

Rizika spojená s archivací a skartací zdravotnické dokumentace

Jarmila Trčalová

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta logistiky a krizového řízení

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta logistiky a krizového řízení

Ústav krizového řízení

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Jarmila Trčalová
Osobní číslo:	L21068
Studijní program:	B1022A020002 Management rizik
Specializace:	Management rizik
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Rizika spojená s archivací a skartací zdravotnické dokumentace

Zásady pro vypracování

1. Na základě studia domácí i zahraniční literatury zpracujte teoretická východiska bakalářské práce.
2. Za pomoci vhodných metod analyzujte současný stav archivace a skartace ve vybrané zdravotnické organizaci.
3. Na základě analýzy rizik zformulujte závěry a navrhněte doporučení k ošetření zjištěných nedostatků.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. KRÝSA, Ivo. *Vyhláška o zdravotnické dokumentaci: Praktický komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2020. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-875-1.
2. KUNT, Miroslav a LECHNER, Tomáš. *Spisová služba*. 3. aktualizované vydání. Praha: Leges, 2022. ISBN 978-80-7502-616-3.
3. KŮS, Martin. *Zdravotnická dokumentace: průvodce vyhláškou a vzory*. Praha: Verlag Dashofer, 2021. ISBN 978-80-7635-086-1.
4. NITHIN, Hanis Anu; HOBBS, Michael; SRIRAMULA, Srinivas a SRIPADA, Yaji. An approach to improve asset maintenance and management priorities using machine learning techniques. Online. *Safety and Reliability*. 2022, vol. 41, no. 3, s. 151-169. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/09617353.2022.2142011?needAccess=true>.
5. POKORNÁ, Andrea; DOLANOVÁ, Dana; ŠTROMBACHOVÁ, Veronika; BŮŘILOVÁ, Petra; KUČEROVÁ, Jana a kol. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0720-9.

Další odborná literatura dle doporučení vedoucí bakalářské práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Eva Hoke, Ph.D.**
Ústav krizového řízení

Datum zadání bakalářské práce: **2. prosince 2024**

Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2025**

L.S.

prof. Ing. Zuzana Tučková, Ph.D.
děkanka

Ing. et Ing. Jiří Konečný, Ph.D.
ředitel ústavu

V Uherském Hradišti dne 2. prosince 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

V Uherském Hradišti, dne: 2. 5. 2025

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem rizik spojených s archivací a skartací zdravotnické dokumentace ve vybraném zdravotnickém zařízení. Teoretická část práce popisuje související pojmy a legislativní rámec řešené problematiky ve zdravotnictví. Praktická část práce se zabývá charakteristikou vybraného zdravotnického zařízení a dále se zaměřuje na analýzu rizik, zahrnující popis aktuální situace, definování rizik a jejich ohodnocení. Závěr práce je věnován vyhodnocení rizik a doporučení k ošetření zjištěných nedostatků.

Klíčová slova: archivace, riziko, skartace, zdravotnická dokumentace, zdravotnictví

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the topic of risks associated with archiving and shredding of medical documentation in a selected medical facility. The theoretical part of the thesis describes the related concepts and the legislative framework of the issue in healthcare. The practical part of the thesis deals with the characteristics of the selected healthcare facility and further focuses on the risk analysis, including a description of the current situation, defining the risks and their evaluation. The conclusion of the thesis is devoted to the evaluation of risks and recommendations for treatment of the identified deficiencies.

Keywords: archiving, risk, shredding, medical records, healthcare

Ráda bych poděkovala mé rodině a přátelům za motivaci a podporu při studiu. Zároveň chci poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Ing. Evě Hoke, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a čas, který mi věnovala.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ZDRAVOTNICTVÍ A LEGISLATIVA.....	13
1.1 HISTORIE ZDRAVOTNICTVÍ	13
1.2 SOUČASNÉ ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE.....	15
1.3 LEGISLATIVA.....	16
2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	21
2.1 OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ	21
2.1.1 Osobní údaj	21
2.1.2 Citlivý osobní údaj	21
2.1.3 Subjekt údajů.....	22
2.1.4 Správce údajů	22
2.1.5 Zpracovatel údajů.....	22
2.2 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE	22
2.2.1 Životní cyklus zdravotnické dokumentace.....	26
2.2.2 Vedení zdravotnické dokumentace a její formy.....	27
2.2.3 Zásadní úlohy vedení zdravotnické dokumentace	27
2.2.4 Vlastnictví zdravotnické dokumentace	28
2.2.5 Povinná mlčenlivost	28
2.3 ARCHIVACE A DOBY UCHOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE	28
2.4 VYŘAZOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE	29
2.5 SKARTACE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE	30
2.5.1 Skartační řízení.....	31
2.5.2 Průběh skartačního řízení	31
3 POPIS ANALÝZY RIZIK.....	33
3.1 RIZIKO.....	33
3.2 AKTIVUM	34
3.3 HROZBA	34
3.4 HROZBA VERSUS RIZIKO	34
3.5 ZRANITELNOST.....	35
3.6 PROTIOPATŘENÍ.....	35
4 ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI.....	37
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
5 METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	39
6 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ ABC	41
6.1 ORIENTAČNÍ PLÁN	42

6.2	ORGANIZAČNÍ STRUKTURA.....	44
6.3	PERSONÁLNÍ SLOŽENÍ	47
7	ANALÝZA RIZIK.....	50
7.1	POPIS AKTUÁLNÍ SITUACE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	50
7.2	ANALYTICKÁ METODA WHAT – IF.....	51
7.3	DEFINOVANÁ RIZIKA SKÓROVACÍ METODY	53
7.4	OHODNOCENÍ RIZIK	54
8	VYHODNOCENÍ RIZIK.....	58
9	DOPORUČENÍ K OŠETŘENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ.....	59
	ZÁVĚR.....	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
	SEZNAM OBRÁZKŮ	69
	SEZNAM TABULEK.....	70
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	71

ÚVOD

V dnešním moderním světě, kde se každodenně vytváří obrovské množství informací, které jsou stále zaznamenány na papír, je důležité zajistit jejich správné zpracování, bezpečné archivování a skartaci. Zvláště pokud jde o citlivé informace, jako je zdravotnická dokumentace. Zvolené téma „Rizika spojená s archivací a skartací zdravotnické dokumentace“ je zaměřeno na specifickou oblast archivace a skartace zdravotnické dokumentace, která je důležitá v rámci ochrany osobních údajů pacientů.

Teoretická část této práce se zabývá zdravotnictvím a legislativou, historickým vývojem zdravotnictví a pohledem na současné zdravotnictví v České republice. Dále se zabývá vymezením základních pojmů souvisejících s danou problematikou, jako je ochrana osobních údajů, zdravotnická dokumentace, archivace, doby uchování, vyřazování a skartace zdravotnické dokumentace. Závěrečná část teorie je věnována popisu analýzy rizik a pojmům jako jsou riziko, aktivum, hrozba, zranitelnost a protiopatření.

V praktické části této práce je charakterizováno vybrané zdravotnické zařízení včetně jeho organizační struktury, orientačního plánu a personálního složení. Praktická část se dále věnuje analýze rizik, ve které je podrobně popsána aktuální situace ve zdravotnickém zařízení. Definování rizik bylo realizováno vlastním průzkumem s cílem identifikovat rizika spojená s archivací a skartací zdravotnické dokumentace. Pro zpracování analýzy rizik byla zvolena metoda analýzy What-If, která je zaměřena na identifikaci možných nežádoucích dopadů při vzniku určitých situací. Proces hodnocení rizik byl realizován prostřednictvím brainstormingu a následných polostrukturovaných rozhovorů s vybranými pracovníky zdravotnického zařízení, kteří se v problematice orientují. Následně jsou definovaná rizika okomentována a ohodnocena pomocí skórovací metody a vyobrazena v mapě rizik. Závěrem jsou uvedena možná doporučení k ošetření zjištěných nedostatků v rámci archivace a skartace zdravotnické dokumentace.

Cílem bakalářské práce je zpracovat komplexní analýzu rizik spojených s archivací a skartací zdravotnické dokumentace ve vybraném zdravotnickém zařízení. Práce si klade za úkol identifikovat hlavní rizika a navrhnout účinná doporučení k ošetření zjištěných nedostatků pro zlepšení aktuálních procesů ve zdravotnickém zařízení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNICTVÍ A LEGISLATIVA

Zdravotnictví v České republice a jeho legislativa je neustále se vyvíjejícím komplexním systémem zaměřeným na zajištění, aby zdravotní péče odpovídala současným potřebám s důrazem na kvalitu, bezpečnost, ochranu osobních údajů a informační bezpečnost. Legislativa, zahrnující zákony, vyhlášky, normy a metodické pokyny, se zaměřuje na práva pacientů, povinnosti poskytovatelů a etické principy. Rychlý rozvoj medicínských technologií vyžaduje pravidelné aktualizace legislativy, což představuje výzvu pro všechny zúčastněné strany včetně právníků, zdravotníků a státních institucí, aby udržely krok s novými požadavky a zajistily, že systém zdravotní péče zůstane v souladu s potřebami společnosti.

1.1 Historie zdravotnictví

V současné době se často setkáváme s nedostatečným povědomím historického významu zdravotní péče, která byla nezbytná již od samotného vzniku lidstva. Mezi jedny z nejstarších medicínských oborů patřilo porodnictví a neonatologie. Paralelně s vývojem porodnictví se začaly formovat základy traumatologie, což bylo reakcí na četné úrazy, poranění a různorodé vrozené či získané nemoci, které lidstvo postihovaly (Kazimour, 2017).

Tyto zdravotní potíže byly často spojeny s bolestí, jejichž odstranění se stalo prvořadým cílem léčebných postupů. Zprvopočátku byla léčba založena na lidském instinktu. Mezi něj patřilo chlazení a čištění ran pomocí vody. Ke zmírnění bolesti sloužil odpočinek. S postupem času se začaly uplatňovat i zkušenosti s náhodně objevenými, avšak účinnými léčebnými metodami (Kazimour, 2017).

V historii českých zemí bránilo přijímání rozsáhlých zdravotnických a veřejných opatření několik přesvědčení. Jedním z nich bylo, že nemoci jsou důsledkem boží vůle, proti které se nelze postavit, a lidské tělo bylo vnímáno jako zdroj hříchu. Chybějící jednotný právní systém rovněž komplikoval zavedení celospolečenských zdravotních a hygienických opatření. Ačkoli se mýdlo používalo, nesloužilo k mytí, ale k odmašťování vlny. Obvyční lidé, zejména na venkově, dodržovali osobní hygienu. Špína nebyla tolerována ani ve vyšších vrstvách společnosti. Koupání a dotýkání se vlastního těla se setkávalo s církevním odsouzením jako rozmařilost a zdroj nemorálnosti, což přispívalo k vysoké míře nemocnosti, dětské úmrtnosti a nízké průměrné délce života (Kazimour, 2016).

V období starověku, s narůstajícím počtem obyvatel měst, se vytvořily ideální podmínky pro vznik dosud neznámých epidemií přenosných nemocí. Zvýšená hustota obyvatelstva ve městech poskytovala ideální prostředí pro rychlé šíření infekcí mezi lidmi a umožňovala, aby se nákaza v populaci dlouhodobě udržovala, což by v dřívějších kočovných společnostech s řídkým osídlením nebylo možné. Rozvoj obchodních cest a válečných výprav napomáhal k šíření nových infekčních onemocnění. Záznamy o epidemiích jsou doloženy v nejstarších písemných dokumentech různých civilizací, včetně Babyloňanů, Indů, Číňanů, Židů a dalších (Kazimour, 2017).

V raném středověku došlo k poklesu počtu epidemií a období bylo z hlediska výskytu nemocí relativně zdravější, což vedlo ke zdvojnásobení populace v Evropě díky vymizení dýmějového moru a klimatickému oteplování. Nicméně, v polovině 13. století způsobilo velké klimatické ochlazení, vyvolané erupcí sopky, rozsáhlé hladomory a extrémní nedostatek potravin vedl dokonce k projevům kanibalismu. Církev reagovala půsty s cílem regulovat konzumaci potravin, což bylo doprovázeno vysokou dětskou úmrtností a značným počtem invalidních osob, přičemž chirurgické zákroky byly prováděny bez umrtvení, avšak někdy s využitím opia a dalších látek k mírnění bolesti (Kazimour, 2017).

V období morových epidemií v českých zemích zaznamenala katolická církev výrazný nárůst bohatství. Tento jev byl podnícen obecnou nejistotou a nepochopením příčin moru, který mnozí považovali za projev božího hněvu. Ve snaze najít útěchu a možnou ochranu před nemocí se lidé obraceli k modlitbám, odkazovali církvi svůj majetek a skládali finanční sliby, věřící v boží milost a záchranu (Kazimour, 2016).

S vrcholným novověkem, často označovaným jako doba šarlatánů a mastičkářů, byl zaznamenán výrazný nárůst úmrtnosti v důsledku častých epidemií. V této době pokračovaly nemoci jako tyfus a tuberkulóza, které si vybíraly nemalý počet obětí. Zdravotní rizika se dále zvyšovala díky válečným konfliktům, růstu mezinárodního obchodu, rozrůstajícím se městům a zvyšujícímu se počtu obyvatel žijících v chudobě. V roce 1750 byla průměrná délka života v Anglii odhadována na 36 let, zatímco ve Francii na 27 let. Toto století bylo svědkem pokroku v oblasti přírodních věd, což dokládá vynález rtuťového teploměru švédským vědcem Andrem Celsiem v roce 1742 (Kazimour, 2017).

