

# APLIKACE INDIVIDUÁLNÍCH PŘÍSTUPŮ V PÉČI O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ

MUDr. Jan ŠTĀSTNÝ

Institut postgraduálního vzdělávání  
ve zdravotnictví

ČÁST I: ÚVOD

## 1. Základní charakteristiky transformace zdravotní a sociální péče

Vývoj po listopadu 1989 podstatně ovlivnil oblast zdravotně sociální péče, zejména:

- 1.1 v oblasti kompetenční (tzn. vymezování kompetencí ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí),
- 1.2 v kvalitě (dostupnost dříve nedostupných zdravotních a sociálních služeb, důraz na komprehenzivnost péče apod.),
- 1.3 v kvantitě (zejména ve sféře sociální jde o přechod od plošného poskytování dávek k zaměření na skutečné potřeby; v oblasti zdravotnictví jde naopak o plošné zajištění dostupnosti standardní péče),
- 1.4 ve financování (přechod na financování prostřednictvím zdravotního a sociálního pojištění, rozvoj vícezdrojového financování),
- 1.5 v majetkoprávních vztazích (odstátnění služeb),
- 1.6 ve způsobu rozvoje zdravotních a sociálních služeb (přechod od plánovaného rozvoje k rozvoji na základě nabídky a poptávky),
- 1.7 ve změně postoje občanů (aktivní ochrana zdraví, zvýšení poptávky po netradičních způsobech zdravotní a sociální péče, rozvoj aktivit občanských sdružení zdravotně postižených občanů, nadací apod.),
- 1.8 v rozvoji netradičních způsobů poskytování zdravotní a sociální péče, 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.).

## 2. Úkoly, kompetence a odpovědnost v oblasti zdravotně sociální péče

Součástí reformy zdravotně sociální péče je vymezení úkolů, kompetencí a odpovědnosti jednotlivých subjektů, které tuto péči ovlivňují a realizují:

ČINNOST	FINANČNÍ ZDROJ	ODPOVĚDNOST	KOMPETENCE	LEGISLATIVA
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
rekvalifikační	zdravotní pojištění sociální pojištění	ergodiagnostika ergo-terapie	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 sponzori regionální zdroje	zdravotníci pracovníci dobrovolníci	charity jiné organizace	MZ MPSV

## 3. Sociální problematika související se zdravotním postižením

Sociální problematika související se zdravotním postižením (tzn. sociální problematika v oblasti zdravotně sociální péče) se kvalitativně liší od sociální problematiky vyplývající z nezaměstnanosti či z dovršení důchodového věku.

Neoddělitelné propojení zdravotní a sociální problematiky se nejvíce týká tří věkových zdravotních kategorií:

- 3.1 děti,
- 3.2 osob se zdravotním postižením,
- 3.3 seniorů.

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

## 4. Důsledky propojení zdravotních a sociálních problematik

Spolupráci rezortních ministerstev při vytváření legislativních norem ovlivňujících oblast zdravotně sociální péče lze považovat za „genotyp“; za „fenotyp“ pak lze považovat spolupráci mezi ošetřujícími lékaři, složkami sociálního zabezpečení, úřady práce, pedagogicko-psychologickými poradnami, ergodiagnostickými pracovišti, rekvalifikačními zařízeními a pracovišti posudkové sféry.

V tomto pojetí se např. posudkové lékařství stává součástí zdravotně sociální péče a jeho rozvoj musí být v souladu s rozvojem této oblasti jakožto nedělitelného celku.

## 5. Teoretický základ transformace

Teoretickým základem transformace v oblasti zdravotně sociální péče i posudkového lékařství by měly být mezinárodně uznávané úmluvy a materiály; tyto pak většinou obsahují požadavky na zavádění individuálních přístupů při řešení problematik souvisejících se zdravotním postižením.

Jedná se zejména o následující dokumenty:

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



- 5.2 Charta na 80. léta požaduje zavádění komprehenzivní péče odstraňování diskriminačních předpisů; zdůrazňuje nutnost koordinace pracovní rehabilitace s potřebami vyplývajícími z trhu práce a za povinnost lékaře považuje zajistit ucelenou rehabilitaci,
- 5.3 Úmluva o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání zdravotně postižených č. 159/1983 požaduje pravidelné přezkoumávání vnitrostátní politiky v oblasti prac. RHB a zaměstnávání invalidů, všeobecnou dostupnost opatření pracovní rehabilitace a rovnoprávné postavení postižených a „zdravých“ osob v pracovním procesu,
- 5.4 Standardní pravidla pro vyrovnání příležitosti pro osoby se zdravotním postižením, která svým obsahem v podstatě odpovídají 5.5,
- 5.5 usnesení vlády České republiky č. 493/1993, kterým se schvaluje Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení,
- 5.6 Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů (rezoluce Světové zdravotnické organizace z května 1976).

## ČÁST II: ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE

### 1. Definice zdravotně sociální péče

Zdravotně sociální péče není žádným zvláštním druhem péče, nýbrž jen oblastí nacházející se v průniku dvou množin: zdravotní péče a sociální péče.

### 2. Charakteristika zdravotně sociální péče

Zdravotně sociální péče je charakteristická zejména následujícími znaky:

- 2.1 vícezdírolovým financováním (tzn. ze zdravotního pojištění, sociálního pojištění, spoluúčast pacientů a klientů, dotace občanským sdružením, veřejné rozpočty, nadační činnost, sponzoring apod.),
- 2.2 zainteresovanosti více rezortů (MZ, MPSV, MŠMT, ministerstvo hospodářství),
- 2.3 zainteresovanosti více oborů, tedy multidisciplinarita (např. fyziatrie, protetika, ergodiagnostika, psychologie, pedagogika, posudkové lékařství, sociální vědy apod.).

### 3. Cíl zdravotně sociální péče

Základním cílem v oblasti zdravotně sociální péče je vytvoření podmínek pro život v běžném sociálním prostředí a pro seberealizaci zdravotně postižených, dlouhodobě nemocných a starých osob ve všech oblastech života, např. v rodině, zaměstnání, kultuře apod.

