



Spolufinancováno
Evropskou unií

Úřad vlády České republiky



DRAFT NÁVRHU ANALYTICKÉ A ÚKOLOVÉ ČÁSTI

**Strategie rozvoje respektující péče o matku a dítě
v těhotenství, při porodu a v šestinedělí**

Verze 1.3 (listopad 2024)

Obsah

1. Úvod.....	5
1.1 Kontext vzniku strategie	5
1.2 Účel strategie	7
1.3 Uživatelé a uživatelky strategie	7
1.4 Legislativa a ostatní relevantní strategické dokumenty	7
1.5 Základní používané pojmy.....	9
1.5.1 Zdraví.....	9
1.5.2 Lidskoprávní přístup ke zdraví.....	9
1.5.3 Poskytovatel zdravotních služeb (péče)	9
1.5.4 Příjemkyně zdravotních služeb (péče).....	10
1.5.5 Rané mateřství.....	10
1.5.6 Postupy založené na důkazech (evidence-based practice)	10
1.5.7 Pozitivní zkušenost s porodem.....	11
1.6 Průřezové principy.....	12
1.6.1 Důsledné dodržování práv žen a dětí	12
1.6.2 Žena a dítě jako nedělitelná jednotka	12
1.6.3 Ženy a jejich rodiny středobodem poskytovaných služeb	12
1.6.4 Péče dle současného vědeckého poznání (de lege artis).....	13
1.6.5 Těhotenství a porod jako fyziologický proces	14
1.7 Předběžná SWOT analýza	14
2. Definice a analýza řešeného problému.....	17
2.1 Základní přehled situace v ČR	18
2.2 Šetření spokojenosti žen s péčí.....	24
2.3 Podněty k veřejnému ochránci práv, stížnosti a žaloby	29
2.4 Kritika nedostatků ze strany mezinárodních organizací	30
3. Prostor pro intervenci: analýza a navrhovaná řešení	31
3.1 Absence standardů péče a rozdíly v kvalitě zdravotních služeb	31
3.1.1 Rozdíly v kvalitě zdravotních služeb	31
3.1.2 Absence podkladů pro klinické rozhodování založené na nejlepších dostupných důkazech.....	34
3.1.3 Datová zpětná vazba.....	36
3.1.4 Strategická a úkolová část – sada opatření č. 1	36
Rozpis úkolové části ke kapitole Absence standardů péče a rozdíly v kvalitě zdravotních služeb	38
3.2 Možnosti a omezení volby poskytovatele/poskytovatelky zdravotních služeb	40

3.2.1	Překážky pro využívání kontinuální péče porodní asistentky	40
3.2.2	Strategická a úkolová část – sada opatření č. 2	45
	Rozpis úkolové části ke kapitole Možnosti a omezení volby poskytovatele/poskytovatelky zdravotních služeb	47
3.3	Nedostupnost porodních center a domů a omezení volby místa porodu.....	49
3.3.1	Samostatné porodní domy	49
3.3.2	Porodní centra přidružená k nemocnici	50
3.3.3	Právní a praktické překážky vzniku a rozvoje porodních domů a center v ČR ..	51
3.3.4	Vlastní sociální prostředí	53
3.3.5	Právní rámec poskytování péče u domácích porodů	55
3.3.6	Strategická a úkolová část – sada opatření č. 3	57
	Rozpis úkolové části ke kapitole Nedostupnost porodních center a domů a omezení volby místa porodu.....	59
3.4	Nedostatky v komunikaci a uplatňování informovaného souhlasu	62
3.4.1	Respekt k autonomii a další nezbytné náležitosti	62
3.4.2	(Ne)efektivní komunikace	64
3.4.3	Porodní plán jako nástroj pro usnadnění komunikace	64
3.4.4	Institut dříve vysloveného přání v kontextu porodu	65
3.4.5	Specifika udělení souhlasu s poskytovanou péčí v průběhu porodu a odpovědnost zdravotnického personálu	65
3.4.6	Supervize, intervize a psychoterapeutická podpora zdravotníků a zdravotnic ..	67
3.4.7	Strategická část a úkolová část – sada opatření č. 4	67
	Rozpis úkolové části ke kapitole Nedostatky v komunikaci a uplatňování informovaného souhlasu	69
3.5	Porodnické násilí	72
3.5.1	Definice a hlavní příčiny	72
3.5.2	Druhy porodnického násilí	72
3.5.3	Terminologická úskalí.....	73
3.5.4	Negativní dopady porodnického násilí	74
3.5.5	Právní úprava a mechanismy prevence, řešení a odškodňování	75
3.5.6	Strategická a úkolová část – sada opatření č. 5	76
	Rozpis úkolové části ke kapitole Porodnické násilí.....	77
3.6	Perinatální duševní zdraví	79
3.6.1	Nedostatky v systému péče o duševní zdraví žen v perinatálním období	79
3.6.2	Role doprovázejících osob a doly	79
3.6.3	Perinatální ztráta	80
3.6.4	Strategická a úkolová část – sada opatření č. 6	80

Rozpis úkolové části ke kapitole Perinatální duševní zdraví.....	82
4. Implementace strategie	84
5. Postup tvorby a konzultace strategie	84
6. Seznam použité literatury	84

1. Úvod

Těhotenství a porod představují zásadní mezník v životě ženy spjatý s řadou změn. Období raného **mateřství** je pro ženu zároveň **jednou z nejzranitelnějších životních fází**. I proto je při poskytování zdravotních služeb v těhotenství, při porodu a v šestinedělí obzvláště důležité dbát nejen na **kvalitu a bezpečí těchto služeb**, ale rovnocenně i na **zachování ženinych práv, důstojnosti a integrity**.

Adekvátní podpora a ochrana mateřství¹ je nezbytnou podmínkou prosperity žen, novorozenců, rodin a komunit, a potažmo celé společnosti. Výzkumy ukazují, že způsob a okolnosti porodu mají **na život ženy a její rodiny významný, dlouhodobý vliv i v dalších oblastech**. Je tudíž v zájmu celé společnosti, aby tento vliv byl pozitivní a posilující, nikoli zatížený traumatem. Negativní zkušenost s porodem má nežádoucí dopad nejen na ženu a její dítě a rodinu. Propisuje se i do širších nežádoucích sociálních a ekonomických dopadů.

Strategie proto usiluje, aby **zdravotní služby poskytované** matce a dítěti v tomto citlivém období byly zajišťovány s **důrazem na bezpečí, kvalitu a respekt k ženě a jejím potřebám**. Potřeby ženy přitom neklade do opozice k potřebám dítěte, naopak k matce a dítěti v souladu s moderními poznatky vědy přistupuje jako k nedělitelné jednotce.

Předkládaný materiál zohledňuje aktuální trendy v porodní péči. Strategie se v návaznosti na mezinárodní doporučení a standardy – zejména Světové zdravotnické organizace (WHO), Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO) a Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) – opírá o **postupy založené na důkazech** (evidence-based practice) a koncept **respektující péče o matku v souvislosti s porodem** (respectful maternity care). Tj. péče, která je v souladu s nejnovějšími poznatky medicíny založené na důkazech, s lidskoprávními závazky a standardy² (human rights-based), respektuje individuální a rodinné potřeby ženy (woman-centered care, family-centred care) a vede k její pozitivní zkušenosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím.

Předkládaný strategický dokument je primárně příspěvkem k české zdravotní politice. Avšak tím, že vedle medicínské stránky zohledňuje i lidskoprávní a psychosociální rozměr poskytování zdravotních služeb v raném mateřství, je zároveň důležitou součástí české rodinné politiky a politiky rovnosti žen a mužů.

1.1 Kontext vzniku strategie

Zpracování strategie vláda uložila ministrovi zdravotnictví ve spolupráci se zmocněnkyní vlády pro lidská práva usnesením ze dne 2. října 2024 č. 682.

Vládní úkol „*vytvořit strategii péče o matku a dítě, která bude v souladu s aktuálními doporučeními WHO, zajistí návaznost služeb poskytovaných jednotlivými profesemi a dostupnost péče, která je v souladu s nejnovějšími poznatky medicíny založené na důkazech, s lidskoprávními závazky a standardy (human rights-based), respektuje individuální a rodinné potřeby ženy (woman-centered care, family-centred care) a vede k její pozitivní zkušenosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím*“ přímo navazuje na opatření 4.1.1 Vytvořit jednotnou koncepci péče o matku a dítě v těhotenství, během porodu a po porodu. Opatření bylo součástí první verze Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030, konkrétně specifického cíle 4.1 Posílení možnosti žen vybrat si způsob, místo a okolnosti porodu v kapitole Zdraví, avšak nebylo ve stanovené lhůtě splněno.³

¹ Předkládaný dokument pracuje s užším pojetím mateřství. V souladu s definicí obsaženou ve Slovníku spisovného jazyka českého tímto termínem referuje k období zahrnujícím dobu před porodem (těhotenství), dobu porodu a dobu po porodu (šestinedělí). Materiál se přitom soustředí na **jíž těhotné ženy s chtěným těhotenstvím**, jejich porod, šestinedělí, event. případnou perinatální ztrátu.

² Blíže viz <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

³ Úplně původně se jednalo o úkol „*vypracovat Koncepci péče o matku a dítě v těhotenství, během porodu a po porodu v ČR*“ z roku 2019 a termínem plnění do roku 2020 (viz usnesení vlády ze dne 14. října 2019 č. 737). S ohledem na řešení pandemie covid-19 však ministerstvo požádalo o odklad, resp. zapracování tohoto

Vedle posunu termínu došlo v rámci plnění úkolu k dalším dvěma změnám – do přípravy strategie se spolu s ministrem zdravotnictví aktivně zapojila i zmocněnkyně vlády pro lidská práva v součinnosti s Pracovní skupinou k porodnictví při Radě vlády pro rovnost žen a mužů⁴ a zároveň došlo ke změně původního označení dokumentu. Namísto původního označení „koncepce“ (péče o matku a dítě) je dokument nově pojmenován jako „strategie“ (péče o matku a dítě). Meritum původního vládního úkolu spočívajícího ve zpracování uceleného strategického dokumentu k tématu péče o matku a dítě v těhotenství, během porodu a po porodu však zůstalo plně zachováno. Změna terminologie z „koncepce“ na „strategii“ pouze odráží komplexní charakter dokumentu, který vedle analytické části obsahuje i úkolovou část, čímž podle typologie⁵ strategických a prováděcích dokumentů a odvislé terminologie naplňuje charakteristické znaky strategie (nikoli koncepce).

V České republice doposud neexistoval jednotný zastřešující strategický dokument k tématu péče o matku a dítě v těhotenství, během porodu a po porodu ani národní klinické doporučené postupy v rámci příslušných oborů (které o matku a dítě v době raného mateřství pečují). Předkládaný dokument je tak prvním svého druhu v Česku.

Ke zpracování strategie vláda přistoupila ve snaze zlepšit a doplnit stávající systém péče o matku a dítě. Strategie se zaměřuje na rozvoj silných stránek systému a současně reaguje na identifikované nedostatky a mezery, které jsou blíže rozebírány v následujících kapitolách dokumentu. Slabé stránky systému generují nespokojenost a obtíže jak na straně příjemkyň péče a jejich rodin, tak u poskytovatelů zdravotních služeb. Česká republika byla za tyto nedostatky opakovaně kritizována také ze strany mezinárodních organizací (blíže viz kapitola 2.5). Touto strategií vláda v neposlední řadě reaguje i na výzvu Ústavního soudu⁶ ze září 2024 k revizi legislativy při současném respektování reprodukčních práv žen a zohlednění vývoje v oblasti medicíny, vědy a práva (blíže viz kapitola 3.3.5).

Strategie usiluje o to, aby rozvoj stávajícího systému péče v mateřství adekvátně reagoval na aktuální společenské a zdravotnické výzvy. Ty se týkají např. očekávaného demografického vývoje, personálního zajištění zdravotních služeb či změn v hodnotové orientaci současné generace žen, jež si přejí vstoupit do fáze rodičovství. Strategií vláda mj. naplňuje i doporučení Evropského soudu pro lidská práva, který Českou republiku vyzval, aby prostřednictvím svých orgánů neustále přehodnocovala příslušná ustanovení právních předpisů ve světle vývoje na poli medicíny, vědy a práva.⁷

Předkládaný dokument synergicky navazuje na další existující i připravované strategické dokumenty a iniciativy Ministerstva zdravotnictví a dalších rezortů. V gesci Ministerstva zdravotnictví se jedná zejména o Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (Zdraví 2030), započatou činnost Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ),⁸ Strategii k implementaci programu Světové zdravotnické organizace a UNICEF Baby-friendly Hospital Initiative 2018 v České republice či připravovanou Koncepti porodní asistence. Strategie je v neposlední řadě i příspěvkem k naplnění Programového prohlášení vlády, ve kterém se vláda zavázala, že podpoří ženy v jejich volbě poskytovatele péče v těhotenství, při porodu i po něm tím, že zpřístupní péči porodních asistentek s důrazem na kontinuálnost péče poskytované jednou osobou.

požadavku (s pozdějším termínem plnění) do Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030, schválené usnesením vlády ze dne 8. března 2021 č. 269 a následně aktualizované usnesením ze dne 2. října 2024 č. 682.

⁴ K postupu tvorby strategie blíže viz kapitola 5.

⁵ Stanovené Metodikou přípravy veřejných strategií, kterou vláda schválila a doporučila využívat usnesením ze dne 28. ledna 2019 č. 71.

⁶ Obsaženou v odůvodnění Nálezu Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 2746/23 ze dne 28. srpna 2024, vyhlášeného 3. září 2024.

⁷ Blíže viz odůvodnění rozsudku ve věci Dubská a Krejzová v. Česká republika dostupného v českém překladu z: http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/WebSearch/6AA24AD6E570D2D0C12580FA004AE545?openDocument&Highlight=0.

⁸ Blíže viz <https://www.uzis.cz/index.php?pg=centra--mc-nikez#o-centru> a <https://kdp.uzis.cz/index.php>.

1.2 Účel strategie

Primárním účelem strategie je realizovat práva žen a dětí a zajistit ženám pozitivní porodní zkušenost a tomu odpovídající organizaci, dostupnost a kvalitu zdravotních služeb v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Pozitivní porodní zkušenost podle WHO mj. zahrnuje „porod zdravého dítěte v klinicky i psychologicky bezpečném prostředí se zajištěnou kontinuální praktickou a emocionální oporou doprovázejících osob a laskavých, technicky kompetentních poskytovatelů zdravotní péče. Vychází z předpokladu, že většina žen chce prožít fyziologický porod a dosáhnout pocitu osobního úspěchu a pocitu kontroly skrze zapojení do rozhodování, a to i v případě, že medicínské intervence jsou potřebné nebo ženami přímo vyžádané.“⁹

Souběžně s tím si strategie klade za cíl poskytnout zdravotníkům a zdravotnicím přehledný a stabilní rámec pro poskytování zdravotních služeb v těhotenství, při porodu a během šestinedělí, posílit jejich kompetence a zajistit efektivní spolupráci a návaznost mezi zdravotnickými (a v případě potřeby i nezdravotnickými) profesemi, které o matku a dítě v tomto období pečují. Strategie tím rovněž posílí právní jistotu těchto profesí a napomůže předejít stížnostem a žalobám, kterých se při poskytování péče v souvislosti s porodem obávají.¹⁰

Za výše nastíněným účelem strategie rozvíjí silné stránky stávajícího systému péče a zlepšuje jeho slabé stránky. Rozvíjí dílčí pozitivní změny, jichž bylo dosaženo v některých oblastech z vládní úrovně, vedení nemocnic nebo prostřednictvím „iniciativ zdola“ – ať už ze strany příjemkyň péče, nebo konkrétních zdravotníků a zdravotnic. Zároveň strategie obsahuje opatření pro zvrácení negativních trendů tam, kde přetrvávají anebo se prohlubují.

1.3 Uživatelé a uživatelky strategie

Z povahy strategie jakožto strategického dokumentu vlády plyne, že je primárně určena příslušným orgánům státní správy v čele s MZd. Těm v časovém rámci 2024 až 2030 ukládá jednotlivé úkoly (opatření), jimiž má být dosaženo vymezených strategických a specifických cílů. Do procesu naplňování strategie bude rovněž zapojena zmocněnkyně vlády pro lidská práva a Kancelář veřejného ochránce práv.

Sekundární, avšak neméně důležitý okruh uživatelů strategie zahrnuje především poskytovatele zdravotních služeb, vedení nemocnic a zdravotní pojišťovny. Zahrnuje rovněž zástupce a zástupkyně nezdravotnických profesí, které se na péči o matku a dítě ve sledovaném období podílejí (např. z oboru psychologie, sociální práce nebo z řad du). Součástí sekundárního okruhu uživatelů strategie jsou i relevantní profesní (obzvláště zdravotnické) organizace.

Strategie počítá rovněž se zapojením nestátních neziskových organizací – zejména ženských a rodičovských – a akademickou sférou. Koncovými příjemkyněmi strategie jsou ženy s dětmi a jejich rodiny a v konečném důsledku širší veřejnost.

1.4 Legislativa a ostatní relevantní strategické dokumenty

Strategie má vazbu na řadu právních předpisů a národních strategických dokumentů, k jejichž cílům by naplnění této strategie mělo synergicky rovněž přispět. Při realizaci strategie bude přihlíženo zejména k těmto předpisům a dokumentům:

⁹ WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience (Doporučení WHO pro péči během porodu pro dosažení pozitivní zkušenosti s porodem), str. 1. Cit. z českého překladu shrnutí dostupného z: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/10/WHO-p%C3%A9%C4%8De-p%C5%99i-porodu-CZ-libre-2.1.pdf>. Originální dokument viz <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.

¹⁰ Blíže viz např. Glosová T. a Cibula D. 2018. *Stížnosti a žaloby na lékaře v oboru gynekologie a porodnictví – výsledky dotazníkového průzkumu*. In Česká gynekologie 2018, 83, č. 4.

Právní předpisy

- Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod
- Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen (s důrazem na Závěrečná doporučení Výboru OSN pro odstranění diskriminace žen k 6. periodické zprávě České republiky)
- Úmluva o právech dítěte a obecné komentáře Výboru OSN pro práva dítěte č. 15
- Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech a obecný komentář Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva č. 14
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady ze dne 7. září 2005 2005/36/ES o uznávání odborných kvalifikací a nařízení (EU)
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů

Národní strategické dokumenty

- Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (Zdraví 2030)
- Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021-2030
- Strategie k implementaci programu Světové zdravotnické organizace a UNICEF Baby-friendly Hospital Initiative 2018 v České republice
- Koncepce porodní asistence (v přípravě)
- Strategie rodinné politiky 2023-2030
- Strategické analýzy potřeb resortu zdravotnictví: koncepce podložená dostupnými daty

Mezinárodní strategické dokumenty, standardy a doporučení

- Doporučení WHO v oblasti předporodní péče pro pozitivní zkušenost s těhotenstvím (WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience)
- Doporučení WHO pro péči během porodu pro dosažení pozitivní zkušenosti s porodem (WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience)
- Doporučení WHO v oblasti poporodní péče o matku a novorozence pro pozitivní zkušenost v šestinedělí (WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience)
- Implementační manuál programu WHO a UNICEF Baby-friendly Hospital Initiative 2018 (Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018)
- Etický rámec pro respektující mateřskou péči během těhotenství a porodu (Ethical Framework for Respectful Maternity Care During Pregnancy and Childbirth)
- 12 kroků k bezpečné a respektující péči o matku-dítě a její rodinu (12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity Care)
- Evropské standardy pro porodní domy a centra (Midwifery Unit Standards)

1.5 Základní používané pojmy

Definice základních používaných pojmů odpovídají jejich ustálenému používání v relevantních mezinárodních i vnitrostátních dokumentech. V textu definic jsou zároveň tučně zvýrazněna slova, která jsou rovnocenným ekvivalentem těchto termínů, popřípadě s nimi úzce souvisí a ve strategii se rovněž používají.

1.5.1 Zdraví

Strategie pracuje s definicí zavedenou WHO, která jej definuje jako „stav plné tělesné a duševní a sociální pohody a nejenom nepřítomnost nemoci nebo vady“.¹¹ Jedná se o definici, kterou rovněž používá ústřední český strategický dokument pro danou oblast, a sice Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (Zdraví 2030).¹² WHO, a potažmo strategie Zdraví 2030 zdůrazňují, že zdravotní potenciál každého člověka je nejvyšším stupněm zdraví, kterého může dosáhnout. „Je určován také možností starat se o sebe a o druhé, uchovat si kontrolu nad svým životem. Společnost má vytvářet podmínky k tomu, aby lidé mohli potenciál zdraví uplatnit. Zdraví je determinováno řadou faktorů, jako jsou osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými, a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti. Zahrnují sociální, ekonomické a fyzické prostředí jedince, stejně jako jeho individuální charakteristiky a chování (gender, dědičnost, životní styl apod.).“¹³

1.5.2 Lidskoprávní přístup ke zdraví

Cílem tohoto přístupu je souběžná realizace práva na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví (neboli práva na zdraví) a dalších práv souvisejících se zdravím (tj. práva na důstojnost, práva na tělesnou a duševní integritu atd.).¹⁴ Jedná se o přístup, který zdůrazňuje právní povinnost států, jež jsou vázané právem na zdraví a dalšími právy souvisejícími se zdravím, tedy i České republiky, přijmout opatření k realizaci těchto závazků. Tzn. přijmout opatření, která zajistí, aby zdravotní politiky a intervence státu odrážely klíčové principy chápáné jako součást přístupu založeného na lidských právech.

Výzkumy ukazují, že z uplatňování lidskoprávního přístupu ke zdraví mají ženy a děti prokazatelný prospěch, neboť přispívá ke zlepšení jejich zdraví.¹⁵

Kromě faktického naplňování čtyř základních složek práva na zdraví, a sice dostupnosti (availability), přístupnosti (accessibility), přijatelnosti (acceptability) a kvality (quality), tento přístup také zdůrazňuje, že standardy a zásady lidských práv, jako je rovnost a nediskriminace (non-discrimination and equality), účast (participation) a odpovědnost (accountability), by měly být vodítkem pro plánování veškerých politik souvisejících se zdravím, a to ve všech fázích procesu. „Přístup založený na lidských právech neznamená pouze dosažení určitých cílů nebo výsledků, ale jejich dosažení prostřednictvím participativního, inkluzivního, transparentního a citlivého procesu.“¹⁶

1.5.3 Poskytovatel zdravotních služeb (péče)

Termínem poskytovatel zdravotních služeb (péče) odkazuje strategie v souladu se zákonnou definicí souhrnně na právnickou nebo fyzickou osobu, která má oprávnění k poskytování

¹¹ WHO 1946, (Health for All, HFA). Blíže viz <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>.

¹² Zdraví 2030 udává směr rozvoje péče o zdraví občanů a občanek ČR pro aktuální desetiletí, a to s třemi hlavními cíli: 1. zlepšení zdravotního stavu populace, 2. optimalizace zdravotnického systému, 3. podpora vědy a výzkumu. Dokument přísluší do gesce MZd, avšak má mezirezortní přesah.

¹³ Zdraví 2030, str. 7. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>.

¹⁴ Blíže viz <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

¹⁵ Blíže viz např. F. Bustreo, P. Hunt, S. Gruskin, et al., Women's and children's health: Evidence of impact of human rights (Geneva: WHO, 2013). Dostupné z:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/84203/9789241505420_eng.pdf?sequence=1.

¹⁶ Tamtéž, str. 20.

zdravotních služeb na základě zákona o zdravotních službách. V částech strategie, které se vztahují k poskytovatelům zdravotních služeb ve smyslu fyzických osob, je přednostně používáno označení „**zdravotník a zdravotnice**“ nebo „**zdravotnický personál**“, popř. název konkrétní lékařské či nelékařské profese. Obdobně v případech, kde je zapotřebí akcentovat poskytovatele zdravotních služeb ve smyslu právnické osoby, je přednostně využíváno označení „**nemocnice**“, „**porodnice**“ či „**zařízení**“. Spojením „**zdravotnické zařízení**“ strategie odkazuje na prostor určený pro poskytování zdravotních služeb.

1.5.4 Příjemkyně zdravotních služeb (péče)

Příjemkyní zdravotních služeb se rozumí žena, které jsou poskytovány zdravotní služby (nejen) v těhotenství, při porodu a během šestinedělí. Terminologií zákona o zdravotních službách se jedná o „pacientku“ podle § 3 odst. 1, tedy fyzickou osobu, které jsou poskytovány zdravotní služby. Strategie používá pojem **pacientka** zejména v souvislosti s patientskými právy a ve vazbě na konkrétní ustanovení zákona o zdravotních službách, nicméně záměrně preferuje označení příjemkyně zdravotních služeb, event. **příjemkyně zdravotní péče** či **klientka**. Preferencí této terminologie strategie akcentuje pojetí těhotenství a porodu jako primárně fyziologických procesů, které mohou u většiny žen a jejich dětí proběhnout bez komplikací. Žena v raném mateřství je tak přednostně nazírána jako člověk procházející fyziologickými procesy souvisejícími s těhotenstvím, porodem a šestinedelím, nikoli jako pacientka ve smyslu léčícího se nemocného člověka.¹⁷ Jedná se o přístup, který zároveň odpovídá východiskům bio-psycho-sociálního modelu péče. V neposlední řadě zvolená terminologie lépe podtrhuje vztah poskytovatele a příjemkyně zdravotních služeb (péče) jako rovnocenných subjektů. Na jedné straně tohoto symetrického vztahu je poskytovatel/ka služeb a na druhé straně příjemkyně služby (klientka).

1.5.5 Rané mateřství

Období zahrnující dobu před porodem (těhotenství), dobu porodu a dobu po porodu (šestinedělí).

1.5.6 Postupy založené na důkazech (evidence-based practice)

Označuje systematický přístup k řešení klinických problémů, který umožňuje propojení nejlepších dostupných vědeckých důkazů s klinickou zkušeností¹⁸ a preferencemi pacienta/pacientky.¹⁹ Definice klade na všechny tyto složky stejný důraz a směřuje k optimalizaci péče tak, aby vyvažovala přínosy pro fyzické zdraví a pro kvalitu života pacienta či pacientky. Jedná se o postup, který prokazatelně zlepšuje výsledky pacientů a pacientek a má i ekonomické benefity pro zdravotní systémy. Prvotně byl rozvíjen v 90. letech 20. století v prostředí medicíny, a poté se rozšířil do dalších oblastí, kde se setkává člověk, který péči poskytuje s tím, kdo péči přijímá (např. ošetřovatelství, sociální práce). Odtud pramení další jeho názvy jako **medicína založená na důkazech** (evidence-based medicine, EBM) nebo **péče založená na důkazech** (evidence-based care). V českém překladu se pro tento postup rovněž používá ekvivalentní označení **praxe založená na důkazech**.

Při rozhodování o způsobu léčby, resp. založené na důkazech bere zdravotník či zdravotnice v úvahu:

- svoji vlastní klinickou zkušenost,
- nejlepší dostupné vědecké poznatky v dané oblasti,
- preference, potřeby a přání klientky péče.

¹⁷ Tj. dle definice pacienta/pacientky podle Slovníku spisovného jazyka českého.

¹⁸ Tj. individuální klinickou zkušeností vycházející ze souboru znalostí a dovedností získaných při studiu a během praxe zdravotníka/zdravotnice.

¹⁹ Blíže viz Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM (2 edition)*. New York: Churchill Livingstone; 2000.

Schéma č. 1: Složky EBP



1.5.7 Pozitivní zkušenost s porodem

Pozitivní zkušenost s porodem souvisí s úsilím o to, aby cílem při něm poskytované péče nebylo „pouhé“ přežití žen a jejich dětí, ale také dosažení plného potenciálu zdraví a kvality života. WHO považuje **pozitivní porodní zkušenost** za významnou pro všechny rodičky. Definuje ji jako zkušenost, která naplňuje nebo přesahuje individuální a sociokulturní představy a očekávání ženy ohledně porodu. *„Pozitivní porodní zkušenost znamená mimo jiné porod zdravého dítěte v klinicky i psychologicky bezpečném prostředí se zajištěnou kontinuální praktickou a emocionální oporou doprovázejících osob a laskavých, technicky kompetentních poskytovatelů zdravotní péče. Vychází z předpokladu, že většina žen chce prožít fyziologický porod a dosáhnout pocitu osobního úspěchu a pocitu kontroly skrze zapojení do rozhodování, a to i v případě, že medicínské intervence jsou potřebné nebo ženami přímo vyžádané.“*²⁰

WHO za tímto účelem formulovala 56 konkrétních doporučení. Ta doplňují doporučení WHO z oblasti předporodní a dále i poporodní péče o matku a novorozence. Obsah doporučení pro všechna tři klíčová období raného mateřství, která usilují jak o pozitivní zkušenost s porodem, tak o **pozitivní zkušenost s těhotenstvím**²¹ a **pozitivní zkušenost po porodu**,²² strategie důsledně reflektuje.

²⁰ WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience (Doporučení WHO pro péči během porodu pro dosažení pozitivní zkušenosti s porodem), str. 1. Cit. z českého překladu shrnutí dostupného z: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/10/WHO-p%C3%A9%C4%8De-p%C5%99i-porodu-CZ-libre-2.1.pdf>. Originální dokument viz <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.

²¹ „Pozitivní těhotenská zkušenost je definována zachováním fyzické a sociokulturní normality, udržením zdravého těhotenství pro matku i dítě (včetně léčení a prevence rizik, nemoci či úmrtí), efektivním přechodem k pozitivnímu porodu a dosažením pozitivní zkušenosti s mateřstvím (včetně mateřského sebevědomí, pocitu kompetence a autonomie).“ Cit. z českého překladu shrnutí příslušných doporučení dostupného z: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/10/WHO-p%C3%A9%C4%8De-p%C5%99i-porodu-CZ-libre-2.1.pdf>. Původní verze doporučení viz <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.

²² „Pozitivní poporodní zkušenost je definována jako zkušenost, při níž se ženám, novorozencům, partnerům, rodičům, pečujícím osobám a rodinám dostává informací, ujištění a pomoci.“ Blíže viz <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>.

1.6 Průřezové principy

Při naplňování strategie bude uplatňováno následujících pět, vzájemně se posilujících a propojených, průřezových principů (viz také Schéma č. 2):

1.6.1 Důsledné dodržování práv žen a dětí

Tento průřezový princip vychází z lidskoprávního přístupu ke zdraví (blíže viz podkapitola 1.5) a klade důraz na souběžnou realizaci práva na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví (neboli práva na zdraví) a dalších práv, jež s ním úzce souvisí. Jako základní a nepodkročitelné hodnotové hledisko zdůrazňuje lidskou důstojnost. Důstojnost je zásadou, která není podřízena žádným jiným základním právům, neboť je v jádru těchto práv. **Lidská důstojnost** tak hraje roli v interpretaci a propojení ostatních základních práv a zároveň slouží jako nástroj k jejich ochraně. Praktickou aplikaci těchto práv, jakož i všech čtyř základních složek práva na zdraví (dostupnosti, přístupnosti, přijatelnosti a kvality), v rámci poskytování zdravotních služeb souvisejících s raným mateřstvím strategie názorně rozebírá u jednotlivých témat napříč analytickou částí strategie. Úsilí o praktickou aplikaci těchto práv a od nich odvozených patientských práv se odráží i v obsahu opatření, jež jsou součástí úkolové části.

1.6.2 Žena a dítě jako nedělitelná jednotka

V souladu s tímto principem strategie a priori nestaví zájmy žen do opozice k zájmům dětí. Péče o matku významně ovlivňuje i dítě, obdobně péče o dítě ovlivňuje také matku. Strategie v souladu s postupy založenými na důkazech přistupuje k matce a dítěti jako k jednotě, resp. nedělitelné jednotce (mother-baby dyad, woman-newborn dyad) a usiluje o to, aby péče, které jim je poskytována, nebyla dvojkolejná a segmentovaná, a především nevyústila v **neopodstatněnou separaci matky a dítěte** od sebe. Uplatňování tohoto principu je důležité obzvláště během šestinedělí a bezprostředně po porodu, kdy je klíčové zajistit okamžitý, **nepřerušovaný kontakt kůže na kůži** mezi matkou a dítětem po dobu minimálně 60 minut. Pokud tomu nebrání vážné zdravotní důvody, všechny zákroky jsou prováděny tak, že je dítěte u matky (rodiče), včetně základního ošetření novorozence. Když první dny po porodu žena pobývá s dítětem v nemocnici, popřípadě je nutná hospitalizace pouze jednoho z nich, matka zůstává společně s dítětem ve stejné místnosti (**rooming-in**), a to od doby bezprostředně po porodu, nebo od doby, kdy je schopna reagovat na dítě, až do propuštění.²³ Během šestinedělí má matka fakticky dostupnou možnost využít návštěvní služby porodní asistentky, popř. jiného poskytovatele zdravotních služeb kompetentního poskytnout péči oběma (tj. jí i jejímu dítěti).

1.6.3 Ženy a jejich rodiny středobodem poskytovaných služeb

Ústředním průřezovým principem celé strategie je koncept **péče zaměřené na ženu**²⁴ (woman-centred care) v kombinaci s **péčí zaměřenou na rodinu** (family-centred care). Tento průřezový princip se opírá o východiska bio-psycho-sociálního modelu péče a rozpracovává propacientský přístup, resp. koncept péče zaměřené na člověka²⁵ (people-centred care, person-centered care, patient-centred health care) pro kontext období raného mateřství. V jádru těchto konceptů je respektující, **partnerský přístup ze strany zdravotnic a zdravotníků**, kteří ženě a její rodině zdravotní služby poskytují. Inherentní součástí takového přístupu je respekt k autonomii a přáním ženy, její duševní a tělesné integritě a potřebám její rodiny, který se mj. projevuje v komunikaci ze strany zdravotníků a zdravotnic, ale také v **tomu odpovídající organizaci zdravotních služeb**. „*Potřeby dvojice matka-dítě by měly mít přednost před potřebami poskytovatelů péče, institucí a medicínského průmyslu.*“²⁶

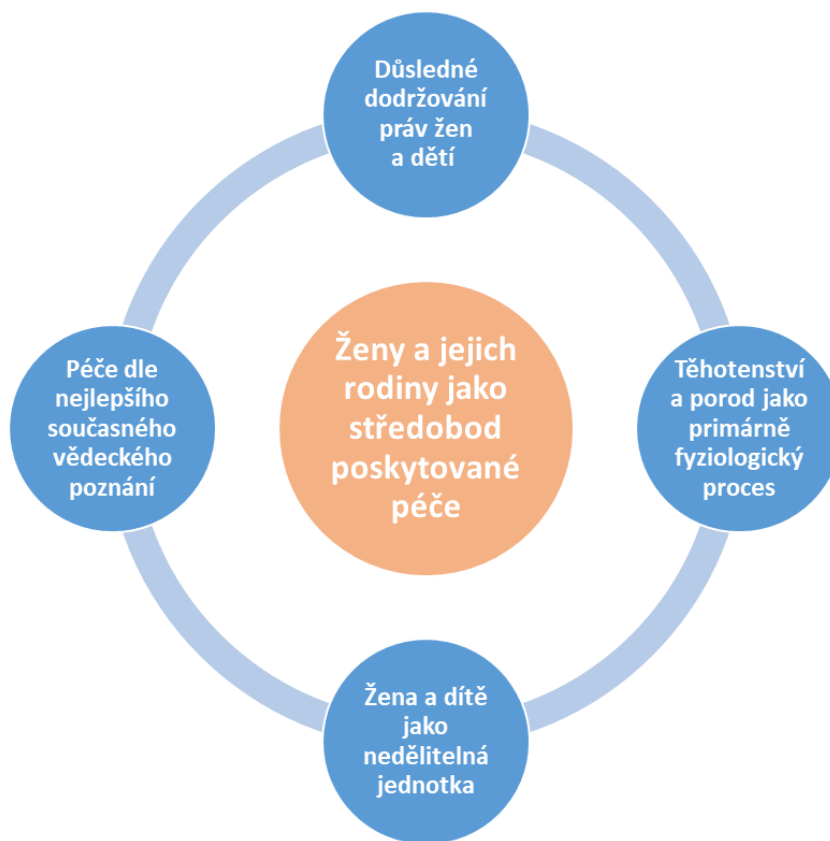
²³ Tj. jsou spolu po celý den i noc.

²⁴ Blíže viz např. https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_3.

²⁵ Blíže viz např. COULTER, A. – OLDHAM, J. (2016). Person-centered Care: what is it and how do we get there? In: Future Healthcare Journal, 3(2): 114-116.

²⁶ Blíže viz „Aktuální trendy v porodní péči“ dostupné z: <https://pruvodce-porodnicemi.aperio.cz/aktualni-trendy-v-porodni-peci/>

Schéma č. 2: Průřezové principy



Strategie tedy vnímá průchod systémem péče z perspektivy ženy a usiluje, aby byl pro matku a její rodinu co nejméně zatěžující, respektoval její individuální potřeby a vedl k pozitivní zkušenosti ženy s péčí. S tím souvisí také požadavek na plošnou **dostupnost kontinuální péče**.

Systém „porodní péče a její realizace musejí naplňovat potřeby trojice matka-dítě a rodina tak, aby bylo dosaženo plného potenciálu bezpečné a respektující porodní péče. V průběhu celého kontinua porodní péče, tedy během těhotenství, při porodu a v šestinedělí, by měla být jednotka matka-dítě a rodina aktivně zapojena do poskytování péče, s cílem dojít ke společnému rozhodnutí, přičemž konečná rozhodnutí činí matka.“²⁷

Uzpůsobení organizace zdravotních služeb za účelem vytváření podmínek pro poskytování respektující péče v raném mateřství je nedílnou součástí podpory reprodukčního zdraví a práv žen.

1.6.4 Péče dle současného vědeckého poznání (de lege artis)

Dalším klíčovým principem, který se prolíná napříč strategií, je poskytování péče na náležité odborné úrovni. Strategie reaguje na nejnovější vývoj poznání v řešené oblasti a akcentuje nutnost poskytování péče způsobem, jenž odpovídá vědecky podloženým postupům. Důrazem na evidence-based practice neboli postupy založené na důkazech (blíže viz také podkapitola 1.5) strategie akcentuje praxi, jež vede jak k důslednému naplňování hlavní zákonné povinnosti poskytovatele zdravotních služeb spočívající v „*poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality*“

²⁷ Blíže viz 12 kroků k bezpečné a respektující péči o matku-dítě a rodinu, dostupné z: <https://icichildbirth.org/initiative/>, v českém překladu dostupné z: <https://czlobby.cz/cs/dokumenty/12-kroku-k-bezpecne-respektujici-peci-o-matku-dite-rodinu-v-cestine-doporuceni-ici>.

*pacienta*²⁸ (de lege artis), tak k účinnému uplatňování informovaného souhlasu jakožto jednoho z klíčových patientských práv.²⁹ Povinnost postupu de lege artis se vztahuje na lékařská i nelékařská povolání.

1.6.5 Těhotenství a porod jako fyziologický proces

Těhotenství, porod a kojení jsou v základu přirozenými, fyziologickými procesy, nikoli nemocí. Jako takové vyžadují optimální, podpůrnou péči a pozornost odborného personálu. Péči, která je v každé fázi adekvátně přizpůsobena míře případného rizika pro matku a dítě (eventuálně plod) a vyhýbá se „*potenciálně škodlivým úkonům a postupům, u nichž není dostatek důkazů, že jejich prospěšnost převáží nad rizikem*“.³⁰ Přestože část těhotenství a porodu je spojena s definovaným konkrétním rizikem a vyžaduje nějaký typ intervence, **většina** žen je za normálních okolností **schopna porodit fyziologicky**. Schopnost přirozeně porodit však může být narušena některými nadbytečnými zákroky, nevhodným prostředím či špatnou komunikací ze strany zdravotnického personálu a dalšími faktory.

