

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

ANNA CHMELÍKOVÁ

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

ANNA CHMELÍKOVÁ

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**SOUČASNÉ PROBLÉMY ZDRAVOTNICKÝCH
ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB ČESKÉ REPUBLIKY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

PLZEŇ 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité
prameny jsme uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 26.5. 2016

.....

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce paní magistře Evě Pfefferové za odborné vedení práce, trpělivost, ochotu a cenné rady.

Anotace

Příjmení a jméno: Chmelíková Anna

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Současné problémy zdravotnické záchranné služby České republiky

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

Počet stran: číslované 59, nečíslované 15

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: zdravotnické záchranné služby – přednemocniční neodkladná péče – financování – legislativa – krizová připravenost

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá současnými problémy zdravotnických záchranných služeb České republiky. Teoretická část se věnuje historii zdravotnické záchranné služby a popisuje současný systém fungování zdravotnické záchranné služby v České republice. Praktická část se zaměřuje na popis problémů souvisejících s poskytováním a zajišťováním přednemocniční neodkladné péče a na prezentaci možných způsobů zlepšení současné situace.

Annotation

Surname and name: Chmelíková Anna

Department: Department of Paramedical rescue work and Technical studies

Title of thesis: Current problems of emergency medical services of the Czech republic

Consultant: Mgr. Eva Pfefferová

Number of pages: numbered 59, unnumbered 15

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 28

Keywords: emergency medical services – prehospital emergency care – funding – legislation – disaster preparedness

Summary:

This bachelor thesis deals with current problems of emergency medical services of the Czech Republic. The theoretical part attends to history of the emergency medical service and describes current operation system of the emergency medical service in the Czech Republic. The practical part is focused on description of the problems related to providing of the prehospital emergency care and to presentation of some options which can improve current situation.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA.....	13
1.1 Definice základních pojmů.....	13
1.2 Historie zdravotnické záchranné služby.....	14
1.3 Historie zdravotnické záchranné služby v českých zemích.....	17
2 SOUČASNÝ STAV ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY ČR.....	19
2.1 Platná legislativa.....	19
2.1.1 Zákony.....	19
2.1.2 Vyhlášky.....	20
2.2 Zdravotnické operační středisko.....	21
2.3 Výjezdové skupiny.....	22
2.4 Vybavení a vozový park.....	23
2.5 Personální základna.....	25
2.5.1 Zdravotnický záchranář a jeho kompetence.....	26
2.6 Financování činnosti poskytovatele.....	29
2.7 Krizová připravenost.....	30
2.8 Další činnosti zdravotnické záchranné služby.....	30
2.9 Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky.....	31
2.10 Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky....	31
PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
3 FORMULACE PROBLÉMU.....	34
3.1 Hlavní problém.....	34

3.2 Dílčí problémy.....	34
4 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	35
4.1 Cíle práce (C).....	35
4.2 Výzkumné otázky (VO).....	35
5 METODIKA PRÁCE.....	36
5.1 Metoda výzkumu.....	36
5.2 Vzorek respondentů.....	36
6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	37
6.1 Hlavní problémy zdravotnické záchranné služby ČR.....	37
6.1.1 Nedostatek lékařů zdravotnické záchranné služby.....	37
6.1.1.1 Tabulky a grafy.....	40
6.1.1.2 Návrhy řešení.....	42
6.1.2 Trvalý nárůst počtu výjezdů zdravotnické záchranné služby.....	43
6.1.2.1 Grafy.....	44
6.1.2.2 Návrhy řešení.....	46
6.1.3 Nedostatečná úhrada zdravotní péče od zdravotních pojišťoven a chybné nastavení způsobu financování zdravotnických záchranných služeb ČR.....	46
6.1.3.1 Návrhy řešení.....	47
6.1.4 Přesun odpovědnosti na nelékařské zdravotnické pracovníky.....	48
6.1.4.1 Návrhy řešení.....	49
6.1.5 Centralizace zdravotnických záchranných služeb ČR.....	49
6.1.6 Postavení v základních složkách IZS a Fond zábrany škod.....	52
7 DISKUZE.....	53

Závěr.....57

Seznam použitých zdrojů

Seznam zkratk

Seznam tabulek

Seznam grafů

Seznam příloh

Přílohy

ÚVOD

Zdravotnická záchranná služba České republiky (ČR) splňuje evropské standardy kvality poskytované přednemocniční neodkladné péče a dokonce je v mnohém převyšuje. Její systém a organizace fungují na vysoké úrovni, požadavky na odbornost personálu rostou se zvyšující se prestiží záchranné služby. Práce lékařů, zdravotnických záchranářů i řidičů zdravotnické záchranné služby platí za extrémně náročnou a je to práce, na jejíž kvalitě a rychlosti může záviset život každého z nás. (1)

Tématem této bakalářské práce jsou současné problémy zdravotnické záchranné služby, protože vyšší stupeň profesionality a organizace každé služby s sebou nese i riziko a vznik provozních či organizačních problémů. Jako studentka oboru zdravotnický záchranář se o problematiku zdravotnické záchranné služby zajímám a s některými aktuálními problémy jsem se setkala i v rámci školní praxe na záchranné službě v Plzeňském a Pardubickém kraji. Vzhledem k tomu, že se výjezdové stanoviště či operační středisko zdravotnické záchranné služby může stát mým budoucím pracovištěm, chtěla jsem prostřednictvím této práce nahlédnout do složitosti systému fungování, organizace a financování zdravotnických záchranných služeb ČR.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část si klade za cíl popsat historii záchranné služby ve světě i v českých zemích, ale především se zaměřuje na popis současného stavu, rozsahu, fungování, organizace a financování zdravotnické záchranné služby ČR.

Cílem praktické části je zjistit, které oblasti organizace zdravotnické záchranné služby jsou v současné době považovány za problémové a to z pohledu prezidenta Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR MUDr. Marka Slabého, MBA, dále exprezidenta Komory záchranářů zdravotnických záchranných služeb ČR Bc. Drahomíra Sigmunda a náměstka útvaru zdravotnických činností zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje a vedoucího lékaře oblasti Západ MUDr. Robina Šína, MBA.

Lze předpokládat, že mezi nejzávažnější současné problémy zdravotnických záchranných služeb v ČR patří nevyhovující systém financování těchto služeb a z něho plynoucí nedostatek finančních prostředků. Velmi diskutovanou záležitostí je také nedostačující úhrada ze zdravotního pojištění. Dále nedostatek odborně způsobilých zaměstnanců, zejména lékařů. Pozornost je třeba věnovat i výhodám a nevýhodám současné legislativy týkající se zdravotnických záchranných služeb.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) hraje významnou úlohu v rámci zdravotního systému České republiky (ČR) i ve zdravotní a bezpečnostní politice státu. Na vysoké úrovni organizuje a zajišťuje přednemocniční péči i připravenost na řešení mimořádných událostí. Funguje spolu s Hasičským záchranným sborem České republiky, Jednotkami požární ochrany a Policií České republiky jako základní složka Integrovaného záchranného systému (IZS). ZZS je definována jako zdravotní služba a zřizována jako příspěvková organizace krajem. (1, 2)

1.1 Definice základních pojmů

Zdravotnická záchranná služba je zdravotní službou, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy na národní číslo tísňového volání 155 nebo na evropské číslo tísňového volání 112 poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. (2)

Závažným postižením zdraví se rozumí náhle vzniklé onemocnění, úraz nebo jiné zhoršení zdravotního stavu, které působí prohlubování chorobných změn, jež mohou vést bez neprodleného poskytnutí zdravotnické záchranné služby ke vzniku dlouhodobých nebo trvalých následků, případně až k náhlé smrti, nebo náhle vzniklá intenzivní bolest nebo náhle vzniklé změny chování a jednání postiženého ohrožující zdraví nebo život jeho samého nebo jiných osob. (2)

Přímým ohrožením života se rozumí náhle vzniklé onemocnění, úraz nebo jiné zhoršení zdravotního stavu, které vede nebo bez neprodleného poskytnutí zdravotnické záchranné služby by mohlo vést k náhlému selhání některé ze základních životních funkcí lidského organismu. (2)

Tísňovou výzvou se rozumí vyhodnocené volání na národní číslo tísňového volání 155 nebo výzva předaná operačním střediskem jiné složky integrovaného záchranného systému. (2)

Integrovaným záchranným systémem je koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací. (3)

Základními složkami integrovaného záchranného systému jsou Hasičský záchranný sbor České republiky, jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje

jednotkami požární ochrany, poskytovatelé zdravotnické záchranné služby a Policie České republiky. (3)

Přednemocniční péče je neodkladná péče poskytovaná pacientovi na místě události a během jeho přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče (ALP), tedy nejbližší dostupnému poskytovateli ALP, který je způsobilý odborně zajistit pokračování poskytování zdravotní péče pacientovi. (2)

Mimořádná událost je stav, při němž dojde k akumulaci, úbytku nebo uvolnění určitých hmot, energie nebo sil, které působí ničivě a škodlivě na obyvatelstvo, majetek, životní prostředí, společenské vztahy a ekonomickou rovnováhu. (3)

Urgentní medicína je multidisciplinární obor, který se zabývá poskytováním a vědeckým zkoumáním neodkladné péče u stavů, které bezprostředně ohrožují život pacienta. Jako jediný obor se zabývá poskytováním zdravotní péče při mimořádných událostech s hromadným postižením zdraví. (4)

1.2 Historie zdravotnické záchranné služby

Poskytování zdravotní pomoci je staré jako lidstvo samo, doklady o tom najdeme už v době pravěké, poslední archeologické výzkumy na Pyrenejském poloostrově, prováděné na počátku 21. století, přinesly zajímavé výsledky, které byly v roce 2015 prezentovány také na konferenci v Praze (jeskyně Atapuerca, oblast Burgos). Výzkum dokázal, že přežily ty pravěké skupiny homo sapiens, které se dokázaly postarat o své „méně hodnotné“ členy společnosti, staré, ale také nemocné a zraněné.

S péčí o raněné se setkáváme také v antické společnosti. Lze se o ní dočíst v Homérových eposech, v trojské válce byli ranění donášeni na jedno místo, kde se jich ujal lékař (Hippokrates radí budoucím chirurgům, aby svoji kariéru začínali právě na bojišti, pokud se chtějí opravdu něco naučit). Transport přeživších končil umístěním v nejbližším chrámu boha Asklépia, který měl i lůžkovou část. Lékaři byli k armádám najímáni, putovali s nimi a víme, že prováděli školení vojáků, aby byli schopni svépomoci. Období starého Říma bylo velkým přínosem z hlediska vojenského zdravotnictví. Vytvořením římského císařství došlo ke vzniku stálého římského vojska. (5)

Jeho součástí byla organizovaná zdravotnická služba. Pro podmínky boje byla část mužstva z legie vyčleněna k vynášení raněných z bojiště na předem určená místa pomoci. Římské tábory, stálé i polní, mívaly rozvinuto nemocniční zařízení, tzv. valetudinarium, k němuž patřila i lékárna. Vojenské zdravotnictví mělo zvláštní jednotku (sanitní jednotka o

10 mužích) pro vynášení raněných a odsun do valetudinarií. (5)

Rovněž středověk vykazuje příklady péče o zraněné, můžeme uvést řád johanitů, který provozoval na cestě do svaté země lazarety (prvním byl špitál sv. Jana Slitovníka v Jeruzalémě 1050) určené nejen příslušníkům rytířských řádů, ale také poutníkům. V současnosti provozuje řád (dnes nazývaný maltézský, podle svého pozdějšího sídla na Maltě) různé formy ZZS po celé Evropě, včetně ČR. Dále víme, že v průsmyku sv. Bernarda byl provozován od 11. století klášterní hospic savojským šlechticem Bernardem z Aosty. Jeho následovníci, mniši augustiniáni, začali s bezplatnou pomocí lidem v nouzi a od 17. století do ní zapojili také psy, dnes známé bernardýny. (5)

Počátkem novověku, za třicetileté války (1618 – 1648), se zdravotní služba, svážející raněné do polního lazaretu, objevuje v armádě pruské a švédské. V civilní sféře jsou důležitá vznikající centra první pomoci v Hamburku (1764), Paříži a Londýně (1778). (6,7)

Pokud bychom chtěli hledat v historii počátky klasické zdravotnické služby, tj. ošetření pacienta na místě a pak jeho transport do zdravotnického zařízení, našli bychom je v době napoleonských válek, tehdy chirurg Dominique-Jean Larrey (1766-1842), zavedl tzv. *ambulance volante* (létající ambulance). Organizoval mobilní lazarety, které se stěhovaly spolu s postupem armády. Zdravotní skupina (létající četa) byla tvořena ze tří zkušených chirurgů a jednoho ošetřovatele, měli k dispozici vůz s obvazy, který se mohl stát i přepravním vozem do polního lazaretu. Řazení raněných, čekajících na ošetření, bylo doposud praktikováno jen podle toho, v jakém pořadí byli na obvaziště dopraveni, nyní se ranění začínají třídit podle typu zranění. D. J. Larrey však kritizuje nedostatek poučeného zdravotnického personálu i způsoby nešetrného přesunu raněných. Proto rozhodl vylepšit přepravní vůz pružinami a také přístřeškem, což umožnilo šetrnější přesun raněných. Od roku 1796 využívala francouzská armáda dvanáct takto zdokonalených vozů. Díky D. J. Larreymu se také začínají používat nosítka pro přenášení raněných a praktikuje se řada jeho doporučení, která mohou zachránit lidský život, například zastavení krvácení, krytí rány čistým obvazem. (6,7)

S obdobným principem se setkáme v průběhu americké občanské války (1861-1865), na jejím základu rovněž stojí americká *mobile army surgical hospital* (M.A.S.H). (6,7)

V rámci Krymské války (1853 – 1856) se poprvé u francouzské armády setkáváme s tím, že s vojáky se na frontu dostávají i skupiny vyškolených dobrovolných

ošetřovatelek. Britská armáda neměla tento systém zavedený, a proto úmrtnost britských vojáků byla alarmující. Ke změně dochází v roce 1854, kdy se zde objevuje anglická ošetřovatelka Florence Nightingalová s dalšími 38 sestrami, aby raněným vojákům pomáhala. Svoji zdravotní péči rozšířila také o poskytování jídla a oděvů, což mnohým vojákům také zachránilo život. Po návratu domů založila zdravotnickou školu pro sestry při Nemocnici sv. Tomáše v Londýně. Rozšířila vojenské zdravotnictví o ošetřovatelskou péči, do té doby byl kladen důraz pouze na lékařskou péči (tudíž se v lazaretech bylo možné setkávat s nahými vojáky, ležícími na studené, špinavé podlaze). (5)

Významným milníkem v rozvoji přednemocniční péče byl vznik Mezinárodního červeného kříže v roce 1863, za jehož zakladatele je považován Henri Dunant. Podnětem k založení této organizace byla bitva u Solferina 1859, kde padlo 40 tisíc vojáků a dalších 40 tisíc raněných zůstalo ležet na bitevním poli. Dunant se zasloužil o organizovanou pomoc těmto raněným a svoje otřesné zážitky později sepsal ve své knize Vzpomínky na Solferino. Tento životní zážitek ho vedl k podání návrhu smlouvy, která by zajistila ochranu obětí ozbrojených konfliktů a ošetřujícím zdravotníkům. Na základě tohoto návrhu byla v roce 1864 přijata první Ženevská úmluva. (8)

Přítelem H. Dunanta, moravský rodák Jaromír von Mundy (1822 – 1890), organizoval zdravotnickou péči ve Vídni. Jako lékař měl zkušenosti z armády, ale také s neštěstími v civilním životě, zejména s požárem divadla 1881, ten ho vedl k organizování odborné první pomoci. Již v roce 1883 se stal jedním ze zakladatelů Wiener rettungswesens (Vídeňská záchranná služba). Tato stanice měla 4 automobily, přímé telefonní spojení na policii a zdravotnická zařízení ji dvakrát denně informovala o počtu volných lůžek. Na stanici pracoval školený personál, lékaři a medicí proškolení v první pomoci. Tato stanice poskytovala pomoc při hromadných neštěstích po celé Evropě, využívala k tomu speciální zdravotnické vagony. (9)

Dalším rozhodujícím krokem k moderní ZZS je určitě činnost amerického anesteziologa českého původu, Petra Safera, který usiloval o zkvalitnění přednemocniční péče, která byla dosud špatně organizovaná a často neúčinná. V roce 1961 založil v Pittsburghu zdravotnickou záchrannou službu - Emergency medical service - EMS. A v roce 1965 se svými spolupracovníky vypracoval směrnice pro zdravotnickou záchrannou službu na území Pittsburghu. Tyto směrnice prezentoval na sjezdu Mezinárodní asociace pro úrazovou a dopravní medicínu ve Stockholmu. Později byly přijaty a začleněny do struktury ZZS v mnoha evropských zemích. (10)

