proLékaře.cz | 23.11.2026



# Navigace zdravotnickým systémem v Česku: role zdravotníků, neformální podpory a digitálních zdrojů

Karolína Dobiášová, Jolana Kopsa Těšinová

Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK v Praze

*Čas. Lék. čes. 2026; 165: 179–186*

## SOUHRN

Rostoucí složitost zdravotnických systémů zvyšuje nároky na pacienty při vyhledávání péče a využívání návazných služeb. Cílem studie bylo zmapovat, které osoby, instituce a nástroje pomáhají obyvatelům Česka orientovat se ve zdravotnickém systému, a posoudit rozdíly podle sociodemografických charakteristik.

Analýza vychází z reprezentativního omnibusového šetření realizovaného v listopadu a prosinci 2025 metodou standardizovaného osobního rozhovoru. Soubor tvořilo 1805 respondentů ve věku ≥ 15 let. Zdroje pomoci se zajištěním péče byly analyzovány jako vícenásobné odpovědi a seskupeny do hlavních kategorií navigační podpory.

Alespoň jeden zdroj formální zdravotnické pomoci uvedlo 89,7 % respondentů. Nejčastějším zdrojem byl praktický lékař (82,4 %), následovaný ambulantním specialistou (36,2 %) a zdravotní sestrou (30,2 %). Rodinu nebo přátele bez zdravotnického vzdělání uvedlo 33,7 % respondentů a známé či příbuzné pracující ve zdravotnictví 32,3 %. Digitální zdroje využilo 29,1 % respondentů, častěji mladší a vzdělanější osoby.

Navigace v českém zdravotnictví se opírá především o zdravotnické profesionály, významně ji však doplňují neformální vazby a digitální zdroje. Rozvoj navigační podpory by měl posilovat koordinační roli primární péče, jasněji zapojit zdravotní sestry do navigačních funkcí, rozvíjet koordinátory péče pro pacienty s komplexními potřebami a zohledňovat riziko digitálního vyloučení.

## KLÍČOVÁ SLOVA

**pacientská navigace, primární zdravotní péče, dostupnost zdravotních služeb, zdravotní gramotnost, sociální podpora, digitální zdraví, Česko**

## SUMMARY

**Dobiášová K, Kopsa Těšinová J. Health care system navigation in Czechia the role of health professionals, informal support and digital sources**

The increasing complexity of health care systems places growing demands on patients when seeking care and using follow-up services. The aim of this study was to identify which persons, institutions and tools help people in the Czech Republic navigate the health care system, and to assess differences according to sociodemographic characteristics.

The analysis is based on a representative omnibus survey conducted in November and December 2025 using standardized face-to-face interviews. The sample consisted of 1,805 respondents aged 15 years and older. Sources of help were analysed as multiple responses and grouped into the main categories of navigation support.

At least one source of formal health care support was reported by 89.7% of respondents. The most frequently reported source was a general practitioner (82.4%), followed by an outpatient specialist (36.2%) and a nurse (30.2%). Family or friends without health care training were reported by 33.7% of respondents, and acquaintances or relatives working in health care by 32.3%. Digital sources were used by 29.1% of respondents, more often by younger and more educated groups.

Navigation in the Czech health care system relies primarily on health care professionals but is substantially complemented by informal ties and digital sources. Further development of navigation support should strengthen the coordinating role of primary care, more clearly involve nurses in navigation functions, develop care coordinators for patients with complex needs, and address the risk of digital exclusion.

## KEYWORDS

**patient navigation, primary health care, health services accessibility, health literacy, social support, digital health, Czechia**

## ÚVOD

Současné zdravotnické systémy jsou v důsledku rostoucí specializace, technologického rozvoje a institucionální diferenciace stále složitější a pro běžné uživatele obtížněji přehledné (1–3). Tento problém se dále prohlubuje v souvislosti se stárnutím populace, nárůstem chronických onemocnění a multimorbidity, které zvyšují potřebu péče poskytované napříč různými odbornostmi, institucemi a sektory (3, 4). Pacienti tak často nevyhledávají pouze jednotlivou zdravotní službu, ale musí najít vhodný vstup do systému, navázat na předchozí vyšetření, sladit doporučení různých odborníků, komunikovat s více organizacemi a překonávat administrativní, informační i sociální bariéry. Fragmentace služeb může vést k dezorientaci, prodlevám, přerušení kontinuity péče a ke zvýšené zátěži pacientů i jejich blízkých (1–4). Tyto nároky navíc nedopadají na všechny pacienty stejně. Složitost systému může dále prohlubovat nerovnosti v přístupu k péči, protože větší zátěž nese pacient, který má omezené zdravotní, sociální, komunikační nebo digitální zdroje potřebné k orientaci v systému (1, 3, 5, 6). V situaci, kdy systém neposkytuje dostatečně srozumitelnou a koordinovanou podporu, jsou pacienti a pečující nuceni přebírat část koordinační práce sami: vyhledávají informace, domlouvají návaznou péči, předávají informace mezi poskytovateli a rozhodují, na koho se v systému obrátit. Teggart et al. (4) upozorňují, že tato neformální navigační a koordinační práce může mít pro pacienty a jejich blízké významné fyzické, emoční, sociální, vztahové i finanční důsledky.

Potřeba navigace však nepředstavuje pouze individuální problém pacienta, ale souvisí také s kvalitou, kontinuitou a efektivitou péče na systémové úrovni. Nedostatečná koordinace může vést k prodlevám v diagnostice a léčbě, ztrátám

proLékaře.cz | 23.11.2026



pacientů v návazné péči, duplicitnímu či neefektivnímu využívání služeb a vyšší zátěži zdravotnického systému, zatímco dobře nastavená navigace může podporovat včasnost péče, lepší využití dostupných zdrojů a potenciálně i nákladovou efektivitu vybraných intervencí (6).

Reakcí na výše zmíněné problémy je v řadě zdravotnických systémů zavádění různých forem navigátorů péče. Jejich role však není jednotně vymezena a v odborné literatuře se překrývá více označení, například pacientští navigátoři, navigátoři péče, koordinátoři péče, case manažeři nebo komunitní zdravotničtí pracovníci (1, 3, 4, 6). Navigaci je proto vhodné chápat spíše jako soubor funkcí než jako jednu jasně ohraničenou profesi: může ji zajišťovat zdravotnický profesionál, například sestra, sociální pracovník či koordinátor péče, ale také vyškolený laik, *peer* pracovník, komunitní pracovník nebo multidisciplinární tým (1, 3, 4, 6).