Strategie se proto soustředí na rozvoj péče podporující fyziologii těhotenství a porodu a tomu odpovídajících klinických i dalších postupů, včetně vytváření adekvátního prostředí pro poskytování takové péče, neboť i to hraje významnou roli pro zachování fyziologie těchto procesů.³¹ Podpora normálního fyziologického porodního procesu a **eliminace nadbytečných a potenciálně škodlivých intervencí** se nevyklučuje s bezpečím a kvalitou poskytovaných služeb – právě naopak. WHO upozorňuje, že nadměrná medikalizace (overmedicalization) porodu zhoršuje výsledky i kvalitu péče o ženy, nadbytečně zatěžuje zdravotnický personál a je i ekonomicky neefektivní.

„[I]ntervencionistický přístup není dostatečně citlivý k osobním potřebám, hodnotám a preferencím ženy (a její rodiny) a může oslabit její vlastní schopnosti během porodu a negativně ovlivnit její porodní zážitek.“³²

Strategie usiluje, aby veškeré zásahy do procesu těhotenství a porodu byly prováděny v přímé návaznosti na potvrzení konkrétního rizika či nastalé komplikace, nikoli rutinně či z jiných medicínsky neopodstatněných důvodů.³³

1.7 Předběžná SWOT analýza

Předběžná SWOT analýza stručně formou odrážek shrnuje hlavní silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby identifikované v úvodní fázi přípravy strategie. Jednotlivé **body** jsou v **následujících kapitolách** zasazeny do širšího kontextu, **podrobně analyzovány** a doplněny relevantními zdroji.

Silné stránky	Slabé stránky
– Existence systému veřejného zdravotního pojištění (kapitola 2.1)	– Vysoká míra nespokojenosti s péčí, vystupuje i v porovnání s dalšími lékařskými obory (kapitola 2.2)

²⁸ § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách

²⁹ Blíže viz § 34 zákona o zdravotních službách.

³⁰ Blíže viz krok 7 z 12 kroků k bezpečné a respektující péči o matku-dítě a rodinu, dostupné z: <https://icichildbirth.org/initiative/>, v českém překladu dostupné z: <https://czlobby.cz/cs/dokumenty/12-kroku-k-bezpecne-respektuji-ci-peci-o-matku-dite-rodinu-v-cestine-doporuceni-ici>.

³¹ Evropské standardy pro porodní domy a centra dostupné z https://apodac.org/wp-content/uploads/MUNET-Standards_4_2021_CZ1.pdf.

³² WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, str. 8.

³³ Např. jako „prevence podání stížnosti“, resp. ze strachu, aby si rodička nestěžovala nebo nepodala žalobu; za účelem zvýšení úhrady za poskytnutou péči apod.

– Hustá síť porodnic s třístupňovým modelem péče zajišťujícím, že v každém kraji je alespoň jedno PCIMP či PCIP (kapitola 2.1) – Většina žen zahajuje prenatální péči do 12. týdne těhotenství (kapitola 2.1) – Dlouhodobě nízká míra novorozenecké úmrtnosti (kapitola 2.1) – Systém schopný včasného rozdělení žen na low-risk a high-risk (kapitola 2.1) – Ženy, které potřebují vysoce specializovanou péči, ji včas dostanou (kapitola 2.1) – Nízká mateřská úmrtnost (kapitola 2.1) – Budování datové základny Národního registru reprodukčního zdraví a uspokojivý výsledek validace z nezávislých datových zdrojů (kapitola 3.1) – Povinnost zveřejňovat statistická data na úroveň poskytovatelů zdravotních služeb a nově zavedená možnost benchmarkingu (kapitola 3.1) – Strategický závazek v posílení primární péče (kapitola 1.4) –	– Nenaplněná poptávka po respektující péči (kapitola 2.2) – Přetrvávající existence rutinních postupů a vyšší míra intervencí (kapitola 3.1) – Zásadní rozdíly v kvalitě poskytované péče napříč jednotlivými zařízeními a kraji (kapitola 3.1) – Neexistence národních klinických postupů (kapitola 3.1) – Roztříštěnost a dvojkolejnost péče (o matku se nepečuje jako o nedělitelnou jednotku) - reflektováno napříč více kapitolami – Neefektivní spolupráce mezi jednotlivými profesemi (kapitola 3.2) – Nepřiměřená ingerence lékařských profesí do kompetencí a stavovské samosprávy porodních asistentek (kapitola 3.2) – Legislativní překážky bránící naplnění kompetencí porodních asistentek (kapitola 3.2) – Omezení volby žen ve volbě místa, způsobu a okolností porodu, skrze neexistenci samostatných porodních domů a nemožnost využívat zdravotnických služeb při porodu ve vlastním sociálním prostředí, (kapitola 3.3) – Špatné výsledky v oblasti perinatálního duševního zdraví (kapitola 3.6) – Pokles počtu výlučně kojených dětí během pobytu v porodnici / při odchodu z porodnice (kapitola 2.1) – Vysoká míra stížností a žalob ze strany žen a jejich rodin (kapitola 2.3) – Neplnění mezinárodních lidskoprávních závazků ČR (kapitola 2.4)
--	--

	– Nedostatečná návaznost porodní a poporodní péče (kapitola 2.1) – Nedostatečné právní povědomí zdravotníků a zdravotnic o patientských právech a povinnostech poskytovatelů zdravotních služeb (kapitola 3.4) – Špatná a necitlivá komunikace ze strany zdravotnického personálu (kapitola 3.4 a 3.5) – Stigmatizace žen a rodin, které preferují mimoklinický nebo ambulantní porod (kapitola 3.2) – Absence pravidelných supervizí – Nedostatky v aplikační praxi stran uplatňování svobodného a informovaného souhlasu (kapitola 3.4 a 3.5)
Příležitosti	Hrozby
– Vznik metodického centra NIKEZ (kapitola 3.1) – Existující mezinárodní standardy a klinické postupy vč. možnosti jejich adaptace pro ČR (kapitola 3.1) – Možnost využití technické pomoci od WHO a dalších mezinárodních organizací (kapitola 3.1) – Důraz na primární péči a s ní spojená úspora veřejných prostředků (kapitola 3.3) – Úprava vzdělávacích kurikul vč. důrazu na budování a zlepšování komunikačních dovedností zdravotníků a zdravotnic (kapitola 3.4 a 3.5) – Zavedení pravidelných supervizí (kapitola 3.4) – Promyšlené investice do infrastruktury, mj. za využití prostředků z fondů EU (kapitola 3.3)	– Nedostatečně respektující péče a porušování zásad informovaného souhlasu (kapitola 3.4) – Stávající nebo zvyšující se míra rutinních zákroků v rozporu s evidence-based postupy (kapitola 3.1) – Přetrvání nedostatků v komunikaci ze strany zdravotnického personálu (kapitola 3.1) – Zbytečná separace žen a dětí a zkomplikování navazování jejich vztahu a funkcí rodiny - reflektováno napříč více kapitolami – Zhoršující se dopady na zdraví žen minimálně v psychické oblasti vč. souvisejících ekonomických dopadů (kapitola 3.6) – Právní nejistota zdravotnického personálu a s ní spojená vyšší míra intervencí (prováděných „pro jistotu“)

– Možnost navázat na existující iniciativy zdola (ze strany příjemkyň péče i ze strany jednotlivých zdravotnic a zdravotníků a vedení nemocnic) - reflektováno napříč více kapitolami – Osvěta veřejnosti a možnost rozvoje NZIP - reflektováno napříč více kapitolami – Pokračující elektronizace zdravotnictví s ní související snížení administrativní zátěže a zároveň zpřesnění sběru dat (kapitola 3.1) – Pokles počtu porodů ve smyslu usnadnění přechodu a organizačních změn v zařízeních směrem k poskytování individualizované a na ženu zaměřené péče (kapitola 2.1) – Naplnění závazku vlády z programového prohlášení (kapitola 1.1) – Nález Ústavního soudu k domácím porodům vedeným porodními asistentkami (kapitola 3.3)	- (kapitola 3.4) Vyhoření zdravotníků a zdravotnic (kapitola 3.4) – Žaloby na poskytovatele zdravotních služeb i na ČR (kapitola 2.3) – Nedostatek kvalifikovaného personálu v důsledku demotivace vstupu do příslušného lékařského či zdravotnického oboru, popř. odchody z něj (kapitola 2.3 a 3.4) – Hrozba zavření některých porodnic (kapitola 2.1) Neefektivní nakládání s veřejnými prostředky (kapitola 3.3) Kritika mezinárodního společenství (kapitola 2.4)
---	--

2. Definice a analýza řešeného problému

Strategie řeší problémy v aktuálním nastavení systému péče o ženu a dítě v raném mateřství, a to s důrazem na lidskoprávní přístup ke zdraví, dostupnost kontinuální péče a zajištění pozitivní zkušenosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím.³⁴ Vychází z premisy, že kvalitní, bezpečnou a respektující péči během celého těhotenství, porodu a poporodního období by měla dostat každá žena a novorozenec. Strategie se proto zaměřuje na identifikaci a odstranění bariér, které aktuálně ženám v praxi znemožňují přístup k bezpečné, respektující a individualizované péči při každém kontaktu (s osobou či menší skupinou osob, jež jí ženě poskytují), s uplatňováním účinných klinických postupů a poskytováním relevantních a včasných informací včetně psychosociální a emocionální podpory, a to zdravotnickým personálem s dobrými klinickými a interpersonálními dovednostmi v rámci dobře fungujícího zdravotního systému, jehož složky i jednotlivé profese vzájemně efektivně spolupracují.³⁵

Zastřešujícím cílem strategie je, aby péče splňující výše uvedená kritéria byla plošně přístupná každé ženě ve všech regionech a zařízeních jako běžně dostupný standard, hrazený z veřejného zdravotního pojištění. Měla by být dostupná i pro ženy, které se nacházejí v těžší ekonomické situaci či čelí jiným znevýhodněním.³⁶ Souběžně s tím strategie usiluje o to, aby

³⁴ K definici pozitivní zkušenosti s porodem a souvisejícím definicím pozitivní těhotenské a poporodní zkušenosti, které WHO používá, viz podkapitola 1.5.

³⁵ K účelu strategie viz rovněž podkapitola 1.3.

³⁶ Tj. neměla by být placeným či jinak nedostupným nadstandardem, který si některé ženy z důvodu chudoby či jiného znevýhodnění nemohou dovolit.

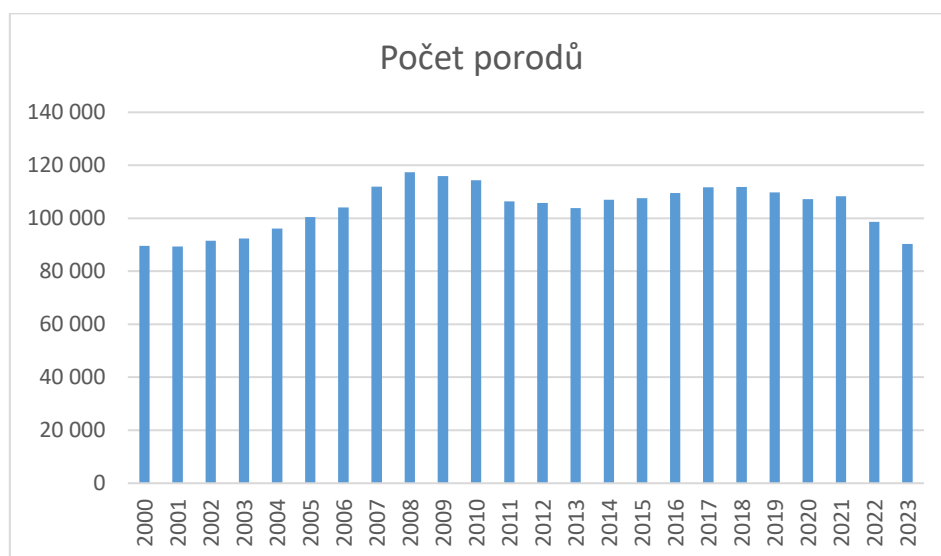
přístup k této péči nebyl obstruován znemožňováním volby poskytovatele zdravotních služeb či nedostatečnou spoluprací mezi profesemi, které ji mají poskytovat.

2.1 Základní přehled situace v ČR

V Česku ročně porodí přibližně kolem sto tisíc žen. S výjimkou roku 2021 je však již od roku 2018 patrný klesající trend počtu narozených dětí. Mezi lety 2000 a 2022 činil průměrný roční počet porodů 104 818. Průměrný věk žen při narození dítěte v tomto období vzrostl z 26,8 na 31,1 (resp. na 31,08 let v roce 2022 a 31,10 v roce 2023). Úhrnná plodnost (průměrný počet dětí na jednu ženu)³⁷ klesla v roce 2022 na 1,62. V roce 2023 následoval další meziroční pokles, a to na 1,45 dětí na 1 ženu. Meziroční úbytek narozených v roce 2022 byl výraznější než v předcházejících letech a i rok 2023 přinesl výrazné snížení počtu narozených dětí. Meziroční pokles počtu narozených konkrétně činil 10 %, ze 100 464 narozených v roce 2022 na 90 369 narozených v roce 2023. Jednalo se o největší propad od poloviny 90. let 20. století, přičemž prohloubení poklesu počtu narozených dětí se očekává i letos a v následujících letech.³⁸

Výše uvedené trendy mají komplexní sociokulturní příčiny a souvisí s hodnotovou proměnou ve společnosti. Tyto jednotlivé strukturní příčiny (vč. např. nedostatečných kapacit v zařízeních předškolního vzdělávání) jsou blíže řešeny v jiných vládních koncepčních a strategických dokumentech³⁹ a není účelem této strategie se jimi zabývat. Strategie svým zaměřením na rozvoj respektující péče v raném mateřství u již těhotných žen s chtěným těhotenstvím nicméně může sekundárně přispět k řešení jedné z mnoha příčin klesající porodnosti. Tou je obava z dalšího těhotenství a porodu vzniklá na základě špatné zkušenosti s péčí nebo vystavením porodnickému násilí. Výzkumy ukazují, že i tato traumatická zkušenost patří mezi faktory, na základě kterých ženy přistoupí k rozhodnutí nemít další dítě (blíže viz kapitola 3.5.4). Trend klesajícího počtu porodů je v neposlední řadě relevantní i s ohledem na budoucí riziko nutnosti ukončení provozu některých porodnic a zesilující tlak na zvýšení kvality péče a naplnění očekávání a potřeb žen, pokud si poskytovatelé zdravotních služeb budou chtít klientky nadále udržet.

Graf č. 1: celkový počet porodů v ČR v letech 2000-2023

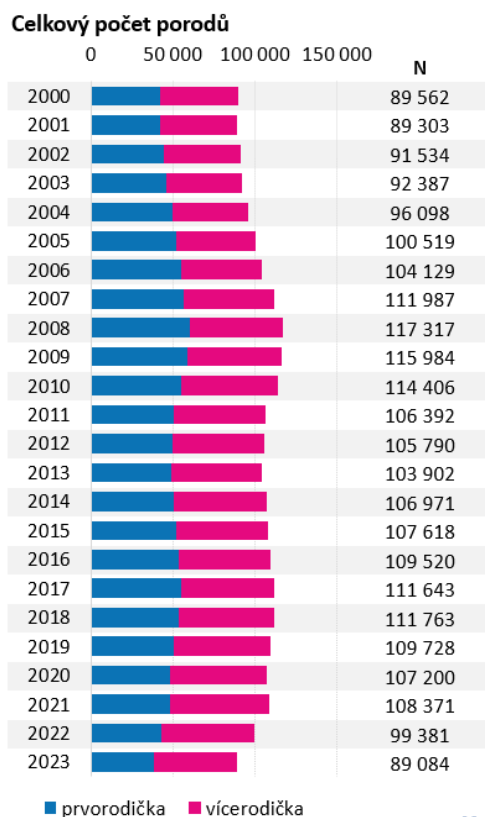


³⁷ Tj. průměrný počet živě narozených dětí připadajících na 1 ženu ve věku 15-49 let, za předpokladu, že by míry plodnosti podle věku v daném kalendářním roce zůstaly nezměněny (blíže viz https://www.czso.cz/csu/gender/gender_obyvateľstvo-metodika).

³⁸ Zdroj dat: NRRZ a ČSÚ.

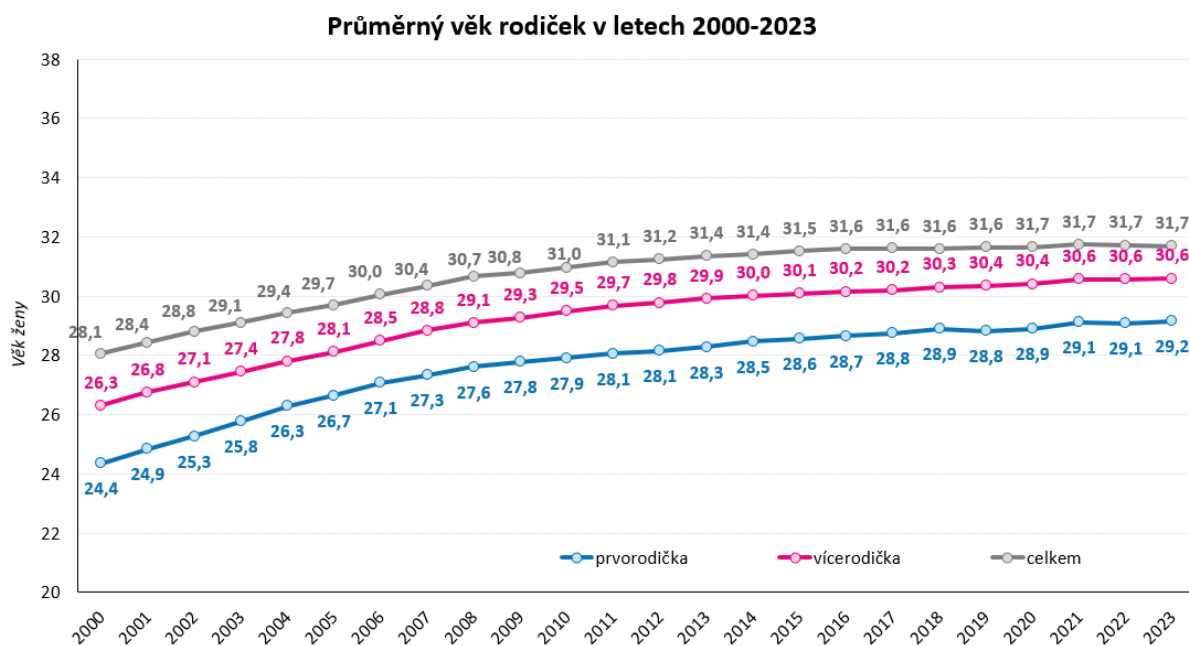
³⁹ Např. ve Strategii rodinné politiky 2023-2030.

Graf č. 2: celkový počet porodů v ČR v letech 2000-2023 v dělení na prvorodičky a vícero-dičky



Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ – Modul Rodička⁴⁰

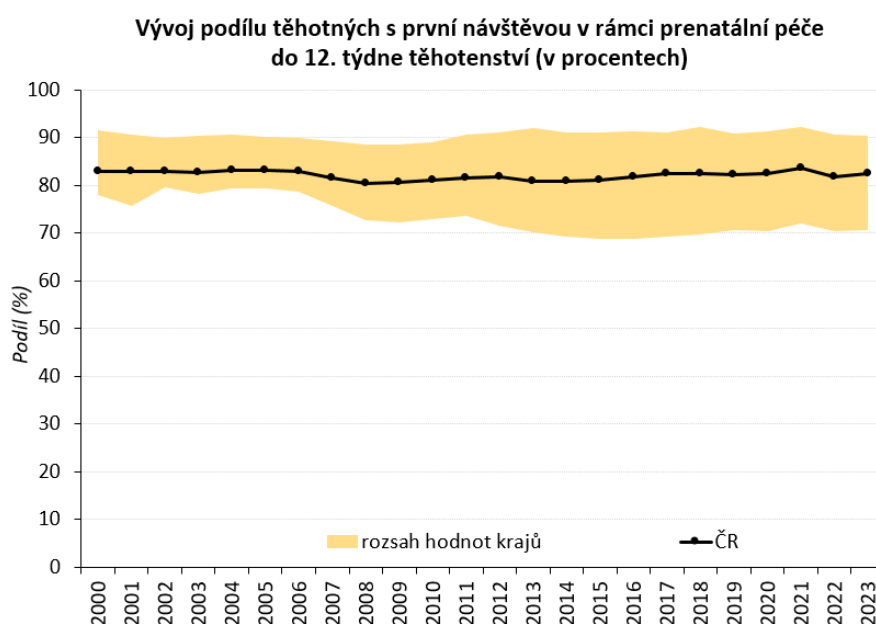
Graf 3: Průměrný věk rodiček v letech 2000-2023



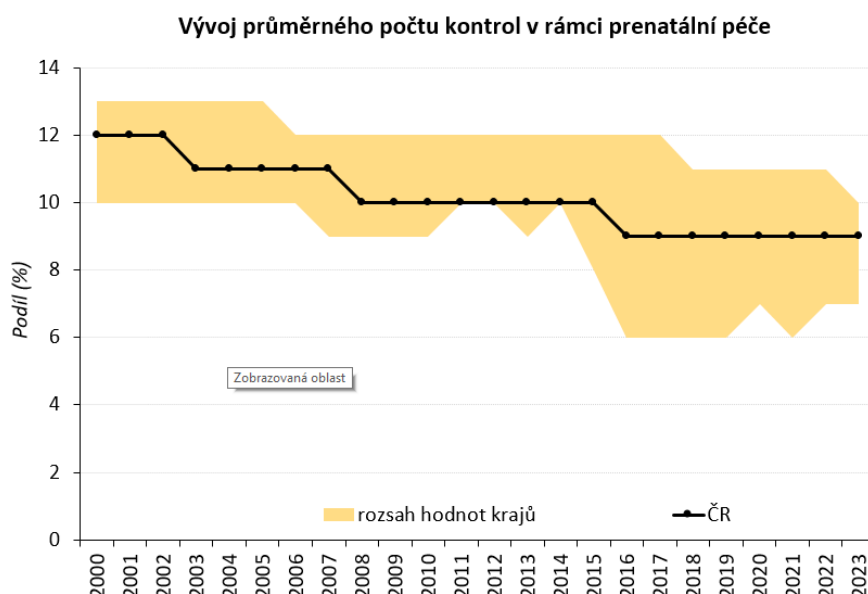
⁴⁰ Odpovídá stavu registru k 15.11.2024.

Většina těhotných žen v Česku uskuteční první kontakt se zdravotnickým personálem do 12. týdne těhotenství a v rámci prenatalní péče podstoupí devět kontrol. Podíl žen, které zahájí prenatalní péči do 12. týdne, činil v roce 2023 82,4 %. Tento podíl dlouhodobě zůstává na stejné úrovni (viz Graf č. 4). K mírnému snížení došlo ve sledovaném období v průměrném počtu prenatalních kontrol (12 v roce 2000 oproti 9 v roce 2023 – viz Graf č. 5), což však nijak neodporuje odborným doporučením. WHO pro snížení perinatální úmrtnosti a zlepšení zkušeností žen s péčí se doporučuje modely předporodní péče s minimálně 8 kontakty⁴¹ s tím, že studie nenaznačují žádný významný rozdíl ve zdravotních výsledcích mezi modely, které zahrnovaly alespoň 8 kontaktů, a modely, které zahrnovaly 11 až 15 kontaktů.

Graf č. 4:



Graf č. 5:



⁴¹ Doporučení E.7.

Zdravotní péče o ženy v raném mateřství, zejména v období těhotenství a při porodu, je v ČR v současnosti soustředěna do rukou lékařů a lékařek se specializací v oboru gynekologie a porodnictví. Pouze ti mohou v nynějším nastavení být pro ženu v době těhotenství **primárním registrujícím poskytovatelem**, který jim může poskytnout péči hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V aplikační praxi jsou rovněž převážně těmi, kdo rozhoduje o míře případného rizika a těhotnou zařazuje do skupiny:

- těhotná žena s nízkým rizikem (low-risk),
- těhotná žena s definovaným konkrétním rizikem (high-risk).

Ženám s vysokou mírou rizika systém poskytuje včasnou specializovanou péči. Posouzení toho, do jaké kategorie žena spadá, však do jisté míry probíhá arbitrárně, neboť neexistují jednotné národní standardy, podle nichž by byly obě skupiny definované, resp. podle kterého by byla jednotně definována alespoň jedna z nich.⁴² Ve skórování rizika se tudíž projevují rozdíly napříč pracovišti (a potažmo regiony). Stejně tak není na celostátní úrovni definován postup, kdy konkrétně by mělo dojít k předání ženy z péče porodní asistentky do lékařské péče – záleží tedy na posouzení individuálních zdravotníků a zdravotnic, popřípadě si některá zařízení tato kritéria definují interně a jsou tak aplikována pouze v rámci jednotlivých pracovišť (např. nemocnicemi s centry porodní asistence, jež ženám mj. nabízí těhotenské poradny vedené porodní asistentkou). Tato určitá míra nejednotnosti podporuje **nadměrnou medikalizaci těhotenství i u žen s nízkým rizikem, které vyšší úroveň péče nutně nepotřebují**. Vyjasnění rozmezí mezi těmito dvěma skupinami těhotných a indikací, při kterých má porodní asistentka ženu předat do lékařské péče a kdy ji si ji může převzít zpět, přitom nevede ke snížení kvality péče, nýbrž k vyšší kvalitě a zamezuje nadužívání specializované péče.

Péči porodní asistentky si žena v době těhotenství musí sama plně uhradit nebo k ní získat souhlas ošetřujícího lékaře či lékařky, typicky (avšak nikoli nutně) z oboru gynekologie a porodnictví.⁴³ V praxi ke zmocňování porodních asistentek k zajištění komplexního vyšetření⁴⁴ a následných kontrolních vyšetření těhotné ženy⁴⁵ nedochází často a případné indikování těchto výkonů se zpravidla vztahuje pouze na porodní asistentky, které působí v ambulanci v rámci nemocnice nebo v ordinaci registrujícího gynekologa/gynekoložky.

Aktuální výsadní postavení lékařů a lékařek v péči o těhotnou ženu je umocněno provázáním úhradových mechanismů za péči v těhotenství s doporučenými postupy ČGPS ČLS JEP, resp. *Zásadami dispenzární péče v těhotenství*, jež se zapojením porodních asistentek do péče o těhotnou ženu vůbec nepočítají. Ambulantním gynekologům a gynekoložkám je péče o těhotnou ženu hrazena formou agregovaných plateb napojených na jednotlivé trimestry. Pokud část této péče probíhá u neregistrujícího poskytovatele zdravotních služeb, je mu hrazena prostřednictvím proplácení jednotlivých aktuálně platných zdravotních výkonů, které jsou následně odečteny registrujícímu poskytovateli.

Péče při porodu je v současnosti v ČR hrazena zdravotními pojišťovnami výhradně formou lůžkové péče. Po porodu je doporučena hospitalizace ženy s dítětem do tří dnů jeho věku. Pokud žena odchází před uplynutím 48 hodin od porodu, porodnici je za hospitalizaci krácená platba od pojišťovny. Porod v samostatném porodním domě není možný, neboť v Česku v důsledku přísné legislativy aktuálně žádný neexistuje (blíže viz kapitola 3.3.3). V rámci několika málo porodnic v posledních letech vznikla centra porodní asistence, avšak pro ně aktuálně neexistuje zastřešující národní standard. Zároveň za individualizovanou péči porodní

⁴² Výčet konkrétních rizik obsažený v doporučeném postupu ČGPS ČLS JEP, resp. *Zásadách dispenzární péče v těhotenství*, je v pouze demonstrativní, nikoli taxativní. Definice ženy s nízkým rizikem v postupu zcela absentuje.

⁴³ Zákon neupravuje lékařský obor, který může indikaci pro úhradu péče porodní asistentky poskytnout. Může být tedy např. indikována i praktickým lékařem či lékařkou pro dospělé nebo při odchodu z porodnice.

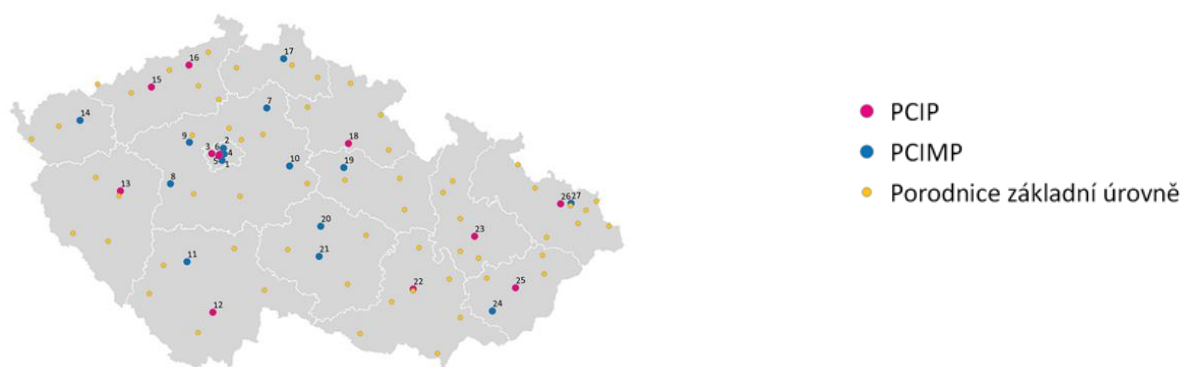
⁴⁴ Blíže viz <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/06021>.

⁴⁵ Blíže viz <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/06023>.

asistentky si v nich ženy musí připlácet z vlastních prostředků, což je vedle celkově nízkých kapacit těchto center dalším důvodem, kvůli kterému jsou pro většinu žen obtížně dostupné (blíže viz kapitola 3.3.3). Pokud si žena pro porod zvolí vlastní sociální prostředí, tak péče, kterou při něm může využívat, nespadá do rozsahu zákona o zdravotních službách. Na úhradu takové z prostředků veřejného pojištění tak nemá aktuálně nárok (blíže viz kapitola 3.3.5). Výjimkou je neodkladná péče, v takovém případě se jedná o zdravotní službu ve smyslu stejnojmenného zákona (k příčinám a důsledkům této rozpornosti a dvojkolejnosti blíže viz kapitola 3.3.5).

Důrazu na poskytování péče rodícím ženám ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče odpovídá hustá síť porodnic. V České republice je aktuálně v provozu celkem 86 porodnic, z toho 60 porodnic zajišťujících základní úroveň zdravotní péče, 15 center intermediární péče (PCIMP) a 12 perinatologických center intenzivní péče (PCIP) – viz Obrázek 1. V každém kraji je alespoň jedno perinatologické centrum intenzivní či intermediární péče pro zajištění dostupnosti specializované péče v blízkosti bydliště všem rodičkám. Díky existenci této sítě špičkově vybavených perinatologických center intenzivní a intermediární péče, do kterých je centralizována péče o ženy s patologickým průběhem těhotenství, má ČR dlouhodobě jednu z nejnižších perinatálních úmrtností v Evropě.

Obrázek č. 1: Rozmístění porodnic v ČR



Základní úroveň

- 59 porodnic prvního typu
- Nejblíže bydlišti těhotné
- S výjimkou Hl. města Prahy alespoň 2 tato zařízení v každém kraji

Perinatologické centrum intermediární péče

- 2. stupeň péče o těhotné a rodící ženy
- 15 zařízení v celkem 9 krajích
- Péče o středně vážné případy a patologie, koncentrují předčasné porody od 31+0 týdne těhotenství

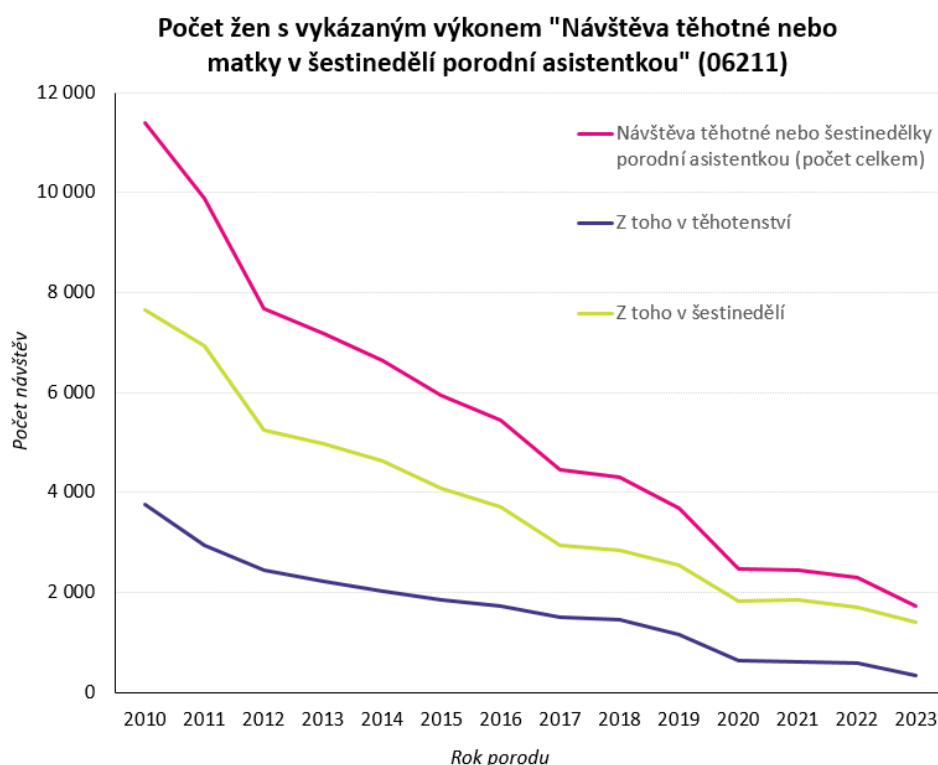
Perinatologické centrum intenzivní péče

- 3. stupeň péče o těhotné a rodící ženy
- 12 zařízení v celkem 9 krajích
- Péče o nejvážnější případy a těhotenské patologie, koncentrují předčasné porody od 23 + 0 do 31+0 týdne těhotenství

S ohledem na trend klesajícího počtu porodů nyní některým porodnicím hrozí zánik. Nízký počet porodů vede k neefektivnímu využívání kapacit zdravotnického personálu, jehož je v některých regionech již nyní nedostatek, a má také negativní ekonomické dopady na provoz těchto zařízení. Tlak na racionalizaci provozu, a tedy na postupné uzavření či sloučení sílí zejména u porodnic, které se nacházejí v těsné blízkosti. Nemocnicím s nízkým počtem porodů rovněž hrozí odebrání akreditace pro specializační vzdělávání v oboru gynekologie a porodnictví. Akreditační komise oboru gynekologie a porodnictví při Ministerstvu zdravotnictví stanovila pro zachování této akreditace podmínku minimálně 600 porodů za poslední kalendářní rok nebo průměrně 600 porodů ročně za poslední tři kalendářní roky. Aktuálně tuto podmínku nesplňuje 20 pracovišť. Hrozba odebrání akreditace zároveň odrazuje mladé lékaře a lékařky od nástupu do těchto zařízení, protože praxe v nich by se jim nezapočítávala do předatestačního vzdělávání. Zavření porodnic však může být i příležitostí – uvolněné prostory lze využít například pro vznik pracovišť autonomně vedených porodními asistentkami (viz kapitola 3.3).

Poporodní péče o ženu a novorozence je v prvních třech dnech po porodu zpravidla zajištěna v rámci hospitalizace v souvislosti s porodem, během které se provádí i novorozenecký screening. Pokud žena odejde z porodnice před uplynutím doporučené lhůty 72 hodin od porodu, popřípadě porodí v domácím prostředí, má k novorozeneckým screeningovým vyšetřením ztížený přístup. K prvnímu vyšetření novorozence ze strany PLDD by mělo dojít nejpozději do dvou dnů po propuštění z porodnice. V rámci šestinedělí systém dále počítá s úhradou preventivní prohlídky novorozence ve druhém a následně v šestém týdnu jeho věku. Péče o ženu po zbytek šestinedělí není adekvátně zajištěna, neboť ženy se do gynekologické ambulance vrací nejdříve na konci šestinedělí, resp. po jeho uplynutí. Adekvátně není využívána ani tzv. návštěvní služba ze strany porodní asistentky. V roce 2022 činil počet žen, u kterých byl tento zdravotní výkon vykázan v průběhu šestinedělí, pouhých 1712 (viz graf č. 6).

Graf č. 6



Zatímco u dítěte jsou během šestinedělí doporučené a prováděné tři preventivní prohlídky, u matky se s žádnými preventivními prohlídkami nepočítá a řeší se fakticky pouze akutní stavy. Nedostatečná prevence u ženy v době šestinedělí může však mít i pozdější dopady, např. v podobě předčasného ukončení kojení, potíží souvisejících se špatným hojením porodních poranění či problémů v oblasti duševního zdraví nebo pohybového aparátu. **Nepostačující péče o ženu v průběhu šestinedělí je v příkrém nepoměru s jejím intenzivním sledováním v průběhu těhotenství a při porodu.** Je rovněž v rozporu s doporučeními WHO, která u zdravých žen a novorozenců po propuštění z porodnice doporučuje minimálně tři další poporodní kontakty,⁴⁶ a to optimálně v domácím prostředí a s důrazem na přístup k matce a dítěti jako k nedělitelné jednotce (mother-baby dyad).

Stávající systém péče má své silné i slabé stránky, které jsou spolu s příležitostmi a hrozbami stručně shrnuty ve SWOT analýze (viz kapitola 1.7). Jednotlivým problémům jsou blíže věnovány samostatné kapitoly v další části strategie.

Vhodnost stávajícího nastavení systému péče byla doposud posuzována zejména optikou nízké perinatální úmrtnosti. Jakkoli je tento faktor důležitý a je ve veřejném zájmu jeho udržení na nízkých hodnotách, není vhodným zastřešujícím nástrojem pro měření celkové kvality péče poskytované během raného mateřství. Kvalita porodní péče musí být měřena i s ohledem na subjektivní vnímání rodičích žen⁴⁷ (tém se blíže věnuje navazující kapitola 2.3). Nadto ukazatel perinatální úmrtnosti vypovídá zejména o úspěších a kvalitě vysoce specializované péče o nejkomplicovanější případy těhotenství, předčasně narozené a jinak ohrožené novorozence. V zemích, které mají v této oblasti srovnatelné nebo i lepší výsledky (např. Švédsko), může být primární poskytovatelkou zdravotních služeb porodní asistentka a v praxi aplikovány postupy pro zajištění respektující péče. Takové země pak mají vedle kvalitních perinatálních výsledků i výrazně lepší výsledky v péči o ženy (např. v míře uplatňování epiziotomií), což se odráží i ve vyšší míře spokojenosti žen s péčí a dalších relevantních ukazatelích. Analytická část strategie se proto zaměřuje především na slabé stránky systému, kde nabízí cesty k nápravě.

