proLékaře.cz | 27.10.2026



doi: 10.48095/cccsnn2026267

# Změny v klinické praxi kognitivních poruch – testování, léčba a řízení motorových vozidel

## Changes in the clinical practice of cognitive disorders – testing, treatment, and driving

Vážená redakce,

v poslední době došlo k několika významným novinkám v oblasti kognitivních poruch, se kterými bychom rádi seznámili odbornou veřejnost. Změny se týkají zejména posílení role praktických lékařů v oblasti kognitivního testování a dispenzarizace pacientů s demencí. Dále došlo ke zrušení podmínek pro úhradu kognitiv ze zdravotního pojištění vázaných na hodnotu testu Mini-Mental State Examination (MMSE). Dne 1. ledna 2025 nabyla účinnosti vyhláška č. 445/2024 Sb., kterou se mění vyhláška č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel. Novela zpřesnila posuzování zejména u pacientů s mírnou kognitivní poruchou a demencí.

Vyšetření kognitivních funkcí v ordinaci praktického lékaře představuje klíčový nástroj pro časný záchyt kognitivního deficitu a následnou diferenciální diagnostiku v rámci primární péče [1,2]. Nově je výkon „test mentálních funkcí" (kód 01210) založen na použití standardizovaných kognitivních testů normovaných pro českou populaci. Praktičtí lékaři mohou využívat Montrealský kognitivní test (MoCA), MMSE, Addenbrookský kognitivní test, verze III (ACE-III), Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA) a test Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV). Výkon se vykazuje ve třech základních indikacích s odlišným frekvenčním omezením. V rámci časného záchytu demence je výkon určen pro bezpříznakové pacienty ve věku 65–80 let po pozitivním výsledku testu Mini-Cog. Toto vyšetření lze vykázat 1× za 2 roky. Při suspekci na kognitivní poruchu se výkon používá u pacientů s nově zachycenými příznaky poruchy mentálních funkcí a je možné jej vykázat jednou za rok. V dispenzarizaci je výkon indikován u pacientů s demencí sledovaných v ordinaci praktického lékaře ke zhodnocení vývoje kognitivních funkcí a ověření efektu léčby. V tomto případě je možné výkon vykázat až 4× ročně, přičemž testování se ukončuje při progresi do terminálního stadia demence. Kromě dosud nejčastěji používaného MMSE se tak výrazně rozšiřují možnosti kognitivního testování v primární péči. Otázkou zůstává, do jaké míry budou praktičtí lékaři ochotni a schopni rutinně provádět časově náročnější vyšetření, jako je MoCA (10–15 min) či ACE-III (15–30 min). V ordinaci praktického lékaře mohou být pro rychlou detekci časných kognitivních poruch prakticky využitelné velmi krátké screeningové nástroje, zejména test ALBA (2–3 min) a POBAV (4–6 min). Pro správné provádění, vyhodnocování a interpretaci obou testů jsou na internetu volně dostupné záznamové archy, české normy, odborné publikace, videoukázky testování, dále online kvízy a akreditované e-learningové kurzy (2 kredity České lékařské komory) na portálu Medicínské vzdělávání [3–7]. Díky více testovacím možnostem a různým indikacím k testování dochází k rozšíření možností praktických lékařů v oblasti cíleného screeningu nově vzniklých poruch mentálních funkcí i dispenzarizace pacientů s demencí. Budoucí praxe ukáže, jaký způsob vyšetřování praktičtí lékaři zvolí.

Léčba inhibitory acetylcholinesterázy (IAChE) je nejúčinnější v časných fázích demence u Alzheimerovy nemoci (AN) a neměla by být odkládána pouze z důvodu limitací skóre v testu MMSE [8,9]. Tento nedostatek se rozhodly odstranit odborné společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně, konkrétně tým zástupců čtyř odpovídajících odborných společností (v abecedním pořadí Česká geriatrická a gerontologická společnost, Česká neurologická společnost, Psychiatrická společnost a Společnost všeobecného lékařství). Všechny společnosti dlouhodobě podporují individuální posuzování pacientů na základě komplexního klinického hodnocení, které nezahrnuje pouze výsledek MMSE, ale také posouzení aktivit denního života a přítomnost neuropsychiatrických symptomů. Z tohoto důvodu bylo navrženo opuštění povinného využívání MMSE jako jediného kritéria pro úhradu léčby kognitivních poruch, jelikož tento test sám o sobě neodráží celkový klinický stav pacienta. Při poslední revizi byl Státním ústavem pro kontrolu léčiv schválen nový úhradový rámec léčby kognitivních poruch, který již nevyžaduje bodové skórování v testu MMSE. Důraz je nově kladen na objektivně prokázané postižení kognitivních funkcí a aktivit denního života pomocí standardizovaných dotazníků a/nebo na základě klinického vyšetření a objektivní anamnézy získané od pečujících osob.

**Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.**
The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.

A. Bartoš[1,2], M. Michalovová[1,2]

[1] Neurologická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha
[2] Neurologická klinika 3. LF UK, Praha

✉
prof. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.
Neurologická klinika
3. LF UK a FN Královské Vinohrady
Šrobárova 50
100 34 Praha 10
e-mail: ales.bartos@fnkv.cz

Přijato k recenzi: 1. 4. 2026
Přijato do tisku: 9. 7. 2026

proLékaře.cz | 27.10.2026



Tab. 1. Nová úhradová kritéria inhibitorů acetylcholinesterázy a memantinu.

| Lék | Úhradová kritéria |
|---|---|
| **Donepezil a galantamin** | Lék je hrazen u pacientů s potvrzenou diagnózou demence u Alzheimerovy choroby u lehké a střední demence s objektivně prokázaným postižením kognitivních funkcí a aktivit denního života, u nichž je zajištěno správné užívání léčby. Léčba je dále hrazena, dokud je prokazatelný příznivý efekt na kvalitu života (hodnoceno komplexně – kognitivní funkce, neuropsychiatrické příznaky, aktivity denního života), pravidelně hodnocený v intervalu 3–6 měsíců dle stavu. Donepezil a galantamin nejsou hrazeny u těžké a terminální demence. |
| **Rivastigmin** | Lék je hrazen u pacientů s potvrzenou diagnózou demence (u Alzheimerovy nebo Parkinsonovy choroby) u lehké a střední demence s objektivně prokázaným postižením kognitivních funkcí a aktivit denního života, u nichž je zajištěno správné užívání léčby. Léčba je dále hrazena, dokud je prokazatelný příznivý efekt na kvalitu života (hodnoceno komplexně – kognitivní funkce, neuropsychiatrické příznaky, aktivity denního života), pravidelně hodnocený v intervalu 3–6 měsíců dle stavu. Rivastigmin není hrazen u těžké a terminální demence. |
| **Rivastigmin v transdermální formě** | Hrazen u pacientů s potvrzenou diagnózou demence (u Alzheimerovy nebo Parkinsonovy choroby) u lehké a střední demence s objektivně prokázaným postižením kognitivních funkcí a aktivit denního života, u nichž je zajištěno správné užívání léčby, kteří nemohou být léčeni perorálními formami inhibitorů cholinesteráz nebo kteří mají při této léčbě závažné gastrointestinální nežádoucí účinky (nauzea, zvracení, průjem, bolesti břicha). Léčba je dále hrazena, dokud je prokazatelný příznivý efekt na kvalitu života (hodnoceno komplexně – kognitivní funkce, neuropsychiatrické příznaky, aktivity denního života), pravidelně hodnocený v intervalu 3–6 měsíců dle stavu. Rivastigmin není hrazen u těžké a terminální demence. |
| **Memantin** | Je hrazen u pacientů s potvrzenou diagnózou demence u Alzheimerovy choroby u střední a těžké demence s objektivně prokázaným postižením kognitivních funkcí a aktivit denního života, u nichž je zajištěno správné užívání léčby. Léčba je dále hrazena, dokud je prokazatelný příznivý efekt na kvalitu života (hodnoceno komplexně – kognitivní funkce, neuropsychiatrické příznaky, aktivity denního života), pravidelně hodnocený v intervalu 3–6 měsíců dle stavu. Memantin není hrazen u terminální demence. |

Tab. 2. Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel u pacientů s mírnou kognitivní poruchou a demencí podle Vyhlášky č. 445/2024 Sb [10].

Skupina 1: žadatelé a držitelé řidičských oprávnění skupin vozidel AM, A1, A2, A, B1, B a B+E.

