1. Veřejné zdravotnictví, definice, vymezení, základní charakteristika oboru

* veřejné zdravotnictví je ***multidisciplinární obor***, který vychází z
  + hygieny a epidemiologie
  + sociální medicíny
  + organizace a řízení zdravotnictví
  + podpory zdraví
  + demografie
  + statistiky
  + sociologie
  + psychologie
  + ekonomie
  + medicínského práva

(…a dalších oborů)

* základním znakem, který tento obor odlišuje od ostatních klinických medicínských oborů je, že vždy ***intervenuje v prospěch nějakých populačních skupin***; kdežto běžná klinická praxe je orientována na jedince
* oblast zájmu veřejného zdravotnictví je tedy širší: nezabývá se chorobou individuálního pacienta, ale ***orientuje se na zdraví populační skupiny***, do které lze pacienta řadit podle určitých konkrétních znaků (podle věku, pohlaví, vzdělání, sociálního postavení, rizikových faktorů zevního nebo pracovního prostředí, způsobu života a životního stylu, způsobu stravování, abusu drog, alkoholu, kouření, apod.)
* veřejné zdravotnictví ***řeší problémy, které se týkají zdraví populačních skupin, zdraví komunit a zdraví celé společnosti***
* v oblasti veřejného zdravotnictví jsou typické intervence skupinové, populační, epidemiologické, preventivní či organizační a jsou pro ně charakteristické zásahy do:
  + životního prostředí
  + sociálního prostředí
  + způsobu života apod.

Příklad: Ve vyspělých státech (včetně České republiky) se rok od roku zvyšuje Body Mass Index (BMI) a v populaci přibývá těžce obézních pacientů, jejichž stav vyžaduje léčbu. Individuální intervence (farmakoterapie, operace) u těžce obézních pacientů je vždy nákladná. Když se veřejnému zdravotnictví podaří najít a aplikovat způsoby, jak změnit způsob života a návyky populace (především stravovací a pohybovou aktivitu), sníží se BMI v populaci, sníží se počty těžce obézních pacientů a zdravotní systém může přesunout nemalé finanční prostředky do jiných oblastí.

2. Zdraví a nemoc, definice, hlavní determinanty ovlivňující zdravotní stav populace

* def. podle WHO přijatá v roce 1948 (tzv. biopsychosociální model):

***„Zdraví je stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody a nejenom nepřítomnost nemoci nebo vady“.***

* definice opustila klasický biomedicínský pohled na zdraví a nemoc a začíná chápat kategorii zdraví v širších souvislostech
* zdraví je chápáno subjektivně jako ***uspokojení potřeb nejen v oblasti fyzického zdraví, ale i v oblasti mentální a sociální***
* jedním z největších přínosů definice je skutečnost, že ***připomíná tři základní aspekty zdraví****,* a to:
  + stránku duševní
  + tělesnou
  + sociální
* slabina této definice:
  + ***je definováno jen subjektivně a obecně,*** a proto není možné jeho objektivní měření → proto byla definice zdraví v pozdějších letech často doplňována a upřesňována
  + ***pomíjí stavy, které jsou nepochybně již objektivně existující nemocí***, ale subjektivně nejsou nemocným jedincem vnímány (např. počáteční stadium hypertenze, kdy pacient ještě nepociťuje žádné stesky, ale přitom ho již nelze považovat za zdravého)
* zdraví je***dynamický děj***, který je podmíněn mnoha okolnostmi, zejména tím, jak se organizmu daří přizpůsobovat se nárokům a podmínkám zevního prostředí

**Determinanty zdraví**

* jsou ***faktory, které významně ovlivňují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti***
* lze je definovat jako ***osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí***, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými faktory, které významně ovlivňují a určují (determinují) zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo celé společnosti
* zásadní význam pro identifikaci a další zkoumání vlivu determinant na zdraví měla ***tzv. Lalondova zpráva***, která byla v roce 1974 publikována pod názvem *„Nový pohled na zdraví Kanaďanů“*; tato práce je prakticky platná dodnes a přinesla následující výsledky stran podílů na ovlivnění zdraví jednotlivých faktorů:

1. ***faktory životního stylu – 50 %***

* způsob života (např. individuální i společenský postoj ke zdraví, stravovací návyky a výživa, fyzická aktivita, abusus drog, alkoholu, kouření, sexuálně rizikové chování a řada sociálních faktorů: vzdělání, příjem, zaměstnanecká pozice, úroveň bydlení, nezaměstnanost, práce a stres, ekonomická situace celé společnosti, apod.)

1. ***genetické faktory – 20 %***

* nejde jen o klasická „genetická“ onemocnění, vrozené vady apod., ale jde např. i o rozdíly ve zdraví mužů a žen, o vrozenou dispozici k některým onemocněním, které se mnohdy manifestují až v průběhu života apod.

1. ***faktory životního prostředí – 15 %***

* např. kvalita ovzduší, vody a půdy, fauna, flora, dostupnost kvalitních potravin, záření, hluk, chemické látky, biologické faktory, atp.

1. ***faktory, které odrážejí fungování zdravotního systému (zdravotnické služby) – 15 %***

* zdravotní politika, zdravotní systém, organizace zdravotní péče, úroveň a dostupnost zdravotních služeb, efektivita a kvalita zdravotních služeb, vlastní rozvoj medicíny a medicínských technologií apod.
* Už samotný fakt přítomnosti dostupné zdravotní služby, má příznivý vliv na zdravotní stav populace
* bylo prokázáno, že především velké sociální nerovnosti, nízká sociální koheze (soudržnost sociálních celků) a přítomnost sociálně vyloučených skupin souvisí s horšími ukazateli zdravotního stavu; je zřejmé, že ***vliv sociálních determinant v současné době narůstá i v České republice***

3. Demografický vývoj v ČR, předpokládané dopady na zdravotní a sociální péči

* demografie = ***věda, která studuje proces reprodukce lidských populací, sleduje populační vývoj***
* ***věková struktura populace České republiky je značně nerovnoměrná***

→ výraznější nepravidelnosti jsou způsobeny zejména ***výkyvy v úrovni porodnosti, které mají cyklický charakter***