2.2 Šetření spokojenosti žen s péčí

*„Pozitivní zkušenost žen s péčí v mateřství souvisí s kvalitou péče a je stejně důležitá jako objektivně měřitelné perinatální výsledky.“*⁴⁸ Přesná identifikace determinant spokojenosti žen s péčí je klíčovou podmínkou pro změnu současné praxe a rozvoj respektující péče v raném mateřství. Níže jsou tudíž blíže představeny hlavní závěry z vybraných výzkumů a šetření⁴⁹ v Česku, zejména těch, kterých se zúčastnil vyšší počet respondentek, popřípadě ty, které iniciovalo, realizovalo či jiným způsobem podpořilo Ministerstvo zdravotnictví.

Mezi první průzkumy, které se zabíraly mírou spokojenosti žen s péčí v českých porodnicích, patřilo šetření realizované v rámci projektu *Kvalita očima pacientů*. Projekt vznikl ve spolupráci Ministerstva zdravotnictví a agentury STEM/MARK a dodnes částečně běží.⁵⁰ Metodiku pro

⁴⁶ Pokud je porod veden ve zdravotnickém zařízení, měla by být podle WHO zdravým ženám a novorozencům poskytnuta poporodní péče v tomto zařízení po dobu nejméně 24 hodin po porodu. Pokud porod proběhne doma, první poporodní kontakt by měl být co nejdříve do 24 hodin po porodu. U zdravých žen a novorozenců se doporučují nejméně tři další poporodní kontakty, a to v rozmezí 48 až 72 hodin, 7 až 14 dnů a během 6. týdne po porodu.

⁴⁷ Viz např. Lavender DT. Improving quality of care during labour and childbirth and in the immediate postnatal period. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016 Oct;36:57-67. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.05.011. Epub 2016 Jun 25. PMID: 27422744. Dostupné z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27422744/>.

⁴⁸ WILHELMOVÁ, Radka, Lenka VESELÁ, Iva KORÁBOVÁ, Simona SLEZÁKOVÁ a Andrea POKORNÁ, 2022. Determinants of respectful care in midwifery. *Kontakt* [online]. 2022-12-19, 24(4), 302-309. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2022.035. Dostupné z <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2022/04/07.pdf>.

⁴⁹ V Česku byly realizovány i další průzkumy, avšak již menšího rozsahu nebo se zaměřením nikoli na celou republiku, nýbrž na konkrétní zařízení či regiony.

⁵⁰ Blíže viz <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/>. Realizátor šetření *Kvalita očima pacientů* následně ve spolupráci s Babyweb.cz vytvořil navazující projekt *Přirozený porod v porodnici* (PPP). Projekt PPP si za cíl stanovil „plošné zlepšení standardu porodní péče v Česku“. Porodnicím, které se do něj zapojily a prošly úspěšně jak hodnocením porodu v jednotlivých bodech desatera ze strany rodiček, tak naplnily předem definovaná odborná kritéria, byly

distribuci a sběr dotazníků pro hodnocení spokojenosti pacientů a pacientek ministerstvo vydalo v roce 2008.⁵¹ V úvodu metodiky zdůrazňovalo, že patientská spokojenost je důležitým indikátorem kvality zdravotních služeb a že veřejně dostupné informace o kvalitě jednotlivých zdravotnických zařízení, na základě kterých se mohou lidé rozhodovat, jsou předpokladem naplnění práva „pacienta na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení“.⁵²

V rámci průzkumu bylo zjištěno, že **porodnická oddělení často nedosahovala tzv. standardu dobré péče**, zatímco většina ostatních oddělení nemocnic ano. Horší výsledky porodnických oddělení byly vysvětlovány možností zkrácení způsobeného postpartální depresí pacientek a nezapočítávaly se proto ani do souhrnného vyhodnocení spokojenosti za celé zdravotnické zařízení. Předpoklad tohoto jednosměrného zkrácení hodnocení ze strany klientek byl později vyvrácen.

Na chybnost výše uvedené premisy upozornily i autorky prvního celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v Česku, který byl proveden u reprezentativního souboru 1195 žen, které porodily v ČR ve zdravotnickém zařízení v letech 2005–2012.⁵³ Autorky argumentovaly, že na rozvoj i průběh poporodní subdeprese může mít vliv právě i kvalita psychosociálního prostředí porodnice a přístup personálu k ženě jak během porodu, tak v průběhu následné hospitalizace. Zároveň zdůrazňovaly, že předchozí průzkumy spokojenosti realizované v rámci projektu *Kvalita očima pacientů* byly sice důležitým a relevantním zdrojem informací, nicméně byly limitovány používáním jednotných dotazníků pro všechna oddělení nemocnic, a „*kvalita porodnické péče tak nebyla zachycena ve svých specifických momentech*“.⁵⁴ Své šetření proto realizovaly s cílem tuto mezeru zaplnit a „*vyhodnotit spokojenost žen s porodní a poporodní péčí s využitím diagnostické metody určené speciálně pro evaluační a autoevaluační účely porodnic*“.⁵⁵

Celková spokojenost s péčí na porodnickém oddělení (porodním sále) činila 70 %, s péčí na oddělení šestinedělí 61 %. **Nejnižší spokojenost** přitom byla **detekována v dimenzi kontrola rodičky, resp. podíl ženy na rozhodování (pouhých 34 %)**. V hodnocení jednotlivých položek v této dimenzi **jen 35 % žen** uvedlo, že měly **možnost odmítnout rutinní zákroky a vyšetření**. Necelých 42 % žen uvedlo, že má za to, že zdravotnický personál respektoval jejich vlastní tempo porodu. **Jenom 24 % žen si mohlo zvolit polohu pro vypuzení dítěte**, přičemž do vyhodnocení tohoto kritéria nebyly zahrnuty ženy, které na dané položky nemohly odpovídat z důvodu operativního či instrumentálního porodu.⁵⁶

Z výsledků průzkumu vyplynulo, že se české porodnictví navzdory svým silným stránkám a vynikajícím výsledkům v jiných aspektech péče potýká s některými nedostatky v psychosociální oblasti, které mají negativní dopad na celkovou kvalitu zdravotních služeb, a potažmo snižují míru spokojenosti žen s jejich poskytováním. V návaznosti na výsledky šetření autorky identifikovaly klíčové determinanty spokojenosti rodiček s péčí v českých porodnicích a formulovaly konkrétní **doporučení** pro praxi.⁵⁷ Součástí doporučení bylo zaměřit se především na **posilování psychosociálních kompetencí (zejména komunikačních dovedností) zdravotníků a zdravotnic**. Doporučení s ohledem na obsah zpětné vazby ze

v rámci projektu udělovány symbolické stejnojmenné certifikáty PPP. Blíže viz <http://www.prirozenyporodvporodnici.cz/o-projektu-prirozeny-porod-v-porodnici/>. Pro desatero PPP viz <http://www.prirozenyporodvporodnici.cz/desatero-ppp-prirozeny-porod-v-porodnici/>.

⁵¹ Viz Věstník Ministerstva zdravotnictví z 30. května 2008, kap. 14, dostupné z https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/2035/6204/V%4%9Bstn%C3%ADk%2003_2008.pdf

⁵² Tamtéž, str. 67.

⁵³ Takács, L., Seidlerová, J., Horáková Hoskovcová, S., Šulová, L., Štětovská, I., Zejdová, H., Kolumpková, M. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček*. FF UK, 2012.

⁵⁴ Takács L., Seidlerová J. *Psychosociální klima porodnice očima rodiček I. Výsledky celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček*. In Česká gynekologie 2013, 78, č. 2., str. 158.

⁵⁵ Tamtéž, str. 159.

⁵⁶ Tamtéž, str. 164.

⁵⁷ Takács L., Seidlerová J. *Psychosociální klima porodnice očima rodiček II. Prediktory spokojenosti s perinatální péčí v České republice*. In Česká gynekologie 2013, 78, č. 3.

strany účastnic šetření zahrnovala také další konkrétní požadavky jako např. sjednocení informací (zejména těch, které se týkají péče o dítě) podávaných ženám zdravotnickým personálem na odděleních šestinedělí. Z výsledků průzkumu a souvisejících doporučení celkově jasně vyplynulo, že **zlepšování kvality péče v českých porodnicích předpokládá posílení postavení rodiček** v celém systému jejího poskytování.

Tento celorepublikový průzkum spokojenosti s perinatální péčí vycházející ze zpětné vazby žen, které porodily ve zdravotnickém zařízení v letech 2005–2012, byl co do rozsahu, použité metodologie a reprezentativnosti vzorku prvním a dosud také jediným systematickým průzkumem spokojenosti žen s porodní a poporodní péčí v České republice. Důležité závěry a doporučení však přinesly i další šetření a výzkumy, které se zaměřovaly na dílčí hlediska kvality poskytované péče v období raného mateřství (např. na podporu kojení), popřípadě pracovaly s méně či nedostatečně reprezentativním vzorkem nebo využívaly jinou metodologii.

Ministerstvo zdravotnictví na téma spokojenosti rodiček s péčí realizovalo svépomocí v roce 2016 anketu prostřednictvím sociální sítě Facebook,⁵⁸ na základě které se během prvních tří týdnů sešlo téměř 500 různorodých příspěvků a k některým z nich více než 200 dalších reakcí. Jakkoli se jedná o poměrně vysoký počet odpovědí, které zprostředkovávají určitou výseč zpětné vazby od příjemkyň péče, nepochází na rozdíl od výše uvedeného průzkumu z reprezentativního vzorku. Z diskuzních příspěvků, prostřednictvím kterých se ženy k anketní otázce na facebookovém profilu Ministerstva zdravotnictví vyjadřovaly, nicméně rovněž vyplynul **požadavek na změnu stávajícího systému lékařsky vedeného porodu a péče s vysokou mírou intervencí**. „Prakticky všechna navržená doporučení směřují k umožnění neintervenečních porodů. Týkají se též možnosti volby místa porodu, a to apelu na to umožnit porody v jiném než nemocničním prostředí. Dále apelují na pluralitu nejnovějších vědeckých poznatků, z nichž je v českém prostředí podle nich využita jen část a chybí diskuse k alternativním možnostem, z nichž ale těží i renomované organizace typu Světové zdravotnické organizace.“⁵⁹

V roce 2019 si Ministerstvo zdravotnictví u analytického ústavu STEM nechalo zpracovat průzkum názorů žen na kojení, očkování a na místa pro porod.⁶⁰ Jedním z impulzů pro zadání tohoto průzkumu byla dlouhodobá a ze strany Ministerstva zdravotnictví vnímaná společenská poptávka po respektujícím přístupu a humanizaci porodnictví. Ministerstvo na tuto poptávku začalo reagovat prací na koncepční podpoře center porodní asistence⁶¹ v rámci porodnic a jedním z účelů průzkumu bylo ověřit, jak na tento koncept ženy reagují a zda by takové centrum zvažovaly jako možné místo pro svůj porod. Šetření proběhlo prostřednictvím on-line dotazování (CAWI) a zúčastnilo se jej napříč regiony celkem 1009 žen. Byť se nezaměřovalo přímo na ověřování jejich spokojenosti s péčí, vyplynula z něj minimálně dvě zjištění, jež jsou relevantní i pro reflexi aktuálního nastavení systému porodní a poporodní péče z pohledu jeho klientek. Jednak že **koncept center porodní asistence**, kde by se o celý porod starala porodní asistentka, **zaujal dvě třetiny respondentek**, jednak **míra důrazu**, kterou účastnice průzkumu kladly **na komunikaci těch, kdo se o ženu starají**. Komunikace v jejich hodnocení vyšla jako důležitější faktor než moderní zdravotnické vybavení nebo příjemně zařízené prostředí nemocnice.

Avšak i průzkum realizovaný v roce 2019 pro potřeby Ministerstva zdravotnictví měl nezanedbatelné metodologické limity. Ty spočívaly již v samotném výběru respondentek –

⁵⁸ Blíže viz

<https://www.facebook.com/mzcr.cz/photos/a.490623087708684.1073741828.489450987825894/786754881428835/?type=3&theater>.

⁵⁹ Vondráčková L., Šmídová I. 2016. Výzkumná zpráva pro Pracovní skupinu k porodnictví při Radě vlády pro rovnost žen a mužů. Analýza diskuse „Zkušenosti z porodnic“ založené Ministerstvem zdravotnictví na Facebooku. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/dokumenty/Analiza-diskuse-Zkusenosti-z-porodnic-na-Facebooku-Ministerstva-zdravotnictvi-CR-.pdf>.

⁶⁰ Výsledky kvantitativního výzkumu STEM Názory žen na místa pro porod, kojení a očkování ze dne 25. září 2019.

⁶¹ Ke vzniku a provozu center porodních asistence v ČR blíže viz kapitola 3.3.3).

vzorek oslovených žen byl z hlediska věkové struktury vzdálený průměrnému věku rodiček, který v Česku aktuálně činí 31,1 let, v době realizace šetření 30,8 let. Ve vzorku byly totiž z větší poloviny zastoupeny ženy, které se buď již nenacházely v reprodukčním věku, nebo byly v přibližně v jeho poslední třetině, tudíž výběr místa porodu se jich netýkal již tak často, resp. pro ně nebyl natolik aktuálním tématem jako u mladších žen z dalších dvou věkových kategorií. Ženy ve věku 50-60 let konkrétně tvořily 26 % vzorku, věková kategorie 40-49 let byla zastoupena rovněž z 26 %, stejně tak (tj. 26 %) bylo 30-39letých žen, zatímco poměr žen ve věku 18-29 let činil 22 %. K dalšímu zkreslení přispěl i omezený výběr možných odpovědí u některých otázek. Např. závěr, že ženám „nejlepší informace o místech pro porod dají především lékaři“,⁶² vycházel z nabídky odpovědí, do které možnost získat informace od porodní asistentky nebyla vůbec zahrnuta. Absence výběru této možnosti chyběla napříč dalšími tématy, včetně otázky na nejdůvěryhodnější zdroj informací o kojení.

Podpoře kojení v porodnicích z pohledu příjemkyň péče se věnoval průzkum iniciativy Šestinedělky, kterého se zúčastnilo 3 894 žen z celé ČR.⁶³ Sběr zpětné vazby probíhal rovněž formou on-line dotazníku⁶⁴ a soustředil se na zkušenosti žen, které porodily v některé z českých porodnic v období let 2014 až 2017. Otázky v dotazníku byly přímo navázány na *Deset kroků k úspěšnému kojení*,⁶⁵ které tvoří jádro programu WHO a UNICEF Baby-friendly Hospital Initiative a shrnují základní evidence-based postupy, jež mají nemocnice při péči o matku a novorozence dodržovat jako alespoň minimální standard. Program WHO a UNICEF Baby-friendly Hospital Initiative nebyl před rokem 2018 povinný pro všechny nemocnice, nicméně v Česku do něj dobrovolně vstoupily zhruba dvě třetiny porodnic a zavázaly se jeho cíle dodržovat. Průzkum však odhalil, že všech *Deset kroků k úspěšnému kojení* nedodržela ani jedna z nich.

Účastnice průzkumu uváděly, že **podpora šestinedělek je nedostatečná** a že informace od personálu si často navzájem odporují. **Více než polovina dětí nebyla bezprostředně a nepřetržitě po porodu v kontaktu kůže na kůži s matkou po dobu minimálně jedné hodiny** a ženy nebyly dostatečně informovány o důležitosti tohoto kontaktu a jeho benefitech. Zhruba polovina respondentek ke svým odpovědím připojila i psaný komentář. Ne každá žena však zároveň udělila souhlas s jeho zveřejněním. Zveřejněné komentáře pokrývaly pozitivní i negativní zkušenosti žen z doby pobytu na odděleních šestinedělí. Komentáře žen se špatnou zkušeností přinesly konkrétní znepokojivá svědectví o nevhodném postupu personálu – od ponižujících komentářů na adresu žen po násilnou manipulaci s těly šestinedělek a jejich dětí.⁶⁶

Byť ani tento průzkum nebyl primárně zaměřen na ověřování celkové míry spokojenosti žen s péčí, přinesl ve vztahu k tomuto tématu relevantní zjištění. Ta jsou sice limitována na zkušenosti z oddělení šestinedělí, nicméně korespondují se zjištěními z výše zmiňovaného celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v Česku realizovaného v letech 2010 až 2012.

Další dimenzi nespokojenosti klientek s kvalitou péče podkryla unikátní studie z roku 2021, která mapovala domácí porody v Česku. Studie vycházela z dotazníkového šetření, kterého

⁶² Tamtéž, str. 22 (v částečném výtahu výsledků průzkumu str. 12, dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/07/Centra-porodn%C3%AD-asistence.pdf>)

⁶³ Blíže viz <http://sestinedelky.cz/pruzkum-o-kojeni/>, kde jsou rovněž popsány metodologické limity tohoto průzkumu.

⁶⁴ S výjimkou několika desítek odpovědí sesbíraných prostřednictvím tištěné verze dotazníku.

⁶⁵ Blíže viz <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>, v českém překladu iniciativy Šestinedělky viz http://kojeni.cz/wp-content/uploads/2015/04/deset_kroku.pdf.

⁶⁶ Např.: „Prso mi [zdravotní sestra] ne zrovna jemně vzala do ruky a synovi ho skoro násilím rvala do pusy. Na mé argumenty, že prostě asi nechce, že je zrovna po kojení, nereagovala a dále pokračovala, dokud ho nedonutila k pláči.“ Str. 83 z výběru komentářů žen (blíže viz <http://sestinedelky.cz/wp-content/uploads/2017/03/V%C3%BDb%C4%9Br-z-koment%C3%A1%C5%99%C5%AF-VF.pdf>).

se zúčastnilo celkem 642 žen, které rodily plánovaně doma v letech 2015 až 2020.⁶⁷ „Podstatným zjištěním výzkumu je, že dotazované ženy především nechtějí родit v českých porodnicích. Za největší slabinu porodní péče v Česku označily skutečnost, že jsou znevažovány schopnosti a kompetence rodičky a realizovány zákroky bez jejího souhlasu (téměř 100 % žen velmi nebo spíše vadí). Dalšími extrémně problematicky vnímanými okolnostmi jsou ponižování, zesměšňování, manipulace s rodičkami, rutinní nástřih hráze, rutinní podávání oxytocinu a sdílení intimních věcí v čekárně (96–99 % velmi nebo spíše vadí). U žen, které zvolily domácí porod až po zažité zkušenosti s porodem v porodnickém zařízení, pak 69 % z nich uvádí, že je to právě z důvodu špatné předchozí zkušenosti.“⁶⁸

Při realizaci studie byly ženy rovněž dotazovány, za jakých okolností by doma naopak nerodily, přičemž 66 % uvedlo, pokud by si především v porodnicích mohly vybrat porodní asistentku, a 65 % pokud by existovaly porodní domy. „Ty jsou součástí porodní péče například v sousedním Rakousku a Německu nebo také ve Velké Británii. 62 % žen pak uvedlo, že by zvážilo porod v nemocničním zařízení, kdyby se změnil přístup k rodičkám.“⁶⁹

Aktuálně za podpory Ministerstva zdravotnictví probíhá realizace výzkumného projektu *Kvalita poskytované prenatální a perinatální péče pohledem českých žen*.⁷⁰ Projekt se zaměřuje na identifikaci klíčových determinant, jež mají vliv na míru spokojenosti žen s péčí poskytovanou během raného mateřství, a to s důrazem na následnou praktickou aplikaci těchto poznatků do praxe. Jedním z jeho výstupů proto bude i doporučení pro metodiku, nástroj celoplošného sledování spokojenosti žen a vzdělávací materiály, které následně budou testovány v klinické praxi. Zkušenost, a potažmo míru spokojenosti žen s péčí hodnotí prostřednictvím standardizovaného dotazníku, který byl vyvinut v Norsku. Dotazník je určen ženám v období 6 týdnů až 6 měsíců po porodu. Z analýzy volných textových komentářů, které obsahovala třetina prvních 2287 odpovědí, vyplynulo, že „[n]ejčastěji zmiňované zkušenosti žen pocházejí z období porodu (nepodpora, neúcta, manipulace, zásahy bez souhlasu, porodnické násilí) a z období po porodu (nepodpora ženy jako matky, rozporuplné informace, nepodpora kojení, nevhodné prostředí a strava)“.⁷¹ Mezi pozitivní uváděné zkušenosti naopak patřil například porod s osobou nebo na místě, které si žena sama vybrala, a poskytování jasných informací.⁷²

V rámci výzkumu proto před spuštěním dotazníkového šetření proběhla obsáhlá rešerše významných determinant spokojenosti žen s péčí, které byly zjištěny napříč různými zeměmi, zejména (ale nejenom) v evropském kontextu.⁷³ Jak bylo nastíněno v úvodu této podkapitoly, jejich přesná identifikace je klíčovou podmínkou pro změnu současné praxe a rozvoj respektující péče v raném mateřství. „Hodnocení kvality péče poskytované ženám v mateřství je nedílně spjato s konkrétní zkušeností ženy. Prožitek je podmíněn specifickými determinanty vztahujícími se k jednotlivým fázím mateřství a specifickými také pro různé

⁶⁷ Durnová A. a E. Hejzlarová (2021). *Domácí porody v Česku: motivace, důvody a názory žen, které rodily plánovaně doma (2015-2020)*. Dostupné z <https://iss.fsv.cuni.cz/veda-vyzkum/granty/aktualne-resene-projekty/domaci-porody-v-cesku>.

⁶⁸ Cit. ze související tiskové zprávy dostupné z <https://fsv.cuni.cz/kontakty/pro-media/tz-vysledky-studie-fsv-uk-cesky-rodici-doma-hlavne-kvuli-stavu-porodni-pece>.

⁶⁹ Tamtéž.

⁷⁰ Projekt byl podpořen grantem od Agentury pro zdravotnický výzkum České republiky, a to v rámci Programu na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu na léta 2020-2026. Blíže viz <https://www.med.muni.cz/aktuality/chceme-sledovat-kvalitu-poskytovane-prenatalni-a-perinatalni-pece-dotaznik-zenam-ktete-nedavno-porodily>.

⁷¹ WILHELMOVÁ, Radka, Lenka VESELÁ, Iva KORÁBOVÁ, Petr JANKŮ, Miloslava KAMENÍKOVÁ, Lukáš HRUBAN a Andrea POKORNÁ, 2023. Czech women's experiences with maternity care – analysis of free text comments. *European Journal of Midwifery* [online]. 7(Supplement 1). ISSN 2585-2906. Dostupné z: doi:10.18332/ejm/172315, str. 38. Dostupné z <https://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Czech-women-s-experiences-with-maternity-care-analysis-of-free-text-comments.172315.0.2.html>.

⁷² Tamtéž.

⁷³ WILHELMOVÁ, Radka, Lenka VESELÁ, Iva KORÁBOVÁ, Simona SLEZÁKOVÁ a Andrea POKORNÁ, 2022. Determinants of respectful care in midwifery. *Kontakt* [online]. 2022-12-19, 24(4), 302-309. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2022.035. Dostupné z <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2022/04/07.pdf>.

sociodemografické skupiny žen a skupiny žen se zvýšenými nároky na péči. Existují ale i determinanty obecně platné pro všechny ženy bez rozdílu. Patří k nim kontinuální respektující péče, partnerská komunikace, naplnění osobních očekávání ženy, vysoká míra profesionality, podpora ze strany zdravotníků, zapojení ženy do rozhodování a respekt k její volbě.⁷⁴

Péče, která respektuje klíčové determinanty spokojenosti žen s péčí, může snížit počet komplikací, zbytečných zákroků a ekonomických nákladů.⁷⁵

2.3 Podněty k veřejnému ochránci práv, stížnosti a žaloby

Nespokojenost s péčí se odráží také v počtu stížností a žalob. Ostatně někteří lékaři a lékařky označují gynekologii a porodnictví za nejvíce žalovaný lékařský obor (byť oficiální souhrnná evidence v kontextu ČR neexistuje) a uvádí, že zvýšený počet stížností a žalob má negativní vliv na jejich praxi, resp. na jejich duševní a fyzické zdraví a kvalitu poskytované péče, a vede mj. i k odchodům z příslušných pracovišť⁷⁶ (k potřebě supervizí a podpory zdravotnického personálu viz také kapitola 3.4.6).

Ženy, jež se setkaly s nevhodným průběhem péče či nepřístojným chováním zdravotnického personálu a chtějí tato pochybení aktivně řešit, zpravidla využívají možnost podání stížnosti proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami.⁷⁷ Když neuspějí, obrací se na nadřízený orgán, jimž je příslušný krajský úřad nebo Ministerstvo zdravotnictví. Některé nespokojené žen a jejich rodiny využívají i jiných právních cest, včetně možnosti obrátit na soud.

Z výsledků dotazníkového šetření z roku 2018, které byly uveřejněny v časopise Česká gynekologie, vyplynulo, že v posledních pěti letech se setkala **se stížností na vlastní osobu 26 %** (17 % žen a 35 % mužů) z celkového počtu 203 respondentů a respondentek. **Trestní oznámení** bylo ve sledovaném období **podáno na 7 % dotazovaných lékařů a lékařek, 28 % se setkala s občanskoprávní žalobou** na nemocnici nebo ambulanci.⁷⁸

Dalším nástrojem řešení nespokojenosti je podání podnětu, resp. stížnosti veřejnému ochránci práv. Ten stejně jako jeho předchůdkyně a bývalá zástupkyně opakovaně prošetřovali podněty, ve kterých rodiče označovali chování personálu porodnic jako neetické, hrubé či pohrdavé.⁷⁹ Rodičky rozporovaly úkony, s nimiž nevyslovily informovaný souhlas – aplikace léčiva, tlak na břicho, umělé propíchnutí vaku blan, okamžité přestřížení pupečníku, nástřih hráze apod., nebo rozporovaly samotnou porodní strategii (zbytnost císařského řezu). Ještě častěji poukazyvaly na to, že nebyla vyslyšena jejich porodní přání. Rodiče si dále stěžovali na to, že byli od dětí bezprostředně po porodu separováni či že partnerovi rodičky (otci novorozence) nebyla umožněna přítomnost u porodu akutním císařským řezem. „*Krajským úřadům, které vyřizují stížnosti rodičů na porodnice, jsme vytýkali, že stížnosti nevyřídily řádně: nedokázaly dostatečně zjistit skutkový stav, přičemž bezdůvodně upřednostňovaly tvrzení porodnic před tvrzeními rodiček, hodnotily odbornou medicínskou stránku věci bez stanoviska nezávislého odborníka a nezabývaly se (příp. ne dostatečně) ani právními otázkami jako jsou informované souhlasy či přítomnost zákonných zástupců. Krajské úřady navíc někdy odmítaly připustit svá pochybení a museli jsme se obracet až na Ministerstvo zdravotnictví, které nám dávalo za pravdu. Je patrné, že oblast porodnictví je pro všechny strany velmi citlivá, proto bylo naší snahou především kultivovat praxi krajských úřadů při vyřizování stížností tak, aby*

⁷⁴ Tamtéž, str. 307

⁷⁵ Tamtéž

⁷⁶ Blíže viz GLOSOVÁ, Táňa a David CIBULA, 2018. Stížnosti a žaloby na lékaře v oboru gynekologie a porodnictví – výsledky dotazníkového průzkumu. *Česká gynekologie*. 2018(83), 312-318.

⁷⁷ Ve smyslu § 93 až 97 zákona o zdravotních službách.

⁷⁸ Viz Glosová a Cibula.

⁷⁹ Blíže viz např. závěrečná stanoviska dostupná z <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/10036>, dále <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/11280>, dále <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/10222> nebo <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/10126>.

jejich závěry byly věrohodné a přezkoumatelné,⁸⁰ uvedla v roce 2023 Kancelář veřejného ochránce práv.

2.4 Kritika nedostatků ze strany mezinárodních organizací

Za nedostatky v oblasti přístupu k ženám při poskytování zdravotních služeb v raném mateřství – od znemožňování kontaktu matky a dítěte bezprostředně po porodu, přes faktickou nemožnost výběru porodní asistentky jakožto poskytovatelky hrazené péče, po porušování zásad svobodného a informovaného souhlasu apod. – byla Česká republika opakovaně kritizována i ze strany mezinárodních organizací, zejména orgány OSN, Rady Evropy a Evropské unie. Mezinárodní kritika byla již v minulosti hnací silou některých dílčích změn, ke kterým Česká republika v oblasti péče o matku a dítě v raném mateřství přistoupila. Například po oznámení stížnosti Hanzelkových na Českou republiku u Evropského soudu pro lidská práva aktualizovalo Ministerstvo zdravotnictví v roce 2013 metodický pokyn týkající se postupu při propouštění novorozenců z porodnice do vlastního sociálního prostředí,⁸¹ aby zamezilo riziku případného opakování postupu poskytovatelů zdravotních služeb v rozporu s právem na respektování soukromého a rodinného života, garantovaným čl. 8 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (dále jen „Úmluva“), jehož porušení v případě Hanzelkových⁸² soud nakonec shledal.⁸³

Na dosud nevyslyšené výzvy a doporučení, které byly stran respektování práv žen při poskytování zdravotních služeb v raném mateřství adresovány České republice v souvislosti s jejími mezinárodními lidskoprávními závazky, reaguje tato strategie. Navrhovaná opatření směřují zejména k plnění doporučení Výboru OSN pro odstranění diskriminace žen z roku 2016. Reflektují rovněž výzvu Evropského soudu pro lidská práva, který v témže roce při projednávání stížností Dubské a Krejzové vybídnul české orgány ke změně praxe a k tomu, aby neustále přehodnocovaly příslušná ustanovení právních předpisů ve světle vývoje na poli medicíny, vědy a práva.⁸⁴

Součástí doporučení Výboru OSN pro odstranění diskriminace žen k 6. periodické zprávě České republiky o naplňování příslušné úmluvy je mj. zajistit „přijetí a prosazování protokolu normální porodnické péče, který zajistí dodržování práv pacientů/tek a zabrání zbytečným lékařským zákrokům, zajištění toho, aby všechny zákroky byly prováděny pouze se svobodným, předchozím a informovaným souhlasem ženy, monitorování kvality péče v porodnicích a poskytování povinného vzdělávání pro všechny zdravotnické pracovníky/nice v oblasti práv pacientů/tek a souvisejících etických norem; a nadále zvyšovat informovanost pacientů/tek o jejich právech, včetně šíření informací“ a „přijmout opatření, včetně právních

⁸⁰ Blíže viz https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Pracovni_skupina_k_porodnictvi/PLOHA1_1.PDF.

⁸¹ Nový metodický pokyn byl zveřejněn v prosinci 2013 (rok poté, co byla stížnost oznámena vládě ČR) ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 8/2013.

⁸² Stěžovatelka Hanzelková porodila dítě (druhého stěžovatele) v porodnici, ze které po několika hodinách odešla. Byť se jednalo se o porod bez komplikací a matka ani dítě neměli žádné zdravotní problémy, lékařský personál s odchodem stěžovatelky nesouhlasil a kontaktoval příslušný orgán sociálně-právní ochrany dětí. Ten podal k okresnímu soudu návrh na vydání předběžného opatření o předání dítěte do péče nemocnice, jemuž soud obratem vyhověl. V tentýž den bylo předběžné opatření vykonáno a stěžovatelka byla spolu s dítětem převezena vozem rychlé záchranné služby za doprovodu policie zpět do nemocnice. Dítě nevykazovalo žádné zdravotní potíže. Stěžovatelka v nemocnici se svým dítětem strávila další dva dny, aniž na nich byly vykonány jakékoliv zdravotní výkony, a posléze byli propuštěni domů. Podle Evropského soudu pro lidská práva tímto došlo k porušení jejich práva

⁸³ Spolu s porušením článku 13 (garantujícím právo na účinný právní prostředek nápravy) Úmluvy. Blíže viz rozsudek ze dne 11. prosince 2014 ve věci č. 43643/10, dostupný z http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/WebSearch/2E6BD5AE1C2952DAC1257E3E0047C229?openDocument&Highlight=0.

⁸⁴ Blíže viz rozsudek velkého senátu ze dne 15. listopadu 2016 ve věcech č. 28859/11 a č. 28473/12, dostupný z http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/WebSearch/6AA24AD6E570D2D0C12580FA004AE545?openDocument&Highlight=0. Soud neshledal porušení čl. 8 Úmluvy, nicméně v odůvodnění rozsudku uvedl, že české orgány by měly i tak „příslušné [vnitrostátní] předpisy podrobovat neustálému přezkumu, jenž zohlední lékařský, vědecký a právní vývoj“.

předpisů, aby se porod mimo nemocnici za asistence porodní asistentky stal pro ženy bezpečnou a cenově dostupnou možností“.⁸⁵

Vedle těchto přímých výzev zaměřených specificky na zdejší situaci je Česká republika adresátkou i dalších obecných doporučení týkající se zajištění naplňování práv žen v oblasti reprodukčního zdraví. Jedná se například o doporučení zvláštní zpravodajky OSN proti násilí na ženách Dubravky Šimonović z roku 2019, jež jsou součástí Zprávy o lidskoprávním přístupu ke špatnému zacházení a násilí na ženách v reprodukčním zdravotnictví se zaměřením na porod a porodnické násilí (blíže viz kapitola 3.5).⁸⁶ Obdobně Evropský Parlament v roce 2021 vyzval členské státy, aby „přijaly opatření k zajištění přístupu všech žen ke kvalitní, dostupné, na důkazech založené a respektující péči o matku v těhotenství a v souvislosti s porodem bez diskriminace, včetně porodní asistence, předporodní, porodní a poporodní péče a podpory duševního zdraví matek, a to v souladu se současnými standardy a důkazy WHO, a následně reformovaly zákony, politiky a postupy, které vylučují určité skupiny z přístupu k mateřské, těhotenské a porodní péči“.⁸⁷

Kritika dosavadních nedostatků ze strany mezinárodních organizací včetně doporučení k jejich nápravě je spolu s vývojem na poli medicíny, vědy a práva důsledně reflektována napříč celou strategií i navrhovanými opatřeními.

3. Prostor pro intervenci: analýza a navrhovaná řešení

3.1 Absence standardů péče a rozdíly v kvalitě zdravotních služeb

3.1.1 Rozdíly v kvalitě zdravotních služeb

Data z Národního registru reprodukčního zdraví ukazují, že **mezi jednotlivými porodnicemi a regiony existují rozdíly v poskytované péči**, a potažmo v přístupu zdravotnického personálu ke klientkám péče, diagnostice, způsoby léčby a využívání intervencí. Míra zásahů do ženina porodu tak není daná pouze tím, zda má komplikace, ale také tím, v jakém kraji rodí a jaká praxe je uplatňována v porodnicích či na univerzitách v dané lokalitě. Rozdílný přístup je patrný obzvláště z porovnání míry provádění císařských řezů nebo epiziotomií napříč jednotlivými zařízeními. Jedná se přitom o odchylky, které nelze vysvětlit pouze rozdílnou koncentrací rizikových případů, neboť se projevují i v rámci jednotlivých úrovní péče (viz graf č. 7 a graf č. 8). Tyto odlišnosti zvláště vystupují při porovnání s vývojem v čase a zahraniční praxí, kde jsou tyto zákroky prováděny výrazně méně často, například ve Švédsku a Velké Británii (viz graf č. 9 a graf č. 10). Ačkoli došlo v ČR ke snížení počtu epiziotomií v průběhu deseti let, stále je jejich počet ve srovnání se zahraničím vysoký, což naznačuje potřebu jednotnějšího přístupu v péči o rodičky a především důslednějšího uplatňování postupů založených na důkazech.

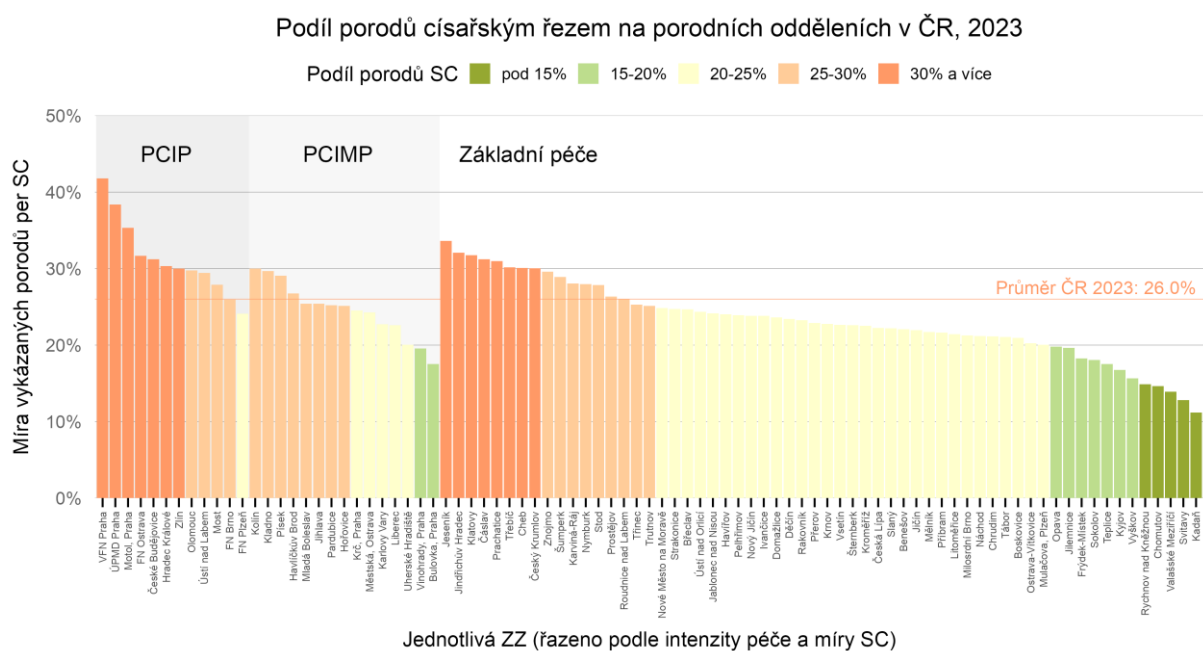
⁸⁵ Blíže viz

<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n19/363/06/pdf/n1936306.pdf?token=3eCFcvBJicGBryBxfm&fe=true>, český překlad dostupný z https://www.tojrovnost.cz/wp-content/uploads/2021/07/Broura_CEDAW.pdf.

⁸⁶ Šimonović, Dubravka. „A Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence“. New York: UN, 11. červenec 2019. Dostupné z <https://digitallibrary.un.org/record/3823698>.

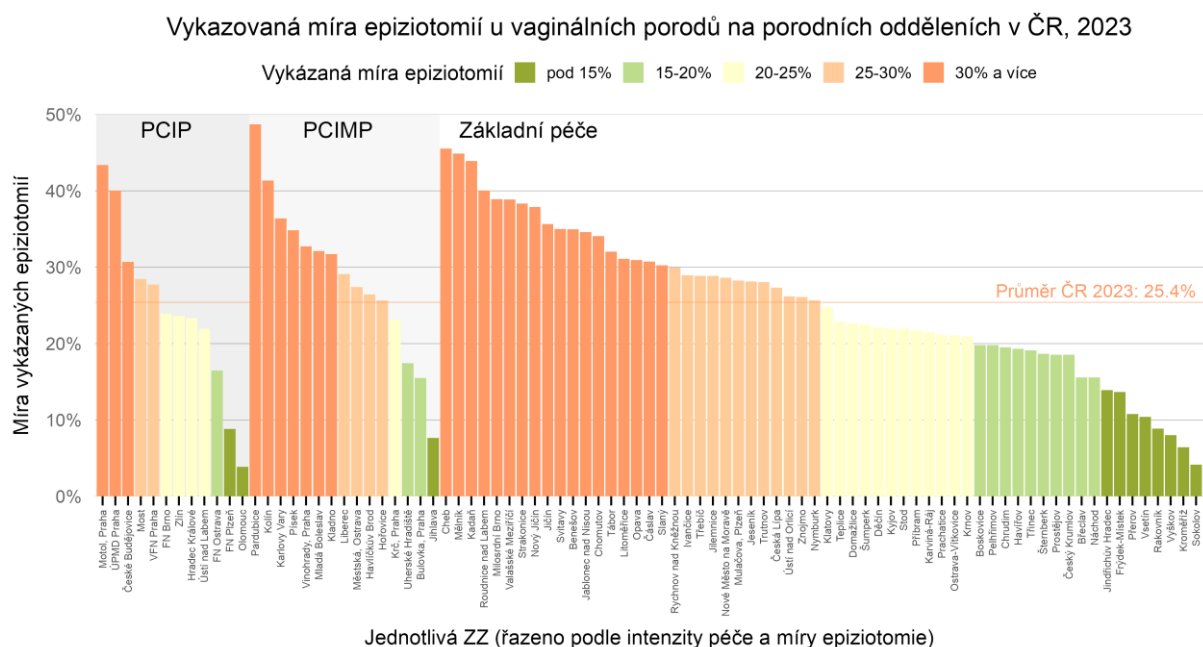
⁸⁷ Blíže viz usnesení Evropského parlamentu z 24. června 2021 k situaci sexuálního a reprodukčního zdraví a práv v EU, v rámci zdraví žen. A9-0169/2021. Dostupné z https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0169_EN.html#_section6.

