

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 vyrovnaný 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 zadluhuje 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

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 nepřímě 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) **Liberalní 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 vazy 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.

Státnicové otázky VŠEO 2023/2024

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) **Druhové 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.

Výdaje ve zdravotnictví celkem přesahují 400 mld (476 mld v roce 2019 dle ČSÚ) a přibližně 65 % jsou výdaje zdravotních pojišťoven, 16 % jsou výdaje státního rozpočtu a 13 % jsou přímé výdaje domácností. Zbytek, cca 6 % je hrazeno místními rozpočty, soukromým pojištěním, neziskovými organizacemi a závodní preventivní péčí.

Zdravotní pojišťovny hradí zdravotní péči na základě různých mechanismů. V ČR jsou používány mechanismy kapítace, 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 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”)
- 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.

Mix mechanismů si obvykle klade za cíl vynakládat zdroje efektivně, účinně a hospodárně, tak aby byla zajištěna kvalita, dostupnost a ekonomická udržitelnost péče.

Zdroje:

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

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%2CObn%2CBodyReziji%2CBodyCelkem%2CRevize%2CDetail>

<https://www.mzcr.cz/uhradova-vyhlaska-2023/>

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 nemoci 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; Přípravuje zákony, vyhlášky; Účast ve správních a dozorních orgánech zdravotních pojišťoven; Provádí kontrolní činnost.

Ministerstvo financí:

- Přípravuje zákony, vyhlášky v oblasti finanční; Účast ve správních a dozorních 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 přeučtování zdravotní péče poskytnuté cizincům v ČR a našim pojištěncům v zahraničí.

Doporučená literatura:

BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví - Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění.

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění.

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

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 právnickou 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.

Doporučená literatura:

Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění.

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

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 ozdravná 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 finančně 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.

Lékárenská 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 péčí 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.

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.

Státnicové otázky VŠEO 2023/2024

7. Kvalita zdravotní péče a její hodnocení

QMS Quality Management system: ve zdravotnictví je systém spravující kvalitu, který je navržen k zajištění a udržení vysoké úrovně kvality v poskytování zdravotní péče. Tento systém integruje procesy, postupy a zodpovědnosti, aby organizace v oblasti zdravotnictví mohly naplnit očekávání pacientů (kvalita očima pacienta) a zároveň dodržovat legislativní a etické normy a předpisy.

Hlavní prvky QMS ve zdravotnictví zahrnují:

1. Politika kvality stanovuje cíle a záměry organizace v oblasti poskytování kvalitní zdravotní péče. Definuje závazek k dodržování normativních požadavků a zlepšování kvality.
2. Standardizace postupů a procesů, které ovlivňují kvalitu péče od diagnostiky po léčbu a sledování. Včetně postupů pro identifikaci pacientů, hodnocení a kontrolu rizik v poskytování péče.
3. Zodpovědnost a role. Stanovení zodpovědnosti jednotlivých pracovníků a týmů za dosahování cílů kvality. Určuje role a odpovědnosti v rámci vedení a mezi členy zdravotnického týmu.
4. Nastavení systému sledování a hodnocení kvality, implementuje mechanismy pro sledování výkonu v oblasti kvality a bezpečnosti péče.
5. Provádí pravidelné hodnocení a revize QMS k zajištění jeho účinnosti a přizpůsobení se změnám.
6. Nastavuje systém vzdělávání a školení, poskytuje programy vzdělávání a školení pro zaměstnance, aby byli schopni plnit své role v souladu s cíli QMS. Zajišťuje udržitelný rozvoj dovedností a znalostí v oblasti bezpečnosti a kvality péče.

Kvalitu zdravotní péče ovlivňují kulturní, sociální a ekonomické prostředí, systém vzdělávání a odměňování, legislativa, konkurence, poptávka a nabídka.

Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, *je poskytovatel rovněž povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést **interní systém hodnocení kvality a bezpečí**. (§ 47 odst. 3 písm. B).* Plnění standardů se vyhodnocuje minimálně:

- a) z otevřené zdravotnické dokumentace každého lůžkového pracoviště v rozsahu minimálně **1 %**.
- b) z uzavřené zdravotnické dokumentace u minimálně **3 %** hospitalizovaných.

Risk management – řízení rizik

Ve zdravotnictví je risk management nezbytným prvkem pro dosažení bezpečné a kvalitní péče. Organizace mohou používat různé nástroje a metodiky pro provádění těchto procesů a často se také řídí normami a standardy specifickými pro zdravotnictví. Je proces **identifikace, hodnocení a řízení rizik**, které mohou ovlivnit kvalitu péče, bezpečnost pacientů, nebo efektivitu provozu v zdravotnických zařízeních (ZZ). Tento proces má za cíl minimalizovat nežádoucí události a maximalizovat přínosy pro pacienty a ZZ.

1. Identifikace rizik:

Identifikace potenciálních hrozeb a nežádoucích událostí spojených se zdravotní péčí. To může zahrnovat diagnostické chyby, komplikace při léčbě, chyby v lékovém podání atd. Epidemiologická a demografická rizika.

2. Hodnocení rizik:

Stanovení pravděpodobnosti výskytu rizika a míry jeho dopadu. Hodnocení umožňuje organizaci určit priority a zaměřit se na nejvíce kritické oblasti.

3. Řízení rizik:

Vyvinutí a implementace opatření pro minimalizaci rizik. To může zahrnovat změny v procesech, lepší komunikaci mezi členy týmu, efektivní komunikace je klíčovým prvkem risk managementu. Zahrnuje sdílení informací o rizicích mezi členy týmu, pacienty a dalšími zainteresovanými stranami. Zlepšení zdravotnické dokumentaci (elektronizace zdravotnické dokumentace nebo investice do technologií).

4. Analýza nežádoucích událostí:

Průzkum a analýza incidentů nebo nežádoucích událostí k určení příčin a implementaci preventivních opatření.

Nejčastější typy pochybení ve zdravotní péči:

- | | |
|---|-----|
| • chybná diagnóza a nesprávná léčba | 40% |
| • medikační chyby | 28% |
| • chyby a omyly během vyšetření, ošetření | 23% |

Pochybení s následkem smrti

- | | |
|-------------------------|-----|
| • technické omyly | 44% |
| • chybná diagnóza | 17% |
| • poranění při výkonech | 12% |
| • medikační chyby | 10% |

Literatura:

ČESKO. Nařízení vlády č. 114 ze dne 6. dubna 2011, kterým se mění nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 42, s. 1090–1096. Dostupné také z: <http://www.pracovni-lekarstvi.cz/files/seznam%20NzP%20NV%20114-2011.pdf>

ČESKO. Nařízení vlády č. 272 ze dne 24. srpna 2011 o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 97, s. 3338–3351. Dostupné také z: <http://www.khsova.cz/01%20legislative/files/272%202011.pdf>

ČESKO. Vyhláška č. 307 ze dne 13. Června 2002 o radiační ochraně. In: Sbírka zákonů České republiky. 2002, částka 113, s. 6362. Dostupná také z:
<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=53646&nr=307~2F2002&rpp=15#local-content>

ČESKO. Vyhláška č. 419 ze dne 18. září 2002 o osobních radiačních průkazech. In: Sbírka zákonů České republiky. 2002, částka 155. Dostupná také z: <http://cit.vfu.cz/vetleg/CD/predpisy/Ionizujici/419-2002.htm>

GLADKIJ, Ivan a kol. Management ve zdravotnictví. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. xii, 380 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8.