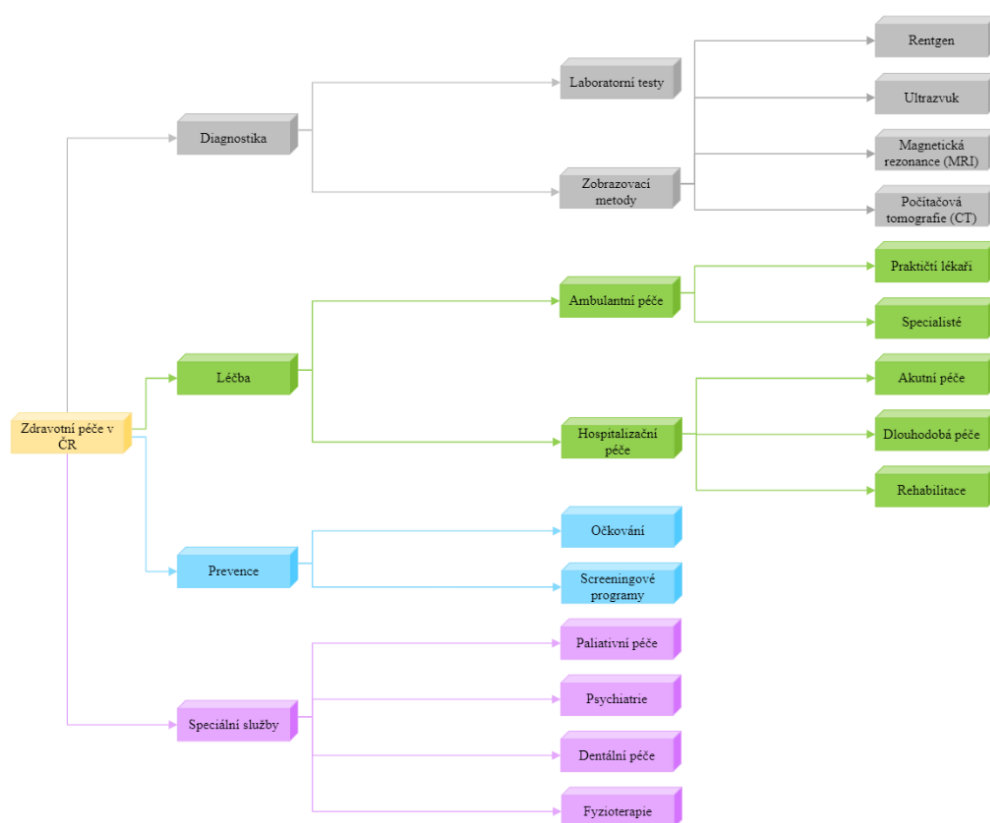
Ve 20. století došlo k významnému posunu v oblasti medicíny charakterizovanému rychlým rozvojem nových vědeckých poznatků a jejich uplatněním v léčebných metodách. Tento pokrok byl podpořen ekonomickým růstem a technologickými inovacemi, především v Evropě, Severní Americe a Asii. S tímto pokrokem však souvisely i nové zdravotní potíže,

včetně zvýšeného výskytu kardiovaskulárních onemocnění, rakoviny a nově se objevujících infekčních chorob. Průlomem v léčbě diabetu bylo zavedení inzulínu. Rozvoj chemoterapie představoval další krok vpřed v boji proti infekčním a nádorovým onemocněním. V druhé polovině 20. století pak lze pozorovat znovuoobnovený zájem o léčivé byliny ve farmacii, což bylo reakcí na požadavky snížit nežádoucí účinky syntetických léků (Kazimour, 2017).

1.2 Současné zdravotnictví v České republice

V České republice zahrnuje zdravotnictví ambulantní péči, která není přímo spojena s hospitalizací pacienta a lůžkovou péčí, vyžadující hospitalizaci. Do systému zdravotnictví dále spadá Zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba pro rychlou pomoc v případě náhlých onemocnění nebo úrazů. Ministerstvo zdravotnictví definuje také pracovně-lékařské služby zaměřené na prevenci a dispenzární péči pro dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacientů. K dispozici je také péče lázeňská a rehabilitační. Dále zde spadá poskytování zdravotnických prostředků a léčivých přípravků prostřednictvím lékáren. Mezi preventivní péči jsou zahrnuty také prohlídky a očkování (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012).

Níže uvedený obrázek poskytuje základní přehled zdravotní péče v České republice.



Obrázek 1 Základní přehled zdravotní péče v ČR (vlastní zpracování)

K dalšímu nezbytnému prvku, který náleží ke zdravotnictví v České republice, spadá patříčná legislativa České republiky, která vymezuje právní rámec. Tento právní rámec je podrobně rozepsán v následující kapitole.

1.3 Legislativa

V rámci právního rámce České republiky je správa zdravotnické dokumentace podrobně regulována souborem zákonných norem a vyhlášek, které zajišťují její správné vedení, uchování, archivaci, trvalé vyřazení a skartaci. Tento právní rámec má klíčový význam pro zajištění ochrany osobních údajů pacientů a zvyšování efektivity zdravotní péče.

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách společně s prováděcími vyhláškami detailně specifikuje pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace. Zákon klade důraz na nutnost pečlivého zacházení s patientskými údaji a jejich ochranu před neoprávněným přístupem. Součástí výše uvedeného zákona je v § 51 stanovena povinnost zachovávat důvěrnost ohledně jakýchkoli informací, které zdravotnický pracovník obdržel při vykonávání své profese v rámci poskytování zdravotní péče (Česko, 2011).

- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), dále již jen „GDPR“.

Další důležitou normou je nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně osobních údajů, který v kontextu zdravotnické dokumentace upravuje zpracování a ochranu osobních údajů pacientů. Toto nařízení zdůrazňuje význam důležitosti souhlasu pacienta s využitím jeho údajů a stanovuje pravidla pro jejich zpracování, uchovávání a likvidaci (Ministerstvo vnitra České republiky, 2025).

- Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Je klíčovým legislativním dokumentem, který řídí ochranu soukromí a manipulaci s osobními údaji v moderní digitální době. Jeho hlavním záměrem je zajistit dodržování práv jednotlivců a stanovit přísná pravidla pro sběr, uchovávání a využívání osobních informací. Zákon stanovuje normy pro etické zpracování údajů, zdůrazňuje transparentnost, vyžaduje informování jednotlivců o zpracování jejich údajů a klade důraz na bezpečnost dat. Jeho

soulad s obecným nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR) posiluje celoevropský rámec pro ochranu soukromí (Česko, 2019).

- Zákon č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů.

Významnou roli hraje rovněž zákon č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě, který definuje archivaci dokumentů, včetně zdravotnických, a stanovuje povinnosti subjektů v této oblasti. Tento zákon také definuje, které dokumenty jsou považovány za archiválie a musí být trvale uchovány (Česko, 2004).

- Zákon č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví.

Legislativa také definuje právní rámec pro elektronické zdravotnictví s využitím informačních a telekomunikačních technologií, zajišťující bezpečnou výměnu dat. Kromě toho zákon stanoví i práva a povinnosti všech zúčastněných stran v elektronickém zdravotnictví, včetně pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků a pojišťoven a upravuje jejich vzájemné vztahy v této oblasti (Česko, 2021).

- Zákon č. 297/2016 Sb., o službách vytvářejících důvěru pro elektronické transakce.

Představuje klíčový legislativní nástroj zaměřený na podporu důvěry v digitálním prostředí prostřednictvím stanovení podmínek pro poskytování služeb jako elektronické podpisy, razítka a certifikační služby. Zároveň zajišťuje transparentnost a ochranu práv uživatelů těchto služeb. Dynamický charakter tohoto zákona umožňuje jeho pružné přizpůsobení novým technologiím, což reflektuje na aktuální potřeby a přispívá k rozvoji moderního, bezpečného digitálního prostředí pro elektronické transakce (Česko, 2016).

- Zákon č. 412/2005 Sb., o ochraně utajovaných informací a o bezpečnostní způsobilosti.

Vymezuje právní rámec pro ochranu citlivých informací a posílení celkové bezpečnosti. Jeho hlavním účelem je stanovit jasné normy pro identifikaci, klasifikaci a ochranu utajovaných informací s důrazem na národní bezpečnost. Současně předepisuje požadavky na bezpečnostní způsobilost osob, které mají přístup k těmto datům. Tímto způsobem zákon stanoví stabilní legislativní základ, který respektuje specifika citlivých informací a zajišťuje, že jsou chráněny před neoprávněným přístupem, přispívá tak k celkové bezpečnosti státu a jeho občanů (Česko, 2005).

- Zákon č. 300/2008 Sb., o elektronických úkonech a autorizované konverzi dokumentů.

Definuje a reguluje elektronické úkony, včetně digitálních podpisů, s cílem posílit důvěryhodnost elektronických dokumentů. Autorizovaná konverze dokumentů je dalším důležitým prvkem, umožňujícím převod dokumentů mezi formáty s dodržáním právních standardů. Zákon podporuje bezpečné a důvěryhodné elektronické komunikace a transakce, a celkově přispívá k efektivitě právních postupů v digitálním prostředí (Česko, 2008).

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

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci, zakotvená v českém legislativním rámci, představuje klíčový nástroj pro regulaci záznamů o poskytovaných zdravotních službách. Základem pro její vznik je zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., který deleguje pravomoc stanovit konkrétní požadavky na obsah, strukturu a způsob vedení zdravotnické dokumentace (Krýsa, 2020).

Tato vyhláška detailně specifikuje rozsah údajů, které musí být o pacientovi vedeny, zahrnuje informace o zdravotním stavu, poskytovaných službách a léčebných postupech. Důraz je kladen na náležitosti dokumentace, včetně jejího elektronického vedení, tvorby patientského souhrnu a mezinárodního sdílení informací prostřednictvím Národního kontaktního místa pro elektronické zdravotnictví (Krýsa, 2020).

Vyhláška rovněž určuje pravidla pro archivaci, vyřazování a zničení zdravotnické dokumentace v souladu s legislativními požadavky na ochranu osobních údajů a zdravotního tajemství. Tímto způsobem vyhláška zajišťuje, že zdravotnická dokumentace, jakožto soubor zákonem předpokládaných informací o pacientech, je vedena a uchovávána systematicky a bezpečně, přičemž povinnost jejího vedení a uchování plyne z § 53 zákona o zdravotních službách, s výjimkou lékařské péče (Krýsa, 2020).

Vyhláška č. 279/2020 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů přinesla další změny a doplnění, včetně upravených pravidel pro elektronickou komunikaci mezi poskytovateli zdravotních služeb a specifikaci obsahu a struktury patientského souhrnu. Tyto změny zahrnují i detailnější pravidla pro uchovávání dokumentace a zpřístupnění informací pacientům (Česko, 2020).

K 1. lednu 2025 byly obě výše zmíněné vyhlášky nahrazeny novou právní úpravou, vyhláškou č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Tato nová vyhláška zavedla několik zásadních změn v oblasti vedení zdravotnické dokumentace, mezi které patří:

1. Způsob likvidace zdravotnické dokumentace: Vyhláška detailně stanovuje postupy pro vyřazení a následnou likvidaci zdravotnické dokumentace. Dokumentace určená

k vyřazení, která nebyla zařazena mezi archiválie, musí být zničena způsobem, jenž znemožní její rekonstrukci a identifikaci obsahu. V případě elektronické formy dokumentace je povinností poskytovatele zajistit její smazání z elektronického systému a ze všech dalších úložišť. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen pořídit a následně uchovávat záznam o likvidaci zdravotnické dokumentace po dobu 40 let.

2. Povinné uvádění identifikátorů: Nově zavedenou povinností je uvádění identifikátoru pacienta nebo zdravotnického pracovníka. Tato povinnost je ovšem do 31. prosince 2025 odložena, aby měli poskytovatelé zdravotních služeb dostatek času přizpůsobit své systémy novým požadavkům.
3. Zrušení předchozích předpisů: Nová vyhláška nahrazuje dosavadní právní předpisy týkající se zdravotnické dokumentace, zejména vyhlášku č. 98/2012 Sb. včetně všech jejích novelizací, čímž dochází ke sjednocení a zjednodušení právní úpravy této oblasti.
4. Specifikace obsahu zdravotnické dokumentace: Vyhláška podrobně stanoví požadavky na obsah jednotlivých částí zdravotnické dokumentace, například výpisů, žádanek či propouštěcích zpráv, což má zajistit větší jednotnost a kompletnost zaznamenávaných informací.
5. Vedení patientského souhrnu: Nově je upraveno vedení tzv. patientského souhrnu, jehož účelem je poskytovat základní údaje o zdravotním stavu pacienta prostřednictvím Národního kontaktního místa pro elektronické zdravotnictví. Vyhláška stanoví jak obsah a strukturu, tak i podmínky vedení tohoto dokumentu (Česko, 2024).

Hlavním cílem uvedených změn je zvýšení efektivity správy zdravotnické dokumentace, posílení ochrany citlivých údajů pacientů a zjednodušení sdílení informací mezi poskytovateli zdravotních služeb.

- Vyhláška 193/2009 Sb., o stanovení podrobností provádění autorizované konverze dokumentů.

Upravuje provádění autorizované konverze dokumentů a představuje klíčový právní nástroj pro podložený proces převodu dokumentů mezi různými formáty. Zaměřuje se na zachování původního obsahu a zajištění integrity informací, zejména v oblasti digitalizace a archivace

dokumentů. Tato vyhláška stanovuje přesné technické a organizační normy, které subjekty provádějící autorizovanou konverzi musí dodržovat, aby byla zajištěna spolehlivost a právní soulad procesu (Česko, 2009).

2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

V oblasti řízení zdravotnické dokumentace existuje několik důležitých pojmů, které jsou zásadní pro její správné zacházení a zajištění, že je v souladu s právními předpisy a etickými zásadami. Tyto pojmy společně zahrnují strukturu procesů od vytváření záznamů o zdravotní péči po jejich konečné zpracování. Níže jsou uvedeny **základní pojmy**, které jsou úzce spjaté s vedením zdravotnické dokumentace, což je proces, jehož cílem je udržovat přesné a aktuální záznamy o léčbě a stavu pacientů.

2.1 Ochrana osobních údajů

Problematika **ochrany osobních údajů** je řešena prostřednictvím zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, který upravuje nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 pro potřeby České republiky.

2.1.1 Osobní údaj

Pojmem „**osobní údaj**“ se rozumí každá informace, která se vztahuje k fyzické osobě neboli k subjektu údajů, kterou lze identifikovat nebo kterou je možné identifikovat. Osobou, kterou lze identifikovat, se rozumí fyzická osoba, u které je možné určit identitu buď přímo či nepřímo, zvláště prostřednictvím specifických identifikátorů jako je jméno, číslo, online identifikátor, nebo skrze jeden nebo více unikátních charakteristik, které se týkají její fyzické, fyziologické, genetické, psychické, ekonomické, kulturní či sociální identity (EU, 2016).

2.1.2 Citlivý osobní údaj

Za „**citlivý osobní údaj**“ můžeme považovat některé druhy osobních údajů, které jsou natolik citlivé, že mohou subjektu údajů způsobit škody v sociálních vztazích, na pracovišti nebo v místě jeho působnosti a mohou vést k jeho diskriminaci. Z tohoto důvodu existuje přesně vymezený seznam údajů, které se považují za zvláště citlivé vůči subjektu údajů a pro jejich zpracování je poskytována vyšší úroveň ochrany. Tato zvýšená ochrana se projevuje specifickými právními podmínkami, které umožňují jejich zpracování, a také většími požadavky na ochranná opatření, včetně povinností souvisejících s hlavními procesy jako je hodnocení dopadu na ochranu údajů nebo jmenování pověřence pro ochranu osobních údajů. Tím je kladen větší důraz na jejich bezpečnost (Ministerstvo vnitra České republiky, 2025).

Zvláštní kategorie osobních údajů zahrnuje informace o původu, názorech, vyznání, zdraví, sexuálním životě nebo orientaci osoby, stejně jako genetické a biometrické údaje pro její identifikaci (Ministerstvo vnitra České republiky, 2025).

2.1.3 Subjekt údajů

„**Subjektem údajů**“ se rozumí výlučně fyzická osoba, ke které se osobní údaje vztahují. Za subjekt údajů nelze považovat právnickou osobu, u které o osobních údajích nelze hovořit. Osobní údaje se mohou vztahovat pouze k žijící fyzické osobě. Obecné nařízení neuplatňuje svá pravidla na informace týkající se osob, které již zemřely (Ministerstvo vnitra České republiky, 2025).

2.1.4 Správce údajů

Termín „**správce údajů**“ označuje jakoukoliv fyzickou či právnickou osobu, veřejnou instituci, agenturu nebo jiný subjekt, který samostatně nebo společně s dalšími subjekty rozhoduje o účelu a metodách zpracování osobních údajů. V případě, že konkrétní účely a způsoby zpracování jsou stanoveny legislativou Evropské unie nebo legislativou členského státu, může tato legislativa přímo jmenovat správce nebo určit specifická kritéria pro jeho výběr (EU, 2016).