1.3 Historie zdravotnické záchranné služby v českých zemích

V rámci rakouské monarchie se v českých zemích za počáteční krok k organizování záchranné zdravotnické pomoci pokládá založení stanice první pomoci v Praze v roce 1792, o kterou se zasloužil lékař Adalbert Vincenz Czarda (1755 - 1811). Stejný lékař také inicioval založení pražské Humanitní společnosti pro záchranu zdánlivě mrtvých a v náhlém nebezpečí smrti se ocitnuvších. Tato organizace se zabývala v menším rozsahu akutním ošetřením raněných a hlavně zajišťovala jejich transport. (11)

Zdravotníci poskytující první pomoc se také stali součástí Pražského dobrovolného sboru ochranného při požáru a podobných nehodách. V roce svého založení 1857 čítal sbor 36 dobrovolníků, z toho byli tři zdravotníci. Dalším centrem, kde vzniká obdobná služba je Brno, Opava, Olomouc, Rumburk. (5)

Po vzniku samostatné ČSR zajišťuje první pomoc Československý červený kříž (ČSČK). V roce 1925 začíná ČSČK ve spolupráci s Ministerstvem národní obrany a Ministerstvem veřejného zdravotnictví budovat síť automobilových záchranných stanic. V roce 1927 je registrováno celkem 35 stanic, a to 17 v Čechách, 23 na Moravě, 4 na Slovensku a 1 na Zakarpatské Ukrajině. V roce 1936 jejich počet vzrostl na 120 s vozovým parkem čítajícím 190 automobilů. (12)

K omezení jejich činnosti došlo v období okupace, kdy od roku 1939 převzaly povinnosti ČSČK hasičské sbory ve spolupráci s obcemi (ČSČK bylo protektorátními úřady zcela rozpuštěno v roce 1940, jeho majetek byl převeden Německému červenému kříži, řada členů byla vězněna nebo popravena). (12)

V poválečném Československu se obnovuje ČSČK, ale pro roce 1948 ztrácí svoji nezávislost a samostatnost. Záchranné sbory jsou zrušeny a vzniká Zdravotnická dopravní služba (od ČSČK převzala 804 sanitních vozů). Zrušeny jsou také záchranné stanice, což mělo negativní vliv zejména na dostupnost první pomoci v malých obcích. (12)

S nárůstem profesionálních zdravotníků a lékařů se situace zlepšuje, od 50. let tvoří výjezdové skupiny - jeden nebo dva řidiči záchranáři a lékař. V zásadě jsou zdravotnické záchranné stanice gungují na okresní úrovni jako úrazové stanice s výjezdovými skupinami při (OÚNZ). (12)

K podstatné změně dochází až na základě Vyhlášky MZ ČSR 121/1974, kdy stanice rychlé zdravotnické pomoci vznikají při anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Výjezdová skupina je utvořena z lékaře (nejčastěji anesteziologa), sestry a řidiče-sanitáře. (12)

Samostatná sekce přednemocniční péče je ustavena v roce 1988 výborem České společnosti anesteziologie a resuscitace ČLS JEP. (12)

Mezníkem ve vývoji ZZS je rok 1989, který otevřel možnosti modernizace vozového parku a pořízení dokonalejších přístrojů pro diagnostiku a léčbu. K zásadním změnám dochází také v organizaci ZZS, zejména vznikají nové, nezávislé na ARO. V roce 1992 je vydána první právní norma týkající se pouze ZZS, jedná se o Vyhlášku MZ ČR číslo 434/1992 sb., o zdravotnické záchranné službě. Definiuje úkoly, organizaci, strukturu a zřizovatele ZZS. Tuto vyhlášku mění a doplňuje Vyhláška číslo 175/1995 sb., věnuje se i určení povinností ZOS. (12)

V roce 2001 přišla další změna Vyhláškou číslo 14/2001 sb. A konečně v roce 2011 byl vydán Zákon 374/2001 sb., o zdravotnické záchranné službě.

2 SOUČANÝ STAV ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY ČR

Zdravotnická záchranná služba funguje ve všech 14 krajích České republiky. V roce 2015 vyjela k více než jednomu milionu případů, denně tedy zasahuje na území ČR téměř ve třech tisících případech. Počet výjezdových stanovišť dosahuje ke třem stovkám, výjezdových skupin funguje přes pět set.

Poskytovatel ZZS je příspěvková organizace zřízená krajem. Zařízení ZZS vždy tvoří centrální řídicí a koordinační pracoviště (ředitelství), zdravotnické operační středisko (ZOS), výjezdová stanoviště s výjezdovými skupinami, pracoviště krizové připravenosti a vzdělávací a výcvikové středisko. (2)

V rámci poskytování přednemocniční péče hraje důležitou roli i letecká záchranná služba. Na území ČR se v současnosti nachází deset jejích stanovišť. Osm z nich je provozováno soukromými společnostmi (Alfa-Helicopter, spol.s.r.o. a DSA, a.s.), v Plzeňském kraji zajišťuje leteckou přednemocniční péči Armáda ČR, ze základny v Praze vzlétá Letecká služba Policie ČR.

2.1 Platná legislativa

Právních předpisů vztahujících se ke zdravotním službám a zdravotní péči existuje mnoho, uvádím zde proto jen ty nejpodstatnější, jež souvisí se zadáním této práce.

2.1.1 Zákony

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Jedná se o vůbec první zákon věnující se výhradně záchranné službě. Upravuje podmínky poskytování ZZS, práva a povinnosti poskytovatele ZZS, povinnosti poskytovatelů akutní lůžkové péče k zajištění návaznosti služeb na ZZS, podmínky pro zajištění připravenosti poskytovatele ZZS na řešení mimořádných událostí a krizových situací. (2)

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Definuje druhy a formy zdravotní péče, stanovuje podmínky jejich poskytování a sankce za jejich nedodržení. Upravuje práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků, popisuje podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Pro zdravotnickou záchrannou službu vymezuje i možnosti užití omezovacích prostředků v přednemocniční péči. (13)

Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. ZZS je jednou ze základních složek IZS stejně jako Policie ČR a Hasičský

záchranný sbor ČR. Integrovaným záchranným systémem se rozumí koordinovaný postup jeho složek při přípravě a řešení mimořádných událostí a při provádění záchranných a likvidačních prací. Činnost zdravotnické složky v místě mimořádné události je organizována v rámci skupin provádějících třídění postižených osob, skupiny poskytující přednemocniční péči a skupiny zajišťující odsun a transport pacientů do zdravotnických zařízení. Vedoucí zdravotnické složky zpracovává zprávu o činnosti zdravotnické složky v místě mimořádné události. (3)

Zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon) určuje pravomoc a působnost státních orgánů a orgánů územních samosprávních celků při přípravě na krizové situace a jejich řešení a při ochraně kritické infrastruktury. (14)

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce.

Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení).

2.1.2 Vyhlášky

Vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. Vymezuje a konkretizuje pojmy jako je místo mimořádné události, kam je nutné vyslat pět a více výjezdových skupin současně nebo místo, kde se nachází více než 15 osob postižených na zdraví. Dále určuje čtyři stupně naléhavosti tísňového volání. Zabývá se operačním řízením letecké výjezdové skupiny, definuje obsah organizačně provozního řádu zdravotnického operačního střediska a komunikačního řádu poskytovatele ZZS. Také vymezuje činnost zdravotnické složky a jejího vedoucího v místě mimořádné události včetně označení členů zasahujících skupin i označení jejich stanovišť. Věnuje se i samotnému označení zdravotnického zařízení poskytovatele ZZS a označení pracovního oděvu člena výjezdové skupiny. (15)

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Vyhláška č. 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy

pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a požadavcích na tyto prostředky.

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Vyhláška č. 286/2013 Sb., kterou se mění vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění vyhlášky č. 361/2010 Sb.

Vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016. Pro zdravotnickou záchrannou službu určuje pro hrazené služby poskytované poskytovateli ZZS hodnotu bodu ve výši 1,11 Kč a pro hrazené služby poskytované poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče hrazené hodnotu bodu ve výši 1,10 Kč. (16)

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

2.2 Zdravotnické operační středisko

Zdravotnické operační středisko (ZOS) zajišťuje nepřetržitý kvalifikovaný bezodkladný příjem volání na linku 155 a výzev od ostatních složek integrovaného záchranného systému a orgánů krizového řízení operátorem zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska. Pro fungování ZZS má stěžejní význam, protože řídí činnost všech výjezdových skupin v kraji. Průměrný hovor na lince 155 probíhá necelé dvě minuty. Operátor musí v krátké době odhalit, kde, kdy a k jaké události došlo, vyhodnotit závažnost stavu postiženého a rozhodnout o dalším postupu ZZS. Operátoři ZOS pracují v časové tísní a leží na nich velký díl odpovědnosti, tudíž se jedná o psychicky velmi náročnou profesi. (2)

Radiofonní síť funguje na vyhrazené frekvenci. ZOS vyhodnocuje stupně naléhavosti tísňového volání, rozhoduje o okamžitém řešení výzvy a o vyslání výjezdové skupiny, přesměrování a operační řízení výjezdových skupin. Spolupracuje s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče (ALP) a koordinuje předávání pacienta tomuto poskytovateli. Poskytuje instrukce k zajištění první pomoci do příjezdu výjezdové skupiny na místo události formou telefonicky asistované první pomoci a telefonicky asistované neodkladné resuscitace. (2)

Denně se na každém krajském ZOS vyhodnocuje až několik set volání na tísňovou

linku, z nichž zhruba na dvě třetiny navazuje vyslání výjezdové skupiny. Další stovky hovorů probíhají mezi ZOS a příjmovými odděleními nemocnic, výjezdovými skupinami ZZS a ostatními složkami IZS. (17)

2.3 Výjezdové skupiny

Výjezdové skupiny se člení dle složení a povahy činnosti na výjezdovou skupinu rychlé lékařské pomoci (RLP) ve složení lékař, zdravotnický záchranář nebo všeobecná sestra s příslušnou specializací a řidič-záchranář. (2)

Dále na výjezdovou skupinu rychlé zdravotnické pomoci (RZP) s dvoučlennou posádkou ve složení zdravotnický záchranář a řidič - záchranář. (2)

Dalším typem výjezdové skupiny je rychlá lékařská pomoc v systému rendez-vous ve složení lékař a řidič-záchranář. (2)

Pro povolání řidič – záchranář je minimálním požadovaným vzděláním střední, ukončené maturitou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, řidič vozidla rychlé zdravotnické pomoci, nebo řidič vozidla rychlé lékařské pomoci. Na pozici řidiče-záchranáře může pracovat zdravotnický záchranář nebo všeobecná sestra se specializací pro intenzivní péči. (18)

Pro povolání zdravotnický záchranář je to absolvování vysoké školy v bakalářském oboru zdravotnický záchranář nebo vyšší odborné školy zdravotnické v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář nebo střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo studium zahájeno nejpozději v roce 1998/1999. Jako záchranář může také sloužit všeobecná sestra se specializací v intenzivní péči, která musí být absolventem/kou vysoké školy v bakalářském oboru všeobecná sestra nebo vyšší odborné školy zdravotnické (diplomovaná sestra), obojí s ukončeným specializačním vzděláváním v oboru intenzivní péče. Na pozici záchranáře může také pracovat sestra s ukončeným středoškolským vzděláním na střední zdravotnické škole (obor zdravotní sestra), pokud bylo studium zahájeno nejpozději v roce 2003/2004 a bylo doplněno o specializační vzdělání v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče nebo oboru intenzivní péče. (18)

Na pozici lékaře pracuje absolvent vysoké školy, obor urgentní medicína, anesteziologie a resuscitace, chirurgie, vnitřní lékařství, praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, dětské lékařství se specializovanou způsobilostí ve výše

uvedeném oboru. (19)

Výjezdové skupiny mohou vykonávat činnost v rámci setkávacího systému rendez-vous (setkání skupiny lékař – řidič záchranář a RZP skupiny na místě události). Letecká výjezdová skupina se liší svým obsazením dle typu používaného letadla. (2)

Dle typu dopravních prostředků se výjezdové skupiny člení na pozemní, leteckou a vodní výjezdovou skupinu. Činnost leteckých výjezdových skupin může být zajištěna také prostřednictvím Armády ČR na základě dohody mezi ministerstvem zdravotnictví a ministerstvem obrany. (2)

Členové výjezdových skupin jsou povinni splnit pokyn operátora ZOS k výjezdu do dvou minut od obdržení pokynu. Členové jsou dále oprávněni vstupovat za účelem poskytnutí PNP do cizích objektů, obydlí a na cizí pozemky, pokud se tam dle dostupných informací nachází postižená osoba. Vedoucí výjezdové skupiny je oprávněn rozhodnout o neposkytnutí PNP v případě, pokud by byly bezprostředně ohroženy životy nebo zdraví členů výjezdové skupiny. (2)

Dostupnost výjezdových skupin ZZS je dána zejména územním plánem pokrytí kraje výjezdovými stanovišti ZZS, jenž je vydáván krajem a aktualizován nejméně jednou za dva roky. Výjezdovou skupinou musí být dodržena dojezdová doba maximálně 20 minut od převzetí operátorovy výzvy skupinou. Výjimkou je pouze stav, kdy nastanou nenadálé dopravní nebo povětrnostní podmínky.(2)

2.4 Vybavení a vozový park

Požadavky na technické a věcné vybavení ZZS jsou zakotveny ve vyhlášce č. 296/2012 Sb., 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. (20)

Vozidlo rychlé lékařské pomoci musí být vybaveno nosítky s podvozkem vybavenými zádržným systémem pro děti a dospělé, vakuovou matrací, zařízením pro přepravu sedícího pacienta, transportní plachtou, příkrývkami a lůžkovinami, termoizolační fólií pro udržování tělesné teploty, fólií nebo vakem pro zemřelé, přenosným defibrilátorem s monitorem a dvanácti svodovým záznamem EKG křivky a stimulátorem srdečního rytmu. (20)

Dále ručním dýchacím přístrojem s příslušenstvím pro novorozence, děti a dospělé

s možností připojení ke zdroji medicijního kyslíku, přenosným přístrojem pro umělou plicní ventilaci, dvěma tlakovými lahvemi na kyslík, každá s obsahem deset litrů s příslušenstvím k inhalačnímu podávání kyslíku včetně polomasky, průtokoměru a redukčního ventilu. Dvěma tlakovými lahvemi na kyslík, každá s obsahem dva litry, sadou pomůcek pro zajištění dýchacích cest - laryngoskop s různými velikostmi lžic, endotracheální kanyly pro všechny věkové skupiny pacientů, Magillovy kleště, zavaděč do endotracheální kanyly, supraglotické pomůcky, souprava pro koniotomii, pomůckami pro zvlhčování dýchacích cest a aplikaci léčiv, ventilem pro vytvoření pozitivního tlaku v dýchacích cestách na konci výdechu (PEEP ventil), přenosnou bateriovou odsávačkou s kapacitou minimálně jeden litr, zařízením pro ohřev infuzí na teplotu $37\text{ °C} \pm 2\text{ °C}$. (20)

Dále vybavením pro podávání injekcí a infuzí včetně vhodných kanyl, vybavením pro podání infuze přetlakem, zařízením pro upevnění infuze, infuzní pumpou nebo dávkovačem stříkačkovým, pomůckami pro intraoseální vstup pro děti a dospělé, soupravou pro hrudní punkci, jehlou k punkci perikardu, kapnometrem, tonometrem s různými velikostmi manžety, pulzním oxymetrem, stetoskopem, glukometrem, vybavením k měření tělesné teploty, pohotovostní porodní soupravou, odběrovou zkumavkou pro odběr hemokultury, pomůckami pro znehybnění krční páteře, pomůckami pro imobilizaci, materiálem pro ošetření ran, materiálem pro ošetření popálenin, diagnostickým světlem, nádobou na moč, jednorázovými sáčky na zvratky nebo jednorázovými emitními miskami, kontejnerem na zdravotnický odpad, odpadkovým košem, sterilními chirurgickými rukavicemi - šest párů, jednorázovými rukavicemi – dvacet pět párů. (20)

Dále vyprošťovacím zařízením, spinálním nebo scoop rámem, bezpečnostní přilbou, bezpečnostními rukavicemi, osobním ochranným vybavením proti infekci pro všechny členy výjezdové skupiny, náhlavní osvětlovací soupravou pro všechny členy výjezdové skupiny, přenosným reflektorem pro vyhledávání osob v terénu, nůžkami na oděvy, obuv a bezpečnostní pásy, dezinfekčními prostředky na ruce a na zdravotnické pomůcky. (20)

A konečně vozidlovou radiostanicí, přenosnou radiostanicí, připojením k veřejné telefonní síti prostřednictvím radiostanice nebo mobilního telefonu, zařízením pro vnitřní komunikaci mezi řidičem a osobami v prostoru pro pacienty, pokud vnitřní uspořádání vozidla neumožňuje přímou komunikaci mezi nimi, zvláštním výstražným světlem modré barvy doplněným zvláštním zvukovým výstražným zařízením. (20)

Vozidlo rychlé lékařské pomoci v setkávacím (RV) systému musí být vybaveno

stejně jako vozidlo RLP s výjimkou zařízení a pomůcek pro transport pacienta, imobilizačních pomůcek a lahví s kyslíkem o obsahu deset litrů. (20)