IVANOVÁ, Kateřina. Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví. Vyd. 1. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

MADAR, Jiří a kol. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

ŠAMAJ, Martin. Krizový management ve zdravotnictví
Management rizik. Nakladatelství UPOL . 2016. ISBN 978-80-244-5086-5 (online: PDF) DOI:
10.5507/fzv.16.24450865

Státnicové otázky VŠEO 2023/2024

8. Získávání způsobilosti k výkonu lékaře a nelékařských zdravotnických povolání, ČLK

- **ČLK – garant kvality lékařské péče a strážce etiky výkonu lékařského povolání, který hájí profesní zájmy svých členů tak, aby lékaři mohli své povolání vykonávat co nejlépe. ČLK vznikla na principu subsidiarity – znak demokratické společnosti – rozhodování občanů na co nejnížší možné úrovni je kvalifikovanější než zásahy „osvícených“ úředníků z centra. Každý, kdo vykonává lékařské povolání na území ČR, musí být členem Komory.**
- **Kompetence ČLK definuje zákon** (zákon č. 220/1991 Sb. v platném znění). Tak jako každý občan spadá pod pravomoc státu, každý příslušník daného svobodného povolání patří pod pravomoc **státem zřízené profesní komory. ČLK je nezávislá** – financována z příspěvků na činnost od registrovaných lékařů („členů“) **a demokratická** – rovné právo volit a být volen (právo – nikoliv volební povinnost). Má-li komora plnit své funkce, musí dosáhnout na všechny lékaře a musí mít příslušné kompetence.
- **Orgány ČLK: okresní sdružení lékařů (OSL) - základní článek komory; OKRESNÍ SHROMÁŽDĚNÍ** – schází se minimálně jedenkrát do roka, právo účasti mají všichni členové
 - schvaluje zprávy o činnosti představenstva, čestné rady a revizní komise OSL
 - volí (a odvolává) předsedu OSL, členy představenstva, čestné rady a revizní komise OSL. Dále podle příslušného klíče (velikost OSL) volí delegáty sjezdu ČLK.
- **Představenstvo OSL – řídí činnost OSL mezi okresními shromážděními lékařů**
- **Revizní komise OSL**
 - Kontroluje činnost okresního sdružení, pozastavuje rozhodnutí představenstva, je-li v rozporu s právními předpisy, řády a ostatními předpisy komory (pozastavené rozhodnutí předloží okresnímu shromáždění, které o něm rozhodne). Prošetřuje stížnosti na členy OSL a podává návrh na zahájení disciplinárního řízení (obdoba prokuratury).
- **Čestná rada OSL**
 - Vykonává disciplinární pravomoc vůči členům OSL (obdoba soudu). Může uložit za porušení povinností člena komory jako disciplinární opatření důtku nebo pokutu (od 2000 do 20 000)
- **Sjezd delegátů**
 - Nejvyšší orgán ČLK, který svolává představenstvo ČLK minimálně jednou do roka. Schvaluje, mění a ruší stanovské předpisy (řády komory), volí a odvolává představenstvo, prezidenta a viceprezidenta ČLK, revizní komisi ČLK a čestnou radu ČLK. Rozhoduje o dalším směřování ČLK, vyjadřuje se k zásadním otázkám českého zdravotnictví a lékařské profese
- **Revizní komise ČLK**
 - Kontroluje činnost ČLK a má pravomoc pozastavit výkon rozhodnutí prezidenta, viceprezidenta, okresního shromáždění i představenstva ČLK, jsou-li v rozporu s právními předpisy, organizačním řádem a ostatními předpisy komory
- **Čestná rada ČLK**

