Management ve zdravotnictví II

Studijní texty

pro studijní programy Všeobecná sestra a Intenzivní péče

Management ve zdravotnictví II

Autor:

Mgr. Lenka Jeřábková

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

1. lékařská fakulta

Univerzita Karlova

Rok vydání: 2021

ISBN: 978-80-908455-1-0

Obsah

1 Úvod 5

2 Členění zdravotnických služeb 6

2.1 Zdravotní péče 6

2.2 Konzultační služby 9

2.3 Zdravotnická záchranná služba (ZZS) 10

2.4 Zdravotnická dopravní služba 11

2.5 Záchytná služba 12

2.6 Nakládání se zemřelými 12

2.7 Služby odběrových zařízení 14

3 Zdravotnické systémy 16

3.1 Prvky zdravotnických systémů a řízení jejich vztahu 17

3.2 Typy zdravotnických systémů 18

3.3 Kritéria posuzování zdravotnických systémů 20

3.4 Systém zdravotnictví v ČR 21

4 Zdravotnické registry 24

4.1 Druhy národních zdravotnických registrů 25

4.1.1 Národní onkologický registr (NOR) 25

4.1.2 Národní registr hospitalizovaných (NRHOSP) 26

4.1.3 Národní registr reprodukčního zdraví (NRRZ) 27

4.1.4 Národní registr kardiovaskulárních operací a intervencí (NRKOI) 29

4.1.5 Národní registr kloubních náhrad (NRKN) 31

4.1.6 Národní registr nemocí z povolání (NRNP) 32

4.1.7 Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD) 33

4.1.8 Národní registr úrazů (NRU) ... 35

4.1.9 Národní registr osob trvale vyloučených z dárcovství krve (NROVDK) ... 36

4.1.10 Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství (NRPATV) ... 36

4.1.11 Národní diabetologický registr (NDR) ... 37

4.1.12 Národní registr intenzivní péče ... 38

4.1.13 Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS) ... 39

5 Kvalita zdravotních služeb ... 42

5.1 Měření a hodnocení kvality ve zdravotnictví ... 44

5.2 Modely řízení kvality ... 46

6 Zdraví 2030 ... 47

6.1 Hlavní strategické cíle Zdraví 2030 ... 48

6.2 Specifické cíle Zdraví 2030 ... 49

7 Závěr ... 52

8 Seznam použitých zdrojů ... 53

1 Úvod

Obsahem tohoto studijního materiálu je vymezení podstaty organizování zdravotní péče a představení aktuálních programů pro zlepšení veřejného zdraví v ČR. Již ze své podstaty má být péče o zdraví bezpečná, kvalitní a dlouhodobě udržitelná. Nezbytně nutné je také dlouhodobě usilovat o lepší dostupnost, kvalitu, vstřícnost a etický rozměr zdravotnických služeb. Zároveň je důležité klást větší důraz zejména na ochranu a udržení zdraví, posílit účast občanů a jejich odpovědnost za vlastní zdraví a cíleně a kontinuálně zlepšovat jejich zdravotní gramotnost. Zdraví lidí však nemohou zajistit pouze samotní zdravotničtí pracovníci a ani samotní občané. K jeho udržení, zlepšení či ochraně je nutné vyzvat všechny společenské struktury a využít všech sil možností. Text je rozdělen do pěti kapitol. Kapitola Členění zdravotnických služeb představuje základní dělení zdravotnických služeb (podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách) – na zdravotní péči, konzultační služby, Zdravotnickou záchrannou službu (ZZS) a zdravotnickou dopravní službu, záchytnou službu, nakládání se zemřelými a služby související s činností odběrových zařízení. Kapitola Zdravotnické systémy seznamuje studenty s prvky zdravotnických systémů, jejich základními typy a kritérii jejich posuzování. V závěru se věnuje také zdravotnickému systému ČR. V kapitole následující, Zdravotnické registry, jsou vysvětleny společné účely sběru zdravotnických dat, a stručně je také představeno dvanáct Národních zdravotnických registrů ČR. Kapitola Kvalita zdravotnictví se kromě definice kvality zabývá jejím měřením a hodnocením (včetně indikátorů kvality a standardů) a čtyřmi nejznámějšími modely řízení. Poslední kapitola, Zdraví 2030, přináší informace o Strategickém rámci rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 – zejména o jeho hlavních a specifických cílech. Veškeré informace uvedené v této studijní opoře vychází jak z praxe, tak z dostupné literatury a odborných zdrojů, jejichž seznam je uveden na konci v seznamu použité literatury.

2 Členění zdravotnických služeb

Zdravotnické služby jsou podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování členěny na poskytování zdravotní péče, konzultační služby, zdravotnickou záchrannou a dopravní službu, záchytnou službu, nakládání se zemřelými a zdravotní služby související s činností odběrových zařízení (včetně transfuzních služeb a krevních bank). (Zákon č. 372/2011 Sb.)

2.1 Zdravotní péče

Zdravotní péčí se rozumí prevence, ošetřování a zvládání chorob a ochrana duševního a fyzického zdraví využitím služeb zdravotního, ošetřujícího a pomocného personálu.

Zdravotní péči lze rozlišovat z několika hledisek:

A. Podle posloupnosti péče

- **Primární:** Je základem péče o zdraví celé populace. Zahrnuje kromě prvního kontaktu se zdravotnickými službami také kontakt dlouhodobý a kontinuální v prostředí co nejbližším sociálnímu prostředí klienta. Mezi její poskytovatele v ČR patří praktičtí lékaři, ambulantní gynekologové a stomatologové, agentury komplexní domácí péče a lékařské služby první pomoci (LSPP).
- **Sekundární:** Do sekundární zdravotní péče je pacient většinou odeslán na doporučení z péče primární. Zahrnuje odborné specializované služby prováděné prostřednictvím zdravotnických institucí, tedy nemocnic a specializovaných ambulancí.
- **Terciární:** Je z hlediska finančního i odborného nejnáročnější. Poskytovaná péče na této úrovni je vysoce specializovaná a komplexní, patří sem například onkologická péče či transplantační programy.

B. Podle naléhavosti péče

- **Neodkladná:** Slouží k zamezení/omezení vzniku náhlého stavu, který by mohl vést k bezprostřednímu ohrožení života a zdraví či k chování ohrožujícímu okolí pacienta nebo pacienta samotného.
- **Akutní:** Účelem je odvrácení či předejití vážného zhoršení zdravotního stavu (např. změnou léčebného postupu).
- **Nezbytná:** Týká se zahraničních pojištěnců, kterým musí být poskytnuta péče v takovém rozsahu, aby nemusel být omezen nebo zkrácen jejich původně plánovaný pobyt v ČR.
- **Plánovaná:** Zahrnuje veškerou ostatní péči. (Zákon č. 372/2011 Sb.)

C. Podle formy poskytování

- **Ambulantní:** Nevyžaduje hospitalizaci, její součástí je i návštěvní služba. Jedná se zejména o ***primární*** ambulantní péči, poskytující služby preventivní, diagnostické, léčebné, posudkové a konzultační, včetně zajištění koordinace a návaznosti na další péči (např. praktičtí lékaři, gynekologové, stomatologové a jiní). Dále je to péče ***specializovaná***, poskytovaná ambulantními specialisty podle jednotlivých oborů (např. diabetologická, chirurgická a jiné).

  Posledním typem je péče ***stacionární***, určená pro pacienty vyžadující dlouhodobou (často každodenní) ambulantní péči (např. pro osoby trpící návykovými poruchami). (Seifert & Čeledová, 2012; Zákon č. 372/2011 Sb.)
- **Jednodenní:** Vyžaduje pobyt na lůžku kratší než 24 hod. (např. v souvislosti s operačním výkonem). Je vždy plánovaná a musí při ní být, pro případ komplikací, zajištěna také dostupnost akutní lůžkové péče. Poskytuje se zejména v oborech chirurgie (včetně plastické), gynekologie, ortopedie, ORL a urologie.
- **Lůžková:** Vyžaduje vždy hospitalizaci. Dělí se dále na: ***akutní lůžkovou péči*** (pro případy náhlého ohrožení selhání základních životních funkcí); ***standardní*** (pro případy zdravotního úkonu, který není možno provést ambulantně, a pro vážné ohrožení zdravotního stavu bez přímého ohrožení základních životních funkcí); ***následnou*** (u pacientů, jejichž zdravotní stav vyžaduje doléčení či poskytnutí léčebně-rehabilitační péče; zahrnuje také péči o pacienty částečně či zcela odkázané na podporu základních

životních funkcí); ***dlouhodobá***, určená pro případy, kdy se bez soustavného poskytování ošetřovatelské péče zdravotní stav pacienta zhoršuje a nelze jej zlepšit.

- **Péče poskytovaná ve vlastním prostředí pacienta**: Zahrnuje návštěvní službu a domácí péči, do které se řadí péče ošetřovatelská, léčebně-rehabilitační a paliativní. (Plevová, 2018).

D. Podle účelu poskytování

- **Preventivní:** Účelem je zjišťování, vyhledávání, limitování (popř. minimalizování) faktorů vedoucích ke vznikům nemocí nebo zhoršování zdravotního stavu.
- **Diagnostická:** Účelem je vyšetření pacienta pro zjišťování informací především o jeho aktuálním somatickém (tedy tělesném) a psychickém stavu.
- **Dispenzární:** Aktivně a dlouhodobě sleduje zdravotní stav u pacienta trpícího onemocněním, či zdravého pacienta ohroženého onemocněním nebo zhoršením zdravotního stavu. Poskytována je např. dětem do 1 roku věku, chronicky nemocným, těhotným ženám aj.
- **Léčebná:** Realizuje individuální léčebný plán pacienta za účelem zlepšení zdravotního stavu, a to vyléčením či zlepšením/zmírněním důsledků onemocnění. (Zákon č. 372/2011 Sb.).
- **Posudková:** Zabývá se především posuzováním zdravotního stavu ve spojitosti se sociálním zabezpečením a zaměstnaností. Posuzuje hlavně: 1) jestli zdravotní stav pacienta odpovídá požadavkům, které jsou na něj kladeny v zaměstnání; 2) jestli zdravotní stav pacienta nebude zhoršen pracovními podmínkami. (Čeledová, 2011).
- **Léčebně-rehabilitační:** Jejím cílem je přispět k co nejvýraznějšímu zlepšení v oblasti fyzických, psychických, poznávacích, řečových a smyslových funkcí pacienta. Snaží se o odstranění vzniklých poruch, stabilizování zdravotního stavu a o celkové zlepšení života pacienta. Zahrnuje také lázeňskou léčebně-rehabilitační péči.
- **Ošetřovatelská:** Zaměřuje se především na aktivizaci pacienta a obnovu a podporu jeho soběstačnosti. Základním účelem je udržení a podpora zdraví, navrácení dobrého zdravotního stavu, společně s uspokojením biologických, sociálních a psychických potřeb pacienta, které byly negativně ovlivněny zhoršeným zdravím.

- **Paliativní:** Účelem není vyléčení či prodloužení života, ale zmírňování bolesti i utrpení nevyléčitelně nemocných a zachování co možná nejvyšší kvality jejich života. Je nejnáročnější formou ošetřovatelství, a mezi její cíle patří i zajištění důstojného umírání.
- **Lékárenská a klinickofarmaceutická:** Zajišťuje, připravuje, uchovává, upravuje, kontroluje a vydává léčiva, laboratorní chemikálie, dezinfekce a zdravotnické prostředky (kromě transfuzních přípravků). Poskytuje také konzultační a preventivní služby a zajišťuje i kontrolu a bezpečnost užívání léčiv. (Plevová, 2018; Zákon č. 372/2011 Sb.)

