

učební texty Univerzity Karlovy v Praze

# PSYCHOLOG VE ZDRAVOTNICTVÍ

Vladimír Kebza  
a kolektiv

## Psycholog ve zdravotnictví

**prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc. a kolektiv**

---

Autorský kolektiv:

MUDr. Dominika Čápková, prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc., MUDr. Věra Kernová,  
MUDr. Miloslav Kodl, MgA. Nikol Koksteinová, Mgr. Lucie Kotyzová,  
PhDr. Katarína Loneková, Ph.D., MUDr. Antonín Malina, Ph.D., MBA,  
PhDr. Jaroslav Šturma, JUDr. Petr Veselý

Recenzenti:

prof. PhDr. Mojmír Svoboda, CSc.  
doc. PhDr. Jiří Šípek, CSc., Ph.D.

Vydala Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum  
jako učební text pro Filozofickou fakultu UK

Obálka Kateřina Řezáčová  
Sazba DTP Nakladatelství Karolinum  
Vydání první

Text neprošel jazykovou ani redakční úpravou nakladatelství

© Univerzita Karlova v Praze - Nakladatelství Karolinum 2014  
© Vladimír Kebza a kolektiv, 2014

Text této publikace vznikl v rámci řešení Programu rozvoje vědních oblastí  
Univerzity Karlovy (PRVOUK) č. 07 Psychosociální aspekty kvality lidského života

ISBN 978-80-246-2446-4  
ISBN 978-80-246-2472-3 (online : pdf)



Univerzita Karlova v Praze  
Nakladatelství Karolinum 2014

<http://www.cupress.cuni.cz>



# OBSAH

Úvod .....	9
<b>Systém zdravotní péče, formy zdravotní péče a její úhrady</b> ( <i>Antonín Malina</i> ) .....	11
Historický vývoj .....	11
Organizace zdravotnického systému .....	12
Druhy a základní formy zdravotních služeb .....	12
Základní principy zdravotního pojištění v ČR .....	13
Základní principy financování a úhrady zdravotní péče ze zdravotního pojištění .....	16
Úhrady zdravotní péče .....	17
Literatura .....	18
<b>První pomoc a zajišťování zdravotní péče v mimořádných a krizových situacích</b> ( <i>Věra Kernová, Miloslav Kodl</i> ) .....	19
První pomoc .....	19
Bezvědomí .....	26
Šok .....	27
Krvácení .....	28
Popáleniny .....	30
Podchlazení .....	31
Tonutí .....	31
Poleptání .....	32
Zasažení elektrickým výbojem nebo proudem .....	33
Intoxikace .....	33
Poranění kostí – zlomeniny .....	35
Poranění břicha .....	36
Důležitá telefonní čísla .....	37
Příruční lékárna .....	37
Literatura .....	38
<b>Zdravotnická legislativa</b> ( <i>Lucie Kotyzová, Petr Veselý</i> ) .....	39
Hierarchie právních norem .....	39
Přehled předpisů týkajících se zdravotnictví .....	39
Závaznost ostatních předpisů .....	41
Obsah jednotlivých právních předpisů .....	41
Specifická témata ve zdravotnické legislativě .....	43
Ochrana osobních údajů .....	43
Povinnost zachování mlčenlivosti .....	44
Odpovědnost psychologů ve zdravotnictví .....	46
Občanskoprávní odpovědnost .....	46
Trestní odpovědnost .....	47

