

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

**Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví**

Škola veřejného zdravotnictví

# Kategorizace prací využití dat získaných z informačního systému KaPr

**MUDr. Anežka Sixtová**

Praha 2006

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

**Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví**

Škola veřejného zdravotnictví

# Kategorizace prací využití dat získaných z informačního systému KaPr

(Atestační práce)

Vypracovala: MUDr. Anežka Sixtová

Konzultant: MUDr. Miroslav Sainer

Praha 2006

## **Souhrn:**

Cílem práce je objektivizace požadavků na počty lékařských úvazků potřebných pro zabezpečení pracovně lékařské péče. Jako podklad byla zvolena kategorizace prací, která je metodou hodnocení zátěže zaměstnanců rizikovými faktory uloženou všem zaměstnavatelům zákonem č. 258/2000 Sb. Výsledky kategorizace jsou evidovány v IS MZ. Z výpočtu opírajícího se o počty osob evidovaných v jednotlivých kategoriích vychází požadavek na 607 celých úvazků lékařů potřebných k zajištění základní pracovně lékařské péče v ČR pro všechny kategorie práce. Tato čísla jsou cca o polovinu nižší než odhad počtu lékařů v Konceptci oboru pracovní lékařství.

**Klíčová slova:** kategorizace prací, informační systém kategorizace prací, expozice, rizikové práce, pracovně lékařská péče,

## **Summary:**

The aim of the submitted thesis is to estimate a number of full-time physicians needed to run all basic functions of occupational health care system in the Czech Republic. The information system "Categorization of Works", which has been an obligatory method for assessment of occupational risks by all employers since the Act No. 258/2000 Coll. came into force, was used as the base document. The system of "Categorization of Works" generates information on numbers of risky occupations in all industries, and data is submitted to the "Information System of the Ministry of Health". The thorough analysis of numbers of employees registered in individual categories of work (categories are defined based on the level of occupational risk) revealed that there is a need for 607 of full-time occupational physicians. This estimate is approximately a half of the one provided in the "Conception of the Occupational Medicine".

**Key words:** job categorization, information system of job categorization, exposure, work at risk, occupational health care

1. Prohlašuji, že jsem atestační práci „Kategorizace prací využití dat získaných z informačního systému KaPr“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v bibliografii (§ 31 Autorského zákona č. 121/2000 Sb.).
2. Souhlasím, aby moje atestační práce „Kategorizace prací využití dat získaných z informačního systému KaPr“ byla digitálně zpracována a v elektronické podobě zpřístupněna na webových stránkách IPVZ (§ 14, § 18 a § 37 Autorského zákona č.121/2000 Sb.).

V Praze dne 31. srpna 2006

MUDr. Anežka Sixtová

Děkuji svému konzultantovi MUDr. Miroslavu Sainerovi za jeho rady a korekturu mé práce. Rovněž velmi děkuji mým spolupracovníkům MUDr. Bohuslavu Málkovi za užitečné rady při přípravě práce, pomoc při zpracování podkladových materiálů a Kláře Chalupské za pomoc při vyhledávání údajů z informačního systému kategorizace prací a pomoc při grafické úpravě práce. Prof. MUDr. Miroslavu Cíkrtovi DrSc. děkuji za poskytnutí zahraniční literatury k získání údajů o pracovně lékařské péči v jiných evropských státech.

## **Obsah**

1. Úvod .....	7
2. Cíl práce .....	8
3. Metodika a podklady.....	9
3.1. Metodika .....	9
3.2. Podklady.....	11
3.2.1 Kategorizace prací.....	12
3.2.2. Informační systém kategorizace prací .....	15
3.2.3. Pracovně lékařská péče.....	17
4. Výsledky .....	22
4.1. Současný stav kategorizace prací .....	22
4.2. Současný stav závodní preventivní péče.....	33
4.3. Počet lékařů potřebných pro zajištění základní pracovně lékařské péče....	35
5. Diskuse .....	41
6. Závěr.....	49
7. Literatura:.....	52

## **1. Úvod**

Kategorizace prací vyjadřuje souhrnné hodnocení úrovně zátěže zaměstnance faktory rozhodujícími ze zdravotního hlediska o kvalitě pracovních podmínek. Provádí se na základě zhodnocení výskytu a rizikovosti faktorů, které mohou ovlivnit zdraví zaměstnanců a úroveň zabezpečení jejich ochrany. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů, přinesl zásadní změnu v přístupu ke kategorizaci. Povinnost hodnocení byla přenesena z hygienické služby na zaměstnavatele a současně bylo zavedeno hodnocení jednotlivých prací místo hodnocení pracovišť. Pro sběr údajů o expozici zaměstnanců faktory pracovního prostředí podle zařazení do kategorií, včetně zařazení jednotlivých současně působících faktorů a k usměrňování státního zdravotního dozoru byl vytvořen jako centrální webová aplikace Informační systém kategorizace prací (dále jen IS KaPr), který je provozován v Koordinačním středisku pro resortní zdravotnické systémy (dále KS RZIS). Do tohoto celostátního registru kategorizace prací jsou od roku 2002 vkládána průběžně data na všech pracovištích orgánů ochrany veřejného zdraví, tzn., že registr je průběžně doplňován a aktualizován. Systém umožňuje sledovat aktuální stav o počtech vydaných rozhodnutí o zařazení prací do kategorií, o počtech zaměstnanců zařazených do kategorií druhé až čtvrté. Získané údaje mohou být objektivním podkladem pro diferencování pojistného v systému úrazového pojištění v závislosti na míře rizika dané práce a také mohou být využity ke stanovení nezbytného počtu lékařů pro zajištění pracovně lékařské péče.

Pod názvem pracovně lékařská péče (dále PLP) se rozumí problematika závodní preventivní péče (dále ZPP) jak byla tato péče dosud označovaná. Nový název lépe vystihuje v zahraničí používanou terminologii i obsah této péče, která je podrobně dána Úmluvou Mezinárodní organizace práce č. 161. Úmluva byla transformována do české legislativy vyhláškou č. 145/1988 Sb., o Úmluvě o závodních zdravotních službách (správným překladem názvu Úmluvy je pracovně lékařská péče v originále Occupation Health Services Convention). V textu této práce jsou používány oba termíny, vzhledem k tomu, že je dosud uváděn termín ZPP ve stávajících právních předpisech.

Zajistit ZPP pro své zaměstnance je zaměstnavatelům uloženo ustanovením § 40 novely zákona. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, účinné od 1. dubna 1992. Posláním PLP je pomoc zaměstnavatelům při zajištění ochrany zdraví zaměstnanců.

Od roku 1996 kontrolují pracovníci orgánů ochrany veřejného zdraví zajištění závodní preventivní péče v organizacích jako jeden z hlavních úkolů hlavního hygienika ČR. Z každoročních Zpráv o plnění tohoto úkolu vyplývá, že pro kvalitní zajištění primární PLP není v současném zdravotním systému dostatek lékařů se znalostí pracovně lékařské problematiky, přestože povinnost zajistit pro své zaměstnance ZPP je zaměstnavateli uložena zákonem.

Tato práce využívá údajů získaných z IS KaPr, koncepce oboru Pracovní lékařství, návrhu nové legislativy tj. návrhu zákona o zdravotní péči, který definuje pracovně lékařskou péči a návrhu prováděcí vyhlášky, kterou je navržen rozsah základní pracovně lékařské péče podle zdravotní náročnosti a který vychází z rozsahu PLP daného Úmluvou ILO č. 161.

## **2. Cíl práce**

Cílem práce je využít údaje získané z IS KaPr o počtech rizikových prací a zaměstnanců zařazených do kategorie 2 až 4 pro plánování počtu lékařů pro zajištění pracovně lékařské péče v celé ČR a jednotlivých územních celcích a porovnání údajů o předpokládaném počtu lékařů pro zajištění PLP uvedených v Koncepci oboru Pracovní lékařství připravované v roce 2003 a schválené Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví dne 5.4.2004, a aktuálních údajů k datu 31.12.2005 po dokončení 1. etapy kategorizace a zpřesnění vkládaných údajů. Případně porovnat naše návrhy počtu lékařů se stavem v některých zemích Evropské unie.

V neposlední řadě by měly získané údaje sloužit jako jeden z podkladů pro diskusi se státními institucemi a odbornou společností o nutnosti rozvoje oboru pracovní lékařství.

### **3. Metodika a podklady**

#### **3.1. Metodika**

Výsledky, které jsou dále uváděny, byly získány analýzou údajů evidovaných v Informačním systému hygienické služby – modul Kategorizace prací. Do informačního systému jsou data vkládána krajskými hygienickými stanicemi po obdržení a vyhodnocení podkladů předložených zaměstnavateli, tzn. návrhů na zařazení prací do kategorií, od roku 2003 po novele zákona č. 258/2000 Sb., i na podkladě oznámení o zařazení prací do kategorie druhé.

Vypracování návrhu na zařazení práce do kategorie probíhá v několika krocích. Prvním krokem, který musí provést zaměstnavatel, je identifikace rizikových faktorů při výkonu určité práce. Důležité je správné určení škodliviny u konkrétní práce a na konkrétním místě. Vycházíme z faktu, že název určité práce (profese) může být stejný, vlastní činnost však může probíhat na různých místech za zcela odlišných podmínek.

Po specifikaci škodlivin je třeba zjistit míru možné expozice zaměstnance při výkonu dané práce. Ve většině případů je nezbytné zjistit rozložení expozice zaměstnanců danému faktoru v průběhu pracovní směny a podle povahy faktoru provést měření jeho koncentrací nebo intenzit. Jde-li o nepravidelnou práci je možno vzít do úvahy u některých faktorů, např. hluku a vibrací, rozložení expozic během týdne.

Návrh na zařazení práce do kategorie zpracovaný zaměstnavatelem tedy obsahuje, kromě označení firmy, pojmenování dané práce, místo výkonu práce v rámci firmy (název pracoviště), stručný popis druhu práce, vyjmenování rizikových faktorů, výsledky hodnocení expozice jednotlivým rozhodujícím faktorům pracovních podmínek (protokoly o měření faktorů, bezpečnostní listy používaných chemických látek a přípravků apod.), délku směny, u vícesměnného provozu režim střídání směn, návrh kategorie, do které má být práce zařazena, počet pracovníků (z toho žen) a způsob zajištění ochrany zdraví zaměstnanců.

Pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví předložený návrh na zařazení prací do kategorií zpracovaný zaměstnavatelem musí důkladně prostudovat, posoudit a přímo v provozech porovnat, zda se návrh neliší od skutečného stavu.



Případné nedostatky v podání je nutné projednat a požadovat doplnění. Pokud je návrh na zařazení prací do kategorií úplný, vkládají se uvedené údaje do informačního systému. Zaměstnavatel je povinen ze zákona oznamovat změny v zařazení prací do kategorií. Pracovníci orgánů ochrany veřejného zdraví změny zjištěné v rámci své dozorové činnosti průběžně aktualizují v informačním systému. Tím je zajištěno, že se údaje v tomto systému významně neliší od skutečnosti.

Z modulu analýz, který IS KaPr obsahuje, lze získávat, na základě výběru vhodných atributů, potřebné výstupy ve formě tabulek, grafů nebo map. Je možné sledovat expozici zaměstnanců podle oblastí, odvětvové klasifikace činností, faktorů pracovních podmínek, klasifikace zaměstnání, kategorie práce atd.

Ve většině případů je využito standardních výstupních sestav systému, pouze ojediněle jsou pro potřebu detailnější analýzy použity složitější nástroje, které jsou vzhledem k významné zátěži serveru s úložištěm dat určeny pouze pro omezený okruh uživatelů.

Z dat získaných ze statistiky, z IS KaPr a návrhů připravované legislativy výpočtem stanovíme potřebné počty lékařů pro zajištění základní PLP. Získané údaje porovnáme s odhadnutým počtem lékařů stanovených v Koncepti oboru Pracovní lékařství, která byla schválena Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví 5. dubna 2004.

Z údajů Českého statistického úřadu máme k dispozici počty pojištěnců v České republice podle jednotlivých krajů, dále máme k dispozici údaje získané z IS KaPr o počtu osob zařazených do kategorie 2 až 4 v jednotlivých krajích. Odečtením těchto hodnot získáme údaje o počtech osob zařazených do kategorie první.

K získání údajů o potřebném počtu lékařů jsem zvolila postup výpočtu použitý pracovní skupinou, která připravovala Koncepti oboru Pracovní lékařství.

Základním východiskem pro další úvahy je počet hodin, který může lékař při plném úvazku odpracovat za rok a určení počtu hodin potřebných k zajištění PLP pro skupinu zaměstnanců v dané kategorii práce. Pokud jde o rozsah jednoho úvazku lékaře za rok předpokládáme, že bude čerpat 5 týdnů dovolené, další 2 týdny odečteme pro jiné důvody nepřítomnosti v práci jako je na účast na školících a vzdělávacích akcích, státní svátky, pracovní neschopnosti apod. Rok má 52 týdnů, odečteme tedy celkem 7 týdnů a dostaneme se k číslu 45 týdnů. Toto číslo

vynásobíme číslem 40, což je počet pracovních hodin za týden a získáme údaj o počtu hodin, které máme k dispozici při celém úvazku u jednoho lékaře, tj. 1800 hodin.

Další postup: pro každý kraj se počet osob zařazených do jednotlivých kategorií vynásobí počtem minut stanovených na 1 osobu za rok podle návrhu prováděcí vyhlášky k návrhu zákona o zdravotní péči. Získané časy pro jednotlivé kategorie sečteme, a tím dostaneme celkový počet spotřebovaných minut. Tuto hodnotu vydělíme 60-ti a získáme údaj v hodinách. Tento údaj vydělíme 1800 a dostaneme celkový počet úvazku připadajících na celou ČR.

Vycházíme přitom z úvahy, že úvazek lékaře nezahrnuje pouze čas přímo spojený s péčí o klienta, tedy s prováděním preventivních prohlídek. Čas v minutách určený na jednu osobu za rok podle kategorie v sobě zahrnuje i ostatní činnosti, které musí lékař základní PLP vykonávat. Především jde o konzultační a poradenskou činnost pro zaměstnance i zaměstnavatele a dohled nad pracovními podmínkami na pracovištích. Bude záležet na lékaři jak si čas pro svou práci zorganizuje. Lékařské prohlídky zaměstnanců ve skutečnosti zaujmají u lékaře PLP jen menší část jeho úvazku, už proto, že intervaly mezi preventivními prohlídkami jsou různé pro jednotlivé skupiny zaměstnanců, od prohlídek 1x /rok u prací kategorie 4 až po pětiletý interval u prací kategorie 1. Další činnosti jako jsou například různé expertízy nebo měření faktorů pracovních podmínek nemůže lékař základní PLP sám provádět, protože k tomu nemá ani erudici ani přístrojové vybavení. Ale lékař, který poskytuje pracovně lékařské služby by měl umět zhodnotit výsledky měření nebo doporučit zaměstnavateli, že je nutné určité měření na některých pracovních místech provést. Vlastní měření nebo expertiza musí být provedena odborníky, kteří jsou akreditováni nebo autorizováni k určité činnosti (např. laboratoře zdravotních ústavů). A to už je PLP specializovaná, která není v této práci rozpracována.

### **3.2. Podklady**

- Data získaná z Českého statistického úřadu o počtech zaměstnanců v krajích
- Data z IS KaPr o počtech osob zařazených do kategorie 2 – 4
- Údaje získané z Koncepce oboru Pracovní lékařství - odhad počtu lékařů pracovně lékařské péče základní a specializované

- Návrh rozsahu základní pracovně lékařské péče podle zdravotní náročnosti v kategorii 1 – 4 stanovené v návrhu prováděcí vyhlášky k návrhu zákona o zdravotní péči
- Údaje získané ze Zpráv o kontrole zajištění závodní preventivní péče zpracované Státním zdravotním ústavem

### **3.2.1 Kategorizace prací**

Jak bylo zmíněno v úvodu, je kategorizace prací základní metodou hodnocení úrovně zátěže zaměstnance faktory rozhodujícími ze zdravotního hlediska o kvalitě pracovních podmínek. Cílem této metody je zajistit objektivní podklady pro hygienický dozor v oblasti hygieny práce, sjednocení požadavků na preventivní lékařské prohlídky zaměstnanců v riziku a požadavků na rozsah a termíny sledování faktorů pracovních podmínek.

