

Darja Jarošová

---

# ÚVOD DO KOMUNITNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ



# Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

*Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.*





Copyright © Grada Publishing, a.s.

**Doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.**

## **ÚVOD DO KOMUNITNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ**

### **Recenze:**

Mgr. Helena Kisvetrová

Mgr. Eva Marková

© Grada Publishing, a.s., 2007

Cover Photo © isifa.com., 2007

Vydala Grada Publishing, a.s.,

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 2986. publikaci.

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 100

Vydání 1., Praha 2007

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.,

Husova 1881, Havlíčkův Brod

***Nakladatelství Grada Publishing, a.s.,***

***děkuje Nemocnici Na Homolce za exkluzivní spolupráci***

***a finanční podporu této publikace.***



*Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorky. Z jejich praktického uplatnění však pro autorku ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.*

*Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmí být žádným způsobem reprodukována, ukládána či rozšiřována bez písemného souhlasu nakladatelství.*

**ISBN 978-80-247-2150-7** (tištěná verze)

**ISBN 978-80-247-6542-6** (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2011

# Obsah

Úvod .....	7
<b>1 / Světová zdravotnická organizace .....</b>	<b>9</b>
1.1 Funkce, struktura a činnosti WHO .....	10
1.2 Zdraví 21 - Zdraví pro všechny v jedenadvacátém století .....	11
1.3 NEHAP - Národní akční plán zdraví a životního prostředí .....	13
<b>2 / Systém zdravotní péče .....</b>	<b>15</b>
2.1 Základní prvky zdravotnického systému .....	15
2.2 Základní typy zdravotnických systémů .....	16
2.3 Organizace zdravotních služeb .....	17
2.4 Veřejné zdravotní pojištění .....	18
2.5 Formy zdravotní péče ze systémového hlediska .....	20
<b>3 / Komunita a komunitní péče .....</b>	<b>23</b>
3.1 Komunita .....	23
3.2 Komunitní péče .....	25
3.3 Obecné principy komunitní péče .....	27
3.4 Komunitní plánování .....	28
<b>4 / Komunitní služby a instituce .....</b>	<b>31</b>
4.1 Historický exkurz vývoje komunitních služeb .....	31
4.2 Vybrané zdravotní služby a instituce v komunitní péči .....	32
4.3 Vybrané sociální služby a instituce v komunitní péči .....	35

<b>5 / Komunita jako klient</b> .....	<b>39</b>
5.1 Komunitní ošetřovatelství .....	39
5.2 Komunitní zdraví .....	41
<b>6 / Ošetřovatelský proces zaměřený na komunitu</b> .....	<b>43</b>
6.1 Hodnocení komunity .....	43
6.2 Ošetřovatelské diagnózy orientované na komunitu .....	44
6.3 Plánování komunitní péče – zdraví komunity .....	45
6.4 Realizace v komunitě .....	46
6.5 Hodnocení intervencí zaměřených na zdraví komunity .....	47
<b>7 / Rodina jako klient</b> .....	<b>49</b>
7.1 Definice a funkce rodiny .....	49
7.2 Charakteristika a změny rodiny .....	50
7.3 Hodnocení rodiny .....	51
7.4 Zdravotní potřeby rodiny .....	54
7.5 Domácí návštěvy .....	55
<b>8 / Domácí péče</b> .....	<b>59</b>
8.1 Z historie domácí péče .....	59
8.2 Charakteristika domácí péče .....	60
8.3 Vývoj domácí péče v České republice .....	62
8.4 Domácí péče v České republice .....	64
8.5 Ošetřovatelská péče v domácí péči .....	68
<b>9 / Seniori v komunitě</b> .....	<b>73</b>
9.1 Zásady péče o seniory .....	73
9.2 Vývoj geriatrického ošetřovatelství .....	74
9.3 Zaměření geriatrického ošetřovatelství .....	76
9.4 Posuzování seniorů v komunitní a domácí péči .....	77
<b>10 / Problematika komunitní péče u kulturně odlišných skupin</b> .....	<b>83</b>
10.1 Role komunitní sestry v podpoře zdraví kulturně odlišných skupin .....	84
10.2 Romská populace .....	86
10.3 Zdravotní stav romské populace .....	87
10.4 Romský zdravotně sociální pomocník .....	88
<b>Literatura</b> .....	<b>91</b>
<b>Rejstřík</b> .....	<b>97</b>

