



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

TENTO PROJEKT JE SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKÝM SOCIÁLNÍM FONDEM A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČESKÉ REPUBLIKY.

Průvodka dokumentem

Počet úrovní nadpisů 4

Názvy stylů:

úroveň 1 styl Nadpis 1

úroveň 2 styl Nadpis 2

úroveň 3 styl Nadpis 3

úroveň 4 styl Nadpis 4

Znak @ označuje začátek a konec průvodce studií u každé kapitoly.

Znak § označuje odlišně formátovaný text.

V dokumentu je na začátku automaticky vytvořený obsah.

Obrázky byly oproti původní verzi textu vynechány, protože nejsou nezbytné pro pochopení textu.

Základní bibliografické údaje

Hana Materová, Yveta Vrublová

Informatika a legislativa ve zdravotnictví pro studenty se spec. potřebami při studiu
Studijní opora k inovovanému předmětu Informační systémy ve zdravotnictví
(KVM/ISZDR)

Recenzent: PhDr. Zdeňka Šinágllová, Fakultní nemocnice Ostrava
Ostrava

Ostravská univerzita v Ostravě, 2013

ISBN 978-80-7464-414-6

Další informace o textu:

Studijní opora je jedním z výstupů projektu ESF OP VK.

Číslo Prioritní osy: 7.2

Oblast podpory: 7.2.2 – Vysokoškolské vzdělávání

Příjemce: Ostravská univerzita v Ostravě

Název projektu: Podpora terciárního vzdělávání studentů se specifickými
vzdělávacími potřebami na Ostravské univerzitě v Ostravě

Registrační číslo projektu: CZ.1.07/2.2.00/29.0006

Délka realizace: 6.2.2012 – 31.1.2015

Řešitel: PhDr. Mgr. Martin Kaleja, Ph.D.

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou stránku odpovídá autor.

OBSAH:

#1	Část první – Informatika ve zdravotnictví.....	5
#1.1	Základní pojmy	6
#1.1.1	Pojem Informatika.....	6
#1.1.2	Základní vlastnosti nemocničních informačních systémů	8
	§Shrnutí kapitoly§	8
#1.2	Klinická (medicínská) část NIS.....	9
#1.2.1	Centrální databáze pacientů	9
	§Shrnutí kapitoly§	10
#1.3	Práce s osobními daty, ochrana osobních údajů, pojmy	10
#1.3.1	Rodné číslo pacienta.....	11
#1.3.2	Diagnóza.....	12
#1.3.3	Regulační poplatky.....	12
	§Shrnutí kapitoly§	13
#1.4	Ambulantní a lůžková jednotka.....	13
#1.4.1	Ambulance	13
#1.4.2	Administrace pacienta	13
#1.4.3	Hospitalizace	15
	§Shrnutí kapitoly§	15
#1.5	Objednávkový systém	16
	§Shrnutí kapitoly§	16
#1.6	Elektronická medikace	16
	§Shrnutí kapitoly§	17
#1.7	Porodnice, gynekologické a novorozenecké oddělení	17
	§Shrnutí kapitoly§	18
#1.8	Operační sály.....	18
	§Shrnutí kapitoly§	19
#1.9	Rehabilitace.....	19
	§Shrnutí kapitoly§	20
#1.10	Laboratoře	20
#1.10.1	Laboratorní informační systém a laboratorní žádanka.....	21
#1.10.2	Technika a přístroje.....	22
#1.10.3	Propojení SLP a NČLP, co to je?.....	22
	§Shrnutí kapitoly§	23
#1.11	Radiodiagnostika.....	23
#1.11.1	Obrazová informace	24
	§Shrnutí kapitoly§	24
#1.12	Patologie.....	24
	§Shrnutí kapitoly§	25
#1.13	Transfuzní stanice	25
	§Shrnutí kapitoly§	25

#1.14	Pojišťovny	26
	§Shrnutí kapitoly§	27
#1.15	Lékárna.....	27
	§Shrnutí kapitoly§	27
#1.16	Stravovací provoz.....	28
#1.16.1	Objednávání patientské stravy	28
#1.16.2	Objednávání a výdej zaměstnanecké stravy	28
	§Shrnutí kapitoly§	29
#1.17	MTZ sklad, evidence zásobování.....	29
	§Shrnutí kapitoly§	30
#1.18	Doprava ve zdravotnictví, sanitky.....	30
	§Shrnutí kapitoly§	31
#1.19	Finanční informační systém FIS – finance a ekonomika	31
#1.19.1	Účetnictví	31
#1.19.2	Mzdy.....	32
#1.19.3	Personalistika	32
	§Shrnutí kapitoly§	32
#1.20	Management a řízení - MIS.....	32
	§Shrnutí kapitoly§	33
#1.21	Statistiky, NZIS, hlášení.....	33
	§Shrnutí kapitoly§	34
#1.22	Další programové vybavení a nástroje pro správu	34
#1.22.1	Nástroje pro správu NIS	34
#1.22.2	Další programové vybavení, komunikace, věda a výzkum, výuka	35
	§Shrnutí kapitoly§	35
	§Vysvětlivky zkratk§.....	38
#2	Část druhá – Zdravotnická dokumentace a legislativa.....	40
#2.1	Zdravotnické zákony	41
#2.1.1	<i>Vyhláška o zdravotnické dokumentaci 98/2012 Sb</i>	41
#2.1.2	<i>Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách - Poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi</i>	41
#2.2	Zdravotnická dokumentace v praxi	44
#2.2.1	Forma zdravotnické dokumentace	45
#2.2.2	Zdravotnická dokumentace vždy obsahuje	46
#2.2.3	Způsob zápisu a oprav ve zdravotnické dokumentaci.....	51
#2.2.4	Právo nahlížení do dokumentace.....	52
2.2.4.1	Kdo může nahlížet do dokumentace	52
#2.2.5	Právo pacienta na přístup ke zdravotnické dokumentaci	54
#2.3	Technické upřesnění poskytování přístupu ke zdravotnické dokumentaci	57
#2.3.1	Dokumentace vztahující se k evidenci návykových látek.....	59
#2.3.2	Souhlas s výkonem ve zdravotnickém zařízení.....	59
#2.3.3	Dokumentace na operačním sále.....	60

#2.3.4	Zdravotnická dokumentace v ambulancích.....	61
#2.3.5	Zdravotnická dokumentace v nemocnicích.....	62
#2.3.6	Obsah zdravotnické dokumentace v nemocnicích	62
#2.3.7	Používání razítek ve zdravotnických zařízeních	63
#2.3.8	Ošetrovatelská dokumentace – provádění ošetrovatelské péče.....	64
#2.3.9	Doplňující ošetrovatelská dokumentace.....	64
#2.3.10	Návykové látky	65
#2.3.11	Odmítnutí léčby pacienty	65
#2.3.12	Úschova věcí pacienta.....	66
#2.3.13	Vzor zápisu o úschově.....	66
#2.4	Archivace zdravotnické dokumentace	67
#2.5	Právní problematika při práci se zdravotnickou dokumentací.....	70
§	Shrnutí kapitoly§	76

#Úvod

Tento kurz, který je určen studentům lékařských i nelékařských zdravotnických bakalářských oborů, je sestaven ze dvou obsáhlých kapitol, které spolu souvisejí a navazují na sebe. První část kurzu je věnována zdravotnické informatice a nemocničním informačním systémům a druhá část se zabývá vedením zdravotnické dokumentace a legislativě ve zdravotnictví. Legislativa ve zdravotnictví se vždy promítá do zdravotnické informatiky, která vždy obratem reaguje na změny a zakomponuje platnou legislativu do informačního systému. Znalost platné legislativy je důležitým aspektem při práci s pacienty a jejich daty.

Po prostudování textu budete znát:

- jaká je současná platná legislativu,
- jakým způsobem je vedena, uchována a skartována zdravotnická dokumentace,
- analýzu jednotlivých součástí zdravotnické dokumentace a její označení,
- práva a zákony o nahlížení do zdravotnické dokumentace z ohledu na zdravotnické pracovníky, pacienty a jejich rodinné příslušníky.

Získáte:

- znalosti o zdravotnické informatice,
- přehled o typech zdravotnických informačních systémů a jejich částech,

- ucelený přehled o funkcionalitách jednotlivých částí nemocničních informačních systémů a jejich návaznost na management a řízení nemocnic nebo jiných zdravotnických zařízení,
- znalosti o platné legislativě ve zdravotnictví,
- informace o aktuálních zákonech a paragrafech pro vedení, uchovávání a skartaci zdravotnické dokumentace,
- znalosti, jak se s dokumentací nakládá, jak se do ní zapisuje a kdo do ní může nahlížet
- představu, jak informatika a legislativa spolu souvisejí.

#1 Část první – Informatika ve zdravotnictví

V této kapitole se dozvíte:

- co je to informatika a informační systémy obecně a co jsou to nemocniční informační systémy (NIS),
- z jakých částí se NIS skládá a jak tyto části na sebe navazují,
- základní informace o funkcionalitách nemocničních informačních systémů
- jaké požadavky jsou na fungování NIS v prostředí malých i velkých zdravotnických zařízení,
- jak a proč tyto systémy tvoří komplexní nástroj pro provozování a řízení nemocničních zařízení.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

- vysvětlit pojmy informatika, nemocniční informační systémy,
- vyjmenovat jednotlivé moduly NIS a objasnit jejich funkci,
- chápat základní cíle a vlastnosti nemocničního informačního systému
- znát principy registrace dat pacientů a vedení dokumentace v prostředí NIS,
- pochopit návaznosti jednotlivých modulů v rámci celého systému
- charakterizovat NIS jako celek v návaznosti na manažerské systémy určené pro řízení zdravotnických zařízení,
- odpovědět na otázky a úkoly k zamyšlení na konci kapitoly

Klíčová slova kapitoly: Informatika, nemocniční informační systémy, NIS, legislativa, data, řízení zdravotnických zařízení, pojišťovny

@Průvodce studiem ke kapitole Informatika ve zdravotnictví

Tato první část kurzu je poměrně obsáhlá a uvede vás do problematiky nemocničních informačních systémů. Získáte přehled a znalosti funkcionalit jednotlivých částí NIS od základních pojmů až po pochopení celé problematiky vedení zdravotnické dokumentace, vykazování pojišťovnám, zadávání a vedení veškerých dat nejen o pacientovi, ale například i o zaměstnancích, technickém vybavení, dopravě a také manažerském řízení zdravotnických zařízení jako celku. Pochopíte, proč je třeba takto provozované informační systémy zálohovat, archivovat a jak se do nich přihlašovat a přistupovat. @

#1.1 Základní pojmy

V této kapitole se dozvíte: co je to informatika, informační systémy a jejich význam použití ve zdravotnictví.

Klíčová slova: informatika, informační systémy, nemocniční informační systém NIS, HIS.

#1.1.1 Pojem Informatika

Informatika se zabývá systematickým zpracováním informací pomocí počítačů nebo počítačových sítí a je od roku 1960 samostatnou vědní disciplínou. Jejím předmětem zájmu jsou informace a metodami práce je sběr, kontrola, přenos, uložení, ochrana, zpracování, vyhledávání a poskytování informací, které se podílejí na procesu rozhodování a řízení. Technickými prostředky pro tyto činnosti jsou počítače a počítačové sítě.

Pojem informační systém vznikl také kolem roku 1960. Klasická definice říká, že je to systém, který zabezpečuje sběr, uložení, ochranu, zpracování a distribuci informací potřebných pro rozhodování a řízení. Dělí se dále na metody a nástroje tvorby informačních systémů a na proces interakce mezi informačním systémem a uživatelem.

Informační technologie se staly jedním z limitujících faktorů efektivity fungování podniků, firem i zdravotnických zařízení. Pokud chce zdravotnický subjekt uspět v náročném a složitém prostředí poskytování zdravotní péče, dodavatelsko-odběratelských vztahů a systému úhrady zdravotní péče, potřebuje aktuální ekonomické a klinické informace v reálném čase, stejně jako možnost automatizovat řadu procesů a postupů pro zrychlení reakcí na vnitřní i vnější vlivy. Jedině tak dokáže účelně sledovat a snižovat náklady na léčbu a provoz zařízení, zvyšovat efektivitu léčby a vytvářet podmínky pro odborný, kvantitativní i kvalitativní růst poskytované péče.

Nemocniční informační systém se často zkracuje pojmem NIS, který bude nadále používán (anglicky HIS – Hospital Information System). Jde o soubor aplikací, technologií a služeb, dodávaných určitou firmou nebo firmami jako komplexní řešení systémů, které pracují s životně důležitými daty a které tato data bezpečně uchovávají. To představuje provozní řešení pro zdravotnická zařízení a podporují celý proces léčby pacienta od přijetí, stanovení diagnózy, terapii, propuštění pacienta z nemocnice a vyúčtování poskytnuté zdravotní péče.

NIS obsahuje sady modulů a aplikací, které pokrývají velké části informačních potřeb standardního nemocničního zdravotnického zařízení.

Rozdíly mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními jsou značné. Jednotlivé nemocnice, polikliniky, léčebny a ambulance se liší nejen svou organizační strukturou, ale zejména svými zvyklostmi, zaběhanými rituály, metodami řízení a v neposlední řadě i osobními zkušenostmi a zvyklostmi konkrétních pracovníků.

Nemocniční informační systémy mohou pokrývat celé regiony, jsou určeny zdravotnickým zařízením všech kategorií a velikostí pro vedení zdravotnické dokumentace pacientů, vykazování zdravotnické péče zdravotním pojišťovnám, podporu lékařské práce v oblasti žádanek, receptů, objednávek pacientů apod., dále jako nástroj pro management nemocnic na sledování okamžité i dlouhodobé efektivity léčby a ostatních ukazatelů podstatných pro vedení nemocnice.

Zavádění informačního systému NIS je nepřetržitý proces, který spočívá v přizpůsobování vnějším podmínkám, jako je například stále se měnící legislativa,

změny číselníků, nové poznatky v oblasti vědy, změny technologií a zvyšující se nároky uživatelů.

NIS je členěn na jednotlivé moduly, které bývají nemocnici nebo jinému zdravotnickému zařízení sestaveny podle požadavků a často bývají budovány po částech. Lékaři, sestry, pracovníci laboratoří i dalších provozů svými požadavky ovlivňují analýzu jednotlivých částí systému, který se postupně upravuje.

#1.1.2 Základní vlastnosti nemocničních informačních systémů

Nemocniční informační systém přistupuje k řešení zdravotnické informatiky komplexně. Respektuje pracovní návyky z lékařské praxe a minimalizuje zátěž uživatele administrativními a jinými vedlejšími činnostmi. Respektuje standardy MZČR, VZP a je flexibilní v měnících se podmínkách lékařské praxe, legislativy včetně harmonizace s normami EU.

Snahou NIS je ergonomické ovládání (snadná ovladatelnost i pro nepočítačovou obsluhu), snadná orientace v prostředí systému (jednotný vzhled uživatelských obrazovek, obdobný způsob ovládání ve všech modulech), odolnost vůči neodborným uživatelským zásahům.

Z pohledu administrace je systém parametrizovatelný, umožňující postupnou implementaci a snadnou administraci. Je otevřený k jiným programovým produktům. Z hlediska bezpečnosti datové základny má selektivní přístup k vybraným úlohám a datům, pracuje s víceúrovňovým způsobem zálohování.

NIS není závislý na HW a SW platformě, využívá širokého spektra výpočetní techniky, umožňuje spojení částí sítí na velké vzdálenosti, připojení vzdálených pracovišť pomocí modemu, telefonní sítě, bezdrátové sítě a podobně.

§Shrnutí kapitoly§

- Základem funkčního systému je správná definice cílů a analýzy potřeb.
- Prostředky k dosažení cílů jsou technické (počítače a sítě), programové a systémové.

- Základem vybudování kvalitního NIS je projekce reálné organizační struktury zdravotnického subjektu do informačního systému, a to nejen jeho aktuálního stavu, ale také do předpokládaného vývoje.

#1.2 Klinická (medicínská) část NIS

V této kapitole se dozvíte: Kdo využívá NIS, co musí obsahovat a splňovat centrální registr dat pacientů podle různých hledisek.

Klíčová slova: Centrální databáze (registr) pacientů, bezpečnost a jednoznačnost dat.

Cílem medicínské části NIS je pečovat o pacienta, zvyšovat kvalitu poskytované zdravotní péče, zvyšovat produktivitu zdravotnického personálu a snižovat administrativní náklady na poskytování a financování zdravotní péče. Dalším cílem je podporovat klinické výzkumy a zkoumání zdravotních služeb, umožnit zapojení případných novinek v lékařské technologii. Strategii poskytování zdravotní péče je její správné financování a záruka, že údaje o pacientovi zůstanou za všech okolností důvěrné.

Centrální registr dat pacientů obsahuje centrální příjem, příjem na ambulance a na lůžka, příjem vzorku pro laboratoř popřípadě jiný příjem.

Ambulancí rozumíme odborné ambulance, poradny a praktické lékaře. Lůžka dělíme na standardní, ARO, JIP, dětské a speciální. Zvláště jsou řešeny porodnice, operační sály, rehabilitace a komplement laboratoří jako je biochemie, hematologie, transfuziologie, imunologie, mikrobiologie, sérologie, virologie, parazitologie, nukleární medicína, histologie, patologie, radiodiagnostika, CT, MR, funkční vyšetření (EKG, EEG, EMG a podobně)

#1.2.1 Centrální databáze pacientů

Centrální databáze pacientů musí splňovat podmínky z hlediska bezpečnosti dat , což je individuální a účinná ochrana dat včetně antivirové ochrany, zálohování a archivace dat. Také musí být chráněna před neúmyslným i úmyslným poškozením dat z hlediska neoprávněného přístupu k datům na základě definice přístupových

práv uživatelů, omezení přístupových práv, ochrany záznamů, ochrany pacientů a ochrany archívů.

