



Spolufinancováno
Evropskou unií



MINISTERSTVO PRÁCE
A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ



**Sociální
bydlení**

Analýza potřeb a možností způsobu zpřístupnění zdravotní péče, která by byla poskytována přímo na ulici

**Pro Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
zpracoval SocioFactor s.r.o.**

2025

Analýza vznikla v rámci projektu MPSV „Podpora sociálního bydlení a jeho
systémové zavádění v ČR“. Projekt je realizován v rámci OPZ+. Registrační číslo
projektu: CZ.03.02.02/00/22_004/0000245.

Obsah

MANAŽERSKÉ SHRUTÍ	1
1. ÚVOD	3
2. POPIS ZKOUMANÉHO PROBLÉMU	4
3. METODOLOGIE VÝZKUMU.....	7
4. LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ TÉMATU	10
4.1 LIDSKOPRÁVNÍ VÝCHODISKA	10
4.2 POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE MIMO ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ.....	13
4.3 SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ PACIENTA.....	15
4.4 DÍLČÍ POVINNOSTI POSKYTOVATELŮ MIMO ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ	15
4.5 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	17
4.6 ZÁKON O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ	19
5. ŠPATNÝ ZDRAVOTNÍ STAV OSOB BEZ DOMOVA ČI V NESTABILNÍM BYDLENÍ	21
6. ZDRAVÍ VE VZTAHU K ZABYDLOVÁNÍ OSOB BEZ DOMOVA.....	25
7. DOSTUPNOST STANDARDNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE OSOBÁM BEZ DOMOVA.....	27
7.1 PŘEKÁŽKY V PŘÍSTUPU KE ZDRAVOTNÍ PÉČI U OSOB BEZ DOMOVA	28
7.2 VNĚJŠÍ BARIÉRY PŘÍSTUPU OSOB BEZ DOMOVA KE ZDRAVOTNÍ PÉČI.....	31
8. POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE NA ULICI	34
8.1 BARIÉRY PŘI POSKYTOVÁNÍ POULIČNÍ MEDICÍNY	35
8.2 PŘÍNOSY POSKYTOVÁNÍ POULIČNÍ MEDICÍNY	39
9. PŘÍKLADY DOBRÝCH PRAXÍ: POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE OSOBÁM BEZ DOMOVA V ČR.....	42
10. NÁVRHY A DOPORUČENÍ.....	45
10.1 LEGISLATIVNÍ NÁVRHY A DOPORUČENÍ.....	45
10.2 ORGANIZAČNÍ NÁVRHY A DOPORUČENÍ	52
11. ZÁVĚR.....	63
SEZNAM PRÁVNÍCH ZDROJŮ	64
SEZNAM DALŠÍCH POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	66

Manažerské shrnutí

Studie *Potřeby a možnosti způsobu zpřístupnění zdravotní péče, která by byla poskytována přímo na ulici* přichází s výsledky analýzy možnosti zavedení konceptu terénní zdravotní péče (tzv. Street Medicine) pro osoby bez domova v českém prostředí. Ty ukazují, že **zdravotní stav osob bez domova je výrazně horší než u běžné populace**. Jejich přístup ke standardní zdravotní péči je velmi omezený, a to nejen kvůli řadě individuálních omezení, ale i z důvodu přítomnosti četných **systémových, legislativních a organizačních bariér**. V zahraničí se model Street Medicine osvědčil jako efektivní nástroj zlepšení zdravotního stavu marginalizovaných skupin obyvatelstva i jako prostředek pro snížení zátěže zdravotnického systému. V České republice zatím **není poskytování terénní zdravotní péče legislativně umožněno**, což představuje jednu z hlavních překážek jejího širšího využití v praxi.

Výzkum **identifikuje několik klíčových bariér** bránících rozvoji Street Medicine v našich podmínkách. Patří mezi ně omezení plynoucí z **legislativy**, kdy současný zákon o zdravotních službách umožňuje poskytování zdravotní péče mimo zdravotnická zařízení pouze v oblasti prevence, nikoli léčby. Významnou překážkou je také **absence stabilního financování** služeb poskytovaných „na ulici“, závislost na nestátních zdrojích a nedostatek kvalifikovaného personálu ochotného pracovat v terénu. K dalším překážkám patří dále **nedostatečná koordinace** mezi dotčenými zdravotními a sociálními službami a **absence návazné péče** pro osoby bez domova po propuštění z hospitalizace.

Studie zároveň dokládá, že systematické **zavedení Street Medicine** do praxe by mělo **významné přínosy**. Terénní péče by umožnila včasnou identifikaci zdravotních obtíží a jejich efektivní řešení, což by snížilo počet akutních hospitalizací a výjezdů záchranné služby. Přístup založený na důvěře by mohl vést ke zlepšení vztahu osob bez domova ke zdravotnickému systému a tím i podpořit jejich budoucí aktivní využívání zdravotních služeb. Street Medicine by také přispěla ke **zlepšení celkové nízké kvality života osob bez domova** a podpořila jejich sociální začlenění.

Na základě těchto zjištění studie doporučuje **přijmout legislativní změny**, které by umožnily poskytování léčebné zdravotní péče v terénu. Dále navrhuje **vytvoření stabilního financování** těchto služeb prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění nebo víceletých dotačních titulů. Klíčové je také **budování multidisciplinárních týmů**

složených ze zdravotníků, sociálních pracovníků, adiktologů a peer pracovníků se zkušeností s bezdomovectvím. Studie zdůrazňuje význam **propojení zdravotní a sociální péče**, zapojení studentů lékařských fakult do terénních týmů a **zajištění odpovídající návazné péče**, například formou doléčovacích kapacit v sociálních službách. Důležité je také **sdílení metodik a dobré praxe** mezi zapojenými organizacemi.

Závěrem studie uvádí, že **Street Medicine** může v českém prostředí představovat **zásadní inovaci**, která nejen že zlepší zdravotní stav jedné z nejzranitelnějších skupin obyvatelstva, ale současně přinese **úspory a vyšší efektivitu** do systému **zdravotní péče**. Pro naplnění tohoto potenciálu je však nutné **odstranit stávající legislativní a organizační překážky** a zajistit systematickou podporu modelu Street Medicine na úrovni zdravotní i sociální politiky.

1. Úvod

Zdravotní stav osob bez domova v České republice je **dlouhodobě alarmující** a představuje závažný problém nejen z hlediska veřejného zdraví, ale také z hlediska sociálního začleňování sociálně vyloučené skupiny obyvatel. Osoby žijící na ulici či v nestabilních bytových podmínkách **čelí specifickým zdravotním rizikům**, přičemž **přístup ke standardní zdravotní péči je pro ně často omezený** kvůli celé řadě individuálních, strukturálních i legislativních bariér. Model **Street Medicine**, tedy poskytování zdravotní péče přímo v terénu, se v zahraničí osvědčil jako **efektivní nástroj ke zlepšení zdravotního stavu** osob bez přístřeší a zároveň jako prostředek **snižující zátěž zdravotnického systému**.

Přestože některé aktivity tohoto typu již v České republice existují, jsou zajišťovány nahodile, **nejsou systémově ukotveny** a jejich realizace naráží na legislativní, organizační i personální překážky. Výzkumná zpráva se proto zaměřuje na popsání potřeb a na možnosti zavedení konceptu Street Medicine v českém kontextu.

Cílem této studie je identifikovat hlavní bariéry, které brání systematickému poskytování zdravotní péče na ulici, **vyhodnotit přínosy** tohoto modelu z perspektivy odborníků z praxe a nabídnout návrhy na jeho možné začlenění do stávajícího systému zdravotní a sociální péče. Studie vychází z **kombinace kvalitativního výzkumu a analýzy sekundárních dat, včetně právního rámce**, a přináší podrobný vhled do tématu terénní zdravotní péče pro osoby bez domova.

Studie je strukturována tak, aby poskytla ucelený přehled o stavu poskytování zdravotní péče osobám bez domova prostřednictvím modelu Street Medicine. Po **úvodním vymezení problému** a vysvětlení výzkumných cílů následuje **metodologická část**, která popisuje použitý výzkumný přístup. Dále je prezentována **analýza právního rámce** a lidskoprávních východisek s důrazem na současné legislativní bariéry. V navazujících kapitolách je **popsán zdravotní stav cílové skupiny, překážky v přístupu ke zdravotní péči a přínosy**, které by **terénní forma** zdravotní péče mohla přinést. Studie dále zahrnuje **příklady dobré praxe** z českého prostředí. Následují **návrhy a doporučení** k organizačním a legislativním změnám. Závěrečná část shrnuje hlavní zjištění a poukazuje na **potřebné kroky pro systémové ukotvení Street Medicine** v České republice.

2. Popis zkoumaného problému

Podle statistik ze sčítání osob v kategorii ETHOS roku 2022 se v České republice nachází přibližně **270 000 osob v bytové nouzi**, z toho je 12 000 osob bez střechy (žijících na ulici či občasně přespávajících na noclehárnách), dalších 16 058 osob žijících v nevhodném bydlení a 5 981 osob je ubytováno v azylových domech (MPSV, 2022). Podle zprávy FEANTSA z roku 2023 má Česká republika jeden z největších podílů osob bez domova v Evropě, bez domova se podle této studie nachází **asi 0,2 % obyvatelstva** (FEANTSA & The Abbé Pierre Foundation, 2023). Co se týče věkové struktury, mezi osobami v bytové nouzi převažují osoby z vyšších věkových kategorií, přes 72 % jsou mezi nimi zastoupeny osoby ve věku 40 a více let. Rovněž mezi nimi převažují muži, u osob bez střechy se jedná až o 80 % zastoupení mužů, u osob v nevhodném bydlení se taktéž jedná z přibližně 70 % o muže (MPSV, 2022).

Vyloučení z bydlení je komplexním sociálním problémem, který se netýká pouze osob bez přístřeší (*dle typologie ETHOS*), ale rovněž **osob sociálně vyloučených** či sociálním vyloučením ohrožených. Do těchto kategorií mohou patřit osoby žijící ve vyloučených lokalitách, v nevyhovujícím či nestabilním bydlení, osoby závislé na návykových látkách, senioři, cizinci a další, a tyto skupiny mohou mít podobné potřeby nebo čelit podobným bariérám stejně jako osoby bez domova.

V českém kontextu se mezi klíčové strukturální příčiny bezdomovectví a vyloučení z bydlení řadí **nedostatek dostupného a sociálního bydlení**, vysoké náklady na bydlení v poměru k příjmům domácností a **nedostatečná ochrana nájemníků** před vystěhováním.

Z hlediska institucionální odezvy na bezdomovectví v ČR lze konstatovat, že převládá tzv. „nárazový“ model pomoci, který je orientovaný spíše na krizová řešení (noclehárny, azylové domy) než na dlouhodobé systémové přístupy typu **Housing First**, který se osvědčil například ve Finsku (Pleace et al., 2019). V Česku je koncept Housing First aplikován postupně, často v pilotních projektech, a to s pozitivními dopady zejména v oblasti stabilizace psychického a fyzického stavu klientů.

V době provádění analýzy procházel schvalovací procesy **zákon o podpoře bydlení**, jehož cílem je řešení bytové nouze v České republice a snížení nákladů s ní spojených. Jedním z nástrojů tohoto zákona je mimo jiné bydlení s garancí asistence v bydlení, tedy

opatření pro udržení si nájemních smluv a rozšíření kontaktních míst pro bydlení na úroveň každého ORP. Zároveň návrh zákona pamatuje na skupiny zvláště zranitelných osob, jako jsou osoby před opuštěním pobytového zařízení sociální služby nebo lůžkové péče ve zdravotnickém zařízení, osoby se závažným onemocněním či osoby s duševní poruchou. Od přijetí zákona se očekává snížení počtu osob v bytové nouzi.

Mezi nejzranitelnější patří **osoby bez střechy** (žijící na ulici), které mají nejkritičtější nenaplněné potřeby, zároveň jsou obtížně dostupné a je složité jim zpřístupnit systém sociálních a sociálně-zdravotních služeb. Výzkumy ukazují, že obvyklé služby (např. denní centra, azylové domy) jsou pro osoby bez střechy z některých hledisek vysokoprahové – např. takto působí požadavek abstinence, administrativní náročnost nebo nedostatek individuální podpory. Tato situace poukazuje na **nutnost nižšího prahu služeb** (jak sociálních, tak zdravotních), které by umožnily základní kontakt s cílovou skupinou a budování důvěry. Zároveň je nutné navýšit kapacity již stávajících služeb, které jsou nedostatečné.

Analýza se zaměřuje na tzv. Street Medicine, tedy zdravotní péči poskytovanou přímo na ulici pro osoby bez domova či v nestabilním bydlení¹, a možnosti jejího zavedení. **Pouliční medicína** (Street Medicine) představuje přístup ke zdravotní péči, který se zaměřuje na poskytování zdravotnických služeb přímo v terénu lidem bez domova. Jedná se o poskytování základního ošetření, konzultace zdravotního stavu, poskytnutí informací (např. o registraci u praktického lékaře), doporučení dalšího postupu a motivace k vyhledání navazující péče. Tento model péče vznikl v 90. letech 20. století v USA díky internistovi **Dr. Jimu Withersovi**, který začal poskytovat zdravotní péči lidem žijícím na ulici v jejich přirozeném prostředí, jako jsou ulice, parky nebo opuštěné budovy. Je založena na **respektu, důstojnosti a nesoudícím přístupu**, který pomáhá obnovit důvěru marginalizovaných osob ve zdravotnický systém. Tento přístup kombinuje prvky zdravotní péče, sociální práce, adiktologie, psychologie a krizové intervence a zdůrazňuje **mezioborovou spolupráci**, aby co nejlépe reagoval na komplexní potřeby osob bez domova. Hlavním cílem služby je poskytnout péči těm, kteří by jinak zůstali **mimo dosah tradičních zdravotních služeb** (Withers, 2020).

¹ Analýza se zaměřuje nejen na osoby bez střechy (podle typologie ETHOS), ale také na osoby žijící v nestabilním bydlení, a to z toho důvodu, že se jedná o potenciální cílové skupiny pouliční medicíny.

Programy Street Medicine fungující v zahraničí (např. USA, Německo) mají **viditelný pozitivní efekt nejen na populační zdraví, ale také na celkový zdravotní systém státu**. V České republice však není poskytování terénní zdravotní péče na ulici legislativně definováno, snahy o realizaci tohoto druhu péče **naráží na legislativní i praktické bariéry**. Analýza si klade za cíl tyto překážky **identifikovat, popsat a navrhnout možná řešení** jejich překlenutí, a tím prozkoumat možnosti zavedení Street Medicine také v českém prostředí.

3. Metodologie výzkumu

Pro analýzu identifikace potřeb a možností zavedení Street Medicine (zdravotní péče poskytované přímo na ulici) jsme využili **smíšený výzkumný design**, tedy kombinaci kvalitativních výzkumných metod a analýzy sekundárních dat (desk research). Desk research probíhal ve dvou rovinách, byla provedena **analýza odborných publikací** a výzkumných zpráv, které se věnovaly dostupnosti zdravotní péče pro ohrožené skupiny obyvatel. Tato část měla za cíl popsat současný stav poznání v dané oblasti, identifikovat hlavní bariéry v přístupu ke zdravotní péči a kontextualizovat téma Street Medicine v širším rámci zdravotnického a sociálního systému, a to jak v rámci České republiky, tak (z malé části) v zahraničí. Dále byla provedena **právní analýza** zákonů, předpisů a vyhlášek České republiky, které se poskytování zdravotní péče na ulici dotýkají. Zdroje, ze kterých vychází právní analýza, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V rámci kvalitativní části výzkumu bylo provedeno **11 polostrukturovaných rozhovorů** s klíčovými aktéry, kteří se ve své praxi zabývají problematikou poskytování zdravotní péče pro osoby bez přístřeší – se sociálními pracovníky, vedoucími klíčových neziskových organizací, sociálních oddělení nemocnic, všeobecnými sestrami a dalšími odborníky v tématu. Rozhovory byly vedeny podle tematického rámce, který pokrýval dílčí témata dostupnosti zdravotní péče, legislativních a praktických překážek, specifík cílové skupiny a možné pozitivní vlivy poskytování pouliční medicíny na cílovou skupinu a zdravotnický systém.

Rozhovory byly následně přepsány a analyzovány metodou **otevřeného kódování** za použití softwaru Atlas.ti. Cílem analýzy bylo identifikovat klíčová témata a vzorce, které se v rozhovorech opakovaly, a získat tak hlubší porozumění zdravotní péči pro osoby bez přístřeší a možnostem zavedení pouliční medicíny.

Na základě kvalitativního výzkumu bylo **identifikováno šest klíčových témat** a oblastí, které vyplynuly z rozhovorů s participanty. Témata byla roztržena do těchto oblastí:

- **Špatný zdravotní stav osob bez domova**

Zdravotní stav osob bez domova je výrazně horší než u běžné populace, a to kvůli náročným životním podmínkám, absenci prevence a neléčeným chronickým i akutním onemocněním. Významným nepříznivě působícím faktorem je také špatná hygiena a časté užívání návykových látek, které slouží jako zvládací

strategie ve stresujícím prostředí ulice. Zdravotní problémy brání sociálnímu začlenění a znesnadňují komunikaci s institucemi.

- **Zdraví ve vztahu k zabydlování osob bez domova**

Zdravotní obtíže mohou být překážkou pro vstup do některých forem ubytování, které vyžadují potvrzení o zdravotní způsobilosti. Naopak programy typu Housing First přistupují ke klientům bez podmínek, avšak jejich kapacita je omezená. Stabilní bydlení je zásadní podmínkou pro zlepšení zdravotního stavu a pro efektivní poskytování péče.

- **Dostupnost standardní zdravotní péče pro osoby bez domova**

Ačkoli je zdravotní péče zákonem dostupná všem, lidé bez domova čelí mnoha praktickým překážkám – například odmítání registrace u praktického lékaře nebo odmítání ošetření ve zdravotnických zařízeních obecně. Ve výsledku často nedochází k žádné prevenci nebo včasnému řešení rozvíjejících se zdravotních problémů. Výsledkem je dalšímu zhoršení zdravotního stavu a zvýšení rizika závažných zdravotních potíží, které je nutné řešit akutně.

- **Překážky bránící lidem bez domova využívat standardní zdravotní péči**

Individuální bariéry zahrnují omezenou mobilitu, finanční nedostupnost, stud a nedůvěru vůči zdravotníkům, a to často na základě předchozích negativních zkušeností. Strukturální překážky tvoří například nedostatek návazné péče nebo kapacitní přetížení zdravotnických zařízení. Výsledkem je přerušovaná nebo zcela chybějící péče, která zvyšuje pravděpodobnost urgentních stavů, což v konečném důsledku zvyšuje zátěž zdravotního systému jako celku.

- **Bariéry při poskytování pouliční medicíny**

Zásadní legislativní omezení znemožňují legální poskytování léčebné péče mimo zdravotnická zařízení, čímž se pouliční medicína v České republice stává neregulovanou a nefinancovatelnou. Absence stabilního financování a nedostatek zdravotnického personálu dále limitují její udržitelnost. Terénní týmy často fungují pouze občasně, nahodile, bez možnosti systematického rozvoje.

- **Přínosy poskytování pouliční medicíny**

Terénní zdravotní péče umožňuje včasné zachycení a řešení zdravotních obtíží, čímž předchází rozvoji závažnějších stavů a podporuje zdravotní prevenci. Posiluje důvěru osob bez domova ke zdravotnickému systému, čímž zvyšuje pravděpodobnost budoucího využívání péče a zároveň působí jako edukační

nástroj. Snižuje také zátěž záchranné služby a hospitalizace, což má pozitivní dopad na celý zdravotní systém.