### 4. Součástí zdravotně sociální péče

V podstatě se jedná o systém, který se dá přirovnat ke stavbě složené z podlahy, tří nosných sloupů a střechy:

- 4.1 způsob hodnocení zdravotního postižení („podlaha“), zde se v podstatě jedná o tři základní typy posuzování:
  - 4.1.1 pro účely poskytování důchodových dávek
  - 4.1.2 pro účely poskytování sociálních dávek
  - 4.1.3 pro účely odškodňování.
- 4.2 způsoby snižování negativních důsledků zdravotního postižení („pilíře“); konkrétně se jedná o:
  - 4.2.1 zajištění fyzické nezávislosti, což lze chápat v širším a užším slova smyslu (viz IV/1),
  - 4.2.2 zajištění ekonomické nezávislosti, což (jak bude ještě dále uvedeno) lze realizovat zabezpečením výkonu zaměstnání, popř. poskytnutím důchodu; kompetenčně se zde tedy uplatní úřady práce a úřady důchodového zabezpečení,
  - 4.2.3 poskytnutí adekvátního vzdělání, což je, samozřejmě, v kompetenci orgánů školství.

### 5. Financování zdravotně sociální péče

Financování zdravotně sociální péče je vícezdírolové, resp. mnohozdírolové. Vícezdírolové financování je v oblasti zdravotně sociální péče přírodně 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 chybné organizace 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 neblahé skutečnosti:

– ve zdravotnických zařízeních pobývají občané pouze ze sociálních důvodů (tzv. „sociální hospitalizace“),

– v ústavech sociální péče a domovech důchodců jsou ležící pacienti, kteří by měli být hospitalizováni v ústavních zdravotnických zařízeních (tzn. „zrcadlový obraz k sociálním hospitalizacím“),  
– 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.

Přehled vícezdvojeřevného financování zdravotně sociální péče byl již uveden v tabulce I/2.

## 6. Poskytovatelé zdravotně sociální péče

Forma vlastnictví zařízení působícího v oblasti zdravotně sociální péče by měla být vzhledem k činnosti druhotná, určitou činnost by měl mít možnost vykonávat jakýkoli subjekt, pokud splní podmínky k výkonu této činnosti stanovené, např.:

- 6.1 splní podmínky pro vznik zdravotnického zařízení,
- 6.2 splní podmínky pro poskytování sociálních služeb,
- 6.3 splní podmínky 6.1 i 6.2, což může vést ke vzniku zdravotnického zařízení se složkou ústavní sociální péče pro „sociální hospitalizace“, popř. zařízení, v němž se budou poskytovat různé druhy zdravotně sociální péče a každá činnost bude mít svůj vlastní finanční zdroj (viz. tab. I/2).

## 7. Ústavní, stacionární a domácí zdravotně sociální péče

Společenské zřízení, které se nazývalo socialismus, jednoznačně preferovalo ústavní péči, a to jak ve sféře zdravotní, tak v sociální.

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 podmiňené zaměstnanosti 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 „nezaměstnanost“),

\* snížená dostupnost (až nedostupnost) komprehenzivní rehabilitace, a to zejména pro osoby z pracovního hlediska „neperspektivní“.

Důsledky dlouholeté preference ústavní péče budou ještě mnoho let ovlivňovat situaci v oblasti zdravotně sociální péče: jejich projevem jsou zejména následující skutečnosti:

- \* existence komunit s patologickým sociálním mikroklimatem (ghetti),
- \* celkově nízká úroveň vzdělání zdravotně postižených občanů, která se pochopitelně projevuje do možnosti jejich pracovního zařazení,
- \* „rentová psychóza“, tedy všeobecně převládající názor, že „invalidní“ důchod je to nejlepší,
- \* zhoršená kondice a neadekvátní zdravotní stav postižených občanů (horší nežli by mohli být v případě poskytnutí správné léčebné rehabilitace),
- \* sociální izolace velké části seniorů a zdravotně postižených,
- \* existence architektonických bariér, které sociální izolaci prohlubují,
- \* obtížné prosazování moderních principů v oblasti zdravotně sociální péče.

Moderní způsoby, které jsou realizovány prakticky ve všech demokratických státech, spočívají zejména v:

7.1 deinstitalizaci zdravotně sociální péče,

7.2 rozšíření spektra poskytované péče s důrazem na péči poskytovanou ambulantně, ve stacionářích a v přirozeném sociálním prostředí (tzn. nejlépe doma),

7.3 zavádění tržních vztahů a konkurence do oblasti zdravotně sociální péče.

Přehled spektra zdravotní a sociální péče přináší následující tabulka:



<p>ÚSTAVNÍ PÉČE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* dlouhodobá či časově omezená sociální (sociální lůžka),</li> <li>* dlouhodobá či časově omezená zdravotní (geriatrická lůžka, rehabilitační lůžka, ošetrovatelská lůžka)</li> <li>* dlouhodobá či časově omezená zdravotně sociální (lůžka různého typu, zdravotně sociální lůžka),</li> <li>* dlouhodobá či časově omezená péče o zdravotně postižené občany,</li> </ul>
<p>STACIONÁRNÍ PÉČE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* geriatrická,</li> <li>* rehabilitační péče o dlouhodobě nemocné,</li> <li>* rekondiční akce,</li> <li>* stacionární hospicová péče,</li> </ul>
<p>DOMÁCÍ PÉČE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* ošetrovatelská péče,</li> <li>* pečovatelská péče,</li> <li>* ošetrovatelsko-pečovatelská péče,</li> <li>* péče v systému „hospic“,</li> <li>* osobní asistence,</li> <li>* chráněné bydlení apod.</li> </ul>

## 8. Podmínky pro vznik funkčního regionálního systému zdravotně sociální péče

Podmínky vzniku skutečně funkčního systému zdravotně sociální péče jsou obecné a specifické.

8.1 K obecným podmínkám patří:

8.1.1 politická vůle (ve státní správě i samosprávě),

8.1.2 spolupráce zodpovědných orgánů a institucí okresní úřady, úřady práce, úřady důchodového zabezpečení, orgány sociálního zabezpečení atd.),

8.1.3 navození konkurenčního prostředí při poskytování sociálních služeb (v poskytování zdravotních služeb je již vytvořeno), tzn.:

8.1.3.1 rovnoprávné postavení poskytovatelů (státních, obecních, soukromých apod.),

8.1.3.2 využívání institutu veřejné zakázky,

8.1.3.3 změna financování (směřování finančních prostředků „na klienta“)

8.1.4 vícezdrojové financování (vzp, rozpočty, dotace OS, spoluúčast klientů, sponzorství).