Společným cílem těchto rolí je identifikovat individuální potřeby pacienta a bariéry přístupu k péči, usnadňovat orientaci v systému, propojovat zdravotní, sociální a komunitní služby, podporovat komunikaci mezi pacientem a poskytovateli, zprostředkovávat návazné služby, pomáhat s objednáváním a připomínáním termínů a sledovat kontinuitu péče (1, 3, 6). Navigátor péče tedy není pouze zdrojem informací, ale pomáhá překlenovat institucionální hranice mezi jednotlivými poskytovateli, odbornostmi a sektory. Původně byly programy pacientské navigace rozvíjeny především v onkologické péči s cílem snižovat nerovnosti, odstraňovat bariéry a zkracovat prodlevy od screeningu k diagnóze a od diagnózy k zahájení léčby. Postupně se však rozšířily také do oblasti chronických onemocnění, duševního zdraví a služeb pro zranitelné či sociálně znevýhodněné skupiny (3, 6).

V českém prostředí však navigační podpora dlouho nebyla institucionalizována jako standardní součást zdravotnického systému. Pracovní pozice blízké mezinárodnímu konceptu pacientské navigace se začínají prosazovat až v posledním období, zejména v onkologii v podobě koordinátorů péče (7). V takovém kontextu je důležité zkoumat nejen rozvoj formálních navigačních rolí, ale také to, jak je navigace zajišťována v každodenní praxi a z jakých zdrojů pacienti při orientaci v systému skutečně čerpají podporu.

Cílem článku je proto empiricky zmapovat, které osoby, instituce a nástroje pomáhají pacientům orientovat se v českém zdravotnickém systému, a analyzovat, jak se využívání těchto zdrojů pomoci liší podle sociodemografických charakteristik.

## METODOLOGIE

Studie vychází z kvantitativních dat získaných v rámci reprezentativního omnibusového šetření zaměřeného na názory a postoje občanů Česka k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života, konkrétně ze specifického bloku otázek zaměřených na schopnost občanů orientovat se ve zdravotnictví a na zdroje pomoci využívané při zajišťování zdravotní péče. Formulace těchto dotazníkových položek navazovala na předchozí kvalitativní výzkum realizovaný od září 2024 do září 2025, v jehož rámci bylo provedeno 30 rozhovorů s chronicky nemocnými pacienty. Tento kvalitativní výzkum mapoval zkušenosti pacientů při jejich cestě českým systémem zdravotní péče a identifikoval různé zdroje podpory při orientaci v systému. V tomto článku je kvalitativní fáze využita pouze jako empirické východisko pro přípravu dotazníkových položek; vlastní analýza vychází z kvantitativních dat omnibusového šetření.

### SBĚR DAT

Sběr dat proběhl v rámci každoročně realizovaného omnibusového šetření, které se od roku 1995 věnuje názorům občanů Česka na zdravotnictví, zdraví a zdravý životní styl. Terénní šetření bylo uskutečněno na celém území státu v období od 18. listopadu do 7. prosince 2025. Data byla sbírána technikou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem, tedy formou face-to-face dotazování. Před hlavním sběrem dat byl realizován předvýzkum na souboru 211 respondentů, který sloužil k ověření výzkumného nástroje a srozumitelnosti jednotlivých otázek. Sběr dat zajišťovalo 220 profesionálních tazatelů společnosti SPIROX.

### VÝBĚROVÝ VZOREK

Výběrový soubor tvořilo 1805 respondentů ve věku ≥ 15 let. Respondenti byli vybráni kvótním výběrem tak, aby soubor odpovídal populaci Česka z hlediska pohlaví, věku a regionu. Ve vzorku bylo 879 mužů, tj. 48,7 %, a 926 žen, tj. 51,3 % (*tab. 1*). Respondence dosáhla 90,4 %, tj. z celkem 1996 oslovených osob se výzkumu zúčastnilo 1805 respondentů. Nejčastějšími důvody odmítnutí byly nedostatek času, nezájem o účast nebo obavy spojené s anonymitou a citlivostí otázek.

**Tab. 1** Charakteristika vzorku respondentů

| Ukazatel | Kategorie | n | % |
|---|---|---|---|
| **Celkem** | všichni respondenti | 1805 | 100 |
| **Pohlaví** | muž | 879 | 48,7 |
| | žena | 926 | 51,3 |
| **Věk** | 15–24 let | 224 | 12,4 |
| | 25–44 let | 535 | 29,6 |
| | 45–64 let | 604 | 33,5 |
| | 65+ let | 442 | 24,5 |
| **Vzdělání** | základní | 146 | 8,1 |
| | vyučen/SŠ bez maturity | 544 | 30,1 |
| | maturita, VOŠ | 741 | 41,1 |
| | vysokoškolské, včetně bakalářského | 374 | 20,7 |

### ANALÝZA DAT

Statistické zpracování dat bylo provedeno v programu *IBM SPSS Statistics*. Analýza vycházela z finálního anonymizovaného datového souboru o velikosti N = 1805 respondentů. Před vlastní analýzou byly provedeny kontrola dat, úpravy proměnných a rekódování vybraných položek do analyticky využitelných kategorií.

Pro tento článek byly analyzovány především položky zaměřené na zdroje pomoci při orientaci ve zdravotnickém systému a při zajišťování zdravotní péče v posledních 4 letech. Vzhledem k tomu, že otázky umožňovaly vícenásobné odpovědi, byly jednotlivé možnosti převedeny do sady dichotomických indikátorů, které zachycovaly, zda respondent daný zdroj pomoci uvedl, či nikoli. U vícenásobných odpovědí byla procenta počítána jako podíl respondentů, kteří danou možnost uvedli; součet procent proto může přesahovat 100 %.

Pro účely interpretace byly jednotlivé zdroje pomoci seskupeny do analytických kategorií odpovídajících různým typům navigační podpory. Byly rozlišeny tyto kategorie: formální zdravotnická pomoc, formální administrativní pomoc,

proLékaře.cz | 23.11.2026



formální podpůrná pomoc, neformální pomoc poskytovaná osobami se zdravotnickou odborností, neformální pomoc poskytovaná osobami bez zdravotnické odbornosti, digitální/elektronická pomoc a samostatná orientace respondenta bez pomoci.