- Vykonává disciplinární pravomoc vůči všem členům komory. Může uložit za závažné porušení povinností člena komory jako disciplinární opatření pokutu od 3000 do 30 000 Kč, podmíněné vyloučení z komory a vyloučení z komory. Zabývá se námitkami proti rozhodnutím disciplinárních orgánů OSL.
- **Představenstvo ČLK**
 - Řídí činnost ČLK mezi sjezdy jak navenek (např. vůči orgánům státní správy), tak dovnitř organizace (např. vede seznam členů či hospodaří s majetkem ČLK).
- **Prezident a viceprezident ČLK**
 - Komoru navenek zastupuje prezident. Současným prezidentem ČLK je **MUDr. Milan Kubek**. Prezidenta komory v případě jeho nepřítomnosti a v rozsahu pověření zastupuje viceprezident.
- **Povinnosti komory**
 - Dbá, aby její členové vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komory,
 - Zaručuje odbornost svých členů a potvrzuje splnění podmínek k výkonu povolání – vydává osvědčení (licence),
 - Posuzuje a hájí práva a profesní zájmy svých členů,
 - Chrání profesní čest svých členů,
 - Vede seznam členů.

Získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání

Profesionální role lékaře a zdravotní sestry a ostatních pracovníků majících status zdravotníka podle **zákona 95/2004 Sb., a 96/2004 Sb.** patří do tzv. „pomáhajících povolání“. Člověk v pomáhajícím povolání se často setkává s lidmi, kteří zpravidla potřebují přijetí, porozumění, spoluúčast. Často nejsou nutná ani slova, stačí, když tyto projevy vytvářejí určitou atmosféru, která pacienty či klienty povzbuzuje. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí.

Získávání odborné, specializované a zvláštní specializované způsobilosti k výkonu lékaře:

je stanoveno v Zákoně č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (tj. v platném znění zákona a ve znění novely č. 67/2017 Sb. ve znění pozdějších předpisů (aktuální znění do 31.12.2023), že způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta má ten, kdo je

a) odborně způsobilý; b) zdravotně způsobilý; c) bezúhonný.

Odborně způsobilý k výkonu zdravotnického povolání je ten lékař, který absolvoval studijní program všeobecné lékařství. Specializovaná způsobilost opravňuje vykonávat samostatně činnost v oboru – ekvivalent původní I. atestace. Organizace vzdělávání – decentralizována na lékařské fakulty a IPVZ (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví). Pravidla pro získávání specializované způsobilosti upravuje směrnice 2005/36/ES, kterou zákon 95/2004 Sb. zpracoval a upravil.

Specializační vzdělávání se **skládá ze základního kmene** (základní kmen = specializace prvního stupně v základních oborech), **na který navazuje vzdělávání ve vlastním specializovaném výcviku**. Účast na vzdělávání v prvním základním kmenu a v prvním specializačním oboru, se podle zákoníku práce považuje za **zvyšování kvalifikace**. Další vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace. Délka

vzdělávání v základním kmeni je 30 měsíců a je ukončena zkouškou. Podmínkou pro přihlášení ke zkoušce je *splnění všech požadavků pro získání teoretických znalostí a praktických dovedností stanovených prováděcím právním předpisem*. Složení zkoušky po ukončení vzdělávání v základním kmeni je jednou z podmínek pro přihlášení k atestační zkoušce. Jsou-li splněny požadavky (uvedené zde kurzívou), lze pokračovat ve vzdělávání ve vlastním specializovaném výcviku i tehdy, nebyla-li dosud složena zkouška.

Odborný dozor – výkonem povolání lékaře pod odborným dozorem se rozumí výkon činností lékaře s odbornou způsobilostí před získáním certifikátu o absolvování základního kmene

Odborný dozor vykonává lékař se specializovanou způsobilostí přítomný ve zdravotnickém zařízení, ve kterém vykonává činnost lékaře s odbornou způsobilostí, s fyzickou dosažitelností lékaře se specializovanou způsobilostí do 15 minut.

Bez odborného dozoru může lékař s odbornou způsobilostí vykonávat činnosti, které odpovídají rozsahu znalostí a dovedností získaných pregraduálním studiem a které jsou stanovené prováděcím právním předpisem. Lékař s odbornou způsobilostí může před získáním certifikátu o absolvování základního kmene vykonávat další činnosti v rozsahu, který mu písemně stanoví jeho školitel, a to pod odborným dohledem.