Graf č. 7: Podíl porodů císařským řezem, 2023



Graf č. 8: Podíl vaginálních porodů s epiziotomií, 2023

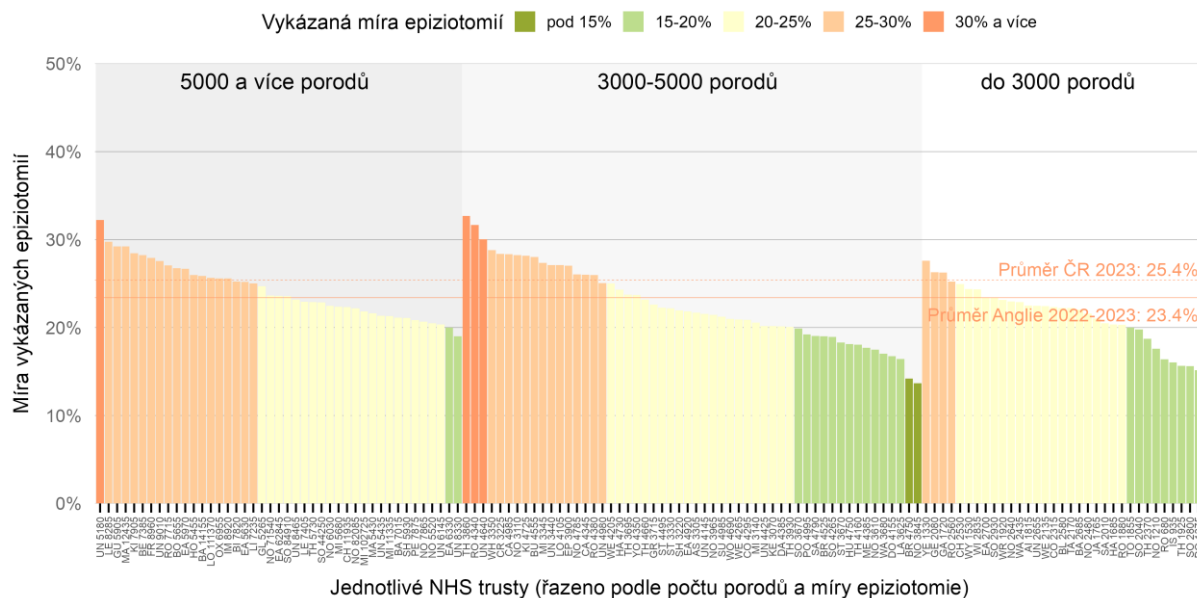
celostátně 25 %, SD 10 %, maximum 49 %



Graf č. 9: Vykazovaná míra epiziotomií v Anglii 2022-2023

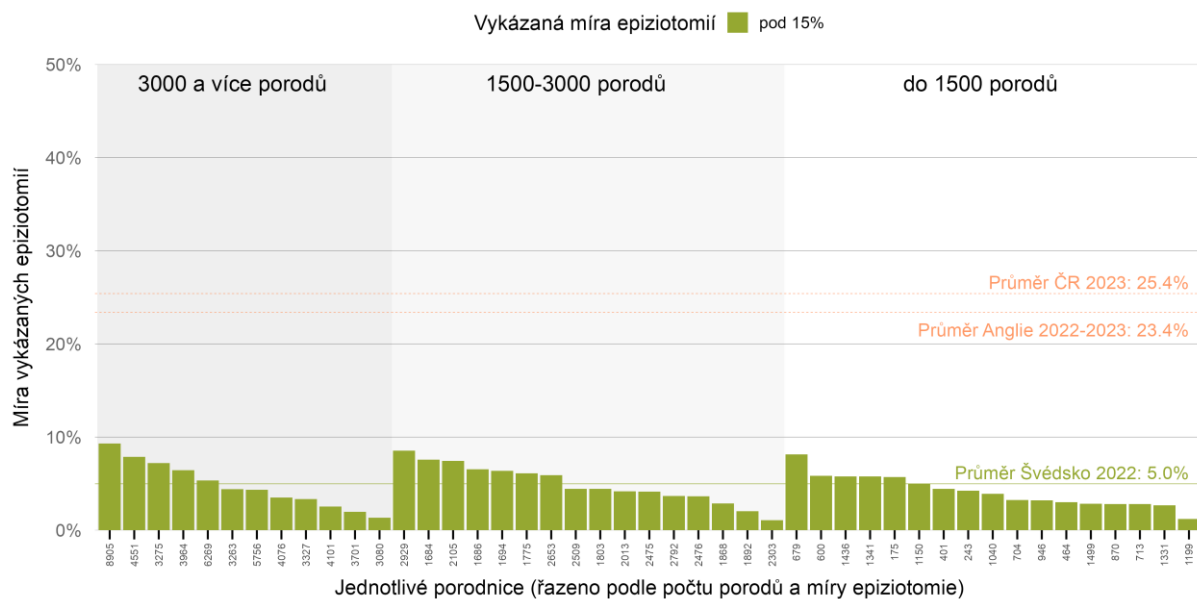
celostátně 23 %, SD 4 %, maximum 33 %

Vykazovaná míra epiziotomií u vaginálních porodů v NHS trustech, Anglie, 2022-2023

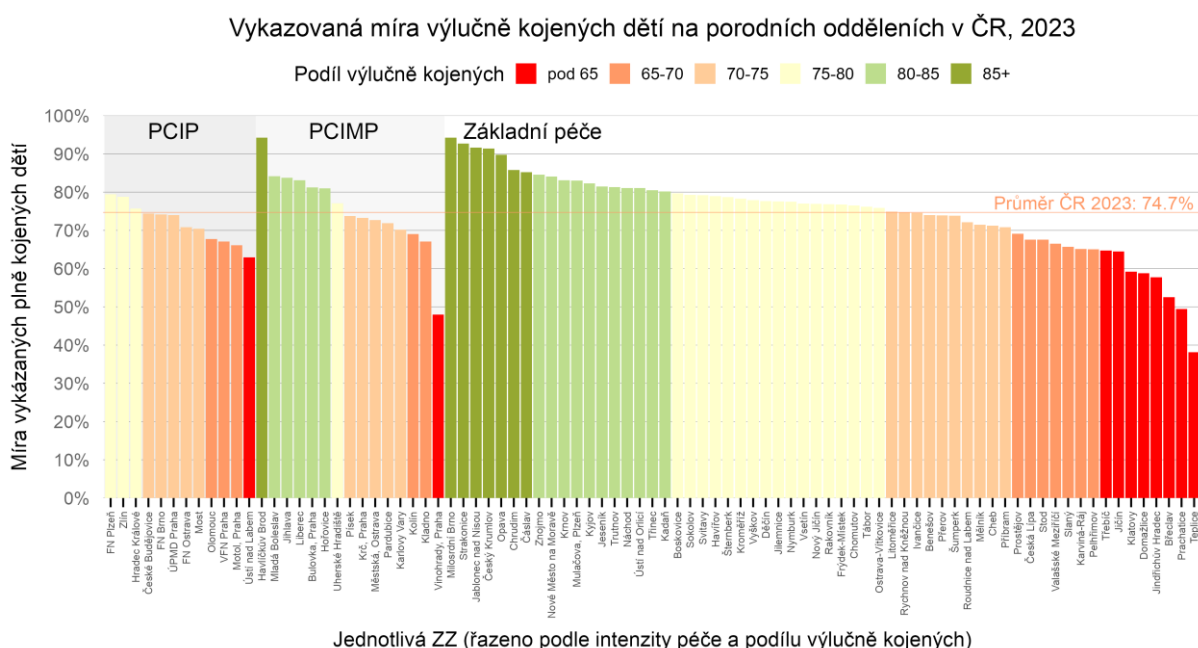


Graf č. 10: Vykazovaná míra epiziotomií v porodnicích ve Švédsku, 2022
celostátně 5 %, SD 2 %, maximum 9 %

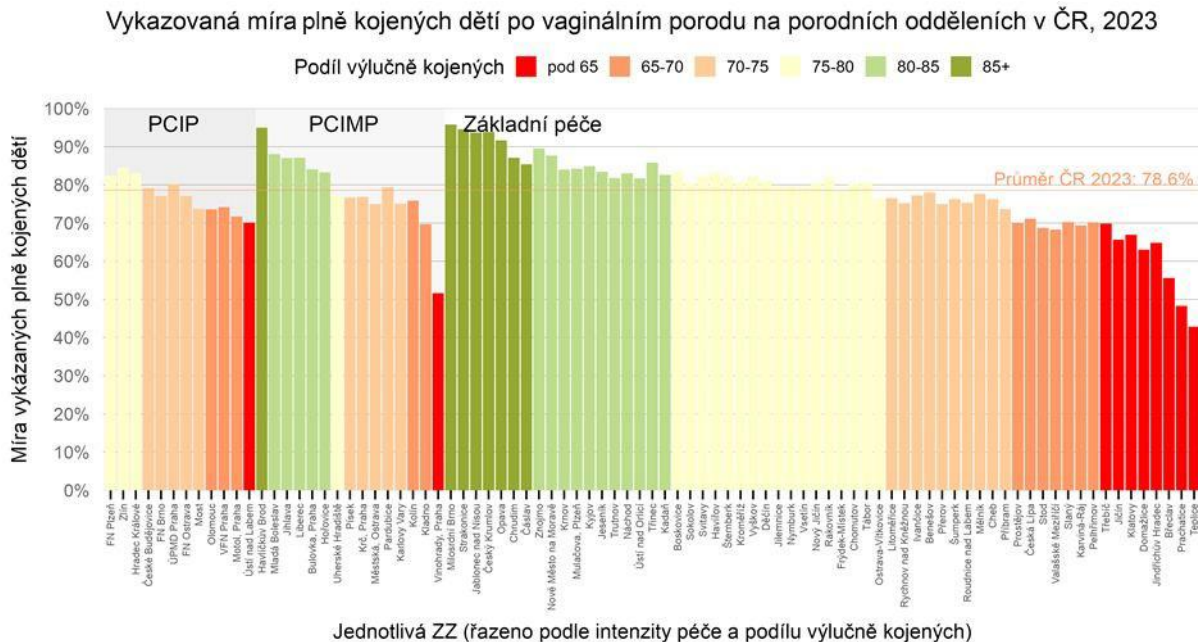
Vykazovaná míra epiziotomií u vaginálních porodů v porodních zařízeních, Švédsko, 2022



Graf č. 11



Graf č. 12



3.1.2 Absence podkladů pro klinické rozhodování založené na nejlepších dostupných důkazech

Jednou z příčin rozdílu v kvalitě poskytovaných zdravotních služeb v této oblasti je **absence souhrnných klinických doporučených postupů s oporou v systematických review nejlepších dostupných důkazů.**

V českém prostředí je obvyklé, že standardy klinické péče jsou součástí mimoprávních, nikoliv právních předpisů.⁸⁸ V kontextu porodní péče měly tyto standardy dosud zejména podobu doporučených postupů vytvářených k dílčím problematikám buď dobrovolnými profesními zdravotnickými organizacemi,⁸⁹ nebo vzniklých ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a organizacemi v jeho přímé působnosti, jako je Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, a následně uveřejňovaných ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.⁹⁰ Nevýhodou stávajících doporučených postupů je, že se týkají pouze dílčích témat a/nebo se soustředí výhradně na péči poskytovanou konkrétní zdravotnickou profesí. Většina doporučení zpracovaných dobrovolnými profesními zdravotnickými organizacemi svým obsahem a procesem zpracování neodpovídá základním kritériím klinických doporučených postupů⁹¹ a neposkytuje tak dostatečnou bázi pro zajištění koordinované, efektivní a na důkazech založené zdravotní péče a tomu odpovídající komunikace s klientkou. Nadto některá z nich jsou s dostupnou vědeckou evidencí v rozporu. Například *Doporučení k pomoci rodiče při tlačení ve druhé době porodní* zpracované ČGPS ČLS JEP⁹² neobsahuje žádný odkaz na odbornou literaturu a jako jednu z technik dopomoci rodiče během druhé doby porodní uvádí přidržení děložního fundu, tedy praktiku, kterou WHO⁹³ nedoporučuje provádět. Rovněž podle informací z Cochrane Library neexistují pro prospěšnost této praktiky dostatečné důkazy.⁹⁴

Z pohledu nejlepších dostupných důkazů jsou vysoce problematické i stávající definice některých výkonů ze seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, které jsou podkladem pro úhradu péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění.⁹⁵ Popisy obsahu zdravotních výkonů spojených s porodem obsahují zastaralé praktiky (například o rutinní rektální vyšetřování rodičky každou hodinu⁹⁶), které jsou v rozporu se současným vědeckým poznáním a mohou být v některých aspektech zdraví škodlivé a zvyšovat riziko komplikací.

Nejednotnost postupů a nesoulad s nejlepší praxí zhoršují mezioborovou spolupráci a komplikují dosažení konsenzu mezi českou odbornou veřejností. To má negativní dopad zejména na ženy a jejich děti a kvalitu péče, která je jim poskytována, což se ostatně dlouhodobě odráží i v míře nespokojenosti klientek péče (blíže viz kapitola 2.3). Přestože některá zařízení absenci souhrnných klinických postupů suplují vlastními standardy, nejedná se o systémové řešení pro celou Českou republiku, neboť tím nedochází k odstranění nerovnosti v přístupu k praxi založené na důkazech.

Zahraniční zkušenost ukazuje, že v zemích, kde byla vytvořena národní centra pro podporu excelence a tvorbu klinických doporučených postupů, došlo ke zvýšení kvality zdravotní

⁸⁸ ŠUSTEK, P. – HOLČAPEK, T. 2016. Zdravotnické právo. Praha: Wolters Kluwer, str. 276.

⁸⁹ Blíže viz např. Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP dostupné z <https://www.gynultrazvuk.cz/doporucene-postupy> nebo Principy péče v porodní asistenci – revize 2021 dostupné z <https://www.unipa.cz/principy-pece-v-porodni-asistenci-revize-2021/>.

⁹⁰ Blíže viz např. Národní ošetrovatelský postup péče o kůži a pupeční pahýl novorozence dostupný z <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/02/NOP-P%C3%A9%C4%8De-o-k%C5%AF%C5%BEi-a-pupe%C4%8Dn%C3%AD-pah%C3%BDI-novorozence.pdf>.

⁹¹ Kvalitní doporučené postupy se mj. opírají o systematická review nejlepších dostupných důkazů, jsou tvořeny a garantovány mezioborovým panelem expertů a expertek a reprezentantů a reprezentantek zainteresovaných skupin, zohledňují důležité podskupiny klientů a klientek péče a jejich preference, přinášejí jasné vysvětlení alternativních zdravotních výstupů, umožňují revizi a aktualizaci při nových důkazech, používají transparentní procesy k minimalizaci chyb a střetů zájmů. Blíže viz např. <https://nikez.mzcr.cz/cs/postupy-doporuzeni/doporucene-postupy-operativni-doporuzeni/>.

⁹² Dokument vznikl v roce 2012 a v příslušné databázi je veden jako aktuální. Blíže viz <https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/recommendedaction/82/doc/p-2012-doporuzeni-k-pomoci-rodice-pri-tlaci-ve-druhe-dobe-porodni.pdf>.

⁹³ Blíže odůvodnění k doporučení WHO č. 40, str. 155-158, dostupné z <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.

⁹⁴ Blíže viz Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD006067. Dostupné z <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub3/full>.

⁹⁵ Viz <https://szv.mzcr.cz/Vyhlaska> a stejnojmenná, každoročně aktualizovaná vyhláška č. 134/1998 Sb.

⁹⁶ Viz popis výkonu vedení porodu vaginálně – hlavičkou (kód 63119), dostupné z <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/63119/>.

péče.⁹⁷ Příkladem takového centra je britský National Institute for Health and Care Excellence (NICE).⁹⁸ Klinické doporučené postupy představují systematicky vytvářená stanoviska na základě nejlepších dostupných vědeckých důkazů. Jsou důležitým nástrojem pro rozhodování o přiměřené zdravotní péči, a to nejenom pro zdravotníky a zdravotnice, ale také pro osoby, kterým je tato péče poskytována. Přispívají k posílení efektivity jak klinické, tak nákladové. Napomáhají snižovat zdravotní nerovnosti tím, že podporují standardizovanou péči napříč různými regiony i zařízeními.⁹⁹ Jejich podstatným prvkem je podpora tzv. komplexního managementu pacienta/pacientky a kvalitní komunikace s příjemci a příjemkyněmi péče, na základě které mohou činit informovaná rozhodnutí o tom, jaké zdravotní služby si nechají poskytnout. Klinické doporučené postupy mohou být podkladem nejenom pro postup při diagnostice a léčbě a procesu rozhodování o volbě vhodných konkrétních intervencí, nýbrž i pro vytvoření kritérií pro hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče a jejich následné analýze. Slouží rovněž jako učební materiály pro pregraduální i postgraduální vzdělávání zdravotníků a zdravotnic.¹⁰⁰

V Česku o vznik klinických doporučovaných postupů podle uznávaných mezinárodních metodik pilotně usiloval projekt Agentury pro zdravotnický výzkum České republiky realizovaný za podpory Ministerstva zdravotnictví a ÚZIS ČR.¹⁰¹ Projekt byl ukončen v roce 2022 a aktuálně je tvorba doporučených postupů řízena systémově prostřednictvím Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ).¹⁰² V době vzniku této strategie však nebyl dokončen žádný doporučený postup či operativní doporučení týkající se přímo oblasti péče v těhotenství, při porodu a v šestinedělí.¹⁰³

3.1.3 Datová zpětná vazba

Kromě budoucích klinických standardů akceptovaných na národní úrovni lze již nyní k zajišťování konzistentní kvality péče napříč různými zařízeními a regiony doplňkově využívat také **datovou zpětnou vazbu**. Národní registr reprodukčního zdraví prošel v roce 2023 výrazným vývojem: ÚZIS ČR zpřístupnil data o porodní péči na úroveň jednotlivých poskytovatelů a zveřejnil dlouhodobě poptávaná data za chybějících šest let (tj. za roky 2016-2021). Postupně začal zveřejňovat další datové výstupy, přičemž k některým dobudoval i vizualizační nástroj. Národní zdravotnický informační portál byl v souvislosti s těmito změnami doplněn o datovou sekci.¹⁰⁴ Pro poskytovatele zdravotních služeb jsou tato data k dispozici v benchmarkingové podobě, jež jim umožňuje porovnání s dalšími zdravotnickými zařízeními. Možnost srovnávání a zpětné vazby vede ke zlepšování a umožňuje zdravotnickému personálu a zařízením postupovat podle zásad evidence-based péče, nikoli na základě zastaralých či zkreslených informací. **Zveřejňování dat** prospívá nejenom příjemkyním péče, kterým umožňuje informovanou a svobodnou volbu, nýbrž i poskytovatelům zdravotních služeb a zdravotnictví jako celku. Prostřednictvím veřejné kontroly mj. dochází i ke zlepšování procesu reportingu, potažmo ke sběru kvalitnějších a realitě co nejvíce odpovídajícím datům.

3.1.4 Strategická a úkolová část – sada opatření č. 1

Strategií navrhovaná opatření v této části směřují primárně k podpoře uplatňování účinných klinických postupů v oblasti porodní péče. Pro ty je nezbytné nejprve zajistit podklady, které

⁹⁷ Blíže viz <https://kdp.uzis.cz/index.php?pg=vzdelavani-a-e-learning--vzdelavaci-akce>.

⁹⁸ Blíže viz <https://www.nice.org.uk/>.

⁹⁹ Blíže viz <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/benefits-of-implementing-nice-guidance>.

¹⁰⁰ Blíže viz <https://kdp.uzis.cz/index.php?pg=metodika>.

¹⁰¹ Blíže viz <https://kdp.uzis.cz/index.php?pg=o-projektu>.

¹⁰² Blíže viz <https://nikez.mzcr.cz/>.

¹⁰³ Z oboru gynekologie a porodnictví byl v rámci pilotáže dokončen KDP k pro screening karcinomu hrdla děložního (dostupný z <https://kdp.uzis.cz/index.php?pg=kdp&id=30>), který byl následně přenesen do Centrální evidence NIKEZ (viz <https://nikez.mzcr.cz/guideline/21-kdp-pro-screening-karcinomu-hrdla-delozniho/>). V evidenci byly v době vzniku této strategie ve stavu schválení k tvorbě nebo rozpracování (nikoli dokončení) několik dílčích operativních doporučení, které s poskytováním péče v raném mateřství souvisí.

¹⁰⁴ Blíže viz <https://www.nzip.cz/nrrz>.

umožní klinické rozhodování založené na nejlepších dostupných důkazech a zlepší mezioborovou spolupráci. Pro vyřešení absence klinických doporučených postupů v oblasti péče v raném mateřství se jeví jako optimální adopce nebo adaptace existujících komplexních standardů od britského institutu NICE.¹⁰⁵ Na doporučené postupy by měla následně navázat aktualizace obsahu vzdělávání zdravotníků a zdravotnic a zvyšování jejich kompetencí v oblasti EBM/EBP.

Za účelem zajištění bezpečí a kvality poskytovaných služeb strategie obsahuje i požadavek na revizi seznamu zdravotních výkonů a také na provádění důkladných šetření příčin všech mateřských úmrtí během těhotenství a až rok po porodu, stejně jako perinatálních úmrtí.

Další část opatření směřuje k využití doporučených postupů pro vytvoření kritérií pro hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb v raném mateřství. Strategie rovněž požaduje využívání doporučených postupů pro zlepšení komunikace s příjemkyněmi péči o postupech potřebných pro poskytnutí informovaného souhlasu k provedení příslušných výkonů (blíže viz kapitola 3.4).

K zajištění konzistentní kvality péče napříč zařízeními a regiony lze v neposlední řadě doplňkově využívat datovou zpětnou vazbu. Této oblasti se z vícero úhlů pohledu věnují i jiné vládní iniciativy a dokumenty. Strategie proto v této části připomíná dílčí synergie s existujícími úkoly v dalších dokumentech¹⁰⁶ a zdůrazňuje nezbytnost datové zpětné vazby s ohledem na principy EBM a zjištění uvedená v podkapitole 3.1.1.

¹⁰⁵ K existujícím *guidelines* blíže viz rozcestník <https://www.nice.org.uk/hub/indevelopment/gid-hub10001>.

¹⁰⁶ Viz např. synergická opatření 4.3.3 a 4.3.4 v kapitole Zdraví v aktualizované Strategii rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030.

Rozpis úkolové části ke kapitole Absence standardů péče a rozdíly v kvalitě zdravotních služeb

Strategický cíl 1		Uplatňování účinných klinických postupů v oblasti těhotenské, porodní a porodní péče				
Specifický cíl	Opatření	Popis opatření	Délka realizace opatření / termín splnění opatření	Kritérium splnění	Odpovědná instituce (gestor)	Spolupracující subjekty (spolugestor)
1.1 Zajistit podklady pro klinické rozhodování založené na nejlepších dostupných důkazech	1.1.1 Prostřednictvím adaptace existujících standardů NICE vytvořit doporučené postupy pro oblast těhotenské, porodní a porodní péče	V souladu s Metodikou tvorby a aktualizace doporučených postupů a operativních doporučení ve zdravotnictví vytvořit pro oblast těhotenské, porodní a porodní péče komplexní doporučené postupy tak, aby mohly být využívány relevantními zdravotnickými profesemi. Postupovat prostřednictvím adaptace existujících standardů NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Zajistit transparentní a explicitní popis procesu adaptace a účast relevantních zainteresovaných skupin, vč. zástupkyň příjemkyň péče.	1. 7. 2025 – 1. 7. 2026, poté průběžně reagovat na nově vzniklé důkazy	Adoptované standardy jsou v podobě komplexních DP registrovány v Centrální evidenci NIKEZ a využívány relevantními zdravotnickými profesemi. V reakci na nově vzniklé důkazy jsou průběžně aktualizovány.	MZd (NIKEZ)	relevantní odborné instituce a subjekty, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)
	1.1.2 Vytvořit národní standardizované operativní protokoly za účelem podpory realizace modelu kontinuální péče vedené porodní asistentkou	Vytvořit nové národní standardizované operativní protokoly, popř. transformovat stávající národní ošetrovatelské postupy tak, aby jimi byla podpořena realizace modelu kontinuální péče vedené porodní asistentkou dle doporučení WHO. Zajistit soulad NSOP s poznatky EBP/EBM.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Operativní protokoly na podporu modelu kontinuální péče poskytované porodní asistentkou jsou registrovány v Centrální evidenci NSOP. V reakci na nově vzniklé důkazy jsou průběžně aktualizovány.	MZd (NIKEZ), NCO NZO	relevantní odborné instituce a subjekty, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)
1.2 Aktualizovat obsah vzdělávání zdravotníků a zdravotnic a zvyšovat jejich kompetence v oblasti EBP/EBM	1.2.1 Vytvořit a následně distribuovat výukové materiály k EBP/EBM pro SŠ, VŠ i navazující vzdělávání	V návaznosti na opatření 1.1.1 vytvořit výukové materiály pro střední a vysoké školy i navazující vzdělávání na podporu zvyšování kompetencí v oblasti EBP/EBM. Zajistit vhodnou formou jejich distribuci do škol a dalších relevantních pracovišť. Vytvořit nebo převzít a následně na ministerské webové platformě zveřejnit informativní výuková videa k uplatňování principu EBP/EBM v oblasti těhotenské, porodní a porodní péče.	1. 7. 2026 – 31. 12. 2027	Vznik a distribuce výukových materiálů. Vznik nebo převzetí a následné zveřejnění informativních (výukových) videí.	MZd, IPVZ, NCO NZO	LLP, WHO, KVOP, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví), relevantní odborné instituce a subjekty,
	1.2.2 Uspořádat mezinárodní vzdělávací konferenci k uplatňování principu	Za účelem edukace odborné zdravotnické veřejnosti uspořádat mezinárodní vzdělávací konferenci k uplatňování principu EBP/EBM v oblasti těhotenské, porodní a porodní péče. Poté průběžně	Uspořádání mezinárodní konference	Uspořádání mezinárodní konference, průběžná	MZd	NNO, ÚV ČR (Pracovní skupina

	EBP/EBM v oblasti těhotenské, porodní a porodní péče	realizovat další osvětové aktivity, např. u příležitosti Světového dne zdravotnictví založeného na důkazech (World Evidence-Based Healthcare).	31. 12. 2027, dále průběžně do 31. 12. 2030	realizace osvětových aktivit.		k porodnictví), relevantní odborné instituce a subjekty
1.3 Uvést definice zdravotních výkonů do souladu s poznatky medicíny a péče založené na důkazech	1.3.1 Vyzvat lékařské i nelékařské profesní a odborné organizace k aktivní součinnosti na úpravě definic zdravotních výkonů	Dopisem ministra zdravotnictví vyzvat lékařské i nelékařské profesní a odborné organizace k aktivní součinnosti na úpravě definic zdravotních výkonů z oblasti těhotenské, porodní a porodní péče tak, aby byly uvedeny do souladu s nejnovějšími poznatky medicíny a péče založené na důkazech. Důrazně apelovat na vzájemnou spolupráci a rozšíření možnosti vykázaní relevantních výkonů dalšími odbornostmi včetně porodních asistentek.	do 31. 7. 2025	Odeslání dopisu ministra zdravotnictví s výzvou příslušným subjektům.	MZd	
	1.3.2 Novelizovat vyhlášku, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů	Za účelem zajištění bezpečných a kvalitních zdravotních služeb, naplňování zásad EBP/EBM a podpory kontinuálního modelu péče vedeného porodní asistentkou, jakož i naplňování průřezových principů a dalších cílů této strategie, provést komplexní revizi zdravotních výkonů z oblasti těhotenské, porodní a porodní péče, odpovídající novelizace vyhlášky č. 134/1998 Sb.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030	Komplexní revize zdravotních výkonů z oblasti těhotenské, porodní a porodní péče, odpovídající novelizace vyhlášky č. 134/1998 Sb.	MZd	relevantní odborné instituce a subjekty
1.4 Hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované péče, sledovat a důkladně analyzovat příčiny úmrtnosti matek a novorozenců	1.4.1 Provázat základní kritéria hodnocení kvality a bezpečnosti poskytované péče s doporučenými postupy	V návaznosti na opatření 1.1.1 provázat kritéria hodnocení kvality a bezpečnosti poskytované péče s doporučenými postupy. (Opatření nenahrazuje sledování dalších kritérií kvality poskytovaných služeb, která jsou požadována v dalších částech strategie).	1. 7. 2025 – 1. 7. 2026, poté průběžně reagovat na nově vzniklé důkazy	Součástí doporučených postupů jsou kritéria hodnocení kvality a bezpečnosti poskytované péče.	MZd (NIKEZ)	relevantní odborné instituce a subjekty, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)
	1.4.2 Vytvořit specializovanou mezioborovou a mezirezortní pracovní skupinu za účelem provádění důkladných šetření všech mateřských a perinatálních úmrtí	Po vzoru MBRRACE-UK (Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK) vytvořit specializovanou mezioborovou a mezirezortní pracovní skupinu, která bude provádět důkladná šetření všech mateřských úmrtí během těhotenství a až rok po porodu, stejně jako perinatálních úmrtí včetně pozdních potratů, mrtvorozených dětí a úmrtí novorozenců. O výstupech činnosti pracovní skupiny informovat odbornou i širší veřejnost.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Provádění analýz. Vytvoření mezioborové a mezirezortní pracovní skupiny, informování odborné i širší veřejnosti o výsledcích její činnosti.	MZd, ÚZIS ČR	relevantní odborné instituce a subjekty, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)
	1.4.3 Na základě analýz identifikovat oblasti, kde je možné zlepšit péči a snížit riziko úmrtí matek a dětí	Na základě šetření všech mateřských úmrtí během těhotenství a až rok po porodu, stejně jako perinatálních úmrtí včetně pozdních potratů, mrtvorozených dětí a úmrtí novorozenců formulovat doporučení ke zlepšení péče a snížení rizika úmrtí matek a dětí. O doporučeních informovat odbornou i širší veřejnost.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Formulace doporučení, informování odborné i širší veřejnosti o výsledcích její činnosti.	MZd, ÚZIS ČR	relevantní odborné instituce a subjekty, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)

3.2 Možnosti a omezení volby poskytovatele/poskytovatelky zdravotních služeb

Jednou z překážek rozvoje respektující péče o matku a dítě je omezená možnost žen zvolit si poskytovatele či poskytovatelku zdravotních služeb. Na obecné úrovni je patientské právo svobodně si zvolit osobu poskytovatele či zdravotnické zařízení, jež odpovídají potřebám daného člověka, garantováno v § 28 zákona o zdravotních službách. Zákon zdůrazňuje, že klientka má právo na péči „*v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*“.¹⁰⁷ V případě péče v raném mateřství je však toto právo omezeno jinými právními předpisy a dalšími systémovými bariérami. Ty mj. souvisí s absencí klinických standardů akceptovaných na národní úrovni (viz kapitola 3.1) a kompetenčními spory mezi představiteli a představitelkami lékařských a nelékařských profesí, zejména oboru gynekologie-porodnictví na straně jedné a oboru porodní asistence na straně druhé.¹⁰⁸

3.2.1 Překážky pro využívání kontinuální péče porodní asistentky

Český systém v oblasti **primární zdravotní péče** počítá pouze s registrující lékařkou či lékařem ve čtyřech základních oborech: všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství a gynekologie a porodnictví.¹⁰⁹ Na rozdíl od některých jiných států Česko neřadí porodní asistenci mezi lékařská povolání. Žena si tak nemůže zvolit porodní asistentku jako primární registrující poskytovatelku péče během těhotenství, porodu a šestinedělí, a to navzdory faktu, že **porodní asistentka** je podle unijní i české legislativy **kompetentní poskytovat samostatně a bez lékařského dohledu péči ženě i novorozenci**.

Zákon o nelékařských zdravotních povoláních za výkon povolání porodní asistentky považuje „*poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči*“.¹¹⁰ Předmětné ustanovení reflektuje povinné minimum činností, ke kterým musí členské státy EU zajistit porodním asistentkám přístup.¹¹¹ Zahrnuje navíc ošetrovatelskou péči na úseku gynekologie, tedy činnost, jež není souladná s mezinárodní definicí porodní asistence,¹¹² kterou původně formulovala Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) ve spolupráci s Mezinárodní federací gynekologů a porodníků (FIGO) a WHO.¹¹³ Podle mezinárodní definice porodní asistentka mezi ošetrovatelské profese nepatří. Byť v české právní úpravě není ošetrovatelská péče a péče v porodní asistenci explicitně oddělena, existuje mezi nimi několik zásadních rozdílů, které se týkají jak jejich funkce, tak vzdělání a kompetencí představelek a představitelů těchto profesí.

¹⁰⁷ § 28 odst. 3 písm. k) zákona o zdravotních službách

¹⁰⁸ K historickým a genderovým specifikům předmětných kompetenčních sporů blíže viz např. TINKOVÁ, Daniela, 2010. *Tělo, věda, stát: zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha: Argo. Každodenní život. ISBN 978-80-257-0223-9. Pro český kontext blíže viz např. CANDIGLIOTA, Zuzana. 2020. Jak byly vymýceny porodní báby v českých zemích. In: ŠIMÁČKOVÁ, Kateřina, Barbara HAVELKOVÁ a Pavla ŠPONDROVÁ, ed. *Mužské právo: jsou právní pravidla neutrální?* Praha: Wolters Kluwer, s. 829-852. Právní monografie (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7598-761-7.

¹⁰⁹ § 5 odst. 5 zákona o zdravotních službách

¹¹⁰ § 6 odst. 2 zákona o nelékařských zdravotnických povoláních

¹¹¹ Směrnice Evropského parlamentu a Rady (EU) 2005/36

¹¹² Blíže viz <https://internationalmidwives.org/resources/definition-of-midwifery/>.

¹¹³ Blíže viz <https://mzd.gov.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>.

Tabulka č. 1 – výkon profese v ČR a jeho úhrada z veřejného zdravotního pojištění¹¹⁴

	LÉKAŘ/KA Z OBORU GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ	PORODNÍ ASISTENTKA (PA)			
		OSVČ		ZAMĚŠTNANKYNĚ NEMOCNICE	
TĚHOTENSTVÍ	výkon profese neomezen	výkon profese neomezen		péči neposkytuje	některá pracoviště nabízí od 37. tt prenatalní poradnu vedenou PA, nejde ale o kontinuální péči PA
	péče hrazena	podmínkou úhrady je lékařská indikace, typicky od registrující/ho gynekoložky/gynekologa (§ 18 ZVZP) + hrazena obvykle pouze jedna návštěva (výkon č. 06211, event. č. 06021 a č. 06023), avšak pojišťovny nemají PA dostatečně nasmlouvané			bez úhrady, event. hrazeno v rámci ambulantních výkonů, které si nemocnice nasmlouvá s pojišťovnou
POROD	výkon profese neomezen	omezení oprávnění vyjma vedení fyziologického porodu ve vlastním sociálním prostředí ženy + v nemocnici pouze jako konzultantka (2/2b a 28/3c ZZS)	ve vlastním sociálním prostředí ženy nezdravotní služba, pouze péče o zdraví (§ 2636 OZ) bez nutnosti oprávnění k poskytování zdravotních služeb (§ 16 ZZS)	PA v roli podřízené lékařce/lékaři	některá pracoviště umožňují vedení fyziologického porodu PA, nejde ale o kontinuální péči PA
	péče hrazena při hospitalizaci	bez úhrady		péče hrazena při hospitalizaci	
ŠESTINEDEŘÍ	výkon profese neomezen	výkon profese neomezen		péči poskytuje omezeně (typicky do max. 72 hodin od porodu), poté péči neposkytuje	některá pracoviště nově nabízí návštěvní službu ve vlastním sociálním prostředí, nejde ale o kontinuální péči PA
	péče hrazena	podmínkou úhrady je lékařská indikace, typicky od registrující/ho gynekoložky/gynekologa (§ 18 ZVZP) + hrazeny obvykle tři návštěvy (výkon č. 06211), avšak pojišťovny nemají PA dostatečně nasmlouvané		péče hrazena při hospitalizaci	bez úhrady, event. hrazeno v rámci ambulantních výkonů, které si nemocnice nasmlouvá s pojišťovnou

¹¹⁴ Částečně převzato z výstupů projektu *Rozvoj kontinuální péče v porodnictví* realizovaného Ligou lidských práv, bližší viz https://llp.cz/wp-content/uploads/Vystup_4_Navrh_legislativnich_zmen.pdf. Tabulka byla upravena pro potřeby strategie a s ohledem na proběhlý společensko-právní vývoj.

Porodní asistentka je zdravotnickým povoláním *sui generis*. Podstatu této svébytné profese v aktuální právní úpravě vystihuje nejlépe unijní minimum transponované do výše uvedeného ustanovení zákona o nelékařských zdravotních povoláních. Faktickému naplnění těchto kompetencí však v Česku brání další právní předpisy (viz Tabulka č. 1), což má negativní dopad nejen na porodní asistentky, ale zejména na ženy, jež jsou kvůli tomu omezeny ve výběru poskytovatele/poskytovatelky zdravotních služeb a je jim znemožňován přístup k optimálnímu modelu péče v raném mateřství tak, jak jej doporučuje WHO. Tím je „*kontinuální péče vedené porodními asistentkami, ve kterých známá porodní asistentka, nebo malá skupina známých porodních asistentek poskytují ženě kontinuální péči a oporu v období před porodem, během porodu i po něm*“.¹¹⁵

Mezi hlavní restriktce patří zejména povinnost lékařské indikace pro úhradu péče porodní asistentky, vyplývající z ustanovení § 18 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Omezení porodních asistentek v samostatném výkonu jejich profese skrze výše uvedené ustanovení je dlouhodobě předmětem kritiky nejen ze strany mezinárodních organizací (viz kapitola 2.5), ale zejména ze strany žen, které mají zájem tuto péči využívat a mít ji hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Proti změně tohoto ustanovení však dlouhodobě veřejně vystupují české profesní organizace gynekologů a gynekoložek. Jejich cílem je udržení současného stavu, který podle nich zajišťuje kvalitu a bezpečnost péče. Současně však usilují o zachování svého dominantního postavení na trhu v oblasti úhrad zdravotních služeb. Dostupná vědecká evidence ukazuje, že integrace péče porodní asistentky do systému zdravotních služeb není v rozporu se zajištěním kvality a bezpečí, ba naopak. Modely péče poskytované porodní asistentkou jsou zároveň výhodné nejenom pro ženy a jejich rodiny, ale právě i pro systém veřejného zdravotního pojištění, neboť mu přináší úspory.¹¹⁶ I proto je v jiných zemích včetně sousedního Rakouska a Německa péče od porodní asistentky standardem hrazeným z veřejného zdravotního pojištění.