<b>Přístup ke zdravotnické dokumentaci</b> .....	47
<b>Informovaný souhlas</b> .....	48
<b>Literatura</b> .....	51
<b>Zdravotnická dokumentace (Nikol Koksteinová)</b> .....	52
<b>Co obsahuje zdravotnická dokumentace</b> .....	52
<b>Osobní a citlivé údaje</b> .....	54
<b>Zápis do zdravotnické dokumentace</b> .....	54
<b>Elektronická forma zdravotnické dokumentace</b> .....	55
<b>Vlastník zdravotnické dokumentace</b> .....	55
<b>Autorská práva</b> .....	55
<b>Souhlas s hospitalizací</b> .....	55
<b>Negativní revers</b> .....	56
<b>Zdravotnická dokumentace v souvislosti se zrušením registrace a zánikem zdravotnického zařízení</b> .....	56
<b>Skartace zdravotnické dokumentace</b> .....	57
<b>Povinná mlčenlivost</b> .....	57
<b>Práva pacienta</b> .....	58
<b>Přístup do zdravotnické dokumentace</b> .....	58
<b>Právní prameny zdravotnické dokumentace</b> .....	59
<b>Literatura</b> .....	59
<b>Úvod do farmakologie (Dominika Čápková)</b> .....	60
<b>Úvodní poznámky</b> .....	60
<b>Obecná farmakologie</b> .....	61
Lékové interakce .....	62
<b>Ovlivnění kardiovaskulárního systému</b> .....	62
<b>Ovlivnění dýchacího systému</b> .....	63
<b>Léčiva ovlivňující trávicí trakt</b> .....	63
Léčba žaludečních vředů a zánětu jícnu .....	63
Spasmolytika .....	64
Antiemetika .....	64
Laxativa .....	64
Ovlivnění průjmu .....	64
Analgetika .....	65
<b>Nesteroidní antiflogistika (NSA)</b> .....	65
<b>Opioidní analgetika</b> .....	65
<b>Psychofarmaka</b> .....	66
Anxiolytika .....	66
Hypnotika .....	67
Antidepresiva .....	67
Léčba bipolární afektivní poruchy .....	68
Antipsychotika (neuroleptika) .....	69
Kognitiva .....	70
<b>Literatura</b> .....	71
<b>Podpora a ochrana veřejného zdraví (Vladimír Kebza)</b> .....	72
<b>Úvod: Základní principy zdravotní politiky ČR v kontextu zdravotní politiky EU</b> .....	72
<b>Podpora zdraví – podstata a východiska</b> .....	73
Podpora zdraví jako součást strategie WHO .....	74
Souvislosti podpory zdraví .....	75
Podpora zdraví – další významné mezinárodní události .....	75
Finanční zdroje pro podporu zdraví .....	76
<b>Možnosti hodnocení podpory zdraví: postupy založené na důkazech</b> .....	76
<b>EBM – východiska</b> .....	77

Vymezení EBM .....	78
Možnosti aplikace evidence-based postupů v psychologii .....	78
Sporná místa a náměty k diskusi .....	79
<b>Chování a možnosti jeho změn .....</b>	<b>80</b>
<b>Literatura .....</b>	<b>85</b>
<b>Etika ve zdravotnictví (Jaroslav Šturma) .....</b>	<b>88</b>
<b>Počátky a rozvoj etického uvažování v psychologii. ....</b>	<b>88</b>
<b>Etické kodexy .....</b>	<b>88</b>
Etický kodex ČMPS .....	90
Etický kodex Asociace klinických psychologů ČR .....	92
<b>Etické principy – Metakodex .....</b>	<b>93</b>
Preambule .....	94
Princip respektu .....	94
Princip kompetence .....	95
Princip zodpovědnosti .....	96
Princip integrity .....	97
<b>Literatura .....</b>	<b>98</b>
<b>Zdravotnická praxe (Katarína Loneková) .....</b>	<b>99</b>
<b>Literatura .....</b>	<b>100</b>
<b>Informace o autorech .....</b>	<b>101</b>





# ÚVOD

Dne 1. 7. 2008 nabyl účinnosti zákon č. 189/2008 Sb., kterým byl novelizován zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. V § 22 je uvedeno, že odborná způsobilost k výkonu povolání psychologa ve zdravotnictví se získává absolvováním akreditovaného magisterského jednooborového studijního oboru psychologie a absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu „Psycholog ve zdravotnictví“, který je prováděn vysokou školou podle zvláštního právního předpisu.

Tímto vymezením se významně zlepšují podmínky práce psychologa působícího ve zdravotnictví. Nejedná se jen o zlepšení v oblasti ekonomické, ale jde především o kvalitativně vyšší postavení psychologa, působícího ve zdravotnických zařízeních, na úroveň skutečného kolegy dalších zdravotnických pracovníků se všemi kompetencemi včetně možnosti nahlížet do zdravotnické dokumentace, čímž se psychologova role posouvá do podoby aktivní více-  
směrně probíhající spolupráce obohacující všechny aktéry.