Odborný dohled – výkonem povolání lékaře pod odborným dohledem se rozumí výkon činností lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene.

Odborný dohled vykonává lékař se specializovanou způsobilostí, a to nepřetržitou telefonickou dostupností a fyzickou dosažitelností zdravotnického zařízení, ve kterém vykonává činnost lékaře s odbornou způsobilostí, do 30 minut.

Bez odborného dohledu může lékař s odbornou způsobilostí a s certifikátem o absolvování základního kmene vykonávat činnosti, které odpovídají rozsahu znalostí a dovedností získaných vzděláváním **v základním kmeni**, a které jsou stanovené prováděcím právním předpisem, revizní činnost podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění, a další činnosti v rozsahu, který mu písemně stanoví jeho školitel. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen zajistit výkon odborného dozoru a odborného dohledu.

Specializační vzdělání probíhá jako celodenní průprava v akreditovaných zařízeních v rozsahu odpovídající stanovené týdenní době (tj. 40 hodin) U rozvolněné přípravy nesmí být úvazek nižší než 0,5, v případě mateřské nebo rodičovské dovolené nižší než 0,20. Specializační vzdělávání se uskutečňuje v základním pracovněprávním vztahu nebo ve služebním poměru. Specializační obory specializačního vzdělávání lékaře, označení odbornosti, základní kmene pro jednotlivé obory specializačního vzdělávání a minimální délka specializačního vzdělávání jsou uvedeny v příloze č. 1 k zákonu 95/2004 Sb.

Akreditované zařízení, které poskytuje lůžkovou péči, jmenuje pro každý akreditovaný obor **garanta oboru. Garant oboru přidělí každému účastníkovi specializačního vzdělávání školitele**. Školitelem může být pouze zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí a s minimálně **tříletou odbornou praxí po získání specializované způsobilosti v oboru**. Pokud má akreditované zařízení pouze jednoho školitele, je tento školitel současně garantem oboru a musí splňovat podmínky určené pro garanta oboru – **pět let praxe po získání specializované způsobilosti**.

Zvláštní specializační způsobilost (ZSZ) – tzv. nástavbový obor prohlubuje získanou specializovanou způsobilost – Vyhláška č. 152/2018 Sb. o nástavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů. Vzdělávání v nástavbovém oboru uskutečňuje akreditované zařízení, trvá minimálně 1 rok. Vzdělávací

program stanoví délku, rozsah a obsah vzdělávání v nástavbovém oboru, zejména počet hodin praktického a teoretického vyučování, a výuková pracoviště, na kterých probíhá.

Získaná **odborná, specializovaná a zvláštní specializovaná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání**, které lékař dosáhl, zůstává přerušáním výkonu povolání lékaře nedotčena.

Celoživotní vzdělávání lékařů (CŽV)

Systém CŽV lékařů slouží k prohlubování odborné způsobilosti lékaře pro výkon povolání v léčebné a preventivní péči. **Každý lékař – člen ČLK má povinnost účastnit se systému celoživotního vzdělávání lékařů.** Podmínky jsou dány Stavovským předpisem č. 16 ČLK, nazvaným Systém celoživotního vzdělávání lékařů ČLK, který je v souladu s dalšími stavovskými předpisy. V Preambuli Stavovského předpisu se uvádí: ČLK za účelem zajištění kvalitního celoživotního vzdělávání lékařů iniciovala vznik „Asociace pro celoživotní vzdělávání“, jejímiž členy by se vedle ČLK staly i další subjekty pořádající celoživotní vzdělávání lékařů, - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, lékařské fakulty a další.

