

Základy komprehenzivní rehabilitace

Atestační práce
z
veřejného zdravotnictví

MUDr. Jan Šťastný
Institut postgraduálního vzdělávání
ve zdravotnictví

1998

Odborný lektor:
PhDr. Hana Janečková

OBSAH:

Souhrn, summary	3
Klíčová slova	3
Úvod	4
Úkoly, kompetence a odpovědnost v oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče	6
Ucelená (komplexní, komprehenzivní) rehabilitace	8
Hodnocení zdravotního postižení	10
Zajištění fyzické nezávislosti	13
Zajištění ekonomické nezávislosti	13
Diskuze	18
Přílohy	20
Literatura	40

SOUHRN:

Práce se zabývá problematikou komprehenzivní rehabilitace, kterou definuje jako mezirezortní a mezioborovou záležitost. Definovány jsou základní cíle komprehenzivní rehabilitace a faktory, které mohou brzdit pozitivní vývoj v této oblasti. Popsány jsou i některé cesty k dosažení cílů a úkoly, kompetence a odpovědnost jednotlivých složek systému. Práce obsahuje teze o způsobech hodnocení zdravotního postižení, o způsobech zajištění fyzické nezávislosti i způsobech zajištění ekonomické nezávislosti. Navržen je systém legislativních norem zaručujících komprehenzivnost zdravotní a zdravotně sociální péče. Zvláštní důraz je kladen na nutnost vzniku právní normy určující základní zásady, tzv. „Kodexu zdravotní péče a sociální péče navazující na péči zdravotní“ a systému tzv. „rehabilitačních center“, která by komprehenzivní rehabilitaci realizovala.

SUMMARY:

The paper deals with the problem matter of comprehensive rehabilitation which it defines as an interdepartmental and inter-field matter. The fundamental objectives of comprehensive rehabilitation and factors that can slow the positive progress in this field are defined. Some ways of achieving these objectives are described, along with tasks, abilities, and the responsibility of the individual components of the system. The paper includes theses on means of assessing health problems, means of ensuring physical independence, and even means of ensuring economic independence. A system of legislative norms guaranteeing the comprehensiveness of health and social health care is proposed. Special emphasis is placed on the necessity for the creation of legal norm specifying the fundamental principles of the so-called „Code of Health Care and Social Care Related to Health Care“ and of the so-called „rehabilitation centers“ which would bring the comprehensive rehabilitation to fruition.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Komprehenzivní rehabilitace, fyzická nezávislost, ekonomická nezávislost, porucha, disabilita, handicap.

I. Úvod

Předpokládalo se, že vývoj po listopadu 1989 podstatně ovlivní oblast zdravotní a zdravotně sociální péče, a to zejména v oblasti kompetenční, v kvalitě, v kvantitě, ve financování, v majetkoprávních vztazích, ve způsobech rozvoje zdravotní a zdravotně sociální péče, v přístupu občanů k zdravotní a zdravotně sociální problematice a v rozvoji netradičních způsobů poskytování komprehenzivní rehabilitace.

V oblasti **kompetenční** jde o vymezování kompetencí ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí, v **kvalitě** o dostupnost dříve nedostupných zdravotních a sociálních služeb, o důraz na komprehenzivnost péče apod., v **kvantitě sociální péče** o přechod od plošného poskytování dávek k zaměření na skutečné potřeby; v **oblasti zdravotnictví** naopak o plošné zajištění dostupnosti standardní péče, ve **financování** a přechod na financování prostřednictvím zdravotního a sociálního pojištění a o rozvoj vícezdrojového financování, v **majetkoprávních vztazích** o odstátnění služeb, ve **způsobu rozvoje** zdravotních a sociálních služeb o přechod od plánovitého rozvoje k rozvoji na základě nabídky a poptávky, ve **změně postoje** občanů o aktivní ochranu zdraví, o zvýšení poptávky po netradičních způsobech zdravotní a sociální péče, o rozvoj **aktivit občanských sdružení** zdravotně postižených občanů, nadací apod., v rozvoji **netradičních způsobů** poskytování zdravotní a sociální péče o rozvoj aktivit, které pozvolna nahrazují "institucionární" péči (např. rozvoj dětských center, časově limitovaných stacionářů, přeliv zdravotní péče do ambulantní sféry, rozvoj domácí ošetrovatelské péče, systémů hospic, různých forem geriatrické péče, apod.).

Tato transformace je ovlivňována několika důležitými faktory, z nichž nejsilnější je faktor politický a ekonomický.

Politický význam je prezentován **postavením občana** vzhledem ke zdravotnickému systému a systému zdravotně sociální péče a **názorem voliče** na situaci ve zdravotnictví a dostupnost zdravotní péče.

Postavení občana - být **pasivní** nebo **aktivní**; v totalitní společnosti může být pasivita způsobena i **vydíráním nemocných a postižených** a projevovat se loajálností občanů díky obavě z nedostupnosti zdravotní či zdravotně sociální péče (systém „mlčící nemocný“).

V pluralitních společnostech jednoznačně platí, že postavení občana vzhledem ke zdravotnickému systému vyplývá z výsledků voleb - občan tedy za dostupnost péče, i za své postavení, **zodpovídá sám**, a to prostřednictvím zvolených zástupců.

Ve společnostech s vyvinutou pluralitní demokracií platí, že právě zdravotnictví a přílehlá sociální sféra je **oblastí intenzivního prolínání levicových a pravicových tendencí, toto**

pravidlo však neplatí ve společnostech, kde se pluralitní demokratická společnost teprve vyvíjí a kde se zdravotní a zdravotně sociální péče může stát prostředkem politického boje.

V optimálním případě se zdravotnictví a sociální péče může dostat do **pozice závislosti na občanech**, resp. jejich požadavcích; tyto požadavky jsou pak jakýmsi „genotypem“ systému, přičemž „fenotypem“ je systém, financování, spektrum a kvalita péče.

Laťku kvality a dostupnosti zdravotní a zdravotně sociální péče určuje **volič**, potažmo **parlament**; toto je podstata faktické i politické zodpovědnosti za stav zdravotnictví - translokace zodpovědnosti na „brzdiče“ či „brzděné systémy“ ovlivňující tuto citlivou sféru je neobjektivní, neboť v kompetenci volených orgánů je **určit cílový stav, cestu a zajistit její průchodnost**, např. i eliminací brzdičů a brzděných systémů.

Základními **brzděnými systémy**, které negativně ovlivňují transformaci zdravotnictví mohou být:

- a) striktně rezortní přístup k řešení problémů,
- b) inkompatibilita koncepcí a legislativy ovlivňující zdravotní a sociální sféru s koncepcemi a legislativou Evropské unie,
- c) inkompatibilita již schválených koncepcí s názory osob či složek, v jejichž kompetenci je realizace těchto koncepcí,
- d) porušování právně stanoveného systému kompetencí a odpovědnosti,
- e) ve zneužívání zdravotní a zdravotně sociální oblasti při získávání politických pozic.

Na politické hledisko bezprostředně navazuje hledisko etické; jedná se o zajištění dostupnosti zdravotní a zdravotně-sociální péče po stránce **ekonomické, časové, spektrální, komprehenzivní, terénní a architektonické**.

Ekonomickou dostupnost reprezentuje **platební schopnost** příjemce péče, resp. její zajištění.

Časovou dostupnost lze chápat ve smyslu **horizontálním** (dostupnost na vzdálenost) a ve smyslu **vertikálním** (čekací doby na poskytnutí péče).

Komprehenzivní dostupností se míní návaznost jednotlivých typů péče, tedy **akutní na subakutní, či zdravotní na sociální**.

Terénní a architektonická dostupnost se týká především zdravotně postižených osob a tato dostupnost je současně jednou z bariér, které oddělovaly a leckde ještě oddělují zdravotně postižené spoluobčany od přirozeného sociálního prostředí.

Zdravotnictví a zdravotně sociální péče má však i svůj význam sociální; tkví v tom, že představují **významný zdroj pracovních příležitostí**, včetně příležitostí pro samotné zdravotně postižené.

Jde však o to, aby se nejednalo o **zaměstnanost uměle vytvářenou** a odčerpávající prostředky na vlastní péči, nýbrž o zaměstnanost vytvářenou na **základě nabídky a poptávky**.

Kromě provozování „klasických“ typů zdravotní a zdravotně sociální péče může být přirozená zaměstnanost dána právě rozvojem nových způsobů v poskytování péče.

II. Úkoly, kompetence a odpovědnost v oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče.

Problematika stanovení úkolů, kompetencí a odpovědnosti je zcela **zásadní**.

Kompetenční zákon je v tomto smyslu zcela nedostačujícím, neboť umožňuje nekompatibilitu přístupů a koncepcí jednotlivých rezortů, což má neblahé důsledky nejen na osoby, které péči právě čerpají, nýbrž na celý ekonomický systém.

Naprosto typickým příkladem je skutečnost, že došlo ke sloučení sociálních problematik souvisejících se stářím či nezaměstnaností (tyto problematiky lze řešit plošně platnými opatřeními) a sociálních problematik souvisejících s poruchou zdraví či nemocí (tyto je nutné řešit individuálním přístupem); důsledkem tohoto jevu je například skutečnost, že přibývá invalidních důchodů.

Tabulka udává přehled úkolů, kompetencí a odpovědnosti jednotlivých subjektů:

ČINNOST LEGISLATIVA	FINANČNÍ ZDROJ	ODPOVĚDNOST	KOMPETENCE
základní lékařská péče	zdravotní pojištění	praktičtí lékaři	zdravotnické zařízení MZ
odborná lékařská péče	zdravotní pojištění	odborní lékaři	zdravotnické zařízení MZ
ošetřovatelská péče ústavní i domácí	zdravotní pojištění	zdravotní sestry (indikuje lékař)	zdravotnické zařízení MZ
sociální služby	sociální pojištění	pečovatelky zdravotní sestry	ÚSP, DD úřad soc. služeb MPSV
rekvalifikace	zdravotní pojištění sociální pojištění	ergodiagnostici ergoterapeuti	rhb. centra rekvalifik.centra úřady práce MZ MPSV
rekondice edukace poradenství	dotace obč.sdružením spoluúčast klientů regionální zdroje	dobrovolníci	kdekoli MZ MPSV MŠMT
hospic	nadace zdravotní pojištění sociální pojištění sponzoři regionální zdroje	zdravotničtí pracovníci dobrovolníci	charity jiné organizace MZ MPSV

Nad kompetenčním zákonem, respektive jeho částí určující kompetence v oblasti zdravotní a zdravotně sociální by měla být vyšší právní norma, kterou lze pracovně nazvat „**Kodex zdravotní péče a sociální péče navazující na péči zdravotní**“.

Tento kodex by měl **obsahovat mezinárodně uznávané principy** a zavazovat jednotlivé rezorty, aby z nich při legislativní tvorbě vycházely; jedná se zejména o následující:

Listina základních lidských práv a svobod zaručuje všem stejná práva i povinnosti, vylučuje diskriminaci dle rasy, národnosti, zdravotního stavu apod.