2.2 Konzultační služby

Účelem konzultačních služeb je posouzení, popřípadě navržení změn a doplňujících úkonů individuálního léčebného plánu**.** Zároveň se jedná i o konzultace pro usnadnění a podporu rozhodování samotného pacienta, týkající se dalšího postupu či zdravotnických služeb poskytovaných jiným zdravotnickým pracovníkem nebo zařízením. Konzultační služby jsou extrémně důležité zejména u pacientů s chronickým onemocněním. Jejich efektivita závisí především na schopnostech lékaře i pacienta k vzájemné spolupráci. Pacient má podle zákona o zdravotních službách právo vyžádat si konzultaci s jiným než svým ošetřujícím lékařem, nicméně nikoli v případě, že jeho zdravotní stav vyžaduje neodkladnou péči, popřípadě se jedná o osobu ve vazbě nebo ve výkonu trestu. (Zákon č. 372/2011 Sb.). Ačkoli je většina konzultací prováděna osobně, mnohé zdravotní pojišťovny, praktičtí lékaři a někteří specialisté nabízejí konzultační služby týkající se přímého zdravotního stavu také po telefonu či online, včetně možnosti vyžádání si názoru druhého lékaře. Individuální léčebný postup zahrnuje zejména plán poskytování zdravotních služeb (včetně rozepsání jejich časového a logického harmonogramu a možných alternativ). Obsahuje tak diagnostickou rozvahu, návrh léčby a dalšího postupu (nejen léčebného, ale např. i následné léčebně-rehabilitační péče). Nedílnou součástí je i určení léčebného režimu, tedy opatřeních podporujících léčbu a snižujících rizika (včetně úpravy životního stylu). (Seifert & Čeledová, 2012).

2.3 Zdravotnická záchranná služba (ZZS)

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) je součástí systému zdravotních služeb ČR. Jejím základním úkolem je poskytování tzv. přednemocniční neodkladné péče (PNP). ZZS je v současnosti (1. 1. 2003) tvořena 14 územními středisky ZZS, které pokrývají území všech krajů a hlavního města Prahy. Součástí územních středisek jsou okresní střediska a výjezdová stanoviště. (Vilášek & kol., 2014). V každém kraji provozuje příslušná krajská záchranná služba jedno krajské zdravotnické operační středisko, zajišťující příjem a vyhodnocování volání na tísňovou linku a operační řízení výjezdových skupin. Kostru systému potom tvoří výjezdové základny rozmístěné tak, že zajišťují dostupnost celého území kraje do 20 minut jízdy. Volání na tísňovou linku 155 je automaticky přesměrováno na dané územní středisko, které následně přes okresní střediska koordinuje výjezd z příslušného výjezdového stanoviště. Funkce ZZS vychází zejména ze zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě.

Ten vymezuje činnosti ZZS následovně:

- Poskytuje nepřetržitý a bezodkladný kvalifikovaný příjem tísňové linky (buď přímé na čísle 155, či předané ze 112, popřípadě od dalších složek integrovaného záchranného systému).
- Vyhodnocuje naléhavost tísňového volání, a podle toho pak okamžitě rozhoduje o dalším postupu (dle zdravotního stavu pacienta).
- V případě nutnosti poskytnutí první pomoci před příjezdem výjezdové skupiny podává instrukce k jejímu zajištění.
- Řídí výjezdové skupiny.
- Řídí a organizuje neodkladnou přednemocniční péči na místě události a při přepravě.
- Úkolem výjezdových skupin je vyšetření pacienta, poskytnutí zdravotní péče (včetně neodkladných výkonů k obnově a stabilizaci základních životních funkcí), a její soustavné poskytování při přepravě do nemocnice.
- Spolupracuje s dalšími složkami integrovaného systému (Policie ČR, Hasičský záchranný sbor ČR) a cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče.

- Zajišťuje také leteckou přepravu mezi poskytovateli akutní lůžkové péče a leteckou přepravu tkání a orgánů k transplantaci. (Vilášek & kol., 2014; Zákon 374/2011 Sb.)

2.4 Zdravotnická dopravní služba

Zdravotnická dopravní služba zajišťuje dopravu raněných, nemocných a rodiček. Podmínky jejího provozování včetně požadavků na vybavení, a to jak personální, tak technické a materiální, jsou stanoveny příslušnými právními předpisy, zejména zákonem o zdravotních službách a vyhláškou o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky. Nejčastěji jsou ZDS provozovány dvěma způsoby. V prvním případě ji zřizuje a provozuje přímo zdravotnické zařízení, typicky nemocnice. Ve druhém případě se jedná o samostatné komerční subjekty, které mají se zdravotnickými zařízeními dohody o spolupráci.

Zdravotnická dopravní služba:

- Zajišťuje přepravu pacientů mezi poskytovateli zdravotní péče (většinou mezi nemocnicemi), v případě nutnosti i přepravu mezi poskytovatelem péče a vlastním domovem/sociálním prostředím pacienta, a to zejména v případech, kdy je nezbytné zajištění zdravotní péče během převozu nebo po převozu.
- Zajišťuje také přepravu zdravotnického personálu k zabezpečení neodkladné péče (např. v jiném zdravotnickém zařízení).
- Zajišťuje přepravu osob včetně zemřelého pacienta související s prováděním transplantací, neodkladnou přepravu tkání a buněk určených k použití u člověka, přepravu léčivých přípravků, krve a jejích složek a zdravotnických prostředků nezbytných pro poskytnutí neodkladné péče nebo přepravu dalšího biologického materiálu. (Zákon č. 372/2011 Sb.).

2.5 Záchytná služba

Záchytnou službu (celým názvem „protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba“) zajišťují na svém území jednotlivé kraje. Její základní funkcí je poskytnutí zdravotní služby osobě, která je pod vlivem alkoholu či dalších omamných látek, a v důsledku toho nekontroluje své chování a ohrožuje sebe či své okolí, a to včetně majetku a narušování veřejného pořádku. Do záchytné stanice nelze umístit osoby, které se v důsledku akutní intoxikace vyskytují v ohrožení života (např. pokud jsou v bezvědomí, mají masivní krvácení.
Do záchytné stanice je intoxikovaný člověk dopravován tím, kdo u něj intoxikaci zjistil – může se tak jednat o Policii ČR, městskou nebo obecní policii, ZZS, či zdravotnickou dopravní službu. V případě, že je nebezpečný svému okolí včetně pracovníků ZZS a zdravotnické dopravní služby, mohou zdravotníci požádat o asistenci Policii ČR. Dopravu do záchytné stanice a pobyt v ní hradí intoxikovaná osoba, v případě nezletilých jejich zákonní zástupci. V případě, že u dané osoby následně vyšetřením nebyla zjištěna přítomnost alkoholu či jiných omamných látek, hradí služby ten, kdo k vyšetření na intoxikaci vyzval, tedy např. policie, Vězeňská služba ČR či zaměstnavatel. (Zákon č. 373/2011 Sb.)

2.6 Nakládání se zemřelými

Za zemřelého je považován ten, u kterého došlo k mozkové smrti či nevratné zástavě krevního oběhu. Pokud dojde k úmrtí mimo zdravotnické zařízení, oznamuje se praktickému lékaři (který provede prohlídku těla a konstatuje smrt), nebo na tísňovou linku 112. Občanský zákoník zaručuje zemřelému nedotknutelnost a zásadu důstojného zacházení s tělem. Podle zákona o zdravotních službách jsou tak možnosti nakládání se zemřelým omezené. Povoleny jsou jen úkony sloužící pro diagnostiku, vědu a výzkum, vzdělání, či transplantaci. Jakékoli úkony, kromě prvotního ohledání ke konstatování smrti a úkonů souvisejících s transplantačním procesem, mohou být provedeny nejdříve 2 hodiny po úmrtí.

Konkrétní úkony jsou:

- **Prohlídka těla** – Lékař vyplní příslušnou dokumentaci („List o prohlídce zemřelého“), určí, jestli bude provedena pitva, informuje osobu blízkou (pokud je mu známa), a zajistí převoz k pitvě (pokud je potřeba). Pokud se nejedná o registrujícího praktického lékaře zemřelého, je nutné jej kontaktovat. V případě podezření na násilnou smrt (včetně sebevraždy) se vždy informuje Policie ČR. Pokud má lékař podezření, že k úmrtí došlo v důsledku nebezpečného infekčního onemocnění, musí neprodleně kontaktovat orgán ochrany veřejného zdraví.
- **Pitva** (a odběr biologického materiálu pro diagnostiku) – rozlišují se na ***patologicko-anatomické*** pitvy (pro ověření klinických diagnóz apod.), ***zdravotní*** (pro zjištění důvodu smrti), ***soudní*** (v případě podezření na násilnou smrt) a ***anatomické*** (pro účely výuky či výzkumu).
- **Odběr orgánů pro transplantaci, a odběr tkání a buněk** určených k použití u člověka, popřípadě pro výrobu léčiv. Odběr je možný provést pouze ve chvíli, kdy k odběru vyslovil zemřelý za svého života souhlas. Nikdy není přistoupeno k odběru orgánů a dalšího materiálu za předpokladu, že existuje podezření na násilný trestný čin nebo sebevraždu.
- **Odběr částí těla pro vědecké použití** (včetně výuky) – opět se řídí přáním a souhlasem zemřelého.
- **Vyjmutí implantovaných zdravotnických materiálů** – k vyjmutí dojde, pokud je to možné, ovšem nikdy se nevyjímají pevné zubní protézy.
- **Další úkony související s přípravou pohřbu** podle zákona o pohřebnictví. (Zákon č. 372/2011 Sb.)

2.7 Služby odběrových zařízení

A. Služby odběrových a tkáňových zařízení

Řídí se zákonem č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů (tzv. transplantační zákon) a zákonem č. 296/2008 Sb. o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka.

- **Odběr od žijícího dárce:** Provádí se pouze za předpokladu, že bude mít léčebný přínos pro příjemce a pokud neexistuje jiná možnost (např. není k dispozici orgán nebo tkáň od zemřelého dárce). Dárce také musí dát s odběrem konkrétní a informovaný souhlas. Odebírají se pouze tzv. obnovitelné tkáně (tedy ty schopné regenerace – např. játra), jeden z párových orgánů (např. ledviny), popřípadě u žen děloha (při léčbě neplodnosti způsobené nefunkční/chybějící dělohou).

  Darování je možné jak osobě blízké, tak osobě neznámé. V druhém případě je pak kromě informovaného souhlasu dárce i nutný souhlas etické komise. K odběru nedojde, pokud je podezření, že by mohl vést k ohrožení zdravotního stavu či života dárce nebo příjemce, a pokud je dárce ve výkonu trestu nebo ve vazbě (v tomto případě jsou udělovány výjimky pouze pro dárcovství mezi přímými rodinnými příslušníky).

  V případě, že je dárce nezletilý či s omezenou svéprávností, může dojít pouze k odběru obnovitelných tkání, a pouze pokud není k dispozici žádný jiný dárce.
- **Odběr od zemřelého dárce:** Jak již bylo zmíněno výše, k odběru dochází pouze za předpokladu, že k tomu dal dárce za svého života souhlas, popřípadě s tím vyjádří souhlas jeho osoba blízká, a pokud nebyl vyjádřen nesouhlas, ať už zemřelým či osobou blízkou. Většinou dochází k odběru po uplynutí 2 hodin od konstatování smrti. U úmrtí v důsledku nezvratné zástavy krevního oběhu je to možné i dříve, a to v případě, že k zástavě došlo ve zdravotnickém zařízení, nebo na základě neúspěšné resuscitace. Na těle zemřelého se po odběru orgánů vždy provádí pitva v co nejrychlejším možném čase, a to zejména proto, aby byla zjištěna případná nemoc, která by mohla ohrozit příjemce. (Zákon č. 285/2002 Sb.)

B. Služby zařízení transfuzní služby a krevní banky

Řídí se zákonem 378/2007 Sb. o léčivech, a zabývá se transfuzními přípravky a surovinami na jejich výrobu.

Transfuzní služby zajišťují následující úkony:

- organizace transfuzí, včetně vyšetření vhodnosti dárců, vyšetření bezpečnosti krve, další zpracování krve a její distribuce, kontroly a uložení v krevní bance. ***Krevní banka*** je zařízení, ve kterém jsou skladovány a vydávány transfuzní přípravky, ale pouze poskytovatelům zdravotních služeb. V rámci krevní banky je rovněž možno provádět předtransfuzní imunohematologické vyšetření.
- z každého odběru krve (či složky) se uchovává vzorek, a jsou zajišťovány údaje o dárci a o samotném odběru, skladování, distribuci a přepravě krve.
- organizace dovozu transfuzních přípravků ze zahraničí, popřípadě jejich vývozu, ovšem vždy pouze na základě souhlasu Ministerstva zdravotnictví. (WHO, 2002; Zákon č. 378/2007 Sb.)

