



ORGANIZACE A FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCTVA

Katka - vyprávka' :)

Kto je problémový pacient → skoro každý



Okruhy ke státní rigorózní zkoušce Organizace a financování zdravotnictví – 5. ročník všeobecný směr

- 1 ✓ 1. Veřejné finance a výdaje na zdravotnictví v ČR
- 2 ✓ 2. Zdroje financování zdravotnických systémů a principy zdravotního pojištění
- 3 ✓ 3. Náklady ve zdravotnictví, úhradové mechanismy poskytovatelům zdravotnické péče
- 4 ✓ 4. Pojistné, práva a povinnosti plátců pojistného, práva a povinnosti pojištěnce, podmínky poskytování hrazených služeb – zákonná úprava
- 5 ✓ 5. Všeobecná zdravotní pojišťovna, resortní, oborové a další zdravotní pojišťovny – zákonná úprava
- 6 ✓ 6. Členění zdravotnických služeb podle zřizovatele, posloupnosti kontaktů, druhy a formy zdravotní péče podle zákona o zdravotních službách
- 7 ✓ 7. Kvalita zdravotní péče a její hodnocení
- 8 ✓ 8. Získávání způsobilosti k výkonu lékaře a nelékařských zdravotnických povolání → zákon o vzdělávání
- 9 ✓ 9. Krátkodobá a dlouhodobá porucha zdraví, MKN, MKF → prezentace
- 10 ✓ 10. Evropské a národní strategie v péči o zdraví, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením
- 11 ✓ 11. Doporučené postupy ve veřejném zdravotnictví, klinické doporučené postupy
- 12 ✓ 12. Nerovnosti ve zdraví a metody jejich měření, dostupnost zdravotnické péče, zdraví migrantů
- 13 ✓ 13. Společenské determinanty zdraví, důsledky nemoci pro společnost
- 14 ✓ 14. Podmínky poskytování zdravotních služeb, Národní zdravotnický informační systém, zdravotní registry
- 15 ✓ 15. Stárnutí populace a komunitní péče o seniory v ČR

Olomouc, 2023-07-17

prof. MUDr. Dagmar Horáková, Ph.D.
přednostka Ústavu veřejného zdravotnictví
Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

1. Veřejné finance a výdaje na zdravotnictví v ČR

Veřejné finance se zabývají finančními vztahy mezi organizacemi vládních institucí a ostatními subjekty (firmy, domácnosti, nestátní neziskové organizace - NNO). Veřejné finance plní několik funkcí (alokační, stabilizační, přerozdělovací) a pro naplnění těchto funkcí vzniká fiskální systém, který je tvořený soustavou veřejných rozpočtů a koloběhem finančních prostředků.

- 1) **Alokační funkce** – snaha zvýšit ekonomickou efektivnost a „obecné blaho“ (vazba na utilitářskou filozofii) prostřednictvím státních zásahů na mikroekonomické úrovni. Eliminace či změkčení dopadů tržních selhání, např. externalit, nedokonalá konkurence apod. Praktické projevy jsou např. antimonopolní politika, regulace dopadů na životní prostředí, poskytování veřejných statků, dotace.
- 2) **Stabilizační funkce** – Snaha snížit výkyvy ekonomického cyklu, v recesi zvýšit výdaje státního rozpočtu („přilít“ peníze do ekonomiky) a prostřednictvím schodků udržet ekonomiku v chodu. V konjunktře snížit výdaje státního rozpočtu (přebytek státního rozpočtu) a šetřit či vytvářet rezervy na dobu recese.
- 3) **Přerozdělovací funkce** – příjmy, důchody a majetky ve společnosti rozděleny nerovnoměrně, což se měří např. GINI koeficientem. Společenská dohoda / představa preferuje více rovnoměrné rozdělení resp. preferuje zabránit chudobě a s ní spjatými negativními jevy. Přerozdělování tedy odebírá bohatým a přispívá chudým, nejčastěji prostřednictvím zdanění (bohatých, majetných) a transferových plateb (starobní a jiné důchody, dávky, příspěvky)

Pokud mají být finance dlouhodobě **udržitelné** a nemá nastat státní bankrot, je důležitá dlouhodobá rovnováha mezi příjmy a výdaji veřejných rozpočtů. Krátkodobě tato rovnováha být dodržena nemusí, viz stabilizační funkce. Příkladem nerovnováhy je schodkové (deficitní) financování, kdy výdaje SR jsou vyšší než příjmy. Protože ale nelze vydávat finance, které nejsou, rozdíl (deficit) je pokryt dluhem, stát si půjčí. Formálně je tak hospodaření vždy vyrovnané – nedostatek je vyrovnán dluhem, přebytek je přesunut do rezerv. Opakované deficitní financování vede k růstu dluhu, což zvyšuje náklady na financování dluhu (úroky). Náklady na financování dluhu jsou mandatorní (zákonně povinný výdaj) a stát má tedy omezené prostředky na jiné výdaje (včetně zdravotnictví).

Veřejné rozpočty / soustava veřejných rozpočtů obsahuje státní rozpočet, rozpočty územních samospráv, **rozpočty zdravotních pojišťoven**, rozpočty veřejných vysokých škol, rozpočty příspěvkových organizací atd. . Instituce prostřednictvím těchto rozpočtů realizují politiku v různých oblastech – zdravotnictví, obrana, vzdělávání, sociální politika,K dosažení těchto cílů slouží rozpočtová a fiskální politika, tedy získání dostatečných příjmů, realizace (rozpočtovaných) výdajů, stabilizační, alokační a redistribuční (přerozdělovací) funkce.

Fiskální politika může být **expanzivní** či **restriktivní**.

Při expanzivní fiskální politice stát zvyšuje výdaje – nakupuje více zboží, výrobků a služeb, tím pomáhá ekonomice. Expanzivní fiskální politika je vhodná pro dobu recese. Stát se zadlužuje a veřejný dluh roste.

Restriktivní fiskální politika je vhodná v době konjunktury – ekonomice e daří dobře, není třeba jí ještě dále podporovat, to může vést k přehřátí ekonomiky (např. nedostatek pracovních sil, nedostatek

kapacit atd.). Stát snižuje výdaje a díky výkonnosti ekonomiky vybírá dostatek daní (příjmy státu). Stát snižuje deficity či vytváří přebytky.

Příjmy – prostředky, které stát získává / vybírá a může je využít pro fiskální a rozpočtovou politiku. V roce 2023 byly plánovány příjmy ve výši 1 928,0 mld Kč. Mezi tyto příjmy patří

- 1) Povinné pojistné 35,7 % / 688,3 mld Kč
- 2) Daň z příjmu právnických osob (DPPO) 13,3 % / 257,2 mld Kč
- 3) Kapitálové příjmy 4,4 % / 84,7 mld Kč
- 4) Daň z příjmu fyzických osob (DPFO) 7,0 % / 134,7 mld Kč
- 5) Přijaté transfery 9,6 % / 185,9 mld Kč
- 6) Spotřební odvody včetně odvodu za sluneční záření 8,2 % / 157,3 mld Kč
- 7) Daň z přidané hodnoty (DPH) 19,8 % / 381,8 mld Kč
- 8) Ostatní daňové příjmy 0,8 % / 16,2 mld Kč
- 9) Nedaňové příjmy 1,1 % / 21,9 mld Kč

Naprostá většina příjmů je odvozena od **výkonnosti ekonomiky ČR** a od ochoty spotřebovávat výrobky, zboží a služby. Pokud se ekonomice nedaří a spotřebitelé jsou opatrní (šetří a nespotebovávají), potom příjmy SR klesají.

Výdaje – z hlediska státu rozlišujeme výdaje na **mandatorní**, které je stát povinen zajišťovat podle zákona, např. důchody, nemocenské, výdaje na dluhovou službu, platby státu do zdravotního pojištění atd. Tyto výdaje představují 53,8 % všech výdajů SR. Druhou kategorií jsou **quasi-mandatorní** výdaje, tedy takové výdaje, které nejsou stanoveny zákonem, ale jejich vynaložení je nezbytné, neboť zajišťují chod státu. Sem patří platy státních zaměstnanců, platy organizačních složek státu, výdaje na obranu atd. Tvoří 19,6 % výdajů. Třetí kategorií jsou **nemandatorní** výdaje, kterými lze reagovat na hospodářský vývoj, rozvíjet ČR. Tyto výdaje jsou vynaloženy např. na dopravní infrastrukturu, školství, sport apod.) a představují 26,6 % výdajů.

Výdaje související se zdravotnictvím jsou ve všech kategoriích. V rámci mandatorních výdajů představují např. měsíční platby pojistného za osobu, za kterou platí pojistné stát (např. nezaopatřené děti, poživatelé důchodů, žena na mateřské nebo osoby na rodičovské dovolené apod.) či zdravotní péče azylantům a cizincům. V rámci quasi – mandatorních výdajů jsou to např. výdaje na vojenské nemocnice jako příspěvkové organizace ministerstva obrany, v rámci nemandatorních výdajů to mohou být například kapitálové výdaje ve zdravotnictví (investiční akce).

Zdroje:

<https://www.rozpocetovarada.cz/o-verejnych-financich/vse-o-verejnych-financich/>

https://www.mfcr.cz/assets/cs/media/2023-03-28_Statni-rozpocet-2023-v-kostce_v02.pdf

① Verejné financie a výdaje na zdravotníctvo v ČR

Recese = obdobie poklesu alebo nízkej ekonomickej aktivity
Konjunktúra = obdobie ekonomickeho rastu

VEREJNÉ FINANČIE

- zabývajú sa finančnými vzťahmi medzi organizáciami vládnych inštitúcií a ostatnými subjektmi - firmy, domácnosti, neštátne nezisk. organizácie
- plnia niekoľko funkcií (Pre naplnenie týchto funkcií vzniká fiskálny systém → je tvorený sústavou verejných rozpočtov a kolobehom finančných prostriedkov)

1. ALOKAČNÍ - snaha ↑ ekonomickú efektivnosť a obecné blaho → prost. štátnych zásahov na mikroekonomickej úrovni
akumulácia - eliminácia / zmäkčenie dopadov + vzájomných selhání ekonomické zdroje nie sú hospodárne užívané
- pr. regulácia dopadov na ŽP, regulácia produkcie znečisťujúcich látok → štát vyberá pokuty, dane od producentov znečisťujúcich látok (externality)
→ verejná správa naopak dávkuje úskum, školsko pre vyplnenie pozitívnych externalít

2. STABILIZAČNÍ - snaha ↓ výkyvy ekonomickeho cyklu - resp. makroekonomických ukazovateľov = ↓ nezamestnanosť, ↑ vplyv ekonom. rast, ↓ inflácie
- v recesii ↑ výdaje štátneho rozpočtu a udržať ekonomiku v chodu prostredníctvom schodku
- v konjunktúre ↓ výdaje štát. rozpočtu a šetriť, vyhubiť peniaze na dobu recese

3. PREROZDELOVACIA = zmeny rozdelenia príjmu v spoločnosti
- spoločenská dohoda / predstava preferuje viac rovnomerné rozdelenie → zabránenie chudobe a sni spojenými negat. vplyvmi
- prerozdelenie odoberať bohatým a prispievať chudým prostredníctvom → zdanení (bohatých, majetných)
→ transferových platieb (starobné a ine dôchody, dávky, príspevky)

- ak majú byť financie dlhodobo udržateľné, dôležité je dlhodobá rovnováha medzi príjmami a výdajmi verejných rozpočtov
- nerovnováha → schodkové (deficitné) financovanie → výdaje SR > príjmy ale nete vydať financie, ktoré nie sú, štát si požičia = nedostatok je vyrovnaný dlhom, prebytok je presunutý do rezerv (formálne je tak hospodárstvo vždy vyrovnané)
- opakované deficitné financovanie → nárast dlhu → zvyšuje náklady na financovanie dlhu (úroky)
- náklady na financovanie dlhu sú mandatorní (zákonne povinný výdaj) → štát má obmedzené prostriedky na ine výdaje (vrátane zdravotníctva)

Verejné rozpočty / sústava verejných rozpočtov

- obsahuje - štátny rozpočet
- rozpočty územných samospráv
- rozpočty zdrav. poisťovní
- rozpočty verejných vysokých škôl
- rozpočty príspevkových org. ...

- Inštitúcie prost. týchto rozpočtov realizujú politiku v rôznych oblastiach → zdravotníctvo, obrana, vzdelávanie, sociál. politika
- K dosiahnutiu týchto cieľov slúži rozpočtová a fiskálna politika → získanie dostatočných príjmov, realizácia (rozpočtovaných) výdajov, s. a. r. funkcie

FISKÁLNA POLITIKA = činnosť štátu spojená so štátnym rozpočtom zameraná na stabilizáciu ekonomiky

- **expanzívni** - štát ↑ výdaje → nakupuje viac tovarov, výrobkov, služieb → tým pomáha ekonomike
- vhodná po dobu recese = pokles výkonu ekonomiky po dobu minimálne 6 mes.
- štát sa zadlžuje, verejný dlh rastie
- **restriktívni** - v dobe konjunktúry - ekonomike sa dobre darí
- ak by sme ju ďalej podporovali → prehriatie ekonomiky → nedostatok pracovných síl, nedostatok kapacity
- štát znižuje výdaje a vďaka účinnosti ekonomiky vybera dostatok daní (príjmy štátu)

Jej podmnožinou je **Rozpočtová politika** - cieľom je získanie dostatočných príjmov pre realizáciu verejných výdajov

Štátny rozpočet

= súhrn príjmov a výdavkov na rozpočtový rok

- príjmy - dane, cla, príspevky
- výdaje - rozpočtové a príspevkové organizácie → z nich sú financované nemocnice

PRÍJMY

= prostriedky, kt. štát získava / vyberá → môže ich využiť pre fiskálnu a rozpočtovú politiku

r. 2023 - príjmy vo výške 1928,0 mld Kč

PP	1) Povinné poistenie 35,7 % / 688,3 mld Kč
FO	2) Daň z príjmu právnických osob (DPPO) 13,3 % / 257,2 mld Kč
Kap	3) Kapitálové príjmy 4,4 % / 84,7 mld Kč = príjmy z divídy finančného majetku alebo predaja
PO	4) Daň z príjmu fyzických osob (DPFO) 7,0 % / 134,7 mld Kč
T	5) Prijaté transfery 9,6 % / 185,9 mld Kč
☀	6) Spotrebné odvody vrátane odvodu za sluneční záření 8,2 % / 157,3 mld Kč
DPH	7) Daň z pridane hodnoty (DPH) 19,8 % / 381,8 mld Kč
daň	8) Ostatní daňové príjmy 0,8 % / 16,2 mld Kč
nedaň	9) Nedaňové príjmy 1,1 % / 21,9 mld Kč

- naproti väčšina príjmu je odvodená od výkonnosti ekonomiky ČR a od ochoty spotrebodovať výrobky, zboží služby
- ak sa ekonomike nedarí a spotrebitelia sú opatrní (šetria a nespoteboduujú) → príjmy SR klesajú

VÝDAJE

1. Mandatorní - štát je povinný ich zaisťovať podľa zákona - dôchodok, nemocenské, výdaje na dlhovú službu, platby štátu do zdrav. poistenia
2. Quasi-mandatorní - výdaje, kt. nie sú stanovené zákonom, ale ich vynaloženie je nevyhnutné, pretože zaisťujú chod štátu → platy štátnych zamestnancov, platy organizačných zložiek štátu, výdaje na obranu
3. Ne-mandatorní - výdaje vynaložené na - dopravnú infraštruktúru, školstvo, šport
- lze nimi reagovať na hospodársky vývoj, rozvíjať ČR

Výdaje súvisiace so zdravotníctvom

1. Mandatorní - mesačné platby poisťného za osobu, za kt. platí poisťne štát (nezaopatrované deti, dôchodci, žena na materskej), ZP azylantom, cudzincom
2. Quasi-mandatorní - výdaje na vojenské nemocnice
3. Nemandatorné - kapitálové výdaje v zdravotníctve (investičné akcie)

Výdaje v zdravotníctve RASTÚ

- rastie popádka po ZdrP = ↑ spotreba ZdrP
- nárast seniorskej populácie a snôu i očakávaná liečba chronických nemocí
- objavujú sa nové liečiva a medicínske technológie
- plynutie v podobe neracionálneho využívania služieb a liečiv
- inflácie

Možnosti jejich uplynutí

- počet nemocničních lůžek
- počet investic
- náhrada péče lůžkové za ambulantní
- ↓ počet studentů medicíny
- obmedzení počtu praktických lékařů
- nemocniční plánování - náklady na technické přístroje

Hlavní zdroje financování zdravotní péče v ČR = vícezdrojové financování

- všeobecné zdravotní pojištění
- přímé platby – stomatologie, nadstandardní služby, očkování, různá potvrzení (řidičák ...)
- ze státního rozpočtu – všeobecná daň, speciální (DPH) (MZ ČR ► KHS, ZÚ, ÚZIS, investice do fakultních nemocnic ...)
- z prostředků krajů – krajské a okresní nemocnice (investice, dotace...)
- z prostředků obcí a měst, z daní komunální a podnikatelské činnosti
- z prostředků podniků – financování vlastních zdravotnických zařízení, závodní preventivní péče, z pokut za znečištěné životní prostředí, sponzoring apod.
- z prostředků církevních a charitativních organizací, nadací (dary, granty) • z ostatních prostředků – sponzoring apod.

2. Zdroje financování zdravotnických systémů a principy zdravotního pojištění

Zdravotnictví může být (ze systémového pohledu) organizováno různě. Systémy se od sebe liší zpravidla tím, jak jsou **regulovány** (kdo vytváří pravidla a kdo jsou aktéři), jako jsou **financovány** (jakým způsobem se získávají zdroje, jak se přerozdělují, jak je hrazena péče) kdo **poskytuje péči** (zapojení státu, soukromých ziskových a neziskových institucí) atd.

Historicky rozlišujeme Semaškův systém (centralistický), Beveridgeův systém (národní zdravotní služba), Bismarckův systém (povinné zdravotní pojištění) a Liberalistický systém (tržní pojetí zdravotní péče). V současnosti existující reálné systémy jeví větší či menší hybridizaci mezi výše uvedenými (Např. povinné zdravotní pojištění s možností platby za nadstandard a tržních vztahů u specializovaných lékařů – typicky zubařů).

- 1) **Semaškův systém** – zdravotnictví je financováno z příjmů státu (daňově), prostřednictvím státního rozpočtu, zdravotnická zařízení jsou majetkem státu, zdravotníci jsou státní zaměstnanci a pacient si tedy zdravotnictví platí nepřímo skrz daně, u lékaře se neplatí („bezplatné“ zdravotnictví).
- 2) **Beveridgeův systém** – péče je financována převážně daňově prostřednictvím státního rozpočtu, naprostá většina péče je poskytována státem (státní nemocnice, laboratoře, ...) prostor pro soukromý sektor je u praktických lékařů, zubařů, lékáren ... Obvykle 90 %+ je hrazeno z veřejných prostředků.
- 3) **Bismarckův systém** – financování je zajištěno z fondů zdravotního pojištění – příspěvky zaměstnanců, zaměstnavatelů a státu, tyto příspěvky spravují zdravotní pojišťovny (nestátní organizace). Nemocnice veřejné či soukromé, obvykle neziskové (malá část komerčně). Ambulantní služby vykonávány obvykle soukromými lékaři se smlouvami se zdravotními pojišťovnami. Přímé platby obvykle pod 15 %, jinak je zdravotnictví „bezplatné“.
- 4) **Liberální systém** – zdravotní péče je chápána jako běžná služba, lékaři a zdravotnická zařízení mají postavení podnikatelských subjektů. Je zde velmi silná role profesních a profesionálních asociací. Důležitým prvkem je soukromé zdravotní pojištění, role přímých plateb je vysoká (30 % - 40 %). Volná tržní orientace podporuje efektivitu systému, avšak snižuje dostupnost péče pro okrajové skupiny obyvatel. V posledních dekádách roste počet zásahů státu s cílem zvýšení dostupnosti.

Současná tendence směřuje k určité **hybridizaci**, reálné systémy dominantně jeví prvky některého z výše uvedených systémů, ale obsahuje také prvky dalších systémů (např. povinné pojištění + možnost soukromého připojištění).

ČR je v systému **všeobecného zdravotního pojištění** založený na principu solidarity – Bismarckův model. Ze zákona musí být v České republice povinně zdravotně pojištěna každá osoba, která má na území ČR trvalý pobyt (bez ohledu na státní občanství této osoby). Existují tři typy plátců pojistného – zaměstnavatel, stát, pojištěnec (OSVČ, zaměstnanec, osoba bez zdanitelných příjmů). Stát je plátcem pojistného na zdravotní pojištění u nezaopatřených osob, poživatelů důchodů, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené atd. (cca 50 % pojištěnců je státních!)

Základem pro výpočet zdravotního pojištění je obvykle zdanitelný příjem pojištěnce. Typicky pro zaměstnance platí, že je pojistné odvozeno od hrubé mzdy. Pokud zaměstnanec má měsíční mzdu 50 000 Kč hrubého, potom platí následující vztahy (modelový příklad, zaměstnanec, svobodný, bezdětný, bez invalidity ...)

	Položka	Kč	Relativně
A	Hrubá mzda	50 000,00 Kč	100,00%
B	Sociální pojištění placené zaměstnavatelem 25 % z hrubé mzdy	12 500,00 Kč	25,00%
C	Zdravotní pojištění placené zaměstnavatelem 9 % z hrubé mzdy	4 500,00 Kč	9,00%
D	Sociální pojištění placené zaměstnancem 6,5 % z hrubé mzdy	3 250,00 Kč	6,50%
E	Zdravotní pojištění placené zaměstnancem 4,5 % z hrubé mzdy	2 250,00 Kč	4,50%
F	Daň 15 % z hrubé mzdy (pokud je menší než 48 násobek průměrné mzdy)	7 500,00 Kč	15,00%
G	Sleva na dani na poplatníka	2 570,00 Kč	5,14%
H = F - G	Výsledná daň	4 930,00 Kč	9,86%
I = A - D - E - H	Čistá mzda	39 570,00 Kč	79,14%
J = A + B + C	Náklady zaměstnavatele - kolik doopravdy stojí zaměstnanec každý měsíc	67 000,00 Kč	134,00%
K = B + D + H	Příjem státního rozpočtu	20 680,00 Kč	41,36%
L = C + E	Příjem rozpočtů zdravotních pojišťoven	6 750,00 Kč	13,50%
	Vztah čistá mzda / náklady zaměstnavatele	59,06%	

Peníze do systému jsou tedy zejména odvozeny od ekonomické aktivity pojištěnců – čím více vydělávají, tím více peněz do systému přitéká. Pokud pojištěnec **onemocní** a **čerpá** zdravotní péči, přestává do systému přispívat, a naopak využívá zdravotnictví (vznikají náklady). Z pohledu **financí** se tedy projeví tato změna **dvakrát**, jako **úbytek příjmů** a současně jako **nárůst nákladů**.

Placení pojistného na zdravotní pojištění v ČR se opírá o tři základní principy – všeobecnost (všichni s trvalým bydlištěm či dlouhodobým pobytem), povinnost (platba není volbou, je to povinnost uložená zákonem), státní záruka garance (stát vytváří pravidla a zodpovídá za fungování plnění veřejného pojištění).

Principy uplatňované při poskytování zdravotní péče jsou všeobecná dostupnost, poskytování dle potřeb, posilování samostatnosti občanů v péči o zdraví, účinnost a ekonomická i kulturní udržitelnost a přijatelnost, podíl komunity a zapojení ostatních resortů do péče o zdraví. Lze v nich nalézt vazbu na teoretické principy solidarity, ekvivalence, subsidiarity atd.

Zdroje:

MERTL, Jan. *Financování zdravotnických systémů: v kontextu české zdravotní politiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2022, 263 s. ISBN 978-80-7676-505-4.

BARTÁK, Miroslav. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 335 s. ISBN 978-80-7357-984-5.

② Zdroje financovania zdravotníckych systémov a princípy zdravotného poistenia

- Zdravotníctvo je zo systémového pohľadu financované rôzne.
- Systémy sa líšia podľa toho → ako sú regulované - kto vyvíja pravidlá a kto sú aktéri
- ako sú financované - akým spôsobom sa získavajú zdroje, ako sa prerozdeľujú, ako je hrazená péče
- kto poskytuje péču - zapojenie štátu, súkromných zisk. a nezisk. inštitúcií

Zdravotnícke systémy = označujeme tú časť spoločenského systému, ktorá pozostáva z opatrení, inštitúcií, organizácií a činností, ktoré usilujú o liečenie nemôd, o jejich prevenciu a o posilovanie zdravia spoločnosti

PACIENTI = spotrebiteľia Zdrav. poskytované zdravot. pracovníkmi, na základe jej financovania 3. stranou

→ vláda
→ zamestnávateľ
→ zákonne a súkromné fondy

HISTORICKE ZÁKLADY moderných zdrav. systémov

1. Semaškov systém = centralistický socialistický model

- bývalé socialistické zeme

- zdravotníctvo financované z príjmu štátu (daňové), prostredníctvom štátneho rozpočtu
- ZZ sú majetkom štátu
- ZP sú štátni zamestnanci → sú platení formou mzdy
- zdrav. služby sa poskytujú "bezplatne"

+
dostupnosť ZP
prevencia je prioritou
náväznosť péče
racionálna sieť ZZ

-
↓ účinnosť
↓ prostriedkov
↓ motivácia
nesúťaživé prostredie medzi poskytovateľmi
↓ ekonom. ohodnotenie lekárov

2. Beveridgeov model = model národnej zdravotnej služby - VB, nórdske zeme, Španielsko, Talie, Portugalsko

- zdravotníctvo financované predovšetkým daňové, prostredníctvom štátneho rozpočtu, >90% výdavkov hrazeno z verejných prostriedkov
- väčšina péče je poskytnutá štátom (štátne nemocnice, laboratóriá...)
- priestor pre súkromný sektor - PL, zubár, lekární, ordinácie špecialistov
- Lekári v nemocniciach sú honorovaní platom → primárne zdrav. služby kapitáciou zaregistrovaného občana alebo plátbou za výkon
- ZP zaisťovaná pre všetkých, bez ohľadu na platobnú možnosť

+
- dostupnosť, kvalita
- nabídka
- komplexná prim. péče
- rozvoj technológií
- náklady
- náväznosť

-
- čakacie doby
- ↓ motivácie
- nesúťaživé klíma
- recese = nedostatok zdrojov

3. Bismarckov systém - všetky vyspelé zeme Európy

- financovanie z fondov ZP - príspevky zamestnancov, zamestnávateľov a štátu → odvodzajú účelové príspevky určené na sociálne a zdravotné potreby → spravujú ich zdrav. poisťovne (nesúťažné organizácie)
- povinné zdrav. poistenie → obyvatelia sú registrovaní u niektorej z poisťovní
- nemocnice → verejné (majú neziskový charakter)
→ súkromné
- ambulantné služby - vykonáva súkromný L na základe zmluvy so ZP
- priame platby < 15% - príplatky za lieky, pomôcky

+
- dostupnosť, prístup, istota
- kvalita ZP
- nabídka
- sieť ZZ
- náväznosť
- podpora primárnej péče
- primerané náklady

-
- kuratívni lekári
- finančné problémy ZP
- administratívne náklady
- vysoká cena
- zložitosť vzťahov

4. Liberálny systém - USA

- ZP chápaná ako bežná služba
- L a ZZ → postavenie podnikateľských subjektov
- súkromné ZP, zdrav. poistenie je dobrovoľné
- vysoká rola priamych platieb
- voľná tržná orientácia → zvyšuje efektivitu systému
- znižuje dostupnosť péče pre okrajové skupiny obyvateľov

+
- kvalitná péče
- rozvoj nových technológií
- ↑ príjem lekárov
- súťaživosť

-
- sociálna nerovnosť
- nedostatočná prevencia
- ↑ náklady
- ↓ náväznosť
- ↑ náklady na administráciu

- súčasná tendencia smeruje k určitej hybridizácii (povinné poistenie + možnosť súkromného poistenia)

- v ČR - systém VZP založený na princípu solidarity = **Bismarckov model**

• každá osoba musí byť povinne zdrav. poistená, ak má trvalý pobyt na území ČR

• plátcu poistného - zamestnávateľ

- štát - za nezaopatrené osoby, požívateľov dôchodku, ženy na materskej, osoby na rodičovskej dovolenke

- poistenec - OSVČ, zamestnanec, osoba bez zdaniteľných príjmov

- základom pre výpočet zdrav. poistenia je obvykle **zdaniteľný príjem poistenca** → poistné je odvodené od hrubej mzdy

	Položka	Kč	Relativně
A	Hrubá mzda	50 000,00 Kč	100,00%
B	Sociální pojištění placené zaměstnavatelem 25 % z hrubé mzdy	12 500,00 Kč	25,00%
C	Zdravotní pojištění placené zaměstnavatelem 9 % z hrubé mzdy	4 500,00 Kč	9,00%
D	Sociální pojištění placené zaměstnancem 6,5 % z hrubé mzdy	3 250,00 Kč	6,50%
E	Zdravotní pojištění placené zaměstnancem 4,5 % z hrubé mzdy	2 250,00 Kč	4,50%
F	Daň 15 % z hrubé mzdy (pokud je menší než 48 násobek průměrné mzdy)	7 500,00 Kč	15,00%
G	Sleva na dani na poplatníka	2 570,00 Kč	5,14%
H = F - G	Výsledná daň	4 930,00 Kč	9,86%
I = A - D - E - H	Čistá mzda	39 570,00 Kč	79,14%
J = A + B + C	Náklady zaměstnavatele - kolik doopravdy stojí zaměstnanec každý měsíc	67 000,00 Kč	134,00%
K = B + D + H	Příjem státního rozpočtu	20 680,00 Kč	41,36%
L = C + E	Příjem rozpočtů zdravotních pojišťoven	6 750,00 Kč	13,50%
	Vztah čistá mzda / náklady zaměstnavatele	59,06%	

- peníze do systému ^{sú odvádzane} → od ekonomickej aktivity poistencov → čím viac vydávajú, tým viac peněz do systému priteka

- ak poistenec onemocní → čerpať ZP → prešľahu do systému prispievať → vznikajú náklady = úbytok príjmu a nárast nákladov

- princípy platenia poistného

1. **Všeobecnost** - všetci s trvalým bydliskom alebo dlhodobým pobytom

2. **Povinnost** - platba je daná zákonom = **POVINNÁ**

3. **Štátna záruka garance** - štát vytvára pravidlá a zodpovedá za fungovanie plne verejného poistenia

- princípy uplatňované pri poskytovaní ZP

- **všeobecná dostupnosť**

- **poskytovanie dle potrieb**

- **posilovanie samostatnosti občanov v péči o zdravie**

- **účinnosť**

- **ekonomická i kultúrna udržateľnosť**

- **príjateľnosť**

- **podiel komunity** a zapojenie ostatných resortov do péče o zdravie

- väzba na teoretické princípy solidarity, ekvivalence subsidiarity

Hlavní zdroje financování zdravotní péče v ČR

- všeobecné zdravotní pojištění
- přímé platby – stomatologie, nadstandartní služby, očkování, různá potvrzení (řidičák ...)
- ze státního rozpočtu – všeobecná daň, speciální (DPH) (MZ ČR ► KHS, ZÚ, ÚZIS, investice do fakultních nemocnic ...)
- z prostředků krajů – krajské a okresní nemocnice (investice, dotace...)
- z prostředků obcí a měst, z daní komunální a podnikatelské činnosti
- z prostředků podniků – financování vlastních zdravotnických zařízení, závodní preventivní péče, z pokut za znečištěné životní prostředí, sponzoring apod.
- z prostředků církevních a charitativních organizací, nadací (dary, granty) • z ostatních prostředků – sponzoring apod.

