které podají poslanci. Předsednictvo strany schvaluje to, co strana slibuje veřejně: volební program a plánovací hodnotu daní za zdraví.

Ve vládě se řídící výbor schází čtvrtletně, na doporučení hodnotitele schvaluje přechod branou a doporučuje vládě, co pokračuje, co se upraví a co se zmenší. Projektová kancelář reformy (0,4 mld. Kč ročně) vede registr opatření, rizik a ukazatelů a připravuje podklady pro brány. Nezávislý hodnotitel (ÚZIS s univerzitou) hodnotí každou bránu veřejně a jeho zprávu dostávají výbor i veřejnost současně.

Legislativní odbor MZ potřebuje dva nové týmy, pro primární péči a pro síť, protože dvě velké předlohy se v letech 2030 a 2031 připravují souběžně. Pojišťovny zasedají ve výboru a zároveň reformu provádějí: uzavírají pětileté smlouvy a dodávají data z registrů, o která se opírá brána B3.

- Ověřit: zda má řídící výbor vzniknout usnesením vlády, nebo až zákonem o primární péči.

Q Ověřujeme

HSPA nemá [Kdo je NIKEZ a jak funguje: instituce, která má v Česku změřit kvalitu péče \(https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nikez-jak-funguje-2026.html\)](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nikez-jak-funguje-2026.html)
[Kdo drží smýčku: governance, nezávislost měřičů a mezirezortní koordinace \(https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-governance-nezavislost.html\)](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-governance-nezavislost.html)

Pravidla rozhodování a kapacita státu

O přechodu každou branou rozhodují čtyři pravidla, která platí od roku 2026 do roku 2038 bez ohledu na to, kdo vládne. Mají zajistit, aby neúspěch jednoho nástroje neohrozil celou reformu a aby se žádná přeměna nedělala naslepo.

- **Žádná brána bez dat.** Chybí-li data, brána se odkládá; nerozhoduje se podle odhadu ani podle kalendáře.
- **Neúspěch nástroje zastaví jen ten nástroj.** Reforma jako celek kvůli jednomu neúspěchu nekončí; nástroj, který nefunguje, se upraví nebo zastaví.
- **Brána B3 nesplněna → varianta B.** Když do konce roku 2031 nebude obsazena aspoň polovina míst sester v týmech první vlny, centra se nestaví a reforma dál rozvíjí týmy, sestry, prevenci, paliativu, konzultace a fond přeměny.
- **Akutní lůžko se nepřemění bez náhrady.** Kraj musí nejdříve prokázat kapacitu následné a dlouhodobé péče a dojezd záchranné služby; obložnost akutních lůžek nad 85 % přeměnu v daném kraji zastaví.

Brána	Data pro rozhodnutí	Když není splněna
B1 Mandát (6/2028)	zveřejněné vypořádání připomínek, záznam o projednání plánu s 10 klíčovými organizacemi a o zapracování jejich výhrad, smlouva pilotu, usnesení strany o daních	co není projednané nebo zůstalo bez dohody, do volebního programu nejde; místo pilotu náhradní smluvní model u jedné pojišťovny
B2 Koaliční smlouva (12/2029–1/2030)	text koaliční smlouvy a programového prohlášení, legislativní plán vlády 2030	do legislativního plánu jde jen dohodnuté jádro; zbytek zůstává programem pro další období
B3 Lidé a data (12/2031)	obsazenost míst sester z registrů pojišťoven, stav zákona o primární péči, stav krajských plánů	varianta B (bez center)
B4 Nezávislé hodnocení (2033)	zpráva nezávislého hodnotitele (ÚZIS s univerzitou)	hodnotitel doporučí pokračovat, upravit nebo zmenšit; rozhodnutí i důvody se zveřejní před volbami

Kapacita státu má pevné meze. Ministerstvo reálně zvládne za jedno volební období dvě velké a čtyři až šest malých nebo středních předloh. V období 2029–2033 jsou velké předlohy dvě: zákon o primární péči a zákon o síti lůžkové péče. Od věcného záměru po účinnost trvá velká předloha 24 až 42 měsíců, a věcné záměry proto musí být hotové už při nástupu vlády.

HSPA nemá

Kapacitní odhad HSPA nemá; legislativa.json eviduje plán prací MZ jako podklad pro porovnání (10 položek ve zbytku 2026).

Malými a středními předlohami tohoto období jsou nový vzorec platby státu (§ 3c zák. 592/1992 Sb.), novela zák. 353/2003 Sb. (víno a valorizace), zákon o dani ze slazených nápojů jako střední zákon a zákon o Fondu prevence. Zbylá dvě místa jsou rezervou pro novelu zák. 325/2021 Sb., pokud triázni údaj neprojde pozměňovacím návrhem, a pro novelu zák. 374/2011 Sb. navázanou na síť. Pokud kapacita nebude stačit, rozšíří se místo Institutu pro hodnocení technologií mandát SÚKL a ÚZIS. Úplnou mapu předpisů podle vln uvádí Část VII.

HSPA má téma

[Joint Clinical Assessment startuje, Česko hodnotí léky podle vlastních not. Co znamená nařízení EU 2021/2282 pro úhradové rozhodování a kde má český HTA-systém slepá místa \(https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-hta-jca-eu-2026.html\)](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-hta-jca-eu-2026.html)

Předpokladem je, že se legislativní odbor MZ hned v roce 2030 posílí o tým pro primární péči a tým pro síť. Jinak se vlna 3 zpozdí o rok a zákon o síti nabude účinnosti až v roce 2034 nebo později.

Část IX – Ukazatele a vyhodnocení

Reformu hodnotíme podle nadřazeného cíle z Hospodářské strategie PEER a podle dvaceti ukazatelů: osmi hlavních, podle kterých rozhoduje brána B4 v roce 2033, a dvanácti doplňkových, které slouží jako pojistky a pomáhají vývoj vysvětlit. Cíle odvozujeme z mechanismů opatření J1 – J10 ve scénáři „Vláda 2030“; kde mechanismus číslo neunes, píšeme „sledujeme bez cíle“.

HSPA má téma [Ukazatele a dashboard, který vede k akci: méně metrik, ale ty správné \(https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ukazatele-dashboard.html\)](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ukazatele-dashboard.html)
[Adaptivní evaluace a učení za pochodu: jak dokázat věrohodný příspěvek \(https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-adaptivni-evaluace.html\)](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-adaptivni-evaluace.html)

Proti verzi 2 jsou cíle posunuté o tři roky, protože týmy první vlny začínají 1. 1. 2031 a zákon o primární péči je účinný 1. 1. 2032. Cíl „2033“ znamená hodnotu, kterou hodnotitel uvidí ve zprávě B4 v roce 2033, tedy v řadě případů data za rok 2032. Doplňkový scénář „Dnešní vláda převezme část“ cíle nemění, jen o 1–2 roky předsouvá vlnu 0.

Hlavní slabinou verze 2 bylo zpoždění dat: ÚZIS a Eurostat zveřejňují většinu řad s odstupem 1,5 až 3 roky. Brány B1 – B3 proto stojí na registrech pojišťoven, eŽádance a Národním registru zdravotnických pracovníků (NRZP), jejichž data jsou k dispozici dříve než ročenky.

HSPA potvrzuje

Téměř šest set hospitalizací, kterým mělo zabránit ambulantní zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vyhnutelne-hospitalizace.html>)

Pět let navíc. Cíl na zdravé stárnutí je dobře zvolený – zatím ale jde splnit i výměnou otázky v dotazníku (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zdrave-roky-cil-pet-let.html>)

Šest procent domácností, dvacet jedna procent u nejchudších. Katastrofické výdaje na zdraví v Česku rostou (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-katastroficke-vydaje-zdravi.html>)

Číselné cíle označené „návrh“ jsou výchozím bodem konzultace; upřesní je vyhodnocení pilotu (průběžné po roce provozu, závěrečné 2030) a protokol nezávislého hodnotitele.

Nadřazený cíl: +5 let života ve zdraví

Hospodářská strategie PEER si klade za cíl prodloužit délku života ve zdraví o pět let během jedné generace. Studie tento cíl přebírá a podřizuje mu všech pět cílů reformy. Ukazatelem je délka života ve zdraví (Healthy Life Years, Eurostat hlth_hlye): 62,4 roku v roce 2024 (obě pohlaví; v roce 2015 to bylo 63,0, takže se řada deset let nemění), průměr EU27 65,2, Švédsko 67,5 (Eurostat, aktualizace 17. 7. 2026; HSPA Monitor). Hodnoty podle pohlaví a švédských 71 až 73 let z Hospodářské strategie PEER pocházejí z doby před revizí otázky GALI v šetření EU-SILC v roce 2021 a s dnešní řadou nejsou srovnatelné. Skutečná mezera ke Švédsku proto činí 5,1 roku; rozdíl 10 let vychází jen ze starších, nesrovnatelných hodnot. Cílová hodnota je tedy asi 67 let.

HSPA upřesňuje

Pět let navíc. Cíl na zdravé stárnutí je dobře zvolený – zatím ale jde splnit i výměnou otázky v dotazníku (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zdrave-roky-cil-pet-let.html>)

Osm let, nebo čtrnáct a půl? Evropa začala měřit zdravé stáří jinou otázkou (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zdrave-roky-dve-metriky.html>)

Sedm a tři čtvrtě roku ve zdraví po šedesátce. Co Češi prožijí v invaliditě, kterou by nemuseli (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nadeje-doziti-zdravi.html>)

Ukazatel vychází ze subjektivního šetření EU-SILC a mění se pomalu, proto o branách nerozhoduje. V mezidobí ho zastupují odvrátitelná úmrtnost (H7) a doplňkové ukazatele prevence (D5 až D8, D11). Ověřit: průběžnou hodnotu pro rok 2038 dohodnout s PEER a ÚZIS.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Pět let navíc. Cíl na zdravé stárnutí je dobře zvolený – zatím ale jde splnit i výměnou otázky v dotazníku (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zdrave-roky-cil-pet-let.html>)

Vedle hlavního ukazatele H6 sledujeme i ukazatel strategie PEER, totiž podíl nemocniční péče na výdajích (46,5 % proti 36,4 % v EU podle NERV 2024; HSPA Monitor tuto hodnotu nedokázal přiřadit k žádné klasifikaci, podle SHA je podíl nemocnic HP.1 asi 40 % proti 36 % v OECD). PEER ho chce do roku 2035 snížit o 10 procentních bodů. Studie k tomu přispívá přeměnou akutních lůžek (H6), nahrazením objemových limitů indikačním omezením (P11.2.2) a přesunem plánovaných výkonů do jednodenní a ambulantní péče.

HSPA upřesňuje

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Indikátor: Podíl kataraktových operací provedených ambulantně (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=jednodenni_chirurgie_katarakta)

Osm hlavních ukazatelů

Osm hlavních ukazatelů H1 – H8 pokrývá celý řetězec od dostupnosti přes kontinuitu a lůžka po finanční ochranu a právě z nich budou vycházet politické výstupy. Každý je vázaný na opatření J1 – J10 nebo podmínky P1 – P5, které ho mají ovlivnit, a u každého uvádíme zdroj, z něhož lze o braně rozhodnout dříve, než vyjde ročenka.

Ukazatel	Definice	Výchozí hodnota (rok, zdroj)	Cíl 2033 (B4 ; data za 2032)	Cíl 2038	Mechanismus	Zpoždění dat a zdroj pro brány
H1 Lidé bez registrujícího praktika	Podíl pojištěnců bez registrace u praktika, zvláště dospělí a děti, po ORP	Nové měřit od 2028. Děti: asi 182 tis. bez kapítace u dětského praktika (2022, ÚZIS 2023)	Měření zavedeno; v ORP s týmem pokles aspoň o polovinu proti základu 2028 (návrh)	V ORP s týmem nikdo bez jmenovitého lékaře	J1 (tým se spádem), J3, J5 (měření), P1, P2	Registrace v registrech pojišťoven: měsíce. ÚZIS: roční. Brány B1, B3

Ukazatel	Definice	Výchozí hodnota (rok, zdroj)	Cíl 2033 (B4 ; data za 2032)	Cíl 2038	Mechanismus	Zpoždění dat a zdroj pro brány
H2 Týmy podle standardu a obsazená místa sester	Počet týmů podle standardu J1 včetně smluvních síti; podíl obsazených míst sester z míst ve smlouvě	0 týmů podle standardu (241 týmových praxi); asi 1 sestra na praktika (v2; ověřit rok NRZP)	Trajektorie z Části V splněna aspoň z 90 % (návrh); obsazeno aspoň 50 % míst sester, tedy práh B3 trvá	520 týmů kolem 2038; obsazeno aspoň 80 % míst (návrh; omezením je nábor: asi 1 840 všeobecných sester z VŠ a VOŠ ročně v letech 2026–2037)	J1 , J2 , P1	Smlouvy a vykázané úvazky u pojišťoven, NRZP: čtvrtletně. Brány B3 , B4
H3 Čekání podle triážní kategorie	Podíl pacientů z eŽádanky přijatých ve lhůtě své kategorie (urgentní do 2 týdnů, do 6 týdnů, plánované); medián dnů po oborech a krajích	Nově měřit. Kolonoskopie po pozitivním testu 84,2 dne (2024, NZIS Open); u specialistů se čekání neměří	Měří se ze všech eŽádanek; lhůtu splňuje aspoň 80 % urgentních (návrh)	Aspoň 90 % ve všech třech kategoriích (návrh); čekání pacientů bez žádanky se neprodlužuje	J5 (eŽádanka s triáží), J3 (méně zbytečných žádanek), měkký gatekeeping (triáž v eŽádance, přednost v objednání)	eŽádanka: průběžně. Předpoklad: povinná eŽádanka (novela zák. 325/2021 Sb.). Brány B3 , B4
H4 Kontinuita péče (UPC)	Index obvyklého poskytovatele: podíl kontaktů s jmenovaným ošetřujícím lékařem týmu na všech vykázaných kontaktech	Nově měřit; cílová hodnota z v2 ≥ 0,7 (Barker 2017, PMID 28148478)	≥ 0,7 v týmech vlny 1 a 2	≥ 0,7 ve všech týmech	J1 (jmenovitý lékař), J2 ; pojistka u víceletných týmů (Bates 2025, Kegreiss 2026)	Vykázané kontakty u pojišťoven: čtvrtletně. Brána B4
H5 Hospitalizace pro ACSC	Hospitalizace pro stavy ošetřitelné ambulantně (seznam AHRQ/OECD) na 100 tis. dospělých	592 (OECD Health at a Glance 2025, referenční období 2021/2022, standardizováno na populaci OECD 15+; OECD 473; HSPA Monitor; s národní řadou ÚZIS NRH ji nelze zaměňovat)	550	530	J1 , J2 (chroničtí pacienti, sledování srdečního selhání), J3	NRH: zpoždění asi 1,5 roku. Pro bránu výkazy pojišťoven čtvrtletně, v pilotu od 2028
H6 Podíl akutní lůžkové péče	Podíl vlastní akutní lůžkové péče na úhradách pojišťoven	29,7 % (2024, ÚZIS OIS-11-24)	28 %	26 % kolem 2038	J6 , J7 (fond přeměny; kapacita následné péče jako podmínka)	ÚZIS roční; úhrady podle pojišťoven čtvrtletně. Čte se spolu s D1 – D4
H7 Odvratitelná úmrtnost	Standardizovaná předčasná úmrtnost do 75 let na 100 tis., léčitelná a preventabilní zvlášť	Léčitelná 107,2 (EU27 86,8), preventabilní 173,9 (EU27 150,9); 2023, Eurostat hlth_cd_apr	Sledujeme bez cíle	Sledujeme bez cíle; hodnotí se odstup od EU27	J1 – J5 nepřímo; J8 , J9 nepřímo	Eurostat: rok 2023 je dostupný až 2026. Pro brány se nepoužívá
H8 Katastrofické výdaje domácností	Podíl domácností, jejichž přímé platby za zdraví přesáhnou 40 % jejich platební schopnosti; celkem a nejchudší pětina	6 % domácností, nejchudší pětina 21 % (2023; v roce 2018 4,5 % a 14 %; WHO/Europe 2025, ČSÚ Šetření o rodinných útech). Medián 40 evropských zemí 6 %	Nezhoršit: nejvýše 6 % celkem a 21 % v nejchudší pětině	Sledujeme bez číselného cíle; snížit podíl lze hlavně u doplatků a stomatologie, které jádro reformy neřeší	Reforma poplatky nezavádí; J8 a J9 mohou zatížit nejchudší, proto se sledují	ČSÚ a WHO/Europe: dvouleté zpoždění. Brána B4

HSPA upřesňuje

Třetina dětských praktiků je přes 65 let. Síť ordinací se tenčí rychleji, než ji noví pediatři stíhají přebírat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html>)

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Generační propast v ošetrovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

K číslům připojujeme tři poznámky. U H5 odpovídá cíl 530 dorovnání zhruba poloviny rozdílu k OECD (592 – 473 = 119), jak předpokládá model; cíl pro rok 2033 je hodnota z v2 posunutá o tři roky. U H7 neumíme účinek reformy oddělit od dlouhodobých trendů a bez kontrolní skupiny ho reformě nelze přičíst, proto číselný cíl nestanovujeme. U H8 vyplývá cíl „nezhoršit“ z toho, že žádné opatření nezavádí poplatky ani přímé platby; odlišnost od dokumentu Zdravotnictví pro 21. století je záměrná.

HSPA upřesňuje

Indikátor: Odvratitelné hospitalizace (ACSC) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=hospitalizace_acsc)

Dvanáct doplňkových ukazatelů

Dvanáct doplňkových ukazatelů D1 – D12 hlídá přeměnu lůžek a vysvětluje, proč se hlavní ukazatele mění; tři z nich (D2 , D3 , D4) jsou pojistky, které mohou přeměnu zastavit. Cíle pro alkohol, játra, kolonoskopii a očkování jsme podle posudku buď odvodili z mechanismů, nebo snížili, nebo vypustili.

Ukazatel	Definice	Výchozí hodnota (rok, zdroj)	Cíl 2033	Cíl 2038	Mechanismus	Zpoždění dat a zdroj
D1 Akutní lůžka	Smluvní akutní lůžka (NZIP/ÚZIS), absolutně a na 1 000 obyvatel; OECD (3,99) jen pro mezinárodní srovnání	48 036 lůžek, 4,4 na 1 000 (2024)	Bez přeměny, dokud není schválen krajský plán (první plány 2033)	Asi 40 000 lůžek, tedy 3,7 na 1 000 (přeměněno 8 000); 3,5 až po 2038 a jen při splněných ukazatelích	J6 , J7	ÚZIS ročně; smlouvy pojišťoven čtvrtletně
D2 Obloženost standardních akutních lůžek	Roční využití standardních akutních lůžek, celkem a po krajích	56 % (2024; Ústecký kraj 45,8 %, Zlínský 61,6 %; ÚZIS SSS-05-02)	Sledujeme bez cíle (přeměna teprve začíná); v žádném kraji nad 85 %	65–70 %: při stejné poptávce 56 % × 48 036 / 40 000 = 67 %; strop 85 % trvá	J6 ; pojistka: při obloženosti nad 85 % se přeměna v kraji zastaví (Madsen 2014: +9 % úmrtnost)	ÚZIS ročně; pro pojistku výkazy poskytovatelů (ověřit frekvenci)
D3 Kapacita následné a dlouhodobé péče	Lůžka následné a dlouhodobé péče, volná kapacita v kraji a pracovníci dlouhodobé péče na 100 seniorů	28 551 lůžek (2024, OIS-11-28 a 11-49); 2,5 pracovníka na 100 seniorů (OECD 5,6)	Každý kraj před přeměnou prokáže kapacitu následné a dlouhodobé péče a dojezd (pravidlo rozhodování č. 4)	Podle krajských plánů. Odhad potřeby je asi 39 000 zdravotních i sociálních lůžek (Přecechtěl a Hlávka 2025; zdravotní část: dnes chybí 2–3 tisíce, do 2035 dalších nejméně 8 tisíc, MZ ČR 2025, s. 65) a 21 000 pečovatelských (APSS ČR); reforma se k jeho naplnění nezavazuje	J7 , P3 (sociální účet)	ÚZIS, registr poskytovatelů MPSV, kraje; ročně
D4 Dojezd ZZS	Podíl výjezdů v limitu dojezdu, po ORP	Ověřit: hodnota z ÚZIS (výjezdy ZZS, aktualizace ročně k 30. 6.)	Nezhoršit v žádném ORP s přeměnou	Nezhoršit	J6 (pojistka)	ÚZIS, ZZS krajů; ročně
D5 Čekání na kolonoskopii po pozitivním testu	Průměrná doba od pozitivního TOKS do kolonoskopie	84,2 dne (2024; v 2019 61,2 dne; NZIS Open PPS-02-07); na kolonoskopii dochází jen 60–70 % lidí s pozitivním testem (MZ ČR 2025, s. 36)	Sledujeme bez cíle	Nejvýše 61 dnů (návrat na úroveň 2019). Cíl 31 dní z v2 jsme vypustili, protože navigace poptávku zvýší	J5 , J1 (navigace po screening), P4	NZIS Open: ročně
D6 Screening tlustého střeva	Pokrytí lidí v cílové skupině (50–75 let; od 2026 má být 45–75 let, MZ ČR 2025, s. 40)	31,1 % (2024, ÚZIS; OECD 42 %; cílová skupina 50–75 let). Ověřit: přepočít výchozí hodnoty na cílovou skupinu 45–75 let a termín změny u NSC	35 % (návrh)	40 % (návrh; v2 měla 42 %)	J1 , J2 (sestra zve a naviguje), P4	ÚZIS NRHZS: ročně
D7 Očkování proti chřipce 65+	Podíl očkových seniorů	24,6 % (v2; ověřit sezónu, ÚZIS NR-28-02)	30 % (návrh)	40 % (návrh; 60 % z v2 vypuštěno)	J2 (připomínka sestrou), P4	ÚZIS, e-vakcinace: ročně po sezóně
D8 Spotřeba alkoholu	Registrovaná spotřeba čistého alkoholu na osobu 15+	11,2 l (2023; OECD 8,5 l; OECD Health at a Glance 2025). Ověřit: hodnota za rok 2024 v OECD Health Statistics (v pracovních podkladech 10,6 l, OECD 8,4 l)	Sledujeme bez cíle	Sledujeme bez cíle	J8	OECD Health Statistics: asi 1,5 roku
D9 Cukr v prodaných nápojích	Cukr v prodaných nealkoholických nápojích podle pásma sazby	Nově měřit; základ 2031 (rok před účinností)	Základ zveřejněn; sledujeme bez cíle	Sledujeme bez cíle; cíl stanoví hodnotitel po prvním roce účinnosti (směr: Andreyeva 2022, PMID 35648398)	J9 (účinnost 1. 1. 2032)	Ověřit zdroj dat z daňových přiznání; ročně
D10 Úmrtnost na chronická onemocnění jater	Standardizovaná úmrtnost K70, K73–K74 na 100 tis.	19,5 (2023; EU27 13,7; Eurostat)	Sledujeme bez cíle	Sledujeme bez cíle	J8 nepřímo	Eurostat: asi 2,5 roku
D11 Výdaje na prevenci	Podíl preventivní péče (HC6) na běžných výdajích na zdravotnictví	2,7 % (v2, OECD SHA; ověřit rok)	2,9 %	3,0 %	P4 : nejméně 2 mld. Kč ročně (40 % výnosu) z daní za zdraví, asi +0,25 procentního bodu (při běžných výdajích kolem 800 mld. Kč; ověřit)	OECD/ČSÚ: 1,5–2 roky
D12 Podíl úhrad praktikům a týmům	Podíl úhrad pojištěn všem praktikům včetně dětských (001, 002) a plateb týmům	6,4 %, tedy 32,1 mld. Kč (2024, OIS-11-24)	Asi 7,0 %	Asi 7,5 %: platby týmům 4,8–7,5 mld. Kč při úhradách asi 600 mld. Kč přidávají +0,8 až +1,25 procentního bodu. Cíl 9 % z v2 vypuštěn	J1 , J2	Pojišťovny čtvrtletně; ÚZIS ročně

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pe-ce-z-luzek.html>)

Dlouhodobá péče v Česku: tichá strukturální krize. Proč dvojkový systém stojí v cestě reformě, kterou demografie tak jako tak vynutí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-dlouhodob-pece-2026.html>)

Kdo měří a kdy

Měření zajišťuje nezávislý hodnotitel, tedy ÚZIS společně s univerzitou, který bude jmenován před startem pilotu v roce 2028. Předem zveřejní protokol včetně výpočtu statistické síly. Tři ORP a dva roky provozu nestačí ke spolehlivému měření hospitalizací (asi 900 odvrátitelných případů ročně ve 150 tisících obyvatel), a pokud pilot zdravotní dopad neprokáže, nelze to vykládat jako důkaz, že dopad chybí.

HSPA potvrzuje Indikátor: Odvrátitelné hospitalizace (ACSC) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=hospitalizace_acsc)

Rámcem hodnocení je HSPA, který má být podle podmínky P5 zakotven v zákoně jako oficiální hodnotící rámec. Spustila ho OECD s ministerstvem 24. 5. 2023 (122 ukazatelů, u 30 chybí metodika nebo data); ukazatele počítá ÚZIS, schvaluje je Rada HSPA a ukazatele reformy se stanou součástí rámce. Hodnotí tedy ÚZIS v oficiálním rámci. HSPA Monitor zdrojem hodnocení není, protože jeho autor je zároveň autorem studie (střet zájmů uvádíme v úvodu studie).

HSPA má téma

Měřit, co je důležité. Jak řídit zdravotnictví podle výsledků — a proč to Česko zatím neumí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-rizeni-podle-vysledku.html>)

Roční zpráva vychází do 31. května za předchozí rok a opírá se o registry pojišťoven a o ta data ÚZIS, která jsou k dispozici. Zbytek (NRH, Eurostat, WHO/Europe) se doplní dodatkem do 30. září. Termín před 30. 6. volíme záměrně, aby zpráva stihla přípravu dohodovacího řízení o úhradách (návrh k diskusi).

HSPA potvrzuje

Dohoda ve 12 z 15 segmentů. Co skutečně přineslo dohodovací řízení pro rok 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-dohodovaci-rizeni-2027-vysledek.html>)

Vzorec, který rozdělí stovky miliard. Jak funguje úhradová vyhláška a proč na ní záleží víc, než si myslíte (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhradova-v-yhlaska.html>)

Údaje za týmy a spádová území se zveřejňují čtvrtletně, celostátní hodnoty až v roční zprávě. Řídící výbor projednává čtvrtletní údaje i roční zprávu a schvaluje přechod branou; před branou B4 předá hodnotitel v roce 2033 zprávu s doporučením pokračovat, upravit, nebo zmenšit. V opozici (F0–F1) se měří jen pilot a základní hodnoty z otevřených dat. Ověřit: kdo hodnotitele pilotu jmenuje a kdo ho platí (kraj, VZP a ministerstvo společně).

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Kdo je NIKEZ a jak funguje: instituce, která má v Česku změřit kvalitu péče (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nikez-jak-funguje-2026.html>)

Miliarda a čtvrt ročně na zdravotnický výzkum. Jak funguje AZV a kde peníze končí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-azv-zdravotnickvy-vyzkum.html>)

Data pro brány

Data pro brány poskytují dříve než ročenky tři zdroje: registry pojišťoven, eŽádanka a NRZP; pilot k nim přidává vlastní měření. Ostatní řady přicházejí s ročním až tříletým zpožděním, a proto slouží jen k potvrzení výsledků a o branách se podle nich nerozhoduje. O bráně, jejíž ukazatel nemá zdroj v tabulce níže, se podle pravidla „žádná brána bez dat“ nehlasuje.

Zdroj	Co z něj bereme	Zpoždění	Ukazatele
Registry pojišťoven	Registrace u praktika, smlouvy a vykázané úvazky sester, vykázané kontakty pro index UPC, úhrady, hospitalizace	Měsíce až čtvrtletí; nutná smlouva o výměně dat s hodnotitelem (ověřit frekvenci u VZP a ostatních pojišťoven)	H1 , H2 , H4 , H5 (průběžné), H6 , D12
eŽádanka	Triážní kategorie, datum žádanky a termín vyšetření	V reálném čase po zavedení povinné eŽádanky (novela zák. 325/2021 Sb. je u vlády); do té doby jen pilot	H3
NRZP	Počty a úvazky sester a lékařů, pracoviště	Ověřit frekvenci aktualizace; slouží ke kontrole registrů pojišťoven	H2
ÚZIS (NRH, NRHS, NZIS Open), Eurostat, WHO/Europe, OECD	Roční řady, mezinárodní srovnání	1,5 až 3 roky (např. úmrtnost za rok 2023 je dostupná v roce 2026, katastrofické výdaje za rok 2023 vyšly v roce 2025)	H5 , H6 , H7 , H8 , D1 – D11

HSPA potvrzuje Data léčí Česko: konference, na které se začalo měřit, kolik kvalita stojí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-data-leci-cesko-2026.html>)

Kam plyne 508 miliard. Co o struktuře českého zdravotnictví říkají dohodovací řízení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-segmenty-2026.html>)

Elektronizace zdravotnictví míří dál. Co schválila novela – eŽádanky, eOčkovací průkaz a centrální registr prevence – a kde má pasti (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-elektronizace-2026.html>)

Větším rizikem než zpoždění dat je jejich nízká kvalita: index UPC a obsazenost míst sester vznikají z vykázaných kontaktů a úvazků, takže je lze ovlivnit vykazováním. Hodnotitel proto data na vzorku ověřuje proti dokumentaci a NRZP.