Vozidlo rychlé zdravotnické pomoci (RZP) musí být vybaveno stejně jako vozidlo RLP s výjimkou soupravy pro hrudní punkci a jehly k punkci perikardu. (20)

Vrtulník pro leteckou výjezdovou skupinu musí být vybaven stejně jako vozidlo RLP, vyjma zařízení pro přepravu sedícího pacienta a liší se i v nižších nárocích na objem tlakových kyslíkových lahví. Musí být také vybaven vlastní radiostanicí pro spojení se ZOS a výjezdovými skupinami. (20)

Dále vyhláška specifikuje vybavení požadované ve vozidle pro přepravu nedonošených a patologických nedonošenců, jsou to požadavky na transportní inkubátor a automatický plicní ventilátor s režimem pro ventilaci novorozenců se zdrojem stlačeného vzduchu. (20)

Právní předpis určuje i vzhled karoserie vozidel, jejichž základní barva musí být žlutá, na bocích s retroreflexním vzorem zeleno-žluté šachovnice s přesně danými rozměry. Na bocích vozidel se pak nachází výrazný nápis „Zdravotnická záchranná služba“ s danou minimální výškou písmen sto padesát milimetrů a název poskytovatele záchranné služby. Na střeše je vůz označen volací značkou radiostanice vozidla o stejné minimální velikosti písmen. (20)

2.5 Personální základna

Personální zabezpečení ZZS je dáno vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. (21)

Ve výjezdové skupině rychlé lékařské pomoci může být zaměstnán urgentní lékař, anesteziolog, specialista pro intenzivní medicínu, chirurg, internista, kardiolog, neurolog, traumatolog, dětský lékař, praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost. V případě přítomnosti lékaře s odbornou způsobilostí s certifikátem po absolvování základního kmene anesteziologického, chirurgického, interního a základního kmene všeobecného praktického lékařství v přípravě k získání specializované způsobilosti v oborech anesteziologie a intenzivní medicína, chirurgie, vnitřní lékařství, všeobecné praktické lékařství musí být na stejném stanovišti současně přítomen lékař se specializovanou způsobilostí. (21)

Dále je členem skupiny RLP zdravotnický záchranář, sestra pro intenzivní péči

nebo všeobecná sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu a řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, nebo zdravotnický záchranář. (21)

Pokud výjezdová skupina RLP vykonává činnost v rámci rendez-vous systému, musí být součástí skupiny urgentní lékař, anesteziolog, intenzivista, chirurg, internista, kardiolog, neurolog, traumatolog, dětský lékař, praktický lékař nebo praktické lékař pro děti a dorost a řidič vozidla zdravotnické záchranné služby nebo zdravotnický záchranář. (21)

Výjezdová skupina rychlé zdravotnické pomoci musí být složena ze zdravotnického záchranáře způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu nebo sestry pro intenzivní péči způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu a z řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby nebo zdravotnického záchranáře. (21)

V rámci zdravotnického operačního střediska musí být zaměstnán lékař (urgentní, anesteziolog, intenzivista, chirurg, internista, kardiolog, neurolog, traumatolog, dětský lékař, praktický lékař, nebo praktický lékař pro děti a dorost), který musí být dostupný pro možnost telefonické nebo elektronické rady nebo pomoci. Pokud je vyžádán, musí být přítomen na pracovišti do dvaceti minut. Volání na tísňovou linku přijímají operátoři (zdravotničtí záchranáři způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu, sestry pro intenzivní péči způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu nebo všeobecné sestry způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu s absolvovaným certifikovaným kurzem). (21)

Provoz operačního střediska je koncipován na minimálně dva operátory ve směně, pokud jsou zřízeny tři linky pro příjem tísňové výzvy, na tři operátory ve směně, pokud jsou zřízeny čtyři linky pro příjem tísňové výzvy, na čtyři operátory ve směně, pokud je zřízeno šest linek pro příjem tísňové výzvy, šest operátorů ve směně, pokud je zřízeno sedm linek pro příjem tísňové výzvy, sedm operátorů ve směně, pokud je zřízeno osm linek pro příjem tísňové výzvy. Minimální počet operátorů ve směně je dva. (21)

2.5.1 Zdravotnický záchranář a jeho kompetence

Zdravotnický záchranář patří mezi nelékařské zdravotnické pracovníky (NLZP). Odbornou způsobilost pro výkon povolání může získat na základě splnění podmínek daných zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s

poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotnickým záchranářem se mohou stát absolventi akreditovaného bakalářského studijního programu, absolventi alespoň tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář vyšších zdravotnických škol, nebo absolventi střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo studium započato nejpozději ve školním roce 1998/1999. (18)

Kompetence zdravotnického záchranáře stanovuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zdravotnický záchranář, který vykonává činnost bez odborného dohledu a bez indikace lékaře v přednemocniční péči včetně letecké záchranné služby, v rámci anesteziologicko-resuscitační péče, anebo v rámci akutního příjmu, smí v rámci svých kompetencí monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně monitorace a snímání elektrokardiografie, sledování a vyhodnocování poruch srdečního rytmu, vyšetření a monitorace pulzním oxymetrem. Dále smí zahájit a provádět kardiopulmonální resuscitaci s pomocí ručního dýchacího vaku, provést defibrilaci srdce po provedení EKG záznamu. Dále může zajistit periferní žilní vstup, podávat krystaloidní roztoky, u pacienta s ověřenou hypoglykemií podávat nitrožilně roztok glukózy, provádět a posuzovat orientační laboratorní vyšetření, udržovat a obsluhovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků včetně řízení pozemních dopravních prostředků s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení. Ve svých kompetencích má také ošetření ran včetně zástavy krvácení, provádění vyprošťování, polohování, imobilizaci, transport pacientů. (22)

V rozsahu své odborné způsobilosti smí vykonávat činnosti při řešení následků hromadných neštěstí, dle potřeby zajišťovat péči o tělo zemřelého, přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu, přejímat, kontrolovat, ukládat, manipulovat se zdravotnickými prostředky a prádlem, zajišťovat jejich dezinfekci, sterilizaci a dostatečnou zásobu. Také smí provádět neodkladné výkony během probíhajícího porodu. V rámci ZOS může přijímat, vyhodnocovat a evidovat tísňové výzvy, zabezpečit adekvátní způsob jejich řešení za použití telekomunikační sdělovací techniky a provádět telefonicky asistovanou první pomoc a telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci. (22)

Zdravotnický záchranář vykonávající činnost bez odborného dohledu, ale na základě indikace lékaře v přednemocniční péči včetně letecké záchranné služby, v rámci anesteziologicko-resuscitační péče, anebo v rámci akutního příjmu, může vykonávat

činnosti diagnostické a léčebné péče, a sice zavádět a udržovat kyslíkovou terapii, zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zajišťovat plicní ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci, podávat léčivé přípravky a krevní deriváty, ošetřovat pacienta během aplikace krevních derivátů a ukončovat ji, provádět katetrizaci močového měchýře u dospělých a dívek starších deseti let, odebírat biologický materiál, asistovat při porodu včetně ošetřování novorozence a zajišťovat intraoseální vstup do cévního řečiště. (22)

Absolvent oboru zdravotnický záchranář může v rámci celoživotního vzdělávání nabýt specializovanou způsobilost k výkonu povolání operátor zdravotnického operačního střediska dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., nebo povolání zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu, který může navíc poskytnout specifickou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnostickou léčebnou péči během neodkladné péče, anesteziologicko-resuscitační péče, anebo v rámci akutního příjmu, kdy bez odborného dohledu a bez indikace lékaře může zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami při kardiopulmonální resuscitaci u pacientů starších deseti let, zahajovat a provádět KPR s použitím přístrojů k automatické srdeční masáži, včetně defibrilace srdce a podávání bezprostředně nezbytných léčiv, odebírat biologický materiál, zavádět a udržovat kyslíkovou terapii, zajistit intraoseální vstup, zajišťovat stálou připravenost pracoviště, funkčnost přístrojové techniky a materiálního vybavení, analyzovat údaje na přístrojové technice a rozpoznávat a řešit technické komplikace a provádět zdravotnickou část záchranných a likvidačních prací při mimořádných událostech. Zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu může bez odborného dohledu a na základě indikace také měřit a analyzovat fyziologické funkce pomocí přístrojové techniky, včetně invazivních metod, provádět externí kardiostimulaci, provádět tracheobronchiální laváž u pacientů s endotracheální kanylou, u pacientů při vědomí zavádět gastrickou sondu a provádět laváž žaludku a u pacientů starších deseti let v bezvědomí se zajištěnými dýchacími cestami a provádět extubaci tracheální kanyly. (22)

Míra ztěžujících vlivů pracovních podmínek je na takové úrovni, kdy práci zdravotnického záchranáře, jakožto člena výjezdové skupiny, řadí mezi povolání se značnou mírou neuropsychické zátěže a se zvýšeným rizikem ohrožení života nebo zdraví. (23)

2.6 Financování činnosti poskytovatele

System financování je ukotven v zákoně č. 374/2011 Sb, o zdravotnické záchranné službě. Financování je koncipováno vícezdrojově, část tvoří úhrady z veřejného zdravotního pojištění, příspěvek ve výši deset korun na obyvatele za rok v rámci krizové připravenosti hradí Ministerstvo zdravotnictví a největším dílem je ZZS financována zřizovatelem, tedy z rozpočtu jednotlivých krajů. (2)

Zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy s jednotlivými poskytovateli ZZS, na základě kterých jsou propláceny dané zdravotní výkony, čas výkonu, ujeté kilometry, zvláště účtované léčivé přípravky a zvláště účtovaný materiál. Úhrada za zdravotní péči se stanovuje na základě bodového ohodnocení. Výše bodu za zdravotnické výkony se každoročně valorizuje vyhláškou Ministerstva zdravotnictví. Pro rok 2016 vešla v platnost vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016, ze dne 15. října 2015. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč a pro hrazené služby poskytované poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč. (16)

Vyhláška č. 350/2015 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, pak vydává nový seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. (24)

Výše dotace MZ ČR na krizovou připravenost a řešení mimořádných událostí je stanovena nařízením vlády a závisí na počtu obyvatel v daném kraji. Činí deset korun na obyvatele s trvalým nebo hlášeným pobytem na území kraje. Dotace nesmí být použita na běžné činnosti ZZS, nýbrž slouží zejména k přípravě a provedení taktických a prověřovacích cvičení, lektorských dnů, školení a jiných vzdělávacích akcí. (25)

Finanční příspěvek z rozpočtu zřizovatele, tedy daného kraje, není zákonem stanoven a proto se v jednotlivých krajích liší v závislosti na finančních možnostech kraje a jeho zainteresovanosti pro provozní problémy ZZS. Doplnkové příjmy ZZS mohou plynout z komerční činnosti jako je například zdravotnická asistence při sportovních, kulturních a společenských akcích nebo komerční doprava. (1)

Dalším zdrojem financování jsou v posledních letech evropské fondy v rámci Integrovaného regionálního operačního programu (IROP) Evropského fondu pro regionální rozvoj. Od roku 2015 přispívá do rozpočtu také Fond zábrany škod jako u ostatních složek IZS. (1)

V roce 2015 činil celkový provozní příspěvek krajů (bez finančních prostředků vynaložených na spoluúčast na projektech evropské unie) přibližně 3,1 miliardy korun, příspěvek zdravotních pojišťoven přibližně 2,1 miliardy korun a příspěvek Ministerstva zdravotnictví přibližně 0,6 miliardy korun, z toho 0,5 miliardy korun na provoz letadel LZS. (1)

2.7 Krizová připravenost

ZZS Provozuje pracoviště krizové připravenosti, určené pro koordinaci úkolů vyplývajících z krizového plánu kraje, havarijního plánování a dokumentace IZS. Probíhá zde vzdělávání a výcvik zaměstnanců ZZS v oblasti krizového řízení, urgentní medicíny a medicíny katastrof a také výcvik neodkladné resuscitace složek IZS. (2)

Poskytovatel ZZS je také povinen zpracovávat a minimálně jednou za dva roky aktualizovat traumatologický plán (TP) poskytovatele ZZS, který je součástí traumatologického plánu kraje, jenž je zahrnut do havarijního plánu kraje, který doplňuje krizový plán kraje. TP ZZS stanoví opatření a postupy uplatňované ZZS při zajišťování a poskytování přednemocniční péče v případě hromadných neštěstí. Plán obsahuje přehled a hodnocení možných zdrojů rizik ohrožení života a zdraví osob. Skládá se z části základní, operativní a pomocné a stanovuje taktéž čtyři stupně traumatologického plánu a způsob a možnosti jejich aktivace. (15)

V případě, že mimořádná událost přesahuje územní obvod jednoho kraje nebo je-li to nutné z odborných či kapacitních důvodů a nedojde mezi kraji ke shodě na řešení situace, koordinuje činnost zdravotnické záchranné služby na vyžádání Ministerstvo zdravotnictví. Při koordinaci je poskytovatel zdravotnické záchranné služby povinen uposlechnout pokynů Ministerstva zdravotnictví. (3)

2.8 Další činnosti zdravotnické záchranné služby

Zdravotnická záchranná služba řídí a organizuje přednemocniční péči na místě události a spolupracuje s velitelem zásahu při společném výjezdu složek IZS. Samozřejmě provádí vyšetření pacienta a poskytuje zdravotní péči na místě události a během transportu pacienta k cílovému poskytovateli zdravotní péče. (2)

Zajišťuje také přepravu pacienta letadlem, hrozí-li nebezpečí z prodlení. Dále přepravu tkání a orgánů k transplantaci v rámci transplantačního programu, přepravu raněných, nemocných a rodiček mezi zdravotnickými zařízeními, repatriační transporty raněných a nemocných z a do zahraničí. (2, 15)

Při hromadném postižení osob v důsledku mimořádných událostí či krizových situací vykonává třídění osob postižených na zdraví podle odborných hledisek urgentní medicíny a poskytuje přednemocniční neodkladnou péči. (15)

Některé záchranné služby mohou také provozovat ordinace lékařské služby první pomoci a protialkoholní záchytné stanice.

2.9 Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky

Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (AZZS ČR) je koordinačním orgánem zdravotnických záchranných služeb ČR, jejímž hlavním úkolem je analýza postavení ZZS v systému zdravotní péče. Při jednáních se zdravotními pojišťovny a MZ ČR zastupuje své členy jako poskytovatele zdravotní péče. Funguje také jako konzultační orgán pro komunikaci s ústředními orgány, ostatními články státní správy a složkami IZS. Významnou úlohu také plní ve spolupráci se Společností urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, zejména v oblasti výuky a vzdělávání. (26)

Z hlediska právního postavení je Asociace ZZS ČR se sídlem v Českých Budějovicích samosprávným a dobrovolným svazkem právnických osob, které jsou zdravotnickými zařízeními registrovanými podle zákona o zdravotních službách a zřizovanými kraji za účelem provozování zdravotnické záchranné služby podle zákona o zdravotnické záchranné službě. Asociace má právní subjektivitu, může tedy zakládat, měnit, rušit a vstupovat do smluvních vztahů. (27)

Asociace prosazuje společnou vůli svých členů a hájí jejich společné zájmy. Ve svých stanovách uvádí jako hlavní cíle činnosti kromě analýzy postavení ZZS v systému zdravotní péče také navrhování řešení k její konsolidaci, dalšímu rozvoji a mezikrajské, celostátní a mezistátní koordinaci. (27)

Členy Asociace je všech čtrnáct krajských záchranných služeb, prezidentem MUDr. Marek Slabý, MBA, ředitel ZZS Jihočeského kraje.

2.10 Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky

Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky (KZ ZZS ČR) je dobrovolné nezávislé profesní sdružení fyzických osob působící na území České

republiky. KZ ZZS ČR je právnickou osobou se sídlem v Týnci – Čechovicích. Současnou prezidentkou je Mgr. Marinella Danosová, DiS. (28)

Cílem KZ ZZS ČR je především zvyšování prestiže zdravotnických záchranářů u laické i odborné veřejnosti, prosazování zvyšování kompetencí posádek RZP v neodkladné přednemocniční péči, podílení se na zvyšování úrovně odborných znalostí a dovedností svých členů v oblasti přednemocniční péče a příbuzných oborů. Jejím posláním je i dbát na dodržování etických norem a zásad při výkonu zdravotnického povolání a vytváření podmínek pro vzájemnou spolupráci mezi svými členy i členy podobných organizací ve světě s důrazem na země Evropské unie. (28)

Pro své členy pořádá kongresy, konference a semináře a podílí se také prostřednictvím svých zástupců na činnosti poradních orgánů Parlamentu České republiky, MZ ČR a dalších profesních komor zabývajících se problematikou neodkladné přednemocniční péče a urgentních příjmů. V neposlední řadě také přispívá k tvorbě vzdělávacích programů pro zdravotnické záchranáře a řidiče ZZS. Spolupracuje při tom s Ministerstvem zdravotnictví ČR, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR a se všemi vzdělávacími institucemi, které mají akreditaci k výuce zdravotnických záchranářů a řidičů vozidel ZZS. (28)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

3.1 Hlavní problém

Tato práce je zaměřena na pojmenování a vysvětlení zásadních problémů týkajících se zdravotnických záchranných služeb ČR. Zdravotnická záchranná služba jako příspěvková organizace územního samosprávného celku při plnění svých úkolů pochopitelně naráží i na problémy, ať už spjaté se samotným fungováním a organizací ZZS nebo se systémem jejího financování. Jednotlivé problémy spolu z logiky věci úzce souvisejí a vytvářejí neoddělitelný celek.