Pracovníci hygienické služby zhruba od začátku osmdesátých let minulého století až do roku 2001 prováděli hodnocení pracovní zátěže zaměstnanců zaměřené na celá pracoviště. Zásadní změnu přinesl zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a změně některých zákonů, který přenesl povinnost provádět kategorizaci na zaměstnavatele a místo hodnocení pracovišť zavedl hodnocení jednotlivých prací.

Legislativní rámec pro kategorizaci prací je dán jednak zákonem č. 65/1965 Sb., zákoník práce, který stanoví zaměstnavateli požadavek „pravidelně kontrolovat úroveň ochrany zdraví při práci – vyhledávat rizika, zjišťovat jejich příčiny a zdroje a přijímat opatření k jejich odstranění“ a vyplývá rovněž z evropské legislativy, a to z rámcové směrnice 89/391 ES, která zaměstnavateli stanoví povinnost vyhledávat rizikové faktory při práci, zajistit odborné hodnocení míry rizika a navrhnout zařazení prací do kategorií. V souladu s uvedenou směrnicí je povinnost provádět kategorizaci prací a navrhnout zařazení prací do jedné ze čtyř kategorií zakotvena v již zmíněném zákoně č. 258/2000 Sb. Tímto zákonem byla zaměstnavatelům uložena povinnost zajišťovat kategorizaci prací, tzn. na základě vyhodnocení výskytu a míry zdravotních rizik zařazovat práce do 4 kategorií.

Kritéria, faktory a limity pro zařazování prací do kategorií byly zpracovány do vyhlášky č. 89/2001 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů a náležitosti

hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli. Tato vyhláška byla s účinností od 1.1.2004 nahrazena vyhláškou č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli. Základním kritériem pro zařazování jsou výsledky hodnocení expozice na podkladě výsledků měření expozice jednotlivým faktorům. Například u chemických látek je to inhalační expozice, výsledky biologických expozičních testů (BET) a v některých případech se posuzují i jiné cesty vstupu, bere se do úvahy třeba resorpce látky kůží.

Dalšími právními předpisy, které jsou využívány v procesu kategorizace prací jsou nařízení vlády č. 178/2001 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanců při práci, ve znění nařízení vlády č. 523/2002 Sb., a nařízení vlády č. 441/2004 Sb., nařízení vlády č. 148/2006 Sb., o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací, které nahradilo nařízení vlády č. 502/2000 Sb. a nařízení vlády č. 480/2000 Sb., o ochraně zdraví před neionizujícím zářením

Kategorizace se provádí na základě hodnocení výskytu a rizikovosti faktorů, které mohou ovlivnit zdraví zaměstnanců a úroveň zabezpečení jejich ochrany. Při hodnocení zdravotních rizik, které jsou základním podkladem pro zařazení prací do kategorií, se posuzuje výskyt a míra působení 13 faktorů pracovních podmínek:

- prach,
- chemické škodliviny,
- hluk,
- vibrace,
- neionizující záření a elektromagnetické pole,
- fyzická zátěž,
- pracovní poloha,
- zátěž teplem,
- zátěž chladem,
- psychická zátěž,
- zraková zátěž,
- biologické činitele,
- zvýšený tlak vzduchu

Zvláštní postavení má faktor čtrnáctý, který není uveden ve vyhlášce č. 432/2003 Sb., a tím je ionizující záření. Kategorie práce vyplývá u tohoto faktoru přímo ze zákona č. 18/1997 Sb., o mírovém využívání jaderné energie a ionizujícího záření, ve znění pozdějších předpisů (atomový zákon). Podle uvedeného zákona jsou práce se zdroji ionizujícího záření, které smí vykonávat pouze pracovníci kategorie „A“ a práce při výkonu dozoru nad jadernou bezpečností a radiační ochranou, pracemi kategorie druhé a současně pracemi rizikovými. Zařazení pracovníků do kategorie A schvaluje Státní úřad pro jadernou bezpečnost. Zvláštní skupinu prací také představovaly příkladové práce uvedené v části B přílohy č. 1 vyhlášky č. 89/2001 Sb., které byly do kategorií zařazeny přímo vyhláškou, tento příkladový seznam byl zrušen vyhláškou č.432/2003 Sb.

Výsledky hodnocení jsou vyjádřené zařazením práce do první až čtvrté kategorie. Kategorie první zahrnuje práce, o nichž se podle současné úrovně poznání soudí, že nemohou být příčinou nepříznivého vlivu na zdraví pracovníků. Kategorie druhá zahrnuje práce, které sice ještě není nutno pokládat za rizikové, a nepříznivý vliv na zdraví lze očekávat jen výjimečně, u vnímavých jedinců, přesto však musí být tyto práce předmětem soustavného sledování.

Kategorie třetí a čtvrtá jsou pracemi rizikovými, t.j. pracemi, při nichž není zvládnuto technickými a organizačními opatřeními omezení expozice uvedeným faktorům, na míru při níž nejsou překračovány hygienické limity a je nebezpečí vzniku nemocí z povolání a statisticky významně se mohou vyskytovat i jiné nemoci související s prací (work related diseases) u exponovaných osob.

Do kategorie čtvrté náleží jen práce vysoce rizikové. Při jejich vykonávání nelze zcela vyloučit ohrožení zdraví pracovníků ani při používání dostupných a použitelných ochranných opatření.

Zvláštní kategorií je kategorie druhá riziková (2R), kam se zařazují práce, které podle kritérií uvedených ve zmíněné vyhlášce náleží do kategorie druhé, avšak některé okolnosti, například nejistoty výsledků měření relevantních faktorů vedou ke zvýšené opatrnosti při hodnocení rizika. Práce kategorie 2R zařazuje orgán ochrany veřejného zdraví rozhodnutím po projednání se zaměstnavatelem. Kategorie, do které má být práce zařazena se v případě, že jde o práci spojenou s expozicí několika faktorům, stanoví podle nejméně příznivě hodnoceného faktoru.

Zařazení prací třetí a čtvrté kategorie předkládá zaměstnavatel k posouzení orgánu ochrany veřejného zdraví, který jejich zařazení do příslušné kategorie potvrzuje rozhodnutím. Zařazení prací do druhé kategorie zaměstnavatel pouze orgánu ochrany veřejného zdraví oznamuje. Zaměstnavatel je povinen současně s podáním návrhu na zařazení práce do kategorie, resp. s oznámením o tom, že je práce zařazena do druhé kategorie sdělit orgánu ochrany veřejného zdraví, jaká opatření provádí nebo provede ke snížení rizika při práci.

Měření pro účely kategorizace musí být provedena autorizovanou osobou nebo držitelem osvědčení o akreditaci. Orgán ochrany veřejného zdraví stanoví náplně a termíny periodických lékařských preventivních prohlídek, včetně následných a dále stanoví rozsah a termíny sledování faktorů pracovních podmínek. Tato povinnost je uložena rozhodnutím orgánu ochrany veřejného zdraví

Kategorizace prací představuje účelný postup, kterým se v rámci celé České republiky jednotně hodnotí rizikové faktory pracovních podmínek na všech podnicích bez ohledu na jejich velikost a druh činnosti. Strategie kategorizace prací představuje způsob hodnocení rizika resp. rizikových faktorů pracovních podmínek, na jejichž základě lze analyzovat nejen zastoupení nejvíce ohrožených skupin zaměstnanců, ale i stanovit střednědobé a dlouhodobé cíle k trvalému a postupnému odstraňování vysoce rizikových negativních zátěží z práce.

Kategorizace prací je kontinuální, nikdy nekončící a velmi dynamický proces, proto je nutné zdůraznit, že počty prací zařazených do příslušných kategorií jsou proměnnou složkou, odpovídající procesu zanikání některých organizací nebo naopak nově vznikajících subjektů.

### **3.2.2. Informační systém kategorizace prací**

Pro sběr údajů o expozici zaměstnanců faktory pracovního prostředí podle jejich zařazení do kategorií, včetně zařazení jednotlivých současně působících faktorů a k usměrňování státního zdravotní dozoru, byl vytvořen celostátní informační systém kategorizace prací (IS KaPr). Tento systém je provozován v Koordinačním středisku pro resortní zdravotnické informační systémy (KS RZIS).

Jedná se o centrální WEB aplikaci, která umožňuje zabezpečeným přístupem prostřednictvím internetu okamžitý přenos údajů mezi uživateli a aplikačním serverem, kam jsou všechny údaje ukládány. Systém, kromě evidence a dalšího

zpracování dat z kategorizace prací, umožňuje uživatelům tvorbu příslušných rozhodnutí podle jednotné šablony a evidenci těchto rozhodnutí. Mimo evidence prací a rozhodnutí o kategorizaci slouží KaPr také k evidencím subjektů, provozoven, vedení adresářů kontaktních osob (závodních lékařů, bezpečnostních techniků apod.) a pro plánování a evidenci státního zdravotního dozoru, včetně lhůtníku, takže je umožněno třídění a vyhledávání údajů podle různých kritérií. Systém využívá jednak centrální číselníky – číselníky Českého statistického úřadu (Registr ekonomických subjektů – RES, Odvětvová klasifikace ekonomické činnosti – OKEČ, Klasifikace zaměstnání – KZAM), číselníky obcí, okresů a krajů (NUTS), číselník poštovních směrovacích čísel a dále číselníky specifické pro IS KaPR (číselník faktorů pracovních podmínek, náplní lékařských preventivních prohlídek, nemocí z povolání a číselník šablon rozhodnutí). Správu a aktualizaci posledně jmenovaných zajišťuje Státní zdravotní ústav. Kromě toho si může každý uživatel pro usnadnění práce se systémem vytvářet lokální číselníky, např. seznam prací, pracovníků, odůvodnění.

Data z IS KaPr jsou přístupná diferencovaně v různém rozsahu jednotlivým krajským hygienickým stanicím, Centru pracovního lékařství Státního zdravotního ústavu a Ministerstvu zdravotnictví. Hlavním nástrojem v informačním systému je samostatný modul analýz, který umožňuje získávání potřebných analýz na místní i celorepublikové úrovni.

Výsledky kategorizace slouží především pro pracovníky orgánu ochrany veřejného zdraví jako objektivní podklad pro stanovení opatření k ochraně zdraví při práci a omezení rizik poškození zdraví. Jedná se především o stanovení minimální náplně a četnosti preventivních lékařských prohlídek v rámci závodní preventivní péče a zajištění průběžného sledování expozice zaměstnanců faktorům pracovních podmínek. To je zajišťováno měřením koncentrací a intenzit jednotlivých faktorů prostředí i sledováním odezvy organismu zaměstnanců.

Zhodnocení zdravotních rizik provedené v rámci kategorizace prací je využíváno především ke stanovení opatření k ochraně zdraví při práci – technická, režimová a organizační opatření, určení vhodných osobních ochranných prostředků apod. Ze zařazení prací do kategorií lze rovněž usuzovat, při kterých pracích je významně vyšší nebezpečí vzniku nemoci z povolání nebo jiné nemoci související s prací.

Společně s údaji z Registru nemocí z povolání jsou data z IS KaPr zdrojem informací, které slouží k usměrňování celostátní i krajské politiky v ochraně zdraví při práci, pro přípravu preventivních programů i jako podklad pro legislativní úpravy. Informační systém tak slouží jako jeden z nástrojů k zajištění jednotného a standardního výkonu státního zdravotního dozoru. Na základě získaných dat lze analyzovat nejen zastoupení nejvíce ohrožených skupin zaměstnanců, ale i stanovit střednědobé a dlouhodobé strategie směřující k postupnému odstraňování vysoce rizikových negativních zátěží z práce. Výsledky kategorizace prací představují dále ideální podklad i pro diferencování pojistného v závislosti na míře rizika dané práce, který může být podstatně objektivnější než stanovovat výši pojistného pouze podle hrubého ukazatele jakým je zařazení organizace do některého oboru činnosti (např. stavebnictví nebo strojírenství).

A jak už bylo zmíněno získané údaje mohou být využity i pro stanovení počtu lékařů zejména pro základní pracovně lékařskou péči.

### **3.2.3. Pracovně lékařská péče**

Pracovně lékařská péče je interdisciplinární obor, který se zabývá vlivem práce, pracovního prostředí a pracovních podmínek na zdraví pracovníků, prevencí, diagnostikou, léčbou a posudkovými aspekty nemocí způsobených nebo zhoršovaných prací a dohledem nad dodržováním zdravotně přijatelných pracovních podmínek. Cílem PLP je prevence poškození zdraví pracovníků vlivem práce, zlepšení jejich zdravotního stavu, podpora zdravého životního stylu, zlepšování, případně udržení zdravotní způsobilosti k práci a dlouhodobé udržení pracovní schopnosti.

Rozsah pracovně lékařských služeb je dán zejména mezinárodní úmluvou ILO č. 161, jež byla Českou republikou ratifikována a přijata vyhláškou MZV č. 145/1988 Sb. V článku 5 úmluvy jsou vhodné a přiměřené služby definovány v 11 bodech:

- 1) Stanovit a vyhodnocovat nebezpečí, která ohrožují zdraví na pracovišti.
- 2) Dohlížet na činitele v pracovním prostředí a pracovní zvyklosti, které mohou ovlivňovat zdraví pracovníků, včetně hygienických zařízení, závodních jídelen a ubytoven, pokud tato zařízení obstarává zaměstnavatel.



**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

- 3) Poskytovat poradenství o plánování a organizování práce, včetně uspořádání pracovišť, o výběru, údržbě a stavu strojů a jiného zařízení a o látkách, jichž se užívá při práci.
- 4) Účastnit se na vypracování programů zlepšování pracovní praxe a zkoušek a vyhodnocování nových zařízení ze zdravotního hlediska.
- 5) Poskytovat poradenství o zdraví, bezpečnosti a hygieně při práci a ergonomii a individuálních a hromadných ochranných pomůckách.
- 6) Dohlížet na zdraví pracovníků v souvislosti s prací.
- 7) Podporovat přizpůsobování práce pracovníkům.
- 8) Účastnit se na opatřeních pracovní rehabilitace.
- 9) Spolupracovat při poskytování informací, výcviku a výchovy v oblasti zdraví a hygieny při práci a ergonomie.
- 10) Organizovat první pomoc a ošetření při pracovních úrazech a jiných akutních poruchách zdraví.
- 11) Účastnit se na rozborech pracovní úrazovosti a nemocí z povolání.

Součástí poskytování poradenství o zdraví je i účast na programech podpory zdraví.

Kromě výše uvedených činností, které jsou určeny zaměstnavatelům a pracovníkům, zahrnuje obor i činnosti prováděné pro stát. To jsou činnosti při prevenci, diagnostice, léčbě, posuzování, hlášení a dispenzarizaci.

PLP dělíme na základní (primární) a specializovanou (sekundární). Základní PLP je poskytována především praktickými lékaři a lékaři splňujícími podmínky pro poskytování jednotlivých činností PLP odpovídajících jejich kvalifikaci.

Specializovaná PLP je poskytována zdravotnickými zařízeními orientovanými na poskytování pracovně lékařské péče, centry pracovního lékařství, klinikami a odděleními pracovního lékařství, akreditovanými laboratořemi provádějícími měření a hodnocení faktorů pracovního prostředí a vědeckovýzkumnými pracovišti. Tato pracoviště vykonávají specializovanou činnost a vytvářejí odborné zázemí pro pracoviště poskytující základní pracovně – lékařskou péči, zejména v oblasti měření a hodnocení faktorů pracovního prostředí a v oblasti hodnocení jejich vlivu na zdravotní stav zaměstnanců. Mohou ale poskytovat i základní PLP.