Z hlediska jednotnosti a dosažitelnosti dat musí být všechna data zadávána jen jednou, což vede k omezení chybovosti a duplicit. Musí to být integrovatelný systém s možností propojení s jinými informačními systémy a přístupem ke společným datům nemocnice z kteréhokoli místa v nemocnici.

Z hlediska uživatele musí být systém jednoduchý na ovládání se snadnou obsluhou a intuitivním ovládáním, rychlým a jednoznačným přístupem k datům.

§Shrnutí kapitoly§

- Jediným a jednoznačným přihlášením do systému má uživatel podle nastavených přístupových práv například okamžitý přehled o pohybu a stavu pacienta od jeho přijetí, po ordinovaných a provedených vyšetřeních, výsledcích vyšetření až po ukončení léčby.
- Číselné výsledky vyšetření je možno zobrazit například ve formě grafů a trendů.
- NIS přináší informace o žádankách a nálezech, lékařskou dokumentaci a informace o protokolech uspořádané podle požadavků uživatele.
- NIS poskytne uživateli informace o zvoleném pacientovi, ať už potřebuje zobrazit nebo vytisknout jeho plán péče, žádanky, nálezy, informace o vyšetření či textovou medicínskou dokumentaci.

#1.3 Práce s osobními daty, ochrana osobních údajů, pojmy

V této kapitole se dozvíte: základní pojmy z oblasti práce s osobními daty a jejich ochrany

Klíčová slova: osobní data, ochrana osobních údajů, rodné číslo, diagnóza

Data vložená do nemocničních informačních systémů jsou tzv. citlivá a vztahuje se na ně zákon o ochraně osobních údajů (Zákon číslo 101/2000 Sbírky).

Definice a vysvětlení pojmů:

Osobním údajem je jakákoliv informace týkající se určeného nebo určitelného subjektu údajů. Subjekt údajů je takový, který se dá přímo či nepřímo identifikovat zejména na základě čísla, kódu nebo jednoho či více prvků, specifických pro jeho fyzickou, fyziologickou, psychickou, ekonomickou, kulturní nebo sociální identitu. Subjektem údajů je fyzická osoba, k níž se osobní údaje vztahují.

Citlivým údajem je osobní údaj vypovídající o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v odborových organizacích, náboženství a filozofickém přesvědčení, odsouzení za trestný čin, zdravotním stavu a sexuálním životě subjektu údajů a jakýkoliv biometrický nebo genetický údaj subjektu údajů.

Zpracováním osobních údajů je jakákoliv operace, kterou zpracovatel systematicky provádí s osobními údaji (automatizovaně nebo jinými prostředky). Zpracováním osobních údajů se rozumí zejména shromažďování, ukládání na nosiče informací, zpřístupňování, úprava nebo pozměňování, vyhledávání, používání, předávání, šíření, zveřejňování, uchovávání, výměna, třídění nebo kombinování, blokování a likvidace. Cílem shromažďování osobních údajů je získání osobních údajů za účelem jejich dalšího uložení na nosič informací pro jejich okamžité nebo pozdější zpracování. Uchováváním osobních údajů je udržování údajů v takové podobě, která je umožňuje dále zpracovávat. Fyzické zničení nosiče, fyzické vymazání nebo trvalé vyloučení dat pro další zpracování se považuje za likvidaci osobních údajů.

#1.3.1 Rodné číslo pacienta

Rodné číslo je přiděleno osobě při narození na matrice a mělo by být jednoznačné v rámci celé republiky. Rodné číslo je desetimístný nebo devítimístný číselný údaj, který se skládá ze dvou částí - datové a evidenční ve formátu RRMMDD/XXXX. Datová část je prvních 6 číslic.

Pravidla pro datovou část:RRMMDD

- první dva znaky (RR) je poslední dvojčíslí roku narození
- třetí a čtvrtý znak (MM) je dvojčíslí měsíce narození a u žen je zvýšené o 50 (muži: 01-12, ženy 51-62)

- pátý a šestý znak (DD) je dvojčíslí dne narození (01-31)

Pravidla pro evidenční část (za lomítkem): XXXX

Evidenční číslo u narozených do roku 1954 je třímístné, u narozených od roku 1954 je čtyřmístné s tím, že součet dvojčíslí rodného čísla musí být číslo dělitelné číslem 11 beze zbytku.

#1.3.2 Diagnóza

Diagnóza znamená určení, vymezení, stanovení, rozpoznání choroby. Diagnózu určí buď lékař při přijetí nebo je zadána odesílajícím lékařem na žádance o vyšetření.

Podle druhu onemocnění, se kterým pacient do ambulance přichází, se zadává do systému také kód diagnózy, který zadávající vybírá z platného číselníku kódů diagnóz.

Každá diagnóza má svůj kód podle MKN10 (mezinárodní klasifikace nemocí). Písmeno a číslo za ním určuje konkrétní diagnózu (například E04.2, N11.9)

#1.3.3 Regulační poplatky

Regulační poplatky byly zavedeny za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb. Regulační poplatky platí pojištěnec nebo zákonný zástupce. Způsob výběru záleží na zdravotnickém zařízení. Poplatky zůstávají tomu, kdo je vybírá, tedy lékaři, zdravotnickému zařízení či lékárně. Ti jsou povinni použít je na úhradu nákladů spojených s provozem a modernizací, aby došlo ke zlepšení kvality zdravotnické péče. Pokud výše poplatků, které musí pojištěnec za daný rok uhradit, přesáhne takzvaný ochranný limit, jeho pojišťovna mu částku navíc vrátí, a to do 60 dnů od uplynutí čtvrtletí, ve kterém k překročení limitu došlo. Do tohoto limitu se ale započítávají jen některé poplatky.

Dnem 1. dubna 2009 vstoupila v platnost novela zákona číslo 48/1997 Sbírky., která mění paragrafy týkající se regulačních poplatků a doplatků na léčiva a jejich limitů, a dnem 1. 12. 2011, resp. 1. 1. 2012 novela, která mění výši regulačního poplatků za den poskytování ústavní péče a za recepty.

§Shrnutí kapitoly§

- V prostředí zdravotnictví každý pacient (svéprávná fyzická osoba) musí souhlasit a svolit se zpracováním osobních údajů, popřípadě udat, komu je možno jeho osobní údaje sdělit.
- Údaje o souhlasu nebo nesouhlasu se sdělením dat se zadávají do systému (kromě elektronické podoby je veden souhlas nebo nesouhlas pacienta také v písemné formě).

#1.4 Ambulantní a lůžková jednotka

V této kapitole se dozvíte: Pro které ambulantní a hospitalizační úkony se využívá nemocniční informační systém a jak jsou tyto jednotky propojeny.

Klíčová slova: administrace, ambulance, registrace, dokumentace, žádanka, nález, hospitalizace, lůžka, sesterská dokumentace, lékařské zprávy..

#1.4.1 Ambulance

Programové vybavení pro ambulance je určené pro podporu administrativní a medicínské práce odborných ambulantních pracovišť. Zahrnuje v sobě ambulantní registraci pacienta, tvorbu a tisk lékařské zprávy, zpracování speciálních vyšetření, jako je sonografie, cytologie, transfúzní protilátky, psychologické testy. Umožňuje posílání žádanek do laboratoří, tisk žádanek, poukazů, receptů, štítků, zadání diagnózy a provedených výkonů, regulačního poplatku a objednání další ambulantní kontroly, ukončení ambulantní registrace, převedení ambulantní epizody na hospitalizační, stornování údajů.

#1.4.2 Administrace pacienta

V ambulantní části rozumíme administrací pacienta údaje o pacientovi (jméno, adresa, datum narození a podobně), údaje o pojištění pacienta, doklady vyplňované při zahájení a ukončení ambulantních epizod. Údaje o pacientovi jsou veškerá administrativní data pacienta zadaná do systému, která popisují, kdo je pacient a co se s pacientem dělo během jeho pohybu v nemocnici. Ambulantní epizoda je etapa,

kteřá začíná zahájením ošetřování, pokračuje různými kontrolními návštěvami a končí ukončením ošetřování. Každá epizoda je navázána na zadaná data pacienta.

Kmenová data pacienta jsou ty údaje pacienta, které se prakticky nemění, jsou stálé. Při první evidenci pacienta (při prvním příjmu) jsou všechna kmenová data zadána do systému. Tím jsou jednou provždy přístupna pro všechny akce systému vztažené k pacientovi a až na výjimky je není třeba měnit (změna adresy bydliště, změna příjmení a podobně).

Informace o pacientovi je možnost, jak podle přístupových práv přihlášeného uživatele z libovolného místa počítačového pracoviště vyhledat jednoho konkrétního pacienta a zjistit o něm nejrůznější údaje od kmenových dat po přehled pohybů v nemocnici. Tedy z jednoho místa získat celkový přehled.

Zadání zdravotní pojišťovny, u které je pacient registrován, provádí uživatel při zadávání příjmových dat pacienta. Seznam názvů pojišťoven včetně jejich kódů je v systému předem nadefinován a pravidelně aktualizován.

Vyžaduje-li ambulantní návštěva pacienta další vyšetření (například sono, rtg., krevní obraz a podobně), lze v systému zadat a elektronicky poslat žádanku. Je třeba zadat typ požadovaného vyšetření, prováděcí pracoviště, datum a čas, prioritu vyšetření (rutina, akutní, statim), diagnózu, anamnézu, transport, žádajícího lékaře, popřípadě další komentář. Na požadovaném pracovišti se automaticky žádanka vytiskne. Pokud je žádanka poslána do některé z laboratoří, automaticky se zařadí do laboratorního informačního systému.

Ke každému vyšetření se píše nález. Může být zapsán ručně v papírové podobě k papírově vystavené žádance nebo elektronicky do systému. Nález napsaný do počítače se přiřadí k vystavené žádance a lze jej zobrazit nebo vytisknout jak na prováděcím tak na žádajícím pracovišti. Nález z laboratoří – z laboratorního informačního systému se automaticky přiřadí do systému NIS.

Každý výkon provedený pacientovi se musí vykázat příslušné pojišťovně. Sazebník výkonů vydává všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP).

#1.4.3 Hospitalizace

Programové vybavení hospitalizace je určeno pro podporu administrativní a medicínské práce lůžkových zařízení jak pro sestry tak pro lékaře. Umožňuje registraci a evidenci hospitalizovaných pacientů a zpracování záznamu o jejich hospitalizaci (příjem, průběh, přeložení, propuštění, dovolenky, statistika). Pro sestry umožňuje vést sesterskou péči, pro lékaře vedení dekurzu v čase (průběh, medikace, ordinace, šokový záznam, epikríza, pojišťovna). Výsledkem je zpracování a tisk přijímací a propouštěcí zprávy, tisk záznamu o hospitalizaci, chorobopisu, hlášení o příjmu a propuštění, tisk účtu pacienta, vedení porodopisu včetně zprávy o rodičce a novorozenci, operační protokoly, elektronické posílání žádanek a jejich výsledků, tisk žádanek, poukazů, receptů, štítků a zadání provedených výkonů pro pojišťovnu.

§Shrnutí kapitoly§

- Informace o ambulantních vyšetřeních se uchovávají v elektronické i papírové podobě ve formě volného textu nebo na předtištěných formulářích, vždy přiřazené do karty pacienta, včetně nálezů k požadovaným vyšetřením..
- Návaznost na lůžkové oddělení umožňuje předat data z ambulantní návštěvy pro lůžkový příjem.
- Součástí ambulantního i hospitalizačního procesu je také objednávkový systém, který je popsán v následující kapitole
- Každý pacient na lůžku má ke své identifikaci v počítači uloženu také kompletní anamnézu, průběh ošetření (dekurz), epikrízy, diagnózy, laboratorní a konziliární vyšetření, popisy nálezů ze zobrazovacích metod, operační zprávy, všechny typy zpráv týkající se hospitalizace (příjem, přeložení, propuštění, hlášení a podobně).
- Výstupy z hospitalizace pacienta slouží pro další případné ambulantní kontroly.

#1.5 Objednávkový systém

V této kapitole se dozvíte: že existuje komplexní možnost volby objednávky s účinným systémem vyhledávání volného místa pro objednávaného pacienta.

Klíčová slova: objednávky, pacient.

Objednávkový systém slouží k objednávání pacientů k vyšetření v ambulancích, lůžkové části a jiných specializovaných pracovištích zahrnutých v organizační struktuře NIS. Je složen z několika samostatných částí, které umožňují různé způsoby práce s objednávkami.

Hlavní objednávkový objekt uživateli nabízí komplexní možnost volby objednávky s účinným systémem vyhledávání volného místa pro objednávaného pacienta. Objednat pacienty lze na konkrétní datum a čas, na druh vyšetření, na konkrétní oddělení, stanici, místnost, ke konkrétnímu lékaři.

Další možností využití objednávkového systému je používání jednoduché objednávky, která umožňuje zjednodušené objednávky s konkrétním cílem, například objednat pacienta na kontrolu na vlastní ambulanci a podobně).

§Shrnutí kapitoly§

- Objednávkový systém slouží k objednávání pacientů k vyšetření v ambulancích, lůžkové části a jiných specializovaných pracovištích zahrnutých v organizační struktuře NIS.
- Je složen z několika samostatných částí, které umožňují různé způsoby práce s objednávkami.

#1.6 Elektronická medikace

V této kapitole se dozvíte: Co je to elektronická medikace, k čemu slouží, jak je vedena.

Klíčová slova: elektronická medikace, interakce léků, dekurz.

Papírový dekurz je a bude stále základním dokumentem celého léčebného a ošetrovatelského procesu při hospitalizaci pacienta. v případě přípravy medikace se místo přípravy na papírový dekurz medikace připraví elektronicky. Elektronická medikace se týká pouze léčivých přípravků (léků) schválených SUKL. Nutriční doplňky a individuálně vyráběné léky bez SUKL kódu není možné elektronicky předepsat (nemají oficiální kódy). Elektronická medikace spolu s tiskem nahrazuje ruční medikaci v papírovém dekurzu.

O lékové interakci mluvíme tehdy, když při současném podávání dvou nebo více léků dojde ke změně účinku některého z nich. Příčinou změny může být potrava, nápoje nebo jiné chemické látky, které se dostanou do organismu z okolí.

§Shrnutí kapitoly§

- Pro kontrolu interakcí zvolených léků program čerpá z informací SÚKL.
- Výběr léku se provádí zadáním jeho komerčního názvu.
- Po vyhledání interakcí léku je možné zobrazit celý SPC leták nebo jeho části, například. dávkování a kontraindikace.
- Systém nabízí také nahrazení prohlíženého léku lékem ze stejné ATC skupiny.
- Nutnost výběru léčiva z číselníku je ale nepodkročitelná z důvodu počítačově asistovaného vyhodnocování interakcí, kontroly medikace na pozitivní list a dalšího využití klinickými farmaceuty.

#1.7 Porodnice, gynekologické a novorozenecké oddělení

V této kapitole se dozvíte: Která dokumentace musí být vedena a jaká je provázanost těchto oddělení.

Klíčová slova: porodnice, novorozenec, gynekologie.

Kompletní agenda porodnického a novorozeneckého oddělení umožňuje různé volby způsobu práce (komplexní pohled i jednotlivé formuláře), jsou zde provázány údaje o matce i dítěti, výsledné tisky a elektronický výstup pro Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (UZIS)

Práci lze urychlit předvyplněním údajů o rodičce na gynekologické ambulanci před porodem, jednoduše lze překopírovat údaje z předchozího těhotenství, vést všechny nutné údaje pro formuláře: porodopis, hlášení o rodičce, hlášení o narození a tak dále.

Práci lze rozdělit do časových událostí (před přijetím, přijetí k porodu, po porodu, při propuštění), barevně označovat položky ve formulářích. Také lze předvyplnit zprávy o novorozenci pro novorozenecké oddělení, sdílet všechny společné údaje, tisknout různé zprávy na čistý papír nebo do formulářů Národního zdravotnického informačního systému (NZIS).

Vedou se zprávy a záznam o novorozenci (novorozenecký list), hlášení o narození, zpráva o rodičce, porodopis a to vše také v elektronických výstupech pro UZIS.

§Shrnutí kapitoly§

- Porodnice, novorozenecké oddělení a gynekologie jen speciálním případem hospitalizace
- V NIS jsou obvykle řešeny samostatně s ohledem na svou specifičnost.

#1.8 Operační sály

V této kapitole se dozvíte: Jaké údaje a dokumenty se vyplňují před, během a po operaci.

Klíčová slova: operační sál, operace, operační protokol.

Modul operačních sálů sleduje seznam žádanek na operace podle plánovacího diáře a pozvánek, poskytuje souhrnné informace o pacientovi a potřebné údaje z žádanky respektive ze stávající dokumentace pacienta. Umožňuje operační záznam pacienta nebo doplnění minulých záznamů (zápis diagnózy, výkonů a zvláště účtovaných materiálů (ZUMů), číslo záznamu, vložka, anamnéza, rizikové faktory, očkování, krevní skupina, tělesné údaje, dispenzarizace, tělesná měření včetně dlouhodobé grafického porovnání), také umožňuje import předdefinovaných textů, lékařských zpráv, receptů, nálezů a výsledků z minulých nebo doplňujících respektive souvisejících vyšetření. Umí objednávání komplementárních vyšetření jako je

instrumentální vyšetření, zdravotní pitva, laboratorní vyšetření materiálu, vyšetření zobrazovací technikou a podobně, umí objednávat hospitalizace, zdravotnického transportu a operací. Výsledné tisky jsou v sestavách jako je operační protokol, anamnézy, uživatelské formuláře, žádanky a štítky a podobně. Umožňuje také tisk různých přehledů a statistik.