Brána, ukazatel, prahová hodnota

Každá ze čtyř bran má práh postavený na datech dostupných v době rozhodnutí; prahy u B4 předkládáme jako návrh k diskusi. Neuspokojivý výsledek zastaví jen ten nástroj, kterého se týká, a ostatní části reformy pokračují.

Brána	Ukazatel nebo kritérium	Prahová hodnota	Data v reálném čase	Při nesplnění
B1 Mandát (6/2028)	Projednání plánu: SPL ČR, SPLDD ČR, ČAS, ČLK, VZP, SZP ČR, Asociace krajů ČR, SMO ČR, patientské organizace, odbory	Plán je projednaný se všemi 10 klíčovými organizacemi a jejich výhrady jsou zapracované	Zveřejněné vypořádání výhrad každé z 10 organizací	Co není projednané nebo zůstalo bez dohody, se do volebního programu nedostane
B1 Mandát (6/2028)	Pilot: kraj, VZP a obce; nezávislý hodnotitel; definice H1 – H4 a datové toky	Pilot podepsán, hodnotitel jmenován, definice schváleny hodnotitelem	Smlouva o pilotu, protokol hodnotitele	Náhradní smluvní model u jedné pojišťovny
B1 Mandát (6/2028)	Připomínky a daňový závazek	Připomínky vypořádané a zveřejněné; strana potvrdila plánovací hodnotu daní za zdraví (5 mld. Kč ročně, rozpětí 5–7) vedle cíle PEER	Zveřejněný dokument o vypořádání, usnesení strany	Zveřejnění s uvedenou výhradou
B2 Koaliční smlouva (12/2029–1/2030)	Jádro J1 – J10 v koaliční smlouvě a programovém prohlášení; předlohy v legislativním plánu vlády 2030; průběžné vyhodnocení pilotu (H1, H2, H4 v pilotních ORP)	Politická dohoda; v pilotu obsazeno aspoň 50 % míst sester (návrh, stejný práh jako B3)	Texty smlouvy; pilotní data z registrů pojištěn	Při H2 pod 50 % v pilotu jádro bez center (varianta B)
B3 Lidé a data (12/2031)	H2 : obsazená místa sester v týmech první vlny; zákon o primární péči; krajské plány sítě	Aspoň polovina míst sester obsazena; zákon schválen; plány rozpracované	Registry pojištěn (data ÚZIS se nepoužijí), NRZP; hlasování Sněmovny; usnesení krajů	Varianta B (bez center)
B4 Nezávislé hodnocení (2033)	Zpráva hodnotitele: H1 – H6, H8 a pojistky D2, D3, D4	Pokračovat: H2 aspoň 90 % trajektorie, H5 ≤ 550, H4 ≥ 0,7, H3 aspoň 80 % urgentních, H1 klesající, žádná pojistka porušena. Upravit: 1–2 ukazatele mimo práh nebo pojistka porušena v jednom kraji. Zmenšit: H2 pod 50 %, tři a více ukazatelů mimo práh nebo pojistka porušena ve více krajích	Registry pojištěn, eŽádanka, NRZP (data za 2032); ÚZIS dodatkem	Rozhodnutí a důvody se zveřejní; pozastavení přeměny v postižených krajích

HSPA potvrzuje Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Indikátor: Praktikující sestry / 1 000 obyvatel (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=sestry_per_1000)

Indikátor: Odvratitelné hospitalizace (ACSC) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=hospitalizace_acsc)

Převodník z verze 2

Z 29 ukazatelů verze 2 zůstalo 18 řádků, které se sloučily do 16 ukazatelů verze 3; 11 řádků vypadlo a 4 ukazatele přibýly, celkem jich je tedy přesně 20. Verze 2 přitom v textu mluvila o dvaceti ukazatelích, ale v tabulce jich měla 29; tím se tento rozpor odstraňuje.

Co se stalo	Ukazatele verze 2	Ukazatel verze 3 a důvod
Sloučeno	Týmy sdružené péče; sestry na praktika	H2 : oba měří totéž, tedy obsazenost týmu podle standardu
Sloučeno	Čekání ke specialistovi s doporučením a bez něj; veřejně měřené čekací doby	H3 : jeden ukazatel s rozpadem podle triážní kategorie a podle toho, zda má pacient žádanku
Převzato, cíl změněn	Bez praktika; UPC; odvratitelné hospitalizace; podíl akutní lůžkové péče; akutní lůžka; obložnost; kolonoskopie; screening střeva; očkování 65+; alkohol; játra; cukr; výdaje na prevenci; podíl úhrad praktikům	H1, H4, H5, H6, D1, D2, D5 – D12 : cíle posunuty o tři roky, sníženy nebo odvozeny z mechanismů, případně „sledujeme bez cíle“
Vyřazeno: měří výstup místo výsledku	Podíl pacientů 75+ s návštěvní službou; hospitalizace na 100 tis.	Návštěvní služba (J4) se sleduje v registru opatření; celkový počet hospitalizací nerozliší dobrou a špatnou změnu
Vyřazeno: bez mechanismu nebo s nejasnou definicí	Mamografický screening; preventivní prohlídka u praktika; obezita dospělých	Pokrytí mamografickým screeningem je 54,5 %, tedy pod průměrem OECD, reforma na něj ale nemá vlastní mechanismus a sleduje ho rámec HSPA; prohlídka má dvě definice (62,0 % podle MZ, 52,6 % podle ÚZIS PPS-08-01); obezita se mění pomalu a mechanismus chybí
Vyřazeno: přesunuto jinam	Podíl lůžkových zařízení celkem; saldo veřejného zdravotního pojištění; výnos daní za zdraví; veřejné ukazatele následné péče; soulad místa péče u paliativních pacientů; dny na akutním lůžku strávené čekáním na sociální službu	Lůžková zařízení celkem zahrnují centrová léčiva a následnou péči, takže hlavní cíl neměří; saldo a výnos daní patří do Části V; kvalitu následné péče zveřejní rámec HSPA; paliativní péči se věnují stručné podklady; kapacitu následné péče nově měří D3
Nově	Katastrofické výdaje domácností; odvratitelná úmrtnost; kapacita následné a dlouhodobé péče; dojezd ZZS	H8, H7, D3, D4 : chyběly v tabulce úspěchu, přestože je potřebuje diagnóza i pojistky přeměny lůžek

HSPA upřesňuje

Téměř šest set hospitalizací, kterým mělo zabránit ambulantní zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vyhnutelne-hospitalizace.html>)

1,05 mamografu na 100 tisíc obyvatel. Česko má s Polskem nejméně přístrojů v EU, přesto účast na screeningu stojí nad mediánem (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-mamografy-nejmene-v-eu-2026.html>)

Šedesát procent. Proč český mamograf naráží na pomyslný strop (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-mamograf-rakovina-prsu.html>)

Část X – Rizika a pojistky

Reformu nejvíc ohrožují tři rizika: nedostatek sester, podhodnocené náklady a nedostatečná legislativní kapacita ministerstva. Registr v této části eviduje devatenáct rizik; ke každému uvádí měřitelný časný signál, pojistku, vlastníka a bránu, u které se o něm rozhoduje. Pro případ, že se některý předpoklad nesplní, stanovujeme předem pravidla, podle kterých se reforma zastaví, zmenší nebo odloží dřív, než to zatíží rozpočet.

Matice rizik

Pět z devatenácti rizik má vysokou pravděpodobnost i vysoký dopad

Pravděpodobnost × dopad · odborný odhad autorů, Projektová kancelář ho přehodnocuje čtvrtletně

Dopad vysoký	Mít pojistku připravenou · 6 R4 MF/NRR odmítne vzorec platby státu R6 Ústavní napadení zákona o síti R9 Řetězce a koncentrace vlastnictví praxí R11 Obložnost a dostupnost při přeměně lůžek R14 Nedohodnutý pilot R18 Politická únava a ztráta podpory odborníků	Řešit hned · 5 R1 Nedostatek sester a odliv z nemocnic R2 Úbytek praktiků R3 Podhodnocené náklady R12 Kapacita legislativy MZ R13 Koaliční partner nepodpoří
Dopad střední	Sledovat · 4 R7 SGEI a veřejná podpora R8 Notifikace TRIS R10 Ztráta kontinuity v týmech R17 IT: eŽádanka	Sledovat a tlumit · 4 R5 Lobby nápojového průmyslu a vinařů R15 Zpoždění dat R16 Souběh 1. 1. 2029 R19 Střet zájmů autora (vnímání)
Pravděpodobnost: střední		Pravděpodobnost: vysoká
☐ pole „řešit hned“ Aa tučně: tři největší rizika (sestry, náklady, legislativní kapacita)		

matice rizik · 19 rizik, 4 pole

Do pravého horního pole patří pět rizik; tři největší z nich mají každé vlastní bránu s pravidlem návratu. Hodnocení pravděpodobnosti a dopadu je odborný odhad autorů, který Projektová kancelář po konzultacích přehodnocuje čtvrtletně.

Registr rizik

Registr eviduje 19 rizik a ke každému uvádí časný signál, který lze změřit dřív, než riziko způsobí škodu, dále pojistku, kdo riziko hlídá, a bránu, u které se o něm rozhoduje. Na začátku jsou rizika s vysokou pravděpodobností i dopadem. Registr vede Projektová kancelář reformy a čtvrtletně ho předkládá Řídícímu výboru, který překročený signál projedná na nejbližším zasedání.

Riziko	Kategorie	Prav.	Dopad	Časný signál (měřitelný)	Pojistka	Kdo hlídá	Brána
R1 Nedostatek sester a odliv z nemocnic	personál	vysoká	vysoký	Obsazenost sesterských míst v týmech pilotu a vakance sester v nemocnicích dotčeného kraje (registry pojišťoven, čtvrtletně); počet přihlášek na VŠ a VOŠ ošetřovatelství při ~1 750 absolventkách všeobecného ošetřovatelství ročně (OECD 2024). I bez reformy bude za 12 let chybět asi 2 tisíce všeobecných sester; potřeba je nejméně 24 000 úvazků proti 11 078 z VŠ a asi 11 000 z VOŠ (dopočet studie z MZ ČR 2025, s. 114); 4 000 sester pro týmy je potřeba navíc	Náběh v etapách; plat na úrovni nemocniční sestry; platba jen za obsazená místa; přesun z nemocnic jen tam, kde se práce změnila, a s nabídkou každému dotčenému (rekvalifikace, přechod do primární, domácí či paliativní péče); P1 personální bilance po krajích včetně nábory ze zahraničí a zrychlení aprobací	Projektová kancelář; Nezávislý hodnotitel	B3 (12/2031); nesplněno = varianta B
R2 Úbytek praktiků	personál	vysoká	vysoký	Roční úbytek PLD v registrech pojišťoven nad horní hranici rozpětí 110–180; počet lidí bez praktika (J5)	J3 kompetence praktiků (zrušení preskripčních omezení, nové výkony, např. USG); P2 rezidenční místa; ochrana hodnoty praxe při vstupu do týmu; sestra přebírá péči o chronicky nemocné; PLDD se neruší	SPL ČR s Projektovou kanceláří	B1 , B3
R3 Podhodnocené náklady	peníze	vysoká	vysoký	Skutečné platby týmům v pilotu na pojištění mimo rozpětí 4,8–7,5 mld. Kč ročně v plném náběhu; čistý náklad mimo rozpětí 15–25 mld. Kč	Plánování v rozpětích bez bodových odhadů; graf citlivosti; zveřejněný model s verzí a datem; oddělení toho, co už je v plánu MZ (10 mld. Kč z v. z. p. na podporu praxí); přepočet z nákladů pilotu před B2	Projektová kancelář; MF v Řídícím výboru	B1 , B2
R12 Kapacita legislativy MZ	implementace	vysoká	vysoký	Ve vládním plánu víc než dvě velké předlohy; věcné záměry zákona o primární péči a zákona o síti nehotové k 12/2029; neobsazené týmy pro primární péči a pro síť v legislativním odboru	Vlny 0–4; za volební období jen dvě velké předlohy; HTA rozšířením mandátu SÚKL/ÚZIS bez nového zákona; posílení legislativního odboru; začít smlouvou a vyhláškou; věcné záměry psát už v opozici	Řídící výbor; RT s Institutem Pi (F0–F1)	B2
R13 Koaliční partner nepodpoří	politika	vysoká	vysoký	Jádro J1 – J10 chybí v návrzích koaliční smlouvy a programového prohlášení; veřejné výhrady partnera k J8 – J10 (daně, platba státu)	Konzultace a memoranda s možnými partnery 2026–2029; navazování na vládní reformy pozměňovacími návrhy bez vlastních protinávrhů; jádro rozdělené na nástroje, které lze přijímat postupně; varianty B a C	RT; poslanecký klub	B2
R4 MF/NRR odmítne vzorec platby státu	peníze	střední	vysoký	Negativní stanovisko MF v připomínkovém řízení; zmrazení platby pro rok 2028 se opakuje i v dalších letech; vzorec chybí v programovém prohlášení	Výpočet vzorce (J10 , § 3c zák. 592/1992 Sb.) v jedné tabulce včetně automatického růstu ~11,7 mld. Kč, který vyvolá vyšší sazba; 100 Kč měsíčně na státního pojištěnce ≈ 7,2 mld. Kč ročně; jednání s MF a NRR od programu 2029; při odmítnutí zůstává příspěvek z daní (3–5 mld. Kč) a reforma se zmenšuje na B, a když sesterská složka nemá trvalé krytí, na C (Část X)	Řídící výbor (MF, pojišťovny); v opozici poslanecký klub	B2 ; účinnost 1. 1. 2031
R6 Ústavní napadení zákona o síti	právo	střední	vysoký	Ústavní rozbor (čl. 8 a 101 Ústavy, čl. 11 Listiny) před předložením shledá zásah do samosprávy nebo vlastnictví bez dostatečné náhrady; výhrady Legislativní rady vlády	Nejdřív nástroje bez zákona (§ 17 a § 46 zák. 48/1997 Sb., NV 307/2012 Sb., Věstník; precedent onkochirurgie: první vlna – játra, slinivka, jícen – od 1. 9. 2026 podle Věstníku MZ 10/2026, další obory 2027–2030); lůžka jen méně účel; garance příjmu jako náhrada; dopadová studie fondu přeměny; nezávislý právní posudek	Legislativní odbor MZ	předložení 2031; B3
R9 Řetězce a koncentrace vlastnictví praxí	implementace	střední	vysoký	Podíl praxí a týmů v ORP pod jedním skutečným vlastníkem (veřejný registr) se blíží krajskému stropu 20 %; platby mezi propojenými firmami	Veřejní skuteční vlastníci; posouzení koncentrace ve spádovém území s vyjádřením obce; pravidla plateb mezi propojenými firmami; klinická nezávislost; krajský strop 20 %; dotace jen obcím	Pojišťovny; Nezávislý hodnotitel	B3 , B4

Riziko	Kategorie	Prav.	Dopad	Časný signál (měřitelný)	Pojistka	Kdo hlídá	Brána
R11 Obložnost a dostupnost při přeměně lůžek	implementace	střední	vysoký	Průměrná obložnost akutních lůžek v kraji nad 85 % včetně sezónních špiček; podíl obyvatel s urgentním příjmem do 30 minut pod 95 %; dny na akutním lůžku strávené čekáním na sociální službu	Zastavení přeměny v kraji při obložnosti nad 85 % (Madsen 2014; +9 % úmrtnost); J7 kapacita následné a dlouhodobé péče předem; posílení základů ZZS před sloučením; lůžka jen mění účel	Kraj; Nezávislý hodnotitel	krajský plán sítě; B3 , B4
R14 Nedohodnutý pilot	implementace	střední	vysoký	Do 6/2027 není dohoda kraje, VZP a obcí; po komunálních volbách 10/2026 se mění vedení obcí	Tři ORP v kraji, který se k pilotu přihlásí; nezávislý hodnotitel jmenovaný před startem; náhradní smluvní model (smlouva podle § 17 zák. 48/1997 Sb.) u jedné pojišťovny; jednání ihned po ustavení nových obecních zastupitelstev	RT; Institut Pi	B1 (6/2028)
R18 Politická únava a ztráta podpory odborníků	politika	střední	vysoký	Počet klíčových organizací (z 10), se kterými je plán projednaný a jejichž výhrady jsou zapracované (cíl: všech 10); odchody z kulatých stolů; odmítavé stanovisko komory nebo společnosti	Zveřejnění vypořádání připomínek; spolupráce standardu týmu se SPL ČR a SPLDD ČR; memoranda o podpoře; jasné otázky v každém kole konzultací; PLDD se neruší	RT; Institut Pi	B1
R5 Lobby nápojového průmyslu a vinařů	politika	vysoká	střední	Stanoviska svazů výrobců proti sazbám v přípomínkovém řízení; počet poslaneckých pozměňovacích návrhů k osvobození	Postupný náběh (u vína poloviční sazba 2031–2032, plná 2033); poloviční sazba pro malé vinaře; daň ze slazených nápojů ohlášená v programu 2029 s pásmo podle obsahu cukru; výnos vázaný na prevenci; do plánu se počítá jen 5 mld. Kč; při neúspěchu padá jen daň	RT; poslanecký klub	B2
R15 Zpoždění dat	evidence	vysoká	střední	Ukazatel brány nemá k termínu aktuální hodnotu; zpoždění dat ÚZIS a OECD 1–3 roky	Brány stavět na datech z registrů pojišťoven, NRZP a eŽadanky; „žádná brána bez dat“ = brána se odloží	Nezávislý hodnotitel (ÚZIS + univerzita)	B3
R16 Souběh 1. 1. 2029	implementace	vysoká	střední	Od 1. 1. 2029 naběhne strop pobytu podle § 22b zák. 48/1997 Sb. a zrušení § 52 zák. 108/2006 Sb. (zák. 38/2025 Sb.), skončí pevný základ z tisku 235; v pilotu klesají výkony nebo přibývá odmítnutých registrací proti srovnávacím ORP	Na tento den neklademe žádný krok reformy: finanční novela 1. 1. 2031, zákon o primární péči 1. 1. 2032; vyhodnocení pilotu očištěné o vliv těchto změn	Nezávislý hodnotitel; Projektová kancelář	B2
R19 Střet zájmů autora (vnímání)	politika	vysoká	střední	Kritika v médiích a odborných stanoviscích; žádost o vyloučení autora z jednání o pilotu	Prohlášení o střetu zájmů v úvodu (Správní rada VZP, PEER, HSPA Monitor); autor se vyloučí z hlasování Správní rady VZP o pilotu; nezávislý hodnotitel; zveřejněný model a data	autor; RT	B1
R7 SGEI a veřejná podpora	právo	střední	střední	Výhrady ÚOHS nebo Evropské komise v předběžném posouzení pověřovacího aktu a veřejné podpory	Pověřovací akt SGEI podle rozhodnutí 2012/21/EU; posouzení veřejné podpory zahájit před vlnou 3 a u osvobození malých výrobců ve vlně 1; náhradní řešení: investiční část fondu přeměny (5–10 mld. Kč) bez provozní garance	Legislativní odbor MZ; MF	předložení 2031; B3
R8 Notifikace TRIS	právo	střední	střední	Komise nebo členský stát vydá podrobné stanovisko k notifikovanému znění, což může prodloužit lhůtu	Notifikovat souběžně s meziresortním řízením; do harmonogramu počítat tříměsíční lhůtu s rezervou; týká se jen zdravotních varování a minimální ceny alkoholu (vlna 4), jádra reformy se nedotýká	Legislativní odbor MZ	B2 (legislativní plán)
R10 Ztráta kontinuity v týmech	implementace	střední	střední	Index UPC týmů v pilotu je nižší než u srovnatelných samostatných praxí; klesá podíl kontaktů s jmenovaným ošetřujícím lékařem	Jmenovitý ošetřující lékař u každého pacienta; dvojice lékař–sestra; malé týmy; kontinuita v odměně; kontrolní bod pilotu (Bates 2025, Kegreiss 2026, Kovacevic 2023)	Nezávislý hodnotitel pilotu	vyhodnocení pilotu 2030; B3
R17 IT: eŽádanka	implementace	střední	střední	Novela zák. 325/2021 Sb. (povinná eŽádanka) do 6/2028 neprojde, nebo projde bez triážního pole; podíl žadanek s vyplněným triážním údajem	Pozměňovací návrh k novele; měření čekání z dat pojišťoven nezávisle na eŽadance; měkký gatekeeping (přímý přístup ke specialistovi zůstává, sankce nedopadá na pacienta)	Poslanecký klub; MZ; pojišťovny	B1 , B3

HSPA potvrzuje

Generační propast v ošetrovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Sester přibývá, přesto chybí: proč český počet absolventů klame (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-absolventi-osetrovatelstvi.html>)

Praktik jako uzel systému. Kapitace, Pay-for-Performance a věková krize primární péče v dohodovacím řízení 2027 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-primarni-pece-2027.html>)

Co by nás zastavilo

Platí čtyři pravidla pro zastavení, která Řídicí výbor uplatňuje čtvrtletně a při přechodu přes každou ze čtyř bran (B1 v 6/2028, B2 v 12/2029 až 1/2030, B3 ve 12/2031, B4 v roce 2033). Rozhoduje se podle dat a každé rozhodnutí se zveřejňuje.

- **Žádná brána bez dat.** Brána se uzavře jen na základě dat, která v době rozhodování existují: registry pojišťoven, NRZP a eŽádanka. Chybí-li data, brána se odloží a důvod se zveřejní. Data ÚZIS, která přicházejí se zpožděním, slouží k následnému ověření a podmínkou brány nejsou.
- **Neúspěch nástroje zastaví jen ten nástroj.** Neprojde-li například daň ze slazených nápojů nebo nový vzorec platby státu, týmy a sestry pokračují; Projektová kancelář přepočte krytí (viz Část V) a rozsah reformy se upraví podle stupňů A, B, C popsaných níže.
- **Nesplněná brána B3 znamená variantu B.** Ve 12/2031 musí být obsazena aspoň polovina míst sester v týmech první vlny (data z registrů pojišťoven), schválen zákon o primární péči a rozpracovány krajské plány sítě. Pokud se to nepodaří, centra se nestavějí a reforma pokračuje bez nich.
- **Akutní lůžko se nepřemění, dokud kraj neprokáže kapacitu a dojezd.** Kraj musí doložit kapacitu následné a dlouhodobé péče (J7) a dojezd k urgentnímu příjmu. Při průměrné obloženosti akutních lůžek nad 85 % se přeměna v daném kraji zastaví (Madsen a kol., Health Aff 2014: obloženost nad 85 % je spojena s o 9 % vyšší úmrtností).

HSPA má téma Indikátor: Dojezdový čas ZZS (do 20 minut) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=dojezd_zzs)

Indikátor: Lůžka dlouhodobé péče v pobytových zařízeních (na 1 000 obyvatel 65+) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=luzka_dlouhodobpece_65plus)

Brána B4 v roce 2033 nabízí víc možností než ano a ne: nezávislý hodnotitel (ÚZIS s univerzitou) doporučí pokračovat, upravit, nebo zmenšit. Zmenšení znamená přechod na nižší stupeň popsaný níže, reforma se tedy nevrací na nulu.

Jak reforma zmenší rozsah

Reforma se zmenšuje po stupních A, B, C a na každém z nich si ponechává položky, které na centrech nezávisí: prevenci, paliativní týmy, konzultace lékař-lékař a fond přeměny. Díky tomu lze stupně férově srovnat, protože A a B se liší jen centry a budovami. Náklad každého stupně uvádí Část V.

Stupeň	Co obsahuje	Spouštěč přechodu na nižší stupeň	Kdo rozhoduje
A. Plná, s centry	Týmy sdružené péče a centra, sestry, prevence, paliativa, konzultace, fond přeměny, zákon o primární péči a zákon o síti	A na B: brána B3 (12/2031) nesplněna, tedy obsazena méně než polovina míst sester v týmech první vlny, neschválený zákon o primární péči nebo nerozpracované krajské plány; nebo pilot (vyhodnocení 2030) ukáže, že praktici do týmů nevstupují	Řídicí výbor na doporučení Nezávislého hodnotitele
B. Bez center	Týmy, sestry, prevence, paliativa, konzultace, fond přeměny; bez budov a center	B na C: hodnotitel v bráně B4 (2033) doporučí zmenšit; nebo finanční novela s novým vzorcem platby státu (J10) neprojde a sesterská složka nemá trvalé krytí	Řídicí výbor na doporučení Nezávislého hodnotitele
C. Minimální	Prevence, paliativní týmy, konzultace lékař-lékař a fond přeměny; dále opatření, která nepotřebují nové velké zákony: smluvní model (smlouva podle § 17 zák. 48/1997 Sb.), úhradová vyhláška, seznam výkonů, kompetence sester a praktiků, eŽádanka s triázním údajem	Není, jde o nejnižší stupeň; zbytek se předává dalšímu období	Řídicí výbor

Na všech stupních zůstávají v plném rozsahu tři věci, které reformu hlídají i ve variantě C: měření ukazatelů a čekacích dob, pojistky u lůžek (obloženost 85 %, kapacita dlouhodobé péče, dojezd) a nezávislé hodnocení.

Ověřit: číselné prahy přechodu z B na C (například podíl obsazených míst sester po B3) stanoví Řídicí výbor před bránou B1.

Q **Ověřujeme**

Část XI – Deset oblastí Manifestu: stručné podklady

Deset oblastí Manifestu mimo jádro reformy zpracováváme v 10 stručných podkladech se 45 opatřeními; každý podklad má vlastní tempo a nesmí brzdit jádro J1 –J10. Posudek napočítal ve v2 v této vrstvě asi 55 opatření a upozornil, že čtenář nerozezná jádro od doprovodu. Ponecháváme zde proto jen opatření, která neřeší Část III, a u duplicitních témat (zubní prevence, revize léků, kompetence sester) na ni pouze odkazujeme.

Doprovod se řídí pravidlem rozhodování D21: neúspěch jednoho podkladu zastaví jen jeho opatření a jádro reformy neohrozí. Termíny uvádíme podle základního scénáře „Vláda 2030“; opatření, která lze zavést smlouvou, vyhláškou nebo metodikou bez zákona, začínají už ve fázi F0. Zákoně části řadíme do vln 2 a 4 podle Části VII a počítáme přitom s tím, že za volební období realisticky projdou jen dvě velké předlohy.

Každý podklad má stejnou stavbu: cíl, opatření, nástroj, termín, náklad, vazba na jádro a otevřené otázky pro RT. Náklad uvádíme jen tam, kde ho má v2 a posudek ho nezpochybní; jinak píšeme „nevyčísleno“. Kde se v3 odchyluje od Programu pro moderní zdravotnictví 2021–2024, označujeme to slovy „Odchylka od programu 2021“ a shrnujeme v závěrečné tabulce.

Oblast	Cíl	Opatření	Hlavní nástroj	Nejdřívější termín	Vazba na jádro	Garant v RT
1. Hodnocení účelnosti a standard péče	Každá nová úhrada a každý nový model péče projdou nezávislým hodnocením	4	Metodika ÚZIS, později zákon nebo rozšíření mandátu SÚKL a ÚZIS	2027 (metodika pro pilot); zákon 2033 a později	J1 (pilot), brána B4	doplní RT
2. Rozšířená péče	Za nadstandard nelze koupit rychlost ani lepší výsledek	4	Novela zákonů o pojištění a o fondech	1. 1. 2032	P4 , oblast 1	doplní RT
3. Pojišťovny, DRG, evidence nároků	Hlas pojištěnců a zveřejněné čekací doby	4	Pozměňovací návrhy k reformě v. z. p. 2030, později novely	2027–2028 (návrhy); zákony 2033 a později	J1 , J5 , J10	doplní RT
4. Transparence a otevřená data	Srovnatelná data o poskytovatelích bez nového papírování a komise bez střetu zájmů	5	Metodika ÚZIS, novela zák. 372/2011 Sb.	2027 (bez zákona); zákon 2033 a později	J5 , P5	doplní RT
5. Dostupné léky	Předvídatelný doplatek, dostupnost léků, ochrana pojištěnec před drahou léčbou	4	Novely zákonů o léčivech a o pojištění, společný rizikový fond	předložit 2032–2034, účinnost 2033 a později	Část III (revize léků)	doplní RT
6. Světový klinický výzkum	Dvojnásobek akademických klinických studií	4	Akční plán strategie klinických hodnocení, dotační program	2028, pokud vypíše současná vláda; jinak 2031	J1 (pilot jako studie)	doplní RT
7. Stomatologie	Vyšší účast na prevenci a nižší platby u zubaře	5	Úhradová vyhláška, SZV, novela zák. 48/1997 Sb.	2028 (SZV, šetření); zákon 1. 1. 2032	P4 , Pilíř 4	doplní RT
8. Vzdělání a podmínky personálu	Lidé pro týmy: rezidenční místa a podmínky práce sester	5	Dotační titul MZ, vyhláška, personální bilance	rozpočet 2028 (podnět); závazně 2031	J2 , P1 , P2 , brána B3	doplní RT
9. Práva pacientů	Bezplatná cesta k ombudsmanovi s vymahatelným doporučením	5	Novela zák. 372/2011 Sb. a 349/1999 Sb.	2028–2029 (přání); ombudsman 1. 1. 2032	J1 (standard center)	doplní RT
10. Duševní zdraví	Stabilní komunitní péče a rychlý první kontakt	5	Úhrada, financování sociální části center, novela zák. 96/2004 Sb. a 48/1997 Sb.	2027 (mapa center); zákony 2033 a později	J1 (psycholog v týmu), P3	doplní RT

1. Hodnocení účelnosti a standard péče

Cíl. Každá nová úhrada a každý nový model péče, včetně modelů této studie, projde nezávislým hodnocením přínosu a nákladů.