Přejeme Vám proto, milé kolegyně a kolegové, aby Vám absolvování našeho kurzu otevřelo cestu k efektivnímu a úspěšnému naplnění Vašich představ o práci psychologa ve zdravotnictví.

Vladimír Kebza a kolektiv autorů



# SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE, FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ ÚHRADY

*Antonín Malina*

Zdraví představuje jednu ze základních individuálních a společenských hodnot, a proto státy postupem doby vytvořily sofistikované zdravotní systémy. Těmito systémy se obvykle rozumí „soustava opatření, institucí a činností, jimiž společnost v souladu s určitou politickou koncepcí a v souladu se stupněm svého kulturního, ekonomického a sociálního rozvoje zajišťuje péči o zdraví“ (Gladkij, 2003).

Moderní zdravotnické systémy, které nabývají v různých zemích různou podobu, můžeme definovat jako formálně uspořádanou soustavu vztahů mezi třemi základními subjekty – těmi, kdo ji potřebují a spotřebovávají (pacienti), těmi, kdo péči umějí a směji nabízet (poskytovatelé), a těmi, kdo ji finančně zprostředkovávají (plátcí), (Křížová, 2007).

## HISTORICKÝ VÝVOJ

Systém péče o zdraví na našem území souvisí s počátky zdravotního pojištění, kdy zde na konci 19. století existovaly stovky tzv. vzájemných pokladen s několika tisíci členy. Nemocenské pojištění bylo zavedeno v Rakousku-Uhersku v průmyslu od roku 1888. V první polovině dvacátých let 20. století došlo na základě zákonů, které vydalo již samostatné Československo, k zavedení povinného zdravotního pojištění pro vybrané profese. Během první republiky pak působilo několik typů pojišťoven, fondů a pokladen, a tak ve třicátých letech 20. století působilo v Československu přes 300 nemocenských pojišťoven.

Po druhé světové válce bylo sjednoceno nemocenské a důchodové pojištění do jednoho povinného systému, jehož správu převzala Ústřední zdravotní pojišťovna. Ambulantní péče byla poskytována převážně privátními lékaři, zatímco nemocnice, léčebné ústavy, lázně, zdravotnický průmysl a distribuce léčiv byly znárodněny. V roce 1951 došlo k zásadní změně a v tehdejším Československu byl zaveden sovětský model zdravotnictví, ve kterém stát převzal zodpovědnost za poskytování zdravotní péče a za zdraví celé populace. Ústřední zdravotní pojišťovna byla zrušena a financování zdravotnictví převzal stát, takže péče se stala pro občany bezplatnou a byla financována z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Došlo k extenzivnímu rozvoji zdravotnických zařízení, byla postavena řada nemocnic, ústavů, ozdravoven, vznikly krajské a okresní ústavy národního zdraví (KÚNZ, OÚNZ), došlo k výraznému poklesu nemocnosti a úmrtnosti na infekční onemocnění a bylo dosaženo výrazného pokroku v oblasti pediatrie a neonatologie, které vedlo ke snižování kojenecké úmrtnosti. V sedmdesátých a osmdesátých letech však došlo ke stagnaci a zdravotnictví se

nedokázalo vyrovnat s nástupem tzv. civilizačních onemocnění: kardiovaskulárních onemocnění a onkologických onemocnění. Poválečný pokles úmrtnosti se zastavil a střední očekávaná délka života začala stagnovat.

Po roce 1989 došlo k transformaci od státem řízeného a z daní financovaného systému k modelu všeobecného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče přebírají zdravotní pojišťovny (Křížová, 2007). Snaha vytvořit konkurenční prostředí pak vedla k privatizaci zdravotnických zařízení, která proběhla zpočátku především v ambulantní sféře a vedla ke vzniku vysokého počtu samostatných ordinací.

