Lékařská fakulta
Univerzity Palackého
v Olomouci

Ústav veřejného
zdravotnictví

# Okruhy ke státní rigorózní zkoušce
# Organizace zdravotnictví – 5. ročník všeobecný směr
# 2025/2026

---

1. Veřejné finance, zdroje financování zdravotnických systémů a výdaje na zdravotnictví v ČR
2. Náklady ve zdravotnictví, úhradové mechanismy poskytovatelům zdravotnické péče
3. Pojistné, práva a povinnosti plátců pojistného, práva a povinnosti pojištěnce a principy zdravotního pojištění
4. Všeobecná zdravotní pojišťovna, resortní, oborové a další zdravotní pojišťovny podmínky poskytování hrazených služeb – zákonná úprava
5. Zdravotnické instituce – členění zdravotnických služeb podle zřizovatele, posloupnosti kontaktů
6. Druhy a formy zdravotní péče podle zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
7. Kvalita zdravotní péče a její hodnocení
8. Odborná stanoviska, doporučené postupy a operativní doporučení v medicíně, ČLS JEP, Národní institut kvality a excelence ve zdravotnictví (NIKEZ)
9. Získávání způsobilosti k výkonu lékaře a nelékařských zdravotnických povolání
10. MKN, MKF, krátkodobá a dlouhodobá porucha zdraví, dávky z nemocenského pojištění
11. Evropské a národní strategie v péči o zdraví, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, zdravotní péče o migranty
12. Společenské determinanty zdraví, nerovnosti ve zdraví a metody jejich měření, důsledky nemoci pro společnost
13. Podmínky poskytování zdravotních služeb, dostupnost zdravotních služeb, Národní zdravotnický informační systém, zdravotní registry
14. Stárnutí populace, geriatrické syndromy, týrání seniorů, organizace zdravotnické geriatrické péče (následná a dlouhodobá péče), komunitní péče o seniory v ČR
15. ČČK, práva a povinnosti zdravotnického pracovníka z mezinárodního humanitárního práva

Olomouc, 2025-09-12

prof. MUDr. Dagmar Horáková, Ph.D.
přednostka Ústavu veřejného zdravotnictví
Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

**prof. MUDr. Dagmar Horáková, Ph.D., přednostka Ústavu veřejného zdravotnictví**
Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 660, 2 702
dagmar.horakova@upol.cz | www.lf.upol.cz

**Státnicové otázky VŠEO 2023/2024**

## 1. Veřejné finance, zdroje financování zdravotnických systémů a výdaje na zdravotnictví v ČR

Veřejné finance se zabývají finančními vztahy mezi organizacemi vládních institucí a ostatními subjekty (firmy, domácnosti, nestátní neziskové organizace - NNO). Veřejné finance plní několik funkcí (alokační, stabilizační, přerozdělovací) a pro naplnění těchto funkcí vzniká fiskální systém, který je tvořený soustavou veřejných rozpočtů a koloběhem finančních prostředků.

1) **Alokační funkce** – snaha zvýšit ekonomickou efektivnost a „obecné blaho" (vazba na utilitariánskou filozofii) prostřednictvím státních zásahů na mikroekonomické úrovni. Eliminace či změkčení dopadů tržních selhání, např. externalit, nedokonalá konkurence apod. V oblasti zdravotnictví stát např. poskytuje dotace pro výstavbu nemocnic, hradí pojištění za ekonomicky neaktivní osoby (děti, důchodci, …)
2) **Stabilizační funkce** – Snaha snížit výkyvy ekonomického cyklu, v recesi zvýšit výdaje státního rozpočtu a prostřednictvím schodků udržet ekonomiku v chodu. V konjuktuře snížit výdaje státního rozpočtu (přebytek státního rozpočtu) a šetřit či vytvářet rezervy na dobu recese. V oblasti zdravotnictví je stabilizační funkce také relevantní – zdravotní péči lidé potřebují bez ohledu na ekonomickou situaci.
3) **Přerozdělovací funkce** – příjmy, důchody a majetky ve společnosti jsou rozděleny nerovnoměrně. Společenská dohoda / představa preferuje více rovnoměrné rozdělení resp. preferuje zabránit chudobě a s ní spjatými negativními jevy. Přerozdělování tedy odebírá bohatým a přispívá chudým, nejčastěji prostřednictvím zdanění (bohatých, majetných) a transferových plateb (starobní a jiné důchody, dávky, příspěvky). V oblasti zdravotnictví např. bohatí platí vyšší zdravotní pojistné oproti chudým, mladší starším, zdraví nemocným.

Pokud mají být finance dlouhodobě **udržitelné** a nemá nastat státní bankrot, je důležitá dlouhodobá rovnováha mezi příjmy a výdaji veřejných rozpočtů. Krátkodobě tato rovnováha být dodržena nemusí, viz stabilizační funkce. Příkladem nerovnováhy je schodkové (deficitní) financování, kdy výdaje SR jsou vyšší než příjmy. Protože ale nelze vydávat finance, které nejsou, rozdíl (deficit) je pokryt dluhem, stát si půjčí. Formálně je tak hospodaření vždy vyrovnané – nedostatek je vyrovnán dluhem, přebytek je přesunut do rezerv. Opakované deficitní financování vede k růstu dluhu, což zvyšuje náklady na financování dluhu (úroky). Náklady na financování dluhu jsou mandatorní (zákonně povinný výdaj) a stát má tedy omezené prostředky na jiné výdaje (včetně zdravotnictví).

Veřejné rozpočty / soustava veřejných rozpočtů obsahuje státní rozpočet, rozpočty územních samospráv, **rozpočty zdravotních pojišťoven**, rozpočty veřejných vysokých škol, rozpočty příspěvkových organizací atd. . Instituce prostřednictvím těchto rozpočtů realizují politiku v různých oblastech – zdravotnictví, obrana, vzdělávání, sociální politika, … .K dosažení těchto cílů slouží rozpočtová a fiskální politika, tedy získání dostatečných příjmů, realizace (rozpočtovaných) výdajů, stabilizační, alokační a redistribuční (přerozdělovací) funkce.

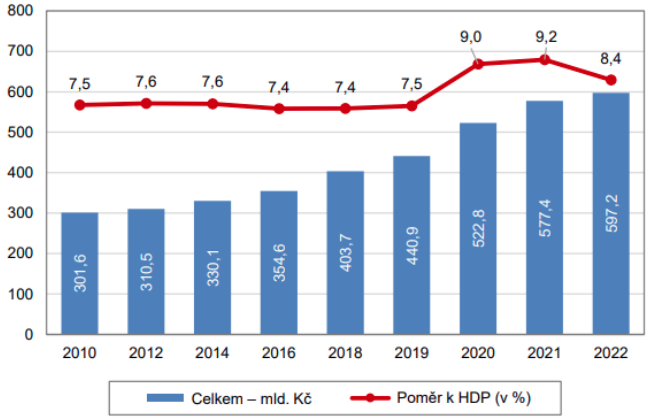
Výdaje na zdravotní péči

Zpracování údajů je časově náročné, aktuální ověřená data jsou z roku 2022, kdy celkové výdaje na zdravotní péči činily 597,2 mld. Kč. Z toho zdravotní pojišťovny financovaly 426,6 mld., státní rozpočet 70,7 mld. Krajské a obecní rozpočty 10,1 mld., domácnosti 85,3 mld a zbytek 4,4 mld. Byly soukromé zdroje (neziskové organizace, dobrovolné zdr. pojištění atd.) Odhad pro rok 2023 je 627 mld. Kč. Výdaje

má smysl sledovat v absolutní výši (obvykle v miliardách Kč) i v relativní výši, jako podíl na HDP. Relativní sledování umožňuje mezinárodní srovnávání či srovnávání v čase.

**Graf č. 1.1. Výdaje[1] na zdravotní péči v Česku – základní ukazatele, 2010–2022**

***a) absolutně v mld. Kč a jako % HDP***




Zdroje financování zdravotnických systémů a principy zdravotního pojištění

Zdravotnictví může být (ze systémového pohledu) organizováno různě. Systémy se od sebe liší zpravidla tím, jak jsou **regulovány** (kdo vytváří pravidla a kdo jsou aktéři), jako jsou **financovány** (jakým způsobem se získávají zdroje, jak se přerozdělují, jak je hrazena péče) kdo **poskytuje péči** (zapojení státu, soukromých ziskových a neziskových institucí) atd.

Historicky rozlišujeme **Semaškův systém** (centralistický), **Beveridgeův systém** (národní zdravotní služba), **Bismarckův systém** (povinné zdravotní pojištění) a **Liberalistický systém** (tržní pojetí zdravotní péče). V současnosti existující reálné systémy jeví větší či menší hybridizaci mezi výše uvedenými (např. povinné zdravotní pojištění s možností platby za nadstandard a tržních vztahů u specializovaných lékařů – typicky zubařů).

Současná tendence směřuje k určité **hybridizaci**, reálné systémy dominantně jeví prvky některého z výše uvedených systémů, ale obsahuje také prvky dalších systémů (např. povinné pojištění + možnost soukromého připojištění).

V ČR je systém **všeobecného zdravotního pojištění** založený na principech

- solidarita,
- jasné vymezení kompetencí, práv a povinností,
- svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení,
- svobodná volba zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění,
- stejná dostupnost poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce,
- transparentní nakládání s veřejnými prostředky,
- ekonomická rovnováha mezi příjmy a výdaji.

Systém veřejného zdravotního pojištění je založen na solidaritě pracujících s nepracujícími (za nepracující platí stát, pracující si platí sami), bohatých s chudými (bohatší platí více než chudší), zdravých s nemocnými (nemocní čerpají více než zdraví).
Ze zákona musí být v České republice povinně zdravotně pojištěna každá osoba, která má na území ČR trvalý pobyt (bez ohledu na státní občanství této osoby). Existují tři typy plátců pojistného – zaměstnavatel, stát, pojištěnec (OSVČ, zaměstnanec, osoba bez zdanitelných příjmů). Stát je plátcem pojistného na zdravotní pojištění u nezaopatřených osob, poživatelů důchodů, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené atd. (cca 50 % pojištěnců je státních!)

Zdroje:

https://www.rozpoctovarada.cz/o-verejnych-financich/vse-o-verejnych-financich/

https://csu.gov.cz/docs/107508/8074d664-558d-da96-02e2-602e48b55de2/26000524k1.pdf?version=1.0

https://www.mfcr.cz/assets/cs/media/2023-03-28_Statni-rozpocet-2023-v-kostce_v02.pdf

MERTL, Jan. *Financování zdravotnických systémů: v kontextu české zdravotní politiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2022, 263 s. ISBN 978-80-7676-505-4.

BARTÁK, Miroslav. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 335 s. ISBN 978-80-7357-984-5.

**Státnicové otázky VŠEO 2023/2024**

**2. Náklady ve zdravotnictví, úhradové mechanismy poskytovatelům zdravotnické péče.**

**Náklad je snížení ekonomického prospěchu, během účetního období, který se projeví snížením Vlastního Kapitálu**. Tento pohled na náklady je pohledem vlastníka – majitele, ve zdravotnictví tuto roli má buď majitel (soukromá ZZ) nebo zřizovatel (státní, obecní, krajská ZZ apod). Náklad v tomto pohledu znamená, že majitel chudne. Existuje i jiný tzv. manažerský pohled na náklad, náklad je účelné (přiměřené, hospodárné, racionální) a účelové (vynaložené za určitým účelem) vynaložení ekonomického zdroje. Tento pohled je relevantní pro manažery firem / institucí, např. ředitelé nemocnic.

Náklady lze dále členit a strukturovat podle různých hledisek. Každé hledisko je užitečné pro řešení jiných rozhodovacích úloh.