Tato témata jsou podrobněji představena dále v samostatných kapitolách.

4. Legislativní ukotvení tématu

Pouliční medicína není legislativně ukotvenou službou, a tudíž nemůže být v České republice realizována v plném rozsahu. V této kapitole je nastíněn legislativní rámec zahrnující přehled zákonů a vyhlášek, které s poskytováním pouliční medicíny mohou souviset a na které bude potřeba navázat při navrhování změny zákona či úpravě jednotlivých paragrafů.

Na tomto místě si dovoluujeme nejprve uvést, že pokud v této kapitole hovoříme o zdravotní péči poskytované na ulici/v terénu/mimo zdravotnická zařízení, máme na mysli takové zdravotnické úkony, které nutně nevyžadují přítomnost ve zdravotnickém zařízení (například z důvodu technického zázemí), ale pro příjemce jsou potřebné. Jedná se tedy především o základní ošetření nejruznějších poranění a vyšetření v případě nemoci. Nejedná se zde o poskytnutí první pomoci, jelikož toto je již z principu možné vykonat kdekoliv.

4.1 Lidskoprávní východiska

V případě analýzy zákonů a práv vycházíme také z práv, a to jak mezinárodních, tak deklarovaných Českou republikou. Lidskoprávní rozměr poslouží k dokreslení potřeby komplexního zákonného ukotvení možnosti poskytovat zdravotní péči mimo zdravotnická zařízení.

4.1.1 Právo na ochranu zdraví

Právo na ochranu zdraví je v České republice zakotveno již na ústavněprávní úrovni. Článek 31 Listiny základních práv a svobod (dále jen „LZPS“) stanoví, že „*každý má právo na ochranu zdraví*“, přičemž občané České republiky mají navíc **na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči** a na zdravotní pomůcky (za podmínek, které stanoví zákon). Právo na ochranu zdraví je tak vnímáno jako **základní lidské právo** zaručené všem bez rozdílu (jak lze vyvodit z použití slova „každý“). Není tak vázáno na jakýkoliv jiný status a **je třeba jej chránit bez jakékoliv diskriminace** (tedy bez ohledu na pohlaví, rasu, národnost, náboženské či politické přesvědčení, sociální postavení či další skutečnosti).

S právem na ochranu zdraví pak souvisí také **právo na život a jeho ochranu** (čl. 6 LZPS), právo na **nedotknutelnost osoby a jejího soukromí** (čl. 7 LZPS), **zákaz mučení** a krutého, nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestu (čl. 7 odst. LZPS), právo na **zachování lidské důstojnosti** (čl. 10 LZPS) a právo na **příznivé životní prostředí** (čl. 35 LZPS). Tyto práva jsou od práva na ochranu zdraví neoddělitelná a napomáhají jeho interpretaci a uplatnění.

4.1.2 Mezinárodní právo a právní závazky pro ČR

Právo na ochranu zdraví je typické sociální právo, které je na mezinárodní úrovni primárně zakotvené v *Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech*. Vzhledem k tomu, že Česká republika je členem Rady Evropy, je třeba dbát rovněž práva na zdraví, jak je upravuje Evropská sociální charta a Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod. Všechny tyto mezinárodní **dokumenty Česká republika ratifikovala a je tak povinna je dodržovat**. Podle Ústavy České republiky mají navíc tyto mezinárodní smlouvy přednost před zákonem.²

Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech

Na úrovni OSN upravuje právo na zdraví Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (ICESCR, dále jen „Pakt OSN“) z roku 1966, který je pro Českou republiku závazný. Pakt OSN upravuje v článku 12 právo na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví. Článek 12 vychází z premisy, že **zdraví je důležité pro důstojný život jednotlivce** a že zdravý jednatel je důležitý pro společnost. Toto ustanovení také vychází z mezinárodního konsensu, že **státy nesou odpovědnost za zdraví svých obyvatel**, a že toto může být naplněné pouze přijetím odpovídajících zdravotních a sociálních opatření. Ve svém odst. 2 pak zavazuje státy k přijetí opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva. Mimo jiné to dle Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva (CESCR) znamená **vytvoření podmínek, které by každému zajistily lékařskou pomoc a péči v případě nemoci**.³ Státy tedy mají povinnost zajistit včasný a nediskriminační přístup ke zdravotním službám, což zahrnuje i organizaci systému zdravotního pojištění.⁴

² Článek 10 Ústavy České republiky

³ CESCR, Obecný komentář č. 14 (2000), Článek 12 Právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví, E/C.12/2000/4 z 11. 8. 2000.

⁴ Obecný komentář č. 14, odst. 17.

Evropská sociální charta (revidovaná)

Evropská sociální charta (revidovaná) z roku 1996 zakotvila právo na ochranu zdraví v článku 11, přičemž Česká republika tento článek zařadila mezi ty, kterými je vázána. Článek 11 **zaručuje každému právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví a právo na přístup ke zdravotní péči**. Při interpretaci obsahu práva na zdraví Evropský výbor pro sociální práva odkazuje na definici zdraví Světové zdravotnické organizace, podle které je zdraví stav úplného fyzického, duševního a sociálního blaha (well-being), a ne pouze absence onemocnění.⁵

Článek 11 formuluje pro stát tzv. pozitivní závazky, tzn. povinnost státu přijmout opatření, která každému zaručí právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví.⁶ Příkladem takového pozitivního závazku je i **rovný přístup ke kvalitní zdravotní péči**.⁷ Právo na přístup ke zdravotní péči **nesmí být omezeno marginalizovaným skupinám**. Evropský výbor ve své činnosti přikládá zvláštní pozornost naplňování práva na zdraví v případě znevýhodněných a zranitelných skupin. Jakékoli omezení práva na zdraví nesmí být interpretováno způsobem, který by zabránil efektivnímu výkonu tohoto práva pro marginalizované skupiny obyvatelstva.⁸

Evropská sociální charta dále zaručuje v článku 13 **právo na sociální a lékařskou pomoc pro osoby ve finanční nouzi**.⁹ Toto ustanovení zaručuje **bezplatnou zdravotní péči** v případě nemoci pro každého, kdo si ji momentálně nemůže dovolit, a to v rozsahu, který jeho zdravotní stav vyžaduje.¹⁰ Evropský výbor pro sociální práva zatím nestanovil rozsah zdravotní péče, která musí být pro osoby v nouzi poskytována bezplatně, jasně však uvedl, že právo na lékařskou pomoc nesmí být omezeno pouze na nouzové situace.¹¹

Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod

Evropská úmluva o ochraně lidských práv výslovně nezaručuje právo na zdraví či zdravotní péči, avšak Evropský soud pro lidská práva (ESLP) tyto aspekty vykládá

⁵ Digest on the case-law of the European Committee on Social Rights. In: Council of Europe, december 2018, s. 128. Srovnej také Transgender Europe a ILGA-Europe proti České republice, stížnost č. 117/2015, rozhodnutí Evropského výboru pro sociální práva ze dne 15. 5. 2018, odst. 71.

⁶ Digest (c. d.), s. 128.

⁷ Digest (c. d.), s. 128.

⁸ European Roma and Travellers Forum (ERTF) proti České republice, stížnost č. 104/2014, rozhodnutí Evropského výboru pro sociální práva ze dne 17. 5. 2016, odst. 122.

⁹ Také tento článek Česká republika zařadila mezi ty, kterými je vázána.

¹⁰ Digest (c. d.), s. 145.

¹¹ Tamtéž.

skrze jiná ustanovení Úmluvy. **Právo na život** (čl. 2) může zahrnovat pozitivní povinnost státu poskytnout zdravotní péči, je-li to nezbytné k ochraně života.¹² Článek 8 chrání **fyzickou a psychickou integritu** jednotlivce, včetně práva na určitou zdravotní péči nebo její odmítnutí, a ukládá státům povinnost zajistit ochranu těchto práv i vůči třetím osobám.¹³ Neposkytnutí adekvátní zdravotní péče může být považováno i za **špatné zacházení** podle článku 3 Úmluvy, přičemž stát má nejen povinnost se takového zacházení zdržet, ale i aktivně chránit osoby pod svou kontrolou např. ve vězení nebo v psychiatrické léčebně)¹⁴. Článek 14 Úmluvy navíc **zakazuje diskriminaci**, přičemž zdravotní stav může být uznán jako diskriminační důvod.¹⁵

4.2 Poskytování zdravotní péče mimo zdravotnická zařízení

Právní úprava zdravotní péče poskytované mimo zdravotnická zařízení je tvořena paragrafem § 11a Zákona o zdravotních službách – Poskytování *preventivní péče mimo zdravotnické zařízení*. Podle tohoto ustanovení mohou být **poskytovány zdravotní výkony mimo zdravotnická zařízení pouze v rámci preventivní péče** a včasného rozpoznání onemocnění a toto musí být provedeno **na základě povolení uděleného krajským úřadem**. Poskytování zdravotní péče mimo zdravotnická zařízení je tedy omezeno na preventivní péči a k jejímu poskytování je nutné získat povolení. Podmínka omezení péče pouze na preventivní účely poskytovatele poměrně výrazně limituje. Preventivní péče je v § 5 odst. 2 písm. a) Zákona o zdravotních službách definována jako: „péče, jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku.“¹⁶

Navzdory zákonnému omezení na preventivní péči dochází v praxi i k poskytování některých forem diagnostické péče, jelikož pomocí výkladu bylo toto omezení do určité míry překonáno. Příkladem jsou **nejrůznější screeningové kampaně** (například zaměřené na odhalení přítomnosti melanomu), které se taktéž konají na základě § 11a zákona o zdravotních službách. Tyto kampaně přitom **zjevně překračují rámec**

¹² Kypr proti Turecku, stížnost č. 25781/94, rozsudek Velkého senátu ESLP ze dne 10. 5. 2001, odst. 219, Nitecki proti Polsku, stížnost č. 65653/01, rozhodnutí ESLP ze dne 21. 3. 2002.

¹³ Glass proti Spojenému království, stížnost č. 61827/00, rozsudek ESLP ze dne 9. 4. 2004, odst. 74-83; Tysiąc proti Polsku, stížnost č. 5410/03, rozsudek ESLP ze dne 20. 3. 2007.

¹⁴ Gäfgen proti Německu, stížnost č. 22978/05, rozsudek Velkého senátu ze dne 1. 6. 2010.

¹⁵ Kiyutin proti Rusku, stížnost č. 2700/10, rozsudek ESLP ze dne 10. 3. 2011.

¹⁶ § 5 odst. 2 písm. a) Zákona o zdravotních službách.

pouhé prevence – dochází při nich ke zjišťování zdravotního stavu pacienta, což je charakteristické pro diagnostickou péči ve smyslu § 5 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách. Pokud by tomu tak nebylo, jednalo by se pouze o osvětové kampaně, kde by jakékoliv vyšetření bylo v rozporu s povolením poskytovat preventivní péči mimo zdravotnické zařízení¹⁷. Pokud jde obecně o druh zdravotních výkonů, které je možno provádět mimo zdravotnická zařízení, podle § 11a, odst. 2 „lze poskytovat jen takové zdravotní výkony v rámci preventivní péče, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení.“ Z toho lze soudit, že podstatné je technické a věcné vybavení při poskytování zdravotní péče v terénu, které podmiňuje rozsah a druh výkonů prováděných mimo zdravotnické zařízení. Za současného stavu ovšem nadále hovoříme pouze o preventivní péči.

Získání povolení k poskytování zdravotní péče mimo zdravotnické zařízení je složitý **dvouinstanční proces** vyžadující jak rozhodnutí krajského úřadu, tak souhlasné stanovisko krajské hygienické stanice. Povolení podléhá řadě formálních náležitostí, včetně přesného **určení místa a konkrétních dní a časů poskytování péče**, což je pro flexibilní pomoc lidem bez domova problematické. Zásadní překážkou je také **nutnost mít oprávnění k poskytování zdravotních služeb**, které nelze získat bez vazby na konkrétní zdravotnické zařízení, čímž jsou lékaři i další zdravotníci výrazně omezováni v možnosti péči poskytovat mimo standardní instituce.

Existuje právní základ pro **výkon sesterské péče mimo zdravotnická zařízení**. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., konkrétně § 66b, umožňuje všeobecným sestrám se specializací pro domácí a hospicovou péči poskytovat zdravotní péči samostatně, mimo zdravotnické zařízení. Ačkoliv tento rámec nevznikl primárně pro potřeby pouliční medicíny, v praxi je dosud jediným legálním nástrojem, jak lze péči v terénu poskytovat bez lékaře. Vzhledem k tomu, že výše zmíněné ustanovení vyhlášky se omezuje na „specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči“ a paliativní péči (tzn. například domácí a hospicová péče), je tento právní základ pro poskytování pouliční medicíny nedostatečný. Je z něj ale možné konceptuálně i legislativně vycházet při tvorbě nové odbornosti a služby Street Medicine.

¹⁷ ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš; ŠIROKÁ, Lucie; ŠOLC, Martin a kolektiv. Zákon o zdravotních službách: komentář. Komentáře Wolters Kluwer. Praha: Wolters Kluwer, 2024. ISBN 978-80-7676-999-1.

4.3 Sociální prostředí pacienta

Další prostor, který lze využít k poskytování zdravotní péče mimo zdravotnické zařízení, je poskytování služeb tzv. **ve vlastním sociálním prostředí pacienta** dle § 11 odst. 5 písm. c) Zákona o zdravotních službách. Tato výjimka bývá nejčastěji využívána všeobecnými praktickými lékaři v rámci vykonávání tzv. návštěvní služby.

Převažuje výklad, že se současná úprava návštěvní služby na osoby bez domova nevztahuje, resp. pod **pojem „vlastní sociální prostředí pacienta“** není možné zahrnout i prostředí, ve kterém žijí osoby bez domova. Zdá se však, že u osob bez domova by mohla být aplikována definice „vlastního sociálního prostředí“ jako „prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta“, kterou obsahuje § 4 odst. 3 Zákona o zdravotních službách. Návštěvní služba podle § 11 odst. 5 písm. c) Zákona o zdravotních službách sice není vázána na „registrujícího“ poskytovatele § 3 odst. 5 Zákona o zdravotních službách, ovšem v praxi je návštěvní službu možno nasmlouvat pouze na odbornosti 001 (všeobecné praktické lékařství) nebo 002 (praktické lékařství pro děti a dorost a pediatrie), případně ji může vykázat i jiný lékař, ale pouze na základě indikace lékaře předchozích dvou odborností (výjimku tvoří pouze psychiatr).¹⁸ Je rovněž otázkou, kolik osob bez domova má všeobecného praktického lékaře, který je **přijal do péče** na základě § 3 odst. 5 Zákona o zdravotních službách, čímž by vzniklo **právo na úhradu výkonu návštěvní služby registrujícímu lékaři**.

Vyjasnění zákona (úprava paragrafového znění, viz návrhová část) tím způsobem, že pojem „vlastní sociální prostředí pacienta“ se vztahuje i na osoby bez domova, je každopádně jednou z variant, která by mohla výrazně **zvýšit přístupnost zdravotní péče pro tyto osoby**, ovšem pouze v kombinaci s otevřením možnosti vykazání a úhrady výkonu návštěvní služby pro neregistrující poskytovatele zdravotních služeb nebo s vytvořením univerzálního mezioborového výkonu (odb. 999) pro street medicínu.

4.4 Dílčí povinnosti poskytovatelů mimo zdravotnická zařízení

Z pohledu dílčích povinností, které mají poskytovatelé při poskytování zdravotních služeb mimo zdravotnická zařízení, je nutné nahlížet do zvláštních zákonů a dalších

¹⁸ Ministerstvo zdravotnictví, seznam zdravotních výkonů. Dostupné zde: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?cislovykonu=&nazevvykonu=n%C3%A1v%C5%A1t%C4%9Bv&odbornost=&aktivni=true&cols=Odbornost%2CCisloVykonu%2CNazevVykonu%2CKategorie%2CDobaTrvani%2C>

právních předpisů. Řada těchto předpisů pochází z období před jakýmkoliv zakotvením poskytování zdravotní péče mimo zdravotnická zařízení, a proto tuto oblast v řadě případů opomíjí a zaměřuje se výhradně na zdravotnická zařízení.

Například zákon č. 258/2000 Sb. **o ochraně veřejného zdraví** a o změně některých souvisejících zákonů (dále jen „Zákon o ochraně veřejného zdraví“), se komplexně nevypořádává se specifickými hygienickými požadavky na poskytování zdravotních služeb mimo zdravotnická zařízení. Zákon **by měl reflektovat existenci této praxe**, čímž by ji zároveň učinil bezpečnější a lépe kontrolovanou.

Přesto však Zákon o ochraně veřejného zdraví ukládá poskytovatelům zdravotních služeb určité povinnosti i v terénních podmínkách – konkrétně v oblasti **nakládání s odpady a hlášení infekčních onemocnění**. Nakládání s odpady je upraveno vyhláškou č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích, která v § 10 odst. 5 stanovuje základní pravidla pro nakládání s nebezpečným a jiným odpadem, a to na základě zmocnění uvedeného v § 17 odst. 1 Zákona o ochraně veřejného zdraví. Jedná se o **technická a časová omezení**, která jsou poskytovatelé zdravotních služeb přiměřeně povinni následovat i při poskytování zdravotních služeb mimo zdravotnická zařízení. Za účelem ulehčení této činnosti byla vydána i metodika Státního zdravotního ústavu¹⁹.

Ve vztahu k hlášení infekčních onemocnění je v § 62 odst. 1 Zákona o zdravotních službách uvedeno následující: „**Osoba poskytující péči včetně poskytovatele zdravotních služeb, který provádí laboratorní vyšetřování biologického materiálu (§ 15 odst. 1), která zjistí infekční onemocnění, podezření na takové onemocnění nebo úmrtí na ně, vylučování původců infekčních onemocnění nebo se o těchto skutečnostech dozví, je povinna ohlásit toto zjištění neprodleně, způsobem a v rozsahu upraveném prováděcím právním předpisem příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví.**“²⁰ Současně je poskytovateli také uložena **povinnost provést první nezbytná opatření k zamezení šíření infekčního onemocnění** podle druhu a rozsahu poskytované zdravotní péče. S ohledem na dikci § 11a Zákona o zdravotních službách by se zde ovšem musel poskytovatel omezit

¹⁹ STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Metodika pro nakládání s odpady ze zdravotní a veterinární péče. Online. 2022. Dostupné z: https://szu.gov.cz/wp-content/uploads/2025/02/Metodika-pro-nakladani-s-odpady-ze-zdravotni-a-veterinari-pece_3_2022.pdf. [cit. 2025-04-10].

²⁰ § 62 odst. 1 Zákona o zdravotních službách.

na preventivní úkony, neboť provedení dalších úkonů zákon nepovoluje. K realizaci potřebných opatření si nicméně může vyžádat součinnost Policie České republiky.

Mnohem častěji však v praxi může nastat situace, kdy si poskytovatelé zdravotních služeb nebudou jisti ohledně **povinnosti vést zdravotnickou dokumentaci**. V této oblasti již zákonodárce počítal s existencí možnosti poskytování zdravotních služeb mimo zdravotnická zařízení, a proto zde nevznikla právní mezera jako v předchozím případě. Obecná **povinnost vést zdravotnickou dokumentaci** je stanovena v § 54 Zákona o zdravotních službách a veškeré náležitosti zdravotnické dokumentace jsou stanoveny vyhláškou č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Tentýž paragraf v písm. b) zároveň stanovuje **výjimku** pro zdravotní výkony poskytované podle § 11a Zákona o zdravotních službách, pro které vedení dokumentace povinné není. Existují ovšem „výjimky z této výjimky“²¹, typicky v případě očkování. Zde je vedení zdravotnické dokumentace nezbytné, a to jak z důvodu evidence do systému, tak i kvůli prokazatelnosti, že bylo očkování skutečně provedeno. **Povinnost vést dokumentaci** nastává rovněž tehdy, pokud jsou poskytované **zdravotní služby alespoň částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění**.