§Shrnutí kapitoly§

- Pro operační sály lze také využít objednávkový systém.
- Datové výstupy z tohoto modulu se dotahují k pacientovi, například do propouštěcí, překladové zprávy a podobně.

#1.9 Rehabilitace

V této kapitole se dozvíte: Které úkony se s pacientem na rehabilitaci provádějí, jak vypadá plánovací a objednávkový systém procedur, které dokumenty je možno sestavit ze zadaných dat.

Klíčová slova: rehabilitace, plánování.

Modul zahrnuje fyzioterapeutickou péči a léčebnou rehabilitaci, eviduje seznam žádanek pacientů, objednávat vyšetření s možností registrace nového pacienta podle plánovacího diáře nebo pozvánky.

Umožňuje plánování procedur v grafickém znázornění vytíženosti pracovišť v týdenním rozsahu i v denním znázornění, manuální i hromadný režim objednávání procedur, barevné odlišení jednotlivých objednávek, různé možnosti pro tisky, možnost svázání jednotlivých objednávek do takzvaných balíčků, díky kterým lze plně využít disponibilní čas, aby nevznikaly časové mezery.

Modul umožňuje rozlišení úhrady vyžádané, navržené respektive předepsané péče podle Identifikačního čísla zdravotnického zařízení (IČZ), žádajícího lékaře a IČZ poskytovatele, pracuje s osobními údaji a příslušností k pojišťovnám podle data pojištění. Podává souhrnné informace o pacientovi, o jeho vyšetřeních, diagnózách, výkonech a zvláště účtovaných materiálech, anamnéze, rizikových faktorech, očkování, krevní skupině, tělesných údajích a měřeních, dispenzarizaci a podobně.

Umožňuje psát lékařské zprávy včetně importu předdefinovaných textů, receptů, nálezů a výsledků, umožňuje objednávání komplementárních vyšetření jako je funkční diagnostika, instrumentální vyšetření, zdravotní pitva, laboratorní vyšetření materiálu, vyšetření zobrazovací technikou a podobně, umožňuje objednávat hospitalizace, zdravotnický transport a operace. Tiskne recepty, neschopenky, poukazy a další tiskové sestavy (ambulantní karta, lékařská zpráva, anamnézy, uživatelské formuláře, žádanky a štítky a podobně), zobrazuje přehled stavů na lůžkových odděleních a další přehledy a statistiky.

§Shrnutí kapitoly§

- Modul umožňuje automatický příjem žádanek z jiných oddělení, standardní skupiny procedur – standardní terapie, objednávání na pracoviště, hromadné plánování, sledování obsazenosti pracovišť, procedur.
- Umožňuje kontrolu frekvence, kontrolu kolizí, nastavení pracovní doby, blokování času, jednoduchou manipulaci s objednávkami, více způsobů zobrazení objednávek, automatické účtování provedených výkonů (procedur), statistiky (provedených výkonů, neprovedených výkonů, cvičitelů, a podobně).
- Má různé možnosti pro nastavení parametrů procedur a pracovišť, tisky, přehledy, pro přístup do dokumentace pacienta a podobně.

#1.10 Laboratoře

V této kapitole se dozvíte: Že laboratorní informační systémy slouží pro podporu administrativní a medicínské práce odborných laboratoří, které laboratoře to jsou, čím se liší od ostatních modulů a co vše obsahují.

Klíčová slova: laboratoř, LIS, SLP, žádanka, registrace.

Laboratorní informační systém (dále jen LIS) je programové vybavení určené pro podporu administrativní a medicínské práce odborných laboratorních pracovišť, jako je biochemie, hematologie, imunologie, RIA laboratoře, sérologie, virologie, cytologie, genetika, alergologie, nukleární medicína a tak dále. Laboratorní pracoviště plně integruje Národní číselník laboratorních položek a systém práce daný tímto standardem.

LIS je nástrojem pro podporu práce v laboratořích. Vznikl jako součást klinické části. Postupně obsáhl všechny běžné typy laboratoří a v současnosti je vybaven veškerými uživatelskými funkcemi, které charakterizují činnost laboratorních specialistů včetně laboratorních kontrol. Systém důsledně dodržuje a využívá standardy v souladu s národním číselníkem laboratorních položek. Samozřejmě součástí dodávek LIS je připojení analyzátorů a laboratorních přístrojů podle komunikačních protokolů. Analyzátory jsou sestavy laboratorních měřících přístrojů řízené počítači, které automaticky zpracovávají velké množství vyšetření.

LIS je možné provozovat jako součást nemocničního informačního systému nebo samostatně.

#1.10.1 Laboratorní informační systém a laboratorní žádanka

LIS v komunikaci s NIS umožňuje příjem žádanek z oddělení nebo ruční vkládání externích žádanek, zadávání výsledků manuálně nebo příjmem z analyzátoru, vydání výsledků a jejich interpretace, odesílání výsledků na oddělení, tisky a odesílání sestav, tisky kumulativních nálezů, denních knih, pracovních listů, různých protokolů a podobně, účtování výkonů pro zdravotní pojišťovny a exporty dat pro různé statistiky.

Pro urychlení práce v laboratoři lze využít možnost nadefinování a následného výběru metod, souborů nebo skupiny metod používané v dané laboratoři. Systém nabízí také různé tisky metod podle zadaných kritérií nebo tisk knihy výsledků.

Kontrola kvality napomáhá zkvalitňovat měření, odhalovat a odstraňovat náhodné i dlouhodobé chyby. Umožňuje okamžité grafické zvýraznění chybného výsledku kontrolního měření. Uživatel si může nastavit množství kontrol i sledované parametry, statistické výpočty z výsledků měření vzorků pacientů nebo výsledků jedné metody

Laboratorní žádanka je písemný nebo elektronický doklad specifikující požadavky na laboratorní vyšetření. Obecně lze na žadance identifikovat tři skupiny dat: za prvé identifikaci pacienta (příjmení, jméno, rodné číslo, kód zdravotní pojišťovny, diagnózu), za druhé údaje o žadateli - subjektu, odkud je požadavek odeslán

(ordinující lékař, včetně specifikace jeho pracoviště) a za třetí požadovaná vyšetření a akutnost požadavku.

Zaslané požadavky na laboratorní vyšetření je třeba archivovat (elektronicky i tiskem); takže i elektronicky zasílané požadavky (přenos z NIS) jsou doprovázeny jejich tištěnou formou.

Žádanka může nabývat tří stavů, a to rutina (provést následující den nebo podle rozpisu metod v laboratoři), akutní (provést co nejdříve) a statim (provést okamžitě – pacient je v bezprostředním ohrožení života).

#1.10.2 Technika a přístroje

Laboratorní analyzátory jsou přístroje nebo soustavy přístrojů, které automaticky nebo poloautomaticky provádějí měření jednoho nebo řady analytů ve vzorku.

Propojení laboratorních analyzátorů s laboratorním informačním systémem vede ke zvýšení provozní spolehlivosti, snížení chybovosti, zvýšené produktivity a efektivitě práce. Tyto analyzátory pracují on-line, požadavky se automaticky přenášejí do přístrojů a po změření se výsledky přenesou zpět do systému. Teprve po kontrole se výsledky odesílají žadatelům nebo se tisknou.

#1.10.3 Propojení SLP a NČLP, co to je?

SLP (Správná laboratorní praxe) je informační systém pro zlepšování organizace pracoviště a trvalého řízení kvality prováděných vyšetření. Je to systém umožňující komplexní dokumentaci požadování a postupů vyšetření (klinické potřeby, kontrolní postupy, rutinní provedení, odběry vzorků, způsob zacházení se vzorky, vybavení laboratoře, dokumentace, příprava kontrolních vzorků, kontrola kvality, zpracování dat, pracovní listy metod a tak dále), způsobů vydávání výsledků, konzultační činnosti, vybavení laboratoře, údržby, systému bezpečnosti práce.

Jeho výhodou je obousměrná komunikace s LIS a návaznost na NČLP (Národní číselník laboratorních položek).

§Shrnutí kapitoly§

- Laboratorní informační systém bývá plnohodnotnou součástí Nemocničního informačního systému
- Pro uživatele má příjemné a přehledné uživatelské prostředí s jednoduchým ovládáním.
- Umožňuje bezproblémové připojení libovolných dostupných analyzátorů. Integrovaný systém kontroly kvality zvyšuje přesnost měření a eliminuje chybovost.
- Má plnou podporu Správné laboratorní praxe a datového standardu. LIS splňuje požadavky moderní laboratoře.

#1.11 Radiodiagnostika

V této kapitole se dozvíte: Čím se radiodiagnostika zabývá, která vyšetření zahrnuje, jaké jsou principy práce.

Klíčová slova: Radiodiagnostika.

Je programové vybavení určené pro podporu administrativní a medicínské práce odborných radiodiagnostických pracovišť (CT, RDG, SONO, MR, MG, ANGIO, SPECT, PET a podobně). Každé pracoviště má svoje specifické metody a postupy, jejichž součástí je zpracování vyšetření (evidence, objednání vyšetření, popis, tisk), seznam, tisk žádanek, poukazů, receptů, štítků a plánovací kalendář. Pro potřeby pojišťoven je možné rozlišení úhrady vyžádané péče podle Identifikačního čísla zdravotnického zařízení (IČZ) žádajícího lékaře a poskytovatele.

Dále se zde evidují osobní údaje pacientů, příslušnost k pojišťovnám, souhrnné informace o pacientovi, jeho vyšetření, diagnózy, výkony, zvláště účtované materiály, dávky ozáření, lékařské zprávy, objednávání zdravotnického transportu, tiskové sestavy a přehledy a statistiky, systém pořízení, archivace a přenos obrazové informace, předdefinované a vlastní formáty snímků, jejich ukládání a podobně.

#1.11.1 Obrazová informace

Obrazová informace může být nadstavbovým modulem nad klinické moduly. Umožňuje snímání, uchování a vyhledání dat různého formátu jako jsou obrazové informace, statický videesignál, data z CT a MR, standardizované formáty DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) a videosekvence. Uživateli přináší integraci obrazových dat s elektronickou textovou dokumentací, včetně sdílení obrazových dat v rámci celé sítě NIS. Umožňuje také archivaci systémem PACS (Picture Archiving and Communications System).

§Shrnutí kapitoly§

- Počítačový systém PACS zajišťuje akvizici, archivaci, distribuci snímku v rámci celé sítě.
- Vizuelní získává všechny informace pro účel diagnostiky, informace mezi lékaři na vzdálených pracovištích.
- Umožňuje integraci zobrazovacích metod na jeden display, eventuelně fúzi jednotlivých vyšetření (CT/NMR, CT/PET, PET/NMR, SPECT/NMR a SPECT/CT).
- Umožňuje tím nejen získat ale i porovnat informace jak anatomické tak funkční.

#1.12 Patologie

V této kapitole se dozvíte: Pro která oddělení se modul využívá a co umožňuje.

Klíčová slova: patologie.

V modulu patologie se řeší biopsie, cytologie, nekropsie, a podobně. I zde se pracuje se žádankami (příjem žádanek z oddělení, jejich stavy) a nálezy. Lze zde využívat automatický sled činností, předdefinované texty, tisk výsledků, práce s archívem. Je zde přímé propojení se všemi oblastmi NIS.

§Shrnutí kapitoly§

- Modul umožňuje standardní práci se žádankami určené pro patologická oddělení.

#1.13 Transfuzní stanice

V této kapitole se dozvíte: Ke kterému modulu má nejbližší transfuzní stanice.

Klíčová slova: krevní banka, transfuzní stanice.

Součástí LIS může být také submodul pro krevní banku a činnosti běžné transfuzní stanice, který spolupracuje s LIS v on-line režimu. v systému se nastavuje jako samostatné pracoviště konkrétního oddělení. Krevní banka umožňuje vedení veškeré dokumentace o příjmu (nákupu) a výdeji (prodeji) krevních konzerv jak z vlastní, tak i cizích transfuzních stanic, jejich rezervaci pro pacienta prostřednictvím ručně vkládaných nebo on-line vystavených (elektronických) žádanek a o výsledcích provedených testů. Příjem transfuzních přípravků do systému je umožněn manuálně nebo sesnímáním dat (čárového kódu), které se nacházejí na štítku přípravku. Příjmy a výdeje jsou k dispozici v různých typech přehledů a statistik, u pacienta se nabízí kumulativní přehled výsledků i v grafické podobě. Účtování výkonů u pacienta do zdravotní pojišťovny se děje automaticky na pozadí. Všechny činnosti jsou identifikovány jménem pracovníka, který je provedl. Transfuzní stanice je propojena s ambulancí pro vyšetřování dárců a eviduje odběry krve a výsledky předepsaných testů. V definicích se nastavují parametry prováděných testů a další číselníky, o činnosti stanice informují přehledy a statistiky.

§Shrnutí kapitoly§

- Modul transfuzní stanice je on-line napojen do laboratorního informačního systému
- Elektronicky přijímá žádanky a vystavuje výsledky, umožňuje tisky, archivaci, statistiky.

#1.14 Pojišťovny

V této kapitole se dozvíte: jaké informace se zpracovávají v modulu pojišťovna.

Klíčová slova: pojišťovna, vykazování, číselníky, kontrola.

Modul pojišťovny zabezpečuje veškeré činnosti spojené s účtováním výkonů na všechny typy účtů, sestavování dokladů a dávek, kontroly dat a má vazbu na centrální registr pacientů (minimalizace chyb v rodných číslech).

Účty pacienta jsou dostupné prostřednictvím příslušných subsystémů, je zde možnost automatického zakládání účtů, opravy účtů a dokladů, hromadný vstup dat, vstup na číselníky, výpisy dokladů, různé přehledy a aktualizace číselníků podle současné legislativy.

Programové vybavení poskytuje veškeré potřebné služby spojené s vykazováním zdravotním pojišťovnám, zajišťuje všechny základní druhy dokladů pro pojišťovny, pracuje podle metodiky VZP na vykazování výkonů, kapitace a DRG (*Diagnosis Related Group*). Využívá efektivní práce s kontrolami frekvence výkonů a vyšetření, pasportizace smluvních výkonů a léků, automatické kontroly a opravy podle metodiky VZP, sleduje historii pojištění, výkonů a léčiv jednotlivých pacientů, zpracovává veškeré statistiky apod.

***DRG** je klasifikační systém, který zařazuje případy hospitalizace na základě tzv. atributů případu do DRG (skupin). Je to nástroj, který vytváří omezený počet klinicky a ekonomicky homogenních skupin = případů (DRG) a umožňuje porovnávat relativní náročnost na zdroje (aproximovanou výší nákladů) u případů, zařazených do těchto skupin.*

Možnosti využití DRG jsou vhodné pro financování lůžkové péče. Existuje mnoho možností využití DRG při financování od pevné platby za případ zařazený do konkrétní DRG až po vytváření rozpočtů založených na měření produkce pomoci DRG. Je to nástroj pro řízení nemocnice v přístupu k poskytované péči přes klinicky a ekonomicky srovnatelnou jednotku (případ hospitalizace zařazený do DRG skupiny). DRG představuje jazyk, který umožní lépe komunikovat pracovníkům rozdílného zaměření (například ekonomům s lékaři) ve složitém prostředí nemocnice

při poskytování lůžkové péče. DRG je nástroj pro měření produkce a nástroj využitelný v systému měření kvality.

§Shrnutí kapitoly§

- Tento modul umožňuje sběr dat pro plátce zdravotní péče na klinických pracovištích, na pořizovnách i načítáním z jiných aplikací a centrální zpracování dat pro plátce.
- Umožňuje vyhodnocení těchto dat pro potřeby nemocnice pomocí statistik a přehledů.
- Umožňuje napojení na rozhraní ekonomického systému nemocnice s cílem předávat data, nutná pro fakturaci plátcům i rozborů nákladovosti zařízení.
- Uživateli přináší automatizaci činností spojených s výkaznictvím, zvýšení pravděpodobnosti správnosti a úplnosti vykazování péče, lepší kontrolu pořizování dat a možnost integrace různých vykazovacích systémů.

#1.15 Lékárna

V této kapitole se dozvíte: že modul je určený pro provoz nemocničních lékáren, přináší uživateli integraci všech činností v jednom systému a integraci s jinými částmi NIS.

Klíčová slova: lékárna, číselníky, doklady, objednávky, recepty.

Modul lékárna může pracovat samostatně nebo v návaznosti na NIS. Lékární mohou mít více skladů (skladová evidence – výdej a příjem), mohou využívat interní žádanky, evidenční karty zásob, receptáře, elaborace, evidence odběratelů a dodavatelů, automatické tvorby objednávek a cenové rozborů. Modul pracuje s číselníky ZP, využívá čárového kódu EAN, umí fakturace, tisky a archivace.

§Shrnutí kapitoly§

- Modul je určený ke sledování a vyhodnocování efektivnosti práce s léky a zdravotním materiálem.

- Je přímo napojený na klinický modul, kde umožní zadávat denní ordinace či spotřebu jednotlivých preparátů.
- Umožňuje práci se všemi vrstvami číselníků léčiv od celostátních číselníků přes farmakologické pozitivní listy nemocnice až po uživatelské číselníky na odděleních.
- Ze získaných dat vytváří statistiky nad jednotlivými pracovišti nebo nad celým zařízením podle jednotlivých kritérií.
- Je určen pro management různých úrovní v nemocničních zařízeních.
- Uživateli přináší snadnou kontrolu nad efektivitou podávání léků a materiálů v nemocnici.

#1.16 Stravovací provoz

V této kapitole se dozvíte: co vše lze pomocí stravovacího systému sledovat, řídit, automatizovat.

Klíčová slova: strava, objednání, jídelníček, výdej.

Modul stravovací provoz se v zásadě dělí na objednávání patientské stravy a zaměstnanecké.