3 Zdravotnické systémy

Zdravotnický systém lze definovat jako uspořádaný celek vztahů mezi prvky systému. Je souhrnem institucí, zdrojů (personálních, kulturních a ekonomických) a výzkumných aktivit. Mezi jeho hlavní činnosti patří prevence nemocí a jejich léčba, rehabilitace a rekonvalescence, mírnění bolesti a utrpení a celkové přispívání k podpoře zdraví obyvatelstva. Cílem je také vzdělávání zdravotnických pracovníků a výzkum. Zásady poskytování zdravotní péče a fungování a řízení činnosti zdravotnických zařízení jsou vytvářeny v jednotlivých státech v rámci jejich ***zdravotní politiky***, která se všeobecně snaží o zajištění optimálního rozsahu a kvality péče. (Křížová, 1998) Zdravotnické systémy jsou doménou rozvinutých zemí a vyspělejších rozvojových zemí – v nejchudších zemích světa žádný takový systém nefunguje, zdravotní péče je obyvatelstvu nedostupná, a jednotlivé nemocnice či kliniky bez systémové koordinace v zemi nemají šanci fungovat. To ukazuje potřebu a význam zdravotnických systémů, alespoň těch nejzákladnějších. Ačkoli v rámci Evropy dnes platí zásada práva na ochranu zdraví a zdravotní péči, nebylo tomu tak však vždy – přístup ke zdravotnické péči byl v minulosti výsadou bohatých. První základy zdravotnických systémů byly položeny v 19. století, kdy se zdravotní stav obyvatelstva stával významnějším pro hospodářský a společenský rozvoj zemí. Zdravotní pojištění osob byla v Evropě zaváděna na přelomu 19. a 20. století – s rozvojem zdravotnictví a diagnostických a zdravotnických metod stoupala i cena péče, kterou si ne každý člověk mohl dovolit. Skrz zavedení pojištění, které bylo odváděno podle stanovených dávek ze mzdy, v rámci ***principu solidarity*** tak ti s lepším zdravím a lepšími výdělky přispívali na ty se zhoršeným zdravím a nižšími příjmy. (Gladkij & Strnad, 2002)

3.1 Prvky zdravotnických systémů a řízení jejich vztahu

Dnešní zdravotnické systémy mají tři základní prvky (subjekty):

- *poptávka* (neboli ***uživatelé***, tedy občané dané země),
- *nabídka* (***poskytovatelé*** zdravotní péče),
- ***plátce*** (ten, kdo systém financuje).

Ačkoli by se mohlo zdát, že nejvýznamnějším vztahem mezi jednotlivými subjekty je vztah uživatele s poskytovatelem, tedy pacienta a lékařem, není tomu tak. V dnešní době má v rámci systémů zdravotnictví nejvýznamnější roli vztah poskytovatelů s plátci. Plátcem je totiž ten, kdo zprostředkovává předplacenou péči danou pojištěním, a snaží se tak o kontrolu toho, jakým způsobem je s finančními prostředky nakládáno. V evropských systémech jde o veřejnou správu a zdravotní pojišťovny.

Vztahy mezi jednotlivými prvky jsou determinovány na základě dvou principů – tržním principu a vládní regulaci (ve většině rozvinutých zemí jsou kombinovány).

- **Tržní princip:** Zdravotní péče je ***zbožím***. Mezi hlavní charakteristiky tržního principu patří dobrovolnost placení pojištění. Lékaři jsou soukromé podnikající subjekty, nemocniční péče je soukromá (zisková i nezisková). Stát nezasahuje do nabídky ani ceny zdravotnických služeb, péče je hrazena uživatelem – buď přímo, nebo prostřednictvím soukromých komerčních pojišťoven. Čistě tržní zdravotnický systém se dnes nikde neuplatňuje (viz níže), ale velmi blízko k němu má USA a v minulosti také Švýcarsko.
- **Vládní regulace:** Zdravotní péče je ***veřejnou službou*** zajišťovanou státem, a je důležitým prvkem státní politiky. Stát tak přispívá na zdravotnické služby ze státního rozpočtu a stanovuje a reguluje jejich maximální ceny, a to včetně cen léků, ukládá povinnost platby zdravotního pojištění, dohlíží na činnost pojišťoven, na zdravotnická zařízení a investice. V některých případech reguluje i počty studentů a absolventů medicíny. Princip funguje na již zmíněné ***zásadě sociální solidarity*** (či ekvity), zajišťující zdravotní péči pro všechny. Jedná se zejména o solidaritu mladých se starými, zdravých s nemocnými, pracujících

s nepracujícími. Solidarita je zajišťována buď ***zdaněním populace*** či ***povinným zdravotním pojištěním***. (Křížová, 1998)

3.2 Typy zdravotnických systémů

Typy či modely systémů se dnes v čisté podobě nevyskytují. Jejich rozdělení se uskutečňuje podle následujících kritérií:

- **Kdo garantuje občanům zdravotní péči.**
- **Z jakých prostředků je hrazena.**
- **Jaké je postavení poskytovatelů zdravotnických služeb.**

A. Systém založený na povinném pojištění

Tento typ je historicky nejstarší, označován bývá také jako *Bismarckův model* podle německého kancléře Otto von Bismarcka, který jako první v Evropě zavedl sociální a zdravotní pojištění. Povinnost platby zdravotního pojištění je součástí sociálního zabezpečení a funguje na principu solidarity. Do fondů pojištění přispívají kromě občanů také stát a zaměstnavatel. Praktičtí a ambulantní lékaři jsou většinou privátní, ať už pracující jako osoby samostatně výdělečně činné, lékaři pracující v nemocnicích jsou zaměstnanci. Zdravotní pojišťovny jsou ve většině zemí veřejné a neziskové, ale např. v Nizozemí převažují soukromé. Tento model je základem pro systémy mnohých evropských zemí, např. Německa, Francie, Rakouska a zemí Beneluxu. Od 90. let funguje také v rámci ČR, Polska, Maďarska a dalších.

- **Výhody:** Všeobecná dostupnost zdravotních služeb a jejich vysoká kvalita, svobodný výběr lékaře či zdravotnického zařízení, většinou i výrazná decentralizace (tedy centrální vláda má v rozhodování méně pravomocí – ty připadají regionálním orgánům). Pojišťovny mají povinnost pojistit občana bez ohledu na jeho zdravotní stav.
- **Nevýhody:** Vysoká cena zdravotní péče, vysoké administrativní náklady.

B. Systém národního zdravotnictví

Označovaný také jako tzv. *Beveridgeovský model* – podle anglického politika a ekonoma lorda Beveridge, který jej rozpracoval po 2. světové válce. Řízení zdravotních služeb je centralizované, hlavní roli má tedy stát, popřípadě jím pověřená instituce. Stejně jako předchozí model funguje na principu solidarity. Zdravotnictví je financováno z veřejného rozpočtu, jehož zdrojem jsou daně, ale existuje i možnost soukromého připojištění. Rodinní lékaři (jde o obdobu praktických lékařů u nás) jsou většinou osoby samostatně výdělečně činné. Nemocnice jsou jak státní, tak zcela soukromé. Existuje i určitá míra spoluúčasti pacienta, je však poměrně nízká (většinou za zubní péči, léky nebo hospitalizaci). Tento model je základem pro zdravotnictví Spojeného království Velké Británie, Irska, Islandu, Portugalska, Řecka, Švédka, Norska a Dánska, mimo Evropu také Nového Zélandu nebo Kanady.

- **Výhody:** Zdravotní péče je všeobecně dostupná a úspornější než v předchozím modelu, je snadněji regulovatelná.
- **Nevýhody:** Především dlouhá čekací lhůta na mnohé ambulantní specializované služby, omezená možnost volby poskytovatele zdravotní péče, nerovnoměrná úroveň poskytovatelů. Fungování modelu je také více ohroženo ekonomickou recesí.

C. Tržní (pluralitní) zdravotnictví – Liberální model

Tento model je založen na individuální odpovědnosti občanů, to znamená, že rovnost přístupu ke zdravotní péči (solidarita) *není* garantována státem. V této čisté podobě dnes již neexistuje. Nejblíže k němu dnes mají v USA, tedy pojištění je sice dobrovolné a soukromé, ovšem i v rámci USA je doplněno programy pro určité ohrožené skupiny populace a je hrazeno z daní (např. pro válečné veterány, seniory apod.). Pojištění funguje ve dvou formách: **zaměstnanecké**, kdy zaměstnavatel částečně přispívá zaměstnancům **a individuální**. Existují také nezisková a charitativní zdravotnická zařízení, poskytující omezenou zdravotní péči těm, kteří pojištění nemají. Většinou jde o chudé skupiny osob, kteří si jej nemohou dovolit.

- **Výhody:** Vysoká kvalita zdravotní péče a služeb (v případě vysokého rozsahu pojištění), dostatek financí pro vědu a výzkum, rychlé zavádění inovací, vysoké platy lékařů.
- **Nevýhody:** Sociální nerovnost a nižší dostupnost péče, nadbytečná péče pro pojištěné, nebezpečí ekonomického ohrožení jedince i rodiny v případě závažných onemocnění (a zejména pak těch chronických). Zdravotní pojišťovny nemají povinnost občana země pojistit, pokud trpí v době žádosti o pojištění zdravotními problémy. (Gladkij & Strnad, 2002).

3.3 Kritéria posuzování zdravotnických systémů

Základními ukazateli jsou:

- **Dostupnost péče:** Finanční, časová, administrativní, sociokulturní (např. pro různá etnika či menšiny), geografická.
- **Kvalita péče:** Určována na základě poskytované péče, tedy její dokonalosti a dosažených výsledků. Je charakterizována podle účinnosti, včasnosti, bezpečnosti, soustavnosti a ekonomické efektivnosti péče, úrovně medicínského poznání a technologií, a ekonomických možností daného státu. Základními ukazateli kvality zdraví a zdravotní péče jsou naděje na dožití, vyhnutelná úmrtnost, chronická nemocnost a vlastní zhodnocení zdravotního stavu občany.
- **Výkonnost systému:** Určována je objemem a kvalitou péče vzhledem k ekonomickým zdrojům, tedy v jaké kvalitě a kolika lidem je systém schopen poskytnout zdravotní péči při určitých výdajích.
- **Ekonomické náklady:** Určuje je spotřeba finančních prostředků zdravotnickými službami. Vyjadřuje se jako procentuální podíl nákladů na zdravotnickou činnost z celkového HDP (hrubý domácí produkt).
- **Ekvita** (solidarita)
- **Sociální přijatelnost** (akceptabilita): Určována je podle toho, nakolik zdravotnický systém odpovídá potřebám společnosti dané země.

Dalšími ukazateli mohou být např. počet lékařů, nemocnic a nemocničních lůžek (v průměru a v přepočtu na obyvatele), struktura specializací lékařů, návaznost péče, ale i demografické ukazatele jako úmrtnost či průměrná délka života. (Šťastný, 2015)

3.4 Systém zdravotnictví v ČR

Základy zdravotnického systému v českých zemích sahají do 19. století, konkrétně do roku 1887, kdy vznikla uspořádaná síť lékařů na základě zákona o veřejné zdravotní službě (zák. č. 68/1887). První systém nemocenského a zdravotního pojištění, fungujícího na principu solidarity, byl u nás zaveden roku 1888 (např. v Anglii v roce 1897). Až do nacistické okupace patřilo československé zdravotnictví k nejvyspělejším v Evropě z hlediska organizace i vysoké úrovně zdravotního stavu obyvatelstva. V 50. letech 20. století došlo ke změně na nový, výhradně státní systém, řízený centrálním rozpočtem. Z toho byly prostředky (z daní, nikoli z pojištění – to bylo zrušeno) přerozdělovány krajům a okresům, jejichž výbory dále rozhodovaly o jejich rozdělení svým příslušným zdravotnickým zařízením. Systém byl poměrně nepružný, neefektivní a plný nejasností týkajících se financování, bez možnosti zpětné vazby. Problémy financování se odrazily i na platech lékařů a následně na poskytované péči. Finanční prostředky pro zdravotnictví byly v následujících letech dále omezovány, řada léků a přístrojů dostupných v zahraničí k nám nebyla dovážena, a v souvislosti i s dalšími negativními faktory se zdravotní stav obyvatelstva začal zhoršovat, včetně snižování průměrné délky života a zvýšené úmrtnosti kojenců. (Gladkij & Strnad, 2002; Šťastný, 2015) Reforma zdravotnictví byla zahájena až po roce 1989. Postupně došlo k decentralizaci zdravotnického systému i jeho liberalizaci a částečné privatizaci, reformám institucí i změnám financování zdravotnictví. V roce 1991 vznikla VZP (Všeobecná zdravotní pojišťovna), o dva roky později definitivně došlo k přechodu na financování zdravotnictví pojišťovnami. Po skončení období privatizace (rok 1996), které bylo spojeno s mnohými problémy, přišlo tzv. období restrukturalizace, s výraznějším zaměřením na kontrolu financování zdravotní péče a její legislativy. Zlepšila se kontrola distribuce léčiv i investic do vybavení nemocnic a výstavby nových zdravotnických zařízení. Výraznou změnou byla

především reforma státní správy v roce 2000 a s ní spojený vznik samosprávy krajů, který umožnil i výraznější decentralizaci zdravotnictví. (Gladkij & Strnad, 2002)

Financování

Jak již bylo zmíněno, systém zdravotnictví v ČR je založen na ***modelu systému založeného na povinném pojištění*.** Financování probíhá z veřejných a soukromých zdrojů.