# Úvod

V době převratných reforem zdravotnictví, tváří v tvář neustále narůstajícím zdravotním problémům, jsou sestry a porodní asistentky stále častěji považovány za základní zdroj většiny strategií pro reformu zdravotnictví. Sestry a porodní asistentky představují nejpočetnější skupinu zdravotnického personálu v evropském regionu Světové zdravotnické organizace, pracují na nejrůznějších konkrétních pozicích a jejich práce podstatnou měrou přispívá k plnění cílů, jež si členské státy stanovily pro zdraví celé populace ve 21. století. Musí však být vzdělávány a školeny tak, aby byly schopné postavit se výzvám, jež na ně klade nový důraz na osvětu a prevenci chorob, rozvoj komunit, práci v multidisciplinárních týmech, snahu přenést poskytování zdravotní péče blíže lidem a na rovnost v přístupu k péči (WHO, 2000).

Almaatská deklarace (1978) je významným mezníkem reforem zdravotní péče, které byly zahájeny téměř ve všech evropských členských státech. Roste význam primární péče reflektující společenské, skupinové i individuální potřeby, které jsou modifikované demografickými změnami (populační stárnutí), změnami struktury pacientů (nárůst chronicky nemocných), ekonomickými faktory (drahá léčba na vysoké technologické úrovni), změnami v postojích a chování příjemců zdravotní péče (náročnější a kritičtější veřejnost, informovaný klient), signifikantním nárůstem onemocnění souvisejících se způsobem života. Probíhající reformy zdravotní péče, postavené na zásadách primární zdravotní péče, podněcují klienta a veřejnost k odpovědnosti za své vlastní zdraví a za zdravý způsob života. Nikdy dříve v historii nebyl kladen tak vysoký důraz na podporu zdraví a prevenci chorob. Poskytování zdravotních služeb

se po více než půl století institucionálně zaměřené péče vrací zpět do komunit – blíže k místům, kde lidé žijí a pracují a kde je také snadnější dostupnost pro ohrožené skupiny populace.

Komunitní zdravotní péče je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků, v němž sestry a porodní asistentky představují významný potenciál klíčového přínosu pro zdraví populace a zauímají stěžejní a nenahraditelnou pozici. Zdraví 21 je současným strategickým programem Světové zdravotnické organizace a novou koncepcí zdraví v evropském regionu. Realizace cílů programu vyžaduje kvalitně připravené poskytovatele zdravotní a ošetřovatelské péče, což zvyšuje nároky na jejich profesní přípravu. Sestry a porodní asistentky jsou právem považovány za nejdůležitější zdroj pro zajištění reformních strategií v souvislosti s transformací nemocnic, zkracováním doby hospitalizace, s rozvojem primární a komunitní péče.

Komunitní ošetřovatelství není v našich podmínkách novým „suboborem“ ošetřovatelství. Historicky se rozvíjelo po několik staletí a své nejvyšší úrovně zatím dosáhlo v meziválečném období, kdy došlo snad k nejtěsnějšímu propojení teorie s praxí. Tato dobře fungující symbióza byla přerušena poválečnými lokálními politickými změnami a globálními tendencemi medicalizace a institucionalizace. Teprve až po roce 1989 se u nás začíná v praxi rozvíjet jeden z významných prvků komunitního ošetřovatelství – domácí péče. Do vzdělávání sester a porodních asistentek je komunitní ošetřovatelství jako samostatný předmět standardně zařazeno až s nástupem nového století, respektive s platností zákona 96/2004<sup>1</sup>.