POJIŠTĚNÍ = systém, který pomáhá snížit nežádoucí dopad různých životních ale i jiných událostí

- soukromé pojištění – individuální životní a majetkové – podnikatelská rizika, úrazy, dopravní nehody, živelné pohromy, krádeže, ztráty výdělku ve stáří nebo nemoci, výdaje na zdravotní péči
- veřejné sociální pojištění, v něm zahrnuto i zdravotní – občan platí pojišťovací společnosti určitý poplatek která pak vyplácí plnou či částečnou úhradu, jestliže k události dojde

Z.č. 48/1997 o VZP

Podle zákona jsou zdravotně pojištěny:

- osoby s trvalým pobytem v ČR
- osoby, které v ČR trvalý pobyt nemají, pokud jejich zaměstnavatel má sídlo v ČR
- osoby zde narozené

Pojištění vzniká dnem:

- narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území ČR
- získáním trvalého pobytu v ČR
- kdy se tato osoba bez trvalého pobytu stala zaměstnancem

Pojištění zaniká dnem:

- úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého
- ukončením trvalého pobytu na území ČR
- kdy osoba bez trvalého pobytu přestala být zaměstnancem

TYPY ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ

- ① Liberálně - tržní → založený převážně na dobrovolném pojištění (USA, Švýcarsko do r. 1996)
- ② Povinné zákonem veřejné pojištění - sociální (ČR, Německo, Rakúsko, Francúzsko...)
- ③ Štátné zdravotníctvo financované z daní (VB, Kanada, Švédsko, Nórsko, Fínsko)
- ④ Smiešané zdrav. systémy (Japonsko)

3. Náklady ve zdravotnictví, úhradové mechanismy poskytovatelům zdravotnické péče.

Náklad je snížení ekonomického prospěchu, během účetního období, který se projeví snížením Vlastního Kapitálu. Tento pohled na náklady je pohledem vlastníka – majitele. Náklad v tomto pohledu znamená, že majitel chudne. Příkladem je spotřeba elektřiny v ambulanci praktického lékaře. Existuje i jiný tzv. manažerský pohled na náklad, náklad je účelné (přiměřené, hospodárné, racionální) a účelové (vynaložené za určitým účelem) vynaložení ekonomického zdroje. Tento pohled je relevantní pro manažery firem / institucí, např. ředitelé nemocnic.

Náklady lze dále členit a strukturovat podle různých hledisek. Každé hledisko je užitečné pro řešení jiných rozhodovacích úloh.

- 1) **Druhé členění nákladů** – základní otázkou je „Co bylo spotřebováno?“ Příkladem mohou být mzdové náklady, spotřeba materiálu či spotřeba služeb. Toto členění je výhodné např. pro zásobování – víme co spotřebováváme a co je tedy nutné doplnit. Nevýhodou je, že zpravidla nepodávají dobrou informaci o tom, PROČ je náklad spotřebováván, a proto nejsou vhodné pro řízení nákladů.
- 2) Pro řízení nákladů se využívá celá řada členění nákladů, které dává odpověď na otázku „Proč je náklad spotřebován?“. V tomto členění rozlišujeme například
 - a. **Náklady technologické x na obsluhu a řízení.** Tyto náklady rozlišujeme dle vztahu k operaci, aktivitě či činnosti, kterou podnik / instituce vykonává. **Náklady technologické** jsou bezprostředně vyvolány technologií (klinickým postupem) provádění výkonu (poskytování zdravotní péče). Příkladem tohoto nákladu je spotřeba očkovací látky při vakcinaci, mzda sestry instrumentářky při provádění operaci, pronájem operačního systému DaVinci apod. U těchto nákladů je velmi obtížná vyhnutelnost a ovlivnitelnost, při stávající technologii (postupech). Dokud se nezmění (klinický) postup, zůstávají i náklady. Naproti tomu **náklady na obsluhu a řízení** slouží k vytvoření, udržení a zajištění podmínek racionálního průběhu činnosti (aktivity) a jsou tak vyvolány spíše manažerským rozhodnutím (zda bude mít FN 5 či 6 náměstků, výdaje na reklamu, vzdělávání nad rámec povinného apod.) Tyto náklady jsou mnohem více ovlivnitelné a vyhnutelné, jejich význam se ovšem projevuje zejména v dlouhém období.
 - b. **Variabilní náklady x fixní náklady** – rozděluje náklady podle vztahu k objemu výkonů. **Fixní náklady** jsou nezávislé na objemu výkonů (např. měsíční nájem laboratoře pro testování COVID19 je stále stejný, bez ohledu na počet provedených testů), **variabilní náklady** jsou ve vztahu k objemu proměnlivé, obvykle přímo úměrné (nap. měsíční náklady na testovací sady pro testování COVID19 jsou tím vyšší, čím více testů je provedeno). Toto členění nákladů umožňuje plánovat a rozpočtovat náklady při různých objemech výkonů a také umožňuje analyzovat různé alternativy vývoje.
 - c. **Náklady relevantní x náklady irelevantní** – rozděluje náklady na ty, které jsou relevantní pro danou rozhodovací úlohu (a budou daným rozhodnutím ovlivněny) a na ty, které jsou pro danou rozhodovací úlohu irelevantní (nebudou rozhodnutím ovlivněny a nemusí proto být zohledněny).

Náklady nejsou totéž, co výdaje. Výdaj je pohyb hotovosti (peněz), může k němu dojít ve stejný okamžik jako vynaložení nákladu, ovšem může předcházet (např. zálohové platby) nebo následovat (např. úhrada faktury za již spotřebovanou službu). Nicméně v praxi ve financích z pohledu státu se tyto pojmy často směšují.

Zdravotní pojišťovny hradí zdravotní péči na základě různých mechanismů. V ČR jsou používány mechanismy kapitace, platba za výkon, platba za ošetrovací den, paušální platba, DRG systém. Každý mechanismus má určité výhody a nevýhody, je možnost jej zneužít, a proto je třeba systém regulovat a kontrolovat.

- 1) **Kapitace** – od lat. Capita – hlava, zde je platba odvozena od počtu pacientů (obvykle zaregistrovaných). Jedná se o fixní platbu (je hrazena bez ohledu na to, zda byla či nebyla v daném období poskytnuta zdravotní péče), v ČR využívány typicky pro praktické lékaře pro dospělé a pro děti a dorost. Logika takové platby je, že vytváří kapacitu pro každého registrovaného aby – až bude potřebovat – měl odpovídající péči. Základní kapitační platba je 59 Kč za osobu a měsíc, může být zvýšená (68 Kč) nebo i snižena (53 či 58 Kč). Tato platba je dále modifikována dle věku pacienta (nejmladší pacienti ve věku 0-4 let a nejstarší pacienti ve věku 85+ jsou 4 krát resp. 3.8 krát “dražší”)
- 2) **Platba za výkon** – nejčastější mechanismus. Každý zdravotnický výkon (seznam zdravotních výkonů je vydáván MZČR) je ohodnocen body. Hodnota bodu (kolik Kč představuje jeden bod) se pravidelně aktualizuje vyhláškou. Seznam se mění na základě vývoje poznání, nových přístrojů atd. Např. Komplexní vyšetření praktickým lékařem odpovídá 862,- Kč.
(<https://szv.mzcr.cz/Vykon?cols=Odbornost%2CCisloVykonu%2CNazevVykonu%2CKategorie%2CDobaTrvani%2CMezeniMistem%2CMezeniFrekvenci%2CPrimeNaklady%2CObn%2CBodyReziji%2CBodyCelkem%2CRevize%2CDetail>)
- 3) **Platba za ošetrovací den** – je princip využívaný u lůžkové péče. Jednotkou je jeden ošetrovací den a je dále diferencovaná dle typu pacienta, závažnosti jeho stavu, nutnosti ošetrovatelské či lékařské péče (jeden ošetrovací den na neonatální resuscitační péči je dražší než jeden ošetrovací den na lůžkách rehabilitačních odborných léčebných ústavů).
- 4) **Globální paušály** - platba je prováděna za komplex výkonů, smyslem je zjednodušit úhrady. Tento způsob vede k omezení zbytečných úkonů, ovšem příliš nemotivuje ke zlepšování, v současnosti je odklon od tohoto způsobu.
- 5) **DRG –Diagnosis Related Group**, úhrada je založena na předpokladu podobnosti nákladů za léčbu pacientů s identickými či podobnými diagnózami a tedy identickými či podobnými nároky na léčbu. Nemocnice tak má motivaci na hospodárné chování - dostává průměrné propočtené (očekávané) náklady a pokud dokáže poskytnout péči levněji, je to výhodné. Současně ovšem nesmí snížit kvalitu poskytované péče, tedy je nutná regulace a kontrola.

Zdroje:

CAITHAMLOVÁ, Martina. *Řízení nákladů ve zdravotnictví*. V Praze: České vysoké učení technické, 2021, 126 s. ISBN 978-80-01-06833-5.

<https://szv.mzcr.cz/Vykon?cols=Odbornost%2CCisloVykonu%2CNazevVykonu%2CKategorie%2CDobaTrvani%2CMezeniMistem%2CMezeniFrekvenci%2CPrimeNaklady%2C OSobni%2CBodyRezijni%2CBodyCelkem%2CRevize%2CDetail>
<https://www.mzcr.cz/uhradova-vyhlaska-2023/>

③ Náklady v zdravotnictví, úhradové mechanismy poskytovatelům ZP

NÁKLAD

= snížení ekonom. prospěchu, během účetního období, kt. sa prejaví snížením vlastního kapitálu
- je pohľadom majiteľa → ten chudne → napr. spotreba elektriny v ambulancii PL

- manažérsky pohľad → náklad je účelne (primerené, hospodárne, racionálne) a účelové (vynaložené za určitým účelom)
pohľad riaditeľa nemocnice vynaloženie ekonom. zdrojov

ROZDELENIE

1. Druhové členenie - otázka: Čo bolo spotrebované?

Vhodné napr. pre zásobovanie → vieme, čo bolo spotrebované a čo je nutné doplniť

- mzdové náklady
- spotreba materiálu
- spotreba služieb

! Nepodávajú info, prečo je náklad spotrebovaný.
Preto nie sú vhodné pre riadenie nákladov.

2. Prečo je náklad spotrebovaný

a) Náklady → Technologické

podľa vzťahu k operácii, aktivite alebo činnosti, ktorej podlieha / inštruje vykonávanie

- využitie technológií (klinický postup) pri výkone (poskytovaní ZP) - pr. spotreba očkovacej látky pri vakcinácii
- veľmi obtížna vyhnuteľnosť, ovplyvniteľnosť → kým sa nezmení klinic. postup, zostávajú i náklady

→ Na obsluhu a riadenie

- služba k vykonaniu, udržaniu, a zaisťovaniu racionálneho priebehu činnosti, sú vyvolané skôr manažérskym rozhodnutím
- oveľa viac ovplyvniteľné a vyhnuteľné → ich význam sa prejaví v dlhom období

úvaha na reklamu
vzdelávanie nad rámec
povinného

b) Podľa vzťahu
k objemu výkonu

→ Variabilní

- premenlivé v ovzvähu k objemu výkonu
- čím viac testov Covid 19 provedeno → tým sú mesačné náklady vyššie

→ Fixní

- nezávislé na objemu výkonu
- mesačný nájem laboratória pre testovanie Covid 19 je stále rovnaký, pasívna kapacita

Toto členenie nákladov umožňuje plánovať a rozpočítvať náklady pri rôznych objemoch výkonu a tiež umožňuje analyzovať rôzne alternatívne zdroje.

c) Pre danú rozhodovaciu
úlohu

→ Relevantní

- budú daným rozhodnutím ovplyvnené

→ Irelevantní

- nebudú rozhodnutím ovplyvnené, nemusia byť zohľadnené

Náklad ↔ Výdaj (pohyb peňazí) - výdaj môže vzniknúť v rovnaký okamžik ako je vynaložený náklad

Výdaj predchádza nákladu → zálohované platby

Výdaj nasleduje za nákladom → úhrada faktúry za už spotrebovanú službu

VÝDAJE

- zdrav. poisťovní 65%
- štátneho rozpočtu 16%
- priame výdaje domácností 13%
- zvyšok: misijný rozpočet, súkromné poistenie, nezisk. organizácie, zdravotní preventívni péči

Zdroje financií pro zdravotní služby

- ČR funguje na principu Bismarckovy typologie zdravotního systému

1. 80 % zdrojů tvoří veřejné zdravotní pojištění (zákon č. 48/1997 Zákon o veřejném zdrav. pojištění)

2. 15 % (cca 14,8 %) zdrojů tvoří spoluúčast pacientů (spoluúčast P v ČR je jedna z nejnižších v EU – skýtá riziko nadužívání péče i nedostatečné odpovědnosti za vlastní zdraví)

- např. doplatky za léky, regulační poplatky – dnes jen 90,- Kč za LPS, nadstandardní služby – př. jednolůžkový pokoj, administrativní služby – př. nějaké potvrzení; služby nehranené zdravotní pojišťovnou.

3. státní rozpočet – platba státu př. peníze fakultním nemocnicím

4. Dary, sponzoring, charita (tvoří minimální podíl zdrojů)

Financovanie Zp v ČR

Zp je hrazena buď → na základe Úhradovej vyhlášky - vyhláška MZČR o stanovení hodnoty bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulační omezení

→ na základe Dohody medzi zdrav. poisťovňami a poskytovateľmi ZP

ZP hradia zdrav. péči rôznymi mechanizmami

- každý mechanizmus má určité výhody a nevýhody, je možno ich zneužiť a preto je treba systém regulovať a kontrolovať

1. DRG

Diagnosis related group = úhrada formou prípadového paušálu

- P sú rozdelení do klasifikačných skupín → DRG triedy

→ výpočet výšky úhrady je preveden:

- na základe → dĺžky hospitalizácie
- pohlavie, vek
- materiál
- LP
- úkony

- P sú rozdelení aj podľa liečby - intervenčná (operatívna) → náklady sú oveľa vyššie - konzervatívna

- Pre každú DRG skupinu je stanovená jednotná úhrada

- systém DRG povedie ku kompetícii ohľadne celkovej ceny, centralizácii špecializovanej péče a vyššej strategickú spolupráci nemocníc pričom najmenšie nemocnice vymiznú

→ nemožnosť presného odhadu výsledku lekárskeho zásahu t.j. možnosti reoperácie alebo komplikovanej rekonvalescence, na ktoré už platba za štandard nestačí.

5) DRG - Diagnosis Related Group, úhrada je založená na predpoklade podobnosti nákladov za liečbu pacientov s identickými či podobnými diagnózami a teda identickými či podobnými nárokmi na liečbu. Nemocnice tak majú motiváciu na hospodárne chovanie - dostávajú priemerné (očakávané) náklady a pokud dokáže poskytnúť péču levnejšie, je to výhodné. Současné ovšem nesmí snížit kvalitu poskytované péče, tedy je nutná regulace a kontrola.

- podobné dg = podobné náklady na liečbu
- hospodárne chovanie
- nemocnica dostáva priemerné (očakávané) náklady a ak dokáže poskytnúť liečbu levnejšie, je to výhodné

2. Paušálna platba

- upuští sa

- vychádza z referenčného obdobia, ktoré je na každý rok stanovené úhradovou vyhláškou (396/2011)
- platba nezohľadňuje množstvo poskytnutej péče

- úhrada poskytnutej ZP za daný referenčný rok je pak podľa danej zdrav. poisťovne násobená koeficientom zmeny výkonnosti poskytovateľa ZP

4) Globální paušály - platba je prováděna za komplex výkonů, smyslem je zjednodušit úhrady. Tento způsob vede k omezení zbytečných výkonů, ovšem příliš nemotivuje ke zlepšování, v současnosti je odklon od tohoto způsobu.

- platba za komplex výkonov
- cieľom je zjednodušiť úhrady
- obmedzenie zbytočných výkonov

→ posrädajú motivačné prvky → každý P nad rámec povodnej úhrady ho stojí penize

→ bez motivácie - nemocnice smúlo ľužky dostanú málo penie

3. Platba za ošetrovací deň

- hlavne u LDN

- rieši pridelenie určitého počtu bodov za 1 ošetrovací deň
- nemocnica dostane penize za každý deň, kedy je P hospitalizovaný
- aby sa predišlo umelému narážovaniu dĺžky hospitalizácie → je stanovená stredná doba hospitalizácie dle dg, akomplikácii

3) Platba za ošetrovací deň - je princip využívaný u lůžkové péče. Jednotkou je jeden ošetrovací deň a je dále diferencovaná dle typu pacienta, závažnosti jeho stavu, nutnosti ošetrovatelské či lékařské péče (jeden ošetrovací deň na neonatální resuscitační péči je dražší než jeden ošetrovací deň na lůžkách rehabilitačních odborných léčebných ústavů).

- jednotkou je 1 ošetrovací deň v hospitalizovaného P
- dif. podľa typu pacienta, závažnosti jeho stavu, nutnosti ošetrovateľskej alebo lekárskej péče

4. Kapitace

- v ČR: u PL pre dospelých, deti a dorast a to v kombinácii súhradami za určité úkony

= platba za hlavu

① PASÍVNA - odvíja sa od počtu registrovaných P → formou kapitace je vyplácaná ošetrovateľstvu lekárom fixná mesačná čiastka za každého P, ktorého má v súsovej evidencii nezávisle na tom, či bol P v konkrétnom mesiaci ošetrovaný

- vypočíta sa ako súčin základnej sadzby (závislá na rozsahu ordinálnych hodín) a vekového koeficientu (zohľadňuje jednotlivé vekové skupiny a rozdielnosť v náročnosti péče medzi nimi).

② AKTÍVNA - platba za počet ošetrovaných P v určitom období

→ riziko nadmerného počtu návštev lekára

1) Kapitace - od lat. Capita - hlava, zde je platba odvozena od počtu pacientů (obvykle zaregistrovaných). Jedná se o formu platby, je hrazena bez ohledu na to, zda byla či nebyla v daném období poskytnuta zdravotní péče, v ČR využívány typicky pro praktické lékaře pro dospělé a pro děti a dorost. Logika takové platby je, že vytváří kapacitu pro každého registrovaného aby - až bude potřebovat - měl odpovídající péči. Základní kapitační platba je 59 Kč za osobu a měsíc, může být zvýšena (58 Kč) nebo i snížena (53 či 58 Kč). Tato platba je dále modifikována dle věku pacienta (nejmladší pacienti ve věku 0-4 let a nejstarší pacienti ve věku 85+ jsou 4 krát resp. 3.8 krát "dražší")

→ riziko nadmerného počtu registrovaných P

- u PL, PLDD
- kapacita pre každého P
- 59 CZK

5. Platba za výkon

- MZČR vedie zoznam = zoznam zdravotných výkonov = zoznam všetkých výkonov vrátane ich bodového hodnotenia → to je stanovené podľa náročnosti a nákladnosti toho výkonu pre 22 hodnôt jedného bodu je každoročne stanovená úhradová vyhláška.

→ riziko nadbytočného množstva týchto výkonov alebo fiktívne vykazovanie

2) Platba za výkon - nejčastejší mechanismus. Každý zdravotnický výkon (seznam zdravotních výkonů je vydáván MZČR) je ohodnocen body. Hodnota bodu (kolik Kč představuje jeden bod) se pravidelně aktualizuje vyhláškou. Seznam se mění na základě vývoje poznání, nových přístrojů atd. Např. Komplexní vyšetření praktickým lékařem odpovídá 862,- Kč.

⚠ Neexistuje jediný spádový mechanizmus platby poskytovateľov ZP

Přímé platby pacientem

1. Regulační poplatek = dnes pouze 90,-Kč za LPS ← pokud je P hospitalizován, tak se mu poplatek vrací

- regulační poplatek se NEZAPOČÍTÁVÁ do ochranného limitu

2. Nadstandardní služby = nadstandardní pokoj, služby nehrazené pojišťovnou, administrativní služby (potvrzení, kopírování) (problémem u nás je, že když si chce P zaplatit nadstandardní službu, tak si ji musí zaplatit celou a nikoliv jen ten rozdíl mezi standardem a nadstandardem – což je pěkně nefér... :D)

3. Doplatek na léky a zdravotní pomůcky:

- existují léky bez doplatku i léky s doplatkem

- marže lékáren je cca 20 %

OCHRANNÉ LIMITY = max. limit, který daná osoba může doplatit za léky (a potraviny pro zvláštní lékařské účely) za

rok → jsou různé u různých skupin:

1. př. senioři >70 let a invalidita 3. stupně max. 500,-Kč;

2. děti do 18 let a senioři > 65 let max. 1000,-Kč

3. ostatní max. 5000,-Kč

→ o překročení limitu jsou pojišťovny automaticky informovány lékárnou → po překročení limitu pojišťovna automaticky posílá pojištěnci peníze zpět

Státnicové otázky VŠEO 2023/2024

4. Pojistné, práva a povinnosti plátců pojistného, práva a povinnosti pojištěnce, poskytování hrazených služeb – zákonná úprava

Zdravotní pojištění slouží k úhradě zdravotní péče

Systém zdravotního pojištění má dvě základní formy:

1. **Povinné veřejné zdravotní pojištění**
2. **Dobrovolné komerční pojištění – smluvní pojištění**

Dle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění je povinně zdravotně pojištěna každá osoba, která má **na území ČR trvalý pobyt**, tzn. i cizinec. Zdravotní pojištění vzniká těmto osobám získáním trvalého pobytu na území ČR a zaniká úmrtím pojištěnce.

V ČR se uplatňuje tzv. Bismarckovský model zdravotnictví – povinné zdravotní pojištění založené na celospolečenské solidaritě a sdílení zdravotního rizika (výhoda – vysoká dostupnost zdravotní péče).

Veřejné zdravotní pojištění

Jedná se o systém zdravotní péče, založený na veřejných službách, financovaný zejména z veřejných prostředků.

Plátcí pojistného jsou:

Pojištěnci platí pojistné jako zaměstnanci, a to prostřednictvím svého zaměstnavatele, nebo si platí pojistné sami jako osoby samostatně výdělečně činné anebo jako osoby bez zdanitelných příjmů.

Zaměstnavatelé odvádějí pojistné za své zaměstnance, přitom 1/3 pojistného hradí zaměstnanec a 2/3 pojistného hradí zaměstnavatel.

Stát hradí pojistné za vyjmenované skupiny pojištěnců (nezaopatřené děti, poživatelé důchodů atd.).

Výše pojistného a způsob jeho placení jsou stanoveny zákonem č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovny ani plátcí si je nemohou samy určit. Pojistné činí vždy 13,5 % ze zákonem stanoveného vyměřovacího základu.

Základními principy veřejného zdravotního pojištění jsou:

- solidarita,
- jasné vymezení kompetencí, práv a povinností,
- svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení,
- svobodná volba zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění,
- stejná dostupnost poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce,
- transparentní nakládání s veřejnými prostředky,
- ekonomická rovnováha mezi příjmy a výdaji.

Systém veřejného zdravotního pojištění je založen na solidaritě:

- pracujících s nepracujícími (za nepracující platí stát, pracující si platí sami),
- bohatých s chudými (bohatší platí více než chudší),
- zdravých s nemocnými (nemocní čerpají více než zdraví).

Zdroje veřejného zdravotního pojištění

- Výběr pojistného - 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období hradí zaměstnanci, zaměstnavatelé (dohromady), OSVČ, OBZP,
- Platba státu – stát hradí pojistné za vyjmenované kategorie pojištěnců (důchodci, děti, studenti, nezaměstnaní, matky na mateřské),
- Ostatní zdroje - pokuty, penále, příslušenství (tyto zdroje jsou využívány pro fond prevence).

Práva a povinnosti plátců pojistného

Upravuje ustanovení § 10 až § 10a zákona č. 48/1997 Sb.

- **zaměstnavatel** je povinen nejpozději do osmi dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje, provést u příslušné zdravotní pojišťovny **oznámení změn** (např. nástup do zaměstnání, změna zdrav. poj.),
- **zaměstnanec** je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně skutečnosti stanovené zákonem **neprodleně, zjistí-li, že jeho zaměstnavatel tuto povinnost nesplnil,**
- **pojištěnec**, který je osobou samostatně výdělečně činnou, je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně **zahájení a ukončení samostatné výdělečné činnosti** nejpozději do osmi dnů ode dne, kdy tuto činnost zahájil nebo ukončil,
- pojištěnec je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do osmi dnů skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit za něj pojistné. Za osoby zaměstnané plní tuto povinnost zaměstnavatel,
- narození pojištěnce je jeho zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník povinen oznámit do osmi dnů ode dne narození zdravotní pojišťovně, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození.

Práva a povinnosti pojištěnce

Upravuje ustanovení § 11 až § 12 zákona č. 48/1997 Sb.

Pojištěnec má právo:

- na výběr zdravotní pojišťovny, na výběr poskytovatele zdravotních služeb a na výběr zdravotnického zařízení, na časovou a místní dostupnost hrazených služeb poskytovaných smluvními poskytovateli příslušné zdravotní pojišťovny, na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem apod.
- Má-li pojištěnec za to, že mu nejsou poskytovány hrazené služby v souladu s tímto zákonem, může podat stížnost podle zákona o zdravotních službách.
- Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí.

Pojištěnec je povinen:

- plnit oznamovací povinnost, sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn, hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí apod.

Podmínky poskytování hrazených služeb

Upravuje ustanovení § 13 až § 39 zákona č. 48/1997 Sb.

Tato ustanovení upravují oblast zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění, předchozí souhlas, regulační poplatky, limity doplatků na léčiva, zvláštní ambulantní péče, zvláštní lůžkové péče apod.

Systém veřejného zdravotnictví upravují právní předpisy, které obecně mívají tři úrovně:

1. **zákony**
2. **vyhlášky**
3. **ostatní (věstníky, nařízení vlády ...)**

Základními **zákony** systému veřejného zdravotního pojištění jsou:

- **Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů**

Zákon o veřejném zdravotním pojištění upravuje zejména veřejné zdravotní pojištění. **Vymezuje, kdo jsou pojištěnci a kdo plátcí pojistného a jak pojištění vzniká a zaniká.**

- **Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů**

Tento zákon upravuje **výši pojistného** na veřejné zdravotní pojištění, **penále, způsob jejich placení, kontrolu, vedení centrálního registru pojištěnců, přerozdělování pojistného a zřízení zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění.**

- **Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů**

Tímto předpisem se zřizuje Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, právní předpis dále obsahuje právní úpravu postavení pojišťovny, kontroly nad činností pojišťovny, práva a povinnosti ministerstev i pojišťovny v rámci jeho provádění.

- *Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů*

Tento zákon upravuje vznik, činnost a zánik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven a jejich vztah k Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Důležité **vyhlášky**:

- *Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*
Definuje **zdravotnické výkony** a jejich základní parametry (zejména **bodové ohodnocení**) pro jednotlivé autorské odbornosti. Slouží zejména pro úhrady ambulantní zdravotní péče.

- *Vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění*

Tzv. „**Úhradová vyhláška**“ – definuje způsob úhrad a regulací za poskytnutou zdravotní péči pro období kalendářního roku.

- *Vyhláška o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely*

Tzv. „**Léková vyhláška**“ – určuje výši úhrad z veřejného zdravotního pojištění pro vyjmenované léky a potraviny.

- *Vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy*

Vyhláška je podkladem pro uzavírání individuálních smluv mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními pro úhrady zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Mezi hlavní aktéry systému veřejného zdravotního pojištění, kteří jsou přímými účastníky smluvních vztahů, patří:

1. **Pojištěnci**
2. **Plátcí zdravotního pojištění**
3. **Poskytovatelé zdravotní péče**
4. **Zdravotní pojišťovny**

Mezi ostatní, kteří se podílejí na činnostech souvisejících se zdravotním pojištěním, patří:

- Ministerstvo zdravotnictví
- Ministerstvo financí
- Poslanecká sněmovna, Senát
- Národní referenční centrum
- Centrum mezistátních úhrad

Ministerstvo zdravotnictví:

- Stanovuje koncepční **záměry**; Připravuje **zákony, vyhlášky**; Účast ve správních a dozorcích orgánech zdravotních pojišťoven; Provádí **kontrolní činnost**.

Ministerstvo financí:

- Připravuje **zákony, vyhlášky** v oblasti finanční; Účast ve **správních a dozorcích orgánech ZP**; Provádí **kontrolní činnost**.

Poslanecká sněmovna a Senát:

Schvalují **zákony, zdravotně pojistné plány a výroční zprávy zdravotních pojišťoven**

Národní referenční centrum:

- Podílí se na přípravě **podkladů pro úhrady akutní lůžkové péče**

Centrum mezistátních úhrad:

Provádí **přeúčtování zdravotní péče poskytnuté cizincům v ČR a našim pojištěncům v zahraničí**.