Formy a výstupy CŽV:

a) vzdělávací akce pořádané ČLK; není-li stanoveno či nevyplývá-li z povahy věci jinak, rozumí se ČLK i okresní (obvodní) sdružení ČLK (dále též „OS ČLK“), b) vzdělávací akce pořádané subjekty sdruženými v asociaci CŽV, c) vzdělávací akce pořádané subjekty provádějícími CŽV dle zákona d) klinické stáže a klinické dny, e) publikační a přednášková činnost, f) studium odborné literatury s autodidaktickými testy, g) elektronické formy vzdělávání.

Jednotlivé vzdělávací aktivity jsou ohodnoceny kredity, podmínky ocenění vzdělávacích aktivit musí být v souladu se Stavovským předpisem. Účast lékaře na vzdělávací akci pořadatelé lékařů potvrdí písemným dokladem o počtu získaných kreditů nebo potvrzením v indexu vzdělávání. K účasti lékaře v systému CŽV lékařů bude komora přihlížet při zaujímání stanovisek k uchazečům ve všech výběrových řízeních. Lékař, který žádá o vydání dokladu o účasti v systému celoživotního vzdělávání – Diplom CŽV náleží lékaři, pokud za období posledních pěti let získal minimálně 150 kreditů.

Získávání odborné způsobilosti – nelékaři:

Zákon 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, platný aktuálně do 31.12. 2023). Pro účely tohoto zákona se rozumí zdravotnickým povoláním souhrn činností při poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona, zejména **ošetřovatelské péče** (povolání všeobecná sestra) a **péče v porodní asistenci**. Dále jsou upravovány podmínky pro ergoterapeuty, radiologické asistenty, zdravotní laboranty, zdravotně sociální pracovníky, optometristy, ortoptisty, asistenty ochrany a podpory veřejného zdraví, nutriční terapeuti, ortotika-protetika, zubní techniky, dentální hygienisty, zdravotnické záchranáře, farmaceutické asistenty, biomedicínské a radiologické techniky, adiktology, praktické sestry, behaviorální analytiki, fyzioterapeuty, psychology ve zdravotnictví a dalších.

Za výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý; zákon 96/2004 Sb., stanoví činnosti, které zdravotnický pracovník může vykonávat bez **indikace, které vykonává na základě indikace a které pod přímým vedením lékaře**, zubního lékaře, farmaceuta, klinického psychologa nebo klinického logopeda.

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. podpůrcí – 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. Své 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 nejmeně 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 nález, 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 patogenezi (mechanismus vzniku, průběhu a zakončení nemoci), nebo etiopatogenezi (celkový pohled na příčinu, vznik a průběh nemoci).

SRZ (organizace a financování zdravotnictví)
otázka č. 10: Evropské a národní strategie v péči o zdraví, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

PhDr. Mgr. Lubica Juríčková, Ph.D.

A) Evropská a národní strategie v péči o zdraví

Oblast zdravotní péče v ČR je nedílnou součástí základních strategických materiálů a vládních dokumentů. ČR je členem mnoha mezinárodních organizací, z nichž nejvýznamnější, z hlediska resortu zdravotnictví, je **Světová zdravotnická organizace** (World Health Organization, WHO).

Základními evropskými programy WHO, zaměřenými na podporu zdraví a snižování nerovností ve zdraví, jsou například tyto programy: Zdraví 21, Zdraví 2020, Zdraví a blahobyt a Agenda 2030 pro udržitelný rozvoj v evropském regionu. ČR při tvorbě **Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030** (dále **Zdraví 2030**) vycházela i z těchto evropských programů.

Strategické dokumenty mezinárodních organizací kladou důraz **na prevenci a podporu zdraví celé populace a na udržitelnost a efektivitu zdravotnického systému.**

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**
- 3. Podpora vědy a výzkumu.**

Zdraví 2030 také 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**

B) Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

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, včetně dospělých osob s omezenou svéprávností.**

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:

- a) stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a
- b) nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

K tématu blíže viz prezentaci (Juríčková, Evropská a národní strategie v péči o zdraví a Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, 2023).

Povinná literatura k otázce č. 10 je uvedena v prezentaci.