Ministerstvo zdravotnictví se v roce 2019 ve snaze podpořit rozvoj tzv. center porodní asistence (viz kapitola 3.3.3) pokusilo situaci kompromisně vyřešit tím, že navrhlo zrušení povinnosti lékařské indikace pro úhradu péče porodní asistentky, „*jedná-li se o fyziologický porod ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče*“.¹¹⁷ Tato úprava však situaci omezování porodních asistentek v samostatném výkonu jejich profese a úhrady jejich péče z veřejného pojištění neřeší dostatečným způsobem a v praxi nadále přináší řadu praktických problémů. Bez lékařské indikace nadále neumožňuje např. úhradu za návštěvu těhotné nebo matky v šestinedělí. „*[P]okud těhotná či matka potřebuje nejprve indikaci svého lékaře, pro kterou si musí dojít, postrádá návštěvní služba svůj smysl*“.¹¹⁸

Za podmínky lékařské indikace a existence smlouvy s pojišťovnou může porodní asistentka podle podzákonného předpisu navazujícího na zákon o veřejném zdravotním pojištění samostatně vykonat pouze tři hrazené výkony: komplexní vyšetření těhotné ženy porodní asistentkou (kód 06021), kontrolní vyšetření těhotné ženy porodní asistentkou (kód 06023) a návštěva těhotné nebo matky v šestinedělí porodní asistentkou (kód 06211).¹¹⁹ Neexistuje výkon pro poskytování péče při porodu porodní asistentkou bez lékařského dohledu, byť „*vedení fyziologického porodu*“¹²⁰ je podle zákona o nelékařských zdravotních povoláních

¹¹⁵ WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, viz <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.

¹¹⁶ Blíže viz Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, Jones LV, Shennan AH, Rayment-Jones H. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub6. Dostupné z: https://www.cochrane.org/CD004667/PREG_are-midwife-continuity-care-models-versus-other-models-care-childbearing-women-better-women-and.

¹¹⁷ § 18 zákona o veřejném zdravotním pojištění

¹¹⁸ Cit. z připomínky veřejné ochránkyně práv k vládní novele ZVZP z roku 2019.

¹¹⁹ Viz Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Vyhláška slouží k detailnímu popisu, ohodnocení a následné i úhradě jednotlivých výkonů (pomocí bodů, které se používají jako základ pro výpočet úhrad podle pravidel stanovených úhradovou vyhláškou).

¹²⁰ § 6 odst. 2 zákona o nelékařských zdravotnických povoláních

inherentní součástí výkonu povolání porodní asistentky. Seznam zdravotních výkonů nezohledňuje ani další zákonem garantované kompetence porodních asistentek a znemožňuje jim provádět další hrazené výkony související s péčí o ženu a dítě, jako je například edukace laktace (kód 34007) či nebo odběr pro novorozenecký screening nebo rescreening vrozených vad u novorozence (kód 02210).¹²¹

Navzdory zdravotní prospěšnosti, bezpečnosti a finanční výhodnosti se podíl samostatně poskytované hrazené péče porodní asistentkou dlouhodobě zmenšoval. Tento trend je částečně způsoben postojem profesních organizací lékařů a lékařek v oboru gynekologie a porodnictví, které nejen že nesouhlasí se změnou legislativy směrem k plnohodnotnému zapojení porodních asistentek do systému úhrad péče, ale také své členské základny dlouhodobě a opakovaně odrazují od indikování této péče.¹²² Nadto i v případech, kdy je péče porodní asistentky lékařsky indikována, nemohou ženy často tuto službu využít, neboť pojišťovny v některých krajích s porodními asistentkami neuzavírají smlouvy,¹²³ případně s nimi nasmlouvají pouze některý ze tří výše uvedených výkonů. Kombinací výše uvedených faktorů dochází k výrazným regionálním nepoměrům v přístupu k hrazené péči porodní asistentky. Zatímco v roce 2022 činil počet žen s alespoň vykázaným výkonem (06021, 06023, 06211) v Jihomoravském kraji 1224, v Plzeňském kraji se ve stejném roce jednalo o pouze 2 ženy (blíže viz Graf č. 12). Obdobný nepoměr pokračoval i v roce 2023, kdy počet těchto žen v Jihomoravském kraji činil 1245, zatímco v Plzeňském kraji pouhých 9.

Graf č. 12



Přestože trend využívání péče porodních asistentek v České republice mezi lety 2010 a 2022 ukazuje celkový pokles, údaje za poslední roky naznačují jeho možnou změnu. Nejvyšší podíl žen, které alespoň jednou využily hrazenou péči poskytnutou samostatně porodní asistentkou,¹²⁴ byl v roce 2010 (8,6 %), poté jejich podíl postupně klesal až do roku 2020 (2,6 %), kdy dosáhl nejnižší hodnoty. V letech 2021 (3,4 %) a 2022 (4,0 %) došlo k mírnému nárůstu (blíže viz Graf č. 13 a Tabulka č. 2).

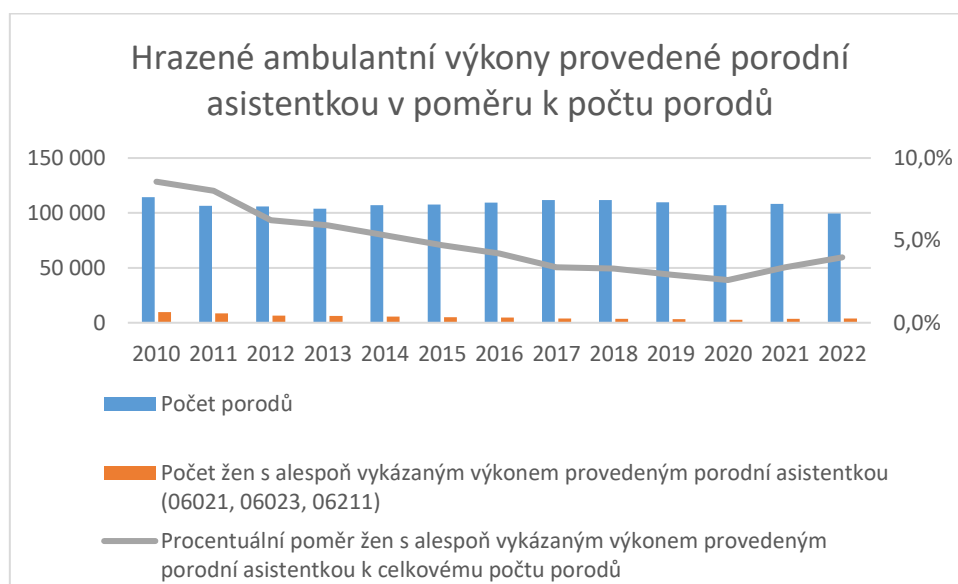
¹²¹ K potřebě hlubší revize seznamu zdravotních výkonů z důvodu zastaralých definic, které jsou v rozporu s postupy založenými na důkazech (evidence-based practice), blíže viz kap. 3.1.

¹²² Naposledy viz např. v roce 2023 stanovisko Výboru České gynekologické a porodnické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále jen „ČGPS ČLS JEP“) podpořené Sdružením soukromých gynekologů ČR. Původní e-mail se stanoviskem výboru ČGPS ČLS JEP je přílohou otevřeného dopisu, který na něj reaguje, dostupného z: <https://chcisvojiporodniasistentku.cz/index.php/ot-dopis-2023/>.

¹²³ Ombudsman, „Ženy mají právo na hrazenou péči porodních asistentek | Ombudsman“, viděno 28. únor 2024, <https://www.ochrance.cz/aktualne/zeny-maji-pravo-na-hrazenou-peci-porodnich-asistentek/>.

¹²⁴ V ambulanci nebo ve vlastním sociálním prostředí.

Graf č. 13 – hrazené ambulantní výkony provedené porodní asistentkou v poměru k celkovému počtu porodů



Tabulka č. 2 – hrazené ambulantní výkony provedené porodní asistentkou v poměru k celkovému počtu porodů

Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Počet porodů	114 406	106 392	105 790	103 902	106 971	107 618	109 520	111 643	111 763	109 728	107 200	108 371	99 381
Počet žen s alespoň vykázaným výkonem provedeným porodní asistentkou (06021, 06023, 06211)	9 797	8 535	6 576	6 140	5 689	5 063	4 606	3 760	3 682	3 203	2 780	3 659	3 953
Procentuální poměr žen s alespoň vykázaným výkonem provedeným porodní asistentkou k celkovému počtu porodů	8,6%	8,0%	6,2%	5,9%	5,3%	4,7%	4,2%	3,4%	3,3%	2,9%	2,6%	3,4%	4,0%

Porodní asistentky v samostatném výkonu jejich profese limitují také **preskripční omezení**.¹²⁵ Vedle nemožnosti předepisovat léky čelí porodní asistentky úskalím i při jejich podávání. Bez odborného dohledu a indikace jsou oprávněny pouze „přijímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu“.¹²⁶ Restriktivní výklad jejich oprávnění při nakládání s léčivy, který se v praxi často uplatňuje, je v kontrastu s jejich dalšími kompetencemi a činnostmi, jako je pečovat o ženu „ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze“ a „ošetřovat porodní a poporodní poranění“,¹²⁷ při nichž může být podání léků nutností. Například provedení nástřihu hráze nebo šití poporodního poranění bez použití lokálních anestetik by bylo v rozporu s náležitým odborným postupem. Tedy k tomu, „aby mohla porodní asistentka řádně poskytovat zdravotní péči, ke které je ze zákona bez odborného dohledu a bez indikace oprávněna, potřebuje nezbytně k jejímu výkonu určitou medikaci, aby byl dodržen postup lege artis.“¹²⁸ Porodní asistentka tak může vybrané léčivé přípravky použít,¹²⁹ ale nemůže si je opatřit. Porodní

¹²⁵ Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech.

¹²⁶ § 5 odst. 1 písm. h) Vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

¹²⁷ Tamtéž, § 5 odst. 1 písm. f) a písm. g).

¹²⁸ Jedličková, V. 2021. Medikace, kterou je porodní asistentka oprávněna používat v rámci poporodní péče o rodičku, str. 3. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2021/07/Medikace-ktou-je-porodni-asistentka-opravnen-pouzivat-v-ramci-poporodni-pece-o-rodicku.pdf>.

¹²⁹ Minimálně při ošetřování porodního a poporodního poranění a při poskytování odborné první pomoci při zastavení poporodního krvácení.

asistentky rovněž nemají možnost indikovat vybraná vyšetření (např. ultrazvuková) ani odběry biologického materiálu.

V nemocnicích, kde je stále přítomen lékařský personál a kde dobře funguje interdisciplinární spolupráce, tato omezení nepředstavují tak výrazný praktický problém. Přesto i zde vzniká právní nejistota a obavy lékařského personálu z možných právních důsledků situací, které by mohly být vyhodnoceny tak, že lékař či lékařka indikovali podání léku pouze formálně. Pokud má žena zájem zvolit si porodní asistentku jako svou hlavní poskytovatelku zdravotních služeb, právní předpisy týkající se léčiv jí tento výběr znemožňují, neboť porodní asistentka – ač oprávněna poskytovat poporodní péči bez odborného dohledu – kvůli nim nemůže kontinuální model péče plně realizovat.

Přístupu žen k modelu kontinuální péče poskytované porodní asistentkou dále brání prováděcí předpisy týkající se personálního zabezpečení a technického a věcného vybavení zdravotnických pracovišť.¹³⁰ Příslušné vyhlášky obsahují podmínky, které prakticky brání vzniku samostatného porodního domu (freestanding midwifery unit) v Česku. Stanovují přísné požadavky na vybavení a prostory porodních domů, které neodpovídají skutečným potřebám pro tento typ zdravotní služby. Například technická vyhláška vyžaduje, aby porodní dům měl místnosti pro péči o ženu a novorozence po porodu, přestože péče v porodních domech obvykle (záměrně) probíhá v jedné místnosti, kde žena zůstává po celou dobu porodu i po něm. Vyhláškou požadované technické a věcné vybavení, které nelze v domácím prostředí zajistit, bylo důvodem, proč krajské úřady ve většině případů (nikoli důsledně) omezovaly oprávnění porodním asistentkám tak, že z něj vyloučily vedení porodů mimo zdravotnické zařízení. Ústavní soud tuto praxi potvrdil jako souladnou se současnou právní úpravou, avšak zdůraznil, že asistence u porodu ve vlastním sociálním prostředí ženy je legální, pouze se nejedná o zdravotní službu ve smyslu zákona o zdravotních službách.¹³¹ Nedostupnosti pracovišť porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody, a omezením žen ve volbě místa porodu se podrobněji věnuje navazující kapitola 3.3.

Ministerstvo zdravotnictví, ve snaze alespoň částečně podpořit indikaci a poskytování péče porodní asistentkou, nově zahrnuje do úhradové vyhlášky pro rok 2025 bonifikaci za integrovanou poporodní péči u komplikovaných porodů.¹³² Bonifikace poskytne nemocnicím fixní částku za každý komplikovaný porod, pokud po ukončení hospitalizace péči přebere porodní asistentka. Jedná se o dílčí zlepšení, návrh však neřeší výše uvedené systémové překážky pro rozvoj modelu kontinuální péče poskytované porodní asistentkou.

3.2.2 Strategická a úkolová část – sada opatření č. 2

Cílem navrhovaných opatření je umožnit ženám volbu poskytovatele/poskytovatelky zdravotních služeb v období raného mateřství a zajistit, aby nedílnou součástí této volby byla i možnost zvolit si kontinuální péči vedenou porodní asistentkou. Opatření směřují k zajištění přístupu žen k optimálnímu modelu péče v raném mateřství tak, jak jej doporučuje WHO. Pro zajištění širší dostupnosti tohoto modelu péče (kdy známá porodní asistentka, nebo malá skupina známých porodních asistentek poskytují ženě kontinuální péči a oporu v období před porodem, během porodu i po něm) v Česku je nezbytné provést několik legislativních změn. Ty se týkají zejména odstranění vnitřních rozporů v právní úpravě profese porodní asistentky a úhrady její péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Odstraněním těchto rozporností strategie zároveň přispěje k vyslyšení výzvy Ústavního soudu z roku 2024 a Evropského soudu pro lidská práva z roku 2016 k revizi legislativy při současném respektování reprodukčních práv žen a zohlednění vývoje v oblasti medicíny, vědy a práva. Potřeba těchto změn je rovněž zohledněna v aktualizované Strategii rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030, takže navrhovaná opatření blíže rozvíjí a navazují na již existující úkoly.

¹³⁰ Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

¹³¹ Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 2746/23 ze dne 28. srpna 2024, vyhlášený 3. září 2024.

¹³² Viz <https://mzd.gov.cz/uhradova-vyhlaska-2025/>.

Kromě legislativních změn strategie obsahuje také opatření k zajištění dostatečných personálních kapacit v profesích, které o matku a dítě v tomto období pečují, včetně vytvoření rezidenčních míst pro komunitní porodní asistentky.

S ohledem na přetrvávající spory o kompetence mezi lékařskými a nelékařskými profesemi, zejména gynekology/gynekoložkami a porodními asistentkami, a potenciálně kolidující ekonomické a stavovské zájmy těchto profesí, strategie zahrnuje opatření pro zlepšení mezioborové spolupráce při současné podpoře kontinuálního modelu péče.

Rozpis úkolové části ke kapitole Možnosti a omezení volby poskytovatele/poskytovatelky zdravotních služeb

Strategický cíl 2		Možnost volby poskytovatele/poskytovatelky zdravotních služeb a rozvoj modelu kontinuální péče vedené porodní asistentkou				
Specifický cíl	Opatření	Popis opatření	Délka realizace opatření / termín splnění opatření	Kritérium splnění	Odpovědná instituce (gestor)	Spolupracující subjekty (spolugestor)
2.1 Provést legislativní změny za účelem zajištění plné profesní autonomie porodních asistentek	2.1.1 Odstranit omezení pro výkon zákonných kompetencí porodních asistentek a napravit vnitřní rozpornost právní úpravy týkající se výkonu této profese a úhrady poskytované péče	Prostřednictvím novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění; zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech; vyhlášky č. 99/2012, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb; vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče; vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů, a dalších souvisejících předpisů zajistit plnou profesní autonomii porodních asistentek, umožnit jim vykonávat nezávislou praxi a odstranit tak překážky, které ženám brání ve využívání kontinuální péče porodní asistentky.	průběžně, nejpozději však do 31. 12. 2030	Vládní návrhy novel příslušných předpisů reflektují obsah a požadavky této strategie.	MZd	
	2.1.2 Obsah důvodových zpráv k novelizovaným předpisům sladit s analytickou částí této strategie	Při zpracování obecné i zvláštní části důvodových zpráv k předpisům novelizovaným v souvislosti s plněním opatření 2.1.1 vycházet z obsahu této strategie, zejména (avšak nejenom) její analytické části.	průběžně, nejpozději však do 31. 12. 2030	Důvodové zprávy reflektují obsah a požadavky této strategie.	MZd	
2.2 Zajistit potřebné personální kapacity u relevantních odborností	2.2.1 Uzpůsobit distribuci personálních kapacit mezi jednotlivými odbornostmi a regiony s důrazem na podporu modelu kontinuální péče	V rámci politik pro personální stabilizaci rezortu zdravotnictví věnovat specifickou pozornost zajištění potřebných personálních kapacit u relevantních profesí a odborností tak, aby bylo možné podporovat rozvoj modelu kontinuální, individualizované péče o matku a dítě. Zvyšovat atraktivitu příslušných oborů, mj. skrze adekvátní odměňování a podporu sladování profesního a osobního (rodinného) života. V případě potřeby přistoupit k navýšení počtu studujících v kapacitně ohrožených oborech.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Personální zajištění zdravotních služeb odpovídá podpoře kontinuálního modelu péče.	MZd	
	2.2.2 Vytvořit rezidenční místa pro komunitní porodní asistentky	Vytvořit a dotovat rezidenční místa pro komunitní porodní asistentky, které budou získávat praxi v péči o těhotné, rodičky a šestinedělky mimo nemocniční prostředí. Rezidenční místa zajistit u zkušených porodních asistentek působících v komunitě, v samostatných porodních domech nebo v certifikovaných porodních centrech vedených porodními asistentkami. Zajistit tak kvalitní odbornou přípravu a rozvoj dovedností, které podpoří širší dostupnost a kvalitu komunitní porodní péče.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Každoročně podpořit vyhlášení výběrového řízení na min. 1 rezidenční místo v každém kraji.	MZd	

2.3 Podporovat a zlepšovat mezioborovou spolupráci	2.3.1 Vytvořit organizační doporučený postup na podporu kontinuálního modelu péče	Vytvořit organizační doporučený postup na podporu kontinuálního modelu péče, s důrazem na průchod systémem z pohledu ženy. Definovat napojení zdravotních služeb poskytovaných porodní asistentkou do dalších systémů péče. Do postupu zahrnout všechny relevantní odbornosti a specializace, včetně gynekologické fyzioterapie a perinatální psychiatrie, a definovat optimální trajektorii ženy mezi jednotlivými službami. Nastavit spolupráci celého systému péče během těhotenství, porodu a šestinedělí tak, aby způsob a okolnosti poskytovaných zdravotních služeb zohledňovaly individuální potřeby ženy a její rodiny, minimalizovaly zátěž a vedly k pozitivní zkušenosti ženy s péčí. Úhradově bonifikovat důsledné dodržování postupu, resp. zajistit jeho finanční výhodnost a udržitelnost. V součinnosti se zdravotními pojišťovnami vytvářet další motivační mechanismy, které přispějí k podpoře takto organizované péče.	do 1. 7. 2026 vytvoření postupu, poté průběžná realizace do 31. 12. 2030	Uveřejnění doporučeného postupu ve Věstníku MZd. Je vytvořen mechanismus pro úhradovou bonifikaci dodržování postupu, resp. zajištění jeho finanční výhodnosti a udržitelnosti.	MZd, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)	profesní organizace zdravotníků a zdravotnic, relevantní odborné instituce a subjekty, zdravotní pojišťovny
	2.3.2 Podpořit vznik koncepcí relevantních oborů tak, aby reflektovaly potřebu interdisciplinárního přístupu	Za účelem zvýšení efektivity, kvality a komplexnosti péče podpořit vznik koncepcí relevantních oborů a specializací, které se podílí na péči poskytované ženám v raném mateřství, s důrazem na jejich vzájemnou kompatibilitu, spolupráci a soulad s touto strategií. Týká se zejména: porodní asistence, gynekologie a porodnictví, neonatologie, pediatrie, anesteziologie, praktické lékařství, fyzioterapie, neonatologická a dětská ošetrovatelství, zdravotnická záchranná služba, ošetrovatelství, psychiatrie, psychologie, sociální práce, nutriční terapie a další zdravotnické a nezdravotnické pomáhající profese včetně dul.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Vznik koncepcí relevantních oborů, které zároveň reflektují potřebu interdisciplinárního přístupu.	MZd, NCO NZO	profesní organizace zdravotníků a zdravotnic, relevantní odborné instituce a subjekty

3.3 Nedostupnost porodních center a domů a omezení volby místa porodu

S omezením volby poskytovatele/poskytovatelky zdravotních služeb souvisí i omezení místa, způsobu a okolností porodu. Zatímco v řadě zemí¹³³ je běžné, že ženy mají možnost volit mezi porodem v porodnici, v porodním centru přidruženém k porodnici, v samostatném porodním domě nebo ve vlastním sociálním prostředí, v České republice je tato volba limitovaná. Hlavní příčinou je stávající právní rámec a způsob, jakým je porodní péče financována.

Péče při porodu je v **současnosti** hrazena zdravotními pojišťovnami **výhradně formou lůžkové péče**, což znamená, že nemocnice dostávají platby za hospitalizaci ženy při porodu a po něm. Doporučená délka pobytu v nemocnici je přitom tři dny od porodu. Pokud žena odchází dříve než po 48 hodinách, nemocnici je krácena platba od pojišťovny, což zdravotnická zařízení motivuje k delší hospitalizaci. Důraz na nemocniční péči při porodu je **prospěšný zejména pro těhotné s konkrétním rizikem** (k síti porodnic v ČR a centralizaci péče o ženy s patologickým průběhem těhotenství viz kapitola 2.2). Ženám s nízkorizikovým těhotenstvím však nemocniční prostředí nemusí vždy vyhovovat. To je důvodem rostoucího zájmu o porody v prostředí, které klade důraz na přirozený porodní proces a omezuje zbytečné lékařské zásahy. WHO zároveň upozorňuje, že nadměrná medikalizace (overmedicalization) porodu může zhoršit výsledky i kvalitu péče a je i ekonomicky neefektivní (viz kap. 1.6.5). Naopak modely péče vedené porodními asistentkami významně přispívají k lepším zdravotním výsledkům a zvýšení spokojenosti žen s poskytovanou péčí, jakož i úsporám ve zdravotnictví.¹³⁴

3.3.1 Samostatné porodní domy

Porodní domy, které jsou běžnou součástí zdravotnického systému v jiných zemích, v Česku zatím neexistují. Samostatný porodní dům (freestanding midwifery unit) je **zdravotnické zařízení určené pro ženy s nízkorizikovým těhotenstvím**, jež poskytuje péči vedenou zkušenými porodními asistentkami v prostředí podporujícím přirozený průběh porodu s minimem zásahů.¹³⁵ Péče v porodních domech je poskytována kontinuálně od těhotenství přes porod až po konec šestinedělí a je zajištěna známou porodní asistentkou nebo malou skupinou známých porodních asisterek. Zahrnuje také návštěvy ženy doma jak během těhotenství, tak i v šestinedělí. Tuto individualizovanou **péči indikují, poskytují a vedou výhradně porodní asistentky**.

Porodní domy „*nabízejí prostředí, kde může a měla by být prosazovaná autonomie ženy spolu s autonomií porodních asisterek, které podporují ženy v jejich svobodné volbě*“.¹³⁶

Porodní dům stojí samostatně mimo nemocnici a řídí se principy prevence, bezpečí a efektivity. V případě potřeby lékařské péče jsou k dispozici jasně definované postupy pro převoz rodičky do nemocnice na porodnické oddělení/jednotku (obstetric unit), což se obvykle provádí automobilem nebo sanitkou.

Na rozdíl od nemocnice umožňuje porodní dům maximální míru kontinuity péče (blíže viz schéma č. 3). V nemocnici se žena dostává do kontaktu s více poskytovatelkami a poskytovateli péče, kteří se střídají a které žena často poprvé potkává až u porodu, což jí brání ve vytvoření dlouhodobého vztahu s jednou pečující osobou. Obdobně zdravotnický personál nemá s ohledem na specifika nemocničního provozu možnost ženu dostatečně

¹³³ Např. Rakousko, Německo, Velká Británie, Francie, Nizozemí či Dánsko.

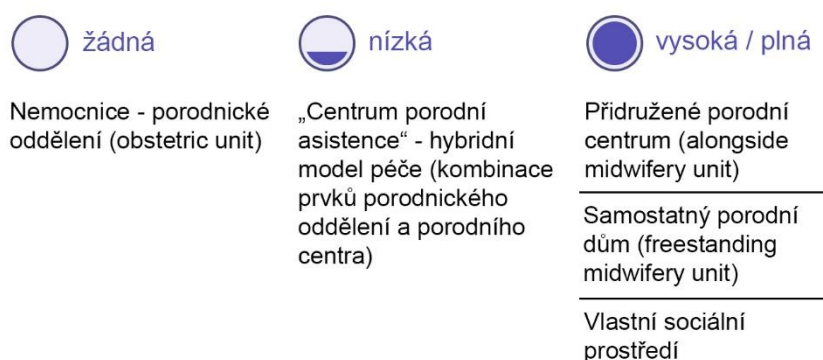
¹³⁴ World Health Organization. *Transitioning to midwifery models of care: global position paper*. Geneva: WHO; 2024. Dostupné z <https://www.who.int/publications/i/item/9789240098268>.

¹³⁵ Zařízení porodního domu by mělo být navrženo tak, aby vytvářelo klidné, domácí prostředí (tedy nikoli klinicky vyhlížející), které minimalizuje stres a podporuje přirozený průběh porodu. Klinické přístroje by měly být skryté z dohledu, ale snadno dostupné v případě potřeby. Celkový design by měl podporovat mobilitu a možnost volby poloh během porodu.

¹³⁶ Evropské standardy pro porodní domy a centra (autorizovaný český překlad), str. 21.

poznat a porozumět jejím individuálním potřebám. Nemocniční model může vést k nižší míře důvěry a méně personalizovanému přístupu, což může negativně ovlivnit celkovou porodní zkušenost ženy. Naopak v porodním domě, kde je standardem kontinuální péče, mají ženy stabilní podporu a možnost vytvoření dlouhodobého a důvěrného vztahu se stálým týmem nebo jednou porodní asistentkou, která ji provází po celou dobu raného mateřství a poskytuje jí péči. Na rozdíl od nemocnic ženy v porodních domech dostávají více individualizovanou péči zaměřenou na jejich konkrétní potřeby, což u nízkorizikových žen vede i k lepším výsledkům péče.

Schéma č. 3 – míra kontinuity péče podle typu zařízení, resp. místa porodu



3.3.2 Porodní centra přidružená k nemocnici

Další variantou zařízení, ve kterém mohou ženy porodit, je **porodní centrum přidružené k nemocnici** (alongside midwifery unit). Tato centra se na rozdíl od porodních domů nacházejí přímo v nemocniční budově (porodnici) nebo alespoň v rámci nemocničního areálu, stále je však vedou porodní asistentky, které o ženu pečují i během těhotenství a šestinedělí. Oproti porodním domům umožňují v případě potřeby bezmotorovou přepravu rodiček a novorozenců na pracoviště s vyšším (specializovanějším) stupněm péče. Hlavní rozdíl mezi porodním centrem přidruženým k nemocnici a samostatným porodním domem spočívá v dostupnosti lékařské péče. Porodní centrum zaručuje snadný a rychlý přístup k lékařské intervenci, pokud je potřeba. Naopak porodní dům je zcela samostatné zařízení a spoléhá na plánovaný systém převozu do nemocnice pro případy, kdy je lékařská péče nutná. Tento rozdíl může ovlivnit volbu ženy ohledně místa porodu, a to v závislosti na jejím zdravotním stavu a individuálních potřebách.

Přidružená porodní centra jsou často vnímána jako bezpečnější volba díky své blízkosti k nemocničním porodnickým oddělením. Tato blízkost poskytuje rodičkám i zdravotnickému personálu pocit větší jistoty, protože umožňuje rychlý přístup k lékařské péči při komplikacích. Někteří zdravotníci a zdravotnice věří, že mít všechny rodičky na jednom místě umožňuje lepší monitorování a kontrolu, což přispívá k pocitu bezpečí. Ten však nemusí nutně odpovídat i lepším výsledkům péče. Studie ukazují, že samostatné porodní domy dosahují lepších klinických výsledků než porodní centra přidružená k nemocnicím.¹³⁷ Porodní domy vykazují vyšší úspěšnost i v porovnání s porodnickými odděleními, neboť mají celkově lepší výsledky

¹³⁷ Batinelli, L., Thael, E., Leister, N. et al. What are the strategies for implementing primary care models in maternity? A systematic review on midwifery units. *BMC Pregnancy Childbirth* **22**, 123 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04410-x>.

pro matky a srovnatelné výsledky pro novorozence.¹³⁸ Kromě lepších klinických výsledků jsou porodní domy spojeny také s vysokou spokojeností uživatelů služeb i tamního zdravotnického personálu a jsou nákladově efektivní. Rozdíl mezi objektivními výsledky a subjektivním vnímáním bezpečnosti ukazuje, jak důležité je zlepšit povědomí o skutečných přínosech a rizicích různých typů zdravotnických zařízení, kde jsou vedeny fyziologické porody.

3.3.3 Právní a praktické překážky vzniku a rozvoje porodních domů a center v ČR

Velká Británie, Německo, Nizozemí nebo Belgie jsou v evropském regionu příklady zemí, v nichž jsou porodní domy pro ženy jednou ze standardních možností, kde porodit. Tuto možnost dlouhodobě poptávají i ženy v České republice (blíže viz kap. 2.1.2). Současná právní úprava možnost existence samostatného porodního domu¹³⁹ připouští, avšak za natolik přísných podmínek, že v Česku dosud žádný nevznikl, protože kombinace stávajících technických a personálních požadavků by provoz těchto zařízení činila nadměrně nákladným a logisticky obtížným. Nadto některé požadavky na prostory a vybavení porodního domu ani neodpovídají skutečným potřebám pro tento typ zdravotnického zařízení a souvisejícím mezinárodním standardům.¹⁴⁰ Technická vyhláška (č. 92/2012 Sb.)¹⁴¹ kupříkladu vyžaduje dvě oddělené místnosti pro péči o ženu a novorozence po porodu. „*Přitom péče v porodních domech není založena na přemísťování ženy a dítěte po porodu do jiné místnosti na jiné lůžko jako v nemocnicích, ale naopak na respektování intimity a seznamování se rodičky s dítětem po porodu ve stejné místnosti a na následném propuštění do vlastního sociálního prostředí.*“¹⁴² Rovněž „*vybavení porodního domu nutně nemusí odpovídat skutečným potřebám pro tento druh zdravotní služby, některé technickou vyhláškou vyžadované vybavení se může jevit z pohledu porodních asistentek jako nadbytečné, jiné vybavení ve vyhlášce naopak může chybět.*“¹⁴³

Pokyny pro zázemí, věcné a technické vybavení doplňují požadavky na personální zajištění zdravotních služeb poskytovaných v porodním domě, které upravuje personální vyhláška (č. 99/2012 Sb.).¹⁴⁴ Ta kromě přítomnosti dvou porodních asistentek, případně jedné porodní asistentky a jedné dětské sestry či dětské sestry pro intenzivní péči nebo sestry pro intenzivní péči, stanovuje povinnost fyzické přítomnosti lékařky či lékaře v oboru gynekologie a porodnictví do 5 minut. Podmínka lékařské přítomnosti se však v kontextu výše nastíněných specifik a bezpečnosti provozu samostatného porodního domu ukazuje jako nadbytečná. Problematická je i z ekonomických důvodů, neboť náklady na fyzickou přítomnost lékařky či lékaře by zdravotní služby porodního domu výrazně prodražily. Porodní asistentky jsou kvalifikované a kompetentní poskytovat péči při fyziologických porodech samostatně, bez

¹³⁸ Blíže viz např. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018;1(62):240–55. nebo Hollowell J, Rowe R, Townend J, et al. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2015 Aug. (Health Services and Delivery Research, No. 3.36.) Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK311289/> doi: 10.3310/hsdr03360.

¹³⁹ Ve smyslu ambulantního zdravotnického zařízení porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody.

¹⁴⁰ Blíže viz např. Evropské standardy pro porodní domy a centra.

¹⁴¹ Vyhláška č. 99/2012, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb – příloha č. 1, část I., bod 2.11.2. Zdravotní péče, včetně vedení fyziologických porodů.

¹⁴² Doporučení Rady vlády pro rovnost žen a mužů k samostatným porodním domům založené na Podnětu Pracovní skupiny k porodnictví k samostatným porodním domům ze dne 23. června 2017, str. 6. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/cinnost_rady/Pracovni-skupina-k-porodnictvi---podnet-k-porodnim-domum.pdf.

¹⁴³ Tamtéž.

¹⁴⁴ Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče – příloha č. 2, část B. Zvláštní požadavky, bod 2.11.2. Pracoviště porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody.

lékařské přítomnosti. Dokáží monitorovat stav matky a plodu, rozpoznávat příznaky patologií a v případě potřeby rodičku směřovat do nemocnice, kde je dostupné potřebné vybavení pro případný lékařský zásah. Při neakutních stavech je navíc dostatek času na bezpečný převoz rodičky do nemocnice, kde se jí dostane lékařské péče. Lékař či lékařka, který by dorazil do porodního domu do 5 minut, by beztak neměl k dispozici adekvátně vybavený porodní sál, což by znemožnilo efektivní intervenci. V akutních případech je tudíž nezbytné zajistit okamžitý převoz do nemocnice, kde je dostupná odpovídající úroveň péče pro patologické stavy.

Nastavení jasných pravidel pro převoz do zařízení vyššího stupně péče je proto klíčové pro zajištění bezpečnosti rodičky i dítěte v případě komplikací během porodu. Obě vyhlášky požadují, aby do 15 minut od identifikace komplikace bylo zajištěno „*provedení porodu císařským řezem nebo operace směřující k ukončení porodu*“,¹⁴⁵ a to buď skrze adekvátně vybavený porodní sál vč. přítomnosti neonatologa/neotoložky přímo v porodním domě, nebo zajištění převozu rodičky do nemocnice, která provozuje porodnici. S ohledem na výše zmiňované mezinárodní standardy a povahu samostatného porodního domu se jako nejpravděpodobnější řešení pro splnění podmínek stanovených vyhláškami jeví převoz do nemocnice. Příslušnou podmínku je přitom zapotřebí chápat v souvislosti s výkladovým stanoviskem Ministerstva zdravotnictví, podle něhož se interval 15 minut „*vykládá tak, že se jedná o stanovení dojezdové doby ze zdravotnického zařízení porodní asistentky do zdravotnického zařízení jiného poskytovatele zdravotních služeb, který je oprávněn a schopen poskytnout specializovanou péči v oboru gynekologie a porodnictví pro řešení komplikací vzniklých při vedení porodu*“.¹⁴⁶ Problém však spočívá v tom, že zákon o zdravotnické záchranné službě stanovuje maximální dojezdovou dobu sanitky na 20 minut, což je více než požadovaných 15 minut, a není jasné určeno, zda převoz musí být zajištěn vozem zdravotnické záchranné služby nebo může být proveden vlastním vozidlem. To vytváří nejistotu v tom, jak splnit tyto podmínky v praxi a zda jsou vůbec realizovatelné bez nepřiměřeného finančního a logistického zatížení porodních domů.¹⁴⁷

Dosavadní snahy o novelizaci vyhlášek narazily na přetrvávající *kulturu rizika*¹⁴⁸ a výše popisovaný rozpor mezi subjektivním vnímáním bezpečnosti a skutečnými klinickými výsledky porodních domů, které jsou lepší než výsledky přidružených porodních center a nemocničních porodnických oddělení. I proto **Ministerstvo zdravotnictví dosud upřednostňovalo zvyšování kvality služeb v existujících porodnicích před podporou vzniku samostatných porodních domů.** Původně plánovaný pilotní projekt samostatného porodního domu byl tak nahrazen podporou vzniku tzv. center porodní asistence v rámci porodnic.¹⁴⁹

¹⁴⁵ Tamtéž.

¹⁴⁶ Ze dne 19. 11. 2015, čj. MZDR 70563/2015-1/PRO. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/10990/24587/stanovisko%20MZ%20%C4%8CR.pdf>.

¹⁴⁷ Například skrze náklady spojené s pohotovostí přistaveného sanitního vozu během celého porodu, resp. pobytu v porodním domě.

¹⁴⁸ „Kultura rizika“ představuje převažující přístup v moderním porodnictví, který klade důraz na rizikovost porodu jakožto potenciálně nebezpečného procesu. Tento přístup vede k častému používání lékařských intervencí, často i v případech, kdy nejsou zcela nezbytné. „Kultura rizika“ se projevuje tendencí lékařského personálu přistupovat k porodům s přehnanou opatrností, ovlivněnou zkušenostmi s patologickými případy, což může vést k nadměrným intervencím a opomíjení fyziologických procesů v souvislosti s porodem. Blíže viz Takács L. 2016. Psychosociální aspekty porodní a poporodní péče. Dizertační práce. Dostupné z <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/82474/140052479.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. K vnímání rizika viz také např. MacKenzie Bryers, H., & van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), 488–496. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.003>.

¹⁴⁹ K souvislosti mezi *Doporučením Rady vlády pro rovnost žen a mužů k samostatným porodním domům*, jeho neprojednáním vládou a následnou podporou vzniku center porodní asistence viz *Zpráva za rok 2018 o rovnosti žen a mužů*, str. 44–45, dostupná z <https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/dokumenty/Material---Zprava-za-rok-2018-o-rovnosti-FINAL.pdf>.

První takové centrum bylo otevřeno v roce 2019 pod záštitou Ministerstva zdravotnictví v Nemocnici na Bulovce (dnes již fakultní).¹⁵⁰ Centrum navázalo na model péče, který neformálně fungoval již v některých menších porodnicích. Vedení centra však zároveň ve spolupráci s ministerstvem usilovalo o nastavení jasných pravidel a vytvoření celostátně přenositelného modelu centra porodní asistence. Pilotní provoz tohoto modelového pracoviště, podporovaného ministerstvem, se tak stal rovněž základem pro přípravu jednotného metodického pokynu (doporučení) k fungování center porodní asistence. I když se jednalo o významný krok směrem k zajištění větší diverzity porodní péče v ČR, legislativní bariéry, které brání samostatnému výkonu profese porodní asistentky (viz kapitola 3.2.1), se ještě v průběhu téhož roku ukázaly být překážkou i pro rozvoj center porodní asistence a jejich uvedení do souladu se standardy, které jsou pro zařízení vedená porodními asistentkami běžná v zahraničí.