Formální zdravotnická pomoc zahrnovala praktického lékaře, ambulantního specialistu, lékaře v nemocnici (v lůžkové části či nemocniční ambulanci), zdravotní sestru a lékárníka. Formální administrativní pomoc zahrnovala zdravotní pojišťovnu a recepci, informační službu nebo call centrum zdravotnického zařízení. Formální podpůrná pomoc zahrnovala sociální pracovníky ve zdravotnictví a sociálních službách, pacientské organizace a *peer* konzultanty (osoby pomáhající pacientům na základě vlastní podobné zdravotní zkušenosti). Neformální pomoc byla rozdělena na pomoc známých či příbuzných pracujících ve zdravotnictví a pomoc rodiny či přátel bez zdravotnického vzdělání. Digitální a elektronické zdroje zahrnovaly obecné vyhledávání na internetu (např. *Google*/*Seznam*, weby poskytovatelů), on-line katalogy / rezervační portály a recenze lékařů, on-line pacientská fóra a skupiny na sociálních sítích, nástroje umělé inteligence (AI; např. *ChatGPT*, *AI symptom-checker*), telemedicínu/on-line konzultace s lékařem, on-line portály nebo aplikace zdravotnických zařízení a webové stránky Ministerstva zdravotnictví ČR, kraje nebo obce.

Klastrové četnosti byly počítány jako počet unikátních respondentů, kteří uvedli alespoň 1 položku z dané kategorie. Pokud tedy respondent uvedl více zdrojů pomoci v rámci stejné kategorie, například praktického lékaře a ambulantního specialistu, byl v daném klastru započítán pouze 1×. Procenta byla vypočtena z celkového počtu respondentů, tedy z N = 1805. Z tohoto důvodu se procenta klastrů nesčítají do 100 %, protože jeden respondent mohl být současně zahrnut ve více různých kategoriích pomoci. Analýza zahrnovala nejprve deskriptivní statistiku, zejména absolutní a relativní četnosti jednotlivých odpovědí. Následně byly zpracovány kontingenční tabulky umožňující sledovat rozdíly podle základních sociodemografických charakteristik respondentů, zejména pohlaví, věku, vzdělání. Souvislosti mezi kategoriálními proměnnými byly testovány pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti. U skupinových srovnání byly dále posuzovány rozdíly mezi sloupcovými proporcemi; tato párová porovnání byla ve výstupu softwaru SPSS upravena Bonferroniho korekcí. Statistická významnost byla posuzována na hladině 5 %.

### ETICKÉ NÁLEŽITOSTI

Kvalitativní fáze výzkumu, která sloužila jako podklad pro přípravu dotazníkových položek, byla schválena Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, stanovisko č. 58/24 S. Kvantitativní omnibusové šetření bylo realizováno externí výzkumnou agenturou jako anonymní sociologický výzkum v souladu s platnou legislativou a profesními standardy sociologického výzkumu. Respondenti poskytovali odpovědi dobrovolně a výsledky byly zpracovány pouze v agregované podobě, bez možnosti identifikace jednotlivých účastníků.

## VÝSLEDKY

Výsledky jsou členěny podle hlavních typů navigační podpory: formální klinické pomoci poskytované zdravotnickými profesionály, neformální pomoci ze strany rodiny, přátel a osob z blízkého okolí pracujících ve zdravotnictví, formální administrativní a podpůrné pomoci a digitálních zdrojů. U jednotlivých typů pomoci jsou uvedeny jejich četnosti a podíly v souboru a tam, kde byly zjištěny statisticky významné rozdíly, také rozdíly podle vybraných sociodemografických charakteristik respondentů.

### DOMINANCE ZDRAVOTNICKÝCH PROFESIONÁLŮ

Nejčastěji uváděným zdrojem pomoci při zajišťování zdravotní péče byl praktický lékař. Jako zdroj pomoci s orientací v systému jej uvedlo 1485 respondentů, tedy 82,4 % celého souboru. Druhým nejčastěji uváděným zdravotnickým profesionálem byl ambulantní specialista, kterého uvedlo 651 respondentů, tj. 36,2 %. Následovala zdravotní sestra, kterou uvedlo 544 respondentů, tj. 30,2 %, lékárník s podílem 25,0 % a lékař v nemocnici s podílem 18,9 %.

Při seskupení jednotlivých položek do širšího klastru formální zdravotnické pomoci uvedlo alespoň 1 z těchto zdrojů 1619 respondentů, tedy 89,7 % souboru. Tento výsledek potvrzuje, že zdravotničtí profesionálové jsou hlavními osobami, na které se pacienti při orientaci v systému zdravotní péče obracejí. Přehled hlavních typů navigační pomoci je uveden na *obr. 1*.

Využívání formální zdravotnické pomoci se statisticky významně lišilo podle věku a vzdělání. Podíl respondentů, kteří uvedli alespoň 1 zdroj formální klinické pomoci, rostl s věkem: ve věkové skupině 15–24 let činil 85,3 %, ve skupině 25–44 let 88,6 %, ve skupině 45–64 let 89,4 % a ve skupině ≥ 65 let 93,7 % ($p = 0{,}005$). To odpovídá očekávání, že starší respondenti, kteří zdravotní péči pravděpodobně využívají častěji, se při orientaci v systému více opírají o zdravotnické profesionály.

Podle vzdělání byl podíl formální klinické pomoci nejvyšší u respondentů vyučených nebo se středním vzděláním bez maturity (92,5 %) a u respondentů s maturitou nebo VOŠ (91,4 %). Nižší podíly byly zjištěny u respondentů se základním vzděláním (84,2 %) a u respondentů s vysokoškolským vzděláním včetně bakalářského (84,5 %; $p < 0{,}001$). Tento výsledek může naznačovat, že osoby s vyšším vzděláním častěji kombinují zdravotnické zdroje s jinými způsoby orientace, včetně digitálních strategií. U osob se základním vzděláním je však třeba vzít v úvahu věkovou strukturu této kategorie (15+), protože její součástí jsou i mladší respondenti, kteří dosud studují.