- **Veřejné zdroje:** Cca 90 %, tvoří je platby z povinného zdravotního pojištění zaměstnanců, OSVČ a z veřejných rozpočtů. Z těch je státem hrazeno pojištění za nezletilé, studenty, nezaměstnané, důchodce a vojáky (někdy jsou tyto skupiny nazývány též státními pojištěnci).
- **Soukromé zdroje:** Jde zejména o regulační poplatky zavedené roku 2008 (např. poplatek za návštěvu lékaře, za recept, za pobyt v nemocnici aj.), spoluúčast pacienta (zejména v estetické chirurgii, doplatky za některé léky), hrazení nadstandardních služeb a soukromé zdravotní pojištění.

Organizace

- **Ministerstvo zdravotnictví (MZ):** Je hlavním orgánem řízení zdravotnictví v ČR. Zřizuje a kontroluje fakultní nemocnice, zdravotní ústavy, hygienické stanice a odborné léčebné ústavy. Dohlíží také na činnost lékařské, farmaceutické a stomatologické komory. Nakládání s financemi ve zdravotnictví je řízeno Ministerstvem financí.
- **Zdravotní pojišťovny:** Jsou příjemci prostředků z povinného veřejného zdravotního pojištění. S poskytovateli zdravotní péče uzavírají rámcové smlouvy. Jsou neziskovými a státem regulovanými právními subjekty.
- **Poskytovatelé zdravotních služeb:** Jde o zařízení ambulantní péče (praktičtí lékaři, polikliniky), zařízení závodní preventivní péče, nemocnice, odborné léčebné ústavy (pro lůžkovou péči o dlouhodobě nemocné), hospice, lékárny, agentury domácí péče a soukromí poskytovatelé zdravotní péče. (Šupšáková, 2017)

Stav zdravotnictví v ČR

Podle Evropské komise patří mezi současné problémy evropských systémů zdravotnictví především stárnutí obyvatelstva a jeho zatížení chronickými onemocněními. To vede ke zvýšení poptávky po zdravotní péči a negativně tak ovlivňuje rozpočet, který zasahují i náklady na nové technologie. Problematické je v mnoha evropských zemích také nerovnoměrné rozmístění poskytovatelů péče, např. jejich soustředění ve velkých městech oproti venkovským oblastem, což ovlivňuje i rovnost přístupu ke zdravotní péči. Co se týče ČR a vyhodnocení zdravotnictví na základě ekonomických ukazatelů, ekonomické náklady, počítané z celkových výdajů na zdravotnictví na HDP, jsou v rámci ČR nižší než v mnoha dalších zemích, a naše zdravotnictví je tak často označováno jako podfinancované. Na druhou stranu se české zdravotnictví vyznačuje vysokým podílem veřejných výdajů, nízkou spoluúčastí a ochranou zranitelných skupin obyvatel před přílišnými doplatky (např. stanovené limity na doplatky za léky pro důchodce). ČR je také zemí s poměrně nízkou cenou zdravotnických služeb, a je charakterizována levnými léky, optimální cenovou regulací i přiměřenými platy zdravotnických pracovníků. Zdravotnictví ČR je charakteristické vysokou dostupností a dobrým pokrytím. Poměrně nízké však jsou, v porovnání s dalšími evropskými zeměmi, investice do zdravotnictví, což se negativně odráží na stavu některých zdravotnických zařízení.

Kvalita našeho zdravotnictví je spíše průměrná, nicméně je výrazně ovlivňována i rizikovými faktory, jako je vyšší znečištění ovzduší a životním stylem obyvatelstva, v průměru vyšší konzumace alkoholu a nižší konzumace ovoce a zeleniny. Většina obyvatelstva je podle statistik s českým zdravotnickým systémem spokojena (informace pro rok 2018). (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021)

4 Zdravotnické registry

Zdravotnické registry jsou součástí ***Národního zdravotnického informačního systému*** (NZIS). NZIS vytváří jednotný a celostátní informační systém, sloužící ke sběru dat ze zdravotnických zařízení. Spadá pod ***Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*** (ÚZIS). Díky NZIS má ČR propracovaný, dlouhodobě budovaný systém sběru informací o zdravotním stavu obyvatelstva i zdravotnických zařízeních a pracovnících a ekonomice zdravotnictví. Data se využívají pro řízení zdravotnictví a jeho služeb, stanovení koncepce státní zdravotní politiky, pro zdravotnický výzkum, statistiky a pro další vedení registrů. Kromě národních zdravotnických registrů jsou součástí NZIS i ***Národní registr poskytovatelů zdravotnických služeb***, ***Národní registr zdravotnických pracovníků*** a ***Národní registr hrazených zdravotních služeb***. (Policar, 2010)

Zdravotnické registry jsou vedené podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.
Jejich účelem je:

- sběr informací k vyhodnocování zdravotního stavu obyvatelstva,
- sběr informací o demografickém vývoji, reprodukčním zdraví a stárnutí populace a vyhodnocování jejich důsledků na poskytování zdravotnických služeb,
- sběr informací o kvalitě a bezpečnosti zdravotních služeb a o jejich hrazení z veřejného zdravotního pojištění,
- evidování a sledování pacientů s určitými vybranými (především společensky závažnými) onemocněními,
- vyhodnocování a sledování vývoje onemocnění (nejen těch závažných), jejich příčin a následků především pro zdravotní stav pacientů, ale také pro jejich ekonomickou situaci a její následné možné dopady na ekonomiku země,
- vyhodnocování efektivity poskytované péče,
- použití dat k statistickým a vědeckým účelům,
- evidování zemřelých (na základě „Listu o prohlídce zemřelého“),

- poskytování dat nejen pro instituce v rámci ČR, ale také pro mezinárodní organizace – např. WHO (Světová zdravotnická organizace), OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj), různé organizace EU a další.

Data nejsou volně přístupná. Řídí se ochranou osobních údajů, konkrétně zákonem č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů a Nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů. **V případě, že jsou data využívána pro výzkumné a vědecké účely, jsou poskytované informace striktně anonymní.** Přístup zajišťuje a povoluje statistický úřad na základě žádosti daného oprávněného pracovníka. (ÚZIS ČR, n.d.; Zákon č. 372/2011 Sb.)

4.1 Druhy národních zdravotnických registrů

4.1.1 Národní onkologický registr (NOR)

Účelem Národního onkologického registru (dále jen NOR) je registrace onkologických onemocnění a periodické sledování jejich dalšího vývoje, tj. shromažďování dat, jejich verifikace, ukládání, ochrana a zpracování. NOR poskytuje souhrnné údaje pro statistické přehledy jak na národní, tak i mezinárodní úrovni, dále pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum. NOR je celoplošným populačním registrem, který navazuje na sledování novotvarů v populaci ČR zavedené v 50. letech 20. století a jako populační registr záznamů jednotlivých novotvarů je provozován ÚZIS ČR od roku 1976. Údaje NOR slouží také k podpoře včasné diagnostiky a léčby novotvarů a přednádorových stavů, ke sledování trendů jejich výskytu, příčinných faktorů a společenských důsledků. Na populační úrovni jsou hodnoceny také výsledky léčby novotvarů formou analýzy přežití. Souhrnná data jsou podkladem pro tvorbu, realizaci a vyhodnocování preventivních zdravotnických programů a pro odhady potřebných finančních nákladů na zabezpečení komplexní onkologické péče. Anonymní individuální data mohou být poskytnuta pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum v souladu s platnými zákony a se souhlasem správce NOR (ÚZIS ČR) a Rady NOR (odborný poradní orgán správce NOR).

NOR je členem IACR (Mezinárodní asociace onkologických registrů) v Lyonu, spolupracuje s Evropskou sítí onkologických registrů (ENCR) a udržuje kontakt s registry v zahraničí. NOR je nedílnou součástí komplexní onkologické péče v ČR.

Ve zkratce:

- Shromažďuje, ukládá a zpracovává data o onkologických onemocněních a onkologických pacientech. Zjišťovaná data slouží také pro zlepšení včasného diagnostikování novotvarů a pro odhady finančních nákladů na onkologickou péči.
- NOR přijímá data o zhoubných a vybraných nezhoubných novotvarech. Také jsou mu předávána data o cytologických a bioptických nálezech, i o novotvarech nalezených při pitvě. Údaje obsahují především informace o stanovení diagnózy, morfologii útvaru a rozsahu onemocnění.

4.1.2 Národní registr hospitalizovaných (NRHOSP)

Účelem zjišťování požadovaných údajů Národním registrem hospitalizovaných (NRHOSP) je získání zdroje informací o zdravotním stavu populace. Národní registr hospitalizovaných současně poskytuje podklady pro kvalitativní a kvantitativní hodnocení činnosti jednotlivých lůžkových zařízení a jejich oddělení.

Data z NRHOSP jsou důležitým nástrojem pro řízení zdravotnictví a stanovení koncepce a realizace zdravotní politiky státu, potřebné k definování optimální sítě lůžkových zdravotnických zařízení. Výsledné informace z NRHOSP se předávají do databáze Světové zdravotnické organizace (WHO) a dalším mezinárodním organizacím podle smluvních závazků.

Ve zkratce:

- Kromě informací o zdravotním stavu populace slouží data i k hodnocení činnosti lůžkových zařízení a jejich příslušných oddělení.
- Hlášena jsou ukončení hospitalizace pacienta na daném oddělení bez ohledu na formu přijetí a propuštění (včetně úmrtí či přeložení na jiné oddělení). Povinnost hlášení se týká i jednodenní lůžkové péče, ale netýká se péče lázeňsko-rehabilitační. Předávané

informace obsahují údaje o zdravotnickém zařízení, o pacientovi a o jeho přijetí a pobytu. Povinně hlášená jsou data nejen o občanech ČR, ale i o cizincích.

4.1.3 Národní registr reprodukčního zdraví (NRRZ)

Národní registr reprodukčního zdraví (NRRZ) se skládá z pěti modulů. Tvoří ho modul asistované reprodukce, novorozenců, potratů, rodiček a vrozených vad. Jde o sloučení Národního registru asistované reprodukce, Národního registru novorozenců, Národního registru rodiček, Národního registru potratů a Národního registru vrozených vad do jednoho systému, který přináší zjednodušení administrativní náročnosti a zvyšuje přidanou hodnotu informací ve sjednoceném registru. Toto spojení umožňuje lepší koordinaci, provázanost a hodnocení kvality poskytované péče v oblasti reprodukčního zdraví. V registru reprodukčního zdraví nejsou zpracovávány osobní údaje rodičky, která požádala o utajení své totožnosti při porodu podle zákona o zdravotních službách.

Modul asistované reprodukce (AR)

Účelem registru je evidence všech žen, u kterých byla zahájena ovariální stimulace (stimulace vaječníků) nebo bylo zahájeno monitorování za účelem léčby sterility (sterility vlastní nebo sterility jiné ženy v případě darování oocytů) metodou mimotělního oplodnění (IVF) nebo příbuznými technikami. Sledování IVF cyklů zajišťuje nezbytné informace o způsobu, průběhu, výsledcích a případných komplikacích pro potřeby odborných zdravotnických pracovníků, Ministerstva zdravotnictví ČR, zdravotních pojišťoven i pro mezinárodní vykazování údajů. Získané informace umožňují a slouží především k hodnocení léčebných postupů a jsou využívány pro řízení a zkvalitňování péče o neplodné páry a pro realizaci státní politiky v oblasti asistované reprodukce a léčby sterility. Národní registr asistované reprodukce (NRAR) je celoplošným populačním registrem.

