



**Evaluace
projektu
„Standardizace
paliativní péče
v České
republice“**

Procesní evaluační zpráva



Spolufinancováno
Evropskou unií



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Obsah

| | |
|--|----|
| Manažerské shrnutí..... | 1 |
| 1. Úvod..... | 4 |
| 1.1. Kontext a cíle Evaluace..... | 4 |
| 1.2. Evaluační tým..... | 5 |
| 2. Metodologický postup Evaluace..... | 7 |
| 2.1. Rámcový postup..... | 7 |
| 2.2. Desk research..... | 8 |
| 2.3. Analýza stakeholderů..... | 8 |
| 2.4. Rozhovory..... | 11 |
| 2.5. Fokusní skupiny a expert review..... | 12 |
| 2.6. Pozorování..... | 12 |
| 2.7. Limitace..... | 13 |
| 2.8. Aktualizovaný harmonogram prací..... | 13 |
| 3. Analýza stakeholderů..... | 16 |
| 4. Odpovědi na evaluační otázky..... | 18 |
| EO1.1 Naplňuje projekt očekávání cílových skupin?..... | 18 |
| EO1.2 Jsou dostatečně identifikovány předpoklady a rizika projektu?..... | 19 |
| EO1.3 Jsou do přípravy Strategie zapojeni všichni relevantní aktéři?..... | 20 |
| EO1.4 Jak hodnotí aktéři návrh analytické a strategické části Strategie?..... | 22 |
| EO1.5 Existuje mezi klíčovými aktéry shoda na návrhu Strategie paliativní péče?..... | 25 |
| EO1.6 Podařilo se vyspecifikovat relevantní data pro monitoring naplňování a vyhodnocování Strategie?..... | 26 |
| EO1.7 Jaké budou předpokládané kvantifikovatelné výsledky a dopady Strategie?..... | 27 |
| EO1.8 Jsou k dispozici dostatečné kapacity a zdroje k zajištění naplnění cílů Strategie?..... | 29 |
| EO1.9 Co by pomohlo k větší udržitelnosti výsledků a dopadů Strategie?..... | 30 |
| 5. Závěry..... | 32 |
| 6. Doporučení..... | 34 |
| Seznam literatury a zdrojů..... | 36 |
| Seznam zkratk..... | 38 |
| Seznam tabulek..... | 39 |
| Seznam obrázků a schémat..... | 40 |
| Přílohy..... | 41 |
| Příloha 1: Scénáře rozhovorů..... | 41 |

| | |
|---|----|
| Příloha 2: Scénáře fokusních skupin | 41 |
| Příloha 3: Podklad k analýze stakeholderů | 41 |
| Příloha 4: Zápisy z rozhovorů..... | 41 |
| Příloha 5: Zápisy z fokusních skupin | 41 |
| Příloha 6: Schéma intervenční logiky hodnocené intervence | 41 |

Manažerské shrnutí

ÚČEL EVALUACE

Procesní evaluace byla realizována za účelem zhodnocení průběhu a kvality realizace projektu „Standardizace paliativní péče v České republice“, se zvláštním důrazem na proces tvorby Strategie rozvoje paliativní péče v České republice do roku 2035. Evaluace se zaměřila zejména na



posouzení nastavení řídicích a koordinačních procesů



proces tvorby Strategie



zapojení relevantních aktérů



provázanost analytické a návrhové části Strategie



vyhodnocení, zda jsou vytvořeny podmínky pro další fáze implementace.

Cílem bylo poskytnout Zadavateli i dalším aktérům nezávislou zpětnou vazbu na realizaci projektových aktivit, formulovat doporučení pro další fáze projektu a pro navazující strategické řízení rozvoje paliativní péče.

POPIS HODNOCENÉ INTERVENCE A KONTEXT EVALUACE

Hodnoceným předmětem je projekt Ministerstva zdravotnictví České republiky zaměřený na vytvoření jednotného strategického a koncepčního rámce rozvoje paliativní péče v České republice. Projekt zahrnuje přípravu Strategie rozvoje paliativní péče do roku 2035, navazujících implementačních plánů pro dospělou a dětskou populaci, pilotní ověření doporučeného postupu identifikace pacientů s paliativními potřebami v primární péči a vzdělávací aktivity zaměřené zejména na praktické lékaře.

Projekt reaguje na dlouhodobě identifikované systémové výzvy v oblasti paliativní péče, mezi které patří nerovnoměrná regionální dostupnost služeb, nedostatečná koordinace mezi zdravotní a sociální sférou, chybějící standardizace postupů a omezená datová základna pro plánování a hodnocení péče. Procesní evaluace probíhala v průběhu druhé poloviny roku 2025 a byla realizována paralelně s tvorbou Strategie, což umožnilo průběžně reflektovat zjištění a posuzovat procesy v reálném čase.

EVALUAČNÍ TÝM

Evaluaci zpracoval nezávislý evaluační tým společnosti Ernst & Young, s.r.o., který disponuje rozsáhlými zkušenostmi s evaluacemi veřejných politik, strategickými analýzami a projekty financovanými z národních i evropských zdrojů. Tým byl složen z vedoucí realizačního týmu Lindy Maršíkové, hlavní evaluátorky, Aleny Znamenáčkové, hlavní analytičky, Anny Korienievy, dalších členů týmu zajišťujících sběr a analýzu dat a externího experta na oblast paliativní péče, pana Martina Loučky

NEJVÝZNAMNĚJŠÍ ZJIŠTĚNÍ A ZÁVĚRY

Procesní evaluace ukazuje, že projekt a jeho výstupy je odbornou komunitou vnímán jako **vysoce relevantní** a potřebný. Strategický záměr a základní směřování Strategie odpovídají očekáváním klíčových cílových skupin a reflektují současné trendy v oblasti paliativní péče včetně důrazu na kvalitu života, multidisciplinární spolupráci a propojení zdravotních a sociálních služeb.

Positivně je hodnoceno zejména **široké a mezioborové zapojení stakeholderů** z oblasti zdravotnictví, sociálních služeb, veřejné správy a odborných společností. Proces tvorby Strategie vytvořil prostor pro

sdílení různých perspektiv a vedl k relativně vysoké míře konsenzu na základních principech a cílech rozvoje paliativní péče. Zároveň se však ukazuje, že míra zapojení jednotlivých aktérů byla nerovnoměrná a v některých případech spíše formální. Slabší bylo zejména přímé zapojení pacientů, jejich blízkých a některých dalších klíčových aktérů. Mezi ně patří zdravotní pojišťovny či regionální samosprávy, jejichž role bude přitom zásadní v implementační fázi.

Evaluace dále potvrzuje, že rizika projektu jsou identifikována systematicky, zejména v oblasti řízení, kapacit, financování a politicko-ekonomického kontextu. Naopak předpoklady úspěšné implementace Strategie nejsou v projektové dokumentaci vždy formulovány explicitně a přehledně, což může do budoucna ztížit řízení implementace a vyhodnocování pokroku. Jako **klíčové riziko** se jeví zejména zajištění dlouhodobého leadershipu, **dostatečných personálních a finančních kapacit** a funkční koordinace mezi zainteresovanými resorty a úrovněmi veřejné správy.

Z hlediska obsahu Strategie je oceňována její **komplexnost a flexibilita**, která umožňuje reagovat na různorodé potřeby cílových skupin. Zároveň se však objevuje riziko příliš obecného vymezení některých oblastí, zejména obecné paliativní péče, práce s marginalizovanými skupinami a podpory pozůstalých. Tyto oblasti budou vyžadovat další konkretizaci v implementačních plánech a navazujících nástrojích.

DOPORUČENÍ

Na základě zjištění procesní evaluace je doporučeno:

1

POSÍLIT SYSTEMATICKÉ ZAPOJENÍ PACIENTŮ A NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH V DALŠÍCH REVIZÍCH STRATEGIE

Vytvořit formální platformu patientských a pečujících organizací (inspirovanou např. přístupem u strategií pro vzácná onemocnění), která by byla systematicky zapojena do aktualizací Strategie a monitoringu její implementace. Zároveň lze zavést mechanismus participativní validace, například formou pravidelných „patient review sessions“ před dokončením klíčových strategických výstupů.

2

UPEVNIT ROLI FACILITÁTORA A JASNĚ JI VYVÁŽIT S ROZHODOVACÍ AUTORITOU MZD

Vypracovat governance model Strategie paliativní péče, který jasně stanoví pravomoci, reportingové linie a rozhodovací body mezi MZD, odbornými skupinami a facilitátorem. Dále udržet facilitační model i v implementační fázi, ale rozšířit jej o formální řídicí výbor vedený MZD, který bude schvalovat klíčové výstupy a dohlížet na soulad se strategickými cíli resortu. K funkčnosti dané role je nezbytné posílit procesní roli facilitátora v oblasti komunikace, konsenzu a participace, ale s jasnými mandatorními limity vůči rozhodovacím kompetencím MZD.

3

ZLEPŠIT KOORDINACI DAT A ANALYTICKÝCH VSTUPŮ

Formalizovat spolupráci mezi MZD, ÚZIS a dalšími držiteli dat, například prostřednictvím memoranda o datové spolupráci, které stanoví jasné termíny, formáty a odpovědnosti. V delším horizontu lze zvážit vytvoření integrovaného datového panelu paliativní péče umožňujícího průběžné sledování klíčových ukazatelů.

4

POSÍLIT INSTITUCIONÁLNÍ, FINANČNÍ A PERSONÁLNÍ PŘEDPOKLADY UDRŽITELNOSTI

- Zřídit „implementační hub“ – malý stálý tým s koordinační rolí, jasnými kompetencemi a odpovědností za řízení implementace;
- formulovat finanční závazky minimálně na období 3–5 let pro klíčová opatření a piloty;
- připravit variantní scénáře financování (základní / optimalizační / ambiciózní);
- zahájit systematická jednání se zdravotními pojišťovnami o konkrétních pilířích úhrad;
- využít příležitost systematictější spolupráce se soukromými nadacemi a grantovými programy, zejména v oblasti pilotních projektů a inovací, které mohou urychlit zavádění nových opatření a snížit tlak na veřejné rozpočty;

- institucionalizovat monitoring a externí evaluaci v pravidelných intervalech;
- vypracovat komunikační plán pro udržení odborné, veřejné a politické podpory Strategie.

NÁVRH DALŠÍHO POSTUPU EVALUACE

Procesní evaluace představuje první fázi komplexního evaluačního rámce. V navazujícím období bude realizována dopadová evaluace, zaměřená na posouzení skutečných efektů implementace Strategie, zejména změn v dostupnosti a kvalitě paliativní péče a dopadů na jednotlivé cílové skupiny. Průběžné sledování a vyhodnocování by mělo být integrováno do systému řízení Strategie tak, aby Evaluace sloužila nejen jako kontrolní, ale především jako učící se a rozvojový nástroj.

1. Úvod

Procesní evaluační zpráva (Zpráva) je zpracována jako součást realizace veřejné zakázky „**Evaluace projektu Standardizace paliativní péče v České republice**“ (Evaluace, Zakázka). Zpracovatelem Zakázky je **Ernst & Young, s.r.o.** (EY, Dodavatel) na základě smlouvy ze dne 12. 8. 2025 uzavřené mezi EY a **Českou republikou – Ministerstvem zdravotnictví** (MZD, Zadavatel). Dodavatel je funkčně nezávislý na Zadavateli, v rámci Evaluace byla oslovena většina relevantních aktérů a výsledky šetření byly posuzovány v souladu s etikou evaluačního výzkumu. (Česká evaluační společnost, 2011).

1.1. Kontext a cíle Evaluace

Předmětem Evaluace je projekt *Standardizace paliativní péče v České republice*¹ (Projekt) realizovaný MZD v rámci Operačního programu Zaměstnanost plus, spolufinancovaného Evropskou unií z Evropského sociálního fondu. Projekt se zaměřuje na vytvoření strategického rámce pro rozvoj paliativní péče v České republice (ČR), včetně přípravy Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035 (Strategie, Strategie rozvoje paliativní péče) a souvisejících implementačních plánů pro dospělé a dětské pacienty. Součástí Projektu je také pilotní ověření Doporučení MZD k identifikaci pacientů s potřebami paliativní povahy v primární péči (Doporučení MZD) a vzdělávání praktických lékařů v oblasti paliativní péče. Projekt má přispět k systematickému rozvoji a plánování paliativních služeb, posílení odborných kapacit a sjednocení standardů kvality. Cílem je zajistit, aby byla paliativní péče dostupná v odpovídající odborné úrovni všem, kteří ji potřebují. Intervenční logika projektu je podrobně znázorněna v Příloze 6.



Cílem Zprávy je zhodnotit průběh a kvalitu realizace Projektu, zejména proces tvorby Strategie rozvoje paliativní péče. Evaluace se zaměřuje na fungování řídicích procesů, zapojení klíčových aktérů a na provázanost analytické a návrhové části Strategie.

Procesní evaluační zpráva obsahuje:

| | | |
|--------|-------------------------------------|--|
| Kap. 1 | Úvod | Stručný kontext a cíle Evaluace, evaluační tým |
| Kap. 2 | Metodologie Evaluace | Metodologický postup včetně popisu sběru a způsobu analýzy dat, aktualizovaný harmonogram |
| Kap. 3 | Analýza stakeholderů | Výsledná matice zapojení stakeholderů, představení formy a intenzity zapojení stakeholderů |
| Kap. 4 | Odpovědi na evaluační otázky | Souhrnné odpovědi na devět evaluačních otázek procesní části Evaluace |
| Kap. 5 | Doporučení | Formulace doporučení vyplývajících z odpovědí na evaluační otázky |

Na závěr Zprávy jsou uvedeny další náležitosti odborného textu, jako je seznam použité literatury, seznam zkratk, tabulek a obrázků.

¹ reg. č. CZ.03.02.02/00/22_046/0004246.

1.2. Evaluační tým



Ing. LINDA MARŠÍKOVÁ
Vedoucí realizačního týmu

Linda má více jak 13 let zkušeností s implementací Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF).

Při působení na Ministerstvu práce a sociálních věcí se věnovala financování sociálních služeb, dále také přípravě a implementaci mechanismů grantů, dotací a finančních nástrojů, a to jak ze státního rozpočtu, tak z ESIF. V EY se věnuje primárně evaluacím a strategickým analýzám, se svým týmem pracuje na vyhodnocení národních i lokálních politik. Vedla největší realizované evaluace na českém trhu, Tematickou evaluaci Dohody o partnerství a Evaluaci dopadů ESIF na regionální rozvoj ČR. Velmi relevantní zkušeností je také vedení Závěrečné evaluace Operačního programu Praha – Pól růstu nebo Evaluaci programů fondů Evropské unie (EU) v oblasti vnitřních věcí.

Zapojení do Projektů:

- Projektový management
- Odpovědnost za plnění harmonogramu projektu
- Odpovědnost za kvalitu výstupů



Ing. ANNA KORIEŇIEVA
Hlavní analytička

Anna se již čtyři roky věnuje poradenství pro veřejný sektor a evaluacím projektů financovaných z ESIF. Primárně se soustřeďuje na analytické a evaluační činnosti a má zkušenosti se sběrem a zpracováním kvantitativních i kvalitativních dat. Projekty, do kterých byla v minulosti zapojená, zahrnují například Závěrečnou evaluaci Operačního programu Praha – pól růstu, Evaluaci programů fondů EU v oblasti vnitřních věcí, či Tematickou evaluaci Dohody o partnerství.



Mgr. et Mgr. ALENA ZNAMENÁČKOVÁ
Hlavní evaluátorka

Alena má několikaleté zkušenosti se sběrem a analýzou dat v sociálním i veřejně politickém výzkumu, které získala již během studia Sociologie a Veřejné a sociální politiky. Skrze odborné stáže, např. na MŠMT, získala zkušenosti ve veřejném sektoru. V EY se podílela na projektech Evaluace dopadů ESIF na regionální rozvoj ČR, Závěrečné evaluace Operačního programu Praha – pól růstu či evaluace Rozvoje systémů pro sociální začleňování. Prostřednictvím těchto evaluací získala zkušenosti v oblasti kvalitativního (řízené rozhovory, fokusní skupiny, expertní panely) i kvantitativního (dotazníková šetření, statistické analýzy) výzkumu.