* za posledních 20 let obyvatelstvo České republiky ***výrazně zestárlo***
* posledních 20 let významně zasáhlo do formování rodiny:
  + snižování počtu manželství a posun vstupu svobodných do manželství do stále vyššího věku, takže v současné době uzavírají mladí lidé první sňatek o 7,4 roku později
  + podíl živě narozených dětí mimo manželství (2016) dosahuje 48,6%
  + posun rození dětí do vyššího věku – ***průměrný věk prvorodiček dosahuje v současné době téměř 30 let***
  + s ohledem na délku fertilního období se samozřejmě snižuje také počet dětí narozených jedné ženě
* porodnost dosáhla ve 2. polovině 90. let a na přelomu tisíciletí historicky nejnižší úrovně
* v roce 2002 se dlouhodobě klesající trend otočil, protože do věku nejvyšší plodnosti vstoupily populačně silné ročníky žen narozených v polovině 70. let; tento rostoucí trend kulminoval v roce 2008, od té doby porodnost klesala
* v letech 2014-2016 porodnost (počet živě narozených dětí) znovu stoupala stejně jako úhrnná plodnost
* k příčinám zásadních změn reprodukčního chování patří především
  + ***výrazná proměna hodnotových orientací*** (především důraz na vzdělání, pracovní kariéru a materiální zajištění)
  + zhoršení ekonomických a sociálních podmínek mladých rodin, související s vysokými náklady na bydlení
* počet obyvatel v České republice ovlivňuje také ***zahraniční migrace***, která nabyla významu hlavně po roce 2002
* v ČR je v současné době evidováno ***cca 0,5 milionu cizinců;*** nejčastějšími cizinci, kteří v České republice žijí, jsou Ukrajinci, Slováci, Vietnamci, Rusové a Číňané
* do budoucna půjde hlavně o to, aby se dařilo ***podpořit imigraci mladších kvalifikovaných pracovníků***, pro které by měl stát vytvářet takové podmínky, aby v ČR zůstávali, pracovali a zakládali rodiny
* ČR není v problému stárnutí populace osamocena, některé evropské země očekávají ještě nepříznivější vývoj (např. Německo a Itálie), v roce 2050 lze očekávat celkový úbytek obyvatelstva EU přibližně o 17,2 milionů obyvatel
* po dlouhých letech jen velmi pomalého zvyšování střední délky života se po roce 1989 v české populaci významně zlepšily úmrtnostní poměry, u mužů o něco výrazněji
* střední délka života vypočítána v roce 2014:
  + muži: 76 let
  + ženy: 82 let
* projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050 ukazuje, že:
  + celkový počet obyvatel se pravděpodobně mírně sníží; ***nízká porodnost*** bude hlavním faktorem snížení početního stavu obyvatel a přispěje k jeho významnému populačnímu stárnutí
  + Česká republika zůstane imigrační zemí
  + úmrtnostní poměry se zlepší, poroste naděje dožití (střední délka života) mužů i žen (zejména díky snížené úmrtnosti v mladším věku než v důsledku zvýšené délky dožívání)
  + ***obyvatelstvo České republiky výrazně zestárne***. Podíl osob ve věku nad 65 let by se mohl v roce 2050 přiblížit k jedné třetině, což by znamenalo zdvojnásobení současného podílu
  + ***nejrychleji bude přibývat osob v nejvyšším věku (***počet obyvatel starších 85 let by se měl do roku 2050 zpětinásobit)
* pro rostoucí náklady na zdravotní a sociální péči a výplatu starobních důchodů, přinesou vyšší počty staršího obyvatelstva poměrně ***silné ekonomické zatížení osob v produktivním věku***
* fenomén stárnutí populace tedy není možné podceňovat, ale ani přeceňovat, společnost má dostatek zkušeností, času a prostředků adekvátně na proces stárnutí populace během příštích desetiletí reagovat
* nejdůležitější je nalézt určitý společenský konsenzus a různými prostředky posilovat mezigenerační solidaritu, která aktuálně v ČR není příliš vysoká
* postoje současné mladé generace ke starší populaci jsou totiž často velmi kritické až anetické

4. Zdravotní stav populace v ČR, celková charakteristika, hlavní problémy a zdravotní rizika

* po druhé světové válce

1) došlo u nás k prudkému rozvoji medicínského poznání

2) do praxe byly zavedeny nové medicínské technologie

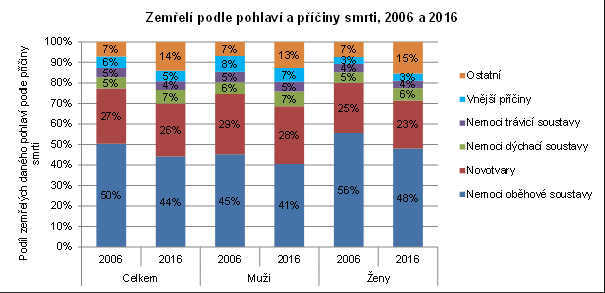
3) došlo k objevům nových účinných léků (zejména antibiotik)

