

Zdravotní péče v Kanadě

O podlomeném systému kanadského zdravotnictví, jeho financování, nadějích na jeho zlepšení, platech lékařů a problémech přispívajících k jejich frustraci a demoralizaci s Davidem Sinyorem z McGill University v Montrealu.

Deprese, zaměstnávání handicapovaných, ePreskripce, dlouhodobá péče

Poptávka po psychiatrických službách narůstá, co můžeme čekat v budoucnosti? Je zaměstnávání handicapovaných charita, nebo spíše business? Výhody elektronického receptu. Dočká se dlouhodobá péče potřebných podmínek?

SOCIÁLNÍ POLITIKA A ZDRAVOTNICTVÍ

STATUS QUO VERSUS NOVÉ SMĚRY

obsah



6 | Zdravotní péče v Kanadě – podlomený systém?

ROZHOVOR | TÉMA O podlomeném systému kanadského zdravotnictví, nadějích na jeho zlepšení, platech lékařů a problémech přispívajících k jejich frustraci a demoralizaci.

Rozhovor s Davidem Sinyorem



10 | Dočká se dlouhodobá péče potřebných podmínek?

ANALÝZA | TÉMA Podívejme se, jaké jsou determinanty systému dlouhodobé péče a co nám dnes ještě k jeho realizaci chybí. Jaká jsou ta potřebná politická rozhodnutí, která se musí promítnout do legislativy a do změny procesů?

Autor Jiří Schlanger



12 | Zkvalitnění dětských práv?

ANALÝZA | TÉMA Novela zákona č. 359/1999 Sb., o sociálněprávní ochraně dětí, která byla v Poslanecké sněmovně projednávána pod číslem sněmovního tisku 564, byla předložena Ministerstvem práce a sociálních věcí jako součást celkové reformy vedoucí ke zkvalitnění systému péče o ohrožené děti.

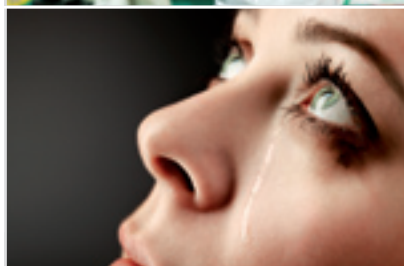
Autorka Lenka Kohoutová



16 | Elektronické recepty – chtějme více!

ANALÝZA | TÉMA Recept je poukazem na výdej léku v lékárně a na proplacení léku zdravotní pojišťovnou. Recept je jednoduchý. Najdeme na něm identifikační údaje pacienta, údaje předepisujícího lékaře a údaje o předepsaném léku...

Autor Milan Cabrnach



20 | Deprese včera, dnes a zítra

ANALÝZA | TÉMA V dnešní době je velká poptávka po psychiatrických a psychologických službách. Stále častěji se hovoří o depresivních poruchách a zvyšování spotřeby antidepresiv. Jak tomu bylo dříve, jaké jsou důvody tohoto nárůstu a co můžeme očekávat v budoucnosti?

Autorka Dagmar Blahutová



24 | Co přinesla novela zákona o DPH do zdravotnictví

ANALÝZA | TÉMA S účinností od 1. 1. 2013 zaznamenal zákon o DPH významné změny, které byly schváleny až v závěru roku 2012, a to v rámci dvou novel. Jednou z nich byl tzv. „protischodkový balíček“ a druhou byla tzv. „technická novela“.

Autorka Simona Fialová



CI Time

Odborný analytický měsíčník
Číslo 2
Ročník III.
Únor 2013

Vydává

CI Consult & Research, s.r.o.
IČ: 24772461
Jungmannova 29/19,
110 00 Praha 1, Nové Město

Kontakty

Telefon: 224 054 087
www.cicar.cz, citime@cicar.cz

Redakce

Šéfredaktor

Ladislav Mrklas

Odborní konzultanti redakce

Ivan Langer, Josef Šíma

Tajemnice redakce

Petra Viktorová

Art director

Ivo Kubát (Multimedia Atelier)

Vedoucí redaktori rubrik

Jan Jireš (mezinárodní vztahy
a bezpečnost)

Petr Sokol (evropská politika)

Marek Buchta (veřejný marketing)

Ludmila Habadová (zdravotní
a sociální politika)

Petr Stiegler (IT)

Jaroslav Salivar (vnitřní

bezpečnost)

Luboš Jemelka (legislativa a právo)

Stálí spolupracovníci

Radovan Ďurana,

Luboš Jemelka, Jiří Kozák,

Jakub Kríž, Ondřej Mátl,

Jan Průša, Václav Rybáček,

Ladislav Tajovský

Jazyková korektura

4JAN Public Relations, s.r.o.

Fotografie

str. 2–5, 10–13, 16–17,

20–27 eu.fotolia.com,

str. 14–15 čtk

Registrace MK ČR E 19998,

ISSN 1804-8099

Milí čtenáři!

V loňském květnovém vydání analytického časopisu CI Time jsme se věnovali dlouhodobé péči jako jednomu ze zásadních fenoménů soudobé medicíny a sociální péče. Nyní se znovu vracíme k tématu zdravotnictví a sociální politiky. Konkrétně k tématům, které v těchto oborech představují výzvy a jsou jistými symboly rozhodování mezi udržováním statu quo a novými trendy. Činíme tak mimo jiné proto, že svou finální podobu získala nabídka Centra zdravotně-sociálních studií vysoké školy CEVRO Institut, které připravilo unikátní postgraduální manažerský vzdělávací program Master of Public Administration (MPA) – Řízení ve zdravotní a sociální péči (více o programu na www.cevroinstitut.cz). Většina textů v tomto čísle pochází z pera osobností, které jsou s centrem a novým programem spojeny.

Vstupní analýzu, která se zabývá pohledem české veřejnosti na zdravotní péči, napsala odpovědná redaktorka tohoto čísla Ludmila Habadová. Trend je naprosto jasný, Češi jsou s péčí víceméně spokojeni, avšak zároveň odmítají úsporná opatření i zvyšování spoluúčasti.

Stejná autorka připravila rozhovor s kanadským psychologem Davidem Sinyorem z McGill University v Montrealu. Rozhovor je věnován stavu a perspektivám kanadského zdravotnictví, které patří k výrazně etatizovaným zdravotním systémům.

Další texty se pak věnují dílčím, nicméně závažným a v mnoha ohledech kontroverzním problémům. Bývalý náměstek ministra zdravotnictví Jiří Schlanger se vrací k tématu dlouhodobé péče, zejména pak k její legislativní úpravě. Poslankyně Lenka Kohoutová, jež se léta věnuje otázkám sociální péče, píše o nedávno přijatém zákoně o sociálněprávní ochraně. Psycholožka Jana Majerová přispěla analýzou tzv. chráněného trhu práce. Poslanec Evropského parlamentu Milan Cabrnoch se ve svém příspěvku věnuje výhodám elektronických receptů. O bariérách ve veřejné dopravě píše předsdkyně Pražské organizace vozíčkářů Jaroslava Franková. Psychiatrická Dagmar Blahutová se zabývá příčinami, stavem a perspektivami depresivních poruch. Textem z trochu jiného soudku přispěla tajemnice Centra zdravotně-sociálních studií Lucie Litomiská, která píše o institucích, jež se v Česku na vědecké bázi věnují zdravotní a sociální politice. Daňová poradkyně Simona Fialová upozorňuje na změny, které přinesla novela zákona o DPH do českého zdravotnictví. Ředitel odboru posudkové služby na Ministerstvu práce a sociálních věcí Rostislav Čevela přibližuje postavení a funkci lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení.

S přáním inspirativního čtení

Ivan Langer,
*zakladatel společnosti
a odborný konzultant redakce*

Ladislav Mrklas,
*zakladatel společnosti
a šéfredaktor*

Se zdravotní péčí jsou Češi spokojeni, úsporná opatření ale **odmítají**

V uplynulém roce 2012 pokračovala další fáze zdravotnické reformy, pod taktovkou ministra zdravotnictví Leoše Hegera. Vedle zvýšení poplatku za pobyt v nemocnici, či naopak snížení poplatku za recept, kdy se již neplatí za každou položku, ale pouze za celý recept, to bylo po dlouhých sporech zavedení možnosti zaplatit si za nadstandard.

LUDMILA HABADOVÁ | Autorka působí jako konzultantka pro oblast zdravotnictví a sociální politiky

Dále byly např. novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění stanoveny lhůty, které určují, dokdy nejpozději musí být pacientům poskytnuta zdravotní péče.

Následující text se věnuje nejen statistickým údajům, jak občané vnímají zdravotnickou péči obecně, ale i jejich názorům na probíhající zdravotnickou reformu.

NÁZOR NA KVALITU PÉČE SE NEMĚNÍ

Ve srovnání se šetřením v posledních třech letech nedošlo v názorech veřejnosti na lékařskou péči k výrazným po-



sunům – míra spokojenosti kolísá v rozmezí několika procent nad 40% hranicí. Co se týče kvality zdravotní péče za uplynulý rok 2012, je polovina dotázaných přesvědčena, že se nezměnila, necelá třetina si myslí, že se zhoršila, a 15 % zastává názor, že se zlepšila. Ve srovnání s šetřením z roku 2011 a 2010 nedošlo v názorech na kvalitu zdravotní péče téměř k žádnému posunu.

Většina české společnosti (57 %) je přesvědčena, že nemocní mají dostatek informací o svém zdravotním stavu. Opačný názor zastává 33 % Čechů. Oproti roku 2008 se po-

čet spokojených s množstvím informací zvedl o 13 procentních bodů. Nespokojenost vyjadřují častěji ženy než muži a také lidé starší 60 let.