Optimální počet kvalifikovaných odborníků oboru v základní a vyšší kvalifikaci je uveden v Koncepti oboru pracovního lékařství. Pro zajištění základní (primární) PLP je odhadováno 1500 – 2000 plných lékařských úvazků. Předpokládá se 1 lékařské místo a 1 SZP (diplomovaná zdravotní sestra pro pracovní lékařství) na 900 až 3600 zaměstnanců, v závislosti na míře rizika, kterému jsou pracovníci vystaveni. Odhad potřeby pro zajištění specializované (sekundární) PLP je 150 – 200 plných lékařských úvazků.

Úvazek lékaře by měl vycházet ze zdravotní náročnosti a rizikovosti práce vykonávané pracovníky, o něž bude pečovat. V těchto hodnotách jsou zahrnuty časy jak pro preventivní prohlídky, tak i pro další činnosti vyplývající z Úmluvy. Úvazek lékaře by se měl zvýšit, vznikají-li při jeho práci mimořádné časové nároky, např. v důsledku dislokace pracovišť, která sleduje, nebo pokud musí provádět jako nutnou součást preventivních prohlídek rozsáhlejší náročná vyšetření, a to zejména u zaměstnanců exponovaných několika rizikovým faktorům.

Pro PLP neplatí svobodná volba lékaře. To je zakotveno v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v § 9. Zaměstnavatel zajistí provádění pracovně lékařské péče zřízením vlastního závodního zdravotnického zařízení (lékař bude v pracovním poměru k zaměstnavateli) nebo uzavře smlouvu s lékařem, který má předepsanou kvalifikaci a oprávnění pro výkon pracovního lékařství nebo se zařízením specializovaným na pracovní lékařství.

V roce 2004 byl připraven návrh zákona o zdravotní péči, který by měl nahradit stávající zákon č. 20/1966 Sb. Součástí návrhu zákona je rovněž pracovně lékařská péče, která je dále rozpracována do prováděcích právních předpisů.

### **Podle tohoto návrhu zákona je obsahem pracovně lékařské péče**

- 1) Poradenská činnost, kterou zdravotnická zařízení poskytují pro zaměstnavatele, zaměstnance a zástupce zaměstnanců. Součástí poradenské činnosti je poradenství:
  - a) v problematice fyziologie práce, psychologie práce, ergonomie, režimu práce a odpočinku, stanovení výkonových norem a v psychosociální a socioekonomické problematice,
  - b) při projektování, výstavbě a rekonstrukci pracovišť a dalších podnikových zařízení,

- c) při zavádění nových technologií, látek a postupů, z hlediska jejich vlivu na životní a pracovní prostředí,
  - d) při úpravách pracovních míst, včetně míst pro zaměstnance se změněnou pracovní schopností,
  - e) při výběru technických, technologických a organizačních opatření proti nepříznivým účinkům vlivů práce na zdraví pracujících a výběru osobních ochranných pracovních pomůcek,
  - f) zaměřenou k uchování zdraví a pracovní schopnosti,
  - g) v oblasti opatření pracovní rehabilitace,
  - h) při výcviku a výchově v oblasti ochrany a podpory zdraví, správných pracovních návyků, a při rekvalifikaci osob nezpůsobilých vykonávat dosavadní práci,
  - i) k návrhu opatření k nápravě v případě zjištění závad, které mohou vést k poškození zdraví.
- 2) Pravidelný dohled na pracovištích, jehož součástí je:
- a) pravidelný dohled nad vývojem faktorů pracovních podmínek,
  - b) měření vybraných faktorů pracovních podmínek,
  - c) zpracování návrhů na zařazení prací do příslušných kategorií,
  - d) dohled ve stravovacím provozu a dalších zařízeních podniku.
- 3) Hodnocení vlivu pracovních podmínek, jehož součástí je hodnocení:
- a) zdravotních rizik,
  - b) expozice zaměstnanců faktorům pracovních podmínek,
  - c) míry rizika škodlivin s přihlédnutím k možnosti vzniku nemocí z povolání, pracovních úrazů nebo nemocí vznikajících a zhoršujících se vlivem práce a pracovního prostředí,
  - d) zdravotního stavu; za tímto účelem zejména
    1. provádějí a vyhodnocují závěry pracovně lékařských prohlídek,
    2. sledují, pokud to je účelné, pozdní vlivy pracovních podmínek na zdraví pracujících při následných prohlídkách,
    3. spolupracují s praktickými a dalšími ošetřujícími lékaři,
    4. účastní se zpracování rozborů pracovní úrazovosti, ohrožení nemocí z povolání a nemocí z povolání,

5. podílejí se hodnocení údajů o nemocnosti, zejména ve vztahu k pracovní zátěži.

### **Rozsah základní pracovně lékařské péče**

Podle návrhu vyhlášky se celková doba potřebná k provádění základní pracovně lékařské péče stanoví podle zdravotní náročnosti vykonávaných prací v konkrétních podmínkách podle kategorií, a to

- a) pro výkon prací v kategorii první minimálně 10 min/1 zaměstnanec/ 1 rok
- b) pro výkon prací v kategorii druhé minimálně 20 min/1 zaměstnanec/1 rok,
- c) pro výkon prací v kategorii třetí minimálně 30-40 min/1 zaměstnanec/rok
- d) pro výkon prací v kategorii čtvrté minimálně 50-60 min/1 zaměstnanec/rok.

Časový rozsah potřebný k zajištění primární PLP je potřebné dále upravit zejména podle charakteru a dynamiky vývoje jednotlivých faktorů pracovních podmínek, dislokace sledovaných pracovišť, počtu osob se změněnou pracovní schopností nebo učňovského dorostu. Doba potřebná k provádění pracovně lékařských preventivních prohlídek by měla činit zpravidla méně než 20 % stanoveného časového rozsahu (podle odhadu Společnosti pracovního lékařství).

Časový rozsah nezahrnuje jednorázově prováděné expertízy a měření faktorů pracovních podmínek.

Dalšími úkoly, které jsou součástí pracovně lékařské péče je zejména účast při přípravě havarijních plánů, spolupráce při zajištění organizace první pomoci, školení určených zaměstnanců v první pomoci, návrzích a kontrole vybavení lékárníček první pomoci, na vyžádání zaměstnavatele nebo zaměstnance posouzení škody na zdraví ve vztahu k mechanismu úrazového děje.

Pracovně lékařskou péči mohou poskytovat pro kategorii první i lékaři se specializací v oboru praktické lékařství pro dospělé nebo rodinní lékaři, pro kategorii druhou až čtvrtou lékaři se specializací v oboru pracovní lékařství.

## **4. Výsledky**

### **4.1. Současný stav kategorizace prací**

K 31. prosinci 2005 byla kategorizace prací provedena u 53 812 ekonomických subjektů (firem), v 69 299 provozovnách, bylo zkategorizováno celkem 276 821 prací. Protože některý subjekt má více provozoven než jednu, jsou údaje o počtu subjektů a provozoven rozdílné. (viz tabulka č. 1 a graf č. 1). Rizikovým faktorům bylo k uvedenému datu exponováno 1 736 140 všech zaměstnanců (tabulka č. 1 a graf č. 2). Nejvíce zkategorizovaných subjektů i provozoven je v Ústeckém kraji, následuje Středočeský a Jihomoravský kraj. Nejméně kategorizovaných subjektů i provozoven je v kraji Karlovarském. Nejvíce evidovaných zaměstnanců je v hlavním městě Praze, Středočeském a Moravskoslezském kraji. Na grafu č. 3 jsou zobrazeny počty zaměstnanců v jednotlivých krajích rozdělených do jednotlivých kategorií. Z grafu je patrné, že ve všech krajích je nejvíce zaměstnanců evidováno v kategorii druhé. Všechny tyto údaje jsou v absolutních číslech, které nelze vzájemně srovnávat, neboť jednotlivé kraje jsou tvořeny různým počtem okresů (největší představující území 12 bývalých okresů, nejmenší pouze 3 okresy) a liší se rozlohou, počtem obyvatel, počtem ekonomických subjektů i převažující činností na daném území.

Počty zaměstnanců exponovaných rizikovým faktorům (dále exponovaní zaměstnanci) přepočtené na 100 000 pracujících v jednotlivých krajích jsou uvedeny v tabulce č. 3 a grafu č.4, nejvyšší je počet zaměstnanců v Ústeckém, Karlovarské a Libereckém kraji. Pro názornost jsou zobrazeny počty exponovaných osob v absolutních číslech a v přepočtu na 100 000 obyvatel v jednotlivých krajích také ve formě map na obrázcích č. 1. a č. 2.

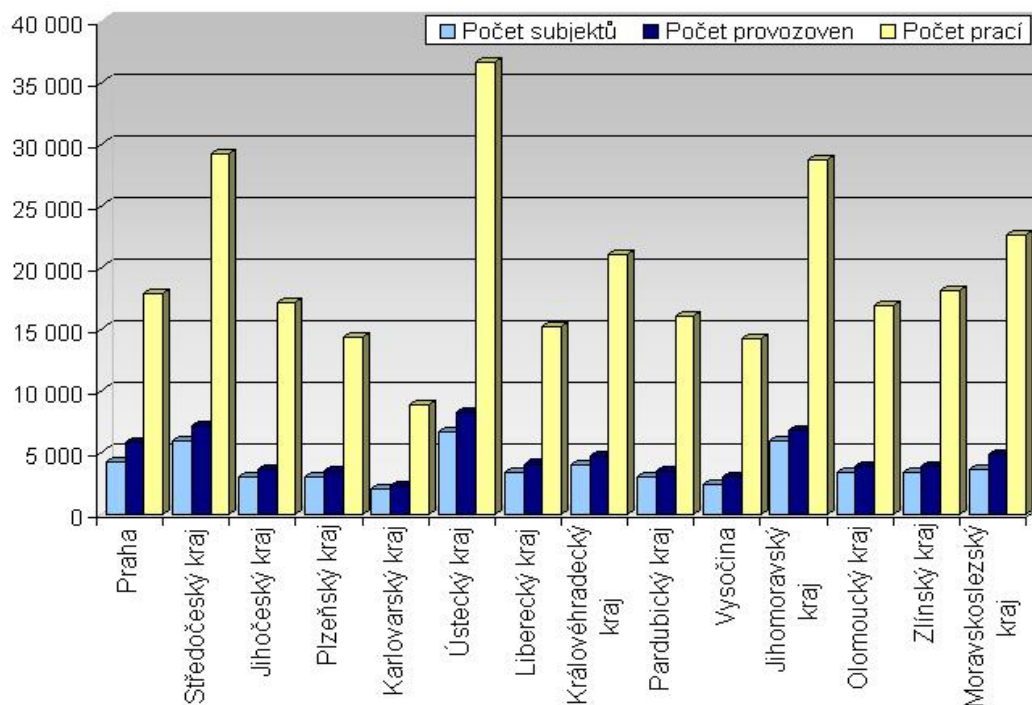
Graf č. 5 pro ilustraci ukazuje na 4 typických faktorech pracovního prostředí – prach, chemické látky, hluk a vibrace - jak postupovalo zadávání údajů do informačního systému IS KaPr od roku 2002 do konce roku 2005. Z grafu je patrný strmý nárůst počtu evidovaných exponovaných zaměstnanců v jednotlivých kategoriích v průběhu roku 2002 a 2003 a evidentní je, že cca od poloviny roku 2004, kdy byla ukončena 1. etapa kategorizace (autoři Hlaváč a Kučera uvádějí ve své práci z roku 2004 ukončení 1. etapy kategorizace na konci roku 2003), se údaje v IS mění již velmi málo. Současné probíhající změny jsou důsledkem toho, že počty

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

prací zařazených do příslušných kategorií jsou proměnnou složkou, odpovídající procesu zanikání některých organizací nebo naopak nově vznikajících subjektů.

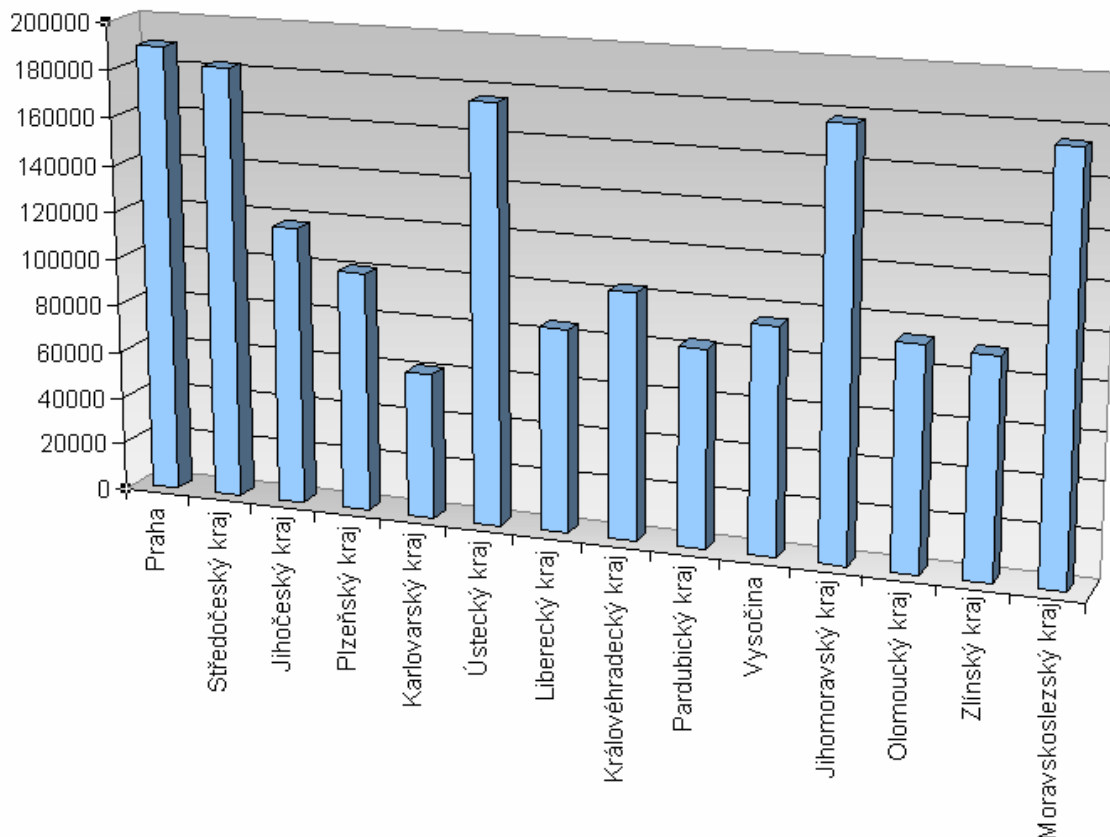
Kraj	Počet subjektů	Počet provozoven	Počet prací	Počet všech exp. zaměstnanců
Praha	4272	5805	17905	189592
Středočeský kraj	5936	7145	29174	182514
Jihočeský kraj	2983	3616	17130	117837
Plzeňský kraj	2985	3491	14285	101297
Karlovarský kraj	2008	2265	8913	61464
Ústecký kraj	6622	8264	36590	176025
Liberecký kraj	3320	4042	15190	85786
Královéhradecký kraj	3958	4684	21087	103642
Pardubický kraj	2956	3553	16036	83556
Vysočina	2425	2967	14223	95334
Jihomoravský kraj	5910	6833	28724	177860
Olomoucký kraj	3364	3822	16852	93930
Zlínský kraj	3421	3910	18081	92081
Moravskoslezský kraj	3652	4860	22631	175222
<b>Celkem</b>	<b>53812</b>	<b>69299</b>	<b>276821</b>	<b>1736140</b>

Tabulka č. 1: Počty ekonomických subjektů, provozoven, prací a exponovaných zaměstnanců v jednotlivých krajích v absolutních číslech