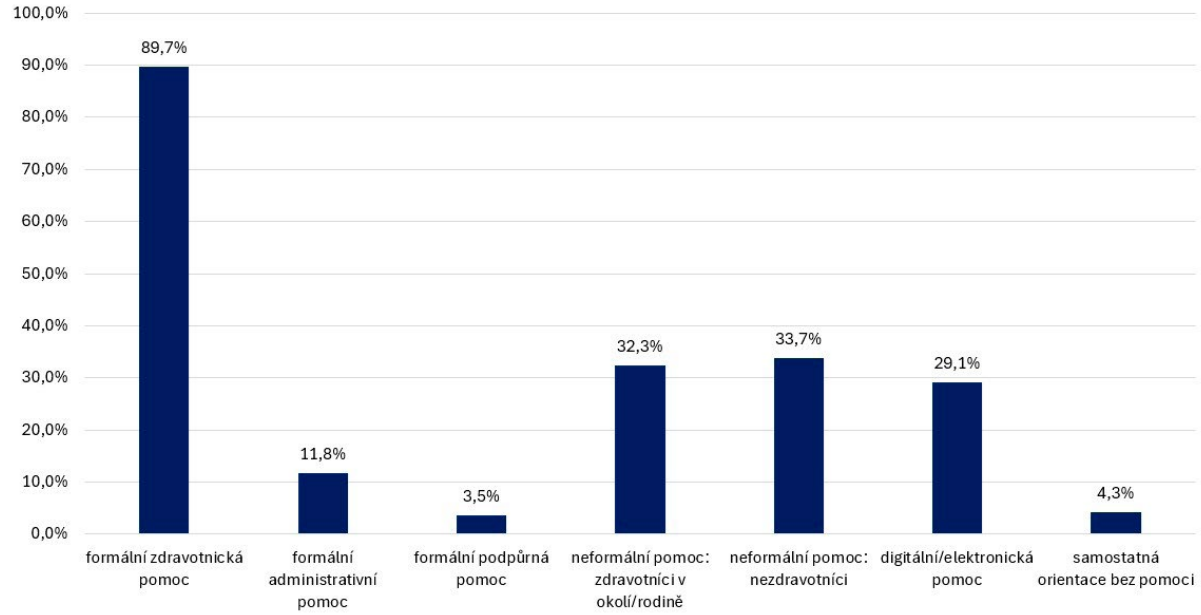
### NEFORMÁLNÍ NAVIGACE: RODINA, PŘÁTELÉ A ZNÁMÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Vedle zdravotnických profesionálů se jako velmi významný zdroj pomoci ukázala neformální navigace. Rodinu nebo přátele bez zdravotnického vzdělání uvedlo 609 respondentů, tedy 33,7 % souboru *(obr. 1)*. Téměř stejně často byli zmiňováni známí nebo příbuzní pracující ve zdravotnictví; tuto možnost uvedlo 583 respondentů, tj. 32,3 %. Obě položky patří mezi nejčastěji uváděné zdroje pomoci hned po praktickém lékaři a ambulantním specialistovi.

Tento výsledek ukazuje, že orientace ve zdravotnickém systému není zajišťována pouze prostřednictvím formálních institucí, ale do značné míry také prostřednictvím osobních vazeb. Zvláštní význam má pomoc osob z rodiny nebo blízkého okolí, které mají zdravotnickou odbornost. Tento typ pomoci lze chápat jako specifickou podobu neformálního expertního sociálního kapitálu: pacient nezískává pomoc prostřednictvím oficiální role zdravotnického zařízení, ale

proLékaře.cz | 23.11.2026






**Obr. 1** **Formy pomoci s navigací ve zdravotnickém systému** (N = 1805; možnost více odpovědí, v %)

prostřednictvím osobního vztahu k někomu, kdo se ve zdravotnickém systému profesně orientuje.

Pomoc známých nebo příbuzných pracujících ve zdravotnictví častěji uváděly ženy než muži (36,2 % vs. 28,2 %). Významné rozdíly byly zjištěny také podle věku a vzdělání. Tento typ neformální expertní pomoci byl nejčastější ve věkové skupině 25–44 let (36,3 %) a u nejmladších respondentů ve věku 15–24 let (34,4 %), zatímco ve skupině 45–64 let činil 28,6 %. Podle vzdělání jej častěji uváděli respondenti s maturitou nebo VOŠ (37,1 %) a respondenti s vysokoškolským vzděláním (36,6 %) než respondenti vyučení nebo se středním vzděláním bez maturity (23,5 %).

Pomoc rodiny nebo přátel bez zdravotnického vzdělání byla nejčastější u nejmladších respondentů ve věku 15–24 let, kde ji uvedlo 41,5 %, a ve skupině ≥ 65 let, kde činila 34,6 % ($p = 0,031$). To může souviset s větší mírou rodinné péče ve vztahu k nezletilým (15–18 let) a seniorům. Ve věkových skupinách 25–44 let a 45–64 let byly podíly nižší, 33,3 %, respektive 30,6 %. Podle vzdělání byla pomoc rodiny a přátel bez zdravotnické odbornosti nejčastější u respondentů se základním vzděláním (43,2 %) a nejméně častá u respondentů vyučených nebo se středním vzděláním bez maturity (29,8 %; $p = 0,013$). U osob se základním vzděláním je však třeba vzít opět v úvahu věkovou strukturu této kategorie, kterou částečně tvoří nezletilí.

## SLABÁ VIDITELNOST ADMINISTRATIVNÍCH A PODPŮRNÝCH AKTÉRŮ

Ve srovnání se zdravotnickými profesionály a neformálními zdroji pomoci byly formální administrativní a podpůrné zdroje využívány výrazně méně často. Zdravotní pojišťovnu jako zdroj pomoci uvedlo 132 respondentů, tedy 7,3 % souboru. Recepce, informační služba nebo call centrum zdravotnického zařízení uvedlo 120 respondentů, tj. 6,6 %. Při seskupení těchto položek do klastru formální administrativní pomoci uvedlo alespoň 1 z těchto zdrojů 213 respondentů, tedy 11,8 % (*obr. 1*).

Ještě nižší podíl byl zjištěn u formální podpůrné pomoci, která zahrnovala sociální pracovníky ve zdravotnictví a sociálních službách, pacientské organizace a *peer* podporu. Alespoň 1 zdroj z této kategorie uvedlo 64 respondentů, tj. 3,5 % souboru (*obr. 1*).

Tento výsledek je třeba interpretovat opatrně. Nízké zastoupení těchto aktérů v populačním šetření nemusí znamenat nízkou potřebnost nebo nízký význam podpůrných služeb. Spíše ukazuje, že v běžné populaci jsou tyto zdroje pomoci méně viditelné a pravděpodobně se aktivují především u specifických skupin pacientů, například u osob s chronickým onemocněním, komplexními potřebami nebo dlouhodobou sociálně-zdravotní zátěží.