POUZE NECELÁ TŘETINA OBČANŮ SOUHLASÍ S MOŽNOSTÍ NADSTANDARDU

Názory občanů na různá úsporná opatření ve zdravotnictví zůstávají převážně záporné. V průzkumech byly zjišťovány názory na jednotlivé typy existujících poplatků a na jiná úsporná opatření ve zdravotnictví. V obecné rovině lze říci, že žádné z předložených opatření nemá u veřejnosti výrazně většinovou podporu. Pouze dvě opatření mají nadpoloviční podporu: jde o zřízení pouze jedné zdravotní pojišťovny a zvýšení pojištění rizikovým skupinám.

U dalších opatření pak již převládají nesouhlasné odpovědi, ovšem u platby za stravu a lůžko při pobytu v nemocnici, platby za recept, platby za návštěvu specialisty, kterou nedoporučil praktický lékař, a rozdělení péče na standard a nadstandard je nezanedbatelný podíl lidí, kteří tato opatření podporují (od 31 % po 38 %). Je třeba ale uvést, že souhlas s platbou za recept se oproti minulému roku významně snížil. Výrazně převládající nesouhlas je patrný v případě připlacení za léky ve větší míře v závislosti na ceně léku, poplatku za návštěvu u lékaře, snížení počtu nemocničních lůžek a snížení počtu specializovaných pracovišť (74–82 % nesouhlasných odpovědí).

NEJVĚTŠÍ PODPORU MÁ PLATBA ZA POBYT V NEMOCNICI

Pokud bychom se blíže podívali pouze na srovnání jednotlivých druhů poplatku, nejvyšší podporu má platba za pobyt v nemocnici (38 %), následuje jednotný poplatek za recept (36%). Necelá třetina (31 %) dotázaných pak souhlasí s poplatkem u specialisty v případě, že návštěva nebyla doporučena praktickým lékařem, 19 % souhlasí s poplatkem za návštěvu u lékaře a 16 % s připlacením za léky podle jejich ceny.

Názory občanů na většinu těchto opatření a návrhů byly zjišťovány již v roce 2006 a pak také v minulém a předminulém roce. V následující tabulce jsou uvedena výsledná procenta souhlasu a nesouhlasu jak za opatření a návrhy, které byly dotazovány ve všech uvedených letech, tak za ty, které byly doplněny jako aktuální v posledních dvou letech. Z časového srovnání plyne, že výrazně vzrostla oproti roku 2011 podpora záměru zřídit jen jednu zdravotní pojišťovnu. Souhlas s placením návštěv u lékaře oproti minulému roku opět

VĚTŠINA ÚSPORNÝCH OPATŘENÍ

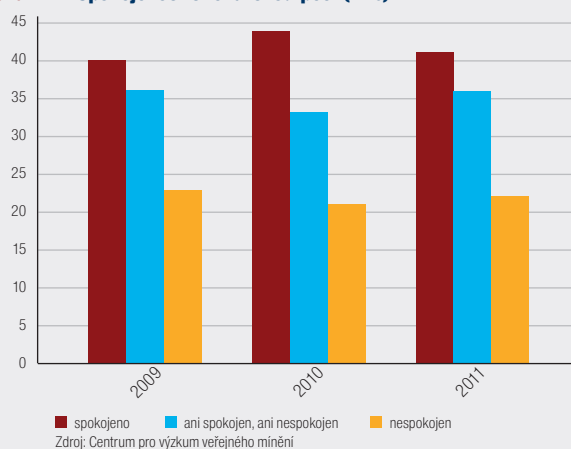
ve zdravotnictví je občany vnímána záporně. Největší podporu má poplatek za pobyt v nemocnici (38 %), nejmenší pak poplatek za návštěvu u lékaře (16 %). I přesto nedošlo v posledních třech letech v názorech veřejnosti na lékařskou péči k výrazným posunům.

poklesl o 4 %. K nejvýraznější změně došlo u podpory jednotného poplatku za recept v lékárně, o jednu čtvrtinu se snížilo procento souhlasných odpovědí.

To ovšem neznamená, že by tito lidé souhlasili s předchozí praxí (platba za položku v receptu), na kterou se nepochybně pozapomnělo, ale pokles vyjadřuje nesouhlas s platbou za recept obecně. Za pozornost ještě stojí, že rozdělení péče na standard a (placený) nadstandard získalo oproti minulému roku 4 % souhlasných odpovědí. Až další výzkumy mohou prokázat, zda jde o vzestupný trend, který by mohl být podpořen

praktickou zkušeností, nebo naopak touto zkušeností zcela revidován.

Graf 1 Spokojenost s lékařskou péčí (v %)



Tabulka 1 Názory občanů na různá opatření ve zdravotnictví – časové srovnání

	2006 S/N	2010 S/N	2011 S/N	2012 S/N
Zřídit pouze jednu veřejnou zdravotní pojišťovnu	50/39	43/42	47/41	54/37
Rizikovým skupinám, např. kuřákům, alkoholikům, zvýšit zdravotní pojištění	57/34	46/46	46/46	50/43
Při pobytu v nemocnici připlácet na stravu a lůžko	40/55	47/50	38/58	38/59
Platit za návštěvu u specialisty, pokud jeho návštěva nebyla doporučena praktickým lékařem	41/51	36/59	31/62	31/65
Platit poplatek za návštěvu u lékaře	x	32/66	23/79	19/79
Ušetřit snížením počtu specializovaných zdravotnických pracovišť	16/71	14/75	15/74	17/74
Více připlácet na léky v závislosti na jejich ceně	17/80	18/77	13/85	16/82
Platit jednotný poplatek za recept v lékárně	x	x	48/49	36/60
Rozdělit zdravotní péči na standard a nadstandard	x	x	29/63	33/61

Pozn.: S=součet souhlasných odpovědí, N=součet nesouhlasných odpovědí.
Dopočet do 100 % tvoří odpovědi neví.

Zdroj: Centrum pro výzkum veřejného mínění, Medical Tribune

Zdravotní péče v Kanadě – podlomený systém?

*O podlomeném systému
kanadského zdravotnictví,
nadějích na jeho zlepšení,
platech lékařů a problémech
příspěvajících k jejich frustraci
a demoralizaci.*

Rozhovor s Davidem Sinyorem.

LUDMILA HABADOVÁ | Vedla rozhovor

Zdravotnictví v ČR prochází v posledních letech zásadní reformou, proto nás zajímají i zahraniční modely. Můžete říci něco o zdravotní péči v Kanadě?

Za několik posledních let mám, díky českému původu mojí ženy, s vaším zdravotnictvím pár osobních zkušeností a musím říci, že jsou jednoznačně pozitivní. Bohužel stojí v ostrém kontrastu s mou zkušeností se zdravotní péčí v Kanadě. Jen abych vám přiblížil nějaké pozadí kanadského zdravotnictví – již od roku 1984 máme systém péče o zdraví, který je financován pouze z daní (lidé neplatí samostatné zdravotní pojištění, a tudíž neexistuje zdravotní pojišťovna, která by za platby zodpovídala) a který se hlásí k zásadě univerzální zdravotní péče, což znamená, že všichni Kanadčané musí mít přístup ke stejné kvalitní péči – včetně čekacích dob pro jednotlivé výkony. Téměř 99 % nákladů na lékařskou péči a 90 % nákladů nemocniční péče je hrazeno z veřejných zdrojů. Bohužel skutečný stav našeho zdravotnictví se velmi odchyluje od tohoto úctyhodného ideálu. Chtěl bych jít tak daleko a nazvat ho jako „podlomený systém“. Došlo k nárůstu soukromých klinik, kde pacienti, kteří jsou schopni platit lékařské služby ze svého, dostanou



kvalitnější a zejména výrazně rychlejší lékařskou péči. Legislativa ale soukromým zařízením neumožňuje výkon odborných lékařských úkonů (s výjimkou stomatology, plastické chirurgie a očního lékařství). Pacient si například zaplatí na soukromé klinice vyšetření na magnetické rezonanci, to je mu provedeno téměř okamžitě, problém nastane, pokud má nějaký nález – stejně pak musí s výsledkem do státní nemocnice. Takže nyní máme dvě různé kategorie zdravotní péče, založené na schopnosti platit za služby, což je samozřejmě porušení vládní zásady prosazované univerzální zdravotní péče. Stejný systém, jako je v Kanadě, má na světě již jen Severní Korea a Kuba, což je samo o sobě dost vypovídající...

Co systém praktických lékařů a pravidelné preventivní prohlídky?

Většina Kanadánů nemá svého praktického lékaře, zejména pro jejich nedostatek. Pro lékaře neexistuje žádná zákonná povinnost pacienta přijmout, třeba z důvodu spádové příslušnosti. V případě, že se pacienti potýkají s akutními problémy, řeší to většinou návštěvou tzv. walk-in-clinic, kde je ošetří, předepíší jim léky, ale nijak je neregistrují a nemají je následně ve své péči. Nebo se pacienti, třeba i jen s mírnou rýmou, dostaví v noci do nemocnice na pohotovost. Lékaři je nesmí vrátit, musí je přijmout a ošetřit. Z toho důvodu není neobvyklé, že se tedy návštěva na pohotovosti protáhne na několik dlouhých hodin. Toto nadužívání vidím jako důsledek toho, že se

V KANADĚ JE OD ROKU 1984

zaveden zdravotní systém, který se hlásí k zásadě univerzality – všichni Kanadčané musí mít přístup ke stejné kvalitní zdravotní péči, včetně čekacích dob pro jednotlivé výkony. Péče je hrazena výhradně z části vládních zdrojů, které stát vybere na daních.

v Kanadě neplatí žádné poplatky u lékaře. Co se týká preventivních prohlídek, ty v Kanadě neexistují. Pokud budete chtít, můžete se dostavit k lékaři klidně několikrát do roka a dožadovat se celkového vyšetření. Lékař vám ho musí provést. Nikde není zakotveno, tak jak je to u vás, že je vám preventivní prohlídka hrazena např. jednou ročně. A i to vede samozřejmě ke zneužívání, zejména pacienty se sklony k hypochondrii nebo seniory. Lékaře pro jednotlivý výkon či operaci si v Kanadě nelze zvolit, tak jak je to nyní

nově možné v České republice, dokonce neexistuje ani možnost odmítnout přítomnost studentů medicíny nebo ostatního zdravotnického personálu při vyšetření či výkonu.