Monografie, jejíž teoretická a metodologická báze čerpá z dlouholetých teoretických a praktických zkušeností zahraničních odborníků, nepředkládá systematické a vyčerpávající poznatky a informace k problematice komunitního ošetřovatelství. V této době vzhledem k historickému vývoji ošetřovatelství v České republice to ani nelze. Podrobněji se však zabývá těmi segmenty komunitní péče, které jsou u nás poměrně dobře rozvinuty (např. domácí péče, komunitní péče o seniory), v jiném specifickém případě zase nastiňuje potenciální možnosti, které jsou v našich podmínkách teprve ve stadiu ověřování (specifika péče u etnických skupin). Sestry a porodní asistentky i studentky ošetřovatelských programů zde naleznou základní koncept a východiska pro studium ošetřovatelství zaměřeného na zdraví populace v současné společnosti a popřípadě také inspiraci k přípravě další rozvíjející publikace.

---

<sup>1</sup> Zákon č. 96/2004 Sb., o lékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů.



# 1

## *Světová zdravotnická organizace*

Podle závěrů evropské konference o ošetřovatelství, pořádané Světovou zdravotnickou organizací (WHO) ve Vídni v roce 1988, musí sestry rozvíjet kvalitativně nové ošetřovatelské služby vycházející z koncepce primární péče a zaměřené na preventivní péči s participací komunity (Lemon, 1996, s. 8).

Světová zdravotnická organizace (WHO) je řídicím a koordinujícím orgánem pro mezinárodní spolupráci v oblasti péče o zdraví. Byla založena Spojenými národy dne 7. dubna<sup>2</sup> 1948 v New Yorku a v současné době má 192 členských států, z nichž každý disponuje právem jednoho hlasu. Hlavní úloha WHO je stanovena jejím statutem – **dosázení co nejvyšší úrovně zdraví pro všechny lidi na celém světě**. Zodpovědnost za dílčí plnění této úlohy přebírají vlády jednotlivých států, které garantují právo svých obyvatel na péči a zdraví. Světová zdravotnická organizace je mezinárodním koordinátorem zdravotních záležitostí. Jejím posláním je pomáhat všem vládám nést odpovědnost za zdraví občanů, posilovat účast všech rezortů na plnění zdravotních programů, zvyšovat aktivní podíl veřejnosti na péči o zdraví.

---

<sup>2</sup> Tento den je slaven jako Světový den zdraví. Každoročně je k němu vyhlášováno ústřední heslo (slogan) a specifické zaměření určitého programu. V roce 2007 byl Světový den zdraví zaměřen na globální zdravotní bezpečnost, protože proces globalizace, možnost rychlého cestování a obchodu umožňují snazší šíření nových a existujících onemocnění přes hranice států a ohrožují naši společnou bezpečnost.

## 1.1 Funkce, struktura a činnosti WHO

### *Čtyři hlavní funkce WHO:*

- poskytovat celosvětové poradenství v oblasti zdravotnictví
- ustanovovat globální standardy pro zdraví
- spolupracovat s vládami při rozvoji národních zdravotních programů
- rozvíjet a šířit vhodné zdravotnické technologie, informace a standardy.

### *Struktura WHO a hlavní orgány:*

- **světové zdravotnické shromáždění** (nejvyšší orgán) – schází se každoročně, sídlo má v Ženevě, schvaluje programový rozpočet, řeší klíčové otázky politiky WHO
- **výkonný výbor** – schází se dvakrát ročně, má 32 zvolených členů, hlavní funkcí je uvádět do praxe rozhodnutí a politiku shromáždění a koordinovat činnost WHO
- **sekretariát** – je tvořen generálním ředitelem a přibližně 3800 zdravotnickými a jinými odborníky v jednotlivých zemích, členové sekretariátu pracují v šesti oblastních úřadovnách na území 6 států<sup>3</sup> ([www.euro.who.int/aboutwho](http://www.euro.who.int/aboutwho)).