Opatření

- Metodika ÚZIS pro hodnocení organizačních modelů, poprvé použita na pilotu (M1.1).
- Hodnocení započítá dopad na veřejné rozpočty jako celek včetně úspor a nákladů v sociálním systému; umožní to propojení dat MZ a MPSV (Hospodářská strategie PEER).
- Nezávislá instituce pro hodnocení technologií s otevřenými daty a právem pacientů vstoupit do hodnocení; hodnotí léky, výkony, prostředky, digitální nástroje i organizační modely.

HSPA má téma

Joint Clinical Assessment startuje, Česko hodnotí léky podle vlastních not. Co znamená nařízení EU 2021/2282 pro úhradové rozhodování a kde má český HTA-systém slepá místa (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-hta-jca-eu-2026.html>)

- Standard hrazené péče jako výstup hodnocení, včetně standardu týmů a následné péče, soutěž pojištěnec nad standardem a pravidelná revize.

HSPA má téma

Co s tím. Pět reformních směrů, jak udržet nárok pojištěnce udržitelným (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-3-co-s-tim.html>)

Jak definovat nárok pojištěnce. Co, kdy a kde má pacient skutečně dostat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-4-jak-definovat.html>)

- Napojení na evropské společné klinické hodnocení (nařízení 2021/2282, od ledna 2025 pro onkologika), které bude pro Česko povinným vstupem.

HSPA potvrzuje

Joint Clinical Assessment startuje, Česko hodnotí léky podle vlastních not. Co znamená nařízení EU 2021/2282 pro úhradové rozhodování a kde má český HTA-systém slepá místa (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-hta-jca-eu-2026.html>)

Nástroj. Metodika ÚZIS bez zákona; poté buď nový zákon o institutu (velká předloha, vlna 4), nebo rozšíření mandátu SÚKL a ÚZIS (malá až střední novela), pokud nebude kapacita na velkou předlohu (D3). Vzory: NICE (od roku 1999), G-BA a IQWiG, HAS, SBU.

Výchozí stav: na doporučených postupech, indikátorech kvality, HSPA, predikci personálních kapacit a hodnocení programů prevence pracuje od 19. 1. 2023 Národní institut kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ), společné pracoviště MZ a ÚZIS (nikez.mzcr.cz; MZ ČR 2025, s. 53 a 58). Metodiku hodnocení organizačních modelů (M1.1) navrhujeme vést v NIKEZ.

HSPA upřesňuje

Kdo je NIKEZ a jak funguje: instituce, která má v Česku změřit kvalitu péče (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nikez-jak-funguje-2026.html>)

První klinický věstník NIKEZ: vyšetření sluchu od padesáti má nově platit pojišťovna — a seznam vyšetření, která se dělat nemají (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nikez-vestnik-1-2026.html>)

Termín. Metodika 2027 (F0), rozhodnutí o podobě instituce v F1 (2028–2029). Zákon nebo rozšíření mandátu předložíme až po zákonech o primární péči a o síti, s účinností 2033 a později; v2 počítala s Balíčkem 3 v roce 2030.

Náklad. Nevyčísleno.

Vazba na jádro. Hodnocení pilotu (J1) a nezávislé hodnocení v bráně B4 (2033) stojí na této metodice; bez ní by se o týmech rozhodovalo podle síly zájmových skupin.

Odchylna od programu 2021. Standard solidární péče z hodnocení technologií přebíráme a stavíme na tom, co už existuje: zákon 289/2025 Sb. zavedl evropské hodnocení technologií a MZ má implementační plán, na který navazujeme.

HSPA upřesňuje

Joint Clinical Assessment startuje, Česko hodnotí léky podle vlastních not. Co znamená nařízení EU 2021/2282 pro úhradové rozhodování a kde má český HTA-systém slepá místa (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-hta-jca-eu-2026.html>)

Otevřené otázky pro RT

- Institut jako nová instituce, nebo rozšíření mandátu SÚKL a ÚZIS? Ověřit: volná kapacita SÚKL a ÚZIS pro hodnocení výkonů a organizačních modelů.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Joint Clinical Assessment startuje, Česko hodnotí léky podle vlastních not. Co znamená nařízení EU 2021/2282 pro úhradové rozhodování a kde má český HTA-systém slepá místa (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-hta-jca-eu-2026.html>)

- Kdo hodnotí organizační modely v letech 2028–2033, než instituce vznikne?

2. Rozšířená péče: možnost volby bez úplatků

Cíl. Zákon odděluje plně hrazený standard od volitelné nadstandardní péče tak, aby si za nadstandard nešlo koupit rychlost ani lepší výsledek léčby.

HSPA má téma

Poučení z Irska a Kanady. Dvě země, dvě odpovědi na tutéž otázku o připlácení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nadstandardy-2-irsko-kanada.html>)

Opatření

- Zákonné vymezení druhů rozšířené péče, doplatku a ochranného limitu pro zranitelné; hranici stanoví přímo zákon, vyhláška ji určovat nebude.
- Plně hrazená základní varianta, kterou musí poskytovatel nabídnout jako první a bez vlivu na termín.
- Přeměna fondů prevence pojišťoven (od roku 2026 upraveny zákonem 289/2025 Sb.) na fondy rozšířené péče s možností připojištění; prevenci převezme tým a Fond prevence (P4).

HSPA má téma

Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.html>)

Nejlacinější řízení v pojišťovenské Evropě. Česko utratí za správu zdravotnictví 1,9 % výdajů — a je otázka, jestli si to může dovolit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vydaje-sprava-zdravotnictvi.html>)

„Po vzoru Nizozemska“ znamená přesný opak. Bonus za péči o zdraví patří do fondu prevence, ne do pojistného (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-bonus-za-zdravi-pojistne.html>)

- Transparentní ceník a nezávislé posouzení hranice: co je léčebně lepší a přiměřeně nákladné, patří do standardu a nelze to prodávat (oblast 1).

Jako rozšířenou péči nebude možné nikdy prodávat kratší čekání, přednostní pořadí, přístup k lékaři, hrazené léky, léčbu s lepším výsledkem ani neodkladnou péči.

HSPA potvrzuje

Otevřené dveře. Ústavní soud nadstandardy nezakázal — tak proč jimi 12 let nikdo neprošel? (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nadstandardy-1-otevrene-dvere.html>)

Co by nadstandardy udělaly s českým nárokem — a za jakých podmínek by dostupnost nesnížily (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nadstandardy-3-cesky-narok.html>)

Nástroj. Novela zákonů 48/1997, 551/1991 a 280/1992 Sb. a vyhlášky 418/2003 Sb. (střední předloha, vlna 2). Výchozí bodem je nález Pl. ÚS 36/11 z 20. 6. 2013, který zrušil nadstandard z novely 298/2011 Sb. hlavně proto, že varianty vymezovala jen vyhláška.

HSPA potvrzuje

Otevřené dveře. Ústavní soud nadstandardy nezakázal – tak proč jimi 12 let nikdo neprošel? (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nadstandardy-1-otevrene-dvere.html>)

Termín. Předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032 (vlna 2). V2 uváděla Balíček 2 v roce 2029; ve scénáři D1 to nelze.

Náklad. Nevyčísleno.

Vazba na jádro. Rozšířená péče je od prevence oddělená: prevenci financuje Fond prevence z daní za zdraví (P4), kdežto fond rozšířené péče slouží jen službám nad standard.

Odchylka od programu 2021. Opouštíme návrh, že pojišťovna „není vázána výstupy“ hodnocení technologií a že se doplatek platí přímo u poskytovatele. Hranici určí zákon na základě nezávislého posudku a kratší čekání se nikdy neprodává; změna odpovídá nálezu Pl. ÚS 36/11.

Otevřené otázky pro RT

- Ověřit právníkem: rozsah výroku nálezu Pl. ÚS 36/11 a zda smí seznam variant stát v prováděcím předpise.

HSPA upřesňuje

Otevřené dveře. Ústavní soud nadstandardy nezakázal – tak proč jimi 12 let nikdo neprošel? (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nadstandardy-1-otevrene-dvere.html>)

Co by nadstandardy udělaly s českým nárokem – a za jakých podmínek by dostupnost nesnížily (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nadstandardy-3-cesky-narok.html>)

- Jak zabránit zužování standardu ve prospěch nadstandardu? V2 navrhuje zákonné vymezení, nezávislé hodnocení a ochranný limit; ověření na datech zatím chybí.

3. Pojišťovny, DRG a evidence nároků

Cíl. Pojištěnec má hlas tam, kde se rozhoduje o jeho penězích, a pojišťovna eviduje a zveřejňuje, jak dlouho se na péči čeká.

Opatření

- Evidence plnění nároku včetně čekání, navazující na eŽádanku s triázním údajem (J5); v pilotu od roku 2028 ve smlouvě s VZP, plošně nejdříve s úhradovou vyhláškou 2031.

HSPA má téma

Jak definovat nárok pojištěnce. Co, kdy a kde má pacient skutečně dostat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-4-jak-definovat.html>)

Elektronizace zdravotnictví míří dál. Co schválila novela – eŽádanky, eOčkovací průkaz a centrální registr prevence – a kde má pastí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-elektronizace-2026.html>)

Indikátor: Čekací doba na náhradu kyčelního kloubu (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=cekaci_doba_kycele)

- Jeden ucelený návrh správy pojišťoven jako pozměňovací návrh k reformě „Moderní v. z. p. 2030“ (správní rady o 9 členech): hlas pojištěnců, veřejná jednání a podklady, jmenovité hlasování, žádní zástupci poskytovatelů v orgánech pojišťoven, losovaný panel pojištěnců s právem vyžádat veřejné slyšení.

HSPA potvrzuje

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

- Pravidla DRG zákonem: základní sazba, valorizace, přechod a platba za připravenost; navazuje na konvergenci CZ-DRG z 1:1,7 na 1:1,3 do roku 2031, kterou ministr označil za prioritu. Vedle rozpětí sazeb sledujeme podíl akutní lůžkové péče hrazené jednotnou základní sazbou: 3,4 % v roce 2022, přes 25 % v roce 2025, cílem je aspoň 30 % (MZ ČR 2025, s. 74, 76 a 82).

HSPA upřesňuje

Pelhřimov, Znojmo a co dál. Tichá personální krize okresních nemocnic (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-okresni-nemocnice-personalni-krize.html>)

Co s tím. Pět reformních směrů, jak udržet nárok pojištěnce udržitelným (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-3-co-s-tim.html>)

Osmdesát osm celých čtyři procenta. Úhradová vyhláška 2027 si sama píše, že nemocnicím rostou náklady rychleji než úhrady (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhradova-vyhlaska-2027.html>)

- Pružnost v krizi: zmocnění vlády k dočasné odchylce s odůvodněním Sněmovně a trvalý rizikový koridor $\pm 5\%$. Výchozí stav: úhradová vyhláška 2025 zúžila rizikový koridor o dalších 5 % (MZ ČR 2025, s. 82); zúžení o 5 % je však jiné opatření než trvalý koridor $\pm 5\%$.

HSPA má téma

Osmdesát osm celých čtyři procenta. Úhradová vyhláška 2027 si sama píše, že nemocnicím rostou náklady rychleji než úhrady (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-uhradova-vyhlaska-2027.html>)

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

Součástí návrhu správy je i přímá volba zástupců pojištěnců v zaměstnaneckých pojišťovnách přes identitu občana (tisk 479 z roku 2023). Do jádra reformy tato volba nepatří (M3.2). Pojišťovny dnes mají nepřímé zastoupení pojištěnců a jejich jednání nejsou veřejná; Správní rada VZP má 30 členů, z nichž 20 volí Sněmovna a 10 jmenuje vláda.

HSPA potvrzuje

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

Deset milionů pro orgány, 1,4 miliardy na provoz. Co víme o ZP MV ČR, na kterou ministerstvo podává trestní oznámení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zp-mv-cr-trestni-oznameni-kontrola-2026.html>)

Nástroj. Pozměňovací návrhy k reformě v. z. p. 2030 (Sněmovna 2027, účinnost 2028); novely zákonů 551/1991 a 280/1992 Sb. (zastoupení pojištěnců) a § 41a zákona 48/1997 Sb. (DRG), vlna 4; evidence čekání přes novelu zákona 325/2021 Sb. (vlna 0, jinak vlna 2) a úhradovou vyhlášku.

Termín. Pozměňovací návrhy 2027–2028 (F0). DRG zákonem a zastoupení pojištěnců: předložení po roce 2031, účinnost 2033 a později. V2 uváděla evidenci nároku jako podmínku smluv od roku 2028; v3 ji v pilotu zavádí smlouvou a plošně až s vyhláškou 2031.

Náklad. Nevyčísleno. U přímé volby je potřeba odhadnout náklady voleb: ministerstvo v roce 2023 namítalo náklady v desítkách milionů korun a riziko pro udržitelnost; tuto námitku dosud nikdo nevyvrátil.

HSPA nemá

HSPA o tisku 479/2023 (přímá volba zástupců pojištěnců) ani o námitce ministerstva k nákladům voleb nic nemá; k volbám zástupců pojištěnců uvádí jen aktuální záměr elektronických voleb v reformě MZ 2026.

Vazba na jádro. Pojišťovny uzavírají pětileté smlouvy s týmy (J1) a naplňují krajský plán sítě (J6); měření čekání je součástí J5.

Odchylka od programu 2021. Program navrhoval radu pojištěnců volenou přímo u všech pojišťoven. V2 to změnila na přímou volbu jen u zaměstnaneckých pojišťoven a volbu celé Správní rady VZP Sněmovnou; v3 oba prvky slučuje do jednoho návrhu k reformě ministerstva a samostatnou předlohu nepodává, aby nevznikly dva návrhy správy pojišťoven. Nahrazení objemových limitů indikačními omezeními se vrací do Pilíře 2 (Část III).

Otevřené otázky pro RT

- Ověřit: náklady voleb, očekávaná účast a postup při účasti pod 5 %.

Q Ověřujeme

HSPA nemá

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

- Ověřit: jak se 9členná správní rada podle reformy MZ promítne do VZP s dnešními 30 členy a volbou Sněmovnou.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

- Sřet zájmů: autor studie je členem Správní rady VZP; návrh má proto posoudit RT bez jeho hlasu (viz úvod studie).

4. Transparence a otevřená data

Cíl. Pacient i plátce mají srovnatelná data na úrovni poskytovatele, bez čekání na opožděné ročenky a bez nového papírování.

Opatření

- Otevřená anonymizovaná data na úrovni poskytovatele, sestavená z toho, co poskytovatelé už vykazují.

HSPA má téma

0,84 % a přes 5 000 případů ročně. Česko poprvé veřejně otevřelo data o pooperačních sepsích (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pooperaalni-sepse-2026.html>)

- Informace pro pacienta před zákrokem a volné kapacity v reálném čase.
- HSPA jako oficiální rámec hodnocení v zákoně (P5): ÚZIS počítá, Rada HSPA schvaluje, ministerstvo vydává zprávu; roční aktualizace po krajích a ORP a úplná zpráva každé čtyři roky včetně ukazatelů reformy.
- Reformu nezávisle hodnotí ÚZIS s univerzitou v oficiálním rámci (D20); nástroj autorů studie se k tomu nepoužívá.
- Sřet zájmů v komisích a poradních orgánech ministerstva (M4.5). Každý člen komise, pracovní skupiny nebo poradního orgánu ministerstva, SÚKL a ÚZIS podává veřejné prohlášení o zájmech (zaměstnání, smlouvy, honoráře, podíly, členství v orgánech) za poslední tři roky a každý rok ho obnovuje. Kdo má zájem na projednáváné věci, nehlasuje a nepřipravuje podklad. Hlasování jsou jmenovitá a zápisy veřejné do 30 dnů. Cílem jsou komise bez střetu zájmů; kde se bez odborníků z praxe neobejdou, platí aspoň úplná průhlednost. Pravidla se týkají zejména pracovní skupiny k seznamu výkonů, komisí k úhradám a kategorizaci, komise k rozmístění přístrojů, dotačních a výběrových komisí a akreditačních komisí. Ověřit: úplný seznam komisí a poradních orgánů ministerstva a znění jejich statutů.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Orgány bez pravidel. Střet zájmů řeší jen pět z 57 statutů poradních těles ministerstva (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-stret-zajmu-poradni-organy-2026.html>)

Dva hlasy stačí. Jak pojišťovny drží tiché veto nad sazebníkem zdravotních výkonů (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-veto-platcu-szv-2026.html>)

Kdo radí o tom, čím krmit české novorozence. Anatomie institucionálního střetu zájmů ve výživě kojenců (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-stret-zajmu-u-vyziva-kojencu.html>)

Východisko: rámec HSPA pro Česko spustila OECD s ministerstvem 24. 5. 2023 (122 ukazatelů, u 30 chybí metodika nebo data). Indikátory kvality, resortní referenční statistiky a HSPA patří mezi programové cíle NIKEZ, společného pracoviště MZ a ÚZIS fungujícího od 19. 1. 2023 (nikez.mzcr.cz; MZ ČR 2025, s. 53, 56 a 58); rámec P5 navrhujeme vést v NIKEZ. Online se k lékaři objednalo 19,6 % lidí proti 39,8 % v EU (Eurostat [isoc_ci_ac_i](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&code=sdg-3.6.2)). Zákon 159/2006 Sb. o střetu zájmů dopadá jen na veřejné funkcionáře a na členy komisí a poradních orgánů ministerstva se nevztahuje; jejich prohlášení o zájmech dnes nejsou veřejná a hlasování nejsou jmenovitá. Evropská agentura pro léčivé přípravky prohlášení svých expertů zveřejňuje a podle míry zájmu omezuje jejich roli v jednání.

HSPA potvrzuje

K lékaři se objednáme online dvakrát méně než zbytek Evropy. Nechybí pacienti, chybí systém (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-objednani-k-lekari-online.html>)

Orgány bez pravidel. Střet zájmů řeší jen pět z 57 statutů poradních těles ministerstva (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-stret-zajmu-poradni-organy-2026.html>)

Indikátor: Objednání k lékaři přes internet (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=objednani_k_lekari_online)

Nástroj. Metodika a zveřejňování ÚZIS bez zákona; pro zákonnou povinnost malá novela zákona 372/2011 Sb. (NZIS), vlna 4. Střet zájmů v komisích: příkaz ministra a statuty komisí bez zákona (F0), zákonné zakotvení ve stejné novele.

Termín. Otevřená data a metodika od 2027 (F0, podněty ÚZIS a ministerstvu); zákonná povinnost zprávy účinná 2033 a později. V2 slibovala první úplnou zprávu do 30. 6. 2030; její vydání záleží na ÚZIS a ministerstvu a nový zákon k němu potřeba není. Ověřit u ministerstva: zda byla první úplná zpráva, plánovaná na leden 2025, zveřejněna (k 20. 10. 2026 ji studie nedohledala). Střet zájmů v komisích: podnět ministerstvu 2027; po nástupu vlády 2030 příkazem ministra; v zákoně 2033 a později.

HSPA nemá

HSPA o první úplné zprávě o výkonnosti zdravotního systému (leden 2025) nic nemá; v časové ose uvádí jen obecně „2024–2025 postupná implementace MZČR a ÚZIS“. Nutné ověřit u MZ/ÚZIS. (Položka není v overit.json, ale text v řádku 2350 obs...)

Náklad. Nevyčísleno; transparentnost nesmí přidat poskytovatelům papírování.

Vazba na jádro. Čekací doby a počet lidí bez praktika měří J5; ukazateli reformy je 20 ukazatelů z Části IX.

Otevřené otázky pro RT

- Střet zájmů: autor studie vytvořil HSPA Monitor; oficiální rámec patří ÚZIS a Radě HSPA a studie jej nesmí zaměňovat s Monitorem.
- Kdo financuje 30 ukazatelů, kterým dnes chybí metodika nebo data?

5. Dostupné léky

Cíl. Pacient zná doplatek předem, lék je dostupný i při výpadcích a drahá léčba vzácných nemocí neohrozí malou pojišťovnu ani péči o ostatní.

Opatření

- Dostupnost: seznam základních léků se zajištěnou dostupností a mechanismus pro výpadky (SÚKL eviduje 1 420 aktivních výpadků v roce 2026 proti 1 288 v roce 2019 a 1 552 v roce 2025; hlášení o dodávkách, HSPA Monitor; čísla 2 200 proti 580 z Manifestu řadě SÚKL neodpovídají).

HSPA potvrzuje

Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.html>)

Sedmdesát děr v seznamu nepostradatelných léků proti infekcím (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-esencialni-antiinfektiva.html>)

Základní lék na rakovinu prsu vypadl do léta 2027. Stát skládá balení z blistrů (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-tamoxifen-vypadek.html>)

- Doplatky: online srovnávač doplateků; lidé zaplatili v roce 2025 na doplatecích 19,7 mld. Kč (1 803 Kč na obyvatele) a tržby z doplateků vzrostly meziročně o 51,3 % (ÚZIS, Lékařenská péče 2025).

HSPA upřesňuje

1 803 korun za doplatky na hlavu. ÚZIS hlásí růst o polovinu, sedm desetin přírůstku ale přišlo ze dvou krajů (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-doplatky-1803-korun-na-hlavu.html>)

Indikátor: Doplatky pacientů za léky a zdravotnické prostředky na obyvatele (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=doplatky_1803_korun_na_hlavu)

- Lékárník: kurýrní rozvoz s lékárnickou kontrolou a širší pravomoci v prevenci a očkování. Revize léků u lidí nad 65 let s pěti a více léčivými látkami je v Části III a zde se neopakuje.

HSPA má téma

Chřipkovou vakcínu měl nově píchnout i lékárník nebo zubař. Novelu s otevřeným rozporem s lékařskou komorou vláda v září stáhla z programu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ockovani-v-lekarnach.html>)

- Léky na vzácná onemocnění: společný rizikový fond všech pojišťoven (dále FRP), metodika hodnocení technologií pro malé populace, podmíněná úhrada podle výsledku léčby, tvrdé vyjednávání ceny i společně s dalšími státy EU a individuální rozhodování s pevnou lhůtou a odůvodněním.

HSPA má téma

Čtyřicet miliard za naději. Centrové léky jsou nejrychleji rostoucí lékový účet českého zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centrove-lek-2026.html>)

Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.html>)

Vzácných nemocí je šest tisíc, pacientů půl milionu. Co řeší Národní strategie 2026–2035 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vzacna-onemocneni-strategie-2035.html>)

Pět a více léků denně užívá 46,6 % lidí nad 65 let (SHARE, vlna 9, 2022; průměr zemí SHARE 36,2 %). Vzory: britské lékárny v NHS očkují, Belgie hradí revizi léků, Nizozemsko má kurýrní výdej, Skotsko a Belgie mají oddělené mechanismy pro orphan léky.

HSPA potvrzuje

Polypragmatie u českých seniorů: 46,6 % osob 65+ užívá souběžně 5 a více léků — strukturální slabost, kterou systém neumí zachytit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-polypragmatie-senioru.html>)

Každý sedmý český senior bere léky na spaní a nervy dlouhodobě. V Německu jen každý sedmáctý (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-benzodiazepiny-seniori.html>)

Indikátor: Polypragmatie u seniorů 65+ (souběžné dlouhodobé užívání 5 a více účinných látek) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=polypragmatie_65plus)

Nástroj. Novely zákonů o léčivech a o veřejném zdravotním pojištění, FRP zákonem, smlouvy pojišťoven. Ověřit: konkrétní ustanovení a zařazení do vln, v seznamu vln posudku brief chybí.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

HSPA neřeší vlny studie, ale nabízí vládní Výhled legislativních prací 2027–2029: nový zákon o humánních léčivých přípravcích (plán 1/2027, zatím nezahájeno) a novelu zákonů o zdravotnických povoláních s kompetencemi farmaceutů (plán 1/2027...)

Termín. Návrh: předložit v letech 2032 až 2034, účinnost 2033 a později (vlna 4); srovnávač doplateků a seznam základních léků lze zavést i bez zákona. Příčinu skoku tržeb z doplateků o 51,3 % ověřit u ÚZIS nebo SÚKL.

HSPA upřesňuje

1 803 korun za doplatky na hlavu. ÚZIS hlásí růst o polovinu, sedm desetin přírůstku ale přišlo ze dvou krajů (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-doplatky-2025-dva-kraje.html>)

Indikátor: Doplatky pacientů za léky a zdravotnické prostředky na obyvatele (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=doplatky_leky_na_obyvatele)

Náklad. Nevyčísleno. Centrová léčiva (39,8 mld. Kč v roce 2024, asi 8 % nákladů pojišťoven, růst o 25 % za dva roky; ÚZIS OIS-11-06, HSPA Monitor) reforma neřeší; hodnocení účelnosti (oblast 1) a FRP jsou jediné nástroje, které na ně míří.

HSPA upřesňuje

Čtyřicet miliard za naději. Centrové léky jsou nejrychleji rostoucí lékový účet českého zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centrove-lek-2026.html>)

1,29 miliardy korun bez DPH za jeden lék. FN Brno uzavřela letos nejvyšší zdravotnickou smlouvu v registru — na buněčnou terapii CAR-T (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-car-t-carvykti-fn-brno-smlouva-2026.html>)

Nejdražší smlouvy fakultních nemocnic: kam mizí miliardy za léky (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-penize-zdravotnictvi-smlouvy-nemocnic.html>)

Vazba na jádro. Revize léků lékárníkem je součástí týmové péče v Části III; tento podklad ji nemění.

Odchylka od programu 2021. Program navrhoval fond pro léky na vzácná onemocnění s limitem na pacienta a rozdílem hrazeným ze sbírek. V3 navrhuje FRP všech pojišťoven a vylučuje, aby léčba, která splní podmínky veřejné úhrady, závisela na sbírce; limit na pacienta nezavádíme.

HSPA potvrzuje

Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.html>)

Otevřené otázky pro RT

- Kdo FRP financuje (příspěvky pojišťoven podle rizika, nebo platba státu)? Posudek vytýká, že zdroj chybí.
- Jaká je lhůta rozhodnutí o individuální úhradě a kdo je odvolacím orgánem?

6. Světový klinický výzkum

Cíl. Počet akademických klinických studií se zdvojnásobí z 64 na 128, aby se výsledky reformy a nových modelů péče daly hodnotit na českých datech.

Opatření

- Program Agentury pro zdravotnický výzkum pro akademické studie: audit, monitoring, statistická podpora a mikrogranty, napojený na evropskou síť ECRIN (Česko je jejím členem od roku 2018 prostřednictvím infrastruktury CZECRIN).

HSPA má téma

Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.htm>)

- Samostatná linka pro výzkum zdravotních služeb a primární péče.
- Roční zveřejnění počtu studií po krajích a vyhodnocování praktických dopadů; transparentní rozdělování prostředků.
- Pilotní týmy reformy vyhodnotit jako studii s kontrolní skupinou (M6.4).

V Česku je registrováno 932 klinických studií, z toho 64 akademických (7 %). V roce 2023 se do studií nově zapojilo 4 620 účastníků, o 32 % méně než v roce 2015; Národní strategie klinických hodnocení 2035 (MZ, 15. 7. 2026) číselné cíle nemá.

HSPA potvrzuje

Všechna čísla (932 / 64 / 4 620 / -32 % / datum 15. 7. 2026) HSPA ve strategickém registru uvádí totožně a potvrzuje, že strategie nemá vyčíslený rozpočet ani cílové indikátory (5 cílů, akční plány na 2–3 roky, první do 6 měsíců od schvá...

Nástroj. Akční plán Národní strategie klinických hodnocení 2035 a dotační program Agentury; zákon není potřeba.

Termín. Podnět k akčnímu plánu v F0. První výzva samostatné linky 2028 jen tehdy, pokud ji vypíše dnešní vláda; v základním scénáři 2031. V2 počítala se zdvojnásobením počtu studií do roku 2030; v3 tento termín posouvá na rok 2033.

Náklad. Nevyčísleno.

Vazba na jádro. Pilot týmů (J1) se vyhodnocuje jako studie; nezávislé hodnocení B4 (2033) z něj čerpá.

Otevřené otázky pro RT

- Rozpočet Agentury pro zdravotnický výzkum byl v letech 2024 a 2025 asi 1,2 mld. Kč ročně (AZV; MZ ČR 2025, s. 154). Ověřit: podíl, který jde dnes na akademické studie.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Miliarda a čtvrt ročně na zdravotnický výzkum. Jak funguje AZV a kde peníze končí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-azv-zdravotnickvy-vyzkum.html>)

- Kdo bude kontrolní skupinou pilotu a kdo studii zaregistruje před startem v roce 2028?

7. Stomatologie

Cíl. Zastavit pokles preventivních prohlídek u zubaře (52,1 % pojištěnců v roce 2023 proti 55,1 % v roce 2019) a snížit platby u zubaře, které spolu s doplatky na léky patří k hlavním příčinám katastrofických výdajů nejchudších domácností (WHO 2025).

HSPA upřesňuje

Šest procent domácností, dvacet jedna procent u nejchudších. Katastrofické výdaje na zdraví v Česku rostou (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-katastroficke-vydaje-zdravi.html>)

Zuby na příjem: proč v Česku odkládá zubaře pětikrát víc chudých než bohatých (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nesplnena-potreba-zubni-pece.html>)

Indikátor: Účast na preventivní prohlídce u stomatologa (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=ucast_preventivni_prohlidky_stomatolog)

Opatření

- Navazující úhrada: po základní fotokompozitní výplni hrazené dospělým od ledna 2026 (zákon 289/2025 Sb.) prověřit úhradu ošetření kořenových kanálků i u stoliček; náklad vyčíslit před návrhem.

HSPA má téma

Šest procent domácností, dvacet jedna procent u nejchudších. Katastrofické výdaje na zdraví v Česku rostou (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-katastroficke-vydaje-zdravi.html>)

- Sazby, které udrží smluvní zubaře mimo velká města, plně hrazené základní výkony (extrakce, prevence, dětská stomatologie), pružnější regulace a revize úhrad výrobků.
- Hrazená dentální prevence do 18 let (fluoridový lak, pečetení fisur, instruktáž) je popsána v Části III, Pilíř 4, a zde se neopakuje.
- Samostatnější dentální hygienistky a ordinace dentální hygieny ve středních a velkých centrech pro děti a seniory, zatím ve formě pilotu.