2.1.5 Zpracovatel údajů

Termín „**zpracovatel údajů**“ označuje jakoukoliv fyzickou či právnickou osobu, veřejnou instituci, agenturu nebo jiný subjekt, který na základě pokynů správce provádí zpracování osobních údajů (EU, 2016).

2.2 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace v České republice je předmětem přísné legislativy, jejímž cílem je zajistit ochranu pacientů, kvalitu a bezpečnost zdravotní péče. Klíčovým právním předpisem, který reguluje vedení, uchovávání a nakládání se zdravotnickou dokumentací, je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a jeho prováděcí vyhlášky. Tento zákon specifikuje povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb ve vztahu k zaznamenávání, uchovávání a ochraně zdravotnických informací o pacientech. Důraz je kladen na důvěrnost a nedotknutelnost osobních údajů pacientů, jejichž zpracování musí být v souladu s předpisy o ochraně osobních údajů, zejména s Obecným nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR). Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách stanovuje také pravidla pro

elektronickou zdravotnickou dokumentaci, včetně požadavků na její bezpečnost. Významnou roli v této oblasti hraje také Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, který se podílí na standardizaci zdravotnické dokumentace.

V rámci legislativního rámce České republiky, klíčovým právním předpisem, který řídí správu zdravotnické dokumentace, je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon se zabývá poskytováním zdravotních služeb a specifikuje podmínky, za kterých jsou tyto služby poskytovány. Dále se řídí vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, a přílohou č. 1 bod 2 vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů (Pokorná et al., 2019).

S účinností od 1. ledna 2025 vyhláška č. 98/2012 Sb. byla zrušena a byla nahrazena novou vyhláškou č. 444/2024 Sb. v aktuálním znění.

Ve vztahu k rozsahu poskytovaných zdravotních služeb, zdravotnická dokumentace zahrnuje výhradně informace o zdravotním stavu pacienta společně s podrobnostmi důležitými pro poskytování těchto služeb. Tato dokumentace tak poskytuje záznam o vzájemném působení mezi poskytovatelem zdravotní péče a pacientem, včetně všech důležitých zdravotních a léčebných postupů.

Dle nové vyhlášky č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci tato dokumentace zahrnuje následující informace spojené s poskytováním zdravotní péče pacientovi:

„a) identifikační údaje poskytovatele, kterými jsou:

- jméno, popřípadě jména, a příjmení poskytovatele, jde-li o fyzickou osobu,*
- v případě právnické osoby obchodní firma nebo název a adresa sídla, v případě právnické osoby se sídlem mimo území České republiky také místo usazení závodu nebo organizační složky závodu právnické osoby na území České republiky,*
- identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,*
- adresa místa poskytování zdravotních služeb,*
- název oddělení nebo obdobné části, je-li zdravotnické zařízení poskytovatele takto členěno (dále jen „oddělení zdravotnického zařízení“),*

b) identifikační a kontaktní údaje pacienta, kterými jsou:

- *jméno, popřípadě jména, a příjmení pacienta,*
- *datum narození, případně rodné číslo, číslo pojištěnce veřejného zdravotního pojištění a kód zdravotní pojišťovny, číslo a druh identifikačního dokladu; informace o čísle a druhu identifikačního dokladu se neuvádí u dětí, kterým nebyl doklad vydán, a u osob omezených na svobodě,*
- *adresa místa trvalého pobytu na území České republiky, jde-li o cizince, místo hlášeného pobytu na území České republiky, a v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky také adresa bydliště mimo území České republiky, je-li takový údaj znám,*
- *adresa pro doručování, pokud není totožná s adresou podle bodu 3, a pokud je pacientem sdělena,*
- *telefonní číslo, adresa elektronické pošty, případně další kontaktní údaje, pokud jsou pacientem sděleny,*
- *identifikátor pacienta,*

c) pohlaví pacienta určené po narození,

d) jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, v případě zdravotnické dokumentace vedené v elektronické podobě také identifikátor zdravotnického pracovníka, který provedl záznam do zdravotnické dokumentace; to neplatí v případě poskytovatele, který je fyzickou nebo právnickou osobou a který provádí záznamy do zdravotnické dokumentace jako jediná osoba v rámci poskytovatele,

e) datum a čas poskytnutí neodkladné zdravotní péče nebo vykonání návštěvní služby u pacienta,

f) v případě poskytování jednodenní nebo lůžkové péče

- *datum a čas přijetí pacienta do péče a datum a čas ukončení péče o pacienta,*
- *informace o způsobu vyrozumění osoby, která by měla zajistit další péči o pacienta, který se s ohledem na svůj zdravotní stav neobejde bez pomoci další osoby, nebo o způsobu a čase podání informace o zamýšleném propuštění tohoto pacienta příslušnému obecnímu úřadu,*

- datum a čas přeložení pacienta k jinému poskytovateli, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení, nebo
- datum a čas úmrtí pacienta, došlo-li k úmrtí při poskytování jednodenní nebo lůžkové péče,

g) informace o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb, včetně anamnestických údajů potřebných pro poskytování zdravotních služeb a pro vypracování posudků pro účely sociálního zabezpečení,

h) informace o tom, zda jde o pacienta s omezenou svéprávností tak, že má omezenou způsobilost posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí, a rozsah tohoto omezení,

i) identifikační a kontaktní údaje zákonného zástupce pacienta, opatrovníka pacienta nebo jiné osoby oprávněné udělit souhlas za pacienta, identifikační a kontaktní údaje důvěrníka nebo podpůrce pacienta,

j) identifikační a kontaktní údaje registrujícího poskytovatele pacienta v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, pokud jsou poskytovateli známy,

k) u pacienta se zdravotním postižením informace o nezbytných zdravotnických prostředcích, popřípadě zvláštních pomůckách, které pacient používá,

l) u pacienta a zákonného zástupce se sluchovým postižením, kombinovaným sluchovým a zrakovým postižením nebo těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody informace o formách komunikace, které pacient preferuje, a o poskytovatelem zvolené formě komunikace s pacientem,

m) údaj o dorozumívacím jazyku pacienta, pokud je odlišný od českého nebo slovenského jazyka, a o poskytovatelem zvoleném způsobu nebo prostředku komunikace,

n) u osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné záznam o vykonávané činnosti,

o) informace o užívání návykových látek a o provedení krátké intervence podle zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek,

p) informace o tom, že pacient je držitelem řidičského průkazu,

q) informace o tom, že pacient je držitelem zbrojního průkazu,

r) informace o tom, že pacient je osobou se zdravotním postižením podle jiného právního předpisu,

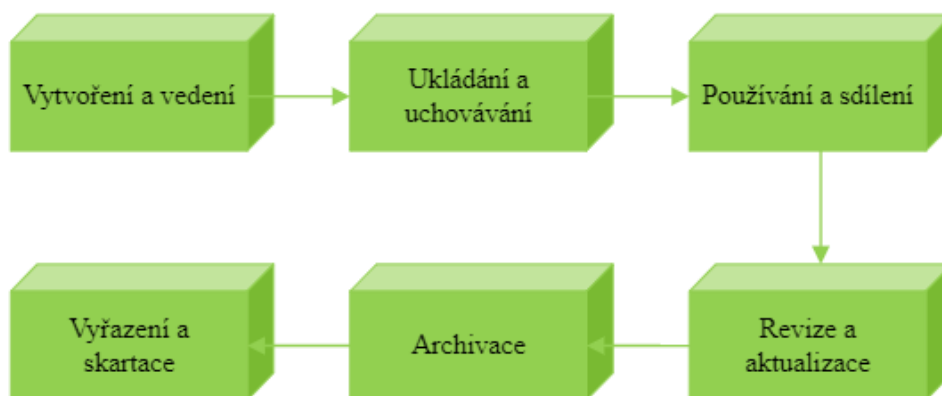
s) u pacienta ve výkonu ochranného léčení v ústavní formě

- záznam o individuálně stanovených rizicích a protektivních faktorech podkládajících jeho společenskou nebezpečnost a záznam o jejich pravidelném přehodnocování, a to alespoň jednou každých 6 měsíců,
- zprávy o průběhu ochranného léčení zpracované poskytovatelem pro soud“ (Česko, 2024).

Zdravotnická dokumentace obsahuje záznamy a další důležité informace, které jsou specifikovány zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Zákonem č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách a dalšími aplikovatelnými právními předpisy (Pokorná et al., 2019).

2.2.1 Životní cyklus zdravotnické dokumentace

Životní cyklus zdravotnické dokumentace je možné rozdělit do několika fází. Ty mimo jiné zahrnují její vytvoření, vedení, ukládání, uchování, používání, sdílení, revize, aktualizace, archivaci, vyřazení a její skartaci. Tento cyklus zajišťuje, že dokumentace je správně spravována od momentu jejího vzniku přes archivaci až po její konečné vyřazení a skartaci. Tento životní cyklus zdravotnické dokumentace je znázorněn na následujícím obrázku.



Obrázek 2 Životní cyklus zdravotnické dokumentace (vlastní zpracování)

Dle fází životního cyklu zdravotnické dokumentace se následující část zaměřuje pouze na konkrétní pojmy spojené s procesy vedení, archivace, vyřazování a skartace zdravotnické dokumentace.

2.2.2 Vedení zdravotnické dokumentace a její formy

Zdravotnickou dokumentaci je možné vést v digitální formě, v tradičním listinném formátu, nebo pomocí kombinovaného přístupu, který spojuje obě tyto možnosti.

Vedení zdravotnické dokumentace představuje nezbytný prvek klinické praxe, který plní dva účely. Na jedné straně poskytuje zásadní pracovní nástroj během léčebného procesu pacienta, poskytující zdravotnickým pracovníkům komplexní přehled o pacientovi a jeho zdravotnické historii, provedených zákrocích, aplikované léčbě a plánu dalšího postupu. Na druhé straně má zdravotnická dokumentace zásadní význam v případě forenzního šetření praxe lékaře. Přesně a odborně vedená dokumentace může sloužit jako důkazní materiál pro potvrzení správnosti postupů, čímž chrání zdravotnické pracovníky před neopodstatněnými obviněními z pochybení (Škrla a Škrlová, 2008).

Dle Pokorné a kol. je „*řádně vedená zdravotnická dokumentace dostatečně podrobným, chronologicky vedeným, čitelným, přehledným a srozumitelným zápisem o:*

- *vývoji a průběhu zdravotního stavu pacienta, včetně anamnézy,*
- *získaných výsledcích laboratorních i klinických vyšetření,*
- *závěrech, které z nich byly vyvozeny, včetně pracovních diagnóz a epikriz,*
- *podniknutých diagnostických i terapeutických opatřeních, aplikaci ošetrovatelských postupů, ordinací a doporučeních“* (Pokorná et al., 2019).

Neúplná nebo nepřesně vedená zdravotnická dokumentace, představuje významné riziko, neboť může být interpretována jako důkaz chybného lékařského postupu. V praxi to může vést k právním sporům, kdy nedostatečně zdokumentované lékařské rozhodnutí či postup může být zpochybněn. Případy, kdy nekvalitně vedená dokumentace vedla k závažným následkům pro pacienty, zdůrazňují význam pečlivého vedení zdravotnických záznamů. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby zdravotnické zařízení a jeho personál přikládali vysokou prioritu přesnému a systematickému zaznamenávání všech podstatných informací. Tento přístup nejenže zvyšuje kvalitu patientské péče, ale rovněž posiluje právní ochranu zdravotnických pracovníků a institucí (Škrla a Škrlová, 2008).

2.2.3 Zásadní úlohy vedení zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace plní níže uvedené zásadní úlohy:

- Poskytuje podklady k určení finančních odměn pro nemocnice;

- Funguje jako právní důkaz při poškození pacienta nebo sporu s léčebným zařízením;
- Umožňuje auditům posuzovat dodržení péče o pacienta a dokumentační standardy;
- Poskytuje klíčové informace pro akreditační komisi SAK ČR;
- Odráží úroveň kvality a bezpečnosti poskytované péče (Škrla a Škrlová, 2008).

2.2.4 Vlastnictví zdravotnické dokumentace

Diskuse o **vlastnictví** zdravotnické dokumentace představuje komplexní a kontroverzní téma o tom, kdo na ni má vlastnická práva. Na tuto problematiku existují různé pohledy. Obvykle se setkáváme s názorem, že za vlastníky zdravotnických záznamů se považují zdravotnická zařízení, jelikož investovala do zdrojů a zařízení nezbytných pro jejich vytváření a uchovávání. Na druhé straně se objevuje argument, že skutečnými vlastníky by měli být pacienti, protože dokumentace se týká přímo jich. Existuje rovněž teorie, která vlastnictví připisuje státu, argumentující tím, že stát zastává roli hlavního ochránce veřejného zdraví a žádná zdravotnická instituce nemůže fungovat bez jeho povolení. Další aspekt této problematiky poukazuje na to, že zdravotnická dokumentace se v právním rámci České republiky nepovažuje za objekt vlastnických práv, což znamená, že ji nelze dědit, darovat, prodat ani pronajmout. V případě zániku registrace nestátního zdravotnického zařízení dochází k předání dokumentace příslušnému správnímu orgánu, který ji následně předá novému zdravotnickému zařízení, které si pacient zvolil (Policar, 2010).

2.2.5 Povinná mlčenlivost

Povinná mlčenlivost v oblasti zdravotnictví je upravena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách v § 51. Tento paragraf stanovuje, že poskytovatelé zdravotnických služeb jsou povinni zachovávat mlčenlivost o všech informacích, jež získali během poskytování zdravotní péče (Česko, 2011).

2.3 Archivace a doby uchování zdravotnické dokumentace

Archivace je proces, při němž dochází k trvalému uchování zdravotnické dokumentace jak v analogové, tak v digitální podobě (Kunt a Lechner, 2022).

Doby uchování zdravotnické dokumentace nebo jejích částí stanovuje vyhláška č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci konkrétně v příloze č. 3.

Dle Národního informačního zdravotnického portálu se standardně uchovává zdravotnická dokumentace 5 let, avšak délka uchování je odlišná v závislosti na typu zdravotnického poskytovatele. Praktičtí lékaři a pediatři si zdravotní dokumentaci ponechávají 10 let, zatímco zubaři, gynekologové a jiní specialisté ji mají pouze 5 let. V případě nemocnic se archivace záznamů prodlužuje na 40 let a pro dlouhodobou lůžkovou péči (LDN) na 20 let. Záznamy záchranné služby, včetně informací o výjezdech, se rovněž uchovávají 10 let. Jakmile uplyne doba určená pro uchování, musí být zdravotnická dokumentace zlikvidována způsobem, který nedovolí její opětovnou rekonstrukci nebo identifikaci. Detaily týkající se uchovávání jsou specifikovány v příslušné vyhlášce a její příloze č. 3 (Národní zdravotnický informační portál, 2025).

2.4 Vyřazování zdravotnické dokumentace

Do 31. prosince 2024 bylo **vyřazování** zdravotnické dokumentace upraveno vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, zejména pak v její příloze č. 2. Od 1. ledna 2025 je však tato oblast regulována novou vyhláškou č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci, konkrétně ustanoveními § 14 až § 19 této vyhlášky.