4. Poistne, práva a povinnosti plátcov poistného, práva a povinnosti poistenca, poskytovanie hrazených služieb - zákonná úprava

- ZP slúži k úhrade ZdP
- **formy** → verejné zdrav. poistenie (VZP) - povinné
→ zmluvné poistenie - dobrovoľné, komerčné
- Z.č. 48/1997 Sb. - o VZP → povinné pre osoby s trvalým pobytom na území ČR (aj u cudzinca)
→ zaniká úmrtím poistenca
- V ČR - **Bismarckovský model zdravotníctva**
 - celospoločenská solidarita
 - zdieľanie zdrav. rizika
 - vysoká dostupnosť ZdP

Verejné ZP

- systém ZdP, založený na verejných službách
- **plátcovia** - poistenci → ako zamestnanci (1/3), OSVČ, osoby bez zdaniteľného príjmu
 - zamestnávateľ → odvádza poistné za svojich zamestnancov (2/3)
 - štát → za nezaopatrené deti, dôchodcov, študentov, matky na materskej, nezamestnaných
- Z.č. 592/1992 Sb. o poistnom na všeobecnom zdrav. poistení - stanovuje výšku poistného a spôsob jeho platenia - 13,5% z vymeriavacieho základu
- **základné princípy VZP**
 - solidarita
 - vymedzenie - kompetencií, práv a povinností
 - sloboda voľby → lekára, ZZ → ZP
 - Stejná dostupnosť poskytovateľov služieb
 - nakladanie s verejnými prostriedkami
 - ekonomická rovnováha medzi príjmami a výdavkami

- **Zdroje VZP** - výber poistného - 13,5% z vymeriavacieho základu za rozhodné obdobie hradia:
 - zamestnanci + zamestnávateľia, OSVČ, OBZP
 - platba štátu - za vymenované kategórie poistencov
 - ostatné zdroje
 - pokuty
 - penále
 - prísľušnosť

Podľa z.č. 48/1997 Sb.

Práva a povinnosti plátcov poistného §10 - §10a

- zamestnávateľ - do 8 dní oznámi zmenu (nástup do zamestnania, zmena ZP)
- zamestnanec - oznámi neprodlené, ak zistí že jeho zamestnávateľ túto povinnosť nesplnil
- OSVČ - do 8 dní oznámi zahájenie a ukončenie SVČ najneskôr do 8 dní
- poistenc - do 8 dní oznámi vznik / zánik povinnosti štátu platiť za nej poistné
 - zamestnávateľ plní túto povinnosť za osoby zamestnane
- narodenie poistenca - oznámi jeho zákonný zástupca, opatrovník alebo poručník do 8 dní odo dňa narodenia

Práva a povinnosti poistenca §11 - §12

- **práva** - výber ZP, poskytovateľa, ZZ, dostupnosť ZS, poskytnutie hrazených služieb v rozsahu a za podmienok stanovených zákonom
 - podľa sťažnosti
 - zmeniť ZP a 12 mesiacov
 - časová
 - misin
- **povinnosti** - plniť oznamovaciu povinnosť - v deň nástupu do zamestnania oznámi svojmu zamestnávateľovi
 - hradiť poistné príslušnej ZP
 - dodržiavať opatrenia pre odvrátenie nemoci

Podmienky poskytovania hrazených služieb §13 - §39

- upravujú oblasť ZdP
- predchádzajúci súhlas
- regulačné poplatky
- limity doplatkov na liečbu
- zvláštni ambulantní péče, lúžkové péče

Zdroje financií pro zdravotní služby

- ČR funguje na princípu Bismarckovy typologie zdravotního systému
- 1. 80 % zdrojů tvoří veřejné zdravotní pojištění** (zákon č. 48/1997 Zákon o veřejném zdrav. pojištění)
- 2. 15 %** (cca 14,8 %) zdrojů tvoří **spoluúčast pacientů** (spoluúčast P v ČR je jedna z nejnižších v EU - skýtá riziko nadužívání péče i nedostatečné odpovědnosti za vlastní zdraví)
 - např. doplatky za léky, regulační poplatky - dnes jen 90,- Kč za LPS, nadstandardní služby - př. jednolůžkový pokoj, administrativní služby - př. nějaké potvrzení; služby nehraně zdravotní pojišťovnou.
- 3. státní rozpočet** - platba státu př. peníze fakultním nemocnicím
- 4. Dary, sponzoring, charita** (tvoří minimální podíl zdrojů)

POJIŠTĚNÍ = systém, který pomáhá snížit nežádoucí dopad různých životních ale i jiných událostí

- **soukromé pojištění** - individuální životní a majetkové - podnikatelská rizika, úrazy, dopravní nehody, živelné pohromy, krádeže, ztráty výdělků ve stáří nebo nemoci, výdaje na zdravotní péči
- **veřejné sociální pojištění**, v něm zahrnuto i zdravotní - občan platí pojišťovací společnosti určitý poplatek která pak vyplácí plnou či částečnou úhradu, jestliže k události dojde

Podle zákona jsou zdravotně pojištěny:

- osoby s trvalým pobytem v ČR
- osoby, které v ČR trvalý pobyt nemají, pokud jejich zaměstnavatel má sídlo v ČR
- osoby zle neuváděné

Pojištění vzniká drem:

- uzavřením, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území ČR
- získáním trvalého pobytu v ČR
- kdy se tato osoba bez trvalého pobytu stala zaměstnancem

Pojištění zaniká drem:

- úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého
- ukončením trvalého pobytu na území ČR
- kdy osoba bez trvalého pobytu přestala být zaměstnancem

Z.č. 48/1997
o VZP

Systém verejného zdravotníctva upravujú právne predpisy, ktoré majú obecné 3 úrovne:

- ① Zákony
- ② Vyhlášky
- ③ Ostatné - vesičníky, nařízení vlády

Právne predpisy

- ZÁKONY** -
- Z.č. 48/1997 Sb. - o VZP → vymedzuje, kto sú poistenci ako plátc ZP, ako poistenie vzniká a zaniká
 - Z.č. 592/1992 Sb. - o poistnom na VZP → upravuje výšku poistného, penzie a spôsob ich platenia, vedenie centrálného registru poistencov, prenosovanie poistného, zriadenie zvláštného účtu
 - Z.č. 551/1991 Sb. - o VŠZP ČR → týmto zákonom sa zriaďuje VŠZP, ďalej obsahuje právnu úpravu postavenia poisťovne, kontrolu nad jej činnosťou, práva a povinnosti ministerstiev, poisťovne
 - Z.č. 280/1992 Sb. - o resortných, oborových, podnikových a ďalších ZP, ich vznik, činnosť a zanik a ich vzťah k VŠZP

- VYHLÁŠKY** -
- V.č. 134/1998 Sb. - zoznam zdrav. výkonov s bodovými hodnotami
 - definuje zdrav. výkony a ich bodové ohodnotenie
 - Úhradová vyhláška - definuje spôsob úhrady a reguláciu za poskytnutú ZP pre obdobie kalendárneho roka
 - Lekárna vyhláška - určuje výšku úhrady z VZP pre lieky, potraviny
 - V.č. 618/2006 Sb. - uzatváranie individuálnych zmlúv medzi ZP a ZZ pre úhradu ZP hradenej z VZP

Aktéry systému VZP

HLAVNÍ:

1. Poistenci
2. Plátc ZP
3. Poskytovatelia ZP
4. ZP

OSTATNÍ:

- MZ - pripravuje zákony a vyhlášky, účasti v správnych a dozorných úradoch, provádí kontrolnú činnosť
- MF - -/-
- Poslanecká snemovňa a senát - schvaľuje zákony, zdravotne poisťné plány, výročné zprávy
- Národné referenčné centrum - príprava podkladov pre úhradu alobžnej lôžkovej péče
- Centrum mezistátních úhrad - prevádzkovanie ZP poskytnutých cudzincom

Státnicové otázky VŠEO 2023/2024

5. Všeobecná zdravotní pojišťovna, resortní, oborové a další zdravotní pojišťovny – zákonná úprava

Zdravotní pojišťovny jsou právnické osoby, jejichž zřízení nebo vznik je upraveno zákonem:

1. **Všeobecná zdravotní pojišťovna** - zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,
2. **Ostatní pojišťovny** – zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Zdravotní pojišťovny:

- samostatné právní subjekty,
- specializované zdravotní a finanční instituce, jejímž hlavním úkolem je provádět všeobecné zdravotní pojištění,
- výběr pojistného od plátců,
- úhrady zdravotních služeb poskytovatelům zdravotních služeb,
- povinnost zajištění poskytování hrazených služeb svým pojištěncům,
- povinnost vytvořit síť smluvních poskytovatelů zdravotních služeb,
- **funkce kontrolní** - kontroly správnosti a oprávněnosti vykázané a vyúčtované zdravotní péče,
- **funkce revizní** - revizní lékaři kontrolují, zda vykázaná zdravotní péče odpovídá záznamům v příslušné zdravotnické dokumentaci,
- **funkce regulační** - revizní lékaři předem, dle delegace a podmínek vyplývajících z platných právních předpisů, rozhodují o úhradě zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění,
- **funkce expertní** - revizní lékaři zpracovávají odborná medicínská posouzení.

V současné době je v ČR 7 zdravotních pojišťoven (počet se může měnit, současné mohou zaniknout, nové vzniknout):

- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,

a dále 6 zaměstnaneckých pojišťoven:

- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky,
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky,
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Zdravotní pojišťovny hradí poskytovatelům zdravotní péči v následujícím rozsahu:

- léčebnou ústavní péči a ambulantní péči,
- pohotovostní a záchrannou službu,
- preventivní péči,
- poskytování léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,
- potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,
- závodní preventivní péči apod.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

- zřízena zákonem č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky k datu 1. ledna 1992 -> sídlo v Praze (cca 190 poboček) – největší zdravotní pojišťovna v ČR (cca 6 mil. klientů),
- zákon upravuje – hospodaření pojišťovny, organizační strukturu, orgány pojišťovny, správní delikty, informační systém pojišťovny – jaké údaje shromažďuje apod.

- je **právníckou osobou** vystupující v právních vztazích svým jménem a nese majetkovou odpovědnost,
- **provádí pojištění**, pokud tato pojištění neprovádějí jiné pojišťovny (podnikové, oborové, rezortní),
- pojišťovna nemůže **provádět nábor** pojištěnců pomocí třetí osoby,
- **příjmy** – platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, příjmy plynoucí z přirážek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení účtované pojišťovnou, dary a ostatní příjmy, vlastní zdroje vytvořeny pojišťovnou, zdroje ze sankčních výstupů,
- **výdaje** – platby za pojištěnce, platby jiným pojišťovnám na základě smluv, náhrady za tzv. nedokladnou péči, kterou pojištěnec čerpá v cizině, částky za léčivé přípravky (za léčiva), služby, které jsou realizovány v rámci EU atd.,
- **zdravotně pojistný plán** = rozpočet pojišťovny (podléhá auditu – ověření účetní uzávěrky) -> zpravidla vyrovnaný,
- za stanovených podmínek **rozpočet i schodkový nebo přebytkový**,
- pojišťovna ze zákona **vytváří a spravuje tyto fondy** (základní, rezervní, provozní, sociální, fond majetku, fond reprodukce majetku). Může vytvářet fond prevence,
- **kontrolu nad hospodařením** provádí stát – MZ v součinnosti s MF, Nejvyšší kontrolní úřad.

organizační struktura pojišťovny:

- ústředí,
- regionální pobočky – zpravidla pro vyšší územně samosprávný celek,
- další klientská pracoviště,
- v čele ředitel – statutární orgán – jmenován na 4 roky – může být odvolán.

orgány pojišťovny:

- správní rada,
- dozorčí rada.

přestupky (v rámci VZP ČR)

- přestupky FO (např. poskytnutí nepravdivých údajů o své osobě, sankce od 100.000 Kč do 500.000 Kč),
- přestupky PO (např. nábor pojištěnců prostřednictvím 3. osob, sankce od 200.000 do 5 mil.).

informační systém pojišťovny

- používání údajů z informačního systému pro vlastní potřebu pojišťovny je jejím výhradním právem;
- podmínky, kdo může čerpat informace a za jakých okolností;
- zajištění mlčenlivosti a nezneužití dat;
- právo brát si informace pro MZ a MF v souvislosti s kontrolní aktivitou (není porušení mlčenlivosti).

Zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

- neupravuje jejich zřízení, ale jejich vznik (rozdíl oproti zákonu č. 551/1991 Sb.),
- pojišťovny nazývány jako „zaměstnanecké pojišťovny“,
- k provádění veřejného pojištění je potřeba **povolení** (MZ po vyjádření MF),
- obecné předpisy o **správním řízení**,
- **náležitosti žádosti, podmínky pro složení kauce**, přičemž kauce je 100 mil. korun,
- dnem zápisu do rejstříku kauce přechází zpět na pojišťovnu,
- **podmínky zániku** (zrušení), popřípadě **likvidace**,
- **hospodaření těchto pojišťoven a vytváření jednotlivých fondů** (základní, rezervní, provozní, sociální, investičního majetku, reprodukce investičního majetku),
- **organizační struktura a orgány + podmínky pro výkon funkcí v těchto orgánech** (ředitel, správní rada, dozorčí rada),
- **přestupky FO a PO.**

5. VZP, resortní, oborové a další ZP - zákonná úprava

VZP sú právnické osoby, ich zriadenie a vznik je upravený zákonom:

- Zákony - 551/1991 Sb. o VZP
- 280/1992 Sb. o R., O., P. a ďalších ZP

- ZP - samostatné právne subjekty
- špecializované zdrav. a finančné inštitúcie
- výber poisťného od plátcov
- úhrady zdrav. služieb
- povinnosť zaistenia poskytovania hrazených služieb
- povinnosť vytvoriť sieť zmluvných poskytovateľov
- funkcie - kontrolní - kontrola správnosti a oprávnenosti vykazanej a uúčtovanej ZdP
- revízní - vykazovaná ZP musí odpovedať záznamom v príslušnej zd. dokumentácii
- regulační - úhrada ZP z prostriedkov VZP
- expertní - odborné medicínske posouzení

7 zdravotných poisťovní v ČR

- Vše ZP
 - Vojenská ZP
 - Česká průmyslová ZP
 - Oborová ZP zamestnancov bank, poisťovní, stavebnictva
 - Zamestnanecká poisťovna škoda
 - ZP MV
 - Revírní bratrská pokladna ZP
- } Zamestnanecké

ZP hradí poskytovateľom ZP → ZdP v nasledujúcom rozsahu

- lečebnú péči - ú a a
- službu - p a z
- preventívnu péči
- poskytovanie LP, ZP, SV
- potraviny
- lženskú péči, péči v odborných lečebnách, ošetrovacích
- závodní PP

VšZP

- najväčšia ZP v ČR (cca 6 mil. klientov)
- zákon 551/1991 Sb. upravuje → hospodárenie ZP, organizačnú štruktúru, orgány ZP, správu deliktov, IS poisťovne
- je právnickou osobou → vystupuje v právnych vzťahoch svojím menom a nesie majetkovú zodpovednosť
- prevádzkuje poisťovní
- nemôže prevádzkovať nábor poisťencov pomocou 3. osoby
- príjmy → od poisťencov, zamestnávateľov, štátu
→ z prídavkov k poisťovni - opak bonusu → pri nesplnení stanovených podmienok
→ pokuty a poplatky z prodlení
→ dary
→ vlastné zdroje vytvorené poisťovňou
→ zdroje zo sankčného výstupu
- výdaje - platby → za poisťovne
→ iným poisťovňám na základe zmlúv
→ náhrady za neobdobnú péču, kt. poisťenec čerpal v cudzine
→ časy za LP, služby realizované v rámci EÚ

Poisťovňa každý rok zostavuje:

- zdravotné poisťovní plán = rozpočet poisťovne → podlieha auditu - overenie účernej zodpovednosti → zpravidla je urovnaný = plánované výdaje neprekračujú súčet plánovaných príjmov
- rozpočet môže byť - schodkový - stratový (výdaje > príjmy) → ak je schodok možno uhradiť finančnými zústatkami na fondoch minulých rokov
- prebytkový - ak časť príjmov daného roku je určená k využitiu v nasledujúcich rokoch
- spravuje fondy - základní, rezervní, provozní, sociální fond majetku, fond reprodukce majetku → • Základní - zdrojom sú platby poisťného na VZP
- služby kúhrade hrazených služieb, krytí nákladov na činnosť poisťovne
• rezervní - vo výške 1,5% priemerných ročných výdajov základného fondu
- využité → krytie schodkov základného fondu, krytie hrazených služieb napr. pri hromadných onem.
• preventivní - úhrada služieb s prokazateľným preventívnym
- kontrola nad hospodárením - prevádzkuje štát → MZ + MF, Najvyšší kontrolní úrad

Organizačná štruktúra poisťovní

- **ústredie** → riadia činnosť organizačných zložiek Poisťovne
 - **provádí** - rozhodnutia Správnej rady
 - rozhoduje o činnosti Poisťovne
 - zabezpečuje súčinnosť so štátnymi orgánmi, ďalšími orgánmi verejnej správy, FO a PO a ďalšie činnosti
- **pobočky**
- **klientske pracoviská**
- **štandardní orgán**

Orgány poisťovne

- **správni rada** - schvaľuje organizačný rámec, návrhov zdravotne poisťového plánu, objemu úhrad poskytovateľom...
- **dozorcí rada** - dohliada na dodržiavanie predpisov a hospodárenia Poisťovne

↳ Prostredníctvom nich je zaisťovaná účasť poisťencov, zamestnancov poisťovne a šidlu na riadení poisťovne

Informačný systém poisťovní

- používanie údajov z IS
- podmienky, kto môže čerpať info
- mlčanlivosť, nezneužíte dát
- právo brať si informácie pre MZ a MF vsúvislosti s kontrolnou aktivitou

Z.č. 280/1992 Sb. - o ROP

- upravuje vznik, činnosť a zánik
- zamestnanecké poisťovne

Druhy zamestnaneckých poisťovní

- (1) **Resortní** zamestnaneckou poisťovnou je poisťovna, která provádí veřejné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem České republiky anebo podléhající ucelené části tohoto ministerstva.
- (2) **Oborovou** zamestnaneckou poisťovnou je poisťovna, která provádí veřejné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho oboru.
- (3) **Podnikovou** zamestnaneckou poisťovnou je poisťovna, která provádí veřejné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho nebo více podniků.
- (4) Další zamestnaneckou poisťovnou je poisťovna s meziresortní a mezioborovou působností.

- povolenie MZ po vyjadrení MF → k provadení VZP
- **obecné predpisy** o správnom řízení
- **náležitosti žiadosti o povolení**, **podmienky pre zloženie kaucie**
- dňom zápisu do registra → **kaucia prechádza späť na poisťovní** → do rezervného fondu
- **podmienky zániku**
- **hospodárenie, fondy**

V druhej časti:

- **organizační strukturu**, postavenie správnej a dozorckej rady a ostatných orgánov upraví štatut
- **štátnym orgánom** je riaditeľ
- **přestupky FO a PO**

Státnicové otázky VŠEO 2023/2024

6. Členění zdravotnických služeb podle zřizovatele, posloupnosti kontaktů, druhy a forma zdravotní péče podle zákona o zdravotních službách

Zdravotnická zařízení lze dělit z hlediska **vlastnictví** (státní, nestátní), z hlediska **ziskovosti** – zda je založené za účelem zisku (např. soukromá ambulance), či nikoliv (nezisková organizace) a také podle toho, v jaké právní formě se vyskytuje.

Klíčovým dělením zdravotnických zařízení je podle toho, kdo je zřizovatelem.

Zřizovatelem veřejného zdravotnického zařízení může být:

- Česká republika, jejímž jménem ho zřizuje její organizační složka;
- Kraj, obec (tj. územněsprávní celky);
- Právnícká osoba;
- Fyzická osoba;
- Více zřizovatelů najednou.

ZZ zřizovaná státem

- Většina státních ZZ spadá do působnosti Ministerstva zdravotnictví ČR. Zdravotnickými zařízeními státu jsou fakultní nemocnice a léčebná zařízení poskytující také úzce specializovanou péči.
- Fakultní nemocnice jsou příspěvkovou organizací ve smyslu zákona č. 219/2000 Sb. o majetku České republiky, jsou *tedy z části financovány ze státního rozpočtu*.

ZZ zřizovaná kraji a obcemi

- Zdravotnická zařízení zřízené krajem či obcí mohou mít formu příspěvkové organizace ve smyslu zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, nebo formu obchodních společností (s.r.o., a.s.). Hospodaří s peněžními prostředky získanými vlastní (resp. hlavní) činností a s peněžními prostředky od jiných osob, především z rozpočtu svého zřizovatele.
- Obce a kraje mohou zřizovat nemocnice, léčebná centra, stacionáře a také jesle.

ZZ soukromá

- Ve vlastnictví fyzických či právnických osob;
- Jedná se zpravidla o ambulance, léčebná a ozařovací centra, nemocnice, stacionáře, přeprava nemocných apod.
- Provozovatelem těchto zařízení je tzv. poskytovatel zdravotních služeb, který musí splňovat podmínky dané zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (ustanovení § 11 – 14).
- Jedná se o jediný způsob, jak lze podnikat ve zdravotnictví.

Zdravotnické služby dle posloupnosti kontaktu:

Primární zdravotní péče

- Obvykle místem prvního kontaktu,
- Poskytuje základní a efektivní péči,
- Levnější a dostupná,
- Pomáhá snížit náklady (prevence, depistáž, časná diagnostika, časná léčba bez nutnosti posílat k nákladnějšímu vyšetření).

Poskytovatelé primární péče:

- Praktický lékař pro dospělé,
- Praktický lékař pro děti a dorost,
- Praktický zubní lékař,

- Ambulantní gynekolog.

Sekundární zdravotní péče:

- **Komunitní** – ambulance,
- **Ústavní** – nemocnice,
- Poskytuje specializovanou odbornou péči,
- Pacienti jsou odesíláni praktickými lékaři (lékaři primární péče).

Terciární zdravotní péče:

- Vysoce specializovaná a finanční nákladná péče (fakultní nemocnice, výzkumná centra),
- Vysoce odborné a komplexní diagnostické postupy.

Druhy a formy zdravotní péče:

Druhy a formy zdravotní péče upravuje § 5 a § 6 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti

Neodkladná péče

- zamezuje nebo omezuje vznik náhlých stavů, které ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí,
- zajišťuje např. zdravotnická záchranná služba, nebo lékaři na urgentních příjmech.

Akutní péče

- odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu.

Nezbytná péče

- vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně zamýšlel.

Plánovaná péče

- Jedná se např. o zdravotní výkony (operační zákroky, ošetření, vyšetření), jejichž termín si pacient dohodne s ošetřujícím lékařem. Tuto péči lze z časového hlediska považovat za odložitelnou.

Druhy zdravotní péče podle účelu poskytnutí

Preventivní péče

- včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu.

Diagnostická péče

- zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv.

Dispenzární péče

- aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu.

Léčebná péče

- příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu.

Posudková péče

Účelem posudkové péče je zjištění, zda:

1. nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách,
2. zdravotní stav pacienta je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce, služby, povolání, jiných činností nebo pro jiné účely.

Léčebně rehabilitační péče

- maximální možné obnovení tělesných, kognitivních, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta.

Ošetrovatelská péče

- udržení, podpora a navrácení zdraví.

Paliativní péče

- zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí.

Lékařská péče a klinicko-farmaceutická péče

- zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, laboratorních chemikálií, zkoumadel, dezinfekčních přípravků a zdravotnických prostředků a potravin pro zvláštní lékařské účely,

Formy zdravotní péče

Ambulantní péče se rozumí zdravotní péče, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.

Ambulantní péče se poskytuje jako:

- **primární ambulantní péče** (registrující praktický lékař, zubní lékař, gynekolog),
- **specializovaná ambulantní péče**, která je poskytována v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče,
- **stacionární péče** – zdravotní péče poskytovaná pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.

Jednodenní péče

- zdravotní péče, při jejímž poskytnutí se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin.

Lůžková péče

- zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně.

Rozlišujeme následující typy lůžkové péče:

- **akutní intenzivní lůžková péče**, která je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí,
- **akutní standardní lůžková péče**, která je poskytována pacientovi buď s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci,
- **následná lůžková péče**, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení,
- **dlouhodobá lůžková péče**, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje.

Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

- poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta se rozumí buď návštěvní služba nebo domácí péče.

- ošetrovatelská (domácí)
- návštěvní

Doporučená literatura:

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění.

Zákon č. 219/2000 Sb. o majetku České republiky, v platném znění.

Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, v platném znění.

6. Členenie ZS podľa zriaďovateľa, posloupnosti kontaktov, druhu a formy ZP

ZZ lze deliť z hľadiska:

- vlastníctva - štátne, neštátne
- ziskovosti - súkromné ambulance, neziskové organizácie
- právnej formy

ZRIAĐOVATEĽ

- Štát**
 - ZZ spadá do pôsobnosti MZČR
 - FN a **liečebné zariadenia**
 - FN sú príspevkovou organizáciou - z.č. 213/2000 o majetku ČR → z časti financované zo štátneho rozpočtu
- Kraje a obce**
 - **Nemocnice, liečebné centrá, stacionáre, jesle**
 - forma ZZ - príspevkovej organizácie - v zmyslu z. 250/2000 Sb.
 - obchodných spoločností
 - peňažné prostriedky - získané vlastnou činnosťou
 - od iných osôb - z rozpočtu svojho zriaďovateľa
- Súkromné**
 - vo vlastníctve fyzic. či právnických osôb
 - **ambulance, liečebné a ošetrovacie centrá, nemocnice, stacionáre, preprava nemoených**
 - **prevádzkovateľ - poskytovateľ ZS** - splňa podmienky dane z. 372/2011 Sb. o ZS

POSLOUPNOST' KONTAKTOV

PRIMÁRNA ZP

- PLD - praktík pre dosp.
- PLDD - praktík pre deti a dorast
- PZL - zubár
- AG - gynekológ



- miesto 1. kontaktu
- základní a efektívni péče
- levnejší, dostupnejší
- pomáha ↓ náklady

SEKUNDÁRNA

Komunitní
(ambulance)

Ústavní
(nemocnice)

- P odoslaný od PL
- poskytujú špecializovanú ZP

TERCIÁRNA

- vysoko špecializovaná - FN, výskumne centrá
- finančne nákladná
- vysoko odborné a komplexné dg. postupy

DRUHÝ A FORMY ZP - z.č. 372/2011 o ZS a podmienkach ich poskytovania

Podľa časovej naliehavosti

- Neodkladná** - zamedzuje / obmedzuje vznik náhlych stavov → smrť, ohrozenie života, bolesť
- poskytuje - ZZS, urgent
- náhle zmeny chovania P
- Akutná** - odvrátenie / ↓ rizika vážneho zhoršenia ZS
- Nezbytná** - u zahraničných poistencov
- Plánovaná** - ošetrovacie výkony - OP zákroky, ošetrovanie, vyšetrenia
- časovo odložená

Podľa účelu

PDDL PLOPL

1. **Preventívna** - vyhľadovanie faktorov
2. **Diagnostická** - zistenie ZS
3. **Dispenzári** - sledovanie
4. **Liečebná** - ovplyvnenie ZS → realizácie individuálneho liečeb. postupu
5. **Posudková** - negatívny vplyv nárokov práce, služby, povolania a iných činností
- ZS v súlade s predpokladmi a požiadavkami prevýkon
6. **Liečebno-rehabilitačná** - obnovenie tel., kogn., reč., zmysl., psych. funkcií
7. **Ošetrovateľská** - udržiavanie, podpora a navrhovanie zdravia
8. **Paliatívna** - zmiernenie utrpenia a zachovanie kvality života
9. **Lekárska a klinicko-farmaceutická** - zisťovanie, príprava, úprava, uchovávanie, kontrola, výdaj

FORMY ZP

Ambulancní - nevyžaduje hospitalizáciu pacienta alebo prijatie P na lôžko do ZZ poskytovateľa. Jednodennej péče

- primárni AP - registrujúci PL, ZL, gynecológ
- špecializovaná AP - v rámci jednotlivých odborov
- stacionárni P - poskytovaná pacientom, ktorých zdr. stav vyžaduje opakované denne poskytovanie AP

Jednodenná

Pobyť P na lôžku podobu kratšiu než 24hod

Lôžková

Nelze poskytnúť

- akútni intenzívni - v prípade náhleho selhávania alebo náhleho ohrozenia zdkl. životných funkcií
- akútni štandardní - poskytovaná P s náhlým onem. alebo náhlým zhoršením chron. nemoci
- následná - ak bola P stanovená zkladní dg. → došlo k stabilizácii jeho zdrav. stavu, zvládnutí náhlej nemoci alebo náhleho zhoršenia chronic. nemoci a jehož zdrav. stav vyžaduje doliečenie
- dlhodobá - ak zdrav. stav P nelze lečebnou péčou podstatne zlepšiť a bez sústavného poskytovania ošetrovateľskej péče sa zhoršuje

Vo vlastnom sociálnom zariadení

- návštevná služba
- domáca péče (ošetrovateľská)

⑦ Kvalita zdravotní péče a její hodnocení

ZdP = činnost, která je zaměřena na **udržování zdraví** a **odvrácení jeho poruch**

- Cíle → **prodloužení lidského života**
→ **zvyšování jeho kvality**
→ **zlepšování zdrav. stavu obyvatelstva**
- sledování kvality a bezpečnosti klinické praxe je nedílnou součástí procesu



Definice KVALITY

= stupeň dokonalosti **poskytované péče vzhledem k současné úrovni znalostí a technologického vývoje**

- kvalita ZdP = takový druh péče, při kterém lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu

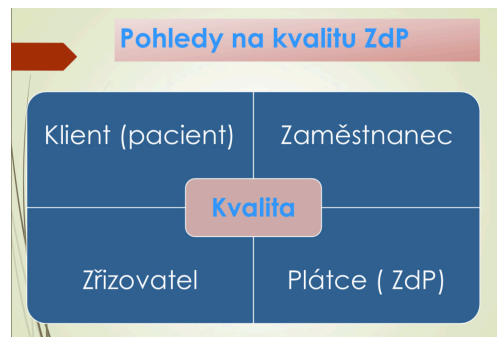
- **delat správné věci správným způsobem**

- kvalita - neznamená iba dosiahnutie klientovej spokojnosti, vysokú odbornú úroveň, zvyšovanie ekonomičnosti a znižovanie nákladov → **zahrňuje všetky tieto skutočnosti**

3 dimenzie kvality

- z hľadiska klienta → čo p vyžaduje od ZdP
- z hľadiska zamestnanca → využitie vhodných technik, naplnenie potrieb pre liečenie zo strany zdravotníkov
- z hľadiska riadenia → najekonomickejšie a najproduktívnejšie využitie zdrojov

Kvalitu ovplyvňuje - prostredie
- systém vzdelávania a odmenšovania
- **legislativa**
- konkurencia, poptávka, nabídka



LEGISLATIVNÝ RÁMEC

① Z.č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

→ poskytovatel je rovněž povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést **interní systém** hodnocení kvality a bezpečí

② Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci

③ Vyhláška č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí léčebné ZdP

Meranie a vyhodnocovanie kvality zdrav. služieb

Program kontinuálneho zvyšovania kvality má 4 zdroje, na základe ktorých merame kvalitu poskytovanej péče a služieb:

- pacienti
- interní audit
- indikátory ZdP (nákazy, pooperační komplikace ...)
- externí audit