8.2 Ke specifickým podmínkám patří

8.2.1 definice potřeb jednotlivých terminálních složek samosprávy, tzn. v obcích a v městských obvodech statutárních měst, vycházející z demograficko-sociálního šetření provedeného terminálními složkami samosprávy,

8.2.2 vytváření podmínek pro realizaci potřeb, např. rezervace nemovitosti a pozemků, vytváření finančních zdrojů apod.

8.2.3 realizace zjištěných potřeb s použitím platných právních norem. Významným faktorem ovlivňujícím zdravotně sociální sféru, resp. její „poskyvatelskou“ část, bude též zvolený systém financování nemocnic; pokud bude eliminována ekonomická motivace managementů nemocnic na počtu lůžek, uvolní se množství prostor i lůžek pro sociální péči.

### ČÁST III: HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

#### 1. Způsoby hodnocení zdravotního postižení

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

1.1.1 hodnocení pro účely odškodnění,  
1.1.2 hodnocení pro účely sociální integrace zdravotně postiženého občana; tento typ hodnocení se dále dělí na

1.1.2.1 hodnocení pro přiznání „invalidního“ důchodu,  
1.1.2.2 hodnocení pro přiznání sociálních dávek.

Odškodněním se míní poskytnutí většínou 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 dvěma základními typy posuzování přináší následující tabulka:

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

## 2. Obecná hlediska hodnocení zdravotního postižení pro účely sociální integrace

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	ZNEVYHODNĚNÍ
	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.

### 3. Porucha (impairment, typ postižení, kod „I“)

„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, kostí, znetvořující poruchy a celkové a jiné poruchy.

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

### 4. Disabilita (změněná schopnost, kod „D“)

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

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

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 re-integraci postiženého občana.

„Invalidita“ je pojem archaický, který neodpovídá potřebám moderního posuzování; negativně, bez návaznosti na disabilitu, vyjadřuje „invalidita“ pokles výdělečné schopnosti; stanovení poklesu výdělečné schopnosti nelze realizovat funkčním vyšetřením (neboť nelze funkčně měřit „prázdné“



no<sup>o</sup>) 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 kod „I“.

<b>invalidita</b>	-	<b>pokles pracovní (výdělečné) schopnosti</b>
	-	
	-	
	-	
	+	
	+	
	+	
	+	
<b>validita (míra disability)</b>	+	<b>zbytkový pracovní potenciál</b>
	+	

### Handicap (kod „H“)

= 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 zážitím, 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

### ČÁST IV: ZAJIŠTĚNÍ FYZICKÉ NEZÁVISLOSTI

#### 1. Zajištění fyzické nezávislosti (soběstačnosti)

Jak již bylo řešeno v části II/4.2.1, lze zajištění fyzické nezávislosti chápat v širším a v užším slova smyslu:

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

1.2 v užším slova smyslu jako zabezpečení vlastní fyzické nezávislosti, a to

1.2.1 obecně, bez vztahu k určitému konkrétnímu sociálnímu prostředí; zde se jedná zejména o:

1.2.1.1 poskytnutí technické pomůcky kompenzující funkci ztraceného, či funkčně postiženého orgánu nebo tkáně,  
1.2.1.1 výcvik základních dovedností potřebných pro zachování či získání fyzické nezávislosti.

1.2.2 specificky, v souvislosti s konkrétním sociálním prostředím, ve kterém se postižený běžně pohybuje; zde se jedná především o:

1.2.2.1 poskytnutí technické pomůcky kompenzující handicap, který vyplývá z daného, konkrétního sociálního prostředí,  
1.2.2.2 poskytnutí sociální služby,  
1.2.2.3 poskytnutí osobní asistence,  
1.2.2.4 poskytnutí finančního (sociálního) příspěvku,  
1.2.2.5 v krajním případě poskytnutí ústavní sociální péče.

Zatímco opatření 1.1 a 1.2.1 by měla být plošná a teoreticky hrazená z pojištění zdravotního, opatření 1.2.2 by měla být zaměřena individuálně a financována ze sféry sociální.

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

## ČÁST V: ZAJIŠTĚNÍ EKONOMICKÉ NEZÁVISLOSTI

### 1. Způsoby zajišťování ekonomické nezávislosti

Ekonomickou nezávislost lze zajistit v podstatě dvěma standardními způsoby:

1.1 vytvořením podmínek pro pracovní uplatnění,  
1.2 poskytnutím důchodu.

Při aplikaci těchto opatření je bezpodmínečně nutné důsledně odlišit nezáměstnatelnost a nezáměstnanost.

Nezáměstnatelnost je důvodem pro poskytnutí důchodových dávek, kdežto nezáměstnanost, podobně jako u osob nepostižených, je důvodem k poskytnutí sociálních dávek v nezáměstnanosti.

Pokud je nezáměstnaným přiznán důchod, ačkoli nejsou nezáměstnatelní, jedná se o stav, kdy je problematika nezáměstnanosti řešena umělelou invalidizací.

Následující tabulka přináší přehled základních 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

### 2. Zajištění ekonomické nezávislosti poskytnutím důchodu

Poskytnutí invalidního důchodu by mělo být posledním z opatření k dosažení ekonomické nezávislosti; ze zdravotních zkušeností vyplývá, že předčasně 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.

### 3. Zajištění ekonomické nezávislosti vytvářením podmínek pro pracovní uplatnění

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 zdroje obživy, nýbrž i jako prostředek k obnově nebo zachování integrity biologicko-psychosociálních 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 pracovního potenciálu	posudkový lékař	rehabilitační centrum	sociální pojištění
plán rekvalifikace	úřad práce	rehabilitační centrum	sociální pojištění
redukace	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, mění se vlivem stabilizujících i destabilizujících zevních i vnitřních faktorů

3.1 rozměry (složkami) lidského bytí, vzhledem k možnosti pracovního uplatnění, jsou

3.1.1 biologický (fyzický) potenciál, při jehož negativním ovlivnění může dojít k projevu poruchy či onemocnění,

3.1.2 psychologický potenciál, jehož zevním projevem může být pohoda, strach, stres, funkční či organická porucha psychiky apod.,

3.1.3 kvalifikační potenciál, projevující se úrovní vědomostí, dovedností, nadáním, zkušenostmi, postoji, zájmy a mírou motivace; nedotčený kvalifikační potenciál je výchozím momentem pro reintegraci postižených občanů;

3.1.4 rehabilitační potenciál, představující možnost záměrných i spontánních změn pracovního potenciálu; tento pojem navozuje dynamický pohled na možnost pracovního uplatnění zdravotně postižených občanů,

Kvalifikační potenciál je ovlivnitelný pedagogickým působením; 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, psychologických a vědomostních předpokladů konkrétního zaměstnání vykonávat.