Centra porodní asistence představují české specifikum, které kombinuje prvky porodnického oddělení (obstetric unit) a porodního centra přidruženého k nemocnici (alongside midwifery unit). Tato centra sice nabízí nízkorizikovým ženám možnost péče poskytované porodní asistentkou, avšak jsou stále vedena výhradně lékaři či lékařkami. Příčinou jsou opět legislativní omezení – lékař či lékařka jednak musí nejprve péči indikovat, jednak ani neexistují odpovídající zdravotní výkony, na jejichž základě by si nemocnice provozující takové centrum mohla nechat výhradní péči porodní asistentky proplatit z veřejného zdravotního pojištění.¹⁵¹ Podle Evropské sítě pro porodní domy a centra (MUNet) však tento **hybridní model péče**, ve kterém se mísí prvky lékařsky vedené péče s péčí poskytovanou porodní asistentkou, brání dosažení plné autonomie porodních asistentek a znemožňuje vznik center, kde by asistentky mohly vést péči o rodičky samostatně.

Mimoto současná podoba a způsob provozu center porodní asistence se různí napříč ČR a **pokus je standardizovat nebyl úspěšný**. Ministerstvo zdravotnictví metodické doporučení z roku 2020 k centrům porodní asistence po kritice v roce 2022 bez náhrady zrušilo.¹⁵² Žádné z českých center porodní asistence aktuálně plně **neodpovídá mezinárodním standardům**.¹⁵³ V roce 2023 kvůli tomu ČR přišla o možnost zúčastnit se druhého kola evropské pilotní studie k využívání nástroje MUSA (Midwifery Unit Self-Assessment), které jako předstupeň certifikace realizuje Evropská síť porodních domů a center (MUNet).

3.3.4 Vlastní sociální prostředí

Další z možností místa porodu je porod ve vlastním sociálním prostředí. Nejčastěji se jedná přímo o domácnost, kde žena žije, od čehož se odvozuje i zjednodušené pojmenování *domácí porod*.¹⁵⁴ Podobně jako u porodních domů se jedná o volbu, která je vhodná pouze **pro ženy s nízkorizikovým těhotenstvím**. Pro tyto ženy je **plánovaný domácí porod za asistence zkušené poskytovatelky péče**, typicky porodní asistentky, **při průběžném a důsledném hodnocení rizik stejně bezpečnou variantou jako plánovaný porod ve zdravotnickém**

¹⁵⁰ Blíže viz <https://bulovka.cz/kliniky-a-oddeleni/centrum-porodni-asistence>. Nemocnice Na Bulovce se oficiálně stala fakultní nemocnicí až v roce 2021. Do té doby byla známá pouze jako Nemocnice Na Bulovce

¹⁵¹ Jedinou výjimkou je zdravotní výkon vedení porodu vaginálně - hlavičkou porodní asistentkou při supervizi lékařem (kód 63120). Pro sestavení a pokrytí (úhradu) celého hospitalizačního případu a dalších aspektů péče porodní asistentky však nestačí. Nadto už samotný název výkonu implikuje, že se nad prací porodní asistentky očekává lékařský dohled, byť porodní asistentka je podle unijní i české legislativy kompetentní poskytovat samostatně a bez lékařského dohledu (blíže viz kap. 3.2).

¹⁵² Viz *Věstník 12/2022 dostupný z <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-12-2022/>*. Ke zrušení „Metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru gynekologie a porodnictví a neonatologie pro efektivní organizaci práce porodnic a pro maximální zabezpečení personálního využití porodních asistentek při vedení porodu v rámci stávající sítě porodnic – koncept tzv. Center porodní asistence“ došlo mj. z popudu ministerské Komise pro porodnictví.

¹⁵³ Blíže viz Evropské standardy pro porodní domy a centra, autorizovaný český překlad viz https://apodac.org/wp-content/uploads/MUNET-Standards_4_2021_CZ1.pdf.

¹⁵⁴ Může se jednat i o prostředí nahrazující domácí prostředí příjemkyně péče, například zařízení sociálních služeb.

zařízení.¹⁵⁵ Zachovává a podporuje kontinuitu péče poskytovanou známou porodní asistentkou nebo menší skupinou porodních asistentek během celého těhotenství, porodu i šestinedělí, což má pozitivní vliv na přirozený průběh porodu. V domácím prostředí oproti nemocnici tak také dochází k menšímu množství zásahů, užití léků a porodních poranění.

Ženy s nízkorizikovým těhotenstvím si porod ve vlastním sociálním prostředí volí kvůli vysoké míře kontinuity péče (viz schéma č. 3) a souvisejícím zdravotním a dalším benefitům, které pro ně může mít. Výzkumy mezi českými ženami¹⁵⁶ zároveň ukazují, že k volbě domácího porodu je často motivuje vlastní negativní či traumatická zkušenost z předchozího porodu ve zdravotnickém zařízení. Podle výzkumů tak mezi hlavní důvody, pro které ženy v ČR preferují porod ve vlastním sociálním prostředí, patří nespokojenost s porodní péčí v nemocnicích, včetně rutinních lékařských zásahů bez souhlasu rodičky, a necitlivý přístup zdravotnického personálu (blíže viz také kap. 2.1.). Dalším důvodem je absence možnosti výběru samostatného porodního domu – 65 % z 642 žen, které v letech 2015–2020 plánovaně rodily doma, uvedlo, že by se k této volbě neuchýlily, kdyby v Česku existovaly porodní domy.¹⁵⁷ Preference účastnic tohoto výzkumu odpovídají i zahraničním zkušenostem, kde dostupnost samostatných porodních domů vedla k poklesu plánovaných domácích porodů, neboť se jejich část přesunula do těchto zařízení vedených porodními asistentkami.

Domácí porod volí v Česku většinou ženy s vyšším vzděláním. Jedná se o ženy, jež mají tendenci aktivně vyhledávat informace a zvažovat přínosy a rizika spojená s různými typy péče.¹⁵⁸ V případě volby porodu ve vlastním sociálním prostředí jsou tak většinou dobře informované, absolvují část běžných vyšetření (zejména ultrazvuková vyšetření, odběry krve a moči a screening vývojových vad) a mají připravené záložní řešení a nemocnici pro případ komplikací.¹⁵⁹

V České republice proběhne plánovaně doma zhruba 0,5 % až 1 % porodů ročně. Přesné statistiky o domácích porodech však nejsou k dispozici, resp. jsou značně podhodnocené. Částečně je to způsobeno tím, že systém sběru dat pro příslušný registr nebyl dostatečně přizpůsoben pro evidenci porodů mimo zdravotnická zařízení, včetně nemožnosti rozlišit, zda k takovému porodu došlo vskutku plánovaně. Dalším faktorem, který doposud přispíval k nepřesnostem v reportingu, je obava rodiček a jejich doprovodu z možného postihu a stigmatizace.¹⁶⁰

Počet žen, které se rozhodnou pro porod doma, může také narůstat v reakci na některé události. Například během pandemie covid-19 se i ženy, které by jinak o domácím porodu vůbec neuvažovaly, rozhodly pro tuto možnost z obavy, že by kvůli pandemickým opatřením musely родit v nemocnici bez přítomnosti zvoleného doprovodu.¹⁶¹

¹⁵⁵ Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 3. Art. No.: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub3. Dostupné z https://www.cochrane.org/CD000352/PREG_planned-hospital-birth-versus-planned-home-birth.

¹⁵⁶ Durnová, A., Hejzlarová, E. Domácí porody v Česku: motivace, důvody a názory žen, které rodily plánovaně doma (2015-2020). Praha: Katedra veřejné a sociální politiky, FSV UK, 2021. Dostupné z: https://fsv.cuni.cz/sites/default/files/uploads/files/18-10042s_vyzkumnazprava_Durnova_Hejzlarova_27_1_2021.pdf, dále Hrešanová E. Women who desire 'natural childbirth' in hospitals in a highly medicalized birth care system. Health Care Women Int. 2024 Sep 10:1-21. doi: 10.1080/07399332.2024.2397457. Epub ahead of print. PMID: 39255416. dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39255416/>.

¹⁵⁷ Tamtéž.

¹⁵⁸ Tamtéž (Durnová, A., Hejzlarová E.).

¹⁵⁹ Tamtéž.

¹⁶⁰ S ohledem na níže uvedený Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 2746/23 ze dne 28. srpna 2024, vyhlášený 3. září 2024, lze očekávat, že se reporting případů domácích porodů zlepší. Nebude to však nutně znamenat nárůst jejich počtu, ale spíše zkvalitnění sběru dat v důsledku odstranění obav z hlášení plánovaných domácích porodů. Nově však přibude potíž, že porodní asistentky nebudou mít povinnost takto poskytnutou péči vykazovat, neboť nespadá do rozsahu zákona o zdravotních službách (blíže viz kapitola 3.3.5).

¹⁶¹ Viz Česká ženská lobby. 2021. TZ: *Proticovidová opatření negativně ovlivňují porodní praxi*. Dostupné z: <https://czlobby.cz/cs/zpravy/tz-proticovidova-opatreni-negativne-ovlivnuji-porodni-praxi>

K porodu mimo zdravotnické zařízení může dojít i neplánovaně z důvodu mimořádné situace, například kvůli dopravní havárii či povodním, nebo kvůli překotnému porodu. Některé ženy jsou nuceny porodit i bez zdravotnické asistence. Pouze pro velmi malou skupinu žen je neasistovaný porod (freebirth) doma vědomou a svobodnou volbou. **Domácí porod je ovšem bezpečný pouze za určitých podmínek, které zahrnují nízkorizikové těhotenství a přítomnost kvalifikované porodní asistentky schopné včas rozpoznat komplikace a zajistit převoz do nemocnice, pokud je to nezbytné.** I proto je jedním z cílů této strategie, aby k variantě neasistovaného domácího porodu ženy nebyly nuceny z důvodu nemožnosti využívat odborné péče ze strany porodní asistentky.

3.3.5 Právní rámec poskytování péče u domácích porodů

Domácí porod je v Česku legální. Až do nedávného rozhodnutí Ústavního soudu¹⁶² se však v odborné literatuře a především v rozhodování krajských úřadů objevovaly dva odlišné výklady otázky, zda je v souladu s právem také poskytování asistence ženě při porodu doma, resp. poskytování zdravotních služeb během porodu mimo zdravotnické zařízení. Podle prvního výkladu se oprávnění poskytovat zdravotní služby ve vlastním sociálním prostředí vztahuje i na ošetrovatelskou péči¹⁶³ během fyziologických porodů doma.¹⁶⁴ Naopak druhý výklad tuto možnost vylučuje s tím, že se jedná o zdravotní výkon, který je podmíněn technickým a věcným vybavením, jež nelze v domácím prostředí zajistit.¹⁶⁵

V praxi krajských úřadů převážila zejména druhá větev výkladu, podle které je asistence jakékoli zdravotnice či zdravotníka u takového porodu v rozporu s právními předpisy. Z tohoto důvodu krajské úřady většinou (nikoli však důsledně) omezovaly porodním asistentkám oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Některé úřady je za asistenci u domácího porodu také pokutovaly, a to bez ohledu na to, zda došlo k újmě na zdraví rodičky či dítěte, či nikoli (dokonce i tehdy, když klientky byly s poskytnutou péčí od porodní asistentky spokojeny).¹⁶⁶

Hrozba správního postihu v podobě pokuty až do výše 1 milionu korun,¹⁶⁷ spolu s dřívějšími občasnými snahami asistenci u domácího porodu kriminalizovat, vedla nejenom k výše nastíněnému dlouhodobě podhodnocenému hlášení domácích porodů, ale především ke strachu některých zdravotnic a zdravotníků tuto péči nabízet a poskytovat. Tím se dále zužovala a omezovala možnost žen svobodně si zvolit místo, způsob a okolnosti porodu.¹⁶⁸

Rozpory a nejasnosti v právní úpravě poskytování péče při domácích porodech a nejednotný postup krajských úřadů při udělování oprávnění porodním asistentkám byly již v minulosti řešeny především soudní cestou. Tato nejednoznačnost se však projevila i v soudní judikatuře.¹⁶⁹ Jisté vodítko poskytl až výše zmiňovaný nálezk Ústavního soudu z roku 2024. Ústavní soud definitivně stvrdil, že **legální je nejen volba ženy родit ve vlastním sociálním prostředí, nýbrž i přítomnost a pomoc zdravotnické pracovnice u takového porodu.**

<https://czlobby.cz/cs/zpravy/tz-proticovidova-opatreni-negativne-ovlivnuji-porodni-praxi?fbclid=IwAR3UfTymdvrB1yEx8ajeVOigSTtj3hmVEjFwj0fZy809qxVynt-Y40pKL0g>

¹⁶² Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 2746/23 ze dne 28. srpna 2024, vyhlášený 3. září 2024.

¹⁶³ Ve smyslu druhu péče podle zákona o zdravotních službách a definice činnosti porodní asistentky podle

zákona o nelékařských zdravotnických povoláních.

¹⁶⁴ Viz např. TELEČ, I. Porody ve vlastním sociálním prostředí podle práva. *Zdravotnické právo a bioetika*. 3. 3. 2018. Dostupné z <https://zdravotnickepravo.info/porody-ve-vlastnim-socialnim-prostredi-podle-prava>.

¹⁶⁵ Viz např. ŠUSTEK, P. 2017. *Právní aspekty domácích porodů*. In GERLOCH, Aleš a Katarzyna ŽÁK KRZYŽANKOVÁ, ed., 2017. *Soukromé a veřejné v kontextu institucionálních a normativních proměn práva*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-705-4.

¹⁶⁶ Viz např. případ posuzovaný Krajským soudem v Plzni, rozsudek ze dne 19. prosince 2022, č. j. 77

A 159/2020–114, dostupný z https://justice.cz/documents/17369/3240868/77A_159_2020+-+anonymizovan%C3%BD+rozsudek.pdf/24b8f7ce-c722-4949-a4c7-8d919e739387.

¹⁶⁷ Tj. pokuty tak vysoké, že může být pro danou osobu likvidační.

¹⁶⁸ To ovšem nutně neznamená, že by došlo ke snížení počtu plánovaných domácích porodů (k úskalím reportingu viz kapitola 3.3.4), avšak nedostatek péče zvyšoval jejich rizika.

¹⁶⁹ Viz výše odkazovaný Rozsudek Krajského soudu v Plzni ze dne 19. prosince 2022, č. j. 77 A 159/2020–114, versus Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 1. června 2023, č. j. 1 As 15/2023 - 38, dostupný z <https://www.zakonyprolidi.cz/judikat/nsscr/1-as-15-2023-38>.

Asistence u plánovaného domácího porodu je však podle Ústavního soudu takovou činností, na niž se nevztahuje zákon o zdravotních službách. Není tedy zdravotní službou ve smyslu tohoto zákona,¹⁷⁰ nýbrž péčí o zdraví podle občanského zákoníku.¹⁷¹

„Ústavní soud zdůraznil, že porod představuje jedinečný a choulostivý okamžik v životě žen a otázka výběru místa a okolností porodu spadá pod ochranu jejich tělesné a duševní nedotknutelnosti, osobní autonomie a souvisejících reprodukčních práv.“¹⁷²

Ústavní soud se tak „vymezil vůči dosavadní praxi, která podle něj vedla k absurdním důsledkům. Může-li se žena rozhodnout pro domácí porod a využít k tomu asistenci např. doly či jiných osob, aniž by jí to právní úprava jakkoliv zakazovala, neexistuje rozumný důvod, aby – s vědomím zdravotních i právních rizik – nemohla využít služeb osoby odborně vzdělané v oblasti porodnictví (např. porodní asistentky), byť nepůjde o poskytování zdravotní péče.“¹⁷³

Vynětí asistence u plánovaného domácího porodu z působnosti zákona o zdravotních službách neznamená, že by taková služba nebyla vůbec regulovaná, pouze za ni neposkytuje garanci stát. I v soukromoprávních vztazích platí, že vydává-li se jakákoli osoba za příslušnici určitého povolání nebo stavu, dává tím najevo, že je schopna jednat se znalostí a pečlivostí, která je s tím spojena, a jedná-li bez této odborné péče, jde to k její tíži.¹⁷⁴ Nemálo povinností spojených s péčí o zdraví podle občanského zákoníku, jako je například povinnost postupovat s péčí řádné odbornice a v souladu s pravidly svého oboru,¹⁷⁵ vést záznamy o poskytnuté péči o zdraví, podat srozumitelné poučení o zamýšleném vyšetření a navrhované péči, a to včetně uvedení rizik a možností alternativních postupů, koresponduje s povinnostmi poskytovatelů a poskytovatelek zdravotních služeb podle stejnojmenného zákona. Navíc otázka zásahu do práva na duševní a tělesnou integritu je v občanském zákoníku upravena natolik podrobně, že jeho ustanovení¹⁷⁶ mají v této, pro porod velmi důležité, oblasti při poskytování zdravotních služeb aplikační přednost před zákonem o zdravotních službách.

Navzdory dílčí přednosti občanského zákoníku a překryvům některých práv a povinností v obou zákonech postrádá režim péče o zdraví v porovnání s režimem zdravotních služeb v některých aspektech podrobnější úpravu, například ohledně vedení zdravotnické dokumentace.¹⁷⁷ Vyjmutím péče u plánovaného domácího porodu z rámce státem regulovaných zdravotních služeb je zároveň znemožněna její úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Schází zde také možnost kontroly dodržování povinností poskytovatelky péče státními orgány. V případě pochybení porodní asistentky (nebo jiného zdravotnického pracovníka či pracovnice) půjde o porušení závazku ze smlouvy a jeho řešení bude v kompetenci civilních soudů. Dvojí režim, kdy je část činností porodní asistentky považována za zdravotní službu, zatímco jiná část nikoli, je navíc velmi matoucí pro adresátky právní úpravy, jak také konstatoval Ústavní soud. Současná právní úprava profese porodních asistentek je podle něj velmi spleť a nepřehledná, což činí její pochopení obtížným jak pro matky, tak pro zdravotnické profesionály a profesionálky.

¹⁷⁰ Výjimkou je poskytnutí péče při překotném porodu.

¹⁷¹ § 2636 občanského zákoníku

¹⁷² Otázky a odpovědi k nálezů Ústavního soudu ve věci domácích porodů a porodních asistentek (nález sp. zn. I. ÚS 2746/23), dostupné z https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Publikovane_nalezky/2024/Ot%C3%A1zky_a_odpov%C4%Bdi_dom%C3%A1c%C3%AD_porody.pdf.

¹⁷³ Tamtéž.

¹⁷⁴ § 5 občanského zákoníku.

¹⁷⁵ Smluvní strany si nemohou sjednat péči na nižší kvalitativní úrovni.

¹⁷⁶ § 91 až 103 občanského zákoníku

¹⁷⁷ Občanský zákoník sice v § 2647 ukládá poskytovatelce povinnost vést si záznamy v „rozsahu nezbytném pro poskytování řádné péče o zdraví“ a uchovávat je tak dlouho, „jak to vyžaduje potřeba odborné péče“, nicméně na tyto záznamy se již nevztahují další povinnosti, které ohledně vedení zdravotnické dokumentace, které ukládá poskytovatelům a poskytovatelkám zdravotních služeb stejnojmenný zákon a navazující vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Ústavní soud proto, obdobně jako Evropský soud pro lidská práva v roce 2016,¹⁷⁸ vyzval státní orgány, aby nezůstávaly lhostejné k problémům vyplývajícím z nejasné legislativy a rozporná ustanovení právních předpisů vyřešily při současném respektování reprodukčních práv žen a zohlednění vývoje v oblasti medicíny, vědy a práva.

Strategie se těmito rozpory a návrhy na jejich řešení podrobně zabývá již v předchozích podkapitolách, kde se zaměřuje mimo jiné na aktuální znění personální a technické vyhlášky a potřebu jejich novelizace. Předchůdkyně současné technické vyhlášky, která stanovovala požadavky na věcné a technické vybavení jednotlivých typů pracovišť, ukládala všem zdravotnickým zařízením domácí péče – tj. kontaktnímu pracovišti všeobecné sestry i kontaktnímu pracovišti porodní asistentky – povinnost být vybavena tzv. *návštěvní taškou*.¹⁷⁹ Zrušení této vyhlášky, resp. institutu návštěvní tašky je jednou z hlavních příčin nejasnosti ohledně asistence u domácích porodů.¹⁸⁰

3.3.6 Strategická a úkolová část – sada opatření č. 3

Strategie reaguje na výše popsané problémy návrhem konkrétních legislativních a organizačních změn, které jsou nezbytnou podmínkou pro realizaci informované a svobodné volby místa, způsobu a okolností porodu. Požadované změny mají za cíl zajistit předvídatelnější právní rámec nejen pro poskytovatele a poskytovatelky zdravotních služeb, ale především pro ženy, a to tak, aby lépe odpovídal potřebám rodiček a jejich dětí (bližší viz také kapitola 1.6.2) a současně respektoval jejich práva.

Dostupnosti porodních center a domů v souladu s mezinárodními standardy, tedy vedených autonomně porodními asistentkami, přispěje novelizace tzv. personální a dále i tzv. technické vyhlášky, která z požadavků na tato zařízení odstraní nadbytečné položky, jako je například povinnost mít oddělené místnosti pro péči o ženu a novorozence po porodu. Navrhovaná novelizace požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb směřuje k plné podpoře kontinuálního modelu péče poskytovaného známou porodní asistentkou (nebo menší skupinou známých porodních asistentek) v souladu s doporučeními WHO. Součástí opatření je také nastavení jasných pravidel pro převoz a dostupnost operační péče v případě komplikací. Vznik a rozvoj porodních domů a center strategie plánuje podpořit rovněž skrze možnost čerpání finančních prostředků na rozvoj potřebné infrastruktury (staveb, rekonstrukcí, modernizací a přístrojového vybavení) z fondů EU (prostřednictvím operačního programu IROP).

Strategie zahrnuje také opatření k zajištění bezpečného rámce pro porody ve vlastním sociálním prostředí. Strategií navrhované změny směřují k rychlému odstranění příčin namítané spletnosti a rozpornosti, která historicky vznikla zrušením institutu *návštěvní tašky* porodní asistentky (a všeobecné sestry), jež byla součástí věcného vybavení kontaktního pracoviště domácí péče. Obnovením tohoto institutu bude možné **asistenci u domácího**

¹⁷⁸ Rozsudek ze dne 15. listopadu 2016 ve věci č. 28859/11 a 28473/12 – Dubská a Krejzová proti České republice.

¹⁷⁹ Bližší viz část IV bod 6.2 přílohy dříve platné vyhlášky č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení:

Návštěvní taška porodní asistentky obsahuje

- a) přístroj pro detekci ozev plodu,
- b) jednorázové pomůcky k vyšetření těhotné,
- c) tonometr,
- d) fonendoskop,
- e) teploměr lékařský,
- f) pomůcky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace, tj. samorozpínací vak včetně masky, vduchovody, rukavice, nůžky, pinzety, výbava pro stavění krvácení a prostředky k zajištění žilního vstupu.

¹⁸⁰ Přijetím zákona o zdravotních službách a nezahrnutím návštěvní tašky mezi povinné vybavení kontaktních pracovišť domácí péče do nové (stávající) technické vyhlášky tak bylo vedení fyziologického porodu podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jeho provedení ve zdravotnickém zařízení. Bližší viz § 10 odst. 3 zákona o zdravotních službách.

porodu opět začlenit mezi státem regulované zdravotní služby ve smyslu zákona o zdravotních službách a zajistit tak i její kontrolu ze strany státu.

Součástí sady opatření jsou osvětové a informační aktivity pro odbornou i širší veřejnost. Patří mezi ně vytvoření informačních materiálů, které ženám poskytnou státem garantované objektivní a srozumitelné informace o výhodách a rizicích různých míst porodu. Opatření zahrnují také aktivity pro zvýšení povědomí o bezpečnosti a klinických výsledcích porodních domů a center, které jsou provozovány v souladu s mezinárodními standardy.

Rozpis úkolové části ke kapitole Nedostupnost porodních center a domů a omezení volby místa porodu

Strategický cíl 3		Dostupnost porodních center a domů a možnost volby místa porodu				
Specifický cíl	Opatření	Popis opatření	Délka realizace opatření / termín splnění opatření	Kritérium splnění	Odpovědná instituce (gestor)	Spolupracující subjekty (spolugestor)
3.1 Korektně informovat o možnostech místa porodu s respektem k volbě ženy	3.1.1 Vytvořit ucelené informační materiály pro ženy na téma volby místa, způsobu a okolností porodu	Za využití principu HCD (designu zaměřeného na člověka / uživatelku služeb) vytvořit ucelené informační materiály pro ženy na téma volby místa, způsobu a okolností porodu. Zajistit, aby všechny ženy měly k dispozici srozumitelné, objektivní a hodnotových soudů prosté informace o výhodách a rizicích jednotlivých typů místa porodu (nemocnice, lékařsky vedené centrum porodní asistence, porodní asistentkou vedené porodní centrum, samostatný porodní dům, vlastní sociální prostředí). Do přípravy zapojit příjemkyně péče jakožto cílovou skupinu, pro kterou je informační materiál určen.	do 31. 12. 2025	Vytvoření podkladu využitelného pro ministerské webové platformy vč. NZIP a tisk informačních letáků.	MZd, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)	NNO (včetně příjemkyň péče), relevantní odborné instituce a subjekty
	3.1.2 Aktualizovat obsah webových stránek ministerstva s důrazem na objektivitu, úplnost a srozumitelnost informací o volbě místa porodu	V návaznosti na opatření 3.1.1 aktualizovat obsah webových stránek ministerstva, případně dalších webových platform státní správy, a zajistit, aby veškeré informace na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ohledně volby místa porodu byly objektivní a srozumitelné, bez hodnotových soudů či nekorektních informací. O místu, způsobu a okolnostech porodu komunikovat jazykem srozumitelným cílové skupině, z pohledu ženy (woman-centered), nikoli z pohledu potřeb poskytovatelů a poskytovatelek zdravotních služeb.	do 31. 1. 2026 první zveřejnění revize obsahu webů MZd, poté průběžně do 31. 12. 2030	Úprava obsahu relevantních webů s respektem k volbě ženy.	MZd	ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)
3.2 Podpořit vznik a rozvoj samostatných porodních domů a center v souladu s mezinárodními standardy	3.2.1 Odstranit legislativní překážky pro vznik a rozvoj samostatných porodních domů a center	Novelizací vyhlášky č. 99/2012, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče nastavit adekvátní podmínky pro vznik a rozvoj samostatných porodních domů (freestanding midwifery unit) a center (alongside midwifery unit) v souladu s mezinárodními standardy. Odstranit zejm. nadbytečný požadavek na oddělené místnosti pro péči o ženu a novorozence po porodu, zrušit povinnost fyzické přítomnosti lékařky či lékaře v oboru gynekologie a porodnictví a nastavit jasná pravidla pro převoz do zařízení vyššího stupně péče a vybavení pro zajištění bezpečnosti rodičky i dítěte v případě komplikací během porodu. Pravidla pro převoz sladit s požadavky na dojezdovou dobu sanitky podle zákona o zdravotnické záchranné službě. Úpravu	průběžně, nejpozději však do 31. 12. 2030	Odpovídající novela vyhlášky č. 99/2012 a vyhlášky č. 92/2012.	MZd	APODAC, UNIPA, ČKPA

		dalších požadavků připravit v úzké součinnosti s profesními organizacemi porodních asistentek, které jsou uznávané jako profesní organizace PA ze strany ICM (International Confederation of Midwives) a Asociací pro porodní domy a centra.				
	3.2.2 Zvýšit povědomí o bezpečnosti a klinických výsledcích samostatných porodních domů a center provozovaných v souladu s mezinárodními standardy	Prostřednictvím přímého informování (porady MZd s vedením nemocnic, dopis ministra apod.) a prezentace na ministerské webové platformě zvyšovat povědomí zdravotnického personálu, profesních organizací, vedení nemocnic, státní správy, zdravotních pojišťoven o bezpečnosti a klinických výsledcích porodních center a domů provozovaných v souladu s mezinárodními standardy.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Informace na webu MZd. Průběžné informační a osvětové aktivity směrem k odborné veřejnosti a relevantním stakeholderům.	MZd, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)	NNO, relevantní odborné instituce a subjekty
	3.2.3 Zajistit úhradu zdravotních služeb při porodu poskytovaných formou ambulantní nebo jednodenní péče	Prostřednictvím novelizace úhradové vyhlášky, seznamu zdravotních výkonů a dalších předpisů a úhradových metodik zajistit, aby z prostředků veřejného zdravotního pojištění bylo možné hradit zdravotní služby poskytované při porodu nejen formou lůžkové péče, ale i formou ambulantní nebo jednodenní péče. Souběžně zajistit, aby výše úhrady za takové zdravotní služby byla plnohodnotnou variantou výše úhrady za porod při hospitalizaci. Omezit krácení úhrady při dřívějším odchodu ženy do vlastního sociálního prostředí či při kratší hospitalizaci u lůžkové formy péče, pokud je zařízením zajišťována návazná návštěvní služba.	do 31. 12. 2027	Úhrada zdravotních služeb při porodu není vázána na hospitalizaci ženy.	MZd	zdravotní pojišťovny
	3.2.4 Vypsát výzvy v IROP na podporu a rozvoj infrastruktury samostatných porodních domů a center	Zajistit možnost čerpání prostředků z fondů EU prostřednictvím vypsání výzev v IROP na podporu a rozvoj infrastruktury (stavby, rekonstrukce, modernizace a přístrojové vybavení) samostatných porodních domů a center. Finanční podporu podmínit souladem provozu s mezinárodními standardy pro porodní domy a centra, a tedy autonomním vedením příslušných pracovišť porodními asistentkami.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Vypsané výzvy v rámci IROP.	MMR, MZd	
3.3 Zajistit bezpečný rámec pro porody ve vlastním sociálním prostředí	3.3.1 Novelizovat technickou vyhlášku za účelem zavedení povinnosti vybavení kontaktního pracoviště porodní asistentky návštěvní taškou	Prostřednictvím novelizace vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče zahrnout do povinného vybavení kontaktního pracoviště porodní asistentky tzv. návštěvní tašku a umožnit tak v návaznosti na § 10 odst. 3 zákona o zdravotních službách začlenit asistenci u domácího porodu opět mezi státem regulované zdravotní služby. Specifikaci obsahu návštěvní tašky připravit v úzké součinnosti s profesními organizacemi porodních asistentek, které jsou uznávané jako profesní organizace PA ze strany ICM (International Confederation of Midwives).	co nejdříve, nejpozději do 1. 7. 2026	Novelizace vyhlášky č. 92/2012 Sb. a podřazení asistence u domácího porodu pod státem regulované zdravotní služby.	MZd	UNIPA, ČKPA
	3.3.2 Zajistit jasné rozdělení kompetencí jednotlivých profesí a zamezit stigmatizaci žen při akutním i neakutním převozu během porodu	V návaznosti na opatření 2.3.1 do organizačního doporučeného postupu zahrnout informace o správném rozdělení kompetencí a spolupráci mezi všemi relevantními odbornostmi, včetně zdravotnické záchranné služby, v situaci akutního i neakutního převozu ženy během porodu z vlastního sociálního prostředí do zdravotnického zařízení. Důsledně zamezovat stigmatizaci žen (či porodních asistentek), která by mohla odrazovat či jakkoli zdržovat	do 1. 7. 2026 vytvoření postupu, poté průběžná realizace do 31. 12. 2030	Doporučený postup obsahuje požadované informace pro situaci převozu.	MZd	

		předání ženy do vyššího stupně péče v případě komplikací, jakož i sdílení úplných informací o zdravotním stavu ženy a dosavadním průběhu porodu.				
	3.3.3 Zlepšit sběr dat o porodech ve vlastním sociálním prostředí	Zlepšit sběr dat o porodech ve vlastním sociálním prostředí, resp. porodech mimo zdravotnické zařízení. Ve sbíraných parametrech odlišit plánovaný a neplánovaný domácí porod, jakož i asistovaný neasistovaný porod.	s účinností nejpozději od 1. 1. 2026	Existence aktualizované metodiky sběru dat.	MZd	poskytovatelé a poskytovatelky zdravotních služeb

3.4 Nedostatky v komunikaci a uplatňování informovaného souhlasu

Poskytování zdravotních služeb, včetně péče při porodu, je možné pouze na základě svobodného a informovaného souhlasu.¹⁸¹ Tento požadavek je zakotven v několika právních předpisech, včetně ústavních. Pro praxi jsou vedle Listiny základních práv a svobod klíčové občanský zákoník a zákon o zdravotních službách. Poslední jmenovaný přejímá požadavky Úmluvy o biomedicině,¹⁸² klíčové mezinárodní smlouvy, již je Česká republika vázána. K ratifikaci tohoto důležitého lidskoprávního dokumentu Česká republika přistoupila v roce 2001. Úmluva do českého právního řádu přinesla nejen požadavek vázanosti zákroku v oblasti péče o zdraví na svobodný a informovaný souhlas dotčené osoby, ale i obsáhlý katalog dalších patientských práv a především zásadně proměnila náhled na vztah „lékař-pacient“.

Kvalitní právní úprava však nekoresponduje s praxí v oblasti porodnictví. Lékařské a zdravotnické veřejnosti obecně nějakou dobu trvalo, než se s požadavky Úmluvy o biomedicině – včetně povinnosti zajištění informovaného souhlasu s poskytovanými službami – v praxi sžila.¹⁸³ A byť je dnes tato povinnost již běžnou součástí povědomí a praxe zdravotnického personálu, v předporodní, porodní a poporodní péči dochází v uplatňování institutu informovaného souhlasu nadále k zásadním a častým nedostatkům. Svědčí o tom zejména zpětná vazba příjemkyň péče, která byla detailně zmapovaná výzkumy (blíže viz kapitola 2.3), ale také šetření veřejného ochránce práv a množství stížností a žalob (blíže viz kapitola 2.4).

Reference žen o zákrocích prováděných bez souhlasu, předchozího poučení či přímo proti vůli rodičky se vyskytují napříč všemi výzkumy českého kontextu z posledních téměř dvaceti let. **Zásahy bez souhlasu patří mezi nejčastěji zmiňované zkušenosti žen z období porodu** i v nejnovějším – tj. realizovaném v období let 2021 až 2024 – rozsáhlém výzkumu *Kvalita poskytované prenatální a perinatální péče pohledem českých žen* (blíže viz kapitola 2.3).¹⁸⁴ Mezi nejčastěji zmiňované zkušenosti žen z období porodu patří vedle zásahů bez souhlasu také nepodpora, neúcta, manipulace a porodnické násilí.¹⁸⁵ I tyto zkušenosti však s nedodržováním zásad svobodného a informovaného souhlasu bezprostředně souvisí a je možné jim řádným naplňováním tohoto institutu účinně předcházet.

3.4.1 Respekt k autonomii a další nezbytné náležitosti

Zavedení institutu informovaného souhlasu do českého právního řádu souvisí s modernizací zdravotnického práva¹⁸⁶ směrem k vyššímu respektu k autonomii (vůli) pacienta/pacientky. **Respektování individuality konkrétního pacienta či pacientky je součástí zákonné definice toho, co obnáší poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni** (de lege artis).¹⁸⁷ „*Nejde přitom pouze o individualitu pacienta [pacientky] ve vztahu k unikátním vlastnostem jeho [jejímu] organismu, ale rovněž o zohlednění jedinečnosti jeho [její] osobnosti, jeho [jejího] duševního stavu a potřeb, včetně potřeb náboženských, kulturních a jiných. ... Zatímco lékař[ka] disponuje expertním věděním a dovednostmi v oblasti medicíny,*

¹⁸¹ Z tohoto pravidla existuje pouze několik málo zákonných výjimek v zájmu ochrany třetích osob, veřejného zdraví a života a zdraví konkrétního člověka (neodkladná péče), mezi které patří např. situace, kdy je pacientovi/pacientce poskytována tzv. záchranná služba a kdy má povinnost podrobit se odbornému lékařskému vyšetření podle zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. K aplikaci těchto výjimek při poskytování péče v souvislosti s porodem viz kapitola 3.4.5.

¹⁸² Celým názvem Úmluva Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, vyhlášena pod č. 96/2001 Sb. m. s.

¹⁸³ Viz např. Česká justice. Úmluva, která již dvacet let chrání práva pacientů, se prosadila také v Česku. Česká justice, 2017. Dostupné z: <https://www.ceska-justice.cz/2017/10/umluva-ktera-jiz-dvacet-let-chrani-prava-pacientu-se-prosadila-take-cesku/>.

¹⁸⁴ Projekt je realizován za podpory Ministerstva zdravotnictví zaměřuje na identifikaci klíčových determinant, jež mají vliv na míru spokojenosti žen s péčí poskytovanou během raného mateřství, a to s důrazem na následnou praktickou aplikaci těchto poznatků do praxe (blíže viz kapitola 2.3).

¹⁸⁵ Péče poskytovaná bez svobodného a informovaného souhlasu je rovněž považována za jednu z forem porodnického násilí (blíže viz kap. 3.5).

¹⁸⁶ Provedenou v návaznosti na ratifikaci Úmluvy o biomedicině.

¹⁸⁷ § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách

*pacient[ka] je tím nejlepším odborníkem [tou nejlepší odbornicí] na svůj život.*¹⁸⁸ Zahnutí preferencí, potřeb a přání klientky do rozhodování o způsobu léčby je rovněž nedílnou součástí medicíny a praxe založené na důkazech (blíže viz kapitola 3.1).

Zdravotnický personál musí každého člověka srozumitelným způsobem poučit a umožnit mu klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám. Sdělení informací musí proběhnout v dostatečném rozsahu, úměrně situaci daného člověka, jeho vzdělání a intelektuálním schopnostem.¹⁸⁹ Poučení nesmí být formální, ale skutečně informativní – samotné podepsání formuláře informovaného souhlasu nestačí, pokud pacient/ka neměl/a reálnou příležitost porozumět jeho obsahu.¹⁹⁰

Souhlas musí být nejen formálně dán, ale také skutečně **informovaný a svobodný**, tedy **udělen na základě dostatečných informací** o povaze, důsledcích, rizicích a alternativách navrhované péče, **bez jakéhokoli nátlaku či manipulace**.

Pacient/ka má právo navrhovanou péči odmítnout,¹⁹¹ a to i v případě negativních dopadů na její/jeho zdraví a život. Rovněž může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat.¹⁹²

Informovaný souhlas slouží k vyrovnávání informačního deficitu na straně příjemců a příjemkyň péče. Vyvažuje tak jejich zpravidla slabší pozici danou tím, že většinou nedisponují expertízou v oblasti medicíny, nadto za zdravotníky a zdravotnicemi přicházejí často v bolestech a obavách. Tato asymetrie vystupuje obzvláště v kontextu porodní péče a činí ženy zranitelnější vůči nátlaku a manipulacím. Ty se projevují zejména medicínsky neopodstatněným zastrašováním žen, informováním o rizicích jako o faktu, který nastane (včetně uvedení fatálních rizik jako jistého důsledku odmítnutí navrhovaného postupu), vnucením péče pod pohrůžkou časové tísně, která však fakticky nenastala (pouze by nastat mohla), vytvářením pocitu, že situaci již nelze změnit, a dalšími formami slovního či časového nátlaku. Konkrétním příkladem může být tvrzení ženě, že pokud nezůstane v pozici vleže na zádech nebo se nepodrobí určitému zákroku či vyšetření, její dítě zemře.¹⁹³ Takové počínání je nejen neetické, ale i protiprávní. Pro zdravotnice a zdravotníky, kteří se takového jednání dopouští, to může mít odpovídající právní a odpovědnostní následky.