1) **Druhové členění nákladů** – základní otázkou je „Co bylo spotřebováno?“ Příkladem mohou být mzdové náklady, spotřeba materiálu či spotřeba služeb. Toto členění je výhodné např. pro zásobování – víme co spotřebováváme a co je tedy nutné doplnit. Nevýhodou je, že zpravidla nepodávají dobrou informaci o tom, PROČ je náklad spotřebováván, a proto nejsou vhodné pro řízení nákladů.
2) Pro řízení nákladů (jejich optimalizace, snižování, rozhodování o důležitosti apod.) se využívá celá řada členění nákladů, které dává odpověď na otázku „**Proč je náklad spotřebován**?“ či **„Co se stane když …?“** a **„Co by se stalo, kdyby …?“**. V tomto členění rozlišujeme například
    a. **Náklady technologické x na obsluhu a řízení**. Tyto náklady rozlišujeme dle vztahu k operaci, aktivitě či činnosti, kterou zdravotnické zařízení / instituce vykonává. Náklady technologické jsou bezprostředně vyvolány technologií (klinickým postupem) provádění výkonu (poskytování zdravotní péče). Příkladem tohoto nákladu je spotřeba očkovací látky při vakcinaci, mzda sestry instrumentářky při prováděné operaci, pronájem operačního systému DaVinci apod. U těchto nákladů je velmi obtížná vyhnutelnost a ovlivnitelnost, při stávající technologii (postupech). Dokud se nezmění (klinický) postup, zůstávají neměnné i náklady. Naproti tomu náklady na obsluhu a řízení slouží k vytvoření, udržení a zajištění podmínek racionálního průběhu činnosti (aktivity) a jsou tak vyvolány spíše manažerským rozhodnutím (zda bude mít FN 5 či 6 náměstků, výdaje na reklamu, vzdělávání nad rámec povinného apod.) Tyto náklady jsou mnohem více ovlivnitelné a vyhnutelné, jejich význam se ovšem projevuje zejména v dlouhém období.

    b. **Variabilní náklady x fixní náklady** – rozděluje náklady podle vztahu k objemu poskytnutých výkonů. Fixní náklady jsou nezávislé na obejmu výkonů (např. měsíční nájem laboratoře pro testování COVID19 je stále stejný, bez ohledu na počet provedených testů), variabilní náklady jsou ve vztahu k objemu proměnlivé, obvykle přímo úměrné (nap. měsíční náklady na testovací sady pro testování COVID19 jsou tím vyšší, čím více testů je provedeno). Toto členění nákladů umožňuje plánovat a rozpočtovat náklady při různých objemech výkonů a také umožňuje analyzovat různé alternativy vývoje (sezónní epidemie, nárůst obezity apod).
    c. **Náklady relevantní x náklady irelevantní** – rozděluje náklady na ty, které jsou relevantní pro danou rozhodovací úlohu (a budou daným rozhodnutím ovlivněny) a na ty, které jsou pro danou rozhodovací úlohu irelevantní (nebudou rozhodnutím ovlivněny a nemusí proto být zohledněny).

**Výdaje ve zdravotnictví celkem dosahovaly v roce 2022 téměř 600 mld. (597 mld.)** a tvořily cca 8,5% HDP, v přepočtu na jednoho obyvatele činí cca 55,5 tis. Kč. Přibližně 71 % jsou výdaje zdravotních pojišťoven, 13,5% jsou výdaje veřejných rozpočtů a 14,3 % jsou přímé výdaje domácností. Zbytek je hrazeno soukromým pojištěním, neziskovými organizacemi a závodní preventivní péčí.
Zdravotní pojišťovny hradí zdravotní péči na základě různých mechanismů. V ČR jsou používány mechanismy kapitace, platba za výkon, platba za ošetřovací den, paušální platba, DRG systém. Každý mechanismus má určité výhody a nevýhody, je možnost jej zneužít, a proto je třeba systém regulovat a kontrolovat.

1) **Kapitace** – od lat. Capita – hlava, zde je platba odvozena od počtu pacientů (obvykle zaregistrovaných). Jedná se o fixní platbu (je hrazena bez ohledu na to, zda byla či nebyla v daném období poskytnuta zdravotní péče), v ČR využívány typicky pro praktické lékaře pro dospělé a pro děti a dorost. Logika takové platby je, že vytváří kapacitu pro každého registrovaného aby – až bude potřebovat – měl odpovídající péči. Základní kapitační platba je pro rok 2025 74 Kč za osobu a měsíc. Tato platba je dále modifikována dle věku pacienta (nejmladší pacienti ve věku 0-4 let a nejstarší pacienti ve věku 85+ jsou přibližně 4 x resp. 3 x "dražší")
2) **Platba za výkon** – nejčastější mechanismus. Každý zdravotnický výkon (seznam zdravotních výkonů je vydáván MZČR) je ohodnocen body. Hodnota bodu (kolik Kč představuje jeden bod) se pravidelně aktualizuje vyhláškou. Seznam se mění na základě vývoje poznání, nových přístrojů atd. Např. Komplexní vyšetření praktickým lékařem odpovídá v roce 2025 hodnotě 1 095 bodů, pokud je hodnota bodu cca 1,2 Kč, je tento výkon ohodnocen částkou 1 314,- Kč. (https://szv.mzcr.cz/Vykon?cols=Odbornost%2CCisloVykonu%2CNazevVykonu%2CKategorie%2CTypVykonu%2CDobaTrvani%2COmezeniMistem%2COmezeniFrekvenci%2CPrimeNaklady%2COsobni%2CBodyRezijni%2CBodyCelkem%2CRevize%2CDetail)
3) **Platba za ošetřovací den** – je princip využívaný u lůžkové péče. Jednotkou je jeden ošetřovací den a je dále diferencovaná dle typu pacienta, závažnosti jeho stavu, nutnosti ošetřovatelské či lékařské péče (jeden ošetřovací den na neonatální resuscitační péči je dražší než jeden ošetřovací den na lůžkách rehabilitačních odborných léčebných ústavů.
4) **Globální paušály** - platba je prováděna za komplex výkonů, smyslem je zjednodušit úhrady. Tento způsob vede k omezení zbytečných úkonů, ovšem příliš nemotivuje ke zlepšování, v současnosti je odklon od tohoto způsobu. Např. pro pracoviště e statutem vysoce specializované tramuatologické péče pro dospělé je paušál 105 000 000 Kč / rok.
5) **DRG –Diagnosis Related Group**, úhrada je založena na předpokladu podobnosti nákladů za léčbu pacientů s identickými či podobnými diagnózami a tedy identickými či podobnými nároky na léčbu. Nemocnice tak má motivaci na hospodárné chování - dostává průměrné propočtené (očekávané) náklady a pokud dokáže poskytnout péči levněji, je to výhodné. Současně ovšem nesmí snížit kvalitu poskytované péče, tedy je nutná regulace a kontrola.

Mix mechanismů si obvykle klade za cíl vynakládat zdroje efektivně, účinně a hospodárně, tak aby byla zajištěna kvalita, dostupnost a ekonomická udržitelnost péče.

Zdroje:

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
CAITHAMLOVÁ, Martina. *Řízení nákladů ve zdravotnictví*. V Praze: České vysoké učení technické, 2021, 126 s. ISBN 978-80-01-06833-5.
https://szv.mzcr.cz/Vykon?cols=Odbornost%2CCisloVykonu%2CNazevVykonu%2CKategorie%2CDobaTrvani%2COmezeniMistem%2COmezeniFrekvenci%2CPrimeNaklady%2COsobni%2CBodyRezijni%2CBodyCelkem%2CRevize%2CDetail
https://www.mzcr.cz/uhradova-vyhlaska-2023/

# Státnicové otázky VŠEO 2023/2024

## 3. Pojistné, práva a povinnosti plátců pojistného, práva a povinnosti pojištěnce a principy zdravotního pojištění

**Veřejné zdravotní pojištění**

Řídí se zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

Tento zákon upravuje:
a) veřejné zdravotní pojištění.
b) rozsah a podmínky, za nichž jsou na základě tohoto zákona ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby.
c) způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění.
d) způsob stanovení úhrad zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz hrazených ze zdravotního pojištění.

Zdravotní pojištění slouží k úhradě zdravotní péče.

Systém zdravotního pojištění v ČR má dvě základní formy:
1. **Povinné veřejné zdravotní pojištění** (osoby s trvalým pobytem, i cizinci).
2. **Dobrovolné komerční pojištění** – smluvní pojištění.

Plátci pojistného (povinné veřejné zdravotní pojištění):
**Pojištěnci** – zaměstnanci (1/3 pojistného hradí prostřednictvím svého zaměstnavatele), OSVČ, OBZP.

**Zaměstnavatelé** odvádějí pojistné za své zaměstnance (2/3 pojistného).

**Stát** hradí pojistné za vyjmenované skupiny pojištěnců (nezaopatřené děti, poživatelé důchodů atd.).

Výše pojistného a způsob jeho placení jsou stanoveny zákonem č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Pojistné činí vždy 13,5 % se zákonem stanoveného vyměřovacího základu.

**Práva a povinnosti plátců pojistného:**
Upravuje ustanovení § 10 až § 10a zákona č. 48/1997 Sb.
- zaměstnavatel je povinen nejpozději do osmi dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje, provést u příslušné zdravotní pojišťovny oznámení změn (např. nástup do zaměstnání, změna zdrav. poj.),
- zaměstnanec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně skutečnosti stanovené zákonem neprodleně, zjistí-li, že jeho zaměstnavatel tuto povinnost nesplnil,
- pojištěnec, který je osobou samostatně výdělečně činnou, je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti nejpozději do osmi dnů ode dne, kdy tuto činnost zahájil nebo ukončil,
- pojištěnec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do osmi dnů skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit za něj pojistné. Za osoby zaměstnané plní tuto povinnost zaměstnavatel,
- narození pojištěnce je jeho zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník povinen oznámit do osmi dnů ode dne narození zdravotní pojišťovně, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození.

**Práva a povinnosti pojištěnce:**
Upravuje ustanovení § 11 až § 12 zákona č. 48/1997 Sb.
Pojištěnec má právo:
• na výběr zdravotní pojišťovny, na výběr poskytovatele zdravotních služeb a na výběr zdravotnického zařízení, na časovou a místní dostupnost hrazených služeb poskytovaných smluvními poskytovateli příslušné zdravotní pojišťovny, na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem apod.
• Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí.

Pojištěnec je povinen:
• sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn, hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí apod.

Základními principy veřejného zdravotního pojištění jsou:
- solidarita,
- jasné vymezení kompetencí, práv a povinností,
- svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení,
- svobodná volba zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění,
- stejná dostupnost poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce,
- transparentní nakládání s veřejnými prostředky,
- ekonomická rovnováha mezi příjmy a výdaji.

Systém veřejného zdravotního pojištění je založen na solidaritě:
- pracujících s nepracujícími (za nepracující platí stát, pracující si platí sami),
- bohatých s chudými (bohatší platí více než chudší),
- zdravých s nemocnými (nemocní čerpají více než zdraví).

Základními **zákony** systému veřejného zdravotního pojištění jsou tedy zejména:
- *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*
- *Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů*
- *Zákon č. 551/1994 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách* (viz také otázka č. 5. Všeobecná zdravotní pojišťovna, resortní, oborové a další zdravotní pojišťovny – zákonná úprava*).*

Důležité **vyhlášky:**

- *Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*
- *Vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.*

**Doporučená literatura:**

BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví - Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví.* Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění.

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění.

# Státnicové otázky VŠEO 2023/2024

## 4. Všeobecná zdravotní pojišťovna, resortní, oborové a další zdravotní pojišťovny podmínky poskytování hrazených služeb – zákonná úprava

Zdravotní pojišťovny jsou právnické osoby, jejichž zřízení nebo vznik upravuje zákon:

1. **Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,**
2. **Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.**

V současné době je v ČR 7 zdravotních pojišťoven:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,

a dále 6 zaměstnaneckých pojišťoven:

- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky,
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky,
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů zdravotních služeb, se kterými uzavřely na základě výběrového řízení smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče (stane se tzv. smluvním poskytovatelem zdravotních služeb). Smlouvy se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče. Ve lhůtách, které jsou uvedeny v těchto smlouvách, jsou pak pojišťovny povinny uhradit zdravotnickým zařízením poskytnutou zdravotní péči. Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů ČR.

**Zdravotní pojišťovny hradí poskytovatelům zdravotní péči v následujícím rozsahu:**

- léčebnou ústavní péči a ambulantní péči,
- pohotovostní a záchrannou službu,
- preventivní péči,
- poskytování léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,
- potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,
- závodní preventivní péči apod.

**Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky**

- zřízena zákonem č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky k datu 1. ledna 1992 -> sídlo v Praze (cca 190 poboček) – největší zdravotní pojišťovna v ČR (cca 6 mil. klientů),
- pojišťovna s největším podílem státních pojištěnců.
- zákon upravuje – hospodaření pojišťovny, organizační strukturu, orgány pojišťovny, správní delikty, informační systém pojišťovny – jaké údaje shromažďuje apod.
- je právnickou osobou vystupující v právních vztazích svým jménem a nese majetkovou odpovědnost,
- provádí pojištění, pokud tato pojištění neprovádějí jiné pojišťovny (podnikové, oborové, rezortní),
- pojišťovna nemůže provádět nábor pojištěnců pomocí třetí osoby,
- příjmy – platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, příjmy plynoucí z přirážek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení účtované pojišťovnou, dary a ostatní příjmy, vlastní zdroje vytvořeny pojišťovnou, zdroje ze sankčních výstupu,
- výdaje – platby za pojištěnce, platby jiným pojišťovnám na základě smluv, náhrady za tzv. nedokladnou péči, kterou pojištěnec čerpá v cizině, částky za léčivé přípravky (za léčiva), služby,

které jsou realizovány v rámci EU atd.,
- zdravotně pojistný plán = rozpočet pojišťovny (podléhá auditu – ověření účetní uzávěrky) -> zpravidla vyrovnaný,
- za stanovených podmínek rozpočet i schodkový nebo přebytkový,
- pojišťovna ze zákona vytváří a spravuje tyto fondy (základní, rezervní, provozní, sociální, fond majetku, fond reprodukce majetku). Může vytvářet fond prevence,
- kontrolu nad hospodařením provádí stát – MZ v součinnosti s MF, Nejvyšší kontrolní úřad.