Zapojení do Projektů:

- Nastavení evaluačního designu
- Volba vhodných evaluačních metod
- Interpretace zjištěných dat
- Revidování výstupů



Mgr. ANETA BOŠKOVÁ
Členka týmu

Aneta se věnuje evaluacím a analýzám v oblasti veřejného sektoru, zejména projektům financovaným z fondů EU. Zaměřuje se na analytické a evaluační činnosti a má zkušenosti se zpracováním kvantitativních i kvalitativních dat. Podílela se například na evaluacích a analýzách týkajících se sociálního začleňování, koordinovaného přístupu v systému poskytování sociální ochrany, standardizace náhradní rodinné péče či plánování kapacit sociálních a zdravotních služeb v rámci deinstitucionalizace a péče o duševní zdraví.

Zapojení do Projektu:

- Projektová podpora
- Součinnost při nastavení výzkumu.
- Realizace výzkumu (vedení rozhovorů, fokusních skupin apod.)
- Analýza podkladových dat
- Interpretace zjištěných dat
- Příprava, zpracování a finalizace výstupů

Zapojení do Projektu:

- Realizace výzkumu (rozhovory, fokusní skupiny apod.)
- Analýza podkladových dat
- Interpretace zjištěných dat
- Příprava, zpracování a finalizace výstupů

**PhDr. Martin Loučka, PhD.****Expert**

Martin je zakladatelem Centra paliativní péče a působí jako psycholog a odborný asistent na oddělení lékařské

psychologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Má dlouholetou odbornou i výzkumnou zkušenost v oblasti paliativní péče, které se věnoval také během doktorského studia na Lancaster University a zahraničních stáží na Icahn School of Medicine v New Yorku a VU Medical Center v Amsterdamu. Podílel se na rozvoji standardů a vzdělávání v paliativní péči v ČR a působil v řadě mezioborových týmů. Do Evaluace přináší hlubokou znalost systému paliativní péče, jeho vývoje i praktického fungování.

Zapojení do Projektu:

- Odborné hodnocení kvality a relevance Strategie.
- Posouzení realistického nastavení cílů a předpokladů pro její realizaci.
- Formulace doporučení pro udržitelnost a rozvoj systému paliativní péče.

2. Metodologický postup Evaluace

2.1. Rámcový postup

Metodologický rámec Evaluace je představen na obrázku níže a byl navržen tak, aby umožnil komplexní a systematické zhodnocení průběhu i kvality realizace projektu „Standardizace paliativní péče v ČR“. Postup Evaluace byl koncipován jako vzájemně provázaný sled metod, které na sebe logicky navazovaly a umožňovaly ověřovat zjištění z různých perspektiv.

Obrázek 1: Rámcový postup zpracování Evaluace



Zdroj: vlastní zpracování

Proces začal **desk research**, tedy analýzou dostupné projektové dokumentace a dalších relevantních zdrojů. Tato fáze poskytla základní vhled do struktury Projektu, jeho cílů, klíčových aktivit a identifikovala oblasti, které bylo třeba dále ověřit či rozpracovat v navazujících krocích.

Na desk research bezprostředně navazovala **analýza stakeholderů**, jejímž cílem bylo systematicky zmapovat všechny relevantní aktéry Projektu, posoudit jejich míru vlivu a zájmu a rozdělit je do kategorií podle jejich rolí. Výsledky této analýzy byly klíčové nejen pro pochopení kontextu Projektu, ale zejména pro výběr respondentů do dalších metod.

Na základě analýzy stakeholderů byl sestaven **vzorek respondentů** pro polostrukturované **rozhovory**. Výběr respondentů byl veden snahou zajistit zastoupení všech klíčových skupin aktérů. Scénáře rozhovorů byly připravovány s ohledem na specifika jednotlivých skupin a reflektovaly poznatky získané v předchozích krocích.

Po realizaci rozhovorů následovalo uspořádání **fokusní skupiny**², jejíž účastníci byli rovněž vybírání na základě stakeholder analýzy a předchozích zjištění z rozhovorů. Fokusní skupina sloužila k validaci zjištění, ověření míry konsenzu a získání různých perspektiv na klíčová témata. Scénář fokusní skupiny byl upraven podle aktuálních potřeb a poznatků z předchozích kroků.

Pozorování vybraných projektových aktivit doplnilo pohled na procesní aspekty realizace Projektu a umožnilo zachytit dynamiku a atmosféru v reálném čase.

² Původně byly plánovány dvě fokusní skupiny, avšak z organizačních důvodů byla nakonec realizována pouze jedna; podrobnosti k tomuto postupu jsou uvedeny v kapitole 2.5 a v části **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.** věnované limitacím a jejich řešení.

Celý metodologický postup byl navržen tak, aby na sebe jednotlivé metody navazovaly, vzájemně se doplňovaly a umožnily triangulaci dat. Výsledky z jednotlivých fází byly průběžně analyzovány a interpretovány v kontextu evaluačních otázek.

V průběhu realizace Evaluace bylo v některých případech nutné přistoupit k dílčím úpravám postupu, zejména s ohledem na dostupnost respondentů. Tyto úpravy a jejich odůvodnění jsou detailně popsány v kapitole **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**

2.2. Desk research

Metoda desk research je založena na analýze sekundárních dat a slouží k získání přehledu o průběhu Projektu, jeho klíčových aktivitách, výstupech a souvisejících institucionálních, datových a tematických kontextech. Jejím cílem bylo vytvořit informační základ pro navazující kroky Evaluace, zejména pro tvorbu evaluačního designu, vypracování scénářů rozhovorů a fokusních skupin a formulaci závěrů k jednotlivým evaluačním otázkám.

V úvodním kroku jsme shromáždili dostupnou projektovou dokumentaci poskytnutou Zadavatelem, včetně pracovních výstupů a podkladů ze schůzek jednotlivých týmů. K doplnění jsme využili informace z veřejně dostupných zdrojů.

Následně jsme provedli systematickou analýzu těchto materiálů, zaměřenou na strukturu a cíle Projektu, obsah a kvalitu výstupů jednotlivých klíčových aktivit (zejména návrh Strategie) a dokumentaci vztahující se ke školícím aktivitám pro lékaře a další odborníky. Při analýze jsme sledovali nejen procesní stránku realizace Projektu, ale vzhledem k nastavení evaluačních otázek jsme zohlednili i obsah analytické a návrhové části Strategie.

Zjištění z metody desk research tvořila výchozí bod pro upřesnění evaluačního designu, identifikaci potenciálních rizik, mapování potřeb a specifík Projektu, a rovněž pro přípravu scénářů rozhovorů a fokusní skupiny.

2.3. Analýza stakeholderů

Součástí Evaluace je i analýza stakeholderů, která hraje klíčovou roli při určování aktérů důležitých pro její realizaci. Analýza se zaměřila na zhodnocení míry **vlivu a zájmu** jednotlivých stakeholderů, a tím poskytla podklad pro určení rozsahu a podoby jejich **zapojení do procesu Evaluace**.

Před představením samotné metody analýzy stakeholderů je důležité vymezit několik pojmů, které budou používány v rámci Evaluace. Pro rozlišení různých rolí, které členové cílové skupiny zastávají vůči Projektu, bude využito následující členění:

Tabulka 1: Definice a vymezení skupin stakeholderů

| Definice stakeholderů | |
|-------------------------------|---|
| Stakeholder | Stakeholderi v této Evaluaci označují organizace, instituce a skupiny spojené s oblastí paliativní péče, které mají různou míru vazby k Projektu. Některé z nich byly přímo zapojeny a podílely se na tvorbě Strategie či projektových aktivitách, jiné poskytly zpětnou vazbu, případně zůstaly v pasivní roli. Pro účely Evaluace jsou stakeholderi dále rozděleni do specifických skupin uvedených níže v tabulce. |
| Výrazně zapojení stakeholderi | Výrazně zapojení stakeholderi představují instituce a profesní organizace, které se aktivně účastnily projektových aktivit a přispěly k tvorbě Strategie. Patří mezi ně: <ul style="list-style-type: none"> - Ministerstvo zdravotnictví (MZD) - Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) - ČSPM ČLS JEP - Asociace poskytovatelů sociálních služeb (APSS) - GovLab |
| Skupiny stakeholderů | |
| Benefičienti projektu (lékaři, pacienti) | Primární cílové skupiny projektu, které přímo čerpají přínosy Projektu – zdravotníci, kteří poskytují péči, a pacienti, kteří ji přijímají. |
| Kraje a města | Zástupci regionální a místní samosprávy, kteří hrají roli v plánování, organizaci a financování sociálních a zdravotních služeb na svém území. |
| Ministerstva a státní správa | Ústřední orgány a instituce veřejné správy, které nastavují legislativní a strategický rámec a zajišťují koordinaci i financování (především se jedná o MŠMT, ČSÚ, MMR, MS, SÚKL, MV, MPO, ³ Parlament ČR, Vládu ČR a relevantní resorty pro oblast péče o závažně nemocné a umírající a jiné). ⁴ |
| Nezdravotnické podpůrné organizace | Subjekty, které nepůsobí primárně ve zdravotnictví, ale zajišťují doplňkovou podporu – např. duchovní služby, dobrovolnické organizace či organizace zaměřené na poradenství a podporu rodin. |
| Neziskové organizace | Neziskové a advokační organizace zaměřené na podporu pacientů a jejich blízkých (např. nadace, patientské organizace, hospice). |
| Pacienti a jejich blízcí | Jednotlivci a rodiny přímo dotčení paliativní péčí, kteří budou čerpat přínosy standardizace paliativní péče, ale nejsou zapojeni do pilotu. |
| Pojišťovny | Zdravotní pojišťovny, které se podílejí na financování paliativní péče v rámci veřejného zdravotního pojištění. |
| Poskytovatelé sociální péče | Organizace nabízející sociální služby (např. domovy pro seniory, pečovatelské služby), které jsou často v úzké spolupráci se zdravotní složkou paliativní péče. |
| Poskytovatelé zdravotní péče | Nemocnice, ambulance paliativní medicíny, mobilní hospice, domácí zdravotní péče a další subjekty poskytující zdravotní péči. |
| Pracovníci ve zdravotních a sociálních službách | Jednotliví odborníci (lékaři, sestry, psychologové, sociální pracovníci, pečovatelé), kteří zajišťují každodenní poskytování služeb. |
| Profesní a zastřešující organizace | Profesní asociace, komory a společnosti, které zastupují své členy. |
| Vzdělávací a výzkumné instituce | Univerzity, fakulty a výzkumné ústavy, které připravují budoucí odborníky a zajišťují výzkum v oblasti paliativní péče. |

³ MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, ČSÚ – Český statistický úřad, MMR – Ministerstvo pro místní rozvoj, MS – Ministerstvo spravedlnosti, SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv, MV – Ministerstvo vnitra, MPO – Ministerstvo průmyslu a obchodu.

⁴ Detailní přehled je k dispozici v Příloze 3 této Zprávy.

V prvním kroku byli za pomoci metody desk research identifikováni klíčoví stakeholdeři, kteří jsou zapojeni do Projektu, nebo ovlivňují jeho úspěšnost.⁵ Seznam aktérů vycházel primárně z dokumentace poskytnuté Zadavatelem, konkrétně z dokumentů: Příloha A – Specifikace předmětu plnění, Příloha H – Situační analýza projektu, Příloha č. 1 – Situační analýza projektu Paliativa III, Projektová žádost – schválená verze, seznamy kontaktů pro dotazník a jiné. Identifikovaní stakeholdeři byli zařazeni do skupin podle typu organizace či instituce; podrobné zařazení jednotlivých stakeholderů je dostupné v Příloze 3 – Podklad k analýze stakeholderů.

Ve druhém kroku byly analyzovány relevantní podklady pro posouzení míry zájmu a vlivu – především se jednalo o prezenční listiny z jednání realizačního týmu, koncepčního týmu, fokusních skupin, pracovních skupin a dalších aktivit uskutečněných v rámci Projektu.⁶ V tomto kroku probíhala analýza na úrovni jednotlivých účastníků, kteří účastí v projektových aktivitách zastupovali svoji organizaci či instituci. Tito účastníci byli následně zařazeni do příslušné skupiny stakeholderů podle toho, jakou organizaci či instituci zastupovali.⁷ Projektové aktivity byly rozděleny do dvou kategorií podle toho, zda vyjadřují spíše zájem či vliv daného stakeholdera. Následující tabulka ukazuje jejich rozdělení.

Tabulka 2: Rozdělení projektových aktivit

| Zájem | Vliv |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Účast v připomínkování Strategie - Účast na fokusních skupinách - Účast na brainstormingu - Účast na školení - Účast na dalších jednáních | <ul style="list-style-type: none"> - Účast na jednáních realizačního týmu - Účast na jednáních koncepčního týmu - Účast na pracovních skupinách |

Ve třetím kroku byly přiděleny konkrétní hodnoty vlivu a zájmu jednotlivým aktérům. Hodnoty byly určeny na škále od 1 do 3 – úroveň 1 představuje nízký zájem a vliv, úroveň 2 střední, a úroveň 3 vysoký zájem a vliv – a to na základě počtu účastí v projektových aktivitách, jejichž intervaly jsou zvlášť pro zájem a vliv definované v následujících tabulkách níže.⁸ V některých případech bylo přihlédnuto také k pozorování na schůzkách a k intenzitě zapojení aktérů, a to jak ve smyslu četnosti jejich účasti, tak i absolutního počtu zapojených zástupců. Pro určení výsledných hodnot bylo také důležité vymezit přesnou definici zájmu a vlivu, a to s ohledem na cíle prováděné analýzy stakeholderů a samotné Evaluace.

Zájem byl definován jako míra **motivace stakeholderů zapojit se do Projektu** a přispět k jeho cílům. V kontextu Evaluace se zájem aktérů projevuje zejména jejich účastí na projektových aktivitách (např. fokusní skupiny, připomínkování Strategie, školení), ochotou sdílet informace a poskytnout zpětnou vazbu. Pro hodnocení zájmu byly stanoveny tři úrovně, které se odvíjely od intenzity účasti aktérů na aktivitách a jejich vztahu k výsledné podobě Strategie. Přehled jednotlivých úrovní je uveden v následující tabulce.

Tabulka 3: Přehled stanovených úrovní zájmu stakeholderů o tvorbu Strategie

| Zájem | | |
|---|---|---|
| Zájem aktérů o výslednou podobu Strategie | | |
| 1 | 2 | 3 |
| | | |

⁵ Pro základní rámec postupu příprav analýzy aktérů viz např. Zahradník, M., & Dlouhá, J. (2016). Metodika analýzy aktérů. *Envigogika*, 11(1). <https://doi.org/10.14712/18023061.527>.

⁶ Do analýzy vstoupila jednání z období od 20. 5. 2024 (první schůzka koncepčního týmu) do 14. 8. 2025 (zatím poslední schůzka realizačního týmu).

⁷ U některých stakeholderů docházelo k překrývání rolí jednotlivých osob. Metodicky v těchto případech bylo přehlíženo k údajům uvedených v prezenčních listinách a dalších podkladech poskytnutých Zadavatelem

⁸ Intervaly byly stanoveny na základě minimální a maximální hodnoty počtu účastí na projektových aktivitách.

| | | |
|--|---|---|
| Žádný nebo nízký zájem o výslednou podobu Strategie. | Střední zájem o výslednou podobu Strategie. | Vysoký zájem o výslednou podobu Strategie a její praktickou implementaci. |
| Počet bodů za účasti na aktivitách | | |
| 0 | 1-5 | 6-14 |

Vliv byl definován jako schopnost stakeholderů **ovlivnit výslednou podobu Strategie** a průběh Projektu. V kontextu Evaluace se vliv aktérů projevoval především jejich zapojením do činností, které umožňují přímo formovat obsah či směřování Projektu, například prostřednictvím účasti v realizačním a koncepčním týmu nebo v pracovních skupinách. Pro hodnocení vlivu byly vymezeny tři úrovně podle intenzity zapojení aktérů a rozsahu jejich možnosti ovlivnit výsledky. Přehled jednotlivých úrovní je uveden v následující tabulce.