Charta na 80. léta požaduje zavádění komprehenzivní péče, odstraňování diskriminujících předpisů; zdůrazňuje nutnost koordinace pracovní rehabilitace s potřebami vyplývajícími z trhu práce a za povinnost lékaře považuje zajistit ucelenou rehabilitaci.

Úmluva o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání zdravotně postižených požaduje pravidelné přezkoumávání vnitrostátní politiky v oblasti pracovní rehabilitace a zaměstnávání zdravotně postižených, všeobecnou dostupnost opatření v oblasti pracovní rehabilitace a rovnoprávné postavení postižených a „zdravých“ osob v pracovním procesu.

Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením v podstatě odpovídají usnesení vlády České republiky č. 493/93, kterým se schvaluje Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení. V oblasti sociálního zabezpečení požaduje, aby byly zaváděny systémy zabezpečení, které **nediskriminují** zdravotně postižené; systémy soc. zabezpečení by měly obsahovat stimuly pro obnovu výdělečné schopnosti. V oblasti zaměstnávání postižených nemají být zaváděny zákony, které by postiženým kladly překážky při hledání práce, zdůrazňuje prioritu zaměření na trh práce, požaduje bezbarierovost na nových technologiích, klade důraz na vhodné zaškolování postižených, uvědomování veřejnosti, ochranu zdraví při práci, chráněnou práci doporučuje zavádět až po vyčerpání všech možností běžného trhu.

V oblasti rehabilitace klade důraz na individuální přístup vyplývající z potřeb jednotlivých zdravotně postižených osob, za součást rehabilitace považuje nácvik základních dovedností a poradenství, za cíl rehabilitace klade plné zapojení do společnosti na zásadě rovnosti, doporučuje vytvářet podmínky pro **aktivní zapojení postiženého i jeho blízkých do rehabilitace a odlišuje pojmy "postižení" a "handicap"**.

Shrneme-li obsah těchto listin a principů, docházíme k názoru, že se jedná zejména o následující:

- Individuální přístup, vyloučení plošných opatření.
- Komprehenzivnost péče.
- Zamezení diskriminace jednotlivců či skupin občanů se zdravotním postižením.
- Vyrovnání handicapu, nikoli stanovování neschopnosti.
- Určení prostředků k vyrovnání handicapu (rehabilitace, sociální příspěvky - dávky, rekvalifikace a pracovní rehabilitace, odstraňování bariér).
- Princip odlišení důchodů a příspěvků - dávek:
 - *důchod z důvodu **nezaměstnatelnosti** ze zdravotních či starobních důvodů,
 - *příspěvek - dávka z důvodu **nezaměstnanosti**, tzn. zejména při nenalezení pracovní příležitosti a z důvodu vyrovnání handicapu.

- Princip posloupnosti při zaměstnávání zdravotně postižených (chráněnou práci, chráněné dílny, ústavy sociální péče, přiznání invalidního důchodu apod. aplikovat teprve tehdy, pokud nelze odstranit handicap pomocí výše uvedených prostředků).
- Rehabilitace je chápána jako komplex diagnostických a terapeutických metod (fysioterapie, psychoterapie, ergoterapie, hodnocení a nácvik sebeobsluhy) s návazností na opatření v sociální sféře a potřeby trhu práce.

Obecně by měl Kodex obsahovat výčet úkolů, kompetencí a odpovědností v oblasti zdravotní a zdravotně-sociální péče, zejména souhrn práv a povinností občanů České republiky v oblasti zdravotní péče a v oblasti sociální péče navazující na péči zdravotní, povinnosti orgánů státní správy a samosprávy v této oblasti a postavení a povinnosti zdravotnických zařízení, zařízení zdravotně-sociální péče, zdravotníků a pečovatелů.

III. Ucelená (komplexní, komprehenzivní) rehabilitace, zdravotně sociální péče.

Ucelená rehabilitace je **system** opatření směřujících k tomu, aby se co nejvíce zvýšila pravděpodobnost toho, aby nemocný či zdravotně postižený občan mohl žít v přirozeném sociálním a kulturním prostředí, aby došlo k vyrovnání jeho handicapu.

Komplexní přístup při vyrovnávání handicapů se nejvíce týká tří věkově-zdravotních kategorií: dětí, osob se zdravotním postižením a seniorů.

A právě u těchto tří kategorií pak nabývá též na významu potřeba individuálního přístupu, a to v daleko větší míře, nežli je tomu u sociálních problémů, které nejsou propojeny se zdravotními.

Ucelená rehabilitace je charakteristická zejména **vícezdrojovým financováním** (tzn. ze zdravotního pojištění, sociálního pojištění, spoluúčast pacientů a klientů, dotace občanským sdružením, veřejné rozpočty, nadační činnost, sponzoring apod.), **zajímavostí** více rezortů (MZ, MPSV, MŠMT, ministerstvo hospodářství), **zajímavostí více oborů**, tedy multidisciplinarita (např. fyziatrie, protetika, ergodiagnostika, psychologie, pedagogika, posudkové lékařství, sociální vědy apod.).

Základními součástmi ucelené rehabilitace je **způsob hodnocení zdravotního postižení**, a **způsoby snižování negativních důsledků zdravotního postižení**.

Hodnotit zdravotní postižení je možné ze tří základních důvodů: pro účely poskytování **důchodových dávek**, pro účely poskytování **sociálních dávek** a pro účely **odškodňování**.

Při snižování negativních důsledků zdravotního postižení se jedná o zajištění **fyzické nezávislosti** a **zajištění ekonomické nezávislosti**.

Financování ucelené rehabilitace - a vlastně celého systému zdravotně sociální péče je vícezdrojové, resp. mnohozdrojové.

Vícezdrojové financování je v oblasti zdravotně sociální péče přínosné jen v tom případě, že je doprovázeno racionálními opatřeními v managementu této péče; pokud tomu tak není, dochází naopak ke zbytečným únikům finančních prostředků.

Příkladem chybného financování zdravotně sociální péče vedoucím k jejímu prodražování je např. přísné rezortní chápání vedoucí k institucionálnímu oddělení zdravotní péče od sociální; důsledkem tohoto oddělování jsou pak následující známé skutečnosti:

- nárůst invalidních důchodů a jiných sociálních dávek,
- prodlužování dočasné pracovní neschopnosti,
- "sociální hospitalizace",
- "zrcadlovitý obraz k sociálním hospitalizacím" v ústavech sociální péče a domovech důchodců,
- duplicitní financování sociálních služeb domácí péče (agentury domácí péče, jež jsou registrovány jakožto zdravotnická zařízení, těžko získávají finanční prostředky na doplňkovou péči sociální, která je pak, často i duplicitně organizována a financována orgány sociálního zabezpečení) a další.

I když některé z uvedených příkladů s ucelenou rehabilitací přímo nesouvisí, dokumentují cesty finančních ztrát, které by jistě bylo možné ročně vyčíslit v desetimiliardových řádech.

Z historického hlediska je dobré položit otázku, proč nebyla v období socialismu ucelená rehabilitace patřičně rozvíjena.

Společenské zřízení, které se nazývalo socialismus, jednoznačně preferovalo ústavní péči, tedy z dnešního pohledu „krajní“ variantu řešení při snižování handicapu; příčiny preference ústavní péče byly za socialismu např. následující:

- ideologicky daný sklon ke kolektivismu a k zakládání komunit,
- úmyslná izolace starých a zdravotně postižených z dosahu pohledu "zdravé" populace,
- řízený pokles významu rodiny, který se navenek projevoval např. neexistencí domácí péče (z důvodu ekonomicky podmíněná zaměstnanost všech členů rodiny v produktivním věku i z důvodu směřování "plánovaných" finančních prostředků směrem k institucím poskytujícím péči ústavní).
- plánování "obložnosti" zdravotnických zařízení,
- preference "invalidizace", pomocí níž se eliminovala nezaměstnanost zdravotně postižených občanů (ČSSR vykazovala 0% nezaměstnanost postižených, neboť přidělení důchodu je mezinárodně chápáno jako "nezaměstnatelnost"),

Důsledky dlouholeté preference ústavní péče budou ještě mnoho let ovlivňovat situaci v oblasti zdravotně sociální péče; sestávají se zejména z následujících skutečností:

- existencí komunit s patologickým sociálním mikroklimatem (ghett),

- celkově nízkou úrovní vzdělání zdravotně postižených občanů, která se pochopitelně projikuje do možnosti jejich pracovního zařazení,
- "rentovou psychozou", tedy všeobecně převládajícím názorem, že "invalidní" důchod je to nejlepší,
- zhoršenou kondicí a neadekvátním zdravotním stavem postižených občanů (horším než by mohl být v případě poskytnutí správné léčebné rehabilitace),
- sociální izolací velké části seniorů a zdravotně postižených,
- existencí architektonických barier, které sociální izolaci prohlubují,
- obtížným prosazováním moderních principů v oblasti zdravotně sociální péče.

IV. Hodnocení zdravotního postižení

Jak bylo již uvedeno, je hodnocení zdravotního postižení součástí ucelené rehabilitace.

V zásadě lze odlišit několik důvodů pro hodnocení zdravotního postižení; každý z těchto důvodů pak determinuje způsob hodnocení zdravotního postižení:

- a) hodnocení pro účely odškodnění,
- b) hodnocení pro účely sociální integrace zdravotně postiženého občana; tento typ hodnocení se dále dělí na hodnocení pro přiznání "invalidního" důchodu a hodnocení pro přiznání sociálních dávek.

Odškodněním se míní poskytnutí většinou finančního obnosu za útrapy, nemoc či zdravotní postižení zaviněné nějakou fyzickou či právnickou osobou, přičemž přírodu nelze považovat za fyzickou či právnickou osobu a stát nelze považovat za právního zástupce přírody; z těchto důvodů nelze poskytnutí "invalidního" důchodu či sociální dávky vyrovnávající handicap považovat za odškodnění.

Zásadní rozdíly mezi základními typy posuzování přináší následující tabulka:

	posuzování za účelem odškodňování	posuzování za účelem sociální integrace
základní metoda posuzování	tabulky	funkční vyšetření šetření

Hodnocení zdravotního postižení pro účely sociální integrace by mělo vycházet z "Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů" vydané WHO v roce 1976; následující tabulka přináší přehled základních pojmů používaných v tomto posuzovacím systému:

CHOROBA	PORUCHA	OMEZENÍ SCHOPNOSTI	ZNEVÝHOD- NĚNÍ
	impairment	disabilita	handicap
	kod "I"	kod "D"	kod "H"
= vnitřní situace	= vnější projev	= objektivní projev	= sociální důsledek

Při hodnocení zdravotního postižení pro účely důchodového zabezpečení je nutné stanovit kody I a D.

Při hodnocení zdravotního postižení pro účely poskytování sociálních příspěvků a dávek je nutné stanovit kod H.