#1.16.1 Objednávání patientské stravy

Objednávání patientské stravy automatizuje práci nutričních terapeutů sběrem požadavků na stravu z lůžkového oddělení, umožňuje tvorby jídelníčků a receptur, přehledů, množství a druhů jídel a jejich nákladů, normování, archivace a tisky, návaznost na sklad potravin.

#1.16.2 Objednávání a výdej zaměstnanecké stravy

Při objednávání a vydávání zaměstnanecké stravy se využívá čipových magnetických karet. Platbu za stravu lze uskutečnit prostřednictvím kreditu, srážkou ze mzdy nebo fakturou. Objednávky stravy jdou přes intranet nebo internet prostřednictvím webového prohlížeče, kde lze zjistit okamžitý přehled o objednaných

a odebraných jídlech, burzu jídel, různé přehledy o stavu a pohybech na účtu, velikosti kreditu a podobně.

System podporuje neomezený počet výdejních terminálů a širokou možnost konfigurace vydávaných jídel, on-line přehled o vydaných a zbývajících jídlech, identifikace strávnicka pomocí karty, pomocí čárového kódu nebo manuálním zadáním.

§Shrnutí kapitoly§

- NIS řeší provoz stravovacího provozu ve zdravotnickém zařízení od evidence surovin, přes tvorbu receptur a jídelníčků až po objednávání a normování stravy a komunikaci se skladem.
- Umožňuje on-line objednávání z klinických oddělení, pokud je nasazen v rámci celého NIS.
- Umožňuje propojení se systémem elektronických karet.
- Je určený pro podporu práce nutričních terapeutů a pracovníků stravovacích provozů v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních.
- Uživateli přináší kompletní integraci všech činností v jedné aplikaci, možnost sledování nákladů na stravu a lepší efektivnost stravovacího provozu.

#1.17 MTZ sklad, evidence zásobování

V této kapitole se dozvíte: co vše lze elektronicky evidovat.

Klíčová slova: MTZ, evidence, zásobování.

Tento modul vede evidenci materiálových a finančních toků na skladě, skladové karty, příjemky a výdejky, přehled čerpání prostředků jednotlivými subjekty, kontroluje stav zásob, umožňuje storna a opravy, převody, přehledy pohybů, výdejů a zpětné kontroly, podklady pro inventuru, pracuje s interními žádankami, automaticky zúčtovává a kontroluje.

§Shrnutí kapitoly§

- Elektronické vedení a evidence MTZ skladu urychluje a zpřehledňuje skladové operace.
- Umožňuje ekonomické a statistické výstupy.

#1.18 Doprava ve zdravotnictví, sanitky

V této kapitole se dozvíte: jaké problémy řeší zdravotnická doprava.

Klíčová slova: rychlá záchranná služba, doprava, sanitky.

Modul RZP (rychlá záchranná pomoc) eviduje seznam výjezdů rychlé záchranné služby, registrace výjezdů (dispečink), identifikace pacienta (základní osobní údaje), automatický vstup potřebných údajů z žádanky resp. ze stávající dokumentace pacienta a zprávu o zásahu. Umožňuje různé tiskové sestavy a souhrnné informace o pacientovi, přehledy a statistiky, využívá interních žádanek na přepravu pacientů, eviduje dopravní prostředky, řidiče, posádky, sleduje náklady, plánuje údržby vozidel, směny řidičů, je napojen na CCS, účtuje výkony na pojišťovny, archivuje data a aktualizuje číselníky.

Záchranné služby ve střední Evropě jsou tradičně organizované jako lékařské záchranné služby. To znamená, že v případě vážné nehody nebo náhle vzniklé život ohrožující příhody vyjíždí přímo na místo lékař (takzvaná Rychlá lékařská pomoc - RLP). Se stále se zvyšujícími nároky na kvalitu a dostupnost přednemocniční péče začínají v posledních letech i u nás nabývat na významu posádky záchranné služby bez lékaře (Rychlá zdravotnická pomoc – RZP). Jsou jednak nasazovány v případech, kdy důvod výjezdu není tak závažný, aby vyžadoval přítomnost lékaře, a jednak jejich existence dovoluje za finančně přijatelných podmínek rozšířit počet stanovišť a tím snížit dojezdové doby. Posádky RZP jsou přitom cvičeny v provádění neodkladné resuscitace i některých dalších život zachraňujících úkonů. v některých místech u nás tak již dnes zabezpečují posádky bez lékaře většinu výjezdů záchranné služby. Součástí systému v ČR je i 10 stanovišť letecké záchranné služby. Zdravotnická osádka vrtulníku je zpravidla dvoučlenná a tvoří ji lékař a záchranář.

§Shrnutí kapitoly§

- Dopravou se rozumí součást zdravotní péče, která je poskytována pracovištěm zdravotnické záchranné služby, dopravní zdravotní služby nebo jinými subjekty, které splňují podmínky podle zvláštních předpisů.
- Doprava zahrnuje místní převozy, dálkové převozy, převoz doprovodu pacienta, infekční převozy, jízdy vozidla ZZS, převozy patologických novorozenců a novorozenců s nízkou porodní hmotností, leteckou přepravu, převoz na pitvu a z pitvy, dopravu zdravotnických pracovníků v návštěvní službě, dopravu lékařů v LSPP (lékařská služba první pomoci), dopravu transfuzních přípravků, speciálních léčiv, tkání a orgánů k transplantaci, dopravu lékaře, nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu.

#1.19 Finanční informační systém FIS – finance a ekonomika

V této kapitole se dozvíte: co to je finanční informační systém.

Klíčová slova: ekonomika, účetnictví, mzdy, personalistika.

#1.19.1 Účetnictví

V účetnictví automatizuje vstupy a vazby dokladů z jiných subsystémů NIS a jejich přenos, zúčtovává a archivuje doklad, definuje účty, vede hlavní knihu, hlídá pohyby na účtech a výkaz zisků a ztrát, umí rozvahy a uzávěrky měsíce nebo roku, umí různé přehledy, kontroly a statistiky včetně jejich tisků, pracuje s aktuálními číselníky.

Umí evidenci pokladen a pokladních knih, tiskne příjmové a výdajové doklady, účtuje v reálném čase, pracuje s aktuálními číselníky a DPH, vede objednávky a faktury a jejich přehledy a stavy. Provádí fakturace, tisky, přehledy uhrazených a neuhrazených plateb, vede přehled o evidenci drobného majetku a skladových karet, hlídá přesuny, likvidace, převody a storna, hlídá investiční majetek, odpisy, převody majetku, likvidace a pohyby, vede inventární záznamy. Vytváří sestavy, vede evidenci závazků a pohledávek, generuje očekávané platby, řadí je do fronty příkazů, automaticky zaúčtovává a vyhodnocuje.

#1.19.2 Mzdy

Mzdové náklady většinou představují největší zátěž organizace. Proto je mzdová oblast zpracována samostatně v detailu až na jednotlivé zaměstnance.

#1.19.3 Personalistika

Modul personalistiky vede osobní údaje pracovníků, údaje o pracovních poměrech a jejich průběhu, eviduje vzdělání, kurzy a praxe, změny, smlouvy, potvrzení a přehledy. Pracuje s měsíčními pracovními výkazy, plánuje přehled a čerpání dovolené, nepřítomnost, neschopenky, eviduje průkazky, vytváří a tiskne různé sestavy (nástupy a výstupy, zápočtový list, přehledy o důchodcích, jubilea).

§Shrnutí kapitoly§

- Modul finance je velmi složitý a důležitý prostředek pro kvalitní ekonomické řízení zdravotnických zařízení.
- Má vazby na další subsystémy a statistiky.

#1.20 Management a řízení - MIS

V této kapitole se dozvíte: k čemu slouží manažerský informační systém.

Klíčová slova: management, řízení, rozhodování, statistiky.

Manažerský informační systém (dále jen MIS) je moderní nástroj, který zpřístupňuje a dává do souvislosti data a informace z různých informačních systémů provozovaných v nemocnicích či v jiných organizacích. Je určen pro podporu manažerského rozhodování na všech řídicích úrovních organizace libovolného typu. Pro nemocniční praxi má (na rozdíl od standardně dodávaných systémů) zabudované nástroje pro podporu řízení ve zdravotnictví.

Prezentační vrstva tohoto systému umožňuje jednoduché vytváření a nastavování dotazů (to jest pohledů na data) a spouštění těchto dotazů. Současně umožňuje nastavit a používat editaci vybraných dat.

Poskytuje informace pro rozhodování a řízení, rozборы, rozvahy, výsledovky, finanční analýzy, plán a rozpočet. Sestavuje statistiku lékařských výkonů, statistiku pohybu pacientů, využití lůžek a komplementu, hospitalizační a výkonové ukazatele, umožňuje analýzy vykazování pojišťovnam, zatížení personálu, přehled hospodaření nemocnice, potřeby lékařských výzkumů, komunikace s pojišťovnami, vytváří tabulky a grafy. Sleduje hospodaření nemocnice s možností grafických výstupů, exportu do Excelu, tvorbu statistik, prezentací, práce s databázemi a tisky.

Aplikace MIS využívá standardní uživatelské prostředí Microsoft. Umí aktivní tvorbu dotazů a jejich výsledky zobrazit v tabulkách i grafech, umožňuje aktivní přístup do primárních databází, aktivní práci s výsledky, filtrování dat, třídění sloupců a řádků, editace dat, barevné zvýraznění kritických hodnot, exporty do MS Office, tiskové výstupy a podobně.

§Shrnutí kapitoly§

- Manažerský informační systém MIS je vybudován na informační platformě nemocničního informačního systému NIS,
- Má nejefektivnější přístup k největšímu množství nemocničních dat, a to až na prvotní záznamy.
- Uživatelům komponent NIS přináší MIS významné užité hodnoty jak v ceně tak ve funkčnosti.

#1.21 Statistiky, NZIS, hlášení

V této kapitole se dozvíte: proč data slouží ke sběru a zpracování.

Klíčová slova: NZIS, ÚZIS, statistiky.

Aplikace umožňuje sestavovat hlášení a výkazy pro ÚZIS (tvorba dávek, tisk průvodních listů, uložení dávek), modifikuje program pro konkrétní rok a jeho metodiku vykazování NZIS, vytváří standardní formuláře a výkazy podle míry dostupnosti údajů v informačním systému, umožňuje tisky a výstupy na záznamová média.

§Shrnutí kapitoly§

- Základním účelem a předmětem sběru informací a zpracování statistik je řízení a koordinace plnění úkolů Národního zdravotnického informačního systému včetně činností souvisejících s rozvojem a zdokonalováním NZIS
- Slouží k vedení národních zdravotních registrů, k poskytování informací v rozsahu určeném právními předpisy při respektování podmínek ochrany osobních dat občanů (zákon 101/2000 Sbírky., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů) a k využití informací v rámci zdravotnického výzkumu.

#1.22 Další programové vybavení a nástroje pro správu

V této kapitole se dozvíte: Co všechno musí programy pro správu a modifikaci systému udržovat a jaké softwarové a hardwarové vybavení bývá na počítačích používající NIS.

Klíčová slova: centrální registr, číselníky, nadstavba, věda, výzkum, knihovna, SW.

#1.22.1 Nástroje pro správu NIS

Nástroj pro správu NIS komplexně zabezpečuje celý systém. Základem je centrální registr pacientů (údržba kartotéky, validace patientských záznamů, vyhledávání a opravy duplicit, sledování změn registru pacientů a podobně). V údržbě číselníků vede správu uživatelů a uživatelských práv, vede číselníky pracovišť, pracovních skupin, objednávkových knih, vykazujících subjektů, číselníky útvarů, počítačů, spolupracujících zdravotnických zařízení, VZP a jiné.

Správce má k dispozici silný nástroj, který mu umožňuje neustále udržovat a aktualizovat datový sklad a jeho data (tabulky, datový sklad, nastavení globálních parametrů, správu uživatelů a jejich přístupových práv, nastavení databází, exporty a importy dat).

Většina NIS jsou vyvinuta v architektuře client – server s využitím všech možností databázového systému. k základním přednostem patří například nezávislost aplikace

na technické platformě, databázová nezávislost a zabudovaný systém ochrany dat před ztrátou. Na pracovních stanicích sítě je využíváno prostředí MS WINDOWS, což umožňuje snadnou komunikaci nejen uvnitř informačního systému, ale i s jeho okolím. Tyto přednosti může využít například v napojení na jiný systém nebo zpracování vybraných dat v tabulkovém, či textovém editoru.

#1.22.2 Další programové vybavení, komunikace, věda a výzkum, výuka

Další programové vybavení umožňuje instalace dalšího podpůrného software jako například MS Office, Photoshop, poštovní klient, Internet, PACS a podobně. Připojení do sítě WAN umožňuje přístup na Internet a další komunikace a aplikace, kterými sleduje statistiky, využívá interní i externí poštu, pracuje s Intranetem.

Programové vybavení NIS je psáno tak, aby nebylo závislé na žádném jediném konkrétním výrobci, ale aby ho bylo možné provozovat na široké škále SW i HW platform. Operační systémy řídicích počítačů mohou být Linux, UnixWare, Windows, NetWare nebo jiné platformy. Operační systémy pracovních stanic pracují nejčastěji na Windows.

Koncepce NIS umožňuje použití širokého spektra techniky jak na straně serverů, tak na straně pracovních stanic. Důsledně a několikaúrovňově je zajištěno zabezpečení systému proti ztrátě dat.

§Shrnutí kapitoly§

- Programy pro správu systému jsou nedílnou součástí NIS, jejich správci tak neustále aktualizují číselníky všech kategorií, provádí jejich údržbu, starají se o patientské záznamy.
- NIS je komplexní informační systém, který je určen pro všechny typy nemocnic.
- NIS je zaměřený především na poskytování nemocniční péče, jejího vykazování pojišťovněm a další úkony spojené s provozováním nemocničních zařízení.
- Jde o modulární systém, který je možno konfigurovat podle požadavků a potřeb uživatele.

- Obsahuje systémy pro klinickou a zdravotní péči, finanční a ekonomické úseky, administrativní a správní úseky a management.
- Musí splňovat a zabezpečovat požadavky na ochranu a bezpečnost patientských dat.

§Kontrolní otázky a úkoly:§

1. Co jsou informační systémy (IS) obecně?
2. Co je to nemocniční informační systém?
3. Jaké vlastnosti mají IS splňovat?
4. Proč se data zálohují?
5. Jak se uživatel přihlašuje do IS?
6. Jaké moduly NIS znáte?
7. Z čeho se skládá klinický modul?
8. Jaké jsou cíle medicínské části NIS?
9. Vysvětli pojem osobní data.
10. Jaké dokumenty pacient o ochraně svých osobních dat podepisuje a co musí obsahovat?
11. V čem spočívá administrace dat (ambulantní registrace) ambulantního pacienta?
12. Která patientská data se do systému vkládají?
13. Jak se tvoří rodné číslo, kolik obsahuje znaků a co pro něj platí?
14. Proč se zadává pojišťovna u pacienta? Které položky jsou na pojišťovnu navázány?
15. Co je to žádanka a jaké typy žádanek znáte?
16. Kam se žádanky posílají, co vše musejí obsahovat?
17. Co to jsou lékařská data?
18. Co je to elektronická medikace?
19. Jak fungují lékové interakce?
20. V čem spočívá zadávání provedených výkonů?

21. Co jsou to regulační poplatky?
22. Jak probíhá administrace hospitalizovaného pacienta?
23. Které položky se zadávají při hospitalizaci?
24. Jaké jsou procesy hospitalizace?
25. V čem se liší sesterská a lékařská dokumentace k pacientovi?
26. K čemu slouží kategorie pacienta?
27. Jaké jsou výhody objednávkového systému?
28. Co očekáváte, že by mělo v objednávkovém systému pacientovi jít zadat?
29. Jaká dokumentace musí být vedena pro porodnici (eventuelně gynekologii a novorozenecké)
30. V čem se liší porodnice od běžné hospitalizace?
31. Jaké jsou možnosti modulu rehabilitace?
32. Jaká pracoviště využívají Laboratorní informační systém (LIS)?
33. Jaké procesy LIS umožňuje?
34. Jak se projevuje komunikace LIS s NIS?
35. Má modul laboratoř také vazbu na pojišťovny?
36. Co je to SLP?
37. Která pracoviště využívají modul Radiodiagnostika?
38. V jakém formátu se standardně uchovávají obrazové informace ve zdravotnictví?
39. K čemu slouží modul pojišťovna?
40. Jaké funkce modul pojišťovna podporuje?
41. Jaké zdravotní pojišťovny v ČR znáte?
42. Jaké jsou výhody stravovacího modulu?
43. Pro koho slouží stravovací modul?
44. Co vše umožňuje modul RZP, dopravy a sanitky?
45. Co je to FIS a čím se zabývá?

46. Jaké jsou funkce manažerského systému, komu a k čemu slouží?

47. K čemu slouží statistiky ve zdravotnictví?

48. Které další programové vybavení kromě NIS byste na počítači využili a k čemu?

§Vysvětlivky zkratk§

IČZ identifikační číslo zdravotnického zařízení

IČL identifikační číslo lékaře

IČP identifikační číslo pracoviště

NIS nemocniční informační systém

HIS Hospital information system

LIS laboratorní informační systém

MIS manažerský informační systém

VNIS výukový nemocniční informační systém

ZP zdravotní pojišťovna

DG diagnóza

DRG Diagnosis related groups

NZIS národní zdravotnický informační systém

ÚZIS ústav zdravotnických informací

ZUM zvlášť účtovaný materiál

NZR národní zdravotní registr

RTG rentgen

OP občanský průkaz

RZS rychlá záchranná služba

VZP všeobecná zdravotní pojišťovna

SLP správná laboratorní práce

NČLP národní číselník laboratorních položek

MKN10 mezinárodní klasifikace nemocí

HW hardware

SW software

#2 Část druhá – Zdravotnická dokumentace a legislativa

V této kapitole se dozvíte:

- základní informace o platné zdravotnické legislativě,
- jakým způsobem musí být ze zákona vedena, uchována a skartována zdravotnická dokumentace a její jednotlivé součásti,
- jaké jsou jednotlivé součásti zdravotnické dokumentace, jak se označuje, k jakému účelu slouží,
- práva a zákony o nahlížení do zdravotnické dokumentace z ohledu na zdravotnické pracovníky, pacienty a jejich rodinné příslušníky.