Z legislativního pohledu je tedy zřejmé, že stávající právní rámec není v kontextu poskytování základní zdravotní péče osobám bez domova ideálně nastaven. Je proto namístě **zvážit legislativní úpravy**, které by situaci zlepšily a **umožnily poskytování efektivní, dostupné a kvalitní péče i mimo tradiční zdravotnická zařízení**. Tato potřeba je o to naléhavější, že již dnes řada neziskových organizací zprostředkovává osobám bez domova zdravotní služby (především v oboru všeobecného praktického lékařství).

4.5 Zákon o sociálních službách

Další oblastí, která významně souvisí s poskytováním zdravotních služeb mimo zdravotnická zařízení, a to zejména ve vztahu k osobám bez domova, je oblast sociálních služeb.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „Zákon o sociálních službách“) ovšem nereflektuje potřebu, kterou cítí řada neziskových a charitativních organizací, tedy

²¹ § 54 písm. b) bod 1 a 2 Zákona o zdravotních službách.

umožnit poskytování zdravotní péče přímo v rámci sociálních zařízení, jako například noclehárny. Zákon o sociálních službách sice v rámci svého § 36 rozeznává tzv. „sociálně-zdravotní služby“, kterými rozumí „vzájemně koordinované poskytování sociální a zdravotní péče osobě, jejíž stav vyžaduje poskytování sociální a zdravotní péče současně“²², ovšem omezuje se pouze na výčet specifických zařízení. Z výčtu, který obsahuje centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, centra duševního zdraví a zařízení odlehčovacích služeb je patrné, že **zákonodárce na osoby bez domova nepomýšlí**.

V souvislosti s touto mezerou však vznikají situace tzv. **zacyklení**, kdy se člověk bez domova po ošetření/diagnostice/ukončení hospitalizace v podstatě **nemá kde doléčit**. Člověk se tak vrací zpět na ulici, kde se nedoléčený stav dále zhoršuje. V řadě případů pak dochází k návratu do akutního stavu, který vyžaduje hospitalizaci, tento cyklus se pak může opakovat několikrát (Šupková et al., 2007). V českém prostředí **chybí sociální služby** pro osoby bez domova, které by **obsahovaly nebo zprostředkovávaly i základní zdravotní služby**. Změnu do určité míry přinesla novela na pomezí sociálních a zdravotních služeb, tedy **zákon č. 38/2025 Sb.**, kterým se mění mimo jiné právě zákony o zdravotních službách a o sociálních službách a který umožňuje propojení obou typů péče. Na druhou stranu je třeba zdůraznit, že ani tato novela na osoby bez domova necílí a soustředí se primárně na seniory a osoby se zdravotním postižením.

V § 36 tohoto zákona jsou vyčtena zařízení, která nově mohou lékařskou péči poskytnout. Patří mezi ně centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, centra duševního zdraví nebo zařízení odlehčovacích služeb. Nadále **tedy nehovoří o zařízení, které osoby bez domova nejčastěji využívají**.

Zde se nabízí poměrně jednoduché řešení v podobě rozšíření možností poskytování zdravotní péče v rámci nocleháren, azylových domů a nízkoprahových zařízení, které by mohlo představovat důležitý krok ke zvýšení dostupnosti zdravotních služeb.

²² § 36 Zákona o sociálních službách.

4.6 Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Důležitou oblastí zdravotního systému je oblast veřejného zdravotního pojištění. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v § 3 odst. 1 stanoví, že **pojištěncem se člověk stává narozením, dnem nabytí trvalého pobytu na území České republiky, případně dnem, kdy se stane zaměstnancem českého zaměstnavatele.** Toto vymezení zanechává z ekonomických důvodů řadu osob mimo systém veřejného zdravotního pojištění. Tyto osoby pak ovšem nemají nárok na úhradu zdravotní péče, což může vést k tomu, že se vyhýbají zdravotnickým zařízením, a jejich zdravotní stav se nadále zhoršuje. Například podle statistik z roku 2020 je v Praze mezi osobami bez domova 9 % lidí, kteří jsou jiné než české nebo slovenské národnosti (Centrum sociálních služeb Praha, 2020).

Poskytování alespoň základních zdravotních služeb těmto osobám přímo na ulici by potenciálně mohlo státu **ušetřit náklady na léčbu** závažnějších onemocnění, která vznikají v důsledku dlouhodobého neléčení — často právě ze strachu z vysokých nákladů. Na tomto místě je taktéž nutné podotknout, že absence zdravotního pojištění nezbavuje osobu práva na nutnou a neodkladnou péči a nezbavuje ani poskytovatele zdravotních služeb povinnosti nutnou a neodkladnou péči poskytnout²³.

Nedílnou součástí debaty o veřejném zdravotním pojištění jsou také **dluhy na pojistném**, které osoby bez domova často akumulují. V této souvislosti je však nutné uvést, že u osob, které se staly pojištěnci narozením, **zdravotní pojištění zaniká pouze smrtí. Dluh na pojistném tedy neznamená zánik nároku na zdravotní péči.** Přesto se řada osob bez domova setkává s odmítnutím poskytnutí zdravotní péče ze strany poskytovatelů²⁴, například dle dat z roku 2012 se setkala s odmítnutím až 13 % oslovených osob bez domova. Pokud byli tito lidé odmítnuti vícekrát, často ztratili motivaci se k lékaři v budoucnu dostavit (Barták, 2012). Umožnění poskytování alespoň základních zdravotních služeb mimo zdravotnická zařízení může významně přispět k minimalizaci závažného zhoršení zdravotního stavu těchto osob. Tím lze snížit celkové náklady spojené s výjezdy záchranné služby, hospitalizací a náročnou léčbou neléčených onemocnění v pokročilých stádiích, a zároveň odlehčit nemocnicím a dalším

²³ § 48 odst. 1 písm. c) ve spojení s § 48 odst. 3 Zákona o zdravotních službách

²⁴ Viz také zde: RODRIGUEZ, Veronika. Neošetříme vás. Lékaři vyhodí z ordinace tisíce bezdomovců. Online. 2015. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/neosetrime-vas-lekari-vyhodi-z-ordinace-tisice-bezdomovcu/r~2231a056413311e5b605002590604f2e/>. [cit. 2025-04-10].

zdravotnickým zařízením. Po zavedení specializované péče pro osoby bez domova v pilotních projektech došlo k výraznému snížení hospitalizací těchto osob, se snížením až o 43 hospitalizací měsíčně. Zároveň došlo k výraznému poklesu návštěv pohotovostních služeb, a to o průměrně 53 návštěv měsíčně. Tyto změny byly sledované u 3317 osob bez domova ve třech městech České republiky a jedná se o významné statistické změny (Šimon et al., 2024).

5. Špatný zdravotní stav osob bez domova či v nestabilním bydlení

Zdravotní stav osob bez domova je dlouhodobě alarmující a výrazně horší než u populace žijící ve standardním bydlení. Výzkumy ukazují, že osoby bez přístřeší se potýkají s kombinací fyzických, psychických a sociálních problémů – často ve formě tzv. tri-morbidity, tedy současného výskytu fyzických i duševních onemocnění a užívání návykových látek (např. Krishnan & Metcalfe, 2020). Podle dat MPSV z roku 2020 hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný nebo velmi špatný 39 % osob bez domova, zatímco u běžné populace je to pouze 11 % (Nešporová & Holpuch, 2020). Mezi nejčastější zdravotní problémy bezdomovců patří akutní stavy jako nachlazení, bércové vředy, drobná poranění, vyrážky, žaludeční potíže a popáleniny. Podle dat z roku 2019 se 77 % osob bez domova potýkalo s fyzickým onemocněním a 39 % osob hodnotí jako špatné své duševní zdraví (MPSV, 2020).

Osoby bez domova čelí vysoké nemocnosti i úmrtnosti – potýkají se s chronickými nemocemi, neléčenými zraněními či závislostmi (Barták, Hnilicová & Horáková, 2006; van der Leeden et al., 2023). Průměrná délka života osob bez přístřeší je přibližně o 30 let nižší než u většinové společnosti (Krishnan & Metcalfe, 2020), lidé obecně čelící sociálnímu vyloučení se dožívají o 10–15 let méně než většinová společnost (MPSV, 2023). Znamená to tedy, že naděje na dožití u osob bez domova a v nestabilním bydlení činí okolo 56 let u mužů a okolo 62 let u žen²⁵. V období 2006–2015 bylo v České republice hospitalizováno 3 387 osob bez domova, z nichž 159 (4,7 %) zemřelo během hospitalizace (Malý et al., 2021). K nárůstu úmrtí osob bez domova dochází častěji v zimních měsících. Přesná statistická data o úmrtnosti osob bez domova nejsou k dispozici.

Mnoho osob bez domova čelí zvýšenému riziku sebevražd, podchlazení či smrti následkem nehody (Mandys, 2006; Jegu et al., 2018). Prostředí na ulici je velmi rizikové také z pohledu **kriminality a násilného jednání**, 40 % respondentů oslovených pro výzkum Vašáta a Bernarda (2017) bylo v posledním roce fyzicky napadeno a značné

²⁵ Vycházíme z dat ČSÚ, kdy naděje na dožití v r. 2023 u běžné populace činila v České republice 76,9 let pro muže a 82,8 let pro ženy. Více zde: https://statistikaamys.csu.gov.cz/nadeje-dozeni-v-cesku-se-prodluzuje?utm_source=chatgpt.com

procento zažilo slovní napadení, zesměšňování nebo vyhrožování, 30 % dotázaných žen bez domova uvedlo, že byly v poslední době nuceny k sexu.

Komunikační partneři zapojení do výzkumu uvádí, že život na ulici zásadně přispívá ke zhoršení zdravotního stavu: „*Mají často amputované končetiny, špatné cévy, protože kouří, různé chronické obtíže, špatně léčený cévní systém, taky otevřené končetiny, bércové vředy a tak. A potřebují třeba už fakt specialistu – dermatologa, hodně neurologa, protože hodně to bývají lidi, co mají neléčenou epilepsii.*” (Vedoucí sociálního oddělení, nemocnice)

Zdravotní stav dále zhoršuje nedostatečná hygiena, špatné stravovací podmínky a časté užívání návykových látek – což respondenti často označují jako způsob zvládání stresu z prostředí ulice: „*Vy na ulici bojujete každý den s nějakými zloději, nemocemi a hladem, se vším, je to extrémně stresující. Tak mě překvapilo, kolik těch lidí bylo závislých na různých utěšujících prostředcích a tak dále, protože je to prostě extrémní nářez.*“ (Evaluátorka)

Výskyt zdravotních problémů ve spojení s intenzivním, dlouhodobým a pravidelným užíváním drog má svá specifika. Ve studii somatické komorbidity klientů nízkoprahových adiktologických programů v ČR se ukázalo, že dominují témata infekční, kožní a stomatologická. Nejvyšší výskyt patologického nálezu byl zaznamenán u stavu chrupu (až 90,0 % osob) a kůže (15,0 %). Postižení kůže se týká především trofických změn na bérkách a bérkových vředů a infekcí v místě vpichu. Z přenosných infekčních onemocnění dominuje virová hepatitida typu C. Častá je rovněž vředová choroba gastroduodena (tzv. žaludeční vředy). Až 20 % žen potřebuje péči gynekologa kvůli momentálnímu patologickému nálezu. Specializovaná péče je potřeba nejčastěji v oborech stomatologie, infekčního lékařství, hepatologie, gastroenterologie a interního/všeobecného lékařství. Somatická komorbidita se vyskytuje statisticky významněji u uživatelů heroinu jako základní drogy, u žen a u lidí jiné než české národnosti a zvyšuje se s frekvencí a rizikovostí užívání drog (Mravčík et al., 2016; Mravčík et al., 2018). Pro osoby bez domova je **však najít specialistu velmi problematické**, jelikož nemají potřebné informace o službě nebo je pro ně specializovaná zdravotní péče finančně nedostupná (např. stomatologie), jak uvádí participantka výzkumu.

„*Oni nemají běžně ani praktického lékaře, natož specialistu. Oni neví, jak se objednat k psychologovi a když já třeba vidím, že by ho potřebovali, tak já jim s tím pomůžu. (...)*“

*Jednou se mi stalo, že mi klienta odmítla zubařka jen proto, že jsme volali spolu z *název organizace*, prostě jako její argument byl ten, že se s touhle cílovou skupinou nechce potkat v ordinaci.“ (Sociální pracovnice, NNO)*

Studie z posledních let zdůrazňují **zásadní význam sociálních faktorů** (sociálních determinant zdraví) **na zdraví osob bez domova** a sociálně vyloučených jedinců (MPSV, 2015; Korecká, 2020; Fiřáková Bobáková et al., 2021). Mezi uváděnými klíčovými faktory se objevují překážky v oblastech bydlení, práce, finanční situace, rodinných a sociálních vztahů a nedostatečné hygienické podmínky (Mandys, 2006; Holpuch & Nešporová, 2020 a další). **Ztráta bydlení** je často přímou příčinou zdravotních problémů, která zároveň významně zhoršuje přístup k potřebné zdravotní péči. Životní podmínky na ulici nebo v přeplněných a nevyhovujících zařízeních mají negativní dopad na zdraví, zvyšují riziko infekčních a kožních onemocnění, omrzlin a celkového oslabení organismu (viz Mandys, 2006; Barták, Hnilicová, & Horáková, 2006; Dvořáčková et al., 2021; Malý et al., 2021 a další). Lidé bez přístřeší navíc nemohou v podmínkách na ulici dodržovat léčebný režim (např. rekonvalescence na lůžku).

Dalším sociálním faktorem ovlivňujícím zdraví je absence zaměstnání a nepříznivá **finanční situace**. Bezdomovectví je úzce spjato s chudobou a zadlužeností, což má významný negativní dopad na zdravotní stav a omezuje finanční možnosti pro zajištění zdravotní péče (např. nákup léků). Ztráta zaměstnání a dlouhodobá nezaměstnanost zhoršují zdravotní stav a snižují motivaci k řešení situace, což vede k negativním ekonomickým dopadům (Barták, Hnilicová, & Horáková, 2006; MPSV, 2015).

Rozpad rodinných a sociálních vazeb je také častým průvodním jevem bezdomovectví a vede k **sociální izolaci**, která má **negativní vliv na psychické i fyzické zdraví**. Nedostatek sociální opory zvyšuje zranitelnost a stres (Fiřáková Bobáková et al., 2021). Naopak kvalitní mezilidské vztahy a sociální kontakty hrají důležitou roli v procesu vystoupení z bezdomovectví. Sociální opora v rámci rodiny a komunity může pomoci zvládat stres a zátěžové situace a potenciálně přispět k řešení situace bezdomovectví (Holpuch & Nešporová, 2020).

Špatné hygienické podmínky na ulici jsou dalším faktorem, který má vliv na zdraví osob bez domova. Nulová nebo omezená možnost dodržování hygieny na ulici výrazně zvyšuje riziko infekčních onemocnění, kožních problémů a parazitů. I v zařízeních pro osoby bez domova mohou být hygienické podmínky nedostatečné kvůli sdíleným

prostorům a omezeným zdrojům (Filáková Bobáková et al., 2021). Zajištění možnosti osobní hygieny a čistého oblečení je důležité nejen pro zdraví jedince, ale i pro lepší přijetí ze strany zdravotnického personálu (Kuchyňková et al., 2019).

Zajištěné a stabilní bydlení se ukazuje jako zásadní faktor ovlivňující zdraví – umožňuje dodržování léčebných režimů, rekonvalescenci a domácí ošetřování (Barták, Hnilicová & Horáková, 2006; Latečková et al., 2022). Osoby bez domova často nemají přístup k doléčovacím kapacitám a po propuštění z nemocnice se opět vrací na ulici, což vede k recidivě onemocnění a **cyklu opakovaných hospitalizací** (Šupková et al., 2007; MPSV, 2015). Prostředí na ulici vede nejen ke zhoršení zdravotního stavu, ale také k neadekvátní léčbě bez podpory lékařů. Sociální pracovníce to popisuje následujícími slovy.

„Většina třeba ani nezná pořádně ten svůj zdravotní stav a má nějaké stavy, ve kterých jim samozřejmě není dobře, tak se to snaží přepíjet nebo si shání ty léky tak nějak, že si kšeftují mezi sebou, špatně je užívají, což samozřejmě zase vede ke zhoršení toho zdravotního stavu.“ (Sociální pracovníce)

Lze tedy konstatovat, že zdravotní stav osob bez domova či v nestabilním bydlení je výsledkem kumulace sociálních determinant zdraví, jako jsou chudoba, ztráta bydlení, nedostatek sociálních vazeb a nízké možnosti udržovat hygienu. Efektivní řešení zdravotních obtíží je nutným předpokladem nejen pro zlepšení kvality života osob bez domova, ale také pro jakoukoliv změnu v jejich sociální stabilizaci.

6. Zdraví ve vztahu k zabydlování osob bez domova

Špatný zdravotní stav může vést ke ztrátě bydlení a naopak, akumulace zdravotních a dalších problémů vede k sociálnímu vyloučení, což může vyústit v bezdomovectví. Studie *Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review* zdůrazňuje, že **programy typu Housing First zlepšují psychický stav u osob bez domova** s vážnými duševními onemocněními (Jego et al., 2017). Evaluace pilotního programu Street Medicine v Texasu zjistila **významný vliv statutu bydlení na kvalitu života** (Perna et al., 2024). Pro zlepšení zdravotního stavu je zajištění bydlení zásadní podmínkou (Barták, Hnilicová, & Horáková, 2006; Latečková et al., 2022), naopak propuštění z nemocnice na ulici bez možnosti bydlení vede k nedoléčení a opakovaným návratům do nemocnice (MPSV, 2015). Osoby bez domova se dostávají do začarovaného kruhu, kdy **špatné zdraví ztěžuje nalezení bydlení** (nebo vede k jeho ztrátě) **a bezdomovectví zhoršuje zdraví** (Krishnan & Metcalfe, 2020).

Ukazuje se, že **systém sociálního bydlení** je zásadní podmínkou pro zlepšení zdravotního stavu osob bez domova (Dutka et al., 2018). Pro efektivní léčbu závažných či chronických onemocnění (žloutenka, hypertenze, pooperační léčba), ale také při běžných bakteriálních či virových onemocněních (respirační či alimentární infekce) je nutné, aby měl pacient **zajištěné stabilní a vyhovující bydlení**. Mandys (2006, s.54) uvádí: „Bydlení je zásadním determinantem, který je předpokladem dobrého zdraví“.