<u>organizační struktura pojišťovny</u>:
- ústředí,
- regionální pobočky – zpravidla pro vyšší územně samosprávný celek,
- další klientská pracoviště,
- v čele ředitel – statutární orgán – jmenován na 4 roky – může být odvolán.

<u>orgány pojišťovny:</u>
- správní rada,
- dozorčí rada.

**Zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách**
- neupravuje jejich zřízení, ale jejich vznik (rozdíl oproti zákonu č. 551/1991 Sb.),
- pojišťovny nazývány jako „zaměstnanecké pojišťovny“,
- k provádění veřejného pojištění je potřeba povolení (MZ po vyjádření MF),
- obecné předpisy o správním řízení,
- náležitosti žádosti, podmínky pro složení kauce, přičemž kauce je 100 mil. korun,
- dnem zápisu do rejstříku kauce přechází zpět na pojišťovnu,
- podmínky zániku (zrušení), popřípadě likvidace,
- hospodaření těchto pojišťoven a vytváření jednotlivých fondů (základní, rezervní, provozní, sociální, investičního majetku, reprodukce investičního majetku),
- organizační struktura a orgány + podmínky pro výkon funkcí v těchto orgánech (ředitel, správní rada, dozorčí rada),
- přestupky FO a PO.

Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí, tj. k 1. lednu, nebo k 1. červenci.

Při změně se uplatňuje tříměsíční čekací lhůta. Pro změnu k 1. červenci je třeba o přeregistraci požádat nejpozději 31. března, pro změnu k 1. lednu nejpozději 30. září.

**Doporučená literatura:**

Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění.

# Státnicové otázky VŠEO 2023/2024

## 5. Zdravotnické instituce - členění zdravotnických služeb podle zřizovatele, posloupnosti kontaktů

Klíčovým dělením zdravotnických zařízení je podle toho, kdo je zřizovatelem.

Zřizovatelem veřejného zdravotnického zařízení může být:
- Česká republika, jejímž jménem ho zřizuje její organizační složka;
- Kraj, obec (tj. územněsprávní celky);
- Právnická osoba;
- Fyzická osoba;
- Více zřizovatelů najednou.

ZZ zřizovaná státem
- Většina státních ZZ spadá do působnosti Ministerstva zdravotnictví ČR – příspěvkové organizace (fakultní nemocnice a léčebná zařízení poskytující také úzce specializovanou péči).

ZZ zřizovaná kraji a obcemi
- Zdravotnická zařízení zřízené krajem či obcí mohou mít formu příspěvkové organizace, nebo obchodních společností (s.r.o., a.s.).
- Nemocnice, léčebná centra, stacionáře a také jesle.

ZZ soukromá
- Ve vlastnictví fyzických či právnických osob;
- Jedná se zpravidla o ambulance, léčebná a ozdravná centra, nemocnice, stacionáře, přeprava nemocných apod.

**Zdravotnické služby dle posloupnosti kontaktu:**

**Primární zdravotní péče**
• Obvykle místem prvního kontaktu,
• Poskytuje základní a efektivní péči,
• Nejlevnější forma,

**Poskytovatelé primární péče:**
• Praktický lékař pro dospělé,
• Praktický lékař pro děti a dorost,
• Praktický zubní lékař,
• Ambulantní gynekolog.

**Významná role – prevencí, včasnou diagnostikou (depistáž), včasnou léčbou bez nutnosti posílat k nákladnějšímu vyšetření přispívají poskytovatelé primární péče ke snižování nákladů ve zdravotnictví.**

**Sekundární zdravotní péče:**
• **Komunitní** – ambulance,
• **Ústavní** – nemocnice,
• Poskytuje specializovanou odbornou péči,
• Pacienti jsou odesílání praktickými lékaři (lékaři primární péče).

**Terciární zdravotní péče:**
• Vysoce specializovaná a finanční nákladná péče (fakultní nemocnice, výzkumná centra),
• Vysoce odborné a komplexní diagnostické postupy.

**Doporučená literatura:**

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění.

Zákon č. 219/2000 Sb. o majetku České republiky, v platném znění.

Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, v platném znění.

# Státnicové otázky VŠEO 2023/2024

## 6. Druhy a forma zdravotní péče podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Druhy a formy zdravotní péče upravuje § 5 a § 6 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti

**Neodkladná péče**
- zamezuje nebo omezuje vznik náhlých stavů, které ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví,
- zajišťuje např. zdravotnická záchranná služba, nebo lékaři na urgentních příjmech.

**Akutní péče**
- odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika jeho vážného zhoršení.

**Nezbytná péče**
- vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně zamýšlel.

**Plánovaná péče**
- Jedná se např. o zdravotní výkony (operační zákroky, ošetření, vyšetření), jejichž termín si pacient dohodne s ošetřujícím lékařem. Tuto péči lze z časového hlediska považovat za odložitelnou.

Druhy zdravotní péče podle účelu poskytnutí

**Preventivní péče**
- včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu.

**Diagnostická péče**
- zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv.

**Dispenzární péče**
- aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu.

**Léčebná péče**
- příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu.

**Posudková péče**
Účelem **posudkové péče** je např. zjištění, zda nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách.

**Léčebně rehabilitační péče**
- maximální možné obnovení tělesných, kognitivních, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta.

**Ošetřovatelská péče**
- udržení, podpora a navrácení zdraví.

**Paliativní péče**

• zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí.

**Lékárenská péče** a **klinicko-farmaceutická péče**

Formy zdravotní péče

**Ambulantní péčí** - nevyžaduje se hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.

Ambulantní péče se poskytuje jako:

- **primární ambulantní péče** (registrující praktický lékař, zubní lékař, gynekolog),
- **specializovaná ambulantní péče**, která je poskytovaná v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče,
- **stacionární péče** – zdravotní péče poskytovaná pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.

**Jednodenní péče**

• zdravotní péče, při jejímž poskytnutí se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin.

**Lůžková péče**

• zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně.

Rozlišujeme následující typy lůžkové péče:

- **akutní intenzivní** - náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí,
- **akutní standardní** - poskytována pacientovi buď s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci,
- **následná** - poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení,
- **dlouhodobá** - poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetřovatelské péče se zhoršuje.

**Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta**

• návštěvní služba nebo domácí péče.

**Doporučená literatura:**

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění.

# Státnicové otázky VŠEO 2023/2024

## 7. Kvalita zdravotní péče a její hodnocení

**<u>QMS Quality Management system:</u>** ve zdravotnictví je systém spravující kvalitu, který je navržen k zajištění a udržení vysoké úrovně kvality v poskytování zdravotní péče. Tento systém integruje procesy, postupy a zodpovědnosti, aby organizace v oblasti zdravotnictví mohly naplnit očekávání pacientů (kvalita očima pacienta) a zároveň dodržovat legislativní a etické normy a předpisy.

Hlavní prvky QMS ve zdravotnictví zahrnují:

1. Politika kvality stanovuje cíle a záměry organizace v oblasti poskytování kvalitní zdravotní péče. Definuje závazek k dodržování normativních požadavků a zlepšování kvality.
2. Standardizace postupů a procesů, které ovlivňují kvalitu péče od diagnostiky po léčbu a sledování. Včetně postupů pro identifikaci pacientů, hodnocení a kontrolu rizik v poskytování péče.
3. Zodpovědnost a role. Stanovení zodpovědnosti jednotlivých pracovníků a týmů za dosahování cílů kvality. Určuje role a odpovědnosti v rámci vedení a mezi členy zdravotnického týmu.
4. Nastavení systému sledování a hodnocení kvality, implementuje mechanismy pro sledování výkonu v oblasti kvality a bezpečnosti péče.
5. Provádí pravidelné hodnocení a revize QMS k zajištění jeho účinnosti a přizpůsobení se změnám.
6. Nastavuje systém vzdělávání a školení, poskytuje programy vzdělávání a školení pro zaměstnance, aby byli schopni plnit své role v souladu s cíli QMS. Zajišťuje udržitelný rozvoj dovedností a znalostí v oblasti bezpečnosti a kvality péče.

Kvalitu zdravotní péče ovlivňuji kulturní, sociální a ekonomické prostředí, systém vzdělávání a odměňování, legislativa, konkurence, poptávka a nabídka.

**Dle zákona č. 372/2011 Sb**., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, *je poskytovatel rovněž povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést **interní systém** hodnocení kvality a bezpečí. (§ 47 odst. 3 písm. B).* Plnění standardů se vyhodnocuje minimálně:

a) z otevřené zdravotnické dokumentace každého lůžkového pracoviště v rozsahu minimálně **1 %.**

b) z uzavřené zdravotnické dokumentace u minimálně **3 %** hospitalizovaných.

**<u>Risk management – řízení rizik</u>**

Ve zdravotnictví je risk management nezbytným prvkem pro dosažení bezpečné a kvalitní péče. Organizace mohou používat různé nástroje a metodiky pro provádění těchto procesů a často se také řídí normami a standardy specifickými pro zdravotnictví. Je proces **identifikace, hodnocení a řízení rizik**, které mohou ovlivnit kvalitu péče, bezpečnost pacientů, nebo efektivitu provozu v zdravotnických zařízeních (ZZ). Tento proces má za cíl minimalizovat nežádoucí události a maximalizovat přínosy pro pacienty a ZZ.

1. **Identifikace rizik:**

Identifikace potenciálních hrozeb a nežádoucích událostí spojených se zdravotní péčí. To může zahrnovat diagnostické chyby, komplikace při léčbě, chyby v lékovém podání atd. Epidemiologická a demografická rizika.

2. **Hodnocení rizik:**

Stanovení pravděpodobnosti výskytu rizika a míry jeho dopadu. Hodnocení umožňuje organizaci určit priority a zaměřit se na nejvíce kritické oblasti.

3. **Řízení rizik:**

Vyvinutí a implementace opatření pro minimalizaci rizik. To může zahrnovat změny v procesech, lepší komunikaci mezi členy týmu, efektivní komunikace je klíčovým prvkem risk managementu. Zahrnuje sdílení informací o rizicích mezi členy týmu, pacienty a dalšími zainteresovanými stranami. Zlepšení zdravotnické dokumentaci (elektronizace zdravotnické dokumentace nebo investice do technologií.

4. **Analýza nežádoucích událostí:**

Průzkum a analýza incidentů nebo nežádoucích událostí k určení příčin a implementaci preventivních opatřen.

**Nejčastější typy pochybení ve zdravotní péči:**

- chybná diagnóza a nesprávná léčba 40%
- medikační chyby 28%
- chyby a omyly během vyšetření, ošetření 23%

**Pochybení s následkem smrti**

- technické omyly 44%
- chybná diagnóza 17%
- poranění při výkonech 12%
- medikační chyby 10%

**Literatura:**

ČESKO. Nařízení vlády č. 114 ze dne 6. dubna 2011, kterým se mění nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 42, s. 1090–1096. Dostupné také z: http://www.pracovni-lekarstvi.cz/files/seznam_NzP_NV%20114-2011.pdf

ČESKO. Nařízení vlády č. 272 ze dne 24. srpna 2011 o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 97, s. 3338-3351. Dostupné také z: http://www.khsova.cz/01_legislativa/files/272_2011.pdf

ČESKO. Vyhláška č. 307 ze dne 13. Června 2002 o radiační ochraně. In: Sbírka zákonů České republiky. 2002, částka 113, s. 6362. Dostupná také z: http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=53646&nr=307~2F2002 &rpp=15#local-content

ČESKO. Vyhláška č. 419 ze dne 18. září 2002 o osobních radiačních průkazech. In: Sbírka zákonů České republiky. 2002, částka 155. Dostupná také z: http://cit.vfu.cz/vetleg/CD/predpisy/Ionizujici/419-2002.htm

GLADKIJ, Ivan a kol. Management ve zdravotnictví. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. xii, 380 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8.