"Porucha" je vnějším projevem zdravotního postižení bez ohledu na skutečný dopad na funkční schopnosti postiženého, či jeho začlenění do běžného sociálního a pracovního prostředí

Pro účely hodnocení zdravotního postižení je porucha definována jako jakákoli ztráta nebo abnormálnost psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce.

WHO doporučuje dvoučíslicovou klasifikaci poruch, která rozlišuje poruchy intelektu, psychiky, řeči, sluchu, zraku, vnitřních orgánů, kostry, znetvořující poruchy a celkové a jiné poruchy.

Metodou určení poruchy je v procesu hodnocení zdravotního postižení **vyhledání v seznamu klasifikace poruch.**

Disabilita je profil zachovalých funkčních schopností postiženého, určený na základě **funkčních vyšetření** tak, aby následná specifikace prostředí umožnila přizpůsobení ke schopnostem člověka (citace z ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps).

WHO ve své klasifikaci rozlišuje disability v chování, v komunikaci, v osobní péči, v pohybu, v tělesné dispozici, v obratnosti a situační disability.

Protože se v případě disability jedná o funkční změny vyplývající z poruchy, je metodou určení disability funkční vyšetření.

S pojmem "disabilita" je někdy směřován pojem "invalidita; o synonymum se však nejedná; disabilita vyjadřuje spíše rozsah „validity“, tedy zachovalých schopností využitelných pro následnou sociální či pracovní reintegraci postiženého občana.

"Invalidita" je pojem archaický, který neodpovídá potřebám moderního posuzování, negativně, bez návaznosti na disabilitu, vyjadřuje "invalidita" pokles výtěžné schopnosti; stanovení poklesu výtěžné schopnosti nelze realizovat funkčním

vyšetřením (neboť nelze funkčně měřit "prázdnou") a proto je k posuzování poklesu výdělečné schopnosti používána neměnná konstanta - v případě "teorie přímé závislosti výdělečné schopnosti na klinickém stavu" se například jedná o tabulky vyjadřující procentuelní redukci výdělečné schopnosti při dané poruše zdraví - konstantou je tedy kód "I".

invalidita	-	pokles pracovní (výdělečné) schopnosti
	-	
	-	
	+	
	+	
	+	
	+	
	+	
validita	+	zbytkový pracovní potenciál
(míra disability)	+	
	+	

Handicapem jsou v podstatě finanční, materiální a jiné statky, které je nutné postiženému poskytnout, aby mohlo dojít k jeho začlenění do přirozeného sociálního nebo pracovního prostředí.

Handicap je důsledkem poruchy a disability, který je postiženým negativně vnímán; handicap je společenský jev, sociální důsledek zdravotního postižení.

Handicap se nemusí vždy projevit, záleží na kulturních a společenských normách, které postiženého obklopují, neboť handicap je v podstatě nesoulad mezi výkonem nebo stavem člověka a tím, co od něho očekává společnost, do kterého patří.

Handicap může vzniknout v orientaci, ve fyzické nezávislosti, v pohyblivosti, v uplatnění v zaměstnání, v ekonomické soběstačnosti, ve společenské integraci, v sexuální integraci.

Metodou určení handicapu je **šetření** (např. dotazníky, studium zdravotnické dokumentace, šetření v místě pracoviště nebo bydliště). Jedná se v podstatě o srovnávání objektivního klinického stavu se životním zázemím, které se zpravidla rozprostírá mezi domovem postiženého a jeho pracovištěm.

Tabulka shrnující význam jednotlivých kódů

I (porucha)	D (disabilita)	H (handicap)
jazyková sluchová zraková	v řeči ve slyšení ve vidění	v orientaci
		ve fyzické nezávislosti
motorická	v oblékání	
	v chůzi	v pohyblivosti
psychologická	v chování	v integraci do společnosti

V. Zajištění fyzické nezávislosti (soběstačnosti)

Zajištění fyzické nezávislosti lze chápat v širším a v užším slova smyslu.

V širším slova smyslu jako opatření léčebná k směřující k udržení či zlepšení zdravotního stavu, uskutečňovaná zdravotnickými zařízeními různého typu, např. pracovišti léčebné rehabilitace, geriatrickými pracovišti, pediatrickými pracovišti apod.,

V užším slova smyslu jako zabezpečení vlastní fyzické nezávislosti, a to **obecně** či **specificky**.

Obecně, **tedy bez vztahu k určitému konkrétnímu sociálnímu prostředí** se jedná zejména o poskytnutí technické pomůcky kompenzující funkci ztraceného, či funkčně postiženého orgánu nebo tkáně, výcvik základních dovedností potřebných pro zachování či získání fyzické nezávislosti.

Specificky, **v souvislosti s konkrétním sociálním prostředím**, ve kterém se postižený běžně pohybuje, se jedná především o poskytnutí technické pomůcky kompenzující handicap, který vyplývá z daného, konkrétního sociálního prostředí, poskytnutí sociální služby, poskytnutí osobní asistence, poskytnutí finančního (sociálního) příspěvku, v krajním případě poskytnutí ústavní sociální péče.

Zatímco opatření v obecném smyslu mohou být **plošná** a teoreticky hrazená z pojištění zdravotního, opatření „specifická“ by měla být **zaměřena individuálně** a financována ze sféry sociální.

Předpokladem zajištění fyzické nezávislosti je stanovení kódů I, D a H.

VI. Zajištění ekonomické nezávislosti

Ekonomickou nezávislost lze zajistit v podstatě dvěma standardními způsoby: vytvořením podmínek pro pracovní uplatnění, poskytnutím důchodu.

Při aplikaci těchto opatření je bezpodmínečně nutné důsledně odlišit nezaměstnatelnost a nezaměstnanost.

Nezaměstnatelnost je důvodem pro poskytnutí důchodových dávek, kdežto nezaměstnanost, podobně jako u osob nepostižených, důvodem k poskytnutí sociálních dávek v nezaměstnanosti.

Pokud je nezaměstnaným přiznán důchod, ačkoli nejsou nezaměstnatelní, jedná se o stav, kdy je problematika nezaměstnanosti řešena umělou invalidizací.

Následující tabulka přináší přehled základní principů zajišťování ekonomické nezávislosti:

ZP občané, kteří NEMOHOU pracovat	ZP občané, kteří MOHOU pracovat a nemají zaměstnání	ZP občané, kteří MOHOU pracovat a mají zaměstnání
0	rekvalifikace	odstranění handicapů ztěžujících pracovní činnost
důchod	příspěvek v nezaměstnanosti	vlastní příjem

Poskytnutí invalidního důchodu by mělo být posledním z opatření k dosažení ekonomické nezávislosti; ze zahraničních zkušeností vyplývá, že předčasné poskytnutí důchodu demotivuje zdravotně postižené občany spolupracovat při poskytování pracovní rehabilitace.

Podmínkou poskytnutí invalidního důchodu by ve většině případů mělo být funkční vyšetření zbytkového pracovního potenciálu.

Vytváření podmínek pro pracovní uplatnění nemá význam toliko z důvodů ekonomických, nýbrž i rehabilitačních a reintegračních.

Práci, zaměstnání, povolání, podnikání apod. nelze chápat jen jako zdroj obživy, nýbrž i jako prostředek k obnově nebo zachování integrity biologicko - psycho - sociálních funkcí organismu.

Pracovní pokus, jakožto elementární a základní součást v procesu komplexní pracovní rehabilitace (běžně aplikovaná v rehabilitačních ústavech a rehabilitačních centrech), patří dokonce do oblasti zdravotní péče.

Vytváření podmínek pro pracovní uplatnění, resp. pracovní rehabilitace má tedy několik fází, ve kterých figurují úkoly, kompetence a odpovědnost několika rezortů:

	indikace	realizace	financování
pracovní pokus	ošetřující lékař	zdravotnické zařízení	zdravotní pojištění
vyšetření zbytkového prac. potenciálu	posudkový lékař	rehabilitační centrum	sociální pojištění
plán rekvalifikace	úřad práce	rehabilitační centrum	sociální pojištění
reedukace	úřad práce	škola	rezort školství
rekvalifikace	úřad práce	rekvalifikační centrum	sociální pojištění

Při snaze reintegrovat zdravotně postižené do pracovního prostředí musíme však mít vždy na mysli základní složky lidského bytí, jež mohou možnost pracovní integrace a reintegrace

limitovat a také to, že schopnost výkonu zaměstnání nebo povolání je labilní a dynamická, měnící se vlivem stabilizujících i destabilizujících zevních i vnitřních faktorů.

Základními rozměry (složkami) lidského bytí, vzhledem k možnosti pracovního uplatnění, jsou **biologický (fyzický) potenciál**, při jehož negativním ovlivnění může dojít k projevu poruchy či onemocnění, **psychický potenciál**, jehož zevním projevem může být pohoda, strach, stres, funkční či organická porucha psychiky apod., **kvalifikační potenciál**, projevující se úrovní vědomostí, dovedností, nadáním, zkušenostmi, postoji, zájmy a mírou motivace; nedotčený kvalifikační potenciál je výchozím momentem pro reintegraci postižených občanů; **rehabilitační potenciál**, představující možnost záměrných i spontánních změn pracovního potenciálu - tento pojem navozuje dynamický pohled na možnost pracovního uplatnění zdravotně postižených občanů, **kvalifikační potenciál**, který je ovlivnitelný pedagogickým působením a je naprostým omylem domnívat se, že pracovní potenciál zaniká s fyzickým, když člověk nemůže vládnout lopatou!

Skutečný pracovní potenciál je značně labilní, kolísavou veličinou, ovlivňovanou mnohými subjektivními i objektivními skutečnostmi; ve vztahu k **obecné možnosti** pracovního uplatnění je vektorem, jehož směr a velikost se neustále mění, ve vztahu k možnosti výkonu **určitého zaměstnání** je součtem fyzických, psychických a vědomostních předpokladů konkrétního zaměstnání vykonávat.

I u "zdravých" osob má pracovní potenciál svou "variační adaptabilitu", která je fenotypicky prezentována jak do "šířky" (tzn. schopností přejít na jiný druh práce), tak do "hloubky" (tzn. schopností zmobilizovat veškeré zachovalé kapacity k zachování schopnosti výkonu původního zaměstnání); zjišťování zbytkového pracovního potenciálu je tedy nutné zaměřit jak do "hloubky", tak do "šířky".

Obecně je tedy nutné hodnotit variační adaptabilitu jak po stránce kvalitativní (tzn. jednotlivé schopnosti a vlastnosti), tak po stránce kvantitativní (kvantifikace jednotlivých vlastností), neboť žádná práce, povolání či zaměstnání nespotečbovává celý teoreticky představitelný pracovní potenciál, nýbrž jen jeho část (jen určité vlastnosti a schopnosti) a ty navíc v nestejně úrovni.

Tak, jak je labilní hodnota pracovního potenciálu, měl by být pružný systém hodnocení zdravotního postižení, systém poskytování rent a systém odstraňování barier.

Faktory ovlivňující velikost pracovního potenciálu jsou obecně **vnitřní i vnější**.