## DIGITÁLNÍ NAVIGACE A GENERAČNÍ ROZDÍLY

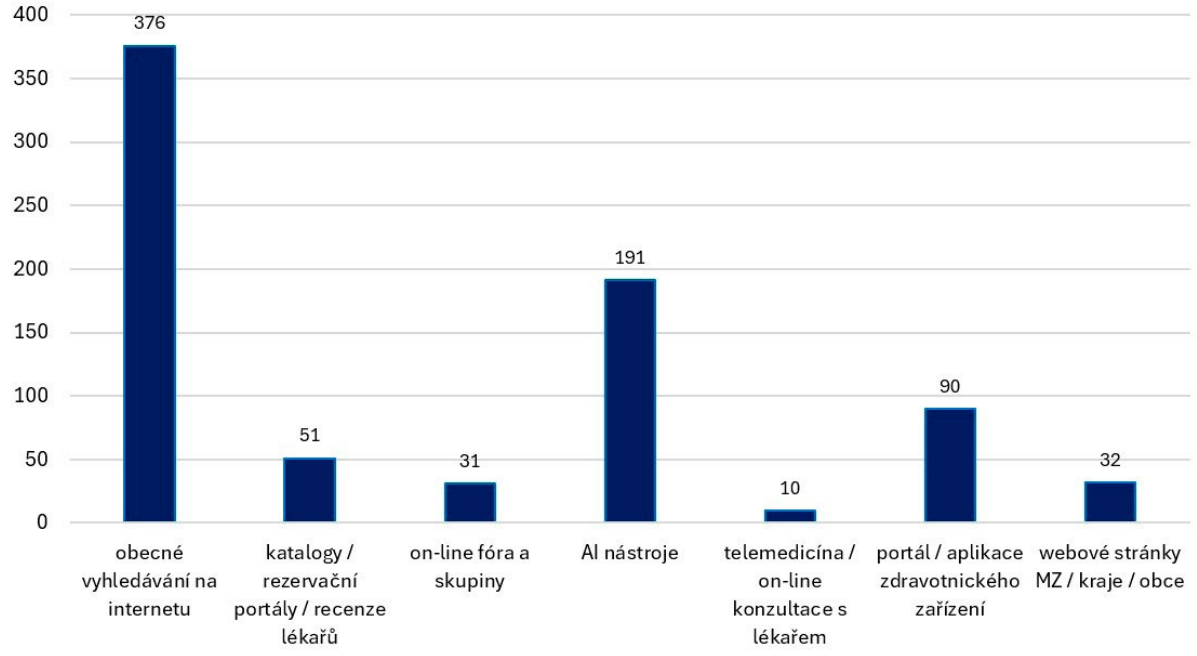
Digitální a elektronické zdroje pomoci uvedlo celkem 525 respondentů, tedy 29,1 % souboru (*obr. 1*). Digitální navigace tak představuje významný způsob orientace ve zdravotnickém systému, ale její význam je zřetelný zejména u mladších a vzdělanějších skupin respondentů.

*Obr. 2* ukazuje, že nejčastějším digitálním zdrojem bylo obecné vyhledávání na internetu, například prostřednictvím *Google*, *Seznamu* nebo webů poskytovatelů. Tuto možnost uvedlo 376 respondentů, tj. 20,8 %. Druhým nejčastějším digitálním zdrojem byly nástroje umělé inteligence, například *ChatGPT*, které uvedlo 191 respondentů, tj. 10,6 %. On-line portál nebo aplikaci zdravotnického zařízení uvedlo 90 respondentů, tedy 5,0 %. Méně časté bylo využití on-line katalogů, rezervačních portálů a recenzí lékařů (2,8 %), webových stránek Ministerstva zdravotnictví ČR, kraje nebo obce (1,8 %), on-line pacientských fór a skupin na sociálních sítích (1,7 %) a telemedicíny nebo on-line konzultace s lékařem (0,6 %).

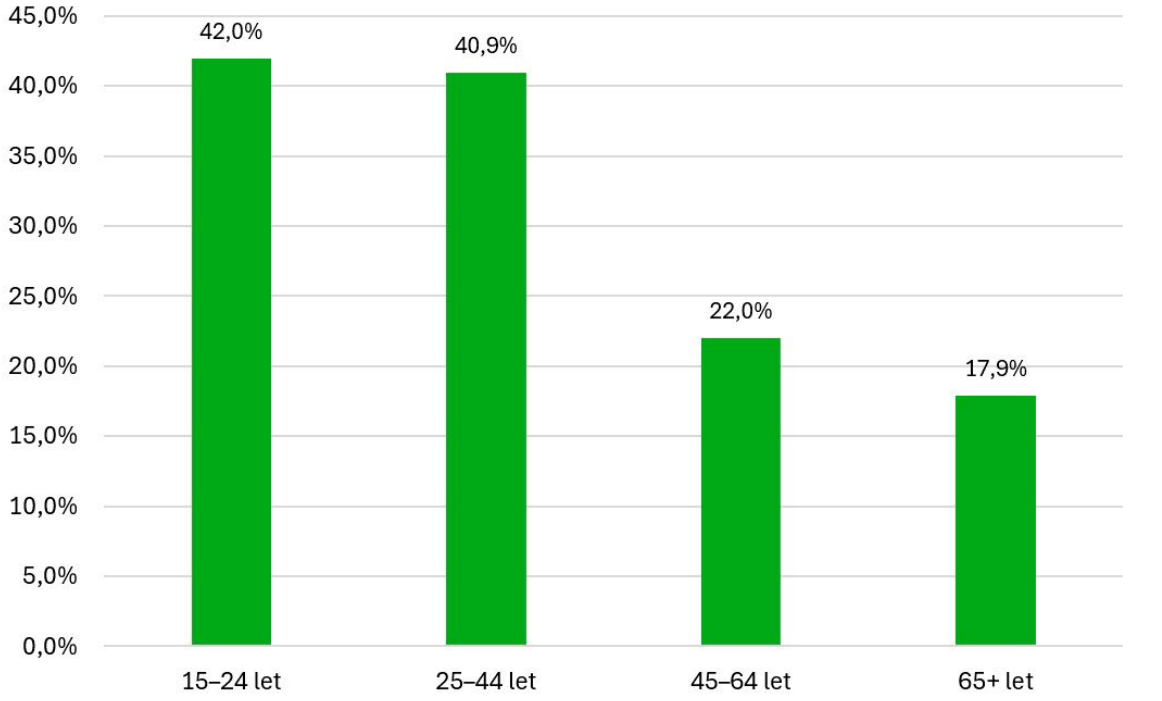
Využívání digitální/elektronické pomoci se významně lišilo zejména podle věku a vzdělání. Jak ukazuje *obr. 3*, věkový gradient je velmi výrazný: digitální pomoc uvedlo 42,0 % respondentů ve věku 15–24 let a 40,9 % respondentů