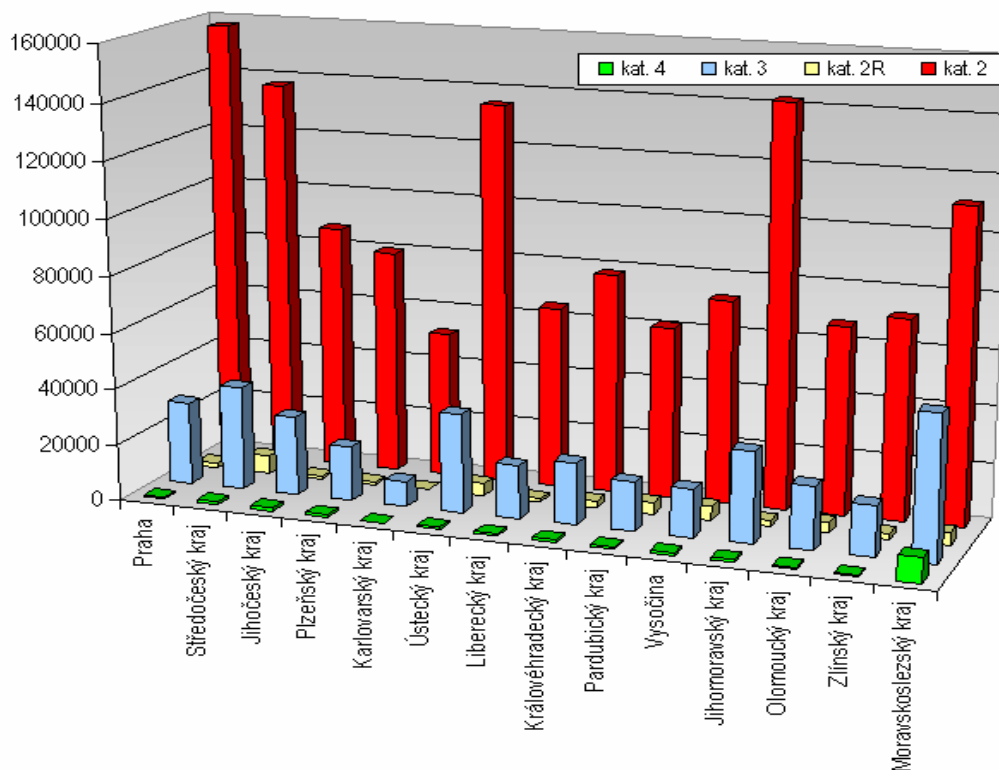


Graf č. 1: Počty ekonomických subjektů, provozoven a prací v jednotlivých krajích v absolutních číslech

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**



**Graf č. 2: Počet všech exponovaných zaměstnanců rizikovým faktorům v kategorii 2+ 2R + 3 + 4 – členění podle krajů**

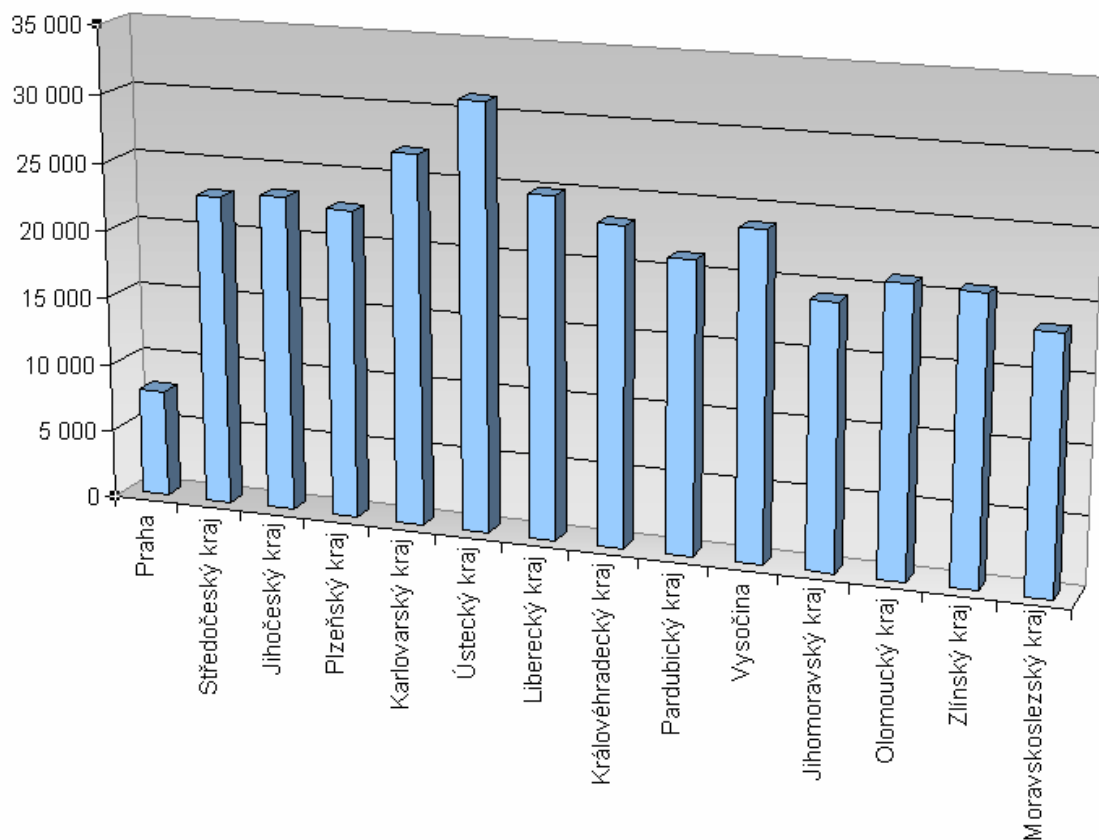


**Graf č. 3: Počet exponovaných zaměstnanců podle jednotlivých kategorií a krajů**

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

<b>Počet exponovaných zaměstnanců v kategorii 2+2R+3+4 celkem na 100 tis. pracujících</b>	
Praha	7 912
Středočeský kraj	22 850
Jihočeský kraj	23 272
Plzeňský kraj	22 676
Karlovarský kraj	27 109
Ústecký kraj	31 212
Liberecký kraj	24 947
Královéhradecký kraj	23 294
Pardubický kraj	21 300
Vysočina	23 847
Jihomoravský kraj	19 242
Olomoucký kraj	20 964
Zlínský kraj	20 793
Moravskoslezský kraj	18 526
<b>Celkem ČR</b>	<b>18 711</b>

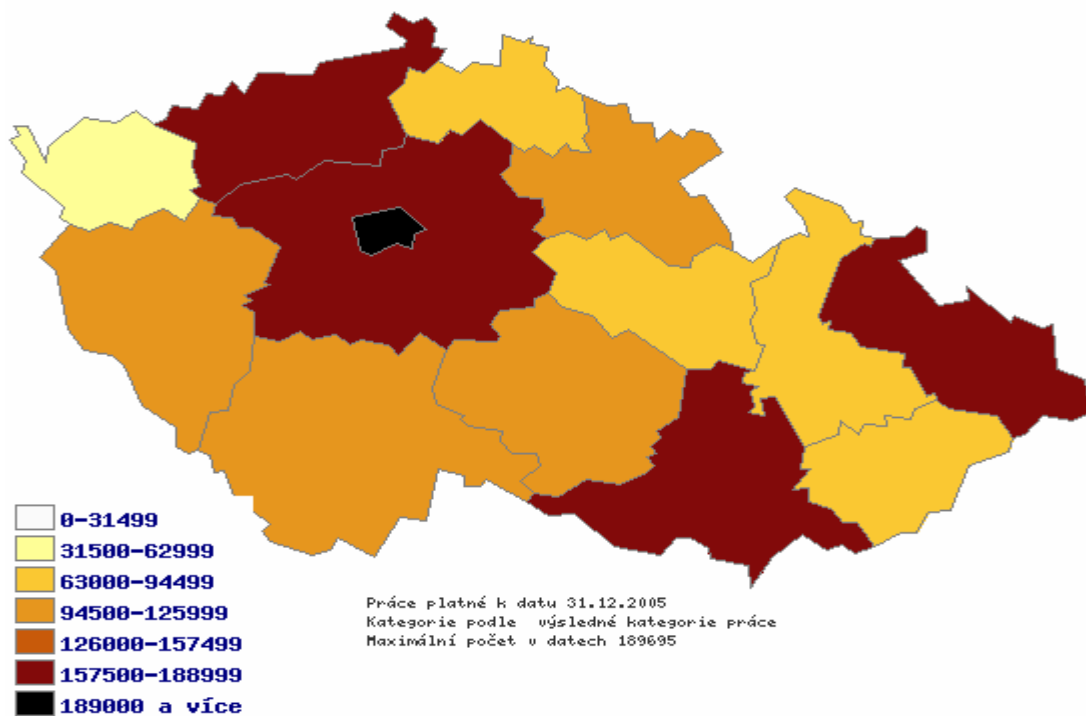
**Tabulka č. 2: Počet exponovaných zaměstnanců v kategorii 2+2R+3+4 na 100 000 pracujících v jednotlivých krajích a v ČR**



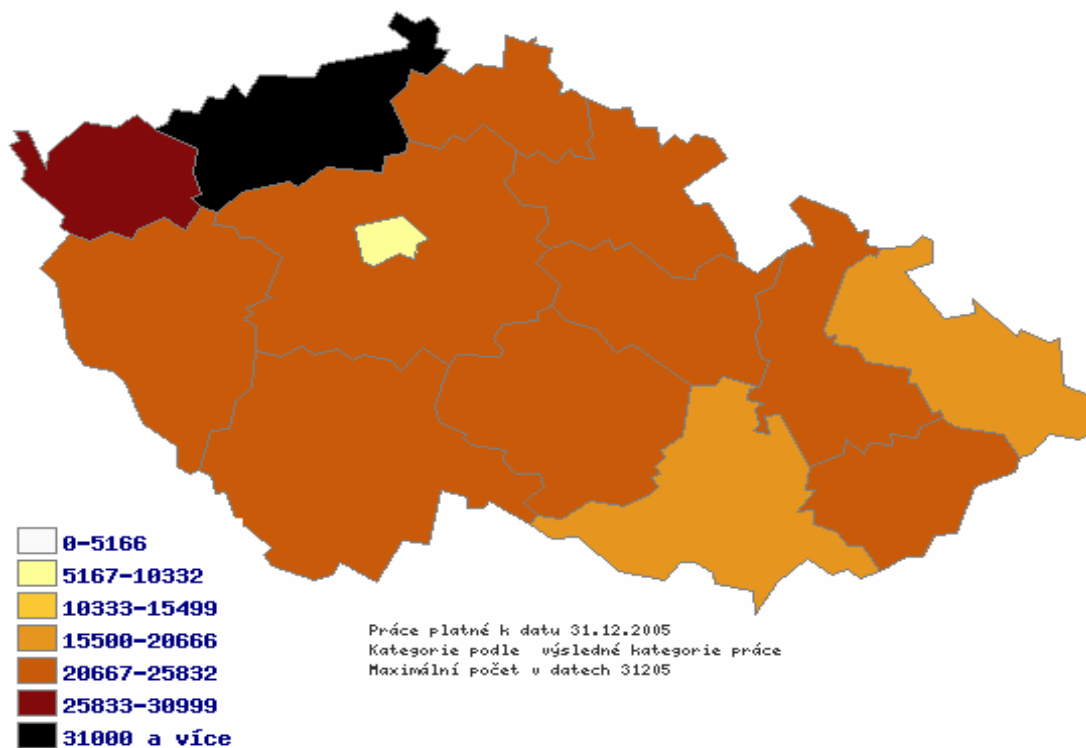
**Graf č. 4: Počet exponovaných zaměstnanců celkem v kategorii 2+2R+3+4 na 100 tis. pracujících v jednotlivých krajích**



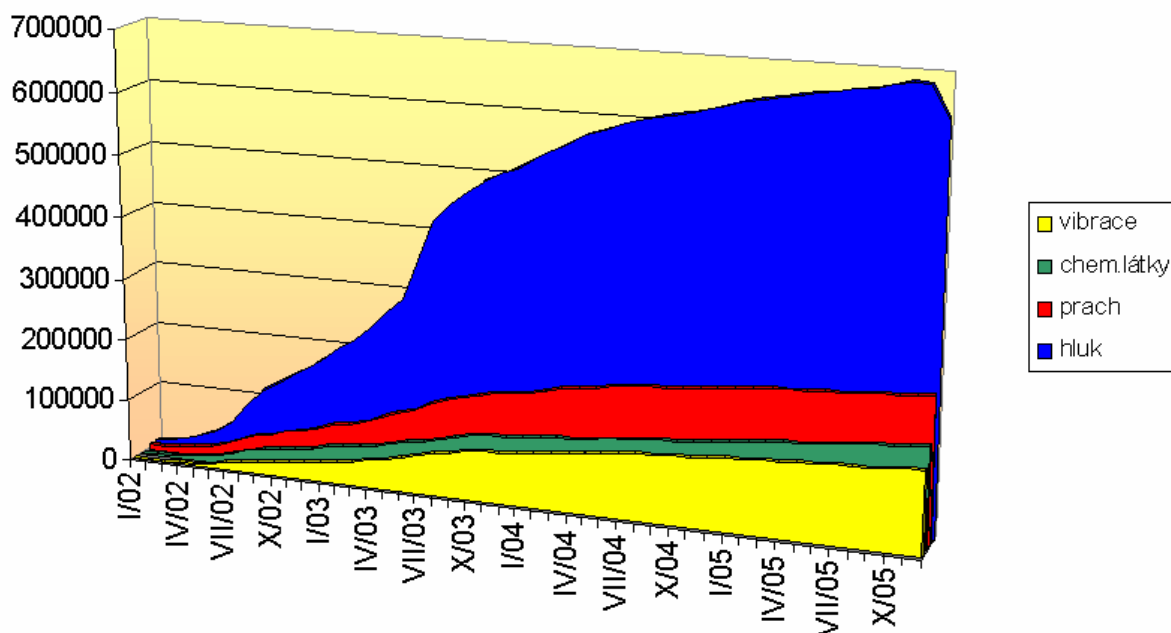
**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**



Obrázek č. 1: Počet exponovaných zaměstnanců v kategorii 2+2R+3+4 v absolutních číslech



Obrázek č. 2: Počet exponovaných zaměstnanců v kategorii 2+2R+3+4 na 100 000 obyvatel



**Graf č. 5: Vývoj počtu exponovaných zaměstnanců vybraným faktorům od zahájení činnosti IS KaPr v roce 2002 do konce roku 2005**

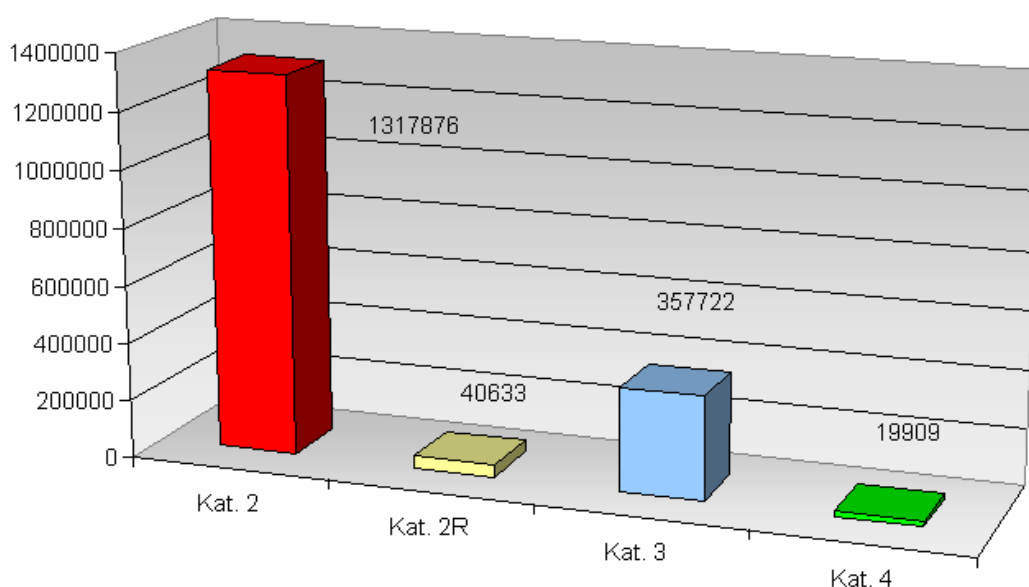
Na grafu č. 6 jsou uvedeny počty evidovaných exponovaných osob v jednotlivých kategoriích sumárně za celou ČR. Z grafu je patrné, že nejvíce osob je evidováno v kategorii druhé (1 317 876 osob), která není považována za kategorii rizikovou. V kategorii třetí jsou vykonávány práce 357 722 osobami, což představuje v porovnání s kategorií 2 asi čtvrtinu osob. Počet zaměstnanců v kategoriích 2R a 4 je nízký.