HSPA potvrzuje

Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.htm>)

Za registraci ani eRecept se neplatí, 90 korun na pohotovosti ano. Ministerstvo vyložilo, co smí lékař po pacientovi chtít (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platby-pacientu-metodicke-stanovisko-mz-2026.html>)

- Celostátní šetření orálního zdraví dětí ve věku 5, 12 a 15 let podle metodiky WHO v roce 2028 a pak každých pět let. Poslední šetření je z roku 2003, takže podíl dětí bez kazu dnes nelze změřit.

HSPA potvrzuje

České děti mají zhruba čtyřikrát víc kazů než německé. A skoro to nikdo neměří (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zubni-kaz-deti.html>)

Indikátor: Kazivost chrupu dvanáctiletých dětí (index KPE) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=kazivost_chrupu_12let)

Zubních lékařů je 78 na 100 tisíc obyvatel (ÚZIS NRZP 2024; OECD 71, EU 74; HSPA Monitor), v Karlovarském kraji jen 61. Absolventů ubývá: 296 v roce 2022 a 268 v roce 2024 (2,5 na 100 tisíc proti 3,7 v EU). Na stomatologii šlo 19,3 mld. Kč, tedy 3,8 % úhrad. Vzory: Švédsko (bezplatná péče pro děti a mladé, od roku 2025 do 19 let; HSPA Monitor uvádí starší hranici 23 let), Dánsko, Norsko, německý Bonusheft.

HSPA uvádí jinak

Kam plyne 508 miliard. Co o struktuře českého zdravotnictví říkají dohodovací řízení (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-financovani-segmenty-2026.html>).
Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.html>)

Zuby na příjem: proč v Česku odkládá zubaře pětikrát víc chudých než bohatých (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nesplnena-potreba-zubni-pece.html>)

Opraveno 2026-10-26: studie se vrací k „od roku 2025 do 19 let“. Socialstyrelsen potvrzuje, že Švédsko hranici bezplatné zubní péče snížilo z 23 na 19 let od ledna 2025; článek HSPA (Manifest) nese starší hodnotu 23 let bez roku a je tře...

Nástroj. Úhradová vyhláška (ročně), vyhláška 134/1998 Sb. (seznam výkonů) a novela zákona 48/1997 Sb., příloha 1 (prevence do 18 let, vlna 2). Šetření orálního zdraví vyžaduje zadání ministerstva a financování.

Termín. Podněty do dohodovacího řízení (do 31. 1. 2027, dohoda do 30. 6. 2027) a do seznamu výkonů s cílem 1. 1. 2028; šetření 2028 jen tehdy, pokud je zadá dnešní ministerstvo, jinak 2031. Zákonná úprava prevence do 18 let spolu se zákonem o primární péči: předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032.

Náklad. Dentální prevence 0,3 až 0,5 mld. Kč ročně při plném pokrytí, kryto z Fondu prevence (částka je zahrnuta v 1,3 mld. Kč na prevenci v modelu, viz Část V). Úhrada kořenových kanálků a sazby mimo velká města: nevyčísleno.

Vazba na jádro. Prevence navazuje na P4 a Pilíř 4; katastrofické výdaje domácností jsou jedním z hlavních ukazatelů v Části IX (H8).

Otevřené otázky pro RT

- Ověřit: kolik by stála úhrada ošetření kořenových kanálků stoliček u dospělých a kdo ji ponese.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

HSPA náklad úhrady kořenových kanálků stoliček nevyčísľuje. Explainer stomatologie_reforma_3 tvrdí, že základní endodoncie (1–2 kanálky) je od 2026 hrazena a komplikovanější (3+ kanálky, tedy typicky stoličky) ne – to by potvrdzovalo stud...

- Ověřit: zda šetření orálního zdraví dětí zadá Ministerstvo zdravotnictví, Státní zdravotní ústav, nebo bude součástí pilotu.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

České děti mají zhruba čtyřikrát víc kazů než německé. A skoro to nikdo neměří (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zubni-kaz-deti.html>)

8. Vzdělání a podmínky personálu

Cíl. Lidé pro týmy: rezidenční místa navázaná na skutečnou potřebu a takové pracovní podmínky, aby posílení primární péče jen nepřesouvalo nedostatek personálu z nemocnic.

Opatření

- Rezidenční místa (P2): počet míst ve všeobecném praktickém lékařství a v pediatrii navázat na cíl ministerstva o 1 000 úvazků praktiků více do roku 2035, s ročním výpočtem potřebných míst z registru ÚZIS.

HSPA nemá

Cíl ministerstva „+1 000 úvazků praktiků do 2035“ HSPA nemá. Zdraví 2035 v HSPA rozpisu uvádí jen kvalitativní cíl posílit kompetence praktiků a sester. Nutné ověřit v implementačním plánu Zdraví 2035 (stabilizace personálu).

- Lékaři: přehledné akreditace na webu ministerstva, jasná délka specializační přípravy a odpovědnost pracovišť, placené stáže, započítání přesčasů a centra primární péče jako místa výcviku rezidentů.
- Sestry: rozšířené kompetence formou akreditovaných kurzů (J2 , viz Část III) a administrativa přesunutá na recepci a zapisovatele; nutriční terapeuti, fyzioterapeuti a hygienistky jako plnohodnotní členové týmu.
- Pracovní podmínky sester: práce bez nočních služeb, předvídatelný rozpis (večerní a sobotní ordinace s příplatky), plat na úrovni nemocniční sestry stejné kvalifikace, návratové programy, zkrácené úvazky a péče o děti zdravotníků. Přejít nemocničních sester do primární péče podporujeme jen tam, kde se práce v nemocnici prokazatelně změnila.

HSPA má téma

Sestra bere 1,48násobek průměrné mzdy — víc než v Německu i Švédsku. Přesto sestry chybějí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platy-sester.html>)

Indikátor: Odměňování nemocničních sester (násobek průměrné mzdy) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=odmenovani_sester_nasobek_mzdy)

- Nábor ze zahraničí a zrychlení aprobací jako součást personální bilance po krajích (P1).

HSPA má téma

Každý dvanáctý lékař v Česku studoval jinde. Dvě třetiny z nich na Slovensku (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-lekari-ze-zahranici.html>)

Indikátor: Podíl lékařů se vzděláním získaným v zahraničí (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=lekari_vzdelani_v_zahranici)

Východisko: 41 % lékařů je starších 55 let (EU 35 %; OECD/EK Health at a Glance: Europe 2024, data 2022). Ze všeobecného praktického lékařství atestuje 160 až 200 lékařů ročně, zatímco počet praktiků klesá o 110 až 180 ročně. Ministerstvo podpořilo ve všeobecném praktickém lékařství 150, 140 a 140 rezidenčních míst v letech 2023 až 2025 a v pediatrii 80, 70 a 70 (dotační program MZ Rezidenční místa; MZ ČR 2025, s. 97). Z vysokých škol dnes vychází ročně asi 680 a z vyšších odborných škol asi 570 absolventů ošetrovatelství; jen nových všeobecných sester je za 10 až 12 let potřeba nejméně 24 000 úvazků (MZ ČR 2025, s. 112 a 114). Vládní program pro nelékařské profese (přes 12,8 mld. Kč, 2026 až 2037) má zvýšit kapacity prvních ročníků nejméně o 20 %, u všeobecného ošetrovatelství až o 40 %, a na vysokých školách vychovat 11 078 všeobecných sester, 2 539 porodních asistentek a 1 547 dětských sester (vládní program pro nelékařské profese 2026–2037; MZ ČR 2025, s. 113–114). Sesterskou profesi tvoří z 95 % ženy, a nabídka práce proto musí počítat s péčí o rodinu.

HSPA upřesňuje Sester přibývá, přesto chybí: proč český počet absolventů klame (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-absolventi-osetrovatelstvi.html>)
Každý druhý praktik brzy do důchodu. Čtyřicet jedna procent českých lékařů je starších 55 let (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-starnuti-lekaru.html>)
Třetině dětských praktiků je přes 65 let. Síť ordinací se tenčí rychleji, než ji noví pediatri stíhají přebírat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html>)

Nástroj. Dotační titul ministerstva na rezidenční místa, akreditace, úhradová vyhláška (příplatky za večerní a sobotní ordinaci) a personální bilance po krajích (P1). Zákon není nutný.

Termín. Podnět do rozpočtu 2028 (F0), o kterém rozhoduje dnešní vláda; v základním scénáři závazný roční výpočet míst od rozpočtu 2031. Kurzy sester se rozbíhají spolu s pilotem od roku 2028.

Náklad. Akreditované kurzy sester asi 50 mil. Kč ročně (v2). Odměna za kompetence (v2: asi 800 mil. Kč ročně) patří k opatření J2 ; konečné číslo i počty sester viz Část V. Rezidenční místa a pracovní podmínky: nevyčísleno.

Vazba na jádro. J2 (sesterská složka a kompetence), P1 personální bilance, P2 rezidenční místa a brána B3 „Lidé a data“ (12/2031), kde se měří obsazení míst sester.

Odchylka od programu 2021. Program počítal s nábořem zdravotníků a s aprobacemi ze zemí mimo EU; v2 je vynechala. V3 je vrací do personální bilance (P1), protože bez náboru ze zahraničí jsou cíle pro sestry ještě méně reálné.

Otevřené otázky pro RT

- Ověřit: kolik rezidenčních míst je podle registru ÚZIS potřeba ročně (kolik jich ministerstvo vypisuje, je pro roky 2023–2025 doplněno výše).

Q Ověřujeme

HSPA nemá

Tři roky, devatenáct zemí, jeden český model. Co projekt JA HEROES dal plánování personálu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ja-heroes-workforce-2026.html>)

Nejlacinější řízení v pojišťovenské Evropě. Česko utratí za správu zdravotnictví 1,9 % výdajů — a je otázka, jestli si to může dovolit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vydaje-sprava-zdravotnictvi.html>)

- Jaký plat sestry v primární péči vychází při srovnání s nemocniční sestrou stejné kvalifikace a kdo rozdíl uhradí?

9. Práva pacientů

Cíl. Pacient, jehož stížnost úřad nevyřídí v zákonné lhůtě, má bezplatnou cestu k ombudsmanovi s doporučením do 90 dní a povinnou odpověď úřadu do 30 dní.

Opatření

- Zdravotnický ombudsman bez poplatků a bez právníka, například jako nová působnost Veřejného ochránce práv. Navazuje na nemocniční ombudsovozy, které dnes stojí jen na metodickém pokynu MZ z roku 2023 (má je 75 poskytovatelů lůžkové péče, v roce 2022 jich bylo 33) a jejichž zákonné ukotvení MZ teprve připravuje v revizi části osmé zák. 372/2011 Sb. (HSPA Monitor).

HSPA potvrzuje

Zákonné lhůty na vyřízení stížnosti jsou „fakticky neúčinné“, píše ministerstvo o vlastním systému (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-stiznosti-zpetna-vazba-zprava-2026.html>)

Pět ombudsmanů, jeden pacient. Kdo v Česku hlídá práva nemocných — a proč to bylo tak roztržštěné (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ombudsmani-v-zdravotnictvi.html>)

Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.html>)

- Vymahatelnost doporučení: úřad nebo poskytovatel musí do 30 dní sdělit, jak zjednal nápravu, nebo písemně zdůvodnit, proč ne; jinak ombudsman věc zveřejní, vyrozumí nadřízený orgán a může podat podnět k řízení o oprávnění poskytovatele.
- Roční zveřejňování počtů a délek šetření stížností, průzkumy zkušeností pacientů po poskytovatelích a reforma akreditací s důrazem na respekt a bezpečnost.

HSPA potvrzuje

Pět ombudsmanů, jeden pacient. Kdo v Česku hlídá práva nemocných — a proč to bylo tak roztržštěné (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ombudsmani-v-zdravotnictvi.html>)

Indikátor: Spokojenost pacientů s informováním (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=spokojenost_informovani)

- Porodnictví podle práva a WHO: přítomnost blízké osoby u porodu jako výchozí pravidlo, nepřerušovaný kontakt matky s novorozencem, oddělení jen ze závažného zdravotního důvodu, zapsaného v dokumentaci, na co nejkratší dobu; odebrání dítěte z péče rodičů může nařídít jen soud. Hrazenou péči porodních asistentek a pravidlo, že se žádná porodnice nezavře bez jejich sítě v území, řeší Část III (P i12. 6). Přítomnost blízkých jako výchozí pravidlo i v nemocnici a sociálním zařízení, zejména u dětí a umírajících; každé omezení musí mít konkrétní, přiměřený a přezkoumatelný důvod, být zapsané a pacient se proti němu může ohradit.

HSPA má téma

Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.html>)

Z porodnice odchází plně kojeno 73 % dětí. Před dvaceti lety to bylo 90 % (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-plne-kojeni-porodnice.html>)

Porodních asistentek má Česko víc než Německo i Rakousko. K ženám v šestinedělí se přesto dostaly dvě ze sta (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-poro-dni-asistentky-sestinedeli.html>)

- Dříve vyslovené přání bez ověřeného podpisu a jeho registr (§ 36 zákona 372/2011 Sb.) jako poslanecký návrh.

HSPA upřesňuje

Paliativní péče míří do zákona. Co skutečně mění senátní novela a co (ne)může sama o sobě vyřešit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-paliativni-pece.html>)

Česko umírá v nemocnici. Hospicových lůžek je třetina pod evropským standardem (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-hospicova-pece.html>)

Východisko: v letech 2020 až 2025 vyřídily krajské úřady 2 290 stížností. Vyřízení, na které zákon dává lhůty 30, 90 a 120 dní, trvalo ve skutečnosti 38, 172 a 270 dní a ministerstvo samo píše, že lhůty jsou „fakticky neúčinné“ (MZ, Zpráva o fungování systému stížností 2026, příloha 9).

HSPA potvrzuje

Zákonné lhůty na vyřízení stížnosti jsou „fakticky neúčinné“, píše ministerstvo o vlastním systému (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-stiznosti-zpetna-va-zba-zprava-2026.html>)

Nástroj. Novela části osmé zákona 372/2011 Sb. a zákona 349/1999 Sb. (střední předloha, vlna 2); dříve vyslovené přání poslaneckým návrhem (malá novela).

Termín. Dříve vyslovené přání: poslanecký návrh 2028–2029 (vlna 0). Ombudsman: předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032; v2 uváděla účinnost od 2031, což scénář D1 nedovoluje.

Náklad. Nevyčísleno.

Vazba na jádro. Ve variantě A má každé centrum jednoduchý postup pro stížnosti a plán péče s dříve vysloveným přáním je ochranou práv (J1 , standard týmu).

Otevřené otázky pro RT

- Ověřit: zda má Veřejný ochránce práv kapacitu a zda přijme novou působnost, nebo je lepší samostatný ombudsman.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Pět ombudsmanů, jeden pacient. Kdo v Česku hlídá práva nemocných — a proč to bylo tak roztržštěné (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ombudsmani-v-e-zdravotnictvi.html>)

- Ověřit: znění úpravy dříve vyslovených přání v návrhu, který poslanecký klub připravuje.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Paliativní péče míří do zákona. Co skutečně mění senátní novela a co (ne)může sama o sobě vyřešit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-paliativni-pece.html>)

10. Duševní zdraví

Cíl. Odstupňovaná péče, v níž první kontakt nezávisí na psychiatrovi a komunitní centra mají stabilní financování, aby jejich síť nezůstala jen na papíře.

HSPA má téma

Sto padesát sedm dětských psychiatrů na celé Česko. Proč rodiny čekají měsíce. (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detska-psychiatrie-krize.html>)

Indikátor: Podíl výdajů na péči o duševní zdraví na celkových výdajích na zdravotnictví (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=vydaje_dusevni_zdravi_pci)

Opatření

- První kontakt: psycholog v každém týmu primární péče (J1 , viz Část III) s vazbou na nejbližší centrum, krizové linky a online první pomoc.
- Krátké hrazené intervence na několik sezení bez čekání na psychiatra a hrazená psychoterapie podle potřeby.
- Psychoterapie jako zdravotní služba: oddělit kvalifikaci (navazuje na úpravu poradenské psychoterapie od 7. 2026), psychoterapii jako zdravotní službu a pravidla úhrady z veřejného pojištění, tedy tři věci, které se dnes prolínají.

HSPA má téma

Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.html>)

- Stabilní financování sociální části center ze sítě sociálních služeb kraje (§ 36 zákona 108/2006 Sb.) místo ročních dotací; týmy center rozšířit o sociální pracovníky, peer konzultanty, psychoterapeuty a adiktology.

HSPA má téma

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)

207 milionů na patnáct center duševního zdraví. Dotace platí dvanáct měsíců (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cdz-iv-vyzva-207-milionu.html>)

Čtyři procenta na duševní zdraví. Česko dává na psychiatrii zhruba polovinu toho co západní Evropa (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vydaje-dusevni-zdravi.html>)

- Roční mapa center od roku 2027: podíl obyvatel s centrem do 30 minut, počet center s plným týmem a čekání na první kontakt; rezidenční místa v psychiatrii a dětské psychiatrii navázaná na cíl.

HSPA má téma

Šest psychiatrů na sto tisíc dětí. Ukazatel, který předpovídá, kdo se péče nedovolá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-pedopsychiatri-kapacita.html>)

Indikátor: Centra duševního zdraví (na 100 000 obyvatel) (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=centra_dusevniho_zdravi_per_100k)

Indikátor: Pacienti ošetření v centrech duševního zdraví (unikátní pacienti za rok) (https://skorezdravotnictvi.cz/indikator.html?id=cdz_pacienti_osetreni)

Východisko: strategie z roku 2013 počítala do roku 2023 se 100 centry, na konci roku 2023 jich fungovalo 31 a na konci roku 2025 podle MZ 50, z toho 39 pro dospělé (HSPA Monitor). NKÚ (kontrolní akce 23/22, 2024) doložil, že centrům chybí odborný personál a že financování jejich sociální části není upraveno, a síť 100 center do roku 2030 označil za nereálnou. Psychiatrů je 13 na 100 tisíc obyvatel proti 17,3 v OECD a 17,6 v EU (ÚZIS NRZP 2024; HSPA Monitor). Vláda uvolnila 207 mil. Kč na nejméně 15 nových center. Vzory: NHS Talking Therapies, Belgie 2010, Itálie 1978, nizozemský GZ-psycholog.

HSPA upřesňuje

Devět tisíc lidí ročně. Centra duševního zdraví ošetřila v roce 2024 třicetkrát víc pacientů než v roce prvních center, Karlovarský kraj pětikrát víc na obyvatele než Jihomoravský (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cdz-devet-tisic-pacientu.html>)

Reforma slíbila 100 center duševního zdraví. Funguje jich zhruba 40 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centra-dusevniho-zdravi.html>)

207 milionů na patnáct center duševního zdraví. Dotace platí dvanáct měsíců (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cdz-iv-vyzva-207-milionu.html>)

Nástroj. Smlouvy a úhradová vyhláška pro krátké intervence; novela zákonů 96/2004 a 48/1997 Sb. pro psychoterapii; novela zákona 108/2006 Sb. pro financování sociální části center (střední předlohy, vlna 4).

Termín. Mapa center a ukazatele od 2027 jako podnět ministerstvu (F0); psycholog v týmu v pilotu od 2028 a plošně se zákonem o primární péči od 1. 1. 2032; zákony o psychoterapii a financování center předložit po roce 2031, účinnost 2033 a později. V2 slibovala dokončení sítě 100 center do konce roku 2030; v3 ve scénáři D1 žádné datum pod vlastním jménem neslibuje. Signál: pokud v roce 2028 nebude aspoň 70 center s plným týmem, zveřejní se důvody a cíl se přepočítá.

Náklad. Nevyčísleno. Vládních 207 mil. Kč je výdajem státu a do nákladů této studie se nepočítá; psycholog v týmu je zahrnut v nákladech týmů (viz Část V).

Vazba na jádro. J1 (psycholog ve standardu týmu) a P3 (sdílené financování sociálně-zdravotní péče, na kterou se napojuje financování sociální části center).

Odchylka od programu 2021. Program navrhoval nové nelékařské povolání pro poradenství v duševním zdraví. V3 je nahrazuje psychologem v týmu a úpravou poradenské psychoterapie z roku 2026, která už platí.

Otevřené otázky pro RT

- Kdo hradí psychoterapii a v jakém počtu sezení? Ověřit: náklad hrazené psychoterapie před návrhem novely.

Q Ověřujeme

HSPA nemá

Průvodce reformou českého zdravotnictví. Třináct oblastí, kde dává smysl pracovat (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-manifest-reforma-zdravotnictvi.html>)

- Ověřit: kolik center má dnes plný tým a zda kraje počítají s převzetím sociální části center do sítě sociálních služeb.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Devět tisíc lidí ročně. Centra duševního zdraví ošetřila v roce 2024 třicetkrát víc pacientů než v roce prvních center, Karlovarský kraj pětikrát víc na obyvatele než Jihomoravský (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cdz-devet-tisic-pacientu.html>)

Sto padesát sedm dětských psychiatrů na celé Česko. Proč rodiny čekají měsíce (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detska-psychiatrie-krize.html>)

Reforma slíbila 100 center duševního zdraví. Funguje jich zhruba 40 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centra-dusevniho-zdravi.html>)

Odchylky od programu 2021 shrnutí

Verze 3 se od Programu pro moderní zdravotnictví 2021–2024 odchyľuje v osmi bodech, z nichž sedm spadá do oblastí této Části. Každou odchylku výslovně pojmenováváme, aby strana neměla dva různé programy.

Téma	Program 2021–2024	Verze 3	Důvod	Brief
Standard z hodnocení technologií	Převzato	Aktualizováno, navazuje na zákon 289/2025 Sb.	Evropské hodnocení technologií už je zavedené	1
Rozšířená péče	Pojišťovna není vázána hodnocením, doplatek přímo u poskytovatele	Hranici stanoví zákon, posoudí ji nezávislé hodnocení, kratší čekání se neprodává	Nález Pl. ÚS 36/11	2
Správa pojišťoven, tisk 479	Rada pojištěnců volená přímo u všech pojišťoven	Jeden návrh jako pozměňovací návrh k reformě MZ; mimo jádro reformy	Návrh MZ (správní rady o 9 členech), náklady voleb dosud nevyčísleny	3
Objemové limity	Nahradiť indikačními omezeními a revizní činností	Vráceno do Pilíře 2 (Část III)	Propojuje DRG, hodnocení a dostupnost	3
Léky na vzácná onemocnění	Fond s limitem na pacienta, rozdíl ze sbírek	Společný rizikový fond (FRP) pojišťoven, nikdy ze sbírek, bez limitu na pacienta	Zdroj fondu zbývá určit	5
Nábor ze zahraničí a aprobace	Zahrnuto	Vráceno do personální bilance (P1)	Bez náboru jsou cíle pro sestry méně reálné	8
Poradce pro duševní zdraví	Nové nelékařské povolání	Psycholog v týmu a poradenská psychoterapie z roku 2026	Úprava z roku 2026 už platí	10
Daňové zvýhodnění zaměstnavatelů za prevenci	Navrženo	Nepřebereme	Vysoké mrtvé náklady	—

Garanty jednotlivých podkladů doplní RT na schůzce 9. 11. 2026, na které si členové rozdělí věcné záměry. Konzultace s příslušnými komorami, sdruženími a pojišťovnami proběhne v F0 u každého podkladu zvlášť a výsledek se započítá do brány B1 jen tam, kde podklad souvisí s jádrem.

Příloha A – Registr opatření

Verze 3 vede v registru 93 řádků, tedy 86 různých opatření a 7 odkazů, které v oblastech Manifestu jen ukazují na opatření vedená jinde. Jádro tvoří 10 opatření (J1 – J10), podmínky 5 (P1 – P5), doplňková opatření pilířů 33 (Pil1 pět, Pil2 šest, Pil3 tři, Pil4 dvanáct, Pil5 sedm) a Doprovod 45 řádků ze 10 oblastí Manifestu, z toho 38 vlastních opatření. Zákon potřebuje 36 opatření, vyhlášku 16 a smlouvu nebo úhradu pojišťovny 7. Zbylých 27 opatření nepotřebuje žádný předpis: jde o metodiku nebo Věstník (14), rozpočet (6) a jiný nástroj (7). Část VII sdružuje zákonná opatření do 20 předloh.

Počty podle vrstvy a nástroje

Vrstva	Zákon	Vyhláška	Smlouva / úhrada	Metodika / Věstník	Rozpočet	Jiné	Opatření celkem	Odkazy (započteny jinde)
Jádro J1 – J10	7	3	0	0	0	0	10	0
Podmínky P1 – P5	3	0	0	1	1	0	5	0
Pilíře, doplňková opatření	11	10	5	4	1	2	33	0
Doprovod, 10 oblastí Manifestu	15	3	2	9	4	5	38	7
Celkem	36	16	7	14	6	7	86	7

Každé opatření řadíme podle jeho hlavního kroku; vedlejší nástroje, například pilot na základě smlouvy před pozdějším zákonem, uvádí sloupec Nástroj. Vyhláškou se rozumí úhradová vyhláška nebo vyhláška o seznamu výkonů.

Jak číst registr

Vlna 0 zahrnuje kroky z opozice v letech 2027–2028 a z pilotu, vlny 1 až 4 jsou zákony předkládané v letech 2030 až 2034 s účinností od 1. 1. 2031 nebo později. Sloupec Náklad udává roční náklad v roce 2038 podle čísel studie; výnosy jsou výslovně označeny slovem výnos. Doplňková opatření pilířů mají kódy Pil1.1 až Pil5.7, protože kódy P1 až P5 patří podmínkám. Sloupec Evidence odpovídá záložce Evidence; znak † označuje stupeň odvozený z textu studie, protože opatření nemá vlastní kartu (ověřit). Hodnota „není“ znamená, že opatření je organizační nebo fiskální a vlastní důkaz nemá.