Jak si vysvětlujete, že ideál všeobecné zdravotní péče není v Kanadě plně realizován?

Současná situace je výsledkem řady konvergujících faktorů – některé jsou specifické pro Kanadu jako celek a některé jsou více specifické pro provincii Quebec, kde pracuji. I když většina jich je aktuálních i na celém světě. Jsou to například stárnutí populace, prodlužování délky života spolu s nárůstem chronických chorob, vyšší náklady vyplývající z kvalitnějších medicínských technologií nebo vyšší platy zdravotnického personálu. Faktory ovlivňujícími zdravotní péči v Quebecu jsou zejména ztráta kvalitních lékařů kvůli konkurenčním platům jinde v Severní Americe a provinční nařízení vlády, kterým se ukládá povinné používání francouzštiny na pracovišti, a to i přesto, že Kanada je oficiálně dvoj-

Dr. DAVID SINYOR



- David Sinyor je ředitelem služeb pro dospělé s ADHD na McGill University Health Centre (MUHC) v kanadském Montrealu a odborným asistentem na katedře psychologie na McGill University.
- Od roku 1986 působil jako psycholog na katedře psychologie na Allan Memorial Institute, který je v rámci divize duševního zdraví na Royal Victoria Hospital v MUHC.
- V roce 1976 získal titul B.Sc z biologie na McGill a v roce 1984 titul Ph.D na Concordia University. Jeho hlavní oblastí zájmu je porucha pozornosti a hyperaktivity (ADHD) u dospělých a lidé trpící depresí.
- Se svými kolegy vyvinul systém komplexního posouzení pro diagnostiku ADHD u dospělých a dále vypracoval kognitivně-behaviorální léčebný program pro depresi, která je detailně popsána na www.overcome-depression.ca.

jazyčnou zemí. To odráží výlučně anglicky mluvící lékaře od zaměstnání v Quebecu.

To, že rozdílné platy lékařů jsou lákavé pro práci v zahraničí, je problém i u nás. Jak moc platy lékařů přispívají k problémům s poskytováním zdravotní péče, které máte v Kanadě?

Průměrný roční plat rodinného lékaře pracujícího v Kanadě je 200 000 CDN (cca 3 836 000 Kč), což je oproti platu lékaře v ČR markantní rozdíl. Odborníci v nemocnicích mohou u nás dokonce dosáhnout až 2–4násobku zmiňované částky. Lékař, který pracuje v nestátním zařízení, dostane za své služby zaplacení vlastně dvakrát – jednou od vlády a podruhé od pacienta. Lékařům, kterým i přesto jejich nadstandardní kanadský plat nestačí, volí často jako cílovou zemi pro výkon svého povolání USA, kde jsou lékaři v celosvětovém měřítku odměňováni zřejmě nejštědřeji.

LÉKAŘI JSOU DÍKY ŠPATNÉMU SYSTÉMU FRUSTROVANÍ

Domníváte se tedy, že lékaři u vás upřednostňují výdělek před svým posláním?

Není to vždy jen o penězích. Většina rodinných lékařů a lékařských specialistů, se kterými pracuji, si nevybrala kariéru lékaře kvůli penězům, ale protože chtěli pomáhat lidem. U mnohých ale došlo časem k postupné demoralizaci kvůli nekonečné poptávce od rostoucího počtu pacientů spolu s omezenými zdroji způsobenými vládními finanční škrty a dále díky nekonceptnosti zdravotních vyhlášek. Lékaři jsou stále více frustrováni, a to zejména ti, kteří pracují v nemocnicích – v důsledku přepracování a špatné organizace celého zdravotnického aparátu. Minulý rok charakterizoval odstupující prezident kanadské lékařské asociace Dr. Jeffrey Turnbull kanadský systém zdravotní péče jako „zbytnělou apatii a sobeckost“. Dokonce i já, jako člověk pracující ve zdravotnictví, jsem byl pro sebe a svou rodinu nucen hledat lékařské služby v soukromých klinikách. Naštěstí nám to naše rodinná finanční situace umožňuje.

Co můžou ale dělat ti, kteří si nemohou dovolit platit péči v soukromém zařízení?

Jednoduše musí počkat i v akutním stavu na ošetření v nemocnici, a to mnohdy i několik zmiňovaných dlouhých hodin. Bohužel nikdo neprotestuje, protože stejně jako jsou v Kanadě demoralizováni pracovníci ve zdravotnictví, tak již ani pacienti od zdravotních služeb nic neočekávají – zejména pokud jde o čekací dobu. Neočekávají nic ani od kvality poskytova-

ných služeb. Jeden z mnoha příkladů – i když se snažíme na mém pracovišti poskytovat včasné služby (většinou se jedná o posouzení pro dospělé s ADHD), jsme v pozici, kdy se z důvodu omezení zdrojů musíme omlouvat pacientům za zpoždění v jejich objednání, které se pohybuje v řádu několika týdnů. Jejich reakce je obvykle překvapující: „Neomlouvajte se prosím, myslel jsem si, že budu muset čekat minimálně rok!“

KANADSKÝ SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE JE NEUDRŽITELNÝ

Jaké další problémy přispívají k tomuto stavu?

Další velký problém spočívá v tom, že kanadský systém zdravotní péče byl původně navržen tak, aby veškerá lékařská péče směřovala pouze do velkých nemocnic. To je ovšem velmi nákladné, a proto se nemocnice nyní snaží vyrovnávat se s neustále se zvyšujícími náklady na péči a poptávkou po službách. Nyní tedy vzniká idea, která tlačí na vznik menších a samozřejmě státních klinik, které by řešily méně závažné zdravotní potíže, oproti nemocnicím, které by se zaměřovaly pouze na složité případy vyžadující specializovanou péči. Kanada je rozhodnuta mířit tímto směrem. Myslím, že to je dobrá věc.

Vidíte nějakou naději na zlepšení v poskytování zdravotní péče v Kanadě?

Skutečností je, že současný kanadský systém je neudržitelný, a to již nějakou dobu. Požadavky stárnoucí populace a nárůst nákladných technologií jen tak nezmizí, budou spíše ještě růst. Poplatky u lékařů, které jsou zavedeny v ČR a které pomáhají snížit náklady a nadužívání lékařské péče, považuji za velmi dobrý nápad. Nedávno padl návrh na zavedení poplatků i v Kanadě, ale bohužel byl zamítnut, opět v duchu univerzality. Myslím si, že lidé by měli mít absolutní právo na zaplacení nadstandardních zdravotnických služeb, protože i to by pomohlo odlehčit veřejnému systému. V současné době vláda toleruje tento de facto dvoustupňový systém, kdy ti, kteří si mohou dovolit soukromou péči, ji hojně využívají. Tato situace je ovšem vládou ostražitě sledována pro její možné zneužívání. Lékaři pracující jak v soukromém, tak ve veřejném zařízení totiž své platící pacienty po vyšetření na soukromém pracovišti rychle přimou, respektive „protlačí“ k potřebnému výkonu do státní nemocnice. Tím pak platící pacienti ze soukromého zařízení předběhnou ty, kteří si nemohou dovolit platit za služby a jsou odkázáni rovnou na návštěvu nemocnice. Domnívám se, že vzhledem k řadě zmiňovaných nedostatků musí být náš veřejný systém zdravotní péče neprodleně přepracován.

Dočká se dlouhodobá péče potřebných **podmínek?**

Podívejme se, jaké jsou determinanty systému dlouhodobé péče a co nám dnes ještě k jeho realizaci chybí. Jaká jsou ta potřebná politická rozhodnutí, která se musí promítnout do legislativy a do změny procesů?

JIŘÍ SCHLANGER | Autor působí na 1. lékařské fakultě UK, je členem Odborné rady Centra zdravotně-sociálních studií

SPOLUÚČAST KLIENTA ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB JE NUTNÁ

Dlouhodobá péče musí být postavena na prolínání systémů zdravotní a sociální péče, tedy na sdílení profesionálních zdravotních a sociálních služeb a aktivit vlastního přirozeného prostředí – rodiny a komunity. Je zřejmé, že u nás není prostor pro zásadní změnu financování. Dlouhodobá péče musí vycházet ze stávajících systémů, to je věcných dávek veřejného zdravotního pojištění a finančních dávek příspěvku na péči doplněného cílenou další dávkovou a dotační politikou. Zdravotní služby musí být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a musí být odstraněna diskriminace v dostupnosti a úhradě péče pro klienty rezidenčních zařízení sociálních služeb. Na druhé straně v těchto zařízeních není nadále možné poskytovat péči osobám bez přiznaného příspěvku na péči nebo s přiznaným 1. stupněm příspěvku na péči, protože tyto osoby jsou schopny sebeobsluhy a kvalitního života ve vlastním domácím prostředí. Pokud poskytovatel zdravotní péče ve svém zdravotnickém ústavním zařízení poskytuje sociální službu, přestože u pacienta není ze zdravotního hlediska potřeb-

ná hospitalizace, úhrada této služby musí být provedena ze stejných finančních zdrojů, jako kdyby byl pacient klientem rezidenčního zařízení sociálních služeb. Tedy úhrada z jeho vlastních prostředků, případně příspěvku na péči a dalších. Nerespektování těchto pravidel vede k zásadním deformacím v obou systémech a k účelovému chování pacientů, klientů a jejich blízkých.