Skupina 2:

a) řidiči, kteří řídí motorové vozidlo v pracovněprávním vztahu a u nichž je řízení motorového vozidla druhem práce sjednaným v pracovní smlouvě,

b) řidiči vozidla, kteří při plnění úkolů souvisejících s výkonem zvláštních povinností užívají zvláštního výstražného světla modré barvy, popřípadě doplněného o zvláštní zvukové výstražné znamení,

c) řidiči, u kterých je řízení motorového vozidla předmětem samostatné výdělečné činnosti prováděné podle zvláštního právního předpisu,

d) žadatelé a držitelé osvědčení pro učitele řidičů pro výcvik v řízení motorových vozidel podle zvláštního právního předpisu nebo

e) žadatelé a držitelé řidičských oprávnění skupin vozidel C1, C1+E, C, C+E, D1, D1+E, D, D+E a T.

| Okruh stavů | Skupina řidičů | Diagnózy/stavy | Zdravotní způsobilost k řízení |
|---|---|---|---|
| Vybrané stavy vylučující zdravotní způsobilost | 1 – běžní řidiči | • Závažné neurokognitivní poruchy jakékoli etiologie (**středně těžká a těžká demence**)<br>• Neurokognitivní poruchy s **výraznými neuropsychiatrickými příznaky** | VYLOUČENA |
| | 2 – profesionální řidiči | • **Všechny stavy** uvedené pro skupinu 1<br>• Neurokognitivní poruchy i **ve stadiu mírné kognitivní poruchy a lehké demence** | VYLOUČENA |
| Stavy podmiňující zdravotní způsobilost odborným vyšetřením | 1 – běžní řidiči | • **Lehká demence** (jakékoliv etiologie)<br>• **Neurokognitivní poruchy s neuropsychiatrickými příznaky**, jejichž stupeň je mírný (poruchy chování, kontroly impulzů a vnímání) | PODMÍNĚNÁ – nutné odborné vyšetření; posuzuje se možnost kompenzace pomocí harmonizovaných kódů pro podmínky omezení jízdy; u lehké demence vždy vyšetření dopravním psychologem |
| Duševní onemocnění **neovlivňující** zdravotní způsobilost | 1 – běžní řidiči | Neurokognitivní porucha ve stádiu **mírné kognitivní poruchy** jakékoliv etiologie bez neuropsychiatrických příznaků | ZACHOVÁNA |

proLékaře.cz | 27.10.2026


Léčba je hrazena po dobu, kdy je na základě komplexního hodnocení prokazatelný příznivý efekt na kvalitu života pacienta. Přehled jednotlivých indikačních a úhradových kritérií pro terapii IAChE a memantinem shrnuje tab. 1.

Nadále však platí, že u pacientů s mírnou kognitivní poruchou na podkladě Alzheimerovy nemoci není farmakologická léčba hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Preskripce IAChE ani memantinu není vázána na odbornost předepisujícího lékaře.

Dne 1. ledna 2025 nabyla účinnosti vyhláška č. 445/2024 Sb., kterou se mění vyhláška č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel. Novela zpřesnila posuzování zejména u pacientů s mírnou kognitivní poruchou a demencí, přičemž i nadále zahrnuje další duševní poruchy a poruchy osobnosti relevantní z hlediska řízení motorových vozidel [10]. Tab. 2 zpřesňuje rozlišení mezi stavy, které zdravotní způsobilost jednoznačně vylučují, a stavy, u nichž je možné individuální posouzení na základě odborného vyšetření, přičemž klade důraz na stupeň kognitivního deficitu, přítomnost neuropsychiatrických symptomů a rozdílné nároky kladené na řidiče skupiny 1 (běžní řidiči) a 2 (řidiči z povolání). U závažných neurokognitivních poruch, zejména u středně těžké a těžké demence nebo stavů s výraznými neuropsychiatrickými symptomy, je zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel jednoznačně vyloučena bez ohledu na skupinu řidičů. U profesionálních řidičů (skupina 2) jsou kritéria zpřísněna. Zahrnují již mírnou kognitivní poruchu i lehkou demenci. Naopak u řidičů skupiny 1 s lehkou demencí, mírnou neurokognitivní poruchou nebo s behaviorálními či percepčními projevy není způsobilost automaticky vyloučena. Je však podmíněna komplexním odborným posouzením. Naproti tomu u řidičů skupiny 1 může být při lehké demenci nebo při mírných neuropsychiatrických příznacích souvisejících s neurokognitivní poruchou zdravotní způsobilost uznána pouze na základě odborného vyšetření; u lehké demence vyhláška výslovně stanoví podmínku vyšetření dopravním psychologem. V rámci odborného posouzení má být současně zvažována i možnost kompenzace prostřednictvím harmonizovaných kódů pro podmínky omezení jízdy (např. řízení jen do určité vzdálenosti od místa bydliště). Pokud pacient není řidičem skupiny 2 a má pouze mírnou kognitivní poruchu bez dalších poruch chování či vnímání, vyhláška jeho zdravotní způsobilost sama o sobě nevylučuje ani nepodmiňuje. Podle zákona č. 361/2000 Sb., § 89a lékař, který na základě vyšetření zjistí, že žadatel o řidičské oprávnění nebo držitel řidičského oprávnění je zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel s podmínkou nebo není zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel, je povinen o této skutečnosti neprodleně informovat příslušný obecní úřad obce s rozšířenou působností.