Vyřazování zdravotnické dokumentace označuje proces posouzení a výběr dokumentů, které již nejsou nezbytné pro poskytovatele zdravotní péče. V rámci tohoto procesu se rozhoduje, zda bude daný dokument po uplynutí skartační lhůty vyřazen z evidence a připraven ke zničení.

Vyřazování zdravotnické dokumentace je realizováno ve skartačním řízení. V celém zdravotnickém zařízení lze skartační řízení provádět každoročně, nejdéle však jednou za 5 let. Předmětem skartačního řízení je veškerá zdravotnická dokumentace, u níž uplynula doba uchování (Kůs, 2021).

V každém zdravotnickém zařízení je nezbytné mít v rámci vnitřních směrnic vypracován skartační plán pro všechny druhy zdravotnické dokumentace. Tento plán musí zahrnovat skartační znak, skartační lhůtu a spouštěcí událost pro stanovení počátku běhu skartační lhůty (Policar, 2010).

Z hlediska procesu skartace se zdravotnická dokumentace dělí do několika základních kategorií, které definují, jak s nimi naložit po uplynutí doby její uchování.

Tyto kategorie zahrnují:

- **Skartační znak A** (archiv): je stanoven pro dokumenty s významným dopadem v oblastech ekonomie, historie, práva, sociologie a kultury. Dokumenty tohoto typu nejsou likvidovány, ale jsou archivovány v Národním archivu, kde jsou uchovávány pro účely budoucího výzkumu a zachování kulturního dědictví.
- **Skartační znak V** (výběr): je stanoven pro dokumenty, které po uplynutí skartační doby podléhají odbornému posouzení. Na základě tohoto posouzení je určena část dokumentů k trvalému uložení v Národním archivu. Zbylé dokumenty, které nejsou vyhodnoceny jako podstatné pro dlouhodobé uchování, jsou následně skartovány v souladu s příslušnými postupy a normami.
- **Skartační znak S** (skartace): je stanoven pro dokumenty, určené k likvidaci po uplynutí jejich předepsané doby uchování. Nejprve dokumenty procházejí skartačním řízením, poté následuje proces skartace. Důležitým aspektem při skartaci je nutnost fyzické likvidace dokumentů, s ohledem na zabránění jakémukoli možnému zneužití nebo úniku osobních údajů v nich obsažených (Kůs, 2021).

2.5 Skartace zdravotnické dokumentace

Skartace je proces, při němž dochází k organizovanému a řízenému odstraňování, zničení nebo trvalému vyřazení dokumentů nebo záznamů, které již nejsou považovány za potřebné či důležité pro běžnou činnost organizace nebo instituce. Tento proces se řídí legislativními předpisy a interními pravidly, jež zajišťují, že dokumenty jsou likvidovány způsobem, chránícím citlivé informace před neoprávněným přístupem nebo zneužitím (Policar, 2010).

V rámci legislativního rámce České republiky nejsou zdravotnická zařízení povinná uchovávat zdravotnickou dokumentaci věčně. Skartační proces, týkající se i této dokumentace, je nezbytný z důvodu jejího obsahu neboli souboru záznamů obsahujících citlivé osobní informace pacientů. Aby bylo zajištěno náležité zacházení s těmito informacemi, zákonodárce přijal speciální právní předpis. Tento předpis je ustanoven zákonem č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě. Tento zákon přesně definuje pravidla pro skartaci zdravotnické dokumentace a její případné uchování či zničení (Policar, 2010).

Před samotným procesem skartace nelze opomenout proces skartačního řízení, na jehož základě se provádí bezpečné a regulované odstranění dokumentů, již nepotřebných nebo jejichž zákonná doba uchování vypršela.

2.5.1 Skartační řízení

Skartační řízení je pečlivě řízený proces, který zajistí, že zdravotnická dokumentace je bezpečně zničena dle zákona a eticky.

Při provádění skartačního řízení musí všechny nemocnice a kliniky postupovat podle pevně daných pravidel. Jakékoliv zachování zdravotnické dokumentace nad rámec těchto pravidel je nepřípustné. Je důležité si uvědomit, že nemohou začít s likvidací záznamů dříve, než jim to pravidla dovolí, a to až po dokončení všech potřebných kroků schválení. Proces skartace zdravotnické dokumentace bez dodržení správného postupu je zakázán (Policar, 2010).

Níže jsou uvedeny **zásadní kroky**, jež jsou klíčové pro pečlivě řízené provedení procesu skartačního řízení:

- Identifikace dokumentů k likvidaci;
- Revize a schválení;
- Zabezpečené odstranění;
- Dokumentace procesu;
- Dodržování právních a etických standardů.

2.5.2 Průběh skartačního řízení

Samotnému **průběhu skartačního řízení** předchází v rámci vnitřních směrnic organizace sestavení spisového a skartačního plánu, který je důležitým nástrojem pro správu dokumentů v organizaci. Kategorizuje různé typy dokumentů do specifických skupin. Tyto dokumenty jsou poté označeny spisovými a skartačními znaky a jsou jim přiděleny skartační lhůty, což určuje, jak dlouho mají být uchovávány před tím, než budou buď archivovány nebo zničeny. **Skartační řízení** je postup, který se aplikuje na zdravotnickou dokumentaci, jejíž skartační doba již vypršela. Pravidla pro určení délky skartačních lhůt lze ilustrovat na příkladu dokumentace z primární zdravotní péče, pro niž je typicky stanovena desetiletá skartační lhůta. Počátek běhu skartační lhůty může vyvolat událost jako je úmrtí pacienta. Například, pokud pacient zemře dne 1. února 2020, skartační lhůta začne běžet od 1. ledna 2021 a uplyne 1. ledna 2031. Tedy, skartační řízení pro tuto dokumentaci by bylo provedeno v roce 2031 (Policar, 2010).

Následně pověřený zdravotnický pracovník sestaví skartační návrh, který ve své příloze obsahuje výčet zdravotnické dokumentace označené skartačním symbolem S, určené ke

skartaci. Po jeho podpisu je tento návrh předložen skartační komisi, která vykonává funkci jako stálý poradní orgán zřízený provozovatelem zdravotnického zařízení s úkolem dohlížet na skartaci dokumentů. Úkolem skartační komise je návrh posoudit a doporučit jeho schválení provozovateli zařízení. Po schválení je návrh odeslán do příslušného archivu, kde archivář provede odbornou kontrolu dokumentů určených k likvidaci. Na základě této kontroly je vypracován protokol, na jehož základě je vydán souhlas k likvidaci dokumentace, která nese skartační znak S (Policar, 2010).

3 POPIS ANALÝZY RIZIK

Proces analýzy rizik je systematická studie, jejíž cílem je identifikovat a popsat potenciální rizika, jejich příčiny, pravděpodobnost výskytu a možné dopady (Rausand a Haugen, 2020).

Dle Smejkal a Raise proces analýzy rizik zahrnuje identifikaci potenciálních hrozeb, vyhodnocení pravděpodobnosti, že se tyto hrozby stanou realitou, a posouzení možného dopadu na aktiva. Jedná se tedy o proces, v rámci, něhož se určují konkrétní rizika a odhaduje jejich závažnost (Smejkal a Rais, 2013).

Mezi základní pojmy v kontextu analýzy rizik patří: riziko, aktivum, hrozba, zranitelnost a protiopatření.

Analýza rizik zahrnuje v první fázi:

- Identifikaci klíčových aktiv, což znamená určení toho, co je pro organizaci nebo projekt hodnotné a co může být ohroženo;
- Následuje ocenění těchto aktiv, kde se určuje jejich význam nebo hodnota pro danou organizaci;
- Dále se identifikují potenciální hrozby a slabiny čili zranitelnosti, které by mohly tato aktiva negativně ovlivnit;
- Nakonec se stanoví závažnosti identifikovaných hrozeb a míry, do jaké jsou aktiva zranitelná vůči těmto hrozbám.

Ve druhé fázi dochází k hodnocení a řízení těchto identifikovaných rizik:

- Posuzují se potenciální dopady realizace hrozeb na jednotlivá aktiva a na celkovou činnost organizace;
- Následně dochází k hodnocení stupňů rizik, což znamená posouzení vážnosti možných negativních dopadů;
- Nakonec se rozhoduje o akceptovatelnosti rizik na základě jejich úrovně – zda jsou rizika přijatelná v rámci tolerance k riziku organizace, nebo vyžadují opatření (Smejkal a Rais, 2013).

3.1 Riziko

Pojem **riziko** sahá až do období 17. století, kdy byl používán k popisu nebezpečí a nejistot spojených s mořeplavbou. V té době bylo riziko spojeno především s fyzickými nebezpečími

a hrozbami, jimž se mořeplavci museli vyhnout, aby ochránili své lodě, náklad a životy. Základním prvkem pojmu rizika je nejistota. V kontextu rizika nejistota neznamená pouze nedostatek jistoty o tom, zda se určitá událost uskuteční či nikoliv, zahrnuje i nejistotu ohledně rozsahu potenciálních dopadů. Tato nejistota vyžaduje systematické hodnocení a řízení rizik, aby se minimalizovaly možné negativní důsledky a maximalizovaly příležitosti (Častorál, 2017).

Riziko může být také chápáno jako souhrn ohrožení, jemuž je nějaké místo či oblast vystavena, a míry zranitelnosti lidí, budov nebo služeb nacházejících se v této oblasti. Pojem ohrožení se vztahuje na faktory nebo situace, které mají potenciál způsobit poškození nebo škodu na hodnotách, jež jsou pro lidi důležité. Ohrožení se typicky vyjadřuje jako predikce šance, že k určité události dojde (Neuvel et al., 2015).

3.2 Aktivum

Dle Smejkal a Raise **aktivum** představuje cokoliv, co pro subjekt představuje hodnotu a je náchylné ke zmenšení své hodnoty vlivem hrozby. Rozlišujeme mezi fyzickými (hmotnými) a nehmotnými aktivy. Samotný subjekt také může být považován za aktivum, jelikož existují hrozby, které mohou ohrozit jeho celkovou existenci (Smejkal a Rais, 2013).

Aktivum může být také charakterizováno jako jakýkoli objekt, věc nebo subjekt, který přináší organizaci potenciální či aktuální hodnotu. Tyto zdroje hodnoty lze kategorizovat do skupin, jako jsou fyzické zdroje, finanční kapitál, lidské zdroje, informace a nehmotné zdroje (Nithin et al., 2022).

3.3 Hrozba

Hrozba se dá definovat jako faktor, událost, jednání nebo samotný jedinec, který negativně ovlivňuje aktiva a může způsobit škodu nebo ohrozit celou organizaci. Tyto hrozby mohou mít původ v přírodních jevech nebo lidských činnostech a mohou být náhodné či záměrné. Mohou pocházet jak z vnitřního, tak z vnějšího prostředí organizace. Příklady hrozeb zahrnují požáry, přírodní katastrofy, krádeže zařízení či neoprávněný přístup k citlivým informacím (Smejkal a Rais, 2013).

3.4 Hrozba versus riziko

V oblasti bezpečnostního managementu se jak bezpečnostní experti, tak i jejich klienti často potýkají s nedostatečným rozlišováním mezi koncepty hrozby a rizika. Přesné vymezení

těchto pojmů je přitom zásadní pro efektivní vyhodnocení a řízení bezpečnostních situací, neboť rizika, ať už přírodního nebo antropogenního původu, jsou obecně charakterizována absencí zlého úmyslu, zatímco hrozby jsou vždy spojeny s vědomým a škodlivým jednáním člověka (Norman, 2016).

3.5 Zranitelnost

Zranitelnost se v rámci řízení rizik vztahuje na jakoukoliv slabinu nebo chybějící prvek v aktivu, který otevírá cestu pro potenciální hrozbu. V procesu hodnocení rizik se tato zranitelnost považuje za specifický prvek aktiva, který představuje jeho náchylnost k možnému negativnímu dopadu (ManagementMania, 2016).

Dle Smejkal a Raise pojem **zranitelnost** představuje chybějící opatření, slabé místo nebo specifický stav uvnitř zkoumaného aktiva, subjektu nebo jeho části, který umožňuje hrozbě projevit svůj negativní dopad. Je to část aktiva, odhalující míru jeho citlivosti na vliv konkrétní hrozby. Zranitelnost se objevuje ve chvíli, kdy dochází ke kontaktu mezi aktivem a hrozbou. Klíčovým prvkem určujícím zranitelnost je její úroveň. Hodnocení úrovně zranitelnosti aktiva závisí na dvou hlavních kritériích:

- **Citlivost:** označuje míru, do jaké je aktivum náchylné k poškození ze strany dané hrozby;
- **Kritičnost:** vyjadřuje význam aktiva pro subjekt, který je konkrétně analyzován (Smejkal a Rais, 2013).

Dle Mezivládního panelu pro změnu klimatu (IPCC) je zranitelnost definována jako náchylnost nebo predispozice k negativním dopadům. Tato náchylnost zahrnuje také citlivost a vnímavost vůči poškození, ale také omezenou schopnost se s těmito dopady vyrovnat a přizpůsobit se jim. Společně s hrozbami a mírou vystavení těmto hrozbám určuje zranitelnost riziko, jakému jsou lidé a systémy vystaveni. Zranitelnost se může projevovat také narušením vztahu k věcem, které jsou pro nás důležité. Mezi ně patří lidé, místa, komunity, různé objekty, ale i systémy, jako jsou například klíčové služby, na které se spoléháme pro zachování pocitu jistoty a bezpečí (Crosweller, 2024).

3.6 Protiopatření

Protiopatření zahrnuje vše, co je záměrně vytvořeno za účelem snížení rizik, ke zlepšení kvality, efektivity nebo bezpečnosti. Může obsahovat:

- Aktualizaci procesů;
- Zavedení nových technologií;
- Změny v zavedených postupech (ManagementMania, 2018).

Dle Smejkal a Rais protipatření představuje jakýkoliv postup, proces nebo metodu, která je vytvořena s cílem zmírnit nebo odstranit působení hrozby. Protipatření jsou koncipována tak, aby zabránila vzniku škody nebo aby pomohla v řešení a nápravě již vzniklých škod (Smejkal a Rais, 2013).

4 ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem teoretické části bylo poskytnutí uceleného přehledu legislativního rámce a základních pojmů souvisejících s archivací a skartací zdravotnické dokumentace. Byla probrána historie zdravotnictví ve světě a současný stav zdravotnictví v České republice. Důležité bylo objasnění pojmů jako osobní údaj, citlivý osobní údaj, subjekt údajů, správce údajů a zpracovatel údajů. Další kapitola byla věnována zdravotnické dokumentaci, kde je uveden proces životního cyklu zdravotnické dokumentace a základní pojmy související s procesem vedení, vlastnictví a povinné mlčenlivosti. Dále zde byly popsány procesy jako archivace, doby uchování a skartace zdravotnické dokumentace. V závěrečné kapitole teoretické části byla popsána analýza rizik, její fáze a základní pojmy mezi které patří riziko, aktivum, hrozba, zranitelnost a protiopatření.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cílem praktické části je definovat prostředí vybraného zdravotnického zařízení, v němž byla provedena analýza rizik v oblasti archivace a skartace zdravotnické dokumentace. První část práce je zaměřena na popis konkrétního zdravotnického zařízení, jeho charakteristiku, orientační plán, organizační strukturu a personální složení. Druhá část je zaměřena na analýzu rizik a popis aktuální situace ve zdravotnickém zařízení prostřednictvím interního šetření. Poté následuje samotné zpracování analýzy rizik pomocí dále specifikovaných metod. V závěru praktické části metodiky práce je komplexní vyhodnocení výsledků získaných z analýzy. Dle zjištěných nedostatků jsou navržena možná doporučení ke snížení dopadů možných nežádoucích událostí v této vybrané zdravotnické organizaci.