Podstatou modelu veřejného zdravotního pojištění jsou finanční příspěvky, které občan povinně a bez ohledu na své budoucí potřeby odvádí do fondu zdravotních pojišťoven, které jsou veřejnoprávními a neziskovými organizacemi. Pojišťovny pak propírají úhrady za poskytnutou zdravotní péči poskytovatelům, se kterými mají uzavřené smlouvy. Systém je solidární a každý platí pojistné v závislosti na svém příjmu a o zdravotní pojištění se dělí zaměstnavatelé a zaměstnanci. Obdobné systémy veřejného zdravotního pojištění fungují nejen u nás, ale např. také v Rakousku, ve Švýcarsku, v Německu, Francii a v Belgii (Barták, 2010).

## ORGANIZACE ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU

### Druhy a základní formy zdravotních služeb

**Ambulantní péče** je zdravotní péčí, při níž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí na lůžko.

**Primární ambulantní péče** je poskytována lékařem primární péče, u kterého je občan povinně registrován. Jejím účelem je především poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče, zajišťování návštěvních služeb a koordinace a zajištění návaznosti dalších zdravotních služeb. Primární péče je zajišťována praktickými lékaři pro dospělé, praktickými lékaři pro děti a dorost, zubními lékaři (stomatology) a praktickými ženskými lékaři (gynekology).

U všech lékařů primární péče se musí pacient nejprve **zaregistrovat**. Lékař může pacienta odmítnout zaregistrovat pouze v případech, kdy by jeho přijetí znamenalo pro lékaře takové pracovní zatížení, které by mu znemožnilo kvalitní péči o tohoto pacienta či o jiné pacienty, které již ve své péči má. Lékař ovšem **nemůže odmítnout ošetření v případě neodkladné péče** (úrazu, akutního náhlého onemocnění).

**Specializovanou ambulantní péči** poskytují lékaři-specialisté v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče. **Odborného specialistu může pacient v ČR navštívit i bez doporučení** lékaře primární péče.

### Lůžková péče

Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče je poskytována nemocnicemi nebo odbornými léčebnými ústavy v rámci nepřetržitého provozu jako péče akutní (intenzivní nebo standardní), následná či dlouhodobá.

Pokud to vyžaduje charakter onemocnění, doporučí a zajistí lékař primární péče nebo ambulantní specialista pacientovi **léčbu lůžkovou**. Pacienti se však mohou v případě akutních

obtíží dostavit do nemocnice sami nebo jsou v případě život či zdraví ohrožujících stavů indikováni k přijetí do nemocnice pracovníky rychlé záchranné služby.

**Lůžková péče** je vedle nemocniční péče poskytována v síti odborných léčebných ústavů. Jde o léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy, ozdravovny a noční sanatoria, léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí a lázeňské léčebny.

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

Zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta je návštěvní služba a domácí péče. V rámci domácí péče je zdravotníky poskytována v domácím prostředí pacienta ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče (péče o umírající pacienty).

### **Pohotovostní a neodkladná péče**

Zdravotní péče je zajištěna i v případě náhlého onemocnění nebo úrazu v době mimo ordinanční hodiny nebo nepřítomnosti ošetřujícího lékaře. Toto zajištění se uskutečňuje v závislosti na místních podmínkách – v menších místech se tak děje obvykle ve spolupráci lékařů, kteří se navzájem zastupují, ve větších lokalitách jsou pak organizovány **pohotovostní služby jako lékařská služba první pomoci (LSPP) nebo ústavní pohotovostní služba (ÚPS)** ve zvláštních ordinacích nebo v pohotovostní službě nemocnic.

Pohotovostní služby jsou v rámci krajů organizovány i pro náhlá stomatologická onemocnění.

Pro případy náhlých těžkých onemocnění, kdy se pacient nemůže sám dopravit k lékaři a kdy je nezbytné rychlé ošetření a jeho přeprava do zdravotnického zařízení, tak aby nedošlo k nebezpečnému zhoršení zdravotního stavu nebo ohrožení jeho života, je na území ČR organizována zdravotnická **záchranná služba**, která poskytuje tzv. **neodkladnou péči**. Neodkladná péče je poskytována v případě náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví. Je poskytována také pacientům, kteří trpí náhlou nebo intenzivní bolestí a těm, u nichž dochází k náhlé změně chování, která může ohrozit je samotné nebo jejich okolí.