proLékaře.cz | 23.11.2026






**Obr. 2 Využívání digitálních/elektronických nástrojů** (N = 525; možnost více odpovědí, v počtech osob)




**Obr. 3 Využití digitální/elektronické pomoci podle věku** (N = 525; % osob v dané věkové kategorii)

ve věku 25–44 let, zatímco ve skupině 45–64 let to bylo 22,0 % a ve skupině ≥ 65 let pouze 17,9 %. Tento výsledek ukazuje, že digitální navigace je především generačně diferencovaným zdrojem pomoci.

Rozdíly byly patrné také podle vzdělání. Digitální/elektronickou pomoc uvedlo 37,4 % respondentů s vysokoškolským vzděláním a 32,7 % respondentů s maturitou nebo VOŠ. Nižší podíl byl zjištěn u respondentů se základním vzděláním (28,1 %) a nejnižší u respondentů vyučených nebo se středním vzděláním bez maturity (18,8 %). Vyšší podíl u respondentů se základním vzděláním je však vhodné interpretovat opatrně, protože tato vzdělanostní kategorie zahrnuje také mladé respondenty, kteří dosud studují a u nichž je obecně vyšší pravděpodobnost využívání digitálních zdrojů.

proLékaře.cz | 23.11.2026



Z hlediska obsahu digitální navigace je významné, že respondenti častěji využívali obecné internetové vyhledávání a AI nástroje než institucionální digitální kanály zdravotnického systému. Portály a aplikace zdravotnických zařízení byly uváděny výrazně méně často a oficiální webové stránky veřejné správy jen okrajově. Tento výsledek naznačuje, že digitální orientace pacientů je zatím více založena na obecných a snadno dostupných on-line zdrojích než na systematicky využívané digitální infrastruktuře zdravotnictví.

## DISKUSE

Naše výsledky ukazují, že navigace ve zdravotnickém systému v Česku vzniká jako kombinace formální zdravotnické pomoci, neformálních sociálních vazeb a individuálního využívání digitálních zdrojů.

Hlavním navigátorem pacientů při orientaci v českém zdravotnickém systému zůstávají zdravotničtí profesionálové, především praktičtí lékaři. Skutečnost, že praktického lékaře jako zdroj pomoci uvedlo více než 8 z 10 respondentů, naznačuje, že primární péče v českém prostředí plní významnou orientační a koordinační roli. Tento výsledek odpovídá zahraniční literatuře, která primární péči chápe jako klíčový vstupní bod systému a jako prostor, v němž se mohou koncentrovat navigační a koordinační funkce péče (1, 4). Relativně nižší podíl zdravotních sester jako uváděného zdroje navigační pomoci je zajímavý ve vztahu k zahraniční literatuře. Ta upozorňuje, že právě sestry mohou v primární péči sehrávat významnou roli profesionálních navigátorek, zejména při koordinaci péče o pacienty s komplexnějšími potřebami a při zajištění návaznosti mezi zdravotní a sociální péčí (3, 4). Naše výsledky proto mohou naznačovat, že potenciál sester jako zdroje navigace není v českém prostředí zatím plně využit nebo není pacienty takto jednoznačně vnímán. Celkově silná orientace na zdravotnické profesionály může souviset také s důvěrou pacientů v jejich odbornou autoritu. Právě doporučení zdravotnického pracovníka patří k faktorům, které významně ovlivňují rozhodování pacientů o dalším postupu péče (8).

Schopnost pacienta využít dostupnou podporu zdravotnických profesionálů a zvolit odpovídající cestu systémem péče souvisí s úrovní navigační zdravotní gramotnosti, která označuje specifický soubor znalostí, motivace a dovedností potřebných pro orientaci v komplexním zdravotnickém prostředí (2). Tuto gramotnost však nelze chápat pouze jako individuální vlastnost pacienta, ale také jako výsledek interakce mezi kompetencemi jednotlivce a nároky, které na něj klade zdravotnický systém. U pacientů s nižší úrovní navigační gramotnosti může složitost systému zvyšovat riziko dezorientace, opožděného využití péče nebo přerušení její návaznosti (2). Zavádění profesionálních navigátorů a koordinátorů péče proto představuje jeden z nástrojů, jak tyto bariéry zmírňovat, podporovat rovnější přístup k péči a usnadňovat pacientům cestu fragmentovaným systémem zdravotních a návazných služeb (3, 4). Začlenění profesionálních navigátorů/koordinátorů do systému péče může mít měřitelný dopad na využívání doporučených zdravotních služeb. Metaanalýza randomizovaných studií (5) ukázala, že pacienti zařazení do navigačních intervencí měli ve srovnání s obvyklou péčí přibližně 2,5krát vyšší šanci absolvovat screeningové vyšetření a obdobně vyšší šanci zúčastnit se doporučené navazující péče či intervence, včetně rehabilitačních programů. Tento efekt je v literatuře vysvětlován mimo jiné tím, že navigace poskytuje pacientům cílenou informační, emoční a sociální podporu, která může posilovat jejich sebeúčinnost při využívání doporučené péče (5). Také souhrnný přehled systematických *reviews* v onkologii (6) ukazuje, že pacientská navigace zvyšuje účast ve screeningových programech a zkracuje čas od screeningu k diagnóze i od diagnózy k zahájení léčby. Novější důkazy zároveň naznačují příznivý vliv navigace na kvalitu života a spokojenost pacientů v období následné péče a možný dopad na snížení opakovaných hospitalizací či využívání nemocniční péče v aktivní fázi léčby a po jejím ukončení (6).