SOCIÁLNÍ SLUŽBY JSOU STÁLE ZÁVISLÉ NA STÁTNÍCH DOTACÍCH

Nová právní úprava sociálních služeb nepřinesla jejich rozvoj. Sociální služby se staly závislé na provozních dotacích od státu a nic na tom nezměnila ani skutečnost, že se k osobám, které objektivně potřebují v menší či větší míře sociální péči, dostalo prostřednictvím příspěvku na péči dalších 20 miliard korun. Zatímco v případě klientů rezidenční péče je tento příspěvek příjmem poskytovatele, u ostatních klientů je alokace finančních prostředků předmětem svobodné volby. To znamená, že potenciál příspěvku na péči mimo rezidenční péči nesměřuje k poptávce po terénních a ambulantních sociálních službách a k podpoře jejich rozvoje. Stát poskytuje 20 miliard korun, ale o jejich využití ve prospěch příjemců má

ANI NOVÁ PRÁVNÍ ÚPRAVA

sociálních služeb nepřinesla jejich rozvoj. Problémy s jejich financováním stále trvají. Stát poskytuje na sociální služby 20 miliard korun, ale o jejich využití ve prospěch příjemců má informace z cca 15 %.

informace z cca 15 %. V civilizovaném světě zřejmě nenajdeme případ, kdy by stát takto hýřil finančními prostředky. Je zřejmé, že se příspěvek na péči musí dočkat větší regulace účelu využití, přičemž svoboda užití těchto prostředků musí plně či částečně odpovídat závazku rodiny na převzetí odpovědnosti za péči o příjemce příspěvku na péči odpovídající potřebě příjemce a schopnostem neformálně pečujících osob.

NUTNÁ KONTROLA UŽITÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI

Kombinace závislosti na dotacích a regulace cen je pro rozvoj terénních a ambulantních služeb kontraproduktivní. Příspěvek na péči může tvořit koupěschopnou poptávku, pokud bude užití příspěvku regulováno a pod kontrolou. Deregulace cen omezí závislost na dotacích a přispěje k rozvoji a dostupnosti služeb. Vznikající konkurence umožní, aby ceny služeb vznikly na trhu služeb, a to ve všech segmentech. V tom případě se nemusíme obávat nedostupnosti péče v důsledku cen péče.

OBCE NEMAJÍ ZÁKONNOU POVINNOST POSKYTOVAT SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Nedostatek všeobecné dostupnosti terénních a ambulantních sociálních služeb je mimo jiné zapříčiněn i tím, že zákon o sociálních službách nestanovil obcím žádné povinnosti. Zákon o obcích pak uvádí pouze právo obce angažovat se v sociální oblasti. Povinnosti vůči občanům však nejsou žádné. Obce a města buď převzaly provozování stávajících poskytovatelů služeb, nebo nikoliv, a to na základě vlastní vůle. Obdobně je to s povinností zpracovat a realizovat střednědobé plány rozvoje sociálních služeb a s úrovní jejich zpracování, kdy základem nejsou demografické úvahy a analýza potenciálu území a jeho okolí včetně analýzy forem bydlení a dopravní obslužnosti. Odpovědnost zde zjevně připadne pověřeným obecním úřadům.

To samé se týká koordinace poskytované zdravotní a sdílené sociální péče mezi registrovanými poskytovateli zdravotních a sociálních služeb a neformálními pečovateli. Je to práce pro profesionály zdatné v ošetrovatelské profesi a sociální práci. Tuto roli nemůže splnit ani veřejná zdravotní pojišťovna, ani stát prostřednictvím úřadů práce (jinou instituci MPSV k dispozici nemá). Na druhou stranu tuto odpovědnost nelze přiřadit každé obci s ohledem na jejich diferencovaný potenciál a kapacity (i když např. ve Švýcarské konfederaci přenesení odpovědnosti na obce přineslo integraci obcí do celků s vysokou efektivitou veřejné správy a služeb). Touto cestou lze naplnit smysl a obsah pojmu komunitní péče.



© Ocskay Bence - Fotolia.com

Zkvalitnění dětských práv?

Zákon o sociálněprávní ochraně je správnou cestou...

*Novela zákona č. 359/1999 Sb.,
o sociálněprávní ochraně dětí, která
byla v Poslanecké sněmovně
projednávána pod číslem
sněmovního tisku 564, byla
předložena Ministerstvem práce
a sociálních věcí jako součást
celkové reformy vedoucí ke
zkvalitnění systému péče
o ohrožené děti.*

LENKA KOHOUTOVÁ | Autorka je
poslankyní, dlouhodobě se zabývá sociální
politikou, je členkou Odborné rady Centra
zdravotně-sociálních studií

K tomu se zavázala vláda České republiky ve svém programovém prohlášení. Příprava návrhu zákona je koordinována s přípravou a projednáváním vládního návrhu nového občanského zákoníku. Tato novela byla schválena Poslaneckou sněmovnou dne 7. 11. 2012 s účinností od 1. 1. 2013.

SCHVÁLENÍ ZÁKONA PŘEDCHÁZELA ŘADA DISKUZÍ

Tento sněmovní tisk provázela velmi podrobná debata nejen na půdě Výboru pro sociální politiku, kde k němu bylo po-



řádáno opakovaně několik jednání i mimořádných kulatých stolů, ale i na půdě pléna Poslanecké sněmovny. Šíře podrobné diskuze naprosto odpovídá mimořádné důležitosti této právní úpravy. Bohužel ani takto důkladné projednávání nepřineslo v některých otázkách konsenzus nejen mezi zákonodárci, ale i mezi laickou a odbornou veřejností. Přesto jsem přesvěd-

čena, že legislativní úprava sociálněprávní ochrany dětí přinese zlepšení v otázkách dětských práv.

PREVENCE NA PRVNÍM MÍSTĚ

Mezi hlavní cíle této novely patří vytvoření podmínek pro zabezpečení výchovy a všestranného rozvoje dítěte v jeho přirozeném rodinném prostředí nebo v náhradním rodinném prostředí. Základem je změna orientace systému sociálněprávní ochrany dětí směrem k prevenci. Následovaná zavedením standardů kvality a sjednocením postupů sociálněprávní ochrany dětí a osob pověřených k výkonu sociálněprávní ochrany dětí, tedy systém, který již dobře známe ze zákona

V ČESKÉ REPUBLICE JE UMÍSTĚNO

do ústavní výchovy 8 % dětí, ve státech EU jsou to pouze 2 %. O snížení tohoto vysokého počtu dětí v ústavěch a o zrovnoprávnění pěstounských rodin by se měla zasloužit novela zákona o sociálněprávní ochraně dětí.

OTÁZKA RUŠENÍ KOJENECKÝCH ÚSTAVŮ

V médiích se v souvislosti s touto novelou objevila řada dezinformací či velmi zjednodušených pohledů na celou problematiku. Tou nejviditelnější byla údajná snaha MPSV zcela zrušit kojenecké ústavy. Ano, je pravda, že Česká republika je kritizována za vysoký počet dětí umísťovaných do kojeneckých ústavů a následné institucionální péče, ale cílem novely je postupné vytvoření profesionální sítě pěstounských rodin tak, aby ohrožené děti mohly být přednostně umísťo-

vány, byť i na přechodnou dobu, právě do těchto pěstounských rodin, a to namísto současné ústavní péče. Je ale pochopitelné, že tohoto ideálního stavu nemůžeme dosáhnout v krátkém čase, a jsem přesvědčena, že ústavní péči budeme v nějaké míře využívat i do budoucna. Takže plošné a nárazové rušení kojeneckých ústavů by byla velká chyba a zákon o SPOD o to ani neusiluje. To, co je důležité, je důraz na to, aby přednostně byla využita možnost umístit dítě do náhradní rodinné péče, která je bez diskuze pro vývoj dítěte ve všech ohledech příznivější. Tento trend v oblasti sociálněprávní ochrany dětí jde ruku v ruce s transformací sociálních služeb a tento směr je bezpochyby správný.

PĚSTOUNSKÁ PÉČE

Novela má za cíl, aby pěstouni, kteří se starají o děti, měli dostatečné zázemí a dostatečnou odbornou pomoc a znalosti při výkonu samotné péče. Osobně nesdílím stanovisko pana prezidenta, že pěstounství je posláním, nikoliv však zaměstnáním. Chtít po rodině, aby vychovávala ve většině případů děti, které mají často těžký handicap či si s sebou přináší určitou zátěž z biologické rodiny, pouze proto, že s nimi soucítí a svoji péči berou jako posláním, je zvrácené. Stejně tak jako nechceme po lékařích a záchranářích, aby pracovali za minimální mzdu a celý svůj život, včetně soukromého, zasvětili svému bohublému poslání, stejně tak musíme dát podporu pěstounským rodinám. A to jak odbornou podporu, tak i finanční ocenění jejich práce. Vnímám to jako nezbytné proto, aby se tyto rodiny mohly plně věnovat své náročné práci.