AUDIT

- je neoddelnou súčasťou akéhokoľvek systému **managementu kvality**
- poskytuje **objektívne informácie** o stave auditovaných procesov a funkčnosti procesu kvality
- je jeden z **kľúčových manažérskych nástrojov**

Interní systém kvality

INTERNÍ AUDIT = sebahodnotenie → povinnosť zaistiť preškolenie pracovníkov (zdravotníckych i nezdravotníckych) o vydaných predpisoch

- hodnotí **plnenie štandardov** v klinickej praxi

vyhodnocujeme: ① Z otvorenej zdravotníckej dokumentácie každého lôžkového pracoviska v rozsahu minimálne 1%.
② Z uzavretej zdravotníckej dokumentácie u minim. 3% hospitalizovaných

- cieľom - **identifikácie najzávažnejších rizík** a ich minimalizácie na únosnú úroveň
- **trvalé zlepšovanie kvality a bezpečnosti** poskytovanej ZdP
- **odhalenie potenciálnych možností zlepšenia**

- musí obsahovať všetky činnosti a procesy ZZ, kt. môžu zásadným spôsobom ovplyvňovať kvalitu a bezpečie poskytovaných služieb

Kľúčové oblasti - **bezpečnosť prostredia a procesov**

- **riadenie ľudských zdrojov**

- **zdravotnícka dokumentácia**

- **existencia a dodržiavanie správnych a bezpečných postupov** → vnútorné predpisy

- kladie vysoké nároky na auditory, auditované i manažérov ZZ

- **provádí se dle požadavků, ako uvádí Vyhl. č. 102/2012 Sb. Věstník MZČR** → určuje tzv. **štandardy a resortné bezpečnostné ciele** (RBC), zvlášť pre poskytovateľov lôžkovej a jednodennej péče, pre ambulantnú péču a ZS

Štandard 1 → zavedenie RBC

AKČNÍ PLÁN kvality a bezpečnosti

Východisko: až 12% P má spôsobený újmu behom poskytovaní ZdP

- implementuje doporučení WHO a EU
- obsahuje konkrétne nástroje k zvyšovaniu kvality a bezpečnosti ZdP v podmienkach ČR, vrátane finančného pokrytí
- obsahuje RBC pre rok 2010 (resortné bezpečnostné ciele)
- portál kvality a bezpečia - www.mzcr.cz

Ciele

RBC 1: Bezpečná identifikácia pacientov - každý P musí byť správne identifikovaný zejména pred tým, než jemu podán LP, odobrat vzorek materiálu a pred provedením akéhokoľvek dg. alebo terap. výkonu
- vnútorné predpisy vyžadujú minim. 2 nástroje k identifikácii P (meno + dátum narodenia)

RBC 2: Bezpečnosť pri používaní rizikových liečiv - cieľom je stanoviť zoznam LP s vyššou mierou rizikovosti vo vzťahu k poškodeniu P → individuálne pre každé oddelenie
- patria sem: Inj. roztoky KCl 7,45% a viac, INZ, neriedené heparíny → na pracoviskách ZZ nie sú umiestnené ak to z klinického hľadiska nie je nutné. Tam, kde ZZ ich umiestnenie pripúšťa → zavedené sú postupy zabráňujúce nesprávnemu podaniu

RBC 3: Prevencia zámeny pacienta, výkonu a strany pri chirurg. výkonoch - ZZ stanoví vnút. predpisom jednotný postup zaisťujúci provedenie správneho výkonu u správneho P v správnej lokalizácii vrátane výkonov provedených mimo OPSaly

RBC 4: Prevencia pádov pacientu - vstupné hodnotenie rizika pádu u P a opakované hodnotenie u P, u kt. došlo k zmene zdrav. stavu, k zmene spektra užívaných liekov

RBC 5: Zavedenie optimálnych postupov hygieny - stanovenie postupu mytí rúk, používanie bariérových technik a dezinfekčných prostriedkov, kt. sú základom prevencie a kontroly infekcií

AKTUALIZACE r. 2011

RBC 6: Bezpečná komunikácia - chyby v komunikácii môžu viesť k nedorozumeniu → poškodeniu P

RBC 7: Bezpečné predávanie pacientov

RBC 8: Prevencia vzniku preležanín a dekubitov u hospitalizovaných P

Štandard 2 → Riešenie neodkladných stavov

Štandard 3 → Dodržiavanie práv pacientov a osôb pacientom blízkych

Štandard 4 → Sledovanie a vyhodnocovanie nežiadúcich udalostí

Štandard 5 → Sledovanie spokojnosti P

Štandard 6 → Dodržiavanie personálneho zabezpečenia

Štandard 7 → Dodržiavanie sledovania a uverejňovania objektivizovaných dob pacientov

Indikátory kvality ZdrP

- zdrojom informácií je zber dát pre výpočet indikátorov v Národnom systéme hlásení nežádoucích udalostí
- postupuje sa podľa metodiky uverejnenej na webe ÚZIS ČR



Indikátory kvality MZ ČR

- Počet neplánovaných reoperací na chir. odd.
- Počet neplánovaných rehospitalizací
- Počet úmrtí do 30 dnů hospitalizací pacientů s CMP a krvácení do mozku
- Počet úmrtí do 30 dnů u hospitalizací pacientů s IM
- Počet komplikací po TEP
- Počet infekcí po zavedení ČŽK
- Počet poranění hráze při porodu bez a s použitím nástroje

- toto oprávnenie môže získať pouze právnická či podnikající fyzic. osoba, kt. splnía požiadavky uvedené v § 98, 99 z.č. 372/2011 Sb. a v prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb.
- o hodnotení kvality a bezpečia lůžkové zdravotn. péče

Externí kontrola kvality

Proces ext. hodnocení kvality a bezpečia poskytovaných zdravotních služeb je stanoven v § 98 z.č. 372/2011 Sb. a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb.

o hodnotení kvality a bezpečia lůžkové ZdrP, vzhledem k pozdějším předpisům → novelizace vyhláškou č. 262/2016 Sb

- v ČR je zabezpečuje 9 subjektů, přičemž největší a nejsilnější je:

SAK = spojená akreditační komise = akreditační autorita → uděluje akreditace = oprávnění k určité činnosti

(např. ústav patologie získá oprávnění k hodnocení histologických vzorků...)

Podle sa přihlašuje k akreditační organizaci → zaplatí sa poplatky → zariadenie dostane akreditačné štandardy, ktoré musí splniť → inspekční tým ich bude zkontrolovat → ak sa splní podmínky, zařízení má platný certifikát na 2-3 roky.

AKREDITACE

= oprávnění k určité činnosti alebo otvorenie a uznanie takového oprávnění

- syn. je získanie licence

- akreditační štandard = profesní míra kvality - minimální úroveň poskytnuté péče

- je to proces dobrovolný

- oprávněná osoba je povinná zveřejnit hodnotící štandardy a pravidla procesu hodnocení kvality a bezpečia na svých internetových stránkách

- při hodnocení je povinná vystupovat nestranně a dodržovat hodnotící štandardy

OECD = štúdie kvality ZdrP v ČR (organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj)

→ posúdenie systému zdravotníctva, dátovej základne, screeningových programov

→ významný ukazovateľ kvality ZdrP

- pokles úmrtnosti P po IM
- výskyt chron. KV son. u P s DM
- míra obezity
- podiel kuřákov v populácii

→ doporučení studie: vypracovat dlouhodobou strategii zajišťující bezpečnost a kvalitu, posílit programy na primární prevenci, monitorace kvality

Na LF UPOL → EBHC - evidence based Healthcare

→ vychádza z princípu EBM - sú to najnovšie poznatky a postupy, ktoré sa aplikujú do zdravotn. politiky a managementu.

⑧ Získavanie spôsobilosti k výkonu lekára a nelékařských zdravotníckych povolání

Z.č. 95/2004 Sb → mení sa na zákon č. 67/2017 Sb

o podmienkach získavania a uznávania odbornej spôsobilosti a špecializovanej spôsobilosti k výkonu zdravotníckeho povolania lekára, zubného lekára a farmaceuta

Zaobera sa - podmienkami uznávania a získavania odbornej spôsobilosti
- celoživotným vzdelávaním lekárov
- udeľovaním akreditácií

Obsahuje - zoznam jednotlivých kmeňov - 19 základných kmeňov
- 43 špecializačných odborov

Spôsobilosť k výkonu povolania lekára, zub. lekára a farmaceuta má ten, kto je:

- odborne spôsobilý
- zdravotne spôsobilý - lekářsky posudok vydaný na základe lekářskej prehľadky u PL
- bezúhonný - ten, kto nebol právomocne odsúdený k nepodmienečnému trestu odňatia slobody pre úmyselný trestný čin spáchaný v súvislosti s poskytovaním zdrav. služieb, alebo sa na neho hľadí ako by nebol odsúdený

LEKÁŘ

Odborná spôsobilosť k výkonu zdravotníckeho povolania lekára

- získava sa absolvovaním najmenej 6-letého prezenčného štúdia, ktoré obsahuje teoretickú a praktickú výuku v akreditovanom zdravotníckom magisterskom štúdiu
- výkonom povolania lekára s odbornou spôsobilosťou je → Preventívni, Diagnostickí, Liečební, Liečebne-rehabilitační, Dispensárni a Palliatívni péče podľa z. o zdrav. službách; poskytovaná pod odborným dozorom alebo odborným dohľadom lekára so špecializovanou spôsobilosťou a ďalej revíziu činnosť podľa z. upravujúceho VZP
- za výkon povolania lekára sa považuje taktiež → metodická, koncepční, výzkumná a vzdelávací činnosť
- bez odborného dozoru môže vykonávať činnosti, kt. odpovedajú rozsahu znalostí a dovedností získaných štúdiom a kt. sú stanovené prováděcím právním předpisem
- L môže pred získaním certifikátu o absolvovaní základného kmeňa vykonávať ďalšie činnosti v rozsahu, kt. mu písomne stanoví jeho školiťel a to pod odborným dohľadom

Odborný dozor - lekár so špecializačnou spôsobilosťou → prítomný v ZZ → s fyzickou dosaziteľnosťou do 15 minút
= po dobu štúdia kmeňa

Odborný dohľad - 1- → nepretržitou telefonickou dostupnosťou a fyzic. dosaziteľnosť ZZ do 30 min
= po kmeňovej skúške

Špecializovaná spôsobilosť

- získava sa úspešným ukončením špecializačného vzdelávania atestačnou zkouškou, na jej základe je lekářovi vydaný ministerstvom diplom o špecializácii v príslušnom špecializačnom odbore
- podmienkou pre samostatný výkon povolania lekára je získanie špecializovanej spôsobilosti alebo zluďšnej špecializovanej spôsobilosti
- špecializované vzdelávanie prebieha ako celodenná príprava v akreditovanom zariadení → v rozsahu stanovenej týždennej pracovnej doby → úväzok minimálne 0,5 uľ → v prípade materskej/rodickej 0,2
→ je odmeňovaná
→ pracovníkovi prideliť školiťela so špecializovanou spôsobilosťou
- Špecializované vzdelávanie sa skladá zo → základného kmeňa - 30 mesiacov = 2,5 roka
- podmienka: absolvovanie praxi podľa daného kmeňa → doložiť prax a výkonov v príkazu odbornosti alebo logbooku a potvrdenie školiťelom
- je zakončené zkouškou - max. 3x (v odstupe 6 mesiacov)
- po splnení požiadaviek si môžu L požadovať vystavenie certifikátu o absolvovaní kmeňa

anar nadvezuje

→ **vzdelavanie vo vlastnom špecializovanom útviku** = ATESTACE

- podmienka - **absolvovanie praxe pre základný kmeň** + **absolvovanie odbornej praxe pre špecializovaný útvik**, vzdelovacích akcií, povinného testu, predloženie a obhajoba atestačnej práce, nutno mať splnený počet výkonov a počet asistencií u výkonov

ATESTAČNÁ SKÚŠKA - atestácia prebieha pred zkušební komisí (stanovena MZČR) → skladá sa z teoretickej časti a praktickej časti (vyšetrenie + liečba P)

- L môže byť súbežne zaradený najviac v 2 špecializačných odboroch, a to ak majú zhodný základný kmeň → do druhého špecializ. odboru môže byť L zaradený až po vydaní certifikátu o absolvovaní základného kmeňa

1. LÉKAŘI

Specializační obor 43	Základní kmeň 19	Označení odbornosti	Minimální délka vzdělávání (v letech) včetně délky vzdělávání v základním kmeni
1. alergologie a klinická imunologie	interní nebo pediatrický	alergolog a klinický imunolog	4,5
2. anesteziologie a intenzivní medicína	anesteziologický	anesteziolog	4,5
3. cévní chirurgie	chirurgický	cévní chirurg	5
4. dětská a dorostová psychiatrie	psychiatrický nebo pediatrický	dětský a dorostový psychiatr	4,5
5. dětská chirurgie	chirurgický	dětský chirurg	5
6. dětská neurologie	neurologický nebo pediatrický	dětský neurolog	4,5
7. dermatovenerologie	dermatovenerologický	dermatovenerolog	4,5
8. endokrinologie a diabetologie	interní nebo pediatrický	endokrinolog a diabetolog	5
9. gastroenterologie	interní nebo chirurgický	gastroenterolog	5
10. geriatrie	interní nebo všeobecné praktické lékařství	geriatr	4
11. gynekologie a porodnictví	gynekologicko-porodnický	gynekolog a porodník	4,5
12. hematologie a transfúzní lékařství	interní nebo pediatrický	hematolog a transfuziolog	4,5
13. hygiena a epidemiologie	hygienicko-epidemiologický	hygienik a epidemiolog	4
14. chirurgie	chirurgický	chirurg	5
15. infekční lékařství	interní nebo pediatrický	infekcionista	4
16. kardiocirurgie	kardiocirurgický	kardiocirurg	6
17. kardiologie	interní	kardiolog	5
18. klinická biochemie	interní nebo pediatrický	klinický biochemik	4,5
19. klinická onkologie	interní	klinický onkolog	5
20. radiační onkologie	interní	radiační onkolog	5
21. lékařská genetika	interní nebo pediatrický nebo gynekologicko-porodnický	lékařská genetika	4
22. lékařská mikrobiologie	interní nebo pediatrický	lékařský mikrobiolog	4,5
23. maxilofaciální chirurgie	Maxilofaciálně-chirurgický	maxilofaciální chirurg	5
24. nefrologie	interní	nefrolog	5
25. neurochirurgie	neurochirurgický	neurochirurg	6
26. neurologie	neurologický	neurolog	4,5
27. nukleární medicína	interní nebo radiologický	lékař se specializovanou způsobilostí v nukleární medicíně	4
28. oftalmologie	oftalmologický	oftalmolog	4,5
29. ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí	ortopedický	ortoped	5
30. otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku	otorinolaryngologický	otorinolaryngolog	4,5
31. patologie	patologický	patolog	4,5
32. pediatrie	pediatrický	pediatr	4,5
33. plastická chirurgie	chirurgický	plastický chirurg	5
34. pneumologie a fteziologie	interní	pneumolog	4
35. psychiatrie	psychiatrický	psychiatr	4,5
36. radiologie a zobrazovací metody	radiologický	radiolog	4,5
37. rehabilitační a fyzikální medicína	interní nebo chirurgický nebo pediatrický nebo ortopedický nebo neurologický	rehabilitační lékař	4
38. revmatologie	interní	revmatolog	5
39. soudní lékařství	patologický	soudní lékař	4,5
40. urgentní medicína	anesteziologický nebo chirurgický nebo interní nebo všeobecné praktické lékařství	urgentní lékař	5
41. urologie	urologický	urolog	5
42. vnitřní lékařství	interní	internista	5
43. všeobecné praktické lékařství	interní nebo všeobecné praktické lékařství	praktický lékař	3

ČLK

= organizácia združujúca všetkých lekárov na území ČR

- členstvo je povinné

- sídlo = Olomouc

- činnosť vedie zoznam členov, aby vykonávali povolanie odborne a v súlade s etikou, zaručuje odbornosť a hrdí práva svojich členov oprávnená vykonávanie disciplinárnych prídomací

Čiže, aký je môj POSTUP?

Skončím LF a som zdravotne spôsobilá, bezúhonna



Som spôsobilá vykonávať lekárske povolanie



Zapíšem sa do základného kmeňa špecializačného vzdelávania - trvá 30 mesiacov, na konci kmeňová skúška

→ môžem vykonávať lek. činnosť pod dohľadom



Pokračujem v špecializačnom odbore, na konci špecializačná skúška, som špecializovane spôsobilá

→ môžem vykonávať lek. činnosť sama



Môžem vykonávať lekársku prax samostatne + môžem si urobiť skúšku v náhradovom odbore



Vyhľadávka o náhradových odboroch (napr. detská kardiologie, neonatologie...)

Celoživotné vzdelávanie L

- povinné pre členy ČLK

- priebežné vzdelávanie lekárov pomocou kurzov

- prehĺbovanie vedomostí

- nutno ročne získať určitý počet kreditov za tieto akcie

- po zisku kreditov → DIPLOM celoživotného vzdelávania → nutný pre získanie licencie pre výkon funkcie vedúceho L a primára v ZZ

Z.č. 96/2004 Sb. → mení sa na zákon č. 201/2017 Sb.

Zákon o podmienkach získavania a uznávania spôsobilosti k výkonu nelinekárskych zdravotníckych povolani a k výkonu činnosti súvisiacich s poskytovaním ZdP a o zmene niektorých súvisiacich zákonov

Tento zákon upravuje:

1. Spôsobilosť k výkonu ZP

- má odbornú spôsobilosť
- má zdravotnú spôsobilosť
- je eticky bezúhonný

2. Definuje pojmy poskytnutí výkonu

- **samosťatne** - bez priameho vedení alebo odborného dohľadu
- **priame vedení** - pri stálej prítomnosti lekára alebo spôsobilého ZP
- **odborný dohľad** - L alebo iný ZP musí byť dosaziteľný
 - výkon môže provest iba v rozsahu, ktorý mu ten daný L alebo ZP určí

3. Definuje náležitosti k získaniu odbornej spôsobilosti NLZP

- praktická sestra
- všeobecná sestra
- zdrav. záchranár
- fyzioterapeut ...

VŠEOB. SESTRA

Odborná spôsobilosť k výkonu povolania všeob. sestry

Získava sa absolvovaním:

- 3-ročného akreditovaného zdravotníckeho bakalárskeho štúijného odboru pre prípravu všeobecných sestier
- 3-ročného štúdia v odbore diplomovaná všeob. sestra na vyšších zdravotníckych školách
- štúdia v odbore diplomovaná všeobecná sestra na vyššej zdrav. škole v dĺžke najmenej 1 rok → ak ide o ZP, ktorý získal odbornú spôsobilosť k výkonu povolania prakt. sestry, zdrav. záchranára, pôrodnéj asistentky alebo detskej sestry

Za výkon povolania všeob. sestry sa považuje

- poskytovanie ošetrovateľskej péče
- v spolupráci s L alebo ZL sa podieľa na preventívnej, liečebnej, diagnostickej, rehabilitačnej, paliatívnej, neodkladnej alebo dispenzárnej péči

SRZ – otázka č. 9 Krátkodobá a dlouhodobá porucha zdraví, MKN, MKF

MUDr. Radmila Pastorková, Ph.D.

Krátkodobá porucha zdraví, nemocenské pojištění a posuzování dočasné pracovní neschopnosti:

Nemoc – je událost nejen medicínská (diagnóza, pro kterou se pacient léčí), současně ji nějak vnímá – osobní pohled – nemusí se cítit nemocný a třetí aspekt – jde o sociální událost – „vyřadí“ pacienta z pracovního zařazení – dočasně). **Sociální dopad nemoci je řešen výplatou dávky.** Postup se řídí legislativou – zákon o nemocenském pojištění. Propojení medicínské části – posouzení zdravotního stavu a sociální (dávkové) – finanční kompenzace výpadku výdělku z důvodu absence v práci – řešeno v rámci tzv. nemocenského pojištění. **Vyplývá z něj více dávek:**

nemocenské – dočasná pracovní neschopnost	ošetřovné (krátká doba – nemoc člena rodiny)
peněžitá pomoc v mateřství („mateřská dovolená“)	dlouhodobé ošetřovné (minimální délka měsíc).

Každá dávka se vyplácí jen DOČASNĚ – po dobu tzv. podpůrčí – tedy je časově ohraničena.

Dočasná pracovní neschopnost (DPN) má 3 funkce:

- umožní pacientovi se léčit – má přiznán status nemocného
- je omluvený v práci
- dostává finanční kompenzaci

Dvě podmínky – medicínská a dávková – musí být účasten pojištění – řeší OSSZ, neřeší lékař.

Medicínská podmínka – plně v kompetenci ošetřujícího lékaře – to je ten, který pacienta vyšetří a zjistí, že jeho onemocnění mu neumožňuje chodit do práce a je důvod k léčbě v režimu dočasné pracovní neschopnosti. Svě zjištění potvrdí vystavením rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti – elektronicky. Každý lékař k tomuto má kompetence, oprávnění a je to současně povinnost, pokud pacient léčí resp. ošetřuje. Týká se to všech typů zdravotnických zařízení, bez rozdílu zřizovatele, vystavení DPN není vázáno na konkrétní odbornost – ošetřujícím lékařem je ten, který pacienta ošetřuje, léčí (tedy nejen praktický lékař, ale i odborník včetně stomatologů). Výjimkou je rychlá záchranná služba, lékařská pohotovostní služba.

Zákon o nemocenském pojištění definuje povinnosti ošetřujícího lékaře, pacienta, zaměstnavatele, lékař je povinen spolupracovat s OSSZ. Během DPN ošetřující lékař průběžně řeší zdravotní stav, ukončí DPN, pokud se může pacient vrátit do zaměstnání, určuje dobu vycházek (v rozmezí stanoveném ze zákona) a plní řadu dalších povinností. Délka výplaty dávek je ohraničena ze zákona (380 dní ...nemusí to číslo nutně vědět – když tipnou rok, tak to stačí), v odůvodněných případech je možno výjimečně prodloužit – posuzuje posudkový lékař!! Zásadní je spolupráce ošetřujících lékařů a posudkových lékařů během DPN. Pokud je zjištěno onemocnění dlouhodobého charakteru a snížení pracovní schopnosti je dlouhodobé nebo dokonce trvalé, pak už nelze řešit v rámci DPN – nejedná se o krátkodobou poruchu zdraví a je potřeba s posudkovým lékařem zvážit další dávky sociálního zabezpečení.

Dlouhodobá porucha zdraví, důchodové pojištění a základy posuzování zdravotního stavu pro účely přiznání invalidity:

Invalidita – je zdravotně – sociálně – společensko – právní pojem, mění se dle aktuálních potřeb a možností společnosti; (**každý stát má svá kritéria** k přiznání invalidity, nejsou totožná, v rámci EU může být u téhož občana odlišné posouzení při žádosti podané ve více státech EU). **Co je invalidita z pohledu posuzování:** **objektivní porucha zdraví**, dlouhodobá, která vede k poklesu schopnosti soustavně pracovat – pokles pracovní schopnosti. **Podmínky přiznání invalidity:**

- Kritéria nastavuje zákon – ne lékaři!!
- Podmínky nároku na invalidní důchod – medicínské x ekonomické
- **medicínská** – zdravotní stav – jeho dopad na pracovní schopnost
- **dávková** – počet odpracovaných let, doba důchodového pojištění
- **paradox** – důchod nemusí být vyplácen i když posudkově odpovídá některému stupni ID, protože nesplnil ekonomickou podmínku

Posudkový lékař objektivizuje poruchu zdravotního stavu; **nedělá to subjektivně** – řídí se zákonem a vyhláškou, **povinnost** ze zákona je vycházet z odborných nálezů lékařů: Ale **interpretace** nálezů vzhledem k posudkovým kritériím je **pouze v jeho kompetenci**. Posuzuje na podkladě odborné dokumentace od praktiků a odborných lékařů (vyplněný tiskopis – lékaři mají povinnost ho vyplnit – součinnost), dalších zpráv, ambulantních, hospitalizačních, případně si můžou zapůjčit celou dokumentaci. Prvním úkonem je zjištění, resp. uznání tzv. **DNZS – dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** – který má trvat nebo trvá alespoň rok a svou nepříznivostí významně ovlivňuje dopad na pracovní schopnost. Teprve po zjištění DNZS je možno posoudit jeho dopad na pracovní schopnost a případně uznat invaliditu (krátkodobá porucha zdraví nevede k invaliditě!!)

Poté se stanoví pokles pracovní schopnosti: Zdravý jedinec – 100 % pracovní schopnost; při zdravotním omezení – **pokles schopnosti** – hodnotí se v % dle vyhlášky. **Invalidní důchod je v ČR ve třech stupních: 1. STUPEŇ invalidity – 35–49 %; 2. STUPEŇ invalidity - 50 % - 69 %; 3. STUPEŇ invalidity – pokles pracovní schopnosti nejméně o 70 %.**

Zároveň je nutno **posoudit i zachovalou** pracovní schopnost a možnosti jejího využití. Vyjadřuje se v celých číslech a míra poklesu pak vede k přiznání stupně invalidity. Vždy se hodnotí funkční dopad, nikoli pouhá diagnóza. Pokud je onemocnění více, tak se nesčítají, ale vybere se tzv. rozhodující, ostatní se mohou podílet (lze je tedy zohlednit, ale ne jako součet). Důležitá je rovněž profese posuzovaného – posudkový lékař pracuje s profesní anamnézou, musí zohlednit i možnost rekvalifikace, zabývá se pracovním zařazením, vzděláním apod. Neexistuje ekonomická podmínka ve smyslu omezení výdělku při invaliditě, ale **je potřeba medicínsky zhodnotit, zda je či není schopen pracovního zařazení** a podle toho určit procentní míru poklesu pracovní schopnosti a stupeň invalidity. **Invalidita neodškodňuje diagnózu**, ale její dopad na pracovní schopnost posuzovaného.

Dlouhodobá porucha zdraví, nepojistný systém dávek sociálního zabezpečení a základy posuzování zdravotního stavu pro účely přiznání příspěvku na péči, průkazu osoby se zdravotním postižením, specifických pomůcek

Dávky nejsou vázány na žádné pojištění; vyplácí je Úřad práce; jsou vázány na posouzení zdravotního stavu. Jsou podmíněny funkčním dopadem tzv. DNZS, který má trvat nebo trvá alespoň rok a svou nepříznivostí významně ovlivňuje dopad na mobilitu, orientaci a další sledované oblasti podle toho, o kterou dávku klient požádal. **3 druhy dávek:**

Příspěvek na péči – posuzuje se stupeň závislosti, vyplácí se ve 4 stupních, výše je dána legislativně.

Posudkový lékař vychází ze zdravotní dokumentace a z tzv. **sociálního šetření:**

Hodnotí se s případnými pomůckami – facilitátory

Hodnotí se v přirozeném prostředí, ale tak, jako by běžně dostupné pomůcky měl

Zásadní je objektivní funkční nález ošetřujícího lékaře

Odlišně se hodnotí osoby do 18 let věku.

Průkaz osoby se zdravotním postižením – přiznává se ve 3 stupních (přednostní projednání na úřadech, sezení na vyhrazeném místě v MHD, vlaku, autobuse, od druhého stupně i např. možnost parkování na vyhrazeném místě, snížené vstupné, jízdné atd.)

Zvláštní pomůcka – určeno pro osoby se těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí - např. příspěvek na stavební práce – bezbariérová úprava bytu, schodolez, šikmá zvedací plošina apod., dále na pomůcky pro osoby s těžkou zrakovou vadou (např. digitální čtecí lupa, počítač s hlasovým výstupem apod., psací stroj pro nevidomé), sluchovou vadou (signalizační systémy nahrazující zvukové signály...), a dále příspěvek na zakoupení motorového vozidla pro určená postižení. Pro zvláštní pomůcky jsou postižení taxativně vyjmenována – tedy buďto pacient vadu má nebo nemá.

Všechny dávky pro tzv. nepojistné systémy se posuzují podle platné legislativy a účelem je umožnění osobám se zdravotním postižením žít v přirozeném prostředí s možností usnadnění mobility, orientace a péče o vlastní osobu. **Nepojistné dávky neodškodňují diagnózu**, ale potřebu péče u stupně závislosti. **Pro všechny dávky – invalidní důchod a nepojistný systém platí společně následující:** vždy je nutno objektivizovat FUNKČNÍ DOPAD DNZS na sledovanou oblast posuzování.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, MKN je sestavena WHO podle nozologických jednotek¹ **v současnosti je stále platná 10 revize, v přípravě revize 11** (www.uzis.cz). MKN-10 má 21 kapitol, označených řeckými číslicemi (I-XXI.), NJ jsou dále kategorizovány alfanumerickým kódem: třídy nemocí A-Z, podrobné vymezení číselným kódem, např. kapitola X. Nemoci dýchací soustavy (J00-J99). MKN-11 vstoupila v platnost 2022 s *pětiletým přechodným obdobím*. Základní školení zajišťuje Meziresortní pracovní komise pro přípravu a koordinaci zavedení MKN-11 v ČR. MKN-11 bude mít **a) technické změny** - nové kódovací schéma, nový datový model nebo možnost kombinování kódů za účelem vyššího klinického detailu a komplexnosti kódované informace; **b) obsahové změny** - doplnění položek do mnohem větší úrovně klinického detailu, přesuny v některých kapitolách (cévní nemoci mozku), vytvoření nových kapitol (např. sexuální zdraví), včetně rozsáhlé části tzv. rozšiřujících kódů nebo doplňku pro tradiční medicínu; **c) posun v pojetí klasifikace** z informačního produktu (kniha) k informačnímu standardu (pravidla, databáze, elektronické nástroje). Jeden koncept bude možné řadit do více hierarchických skupin podle logických vztahů. Kódované položky (konkrétní jednotky onemocnění) mohou nově mít vlastní definici, popis, kritéria. Navíc je možné zaznamenanou informaci rozšířit prostřednictvím kombinací s rozšiřujícími kódy v procesu tzv. postkoordinace o podrobnosti jako je infekční agens, histopatologický nálezn, lateralita nebo anatomická lokalizace. **Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)** rovněž tvořena WHO. Má 2 domény: **1. Tělesné funkce; 2. Aktivita a participace. Jednotkou není osoba** (nemoc), ale její situace ve vztahu ke zdraví a k základní doméně, **hodnotí funkčnost člověka**, je zaměřena na **potenciál**, který člověku zůstává. Umožňuje orientaci nejen na diagnostiku a léčbu, ale i na následnou péči. V roce 2020 byla v českém jazyce vydána druhá aktualizovaná verze této klasifikace, která je v elektronické verzi volně přístupná na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. **Význam klasifikací:** statistické zpracování, informace o zdravotním stavu obyvatelstva, informace pro zprávu sociálního zabezpečení, pro pojišťovny plánování preventivních opatření, finanční rozvahy, zaměstnatelnost obyvatelstva, komplikací v léčbě apod.