Použité metody analýzy rizik v praktické části:

BRAINSTORMING

Představuje proces, kde uzavřená skupina odborníků v daném oboru vede debatu s cílem vygenerovat mnoho originálních, kreativních a nekonvenčních nápadů, myšlenek, metod, řešení a dalších aspektů souvisejících s danou problematikou (Reichel, 2009).

Základní zásady a pravidla brainstormingu zahrnují:

- **Příjemnou atmosféru** (vytvoření příjemného prostředí pro tvorbu nových myšlenek);
- **Soustředění na kvantitu** (vytvoření co nejvíce nápadů pro kvalitní návrhy řešení);
- **Žádná kritika** (ponechat kritiku na pozdější dobu, aby se neomezil tok nápadů a myšlenek);
- **Nové nápady jsou vítány** (tvorba nových nápadů bez ohledu na to, zda mohou být realizovány, případně mají či nemají nějakou logiku);
- **Kombinování a zlepšování nápadů** (využití vzájemné spolupráce v týmu pro vznik nových nápadů) (ManagementMania, 2016).

METODA WHAT – IF

V překladu „Co se stane, když“, je zjednodušená analytická metoda, která se používá v procesu rozhodování a řízení rizik. Metoda se zakládá na zkoumání možných dopadů v určitých specifických situacích nebo procesech. Zaměřuje se na předvídaní výsledků činností nebo procesů, a to i těch, které by mohly být považovány za méně pravděpodobné

nebo extrémní. Těto analytické metody se obvykle účastní skupina zkušených lidí v daném oboru, která pokládá otázky, navrhuje preventivní opatření nebo reaguje na identifikované potenciální dopady. Výsledkem této metody je detailní přehled možných rizik a problémů, doplněný o návrhy, jak těmto situacím efektivně předcházet nebo je případně řešit (ManagementMania, 2015).

SKÓROVACÍ METODA S MAPOU RIZIK

Představuje metodu, která hodnotí definovaná rizika pomocí strukturovaného přístupu. Pro každý identifikovatelný faktor rizika je v metodě provedeno hodnocení pravděpodobnosti jeho výskytu a potenciálního dopadu pomocí desetibodové stupnice. Celkové skóre je poté vypočteno aritmetickým průměrem odhadů jednotlivých hodnotitelů. Závěrem je vytvořena mapa rizik, která je zobrazena jako dvojrozměrná matice v podobě bodového grafu. Metoda slouží ke zpracování návrhů v rámci snížení rizik, jak pro kvadrant kritických rizik, tak pro kvadrant významných rizik. Tuto metodu lze aplikovat i na další typy rizik, u nichž je možné identifikovat opatření k jejich snížení (Doležal et al., 2012).

6 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ ABC

Při tvorbě praktické části mé bakalářské práce jsem opírala svůj výzkum o osobní praktické zkušenosti v dané oblasti a spolupráci s dvěma konkrétními zdravotnickými zařízeními. Tato spolupráce mi umožnila získat nezbytná data pro provedení analýzy rizik a provedení průzkumu. S ohledem na etické principy, ochranu soukromí a osobních údajů bylo s oběma zařízeními dohodnuto, že v textu bakalářské práce budou anonymizovány pod jednotným fiktivním označením „ABC“, a to na základě písemného souhlasu.

Zdravotnické zařízení na krajské úrovni představuje akciovou společnost, která disponuje širokou škálou specializovaných pracovišť. Většinovým akcionářem této společnosti je příslušný kraj. Hlavním zaměřením nemocnice je poskytovat vysoce kvalitní péči pacientům napříč všemi specializovanými odděleními.



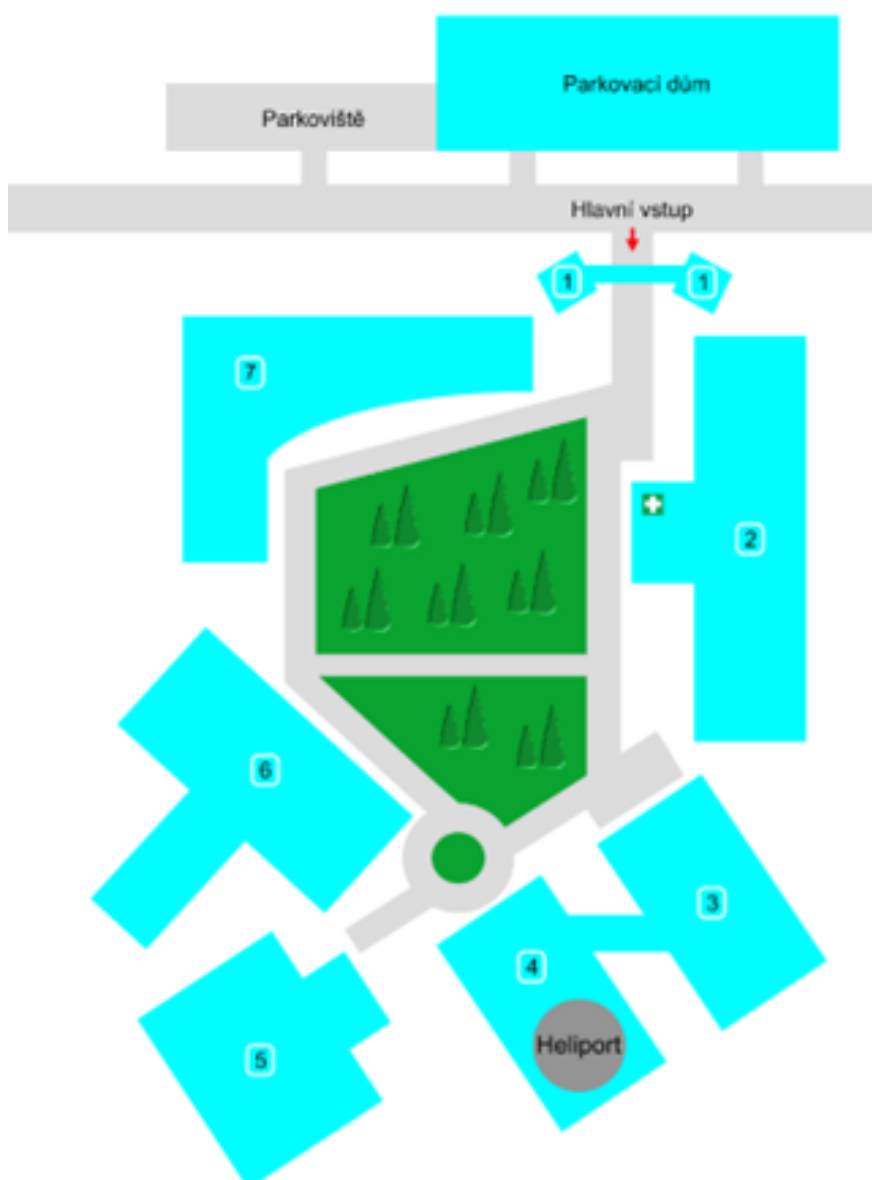
Obrázek 3 Logo nemocnice (vlastní zpracování)

Tato zdravotnická organizace zaměstnává na svých různých pracovištích více než 2200 pracovníků. Ročně poskytuje hospitalizaci několika tisícům pacientům. Disponuje rozsáhlou kapacitou lůžek, které využívá jak pro akutní, tak pro následnou péči o pacienty. Nejvíce pacientů je umístěno na oddělení péče o děti a na interním oddělení.

Veškeré úsilí zdravotnické organizace je zaměřeno na posílení kvality poskytované lékařské péče, modernizaci a další rozvoj za účelem dosažení spokojenosti jak u pacientů, tak u zaměstnanců.

6.1 Orientační plán

Následující **orientační plán** zdravotnického zařízení přináší komplexní přehled o struktuře a rozmístění budov, díky němu mohou pacienti snáze najít potřebné oddělení či pracoviště.



Obrázek 4 Orientační plán (vlastní zpracování)

Orientační plán zdravotnického zařízení (Obrázek 4) se skládá z hlavní brány, která je označena č. 1. Vstupní brána do areálu nemocnice je vyhrazena pouze pro pěší a vozidla. Tento vstup je monitorován zaměstnanci fyzické ostrahy a je opatřen závorou pro dodatečné zabezpečení celého areálu zdravotnického zařízení.

Druhým objektem je několikapatrová budova, která je označena č. 2. V přízemí této budovy se nachází vestibul, nemocniční lékárna, pokladna a podatelna. Další podlaží jsou převážně určena pracovníkům v administrativě. V posledním patře se nachází vedení nemocnice spolu s odděleními pro obchod, ekonomiku, personální a mzdové záležitosti.

Mezi další vícepatrovou budovu je zařazen objekt centrálních urgentních oborů, který je označen č. 3 a 4. Tyto budovy jsou navzájem mezi sebou propojeny. Zde se v přízemí a v prvním patře nachází urgentní příjem pacientů, zobrazovací metody, odborné a akutní ambulance. Ve druhém patře je umístěno oddělení kardiologie a neurologická JIP. Ve třetím patře se nachází centrální operační sály, ARO, chirurgická a interní JIP, neurologie, neurochirurgie a traumatologie. Předposlední dvě podlaží jsou určena k poskytování lůžkové péče hospitalizovaným pacientům v rámci urgentních oborů. Poslední podlaží je vyhrazeno pro umístění strojoven vzduchotechniky a chlazení. Na střeše budovy se nachází heliport určený pro přistávání vrtulníků letecké záchranné služby.

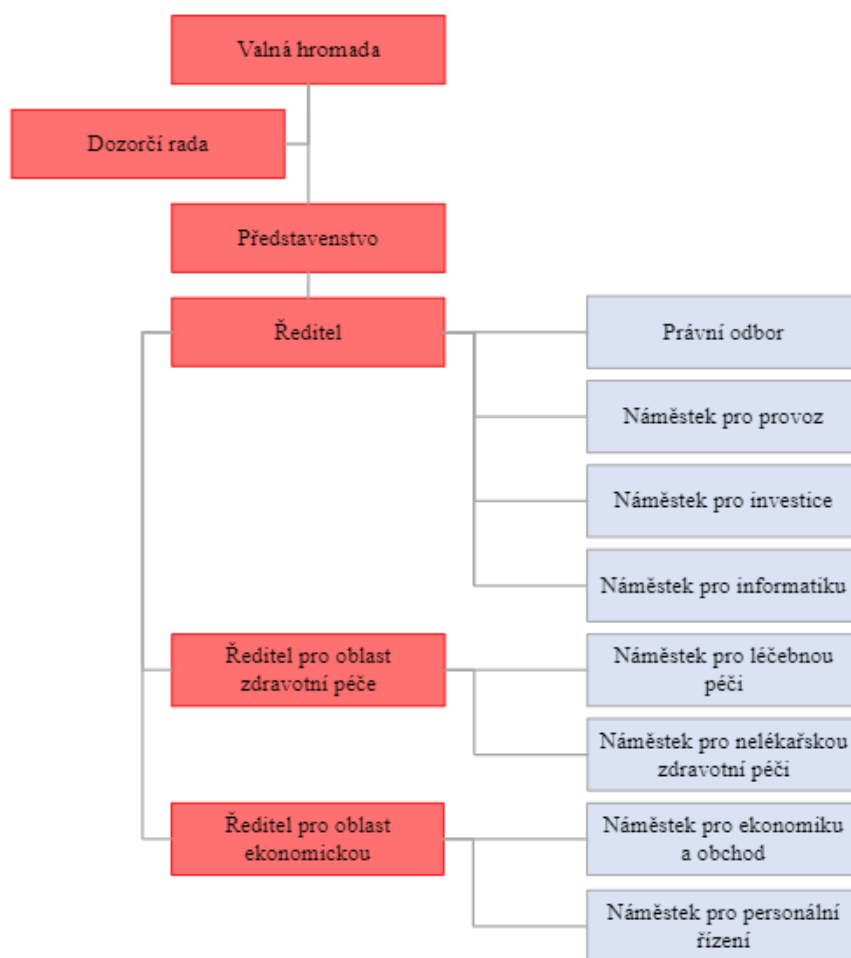
V budově č. 5 se nachází patologicko-anatomické oddělení a laboratoře. Zde probíhají laboratorní analýzy krve, zkoumání odebraných biologických vzorků a provádění pitev zemřelých.

Dalším objektem v orientační plánu nemocnice je několikapatrová budova č. 6. Zde se v přízemí a v prvním patře nachází transfúzní oddělení, které je určeno dobrovolným dárcům krve a krevní plazmy. Dále se zde nachází ORL, ÚČOCH, oční oddělení a rehabilitace. Ve druhém patře je umístěno oddělení plicní, urologické, ortopedické a kožní. V předposledním a posledním patře se nachází oddělení novorozenecké, gynekologicko-porodnické a dětské.

Posledním objektem v areálu nemocnice je budova č. 7. Zde se nachází centrální spisovna, ve které jsou uchovávány všechny dokumenty určené k archivaci. V této budově je rovněž umístěna jídelna a oddělení stravování, která se stará o přípravu jídel jak pro hospitalizované pacienty, tak pro zaměstnance nemocnice.

6.2 Organizační struktura

Struktura zdravotnického zařízení ABC je systematicky uspořádána podle hierarchie řídicích pozic, rozdělení pravomocí, odpovědností a vzájemných propojení. Toto uspořádání umožňuje efektivní řízení a koordinaci v celém zařízení (Obrázek 5). Organizační struktura je zpracována tak, aby na vrcholu stáli řídicí pracovníci, jimž je delegováno řízení určitých segmentů zdravotnického zařízení. V následujících odstavcích bude podrobněji představena navazující ostatní část organizační hierarchie.



Obrázek 5 Organizační struktura (vlastní zpracování)

Právní odbor v nemocničním zařízení zastřešuje veškeré právní záležitosti, zajišťuje soulad s aktuálními právními předpisy a ochranou práv pacientů i zaměstnanců, což zahrnuje vše od smluvních vztahů po právní zastupování zdravotnického zařízení v případě sporů. Pod tento odbor v organizační struktuře spadá **oddělení veřejných zakázek**, které zajišťuje

a koordinuje zadávání veřejných zakázek v souladu s předpisy veřejného sektoru a dále **pověřenec pro ochranu osobních údajů**.

Náměstek pro provoz v nemocničním zařízení zastřešuje plynulý chod všech provozních oddělení. Mezi tato provozní oddělení spadá:

- Oddělení provozu a bezpečnosti;
- Oddělení dopravy;
- Oddělení správy a údržby majetku;
- Oddělení spisové a archivní služby.

Náměstek pro investice zastává klíčovou roli při plánování, dohledu a realizaci investičních projektů. Do kompetencí náměstka pro investice v organizační struktuře spadá:

- Oddělení investic;
- Oddělení stavební;
- Oddělení řízení projektů.