### **Závodní preventivní péče**

Závodní preventivní péče zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci a ochranu zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví na pracovišti, včetně prevence úrazů. Zařízení závodní preventivní péče provádějí odbornou poradní činnost v otázkách ochrany a podpory zdraví, pravidelně kontrolují pracoviště podniků, zjišťují vlivy práce a pracovních podmínek na zdraví zaměstnanců a vykonávají preventivní lékařské prohlídky zaměstnanců (vstupní, průběžné a výstupní).

## **ZÁKLADNÍ PRINCIPY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČR**

Zdravotnický systém a jeho fungování lze chápat jako soustavu vztahů mezi třemi základními subjekty – pacienty, poskytovateli a plátcí.

### **Pacienti (občané, pojištěnci)**

V České republice jsou ze zákona povinně zdravotně pojištěny všechny osoby, které mají na území České republiky trvalý pobyt. Zdravotní pojištění vzniká těmto osobám získáním

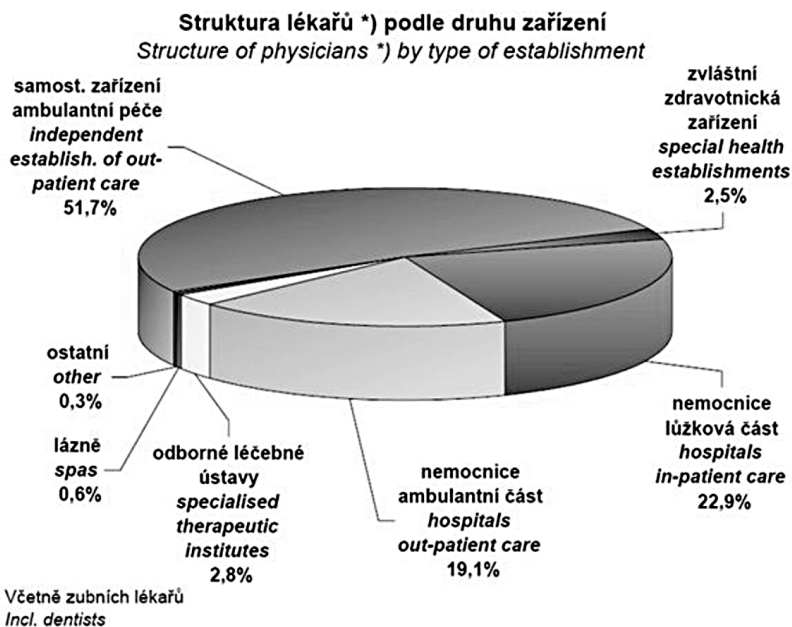
trvalého pobytu na území České republiky a zaniká úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého nebo ukončením trvalého pobytu na území ČR.

## Poskytovatelé

Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS, 2013) bylo v České republice v roce 2012 evidováno celkem 28 753 zdravotnických zařízení, z toho bylo 20 224 samostatných ordinací. Ve všech zdravotnických zařízeních pracovalo celkem 46 968 lékařů a 107 478 samostatných zdravotnických pracovníků-nelékařů. Struktura lékařů podle druhu zařízení, ve kterých působí, je uvedena v grafu č. 1.

Státních zařízení, jejichž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR a ostatní centrální orgány, bylo 213 a nestátních zdravotnických zařízení, jejichž zřizovatelem je kraj, město, obec, fyzická osoba, církev nebo jiná právnická osoba, bylo celkem 28 540 (6). Z **hlediska vlastnické struktury** je tedy většina poskytovatelů zdravotnických služeb v ČR v soukromém vlastnictví.

Z **hlediska druhu zařízení** byla soustava zdravotnických zařízení na konci roku 2012 tvořena 188 nemocnicemi, 158 odbornými léčebnými ústavami (včetně ozdravoven a hospiců), lázeňskou péčí poskytovalo 89 lázeňských léčeben. Ambulantní péči zajišťovalo 24 669 samostatných ambulantních zařízení, z toho celkem 13 227 samostatných ordinací zajišťovalo primární péči, 6 997 patřilo specializovaným lékařům. Lékárenskou péči poskytovalo 2 736 lékáren a 464 výdejen zdravotnických prostředků. Součástí zdravotnické soustavy bylo i 383 tzv. zvláštních zdravotnických zařízení (sem patří kojenecké ústavy a dětské domovy, stacionáře pro děti a dospělé, dopravní a záchranná zdravotnická služba a záchranné stanice).