V tomto kontextu lze chápat současný vývoj v českém zdravotnictví jako postupné přibližování k modelům, které jsou v zahraničí rozvíjeny již od 90. let (1). Nejzřetelnější je tento posun zatím v onkologii, kde mají být od roku 2026 ve všech komplexních onkologických centrech zaváděni koordinátoři onkologické péče. Jejich úkolem je provázet pacienta diagnosticko-léčebným procesem, zajišťovat návaznost vyšetření, domlouvat termíny a propojovat praktické lékaře, specialisty a onkologická centra (7). Tato role tedy nepředstavuje pouze poskytování informací pacientovi, ale také aktivní organizační práci na rozhraní různých poskytovatelů, odborností a úrovní péče. Obdobný důraz na řízené směrování pacienta a návaznost služeb se objevuje také v dalších oblastech vysoce specializované péče (9). Tyto kroky naznačují, že navigace se v českém zdravotnictví začíná postupně institucionalizovat nejen jako individuální podpora pacienta, ale také jako nástroj řízení péče v situacích, kde je včasnost, návaznost a správné směrování pacienta klíčové (10).

Naše výsledky dále ukazují, že významná část orientace pacientů ve zdravotnickém systému probíhá mimo institucionální rámec, prostřednictvím rodiny, přátel a známých. Neformální síť v praxi doplňuje formální zdravotnické služby a může pacientům poskytovat podporu v situacích, kdy systém není dostatečně srozumitelný, dostupný nebo koordinačně provázaný. Rodina a přátelé mohou být pacienty vnímáni jako méně zaujatý zdroj informací než formální poskytovatelé péče, a proto hrají důležitou roli při rozhodování o dalším postupu.

Zvláštní význam mají v tomto ohledu osobní kontakty na zdravotnické profesionály. (8) Využívání rodinných příslušníků a známých pracujících ve zdravotnictví není pouze individuální strategií pacienta, ale také mechanismem, prostřednictvím něhož se sociální kapitál převádí do lepší orientace v systému. Pacienti, kteří mají ve svém okolí zdravotníky nebo osoby dobře obeznámené s fungováním zdravotnictví, mohou získávat praktické znalosti o postupech, dostupných službách i neformálních cestách systémem. Willis et al. (8) tento typ podpory popisují jako *assumed system knowledge*, tedy znalost systému zprostředkovanou privilegovanými sociálními sítěmi. Taková pomoc může usnadnit výběr poskytovatele, urychlit rozhodování nebo zvýšit pocit kontroly nad péčí, zároveň však není rovnoměrně dostupná všem pacientům.

Z hlediska veřejného zdravotnictví je proto neformální navigace ambivalentní. Na jedné straně představuje důležitý praktický zdroj podpory, který pacientům pomáhá zvládat složitost systému a doplňuje omezenou formální koordinaci péče. Na straně druhé může přispívat k reprodukci nerovností v přístupu k péči, protože výhodu získávají pacienti s vyšším sociálním kapitálem a kontakty na osoby „uvnitř“ systému. (8) Lidé se na své blízké obracejí, aby si ověřili závažnost

proLékaře.cz | 23.11.2026



problému, zvážili potřebu formální péče nebo získali doporučení dalšího postupu. Pokud je rodinný příslušník nebo přítel lékařem či jiným zdravotnickým pracovníkem, stává se žádost o radu součástí této neformální cesty k péči (11). Z pohledu zdravotnických profesionálů však takové neformální konzultace mohou být eticky i právně komplikované, protože se často odehrávají mimo standardní rámec péče a odpovědnosti (11).

Vedle formálních zdravotnických profesionálů a neformálních sociálních sítí představují digitální zdroje další významnou oblast navigace ve zdravotnickém systému. Naše výsledky však ukazují, že jejich využívání není rovnoměrné, ale výrazně se liší podle věku a vzdělání. Digitální nástroje mohou pacientům usnadňovat vyhledávání informací, komunikaci s poskytovateli, objednávání péče, sledování vlastního zdravotního stavu i orientaci v dostupných službách.

Nově se v této oblasti otevírá také prostor pro využití umělé inteligence, zejména při třídění informací, personalizaci podpory nebo usnadnění rozhodování o dalším postupu (12). U nástrojů postavených na velkých jazykových modelech (LLM) uživatelé oceňují především jejich schopnost vést přirozenou konverzaci a poskytovat přímé odpovědi, což snižuje jejich kognitivní zátěž oproti tradičním vyhledávačům (13). Na druhé straně Chen et al. (14) upozorňují, že bariéry pacientů často nejsou pouze informační, ale také komunikační, sociální, emoční a organizační, a právě v těchto situacích samotné digitální řešení nemusí postačovat. Z těchto důvodů mohou technologie pomoci především tam, kde doplňují lidskou podporu, nikoli tam, kde ji zcela nahrazují (14).

Digitalizace může být významným zdrojem flexibility a dostupnosti, ale pouze pro pacienty, kteří splňují určité předpoklady: mají odpovídající technické vybavení, stabilní připojení, digitální a jazykové kompetence, fyzické a kognitivní schopnosti, motivaci, pocit bezpečí a případně také podporu blízkých osob. Schopnost efektivně využívat digitální cesty k péči se tak stává klíčovým determinantem včasnosti ošetření, kdy digitálně zdatní pacienti dokáží efektivněji vyhledávat volné termíny, porovnávat poskytovatele, využívat on-line objednávání, portály pacientů nebo telekonzultace (15).

Pokud však tyto podmínky chybí, mohou se digitální služby stát další bariérou a zdrojem vyloučení, zejména pro starší osoby, pacienty s nižším vzděláním, omezenými finančními zdroji, jazykovými bariérami nebo nízkou digitální gramotností (15, 16). V tomto kontextu literatura hovoří o „neviditelných zdech“, na které narážejí pacienti s fyzickým či kognitivním znevýhodněním (např. po cévní mozkové příhodě), pro které může být i prosté přihlášení do systému vyčerpávajícím úkolem (16). Právě pro tyto skupiny představují sociální zdroje v podobě rodiny či přátel nezbytné „digitální záchranné lano“, bez kterého by zůstali mimo systém (16).