Graf č. 7 ukazuje počty zaměstnanců exponovaných jednotlivým rizikovým faktorům, nejvíce osob je v ČR exponováno faktorům fyzická zátěž, pracovní poloha a hluk, zcela minimální počet osob je exponován zvýšenému tlaku vzduchu. Podrobněji jsou uvedeny počty osob exponovaných jednotlivým faktorům podle kategorie, do které jsou práce, které vykonávají, zařazeny v tabulce č. 3 a v grafu č.8. Z tabulky i grafu je zřejmé, že zaměstnanci vystaveni působení fyzické zátěži a pracující v nevhodných pracovních polohách jsou zařazeni převážně v kategorii druhé, zaměstnanci exponováni hluku v kategorii třetí, nižší počet v kategorii druhé rizikové. V kategorii čtvrté jsou zaměstnanci nejčastěji exponováni prachu

s fibrogenním účinkem, zejména v odvětví hornictví a hutnictví. Je třeba upozornit na fakt, že v evidenci je poměrně vysoký počet osob s psychickou zátěží zařazených do kategorie druhé. Jedná se především o práce se zobrazovacími jednotkami a práce učitelů, které by po úpravě kritérií ve vyhlášce č. 432/2003 Sb., patřily do kategorie první, ale dosud nebyly tyto práce překategorizovány.

Běžně se v pracovním prostředí vyskytuje více faktorů než jeden. Pro účely této práce byly vybrány pouze faktory, které svojí mírou dosahují rizikové úrovně. Jak je patrné z grafu č. 9 u 70% zaměstnanců se v pracovním prostředí vyskytuje pouze jeden takový rizikový faktor. K souběhu dvou faktorů dochází u 22 % zaměstnanců, k souběhu 3 faktorů u 5 %. Souběh 4 a více faktorů dosahujících rizikové úrovně je minimální. Tam, kde dochází k souběhu rizikových faktorů je třeba počítat u lékaře s vyšším počtem minut na zajištění preventivní péče pro zaměstnance.

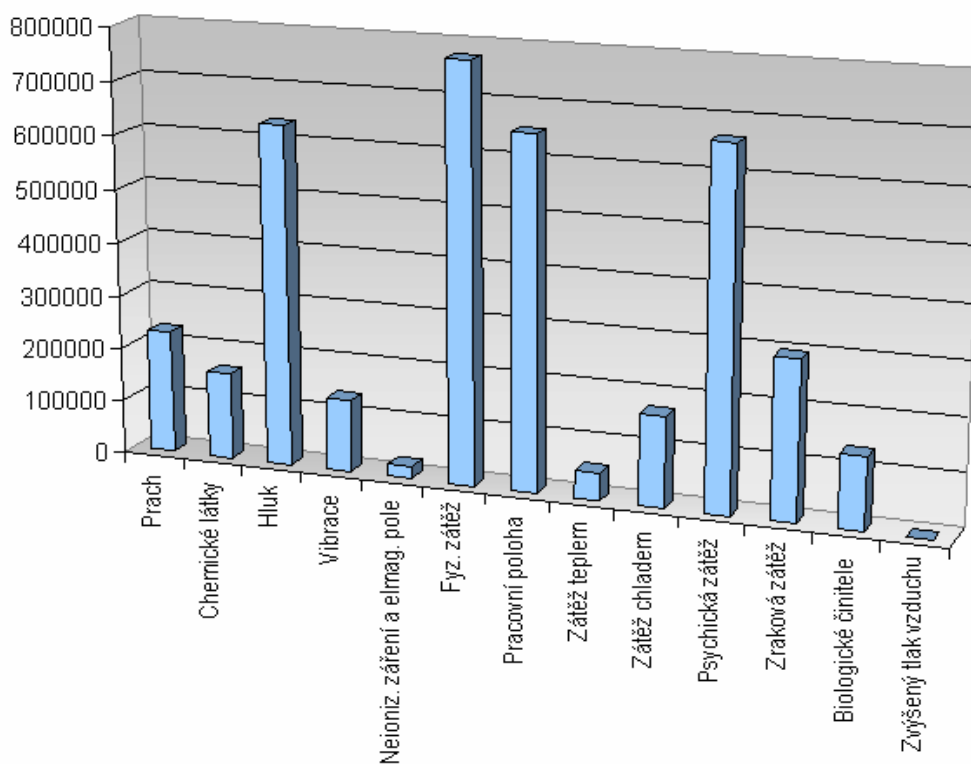
Pokud použijeme v modulu analýz pro získání údajů členění podle odvětvové klasifikace ekonomických činností, zjistíme, že nejvíc zaměstnanců je vystavených působení rizikových faktorů ve zpracovatelském průmyslu a to bez ohledu na to, zda se jedná jen o práce dosahující rizikové úrovně nebo všechny evidované práce, včetně kategorie druhé. Následuje odvětví zdravotnictví a sociální služby, skladování, doprava a spoje, kde jsou však počty exponovaných výrazně nižší (viz graf č.10)



**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

**Graf č. 6: Počet všech exponovaných zaměstnanců podle kategorií**

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

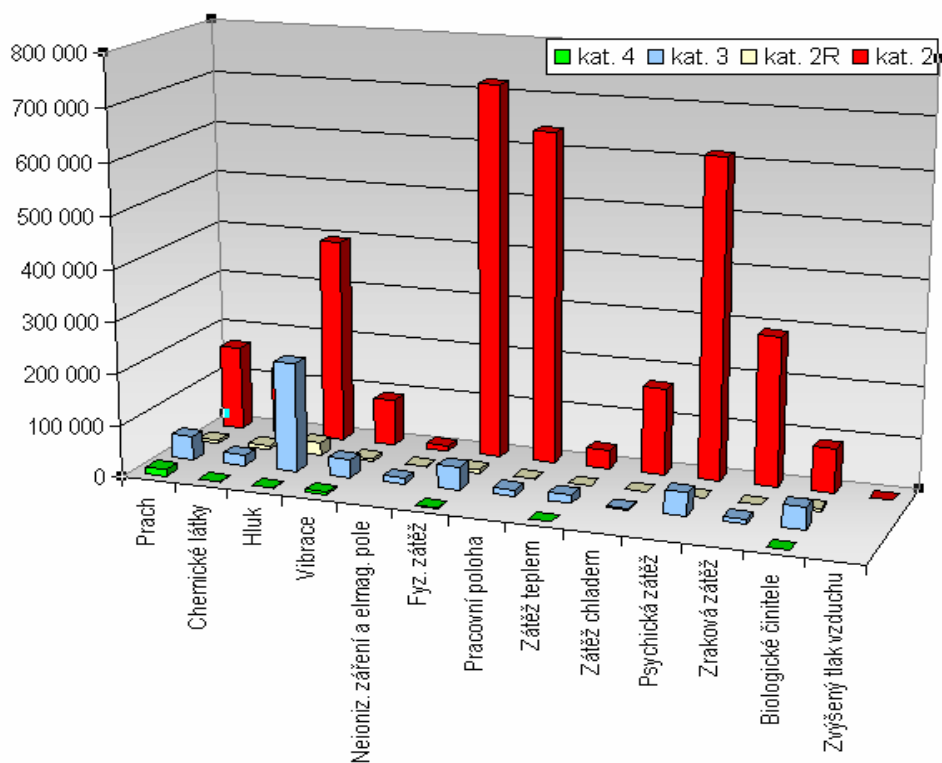


**Graf. č. 7: Celkový počet exponovaných zaměstnanců v ČR podle rizikových faktorů**

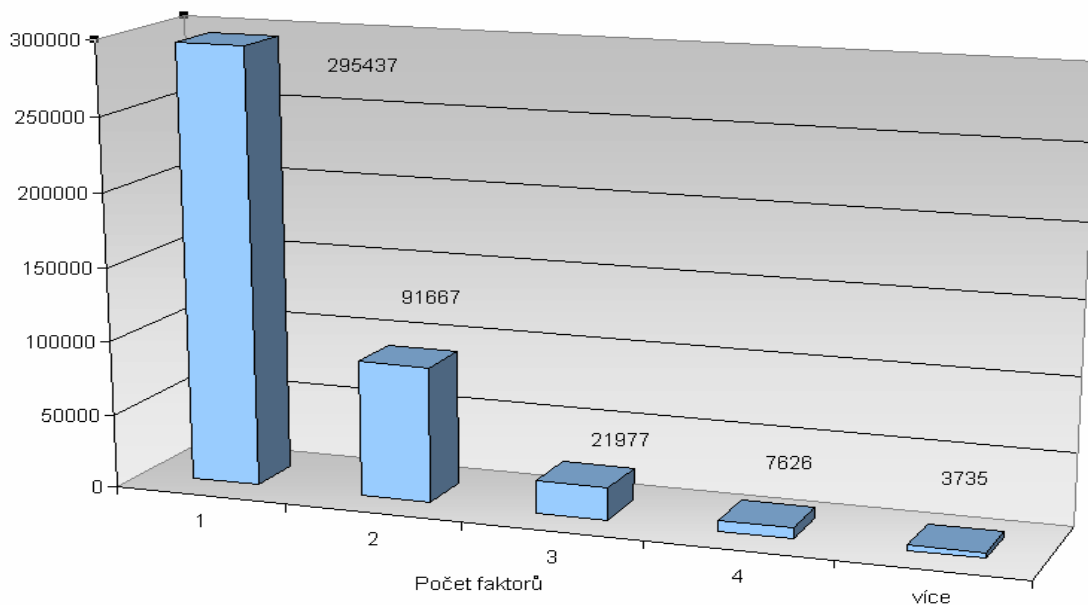
<b>Faktor</b>	<b>kat. 4</b>	<b>kat. 3</b>	<b>kat. 2R</b>	<b>kat. 2</b>	<b>Celkem</b>
Prach	13 010	45 384	7 091	165 427	<b>230 912</b>
Chemické látky	1 359	20 749	7 809	131 720	<b>161 637</b>
Hluk	1 813	212 171	24 807	396 419	<b>635 210</b>
Vibrace	5 560	35 072	4 726	90 379	<b>135 737</b>
Neioniz. záření a elmag. pole		11 081	1 070	10 524	<b>22 675</b>
Fyz. zátěž	578	45 434	7 421	721 544	<b>774 977</b>
Pracovní poloha		13 273	1 711	638 545	<b>653 529</b>
Zátěž teplem	17	15 749	255	35 554	<b>51 575</b>
Zátěž chladem		1 639	71	168 139	<b>169 849</b>
Psychická zátěž		45 716	1 686	615 377	<b>662 779</b>
Zraková zátěž		7 709	456	288 895	<b>297 060</b>
Biologické činitele	489	43 375	5 654	86 316	<b>135 834</b>
Zvýšený tlak vzduchu				12	<b>12</b>

**Tabulka č. 3: Počet zaměstnanců zařazených do jednotlivých kategorií podle rizikových faktorů**

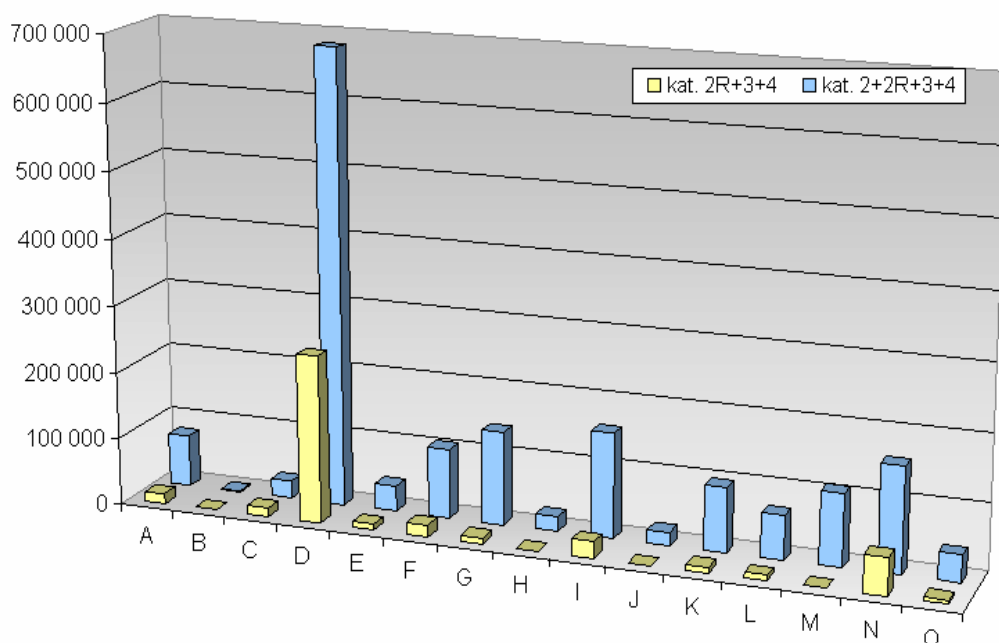
**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**



**Graf č. 8: Počet pracovníků zařazených do kategorií podle jednotlivých faktorů a kategorií**



**Graf č. 9: Souběhy faktorů pracovního prostředí v rizikových kategoriích**



**Graf č. 10: Počet exponovaných zaměstnanců podle OKEČ**

**LEGENDA:**

- A ZEMĚDĚLSTVÍ, MYSLIVOST, LESNICTVÍ**
- B RYBOLOV A CHOV RYB**
- C TĚŽBA NEROSTNÝCH SUROVIN**
- D ZPRACOVATELSKÝ PRŮMYSL**
- E VÝROBA A ROZVOD ELEKTŘINY, PLYNU A VODY**
- F STAVEBNICTVÍ**
- G OBCHOD; OPRAVY MOTOROVÝCH VOZIDEL A VÝROBKŮ PRO OSOBNÍ POTŘEBU A PRO DOMÁCNOST**
- H UBYTOVÁNÍ A STRAVOVÁNÍ**
- I DOPRAVA, SKLADOVÁNÍ A SPOJE**
- J FINANČNÍ ZPROSTŘEDKOVÁNÍ**
- K ČINNOSTI V OBLASTI NEMOVITOSTÍ A PRONÁJMU; PODNIKATELSKÉ ČINNOSTI**
- L VEŘEJNÁ SPRÁVA A OBRANA; POVINNÉ SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ**
- M VZDĚLÁVÁNÍ**
- N ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE; VETERINÁRNÍ ČINNOSTI**
- O OSTATNÍ VEŘEJNÉ, SOCIÁLNÍ A OSOBNÍ SLUŽBY**

#### **4.2. Současný stav závodní preventivní péče**

O současném stavu závodní preventivní péče u nás dávají hrubou představu výsledky šetření provedených v uplynulých letech.

K zásadní změně v péči o zdraví pracujících došlo transformací českého zdravotnictví po roce 1989. Novelou zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu platnou od 1.1.1992, byla formálně ukončena činnost závodních lékařů. Postupně docházelo k propadu v rozsahu i kvalitě poskytované pracovní lékařské péče, lékaři upřednostňovali složku léčebnou a požadavky v oblasti ochrany zdraví při práci se zúžily převážně pouze na provádění preventivních prohlídek. Tuto situaci dokumentují od roku 1996 i výsledky úkolu hlavního hygienika ČR, kdy byla kontrola zajištění závodní preventivní péče zařazena mezi hlavní úkoly hygienické služby, a to i s vědomím, že absence právních předpisů k rozsahu a službám souvisejícím s výkonem závodní preventivní péče bude přinášet některé problémy zaměstnavatelům, které bude nutné průběžně řešit.