Ze zkušeností participantů vyplývá, že bydlení je jedním z nejdůležitějších faktorů, který může napomoci ke zlepšení zdravotního stavu a k dodržování léčebného režimu. Vyjádřeno slovy jednoho z našich participantů:

„Reálně pro Housing First by zdravotní stav neměl být překážkou, aby člověk získal bydlení, ba naopak tam bude mnohem jednodušší toho člověka zaléčit.“ (Oblastní ředitel, NNO)

Pro programy **Housing First** z principu není špatné zdraví překážkou. Zlepšení zdravotního stavu je ale nutné pro posun ze situace bez přístřeší k možnosti využití některých pobytových služeb, jako jsou azylové domy či noclehárny. **Špatný zdravotní stav** je často vnímán jako **bariéra pobytu v azylovém domě** z několika důvodů – pacienti nemají možnosti podílet se na chodu zařízení (Glumbíková et al., 2020) a

azylové domy zpravidla neposkytují svým klientům zdravotní péči, kterou by potřebovali, jelikož to není v jejich kompetencích:

„Když ale ten člověk nemůže jít takhle do ubytovny z nemocnice, tak ideálně bychom potřebovali mít nějaké azylové domy s ošetrovatelskou péčí, ale bezbariérové, které by nám braly právě i lidi na vozíku nebo o berlích.“ (Sociální oddělení, nemocnice)

Někteří participantů uváděli, že **špatný zdravotní stav** osob bez domova může být **paradoxně ulehčující okolnost** při podávání žádosti o byt – špatné zdraví se stává argumentem, proč osoba bez domova potřebuje akutní zabydlení. Zároveň je ale **složitější v případech zdravotních obtíží komunikovat s úřady** a dalšími institucemi, které mohou mít k lidem bez domova předsudky.

„Jakákoliv ranka, co se vám stane, tak kromě toho, že se nehojí, tak se začne zhoršovat, pokud se začne zhoršovat a neléčí se, tak to většinou začne různě hnisat a podobně. A v tu chvíli máte nohy oteklé, mokvající, takže vám to mokvá přes kalhoty, a takový člověk jako v podstatě nemá šanci se ucházet o nějakou práci nebo žádat o bydlení.“ (Zdravotní sestra)

Udržení osoby bez domova v dobrém zdravotním stavu **usnadňuje její následné znovuzapojení do společnosti**, přístup na trh práce, jednání s úřady a sociálními službami a případně také možnosti bydlení (viz např. MPSV, 2015).

Ve sděleních účastníků výzkumu existuje shoda na **klíčovém významu stabilního bydlení** jako základního předpokladu pro zlepšení zdravotního stavu klientů. Uvádějí, že zajištěné bydlení výrazně usnadňuje organizaci a poskytování zdravotní péče, včetně možnosti domácího ošetřování či návštěvní služby. Stabilní a bezpečné prostředí rovněž umožňuje **dodržování předepsaných léčebných režimů** a celkově vytváří podmínky příznivější pro rekonvalescenci než život v podmínkách prostředí „na ulici“.

7. Dostupnost standardní zdravotní péče osobám bez domova

Zdraví osob bez domova je **ovlivňováno nejen jejich ekonomickou situací**, ale také **zdravotní politikou státu** a přístupem lidí bez domova ke zdravotní péči (Mandys, 2006). Ekonomické bariéry a diskriminace omezují přístup ke zdravotní péči, stejně jako nevyhovující životní podmínky a nízká kvalita nebo úplná absence bydlení (Fiřáková Bobáková et al., 2021). Lidé bez domova čelí **sociálnímu vyloučení** a ve velké většině nevyužívají standardní zdravotní péči, jejíž práh je pro ně příliš vysoký (MPSV, 2015). Především osoby přespávající venku **využívají standardní zdravotní péči zřídka, což ale neznamená, že ji nepotřebují**. V roce 2019 nenavštívilo lékaře 22 % osob bez domova i přes to, že trpěly fyzickým onemocněním, u osob přespávajících venku se jednalo o 31 % (MPSV, 2020). Zdravotní péče patří mezi **zásadní potřeby osob bez domova** a zvýšení její dostupnosti a kvality s ohledem na specifika cílové skupiny je klíčové (např. Šupková, 2007).

Dostupnost zdravotní péče je omezená nejen pro osoby bez domova, ale rovněž například pro **osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách nebo etnické menšiny**. Výzkum z roku 2021 naznačuje obtížnou dostupnost zdravotní péče pro Romy žijící v sociálně vyloučených lokalitách, kteří se rovněž setkávají s četnými strukturálními i vnitřními překážkami, jako je odmítání registrací u praktického lékaře, nedostatečné finance, nedůvěra vůči zdravotnickému personálu nebo diskriminace (Fiřáková Bobáková et al., 2021). Podobně **omezená je dostupnost zdravotní péče také pro osoby užívající návykové látky**, což potvrzuje výzkum zkoumající postoje lékařských pracovníků k pacientům s diagnózou závislosti na alkoholu. Z něj vyplývá, že 26 % z 92 dotázaných lékařů nemá s osobami závislými na alkoholu dobré zkušenosti a ovlivňuje to jejich postoje k nim, které jsou předsudečné (Dospivová & Mravčík, 2022).

Je nutné podotknout, že **zdravotní péče je ze zákona** (Listina základních práv a svobod ČR, čl. 35; zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, § 2 a § 3) **dostupná všem občanům České republiky**. Z kvalitativního výzkumu však vyplynulo, že v praxi se často vyskytují **překážky**, které brání přístupu ke zdravotní péči ohroženým skupinám obyvatel, jako jsou právě například osoby bez domova či v nestabilním bydlení.

7.1 Překážky v přístupu ke zdravotní péči u osob bez domova

Přístup ke zdravotní péči pro osoby bez domova je ovlivněn jak **vnějšími faktory** (ze strany zdravotnických zařízení, systému, poskytovatelů služeb), tak **okolnostmi na straně osob bez domova** (vnitřní faktory). Může se jednat například o finanční bariéry, obavy či užívání návykových látek. Bariéry v přístupu ke zdravotní péči zažívají nejen osoby bez domova, ale také osoby v nestabilním bydlení či osoby sociálně vyloučené.

Lidé bez domova mají špatné zkušenosti s institucemi a často jim nedůvěřují. Mnoho osob bez domova se **obává negativního chování** zdravotníků, a proto zdravotní péči raději nevyhledává (Šupková et al., 2007; Barták, 2012). Studie ukazují, že pokud se osoby bez domova setkají s vícečetným odmítnutím poskytnutí zdravotní péče, později ji už raději nevyhledávají. Negativní zkušenost s lékařem se stává jednou z bariér využívání zdravotní péče (Glumbíková et al., 2019). Stigmatizace ze strany lékařů a negativní chování k osobám bez domova odrazuje osoby bez domova od návštěvy zdravotnických zařízení – ze strany zdravotníků je na ně často pohlíženo tak, že „si za to můžou sami“ a tudíž by neměli mít na zdravotní péči nárok (Glumbíková et al., 2018), což potvrzují také naši participanti výzkumu.

„Je velmi náročné zajistit tu zdravotní péči, protože ty lidi vlastně když jsou na té ulici, tak se potýkají s tím, že když jdou k jakémukoliv lékaři, tak jsou ty lidi na ně zlí. oni tam nechtějí. (...) Ve chvíli, kdy jde vlastně ten klient žádat sám o péči, tak je mu zcela nedostupná. Ze strany těch lékařů jsou pak stanovované určité podmínky k tomu, aby tomu klientovi byla ta zdravotní péče poskytnutá, třeba abychom si nimi šli my jako doprovod.“ (Sociální pracovnice, NNO)

Osoby bez domova často **nemají osobní doklady** (včetně dokladu o zdravotním pojištění), což ztěžuje přístup ke zdravotní péči. Zákon o veřejném zdravotním pojištění stanovuje, že každý občan s trvalým pobytem v ČR je zdravotně pojištěn, což se týká i osob bez domova (MPSV, 2015). Zdravotní pojištění hradí za zaměstnance zaměstnavatel, za vybrané skupiny hradí zdravotní pojištění stát (studenti, osoby na rodičovské dovolené a další skupiny obyvatel), ostatní občané mají povinnost platit si zdravotní pojištění sami, zákon o veřejném pojištění definuje povinnost pojištěnce hradit zdravotní pojištění (Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, § 4 - § 7a). Lidé bez domova zpravidla nejsou zaměstnaní a zdravotní pojištění si vzhledem ke své situaci neplatí, tudíž jim vzniká dluh

u zdravotní pojišťovny. V České republice je ale dle platné legislativy **povinné poskytnout zdravotní péči také dlužníkům na zdravotním pojištění**, rozsah zdravotní péče není nijak omezen (Dubová et al., 2020; zákon o veřejném zdravotním pojištění). I přes to mohou dluhy na zdravotním pojištění vést k bariérám v přístupu ke zdravotní péči – lidé bez domova mohou být ve zdravotnických zařízeních odmítáni s tím, že jsou „nepojištění“ (Kvapil, 2015; Dubová et al., 2020). To vyplývá rovněž z výpovědí respondentů tohoto výzkumu, kteří poukazují na to, že zdravotnický personál z neznalosti odmítá osobám bez domova poskytnutí zdravotní péče.

„Klientka měla jít na zákrok, měla občanku, platné pojištění, ale měla dluh v nemocnici, protože jak dochází na ten urgent, tak neplatí ty poplatky, a bylo jí pracovníci řečeno, že jestli ten dluh neuhradí, tak jí na ten zákrok nevezmou.“ (Sociální pracovník, NNO)

Nicméně, lidé bez domova, kteří zpravidla nemají pracovní smlouvu a neplatí zdravotní pojištění, jsou podle zákona pojištěnci a jejich zdravotní pojišťovna je povinna zdravotní úkony zdravotnickému zařízení uhradit (MPSV, 2015).

Evaluační studie Šimona, Latečkové a Potluky zmiňuje zavedení dvou **nových zdravotních výkonů**, které usnadňují přístup osob bez domova ke zdravotní péči prostřednictvím ordinací praktických lékařů. Tyto výkony zavedla Všeobecná zdravotní pojišťovna a jedná se o výkony platné pouze pro ordinace specializované pro osoby bez přístřeší. Výkony praktickým lékařům a zdravotním sestrám umožňují lépe vykazovat poskytnutou péči a tím zajišťují, že zdravotní systém alespoň částečně pokryje náklady na ošetření této zranitelné skupiny (Šimon et al., 2024). Jedná se o kódy pod odb. 999, konkrétně č. 99875 a 99876.

Jako problematické z kvalitativního výzkumu vychází **poskytování zdravotní péče cizincům bez přístřeší** pobývajícím v Česku (Slováci, Ukrajinci, Rumuni a další), kteří buď nejsou zaměstnání, nebo jejich zaměstnavatel nemá sídlo v České republice. V takovém případě se skutečně jedná o osoby nepojištěné a standardní zdravotní péče je jim poskytnuta pouze v neodkladných, život ohrožujících případech.

„Ted' se mění struktura obyvatelstva, mění se demografie, že je výrazně více cizinců, minimálně teda z naší zkušenosti. A u cizinců to pojištění není, takže tam je to prostě velmi problematické, mají omezený přístup ke zdravotní péči a je to opravdu problém.“ (Student lékařské fakulty)

„Obecně je velký problém i u Slováků, pokud nemají pojištění, tak si musí sami platit jakoukoliv lékařskou péčí, jakoukoliv hospitalizaci, ošetření. S tím jsme se dost setkávali. A tam jsme právě potom volali Mediky na ulici na nějaké třeba převazy a nějaké posouzení toho stavu, protože jsme věděli, že nám toho klienta jen tak nikam nevezmou.“
(Sociální pracovnice, NNO)

Schopnost a motivace vyhledat a dodržovat léčbu mohou ovlivňovat také časté problémy s **duševním zdravím a závislostí**. Psychické problémy participantů zmiňují jako častou překážku ve vyhledání lékařské pomoci – úzkosti či deprese znemožňují klientům navštívit lékařské zařízení. Užívání návykových látek, které se s bezdomovectvím pojí, může být také limitující při vyhledávání zdravotní péče a může ovlivnit přístup zdravotnického personálu k závislé osobě. Dodržování léčebných režimů (teplo, sucho) je v podmínkách „na ulici“ nemožné, stejně jako dodržování osobní hygieny (Dutka et al., 2018). **Nedostatečná hygiena** a přenosná onemocnění včetně parazitárních mohou být další překážkou ve využívání standardní zdravotní péče. Se špatnou hygienou může být dle participantů spojen stud, který odrazuje v navštívení zdravotnického zařízení.

„Setkal jsem se s tím, že ty lidi se stydí, protože vlastně ví, že jsou na okraji té společnosti, že třeba smrdí a nechce se jim do toho zdravotnického zařízení, protože nemají možnost se předtím někde osprchovat, vyměnit si věci. A to zdravotnické zařízení takové možnosti pro ty lidi nemá, takže oni tam z toho důvodu nechtějí jít.“ (Sociální pracovník, NNO)

Lidé bez domova často čelí extrémním životním podmínkám, které je nutí **zaměřit** se primárně **na okamžité potřeby** spojené s přežitím. V důsledku toho zdravotní péče ustupuje do pozadí, i když mohou trpět vážnými zdravotními problémy. V průběhu dne si potřebují zajistit přístřeší, bezpečí, jídlo a vodu.

„Oni řeší jiné priority – to, jestli si najdou nějaký bezpečný místo, jestli si vyžebrají nějaký drobak, aby si nakoupili něco, co je pro ně důležité (...) nebo chodí po papíru, aby si vlastní činností získali nějaký zdroj. Spoustu toho dne využijí k tomu svému přežití, takže si myslím, že ta zdravotní stránka je pořád odsouvaná z důvodu jejich způsobu života.“
(Vedoucí terénní práce, NNO)

Lidé bez domova mnohdy trpí chronickou únavou kvůli nevyhovujícím podmínkám ke spánku, častému stresu a vystavení špatnému počasí. Nedostatek energie a vyčerpání mohou způsobit, že vyhledání lékařské péče se zdá být nadlidský úkol

(Šimon et al., 2024). **Návštěvy lékařů jsou odkládány**, většina osob bez domova zdravotní péči aktivně nevyhledává a svůj zdravotní stav začínají řešit až ve chvíli, kdy je problém velmi závažný. Často se pak k lékaři dostanou až v akutním stavu s mnohanásobnými zdravotními obtížemi (Glumbíková et al., 2018). Odkládání zdravotní péče je fenoménem vyskytující se rovněž u lidí žijících v sociálně vyloučených lokalitách, kdy onemocnění raději řeší soukromě a k lékaři se dostaví až při delších či vážnějších komplikacích, preventivní prohlídky jsou také málo časté (SocioFactor, 2018). Participantů výzkumu zmiňují, že osoby bez domova nevyužívají preventivní zdravotní péči:

„Ti klienti, kteří jdou z ulice, tak ve většině případů nemají ani obvodního lékaře.“
(Metodik sociální práce, NNO)

7.2 Vnější bariéry přístupu osob bez domova ke zdravotní péči

Lidé bez přístřeší často čelí překážkám nejen kvůli svému zdravotnímu stavu, ale také **ze strany zdravotnických zařízení** a jejich personálu. V některých případech bývají v běžných zdravotnických zařízeních odmítání nebo předčasně propouštění. Důvody mohou zahrnovat jejich závislosti, nestandardní chování, nedostatečnou hygienu či předsudky ze strany zdravotníků (Magistrát města Ostravy, 2021). Takový přístup může vést k prohlubování zdravotních problémů a dalšímu vyloučení těchto osob z běžného zdravotního systému. Je však důležité zdůraznit, že přístup zdravotníků k lidem bez domova není jednotný a může se výrazně lišit v závislosti na jejich osobních postojích, profesních zkušenostech i míře kontaktu s osobami bez domova. Zatímco někteří zdravotníci **projevují pochopení a ochotu pomoci**, jiní mohou být ovlivněni předchozími negativními zkušenostmi nebo systémovými omezeními, která jim komplikují poskytování péče. Z výzkumu ale vyplývá, že zkušenosti osob bez domova se zdravotním personálem jsou spíše negativní. Nejčastěji bývají uváděny **problémy v komunikaci**, nízká ochota personálu zabývat se zdravotními obtížemi a pocit stigmatizace během návštěvy zdravotnického zařízení. Lidé bez domova bývají ve zdravotnických zařízeních také **odmítáni** nebo odkazováni jinam. Dle dat z roku 2012 vyplývá, že 13 % oslovených osob bez domova (n=897) má zkušenost s odmítnutím lékařské péče. Odmítnutí se pak dle těchto dat snižuje s rostoucím věkem, starší pacienti byli odmítáni méně často (Barták, 2012). Novější statistická data mají omezenou vypovídací hodnotu, jelikož nemocnice a zdravotnická zařízení si nevedou evidenci osob,

kteřé odmítly ošetřit. Zároveň je diskriminace ve zdravotnictví těžko prokazatelná. Situaci dále ztěžuje závislost na návykových látkách, kdy zdravotničtí pracovníci často zastávají moralizující postoje a projevují stigmatizující přístup (Dospivová & Mravčík, 2022).

„První velká bariéra je prostě špatná zkušenost. Třeba v nějaké nemocnici už byli a ten personál se k nim nechoval hezky, nebo dlouho čekali, nebo byli vyloženě odmítnutí. Někdy se člověk fakt setká s takovým odmítnutím nebo s takovou nevolí, a to je hodně nepřijemný zážitek.“ (Student lékařské fakulty)

Tyto faktory mohou vést k tomu, že lidé bez domova zdravotní péči raději nevyhledávají nebo ji využívají až v krajních situacích, což může mít vážné důsledky pro jejich zdravotní stav.

Dalším velmi závažným a v současné době neřešeným problémem je **návazná péče po propuštění pacienta z nemocnice** do „domácího prostředí“ k doléčení. Podle dat z let 2006–2015 bylo v České republice hospitalizováno celkem 3 387 osob bez domova, většina z nich byla přijata do nemocnic (až 80 %), a to v zimních měsících. Hospitalizace byla nejčastěji ukončena propuštěním do původního prostředí (64,6 %) – tedy ve většině případů na ulici, dále transferem do zařízení následné péče (8,3 %), přesunem do zařízení akutní péče (8,2 %), předčasným ukončením, přesunem na jiné oddělení a přemístěním do zařízení sociální péče (Malý et al., 2021). Podmínky na ulici jsou pro následnou péči naprosto kritické, pacienti bez domova jsou po hospitalizaci propouštěni zpátky na ulici i po závažnějších operacích (viz např. Šupková, 2007; Glumbíková et al., 2019; Latečková et al., 2022). Často pak dochází k tomu, že se **zdravotní stav pacienta zhorší** z důvodu propuknutí infekce, nedostatečné výživy apod., a pacient je nucen opakovaně navštívit nemocniční zařízení. **Neexistuje mechanismus, který by zajišťoval návaznou péči pro pacienty bez domova** propuštěné z nemocnice. V nemocnici pacient již zůstat nemůže, jelikož jeho stav nevyžaduje hospitalizaci, na druhou stranu ale stále potřebuje zvýšenou zdravotní péči.

„My tady toho člověka zachráníme, odléčíme, ale už ho dál nemůžeme držet v nemocnici, protože to lůžko patří vážně nemocnému člověku. A my potřebujeme nějakou službu, která nám toho člověka převezme v jakémkoliv stavu.“ (Sociální oddělení, nemocnice)

Některé neziskové organizace a jejich služby se snaží tuto mezeru vyplnit (azylové domy, denní centra), nejedná se ale o systémové řešení a tato zařízení se potýkají s kapacitními

nedostatky. Jednou z bariér je také požadavek na předložení dokladu o bezinfekčnosti, bez něhož nelze osobu bez domova přijmout do pobytové sociální služby. Dle §91 zákona o sociálních službách je „osoba povinná před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu“ (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

„Jsou potřeba zařízení pro ty, co potřebují ošetrovatelskou péči akutně, teď jsou po operaci nebo teď přišli o nohy. A reálně si myslím, že by takové zařízení stačilo jedno na kraj.“ (Oblastní ředitelka, NNO)

Osoby bez domova pak čelí zacyklení, při kterém dochází k narušení kontinuity léčby a k opětovnému zhoršení jejich zdravotního stavu.