Digitální navigace proto může současně snižovat i reprodukovat nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči. Navigace v digitálním prostředí totiž není pouze technickou dovedností, ale formou „neviditelné práce“, kterou systém přenáší na bedra pacientů a jejich blízkých (17). Pokud systém vyžaduje digitální interakci jako výchozí bod, hrozí, že se z digitální gramotnosti stane nová forma negramotnosti, která prohlubuje propast mezi sociálními skupinami (15). Z hlediska veřejného zdravotnictví je proto důležité rozvést digitální nástroje jako součást širší navigační infrastruktury, která kombinuje on-line informace, dostupnou lidskou podporu a zvláštní pozornost skupinám pacientů ohroženým digitálním vyloučením. Úspěšná digitální transformace vyžaduje vícekanálový přístup, kde digitální nástroje zvyšují efektivitu pro většinu populace, ale analogové cesty zůstávají zachovány jako pojistka pro zachování rovnosti v přístupu (15).

## ZÁVĚR

Výsledky studie ukazují, že orientace pacientů ve zdravotnickém systému v Česku je výrazně závislá na zdravotnických profesionálech, především praktických lékařích, ale současně je významně doplňována neformálními sociálními vazbami a digitálními zdroji. Tyto zdroje však nejsou dostupné ani využívané rovnoměrně, což může přispívat k rozdílům v reálné schopnosti pacientů získat včasnou a návaznou péči.

Z hlediska organizace zdravotnického systému je proto žádoucí posilovat formální navigační a koordinační kapacity, zejména v primární péči, rozšířit zapojení dalších členů zdravotnického a sociálně-zdravotního týmu a rozvíjet koordinátory péče pro pacienty s komplexními nebo časově citlivými potřebami. Digitální nástroje by měly být začleněny do širší navigační infrastruktury, která zachová dostupnou lidskou podporu pro osoby ohrožené digitálním nebo sociálním vyloučením.

Další výzkum by měl hodnotit účinnost konkrétních modelů navigace v českém prostředí a jejich dopad na dostupnost, kontinuitu, kvalitu a efektivitu péče.

**Poděkování**

*Tato práce vznikla v rámci projektu NPO „Národní institut pro výzkum socioekonomických dopadů nemocí a systémových rizik“ č. LX22NPO5101, financovaného Evropskou unií – Next Generation EU (MŠMT, NPO: EXCELES).*

**Seznam použitých zkratek**

| | |
|---|---|
| **AI** | umělá inteligence |
| **EU** | Evropská unie |
| **LLM** | velký jazykový model (*large language model*) |
| **MŠMT** | Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR |
| **NPO** | Národní plán obnovy |
| **SPSS** | *Statistical Package for the Social Sciences* (statistický software pro analýzu dat) |
| **VOŠ** | vyšší odborná škola |

## Literatura

***1.*** **Carter N, Valaitis RK, Lam A et al.** Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 96.

***2.*** **Griese L, Berens EM, Nowak P et al.** Challenges in navigating the health care system: development of an instrument measuring navigation health literacy. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 5731.

***3.*** **Budde H, Williams GA, Scarpetti G et al.** What are patient navigators and how can they improve integration of care? Policy Brief, No. 44. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2022. Dostupné na: *https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e089c8d2-26a4-48ac--a63f-cd1354fa8fde/content*

***4.*** **Teggart K, Neil-Sztramko SE, Nadarajah A et al.** Effectiveness of system navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2023; 23: 450.

***5.*** **Ali-Faisal SF, Colella TJF, Medina-Jaudes N, Benz Scott L.** The effectiveness of patient navigation to improve healthcare utilization outcomes: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2017; 100: 436–448.

proLékaře.cz | 23.11.2026



***6.*** **Chan RJ, Milch VE, Crawford-Williams F et al.** Patient navigation across the cancer care continuum: an overview of systematic reviews and emerging literature. *CA Cancer J Clin* 2023; 73: 565–589.
***7.*** Koordinátor onkologické péče: klíčová změna, která zrychlí léčbu a může zachránit stovky životů. *Ministerstvo zdravotnictví ČR*, Praha, 2026. Dostupné na: *https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/koordinator-onkologicke-pece--klicova-zmena-ktera-zrychli-lecbu-a-muze-zachranit-stovky-zivotu*
***8.*** **Willis K, Collyer F, Lewis S et al.** Knowledge matters: producing and using knowledge to navigate healthcare systems. *Health Sociol Rev* 2016; 25: 202–216.
***9.*** Metodický pokyn péče o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou 2026. *Věstník MZ ČR* 2026; 2: 3–39.
***10.*** **Koubová M.** Vybojují týdny, které mohou znamenat rozdíl mezi životem a smrtí. Kdo jsou koordinátoři péče? *Zdravotnický deník*, 27. 5. 2026.
***11.*** **Giroldi E, Freeth R, Hanssen M et al.** Family physicians managing medical requests from family and friends. *Ann Fam Med* 2018; 16: 45–51.
***12.*** **White BM, Aitken GL, Zink JA et al.** Empathic AI for patient-centered cancer care: a scoping review of patient navigation, support, and clinical practice. *JMIR Cancer* 2026; 12: e82336.
***13.*** **Yun HS, Bickmore T.** Online health information-seeking in the era of large language models: cross-sectional web-based survey study. *J Med Internet Res* 2025; 27: e68560.
***14.*** **Chen F, Lan T, Liang J, Zhang R.** Toward bridging gaps in patient navigation: A study on the adoption of artificial intelligence technologies. *Med Adv* 2024; 2: 274–283.
***15.*** **Memmel E, Kerschbaumer L.** Digital navigation as an access barrier: waiting times, equity, and universal health coverage in a digitalizing health system. *Front Public Health* 2026; 14: 1810870.
***16.*** **Gybel Jensen C, Gybel Jensen F, Loft MI.** Patients' experiences with digitalization in the health care system: qualitative interview study. *J Med Internet Res* 2024; 26: e47278.
***17.*** **Gui X, Chen Y, Pine KH.** Navigating the healthcare service "black box": individual competence and fragmented system. *Proc ACM Hum Comput Interact* 2018; 2 (CSCW): 61.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.**
Ústav veřejného zdravotnictví
a medicínského práva 1. LF UK
Karlovo nám. 40, 120 00 Praha 2
Tel.: 224 963 275
e-mail: karolina.dobiasova@fsv.cuni.cz

proLékaře.cz
největší informační zdroj pro lékaře

Přináší současné poznatky z medicíny
a celoživotní vzdělávání

- Kreditované on-line kurzy ČLK a SLK
- Více než 60 vědeckých časopisů včetně archivu
- Specializované tematické zpravodaje
  **– žádné informace Vám neuniknou!**

www.prolekare.cz/registrace

**REGISTRACE ZDARMA**