WHO organizuje nepravidelná shromáždění a konference, na kterých jsou definovány hlavní priority zaměření celosvětové zdravotní politiky a vyhlášeny strategické zdravotní programy. K nejdůležitějším setkáním odborníků patřila společná mezinárodní konference Světové zdravotnické organizace a Dětského fondu Organizace spojených národů UNICEF v Alma-Atě (1978), kde byla přijata deklarace Základní zdravotní péče jako klíče k dosažení cíle pozdějšího programu Zdraví pro všechny v roce 2000. Na této konferenci bylo definováno nové pojetí zdravotní péče – primární zdravotní péče s cílem rozvinout základní zdravotní péči jako součást národní péče o zdraví ve spojení s dalšími rezorty.

---

<sup>3</sup>Oblastní úřadovny pro Evropu, Ameriku, Afriku, východní Středomoří, západní Tichomoří, jihovýchodní Asii. Centrála je v Kodani.

**Aktuální úkoly WHO:**

- boj proti infekčním chorobám
- odborná pomoc vládám (např. živelné katastrofy)
- podpora výzkumu zdravotnické problematiky
- výchova a vysílání odborníků do potřebných oblastí
- materiální a technická pomoc
- pořádání odborných konferencí a zasedání
- pomoc při výchově zdravotnických pracovníků
- monitorování epidemiologické situace (aktuální informace na webových stránkách)
- vypracování jednotné metodiky mezinárodní statistiky
- definování mezinárodního názvosloví
- poskytování stipendií a školení zdravotnických pracovníků
- péče o matku a dítě
- zdravotní výchova obyvatelstva
- péče o životní prostředí
- publikační činnost.

## **1.2 Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v jedenadvacátém století**

V rámci tohoto aktuálního strategického programu, přijatého světovým společenstvím v květnu 1998, chce WHO realizovat vizi Zdraví pro všechny, kterou zahájila konference v Alma-Atě. Zmíněná vize určila globální priority a deset cílů pro první dvě desetiletí jedenadvacátého století, které vytvoří pro lidi na celém světě podmínky k dosažení a udržení nejvyšší možné úrovně zdraví během jejich života.

Program WHO pro evropský region ZDRAVÍ 21 má čtyři základní součásti, které jsou stanoveny obecně pro Evropu. Jednotlivé státy jej pak konkretizují a aplikují na své podmínky dle lokální situace a svých možností (sociální, politické, ekonomické aj.), definují konkrétní úkoly včetně odpovědnosti za jejich plnění, volí aplikační metody, stanoví administrativní a organizační záležitosti realizace programu.

**Struktura programu Zdraví 21:**

- **jeden stálý záměr** – umožnit všem, aby dosáhli plného zdravotního potenciálu
- **dva hlavní cíle** pro zlepšení zdraví, které směřují k realizaci stálého záměru
  - ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život
  - snížení incidence hlavních nemocí a úrazů
- **tři etické hodnoty programu**
  - zdraví jako základní lidské právo
  - ekvita (spravedlnost) ve zdraví a solidarita mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí (včetně mužů a žen)
  - spoluúčast a odpovědnost jednotlivců, skupin, společenství i institucí, organizací a rezortů za rozvoj zdraví
- **čtyři základní postupy** pro realizaci programu s využitím vědeckých, ekonomických, sociálních i politických podmínek
  - *mezirezortní strategie* postihující determinanty zdraví a beroucí v úvahu zdravotní, ekonomické, sociální, kulturní a další okolnosti a průběžně hodnotící zdravotní dopad přijatých opatření
  - *příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky* a důsledné hodnocení investic do zdraví z hlediska jejich přínosu
  - *integrovaná základní zdravotní péče* zaměřená na rodinu a celé společenství a podporovaná flexibilním a citlivým nemocničním systémem
  - *participační zdravotní rozvoj*, jehož prostřednictvím bude rozvíjena účast všech, kteří mohou ke zdraví lidí přispět (např. rodin, škol, pracovišť, místních společenství a územních celků), smyslem je posílit společné rozhodování, realizaci i odpovědnost (Zdraví 21, s. 18–19).