Mezi vnější faktory patří veškeré **biologické, fyzikální, chemické** a další noxy působící na zdraví člověka a vytvářející životní prostředí, **sociální prostředí**, které člověka obklopuje a které je dokonce nadřazeno výše uvedeným noxám z toho důvodu, že působí na člověka přímo i nepřímo - ovlivněním faktorů životního prostředí a ovlivněním psychiky postiženého, **věk**,

který má však daleko větší význam pro kvalitu potenciálu fyzického, než kvalifikačního (tzv. relativní nezávislost fyzického a pracovního potenciálu); změny kvalifikačního potenciálu nastávají prakticky až v období involučních mozkových změn.

K vnitřním faktorům, které mohou stabilizovat či destabilizovat výše zmíněný trojrozměrný systém patří **obecná odolnost organismu** daná geneticky i fenotypicky (odolnost v obecném slova smyslu), **specifická odolnost** daná dynamickým vývojem určité konkrétní nemoci či poruchy (konkrétního typu zdravotního postižení), **povahovými vlastnostmi jedince**, které jsou, samozřejmě, kompilací velkého množství vlivů a **motivací jedince k reintegraci** do přirozeného sociálního a pracovního prostředí.

Odolnost, povahové vlastnosti a motivace jsou významnými faktory a lze je **aktivně ovlivňovat** způsobem hodnocení zdravotního postižení (určování neschopností přispívá ke ztrátě motivace, zejména u povahově labilních a méně odolných jedinců), **přístupem zdravotnických a dalších pracovníků**, kteří společně s postiženým řeší jeho náhlý i dlouhodobý stav, **vhodně aplikovanou rehabilitací**, a to jak léčebnou, tak pracovní, **pozitivním ovlivňováním stresu**, kterému je postižený vystaven (přemíra stresu může mít negativní důsledky pro další osud postiženého; stejně negativním faktorem však může být ztráta stresu, např. předčasným či neindikovaným poskytnutím sociální dávky!) - moment prospěchu plynoucí ze společensky uznané role postiženého může přeměnit poruchu zdraví v žádoucí jev, aktivním působením na okolí postiženého, a to jak ve smyslu sociálním, tak pracovním, kulturním, sexuálním apod.; zde hrají nemalou úlohu neinstitucionární aktivity (komunitní péče).

Příčiny "workfobie" mohou být tedy různé; krom čistě asociálních se může jednat o dlouhodobou situaci na pracovišti, která nikterak se zdravotním postižením nesouvisí, o psychozu či psychopatii, o subjektivní či objektivní pocit věčného či finančního podcenění či o přesvědčení o škodlivosti práce, které může být vyvoláno i iatrogenně.

Prioritním cílem by mělo být uplatnění postiženého na volném trhu práce.

Zaměstnávání zdravotně postižených lze facilitovat pomocí **plošných i individuálně zaměřených opatření**:

Plošnými opatřeními směřovanými k zaměstnavateli mohou být povinné kvóty se sankcemi, finanční zvýhodnění (např. daňové úlevy), způsob chráněné práce a chráněných dílen.

Individuálními opatřeními směřovanými k postiženému, jejich cílem je v podstatě odstranění handicapů (barier) znemožňujících pracovní uplatnění - odstranění architektonických barier na pracovišti, zajištění dopravy do zaměstnání a poskytnutí technických pomůcek umožňujících výkon samotného zaměstnání.

Prioritní motivací pro zaměstnavatele by neměly být dotace či daňové úlevy, nýbrž zisk plynoucí z pracovního nasazení zdravotně postiženého.

Změněná pracovní schopnost (ZPS) je definována jako omezená možnost pracovního uplatnění vyplývající z určitého typu poruchy; je to tedy pojem analogický k "poklesu pracovní schopnosti".

Institut ZPS tedy patří k pojmům vycházejícím z negativního pojetí zdravotního postižení, které se zaměřuje na vymezování "neschopností" zdravotně postižených občanů.

Pokud u postiženého bude zjišťován zbytkový pracovní potenciál a provedena pracovní rehabilitace s ohledem na trh práce, a pokud existuje pracovní uplatnění na volném trhu práce, pak není potřeba přiznávat statut ZPS, a to ani na žádost postiženého, neboť přiznání tohoto statutu s sebou přináší četná úskalí, která mohou směřovat až k deintegraci a izolaci postiženého.

Dalším z možných negativních faktorů může být ekonomická podmíněnost částečného invalidního důchodu, což je jevem antirehabilitačním, demobilizujícím a demoralizujícím; jedná se v podstatě o sebekontrolu příjmů za účelem zachování částečného důchodu a důsledkem je život pod úroveň možností.

Velmi delikátním je též vztah mezi "pracovním potenciálem" vyjadřujícím stav individua a "pracovní schopností" vyjadřující stav systému člověk - zaměstnání.

Občan zdravotně postižený musí (na základě pracovní smlouvy) zvládnout práci v určité kvantitě, kvalitě a čase; do střetu se tak často dostávají teoretické a praktické možnosti, přičemž tento střet je často zbytný a zaviněný různými důvody:

může se např. jednat o záměnu pojmů "schopnost" (používá se při hodnocení následků poruchy) a "způsobilost" (používá se pro účely výkonu či nábore do konkrétního zaměstnání); kompetence, úkoly a odpovědnost vyjadřuje následující tabulka:

	schopnost při krátkodobém onemocnění	schopnost při vleklé poruše	způsobilost pro výkon konkrétního zaměstnání
kdo	ošetřující lékař	posudkový lékař	"závodní" lékař
na základě	zdravotního stavu	zbytkového pracovního potenciálu	posouzení možnosti zhoršení stavu vlivem a)pracovního procesu b)pracovního prostředí
důsledek rozhodnutí	krátkodobá neschopnost	nezaměstnatelnost/nezaměstnanost (invalidita)	
řešení	léčba rehabilitace	léčba rehabilitace renta	léčba rehabilitace soc. příspěvek rekvalifikace

Jednou z největších barrier pro zdravotně postižené je analogie "teorie přímé závislosti výdělečné schopnosti na zdravotním stavu" v pracovním procesu, tedy profesiogramy; pokud se profesiogramy stanou jedinou metodou k určování pracovní schopnosti zdravotně postižených jedinců, pak často nastává stav "nezaměstnanosti zaměstnatelných".

Profesiogramické metody by měly být pouze orientační, součástí dalších metod odhalujících požadavky zaměstnání; nemělo by se zapomínat na možnost vytváření laboratorních modelů, a to jak v podnicích samotných - tak již na úrovni rehabilitačních center a ústavů, na institut "práce na zkoušku" a na nezbytné pracovní - sociální šetření za účelem odhalování veškerých handicapů bránících postiženému v práci či podnikání.

Výrazně antiintegračním opatřením mohou být též zákonná omezení pro výkon určitých pracovních činností pro určité skupiny zdravotně postižených občanů (těhotenství a dětský věk tento materiál nepovažuje za zdravotní postižení!); jakmile stát začne ochraňovat občany před kapitalisty, dostáváme se do sfér, jež jsou pro demokratickou společnost málo akceptovatelné:

V demokratické společnosti by se totiž každý občan (kapitalisty nevyjímaje) měl pohybovat v mantinelech právního řádu, který jasně určuje parametry pracovního prostředí a pro podnikatele by mělo být logické, že bude tyto parametry dodržovat, neboť jinak se dostane do tlaku finančních a společenských nesnází.

DISKUZE:

V období po listopadu 1989 došlo k několika zásadním chybám, které ovlivnily oblast zdravotní péče a komprehenzivní rehabilitace, zejména:

- došlo k politickému zneužívání těchto oblastí v zájmu jednotlivých politických subjektů, a to zejména ve třech směrech; ve smyslu **nereálných slibů, nevhodných řešení a neřešení důsledků.**
- přístup k řešení problematik v oblasti komprehenzivní rehabilitace se stal čistě rezortním a koncepce jednotlivých rezortů jsou inkopatibilní,
- rezort zdravotnictví se zabývá prakticky pouze problematikou léčebné rehabilitace, mezi sociální a léčebnou rehabilitací se vytvořila bariera,
- není vytvořen systém zcela jasných úkolů, odpovědnosti a kompetencí,
- není zaveden systém vícezdrojového financování, s nímž souvisí i vícezdrojová kontrola financování,
- odtržením zdravotního pojištění od sociálního došlo k izolaci posudkové služby od zdravotní péče se všemi neblahými důsledky, jako jsou např.: pouze **administrativní návaznost a komunikace** mezi ošetřujícími a posudkovými lékaři a minimální komunikace

mezi posudkovými a revizními lékaři (komunikace existuje jen v rámci výuky a výzkumu),

- z předchozího bodu vyplývá nemožnost koordinace výdajů v oblasti zdravotního, nemocenského a důchodového pojištění a možnost řešení problematiky nezaměstnanosti přiznáváním důchodových dávek,
- bariery mezi rezorty brání komprehenzivnosti rehabilitace na „periferii“, s odrazem na občany s nemocí či zdravotní poruchou - důsledkem tohoto stavu je snižování možnosti dosáhnoutí cílů komprehenzivní rehabilitace uvedených v textu této práce,
- rezortní přístup má negativní dopady i na problematiku zaměstnávání handicapovaných.

V současné době je těžké, prakticky nemožné vracet se na začátek celého dění po roce 1989; je však nutné uvědomit si chyby, které nastaly, jasně definovat cíle a alespoň naznačit cesty, kterými lze těchto cílů dosáhnout.

Tyto cesty mohou být přibližně následující:

1. neoddělovat problematiku zdravotní a problematiku sociální, která na zdravotní problematiku navazuje,
2. oddělit sociální problematiku související se stářím a nezaměstnaností „zdravých“ od sociální problematiky související s nemocí či zdravotním postižením,
3. plánovat vytvoření systému pluralitního zdravotního, či „zdravotně sociálního“ pojištění, které by akceptovalo požadavky různých sociálních skupin při plošném zachování dostupnosti přesně definované zdravotní a zdravotně sociální péče,
4. funkčně propojit (nikoli sloučit) zdravotní, nemocenské, zdravotně-důchodové a zdravotně-sociální pojištění, tedy všechny složky pojistného systému, které se zabývají zdravotní péčí a komprehenzivní rehabilitací,
5. vytvořit systém rehabilitačních center, jejichž funkce je naznačena v návrhu zákona, jenž je přílohou této práce,
6. vypracovat „kodex“ zaručující komprehenzivní zdravotní a zdravotně sociální péči a který bude kompatibilní s normami Evropské unie.

V současné fázi vývoje se zdají být navržená řešení nereálná a není vyloučeno, že je tento názor velmi pravdivý; práce navíc nemůže jít do detailů, např. při práci legislativní, neboť toto je možné pouze v pracovním týmu, vymyká se to možností jediného autora.

Přesto se nejeví zbytečným poukázat na jednu z možných cest vývoje a inspirovat k zamyšlení.