Modul novorozenců (NAR)

Účelem zjišťování požadovaných údajů je zajištění nezbytných informací z oblasti perinatální péče jak pro potřeby odborných zdravotnických pracovníků, Ministerstva zdravotnictví ČR, tak pro mezinárodní vykazování údajů. Získané informace jsou důležitým zdrojem hodnocení

zdravotního stavu novorozenců a využívají se pro řízení, hodnocení a zlepšování péče o novorozence. NRNAR shromažďuje údaje o každém novorozenci a jeho okamžitém (porodním) i následném zdravotním stavu, popř. poskytované léčbě a komplikacích. Hlášeny jsou i informace o úmrtí novorozenců. Získané informace slouží pro databáze Světové zdravotnické organizace (WHO) a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD).

Modul potratů (POT)

Účelem zjišťování požadovaných údajů je zajištění údajů pro posouzení kvality péče o reprodukční zdraví. Sběr údajů týkajících se potratů v České republice se stal dlouholetou tradicí a nezbytnou součástí demografických a perinatologických informací o české populaci. Anonymizované údaje jsou každý měsíc předávány Českému statistickému úřadu pro potřeby demografické statistiky. Analýza dat poskytuje řadu mezinárodně uznávaných kritérií kvality péče a kvality zdraví a poskytuje nezbytný komplement k ostatním perinatologickým údajům, bez kterého není možné komplexně posoudit kvalitu péče o reprodukční zdraví. Hlavní jednotkou je ukončení těhotenství, ať už se jedná o potrat samovolný, miniinterupci (či další legální formy potratu), nebo ukončení mimoděložního těhotenství. Údaje obsahují informace o pacientce a o potratu samotném (druh, stáří plodu, poplatek aj.).

Modul rodiček (ROD)

Účelem zjišťování požadovaných údajů je zajištění základních údajů o reprodukční anamnéze ženy, o průběhu jejího těhotenství, porodu a o novorozenci. V tomto registru se získávají i data o šestinedělí Sledování rodiček slouží k hodnocení zdravotního stavu rodičky z pohledu kvality péče. Získané informace jsou cenným zdrojem informací pro gynekologicko-porodnickou péči a jsou důležitým nástrojem pro zlepšování péče o těhotné a rodičky. Informace registru se využívají pro stanovení koncepce a realizace státní zdravotní politiky v oblasti gynekologicko-porodnické péče a zároveň se využívají pro databáze Světové zdravotnické organizace (WHO) a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Zároveň se poskytují dalším mezinárodním organizacím podle smluvních závazků. Registru jsou předávány údaje o rodičce, o těhotenství (např. jestli byly v průběhu užívány návykové

látky, informace o prenatální péči, UZV vyšetřeních, komplikacích apod.), o porodu a o dítěti (např. pohlaví, vitalita, hmotnost). Hlášení zasílají gynekologicko-porodnická oddělení lůžkových zdravotnických zařízení (bez ohledu na zřizovatele), která provádí porod, popřípadě provedou poporodní ošetření rodičky a novorozence a dále lůžková zdravotnická zařízení, kde byla žena po porodu hospitalizována (v termínu do posledního dne šestinedělí). Za správné a úplné vyplnění povinného hlášení „Zpráva o rodičce“ zodpovídá přednosta porodnického oddělení. V případě porodu mimo zdravotnické zařízení (porod doma, v dopravním prostředku, ve veřejných prostorách apod.) má oznamovací povinnost zdravotnický pracovník, který byl při porodu nebo provedl první poporodní ošetření rodičky a první poporodní ošetření novorozence.

Modul vrozených vad (VV)

Účelem zjišťování požadovaných údajů je registrace prenatálně a postnatálně diagnostikovaných vrozených vad v populaci, která je v současné době jedním ze základních faktorů potřebných pro hodnocení zdravotního stavu populace a je nedílnou součástí hodnocení prenatální, perinatální a postnatální péče. Sledování výskytu vrozených vad slouží k vyhodnocování včasného záchytu vrozených vad. Získané informace se využívají k hodnocení zdravotního stavu a kvality nové populace. Informace se využívají jako podklad k tvorbě koncepce státní zdravotní politiky v této oblasti. Využívají se při prezentaci sledovaných údajů v zahraničí. Informace slouží pro databáze Světové zdravotnické organizace (WHO) a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Základní jednotkou je diagnostikovaná vrozená vada, a to u dětí a dospělých, samovolných potratů (nad hmotnost 500 g) i mrtvě narozených. Poskytovány jsou údaje o diagnóze vrozené vady (např. kdy byla zjištěna, zda vedla ke spontánnímu potratu), a tzv. společné údaje, obsahující informace o matce i otci.

4.1.4 Národní registr kardiovaskulárních operací a intervencí (NRKOI)

Národní registr kardiovaskulárních operací a intervencí (NRKOI) je celoplošný populační registr, který shromažďuje údaje o provedených kardiovaskulárních intervencích u osob s ischemickou chorobou srdeční a provedených kardiochirurgických operacích. Jedná se

o sloučený registr, který vznikl spojením dlouhodobě provozovaného Národního registru kardiochirurgických operací a Národního registru kardiovaskulárních intervencí do jednoho systému. Toto sloučení přineslo zjednodušení administrativní náročnosti a zároveň umožnilo sledovat provázanost poskytované péče pacientům s onemocněním srdce ve společném registru a tím zvýšilo hodnotu všech sledovaných údajů. Jedná se o klinicky potvrzené údaje o stavu pacienta i všech provedených výkonech, včetně detailního popisu použitých postupů, metod a materiálů, které nemohou být nahrazeny jiným existujícím zdrojem informací. Oba registry se vzájemně doplňují a uživatelům obou odborností (kardiologické i kardiochirurgické) umožňují získat podrobné informace o historii onemocnění pacienta, rizikových faktorech, anamnéze, o způsobu léčby, použitých postupech, zdravotnických prostředcích, a především o výsledcích léčby. Společně tak umožňuje lepší koordinaci a návaznost péče, poskytované pacientům s kardiologickým onemocněním. V akutních případech umožňují rychle zjistit informace o předchozí léčbě pacienta. Lze říci, že Národní registr kardiovaskulárních operací a intervencí je významnou součástí komplexní a standardizované informační podpory zvyšování kvality a efektivity kardiochirurgické a kardiologické péče v ČR.

V současné době je jeho poměrně rozsáhlá datová základna k dispozici odborné veřejnosti i kompetentním institucím českého zdravotnictví v čele s MZ ČR a umožňuje:

- sledování a hodnocení výsledků jednotlivých metod, postupů a pracovišť,
- sledování a hodnocení příčin, vývoje a důsledků závažných kardiovaskulárních onemocnění a stavů,
- stanovení, sledování a vyhodnocení národních ukazatelů kvality kardiochirurgické a kardiologické péče,
- stanovení kvalitativních akreditačních ukazatelů založených na vědeckých základech,
- poskytování individuálních prognostických informací pro jednotlivé typy kardiochirurgických operací a kardiovaskulárních intervencí, nutných pro klinický rozhodovací proces lékařů,
- hodnocení potřeb a stavu kardiochirurgických intervencí a kardiochirurgických operací z hlediska kvality, efektivity, výsledků a výdajů,

- identifikace neadekvátních, potencionálně nevhodných intervencí a léčebných postupů, které nedosahují předpokládaných výsledků.

Významné jsou tyto registry i pro možnost zjištění intervencí provedených pro konkrétního pacienta – v akutních případech totiž mohou tato data i zachránit život.

Modul kardiovaskulárních operací (NKR)

Eviduje všechny provedené kardiovaskulární operace – tedy jakýkoli výkon provedený na srdci, velkých cévách a perikardu, při kterém dochází ke změně struktury nebo funkce. Nepatří mezi ně reoperace z důvodu krvácení ani pooperační infekce.

Modul kardiovaskulárních intervencí (NRKI)

Povinné je hlášení všech koronárních i nekoronárních katetrizačních kardiovaskulárních intervencí.

4.1.5 Národní registr kloubních náhrad (NRKN)

Národní registr kloubních náhrad (NRKN) je registrem zaměřeným na získávání a shromažďování informací o provedených operacích s užitím umělé kloubní náhrady. Tento registr je novým prvkem v dokumentaci, sledování a přehledu o takto zaměřené ortopedické péči a je její nedílnou součástí. Úlohou NRKN je registrace údajů o léčbě s užitím endoprotézy a specifických informací blíže upřesňujících tuto léčbu. NRKN poskytuje souhrnné údaje pro statistické přehledy jak na národní úrovni, tak i pro mezinárodní srovnávání, pro epidemiologické studie, zdravotnický výzkum a sledování kvality této péče. Souhrnná data jsou podkladem pro včasnou signalizaci předčasného selhávání konkrétního typu implantátu nebo způsobu jeho aplikace. Porovnání jednotlivých parametrů konkrétního poskytovatele péče a souhrnných dat za národní celek lze využít, po dalším odborném vyhodnocení, pro posouzení kvality péče a pro nápravu nedostatků, tvorbu, realizaci a vyhodnocování preventivních zdravotnických programů. Anonymní individuální data mohou být poskytnuta pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum jen v souladu s platnými zákony a se souhlasem, případně vysvětlujícím komentářem Rady NRKN.

4.1.6 Národní registr nemocí z povolání (NRNP)

Národní registr nemocí z povolání (NRNP) monitoruje vývoj výskytu a struktury nemocí z povolání, resp. ohrožení nemocí z povolání. Účelem zjišťování požadovaných údajů je získávání informací o nemocech z povolání jako podkladu pro tvorbu národní zdravotní politiky, pro analýzy problémů v oblasti ochrany zdraví při práci, pro vědecký výzkum, pro vzdělávání v oboru a k mezinárodnímu srovnávání. Národní registr nemocí z povolání NRNP je kontinuálním pokračováním dlouhodobého statistického sledování, prováděného od roku 1973 prostřednictvím výkazů. Od svého založení v roce 1991 byl registr veden Centrem pracovního lékařství Státního zdravotního ústavu v Praze jako Centrální registr nemocí z povolání. Zákonem č. 156/2004 Sb. byl pod názvem „Národní registr nemocí z povolání“ zařazen mezi zdravotní registry, které tvoří Národní zdravotnický informační systém (NZIS), nyní zakotvený v zákoně o zdravotních službách. Správcem NRNP je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, zpracovatelem je Centrum hygieny práce a pracovního lékařství Státního zdravotního ústavu v Praze. Data registru využívají ÚZIS, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Státní zdravotní ústav, Český statistický úřad. Uveřejněná data využívají také specialisté v oboru pracovního lékařství a hygieny práce, krajské hygienické stanice, lékaři posudkové služby a další za účelem statistických a ekonomických analýz. Po vstupu České republiky do Evropské unie v roce 2004 byl NRNP napojen na statistický systém Statistického úřadu Evropské Unie (EUROSTAT). V rámci mezinárodní spolupráce se informace o nemocech z povolání a ohrožení nemocí z povolání hlášených v ČR každoročně předávají Eurostatu do systému European Occupational Diseases Statistics (EODS), dále Světové zdravotnické organizací (WHO), do evropského systému Health for all (HFA) a do International Labor Organization (ILO). Na základě vyhlášky Ministerstva zdravotnictví hlášení podléhá každá uznaná nemoc z povolání či ohrožení nemocí z povolání dle platného Seznamu nemocí z povolání, vzniklá v souvislosti s výkonem práce pro zaměstnavatele se sídlem na území ČR. Případ nemoci z povolání nebo ohrožení nemoci z povolání podléhá hlášení poté, co lékařský posudek o uznání nemoci, vydaný oprávněným poskytovatelem zdravotních služeb, nabyl právních účinků. Hlášení podléhá i rozhodnutí oprávněného střediska nemocí z povolání o ukončení nemoci z povolání nebo ohrožení nemoci z povolání. V tomto případě se ke stávajícímu

případu v evidenci NRNP hlásí datum, od kterého již osoba nemoci z povolání nebo ohrožení nemoci z povolání netrpí. Povinnost hlásit má dle vyhlášky každý poskytovatel, který uznal nemoc z povolání podle § 66 zákona o specifických zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů. Na základě tohoto právního předpisu podávají hlášení do registru poskytovatelé v oboru pracovní lékařství, kterým bylo Ministerstvem zdravotnictví uděleno povolení uznávat nemoci z povolání, tzv. střediska nemocí z povolání. Jejich seznam a územní gesce jsou v průběžně aktualizované podobě dostupné na stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR. Hlášení i odhlášení se předává správci a zpracovateli NRNP pouze elektronicky, a to nejpozději do desátého dne kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém lékařský posudek nabyl právních účinků.