Po jejím prostudování byste měli být schopni:

- znát základní informace o legislativě týkající se zdravotnické dokumentace,
- se orientovat ve znalosti zákonů, které jsou platné v České republice,
- umět analyzovat a charakterizovat zdravotnickou dokumentaci,
- vysvětlit a znát pravidla a zákony, kdo a jak může nahlížet do zdravotnické dokumentace, jak se uchovává zdravotnická dokumentace a jak se do ní zapisuje.

Klíčová slova kapitoly: zdravotnické zákony, legislativa, zdravotnická dokumentace, vyhlášky

@Průvodce studiem ke kapitole Legislativa ve zdravotnictví

V této kapitole budete uvedeni do problematiky legislativy týkající se zdravotnické dokumentace, jejího vedení, uchování a následné skartace. Je nutné znát veškeré zákony, které se vztahují k této oblasti a také vědět, kde znění těchto zákonů nalezneme. Je také potřebné sledovat změny, které v této oblasti byly učiněny. Základním informačním zdrojem jsou webové stránky Ministerstva zdravotnictví České republiky. Na zvládnutí této kapitoly budete potřebovat asi 4 hodiny, tak se pohodlně usadte a nenechte se nikým a ničím rušit. @

#2.1 Zdravotnické zákony

Novela zákona č. 20/1966 Sb. z 26. června 2001 poprvé kodifikovala **všeobecnou povinnost zdravotnických zařízení vést zdravotnickou dokumentaci** a současně dosti přesně **vymezila pravidla pro její vedení, uchovávání, nakládání s ní a její následnou likvidaci**. Novela významně **sjednotila legislativu tak, aby požadavky na zdravotnickou dokumentaci pro všechny druhy a formy zdravotnických zařízení byly stejné v celé České republice**.

V odstavci 1 paragrafu 67b je uloženo povinně **všem zdravotnickým zařízením vést zdravotnickou dokumentaci** - tedy nejen nestátním zdravotnickým zařízením, jako tomu bylo dosud. V praxi to znamená, že **vyšetřovat a léčit bez řádného vedení dokumentace je protizákonné**.

#2.1.1 Vyhláška o zdravotnické dokumentaci 98/2012 Sb

VYHLÁŠKA ze dne 22. března 2012, kde Ministerstvo zdravotnictví České republiky stanoví zásady, které musí zdravotnická dokumentace splňovat s ohledem na rozsah poskytovaných zdravotních služeb a obsahuje údaje o zdravotním stavu pacienta a skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb pacientovi. Tato vyhláška nabyla účinnosti 1. dubna 2012 stejně jako zákon č. 372 – viz. níže.

#2.1.2 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách - Poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi

Dne 1. dubna 2012 nabývá účinnosti zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který mimo jiné upravuje práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotních služeb.

Ministerstvo zdravotnictví k poskytování zdravotních služeb nezletilým pacientům (§ 35 a 38 zákona) vyslovuje tento právní názor:

I.

Podle § 35 odst. 1 (věta první a druhá) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), se nezletilému pacientovi poskytují zdravotní služby se souhlasem jeho zákonného zástupce, s výjimkou případů, kdy lze zdravotní služby poskytovat bez souhlasu.

Ustanovení § 35 odst. 2 písm. a) bod 1 zákona o zdravotních službách dále stanoví, že pro poskytnutí zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života, je potřeba souhlasu obou rodičů, jsou-li jeho zákonnými zástupci.

Zákon o zdravotních službách blíže neurčuje, co lze považovat za „zdravotní služby, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života“. Při posouzení, zda jde o uvedené „zdravotní služby“, je třeba vycházet zejména z charakteru zdravotní péče poskytované v rámci uvedených zdravotních služeb (zdravotních výkonů prováděných při poskytování této zdravotní péče), účelu jejího poskytnutí a dopadů na zdravotní stav pacientů, popřípadě na kvalitu jejich života, podle dosavadních zkušeností založených na poskytování dotčené zdravotní péče, a to za obvyklých podmínek.

Podle názoru Ministerstva zdravotnictví nelze pod § 35 odst. 2 písm. a) bod 1 zákona podřadit zdravotní služby, jejichž součástí je zdravotní péče (zdravotní výkony prováděné při poskytování této zdravotní péče), která podle dosavadních odborně medicínských zkušeností získaných na základě poskytování zdravotních služeb za uznávaných medicínských postupů není považována za zdravotní péči, která by mohla za obvyklých podmínek podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života.

Za negativní ovlivnění dalšího zdravotního stavu pacienta nebo kvality života nelze rovněž považovat dočasné "nepohodlí" nebo přechodné potíže doprovázející poskytnutí dotčených zdravotních služeb (účinky léčby).

S ohledem na výše uvedené, za zdravotní služby, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života, nelze podle názoru Ministerstva zdravotnictví považovat zejména preventivní péči, včetně očkování, podávání běžných léků, atd.

Mezi zdravotní služby, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života, budou naopak patřit některé operační výkony (například transplantace nebo výkony plastické chirurgie), chemoterapie atd.

II.

Podle § 38 zákona o zdravotních službách lze nezletilého pacienta bez souhlasu zákonného zástupce hospitalizovat, jestliže

a) mu

1. bylo pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení formou lůžkové péče,
2. je nařízena izolace, karanténa nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví,
3. je podle trestního řádu nebo občanského soudního řádu nařízeno vyšetření zdravotního stavu,
 - b) ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak,
 - c) jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče, nebo
 - d) jde o podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.

Nezletilému pacientovi lze poskytnout neodkladnou péči bez souhlasu zákonného zástupce

- a) jde-li o léčbu vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta,
- b) jde-li o zdravotní služby nezbytné k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví, nebo
- c) pokud je u něj podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.

III.

Při poskytování zdravotních služeb je vždy ve smyslu § 35 odst. 1 zákona o zdravotních službách třeba zjistit názor nezletilého pacienta, který je s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se (viz čl. 6 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně – názor nezletilé osoby bude zohledněn jako faktor, jehož závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti). Názor nezletilého pacienta se zaznamená do zdravotnické dokumentace. Pokud není možné názor nezletilého pacienta zjistit, do zdravotnické dokumentace vedené o tomto pacientovi se zaznamená důvod, pro který nebylo možné názor zjistit.

Při zjišťování názoru nezletilého pacienta je třeba zohlednit jeho věk a rozumovou vyspělost. Důvodem „nezjištění“ názoru nezletilého pacienta může být například věk pacienta, kdy ještě není rozvinuta řeč nebo rozumová vyspělost tak, aby byl pacient schopen vyjádřit se nebo pochopit a vyhodnotit účel a potřebnost poskytnutí zdravotních služeb.

IV.

Jde-li o doložení písemného souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb, je Ministerstvo zdravotnictví tohoto názoru:

Zákon o zdravotních službách nevyžaduje k vyslovení souhlasu osobní přítomnost obou rodičů. Proto je možné, aby písemný souhlas jednoho rodiče předložil druhý rodič.

Jestliže rodič doloží písemný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb podepsaný druhým rodičem, není poskytovatel zdravotních služeb povinen a ani oprávněn zkoumat pravost takového vyjádření (podpisu zákonného zástupce nezletilého pacienta).

Zákon o zdravotních službách nevyklučuje též možnost zastoupení jednoho rodiče druhým na základě plné moci. Na základě této skutečnosti může jeden rodič (zmocnitel) druhého rodiče (zmocněnce) vybavit plnou mocí (§ 31 a násl. občanského zákoníku). V plné moci bude mimo jiné uveden rozsah zmocněncova oprávnění, to je pro jaký právní úkon je rodič druhým rodičem zmocněn (k vyslovování souhlasu podle § 35 odst. 2 písm. a) bod 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, to je s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav nebo kvalitu života jejich dítěte).

V případě, že jeden z rodičů nemá informace o tom, kde se druhý rodič, který je rovněž zákonným zástupcem nezletilého pacienta, nachází, Ministerstvo zdravotnictví doporučuje, aby o této skutečnosti učinil rodič písemné prohlášení, které bude založeno do zdravotnické dokumentace nezletilého pacienta. Poskytovatel zdravotních služeb pak postupuje podle § 35 odst. 3 písm. a).

#2.2 Zdravotnická dokumentace v praxi

Zdravotnická dokumentace slouží nejen jako pracovní nástroj pro zápis léčebné péče pacientů, ale také jako důležitý doklad a dokonce důkaz v případě forensního-soudního projednávání postupu lékaře a zdravotnických pracovníků při léčení. Nedostatečně vedená zdravotnická dokumentace může potvrdit podezření na chybný postup (nebo přinejmenším znemožnit prokázání správného postupu), zatímco dobře vedená dokumentace může ochránit zdravotnického pracovníka i před velmi závažnými obviněními a následnými následky, kterým může být i zákaz výkonu zdravotnického povolání

#2.2.1 Forma zdravotnické dokumentace

Žádné zákonné ustanovení dosud výslovně neurčovalo způsob vedení dokumentace v papírové formě - pouze se to předpokládalo vzhledem k způsobu jejího užívání (archivace, skartace apod.). Dosud je dáována přednost dokumentaci písemné (přesněji řečeno listinné, protože i text v počítači je písmo). Hlavní důvod, který k tomu vede, je relativně větší záruka její autenticity a prokazatelnosti. Dokumentace na paměťových nosičích ("počítačová") byla dosud považována za příliš snadno dodatečně upravitelnou a tedy nevěrohodnou.

V současné době novela specifikuje formu vedení zdravotnické dokumentace novým způsobem (§ 67b odst. 5 až 8):

- a. **dokumentace může mít textovou, grafickou nebo audiovizuální formu,**
- b. **dokumentace může být vedena v listinné nebo elektronické formě** (v počítači ovšem jen za dále specifikovaných podmínek),
- c. údaje pořízené v listinné formě (a to nejen text, ale i např. obrázky) **nesmí být převedeny do elektronické formy bez archivace listinného originálu,**
- d. **zápis v elektronické formě bez zaručeného elektronického podpisu je nutno vytisknout na papír, který se opatří datem a podpisem** osoby, která zápis provedla, a zařadí se do dokumentace pacienta; každá část (list, sestava, výtisk) se považuje za samostatnou část dokumentace a musí být nejen všechny podepsány, ale také opatřeny dostatečnou identifikací pacienta jak již bylo uvedeno v předchozím textu.
- e. **zápisy v elektronické formě obsahující zaručený elektronický podpis pořizovatele musí splňovat tyto podmínky:**
 - o být podepsány tímto podpisem v každé jednotlivé části dokumentace,
 - o být zálohovány minimálně jednou denně na záložní médium,
 - o jsou z nich nejméně jedenkrát ročně pořízeny archivní kopie, které není možné dodatečně upravovat (např. na CD-ROM),
 - o jejich archivní kopie musí umožnit čitelnost a přístupnost informací po celou předepsanou dobu archivace.

Protože v současnosti je zaručený elektronický podpis sice již legislativně kodifikován, ale prakticky dosud nepoužíván, znamenají výše uvedená ustanovení, že **momentem platnosti (tj. 1. 8. 2001) zákona č. 20/1966 Sb. je vedení dokumentace výhradně v elektronické formě (bez papírových kopií) nelegální!** Zvláště to pak platí pro zdravotnická zařízení lůžkového charakteru, užívající nemocniční informační systémy s přímým zápisem údajů zdravotnickými pracovníky do systému – je nezbytné zajistit vytištění záznamu, jeho podepsání a založení do pacientovy složky vlastně vždy po provedení zápisu.

#2.2.2 Zdravotnická dokumentace vždy obsahuje

- a. název zdravotnického zařízení, jeho sídlo nebo místo podnikání, identifikační číslo, bylo-li přiděleno, název oddělení nebo obdobné části, je-li zdravotnické zařízení takto členěno (dále jen „oddělení zdravotnického zařízení“), a telefonní číslo zdravotnického zařízení,,
- b. jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné číslo pacienta¹⁾, není-li přiděleno, datum narození, adresu místa trvalého pobytu pacienta nebo jinou kontaktní adresu, je-li odlišná od adresy místa trvalého pobytu; jde-li o cizince, adresu místa pobytu na území České republiky, a nemá-li ji, adresu bydliště v cizině,
- c. číslo pojištěnce, není-li tímto číslem rodné číslo pacienta, a kód zdravotní pojišťovny,
- d. jméno, popřípadě jména, příjmení a titul a podpis zdravotnického pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace,
- e. jméno, popřípadě jména, příjmení, adresu místa trvalého pobytu osoby, jíž lze sdělit informace o zdravotním stavu pacienta, nebo jinou kontaktní adresu, je-li odlišná od adresy místa trvalého pobytu, telefonní číslo, popřípadě jiný kontakt; jde-li o cizince, adresu místa pobytu na území České republiky, a nemá-li ji, adresu bydliště v cizině; tyto údaje se uvádí, pokud je pacient sdělí,
- f. datum provedení zápisu do zdravotnické dokumentace; v případě poskytnutí neodkladné péče nebo vykonání návštěvní služby u pacienta se do zdravotnické dokumentace též zaznamená časový údaj jejího poskytnutí,

- g. razítko zdravotnického zařízení, jde-li o součást zdravotnické dokumentace, která je předávána pacientovi nebo podle zvláštních právních předpisů jiné fyzické nebo právnické osobě, která je oprávněna zdravotnickou dokumentaci převzít,
- h. v případě poskytování ústavní péče datum a hodinu
 - 1. přijetí pacienta do ústavní péče,
 - 2. ukončení ústavní péče,
 - 3. přeložení pacienta do jiného zdravotnického zařízení poskytujícího ústavní péči, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení,
 - 4. úmrtí pacienta,
- i. v případě odmítnutí zdravotní péče zdravotnickým zařízením, popřípadě zdravotnickým pracovníkem nebo pacientem datum a časový údaj odmítnutí; jde-li o odmítnutí poskytnutí zdravotní péče zdravotnickým zařízením nebo zdravotnickým pracovníkem, též vždy důvod odmítnutí; jde-li o odmítnutí zdravotní péče pacientem, též jeho písemné prohlášení o tomto odmítnutí, popřípadě záznam o něm; odmítá-li pacient prohlášení podepsat, je součástí záznamu písemné prohlášení svědka o tom, že pacient odmítá poskytnutí zdravotní péče,
- j. informace o významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, a to zejména informace z rodinné, osobní, epidemiologické, sociální a pracovní anamnézy,
- k. informace zjištěné o současném zdravotním stavu, pokud dále není stanoveno jinak.

(2) Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje

- a. diagnostickou rozvahu a návrh dalšího diagnostického postupu, jestliže to zdravotní stav pacienta vyžaduje,
- b. předpokládanou konečnou diagnózu, návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu léčení,

- c. záznam o rozsahu poskytnuté nebo vyžádané zdravotní péče,
- d. záznam o:
 - 1. předepsání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely nebo zdravotnických prostředků,
 - 2. podání léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely pacientovi ve zdravotnickém zařízení, včetně podaného množství, v případě podání transfuzního přípravku jednoznačně identifikující kód; datum a podpis zdravotnického pracovníka, který léčivý nebo transfuzní přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely podal,
 - 3. vybavení pacienta léčivými přípravky, potravinami pro zvláštní lékařské účely včetně množství zdravotnickým zařízením,
 - 4. vybavení pacienta zdravotnickými prostředky zdravotnickým zařízením,
- e. záznam o vystavení příkazu ke zdravotnickému transportu,
- f. záznamy o ošetrovatelské péči, popis a průběh ošetřování, doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu,
- g. záznam o provedení očkování, včetně uvedení názvu očkovací látky a čísla šarže
- h. písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím vyšetřovacího, léčebného nebo jiného zdravotního výkonu (dále jen „zdravotní výkon“), jestliže povinnost písemné formy souhlasu stanoví zvláštní právní předpis nebo jestliže s ohledem na charakter zdravotního výkonu byl souhlas v písemné formě zdravotnickým zařízením vyžádán
- i. záznam o souhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu,
- j. záznam o použití omezujících prostředků vůči pacientovi a o ohlášení této skutečnosti soudu,
- k. kopie informací předávaných o pacientovi v listinné formě, popřípadě záznam o jejich předání a stejnopisy posudků,
- l. záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi s uvedením, kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo; záznam se

neprovede v případě nahlédnutí zdravotnickým pracovníkem v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,

- m. záznam o uznání a ukončení dočasné pracovní neschopnosti a záznam o započetí ošetřování člena rodiny a jejich délce; záznam o ukončení dočasné pracovní neschopnosti provede zdravotnické zařízení, které pacienta vedlo v evidenci práce neschopných občanů před jejím ukončením; jestliže byl pacient v průběhu dočasné pracovní neschopnosti předán do evidence jiného zdravotnického zařízení, je součástí zdravotnické dokumentace též záznam o dni jeho předání nebo převzetí,
- n. záznamy lékaře orgánu sociálního zabezpečení související s kontrolou posuzování dočasné pracovní neschopnosti,
- o. záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jsou:

- a. výsledky vyšetření, včetně grafických, audiovizuálních, digitálních nebo jiných obdobných záznamů těchto vyšetření,
- b. písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení jeho léčení nebo doporučení a návrhy na poskytnutí další zdravotní péče, které si předávají zdravotnická zařízení v rámci zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta,
- c. v případě primární zdravotní péče písemné informace o dosavadním vývoji zdravotního stavu předané předchozím registrujícím lékařem primární zdravotní péče,
- d. v případě lůžkové péče, zvláštní ambulantní péče ve stacionáři , nebo jde-li o pacienta umístěného ve zdravotnickém zařízení z jiných než zdravotních důvodů,
 - 1. záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález,
 - 2. souhrn informací (epikríza) o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího postupu, pokud ústavní péče trvá déle než 7 dnů,

3. písemná informace lékaře, který lůžkovou péči nebo zvláštní ambulantní péči ve stacionáři doporučil,
- e. v případě závodní preventivní péče údaje o obsahu a podmínkách výkonu práce, k níž je zdravotní stav zaměstnance sledován, a to včetně údajů o zařazení jednotlivých faktorů pracovního prostředí do příslušné kategorie a písemné informace o dosavadním vývoji zdravotního stavu nebo jeho vývoji od doby provedení poslední lékařské preventivní prohlídky, předané registrujícím lékařem primární zdravotní péče, pokud tyto informace nejsou v dokumentaci obsaženy ,
- f. záznamy o vyšetřovacích, léčebných nebo administrativních výkonech provedených pro potřeby zvláštních právních předpisů, včetně záznamů o zdravotním stavu pacienta, a kopie zpráv, informací a údajů předaných podle těchto zvláštních právních předpisů,
- g. záznam informací a údajů nezbytných pro jejich poskytování do Národního zdravotnického informačního systému.