Přijetím zákona č. 258/2000 Sb., náleží od 1. ledna 2001 kontrola nad plněním povinností zaměstnavatele zajistit pro zaměstnance závodní preventivní péči orgánu ochrany veřejného zdraví (KHS). K evidenci kontrol je využíván IS KaPr a o výsledcích jsou jednotlivými KHS zpracovány závěrečné zprávy, souhrnnou závěrečnou zprávu vypracovává Centrum pracovního lékařství SZÚ. Závěry souhrnné zprávy jsou od roku 2003 vkládány rovněž do každoroční Zprávy o činnosti orgánu ochrany veřejného zdraví v oblasti ochrany zdraví při práci.

V roce 2005 bylo zkontrolováno pracovníky KHS zajištění závodní preventivní péče u celkem 11 455 zaměstnavatelů. Podíl zaměstnavatelů, u nichž bylo zjištěno, že nemají zabezpečenu tuto péči ani v omezeném rozsahu činil 9,4 %. Dostatečně zajištěnou ZPP mělo 52,6 % (6029) z kontrolovaných subjektů, u 38% zaměstnavatelů nebyla péče zajištěna dostatečně, její rozsah neodpovídal požadavkům Úmluvy (1). Oproti tomu v roce 2002 ze 7092 kontrolovaných zaměstnavatelů byl podíl zaměstnavatelů, kteří neměli zajištěnou pracovní lékařskou péči ani v omezeném rozsahu 26%, v roce 2003 to bylo 12% z 6511 provedených kontrol, 17 % (1101) zaměstnavatelů mělo nedostatečně zajištěnou ZPP. V roce 2004 bylo provedeno 7 159 kontrol, z toho v 15% (1052) nebyla ZPP zajištěna vůbec, nedostatečně zajištěna byla péče u 3456 organizací, tj. ve 45 % (24, 25, 26).



Nedostatečně zajištěnou ZPP se rozumí pouze poskytování preventivních prohlídek bez kontrol pracoviště, poskytování poradenství a dalších úkolů vyplývajících z vyhlášky č. 145/1988 Sb.

Ze závěrů každoročních souhrnných zpráv o Kontrole zajištění závodní preventivní péče vyplývá **(1, 24, 25, 26)**, že se stále vyskytují organizace, kde není pracovně lékařská péče zajištěna ani v omezeném rozsahu. A to přesto, že dochází postupně, i díky poradenské činnosti a pravidelným kontrolám orgánů ochrany veřejného zdraví, k mírnému zlepšování nepříznivého stavu v této oblasti a každoročně narůstá počet uzavřených písemných smluv o zajištění závodní preventivní péče mezi lékaři a zaměstnavateli a lepší se úroveň poskytovaných služeb, které nejsou už tak často poskytovány formálně jako tomu bylo dříve. Problémy bývají především ve firmách, které jsou malé a které vznikly v posledních letech a PLP pro ně vykonávají obvykle ve smluvním vztahu praktičtí lékaři. Dobře je zajištěna PLP většinou ve velkých firmách, kde v minulosti působili závodní lékaři a také u solventních firem převážně se zahraniční účastí, kde ochrana zdraví zaměstnanců se stává prioritní záležitostí, a dále u firem, které mají smlouvu uzavřenou s oddělením pracovního lékařství.

Počet praktických lékařů poskytujících PLP v celém rozsahu, včetně pravidelných kontrol pracovišť a poskytování poradenství zaměstnavatelům i zaměstnancům, je stále nedostatečný. Praktičtí lékaři tuto péči většinou omezují na provádění vstupních a periodických preventivních lékařských prohlídek, bohužel je stále nedostatek i těch lékařů, kteří by poskytovali PLP takto zúženou. Přitom je PLP poskytována některými lékaři bez znalosti pracovně lékařské problematiky dané práce a daného pracoviště, což je závažným problémem, zvláště pokud jde o vstupní prohlídky nových zaměstnanců. V současném systému lékaři upřednostňují především kurativní činnosti u svých registrovaných pacientů před preventivními činnostmi.

#### **4.3. Počet lékařů potřebných pro zajištění základní pracovní lékařské péče**

Podle údajů získaných z Českého statistického úřadu (2) byl celkový počet pracujících v ČR k datu 31.12.2005 4 154 412 osob, což představuje 3 237 055 zaměstnanců, 910 829 osob samostatně výdělečně činných a 6 528 uchazečů o zaměstnání, kterým je vypláceno pojištění, jejich je počet však zcela zanedbatelný (viz. tabulka č. 4). Počtem pracujících významně převyšuje všechny další kraje hlavní město Praha, kde je evidováno 1 073 750 pracujících, podstatně méně osob je již vykazováno v dalších krajích jako je Jihomoravský, Moravskoslezský a Středočeský, který je sice jedním z největších krajů co do rozlohy, ale počet pracujících tomu neodpovídá. Dá se ovšem předpokládat, že poměrně velký počet obyvatel tohoto kraje dojíždí za prací do hlavního města a jsou v těchto počtech zahrnuti. V následující tabulce č. 5 jsou údaje o počtech osob evidovaných v ČSÚ a v databázi KaPr. Lze předpokládat, že rozdíl mezi celkovým počtem pracujících dle ČSÚ a evidovanými exponovanými zaměstnanci rizikovým faktorům v IS KaPr, představuje osoby, které vykonávají práce kategorie 1, ať už se jedná o zaměstnance nebo OSVČ. Těchto osob je v ČR celkem 2 418 272, 36 % osob zařazených do kategorie 1 z tohoto počtu je v Praze. Pokud však vycházíme z údajů ze samotného hlavního města, je v Praze v kategorii první 82 % všech pracujících a na další kategorie zbývá pouze 12 % pracujících. Toto složení lze vysvětlit především tím, že v hlavním městě je umístěno velké množství institucí s převahou administrativních činností.

V tabulce č. 6. jsou uvedeny počty pracujících evidovaných podle odvětvové klasifikace ekonomických činností ve statistice ČSÚ a v IS KaPr. Ze získaných údajů je patrné, že je rozdíl mezi údaji o počtu pracujících v ČR v evidenci vedené podle územního členění a podle odvětvové klasifikace ekonomických činností. Tento rozdíl představuje cca 500 000 osob. Jedním z vysvětlení může být skutečnost, že se jedná o osoby pracující v několika úvazcích u různých organizací nebo může jít o statistickou chybu.

Počty úvazků lékařů PLP péče byly vypočítány pro každou kategorii prací samostatně i pro jednotlivé kraje a také byl stanoven celkový počet úvazků pro všechny pracující v ČR (viz. tabulka č.7). Z přehledu vyplývá, že pro zajištění PLP je potřeba 607 celých úvazků. Největší počet lékařů k zajištění PLP je potřebný

v kategorii druhé (244 úvazků) a kategorii první (cca 224 úvazků). Pro kategorii třetí je třeba 116 celých úvazků, pro kategorii 2R a 4 je požadavek na úvazky velmi nízký a odpovídá i malému počtu zaměstnanců evidovaných v těchto kategoriích. Nejvíc lékařů PLP najde uplatnění v Praze, následují kraje Moravskoslezský, Jihomoravský a Středočeský. Podle těchto výpočtů připadne na 1 lékaře cca 7000 zaměstnanců, pokud bude mít v péči pracující zařazené ve všech kategoriích, 10 000 pracujících v případě, že budou všichni zařazeni do kategorie první, zhruba 5 400 pokud budou všichni v kategorii druhé, 3500 pokud budou vykonávat práce kategorie 2R a 3 a cca 2000 pokud budou pouze v kategorii čtvrté. Tyto počty jsou značně vysoké a neodpovídají návrhům v Konceptci pracovního lékařství.

Poněkud jiná čísla získáme pokud budeme při výpočtech pracovat s údaji získanými podle OKEČ (viz. tabulka č. 8). V toto případě bude požadavek na 672 celých úvazků lékařů PLP, zhruba jedna čtvrtina lékařů (226,2) bude potřebných pro zajištění PLP pro pracující ve zpracovatelském průmyslu, 12% pro odvětví obchod, opravy motorových vozidel a výrobků, 7,5 % pro činnosti v oblasti nemovitostí a pronájmu, podnikatelské činnosti. Pro zajímavost pro odvětví rybolov a chov ryb bude potřeba cca 0,02 úvazku lékaře pro zajištění PLP.

Kraj CZ NUTS	Počet zaměstnanců	Počet OSVČ	Počet uchazečů o zaměstnání	Celkem
Praha	923 917	149 699	234	1 073 850
Středočeský kraj	282 062	113 342	578	395 982
Jihočeský kraj	161 884	58 355	310	220 549
Plzeňský kraj	158 835	49 363	266	208 464
Karlovarský kraj	70 811	27 117	201	98 129
Ústecký kraj	183 787	57 713	1070	242 570
Liberecký kraj	110 980	39 699	221	150 900
Královehradecký kraj	140 801	50 583	284	191 668
Pardubický kraj	134 838	41 674	275	176 787
Kraj Vysočina	135 446	40 635	300	176 381
Jihomoravský kraj	317 814	99 035	774	417 623
Olomoucký kraj	150 083	49 697	445	200 225
Zlínský kraj	152 368	50 590	332	203 290
Moravskoslezský kraj	313 429	83 327	1238	397 994
<b>Celkem ČR</b>	<b>3 237 055</b>	<b>910 829</b>	<b>6528</b>	<b>4 154 412</b>

**Tabulka č. 4: Počty pracujících v ČR, včetně pojištěných uchazečů o zaměstnání a OSVČ**

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

Kraj	Počet zaměstnanců a OSVČ dle ČSÚ	Celkový počet zaměstnanců v databázi KaPr	Z toho zaměstnanci v rizikových kategoriích 2R, 3 a 4	Zaměstnanci v kategorii 2	Zaměstnanci v kategorii 1 neevidovaní v KaPr
Hlavní město Praha	1 073 850	189 592	32 003	157 589	884 258
Středočeský	395 982	182 514	44 990	137 524	213 468
Jihočeský	220 549	117 837	30 541	87 296	102 712
Plzeňský	208 464	101 297	21 478	79 819	107 167
Karlovarský	98 129	61 464	9 551	51 913	36 665
Ústecký	242 570	176 025	40 800	135 225	66 545
Liberecký	150 900	85 786	21 049	64 737	65 114
Královéhradecký	191 668	103 642	25 397	78 245	88 026
Pardubický	176 787	83 556	22 325	61 231	93 231
Vysočina	176 381	95 334	22 977	72 357	81 047
Jihomoravský	417 623	177 860	35 504	142 356	239 763
Olomoucký	200 225	93 930	26 980	66 950	106 295
Zlínský	203 290	92 081	20 663	71 418	111 209
Moravskoslezský	397 994	175 222	64 006	111 216	222 772
<b>Celkem</b>	<b>4 154 412</b>	<b>1 736 140</b>	<b>418 264</b>	<b>1 317 876</b>	<b>2 418 272</b>

Tabulka č. 5: Rozdíl mezi počtem zaměstnanců a OSVČ uvedených v ČSÚ a počtem zaměstnanců evidovaných v IS KaPr, členění podle krajů

OKEČ	Odhad celk. počtu pracovníků (ČSÚ)	2+2R+3+4 (databáze KaPr)	Kat.1
Zemědělství, myslivost, lesnictví	182 871	77 541	105 330
Rybolov a chov ryb	1 714	834	880
Těžba nerostných surovin	45 716	26 896	18 820
Zpracovatelský průmysl	1 369 169	677 984	691 185
Výroba a rozvod elektřiny, plynu a vody	60 342	39 223	21 119
Stavebnictví	325 515	103 811	221 704
Obchod, opravy mot. vozidel a výrobků	726 497	139 365	587 132
Ubytování a stravování	173 371	23 199	150 172
Doprava a spoje	345 146	157 604	187 542
Finanční zprostředkování	79 711	20 209	59 502
Činnosti v oblasti nemovitostí a pronájmu; podnikatelské činnosti	494 121	95 928	398 193
Veřejná správa a obrana, povinné sociální zabezpečení	294 439	66 497	227 942
Vzdělávání	299 122	107 577	191 545
Zdravotní a sociální péče, veterinární činnosti	285 530	159 222	126 308
Ostatní veřejné, sociální a osobní služby	172 481	40 250	132 231
<b>Celkem</b>	<b>4 855 745</b>	<b>1 736 140</b>	<b>3 119 605</b>

Tabulka č. 6: Rozdíl mezi počtem zaměstnanců a OSVČ uvedených v ČSÚ a počtem zaměstnanců evidovaných v IS KaPr, členění podle OKEČ



**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

Kraj	Kat. 1	Počet úvazků lékařů PLP	Kat. 2	Počet úvazků lékařů PLP	Kat. 2R	Počet úvazků lékařů PLP	Kat. 3	Počet úvazků lékařů PLP	Kat. 4	Počet úvazků lékařů PLP	Počet úvazků PLP celkem
Hlavní město Praha	884 258	81,9	157 589	29,2	1 726	0,6	29 596	9,6	681	0,3	<b>121,6</b>
Středočeský	213 468	19,8	137 524	25,5	6 522	2,1	37 258	12,1	1 210	0,6	<b>60,1</b>
Jihočeský	102 712	9,5	87 296	16,2	983	0,3	28 319	9,2	1 239	0,6	<b>35,8</b>
Píseňský	107 167	9,9	79 819	14,8	852	0,3	19 567	6,3	1 059	0,5	<b>31,8</b>
Karlovarský	36 665	3,4	51 913	9,6	420	0,1	8 967	2,9	164	méně než 0,1	<b>16</b>
Ústecký	66 545	6,2	135 225	25,0	4 553	1,5	35 327	11,4	920	0,5	<b>44,6</b>
Liberecký	65 114	6,0	64 737	12,0	1 339	0,4	18 933	6,1	777	0,4	<b>24,9</b>
Královéhradecký	88 026	8,2	78 245	14,5	2 529	0,8	21 932	7,1	936	0,5	<b>31,1</b>
Pardubický	93 231	8,6	61 231	11,3	4 097	1,3	17 427	5,6	801	0,4	<b>27,2</b>
Vysočina	81 047	7,5	72 357	13,4	5 011	1,6	16 957	5,5	1 009	0,5	<b>28,5</b>
Jihomoravský	239 763	22,2	142 356	26,4	2 153	0,7	32 304	10,5	1 047	0,5	<b>60,3</b>
Olomoucký	106 295	9,8	66 950	12,4	3 683	1,2	22 519	7,3	778	0,4	<b>31,1</b>
Zlínský	111 209	10,3	71 418	13,2	2 126	0,7	18 046	5,8	491	0,3	<b>30,3</b>
Moravskoslezský	222 772	20,6	111 216	20,6	4 639	1,5	50 570	16,4	8 797	4,5	<b>63,6</b>
<b>Celkem</b>	<b>2 418 272</b>	<b>223,9</b>	<b>1 317 876</b>	<b>244,1</b>	<b>40 633</b>	<b>13,1</b>	<b>357 722</b>	<b>116,0</b>	<b>19 909</b>	<b>10,0</b>	<b>607,1</b>

Tabulka č. 7: Počty osob v jednotlivých kategoriích a počty potřebných úvazků lékařů pro zajištění PLP, členění podle krajů