„Ta následná péče je obecně problém našeho zdravotnictví. A na té ulici je velké riziko nějaké infekce nebo zhoršení stavu u těch lidí, co odejdou z té hospitalizace, a to se děje fakt pravidelně, že mi přijde někdo, donese zprávu z nemocnice týden zpátky a je fakt v hrozném stavu, má rozšířenou infekci a já nechápu, jak ho mohli pustit z té nemocnice. Když prostě člověka po nějakém takovém výkonu pustíte na ulici, tak on tam okamžitě něco chytne a strašně se to zhorší. A přijde mi, že je to jednak škoda peněz, že to, co se vlastně udělalo, se zhorší a já s tím nemám vlastně co dělat, protože je to na to poslat ho zpátky do nemocnice.“ (Studentka lékařské fakulty)

Absenci návazné péče reflektuje také *Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020*, dle které chybí nástroje a kapacity vhodné pro výkon akutní nízkoprahové lůžkové péče či navazující zdravotní péče s návazností na sociální práci v terénu. Koncepce z roku 2013 navrhuje vytvoření krátkodobých nízkoprahových pobytových služeb pro lidi, kteří nemají možnost doléčení (MPSV, 2013). Ačkoli se jedná o strategický dokument vytvořený před více než deseti lety, **problém návazné péče je stále aktuální a volá po řešení.**

8. Poskytování zdravotní péče na ulici

Pouliční medicína představuje specifický model zdravotní péče zaměřený na osoby žijící v extrémně nestabilních podmínkách, především na ulici. Její hlavní princip spočívá v **aktivním vyhledávání pacientů** a poskytování lékařské pomoci přímo v prostředí, kde se tyto lidé nacházejí – ať už na ulici či v nouzových přístřešcích. Cílem pouliční medicíny **není nahrazovat primární zdravotní péči** poskytovanou praktickými lékaři či specialisty, jako jsou gynekologové nebo psychiatři, ale spíše ji doplňovat a usnadnit propojení těchto zranitelných skupin se standardním zdravotnickým systémem. V tomto smyslu **funguje podobně jako domácí zdravotní péče** – poskytuje základní ošetření akutních i chronických onemocnění, distribuuje nezbytné léky, nabízí poradenství a pomáhá pacientům orientovat se v systému zdravotní péče (Withers, 2020).

V **zahraničí** již několik projektů Street Medicine funguje (USA, Německo). Například ve státu Georgia, USA je do poskytování terénní zdravotní péče zapojen **multidisciplinární tým** zahrnující interní lékaře, psychiatra, registrované sestry, peer specialistu a studentské dobrovolníky. Tento tým vyjíždí do terénu uzpůsobenou dodávkou a poskytuje zdravotní péči přímo v místech, kde se vyskytují osoby bez domova. Jeho cílem je zvýšení dostupnosti zdravotní péče pro osoby bez domova tím, že se snižují bariéry, které lidem brání ve využití standardní zdravotní péče (Ariel, 2017).

Možnostem zlepšení a zpřístupnění zdravotní péče pro osoby bez domova v Česku se zabývalo v několika koncepčních materiálech Ministerstvo práce a sociálních věcí, zvýšení dostupnosti zdravotní péče se věnovalo také Ministerstvo zdravotnictví. V *Koncepci prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020* navrhuje MPSV do systému zdravotní péče pro lidi bez domova **zahrnout také terénní zdravotní péči** (tzv. Street Medicine): „Význam základního ošetření v terénu spočívá ve snižování nákladů na zdravotní péči, klienti jsou motivováni k ošetření v raném stádiu onemocnění, eliminuje se tak riziko rozvoje závažných stavů“ (MPSV, 2013, s. 31).

Z analýzy však vyplývá, že **terénní zdravotní péče může být zaměřená i na další cílové skupiny**, nejen osoby bez přístřeší. Oslovení participantů zmiňují potřebnost tohoto typu péče pro **osoby žijící ve vyloučených lokalitách** a pro **osoby užívající návykové látky**. Rovněž u těchto osob je podle nich dostupnost zdravotní péče omezená a je potřeba poskytovat jim nízkoprahové zdravotní služby.

8.1 Bariéry při poskytování pouliční medicíny

8.1.1 Legislativní bariéry

Zákonná omezení pro poskytování zdravotních služeb mimo zdravotnická zařízení představují významnou bariéru. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách stanovuje, že zdravotní služby mohou být poskytovány pouze ve zdravotnických zařízeních v místech uvedených v oprávnění, pokud není stanoveno jinak (Chmelařová & Neumannová, 2022). **Zákon o zdravotních službách v současnosti tedy neumožňuje v praxi poskytovat zdravotní péči v terénu** (převazy, ošetření ran, aplikace léků atd.), což zásadně omezuje rozsah zdravotních úkonů, které mohou být v rámci pouliční medicíny prováděny (MPSV, 2015; Latečková et al., 2022).

Legislativní překážky vnímají také oslovení participantů zajišťující zdravotní a sociální služby pro osoby bez domova. Zmiňují **limity ve své práci**, kdy i přes to, že cítí potřebu ošetřovat pacienty také v terénu, **mají kvůli legislativě svázané ruce**. Dle současné legislativy mohou pouze asistovat či edukovat, nikoli provádět samotná ošetření v terénu.

„Není to nijak nastaveno a ukotveno v tom legislativním rámci. My podle zákona můžeme jenom asistovat při tom ošetřování, takže podle zákona bychom jim mohli podat pinzety, podat jim obvazy a materiály, ale oni už by to museli udělat celé sami.“ (Studentka lékařské fakulty)

Klíčovou část právní úpravy **zdravotní péče poskytované mimo zdravotnická zařízení** v České republice tvoří v podstatě jediný paragraf – § 11a Zákona o zdravotních službách, nazvaný *Poskytování preventivní péče mimo zdravotnické zařízení*. Toto ustanovení je však poměrně strohé: „Mimo zdravotnické zařízení mohou být poskytovány zdravotní výkony v rámci **preventivní péče** zaměřené na předcházení onemocnění a jeho včasné rozpoznání, a to **na základě povolení** uděleného krajským úřadem“ a vyplývají z něj dvě zásadní podmínky – omezení na preventivní péči a nutnost získat povolení.

Podmínka poskytování zdravotní péče mimo zdravotnická zařízení pouze jako preventivní péče je značně omezující. Preventivní péče je v § 5 odst. 2 písm. a) Zákona o zdravotních službách definována jako: *„péče, jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku.“* Toto omezení může v praxi vést k situacím, kdy se

na poskytovatele obrací osoby, které z jakýchkoliv důvodů odmítají navštěvovat zdravotnická zařízení, ale jejichž zdravotní stav vyžaduje více než jen preventivní péči. V takových případech se **může jednat pouze nezávažné zdravotní problémy**, ovšem i poměrně **základní ošetření „v terénu“ lze** za současného stavu **považovat za v rozporu s právem**.

Pro poskytování zdravotní péče mimo zdravotnická zařízení je nutné získat **povolení**, které je možné získat pouze od příslušného krajského úřadu, k jeho udělení je ovšem zapotřebí také souhlasné závazné stanovisko krajské hygienické stanice. Řízení o povolení je tedy dvouinstanční. Z hlediska formálních náležitostí jsou na žádost kromě obecných náležitostí stanovených správním řádem kladeny zvláštní náležitosti stanovené v § 11a odst. 5 Zákona o zdravotních službách. Jedná se o **identifikační údaje poskytovatele, vymezení činnosti**, které budou poskytovány mimo zdravotnické zařízení, **místo**, kde budou zdravotní výkony poskytovány mimo zdravotnické zařízení, a **dobu**, na kterou má být povolení uděleno, určenou konkrétním dnem a časem.

V praxi se jako nejproblematičtější ukázalo především **určování místa a doby poskytování péče**, na což Ministerstvo zdravotnictví reagovalo stanoviskem č.j. MZDR 4229/2019-3/PRO ze dne 12.3.2019 (dále jen „stanovisko MZDR“). Podle ministerstva je nezbytné určit místo poskytování péče co nejkonkrétněji – nestačí pouze uvést kraj nebo město. Žadatel by měl **přesně označit** například konkrétní náměstí, park nebo jiné veřejné prostranství, potažmo více míst, kde má být péče poskytována. Takové **vymezení pro poskytování lékařské péče lidem bez domova není vhodné**, protože není možné určit dopředu, kde a v jaký čas se bude osoba bez domova pohybovat.

Pokud jde o **dobu platnosti povolení**, Ministerstvo zdravotnictví uvádí, že v případě kratšího úseku je nutné určit konkrétní data, kdy bude péče poskytována. Nicméně dále uvádí, že stejný požadavek se uplatňuje i v případě delšího období (týden až rok), kdy je taktéž nutné uvést **konkrétní data a úseky**, v opačném případě by dle ministerstva došlo k vzniku vady nepřezkoumatelnosti rozhodnutí. Také tato podmínka je **omezující**, pokud má poskytovatel v úmyslu péči poskytovat dlouhodobě.

Další podmínkou k získání povolení je, že žadatel musí mít **oprávnění k poskytování zdravotních služeb**. Pokud toto oprávnění nemá, žádost bude zamítnuta. V případě, že žadatel o oprávnění po získání povolení přijde, povolení zaniká ze zákona (*ex lege*). V kontextu této analýzy je však zásadní, že **oprávnění nelze získat bez vazby**

na konkrétní zdravotnické zařízení. Zde lze spatřovat zásadní svázanost lékařských i nelékařských pracovníků, kteří chtějí poskytovat zdravotní služby mimo zdravotnická zařízení, jelikož musí nejdříve mít uživatelské právo ke zdravotnickému zařízení²⁶, a teprve poté může zahájit dvouinstanční proces žádosti o povolení zmíněný výše.

Zákon o zdravotních službách v § 11a a § 11b tedy sice umožňuje poskytování omezených zdravotnických služeb i na veřejných prostranstvích, avšak **v kontextu péče poskytované osobám bez domova jsou tyto nástroje zcela nedostatečné.**

Nedostačující pro realizaci pouliční medicíny je také vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Podle § 66b je **možné poskytovat zdravotní péči prostřednictvím všeobecných sester mimo zdravotnická zařízení**, jedná se ale o sestry pro domácí a hospicovou péči, která by měla být vykonávána ve **vlastním sociálním prostředí pacienta** nebo ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče, kde je poskytována paliativní péče. Sestra pak v tomto případě může samostatně provádět určitou zdravotní péči. Pro účely Street Medicine by bylo nutné do definice „vlastního sociálního prostředí pacienta“ **zahrnout také prostředí, ve kterém se osoby bez domova skutečně vyskytují** (ulice, squaty, stany, přístřešky apod.). Sesterská zdravotní péče má ale pro poskytování pouliční medicíny významný potenciál.

Na **nedostatečnou definici vlastního sociálního prostředí pacienta** poukazují také oslovení partipanti, pro něž jsou legislativní překážky jednou z nejvýznamnějších bariér poskytování terénní zdravotní péče.

„Nemáme oporu v té legislativě a v té zákonnosti, jak vlastně na ulici se dá, nebo nedá poskytovat zdravotní péče. My nemáme problém s tou naší odborností, ale spíš máme ten handicap právní, co je a co není sociální prostředí dotyčné osoby. Tam často narážíme, protože za sociální prostředí dané osoby je považováno spíš něco se čtyřmi stěnami, nikoli nějaké podmostí, nebo klient, který přespává v odpadcích.“ (Terénní pracovník, NNO)

8.1.2 Finanční bariéry

Pouliční medicína v pravém slova smyslu není v České republice poskytována, zejména z důvodu zmíněných legislativních bariér. Určitá zdravotní ošetření v terénu probíhají

²⁶ ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš; ŠIROKÁ, Lucie; ŠOLC, Martin a kolektiv. Zákon o zdravotních službách: komentář. Komentáře Wolters Kluwer. Praha: Wolters Kluwer, 2024. ISBN 978-80-7676-999-1.

v několika městech ČR, nejsou však systematická a chybí zde koordinace. Provádějí je sociální pracovníci se zdravotnickým kurzem, studenti medicíny či zdravotní sestry. Nejedná se ale o zdravotní péči, pouze o **odborné konzultace a asistence**. „Zdravotní péči může poskytovat pouze poskytovatel zdravotních služeb dle zák. č. 372/2011 Sb. Poskytovatel sociálních služeb se při splnění podmínek může zaregistrovat i jako poskytovatel zdravotních služeb (tím může být i jeden zdravotník, který bude docházet do terénu), zdravotní pojišťovna, která garantuje dostupnost zdravotní péče, s ním však nemusí uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb.“ (MPSV, 2013). Podobně je to i u samotných poskytovatelů zdravotních služeb – není automatické, že s nimi zdravotní pojišťovna uzavře smlouvu.

S tím samozřejmě souvisí také **finanční bariéry**, jelikož v takovém případě nebude možné ošetrovatelské úkony proplácet z pojištění. Projekty Street Medicine nemají stálé finanční zajištění, financování těchto projektů se opírá o dotace, granty, fundraising a dary (např. Chmelařová & Neumannová, 2022). Oslovení participantů poukazují na fakt, že **poskytování pouliční medicíny nelze vykázat na zdravotní pojišťovnu**, tudíž je financování projektů komplikované a nestabilní.

„I kdybychom měli nějakého ochotného lékaře, který má svoji ordinaci a chtěl by vyjít do ulic a tam poskytovat tu péči, tak on si ji nemůže vykázat. Což je hrozná bariéra, protože on to bude dělat v podstatě zadarmo a ztratí na tom hodně času.“ (Oblastní ředitel, nezisková organizace)

„Nám by pomohla nějaká trvalá podpora, ze které by se třeba daly platit i ty finanční výkyvy. Což by byly třeba pojišťovny. Jenže pojišťovny nedostaneme, protože máme zhruba třetinu klientů nepojištěných, no a ten zbytek je relativně malé číslo. My pro tu pojišťovnu nejsme klient.“ (Oblastní ředitelka, NNO)

Nestabilní financování **omezuje dlouhodobou udržitelnost** terénních zdravotních služeb. Zároveň pak tyto služby mohou být poskytovány **méně často, než by bylo potřeba**: *„Nemáme ty úvazky, nemůžeme jezdit do terénu každý den, nám ty peníze, které máme, vychází na to, abychom chodili ob den.“* (Oblastní ředitelka, NNO)

8.1.3 Personální limity

Jedním z významných problémů, na který participantů výzkumu upozorňují, je **nedostatek kvalifikovaného personálu** ochotného se věnovat pouliční medicíně:

„Dost velký problém je zajistit ten odborný personál. Nějaká vůbec jako ochota těch lékařů jít pracovat do těchto služeb.“ (Oblastní ředitel, NNO)

Chybí nejen lékaři, ale i všeobecné sestry, které by byly motivované dlouhodobě pracovat v tomto náročném prostředí. Terénní zdravotní péče klade na zdravotníky specifické požadavky – vyžaduje nejen odborné znalosti, ale i vysokou míru empatie, psychické odolnosti a schopnosti adaptace na nepředvídatelné situace. Nejisté financování zároveň neumožňuje zajistit pracovníkům adekvátní mzdové ohodnocení.

8.2 Přínosy poskytování pouliční medicíny

Poskytování pouliční medicíny přímo v místech, kde se osoby bez domova vyskytují, je klíčové. Pouliční medicína **překonává bariéry**, které cílové skupině brání ve využití standardní zdravotní péče, jako je nedostatek financí, nemožnost cestování, nedůvěra ve zdravotnický systém, chybějící doklady či stigma (Barták, 2012; MPSV, 2015). Tím, že se péče dostane přímo do míst, kde osoby bez domova žijí, **se snižuje zátěž pro tyto osoby** spojená s cestováním a orientací ve zdravotním systému a odstraňují se četné ekonomické a strukturální bariéry, které brání lidem bez domova ve vyhledání tradiční zdravotní péče (Stefanowicz et al., 2021; Kaufman et al., 2024). Street medicine **aktivně vyhledává a oslovuje** osoby bez domova v jejich přirozeném prostředí – na ulici, ve squatech, pod mosty, ve stanech a podobně. V tomto se pouliční medicína odlišuje od dalších sociálních či zdravotních služeb, které mají buď příliš vysoký práh nebo nemají kompetence k provádění zdravotnických úkonů.

„(...) Ale prostě jsou lidi, který ani do toho nízkoprahového zdravotního centra nedostanete. A tam si myslím, že má velký význam ta pouliční medicína, protože říkám, vy ho tam nedostanete a pak ho přiveze rychlá v úplně příšerném stavu tady do nemocnice, kdy už je to fakt jako fatální.“ (Sociální oddělení, nemocnice)

Ukazuje se, že dochází také ke **zlepšení provázanosti sociálních a zdravotních služeb**. Pokud klient navštíví nízkoprahovou ordinaci nebo se setká na ulici s poskytovatelem pouliční medicíny, často je mu doporučeno navázat spolupráci také s dalšími sociálními

službami. Ošetřující pracovníci (lékaři, zdravotní sestry) často spolupracují se sociálními pracovníky, kteří mají místní terénní znalost toho, kde se osoby bez domova nachází a v jakou denní dobu je vhodné se s nimi setkat. **Multidisciplinární týmy** jsou pro poskytování pouliční medicíny klíčové (viz např. Withers, 2020; Stefanowicz et al., 2021; Jestřáb, 2023 a další). Kromě spolupráce zdravotníků se sociálními pracovníky jsou pozitivně hodnoceny také spolupráce s pracovníky v komunitě (klíčové osoby, které mají samy zkušenost s bezdomovectvím), jejichž přínos autoři studie vidí především v budování důvěry cílové skupiny (Kaufman et al., 2024).

Poskytování pouliční medicíny pro osoby bez domova má také **pozitivní ekonomický vliv na zdravotnický systém**. Díky těmto službám se snížil počet návštěv pohotovostí a výjezdů zdravotnické záchranné služby, což vede k významným finančním úsporám. Například v USA se snížil díky službám Street Medicine počet návštěv pohotovostí až o 75 % a počet hospitalizací o 66 % (Malone, 2020; Kaufman et al., 2024). Zkušenost z Pensylvánie ukazuje, že po zavedení programu Street Medicine došlo k poklesu návštěv pohotovosti o 80 % mezi zapojenými osobami bez domova (Enich, 2023). Z dat dle studie Šimona, Latečkové a Potluky vyplývá, že díky specializované zdravotní péči pro osoby bez domova se měsíčně snížil počet hospitalizací o 43,5 %, snížil se rovněž počet výjezdů záchranné služby a počet návštěv pohotovosti až o 53 návštěv měsíčně (Šimon et al., 2024).

Zároveň pouliční medicína může zlepšit návaznost péče u pacientů propuštěných z nemocničních zařízení. Jak bylo zmíněno výše, osoby bez domova žijí v prostředí, které je silně nevyhovující pro následnou péči a často bývají propouštěni z nemocnic dříve než běžná populace, respektive stráví v nemocničním zařízení pouze nezbytně nutnou dobu. Pouliční medicína má **potenciál zvýšit udržení pacientů v následné péči** (Kaufman et al., 2024). Street medicine programy působí rovněž **preventivně**, čímž **odklánějí případy, které by jinak vyžadovaly zásah záchranné služby nebo pohotovost**.

Přínos pouliční medicíny je také v **prevenci závažných zdravotních stavů**. Díky včasné a průběžné zdravotní péči je možné předejít akutním stavům vyžadujícím hospitalizaci či šíření infekčních onemocnění (Šimon et al., 2024), což je přínosným dopadem nejen pro cílovou skupinu, ale také to přispívá k obecnému zlepšení populačního zdraví. Díky tomu, že se pacienti dostávají do systému v méně naléhavém zdravotním stavu, se snižuje

nákladnost jejich léčby. Péče je poskytována v nižších, levnějších úrovních systému místo nákladných akutních zásahů a hospitalizací.