11. DOPORUČENÉ POSTUPY VE VEŘEJNÉM ZDRAVOTNICTVÍ, KLINICKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY

Co je to klinický doporučený postup?

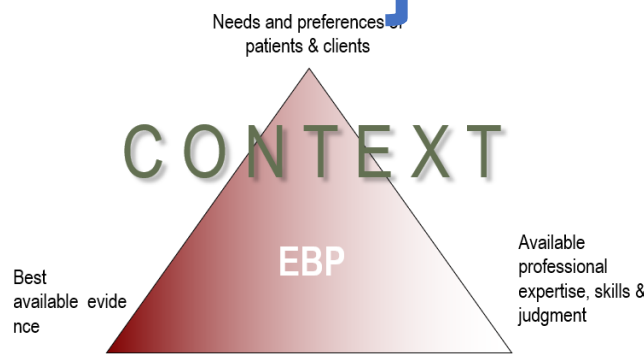
Definice KDP: „systematicky vytvářená stanoviska, pomáhající lékařům a pacientům ve specifických klinických situacích rozhodovat o přiměřené zdravotní péči.“

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**:

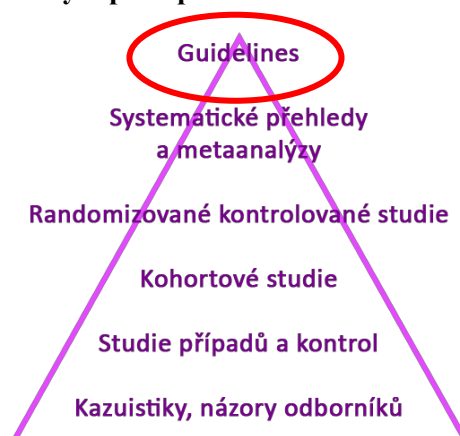
- 1) nejlepší dostupný vědecký důkaz
- 2) klinická zkušenost a znalosti lékaře
- 3) pacientovy preference, potřeby a přání

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	Střední ⊕⊕⊕○
		Nekonzistence	Gradient dávky a odezvy	Nízký ⊕⊕○○
Observační studie	Nízká spolehlivost	Nepřímost	Věrohodné matoucí faktory:	Velmi nízký ⊕○○○
		Nepřesnost	-by snižovaly prokázanou účinnost, -by naznačovaly falešnou účinnost, v případě, že nebyla žádná účinnost zjištěna.	
		Publikační zkreslení		

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/>

Doporučené postupy ve veřejném zdravotnictví

Odlišná/specifická definice pro doporučené postupy pro VZ neexistuje. Vždy záleží na zaměření doporučeného postupu, review otázkách daného doporučeného postupu a očekávaných výstupech. V podstatě každý klinický doporučený postup má potenciál mít dopad od VZ.

Podle toho, jak lze na doporučený postup nahlížet, může pomoci spíše rozdělení na **individual perspective** a **population perspective**.

Z hlediska veřejného zdravotnictví bývají doporučené postupy zaměřeny nejčastěji na otázky týkající se vakcinace, prevence (V ČR v současné době je to zejména otázka sekundární prevence a screeningu), doporučení v oblasti hygieny apod.

Celosvětově tady: <https://www.who.int/publications/who-guidelines>

V ČR: stránky ÚZIS nebo NIKEZ, kde lze nalézt doporučené postupy s dopadem do VZ.

Literatura:

DEWIDAR O., LOTFI T., LANGENDAM M. W., PARMELLI E., SCHUNEMAN, H. J. et al Good or best practice statements: proposal for the operationalisation and implementation of GRADE guidance (Článek v odborném periodiku) BMJ EVIDENCE-BASED MEDICINE, rok: 2023, <https://ebm.bmj.com/content/28/3/189>

SHEKELLE, P., WOOLF, S., GRIMSHAW, J.M. et al. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. Implementation Sci 7, 62 (2012). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-62>

WOOLF, S., SCHÜNEMANN, H.J., ECCLES, M.P. et al. Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. Implementation Sci 7, 61 (2012). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-61>

www.kdp.uzis.cz

www.nikez.mzcr.cz

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

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 kojenecká 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 znamenají 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 propustnosti 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

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.