**Zaměření 21 cílů pro 21. století:**

1. solidarita ve zdraví v evropském regionu
2. spravedlnost ve zdraví
3. zdravý start do života
4. zdraví mladých
5. zdravé stárnutí
6. zlepšení duševního zdraví
7. snížení výskytu infekčních onemocnění
8. snížení výskytu neinfekčních onemocnění
9. snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
10. zdravé a bezpečné přírodní prostředí
11. zdravější životní styl

12. snížení škod způsobovaných alkoholem, drogami a tabákem
13. zdravé místní životní podmínky
14. společná odpovědnost různých odvětví za zdraví
15. integrovaný rezort zdravotnictví
16. řízení v zájmu kvality péče
17. financování zdravotních služeb a rozdělování zdrojů
18. příprava zdravotnických pracovníků
19. výzkum a znalosti pro zdraví
20. mobilizace partnerů pro život
21. opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny.

### 1.3 NEHAP – Národní akční plán zdraví a životního prostředí

V České republice je program Zdraví 21 aplikován jako **Národní akční plán zdraví a životního prostředí (NEHAP)**, který byl schválen usnesením vlády ČR (9. 12. 1998) s hlavním záměrem (MZ, MŽP, MZe, 1998):

- zlepšovat zdraví národa a vyrovnat nežádoucí rozdíly ve zdravotním stavu jednotlivých populačních skupin
- reagovat na ekonomické a politické změny po roce 1989
- minimalizovat rizika vlivu životního prostředí na zdraví obyvatelstva
- harmonizovat politiku ochrany zdraví a životního prostředí s politikou Evropské unie
- reagovat na podněty vzešlé z významných mezinárodních aktivit posledních let.

Na základě rozboru příčin nemocnosti a úmrtnosti a potenciálního ohrožení české společnosti byly stanoveny **hlavní zdravotní problémy**:

- srdeční a cévní choroby
- nádorová onemocnění
- úrazy
- narušování přirozené obměny populace
- patologické změny imunity
- duševní nemoci
- drogové závislosti
- HIV/AIDS a jiné významné infekce
- vrozené a systémové vady dětí.

Na základě rozboru rizik spojovaných s vysokou nemocností a úmrtností byla jako priorita stanovena změna životního stylu, a to zejména ve smyslu:

- pozitivní změny výživových zvyklostí
- snižování prevalence kuřáctví
- omezování a zvládání nadměrného stresu
- zlepšení reprodukčního zdraví
- snížení spotřeby alkoholu
- optimalizace pohybové aktivity.

Hlavními prioritami aktuálního strategického programu WHO jsou tedy dvě vzájemně se ovlivňující entity – zdravotní stav a stav životního prostředí.

# 2

## *System zdravotní péče*

Rozvoj komunitní zdravotní péče a komunitního ošetřovatelství úzce souvisí se zaměřením zdravotní politiky státu, která představuje souhrn politických aktivit ovlivňujících zdraví a kvalitu života jedinců, skupin, komunit. Zdravotnictví se jako kompaktní společenský systém vytvářelo v historickém vývoji z potřeb denního života a na základě různých spontánně a živelně vzniklých institucí poskytujících zdravotní a/nebo charitativní péči a pomoc. Zdravotnický systém je odvětvím produkujícím zdravotnické služby, je představován soustavou zdravotnických institucí a je subsystémem systému péče o zdraví (Strnad in Gladjij, 2003, s. 26).