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

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

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

3.2 Faktory ovlivňující velikost pracovního potenciálu jsou obecně vnitřní i vnější:

3.2.1 mezi vnější faktory patří

3.2.1.1 veškeré biologické, fyzikální, chemické a další noxy působící na zdraví člověka a vytvářející životní prostředí,

3.2.1.2 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,

3.2.1.3 věk, který má však daleko větší význam pro kvalitu potenciálu fyzického, nežli kvalifikačního (tzn. relativní nezávislost fyzického a pracovního potenciálu); změny kvalifikačního potenciálu nastávají prakticky až v období involučních možkových změn,

3.2.2 k vnitřním faktorům, které mohou stabilizovat či destabilizovat výše zmíněný trojrozměrný systém patří



#### 4. Některé negativní a pozitivní faktory ovlivňující získávání ekonomické nezávislosti

3.2.2.1 obecná odolnost organismu daná geneticky i fenotypicky (odolnost v obecném slova smyslu),  
3.2.2.2 specifická odolnost daná dynamickým vývojem určité konkrétní nemoci či poruchy (konkrétního typu zdravotního poštížení),  
3.2.2.3 povahovými vlastnostmi jedince, které jsou, samozřejmě, komplikací velkého množství vlivů,  
3.2.2.4 motivací jedince k reintegraci do přirozeného sociálního a pracovního prostředí.

Odolnost, povahové vlastnosti a motivace jsou významnými faktory a lze je aktivně ovlivňovat:

3.2.2.4.1 způsobem hodnocení zdravotního postižení (určování neschopnosti přispívá ke ztrátě motivace, zejména u povahově labilních a méně odolných jedinců),  
3.2.2.4.2 přístupem zdravotnických a dalších pracovníků, kteří společně s postiženým řeší jeho náhlý i dlouhodobý stav,  
3.2.2.4.2 vhodně aplikovanou rehabilitací, a to jak léčebnou, tak pracovní,

3.2.2.4.3 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,

3.2.2.4.4 aktivním působením na okolí postiženého, a to jak ve smyslu sociálním, tak pracovním, kulturním, sexuálním apod.; zde hraje nemalou úlohu neinstiucio-nární aktivity (komunitní péče).

Příčiny „workfobie“ mohou být tedy různé; kromě 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 věcného či finančního podcenění či o přesvědčení o škodlivosti práce, které může být vyvoláno i iatrogeně.

Prioritním cílem by mělo být uplatnění postiženého na volném trhu práce. Zaměstnávání zdravotně postižených lze facilitovat pomocí plošných i individuálně zaměřených opatření:

4.1 plošná opatření směřovaná k zaměstnavateli:

4.1.1 povinné kvoty se sankcemi,

4.1.2 finanční zvýhodnění (např. daňové úlevy)

4.1.3 způsob chráněné práce a chráněných dílen;

4.2 individuální opatření směřovaná k postiženému, jejich cílem je odstranění handicapů (bariér) znemožňujících pracovní uplatnění:

4.2.1 odstranění architektonických bariér na pracovišti,

4.2.2 zajištění dopravy do zaměstnání,

4.2.3 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“ (viz III-4).

Institút ZPS tedy patří k pojímům vycházejícím z negativního pojetí zdravotního postižení, které se zaměřuje na vymezení „neschopnosti“ 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 statusu sebou přináší četná úskalí, která mohou směřovat až k deintegraci a izolaci postiženého.

K „úskalím“ vyplývajícím z instituce ZPS patří zejména:

\* daňové úniky v těch případech, kdy se nevyužilo možnosti uplatnění na volném trhu práce a zaměstnavatel užívá výhod 3.1.2,

\* vydírání postižených („Bud si necháte napsat ZPS, nebo vás nevezmu!“; „Jen na dobu určitou!“),

\* zneužívání postižených („Já vás budu vést ve stavu, abych splnil kvoty a měl úlevu na daních, ale můžete klidně zůstat doma; já vás tady nepotřebuji!“)

\* handicapování postižených („Proč bych vás bral, když mohu zaměstnat zdravého?“; „To víte, já vás teď zaměstnám a už se vás nezabavím!“).



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 příjmu 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 zavinený různými důvody – může se např. jednat o záměnu pojmů „schopnost“ (používá se při hodnocení následků poruchy) a „způsobilost“ (používá se pro účely výkonu či náboru do konkrétního zaměstnání); kompetence, úkoly a odpovědnost vyjadřuje následující tabulka:

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

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

Profesioigramické 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 antiintegracním opatřením mohou být též zákonná omezení pro výkon určitých pracovních činností pro určité skupiny zdravotně postižených občanů (těhotenská a dětská 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 nesnáží.

## ČÁST VI: LEGISLATIVNÍ NORMY UMOŽŇUJÍCÍ UCELENOU REHABILITACI

### 1. Teoretický základ legislativních norem

Teoretickým základem pro vznik legislativních norem ovlivňujících oblast zdravotně sociální péče by měly být úmluvy a principy obsažené v části I-6.

Za „ucelenou rehabilitaci“ lze považovat systém diagnostických, léčebných, sociálních, školicích a pracovních výkonů a služeb, které plynně 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 produktivním věku i staré občany.

## **2. Rehabilitační centra jakožto základ systému ucelené rehabilitace**

Rehabilitační centra vznikají jako zdravotnická zařízení, která mohou mít právní subjektivitu, popř. mohou být součástí jiných zdravotnických zařízení, např. nemocnic.

2.1 Základní funkce rehabilitačních center jsou následující:

2.1.1 zajištění soběstačnosti postižených,

2.1.2 servis pro orgány důchodového zabezpečení, úřady práce či jiné právníké a fyzické osoby.