Osoby bez domova si často nejsou vědomy svých práv a mohou mít pocit, že na zdravotní péči nemají nárok, což může být podporováno i argumentací zdravotnických zařízení o nehrazení pojištění. Zajištění zdravotní péče pro lidi bez domova **přímo na ulici** je pro ně jednodušší cesta – není nutné mít u sebe doklady či potvrzení o zdravotním pojištění. Navíc je jim díky multidisciplinárním týmům poskytnuto poradenství z různých odvětví (sociální, zdravotní, adiktologické aj.). Přínos již fungujících programů Street Medicine spočívá v tom, že poskytují cílové skupině poradenství a pomáhají budovat jejich důvěru ve zdravotnický systém (Ariel, 2007).

Studie *Beyond Brick and Mortar: The Rise of Street Medicine* zdůrazňuje význam zdravotní péče v procesu sociálního začleňování osob bez domova. Dostupnost těchto služeb nejen zlepšuje jejich zdravotní stav, ale také **usnadňuje přechod do stabilního bydlení**. Lidé, kteří mají pravidelný přístup ke zdravotní péči, se podle této studie častěji zapojují do programů sociálního bydlení a jejich cesta z nestabilního do stabilního prostředí bývá rychlejší než u těch, kteří zdravotní péči zajištěnou nemají. Poskytování zdravotní péče prostřednictvím pouliční medicíny může také pomoci překonávat bariéry, jako neřešené fyzické a duševní zdravotní problémy osob bez domova, které brání v získání a udržení stabilního bydlení (Narayan et al., 2024).

Pouliční medicína tak může sehrát klíčovou roli nejen v oblasti veřejného zdraví, ale i v širších strategiích boje proti bezdomovectví. Podporuje kontinuální kontakt se zdravotníky, což posiluje důvěru v systém zdravotní péče, zvyšuje pravděpodobnost dlouhodobého dodržování léčby a pomáhá stabilizovat celkovou životní situaci osob bez domova. Výsledkem je nejen zlepšení zdravotního stavu jednotlivců, ale i snížení ekonomické zátěže zdravotnického systému.

9. Příklady dobrých praxí: poskytování zdravotní péče osobám bez domova v ČR

Následující kapitola představuje klíčové realizátory zaštiťující zdravotní péči pro osoby bez domova nebo v nestandardním bydlení, jejichž projekty mohou sloužit jako ukázka dobré praxe. Jedná se o jednotlivé projekty, které nejsou systémově zakotvené a v Česku chybí jejich významnější rozšíření.

Spolek **Medici na ulici** je dobrovolný spolek, který sdružuje studenty lékařských fakult, kteří se zaměřují na zdravotní pomoc osobám bez domova. Studenti často spolupracují se sociálními pracovníky z dalších nízkoprahových organizací a zajišťují provoz nízkoprahových ošetřoven nebo vyrážejí do terénu. Jejich zdravotní pomoc se soustředí na asistenci při základních ošetřeních akutních a chronických ran, konzultace ohledně zdravotního stavu a pomoc při organizaci potřebné péče (např. nasměrování k lékaři). Medici na ulici působí v několika městech ČR, a to v Praze, Brně, Plzni, Olomouci, Hradci Králové a Ostravě.

Medici na ulici často spolupracují i s jinými organizacemi, například v Praze s Armádou spásy, církevní komunitou Sant'Egidio a organizací Naděje. V Brně do konce roku 2024 spolupracovali s Podanýma rukama, od roku 2025 mají vlastní ošetřovnu. V tomto městě ale nadále spolupracují s církevní komunitou Sant'Egidio. V Ostravě spolupracují v koordinaci s Armádou spásy a Food not Bombs. Financování spolku je zajišťováno především z darů dobrovolníků a charitativních sbírek, nejedná se tedy o stabilní financování.

Medici na ulici mají vybudovanou silnou členskou základnu, své aktivity však provozují pouze v univerzitních městech. Zároveň dle platné legislativy nemohou provádět ošetření jako takové, ale pouze jeho asistenci.

Medici na ulici úzce spolupracují s **Armádou spásy**, společně v Praze vytvořili multidisciplinární tým zaměřený na Street Medicine, který poskytuje zdravotní péči lidem bez domova. Hlavními činnostmi Armády spásy v oblasti zdravotně-sociálního pomezí je provoz ošetřoven v denních centrech pro osoby bez domova a provoz ordinace praktického lékaře v Praze a Ostravě. V ordinacích pro lidi bez domova je poskytována zdravotní péče také lidem bez dokladů či bez zdravotního pojištění. Streetwork aktivity Armády spásy vychází z předpokladu, že zdravotní péče by měla být dostupná všem

a uzpůsobená reálným životním podmínkám, terénní pracovníci asistují osobám bez domova při ošetřování. Armáda spásy na základě svého programu vytvořila v roce 2017 metodiku *Průvodce pouliční medicínou*, která se zakládá na myšlenkách Jima Whitherse, zakladatele Street Medicine. Tato metodika slouží nejen jako průvodce, ale také ukazuje dobré praxe v tomto odvětví.

Projekt **Street medicine** fungující v Plzni má pod záštitou **Český červený kříž**. Tento projekt je podporován městem Plzeň a dalšími granty a nadacemi, spolupracuje také s městskou policií, Charitou a dalšími organizacemi. Do terénu vyjíždějí zdravotní sestry s řidiči sanitního vozu a dobrovolníci Českého červeného kříže a navštěvují klienty přímo v místě, kde žijí. Nejčastěji řeší stavy po amputacích (po omrzlinách), bércové vředy, nezahojené rány, cukrovku či vysoký tlak. Výjezdy týmu mohou být na žádost policie nebo záchranné služby, od kterých si Street medicine tým klienty přebírá a poskytuje jim potřebnou zdravotní pomoc. Zdravotní sestry také klientům nabízí doprovody k lékařům a zlepšení hygieny, k dispozici jsou sprchy diecézní charity. Kromě výjezdů chodí zdravotní sestry také do terénu pěšky a vyhledávají osoby, které potřebují pomoc. Tento projekt je v České republice výjimečný, nejvíce se podobá zahraničním konceptům Street Medicine a mohl by být inspirací pro budoucí zavedení terénní zdravotní péče.

Od roku 2024 v **Kraji Vysočina** funguje **pozice sociálního doktora** v rámci projektu *Rozvoj a podpora procesů pro zkvalitnění poskytování služeb sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina*. Doktor působí ve Žďáru nad Sázavou, v Jihlavě a Havlíčkově Brodu. Pacienti musí být registrováni u zdravotní pojišťovny a pokud tomu tak není, v ordinaci sociálního doktora je registraci možné udělat. Ošetření a zdravotní úkony sociálního doktora musí totiž být hrazené ze zdravotního pojištění. Pozice sociálního doktora je ve jmenovaných městech v současné době v pilotním programu. Cílem této služby je poskytnout zdravotní péči lidem, kteří běžně k doktorovi nedochází nebo nejsou u praktického lékaře registrovaní. Mezi cílové skupiny patří klienti sociálních služeb bydlící v azylových domech nebo na ubytovnách, osoby užívající návykové látky, osoby bez domova. Pozici sociálního doktora zajišťuje město, konkrétně sociální odbor, který spolupracuje se Sociálními službami města Žďár nad Sázavou. Prvotní kontakt s klienty probíhá na azylové ubytovně, kde je jim poskytnuto ošacení a hygiena. Následně je možné se objednat k sociálnímu doktorovi, klientům je nabídnut doprovod. Sociální doktor nedisponuje speciálně vyhrazenou ordinací, v rámci své ordinace na poliklinice má vyhrazený čas, kdy se stará o sociálně vyloučené pacienty.

Ordinaci pro osoby bez domova provozuje také nezisková organizace **Naděje**, a to v Praze. Služby ordinace může využít osoba bez domova starší 18 let, k dispozici je praktický lékař, stomatolog a gynekolog. Praktický lékař ordinuje denně, návštěvu u specialistů je nutné předem domluvit. Ordinace má uzavřené smlouvy s pojišťovnami, pokud je tedy pacient registrován u jedné z pojišťoven, zdravotní úkony nemusí hradit. Ordinace spolupracuje se sociálními pracovníky Naděje, kteří mohou své klienty na ordinaci odkazovat. Naděje má také tým terénních pracovníků, kteří poskytují pomoc při ošetření přímo v terénu.

Asistenci při běžných lékařských ošetřeních poskytují lidem bez domova také sociální služby, azylové domy, denní centra, noclehárny a některé terénní služby. Sociální pracovníci bez zdravotnických pracovníků ale nejsou podle zákona (Zákon o zdravotních službách, § 11) oprávněni poskytovat zdravotní péči.

10. Návrhy a doporučení

V této kapitole předkládáme návrhy a doporučení, které jsou důležité pro zpřístupnění a následné fungování terénní zdravotní péče. Pro zpřístupnění této služby jsou zásadní systémové a legislativní kroky (uvedené v podkapitole 10.1), na které následně v podkapitole 10.2 navazují kroky pomocné a organizační. K efektivnímu začlenění služeb Street Medicine je však příhodné zohlednit, pokud možno, všechny předložené návrhy a doporučení. Návrhy a doporučení jsou výstupem analýzy odborné literatury a analýzy polostrukturovaných rozhovorů s klíčovými aktéry.

10.1 Legislativní návrhy a doporučení

Stávající právní rámec není v kontextu poskytování zdravotní péče osobám bez domova ideálně nastaven a má značné mezery. Z uvedených mezinárodních smluv (kap. Legislativní ukotvení problematiky) vyplývají pro Českou republiku závazky, které je nutné naplňovat. Je proto namístě zvážit legislativní úpravy, které by umožnily poskytování efektivní, dostupné a kvalitní péče i mimo tradiční zdravotnická zařízení pro cílovou skupinu osob bez domova, případně pro další osoby v nestabilním bydlení.

10.1.1 Komplexní právní úprava

Nabízí se přijetí komplexní právní úpravy, která by výše popsany **koncept Street Medicine definovala, popsala a ukotvila**. Tato právní úprava by obsahovala detailní vymezení kým, komu a za jakých podmínek lze zdravotní péči na ulici poskytovat. Zákodárce by se měl zaměřit především na popsané nedostatky a rovněž na vyjádřené potřeby zainteresovaných aktérů (samotných osob bez domova, odborníků, organizací na tomto poli působících atd.). V tomto případě lze vycházet z výše uvedených návrhů a doporučení.

Varianta komplexní právní úpravy má výhodu spočívající ve srozumitelnosti a tím větší přístupnosti právní úpravy pro jednotlivé aktéry. Komplexní úprava **může vyřešit aktuální roztržičnost ustanovení a nepřehlednost právní úpravy**. Nevýhodou je vynětí specifické problematiky z *lex generalis* a její úpravu v *lex specialis*, což je krok, který zasahuje do vnitřní integrity právní úpravy. Navzdory tomuto riziku převažuje pozitivum ve smyslu přístupnosti speciální právní normy pro všechny aktéry.

Současně doporučujeme, aby v rámci legislativního procesu byla vypracována komparativní analýza zahraniční právní úpravy Street Medicine za účelem zjištění dobré praxe.

10.1.2 Možná změna stávajících právních norem

Další možností je úprava stávajících právních norem. Výhodou je zachování integrity existujícího právního rámce. Nevýhodou je umocnění menší míry přístupnosti a posílení nepřehlednosti. Nicméně, návrhy změn stávající právní úpravy rozlišujeme na minimalistické a maximalistické. Výhoda minimalistické varianty je jednoduchost zásahu. Nevýhoda je nejistota, jestli minimalistická varianta skutečně přinese zamýšlené důsledky v celku.

Minimalistická varianta

Minimalistická varianta by znamenala doplnění pojmu „**vlastní sociální prostředí pacienta**“ podle § 11 odst. 5 písm. d) Zákona o zdravotních službách. Pojem vlastní sociální prostředí pacienta se může interpretovat metodickým pokynem, jenž by vymezil, co spadá pod demonstrativní výčet prostředí nahrazující domácí prostředí anebo, a to je vhodnější varianta z důvodu právní síly a závaznosti pro aktéry, doplnit výslovně § 4 odst. 3 zákona o zdravotních službách o vnější prostředí. Konkrétně je možné doplnit:

(3) Vlastním sociálním prostředím pacienta se pro účely tohoto zákona rozumí domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb⁹⁾, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, školy a školská zařízení zapsaná do rejstříku škol a školských zařízení, s výjimkou zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, školských poradenských zařízení a zařízení školního stravování, nebo jiná obdobná zařízení, věznice pro výkon vazby a výkon trestu odnětí svobody, ústavy pro výkon zabezpečovací detence, zařízení pro zajištění cizinců¹⁰⁾ a azylové zařízení¹¹⁾ nebo i vnější prostředí, kde se pacient zdržuje.

Maximalistická varianta

Maximalistická varianta by znamenala jednak přijetí výše zmíněné úpravy § 4 odst. 3 Zákona o zdravotních službách, jednak zároveň komplexnější změnu § 11a Zákona o zdravotních službách, a to s plným uznáním specifického účelu novelizace. Maximalistická varianta je výhodná z toho důvodu, že řeší problematiku komplexně, a to současně i se změnami navrženými níže (doporučující kroky), a s cílem naplnění účelu v praxi. Výhodou je i zrealnění rozsahu § 11a Zákona o zdravotních službách (řešení toho, že *de facto* je mimo zařízení poskytována i diagnostická zdravotní péče). Nevýhodou je razantnější zásah do Zákona o zdravotních službách, včetně zásahu do restriktivní logiky § 11a Zákona o zdravotních službách. Jinak řečeno, jde o rekonceptualizaci filosofie § 11a Zákona o zdravotních službách. Konkrétně, aby zdravotnický personál mohl mimo zdravotnické zařízení poskytnout různé druhy zdravotní péče, nikoliv pouze a jedinečně preventivní zdravotní péči. Možná realizace, doplnění účelu:

§ 11a odst. 1

Účelem poskytování zdravotních výkonů podle tohoto ustanovení je zajištění zdravotní péče pacientům v prostředí mimo zdravotnické zařízení.

Dále otevření § 11a zákona o zdravotních službách tak, aby zákon neomezoval poskytování druhů zdravotní péče mimo zdravotnická zařízení. Možností je nedefinovat rámec konkrétního druhu péče v ustanovení § 11a odst. 1 zákona o zdravotních službách a ponechat vymezení na povolení. Například:

Mimo zdravotnické zařízení mohou být poskytovány zdravotní výkony na základě povolení uděleného krajským úřadem.

Při nastavení možných hranic zdravotních služeb takto zajišťovaných doporučujeme vzít v potaz výše představené zkušenosti, tedy zohlednit, s jakými konkrétními zdravotními problémy se lékařský personál „na ulici“ nejčastěji setkává, případně dále konzultovat s odborníky/neziskovými organizacemi. Zcela jistě by se mělo jednat o takové výkony, které by umožňovaly ošetření „běžnějších“ poranění, jako jsou řezné rány, popáleniny, pohmožděniny apod. a lékařská vyšetření, která lze provést bez nutnosti specifického zázemí.

S ohledem na výše uvedené je nezbytné adekvátně **upravit proces získávání povolení k poskytování péče** v terénu. Nutnost přesného časového a místního vymezení je pro potenciální poskytovatele, kteří chtějí Street Medicine dlouhodobě praktikovat, výrazně omezující. Je doporučeno ustanovení § 11a odst. 5 (po doplnění účelu § 11a odst. 6) definovat jako ustanovení demonstrativní a metodickým pokynem vymezit význam slova zejména a pojmenovat situace, kdy se nevyžaduje místo a doba, resp. že je postačující vymezení místa široce a neurčitě, stejně jako doby. Tedy:

„(5) Žádost o udělení povolení kromě náležitostí stanovených správním řádem obsahuje zejména

- a) identifikační údaje poskytovatele v rozsahu uvedeném v rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb,
- b) vymezení činností, které budou poskytovány mimo zdravotnické zařízení,
- c) místo, kde budou zdravotní výkony poskytovány mimo zdravotnické zařízení,
- d) dobu, na kterou má být povolení uděleno, určenou konkrétním datem.“

Doporučují kroky

Zavést specifické **signální zdravotní výkony** pro poskytování péče osobám bez domova „v terénu“. Na základě těchto signálních výkonů bonifikovat práci poskytovatelů zdravotních služeb a celkově bonifikovat ty poskytovatele, kteří se na poskytování zdravotních služeb osobám bez domova specializují.

Prizpůsobit a konkretizovat **hygienické požadavky** a rozsah vedení **zdravotnické dokumentace** (dílčí povinnosti poskytovatelů).

Zde je nutné mít na paměti, že osoby bez domova v naprosté většině případů z různých důvodů nejsou registrovány u praktického lékaře. Tento bod tedy nabízí jistě vítané zjednodušení pro aktivní praktické lékaře, ovšem nepřináší komplexní řešení.

Dále je vhodné rozšířit výčet zařízení umožňujících **kombinované poskytování sociálních a zdravotních sužeb** v § 36 zákona o sociálních službách, aby zahrnoval také sociální zařízení, která využívají osoby bez domova (tedy např. noclehárny, azylové domy a nízkoprahová zařízení).

Rozšířit odbornost sester ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o novou odbornost „**sestra pro terénní péči**“ která by reflektovala reálné potřeby terénní praxe a vycházela z modelu samostatně pracujících sester dle § 66b. této vyhlášky. Odbornost by se zaměřovala především na:

- a. ošetřování chronických i akutních ran v terénních podmínkách, včetně moderních metod hojení a práce s infekčními riziky,
- b. základní orientaci v oblasti duševního zdraví, krizových stavech a práci s lidmi se závislostmi,
- c. spolupráci se sítí sociálních služeb, doprovázení klientů, zajišťování návaznosti,
- d. rozvinuté edukační kompetence pro předávání informací o zdravotním stavu, prevenci a hygieně,
- e. samostatnou práci v nestandardních podmínkách (ulice, squaty, noclehárny apod.) bez přímého dohledu lékaře.

Doporučujeme tuto odbornost legislativně ukotvit a zároveň umožnit její činnost v rámci nově definovaných terénních zdravotních služeb.

V neposlední řadě je třeba, aby péče poskytovaná v rámci konceptu Street Medicine byla **finančně dostupná**, což v případě osob bez domova prakticky znamená bezplatná. Je tedy na místě zahrnout tuto péči do systému veřejného zdravotního pojištění (a to nejen lékařské výkony, ale také nelékařské výkony v terénu). Současně je na místě případně umožnit jiný způsob financování pro osoby, které účastníky veřejného zdravotního pojištění nejsou.

Domníváme se, že k účelnému a efektivnímu začlenění konceptu Street Medicine do českého právního řádu je nutné postupně přistoupit ke všem těmto krokům.

Zmíněné zákony a vyhlášky jsou podrobně popsány a analyzovány v kapitole *Legislativní ukotvení problematiky*.

NÁVRHY PRÁVNÍCH ÚPRAV

Rozšíření § 11a zákona
o zdravotních službách o další
druhy péče

Zahrnutí prostředí na ulici
pod „prostředí nahrazující
domácí prostředí pacienta“

Rozšíření výčtu zařízení pro
kombinované poskytování
sociálních a zdravotních služeb

Zahrnutí Street Medicine do
zákonu o veřejném pojištění

Rozšíření možnosti návštěvní
služby lékaře na "terén"

Rozšíření odbornosti ve
vyhlášce č. 55/2011 Sb.
na "sestra pro terénní péči"

Upravení procesu získávání
povolení k poskytování
péče v terénu

Přizpůsobení dodržování
hygienických podmínek

Přizpůsobení povinnosti
vedení zdravotnické
dokumentace

10.2 Organizační návrhy a doporučení

Na základě analýzy odborných studií a analýzy rozhovorů s klíčovými aktéry v oblasti zdravotní péče pro osoby bez domova předkládáme několik organizačních doporučení, které by mohly do budoucna přispět k zavedení Street Medicine do českého prostředí. Jedná se o pomocné kroky, které jsou však pro kvalitní fungování terénní zdravotní péče klíčové.