Jádru a podmínky (J1 – J10 , P1 – P5)

Kód	Opatření	Vrstva	Pilíř / oblast	Nástroj (předpis a ustanovení)	Vlna	Náklad (mld. Kč ročně)	Kdo	Termín: základní scénář Vláda 2030	Termín: doplňkový scénář	Ukazatel	Evidence
J1	Standard týmu sdružené péče a pětiletá smlouva	Jádru	Pilíř 1	Zákon: Smlouva podle § 15 a § 17 zák. 48/1997 Sb. (pilot, náhradní cesta); standard ve Věstníku MZ; vlna 2: nová hlava zák. 372/2011 Sb. (L, 30–40 §§) a § 17, § 46 zák. 48/1997 Sb.	0 → 2	5,86 (lékařská složka 3,73 + odměna za výsledky 1,60 + provoz center 0,53)	MZ; VZP a další pojišťovny; SPL ČR, SPLDD ČR; kraj, který se k pilotu přihlásí	Pilot 2028–2029; zákon předložit 2. pol. 2030, účinnost 1. 1. 2032	Pilot stejně; standard ve Věstníku 2028; víceleté smlouvy formou PN, účinnost 2028	H1 , H2 , H4 , H5 , D12	střední (E1, E2, E4)
J2	Sesterská složka úhrady a rozšířené kompetence sester	Jádru	Pilíř 1	Vyhláška: Úhradová vyhláška (§ 17 odst. 5 zák. 48/1997 Sb.); novela vyhl. 55/2011 Sb. (S); vlna 2: § 17, § 18 zák. 48/1997 Sb.; vlna 4: zák. 96/2004 Sb., § 80 zák. 378/2007 Sb.	0 → 2 → 4	5,70 (sestry navíc 3,97 + další profese 1,73)	MZ; ČAS; SPL ČR; pojišťovny; VŠ; odbory	Podnět do 31. 1. 2027; v pilotu 2028; vyhl. 55/2011 Sb. 2030–2031; úhr. vyhláška 2031; samostatná indikace sestry 1. 1. 2032; APN 1. 1. 2033	Úhr. vyhláška 2029–2030 (nejdříve 2028); vyhl. 55/2011 Sb. 2029	H2 , H4 , H5 , D6 , D7 , D12	silná pro bezpečnost, slabá pro úspory (E5)
J3	Kompetence praktiků (preskripční omezení, nové výkony, USG)	Jádru	Pilíř 1	Vyhláška: Správní řízení SÚKL o podmínkách úhrady (část šestá zák. 48/1997 Sb.); novela vyhl. 134/1998 Sb. (S–M) a úhr. vyhláška; kurzy podle zák. 95/2004 Sb.	0	0,50	SVL ČLS JEP; SPL ČR; odborné společnosti; SÚKL; MZ	Podněty 2027–2028; nové výkony od 1. 1. 2031; revize preskripce po skupinách 2030–2032	První výkon nejdříve 1. 1. 2028	H1 , H3 , H5	není (organizační; doplní pilot)
J4	Návštěvní služba a doprava k lékaři (senior taxi)	Jádru	Pilíř 5	Vyhláška: Příplatek za návštěvu nejprve smlouvou v pilotu, pak v úhr. vyhlášce; výkon návštěvy sestry (vyhl. 134/1998 Sb.); senior taxi: zák. 128/2000 Sb. nebo krajská dotace; vlna 2: NV 307/2012 Sb.	0 → 2	1,14 (příplatek za návštěvy 0,80 + senior taxi 0,34 z rozpočtů obcí a krajů)	Týmy a praktici; pojišťovny; obce a ORP; kraje; SMO ČR	Pilot 2028; příplatek v úhr. vyhlášce 2031; NV s účinností zákona o primární péči 1. 1. 2032; senior taxi kdykoli	Příplatek 2029–2030 (nejdříve 2028)	— (sleduje se v registru)	není†
J5	eŽádanka s triázním údajem, měření čekání a lidí bez praktika	Jádru	Pilíř 3	Zákon: PN k vládní novele zák. 325/2021 Sb.; bonus za dostupnost v úhr. vyhlášce; vlna 2: § 17, § 46 zák. 48/1997 Sb., NV 307/2012 Sb., záložně novela zák. 325/2021 Sb. (S)	0 → 2	nevyčísleno (infrastruktura MZ; výkony viz P11.1.4)	Poslanecký klub (PN); MZ; pojišťovny; SPL ČR, SAS ČR; ÚZIS; hodnotitel	PN 2027; data o lidech bez praktika od 2027 dobrovolně; bonus 2031; zákonná garance termínu 1. 1. 2032	PN přijat 2028	H1 , H3 , D5	není (nástroj měření)
J6	Krajský plán sítě lůžkové péče (10 let, čtyři skupiny lůžek, fond přeměny)	Jádru	Pilíř 2	Zákon: Nový zákon o síti lůžkové péče (L, 40–70 §§); novela § 46–52 zák. 48/1997 Sb.; zák. 374/2011, 129/2000, 372/2011 Sb.; pověřovací akt SGEI	3	1,31 garance příjmu v roce 2038 (průměr asi 1,0 ročně 2033–2040) + investice 5–10 jednorázově	MZ (tým pro síť); kraje; ÚZIS; pojišťovny	Věcný záměr do B2 ; předložit 2031, přijmout 2032, účinnost nejpozději 1. 1. 2033; první plány 2033	— (minimální objemy ve Věstníku viz P11.2.1)	H6 , D1 , D2 , D4	slabá (E11, E13, E14)

Kód	Opatření	Vrstva	Pilíř / oblast	Nástroj (předpis a ustanovení)	Vlna	Náklad (mld. Kč ročně)	Kdo	Termín: základní scénář vláda 2030	Termín: doplňkový scénář	Ukazatel	Evidence
J7	Kapacita následné a dlouhodobé péče jako podmínka každé přeměny	Jádro	Pilíř 2	Zákon: Kontrolní bod v zákoně o síti; standard a vyšší sazba v úhr. vyhlášce; vlna 4: § 36 zák. 108/2006 Sb., § 22b zák. 48/1997 Sb.	3 (+ 4)	součást J6 ; kapacita dlouhodobé péče (39 000 lůžek, 21 000 pečovateli do roku 2035) se do čistého nákladu nepočítá	Kraje; MZ; MPSV; pojišťovny; SMO ČR	Měření čekání a návrh standardu F0; standard a sazba v úhr. vyhláškách 2031 a 2032; kontrolní bod od účinnosti zákona o síti, první posouzení 2033	—	H6 , D1 , D3	není (pojistka obloženosti 85 %: střední, E15)
J8	Daň z tichého vína (poloviční sazba pro malé vinaře) a valorizace daní z lihu a piva	Jádro	Pilíř 4	Zákon: Novela zák. 353/2003 Sb. (M): sazby, § 70, režim malých vinařů; unijní opora k ověření	1	výnos (ne náklad): víno 3,3–4,3 + valorizace 0–1, součást 5	MF; Celní správa; MZ	Předložit 2030, účinnost 1. 1. 2031; u vína poloviční sazba 2031–2032, plná od 1. 1. 2033	— (beze změny)	D8 , D10 (H7 , H8 sledují)	střední†
J9	Pásmová daň ze slazených nápojů	Jádro	Pilíř 4	Zákon: Nový zákon (M, 25–35 §§); TRIS a veřejná podpora k ověření	1	výnos (ne náklad): asi 1,5 (1,3–1,8), klesající	MF; Celní správa; MZ	Ohlášení v programu 2029; předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032	— (beze změny)	D9 (H7 , H8 sledují)	silná (E19)
J10	Nový vzorec platby státu za státní pojištění	Jádro	všechny pilíře	Zákon: Novela zák. 592/1992 Sb., § 3c a § 2 (S)	1	přesun ze státního rozpočtu: asi 13,0 z čistého nákladu 21,5 (asi 180 Kč měsíčně na státního pojištěnce)	MF s MZ	Předložit 1. pol. 2030, účinnost 1. 1. 2031	— (beze změny)	—	není (fiskální pravidlo)
P1	Personální bilance po krajích (nábor ze zahraničí, zrychlení aprobací)	Podmínka	Pilíř 1 a 5	Metodika/Věstník: Zveřejněná bilance (MZ, NRZP, ÚZIS); případně zák. 95/2004 Sb. (ověřit)	0 (zák. 95/2004 Sb. ověřit)	v rezervě 10 % (2,07 v roce 2038, společně s P2)	MZ; kraje; ÚZIS; VŠ; odbory	Zveřejnit do B2 (12/2029); měření v bráně B3 (12/2031)	—	H1 , H2	není
P2	Rezidenční místa (praktici, pediatri)	Podmínka	Pilíř 1	Rozpočet: Dotační titul MZ; financování z fondu obecné prospěšných činností (zák. 289/2025 Sb.); roční výpočet míst z registru ÚZIS	0	v rezervě 10 % (viz P1); model předpokládá +50 atestací ročně od 2033	MZ; odborné společnosti; ÚZIS	Podnět do dohodovacího řízení 2027 a do rozpočtu 2028; závazné od rozpočtu 2031	Podnět do rozpočtu 2028 (rozhoduje dnešní vláda)	H1	není (předpoklad modelu)
P3	Sociální účet a sdílené financování sociálně-zdravotní péče	Podmínka	Pilíř 5	Zákon: Novela § 36 zák. 108/2006 Sb., § 17a a § 22b zák. 48/1997 Sb. (M); zákon o pojištění dlouhodobé péče (L), jen pokud se pro něj rozhodne	4	mimo čistý náklad reformy (náklad sociální péče o seniory bude v roce 2035 asi o 57 mld. Kč ročně vyšší)	MPSV; MZ; pojišťovny; kraje; obce	Teze do 12/2029; věcný záměr 2031–2032; předložit 2033, účinnost 1. 1. 2034; rozhodnutí o pojištění dlouhodobé péče do konce 2031	—	D3	není (studie na zakázku APSS)

Kód	Opatření	Vrstva	Pilíř / oblast	Nástroj (předpis a ustanovení)	Vlna	Náklad (mld. Kč ročně)	Kdo	Termín: základní scénář Vláda 2030	Termín: doplňkový scénář	Ukazatel	Evidence
P4	Fond prevence zdravotních pojišťoven (nejméně 40 % výnosu daní za zdraví, nejméně 2 mld. Kč)	Podmínka	Pilíř 4	Zákon: Zákon o Fondu prevence (M-L, 15-25 §§) s novelou zák. 280/1992 a 551/1991 Sb.; soulad se zák. 218/2000 a 23/2017 Sb.	1	2,0 při plánovací hodnotě (prevence 1,3 + komunitní programy 0,7); 40 % výnosu nad ní	MZ; MF; pojišťovny; rada fondu; ÚZIS (hodnocení)	Teze do B1 (6/2028); předložit 2030, účinnost 1. 1. 2031	— (beze změny)	D5 , D6 , D7 , D11	není
P5	HSPA jako oficiální rámec hodnocení v zákoně	Podmínka	všechny pilíře	Zákon: Malá novela zák. 372/2011 Sb. (NZIS, S)	4	nevyčísleno	MZ; ÚZIS; Rada HSPA	Předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033; PN k hygienické službě 2027–2028	—	— (rámec všech 20 ukazatelů)	není

HSPA potvrzuje

Elektronizace zdravotnictví míří dál. Co schválila novela — eŽádanky, eOčkovací průkaz a centrální registr prevence — a kde má pasti (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-elektronizace-2026.html>)

Dlouhodobá péče v Česku: tichá strukturální krize. Proč stojí dvojkolejný systém v cestě reformě, kterou demografie vynutí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-dlouhodob-pece-2026.html>)

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomez-2026.html>)

Pilíře: doplňková opatření (Pil1.1 – Pil5.7)

Kód	Opatření	Vrstva	Pilíř / oblast	Nástroj (předpis a ustanovení)	Vlna	Náklad (mld. Kč ročně)	Kdo	Termín: základní scénář Vláda 2030	Termín: doplňkový scénář	Ukazatel	Evidence
Pil1.1	Dětské týmy a PLDD (dětská sestra v týmu, děti na venkově u praktika pro dospělé v týmu, přednost pediatrie v pilotu)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 1	Smlouva/úhrada: Smlouva s pojišťovnou a úhr. složky podle J1 – J3 ; plošně zákon o primární péči	0 → 2	součást J1 – J3	MZ; SPLDD ČR; Česká pediatrická společnost; pojišťovny	Pilot 2028; plošně 1. 1. 2032	Pilot stejně	H1	není
Pil1.2	Večery, víkendy a pohotovost (ordinace do 19 h a v sobotu dopoledne, krajská telefonická triáž, pohotovost v centrech s více než 10 lékaři)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 1	Smlouva/úhrada: Prodloužená ordinační doba jako úkol týmu (J1); pohotovost v zákoně o primární péči; navazuje na zák. 290/2025 Sb., vyhl. 380/2025 Sb.	2	0,75	Týmy; kraje; pojišťovny; ZZS	Prodloužená ordinační doba s týmy od 2031–2032; triáž dohodnout s kraji; pohotovost v centru nejdříve 1. 1. 2032	—	—	není
Pil1.3	Výkup praxí odcházejících lékařů (vzorová smlouva, nezávislé ocenění, splátky, příspěvek 250–500 tis. Kč na převzetí praxe, státní záruka)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 1	Smlouva/úhrada: Zák. 89/2012 Sb. (občanský zákoník) a vzorová společenská smlouva; státní záruka: rozpočtové rozhodnutí vlády	0	platby mezi lékaři 0,3–0,6 (systém nezatěžují); příspěvek nevyčíslen	RT se SPL ČR; vláda (záruka)	Vzorová smlouva 2027; záruka rozhodnutím vlády 2030	Vzorová smlouva 2027 (stejně)	H1	není
Pil1.4	Konzultace lékař–lékař, zpětná zpráva, přímé objednání	Pilíř (dopl.)	Pilíř 1	Vyhláška: Novela vyhl. 134/1998 Sb. (S–M) a cena v úhr. vyhláše	0	1,50	MZ; Pracovní skupina k SZV; pojišťovny; SAS ČR	Podnět 2027; platí od 1. 1. 2031	Nejdříve 1. 1. 2028	H3	není

Kód	Opatření	Vrstva	Pilíř / oblast	Nástroj (předpis a ustanovení)	Vlna	Náklad (mld. Kč ročně)	Kdo	Termín: základní scénář Vláda 2030	Termín: doplňkový scénář	Ukazatel	Evidence
Pil1.5	Centra primární péče: dotace na budovy (150 nových, 150 rekonstrukcí, 220 úprav praxí)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 1	Rozpočet: Národní dotační program; podíl obcí a krajů; EU fondy po 2027; smlouva o budoucím nájmu s týmem na 10 let; § 39 zák. 128/2000 Sb.	0 → 2	investice 17–23 jednorázově (provoz center 0,53 viz J1); jen varianta A	Obce; kraje; MZ; MMR	Stavba závisí na bráně B3 (12/2031); investice 2030–2038	—	H2	slabá (E8)
Pil2.1	Minimální objemy a personální standard (porodnictví, kardiologie, traumatologie, dětská lůžka) a platba za připravenost	Pilíř (dopl.)	Pilíř 2	Metodika/Věstník: Věstník MZ (precedent 6/2026, 10/2026); úhr. vyhláška a smlouvy podle § 17 zák. 48/1997 Sb.	0	nevyčísleno (platba za připravenost je součástí J6)	MZ; odborné společnosti; ÚZIS; pojišťovny	Podnět F0; Věstníky 2030–2031; prahy s úhr. vyhláškami 2031 a 2032	Od 2028 (dnešní ministerstvo)	H6	slabá (E11)
Pil2.2	Indikační omezení místo objemových limitů	Pilíř (dopl.)	Pilíř 2	Vyhláška: Úhr. vyhláška (§ 17 odst. 5 zák. 48/1997 Sb.); indikační omezení v SZV (vyhl. 134/1998 Sb.); pravidla DRG v zákoně viz M3.3	0	nevyčísleno	MZ; odborné společnosti; SÚKL a ÚZIS; pojišťovny	Podněty do dohodovacího řízení; první skupiny výkonů v úhr. vyhlášce 2031	2029–2030	H6	není
Pil2.3	Pediatrická lůžka: minimální standard dětských lůžkových oddělení	Pilíř (dopl.)	Pilíř 2	Metodika/Věstník: Standard (Česká pediatrická společnost, ÚZIS) vydaný Věstníkem MZ; uplatní ho krajské plány	0 → 3	nevyčísleno	Česká pediatrická společnost; ÚZIS; MZ; kraje	Návrh F0–F1; Věstník F2 (2030–2031); krajské plány od 2033	—	D1	není
Pil2.4	Dojezd záchranné služby a garance dostupnosti (95 % obyvatel kraje do 30 minut k urgentnímu příjmu)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 2	Zákon: Kontrolní bod v zákoně o síti; NV 307/2012 Sb. (vlna 2); novela zák. 374/2011 Sb. (vlna 3)	2 → 3	nevyčísleno (posílení základu ZZS)	MZ; kraje; ZZS; ÚZIS	Výchozí dojezdy F0; NV od 1. 1. 2032; novela zák. 374/2011 Sb. předložit 2031, účinnost 1. 1. 2033	—	D4	střední (E12)
Pil2.5	Pandemická rezerva (15 % lůžek intenzivní péče, asi 860 z 5 727)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 2	Zákon: Součást krajského plánu v zákoně o síti; koncepce intenzivní péče MZ (Věstník 4/2026)	3	nevyčísleno	Kraje; MZ	S krajskými plány 2033	—	—	není
Pil2.6	Komunitní porodní asistence: hrazená péče porodní asistentky v těhotenství, u fyziologického porodu a v šestinedělí; podmínka každé změny v síti porodnic	Pilíř (dopl.)	Pilíř 2	Vyhláška: Seznam výkonů (vyhl. 134/1998 Sb.) a úhr. vyhláška; smlouvy podle § 17 zák. 48/1997 Sb.; metodika centra porodní asistence ve Věstníku MZ; podmínka v zákoně o síti (J6)	0 → 2	nevyčísleno (propočít pro v4)	MZ; pojišťovny; odborné společnosti porodníků a porodních asistentek; kraje	Podnět do 31. 1. 2027; smlouvy od úhr. vyhlášky 2031; podmínka v zákoně o síti od 2033	Výkony od 1. 1. 2028	—	silná až střední (E21, E22)
Pil3.1	Dálkové sledování (srdeční selhání jako první, hypertenze s měřením doma, CHOPN a diabetes jen v pilotu)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 3	Vyhláška: § 11c zák. 372/2011 Sb. a vyhl. 30/2025 Sb. (platí); výkony v SZV (vyhl. 134/1998 Sb.); kompetence sestry vyhl. 55/2011 Sb.	0	0,66 společně s Pil3.2 ; úspory u srdečního selhání 0,24	MZ; pojišťovny; týmy	Pilot 2028; hrazený výkon od 1. 1. 2031	Hrazený výkon 1. 1. 2028	H5	silná pro srdeční selhání (E17)

Kód	Opatření	Vrstva	Pilíř / oblast	Nástroj (předpis a ustanovení)	Vlna	Náklad (mld. Kč ročně)	Kdo	Termín: základní scénář Vláda 2030	Termín: doplňkový scénář	Ukazatel	Evidence
Pil3.2	AI zapisovatel (jen pilot)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 3	Metodika/Věstník: Zakázky s požadavky MDR, EHDS, NIS2 a AI Act; stanovisko SÚKL a metodika MZ ke klasifikaci; změna zákona se nepředpokládá	0	součást 0,66 (2 300 Kč na lékaře a měsíc podle cen v USA)	MZ; SÚKL; týmy v pilotu	Pilot 2028; plošně až po vyhodnocení	—	—	střední (E16)
Pil3.3	Portál pacienta a pravidla pro digitální nástroje	Pilíř (dopl.)	Pilíř 3	Metodika/Věstník: Navazuje na Portál lékaře a pacienta (MZ, od 1/2026); pravidla: data v EU, zdravotnický prostředek IIa, AI Act, NIS2	0	nevyčísleno	MZ; ÚZIS	Do dvou let od nástupu vlády; EHDS 2029 a 2031	—	—	není
Pil4.1	Minimální cena alkoholu	Pilíř (dopl.)	Pilíř 4	Zákon: Nový zákon o minimální ceně alkoholu (M); test přiměřenosti C-333/14; TRIS k ověření	4	stát z ní nic nevybere; vyšší DPH 0,2–0,5	MZ; MF	Notifikace 2031–2032; předložit 2032, účinnost 1. 1. 2034	—	D8 , D10	silná, přenos na ČR neslibujeme (E18)
Pil4.2	Zmocnění obcí omezit noční prodej alkoholu (22–6 h)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 4	Zákon: Zák. 65/2017 Sb., 128/2000 Sb. (S–M)	4	bez výnosu	MZ; obce	Ověřit: dřívější poslanecký návrh; předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033	—	D8	slabá†
Pil4.3	Zpřísnění reklamy na alkohol tam, kde ji sledují děti	Pilíř (dopl.)	Pilíř 4	Zákon: Zák. 40/1995 Sb.	4	bez výnosu	MZ	Předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033	—	D8	není
Pil4.4	Zdravotní varování na obalech alkoholu	Pilíř (dopl.)	Pilíř 4	Zákon: Nový zákon; notifikace TRIS (standstill tři měsíce)	4	bez výnosu	MZ	Předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033	—	D8	slabá†
Pil4.5	Daň podle gramu alkoholu ve všech nápojích (volba pro program 2029)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 4	Zákon: Sjednocení sazeb v zák. 353/2003 Sb.	4	+2 až +3 nad víno; do plánu se nepočítá	MF	Debata do voleb 2029; účinnost nejdříve 2033	—	D8	není
Pil4.6	Zubní prevence do 18 let (fluoridový lak, pečetění fisur, instruktáž)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 4	Vyhláška: Podnět do SZV (vyhl. 134/1998 Sb.); zákon (zák. 48/1997 Sb., příloha 1) ve vlně 2	0 → 2	0,3–0,5 (součást prevence 1,3; ověřit)	MZ; Pracovní skupina k SZV; pojišťovny	Zákon předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032	SZV nejdříve 1. 1. 2028 (cíl podnětu)	D11	silná† (Marinho 2013, Ahovu-Saloranta 2017)
Pil4.7	Očkování seniorů proti chřipce (pozvání sestrou, očkování v lékárnách)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 4	Vyhláška: Hrazený výkon v SZV a úhr. vyhláše	0	součást prevence 1,3	MZ; pojišťovny; lékárny	Úhr. vyhláška nové vlády (2031)	2029–2030	D7	slabá† (Spinks 2020)
Pil4.8	Navigace po pozitivním screeningu (sestra týmu; pilot ve dvou krajích)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 4	Vyhláška: Hrazený výkon po pilotu; plátce (pojišťovna, nebo NFP) ověřit	0	součást prevence 1,3	MZ; pojišťovny; NFP	Pilot s vyhodnocením (začátek ověřit); výkon po pilotu	—	D5 , D6	střední†
Pil4.9	Krátká intervence u praktika	Pilíř (dopl.)	Pilíř 4	Vyhláška: SZV; vyhl. 70/2012 Sb. ve znění 403/2025 Sb.	0	součást prevence 1,3 (ověřit)	MZ; pojišťovny; praktici	Úhr. vyhláška nové vlády (2031)	Nejdříve 1. 1. 2028 (cíl podnětu)	D8	střední†

Kód	Opatření	Vrstva	Pilíř / oblast	Nástroj (předpis a ustanovení)	Vlna	Náklad (mld. Kč ročně)	Kdo	Termín: základní scénář Vláda 2030	Termín: doplňkový scénář	Ukazatel	Evidence
Pil4.10	Strava a pohyb (školní stravování, reklama dětem, nutriční terapeut s programem pro prediabetes, Škola podporující zdraví po pilotu)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 4	Vyhláška: Aktualizace vyhl. 107/2005 Sb.; omezení reklamy podle nutričního profilu WHO; pilot v jednom kraji	0	nevyčísleno	MZ; SZÚ; školy	Termín v textu neuveden (ověřit); vyhodnocení po třech letech	—	—	střední†
Pil4.11	Daň z tabáku a nikotinu: valorizace a zvyšování o 5 % ročně nad inflaci od roku 2028, dokud daň nedosáhne 75 % ceny; nikotinové výrobky zdaněné podle obsahu nikotinu	Pilíř (dopl.)	Pilíř 4	Zákon: Novela zák. 353/2003 Sb. spolu s J8 (vlna 1)	1	výnos mimo plánovací hodnotu: odhadem +1,5–2 za každý rok růstu (ověřit)	MF; Celní správa; MZ	Podnět současné vládě 2027; předložit 2030, účinnost 1. 1. 2031	Prodloužení dnešního plánu od 2028	—	střední (WHO best buy)
Pil4.12	Zvýhodnění těch, kdo aktivně pečují o své zdraví (Hospodářská strategie PEER): bonus z Fondu prevence za doložitelné zapojení a zlepšení v čase, samotné razítko z prohlídky nestačí (vzor § 65a SGB V; sleva z pojistného podle HSPA Monitoru neobstojí); hrazené odvykání kouření; pilot pro ročníky do 40 let	Pilíř (dopl.)	Pilíř 4	Zákon: Zákon o Fondu prevence (P4) a novela zák. 551/1991 Sb., § 7 (bonus vedle pojistného); vázání přírůstku daně z tabáku v zákoně o Fondu prevence (P4 , vlna 1)	1 → 2	odvykání asi 0,5 z přírůstku daně; bonus nevyčíslen (ověřit)	MZ; MF; pojišťovny	Odvykání s P4 od 1. 1. 2031; pilot bonusu do 40 let od 1. 1. 2032	—	—	střední
Pil5.1	Delší a samostatná indikace domácí péče (sestra se specializací)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 5	Zákon: Zák. 48/1997 Sb. (§ 18, § 22; vlna 2); vyhl. 55/2011 Sb. (vlna 0)	0 → 2	nevyčísleno (úhr. vyhláška 2027 přidává domácí péči 8,5 %)	MZ; ČAS; pojišťovny	Zákon předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032	Vyhláška 2028 (rozhodne dnešní MZ)	H5	silná pro bezpečnost, slabá pro úspory (E5)
Pil5.2	Mobilní paliativní tým v okrese (jeden na 70–150 tis. obyvatel)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 5	Smlouva/úhrada: Úhrada pojištěn a smlouva; podnět do dohodovacího řízení 2028	0	0,90 (horní mez, 150 týmů)	Pojišťovny; kraje; MZ	Úhr. vyhláška 2031; náběh 2031–2034	Podnět do 31. 1. 2027, platí od 2028	H5	silná pro místo úmrtí (E20)
Pil5.3	Společný plán péče, koordinátor a hrazený výkon plánování péče	Pilíř (dopl.)	Pilíř 5	Vyhláška: Výkon „plánování péče“ (vyhl. 134/1998 Sb.)	0	nevyčísleno	MZ; pojišťovny	Úhr. vyhláška 2031	Podnět do 31. 1. 2027, platí od 2028	H5	není

Kód	Opatření	Vrstva	Pilíř / oblast	Nástroj (předpis a ustanovení)	Vlna	Náklad (mld. Kč ročně)	Kdo	Termín: základní scénář Vláda 2030	Termín: doplňkový scénář	Ukazatel	Evidence
Pil5.4	Podpora pečujících rodin (odlehčovací služby, edukace, kontakt na sestru, dlouhodobé ošetřovné)	Pilíř (dopl.)	Pilíř 5	Jiné: Nástroj určen (MPSV, kraje, pojišťovny); ověřit	—	nevyčísleno (ověřit)	MPSV; kraje; pojišťovny	Ověřit	—	—	není
Pil5.5	Konziliární paliativní tým v nemocnicích s 200 a více akutními lůžky	Pilíř (dopl.)	Pilíř 5	Smlouva/úhrada: Úhrada jako konzilium (úhr. vyhláška)	0	nevyčísleno	Nemocnice; pojišťovny	Začátek v největších nemocnicích; termín neuveden	—	—	není
Pil5.6	Nabídka plánu péče při hospitalizaci křehkého seniora a plán ve sdíleném záznamu	Pilíř (dopl.)	Pilíř 5	Jiné: Sdílený záznam; úhrada v pobytových službách navazuje na P3	—	nevyčísleno	MZ; poskytovatelé	Termín neuveden	—	—	není
Pil5.7	Dříve vyslovené přání: jednodušší ověření, centrální registr, povinnost respektovat	Pilíř (dopl.)	Pilíř 5	Zákon: Poslanecký návrh; § 36 zák. 372/2011 Sb. (S)	0	nevyčísleno (registr)	Poslanecký klub	Poslanecký návrh 2028–2029, závisí na sněmovní většině	Stejně	—	není

Q Ověřujeme

HSPA potvrzuje

Čtyři tisíce operací se stěhují do center. Centralizace onkochirurgie má být hotová do roku 2030 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-onkochirurgie-2030.html>).

Záchranka ošetří pacienta víc než milionkrát za rok. O polovinu víc než před 15 lety – a v polovině případů jde o seniora (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zachranka-milion-pacientu.html>).

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>).