IVANOVÁ, Kateřina. Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví. Vyd. 1. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

MADAR, Jiří a kol. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

ŠAMAJ, Martin. Krizový management ve zdravotnictví
Management rizik. Nakladatelství UPOL . 2016. ISBN 978-80-244-5086-5 (online: PDF) DOI: 10.5507/fzv.16.24450865

# Otázka k SRZ č. 8: Odborná stanoviska, doporučené postupy, operativní doporučení, ČSL JEP, NIKEZ

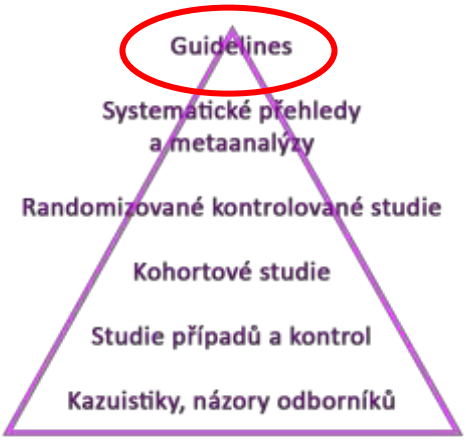
K. Ivanová, D. Tučková

**Co je to klinický doporučený postup? Definice KDP**: *„systematicky vytvářená stanoviska, pomáhající lékařům a pacientům ve specifických klinických situacích rozhodovat o přiměřené zdravotní péči."*
KDP pomáhají k tvorbě EPB (Evidence-based practice) - praxe založená na vědeckém důkazu je jako soubor nástrojů dostupných pro lékaře, aby pomohl klinickému uvažování. Tento soubor nástrojů sestává především z metod navržených tak, aby integrovaly aktuální a nejlepší důkazy z výzkumných studií do procesu klinického uvažování.
Důležité jsou **tři základní elementy**:

1) nejlepší dostupný vědecký důkaz
2) klinická zkušenost a znalosti lékaře
3) pacientovy preference, potřeby a přání

Vždy zasazené do určitého/specifického **KONTEXTU**

**Jaký je rozdíl mezi systematickým review a klinickým doporučeným postupem + hierarchie důkazů v EBP?**




- KDP shromažďuje všechny dostupné důkazy, aby odpověděl na každou předem formulovanou klinickou otázku doporučením.
- KDP je ve skutečnosti soubor systematických review přizpůsobeným potřebám daného zdravotnického systému.
- KDP aplikuje nejlepší důkazy na realitu daného zdravotního systému.

**Jaké jsou cíle KDP?**

- pomoc lékařům a pacientům v rozhodování
- šíření nejlepší klinické praxe založené na systematicky hodnocených důkazech
- měření a zajišťování kvality zdravotní péče a snižování míry nepřiměřené a zbytečné péče
- snižování bezdůvodných rozdílů mezi poskytovateli zdravotní péče
- zlepšení úrovně komunikace a podpora etické praxe
- vzdělávání jednotlivců a skupin
- informační zdroj pro řízení zdravotní péče
- snižování rizika vzniku právní odpovědnosti

**Jaké jsou metody tvorby KDP?**

- **ADOPCE** – přebírání doporučení z guidelinů bez jakýchkoli změn.
- **ADAPTACE** – uvedení doporučení z guidelinu do kontextu místního zdravotnického systému.
- **DE NOVO** vytvořený KDP (tzv. full-proces guideline) – „skupina pro doporučení" vytváří doporučení od samého začátku. Optimální je mít zázemí národní či mezinárodní instituce (např. WHO, NICE, ACCP či další).
- **ADOLOPMENT** – kombinuje přístupy adopce, adaptace a de novo.

**Jaké jsou fáze v procesu tvorby KDP?**

1. fáze – plánování KDP
2. fáze – realizace KDP – adopce, adaptace existujícího KDP, tvorba původního KDP nebo „adolopment"
3. fáze – publikace KDP
4. fáze – evaluace a revize KDP

**<u>Jaký je způsob hodnocení KDP?</u>**

**Nástroj AGREE II:**

Je to validní generický nástroj pro hodnocení kvality KDP k adopci nebo k adaptaci již stávajících/zdrojových KDP. Má 6 domén: 1) rámec a účel, 2) zapojení zainteresovaných osob, 3) přísnost tvorby,4) srozumitelnost, 5) použitelnost, 6) ediční nezávislost – celkem 23 otázek hodnocených na Likertově škále *„1 – silně souhlasím“* až po *„7 – silně nesouhlasím“*. Spodní hranice kvality zdrojového KDP je 65 %.

**Nástroj GRADE:**

GRADE = The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation.

Je to systém hodnocení, který nabízí transparentní a strukturovaný proces pro vypracování KDP. GRADE **má čtyři úrovně kvality (jistoty důkazů)**: **VELMI NÍZKÁ, NÍZKÁ, STŘEDNÍ A VYSOKÁ.**

Dalším „hodnotitelem“ je **síla doporučení**.

**Síla (autoritativnost) doporučení** se odvíjí především od síly důkazů, na kterých je doporučení postaveno.

**Silné doporučení** znamená, že všichni, nebo téměř všichni informovaní pacienti by se řídili daným doporučením. Pro lékaře to znamená, že postup podle daného doporučení je správným postupem u všech, nebo téměř všech pacientů vymezených v doporučení. Silná doporučení obvykle utvářejí indikátory kvality péče a správnosti klinického postupu. Slabé doporučení znamená, že většina informovaných pacientů by se řídila doporučením, ale významná menšina by volila postup alternativní. **Slabá doporučení** by neměla sloužit jako základ pro tvorbu standardů péče. Síla doporučení nemusí souviset pouze s úrovní jistoty důkazů. I důkazy velmi nízké jistoty mohou vést k silnému doporučení a naopak.

| Síla doporučení | Symbol | Způsob vyjádření |
|---|---|---|
| Silné doporučení PRO | ↑↑ | **doporučeno udělat** |
| Slabé/podmíněné doporučení PRO | ↑? | **navrženo udělat** |
| Slabé/podmíněné PROTI | ↓? | **navrženo nedělat** |
| Silné doporučení PROTI | ↓↓ | **doporučeno nedělat** |

**DP (doporučené postupy)** jsou systematická review a týmové hodnocení postupů experty z více oborů, včetně etických aspektů a případně i názorů pacientů. Jsou adaptované pro potřeby a specifika konkrétního oboru a praxe v konkrétní zemi a v konkrétním zdravotnickém systému s ohledem na kulturní, sociální, legislativní a další specifika.

**OD (operativní doporučení)** - metodika tvorby OD je podobná jako u kompletních DP, nicméně s využitím zkrácených postupů a metod.

**Odborná závazná stanoviska České lékařské komory** jsou publikována ve Věstníku ČLK a na webových stránkách České lékařské komory. Je-li závazné stanovisko vydáno, je lékař povinen se jím řídit.

Pro **<u>lékaře v ČR jsou závazné</u>** zákony, obecně závazné podzákonné předpisy vydané na základě zákona (např. nařízení vlády a vyhlášky ministerstva zdravotnictví) a závazná stanoviska České lékařské komory (v případě stomatologů České stomatologické komory a v případě farmaceutů České lékárnické komory), které jsou oprávněny podle zákona vydávat pro své členy závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče a ve zdravotnickém výzkumu.

Vše ostatní má povahu doporučení a není pro lékaře závazné.

**ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně** je dobrovolné nezávislé sdružení fyzických osob – lékařů, farmaceutů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech, příp. osob právnických. Základními organizačními složkami ČLS JEP, z.s. **jsou odborné společnosti, vytvářené na profesním (oborovém) základě a spolky lékařů, vytvářené na územním principu.** Vydává DP i OD.
**NIKEZ – Národní institut kvality a excelence zdravotnictví** – pod záštitou NIKEZ vzniká jednotná metodika tvorby Doporučených postupů (DP) a Operativních doporučení (OD) a zároveň i jednotná on-line platforma (Centrální evidence DP a OD) pro jejich registraci, tvorbu a publikaci s cílem zabezpečit co nejkvalitnější zdravotní péči v ČR v celém jejím rozsahu. NIKEZ je reprezentován poradními orgány ministra zdravotnictví.

**Doporučené postupy ve veřejném zdravotnictví** – odlišná/specifická definice pro doporučené postupy pro VZ neexistuje. V podstatě každý klinický doporučený postup má potenciál mít dopad do VZ. Spíše rozdělení každého DP na ***individual perspective*** a ***population perspective***. Z hlediska veřejného zdravotnictví bývají DP zaměřeny na: vakcinaci, screening, doporučení v oblasti hygieny, dokumenty zdravotní politiky, zdravotně sociální řešení náhlých situací (COVID, válka, migrace, stárnutí populace), strukturu povinně sbíraných informací apod. Vytvářet DP ve VZ můžeme, když:
1) MÁME analytická data, která určila významnost zdravotního problému, přičemž je hodnocena velikost (incidence, prevalence) a závažnost (morbidita, mortalita, disabilita) zdravotního problému;
2) ZNÁME určitou mírou asociace či kauzality mezi nemocí a rizikovým či preventabilním faktorem;
3) EXISTUJE možná preventivní intervence problému.

# Státnicové otázky VŠEO 2023/2024

## 8. Získávání způsobilosti k výkonu lékaře a nelékařských zdravotnických povolání, ČLK

- **ČLK – garant kvality lékařské péče a strážce etiky výkonu lékařského povolání, který hájí profesní zájmy svých členů tak, aby lékaři mohli své povolání vykonávat co nejlépe. ČLK vznikla na principu subsidiarity** – znak demokratické společnosti – rozhodování občanů na co nejnižší možné úrovni je kvalifikovanější než zásahy „osvícených“ úředníků z centra. **Každý, kdo vykonává lékařské povolání na území ČR, musí být členem Komory.**
- **Kompetence ČLK definuje zákon** (zákon č. 220/1991 Sb. v platném znění). Tak jako každý občan spadá pod pravomoc státu, **každý příslušník daného svobodného povolání patří pod pravomoc státem zřízené profesní komory. ČLK je nezávislá** – financována z příspěvků na činnost od registrovaných lékařů („členů“) **a demokratická** – rovné právo volit a být volen (právo – nikoliv volební povinnost). Má-li komora plnit své funkce, musí dosáhnout na všechny lékaře a musí mít patřičné kompetence.
- **Orgány ČLK: okresní sdružení lékařů (OSL)** - základní **článek komory; OKRESNÍ SHROMÁŽDĚNÍ** – schází se minimálně jedenkrát do roka, právo účasti mají všichni členové

- schvaluje zprávy o činnosti představenstva, čestné rady a revizní komise OSL
- volí (a odvolává) předsedu OSL, členy představenstva, čestné rady a revizní komise OSL. Dále podle příslušného klíče (velikost OSL) volí delegáty sjezdu ČLK.

- **Představenstvo OSL – řídí** činnost OSL mezi okresními shromážděními lékařů
- **Revizní komise OSL**

- Kontroluje činnost okresního sdružení, pozastavuje rozhodnutí představenstva, je-li v rozporu s právními předpisy, řády a ostatními předpisy komory (pozastavené rozhodnutí předloží okresnímu shromáždění, které o něm rozhodne). Prošetřuje stížnosti na členy OSL a podává návrh na zahájení disciplinárního řízení (obdoba prokuratury).

- **Čestná rada OSL**

- Vykonává disciplinární pravomoc vůči členům OSL (obdoba soudu). Může uložit za porušení povinností člena komory jako disciplinární opatření důtku nebo pokutu (od 2000 do 20 000)

- **Sjezd delegátů**

- Nejvyšší orgán ČLK, který svolává představenstvo ČLK minimálně jednou do roka. Schvaluje, mění a ruší stavovské předpisy (řády komory), volí a odvolává představenstvo, prezidenta a viceprezidenta ČLK, revizní komisi ČLK a čestnou radu ČLK. Rozhoduje o dalším směřování ČLK, vyjadřuje se k zásadním otázkám českého zdravotnictví a lékařské profese

- **Revizní komise ČLK**

- Kontroluje činnost ČLK a má pravomoc pozastavit výkon rozhodnutí prezidenta, viceprezidenta, okresního shromáždění i představenstva ČLK, jsou-li v rozporu s právními předpisy, organizačním řádem a ostatními předpisy komory

- **Čestná rada ČLK**

- Vykonává disciplinární pravomoc vůči všem členům komory. Může uložit za závažné porušení povinností člena komory jako disciplinární opatření pokutu od 3000 do 30 000 Kč, podmíněné vyloučení z komory a vyloučení z komory. Zabývá se námitkami proti rozhodnutím disciplinárních orgánů OSL.

- **Představenstvo ČLK**

- Řídí činnost ČLK mezi sjezdy jak navenek (např. vůči orgánům státní správy), tak dovnitř organizace (např. vede seznam členů či hospodaří s majetkem ČLK).

- **Prezident a viceprezident ČLK**

- Komoru navenek zastupuje prezident. Současným prezidentem ČLK je **MUDr. Milan Kubek.** Prezidenta komory v případě jeho nepřítomnosti a v rozsahu pověření zastupuje viceprezident.

- **Povinnosti komory**

- Dbá, aby její členové vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komory,
- Zaručuje odbornost svých členů a potvrzuje splnění podmínek k výkonu povolání – vydává osvědčení (licence),
- Posuzuje a hájí práva a profesní zájmy svých členů,
- Chrání profesní čest svých členů,
- Vede seznam členů.

## Získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání

Profesionální role lékaře a zdravotní sestry a ostatních pracovníků majících status zdravotníka podle **zákona 95/2004 Sb., a 96/2004 Sb.** patří do tzv. „pomáhajících povolání“. Člověk v pomáhajícím povolání se často setkává s lidmi, kteří zpravidla potřebují přijetí, porozumění, spoluúčast. Často nejsou nutná ani slova, stačí, když tyto projevy vytvářejí určitou atmosféru, která pacienty či klienty povzbuzuje. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí.

### Získávání odborné, specializované a zvláštní specializované způsobilosti k výkonu lékaře:

je stanoveno v Zákoně č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (tj. v platném znění zákona a ve znění novely č. 67/2017 Sb. ve znění pozdějších předpisů (aktuální znění do 31.12.2023), že způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta má ten, kdo je

a) odborně způsobilý; b) zdravotně způsobilý; c) bezúhonný.