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

OKEČ	Kat.1	Úvazky lékařů	Kat. 2	Úvazky lékařů	Kat. 2R	Úvazky lékařů	Kat. 3	Úvazky lékařů	Kat. 4	Úvazky lékařů	Celkem	Úvazky celkem
Zemědělství, myslivost, lesnictví	105 330	10	63 559	11,8	2 298	0,7	11 099	3,6	585	0,3	182 871	26,2
Rybolov a chov ryb	880	0	696	0,1	3	méně než 0,1	123	méně než 0,1	12	méně než 0,1	1 714	0,1
Těžba nerostných surovin	18 820	2	13 951	2,6	389	0,1	6 482	2,1	6 074	3,1	45 716	9,6
Zpracovatelský průmysl	691185	64	428 801	79,4	23 457	7,6	215 515	70,0	10 211	5,2	1 369 169	226,2
Výroba a rozvod elektřiny, plynu a vody	21 119	2	30 529	5,7	846	0,3	7 599	2,5	249	0,1	60 342	10,6
Stavebnictví	221 704	21	85 714	15,9	2 269	0,7	14 591	4,7	1 237	0,6	325 515	42,4
Obchod, opravy výrobků	587132	54	130 150	24,1	1 154	0,4	7 811	2,5	250	0,1	726 497	81,5
Ubytování a stravování	150 172	14	22 812	4,2	31	méně než 0,1	350	0,1	6	méně než 0,1	173 371	18,2
Doprava a spoje	187 542	17	132 310	24,5	2 229	0,7	22 823	7,4	242	0,1	345 146	50,1
Finanční zprostředkování	59 502	6	20 046	3,7	55	méně než 0,1	108	méně než 0,1	0	0	79 711	9,2
Činnosti v oblasti nemovitostí a pronájmu; podnikatelské činnosti	398193	37	87 554	16,2	946	0,3	7 121	2,3	307	0,2	494 121	55,9
Veřejná správa a obrana, povinné sociální zabezpečení	227 942	21	58 506	10,8	44	méně než 0,1	7 906	2,6	41	méně než 0,1	294 439	34,5
Vzdělávání	191 545	18	105 840	19,6	321	0,1	1 408	0,5	8	méně než 0,1	299 122	37,9
Zdravotní a sociální péče, veterinární činnosti	126 308	12	102 930	19,1	6 053	2,0	49 751	16,1	488	0,2	285 530	49,1
Ostatní veřejné, sociální a osobní služby	132 231	12	34 478	6,4	538	0,2	5 035	1,6	199	0,1	172 481	20,5
<b>Celkem</b>	<b>3 119 605</b>	<b>289</b>	<b>1 317 876</b>	<b>244,1</b>	<b>40 633</b>	<b>13,1</b>	<b>357 722</b>	<b>116,0</b>	<b>19 909</b>	<b>10,0</b>	<b>4 855 745</b>	<b>672</b>

**Tabulka č. 8 : Počty osob v jednotlivých kategoriích a počty potřebných úvazků lékařů pro zajištění PLP, členění podle OKEČ**

## **5. Diskuse**

Zákonem č. 258/2000 Sb., byla zaměstnavatelům uložena povinnost hodnocení úrovně zátěže zaměstnanců faktory rozhodujícími ze zdravotního hlediska o kvalitě pracovních podmínek. Od roku 2001 bylo provedeno posouzení zdravotních rizik u všech prací vykonávaných ve všech resortech v České republice. V případě výskytu faktorů pracovních podmínek v míře odpovídající alespoň kategorii druhé, byla rizika vyhodnocena a navrženo zařazení prací do kategorií. Posuzování probíhalo v etapách, od prací zařazených do kategorie 4, přes kategorii 3 a nakonec práce kategorie 2.

Orgány ochrany veřejného zdraví s postupující kategorizací získávaly obrovské množství dat, které mohly být zpětně využity pro orgány státního zdravotního dozoru i zaměstnavatele v dalším vývoji ochrany zdraví při práci i zaměření státního zdravotního dozoru. S využitím moderních informačních technologií byl vybudován a v roce 2002 zprovozněn elektronický Informační systém hygienické služby a jeho modul Kategorizace prací, pracovníě nazývaný KaPr, který slouží jako centrální evidence dat.

Zhruba od poloviny roku 2004, po dokončení 1. etapy kategorizace, se počty evidovaných osob mění jen minimálně. Tyto změny probíhají v důsledku zániku některých subjektů, provozů nebo jen některých prací a naopak vzniku nových organizací a nových prací nebo zvyšováním či snižováním počtu pracovníků vykonávajících určitou práci. Pracovníci OOVZ provádějí na základě výsledků kontrolní činnosti pravidelně revizi údajů v IS a aktivně vyhledávají zaměstnavatele, kteří nesplnili zákonnou povinnost a kategorizaci prací neprovedli. Takový postup je nezbytný k tomu, aby získané údaje z modulu analýz byly v čase použití co nejvíce validní.

Jak bylo uvedeno dříve lze údaje shromážděné v IS KaPr využívat k analýzám na regionální i celorepublikové úrovni pro různé účely, v první řadě pro směřování státního zdravotního dozoru v oblasti ochrany zdraví při práci, ale také například pro analýzu příčin vzniku profesionálních onemocnění nebo efektivity ochranných opatření v pracovním prostředí. V této práci bylo využito údajů z IS KaPr k přesnějšímu odhadu stanovení počtu lékařů pro zajištění základní PLP a porovnání s počty lékařů, které jsou navrženy ve schválené Koncepci oboru pracovního



lékařství. Při vypracování návrhu koncepce PL se vycházelo z hrubého odhadu počtu zaměstnanců vystavených působení rizikových faktorů, protože kategorizace prací podle nového systému nastaveného zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a jeho prováděcími předpisy, nebyla při přípravě návrhu koncepce ještě zdaleka dokončena **(5)**.

Samozřejmě nelze pro stanovení počtu lékařů PLP vycházet pouze z údajů z kategorizace prací, neboť v IS KaPr jsou evidovány pouze práce od kategorie druhé. Každý zaměstnavatel je však povinen pro své zaměstnance zajistit PLP, bez ohledu na to do jaké kategorie jsou zařazeni. Návrhem zákona o zdravotní péči se sice nově zaměstnavatelům, jejichž zaměstnanci vykonávají práce v kategorii 1, umožňuje PLP zajišťovat pravidelně u zvoleného praktického lékaře, a to pouze v části pracovně lékařských prohlídek, ale návrh také umožňuje zaměstnavatelům, kteří v rámci sociálně zdravotní politiky tuto péči zajišťují pro své ostatní zaměstnance, aby i u pracovníků vykonávajících práce první kategorie byly prohlídky poskytovány pracovním lékařem s úplnou znalostí pracovních podmínek **(11)**. Návrh zákona tak na jedné straně bere do úvahy současné možnosti zdravotnického terénu a při tom vychází z předpokladu, že v kategorii první se prakticky nepředpokládá přímé ovlivnění zdraví zaměstnance. Na druhé straně však přihlíží i k tomu, že může docházet u pracovníků ke změnám zdravotního stavu, tedy i zdravotní způsobilosti k práci, vlivem stárnutí organismu. K získání údajů o počtu všech ekonomicky aktivních obyvatel bylo využito statistických údajů Českého statistického úřadu a České správy sociálního zabezpečení, které zahrnují údaje také o osobách samostatně výdělečně činných a o uchazečích o zaměstnání. Při zpracování získaných údajů se potvrdilo, že ani statistiky nelze brát jako stoprocentně přesné. Například počty pracujících se významně lišily při porovnání údajů získaných součtem podle krajů od údajů získaných součtem podle odvětvové klasifikace ekonomických činností **(2)**. Tuto disproporci je možné vysvětlit buď tím, že některé osoby mají více pracovních úvazků u zaměstnavatelů z různých odvětví ekonomické činnosti a jsou proto uvedeny vícekrát nebo by se mohlo jednat o chybu při statistickém zpracování na základě nepřesných vstupních dat.

Úvaha o počtu lékařů potřebného pro zajištění PLP vychází pro první přiblížení z výpočtu lékařských úvazků lékařů specializovaných na pracovní lékařství, potřebných pro zajištění PLP diferencovaně podle jednotlivých kategorií získaného

součtem násobků počtu zaměstnanců v jednotlivých kategoriích a doby v minutách potřebné pro zajištění pracovně lékařské péče na jednoho zaměstnance a rok v každé kategorii. Tato doba zahrnuje jak dobu potřebnou pro provádění preventivních prohlídek zaměstnanců, tak i dobu nutnou na dohled lékaře na pracovní podmínky na pracovišti, poradenskou činnost a ostatní činnosti. Doba lékařské péče na zaměstnance a rok je převzata z návrhu vyhlášky vypracované jako prováděcí předpis k návrhu zákona o zdravotní péči, který byl schválen vládou v roce 2005 a jeho projednávání bylo přerušeno v PS Parlamentu ČR ve druhém čtení **(11, 12)**.

Podle výsledků získaných na základě výpočtů je potřeba pro zajištění PLP při roční pracovní době 1 lékaře 1800 hodin pro 4 154 412 pracujících 607 plných úvazků lékařů respektive 672 celých úvazků, budeme-li vycházet z údajů získaných podle odvětvové klasifikace ekonomických činností, která uvádí 4 855 745 ekonomicky činných osob. Je to zhruba o polovinu nižší počet úvazků než uvádí schválená Koncepce oboru pracovního lékařství, která počítá s 1500 až 2000 úvazky a počet osob na 1 lékaře je odhadován na 900 až 3 600 podle náročnosti práce **(5)**. Pokud budeme brát do úvahy zaměstnance mimo kategorii 1, kde může podle návrhu zákona o zdravotní péči vykonávat omezenou péči registrující praktický lékař, bude pro zajištění PLP pro zaměstnance od kategorie 2 do kategorie 4 potřeba jen necelých 400 úvazků (383,2).

Podle získaných výpočtů by na 1 lékaře připadlo necelých 2000 zaměstnanců, pokud by se jednalo pouze o kategorii 4, 3300 zaměstnanců zařazených do kategorie 3 a 2R (návrh vyhlášky nenavrhuje diferencované časy pro tyto dvě kategorie), 5400 osob pro kategorii 2 a až 10 800 osob, které by vykonávaly pouze práce v kategorii 1. Pro zajímavost lze uvést, že praktický lékař pro dospělé v ČR má ve své evidenci průměrně 1600 osob **(17)**.

Odhady z Koncepce přitom odpovídají údajům z některých evropských států, ze kterých návrh koncepce vycházel. Jako model byly použity především údaje z Rakouska, které má cca 3 780 000 zaměstnaných a v roce 2001 uvádí počet 2000 lékařů, kteří zajišťují pracovně lékařskou péči v částečném úvazku, což představuje 0,53 lékaře na 1000 pracovníků. Maďarsko, které má přibližně stejný počet obyvatel jako ČR (10 043 000 ) i stejný počet pracujících (4 112 000 ) evidovalo v roce 2000 1 447 celých úvazků, což představuje 0,61 lékaře na 1000 zaměstnaných **(13)**.

Finsko uvádí 457 lékařů pro PLP, což představuje 1 lékaře na 2250 zaměstnaných **(14)**. V profilu Velké Británie se uvádí na 27, 9 milionu zaměstnaných pouze 1 576 lékařů na částečný úvazek, což činí 0,056/1000 zaměstnanců, PLP rovněž zajišťuje 3 500 sester pro pracovnílékařskou péči **(13)**. Vyšší využití služeb sester specializovaných pro PLP udávají také jiné evropské země jako jsou Německo, Francie, Švýcarsko, Finsko **(13)**. Tato specializovaná profese není zatím v našich podmínkách obvyklá, i když v Koncepti oboru i zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a prováděcí vyhlášce č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, je uvedena. Bude však asi určitou dobu trvat než budou první absolventky, které získají tuto specializovanou způsobilost. V Koncepti se uvažuje s 1 sestrou PLP na 1 lékařské místo.

Údaje v publikacích **(13, 14)**, z kterých byla výše uvedená čísla získána, byly poskytnuty jednotlivými státy z různých let a v různých hodnotách, ne všechny údaje byly sbírány všemi státy. Forma prezentace těchto údajů neumožňuje jejich převedení na „společného jmenovatele“.

Z úvahy vyplývá, že k rozdílům v získaných datech mohlo dojít proto, že v době přípravy návrhu koncepce PL v roce 2003 nebyly údaje v IS KaPr ještě kompletní a vycházelo se tedy pouze z odhadu počtu zaměstnanců zařazených do kategorizace prací. Pravděpodobnější se však zdá, že k odhadům do Koncepce byly použity jiné vstupní údaje než do prováděcího předpisu k návrhu zákona o zdravotní péči a výsledky jsou proto výrazně rozdílné. Podle pracovní verze k návrhu Koncepce, podle osobního sdělení MUDr. Bohuslava Málka, který se na přípravě podílel v předchozích letech, se uvažovalo pro výkon prací v kategorii první minimálně 20 min/1 zaměstnanec/ 1 rok, pro výkon prací v kategorii druhé minimálně 30 min/1 zaměstnanec/1 rok, pro výkon prací v kategorii druhé rizikové minimálně 45 min/1 zaměstnanec/1 rok, pro výkon prací v kategorii třetí minimálně 60 min/1 zaměstnanec/rok a pro výkon prací v kategorii čtvrté minimálně 120 min/1 zaměstnanec/rok. Tyto časy jsou až dvojnásobné než je tomu v použitém návrhu vyhlášky a zhruba odpovídají odhadnutým počtům úvazků pro poskytování PLP, které jsou uvedeny ve schválené Koncepti. Provedeme-li přepočty podle stejného principu a za použití časů podle tohoto návrhu, dostaneme hodnoty, které odpovídají zhruba odhadům v Koncepti, tj. cca 1052 úvazku lékaře, případně 1182 úvazku

pokud budeme brát počty pracujících podle OKEČ. Na 1 lékaře by připadlo od 900 (pouze zaměstnanci v kat. 4) do 5400 osob (pracující pouze v kat.1). Pokud by měl lékař v evidenci pouze zaměstnance v kategorii druhé, bylo by to 3600 osob, v kategorii 2R 2400 osob a ve třetí kategorii 1800 osob. Stejně počty osob připadající na 1 lékaře dostaneme při přepočtu údajů evidovaných podle krajů i podle OKEČ. Za předpokladu, že bude poskytována PLP pouze pro zaměstnance od kategorie 2 do kategorie 4 bude požadavek na cca 600 úvazků lékařů pro zajištění této péče.

Takto jednoznačný stav však v praxi nemůže nastat, protože v péči lékaře PLP budou většinou pracující zařazeni napříč všemi kategoriemi práce, takže počet evidovaných osob se bude pohybovat v rozmezí mezi nejvyšší a nejnižší hodnotou. Nelze ani počítat s tím, že v našich podmínkách bude dostatek lékařů PLP, kteří se budou věnovat pouze prevenci a PLP budou vykonávat na plný úvazek bez možnosti poskytování léčebné péče. Souběh poskytování pracovně lékařské péče a kurativní činnosti není vyloučen, avšak výkon pracovně lékařských služeb musí být ve smlouvě vymezen tak, aby bylo vyloučeno jejich zanedbávání.

Při předpokládaném různém poměru počtu lékařů s plným úvazkem a částečným úvazkem a různém rozsahu částečných úvazku, bude přicházet do úvahy velké množství různých kombinací. Takže počet fyzických osob poskytujících PLP bude rozhodně převyšovat počty lékařů získané výpočtem (alespoň 3 – 4x). Když budeme uvažovat například, že všichni lékaři budou poskytovat léčebnou péči na 0,8 úvazku a PLP pouze na 0,2 úvazku, dospějeme k číslu cca 3000 eventuelně 5000 fyzických osob. Při úvazku 0,5 bude nutných cca 1200 případně 2000 lékařů. Těchto možností bude, jak už bylo poznamenáno, značné množství.

Současná skutečnost je taková, a bližší budoucnost se od ní patrně nebude podstatně lišit, že máme omezený počet lékařů vykonávajících pro organizace PLP na plný úvazek buď na základě smluvního vztahu nebo jako zaměstnanců velkých závodů, případně jako zaměstnanců zdravotních ústavů a klinik pracovního lékařství. V praxi však převažují praktičtí lékaři, kteří tuto činnost vykonávají vedle své všeobecné lékařské praxe. Počet praktických lékařů, kteří zajišťují pro některé organizace pracovně lékařskou péči, v částečném úvazku není přesně znám. Ve statistice ÚZIS je uváděno 5 167,84 praktických lékařů pro dospělé v ČR. Nelze však předpokládat, že PLP poskytují všichni z nich a rovněž erudice těchto lékařů v problematice pracovního lékařství má různou úroveň. Zatímco vzdělávání lékařů

specialistů v oboru pracovní lékařství předpokládá 4letou specializační přípravu, vzdělávání odborných lékařů předpokládá absolvování odborných, státem garantovaných, kurzů o stanoveném rozsahu, zakončených závěrečnou zkouškou. Řada tématických kursů ukončených závěrečným pohovorem a písemnou prací proběhla až dosud na půdě Institutů pro postgraduální vzdělávání - IPVZ v Praze a NCONZO v Brně. Odbornými kursy v pracovním lékařství prošlo dosud jen kolem cca 250 lékařů. Z toho vyplývá, že většina praktických lékařů, kteří se nějak podílejí na pracovně lékařské péči se opírá po odborné stránce o poznatky získané v pregraduální přípravě a v rámci přípravy na atestaci ze všeobecného lékařství.