2.2 Rehabilitační centrum tedy bude muset být schopno zajistit spektrum následujících činností:

2.2.1 stanovení, zda vlivem úrazu, onemocnění nebo vrozené vady došlo u pacienta k poruše zdraví,

2.2.2 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,

2.2.3 funkční vyšetření fyzické nezávislosti pacienta, včetně zajištění výcviku sebeobsluhy a fyzické nezávislosti,

2.2.4 funkční vyšetření smyslových schopností pacienta a jeho prostorové orientace, včetně zajištění následné péče v případě zjištění funkčních změn,

2.2.5 funkční vyšetření zbytkového pracovního potenciálu,

2.2.6 vyšetření klinickým psychologem,

2.2.7 sociální šetření v souvislosti se zjištěnými funkčními poruchami

2.2.8 sběr informací v oblasti zdravotního postižení.

## **3. Komunitní péče a komunitně orientovaná rehabilitace**

3.1 Nedílnou součástí ucelené rehabilitace je komunitně orientovaná rehabilitace, která představuje dělné propojení institucionální péče s aktivitami samotných zdravotně postižených osob.

V podstatě jde o deinstytucionalizaci části rehabilitační péče směrem k zdravotně postiženým osobám, přičemž efekty této přeměny jsou zejména následující:

3.1.1 zintenzivnění rehabilitační péče zapojováním sdrúžení zdravotně postižených osob do provádění rehabilitace, např. „mimo pracovní dobu“ institucí,

3.1.2 zvýšení zájmu pacientů o rehabilitaci, zejména působením „vlivu kolektivu“,

3.1.3 rozšíření spektra rehabilitační péče, zejména o „rekondiční“ a „rekondičně společenské“ akce nad rámec běžné zdravotní péče,

3.1.4 rozšíření okruhu osob, kterým je rehabilitační péče poskytována, a to zejména způsobem aktivního vyhledávání postižených v rodinách či útavech;

3.1.5 zvýšení využití kapacit rehabilitačních zařízení, včetně rozšíření spektra vícezdrojového financování těchto zařízení, např. o finanční zdroje poskytované občanským sdrúžením zdravotně postižených k uskutečňování doplňkové rehabilitační péče,

3.1.6 zlepšení informovanosti veřejnosti o možnostech rehabilitační péče; tato informovanost je v současné době minimální,

3.1.7 propojení primární péče s rehabilitačními zařízeními prostřednictvím

3.1.7.1 vlastní činnosti komunit,

3.1.7.2 působení ombudsmanů

3.1.8 zpětná kontrolní vazba kvality činnosti rehabilitaci poskytujících zařízení,

3.1.9 stupeň vzdělávání rodičů zdravotně postižených dětí a poskytování poradenských služeb.

Rehabilitační centra budou tedy spolupracovat s občanskými sdrúženími sdrúžujícími zdravotně postižené občany, a to zejména při zabezpečování sociální integrace zdravotně postižených.



# POSTAVENÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE V SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ

MUDR. JAN ŠTASTNÝ

Institut postgraduálního vzdělávání  
ve zdravotnictví

## VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ, ŘÍZENÁ PÉČE

Český jazyk, bohužel, nevystihuje přesně to, co jinde existuje pod pojmem **public health**, neboť pojem „veřejný“ vyjadřuje v češtině spíše cosi, co je všeobecně dostupné nebo přístupné.

V **širším slova smyslu** se tedy jedná o systém studující a rozvíjející způsoby ochrany zdraví člověka; o multidisciplinární obor shromažďující poznatky o faktorech podmiňujících zdraví. **Z analýzy dílčích informací by tento obor měl vyvozovat globální závěry determinující strategii ochrany zdraví jedince a společnosti.**

V **užším slova smyslu** lze chápat veřejné zdravotnictví jako **zdravotní péči ve veřejném zájmu**; tento materiál se zabývá především „užším slova smyslem“ tohoto pojmu, tedy organizací, strukturou a financováním preventivní zdravotní péče, léčebné zdravotní péče a zdravotně sociální péče.

Projekt každého zdravotnického systému je kompromisem mezi **třemi cíli**:

- a) spravedlivým rozdělováním zdravotní péče,
- b) svobodou v úhradách za poskytnutou péči (trhem služeb),
- c) kontrolou nákladů.

Každý systém vzniká na základě určitých historicko-etických tradic a proto se organizace zdravotní a zdravotně sociální péče v jednotlivých státech více či méně liší.

Z tradic vyplývají i dvě **bazální filosofie pohledů na zdravotní péči**:

1. zdravotní péče je zboží soukromé potřeby a její financování je věcí příjemce péče,
  2. zdravotní péče je společenské zboží a její financování je věcí kolektivní.
- Tento dualismus vedl často k historickému oddělení „veřejného“ a „soukromého“ zdravotnictví.
- Veřejné zdravotnictví (v užším slova smyslu) bylo tedy odděleno

a často budováno způsobem direktivního vytváření **sítě zdravotnických zařízení a zařízení zdravotně sociální péče** uskutečňujících činnosti ve „veřejném zájmu“.

Systém vytváření direktivní sítě zdravotnických zařízení „veřejného zdravotnictví“ může být však de facto realizován pouze díle tabulek vyjadřujících „potřebné“ počty lékařů, lůžek apod. na „x“ obyvatel; tento způsob je neobjektivní, neboť nelze přihlídnout k faktorům **demografickým, ekologickým, klimatickým, terénním** – a k zdravotnímu stavu obyvatel.

Každý region je svým způsobem originální a **originální by měla být struktura zdravotnického systému i systému zdravotně sociální péče** tohoto regionu.

Veřejné zdravotnictví v užším slova smyslu se tedy v podstatě snažilo prezentovat zájem státu na vytváření podmínek pro zajištění péče občanům; princip občanský byl zde nadřazen principu pojištění.

Oddělení veřejné a soukromé sféry se však v důsledku projevilo jako negativní, neboť:

- pouze těžní přístup vedl ke snížení dostupnosti a ke zvyšování nákladů,
- pouze veřejný přístup pak vedl k nepřiměřené solidaritě a k chudosti pojištěných plánů ve smyslu rozvoje prevence.