¹ Nozologie je vědou o třídění nemocí, vymezuje nemoc jako nozologickou jednotku (tj. jako na skupinu příznaků s jednotnou etiologií (příčina nemoci) a patogenézí (mechanismus vzniku, průběhu a zakončení nemoci), nebo etiopatogenézí (celkový pohled na příčinu, vznik a průběh nemoci).

Nemoc - tento pojem nelze zcela oddělit od pojmu zdraví
- při posuzování zdrav. stavu se používá termín porucha zdraví → zahrnuje celou oblast patologie, včetně abnormalit a přechodných neurčitých stavů

9) Krátkodobá a dlouhodobá porucha zdraví, MKN, MKF

KRÁTKODOBÁ PORUCHA ZDRAVIA

- NEMOC - je udalost' nie len medicínska - diagnóza pre ktorú sa pacient lieči
- súčasne ju nejak vníma - osobný pohľad
 - ide o sociálnu udalost' - vyradi P z pracovného zaťaženia - dočasne

Sociálny dopad nemoci → je riešený výplatou dávky

- postup sa riadi legislatívou

→ Zákon o nemocenskom poistení

- nemocenské poistenie - prepojenie → medicínskej časti - posúdenie zdrav. stavu

→ Sociálnej časti (dávkovej) - finančná kompenzácia úpadku výdelku z dôvodu absencie v práci

Vyplýva z neho viac dávok - nemocenské - dočasne práce neschopnosť z dôvodu nemoci, úrazu, karantény

- peniažita pomoc v materstve - materská dovolenka - 28t.

- ošetrovne - krátkodobá - nemoc člena rodiny - 9 dní

- dlhodobé ošetrovne - minimálna dĺžka mesiac

Systém nemocenského poistenia je určený pre výdeľne činné osoby, ktoré pri ztrате príjmu v prípade tzv. krátkodobých sociálnych udalostí zabezpečuje peniažnými dávkami nemocenského poistenia.

! Každá dávka sa vypláca iba dočasne = podobu tzv. podpúrci = je teda časovo ohraničená

DPN

- dočasne práce neschopnosť
- má 3 funkcie → umožní P sa liečiť
- je omluvený v práci
- dostáva finančnú kompenzáciu

- 2 podmienky

① Medicínska - plne v kompetencii ošetrojúceho L = pacienta vyšetrí a zistí, že jeho onem. mu neumožňuje chodiť do práce

a je dôvod k liečbe v zariadení DPN

- svoje zistenie potvrdí vystavením rozhodnutia o DPN → elektronicky

- každý L má k tomuto kompetencie, oprávnenie a je to súčasne povinnosť, ak P lieči resp. ošetroje

- týka sa to všetkých typov ZZ, bez rozdielu zriaďovateľa, vystavenie DPN nie je viazané na konkrétnu odbornosť (ošetrojúci L je ten, ktorý pacienta ošetroje, lieči → teda nie len PL ale i odborník vrátane stomatóloga) → výnimkou je rýchla Zdrav. služba, lekárska pohotovostná služba

② Dávková

Zákon o nemocenskom poistení

- definuje povinnosti ošetrojúceho L, P, zamestnávateľa
- L je povinný spolupracovať s OSSZ (Okresná správa sociálneho zabezpečenia)
- ošetrojúci L behom DPN - priebežne rieši zdrav. stav
- ukončí DPN, pokiaľ sa môže P vrátiť do zamestnania
- určuje dobu vychádzek (v rozmedzí stanovenom zo zákona)
- a plní radu ďalších povinností

- dĺžka výplaty dávok je ohraničená zo zákona - 360 dní

v odôvodnených prípadoch je možno výnimočne predĺžiť → maximálne o ďalších 350 dní

- ak je zistené onemocnenie dlhodobého charakteru a zníženie pracov. schopnosti je dlhodobé alebo dokonca trvale → už nelze riešiť v rámci DPN = nejedná sa o krátkodobú poruchu zdravia a je potreba s posudkovým L zvažovať ďalšie dávky sociálneho zabezpečenia

finančne-správné inštitúcie, špecializujú sa na dávky duchovného a nemocenského poistenia

behom DPN spolupracuje s ošetrojúcim lekárom

Dávky pri pracovnej neschopnosti

1.-3. deň - karénčná doba = bez dávok

3.-14. deň - náhrada mzdy → plati zamestnávateľ

od 15. dňa - klasická neschopenka → vypláca OSSZ vo výške 60% reduk. denného výmerovacieho základu

Vychádzky

→ omezený zákonom - 6 hodín denne (v rozmedzí 7-19 hod)

→ voľný režim - 24 hod

- pri nemožnosti dodržať pevné stanovenú dobu (onkologické on.)

! Porušenie liečebného režimu 1.-14. deň → zamestnávateľ môže ukončiť pracovný pomer

DLHODOBA' PORUCHA ZDRAVIA

Invalidita - zdravotne - sociálne - spoločensko - právni pojem

- mení sa podľa aktuálnych potrieb a možností spoločnosti

- každý štát v rámci EÚ má svoje kritéria k priznaniu invalidity

- z pohľadu posudzovania - objektívna porucha zdravia, dlhodobá, ktorá vedie k poklesu schopnosti sústavne pracovať → pokles prac. schopnosti

Podmienky priznania invalidity: kritéria nastavuje zákon, nie lekár

- **medicínska** - Zdrav. stav a jeho dopad na pracovnú schopnosť

ekonomická - **dávková** - Počet odpracovaných rokov, doba dôchodkového poistenia

- **paradox** - Dôchod nemusí byť vyplatený, keď posudkové odpovedá niektorému stupni ID, pretože nesplnil ekonom. podmienku

Doba poistenia

→ pre invalidný dôchod - štúdium sa započítava

→ doba je odstupňovaná podľa veku → do 20 let → stačí i 1 deň štúdia

→ nad 28 let → nutno odpracovať 5 let z posledných 10 let

Posudkový lekár

- ① - objektivizuje poruchu zdrav. stavu
- ② - stanoví v % mieru poklesu pracovnej schopnosti
- ③ - nedelať to subjektívne !!! → vŕadi sa vyhládkou → povinnosť zo zákona je vychádzať z odborných nálezov lekárov
- ④ - interpretácie nálezov vzhľadom k posudkovým kritériám je pouze v jeho kompetencii
 - posudzuje na podklade odbornej dokumentácie od praktikov a odborných L (vyplnený tiskopis), ďalších správu, ambulantných, hospitalizačných, prípadne si môžu zapožičiať celú dokumentáciu,
 - možnosť vyžadať špecifické vyšetrenie na žiadanku ČSSZ poulostnej úvahe
 - profesní dotazník (podobná PA) → vyplňuje žiadateľ

- 1. krok - uznanie DNZS = dlhodobá nepriaznivý zdrav. stav → kt. mať trvať / trvať aspoň rok a svojou nepriaznivosťou významne ovplyvňuje dopad na prac. schopnosť
- 2. krok - po zistení DNZS je možné posúdiť jeho dopad na prac. schopnosť a prípadne uznať invaliditu (krátkodobá porucha zdravia nevedie k invalidite)
- 3. Stanoví sa pokles pracovnej schopnosti
 - zdraví jedinec - 100% pracovnej schopnosti
 - pri zdravotnom omezení - pokles schopnosti → hodnotí sa v % dle vyhlášky

Invalidní důchod v ČR - 3 stupně

1. STUPĚŇ invalidity : 35-49%
2. STUPĚŇ invalidity : 50-69% → zachovaná určitá schopnost pracovat s omezením
3. STUPĚŇ invalidity : pokles pracovnej schopnosti najmenej o 70% → trvale pracovne zaradenie sa skôr nepredpoklada

Zároveň posudzujeme zachovanú pracovnú schopnosť a možnosť jej využitia

- vyjadruje sa v celých číslach
- miera poklesu následne vedie k priznaniu stupňa invalidity
- hodnotí sa funkčný dopad, nie len diagnóza

! Ak je více onemocnění → NESČÍTÁJÚ SA - vyberie sa pouze to rozhodující a ostatné sa môžu zohľadniť (nie sčítat)

Posudkový lékař pracuje i s profesní anamnézou → musí zohľadniť možnosť rekvalifikácie
→ zaobera sa pracovným zaradením, vzdelaním

Medicinsky je potrebné zhodnotiť, či P je alebo nie je schopný pracovného zaradenia a podľa toho určiť % mieru poklesu prac. schopnosti a stupen invalidity. Invalidita neodškodňuje dg. ale jej dopad na prac. schopnosť posudzovaného

Nepoistný systém dávok sociálneho zabezpečenia

DAVKY

- vypláca ich úrad práce
- sú viazané na posudzovanie zdrav. stavu
- sú podmienené funkčným dopadom tzv. DNZS, ktorý má trvať alebo trvať aspoň rok a svojou nepriaznivosťou významne ovplyvňuje dopad na mobilitu, orientáciu a ďalšie sledované oblasti podľa toho, ktorú dávku klient požiada

3 druhy dávok

- **Príspevok na péči** - posudzuje sa **stupeň zavislosti** = teda schopnosť vykonávať základné životné potreby
 - posudkový lekár vychádza zo zdrav. dokumentácie a z tzv. **socialného šetrenia** → socialna pracovníčka priamo v bydlisku žiadateľa vyplní zdžnam o jeho situácii → ako býva, kto sa o neho starať, čo sú zvládne/nézvládne
- **Príkaz osoby so zdrav. postihnutím** - priznáva sa v 3 stupňoch → sedenie na vyhradenom mieste v MHD, od 2. stupňa parkovanie na vyhradenom mieste, od 3. stupňa ZTP s príručkom
- **Zulaštní pomôcka** - určene pre osoby s ťažkou vadou nosného alebo pohybového ústroja
 - Pr. príspevok na stavebné práce → bezbariérová úprava bytu
- všetky dávky pre tzv. nepojistné systémy sa posudzujú podľa platnej legislatívy → umožnenie osobám so zdrav. postihnutím žiť v prirodzenom prostredí s možnosťou usnadnení mobility, orientácie a péče o vlastnú osobu
- neodškodňujú diagnózu ale potrebu péče u stupňa zavislosti
- pre **všetky dávky platí** (invalidni dôchod a nepojistný systém) → vždy je nutno objektivizovať **FUNKČNÍ DOPAD** DNZS na sledovanou oblasť posudzovaní

komunikace
orientace
stravovanie
oblekanie
...

MKN Medzinrodna štatistická klasifikácia nemocí a pridružených zdravotných problémov

Klasifikácia nemocí (i úrazy, otravy, komplikácie, vrodené a získané vady, pridružené zdrav. problémy) → má význam pre spracovanie údajov o zdrav. stave, četnostiach onem, úmrtnosti, preventívnej činnosti...

- zostavená WHO podľa nosologických jednotiek
- platná 10 revízie, v príprave → revízie 11, vstúpila do platnosti v. 2022 s 5-ročným prechodným obdobím
- umožňuje štatistické spracovanie údajov vybraných skupín nemocí

- 21 kapitol
- NJ → kategorizované alfanumerickým kódom → trieda nemocí A-Z
 - podrobne vymezení číselným kódom

Používa sa k označeniu:

- ☐ Príčin smrti
- ☐ Povinného hlásení onemocnění
- ☐ Důvodů hospitalizace
- ☐ Důvodů poskytnutí ambulantní péče
- ☐ Příčin pracovní neschopnosti
- ☐ Příčin invalidity
- ☐ Nemoci, stavu nebo povahy poranění, otrav a jiných následků vnějších příčin
- ☐ Vnější příčiny nemocnosti nebo úmrtnosti

MKN-11 bude mať

1. **Technické zmeny** - nové kódovacie schéma, nový dátový model alebo možnosť kombinovania kódov za účelom vyššieho klinického detailu a komplexnosti kódovanej informácie
2. **Obsahové zmeny** - doplnenie položiek do mnohých väčšej úrovne klinického detailu, presuny v niektorých kapitolách (cévni nemoci mozku), vytvorenie nových kapitol (sexuálne zdravie), rozšírenie čísel tzv. rozširujúcich kódov alebo doplnkov pre tradičnú medicínu
3. **Posun v pojetí klasifikácie**
 - z informačného produktu (kniha) → k informačnému štandardu (pravidlá, databáze, elektronické nástroje)
 - kódované položky (konkrétne jednotky onem) môžu mať nové vlastnú definíciu, popis, kritéria
 - zaznamenanú informáciu bude možno rozšíriť o inf. agens, histopatologický nález, lateralita alebo anatomická lokalizácia.

MKF Medzinrodna klasifikácia funkčných schopností, disability a zdravie

- vytvorená taktiež WHO

- 2. domény:
 1. Telesné funkcie
 2. Aktivita a participácia

1. časť

1. Prostredie (bariérové / facilitujúce)
2. Osobný faktor

Cieľ: jednotný, štandardizovaný popis zdravie a stavov, ktoré sa k zdraviu vzťahujú

Využitie

- v oblasti rehabilitačnej medicíny
- v oblasti posudzovania pracovnej schopnosti
- pri návrhu funkčnej rehabilitácie
- začlenenie osôb s handicapom do prirodzeného prostredia

- nehodnotí nemoc ale zdravie → koncipovaná pozitívne = čo dokáže človek s handicapom (i za cenu použitia pomôcok...)
- jednotkou nie je osoba (nemoc), ale jej situácia vo vzťahu k zdraviu a k základnej doméne → hodnotí **funkčnosť človeka, je zameraná na potenciál, ktorý človeku zostáva**
- umožňuje orientáciu nielen na diagnostiku a liečbu, ale aj na následnú péču
- v. 2020 → vydaná 2. aktualizovaná verzia tejto klasifikácie → prístupná na ÚZIS ČR

Význam klasifikácií

- štatistické spracovanie
- informácie o zdrav. stave obyvateľstva
- informácie pre správu sociálneho zabezpečenia

- plánovanie preventívnych opatrení pre poľnohosp.
- finanční rozvahy
- zamestnateľnosť obyvateľstva

- komplikácie u liečbe

SRZ – otázka č. 10 Evropské a národní strategie v péči o zdraví, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

ČR je členem mnoha mezinárodních organizací, z nichž nejvýznamnější, z hlediska resortu zdravotnictví, je Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, dále WHO). Základními programy WHO, zaměřenými na podporu zdraví a snižování nerovností ve zdraví, jsou programy Zdraví pro všechny, např. *Zdraví 2020* (WHO, 2013), *Zdraví a blahobyt a Agenda 2030 pro udržitelný rozvoj v evropském regionu WHO* (WHO, 2021). ČR při tvorbě *Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030* (dále *Zdraví 2030*) vycházela zejména z těchto základních evropských programů WHO. Zdraví 2030 navazuje na národní program *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* (MZ ČR, 2014).

S ohledem na demografické trendy a analýzu současného stavu a potřeb českého zdravotnictví byly ve Zdraví 2030 formulovány tři **strategické cíle**: **1. Zlepšení zdravotního stavu populace**, **2. Optimalizace zdravotnického systému** a **3. Podpora vědy a výzkumu**. Tento dokument obsahuje sedm **specifických cílů**:

1. Reforma primární péče
2. Primární a sekundární prevence nemocí, zvyšování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za jejich zdraví
3. Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví
4. Personální stabilizace zdravotnictví
5. Digitalizace zdravotnictví
6. Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví
7. Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví

Výzkumy ukazují, že vyšší míra nemocnosti a předčasného úmrtí se zpravidla vyskytuje u lidí žijících v sociálně slabých oblastech a v chudobě. Mezi zranitelné skupiny patří také **lidé se zdravotním postižením**. Významným dokumentem mezinárodního práva v oblasti práv osob se zdravotním postižením je **Úmluva o právech osob se zdravotním postižením** (dále Úmluva), která v ČR vstoupila v platnost v roce 2009 (zákon č. 10/2010 Sb. m. s.). Úmluva je založena na principu rovnoprávnosti a zaručuje osobám se zdravotním postižením plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich aktivní zapojení do života společnosti. Úmluva obsahuje **celkem 50 článků**, ve kterých se zabývá mnoha různými oblastmi, které ovlivňují každodenní život lidí se zdravotním postižením, například zaměstnávání, vzdělávání, zdraví, rovnost před zákonem aj. V ČR se Úmluva promítla do různých zákonů, například do **občanského zákoníku** (zákon č. 89/2012 Sb.), do zákona o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb.) a dalších souvisejících právních předpisů.

Závěrem lze shrnout, že strategické **cíle zdravotní politiky** jsou vyjádřeny ve **vládních dokumentech**. Účelem **zdravotní politiky** v ČR je zejména stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

Vypracovala: L. Juričková, 2023-09-06

10. Evropské a národní strategie v péči o zdraví, Úmluva o právech osob so zdravotným postihnutím

- ČR je členom mnohých medzinárodných organizácií → najvýznamnejší, z hľadiska resortu zdravotníctva je WHO (World Health Organization) → WHO je agendou OSN → jej primárnou rolou je riadenie a koordinácia medzinárodného zdravia
- ČR spolu s ďalšími členskými štátmi Európskeho regiónu WHO sa zaviazala posilniť a rozvíjať opatrenia zlepšenia životného prostredia a zdravia = Ostravska deklarácia (Deklarácia 6. ministerskej konferencie o životnom prostredí a zdraví) → v súlade s ňou vytvorili členské štáty WHO národné portfóliá akcií, ktoré sa zameriavajú na jednotlivé priority.

Opatrenia obsiahnuté v národných portfóliách akcií vychádzajú z nasledujúcich 7 priorít Ostravskej deklarácie

- kvalita ovzdušia
- bezpečná pitná voda
- ↓ NÚ chem. látky
- nakladaní s odpadmi
- zmierňovanie zmien klimatu
- podpora miest a regiónov
- env. udržateľné ZS

- (1) zvýšenie kvality vnútorného i vonkajšieho ovzdušia;
- (2) prístup k bezpečnej pitnej vode a sanitácii;
- (3) minimalizácia nepriaznivých účinkov chemických látok na ľudské zdravie a životné prostredie;
- (4) predchádzanie nepriaznivým dopadom a ich odstraňovanie pri nakladaní s odpadmi a zabezpečenie kontaminovaných lokalít;
- (5) posilnenie odolnosti voči zdravotným rizikám súvisiacim so zmenou klimatu a podpora opatrení na zmierňovanie zmien klimatu v súlade s Parížskou dohodou;
- (6) podpora miest a regiónov byť zdravších, bezpečnejších a udržateľnejších;
- (7) budovanie environmentálne udržateľných zdravotných systémov a snížovanie ich dopadov na životné prostredie.

R. 2012, Rio de Janeiro → sa konala konferencia OSN → započala sa formulácia Cielov udržateľného rozvoja = SDGs → predstavuje program rozvoja na 15 rokov (2015 - 2030) a nadväzuje na úspešnú agendu Rozvojových cieľov tisíciletia = MDGs

R. 2015 - Valne zhromaždenie OSN prijalo Agendu udržateľného rozvoja (= Agenda 2030) → predstavuje nový globálny program rozvoja do r. 2030 a obsahuje i finálnu podobu SDGs → ide o 17 hlavných SDGs



Pre oblasť zdravotníctva je určujúci SDG 3

Shrnutí analýzy relevance SDGs pro Českou republiku

SDG 3 Zajištění zdravý život a zvyšování jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku

Gesce: MZd

3 ZDRAVÍ A KVALITNÍ ŽIVOT

- Podporovat začlenění osob s fyzickým či psychickým onemocněním do běžného života, včetně podpory zaměstnanosti, destigmatizace a deinstitucionalizace, zajištění komplexnosti péče, integrace zdravotního a sociálního přístupu a prevence
- Zmírňovat sektorovou a geografickou rozdílnost programů zahraniční spolupráce v oblasti zdravotnictví, posilovat jejich koordinaci a podporovat synergie

- programy WHO zameranými na podporu zdravia a znižovanie nerovnosti v zdraví: Programy Zdraví pro všechny.
 - Zdraví 2020 (WHO 2013)
 - Zdraví 21
 - Zdraví a blahobyt a Agenda 2030 pre udržateľný rozvoj v európskom regióne WHO (WHO 2021)

- ČR pri tvorbe Strategického rámca rozvoja péče o zdravie v ČR do r. 2030 (Zdraví 2030) vychádzala z týchto základných európskych programov WHO, nadväzuje na zdravie 2020 (Národná stratégia ochrany a podpory zdravia a prevencie nemocí) → uchytilom dokumentom: Agenda 2030 pre udržateľný rozvoj

- Strategický rámec zdraví 2030 - je koncepčným manažérdom MZČR
- udáva smer rozvoja péče o zdraví obyvateľ ČR po prísli 10 let

3. Vize Zdraví 2030

- zajišť:
- dostupnou zdravotní péči všem občanům ČR bez ohledu na jejich sociální a geografické prostředí
- a aby občané sami více dbali o svůj zdravotní stav.

Prijatím Agendy 2030 sa ČR zaviazala k monitorovaniu naplnovania jednotlivých podcieľov

- z nej vychádza strategický rámec ČR 2030, kt. je súčasťou spoločného úsilia o udržateľný rozvoj EÚ a zároveň príspevkom ČR k naplnovaniu SDGs.
- strategické dokumenty kladú zásadný dôraz na prevenciu a podporu a podporu zdravia celej populácie a zároveň na vysokú udržateľnosť a efektivitu zdravotného systému
- Agenda stanoví konkrétne ciele zlepšovania zdravia populácie a všeobecného prístupu populácie ku kvalitným zdrav. službám

S ohľadom na demografické trendy a analýzu súčasného stavu a potrieb českého zdravotníctva boli v Zdraví 2030 formulované:

- 3 strategické ciele:
1. Zlepšenie zdrav. stavu populácie
 2. Optimalizácia zdrav. systému
 3. Podpora vedy a výskumu

7 špecifických cieľov

1. Reforma primárnej péče → rozšírenie kompetencií PL
2. Primárna a sekundárna prevencia nemoci, zvyšovanie zdravotnej gramotnosti a zodpovednosti občanov za jejich zdravie → časný záchyt ochorení
3. Implementácia modelov integrovanej péče, integrácie zdravotní a sociálnej péče, reforma péče o duševnú zdravie → spravodlivé príležitosti k užívaniu zdrav. a soc. služieb
4. Personálna stabilizácia zdravotníctva → dostatok zdrav. personálu
5. Digitalizácia zdravotníctva → efektívnosť zdrav. systému
6. Optimalizácia systému úhrad v zdravotníctve → zaisťovanie dlhodobého udržateľného financovania
7. Zapojenie vedy a výskumu do riešenia prioritných úkolov zdravotníctva

Zraniteľné skupiny → ↑ miera nemocnosti a predčasného úmrtia

- ľudia žijúci v sociálne slabých oblastiach a v chudobe
- ľudia so zdravotným postihnutím

Osoby omezené ve spoluprávnosti

1. Ciele národnej politiky v oblasti zdravia

→ prijatie Úmluvy o právach osôb so zdrav. postihnutím (z.č. 10/2010 Sb.)

CIEĽ: podporovať, chrániť a zaisťovať plne a rovne užívanie všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkým osobám so ZP a podporovať ich prirodzenú dosiahnutosť

2. Aktivity k splneniu cieľu

→ reforma psychiatrickej péče

→ transformácia pobytových soc. služieb, kt. podporujú sociálne začlenenie osôb s duševnou poruchou do spoločnosti

Úmluva o právach osôb so zdrav. postihnutím

- dokument medzinárodného práva v oblasti práv osôb so zdravotným postihnutím
- v ČR vstúpila v platnosť v r. 2009 - Z.č. 10/2010 Sb.
- založená na princípu rovnoprávnosti a zaručuje osobám so zdrav. postihnutím plne uplatnenie všetkých ľudských práv a podporuje ich aktívne zapojenie do života spoločnosti
- celkom 50 článkov
- zaoberá sa rôznymi oblasťami, kt. ovplyvňujú každodenný život ľudí so ZTP
 - zamestnaní
 - vzdelávaní
 - zdraví
 - rovnosť pred zákonom
 - účasť na politickom a verejnom živote
 - účasť na kultúrnom živote, rekreácii, voľný čas a šport
- premietla sa → do občianskeho zákonníku (Z.č. 89/2012 Sb.)
- do zákona o zdravotných službách (Z.č. 372/2011 Sb.)

Článek 1

Účel

Účelem této úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti.

Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.

Článek 3

Obecné zásady

Úmluva je založena na následujících zásadách:

- respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby, a samostatnosti osob;
- nediskriminace;
- plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti;
- respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součásti lidské různorodosti a přirozenosti;
- rovnost příležitostí;
- přístupnost;
- rovnoprávnost mužů a žen;
- respektování rozvíjejících se schopností dětí se zdravotním postižením a jejich práva na zachování identity.

Postavení osob s omezenou svéprávností v občanském zákoníku a poskytování zdravotní péče pacientovi s omezenou svéprávností v zákoně o zdravotních službách

Občanský zákoník

- Klade důraz na **autonomii** vůle jedince.
- Zohledňuje se názor **pacienta/klienta s omezenou svéprávností** (viz též **přehled změn – snímek č. 28**).

Zákon o zdravotních službách

- Práva pacienta
- Informace o zdravotním stavu
- Poskytování zdravotních služeb se souhlasem
- Dříve vyslovené přání
- Hospitalizace pacienta

Přehled změn v novém občanském zákoníku od 1. 1. 2014

(zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů)

- V ČR je možné **svéprávnost pouze omezit**, nikoli ji zcela odejmout.
- Soud **přímo v rozhodnutí o omezení svéprávnosti** jmenuje člověku **opatrovníka**.
- Soud musí **posuzovaného zhlédnout**.
- Jsou **podrobněji vymezeny povinnosti opatrovníka**.
- Opatrovanec může žádat soud o **ustavení opatrovnícké rady**.
- Omezení je **na dobu určitou**.
- Jsou **nová podpůrná opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat** (např. **předběžné prohlášení, nápomoc při rozhodování, zastoupení členem domácnosti**), která mají sloužit lidem v případě snížení schopnosti rozhodovat se a právně jednat.

Výtah ze zákona č. 372/2011 Sb. Práva pacienta (§ 28 odst. 3e)

Pacient má při poskytování zdravotních služeb **právo na přítomnost opatrovníka**, popřípadě osoby určené opatrovníkem, je-li osobou, jejíž svéprávnost je omezena tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dále jen „**pacient s omezenou svéprávností**“).

➤ Pacient s omezenou svéprávností může požadovat, aby při poskytování zdravotních služeb nebyla přítomna osoba uváděná, že jde o osobu, která ho týrá nebo jinak zneužívá či zanedbává (blíže viz § 28 odst. 4).

Informace o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách (§ 31 odst. 1 a odst. 5)

- Poskytovatel je povinen zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách.
- Jde-li o **pacienta s omezenou svéprávností, právo na informace o zdravotním stavu a právo klást otázky náleží opatrovníkovi pacienta a pacientovi, je-li k takovému úkonu přiměřeně rozumově a volně vyspělý**.

Poskytování zdravotních služeb se souhlasem (§ 35 odst. 4)

Jde-li o zdravotní služby, které spočívají v poskytnutí neodkladné péče, nebo akutní péče, a souhlas zákonného zástupce nelze získat bez zbytečného odkladu, rozhodne o jejich poskytnutí **ošetřující zdravotnický pracovník**.

Dříve vyslovené přání (§ 36 odst. 6)

- Dříve vyslovené přání **nelze uplatnit**, jde-li o pacienty s omezenou svéprávností.

Hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu (§ 38 odst. 2 až 5)

- Pacienta s omezenou svéprávností lze bez souhlasu zákonného zástupce nebo opatrovníka hospitalizovat též v případě, jde-li o podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.
- Pacientovi s omezenou svéprávností lze bez souhlasu poskytnout neodkladnou péči, jde-li o:
 - léčbu **vážné duševní poruchy**, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k **vážnému poškození zdraví pacienta**, nebo
 - zdravotní služby nezbytné k **záchraně života** nebo **zamezení vážného poškození zdraví**.

- blíže viz zákon č. 372/2011 Sb.

ZÁVĚR

Strategické cíle zdrav. politiky sú vyjadrené v ústavných dokumentoch

Účel → stabilizace systému: **prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví**
→ naštartovanie účinných a dlhodobo udržateľných mechanizmov k zlepšeniu ZS obyvateľstva

Státnicové otázky VŠEO 2023/2024

11. DOPORUČENÉ POSTUPY VE VEŘEJNÉM ZDRAVOTNICTVÍ, KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY

Co je to klinický doporučený postup?

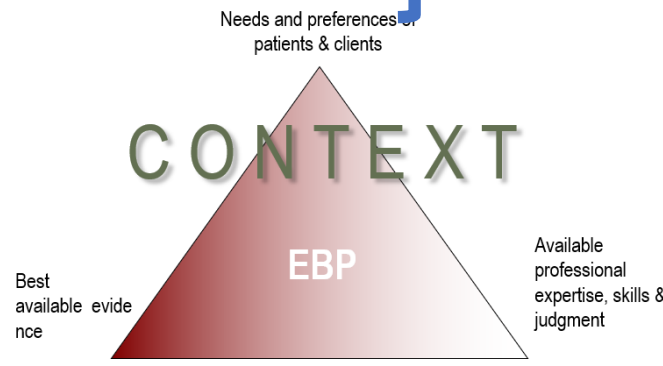
Definice KDP: „systematicky vytvářená stanoviska, pomáhající lékařům a pacientům ve specifických klinických situacích rozhodovat o přiměřené zdravotní péči.“

Klinické doporučené postupy pomáhají k tvorbě EPB (Evidence-based practice) - *praxe založená na vědeckém důkazu je jako soubor nástrojů dostupných pro lékaře, aby pomohl klinickému uvažování. Tento soubor nástrojů sestává především z metod navržených tak, aby integrovaly aktuální a nejlepší důkazy z výzkumných studií do procesu klinického uvažování.*

Důležité jsou **tři základní elementy**:

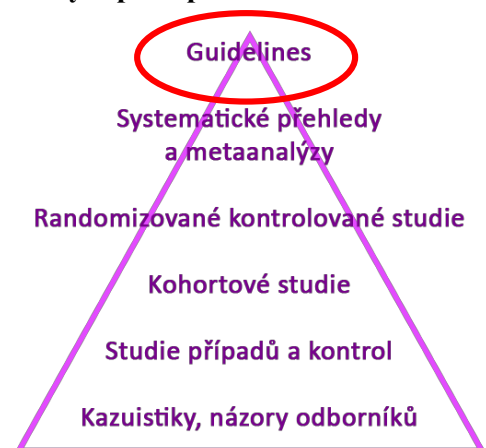
- 1) nejlepší dostupný vědecký důkaz
- 2) klinická zkušenost a znalosti lékaře
- 3) pacientovy preference, potřeby a přání

Vždy zasazené do určitého/specifického **KONTEXTU**



Jaký je rozdíl mezi systematickým review a klinickým doporučeným postupem + hierarchie důkazů v EBP

- KDP shromažďuje všechny dostupné důkazy, aby odpověděl na každou předem formulovanou klinickou otázku doporučením.
- KDP je ve skutečnosti soubor systematických review přizpůsobeným potřebám daného zdravotnického systému.
- KDP aplikuje nejlepší důkazy na realitu daného zdravotního systému.