PŘÍLOHY:

1. Koncept návrhu zásad zákona, kterým se vydává Kodex zdravotní péče a sociální péče navazující na péči zdravotní.

Zásada č. 1 - Návaznosti zákona

Tento zákon navazuje na zákon č. Sb., o podmínkách poskytování zdravotní péče, na zákon č. Sb. o zdravotní péči, na zákon č. 582/1991 v platném znění, o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, na zákon č. 54/1956 Sb. v platném znění, o nemocenském pojištění, na zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, na zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, zákon a na zákon č. 20/1966 Sb. v platném znění, o péči o zdraví lidu.

- Zákon č. Sb., o podmínkách poskytování zdravotní péče **definuje rehabilitační centra** (dále jen RHC) jakožto zvláštní zdravotnické zařízení, které slouží k provádění ucelené rehabilitace; tento zákon zároveň zmocňuje okresní úřady k zřizování RHC.
- Zákon č. Sb., o zdravotní péči **povínuje ošetřující lékaře**, aby v případě, že lze předpokládat, že úraz, onemocnění nebo vrozená vada zanechá dlouhodobé nebo trvalé následky, zajistit komplexní rehabilitaci v příslušném RHC; tento zákon dále určuje, že **za zdravotní péči se považuje i posuzování zdravotního stavu, způsobu léčby a zdravotní způsobilosti k práci** pro správy zdravotního pojištění, správy sociálního zabezpečení, úřady práce a okresní úřady.
- Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociální péče **ukládá okresním správám sociálního zabezpečení povinnost zajistit ucelenou rehabilitaci v RHC.**
- Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění (a vyhlášky z něho vyplývající) **povínuje lékaře posudkových oddělení** okresních správ sociálního zabezpečení zajistit posouzení zdravotního stavu ve všech případech, kdy délka dočasné pracovní neschopnosti přesáhne ... dní.
- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění **povínuje okresní správy sociálního zabezpečení** zajistit ucelenou rehabilitaci v RHC v případech kdy hrozí, že z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **poklesne schopnost soustavné výdělečné činnosti bude pojištěnci přiznán invalidní důchod.**

Zásada č. 2 - Definice ucelené rehabilitace

Ucelená rehabilitace je systém diagnostických, léčebných, sociálních, školicích a pracovních výkonů a služeb, které

plynule a koordinovaně umožňují zdravotně postiženým osobám **začlenit se do běžného sociálního a pracovního prostředí.**

Ucelená rehabilitace je určena osobám, které jsou zdravotně postižené, a které nemohou samy toto postižení nebo jeho následky překonat, nebo kterým takové postižení hrozí.

Ucelená rehabilitace je zaměřena na všechny věkové skupiny, tedy na děti, dorost, osoby v produkivním věku i staré občany.

Ucelenou rehabilitaci provádějí rehabilitační centra.

Definice vychází ze "Standardních pravidel pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením", která byla přijata Valným shromážděním OSN 20.12.1993 (rezolucí č. 48/96) a je kompatibilní s dalšími mezinárodně uznanými úmluvami (např. "Chartou na 80.léta) i s vládním usnesením č. 493/1994, kterým se schvaluje Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení"

Za součást rehabilitace se v těchto mezinárodně uznávaných normách považuje nejen rehabilitace léčebná, nýbrž i ergoterapie, psychoterapie, protetická péče, rekvalifikace, vzdělávání a sociální péče.

Možnosti rehabilitace jsou limitovány závažností zdravotní poruchy, ekonomickou dostupností zdravotně sociální péče, sociálním prostředím, ve kterém postižený žije, postojem společnosti k řešení problematiky zdravotně postižených osob a subjektivními postoji zdravotně postiženého občana (ke společnosti, k řešení situace ve které se nachází apod.)

Zásada č. 3 - Činnosti RHC

Rehabilitační centrum je zřizováno okresním úřadem.

Rehabilitační centrum je zvláštní zdravotnické zařízení, které

- 1.pro účely další zdravotní a sociální péče doporučuje postupy k zajištění fyzické nezávislosti zdravotně postižených občanů,
- 2.pro účely důchodového pojištění hodnotí schopnost soustavné výdělečné činnosti zdravotně postižených občanů,
- 3.pro účely zdravotního a nemocenského pojištění hodnotí zdravotní stav a způsob léčby osob, jejichž dočasná pracovní neschopnost přesáhla ... kalendářních dní,
- 4.pro účely státní sociální podpory hodnotí stupeň zdravotního postižení,
- 5.pro účely úřadů práce hodnotí možnosti pracovního zařazení či rekvalifikace nezaměstnaných občanů,
- 6.pro účely národního informačního systému zabezpečuje informace z oblasti zdravotního postižení,
- 7.zprostředkovává kontakt osob uvedených v zásadě č.2 s neinstitucionálními formami zdravotně-sociální péče, např. s aktivitami realizujícími komunitně orientovanou rehabilitaci,

8. může vydávat doporučení i pro jiné orgány státní správy či fyzické a právnické osoby.

RHC vyvíjí činnost ze zdravotní, sociální či jiné indikace. Soustředění centralizace těchto činností je vhodná z hlediska funkčního i finančního. Funkční hledisko je reprezentováno možností aplikace skutečné návazné a skutečně intenzivní péče propojením zdravotních, sociálních a dalších složek (komunitně orientovaná rehabilitace, rekvalifikace atd.), možností stanovit přesný a individuálně zaměřený rehabilitační plán. Finanční hledisko tkví v koordinaci různých finančních zdrojů (zdravotní pojištění, nemocenské pojištění, státní sociální podpora, fondy podpory v nezaměstnanosti), např. v koordinaci délky pracovní neschopnosti se způsobem terapie, v odlišení „nezaměstnanosti“ od „nezaměstnatelnosti“ apod.

Zásada č. 4: Součásti RHC

RHC musí mít tyto základní součásti:

- sekretariát,
- diagnostické oddělení,
- oddělení posudkového lékařství,
- oddělení revizního lékařství,
- oddělení informatiky.

Součástí rehabilitačního centra může být pracoviště fyzioterapie, pracoviště chorob z povolání, centrum technické pomoci nebo jiné zdravotnické zařízení nebo rekvalifikační pracoviště.

Vedoucím RHC je pracovník s atestací z veřejného zdravotnictví, jmenovaný okresním úřadem.

Vedoucím diagnostického oddělení je lékař s atestací FBRLR, který vykonává činnost na základě konkurzního řízení.

Vedoucím posudkového oddělení je lékař jmenovaný okresní správou sociálního zabezpečení.

Vedoucím oddělení revizního lékařství je lékař jmenovaný správou zdravotního pojištění.

Vedoucí oddělení může při diagnostice či posuzování vytvářet odborné týmy a komise; proces posuzování se řídí správním řádem.

Výkonné složky jednotlivých rezortů jsou na úrovni RHC propojeny i personálně, čímž je eliminován přísně rezortní

přístup při řešení problematik v oblasti zdravotně-sociální péče. Návrh zásad tohoto zákona dále sice přenáší proces posuzování ze správ sociálního zabezpečení na RHC, avšak nestanovuje, že se každé posouzení musí realizovat prostřednictvím „komise“; též není narušena kompetence přiznání dávky, RHC pouze vydává posudkové závěry, doporučení apod. Velmi důležitým faktorem je přímý kontakt mezi pracovníky jednotlivých součástí RHC, který umožňuje operativní a rychlé řešení úkolů.

Zásada č. 5: Financování RHC

Financování RHC je vícezdrojové, dle úkolů, kompetencí a povinností orgánů a institucí poskytujících zdravotní a sociální péči.

Financování je dáno právními normami jednotlivých rezortů; zdravotní péče realizovaná v RHC se tedy hradí ze zdravotního pojištění, popř. z veřejných rozpočtů v těch případech, kdy zdravotní péči ze zdravotního pojištění hradit nelze a jiné aktivity pak ze zdrojů toho subjektu, který o ně žádal.

Zásada č. 6: Věcné vybavení RHC

Věcné vybavení diagnostického oddělení RHC a těch částí RHC, ve kterých se realizuje zdravotní péče, je dáno zvláštní právní normou MZ.

Jedná se o vyhlášku o personálních a věcných požadavcích na činnost zdravotnických zařízení, která vychází ze zákona o podmínkách poskytování zdravotní péče.

Zásada č. 7: Diagnostická péče v RHC

Rehabilitační centrum realizuje diagnostickou zdravotní a sociální péči, jejíž součástí je:

- a) stanovení, zda vlivem úrazu, onemocnění nebo vrozené vady došlo u pacienta k poruše zdraví,
- b) v případě potřeby poskytnutí nebo zprostředkování adekvátní léčebné rehabilitace (dále jen fyzioterapie), péče centra technické pomoci, domácí ošetrovatelské péče, popř. jiné adekvátní následné zdravotní péče,
- c) funkční vyšetření fyzické nezávislosti pacienta, včetně zajištění výcviku sebeobsluhy a fyzické nezávislosti,
- d) funkční vyšetření smyslových schopností pacienta a jeho prostorové orientace, včetně zajištění následné péče v případě zjištění funkčních změn,

- e) funkční vyšetření zbytkového pracovního potenciálu,
- f) vyšetření klinickým psychologem,
- g) sociální šetření v souvislosti se zjištěnými funkčními poruchami.

RHC vyvíjí činnost v souladu s "Mezinárodní klasifikací poruch, disabilit a handicapů", která byla přijata na 29. shromáždění WHO. Rehabilitační centrum musí být schopno zajistit péči centra technické pomoci, rehabilitačního ústavu, rehabilitačního pracoviště (fyzioterapii) či jiného specializovaného zdravotnického zařízení a vyšetření klinickým psychologem.

Zásada č. 8: Posudková péče v RHC

Posudková péče poskytovaná v RHC se řídí správním řádem a dále právními normami MPSV.

Jedná se především o zákon č. 582/1991 v platném znění o organizaci a provádění sociálního zabezpečení a o vyhl. č. 182/1991 Sb. v platném znění, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, na zákon č. 54/1956 Sb. v platném znění, o nemocenském pojištění, na zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře a o vyhlášku č. 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory, na zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění a vyhl. č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění.

Zásada č. 9: Informační systém RHC

Rehabilitační centrum provádí sběr statistických informací o počtech zdravotně postižených, druzích poruch a disabilit.

Sběr statistických informací se provádí na základě všeobecně platných právních norem.

Informace o počtech zdravotně postižených, druzích postižení a jejich závažnosti v ČR prakticky neexistují. Rehabilitační centra jsou optimálním místem pro sběr těchto informací. Tento sběr by měl být uskutečňován stejným způsobem jako sběr jiných dat pro účely zdravotnické statistiky.

Zásada č. 10: Komunitně orientovaná rehabilitace v RHC

Rehabilitační centrum spolupracuje s občanskými sdruženími sdružujícími zdravotně postižené občany, a to zejména při zabezpečování:

- a) sociální integrace zdravotně postižených,
- b) vzdělávání rodičů, zákonných zástupců nebo jiných osob, které mohou mít vliv na sociální či pracovní integraci postiženého,
- c) komunitní péče a komunitně orientované rehabilitace.