Základní pracovně lékařskou praxi vykonává také 64 lékařů (cca 42,6 úvazků) na zdravotních ústavech a rovněž část lékařů na klinikách nemocí z povolání poskytuje vedle specializované péče i základní PLP. Podle údajů z webových stránek Společnosti pracovního lékařství je v současné době 206 lékařů členy společnosti, ne všichni z nich však vykonávají lékařskou praxi.

Z prostého porovnání počtu lékařů potřebných podle výše uvedených výpočtů a počtu „vyškolených lékařů“ vyplývá, že je třeba vyškolit ještě nejméně čtyř až pětinasobek dosavadního počtu proškolených. Tento počet lze použít jako minimální požadavek pro současnou situaci a bližší budoucnost prostě proto, že žádný lepší podklad není. K usměrňování požadavků na zvyšování odbornosti lékařů PLP, jinak řečeno docílit tohoto, aby byli tito lékaři nějak donuceni zvýšit svou kvalifikaci v tomto oboru v rámci celoživotního vzdělávání, bude zapotřebí promyslet legislativní opatření ve spolupráci s lékařskou komorou. Lze předpokládat, že kvalitu pracovně lékařské péče v budoucnu pozitivně ovlivní zavedení plateb za její poskytování. Zaměstnavatel bude jistě oproti dnešku důrazněji požadovat za své peníze odpovídající kvalitu.

Je nutné také zvyšovat vědomí veřejnosti o smyslu a cílech pracovně lékařské péče, znovu o nich přesvědčovat zaměstnavatele, kteří v souvislosti s ekonomickými těžkostmi tuto péči vnímají jako negativní a ekonomicky zatěžující faktor a opomíjejí budoucí přínosy. Mnozí zaměstnavatelé si neuvědomují to, co vyspělá tržní společnost považuje za samozřejmost, že do zisku se významně promítá sociálně zdravotní politika, a že zisk je přímo odvislý od zkušeností, zapracovanosti a s tím související odbornosti a stability zaměstnanců, a že základním předpokladem je jejich zdraví a sociální pohoda.

Pokud jde o řešení PLP v bližší budoucnosti vycházím z následujících postulátů:

V případech, kdy se jedná o zaměstnance vykonávající práci zařazenou do první kategorie, lze zúžit výkon PLP pouze na provádění preventivních prohlídek těchto zaměstnanců u registrujícího praktického lékaře, který se opírá při zpracování posudkového závěru o znalosti profesiografie. Vychází se z předpokladu, že dané práce nejsou zdravotně náročné a jsou vykonávány v optimálním pracovním prostředí. Lze předpokládat samostatný výkon vstupních a výstupních prohlídek, k periodickým prohlídkám lze využít výsledky 2letých periodických prohlídek hrazených ze zdravotního pojištění.

Jde-li o zaměstnance vykonávající práce zařazené do kategorie druhé, vyžaduje se od lékaře již celá PLP, tedy jak její klinická část, tak i dohled na pracoviště a poradenská činnost, neboť podmínky prací sem zařazených již nevyklučují nepříznivé ovlivnění zdravotního stavu u vnímavých jedinců. Tuto péči by měl poskytovat lékař s odborným vzděláním v pracovně lékařské péči. Nelze však vyloučit případy, které si vyžadají péči lékaře specialisty, a to buď v úloze lékaře primární PLP nebo odborného konziliáře.

Jde-li o zaměstnance vykonávající práce zařazené do kategorie třetí a/nebo čtvrté náleží PLP do působnosti lékaře specialisty, a to v plném rozsahu činností.

Určující pro kvalifikaci lékaře by měla být nejvyšší kategorie rizikovosti vykonávané práce u zaměstnavatele, kterou provádí více jak 5 % zaměstnanců. Požadavek na kvalifikaci lékaře určuje skupina zaměstnanců vykonávajících rizikovou práci. Pokud zaměstnavatel například zaměstnává vedle zaměstnanců vykonávajících rizikové práce i zaměstnance vykonávající práce zařazené do první kategorie, je zpravidla samozřejmé, že péči o všechny zaměstnance zajišťuje tentýž lékař. Skutečnost, že v praxi existuje a bude existovat řada „modelů“ zabezpečení PLP komplikuje úvahy založené na kategorizaci prací o počtu lékařů potřebných pro zajištění této péče v rámci nějakého územního celku.

Jak vyplývá z výsledků této práce je kategorizace prací poměrně objektivním ukazatelem použitelným pro stanovení počtu lékařů pro poskytování základní PLP. Nelze samozřejmě vyloučit potřebu korigovat takto získané podklady podle toho, co

by se ukázalo při zavádění systému jako účelné. Lze však předpokládat, že velké korekce by nebyly potřebné.

Postup použitý v této práci pro rozsah vypočteného úvazku se plně a jednoduše dá využít například při sjednávání smlouvy mezi lékařem a konkrétním zaměstnavatelem pokud půjde o velký podnik nebo mezi lékařem případně zdravotnickým zařízením a vymezenou skupinou více zaměstnavatelů, pokud bude péče poskytovaná pro malé a střední podniky. Pro tento případ je ovšem zapotřebí vždy vzít v úvahu počty všech zaměstnanců včetně těch, kteří vykonávají práce zařazené do první kategorie a nevyžadující proto péči specialisty v pracovním lékařství.

Tento jednoduchý přístup by bylo možno, s malými úpravami danými místními podmínkami, použít pro plánování počtu lékařů tehdy, když by se prosadilo poskytování PLP pro všechny zaměstnance prostřednictvím lékařů placených například úrazovou pojišťovnou. Při diskusích o tomto řešení se předpokládalo, že budou lékaři vykonávat PLP na plný úvazek. Toto řešení je atraktivní tím, že oproti přímému smluvnímu vztahu sjednanému mezi lékařem a zaměstnavatelem odstraňuje závislost lékaře na zaměstnavateli.

Závěry této práce bude možné využít k předběžné orientaci a k odhadu počtu lékařů potřebných k zajištění PLP v rámci celé republiky.

Navržený postup nebude však možno plně využít pro plánování přesného počtu lékařů PLP v jednotlivých územních celcích, protože se jednotlivé regiony liší „proměnnými“ potřebnými pro vstup do výpočtů, protože tyto údaje nejsou přesně známé. Jde především o počet lékařů, kteří budou vykonávat PLP v plném úvazku. Tento údaj je navíc komplikován tím, že část těchto lékařů vykonává PLP i pro pracoviště v jiném regionu. Dále jde o počty praktických lékařů v regionu, kteří smluvně vykonávají PLP při své léčebné praxi a rozsah jejich úvazků vyčleněný pro PLP.

## **6. Závěr**

Jedním z cílů této práce bylo ověřit, že data z IS Kategorizace prací lze využívat na celostátní úrovni i k uskutečňování státní zdravotní politiky. V tomto případě byla data použita ke stanovení počtu lékařských míst nutných k zajištění základní pracovně lékařské péče.

Bylo ověřeno, že kategorizace prací jako metoda hodnocení zátěže faktory pracovních podmínek, jejímž hlavním smyslem je prevence poškození zdraví zaměstnanců na základě důkladné znalosti kvality pracovních podmínek při výkonu dané práce, a informační systém KaPr, který byl pro účely kategorizace vytvořen, jsou fungující systémy, které lze využívat jako zdroj cenných informací pro orgány státní správy, samotné zaměstnavatele a také zástupce zaměstnanců. Systém není samozřejmě dokonalý, prošel určitým vývojem, v počátečních fázích, kdy se nový způsob kategorizace učili zaměstnavatelé, ale i pracovníci orgánů ochrany veřejného zdraví, byly zaznamenávány chyby, které se ale průběžně odstraňovaly a odstraňují. Již od poloviny roku 2004 se neprojevuje výrazný nárůst počtu exponovaných osob. Lze proto usuzovat, že převážná část stávajících prací byla zkategorizována a údaje o počtu zaměstnanců exponovaných rizikovým faktorům jsou dostatečně validní. Musí se však vzít do úvahy, že evidence expozic pracovníků rizikovým faktorům cestou kategorizace prací je proces kontinuální a je tedy nutné počítat s posuny v datech o počtu zaměstnanců exponovaných rizikovým faktorům, tak jak budou vznikat a zanikat organizace, výrobní programy a probíhat technologické změny. Údaje obsažené v informačním systému Kategorizace prací mohou dobře sloužit pro vývoj ochrany zdraví při práci, uplatňovat se při usměrňování státního zdravotního dozoru a také na základě porovnání kategorizovaných prací a hlášených profesionálních onemocnění lze uvažovat o příčinách vzniku profesionálních onemocnění a možnostech jejich prevence v pracovním prostředí i v rámci lékařských preventivních prohlídek.

Jak už bylo konstatováno dříve, byla od 1. 4. 1992 uložena povinnost všem zaměstnavatelům pro všechny své zaměstnance zajistit závodní preventivní péči. Plnění tohoto požadavku je státem kontrolováno a vymáháno, ale zaměstnavatelé často nemají možnost tuto povinnost splnit, přestože o to usilují. Jedním z důvodů porušování této povinnosti je i nedostatek lékařů, kteří by byli ochotni pracovně



lékařskou péči poskytovat, ať už v plném nebo alespoň omezeném rozsahu, a měli k tomu dostatečnou odbornou erudici. Žádný lékař nemůže řádně poskytovat PLP bez znalosti pracovně lékařské problematiky dané práce a daného pracoviště, protože základní preventivní opatření začínají už u každé vstupní prohlídky nového zaměstnance.

Přestože, jak prokazují výsledky prováděných kontrol zajištění PLP, se situace každoročně mírně zlepšuje, je počet kvalifikovaných lékařů stále nedostatečný a stále se ještě vyskytují organizace, které nemají pracovně lékařskou péči zajištěnou vůbec. Proto jedním z úkolů státu musí být vytvoření odpovídajících podmínek pro zajištění dostatečného počtu kvalifikovaných lékařů PLP, kteří budou schopni na vysoké odborné úrovni poskytovat tuto službu všem zájemcům jak ze strany zaměstnavatelů, tak i osobám samostatně výdělečně činným.

Data získaná z informačního systému KaPr, použitých podkladů, ale i data získaná z této práce by mohla být využita jako podpora pro argumentaci s politickou reprezentací ke zlepšení situace v oblasti pracovně lékařské péče, přestože využití těchto dat pro modelování na celostátní úrovni je problematické a bez určitých korekcí má jen omezenou platnost.

#### **Navržená opatření:**

1. K získávání validních dat je nezbytné průběžně provádět kontrolu a aktualizaci údajů v IS KaPr.
2. Prosazovat dokončení legislativního procesu k přijetí zákona o zdravotní péči jehož součástí je PLP nebo urychleně vypracovat jiné legislativní řešení této problematiky.
3. Již v pregraduální přípravě budoucích lékařů věnovat větší prostor výuce pracovně lékařské problematiky a motivaci budoucích lékařů k volbě tohoto specializačního oboru.
4. Nadále rozvíjet a zlepšovat postgraduální systém vzdělávání specializovaných odborných lékařů pracovně lékařské péče v souladu s Konceptí oboru.
5. Pro praktické lékaře, kteří mají zájem o poskytování pracovně lékařské péče i malým úvazkem v rámci své lékařské praxe, zajistit kvalitní přípravu v odborných kurzech.

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

6. Ve spolupráci se Společností pracovního lékařství vypracovat standardy pro poskytování PLP a tím přispět ke zkvalitnění této služby.
7. Zlepšit informovanost zaměstnavatelů o pracovně lékařské péči, povinnosti jejího zajištění, ale také o pozitivním vlivu této péče na ekonomickou bilanci podniku.
8. Zaměřit se na zvyšování prestiže lékařů poskytujících preventivní péči, včetně prosazování ekonomického zvýhodnění pro tuto profesi.

## **7. Literatura:**

1. Cikrt M.: Závěrečná zpráva o plnění úkolu hlavního hygienika, „Kontrola úrovně provádění závodní preventivní péče za rok 2005“.
2. Česká správa sociálního zabezpečení - Statistika nemocenského pojištění rok 2005, [www.cssz.cz/statistiky/nemocenska\\_2005.asp](http://www.cssz.cz/statistiky/nemocenska_2005.asp).
3. Hrnčíř E.: Poskytování zdravotní péče pracujícím praktickými lékaři, Pracovní lékařství, 2001, s. 151-152.
4. Informační systém kategorizace prací.
5. Koncepte oboru pracovní lékařství schválená 5.4.2004 Vědeckou radou MZ, [www.pracovni-lekarstvi.cz](http://www.pracovni-lekarstvi.cz).
6. Kučera I., Hlaváč P.: Kategorizace prací a její zpracování v Informačním systému hygienické služby, České pracovní lékařství, 4, 2003, č. 4, s. 188-193.
7. Kučera I., Hlaváč P.: Profesionální expozice pracovníků faktorům pracovního prostředí ve vztahu k hlášeným nemocím z povolání v roce 2003, České pracovní lékařství, č. 2, 2004, str. 68-73.
8. Kučera I., Hlaváč P.: Profesionální expozice faktorům pracovního prostředí ve vztahu k hlášeným nemocím z povolání v roce 2004. České pracovní lékařství, 6, 2005, č. 2, s. 77-82.
9. Kučera I., Hlaváč P.: Profesionální expozice faktorům pracovního prostředí ve vztahu k hlášeným nemocím z povolání v roce 2005. České pracovní lékařství, 7, 2006, č. 2, s. 70-75.
10. Kuklová D: Pracovně lékařské služby v systému zdravotní péče v České republice, Atestační práce, 2001.
11. Návrh zákona o zdravotní péči, sněmovní tisk 1151, [www.parlament.cz](http://www.parlament.cz).
12. Návrh vyhlášky, kterou se stanoví obsah, organizace a rozsah pracovnělékařské péče, MZ 2004.
13. Rantanen Jorma: Work and health country profiles of twenty-two European countries, People and Work, Research Reports 52, Finnish Institute of Occupational Health Helsinki 2002, s. 28-46, 187-205, 404-425.
14. Rantanen Jorma: Basic occupational health services – their structure, content and objectives SJWEH Supplements 2005, no 1:5-15.
15. Statistická ročenka 2005, Vývoj ekonomické aktivity obyvatelstva, [www.czso.cz/csu/csu.nsf/ainformace/](http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/ainformace/).

16. Úmluva mezinárodní organizace práce č. 161, ILO, Ženeva 1985.
17. ÚZIS – Základní údaje o České republice,  
[www.uzis.cz/health\\_info.php?type=8&region=100&mnu\\_id=3100&mnu\\_action=select](http://www.uzis.cz/health_info.php?type=8&region=100&mnu_id=3100&mnu_action=select).
18. Vyhláška MZV č. 145/1988 Sb., o Úmluvě o závodních zdravotních službách.
19. Vyhláška 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
20. Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce v platném znění.
21. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění.
22. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a změně některých zákonů v platném znění.
23. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.
24. Zpráva o činnosti orgánu ochrany veřejného zdraví v oblasti ochrany zdraví při práci za rok 2002.
25. Zpráva o činnosti orgánu ochrany veřejného zdraví v oblasti ochrany zdraví při práci za rok 2003.
26. Zpráva o činnosti orgánu ochrany veřejného zdraví v oblasti ochrany zdraví při práci za rok 2004.