3.2 Dílčí problémy

Mezi zásadní problémy současné ZZS lze s jistotou zařadit nedostatek lékařů ZZS, kmenových i externistů, podle nejnověji zveřejněných dat jich chybí až čtyři sta.

Dále trvalý extrémní nárůst počtu výjezdů ZZS, jež přirozeně klade ještě větší požadavky na personální základnu ZZS i na počet výjezdových stanovišť, která jsou ze zákona povinna pokrýt danou oblast kraje tak, aby splňovala požadavky na dostupnost neodkladné zdravotní péče.

Mezi problémy nelze opomenout nedostatečná úhrada zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven, která se v současnosti pohybuje jen ve výši 35 až 38 % nákladů na ZZS.

V návaznosti na aktuální problémy také nedostatečně pružně reaguje Ministerstvo zdravotnictví, ať už se jedná o prosazování účelných legislativních změn či dokonalejšího systému postgraduálního vzdělávání lékařů i nelékařských zdravotnických pracovníků.

4 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

4.1 Cíle práce (C)

C 1 – hlavní cíl: Odhalit současné zásadní problémy zdravotnických záchranných služeb a předložit je v ucelené podobě.

C 2: Prezentovat názory zástupců zdravotnických záchranných služeb a předložit jejich návrhy možného zlepšení situace.

C 3: Porovnat názory představitelů záchranných služeb s názory dalších odborníků.

4.1 Výzkumné otázky (VO)

VO 1: Jaké jsou hlavní problémy ZZS ČR ?

VO 2: Jaké možnosti řešení těchto problémů nabízí zástupci poskytovatelů ZZS ČR?

VO 3: Dochází na úrovni významných představitelů zdravotní péče ČR k názorovým rozkolům na téma ZZS?

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Metoda výzkumu

Praktická část této práce je založena na kvalitativním výzkumu, který se zaměřuje na to, jak představitelé vrcholového managementu poskytovatelů ZZS nahlíží na současný stav fungování zdravotnické záchranné služby a které její problémy chápou jako zásadní.

Pro získání a vytěžení informací byla použita metoda řízeného rozhovoru a analytické zpracování dostupných a získaných dat. V rámci rozhovoru byly pokládány základní otázky a posléze otázky doplňující lišící se dle vývoje diskutovaných témat. Výzkum probíhal v říjnu 2015 a od března do května 2016.

5.2 Vzorek respondentů

Na otázky týkající se problémových oblastí ZZS ČR odpovídal náměstek útvaru zdravotnických činností a vedoucí lékař oblasti Západ MUDr. Robin Šín, MBA ze ZZS Plzeňského kraje, dále spoluzakladatel a do roku 2015 i prezident Komory záchranářů ZZS ČR Bc. Drahomír Sigmund a také ředitel ZZS Jihočeského kraje a prezident Asociace zdravotnických záchranných služeb MUDr. Marek Slabý, MBA. Některé jejich názory byly doplněny a konfrontovány s oficiálními vyjádřeními České lékařské komory a jejího prezidenta MUDr. Milana Kubka.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

6.1 Hlavní problémy zdravotnické záchranné služby ČR

6.1.1 Nedostatek lékařů zdravotnické záchranné služby

Prezident Asociace ZZS ČR MUDr. Marek Slabý upozorňuje: „ V posledních letech se dostáváme do velice nepříjemné situace. Lékařů ZZS ubývá tak, že téměř nejsme schopni saturovat výpadky svými kmenovými lékaři a mnohdy i více než polovinu lékařů tvoří lékaři externisté, kteří přicházejí sloužit z nemocnic, praktických a dalších ambulancí a kteří mají oprávnění a jsou ochotni na záchrance sloužit. Ale už ani externisté nemají energii a prostor u nás sloužit, protože svými přesčasů suplují nedostatek lékařů v domovských zařízeních.“

ZZS by se dnes už bez práce externích lékařů neobešla, což má ale kvůli přesčasům za následek konflikt se zákoníkem práce. Téměř polovině ZZS byl už udělen postih ze strany inspektorátu bezpečnosti práce. Jak ovšem uvedl MUDr. Šín ze ZZS Pk, v Plzeňském kraji tak velkým nedostatkem kmenových lékařů ZZS netrpí. Důvodem je vznik možnosti pětileté atestační přípravy lékařů v oboru urgentní medicíny v rámci ZZS a také jednodušší oslovení absolventů lékařské fakulty, která se v Plzni nachází. Připustil však, že je to jistá další zátěž pro rozpočet poskytovatele. ZZS Pk se dá v tomto směru označit spíše za výjimku.

Ačkoli je např. v Plzeňském kraji většina úvazků u kmenových lékařů ZZS, v absolutních počtech chybí lékaři i tam. U jiných ZZS je dokonce až polovina úvazků u externistů. Pokud by se ZZS měly striktně řídit zákoníkem práce, dodržovat minimum přesčasů lékařů a snížit procento sloužících externistů, musely by záchranné služby, podle MUDr. Slabého, do svých řad doplnit téměř 400 lékařů.

80% personálu tvoří dnes zdravotničtí záchranáři, lékaři jen 10%, tudíž největší část pacientů je ošetřena výjezdovou skupinou bez lékaře, což, jak míní prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek, vede k následnému nadměrnému zatěžování personálu v nemocnicích, kde končí větší procento pacientů, než kdyby je ošetřila skupina s lékařem a mohla pak v některých případech ponechat pacienta v domácím ošetřování. Pacient je namísto toho transportován do zdravotnického zařízení a náklady celkově rostou.

S lékaři ZZS se mnohdy nakládá jako s nedostatkovým zbožím, RLP skupiny bývají často nahrazeny RZP skupinami a lékař je přesunován v rámci regionu tak, aby byly dodrženy požadavky na personální zajištění oblasti.

Jak pokračuje prezident Asociace ZZS, částečným řešením se zdá být setkávací systém rendez – vous, tedy setkávání RZP a RV skupiny na místě události. RV skupina (lékař a řidič) se přesunuje menším osobním vozidlem, je tak mobilnější a v případě, že po ošetření stav pacienta umožňuje transport bez lékaře, může být RV skupina uvolněna k dalšímu výjezdu a lékař je takto využíván efektivněji. Rovněž tak mohou být menší výjezdové stanice v oblastech s menší četností výjezdů obsazovány jen skupinou RZP, která si v případě potřeby RV posádku z regionu přivolá na místo události prostřednictvím ZOS. Snižují se tak sice náklady na pracovní místo lékaře, avšak daná oblast je obsluhovaná menším počtem lékařů a může se tak prodlužovat dojezdová doba lékaře na místo události. Mohou vznikat i komplikace, kdy místní samosprávy nabývají dojmu, že ZZS místní obyvatele ochudila o lékaře. Příkladem v Jihočeském kraji je výjezdové stanoviště ve Vodňanech, kde lékař slouží jen část týdne, protože na celý týden ho ZZS není schopna zajistit.

Závislost ZZS na externích lékařích není žádoucí, neboť ZZS nad nimi nemá dostatečnou kontrolu. Externisté také mohou kdykoli vypovědět smlouvu nebo postačí, aby nemocnice v oblasti trvala na striktním dodržování zákoníku práce a ztížila tak lékařům možnost sloužit na ZZS. Lékaři také odcházejí do zahraničí a do důchodu, a tak za ně ZZS nemusí najít včas náhradu, což způsobuje nestabilitu systému. Dalším nepříznivým faktorem je skutečnost, že ZZS nemá přehled o praxi a zkušenostech externího lékaře, ani nemá možnost kontrolovat úroveň jeho péče o pacienta či ho dostatečně zapojit do vlastního systému vzdělávání. Dle MUDr. Marka Slabého se už sám jako ředitel ZZS Jk nyní nachází v pozici, kdy musí externí lékaře v některých případech přemlouvat, aby převzali určitý počet služeb v regionu, což ho samo o sobě nemůže stavět do pozice autority, jež bude po externistech požadovat další aktivity. Zajišťování dostatku lékařů takovýmto způsobem by jistě nemělo spadat mezi úkoly ředitele ZZS, ale realita je právě taková.

Problémem, který s trvalým nedostatkem lékařů úzce souvisí, je dle Asociace ZZS také jejich věk. Průměrný věk lékaře ZZS je totiž 49 let (nejstaršímu lékaři ZZS, konkrétně v Plzeňském kraji, je 80 let), což je údaj k vážnému zamyšlení, zejména vzhledem k fyzické a psychické náročnosti této práce.

Ředitelé krajských ZZS se pravidelně ocitají v nejistotě, zda budou schopni příští měsíce zajistit dostatek erudovaného lékařského personálu, což je bezpochyby situace stresující a vysilující.

Krajové problémy vystihuje MUDr. M. Slabý svoji zmínkou o Jihočeském kraji. „V jižních Čechách si už dnes krademe lékaře s nemocnicemi, když získáme lékaře z nemocnice, kde už nechce kvůli přetížení či nízkému platu pracovat, má zase problém nemocnice. Točíme se v kruhu.“

Na základní nedostatek v problematice chybění lékařů záchranných služeb poukazuje Bc. Sigmund. Pozastavuje se nad tím, že dodnes není nijak legislativně ukotveno, kolik lékařů přesně musí mít ZZS k dispozici. Neexistují dané tabulkové počty lékařů, ani existovat nemohou, protože není zákonem, ani vyhláškou stanoveno, kolik výjezdových stanovišť s jakým personálním obsazením musí být v jednotlivých krajích zřízeno. Dána je pouze časová dostupnost ZZS, nikoli dostupnost lékaře. Pokud je v daném kraji správně dodržován územní plán pokrytí tak, aby výjezdová skupina ZZS vždy dorazila na místo události do dvaceti minut, nemusí to ještě znamenat, že v případě potřeby bude na místě do dvaceti minut i lékař, který dojíždí ze vzdálenějšího stanoviště, kde se nachází RV skupina. Pro splnění legislativních podmínek stačí, že na místě bude včas skupina RZP, i když se bude jednat o zásah s jasnou indikací pro lékaře.

V praxi se často zakládají nová výjezdová stanoviště na periferii krajů, ve většině případů pouze se skupinou RZP tak, aby bylo učiněno zadost územnímu plánu, avšak právě z těchto odlehlých míst trvá cesta do nejbližšího zdravotnického zařízení nejdéle. Bc. Sigmund se ptá: „Nemělo by tomu být naopak? Aby tam, kde cesta do nemocnice trvá dlouho, sloužil lékař a ve větších městech, kde jsou zdravotnická zařízení plná lékařů dostupná do několika minut jízdy, se upřednostňovaly RZP skupiny?“

Bc. Sigmund dodává, že sice víme, že lékařů v ZZS prokazatelně ubylo, ale bez opory v jasně definovaných počtech by se neodvážil tvrdit, kolik lékařů nyní potřebujeme do systému vrátit. Rozhodně by ale ZZS neměla řešit, zda se jí ještě vyplatí či nevyplatí zaplatit lékaře, i na stanovišti s menší četností výjezdů. Pokud se zdravotnické zařízení s urgentním příjmem nachází ve větší vzdálenosti od daného výjezdového stanoviště, měla by mít ZZS možnost umístit na takové stanoviště lékaře, i kdyby se měl zúčastnit pouze jediného výjezdu za den.

Nedostatečný počet lékařů a současný trend v jejich umístování logicky způsobuje

přeliv zátěže na zdravotnické záchranáře, což je problém, kterému se budeme věnovat v samostatné kapitole.

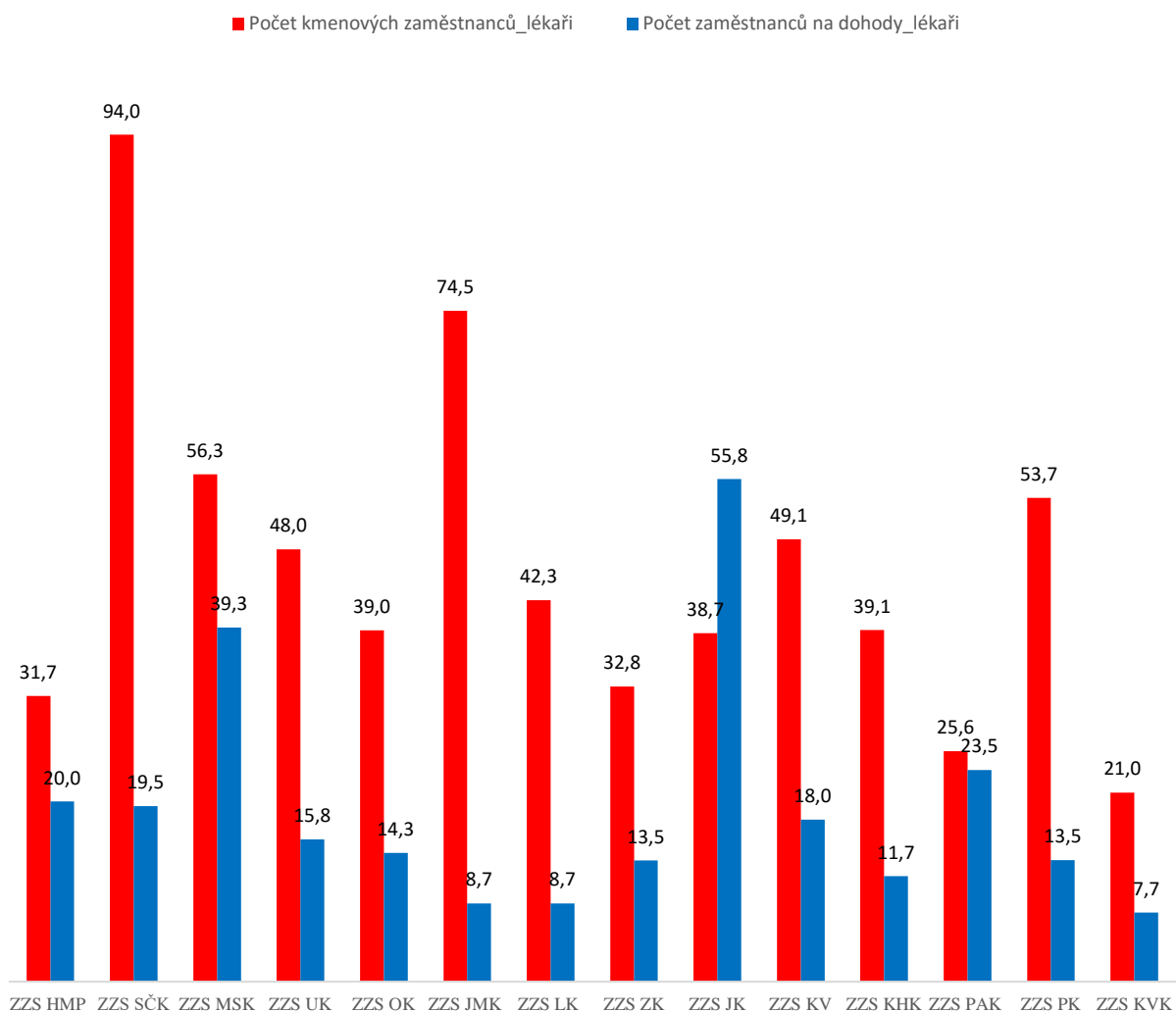
6.1.1.1 Tabulky a grafy

Počet a věkové parametry lékařů ZZS v jednotlivých krajích

	chybějící lékaři	průměrný věk	nejstarší lékař
ZZS hl.města Prahy	6		68
ZZS Jihočeského kraje	44	52	74
ZZS Jihomoravského kraje	26	49,1	75
ZZS Karlovarského kraje	18	55	78
ZZS kraje Vysočina	11	48	77
ZZS Královéhradeckého kraje	50	48,7	65
ZZS Libereckého kraje	14	44	68
ZZS Moravskoslezského kraje	58	46	75
ZZS Olomouckého kraje	26	48,6	69
ZZS Pardubického kraje	45	49	64
ZZS Plzeňského kraje	11	49	80
ZZS Středočeského kraje	20	48	74
ZZS Ústeckého kraje	22	52	73
ZZS Zlínského kraje	43	52,23	70
Celkem ČR	394	49,36	72,14

Tabulka 1 Zdroj: Marek Slabý

Počet lékařů ZZS ČR (přepočtené úvazky)



Graf 1 Zdroj: Marek Slabý

Celkem kmenových lékařů: 646

Celkem externích lékařů: 270

6.1.1.2 Návrhy řešení

Prezident ČLK MUDr. M. Kubek nabízí řešení, které spočívá v lepším finančním ohodnocení lékařů ZZS a v sociálních výhodách jako jsou výsluhy, například doživotní renta v závislosti na odsloužených letech. ČLK se hodlá zaměřit na zvýšení atraktivity práce lékaře ZZS.