Odborně způsobilý k výkonu zdravotnického povolání je ten lékař, který absolvoval studijní program všeobecné lékařství. Specializovaná způsobilost opravňuje vykonávat samostatně činnost v oboru – ekvivalent původní I. atestace. Organizace vzdělávání – decentralizována na lékařské fakulty a IPVZ (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví). Pravidla pro získávání specializované způsobilosti upravuje směrnice 2005/36/ES, kterou zákon 95/2004 Sb. zapracoval a upravil.

Specializační vzdělávání se **skládá ze základního kmene** (základní kmen = specializace prvního stupně v základních oborech)**, na který navazuje vzdělávání ve vlastním specializovaném výcviku**. Účast na vzdělávání v prvním základním kmeni a v prvním specializačním oboru, se podle zákoníku práce považuje za **zvyšování kvalifikace.** Další vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace. Délka

vzdělávání v základním kmeni je 30 měsíců a je ukončena zkouškou**.** Podmínkou pro přihlášení ke zkoušce je *splnění všech požadavků pro získání teoretických znalostí a praktických dovedností stanovených prováděcím právním předpisem*. Složení zkoušky po ukončení vzdělávání v základním kmeni je jednou z podmínek pro přihlášení k atestační zkoušce. Jsou-li splněny požadavky (uvedené zde kurzívou), lze pokračovat ve vzdělávání ve vlastním specializovaném výcviku i tehdy, nebyla-li dosud složena zkouška.

**Odborný dozor** – výkonem povolání lékaře pod odborným dozorem se rozumí výkon činností lékaře s odbornou způsobilostí před získáním certifikátu o absolvování základního kmene

*Odborný dozor vykonává lékař se specializovanou způsobilostí přítomný ve zdravotnickém zařízení, ve kterém vykonává činnost lékař s odbornou způsobilostí, s fyzickou dosažitelností lékaře se specializovanou způsobilostí do 15 minut.*

**Bez odborného dozoru** může lékař s odbornou způsobilostí vykonávat činnosti, které odpovídají rozsahu znalostí a dovedností získaných pregraduálním studiem a které jsou stanovené prováděcím právním předpisem. Lékař s odbornou způsobilostí může před získáním certifikátu o absolvování základního kmene vykonávat další činnosti v rozsahu, který mu písemně stanoví jeho školitel, a to pod odborným dohledem.

**Odborný dohled** – výkonem povolání lékaře pod odborným dohledem se rozumí výkon činností lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene.

*Odborný dohled vykonává lékař se specializovanou způsobilostí, a to nepřetržitou telefonickou dostupností a fyzickou dosažitelností zdravotnického zařízení, ve kterém vykonává činnost lékař s odbornou způsobilostí, do 30 minut.*

**Bez odborného dohledu** může lékař s odbornou způsobilostí a s certifikátem o absolvování základního kmene vykonávat činnosti, které odpovídají rozsahu znalostí a dovedností získaných vzděláváním **v základním kmeni**, a které jsou stanovené prováděcím právním předpisem, revizní činnost podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění, a další činnosti v rozsahu, který mu písemně stanoví jeho školitel**.** Poskytovatel zdravotních služeb je povinen zajistit výkon odborného dozoru a odborného dohledu.

Specializační vzdělání probíhá jako celodenní průprava v akreditovaných zařízeních v rozsahu odpovídající stanovené týdenní době (tj. 40 hodin) U rozvolněné přípravy nesmí být úvazek nižší než 0,5, v případě mateřské nebo rodičovské dovolené nižší než 0,20. Specializační vzdělávání se uskutečňuje v základním pracovněprávním vztahu nebo ve služebním poměru. Specializační obory specializačního vzdělávání lékaře, označení odbornosti, základní kmeny pro jednotlivé obory specializačního vzdělávání a minimální délka specializačního vzdělávání jsou uvedeny v příloze č. 1 k zákonu 95/2004 Sb.

Akreditované zařízení, které poskytuje lůžkovou péči, jmenuje pro každý akreditovaný obor **garanta oboru. Garant oboru přidělí každému účastníkovi specializačního vzdělávání školitele**. Školitelem může být pouze zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí a s minimálně **tříletou odbornou praxí po získání specializované způsobilosti v oboru.** Pokud má akreditované zařízení pouze jednoho školitele, je tento školitel současně garantem oboru a musí splňovat podmínky určené pro garanta oboru – **pět let praxe po získání specializované způsobilosti.**

**Zvláštní specializační způsobilost (ZSZ)** – tzv. nástavbový obor prohlubuje získanou specializovanou způsobilost – Vyhláška č. 152/2018 Sb. o nástavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů. Vzdělávání v nástavbovém oboru uskutečňuje akreditované zařízení, trvá minimálně 1 rok. Vzdělávací

program stanoví délku, rozsah a obsah vzdělávání v nástavbovém oboru, zejména počet hodin praktického a teoretického vyučování, a výuková pracoviště, na kterých probíhá.

Získaná **odborná, specializovaná a zvláštní specializovaná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání,** které lékař dosáhl, zůstává přerušením výkonu povolání lékaře nedotčena.

## Celoživotní vzdělávání lékařů (CŽV)

Systém CŽV lékařů slouží k prohlubování odborné způsobilosti lékaře pro výkon povolání v léčebné a preventivní péči. **Každý lékař – člen ČLK má povinnost účastnit se systému celoživotního vzdělávání lékařů**. Podmínky jsou dány Stavovským předpisem č. 16 ČLK, nazvaným Systém celoživotního vzdělávání lékařů ČLK, který je v souladu s dalšími stavovskými předpisy. V Preambuli Stavovského předpisu se uvádí: ČLK za účelem zajištění kvalitního celoživotního vzdělávání lékařů iniciovala vznik „Asociace pro celoživotní vzdělávání", jejímiž členy by se vedle ČLK staly i další subjekty pořádající celoživotní vzdělávání lékařů, - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, lékařské fakulty a další.

**Formy a výstupy CŽV:**
a) vzdělávací akce pořádané ČLK; není-li stanoveno či nevyplývá-li z povahy věci jinak, rozumí se ČLK i okresní (obvodní) sdružení ČLK (dále též „OS ČLK"), b) vzdělávací akce pořádané subjekty sdruženými v asociaci CŽV, c) vzdělávací akce pořádané subjekty provádějícími CŽV dle zákona d) klinické stáže a klinické dny, e) publikační a přednášková činnost, f) studium odborné literatury s autodidaktickými testy, g) elektronické formy vzdělávání.
Jednotlivé vzdělávací aktivity jsou ohodnoceny kredity, podmínky ocenění vzdělávacích aktivit musí být v souladu se Stavovským předpisem. Účast lékaře na vzdělávací akci pořadatelé lékaři potvrdí písemným dokladem o počtu získaných kreditů nebo potvrzením v indexu vzdělávání. K účasti lékaře v systému CŽV lékařů bude komora přihlížet při zaujímání stanovisek k uchazečům ve všech výběrových řízeních. Lékař, který žádá o vydání dokladu o účasti v systému celoživotního vzdělávání – Diplom CŽV náleží lékaři, pokud za období posledních pěti let získal minimálně 150 kreditů.

## Získávání odborné způsobilosti – nelékaři:

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, platný aktuálně do 31.12. 2023). Pro účely tohoto zákona se rozumí zdravotnickým povoláním souhrn činností při poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona, zejména **ošetřovatelské péče** (povolání všeobecná sestra) **a péče v porodní asistenci.** Dále jsou upravovány podmínky pro ergoterapeuty, radiologické asistenty, zdravotní laboranty, zdravotně sociální pracovníky, optometristy, ortoptisty, asistenty ochrany a podpory veřejného zdraví, nutriční terapeuty, ortotika-protetika, zubní techniky, dentální hygienisty, zdravotnické záchranáře, farmaceutické asistenty, biomedicínské a radiologické techniky, adiktology, praktické sestry, behaviorální analytiky, fyzioterapeuty, psychology ve zdravotnictví a dalších.

Za výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý; zákon 96/2004 Sb., stanoví činnosti, které zdravotnický pracovník může vykonávat bez **indikace, které vykonává na základě indikace a které pod přímým vedením lékaře**, zubního lékaře, farmaceuta, klinického psychologa nebo klinického logopeda.

**SRZ – otázka č. 9 Krátkodobá a dlouhodobá porucha zdraví, MKN, MKF**

*MUDr. Radmila Pastorková, Ph.D.*

**Krátkodobá porucha zdraví, nemocenské pojištění a posuzování dočasné pracovní neschopnosti:**

Nemoc – je událost nejen medicínská (diagnóza, pro kterou se pacient léčí), současně ji nějak vnímá – osobní pohled – nemusí se cítit nemocný a třetí aspekt – jde o sociální událost – „vyřadí" pacienta z pracovního zařazení – dočasně). **Sociální dopad nemoci je řešen výplatou dávky.** Postup se řídí legislativou – zákon o nemocenském pojištění. Propojení medicínské části – posouzení zdravotního stavu a sociální (dávkové) – finanční kompenzace výpadku výdělku z důvodu absence v práci – řešeno v rámci tzv. nemocenského pojištění. **Vyplývá z něj více dávek:**

- nemocenské – dočasná pracovní neschopnost
- peněžitá pomoc v mateřství („mateřská dovolená")
- ošetřovné (krátká doba – nemoc člena rodiny)
- dlouhodobé ošetřovné (minimální délka měsíc).

Každá dávka se vyplácí jen DOČASNĚ – po dobu tzv. podpůrčí – tedy je časově ohraničena.

**Dočasná pracovní neschopnost (DPN) má 3 funkce:**

- umožní pacientovi se léčit – má přiznán status nemocného
- je omluvený v práci
- dostává finanční kompenzaci

**Dvě podmínky** – medicínská a dávková – musí být účasten pojištění – řeší OSSZ, neřeší lékař.
Medicínská podmínka – plně v kompetenci ošetřujícího lékaře – to je ten, který pacienta vyšetří a zjistí, že jeho onemocnění mu neumožňuje chodit do práce a je důvod k léčbě v režimu dočasné pracovní neschopnosti. Své zjištění potvrdí vystavením rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti – elektronicky. Každý lékař k tomuto má kompetence, oprávnění a je to současně povinnost, pokud pacient léčí resp. ošetřuje. Týká se to všech typů zdravotnických zařízení, bez rozdílu zřizovatele, vystavení DPN není vázáno na konkrétní odbornost – ošetřujícím lékařem je ten, který pacienta ošetřuje, léčí (tedy nejen praktický lékaře, ale i odborník včetně stomatologů). Výjimkou je rychlá záchranná služba, lékařská pohotovostní služba.

Zákon o nemocenském pojištění definuje povinnosti ošetřujícího lékaře, pacienta, zaměstnavatele, lékař je povinen spolupracovat s OSSZ. Během DPN ošetřující lékař průběžně řeší zdravotní stav, ukončí DPN, pokud se může pacient vrátit do zaměstnání, určuje dobu vycházek (v rozmezí stanoveném ze zákona) a plní řadu dalších povinností. Délka výplaty dávek je ohraničena ze zákona (380 dní …nemusí to číslo nutně vědět – když tipnou rok, tak to stačí), v odůvodněných případech je možno výjimečně prodloužit – posuzuje posudkový lékař!! Zásadní je spolupráce ošetřujících lékařů a posudkových lékařů během DPN. Pokud je zjištěno onemocnění dlouhodobého charakteru a snížení pracovní schopnosti je dlouhodobé nebo dokonce trvalé, pak už nelze řešit v rámci DPN – nejedná se o krátkodobou poruchu zdraví a je potřeba s posudkovým lékařem zvážit další dávky sociálního zabezpečení.

**Dlouhodobá porucha zdraví, důchodové pojištění a základy posuzování zdravotního stavu pro účely přiznání invalidity:**

**Invalidita** – je zdravotně – sociálně – společensko – právní pojem, mění se dle aktuálních potřeb a možností společnosti; (**každý stát má svá kritéria** k přiznání invalidity, nejsou totožná, v rámci EU může být u téhož občana odlišné posouzení při žádosti podané ve více státech EU). **Co je invalidita z pohledu posuzování: objektivní porucha zdraví,** dlouhodobá, která vede k poklesu schopnosti soustavně pracovat – pokles pracovní schopnosti. **Podmínky přiznání invalidity:**

- Kritéria nastavuje zákon – ne lékaři!!
- Podmínky nároku na invalidní důchod – medicínské x ekonomické
- **medicínská** – zdravotní stav – jeho dopad na pracovní schopnost
- **dávková** – počet odpracovaných let, doba důchodového pojištění
- **paradox** – důchod nemusí být vyplácen i když posudkově odpovídá některému stupni ID, protože nesplnil ekonomickou podmínku

**Posudkový lékař objektivizuje** poruchu zdravotního stavu; **nedělá to subjektivně –** řídí se zákonem a vyhláškou, **povinnost** ze zákona je vycházet z odborných nálezů lékařů: Ale **interpretace** nálezů vzhledem k posudkovým kritériím je **pouze v jeho kompetenci.** Posuzuje na podkladě odborné dokumentace od praktiků a odborných lékařů (vyplněný tiskopis – lékaři mají povinnost ho vyplnit – součinnost), dalších zpráv, ambulantních, hospitalizačních, případně si můžou zapůjčit celou dokumentaci. Prvním úkonem je zjištění, resp. uznání tzv. **DNZS – dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** – který má trvat nebo trvá alespoň rok a svou nepříznivostí významně ovlivňuje dopad na pracovní schopnost. Teprve po zjištění DNZS je možno posoudit jeho dopad na pracovní schopnost a případně uznat invaliditu (krátkodobá porucha zdraví nevede k invaliditě!!)