### **2.1 Základní prvky zdravotnického systému**

V novodobém zdravotnickém systému existují **tři propojené strany** (elementární prvky):

- 1. pacient** (příjemce péče)
- 2. poskytovatel** (lékaři a zdravotnická zařízení)
- 3. plátce** (ten, kdo provedenou zdravotní péči finančně hradí).

Třetí článek (plátce) se objevuje nejpозději, protože do konce devatenáctého století (a ještě dlouho ve století minulém) byla obvyklá přímá úhrada poskytované zdravotní péče pacientem. Pacient přicházel k lékaři a kupoval si od něj službu podobně jako jiné zboží na trhu. U nejhudších vrstev populace

převládala v historii úhrada naturální, popřípadě byli léčeni zdarma. S rozvojem sociální solidarity (základem byly podpůrné spolky anglických námořníků v 15. a 16. století) se zdraví stalo jednou ze základních lidských potřeb. Začaly diskuze o možnosti přístupu ke zdravotní péči pro nejširší vrstvy. Současně s rozvojem zdravotnických zařízení narůstaly ceny zdravotnických služeb, přímá úhrada pacientem nestačila a stala se brzdou rozvoje. V případě závažnějších onemocnění se dostávali do finančních potíží i relativně solventní obyvatelé a početně velké a chudé skupiny obyvatelstva (dělníci a jejich rodiny) neměly dostatek prostředků na zdravotní péči. Proto vstoupila do systému zdravotní péče třetí strana – financující subjekt, který realizuje sociální ekvitu (solidarititu) a organizuje směnný vztah mezi lékařem a pacientem (Křížová, 1998, s. 9–10).

## 2.2 Základní typy zdravotnických systémů

Zdravotnické systémy vyspělých zemí lze rozdělit do čtyř základních skupin (Prymula a kol., 1995, s. 28–31, Křížová, 1998, s. 33, s. 57):

1. **liberálně-tržní zdravotnictví založené převážně na dobrovolném pojištění** – např. USA, do roku 1996 také Švýcarsko
2. **povinné zákonné veřejné pojištění** – např. Německo, Francie, Holandsko, Belgie, Rakousko, Japonsko, Korea, Švýcarsko, od roku 1992 Česká republika
3. **státní zdravotnictví financované především z daní** – např. Velká Británie, Kanada, Švédsko, Norsko, Finsko, Nový Zéland
4. **smíšené zdravotnické systémy** – např. Irsko, Chile.

V podstatě všechny evropské země vycházejí při financování zdravotní péče z tradičního principu sociální ekvity<sup>4</sup>, kdy je v různých zemích její míra odlišná. Zdravotní péče se stává jedním z občanských práv, které je stát povinen garantovat (Deklarace WHO). Zjednodušeně lze sociální ekvitu definovat jako

---

<sup>4</sup> Rovnost (ekvita) – spravedlnost je důležitou prioritou zdravotní politiky. Znamená právo všech občanů na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj plný potenciál zdraví. Je vyjádřena rovným, stejným přístupem k léčbě a aplikaci všech potřebných medicínských postupů pro pacienty všech sociálních skupin bez ohledu na jejich platební schopnost či sociální postavení (*horizontální rovnost* – stejná péče pro osoby se stejnými problémy; *vertikální rovnost* – diferencovaná péče osobám s různými zdravotními potížemi).



solidaritě bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, mladých se staršími, jedinců s rodinami, ekonomicky aktivních s ekonomicky neaktivními.