Doprovod: 10 oblastí Manifestu (M1.1 – M10.5)

Kód	Opatření	Vrstva	Pilíř / oblast	Nástroj (předpis a ustanovení)	Vlna	Náklad (mld. Kč ročně)	Kdo	Termín: základní scénář Vláda 2030	Termín: doplňkový scénář	Ukazatel	Evidence
M1.1	Metodika ÚZIS pro hodnocení organizačních modelů, poprvé použita v pilotu	Doprovod	Oblast 1	Metodika/Věstník: Metodika ÚZIS bez zákona	0	nevyčísleno	ÚZIS	2027 (F0)	Stejně	—	není
M1.2	Nezávislá instituce pro hodnocení technologií (léky, výkony, digitální nástroje, organizační modely)	Doprovod	Oblast 1	Zákon: Rozšíření mandátu SÚKL a ÚZIS (M); nový zákon (L) jen při kapacitě; navazuje na zák. 289/2025 Sb.	4	nevyčísleno	MZ	Rozhodnutí o podobě F1 (2028–2029); předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033 (nový zákon 1. 1. 2034)	—	—	není
M1.3	Standard hrazení péče jako výstup hodnocení; soutěž pojišťoven nad standardem	Doprovod	Oblast 1	Zákon: Součást zákona nebo mandátu instituce (M1.2)	4	nevyčísleno	MZ; pojišťovny	2033 a později	—	—	není
M1.4	Napojení na evropské společné klinické hodnocení	Doprovod	Oblast 1	Jiné: Nařízení (EU) 2021/2282; zák. 289/2025 Sb.	—	nevyčísleno	MZ; SÚKL	Průběžně; datum neuvedeno	—	—	není

Kód	Opatření	Vrstva	Pilíř / oblast	Nástroj (předpis a ustanovení)	Vlna	Náklad (mld. Kč ročně)	Kdo	Termín: základní scénář Vláda 2030	Termín: doplňkový scénář	Ukazatel	Evidence
M2.1	Zákonné vymezení druhů rozšířené péče, doplatku a ochranného limitu	Doprovod	Oblast 2	Zákon: Novela zák. 48/1997, 551/1991, 280/1992 Sb. a vyhl. 418/2003 Sb. (M); nález Pl. ÚS 36/11	2	nevyčísleno	MZ	Předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032	—	—	není
M2.2	Plně hrazená základní varianta nabízená jako první; volba varianty neovlivní termín	Doprovod	Oblast 2	Zákon: Součást M2.1	2	nevyčísleno	MZ	Jako M2.1	—	—	není
M2.3	Přeměna fondů prevence pojištěn na fondy rozšířené péče	Doprovod	Oblast 2	Zákon: Součást M2.1; fondy upravil zák. 289/2025 Sb.	2	nevyčísleno	MZ; pojišťovny	Jako M2.1	—	—	není
M2.4	Transparentní ceník a nezávislé posouzení hranice nadstandardu	Doprovod	Oblast 2	Zákon: Součást M2.1; posouzení viz oblast 1	2	nevyčísleno	MZ	Jako M2.1	—	—	není
M3.1	Evidence plnění nároku včetně čekacích dob (navazuje na J5)	Doprovod	Oblast 3	Smlouva/úhrada: Smlouva s VZP v pilotu; úhr. vyhláška; novela zák. 325/2021 Sb.	0	nevyčísleno	VZP; pojišťovny; MZ	Pilot 2028; plošně nejdříve s úhr. vyhláškou 2031	Pilot stejně	H3	není
M3.2	Jeden návrh správy pojištěn (hlas pojištěnců, veřejná jednání, jmenovité hlasování, losovaný panel, přímá volba v zaměstnaneckých pojišťovnách)	Doprovod	Oblast 3	Zákon: PN k reformě v. z. p. 2030; zák. 551/1991 a 280/1992 Sb. (tisk 479 mimo jádro)	0 → 4	nevyčísleno (náklady voleb neznámé)	Poslanecký klub; RT	PN ve Sněmovně 2027; zastoupení pojištěnců zákonem: předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033	PN stejně	—	není
M3.3	Pravidla DRG v zákoně (základní sazba, valorizace, přechod, platba za připravenost)	Doprovod	Oblast 3	Zákon: § 41a zák. 48/1997 Sb. (M; číslo § ověřit)	4	nevyčísleno	MZ	Předložit 2032, účinnost 1. 1. 2033	—	—	není
M3.4	Pružnost v krizi: zmocnění vlády k odchylce a rizikový koridor ±5 %	Doprovod	Oblast 3	Zákon: Součást M3.3	4	nevyčísleno	MZ	Jako M3.3	—	—	není
M4.1	Otevřená anonymizovaná data na úrovni poskytovatele	Doprovod	Oblast 4	Metodika/Věstník: Metodika a zveřejňování ÚZIS bez zákona	0	nevyčísleno (bez nového papírování)	ÚZIS; MZ	Od 2027 (F0)	Stejně	—	není
M4.2	Informace pro pacienta před zákrokem a volné kapacity v reálném čase	Doprovod	Oblast 4	Metodika/Věstník: Metodika ÚZIS; navazuje na P13.3	0	nevyčísleno	ÚZIS; MZ	Od 2027 (F0)	Stejně	—	není
M4.3	HSPA jako oficiální rámec v zákoně (odkaz na P5)	Doprovod	Oblast 4	Odkaz: Viz P5	4	viz P5	viz P5	Viz P5	—	—	není
M4.4	Reformu nezávisle hodnotí ÚZIS s univerzitou	Doprovod	Oblast 4	Jiné: Nezávislý hodnotitel (smlouva s MZ)	—	0,40 společně s koordinací reformy	ÚZIS; univerzita	Jmenován před začátkem pilotu (do konce 2027); zpráva pro B4 2033	—	—	není

Kód	Opatření	Vrstva	Pilíř / oblast	Nástroj (předpis a ustanovení)	Vlna	Náklad (mld. Kč ročně)	Kdo	Termín: základní scénář Vláda 2030	Termín: doplňkový scénář	Ukazatel	Evidence
M4.5	Střet zájmů v komisích a poradních orgánech ministerstva: veřejná prohlášení o zájmech, vyloučení z hlasování, jmenovitá hlasování a veřejné zápisy	Doprovod	Oblast 4	Jiné: Příkaz ministra a statuty komisí bez zákona (F0); zákon: nové ustanovení o poradních orgánech v zák. 372/2011 Sb. (vlna 4)	0 → 4	nevyčísleno (bez nového papírování pro poskytovatele)	MZ; SÚKL; ÚZIS	Podnět 2027; příkaz ministra po nástupu vlády 2030; zákon 2033 a později	Příkaz ministra kdykoli	—	není
M5.1	Seznam základních léků se zajištěnou dostupností a postup při výpadech	Doprovod	Oblast 5	Metodika/Věstník: Zavést lze bez zákona; další kroky vyžadují novely zákonů o léčivech (ověřit)	4	nevyčísleno	MZ; SÚKL	Bez zákona kdykoli; zákon: předložit 2032–2034, účinnost 2033 a později	—	—	není
M5.2	Online srovnávač doplatek	Doprovod	Oblast 5	Metodika/Věstník: Bez zákona	0	nevyčísleno	MZ (ověřit)	Datum neuvedeno	—	H8	není
M5.3	Lékárníci: rozvoz léků kuryrem s kontrolou a širší pravomocí v prevenci a očkování	Doprovod	Oblast 5	Zákon: Novely zákonů o léčivech a o v. z. p. (ověřit ustanovení)	4	nevyčísleno	MZ	Předložit 2032–2034, účinnost 2033 a později	—	—	není
M5.4	Léky na vzácná onemocnění: společný rizikový fond pojišťoven (FRP), podmíněná úhrada, individuální rozhodnutí se lhůtou	Doprovod	Oblast 5	Zákon: FRP zákonem; smlouvy pojišťoven	4	nevyčísleno (zdroj fondu neurčen)	MZ; pojišťovny	Předložit 2032–2034, účinnost 2033 a později	—	—	není
M6.1	Program AZV pro akademické klinické studie (audit, monitoring, mikrogranty; ECRIN)	Doprovod	Oblast 6	Rozpočet: Akční plán Národní strategie klinických hodnocení 2035; dotační program	0	nevyčísleno	MZ; AZV	Podnět F0; výzva 2031	Výzva 2028	—	není
M6.2	Samostatná linka pro výzkum zdravotních služeb a primární péče	Doprovod	Oblast 6	Rozpočet: Dotační program AZV	0	nevyčísleno	MZ; AZV	První výzva 2031	Výzva 2028	—	není
M6.3	Každoroční zveřejnění počtu studií v jednotlivých krajích a vyhodnocování dopadů	Doprovod	Oblast 6	Metodika/Věstník: Neuvedeno (ověřit)	0	nevyčísleno	MZ (ověřit)	Datum neuvedeno	—	—	není
M6.4	Pilotní týmy vyhodnotit jako studii s kontrolní skupinou	Doprovod	Oblast 6	Metodika/Věstník: Registrace studie před jejím začátkem; protokol hodnotitele (J1)	0	nevyčísleno (pilot 30–50 mil. ročně, hodnocení asi 5 mil. ročně)	Hodnotitel; RT	Registrace před začátkem 2028; průběh 2028–2029	Stejně	—	není
M7.1	Úhrada ošetření kořenových kanálků i u stoliček (náklad vyčíslit před návrhem)	Doprovod	Oblast 7	Vyhláška: Úhr. vyhláška; SZV	0	nevyčísleno	MZ; pojišťovny	Podnět do 31. 1. 2027; platnost podle úhr. vyhlášky nové vlády (2031)	Nejdříve 1. 1. 2028	H8	není
M7.2	Sazby, které udrží smluvní zubaře i mimo velká města; plně hrazené základní výkony; pružnější regulace	Doprovod	Oblast 7	Vyhláška: Úhr. vyhláška; SZV	0	nevyčísleno	MZ; pojišťovny	Jako M7.1	Nejdříve 1. 1. 2028	H8	není
M7.3	Hrazená dentální prevence do 18 let (odkaz na Pil4.6)	Doprovod	Oblast 7	Odkaz: Viz Pil4.6	0 → 2	viz Pil4.6	viz Pil4.6	Viz Pil4.6	Viz Pil4.6	D11	není

Kód	Opatření	Vrstva	Pilíř / oblast	Nástroj (předpis a ustanovení)	Vlna	Náklad (mld. Kč ročně)	Kdo	Termín: základní scénář Vláda 2030	Termín: doplňkový scénář	Ukazatel	Evidence
M7.4	Samostatnější dentální hygienistky a ordinace dentální hygieny (pilot)	Doprovod	Oblast 7	Jiné: Pilot; nástroj neuveden (ověřit)	—	nevyčísleno	MZ (ověřit)	Datum neuvedeno	—	—	není
M7.5	Celostátní šetření orálního zdraví dětí v 5, 12 a 15 letech (WHO), poté každých pět let	Doprovod	Oblast 7	Rozpočet: Zadání MZ a financování	0	nevyčísleno	MZ; SZÚ (ověřit)	2031 (2028, jen pokud šetření zadá dnešní MZ)	2028	—	není
M8.1	Rezidenční místa (odkaz na P2)	Doprovod	Oblast 8	Odkaz: Viz P2	0	viz P2	viz P2	Viz P2	Viz P2	H1	není
M8.2	Lékaři: přehledné akreditace, délka přípravy, placené stáže, přesčasy, centra jako místa výcviku	Doprovod	Oblast 8	Rozpočet: Dotační titul MZ; akreditace	0	nevyčísleno	MZ	Podnět do rozpočtu 2028; závazně od 2031	Podnět 2028	—	není
M8.3	Sestry: akreditované kurzy kompetencí, přesun administrativy na recepci a zapisovatele (odkaz na J2)	Doprovod	Oblast 8	Odkaz: Viz J2	0	viz J2	MZ	Kurzy s pilotem od 2028	Viz J2	H2	není
M8.4	Pracovní podmínky sester (bez nočních služeb, předvídatelný rozpis služeb, plat srovnatelný s nemocnicemi, programy pro návrat do profese)	Doprovod	Oblast 8	Vyhláška: Úhr. vyhláška (příplatky za večer a sobotu); plat v sesterské složce J2	0	v J2	MZ; pojišťovny; odbory	Od úhr. vyhlášky 2031	—	H2	není
M8.5	Nábor ze zahraničí a zrychlení aprobační (odkaz na P1)	Doprovod	Oblast 8	Odkaz: Viz P1	0	viz P1	viz P1	Viz P1	—	H1, H2	není
M9.1	Zdravotnický ombudsman bez poplatků (např. nová působnost veřejného ochránce práv)	Doprovod	Oblast 9	Zákon: Novela části osmé zák. 372/2011 Sb. a zák. 349/1999 Sb. (M)	2	nevyčísleno	MZ; Kancelář VOP	Předložit 2030, účinnost 1. 1. 2032	—	—	není
M9.2	Vymahatelnost doporučení ombudsmana (odpověď do 30 dnů, zveřejnění, podnět k řízení o oprávnění)	Doprovod	Oblast 9	Zákon: Součást M9.1	2	nevyčísleno	MZ	Jako M9.1	—	—	není
M9.3	Každoroční zveřejňování počtu a délky šetření stížností; průzkumy zkušeností pacientů; reforma akreditací	Doprovod	Oblast 9	Metodika/Věstník: Neuvedeno (ověřit)	0	nevyčísleno	MZ (ověřit)	Datum neuvedeno	—	—	není
M9.4	Porodní péče v souladu s právem a doporučeními WHO; přítomnost blízkých jako výchozí pravidlo	Doprovod	Oblast 9	Jiné: Nástroj neuveden (ověřit)	—	nevyčísleno	MZ (ověřit)	Datum neuvedeno	—	—	není
M9.5	Dříve vyslovené přání (odkaz na P15.7)	Doprovod	Oblast 9	Odkaz: Viz P15.7	0	viz P15.7	viz P15.7	Viz P15.7	Viz P15.7	—	není
M10.1	Psycholog v každém týmu primární péče (odkaz na J1)	Doprovod	Oblast 10	Odkaz: Viz J1	0 → 2	v J1	viz J1	Pilot 2028; plošně 1. 1. 2032	Viz J1	—	není

Kód	Opatření	Vrstva	Pilíř / oblast	Nástroj (předpis a ustanovení)	Vlna	Náklad (mld. Kč ročně)	Kdo	Termín: základní scénář Vláda 2030	Termín: doplňkový scénář	Ukazatel	Evidence
M10.2	Krátké hrazení intervence a hrazená psychoterapie podle potřeby	Doprovod	Oblast 10	Smlouva/úhrada: Smlouvy a úhr. vyhláška	0	nevyčísleno	Pojišťovny; MZ	Datum neuvedeno	—	—	není
M10.3	Psychoterapie jako zdravotní služba (kvalifikace, služba, úhrada)	Doprovod	Oblast 10	Zákon: Novela zák. 96/2004 a 48/1997 Sb. (M)	4	nevyčísleno	MZ	Předložit 2033, účinnost 1. 1. 2034	—	—	není
M10.4	Stabilní financování sociální části center duševního zdraví ze sítě sociálních služeb kraje	Doprovod	Oblast 10	Zákon: Novela § 36 zák. 108/2006 Sb. (M)	4	nevyčísleno	MPSV; kraje	Předložit po 2031, účinnost 2033 a později	—	—	není
M10.5	Každoroční mapa center duševního zdraví; rezidenční místa v psychiatrii	Doprovod	Oblast 10	Metodika/Věstník: Podnět ministerstvu	0	nevyčísleno	MZ; RT	Od 2027 (F0)	Stejně	—	není

HSPA má téma Miliardy, které chybí. Anatomie deficitu veřejného pojištění 2026 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-vzp-2026.html>)

Orgány bez pravidel. Střet zájmů řeší jen pět z 57 statutů poradních těles ministerstva (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-stret-zajmu-poradni-organy-2026.html>)

Sedmdesát děr v seznamu nepostradatelných léků proti infekcím (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-esencialni-antiinfektiva.html>)

Duplicity, které v3 sloučila

V3 sloučila 11 témat, která v2 vedla na více místech; v Doprovodu zůstalo sedm odkazů na šest z nich. Doprovod se zmenšil zhruba z 55 opatření ve v2 na 44 řádků, z toho 37 vlastních opatření; verze 3.1 přidala jeden řádek (M4.5).

Téma	Kde bylo ve v2	Kde je ve v3 jednou
Zubní prevence do 18 let	Pilíř 4, oblast 7 Manifestu, hrazení hygieny	P114.6 ; M7.3 je jen odkaz
Revize léků u lidí nad 65 let	Část III a oblast 5 Manifestu	Část III jako součást týmové péče; M5.3 ji neopakuje
Kompetence sester	J2 , oblast 8 Manifestu, indikace v Pilíři 5	J2 ; M8.3 je jen odkaz; P115.1 se týká jen domácí péče
Rezidenční místa a nábor	P1 a P2 , oblast 8 Manifestu	P1 a P2 ; M8.1 a M8.5 jsou jen odkazy
Psycholog v týmu	J1 , oblast 10 Manifestu	J1 ; M10.1 je jen odkaz
HSPA jako rámec hodnocení	P5 , oblast 4 Manifestu	P5 ; M4.3 je jen odkaz
Dříve vyslovené přání	Pilíř 5, oblast 9 Manifestu	P115.7 ; M9.5 je jen odkaz
Přímá volba v pojišťovnách (tisk 479)	samostatně a v reformě správy	M3.2 , jeden návrh
Indikační omezení místo limitů	Pilíř 2 a oblast 3 Manifestu	P112.2 ; M3.3 řeší jen pravidla DRG v zákoně
Instituce pro hodnocení technologií	Balíček 3 a oblast 1 Manifestu	M1.2
Plánování péče	domácí péče (krok 4) a závěr života (krok 1)	P115.3

Legislativní zátěž podle roku

Graf v Části VII ukazuje zátěž legislativního plánu v jednotlivých letech (20 předloh: 4 malé, 13 středních a 3 velké); registr z plánu přebírá vlnu a termín každého opatření.

Příloha B – Vypořádání oponentního posudku

Vypořádání posudku

Stav k 21. 10. 2026, po závěrečné redakci: plně vypořádáno je 8 z 10 výhrad a 16 z 20 oprav, částečně 2 výhrady a 3 opravy, otevřena zůstává 1 oprava (jména oponentů). Částečně vypořádané body čekají na bilanci sester po krajích, ověření paragrafů v legislativní mapě a zveřejnění modelu. Ve verzi 3 zůstávalo k 21. 10. 2026 80 otevřených ověření; dnešní seznam je na konci záložky.

Deset výhrad verdiktu

#	Výhrada (zkráceně)	Jak ji v3 řeší	Kde ve v3	Stav
1	Harmonogram bez scénářů	Dva scénáře: Vláda 2030 a doplňkový scénář převzetí části; pět fází a brány B1 – B4	Část VIII, harmonogram a dva scénáře	Vypořádáno; přesná data voleb 2028 a 2029 jsou v seznamu ověření
2	Běžící vládní reformy chybí	Tabulka vládních reforem, souběh s reformou a navazující pozměňovací návrhy	Část VI	Vypořádáno; termíny předloh (VeKLEP, PN k tisku 235) jsou v seznamu ověření
3	Personální předpoklady bez bilance	Bilance sester a praktiků po letech (440 sester ročně, PLD 2035 asi 3 900–4 500), podmínka brány B3	Část V, personální bilance; Část I	Částečně: chybí bilance po krajích (úkol P1 do brány B2); místo 30 000 úvazků bez zdroje uvádí v3.1 potřebu nejméně 24 000 úvazků všeobecných sester z vládního programu
4	Platby týmům a rozpětí	Platby 4,8–7,5 mld. Kč (střed 6,1); rozpětí 15–25 mld. Kč ze simulace Monte Carlo a z tabulky scénářů	Část V, čistý náklad a citlivost	Vypořádáno
5	Srovnání variant	Varianty A, B, C se společným základem 7,6 mld. Kč; A 21,5, B 17,8, C 11,3 mld. Kč i v Části II	Část II, varianty; Část V	Vypořádáno
6	Daně za zdraví	Jedno číslo 5 mld. Kč (2 mld. NFP, 3 mld. platba státu); odvody z práce se snižují	Část V, odkud peníze; Část III, J8 a J9	Vypořádáno; právní forma NFP a daňové údaje J8 jsou v seznamu ověření
7	Cíle ukazatelů	20 ukazatelů (H1 – H8, D1 – D12); cíle odvozené z mechanismů, snížené nebo vypuštěné; cíl očkování sjednocen na 40 % kolem roku 2038	Část IX	Vypořádáno; výchozí hodnoty a prahy B4 jsou návrh a jejich ověření je v seznamu
8	Lůžková část	Jeden základ 48 036 lůžek; přeměna 8 000 lůžek v letech 2033–2038, po ní asi 40 000 lůžek; fond přeměny 2033–2040 (průměr 1, vrchol 1,3 mld. Kč); pojistka obloženosti 85 %	Část III, pilíř 2; Část V	Vypořádáno
9	Legislativní mapa neúplná	Kapitola o zákonech a řízeních: vlny 0–4, 20 předloh, TRIS a tři řízení vůči Komisi	Část VII	Částečně: čísla paragrafů a zmocnění je třeba ověřit v konsolidovaném znění
10	Přes sto opatření, redakce, střet zájmů	44 řádků doprovodu v deseti podkladech; autor se ve Správní radě VZP zdrží hlasování o pilotu a smlouvách k reformě (úvod, R19, podklad 3); překlapy opraveny	Část XI; Část X; Stav dokumentu	Vypořádáno

HSPA potvrzuje

Generační propast v ošetrovatelství: proč nám chybí tisíce sester a co s tím chce udělat program za 13 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-osetrovatelstvi-generacni-propast-2026.html>)

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Dvacet oprav

#	Úkol z posudku	Co v3 udělala	Kde ve v3	Stav
1	Scénáře a harmonogram	Dva scénáře a přepracovaný harmonogram; zákon o síti přijat v roce 2032, účinný nejpozději 1. 1. 2033	Část VIII	Vypořádáno
2	Vládní reformy v modelu	Tabulka reforem a souběh; onkochirurgie (1. vlna od 1. 9. 2026, Věstník MZ 10/2026) jako precedent	Část VI	Vypořádáno
3	Personál	Bilance po letech a podmínka brány B3	Část V; Část III	Částečně: chybí tabulka po krajích
4	Platby týmům	Platby 4,8–7,5 mld. Kč, střed 6,1	Část V	Vypořádáno
5	Rozpětí a graf citlivosti	Rozpětí 15–25 mld. Kč, Monte Carlo, tabulka scénářů a graf citlivosti (tornádo) vložený do textu	Část V, čistý náklad a citlivost	Vypořádáno
6	Varianty B a C	Společný základ 7,6 mld. Kč; B 17,8 a C 11,3 mld. Kč	Část II; Část V	Vypořádáno
7	Daně	Jedno číslo 5 mld. Kč, pravidlo rozdělení; fond kryje jen prevenci; platba státu za reformu asi 13 mld. Kč, tedy asi 180 Kč měsíčně	Část V, odkud peníze	Vypořádáno
8	Model a NRR tab. D.1	Závazek zveřejnit model; tabulka D.1 v textu	Část I; Část V	Částečně: model zatím nezveřejněn, hodnoty D.1 neověřeny v primárním zdroji
9	Lůžka: jeden základ, pojistka	Jeden základ 48 036 lůžek; pojistka obloženosti 85 %	Část III, pilíř 2; Část V	Vypořádáno
10	Překryvy úspor	Úspory vedeny hierarchicky, bez dvojího počítání	Část V, úspory	Vypořádáno
11	Ukazatele: alkohol, játra, kolonoskopie, očkování, katastrofické výdaje	Cíle odvozeny z mechanismu, sníženy nebo vypuštěny; přidán H8	Část IX	Vypořádáno
12	Kompetence praktiků	Samostatné jádro J3	Část III, J3	Vypořádáno; údaje SÚKL a výkony odbornosti 001 jsou v seznamu ověření

#	Úkol z posudku	Co v3 udělala	Kde ve v3	Stav
13	Gatekeeping	Triážní pole v eŽádance a telefonická triáž krajů jako vstup do rychlé cesty	Část II, cesta pacienta; Část III	Vypořádáno
14	Kapitoly o zákonech a procesu	Část VII (zákon o řízení) a Část VIII (proces)	Část VII; Část VIII	Částečně: čísla paragrafů k ověření
15	Registr opatření a Část IV v podkladech	Registr: 93 řádků (86 opatření, 7 odkazů) s nástrojem, vlnou, termíny a ukazateli	Záložka Registr opatření	Vypořádáno
16	Střet zájmů	Zdržení se hlasování ve Správní radě VZP o pilotu a smlouvách k reformě	Stav dokumentu; Část X; Část XI	Vypořádáno
17	Oponenti	Jména nedoplněna	Stav dokumentu	Otevřeno: jména oponentů verzí 1 a 2 doplní RT
18	Evidence	Kringos s DOI, ESB vypuštěno; Bates, Kegreiss a Kovacevic s PMID nebo DOI; Chowdhury nalezen, ve v3 necitován; Kozhimannil jen u porodnic	Část II; Část III; záložka Evidence a zdroje	Vypořádáno
19	Redakce	Pracovní poznámky a číslování grafů odstraněny; překlepy opraveny	Celý text	Vypořádáno
20	Politická verze	Politická verze 3 hotová a sladěná s čísly v3 (odkaz)	Samostatný dokument	Vypořádáno

HSPA potvrzuje

Čtyři tisíce operací se stěhují do center. Centralizace onkochirurgie má být hotová do roku 2030 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-onkochirurgie-2030.html>)

2,4 miliardy podle vzorce, 24 miliard podle slibu. Platba za státní pojištění jde do roku 2027 po dvou kolejích (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-valori-zace-statni-pojistenci-2027.html>)

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištění 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Otevřená ověření

K 26. 10. 2026 zůstává ve studii 81 otevřených ověření (po sloučení stejných značek „Ověřit“). Verze 3 jich měla 80 (stav 21. 10. 2026). Verze 3.1 a sladění se strategií PEER část z nich uzavřely nebo zúžily (zdroj potřeby sester a jejich věk, VOŠ, rezidenční místa, rozpočet AZV, potřeba lůžek dlouhodobé péče, eŽádanka, objem dnešních příspěvků z fondů pojišťoven) a přidaly nová k číslům, k opatřením P112.6 , M4.5 , P114.11 a P114.12 a k délce života ve zdraví. Oprava podle HSPA Monitoru pak uzavřela další čtyři: právní formu bonusu za zdraví, proočkovanost 65+, rok dat délky života ve zdraví a účinnost reformy hygienické služby. Seznam je pracovní a slouží resortnímu týmu; odpovědné osoby a termíny navrhuje určit na schůzi 9. 11. 2026.

Stav dokumentu

- E-mailová adresa resortního týmu pro připomínky.

HSPA nemá

Interní organizační údaj (kontakt týmu); HSPA nemá co doložit.

- Jména oponentů verzí 1 a 2.

HSPA nemá

Jména oponentů verzí 1 a 2 jsou interní údaj studie; HSPA je neeviduje.

Část I a Část V: data a financování

- Počet dospělých bez registrujícího praktika podle registrů všech sedmi pojišťoven (výchozí hodnota ukazatele).

HSPA nemá Indikátor: Podíl praktických lékařů (generalistů) mezi všemi lékaři (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=podil_prakticti_lekari)

Indikátor: Podíl praktických lékařů pro děti a dorost ve věku 65+ (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=pldd_podil_65plus)

- Vazba poklesu zůstatků na účtech pojišťoven (69,9 → 43,2 mld. Kč) na kumulované saldo; definice 43,2 a 32 mld. Kč sjednoceny podle HSPA Monitoru, údaj 45,7 mld. Kč od odborů zůstává bez primárního zdroje.

HSPA potvrzuje

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištění 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)

- Hodnoty tab. D.1 NRR včetně příjmů v. z. p. po letech a zda projekce už zahrnuje navýšení platby státu pro rok 2027 (tisk 235).

HSPA má téma

2,4 miliardy podle vzorce, 24 miliard podle slibu. Platba za státní pojištění jde do roku 2027 po dvou kolejích (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-valori-zace-statni-pojistenci-2027.html>)

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištění 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

- Kapacita endoskopických pracovišť po krajích a její rezerva.

HSPA má téma

Pozitivní test, pak 84 dní čekání. Fronta na kolonoskopii po screeningu se od roku 2019 prodloužila o třetinu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cekani-na-kolonoskopii.html>)

- Rozložení 10 mld. Kč z implementačního plánu MZ 2.1 po letech.

HSPA nemá

Rozložení 10 mld. Kč po letech z implementačního plánu MZ 2.1 (12/2025) HSPA nemá; článek o reformě primární péče 2027 se na plán odvolává jen obecně.

- Roční počet absolventek oboru praktická sestra a kolik jich nastoupí do zdravotnictví (počet absolventek VOŠ doplněn ve v3.1).

HSPA má téma Sester přibývá, přesto chybí: proč český počet absolventů klame (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-absolventi-osetrovatelstvi.html>)

Indikátor: Absolventi ošetrovatelství (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=absolventi_osetrovatelstvi_per_100k)

- Veřejná adresa, kde budou zveřejněny model a tabulka vstupů.

HSPA nemá

Veřejná adresa modelu studie – interní údaj autorů; HSPA nemá.

Část III, pilíře 1 a 3

- Počet přípravků s preskripčním omezením na odbornost praktika a počet takových preskripcí ročně (SÚKL).

HSPA upřesňuje

Konec obíhání kvůli receptu. Přes 1 200 léků smí od července předepsat i praktik (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-preskripce-praktici-2026.html>)

- Ultrazvukové výkony, které dnes smí vykazovat odbornost 001.

HSPA nemá

Ultrazvukové výkony odbornosti 001 HSPA nesleduje.

- Plné jméno autora a přesný název textu prof. Bronského.

HSPA nemá

Jméno autora a název textu prof. Bronského (2023) HSPA nemá; text je interní pro resortní tým.

- Zda a v jakém rozsahu kraje po účinnosti zák. 290/2025 Sb. provozují telefonickou triáž.

HSPA upřesňuje

Pohotovosti přešly na pojišťovny. Co zákon 290/2025 Sb. skutečně mění (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-pohotovosti-290-2025.html>)

- Stav a harmonogram dnešní vládní novely zák. 325/2021 Sb. (č. j. 748/26) a termín povinné eŽadanky (návrh uvádí 1. 7. 2027); výchozí stav podle zák. 236/2025 Sb. doplněn ve v3.1.

HSPA upřesňuje

Elektronizace zdravotnictví míří dál. Co schválila novela – eŽadanky, eOčkovací průkaz a centrální registr prevence – a kde má pasti (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-elektronizace-2026.html>)

- Zda SÚKL vydal stanovisko k AI zapisovatelům.

HSPA má téma

Stanovisko SÚKL k AI zapisovatelům HSPA nemá. Dohledatelné je jen stanovisko MZ (metodický pokyn k AI 2026, příloha 1): čistý přepis řeči zdravotnickým prostředkem není, přepis s návrhem diagnóz či dávek ano; SÚKL v pokynu vystupuje jako...

- Harmonogram přechodu Portálu lékaře a pacienta do ostrého provozu.

HSPA upřesňuje 62 versus 70. Co index eHealth měří a proč v něm Česko zaostává (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ehealth.html>)

- Datum, od kterého po změnách AI Actu platí povinnosti pro vysoce rizikovou AI ve zdravotnických prostředcích.

HSPA upřesňuje

2. srpna 2026. AI Act, české nemocnice a regulační vrstva, kterou nikdo necvičil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ai-act-zdravotnictvi-srpen-2026.html>)

Část III, pilíř 2

- Předběžný údaj 46 018 akutních lůžek za rok 2025: trvalé snížení, nebo změna ve vykazování.

HSPA má téma Indikátor: Akutní lůžka (na 1 000 obyvatel) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=postele_akutni_per_1000)

- Nálezy Ústavního soudu k omezení krajské samosprávy zákonem ve veřejném zájmu.

HSPA nemá

Judikatura ÚS k omezení krajské samosprávy zákonem HSPA nesleduje.

- Pověřovací akt SGEI: kdo ho vydá, jak sladit patnáctiletý závazek s desetiletým limitem a čl. 2, 4 a 6 rozhodnutí 2012/21/EU.

HSPA nemá

Pověřovací akt SGEI a rozhodnutí 2012/21/EU HSPA nesleduje.

- Skupiny výkonů s dostatečně přesnými daty o indikaci pro první vlnu indikačních omezení.

HSPA nemá

HSPA nemá seznam skupin výkonů s dostatečně přesnými daty o indikaci; má DRG datové souhrny ÚZIS (OIS-11-37/-51), z nichž to lze zkoumat.

- Krajské rozložení potřeby lůžek dětské a dorostové psychiatrie.

HSPA má téma

Indikátor: Hospitalizace dětí a dospívajících na akutních psychiatrických lůžkách (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=hospitalizace_deti_psychiatric_akutni)

Indikátor: Děti a dorost v ambulantní psychiatrické péči (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=deti_ambulantni_psychiatric)

- Data o skutečných dojezdových časech záchranné služby po krajích a výchozí hodnota ukazatele D4.

HSPA upřesňuje Záchranný řetězec po zástavě srdce: proč Česko zaostává a co s tím (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ohca-zachrana-srdce.html>)

Indikátor: Dojezdový čas ZZS (do 20 minut) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=dojezd_zzs)

- Stav a obsah koncepce intenzivní péče MZ; index Věstníků v HSPA Monitoru ji v částce 4/2026 neobsahuje, je třeba dohledat správné číslo částky.

HSPA nemá

Index Věstníků v HSPA Monitoru částku 4/2026 s koncepcí intenzivní péče neobsahuje; ověření ve studii zůstává otevřené s touto poznámkou. Opraveno 2026-10-26 podle HSPA Monitoru (dříve: „Stav a obsah koncepce intenzivní péče MZ (Věstník ...