**Poté se stanoví pokles pracovní schopnosti: Zdravý jedinec** – 100 % pracovní schopnost; při zdravotním omezení – **pokles schopnosti** – hodnotí se v % dle vyhlášky. **Invalidní důchod je v ČR ve třech stupních:** *1. STUPEŇ invalidity – 35–49 %; 2. STUPEŇ invalidity - 50 % - 69 %; 3. STUPEŇ invalidity – pokles pracovní schopnosti nejméně o 70 %.*

Zároveň je nutno **posoudit i zachovalou** pracovní schopnost a možnosti jejího využití. Vyjadřuje se v celých číslech a míra poklesu pak vede k přiznání stupně invalidity. Vždy se hodnotí funkční dopad, nikoli pouhá diagnóza. Pokud je onemocnění více, tak se nesčítají, ale vybere se tzv. rozhodující, ostatní se mohou podílet (lze je tedy zohlednit, ale ne jako součet). Důležitá je rovněž profese posuzovaného – posudkový lékař pracuje s profesní anamnézou, musí zohlednit i možnost rekvalifikace, zabývá se pracovním zařazením, vzděláním apod. Neexistuje ekonomická podmínka ve smyslu omezení výdělku při invaliditě, ale **je potřeba medicínsky zhodnotit, zda je či není schopen pracovního zařazení** a podle toho určit procentní míru poklesu pracovní schopnosti a stupeň invalidity. **Invalidita neodškodňuje diagnózu**, ale její dopad na pracovní schopnost posuzovaného.

**Dlouhodobá porucha zdraví, nepojistný systém dávek sociálního zabezpečení a základy posuzování zdravotního stavu pro účely přiznání příspěvku na péči, průkazu osoby se zdravotním postižením, specifických pomůcek**

Dávky nejsou vázány na žádné pojištění; vyplácí je Úřad práce; jsou vázány na posouzení zdravotního stavu. Jsou podmíněny funkčním dopadem tzv. DNZS, který má trvat nebo trvá alespoň rok a svou nepříznivostí významně ovlivňuje dopad na mobilitu, orientaci a další sledované oblasti podle toho, o kterou dávku klient požádal. **3 druhy dávek:**
**Příspěvek na péči** – posuzuje se stupeň závislosti, vyplácí se ve 4 stupních, výše je dána legislativně.
Posudkový lékař vychází ze zdravotní dokumentace a z tzv. **sociálního šetření:**
Hodnotí se s případnými pomůckami – facilitátory
Hodnotí se v přirozeném prostředí, ale tak, jako by běžně dostupné pomůcky měl
Zásadní je objektivní funkční nález ošetřujícího lékaře
Odlišně se hodnotí osoby do 18 let věku.
**Průkaz osoby se zdravotním postižením** – přiznává se ve 3 stupních (přednostní projednání na úřadech, sezení na vyhrazeném místě v MHD, vlaku, autobuse, od druhého stupně i např. možnost parkování na vyhrazeném místě, snížené vstupné, jízdné atd.)

**Zvláštní pomůcka** – určeno pro osoby se těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí - např. příspěvek na stavební práce – bezbariérová úprava bytu, schodolez, šikmá zvedací plošina apod., dále na pomůcky pro osoby s těžkou zrakovou vadou (např. digitální čtecí lupa, počítač s hlasovým výstupem apod., psací stroj pro nevidomé), sluchovou vadou (signalizační systémy nahrazující zvukové signály…), a dále příspěvek na zakoupení motorového vozidla pro určená postižení. Pro zvláštní pomůcky jsou postižení taxativně vyjmenována – tedy buďto pacient vadu má nebo nemá.

Všechny dávky pro tzv. nepojistné systémy se posuzují podle platné legislativy a účelem je umožnění osobám se zdravotním postižením žít v přirozeném prostředí s možností usnadnění mobility, orientace a péče o vlastní osobu. **Nepojistné dávky neodškodňují diagnózu**, ale potřebu péče u stupně závislosti. **Pro všechny dávky – invalidní důchod a nepojistný systém platí společně následující:** vždy je nutno objektivizovat FUNKČNÍ DOPAD DNZS na sledovanou oblast posuzování.

**Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, MKN** je sestavena WHO podle nozologických jednotek[1] **v současnosti je stále platná 10 revize, v přípravě revize 11** *(www.uzis.cz).* MKN-10 má 21 kapitol, označených řeckými číslicemi (I-XXI.), NJ jsou dále kategorizovány alfanumerickým kódem: třídy nemocí A-Z, podrobné vymezení číselným kódem, např. kapitola X. Nemoci dýchací soustavy (J00-J99). MKN-11 vstoupila v platnost *2022 s pětiletým přechodným obdobím*. Základní školení zajišťuje Meziresortní pracovní komise pro přípravu a koordinaci zavedení MKN-11 v ČR. MKN-11 bude mít **a) technické změny** - nové kódovací schéma, nový datový model nebo možnost kombinování kódů za účelem vyššího klinického detailu a komplexnosti kódované informace; **b) obsahové změny** - doplnění položek do mnohem větší úrovně klinického detailu, přesuny v některých kapitolách (cévní nemoci mozku), vytvoření nových kapitol (např. sexuální zdraví), včetně rozsáhlé části tzv. rozšiřujících kódů nebo doplňku pro tradiční medicínu; **c)posun v pojetí klasifikace** z informačního produktu (kniha) k informačnímu standardu (pravidla, databáze, elektronické nástroje). Jeden koncept bude možné řadit do více hierarchických skupin podle logických vztahů. Kódované položky (konkrétní jednotky onemocnění) mohou nově mít vlastní definici, popis, kritéria. Navíc je možné zaznamenanou informaci rozšířit prostřednictvím kombinací s rozšiřujícími kódy v procesu tzv. postkoordinace o podrobnosti jako je infekční agens, histopatologický nález, lateralita nebo anatomická lokalizace. **Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví** (MKF) rovněž tvořena WHO. Má 2 domény: **1. Tělesné funkce; 2. Aktivita a participace. Jednotkou není osoba** (nemoc), ale její situace ve vztahu ke zdraví a k základní doméně, **hodnotí funkčnost člověka,** je zaměřena na **potenciál**, který člověku zůstává. Umožňuje orientaci nejen na diagnostiku a léčbu, ale i na následnou péči. V roce 2020 byla v českém jazyce vydána druhá aktualizovaná verze této klasifikace, která je v elektronické verzi volně přístupná na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. **Význam klasifikací:** statistické zpracování, informace o zdravotním stavu obyvatelstva, informace pro zprávu sociálního zabezpečení, pro pojišťovny plánování preventivních opatření, finanční rozvahy, zaměstnavatelnost obyvatelstva, komplikací v léčbě apod.

[1] Nozologie je vědou o třídění nemocí, vymezuje nemoc jako nozologickou jednotku (tj. jako na skupinu příznaků s jednotnou etiologií (příčina nemoci) a patogenezí (mechanismus vzniku, průběhu a zakončení nemoci), nebo etiopatogenezí (celkový pohled na příčinu, vznik a průběh nemoci).

# SRZ Veřejné zdravotnictví – Organizace zdravotnictví

**Shrnutí státnicové otázky č. 11 k tématům:**

1. Evropské a národní strategie v péči o zdraví
2. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením
3. Zdravotní péče o migranty

**Poznámka:** Tento text je **shrnutím prezentace**, která je zveřejněná na Moodlu (autorka prezentace: L. Juríčková). V prezentaci je k těmto tématům uvedena **povinná literatura**.

## 1. Evropské a národní strategie v péči o zdraví

Evropské a národní strategie v péči o zdraví se zaměřují **na zlepšení zdraví obyvatelstva a na zvyšování odolnosti systémů zdravotní péče.** Na evropské úrovni je to například **Strategie EU v oblasti globálních aspektů zdraví** a **Program EU4Health**, které kladou důraz na globální přístup ke zdraví, na podporu zdraví a prevenci nemocí a na udržitelnost i efektivitu systémů zdravotní péče.

Základními evropskými programy **Světové zdravotnické organizace** (WHO) zaměřenými na podporu zdraví a na snižování nerovností ve zdraví jsou všechny varianty **Zdraví pro všechny (Zdraví pro všechny do roku 2000 a Zdraví 21 – Osnova evropské péče o zdraví v 21. století),** ze kterých vycházejí i programy zdraví v ČR. Nejvýznamnějším dokumentem, který zdůrazňuje **posilování a rozvoj zdraví** je **Ottawská charta** z roku 1986, která se stala teoretickou základnou při přípravě programů posilování a rozvoje zdraví v jednotlivých státech, včetně ČR.

V rámci OSN byl přijatý **nový globální program** rozvoje do roku 2030, a to **Agenda 2030 pro udržitelný rozvoj,** jejíž součástí jsou **Cíle udržitelného rozvoje**. Jedná se o 17 hlavních cílů. Oblasti zdraví se týká **cíl č. 3 „Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku.“** ČR přijala tento program, a tak se zavázala k naplňování jeho cílů. V ČR se Agenda 2030 stala výchozím dokumentem pro tvorbu **Strategického rámce Zdraví 2030** (dále Zdraví 2030).

S ohledem na demografické trendy a analýzu potřeb českého zdravotnictví byly v dokumentu **Zdraví 2030** formulovány tři **strategické cíle:**

1. **Zlepšení zdravotního stavu populace**
2. **Optimalizace zdravotnického systému**
3. **Podpora vědy a výzkumu**

Tyto tři strategické cíle obsahují specifické cíle, například se jedná o reformu primární péče, primární a sekundární prevenci nemocí, zvyšování zdravotní gramotnosti, integraci zdravotní a sociální péče, reformu péče o duševní zdraví, personální stabilizaci zdravotnictví, digitalizaci zdravotnictví a optimalizaci systému úhrad ve zdravotnictví.

**Hlavní vizí Zdraví 2030** je zajistit dostupnou zdravotní péči všem občanům ČR a současně zajistit, aby občané sami více dbali o svůj zdravotní stav. Výzvou je i snížení nerovností v oblasti zdraví.

## 2. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením

**Úmluva o právech osob se zdravotním postižením** (dále Úmluva) představuje **nejvyšší standard ochrany lidí se zdravotním postižením**. Úmluva je založena na principu rovnoprávnosti a zaručuje osobám se zdravotním postižením plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich aktivní zapojení do života společnosti. Úmluva obsahuje **50 článků**, ve kterých se zabývá mnoha různými oblastmi, které ovlivňují každodenní život lidí se zdravotním postižením, například zaměstnávání, vzdělávání, zdraví, rovnost před zákonem.

Přijetím Úmluvy v ČR došlo k proměně společenských hodnot – **paternalismus nahradil respekt k autonomii vůle jedince.** Klade se důraz na podporované rozhodování u lidí se zdravotním postižením. Podle občanského zákoníku je však možné dospělého člověka **omezit ve svéprávnosti,** a to na dobu určitou. Když je dospělý člověk omezený ve svéprávnosti, soud mu pravomocně ustanoví **soukromého nebo veřejného opatrovníka**. Svéprávnost a opatrovnictví upravuje **občanský zákoník**. Poskytování zdravotní péče pacientům s omezenou svéprávností upravuje zejména **zákon o zdravotních službách.** Druhy a formy sociálních služeb jsou uvedeny v **zákoně o sociálních službách**.

## 3. Zdravotní péče o migranty

Migrace je **komplexním a dynamickým jevem**, který má na ČR společenské, ekonomické a zdravotní dopady. Orgánem zodpovědným **za oblast azylu a migrace v ČR je Ministerstvo vnitra.** Ve své činnosti vychází ze **Strategie migrační politiky ČR** (2015), která posiluje pozitivní aspekty migrace, potírá negativní jevy a s migrací spojená rizika.

**Rizikovými oblastmi ve vztahu ke zdraví jsou:**

a) situace osob, které v ČR nemají právo na veřejné zdravotní pojištění a jsou pojištění komerčně s omezenými úhradami za péči,

b) nerovnoměrné dostupnosti péče pro migranty v regionech a na úrovni specializací,

c) jazykové bariéry a

d) nedostatečná součinnost zdravotnického a sociálního systému.

Poskytování zdravotní péče v ČR upravuje především **zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách**, v platném znění. Rozsah zdravotního pojištění a vznik a zánik zdravotního pojištění pro cizince upravuje **zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění**, v platném znění.