Ve vyspělých státech se proto postupně vyvinul „hybrid“ těchto dvou přístupů – **řízená péče** (managed care); v moderních zdravotnických systémech 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 neefektivnějších 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**.

Tímto způsobem v podstatě dochází k **zespolečenštění financování zdravotní péče jako celku a ztrácí význam forma vlastnictví zařízení, která péči poskytují**.

Podstatou řízené péče je zákonem stanovené určení **přesných úkolů, kompetencí a odpovědnosti orgánům státní správy, samosprávě i jednotlivým rezortům** v oblasti zdravotnictví a zdravotně sociální péče.

Direktivní síť je pak v tomto případě nahrazena **systémem, ve kterém se dělné doplňují obecní, státní, podnikatelské i jiné aktivity** a ve kterém je **první činnost a druhotná forma vlastnictví**.



## SYSTEM VAH

Pro zdravotní i zdravotně sociální péči je typický tzv. „**system vah**“, na jedné misce této váhy leží **potřeba**, na druhé pak **možnosti** – tedy **ekonomické zajištění**.

Z makroekonomického hlediska je oblast zdravotnictví a zdravotně sociální péče ovlivněna:

- a) hrubým národním produktem (přímá limitace dostupnosti),
- b) kurzy měn (limitace dovozu),
- c) minimální možnosti exportu zdravotnických a zdravotně sociálních služeb (znevyhodnění oproti jiným typům „podnikání“).

Z historicko-ekonomického hlediska je pak ovlivňována zejména:

- A. stavem základních fondů (vnitřním dluhem zdravotnických zařízení a zdravotně sociální péče),
- B. zdravotním stavem obyvatelstva a počtem osob se sníženou či nulovou soběstačností (objektivní spotřebou péče),
- C. zdravotním uvědoměním obyvatelstva (subjektivní spotřebou péče),
- D. strukturou systému zdravotní a zdravotně sociální péče (rozsahem a typem prevence, komprehenzivnosti péče),
- E. způsobem financování zdravotní a zdravotně sociální péče.

Ekonomické zajištění potřeb je možné dvěma způsoby, které se v praxi prolinají a v optimálním případě **vzájemně doplňují**:

prvým způsobem je absolutní navýšování finančních prostředků, druhým je pak relativní navýšování finančních prostředků způsobem jejich racionálního a efektivního využívání.

Absolutní navýšování finančních prostředků má, samozřejmě, své meze, dané zejména **makroekonomickými ukazateli a politickým klimatem**.

Základem racionálního a efektivního využívání finančních prostředků, tedy i základem zajištění přístupu k zdravotní péči je následující **quadrias**:

- I. **ochrana zdraví** (prostředkem je ochrana životního prostředí, hygienický dozor, realizace programů zdravého života, zdravých měst atd.); tyto teze se ochranou zdraví v tomto slova smyslu nezabývají,
- II. **prevence**,
- III. **pluralita**,
- IV. **komprehenzivnost**.

Dle přístupu fyzických nebo právnických osob můžeme prevenci rozdělit na aktivní a pasivní.

Za aktivní lze považovat takovou, která vzniká na základě **poptávky**

**fyzických nebo právnických osob**, za pasivní pak prevenci **ve státním zájmu**,

Aktivní prevence je neoddelitelně spojena s **pluralitou pojistných plánů**; fyzickými či právníckými osobami, které ji požadují, mohou teoreticky být:

- a) **podnikatelé**, někteří **zaměstnanci** a **drobné právnické osoby**, tedy všichni, kdož si uvědomují důležitost zachování zdraví; zájmy těchto subjektů mohou **realizovat soukromé pojišťovací společnosti**, popř. **HMO**, tedy „organizace údržby zdraví“
- b) velké právnické osoby, tedy **rezorty**; pojistné plány v tomto případě mohou **vyladřovat potřeby rezortů** a mohou být **realizovány rezortními pojišťovnami**.

Za čistě pasivní prevenci lze považovat takovou, která je **determinována právními předpisy, není zaměřena rezortně** a občan ji pasivně přijímá **v rámci povinného pojistného plánu**.

Pluralita by se v oblasti zdravotnictví a zdravotně sociální péče měla uplatňovat:

- a) v počtu pojistných plánů (**pluralita pojistných plánů**),
- b) v počtu finančních zdrojů (**vícezdrojové financování zdravotnictví**), tedy i počtu zdrojů financování péče kontrolujících,
- c) ve **svobodné volbě**.

Komprehenzivnost péče souvisí s její dostupností. Dostupnost zdravotní a zdravotně sociální péče byt vnímána ve smyslu:

- A. **horizontálním**, tzn. **dostupnost co největšího spektra péče**,
- B. **vertikálním**, tzn. **dostupnost komprehenzivnosti** (ucelenosti, komplexnosti, návaznosti) péče.

V širším slova smyslu se dá komprehenzivnost vnímat jako **provázanost preventivní zdravotní péče s léčebnou zdravotní péčí, léčebné zdravotní péče se zdravotně sociální péčí**.

Zajištění komprehenzivnosti mezi preventivní a léčebnou zdravotní péčí je relativně snažším problémem, neboť může být zajištěna **přímo uvnitř pojistných plánů**; zejména v pojistných plánech soukromých pojišťovacích společností bývá problematika této návaznosti dobře řešena (pravděpodobně nejlépe v systémech HMO – organizací pro údržbu zdraví).

Poněkud obtížnější je vytvořit komprehenzivnost mezi léčebnou zdravotní péčí a zdravotně sociální péčí, tedy v oblasti, v níž se **střetává porucha zdraví a její sociální důsledky**.

V užším slova smyslu je nutné komprehenzivnost zajistit i mezi **pečí praktických lékařů a specialistů, mezi lékařskou a ošetrovatelskou péčí a mezi péčí ambulantní a lůžkovou**.