Jaké jsou cíle KDP?

- pomoc lékařům a pacientům v rozhodování
- šíření nejlepší klinické praxe založené na systematicky hodnocených důkazech
- měření a zajišťování kvality zdravotní péče a snižování míry nepřiměřené a zbytečné péče
- snižování bezdůvodných rozdílů mezi poskytovateli zdravotní péče
- zlepšení úrovně komunikace a podpora etické praxe
- vzdělávání jednotlivců a skupin
- informační zdroj pro řízení zdravotní péče
- snižování rizika vzniku právní odpovědnosti

Jaké jsou metody tvorby KDP?

- **ADOPCE** – přebírání doporučení z guidelineů bez jakýchkoli změn.
- **ADAPTACE** – uvedení doporučení z guidelineu do kontextu místního zdravotnického systému.
- **DE NOVO** vytvořený KDP (tzv. full-proces guideline) – „skupina pro doporučení“ vytváří doporučení od samého začátku. Optimální je mít zázemí národní či mezinárodní instituce (např. WHO, NICE, ACCP či další).
- **ADOLOPMENT** – kombinuje přístupy adopce, adaptace a de novo.

Jaké jsou fáze v procesu tvorby KDP?

1. fáze – plánování KDP
2. fáze – realizace KDP – adopce, adaptace existujícího KDP, tvorba původního KDP nebo „adoloPMENT“ KDP
3. fáze – publikace KDP
4. fáze – evaluace a revize KDP

Co je nástroj AGREE II a k čemu se používá?

Je to validní generický nástroj pro hodnocení kvality KDP k adopci nebo adaptaci již stávajících/zdrojových KDP. Má 6 domén: 1) rámec a účel, 2) zapojení zainteresovaných osob, 3) přísinnost tvorby, 4) srozumitelnost, 5) použitelnost, 6) ediční nezávislost – celkem 23 otázek hodnocených na Likertově škále „1 – silně souhlasím“ až po „7 – silně nesouhlasím“. Spodní hranice kvality zdrojového KDP je 65 %.

Co je nástroj GRADE a k čemu se používá?

GRADE = The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation.

Je to systém hodnocení kvality důkazů, který nabízí transparentní a strukturovaný proces pro vypracování KDP. GRADE **má čtyři úrovně důkazů** – také známé jako jistota důkazů nebo kvalita důkazů: **VELMI NÍZKÁ, NÍZKÁ, STŘEDNÍ A VYSOKÁ**.

Kvalita důkazů je rozdělena do 3 úrovní – úroveň jistoty (neboli kvality) důkazů.

1. Určení počáteční úroveň spolehlivosti		2. Posouzení snížení či zvýšení stupně spolehlivosti		3. Finální úroveň spolehlivosti
Design studie	Prvotní spolehlivost odhadu účinku	Důvody pro snížení či zvýšení stupně kvality vědeckého důkazu		Spolehlivost odhadu účinku na základě těchto posouzení
Randomizované kontrolované studie	Vysoká spolehlivost	Snižující faktory	Zvyšující faktory	Vysoký ⊕⊕⊕⊕
		Riziko zkreslení výsledků	Velký rozsah účinnosti	
		Nekonzistence	Gradient dávky a odezvy	Střední ⊕⊕⊕○
		Nepřímost	Věrohodné matoucí faktory:	
Observační studie	Nízká spolehlivost	Publikační zkreslení	-by snižovaly prokázanou účinnost, -by naznačovaly falešnou účinnost, v případě, že nebyla žádná účinnost zjištěna.	Nízký ⊕⊕○○
				Velmi nízký ⊕○○○

Jaké jsou důvody pro snížení nebo zvýšení jistoty (kvality) důkazů?

Je definovaných 5 oblastí, ve kterých může u vědeckého důkazu dojít ke snížení jeho kvality

1. **Risk of bias** (nedostatečné zaslepení; výrazný úbytek participantů v průběhu sledování) – u RCT a observačních studií existují hodnotící nástroje pro posouzení rizika zkreslení
2. **Nepřesnost** (přístup GRADE se zaměřuje na 95 % interval spolehlivosti)
3. **Nekonzistentnost** (Jistota v souboru důkazů je nejvyšší, když existuje několik studií, které vykazují konzistentní/kompaktní/soudržné účinky).

4. **Nepřímost** (Důkazy jsou nejjistější, když studie přímo porovnávají intervence, které nás zajímají, v zájmové populaci a uvádějí výsledky jednoznačné pro rozhodování. Jistotu lze snížit, pokud se zkoumaní pacienti liší od těch, pro které platí doporučení. Nepřímost může nastat i v případě, kdy jsou studované intervence odlišné od skutečných výsledků (např. studie nového chirurgického výkonu ve vysoce specializovaném centru se jen nepřímo vztahuje na centra s menšími zkušenostmi).

5. **Publikační zkreslení** (Publikační zaujatost je možná nejnepříjemnější z domén GRADE, protože vyžaduje vyvození závěrů o chybějících důkazech. Publikační zkreslení je častější u observačních studií a v případech, kdy je většina publikovaných studií financována průmyslem.)

Klasifikace jistoty důkazů dle GRADE v grafickém provedení potom vypadá takto:

Kvalita důkazů	Vysvětlení	Symbol
Vysoká kvalita/high	Další výzkum velmi nepravděpodobně změní spolehlivost odhadu účinnosti.	⊕⊕⊕⊕
Střední kvalita/moderate	Další výzkum pravděpodobně může mít vliv na spolehlivost odhadu účinnosti a může změnit odhad.	⊕⊕⊕⊖
Nízká kvalita/low	Další výzkum velmi pravděpodobně bude mít důležitý vliv na spolehlivost odhadu a pravděpodobně změní odhad.	⊕⊕⊖⊖
Velmi nízká kvalita/very low	Jakýkoliv odhad účinnosti je velmi nespolehlivý .	⊕⊖⊖⊖

Dalším „hodnotitelem“ je **síla doporučení**.

Síla (autoritativnost) doporučení se odvíjí především od síly důkazů, na kterých je doporučení postaveno.

Silné doporučení znamená, že všichni, nebo téměř všichni informovaní pacienti by se řídili daným doporučením. Pro lékaře to znamená, že postup podle daného doporučení je správným postupem u všech, nebo téměř všech pacientů vymezených v doporučení. Silná doporučení obvykle utvářejí indikátory kvality péče a správnosti klinického postupu. Slabé doporučení znamená, že většina informovaných pacientů by se řídila doporučením, ale významná menšina by volila postup alternativní.

Slabá doporučení by neměla sloužit jako základ pro tvorbu standardů péče. Síla doporučení nemusí souviset pouze s úrovní jistoty důkazů. I důkazy velmi nízké jistoty mohou vést k silnému doporučení a naopak.

Síla doporučení	Symbol	Způsob vyjádření
Silné doporučení PRO	↑↑	doporučeno udělat
Slabé/podmíněné doporučení PRO	↑?	navrženo udělat
Slabé/podmíněné PROTI	↓?	navrženo nedělat
Silné doporučení PROTI	↓↓	doporučeno nedělat

Další formy doporučení:

- Doporučení dobré praxe (DDP)
- Doporučení pro zdravotní politiku
- Doporučení pro další výzkum

Proběhl pilotní projekt Klinické doporučené postupy – výstupy – jednotlivá KDP jsou dostupná na stránce ÚZIS – <https://kdp.uzis.cz/>. V současné době vzniká Národní institut kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ). Byl ustaven rozhodnutím ministra zdravotnictví ze dne 19. 1. 2023 za účelem zabezpečení činností souvisejících s řízením a hodnocením kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. <https://nikez.mzcr.cz/>

11. Doporučené postupy vo verejnom zdravotníctve, klinické doporučené postupy

KDP

= systematicky vytvárané stanovisko → pomáhajú L a P v špecifických klinických situáciách rozhodovať o primeranej ZdP

- nástroj modernej zdravotnej politiky

- správne vytvorený KDP = záväzný metodický postup, podľa ktorého zdravotníci profesionálne postupujú pri riešení konkrétného zdravotníckeho problému v procese dg. a liečby a ktorý garantuje použitie efektívnych diagnosticko-liečebných prostriedkov na súčasnej úrovni a to z hľadiska medicínskych, ďalších zdrav. vied i z hľadiska efektívneho využívania verejných zdrojov

- pomáhajú k tvorbe EPB = praxe založená na vedeckom dôkazu =

- súbor nástrojov dostupných pre L → aby pomohol klinickému uvažovaniu
- pozostáva z metód navrhnutých tak, aby integrovali aktuálne a najlepšie dôkazy z výskumných štúdií do procesu klinického uvažovania

- 3 základné elementy

- vedecký dôkaz
- skúsenosti a znalosti L
- preference, potreby a práni P

} zasadene do určitého / špecifického kontextu

Definice EBM

„systematický prístup k liečbe, propojujúci nejlepší dostupné vědecké důkazy s klinickou zkušeností lékaře a s preferencemi a potřebami ošetřovaného pacienta“

Cíl EBM

Cílem je převedení nových vědeckých důkazů do klinické praxe a poskytování péče v souladu s autonomií vůle pacienta.

- hierarchie důkazu v EPB

- KDP zhromažďuje všetky dostupné dôkazy → aby odpovedal na každú predem formulovanú klinickú otázku doporučením
- KDP je súbor systematických review → prispôsobené potrebám daného zdrav. systému
- KDP aplikuje najlepšie dôkazy na realitu daného zdrav. systému

- ciele KDP

- pomoc L a P v rozhodovaní
- najlepšia klinická prax založená na systematicky hodnotených dôkazoch
- kvalita ZP a ↓ miera neprimeranej / zbytočnej péče
- ↓ rozdiely medzi poskytovateľmi ZP
- zlepšenie úrovne komunikácie
- vzdelávanie ZP - pregrad. i postgraduálne
- info. zdroj pre riadenie ZdP
- ↓ riziko vzniku prírodnej zodpovednosti

- pomoc

- prax

- (ne) primeraná

- poskytovateľ

- komunikácia

- vzdelanie

- info

- príroda - zodpovednosť

Metódy tvorby KDP

- A - **ADOPTCE** - preberanie doporučení z guidelineu bez akýchkoľvek zmien
- A - **ADAPTACE** - uvedenie  do kontextu miestneho ZS
- D - **DE NOVO** - vytvorenie doporučení od samého začiatku
- A - **ADOLOPMENT** - kombinácia adoptce, adaptace, denovo

Fáze v procese tvorby KDP

1. Plánovanie
2. Realizácia - A, A, D, A
3. Publikácia
4. Evaluácia a revízia

Komu bude KDP slúžiť?

- poskytovateľom ZS a zdravotníkom
- k stanoveniu prvorit MZČR - zlepšenie účinnosti zdrav. služieb
- ako podklad pre nákup zdrav. služieb a revízie činnosti zdravotných poisťovní
- vzdelávanie zdrav. pracovníkov
- k usnadneniu získavania info pre pacientov
- podklad pre tvorbu racionálnych postupov farmakoterapie
- podklad pri vykonávaní dohľadu nad správnym poskytovaním ZS

PLÁNOVÁNÍ KDP

Před samotným zahájením tvorby KDP je nutné:

- vymezit oblast a definovat aktuální zdravotnický problém pro potřeby tvorby KDP,
- formulovat guideline (klinickou) otázku, popř. otázky pomocí nástroje EBM PICO,
- ustanovit multidisciplinární panel (relevantní stakeholderi - lékař, či lékaři s různou specializací, nelékařští zdravotničtí pracovníci, zástupci zdravotní politiky, pacienti, metodologové, knihovník),
- provést vstupní vyhledávání,

1. Problém
2. Otázka
3. Multidisciplinárni panel
4. Vyhledávání informací

→ k samostatnému vyhledávání můžeme použít platformu EPISTEMONIKOS → umožňuje vyhledávat existující systematické review v databázích např. PubMed ...

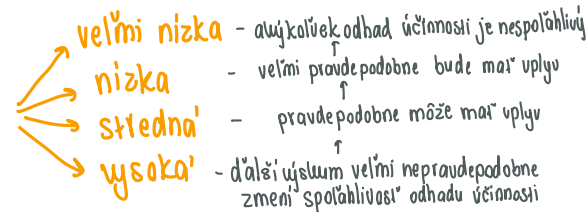
AGREE II = nástroj kritického hodnocení systematického review

- nástroj → hodnotí kvalitu KDP → k adopci a adaptaci už stávajících / zdrojových KDP

- 6 domén
- rámec a účel
 - zapoj zainteresovaných osob
 - přínos tvorby
 - zrozumitelnost
 - použitelnost
 - ediční nezávislost

GRADE

- systém hodnocení kvality důkazů
- nabízí transparentní a strukturovaný proces pro vypracování KDP
- má 4 úrovně důkazů → také lze známe jako istota důkazu nebo kvalita důkazu
- kvalita důkazů rozdělena do 3 úrovní



1. Určení počáteční úrovně spolehlivosti
2. Posouzení ↓ či ↑ stupně spolehlivosti
3. Finální úroveň spolehlivosti

Důvody pro ↓ nebo ↑ istoty (kvality) důkazů

ZNÍŽENÍ KVALITY

1. Risk of bias → nedostatečné zaslepení, výrazný úbytek participantů v průběhu sledování → ZKRESLENÍ
2. Nepřesnost - přístup GRADE sa zameriava na 95% interval spolehlivosti
3. Nekonzistentnost = nesúdržnosť, istota je najvyššia, ak existuje niekoľko štúdií, kt. vykazujú konzistentné účinky
4. Nepřímot → ak sa skúmaní P lišia od tých, pre ktorých platí doporučení. Najistejšie, ak štúdie priamo porovnávajú intervencie, kt. nás zaujímajú
5. Publikáčne zkrátenie - najnepríjemnejšia, pretože vyžaduje vyvodenie záveru o chýbajúcich dôkazoch
- často u observačných štúdií

Dalším hodnotitelem je **SILA DOPORUČENÍ** (autoritativnost)

Sila (autoritativnost) doporučení → odvíjí se předoušerkým od sily důkazu, na kterých je doporučení postaveno

- silné - všichni P se řadí daným doporučením
 - pro lékaře → postup je správným postupem u všech P (alebo takmer všetkých P) vymezujících doporučením
 - utvářejí indikátory kvality péče a správnosti klinic. postupu
- slabé - většina informovaných pacientů by se řídila doporučením + významná menšina by volila postup alternativní
 - nemali by službu ako základ pre tvorbu štandardov péče

! Aj dôkazy veľmi nízkej istoty môžu viesť k silnému doporučeniu a naopak.

Sila doporučení nemusí souviset s úrovní istoty důkazů.

Dalšie doporučení

- doporučení dobré praxe
- doporučení pro zdrav. politiku
- doporučení pro další výzkum

Jednotlivé KDP sú dostupné na stránke ÚZIS.

! Vždy nás zaujíma → kvalita vedeckého důkazu
→ sila doporučení

ČR

- aktuálně neprobíhají žádné centrálně koordinované aktivity, které by umožnily jednotnou a plošnou koordinaci procesu přípravy KDP ani procesy usměrňující poskytování zdrav. služeb dle KDP založených na důkazech

PŘÍČINY:

- vyžaduje transparentní procedurální postupy na vysoké úrovni
- potřebná infrastruktura odborníků - epidemiologie, biostatistika, veřejné zdravotnictví

DŮSLEDKY chýbajících KDP:

V ČR jsou k dispozici diagnosticko-terapeutické postupy, které jsou nesorodné a jsou vydávány zejména odbornými společnostmi ve velmi variabilní podobě. Výsledkem je nestejná/nesrovnatelná dostupnost a kvalita zdravotnické péče v ČR, omezená revizní a kontrolní činnost a absence hodnocení indikátorů kvality a efektivity. V současnosti chybí orgán, který by na základě jasně stanovených závazných kritérií vydával doporučení a koordinoval tvorbu a aktualizaci KDP. Důsledkem jsou rozdíly v jednotlivých uplatňovaných diagnosticko-terapeutických postupech jak v rámci jednoho oboru, tak zejména v rámci multi-oborové zdravotní péče. Absence KDP se týká i dalších zdravotnických profesionálů, což může potenciálně negativně ovlivnit kvalitu a bezpečnost péče o pacienty.

① Nestejná dostupnost a kvalita ZDP

② Omezená revizní a kontrolní činnost

③ Absence hodnocení indikátorů kvality a efektivity

Otázka k SRZ č. 12 - NEROVNOSTI VE ZDRAVÍ A METODY JEJICH MĚŘENÍ, DOSTUPNOST ZDRAVOTNICKÉ PÉČE, ZDRAVÍ MIGRANTŮ (PVL/VC023).

Zdravie

doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Nerovnosti ve zdraví jsou **systematické rozdíly** ve zdravotním stavu různých populačních skupin, které mají značné **sociální a ekonomické dopady** jak pro jednotlivce, tak pro společnosti, jsou nespravedlivé a **lze se jim rozumnými prostředky vyhnout**. Nespravedlivými příčinami jsou podmínky, jež nejsou nevyhnutelné, nejsou svobodně zvoleny a můžeme je společensky ovlivnit: **nevyhovující bytové podmínky, závadná voda, riziková zaměstnání, obtížná dostupnost zdravotní péče**, znevýhodňující rozdělení peněz na léčbu (WHO, Whiteheadová, 1990). **Nerovnosti ve zdraví lze pozorovat mezi zeměmi a regiony, mezi populacemi, ale také skupinami uvnitř populací. Ukazují, jak velkému množství lidí jsou odírány zdroje a možnosti k dosažení svého nejvyššího zdravotního potenciálu.** K určení nerovnosti ve zdraví je potřebné mít segregovaná sociodemografická i ekonomická data, včetně srovnatelných dat podle věku a pohlaví. **Nerovnosti měříme:** 1) **Evidencí** (deskripcí) pomocí demografické statistiky, epidemiologických populačních šetření, nebo sociologických kvantitativních výzkumů; 2) **Komparací indikátorů zdraví:** negativních (mortalita, morbidita, potratovost aj.), pozitivních (porodnost, kvalita života, počet zdravotnických pracovníků aj.). Světově užívaným **indikátorem ke srovnání zdravotních stavů populací mezi státy i uvnitř států je střední délka života a kojenecská úmrtnost.** Nerovnosti jsou měřeny jako rozdíly mezi sociálními skupinami proto, aby bylo zřejmé, že jde o nerovnosti způsobené sociálními silami, které **nejsou pod kontrolou jednotlivců**. První systematickou zprávou o nerovnostech ve zdraví je tzv. **Black report** (1980). Pracovní skupina vedená sirem Douglasem Blackem posuzovala pro potřeby britské vlády rozdíly ve zdravotním stavu mezi různými sociálními třídami a podala přehled možných vysvětlení.

Dostupnost zdravotních služeb je jednoznačně a závazně **stanovena platnou legislativou, každá zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti.** Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. **Konkrétně jde o nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, toto nařízení stanoví maximální dojezdové doby, za jaké se pacient musí dostat k poskytovateli zdravotních služeb dané ambulantní nebo lůžkové odbornosti.** Např. k ambulantnímu gynekologovi nebo praktickému lékaři by se efektivním způsobem (běžným dopravním prostředkem po běžné komunikaci) měl pojištěnec dostat nejpozději za 35 minut. Další typy dostupnosti: organizační, ekonomická, informační a psychosociální, která znamená přijatelnost zdravotnické péče pro pacienty, důvěra mezi lékařem a pacientem, úroveň compliance.

Migrace je komplexním a dynamickým jevem, který má na ČR společenské, ekonomické i zdravotní dopady. Vstup, pobyt a integrace cizinců na území ČR jsou procesy s **možnými pozitivními i negativními důsledky.** **Orgánem zodpovědným za oblast azylu a migrace v ČR je Ministerstvo vnitra.** Ve své činnosti vychází ze Strategie migrační politiky ČR (2015), která posiluje pozitivní aspekty migrace, potírá negativní jevy a s migrací spojená rizika. Rizikovými oblastmi ve vztahu ke zdraví jsou: a) **situace osob, které v ČR nemají právo na veřejné zdravotní pojištění** a jsou pojištěni komerčně s omezenými úhradami za péči; b) **nerovnoměrné dostupnosti péče** pro migranty v regionech a na úrovni specializací; c) **jazykové bariéry** a d) **nedostatečné prostupnosti zdravotnického a sociálního systému.** V roce 2021 byli nejčastěji ošetřeni osoby ze SR (25 %), Ukrajiny (19 %), Ruska (6 %), Vietnamu (6 %) a Německa (5 %). Největší objem plateb za ošetření byl cizinci hrazen ze zahraničního zdravotního pojištění (41 %), v hotovosti (26 %) nebo ze smluvního pojištění v ČR (24 %). Ke konci sledovaného

Zdravie migrantov → úrazy,
v skriptách

období činily pohledávky za neuhrazenou zdravotní péčí o cizince po lhůtě splatnosti 65,8 mil. Kč (6 %). V evropském kontextu patří zdravotnictví a sociální služby k odvětvím, které se **bez migrantů neobejdou**. Se stárnutím populace bude poptávka po pracovnících ze zahraničí nepochybně narůstat. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění udává **rozsah zdravotního pojištění a vznik a zánik zdravotního pojištění pro cizince**.

Literatura a prameny:

BLACK, D., et al., (1980). *The origin of the Black report*. Dostupné z:
<https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/the-origin-of-the-black-report/>

BARTLEY, M. (2003). *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*. Oxford: John Wiley And Sons Ltd. ISBN: 978-0-7456-2779-3.

MARMOT, M. et al. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)*.
<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.

WHITEHEAD, M. (1988) The health divide. In: TOWNSEND, P., DAVIDSON, N. & WHITEHEAD M., ed. *Inequalities in health*. London, Penguin, 1988.

-systematicke rozdiely v ZS rôznych populačných skupín
-soci

12 Nerovnosti ve zdraví a metody ich merania , dostupnosti Zdp , zdraví migrantov

WHO definuje zdravie ako:

Stav úplnej telesnej , duševnej a spoločenskej pohody , nielen neprítomnosti nemoci

Nerovnosti v zdraví

- systematické rozdiely v zdrav. stave rôznych populačných skupín
- = systematické a štatisticky vyjadriteľné , sociálne podmienené , nespravodlivé rozdiely v zdravotnom stave medzi sociálnymi skupinami
- dopady → sociálne i ekonomické
→ ako pre jednotlivcov , tak pre spoločnosť
- sú nespravodlivé - nespravodlivými spoločenskými determinantami zdravia a nemoci a ich sociálnymi faktormi sú výsledky politických , sociálnych , ekonomických a zdravotných rozhodnutí , ktoré znevýhodňujú konkrétne osoby alebo sociálne skupiny

Nespravodlivé príčiny = podmienky , mnohé z nich majú sociálny pôvod
- nie sú nevyhnutné , nie sú slobodne zvolené a môžeme ich spoločensky ovplyvniť (znížiť)

- nevhodujúce bytové podmienky
- znečistená voda
- rizikové zamestnanie
- obťažná dostupnosť Zdp
- znevýhodňujúce rozdelenie peňazí pre liečbu

Společenské a ekonomické determinanty zdraví a nemoci - rizikové

- Přelidněná velkoměsta (Jižní Amerika, Asie)
- Drogové kartely – závislosti (Jižní Amerika)
- Nedostupná zdravotní péče (Afrika)
- Nedostatek pitné vody (Afrika)
- Válečné situace (Afrika, východní Evropa)
- Infekční onemocnění (Asie a celý svět)
- Nedostatek pohybu (západní Evropa)
- Migrace a rasová segregace (Severní Amerika)
- doplníte

Je to nespravodlivé?

III. Rozdělení nerovnosti ve zdraví na přirozené (biologické) a sociální , na spravedlivé a nespravedlivé.

NvZ v rozvojových zemích

- válka
- chudoba
- vzdelanie
- voda

VIDITEĽNÉ A POPIŠATEĽNÉ

NvZ v bohatých zemích

- individualizmus
- konzumentizmus
- neprehľadnosť sveta

NEVIDITEĽNÉ

Nespravodlivé nie sú - vek , rasa , pohlavie...

- nerovnosti v zdraví lze pozorovat mezi zeměmi a regiony , mezi populacemi a také skupinami uvnitř populace

- Na zklade štúdií NvZ jemožno ukázať , ako v akej miere sú ľudom odopierané zdroje a možnosti získania zdravia

- merame ich

1. Evidenciou = deskripciou - pomocou → demografickej štatistiky
→ epidemiologických populačných šetrení
→ sociologických kvantitatívnych výskumov

2. Komparáciou indikátorov zdravia → negatívnych - morbidita , mortalita , potratovosť , rozvodovosť...
→ pozitívnych - pôrodnosť , kvalita života , počet Zp
- roky života bez nemoci , sobestačnosť po 60 r. života , kvalita života

- svetový indikátor k zrovnaniu zdrav. stavu populácií medzi štátmi a uvnitř štátu

→ stredná dĺžka života

→ kojenecká úmrtnosť

- významná je komparácia - príčin smrti , I a P nemoci , vrátane sociodemografických variácií týchto údajov

- nerovnosti sú merané ako rozdiely medzi sociálnymi skupinami , aby bolo zrejme , že ide o nerovnosti spôsobené sociálnymi silami , ktoré nie sú pod kontrolou jednotlivcov.

Spoločné rysy ohrozených skupín

- vek
- pohlavie
- etnikum
- chronicita
- sex. orientácia
- soc. vrstva
- ŽS
- vzdelanie

Výzkum se soustřeďuje na tři oblasti:

1. odhalení mechanismů , které převádějí působení sociálních faktorů do psychického a fyzického zdraví;
2. určení hlavních sociálních faktorů ovlivňujících zdraví lidí;
3. hledání základních , strukturálních determinant zdraví , které určují v jaké míře jsou pro sociální skupiny dostupné zdroje důležité pro zdraví (The Black Report , 1980).

Black report - r. 1980

- prvá systematická správa o nerovnostiach v zdraví
- Blackova správa vychádza z predpokladu, že u osôb, kt. sú fyzicky, psychicky a sociálne v pohode je väčšia pravdepodobnosť, že sa vyhnu zdravotnému dopadu

WHO: príklady zdravotných nerovností

- Deti z 20 % najchudších domácností se téměř 2krát častěji nedožijí svých pátých narozenin v porovnání s 20 % nejbohatších domácností.
- Mateřská úmrtnost je klíčový indikátor nerovností ve zdraví, jak mezi zeměmi, tak uvnitř zemí. Rozvojové země se na celosvětové mateřské úmrtnosti podílejí 99 %.
- Tuberkulóza je nemoc chudoby. K téměř 95 % všech úmrtí na tuberkulózu dochází v rozvojových zemích a postihují nejvíce mladé dospělé v nejproduktivnějším věku, u kterých jsou možnosti zdravotní péče velmi omezené.
- Přibližně 80 % neinfekčních onemocnění se vyskytuje v nízko- a středně-příjmových zemích. Ročně jsou náklady léčby neinfekčních onemocnění příčinou chudoby 100 miliónů lidí.
- Střední délka života se v jednotlivých zemích liší až o 36 let. Střední délka života v některých nízko-příjmových zemích je 57 let, zatímco v zemích s vysokými příjmy je to 80 a více let.

!!! V posledných rokoch je zdôrazňovaná genderová rovnosť a nerovnosť

Dostupnosť zdrav. služieb

- je predpokladom spravodlivého poskytovania ZdP a je dôležitým úkolem ale i stratégiou zdrav. politiky
- definujeme ju ako schopnosť zdrav. systému uspokojovať zdravotnícke potreby obyvateľstva

- dostupnosť → geografická = vzdialenosť od zdroja péče v konkrétnom území

→ miestni a časova = vzdialenosť miesta a času poskytovania ZdP od bydliska P

→ odborne-medická = dostupnosť všetkých služieb

→ organizačná = návratnosť ZdP

→ ekonomická = schopnosť jedinca uhradiť poskytnutú ZdP

→ psychosociálna = prijateľnosť ZdP pre P, dôvera medzi lekárom a pacientom, úroveň compliance

→ informačná = znalosti obyvateľov o zdraví

- je jednoznačne a záväzne stanovená platnou legislatívou

- každá ZP je povinná zaisťovať poskytovanie hrazených služieb svojim poistencom, vrátane ich miestni a časovej dostupnosti → a to prostredníctvom svojich poskytovateľov ZS, s ktorými uzavreli zmluvy

ide o nariadenie vlády č. 307/2012 Sb. o miestni a časovej dostupnosti zdrav. služieb

→ stanoví maximálne dojezdové doby - za kt. sa P musí dostať k poskytovateľovi zdrav. služieb danej ambulantnej alebo lôžkovej odbornosti

Dostupnost

Místní – vyjadřuje akceptovatelnou vzdálenost místa a času poskytování zdravotní péče od bydliště pacienta (tj. dosažitelnost lékaře, která spočívá v tom, že občan může dostat adekvátní pomoc v době, kdy ji potřebuje). Je dána hustotou a rozložením obyvatelstva, hustotou a rozložením sítě poskytovatelů a dopravní obslužností území). *Indikátory: počet lůžek na 1000 obyvatel, počet lékařů primární péče na 100 obyvatel apod.* **Časová** - udává čas potřebný na cestu do zdravotnického zařízení, čekací doby, včetně rozložení ordinčních hodin a čekací doby na plánované zákroky. *Čekací doby neplatí v případech akutní potřeby daného zákroku.*

Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb - nejzazší možné dojezdové doby pro jednotlivé medicínské obory nebo zdravotnické služby, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění: *např. všeobecné praktické lékařství je zařazeno mezi poskytovatele ambulantní péče, ve skupině urgentnosti ošetření 1 s dojezdovou dobou 35 min; cévní chirurgie je zařazena mezi poskytovatele lůžkové péče, ve skupině urgentnosti ošetření 4 s dojezdovou dobou 180 min, apod.*

Nařízení vlády také stanovuje **plánované hrazené služby se lhůtou časové dostupnosti, kterou nelze překročit**, jako je např. náhrada kyčelního kloubu, (52 týdnů), operace katarakty (30 týdnů), mamografické vyšetření (6 týdnů), apod.