Zdravotnický personál má v případě, že žena nabízenou péči odmítne, možnost vše znovu věcně a medicínsky podloženě vysvětlit, a pokud ani tak žena názor nezmění, právo poskytuje ochranu skrze negativní revers (viz kapitola 3.4.5). Dojde tak k naplnění informační zákonné povinnosti a zároveň k respektování práva volby na straně ženy za zachování právní jistoty daného zdravotníka či zdravotnice.

¹⁸⁸ Zákon o zdravotních službách: Praktický komentář, Wolters Kluwer, ISBN: 978-80-7676-653-2.

¹⁸⁹ KOPSA TĚŠINOVÁ, Jolana, Tomáš DOLEŽAL a Radek POLICAR, 2019. *Medicínské právo*. 2. vydání. V Praze: C.H. Beck. ISBN 978-80-7179-318-2, str. 58-59.

¹⁹⁰ Viz Rozhodnutí Nejvyššího soudu 25 Cdo 3100/2021, zde dne 20. ledna 2023. Dostupné z https://zdravotnickepravo.info/wp-content/uploads/2023/04/NS_informovany-souhlas.pdf.

¹⁹¹ Opět s výjimkou několika zákonem stanovených situací, jako je soudem nařízené ochranné léčení.

¹⁹² Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta/pacientky.

¹⁹³ Viz například zkušenost ženy z roku 2023 z Jihočeského kraje: „Doktor se urazil, vynadal mi, že on mi do mého povolání taky nefušeje. Řekl, že záznam z monitoru může použít jako důvod k hospitalizaci. A že pokud podepíši k hospitalizaci revers, dítě mi umře. A ať je pak ani nezkouším žalovat, stejně nevyhrají, protože těhotná je před soudem brána jako nesvéprávná. Byla jsem pod psychickým nátlakem, protože mi končilo hlídání starších dětí, a tak jsem se vyšetřit nechala.“ Celý příběh je dostupný z <https://www.uz-dost.cz/tehotna-je-pred-soudem-brana-jako-nesvepravna/>.

Další příklady nátlaku a manipulací viz např. Hrešanová E. Women who desire 'natural childbirth' in hospitals in a highly medicalized birth care system. *Health Care Women Int.* 2024 Sep 10:1-21. doi: 10.1080/07399332.2024.2397457. Epub ahead of print. PMID: 39255416. dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39255416/>.

Dále viz také Daly, D., Sedlicka, N., Švanderlíková, K. et al. An online survey of women's views of respectful and disrespectful pregnancy and early labour care in the Czech Republic. *BMC Pregnancy Childbirth* **24**, 370 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06448-5>.

3.4.2 (Ne)efektivní komunikace

Dodržování zásad svobodného a informovaného souhlasu vyžaduje dovednosti v oblasti komunikace. Ty ale v českém zdravotnickém prostředí stále častokrát chybí, resp. nedosahují potřebné úrovně.¹⁹⁴ Nejsou dostatečně rozvíjeny ani v rámci přípravy na výkon zdravotnických povolání. Efektivní komunikace je přitom naučitelná dovednost, nikoli vrozená vlastnost. Kvalitní komunikace je důležitá nejenom pro spokojenost s péčí a naplňování zásad informovaného souhlasu, ale má i přímý vliv na efektivitu léčby.¹⁹⁵ Nedostatečná komunikace naopak zvyšuje riziko chyby. Podle zahraničních dat byla špatná lékařská komunikace a přístup lékařského personálu hlavním důvodem pro soudní spory v 70 % případů žalob za zanedbání zdravotní péče.¹⁹⁶ Dobrá komunikace naopak významně přispívá k tzv. komplianci s léčbou (adherenci k léčbě), tedy ochotě pacienta/pacientky přijmout navrhovaný medicínský postup. Tyto faktory se výrazněji projevují a zesilují zejména při porodu, který je často dynamickým a nepředvídatelným procesem. To může vést k většímu neporozumění a frustraci jak u rodičky, tak u zdravotnického personálu.

3.4.3 Porodní plán jako nástroj pro usnadnění komunikace

Z obavy, že jejich vůle nebude respektována, a ve snaze předejít výše nastíněným komunikačním nedostatkům si některé ženy, zejména při plánování porodu v nemocnici, připravují **porodní plány** (písemná porodní přání). Využívají je i ženy, které chtějí zvýšit pravděpodobnost pozitivní zkušenosti s porodem a předem si s poskytovatelem péče vyjasnit své představy o průběhu porodu nebo o řešení předpokládaných situací. Praktická aplikace těchto plánů však v českém prostředí naráží na řadu překážek.

Zprv ne vždy zdravotnický personál na existenci porodního plánu reaguje optimálním způsobem. Místo toho, aby jej vnímal jako vhodný nástroj k usnadnění komunikace s rodičkou, často k němu přistupuje a priori negativně či s nepochopením.¹⁹⁷ Odmítavý postoj bývá odůvodňován tím, že „[p]orodní plán je pojem, který právně neexistuje“.¹⁹⁸ Přestože porodní plán není v zákonu explicitně definován a bývá zaměňován s dříve vysloveným přáním (bliž viz kapitola 3.4.4), neznamená to, že by šlo o právně nerelevantní projev vůle – právě naopak. I v tomto případě platí aplikační přednost občanského zákoníku, zejména pokud jde o ochranu tělesné a duševní integrity, ale také tzv. princip bezformálnosti právního jednání, který stanoví, že každý člověk „*má právo zvolit si pro právní jednání libovolnou formu, není-li ve volbě formy omezen ujednáním nebo zákonem*“.¹⁹⁹

Některá zařízení se snaží tomuto trendu přizpůsobit, a tak na svých webových stránkách zveřejňují seznam *dovolených porodních přání*, popřípadě *seznam zakázaných přání*, která při poskytování péče předem odmítají realizovat. Ačkoli může být tento postup veden snahou zajistit péči na náležité odborné úrovni, některé varianty péče, které se porodnice snaží v plánech rodiček předem omezit, nejsou nutně v rozporu s medicínou založenou na důkazech. Součástí seznamu *neakceptovaných přání* bývají i pokyny organizačního charakteru, které postrádají oporu v zákonu, jako je například podmiňování dřívějšího odchodu z porodnice předložením písemného souhlasu praktické pediatřky či pediatra s převzetím novorozence do péče. Zvláště závažné a v rozporu s právem je, když nemocnice těmito

¹⁹⁴ Komunikace s pacienty a pacientkami nadále zůstává jedním z největších problémů českého zdravotnictví, viz např. <https://www.nzip.cz/clanek/481-zdravotnický-personal-vs-pacient-stiznosti>.

¹⁹⁵ PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Grada. ISBN 978-80-247-7267-7. Dále viz např. také odborná konference patientského hubu *Spolupráce mezi pacienty a zdravotníky. Aneb na lidskosti záleží* (17. května 2023).

¹⁹⁶ Levinson W. (1994). Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *JAMA*, 272(20), 1619–1620; cit. podle PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Grada. ISBN 978-80-247-7267-7.

¹⁹⁷ „Dost často si poskytovatelé zdravotních služeb, kteří provozují porodnici, stěžují na to, že k nim přichází budoucí rodička s tzv. porodním plánem, jímž si vyhrazuje určitá práva, určité zdravotní služby poskytované specifickým způsobem, a žádá, aby jí bylo vyhověno ... a nelze doporučit na taková přání, prezentovaná jako tzv. porodní plán, přistupovat.“ Tempus Medicorum. Časopis České lékařské komory. Ročník 32, 6/2023.

¹⁹⁸ Tamtéž

¹⁹⁹ § 559 občanského zákoníku

požadavky podmiňuje samotné přijetí rodičky do péče. Zákon o zdravotních službách stanovuje přísné podmínky odmítnutí poskytnutí péče a **mezi výjimky, kdy přijetí do péče nelze odmítnout, patří porod.**²⁰⁰

Zdravotnický personál hraje klíčovou roli v informování o navrhované péči v souladu s odbornými doporučeními. Rodička²⁰¹ **nemá však právo požadovat, aby zdravotnický personál aktivně postupoval v rozporu s uznávanými medicínskými postupy.** Porodní plány mohou mít různé formy i obsah. Někdy obsahují nerealistická přání, například požadavky, které neodpovídají běžným medicínským postupům nebo dostupnosti péče v dané nemocnici. Adekvátní reakcí je přistoupit k těmto přáním s respektem a otevřeně je prodiskutovat, nikoli je předem bez znalosti konkrétních anamnestických údajů, včetně osobní, rodinné a sociální anamnézy, odmítat či na jejich základě ženu stigmatizovat. Zdravotnice a zdravotníci by měli být schopni vysvětlit, proč určité požadavky nemusí být možné splnit, a nabídnout alternativy, které jsou bezpečné a přizpůsobené individuálním potřebám ženy. Tento přístup může přispět ke snížení frustrace a podpořit lepší spolupráci, a potažmo poskytování zdravotních služeb v náležité kvalitě.

Zlepšit komunikaci mezi rodičkami a zdravotnickým personálem se v Česku snaží některé občanské iniciativy. Nabízí pomoci ženám se sestavením porodního plánu (přání) tak, aby byly **skutečně informované**, měly přehlednou strukturu a ideálně **předem projednané** s těmi, kdo budou u porodu péči poskytovat.²⁰²

3.4.4 Institut dříve vysloveného přání v kontextu porodu

V praxi v důsledku nedostatečného právního povědomí často dochází k **zaměňování porodního plánu s institutem dříve vysloveného přání**,²⁰³ a to jak ze strany rodiček, tak ze strany zdravotníků a zdravotnic. Zatímco na formu porodního plánu zákon neklade žádné specifické požadavky, dříve vyslovené přání představuje vysoce formalizovaný institut, jehož podobu a **závažnost** zákon podrobně upravuje. Využívá se pro případy, kdy člověk očekává, že v budoucnu nebude schopen sám rozhodovat o svém zdravotním stavu a léčbě.²⁰⁴ Rodičky si jej mj. volí právě pro jeho zákonem stanovenou závažnost pro zdravotnický personál. Avšak zcela „*základní podmínkou použitelnosti dříve vysloveného přání je aktuální nemožnost udělit souhlas v rozhodné době*“.²⁰⁵ Pokud je žena „*v daném okamžiku kompetentní k vyslovení souhlasu, na dříve vyslovené přání vůbec nemůže být brán zřetel*“²⁰⁶ a zdravotnický personál je nadále povinen získat její informovaný souhlas či informovaný nesouhlas (negativní reverz) podle obecných pravidel. Ženino dříve vyslovené přání se aktivuje až v momentě, kdy o sobě není schopna rozhodovat.

Žena si pro situaci porodu **může připravit obojí – jak porodní plán, tak dříve vyslovené přání (nebo jejich kombinaci**, čímž zajistí pokrytí všech situací). Je pouze zapotřebí, aby se dříve vyslovené přání nepoužívalo v situacích, kdy je to nevhodné a v zásadě nemožné, protože žena je při plném vědomí, nemá intenzivní bolesti apod. V takové situaci je nezbytné vykomunikovat navrhovanou péči a ověřit její souhlas.

3.4.5 Specifika udělení souhlasu s poskytovanou péčí v průběhu porodu a odpovědnost zdravotnického personálu

S poskytováním zdravotních služeb na základě informovaného souhlasu úzce souvisí otázka odpovědnosti za poskytované služby a případné komplikace. Stávající právní úprava staví na jasném odklonu od paternalistického přístupu, kdy zdravotnický personál rozhodoval za

²⁰⁰ § 48 odst. 3 zákona o zdravotních službách

²⁰¹ Odmítnutí péče se zaznamenává pomocí tzv. negativního reverzu (k odmítnutí zdravotních služeb a odpovědnosti zdravotnického personálu v takových situacích blíže viz kapitola 3.4.5).

²⁰² Viz např. <https://www.porodni-prani.cz/info>.

²⁰³ Ve smyslu § 36 zákona o zdravotních službách.

²⁰⁴ Typicky se tento institut využívá např. v situacích nevyléčitelné nemoci v posledním stádiu, kdy pacient/ka nemá zájem o udržující léčbu, neboť takovou situaci vnímá jako pro sebe nedůstojnou.

²⁰⁵ Zákon o zdravotních službách: Praktický komentář, Wolters Kluwer, ISBN: 978-80-7676-653-2.

²⁰⁶ Tamtéž

pacienty a pacientky (blíže viz kapitola 3.4.1). Dnes je na prvním místě právo člověka na sebeurčení a osobní autonomii.²⁰⁷ Tento antropocentrický přístup zdůrazňuje důležitost respektu k individuálním rozhodnutím pacientů a pacientek, i **když zdravotnický personál může mít na jejich volbu odlišný názor**. I v kontextu porodu je povinností zdravotnic a zdravotníků poskytnout ženě veškeré potřebné informace o povaze, rizicích a alternativách navrhované péče a umožnit jí učinit svobodné a informované rozhodnutí.

Žena je zodpovědná za volbu, zdravotnický personál za poskytnutí informací a kvalitu zdravotních služeb.

Pokud rodička odmítá zákrok nebo některou jeho část, popřípadě si přeje použít jinou metodu, než kterou jí ošetřující personál indikuje a doporučuje, je nutné její rozhodnutí respektovat. **Zárok provedený bez platného informovaného souhlasu, resp. řádného právního důvodu je protiprávní.** Zdravotnice a zdravotníci se před odpovědnostními důsledky odmítnutí navrhované péče chrání prostřednictvím institutu **negativního reversu**.²⁰⁸ Tento postup se uplatňuje tehdy, když se ošetřující personál domnívá, že neposkytnutí péče může ohrozit zdraví či život ženy nebo plodu. Ačkoli zákon rodící ženu k podpisu negativního reversu nezavazuje, z hlediska ochrany zdravotnického personálu je vhodné, aby byl revers podepsán nejen ošetřujícím lékařem/lékařkou, ale především rodičkou, aby bylo doloženo, že byla opakovaně (tj. alespoň dvakrát) poučena, a přesto péči vědomě odmítla. V případě, že rodička revers nepodepíše, mají poskytovatelé a poskytovatelky zdravotních služeb možnost doložit tuto skutečnost prostřednictvím podpisu svědka či svědkyně.²⁰⁹ Zdravotníky a zdravotnice nelze právně sankcionovat za neposkytnutí zdravotních služeb, které svéprávná rodička odmítá.

Klíčovou odpovědností zdravotnického personálu je poskytovat zdravotní péči na odpovídající odborné úrovni, přičemž je nutné respektovat individualitu rodičky a zohledňovat konkrétní podmínky i objektivní možnosti.²¹⁰ Pokud navzdory splnění této povinnosti zdravotní péče nevede k očekávanému výsledku, nevzniká tím automaticky právo na náhradu újmy. Při posuzování odpovědnosti za neúspěšný diagnostický nebo terapeutický postup je klíčové, zda byl, nebo nebyl proveden odborně správným způsobem. Porod je dynamický proces a „[b]iologické procesy v lidském organismu nelze vždy přesně odhadnout, garantovat příznivý výsledek léčby je tedy v podstatě nemožné. I proto je odpovědnost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb primárně odpovědností za odborně správný postup (*lege artis*), a nikoli odpovědností za výsledek.“²¹¹

Porod je z hlediska výše uvedených práv a povinností specifický tím, že při jejich uplatňování může občasné docházet ke střetu práva ženy na sebeurčení s ochranou nenarozeného dítěte.²¹² Zdravotnický personál musí v těchto situacích mezi těmito dvěma zájmy citlivě a obezřetně vyvažovat. Vždy platí, že pokud neexistuje bezprostřední ohrožení života nebo zdraví plodu, má právo ženy na autonomii přednost a její rozhodnutí musí být respektováno. Výjimka, která by zdravotnickému personálu umožnila provést zákrok bez souhlasu rodičky, se může uplatnit pouze tehdy, je-li zřejmé, že zákrok je naprosto nezbytný pro ochranu života nebo zamezí vážnému poškození zdraví plodu. Tato situace však musí být jednoznačně prokázána a musí jít o **bezprostřední, nikoli pouze hypotetické riziko**. Souběžně je nutné, aby „provedené zákroky [byly] přiměřené sledovanému účelu záchraně života a zdraví nenarozeného dítěte“.²¹³

V porodní péči v souvislosti s odpovědností hraje významnou roli i rozvoj defenzivních postupů. Defenzivní medicína, tedy postupy motivované spíše obavou ze soudních sporů než

²⁰⁷ Viz čl. 2 Úmluvy o biomedicině: „Zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy.“

²⁰⁸ § 34 odst. 3 zákona o zdravotních službách

²⁰⁹ § 34 odst. 5 zákona o zdravotních službách

²¹⁰ § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách

²¹¹ ŠUSTEK, P. – HOLČAPEK, T. 2016. Zdravotnické právo. Praha: Wolters Kluwer.

²¹² Šířoká L., Povolná M. 2017. Právo rodící ženy odmítnout péči versus právo dítěte na život a zdraví ve světle judikatury Ústavního soudu a Evropského soudu pro lidská práva. *Jurisprudence*, 2017, 26(5), s. 18-28.

²¹³ Nález Ústavního soudu ze dne 2. 3. 2015, sp. zn. I. ÚS 1565/14

klinickým úsudkem, vede často k zbytečným zásahům či nadměrným preventivním opatřením, které ne vždy odpovídají skutečné potřebě.²¹⁴ Pramení mj. z právní nejistoty, nedostatečného právního povědomí zdravotníků a zdravotnic a jejich strachu z případných sporů a postihu (blíže viz také kapitola 2.4). „*Tento přístup s sebou nese především riziko zbytečné zátěže pacientů [pacientek] těmito postupy a případných komplikací od nich se odvíjejících, jakož i odčerpání významné části kapacity a prostředků na zdravotní péči, a ve svém důsledku zhoršení dostupnosti zdravotní péče jako takové.*“²¹⁵ Jednou z cest, jak defenzivní postupy omezit, je důsledné dodržování zásad svobodného a informovaného souhlasu.

3.4.6 Supervize, intervize a psychoterapeutická podpora zdravotníků a zdravotnic

Práce v takto emočně, právně a eticky náročném prostředí je často provázána stresem a tlakem na rozhodování. Proto je nezbytné, aby zdravotníci a zdravotnice měli pravidelný přístup k supervizím, intervizím a v případě potřeby i k psychoterapeutické podpoře. Bez této opory hrozí, že nezpracované negativní emoce z jedné náročné situace mohou neúmyslně ovlivnit další klientky, což může zhoršit kvalitu péče i pracovního prostředí a narušit spolupráci v kolektivu. Pravidelná supervize a další formy podpory nejen snižují míru stresu a riziko vyhoření, ale také zajišťují lepší dodržování klinických standardů, zvyšují bezpečnost příjemkyň péče, zlepšují výkon zdravotníků a zdravotnic přispívají k jejich pracovní spokojenosti, a potažmo i spokojenosti žen s péčí.

3.4.7 Strategická část a úkolová část – sada opatření č. 4

V návaznosti na identifikované problémy navrhuje strategie několik vzájemně provázaných opatření, která mají v konečném důsledku především zamezit provádění zákroků bez informovaného souhlasu. První sada opatření se zaměřuje na systematické a cílené zlepšování komunikačních dovedností zdravotníků a zdravotnic, a potažmo zkvalitnění jejich komunikace s příjemkyněmi péče. Strategie klade důraz na začlenění tohoto tréninku do běžné výuky, budování dovedností naslouchání, empatie, obdobně i získávání znalostí o východiscích bio-psycho-sociálního modelu zdravotních služeb, benefitech kontinuální péče a principech péče zaměřené na ženu a rodinu (woman-centered care, family-centered care).

Další část opatření se soustředí na účinné uplatňování zásad svobodného a informovaného souhlasu. Spolu s metodickým pokynem vznikne e-learningový kurz cíleně zaměřený na uplatňování informovaného souhlasu a principů medicíny založené na důkazech v kontextu porodu. Součástí kurzu budou formou videí konkrétní příklady situací z českého kontextu, které budou vycházet z výpovědí získaných v rámci výzkumů (ne)spokojenosti žen s péčí. V návaznosti na opatření z dalších strategických cílů budou do kurzu zahrnuty i informace o prevenci porodnického násilí. Navrhovaná opatření zahrnují také zvyšování právního povědomí zdravotníků a zdravotnic za účelem zlepšení jejich obeznámenosti s obsahem patientských práv a jejich praktickou aplikací v kontextu porodní péče.

Důležitou podmínkou pro zajištění kvality péče a tomu odpovídající komunikace je psychosociální podpora zdravotnického personálu. Strategie požaduje zavedení pravidelných supervizí a intervizí i doplňující psychoterapeutické podpory zdravotníků a zdravotnic, aby mohli zpracovávat emočně a eticky náročné situace v bezpečném prostředí a nepřenášet si je do interakcí s dalšími klientkami. Navrhovaná opatření přispějí ke zlepšení spokojenosti zdravotnického personálu, kvality spolupráce v týmu, snižování stresu a prevenci vyhoření.

Strategie se rovněž zaměřuje na zvýšení povědomí veřejnosti o právech žen v souvislosti s porodem. Na Národním zdravotnickém informačním portálu budou revidovány informace o těhotenství, porodu a šestinedělí podle průřezových principů této strategie, se souběžným důrazem na přehlednost a uživatelskou přívětivost. Nový obsah bude srozumitelný, psaný

²¹⁴ Adamová, H. (2023). Odpovědnost za újmu a kvalita zdravotní péče s přihlédnutím k zahraniční zkušenosti. Časopis zdravotnického práva a bioetiky, 13(1), s. 1–20.

²¹⁵ Tamtéž

jednodušším jazykem a přizpůsoben potřebám žen jakožto hlavní cílové skupině. Na webu rovněž vznikne samostatná záložka s informacemi k sestavování porodních plánů.

Strategie v neposlední řadě počítá s průběžným monitorováním kvality poskytovaných služeb z pohledu klientek a realizací výzkumů a reprezentativních šetření spokojenosti žen s péčí v období raného mateřství.

Rozpis úkolové části ke kapitole Nedostatky v komunikaci a uplatňování informovaného souhlasu

Strategický cíl 4		Zlepšení uplatňování informovaného souhlasu a komunikace mezi ženami a zdravotnickým personálem				
Specifický cíl	Opatření	Popis opatření	Délka realizace opatření / termín splnění opatření	Kritérium splnění	Odpovědná instituce (gestor)	Spolupracující subjekty (spolugestor)
4.1 Zlepšit komunikační a interpersonální dovednosti zdravotnického personálu	4.1.1 Podporovat výuku komunikačních dovedností v kontextu poskytování těhotenské, porodní a porodní péče	Systematicky a cíleně zlepšovat komunikační dovednosti stávajících i budoucích zdravotníků a zdravotnic, kteří se podílejí na poskytování péče v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Využívat interaktivní formy výuky a praktický nácvik modelových komunikačních situací se zkušenými figurantkami. Zavádět nácvik respektující komunikace do běžné výuky.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Jsou podporovány programy výuky a tréninku komunikace jakožto základní klinické dovednosti.	MZd, MŠMT, IPVZ NCO NZO	KVOP, NNO příslušné školy, univerzity a pracoviště
	4.1.2 Posílit přítomnost zástupkyň příjemkyň péče a společenskovedního výzkumu v kurzech odborné přípravy na výkon relevantních zdravotnických profesí	Posílit přítomnost zástupkyň příjemkyň péče a společenskovedního výzkumu v kurzech odborné přípravy na výkon relevantních zdravotnických profesí s cílem zlepšovat komunikační a interpersonální dovednosti, jakož i dovednosti naslouchání a empatie. Seznamovat zdravotníky a zdravotnice s východisky bio-psycho-sociálního modelu péče. Zahrnout do výuky klíčové determinanty spokojenosti žen s péčí během porodu, benefity modelu kontinuální péče a principy péče zaměřené na ženu (woman-centred care) a rodinu (family-centered care).	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Je podporována přítomnost zástupkyň příjemkyň péče a společenskovedního výzkumu ve výuce.	MZd, MŠMT, IPVZ NCO NZO	KVOP, NNO příslušné školy, univerzity a pracoviště
	4.1.3 Podporovat využívání doporučených postupů jako podkladu pro komunikaci s příjemkyněmi péče	V návaznosti na opatření 1.1.1 a 1.2.1 motivovat zdravotnický personál k aktivnímu využívání doporučených postupů a operativních doporučení při komunikaci s klientkami, zlepšovat tak porozumění klientek (pacientek) ohledně navrhovaných diagnostických a terapeutických postupů a zvyšovat možnost aktivního zapojení klientek a jejich laických pečujících do procesu péče.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Zjednodušená sekce v doporučených postupech obsahující zjednodušené informace pro klientky (pacientky) je aktivně využívána v komunikaci s příjemkyněmi péče.	MZd, MŠMT, IPVZ NCO NZO	KVOP, NNO příslušné školy, univerzity a pracoviště
4.2 Zlepšit metodické vedení, právní povědomí a psychosociální podporu zdravotníků a zdravotnic	4.2.1 Vytvořit e-learningový kurz k uplatňování zásad informovaného souhlasu a EBM/EBP v kontextu porodu	V návaznosti na připravovaný metodický pokyn ke správnému a účinnému uplatňování informovaného souhlasu v souladu s lidskoprávními standardy vytvořit e-learningový kurz cíleně zaměřený na zlepšení uplatňování tohoto institutu v kontextu porodu. Zahrnout principy respektující péče, která zohledňuje individuální potřeby rodiček a zajišťuje jejich informovanou a aktivní účast v rozhodovacích procesech během porodu. Prostřednictvím konkrétních příkladů situací převzatých z výzkumů (ne)spokojenosti s péčí formou videí názorně postihnout všechny klíčové složky informovaného souhlasu (např. podání informací srozumitelným	do 1. 7. 2026	Existence e-learningového kurzu zaměřeného na uplatňování zásad informovaného souhlasu a EBM/EBP v kontextu porodu a vytvořeného ve spolupráci s NNO hájícími práva	MZd, KVOP, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)	NNO

		způsobem v dostatečném rozsahu; umožnění kladení doplňujících otázek vztahujících se ke zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám; důraz na to, že souhlas se pokládá za svobodný, je-li dán bez jakéhokolí nátlaku). Do obsahu kurzu zahrnout související informace o uplatňování zásad EBM/EBP, o prevenci porodnického násilí (v návaznosti na opatření 5.2.3) a odpovědnosti zdravotníků a zdravotnic. V kurzu zohlednit také potřeby žen se zdravotním či jazykovým znevýhodněním. Do přípravy kurzu zapojit právníky a právničky specializující se na lidská práva a NNO hájící práva příjemkyň péče.		příjemkyň péče a dalšími relevantními subjekty.		
	4.2.2 Podporovat vzdělávání zdravotníků a zdravotnic v základech zdravotnického práva	Podporovat doplňující vzdělávání zdravotníků a zdravotnic v základech zdravotnického práva za účelem zlepšení jejich obeznámenosti s obsahem patientských práv a jejich praktickou aplikací v kontextu porodní péče, jakož i souvisejících práv a povinností poskytovatelů a poskytovatelek zdravotních služeb. Informovat o nástrojích ke zvýšení právní jistoty zdravotníků a zdravotnic a snížení rizika případných sporů, s důrazem na informování o nežádoucích dopadech defenzivní medicíny na kvalitu péče. Vytvořit související vzdělávací modul a zvážit jeho zařazení mezi povinné součásti předatestačního vzdělávání, jakož i vzdělávání před získáním licence vedoucího pracovníka či vedoucí pracovnice.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Podpora programů vzdělávání v základech zdravotnického práva a prevence defenzivní medicíny.	MZd, MŠMT, IPVZ NCO NZO	KVOP, NNO příslušné školy, univerzity a pracoviště
	4.2.3 Zajistit pravidelné supervize a intervize a zvýšit dostupnosti psychosociální podpory zdravotnického personálu	Finančně a organizačně zajistit pravidelné supervize a intervize pro zdravotníky a zdravotnice poskytující péči v oblasti těhotenství, porodu a šestinedělí. Umožnit zpracování náročných emočních a etických situací v bezpečném prostředí. Zajistit dostupnost psychoterapeutické podpory pro personál za účelem snižování stresu a prevence vyhoření. Posilovat kvalitu spolupráce v týmu vč. dodržování klinických a organizačních standardů, a potažmo zvyšovat spokojenost personálu i klientek.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Finanční a organizační podpora pravidelných supervizí a intervizí a kolegiálních linek podpory. Dostupnost psychosociální podpory.	MZd	IPVZ, NCO NZO, příslušné školy, univerzity a pracoviště
4.3 Zvýšit povědomí veřejnosti o právech žen v kontextu poskytování péče v těhotenství, porodu a šestinedělí	4.3.1 Podpořit ženy v osvětě a sestavování informovaných porodních plánů (přání)	Na webu NZIP vytvořit samostatnou záložku k tématu přípravy porodního plánu. Podpořit ženy při tvorbě informovaných porodních plánů a DVP. Podporovat NNO, které ženám s tímto procesem a osvětou pomáhají, a zajistit dostupnost jimi vytvořených užitečných odkazů (např. https://www.porodni-prani.cz/info) na portálu NZIP a dalších relevantních platformách státní správy.	do 1. 8. 2025 zařadit na NZIP záložku s odkazy na weby k pomoci s přípravou porodních plánů, poté průběžně 1. 7. 2025 – 31. 12. 2030	Obsah webu NZIP a dalších relevantních platform státní správy je doplněn o relevantní odkazy. Dotační programy rezortů nabízejí možnost podpory osvětových aktivit v oblasti patientských práv a přípravy na porod.	MZd, MPSV	NNO
	4.3.2 Provést komplexní revizi prezentace k tématu těhotenství, porodu a šestinedělí na webu NZIP	Provést komplexní revizi a aktualizaci prezentace k tématu těhotenství, porodu a šestinedělí na Národním zdravotnickém informačním portálu (NZIP) tak, aby byla uvedena do souladu s obsahem této strategie a jejími průřezovými principy. Revizi provést po vzoru NHS (z rozcestníku	do 1. 7. 2026	Prezentace životní situace „Těhotenství, porod a šestinedělí“	MZd, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)	NNO

		https://www.nhs.uk/pregnancy/) za důsledného využití principu HCD (designu zaměřeného na člověka / uživatelku služeb). Tj. v návaznosti na další opatření v této strategii (3.1.1 a další) vytvořit ucelené informační materiály, které budou ženy srozumitelně, objektivně a bez hodnotových soudů informovat o klíčových aspektech životní situace „Těhotenství, porod a šestinedělí“. Zajistit přehlednou strukturu a jazyk přizpůsobit potřebám příjemkyň péče jakožto cílové skupiny (nikoli potřebám poskytovatelů a poskytovatelek zdravotních služeb). Do přípravy nového obsahu webu zapojit zástupkyně péče.		na webové platformě ministerstva odpovídá principům HCD.		
4.4. Průběžné monitorovat kvalitu služeb a míru spokojenosti žen s péčí	4.4.1 Průběžné monitorovat kvalitu péče pohledem klientek	Podporovat poskytovatele a poskytovatelky zdravotních služeb v průběžném monitoringu kvality péče pohledem klientek a operativním zlepšování služeb v reakci na jejich zpětnou vazbu. Využívat metodiky a vzdělávací materiály vzniklé v rámci projektu <i>Kvalita poskytované prenatální a perinatální péče pohledem českých žen.</i>	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Je podporován a realizován průběžný monitoring kvality péče pohledem klientek.	MZd	poskytovatelé a poskytovatelky zdravotních služeb
	4.4.2 Provádět pravidelné reprezentativní šetření a kvalitativní výzkumy spokojenosti žen s péčí	Provádět pravidelné reprezentativní šetření a kvalitativní výzkumy spokojenosti a specifichnost péče poskytované v období raného mateřství. Zohlednit výstupy a doporučení z projektu <i>Kvalita poskytované prenatální a perinatální péče pohledem českých žen.</i>	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Min. 1krát za 3 roky je realizováno reprezentativní šetření.	MZd, AZV ČR	ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví), NNO, relevantní výzkumné instituce a subjekty

3.5 Porodnické násilí

3.5.1 Definice a hlavní příčiny

Termínem porodnické násilí (obstetric violence) se označují projevy **fyzického, psychického nebo emocionálního násilí**, ke kterému dochází **během poskytování zdravotních služeb v těhotenství a zejména při porodu** a dále i v poporodní péči. Zahrnuje praktiky, jako je provádění úkonů bez informovaného souhlasu, nadužívání medicínsky neopodstatněných zákroků, ponižování a nerespektování potřeb rodiček, zneužívání moci zdravotnickým personálem či medicínsky neopodstatněná separace matky od dítěte. Porodnické násilí má **výrazný genderový a institucionální rozměr**. Nejde totiž nutně o úmyslné jednání konkrétního člověka, ale mnohdy o důsledek širšího systémového nastavení ve zdravotnických zařízeních a ve vzdělávání, kde jsou zdravotnice a zdravotníci ovlivněni zaběhlými organizačními postupy a kde jsou rutinní a často nadměrné intervence považovány za normální praxi, což vede k dehumanizaci péče a ztrátě respektu k individualitě rodiček. Tato praxe rovněž úzce souvisí s historicky nerovným postavením žen ve společnosti. Její kořeny sahají do patriarchálních struktur, které formují nejen přístup k péči o rodičky, ale i samotné fungování zdravotnických systémů.²¹⁶

Porodnické násilí je **jednou z forem genderově podmíněného násilí**, které vzniká v důsledku hluboko zakořeněných společenských nerovností a diskriminace. Je „*rovněž důsledkem nedostatečného vzdělání a odborné přípravy [zdravotníků a zdravotnic], jakož i nedostatečného respektování rovného postavení žen a jejich lidských práv*“.²¹⁷

Genderová diskriminace v této oblasti pramení z historické tendence patologizovat ženská těla a z jejich nadměrné medikalizace. Tato tradice lékařství chápe ženské tělo jako od základu problematické a vyžadující zásahy.²¹⁸ V důsledku toho byly ženy po staletí podřizovány lékařské autoritě, čímž byla omezena jejich autonomie v otázkách reprodukčního a sexuálního zdraví.²¹⁹ Tuto formu násilí zhoršují další nedostatky ve zdravotnických systémech.²²⁰ Patří k nim například nedostatečné financování, nepostačující personální kapacity, špatné pracovní podmínky a hierarchie, které systematicky oslabují pozici příjemkyň péče. Tyto strukturální problémy vedou k vytváření stresového prostředí pro zdravotníky a zdravotnice, což může vést k násilnému chování vůči ženám, aniž by si toho zdravotnický personál byl vždy plně vědom.²²¹ Jedná se o typ násilí, jež nutně není úmyslné, ale je zakořeněné v systému, který podporuje a normalizuje takové praktiky jako běžnou součást péče.

3.5.2 Druhy porodnického násilí

Druhy porodnického násilí lze zjednodušeně vymezit do osmi kategorií:²²²

²¹⁶ European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, Quattrocchi, P., Obstetric violence in the European Union – Situational analysis and policy recommendations, Publications Office of the European Union, 2024, dostupné z <https://data.europa.eu/doi/10.2838/440301>.

²¹⁷ Šimonović, Dubravka. „A Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence“. New York: UN, 11. červenec 2019. Dostupné z <https://digitallibrary.un.org/record/3823698>.

²¹⁸ Viz např. TINKOVÁ, Daniela, 2010. *Tělo, věda, stát: zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha: Argo. Každodenní život. ISBN 978-80-257-0223-9.

²¹⁹ *Obstetric and gynaecological violence in the EU: Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination*. (2024, April). Directorate-General for Internal Policies. PE 761.478. Dostupné z [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU\(2024\)761478_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU(2024)761478_EN.pdf).

²²⁰ Tamtéž.

²²¹ Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.

²²² Strategie záměrně přebírá zjednodušený systém klasifikace z osvětové kampaně *Už dost!* (o porodnickém násilí), který je **dostupný v českém jazyce** a zahrnuje **příklady konkrétních projevů jednotlivých druhů tohoto násilí**, přičemž tyto příklady vycházejí z anonymizovaných zkušeností žen, jež rodily v českých

- Fyzické násilí (včetně zásahů bez medicínského opodstatnění)
- Péče poskytovaná bez informovaného souhlasu
- Nerespektování soukromí a intimity
- Nedůstojné zacházení a emocionální násilí
- Diskriminace na základě specifických atributů klientky
- Odmítnutí poskytnutí zdravotní péče (vč. odepření úlevy od bolesti)
- Zadržování ve zdravotnických zařízeních
- Poškozování vztahové vazby dítěte s jeho matkou

3.5.3 Terminologická úskalí

Přestože je termín *porodnické násilí* široce akceptován a používán nejen v mezinárodní vědecké literatuře, ale také v oficiálních dokumentech Rady Evropy nebo OSN,²²³ k popisu tohoto fenoménu se využívají i další pojmenování, jako je násilí na ženách v porodnictví, nedůstojné a poškozující zacházení při porodu ve zdravotnických zařízeních,²²⁴ nebo méně konfrontační opisy typu *substandardní a nerespektující péče* (substandard and disrespectful care in labour).²²⁵

Tato alternativní pojmenování souvisí mj. s přesvědčením některých zdravotníků a zdravotnic a některých jejich profesních organizací o tom, že termín porodnické násilí implikuje, že jedná se záměrem ublížit, což ve většině případů není pravda.²²⁶ Slovo *násilí* podle nich v běžném jazyce evokuje úmyslné, agresivní činy, jejichž cílem je způsobit škodu nebo zranění. V nedávném společném prohlášení proto tři profesní organizace zdůraznily, že většina případů nedostatečné nebo nerespektující péče během porodu nevychází z úmyslu škodit, ale spíše ze systémových problémů a špatné komunikace ze strany zdravotnického personálu. Zároveň upozornily, že označení porodnické násilí také vyvolává dojem, že se týká pouze porodníků a porodnic, a opomíjí ostatní zdravotnické profese, jež se na péči o matku a dítě rovněž podílí. Používání pojmu porodnické násilí podle nich přispívá k vytváření defenzivní atmosféry, která odrazuje zdravotnice a zdravotníky od otevřeného dialogu o problémech v poskytování péče, protože cítí být napadeni, a proto navrhuje, aby se používal jiný (neutrálnější) termín.²²⁷

Rada Evropy²²⁸ a další lidskoprávní iniciativy naopak zdůrazňují správnost a nezbytnost používání termínu porodnické násilí, neboť nejlépe vystihuje jeho podstatu a souvislost s genderově podmíněným násilím.²²⁹ Odmítají námitku, že slovo *násilí* nutně předpokládá úmysl ublížit. Upozorňují, že násilí může být i strukturální a systémové, aniž by zahrnovalo

porodnicích. Viz <https://www.uz-dost.cz/porodnicke-nasili/#co-je-nasili>. K původu klasifikace viz rovněž PAŠKOVÁ, Sandra, 2018. *Pojem „porodnické násilí“ v současném právním a medicínském diskursu*. Diplomová práce. Právnická fakulta Masarykovy univerzity. Dostupné z https://is.muni.cz/th/bcobj/Paskova_Sandra_Porodnicke_nasili_tisk_final.pdf.

²²³ Tento pojem přijala i vláda ČR, která se usnesením ze dne 8. března 2021 č. 269 a následně usnesením ze dne 2. října 2024 č. 682 zavázala porodnické násilí řešit v rámci realizace naplňování opatření v kapitole Zdraví ve Strategii rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030.

²²⁴ WHO. Statement on the Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-Based Childbirth, World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2015. Český překlad „Prevence a odstranění poškozování a nedostatku respektu při porodu ve zdravotnických zařízeních“ je dostupný z <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>.