Komunitně zaměřená péče, resp. komunitně orientovaná rehabilitace se v rozvinutých zemích stává samozřejmou součástí komprehenzivní péče a též u nás již vznikají iniciativy, které hodlají tento typ péče prosazovat a realizovat.

Komplexní rehabilitace neznamena jen legislativní či jiné zajištění dostupnosti, nýbrž i propojení institucionálních (zdravotnických) a neinstitucionálních (občanských, rodičovských apod.) aktivit, které jsou nezbytnou složkou komplexní péče; komunitní péče může přeměnit postoj rodičů postižených dětí, popř. i zdravotně postižených občanů - z prostých konzumentů péče se stávají aktivní poskytovatelé, podílející se na vytváření i realizaci rehabilitačních programů.

Zásada č. 11

Přílohami tohoto zákona jsou:

- a) metodika hodnocení disability
- b) metodika hodnocení zbytkového pracovního potenciálu.

Zásada č. 12

Na základě tohoto zákona došlo k novelizacím následujících právních norem: zákon č. 582/1991 v platném znění o organizaci a provádění sociálního zabezpečení a o vyhl. č. 182/1991 Sb. v platném znění, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, na zákon č. 54/1956 Sb. v platném znění, o nemocenském pojištění, na zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře a o vyhlášku č. 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory, na zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění a vyhl. č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění.

Zásada č. 13:

Tento zákon nabývá účinnosti dnem ...

2. Koncept návrhu zásad zákona Poslanecké sněmovny ČR, kterým se vydává Kodex zdravotní péče a sociální péče navazující na péči zdravotní.

Pozn.: V textu zásad jsou šikmým písmem v závorce označeny některé zákony, které z kodexu vyplývají, či které by měly být v souvislosti s Kodexem novelizovány.

Zásada č. 1 - Návaznosti zákona

Kodex zdravotní péče a sociální péče navazující na péči zdravotní (dále jen „Kodex“) vychází:

- a) z Listiny základních lidských práv a svobod,
- b) z Ústavy České republiky,
- c) z Rezoluce č. 48/96 přijaté Valným shromážděním OSN dne 20.12.1993,
- d) z Charty na 80. léta,
- e) z Úmluvy o pracovní rehabilitaci č. 159/1983 a
- f) ze Standardních pravidel pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.

Listina základních lidských práv a svobod zaručuje všem stejná práva i povinnosti, vylučuje diskriminaci dle rasy, národnosti, zdravotního stavu apod.

Charta na 80. léta požaduje zavádění komprehenzivní péče, odstraňování diskriminujících předpisů; zdůrazňuje nutnost koordinace pracovní rehabilitace s potřebami vyplývajícími z trhu práce a za povinnost lékaře považuje zajistit ucelenou rehabilitaci.

Úmluva o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání zdravotně postižených požaduje pravidelné přezkoumávání vnitrostátní politiky v oblasti pracovní rehabilitace a zaměstnávání zdravotně postižených, všeobecnou dostupnost opatření v oblasti pracovní rehabilitace a rovnoprávné postavení postižených a „zdravých“ osob v pracovním procesu.

Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením v podstatě odpovídají usnesení vlády České republiky č. 493/93, kterým se schvaluje Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení.

Zásada č. 2 - Obsah zákona

Kodex obsahuje výčet úkolů, kompetencí a odpovědností v oblasti zdravotní a zdravotně-sociální péče, zejména:

- a) při výkonu činností, které jsou ve veřejném zájmu (*zákon o veřejném zájmu v oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče*),
- b) souhrn základních práv a povinností občanů České republiky v oblasti zdravotní péče a v oblasti sociální péče navazující na péči zdravotní (dále jen „zdravotně-sociální péče“),

- c) povinnosti orgánů státní správy ve zdravotní a zdravotně-sociální péči (zákon o vícezdrojovém financování zdravotní a zdravotně sociální péče, novela zákona o organizaci a provádění sociálního zabezpečení a navazujících právních norem),
- d) povinnosti orgánů samosprávy ve zdravotní a zdravotně sociální péči (novela zákona o obcích),
- e) postavení a povinnosti zdravotnických zařízení a zařízení zdravotně-sociální péče (zákon o podmínkách poskytování zdravotní a zdravotně sociální péče, novely dalších zákonů),
- f) postavení a povinnosti zdravotnických pracovníků a pracovníků v oblasti zdravotně sociální péče (zákon o zdravotnických pracovnících a pracovnících v oblasti zdravotně sociální péče).

Kodex je základní právní normou, od níž se odvozují právní normy nižší, které musí být s Kodexem kompatibilní. Přístup opačný, tedy vytváření rezortních právních norem, nutně vede k dezintegraci v oblastech, kde se kompetence jednotlivých rezortů protínají, tedy k dekomprehenzivnosti péče; tento neblahý jev se nejvíce projeví v oblasti nemocenských dávek, pracovní rehabilitaci a zdravotních důchodů.

Vytvoření Kodexu podmiňuje vytváření celé řady návazných zákonů, které proto nemusí být rozsáhlé a mohou být snadněji novelizovatelné; Kodex je tedy v rozporu s myšlenkou vytvoření jediného, všeobsahujícího zákona.

Pojem „povinnosti“ je v Kodexu chápán široce, tzn. i z hlediska ekonomického; Kodex není prohlášením či svoláním, nýbrž osnovou - kostrou návazných norem, zárukou jejich kompatibility.

Zásada č. 3 - Veřejný zájem při poskytování zdravotní a zdravotně sociální péče.

Plnění úkolů ve veřejném zájmu je v kompetenci:

- a) orgánů státní správy
- b) orgánů samosprávy,
- c) správ zdravotního a sociálního pojištění.

Činnosti ve veřejném zájmu jsou určeny zvláštní právní normou (zákon o veřejném zájmu v oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče)

Veřejný zájem mohou vykonávat státní i nestátní zařízení, pokud splní podmínky, které jsou pro výkon určité činnosti stanoveny příslušnou právní normou (zákon o podmínkách poskytování zdravotní a zdravotně sociální péče).

Veřejný zájem je zájem státu na vytváření podmínek pro zajištění péče občanům; princip občanský je zde nadřazen principu pojištění. Každý region je svým způsobem originální a originální by měla být i struktura zdravotnického systému tohoto regionu, nelze nepřihlídnout k faktorům demografickým, ekologickým, klimatickým, terénním - a k zdravotnímu stavu obyvatel. Projekt každého zdravotnického systému je kompromisem mezi třemi cíli: spravedlivým rozdělováním zdravotní péče, svobodou v úhradách za poskytnutou péči (trhem služeb), kontrolou nákladů. Z tradic vyplývají i dvě basální filosofie pohledů na zdravotní péči: zdravotní péče je zboží soukromé potřeby a její financování je věcí příjemce péče, či - zdravotní péče je společenské zboží a její financování je věcí kolektivní. Tento dualismus vedl často k historickému oddělení „veřejného“ a „soukromého“ zdravotnictví. Oddělení veřejné a soukromé sféry se však v důsledku může projevit negativně, neboť pouze tržní přístup vede ke snížení dostupnosti a ke zvyšování nákladů, pouze veřejný přístup pak vede k nepřiměřené solidaritě a k chudosti pojistných plánů ve smyslu rozvoje prevence. V moderních systémech zdravotní a zdravotně sociální péče proto dochází ke stírání hranice mezi veřejným a soukromým - také z toho důvodu, že rozvoj soukromého zdravotnictví je též ve veřejném zájmu; právě v oblasti soukromého zdravotnictví dochází totiž ke vzniku nejefektivnějších systémů financování zdravotní a zdravotně sociální péče, které mohou být následně aplikovány ve sféře „veřejné“. Pojmy „veřejné zdravotnictví“ či „zdravotní péče ve veřejném zájmu“ lze tedy nahradit pojmem řízená péče, což je všeobecný termín pro organizování úsilí lékařů a nemocnic za účelem umožnění dostupnosti kvalitní péče při vysoké efektivnosti nákladů.

Zásada č. 4 - Pluralitní přístup při vytváření systému zdravotní a zdravotně sociální péče

V oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče se pluralitní přístupy aplikují zejména:

- a) v počtu pojistných plánů (zákon o zdravotním pojištění, zákon o pojistném na zdravotní pojištění a správě zdravotního pojištění),
- b) v počtu zdrojů zdravotnictví a zdravotně sociální péči financujících a financování kontrolujících (zákon o vícezdrojovém financování zdravotnictví a zdravotně sociální péče, novely dalších zákonů),
- c) ve svobodné volbě, a to:
 - 1) lékaře,
 - 2) osobního asistenta,
 - 3) způsobu využití oprávněně přiznané sociální dávky,
 - 4) zdravotnického zařízení,

- 5) zařízení sociální či zdravotně-sociální péče,
 - 6) pojistného plánu zdravotního pojištění,
 - 7) způsobu organizace a řízení při poskytování zdravotní a zdravotně sociální péče.
- (novely příslušných právních norem)

Pluralita ve zdravotním pojištnictví není záležitostí počtu zdravotních pojišťoven, nýbrž počtu pojistných plánů. Každá z rezortních pojišťoven by tedy měla realizovat originální pojistný plán kompatibilní s objektivními zdravotními potřebami daného typu zaměstnanců (např. železnice, hornictví, armáda, policie, administrativní pracovníci atd.); na druhé straně není vyloučeno, aby se péčí o určitý druh zaměstnanců zabývala namísto rezortní pojišťovny organizace údržby zdraví (HMO), tedy soukromá pojišťovací společnost. Výhody propojení HMO a „rezortního zájmu“ jsou nesporné, neboť HMO je zaměřena na prevenci a při jejím rezortním zaměření mohou vzniknout skutečně kvalitní a efektivní programy zaměřené na prevenci chorob z povolání.

Vícezdrojové financování a kontrola financování zdravotní péče je naprosto nezbytnou součástí systému racionálního využívání finančních prostředků, a to z několika důvodů: vícezdrojové financování umožňuje efektivně plánovat rozložení i intenzitu zdravotní péče v určitém topografickém celku (např. v obvodu, obci, okrese, vyšším správním celku, ve státě), je součástí řízené péče a determinuje navození stavu vícezdrojové kontroly financování, neboť každý subjekt, který se podílí na úhradě zdravotní péče, je automaticky zainteresován na kontrole využívání finančních prostředků. Existují čtyři základní zdroje financí a kontroly: nepřímé platby ze strany zdravotních pojišťoven, přímé platby od pacientů, přímé platby z veřejných rozpočtů a spoluúčast zdravotnických zařízení na úhradách ztrát vyplývajících z jejich neracionálního chování.

Svobodná volba se týká jednak svobodné volby v oblasti zdravotní i zdravotně sociální péče, a to jednak ve smyslu horizontálním (lékař, zařízení, pojistný plán) a jednak ve smyslu vertikálním (organizace a řízení na různých úrovních, tedy decentralizace rozhodování z centrální na regionální, okresní nebo obecní úroveň).