Tabulka 4: Přehled stanovených úrovní vlivu stakeholderů na tvorbu Strategie

| Vliv | | |
|--|---|--|
| Schopnost stakeholderů ovlivnit podobu Strategie | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Žádný nebo nízký vliv na výslednou podobu Strategie. | Střední vliv na výslednou podobu Strategie. | Vysoký vliv na výslednou podobu Strategie. |
| Počet bodů za účasti na aktivitách | | |
| 0 | 1-10 | 11-27 |

Na základě provedeného hodnocení byla sestavena matice zapojení aktérů, která vychází z kumulativního skóre určeného součinem přidělených hodnot vlivu a zájmu. Vizualizace výsledků analýzy je obsažena v kapitole 3. Na základě výsledných hodnot je v kapitole rozpracována také forma a intenzita zapojení jednotlivých aktérů.

2.4. Rozhovory

Individuální polostrukturované rozhovory představovaly klíčovou kvalitativní metodu sběru dat v rámci dosavadní procesní části Evaluace. Jejich cílem bylo získat detailní a kontextualizované informace o průběhu realizace Projektu a vnímání jeho výstupů ze strany zapojených aktérů.

Na základě výsledků desk research byly připraveny scénáře rozhovorů přizpůsobené jednotlivým skupinám respondentů tak, aby otázky odpovídaly jejich zapojení do Projektu a pokrývaly relevantní oblasti vzhledem k evaluačním otázkám. Seznam navržených respondentů byl konzultován a schválen Zadavatelem. Ministerstvo zdravotnictví zaslalo pověřovací dopis informující o realizaci Evaluace a následně EY oslovilo vybrané respondenty e-mailem s pozvánkou k účasti na rozhovoru.

Celkem bylo uskutečněno 17 rozhovorů s klíčovými aktéry Projektu, které probíhaly jak osobně, tak online formou a obvykle trvaly přibližně 60 minut. Každého rozhovoru se účastnili dva členové evaluačního týmu – tazatel, který vedl rozhovor a zajišťoval plynulý průběh diskuse, a druhý člen týmu, který pořizoval podrobný zápis a doplňoval případné vyjasňující otázky. Při zahájení rozhovoru byli respondenti seznámeni s účelem a průběhem rozhovoru, s možností nahrávání (pouze pro účely zpracování zápisu) a se způsobem nakládání se získanými informacemi, které byly zpracovány v anonymizované podobě.

Po ukončení rozhovorů byly zápisy doplněny, finalizovány a anonymizovány. Získaná data představují jeden z hlavních zdrojů informací pro vyhodnocení evaluačních otázek a formulaci závěrů. Scénář a anonymizované zápisy z rozhovorů jsou uvedeny v Příloze 1 a 4 této zprávy.

2.5. Fokusní skupiny a expert review

Fokusní skupiny představují doplňkovou kvalitativní metodu sběru dat, která umožňuje získat hlubší vhled prostřednictvím řízené skupinové diskuse. Tento formát dává účastníkům prostor reagovat na názory ostatních, sdílet zkušenosti a společně formulovat postoje k vybraným tématům. Skupinová interakce zároveň napomáhá identifikaci shodných i rozdílných perspektiv, které nemusí být zachyceny v individuálních rozhovorech.

Proces přípravy fokusních skupin navazoval na výsledky desk research a na realizované individuální rozhovory. Na jejich základě byly definovány tematické okruhy a vytvořeny návrhy scénářů diskuse pro dvě fokusní skupiny, které se zaměří na tematické oblasti Strategie a Data. Seznam navržených účastníků byl konzultován a schválen Zadavatelem. Stejně jako u individuálních rozhovorů zajišťovalo oslovení respondentů MZD ve spolupráci s EY.

Fokusní skupina Strategie proběhla online za účasti sedmi respondentů. Setkání bylo plánováno na 120 minut a díky vysoké aktivitě účastníků byla celá časová dotace plně využita k diskusi a prohloubení poznatků získaných v individuálních rozhovorech. Moderátor fokusní skupiny představil hlavní závěry z rozhovorů a podněcoval účastníky k reakci a sdílení vlastních zkušeností, což umožnilo získat různé pohledy na klíčová témata projektu.

Původně byla plánována také druhá fokusní skupina zaměřená na datovou problematiku. Vzhledem k nedostupnosti respondentů se však tato skupina neuskutečnila – na plánovanou online schůzku se připojil pouze jeden respondent, ostatní nereagovali ani po opakovaném upozornění. Místo fokusní skupiny byl proto realizován individuální rozhovor s tímto respondentem, který měl v rámci projektu detailní vhled do oblasti dat. Tato změna v metodologickém postupu je detailněji odůvodněna v kapitole 2.7.

Fokusní skupiny se účastnili dva členové evaluačního týmu – jeden v roli moderátora, druhý jako zapisovatel. Účastníci byli na začátku seznámeni s účelem a průběhem diskuse, s možností nahrávání (výhradně pro účely zpracování zápisu) a se zásadami anonymního nakládání se získanými informacemi.

Po skončení fokusní skupiny byl pořízený zápis doplněn a finalizován. Výstupy z této metody významně přispěly k interpretaci zjištění a formulaci závěrů Evaluace, neboť umožnily ověřit a rozšířit poznatky získané v předchozích krocích. Scénář fokusní skupiny je uveden v Příloze 2 této Zprávy.

Expert review (expertní zapojení) představuje doplňkovou kvalitativní metodu, jejímž cílem je ověření, interpretace a kontextualizace poznatků získaných v předchozích fázích kvalitativního šetření, zejména z individuálních rozhovorů a fokusní skupiny. Metoda využívá expertní znalost externího odborníka s hlubokou orientací v dané problematice, který je schopen posoudit zjištění z nadhledu, zasadit je do širšího kontextu (včetně mezinárodního) a formulovat návazná doporučení relevantní pro další rozvoj hodnocené oblasti.

Proces expert review navazoval přímo na realizované rozhovory a fokusní skupinu. Evaluační tým připravil strukturovanou prezentaci shrnující klíčová zjištění a identifikované otázky, které sloužily jako podklad pro expertní diskusi. Zapojení experta probíhalo kombinací e-mailové komunikace a následné online schůzky, která se uskutečnila dne 17. 12. 2025 a trvala přibližně 90 minut. Schůzky se zúčastnili tři členové evaluačního týmu – dva v roli prezentujících a tazatelů, třetí jako zapisovatel. Pořízený zápis byl využit pro interní analytické účely a není přílohou této zprávy. Výstupy z expert review přispěly k ověření konzistence zjištění a k jejich interpretaci v širším kontextu Evaluace, přičemž byly využity zejména v těch evaluačních otázkách, u nichž byla tato metoda uvedena v evaluační matici, která je součástí Vstupní zprávy.

2.6. Pozorování

Pozorování představovalo doplňkovou kvalitativní metodu sběru dat, která umožnila získat přímý vhled do prostředí a procesů spojených s realizací Projektu. Tato metoda zachycuje průběh reálných situací

a interakcí v jejich přirozeném kontextu, čímž doplňuje poznatky získané z rozhovorů a dokumentace. Pro účely Evaluace bylo využito polostandardizované pozorování, které umožňuje sledovat předem stanovené jevy, ale zároveň zachytit i další relevantní skutečnosti v průběhu sledované aktivity.

V rámci procesní části Evaluace proběhla čtyři pozorování – účast na setkání realizačního týmu, na pracovní schůzce k tvorbě implementačních plánů, kde byla vymezována opatření, a na dvou školeních praktických lékařů (pro dospělé a pro děti). Pozorování schůzky realizačního týmu a k tvorbě implementačních plánů proběhlo online formou, zatímco školení praktických lékařů byla pozorována osobně. Skupina školených všeobecných praktických lékařů (VPL) zahrnovala 30 účastníků, druhá skupina praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) potom 9 účastníků.

Pozorování byla realizována na základě samostatných scénářů přizpůsobených typu sledované aktivity. Ze všech setkání byly následně zpracovány záznamy obsahující informace o průběhu a účastnících, hlavních bodech diskuse a procesních aspektech, jako jsou například:

- aktivita účastníků,
- atmosféra a interakce,
- způsob přenosu znalostí,
- srozumitelnost a přínos obsahu (zejména u školení),
- technické zajištění.

Výsledky pozorování byly následně shrnuty a použity jako doplňkový zdroj informací pro vyhodnocení procesní části Evaluace.

2.7. Limitace

V průběhu realizace Evaluace jsme se setkali s komplikacemi spojenými především s **časovou dostupností respondentů** pro fokusní skupiny. Navzdory několika upomínkám a snaze flexibilně hledat vhodné termíny, například prostřednictvím online hlasovacího nástroje Doodle, se v případě fokusní skupiny Data podařilo zajistit účast pouze jediného respondenta. S tímto účastníkem byl následně proveden individuální rozhovor, a tato změna byla po dohodě odsouhlasena Zadavatelem. Fokusní skupina Strategie pak proběhla v náhradním termínu 28. listopadu 2025. Tyto úpravy postupu nám umožnily i přes dílčí překážky zachovat kontinuitu sběru dat a zajistit odpovídající pokrytí klíčových témat.

Za jeden z dílčích limitů procesu Evaluace lze považovat **změnu návrhu Strategie** v rámci interního připomínkování. Poznatky získané v průběhu rozhovorů, fokusní skupiny i expertního posouzení se vztahovaly k první verzi této Strategie, která během připomínkovacího procesu prošla výraznými úpravami. Tyto změny byly následně zohledněny ve finálním zhodnocení jednotlivých evaluačních otázek, což přispělo k udržení relevance výstupů i přes toto omezení.

Dále je třeba uvést obecné omezení spojené s **využitím kvalitativních metod**, které tvoří základní rámeček sběru dat v rámci Evaluace. Získané výsledky mají omezenou míru zobecnitelnosti a vyšší míru subjektivity. Tento faktor byl reflektován při interpretaci zjištění, například vyvážením pohledů respondentů reprezentujících různé aktéry či doplňkovým desk research.

2.8. Aktualizovaný harmonogram prací

Následující tabulky představují aktualizovaný harmonogram prací procesní a dopadové části Evaluace.

Tabulka 5: Harmonogram procesní evaluace (2025)

| | Aktivita | Realizace metod | Výstup |
|-------------|------------------|--|---------------------------|
| 27. 8. 2025 | Kick-off meeting | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dohoda o postupu a harmonogramu ▪ Ujasnění metod a zapojení EY do připomínkového řízení Strategie | Zápis z kick-off meetingu |

| | Aktivita | Realizace metod | Výstup |
|------------------------|---|--|--|
| srpen–září 2025 | Sběr a analýza podkladů | <ul style="list-style-type: none"> Rešerše dokumentů: projektová žádost, situační analýzy, návrhy Strategie, indikátorová soustava | Analytické podklady pro procesní hodnocení |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Stakeholder analýza pracovní draft: identifikace respondentů, prezenční listiny, výběr klíčových aktérů | |
| září–říjen 2025 | Polostrukturované rozhovory | <ul style="list-style-type: none"> Rozhovory se stakeholdery (MZD–OZP, KAN, CAU, ÚZIS, MPSV, AK ČR/HLMP, APSS, ČSPM, GovLab, APHPP) Stakeholder analýza – dokončení | Přepisy rozhovorů, vstupy do PZ |
| 10. 10. 2025 | Návrh procesní evaluační zprávy | <ul style="list-style-type: none"> Syntéza výstupů z rešerší a rozhovorů | Draft procesní zprávy |
| listopad–prosinec 2025 | Fokusní skupina a expert review | <ul style="list-style-type: none"> Fokusní skupina ke sdílení zkušeností, validaci očekávání, ověření míry konsenzu Doplnění zjištění do Průběžné zprávy Doplnění expert review, datové analýzy (v závislosti na dostupnosti dat) | Zápisy z fokusních skupin |
| leden 2026 | Zpracování připomínek a schválení průběžné zprávy | <ul style="list-style-type: none"> Úpravy podle zpětné vazby Diskuse se Zadavatelem Shrnutí rizik, předpokladů, zapojení aktérů a konsenzu nad Strategií | Schválená procesní evaluační zpráva |

Tabulka 6: Harmonogram dopadové evaluace (2026–2027)

| | Aktivita | Realizace metod | Výstup |
|--------------------------|--|--|---|
| leden–květen 2026 | Sběr dat – fáze 1 | <ul style="list-style-type: none"> Rešerše dokumentů: výsledky a výstupy projektu, doporučené postupy, vzdělávací materiály Účast na vybraných vzdělávacích a pilotních aktivitách | Průběžné souhrny |
| červen–prosinec 2026 | Sběr dat – fáze 2 | <ul style="list-style-type: none"> Rozhovory Fokusní skupiny (praktici (dospělí, dětští), lékaři specializované paliativní péče, ÚZIS, MPSV, zdravotní pojišťovny) Pozorování Případové studie z pilotáže doporučených postupů mezi praktiky | Kontextuální data, zápisy, případové studie, průběžné souhrny |
| prosinec 2026–leden 2027 | Syntéza výsledků – příprava návrhu dopadové zprávy | <ul style="list-style-type: none"> Integrace všech metod (rešerše, rozhovory, fokusní skupiny, případové studie, pozorování) Expertní posouzení udržitelnosti systému, kvality implementace, relevance indikátorů | Interní pracovní verze ZZ |
| 15. 2. 2027 | Návrh dopadové evaluační zprávy | <ul style="list-style-type: none"> Kompletní draft dopadové zprávy | Návrh ZZ pro zadavatele |

únor–březen
2027

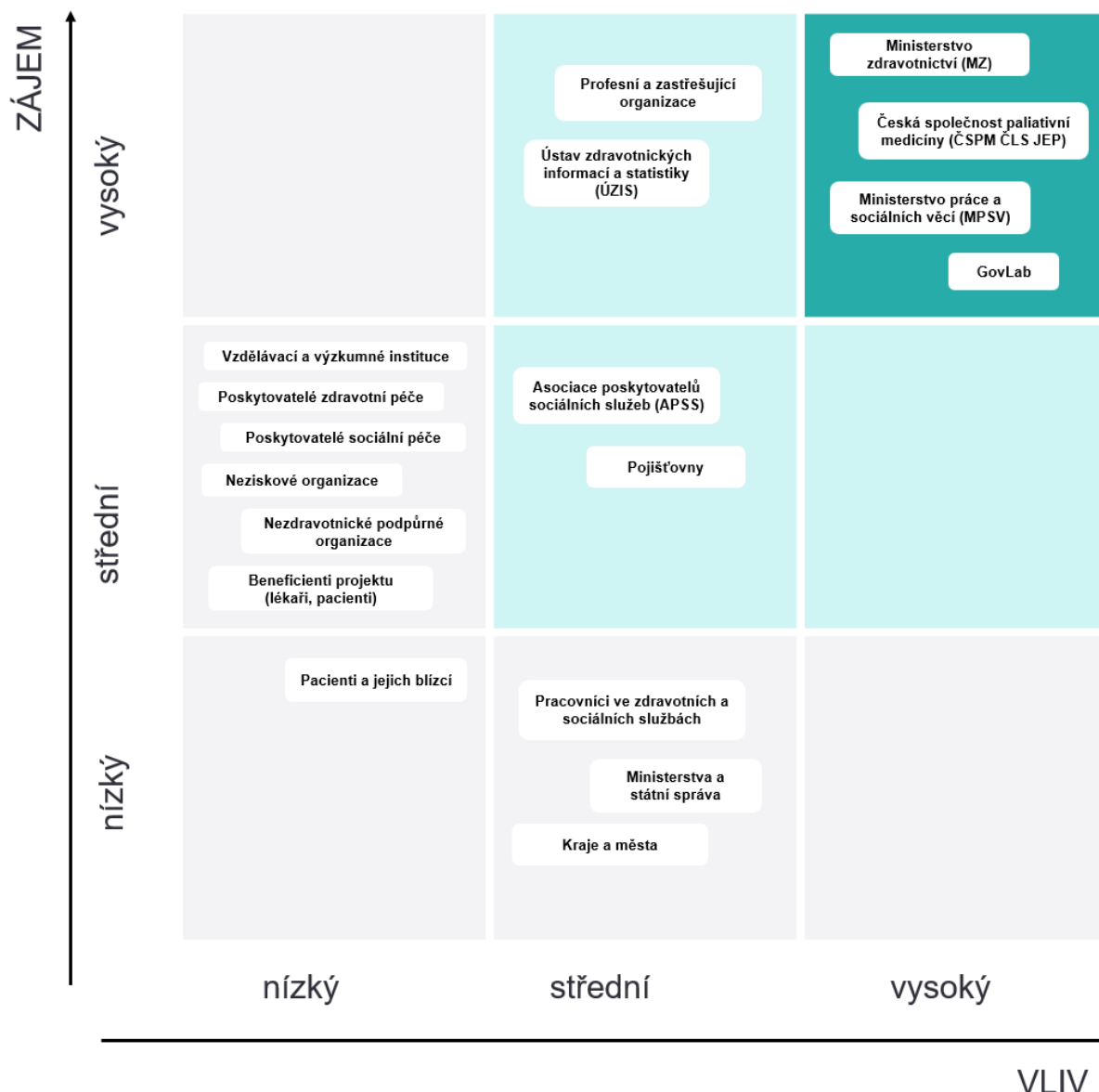
15. 4. 2027

| Aktivita | Realizace metod | Výstup |
|--|---|-----------------|
| Připomínkové řízení | <ul style="list-style-type: none">Závěrečná prezentace hlavních výsledků a doporučení; podklad rozeslán 5 dní předemDiskuse se zadavatelem, zapracování připomínek | Upravená zpráva |
| Schválená verze dopadové evaluační zprávy | <ul style="list-style-type: none">Finální dokument | Konečná zpráva |

3. Analýza stakeholderů

Tato kapitola prezentuje výslednou matici zapojení stakeholderů, která poskytuje grafické shrnutí výstupů analýzy stakeholderů. Součástí je i představení formy a intenzity zapojení jednotlivých stakeholderů do procesu Evaluace.