Základním předpokladem zajištění komprehenzivnosti je jasné stanovení úkolů, kompetenci a odpovědnosti jednotlivých složek, které se na poskytování zdravotní a sociální péče podílejí; přehled úkolů, odpovědnosti a kompetenci jednotlivých těchto složek přináší následující tabulka:

#### Úkoly, kompetence a odpovědnost ve zdravotnictví

ČINNOST	FINANČNÍ ZDROJ	ODPOVĚDNOST	KOMPETENCE	LEGISLATIVA
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	ergodiagnostika ergoterapie	rthb. centra rekvalifik. centra úřady práce	MZ MPSV
rekondice edukace poradenství	dotace obc. sdružením spoluúčast klientů regionální zdroje	dobrovolníci	kdekoli	MZ MPSV MŠMT
hospic	nadace zdravotní pojištění sociální pojištění sponzori regionální zdroje	zdravotníci pracovníci dobrovolníci	charity jiné orga-nizace	MZ MPSV

## PLURALITA POJISTNÝCH PLÁNŮ

Pluralita ve zdravotním pojišтовnictví není záležitostí počtu zdravotních pojišтовen, nýbrž počtu pojišтовých plánů.

Obecně by měly existovat základní čtyři typy pojišтовých plánů:

- pro občany sociálně potřebné** (tento typ pojišтовění by byl pravděpodobně charakteristický pasivním typem prevence, účastí veřejných rozpočtů při zajišтовání péče občanům, kteří neuspěli při svobodné volbě zdravotnického zařízení, chybním spoluúčasti na úhradách za zdravotní a zdravotně sociální péči a pasivním typem prevence),
- pro zaměstnance obecně** (pravděpodobně se standardizovanou spoluúčastí, procentuelním výběrem pojišтовného z výměřovacího základu a smíšeným typem prevence),
- pro zaměstnance velkých rezortů** (pojišтовný plán by zde odrážel potřeby rezortu v oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče a byl by financován příslušnou rezortní popjišтовnou),
- pro občany s aktivním přístupem k ochraně svého zdraví** (pojištové plány tohoto pojišтовění by byly primárně zaměřeny na prevenci).

Pluralita pojišтовých plánů za vzniku skutečně zajímavých možností vzniká nejvíce v oblasti „organizaci údržby zdravotí“ – HMO; tato pestrost je znatelná zejména ve dvou směrech: **ve způsobu výběru finančních prostředků ze stran pojišтовců** a nakládání s nimi a **ve způsobu poskytování preventivní zdravotní péče**.

HMO většinou vybírají fixní poplatky za určité časové období, takže se často hovoří o tzv. „**předplacené péči**“; s těmito prostředky je pak nakládáno tak, aby byl pojišтовnec motivován podrobovat se v plném rozsahu preventivním programům.

Preventivní programy jsou v HMO propracovány zcela dokonale a stejně tak i „**optimální cesty k uzdravení**“ pro jednotlivé druhy chorob; HMO však nechtrání své finanční prostředky pouze dokonaleou prevencí, nýbrž i **ucelenou rehabilitací** (návaznosti zdravotní a zdravotně sociální péče), která zkrátí období nemoci – tedy i čerpání finančních prostředků.

HMO tedy představuje **spojení poskytování a financování komprehenzivní zdravotní péče**.

HMO mohou nabízet své služby jednotlivcům i zaměstnavatelům, mohou se specializovat na určité zaměstnanecké skupiny a vytvářet pojistné plány „šité na míru“.

HMO mohou tedy obecně vznikat způsobem **teritoriálním** (pro určitý region) nebo **zaměstnaneckým** (pro určité zaměstnavatele či rezorty).



## VÍCEZDROJOVÉ FINANCOVÁNÍ A KONTROLA FINANCOVÁNÍ

Vícezdrojové financování a kontrola financování zdravotní a zdravotně sociální péče je naprosto nezbytnou součástí systému racionálního využití finančních prostředků, a to z několika důvodů:

a) vícezdrojové financování umožňuje **efektivně plánovat** rozložení i intenzitu péče v určitém topografickém celku (např. v obvodu, obci, okrese, vyšším správním celku, ve státě),

b) vícezdrojové financování je **součástí řízené konkurence** (managed competition),

c) vícezdrojové financování determinuje navození stavu **vícezdrojové kontroly financování**, neboť každý subjekt, který se podílí na úhradě zdravotní a zdravotně sociální péče, je automaticky zainteresován na kontrole využívání finančních prostředků.

Pomineme-li oblast sponzorských darů apod., pak lze konstatovat, že existují základní čtyři zdroje financí a kontroly:

1. nepřímé platby na základě pojištění,
2. přímé platby od pacientů a klientů,
3. přímé platby z veřejných rozpočtů,
4. spoluúčast zdravotnických zařízení a zařízení zdravotně sociální péče na úhradě ztrát vyplývajících z jejich případného neracionálního chování.

Vícezdrojové financování je možné jak v soukromých, tak zákonných („veřejných“) pojištých plánech; účast veřejných rozpočtů v soukromých pojištých plánech však bývá omezenější, i když spolupráce „veřejného“ a soukromého sektoru může být velmi těsná, až propojená: jde zejména o to, aby byla zdravotnická technika, odborný personál, prostory i lůžkové kapacity využity co nejefektivněji.

Nepřímé platby na základě pojištění se mohou týkat zejména úhrad provozu, odpisů, investic a tvorby zisku.

V tomto smyslu může být postavení zákonných („veřejných“) pojišťovanicích plánů a soukromých pojišťovanicích plánů značně rozdílné, zejména **v rozsahu úhrady odpisů a investic a ve způsobu rozdělování případného zisku**.

Kontrola financování ze stran pojišťoven může být v podstatě trojího druhu:

- a) kontrola prostřednictvím revizních lékařů,
- b) kontrola prostřednictvím statistiky sledovaných údajů (např. náklady na lékárě, na lůžko, náklady na farmaka atd.),
- c) samokontrola hmotným zainteresováním lékařů na hospodaření pojišťovny (např. v organizacích údržby zdraví).

Spoluúčast pacientů a klientů formou přímých plateb je dalším zdrojem vícezdrojového financování.

Tato spoluúčast je v oblasti zdravotní péče nezbytně nutná, neboť chybí-li, pak též **chybí hmotná zainteresovanost** pojištěnce chránit své vlastní zdraví, takže **vázne poplávka po preventivních programech a druhotně i jejich nabídka**, tedy rozvoj alternativních pojištých plánů.

Nezájem pacientů a klientů sledovat množství péče, která je mu poskytována, vede navíc zdravotnická zařízení i zařízení zdravotně sociální péče k hyperprodukcí péče.

Spoluúčast lze obecně rozdělit na **standardizovanou a vybranou**.

