

USNESENÍ STÍNOVÉ VLÁDY ODS

ze dne 4. září 2026 č. 13
ve věci centralizace zdravotních služeb v České republice

Stínová vláda ODS

I. konstatuje, že

- odebrání významné části operativy regionálním nemocnicím může vést k rozpadu odborných týmů, oslabení specializačního vzdělávání, odchodu lékařů do velkých center, ekonomickému oslabení regionálních poskytovatelů a postupnému zhoršování dostupnosti péče v regionech;
- přesun významného objemu operativy do omezeného počtu center může bez dostatečného kapacitního, personálního a organizačního zajištění vést ke zhoršení místní i časové dostupnosti operační péče, prodlužování čekacích lhůt a nutnosti pacientů cestovat za péčí na větší vzdálenosti;
- plošná centralizace onkourologické péče představuje významný zásah do současné organizace zdravotních služeb, neboť do roku 2030 se má přesunout přibližně 2 246 výkonů ročně;
- centralizace nesmí být řízena pouze administrativním rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví bez dostatečného zohlednění reálných kapacit jednotlivých pracovišť, čekacích dob, personální situace, výsledků péče a regionální dostupnosti;
- zásadní odpovědnost za zajištění místní a časové dostupnosti hrazených zdravotních služeb nesou zdravotní pojišťovny, které musí mít při utváření sítě poskytovatelů skutečnou odpovědnost, dostatečné nástroje a prostor pro smluvní politiku odpovídající potřebám jejich pojištěnců;
- není možné odebrat výkony regionálním pracovištím bez současného posouzení, zda jsou centra schopna převzatý objem péče skutečně absorbovat bez prodloužení čekacích lhůt a zhoršení dostupnosti pro pacienty;
- centralizace vysoce specializovaných výkonů proto musí být vždy doprovázena decentralizací běžné a standardizovatelné péče zpět do regionálních nemocnic a aktivní smluvní a úhradovou politikou zdravotních pojišťoven, která tento princip podpoří.

II. požaduje po vládě České republiky a ministru zdravotnictví

- před dalšími nevratnými kroky zveřejnit transparentní metodiku, validovaná data, skutečné personální a provozní kapacity center, současné čekací doby a předpokládaný dopad centralizace na jejich další vývoj a měřitelné indikátory kvality, místní a časové dostupnosti péče;
- doložit u jednotlivých centralizovaných výkonů, že jejich soustředění do menšího počtu pracovišť skutečně vede k prokazatelnému zlepšení výsledků pacientů a že přínosy převažují nad riziky zhoršení místní a časové dostupnosti, prodloužení čekacích lhůt a zvýšení zátěže pacientů;
- průběžně vyhodnocovat skutečný dopad centralizace na čekací doby v jednotlivých centrech a regionech a přijmout mechanismus umožňující včas reagovat v případě, že dojde k významnému prodlužování čekacích lhůt nebo zhoršování dostupnosti operativy;
- změnit systém specializačního vzdělávání tak, aby lékaři mohli významnou část přípravy absolvovat v regionálních nemocnicích a aby vznikly funkční rotace a sdílené operační programy mezi centry a regiony;
- zavést princip, že centralizace musí jít ruku v ruce s decentralizací: centrum, které přebírá vysoce komplexní pacienty z regionu, musí být současně motivováno předávat zpět běžné a standardizovatelné výkony, sdílet odborníky a podílet se na vzdělávání lékařů v regionálních nemocnicích;
- upravit úhradové mechanismy tak, aby centra nebyla ekonomicky motivována soustřeďovat i výkony, které mohou bezpečně a kvalitně poskytovat regionální nemocnice;
- posílit roli zdravotních pojišťoven při organizaci sítě zdravotních služeb tak, aby mohly na základě dat o kvalitě, místní a časové dostupnosti, čekacích dobách, kapacitách jednotlivých poskytovatelů a potřebách svých pojištěnců aktivně rozhodovat o smluvním zajištění péče v jednotlivých regionech;
- zajistit, aby zdravotní pojišťovny průběžně sledovaly dopady centralizace na dostupnost péče pro své pojištěnce, zejména vývoj čekacích lhůt, dojezdových vzdáleností a vytížení jednotlivých center, a v případě zhoršení dostupnosti mohly odpovídajícím způsobem upravit smluvní síť;
- zachovat zdravotním pojišťovnám skutečnou smluvní odpovědnost za síť poskytovatelů a nepřenášet rozhodování o její podobě fakticky pouze na Ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím administrativního určování center;

- nastavit úhradové a smluvní mechanismy zdravotních pojišťoven tak, aby podporovaly nejen koncentraci skutečně vysoce specializované péče, ale současně také přesun běžné, plánovatelné a standardizovatelné péče z fakultních a vysoce specializovaných center do kvalitních regionálních nemocnic;
- zabránit personálnímu a ekonomickému vyhladovění regionálních nemocnic a znehodnocování jejich dosavadních investic;
- u onkourologické péče do splnění uvedených podmínek nepřijímat nevratné kroky k plošnému odsmlouvání výkonů z kvalitních regionálních pracovišť.

III. zdůrazňuje

- že české zdravotnictví nemůže být řízeno jako jednotná administrativně plánovaná síť z Ministerstva zdravotnictví. Ministerstvo má stanovovat pravidla, požadavky na kvalitu a rámec systému, zatímco zdravotní pojišťovny musí nést odpovědnost za zajištění místně a časově dostupné péče svým pojištěncům a prostřednictvím smluvní politiky utvářet síť poskytovatelů;
- že zdravotní pojišťovny musí při rozhodování o smluvní síti vycházet z objektivních dat o kvalitě, výsledcích péče, personálním zajištění, čekacích dobách, kapacitách pracovišť a místní dostupnosti. Centralizace nesmí vést k situaci, kdy se formálně zvýší koncentrace výkonů, ale pacient ve výsledku čeká na operaci déle nebo musí za dostupnou péčí cestovat výrazně dále;
- že odpovědnost zdravotních pojišťoven za místní a časovou dostupnost nemůže být pouze formální. Pokud rozhodnutí státu o centralizaci prokazatelně zhorší dostupnost péče, musí mít zdravotní pojišťovny reálné nástroje k nápravě prostřednictvím své smluvní a úhradové politiky;
- že pokud regionální nemocnice předávají nejsložitější pacienty do center, musí se opačným směrem vracet běžná péče, odborníci, vzdělávání a odpovídající úhrady. Centralizace bez decentralizace by znamenala postupné vyhladovění regionálních nemocnic a další posun českého zdravotnictví směrem k centrálnímu plánování.

IV. podporuje

- centralizaci skutečně vysoce komplexních a raritních výkonů tam, kde validní data prokazují, že soustředění péče vede k lepším výsledkům pacientů, aniž by současně nepřiměřeně zhoršovalo místní a časovou dostupnost péče;

- centralizaci jako nástroj zvyšování kvality péče, nikoliv jako cíl sám o sobě. U výkonů na jícnu a gastroezofageální funkci, kde jde přibližně o 30 výkonů ročně k přesunu, považuje soustředění péče za racionální a přiměřené;
- takový model centralizace, který zachová silné regionální nemocnice, umožní zdravotním pojišťovnám skutečně řídit dostupnost a smluvní síť a zajistí, že vysoce specializovaná péče bude soustředěna tam, kde to prospívá pacientům, zatímco běžná a standardizovatelná péče zůstane co nejblíže jejich bydlišti.