V řadě zemí, zejména v USA, ale také v některých evropských státech (např. Německo), již programy Street Medicine úspěšně fungují. Podle rozsáhlé přehledové studie Enicha a kol. (2023), která **analyzovala 110 programů Street Medicine z celého světa**, se tento model péče ukazuje jako velmi efektivní a všestranný nástroj pro zajištění zdravotní péče osobám bez přístřeší. Všechny zkoumané programy (100 %) poskytují přímou zdravotní péči přímo v terénu, tedy v prostředí, kde se lidé bez domova skutečně nacházejí. Většina z nich (87 %) se zaměřuje na akutní ošetření a urgentní zásahy, zatímco 45 % programů poskytuje specializovanou péči o rány a 46 % programů nabízí předepsání nebo distribuci potřebných léků. Významným rysem programů je mezioborová spolupráce – 66 % programů funguje na bázi multidisciplinárních týmů složených z lékařů, sester, sociálních pracovníků či peer specialistů. Zároveň 55 % programů aktivně zapojuje studenty zdravotnických oborů do výjezdů, čímž Street Medicine plní i vzdělávací funkci. Kromě samotné zdravotní péče se programy zaměřují i na tzv. *wraparound služby*, tedy komplexní doprovodnou podporu. Tři čtvrtiny programů (75 %) nabízejí také sociální práci – například pomoc se získáním dokladů, pojištění nebo zprostředkováním bydlení. Polovina všech programů rovněž propojuje pacienty se standardními zdravotnickými zařízeními, což podporuje kontinuitu péče (Enich et al., 2023). Těmito programy je tedy možné se inspirovat při zavádění Street Medicine v České republice.

10.2.1 Multidisciplinární týmy a koordinace

Součástí zavedení zdravotní péče poskytované na ulici by mělo být využívání **multidisciplinárních týmů**. Pouliční medicíny by se primárně měli účastnit lékaři, všeobecné sestry a sociální či terénní pracovníci. Důležitou součástí týmu Street Medicine by měli být také specialisté jako **adiktologové, psychologové a krizoví intervenenti**, kteří by mohli poskytnout další podporu a doporučení pro klienty, kteří čelí psychickým problémům. Participantů zmiňují velký přínos také v **zapojení studentů lékařských**

fakult, ošetrovatelství, adiktologie či zdravotnických věd, jimž zkušenosti z pouliční medicíny mohou pomoci rozvinout empatii a lepší komunikační dovednosti, což se následně odráží v jejich profesionálním chování. Signifikantní je také zapojení zdravotně-sociálních pracovníků.

Protože v reálných podmínkách je zdravotní péče často zajišťována primárně sestrami (např. samostatné hojení ran, ošetřování kůže, sledování zdravotního stavu, edukace), všeobecné sestry by měly mít v týmech Street Medicine zásadní roli.

Přínos pro cílovou skupinu vidí participanté především v **propojení zdravotních a sociálních pracovníků**, jejichž perspektivy se vzájemně doplňují. Terénní sociální pracovníci mají u klientů vybudovanou důvěru, ví, kde se nachází a mohou tam nasměrovat zdravotníky. Zároveň sociální pracovníci s klientem mohou probírat další problémy, jako například vyřízení dokladů, pomoc s hledáním bydlení či přihlášení se na Úřad práce. Ideální spolupráce mezi zdravotníky a sociálními pracovníky by měla zahrnovat **pravidelnou komunikaci a koordinaci**, například prostřednictvím společných setkání a síťování.

„Celkově mi přijde hrozně důležité to propojit, protože jak my děláme jednu tu zdravotní oblast a oni se dívají na toho člověka tak celkově a fakt si ho trasují, tak mi přijde, že to má opravdu velkou hodnotu.“ (Všeobecná sestra)

Pro efektivní fungování terénní zdravotní péče a pro zajištění návaznosti a bezpečnosti poskytovaných služeb je klíčová role **koordinátora týmu Street Medicine**. Koordinátor týmu by měl na starosti organizování výjezdů a plán péče, zajištění logistiky (vybavení, materiál, dokumentace), navazování komunikace s nemocnicemi, lékaři, sociálními službami, policií a městem a byl by prostředníkem mezi zdravotním a sociálním sektorem. V neposlední řadě by koordinátor zajišťoval financování a reporting směrem k donorům a institucím. Koordinátor týmu by měl mít samostatnou organizační a metodickou roli v rámci týmu Street Medicine a v případě systémového ukotvení by mělo být počítáno s pokrytím jeho mzdy (např. obdobně jako koordinátor služeb v oblasti duševního zdraví nebo terénních programů adiktologických služeb).

Spolupráce je důležitá nejen uvnitř týmu Street Medicine, ale také **s vnějšími organizacemi a institucemi**. Týmy pouliční medicíny by měly být navázány na městskou policii, místní nemocnice a zdravotnická zařízení. Mezi těmito subjekty by měla probíhat pravidelná komunikace.

10.2.2 Zapojení peerů z řad osob bez domova

Při poskytování pouliční medicíny mohou být velmi cenné zkušenosti bývalých či současných osob bez domova, které budou **navazovat kontakty, prohlubovat důvěru mezi cílovou skupinou a pracovníky a vnášet potřeby osob bez domova do programu** tak, aby byl přizpůsoben jejich potřebám.

Při poskytování terénní zdravotní péče mohou hrát velmi důležitou roli lidé, kteří mají přímou zkušenost s bezdomovectvím, ať už bývalou nebo současnou. Jejich zapojení do terénních týmů může výrazně přispět k efektivitě celé služby, zejména v oblasti navazování prvního kontaktu s klienty. Tito lidé mají díky své osobní zkušenosti **hlubší porozumění životní realitě na ulici** a mohou tak snadněji navázat vztah s těmi, kteří se nacházejí v podobné situaci. Zároveň působí jako **prostředníci** mezi odborným týmem a cílovou skupinou – mohou tlumočit potřeby a obavy lidí bez domova. Díky tomu mohou přispět k lepšímu nastavení programu tak, aby odpovídal skutečným potřebám a životním podmínkám cílové skupiny.

10.2.3 Zajištění mobility a zázemí

Při poskytování služeb pouliční medicíny je **zajištění mobility a adekvátního zázemí** zcela zásadní pro kvalitu a efektivitu péče. Mobilita, ideálně ve formě alespoň jedné sanitky nebo upraveného terénního vozu, umožňuje zdravotnickému týmu rychle **a flexibilně reagovat na aktuální potřeby v terénu**, dostat se i do odlehlějších nebo méně dostupných lokalit a přepravovat potřebné vybavení. Zároveň může sloužit i jako mobilní ošetřovna v případech, kdy není možné pacienty ošetřit přímo na ulici. Umožní rovněž poskytnout diagnostickou, ošetrovací a léčebnou péči ve standardních podmínkách včetně nutného přístrojového vybavení. V případě terénního vozidla je tedy nutné do týmu Street Medicine zapojit také řidiče.

Z hlediska dostupné legislativy by bylo možné **využít model dopravní zdravotní služby** (§ 2 odst. 2 písm. e) zákona č. 372/2011 o zdravotních službách). Tento model umožňuje úhradu přeprav pacienta za účelem poskytnutí zdravotní péče. V případě rozšíření definice nebo vytvoření specifického typu dopravní zdravotní služby pro terénní péči (např. „mobilní zdravotní tým“) by mohla být část nákladů na mobilitu hrazena zdravotními pojišťovnami.

Oslovení participantů na základě zkušeností zdůrazňovali také důležitost **zázemí**, kde by bylo možné zajistit standardní hygienické, provozní a technické podmínky, provádět odběry, menší lékařské zákroky a poskytnout pacientům například možnost osprchovat se před vyšetřením nebo zákrokem apod. Takové **stabilní zázemí** by bylo přínosné nejen pro pacienty, ale také pro zdravotnický personál, kterému poskytuje vhodné a bezpečné pracovní podmínky a klidnější prostředí pro výkon odborné péče.

V návaznosti na výzkumná zjištění se jeví jako vhodné **provázání Street Medicine s nízkoprahovými ordinacemi**, kdy by terénní zdravotní péče byla jednou z „odnoží“ těchto zdravotnických zařízení.

10.2.4 Stabilní financování

Pro zavedení a dlouhodobé fungování služeb pouliční medicíny je naprosto zásadní zajistit **systematické, stabilní a transparentní financování**. Bez něj není možné vytvořit udržitelný model péče, který by dokázal efektivně reagovat na potřeby lidí bez domova a zároveň integrovat tuto službu do širšího zdravotního systému. Z analýzy vyplývá několik možných cest k zajištění financování. Jednou z nich je **využití dotačních titulů** zaměřených přímo na podporu zdravotní péče o zranitelné skupiny obyvatelstva, zejména osoby bez domova. Tyto dotace by mohly pokrývat jak personální náklady, tak vybavení a provoz terénních týmů. Další klíčovou možností je navázání terénní zdravotní péče na **specifické zdravotní výkony**, které by mohli poskytovatelé nasmlouvat se **zdravotními pojišťovnami**. V tomto je ale překážkou legislativa, která terénní zdravotní péči umožňuje realizovat a systémem veřejného zdravotního pojištění financovat jen za velmi specifických podmínek, které jsou v praxi velmi obtížně dosažitelné.

Stabilní financování může být také jednou z motivací, jak do služeb Street Medicine zapojit lékaře, všeobecné sestry, sociální pracovníky a další klíčové pracovníky týmů Street Medicine. Při konkrétním návrhu financování je třeba systémově pamatovat na celý multidisciplinární tým.

Pokud by Street Medicine byla navázaná na nízkoprahové ordinace pro osoby bez domova, financování by bylo možné skrze bonifikaci poskytovatelů ambulantních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství, pokud systematicky poskytují péči osobám bez domova – kritéria navrhl Ministerstvo zdravotnictví ČR jako doporučení vzešlá z projektu „*Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez*

přístřeší”, registrační číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009641, jenž byl realizovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost, prioritní osa – Sociální začleňování a boj s chudobou.²⁷ Tento způsob bonifikace se však týká pouze ambulantních zdravotních služeb, nikoli terénní péče.

10.2.5 Spolupráce sociálních a zdravotních služeb

Analýza odborných publikací, ale také analýza rozhovorů s participanty ukazuje, že zdravotní péče o osoby bez domova je službou odehrávající se na **zdravotně-sociálním pomezí**, které je však dlouhodobě systémově neřešeno. Bez legislativně zakotvené kooperace sociálních a zdravotních služeb nebude možné zavést službu pouliční medicíny do českého prostředí. Nově přijatá novela na pomezí sociálních a zdravotních služeb (**zákon č. 38/2025 Sb.**) změnila několik klíčových právních předpisů, tyto změny se ale cílové skupiny osob bez domova nijak významně nedotkly.

„Chybí tady takové jako napůl služby, to znamená něco mezi sociální službou a zdravotní službou, které se víc těm lidem přiblíží. (...) Prostě v tomto tématu, když spolu nekooperuje zdravotní systém s tím sociálním, tak se taky nic moc jako nestane.” (Oblastní ředitel, NNO)

V systému chybí nejen **propojení mezi sociálními a zdravotními službami**, ale také **spolupráce resortů zdravotnictví a práce a sociálních věcí**. Na tento nedostatek poukazuje například *Strategie sociálního začleňování 2021–2030*, dle které je toto propojení klíčové pro podporu začleňování sociálně vyloučených osob (MPSV, 2023). Spolupráce je klíčová pro potenciální zavedení pouliční medicíny, která by měla zahrnovat jak zdravotní, tak sociální složku.

„V ideálním případě bychom potřebovali, aby ty ministerstva spolupracovaly, protože furt tam bude muset být registrovaná zdravotní služba a furt by tam měla být i registrovaná sociální služba.” (Sociální pracovník, NNO)

Poskytování tzv. **sociálně-zdravotních služeb** umožňuje § 36 zákona č. 108/2006 Sb. Toto poskytování se však omezuje pouze na úzký výčet zařízení, kam **nespadají noclehárny, azylové domy ani denní centra pro osoby bez domova**. V praxi to znamená, že zařízení jako azylové domy, noclehárny nebo nízkoprahová denní centra,

²⁷ Ministerstvo zdravotnictví, 2022: <https://mzd.gov.cz/projekt-zvyseni-dostupnosti-a-vytvoreni-moznosti-zdravotni-pece-pro-osoby-bez-pristresi-byl-uspesne-ukoncen/>

kteřá často pracují s osobami bez domova a poskytují jim základní sociální služby, nemohou legálně poskytovat zdravotní péči v rámci sociálně-zdravotních služeb podle tohoto zákona. Pro zajištění komplexní péče o osoby bez domova a další zranitelné skupiny by bylo **vhodné zvážit legislativní změny**, které by umožnily poskytování **sociálně-zdravotních služeb** i v těchto typech zařízení. To by mohlo zahrnovat rozšíření seznamu zařízení oprávněných poskytovat sociálně-zdravotní služby nebo vytvoření nové kategorie služeb, která by lépe reflektovala potřeby terénní péče a umožnila financování z veřejného zdravotního pojištění.

10.2.6 Navázání Street Medicine na zdravotnická zařízení

Při zavádění konceptu Street Medicine je klíčové zajistit **propojení této terénní péče se standardními zdravotnickými institucemi**. Terénní týmy často fungují jako prostředník mezi osobami bez domova a zdravotním systémem. Aby byla péče skutečně efektivní a dlouhodobě udržitelná, je nezbytné, aby **nemocnice, polikliniky a další zdravotnická zařízení věděla o činnosti těchto týmů**, chápala jejich specifika a považovala je za standardní součást širšího systému zdravotních služeb. **Systémově nastavená spolupráce** bude následně zvyšovat dostupnost péče pro zranitelné skupiny a zároveň podporovat efektivitu a kontinuitu celého zdravotnického systému.

Spolupráce musí být formálně ukotvená a mít **podobu smluvní spolupráce**. Není vhodné nastavit spolupráci pouze na neformální či osobní rovině. Aby došlo k opravdové integraci Street Medicine do systému zdravotní péče, je nutné v metodikách nemocnic výslovně uznat Street Medicine jako **zdravotnického partnera** (např. pro předávání pacientů, sdílení informací a lékařské dokumentace, konzultace), a umožnit terénním týmům doprovázet pacienty na vyšetření, účastnit se konzilií a spolupracovat s nemocničními týmy sociálních pracovníků.

10.2.7 Začlenění Street Medicine do vzdělávání zdravotnických a sociálních pracovníků

K efektivnímu napojení Street Medicine na zdravotnická zařízení je nezbytné, aby její principy a specifika byly známé a pochopené mezi zdravotníky i sociálními pracovníky. Je tedy důležité **začlenit téma Street Medicine do vzdělávání** lékařských, ošetrovatelských, adiktologických a sociálně-právních oborů, například formou modulů

v rámci veřejného zdraví, komunitní medicíny, práce s marginalizovanými skupinami nebo zdravotní gramotnosti.

Důležité je rovněž podpořit rozvoj specializovaných kurzů v rámci celoživotního vzdělávání pro lékaře (např. IPVZ), všeobecné sestry a sociální pracovníky (akreditace MPSV) s důrazem na ošetrovatelskou praxi v terénu, práci s klientem bez domova, základní adiktologické přístupy, orientaci v sociálních službách a krizovou intervenci. Klíčová je pak podpora mezioborového vzdělávání (např. společné semináře zdravotníků a sociálních pracovníků), která podpoří porozumění rolím v týmu Street Medicine a napomůže odstranění předsudků.

Zařazení tohoto tématu do vzdělávání by mělo být také součástí meziresortní strategie Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí.

10.2.8 Sdílení vytvořených metodik a koncepcí

Pro poskytování pouliční medicíny byla vytvořena metodika, která slouží jako **průvodce činností Street Medicine**. Tuto metodiku s názvem *Průvodce pouliční medicínou* sepsal již zakladatel Street Medicine J. Withers a roku 2020 byla vydána Armádou spásy v České republice. Základní specifikace pouliční medicíny se nachází také v koncepčních dokumentech jako je manuál *Bezdomovectví a možnosti jeho řešení: Bytová nouze a zdravotní péče* vydaný Magistrátem města Ostravy (Magistrát města Ostravy, 2021) či *Návrh na řešení vybraných zdravotně-sociálních aspektů problematiky bezdomovectví s vazbou na regionální a místní specifika* vydaný Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV, 2015).

Při zavádění programů Street Medicine bude vhodné zaměřit se na sdílení **dobré praxe také ze zahraničí** a přizpůsobit je místním podmínkám. Studie předkládají různá doporučení, jako například one-stop-shop modely péče, zjednodušené léčebné režimy, přizpůsobení se životnímu stylu a potřebám pacienta a využití interdisciplinárních týmů (např. Narayan et al., 2024).

Networking s dalšími programy Street Medicine z Česka i ze zahraničí je důležitý pro výměnu zkušeností. Existují mezinárodní sítě jako *Street Medicine Institute* nebo *Street Medicine Network*, které jsou zaměřené na zlepšování programů pouliční medicíny a sdílení dobrých praxí (Withers, 2020).

10.2.9 Studenti jako součást týmů Street Medicine

Zdravotní péče poskytovaná na ulici má také **velký studijní potenciál** (např. Bohmová, 2019). Podle studie Doohan a Mishori představují programy Street Medicine tzv. „učebny bez zdí“, kdy studenti medicíny získávají jedinečnou příležitost vyzkoušet si ošetřování pacientů v reálném prostředí mimo tradiční nemocniční nebo ambulantní zařízení. Tato zkušenost jim umožňuje nejen rozvíjet své klinické dovednosti, ale také se učit improvizaci a rychlému rozhodování v ne vždy ideálních podmínkách (Doohan & Mishori, 2019). Podle participantů zapojených do výzkumu se studenti také učí, jak **komunikovat s osobami bez domova**, které mohou být vůči zdravotníkům zpočátku nedůvěřivé nebo se potýkat s psychickými obtížemi. Práce v terénu je tedy učí nejen jasné a srozumitelné komunikaci, ale také trpělivosti, porozumění a respektu k marginalizovaným skupinám.

„Já mám pocit, že Medici na ulici krom toho, že pomáhají těm lidem a ošetřují je, tak tím největším přínosem do budoucna je to, že tady vznikne generace lékařů, kteří měli zkušenost s lidmi bez domova a kteří ošetřovali na ulici.“ (Oblastní ředitel, NNO)

Oslovení participantů pokládají zapojení **studentů lékařských fakult, ošetřovatelství, všeobecného lékařství, adiktologie a sociální práce** do realizace pouliční medicíny jako přínosné především z toho důvodu, že **přímá zkušenost s péčí o osoby bez domova může v jejich budoucím povolání napomoci odbourávání předsudků vůči osobám bez domova**. Tímto způsobem se zvyšuje pravděpodobnost, že tito lidé budou v budoucnu schopni **poskytovat standardní zdravotní péči lidem bez domova s větším pochopením** a respektem k jejich specifickým potřebám. Studenti, kteří se v rámci své přípravy zapojili do projektů typu Street Medicine, bývají podle oslovených participantů empatičtější a lépe připraveni na práci s marginalizovanými skupinami.