Graf 1 Struktura lékařů podle druhu zařízení, ve kterých působí (ÚZIS 2013)

## Plátcí

V roce 2013 zajišťovalo systém veřejného zdravotního pojištění celkem 7 zdravotních pojišťoven. Počet zdravotních pojišťoven postupně klesá (např. počátkem devadesátých let minulého století jich bylo 27) a i v budoucnu pravděpodobně dojde k další redukci jejich počtu. Zdravotní pojišťovny jsou zřízeny podle příslušných právních předpisů jako veřejnoprávní instituce a podléhají veřejnoprávní kontrole a kontrole státních orgánů ČR. Krajské uspořádání doplněné územními pracovišti je ze zákona povinné pouze pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP), jejíž činnost musí garantovat celostátní dostupnost. VZP je naší největší pojišťovnou a pojišťuje přibližně 60 % občanů.

Zdravotní pojišťovny jsou především povinny zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřely na základě výběrového řízení smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče (zdravotnická zařízení se tak stanou tzv. smluvními zdravotními zařízeními). Smlouvy se nevyžadují jen při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče. Ve lhůtách, které jsou uvedeny v těchto smlouvách, jsou pak pojišťovny povinny uhradit zdravotnickým zařízením poskytnutou zdravotní péči.

Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Zdravotní pojišťovny hradí poskytovatelům:

- léčebnou ústavní péči a ambulantní péči,
- pohotovostní a záchrannou službu,
- preventivní péči,
- odběry tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi,
- poskytování léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,
- potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,
- závodní preventivní péči,
- dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů,
- posudkovou činnost,
- prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu.

Plátcí pojistného jsou **pojištěnci** (zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů), **zaměstnavatelé** a **stát**.

Povinnost placení pojistného je rozložena mezi zaměstnance a zaměstnavatele v poměru 1 : 3 tedy 4,5 % z úhrnu příjmů platí zaměstnanec a 9 % zaměstnavatel. Vyměřovacím základem pro osoby samostatně výdělečně činné je stanovené procento příjmu z podnikání a z jiné samostatně výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení.

Do skupiny, za které platí zdravotní pojištění stát, patří např. nezaopatřené děti do 26 let, lidé ve výkonu trestu či ve vazbě, nezaměstnaní evidovaní úřadem práce, důchodci, příjemci nemocenských dávek, ženy na mateřské nebo rodičovské dovolené. Vyměřovacím základem je stanovené procento všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády.

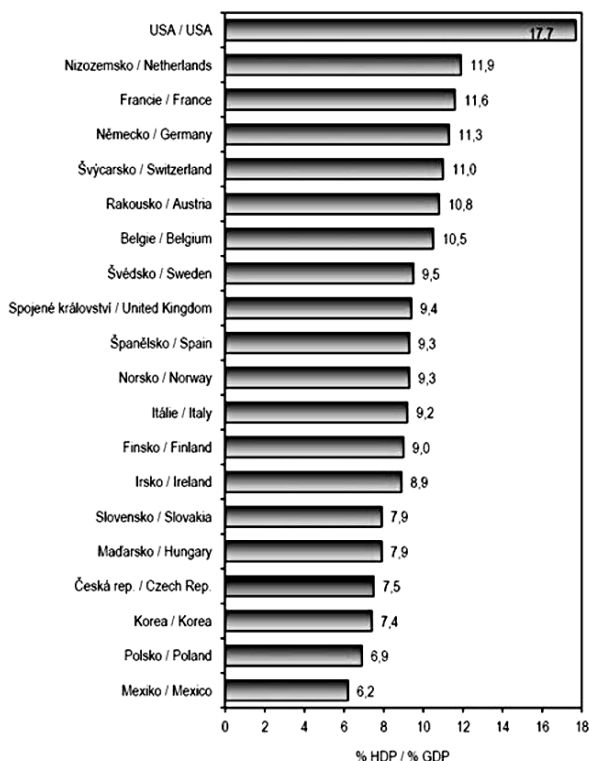
Ke zdrojům veřejného zdravotního pojištění tedy patří především výběr pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu. K ostatním zdrojům veřejného zdravotního pojištění i tzv. „ostatní“ zdroje (např. pokuty a penále). Kromě uvedených finančních zdrojů mohou mít zdravotní pojišťovny příjmy z komerční činnosti, kterou mohou vykonávat např. v oblasti smluvního nebo cestovního pojištění.