Obrázek 2: Matice zapojení aktérů



Zdroj: vlastní zpracování⁹

Stakeholderi s nejvyšším hodnocením (9), tedy s největším vlivem a zájmem o tvorbu Strategie, budou systematicky a aktivně zapojováni do všech šetření. Jejich účast a spolupráce je zásadní pro schvalování evaluačních postupů i pro poskytování klíčových informací o Projektu. Aktivně se budou

⁹ Skupinám pacientů a poskytovatelů sociální péče bylo přiřazeno hodnocení 1 v obou dimenzích, jelikož nebyla doložena jejich účast na klíčových projektových aktivitách (např. fokusní skupiny, pracovní skupiny, realizační či koncepční tým).

podílet na zodpovídání všech evaluačních otázek prostřednictvím individuálních rozhovorů, účasti ve fokusních skupinách a případném sdílení relevantních dat.

Stakeholderi se středním hodnocením (4–6) budou do Evaluace zapojeni především v případech, kdy jejich role souvisí s řešením konkrétních evaluačních otázek. Jejich účast bude probíhat zejména prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a fokusních skupin, a to tehdy, pokud mohou poskytnout data, odborný vhled či institucionální perspektivu relevantní k hodnoceným oblastem.

U aktérů s nižším hodnocením (1–3) bude zapojení do Evaluace realizováno především nepřímo – předpokládá se především využití existujících zdrojů a dat, případně monitorování jejich aktivit. Přímé zapojení těchto stakeholderů (např. formou rozhovorů či konzultací) se uskuteční jen tehdy, pokud to bude vyžadovat řešení konkrétních evaluačních otázek.

Tabulka 7: Vymezení formy a zapojení stakeholderů

| | | Hodnocení | | | Forma zapojení | Intenzita zapojení | | |
|-------|---------|-----------|---------|--------|--|--------------------|-----|---------|
| ZÁJEM | vysoký | 3 | 6 | 9 | <i>Polostrukturované rozhovory, fokusní skupiny, sdílení dat</i> | Vysoká | | |
| | střední | 2 | 4 | 6 | | | 4-6 | Střední |
| | nízký | 1 | 2 | 3 | | | 1-3 | Nízká |
| | | nízký | střední | vysoký | VLIV | | | |

Seznam všech stakeholderů, včetně přidělených hodnot, je součástí Přílohy 3 této Zprávy.

4. Odpovědi na evaluační otázky

Tato kapitola prezentuje odpovědi na evaluační otázky zaměřené na procesní část Evaluace.¹⁰ Uvádí hodnocení klíčových aktérů, expertní posouzení a zjištění z fokusních skupin. Cílem kapitoly je poskytnout systematický přehled o tom, jak byly procesy přípravy, zapojení aktérů a implementační kroky vnímány a hodnoceny, a identifikovat oblasti, kde je možné další zlepšení či posílení efektivity Projektu.

EO1.1 Naplňuje projekt očekávání cílových skupin?



Strategický záměr a obsah projektu obecně odpovídají očekáváním odborné komunity a cílových skupin — dokument je vnímán jako propacientský a pokrývá klíčové oblasti. Nicméně v některých oblastech (dostupnost pro marginalizované skupiny, dětská paliativa) respondenti identifikovali mezery, které by mohly snížit vnímanou užitečnost při implementaci.

Projekt (resp. Strategie) je zaměřen na široké spektrum cílových skupin, mezi které patří nejen osoby ohrožené diskriminací z důvodu zdravotního stavu (včetně dětí, dorostu a jejich rodin, dospělých pacientů), ale také klíčoví stakeholderi – poskytovatelé a zadavatelé zdravotních a sociálních služeb, pracovníci v oblasti ochrany veřejného zdraví a zaměstnanci veřejné správy zabývající se sociální, rodinnou či zdravotní problematikou. Očekávání těchto skupin zahrnují zajištění dostupnosti a kvality služeb, respektování individuálních potřeb, efektivní koordinaci péče a podpory v různých životních situacích.

“ Po všech pracovních skupinách, které jsem kdy zažil(a), mi to přijde proklientské, propacientské a prolidské. Přijde mi, že se tam neztrácí ten člověk.“

- zástupce profesní organizace

Projektová dokumentace i analytická část Strategie ukazují,¹¹ že Projekt systematicky reflektuje potřeby pacientů s paliativními potřebami a jejich rodin, a to napříč věkovými skupinami i diagnózami. Důraz je kladen na dostupnost a kvalitu péče, individualizovaný přístup, respekt k přáním pacienta a možnost podpory ve vlastním sociálním prostředí. Dokumentace rovněž zmiňuje potřebu podpory pozůstalých a neformálních pečujících, byť v těchto oblastech přiznává určité mezery v systémové podpoře a legislativě.

Poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb jsou v Projektu vnímáni jako klíčoví partneři. Projekt přináší standardizaci postupů, rozvoj vzdělávání, podporu multidisciplinarity a lepší koordinaci mezi zdravotní a sociální sférou. Zároveň reflektuje potřebu zvyšování kompetencí a dostupnosti služeb v regionech, což je zásadní pro zajištění rovného přístupu ke kvalitní péči. Pracovníci v terénu a veřejná správa získávají díky Strategii rámec pro plánování, financování a rozvoj služeb, včetně podpory krajských koncepcí a koordinátorů paliativní péče. Důraz je kladen na vzdělávání, informovanost a mezioborovou spolupráci.

Dokumentace explicitně zmiňuje i potřebu zlepšit dostupnost péče pro marginalizované skupiny, jako jsou sociálně vyloučení, menšiny, osoby s mentálním onemocněním, cizinci a další zranitelné skupiny. Přiznává však, že v těchto oblastech existují významné výzvy a prostor pro další rozvoj. SWOT analýza potvrzuje, že mezi silné stránky současného systému paliativní péče v ČR patří komplexní přístup, angažovanost aktérů a rozvoj vzdělávání, zatímco mezi slabiny naopak regionální nerovnosti, nedostatek dat a standardizace či nedostatečná podpora neformálních pečujících.

¹⁰ Oproti Vstupní zprávě (VZ) došlo dle dohody z 2. 10. 2025 mezi Zadavatelem a EY k odebrání evaluační otázky týkající se vhodnosti nastavení řízení projektu (původně EO1.2). Proto došlo ke změně číslování EO.

¹¹ Zejména: Projektová žádost, analytická část Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035 a seznam stakeholderů.

“*Tam není žádná cílová skupina, která si dovedu představit, že by z toho byla vynechána.*“

- respondent rozhovoru

Tato zjištění z dokumentace se promítají i do výpovědí respondentů v rozhovorech. Většina z nich vnímá, že Projekt naplňuje očekávání hlavních cílových skupin, zejména díky propojení zdravotních a sociálních služeb, multidisciplinární spolupráci a zaměření na kvalitu života pacientů i jejich rodin.

Respondenti oceňují, že Strategie reflektuje potřeby jak dospělých, tak dětských pacientů, a že je dostatečně obecná, aby pokryla široké spektrum situací a skupin. Někteří tento aspekt však vnímají jako limitaci, zejména v oblasti obecné paliativní péče, která je ve Strategii zpracována méně konkrétně než specializovaná péče. Tento rozdíl je však do určité míry dán samotnou povahou obecné paliativní péče, jejíž vymezení je z principu komplexnější a obtížněji standardizovatelné napříč různými typy poskytovatelů a prostředími.

Respondenti dále upozorňují na prostor pro hlubší rozpracování potřeb marginalizovaných skupin a pozůstalých. Přesto většina respondentů vnímá, že flexibilní nastavení Strategie umožňuje další dopracování či rozvíjení těchto oblastí v implementačních plánech.

Celkově lze konstatovat, že Projekt směřuje k naplnění očekávání klíčových cílových skupin, jak jsou vymezeny v jeho koncepci, zejména poskytovatelů služeb, odborných pracovníků v terénu a veřejné správy. Přínosy pro pacienty a jejich rodiny jsou v hodnocení identifikovány zprostředkovaně, prostřednictvím perspektivy odborných aktérů a implementačních partnerů. V této souvislosti upozorňuje expertní hodnocení na obecnější systémový kontext této skutečnosti. Zapojení pacientů, patientských organizací a neformálních pečujících do tvorby strategických dokumentů není v České republice dosud standardní praxí, a to i přes existenci mezinárodních metodik a doporučení v oblasti participace veřejnosti („public involvement“). Expert hodnotí proces přípravy Strategie jako odborně a odpovědně vedený ze strany Ministerstva zdravotnictví a odborné společnosti, zároveň však doporučuje do budoucna posílit skutečné zapojení hlasu pacientů a neformálních pečujících přímo do pracovních a poradních struktur.

Za žádoucí je považováno nikoli formální zastoupení konkrétních patientských organizací, ale širší a otevřenější zapojení osob se zkušeností s péčí (pacientů a neformálních pečujících), například prostřednictvím otevřené výzvy nebo výběrového procesu. Takový přístup by odpovídal mezinárodním standardům tvorby strategií v oblasti zdravotní a sociální péče a přispěl by k posílení legitimacy, relevance a dlouhodobé udržitelnosti Strategie.

Za největší přínos Projektů je považováno propojení zdravotní a sociální péče, rozvoji vzdělávání a standardizaci postupů, což přispívá ke zlepšení kvality života pacientů i jejich blízkých. Výzvou zůstává konkrétnější rozpracování obecné paliativní péče, podpora marginalizovaných skupin a pozůstalých a zajištění rovnoměrné dostupnosti služeb v regionech. Strategie je však nastavena dostatečně flexibilně, aby umožnila další rozvoj a reagovala na potřeby všech definovaných cílových skupin Projektů.

EO1.2 Jsou dostatečně identifikovány předpoklady a rizika projektu?



Identifikace rizik a předpokladů proběhla částečně; některé klíčové rizikové faktory (kapacity, financování, politická podpora, kvalita dat) byly rozpoznány, ale jejich propojitelnost a operativní mitigace zůstává nedostatečná.

Předpoklady Projektů jsou uvedeny v několika projektových dokumentech. Jedním z nich je projektová žádost, kde jsou předpoklady rozptýleny v různých částech textu (např. v popisu cílů, aktivit či problému) a jejich identifikace je tak spíše nepřímá – čtenář si je musí odvodit z popisovaného kontextu. Není jim věnována samostatná sekce nebo strukturovaný seznam, který by je shrnoval. Tento aspekt byl z velké části doplněn ve vstupní evaluační zprávě, která přehledně a systematicky formuluje předpoklady udržitelného systému paliativní péče v rámci teorie změny, jež jsou klíčové pro dosažení cílů Projektů.

Jsou zde popsány klíčové oblasti jako strategické řízení, odborná kapacita, financování, koordinace péče, informovanost veřejnosti, legislativní rámec a podpora výzkumu.

Rizika Projektu jsou naopak identifikována velmi dobře. V projektové žádosti je jim věnována samostatná část s jasným nadpisem, kde jsou konkrétně popsána relevantní rizika (např. omezená kapacita odborníků, neshoda mezi aktéry, nedostatečná komunikace, nezáměr o pilotní testování). Tato rizika jsou dále rozpracována ve zdroji „Příloha č. 2 – Plán řízení rizik tvorby Strategie“, kde jsou systematicky rozčleněna do skupin (organizační, věcné, finanční, technické) a doplněna o navržená opatření a odpovědné osoby. Tento přístup je v souladu se standardy projektového řízení¹² a přispívá k účinnému snižování identifikovaných rizik.

Z dosavadních rozhovorů s klíčovými aktéry vyplynulo, že v některých oblastech, zejména v řízení Strategie, mohou potenciálně nastat dílčí komplikace při naplňování vymezených předpokladů úspěšnosti. Objevila se například potřeba jasnějšího vymezení odpovědností v rámci systému řízení Strategie ze strany MZD, které je vnímáno jako klíčový aktér. Pár respondentů také upozorňovalo na to, že pro dlouhodobou udržitelnost bude důležité zajistit dostatečné personální a odborné kapacity a silný leadership právě ze strany MZD. Dále byla identifikována rizika spojená s politicko-ekonomickým kontextem (např. změna politického vedení, dostupnost zdrojů pro realizaci služeb), která mohou ovlivnit realizovatelnost implementačních plánů. Někteří respondenti také upozorňovali na riziko příliš obecného vymezení Strategie, které může vést k nízké konkrétnosti výstupů a obtížné aplikaci v praxi. Pozitivním zjištěním je, že si jsou respondenti vědomi klíčových předpokladů i souvisejících rizik, mají je na paměti a jsou připraveni s nimi aktivně pracovat, aby proces tvorby Strategie a následně i implementačních plánů probíhal hladce a vytvořil pevný základ pro jejich úspěšnou implementaci v praxi.

EO1.3 Jsou do přípravy Strategie zapojeni všichni relevantní aktéři?



Zapojení bylo široké a mezioborové: proces zahrnoval aktéry ze zdravotnictví, sociální sféry, odborných společností — přesto chybí zapojení některých aktérů. Jedná se například o pacientské organizace či zdravotní pojišťovny.

Zapojení relevantních aktérů je zásadním předpokladem pro kvalitu a legitimitu strategického dokumentu. V rámci této evaluační otázky hodnotíme, zda byli do přípravy Strategie přizváni a reálně zapojeni všichni klíčoví aktéři z odborné, institucionální i uživatelské sféry. Hlavní milníky tvorby Strategie a zapojení jednotlivých aktérů je shrnuto na obrázku níže.

Většina respondentů (65 %) se shodla, že do přípravy Strategie byli zapojeni všichni hlavní a relevantní aktéři. Respondenti opakovaně oceňovali vysokou odbornost zapojených osob a široké spektrum zastoupených profesí a institucí. Několik respondentů (4) vyzdvihlo, že díky tomu byl proces tvorby Strategie kreativní a umožnil vznik nových myšlenek a inovativních přístupů. Někteří respondenti (6) však upozornili, že je rozdíl mezi samotným přizváním a skutečnou mírou zapojení – účast některých aktérů byla spíše formální nebo pasivní.