Náměstek pro informatiku zastřešuje a řídí implementaci a údržbu informačních systémů v nemocničním zařízení. Kompetence náměstka pro informatiku v organizační struktuře zahrnují:

- Oddělení infrastruktury;
- Oddělení IT bezpečnosti;
- Oddělení aplikací a SW vývoje.

Náměstek pro léčebnou péči zajišťuje dohled nad kvalitou poskytovaných zdravotních služeb v nemocničním zařízení. Kompetence náměstka pro léčebnou péči jsou:

- Klinická farmacie;
- Primáři zdravotnických oddělení;
- Vrchní sestry a vedoucí zdravotnických oddělení.

Náměstek pro nelékařskou zdravotní péči je zodpovědný za řízení, koordinaci a kvalitu všech nelékařských zdravotnických služeb. Pod náměstka pro nelékařskou zdravotní péči spadá:

- Oddělení řízení kvality;

- Nemocniční hygiena;
- Sociální oddělení;
- Nutriční terapie;
- Centrální sterilizace;
- Odbor vzdělávání, vědy a výzkumu;
- Klinická pastorační péče.

Náměstek pro ekonomiku a obchod má na starost řízení finančních rozpočtů, ekonomické strategie, optimalizaci nákladů a řízení rozpočtů v nemocničním zařízení. Do kompetencí náměstka pro ekonomiku a obchod spadají níže uvedená oddělení:

- Oddělení účetnictví;
- Oddělení financí;
- Oddělení dotací;
- Interní audit;
- Oddělení evidence majetku;
- Oddělení zdravotních pojišťoven a metodiky;
- Oddělení kódérů;
- Oddělení nákupu;
- Oddělení analýz a reportů;
- Oddělení zdravotnické techniky;
- Nemocniční a veřejná lékárna.

Náměstek pro personální řízení má na starosti správu, řízení a koordinaci veškerých personálních záležitostí, od nábory a výběru zaměstnanců po jejich rozvoj a školení. Pod náměstka pro personální řízení spadá:

- Oddělení personální;
- Oddělení mzdové;
- Oddělení komunikace a marketingu.

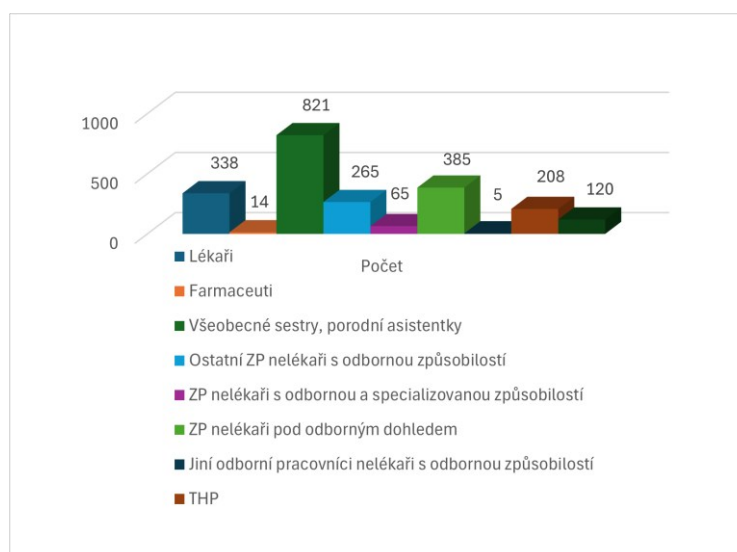
6.3 Personální složení

Aktualizace personálního obsazení zdravotnického zařízení probíhá každoročně. Aktuálně nemocnice zaměstnává 2221 zaměstnanců na různých pracovních pozicích. V příložené tabulce (Tabulka 1) je uveden seznam jednotlivých pracovních pozic včetně počtu zaměstnanců, působících v tomto zdravotnickém zařízení.

Tabulka 1 Seznam pracovních pozic (vlastní zpracování dle interních podkladů)

Kategorie pracovníků	Počet
Lékaři	338
Farmaceuti	14
Všeobecné sestry, porodní asistentky	821
Ostatní ZP nelékaři s odbornou způsobilostí	265
ZP nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí	65
ZP nelékaři pod odborným dohledem	385
Jiní odborní pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí	5
THP	208
Dělníci a provozní pracovníci	120
Celkem	2221

Následující obrázek poskytuje vizuální přehled pracovníků v rámci zdravotnického zařízení. Zobrazuje různorodost pozic, jak se počty zaměstnanců rozkládají mezi jednotlivé kategorie, jak bylo specifikováno v Tabulce 1.



Obrázek 6 Přehled pracovníků (vlastní zpracování)

Ve zdravotnických zařízeních se pracovní pozice rozlišují na základě odborných kvalifikací a specializací, které zaměstnanci zastávají. Lékařský personál je dále kategorizován podle druhu specializace, což zahrnuje lékaře s plnou odbornou způsobilostí, lékaře s odbornou způsobilostí, kteří nepotřebují dohled, a ty, kteří mají specializovanou nebo vysoce specializovanou odbornou způsobilost.

Kategorizace lékařských pozic ve zdravotnických zařízeních se může lišit. Obecně lze lékaře rozdělit do následujících kategorií a ilustrovat na příkladech konkrétních pozic:

Mezi lékaře s plnou odbornou způsobilostí se řadí lékaři, kteří mají ukončené medicínské vzdělání a splněnou několikaletou praxi v daném oboru. Tito lékaři pracují v praxi samostatně bez potřeby odborného dohledu. Do této kategorie lze zařadit například: praktické lékaře, internisty, pediatri, chirurgy, gynekology nebo psychiatry.

Lékaři s odbornou způsobilostí, kteří nepotřebují dohled zahrnují lékaře, kteří odbornou způsobilost mají a nevyžadují stálý dohled starších lékařů s několikaletou praxí v daném oboru. Do této kategorie lze zařadit: anesteziology, kardiology, ortopedy, radiology, a lékaře specializující se na urgentní medicínu.

K lékařům se specializovanou nebo vysoce specializovanou odbornou způsobilostí se řadí, lékaři, kteří mají rozsáhlé znalosti v určitém lékařském oboru a mohou se zabývat léčebnými metodami související s velmi specifickými nemocemi. Do této kategorie lékařů lze zařadit: neurochirurgy, kardiology, onkology, specialisty na transplantace a genetické poruchy.

Hlavní pracovní činnosti **farmaceutů** ve zdravotnickém zařízení jsou:

- Příprava a výdej léků pacientům, které jsou předepsané lékařem nebo jsou volně dostupné. Popisují dávkování léčiva předepsaných lékařem;
- Poskytování informací a poradenství zdravotníkům a pacientům o správném užívání léků, možných vedlejších účincích a interakcích s jinými léčivy;
- Zodpovídají za správu zásob, objednávání léků a dalších zdravotnických potřeb.

Všeobecné sestry se zaměřují na poskytování zdravotní péče pacientům od preventivní péče až po akutní a dlouhodobou péči. **Porodní asistentky** se specializují na péči o ženy během těhotenství, porodu a období po porodu.

Ve zdravotnickém zařízení kromě lékařů a sester pracuje mnoho dalších zdravotnických pracovníků (ZP). Tyto skupiny mohou být rozděleny dle jejich odborné způsobilosti a míry samostatnosti, se kterou mohou vykonávat svou práci:

Ostatní ZP nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí. Mezi ně se řadí například: fyzioterapeuti, kliničtí psychologové, logopedi, ergoterapeuti, nutriční terapeuti, dietologové, radiologičtí asistenti apod.

Mezi **ZP nelékaře pod odborným dohledem** se řadí zdravotní pracovníci, kteří mohou svou pracovní činnost vykonávat pod přímým dohledem kvalifikovaného zdravotnického personálu, jako jsou lékaři nebo vyšší odborní nelékařští pracovníci. Do této kategorie se řadí například: zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé, sanitáři, maséři aj.

Jiní odborní pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí pracují v oblasti zdravotní péče, ale nejsou přímo zapojeni do léčby pacientů. Jedná se například o zdravotnické informatiky, správce zdravotnických dat, odborníky na veřejné zdraví, sociální pracovníky.

Do další kategorie pracovníků spadají **THP pracovníci, dělničtí pracovníci a pracovníci v provozu**. To zahrnuje například: administrativní pracovníky, údržbáře, zahradníky apod.

7 ANALÝZA RIZIK

Během období března a dubna 2024 proběhl samostatný průzkum ve zdravotnickém zařízení s cílem identifikovat a vyhodnotit rizika spojená s archivací a skartací zdravotnické dokumentace. Pro analýzu rizik byly vybrány dvě analytické metody. Jako první byla zvolena analýza rizik **What – If**, která se zaměřuje na identifikaci rizik, možných nežádoucích dopadů a návrhů možných opatření. Jako druhá metoda byla zvolena **skórovací metoda s mapou rizik**, která hodnotí definovaná rizika pomocí strukturovaného přístupu.

V rámci procesu ohodnocení rizik byli osloveni zaměstnanci zdravotnického zařízení, kteří se v této problematice orientují a při své práci s ní přicházejí denně do kontaktu. Uvedení zaměstnanci jsou uvedeni v níže uvedených tabulkách pod čísly 1–5 a zastávají následující pracovní pozice:

- pověřenec pro ochranu osobních údajů;
- manager kvality;
- vedoucí oddělení spisové a skartační služby;
- archivářka;
- vedoucí provozního oddělení;

Identifikace rizik, možné nežádoucí dopady a návrhy opatření byly realizovány prostřednictvím **brainstormingu** a následných **polostrukturovaných rozhovorů** s výše vybranými pracovníky zdravotnického zařízení.

7.1 Popis aktuální situace ve zdravotnickém zařízení

Ve zdravotnickém zařízení je zajištěno **vedení a uchovávání zdravotnické dokumentace** dále jen ZD prostřednictvím papírové formy a doplňkově pomocí elektronických prostředků. Organizace má zpracovanou vnitřní směrnici pod názvem **spisový řád a skartační plán zdravotnické dokumentace**. Revize této směrnice probíhá 1 x za 2 roky. V případě legislativních změn dochází k bezprostřední aktualizaci. Zaměstnanci jsou seznámeni s těmito směrnici prostřednictvím sdílených informací v rámci firemní sítě tzv. intranetu. Vedoucí pracovníci jsou povinni informovat své podřízené o těchto směrnících a zaznamenat provedené školení.

Ve zdravotnické organizaci probíhá **archivace zdravotnické dokumentace** po uplynutí předem stanoveného období. K archivaci ZD dochází po schválení archivářkou. Následně je

předána do centrální spisovny zdravotnického zařízení. Předání dokumentace probíhá na základě předávacího protokolu, který je vypracován spisovým pracovníkem. Obsahuje datum, razítko předávajícího a přijímajícího pracovníka. ZD je následně uložena do archivačních složek, které jsou označeny čelními štítky obsahujícími potřebné údaje. ZD je v centrální spisovně uchovávána po dobu stanovenou skartační lhůtou, která je specifikována v rámci skartačního plánu. Pro správné provedení procesu skartačního řízení je nezbytná řádně provedená předarchivní péče o ZD. Tato péče zahrnuje pečlivou evidenci, správné označení skartačními znaky a dodržení stanovených lhůt, stejně jako přehledné uložení dokumentace v centrální spisovně.

Proces **vyřazování zdravotnické dokumentace** je prováděn za dohledu zdravotnického pracovníka ve spolupráci s referentem spisové a skartační služby. Dokumentace, která dosáhla skartační lhůty v daném kalendářním roce a je označena skartačním znakem "S", je navržena k zařazení do procesu skartačního řízení. Referent spisové a skartační služby připraví skartační návrh, který je následně podepsán předsedou představenstva a odeslán příslušnému Zemskému archivu. Po obdržení souhlasu k likvidaci ze strany Zemského archivu může být příslušná ZD fyzicky zlikvidována.

Skartace zdravotnické dokumentace je prováděna podle potřeby, minimálně jednou ročně. Skartace dokumentace je zprostředkována prostřednictvím smluvního vztahu s externím dodavatelem, který se specializuje na tento typ služeb. Tento externí dodavatel je pověřen odvozem ZD z areálu zdravotnického zařízení do svých prostor, kde probíhá hromadná skartace.

7.2 Analytická metoda What – If

Na základě polostrukturovaných rozhovorů s výše vybranými pracovníky zdravotnického zařízení a prostřednictvím brainstormingu byly získány informace nezbytné pro použití analytické metody What – If. Tyto informace byly využity k vytvoření níže uvedené tabulky (Tabulka 2), která identifikuje potenciální příčiny, následky a návrhy opatření rizik spojených s archivací a skartací ZD.

Tabulka 2 Analytická metoda What – If (vlastní zpracování)

Pořadové číslo	Co se stane, když?	Následek	Návrh opatření
1.	Bude nesprávně vyřazena a předčasně skartována ZD.	Zničení ZD.	Zavedení pravidelného proškolení zaměstnanců vedoucími pracovníky příslušného oddělení.
2.	Dojde k nedbalosti a nesprávné manipulaci se zdravotnickou dokumentací ZD.	Zničení ZD.	Zavedení pravidelného proškolení zaměstnanců vedoucími pracovníky příslušného oddělení.
3.	Bude ZD nevhodně uchována.	Zničení ZD.	Zavedení pravidelného proškolení zaměstnanců vedoucími pracovníky příslušného oddělení. Zavedení řádného uchování ZD v archivních krabicích s patřičným označením. Zavedení dodatečných preventivních opatření v rámci požární ochrany, měřičů teploty a vlhkosti.
4.	Bude chybět evidence přesného pohybu a seznamu ZD.	Ztráta ZD.	Zavedení evidence přesného pohybu ZD, včetně odpovědných osob.
5.	Bude chybět evidence vstupů osob do centrální spisovny.	Ztráta ZD.	Zavedení evidence vstupů osob do centrální spisovny v podobě elektronického přístupového systému.
6.	Dojde k nedbalosti při skartaci ZD.	Únik citlivých informací.	Zajištění certifikovaných skartovacích zařízení. Zavedení přísného dohledu nad procesem skartace. Zajištění bezpečně provedené skartace v areálu zdravotnického zařízení.
7.	Nebude ZD dostatečně zabezpečena určenými prostředky.	Únik citlivých informací.	Zabezpečení převozních klecí ZD visacím zámkem.