# ZÁKLADNÍ PRINCIPY FINANCOVÁNÍ A ÚHRADY ZDRAVOTNÍ PÉČE ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

**Celkové roční výdaje na zdravotnictví**, které stejně jako v jiných vyspělých zdravotních systémech rok od roku stoupají, dosahují v současné době přibližně 300 mld. Kč, což představuje výdaje ve výši 7,6% HDP v roce 2012. Mezinárodní srovnání % HDP v roce 2011 na zdravotnictví ukazuje graf č. 2 (ÚZIS, 2012).

Majoritním zdrojem financování zdravotní péče jsou úhrady zdravotní péče realizované prostřednictvím všeobecného zdravotního pojištění. Podíl státního rozpočtu a územních rozpočtů (krajských, městských či obecních) na financování zdravotnictví postupně klesá a pohybuje se přibližně mezi 7 a 8% (7,63% v roce 2012). Soukromé zdroje (přímé platby pacientů, spoluúčast), které se zejména v posledních několika letech zvyšují, dosahují v současné době přibližně 17% ročních výdajů na zdravotnictví a pravděpodobně dále porostou. Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování v letech 1995–2010 jsou uvedeny v grafu č. 3.

**Výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích OECD jako % z HDP v roce 2011**  
*Health expenditure in selected OECD countries as % of GDP in 2011*



Zdroj dat: OECD Health Data červen 2013  
Source: OECD Health Data June 2013

**Graf 2** Výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích OECD jako % z HDP v roce 2011





systemu vždy správně nastaveny. V následujících letech byl tento systém modifikován tak, že úhradu ovlivnil počet hospitalizovaných pacientů (tzv. unikátních rodných čísel).

Od roku 2001 byla ověřována možnost zavedení systému úhrad akutní péče za diagnostickou skupinu – **systém DRG** (Diagnosis Related Groups), který se v současnosti stal převládajícím způsobem úhrady lůžkové péče. Tento způsob úhrady „skupin vztažených k diagnóze“ o něco objektivněji popisuje objem a náročnost poskytnuté zdravotní péče a odstraňuje nevýhody paušální úhrady. Určitou nevýhodou je možné snížení kvality poskytované péče v rámci změny chování poskytovatelů zdravotní péče, a proto jsou postupně zaváděny systémy sledování kvality zdravotní péče.

## LITERATURA

- Barták, M.: *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010.
- Gladkij, I. et al.: *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003.
- Křížová, E.: *Zdravotnické systémy vybraných vyspělých zemí v mezinárodním srovnávání*. Praha: 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2007.
- Sláma, P.: *Věřejné zdravotní pojištění*. Praha: 1. LF UK (učební text), 2011.
- ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví*. Praha: ÚZIS, 2013.
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2012*. Praha: ÚZIS, 2012.

# PRVNÍ POMOC A ZAJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V MIMOŘÁDNÝCH A KRIZOVÝCH SITUACÍCH

*Věra Kernová, Miloslav Kodl*

## PRVNÍ POMOC

První pomoc je možno vymezit jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení člověka a která mohou být poskytnuta kdekoli a kdykoliv bez speciálních pomůcek. Povinnost poskytnout základní první pomoc má každý, podle svých možností a schopností.