Takto chápaná solidarita se objevuje v obou základních systémech organizace zdravotní péče v Evropě:

1. Obyvatelé odvádějí na financování zdravotní péče část svých příjmů v rámci daňového zatížení do státního rozpočtu, ze kterého je pak v systému **státní (národní) zdravotní služby** financována zdravotní péče. Tento model byl rozpracován po druhé světové válce anglickým politikem a ekonomem lordem Beveridge (Beveridgeovský model). Byl realizován v bývalých socialistických zemích, v současné době např. ve Velké Británii, v nordických zemích.
2. V rámci zákonně stanovených pravidel vytvářejí obyvatelé tzv. veřejné fondy, do kterých odvádějí účelové příspěvky určené na sociální a zdravotní potřeby (zdravotní a sociální pojištění), a prostřednictvím voleného managementu si tyto fondy spravují. Vzniká tak zvláštní typ relativně samostatné instituce – **veřejné zdravotní či sociální pojišťovny**. Tento typ byl vytvořen a realizován již kancléřem Bismarckem v průmyslovém Prusku (Bismarckův model). Postupně byl realizován v zemích Rakouska-Uherska a do druhé světové války existoval prakticky ve všech vyspělých zemích Evropy. Po válce je nadále rozvíjen především v německy hovořících zemích, ve Francii, v zemích Beneluxu, po politických změnách také ve většině bývalých socialistických zemích včetně České republiky<sup>5</sup>.

## 2.3 Organizace zdravotních služeb

### *Role státu:*

- oblast zdravotní situace a zdravotní péče (monitoring zdravotního stavu populace, vyhodnocování dat, minimální zdravotní péče garantovaná státem, dostupnost zdravotní péče, řešení krizových situací, hygienický dozor, pracovní prostředí, zdravotnická osvěta)
- oblast legislativy (zdravotní politika, legislativní rámec, role státní správy)

---

<sup>5</sup> Filozofie uspořádání českého zdravotnického systému vychází z Bismarckova modelu. Celý systém je založen na solidaritě a na dostupnosti zdravotní péče pro občany. Prostupnost zdravotnického systému je pro všechny typy služeb velmi dobrá, spoluúčast pacienta je minimální, využívání služeb je však často neefektivní (nadbytečné).

- oblast zdravotního pojištění (postavení pojišťoven, úhrady léčebných postupů, poměr mezi solidární a individuální částí pojistného, centrální registry, přerozdělování vybraného pojistného jako výraz solidarity)
- oblast lékové politiky (cenová politika, kontrola a schvalování léčiv, klinické zkoušení léků)
- částečně oblast vzdělávání a výzkumu (garance vzdělávání pracovníků, postgraduální vzdělání, podíl na financování a usměrňování výzkumu)
- mezinárodní vztahy (podpora mezinárodní spolupráce, kontakty s mezinárodními organizacemi).

### ***Role krajů:***

- koncipování a uplatňování krajské zdravotní politiky (nákup speciálních zdravotních služeb, zřízení a provozování speciálních zdravotnických zařízení, tvorba programů dotovaných regionem, registrace zdravotnických zařízení)
- monitoring a analýzy zdravotní situace v kraji.

### ***Role obcí a měst:***

- podpora a rozvoj komunitní péče
- zřizovatelská funkce u svých nestátních zdravotnických zařízení
- garance dostupnosti zdravotní péče v obci pro její obyvatele
- organizace pohotovostních služeb na území obce.

## **2.4 Veřejné zdravotní pojištění**

Převážná část poskytované zdravotní péče je v České republice hrazena ze zdrojů povinného zdravotního pojištění prostřednictvím devíti zdravotních pojišťoven<sup>6</sup>. Principem veřejného zdravotního pojištění je zajištění stejných podmínek k čerpání zdravotní péče pro všechny občany bez ohledu na konkrétní výši odváděného pojistného. Plátcí zdravotního pojištění jsou pojištěnci,

---

<sup>6</sup> Od roku 1993 zahájilo činnost celkem 12 zdravotních pojišťoven (zákon č. 280/1992 Sb.). Spolu s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (zákon č. 551/1991 Sb.) vytvořily prostředí pro fungování tržních mechanismů v sektoru financování zdravotnictví. Koncem roku 1994 existovalo v České republice kolem třiceti zdravotních pojišťoven.