- Číslo výzvy IROP s podmínkou zrušit 20 akutních a zřídit 20 následných lůžek a počet takto přeměněných lůžek (nové ve v3.1).

HSPA nemá

Místo pro stáří se ztrácí. Lůžek dlouhodobé péče má Česko o čtvrtinu pod evropským průměrem (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-luzka-dlouhodob-pece.html>)

Část III, pilíře 4 a 5

- Podíl objemu vína od producentů do 1 000 hl ročně a zda odhad 3,3–4,3 mld. Kč počítá malé vinaře jako osvobozené.

HSPA upřesňuje

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

- Sazby daně z tichého vína a ze slazených nápojů v Německu, Rakousku, Polsku a na Slovensku.

HSPA má téma Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

- Právní opora snížené sazby pro malé vinaře (čl. 9a směrnice 92/83/EHS, oznámení Komise, postup MF z roku 2023).

HSPA nemá

Právní opora snížené sazby pro malé vinaře (čl. 9a směrnice 92/83/EHS) v HSPA není.

- Daň ze slazených nápojů: notifikace TRIS, hranice osvobození nejmenších výrobců a kvalifikace podle čl. 401 směrnice 2006/112/ES.

HSPA nemá

Notifikace TRIS, hranice osvobození nejmenších výrobců a čl. 401 směrnice 2006/112/ES HSPA ve vztahu k dani ze slazených nápojů nerozebírá.

- Právní forma Fondu prevence a soulad s rozpočtovými pravidly.

HSPA má téma

„Po vzoru Nizozemska“ znamená přesný opak. Bonus za péči o zdraví patří do fondu prevence, ne do pojistného (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-bonus-za-zdravi-pojistne.html>)

Nejlacinější řízení v pojišťovenské Evropě. Česko utratí za správu zdravotnictví 1,9 % výdajů (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vydaje-sprava-zdravotnictvi.html>)

- Zda lze zmocnění obcí omezit noční prodej alkoholu předložit dřív jako poslanecký návrh.

HSPA nemá

HSPA neevduje poslanecký návrh na omezení nočního prodeje alkoholu obcemi; ověřit v PSP.

- Start a financování pilotu navigace po pozitivním screeningu.

HSPA má téma

Screening prostaty po dvou letech: 310 tisíc oslovených a 2 079 nádorů. V prvním roce se ale třetina pozitivních ztratila cestou k urologovi (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prostata-screening-pilot.html>)

Pozitivní test, pak 84 dní čekání. Fronta na kolonoskopii po screeningu se od roku 2019 prodloužila o třetinu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cekani-na-kolonoskopii.html>)

- Plátce navigace, očkování a krátké intervence (pojišťovna, nebo NFP) a zda je zubní prevence 1,3 mld. Kč.

HSPA nemá

Indikátor: Účast na preventivní prohlídce u stomatologa (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=ucast_preventivni_prohlidky_stomatolog)

Indikátor: Výdaje na prevenci (% běžných výdajů na zdravotnictví) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=vydaje_prevence_pct)

- Potřeba lůžek dlouhodobé péče do roku 2035 (35, nebo 39 tisíc): jak se obě řady překrývají (zdravotní část oddělena ve v3.1 podle MZ ČR 2025, s. 65–66) a nezávislé ověření vstupů studie pro APSS ČR.

HSPA upřesňuje

Dlouhodobá péče v Česku: tichá strukturální krize. Proč stojí dvojkolejný systém v cestě reformě, kterou demografie vynutí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-dlouhodob-pece-2026.html>)

Kdo se o nás postará v roce 2035. O 284 tisíc lidí nad 75 let víc, tři cesty a jeden nesečtený účet (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-kdo-se-o-nas-postara-2035.html>)

- Termín pilotu společného rozpočtu sociálně-zdravotní péče a zda je možný smluvně bez novely.

HSPA nemá

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezi-2026.html>)

- Náklad, nositel a termín podpory pečujících rodin.

HSPA má téma

Největší poskytovatel dlouhodobé péče v Česku nemá IČO (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-neformalni-pecujici.html>)

- Přesné znění § 36 odst. 2 až 6 zák. 372/2011 Sb. a úprava dříve vyslovených přání v návrhu poslaneckého klubu.

HSPA má téma

Paliativní péče míří do zákona. Co skutečně mění senátní novela a co (ne)může sama o sobě vyřešit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-novela-paliativni-pece.html>)

Část VI

- Záznam reformy veřejného zdravotního pojištění 2030 ve VeKLEP.

HSPA upřesňuje

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

- Která předloha ponese další kroky sociálně-zdravotního pomezí.

HSPA nemá

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezi-2026.html>)

- Hlasování klubu o PN č. 1796 a 1813 k tisku 235.

HSPA nemá

Hlasování klubu o PN č. 1796 a 1813 k tisku 235 HSPA nemá; eviduje jen druhé čtení 23. 9. 2026 a pozměňovací návrh snížit základ z 18 362 na 17 540 Kč.

- Předloha a termín sesterské preskripce.

HSPA upřesňuje

HSPA eviduje v plánu vlády novelu zákonů o nelékařských a lékařských povoláních (96/2004, 95/2004 Sb.): předložení vládě 1Q 2027, účinnost 1/2028, zatím nezahájeno. Zda ponese sesterskou preskripci, HSPA neuvádí.

- Veřejný dokument MZ s trajektorií konvergence CZ-DRG (rozpětí krajských sazeb; podíl péče za jednotnou sazbou doplněn ve v3.1).

HSPA má téma

Miliardy, které chybí. Anatomie deficitu veřejného zdravotního pojištění 2026 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-vzp-2026.html>)

Co s tím. Pět reformních směrů, jak udržet nárok pojištěnce udržitelným (3/3) (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-3-co-s-tim.html>)

- Zda dnešní vedení MZ dál vychází z dokumentu MZ ČR, Strategické analýzy potřeb rezortu zdravotnictví 2025 (stav k 1. 8. 2025), který studie používá k ověření dat (nové ve v3.1).

HSPA má téma

Data léčí Česko: konference, na které se začalo měřit, kolik kvalita stojí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-data-leci-cesko-2026.html>)

- Přechodná ustanovení a čísla paragrafů po novele zák. 38/2025 Sb.

HSPA má téma

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezi-2026.html>)

Část VII

- Spisová značka nálezu o přilepcích (Pl. ÚS 77/06).

HSPA nemá

Spisová značka nálezu o přilepcích (Pl. ÚS 77/06) – právní údaj mimo HSPA.

- Vzor centra duševního zdraví (§ 44b až 44d) a soulad pravidel vlastnictví a koncentrace s čl. 49 SFEU (C-169/07 Hartlauer), včetně rozboru ÚOHS.

HSPA nemá

Indikátor: Centra duševního zdraví (na 100 000 obyvatel) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=centra_dusevniho_zdravi_per_100k)

- Čísla § 18 a § 22 zák. 48/1997 Sb. v předloze o primární péči.

HSPA nemá

Čísla § 18 a § 22 zák. 48/1997 Sb. pro předlohu o primární péči – právní ověření mimo HSPA (HSPA zmiňuje jen § 22b ve vztahu k zák. 38/2025 Sb.).

- Úprava stížností v zák. 372/2011 Sb. (část osmá) a v zák. 349/1999 Sb.

HSPA upřesňuje

Pět ombudsmanů, jeden pacient. Kdo v Česku hlídá práva nemocných — a proč to bylo tak roztržštěné (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ombudsmani-v-e-zdravotnictvi.html>)

Zákonné lhůty na vyřízení stížností jsou „fakticky neúčinné“, píše ministerstvo o vlastním systému (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-stiznosti-zpetna-va-zba-zprava-2026.html>)

- Rozsah výroku Pl. ÚS 36/11, obsah vyhl. 418/2003 Sb. a zda smí seznam variant stát v prováděcím předpise.

HSPA upřesňuje

Otevřené dveře. Ústavní soud nadstandardy nezakázal — tak proč jimi 12 let nikdo neprošel? (1/3) (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nadstandardy-1-otvrene-dvere.html>)

- Číslo paragrafu pro pravidla DRG v zák. 48/1997 Sb. (§ 41a).

HSPA nemá

Číslo paragrafu pro pravidla DRG (§ 41a zák. 48/1997 Sb.) HSPA nemá.

- Zda minimální cena alkoholu podléhá notifikaci a kontaktní místo TRIS (ÚNMZ).

HSPA nemá

Notifikace minimální ceny alkoholu a kontaktní místo TRIS (ÚNMZ) HSPA nemá; minimální cenu zmiňuje jen jako politiku (Skotsko).

- Lhůty řízení o veřejné podpoře a koordinace přes ÚOHS podle zák. 215/2004 Sb.

HSPA nemá

Lhůty řízení o veřejné podpoře a koordinace přes ÚOHS podle zák. 215/2004 Sb. HSPA nemá.

- Aktuální výklad poslední věty § 17 odst. 5 zák. 48/1997 Sb. a vztah smlouvy týmu k § 46 (výběrové řízení).

HSPA má téma

HSPA potvrzuje, že úhradová vyhláška vychází z § 17 odst. 5 zák. 48/1997 Sb.; výklad poslední věty odstavce ani vztah smlouvy týmu k § 46 (výběrové řízení) nerozebírá.

- Zákonná zmocnění pro seznam výkonů (vyhl. 134/1998 Sb.) a činnosti sester (vyhl. 55/2011 Sb.).

HSPA má téma

HSPA sleduje novelu seznamu výkonů (vyhl. 134/1998 Sb.) ve VeKLEP, ale zákonná zmocnění pro seznam výkonů a pro činnosti sester (vyhl. 55/2011 Sb.) nerozebírá.

- Závaznost standardu ve Věstníku MZ přes smlouvy pojišťoven a právní základ státní záruky.

HSPA má téma

Co všechno řídí Věstník. 28 ročníků úředního kanálu ministerstva v jednom archivu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-co-ridi-vestnik-mz.html>)

První klinický věstník NIKEZ: vyšetření sluchu od padesáti má nově platit pojišťovna — a seznam vyšetření, která se dělat nemají (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-nikez-vestnik-1-2026.html>)

- § 11c zák. 372/2011 Sb. a vyhl. 30/2025 Sb. pro AI zapisovatele a telemonitoring.

HSPA má téma

HSPA potvrzuje § 11c zák. 372/2011 Sb. jako základ telemedicínské vyhlášky (číslo vyhlášky v datech HSPA není uvedeno). Že se vztahuje i na AI zapisovatele, HSPA neřeší – MZ pokyn k AI (2026) přepis řeči bez klinické interpretace za zdra...

Část VIII

- Přesná data krajských voleb 2028 a voleb do Sněmovny 2029.

HSPA nemá

Data voleb (krajské 2028, Sněmovna 2029) HSPA nesleduje.

- Kdo jmenuje a platí nezávislého hodnotitele pilotu (kraj, VZP, ministerstvo, grant).

HSPA nemá

Rozhodnutí o jmenování a financování hodnotitele pilotu je organizační otázka studie.

- Zda řídicí výbor vznikne usnesením vlády, nebo až zákonem o primární péči.

HSPA nemá

Zda řídicí výbor vznikne usnesením vlády, nebo zákonem, HSPA neřeší.

Část IX

- Rok NRZP pro výchozí počet sester na praktika (H2).

HSPA nemá

Indikátor: Praktikující sestry / 1 000 obyvatel (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=sestry_per_1000)

- Přepočtení výchozí hodnoty D6 na cílovou skupinu 45–75 let a termín změny u NSC (nové ve v3.1).

HSPA upřesňuje

Pozitivní test, pak 84 dní čekání. Fronta na kolonoskopii po screeningu se od roku 2019 prodloužila o třetinu (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cekani-na-kolonoskopii.html>)

Indikátor: Pokrytí kolorektálním screeningem (50–75) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=screening_kolorektalni)

- Spotřeba alkoholu za rok 2024 v OECD Health Statistics pro D8 (nové ve v3.1).

HSPA upřesňuje

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Indikátor: Spotřeba alkoholu (čistý alkohol, 15+) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=alkohol_spotreba)

- Převod výchozí hodnoty ACSC 592 (OECD Health at a Glance 2025, období 2021/2022, standardizace OECD 15+) na národní řadu ÚZIS NRH pro bránu B4 (H5).

HSPA potvrzuje

Téměř šest set hospitalizací, kterým mělo zabránit ambulantní zdravotnictví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vyhnutelne-hospitalizace.html>)

Indikátor: Odvratitelné hospitalizace (ACSC) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=hospitalizace_acsc)

- Frekvence výkazů obloženosti pro pojistku (D2).

HSPA má téma

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Indikátor: Využití lůžek intenzivní péče (ARO/IIP) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=obloznost_intenzivni_pece_pct)

Indikátor: Využití akutních standardních lůžek vnitřního lékařství (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=obloznost_interna_standard_pct)

- Zdroj dat o slazených nápojích z daňových příznání (D9).

HSPA nemá

Zdroj dat o cukru ve slazených nápojích z daňových příznání HSPA nemá (HSPA používá ČSÚ Spotřeba potravin a zahraniční výnosy).

- Rok výchozího podílu výdajů na prevenci 2,7 % a přepočít +0,25 bodu (D11).

HSPA upřesňuje

Dvě a tři čtvrtě procenta. Proč Česko utrácí na prevenci pětinu pod průměrem OECD a jak to systém znevýhodňuje (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vydaje-prevence.html>)

Indikátor: Výdaje na prevenci (% běžných výdajů na zdravotnictví) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=vydaje_prevence_pct)

- Frekvence dat od VZP, ostatních pojišťoven a z NRZP pro hodnotitele.

HSPA nemá

Frekvence dat od VZP, ostatních pojišťoven a z NRZP pro hodnotitele je smluvní otázkou; HSPA čerpá z veřejných datových souhrnů ÚZIS (roční).

Část X

- Číselné prahy přechodu z varianty B na C, které stanoví Řídicí výbor před branou B1.

HSPA nemá

Číselné prahy přechodu varianty B na C stanoví Řídicí výbor; HSPA nemá.

Část XI

- Volná kapacita SÚKL a ÚZIS pro hodnocení výkonů a organizačních modelů.

HSPA nemá

Volná kapacita SÚKL a ÚZIS – interní údaj.

- Náklady voleb do správních rad, očekávaná účast a postup při účasti pod 5 %.

HSPA nemá

Náklady voleb do správních rad a očekávaná účast HSPA nemá.

- Jak se devítičlenná správní rada podle reformy MZ promítne do VZP s dnešními 30 členy.

HSPA potvrzuje

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

- Zda ÚZIS a MZ zveřejnily první úplnou zprávu o výkonnosti systému (HSPA) plánovanou na leden 2025.

HSPA nemá

HSPA nenašla vydání první úplné zprávy ÚZIS a MZ o výkonnosti systému (HSPA); HSPA Monitor sám provozuje autor studie a OECD rámec (2023) uvádí jen jako východisko.

- Konkrétní ustanovení a zařazení podkladu o léčích do vln.

HSPA nemá

Ustanovení a zařazení briefu o léčích do vln – interní redakční rozhodnutí studie.

- Příčina skoku tržeb z doplatků o 51,3 %.

HSPA upřesňuje

1 803 korun za doplatky na hlavu. ÚZIS hlásí růst o polovinu, sedm desetin přírůstku ale přišlo ze dvou krajů (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-doplatky-1803-2025-dva-kraje.html>)

Indikátor: Doplatky pacientů za léky a zdravotnické prostředky na obyvatele (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=doplatky_leky_na_obyvatele)

- Podíl akademických studií na rozpočtu Agentury pro zdravotnický výzkum (rozpočet asi 1,2 mld. Kč doplněn ve v3.1).

HSPA má téma

Miliarda a čtvrt ročně na zdravotnický výzkum. Jak funguje AZV a kde peníze končí (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-azv-zdravotnicky-vyzkum.html>)

- Úhrada a náklad ošetření kořenových kanálků stoliček u dospělých.

HSPA nemá

Úhrada a náklad ošetření kořenových kanálků stoliček HSPA nemá.

- Kdo zadá šetření orálního zdraví dětí.

- HSPA nemá** [České děti mají zhruba čtyřikrát víc kazů než německé. A skoro to nikdo neměří](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zubni-kaz-deti.html) (https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-zubni-kaz-deti.html)
- Indikátor: Kazivost chrupu dvanáctiletých dětí (index KPE) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=kazivost_chrupu_12let)
- Kolik rezidenčních míst je potřeba ročně (počty podpořených míst 2023–2025 doplněny ve v3.1).
- HSPA má téma**
- [Třetina dětských praktiků je přes 65 let. Síť ordinací se tenčí rychleji, než ji noví pediatři stíhají přebírat](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html) (https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-detsti-praktici-starnou.html)
- Kapacita Veřejného ochránce práv pro novou působnost, nebo samostatný ombudsman.
- HSPA nemá**
- [Pět ombudsmanů, jeden pacient. Kdo v Česku hlídá práva nemocných — a proč to bylo tak roztržštěné](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ombudsmani-v-e-zdravotnictvi.html) (https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ombudsmani-v-e-zdravotnictvi.html)
- Náklad hrazené psychoterapie.
- HSPA nemá**
- Náklad hrazené psychoterapie HSPA nepočítá (má jen podíl výdajů na duševní zdraví 4 %).
- Kolik center duševního zdraví má plný tým a zda kraje převezmou sociální část center.
- HSPA má téma** [Reforma slíbila 100 center duševního zdraví. Funguje jich zhruba 40](https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centra-dusevniho-zdravi.html) (https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centra-dusevniho-zdravi.html)
- Indikátor: Centra duševního zdraví (na 100 000 obyvatel) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=centra_dusevniho_zdravi_per_100k)
- Indikátor: Pacienti ošetření v centrech duševního zdraví (unikátní pacienti za rok) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=cdz_pacienti_osetreni)

Příloha C – Evidence a zdroje

Tabulka důkazů

Tabulka porovnává 22 tvrzení studie s 32 ověřenými zdroji: 5 tvrzení je doloženo silně, 9 středně a 6 slabě, u E13 je síla slabá až střední a u E5 smíšená; u 5 se formulace zmírňuje a jedna citace (ESB 2026) se vypouští.

Síla důkazu: silná = systematický přehled nebo RCT přímo k tvrzení; střední = velká observační studie nebo nesourodý přehled; slabá = ekologická studie, popis politiky nebo přenos z jiné země. Zdroje jsou ověřeny v PubMed (30) nebo přes Consensus (2: Clemente 2024, Kegreiss 2026).

Pilíř 1: týmy, kontinuita, sestry

Č.	Tvrzení studie	Kde ve studii	Zdroj	Typ a síla důkazu	Ve v3
E1	Kontinuita s týmem lékařem souvisí s nižší úmrtností a méně akutními hospitalizacemi	Část II (teorie změny), Pilíř 1	Pereira Gray 2018 (PMID 29959146); Sandvik 2022 (PMID 34607797); Barker 2017 (PMID 28148478)	Systematický přehled bez metaanalýzy (22 studií, 18 s nižší úmrtností) a dvě observační studie; střední	Ponechat jako souvislost; jako slíbený účinek reformy neuvádět. Sandvik: po více než 15 letech u téhož lékaře je šance úmrtí 0,75 ve srovnání s prvním rokem.
E2	Vícečlenné týmy mohou snižovat vztahovou kontinuitu	Pilíř 1, pojistka (jmenovitý lékař, UPC)	Bates 2025 (PMID 41181853); Kegreiss 2026 (DOI); Kovacevic 2023 (PMID 37976620)	Dva scoping reviews (39 a 21 studií) a systematický přehled (29 článků); výsledky nesourodé; střední	Ponechat jako pojistku: každý pacient má jmenovitého ošetrujícího lékaře a UPC slouží kromě ukazatele odměny i jako kontrolní bod pilotu.
E3	Kontinuita s praxí zčásti nahrazuje kontinuitu s lékařem	Pilíř 1, zástup v týmu	McDonald 2024 (PMID 38806258)	Retrospektivní observační studie, Alberta; slabá	Zmírnit: nejlepší výsledky má pacient, kterého ošetruje vlastní lékař nebo lékař z téže praxe. Nepoužívat jako důvod k vypuštění jmenovitého lékaře.
E4	Velké praxe mívají nižší kontinuitu	Pilíř 1, velikost týmu	Barker 2017 (PMID 28148478)	Průřezová studie, 230 472 pacientů, 200 praxí v Anglii; střední	Ponechat. UPC 0,59 ve velkých praxích proti 0,70 v malých; podporuje malé týmy a dvojici lékař-sestra.
E5	Péče vedená sestrou je stejně bezpečná nebo bezpečnější než péče lékaře	Pilíř 1, J2	Paier-Abuzahra 2024 (PMID 39529012); Laurant 2018 (PMID 30011347)	Přehled šesti systematických přehledů; Cochranův přehled 18 RCT; silná pro bezpečnost, slabá pro úspory	Ponechat s upřesněním: efekt je největší u nejvýše kvalifikovaných sester a VŠ sestra v ambulanci neodpovídá roli nurse practitioner. Úspory nejsou prokázány; Laurant duševní zdraví nezahrnuje.
E6	Balíčkové platby za chronické nemoci výdaje zvyšují	Pilíř 1, úhrada týmů, lekce ze zahraničí	Karimi 2021 (PMID 33947604)	Metoda rozdílu v rozdílech s párováním, data pojištěn v Nizozemsku 2008–2015; střední	Ponechat jako varování: platba týmům neslibuje úspory a úhradový model má zahrnout sledování výdajů na pacienta.
E7	Nové role v primární péči (ARRS, Anglie) zvyšují spokojenost, měřenou kvalitou ale nezlepšují	Pilíř 1, lekce ze zahraničí	Penfold 2025 (PMID 38936883)	Ekologická studie 2020–2023, 17 588 úvazků; slabá	Ponechat jako varování: +0,8 p. b. spokojenosti na úvazek, bez vlivu na QOF; nové role se obsazovaly tam, kde bylo víc lékařů, zatímco do oblastí s jejich nedostatkem nesměřovaly.

Č.	Tvrzení studie	Kde ve studii	Zdroj	Typ a síla důkazu	Ve v3
E8	Multioborová střediska v Estonsku postupovala pomaleji, než se čekalo	Pilíř 1, lekce ze zahraničí	Habicht 2023 (PMID 36764032)	Popis politiky za 30 let reform; slabá	Ponechat jako popis zkušenosti, který účinek nedokládá. Ověřit: čísla o 60 střediscích a 56 % populace mimo rozšířené služby v plném textu, abstrakt je neuvádí.
E9	Silná primární péče souvisí s lepším zdravím a méně odvrátitelnými hospitalizacemi, ale s vyššími výdaji	Část II, přehled úspor	Kringos 2013 (PMID 23569048)	Průřezové mezinárodní srovnání evropských zemí; slabá	Ponechat. Zdroj je dohledán; v2 správně uvádí vyšší celkové výdaje a reforma nesmí slibovat úspory.
E10	Podpůrné sestry pro duševní zdraví práci praktika nenahradily, jen přidaly konzultace	Pilíř 1, lekce ze zahraničí	Magnée 2016 (PMID 27431902)	Observační studie, rutinní data 161–338 praxí, 2010–2014; střední	Zmírnit: ponechat jen „přidaly dlouhé konzultace, nenahradily praktika“. Dodatek „nezlepšily výsledky (ESB 2026)“ vypustit; Magnée výsledky pacientů nesledoval.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Málo praktiků, hodně specialistů: Česko má nejnižší podíl generalistů v OECD (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-podil-prakticti-lekari.html>)

Indikátor: Odvratitelné hospitalizace (ACSC) (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=hospitalizace_acsc)

Indikátor: Podíl praktických lékařů (generalistů) mezi všemi lékaři (https://skorezdravotnictvi.cz/indicator.html?id=podil_prakticti_lekari)

Pilíř 2: lůžka, centralizace, obložnost

Č.	Tvrzení studie	Kde ve studii	Zdroj	Typ a síla důkazu	Ve v3
E11	Centralizace onkochirurgie snižuje pooperační úmrtnost (politická verze: „o třetinu“)	Pilíř 2 (slučování oddělení), politická verze	Grilli 2021 (PMID 33944635)	Systematický přehled a metaanalýza 41 studií, OR 0,68 (0,54–0,85), I ² 80 %; slabá, autoři píší o nízké kvalitě a pravděpodobně nadsazeném odhadu	Zmírnit: „spojena s nižší úmrtností; důkazy jsou nízké kvality a účinek je pravděpodobně nadsazený“. Formulaci „o třetinu“ vypustit.
E12	Zánik porodnického oddělení na venkově je spojen s vyšším podílem porodů mimo nemocnici a předčasných porodů	Pilíř 2, pojistka dojezdu (J6)	Kozhimannil 2018 (PMID 29522161)	Retrospektivní kohortní studie s přerušnými časovými řadami, 4,94 mil. porodů v USA; střední, přenos do ČR omezený	Ponechat. Porody mimo nemocnici +0,70 p. b., předčasná porody +0,67 p. b. v okresech nesousedících s městem. Prodloužení dojezdu je úvaha studie v2, kterou Kozhimannil nedokládá; k paliativě se zdroj nevztahuje.
E21	Kontinuální péče vedená porodní asistentkou má méně zásahů a méně předčasných porodů bez zhoršení výsledků	Pilíř 2 (P12.6)	Sandall 2016 (PMID 27121907)	Cochranův přehled 15 randomizovaných studií, 17 674 žen; silná	Ponechat. Platí pro ženy s nízkým a smíšeným rizikem; na vysoce riziková těhotenství se nevztahuje, proto P12.6 vyžaduje dohodu o předání.
E22	Porody v jednotkách vedených porodními asistentkami jsou pro dítě stejně bezpečné jako v porodnici a levnější	Pilíř 2 (P12.6)	Birthplace in England 2011 (PMID 22117057); Schroeder 2012 (PMID 22517916)	Prospektivní kohorta 64 538 porodů s nízkým rizikem a ekonomická analýza; střední, přenos do ČR omezuje jiná organizace péče	Ponechat s výhradou: plánovaný porod doma měl u prvorodiček vyšší riziko, proto studie staví na jednotkách při porodnici a komunitních asistentkách s dohodou o předání.
E13	Méně snížení lůžek bylo spojeno s větším poklesem úmrtnosti: jedno úmrtí méně na tři zachovaná lůžka	Pilíř 2, pojistky	Siverskog 2022 (PMID 36206659)	Ekologická studie 21 švédských regionů, 2001–2019; slabá až střední	Zmírnit a uvést přesně jako jednu studii: regiony s menším snížením lůžek měly větší pokles úmrtnosti, ekvivalent jednoho úmrtí na tři zachovaná lůžka. Pravidlo pro české kraje s obložností standardních lůžek 56 % z toho neplatí.
E14	Nový Zéland snížil počet lůžek o třetinu při zachování přístupu	Pilíř 2, ilustrace	Davis 2007 (PMID 18007169)	Trendová a víceúrovňová analýza 6,6 mil. propuštěných, 1988–2001; slabá	Ponechat jako ilustraci včetně nevýhod: délka pobytu klesla na polovinu, opakované příjmy vzrostly o čtvrtinu a zlepšování úmrtnosti se zpomalilo. Podporuje podmínku J7.
E15	Obložnost nad 85 % je spojena s o 9 % vyšší úmrtností	Pilíř 2, pojistka (zastavení přeměny v kraji)	Madsen 2014 (PMID 25006151); Eriksson 2017 (PMID 27981468)	Observační studie 2,65 mil. přijetí v Dánsku; systematický přehled 52 studií (vyšší úmrtnost ve 18 z 30 studií); střední	Ponechat jako pojistku a psát „souvisí s“ místo „způsobuje“. Madsen porovnával vysokou a nízkou obložnost; práh 85 % je ustálená hranice nedostatku lůžek.

HSPA má téma

Čtyři tisíce operací se stěhují do center. Centralizace onkochirurgie má být hotová do roku 2030 (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-centralizace-onkochirurgie-2030.html>)

Přesun péče z lůžek dává smysl. Cíl minus deset procentních bodů ale měří něco jiného, než se má změnit (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-presun-pece-z-luzek.html>)

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Pilíře 3 až 5: technologie, daně, paliativa

Č.	Tvrzení studie	Kde ve studii	Zdroj	Typ a síla důkazu	Ve v3
E16	AI zapisovatel zkracuje čas na dokumentaci asi o desetinu	Pilíř 3	Lukac 2025 (PMID 41497288); Afshar 2025 (PMID 41625485); Chowdhury 2026 (PMID 41729180)	Tři RCT; střední (malé efekty, krátké sledování, nástroje se lišily)	Zmírnit: v RCT s 238 lékaři zkrátil čas jen jeden ze dvou nástrojů (Nabla -9,5 %), druhý (DAX) ho nezměnil; nástroje se použily při 33,5 % a 29,5 % návštěv a nepřesnosti byly „občasné“. Afshar (66 zdravotníků): -0,36 h denně, úbytek práce mimo pracovní dobu nebyl spolehlivě prokázán. Chowdhury (nalezeno, ve v3 necitováno) srovnával dva nástroje mezi sebou, bez kontrolní skupiny bez zapisovatele. Chybovost a čistý čas po kontrole měří pilot.
E17	Dálkové sledování snižuje hospitalizace při srdečním selhání	Pilíř 3	De Lathauwer 2025 (PMID 39834044); Clemente 2024 (DOI)	Dvě metaanalýzy RCT (41 studií, 16 312 pacientů; 16 studií, 4 629 pacientů); silná	Ponechat. První hospitalizace pro srdeční selhání OR 0,78, úmrtnost OR 0,81; po hospitalizaci pro dekompenzaci hospitalizace z jakékoli příčiny RR 0,82. Intervence jsou nesourodé, průměrné sledování 9,9 měsíce.
E18	Minimální cena alkoholu: Skotsko -13,4 % úmrtí	Pilíř 4	Wyper 2023 (PMID 36963415)	Kontrolovaná analýza přerušných časových řad (Skotsko ve srovnání s Anglií); silná pro Skotsko	Ponechat s upřesněním: -13,4 % úmrtí plně připisovatelných alkoholu, hospitalizace -4,1 % (nevýznamné). Přenos „polovičního účinku“ na Česko je scénář bez opory a v textu se tak označí.
E19	Pásmová daň ze slazených nápojů snižuje prodeje	Pilíř 4, J9	Andreyeva 2022 (PMID 35648398); Rogers 2023 (PMID 36701272)	Systematický přehled a metaanalýza 86 studií (62 v metaanalýze); analýza přerušných časových řad u dětí; silná pro ceny a prodeje	Ponechat: promítnutí do ceny 82 %, pokles prodeje 15 %, elasticita -1,59; změna spotřeby nevýznamná. Rogers: nižší obezita jen u dívek ve věku 10 až 11 let (-1,6 p. b.), proto zdravotní účinek nezapočítávat.
E20	Domácí a mobilní paliativní péče umožní víc lidem zemřít doma	Pilíř 5	Gomes 2013 (PMID 23744578)	Systematický přehled a metaanalýza 23 studií (16 RCT); silná pro místo úmrtí	Doplnit: v2 opírá paliativní týmy jen o odhad kapacity bez recenzovaného zdroje. Domácí paliativní péče zvyšuje šanci úmrtí doma (OR 2,21) a mírně snižuje zátěž příznaků; nákladová efektivita je neprůkazná.