K pluralitě financování však patří i pluralita v oblasti paušalizací plateb; existuje několik přístupů k paušalizaci:

- 1) Přístup dle typu zdravotnického zařízení:

Udává se, že pro nemocnice je možným způsobem paušalizace např. platba za lůžko a den, platba za výkon, platba za diagnózu (DRG) a rozpočet; v ambulantní sféře je pak možným způsobem paušalizace kromě platby za výkon též paušální úhrada za registrovaného pacienta.

Otevřenou otázkou zůstává, je-li paušalizace oddělující ambulantní a nemocniční složku tím optimálním řešením; z tohoto důvodu je možné paušalizace dělit ještě následujícím způsobem:

2) Přístup dle typu choroby:

Jako velmi zajímavá se jeví paušalizace, která se zaměřuje na diagnózu, resp. na diagnózu vztaženou na četnost a průběh choroby, a to jak v případě lůžkové, tak ambulantní sféry; paušalizovat diagnózu lze totiž několika způsoby - viz příloha.

Zásada č. 5 - Práva a povinnosti občanů v oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče

Občan České republiky má právo:

- a) na poskytnutí zdravotní a zdravotně sociální péče, jejíž rozsah je vymezen zvláštními právními normami (zákon o zdravotním pojištění a návazné právní normy),
- b) na poskytnutí ucelené rehabilitace, jejíž provádění je dáno zákonem o provádění ucelené rehabilitace.

Občan České republiky je na základě příslušných právních norem povinen:

- a) pojistit se na zdravotním pojištění (zákon o zdravotním pojištění a návazné právní normy),
- b) platit dávky sociálního pojištění (zákon o pojistném na sociální zabezpečení a státní politiku zaměstnanosti).

Kodex neobsahuje proklamativní prohlášení o rozsahu zdravotní péče, na níž má občan nárok, neboť se jedná o záležitost eticko-ekonomickou a rozsah je dán jinými právními normami.

Kodex neobsahuje ani výčet povinností občana týkajících se udržování svého zdraví, neboť tyto povinnosti by měly být obsahem pojistných plánů zdravotních pojišťoven.

Zásada č. 6 - Povinnosti orgánů státní správy v oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče (zákon o veřejném zájmu v oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče)

a) povinnosti ministerstva zdravotnictví:

- vytváření a dotváření strategických koncepcí zdravotnického vývoje,
- tvorbu legislativních norem,
- koordinaci funkční součinnosti různých subsystémů systému zdravotnictví,
- přímé řízení Státní správy zdravotního pojištění (dále jen SSZP),
- kontrolu systémů zákonného zdravotního pojištění, např. řízení „České správy zdravotního pojištění“,

- schvalovat pojistné plány jednotlivých zdravotních pojišťoven a pojistný plán veřejného zdravotního pojištění,
- činnost zdravotnického informačního systému,
- vznik struktur realizujících ochranu veřejného zdraví,
- vznik a činnost orgánů kontroly léčiv, technických pomůcek, zdravotnické techniky a léčebných technologií,
- zajištění některých dalších kontrolních mechanismů a zpětných vazeb v systému,
- zdravotnické školství a další vzdělávání lékařů, farmaceutů a středních zdravotnických pracovníků,
- centrální koordinaci záchranných služeb včetně letecké záchranné služby a opatření k řešení mimořádných situací (nouzových stavů a tísňových režimů),
- realizaci finančně nejnáročnějších programů zdravotní péče s celostátní spádovostí (např. program rehabilitačních center, transplantační, dialyzační, onkologický, spinální, traumatologický apod.).

b) povinnosti ministerstva práce a sociálních věcí:

- vytváření a dotváření strategických koncepcí vývoje v oblasti zdravotně sociální péče a komprehenzivní rehabilitace,
- tvorbu legislativních norem, které jsou v souladu s mezinárodně uznávanými dokumenty, zejména principy Evropské unie,
- koordinaci funkční součinnosti různých subsystémů systému sociální péče související s péčí zdravotní a při této činnosti spolupracovat s ministerstvem zdravotnictví,
- přímé řízení České správy sociálního zabezpečení (dále jen ČSSZ),
- realizaci finančně nejnáročnějších programů sociální péče navazující na péči zdravotní.

c) povinnosti úřadů nižších územně správních celků:

- vytvářet koncepce dlouhodobé strategie rozvoje zdravotnictví v daném správním celku,
- plánovat a hledat finanční zdroje z hlediska krátkodobého i dlouhodobého rozvoje zdravotnického systému,
- sledovat, koordinovat a zajišťovat dostupnost specializované zdravotní péče,
- přímo či nepřímo ovlivňovat činnost zdravotnických zařízení a zařízení zdravotně sociální péče a to po stránce provozní i investiční tak, aby byly zachovány a podporovány činnosti ve veřejném zájmu regionu,
- zřizovat rehabilitační centra,
- udělovat a odnímat rozhodnutí o registraci opravňující poskytovat zdravotní a zdravotně sociální péči (podmínky pro udělení registrace stanoví legislativní normy),
- zajištění běžné specializované zdravotní péče o některé skupiny občanů, kteří neuspěli při svobodné volbě lékaře či zdravotnického zařízení,
- koordinovat činnost záchranné služby na úrovni daného správního celku.

Výčet povinností je neúplný a závislý na legislativním vývoji této právní normy.

Za „léčebnou technologii“ se považuje standardizace léčebných postupů.

Vícezdrojové financování vyžaduje vytvoření dvou koordinačně řídicích systémů: systému mapujícího potřeby a financujícího ty druhy péče, které nejsou zahrnuty ve zdravotním pojištění - a systému koordinujícího činnost zdravotních pojišťoven ve smyslu zabezpečení dostupnosti těch druhů péče, která je zahrnuta ve zdravotním pojištění, tzn. solidarity. Aby byla zajištěna komprehenzivnost zdravotně sociální péče a obecně i návaznost zdravotní péče na sociální, měla by odpovídat struktura řízení zdravotní péče struktuře řízení péče sociální (tzn. „státní správy“ řízené přímo ministerstvy a „okresní správy“ řízené správami státními).

Mimo tyto „správy pojištění“ by pak měl existovat systém přímého financování ze strany orgánů státní správy, popř. i samosprávy, a to v přesně definovaných případech, např.:

- 1) na předem určený program (spinální, kardiovaskulární, transplantační, onkologický apod.), tyto prostředky by tedy byly poskytovány mimo zdravotní pojištění a jejich využívání sledováno orgány státní správy)
- 2) na předem určenou investici, která přesahuje určitou finanční částku,
- 3) jako dofinancování rozdílu mezi reálným příjmem od zdravotní pojišťovny a skutečnou objektivní potřebou zdravotnického zařízení,
- 4) jako dotace na prostou reprodukci,
- 5) na zabezpečení primární zdravotní péče u občanů, kteří neuspěli v systému svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení (např. osoby asocíální, závislé atd.).

Podle rozsahu území, pro které by byla určitá činnost zabezpečována či podle velikosti finanční částky, by se kompetence rozdělily mezi jednotlivé orgány státní správy či samosprávy.

Otázkou zůstává, jeli vhodné, aby ministerstva přímo řídila některá zařízení, patrně jen prostřednictvím ovlivňování výše uvedených programů, a to investičně a provozně.

Zásada č. 7 - Povinnosti orgánů samosprávy v oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče (zákon o obcích, zákon o veřejném zájmu v oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče)

- dostupnost primární péče v daném městě, obci či obvodu, včetně zajištění této péče pro občany, kteří neuspěli při svobodné volbě lékaře vykonávajícího primární zdravotní péči,
- efektivní využívání finančních prostředků poskytovaných do oblasti zdravotně sociální,

- využívání možností, které umožňují moderní způsoby poskytování zdravotně-sociální péče.

Na obecní (obvodní) úrovni dochází k největšímu kontaktu s občany potřebnými; z tohoto důvodu by se měla tato úroveň soustředit především na poskytování základní zdravotní a zdravotně-sociální péče těmto skupinám.

Velmi negativním jevem může být oddělení zdravotní a sociální složky právě na této úrovni, kromě funkčních důsledků dochází i ke zbytečným únikům finančních prostředků.

Zásada č. 8 - Povinnosti centrálních správ zdravotního a sociálního pojištění (zabezpečení) v oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče (zákon o pojistném na zdravotní pojištění a správě zdravotního pojištění, novely zákonů o provádění sociálního zabezpečení).

a) povinnosti Státní správy zdravotního pojištění:

- spravovat Fond zdravotního pojištění,
- sledovat hospodaření jednotlivých zdravotních pojišťoven
- řídit Okresní správy zdravotního pojištění,
- vytvářet a obnovovat pojistný plán veřejného zdravotního pojištění,
- spolupracovat s Českou správou sociálního zabezpečení v oblasti koordinace činnosti fondů zdravotního, nemocenského a zdravotně-důchodového pojištění a sociálních dávek souvisejících s poruchou zdraví.

b) povinnosti České správy sociálního zabezpečení:

- odděleně spravovat fondy nemocenského, zdravotně-důchodového a fond sociálních dávek souvisejících s poruchou zdraví,
- řídit Okresní správy sociálního zabezpečení,
- spolupracovat se Státní správou zdravotního pojištění v zájmu efektivního využívání finančních prostředků jednotlivých fondů.

Propojení jednotlivých fondů by mělo být funkční, sloučení fondů není přínosné z hlediska zmenšení průhlednosti. Spolupráce jednotlivých výše uvedených fondů přispívá ke skutečnému a objektivnímu oddělení jednotlivých zdrojů i na periferii, tedy ke správnému způsobu vícezdrojového financování zdravotně sociální péče (např. zdravotně-sociálních lůžek, vyřešení „sociálních hospitalizací, zdravotní péče v ústavech sociální péče, rehabilitačních center apod.); spolupráce jednotlivých fondů by se promítla i do spolupráce revizních složek zdravotních pojišťoven s posudkovou službou sociální sféry, což by vedlo k efektivnější kontrole výdajů na zdravotní péči i sociální dávky s ní související.

Státní správa zdravotního pojištění může vzniknout transformací centrálních složek současné Všeobecné

zdravotní pojišťovny, které jsou i dostatečně vybaveny technicky i personálně, nezávislost Všeobecné zdravotní pojišťovny na státní správě je negativním jevem.