Ve zkratce:

- Informace jsou velmi důležité pro posudkovou péči a pro zjišťování účinnosti prevence.
- Povinné je hlášení každé uznané nemoci z povolání či ohrožení nemocí, která vznikla v souvislosti s výkonem zaměstnání. Hlášení obsahují údaje o posuzovateli, pacientovi, zaměstnavateli a o onemocnění, a výsledky šetření pracovních podmínek.

4.1.7 Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD)

Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD) je registrem zaměřeným na shromažďování údajů o pacientech při vstupu do a výstupu z léčby závislosti včetně kontaktních, poradenských a resocializačních programů pro uživatele drog, tj. shromažďování dat, jejich verifikace, ukládání, ochrana a zpracování. Tento registr poskytuje souhrnné údaje pro statistické přehledy jak na národní, tak i mezinárodní úrovni, dále pro epidemiologické studie a zdravotnický výzkum. Údaje budou použity při tvorbě protidrogové politiky a strategie ČR a v mezinárodním kontextu i v EU. Indikátor žádosti o léčbu je jedním z pěti klíčových indikátorů drogové epidemiologie stanovených Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (dále EMCDDA), jejichž sběr je členským státům EU uložen v článku 5 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1920/2006 ze dne 12. prosince 2006. Sledování žádostí o léčbu je součástí Drogového informačního systému, jehož

realizaci předpokládá řada usnesení vlády k národním strategiím protidrogové politiky a jejich akčním plánům, aktuálně k Národní strategii protidrogové politiky na období 2010–2018 a akčního plánu na období 2010–2012. Bez sledování vývoje v poskytování léčby a specializovaných služeb uživatelům drog nelze vývoj v těchto oblastech protidrogové politiky sledovat a hodnotit. Statistickou jednotkou zjišťování je osoba s problémy způsobenými užíváním návykových látek nebo osoba na nich závislá, která vstoupila nebo byla zařazena doprogramu zaměřeného na poradenství a léčbu závislosti prováděného léčebnými a poradenskými zařízeními.

Okruh zpravodajských jednotek má dvě oblasti:

- **Každý poskytovatel zdravotních služeb** poskytující odbornou péči osobám užívajícím návykové látky a osobám na těchto látkách závislým formou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžkové péče, detoxifikace prováděné v rámci ambulantní nebo lůžkové péče, substituční léčby, kterou poskytují všichni poskytovatelé zdravotních služeb bez ohledu na jejich obor či odbornost.
- **Každý poskytovatel sociálních služeb** (dle zákona o sociálních službách) poskytující odbornou péči osobám užívajícím návykové látky a osobám na těchto látkách závislým podle zákona upravujícího opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, formou služeb sociální péče, sociální prevence a programů sociálního poradenství.

Ve zkratce:

- Shromažďuje údaje o pacientech při vstupu do léčebny a při ukončení léčení, a o kontaktních, poradenských a resocializačních programech. Důležitou funkcí je sledování indikátorů žádosti o léčbu.
- Hlášeny jsou kromě údajů o pacientovi provedené intervence (detoxikace, abstinenční léčba apod.), programy (včetně následné péče a substituční léčby), i nezdravotnické intervence (např. psychosociální poradenství).

4.1.8 Národní registr úrazů (NRU)

Národní registr úrazů (NRU) byl spuštěn v dubnu 2015. Účelem zjišťování požadovaných údajů je registrace údajů týkající se úrazů ošetřených při hospitalizaci, údajů související se zdravotním stavem pacienta ve vztahu k úrazu a jeho diagnostice a léčbě, okolností, za kterých se úraz stal, jeho příčiny, podrobný popis místa a času úrazu, rychlost zásahu poskytovatele zdravotnické záchranné služby, údajů o primárním transportu, podrobný záznam o péči na urgentním příjmu a následném poskytování zdravotních služeb, a údajů potřebné pro identifikaci poskytovatele lůžkové zdravotní péče, v jehož zdravotnickém zařízení byl pacient hospitalizován. Data shromažďovaná v rámci Národního registru úrazů jsou využívána především pro dosažení vyšší kvality zdravotních služeb v případě úrazů, jejich lepších výsledků, stanovení optimálních a efektivních léčebných postupů a pro identifikaci rizik vzniku jednotlivých úrazů a stanovení preventivních opatření, to je opatření, vedoucích k jejich předcházení. Každý úraz je zaznamenán jednotlivě, z hlediska příčin jeho vzniku a vývoje, charakteru postižení, postupu léčení, výsledků léčby i možných zdravotních komplikací případně ve vazbě na jiné zdravotní problémy nositele. Zaznamenávány jsou závažnější úrazy, které si vyžádají hospitalizaci pacienta. Sledovaná data odpovídají standardům formulovaným v rámci Evropské unie a splňují nároky na kompatibilitu. Důvodem je potřeba výměny příslušných dat mezi jednotlivými státy. Evropská unie má již k dispozici dlouhodobá historická fakta o sledování úrazů na chirurgických ambulancích. Zároveň vytvořila databázi úrazů EU včetně systému jejich zaznamenávání (IDB). Ten slouží ke standardizaci sledování úrazů a nehod v Evropské unii a je zároveň základem pro porovnávání situace v jednotlivých členských zemích.

Ve zkratce:

- Kromě zvýšení kvality služeb slouží i pro identifikaci rizik vzniku úrazů a možnostech jejich předcházení.
- Hlášeny jsou informace o úrazech ošetřených při hospitalizaci, údaje o zdravotním stavu pacienta souvisejícím s úrazem, o okolnostech a příčinách úrazu, rychlosti zásahu ZZS, údaje o primárním transportu, o péči na urgentním příjmu a následné zdravotnické péči.
- Statistickou jednotkou je každý pacient hospitalizovaný pro úraz.

- Zpravodajskou jednotkou je každý poskytovatel lůžkové zdravotní péče, který hospitalizoval pacienta s úrazem.

4.1.9 Národní registr osob trvale vyloučených z dárcovství krve (NROVDK)

Účelem zjišťování požadovaných údajů Národního registru osob trvale vyloučených z dárcovství krve (NROVDK) je registrace osob, u kterých jsou z definovaných důvodů, obvykle pro nosičství závažné krví přenosné infekce, z dárcovství trvale vyloučeny (jde např. o osoby s hepatitidou B a C, HIV ev. jinými infekcemi). Cílem registrace je zvýšit bezpečnost transfuzních přípravků určených k léčbě nemocných v ČR a snížit riziko přenosu závažných infekcí. Vzhledem k závažnosti případného přenosu infekce krevní transfuzí je nutné evidovat osoby vyřazené z dárcovství krve i bez jejich souhlasu. Vyřazené osoby je nutné dohledat jmenovitě, registr nelze anonymizovat (s výjimkou statistických výstupů). Registr musí být provozován v elektronické verzi tak, aby potenciálního „rizikového“ dárce bylo možné identifikovat včas, tj. hned při příchodu do zařízení transfuzní služby a dříve, než krev či její složku daruje.

Ve zkratce:

- Slouží pro zvýšení bezpečnosti transfuzních přípravků a snížení rizika přenosu vážných onemocnění.
- Osoby jsou registrovány i bez jejich souhlasu. Kromě použití pro statistické výstupy jsou data ***neanonymní***. Do registru jsou zapisováni nevhodní dárci ihned po zjištění pozitivního výsledku.

4.1.10 Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství (NRPATV)

Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství (NRPATV) je zdrojem informací jak o podrobnostech a okolnostech náhlých a násilných úmrtí, tak o jejich příčinách. Účelem zjišťování požadovaných údajů je registrace údajů získaných z pitev a jejich toxikologických vyšetření na soudnělékařských odděleních. Registr je zároveň zdrojem informací o tzv. drogových úmrtích, tj. úmrtích na předávkování

návykovými látkami a úmrtích z jiných příčin za jejich přítomnosti. Souhrnná data jsou podpůrným zdrojem při přípravě a předávání údajů o úmrtnosti a jejích příčinách do mezinárodních institucí, jako jsou zejména Světová zdravotnická organizace, Evropská komise a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj.

Ve zkratce:

- Zdroj informací o podrobnostech, okolnostech a příčinách násilných nebo náhlých úmrtí. Obsahují i výsledky toxikologického vyšetření.
- Statistickou jednotkou je každá provedená pitva včetně výsledků toxikologických vyšetření získaných při pitvě.
- Zpravodajskou jednotkou je každé pracoviště soudního lékařství, ve kterém byla provedena pitva a toxikologická vyšetření.

4.1.11 Národní diabetologický registr (NDR)

Národní diabetologický registr byl zaveden v roce 2016 novelizaci zákona o zdravotních službách, a to s účinností od 1. 7. 2016.

Jde o nový typ registru využívající v maximální možné míře již existující data ve zdravotnictví, a to data Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS), tedy administrativní data zdravotních pojišťoven doplněná o data laboratoří, která již nyní existují v jejich informačních systémech a sběr dat od ošetřujících lékařů zapojených do referenční sítě poskytovatelů nebo do plánovaných pozorovacích studií.

V registru jsou zpracovávány rizikové a prognostické faktory onemocnění, údaje vztahující se k onemocnění a jeho léčbě, osobní a rodinná anamnéza pacienta související s onemocněním, včetně klasifikace typu a stavu diabetu a laboratorních hodnot, poskytování dispenzární péče; údaje potřebné pro identifikaci poskytovatele diagnostikujícího, léčícího a poskytujícího dispenzární péči. Registr poskytuje přehled o populačně významném onemocnění z pohledu epidemiologie, léčby i kontroly diabetu na dosud nedostupně detailní úrovni při minimálním úsilí, protože jde z největší části o využití již existujících dat.

Mandatorní povinnosti a nezastupitelné funkce registru:

- monitoring epidemiologie diabetu a jeho léčby jako společensky mimořádně závažného onemocnění postihujícího významnou část populace,
- sledování kvality a výsledků péče o diabetiky,
- reporting údajů pro databáze EUROSTAT, WHO, OECD.

Ve zkratce:

- Společně s *Národním registrem intenzivní péče* je nejnovějším z registrů (funguje od r. 2016).
- Data zahrnují anamnézu pacienta a jeho rodinných příslušníků, klasifikaci a typ diabetu (včetně laboratorních hodnot), informace o poskytování péče, rizikových faktorech a prognóze, konkrétní sledované hodnoty v krvi a moči (množství cholesterolu, kreatininu, albuminu, glukózy aj.).
- Základní statistickou jednotkou záznamu v registru je záznam o onemocnění diabetem.
- Odborným garantem registru je Česká diabetologická společnost ČLS JEP.

4.1.12 Národní registr intenzivní péče

Národní registr intenzivní péče byl rovněž zaveden v roce 2016 novelizací zákona o zdravotních službách, a to s účinností od 1.7.2016. Registr se zaměřuje na oblast standardizace klinických postupů a kvality intenzivní péče**.** Hlavním přínosem registru, který se týká výhradně poskytované akutní lůžkové péči, je sledování kvality a výsledků péče, vybudování referenčního zdroje dat a poskytování srovnávacích analýz jednotlivým poskytovatelům. V registru jsou zpracovávány osobní údaje potřebné pro identifikaci pacienta, sociodemografické údaje (věk, pohlaví) ovlivňující zdravotní stav pacienta, rizikové a prognostické faktory onemocnění, údaje vztahující se k onemocnění a jeho léčbě, diagnóza onemocnění včetně laboratorních hodnot, poskytování dispenzární péče a o úmrtí pacienta; údaje potřebné pro identifikaci poskytovatele diagnostikujícího a poskytujícího akutní lůžkovou péči intenzivní a následnou intenzivní péči.

Ve zkratce:

- Pro zvyšování kvality a standardizaci intenzivní péče, včetně poskytování srovnávacích analýz.
- Údaje obsahují informace o pacientovi (včetně sociodemografických), rizikových a prognostických faktorech, o onemocnění a poskytnuté léčbě a stanovené diagnóze (včetně laboratorních výsledků).
- Základní statistickou jednotkou záznamu v registru je záznam o hospitalizaci pacienta na jednotce intenzivní péče nebo anesteziologickém a resuscitačním oddělení, tedy pacient, kterému byla poskytnuta intenzivní forma lůžkové péče.
- Údaje pacientů do registru bude hlásit každý poskytovatel intenzivní lůžkové péče, který ji poskytl při hospitalizaci pacienta v případě náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat. V současné době jsou pro naplnění registru využívána data zdravotních pojišťoven prostřednictvím Národního registru hrazených zdravotních služeb.