V několika rozhovorech (6) zaznělo, že do procesu nebyli přímo zapojeni samotní pacienti. Respondenti se shodli, že zapojení této skupiny je v oblasti paliativní péče velmi obtížné, a to zejména kvůli roztržitosti a proměnlivosti cílové skupiny. Jako vhodnější cestu označili zapojení prostřednictvím pacientských organizací, přičemž bylo zmíněno, že v oblasti obecné paliativy je tato reprezentace složitější než u specializované péče. Pacientské organizace byly v rámci tvorby Strategie přizvány ke spolupráci, projektových aktivit se ovšem neúčastnily.¹³

V otázce zapojení zdravotních pojišťoven nebyla mezi respondenty úplná shoda. Přibližně polovina respondentů uvedla, že pojišťovny byly do procesu přizvány a účastnily se jednání, druhá polovina však

¹² Viz např. PeopleCert. (2023). PRINCE2® 7 Managing Successful Projects.

¹³ Konkrétně se jednalo o Národní asociaci pacientských organizací, Svaz pacientů ČR a Unii pacientů ČR.

vnímala jejich zapojení jako pozorovatelské nebo formální spíše než aktivní. Někteří respondenti zmínili, že očekávají vyšší míru zapojení při konkrétnější diskuzi v rámci tvorby implementačních plánů.

Několik respondentů (7) upozornilo, že proces zapojování aktérů nebyl vždy od počátku systematický – někteří klíčoví aktéři byli přizváni až později (např. v rámci připomínkování), což mohlo ovlivnit jejich motivaci a míru zapojení. Zaznělo také, že v některých případech nebyla jasně nastavena kritéria pro výběr aktérů a že proces mohl být ještě více participativní, zejména v oblasti sociálních služeb a obecné nemocniční paliativní péče.

Obrázek 3: Proces zapojování stakeholderů do přípravy Strategie

| | | Brainstorming 1 | Dotazník č. 2 Komentáře analytické části 2 | Dotazník č. 1 (Rekrutační) 3 | Fokusní skupiny 4 | Fokusní skupiny 5 |
|------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Skupina stakeholderů | Aktér | | | | | |
| Profesní a zastřešující organizace | SKVIMP | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Česká neonatologická společnost | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Česká neurologická společnost | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - |
| | Česká gerontologická a geriatrická společnost | - | - | - | - | - |
| | Česká farmaceutická společnost | <input checked="" type="checkbox"/> | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | SVL ČLS JEP | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - | - |
| | Společnost rehabilitační a fyzikální medicíny | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Unie fyzioterapeutů ČR | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - |
| | APSS | <input checked="" type="checkbox"/> | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - |
| | Asociace klinických psychologů | - | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - |
| Fórum mobilních hospiců | <input checked="" type="checkbox"/> | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| APHPP | - | - | - | - | - | |
| Poskytovatelé zdravotní péče | FN Motol | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | IKEM | - | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - |
| | Onkologická klinika FN Olomouc | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - | - |
| | Revmatologický ústav | - | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - |
| | Nemocnice Hranice | - | - | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Cesta domů | - | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Hospic sv. Lazara | <input checked="" type="checkbox"/> | - | - | - | - |
| | Mobilní hospic Strom života | - | - | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Mobilní hospic Ondrášek | - | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Nezdravotnické podpůrné organizace | Katolická asociace nemocničních kaplanů v ČR | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - |
| Ministerstva a státní správa | MPSV | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | MHMP | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Akreditační národní agentura ČR | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - | - |
| Neziskové organizace | Centrum paliativní péče | - | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Nadace rodiny Vlčkových | - | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Charita ČR / Znojmo | - | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | M.arter | - | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Pallium | - | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Zdravotní pojišťovny | VZP | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - | - | <input checked="" type="checkbox"/> |

Zdroj: vlastní zpracování

“ Tam to vznikalo také ve velmi širokém fóru. Což si myslím, že je velmi zdravé pro tu Strategii. „Je to založené na mezioborovém dialogu a konsenzu. Bylo tam zapojeno na naše poměry opravdu hodně stran.“

Na základě analýzy rozhovorů lze konstatovat, že **většina hlavních a relevantních aktérů byla do přípravy Strategie přizvána a zapojena**, což přispělo k odborné kvalitě a kreativitě procesu. **Zapojení pacientů bylo spíše zprostředkované a představuje oblast pro další rozvoj participace.** V případě zdravotních pojišťoven a některých dalších institucí byla míra zapojení vnímána různě, přičemž v některých případech šlo spíše o formální účast. Proces zapojování aktérů byl otevřený a umožňoval průběžné rozšiřování skupiny, avšak v některých krocích mohl být více systematický a participativní.

Poznatky z fokusní skupiny v zásadě potvrzují předchozí zjištění. Účast byla nabídnuta širokému spektru odborníků a institucí, nicméně odezva některých oslovených byla již od počátku spíše omezená. Proces oslovování aktérů probíhal postupně, což znamenalo, že někteří byli zapojeni až v pozdějších krocích. Tato skutečnost mohla ovlivnit jejich vnímání celého procesu, neboť pozdější oslovení mohlo být chápáno negativně. Jedním z doporučení ze skupiny je, aby budoucí tvorba obdobných dokumentů probíhala s jasněji definovanou vizí a záměrem již od počátku, což by umožnilo systematičtější a včasnější zapojení všech klíčových aktérů.

V rámci diskuse bylo dále uvedeno, že některé pacientské organizace v současnosti spolupracují na jiné strategii v gesci Ministerstva zdravotnictví, jejímž cílem je mimo jiné koordinovat komunikaci a předcházet duplicitám. Z tohoto důvodu může být jejich účast na přípravě Strategie vnímána jako nižší, což však neznamená nezájem, ale spíše snahu o efektivní rozdělení zdrojů a kompetencí.

Specifická pozornost byla věnována zapojení zdravotních pojišťoven. Bylo konstatováno, že v jejich případě pravděpodobně sehrála roli omezená kapacitní připravenost a nižší priorita paliativní péče v jejich agendě. Účast pojišťoven byla proto spíše formální či okrajová. Účastníci fokusní skupiny však upozornili na významné riziko vyplývající z jejich nedostatečného zapojení – zdravotní pojišťovny jsou totiž klíčovým aktérem při definování sítě poskytovatelů služeb, což má zásadní vliv na reálnou implementaci navržených opatření. Nedostatečné zapojení pojišťoven v rané fázi tvorby Strategie by mohlo v budoucnu komplikovat její realizaci a vést ke ztížené spolupráci. Zazněla také obava, že pokud pojišťovny nebudou mít možnost se na procesu aktivně podílet, nemusí se s výsledným materiálem dostatečně ztotožnit, což by mohlo ovlivnit jejich ochotu spolupracovat v implementační fázi. Účastníci fokusní skupiny rovněž potvrdili, že odborná společnost se ke Strategii staví konsenzuálně a nevznikl žádný zásadní odpor či rozpor s pohledem odborníků. Vzájemná setkávání, navazování kontaktů a společné diskuse v rámci procesu tvorby Strategie byly vnímány jako přínosné nejen pro samotný strategický dokument, ale i pro budoucí rozvoj oboru a posilování mezioborové spolupráce.

EO1.4 Jak hodnotí aktéři návrh analytické a strategické části Strategie?



Analytická část je vnímána jako solidní, s identifikovanými mezerami v datech (zejména v oblasti dětské paliativy) a s určitou nestrukturovaností propojení analytických zjištění s návrhovou částí. Návrhová část oceňována pro šíři a flexibilitu, ale kritizována za obecnost a množství opatření bez prioritizace.

V úvodu je nezbytné zdůraznit, že text Strategie se v průběhu realizace Evaluace dále vyvíjel. Hodnocení aktérů (rozhovory, fokusní skupina i expertní review) vychází převážně ze starší verze Strategie, která byla následně upravována. Níže uvedená zjištění je proto nutné interpretovat s ohledem na tuto skutečnost.

ANALYTICKÁ ČÁST

Analytická část Strategie je aktéry hodnocena převážně pozitivně. Většina respondentů (přes 60 %), kteří se k analytické části vyjadřovali, ji hodnotila pozitivně, zejména s ohledem na rozsah a kvalitu

využitých dat, která byla zpracována ve spolupráci s ÚZIS. Respondenti oceňovali zejména propojení zdravotnických a sociálních dat a považovali analytickou část za dobrou základnu pro další koncepční plánování.

Současně však respondenti i účastníci fokusní skupiny upozorňují na limity dostupné datové základny. Opakovaně jsou zmiňovány chybějící informace o kvalitě péče z pohledu pacientů a jejich rodin, nedostatečné pokrytí některých oblastí (zejména dětská/pediatrická paliativní péče) a omezená dostupnost dat z terénní praxe. Analytická část tak poskytuje pouze částečnou datovou základnu a některá navrhovaná opatření jsou spíše založena na předpokladech, které bude třeba v budoucnu datově ověřit.

Expertní hodnocení tato zjištění potvrzuje a dále prohlubuje. Expert hodnotí analytickou část jako poctivě zpracovaný „odrazový můstek“, zejména práci s konceptem trajektorií péče v závěru života, který považuje za jeden z nejsilnějších přínosů analytické části. Zároveň však upozorňuje, že některá doplňková data (např. místo úmrtí či příčiny úmrtí) mají omezenou vypovídací hodnotu a rychle zastarávají, zatímco klíčová témata – jako plánování péče v závěru života – by si zasloužila jasnější interpretaci a metodické vysvětlení.

Za strukturální slabinu analytické části expert označuje také nedostatečnou reflexi zdravotně-sociálního pomezí, která se projevuje již na úrovni definic. Obecná paliativní péče je definována převážně ze zdravotnické perspektivy, což může v budoucnu oslabit přijetí Strategie mezi poskytovateli sociálních služeb a komplikovat její implementaci mimo zdravotnictví.

VAZBA ANALYTICKÉ A NÁVRHOVÉ ČÁSTI

Z hlediska návaznosti analytické a návrhové části se hodnocení aktérů liší. Část respondentů považuje strategickou a návrhovou část za v zásadě navazující na analytická zjištění, zejména v tom, že reflektuje demografický vývoj a systémové potřeby. Jiní však upozorňují, že vazba mezi analytikou a konkrétními opatřeními není vždy dostatečně explicitní.

Tento pohled sdílí i expert, který konstatuje, že analytická a návrhová část místy působí jako dva relativně oddělené kroky. U jednotlivých opatření podle něj často chybí jasná informace o tom, z jakých konkrétních dat nebo zjištění vycházejí, případně otevřené přiznání, že relevantní data zatím nejsou k dispozici a bude nutné je teprve získat v průběhu implementace.

Zároveň však fokusní skupina zdůrazňuje, že návrhová část byla od počátku chápána jako otevřený dokument, u něhož se předpokládají další úpravy a zpřesňování. **Aktualizovaná verze Strategie tuto potřebu reflektuje – zejména prostřednictvím lépe strukturovaného shrnutí analytické části a jejího jasnějšího provázání se strategickými cíli, čímž se posiluje logická návaznost mezi identifikovanými problémy a navrhovanými směry řešení.**

NÁVRHOVÁ A IMPLEMENTAČNÍ ČÁST

Strategické cíle jsou aktéry vnímány jako relevantní, avšak místy příliš obecné. Expert upozorňuje, že některé cíle jsou formulovány natolik široce, že by jejich absence pravděpodobně neměla zásadní dopad na celkové vyznění Strategie, což představuje riziko zejména z hlediska externí komunikace dokumentu. Řada aktérů se totiž seznámí pouze s přehledem strategických cílů, nikoli s detailním rozpracováním opatření.

Další slabinou je podle experta částečné překrývání některých cílů, například v oblasti podpory neformálních pečujících, což snižuje jejich přehlednost a vzájemnou odlišitelnost. Doporučuje proto další zpřesnění, případně redukci cílů, aby každý z nich řešil jasně vymezenou oblast.

Tyto připomínky byly v aktualizované verzi Strategie částečně zohledněny, zejména prostřednictvím zpřesnění a redukce opatření u jednotlivých specifických cílů, aniž by se měnilo jejich základní znění. Návrhová část je tak v nové verzi kompaktnější, přehlednější a realističtější z hlediska implementace.

IMPLEMENTACE, PRIORITY A KAPACITY: klíčové podmínky úspěchu

Aktéři se shodují, že stanovení priorit v návrhové části je metodicky i politicky náročné. Výběr prioritních oblastí závisí na celé řadě faktorů – věku cílových skupin, typu paliativní péče i regionálním kontextu. Konečné nastavení priorit je proto vnímáno jako úkol implementační fáze, případně jako výsledek politického rozhodnutí.

Jako nejvýznamnější bariéry implementace jsou opakovaně zmiňovány omezené finanční a personální kapacity, zejména v regionech s nízkou dostupností služeb. Bez jejich posílení hrozí, že část navržených opatření zůstane pouze na deklaratorní úrovni.

Positivně je hodnocena spolupráce s ÚZIS při definování datové základny, zároveň však aktéři upozorňují, že časová prodleva v dostupnosti některých dat komplikovala práci na Strategii. Tato zkušenost se promítla do aktualizované verze dokumentu, která klade větší důraz na průběžné vyhodnocování, dlouhodobé implementační plány a jasnější návaznost financování na implementační mechanismy.

Aktualizovaná verze Strategie tuto skutečnost reflektuje zejména prostřednictvím posílení implementační části a přesunu důrazu na dlouhodobé implementační plány s průběžným a pětiletým cyklem vyhodnocování.¹⁴

REFLEXE ZMĚN V AKTUALIZOVANÉ VERZI STRATEGIE

Účastníci fokusní skupiny i experti se shodovali, že proces tvorby Strategie je otevřený a že dokument bude dále upravován. Toto očekávání se v průběhu procesu potvrdilo – oproti verzi hodnocené aktéry došlo k dílčím, avšak významným úpravám návrhové i implementační části Strategie.

Na základě porovnání verze Strategie hodnocené aktéry s její aktualizovanou verzí lze konstatovat, že nová verze Strategie je výrazně lépe provázána s analytickou částí dokumentu. Klíčovou změnou je zejména přepracování návrhové části, která nyní systematicky shrnuje hlavní analytická zjištění explicitně ve vztahu ke strategickým cílům.