Olomouc 16. 9. 2025
Zpracovala: L. Juríčková

# Otázka k SRZ č. 12: Společenské determinanty zdraví, nerovnosti ve zdraví, důsledky nemoci pro společnost

**Determinanta zdraví a nemoci je soubor faktorů, které mají vliv na udržení a zvyšování (faktory protektivní), či snižování (faktory rizikové) úrovně zdraví.** Faktory jsou: biologického a sociálního charakteru. Determinanty zahrnují obvykle oba typy faktorů (např. determinanta prostředí). Základní determinanty rozdělujeme podle tzv. ***„Lalondova pole“*** (genetika, prostředí, zdravotní služby, životní způsob, včetně životního stylu). Provázanost a někdy nedělitelnost determinant znázorňuje tzv. ***„Duha“*** podle WHO. ***Wilkinson a Marmot statisticky prokázali, že na vyšší úmrtnost má vliv 10 nejvýznamnějších sociálních determinant*** (sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, závislosti, výživa a doprava). Ovlivnitelnost zdravotních determinant u mnoha sociálních skupin nezávisí jen na informacích a na svobodné vůli jednotlivých osob. „*Mnoho lidí nejedná tak, jak chtějí, ale tak, jak je k tomu okolnosti dovedly a jak to jim jejich ekonomická, rodinná a sociální situace dovolí.*“ (Čeledová, Holčík, 2017, s. 50) Teorie fundamentální determinanty zdraví zahrnuje faktory: ***SES, sociální pouta, pocit kontroly nad životem, přístup ke zdrojům***, jenž pomáhají jedincům vyhnout se nemocem a jejich negativním dopadům prostřednictvím celé řady různých mechanismů. Modifikace jen jednoho z těchto mechanismů proto nemůže ovlivnit celkový vliv fundamentální determinanty na zdraví lidí. Wilkinson na mnoha příkladech doložil, jak výrazný vliv na zdraví lidí má společenská soudržnost, vzájemná důvěra a slušnost, sociální pozice a kvalita společenských vztahů…Zásadní současnou sociální determinantou zdraví je zdravotní gramotnost, s jejímž vlivem počítají programy Zdraví 2020 i 2030.

Nerovnosti ve zdraví jsou **systematické nespravedlivé rozdíly** ve zdravotním stavu **různých populačních skupin**, které mají značné sociální a ekonomické dopady jak pro jednotlivce, tak pro společnosti a lze se jim rozumnými prostředky vyhnout. Nespravedlivými příčinami jsou podmínky, jež **nejsou nevyhnutelné**, nejsou svobodně zvoleny a můžeme je společensky ovlivnit (nevyhovující bytové podmínky, závadná voda, riziková zaměstnání, obtížná dostupnost zdravotní péče, znevýhodňující rozdělení peněz na léčbu (WHO, Whiteheadová, 1990). Lze je pozorovat **mezi zeměmi a regiony**, mezi populacemi a skupinami **uvnitř populací**. Ukazují, jak velkému množství lidí jsou odpírány zdroje a možnosti k dosažení svého nejvyššího zdravotního potenciálu. **Nerovnosti měříme**: 1) Evidencí (deskripcí) pomocí demografické statistiky, epidemiologických populačních šetření, nebo sociologických kvantitativních výzkumů; 2) Komparací indikátorů zdraví: negativních (mortalita, morbidita, potratovost aj.), pozitivních (porodnost, kvalita života aj.). Světově užívaným indikátorem ke srovnání zdravotních stavů populací mezi státy i uvnitř států je střední délka života a kojenecká úmrtnost. K určení nerovnosti ve zdraví je potřebné mít segregovaná sociodemografická i ekonomická data, včetně srovnatelných dat podle věku a pohlaví. Nerovnosti jsou měřeny jako rozdíly mezi sociálními skupinami proto, aby bylo zřejmé, že jde o **nerovnosti způsobené sociálními silami, které nejsou pod kontrolou jednotlivců**. První systematickou zprávou je tzv. Black report (1980). Pracovní skupina vedená sirem Douglasem Blackem posuzovala pro potřeby britské vlády rozdíly ve zdravotním stavu mezi různými sociálními třídami a podala přehled možných vysvětlení.

Studium zdraví a nemoci se musí zabývat nejen příčinami a podmínkami vzniku a rozvoje nemoci, ale i jejich následky, tj. jak se projevují v životě jednotlivce i ve společnosti. ***Společenská závažnost nemoci je dána častostí a délkou trvání, věkem postižených osob, ovlivnitelností jejich vzniku a průběhu, masívnost jejich průvodních jevů nebo následků, ekonomickou náročností léčby nemoci, mírou soběstačnosti v průběhu a po ukončení nemoci, mírou možnosti péče o osoby, které jsou na***

***nemocném závislé.*** Pro sociální skupiny jsou důsledky nemoci materiální a emocionální, odlišné podle pohlaví (pro muže spíše zhoršení pracovního uplatnění, omezení ve volném čase, sexuální omezení a pro ženy péče o děti, zjevnost nemoci, závislost na druhých). Důsledkem nemocnosti je snížení očekávané délky života v 25 zemích Evropské unie (EU25) o 1,84 let, což představuje ztrátu přibližně 11,4 mil. životů ročně. Zároveň dochází ke snížení očekávané doby života prožité ve zdraví v průměru o 5,14 let (to znamená ztrátu přibližně 33 mil. let života prožitých ve zdraví). Pokud je nemoc správně definována lékaři (diagnostikována a léčena) a statisticky zaznamenána, může společnost kontrolovat a řídit zdraví „své“ populace***. Zdraví populace se výrazně odráží na celkové výši HDI*** (Human development index – Index lidského rozvoje), který je geometrickým průměrem z 3 indexů, které vyjadřují: dlouhý a zdravý život, přístup ke vzdělání, životní standard a celkovou vyspělost státu. HDI měří příznivý sociální, ekonomický i kulturní vývoj jedinců i celého světa.

**Literatura a prameny: uvedena v prezentaci**

# SRZ Veřejné zdravotnictví – Organizace zdravotnictví

**Shrnutí státnicové otázky č. 13 k tématům:**

1. Podmínky poskytování zdravotních služeb
2. Dostupnost zdravotních služeb
3. Národní zdravotnický informační systém (NZIS)

**Poznámka:** Tento text je **shrnutím prezentace**, která je zveřejněná na Moodlu (autorka prezentace: L. Juríčková). V prezentaci je k těmto tématům uvedena **povinná literatura**.

## 1. Podmínky poskytování zdravotních služeb

Zdravotní služby a podmínky jejich poskytování upravuje v ČR **zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.** Zdravotní služby lze poskytovat pouze prostřednictvím **osob způsobilým k výkonu zdravotnického povolání** nebo k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb.

**Zdravotní služby** mohou být poskytovány pouze **ve zdravotnických zařízeních**. **Mimo zdravotnické zařízení** lze poskytovat například konzultační služby, preventivní péči, zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta, zdravotnickou dopravní službu a přepravu pacientů neodkladné péče, převoz těla zemřelého na pitvu a z pitvy podle zákona o pohřebnictví atd.

Zdravotnické zařízení musí být pro poskytování zdravotních služeb **technicky a věcně vybaveno.**

**O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rozhoduje nejčastěji krajský úřad,** v jehož správním obvodu je zdravotnické zařízení, v němž budou zdravotní služby poskytovány. Oprávnění se uděluje **fyzické nebo právnické osobě** na její písemnou žádost. Zákon o zdravotních službách dále podrobně uvádí **údaje, které musí obsahovat *Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb* a které podklady je povinen žadatel předložit.**

Zákon také řeší problematiku **zániku, odejmutí, pozastavení a změny oprávnění** a také **přerušení a pokračování v poskytování zdravotních služeb**.

## 2. Dostupnost zdravotních služeb

Dostupnost zdravotních služeb je stanovena platnou legislativou. Každá **zdravotní pojišťovna** je povinna zajistit poskytování hrazených zdravotních služeb svým pojištěncům, včetně jejich **místní a časové dostupnosti**. Tuto povinnost zdravotní pojišťovna plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb.

**Místní a časovou dostupnost definuje Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.** Toto nařízení stanovuje maximální dojezdové doby, za jaké se pacient musí dostat k poskytovateli zdravotních služeb dané ambulantní nebo lůžkové odbornosti. *Například k ambulantnímu gynekologovi nebo praktickému lékaři by se efektivním*

*způsobem (běžným dopravním prostředkem po běžné komunikaci) měl pojištěnec dostat nejpozději za 35 minut.*

**Další typy dostupnosti** jsou: organizační, ekonomická, informační, psychosociální a **sociální** dostupnost. **Sociální dostupnost** poskytuje stát prostřednictvím souboru různých nástrojů (například politiky, peněžních dávek apod.), podmínky upravuje **zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.** Sociální služby zahrnují **sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence**. Sociální služby se poskytují jako služby **pobytové, ambulantní nebo terénní.**

## 3. Národní zdravotnický informační systém (NZIS)

**Národní zdravotnický informační systém (dále NZIS) je jednotný celostátní informační systém veřejné správy a je určený** zejména:

1. ke zpracování údajů o zdravotním stavu obyvatelstva,
2. o činnosti poskytovatelů a jejich ekonomice,
3. o pracovnících ve zdravotnictví,
4. o úhradách zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění,
5. k vedení zdravotnických registrů a zpracování údajů v nich vedených,
6. k realizaci a zpracování výběrových šetření o zdravotním stavu obyvatel, o determinantách zdraví, o potřebě a spotřebě zdravotních služeb a spokojenosti s nimi a o výdajích na zdravotní služby apod.

**Správcem NZIS je v ČR Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).** Součástí NZIS jsou **zdravotnické registry. Účelem zdravotnických registrů je** zejména:

- sběr informací k hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva a jeho vývoje,
- sledovat vývoj, příčiny a důsledky nemocí a jejich dopady do sociální sféry a ekonomiky sociálního systému,
- sběr informací k zajištění kvality a udržitelnosti systému úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a ke sledování demografického vývoje, reprodukčního zdraví a důsledků stárnutí obyvatelstva na poskytování zdravotních služeb,
- evidence zemřelých na základě Listu o prohlídce zemřelého.

**V ČR je 12 národních zdravotních registrů, například Národní onkologický registr,** Národní registr hospitalizovaných, Národní registr reprodukčního zdraví, Národní registr kardiovaskulárních operací a intervencí, Národní registr úrazů a další zdravotní registry. ***Účelem Národního onkologického registru*** *je registrace onkologických onemocnění a periodické sledování jejich dalšího vývoje. Souhrnná data jsou podkladem pro tvorbu, realizaci a vyhodnocování preventivních zdravotnických programů a pro odhady potřebných finančních nákladů na zabezpečení komplexní onkologické péče.*

**Součástí NZIS** jsou také **další registry, například Národní registr poskytovatelů,** Národní registr zdravotnických pracovníků, Národní registr hrazených zdravotních služeb, List o prohlídce zemřelého apod. **Seznam národních registrů** je uvedený na webových stránkách ÚZIS a národní zdravotní registry jsou uvedeny i v příloze k zákonu o zdravotních službách.

Olomouc 17. 9. 2025
Vypracovala: L. Juríčková

**Otázka k SRZ č. 14 - SHRNUTÍ – STÁRNUTÍ POPULACE A ORGANIZACE PÉČE O SENIORY**

(doc. Ivanová, MUDr. Bretšnajdrová)

Podle WHO začíná **fyzické stáří** ve věku 60 let, věk 60–74 je označován jako mladí senioři, věk 75-89 jako pravé stáří (kmetství), věk 90 a více let jako patriarchum. Věk ve stáří můžeme určovat jako chronologický, biologický, funkční, psychologický a sociální. **Sociální stáří** se obecně počítá od doby, kdy vzniká osobě nárok na pobírání starobního důchodu a zahrnuje změnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu, ekonomického zajištění. **Rizika**, které se pojí se stářím: maladaptace, ztráta životního cíle a poslání, osamělost, ztráta soběstačnosti, věková diskriminace, případně i týrání, zneužívání a zanedbávání, dezinformace a manipulace.

**Geriatrické syndromy** jsou složitější problémový komplex somatických potíží, jsou výsledným produktem „pouhých" kategorií chorob podle MKN k celkovému stavu seniora. Společné rysy: věk, multikazuální etiologie, neexistence kauzální léčby, chronický průběh, funkční závažnost, snížená kvalita života. Velké GS (původně označovány jako syndromy „5 I": Imobilita, Instabilita, Inkontinence, Intelekt, Iatrogenie (polyfarmakoterapie), jsou dnes v odborné literatuře rozšířeny na mnohé další (hypomobilita, dekondice a sarkopenie, anorexie a malnutrice, kombinovaný senzorický deficit, dehydratace s akutním renálním selháním (ARI), porucha termoregulace, syndrom EAN, maladaptace, terminální deteriorace FTT („failure to thrive"). Včasná detekce GS umožňuje plánovat a uskutečňovat **komplexní management** zdravotně-sociální péče o seniory.

**Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů – syndrom EAN** (Elder Abuse and Neglect Syndrom) znamená „činy nebo naopak chybění přiměřené činnosti (doma nebo v institucích), u kterých lze oprávněně očekávat, že povedou k poškození či k ohrožení starého člověka" (WHO). Při lékařských prohlídkách je možno pozorovat příznaky **fyzického týrání** (současná přítomnost poranění různého stáří, pozdní ošetření ran; …); **psychického týrání** (úzkost a strach, depresivní příznaky, kachexie, imobilizační syndrom z omezování pohybu …), **zanedbávání** (zanedbanost a malnutrice, dehydratace, hypotermie, malhygiena postrádání pomůcek …). K zneužívání seniorů patří i dezinformace a manipulace. **Dezinformace** jsou úmyslně nepravdivé či zavádějící informace, které mají za cíl změnu postojů a chování. Senioři jsou významně ovlivnitelnou skupinou.

**Organizace geriatrické péče: Deprofesionalizace** znamená, že zdravotní, sociální i neformální komunitní péči o seniory je nutné vzájemně provázat s respektem k jejich **specifickým potřebám**. Organizaci zdravotnické péče o seniory je možno navrhovat podle četnosti a výskytu **geriatrických syndromů** (GS). **Deinstitucionalizace** znamená přesunutí těžiště na ambulantní (terénní, komunitní) služby, institucionální péče by měla zůstat pro nezbytné případy; je nutné zavádět nové a efektivní formy péče o staré nemocné lidi, plánuje se vznik sociálně – zdravotních lůžek.

Podle Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách můžeme zdravotnickou péči rozlišovat na akutní a neakutní. **Neakutní zdravotní péče (lůžková): <u>Následná</u>** lůžková péče je obvykle poskytována po péči akutní, je poskytována rozsáhle, odborně, i co do potřeb nesourodé skupině pacientů. Je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče. **Cílem <u>následné péče</u> je nastavení intervencí a jejich realizace vedoucích ke zlepšení zdravotního stavu a celkové kondice pacienta s možností návratu nemocných do domácí péče.**

**Dlouhodobá péče** **může být lůžková a ambulantní. Dlouhodobou lůžkovou péčí** se rozumí taková péče, kterou nelze poskytovat v rámci zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí, anebo zdravotní stav s ohledem na poruchu životních funkcí vyžaduje poskytování intenzivní ošetřovatelské péče. **Je poskytována pacientům, jejíchž zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetřovatelské péče se zhoršuje**. Patří sem péče charakterizovaná jako **ošetřovací den a** specializovaná v rámci jednotlivých oborů (ošetřovatelská oddělení, včetně oddělení zdravotně sociální péče, oddělení dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče (DIOP). Specifikem dlouhodobé péče je, že maximum péče je soustředěno na ošetřovatelství, enterální výživu, kompenzační, polohovací a mobilizační pomůcky. Hrazenými službami je i péče **paliativní a symptomatická** u osob v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních **hospicového typu**. Jedná se o zvláštní lůžkovou péči podle zákona o veřejném zdravotním pojištění. Pobyt v hospici může navrhnout praktický lékař nemocného, ošetřující odborný lékař, ale i rodina a blízcí klienta a samozřejmě sám nemocný. Žádost o přijetí do hospice vyplňuje ošetřující lékař nemocného, určujícím kritériem pro přijetí pacienta do hospicové péče je jeho zdravotní indikace. Musí být také jisté, že se vyčerpaly všechny léčebné možnosti, které mohly nemoc vyléčit nebo zastavit. Pacienta nelze přijmout do hospice bez jeho „svobodného informovaného souhlasu“, který je součástí žádosti vyplněné lékařem.

**Komunitní péče** je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem se zdravotními problémy, tak aby mohli žít co nejvíce v podmínkách běžného života. Patří sem i zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta podle Zákona 372/2011 Sb. **Vztahuje problémy jedince či skupiny ke zdrojům a možnostem dané komunity**. Zapojuje do řešení problémů a do rozhodování o způsobu jejich řešení členy komunity, v případě složitosti řešení i další instituce a organizace. Posiluje, motivuje a aktivizuje schopnost komunity převzít **odpovědnost a kompetenci členů komunity problémy přijmout a řešit**, postarat se o rizikové členy komunity. Poskytuje objektivní informace v procesu edukace, iniciuje a podporuje zdravou komunikaci uvnitř i vně komunity, pomáhá vytvářet podpůrné projekty, jak konkrétní problémy řešit. **Komunitní plán** pro seniory definuje cíle a opatření na určité roky: zajištění sítě sociálních služeb, podpora rodinné péče (funkční a dysfunkční rodiny, vícegenerační soužití), osobní asistence, agentury domácí péče, pečovatelské služby, centra denních služeb, domovy pro seniory, denní stacionáře, chráněné bydlení, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby, sociálně aktivizační služby, rozvoj a podpora dobrovolnictví seniorů a pro seniory, podpora asistivních technologií. V komunitní je možno aplikovat tzv. **případového vedení – case management**. Case manager je profesionál (zpravidla zdravotník nebo sociální pracovník), který vyhledává seniory nebo je jimi kontaktován, poskytuje jim cenné rady a zprostředkovává potřebné sociální a zdravotní služby, spolupracuje s rodinou. **Cílem je dosáhnout účelné, koordinované a komplexní péče o seniora.**

**Literatura a prameny:**

Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Grada.
Holmerová, I. (2014). *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Grada Publishing.
Juríčková, L. (2018). Péče o zdraví lidí se specifickými potřebami. Senioři. In Ivanová, K. a kol. *Sociální lékařství.* Univerzita Palackého v Olomouci.
Kalvach, Z. a kol. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* Grada Publishing.
Kalvach, Z. (2025). Medicína dlouhodobé péče. Grada Publishing.

**ČČK, práva a povinnosti zdravotnického pracovníka z mezinárodního humanitárního práva**

Marek Jukl

**Minimum mezinárodního humanitárního práva pro zdravotnické pracovníky v situacích ozbrojeného konfliktu**

Účelem mezinárodního humanitárního práva (MHP) je regulace ozbrojených konfliktů s cílem jejich humanizace, kam mimo jiné patří také zajištění poskytnutí zdravotní péče těm, kteří v konfliktu nebyli přímo účastni, nebo z něj byli vyřazeni v důsledku nemoci, zranění či zajetí. MHP proto stanoví krom ochrany raněných a nemocných také ochranu zdravotnických pracovníků a zdravotnických zařízení a přepravních prostředků před násilím (útokem). Aby tato ochrana mohla být uplatněna, je však nutné, aby zdravotníci respektovali status, který je jim MHP vymezen.

**Minimem MHP pro zdravotnické pracovníky jsou následující pravidla:**

***Raněnými a nemocnými*** jsou všechny osoby (civilisté + bojovníci), pokud:

- potřebují poskytnutí zdravotní péče (ranění a nemocní v běžném významu slova) nebo
- by mohli potřebovat zdravotní péči (rodičky, těhotné, novorozenci apod.)

Tyto osoby, pokud se zdržují všech aktů nepřátelství, nebudou předmětem útoku a bude jim poskytnuta zdravotní péče.

**Ochrana a respekt ke statusu zdravotníka**

- zdravotník nesmí být napaden, je chráněn před každým násilím
- zdravotník má právo přístupu k nemocným a raněným (s výjimkou nemožnosti z důvodu probíhajících vojenských operací)
- zdravotníkovi nesmí být v ošetřování bráněno ani mu nesmí do něj být zasahováno pokyny odporujícími zdravotnické etice a postupům *lege artis* nebo odvádějícími jej od jeho poslání
- po zdravotníkovi nesmí být žádány jakékoli informace o ošetřených osobách (s výjimkou povinného hlášení infekčních nemocí)
- zdravotník nesmí být nijak postižen za ošetření kohokoli (byť nepřítele)
- zdravotník v moci druhé strany konfliktu zůstává zdravotníkem

**Co jako zdravotník musím:**

- postupovat vždy *lege artis* a v souladu se zdravotnickou etikou
- poskytnout co nejrychleji a v nejširší možné míře potřebnou zdravotní péči každému raněnému a nemocnému
- pořadí ošetření a rozsah zdravotní péče určuji jen s ohledem na zdravotní stav raněného a nemocného (bez ohledu na jeho příslušnost ke znepřáteleným stranám, národnost, státní příslušnost, rasu, pohlaví, náboženství, politickou orientaci, sociální status, rod a podobný znak)
- respektovat právo nemocného odmítnout zdravotnický zákrok

**Co jako zdravotník nesmím:**

- věnovat se jiné činnosti, než ošetřování, pokud by mohla být chápána jako nepřátelský akt (účast v boji, přeprava zdravých bojovníků sanitkou, přeprava zbraní sanitkou [s výjimkou osobních zbraní zdravotníků], získávání a přenos vojensky důležitých informací o nepříteli apod.), protože tak ztrácím právo na ochranu před útokem nepřítele a ohrožuji tím zdraví a životy kolegů a pacientů
- rozlišovat při stanovení pořadí ošetření a rozsahu poskytnuté zdravotní péče podle jiných znaků, než je naléhavost zdravotního stavu (viz výše)
- postupovat *non lege artis* nebo v rozporu se zdravotnickou etikou
- provádět úkony, které si nevyžaduje stav nemocného, jakkoli ohrozit jeho zdraví či život
- připustit, aby se přítomnosti zdravotníků, nemocných, umístění nebo pohybu zdravotnického přepravního prostředku využívalo jako „štítu“ k ochraně vojenských objektů či bojovníků před útokem nepřítele

**Čeho si musím jako zdravotník být vědom:**

- blízkost vojenských objektů může vést k zasažení zdravotnického přepravního prostředku následky nepřátelského útoku, proto se k nim přibližuji jen tehdy, je-li to pro výkon mého poslání zcela nezbytné
- nepřátelská strana má právo zdravotnický přepravní prostředek vyzvat ke změně směru pohybu, zastavení a prohlídce, zda má opravdu charakter čistě zdravotnického transportu
- můj oděv (uniforma) i její doplňky mne musí vždy odlišovat od příslušníka ozbrojených sil
- ZZS (personál, vozidla a materiál) splňuje v době válečného stavu podmínky pro označení znakem Červeného kříže na bílém poli a vydání průkazu zdravotnického personálu státním úřadem. MHP vyžaduje, aby toto označení bylo využito (dále může být využit radiový rozlišovací signál UIT). Toto označení musí být na vozidlech viditelné ze země i ze vzduchu a být co největší. Tento znak nesmí být užíván mimo službu, jinými osobami,

k označení nezdravotnických vozidel apod. Toto zneužití vystavuje ZZS útoku nepřítele, proto je nedopustím.

**Červený kříž**

Červený kříž (plným názvem Mezinárodní hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce, resp. mezinárodní červený kříž) je státy uznaná mezinárodní organizace tvořená:

- Mezinárodní výbor Červeného kříže (mezinárodně působící složka zaměřená především na ochranu a pomoc obětem ozbrojených konfliktů a vnitřních nepokojů, je garantem a šiřitelem MHP, neutrálním prostředníkem mezi znepřátelenými stranami v humanitárních otázkách. Zajišťuje činnost Pátrací služby Červeného kříže; jeho postavení je dáno Ženevskými úmluvami)
- národní společnosti Červeného kříže (humanitární organizace s národní působností v oblasti zdravotní, sociální a humanitární, působí jak v případě míru tak i ozbrojených konfliktů, nepokojů nebo katastrof. Věnují se zdravotní prevenci, výuce první pomoci, dárcovství krve, šíření MHP, provozují pátrací službu Červeného kříže. Jsou zřízeny ve více než 190 zemích světa, v cca 20 % užívají název a znak Červeného půlměsíce, v Izraeli pak Davidovy hvězdy; jejich postavení je dáno Ženevskými úmluvami a národním zákonodárstvím – **Český červený kříž** je vládou uznanou národní společností ČK v ČR, jeho postavení upravuje zákon č. 126/1992 Sb., působí na celém území ČR)
- Mezinárodní federace společností Červeného kříže a Červeného půlměsíce (sdružení všech národních společností, mezinárodně působící složka zaměřená především na pomoc obětem katastrof, epidemií apod. mimo místa ozbrojených konfliktů)

**Literatura**

[1] DITRICHOVÁ, Petra a JUKL, Marek. *Základní prameny mezinárodního humanitárního práva*. Praha: Ministerstvo obrany České republiky - VHÚ Praha, 2017. ISBN 978-80-7278-698-5.

[2] HAUG, Hans et al. *Humanity for all: the International Red Cross and Red Crescent Movement*. Berne: P. Haupt, 1993. ISBN 3258047197.

[3] JUKL, Marek. *Ženevské úmluvy, obyčeje a zásady humanitárního práva: (stručný přehled).* Praha: Český červený kříž, 2020. 162 stran. ISBN 978-80-87729-31-1.

[4] Webové stránky Českého červeného kříže www.cervenykriz.eu