Povinnosti při vedení:

- (1) Na každém listu zdravotnické dokumentace se uvede jméno, popřípadě jména, příjmení a rodné číslo pacienta, datum narození, není-li rodné číslo přiděleno, dále název zdravotnického zařízení, popřípadě název oddělení zdravotnického zařízení.

Součástí zdravotnické dokumentace zdravotnické záchranné služby jsou:

- zvukový záznam o výzvě (žádosti) k poskytnutí zdravotní péče,
- záznam operátora nebo deník operačního střediska,
- kopie záznamu o výjezdu,
- identifikační a třídící karta,
- o hromadném odsunu pacientů.
- součástí zdravotnické dokumentace lékařské služby první pomoci je kniha denních záznamů.

Platné zásady:

- (1) Zápis do zdravotnické dokumentace provádí zdravotnický pracovník bezodkladně poté, co nastane některá ze skutečností
- (2) Záznam o zdravotním stavu pacienta uvedený v § 2 písm. d) bod 1 se doplňuje o informace o aktuálním vývoji zdravotního stavu pacienta nejméně jedenkrát za 24 hodin; v případě podstatné změny zdravotního stavu pacienta se záznam doplní neprodleně.
- (3) Vyřazování zdravotnické dokumentace ve skartačním řízení zajišťuje zdravotnické zařízení, které ji vede, v souladu se skartačním řádem. To platí obdobně pro správní úřad, který podle zákona převzal zdravotnickou dokumentaci, nebo zřizovatele zrušeného státního zdravotnického zařízení, který nepřevodil práva a závazky tohoto zařízení na jiné jím zřízené zdravotnické zařízení.
- (4) Zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu 5 let a označuje se skartačním znakem „S“, pokud není zvláštním právním předpisem nebo v příloze č. 3 této vyhlášky stanoveno jinak.
- (5) Skartační lhůta pro uchovávání zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jedním zdravotnickým zařízením počíná běžet dnem 1. ledna následujícího kalendářního roku po dni, v němž nastala skutečnost uvedená v příloze č. 3 k této vyhlášce nebo byl proveden poslední záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta.
- (6) Pokud zdravotnická dokumentace nebo její části vedená o pacientovi svým zařazením nebo věcným obsahem podléhá několika lhůtám pro její uchování podle přílohy č. 3 této vyhlášky, doba uchovávání a skartační znak se stanoví vždy podle nejdelší lhůty.

#2.2.3 Způsob zápisu a oprav ve zdravotnické dokumentaci

Novela o zdravotnické dokumentaci ukládá další povinnosti: zápis musí být veden nejen **čitelně – ideální je používat hůlkové písmo**, průkazně a pravdivě, musí také být opatřen **údajem o dni záznamu** a o osobě, která záznam do dokumentace provedla (čitelnou identifikací a podpisem)!

Identifikace zdravotnického pracovníka se provádí vlastním razítkem zdravotnického pracovníka, který zápis pořídil a jeho vlastnoručním podpisem včetně kalendářního data (v některých případech i hodiny) zápisu.

Důležitý je požadavek, aby **původní zápis zůstal čitelný i po opravě**, která se provede novým zápisem s uvedením času a podpisu. Tedy je nepřijatelná běžná praxe s přelepováním, zalakováním korekčním lakem a podobnými způsoby oprav.

Modelová situace

Při zapisování do zdravotnické dokumentace uděláme chybu v uvedení času podávání léku. Tento zápis je čitelný a zapsaný modrou barvou.

Jakým způsobem provedeme opravu?

#2.2.4 Právo nahlížení do dokumentace

Určitou novinkou, již dlouho požadovanou a očekávanou, je **legislativní úprava práva na přístup do dokumentace pacienta**. Zákon č. 20/1966 Sb. totiž dosud tuto oblast řešil pouze institutem povinné mlčenlivosti, který se vztahoval i na dokumentaci, ale vyvolával řadu nevyjasněných problémů především v oblastech, které bezprostředně nesouvisely s léčením.

Tím, že nový zákon nyní taxativně vyjmenovává kategorie osob, které mohou při plnění svých **konkrétních úkolů nahlížet do dokumentace v nezbytně nutném rozsahu**, vyčleňuje pro tyto (a jen tyto!) konkrétní případy takto přístupné informace z okruhu povinnou mlčenlivostí chráněných, k jejichž poskytnutí dosud bylo zapotřebí získat souhlas pacienta (což bylo někdy, např. po smrti pacienta, dosti obtížné). Právo na nahlížení lze interpretovat i jako právo na kopie (potřebné části) dokumentace.

2.2.4.1 Kdo může nahlížet do dokumentace

- **zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,**
- **funkcionáři komor, šetřící stížnosti na lékaře nebo lékárníky,**
- **revizní lékaři pojišťoven,**

- **soudní znalci** v oboru zdravotnictví (většinou lékaři),
- **lékaři ve státní správě**, šetřící stížnosti a podobná podání,
- **lékaři Ministerstva zdravotnictví**, šetřící stížnosti a podobná podání,
- **lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost**,
- **členové Ústřední znalecké komise** a územních **znaleckých komisí**,
- **pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví** (“hygienici”),
- **lékaři orgánů sociálního zabezpečení, lékaři úřadů práce a lékaři okresních úřadů** při posuzování zdravotního stavu pro účely poskytování různých dávek a služeb, při odvodech branců a dalších úkolech,
- **zaměstnanci** zdravotnických zařízení (nebo smluvních podniků), **zajišťující zpracování dat** při vedení dokumentace, a
- **zaměstnanci státu** nebo zpracovatele, **kteří zajišťují úkoly NZIS** (“statistika”),
- **pověřené zdravotnické zařízení**, které posuzuje zdravotní stav pro účely pojistných a podobných smluv,
- **Veřejný ochránce práv** v souvislosti s šetřením,
- **inspektoři Ústavu pro odborné zjišťování příčin leteckých nehod**,
- **zaměstnanci Státního ústavu pro kontrolu léčiv**, kteří provádějí kontrolu.

Zvláštním ustanovením je upraven přístup těch, kteří dosud nejsou zdravotnickými pracovníky, ale studují nebo se jinak na zdravotnické povolání připravují – jedná se především o studující zdravotnických škol, lékařských a farmaceutických fakult a některých dalších vysokých škol. Souhlas s přístupem do dokumentace zde musí dát – pro každý konkrétní případ – jednak ten, kdo odpovídá za praktickou výuku (ten určuje pacienty, u nichž lze do dokumentace nahlížet), jednak pacient (předepsán je písemný souhlas; nevyžaduje se, není-li ho vzhledem k zdravotnímu stavu pacienta možno získat).

Současně s právem nahlížení do dokumentace – za výše popsaných okolností – ale toto ustanovení osobám připravujícím se na zdravotnické povolání **ukládá povinnost zachovat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozvěděly. v tomto případě se jedná o studenty zdravotnických oborů, kteří ve zdravotnickém zařízení vykonávají odbornou praxi a pro výkon této praxe musejí do zdravotnické dokumentace nahlížet.**

Modelová situace

Studujete zdravotnický obor a během odborné praxe ve zdravotnickém zařízení potřebujete zjistit určité informace z dokumentace pacienta. Je to možné? Pokud ano, tak za jakých podmínek a jakým způsobem to provedete?

#2.2.5 Právo pacienta na přístup ke zdravotnické dokumentaci

Řadu let byly vedeny diskuse a spory o tom, zda je dokumentace majetkem lékaře, zdravotnického zařízení či pacienta a zda má pacient právo na nahlížení, případně i kopii své dokumentace. Většina právních názorů se shodovala v tom, že zatímco **informace v dokumentaci** jsou pacientovy (pokud se netýkají třetích osob!), vlastní **fyzická dokumentace** patří zařízení, které ji pořídilo.

Zákon 372/2011Sb. tuto oblast nově upravuje – podle převládajícího výkladu přiznává pacientovi **právo na informace shromážděné v dokumentaci, “které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu”**, ale nikoliv právo na dokumentaci jako takovou. Znamená to, že zdravotnický pracovník (především lékař) **není oprávněn pacientovi zatajovat žádný údaj týkající se jeho zdravotního stavu** (výsledky vyšetření, zjištěné hodnoty či nálezy, diagnózu, léčbu), **není ale povinen mu umožnit nahlížení, poskytovat či dokonce kopírovat dokumentaci tyto údaje obsahující.** Pro osoby mladší 18 let či zbavené způsobilosti k právním úkonům mohou toto právo uplatňovat zákonní zástupci (což neznamená, že pacient, kterému není 18 let nemůže toto právo uplatnit sám – záleží na posouzení jeho duševní vyspělosti a na konkrétní situaci). Vždy je nutno zajistit, aby se pacient nedozvěděl z dokumentace údaje, které se týkají jiných osob.

Zákon kodifikuje zcela převratné změny v přístupu pacienta k vlastní zdravotnické dokumentaci. Bude asi nejvhodnější zkráceně ocitovat nová ustanovení:

"Pacient má právo:

- a) **na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci** vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu; v případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na informace, jejichž obsahem je popis příznaků onemocnění, diagnóza, popis terapeutického přístupu, interpretace, výsledky.
- b) **v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do dokumentů uvedených v písmenu a);** v případě záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky může nahlížet do záznamů týkajících se popisu příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,
- c) **na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů uvedených v písmenu a);** v případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těch částí dokumentů, které se týkají popisu příznaků, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,
- d) **určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, a to při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo kdykoliv po přijetí; pacient při určení osoby, která může být informována o jeho zdravotním stavu, zároveň určí, zda této osobě náleží práva na podávání informací a na právo nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo na pořizování výpisů, opisů nebo kopií podle zvláštních právních předpisů upravujících poskytování zdravotní péče, popřípadě činnosti související se zdravotní péčí; jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho**

zdravotním stavu informovány, mají právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu, a o zdravotním stavu osoby blízké.

Nová ustanovení § 67sb upravují některé technické podrobnosti, které je nutné dodržovat:

Zdravotnický pracovník **má právo** v případě pochybností o totožnosti osoby, popřípadě jejího vztahu k pacientovi, **požadovat, aby tato osoba prokázala svou totožnost.**

Zdravotnické zařízení je povinno zajistit, aby osoba, která může nahlížet anebo si může pořizovat výpisy, opisy nebo kopie dokumentů, nezjistila osobní údaje třetích osob.

Rodné číslo pacienta lze poskytnout pouze osobám blízkým nebo osobám, které mají právo na informace, pokud tyto osoby prokáží, jim pacient nebo jeho zákonný zástupce udělil na základě zvláštního právního předpisu upravujícího nakládání s rodnými čísly souhlas k využití jeho rodného čísla, **nebo pokud prokáží (např. jeho uvedením v žádosti o nahlédnutí), že rodné číslo už znají.**

POZOR!! Jestliže jsou ve zdravotnické dokumentaci vedené o nezletilém pacientovi zaznamenány takové údaje o jeho zákonném zástupci, které zdravotnickému pracovníkovi sdělil nezletilý pacient nebo jiná osoba a z nichž lze vyvodit podezření na zneužívání nebo týrání nezletilého pacienta, ohrožování jeho zdravého vývoje, popřípadě jiné závažné porušení rodičovské zodpovědnosti, **může zdravotnický pracovník omezit zpřístupnění zdravotnické dokumentace zákonným zástupcům**, pokud uzná, toto omezení je v zájmu nezletilého pacienta. **Stejně lze postupovat i tehdy, požádá-li o to nezletilý pacient, který s ohledem na věk a stupeň rozumové vyspělosti je schopen si sám utvářet své názory.** Obdobně se postupuje, jde-li o pěstouny.

Pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se k zdravotnímu stavu pacienta zajišťuje zdravotnické zařízení.

Zdravotnické zařízení může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí

přesáhnout náklady **spojené s jejich pořízením**; to neplatí, je-li pořízení výpisů, opisů nebo kopií hrazeno z veřejného zdravotního pojištění nebo na základě zvláštního právního předpisu upravujícího ceny.

Každé nahlédnutí (týká se nahlížení pacienta nebo jeho zástupců nebo jím pověřených osob) do zdravotnické dokumentace nebo pořízení jejich výpisů, opisů nebo kopií **se do zdravotnické dokumentace zaznamená**. v záznamu se uvede jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození osoby, která do zdravotnické dokumentace nahlédla nebo na jejíž žádost byl pořízen výpis, opis nebo kopie, dále rozsah, účel a datum nahlédnutí nebo pořízení výpisů, opisů nebo kopií. Záznam podepíše zdravotnický pracovník, který byl přítomen nahlížení do zdravotnické dokumentace, nebo zdravotnický pracovník, který pořídil výpis, opis nebo kopii této zdravotnické dokumentace, a oprávněná osoba.

Modelová situace

Jste lékař zdravotnického ambulantního zařízení a přichází syn pana Nováka s žádostí o kopii zdravotnické dokumentace. Má na to dotýčný právo? Pokud ano, jakým způsobem to provedete?

#2.3 Technické upřesnění poskytování přístupu ke zdravotnické dokumentaci

Praktické rady pro vedení zdravotnické dokumentace

A) zdravotnická dokumentace obsahuje:

- Identifikační znaky P/K – jméno, příjmení, RČ, datum narození, bydliště.
- Identifikační znaky zdravotnického zařízení – název zařízení, oddělení, IČO (všude stejné).
- Identifikační znaky zdravotnického pracovníka provádějícího zápis do dokumentace – titul, jméno a příjmení (razítkem či tiskacím písmem) + podpis.
- Anamnéza – RA, OA, PA apod.

B) Zásady při vedení zdravotnické dokumentace:

- Pravdivé a čitelné údaje, používání spisovné češtiny.
- Údaje musí být srozumitelné.
- Datované doplňování informací s identifikací zdrav.
- Čas u důležitých informací (příjem, exitus apod.).
- Opravy autorizované, původní záznam musí být čitelný.
- Věcnost záznamů – svědčí o odborné kvalitě.
- Kontrolu provádí VS, SS, primář, odpovědnost za záznam má zaměstnanec, za systémové chyby v dokumentaci nese odpovědnost SS na stanici a na oddělení VS.

C) Co bychom neměli nikdy používat:

- Nesprávná terminologie.
- Slangové výrazy.
- Vulgarismy.
- Jiný jazyk.
- Subjektivní pocity.
- Neschválené zkratky.

D) Účel zdravotnické dokumentace

- Slouží k zachování kontinuity a profesionalizaci péče.
- Je dokladem o poskytnuté péči – doklad o správnosti péče → ochrana zdravotníků.
- Doklad pro účtování poskytnuté zdravotnické péče.
- Podklad pro vědu a výzkum v oblasti zdravotnictví.
- Uložení a nakládání s dokumentací upravuje předpis zdravotnického zařízení a oddělení.
- Ochranu před zneužitím, ztrátou či zničením má ZZ – resp. Zaměstnanec, který zdravotnickou dokumentaci přebírá.

- Ve zdravotnické dokumentaci se nesmí se užívat zkratky, zejména v souvislosti s opiáty a jejich zapisováním.

#2.3.1 Dokumentace vztahující se k evidenci návykových látek

- Evidence opiátů.
- Číslované strany, jako příloha podpisové vzory zaměstnanců.
- Záznamy psát modrou barvou, čitelně – barevné záznamy určeny pro příjem látek a záznam o provedené kontrole.
- Opravy autorizované, nepřelepovat, informovat nadřízeného.

§ Otázky k zamýšlení§

1. Jaké informace se zaznamenávají do knihy evidence opiátů?
2. Může student zdravotnického oboru zaznamenávat do knihy opiátů?
3. Jaké záznamy pořizujeme červenou barvou?

#2.3.2 Souhlas s výkonem ve zdravotnickém zařízení

- Podpis tzv. pozitivního reversu, souhlas informovaného P/K.
- P/K nedává písemný souhlas s ošetřovatelskou péčí.
- Dáno čl. 5 v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně a §28,§34 zákona o zdravotních službách – výjimky jsou uvedeny v §38.
- Další podmínky poskytování péče jsou upraveny zákonem - situace kdy je souhlas nutný a kdy je dobrovolný.
- Obsah a formu určuje zdravotnické zařízení vnitřním předpisem, mají ale povinné náležitosti:
- Účel, povaha, prospěch, následky a možná rizika výkonu
 - Alternativy výkonu.
 - Omezení v normálním životě a pracovní schopnosti, změny zdravotní způsobilosti.
 - Zápis vyjádření P/K.