Návrh sociálního programu pro lékaře a záchranáře připravuje i Asociace ZZS. Bude se snažit o prosazení tzv. předdůchodu pro lékaře. Realizace tohoto návrhu nevyžaduje legislativní změny a její uvedení do praxe by proto nemuselo dlouho trvat.

Určitá shoda panuje i v názorech na změnu postgraduálního vzdělávání lékařů. MUDr. Šín i MUDr. Slabý vidí jako možnost řešení zejména přilákání mladých lékařů do oboru. V Plzeňském kraji se tato metoda už osvědčila zmíněnou možností atestační přípravy v oboru urgentní medicíny přímo v provozu záchranné služby. MUDr. Slabý by uvítal, kdyby mladým lékařům vzdělávajícím se v urgentní medicíně bylo umožněno sloužit samostatně na ZZS už po třech a nikoli až po pěti letech atestačního studia.

Bc. Drahomír Sigmund doporučuje nejprve stanovit přesný počet lékařů, jež mají v rámci ZZS sloužit, znát jejich přesné rozmístění v rámci krajů a na tomto základě vznést požadavek na jejich finanční zajištění. Záchranná služba by neměla být nucena uvažovat o rozmístění výjezdových skupin s lékařem tak, aby se jí to co nejméně prodražilo.

Řešení v podobě přechodu k tzv. paramedickému systému, kdy veškerou přednemocniční péči zajišťují vysoce proškolení záchranáři (paramedici), vidí jako nepřijatelné jak Asociace ZZS, tak exprezident Komory záchranářů i MUDr. Šín velící lékař ZZS na západě naší země. Všichni se shodují, že na tento přechod nejsme legislativně, ani technicky připraveni. Současný systém vzdělávání NLZP tomu také absolutně neodpovídá. Z odborných i společenských důvodů považují tuto možnost za nereálnou.

6.1.2 Trvalý nárůst počtu výjezdů ZZS

V posledních letech dochází k extrémnímu nárůstu počtu výjezdů. (viz. Graf 2) Není to vinou náhlého zvýšení nemocnosti populace, nýbrž suplováním jiných segmentů zdravotní a sociální péče záchrannými službami.

Jak uvádí MUDr. Robin Šín, ZZS často přebírá povinnosti praktických lékařů, kteří nejsou ochotni prodloužit své ordinační časy do večerních hodin. Nejsou ochotni sloužit v rámci lékařské pohotovostní služby. Mnohdy neplní smluvní povinnosti, dotýká se to zejména domovů důchodců a ústavů sociální péče (a podobných zařízení), kde často vykonávají pouze pravidelné návštěvy, ale nejsou ochotni realizovat neplánované návštěvy. Běžnou praxí praktických lékařů jsou volání z ordinací na ZOS, aby do domova důchodců povolali k banálnímu případu záchrannou službu. Jejich argumentem bývá nejčastěji plná čekárna pacientů. Tento postoj praktických lékařů ovlivňuje chování domovů důchodců, sociálních zařízení i dětských domovů, kde zaměstnanci rovnou volají ZZS i v případech, které indikaci přivolání ZZS nesplňují. Neochota ohledat zemřelé je pro praktické lékaře taktéž příznačná. ZZS tak supluje i činnost koronera.

Vzhledem ke zvýšenému počtu výjezdů se musí logicky zvýšit počet výjezdových stanovišť a skupin, aby ZZS vyhověla základnímu požadavku dostupnosti péče. Avšak tři čtvrtiny těchto stanovišť jsou bez lékaře, tedy obsluhované výjezdovou skupinou RZP.

Nová stanoviště vznikají téměř ve všech krajích, zejména v odlehlejších oblastech, za Plzeňský kraj jmenujeme např. nové výjezdové stanoviště Modrava, uvedené do provozu v roce 2015, výjezdové stanoviště v Sušici fungující od května 2016 a zavedení nepřetržitého provozu stanoviště v Železné Rudě. Ale i ve městě může docházet k přetížení stávajících výjezdových skupin, jak upozorňuje MUDr. Robin Šín, proto se například v Plzni plánuje výstavba nového stanoviště RZP v městské části Doubravka.

Současným trendem je také rušení lékařských pohotovostí a lékařských služeb první pomoci, opět je nahrazuje ZZS.

Také se zvyšuje počet sekundárních transportů, který je způsoben centralizací zdravotní péče na krajské úrovni.

Jak se dozvídáme od prezidenta AZZZS ČR záchranná služba jezdí také ke každému případu do věznic, protože neexistuje žádná nepřetržitá služba vězeňského lékaře, který by méně závažné případy mohl řešit uvnitř areálu věznic.

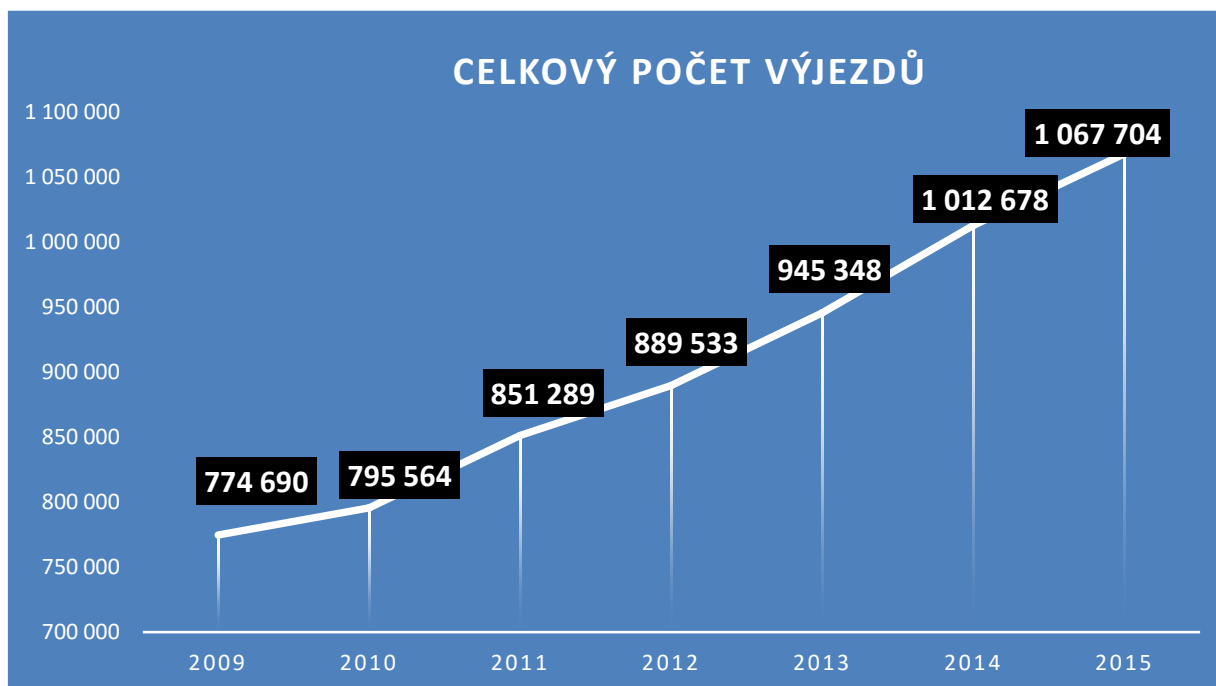
Důsledkem těchto jevů je i zvyšující se riziko zahlcení ZOS, na což upozorňuje

MUDr. Slabý a také narůstající neochota nemocnic převzít od záchranné služby pacienta se spornou indikací k urgentnímu ošetření.

Bc. Sigmund v rámci řešení situace upozorňuje i na odvrácenou stranu problematiky. Záchrané služby „jezdí téměř na všechno“ a mnohdy fungují pro pacienty skoro jako taxi služba, což je z pohledu smyslu ZZS sice špatné nastavení, ale z finančního pohledu jsou „výjezdy k banalitám“ mnohdy výhodou. Ve chvíli, kdy je financování ZZS ze strany zdravotních pojišťoven nastaveno přes proplácení ujetých kilometrů a doby strávené na výjezdu a ZZS podnikne výjezd na větší vzdálenost k méně závažnému případu, tedy pravděpodobně s minimální spotřebou materiálu, získá tak nejvíce peněz při relativně malých nákladech. Zatímco když ZZS pojedje na místo události se závažným postižením zdraví, např. k resuscitaci, vzdálené jen několik minut jízdy, prodělá prostředky v řádech tisíců korun vzhledem ke spotřebovanému materiálu.

Problematika velkého objemu výjezdů ZZS je tak úzce propojena i se současným systémem financování ZZS.

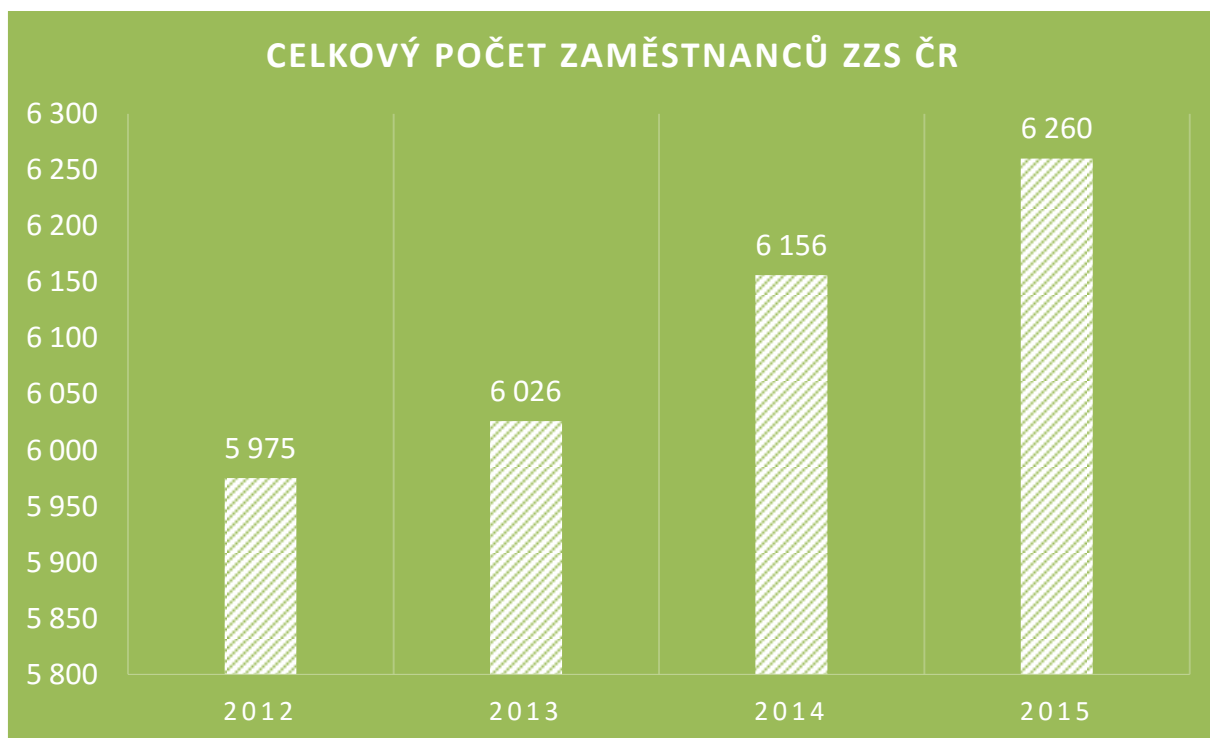
6.1.2.1 Grafy



Graf 2 Zdroj: Marek Slabý



Graf 3 Zdroj: Marek Slabý



Graf 5 Zdroj: Marek Slabý

6.1.2.2 Návrhy řešení

Navýšení počtu výjezdů ZZS je výsledkem souhry více příčin. Mezi představiteli Asociace ZZS, Komory záchranářů i vedením ZZS Pk panuje shoda v návrzích na změnu legislativy a její důsledné dodržování týkající se povinností praktických lékařů. Ti by měli být donuceni k delší ordinační době v odpoledních hodinách, měli by zodpovědně zajišťovat péči v zařízeních sociální péče, domovech důchodců atd. tak, aby se snížil počet výjezdů ZZS do těchto ústavů v případech, které postrádají indikaci pro ZZS. Praktičtí lékaři by se neměli nadále vyhýbat povinnosti provádět prohlídku zemřelého. Bez opory v legislativě toho však bude docíleno jen ztěží.

MUDr. Robin Šín zmiňuje i návrh pro zřízení služby lékaře v daném regionu, který by měl na starosti pouze denní návštěvy v zařízeních sociální a ústavní péče v dané oblasti, včetně domácích návštěv u pacientů s méně závažnými stavy, které přesto vyžadují ošetření, avšak pacient nemá možnost dopravit se sám do zdravotnického zařízení, které může být, zvláště v odlehlejších částech krajů, vzdálené desítky kilometrů.

Bc. Sigmund vidí řešení i v celkové změně financování ZZS tak, aby ZZS nebyla motivována k přebírání některých výjezdů bez jasné indikace k nutnosti poskytnutí přednemocniční péče z důvodu finanční výhodnosti výjezdu. Vzdálenost a množství pravděpodobně spotřebovaného materiálu na místě události by neměly mít vliv na rozhodování o vyslání výjezdové skupiny k případům se spornou indikací k výjezdu.

6.1.3 Nedostatečná úhrada zdravotní péče od zdravotních pojišťoven a chybné nastavení způsobu financování zdravotnických záchranných služeb ČR

Hrazené zdravotní služby jsou financovány z veřejného zdravotního pojištění. Vyúčtování provádí ZZS vůči pojišťovnám, se kterými je ve smluvním vztahu. Úhrada od zdravotních pojišťoven činila za rok 2015 cca 2,1 miliardy korun. Tato částka pokryla necelých čtyřicet procent nákladů. Úhrady od zdravotních pojišťoven sice trvale narůstají, ale sledují pouze nárůst počtu výjezdů, výjezdových stanovišť a skupin. Nejedná se o pravidelné a dostačující navyšování hodnoty bodu za zdravotní výkony.

Zdravotní pojišťovna proplácí ZZS vykazované počty najetých kilometrů, dále každou nově započatou čtvrt hodinu poskytované péče, zvláště účtovaný materiál a zvláště účtovaná léčiva. Proplácení ze zdravotních pojišťoven je dle prezidenta AZZS MUDr.

Slabého, MUDr. Šína i Bc. Sigmunda naprosto nedostačující. Do nedávna se nemohl vykazovat jako léčivo dokonce ani kyslík. Dle MUDr. Slabého je přístup zdravotních pojišťoven v rámci dohodovacích řízení se zástupci ZZS velmi znepokojivý a dochází i ke zkreslování výsledků řízení zástupci zdravotních pojišťoven. Záchrané služby se opakovaně stávají terčem nepodloženého osočování z viny na nárůstu výjezdů. Společná jednání pak nikdy nepřinášejí shodu.

Chybějící peníze dodává ZZS zřizovatel, tedy kraj. Trvale tak dochází k dotování ZZS kraji, které musí zvyšovat rok co rok své příspěvky do rozpočtu ZZS. Ne vždy jsou však kraje tomuto řešení nakloněny. Musí totiž také dorovnávat státem nařízený růst mezd (od ledna 2016 o 5%), který je pro rozpočet rovněž zatěžující.

Krajské financování má podle Bc. Sigmunda také své nedostatky, záleží totiž na vůli kraje, jeho zastupitelů, popř. vztahů se ZZS, jakou výši prostředků pro záchranou službu schválí a zda projde záchranou službou navrhovaný rozpočet. Na kolísavou ochotu zřizovatelů stran financí pro ZZS upozorňuje i MUDr. Slabý, kraje musí dorovnávat nejen narůstající mzdy, ale i nárůst osobních, provozních a investičních nákladů. Pro vedení ZZS to znamená stres a vysoké riziko nestability.

6.1.3.1 Návrhy řešení

Dle MUDr. Robina Šína by bylo žádoucí stanovit hodnoty bodu za jednotlivé zdravotní výkony, například za tracheální intubaci, intravenózní anestezii, neinvazivní ventilaci, vedení porodu v terénu a další a navýšit tak podíl financování zdravotními pojišťovnami. Také řada dalších léčiv by měla mít své bodové ohodnocení v systému vykazování položek zdravotním pojišťovnám. Rozšíření a také nárůst stávajících úhrad od pojišťoven a jejich hlubší spolupráce se zástupci ZZS by byla žádoucí podle všech dotazovaných. Vzhledem k tomu, že o navýšení hodnoty bodu může rozhodnout jen MZ ČR a deklarovat jej vyhláškou, apel je veden Asociací ZZS nejen na zdravotní pojišťovny, ale zejména na MZ ČR.

Další shoda panuje v návrhu, aby se zvýšil podíl financování státem a nedocházelo k nepřiměřenému zatížení zřizovatelů. Stát by měl vedle financí vynaložených na krizovou připravenost a na provoz letadel, poskytnout další prostředky zejména na mzdy zdravotnických pracovníků.