4.1.13 Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS)

Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS) byl zřízen zákonem s účinností od 1.7.2016. NRHZS shromažďuje data vykázaná všemi cca 30 000 poskytovateli zdravotních služeb zdravotním pojišťovnám, jedná se tak o nejširší a datově nejobsáhlejší datový zdroj v rámci Národního zdravotnického informačního systému. Sběr dat do registru je ale nastaven tak, aby poskytovatele nezatěžoval – využívá již realizované sběry dat ze strany zdravotních pojišťoven, které pak data předávají do NRHZS. Dochází tak k významné úspoře zátěže poskytovatelů, kdy do NRHZS přispívá místo 30 000 poskytovatelů zdravotních služeb pouze 7 zdravotních pojišťoven. Registr obsahuje údaje o individuálních úhradách poskytovatelů zdravotní péče, data o poskytovatelích zdravotních služeb, data o personálním, technickém a věcném vybavení pracovišť a nezbytné seznamy a číselníky. Zjednodušeně řečeno registr obsahuje veškeré vykázané a uznané výkony, přípravky a materiál, který byl danému pacientovi u daného poskytovatele zdravotních služeb v rámci péče o něj poskytnut.

Účel sběru dat

Základním účelem sběru dat do Národního registru hrazených zdravotních služeb je naplnění

Zákona o zdravotních službách, a to v oblasti:

- produkce oficiálních statistik populačního zdraví a zdravotních služeb,
- tvorby indikátorů kvality a efektivity poskytovaných zdravotních služeb,
- realizace a zpracování výběrových šetření o potřebě a spotřebě zdravotních služeb,
- validace obsahu zdravotnických registrů NZIS a dat z resortního Programu statistických zjišťování sbíraná podle zákona o státní statistické službě, která jsou součástí NZIS,
- tvorby podkladů pro optimalizaci systému úhrad zdravotních služeb v ČR,
- potřeb vědy a výzkumu v oblasti zdravotnictví,
- zpracování údajů pro statistické účely, včetně poskytování informací pro mezinárodní instituce.

Subjekty zapojené v Registru

Role subjektů v systému Registru jsou následující:

- **Zdravotní pojišťovna (ZP)** – poskytuje data do Registru, má kontrolu nad přenosy dat ze svého informačního systému do Registru včetně evidence všech provedených exportů. Může požadovat po ÚZIS ČR analytické reporty, které jsou nad jejími vlastními daty plus případné porovnání s agregovanými daty ostatních ZP, to vše v souladu s podmínkami stanovenými Zákonem a interními postupy ÚZIS ČR vztahujícími se na předávání dat a analýz zpravodajským jednotkám NZIS.

- **Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR)** – zákonný věcný a technický správce a provozovatel Registru, garantuje bezpečnost dat včetně zajištění bezpečnosti osobních a dalších údajů v souladu s platnými právními předpisy, kontroluje kvalitu předávaných dat a reprezentativnost statistických a analytických výstupů z Registru.

- **Externí subjekty** – mohou na základě adresné žádosti čerpat informační servis; jsou jim předávány pouze údaje v takové v podobě, ze které nelze určit konkrétní fyzickou nebo právnickou osobu v registru evidovanou. Každé externí předání dat podléhá posouzení žádosti daného externího subjektu poradou vedení ÚZIS ČR a je řádně protokolárně posouzeno a zaznamenáno. Týká se i požadavků MZ ČR a jiných státních institucí. (ÚZIS ČR, n.d.;)

5 Kvalita zdravotních služeb

Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1966 je kvalita péče souhrnem výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určeným potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. Obecná definice potom říká, že **kvalita péče je dělat správné věci správným způsobem**. V České republice by na podkladě platné legislativy všechna zdravotnická zařízení měla rozvíjet, sledovat a vyhodnocovat projekt zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Celkové zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče obsahuje jako svou neoddělitelnou součást i snižování rizik, a to nejen pro pacienta, ale i pro personál, přičemž rizika se mohou nacházet jednak v oblasti procesů poskytování vlastních zdravotních služeb, tak i v nemocničním prostředí.

Určit, co je to kvalita zdravotnictví, je poměrně složité – v literatuře se tak vyskytuje množství rozličných definic:

- Obecná definice = *konání správních věcí správným způsobem*,
- Definice Avedise Donabediana = *péče, při které je pacientovi zajištěn takový maximální užitek pro jeho zdraví, který zároveň odpovídá co nejnižším vynaloženým nákladům*, (Válková, 2015).
- Definice WHO = *souhrn výsledků dosažených v rámci prevence, diagnostiky a léčby, daných potřebami obyvatelstva*. Chápe kvalitu jakožto *službu organizující zdroje tak, aby co nejefektivněji a nejspolehlivěji uspokojovaly zdravotní potřeby obyvatelstva*. (WHO, 2021).

Na kvalitu lze nahlížet ze tří různých hledisek:

- Kvalita z pohledu pacienta (zohlednění přání a potřeb): důležitou součást vnímání poskytovaných služeb tvoří respekt a úcta k pacientovi, koordinace a integrace služeb, komunikace s pacientem (nejen pro dostatečnou informovanost, ale také pro zmírnění jeho úzkosti či strachu), tělesné pohodlí a zapojení rodiny nebo blízkých,

- Kvalita z pohledu řízení managementu (vytváření a dodržování předpisů): kvalita v tomto ohledu znamená co nejefektivnější zajištění co nejlepších služeb, a to i z ekonomického hlediska,
- Kvalita z pohledu zdravotnických pracovníků (kvalita poskytovaných služeb v praxi): tento pohled je ovlivňován možnostmi, které pracovníkům dané zařízení nabízí (např. přístup k novým diagnostickým přístrojům, možnost provádět specializované výkony, další vzdělávání aj.). Důležité je samozřejmě i dostatečné finanční ohodnocení a ocenění jejich práce vedením i pacienty. (Válková, 2015)

Pro zkvalitnění zdravotnických služeb je důležité:

- posílit roli pacienta (jakožto „spotřebitele“ – není jen *objektem*, ale také *subjektem*),
- regulovat a hodnotit zdravotnické pracovníky a poskytované služby,
- implementovat standardy a závazné normy (dané státem),
- hodnotit kvalitu za pomocí speciálně školených týmů,
- chyby nikoli napravovat, ale předcházet jim,
- zvyšovat výkonnost a zlepšovat úroveň poskytovaných služeb.

Zvyšování kvality je především ***dynamický proces***, mezi jehož nejdůležitější části patří:

- zavádění konkrétních opatření, inovativních procedur a postupů, spolu s metodami sledování a kontroly kvality služeb,
- definování standardů a jejich zavádění do praxe,
- vytváření prostoru pro rozvoj pracovníků (vzdělávání, motivace),
- zvyšování spokojenosti a pocitu bezpečí pacienta,
- omezování rizik a nákladů,
- získávání zpětné vazby. (Válková, 2015)

5.1 Měření a hodnocení kvality ve zdravotnictví

Měření a hodnocení kvality ve zdravotnictví probíhá zejména na základě dat získaných z auditů, indikátorů zdravotní péče, od pacientů, ale i dalších klientů (např. rodinných příslušníků).

Sledování kvality a bezpečí má význam zejména pro:

- zavádění ověřených postupů a standardů pro vyrovnání kvality různých poskytovatelů zdravotnických služeb,
- vytváření záruky pro pacienty, že zdravotnická instituce splňuje předepsané a očekávané požadavky,
- pro plátce (zdravotní pojišťovny) je důkazem, že prostředky jsou vynakládány na kvalitní a bezpečné služby.

Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která ukazují, jak bylo dosaženo konkrétního standardu (určitého daného požadavku, normy). Jejich vyjádření je vždy číselné, a může se zaměřovat na jevy jak pozitivní, tak negativní. Indikátory navrhují vedoucí pracovníci, popřípadě ustanovená komise pro sledování kvality a bezpečnosti v daném zdravotnickém zařízení ve spolupráci s managementem a odbornými garanty. Samozřejmě **nelze sledovat a hodnotit veškeré procesy** – vybírají se ty nejrizikovější, nejnákladnější a popřípadě také ty nejnovější.

Indikátory jsou hodnoceny podle:

- vlivu na péči, bezpečnost a práva pacientů,
- vlivu na spokojenost pacientů a zaměstnanců,
- ovlivnění nákladů,
- četnosti výskytu,
- dostupnosti dat (a jejich spolehlivosti). (Šupšáková, 2017)

Slouží k zajištění kontroly **standardů**:

- Strukturálních (zdravotnických i manažerských) – týkají se stanovených požadavků personálních, kvalifikačních, technických a hygienických.
- Procesuálních – týkají se postupů např. ošetřovatelských nebo léčebných, také např. hygienického režimu.
- Výsledků – stanovují kritéria celkového hodnocení kvality poskytované služby, např. spokojenost pacientů, zaměstnanců. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015)

Provádí se jak **interní**, tak **externí** hodnocení, vyhodnocující úroveň dodržování daných standardů (ty se liší podle typu poskytovaných zdravotnických služeb). (Šupšáková, 2017)

- Interní: pro poskytovatele zdravotních služeb je povinné podle zákona o zdravotních službách. Pro **poskytovatele jednodenní a lůžkové péče** to jsou např.: standardy bezpečná identifikace pacientů, bezpečná komunikace, prevence pádů, prevence vzniku proleženin, dodržování práv pacientů a jejich blízkých, sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí.

  Pro **poskytovatele ambulantní péče** např.: standardy bezpečnost při používání léčebných přípravků s vyšší mírou rizikovosti, zajištění bezpečnosti skladovaných léčivých přípravků, ordinační doba a zastupitelnost.

  Pro **ZZS** např.: standardy technická kontrola pomůcek k řešení neodkladných stavů, dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče.
- Externí: je dobrovolné – poskytovatelé zdravotních služeb žádají právnickou nebo fyzickou osobu, která k hodnocení získala oprávnění podle zákona o zdravotních službách. Pokud úroveň služeb vyhovuje daným požadavkům, oprávněná osoba pro poskytovatele služeb vydá certifikaci (ta platí na 3 roky). Hodnotící standardy jsou obdobné jako u interního hodnocení. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015)

5.2 Modely řízení kvality

Pro řízení kvality existují různé modely od organizací zabývajících se kvalitou poskytovaných zdravotnických služeb. Jednotlivé modely se navzájem nevylučují.

Mezi ty nejznámější patří:

- **Norma ISO:** je celkově nejrozšířenějším modelem kvality (nejen ve zdravotnictví). Certifikace kvality (ISO 9001:2000) cílí na smysluplnost a funkčnost plánovacích, řídících a kontrolních procesů.
- **Model JCIA:** model ***Mezinárodního akreditačního programu***. Obsahuje 370 standardů zaměřených hlavně na kvalitu péče a řízení rizik. Snaží se i o překonání odporu ke změnám u zdravotnických zaměstnanců.
- **Model SAK:** od roku 1998 v ČR působí ***Spojená akreditační komise (SAK)*** – pomocí poradenské a vzdělávací činnosti, a především udílením akreditací zdravotnickým zařízením zvyšuje kvalitu a bezpečnost zdravotní péče v ČR. Akreditace (obdobně jako jinde v Evropě) jsou v rámci ČR dobrovolné, a certifikáty jsou platné 2-3 roky.
- **Model EFQM**: model ***Evropské nadace pro řízení kvality***. Tento model vede danou organizaci k pravidelnému sebehodnocení a následné zpětné vazbě a zlepšování kvality. Ty instituce, které splní požadavky, získávají Evropskou cenu za kvalitu. (Válková, 2015)

6 Zdraví 2030

Zdraví 2030 neboli „***Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030***“ byl schválen vládou 18. listopadu 2019. Aktualizovaná verze (reagující na pandemii covid-19) byla schválena 13. července 2020. Navazuje na ***Strategický rámec ČR 2030*** z roku 2017, ***Agendu 2030*** (komplexní rozvojovou strategii OSN) a na předchozí programy, zejména ***Zdraví 2020: Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí***, ***Národní strategii elektronického zdravotnictví*** a ***Strategii reformy psychiatrické péče***. Vzniknul na základě informací o zdravotním stavu obyvatelstva ČR a o fungování a dostupnosti zdravotnictví (především dat z NZIS a demografických dat z Českého statistického úřadu). Pro naplnění cílů (viz níže) bude využíváno nejen prostředků resortu zdravotnictví, ale zejména také fondů EU, státního rozpočtu a rozpočtů zdravotních pojišťoven. Rámec Zdraví 2030 bude realizován v letech 2021-2030, a Ministerstvo zdravotnictví má uloženo každé dva roky informovat vládu ČR o průběhu implementace programu. Hlavní vizí je **„zajištění dostupné péče všem občanům ČR bez ohledu na jejich sociální či geografické prostředí a zajištění toho, aby občané sami více dbali o své zdraví.“** (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020)

Primárním cílem Zdraví 2030 (který pro zdravotnictví udává Strategický rámec ČR 2030) tak je **„Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje,“** kterého má být dosaženo splněním následujících dílčích cílů:

- Délka života (u všech skupin žijících v ČR) ve zdraví se zvyšuje.
- Vlivy způsobující nerovnost v oblasti zdraví se snižují.
- Zdravotnický systém je stabilní, a současně se rozvíjí jeho odpovídající profesní struktura; ohodnocení všech zdravotnických pracovníků se zlepšuje.
- Je podporován zdravý životní styl – prostřednictvím zejména vyšších veřejných výdajů, s důrazem na primární prevenci onemocnění a podporu zdraví v průběhu celého života.
- Snižuje se konzumace návykových látek; zlepšuje se kvalita životního prostředí.