zaměstnavatelé<sup>7</sup> a stát<sup>8</sup>. Ze všeobecného zdravotního pojištění je plně nebo částečně hrazena diagnostická péče, léčebná péče ambulantní, ústavní péče včetně rehabilitace a péče o chronicky nemocné, prevence, léčiva a prostředky zdravotnické techniky, doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů, dále lázeňská a zvláštní léčebná péče dle doporučení lékaře. V České republice je pojištění nemocenských dávek organizováno Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV) a je odtrženo od zdravotního pojištění, které spadá pod rezort zdravotnictví. Ve většině zemí Evropské unie je nemocenské a zdravotní pojištění sloučeno v jedno tzv. nemocenské pojištění.

**Způsob financování zdravotní péče v roce 2005<sup>9</sup> (ÚZIS ČR, 2006, s. 79)**

Veřejné prostředky - **88,7 %**

- povinné zdravotní pojištění - **79 %**
- státní rozpočet - **4,6 %**
- místní rozpočet - **5,1 %**

Přímé soukromé platby - **11,3 %**

<sup>7</sup> Zaměstnanci hradí zdravotní pojištění ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu, kterým je hrubá mzda (1/3 hradí sami, 2/3 hradí zaměstnavatel). Osoby samostatně výdělečně činné hradí zdravotní pojištění ve výši 13,5 % ze svého vyměřovacího základu, který je stanoven v návaznosti na zákon o dani z příjmu fyzických osob.

<sup>8</sup> Stát hradí zdravotní pojištění ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu (80 % minimální mzdy) za nezaopatřené děti, poživatele důchodu z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské dovolené, uchazeče o zaměstnání v evidenci úřadu práce, osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřebnosti, osoby pečující o převážně nebo úplně bezmocné osoby, osoby konající základní vojenskou službu nebo civilní službu, nebo popřípadě osoby povolané k vojenskému cvičení, osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu, osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňují podmínky pro jeho přiznání, osoby celodenně, osobně a řádně pečující o jedno dítě do sedmi let, popřípadě o dvě děti do patnácti let věku, osoby, které jsou příjemci dávek nemocenského pojištění v nemocenské ochranné lhůtě.

<sup>9</sup> Celkové výdaje na zdravotnictví dosáhly v roce 2005 208 mld. Kč a oproti roku 2004 vzrostly přibližně o 5 %. V přepočtu na 1 obyvatele bylo celkem ve zdravotnictví vynaloženo 20 365 Kč/rok.

## 2.5 Formy zdravotní péče ze systémového hlediska

Zdravotnické instituce se rozdělují podle svého začlenění do primární, sekundární a terciární péče.

### *Primární zdravotní péče*

Podle WHO je primární zdravotní péče místem prvního kontaktu s lidmi, které poskytuje opatření ke zlepšení zdraví v komunitě (in Gladkij, 2003, s. 49). Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním (Declaration of Alma-Ata). Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližše sociálnímu prostředí klienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby. Primární péče jako základ péče o zdraví celé populace musí být všeobecně dostupná, kvalitní a odborná. Obsahuje zejména tyto oblasti:

- podpora zdraví a program kontroly nemocí
- preventivní zdravotní činnost
- účelná a efektivní vyšetřovací a léčebná činnost
- spolupráce s dalšími složkami zdravotní péče.

### *Poskytovatelé primární zdravotní péče v České republice:*

- praktičtí lékaři pro dospělé
- praktičtí lékaři pro děti a dorost
- agentury komplexní domácí péče
- ambulantní gynekologové
- stomatologové
- lékařské služby první pomoci
- ostatní zdravotničtí pracovníci v komunitě.

### *Sekundární zdravotní péče*

Sekundární zdravotní péčí se rozumí poskytování specializované zdravotní péče zejména prostřednictvím zdravotnických institucí (nemocnice a speciali-