MUDr. Robin Šín navrhuje jako alternativu úplnou změnu ve financování ZZS ve smyslu zavedení daného objemu financí pro ZZS bez ohledu na počet výjezdů či ujeté

kilometry. Připouští i možnost jednozdrojového financování z MZ ČR.

Bc. Drahomír Sigmund vidí řešení v zavedení kapitační platby, tedy prospektivní platby zdravotní pojišťovny za „hlavu“. Jednalo by se o pevnou částku na jednoho pacienta s přihlédnutím například k věku a dalším specifickým pojištěnce. Celkové financování by mohlo probíhat dále vícezdrojově, avšak bylo by žádoucí zapracovat do výpočtů příspěvků více proměnných jako je rozloha, počet obyvatel kraje apod. a dále stanovit měsíční výši nákladů na jednoho obyvatele a určit kolik korun přispěje zdravotní pojišťovna, kolik zřizovatel a kolik MZ ČR. Jako příklad uvádí Bc. Sigmund částku 40 Kč na obyvatele měsíčně, přičemž 15 Kč by připadlo zdravotní pojišťovně, 22 Kč zřizovateli a 3 Kč MZ ČR.

6.1.4 Přesun odpovědnosti na nelékařské zdravotnické pracovníky

Tento problém zdůrazňuje jako jeden z nejzásadnějších exprezident a spoluzakladatel Komory záchranářů Bc. Drahomír Sigmund. Předně upozorňuje na fakt, že nebylo přáním samotných záchranářů, aby přebírali stále více indikací k výjezdům určených pro skupiny RLP. V tomto směru netoužili po vyšších kompetencích, přesto každoročně přibývají další indikace, kdy se na výjezd posílá RZP skupina místo skupiny s lékařem, jednoduše proto, že skupina RLP nebo lékař v rámci rendez-vous systému není k dispozici. Bc. Sigmund poukazuje na to, že v tomto směru nedošlo k aktualizaci kvalifikačního studia zdravotnických záchranářů, které by tyto změny v praxi patřičně reflektovalo.

Vzdělávání záchranářů se tedy stává problémem, který je od přesunu větší odpovědnosti na NLZP neoddelitelný. Názor Bc. Sigmunda je jednoznačný, současný systém vzdělávání zdravotnických záchranářů je zastaralý, nezareagoval zcela pružně na novou situaci v praxi. Záchranáři nepřicházejí připraveni na širokou škálu svých budoucích povinností a zodpovědnost je na bedrech ZZS, která si je musí kompletně proškolit ve svých výcvikových a vzdělávacích střediscích, avšak bez jednotného vzoru výuky. Každý kraj může vzdělávat a připravovat záchranáře po svém, neexistuje jednotný systém přípravy a výcviku, tudíž se i poskytovaná péče RZP skupin může v krajích odlišovat, což není v souladu s právem pacienta na stejnou úroveň ošetření.

Společně s vedoucím vzdělávacího centra ZZS Hlavního města Prahy Bc. Alanem Rybou, DiS přispěli k uvedení do praxe myšlenky dalšího specializačního vzdělávání zdravotnických záchranářů v oboru urgentní medicína. Bc. Sigmund ihned dodává, že stále

chybějí finanční prostředky na to, aby touto specializací mohli postupně projít všichni zdravotničtí záchranáři.

6.1.4.1 Návrhy řešení

Jako možnost získání finančního zajištění projektu specializačního vzdělávání zdravotnických záchranářů navrhuje Bc. Sigmund vyčlenění části příspěvku MZ na krizovou připravenost právě na úhradu specializačního vzdělávání v urgentní medicíně.

Začít by se však mělo už u osnov kvalifikačního vzdělávání zdravotnických záchranářů. Řešení dle Bc. Sigmunda nemůže ležet jen v účelovém navyšování kompetencí NLZP bez adekvátního systému vzdělávání

6.1.5 Centralizace zdravotnických záchranných služeb ČR

Dne 22. listopadu 2015 se v Brně konal XXIX. sjezd České lékařské komory. Její delegáti na něm vydali usnesení, v němž ukládají prezidentovi a představenstvu České lékařské komory prosazení jednotné a státem řízené zdravotnické záchranné služby, fungující obdobně jako policie, armáda a hasiči.

K centralizaci ZZS se vyjádřil v časopisu *Tempus medicorum* v rozhovoru z 18. února 2016 prezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek. Dle jeho názoru je sloučení čtrnácti krajských zdravotnických záchranných služeb nevyhnutelné a logické, a to hned z několika důvodů.

Od provozování státní záchranky si Česká lékařská komora slibuje zejména snížení počtu administrativních pracovníků, zpretrhání regionálních politických vazeb a nižší nákupní ceny zboží a služeb, což by mělo mít pozitivní vliv na hospodaření s financemi. Pan Kubek tvrdí, že když budou záchranné služby zřizovány centrálně, získají od státu více peněz na vybavení sanitek i platy záchranářů, nežli je tomu nyní v modelu krajského fungování.

Dále pan Kubek argumentuje zhoršením bezpečnostní situace v Evropě a zamýšlenou lepší komunikací mezi obrannými a záchrannými složkami státu v případě ohrožení. Dle České lékařské komory totiž není současný stav vyhovující. Od plánované změny Komora očekává snazší spolupráci skupin v různých výjezdových místech. Její prezident poukazuje na to, že momentálně nejsou jednotlivé záchranky schopny spolu komunikovat na stejné rádiové frekvenci, natož se efektivně domlouvat s ostatními složkami IZS.

Jako plýtvání a hloupost označuje také současný stav, kdy letecké záchranky vlastní různé soukromé firmy a kdy k převozu pacientů nejsou využívány stroje armády a policie včetně jejich vycvičených pilotů.

Na adresu záchranářů sice prezident České lékařské komory nešetří chválou a obdivem, avšak zmiňuje i nedostatky, jež se při jejich náročné práci objevují, např. fakt, že dojezdové časy, které stanovuje zákon, nejsou vždy a všude dodržovány, že posádky často jezdí bez lékařů, což způsobuje zbytečné zatížení urgentních příjmových ambulancí v nemocnicích, kam musí být pacienti převáženi na lékařská vyšetření. Poukazuje rovněž na celkově drahý provoz záchranných služeb a na rostoucí nespokojenost stran záchranářů i pacientů.

Sám však přiznává, že konkrétní analýzu kvality, efektivity a dostupnosti služeb zdravotnických záchranných služeb nemá Česká lékařská komora k dispozici a že taková studie pravděpodobně ani neexistuje. Přesto nemá pocit, že by rozbití jednotné záchranné služby do krajských organizací komukoli prospělo. Rovněž připomíná, že v případě zavedení jednotné zdravotnické záchranné služby bude nutné stanovit majetkové vyrovnání krajů se státem a také určit, zdali bude záchranka spadat pod Ministerstvo zdravotnictví či pod Ministerstvo vnitra stejně jako zbylé složky integrovaného záchranného systému.

AZZS ČR se s návrhem ČLK neztotožňuje a plně souhlasí se závěry Asociace krajů, které se jasně vyslovují pro zachování stávajícího modelu krajských ZZS. Argumentaci za Asociaci ZZS ČR shrnuje její prezident MUDr. Marek Slabý.

Vytvoření státní ZZS by znamenalo nemalé změny v legislativě i obrovskou administrativní zátěž pro vybrané ministerstvo, ať už MZ nebo MV, kraje i jednotlivé poskytovatele (změny daňových dokladů, rejstříků, smluv s dodavateli atd.)

Na adresu výdajů spojených s navrhovanou centralizací odpovídá konkrétněji. Výši úhrady nákladů krajům v rámci jejich majetkového vypořádání se státem odhaduje na 25 až 30 miliard korun. Zřízení generálního ředitelství na úrovni prezidia PČR by se podle něj jen v osobních nákladech vyšplhalo na 18 milionů korun ročně, a to při zachování stávajících ředitelství, která by nemohla být zrušena. Celkově by stát musel do rozpočtu přidat novou položku ve výši zhruba 3,2 miliardy korun. AZZS ČR i Asociace krajů vylučují, že by mohlo dojít k jakýmkoli finančním úsporám a to ani na poli centrálního nákupu služeb.

Upozorňují na to, že pokud by se vytvořil jeden centrální zadavatel veřejných

zakázek, nedošlo by ani k úsporám, ani k vyšší míře transparentnosti nákupů. Naopak se obávají nevyhnutelného prodloužení schvalovacích procesů a zákonných lhůt, což by způsobilo nemožnost ZZS reagovat dostatečně pružně a rychle na nenadálé potřeby, lišící se kraj od kraje. Veřejné zakázky nad milion korun dnes organizačně zaštiťují zástupci krajských odborů nebo zástupci zadavatelů. Prostředky čerpané z MZ má zase na starosti odbor pro krizové řízení a finanční odbor ministerstva. Tento systém považuje AZZS za přehlednější a umožňující zmírnit možné obstrukce dodavatelů.

Také příspěvky z evropských fondů podléhají stejnému schématu kontroly jako by tomu bylo při centrálním zadávání, tedy zejména kontrole Centrem regionálního rozvoje Ministerstva pro regionální rozvoj.

V reakci na tvrzení prezidenta ČLK o neschopnosti krajských ZOS vzájemně komunikovat i o špatné úrovni spojení s policií a hasiči a tím nedostatečné připravenosti ZZS a IZS na krizové situace v souvislosti s větším ohrožením státu např. terorismem, je nutno podotknout, že Ministerstvo vnitra spustilo v roce 2014 projekt s názvem Rozvoj radiokomunikační sítě IZS Pegas. V současnosti probíhá jeho III. etapa. V rámci tohoto projektu došlo u všech krajských ZZS k přeprogramování všech terminálů Matra Pegas z režimu otevřených kanálů na hovorové skupiny TKG s větší softwarovou kapacitou. V praxi to znamená, že spolu mohou vzájemně komunikovat výjezdové skupiny z různých krajů prostřednictvím daných hovorových skupin a i spojení s ostatními složkami IZS je umožněno na předdefinovaných hovorových skupinách a kanálech. Uvedení do provozu se brzy dočkají i čtyři národní hovorové skupiny pro ZZS s celostátním pokrytím.

Prezident Slabý odmítá tvrzení, že by ZZS z důvodu svého krajského uspořádání neměla být schopna adekvátně reagovat v případě krizového stavu, centrální řízení v takovém případě je již dnes jasně legislativně deklarováno a argument vytýkající nedostatečné finanční zázemí v této oblasti, pokládá MUDr. Slabý také za zcela mylný. Krajské ZZS čerpají každoročně milionové příspěvky na krizovou připravenost a čerpání těchto prostředků je kontrolováno odborem krizového řízení MZ ČR.

Vybudování státní ZZS by dle AZZS nepomohlo vyřešit žádný ze současných problémů ZZS, ani nedostatek lékařů, ani nárůst počtu výjezdů a tím i personálních požadavků. ZZS ČR se pohybuje svou organizací, vybaveností a dostupností na špičce evropských záchranných služeb. Na vytvoření současného systému a jeho opory v legislativě byly v posledních letech vynaloženy investice v řádech miliard korun a také mnoho nevyčísitelného poctivého úsilí jednotlivců. Snahou o centralizaci ZZS ČR by se

znovu rozběhl kolotoč vytváření nových zákonných norem souvisejících se změnou zřizovatele a veškerá dosavadní práce by tak přišla nazmar. Současný systém je považován za funkční a umožňující pružně reagovat na regionální požadavky.

Na závěr prezident Slabý dodává, že veškeré problémy ZZS, jež by údajně dle ČLK došly vyřešení díky zestátnění ZZS, lze konstruktivně řešit dodržováním a účelnou aktualizací současné legislativy a zejména posílením efektivity působení MZ ČR např. založením samostatného ministerského útvaru pro řešení problematiky ZZS.

6.1.6 Postavení v základních složkách IZS a Fond zábrany škod

Exprezident KZ ZZS ČR označuje ZZS v rámci IZS doslova za "otloukánka". Podle něj není ZZS rovnoprávnou základní složkou IZS, jelikož neužívá stejných výhod jako PČR a HZS ČR, například výsluhových nároků jako je odchodné a výsluhový příspěvek. U ZZS postrádá také orgán centrálního řízení ZZS i vlastní odbor na Ministerstvu zdravotnictví.

Fond zábrany škod je spravován Českou kanceláří pojistitelů a prostředky fondu se používají pro zábranu škod vznikajících provozem vozidel, tedy na náklady spojené s pořízením techniky nebo věcných prostředků potřebných pro činnost základních složek IZS a ostatních složek IZS poskytujících plánovanou pomoc na vyžádání (zákon č.160/2013). Také v rámci čerpání finančních příspěvků z FZŠ, mají zbývající základní složky IZS přednost. Jak však přiznává MUDr. Slabý, to je dáno nejen neochotou fondu vyjít ZZS vstříc, ale i nedostatečnou znalostí metodiky podávání žádostí na FZŠ. Jak uvedl MUDr. Šín ze ZZS Pk, FZŠ si určuje sám, na co příspěvek vydá a žádosti ZZS často zamítá. Příkladem je např. zamítnutí žádosti ZZS na poskytnutí finančního příspěvku na nové ochranné pomůcky, konkrétně nové oděvy a nové pneumatiky.

Prezident Asociace ZZS ČR MUDr. Slabý byl v rámci jednání členské schůze AZZS ČR v březnu 2016 pověřen získáním seznamu investic schválených Českou kanceláří pojistitelů v rámci čerpání z FZŠ za rok 2015. Asociace totiž vyjádřila hrubou nespokojenost s administrací FZŠ ze strany ČKP i MZ ČR.

7 DISKUZE

Cílem této práce bylo odhalit zásadní současné problémy zdravotnické záchranné služby ČR. Proniknout do problematiky nám bylo umožněno díky vstřícnosti ze strany vedoucích představitelů zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje, MUDr. Robina Šína, MBA, a Jihočeského kraje, MUDr. Marka Slabého, MBA, který zároveň zastává funkci prezidenta Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky. Na naše otázky dále odpověděl také exprezident Komory záchranářů zdravotnických záchranných služeb ČR, Bc. Drahomír Sigmund.

Během našich rozhovorů jsme byli odkazováni na vlastní odborné články a materiály respondentů, které nám posloužily jako vhodný doplňující materiál a zdroj relevantních a aktuálních dat. Pečlivou analýzou současného stavu a postavení zdravotnické záchranné služby ČR se zabývá a výsledky prezentuje zejména Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR. Mnoho relevantních informací jsme čerpali také na oficiálních stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Přestože se naše práce zaměřuje více na problémy vedení zdravotnické záchranné služby a organizace jejího vrcholového managementu, z výsledků práce je více než zřejmé, že diskutovaná problematika má dopad jak na ředitelství či operační středisko, tak na jednotlivé členy výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby a v neposlední řadě také na všechny její potenciální pacienty.

Nejčastěji zmiňovaným problémem zdravotnických záchranných služeb ČR se stal nedostatek lékařů, a to jak kmenových tak i externích. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že tento problém je jedním z nejvíce stresujících faktorů pro ředitele ZZS. Podkopává totiž samotnou stabilitu systému poskytování přednemocniční neodkladné péče a ředitelé ZZS nejsou v pozici, kdy by nad extrémním odlivem lékařů měli kontrolu. Doplnovat mezery ve vlastních řadách externisty se ne vždy úspěšně daří. Pro ředitele asi není snadné přijmout fakt, že se každý měsíc mohou potýkat s hrozbou narušení funkčnosti ZZS ve svém kraji. Hned z několika příspěvků prezidenta AZZS ČR do Zdravotnického deníku se dozvídáme, že v současnosti je až 70% nočních služeb pokryto externisty, kterých ale v poslední době také ubývá, nejen kvůli odlivu určitého množství lékařů do zahraničí, ale i kvůli konfliktu se zákoníkem práce, který od roku 2014 umožňuje odsloužit jedním lékařem jen 416 hodin přesčasů ročně oproti dřívějším 1040 hodinám ročně. K diskuzi otevíráme otázku, jak vůbec mohlo dojít k takové situaci, aby se záchranné služby musely

potýkat s tímto právním rozkolem, kdy se zákonem o ZZS zavazují k dostupnosti péče pro všechny v daném časovém limitu a množství stanovišť i personálu potřebují proto navyšovat, ale lékařského personálu nemají dostatek a jsou nuceny zákoník práce obcházet, aby vůbec přítomnost lékaře ve výjezdových skupinách RLP zajistili.

Příčinou je, dle vyjádření Jiřího Macíčka, náměstka generálního inspektora ze Státního úřadu inspekce práce, konec platnosti výjimky pro Českou republiku ze směrnice Evropského parlamentu o práci přesčas ve zdravotnictví, která umožňovala dohodu mezi poskytovatelem ZZS a jeho zaměstnanci v nepřetržitém provozu na překročení zákonného limitu přesčasů o průměrně 12 hodin týdně. Výjimku ČR dostala na pět let a o jejím ukončení věděla předem, avšak tehdejší vláda nepodnikla žádné kroky pro to, aby se ZZS mohla na změnu připravit a vytvořit si dostatečnou personální základnu předem.