Poslední oblastí, kterou novela upravuje, je změna v činnosti orgánů sociálněprávní ochrany dětí. Novela stanovuje závazné postupy v podobě standardů kvality poskytování sociálněprávní ochrany, což jsou principy a bodové hodnocení výkonu sociálněprávní ochrany, standardy sociální práce s klientem, standardy personálního a organizačního zajištění výkonu sociálněprávní ochrany a technicko-provozní zajištění sociálněprávní ochrany.

o sociálních službách. Posledním stěžejním cílem bylo vytvoření alternativ k nadměrnému umísťování dětí do institucionální péče, za což jsme dlouhodobě kritizováni od mezinárodních organizací, rozvojem a profesionalizací pěstounské péče. Podíl dětí umístěných do ústavní výchovy na počet obyvatel EU činí 2 %, v České republice je to však 8 %.



© olesiabillkei - Fotolia.com

Zaměstnavatelé s více než 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením – byznys, nebo **charita**?

V České republice rozlišujeme z pohledu této cílové skupiny volný a chráněný trh práce. Za chráněný trh práce lze považovat zaměstnávání více než 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením v průměrném přepočteném počtu z celkového počtu zaměstnanců.

JANA MAJEROVÁ | Autorka je psychologka, odbornice na aktivní politiku zaměstnanosti

TRADICE V ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Chráněný trh práce má v České republice dlouhodobou tradici. Již před rokem 1989 byla zřizována družstva invalidů, kam byly tyto osoby v rámci povinné zaměstnanosti „umísťovány“. Porevoluční změny zasáhly i tuto oblast a mnohým z těchto subjektů se podařilo úspěšně transformovat tak, že byly schopné v dalším období obstát v podnikatelském prostředí. Podmínkou pro jejich existenci byla a je podpora státu. V průběhu více než dvaceti let se charakter podpory měnil až do dnešní podoby, která se ustálila na tom, že jsou těmto zaměstnavatelům po-

skytovány příspěvky na zřízení a provoz pracovního místa a mzdu zaměstnance se zdravotním postižením.

Zásadní změnou v oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením (dále též OZP) bylo od roku 2005 legislativní zakotvení nárokového příspěvku na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením do zákona o zaměstnanosti. Dosud poskytovaná podpora byla vždy nenároková, na základě posouzení situace konkrétního zaměstnavatele Úřadem práce ČR. Nutnost získání nároku, tj. jistoty a ekonomické stability, byla ze strany zaměstnavatelů argumentována nezbytností vyrovnat specifika spojená s úbytkem pracovní-



ho potenciálu těchto zaměstnanců. Zaměstnavatel obvykle musí přizpůsobit pracovní podmínky a respektovat specifika spojená s konkrétním onemocněným zaměstnancem. Měřitelnost tohoto

úbytku vůči konkrétní pracovní pozici je však diskutabilní.

Pro účely zaměstnanosti je za osobu se zdravotním postižením považován ten, kdo je uznán orgánem sociálního zabezpečení invalidním v prvním až třetím stupni invalidity. Až do konce roku 2008 byla výše tohoto příspěvku diferencována podle stupně invalidity (pro osoby ve třetím stupni invalidity byl příspěvek vyšší). Od roku 2009 byla výše příspěvku sjednocena (8 000 Kč měsíčně) a došlo k dalším omezením, z nichž asi nejvýznamnější byla skutečnost, že

Tabulka č. 1 Náklady vynaložené státem na tuto oblast (v tis. Kč)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
tis. Kč	736 913	1 410 552	2 187 432	2 283 655	2 257 461	2 712 304	3 282 404	2 662 510 *

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

*Údaje za rok 2012 bez čtvrtého čtvrtletí, příspěvek je poskytován čtvrtletně zpětně.

rých zaměstnavatelů ve snaze využít příspěvek ve svůj prospěch.

ÚPRAVA PODMÍNEK PRO PŘÍZNÁNÍ PŘÍSPĚVKU

Zásadní změna nastala od 1. 7. 2012, kdy došlo k úpravě podmínek, za kterých na tento příspěvek získá zaměstnavatel

ní skutečného zaměstnávání této cílové skupiny. Nezřídka docházelo k případům, že zaměstnavatel pobíral příspěvek, aniž by přiděloval zaměstnancům práci, navíc si část příspěvku nechával pro sebe formou srážek ze mzdy.

Nová právní úprava stanovuje, že příspěvek bude poskytován pouze na za-

VYPLATÍ SE

zaměstnavatelům uvažovat o zaměstnávání osob se zdravotním postižením? Do minulého roku byl chráněný trh dobrým způsobem, jak neoprávněně získat peníze ze státní pokladny.

městnance, kteří pracují na vytvořených nebo vymezených chráněných pracovních místech. Za tímto účelem Úřad práce ČR vymezí či vytvoří potřebný počet chráněných pracovních míst u zaměstnavatelů, kteří vytvářejí vhodné podmínky pro zaměstnávání OZP. Příspěvkem budou hrazeny prostředky vynaložené na mzdy v měsíční výši 75 % skutečně vynaložených mzdových nákladů (maximálně 8 000 Kč měsíčně). Pro účely výše příspěvku se do mzdových nákladů nezahrnují naturální mzda a vybrané srážky ze mzdy. Po 12 kalendářních měsících od obsazení chráněného pracovního místa vzniká zaměstnavateli nárok na zvýšení příspěvku o částku odpovídající prokázaným dalším nákladům vynaloženým na zaměstnávání OZP (nejvýše 2 000 Kč měsíčně na jednu OZP); dalšími náklady jsou v podstatě provozní náklady spojené se zaměstnáváním OZP.

Počet zaměstnavatelů se do roku 2011 více než ztrojnásobil a počet zaměstnanců se zdravotním postižením těchto zaměstnavatelů vzrostl z 13 tisíc na téměř 34 tisíc.



Výroba obřích velikonočních svící, takzvaných paškáků v chráněné dílně Charity Zábřeh v Paloníně na Šumpersku.

příspěvek byl poskytnut na zaměstnance pouze jednomu zaměstnavateli, bez ohledu na vícečetné pracovní poměry. Již v tomto období se totiž v plné síle objevily nekalé praktiky ze strany někte-

nárok. Dosud to byl pouze výše zmíněný podíl více než 50% zaměstnanců s postižením a bezdlužnost zaměstnavatele. Z praxe vyplynulo, že je to naprosto nedostatečné, zejména vzhledem k zajiště-

Elektronické recepty – chtějme **více!**

Recept je poukazem na výdej léku v lékárně a na proplacení léku zdravotní pojišťovnou. Recept je jednoduchý. Najdeme na něm identifikační údaje pacienta, údaje předepisujícího lékaře a údaje o předepsaném léku – název, formu a sílu, dávkování a doporučení, jak ho užívat.

MILAN CABRNOCH | Autor je lékař, v současné době je poslancem Evropského parlamentu a členem Odborné rady Centra zdravotně-sociálních studií

Každý známe papírový recept. Jaké jsou výhody receptu elektronického?

ADMINISTRATIVNÍ PODPORA

Elektronický recept je lépe čitelný. Neztratíme jej, nezničíme, je obtížnější jej padělat. Lze jej snáze předat třetí osobě, lze jej poslat jako sms či e-mail. eRecept může pacient zaslat lékárně, která mu doručí lék domů. eRecept lze využít i pro opakované vydání léku nebo pro předání z lékárny pojišťovně k úhradě.

PODPORA ROZHODOVÁNÍ

Další přínosy elektronického receptu vidíme v podpoře rozhodování lékaře a lékárníka. „Počítač“ lékaři pomáhá doporučením vhodného léku či jeho alternativ, návrhem vhodného dávkování tak, aby lék pacientovi vystačil na požado-

vanou dobu léčby. Může varovat lékaře před předepsáním nevhodné kombinace léků. Všechny tyto funkce může plnit informační systém předepisujícího lékaře bez ohledu na to, zda vytiskne klasický recept, nebo vytvoří eRecept. Není k to-



mu potřeba recept nikam odesílat, žádné úložiště.

Výrazně větší přínos nastane, pokud má „počítač“ předepisujícího lékaře přístup k informacím o lécích, které předepsali jiní lékaři. Může během předepisování varovat lékaře před předepisováním již (jiným lékařem) předepsaných léků nebo nevhodných kombinací. Právě multiplicitní předepisování léků vede k velkému plýtvání. Současné předepisování nevhodných kombinací léků různými ošetřujícími lékaři vede k přímému poškození pacienta. Velkým přínosem pro rozhodování je znalost lékové historie pacienta, tedy jaké léky mu kdy byly předepsány a vydány.

Informace o předepsaných lécích jsou citlivými osobními údaji a podléhají přísné ochraně. Shromažďovat a zpracovávat tato data lze výhradně se souhlasem pacienta.

ELEKTRONICKÉ RECEPTY

jsou jednou z těch jednodušších, lépe srozumitelných a proveditelných součástí eHealth.

PROPOJENÍ S KLINICKÝMI INFORMACEMI

Další rovinou využití elektronického receptu je propojení informací o lécích s klinickými informacemi. Jsou to výsledky klinických vyšetření a výsledky laboratorních a dalších testů. Lékař při předepisování léku pochopitelně zná diagnózu svého pacienta. Nelze však po něm žádat,

aby měl v hlavě všechny diagnózy a výsledky vyšetření.

Pokud umožníme lékárníkovi přístup ke klinickým informacím, vezmeme jej do týmu, který se podílí na péči o pacienta. Se znalostí nemoci pacienta, jeho laboratorních hodnot a podobně může lékárník přispět ke kvalitnější a bezpečnější léčbě.

POSÍLENÍ ROLE PACIENTA

Dáme-li pacientovi možnost přístupu k informacím, posílíme jeho postavení, jeho aktivní přístup k léčbě, bude se na něm moci lépe podílet, rozhodovat se a nést za něj svůj díl odpovědnosti. Pro pacienta je užitečné, když získá informace o léku, který užívá. Elektronizace umožní předat pacientovi informaci o správném způsobu užívání léku. V případě předepsání či vydání nevhodné kombinace léků může systém pacienta varovat.