Tabulka 8: Přehled hlavních změn Strategie oproti verzi hodnocené aktéry

| Oblast Strategie | Stav ve verzi hodnocené aktéry | Stav v aktualizované verzi Strategie | Vazba na zjištění EO1.4 |
|---------------------------------------|---|---|--|
| Struktura návrhové části | Základní struktura kapitol | Pouze drobné úpravy struktury, zachována kontinuita dokumentu | Zachování struktury reflektuje pozitivní hodnocení celkového rámce Strategie |
| Shrnutí analytické části | Spíše popisné, slabší vazba na cíle | Výrazně přepracováno – shrnutí analytických zjištění je nyní systematicky vztaženo ke strategickým cílům (STC) | Reakce na výhrady k provázanosti analytické a návrhové části |
| Strategické cíle (STC) | Definovány | Beze změny formulací | Potvrzuje stabilitu hlavního směřování Strategie |
| Specifické cíle (SPC) – obecně | Větší množství opatření, místy obecná a roztříštěná | Redukce a zpřesnění opatření, přehlednější prezentace (číslování, indikátory, gestor, náklady) | Reakce na kritiku obecnosti a nepřehlednosti návrhové části |
| SPC 1.1 | Široké spektrum roztříštěných opatření | Výraznější fokus na financování systému paliativní péče | Odpovídá výhradám k realističnosti a implementovatelnosti |

¹⁴ Dodavatel vycházel při zpracování této Zprávy z verze Strategie zaslané Zadavatelem dne 12. 12. 2025. V rámci připomínkového řízení došlo ve Strategii ke změně z pětiletého na tříletý cyklus vyhodnocování. Tato změna již nemohla být zohledněna ve Zprávě.

| Oblast Strategie | Stav ve verzi hodnocené aktéry | Stav v aktualizované verzi Strategie | Vazba na zjištění EO1.4 |
|------------------------------------|--------------------------------|---|--|
| SPC 1.2 | 9 opatření | Redukce na 5, konkrétnější zaměření | Reakce na kritiku nadměrného rozsahu opatření |
| SPC 1.3 | 6 opatření | Redukce na 4, vypuštění referenčních sítí | Zpřesnění a větší realističnost |
| SPC 2.1, 2.2, 2.3 | 4–5 opatření | Drobné úpravy, celková redukce počtu opatření | Posílení přehlednosti návrhové části |
| SPC 3.1, 3.2 | 4–5 opatření | Výraznější redukce (zejména u SPC 3.2) | Reakce na připomínky k prioritizaci |
| SPC 4.1, 4.2 | Širší spektrum opatření | Zpřesnění, důraz na roli samospráv, komunit a dobrovolnictví | Lepší vazba na existující praxi |
| SPC 5.1 | 8 opatření | Drobné změny, redukce na 6 | Zachování kontinuity při zvýšení přehlednosti |
| Implementační část – obecně | Stručná | Výrazně doplněna | Reakce na očekávání dalšího vývoje dokumentu |
| Implementační plány | Tříleté | Rozšířeny na celé období platnosti Strategie (10 let) | Reakce na nejistotu ohledně priorit a implementace |
| Role vlády ČR | Nejasná | Souhrnné hodnotící zprávy vládě pouze pro informaci | Zpřesnění governance |
| Financování Strategie | Velmi stručné | Doplněno, provázáno s implementačními plány | Reakce na opakované výhrady aktérů |

Zdroj: vlastní zpracování

Provedené úpravy posilují logickou návaznost mezi analytickou a návrhovou částí Strategie, která byla jednou z hlavních výhod respondentů v rozhovorech i ve fokusní skupině. Zatímco starší verze Strategie obsahovala analytická zjištění spíše v popisné podobě, aktualizovaná verze je interpretuje prizmatem strategických cílů a jasněji ukazuje, z jakých analytických poznatků jednotlivé cíle vycházejí.

Zachování původních formulací strategických cílů při současném zpřesnění jejich analytického ukotvení lze hodnotit pozitivně, neboť Strategie tím získává větší vnitřní konzistenci, aniž by docházelo ke změně jejího základního směřování. Celkově lze konstatovat, že nová verze Strategie lépe naplňuje požadavek aktérů na silnější propojení analytických zjištění se strategickým rámcem dokumentu.

EO1.5 Existuje mezi klíčovými aktéry shoda na návrhu Strategie paliativní péče?



Mezi hlavními aktéry panuje široká shoda na základních principech a cílech Strategie. Nesouhlasy se týkají zejména úrovně detailu, míry generalizace opatření a prioritizace zdrojů.

Strategie vytvořila konsensus v základních směrech — například široká akceptace, že je třeba budovat kapacity, zlepšovat vzdělávání a propojovat zdravotní a sociální složku. Nicméně v některých bodech se ukazuje „konsenzuální kompromis“: obecná formulace opatření umožnila širší přijetí, ale zároveň zanechává prostor pro případně rozdílné interpretace. Někteří respondenti se obávají, že absence konkrétních cílů a zodpovědností může způsobit, že různí aktéři Strategii interpretují různě a v praxi ji budou naplňovat nekonzistentně.

“ *Míra shody je velká.*”

„Myslím, že je tam velká ochota se domluvit a vidět to nějakým způsobem.“

- respondenti rozhovorů

Účastníci fokusní skupiny potvrdili, že k připomínkám jednotlivých aktérů bylo v procesu tvorby Strategie přihlíženo a probíhala konstruktivní debata. Účastníci se shodli, že v zásadě panovala konsenzuální atmosféra, přičemž nebyly identifikovány zásadní nesouhlasy či rozpory. Přesto byla patrná určitá míra kompromisu, která umožnila širší akceptaci návrhové části dokumentu. Byla oceněna snaha reflektovat podněty a připomínky, i když ne vždy bylo možné dosáhnout ideálního řešení pro všechny zúčastněné. Obecný charakter Strategie je v současné fázi vnímán spíše pozitivně – konkrétní cíle a zadání budou detailněji rozpracovány až v následných implementačních plánech.

Z diskuse na fokusní skupině vyplynulo určité riziko rozdílných interpretací opatření v praxi, zejména v důsledku absence jasně definovaných cílů a odpovědností. Toto riziko je relevantní i s ohledem na budoucí vyjednávání financování z evropských fondů, kde bude nutné mít jednoznačné zadání pro argumentaci a plánování. Účastníci zdůraznili potřebu, aby implementační plány poskytl dostatečně konkrétní oporu pro další strategická rozhodnutí.

Aktualizovaná verze Strategie reflektuje vznesené podněty, přičemž přesněji definuje odpovědnosti za dílčí specifické cíle a tyto cíle jasně provazuje s jednotlivými opatřeními. Je zajištěna lepší návaznost na analytickou část dokumentu a posílena jednoznačnost strategických zadání pro implementační praxi.

EO1.6 Podařilo se vyspecifikovat relevantní data pro monitoring naplňování a vyhodnocování Strategie?



Indikátorová architektura tvoří solidní základ pro sledování implementace Strategie. Novější verze dokumentu ji zpřesnila a lépe provázala s jednotlivými opatřeními a specifickými cíli. Pro úspěšné a realistické monitorování je však nutné zmapovat výchozí hodnoty indikátorů, stanovit priority sběru dat, zajistit zdroje pro jejich evaluaci a průběžně upravovat indikátory podle potřeb implementace.

Indikátorová architektura Strategie byla navržena tak, aby umožnila monitorování a vyhodnocování naplňování cílů, přičemž novější verze Strategie přinesla významné zpřesnění. Indikátory jsou nyní konkrétnější, formulovány na úrovni specifických cílů a opatření, lépe provázané s praktickými kroky implementace a některé byly přesunuty mezi strategickými cíli nebo doplněny novými. Většina indikátorů je realistická vzhledem k rozsahu Strategie, přesto však přetrvávají určité výzvy.

Tabulka 9: Celkové shrnutí indikátorů Strategie

| | |
|--|-----------|
| Celkový počet indikátorů | 59 |
| Indikátory bez výchozí hodnoty / nezmapované | 29 (49 %) |
| Indikátory s výchozí hodnotou | 30 (51 %) |
| Indikátory s 5letou frekvencí sběru | 11 (19 %) |
| Indikátory s roční frekvencí sběru | 48 (81 %) |

Zdroj: vlastní zpracování

Mezi hlavní rizika patří **sledování „měkkých“ dopadů**, například kvality života pacientů, spokojenosti s péčí či kvality koordinace, u kterých chybí systematický plán sběru dat a mechanismus financování evaluace. Pro některé indikátory je plánována frekvence sběru dat až po pěti letech, což reflektuje náročnost a administrativní zátěž při častějším sběru, a zároveň umožňuje zachytit skutečné systémové změny. Týká se to například podílu optimálních trajektorií nemocných, míry implementace vzdělávání v paliativní péči, rozvoje lektorských kapacit, přístupu k supervizi, kvality života pacientů a jejich rodin, standardů zdravotnické dokumentace, podílu zařízení implementujících doporučení pro důstojné prostředí a informovanosti veřejnosti. Expertní vstup potvrzuje, že takto dlouhá periodičita sběru dat je z hlediska praktické realizovatelnosti vhodná a minimalizuje administrativní zátěž, aniž by ohrozila hodnotu monitoringu.

Dalším významným rizikem je **neexistence výchozích hodnot u části indikátorů**, například počtu organizací podporovaných na péči o pozůstalé nebo počtu rodin využívajících dobrovolnické služby. Bez výchozí hodnoty není možné přesně posoudit postupný posun během implementace a některé cílové hodnoty, zejména u kumulativních indikátorů, mohou být nerealistické. Rovněž je otázkou, zda cílové hodnoty platí pro konečný rok implementace, nebo mají být dosaženy již během předchozích období.

Sledování indikátorů je rovněž závislé na **spolupráci institucí**, které nejsou povinny data poskytovat, například poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, výzkumných organizací nebo profesních společností. To představuje riziko, že některé ukazatele nebudou dostatečně pokryty, a vyžaduje jasné definované mechanismy zajištění součinnosti a dostupnosti dat. Expert navíc upozorňuje, že provázanost indikátorů s opatřeními a harmonogramem implementace je klíčová; bez ní mohou některé indikátory zůstat formálně stanovené, ale bez možnosti validního měření.

Novější verze Strategie zároveň doplnila nebo upravila většinu indikátorů tak, aby lépe odpovídaly specifickým cílům a opatřením, čímž se zvýšila jejich konkrétnost a použitelnost v praxi. Přesto některé drobné nesrovnalosti přetrvávají, například nesoulad jednotky měření u indikátoru 3.1 „Zdravotnická dokumentace obsahuje položky hodnotové anamnézy, cílů a přiměřenosti péče“ (procento zařízení versus podíl pacientů). **Celkově však aktualizace Strategie posílila praktickou použitelnost monitoringu, zajištění provázanosti dat a dlouhodobou udržitelnost vyhodnocování.**

EO1.7 Jaké budou předpokládané kvantifikovatelné výsledky a dopady Strategie?



Strategie vytváří rámec pro významné dlouhodobé dopady v oblasti paliativní péče (zlepšení dostupnosti, zkvalitnění péče, kapacitní nárůst, destigmatizace), avšak kvantifikovatelné výsledky budou v krátkodobém a střednědobém horizontu spíše dílčí a nerovnoměrné napříč oblastmi. Jejich dosažení a smysluplné vyhodnocení bude záviset na postupném vyhodnocování indikátorů, dostupnosti dat, institucionální spolupráci a schopnosti Strategie adaptovat se na reálné podmínky implementace.

Strategie vymezuje očekávané výsledky a dopady poměrně široce a ambiciózně. Mezi hlavní deklarované dopady patří zejména zlepšení dostupnosti paliativní péče, zkvalitnění poskytovaných služeb, kapacitní rozvoj systému, posílení odborných kompetencí a postupná destigmatizace témat závěru života. Míra kvantifikace těchto očekávaných změn je však v jednotlivých oblastech nerovnoměrná. Zatímco u části opatření jsou formulovány konkrétní číselné cíle (např. kapacitní prognózy, počty služeb, objemy finančních prostředků), u jiných oblastí zůstávají očekávané dopady spíše kvalitativní a obecně popsané.

Respondenti se shodují, že reálné naplnění kvantifikovatelných výsledků je výrazně podmíněno kvalitou implementace, dostupností finančních zdrojů a personálními kapacitami. V oblastech, kde již dnes existuje základní infrastruktura a odborné zázemí, lze podle jejich očekávání pozorovat dílčí zlepšení v horizontu 3–5 let, například v dostupnosti služeb, využívání některých forem paliativní péče či v oblasti vzdělávání. Naopak hlubší systémové změny – zejména ty, které se dotýkají meziresortní spolupráce, legislativního ukotvení nebo změn v chování institucí a profesí – jsou vnímány jako dlouhodobý proces s časovým horizontem přesahujícím deset let a vyžadující stabilní politickou podporu.

“ *Já si myslím, že do 5 let by ten základ tam, kde už je péče zavedená, bude se nějak rozšiřovat a vylepšovat. Takže do tří, maximálně 5 let, by mělo být vidět vylepšení. Tam, kde teď není nic a bude se začínat v uvozovkách od nuly, nebo se něco bude muset i postavit, nebo prostě zrekonstruovat, bude tam třeba nedostatečná kapacita už teď současná.*“

- respondenti rozhovorů

Expertní hodnocení tato zjištění dále rozvíjí a upozorňuje na metodické napětí mezi širší strategických cílů a vysokým počtem relativně konkrétně formulovaných indikátorů. Expert považuje za realistické

očekávat dílčí, postupná zlepšení, zároveň však upozorňuje, že předpokládané dopady nejsou vždy dostatečně jednoznačně operacionalizovány. V některých případech podle něj předbíhá vlastní připravenost systému – cíle jsou formulovány velmi obecně, zatímco indikátory již předpokládají poměrně přesné a stabilní měření, aniž by bylo zcela jasné, jaký konkrétní typ změny mají zachytit a zda jsou k dispozici odpovídající nástroje a data.

Expert proto doporučuje vnímat kvantifikaci výsledků jako postupný proces, který by měl být dále rozpracován v průběhu implementace Strategie. Za vhodné považuje věnovat úvodní fázi implementace zpřesnění zaměření jednotlivých cílů a sladění indikátorů s tím, co je skutečně možné a smysluplné měřit. Přehnaný důraz na detailní indikátory v rané fázi může podle něj vést k formálnímu plnění ukazatelů bez skutečného dopadu na kvalitu péče.

Za důležité považuje expert také rozlišování mezi dostupností služeb a jejich skutečným využíváním. Zatímco Strategie přináší významný posun již samotným popisem a koncepčním ukotvením sítě paliativních služeb, pro reálné dopady na kvalitu života pacientů je klíčové, aby se lidé k těmto službám skutečně dostávali. Využití péče, efektivita sítě a změny v trajektoriích péče jsou podle něj ukazatele, u nichž lze v horizontu 3–5 let očekávat měřitelný posun, byť s časovým zpožděním daným dostupností dat.

Jako oblast s vysokým potenciálem kvantifikovatelných výsledků je opakovaně zmiňováno vzdělávání. Změny v pregraduálním a postgraduálním vzdělávání, rozšiřování povinných kurzů a zapojování dalších profesí jsou podle experta dobře měřitelné a realisticky dosažitelné v pětiletém horizontu. Naproti tomu u komplexních indikátorů, jako je kvalita života pacientů a rodin, expert upozorňuje na riziko nerealistických očekávání, pokud nejsou k dispozici validované nástroje a jasně definovaná metodika sběru dat.

REŠERŠE LITERATURY

Mezinárodní i tuzemská evidence ukazuje, že rozvoj paliativní péče má potenciál přinést měřitelné dopady zejména v oblasti snižování akutního využívání zdravotních služeb, změn trajektorií péče a efektivnější alokace nákladů. Dostupné systematické přehledy potvrzují konzistentní trend: integrované modely paliativní péče, zejména ty zahrnující multidisciplinární týmy napojené na komunitní služby, vedou ke snížení vyhnutelných hospitalizací, kratší délce pobytů v nemocnici a omezení urgentní či intenzivní péče (Naoum a kol., 2024). Tento efekt se přitom objevuje napříč různými geografickými kontexty i typy studií, přestože metodiky a kvalita výzkumů se liší. Většina analyzovaných prací uvádí, že paliativní péče je spojena s nižšími celkovými náklady nebo je alespoň nákladově efektivní ve srovnání s běžnými trajektoriemi péče (Naoum a kol., 2024; Ekonomický přínos včasné paliativní péče, 2025).

Významná část literatury se shoduje také na tom, že domácí paliativní péče dokáže redukovat počet návštěv nemocnice a celkově snižovat náklady na zdravotní péči, zejména u pacientů s onkologickými diagnózami (Marešová a kol., 2024). Studie uvádějí, že u těchto modelů dochází k úsporám zejména v posledním měsíci života, případně tři až šest měsíců před úmrtím, zatímco v delším časovém horizontu se finanční efekt může rozplývat (Zhang a kol., 2025). Dále je patrné, že náklady hospital-based modelů bývají vyšší než u hospicové či domácí péče, což podporuje závěr, že včasná identifikace pacientů a dostupnost domácí péče představují významnou příležitost ke snížení akutní zátěže i nákladů (Spencer a kol., 2024; Luta a kol., 2024). Tyto zjištění jsou v souladu s expertním názorem, že změny v trajektoriích péče a přesun části péče do komunity patří mezi nejrelevantnější indikátory se silným potenciálem krátkodobého měření.