V případě standardizované spoluúčasti se jedná o **pausaální poplatky**, např. o taxu za pobyt ve zdravotnickém zařízení či zařízení zdravotně sociální péče, taxu za vystavení receptu, taxu za návštěvu zdravotnického zařízení či o pausaální spoluúčast na celkové úhradě.

V případě spoluúčasti **vybrané jde o úhradu vytypovaných výkonů zdravotní a zdravotně sociální péče**, např. stomatologických výkonů, léčby běžných nekomplikovaných infekčních chorob, základních sociálních služeb apod.

Zainteresovanost státního nebo veřejných rozpočtů na financování zdravotní a zdravotně sociální péče je nezbytně důležitá z mnoha příčin:

a) orgánům státní správy a samosprávy je tímto způsobem umožněno **plánovat, tedy přímo ovlivňovat strukturu zdravotnického a sociálního systému** tak, aby odpovídala potřebám daného územního celku; vícezdrojové financování se tímto způsobem stává **prostředkem řízené péče**.

b) orgány státní správy a samosprávy jsou zainteresovány na kontrole využívání finančních prostředků, které poskytly.

Veřejné rozpočty by se měly podílet zejména na **financování investic a dofinancování provozu těch zařízení, která zajišťují dostupnost určitého druhu péče**.

Reprodukcí investic pouze formou odpisů je nevhodná z více příčin:

- ochabuje zájem orgánů státní správy a samosprávy mapovat potřeby zdravotní a zdravotně sociální péče v určitém územním celku,
- neadekvátně zbyňují ty druhy péče, jejichž provozování je lukrativní – naopak atrofuji ty, které lukrativní nejsou.

Spoluúčast na úhradě ztrát vyplývajících z nevhodného chování znamená vytvořit podmínky pro **vznik hmotné odpovědnosti**; tuto odpovědnost lze zajistit:

a) způsobem **zainteresovanosti zdravotnického zařízení na zisku pojišťovny** (příkladem mohou být organizace údržby zdraví – HMO),



b) vhodným způsobem **pausalizace úhrad** ze strany pojištěoven.

Jako velmi zajímavá se jeví **pausalizace**, která se zaměřuje **na diagnózu (poruchu zdraví) vztáženou na její četnost v populaci a její průběh u jednotlivého pacienta či klienta:**

typ choroby či poruchy zdraví	krátkodobé hospitalizace	dlouhodobé hospitalizace či pobyt v zařízení soc. péče	jednodenní hospitalizace či pobyt v zařízení soc. péče	ambulantní zdravotní péče
žádná	0	0	0	rozpočet na období
běžná vyléčitelná	rozpočet na diagnózu	0	rozpočet na diagnózu	rozpočet na diagnózu
vzácná	lůžkoden + výkony	0	0	rozpočet na období
vleklá	lůžkoden + výkony	rozpočet na období	lůžkoden + výkony	rozpočet na období

Pozn.: 0 = nevykrytuje se

rozpočet na období = např. X Kč/rok/hlavu, Y Kč/vrtletí/hlavu apod.,

rozpočet na diagnózu = např. M Kč/dg,

jedná se o DRG systém

lůžkoden + výkony = podobný stav jako v z.p.

## SVOBODNÁ VOLBA

V oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče se „svobodná volba“ týká hned několika oblastí:

1. svobodné volby **lékaře, zařízení a pojistného plánu**,
2. v **organizaci a řízení (decentralizace** rozhodování, **flexibilita** organizačních struktur)

Svobodná volba lékaře, zdravotnického zařízení, zařízení zdravotně sociální péče i pojistného plánu je neoddělitelně spjata s konkurencí a v případě **řízené péče** se jedná o **řízenou konkurenci** (managed competition).

Konkurenci v oblasti zdravotní a zdravotně sociální péče lze řídit (regulovat):

a) v **oblasti trhu financí**, tzn. např. aplikací cenových stropů, pevných rozpočtů, DRG, PPO (Preferred Provider Organisation) – zdravotnická zařízení poskytují slevy za to, že mají zajištěnou zakázku, tedy „přisun“ pacientů),

b) v **oblasti trhu reálných prostředků**, např. pořadníky na odkladnou péči, opatrné a „opoždéné“ zavádění nové techniky, omezování dostupnosti nákladné péče nebo snižování trhu reálných prostředků formou HMO.

Neregulovaný přístup, který by počítal s čistě „tržní“ regulací staví pacienta či klienta do pozice „spotřebitele“ uvědomujícího si náklady a zdravotní péči do pozice „zboží“, podobně jako u jiného zboží by v tomto případě musela vzniknout **nadprodukcce a nerovnoměrná dostupnost**, což není vhodné jak z hlediska hospodárnosti, tak z hlediska etiky.

Řízená konkurence je tedy **„kříženec sil“ svobodného trhu a státního (veřejného) rozhodování** a do určité míry ovlivňuje i svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení a pojistného plánu; svobodná volba pojistného plánu je navíc ovlivněna v tom případě, kdy je v určitém státě ním celku zavedeno povinné zákonné pojištění.

Svobodná volba v organizaci a řízení se týká jak **organizace systému zdravotnictví**, tak **organizace vnitřní struktury zdravotnických zařízení a zařízení zdravotně sociální péče**.

Svobodná volba v organizaci systému vyplývá ze skutečnosti, že co je vhodné pro jeden region (město obec atd.), nemusí být vůbec vhodné pro region jiný.

Při plánování (konstituování, transformaci) systému v určitém regionu je tedy potřebné vycházet z místní reality, která je dána zejména:

- a) **historickými aspekty** (struktura a personální obsazení, stav základních prostředků, topografická dostupnost zařízení okolních regionů apod.),
- b) **terénními a klimatickými podmínkami**,
- c) **strukturou a zdravotním stavem obyvatel** (zejména sociální složení, věková struktura, výskyt chorob apod.).

V tomto smyslu je každý region jiný a jedinečný a tato jedinečnost by měla strukturu zdravotnického systému ovlivnit; podmínkou je však **decentralizace rozhodování** na regionální úroveň a **přímé platby z veřejných rozpočtů** (viz více zdrojové financování).

Zdravotní a zdravotně sociální péče by tedy v jednotlivých regionech měly vytvářet ucelený, komprehenzivní celek, jehož struktura by měla odpovídat místním potřebám.