ÚČINNÁ FARMAKOTERAPIE, VĚDA, VÝZKUM, ŘÍZENÍ

Data, shromážděná díky eReceptům, lze po jejich anonymizaci dále využívat. Lékaři mohou porovnávat svou preskripci se svými kolegy či doporučeními. Pojišťovny mohou identifikovat lékaře, kteří předepisují nevhodné nebo příliš nákladné léky, a podpořit změnu jejich chování. Pro účely vědy lze zkoumat, které léky lékaři při určitých diagnózách předepisují, ale i jaké byly účinky léků na další vývoj zdravotního stavu osob. Anonymizovaná data z eReceptů lze využívat i při řízení zdravotnictví, plánování spotřeby léků i hodnocení veřejného zdraví.

CHTĚJME MNOHEM VÍCE!

Dnes vedeme diskuzi o elektronických receptech pouze jako o nástroji k zjednodušení administrativy. To je nepřijatelně malá ambice, která nemůže ospravedlnit velké investice. Od elektronizace musíme chtít mnohem více. Musíme vyžadovat, aby pomáhala nalézt správná rozhodnutí, aby nás chránila před chybami a omyly, aby přinesla novou kvalitu zdravotní péče a zvýšila její bezpečnost. V případě eReceptů k tomu potřebujeme propojovat informace o lécích předepsaných různými lékaři a vydaných v různých lékárnách. Současně potřebujeme zpřístupnit jak lékařům, tak lékárníkům klinické informace pacientů. To lze výhradně s aktivním souhlasem pacienta. Optimálním prostředím k tomu je elektronická zdravotní knížka, kterou dnes disponuje jedna čtvrtina občanů České republiky.



© Minerva Studio - Fotolia.com

Bariéry ve veřejné dopravě: Za **málo** peněz málo **muziky**

Přístupnost veřejného prostoru je jen zdánlivě tématem pro nepočetnou skupinu lidí s tělesným handicapem, ačkoli je tak mnohdy mediálně prezentována. Je třeba připustit, že přístupnost budov a veřejné dopravy je komfortnější i pro ty, kteří jsou v pohybu omezeni jen dočasně, pro rodiče s malými dětmi v kočárku a pro početnou skupinu lidí seniorského věku.

JAROSLAVA FRANKOVÁ | Autorka je odbornice na přístupnost veřejného prostoru, působí jako předsedkyně Pražské organizace vozíčkářů

„BOOM“ NÁKUPU NÍZKOPODLAŽNÍCH VOZIDEL POLEVUJE

To by mělo rozhodovat při plánování a realizaci projektů, zejména ve veřejných službách. Pokud se však podíváme blíže, konkrétně na situaci v dopravě, jistá opatření potřebu „bezbariérovosti“ a funkčnosti v tomto ohledu nerespektují. Podstatné finanční škrty v rozpočtu dopravních podniků nutí snižovat nároky na rozvoj dopravy i na nákup nových dopravních prostředků. Oblast, na které se šetří stále více, je paradoxně právě

bezbariérovost. Zatímco před 15 lety nastal vítaný „boom“ a preferoval se nákup vozidel s dostatečnými úpravami a vsměs nízkopodlažních, nyní se z nároků slevuje.

Samozřejmě že lze slevovat pouze v rámci platných předpisů, i v nich ale nalezneme skuliny. Jednu je možné využít nákupem menších vozů s nižší přepravní kapacitou, tzv. midibusů. Midibusy jsou stále častěji nasazovány na linkách, které nepotřebují větší přepravní kapacitu nebo vedou komunikace-



mi, kterými by běžný autobus neprojel. Pro jejich využívání ale jistě hraje i jejich nepoměrně nižší cena a také nižší nároky, které na takové vozy kladou předpisy.

ZÁLEŽÍ NA VŮLI INVESTORA, KTERÉ VOZIDLO ZAKOUPÍ

V současné době u nás vedle sebe paralelně existují dva předpisy, směrnice 2001/85/ES a předpis EHK OSN 107.05, Dohoda o přijetí jednotných technických pravidel pro kolová vozidla, zařízení a částí, které se mohou montovat a/nebo užívat na kolových vozidlech a o podmínkách pro vzájemné uznání homologací udělených na základě těchto pravidel. Směrnice 2001/85/ES je méně přísná a platí do 1. 11. 2014. Evropský předpis je důslednější. Nicméně v současné době si mohou investoři vybrat, který předpis budou re-

novených v příloze 8. A právě tady dostávají midibusy zelenou, protože jako vozidla spadající do třídy nižší než běžné autobusy tedy nemusejí být ani podle jednoho z platných předpisů jakkoli upraveny pro potřeby cestujících s omezenou schopností pohybu. Záleží jen na vůli investora či objednavatele.

Příloha 8 citovaného předpisu obsahuje také popis tzv. referenčního vozíku, který mírami neodpovídá nejčastěji používaným elektrickým vozíkům. Předpokládá se celková délka vozíku 1 200 mm, ale trend výroby nových kompenzačních pomůcek směřuje spíše k robustnějším

NASAZOVÁNÍ MIDIBUSŮ BEZ KONZULTACE S UŽIVATELI

Nutno poznamenat, že v midibusech zakoupených Dopravním podnikem hlavního města Prahy se s místem pro přepravu cestujících na vozíku počítá, prostorové řešení je však nevhodné a rozhodně neumožňuje současně přepravovat vozíčkáře a například dětský kočárek. Vzhledem k četnosti spojů na některých linkách je tak pro cestující s postižením nebo rodiče s kočárky fakt, jestli se autobusem dopraví, kam potřebují a kdy potřebují, sázka do loterie. Bohužel při nasazování midibusů



spektovat. Předpis EHK 107.05 v § 5.2 uvádí: Vozidla třídy I musí být přístupná pro cestující se sníženou pohyblivostí včetně nejméně jedné osoby užívající invalidní vozík, a to podle technických opatření sta-

a v terénu stabilnějším elektrickým vozíků, které mají poloměr otáčení až 1 400 mm. Běžné autobusy prostorové nároky splňují, problém nastává při nasazování vozidel menších.

PŘÍSTUPNOST BUDOV A VEŘEJNÉ DOPRAVY

je komfortní i pro osoby s dočasným omezením, pro rodiče s malými dětmi v kočárku nebo pro seniory. Paradoxně se jedná o oblast, na které se stále více šetří.

na linky v Praze byla téměř vynechána konzultace se samotnými uživateli. Praktické zkoušky vozu sice proběhly za účasti více než deseti členů Pražské organizace vozíčkářů, kteří se pohybují na různých ortopedických vozících s různými rozměrovými nároky, nicméně připomínky v té době již neměly příliš šancí, kontrakt na nákup vozů byl totiž již uzavřen.

V současnosti Praha uvažuje o nákupu dalších midibusů, jejich zkouška proběhne v březnu. Bylo příslibeno, že investoři budou trvat na tom, aby vozidlo bylo homologizováno minimálně na současnou přepravu vozíčkáře a dětského kočárku a aby místa byla vyznačena. I přesto však problém vyřešen nebude, zejména v některých lokalitách města, kde jsou koncentrovány byty zvláštního určení.

Deprese včera, dnes a zítra

V dnešní době je velká poptávka po psychiatrických a psychologických službách. Stále častěji se hovoří o depresivních poruchách a zvyšování spotřeby antidepressiv. Jak tomu bylo dříve, jaké jsou důvody tohoto nárůstu a co můžeme očekávat v budoucnosti?

DAGMAR BLAHUTOVÁ | Autorka je psychiatřka, pracuje v soukromé ambulanci

DEPRESE V MINULOSTI

Smutek a pocity beznaděje zažívá člověk od počátku lidstva. Dříve se mluvilo o záдумčivosti, trudnomyslnosti, melancholii. Dnes se často užívá pojem deprese, který v sobě obsahuje nejednoznačnější projevy smutku, ať už se jedná o psychické onemocnění, nebo jen o povahový rys či reakce na prožité trauma, stavy životní nespokojenosti či vyčerpanosti.

I když se pohled na duševní nemoc v závislosti na stupni vývoje lidstva,

na náboženském a politickém uspořádání společnosti měnil, byli nemocní často izolováni od okolí a účinná léčba prakticky neexistovala. Kvalitativní změna přišla až ve 2. polovině 20. století s objevem prvních psychofarmak. Absurdní situace nastala v Československu s příchodem komunismu po roce 1948. Straniční odborníci usoudili, že psychické nemoci nebudou v socialismu a komunismu existovat, neboť jsou výhradně produktem kapitalistického životního

stylu. S touto myšlenkou začali rušit některé psychiatrické léčebny. Velmi rychle se ale ukázalo, že duševní nemoci nevymizí a že se bez psychiatrů a léčení neobejdeme. Později se i u nás začaly na léčbu duševních nemocí používat moderní léky. První antidepressivum, Imipramin, bylo objeveno zcela náhodně v roce 1957.

S vývojem psychofarmakologie léků přibývalo a na konci komunistické éry bylo v ambulancích k dispozici několik dobrých léků proti depresi. Novější antidepressiva se k nám dostávala jen v omezeném množství, protože se jednalo o léky z dovozu. Antidepressiva byla účinná, ale působila tlumivě, omezovala výkonnost a pacient se většinou musel léčit doma nebo v nemocni-





© Chepko Danil - Fotolia.com

ci a nebyl schopný chodit do práce. Po roce 1990 se objevila zcela nová antidepresiva ze zahraničí, která pomáhala a jejichž vedlejší účinky byly minimální. Deprese se léčila snadněji a lidé trpící depresivní poruchou mohli velmi brzy začít pracovat a často ani nemuseli práci přerušit. Léčba se stala komfortní a lidé začali psychiatrii více věřit. V ambulantních příbyvala klientela. Média podporovala zdravotnickou osvětu. V novinách jsme se mohli dočíst, že deprese postihují člověka nejčastěji na jaře a na podzim.