Výrazně konkrétnější obraz přinášejí tuzemská data. Podle Centra paliativní péče více než polovina očekávaných úmrtí v ČR zahrnuje výjezd záchranné služby během posledního měsíce života. Ročně to představuje asi 36 tisíc osob, z nichž téměř 6 tisíc má opakované výjezdy. Do nemocnice je v posledních třech dnech života převezeno přibližně 11 tisíc lidí ročně, a téměř 22 tisíc osob navštíví urgentní příjem (Paliativní centrum, 2025). Tato čísla potvrzují to, co zaznívalo v rozhovorech – že akutní složka péče představuje v českém prostředí zásadní tlak, a reálný prostor pro zlepšení je tak značný.

Shodně expertní vstup upozorňuje, že právě tady lze očekávat rychlé a dobře měřitelné dopady implementace Strategie, pokud budou současně posíleny návazné komunitní kapacity.

Jedním z významných zdrojů pro posouzení potenciálních dopadů je nová národní retrospektivní case-control studie (Křemenová a kol., 2025), která analyzovala fungování nemocničních paliativních konziliárních týmů v prostředí střední Evropy. Studie zaznamenala snížení opakovaných hospitalizací o 20–25 %, zkrácení akutních hospitalizačních pobytů přibližně na polovinu a dvou až třináásobný pokles přijetí na intenzivní péči. Současně se přibližně zdvojnásobilo využívání domácí či hospicové péče a průměrné náklady od intervence do úmrtí se snížily o 44 %. Tyto výsledky demonstrativně podporují závěry expertů i rozhovorů – tedy že kvalitně ukotvené nemocniční týmy mohou významně ovlivnit trajektorii péče, nasměrovat pacienty do preferovaného prostředí a zároveň snížit zátěž urgentních a akutních oddělení.

Podobně i český pilotní program mobilní specializované paliativní péče (MSPP) z let 2015–2017 doložil výrazný dopad na místo úmrtí – 92 až 97 % pacientů zemřelo v prostředí odpovídajícím jejich preferencím – a zároveň ukázal, že tento model není finančně náročnější než běžná péče; náklady byly přibližně o 300 Kč na den nižší (Centrum paliativní péče & MZD ČR, 2018). Tyto výsledky podporují empirickou zkušenost dotazovaných, že možnost dožít doma patří mezi významné faktory zvyšující kvalitu života v závěru života a současně vede ke snížení využívání krátkých, málo přínosných hospitalizací v posledních dnech života.

Důraz studií na změny trajektorií péče, snížení akutních vstupů do systému a přesun části péče do komunity je tedy v silném souladu s tím, co vyplynulo z rozhovorů i expertního zhodnocení Strategie. Většina respondentů zdůrazňovala, že bez rozvoje kvalitní sítě domácí a hospicové péče nelze očekávat reálný pokles výjezdů zdravotnické záchranné služby, urgentních příjmů ani terminálních hospitalizací. Zároveň upozorňovali, že tyto indikátory mohou být při dostatečné datové podpoře měřitelné již v horizontu několika let, zatímco širší kvalitativní dopady – například dlouhodobé zlepšení kvality života nebo podpora rodinných pečujících – budou vyžadovat delší čas a metodické doplnění nástrojů měření.

Souhrnně lze říci, že dostupná literatura i česká data poskytují relativně robustní základ pro formulaci realistických kvantifikovatelných dopadů Strategie v oblasti snížení akutní zátěže, přesunu péče do komunity a efektivnější alokace nákladů. Zároveň potvrzují závěr experta, že úspěch bude záviset na sladění těchto potenciálních dopadů s reálnou připraveností systému, dostupnými daty a konkrétním vymezením měřitelných indikátorů.

EO1.8 Jsou k dispozici dostatečné kapacity a zdroje k zajištění naplnění cílů Strategie?



Strategie vytváří důležitý koncepční a argumentační rámec pro vyjednávání o financování a kapacitách, avšak její úspěšná realizace bude záviset na následných politických rozhodnutích, meziresortní koordinaci a schopnosti převést odhady nákladů do konkrétních rozpočtových a personálních závazků. Jako klíčové se jeví připravit různé scénáře financování, jasně vymezit role jednotlivých zdrojů a včas vybudovat stabilní implementační strukturu s odpovídajícími lidskými i finančními kapacitami.

Strategie pracuje s relativně realistickými expertními odhady nákladů a identifikuje hlavní oblasti, které budou vyžadovat finanční a personální posílení. Tyto odhady poskytují důležitý rámec pro plánování a politickou debatu, samy o sobě však nezajišťují reálnou dostupnost zdrojů. Napříč rozhovory i fokusními skupinami se opakovaně objevují výrazné obavy ohledně dlouhodobé finanční i personální udržitelnosti navrhovaných opatření.

FINANCOVÁNÍ

Respondenti poukazují především na **nejistotu zdrojů financování**. Ačkoli je zřejmé, že realizace Strategie musí být vícezdrojová – kombinující zdravotní pojištění, státní rozpočet, evropské fondy, rozpočty krajů a obcí i soukromé zdroje – není v tuto chvíli jasné, jak budou jednotlivé zdroje dlouhodobě koordinovány a v jakém rozsahu se na financování skutečně podílejí. Veřejné rozpočty jsou vnímány jako strukturálně omezené a evropské fondy jako časově klesající zdroj, zejména v investiční oblasti. To posiluje potřebu včasných jednání s plátcí zdravotní péče, jasného vymezení úhradových mechanismů a realistického plánování investic do infrastruktury.

Expertní hodnocení k tomu doplňuje, že Strategie jen **okrajově reflektuje potenciál soukromých a nadačních zdrojů**, které v oblasti paliativní péče v minulosti sehrály významnou roli, zejména při pilotování inovativních modelů služeb. Expert upozorňuje, že systematictější a otevřenější spolupráce státu s velkými nadacemi a dalšími soukromými aktéry by mohla urychlit zavádění některých opatření, snížit tlak na státní rozpočet a zvýšit efektivitu celého procesu. Zároveň však zdůrazňuje, že klíčové systémové prvky – například datová infrastruktura, registry či dlouhodobě udržitelné úhrady – musí zůstat odpovědností veřejného sektoru.

PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ

Vedle financí jsou jako kritický limit identifikovány personální kapacity. A to nejen v přímé péči, kde dlouhodobě chybí zdravotníci i sociální pracovníci, ale také v oblasti procesního řízení a koordinace Strategie. Opakovaně zaznívá, že bez jasné určeného nositele, stabilního leadershipu a dedikovaného implementačního týmu s alokovanými pracovními kapacitami hrozí, že Strategie zůstane na deklaratorní úrovni. Ministerstvo zdravotnictví je většinou respondentů vnímáno jako přirozený hlavní koordinátor, nicméně s důrazem na nutnost meziřesortní spolupráce, zejména se sociální oblastí, a na vytvoření funkční koordinační struktury, která bude mít nejen formální mandát, ale i reálnou vůli a kapacitu proces řídit.

V oblasti personálního zajištění se zároveň objevuje shoda, že Strategie by neměla být chápána pouze jako nárok na „nové lidi“, ale spíše jako **příležitost k restrukturalizaci a efektivnějšímu využití stávajících kapacit**. Respondenti i experti upozorňují na potenciál úspor a přesunů v rámci systému – například omezení neindikovaných hospitalizací, transformaci části akutního lůžkového fondu či lepší koordinaci péče – které mohou uvolnit jak finanční, tak personální zdroje. Současně však zaznívá, že tyto změny nelze realizovat bez silné politické podpory, podpory odborných společností a dlouhodobého plánování lidských zdrojů napříč zdravotním a sociálním systémem.

Za důležitý doplňkový prvek je považováno **využívání technologických nástrojů**, jako jsou telemedicína a distanční konzultace, které mohou částečně zmírnit nedostatek odborníků a zvýšit efektivitu péče. Tyto nástroje jsou však vnímány jako podpůrné, nikoli jako plnohodnotná náhrada chybějících personálních kapacit.

EO1.9 Co by pomohlo k větší udržitelnosti výsledků a dopadů Strategie?



Udržitelnost bude záviset na třech pilířích: (1) politická podpora a leadership, (2) jasní nositelé implementace s trvalými kapacitami (tým, ne jednotlivci), (3) stabilní financování a zapojení plátců.

Dlouhodobá udržitelnost výsledků a dopadů Strategie je podmíněna naplněním tří vzájemně provázaných pilířů: silné a trvalé politické podpory, jasně určených institucionálních nositelů implementace s dostatečnými kapacitami a stabilního, vícezdrojového financování. Klíčovým faktorem je zejména politický mandát – Strategie by měla **mít jednoznačného garanta** na úrovni exekutivy, ideálně s širší politickou podporou, která sníží riziko oslabení kontinuity při změnách politických priorit. Bez aktivního leadershipu hrozí, že Strategie zůstane formálním dokumentem s omezeným dopadem na praxi.

“ *Dokud to má politickou prioritu i v popisu práce, pak to funguje.*“

- respondenti rozhovorů

Respondenti dále zdůrazňovali význam **institucionálního ukotvení implementace**. Udržitelnost nemůže být postavena na jednotlivcích, ale na stabilním řídicím či koordinačním týmu s jasně definovanou rolí, odpovědnostmi a alokovanými kapacitami. Takový tým by měl Strategii řídit jako „živý“ proces, průběžně reagovat na vývoj v systému a zajišťovat provázání s dalšími relevantními politikami a strategiemi, zejména v oblasti zdravotní, sociální a vzdělávací. Opakovaně zaznívalo, že právě absence jasného nositele a kontinuální koordinace představuje jedno z největších rizik pro dlouhodobý dopad Strategie.

Třetím pilířem je **finanční udržitelnost**. Respondenti se shodovali, že financování musí být vícezdrojové a předvídatelné, s jasně vymezenými rolmi jednotlivých aktérů. Zásadní je zapojení zdravotních pojišťoven do financování zdravotní složky péče, stabilní role státního rozpočtu a efektivní využívání evropských zdrojů tam, kde je to možné. Zároveň byla opakovaně zmiňována příležitost systematictější spolupráce se soukromými nadacemi a grantovými programy, zejména v oblasti pilotních projektů a inovací, které mohou urychlit zavádění nových opatření a snížit tlak na veřejné rozpočty. Pro posílení udržitelnosti bylo doporučeno formulovat alespoň střednědobé (3–5leté) finanční závazky pro klíčové oblasti implementace.

“ *Ekonomická situace klene riziko nade vším, co člověk zamýšlí.*“

- respondenti rozhovorů

Napříč diskusemi byla rovněž zdůrazněna **potřeba kontinuálního vzdělávání a rozvoje pracovních sil** jako nezbytného předpokladu dlouhodobé udržitelnosti. Nejde pouze o navyšování počtu specialistů, ale o systémové změny ve vzdělávacích programech, pracovních profilech a lepší využití stávajících kapacit napříč zdravotní a sociální oblastí. Respondenti zároveň upozorňovali na význam provázání Strategie s dalšími národními koncepcemi a strategiemi, což může posílit její legitimitu, snížit riziko fragmentace a přispět k celkové stabilitě systému.

Celkově se tedy ukazuje, že udržitelnost Strategie nebude výsledkem jednoho opatření, ale souhry politické vůle, institucionálního řízení, stabilního financování a systematické práce s lidskými zdroji, doplněné o průběžný monitoring, evaluaci a aktivní komunikaci směrem k odborné i širší veřejnosti.

5. Závěry



Proces přípravy Strategie byl odborně kvalitní, otevřený a reflexivní, s výraznou schopností reagovat na zpětnou vazbu v průběhu Evaluace. Identifikované slabiny se týkají méně samotného obsahu a více procesních a implementačních podmínek – zejména zapojení některých klíčových aktérů, práce s daty, prioritizace a institucionálního zajištění. Strategie představuje pevný koncepční základ, jehož skutečná hodnota se však plně projeví až v následující implementační fázi.

OČEKÁVÁNÍ CÍLOVÝCH SKUPIN (EO1.1)

Z hlediska naplnění **očekávání cílových skupin** lze konstatovat, že Projekt a návrh Strategie jsou napříč aktéry vnímány velmi pozitivně. Strategie je hodnocena jako propacientská, proklientská a hodnotově ukotvená, s důrazem na kvalitu života, důstojnost a individualizovaný přístup k pacientům i jejich rodinám. Očekávání hlavních cílových skupin – poskytovatelů služeb, odborníků a veřejné správy – jsou do značné míry naplněna. Zároveň se však opakovaně objevují upozornění na různou hloubku rozpracování jednotlivých oblastí. Nižší míra rozpracovanosti byla konstatována u podpory marginalizovaných skupin, pozůstalých a obecné paliativní péče. Tyto nedostatky nejsou vnímány jako zásadní selhání, ale spíše jako výzva pro další fáze implementace.

IDENTIFIKACE PŘEDPOKLADŮ A RIZIK (EO1.2)

V oblasti **identifikace předpokladů a rizik** se potvrzuje, že Projekt disponuje kvalitně zpracovaným systémem řízení rizik, který odpovídá standardům projektového řízení. Rizika jsou formulována přehledně a realisticky, zejména v oblasti kapacit, financování, politické podpory a dostupnosti dat. Slabší stránkou zůstává explicitní a strukturované vymezení předpokladů úspěchu přímo v projektové dokumentaci, které bylo systematictěji rozpracováno až ve vstupní evaluační zprávě prostřednictvím teorie změny.

ZAPOJENÍ RELEVANTNÍCH AKTÉRŮ (EO1.3)

Zapojení relevantních aktérů je jednou z nejsilnějších stránek procesu přípravy Strategie. Proces byl široký, mezioborový a založený na dialogu mezi zdravotní a sociální sférou, odbornými společnostmi a institucemi veřejné správy. Většina respondentů se shoduje, že hlavní aktéři byli do procesu přizváni. Současně se však ukazuje rozdíl mezi formálním zapojením a skutečnou mírou participace. Rezervy jsou identifikovány zejména v zapojení pacientů a neformálních pečujících, které bylo spíše zprostředkované (prostřednictvím vybraných patientských, respektive střešních organizací), a v aktivním zapojení zdravotních pojišťoven, jejichž účast byla často vnímána jako okrajová.

ANALYTICKÁ A NÁVRHOVÁ ČÁSTI STRATEGIE (EO1.4)

Hodnocení analytické a návrhové části Strategie ukazuje na vyvážený obraz silných stránek i limitů. Analytická část je hodnocena jako solidní a odborně podložená, zejména díky spolupráci s ÚZIS, zároveň však trpí omezeními danými dostupností dat, především v oblasti dětské paliativní péče a „měkkých“ aspektů kvality péče. Návrhová část je oceňována pro svou šíři a flexibilitu, ale zároveň kritizována za obecnost a nedostatečnou prioritizaci. Klíčovým posunem byla aktualizace Strategie, která posílila

provázanost analytických zjištění se strategickými cíli, zpřehlednila strukturu opatření a rozšířila implementační část.

SHODA MEZI KLÍČOVÝMI AKTÉRY (EO1.5)

V otázce **shody mezi klíčovými aktéry** (EO1.5) lze konstatovat existenci širokého konsenzu na základních principech a směřování Strategie. Rozdíly v názorech se týkají především míry detailu, obecnosti opatření a prioritizace zdrojů, nikoli samotného cíle rozvoje paliativní péče. Tento „konsenzuální kompromis“ je v současné fázi vnímán spíše jako výhoda, neboť umožnil široké přijetí dokumentu, avšak do budoucna klade zvýšené nároky na implementační plány, které budou muset zajistit jednotnou interpretaci a praktickou realizaci Strategie.

PRÁCE S DATY A INDIKÁTORY (EO1.6)

Z hlediska **práce s daty a indikátory** (EO1.6) Strategie vytváří funkční základ pro monitoring a evaluaci, který byl v novější verzi dokumentu dále zpřesněn. Přetrvávají však významné výzvy, zejména vysoký podíl indikátorů bez výchozích hodnot, dlouhé intervaly sběru dat u některých ukazatelů a závislost na spolupráci institucí mimo přímou gesci státu. Oproti předchozí verzi Strategie je patrné zlepšení v logice indikátorové architektury, avšak potřeba dalšího metodického ukotvení a prioritizace sběru dat zůstává klíčovým úkolem implementační fáze.