8.	Zaměstnanci nebudou dostatečně obeznámeni s příslušnou legislativou v rámci předarchivní péče ZD.	Neefektivní využití prostoru v archivačních regálech, potenciálně vyšší náklady pro zdravotnické zařízení.	Zavedení pravidelného proškolení zaměstnanců vedoucími pracovníky příslušného oddělení. Zavedení bezpečnostních kontrol a postihů za nedodržování směrnic.
9.	Zaměstnanci nebudou dostatečně obeznámeni s příslušnou legislativou v rámci archivace ZD.	Uložení zdravotnické dokumentace v prostředí s nevhodnými podmínkami, jako je vysoká vlhkost, zvýšené množství prachu a nestabilní teplotní podmínky.	Zavedení pravidelného proškolení zaměstnanců vedoucími pracovníky příslušného oddělení. Zavedení bezpečnostních kontrol a postihů za nedodržování směrnic.
10.	Zaměstnanci nebudou dostatečně obeznámeni s příslušnou legislativou v rámci procesu vyřazení ZD.	Předčasné vyřazení ZD, zničení ZD.	Zavedení pravidelného proškolení zaměstnanců vedoucími pracovníky příslušného oddělení. Zavedení bezpečnostních kontrol a postihů za nedodržování směrnic.
11.	Zaměstnanci nebudou dostatečně obeznámeni s příslušnou legislativou v rámci procesu skartace ZD.	Nesprávné provedení skartace ZD.	Zavedení pravidelného proškolení zaměstnanců vedoucími pracovníky příslušného oddělení. Zavedení bezpečnostních kontrol a postihů za nedodržování směrnic.
12.	Nebude dostatečně zabezpečena archivovaná ZD.	Neoprávněný přístup k informacím. Ztráta ZD.	Zavedení přístupového elektronického systému. Zavedení víceúrovňových bezpečnostních opatření pomocí kamer a alarmů.

7.3 Definovaná rizika skórovací metody

Po provedení procesu hodnocení rizik prostřednictvím formy brainstormingu a polostrukturovaných rozhovorů se zaměstnanci daných oddělení byla zjištěna níže uvedená rizika (Tabulka 3), která byla okomentována a ohodnocena pomocí skórovací metody (Tabulka 4–8). V závěru analýzy je sestavena **mapa rizik** (Obrázek 7), která byla

rozdělena pomocí identifikovaných rizik do čtyř kvadrantů podle pravděpodobnosti jejich výskytu a dopadu na zdravotnické zařízení.

Tabulka 3 Definovaná rizika (vlastní zpracování)

Pořadové číslo	Definované riziko
1.	Zničení zdravotnické dokumentace
2.	Ztráta zdravotnické dokumentace
3.	Únik citlivých informací
4.	Neznalost a nedodržování legislativy
5.	Neoprávněný přístup k informacím

7.4 Ohodnocení rizik

Definované riziko č. 1: Zničení zdravotnické dokumentace

Pokud dojde ke zničení zdravotnické dokumentace, mohou být ztraceny důležité informace o pacientech, včetně jejich lékařské historie, diagnóz, léčby a dalších důležitých údajů. Zničení zdravotnické dokumentace může mít také právní následky, jako je porušení zákona o ochraně osobních údajů. To může vést k právním žalobám a finančním pokutám.

Riziko zničení zdravotnické dokumentace může vzniknout při nesprávně provedeném procesu vyřazení ZD a tím i předčasné skartaci, kdy není dodržena zákonem stanovená lhůta pro archivaci ZD. Mezi další definované riziko patří nedbalost a nesprávná manipulace se ZD v rámci předarchivní péče a archivace. Dalším rizikovým faktorem může být nevhodné uchování ZD v centrální spisovně, kdy dokumentace není řádně archivována v archivních krabicích a není opatřena čelním štítkem s popisem, který obsahuje: název instituce, označení oddělení, spisový znak a věcný obsah dokumentů, skartační znak a lhůtu, rok vzniku dokumentů. Riziko také může nastat v případě živelné pohromy například v podobě deště, povodně nebo požáru. V důsledku této živelné pohromy může vzniknout nežádoucí vlhkost a následně plíseň, která může zapříčinit zničení ZD.

Co může vést ke zničení zdravotnické dokumentace:

- Nedbalost a nesprávná manipulace se zdravotnickou dokumentací (lidský faktor);
- Nevhodné uchování ZD v centrální spisovně (lidský faktor);
- Nesprávně provedené vyřazení a předčasná skartace ZD (lidský faktor);
- Živelná pohroma (povodeň, dešť, požár,);

Zničení zdravotnické dokumentace může nastat buď v důsledku lidského pochybení nebo bez lidského zavinění.

Tabulka 4 Zničení zdravotnické dokumentace (vlastní zpracování)

Kvantifikace rizik	1.	2.	3.	4.	5.	Skóre (Ø hodnoty)
Možnost výskytu (1 min. - 10 max.)	8	8	6	6	4	6,4
Dopad (1 min. - 10 max.)	9	9	9	9	9	9
Ocenění rizika = skóre pravděpodobnosti x skóre dopadu						57,6

Definované riziko č. 2: Ztráta zdravotnické dokumentace

Riziko ztráty ZD může vzniknout během převozu z příručních spisoven do centrální spisovny, kam je dokumentace převezena k archivaci. Zde bylo definováno riziko chybějící evidence přesného pohybu a seznamu ZD, která se převáží, včetně uvedených osob odpovědných za tento proces. Stejně riziko může vzniknout při převozu ZD k hromadné skartaci externím dodavatelem služby, který převáží tuto dokumentaci mimo areál zdravotnického zařízení. Mezi další definované riziko patří chybějící evidence o vstupu osob do centrální spisovny, kde dochází k archivaci ZD.

Co může vést ke ztrátě zdravotnické dokumentace:

- Chybějící evidence přesného pohybu a seznamu ZD (lidský faktor)
- Chybějící evidence vstupů osob do centrální spisovny (lidský faktor)

Ztráta zdravotnické dokumentace může nastat převážně v důsledku lidského pochybení.

Tabulka 5 Ztráta zdravotnické dokumentace (vlastní zpracování)

Kvantifikace rizik	1.	2.	3.	4.	5.	Skóre (Ø hodnoty)
Možnost výskytu (1 min. - 10 max.)	7	7	5	6	4	5,8
Dopad (1 min. - 10 max.)	9	9	8	7	7	8
Ocenění rizika = skóre pravděpodobnosti x skóre dopadu						46,4

Definované riziko č. 3: Únik citlivých informací

Riziko úniku citlivých informací může vzniknout nezabezpečením ZD do zabezpečené oblasti (prevozní klece) určenými prostředky (visacím zámkem). Tato situace může vzniknout při převozu ZD k hromadné skartaci externím dodavatelem služby, který převáží tuto dokumentaci mimo areál zdravotnického zařízení v prevozních klecích, které nejsou řádně zabezpečeny. Další definované riziko může vzniknout nedbalostí při skartaci ZD. Tato

situace může nastat v případě skartování ZD nebo jejich kopií na skartovacím zařízení, které nesplňuje vysokou úroveň bezpečnosti ochrany dat podle stupně utajení dle normy DIN 66399 (P5 – označení pro tajná data).

Co může vést k úniku citlivých informací:

- Nedbalost při skartaci zdravotnické dokumentace (lidský faktor)
- Nezabezpečení zdravotnické dokumentace určenými prostředky (lidský faktor)

Únik citlivých informací může nastat převážně v důsledku lidského pochybení.

Tabulka 6 Únik citlivých informací (vlastní zpracování)

Kvantifikace rizik	1.	2.	3.	4.	5.	Skóre (Ø hodnoty)
Možnost výskytu (1 min. - 10 max.)	6	4	4	4	3	4,2
Dopad (1 min. - 10 max.)	8	7	7	5	3	6
Ocenění rizika = skóre pravděpodobnosti x skóre dopadu						25,2

Definované riziko č. 4: Neznalost a nedodržování legislativy

Riziko neznalosti a nedodržování legislativy může vzniknout v procesu předarchivní péče, kdy pověřený zdravotní pracovník nezajistí dostatečnou hloubkovou kontrolu ZD před archivací. Tato kontrola by měla zahrnovat vyřazení přebytných duplicit dokumentů, stejně tak i identifikačních štítků na krevní zkumavky použité během hospitalizace pacienta, které nejsou určeny k archivaci. Nedostatečně provedená kontrola dokumentů před jejich uložením může vést k neefektivnímu využití prostoru v archivačních regálech, což představuje nejen zbytečné plýtvání místem, ale také vyšší potenciální náklady pro zdravotnické zařízení. V rámci procesu archivace může vzniknout další riziko, kdy dochází k ukládání ZD v prostředí s nevhodnými podmínkami, jako jsou vysoká vlhkost, zvýšené množství prachu a nestabilní teplotní podmínky. Riziko spojené s vyřazením ZD může nastat v situaci, kdy pověřený pracovník provede chybný postup při vyřazení a tím může předčasně dokumentaci zničit. Riziko může také vzniknout, není-li pověřený zaměstnanec osobně přítomen a nedohlíží-li na správnost provedení skartace dokumentů.

Co může vést k neznalosti a nedodržování legislativy:

- Neznalost a nedodržování legislativy v předarchivní péči o ZD (lidský faktor)
- Neznalost a nedodržování legislativy v rámci archivace ZD (lidský faktor)
- Neznalost a nedodržování legislativy v rámci procesu vyřazení ZD (lidský faktor)

- Neznalost a nedodržování legislativy v rámci procesu skartace ZD (lidský faktor)

Neznalost a nedodržování legislativy zdravotnické dokumentace může nastat ve většině případů v důsledku lidského pochybení.

Tabulka 7 Neznalost a nedodržování legislativy (vlastní zpracování)

Kvantifikace rizik	1.	2.	3.	4.	5.	Skóre (Ø hodnoty)
Možnost výskytu (1 min. - 10 max.)	8	7	6	7	6	6,8
Dopad (1 min. - 10 max.)	9	9	7	7	7	7,8
Ocenění rizika = skóre pravděpodobnosti x skóre dopadu						53,04

Definované riziko č. 5: Neoprávněný přístup k informacím

Neoprávněný přístup k informacím může nastat v situacích, které jsou často spojené s nedostatečnými bezpečnostními opatřeními archivované ZD. Definované riziko může vzniknout v případě ztráty nebo odcizení klíčů od zabezpečené oblasti (centrální spisovny). Pokud neoprávněná osoba získá přístup do zabezpečené oblasti, může být schopna vytvořit kopie ZD nebo samotného klíče. To by mohlo umožnit další neoprávněný přístup v budoucnosti a zvýšit riziko zneužití citlivých informací.

Co může vést k neoprávněnému přístupu k informacím:

- Nedostatečné zabezpečení archivované zdravotnická dokumentace (lidský faktor)

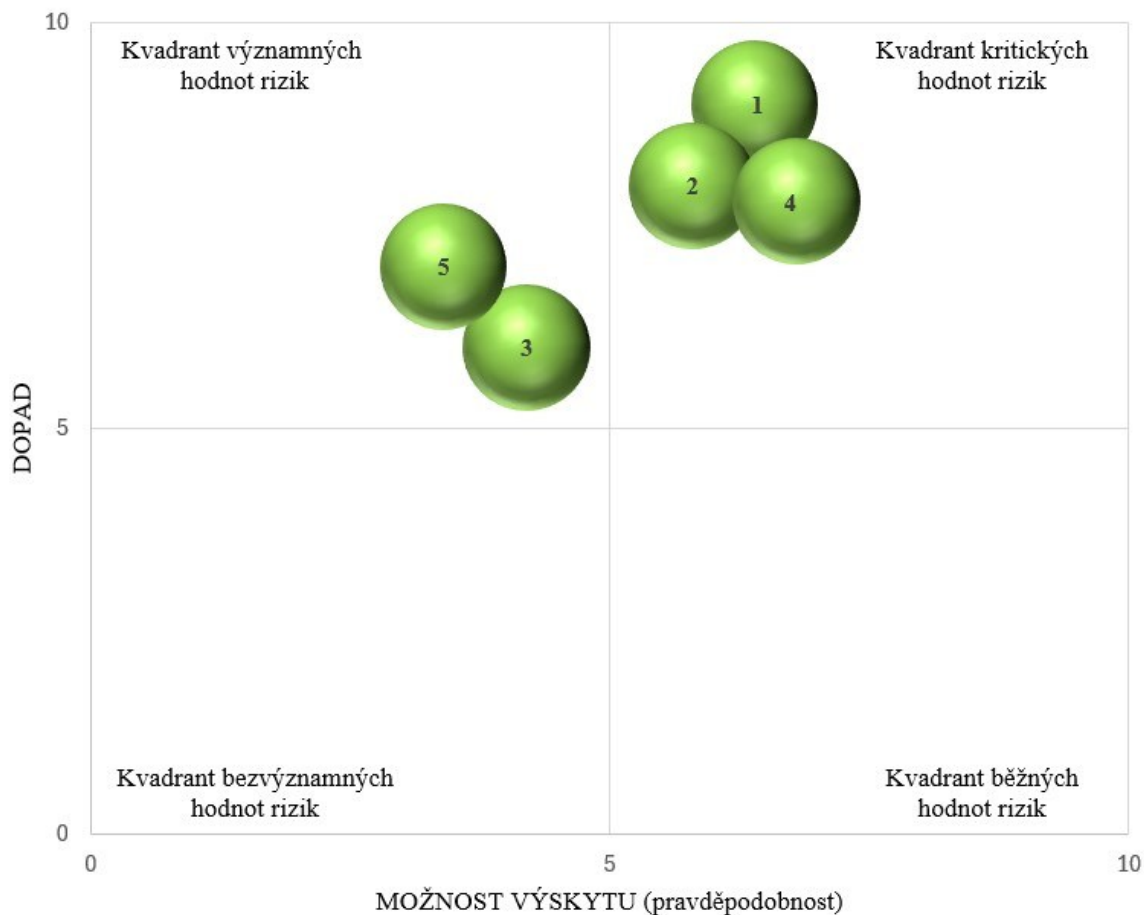
Neoprávněný přístup k informacím může nastat v důsledku lidského pochybení.

Tabulka 8 Neoprávněný přístup k informacím (vlastní zpracování)

Kvantifikace rizik	1.	2.	3.	4.	5.	Skóre (Ø hodnoty)
Možnost výskytu (1 min. - 10 max.)	4	4	3	3	3	3,4
Dopad (1 min. - 10 max.)	8	7	7	7	6	7
Ocenění rizika = skóre pravděpodobnosti x skóre dopadu						23,8

8 VYHODNOCENÍ RIZIK

Níže uvedená mapa rizik (Obrázek 7) dle skórovací metody definuje rizika do čtyř kvadrantů podle jejich dopadu a pravděpodobnosti jejich výskytu ve zdravotnickém zařízení.



Obrázek 7 Mapa rizik (vlastní zpracování)

Riziko **zničení zdravotnické dokumentace** (riziko č. 1) spadá do kvadrantu kritických hodnot rizik a je hodnoceno jako velmi vysoké. Mezi dalšími riziky, která spadají do stejného kvadrantu kritických hodnot je riziko **neznalosti a nedodržování legislativy** (riziko č. 4) a je také hodnoceno jako velmi vysoké. Jako poslední riziko, které spadá do kritických hodnot rizik patří **ztráta zdravotnické dokumentace** (riziko č. 2). V kvadrantu významných hodnot se nachází **neoprávněný přístup k informacím** (riziko č. 5) a **únik citlivých informací** (riziko č. 3).

9 DOPORUČENÍ K OŠETŘENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

V níže uvedeném seznamu (Tabulka 9) jsou uvedena doporučení k ošetření zjištěných nedostatků v rámci archivace a skartace ZD ve vybraném zdravotnickém zařízení.