- Datum a podpis P/K a zdravotnického pracovníka.
- Součástí je poučení o zdravotním stavu.
- Dává souhlas s výkonem s ohledem na možné komplikace a na přínos péče – léčby.

#2.3.3 Dokumentace na operačním sále

- Chorobopis.
- Dekurzy.
- Ošetrovatelské záznamy.
- Informované souhlasy.
- Radiologické nálezy → kontrola kompletnosti, ověření totožnosti P/K.

Dospávací pokoj

Sledování FF- fyziologických funkcí.

- Sledování bolesti – zaznamenávání do dokumentace podle aktuálního měřicího nástroje.
- Příjem a výdej tekutin (per os, infuzní terapie, močení).
- Písemné hodnocení stavu zdravotnickým pracovníkem – sestrou, lékařem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem aj.).
- Ordinace lékaře a jejich plnění.
 - O propuštění nebo překlady na jiné oddělení rozhoduje lékař.
 - V dokumentaci zaznamenány časy příjmu a propuštění + podpisy.

Otázky k zamyšlení:

1. *Co se může v případě nutnosti zaznamenávat červenou barvou do zdravotnické dokumentace?*
2. *Co se zaznamenává do písemného hodnocení pacienta zdravotnickým pracovníkem?*

3. Do zdravotnické dokumentace se zaznamenává rok narození pacienta nebo i den, měsíc a rok narození pacienta?

#2.3.4 Zdravotnická dokumentace v ambulancích

- Zdravotní záznam (ambulantní karta).
- Lékařská služba první pomoci (dokumentace nahrazující kartu registrovaných pacientů).
- Povinná hlášení.
- Denní evidence pacientů.
- Evidence pracovní neschopnosti.
- Evidence dispenzarizovaných.
- Evidence omamných látek.
- Zdravotní a očkovací průkaz (pro děti a dorost).

Obsah záznamů:

- Záznam o provedeném očkování
- Záznam o informovaném souhlasu diagnostického či terapeutického výkonu
- Záznam o informovaném souhlasu poskytováním informací o jeho zdravotním stavu
- Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi s uvedením, kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo
- Záznam o uznání a ukončení dočasné pracovní neschopnosti, záznam o ukončení pracovní neschopnosti provede zdrav. zařízení, které pacienta vede v evidenci práce neschopných

Zdravotnická dokumentace obsahuje:

- Diagnostickou rozvahu a návrh dalšího diagnostického postupu
- Předpokládanou konečnou diagnózu, návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu léčení

- Záznam o rozsahu poskytnuté nebo vyžádané zdravotní péče
- Záznam o poskytnutí nebo předepsání léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků včetně podaného množství

Úkoly k zamyšlení:

2. Která onemocnění podléhají dispenzarizaci?
3. Které omamné látky užívající se v zdravotnictví znáte?
4. Kterého zdravotnického zařízení je povinnost vystavovat zdravotnický průkaz?

#2.3.5 Zdravotnická dokumentace v nemocnicích

- Chorobopis, porodopis, záznam hospitalizace, záznam o průběhu hospitalizace, zpráva ošetřujícímu lékaři, operační kniha.
- Kniha nepřijatých a objednaných k hospitalizaci.
- Povinná hlášení.
- Evidence o počtu a pohybu nemocných.
- Evidence pracovní neschopnosti.
- Evidence omamných látek.

#2.3.6 Obsah zdravotnické dokumentace v nemocnicích

- Chorobopis (zde je uvedena celková anamnéza pacienta – rodinná, zdravotní, farmakologická).
- Dekurz – zápis o probíhající zdravotnické péči, o subjektivních problémech a objektivních nálezech.
- Informační list o poskytování informací o pacientovi, souhlas či nesouhlas s tím, aby studenti měli možnost nahlížet do jeho dokumentace v rozsahu nezbytně nutném. Jde o podepsání souhlasu, že nemá námitek proti tomu, aby do dokumentace nahlíželi ti, kteří se připravují na výkon zdravotnické dokumentace.

- Ordinační list.
- Grafické záznamy (EKG, EEG aj.).
- Ošetrovatelské záznamy – ošetrovatelská anamnéza, plán ošetrovatelské péče, fokusový záznam, plán prevence komplikací, plán péče o dekubity, hodnocení bolesti, bilanční list, ošetrování ran, záznam o polohování pacienta, akutní karta, realizace ošetrovatelského plánu, šokový záznam, překladová zpráva, propouštěcí zpráva.
- Laboratorní výsledky a výsledky konziliárních vyšetření.
- Operační protokol – popsání operačního průběhu.

§Otázky k zamyšlení§

1. Co vše obsahuje zdravotnická dokumentace během hospitalizace pacienta?
2. Co si představujete pod pojmem bilanční list, fokusový záznam?
3. Jak dlouho se bude uchovávat operační protokol?

#2.3.7 Používání razítek ve zdravotnických zařízeních

Kulaté razítko se státním znakem – se běžně ve zdravotnickém zařízení nepoužívají, mohou se používat pouze u důležitých listin a na doklady osvědčující důležité skutečnosti nebo oprávnění.

Typy razítek

- Kulaté razítko bez státního znaku – používají se u listin vyšší důležitosti, kde není umožněno užití.
- Razítka se státním znakem používá se pro instituce nebo úřady, ve zdravotnictví se užívají výjimečně, musí být evidováno.
- Záhlavní razítko – označení zdravotnického zařízení, musí být evidováno – počet, uložení, vždy by mělo být uchováno pod zámkem.
- Razítko zdravotnického oddělení, kliniky.

- Razítko zdravotnického pracovníka.

§Otázky k zamyšlení§

1. Kdo je vlastníkem razítka zdravotnického pracovníka?
2. Jakým pravidlem uložení podléhá razítko odborného oddělení?

#2.3.8 Ošetřovatelská dokumentace – provádění ošetřovatelské péče

- Ošetřovatelská anamnéza, zhodnocení zdravotního stavu, posouzení potřeb pro stanovení ošetřovatelských postupů ošetřovatelské péče a ošetřovatelského plánu, plán ošetřovatelské péče, realizace, hodnocení plánu.
- Ošetřovatelská překladová dokumentace.
- Ošetřovatelská propouštěcí zpráva.

§Otázky k zamyšlení§

1. Co si představujete pod pojmem ošetřovatelská anamnéza?
2. Jaké znáte lidské potřeby?
3. Na jaké oblasti se bude zaměřovat ošetřovatelská překladová a propouštěcí zpráva?

#2.3.9 Doplnující ošetřovatelská dokumentace

- Hlášení sester – hodnocení ošetřovatelské péče
- List tekutin a výživy
- Plán prevence a péče o dekubity
- Plán ošetřování ran
- Edukační plán
- Krevní transfuze a jiné deriváty
- Glykemická karta

- Sociální překladová zpráva
- Protokol o pádu pacienta
- Hlášení o mimořádné situaci

§Otázky k zamyšlení§

1. Objasněte pojem edukace, význam, metodiku a praktický význam.
2. Za jakých okolností může dojít k pádu pacienta ve zdravotnickém zařízení?

#2.3.10 Návykové látky

Dokumentace vztahující se k návykovým látkám se týká jejich objednávání, uchovávání a záznamů o aplikaci

Kniha Evidence návykových látek musí:

- mít číslované stránky,
- každý přírůstek a úbytek musí být čitelně zaznamenán,
- vždy musí být zaznamenáno číslo chorobopisu pacienta, u kterého byla návyková látka aplikována včetně podpisu zdravotnického pracovníka, který látku aplikoval – musí být čitelný + razítko
- vždy se musí uvést konečný počet návykových látek
- kontrolu návykových látek pověřenými osobami

#2.3.11 Odmítnutí léčby pacienty

Zákon č. 372 stanovuje, že odmítá-li pacient přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař písemné prohlášení – reverz (tzv. negativní reverz). Při odmítnutí ošetrovatelské péče se provede záznam:

např. dne 11.2.2007 ve 13:00 odmítl pacient Ivan Novák ordinovanou injekci 50 mg Dolsinu im. **s.Janků**

§Otázky k zamyšlení§

1. Mohou rodiče 8letého dítěte s akutní leukémií odmítnout chemoterapeutickou léčbu?

2. Pacient nesouhlasí s diagnostickým výkonem – punkcí kostní dřeně, má na to právo?

#2.3.12 Úschova věcí pacienta

Úschova civilního oblečení v centrální šatně – tiskopis o uložení osobních věcí 2krát.

- Poučení pacienta o úschově cenností – pacient musí být poučen o možnosti uložení peněžní částky, šperky, hodinky, zbraně.
- Poučení o tom, že za neuložené věci zdravotnické zařízení neodpovídá.
- Poučení musí být čitelně podepsáno pacientem a sestrou, musí obsahovat datum.
- U šperků je nutné uvést případné poškození, zejména vypadlé kameny, přetržené řetízky a chybějící části.
- Při popisu šperku je nutné psát žlutý kov, bílý kov – nikoliv zlato.
- U hodinek je třeba uvést značku a zda jsou funkční.
- U peněz je nutné napsat slovy celou částku a je vhodné napsat počet jednotlivých bankovek.
- Za posledním zápisem je třeba udělat zámezku, aby formulář nešel doplnit. Podepíše pacient a pracovník.

#2.3.13 Vzor zápisu o úschově

Interní klinika FN v...

Jan Novák, RČ...

Požádal o úschovu následujících věcí:

1. Hodinky zn. Prim, poškozené, nejdou.
2. Mobilní telefon zn., Nokia + číslo.

3. Snubní prsten – žlutý kov.

4. Dva tisíce korun českých (2000 Kč) 2x 1000 Kč.

VDatum...

Podpis pracovníka Podpis pacienta

#2.4 Archivace zdravotnické dokumentace

Lhůtu pro archivaci zdravotnické dokumentace definuje vyhláška 98/2011 Ministerstva zdravotnictví ČR:

„Skartační lhůta určuje dobu, po kterou je nutné uchovat zdravotnickou dokumentaci u jejího původce pro účely poskytování zdravotní péče. Před jejím uplynutím nesmí být zdravotnická dokumentace zařazena do skartačního řízení.“

Uvedená vyhláška stanoví v § 6 odst. 2 obecnou lhůtu pro archivaci zdravotnické dokumentace:

„Zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu 5 let a označuje se skartačním znakem "S", pokud není zvláštním právním předpisem nebo v příloze č. 3 této vyhlášky stanoveno jinak.“

Čl. 3, Příloha č. 2 uvedené vyhlášky dále stanoví, že:

„Skartační lhůta zdravotnické dokumentace může být prodloužena vždy nejméně o 5 let, pokud je zdravotnická dokumentace nebo její část nadále potřebná k zajištění zdravotní péče.“

„1. primární zdravotní péče - "S"“

10 let od změny lékaře primární péče a předání písemné informace v rozsahu potřebném k zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta nově zvolenému lékaři primární péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta.

- specializovaná ambulantní zdravotní péče a zvláštní ambulantní péče - "S",

- 5 let po posledním vyšetření pacienta a předání informace o průběhu a výsledku tohoto vyšetření příslušnému lékaři primární zdravotní péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta, pokud není dále stanoveno jinak.“

Doplnění informací:

ZÁSADY PRO UCHOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE A POSTUP PŘI JEJÍM VYŘAZOVÁNÍ A ZNIČENÍ PO UPLYNUTÍ DOBY UCHOVÁNÍ

Čl. 1

(1) Vyřazováním zdravotnické dokumentace se rozumí posuzování a plánovitý výběr zdravotnické dokumentace, která je nadále pro poskytování zdravotních služeb nepotřebná. Při tomto výběru se rozhoduje o tom, zda zdravotnická dokumentace bude po uplynutí doby uchování vyřazena a navržena ke zničení.

(2) Vyřazování zdravotnické dokumentace při posouzení potřebnosti se provádí ve lhůtách určených poskytovatelem, nejdéle však jedenkrát za 3 roky komplexně za celého poskytovatele.

(3) Předmětem posouzení potřebnosti je veškerá zdravotnická dokumentace, u které uplynula doba uchování. Bez posouzení skutečností rozhodných pro uplynutí lhůty stanovené pro dobu uchování zdravotnické dokumentace a posouzení potřebnosti zdravotnické dokumentace nelze zdravotnickou dokumentaci zničit.

(4) Odborný dohled nad posouzením potřebnosti provádí komise pro posouzení potřebnosti zdravotnické dokumentace (dále jen "komise"), která má minimálně 3 členy. Členy komise, které jmenuje a odvolává poskytovatel, jsou zdravotničtí pracovníci.

(5) V případě poskytovatele, který má méně než 10 zdravotnických pracovníků nebo jiných odborných pracovníků, se komise nezřizuje a za řádné posouzení zdravotnické dokumentace podle odstavce 3 odpovídá poskytovatel.

Čl. 2

Doba uchování zdravotnické dokumentace je doba, po kterou je nutné zdravotnickou dokumentaci uchovat u poskytovatele pro účely poskytování zdravotních služeb.

Před jejím uplynutím nesmí být zdravotnická dokumentace zničena.

Čl. 3

(1) Zdravotnická dokumentace se označuje vyřazovacími znaky, které vyjadřují hodnotu zdravotnické dokumentace pro další poskytování zdravotních služeb a způsob zacházení se zdravotnickou dokumentací po uplynutí doby jejího uchování.

(2) Vyřazovací znak

- a) "S" označuje zdravotnickou dokumentaci, která se po uplynutí doby uchování navrhne ke zničení,
- b) "V" označuje zdravotnickou dokumentaci, jejíž hodnotu nelze v okamžiku vzniku určit; u takto označené zdravotnické dokumentace dochází po uplynutí dob uchování uvedených v příloze č. 3 k této vyhlášce k posouzení potřebnosti; části zdravotnické dokumentace již nepotřebné pro další poskytování zdravotních služeb se navrhnou k vyřazení a zničení.

(3) Doba uchování zdravotnické dokumentace může být prodloužena, nejméně vždy o 5 let, pokud je zdravotnická dokumentace nebo její část nadále potřebná k zajištění poskytování zdravotních služeb.

Čl. 4

(1) Zdravotnická dokumentace se podle označení vyřazovacími znaky rozdělí do skupiny "V" a do skupiny "S".

(2) U zdravotnické dokumentace skupiny "V" posoudí vedoucí zdravotnický pracovník příslušného oddělení zdravotnického zařízení, které zdravotnickou dokumentaci vede, nebo jím určený zdravotnický pracovník (dále jen "pověřený zdravotnický pracovník"), která část bude navržena k vyřazení a které části bude prodloužena doba uchování. Jde-li o zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní služby vlastním jménem, posouzení provede tento zdravotnický pracovník.

Čl. 5

(1) Pověřený zdravotnický pracovník vypracuje návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace, který obsahuje identifikační údaje poskytovatele, včetně uvedení pracoviště, je-li jeho zdravotnické zařízení takto členěno, identifikační údaje pověřeného zdravotnického pracovníka, který návrh vypracoval.

(2) K návrhu na vyřazení zdravotnické dokumentace se připojí seznam zdravotnické dokumentace k vyřazení. V závěru seznamu se uvede zdravotnická dokumentace s vyřazovacím znakem "V" s návrhem na její rozdělení na část navrženou k vyřazení a na část, jíž se prodlouží doba uchování.

(3) Návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace podepisuje pověřený zdravotnický pracovník.

(4) Poskytovatel, který je veřejnoprávním původcem podle zákona o archivnictví¹¹⁾, zašle návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace společně se seznamem zdravotnické dokumentace k vyřazení archivu příslušnému podle sídla poskytovatele,

popřípadě sídla jeho pracoviště, je-li toto pracoviště zpracovatelem návrhu, k posouzení a k provedení výběru archiválií mimo skartační řízení.

(5) Příslušný archiv po posouzení seznamu zdravotnické dokumentace navržené k vyřazení a po provedení výběru archiválií mimo skartační řízení předá protokol o provedeném výběru archiválií mimo skartační řízení (dále jen "protokol o výběru archiválií") poskytovateli. Protokol o výběru archiválií obsahuje soupis zdravotnické dokumentace nebo jejích částí, které byly vybrány za archiválie a které poskytovatel předá příslušnému archivu k zařazení do evidence archiválií ve lhůtě jím stanovené; pokud příslušný archiv nevybere k zařazení do evidence archiválií žádnou zdravotnickou dokumentaci nebo žádnou její část, v protokolu o výběru archiválií uvede tuto skutečnost.

(6) Poskytovatel upraví seznam zdravotnické dokumentace k vyřazení podle výsledku provedeného výběru archiválií mimo skartační řízení příslušným archivem a takto upravený seznam předá společně s návrhem na vyřazení zdravotnické dokumentace a protokolem o výběru archiválií komisi podle čl. 1 odst. 4, je-li zřízena, k posouzení a potvrzení.

Čl. 6

(1) Komise posoudí návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace a potvrdí ho, popřípadě navrhne, kterou zdravotnickou dokumentaci je třeba nadále uchovat a prodloužit její dobu uchování. Při tom zohlední výsledky výběru archiválií provedeného mimo skartační řízení. Návrh předloží poskytovateli.

(2) Zdravotnická dokumentace vyřazená ve skupině "S" musí být zničena. Zničením zdravotnické dokumentace se rozumí znehodnocení takovým způsobem, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace jejího obsahu.