Problematika nedostatku lékařů má mnoho příčin, jsou to i četné odchody do důchodu, nedostatek zájmu ze strany mladých lékařů, ale i zvyšující se počet výjezdů, či nedostatečná legislativní podpora jednodušší možnosti atestačního vzdělávání v oboru urgentní medicíny v rámci práce na ZZS. Přilákat nové lékaře do svých řad by chtěli shodně zástupci všech krajských ZZS, zůstává otázkou, zda Asociací ZZS připravovaný sociální a motivační program pro lékaře i NLZP bude účinný. Práce lékaře ve výjezdové skupině ZZS je sice pestrá a nevšední, nabízí rozšíření mnohých profesních i osobních obzorů a také neocenitelný trénink týmové spolupráce, ale bez pochyby je také vysoce stresující. Lékaři za sebou nemají nemocniční komplement, mohou být napadáni, musí jezdit i v noci a čelit nemalému riziku žalob ze strany svých pacientů nebo jejich rodinných příslušníků, navíc v porovnání se západními státy Evropy je jejich práce v tomto oboru také výrazně méně finančně ohodnocená. Není divu, že se mladým lékařům do služeb na záchranné službě příliš nechce.

Z výzkumu naší práce můžeme také vypožorovat, že problémy ZZS mezi sebou navzájem souvisejí a jedna oblast logicky ovlivňuje oblast další. Lze to ukázat na příkladu, kdy vlivem extrémního nárůstu výjezdů v posledních letech jsou ZZS nuceny rozšiřovat množství výjezdových stanovišť i navyšovat personální základnu organizace, což logicky podpoří zmíněný problém nedostatku lékařů.

Dalším problémem, který jsme v rámci výzkumu odhalili, je suplování jiných zdravotních a sociálních služeb zdravotnickou záchrannou službou, což má za následek obrovský nárůst počtu výjezdů v posledních zhruba sedmi letech. Záchranná služba nahrazuje práci praktických lékařů, včetně návštěvní služby, dále lékařskou pohotovostní

službu, navíc někteří občané stále nerozlišují mezi ZZS a dopravní zdravotní službou. Pohotovostní příplatek v nemocnicích také zrovna nenahrává tomu, aby se pacienti dopravovali do zdravotnických zařízení sami, pokud to závažnost jejich stavu bez problémů umožňuje. Záchranná služba jezdí i do sociálních zařízení, věznic a stává se také jedinou zdravotní službou dostupnou sociálně vyloučeným skupinám.

Trnem v oku je zdravotnickým záchranným službám také nedostatečná úhrada za poskytované služby ze strany zdravotních pojišťoven i velmi diskutovaný nízký podíl Ministerstva zdravotnictví na financování záchranné služby.

Oblast financování i nedostatku kvalifikovaného lékařského personálu jsme uvedli v úvodních předpokladech našeho výzkumu. Jiné oblasti, jako je například přesun zodpovědnosti na nelékařské zdravotnické pracovníky vlivem nárůstu počtu výjezdů ovšem bez adekvátního doplnění lékaři, jsme do předpokladů nezahrnuli a rozsah tohoto problému se stal velmi zajímavým doplněním této práce. Rovněž tak s tímto fenoménem související kladení vyšších nároků na zdravotnické záchranáře, kteří zasahují čím dál častěji u těch nejzávažnějších stavů sami (z důvodu nedostupnosti lékaře v odlehlejších oblastech krajů), považujeme za hodno prezentace, neboť se jedná o začínající problém, který se ale brzy může projevit v mnohem větší míře. Ať už v horší psychické kondici nepřiměřeně zatěžovaných zdravotnických záchranářů, tak i v otázce dodržování kompetencí, které jsou už dnes v některých krajích záchranáři nuceni překračovat.

Za současného personálního obsazení zdravotnických záchranných služeb, kdy zdravotničtí záchranáři tvoří většinu personálu a samozřejmě také vyjíždějí k největšímu množství výjezdů, by si záchranáři jistě zasloužili větší dostupnost specializačního vzdělávání zdravotnického záchranáře pro urgentní medicínu, nejlépe možností kurzu v každém kraji.

Názorovou diverzitou překvapilo téma možné centralizace zdravotnické záchranné služby. Cílem naší práce bylo kromě odhalení zásadních problémů a prezentace názorů a návrhů respondentů také zjistit, zda se prezentované názory v některých oblastech odlišují, popřípadě jak moc mohou být protichůdné. Rozkol ve vnímání problematiky možného zestátnění zdravotnické záchranné služby se ukázal být velmi markantní. Optikou České lékařské komory je centralizace zdravotnické záchranné služby naprosto nutná, logická a nevyhnutelná, naopak očima zástupců krajských samospráv i samotných krajských poskytovatelů zdravotnické záchranné služby by se jednalo o nesmyslný akt, který by nevyřešil žádný ze stávajících problémů záchranných služeb, přinesl by pouze nadměrnou

administrativní zátěž, nulové úspory a vysoké náklady na vybudování centrálního řídicího orgánu záchranných služeb. Zástupci Asociace krajů ČR i Asociace ZZS ČR nejdou daleko pro ostřejší kritiku návrhu. Rozhodnutí ČLK o důsledném prosazování myšlenky státní zdravotnické záchranné služby přisuzují neznalosti prostředí, nenaplněným osobním ambicím iniciátorů návrhu či špatné pracovní zkušenosti členů ČLK v některém z krajů.

Poslední aktualitou, kterou můžeme k tématu naší práce přispět je vyjádření poslankyně Mgr. Jany Pastuchové (ANO) pro Parlamentní listy z května tohoto roku. Paní poslankyně upozorňuje na námi popisovanou problematiku zneužívání a nadužívání záchranné služby, která podle ní vyjíždí k případům, jež jí nepřísluší až v 70% případů. Jako možné řešení se nebála navrhnout zpoplatnění výjezdu záchranných služeb i možnou finanční spoluúčasť pacientů. Kritizuje také rozsáhlé rušení lékařských pohotovostních služeb, jejichž činnost ZZS musela převzít.

Zpoplatnění výjezdu zdravotnické záchranné služby by jistě odradilo některé občany přivolávat záchrannou službu k nezávažným stavům či ji zneužívat jako dopravní službu, kdy stačí zveličt zaživačí obtíže, pokud se danému pacientovi právě hodí dostat se do nemocnice na běžné vyšetření. Na druhou stranu by se jistě objevilo mnoho případů, zejména mezi seniory, kdy by občané přivolání záchranné služby kvůli úspoře financí odkládali i při bolestech na hrudi a zkoušeli by počkat do druhého dne, zda stav přece jen sám neodezní.

Poselstvím naší práce se může stát myšlenka, že o problémech zdravotnické záchranné služby České republiky je především třeba mluvit, snažit se jim lépe porozumět a vyslechnout si i alternativní návrhy řešení. Jedině tak lze nalézt nejvhodnější řešení a přijmout vhodná opatření pro stabilizaci záchranné služby a její další rozvoj.

ZÁVĚR

Tato práce se zaměřuje na popis současného stavu zdravotnické záchranné služby v České republice a na formulaci současných největších problémů záchranných služeb.

V úvodu seznamujeme se základní problematikou práce a představujeme zdravotnickou záchrannou službu. V další kapitole se věnujeme základním mezníkům v historii záchranné služby od pravěku až po dvacáté století a nastíníme i vývoj záchranné služby a přednemocniční neodkladné péče v českých zemích.

Zbytek teoretické části práce se věnuje fungování a organizaci zdravotnické záchranné služby v dnešní době. Zabývá se platnou legislativou vztahující se k záchranné službě a jejímu financování, náplní práce zdravotnického operačního střediska, výjezdových skupin, popisuje vybavení vozidel záchranné služby, personální základnu i systém vícezdrojového financování, nezapomíná představit Asociaci zdravotnických záchranných služeb ČR a Komoru záchranářů zdravotnických záchranných služeb ČR.

Na tento základ může navazovat praktická část práce, která už se věnuje současným problémům zdravotnické záchranné služby. Sestavuje seznam těch, které byly v rámci rozhovorů prezentovány jako nejzávažnější, srovnává a diskutuje názory respondentů a kde to výzkum umožnil, přibližuje i návrhy řešení vybraných problémů.

Teoretická část práce ukazuje silné stránky záchranné služby v podobě její vysoce profesionální organizace, perfektní technické vybavenosti, špičkových radiokomunikačních možnostech a stále se zdokonalující úrovni krizové připravenosti. Praktická část se zabývá slabými místy v systému financování, plošném rozmístění výjezdových stanovišť, nedostatky v personálním zajištění a přetěžování zdravotnické záchranné služby.

V závěru se budeme věnovat otázce naplnění vytyčených cílů práce. Prvním cílem bylo odhalit a popsat zásadní problémy zdravotnických záchranných služeb České republiky. Na základě řízených rozhovorů, které probíhaly podle předem připravené osnovy témat, jsme se od kompetentních zástupců záchranných služeb dozvěděli, jaké problémy považují za nejvíce naléhavé k řešení. Zjištěné skutečnosti jsme doplnili fakty z odborných článků a předložili tak problematiku komplexně.

Druhým cílem práce bylo prezentovat návrhy respondentů na zlepšení současného stavu fungování záchranných služeb. Dospěli jsme k názoru, že ne všechny diskutované problémy mohou mít jednoznačné řešení, mnohdy vzniklá situace závisí na mnoha faktorech a není v moci poskytovatele, ani zřizovatele stav samostatně řešit a nezbyvá než

apelovat na MZ a parlament ČR.

Posledním cílem práce bylo porovnat vyslechnuté názory s pohledem dalších odborníků. Jako vhodné téma se nabízela otázka centralizace zdravotnických záchranných služeb, kterou prosazuje zejména Česká lékařská komora v čele s prezidentem MUDr. Milanem Kubkem, s jehož názory byla konfrontována Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR.

Výstupem pro praxi se stává ucelený aktuální přehled zásadních problémů zdravotnické záchranné služby ČR tak, jak jej vidí vybraní představitelé vedení zdravotnických záchranných služeb a jak vyplývá ze současných uveřejněných dat.

Cílem práce nebylo předložit návod na řešení současných problémů zdravotnických záchranných služeb, ale především na tyto problémy poukázat, popsat je a prezentovat možné způsoby zlepšení situace očima představitelů vrcholového managementu zdravotnické záchranné služby ČR. Pro vlastní názory a postřehy byl vytvořen prostor v diskuzi.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Slabý, Marek. Záchrané služby v České republice – fakta a čísla. Urgentní medicína. [online]. 2016 [cit. 2016-04-18] Dostupné z: <http://urgentnimedicina.cz/?p=750>
2. Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. In: Sbírka zákonů. 2011. 131/2011
3. Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. In: Sbírka zákonů. 2000. 73/2000
4. POKORNÝ, Jiří. Urgentní medicína. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s., obr. ISBN 80-726-2259-5
5. VAVROVÁ, Lenka. Zajímavé historické mezníky ve vývoji péče o nemocné a raněné. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20130628090514140129.pdf>
6. DAVIES, Gill. Kompletní historie medicíny. 1. vyd. Brno: CPress, 2013, 223 s. ISBN 978-80-264-0099-8.
7. STAŇKOVÁ, Ivana. Před 245 lety se narodil zakladatel akutní medicíny. Mladá fronta: Zdravotnické noviny [online]. 2011 [cit. 2014-09-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/pred-245-lety-senarodil-zakladatel-akutni-mediciny-460890>
8. DUNANT, Henry. Vzpomínka na Solferino. Sursum 2007. ISBN 80-7323-136-0
9. FIGL, Markus a Linda E. PELINKA. Jaromir Baron von Mundy—Founder of the Vienna ambulance service. Resuscitation. 2005, vol. 66, issue 2, s. 121-125. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2005.03.004
10. POKORNÝ, Jiří sen.. Přednemocniční péče o nemocné a raněné v minulosti. Urgentní medicína. Praha: Galén, 2008, č. 10, ISSN 1212-1924

11. VANÍČEK, František. Malý velký muž: Lékař a jeho práce v zrcadle minulosti a přítomnosti. Ozvěny Smidarska. 1998, č. 20. Dostupné z: http://www.smidary.cz/e_download.php?file=data/editor/68cs_35.pdf&original=Ozve
12. ŠVEJNOHA, Josef. Historie Mezinárodního Červeného kříže. Praha: Úřad Českého červeného kříže, 2008, 151 s. ISBN 978-80-87036-28-0
13. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sběrka zákonů. 2011, 131/2011
14. Zákon č. 240/2000 Sb., o o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon). In: Sběrka zákonů. 2000, 74/2000
15. Vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. In: Sběrka zákonů. 2012, 82/2012
16. Vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016. In: Sběrka zákonů. 2015, 111/2015
17. Krajské zdravotnické operační středisko. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. [online]. 2011 [cit.2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.zzsjk.cz/cinnost/krajske-zdravotnicke-operacni-stredisko/>
18. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sběrka zákonů. 2004, 30/2004
19. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. In: Sběrka zákonů. 2004, 109/2004
20. Vyhláška č. 296/2012 Sb., 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. In: Sběrka zákonů. 2012, 105/2012

21. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: Sběrka zákonů. 2012, 39/2012
22. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sběrka zákonů. 2011, 20/2011
23. Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě. In: Sběrka zákonů. 2010, 76/2010
24. Vyhláška č. 350/2015 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: Sběrka zákonů. 2015, 150/2015
25. Dotace MZ pro zdravotnické záchranné služby. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [online]. 2013 [cit.2016-15-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/dotace-mz-pro-zdravotnicke-zachranne-sluzby_7724_2778_1.html
26. AZZS ČR. Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky. [online]. 2013 [cit.2016-20-05]. Dostupné z: <http://www.azzs.cz/>
27. Stanovy. Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky. [online]. 2013 [cit.2016-20-05]. Dostupné z: <http://www.azzs.cz/>
28. Stanovy KZ ZZS ČR. Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky. [online]. 2015 [cit.2016-20-05]. Dostupné z: <https://www.komorazachranaru.cz/dokumenty>

SEZNAM ZKRATEK

- AČR Armáda České republiky
- ALP Akutní lůžková péče
- ARO Anesteziologicko-resuscitační oddělení
- AZZS Asociace zdravotnických záchranných služeb
- ČLK Česká lékařská komora
- ČLS JEP Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
- ČR Česká republika
- ČSČK Československý červený kříž
- ČSR Československá republika
- EKG Elektrokardiogram
- IZS Integrovaný záchranný systém
- KPR Kardiopulmonální resuscitace
- KZ ZZS Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb
- LZS Letecká záchranná služba
- MZ Ministerstvo zdravotnictví
- NLZP Nelékařský zdravotnický pracovník
- OÚNZ Okresní ústav národního zdraví
- PČR Policie České republiky
- PK Plzeňský kraj
- PNP Přednemocniční neodkladná péče
- RLP Rychlá lékařská pomoc
- RV Rendez-vous
- RZP Rychlá zdravotnická pomoc

TP Traumatologický plán
ZOS Zdravotnické operační středisko
ZZS Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Počet a věkové parametry lékařů ZZS v jednotlivých krajích

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Počet lékařů ZZS ČR (přepočtené úvazky)

Graf 2 Celkový počet výjezdů

Graf 3 Počet výjezdových základů

Graf 4 Celkový počet zaměstnanců ZZS ČR

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Vybrané ukazatele ZZS ČR za rok 2015

Příloha 2 Stanovy Asociace ZZS ČR

Příloha 3 Protokol z jednání zdravotních pojišťoven se ZZS pro rok 2014

STANOVY

Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky, z.s.

Článek I Název a sídlo

- (1) Název: Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky, z.s.
- (2) Sídlo: České Budějovice, B. Němcové 1931/6, PSČ 370 01.

Článek II Právní postavení a poslání

- (1) Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky (dále jen „asociace“) je samosprávným a dobrovolným svazkem právnických osob, které jsou zdravotnickými zařízeními
 - a) registrovanými podle zákona č. 372/ 2011 Sb. o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů,
 - b) zřizovanými kraji pro poskytování zdravotnické záchranné služby dle zákona č.374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě.
- (2) Asociace je spolkem založeným v souladu s občanským zákoníkem č. 89/2012 Sb. v platném znění. Má právní subjektivitu a může svým jednáním vstupovat do právních vztahů, tyto zakládat, měnit a rušit.
- (3) Asociace jako samostatný právní subjekt prosazuje společnou vůli svých členů a hájí jejich společné zájmy zejména vytvářením optimálních podmínek činnosti a dalšího rozvoje zdravotnické záchranné služby.