HSPA potvrzuje

Lékař, který se vám zase dívá do očí: jak AI mění provoz medicíny (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-ai-zdravotnictvi-1-vstricnost.html>)

Čtrnáct litrů. Proč Česko pije nejvíc v OECD a co s tím dělají jiné země (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-alkohol-spotreba.html>)

Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)

Citace, které se ve v3 mění

Citace v2	Výsledek ověření	Ve v3
Kringos 2013 (Health Affairs)	Nalezeno: Kringos DS a kol., Health Aff 2013;32(4):686–94, PMID 23569048, DOI. Podle citace z posudku se práci dohledat nepodařilo, podle tématu ano.	Ponechat s DOI
Chowdhury 2026 (JAMIA)	Nalezeno: Chowdhury A a kol., JAMIA 2026;33(5):990–9, PMID 41729180, DOI. Randomizovaná zkřížená studie 160 lékařů; porovnává dva nástroje, čas mimo pracovní dobu se významně neliší.	Nalezeno, ve v3 necitováno (studie srovnává jen dva nástroje mezi sebou)
ESB 2026 (Teorie změny, bod 4)	Nedohledáno: v seznamu zdrojů v2 chybí a PubMed ani Consensus odpovídající práci nenašli.	Nedohledáno, ve v3 vypuštěno
„80 % problémů za čtvrtinu nákladů“, „ztráty z nemocnosti přes 400 mld. Kč“ (podklady z Drivu)	V textu v2 se nevyskytují.	Do v3 nepřenášet bez primárního zdroje

HSPA nemá

Kringos 2013 (PMID 23569048) není v registru evidence-auditů HSPA.

Seznam zdrojů

Studie cituje 4 skupiny zdrojů: datové, legislativní, odborné (32 ověřených citací) a vlastní podklady strany, které se necitují. Za základní datový zdroj lůžek platí ÚZIS/NZIP; OECD slouží jen k mezinárodnímu srovnání.

Datové zdroje

Poskytovatel	Datové sady a dokumenty	Použití a poznámka
ÚZIS ČR, NZIP	Datové souhrny OIS-11-24 (náklady pojišťoven podle segmentů), OIS-11-20, OIS-11-47, OIS-11-28 a OIS-11-49 (lůžka), SSS-05-02 a SSS-05-03 (obložnost), NR-28-02, OIS-13-01 (predikce příspěvku na péči), PPS-02-01, PPS-08-01; Národní registr hospitalizovaných; Lékárenská péče 2025	Základ pro lůžka: 48 036 akutních lůžek v roce 2024 (4,4 na 1 000 obyvatel)
OECD	Health Statistics (DF_PHYS, DF_BEDS_ICU, DF_BEDS_FUNC, DF_IMMUN, DF_GRAD); Health at a Glance 2025; Rámec pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému v ČR (2023)	Jen mezinárodní srovnání (3,99 akutních lůžek na 1 000)

Poskytovatel	Datové sady a dokumenty	Použití a poznámka
Eurostat	hlth_rs_prs2, hlth_rs_physcat, hlth_cd_asdr2, isoc_ci_ac_i	Mezinárodní srovnání počtu lékařů, standardizované úmrtnosti a využívání internetu
ČSÚ a MPSV	Projekce obyvatelstva 2023 a krajská projekce 12/2024; Zdravotnické účty 2024; Spotřeba potravin 2024; Vybrané údaje o sociálním zabezpečení 2024; ISPV 2025	ISPV: plat sestry 62 177 Kč, odvody 33,8 %
Národní rozpočtová rada	Zpráva o dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí 2026, tab. D.1	Mezera 59,6 a 104,2 mld. Kč podle v2. Ověřit: hodnoty z primárního zdroje, posudek je neověřil
APSS ČR	Deloitte pro APSS ČR: Studie dlouhodobé sociální péče v ČR (6/2026)	Do 2035 asi 35 tisíc pobytových míst (76 → 111 tisíc) a 21 000 pečovatелů navíc; jen sociální služby
Přecechtěl a Hlávka	Studie efektivního zdravotnictví (2025)	Jediný zdroj čísla 39 000: potřeba nových lůžek dlouhodobé a následné péče do 2035, zdravotních i sociálních
MZ ČR (datový zdroj)	MZ ČR, Strategické analýzy potřeb rezortu zdravotnictví 2025, verze 2.0 (stav k 1. 8. 2025), https://nzip.cz/koncepce2025 ; v textu „MZ ČR 2025, s. X“	Použito jen k ověření dat: sestry a program pro nelékařské profese, lůžka následné péče, produkce akutní lůžkové péče, DRG, rezidenční místa, eRecept a eŽádanka, screening, kompetence sester, IROP, NIKEZ, AZV. Kde existuje primární zdroj, je uveden vedle
MZ ČR a státní správa	Implementační plán 2.1 Reforma primární péče (12/2025); vládní program pro nelékařské zdravotnické profese 2026–2037 (přes 12,8 mld. Kč; potřeba nejméně 24 000 úvazků všeobecných sester, výstupy 11 078 / 2 539 / 1 547); dotační program MZ Rezidenční místa 2023–2025; NIKEZ (nikez.mzcr.cz); Národní screeningové centrum ÚZIS; výzva IROP 2021–2027 k lůžkové následné péči; SÚKL, statistiky eReceptu 2024; Agentura pro zdravotnický výzkum; Zpráva o fungování systému stížností 2026; Národní strategie klinických hodnocení 2035; Balance ministra 9. 7. 2026; Portál lékaře a pacienta (pilotní provoz od 1/2026); SÚKL Výroční zpráva 2024; NKÚ 23/22; Celní správa ČR, statistiky inkasa	Úhrada, kompetence sester, eŽádanka, spotřební daně
Poslanecká sněmovna, VZP	Sněmovní tisky 235 a 280/0; VZP 15. 7. 2026 (týmové praxe)	Platba státu, týmové praxe
Zahraniční a mezinárodní	WHO Regional Office for Europe, 30. 9. 2025: WHO/Europe report outlines steps to protect households in Czechia from increasing out-of-pocket payments; European Observatory (Spain HSR 2024, Health System Summaries NL a DK 2024); ERS 2016; Nivel 2024; HMRC, Soft Drinks Industry Levy statistics; Institute for Government (SDLI); Decreto-Lei 103/2023; RD 137/1984; Søvsø 2019	Zkušenosti ze zahraničí, SDIL, katastrofické výdaje domácností
Třetí strany	PAQ Research: Jak na zdanění slazených nápojů (10/2023)	Čistý výnos daně ze slazených nápojů 2,7 mld. Kč ročně po polském vzoru (HSPA Monitor); do rozpočtu reformy se nepočítá
HSPA Monitor (skorezdravotnictvi.cz)	Deset až patnáct miliard (16. 8. 2026), propočet výnosu daní	Provozují autoři studie; uvádět jen jako nástroj (nezávislým zdrojem není) a výslovně zmínit v pasáži o střetu zájmů

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Akutní lůžka využíváme z 56 procent. Česko drží nemocniční kapacitu, kterou z velké části nevyužívá (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-prazdna-luzka-efektivita.html>)

Nárok narazí na demografii. Proč bude do roku 2050 čekat dvakrát víc seniorů na péči, kterou systém slibuje (2/4) (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-narok-pojistence-2-demograficky-tlak.html>)

Dvě čísla o jednom roce: proč se výdaje na zdravotnictví za 2024 u ČSÚ a Eurostatu liší o 15 miliard (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-dve-cisla-vydaje-2024-csu-eurostat.html>)

Legislativní zdroje

Předpisy se citují v konsolidovaném znění k 20. 10. 2026. Sloupec o využití vychází z textu v2; název je uveden jen tam, kde je jistý.

Předpis	Název nebo předmět	Využití ve studii
Zákon č. 48/1997 Sb.	o veřejném zdravotním pojištění	§ 17 odst. 5 (smlouva týmu), § 17a a § 22b (propojení se sociální péčí)
Zákon č. 372/2011 Sb.	o zdravotních službách	nová hlava o primární péči; § 7a (pohotovost), § 11c (telemonitoring)
Zákon č. 592/1992 Sb.	o pojistném na veřejné zdravotní pojištění	§ 3c, platba státu (J10)
Zákon č. 108/2006 Sb.	o sociálních službách	§ 36 (sdílené financování), § 52 (zrušení od 1. 1. 2029)
Zákon č. 38/2025 Sb.	novela: strop podle § 22b a zrušení § 52 zákona č. 108/2006 Sb.	vztah k vládním reformám
Zákon č. 300/2025 Sb.	reforma příspěvku na péči (účinnost převážně 1. 6. 2028, § 8a)	sdílené financování sociálně-zdravotní péče

Předpis	Název nebo předmět	Využití ve studii
Zákon č. 289/2025 Sb.	fond obecně prospěšných činností pojišťoven (až 0,5 % pojistného) od 2026; úhrada fotokompozitních výplní	Pilíř 4, prevence
Zákon č. 290/2025 Sb.	novela zák. 372/2011 Sb.: pohotovosti organizují od 1. 1. 2026 pojišťovny (vyhl. 380/2025 Sb.); nemocničního ombudsmana nevymezuje	pohotovosti (Pilíř 2); zdravotnický ombudsman staví na metodickém pokynu MZ 2023
Zákon č. 325/2021 Sb.	o elektronizaci zdravotnictví	novela s povinnou eŽádankou, § 31a (J5)
Zákon č. 353/2003 Sb.	o spotřebních daních	§ 70 (valorizace líhu a piva), tiché víno (J8), pásmová daň (J9)
Zákon č. 96/2004 Sb. a zákon č. 378/2007 Sb.	o nelékařských zdravotnických povoláních; o léčivech (§ 80)	sestry v pokročilé praxi s předepisováním (balíček 3)
Zákon č. 40/1995 Sb.	o regulaci reklamy	zprůsvětlení reklamy na alkohol (2028)
Zákon č. 65/2017 Sb. a zákon č. 128/2000 Sb.	o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek; o obcích	zmocnění obcí omezit noční prodej alkoholu (2027)
Vyhláška č. 55/2011 Sb.	o činnostech zdravotnických pracovníků	rozšířené kompetence sester (J2)
Vyhláška č. 158/2022 Sb. a vyhláška č. 324/2024 Sb.	novely vyhlášky č. 55/2011 Sb.: činnosti sester bez indikace lékaře; kompetence specializované sestry v léčbě ran	výchozí stav kompetencí sester (Část I, J2)
Zákon č. 375/2022 Sb.	o zdravotnických prostředcích	předepisování vybraných zdravotnických prostředků sestrami (Část I)
Zákon č. 236/2025 Sb.	novela zákona č. 325/2021 Sb. o elektronizaci zdravotnictví, účinná od 1. 1. 2026	výchozí stav eŽadanky (J5 , Pilíř 3)
Vyhláška č. 99/2012 Sb.	o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb	minimální objemy výkonů, standard
Vyhláška č. 134/1998 Sb.	seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami	konzultace, nové výkony praktiků (J3), fluoridový lak
Vyhláška č. 30/2025 Sb.	telemonitoring (k § 11c zákona č. 372/2011 Sb.)	provoz telemonitoringu a zapsovatele
Vyhláška č. 380/2025 Sb.	minimální rozsah pohotovosti (asi 31 hodin týdně)	večery a víkendy
Vyhláška č. 70/2012 Sb. ve znění vyhlášky č. 403/2025 Sb.	preventivní prohlídky	krátká intervence u praktika
Vyhláška č. 107/2005 Sb.	o školním stravování	aktualizace (cukr, sůl)
Sněmovní tisky 235, 280/0 a 479	tisk 235: platba státu a vyměřovací základ; tisk 479: přímá volba do správních rad zaměstnaneckých pojišťoven	část o vládních reformách, tisk 479 mimo jádro
Evropské právo	směrnice Rady 92/83/EHS ve znění směrnice (EU) 2020/1151 (čl. 9a); rozhodnutí Komise 2012/21/EU (SGEI); rozsudek SDEU C-333/14 (minimální cena alkoholu, Skotsko)	spotřební daň z vína, veřejná podpora, minimální cena
Judikatura	nález Pl. ÚS 36/11 (20. 6. 2013), který zrušil úpravu nadstandardu z novely 298/2011 Sb.	Fond rozšířené péče; Ověřit: rozsah výroku (právník, 2027)

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Sociálně-zdravotní pomezí: jak zákon 38/2025 Sb. mění logiku péče o seniory (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-socialne-zdravotni-pomezí-2026.html>)
Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 — a vyrovnaná vyhláška stojí na částece, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)
Nejacinější řízení v pojišťovenské Evropě. Česko utratí za správu zdravotnictví 1,9 % výdajů (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-vydaje-sprava-zdravotnictvi.html>)

Ověřit: čl. 9a směrnice 92/83/EHS a obsah reformy pojištění 2030 (zatím jen vnitřní připomínkové řízení) z primárního zdroje. Názvy zákonů č. 300/2025 a 289/2025 Sb. a vyhlášek č. 30/2025, 380/2025 a 403/2025 Sb. uvádí v2 jen podle předmětu; před tiskem doplnit úřední název z e-Sbírkou.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

Odborná literatura

Ze 32 citací níže je 30 ověřeno v PubMed a 2 přes Consensus (Clemente 2024, Kegreiss 2026; PMID nebyl nalezen). Položky jsou seřazeny abecedně.

- Afshar M a kol. A Pragmatic Randomized Controlled Trial of Ambient Artificial Intelligence to Improve Health Practitioner Well-Being. NEJM AI 2025;2(12). PMID 41625485 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41625485/>), DOI 10.1056/aioa2500945 (<https://doi.org/10.1056/aioa2500945>)
- Andreyeva T a kol. Outcomes Following Taxation of Sugar-Sweetened Beverages: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open 2022;5(6):e2215276. PMID 35648398 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35648398/>), DOI 10.1001/jamanetworkopen.2022.15276 (<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.15276>)

HSPA potvrzuje

Citace je v registru evidence-auditů HSPA s identickým PMID i DOI a verdiktem supported.

- Barker I a kol. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions. BMJ 2017;356:j84. PMID 28148478 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28148478/>), DOI 10.1136/bmj.j84 (<https://doi.org/10.1136/bmj.j84>)
- Bates SM a kol. Can multidisciplinary teams improve the quality of primary care? A scoping review. eClinicalMedicine 2025;88:103497. PMID 41181853 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41181853/>), DOI 10.1016/j.eclinm.2025.103497 (<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103497>)
- Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ 2011;343:d7400. PMID 22117057 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22117057/>), DOI 10.1136/bmj.d7400 (<https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>)
- Chowdhury A a kol. Comparing ambient scribes: a randomized crossover clinical trial. JAMIA 2026;33(5):990–999. PMID 41729180 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41729180/>), DOI 10.1093/jamia/ocag018 (<https://doi.org/10.1093/jamia/ocag018>)
- Clemente M a kol. Long-term impact of home-based monitoring after an admission for acute decompensated heart failure. eClinicalMedicine 2024;71:102541. DOI 10.1016/j.eclinm.2024.102541 (<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102541>) (Consensus)
- Davis P a kol. Do hospital bed reduction and multiple system reform affect patient mortality? Med Care 2007;45(12):1186–94. PMID 18007169 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18007169/>), DOI 10.1097/MLR.0b013e3181468c92 (<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181468c92>)
- De Lathauwer ILJ a kol. Remote patient monitoring in heart failure. Eur J Heart Fail 2025;27(9):1670–85. PMID 39834044 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39834044/>), DOI 10.1002/ehf.3568 (<https://doi.org/10.1002/ehf.3568>)
- Eriksson CO a kol. The Association Between Hospital Capacity Strain and Inpatient Outcomes in Highly Developed Countries. J Gen Intern Med 2017;32(6):686–96. PMID 27981468 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27981468/>), DOI 10.1007/s11606-016-3936-3 (<https://doi.org/10.1007/s11606-016-3936-3>)
- Gomes B a kol. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness. Cochrane Database Syst Rev 2013;(6):CD007760. PMID 23744578 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23744578/>), DOI 10.1002/14651858.CD007760.pub2 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007760.pub2>) (nově navrženo pro Pilíř 5)
- Grilli R a kol. The effects of centralizing cancer surgery on postoperative mortality. J Health Serv Res Policy 2021;26(4):289–301. PMID 33944635 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33944635/>), DOI 10.1177/13558196211008942 (<https://doi.org/10.1177/13558196211008942>)
- Habicht T, Kasekamp K, Webb E. 30 years of primary health care reforms in Estonia. Health Policy 2023;130:104710. PMID 36764032 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36764032/>), DOI 10.1016/j.healthpol.2023.104710 (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104710>)
- Karimi M a kol. Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands. Health Policy 2021;125(6):751–9. PMID 33947604 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33947604/>), DOI 10.1016/j.healthpol.2021.04.004 (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.004>)
- Kegreiss S a kol. Impact of multiprofessional collaboration in primary care practices on continuity of care: a scoping review. BMC Prim Care 2026. DOI 10.1186/s12875-026-03507-y (<https://doi.org/10.1186/s12875-026-03507-y>) (Consensus)
- Kovacevic L a kol. The impact of collaborative organisational models and general practice size on patient safety and quality of care in the English NHS. Health Policy 2023;138:104940. PMID 37976620 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37976620/>), DOI 10.1016/j.healthpol.2023.104940 (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104940>)
- Kozhimannil KB a kol. Association Between Loss of Hospital-Based Obstetric Services and Birth Outcomes in Rural Counties in the United States. JAMA 2018;319(12):1239–47. PMID 29522161 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29522161/>), DOI 10.1001/jama.2018.1830 (<https://doi.org/10.1001/jama.2018.1830>)
- Kringos DS a kol. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. Health Aff 2013;32(4):686–94. PMID 23569048 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23569048/>), DOI 10.1377/hlthaff.2012.1242 (<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1242>)
- Laurant M a kol. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2018;(7):CD001271. PMID 30011347 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30011347/>), DOI 10.1002/14651858.CD001271.pub3 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>)
- Lukac PJ a kol. Ambient AI Scribes in Clinical Practice: A Randomized Trial. NEJM AI 2025;2(12). PMID 41497288 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41497288/>), DOI 10.1056/aioa2501000 (<https://doi.org/10.1056/aioa2501000>)

HSPA potvrzuje

Citace je v registru evidence-auditů HSPA s identickým PMID i DOI a verdiktem supported.

- Madsen F a kol. High levels of bed occupancy associated with increased inpatient and thirty-day hospital mortality in Denmark. Health Aff 2014;33(7):1236–44. PMID 25006151 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25006151/>), DOI 10.1377/hlthaff.2013.1303 (<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1303>)
- Magnée T a kol. Consultations in general practices with and without mental health nurses. BMJ Open 2016;6:e011579. PMID 27431902 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27431902/>), DOI 10.1136/bmjopen-2016-011579 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011579>)
- McDonald T a kol. The Impact of Primary Care Clinic and Family Physician Continuity on Patient Health Outcomes. Ann Fam Med 2024;22(3):223–9. PMID 38806258 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38806258/>), DOI 10.1370/afm.3107 (<https://doi.org/10.1370/afm.3107>)
- Paier-Abuzahra M a kol. Effects of task-shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews. Hum Resour Health 2024;22:74. PMID 39529012 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39529012/>), DOI 10.1186/s12960-024-00956-3 (<https://doi.org/10.1186/s12960-024-00956-3>)

- Penfold C a kol. Additional Roles Reimbursement Scheme uptake, patient satisfaction, and QOF achievement. Br J Gen Pract 2025;75(750):e35–42. [PMID 38936883](#) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38936883/>), [DOI 10.3399/BJGP.2024.0083](#) (<https://doi.org/10.3399/BJGP.2024.0083>)
- Pereira Gray DJ a kol. Continuity of care with doctors: a matter of life and death? BMJ Open 2018;8:e021161. [PMID 29959146](#) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29959146/>), [DOI 10.1136/bmjopen-2017-021161](#) (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>)
- Rogers NT a kol. Associations between trajectories of obesity prevalence in English primary school children and the UK soft drinks industry levy. PLoS Med 2023;20(1):e1004160. [PMID 36701272](#) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36701272/>), [DOI 10.1371/journal.pmed.1004160](#) (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004160>)
- Sandall J a kol. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2016; (4):CD004667. [PMID 27121907](#) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27121907/>), [DOI 10.1002/14651858.CD004667.pub5](#) (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>)
- Sandvik H a kol. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care. Br J Gen Pract 2022;72(715):e84–90. [PMID 34607797](#) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34607797/>), [DOI 10.3399/BJGP.2021.0340](#) (<https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>)
- Schroeder E a kol. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ 2012;344:e2292. [PMID 22517916](#) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22517916/>), [DOI 10.1136/bmj.e2292](#) (<https://doi.org/10.1136/bmj.e2292>)
- Siverskog J, Henriksson M. The health cost of reducing hospital bed capacity. Soc Sci Med 2022;313:115399. [PMID 36206659](#) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36206659/>), [DOI 10.1016/j.socscimed.2022.115399](#) (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115399>)
- Wyper GMA a kol. Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland. Lancet 2023;401(10385):1361–70. [PMID 36963415](#) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36963415/>), [DOI 10.1016/S0140-6736\(23\)00497-X](#) ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00497-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00497-X))

Další citace z přílohy E studie v2 nebyly pro v3 znovu ověřeny a do textu v3 se přenesou jen po ověření PMID nebo DOI: Robinson 2021, O'Donnell 2019, Anderson 2021, Rehm 2022, Wagenaar 2009, Nelson 2013 a 2014, Guindon 2022, Kilian 2023, Štelemėkas 2021, Tran 2022, Manthey 2023, Holmes 2014, Teng 2019, Scarborough 2020, Cobiac 2024, Emmert-Fees 2023, Colchero 2017, Baker 2020, Wranik 2019, Mitchell 2015, Ito 2024, Kasekamp 2025, Badora-Musiał 2021, Karasiewicz 2020, Kósa 2020, Bramwell 2024, McDermott 2025, McManus 2018, Örtqvist 2021, Avdic 2024, de Linde 2025, Asheim 2025 a další. Ověřit: DOI u každé z nich před tiskem.

Q Ověřujeme

HSPA má téma

Z výčtu neověřených citací v2 má HSPA v registru evidence-auditů jen Wagenaar 2009 (PMID 19149811, DOI 10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x) s verdiktem supported; ostatní HSPA nemá. Příbuzná práce k SDIL (Rogers 2023) tam taky není.

Vlastní podklady strany

Podklady z Drivu a Notionu jsou interní a necitovatelné. Každé číslo z nich se musí dohledat v primárním zdroji, jinak se ve v3 nepoužije.

Podklad	Stav	Pravidlo pro v3
Akční plán HS (PEER, 10/2026)	interní podklad, necitovatelný	Číslo citovat z veřejné Hospodářské strategie PEER (cíl daní za zdraví 10 až 15 mld. Kč)
Strukturální reforma Česka v6 (9/2026)	interní podklad, necitovatelný	Nepoužívat jako zdroj
Zdravotnictví pro 21. století (5/2026)	interní podklad, necitovatelný	Rozdíl vzhledem k v3 (regulační poplatky se nenavrhují) lze zmínit v textu
Zdravotnictví do hospodářské strategie V1 (5/2026)	interní podklad, necitovatelný	Obsahuje čísla bez zdroje; nepřebírat
Reforma zdravotnictví: Teze a důkazy (2/2026)	interní podklad, necitovatelný	Výstup AI rešerše s průmyslovými a americkými zdroji; využít jen jako seznam stop k primárním zdrojům
Notion: wiki Zdravko 2025–2029 a legislativní hlídka (týden 43/2026)	interní podklad, necitovatelný	Stav legislativy ověřit v e-Sbírce a na webu Sněmovny
Dopis MUDr. Pavla Neňičky (2023)	interní podklad, necitovatelný	Postoj (zachovat PLDD, dětské týmy) převést do konzultace s SPLDD ČR
Pirátská hospodářská strategie (PEER, 8/2026; majak.pirati.cz/documents/647)	schválený program strany	Východisko studie (oddíl „Z čeho studie vychází“); citovat jako program strany, důkazem není
Manifest reformy českého zdravotnictví (7. 5. 2026); Stanovisko Pirátů k návykovému chování	dokumenty strany	Citovat jen veřejně dostupná znění jako postoj strany, důkazem nejsou
HSPA Monitor a repozitář HSPA	vlastní nástroj autora	Uvádět jako nástroj; hodnoty ověřit v primárních datech (kapitoly se stavem review-pending se v číslech samy rozcházejí)

HSPA upřesňuje

[Deset až patnáct miliard: co vydrží spočítat na cukerné a alkoholové dani](#) (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-cukerna-dan-vynos.html>)
[Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví](#) (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)

Co zůstává ověřit před zveřejněním

- Ověřit: mezeru 59,6 a 104,2 mld. Kč v NRR 2026, tab. D.1, z primárního zdroje.

Q Ověřujeme

HSPA nemá

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

- Ověřit: výsledek třetího čtení tisku 235.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)
2,4 miliardy podle vzorce, 24 miliard podle slibu. Platba za státní pojištěnce jde do roku 2027 po dvou kolejích (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-valori-zace-statni-pojistenci-2027.html>)

- Ověřit: obsah a stav reformy pojištění 2030 (zatím jen vnitřní připomínkové řízení) a parametry reformy hygienické služby.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Až 1 500 korun za prevenci. Ministerstvo představilo reformu zdravotního pojištění do roku 2028, text zákona ale zatím veřejný není (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-reforma-verejneho-zdravotniho-pojisteni-2030.html>)

Největší reforma hygienické služby za sto let. Co přinese Institut pro veřejné zdraví 21. století (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-institut-verejneho-zdravi.html>)

- Ověřit: definici 45,7 mld. Kč od odborů; 43,2 mld. Kč jsou zůstatky na účtech (důvodová zpráva k tisku 235) a asi 32 mld. Kč rezervy podle reportingu pojišťoven (HSPA Monitor).

Q Ověřujeme

HSPA potvrzuje

Jedna platba, čtyři čísla. Nařízení přidá za státní pojištěnce 33 korun, zákon 291 – a vyrovnaná vyhláška stojí na částce, kterou nikdo neschválil (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-platba-statni-pojistenci-2027-tri-cisla.html>)

Strukturální deficit zdravotního pojištění 2026. Proč se nůžky rozevírají a co je zastaví (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-deficit-pojisteni-2026.html>)

- Ověřit: čísla o Estonsku (60 středisek, 56 % populace) v plném textu Habicht 2023.

Q Ověřujeme

HSPA nemá

Čísla o Estonsku (60 středisek, 56 % populace) v plném textu Habicht 2023 HSPA nemá; HSPA tuto práci necituje.

- Ověřit: ISPV 2025, plat sestry 62 177 Kč a odvody 33,8 %, v původní tabulce.

Q Ověřujeme

HSPA upřesňuje

Čtyřicet osm ku dvanácti. Plán přesunout péči z lůžek do terénu má peníze i směr – nemá ruce (<https://skorezdravotnictvi.cz/clanek-sestry-vazajici-podminka.html>)

Jak poslat připomínku

Čte se vám to lépe jako PDF? Tady je celá studie.

Připomínky nám ale prosím nevpisujte do PDF, pošlete je souhrnně. Nejlepší cesta je formulář na webu

<https://www.zdraviblizlidem.cz/studie>: u každého odstavce je tlačítko „Připomínka“ a dole na stránce formulář pro připomínku ke studii jako celku. Stačí jméno a e-mail; nic z toho nezveřejňujeme. Pokud píšete za organizaci, pošlete jednu souhrnnou připomínku s odkazem na část a odstavec studie.

Interaktivní grafy, časové osy a kalkulačky jsou ve čtečce na webu; v PDF jsou jejich statické podoby. Místa označená „Ověřit“ jsou údaje, které autoři zatím neověřili v primárním zdroji.

Dokument vygenerovaný z webové čtečky studie dne 26. 10. 2026. Aktuální znění, vypořádání připomínek a seznam otevřených ověření jsou na <https://www.zdraviblizlidem.cz/studie>.