Hlavní cíl je tedy poměrně ambiciózní – jak již bylo zmíněno v kapitole Systém zdravotnictví v ČR, zdraví obyvatelstva je ovlivněno nejen zdravotním systémem (z 15 %), ale i dalšími faktory: životním stylem (z 50 %), genetickými predispozicemi (z 20 %) a životním prostředím

(z 15 %). I proto je důležité na Zdraví 2030 nahlížet jako na **meziresortní**: předpokládá spolupráci různých odvětví, kromě zdravotnictví např. školství, sociální péče, dopravy, výstavby a dalších. Systém zdravotnictví musí také flexibilně reagovat na demografické změny, především stárnutí obyvatelstva, a to nejen z hlediska poptávky, ale i nabídky, tedy stárnutí pracovníků ve zdravotnictví) i na nově se objevující hrozby (např. pandemie). Výzvou je pro něj rovněž nerovnost v oblasti zdraví, která je silně ovlivňována sociálním prostředím (které často vede k rizikovému chování). (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020)

6.1 Hlavní strategické cíle Zdraví 2030

- Ochrana a zlepšení zdraví obyvatel: *zdravotní stav obyvatelstva je ukazatelem celkové kvality života v ČR*. Pro naplnění tohoto cíle jsou důležité: podpora a rozvoj epidemiologické bdělosti, zvýšení zájmu o vlastní zdraví (s pomocí aktivit na zvyšování zdravotní gramotnosti, zlepšování životního stylu a prevence nemocí) a reforma stávajícího modelu primární péče.
- Optimalizace zdravotnického systému: *zdravotnický systém se musí přizpůsobit aktuálním trendům*. Pro naplnění tohoto cíle je tak důležité zvýšení udržitelnosti, účinnosti a hospodárnosti systému (např. pomocí vyrovnání regionálních nedostatků a zvyšováním zdrojů pro zdravotnictví).
- Podpora vědy a výzkumu: *pomocí objasňování příčin vzniku nemocí a zdravotnických inovací přispívá věda a výzkum významnou měrou ke zlepšení zdravotního stavu populace*. Je tedy důležité zajistit pro ČR úroveň výzkumu srovnatelnou s vyspělými státy EU. *(Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020)*

6.2 Specifické cíle Zdraví 2030

Reforma primární péče

- Problémem je zejména to, že mnoho lidí nenavštěvuje praktické lékaře, ale rovnou ambulantní specialisty, a také nižší dostupnost primární péče v malých městech a na venkově.
- Cílem je, aby primární péče poskytovala co nejširší, nejkvalitnější a nejdostupnější péči, a to co nejblíže domovu pacienta.
- Praktičtí lékaři by se měli stát průvodci pacientů po systému zdravotnictví i jejich „ochránci“ (např. před zbytečnými zákroky).
- Praktickým lékařům by měly připadnout větší pravomoci, a zároveň by mělo dojít k rekonstrukci kapacit pro ambulantní specialisty (a část jejich pravomocí přesunout na praktické lékaře).
- Důležitým je i zvyšování kompetencí zdravotních sester (pomocí vzdělávání).
- Pro splnění cíle je plánováno zejména: zavedení standardizace vybavení ordinací, zvyšování dostupnosti primární péče, vytvoření modelu vzdělávání (např. různé kurzy, certifikace), zvýšení podílu obyvatelstva využívajícího preventivní prohlídky, zavádění sdružených praxí, vybudování rovnoměrné sítě urgentních příjmů a pohotovostí a maximalizace zpřístupnění kvalitní farmakologie.

Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví, zvyšování zdravotní gramotnosti

- Kromě nepředvídatelných hrozeb ohrožují zdravotní stav populace i již zmíněné rizikové faktory a životní styl, i klesající proočkovanost – v tomto ohledu je tedy důležité hlavně zlepšení zdravotní gramotnosti a zvýšení zájmu obyvatelstva o zdravý životní styl.
- Nutné je vytvoření i funkčního systému epidemiologické bdělosti a zvýšení připravenosti zdravotnického systému na možné hrozby v oblasti infekčních onemocnění.
- Pro splnění cíle je plánováno zejména: vybudování center prevence (zaměřujících se na zdravý životní styl), vybudování Národního zdravotnického informačního portálu, zvyšování kvality (a regionální dostupnosti) screeningových programů, prevence užívání návykových látek, ochrana zdraví obyvatel před environmentálními riziky, edukace

veřejnosti (pro zvýšení zdravotní gramotnosti), včasnost diagnostiky a zkrácení doby intervence u závislostního chování.

Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví

- Ačkoli populace stárne a prodlužuje se i absolutní délka života, doba života *ve zdraví* (tedy doba do vypuknutí první vážné nemoci) je relativně krátká. Např. v průměru je délka života žen 82.1 let, ale délka jejich života ve zdraví pouze 64 let.
- Pro splnění cíle je plánováno zejména: posilování role praktických lékařů, modernizace vybavení, standardizace zdravotní péče, rozvoj zdravotně-sociální péče, zvyšování kvality života chronicky nemocných a těch s nevyléčitelnými chorobami, zlepšování péče v domácím prostředí, zlepšení dostupnosti dlouhodobé a paliativní péče, programy na posílení rolí rodinných příslušníků, a zlepšení poskytování péče v oblasti duševního zdraví (včetně podpory a respektu osob s duševním onemocněním).

Personální stabilizace resortu zdravotnictví

- České zdravotnictví se v posledních letech potýká zejména s trendem stárnutí lékařů (hlavně těch praktických) a snižováním motivace mladých lidí pro práci ve zdravotnictví (především pro pozice všeobecných zdravotních sester).
- Pro splnění cíle je plánováno zejména: vytvoření dlouhodobých strategií stabilizace a rozvoje personálních zdrojů, zlepšování celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, vybudování národního systému monitorování potřebných personálních kapacit, posilování postavení nelékařských pracovníků, personální posílení nedostatečně obsazených oborů, a zvyšování mezd (v souvislosti s vyššími odměnami za další vzdělávání).

Digitalizace zdravotnictví

- Předpokládá se, že digitalizace nejen podpoří reformu zdravotních služeb, ale i možnost občanů pečovat o vlastní zdraví a zlepšení prevence.
- Pro splnění cíle je plánováno zejména: rozvoj koncepce digitalizace, rozvoj centrálního systému pro sdílení zdravotnické dokumentace a Národního zdravotnického

informačního systému, standardizace nástrojů elektronického zdravotnictví, podpora využití nových digitálních technologií i v rámci domácí péče, dostatečné zabezpečení systému před kybernetickými útoky, zavedení programů rozvoje digitální gramotnosti zdravotnických pracovníků a programů na budování důvěry občanů a zdravotníků v digitální systémy.

Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví

- Předpokládá zajištění dlouhodobě udržitelného financování zdravotnictví, pro které je nutná hlavně meziresortní spolupráce.
- Pro splnění cíle je plánováno zejména: vytvoření meziresortního informačního systému vztahujícího se k příjmům a výdajům veřejného zdravotního pojištění, vytvoření nového konceptu úhrad (pro posílení transparentnosti), optimalizace predikcí příjmů a nákladů ve zdravotnictví, vytvoření nových klasifikačních systémů umožňujících lepší standardizaci konkrétních výkonů zdravotnických služeb pro optimalizaci úhrad, a publikování klíčových makroekonomických charakteristik.

Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví

- Pro splnění cíle je plánováno zejména: zlepšování výzkumu zaměřeného na nové metody (hlavně terapeutické a diagnostické), ověřování nových efektivních postupů v primární prevenci, zlepšování diagnostiky a prevence chorob souvisejících s environmentálními problémy, výzkum chování občanů ve vztahu k vlastnímu zdraví, výzkum v oblasti biotechnologií, zvyšování počtu akademických a klinických studií, výzkum zaměřený na digitalizaci a nové technologie, a mezinárodní spolupráce ve výzkumu ve zdravotnictví. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020)

7 Závěr

Cílem studijní opory bylo popsat základní členění a fungování zdravotnického systému v České republice z pohledu zdravotní péče a přiblížit studujícím pozadí veškerých činitelů podílejících se na zajištění zdravotní péče. České zdravotnictví urazilo za posledních 30 let dlouhou cestu a momentálně lze jeho úroveň označit v rámci celé Evropy za průměrnou, v porovnání se zeměmi střední a východní Evropy dokonce za velmi dobrou. Jak je patrné ze statistických dat registrů i celkové úrovně zdraví populace, v posledních desetiletích jsou jasně patrné zlepšující se tendence poskytování zdravotních služeb. Neznamená to však, že není prostor pro další změny. Ty by se měly týkat zejména odstranění výrazných rozdílů ve zdravotním stavu obyvatelstva v různých regionech. Vzhledem k tomu, že v rámci ČR je poměrně dobrá dostupnost poskytovatelů zdravotnických služeb, kdy výjimkou je v zásadě pouze primární péče, a to jak u praktických lékařů, tak i u praktických lékařů pro děti a dorost, zejména v menších městech a na venkově. Rozdíly jsou dané zejména socioekonomickými podmínkami v jednotlivých krajích (např. střední délka života je nejnižší v Ústeckém regionu, kde je rovněž nejvyšší nezaměstnanost na území ČR). Pro další zlepšování zdraví obyvatelstva ČR jsou tak důležité především změny v oblasti prevence, související kromě nutných změn v poskytování primární péče zejména se vzděláváním obyvatelstva a zvyšováním jeho zdravotní gramotnosti.

8 Seznam použitých zdrojů

1. ČELEDOVÁ, L. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti v systému sociálního zabezpečení. In KALVACH, Z. & kol., *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011.

2. GLADKIJ, I, STRNAD, L.: *Zdravotní politika – zdraví – zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002.

3. KŘÍŽOVÁ, E.: *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha, 1998.

4. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Věštník ministerstva zdravotnictví* č.16/2015. Dostupné jako pdf z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/10927/36163/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%2016-2015.pdf

5. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdraví 2030 – Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. 2020. Dostupné jako pdf také z: https://zdravi2030.mzcr.cz/

6. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Zdravotnictví České republiky ve srovnání se státy OECD [online]. Aktualizováno 2021. Cit. 10.6.2021. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/477-zdravotnictvi-ceske-republiky-ve-srovnani-se-staty-oecd

7. PLEVOVÁ, I. & kol. *Ošetřovatelství I.*, 2. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2018.

8. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010.

9. SEIFERT, B., ČELEDOVÁ, L. & kol. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum, 2012.

10. ŠŤASTNÝ, J. Kvalita zdravotní péče: o co vlastně jde? *Interní medicína pro praxi* 17 (3): 156-158, 2015.

11. ŠUPŠÁKOVÁ, P. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb – manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing a.s., 2017.

12. ÚZIS ČR. Registry a sběr dat [online]. Cit. 18.6.2021. Dostupné z: https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat

13. VÁLKOVÁ, M. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015.
14. VILÁŠEK, J., FIALA, M., VONDRÁŠEK, D. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum, 2014.

15. WHO. *Klinické použití krve: Příručka*. Praha: Grada Publishing a.s., 2002.

16. WHO. Quality of Care [online]. Aktualizováno 2021. Cit. 15.6.2021. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care
17. Zákon č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). In: *Sbírka zákonů ČR*, 2002.

18. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů ČR*, 2011.

19. Zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech). In: *Sbírka zákonů ČR*, 2007.

20. Zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2011.

21. Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2011.