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 častostí a délkou trvání, věkem postižených osob, ovlivnitelností jejich vzniku a průběhu, masívnost 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.

Literatura a prameny:

BÁRTLOVÁ, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.

GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z. (2005). *Propedeutika sociálního lékařství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1120-2.

ČELEDVÁ, L., HOLČÍK, J. a kol. (2017) *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3819-5

CHRASTINA, J., IVANOVÁ, K., ŽIAKOVÁ, K., SCHWETZOVÁ, D. a V., VRÁNOVÁ. (2011). Chronická nemoc, její definování a chápání pohledem nemocného a rodinných příslušníků. In: ČÁP, J. a K., ŽIAKOVÁ, eds.: *Teória, výskum a vzdelavanie v ošetrovatelstve*. Martin: Jeseniova lekárska fakulta. ISBN 978-80-89544-00-4.

IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L. a I. GLADKIJ. (2013). *Medicína a spoločnosť*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3446-9.

IVANOVÁ, K. a kol. (2020). *Sociální lékařství*. Olomouc: Vydavatelství UP. ISBN 978-80-244-5326-2

JANEČKOVÁ, H. a HNILICOVÁ, H. (2009) *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-592-9.

MACKENBACH JP et al. (2017). Persistence of social inequalities in modern welfare states: Explanation of a paradox. *Scand J Public Health*: 45(2):113-120.

MACKENBACH JP et al. (2017). Determinants of the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality: A study of 17 European countries. *Health Place*: 21; 47:44-53.

PARSONS, T. (1975). The sick role and role of the physician reconsidered. In: *Milbank Memorial Fund quarterly*, Vol. 53, No. 3, p. 257–278. ISSN 0026-3745.

JAMESE, P., M., LIAM, A. SCERRI and M., STEGER. (2015). *Urban sustainability in theory and practice. Circles of sustainability*. London: Routledge. ISBN: 978-1-138-02573-8 (pbk). ISBN: 978-1-15-76574-7 (ebk).

KAŇOVÁ, P. (2002). *Sociální determinanty zdraví a sociální nerovnosti ve zdraví*. Diplomová práce. Brno: Fakulta sociálních studií.

LALONDE, M. (1978). *A New Perspective on the Health of Canadians*. A working document. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. ISBN 0-662-50019-9

LINK, B.G., PHELAN, J.C. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (Extra Issue), pp. 80-94.

ŠLACHTOVÁ, H. (2005). *Sociální epidemiologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-089-0.

WILKINSON, R., and M. MARMOT (2003). *Social determinants of Health. The Solid facts*. Copenhagen: Regional Office for Europe. ISBN 92 890 1371 0.

ŽÁČEK, A. (2000). Determinanty zdraví a zdravotní politika. Část 3. Od intervence ke kvalitě života. *Časopis lékařů českých*, Vol. 139, č. 6, s. 163–165.

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 **přerušení 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.

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. Juríčková
Olomouc 2023-09-05

Otázka k SRZ č. 15 - SHRNUTÍ – 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 stáří** ve věku 60 let, věk 60–74 je označován jako vlastní stáří, věk 75-89 jako sénium, věk 90 a více let jako patriarchum. Sociální stáří 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 stářím: 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 stáří, 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 provázat 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, multikauzální 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 nesusoudě 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 **ošetřovací 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.

- Juríčková, L. (2018). Péče o zdraví lidí se specifickými potřebami. Senioři. In Ivanová, K. a kol. *Sociální lékařství*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany*. Grada Publishing.
- Kalvach, Z. a kol. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Grada Publishing.