Zásada č. 9 - Povinnosti okresních správ zdravotního a sociálního zabezpečení (pojištění)- zákon o zdravotním pojištění, novely zákonů o provádění sociálního zabezpečení

a) povinnosti Okresních správ zdravotního pojištění:

- provádět veřejné zdravotní pojištění, jehož obsah je dán zvláštní právní normou,
- spolupracovat s místními orgány státní správy při zabezpečování zdravotní péče, která není ze zákona hrazena z jiných finančních zdrojů,
- podílet se na činnosti rehabilitačních center za účelem zajištění komprehenzivní rehabilitace; na úrovni rehabilitačních center spolupracovat s posudkovou službou okresních správ sociálního zabezpečení.

b) povinnosti Okresních správ sociálního zabezpečení:

- provádět sociální zabezpečení způsobem daným zvláštní právní normou,
- spolupracovat s orgány státní správy při zabezpečování zdravotně-sociální péče ve veřejném zájmu.
- podílet se na činnosti rehabilitačních center, a to zejména v oblasti posudkové služby; na úrovni těchto center úzce spolupracovat s orgány okresních správ zdravotního pojištění.

Výčet povinností těchto složek je rámcový a měl by být blíže specifikován dalšími právními normami.

Okresní správy zdravotního pojištění by měly vznikat z okresních poboček Všeobecné zdravotní pojišťovny, které jsou dostatečně vybaveny technicky i personálně; tyto správy by realizovaly veřejné zdravotní pojištění na základě zákona o veřejném zdravotním pojištění, existovala by však možnost přímého ovlivňování „veřejných finančních prostředků“ státními orgány.

Ostatní zdravotní pojišťovny by již nereprezentovaly zájem státu, nýbrž rezortů, podniků či sociálních skupin apod. - tyto pojišťovny by však byly propojeny s fondem zdravotního pojištění, a to v zájmu zachování solidarity, která by však již nebyla zcela absolutní.

Zásada č. 10 - Postavení a poskytovatelů zdravotní a zdravotně sociální péče

Poskytovatelem zdravotní nebo zdravotně sociální péče se může stát jakákoliv fyzická nebo právnická osoba, pokud splní podmínky dané příslušnými právními normami (*zákon o podmínkách poskytování zdravotní a zdravotně sociální péče*).

Povinnosti poskytovatelů stanoví zvláštní právní norma (*zákon o podmínkách poskytování zdravotní a zdravotně sociální péče*).

Při poskytování zdravotní a zdravotně sociální péče platí zásada rovnosti státních a nestátních poskytovatelů v přístupu k finančním prostředkům z veřejných rozpočtů (*zákon o veřejných zakázkách*).

Finanční prostředky z veřejných rozpočtů musí být přidělovány výhradně na základě veřejné soutěže.

Poskytovatelé zdravotní a zdravotně sociální péče musí tuto péči vykovávat způsobem a v rozsahu stanoveným zvláštní právní normou (*zákon o zdravotní a zdravotně sociální péči*).

Kodex zajišťuje komprehenzivnost péče i na úrovni poskytovatelů, určuje, že vznik zařízení, v nichž se má realizovat zdravotní péče a sociální péče na ni navazující má ovlivňovat jediná právní norma, neboť je tím zaručeno neporušování kompetencí a zprůhledněno i vícezdrojové financování.

Zásada umožňuje vznik kombinovaných zařízení poskytujících jak zdravotní, tak sociální péči, řeší tedy problematiku „ošetřovatelských lůžek“, „sociálních“ hospitalizací“ apod.

Kodex zaručuje rovnost státního a nestátního sektoru, např. v přístupu k veřejným zakázkám. Tímto způsobem je možné rozvinout netradiční způsoby péče a naopak omezit čistě ústavní péči v těch případech, kdy je možno ji zajistit v přirozenějším sociálním prostředí.

Zásada č 11 - Postavení a povinnosti zdravotnických pracovníků a pracovníků zdravotně sociální péče

Zdravotnickým pracovníkem je osoba, která za účelem provedení diagnostického či terapeutického výkonu přichází přímo či nepřímo do styku s osobou trpící chorobou uvedenou v Mezinárodní klasifikaci nemocí, popř. s biologickým materiálem souvisejícím s léčbou nemocné osoby, s prostředky zdravotnické techniky, léčivy a dopravními prostředky zdravotnické služby.

Pracovníkem v oblasti zdravotně sociální péče je osoba, která pečuje o občana, který trpí poruchou, disabilitou či handicapem uvedenými v Mezinárodní klasifikaci poruch, disabilit a handicapů.

Práva a povinnosti zdravotnických pracovníků a pracovníků zdravotně sociální péče, včetně způsobu a rozsahu dalšího vzdělávání stanoví zvláštní právní norma (*zákon o zdravotnických pracovnících a pracovnících zdravotně sociální péče*).

Zásada definuje dva základní typy pracovníků, přičemž není vyloučeno, že jediná osoba může splňovat obě kriteria; tímto způsobem je zajištěno zcela jasné zprůhlednění práv a povinností, včetně dalšího vzdělávání.

Podobně jako v předchozí zásadě umožňuje zásada vznik vysoce kvalifikovaných pracovníků pohybujících se v oblasti zdravotně-sociální.

LITERATURA

1. Anderson Allan, The Pensylvanita state University, Payment for hospital services, seminární materiál k financování nemocnic, Praha 1991,
2. Drbal Ctibor, Politika pro zdraví, ZN 43/93, jde o základní materiál zabývající se definicí a významem veřejného zdravotnictví, jedná se o pojetí v „širším slova smyslu“, které zejména definuje některé zcela základní principy v oblasti zdravotnictví,
3. Hirtová Miluše, FDN J.G.Mendela, Brno, 1994: Nemocniční informační systém, práce pro Školu veřejného zdravotnictví (dále jen ŠVZ) IPVZ, zabývá se kvalitou získávaných informací, vstupy a výstupy, pro předložený materiál baly tato práce významná z hlediska odhalování ekonomických vazeb na jednotlivé struktury, pochopení strategického a operativního způsobu řízení,
4. Jolly, Profesor of Public Health in Paris, The Hospital Tomorow, materiál se zabývá plánováním v nemocnicích, produktivitou v nemocnicích a vývojem jednotlivých oborů, propojováním „státní“ a soukromé sféry,
5. Kalina Kamil, Obecné trendy evropských zdravotnických reforem, Typy zdravotnických reforem v evropském regionu, 1996, přednáška pro ŠVZ IPVZ, stručné vyjádření evropských trendů ve zdravotnictví,
6. Karlík Roman, Návrh zásad projektu sloučeného zdravotního a nemocenského pojištění, 1993, materiál počítá s vytvořením Ústřední sociální pojišťovny, vylučuje konkurenční prostředí, počítá s existencí Sdružení smluvních lékařů apod.,
7. Koncepce zdravotnictví, verze 3a z 10.3.1997, MZ ČR,

8. Mašín Lukáš, Poskytování příspěvku města na sociální zařízení, jednání primátora města Ústí n. Labem, 1994, materiál je zaměřen čistě ekonomicky a zabývá se variantami možností zapojení místních rozpočtů do financování této péče,
9. Mediator Klub, 1994, Konzervativní pohled na problematiku zdravotně postižených, diskusní materiál pro širokou veřejnost (spoluautorství),
10. MZ ČR, Standardní principy zdravotně sociální péče o zdravotně postižené občany, 1994, materiál pro Vládní výbor pro zdravotně postižené občany,
11. MZ ČR, 1995, Zásady pro vznik a činnost rehabilitačních center, jedná se o materiál, který byl z větší části zpracován předkladatelem této práce, abšak který řeší problematiku pouze v užším slova smyslu, propojení rehabilitačních center se sociální sférou a sférou zdravotního pojištění je zde značně omezeno v rámci reálnosti celého projektu,
12. Pfeiffer Jan, Vývoj rehabilitace a její problémy v ČR, Liberální institut 1996, článek poukazuje na širokospektrý význam pojmu „rehabilitace“ a na význam posudkových lékařů v procesu poskytování komprehenzivní zdravotně-sociální péče,
13. Rada Evropy, 1990, Legislativa pro rehabilitaci zdravotně postižených, přehled právních norem a principů zavedených v jednotlivých státech,
14. Reinhardt Uve, Princeton University, O využívání tržních sil ve zdravotnictví, 1993, diskusní materiál, zabývá se nejzákladnějšími pojmy týkajícími se možností zavádění tržních vztahů do zdravotnictví,
15. Raymond Susan, Mansdorf Bruce, Reinhardt Henry, 1993, Stimuly pro tvorbu kapitálu a rozvoj různých kapitálových zdrojů zdravotnictví ČR, skupina preferuje vznik non-profitního sektoru, zdůraznění otevřenosti systémů,
16. Raffel Marshall, The Pennsylvania State University, Medical care and Health Insurance, seminární materiál, Praha 1991,
17. Šťastný Jan, ZN 38/1992, Management ve zdravotnictví (vlastní materiál),
18. Schuler Robert, Blue Cross of Western Pennsylvania, Health Insurance, seminární materiál, Praga 1991,
19. Sedláček, Bradáč, Nástin problematiky dlouhodobé zdravotně sociální péče na území Hlavního města Prahy do r. 2010 - část A - péče o staré občany, materiál pro výbor Geriatrické společnosti ČLS JEP, 1994,
20. Šťastný Jan, Odborný posudek k materiálu „Aktualizovaný program geriatrické péče v městské části Praha 7, 1996,
21. Šťastný Jan, Aplikace individuálních přístupů v péči o zdravotně postižené, ISBN 80-85341-54-9, Liberální institut 1995 (vlastní materiál),
22. Šťastný Jan, Postavení zdravotně sociální péče v systému zdravotnictví, Liberální institut 1996 (vlastní materiál),
23. US AID 1993, Health Maintenance Organisations, diskusní materiál podrobně seznamující s problematikou HMO,

- 24.US AID 1993, Alternate Ways to Pay for Hospital Services,, diskusní materiál zabývající se např. vztahy mezi nemocenskými pokladnami a nemocnicemi, problematikou rozpočtu, jednotlivými způsoby financování,
- 25.US AID 1993, Alternate Ways to Pay for Physician Services, diskusní materiál zabývající se možnostmi financování lékařů,
- 26.Vepřek Pavel., Ekonomické otázky nemocniční péče a její financování, materiál pro ŠVZ, která vysvětluje m.j. formy financování nemocnic, např. formou paušalizací, výhodami a nevýhodami tohoto financování,
- 27.Vepřek Pavel, Reforma zdravotnictví v Evropě, materiál pro ŠVZ IPVZ, výstižně definuje základní problémy, s nimiž se evropské zdravotnictví musí potýkat - i možnostmi regulací,
- 28.Votava Jiří, Osoby se zdravotním postižením a jejich komplexní rehabilitace, 1992, jedná se o vybrané kapitoly a obsahují základní principy komprehenzivní rehabilitace,
- 29.Vrbík Jan, Nezbytnost objektivního zázemí v lékařské posudkové činnosti, Liberální institut 1996, poukazuje na nutnost vzniku výzkumné nákladny pro posuzování zdravotního postižení v ČR,
- 30.WHO 1980, Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapu,
- 31.Wilenski Gail: Health Reforms in Central Europe, seminární materiál, poukazuje především na nevýhody amerického financování zdravotnictví, víceméně varování pro ČR,
- 32.Plán zdravotního pojištění pro občany USA, ZN 50/93, článek vyjmenovává jednotlivé body americké reformy.