Věříme, že představené novinky v testování, léčbě a posuzování způsobilosti k řízení povedou ke zlepšení péče o pacienty s kognitivními poruchami.

## Konflikt zájmů

Prof. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D. vyvinul testy ALBA a POBAV. MUDr. Magda Michalovová nemá žádný konflikt zájmů v souvislosti s předmětem článku.


## Grantová podpora

Vznik článku byl podpořen projekty COOPERATIO Q38 Univerzity Karlovy, RVO [Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 00064173] a Technologické agentury ČR v rámci Programu SIGMA DC3 [TQ01000332 Telemedicínské samovyšetření řeči a paměti pro rychlou detekci kognitivních poruch pomocí strojového učení].


## Literatura


**1.** Bartoš A, Michalovová M. Jak vyšetřit paměť v ordinaci praktického lékaře? 1. část. Snadno a rychle pomocí certifikovaných testů Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA) a Písemné pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV). Practicus 2025; 24 (6): 8–17.

**2.** Bartoš A, Michalovová M. Jak vyšetřit paměť v ordinaci praktického lékaře? 2. část. Co dnes používat a co opustit v kognitivním testování u praktického lékaře. Practicus: odborný časopis praktických lékařů 2026, 26(2): 23–30.

**3.** Michalovová M, Bartoš A. Krátké kognitivní testy pro klinickou praxi. Cesk Slov Neurol N 2025; 88/121(4): 210–224. doi: 10.48095/cccsnn2025210.

**4.** Bartoš A, Michalovová M. Snadná vyšetření řeči a paměti pomocí certifikovaných testů ALBA a POBAV. Listy klinické logopedie 2025; 9(2):53–63. doi: 10.36833/lkl.2025.028.

**5.** Abadeco. Metodické, vzdělávací a informační centrum pro Alzheimerovu nemoc a další kognitivní poruchy a demence. [online]. Dostupné z: www.abadeco.cz.

**6.** Bartoš A, Michalovová M. Elektronický vzdělávací kurz na certifikovaný test ALBA pro rychlé vyšetření paměti. [online]. Dostupné z: https://medicinskevzdelavani.cz/alba.

**7.** Bartoš A, Michalovová M. Elektronický vzdělávací kurz na certifikovaný test POBAV pro rychlé vyšetření paměti. [online]. Dostupné z: https://medicinskevzdelavani.cz/pobav.

**8.** Franková V. Inhibitory acetylcholinesterázy – nová pravidla úhrady ze zdravotního pojištění. Psychiatrie 2024; 3: 114–115.

**9.** Bartoš A, Roth J. Alzheimerova nemoc a jiné demence. In: Štětkářová I a kol. Moderní farmakoterapie v neurologii. 4. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Maxdorf 2024: 263–302.

**10.** Vyhláška č. 445/2024 Sb., o změně vyhlášky č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, ve znění pozdějších předpisů. Sbírka zákonů České republiky, 2024, 445. [online]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2024-445.


Impakt faktor časopisu Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie pro rok 2025 činí **0,3**.