Tabulka 9 Návrhy a doporučení ke snížení rizik (vlastní zpracování)

Pořadové číslo + Definované riziko	Doporučení
1. Zničení zdravotnické dokumentace	• Zavedení pravidelného proškolení zaměstnanců vedoucími pracovníky příslušného oddělení • Zajištění řádného uchování ZD v archivních krabicích s patřičným označením • Zavedení dodatečných preventivních opatření v rámci požární ochrany, instalace detektorů kouře, měřičů teploty a vlhkosti
2. Ztráta zdravotnické dokumentace	• Zavedení evidence přesného pohybu ZD včetně odpovědných osob • Zavedení evidence vstupů osob do centrální spisovny v podobě zavedení elektronického přístupového systému
3. Únik citlivých informací	• Zabezpečení převozních klecí ZD visacím zámkem • Zajištění certifikovaných skartovacích zařízení • Zavedení přísného dohledu nad procesem skartace • Zajištění bezpečně provedené skartace v areálu zdravotnického zařízení
4. Neznalost a nedodržování legislativy	• Zavedení pravidelného proškolení zaměstnanců vedoucími pracovníky příslušného oddělení • Zavedení bezpečnostních kontrol a postihů za nedodržování směrnic
5. Neoprávnění přístup k informacím	• Zavedení přístupového elektronického systému • Zavedení víceúrovňových bezpečnostních opatření pomocí kamer a alarmů

Doporučení k ošetření zjištěných nedostatků ve větší míře úzce souvisí s pečlivým dohledem nadřízených, kteří nesou odpovědnost za plnění povinností svých podřízených. Tato doporučení nezahrnují významné finanční náklady pro zdravotnické zařízení a lze je snadno aplikovat.

V rámci **doporučení zajištění řádného uchování ZD** v archivních krabicích s patřičným označením uvádím **návrh čelního štítku** (Obrázek 8). Návrh usnadní rychlé a přesné vyhledávání, přehlednou správu dokumentů uložených v dané archivní krabici. Čelní štítek také umožňuje hierarchické uspořádání krabic a snižuje riziko nesprávného zařazení dokumentů v centrální spisovně.

Název zdravotnického zařízení
ODDĚLENÍ:
DRUH DOKUMENTU:
ROK / ČASOVÝ ROZSAH:
SPISOVÝ ZNAK:
SKARTAČNÍ ZNAK A LHŮTA:
ZAŘAZENÍ DO SKARTAČNÍHO ŘÍZENÍ:
ČÍSLO V ARCHIVNÍ KNIZE / ULOŽENÍ:
CENTRÁLNÍ SPISOVNA

Obrázek 8 Čelní štítek (vlastní zpracování)

Jako další doporučení pro zajištění bezpečně provedené skartace ZD uvádím možnost výběru nového externího dodavatele pro hromadnou skartaci, který poskytuje služby mobilní skartace dokumentů (Obrázek 9), přímo v areálu zdravotnického zařízení za přítomnosti pověřeného pracovníka daného oddělení, což by zajišťovalo bezpečnost a kontrolu nad celým procesem skartace.

Mezi další výhody mobilní skartace dokumentů patří zpracovaný papír, který může být využit k výrobě dalších produktů. Například papír z likvidovaných dokumentů může být zpracován na toaletní papír nebo jiné papírové výrobky, což má pozitivní vliv na životní prostředí a snižuje potřebu nových surovin. Tímto způsobem mobilní skartace přispívá k udržitelnému využití zdrojů a snižování odpadu.



Obrázek 9 Mobilní skartace dokumentů (vlastní zpracování)

Popis procesu mobilní skartace dokumentů

Proces skartace ZD probíhá za dohledu určeného zaměstnance daného oddělení ve zdravotnickém zařízení. Ten zajišťuje, že dokumenty jsou bezpečně předány externím pracovníkům mobilní skartace. Pracovníci přesunou dokumentaci, která je připravena k likvidaci v zabezpečených klecích do zapůjčených recyklačních nádob o objemu 240 litrů.

Po naplnění jsou tyto nádoby ručně přivezeny na plošinu skartovacího vozu. Plošina nádobu vyzvedne do prostoru vozu, kde pracovník recyklační nádobu umístí do systému skartačního zařízení, v němž proběhne samotná skartace. Proces pokračuje až do dosažení maximální hmotnosti 6000 kg zničených dokumentů. Na závěr procesu skartace je vydán váhový lístek (Obrázek 10) a certifikát, který potvrzuje skartaci dokumentů a recyklaci materiálu.



Obrázek 10 Vystavení váhového lístku (vlastní zpracování)

Proces mobilní skartace dokumentů přímo v areálu zdravotnického zařízení je již v některých organizacích zaveden. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že tento proces probíhá v souladu s platnou legislativou a považuji ho za velmi přínosný.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zaměřila na rizika spojená s archivací a skartací zdravotnické dokumentace a analýzu rizik. Cílem práce bylo zjistit, zda stávající procesy a interní postupy spojené s archivací a skartací zdravotnické dokumentace probíhají ve vybraném zdravotnickém zařízení v souladu s interními předpisy a platnou legislativou.

Z výsledků praktické části práce vyplynulo, že i přes existující legislativní rámec a interní postupy ve vybraném zdravotnickém zařízení stále existují zásadní rizika, která mohou ohrozit jak zdravotnické zařízení, tak samotného pacienta. Tato rizika se týkají především neúplného dodržování interních předpisů a legislativy v rámci předarchivace, chybějícího systematického přístupu ke skartaci zdravotnické dokumentace a potenciálního úniku a přístupu k citlivým informacím.

Na základě provedené analýzy rizik byla navržena doporučení k ošetření zjištěných nedostatků, jejichž implementace by mohla výrazně přispět k jejich snížení.

Věřím, že na základě uvedených zjištění by případné uplatnění návrhů a doporučení mohlo vést nejen ke snížení rizik v rámci procesů spojených s archivací a skartací zdravotnické dokumentace ve vybraném zdravotnickém zařízení, ale také k posílení důvěry pacientů ve zdravotnický systém a jeho schopnost chránit jejich nejcitlivější údaje.

Práce přinesla komplexní pohled na problematiku rizik spojených s archivací a skartací zdravotnické dokumentace a poukázala na to, že i v době digitalizace je nutné věnovat tomuto tématu maximální pozornost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CROSWELLER, Mark. *Compassion in disaster management: the essential ethic of relational leadership*. First edition. Abingdon, Oxon: Routledge, 2024. ISBN 978-10-328-1377-6.

ČASTORÁL, Zdeněk. *Management rizik v současných podmínkách*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2017. ISBN 978-80-7452-132-4.

ČESKO. *Vyhláška č. 193 ze dne 17. června 2009, o stanovení podrobností provádění autorizované konverze dokumentů (vyhláška o stanovení podrobností provádění autorizované konverze dokumentů)*. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-193>. [cit. 2025-03-04].

ČESKO. *Vyhláška č. 279 ze dne 17. června 2020, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (vyhláška o zdravotnické dokumentaci)*. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-279>. [cit. 2025-03-04].

ČESKO. *Vyhláška č. 444 ze dne 19. prosince 2024, o zdravotnické dokumentaci (vyhláška o zdravotnické dokumentaci)*. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2024-444/zneni-20250101>. [cit. 2025-03-04].

ČESKO. *Zákon č. 499 ze dne 30. června 2004, o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů (zákon o archivnictví a spisové službě)*. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-499>. [cit. 2025-03-04].

ČESKO. *Zákon č. 412 ze dne 21. září 2005, o ochraně utajovaných informací a o bezpečnostní způsobilosti (zákon o ochraně utajovaných informací a o bezpečnostní způsobilosti)*. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-412>. [cit. 2025-03-04].

ČESKO. *Zákon č. 300 ze dne 17. července 2008, o elektronických úkonech a autorizované konverzi dokumentů (zákon o elektronických úkonech a autorizované konverzi dokumentů)*. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-300?text=%C4%8D.%20300%2F2008%20Sb.%2C>. [cit. 2025-03-04].

ČESKO. *Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2025-03-04].

ČESKO. *Zákon č. 297 ze dne 24. srpna 2016, o službách vytvářejících důvěru pro elektronické transakce (zákon o službách vytvářejících důvěru pro elektronické transakce)*. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-297>. [cit. 2025-03-04].

ČESKO. *Zákon č. 110 ze dne 12. března 2019, o zpracování osobních údajů (zákon o zpracování osobních údajů)*. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-110>. [cit. 2025-03-04].

ČESKO. *Zákon č. 325 ze dne 18. srpna 2021, o elektronizaci zdravotnictví (zákon o elektronizaci zdravotnictví)*. Online. In: *Zákony pro lidi*. 2010–2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-325>. [cit. 2025-03-04].

DOLEŽAL, Jan; MÁCHAL, Pavel a LACKO, Branislav. *Projektový management podle IPMA*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4275-5

EU. *Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)*. Online. In: *Úřední věstník Evropské unie*. 2016–2025. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>. [cit. 2025-03-04].

KAZIMOUR, Ivan. *Historie českého zdravotnictví*. Online. Praha: E-knihy jedou, 2016. eISBN 978-80-751-2595-8. Dostupné z: <https://www.palmknihy.cz/ekniha/historie-ceskeho-zdravotnictvi-161368>. [paywall]. [cit. 2025-03-04].

KAZIMOUR, Ivan. *Historie zdravotnictví*. Online. Praha: E-knihy jedou, 2017. eISBN 978-80-751-2760-0. Dostupné z: <https://www.palmknihy.cz/ekniha/historie-zdravotnictvi-162846>. [paywall]. [cit. 2025-03-04].

KRÝSA, Ivo. *Vyhláška o zdravotnické dokumentaci: Praktický komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2020. ISBN 978-80-7598-875-1.

KUNT, Miroslav a LECHNER, Tomáš. *Spisová služba*. 3. aktualizované vydání. Praha: Leges, 2022. ISBN 978-80-7502-616-3.

KŮS, Martin. *Zdravotnická dokumentace: průvodce vyhláškou a vzory*. Praha: Verlag Dashöfer, 2021. ISBN 978-80-7635-086-1.

MANAGEMENTMANIA. *Brainstorming*. Online. Poslední aktualizace: 9. prosince 2016. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/brainstorming>. [cit. 2025-03-04].

MANAGEMENTMANIA. *Co – když analýza (What-If Analysis)*. Online. Poslední aktualizace: 3. srpna 2015. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/co-kdyz-analyza-what-if-analysis>. [cit. 2025-03-04].

MANAGEMENTMANIA. *Protiopatření (Countermeasures)*. Online. Poslední aktualizace: 4. února 2018. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/protiopatreni-countermeasures>. [cit. 2025-03-04].

MANAGEMENTMANIA. *Zranitelnost (Vulnerability)*. Online. Poslední aktualizace: 11. dubna 2016. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/zranitelnost-vulnerability>. [cit. 2025-03-04].

MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. *Co je GDPR*. Online. In: Ministerstvo vnitra, © 2025. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/gdpr/clanek/co-je-gdpr.aspx>. [cit. 2025-03-04].

MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. *Orientace v GDPR*. Online. In: Ministerstvo vnitra, © 2025. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/gdpr/clanek/zvlastni-kategorie-osobnich-udaju.aspx>. [cit. 2025-03-04].

MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. *Základní pojmy v GDPR*. Online. In: Ministerstvo vnitra, © 2025. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/gdpr/clanek/zakladni-pojmy-v-gdpr.aspx>. [cit. 2025-03-04].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Druhy zdravotní péče*. Online. In: Ministerstvo zdravotnictví. Poslední aktualizace: 31. 10. 2012. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/druhy-zdravotni-pecce/>. [cit. 2025-03-04].

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Zdravotnická dokumentace*. Online. 2025. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1074-zdravotnicka-dokumentace>. [cit. 2025-03-04].

NEUVEL, M.M. Jeroen; BOER, Dirk Jan a RODENHUIS, K.F. Wilbert. Managing vulnerability: the implementation of vulnerability reduction measures. Online. *Journal of*

Risk Research. 2015, vol. 18, no. 2, s. 182–198. Dostupné z:

<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13669877.2014.889193?needAccess=true>.

[cit. 2025-03-04].

NITHIN, Hanish Anu; HOBBS, Michael; SRIRAMULA, Srinivas a SRIPADA, Yaji. An approach to improve asset maintenance and management priorities using machine learning techniques. Online. *Safety and Reliability*. 2022, vol. 41, no. 3, s. 151–169. Dostupné z:

<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/09617353.2022.2142011?needAccess=true>.

[cit. 2025-03-04].

NORMAN, Thomas. *Risk analysis and security countermeasure selection*. Second edition.

Boca Raton, CRC Press, Taylor & Francis Group, 2016. ISBN 978-1-4822-4419-9.

POKORNÁ, Andrea; DOLANOVÁ, Dana; ŠTROMBACHOVÁ, Veronika; BŮŘILOVÁ, Petra; KUČEROVÁ, Jana et al. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0720-9.

POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.

RAUSAND, Marvin a HAUGEN, Stein. *Risk assesment: theory, methods, and apllications*.

Second edition. Wiley series in statistics in practice. Hoboken: John Wiley & Sons, 2020.

ISBN 978-1-119-37723-8.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

SMEJKAL, Vladimír a RAIS, Karel. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. 4. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4644-9.

ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Základní přehled zdravotní péče v ČR (vlastní zpracování)	15
Obrázek 2 Životní cyklus zdravotnické dokumentace (vlastní zpracování)	26
Obrázek 3 Logo nemocnice (vlastní zpracování)	41
Obrázek 4 Orientační plán (vlastní zpracování)	42
Obrázek 5 Organizační struktura (vlastní zpracování)	44
Obrázek 6 Přehled pracovníků (vlastní zpracování)	47
Obrázek 7 Mapa rizik (vlastní zpracování)	58
Obrázek 8 Čelní štítek (vlastní zpracování)	60
Obrázek 9 Mobilní skartace dokumentů (vlastní zpracování)	61
Obrázek 10 Vystavení váhového lístku (vlastní zpracování)	62

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Seznam pracovních pozic (vlastní zpracování dle interních podkladů).....	47
Tabulka 2 Analytická metoda What – If (vlastní zpracování)	52
Tabulka 3 Definovaná rizika (vlastní zpracování)	54
Tabulka 4 Zničení zdravotnické dokumentace (vlastní zpracování)	55
Tabulka 5 Ztráta zdravotnické dokumentace (vlastní zpracování)	55
Tabulka 6 Únik citlivých informací (vlastní zpracování)	56
Tabulka 7 Neznalost a nedodržování legislativy (vlastní zpracování)	57
Tabulka 8 Neoprávněný přístup k informacím (vlastní zpracování)	57
Tabulka 9 Návrhy a doporučení ke snížení rizik (vlastní zpracování)	59

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
Č.	Číslo
ČR	Česká republika
DIN	Deutsche Industrie Norm
ES	Evropská společnost
EU	Evropská unie
GDPR	Obecné nařízení o ochraně osobních údajů
IPCC	Mezivládní panel pro změnu klimatu
IT	Informační technologie
JIP	Jednotka intenzivní péče
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
Obr.	Obrázek
ORL	Otorhinolaryngologické oddělení
SAK	Spojená akreditační komise, o.p.s.
Sb.	Sbírka zákonů a mezinárodních smluv
SW	Software
Tab.	Tabulka
THP	Technicko-hospodářský pracovník
Tzv.	Tak zvaně
ÚČOCH	Ústní, čelistní a obličejová chirurgie
ZD	Zdravotnická dokumentace
ZP	Zdravotnický pracovník