Zvlášť je zákonem řešena přednemocniční neodkladná péče.

MÍSTNÍ

Jedná:

- hustotou obyvatelstva
- hustotou a rozložením sítě poskytovatelů
- dopravní obslužností území

ČASOVÁ

Jedná:

- čas potřebný na cestu do ZZ
- čekací doby
- ordinace hodiny

Migrace

= komplexní a dynamický jav = vstup, pobyt a integrace cizinců na území ČR

- na ČR má společenské, ekonomické a zdravotní dopady, mohou být pozitivní i negativní

- orgán zodpovědný za oblast azylu - MVČR → vychází ze strategie migrační politiky ČR

→ posiluje pozitivní aspekty migrace
→ potírá negativní javy a s migrací spojená rizika

Rizikové oblasti v souvislosti s zdravím

1. Situace osob, které v ČR nemají právo na VZP → jsou poistěny komerčně s omezenými úhradami na péči
2. Nerovnoměrná dostupnost ZP v regionech a na úrovni specializací
3. Jazyková bariéra
4. Nedostatečná propustnost zdravotnického a sociálního systému
5. Stigma nebo diskriminace

MIGRANTI - převážně zdraví lidé v produktivním věku

- avšak z různých důvodů málo využívají zdravotnické služby

- často potřebují psychologickou podporu → vzhledem k stresu a náročnosti migračního procesu

- typické je velké množství pracovních úrazů - protože pracují často v rizikových podmínkách

- těhotné migrantky → problém najít gynekologa s komerčním ZP → problém s porodní péčí, u žen z 3. země a azylantky je problém dosáhnout interrupce

- r. 2021 - nejčastější ošetření - SR, Ukrajina, Rusko, Vietnam, Německo

- největší objemy plateb za ošetření → za zahraničního ZP

→ vhodnosti

→ za zmluvního poistění

- ke konci sledovaného období → pohledůky za neuhrazené ZP o cizince polhute splatnosti 65,8 mil. Kčs

- Rizika u migrantů - způsob řešení zdravotních potíží → předcházení nemoci, samoliečba, odkladání lékařské konzultace a léčby až do doby, kdy je nemoc už rozvinutá a má závažné příznaky

- Z.č. 48/1997 Sb. - o VZP udává rozsah ZP, vznik a zanik ZP pro cizince

1. Pojistencem je osoba → má trvalý pobyt na území ČR

→ nemá trvalý pobyt, ale - je zaměstnancem zaměstnavatele sídlícím v ČR
- má povolení k dlouhodobému pobytu na území ČR
- má udělený azyl
...

2. ZP vzniká → narozením na území ČR

→ získáním povolení trvalého pobytu

→ bez trvalého pobytu, ale → nástupem do zaměstnání, povolením k dlouhodob. pobytu, získ. azylu

3. ZP zaniká → smrtí pojistence, skončením trvalého pobytu, ukončením zaměstnání, skončením platnosti povolení k dlouhodobému pobytu, odnětím azylu ...

IOM = Mezinárodní organizace migrací

- zabývá se pomocí s migrací

- cíl: ↓ Nv2 migrantů, ↑ pokrytí zdrav. služeb a zajištění spravedlivého přístupu k těmto službám.

Otázka k SRZ č. 13: Společenské determinanty zdraví, důsledky nemoci pro společnost

Determinanta zdraví a nemoci je soubor faktorů, které mají vliv na udržení a zvyšování (faktory protektivní), či snižování (faktory rizikové) úrovně zdraví. Faktory jsou: biologického a sociálního charakteru. Determinanty zahrnují obvykle oba typy faktorů (např. determinanta prostředí).

Základní determinanty rozdělujeme podle tzv. „Lalondova pole“ (genetika, prostředí, zdravotní služby, životní způsob, včetně životního stylu). Provázanost a někdy nedělitelnost determinant znázorňuje tzv. „Duha“ podle WHO. Wilkinson a Marmot statisticky prokázali, že na vyšší úmrtnost má vliv 10 nejvýznamnějších sociálních determinant (sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, závislosti, výživa a doprava). Ovlivnitelnost zdravotních determinant u mnoha sociálních skupin nezávisí jen na informacích a na svobodné vůli jednotlivých osob. *„Mnoho lidí nejedná tak, jak chtějí, ale tak, jak je k tomu okolnosti dovedly a jak to jim jejich ekonomická, rodinná a sociální situace dovolí.“* (Čeledová, Holčík, 2017, s. 50)

Teorie fundamentální determinanty zdraví zahrnuje faktory: SES, sociální pouta, pocit kontroly nad životem, přístup ke zdrojům, jenž pomáhají jedincům vyhnout se nemocem a jejich negativním dopadům prostřednictvím celé řady různých mechanismů. Modifikace jen jednoho z těchto mechanismů proto nemůže ovlivnit celkový vliv fundamentální determinanty na zdraví lidí. Wilkinson na mnoha příkladech doložil, jak výrazný vliv na zdraví lidí má společenská soudržnost, vzájemná důvěra a slušnost, sociální pozice a kvalita společenských vztahů...Zásadní současnou sociální determinantou zdraví je zdravotní gramotnost, s jejímž vlivem počítají programy Zdraví 2020 i 2030.

Současné sociální determinanty zdraví vycházejí z programu udržitelného rozvoje planety, ve kterém OSN konkrétně uvádí 17 cílů. Na zdraví a kvalitní život je zaměřen cíl č. 3. Ale i ostatní cíle jsou důležité jako sociální determinanty zdraví (mír, konec hladu, vzdělání, čisté životní prostředí apod.). Organizačním principem programu je tzv. udržitelný rozvoj, který zahrnuje 4 propojené oblasti: ekologii, ekonomii, politiku a kulturu a obsah je vyjadřován pomocí 5 P (People, Planet, Prosperity, Peace, and Partnership), mottem je: nikoho nevynechat.

Studium zdraví a nemoci se musí zabývat nejen příčinami a podmínkami vzniku a rozvoje nemoci, ale i jejich následky, tj. jak se projevují v životě jednotlivce i ve společnosti. Společenská závažnost nemoci je dána četností a délkou trvání, věkem postižených osob, ovlivnitelností jejich vzniku a průběhu, masívností jejich průvodních jevů nebo následků, ekonomickou náročností léčby nemoci, mírou soběstačnosti v průběhu a po ukončení nemoci, mírou možnosti péče o osoby, které jsou na nemocném závislé. Pro sociální skupiny jsou důsledky nemoci materiální a emocionální, odlišné podle pohlaví (pro muže spíše zhoršení pracovního uplatnění, omezení ve volném čase, sexuální omezení a pro ženy péče o děti, zjevnost nemoci, závislost na druhých). Důsledkem nemocnosti je snížení očekávané délky života v 25 zemích Evropské unie (EU25) o 1,84 let, což představuje ztrátu přibližně 11,4 mil. životů ročně. Zároveň dochází ke snížení očekávané doby života prožité ve zdraví v průměru o 5,14 let (to znamená ztrátu přibližně 33 mil. let života prožitých ve zdraví).

Pokud je nemoc správně definována lékaři (diagnostikována a léčena) a statisticky zaznamenána, může společnost kontrolovat a řídit zdraví „své“ populace. Zdraví populace se výrazně odráží na celkové výši HDI (Human development index – Index lidského rozvoje), který je geometrickým průměrem z 3 indexů, které vyjadřují: dlouhý a zdravý život, přístup ke vzdělání, životní standard a celkovou vyspělost státu. HDI měří příznivý sociální, ekonomický i kulturní vývoj jedinců i celého světa.

13 Spoločenské determinanty zdravia, dôsledky nemoci pre spoločnosť

DETERMINANTA = faktor, znak, kt. má vztah k zdraviu a nemoci

- determinanty zdravia a nemoc
- Z N
- sú okolnosti kt. ovplyvňujú Z a N
- = súbor faktorov, majú vplyv na
- udržanie
 - zvyšovanie (protektívne faktory)
 - znižovanie (faktory rizikové)
- úroveň zdravia
- charakter faktorov - biologický
- sociálny
- V každom človeku môžeme nájsť potenciál, ako žiť lepšie.

Základné determinanty

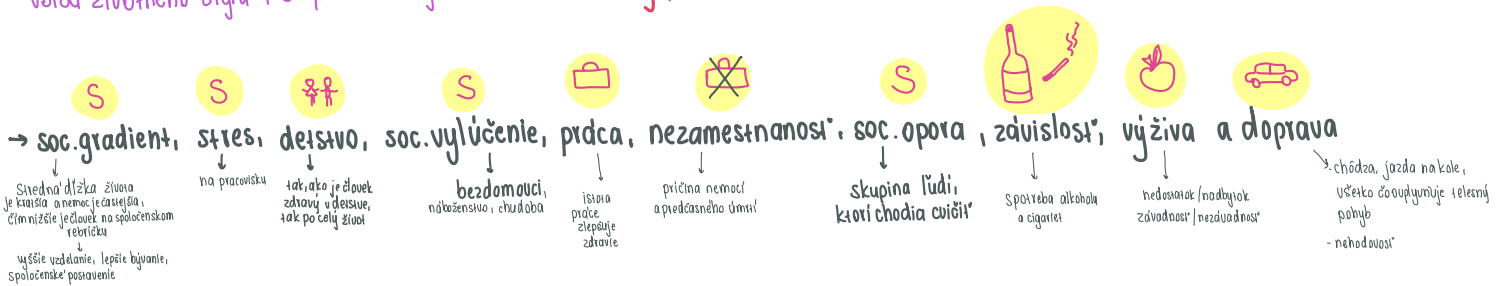
rozdeľujeme podľa Lalondova pole - vytvoril koncept zdravotného pole v nemž boli identifikované 4 horizontálne zoradené základné determinanty pôsobiace na predčasnú úmrtnosť (a zdravie)

1. Genetika - 15-20% ! Percenta na základe WHO iba orientačne
2. Prostredie - 15-20% ! Problémom je zjednodušenie determinant
3. Zdrav. služby - 15-20%
4. Životný štýl, životný spôsob - 50% (Z toho môže človek ovplyvniť iba 25% (kourenie, strava), neovplyvníme napr. vdlku na Ukrajinu)

2 Podľa WHO - Teória dŕhy - zndzornuje provdzanosť a nedelitelnosť determinant

3 Wilkinson a Marmot → 10 najvýznamnejších sociálnych determinant, ktoré majú vplyv na vyššiu úmrtnosť

"ZdP a ŽŠ sú dôležitými determinantami zdravia. Ale to, čo v prví rade podmieňuje prístup k zdravotným službám a ovplyvňuje voľbu životného štýlu, sú predovšetkým sociálne faktory!"



Ovplyvniteľnosť mnoha sociálnych skupín → nezduší iba na informáciach a slobodnej vôli jednotlivých osôb

→ veľa ľudí nejedná tak, ako by chceli ale tak, ako ich k tomu okolnosti dovedli a ako im to ich ekonomická, rodinná a sociálna situácia dovoľí

Teória fundamentálni determinanty zdravia

- faktory - SES (socio-ekonomický status)

- social. pouta

- pocit kontroly nad životom

- zahŕňujú = prístup k zdrojom, kt. pomáhajú jedincovi vyhnúť sa nemoci a ich negat. dopadom prostr. celej rady rôznych mechanizmov

Dřívejší RF (bieda, hygiena) boli nahradené kouřením, nevhodnou stravou, alkoholom, drogami...

- modifikace 1 mechanismu nemůže ovplyvniť celkový vplyv fundamentální determinanty na zdravie

- výrazný vplyv na zdravie má - spoločenská súdržnosť

podľa R. Wilkinsons

- vzájomná dôvera a slušnosť

- social. pozície

- kvalita spoločenských vzťahov

- základnou súčasťou je social. gramotnosť → s jej ovplyvňovaním počítajú programy Zdraví 2020, 2030

Súčasný soc. determinany zdravia → vychádzajú z programu udržateľného rozvoja planéty, ktorým OSN uvádza 17 cieľov

- cieľ 3 zameraný na zdravie a kvalitný život (ale aj ostatné ciele sú dôležité ako sociálne determinany zdravia (koniec hladu, vzdelanie, čisté žP)

- organizačný princíp = udržateľný rozvoj → zahŕňa 4 prepojené oblasti

- je vyjadrovan pomocou 5P (People, Planet, Prosperity, Peace, Partnership)

motto: NIKOHO NEUVYNECHAŤ



Dôsledky nemoci pre spoločnosť

NIE LEN príčinami a podmienkami vzniku a rozvoja nemoci

Štúdium zdravia a nemoci sa musí takmer zaoberať následkami nemoci = ako sa prejavujú v živote jednotlivca a v spoločnosti. Dôsledky nemoci sa prejavujú veľmi zásadne v ďalších oblastiach života spoločnosti → hlavne do oblasti sociálnej politiky

Predmetom záujmu sú predovšetkým tie sociálne lekárske aspekty nemoci, kt. ovplyvňujú spoločenské skupiny, systémy, inštitúcie (inštitúty)

→ rodinná
→ systém péče o zdravie
→ systém social. zabezpečení
→ zamestnanosť
→ školenia
→ inštitut delenia HDP

→ inštitut distribúcie zdravotníckych služieb
priamo a nepriamo.

Individuálnym ovplyvnením pacienta nemocou sa zaobera PSYCHOLOGIE A ETIKA.

- spoločenská zdvažnosť je daná - číselnosťou a dĺžkou trvania nemoci → to čo sa objavuje často a trvá dlho

!!!

Sociálne - lekárske aspekty

- vekom postihnutých osôb

- ovplyvniteľnosť ich vzniku a priebehu → ak je nemoc málo ovplyvniteľná → závažne pre spoločnosť

- masovosťou ich pôvodného javu a následkov → ztráta pracovnej schopnosti, ohrozenie okolia a príštích generácií

- ekonomickou náročnosťou liečby nemoci

- mierou sebestačnosti v priebehu a pokončení nemoci

- mierou možnosti péče, kt. sú na nemocnom závislé → človek, kt. pečuje o nemocného

- pre sociálne skupiny sú dôsledky

- materiálne a emocionálne

- odlišne podľa pohlavia → ♂ - zhoršenie prac. uplatnenia, obmedzenie vo voľnom čase, sex. obmedzenie

→ ♀ - péče o deti, zjavnosť nemoci, závislosť na druhých

DÔSLEDKY NEMOCI

Z časového hľadiska - dočasné
- trvale štandardné
- trvale zhoršujúce sa

Z hľadiska zjavnosti - zjavné (kozmetická vada) - menšie obmedzenie, väčšie stigma
- nezjavné (CDM) - väčšie obmedzenie, menšie stigma
- zjavné a veľké obmedzenie - ment. retardácia, paraplegie

V pracovnej činnosti - ↓ finančného príjmu
- zmena zamestnania, neistota, strach
- ztráta zamestnania, depresie, frustrácie

V rodinných vzťahoch - zlepšenie i zhoršenie
- partner - chybenie, príjem, sex, závislosť
- deti - péče
- široké rodinné vzťahy

Voľný čas - obmedzenie / nemožnosť ďalšej činnosti na spoločenských, kultúrnych a športových akciách
- hľadanie nových koníčkov

- dôsledky nemoci - zníženie očakávanej dĺžky života - v 25 zemích EÚ o 1,84 let
- zníženie očakávanej doby života prežité v zdraví - o 5,14 let

- ak je nemoc správne definovaná lekármi (diag. + T) a štatisticky zaznamenaná → spoločnosť môže kontrolovať a riadiť zdravie svojej populácie
- zdravie populácie sa výrazne odráža na celk. výške **HDI** (Human development index = index ľudsk. rozvoja) → je geometr. priemerom z 3 indexov, kt. vyjadrujú = je ukazovateľom životnej úrovne
 - dlhý a zdravý život
 - prístup k vzdelávaniu
 - životný štandard
 - celk. vyspelosť štátu

HDI meria - priaznivý

- sociálny
- ekonomický
- kultúrny

 vývoj jedincov i celého sveta

LEKÁR

- má za úkol definovať tzn. vyhľadať nemoc, stanoviť, z čoho sa skladá a určiť, čo je za potrebu k jejimu ukončeniu.
- prostredníctvom L môže spoločnosť kontrolovať stabilitu spoločenského systému
- na súvislosť medzi definovaním nemoci a kontrolnými funkciami v spoločnosti

- Nemocí člověk vstupuje do role pacienta, kterou lze vymezit:
- a) legálním uznáním tohoto stavu a jeho požadavků i osvobozením od dosavadních povinností;
- b) povinností obracet se na zdravotnické zařízení a lékaře, řídit se jejich pokyny a spolupracovat při léčení (Parsons in Bártlová, 2005).

Teória dúhy



Z vypraciek od Romana - toto asi ne

Důsledky nemoci pro společnost

Základní pojem – nemoc

- Definice:

❓ **Bio-psycho-sociální pojetí nemoci – objektivní porucha zdraví + vnímaná porucha zdraví + předmět zdravotnických služeb**

Sociálně-lékařské aspekty nemoci

Rysy, které jsou rozhodující pro to, že daná porucha zdraví je předmětem zájmu sociálního lékařství = sociálně-lékařské aspekty nemoci.

1. **Nemoc se vyskytuje tak často**, že má pro lékařství, zdravotnictví a společnost velký význam a že vzniká potřeba boje na široké frontě proti jejímu vzniku a vývoji
2. Nemoc se vyskytuje **častěji než dříve**, ať už kvůli tomu, že je častěji diagnostikovaná, nebo proto, že se mění věkové složení
3. Nemoc je **spojena se sociálními faktory příčinně**, nebo tím, že jsou nemocí nebo jejími následky či omezeními ovlivněny – tučná strava, málo pohybu a obezita
4. Nemoc **vede k ekonomickým následkům** dlouhodobou či častou pracovní neschopností předčasnou invaliditou nebo předčasnou smrtí
5. Nemoc se **rozvíjí plíživě** a čím později je zachycena, tím menší je naděje na vyléčení – časně odhalení je velmi významné
6. Nemoc je podmíněna **dlouhodobou spoluprací s lékařem**. To předpokládá, že nemocný musí být dobře informován a mít spoluodpovědnost za výsledek léčení – compliance
7. Nemoc vyžaduje k úspěšnému zakončení **rehabilitační a sociálně reintegrační opatření**. Je zapotřebí nejen compliance pacienta, ale i spolupráce rodiny, zaměstnavatele, ...
8. K příznivému průběhu nemoci je zapotřebí **odstupňovaného programu** (koherentní programy – vyloučení etiolog. významných nox, objevení nemoci, léčba nemoci, omezení poškození, předcházení opakování)
9. Výskyt nemoci v **dětském a aktivním věku populace** – dlouhodobé závažné onemocnění dítěte determinuje všechny sociální aspekty rodinného života. Onemocnění v aktivním věku člověka se projevuje ztrátou sociálních kontaktů, sociálních rolí spojených s povoláním a prací, snížením uplatnitelnosti na trhu práce, omezenými možnostmi založení rodiny, ...
10. **Závažnost průvodních jevů** nebo následků, z kterých jsou nejzávažnější smrt, bezmocnost, trvalá ztráta či omezení pracovní schopnosti, ohrožení okolí (infekce, agresivní jednání u duševních poruch), ztráta generační funkce, ohrožení příští generace zohyzdění a další ztráty ve společenském uplatnění

Na základě těchto znalostí → preventivní opatření:

1. **Vyloučit nebo alespoň omezit působení nepříznivých vlivů** u co nejvíce lidí jako úkol celospolečenský
2. **Osoby se zvýšenou pravděpodobností k ICHS** – rozpoznat je a chránit před ICHS, dělat to racionálně: nekouřit, pohyb, nutrice přizpůsobená výdeji

Důsledky nemoci pro jedince a společnost

- Zdravý člověk je vřazen do nějakého sociálního prostředí a má sociální úlohu
- Nemoc tyto role narušuje a člověk je nemůže plnit – profesní aktivity, společenské kolektivy, soběstačnost – sociologický model nemoci
- **Diagnostika je jen část lékařovy úlohy, je potřeba zhodnotit celou životní situaci pacienta, včetně vztahu k chorobě, následkům, k okolí i k lékaři** (perigoza)
- Úkolem budoucnosti je sdružená klasifikace nemocí a funkční kapacita (např. NYHA nebo škála omezení v činnostech každodenního života – A-úplně nezávislý při všech činnostech – G-závislý při všech 6 činnostech)
- To, jak se nemoci svou povahou promítají, záleží na typu a časovém průběhu
 - o **akutní** (rychle, zakončený uzdravením nebo smrtí, společen. dysfunkce malá, ale když jsou ve velkém, je to průšvih)
 - o **chronické** (vleklý průběh, trvají déle než rok, vyžadují modifikaci normálního života, většinou nevedou k příliš předčasné smrti a do určitého momentu nečiní obtíže, ale potom invalidizují a snižují kvalitu života)
 - ? Kvalita života z pohledu chronické nemoci – změny v obrazu a způsobu života ve srovnání s tím, jak to bylo před nemocí a jak žijí vrstevníci, nebo lidé podobných charakteristik
 - ? Typy průběhu chronické nemoci:
 - ? Stále se zhoršující, progredující onemocnění
 - ? Průběh nemoci doprovázen obdobími remisí, relapsů, exacerbací
 - ? Rekurentní (opakující se, vracející se)
 - ? Dlouhodobý průběh končící smrtí nemocného
 - ? Závažnost chron. nemoci bývá vyjadřována pojmem „chronic critical illness“ (CCi) – nemoc s možností fatálního průběhu
 - ? V minulosti se úspěch léčby měřil jen časem, který navýšil pacientův život - tzn. roky nebo měsíce, které pacient přežil od začátku léčby, nyní také kvalita tohoto života
- Život a zdraví je absolutní a nenahraditelná hodnota, ale i hodnota ekonomická
- Zdraví = vyšší pohoda lidí = vyšší pracovní schopnost = delší aktivní život

Ekonomická problematika

- Zkoumání ztrát, nákladů, ekonomické účinnosti preventivní a léčebné péče
- Ekonomické náklady na zdravotní péči lze vnímat trojím způsobem
 - o Objektivní potřeba zdravotnické péče a sociálních dávek, jež stanovují lékaři
 - o Subjektivně stanovenou a požadovanou potřebu ze strany pacientů
 - o Jako matematicky vyjádřenou spotřebu zdravotnické péče
- ? Nemoc představuje
 - o Ztrátu pracovního potenciálu
 - o Náklady na nemocenské a důchodové dávky
 - o Náklady na léčbu

SRZ – otázka č. 14 Podmínky poskytování zdravotních služeb (první část otázky)

Zdravotní služby a podmínky jejich poskytování upravuje **zákon č. 372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách)**, a další související právní předpisy (např. zákon č. 373/2011 Sb.).

Poskytovatel může poskytovat pouze zdravotní služby uvedené v oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Zdravotní služby lze poskytovat pouze osobám způsobilým k výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb.

Zdravotní služby mohou být poskytovány pouze **ve zdravotnických zařízeních**. Mimo zdravotnické zařízení lze poskytovat např. konzultační služby, preventivní péči, zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta, zdravotnickou dopravní službu a přepravu pacientů neodkladné péče, převoz těla zemřelého na pitvu a z pitvy podle zákona o pohřebnictví atd.

Zdravotnické zařízení musí být pro poskytování zdravotních služeb **technicky a věcně vybaveno**.

O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rozhoduje nejčastěji krajský úřad, v jehož správním obvodu je zdravotnické zařízení.

Fyzické osobě se udělí oprávnění k poskytování zdravotních služeb na její písemnou žádost, jestliže:

- dosáhla věku 18 let,
- je plně svéprávná,
- je bezúhonná,
- je způsobilá k samostatnému výkonu zdravotnického povolání v oboru zdravotní péče, kterou bude poskytovat jako zdravotní službu,
- je členem komory, jestliže členství v komoře je podmínkou pro výkon tohoto povolání, nebo ustanovila odborného zástupce apod.

Právnícké osobě se udělí oprávnění k poskytování zdravotních služeb na její písemnou žádost, jestliže:

- statutární orgán právnické osoby nebo jeho členové jsou bezúhonní,
- ustanovila odborného zástupce apod.

Další podmínky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb fyzické a právnické osobě jsou uvedeny v zákoně o zdravotních službách.

Zákon dále podrobně uvádí údaje, které musí obsahovat **Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb** a které podklady je povinen **žadatel předložit**.

Zákon také řeší problematiku **zániku, odejmutí, pozastavení a změny oprávnění** a také **přerušování a pokračování v poskytování zdravotních služeb**.

SRZ – otázka č. 14 Podmínky poskytování zdravotních služeb (druhá část otázky)

NZIS (Národní zdravotnický informační systém) je jednotný celostátní informační systém veřejné správy a je určený například:

1. ke zpracování údajů o zdravotním stavu obyvatelstva,
2. o činnosti poskytovatelů a jejich ekonomice,
3. o pracovnících ve zdravotnictví,
4. o úhradách zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění,
5. k vedení zdravotnických registrů a zpracování údajů v nich vedených,
6. k realizaci a zpracování výběrových šetření o zdravotním stavu obyvatel, o determinantách zdraví, o potřebě a spotřebě zdravotních služeb a spokojenosti s nimi a o výdajích na zdravotní služby apod.

MZČR → ÚZIS → NZIS → zdravotnické registry

ÚZIS ČR zřídilo Ministerstvo zdravotnictví ČR. ÚZIS ČR je správcem NZIS.

Součástí NZIS jsou zdravotnické registry. Účelem zdravotnických registrů je zejména:

- sběr informací k hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva a jeho vývoje,
- sledovat vývoj, příčiny a důsledky nemocí a jejich dopady do sociální sféry a ekonomiky sociálního systému,
- sběr informací k zajištění kvality a udržitelnosti systému úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a ke sledování demografického vývoje, reprodukčního zdraví a důsledků stárnutí obyvatelstva na poskytování zdravotních služeb,
- evidence zemřelých na základě Listu o prohlídce zemřelého.

V ČR je 12 národních zdravotních registrů. Např. účelem Národního onkologického registru (NOR) je registrace onkologických onemocnění a periodické sledování jejich dalšího vývoje. Údaje z tohoto registru slouží také k podpoře včasné diagnostiky a léčby novotvarů a přednádorových stavů, ke sledování trendů jejich výskytu, příčinných faktorů a společenských důsledků. Souhrnná data jsou podkladem pro tvorbu, realizaci a vyhodnocování preventivních zdravotnických programů a pro odhady potřebných finančních nákladů na zabezpečení komplexní onkologické péče.

Součástí NZIS jsou také další registry, jako jsou například Národní registr poskytovatelů, Národní registr zdravotnických pracovníků, Národní registr hrazených zdravotních služeb a data z Listů o prohlídce zemřelého.

Seznam národních registrů je uvedený na webových stránkách ÚZIS a v příloze zákona o zdravotních službách.

Vypracovala: L. Juričková
Olomouc 2023-09-05

14) Podmienky poskytovania zdravotných služieb

Z.č. 372/2011 Sb. - Zákon o zdravotných službách a podmienkach ich poskytovania, naň nadväzuje ↗ z. 373/2011 - o špecifických ZS
↘ z. 374/2011 - o zdravotníckej ZS

- ZÁKON upravuje zdravotné služby a podmienky ich poskytovania
- významný, komplexný a špeciálny právny predpis kódexového typu → upravujúci poskytovanie ZS
- vymedzuje → terminológiu
 - základné podmienky poskytovania ZS
 - postavenie štátnej správy, poskytovateľa ZS a P, a ich vzájomné vzťahy

Zákon upravuje

- výkony štátnej správy
- druhý a formy ZdP
- práva a povinnosti P, osôb blízkych, poskytovateľov, ZP, a iných odborných pracovníkov v súvislosti s poskytovaním ZdP
- podmienky hodnotenia kvality a bezpečia zdrav. služieb

Podľa tohto zákona :

- ZZ = priestor určený pre poskytovanie zdrav. služieb
- nositeľom prvej osobnosti je poskytovateľ zdrav. služieb = FO alebo PO, kt. má oprávnenie k poskytovaniu Zdrav. služieb

Poskytovanie zdravotných služieb

- poskytovateľ môže poskytovať **pouze ZS uvedené v oprávnení k poskytovaniu ZS**

ZS = zdravotné služby → nahrádza pojem „Peče o zdraví“

- lze poskytovať **pouze osobami spôsobilými k výkonu zdrav. povolania alebo k výkonu činností súvisiacich s poskytovaním ZS**

- poskytované iba v ZZ, mimo ZZ lze poskyťovať
 - **konzultačné služby** - posudzujú individuálny liečebný postup
 - **preventívnu peču**
 - **zdrav. peču poskytovanú vo vlastnom soc. prostredí P**
 - **zdravotnícku dopravnú službu**
 - **prepravu P neodkladnej peče** - medzi poskytovateľmi
 - **prevoz tela zomrelého na pitvu a zpitvu** podľa zákona o pohrebníctve

- ZZ musí byť pre poskytovanie ZS → **technicky a vecne vybavená**

Udelenie oprávnenia k poskytovaniu ZS - rozhoduje krajský úrad prípadne ministerstvo (ak ide o ZZ zriadené ministerstvom)

1. Fyzickej osobe

najej písomnú
ŽIADOSŤ

- dosiahla veku 18+
- je plne svojprávná
- je bezúhonná
- je spôsobilá k samostatnému výkonu zdrav. povolania v obore ZP, kt. bude poskytovať ako ZS
- je členom komory, ak členstvo v ČLK je podmienkou pre výkon tohto povolania, alebo ustanovila odborného zástupcu

2. Právnickej osobe

najej písomnú
ŽIADOSŤ

- ak štatutárni orgán právnickej osoby alebo jeho členovia sú bezúhonní
- ustanovila odborného zástupcu...

- ďalšie podmienky udelenia oprávnenia sú uvedené v zákone o ZS.

- zákon ďalej → uvádza údaje, kt. musí obsahovať **Žiadosť o udelenie oprávnenia k poskytovaniu ZS** a kt. podklady je povinný žiadateľ predložiť

→ rieši problematiku zániku, odejmutí, pozastavení a zmeny oprávnenia a taktiež **prenšenia a pokračovania v poskytovaní ZS**

2. Zákon č. 372/2011 Sb. – způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického povolání (blíže viz § 12)

- Způsobilostí k samostatnému výkonu zdravotnického povolání se rozumí **způsobilost k samostatnému výkonu povolání lékaře**, zubního lékaře nebo farmaceuta nebo způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nelékařského povolání bez přímého vedení a odborného dohledu **podle**:
 - zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.
 - zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.
- Poskytovatel, který je **fyzickou osobou**, musí být **způsobilý k samostatnému výkonu zdravotnického povolání** a **musí být fyzickou osobou**.