DEPRESE V SOUČASNOSTI

Skutečně přibývá depresivních poruch? Stále více lidí dochází k psychiatrovi a užívá antidepresiva. Mají depre-

se související s životním stylem. S novým životním stylem, jakýmsi zrychlením životního tempa, většími nároky na výkon, s častým rozpadem rodin

KOMUNISTICKÝ REŽIM DEPRESE POPÍRAL

a chápal je jako produkt kapitalismu. Část pacientů ale postrádá rodinné zázemí, trpí pocity osamocení, nemá kvalitní partnerský vztah ani dostatek opravdových přátel. Deprese také přímo souvisí se životním stylem a zrychlením životního tempa.

a vztahů roste poptávka po lécích. Lidé přicházející do ordinace jsou již informovaní, že mají málo serotoninu, tzv. hormonu štěstí. Často by chtěli lék, který by rychle vyřešil jejich problémy. Určitá část klientely v ordinaci postrádá rodinné zázemí, trpí pocity osamocení, nemá kvalitní partnerský vztah ani dostatek opravdových přátel. Společnost jako by se vzdalovala od příkazu „miluj bližního svého“ a vytvářela si nový imperativ „využívej svého bližního“ nebo „okrádej svého bližního“. Jsou k tomu různé důvody, často je to touha po moci a úspěchu, ale také stav nouze u lidí, kteří se hodně zadlužili. Mnoho klientů přichází ve stavu deprese a vyčerpání, protože se v zaměstnání snaží pracovat až za hranici svých možností. Ve společnosti ovládané konzumentem potřebujeme k životu stále více věcí. Honíme se, abychom je mohli mít, vyděláváme peníze a pořád máme méně času. Jsme však spokojenější? Nebylo by výhodnější usilovat o psychickou vyrovnanost, radost a lásku, která vzniká mezi lidmi v rodinách a ve vztazích? Proč si vytváříme tak stresující životní prostředí?

DEPRESE V BUDOUCNOSTI

George je spolehlivý a výkonný pracovník. Sedí ve své kanceláři a dokončuje práci na projektu, když tu se ozve z počítače pokyn: Vezmi si prášek. George neví, kolik si má vzít tablet, a otočí se ke kameře. Kamera se zaměří na jeho oči. Právě probíhá analýza mozkové činnosti a George dostává pokyn: 2 tablety. Bere si 2 tablety a pokračuje v práci. Je docela spokojený, dá se říct i šťastný.

Je to fikce, nebo možná budoucnost? Záleží hodně na nás samých, co se svým životem uděláme, jaký mu dáme smysl, jestli se necháme unášet proudem. Budeme konzumovat antidepresiva, abychom vyřešili své každodenní problémy, nebo budeme hledat i jiné možnosti, jak odolávat nárokům společnosti a doby, ve které žijeme?

Pro kvalitní rozhodování je třeba kvalitních informací

V České republice je celá řada institucí, z nichž lze čerpat informace pro tvorbu zdravotní a sociální politiky. Samotné úřady státní správy a samosprávy mají svá analytická oddělení, která by měla příslušné expertní vědění produkovat.

LUCIE LITOMISKÁ | Autorka je tajemnicí Centra zdravotně-sociálních studií vysoké školy CEVRO Institut

Stále častěji se však setkáváme s případy, kdy je expertiza získávána vně úřadů. Organizace, které generují toto vědění, jsou v zásadě trojího typu – výzkumná centra soustředěná kolem univerzit a vysokých škol, think tanky a stále častěji soukromé auditorské firmy.

KDE NAJÍT RELEVANTNÍ INFORMACE PRO TVORBU (ZDRAVOTNÍ) POLITIKY?

Zajímavý vhled do toho, odkud brát vědění pro zdravotní politiku v ČR, přinesla studie Jana a Marie Klusáčkových publikovaná v roce 2012 v časopise Central European Journal of



Public Policy. Autoři provedli obsahovou analýzu článků mezi roky 2005 a 2010 z odborných časopisů, v nichž lze očekávat publikování dat relevantních pro tvorbu zdravotní politiky. Z jejich analýzy vyplynulo, že nejvíce takových článků publikuje časopis Zdravotnictví v ČR, vydávaný Asociací pro rozvoj

sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, jehož poslední číslo ovšem vyšlo v 1. čtvrtletí roku 2012. Články v tomto časopise také nejčastěji obsahovaly nějaká konkrétní doporučení pro tvorbu politiky. Velké množství konkrétních doporučení bylo podle studie publikováno také v České geriatrické revui.

Při pohledu na instituce, z nichž pocházejí experti podepsaní pod sledovanými články, autoři studie zjistili, že zastoupení různých institucí je velmi pestré. Nejčastěji však publikovali osobnosti ze Zdravotně-sociální fakulty Jihočeské univerzity (ZSF JČU), která sama vydává recenzovaný časopis Kontakt. Vyšší zastoupení měla také Vysoká škola ekonomická nebo Katedra veřejné a soci-

CENTRUM ZDRAVOTNĚ- -SOCIÁLNÍCH STUDIÍ,

založené v roce 2102 při CEVRO Institutu, klade důraz na stále užší propojení zdravotní a sociální problematiky a klade si za cíl rozvíjet poznání relevantní pro oba dva sektory.

i ve výše uvedených časopisech. Významným recenzovaným časopisem pro rezort sociálních věcí je však Fórum sociální politiky, vydávaný Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí (VÚPSV). Problematice sociálních služeb se věnuje časopis Sociální služby, který vydává Asociace poskytovatelů sociálních služeb. Např. Asociace vzdělavatelů v sociální práci pak vydává časopis Sociální práce.

CENTRA EXPERTIZY

Některá univerzitní pracoviště (ZF JČU a KVSP FSV UK), která produkuje

vědění pro zdravotní a sociální politiku, byla zmíněna již výše. Mezi ty, o nichž se dosud nemluvalo, patří např. Fakulta sociálních studií (FSS) a Ekonomicko-správní fakulta Masarykovy univerzity v Brně, přičemž FSS MU je silně personálně propojena s brněnskou pobočkou VÚPSV. VÚPSV je tradiční veřejnou výzkumnou institucí produkující analýzy pro tvorbu sociální politiky v ČR. V neposlední řadě patří mezi důležitá centra expertizy pro sociální, zdravotní, ale i další veřejné politiky Centrum pro sociální a ekonomické strategie, které spadá pod FSV UK.

CENTRUM ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍCH STUDIÍ

Při vysoké škole CEVRO Institut bylo v roce 2012 založeno Centrum zdravotně-sociálních studií. Jak už z názvu vyplývá, Centrum klade důraz na stále užší propojení zdravotní a sociální problematiky a klade si za cíl rozvíjet poznání relevantní pro oba dva sektory. Jádrem jeho aktivit je analytická a vzdělávací činnost. Díky pravidelně pořádaným seminářům se na jeho půdě setkávají odborníci různého zaměření a z rozličných institucí. Centrum se tak stává významným střediskem pro generování podnětů pro tvorbu další politiky.

Pravidelné semináře se zaměřují na novinky v české i evropské legislativě, jež se vztahují k sociální i zdravotní politice, ale také na aktuální témata, která v tomto směru hýbou společností. Jeden ze seminářů tak byl věnován sociálněprávní ochraně dětí v souvislosti s novelizací příslušného zákona. Tomuto tématu se bude Centrum nadále věnovat, a připravuje proto specializované kurzy zejména pro pracovníky samospráv. Dalším dlouhodobým, avšak zároveň aktuálním tématem je stárnutí populace. V této souvislosti se konala setkání k tématu sociálního podnikání či k otázce vymezení dlouhodobé péče v České republice. Z evropské perspektivy se Centrum zaměří např. v únoru na novinky v lékové politice. K jednotlivým seminářům je vydáván bulletin, který je k dispozici ke stažení na webových stránkách Centra zdravotně-sociálních studií.



© anna - Fotolia.com

ální politiky na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy (KVSP FSV UK).

Obdobná studie zdrojů expertního vědění pro sociální politiku nebyla publikována. Vzhledem k úzké vazbě mezi sociální a zdravotní politikou lze nalézt relevantní informace

Co přinesla novela zákona o DPH do zdravotnictví

*S účinností
od 1. 1. 2013
zaznamenal zákon
o DPH významné
změny, které byly
schváleny až v závěru
roku 2012, a to v rámci
dvou novel. Jednou
z nich byl tzv.
„protischodkový
balíček“ a druhou byla
tzv. „technická
novela“.*



SIMONA FIALOVÁ | Autorka
je daňová poradkyně

Bez ohledu na to, která právní norma změnu přinesla, nejsledovanější bylo to, zda dojde ke sjednocení sazeb DPH, nebo k jejich zvýšení o jeden procentní bod. Zvyšování sazeb, a tím výše hodnoty daně z přidané hodnoty se subjektů ve farmacii dotýká nejvýznamněji.