²²⁵ European Association of Perinatal Medicine (EAPM), European Board and College of Obstetricians and Gynaecologists (EBCOG), European Midwives Association (EMA). Joint position statement: Substandard and disrespectful care in labour – because words matter, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, Volume 296, 2024, Pages 205-207, ISSN 0301-2115, Dostupné z [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(24\)00107-6/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(24)00107-6/fulltext).

²²⁶ Tamtéž.

²²⁷ Tamtéž.

²²⁸ Viz rezoluce č. 2306 (2019) Parlamentního shromáždění Rady Evropy k porodnickému násilí, dostupné z <https://pace.coe.int/en/files/28236/html>.

²²⁹ Odborný termín, který se využívá pro popis a zkoumání veškerých aktů fyzického, sexuálního, psychického ekonomického či dalších forem násilí, které jsou cíleny na ženy z důvodu, že jsou ženami, nebo na muže z důvodu, že jsou muži, anebo aktů tohoto násilí, které nepříměně dopadají na ženy či na muže. Přestože se oběti genderově podmíněného násilí stávají i muži, ženy jako oběti těchto forem násilí jednoznačně převažují.

přímý úmysl. Používání pojmu porodnické násilí umožňuje jasně pojmenovat a řešit problémy, které tento fenomén způsobuje, a posílit postavení žen jakožto příjemkyň péče.²³⁰ Varují, že používání jemnějších či neutrálnějších výrazů, jako je *nerespektující péče* nebo *selhání v péči* apod., může zastírat skutečné příčiny a systémové problémy, snižovat povědomí o skutečném dopadu tohoto fenoménu a bránit potřebným reformám. Nejednotná terminologie, resp. zastírání složky násilí v neposlední řadě brání efektivním soudním řešením a odškodnění, a potažmo přístupu žen ke spravedlnosti.²³¹

Z výše uvedených důvodů *porodnické násilí* jako zavedený termín používá i tato strategie.

3.5.4 Negativní dopady porodnického násilí

Porodnického násilí zahrnují širokou škálu negativních dopadů na fyzické, psychické a sociální zdraví žen. Patří mezi ně zejména:

- **Psychické následky:** Zkušenosti s nevhodným chováním nebo násilím během těhotenství a porodu často vedou k dlouhodobému psychickému traumatu. Ženy mohou kromě akutní stresové reakce trpět posttraumatickým stresovým syndromem či poporodní depresí.
- **Omezení autonomie s dopadem na kvalitu života:** Násilí tohoto typu vede ke ztrátě autonomie a schopnosti rozhodovat o vlastním těle a sexuálním zdraví. To má přímý vliv na snížení celkové kvality života.
- **Sociální a rodinné dopady:** Zkušenost s porodnickým násilím může negativně ovlivnit sexualitu žen, způsobit problémy v partnerských vztazích a zasáhnout také vztah s dětmi. V některých případech také způsobuje, že ženy odkládají nebo odmítají mít další dítě.
- **Vyhýbání se následné zdravotní péči v důsledku traumatu:** Ženy, které prošly tímto násilím, často ztrácí důvěru ve zdravotnický systém a odmítají následnou gynekologickou či jinou lékařskou péči kvůli traumatickým zkušenostem, což může vést ke zhoršení jejich celkového zdravotního stavu. Traumatická zkušenost může rovněž být důvodem pro volbu dalšího porodu mimo zdravotnické zařízení.

Individuálních dopady se následně propisují i do širších společenských a ekonomických důsledků porodnického násilí. Kromě zvýšených nákladů na zdravotní péči a psychosociální podporu má tento fenomén i negativní vliv na porodnost na celostátní úrovni. V Česku takový průzkum zatím nebyl proveden, ale data ze zahraničí ukazují vážnost problému. Například průzkum provedený v Itálii na reprezentativním vzorku žen (matek dětí ve věku 0-14 let) ukázal, že 11 % matek přiznává, že utrpělo trauma v důsledku péče v nemocnici, a proto raději odložilo rozhodnutí o dalším těhotenství o mnoho let. Pro 6 % z celkového počtu účastnic průzkumu bylo trauma z porodnického násilí natolik závažné, že se rozhodly nemít další děti.²³² Z vyhodnocení průzkumu vyplynul odhad, že se kvůli tomu ročně nenarodí 20 000 dětí.²³³

²³⁰ Quattrocchi, P., Schantz, C., van der Waal, R., Villamea, S., & Rozée, V. (2024, October 2). Obstetric violence: Abuse during childbirth is widespread – but the first step to fighting it is naming it. The Conversation. Dostupné z <https://theconversation.com/obstetric-violence-abuse-during-childbirth-is-widespread-but-the-first-step-to-fighting-it-is-naming-it-235161>.

²³¹ *Obstetric and gynaecological violence in the EU: Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination*. (2024, April). Directorate-General for Internal Policies. PE 761.478. Dostupné z [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU\(2024\)761478_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU(2024)761478_EN.pdf).

²³² OVOItalia. Doxa-OVOItalia Survey, 2017, blíže viz <https://ovoitalia.wordpress.com/indagine-doxa-ovoitalia/>.

²³³ Tamtéž.

3.5.5 Právní úprava a mechanismy prevence, řešení a odškodňování

Termín porodnické násilí není v českém právním řádu explicitně zakotven. K jeho zavedení do textu zákona však došlo v dalších, zejména jihoamerických zemích.²³⁴ Iniciativy za uzákonění tohoto pojmu probíhají i v evropském kontextu. Dosud však byla tato problematika v členských státech unie výslovně upravena pouze v právních předpisech na regionální,²³⁵ nikoli celostátní úrovni. Vytvoření lepšího právního rámce, který by výslovně uznával porodnické násilí jako formu genderově podmíněného násilí a zajistil obětem lepší přístup ke spravedlnosti, je součástí doporučení z roku 2024 adresovaným orgánům Evropské unie.²³⁶

Na mezinárodní úrovni je tento typ násilí zohledněn zejména v rámci Úmluvy o odstranění všech forem diskriminace žen (CEDAW), která v čl. 12 požaduje, aby vlády přijaly opatření k odstranění diskriminace žen v oblasti péče o zdraví, včetně těhotenství a porodu. Byť v úmluvě není termín porodnické násilí explicitně uveden, věcně příslušný Výbor OSN pro odstranění diskriminace žen v roce 2022 v reakci na stížnosti podanou španělskou občankou shledal porušení úmluvy právě kvůli porodnickému násilí jakožto jedné z forem genderově podmíněného násilí. Výbor dospěl k závěru, že se vnitrostátní soudy nekriticky podřídily tvrzení lékařského personálu nemocnice, místo aby respektovaly zásadu informovaného souhlasu, a dále že vycházely z představ zatížených genderovými stereotypy, nehodnotily spravedlivě stěžovatelčiny nároky a zároveň bagatelizovaly její újmu, čímž porušily čl. 2 písm. b), c), d) a f), čl. 3, 5 a 12 úmluvy.²³⁷

Výbor v reakci na podanou stížnost zopakoval, že smluvní státy mají povinnost zrušit zákony a předpisy, jakož i zvyky a praktiky, které zakládají diskriminaci žen. Uvedl, že genderové stereotypy negativně ovlivňují právo žen na ochranu před genderově podmíněným násilím, v tomto případě porodnickým násilím, a státní orgány by to měly důsledně brát v potaz. Výbor vyzval Španělsko,²³⁸ aby stěžovatelce poskytlo odpovídající odškodnění, včetně finanční kompenzace za poškození jejího fyzického a duševního zdraví, a přijalo konkrétní kroky k zajištění dodržování lidských práv žen v souvislosti s těhotenstvím a péčí o reprodukční zdraví. Součástí doporučení výboru je i odpovídající proškolení lékařského personálu, soudů a státních orgánů, které mohou řešit případy týkající se reprodukčního zdraví žen.

V ČR na potřebu lepšího právního a institucionálního rámce, který by výslovně uznával tuto formu násilí a umožnil obětem přístup k spravedlnosti, upozorňují především právně-vědci²³⁹ a občanské iniciativy, které se zabývají podporou práv žen, jež se staly jeho oběťmi.

V roce 2022 v Brně vzniklo Centrum pro oběti porodnického násilí.²⁴⁰ Jedná se o první centrum svého druhu v ČR, které ženám pomáhá s řešením případů porušení jejich práv v období těhotenství, porodu či šestinedělí, a to za využití prostředků, které nabízí stávající právní

²³⁴ Viz <https://respectfulcare.eu/laws/>.

²³⁵ Např. Společenství Valencie začlenilo pojem porodnického násilí do svého zákona o zdravotnictví (*Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana*, dostupné z <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-1239-consolidado.pdf>), Baskické autonomní společenství termín uzákonilo v rámci novely zákona o rovnosti žen a mužů (*Ley 1/2022, de 3 de marzo, de segunda modificación de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres*, dostupné z <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2022-4849>).

²³⁶ Viz doporučení z výše odkazované studie zadané Výborem Evropského parlamentu pro práva žen a rovnost pohlaví (FEMM) z dubna 2024 nebo doporučení z výše odkazované zprávy pro Evropskou komisi. Dále viz také Summary: Case Studies on Obstetric Violence in the European Union, European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, Rozée, V., Schantz, C., van der Waal, R. et al., Case studies on obstetric violence – Experience, analysis, and responses, Publications Office of the European Union, 2024, dostupné z <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/2c7bf1b8-0b64-11ef-a251-01aa75ed71a1/language-en>.

²³⁷ Viz CEDAW/C/75/D/138/2018, dostupné z https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2f82%2fd%2f149%2f2019&Lang=en.

²³⁸ V souladu s čl. 7 odst. 3 Opčního protokolu č. 1 k CEDAW.

²³⁹ HOŘEJŠÍ, Adéla, 2020. Porodnické násilí. Jak (staří) muži rozhodují o tělech (mladých) žen. In: KATEŘINA, Šimáčková, Havelková BARBARA a Špondrová PAVLA. *Mužské právo: jsou právní pravidla neutrální?* Praha: Wolters Kluwer, s. 733-780. ISBN 978-80-7598-761-7.

²⁴⁰ Viz <https://porodnictvibeznasili.cz/>.

úprava. Centrum ženám asistuje například s podáním stížnosti i k poskytovateli zdravotních služeb, postoupením stížnosti dále ke krajskému úřadu nebo veřejnému ochránci práv.

K posílení mechanismů napomáhajících prevenci, důslednému řešení a kompenzaci porodnického násilí se v návaznosti na doporučení zvláštní zpravodajky OSN k násilí na ženách (viz kap. 2.1.4) a dále výstupy z projektu DEVOTION CA118211²⁴¹ zavázala i česká vláda.²⁴²

3.5.6 Strategická a úkolová část – sada opatření č. 5

V návaznosti na výše popsané problémy, doporučení a závazek vlády navrhuje strategie realizaci několika vzájemně provázaných kroků zaměřených na zvýšení povědomí o porodnickém násilí mezi zdravotnickým personálem, nemocničními ombudsmeny, vedením nemocnic, příjemkyněmi péče, soudy i širší veřejností. K podpoře osvěty bude vytvořena speciální záložka na webové platformě Ministerstva zdravotnictví, kde budou shromážděny důležité informace o porodnickém násilí, možnostech jeho řešení a souvisejících právech příjemkyň péče, jakož i informace pro oběti o tom, kde vyhledat právní a psychosociální pomoc. Strategie počítá s podporou dalšího výzkumu porodnického násilí, jeho výskytu a dopadů v kontextu ČR, a také občanských aktivit na podporu osvěty a vytváření podpůrných struktur pro oběti porodnického násilí, včetně zajištění právního poradenství a psychosociální podpory, aby se ženy cítily při nahlašování případů bezpečně a měly přístup k potřebné pomoci a péči.

Pro zlepšení metodického vedení poskytovatelů zdravotních služeb vznikne samostatný metodický pokyn k prevenci a potírání porodnického násilí. Vedle vzdělávacích aktivit pro soudce a soudkyně prostřednictvím Justiční akademie budou vytvořeny a distribuovány školící materiály přímo pro zdravotníky a zdravotnice. Strategie rovněž počítá s novelizací kvalifikačních standardů a vyhlášek ke vzdělávání a činnosti relevantních nelékařských zdravotnických povolání, novelizací vyhlášek o vzdělávání v relevantních základních lékařských kmenech a revizí požadavků na vzdělávání v rámci specializačních výcviků a nadstavbových oborů tak, aby se informace o porodnickém násilí, jeho příčinách, projevech a prevenci staly nedílnou součástí přípravy na výkon zdravotnických povolání, které o matku a dítě v období raného mateřství pečují.

K naplňování strategického cíle č. 5 přispěje také realizace opatření z dalších částí strategie, jelikož prevence a eliminace porodnického násilí úzce souvisí posilováním variability služeb v oblasti těhotenské, porodní a poporodní péče, resp. jejich rozrůzňováním tak, aby lépe odpovídaly zásadě autonomie žen a nabízely jim skutečnou možnost volby místa, způsobu a okolností porodu. Tj. podpora individualizované a kontinuální péče porodní asistentky spolu s rozvojem porodních domů a center má potenciál přispět ke snížení výskytu porodnického násilí. Dalším z faktorů, který omezuje výskyt tohoto typu násilí, je podpora znalostí a postupů podle medicíny založené na důkazech mezi studujícími zdravotnických oborů a zdravotnickou veřejností. Nezbytné je rovněž důsledné dodržování zásad svobodného a informovaného souhlasu.

Strategický cíl rovněž zahrnuje opatření ke zvážení specializované právní úpravy s cílem zlepšit přístup obětí porodnického násilí ke spravedlnosti, zefektivnit mechanismy pro hlášení těchto případů a posílit ochranu práv žen.

²⁴¹ Blíže viz doporučení pro politiku, dostupné z <https://www.ca18211.eu/research-outputs/#1697205429571-9f9bd564-d375>.

²⁴² Viz usnesení vlády ze dne 8. března 2021 č. 269 a následně usnesení vlády ze dne 2. října 2024 č. 682, kterým byla schválena aktualizovaná Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021–2030.

Rozpis úkolové části ke kapitole Porodnické násilí

Strategický cíl 5		Prevence a potírání porodnického násilí				
Specifický cíl	Opatření	Popis opatření	Délka realizace opatření / termín splnění opatření	Kritérium splnění	Odpovědná instituce (gestor)	Spolupracující subjekty (spolugestor)
5.1 Zvýšit povědomí o porodnickém násilí, jeho příčinách a dopadech	5.1.1 Prostřednictvím relevantních webových platform státní správy informovat veřejnost	Na NZIP a dalších relevantních webových platformách státní správy věnovaným tématům zdraví, zdravotních služeb, životních a právních situacích občanů a občanek ČR, vytvořit samostatnou záložku k tématu porodnického násilí za účelem informování veřejnosti o projevech, příčinách a dopadech porodnického násilí. V návaznosti na opatření 5.3.2 doplnit webové prezentace o kontakty na pomáhající organizace.	do 1. 7. 2026	Webové platformy státní správy, včetně NZIP, obsahují příslušné informace a kontakty.	MZd, MPSV, MSp, KVOP	NNO
	5.1.2 Realizovat koordinované osvětové aktivity na podporu obětí porodnického násilí	Realizovat koordinované osvětové aktivity na podporu obětí porodnického násilí (např. u příležitosti Světového dne bezpečí pacientů a pacientek nebo u příležitosti 16 dní aktivismu proti genderové podmíněnému násilí a násilí na ženách nebo), a to prostřednictvím společné tiskové zprávy, postů na sociálních sítích, tiskové konference, výstavy či skrze podporu souvisejících aktivit NNO a sdružení příjemkyň péče.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Min. 1krát ročně realizace společných osvětových aktivit.	MZd, ÚV ČR	NNO, KVOP
	5.1.3 Zajistit vzdělávací aktivity pro právnickou veřejnost, soudní znalce a znalkyně, nemocniční ombudsovy, soudy a správní orgány	Zajistit vzdělávací aktivity pro právnickou veřejnost, soudní znalce a znalkyně, nemocniční ombudsovy a veřejnou správu o specifikách porodnického násilí, aby tomuto tématu lépe porozuměly a dokázali efektivně rozhodovat o souvisejících případech.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Existence vzdělávacích kurzů a seminářů.	MSp, ÚV ČR, KVOP	NNO, univerzity a další výzkumná pracoviště
5.2 Edukovat zdravotníky a zdravotnice o tématu porodnického násilí a nástrojích jeho prevence	5.2.1 Novelizovat kvalifikační standardy a vyhlášky ke vzdělávání a činnosti relevantních lékařských i nelékařských zdravotnických povolání	Novelizací příslušných vyhlášek a standardů upravit vhodnou formou v obecné rovině požadavky na vzdělávání relevantního nelékařského i lékařského zdravotnického personálu tak, aby se informace o porodnickém násilí, jeho příčinách, projevech a prevenci staly nedílnou součástí přípravy na výkon zdravotnických povolání, které o matku a dítě v období raného mateřství pečují.	do 1. 7. 2026	Příslušné předpisy a standardy zahrnují informace o porodnickém násilí, jeho příčinách, projevech a prevenci.	MZd, MŠMT	ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)
	5.2.2 Vytvořit a následně distribuovat výukové materiály k tématu porodnického násilí pro SŠ, VŠ i navazující vzdělávání	Vytvořit výukové materiály pro střední a vysoké školy i navazující vzdělávání na podporu edukace budoucích i stávajících zdravotníků a zdravotnic o tématu porodnického násilí. Využít přitom kazuistiky z celorepublikových výzkumů a průzkumů spokojenosti s perinatální péčí v ČR. Zajistit vhodnou formou jejich distribuci do škol a dalších relevantních pracovišť. Vytvořit nebo převzít a následně na	1. 7. 2026 – 31. 12. 2027	Vznik a distribuce výukových materiálů. Zveřejnění informativních (výukových) videí k tématu porodnického násilí.	MZd, MŠMT, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)	WHO, KVOP, NNO, IPVZ, NCO NZO, relevantní odborné instituce a subjekty, příslušné školy a univerzity

		ministerské webové platformě zveřejnit informativní výuková videa k tématu.				
	5.2.3 Vytvořit metodický pokyn pro poskytovatele zdravotních služeb k prevenci a potírání porodnického násilí	Za účelem zlepšení metodického vedení poskytovatelů a poskytovatelek zdravotních služeb vytvořit samostatný metodický pokyn k prevenci a potírání porodnického násilí. Zohlednit v něm mj. i roli nemocničních ombudsosob. Dopisem ministra zdravotnictví a zmocněnkyně vlády pro lidská práva informovat o existenci pokynu a dalších aktivitách státní správy k tématu porodnického násilí relevantní subjekty, včetně vedení nemocnic, nemocničních ombudsosob, relevantní profesní sdružení zdravotníků a zdravotnic a zřizovatele poskytovatelů zdravotních služeb.	do 31. 3. 2026	Uveřejnění metodického pokynu ve Věstníku MZd. Informování s Asociace ombudsmanů ve zdravotnictví a dalších subjektů o existenci pokynu.	MZd, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)	KVOP
5.3 Vytvořit a rozvíjet podpůrné struktury pro oběti porodnického násilí	5.3.1 Zajistit finanční a další podporu organizací specializovaných na poskytování právního poradenství a psychosociální podpory obětem porodnického násilí	Podporovat vznik a rozvoj podpůrných struktur pro oběti a jejich přístup k právnímu poradenství a psychosociálně podpoře. Podporovat související osvětové aktivity občanského sektoru směřující k tomu, aby se ženy cítily při nahlásování případů bezpečně a měly přístup k potřebné pomoci a péči. Za tímto účelem zmapovat vhodné dotační tituly a navrhnout jejich případnou revizi tak, aby bylo možné jejich prostředky použít pro podporu těchto aktivit.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Dotační výzvy navázané na podporu příslušných aktivit.	MZd, MPSV (OPZ+), ÚV ČR	NNO
	5.3.2 Informovat na webových platformách státní správy o možnostech právní a psychosociální podpory pro oběti porodnického násilí	Na webových platformách státní správy věnovaným tématům zdraví, zdravotních služeb, životních a právních situací občanů a občanek ČR doplnit informace o možnostech právní a psychosociální podpory pro oběti porodnického násilí včetně kontaktů na pomáhající organizace.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Webové platformy státní správy, včetně NZIP, obsahují příslušné informace a kontakty.	MZd, MPSV, MSp, KVOP	NNO
5.4 Podpořit rozvoj dalších mechanismů prevence porodnického násilí	5.4.1 Podpořit další výzkum porodnického násilí za účelem zlepšení porozumění jeho rozsahu, charakteru a možnostem jeho řešení	Podpořit další výzkum porodnického násilí za účelem zlepšení porozumění jeho rozsahu, charakteru a možnostem jeho řešení a reakcí na stávající mezery v systému ochrany před porodnickým násilím.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Grantové a dotační výzvy navázané na podporu realizace této strategie.	MZd, MPSV (OPZ+), státní grantové agentury	AV ČR, univerzity a další výzkumná pracoviště, NNO
	5.4.2 Zvážit legislativní ukotvení definice porodnického násilí	V souladu s doporučeními mezinárodních organizací, jejich orgánů a v návaznosti na doporučení vzešlá z výzkumů o porodnickém násilí zvážit zavedení jednotné definice porodnického násilí do zákona. Především tak tříštění chápání a výkladu porodnického násilí ze strany zainteresovaných subjektů, včetně policie, soudů, lékařských a nelékařských profesí a jejich profesních organizací a správních orgánů. Zpracovat související analýzu.	do 1. 7. 2026	Zpracování analýzy záměru zavedení definice porodnického násilí do zákona.	MSp, ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví)	KVOP
	5.4.3 Aktualizovat Akční plán prevence domácího a genderově podmíněného násilí	Při další aktualizaci Akčního plánu prevence domácího a genderově podmíněného násilí reflektovat téma porodnického násilí a zajistit provázanost plánu na tuto strategii.	do 1. 7. 2027	Akční plán je provázán s opatřeními této strategie.	ÚV ČR (Pracovní skupina k porodnictví, Výbor pro prevenci domácího násilí a násilí na ženách)	NNO, univerzity a další výzkumná pracoviště

3.6 Perinatální duševní zdraví

3.6.1 Nedostatky v systému péče o duševní zdraví žen v perinatálním období

Kromě nevhodné komunikace a nerespektujícího přístupu (blíže viz kapitola 3.4), který v nejzávažnějších případech vyúsťuje v porodnické násilí (blíže viz kapitola 3.5), ovlivňují psychické zdraví žen v době raného mateřství další faktory, jako jsou například změny v sociálním zázemí, tlak na zvládnutí nové role matky či nedostatek podpory ze strany otce dítěte. Ty mohou přispívat ke vzniku úzkostných stavů nebo poporodní deprese. V ČR v těhotenství nebo po porodu zažije příznaky duševní nepohody, deprese nebo úzkosti téměř každá pátá žena, přičemž tři čtvrtiny z nich nevyhledá pomoc.²⁴³ Přístupu k adekvátní podpoře brání vedle nedostatečné připravenosti systému péče také (sebe)stigmatizace – v souvisejícím výzkumu českého prostředí 40 % žen uvedlo, že by se stydělo, kdyby jejich rodina věděla o tom, že vyhledaly odbornou pomoc kvůli duševním problémům, 61 % by se stydělo, kdyby o tom věděli jejich kolegyně a kolegové.²⁴⁴

Neléčené duševní potíže, zejména perinatální deprese, mohou mít řadu negativních dopadů. Patří k nim nejenom ekonomické potíže nebo problémy ve vztazích, ale mohou vést i ke komplikacím v těhotenství a abnormálnímu vývoji plodu či dítěte. Prenatální deprese a úzkosti matky mohou mít také dlouhodobé dopady na dítě, včetně problémů s chováním, horších kognitivních schopností a sociálního stažení.

V ČR aktuálně neexistuje celoplošný systém péče o perinatální duševní zdraví, jak je tomu v jiných zemích Evropy. Screening psychických obtíží probíhá zatím pouze pilotní formou ve vybraných nemocnicích a ambulancích. V případě pozitivního screeningu se k návazné péči a peer podpoře dostane pouze část žen. Chybí infrastruktura i dostatečný počet specializovaných odborníků se zaměřením na duševní zdraví žen v těhotenství a po porodu. Schází i psychiatrická pracoviště, kde by mohly být hospitalizované ženy se svými dětmi, a při léčbě tak dochází k jejich neopodstatněné separaci.

Osvětě, vzdělávání odborné veřejnosti, propojování žen s peer konzultantkami a pilotáží dalších nástrojů pro řešení výše nastíněných problémů se dosud věnoval zejména projekt Perinatal realizovaný Národním ústavem duševního zdraví.²⁴⁵ Realizace a rozšiřování projektu je důležitým podkladem pro vytváření systematické péče v budoucnu. Na podzim 2024 bylo v Praze rovněž otevřeno Centrum perinatální duševní péče jakožto první specializované zařízení svého druhu v Česku.²⁴⁶ V ostatních regionech tento typ specializovaných pracovišť nadále schází.

3.6.2 Role doprovázejících osob a duly

Pro zajištění emocionální pohody ženy v období raného mateřství, a tím i prevenci duševních obtíží, je důležitá také možnost doprovodu k porodu a přítomnost blízkých osob (za předpokladu, že si to žena sama přeje a daná osoba má zájem rodičku doprovázet). Nejčastěji si ženy k doprovodu volí svého partnera (otce dítěte), jehož role je klíčová i během těhotenství a po porodu. Přístup otce k těhotenství ovlivňuje emocionální stav a chování ženy, a tedy i následný vývoj dítěte nejen v prenatálním období.

Významnou roli v podpoře psychického zdraví žen v perinatálním období hraje nezdravotnická pomáhající profese duly.²⁴⁷ Duly poskytují placenou službu provázení ženy a rodiny v těhotenství, při porodu (porodní duly) a po porodu (poporodní a některé porodní duly).²⁴⁸

²⁴³ Sebela A., Byatt N., Formanek T., Winkler P. (2021). Prevalence of mental disorders and treatment gap among Czech women during paid maternity or parental leave. *Archives of Women's Mental Health*, 24(2), 335–338.

²⁴⁴ Tamtéž.

²⁴⁵ Viz <https://www.perinatal.cz/>.

²⁴⁶ Viz <https://www.cpdp.cz/>.

²⁴⁷ Viz <https://www.duly.cz/kdo-je-dula/>.

²⁴⁸ Péči duly využilo podle nedávné studie Wilhelmové a kol. (nepub.) 3,2 % dotázaných žen. Z interních statistik a odborného odhadu České asociace dul vyplývá, že se jedná o cca 2 % všech porodů (tj. porodů, u kterých je

Často působí také jako laktační poradkyně, jejichž služby některé zdravotní pojišťovny hradí z fondů prevence. Pokud duly poskytují služby tohoto charakteru, jsou k tomu odpovídajícím způsobem vyškoleny a certifikovány a průběžně prochází recertifikací u příslušných organizací, aby jejich péče a podpora byly profesionální a bezpečné.

Práce duly vhodně doplňuje služby, které pro ženu v období těhotenství, porodu a šestinedělí zajišťují zdravotnické profese.²⁴⁹ Díky rozsahu poskytovaných služeb bývá péče duly často kontinuální a umožňuje plně využívat znalost individuální situace klientek a navázaný důvěrný vztah, což významně přispívá ke kvalitě a efektivitě péče. Dula poskytuje ženě nepřetržitou fyzickou a emocionální podporu, čímž pomáhá zmírnit její stres, strach a napětí. Pomoc duly při zvládání bolesti i náročných emočních momentů pozitivně ovlivňuje celkový psychický stav ženy v celém perinatálním období.

Využití služeb duly přispívá ke zkrácení trvání porodu, snížení výskytu porodních komplikací a zásahů (císařský řez, užití analgezie, operativní porod, předčasný porod), vyšší míře kojení, snížení stresu a výskytu porodní deprese a úzkosti a také k většímu napojení matky na dítě.²⁵⁰ Výzkumy dále ukazují, že přítomnost duly zvyšuje spokojenost rodičky s porodem a přispívá k lepšímu zdraví novorozence.²⁵¹ Doprovod dula během porodu vykazuje lepší výsledky než doprovod jiné osoby, například partnera, kamarádky či jiné členky rodiny.²⁵² Dula ženě rovněž usnadňuje začátky mateřství a podporuje ji v jejich rodičovských kompetencích.

3.6.3 Perinatální ztráta

Specifickým tématem, které úzce souvisí s duševním zdravím žen ve strategii sledovaném období, je i perinatální ztráta.²⁵³ Pro ženu (rodiče, rodinu) představuje procházení takovou situací velmi náročné období, které vyžaduje citlivý a komplexní přístup zdravotnického personálu a podporu paliativního týmu. Paliativní týmy zajišťují interdisciplinární péči, která zahrnuje pomoc při rozhodování, podporu při truchlení a vytvoření prostoru pro poslední rozloučení s dítětem. Avšak ne vždy mají ženy a rodiny po perinatální ztrátě přístup k adekvátní podpoře v rámci perinatální paliativní péče. Ta se sice v Česku postupně rozvíjí,²⁵⁴ ale stále se potýká s nedostatkem odpovídajícím způsobem vzdělaného personálu i místností vhodných pro poskytování takové péče. Mezioborovou spoluprací v této oblasti ztěžuje také absence jednotných standardů.²⁵⁵

3.6.4 Strategická a úkolová část – sada opatření č. 6

Cílem navrhovaných opatření je zlepšit péči o duševní zdraví žen v raném mateřství (a také v případě perinatální ztráty). Strategie navrhuje zavést plošný screening psychických obtíží a propojit jej se systémem návazné víceetapové péče. Strategie požaduje, aby v každém kraji

přítomna dula jako jedna z doprovázejících osob z řad nezdravotnického personálu). Ze studie Wilhelmové a kol. také vyplývá, že 73 % žen volilo k doprovodu svého partnera, (avšak tento údaj může být negativně ovlivněn obdobím pandemie covid-19 a skutečný podíl může být ještě vyšší).

²⁴⁹ Je třeba dbát na striktní oddělení zdravotnických a nezdravotnických kompetencí. Jelikož v praxi občas dochází k mystifikaci žen, kdy se ženy mylně domnívají, že si najmutím duly platí službu zdravotnice, usilují profesní organizace dul o jasné nastavení pravidel. Např. Česká asociace dul své členky zavazuje povinností dodržovat Etický kodex ČAD a ženu doprovázet výhradně za účasti zdravotnického personálu. Členky mají rovněž povinnost školení a supervize.

²⁵⁰ Sobczak, A., Taylor, L., Solomon, S., Ho, J., Kemper, S., Phillips, B., Jacobson, K., Castellano, C., Ring, A., Castellano, B., & Jacobs, R. J. (2023). The Effect of Doulas on Maternal and Birth Outcomes: A Scoping Review. *Cureus*, 15(5), e39451. <https://doi.org/10.7759/cureus.39451>.

²⁵¹ Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.

²⁵² Tamtéž.

²⁵³ Situace úmrtí plodu či novorozence, mrtvě narozeného dítěte nebo dítěte zemřelého v období do 28 dnů po narození.

²⁵⁴ Včetně podpory pro zdravotnický a další personál, pro který poskytování této péče může být rovněž náročné (viz např. <https://www.perinatálníztrata.cz/sebepece/>).

²⁵⁵ Centrum paliativní péče. *Současný stav a možnosti rozvoje perinatální paliativní péče v České republice*. Praha: Centrum paliativní péče, 2023. ISBN 978-80-906109-2-7.

vzniklo alespoň jedno specializované centrum, které bude ženám poskytovat komplexní podporu v oblasti duševního zdraví v období těhotenství a po porodu. K zajištění potřebné infrastruktury bude možné využívat prostředky z fondů EU. K dostupnosti této péče přispěje i její úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Opatření rovněž směřují k tomu, aby při využívání služeb těchto center ani při případné psychiatrické hospitalizaci nedocházelo ke zbytečné separaci dítěte od matky.

Součástí navrhovaných opatření jsou také osvětové aktivity zaměřené na destigmatizaci žen s psychickými obtížemi, zapojení peer konzultantek, podpora nezádravotnického doprovodu u porodu (prostřednictvím doly) a rozvoj praxe tzv. postpartum rozhovorů.

Poslední část opatření je specificky zaměřená na oblast perinatální paliativní péče a zajištění dostupnosti psychosociální podpory pro ženy procházející či ohrožené perinatální ztrátou.

Rozpis úkolové části ke kapitole Perinatální duševní zdraví

Strategický cíl 6		Komplexní podpora duševního zdraví žen v raném mateřství a žen procházejících perinatální ztrátou				
Specifický cíl	Opatření	Popis opatření	Délka realizace opatření / termín splnění opatření	Kritérium splnění	Odpovědná instituce (gestor)	Spolupracující subjekty (spolugestor)
6.1 Zavést plošný screening psychických obtíží v těhotenství a po porodu a zajistit dostupnost návazné psychosociální podpory	6.1.1 Zavést plošný screening psychických obtíží v těhotenství a po porodu a napojit jej na víceetapový systém péče	Zavést plošný screening psychických obtíží v těhotenství a po porodu a v případě odhalení výskytu či rizika rozvoje duševní poruchy zajistit zapojení žen do odpovídajících systémů péče dle míry závažnosti. Zajistit úhradu screeningu a navazujících zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Existence plošného screeningového programu hrazeného z veřejného zdravotního pojištění a jeho napojení na návaznou péči.	MZd	NÚDZ, zdravotní pojišťovny
	6.1.2 Podpořit vznik a rozvoj specializovaných zařízení poskytujících komplexní podporu v oblasti duševního zdraví v období těhotenství a po porodu	Podpořit vznik a rozvoj specializovaných zařízení (center) poskytujících komplexní podporu v oblasti duševního zdraví v období těhotenství a po porodu. Infrastrukturu a provoz center koncipovat tak, aby při využívání jeho služeb nedocházelo k zbytečné separaci dítěte od matky. Zajistit úhradu těchto služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění a jejich dostupnost ve všech krajích ČR.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Do konce roku 2030 existence specializovaného centra v každém kraji.	MZd, MMR, MPSV (OPZ+)	NÚDZ, zdravotní pojišťovny
	6.1.3 Zamezit nedůvodné separaci matky a dítěte při psychiatrické hospitalizaci	Zajistit, aby ženy vyžadující psychiatrickou hospitalizaci mohly být hospitalizovány společně se svými dětmi. Podpořit rozvoj odpovídající infrastruktury na specializovaných pracovištích. Zajistit možnost financování této infrastruktury z fondů EU prostřednictvím výzev v rámci IROP.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Vypsání výzev. Nedochází k separaci matky a dítěte při psychiatrické hospitalizaci z důvodu nepostačující infrastruktury.	MZd, MMR	poskytovatelé a poskytovatelky zdravotních služeb
6.2 Podpořit další formy osvěty, prevence a pomoci	6.2.1 Realizovat osvětové, destigmatizační a peer aktivity	Zajistit realizaci osvětových aktivit zaměřených na prevenci stigmatizace a sebestigmatizace žen s psychickými obtížemi v těhotenství a po porodu. Do osvěty a souvisejících aktivit zapojovat peer konzultantky z řad matek-vrstevnic, které mají osobní zkušenost s psychickými obtížemi a mohou nabídnout podporu ženám s podobnými obtížemi. Při realizaci těchto aktivit zamezit nevhodným komerčním vlivům a zajistit dodržování Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Každoroční osvětové aktivity a průběžná peer podpora bez nežádoucích komerčních vlivů.	MZd, NÚDZ	NNO
	6.2.2 Podporovat a vyhodnocovat efektivitu přítomnosti dudy a doprovodu u porodu	V případě zájmu ženy o nezávazný doprovod k porodu podporovat přítomnost dudy či jiné doprovázející osoby bez zbytečných omezení (např. na úkor přítomnosti blízké osoby). Zajistit, aby ženou požadovaná přítomnost doprovodu byla možná	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Spolupráce s dulami je aktivně podporována. Součástí dat sbíraných o porodu je informace	MZd	ÚZIS ČR, profesní organizace dul

		od přijetí rodičky až po první ošetření novorozence. Souběžně s tím zajistit, aby rodička nebyla k přítomnosti doprovázející osoby nucena a mohla se kdykoliv rozhodnout její (či jejich) přítomnost odmítnout či změnit své původní rozhodnutí. Rozšířit sběr dat o porodu o informaci o doprovázejících osobách a umožnit vyhodnocování efektivity jejich přítomnosti (skrze párování dat o doprovodu s mírou provedených intervencí).		o doprovodu rodičky, probíhá vyhodnocování efektivity doprovodu (párování s mírou provedených intervencí).		
	6.2.3 Rozvíjet praxi tzv. postpartum rozhovorů za účelem snížení dopadů emočně silných či traumatizujících zážitků z průběhu porodu	Podpořit praxi vedení tzv. postpartum rozhovorů (podpůrných poporodních rozhovorů) a umožnit rodičkám přímo v porodnici (event. jiném zařízení, resp. místě porodu) probrat své prožitky z porodu s proškoleným personálem i lidmi, kteří u porodu byli. Přispět tak ke snížení dopadů emočně silných či traumatizujících zážitků během porodu a pobytu v porodnici.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Rozšíření praxe vedení postpartum rozhovorů.	MZd, NÚDZ	poskytovatelé a poskytovatelky zdravotních služeb
6.3 Zajistit adekvátní péči o ženy procházející perinatální ztrátou	6.3.1 Posílit vzdělávání, mezioborovou spolupráci a odborné kapacity v perinatální paliativní péči	Na pregraduální i postgraduální úrovni zajistit osvětu a vzdělávání o perinatální paliativní péči napříč relevantními obory a specializacemi (neonatologie, gynekologie a porodnictví, porodní asistence, psychologie, sociální práce aj.). Rozšířit odborné kapacity vytvořením certifikovaných kurzů a školení, jež zvýší kvalifikaci zdravotnického personálu a jeho připravenost na poskytování této specifické péče. Podpořit mezioborovou spolupráci a vznik specializovaných týmů. Zvážit vznik jednotných standardů a postupů pro poskytování perinatální paliativní péče za účelem zajištění efektivní a koordinované péče o ženy a rodiny procházející či ohrožené perinatální ztrátou.	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Odborné kapacity a standardizace v perinatální paliativní péči jsou posíleny.	MZd, IPVZ NCO NZO, MPSV, MŠMT	NNO
	6.3.2 Zlepšit dostupnost a infrastrukturu služeb psychosociální podpory	Podporovat vznik a rozvoj aktivit, včetně provozu specializovaných telefonických linek, pro ženy a rodiny, které prochází nebo jsou ohrožené perinatální ztrátou. Organizacím specializovaným na poskytování psychosociální podpory zajistit možnost čerpání prostředků z dotačních programů a fondů EU, vč. podpory a rozvoje infrastruktury (adekvátní prostory pro takovou péči, dostupnost zřízení speciálních místností pro jednání s rodinami v existujících zařízeních, memoryboxy apod.).	1. 7. 2025 – 31. 12. 2030 (průběžně)	Dotační výzvy navázané na podporu příslušných aktivit. Vypsání výzvy v rámci IROP a OPZ+.	MZd, MMR, MPSV (OPZ+)	NNO

4. Implementace strategie

Bude doplněno po ukončení 1. části konzultační fáze.

5. Postup tvorby a konzultace strategie

Bude doplněno po ukončení konzultační fáze a vypořádání připomínek.

6. Seznam použité literatury

Bude doplněno po ukončení 1. části konzultační fáze.