VÝSLEDKY A DOPADY STRATEGIE (EO1.7)

Předpokládané kvantifikovatelné výsledky a dopady Strategie (EO1.7) jsou aktéry vnímány jako realistické především v dlouhodobém horizontu. V krátkodobém a střednědobém období lze očekávat spíše dílčí a nerovnoměrné změny, zejména v oblastech, kde již existuje základní infrastruktura. Oproti starší verzi Strategie se posiluje důraz na postupné zpřesňování kvantifikace výsledků v průběhu implementace a na opatrnost vůči přehnaným očekáváním v raných fázích.

KAPACITY A ZDROJE (EO1.8)

Otázka **kapacit a zdrojů** (EO1.8) potvrzuje, že Strategie představuje důležitý argumentační rámec, nikoli však garanci reálného zajištění financí a personálních kapacit. Největší rizika jsou spojena s nejistotou dlouhodobého financování, nedostatkem lidských zdrojů a absencí stabilní implementační struktury. Oproti původní verzi Strategie se výrazněji objevuje téma potřeby jasného institucionálního nositele a aktivního řízení implementace.

UDRŽITELNOST (EO1.9)

Závěrečná evaluační otázka k **udržitelnosti** (EO1.9) syntetizuje předchozí zjištění do tří klíčových pilířů: politické podpory, institucionálního ukotvení a stabilního financování. Udržitelnost Strategie je vnímána jako procesní výzva, která přesahuje samotný dokument a bude záviset na schopnosti udržet politickou prioritu, vybudovat trvalé implementační kapacity a zajistit vícezdrojové, předvídatelné financování.

6. Doporučení

POSÍLIT SYSTEMATICKÉ ZAPOJENÍ PACIENTŮ A NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH V DALŠÍCH REVIZÍCH STRATEGIE (EO1.3)

1

Současná verze Strategie je koncepčně silná a metodicky precizní, avšak vychází převážně z expertního a institucionálního diskurzu. Perspektiva pacientů, jejich rodin a neformálních pečujících je v dokumentu přítomna spíše zprostředkovaně – prostřednictvím odborných reprezentantů nebo dílčích konzultací – nikoli jako plnohodnotný a systematicky zakotvený pilíř tvorby Strategie.

Pro další rozvoj paliativní politiky je klíčové, aby uživatelská zkušenost byla integrována přímo do tvorby, aktualizace i implementace Strategie. Zapojení osob se zkušeností s péčí zvyšuje nejen legitimitu strategického dokumentu, ale i jeho praktickou využitelnost a schopnost reagovat na reálné potřeby cílových skupin.

Doporučení: vytvořit formální platformu patientských a pečujících organizací (inspirovanou např. přístupem u strategií pro vzácná onemocnění), která by byla systematicky zapojena do aktualizací Strategie a monitoringu její implementace. Zároveň lze zavést mechanismus participativní validace, například formou pravidelných „patient review sessions“ před dokončením klíčových strategických výstupů.

Zodpovědný aktér: MZD

UPEVNIT ROLI FACILITÁTORA A JASNĚ JI VYVÁŽIT S ROZHODOVACÍ AUTORITOU MZD (průřezově)

2

Zapojení facilitace při tvorbě Strategie se ukázalo jako klíčový faktor úspěchu v rané fázi procesu přípravy. Facilitace podpořila participaci, otevřenou komunikaci a zapojení širokého spektra aktérů. Současně se ale ukázalo, že bez jasného rámce řízení a rozhodování dochází k rozostření rolí a odpovědností, což může v dalších fázích vést k nejasnostem ohledně vlastnictví obsahu či směru Strategie.

Z hlediska governance je proto nezbytné lépe vymezit vztah mezi MZD jako strategickým vlastníkem („ownerem“) a facilitátorem jako procesním koordinátorem. MZD musí zůstat nositelem odpovědnosti za strategická rozhodnutí a kontinuitu politiky, zatímco facilitátor má zajišťovat kvalitu, inkluzivnost a procesní dynamiku.

Doporučení: vypracovat governance model Strategie paliativní péče, který jasně stanoví pravomoci, reportingové linie a rozhodovací body mezi MZD, odbornými skupinami a facilitátorem. Dále udržet facilitační model i v implementační fázi, ale rozšířit jej o formální řídicí výbor vedený MZD, který bude schvalovat klíčové výstupy a dohlížet na soulad se strategickými cíli resortu. K funkčnosti dané role je nezbytné posílit procesní roli facilitátora v oblasti komunikace, konsenzu a participace, ale s jasnými mandatorními limity vůči rozhodovacím kompetencím MZD.

Zodpovědný aktér: MZD

ZLEPŠIT KOORDINACI DAT A ANALYTICKÝCH VSTUPŮ (průřezově)

3

Efektivní rozvoj paliativní péče vyžaduje robustní datovou základnu, která umožní kvantifikovat cílovou populaci, využívání služeb i dopady intervencí. Bez kvalitních dat nelze Strategii dlouhodobě řídit ani hodnotit.

Doporučení: formalizovat spolupráci mezi MZD, ÚZIS a dalšími držiteli dat, například prostřednictvím memoranda o datové spolupráci, které stanoví jasné termíny, formáty a odpovědnosti. V delším horizontu lze zvážit vytvoření integrovaného datového panelu paliativní péče umožňujícího průběžné sledování klíčových ukazatelů.

Zodpovědný aktér: MZD, ÚZIS

POSÍLIT INSTITUCIONÁLNÍ, FINANČNÍ A PERSONÁLNÍ PŘEDPOKLADY UDRŽITELNOSTI (EO1.8, EO1.9)

4

Udržitelnost výsledků a dopadů Strategie je podmíněna třemi vzájemně provázanými pilíři: politickou podporou, stabilním institucionálním zázemím a předvídatelným financováním. Respondenti opakovaně zdůrazňovali riziko, že bez aktivního řízení se Strategie může stát formálním dokumentem s omezeným dopadem na praxi.

Doporučení:

- zřídit „implementační hub“ – malý stálý tým s koordinační rolí, jasnými kompetencemi a odpovědností za řízení implementace;
- formulovat finanční závazky minimálně na období 3–5 let pro klíčová opatření a piloty;
- připravit variantní scénáře financování (základní / optimalizační / ambiciózní);
- zahájit systematická jednání se zdravotními pojišťovnami o konkrétních pilířích úhrad;
- využít příležitost systematictější spolupráce se soukromými nadacemi a grantovými programy, zejména v oblasti pilotních projektů a inovací, které mohou urychlit zavádění nových opatření a snížit tlak na veřejné rozpočty;
- institucionalizovat monitoring a externí evaluaci v pravidelných intervalech;
- vypracovat komunikační plán pro udržení odborné, veřejné a politické podpory Strategie.

Zodpovědný aktér: MZD, zdravotní pojišťovny, nadace

Seznam literatury a zdrojů

Zdroje poskytnuté Zadavatelem

- Analytická část Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2025
- Doporučení MZD k identifikaci pacientů s potřebami paliativní povahy v primární péči
- Ekonomický přínos včasné paliativní péče – zjištění z odborných studií
- Indikátorová soustava
- Návrh vládní Strategie rozvoje paliativní péče do roku 2035
- Plán tvorby Strategie Paliativa III (finální verze)
- Plán řízení rizik tvorby Strategie (registr rizik, finální verze)
- Příloha č. 1 – Plán spolupráce a komunikace (Paliativa III, finální verze)
- Příloha č. 2 – Plán řízení rizik tvorby Strategie (registr rizik, finální verze)
- Příloha č. 3 – Popis realizačního týmu projektu Paliativa III (oprava po HK)
- Projektová žádost MZD ČR „Standardizace paliativní péče v České republice“, reg. č. CZ.03.02.02/00/22_046/0004246
- Rekrutační dotazníky
- Situační analýza
- Strategické cíle projektu
- Teorie změny
- Výstupy a výsledky projektu
- Vzdělávací materiály a obsah školení

Další zdroje

- Centrum paliativní péče & Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2018). Pilotní program podpory domácí paliativní péče. <https://paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pece/pro-odbornou-spolocnost/pilotni-program>.
- Clarke, G., May, P., Cook, A., Mitchell, S., Walshe, C., Bajwah, S., Yorganci, E., Kumar, R., Fraser, L. K., Sleeman, K. E., & Murtagh, F. E. M. (2025). *Costs and cost-effectiveness of adult palliative and end-of-life care: Evidence briefing summary*. NIHR Policy Research Unit for Palliative and End-of-Life Care. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/research/costs-and-cost-effectiveness-of-adult-palliative-and-end-of-life-care-evidence-briefing-summary.pdf>.
- Česká evaluační společnost. (2011). *Etický kodex evaluátora*. https://czecheval.cz/Dokumenty%20-%20archiv/ces_eticky_kodex_.pdf
- Křemenová, Z., Vlčková, K., Kopecký, O., Sláma, O., Dušek, L., Jarkovský, J., Benešová, H., Pinkasová, P., Hálek, J., Dušánková, J., Houska, A., Hrdličková, L., Gricajev, S., Balnerová, E., Kabelka, L., & Válek, V. (2025). *Does hospital palliative care have the potential to change a patient's healthcare trajectory and associated healthcare costs? A retrospective population-based case-control study*. *Palliative Medicine*.
- Luta, X., Diernberger, K., Bowden, J., Drone, J., Howdon, D., Schmidlin, K., Rodwin, V., Hall, P., & Marti, J. (2024). *Healthcare trajectories and costs in the last year of life: A retrospective primary care and hospital analysis*. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 14(1), e807–e815. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002630>.
- Maresova, P., Hruška, J., Randlova, K., Rezny, L., Carrillo-de-la-Peña, M. T., & Kuca, K. (2024). *Systematic review of the cost-effectiveness of home-based palliative care*

interventions in patients with cancer: A critical analysis. Cancer Management and Research, 16, 1155–1174. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S472649>.

- Naoum, P., Athanasakis, K., & Pavi, E. (2024). *Is palliative care cost-effective? A systematic review of the literature. Home Health Care Management & Practice*, 36(3), 205–216. <https://doi.org/10.1177/10848223231209316>.
- Paliativní centrum. (2025). *Výjezdy záchranky k pacientům v závěru života*. <https://paliativnicentrum.cz/projekty/vyjezdy-zachranky-k-pacientum-v-zaveru-zivota>.
- PeopleCert. (2023). PRINCE2® 7 Managing Successful Projects. PeopleCert.
- Spencer, L., Anthony, B., Davies, J., Pisavadia, K., Gillen, E., Noyes, J., Fitzsimmons, D., Lewis, R., Cooper, A., Hughes, D., Edwards, R. T., & Edwards, A. (2024). *The costs and cost-effectiveness of different service models of palliative care, focusing on end-of-life care: A rapid review* (preprint, neprošel recenzním řízením). medRxiv. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.03.06.24303850v2>.
- The Incidental Economist. (2024). *A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of palliative care*. <https://theincidentaleconomist.com/wordpress/a-systematic-review-of-the-effectiveness-and-cost-effectiveness-of-palliative-care/>.
- Zahradník, M., & Dlouhá, J. (2016). *Metodika analýzy aktérů*. *Envigogika*, 11(1). <https://doi.org/10.14712/18023061.527>.
- Zhang, A. H., Liu, D., et al. (2025). *Healthcare cost of palliative care for patients with terminal illness: A meta-analysis. Social Science & Medicine*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748925002317>.

Seznam zkratek

| Zkratka | Pojem |
|--------------|--|
| ČR | Česká republika |
| ČSPM ČLS JEP | Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně |
| ČSÚ | Český statistický úřad |
| ESIF | Evropské strukturální a investiční fondy |
| EU | Evropská unie |
| EY | Ernst & Young, s.r.o., Dodavatel |
| FG | Fokusní skupina |
| IP | Implementační plán |
| KT | Koncepční tým |
| MMR | Ministerstvo pro místní rozvoj |
| MPO | Ministerstvo průmyslu a obchodu |
| MPSV | Ministerstvo práce a sociálních věcí |
| MS | Ministerstvo spravedlnosti |
| MSPP | Mobilní specializovaná paliativní péče |
| MŠMT | Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy |
| MV | Ministerstvo vnitra |
| MZD | Ministerstvo zdravotnictví |
| PLDD | Praktický lékař pro děti a dorost |
| PS | Pracovní skupina |
| RT | Realizační tým |
| SPC | Specifický cíl |
| STC | Strategický cíl |
| SÚKL | Státní ústav pro kontrolu léčiv |
| VPL | Všeobecný praktický lékař |

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| Tabulka 1: Definice a vymezení skupin stakeholderů | 8 |
| Tabulka 2: Rozdělení projektových aktivit | 10 |
| Tabulka 3: Přehled stanovených úrovní zájmu stakeholderů o tvorbu Strategie | 10 |
| Tabulka 4: Přehled stanovených úrovní vlivu stakeholderů na tvorbu Strategie | 11 |
| Tabulka 5: Harmonogram procesní evaluace (2025) | 13 |
| Tabulka 6: Harmonogram dopadové evaluace (2026–2027) | 14 |
| Tabulka 7: Vymezení formy a zapojení stakeholderů | 17 |
| Tabulka 8: Přehled hlavních změn Strategie oproti verzi hodnocené aktéry | 24 |
| Tabulka 9: Celkové shrnutí indikátorů Strategie | 26 |

Seznam obrázků a schémat

| | |
|---|----|
| Obrázek 1: Rámcový postup zpracování Evaluace | 7 |
| Obrázek 2: Matice zapojení aktérů | 16 |
| Obrázek 3: Proces zapojování stakeholderů do přípravy Strategie | 21 |

Přílohy

Příloha 1: Scénáře rozhovorů

Příloha je součástí samostatného dokumentu.

Příloha 2: Scénáře fokusních skupin

Příloha je součástí samostatného dokumentu.

Příloha 3: Podklad k analýze stakeholderů

Příloha je součástí samostatného dokumentu.

Příloha 4: Zápisy z rozhovorů

Příloha je součástí samostatného dokumentu.

Příloha 5: Zápisy z fokusních skupin

Příloha je součástí samostatného dokumentu.

Příloha 6: Schéma intervenční logiky hodnocené intervence

Příloha je součástí samostatného dokumentu.

EY | Building a better working world

EY přispívá k lepšímu fungování světa tím, že vytváří hodnotu pro klienty, zaměstnance, společnost i celou planetu a buduje důvěru na kapitálových trzích.

Týmy odborníků EY s využitím dat, umělé inteligence a pokročilých technologií pomáhají klientům s důvěrou a sebedůvěrou utvářet budoucnost a nacházet odpovědi na ty nejnáléhavější výzvy dneška a zítřka.

Díky detailní znalosti různých ekonomických odvětví, globálně propojené multidisciplinární síti a ekosystému nejrůznějších partnerských organizací mohou týmy našich auditorů, konzultantů, daňových poradců i odborníků na strategické a transakční poradenství poskytovat komplexní služby ve více než 150 zemích a teritoriích.

All in to shape the future with confidence.

Název EY zahrnuje celosvětovou organizaci a může zahrnovat jednu či více členských firem Ernst & Young Global Limited, z nichž každá je samostatnou právní osobou. Ernst & Young Global Limited je britská společnost s ručením omezeným garancí, která neposkytuje služby klientům. Informace o tom, jak EY shromažďuje a používá osobní údaje, a o právech fyzických osob stanovených právními předpisy o ochraně osobních údajů jsou k dispozici na ey.com/privacy. Členské firmy EY neposkytují právní služby v zemích, kde to zákon neumožňuje. Podrobnější informace o naší organizaci najdete na našich webových stránkách ey.cz.

© 2026 Ernst & Young, s.r.o. | Ernst & Young Audit, s.r.o. | E & Y Valuations s.r.o. | EY Law advokátní kancelář, s.r.o. Všechna práva vyhrazena.

Tento materiál má pouze všeobecný informační charakter, na který není možné spoléhat jako na poskytnutí účetního, daňového, právního ani jiného odborného poradenství. V případě potřeby se prosím obraťte na svého konkrétního poradce.

ey.cz