Článek III Předmět a cíle činnosti

Předmětem a hlavními cíli činnosti asociace je zejména:

- průběžně analyzovat postavení zdravotnické záchranné služby v systému zdravotní péče ČR,
- navrhnout vlastní řešení k její konsolidaci, dalšímu rozvoji, mezikrajské, celostátní a mezistátní koordinaci,
- plnit funkci konzultačního orgánu ve vztahu ke krajům, Ministerstvu zdravotnictví ČR, ústředním orgánům, orgánům Integrovaného záchranného systému a jeho složkám, zákonodárným orgánům, samosprávným orgánům, zdravotním pojišťovnám, politickým stranám, a to včetně legislativních návrhů,
- zastupovat na základě plné moci členy asociace jako poskytovatele zdravotních služeb v dohodovacích řízeních o cenách a podmínkách poskytování zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami a dalšími subjekty ve smyslu zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění,
- koordinovat společné činnosti a společný postup v oblasti poskytovaných zdravotních služeb, výuky a vzdělávání, zdravotnické techniky, zásobování, apod., a to zejména s Českou lékařskou společností urgentní medicíny a medicíny katastrof a profesními komorami ve zdravotnictví
- zajišťovat a koordinovat právní postupy a podporu členů asociace,
- zajišťovat podmínky pro vzájemnou výměnu informací z oblasti řízení a provozu, organizovat pracovní setkání řídících a profesních pracovníků,
- poskytovat a zprostředkovávat služby informačního, vzdělávacího a technického charakteru, dále v oblasti mediálních a publikačních činností,

- prosazovat zdravotnickou záchrannou službu jako plnohodnotnou základní složku Integrovaného záchranného systému včetně odpovídajícího sociálního zajištění pracovníků zdravotnické záchranné služby,
- v rámci oprávnění vymezených platnými právními předpisy vykonávat hospodářskou činnost pro plnění cílů asociace, popř. další činnost dle rozhodnutí orgánů asociace.

Článek IV Členství v asociaci

- (1) Členy asociace jsou právnické osoby, které splňují podmínky dle čl. II odst. 1 těchto stanov.
- (2) Členem asociace se může stát právnická osoba, která splňuje podmínky dle čl. II odst. 1 těchto stanov, pokud písemně požádá o členství a její přijetí schválí členská schůze. Členství v asociaci vzniká dnem schválení přijetí členskou schůzí.
- (3) Členství v asociaci zaniká
 - a) dobrovolným vystoupením člena z asociace k termínu, který sám určí; oznámení o vystoupení z asociace musí být písemné a termín vystoupení nesmí předcházet datu odeslání tohoto oznámení,
 - b) zaniknou-li v průběhu trvání členství některé z podmínek jeho přijetí dle čl. II, odst. 1, těchto stanov.
 - c) nezaplacením členského příspěvku za příslušný kalendářní rok ani v přiměřené lhůtě určené asociací v písemné výzvě k zaplacení, ačkoli byl člen na tento následek ve výzvě upozorněn
 - d) vyloučením člena, který závažně porušil povinnost vyplývající z členství a v přiměřené lhůtě nápravu nezjednal ani po výzvě asociace. Výzva se nevyžaduje, nelze-li porušení povinnosti odčinit nebo způsobilo-li to asociaci zvlášť závažnou újmu. O vyloučení rozhoduje členská schůze a rozhodnutí o vyloučení se doručí prokazatelnou formou vyloučenému členu.
 - e) zánikem členského subjektu,
 - f) zánikem asociace podle čl. XI odst. 2, těchto stanov.
- (4) O zániku členství odst. 3, písm. b), c) rozhoduje členská schůze a rozhodnutí o zániku členství se doručí členovi v písemném vyhotovení.
- (5) Rozhodnutí o vyloučení dle odst. 3 písm. c) nabývá účinnosti dnem přijetí příslušného usnesení členskou schůzí, byl-li na ní vyloučený člen přítomen, nebo dnem doručení písemného vyhotovení tohoto usnesení vyloučenému členovi, pokud na příslušné členské schůzi přítomen nebyl.

Článek V Práva a povinnosti členů

- (1) Člen má právo
 - a) účastnit se prostřednictvím svého statutárního orgánu, popř. jím zmocněné osoby, jednání členské schůze s právem hlasovat, volit a být volen do orgánů asociace,
 - b) předkládat návrhy a podněty k činnosti asociace,
 - c) požadovat od asociace informace, týkající se její činnosti,
 - d) požadovat od asociace obhajobu svých oprávněných zájmů, které nejsou v rozporu s vůlí většiny,
 - e) nahlížet do účetních výkazů asociace, upozorňovat na nedostatky v činnosti asociace a navrhnout nápravná opatření.
- (2) Člen má povinnost
 - a) řídit se těmito stanovami a usneseními členské schůze,
 - b) uhradit členský příspěvek ve výši stanoveném členskou schůzí [čl. VII odst. 2 písm. d)] nebo – při trvání členství v některém roce jen po jeho část – v poměrné výši podle počtu měsíců trvajícího členství v příslušném roce; příspěvek je člen povinen uhradit vždy nejpozději do 30. června běžného kalendářního roku, popř. do 30 dnů od přijetí za člena asociace nebo do 30 dnů od data ukončení dle čl. IV odst. 3, těchto stanov,
 - c) poskytnout asociaci plnou moc za odbornost 709 - zdravotnická záchranná služba a za odbornost 799 - přeprava pacientů neodkladné péče, k zastupování v dohodovacích

- řízeních se zdravotními pojišťovkami a dalšími subjekty ve smyslu zákona, upravujícího problematiku veřejného zdravotního pojištění; za tyto odbornosti nesmí zplnomocnění poskytnout jinému zástupci poskytovatelů zdravotní péče,
- d) poskytnout pomoc a součinnost při provozně technickém zajištění činnosti asociace, zejména jednání jeho členských schůzí a dalších orgánů,
 - e) poskytnout orgánu asociace nezbytné evidenční a kontaktní údaje.
- (3) Člen svá členská práva dle odst. 1 tohoto článku realizuje prostřednictvím svého statutárního orgánu, popř. v zastoupení; pro účely hlasování v orgánech asociace a pro volby do orgánů asociace musí být zástupce, který není statutárním orgánem člena – právnické osoby, písemně zmocněn.
- (4) Za plnění členských povinností odpovídá statutární orgán člena asociace.
- (5) Je-li za člena orgánu asociace zvolena – s předchozím souhlasem statutárního orgánu tohoto člena – jiná osoba než tento statutární orgán, je povinností členského subjektu mu působení a činnost v asociaci umožnit.

Článek VI Orgány asociace

- (1) Orgány asociace jsou členská schůze, výkonná rada a prezident.
- (2) Členská schůze je nejvyšším orgánem asociace, výkonná rada a prezident jsou výkonnými orgány asociace.
- (3) Kandidát na členství ve výkonné radě nebo na funkci prezidenta asociace, který není statutárním orgánem člena asociace (zaměstnanec nebo jiná osoba) může být navržen pouze statutárním orgánem člena.

Článek VII Členská schůze

- (1) Členskou schůzi tvoří statutární orgány členů asociace nebo osoby delegované členem dle čl. V, odst. 5, těchto stanov. Řádnou členskou schůzi svolává prezident minimálně jedenkrát za rok. Mimořádnou členskou schůzi je povinen prezident svolat, požádá-li o to alespoň pět členů, nebo nadpoloviční většina členů výkonné rady. Pokud by prezident požadavku na svolání mimořádné členské schůze nevyhověl, mohou ji svolat - při respektování ustanovení následujících odstavců 2 až 7 – její iniciátoři dle předcházející věty.
- (2) Členská schůze zejména
 - a) schvaluje stanovy a jejich změny či doplňky,
 - b) rozhoduje o dobrovolném rozpuštění asociace nebo jejím sloučení nebo o jině organizační změně,
 - c) volí a odvolává prezidenta, viceprezidenta a členy výkonné rady,
 - d) rozhoduje o výši členského příspěvku pro další kalendářní rok,
 - e) rozhoduje o přijetí nového člena a o vyloučení člena z asociace dle čl. IV odst. 3 písm. b), c), těchto stanov,
 - f) stanoví zásady hospodaření a financování asociace,
 - g) stanovuje a projednává koncepční zaměření asociace, její hlavní úkoly, plán a způsob činnosti i úkoly na příslušné období,
 - h) vytváří na základě aktuální potřeby poradní orgány, které mohou být složeny ze zaměstnanců členů asociace nebo externích subjektů a osob
 - i) schvaluje zprávy o činnosti výkonné rady a prezidenta, roční zprávy o hospodaření, roční účetní uzávěrky, případně převody majetku,
 - j) rozhoduje o symbolech asociace a schvaluje jejich ztvárnění a podmínky a způsob jejich užívání,
 - k) nařizuje jednou za rok periodickou revizi hospodaření, případně dle vlastního rozhodnutí revizi mimořádnou. Pro tento účel vždy ustaví nejméně tříčlennou revizní komisi z řad ekonomů a/nebo kontrolorů či auditorů, kteří jsou zaměstnanci členů asociace; z činnosti v revizní komisi jsou vyloučeni členové výkonné rady,
 - l) rozhoduje ve věcech, které si v konkrétním případě vyhradí.
- (3) Členskou schůzi svolává prezident písemnou nebo elektronickou pozvánkou, zaslanou na příslušnou adresu člena, kterou určil jako kontaktní; pozvánka obsahuje vždy alespoň den,

- hodinu a místo konání členské schůze a návrh programu jejího jednání. Řádnou členskou schůzi prezident takto svolává nejméně 3 týdny před dnem jejího konání; v případě mimořádné členské schůze může být tento termín zkrácen, hrozí-li nebezpečí z prodlení.
- (4) Členská schůze je schopna usnášení, je-li přítomna alespoň polovina všech členů. Není-li členská schůze schopna usnášení, předseda ji rozpustí a volá členskou schůzi v novém, náhradním termínu se stejným návrhem programu, a to nejpozději do 60 dnů; v případě mimořádné členské schůze může být tento termín zkrácen, hrozí-li nebezpečí z prodlení. Členská schůze svolaná v tomto náhradním termínu je usnášení schopná bez dalších podmínek.
- (5) Volby do orgánů asociace jsou veřejné, pokud členská schůze nerozhodne pro konkrétní případ jinak. Ke zvolení kandidáta do orgánu asociace je nutný hlas alespoň tří čtvrtin všech členů. Není-li dosaženo takového počtu hlasů, probíhá v konkrétním případě druhé kolo volby mezi dvěma kandidáty s největším počtem hlasů z prvního kola; ve druhém kole ke zvolení postačuje prostá většina hlasů volících členů.
- (6) K přijetí usnesení členské schůze je zapotřebí souhlasu nadpoloviční většiny přítomných členů. K přijetí usnesení členské schůze ve věcech dle článku VII odst. 2 písm. a) – j) těchto stanov je nutný souhlas tří čtvrtin všech členů. Při volbách do orgánů asociace se hlasuje dle ustanovení čl. VII, odst. 5 těchto stanov. Hlasuje se veřejně, pokud členská schůze nerozhodne pro konkrétní případ jinak. Přijatá usnesení a rozhodnutí jsou závazná pro všechny členy.
- (7) Svolavatel členské schůze odpovídá za pořízení zápisu z jednání, ověřeného dvěma zvolenými ověřovateli. Součástí zápisu je i prezenční listina. Zápis svolavatel rozešle všem členům asociace do 30 dnů od konání členské schůze.

Článek VIII Prezident

- (1) Prezident je statutárním orgánem asociace. Je zejména
- oprávněn jednat, vystupovat a podepisovat se jménem asociace ve všech záležitostech,
 - povinen řídit činnost asociace a její výkonné rady, svolávat zasedání členské schůze a výkonné rady,
 - odpovědný za účelné hospodaření s majetkem asociace a za řádné vedení účetnictví a spisové služby včetně ukládání ověřených zápisů z jednání členských schůzí a záznamů z jednání výkonné rady,
 - odpovědný členské schůzi z veškeré své činnosti; předkládá jí na každém řádném zasedání zprávu o své činnosti a o činnosti výkonné rady, zprávu o hospodaření, případně nálezy revizní komise.
- (2) Nemůže-li prezident dočasně plnit své povinnosti, zastupuje ho v rozsahu všech jeho práv a povinností výkonná rada.
- (3) V případě odvolání nebo rezignace prezidenta, svolá výkonná rada mimořádnou členskou schůzi k volbě nového prezidenta do 30 dnů, pokud není zvolen na téže členské schůzi.

Článek IX Výkonná rada

- (1) Výkonná rada je pracovním orgánem asociace o počtu členů výkonné rady rozhoduje členská schůze s tím, že minimální počet jsou nejméně čtyři členové, čítaje v to i prezidenta.
- (2) Výkonná rada zejména
- zpracovává a realizuje úkoly stanovené členskou schůzí a připravuje podklady pro její jednání a hlasování,
 - přijímá a realizuje neodkladná opatření v době mezi zasedáními členské schůze,
 - přijímá závazná usnesení ve všech záležitostech, ke kterým ji členská schůze udělí mandát; členská schůze se však takto nemůže zprostit rozhodování ve věcech dle čl. VII odst. 2, těchto stanov
 - schází se podle plánu své činnosti nebo po svolání prezidentem.

- (3) Výkonná rada je usnášeníschopná, jsou-li přítomny alespoň dvě třetiny zvolených členů. Při hlasování ve výkonné radě má každý člen jeden hlas. Má-li hlasování v radě za výsledek rovnost hlasů, je rozhodující hlas prezidenta.
- (4) Odvolat člena výkonné rady může jen členská schůze, která též zvolí nového člena výkonné rady. Pokud při odstoupení člena výkonné rady nebo z jiných důvodů klesne celkový počet členů rady pod tři, postupuje se obdobně dle čl. VIII odst. 4, těchto stanov.

Článek X Hospodaření asociace

- (1) Hospodaření asociace se řídí platnými obecně závaznými právními předpisy o hospodaření spolků.
- (2) Zdrojem finančních prostředků jsou členské příspěvky, příjmy z darů, dotací a dobrovolných mimořádných příspěvků, event. příjmy z vlastní hospodářské činnosti. Příjmy jsou ukládány na účet asociace zřízený v peněžním ústavu.
- (3) Potřebná oprávnění a dispozice k nakládání s finančními prostředky má prezident, který odpovídá za účelné vynakládání prostředků asociace v souladu s platnými předpisy. Prezident může oprávnění a dispozice k nakládání s finančními prostředky písemně přenést na dalšího člena výkonné rady.
- (4) Finanční prostředky asociace mohou být použity jen k financování vlastního provozu a asociací schválených činností.
- (5) V případě zániku asociace bez právního nástupce se provede likvidace aktiv a pasiv asociace v poměru k objemu skutečně uhrazených členských příspěvků za posledních pět kalendářních let, které předcházely roku zániku asociace.

Článek XI Závěrečná ustanovení

- (1) Asociace jako právní subjekt vzniká zápisem do příslušného veřejného rejstříku.
- (2) Asociace zaniká dobrovolným rozpuštěním, sloučením s jiným právním subjektem nebo rozhodnutím příslušného státního orgánu.
- (3) Tyto stanovy lze měnit a doplňovat pouze usneseními členské schůze.
- (4) Stanovy nabývají účinnosti dnem registrace u Rejstříkového soudu.


MUDr. Marek Stabý
prezident AZZS ČR, z.s.



Příloha 3 Protokol z jednání zdravotních pojišťoven se ZZS pro rok 2014

PROTOKOL Z JEDNÁNÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN A SKUPINY POSKYTOVATELŮ HRAZENÝCH SLUŽEB POSKYTOVANÝCH ZZS, ZDS, PPNP a LPS PRO ROK 2014

Datum a čas konání: **24.7.2013 v 13.00 hod**
Místo konání: **Zubohrad, Slavojova 22, Praha 2 - Nusle**
Svolavatel jednání: **MZ ČR**
Účastníci jednání: **viz přiložená prezenční listina**

Jednání se uskutečnilo v souladu s „Jednacím řádem dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotních služeb hrazených ze zdravotního pojištění“ a navázalo na jednání, které se konalo dne 20.6.2013.

Návrhy jednotlivých účastníků a jejich skupin byly předloženy v písemné podobě. Tyto návrhy jsou obsahem příloh tohoto protokolu č. 1 až 3.

Po jednání o předložených návrzích a vyjasňování stanovisek účastníků k nim účastníci přípravné fáze dohodovacího řízení přistoupili k hlasování o jednotlivých návrzích. Žádný z předložených návrhů nezískal souhlas všech přítomných zástupců zdravotních pojišťoven a souhlas dvou třetin přítomných zástupců příslušných profesních sdružení poskytovatelů, jak stanovuje „Jednacím řád“ dohodovacího řízení.

I. Společný návrh SZP ČR a VZP ČR (příloha č. 1)

Výsledek hlasování

Za zdravotní pojišťovny:

Souhlas:	6
Nesouhlas:	0
Zdržel se hlasování:	0

Za poskytovatele:

Souhlas:	0
Nesouhlas:	1
Zdržel se hlasování:	0

Návrh nebyl přijat.

II. Návrh AZZS ČR (příloha č. 2)

Za zdravotní pojišťovny:

Souhlas:	0
Nesouhlas:	6
Zdržel se hlasování:	0

Za poskytovatele:

Souhlas:	1
Nesouhlas:	0
Zdržel se hlasování:	0

Návrh nebyl přijat.