2. Zákon č. 372/2011 Sb. – bezúhonnost (blíže viz § 13)

- Za bezúhonného se považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen**
 - za úmyslný trestný čin k nepodmíněnému trestu odnětí svobody v trvání alespoň 1 roku, nebo
 - za trestný čin spáchaný při poskytování zdravotních služeb, anebo se na něho hledí, jako by nebyl odsouzen.
- Bezúhonnost se dokládá:**
 - výpisem z evidence **Rejstříku trestů** a dále
 - dokladem** prokazujícím **splnění podmínky bezúhonnosti** vydaným státem, jehož je fyzická osoba občanem,
 - a **doklady vydanými státy**, ve kterých se fyzická osoba **zdržovala** v posledních 3 letech nepřetržitě déle než 6 měsíců,
 - doklady nesmí být starší 3 měsíců.

2. Zákon č. 372/2011 Sb. – odborný zástupce (blíže viz § 14)

- Odborný zástupce odborně řídí poskytování zdravotních služeb.**
- Odborným zástupcem může být ustanovena fyzická osoba, která je:**
 - způsobilá k samostatnému výkonu zdravotnického povolání,**
 - je členem komory** (České lékařské komory, České stomatologické komory nebo České lékárnické komory), jestliže členství v komoře je podmínkou pro výkon tohoto povolání,
 - plně svéprávná,**
 - bezúhonná a**
 - držitelem povolení k pobytu na území ČR,** pokud má povinnost takové povolení mít.
- Stejná osoba nemůže vykonávat funkci odborného zástupce pro více než 2 poskytovatele.
- Přestane-li odborný zástupce vykonávat svou funkci, je poskytovatel povinen ustanovit nového odborného zástupce.

Působnost správních orgánů (§ 15)

- O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rozhoduje **příslušný správní orgán**, tj.:

- krajský úřad, v jeho správním obvodu je 22
- Ministerstvo obrany ČR nebo Ministerstvo spravedlnosti ČR,
- nebo Ministerstvo vnitra ČR.

A to fyzickéj alebo právnickéj osebe, vid' hore
Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb – fyzická osoba (§ 18)

- Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb obsahuje:**
 - jméno (jména), příjmení, rodné příjmení, státní občanství, adresu místa trvalého pobytu na území ČR, identifikační číslo (bylo-li přiděleno)
 - formu zdravotní péče, obory zdravotní péče (popř. druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby)
 - adresu sídla a místa poskytování zdravotních služeb
 - datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb a dobu, po kterou žadatel hodlá zdravotní služby poskytovat, pokud žádá o udělení oprávnění na dobu určitou apod. (blíže viz § 18 odst. 1 písm. a)
- Žadatel k žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb předloží:**
 - doklady o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání a doklad o bezúhonnosti,
 - v případě ustanovení odborného zástupce doklady o způsobilosti odborného zástupce k samostatnému výkonu zdravotnického povolání,
 - seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání,
 - prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb **technicky a věcně vybaveno**,
 - rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdraví a provozní řád,
 - doklad, z něhož vyplývá **oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb** apod. (§18 odst. 2 písm. a, b)
- Obsah žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb a doklady k žádosti, je-li žadatelem **právník** osoba, blíže viz § 18 odst. 1 písm. b), odst. 2 písm. c).

Nejdůležitější záležitosti po převzetí rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

<file:///D:/Users/10014351/Downloads/informace-o-povinnostech-poskytovatele.pdf>

- Poskytovatel uzavře **smlouvu o pojištění odpovědnosti za škodu** způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (pojištění musí být v rozsahu, v jakém lze rozumně předpokládat, že by mohla taková odpovědnost vzniknout); kopii pojistné smlouvy **zašle** do 15 dnů ode dne zahájení poskytování zdravotních služeb Krajskému úřadu
- Poskytovatel - právnická osoba **zašle** Krajskému úřadu **doklad prokazující podání návrhu na zápis do obchodního rejstříku** do 15 dnů ode dne podání návrhu na zápis
- Poskytovatel - právnická osoba **zašle** Krajskému úřadu **doklad o zápisu do obchodního rejstříku** do 15 dnů ode dne provedení tohoto zápisu současně s oznámením (vzor ...)
- Na finančním úřadě** – poskytovatel se přihlásí jako plátce daně z příjmu
- Na okresní správě sociálního zabezpečení** – poskytovatel se přihlásí jako plátce sociálního (vč. důchodového) pojištění
- Na zdravotních pojišťovnách** – poskytovatel přihlásí sebe (jako OSVČ) a zaměstnance (příhláška plátce zdravotního pojištění)
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS)**
Poskytovatel podá žádost o přístup do registrů Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) a **zřídí svůj uživatelský účet pro vstup do jednotlivých registrů**

- OSVČ může nově přidělené identifikační číslo ověřit na Czechpointu (výpis z Registru osob).
- Pokud dosavadní OSVČ založila právnickou osobu, zvláště (případně zkonkultuje se zdravotními pojišťovnami), **zda zruší oprávnění pro OSVČ**.

NZIS

NZIS = národný zdravotnícky IS → je jednotný celosústavný IS verejnej správy a je určený:

1. K spracovaniu údajov o zdrav. stave obyvateľstva
2. O činnosti poskytovateľov a ich ekonomike
3. O pracovníkoch v zdravotníctve
4. O úhradách ZS hradených z VZP
5. K vedeniu zdrav. registrov a spracovaniu údajov v nich vedených
6. K realizácii a spracovaniu výberových šetrení o zdrav. stave obyvateľov, o determinantách zdravia, o potrebe a poskytovaní ZS a spokojnosti s nimi, o výdajoch o ZS

Účelom je získať informácie o **ROZSAHU a KVALITE** poskytovaných ZS, **prevádzke zdravotníctva** a tvorbu zdravotnej politiky, **zaistenie rovného prístupu k ZS** a hodnotenie **indikátorov kvality a bezpečnosti ZS**.

MZČR zriadilo → ÚZIS je správcom → NZIS → jeho súčasťou sú zdravotnícke registry

ÚZIS ČR = ústav zdravotníckych informácií a štatistiky

- sídlo v Prahe
- zriadilo MZČR
- = **organizačná zložka štátu** k plneniu svojich úkolov MZČR v oblasti zaistenia NZIS
- je správcom NZIS → predkladá informácie z NZIS za ČR
- do NZIS predávajú údaje → poskytovatelia ZS a social. služieb, Národný register ZP, krajské úrady, školy, PO, komory, Zdrav. prac. MZČR
- v oblasti zdravotníckej štatistiky na medzinárod. úrovni spolupracuje s WHO, OECD, OSN...

→ údaje získavajú z IS verejnej správy a zdrav. poisťovní

- súčasťou NZIS → zdravotné registry → ich účelom je:

- zber info → sledovanie zdrav. stavu obyvateľstva a jeho vývoja
- sledovať vývoj, príčiny a dôsledky nemocí a ich dopady na soc. sféru a ekonomiku soc. syst.
- zber informácií k zaisteniu kvality a udržateľnosti systému úhrad ZS hradených z VZP a k sledovaniu demografického vývoja, reprodukčného zdravia a dôsledkov starnutia obyvateľstva na poskytované ZS
- evidencia zomrelých na základe Listu o prehliadke nemocného

V ČR - 12 národných registrov - zoznam je uvedený na webových stránkach ÚZIS

• **NOR - národný onkologický register**

→ registrácia onkol. onem. + periodické sledovanie ich ďalšieho vývoja

Údaje slúžia → podpora **včasnej dg. a liečby** novotvarov, prednádorových stavov
→ sledovanie **trendu ich výskytu, prírodných faktorov a spoločenských dôsledkov**
→ súhrnné dáta → tvorba, realizácia, vyhodnocovanie **preventívnych zdrav. programov**, odhady potrebných **finančných nákladov** na zabezpečenie komplexnej onkologickej péče

(2) Ďalšie národné registry

- Národný register poskytovateľov
- Národný register zdrav. pracovníkov
- Národný register hradených zdrav. služieb
- Dáta z Listu o prehliadke zomrelého

Účel zdravotnických registrů

(§ 73 odst. 1 zákona o zdravotních službách)
výťah ze zákona

Účelem zdravotnických registrů je:

- sběr informací k hodnocení **zdravotního stavu obyvatelstva a jeho vývoje** (slouží jako podklad pro hodnocení účelnosti a efektivity diagnostických a léčebných postupů...),
- sledovat vývoj, příčiny a důsledky **závažných onemocnění**, včetně **důsledků ekonomických, a jejich dopady do sociální sféry a ekonomiky sociálního systému**,
- **evidence a sledování pacientů** (včetně zemřelých) a **návaznosti další péče**, a dále statistická zpracování dat **registrů** zaměřená na **analýzy zdravotního stavu obyvatel, kvalitu a využívání zdravotní péče s cílem zlepšovat zdraví populace**,
- **evidence poskytovatelů, personálního zabezpečení poskytovaných zdravotních služeb a technického a věcného vybavení**,
- **evidence zdravotnických pracovníků** z hlediska jejich oprávnění k výkonu zdravotnického povolání, věku a dosaženého vzdělání,
- sběr informací k hodnocení indikátorů **kvality a bezpečnosti zdravotních služeb**, k zajištění **kvality a udržitelnosti systému úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního**

Přehled zdravotnických registrů (1)

Národní zdravotní registry:

1. **Národní onkologický registr**
2. Národní registr hospitalizovaných
3. Národní registr reprodukčního zdraví
4. Národní registr **kardiovaskulárních operací a intervencí**
5. Národní registr kloubních náhrad
6. Národní registr **nemocí z povolání**
7. Národní registr **léčby uživatelů drog**
8. Národní registr **úrazů**
9. Národní registr osob trvale vyloučených z dárcovství krve
10. Národní registr pítav a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství
11. **Národní diabetologický registr**
12. Národní registr intenzivní péče

- V registrech jsou zpracovávány např. údaje potřebné pro identifikaci pacienta, sociodemografické údaje ovlivňující zdravotní stav pacienta, údaje vztahující se k onemocnění a jeho léčbě apod. **Bližší viz Přílohu k zákonu č. 372/2011 Sb. a ÚZIS ČR:**
<https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-zdravotni-registry>

Přehled zdravotnických registrů (3)

Informační systémy orgánů ochrany veřejného zdraví (hygienické registry):

- Informační systém infekční nemoci
- **Registr pohlavních nemocí**
- **Registr tuberkulózy**
- Registr chemických látek a prostředků
- **Registr akutních respiračních infekcí**
- **Informační systém Pandemie**
- Registr pitné vody
- Registr hygieny dětí a mladistvých
- Registr hygieny výživy
- Registr kategorizace prací
- Předměty běžného užívání
- Registr epidemiologie
- Registr hygieny obecné a komunální
- Registr oznámených potravin

Přehled zdravotnických registrů (4)

Informační systémy z datových souborů ČSÚ (Českého statistického úřadu):

- **Informační systém Bilance obyvatel**
- Data za obyvatele podle věku a pohlaví za ČR, oblasti, kraje, okresy, správní obvody obcí s rozšířenou působností a počet obyvatel v obcích poskytnutá ČSÚ ÚZIS ČR na základě smlouvy slouží pro výpočty různých ukazatelů v informačních systémech.
- **Informační systém Narození (IS NAR)**
- Účelem statistického zjišťování je získání komplexních informací pro potřeby plánování, k využití ve společenských vědách, pro mezinárodní organizace a instituce, pro informování veřejnosti. IS NAR je vytvořen na základě tiskopisu ČSÚ „Hlášení o narození“. Český statistický úřad poskytuje data k dalšímu zpracování do ÚZIS ČR, který podrobně zpracovává demografickou statistiku. Statistickou jednotkou je každé narození osoby s trvalým nebo dlouhodobým pobytem na území ČR. Zpravidajskou jednotkou je každé zdravotnické zařízení (bez ohledu na zřizovatele), kde došlo k porodu nebo kde byly matka a dítě (dítě) ošetřeny a obecní úřady pověřené vedením matrik.
- **Informační systém Zemřelí (IS ZEM)**
- Účelem statistického zjišťování je získání komplexních informací pro potřeby plánování, k využití ve společenských a přírodních vědách, pro mezinárodní organizace a instituce, pro informování veřejnosti. IS ZEM je vytvořen na základě tiskopisu ČSÚ „Hlášení o úmrtí“. Statistickou jednotkou je každé úmrtí osoby s trvalým nebo dlouhodobým pobytem na

Přehled zdravotnických registrů (5)

Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) poskytuje data k dalšímu zpracování do ÚZIS ČR, který podrobně zpracovává statistiku ukončených případů pracovní neschopnosti.

Informační systém z datových souborů ČSSZ:

- **Informační systém Pracovní neschopnost (IS PN)**
- V souboru jsou zahrnuty všechny ukončené případy pracovní neschopnosti v ČR, které byly hlášeny na tiskopise „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“. Garantem sběru a metodiky je ČSSZ.
- Statistika spojená s pracovní neschopností se od statistik nemocnosti odlišuje těsným vztahem k ekonomice.
- Údaje o PN se třídí podle skupin diagnóz, pohlaví, věkových skupin, délky trvání PN.
- Statistickou jednotkou je každý ukončený případ pracovní neschopnosti pojištěnce.
- Zpravidajskou jednotkou je každé zdravotnické zařízení, které vystavilo, anebo ukončilo PN.

Viz <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--is-cssz>

Otázka k SRZ č. 15 - SHRNUÍ – STÁRNUTÍ POPULACE A KOMUNITNÍ PÉČE (PVL/VC023).

MUDr. Milena Bretšnajdrová, Ph.D.; doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Stárnutí populace je problém **celosvětový**. Podle prognóz OSN se předpokládá, že celosvětový podíl populace lidí ve věku 65+ vzroste z 10 % v roce 2022 na 16 % do roku 2050, v EU to bude více jak 24% populace 65+. Podle WHO začíná **fyzické stárí** ve věku 60 let, věk 60–74 je označován jako vlastní stárí, věk 75-89 jako sénium, věk 90 a více let jako patriarchum. Sociální stárí se obecně počítá od doby, kdy vzniká osobě nárok na pobírání starobního důchodu a **zahrnuje změnu** sociálních rolí a potřeb, životního stylu, ekonomického zajištění. **Rizika**, které se pojí se stárím: maladaptace, ztráta životního cíle a poslání, osamělost, ztráta soběstačnosti, věková diskriminace, případně i týrání, zneužívání a zanedbávání, dezinformace a manipulace.

Syndrom EAN (Elder Abuse and Neglect Syndrom) znamená „činy nebo naopak chybění přiměřené činnosti (doma nebo v institucích), u kterých lze oprávněně očekávat, že povedou k poškození či k ohrožení starého člověka“ (WHO). Při lékařských prohlídkách je možno pozorovat příznaky **fyzického týrání** (současná přítomnost poranění různého stárí, zanedbanost a pozdní ošetření ran; postrádání pomůcek...); **psychického týrání** (úzkost a strach, depresivní příznaky, kachexie, imobilizační syndrom z omezování pohybu ...), **zanedbávání** (malnutrice, dehydratace, hypotermie, malhygiena ...). **Dezinformace** jsou úmyslně nepravdivé či zavádějící informace, které mají za cíl změnu postojů a chování. Senioři jsou významně ovlivnitelnou skupinou.

Deprofesionalizace znamená, že zdravotní, sociální i neformální komunitní péči o seniory je nutné vzájemně provázet s respektem k jejich **specifickým potřebám**. Organizaci zdravotnické péče o seniory je možno navrhovat podle četnosti a výskytu **geriatrických syndromů** (GS). Včasná detekce GS umožňuje plánovat a uskutečňovat **komplexní management** zdravotně-sociální péče o seniory. GS představují složitější problémový komplex somatických potíží seniorů spjatý se ztrátou soběstačnosti, poklesu intelektových a sociálních funkcí s vnitřními vazbami a interakcemi. Je možno je také chápat jako postup od „pouhých“ kategorií chorob podle MKN k celkovému stavu seniora. Společné rysy: věk, multikazuální etiologie, neexistence kauzální léčby, chronický průběh, funkční závažnost, snížená kvalita života.

Deinstitucionalizace znamená přesunutí těžiště na ambulantní (terénní, komunitní) služby, institucionální péče by měla zůstat pro nezbytné případy; je nutné zavádět nové a efektivní formy péče o staré nemocné lidi. Podle Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách můžeme zdravotnickou péči rozlišovat na akutní a neakutní. **Neakutní zdravotní péče (lůžková)**: Následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí. Patří sem následná lůžková zdravotní péče specializovaná v rámci jednotlivých oborů na lůžkách charakterizovaných v platné legislativě.

Specifika následné péče: je obvykle poskytována po péči akutní, je poskytována rozsáhle, odborně, i co do potřeb nesourodé skupině pacientů. Oddělení následné péče slouží k doléčení, rehabilitaci pacientů ve stabilizovaném stavu, se stabilní, chronickou medikací. **Cílem následné péče je nastavení intervencí a jejich realizace vedoucích ke zlepšení zdravotního stavu a celkové kondice pacienta s cílem návratu nemocných do domácí péče**. Dále řešení problematiky dalšího zajištění pacienta se

zaměřením na komplexní zabezpečení individuálních potřeb pacienta. Indikační kritéria jsou: pacient se stanovenou diagnózou, jehož stav vyžaduje pokračování hospitalizace v zařízení typu následné péče za stanovených podmínek, nemůže být léčen či ošetřován ve vlastním sociálním prostředí a má určitý potenciál ke zlepšení. **Dlouhodobá péče může být lůžková a ambulantní. Dlouhodobou lůžkovou péčí** se rozumí taková péče, kterou nelze poskytovat v rámci zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí, anebo zdravotní stav s ohledem na poruchu životních funkcí vyžaduje poskytování intenzivní ošetrovatelské péče. Je poskytována pacientům, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje. Patří sem dlouhodobá lůžková zdravotní péče specializovaná v rámci jednotlivých oborů na lůžkách charakterizovaných jako **ošetrovací den** (ošetrovatelská oddělení, včetně oddělení zdravotně sociální péče, oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) poskytující intenzivní ošetrovatelskou péči pacientům s poruchou vědomí a závažným postižením, hospicová a paliativní péče). Specifikem dlouhodobé péče je, že maximum péče je soustředěno na ošetrovatelství, enterální výživu, kompenzační, polohovací a mobilizační pomůcky. **Cílem dlouhodobé péče** je nastavení intervencí a jejich realizace vedoucích ke stabilizaci zdravotního stavu nebo k přechodu do paliativní péče; řešení dalšího zajištění pacienta a komplexní zabezpečení jeho individuálních potřeb.

Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem se zdravotními problémy, tak aby mohli žít co nejvíce v podmínkách běžného života. Významnou roli má rozvoj a provoz sociálních služeb včetně pomoci sociálně potřebným lidem. Principy komunitní práce a péče: podporuje u členů komunity přijetí změny (zejména vyplývající z lidské fyziologie) a schopnost řešit problémy se změnou související. **Vztahuje problémy jedince či skupiny ke zdrojům a možnostem dané komunity.** Zapojuje do řešení problémů a do rozhodování o způsobu jejich řešení členy komunity, v případě složitosti řešení i další instituce a organizace. Posiluje, motivuje a aktivizuje schopnost komunity převzít **odpovědnost a kompetenci členů komunity problémy přijmout a řešit**, postarat se o rizikové členy komunity. Poskytuje objektivní informace v procesu edukace, iniciuje a podporuje zdravou komunikaci uvnitř i vně komunity, pomáhá vytvářet podpůrné projekty, jak konkrétní problémy řešit. **Komunitní plán** pro seniory definuje cíle a opatření na určité roky: zajištění sítě sociálních služeb, podpora rodinné péče (funkční a dysfunkční rodiny, vícegenerační soužití), osobní asistence, agentury domácí péče, pečovatelské služby, centra denních služeb, domovy pro seniory, denní stacionáře, chráněné bydlení, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby, sociálně aktivizační služby, rozvoj a podpora dobrovolnictví seniorů a pro seniory, podpora asistivních technologií. Komunitní plánování sociálních služeb: základě SWOT analýzy silných a slabých stránek, vnějších příležitostí a hrozeb, je souhrnným výstižným popisem výchozí situace, konsensuálním vyjádřením důvodů proč a jakým směrem se má komunitní plánování vydat. Principy poskytování péče v dané komunitě musí naplňovat mobilitu služeb, jejich propojenost, péče ve vlastním prostředí pacientů, orientace na lidská práva a potřeby pacientů. V komunitní péči tzv. **případového vedení – case management.** Case manager je profesionál (zpravidla zdravotník nebo sociální pracovník), který vyhledává seniory nebo je jimi kontaktován, poskytuje jim cenné rady a zprostředkovává potřebné sociální a zdravotní služby, spolupracuje s rodinou. **Cílem je dosáhnout účelné, koordinované a komplexní péče o seniora.**

Literatura a prameny:

Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Grada.
Holmerová, I. (2014). *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Grada Publishing.

15. Sídruťi populace a zdrav. péče o seniory

- celosvetový problém
- podľa OSN - celosvetový podiel populácie 65+ vzrástla z 10% (2022) → 16% (do 2025), v EU > 24%
- podľa WHO od 60 let začína fyz. stárí → 60-74 vlosne stárí
30-44 - dospelosť → 75-89 senium
45-59 - stredný vek → 95+ patriarchum
- v správe EU Policy on healthy aging je odhadované:
 - do r. 2030 → bude 24% populácie EU 65+
 - do r. 2050 → počet ľudí 65+ bude 2x vyšší než počet detí do 5 let
- podiel osôb 85+ odr. 1950 rástla lineárne a odr. 2000 sa tempo začína znižovať
- socialne sťaži - od doby, kedy vzniká ndrok na pobranie starobného duchodu
 - zmena social. roli a potrieb, ŽS, ekonom. zaistenia

- RIZIKA - maladaptácie
- ztrata životného cieľa a poslania
 - ztrata sebestačnosti
 - vek. diskriminácia
 - týranie, zneužívanie
 - dezinformácie, manipulácie

PRIČINY nízkej riešiteľnosti syndrómu EAN

- Seniors sa obávajú žalovať pachatelä
- citovo, ekonomicky a prakticky sú závislí na členoch svojej rodiny
- stydl se, násilne je pre nich inými záležitosť
- nemajú silu na riešenie obličnej situácie

Socialne lekárska' specifika' péče o seniory

1. Týranie, zneužívanie, zanedbávanie

Týranie - zlé nakladanie s druhou osobou, kt. sa vyznačuje značným stupňom bezcitnosti a hrubosti a ktorej u obeti vyvoláva pocity hlbokého príkory → krivda, zlo

3 hlavné kategórie týrania (podľa centra National Center on Elder Abuse) a MOŽNÉ príznaky

- fyzic. týranie - súčasný výskyt poranení rôzneho stáří, zanedbanosť a pozdne' ošetenie ran, senior posrda brýle, chodítko, sluchadla,
- psych. týranie - úzkosť, strach, plačlivosť, deprese
- zanedbávanie - malnutrice, dehydratacie, hypotermie, imobilizačný syndrom, dekubity

Elder Abuse and Neglect syndrom

Syndrom EAN = činy / chybanie primeranej činnosti → objavujú sa v akejkoľvek souvislosti a v jakomkoľvek osobnom vzťahu → ak lze oprávnene očakdvať → povedú k poškodeniu / ohrozeniu starého človeka

2. dezinformácie a manipulácie

- = úmyselne nepravdivé / zavádzajúce info → zmena postoju a chovania → negat. dopad na ich mentálne zdravie
- emocionálne vypjaté období (pandémie, metanolová bariéra) sú poznamenané vplyvmi dezinformácií. Dôsledky → strach, bagatelizované' onemocnení ...
 - fake news - úmyselne nepravdivá / zavádzajúca informácia, šírená skrz informačné kanály (soc. siete, média, medzilidská komunikácia)
 - cieľ - ovplyvniť jednotlivca, a ideálne celú skupinu ľudí
 - významne ovplyvniteľná skupina - Seniors
 - dôsledky → ovplyvne vnímania sveta, poškodenie socialnej väzby, poruchy afektivity (primárne depresívne poruchy)

3. deprofesionalizácia

- v CZ: príprava zákona, kdeby mohla byť prepojená socialná a zdravotná péče o seniory
- zámer: jednoduché zdravotnícke ošetenia by mohol poskytnúť i social. pracovník v domoci / komunitní péči
- komunitní péči oseniory praxovať s rešpektom k jejich specif. potrebám
- organizaci ZP → podľa činnosti a výskytu geriatrických syndrómov → včasná detekcie GS → umožňuje plánovanie a uskutočňovanie komplexného managementu zdravotne - socialne péče o seniory
- GS - zložitejší problémový komplex → somat. patže spájajú socialnú sebestačnosť, ↓ intelektových a social. funkcií s undatornými väzbami a interakciami
 - najčastejší GS = inkontinencia
 - komplexní management - lekárska péče, ošetrovateľská péče, rehabilitačná péče, nutričná péče, socialná péče, social. rehabilitácia ... zvyšovanie zdrav. gramotnosti

Spoločné výgy:
- vek
- multifunkčná etiológia
- chronic. priebeh
- funkčná zručnosť
- neexistujúca lokalná liečba
- životná zručnosť
- časový problém, na kt. si pacienti sťažujú nespokojnosť
- špecif. patologickej onom.

Veľké GS: 5I - imobilita, instabilita, inkontinencia, intelekt, latrogénie (polyfarmakoterapie)
Dálsie GS: anorexia a malnutrice, dehydratacie s ARI, poruchy termoregulácie

4. **deinstitucionalizace**
- presunutie ťažiska od inštitucionálnej (ústavnej) péče na ambulantnú službu
 - inštitucionálna péče by mala zostať pre nezbytné prípady
 - je nutné - zavádzať nové a efektívne formy péče o staré, nemocné ľudí
 - rozvoj siete komunitných služieb
 - zaistenie samostatného bydliska pre ty, kt. potrebujú pomoc

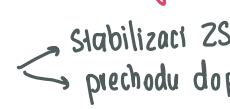
Zdravotná péče dle z. 372/2011 Sb zákon o ZS

- akútnej - **intenzívnej lôžkovej péče**
 - **standardnej lôžkovej péče**
 - neakútnej - **následnej lôžkovej péče**:
 - P u ktorého bola dg. základná diagnóza → stabilizácia jeho ZS
 - po zvládnutí náhlej nemoci alebo náhleho zhoršenia chron. nemoci
 - jeho zdravotný stav vyžaduje doľechenie alebo liečebnú rehabilitačnú péču
 - následnej intenzívnej péče: P čiastočne/úplne závisí na podpore základ. život. funkcií
 - **dlhodobá lôžková péče**
- Následná lôžková péče špecializovaná v rámci jednotlivých odborov na lôžkach charakterizovaných v platnej legislatíve

Špecifika následnej péče

- poskytovaná **po péči akútnej**
- poskytovaná veľmi rozsiahle, odborne i podľa potrieb nesúrodnej skupiny P
- oddelenie NP slúži → **doľechenie, rehabilitácia P v stabilizovanom stave, so stabilnou, chronickou medikáciou**
- **cieľ** - nastavenie intervencií a ich realizácia vedúca k zlepšeniu ZS a celkovej kondície P s cieľom návratu nemocných do domácej péče
 - ďalšie zaistenie P → so zameraním na komplexné zabezpečenie individuálnych potrieb P
- I kritéria - P so stanovenou dg. → jeho stav vyžaduje pokračovanie hospitalizácie v zariadení typu následnej péče za podmienok, že nemôže byť liečený / ošetrovaný vo vlastnom social. prostredí a má určitý potenciál k zlepšeniu

Dlhodobá péče - rieši handicap pacienta

- ① - **lôžková** - péče, kt. **nelze poskytovať vo vlastnom soc. prostredí** alebo ZS vyžaduje poskytovanie intenzívnej ošetrovateľskej péče
- ② **ambulantná**
- poskytovaná P, ktorých ZS **nelze liečebnou péčou zlepšiť** a bez sústavného poskytovania ošetrovateľskej péče sa zhoršuje
 - patrí sem **dlhodob. ošetr. ZdP** poskytovaná v rámci jednotlivých odborov charakterizovaných ako **ošetrovací denný**
 - ošetrovat. odd.
 - odd. zdravotne-sociálnej péče
 - DOP = odd. dlhodob. intenzívnej ošetrov. péče → o P s poruchou vedomia, závažným postihnutím
 - hospicová a paliatívna péče
 - maximum péče je sústredené na - **ošetrovateľstvo, enterálnu výživu, kompenzačnú a mobilizačnú a polohovaciu pomoc**
 - **CIEL** - nastavenie intervencií a ich realizácie vedúca k 
 - stabilizaci ZS
 - prechodu dopaliativni péče
 - riešenie ďalšieho zaistenia P a komplexné zabezpečenie jeho individuálnych potrieb

Komunitná péče (komunita = spoločnosť) → súhrn osôb žijúcich v určitom vymedzenom priestore, kde vykonávajú každodenné aktivity a obvykle tvoria autonómnu jednotku

- široký súbor služieb, programov a zariadení
- tvoria ju zdravotné, sociálne a ďalšie služby, ktoré sú poskytované nemocným, ale i zdravým občanom, rodinám = skupinám určitej komunity
- dopĺňajú primárnu péču

- cieľ - pomoc ľuďom so zdrav. problémami, tak aby mohli žiť čo najviac v podmienkach bežného života

- princípy komunitnej práce a péče

- podporuje prijítenie zmeny a schopnosť riešiť problémy so zmenou súvisiace
- vzťahuje problémy jedince k zdrojom a možnostiam danej komunity
- v riešení problémov zapája členov komunity, príp. ďalšie inštitúcie a organizácie
- zodpovednosť a kompetencie členov problémy prijať a riešiť
- postarať sa o rizikové členy komunity
- poskytuje objektívne informácie v procese edukácie
- pomáha vytvárať podporne projekty, ako konkrétne problémy riešiť

Komunitný plán pre seniorov definuje ciele a opatrenia na určité roky:

- zaisťovať sieť social. služieb
- podpora rodinnej péče
- osobná asistencie
- agentúry domácej péče
- pečovatelské služby
- centrá denných služieb

Case manager = profesionál (zdravotník alebo social. pracovník)

- vyhľadáva seniory
- poskytuje im cenne rady
- sprostredkovať potrebné soc. a zdrav. služby

Cieľ - dosiahnuť účelnej, koordinovanej a komplexnej péče o seniora