**ZVÝŠENÍ DPH
U ZDRAVOTNICKÝCH
PROSTŘEDKŮ ZE 14 % NA 21 %
JE PRO NEMOCNICE CITELNÉ**

Poskytování zdravotních služeb představuje z pohledu DPH osvobozené plnění, což na druhé straně znamená, že subjekty poskytující zdravotní

služby nemají při pořizování vstupů nárok na odpočet daně. U subjektů, jako jsou např. nemocnice, které mají pevně stanovené úhrady za své služby a které nemají nárok na odpočet DPH při pořizování vstupů, je zvýšení hodnoty DPH zcela klíčové. Ještě významnější změnou než samotné zvýšení sazby o jeden procentní bod v obou sazbách však bylo pro zdravotnictví přetřídění některých zdravotnických prostředků ze snížené do základní sazby daně. Celkovým dopadem tak u některých zdravotnických prostředků je zvýšení sazby z původních 14 % na současných 21 %. A právě tato změna je pro subjekty, jako jsou nemocnice, skutečně citelná.



© Africa Studio – Fotolia.com

ZA ZMĚNOU SAZBY JE TLAK EVROPSKÉ KOMISE

Důvodem změny sazeb byl tlak ze strany Evropské komise, dle jejíhož názoru vymezila Česká republika zdravotnické prostředky v příliš širokém rozsahu. Podle evropské úpravy patří do snížené sazby jen ty zdravotnické prostředky, kte-

OD 1. 1. 2013 PŘEŠLY

díky novele o DPH některé zdravotnické prostředky ze snížené do základní sazby daně – z původních 14 % do současných 21 %. Důvodem změny sazeb byl tlak ze strany Evropské komise, dle jejíhož názoru vymezila Česká republika zdravotnické prostředky v příliš širokém rozsahu.

ré jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením ke zmírnění nebo léčení jejich potíží a pro výlučnou osobní potřebu zdravotně postižených. Již počátkem ledna vyvolala tato změna velké interpretační problémy, se kterými se potýkali nejen výrobci, distributoři a prodejci, ale také Ministerstvo financí (potažmo Generální finanční ředitelství) a Ministerstvo zdravotnictví. Množící se dotazy směřované na tato ministerstva povzbudila aktivitu úředníků, kteří ve snaze pomoci daňovým poplatníkům začali vydávat různé informace či stanoviska. Prvním z nich byla Informace MF vydaná 10. prosince 2012, která přinesla vysvětlení důvodů změny a povšechně informovala o obsahu přetřídění.

Dlužno poznamenat, že Ministerstvo zdravotnictví se v mezirezortním připomínkovém řízení snažilo o zachování maximálního rozsahu položek zdravotnických prostředků ve snížené sazbě tak, jak to dovolovala směrnice EU, a navrhovalo několik variant postupů při zařazování zdravotnických prostředků do jednotlivých sazeb DPH tak, aby při aplikaci novely do praxe bylo eliminováno co nejvíce nejjasností a sporných míst.

Všechna tato navrhovaná řešení však byla zamítnuta a MF použilo model založený na Harmonizovaném celním systému. Právě tento způsob klasifikace položek působí v praxi zavádějícím a matoucím způsobem, což dokládají dotazy mnohých subjektů, kteří mají četné problémy se správným zařazením

konkrétního zdravotnického prostředku do dané sazby DPH.

ROZHODOVACÍ PRÁVOMOCI PONECHÁNY GENERÁLNÍMU FINANČNÍMU ŘEDITELSTVÍ

Po neúspěchu při tvorbě novely se MZ snažilo převzít rozhodování ve sporných případech při zařazování zdravotnických prostředků do jednotlivých sazeb. Ani v tomto případě však nebylo úspěšné a všechny rozhodovací pravomoci ohledně problematiky sazby DPH byly ponechány Generálnímu finančnímu ředitelství (GŘŘ). Ministerstvo zdravotnictví se nevzdalo a společně s GŘŘ vypracovalo společná stanoviska k problematice DPH u zdravotnických prostředků, která byla zveřejněna 4. února 2013 na webových stránkách obou institucí.

Ambice Ministerstva zdravotnictví na vypracování příkladového katalogu se sice dosud nenaplnila, ale pozorný čtenář při opakovaném čtení pochopí základní logiku postupu svépomocného zařizování zdravotnických prostředků do příslušné sazby DPH. V současné době může kdokoli oficiálně požádat o závazné posouzení správnosti zařazení do odpovídající sazby daně. V souladu se zákonem je jediným orgánem vydávajícím tato závazná rozhodnutí GŘŘ. Rozhodnutí je pak závazné pro všechny státní orgány, tj. i pro správce daně při případné daňové kontrole. Každé jiné posouzení bude vždy jen názorem dané osoby, a jako takové zcela nezávazné.

Zvyšování sazeb DPH má vždy nepříjemné dopady na koncového spotřebitele, a v současné době ekonomické krize s vyhlídkou nejistého výsledku je překvapivé, že pravicová vláda ke zvýšení sazeb DPH přistoupila. Nicméně v otázce přetřídění zdravotnických prostředků do základní sazby lze jen s povděkem kvitovat, že se našim vládám tak dlouho podařilo udržet zdravotnické prostředky ve snížené sazbě. V evropském měřítku byla v tomto Česká republika skutečným unikem.

Postavení a činnost lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení

Sociální zabezpečení je souhrnné označení pro systém, který je tvořen třemi subsystémy (neboli tzv. pilíři). Jedná se o systém sociálního pojištění (nemocenské a důchodové), systém státní sociální podpory a systém sociální pomoci.

ROSTISLAV ČEVELA | Autor
je lékař, v současné době je
ředitelem odboru posudkové
služby na Ministerstvu práce
a sociálních věcí



Lékařská posudková služba v rezortu práce a sociálních věcí představuje složku našeho sociálního systému, jejímž stěžejním úkolem je posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob pro účely jednotlivých systémů sociální ochrany – zejména důchodového pojištění, nemocenského pojištění, sociálních služeb, státní sociální podpory a systému dávek osobám se zdravotním postižením. Na základě posouzení zdravotního stavu osob a jeho specifických důsledků vydávají orgány LPS posudky, které v jednotlivých řízeních slouží jako podklady pro rozhodování orgánů státní správy o nárocích na sociální dávky či jiné benefity podmíněné nepříznivým zdravotním stavem, popřípadě jako podklady pro rozhodování soudů, které ve vymezených případech pravomocná rozhodnutí orgánů státní správy

LÉKAŘSKÁ POSUDKOVÁ SLUŽBA

má široký rozsah, kdy její činnost zasahuje jak do oblastí nemocenského a důchodového pojištění, tak i do ostatních sociálních činností. Nároky na odbornost posudkových lékařů stále stoupají, stejně tak jako jejich pracovní vytížení.

vy o těchto nárocích v rámci správního soudnictví přezkoumávají.

VÝZNAM LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ ČINNOSTI JE NEPŘEHLEDNUTELNÝ

Lékařská posudková činnost v sociálním zabezpečení má široký vý-

znam medicínský, sociální, pracovněprávní a ekonomický. Teorie a praxe lékařské posudkové činnosti prodělává od počátku druhého tisíciletí prudký vývoj.

Příčiny tohoto jevu je třeba hledat ve společenském a ekonomickém vývoji a sociální politice státu, které staví lékařskou posudkovou činnost před další úkoly. Význam činnosti posudkové služby je v systému sociálního zabezpečení nepřehlédnutelný. Rozsah lékařské posudkové činnosti v sociálním zabezpečení je velmi široký, má vztah k oblasti nemocenského pojištění (ročně cca 3 mil. pojištěnců), k oblasti důchodového pojištění (ročně cca 120 tis. pojištěnců) i k ostatním sociálním systémům (ročně cca 250 tisíc fyzických osob).

PRACOVNÍ VYTÍŽENÍ POSUDKOVÝCH LÉKAŘŮ STÁLE ROSTE

V osobě posudkového lékaře dochází k integraci medicínských znalostí, a to znalostí ze všech medicínských oborů, se znalostmi právními, ale také sociálními a v neposlední řadě etickými. K 31. 12. 2012 pracovalo v rezortní lékařské posudkové službě 416 lékařů a jejich průměrný věk byl 59,5 let. Polovina posudkových lékařů byla v důchodovém věku. Z těchto lékařů neměla jedna třetina příslušné vzdělání a musela pracovat pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru. Současně se neustále zvyšuje i pracovní zátěž lékařů.

Zatímco v roce 2005 připadalo na jedno lékařské místo na okresní správě sociálního zabezpečení vypracování 815 posudků ročně, tak v roce 2012 to bylo již 1 245 posudků za rok. Uvedená čísla dosvědčují, že prvoinstanční lékařská posudková služba, okresní správa sociálního zabezpečení (OSSZ), pracovala, ale i v současné době pracuje prakticky na hranici svých možností, fyzických, psychických i sociálních.



© michaeljung - Fotolia.com

PRÁVO, POLITOLOGIE, EKONOMIE
PRESTIŽ, VZDĚLÁNÍ A ÚSPĚCH



postgraduální manažerský studijní program

MPA – ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČI

- Přináší praktické informace od lidí, kteří daný segment ekonomiky regulují, financují, jinak ovlivňují či v něm pracují.
- Odráží aktuální trendy v teorii i praxi zdravotní a sociální péče.
- Nabízí reflexi a rozvoj osobnosti – posílení manažerských dovedností.

Význam a obsah programu:

- Reaguje na měnící se situaci na trhu, kdy se poptávka přesouvá z oblasti akutní péče do péče dlouhodobé, vznikající na pomezí služeb zdravotních a sociálních.
- Hlavní témata programu: systémy zdravotní a sociální péče, zdravotní a sociální služby, obecné manažerské dovednosti, vybrané aspekty řízení péče

Kde se mohou dovědět více?

Bc. Lucie Litomíská, tel.: +420 221 506 700,
email: lucie.litomiska@vsci.cz