Čl. 7

Podle této přílohy se postupuje obdobně, jde-li o zdravotnickou dokumentaci vyřazovanou příslušným správním orgánem, který zdravotnickou dokumentaci podle zákona o zdravotních službách převzal s tím, že členem komise, kterou jmenuje a odvolává příslušný správní orgán, je nejméně jeden lékař, který též provádí činnosti pověřeného zdravotnického pracovníka.

#2.5 Právní problematika při práci se zdravotnickou dokumentací

Co z právního hlediska hrozí nemocnici a co konkrétnímu zdravotníkovi, když poruší povinnost mlčenlivosti?

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb

(ambulantních i lůžkových):

- Zpracovat seznam cen poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo jen částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a umístit ho tak, aby byl tento seznam přístupný pacientům (v případě nesplnění sankce do 50.000,- Kč).
- Umístit údaj o provozní a ordinační době poskytovatele zdravotních služeb tak, aby byla tato informace přístupná pacientům (při nesplnění sankce do 50.000,- Kč).
- Opatřit zdravotnické zařízení (prostory, kde je poskytována zdravotní péče) viditelným označením, které musí obsahovat buď obchodní firmu (například název s.r.o. nebo akciové společnosti), nebo jméno a příjmení, popřípadě jména a příjmení poskytovatele (poskytují-li zdravotní služby fyzické osoby) a identifikační číslo, bylo-li přiděleno (při nesplnění sankce do 50.000,- Kč).
- V době nepřítomnosti nebo dočasného přerušení poskytování zdravotních služeb zpřístupnit pacientům informaci o poskytování neodkladné péče jiným poskytovatelem (při nesplnění sankce do 100.000,- Kč).
- Zpracovat seznam zdravotních služeb, k jejichž poskytnutí bude poskytovatel vyžadovat písemný souhlas pacienta (popřípadě je možno místo tohoto seznamu zpracovat rozhodnutí poskytovatele, že u žádné zdravotní služby nebude vyžadovat písemný souhlas, s výjimkou případů, které výslovně stanoví zákon) – (při nesplnění sankce až 100.000,- Kč.).
- vést evidenci stížností a způsobu jejich vyřízení – ambulantní poskytovatelé, kteří ji dosud patrně nevedou, ji budou muset zavést (při nesplnění sankce do 50.000,- Kč).

Povinnosti týkající se pouze poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb:

- Vypracovat postup pro vyřizování stížností (při nesplnění sankce do 50.000,- Kč).
- Vypracovat traumatologický plán **do 31.3.2013** dle § 47 odst. 1 písm. d) zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. – podrobnosti stanoví prováděcí právní předpis - **vyhláška č. 101/2012 Sb., o podrobnostech**

obsahu traumatologického plánu poskytovatele jednodenní nebo lůžkové zdravotní péče a postupu při jeho zpracování a projednání.

- V rámci prevence a kontroly infekcí zpracovat program pro prevenci a kontrolu infekcí spojených se zdravotní péčí a zajistit jeho realizaci **do 31.3.2013**.

Další případy, kdy poskytovateli zdravotních služeb hrozí uložení sankce:

- Poskytování zdravotních služeb neuvedených v oprávnění k poskytování zdravotních služeb.
- Poskytování zdravotních služeb prostřednictvím osoby, která není způsobilá k výkonu povolání nebo k výkonu příslušné činnosti.
- Poskytování zdravotních služeb ve zdravotnickém zařízení, které není technicky nebo věcně vybaveno podle právních předpisů.
- Neustanovení odborného zástupce.
- Nesplnění oznamovací povinnosti správnímu orgánu, v případě změny údajů uvedených v oprávnění k poskytování zdravotních služeb (do 15-ti dnů od změny).
- Nesplnění oznamovací povinnosti vůči správnímu orgánu a nezveřejnění informace pacientům, v případě přerušení poskytování zdravotních služeb na dobu delší než 1 měsíc (přerušit lze maximálně na 1 rok, přerušeni nad 1 měsíc nutno oznámit KÚ).
- Nezajištění předání kopie zdravotnické dokumentace nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace jinému poskytovateli v době přerušeni poskytování zdravotních služeb, pokud je to nezbytné k zajištění návaznosti zdravotních služeb.
- Neumožnění přítomnosti osob určených pacientem u poskytování zdravotních služeb, ač tomu nebrání vnitřní předpis ani příslušné ustanovení zákona.
- Neumožnění pacientovi přijímání návštěv ve zdravotnickém zařízení, ač tomu nebrání vnitřní předpis ani příslušné ustanovení zákona.
- Neumožnění pacientovi přijímat duchovní péči nebo duchovní podporu ve zdravotnickém zařízení, ač tomu nebrání vnitřní předpis ani příslušné ustanovení zákona.
- Umožnění přítomnosti jiných osob při poskytování zdravotních služeb, pokud pacient jejich přítomnost odmítl (studenti, praktikanti, jiní návštěvníci).

- Neumožnění pacientovi se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným nebo dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí.
- Neumožnění, aby měl pacient u sebe ve zdravotnickém zařízení vodícího nebo asistenčního psa, pokud s ohledem na smyslové postižení jeho doprovod potřebuje a nebrání tomu vnitřní řád zdravotnického zařízení.
- Poskytnutí zdravotních služeb bez souhlasu pacienta, aniž jsou splněny podmínky stanovené zákonem.
- Neinformování pacienta o ceně poskytovaných zdravotních služeb nebo nevystavení účtu za tyto služby.
- Nepředání zprávy o poskytnutých zdravotních službách všeobecnému praktickému lékaři nebo praktickému lékaři pro děti a dorost.
- Nepředání potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb.
- Neoznámení soudu hospitalizace pacienta bez jeho písemného souhlasu (včetně případů, kdy je přijat v bezvědomí), nebo dodatečného omezení pacienta ve volném pohybu nebo ve styku s vnějším světem do 24 hodin (jen v případě lůžkové péče).
- Nepředání lékařského posudku uchazeči o zaměstnání pro Úřad práce ČR – krajskou pobočku, resp. pro pobočku pro hlavní město Prahu.
- Nepřijetí pacienta k nařízené izolaci, karanténě, léčení nebo lékařskému dohledu.
- Nepředání údajů, které mají být předávány dle § 45 odst. 2 písm. m) zákona o zdravotních službách do Národního zdravotnického informačního systému.
- Neinformování pacienta o tom, že je oprávněn odmítnout účast studentů a dalších nezúčastněných osob při poskytování zdravotních služeb (doporučuji písemnou informaci).
- Porušení povinnosti podílet se na zajištění lékařské pohotovostní služby.
- Neinformování ve stanovených případech Policie ČR a osoby uvedené v dokumentaci jako osoby pacientovi blízké (je-li údaj k dispozici) o tom, že pacient svévolně opustil zdravotnické zařízení lůžkové péče, pokud mu hrozí

vážná újma na zdraví, v souvislosti s opuštěním tohoto zařízení (pouze poskytovatelé lůžkových zdravotních služeb).

- Nezajištění zpřístupnění informací o zdravotním stavu pacienta nezbytně nutných pro poskytnutí konzultačních služeb jiným poskytovatelem zvoleným pacientem (pacient má právo na „druhý názor“ jiného poskytovatele, kterému jsme povinni předat informace – tedy patrně především kopii zdravotnické dokumentace, eventuálně zapůjčit snímky CT, apod.)
- Nezajištění spolupráce při poskytování zdravotních služeb zdravotnické záchranné služby v případě výzvy.
- Nezajištění spolupráce s orgánem ochrany veřejného zdraví v případě výzvy.
- Nezajištění hospitalizace dětí odděleně od dospělých a žen odděleně od mužů (pouze poskytovatelé lůžkových zdravotních služeb).
- Odmítnutí přijmout pacienta do péče v rozporu s pravidly stanovenými zákonem.
- Ukončení péče o pacienta v rozporu s pravidly stanovenými zákonem.
- Nevydání zprávy pacientovi o odmítnutí převzít ho do ambulantní nebo lůžkové péče.
- Porušení povinné mlčenlivosti zdravotnického pracovníka, nepůjde-li o trestný čin (sankce až 1.000.000,- Kč).
- Porušení povinnosti vést nebo uchovávat zdravotnickou dokumentaci nebo nakládat se zdravotnickou dokumentací způsobem stanoveným zákonem a právními předpisy.
- Neumožnění přístupu do zdravotnické dokumentace zdravotnickému pracovníkovi v rámci jeho obhajoby nebo obrany proti žalobě.
- Umožnění nahlížení do zdravotnické dokumentace nepovolaným osobám.
- Nepořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace.
- Neprovedení záznamu o nahlížení do zdravotnické dokumentace a pořizování výpisů, opisů nebo kopií.
- Použití části těla odebrané pacientovi nebo těla zemřelého v rozporu se zákonem.
- Nezajištění prohlídky těla zemřelého podle pravidel stanovených zákonem.
- Nesplnění oznamovací povinnosti v případě podezření z trestného činu, kdy orgán činný v trestním řízení rozhoduje o provedení či neprovedení soudní

pitvy (§ 88 odst. 7 zákona o zdravotních službách) – týká se pouze poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb provádějících pitvy.

- Nesplnění informační povinnosti o výsledku pitvy indikujícímu poskytovateli a registrujícímu poskytovateli (pouze poskytovatelé lůžkových zdravotních služeb).
- Nezajištění uložení těla zemřelého v chladícím zařízení o teplotě 0 až + 2°C; při uložení nad 1 týden o teplotě -10°C (§ 90 zákona o zdravotních službách) – týká se pouze poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb.
- Nevedení evidence o podání stížností a způsobu jejich vyřízení.
- Neumožnění stěžovateli nahlédnout do stížnostního spisu a pořídit si jeho kopii.
- Neposkytnutí součinnosti správnímu orgánu při šetření stížnosti.
- Nevypracování postupu pro vyřizování stížností (týká se jen poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb).

Po praktické stránce tohoto zákona vyplývají pro zdravotnické pracovníky tyto velmi důležité zásady:

- že jak poskytovatel zdravotních služeb, tak i jednotliví zdravotničtí a jiní odborní pracovníci jsou povinni zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

- porušení povinnosti mlčenlivosti představuje neoprávněný zásah do soukromí pacienta

- v rámci občanskoprávní odpovědnosti za jednání svých zaměstnanců odpovídá poskytovatel zdravotních služeb

- individuálně odpovědným může být zdravotnický pracovník v rámci trestní odpovědnosti. Pokud totiž neoprávněně zveřejní, sdělí nebo zpřístupní třetí osobě osobní údaje získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, a způsobí tím vážnou újmu na právech nebo oprávněných zájmech osoby, jíž se osobní údaje týkají, lze toto jednání kvalifikovat jako trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji, za který hrozí trest odnětí svobody až na tři léta nebo zákaz činnosti

-způsobí-li zdravotnický pracovník svému zaměstnavateli porušením povinnosti mlčenlivosti škodu, přichází do úvahy i pracovněprávní odpovědnost zdravotnického pracovníka vůči svému zaměstnavateli, kdy zdravotnický pracovník odpovídá za takto způsobenou škodu až do výše 4,5 násobku svého průměrného měsíčního výdělku (avšak způsobí-li škodu úmyslně či pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky, odpovídá v celém rozsahu)

-u zdravotnických pracovníků, jejichž povolání je organizováno na základě principu tzv. povinného členství v komoře (lékař, stomatolog, farmaceut), přichází v úvahu rovněž uplatnění disciplinární pravomoci komorou vůči svým členům, poruší-li tito své stavovské povinnosti (např. zachovávat lékařské tajemství).

Kontrolní otázky

1. V jaké formě má být vedena zdravotnická dokumentace?
2. Může zdravotnické zařízení odmítnout některé informace z dokumentace poskytnout?
3. Kdo může nahlédnout do zdravotnické dokumentace?
4. Jakým způsobem je sledována oblast opiátů ve zdravotnictví.
5. Co obsahuje ošetrovatelská dokumentace?
6. Která identifikační razítka se používají běžně ve zdravotnické praxi?
7. Jak je upravena skartační lhůta u dokumentace primárního lékaře?
8. Kdy hovoříme o reverzu?
9. Jakým způsobem se provádí zápis o odmítnutí diagnostického či terapeutického výkonu?
10. Jak se provádějí zápisy do zdravotnické dokumentace?
11. Jak se provádějí zápisy do zdravotnické dokumentace nezletilých osob?
12. Co znamená a obsahuje informovaný souhlas?

§Shrnutí kapitoly§

- V této kapitole jste byli seznámeni se současnou platnou legislativou, která se týká vedení zdravotnické dokumentace.

- Znalosti této problematiky jsou velmi důležité pro všechny zdravotnické pracovníky. v rámci profesionálních znalostí je třeba stále sledovat novely, které se týkají zdravotnické dokumentace a její platné legislativy.

§Citovaná a doporučená literatura§

1. Berger, J.: *Informatika v klinické praxi*. Grada, 1993.
2. Kasal, P., Svačina, Š. a kolektiv: *Lékařská informatika*. Karolinum, Praha 1998, ISBN 80-7184-594-9.
3. Firma STAPRO: *Profesionální informační systémy pro zdravotnictví a polygrafii, 2013* [online]. [cit. 15.5.2013]. Dostupný z: <http://www.stapro.cz/>.
4. Firma NASKL: *Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře, 2005-2013* [online]. [cit. 3.6.2013]. Dostupný z: <http://www.naskl.cz/naskl/standardy>.
5. Česká společnost zdravotnické informatiky a vědeckých informací, 2003-2013, [online]. [cit. 2.6.2013]. Dostupný z: <http://www.medinfo.cz>.
6. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012, [online]. [cit. 10.6.2013]. Dostupný z: <http://www.mzcr.cz>.
7. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013, [online]. [cit. 15.5.2013]. Dostupný z: <http://www.uzis.cz>.
8. Firma DS Soft, 2013, [online]. [cit. 10.6.2013]. Dostupný z: <http://www.dssoft.cz>.
9. Národní akreditační standardy klinických laboratoří, duben 2007, [cit. 15.6.2013]. Dostupný z: <http://www.cskb.cz/>.
10. Firma CGM, CompuGroup Medical, 2013, [online]. [cit. 20.6.2013]. Dostupný z: <http://www.cgm.cz/o-nas/>
11. Zugar, R.: *MediaS Žatec, 2013*, [online]. [cit. 10.6.2013]. Dostupný z: <http://www.medias.cz>.
12. Medicalc software, 2013, [online]. [cit. 10.6.2013]. Dostupný z: <http://www.medicalc.cz>.
13. Medicus, 2013, [online]. [cit. 12.6.2013]. Dostupný z: <http://www.medicus.cz/>.

14. COMS computer system, 2013, [online]. [cit. 10.6.2013]. Dostupný z:
<http://213.155.225.187/COMSWWW/index.html>.
15. Fill software servis, 2013, [online]. [cit. 23.6.2013]. Dostupný z:
<http://www.fillmedico.cz>.
16. Infopharm data agentura, 2013, [online]. [cit. 3.6.2013]. Dostupný z:
<http://www.infopharm.eu/www/index.php>.
17. PCS technologie, 2013, [online]. [cit. 10.5.2013]. Dostupný z:
<http://www.pcs.cz/pcs-systems/pcs-care/nemocnicni-informacni-system-pcs-care.ep/>.
18. Praktik, lékařský software, 2013, [online]. [cit. 6.6.2013]. Dostupný z:
http://www.praktik.cz/Praktik_Web/homepage.htm/.
19. Český statistický úřad, 2013 [online]. [cit. 10.6.2013]. Dostupný z:
<http://www.statnisprava.cz/ebe/adresar.nsf/i/ceskystatistickyurad/>.
20. Státní zdravotní ústav, 2003-2013, [cit.10.6.2013]. Dostupný z www:
<http://www.szu.cz/>.
21. Státní ústav pro kontrolu léčiv, 1999-2013, [cit. 10.6.2013]. Dostupný z:
<http://www.sukl.cz/>.
22. Česká lékařská společnost, 2003-2013, [cit. 12.6.2013]. Dostupný z:
<http://www.cls.cz>.
23. Firma SEKK, 2013, [cit. 10.6.2013]. Dostupný z www: <<http://www.sekk.cz>>.
24. eHealth – nový trend informatiky ve zdravotnictví *SystemOnLine*, 2013, [cit. 10.6.2013]. Dostupný z: <http://www.systemonline.cz/it-pro-verejny-sektor-a-zdravotnictvi/ehealth-novy-trend-informatiky-ve-zdravotnictvi.htm>
25. SOUČKOVÁ, Marie a Jiří ČÍŽEK. Co umožní uplatnění informačních technologií ve zdravotnictví. *Laboratoř biokybernetiky a počítačové podpory výuky* [online]. [cit. 2013-06-12]. Dostupné z: http://patf-biokyb.lf1.cuni.cz/wiki/_media/dokumentace/co_uzozni_uplatneni_informacnich_technologii_ve_zdravotnictvi.pdf

26. Nová legislativa o zdravotnické dokumentaci: Zdravotnická dokumentace (doplněno). In: [online]. [cit. 2012-10-29]. Dostupné z: http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Dokumentace/nova_legislativa_dokum.htm
27. Zákon č. 260 / 2001 Sb., ze dne 26. června 2001. In: *Novela zákona č. 20/1966 Sb.* 2011. Dostupné z: http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/novela_20_o_dok.html
28. Vyhláška č. 358/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci. In: *98/2012 Sb.* Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=77217fulltext=nr=98~2F2012part=name=rpp=15#local-content>
29. Úmluva o lidských právech a biomedicíně. In: *96/2001 Sb.m.s.* 1997. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/data/Umluva%20o%20biomedicine.pdf>
30. ZÁKON ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů č. 372 / 2011.* 2011. Dostupné z: http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/docs/zakon-o_zdrav_sluzbach_c_372_2011