Poskytnutí pomoci bližnímu spoluvytvářelo systém mezilidských vztahů již dávno před vznikem křesťanství a jím deklarovaných mravních principů. Techniky první pomoci se v průběhu let samozřejmě vyvíjely a měnily, ale vždy odpovídaly současným poznatkům, empirickým zkušenostem, nebo na druhou stranu vycházely z víry a různých pověr. Vývoj vztahu k poskytnutí první pomoci byl reflektován i v příslušných zákonných úpravách, kdy ještě v polovině 18. století v zemích pozdějšího Rakouska-Uherska příslušela zachránci odměna 25 zlatých, o necelých sto let později byl již za neposkytnutí pomoci trest žaláře na 6 až 12 měsíců.

V České republice v současné době ukládají nad rámec etiky povinnost poskytnout pomoc občanu v nouzi tyto právní předpisy: zákon č. 20/1966 Sb. O péči zdraví lidu a Trestní zákon č. 140/1961 Sb. a jeho novela platná od 1. 1. 2010, která definuje v § 150 neposkytnutí pomoci u laiků, řidičů a zdravotníků následovně:

(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

A dále v § 151 neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku:

(1) Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na pět let nebo zákazem činnosti.

### **První pomoc dělíme na:**

- **technickou** – odstranění příčiny úrazu a vytvoření základních podmínek pro další poskytování první pomoci;
- **laickou zdravotnickou první pomoc** – poskytujeme do doby, než bude poskytnuta odborná zdravotnická první pomoc;
- **odbornou zdravotnickou první pomoc** – poskytována zdravotnickým personálem s použitím diagnostických a léčebných přístrojů.

### **Základní neodkladná resuscitace (NR)**

Soubor opatření směřujících k obnově oběhu okysličené krve v organismu postiženém náhlým selháním jedné nebo více základních životních funkcí – vědomí, dýchání a krevního oběhu. Zahrnuje zajištění průchodnosti dýchacích cest, umělé dýchání z plic do plic a podporu krevního oběhu nepřímou srdeční masáží.

### **Jednotný postup při poskytování první pomoci**

Soubor základních odborných a technických opatření, která jsou poskytována bez specializovaného vybavení, které poskytuje laik nebo zdravotník, který je v blízkosti. Technika provádění kardiopulmonální resuscitace se od prvního doporučení zevní masáže srdce pro laiky v r. 1964 postupně vyvíjela. V 90. letech minulého století se konaly konsensuální konference Mezinárodního výboru pro resuscitaci, na kterých se upravovaly doporučené postupy. Od roku 2000 se tak děje pravidelně v pětiletých intervalech. Aktualizace doporučení obsahují nově zjištěné poznatky resuscitační medicíny posledních let. Guidelines jsou publikovány v souladu s principy medicíny založené na důkazech (EBM, *evidence based medicine*). Změna v doporučeních rozhodně neznamená, že dosavadní postup byl chybný nebo neefektivní. Kromě co nejvyšší efektivity resuscitace je zároveň i snaha o co nejjednodušší postupy.

Nejčastější příčinou náhlé smrti jsou masivní krvácení, akutní dušení a náhlá zástava krevního oběhu. Postižený je nejvíce ohrožen rychlým vývojem akutní hypoxie mozku, max. do 4 minut musí být obnoven oběh okysličené krve. Nejčastější příčinou srdeční zástavy mimo nemocnici je:

- onemocnění srdce – 82,4%;
- ostatní interní onemocnění – 8,6% (plic, ledvin, cerebrovaskulární, nádorová, krvácení do GIT, diabetes mellitus, epilepsie, plicní embolie);
- ostatní příčiny – 9% (traumata, dušení, předávkování léky, sebevraždy, poranění el. proudem).

Snaha o zlepšení přežívání vede k zavedení jednoduchých a účinných postupů základní i rozšířené resuscitace – naděje na přežití je 2–3× vyšší při okamžitém zahájení kardiopulmonální resuscitace (KPR).

### **Základní neodkladná resuscitace zahrnuje tyto úkony:**

A – *airway*: zhodnocení vědomí a obnovení a zajištění průchodnosti dýchacích cest;

B – *breathing*: zhodnocení a zajištění základní životní funkce dýchání;

C – *circulation*: zhodnocení a zajištění základní životní funkce krevního oběhu;

D – *defibrillation*: provedení defibrilace proškoleným laikem, pokud je k dispozici automatický defibrilátor.