Doporučujeme vytvořit příležitosti pro **praktickou výuku** studentů zmíněných oborů, stáže a odborné vedení v terénních podmínkách (např. v rámci kreditovaných kurzů nebo fakultní praxe). Dále je důležité podporovat mezioborové stáže, které napomáhají **pochopení práce dalších profesí v týmu**. Tímto způsobem lze nejen přispět ke kvalitnímu vzdělávání studentů, ale také postupně posilovat terénní týmy kompetentními a motivovanými odborníky z různých oblastí.

V praxi by bylo dobré studenty medicíny zapojit **na základě dobrovolnické smlouvy**, kdy bude zajištěno jejich pojištění a zproštění odpovědnosti. Dobrovolníci by měli být řádně proškoleni hlavním lékařem a **ošetření by měli provádět vždy s doprovodem zdravotnického personálu**.

10.2.10 Zajištění následné péče

V současnosti v České republice **chybí funkční mechanismus, který by zajišťoval následnou péči pro osoby bez domova po propuštění z hospitalizace** nebo během rekonvalescence při vážnějším onemocnění. Chybí jakákoli infrastruktura pro doléčení a zotavení, a to nejen po vážných stavech, ale i při banálních onemocněních, která by jinak nevyžadovala hospitalizaci. Podle oslovených participantů se jedná o závažný problém – bez možnosti návazné péče dochází k rychlému zhoršení zdravotního stavu těchto pacientů. Bez možnosti krátkodobého pobytu s minimální zdravotní a ošetrovatelskou podporou tito lidé často končí zpět v nemocnici nebo na ulici – někdy i s následky, kterým by šlo jednoduše předejít. Stejnou problematiku zmiňují i zahraniční studie (viz např. Narayan et al., 2024), které doporučují zahrnout následnou péči do programů Street Medicine jako jejich nedílnou součást. Z výzkumu dále vyplývá, že klíčovým prvkem takové péče je možnost **využití azylových domů s pečovatelskou službou**. Právě tato forma nízkoprahového zázemí by mohla poskytnout bezpečné prostředí pro překlenutí nejkritičtějšího období po hospitalizaci a zabránit tomu, aby byli pacienti propouštěni zpět přímo na ulici.

Dalším řešením by mohlo být **zřízení specifického typu služby**, určeného pro osoby bez domova s dočasnou ztrátou soběstačnosti, kde jim bude poskytnuta zdravotní a ošetrovatelská péče. Důležitým krokem by mohla rovněž být **změna § 36 zákona o sociálních službách** (Zákon č. 108/2006 Sb.) tak, aby sociální služby pro osoby bez domova mohly legálně poskytovat základní zdravotní a ošetrovatelskou péči i mimo zdravotnické zařízení a legálně získávat na tuto činnost finance ze zdravotního pojištění. Dále bude vhodné takto zřízené služby propojit s nemocnicemi, Street Medicine týmy i sociálními službami a vytvořit síť následné péče s možností přímého předání pacienta, a to nejen v pooperačním stavu, ale také v případě krátkodobého zotavení.

„A bez té návazné péče vlastně zase budeme selhávat, zase budeme vyhořívat, zase budeme zoufalí, protože prostě my nemáme kam ty klienty předat.“ (Všeobecná sestra)

Zajištění návazné péče je jedním z doporučení, které vyplynulo z výzkumu. Nejde ale o podmínku pro vykonávání Street Medicine – jedná se o další službu, která by měla pozitivní vliv na zdraví cílové skupiny osob bez domova. V případě jejího vytváření je třeba uznat tuto formu péče jako součást kontinuální zdravotní péče, nikoliv nadstandard.

ORGANIZAČNÍ NÁVRHY A DOPORUČENÍ

Multidisciplinární týmy a koordinace

Zapojení peerů z řad osob bez domova

Zajištění stabilního financování

Spolupráce sociálních a zdravotních

Vzdělávání zdravotnických
a sociálních pracovníků

Zajištění mobility a zázemí

Sdílení vytvořených metodik a koncepcí

Navázání pouliční medicíny
na zdravotnická zařízení

Zapojení studentů nejen lékařských fakult

Zajištění následné péče

11. Závěr

Výsledky studie ukazují, že model Street Medicine představuje v českém kontextu potřebnou odpověď na problematiku dostupnosti zdravotní péče pro osoby bez domova. Včasné a flexibilní poskytování zdravotní péče v terénu může významně přispět ke zlepšení zdravotního stavu osob bez domova, snížit počet akutních hospitalizací a dlouhodobě odlehčit zdravotnickému systému. Studie také poukazuje na to, že terénní zdravotní péče má pozitivní dopad na budování důvěry mezi osobami bez domova a veřejnými institucemi, což je klíčové pro jejich další sociální integraci.

Pouliční medicína může sehrát klíčovou roli nejen v oblasti veřejného zdraví, ale i v širších strategiích boje proti bezdomovectví. Podporuje kontinuální kontakt se zdravotníky, což posiluje důvěru v systém zdravotní péče, zvyšuje pravděpodobnost dlouhodobého dodržování léčby a pomáhá stabilizovat celkovou životní situaci osob bez domova. Výsledkem je nejen zlepšení zdravotního stavu jednotlivců, ale i snížení ekonomické zátěže zdravotnického systému.

Stávající právní rámec není v kontextu poskytování zdravotní péče osobám bez domova neodpovídá potřebám praxe. Z mezinárodních smluv vyplývají pro Českou republiku závazky, které je nutné naplňovat. Je proto namístě zvážit legislativní úpravy, které by umožnily poskytování efektivní, dostupné a kvalitní péče i mimo tradiční zdravotnická zařízení pro cílovou skupinu osob bez domova, případně pro další osoby v nestabilním bydlení.

Pro zavedení pouliční medicíny je nezbytné provést legislativní změny, stabilizovat financování a vytvořit podmínky pro systematickou spolupráci mezi zdravotními a sociálními službami. Klíčovým předpokladem úspěchu je rovněž podpora multidisciplinárních týmů, zapojení peer pracovníků a budování návazné péče. Pokud budou tato opatření realizována, může Street Medicine výrazně přispět ke zvýšení rovnosti v přístupu ke zdravotní péči a k celkovému posílení systému péče o marginalizované skupiny obyvatel.

Seznam právních zdrojů

CESCR. (2000). Obecný komentář č. 14. Článek 12 Právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví. E/C.12/2000/4.

Council of Europe. (2018). Digest on the case-law of the European Committee on Social Rights.

Hygienická stanice hlavního města Prahy. (2023). Vydávání stanoviska k preventivní péči poskytované mimo zdravotnické zařízení. <https://www.hygp Praha.cz/vydavani-stanoviska-k-preventivni-peci-poskytovane-mimo-zdravotnicke-zarizeni/>

Stanovisko MZ ČR k poskytování preventivní péče mimo zdravotnické zařízení podle § 11a zákona o zdravotních službách, č.j. 4229/2019-3/PRO ze dne 12. 3. 2019. (2019).

Státní zdravotní ústav. (2022). Metodika pro nakládání s odpady ze zdravotní a veterinární péče. https://szu.gov.cz/wp-content/uploads/2025/02/Metodika-pro-nakladani-s-odpady-ze-zdravotni-a-veterinari-peci_3_2022.pdf.

Šustek, P., Holčapek, T., Šíroková, L., Šolc, M. a kol. (2024). Zákon o zdravotních službách: komentář. Komentáře Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7676-999-1.

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky (1993). <https://www.e-sbirka.cz/sb/1993/1/2013-06-01?f=1%2F1993&zalozka=text>

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (2011). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55?text=z%C3%A1kon%20o%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20slu%C5%BEB%C3%A1ch>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. (2006). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108?text=z%C3%A1kon+o+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEB%C3%A1ch>

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. (2000). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258?text=Z%C3%A1kon+%C4%8D.+258%2F2000+Sb>

Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (2011). <https://www.e-sbirka.cz/sb/2011/372?zalozka=text>

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. (2011). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-373?text=z%C3%A1kon+o+specifick%C3%BDch+zdravotn%C3%ADch+slu%C5%BEb%C3%A1c>

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. (1997). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48?text=z%C3%A1kon+o+ve%C5%99ejn%C3%A9m+poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD>

Zákon č. 38/2025 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. (2025). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2025-38>

Rozhodnutí soudů

European Roma and Travellers Forum (ERTF) proti České republice, stížnost č. 104/2014, Evropského výboru pro sociální práva ze dne 17. 5. 2016

European Roma Rights Centre (ERRC) proti Bulharsku, stížnost č. 151/2017, rozhodnutí Evropského výboru pro sociální práva ze dne 5. 12. 2018

Gäfigen proti Německu, stížnost č. 22978/05, rozsudek Velkého senátu ze dne 1. 6. 2010.

Glass proti Spojenému království, stížnost č. 61827/00, rozsudek ESLP ze dne 9. 4. 2004,

Kiyutin proti Rusku, stížnost č. 2700/10, rozsudek ESLP ze dne 10. 3. 2011.

Kypr proti Turecku, stížnost č. 25781/94, rozsudek Velkého senátu ESLP ze dne 10. 5. 2001

Nitecki proti Polsku, stížnost č. 65653/01, rozhodnutí ESLP ze dne 21. 3. 2002.

Transgender Europe a ILGA-Europe proti České republice, stížnost č. 117/2015, rozhodnutí Evropského výboru pro sociální práva ze dne 15. 5. 2018

Tysiäc proti Polsku, stížnost č. 5410/03, rozsudek ESLP ze dne 20. 3. 2007.

Seznam dalších použitých zdrojů

Ariel, L. E. (2017). Street Medicine: A Program Evaluation. Georgia State University. DOI 10.57709/9452085.

Barták, M. (2012). Bezdomovství v ČR. Univerzita JE Purkyně. Dostupné z:

http://pokrok.ujep.cz/elektronicka_knihovna/Bezdomovstvi_v_CR.pdf

Barták, M., Hnilicová, H., & Horáková, P. (2006). Zdravotní potřeby bezdomovců v doporučeních Světové zdravotnické organizace a v realitě České republiky. *Sociální práce | Sociálna práca*, 6(4), s. 77-82. Dostupné z

<https://socialniprace.cz/article/zdravotni-potreby-bezdomovcu-v-doporucenich-svetove-zdravotnicke-organizace-a-v-realite-ceske-republiky/>

Bohmová, O. (2019). Zdravotní péče o lidi bez domova by se měla vyučovat na fakultách, tvrdí studenti z projektu Medicinaulici. *Vita Nostra Revue*. 2/2019, r. 29.

Dostupné z: [https://fl.lf3.cuni.cz/svi/3LF%20-](https://fl.lf3.cuni.cz/svi/3LF%20-%20DOKUMENTY/VNR/VNR%202019/VNR%202019-2.pdf#page=21)

[%20DOKUMENTY/VNR/VNR%202019/VNR%202019-2.pdf#page=21](https://fl.lf3.cuni.cz/svi/3LF%20-%20DOKUMENTY/VNR/VNR%202019/VNR%202019-2.pdf#page=21)

Cyrilometodějská teologická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. (2021).

Aplikovaný výzkum pro inovace politik v oblasti dostupnosti zdravotní péče u sociálně vyloučené romské populace. Dostupné z: [https://oushi.upol.cz/wp-](https://oushi.upol.cz/wp-content/uploads/2023/10/Vsouhrn-min_compressed.pdf)

[content/uploads/2023/10/Vsouhrn-min_compressed.pdf](https://oushi.upol.cz/wp-content/uploads/2023/10/Vsouhrn-min_compressed.pdf).

Dospivová, H. & Mravčík, V. (2022). Postoje středních zdravotnických pracovníků k uživatelům a závislým na alkoholu. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*. 2022; 5(1), 8–14; doi: 10.35198/APLP/2022-001-0001.

Doohan, N. & Mishori, R. (2019). Street Medicine: Creating a “Classroom Without Walls” for Teaching Population Health. *Medical Science Educator*. 30. 10.1007/s40670-019-00849-4.

Dutka, J., Glumbíková, K. & Čada, K. (2018). Zdraví obyvatel postrádajících standardní bydlení. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Dostupné z:

[https://socialnibydleni.mpsv.cz/download/dokumenty/55-](https://socialnibydleni.mpsv.cz/download/dokumenty/55-zdravi_obyvatel_postradajicich_standardni_bydleni.pdf)
[zdravi_obyvatel_postradajicich_standardni_bydleni.pdf](https://socialnibydleni.mpsv.cz/download/dokumenty/55-zdravi_obyvatel_postradajicich_standardni_bydleni.pdf).

Dvorackova, D., Belešová, R., Hricová, A. & Bergougui, B. (2021). Zdravotně sociální aspekty bezdomovectví. Health and social aspects of homelessness. *KONTAKT XVIII/3*: 196–201 • ISSN 1212-4117.

Enich, M. et al. (2023). Street Medicine: A Scoping Review of Program Elements. *International Journal on Homelessness*, 2023, 3(2): page 295-343.

Filakovska Bobakova, D., Svobodova, I., Bosakova, L., & Dankulincova Veselska, Z. (2021). How to improve access to health care for Roma living in social exclusion: a concept mapping study. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1–14.
<https://doi.org/10.1186/s12939-021-01396-4>

Glumbíková, K. a kol. (2018). Anti-oppressive social work as a tool to reduce barriers to access health care services for homeless people. *KONTAKT XX/3*: 317–322. ISSN 1804-7122 (Online).

Glumbíková, K. a kol. (2019). The use of health care services by homeless shelter residents. *Eur. J. Soc. Work.* 23 (4), 699–710.
<https://doi.org/10.1080/13691457.2019.1583639>.

Glumbíková, K. a kol. (2020). Zdraví obyvatel azylových domů. MPSV. Dostupné z: https://socialnibydleni.mpsv.cz/download/dokumenty/54-sad_osu_zdravi_2017.pdf

Holpuch, P., Nešporová, O. (2020). Populace osob bez domova ČR. VÚPSV. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vz_478.pdf

Charmaz K. (2003). Qualitative interviewing and grounded theory analysis. In: Holstein J, Gubrium JF (Eds). *Inside Interviewing. New Lenses, New Concerns*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications.

Chmelařová, T., & Neumannová, J. (2022). Zdravotní péče pro osoby bez domova v hlavním městě Praha. Metropolitní zdravotnický servis. Dostupné z: <https://www.mzspraha.cz/file.php?nid=20627&oid=9507269>.

Jego, M. a kol. (2018). Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 15, 309. Doi: 10.3390/ijerph15020309.

- Jestřáb, J. (2023). Street Medicine - Koncept a Jeho Využitelnost Na Území Města Plzně. *Nursing Perspectives / Ošetřovatelské Perspektivy*, 6(1), 67–74.
<https://doi.org/10.25142/osp.2022.020>.
- Kaufman, R.A., Mallick, M., Louis, J.T., Williams, M. & Oriol, N. (2024). The Role of Street Medicine and Mobile Clinics for Persons Experiencing Homelessness: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 21, 760.
<https://doi.org/10.3390/ijerph2106076>.
- Korecká, Z. (2020). Životní podmínky obyvatel SVL: Zdraví. Agentura pro sociální začleňování. Dostupné z: https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/TPV_SVL-SILC_2020_Zdrav%C3%AD.pdf
- Krishnan, A., & Metcalfe, N. H. (2020). Improving primary healthcare for the homeless. *InnovAiT*, 13(6), 361–364. <https://doi.org/10.1177/1755738020913222>
- Kuchyňková, I., Klusáková Sedřová, J., & Veverková, M. (2019). Zdravotně-sociální pomezí v sociálních službách. Charita Česká republika.
- Kvapil, L. (2015). Zkušenosti z praxe v ordinaci olomoucké charity pro bezdomovce a lidi v hmotné nouzi. *Practicus*, 3/2015, ročník 14.
- Latečková a kol. (2022). Závěrečná evaluační zpráva projektu „Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší“. Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- Magistrát města Ostravy. (2021). Bezdomovectví a možnosti jeho řešení. Ostrava: Magistrát města Ostravy.
- Malý, M., Orlíková, H., Kynčl, J., & Kříž, B. (2021). Charakteristiky bezdomovců hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních v České republice v letech 2006–2015. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*, 70(4), 206–216.
- Mandys, J. (2006). Hodnota zdraví u osob bez domova. *Aktuální otázky sociální politiky – teorie a praxe*, 50-55.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2013). Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020 [online]. MPSV. Dostupné z: [Koncepce prevence a reseni problematiky bezdomovectvi v CR do roku 2020.pdf](#)

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2015). Návrh na řešení vybraných zdravotně-sociálních aspektů problematiky bezdomovectví s vazbou na regionální a místní specifika. Metodický materiál. Praha: MPSV.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2020). Zdravotní stav osob bez domova. Dodatečné výstupy z výzkumu Populace osob bez domova. Praha: MPSV.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2023). Strategie sociálního začleňování 2021-2030. Praha: MPSV.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2013). Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020 [online]. MPSV. Dostupné z: [Koncepce_prevence_a_reseni_problematiky_bezdomovectvi_v_CR_do_roku_2020.pdf](#)

Mravčík, V., Florián, Z., Nečas, V., & Štolfa, J. (2016). Infekční a další somatická komorbidita problémových uživatelů drog - výsledky průřezové studie s lékařským vyšetřením. *Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie*, 1(65), 56-62.

Mravčík, V., Mladá, K., & Drbohlavová, B. (2018). Infectious and Other Somatic Comorbidity in People who Inject Drugs - Results of a Cross-sectional Survey. *Adiktologie*, 18 (3-4), 141-150.

Narayan et al. (2024). Beyond brick and mortar: The rise of street medicine. *J. Gen. Intern. Med.* 39(14):2853–5. DOI: 10.1007/s11606-024-08880-x.

OECD. (2021). *Building for a better tomorrow: Policies to make housing more affordable*. Paris: OECD Publishing. Dostupné z: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2021/01/building-for-a-better-tomorrow-policies-to-make-housing-more-affordable_51f68a86/5d9127d4-en.pdf

Perna, L. K. et al. (2024). Healthcare outcomes for unsheltered persons experiencing homelessness using a street medicine model of care: a pilot program evaluation. *Cogent Social Sciences*, 10:1, 2328895, DOI: 10.1080/23311886.2024.2328895.

Pleace, N., Culhane, D. P., Granfelt, R., & Knutagård, M. (2015). *The Finnish Homelessness Strategy: An International Review*. Helsinki: Ministry of the Environment.

SocioFactor. (2018). Výzkum zdravotní gramotnosti v sociálně vyloučených lokalitách ČR. Dostupné z: https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/Prurezovy_vyzkum_zdravi_ZOR9.pdf.

Stefanowicz, M., Feldman, B., & Robinson, J. (2021). House calls without walls: Street medicine delivers primary care to unsheltered persons experiencing homelessness. *Annals of Family Medicine*, 19(1), 84. <https://doi.org/10.1370/afm.2639>.

Šimon, M., Latečková, B., Potluka, O. (2024). Health and healthcare use of homeless population: Evaluation study of joint social work and healthcare provision. *International Journal of Nursing Studies*. Volume 161, January 2025, 104929. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104929>.

Šupková, D. a kol. (2007). Zdravotní péče o bezdomovce v ČR. Praha, Grada. ISBN 97–80–247–2245–0.

van der Leeden, C., Kaduszkiewicz, H., Boczor, S. et al. (2023). Medical centres for the homeless in Hamburg – consultation reasons and diagnoses compared to primary care patients in the regular health care system. *Arch Public Health* 81, 190. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01198-w>.

Vašát, P. & Bernard, J. (2017). Jak se žije lidem na ulici? / How do people live on the street? 10.13140/RG.2.2.30436.68484.

Wither, J. (2020). Průvodce pouliční medicínou. Praha: Armáda spásy v České republice. ISBN 978-80-905801.