4) zvýšil se hygienický standard

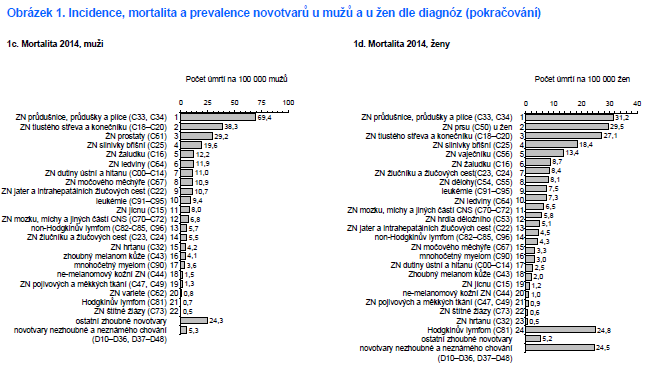
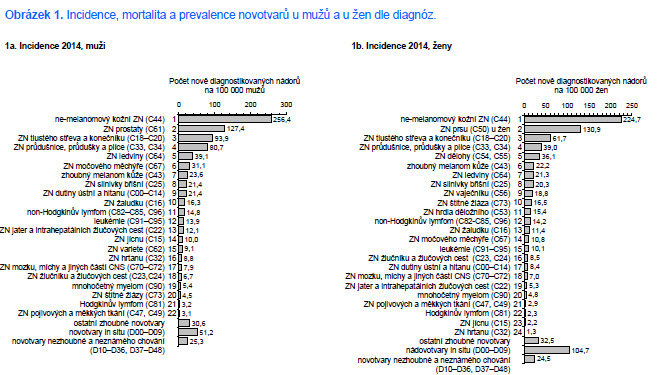
5) úspěšně byla uplatňována plošná preventivní opatření (očkování, preventivní prohlídky).

*→* ***všechny tyto faktory se pozitivně projevily především na klesající nemocnosti a úmrtnosti obyvatel na infekční onemocnění***

* výrazně se ***snížila také kojenecká úmrtnost*** a Československo se mohlo v řadě ukazatelů srovnávat s vyspělými západoevropskými státy
* v 70. a 80. létech však došlo k určité stagnaci a ***zdravotnictví se nedokázalo vyrovnat s nástupem tzv. civilizačních onemocnění:*** kardiovaskulárních onemocnění a onkologických onemocnění.
* Po roce 1961 se tak poválečný pokles úmrtnosti zastavil, střední délka života mužů činila jen 66 let a začala stagnovat (dokonce se snižovala a hodnoty z roku 1960 nabyla u mužů znovu až v roce 1990), u žen dosahovala 73 let a v dalších letech se zvyšovala jen velmi pozvolna. Tyto nepříznivé údaje o neutěšeném vývoji zdravotního stavu obyvatelstva v Československu během 70. a 80. let minulého století byly ve své době záměrně utajovány a teprve po změně společenského klimatu po roce 1990 se jimi organizátoři zdravotnictví začali zabývat
* po roce 1990 došlo k postupnému zlepšování ukazatelů zdravotního stavu především díky obrovským investicím do zdravotnických technologií a uplatnění nových diagnostických a léčebných metod, včetně léčiv (např. jedním z hlavních důvodů poklesu úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění byla farmakologická kontrola hypertenze)
* k lepšímu zdraví přispělo i postupné zvyšování životní úrovně a podpora zdravého životního stylu s důrazem na pohyb, zdravou výživu a omezování kouření
* střední očekávaná délka života při narození jak u mužů, tak u žen v posledních dvou desetiletích rok od roku stoupá
* ***úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění klesá, i přes zvyšující se incidenci a prevalenci danou především stárnutím naší populace***
* k poklesu úmrtnosti na choroby srdce a cév přispěly vedle antihypertenziv také nové diagnostické a terapeutické postupy (koronární stenty), rostoucí počty kardiochirurgických operací a kardiologických intervencí i organizační, diagnostická a terapeutická opatření při efektivní léčbě akutního infarktu myokardu
* nakolik se již na pozitivním snížení úmrtnosti podílí také změna způsobů života (výživa, pohyb, kouření apod.), lze jen odhadovat



* ***mírně klesá i úmrtnost na onkologická onemocnění***
* přesto jsou onkologická onemocnění druhou nejčastější příčinnou smrti a mají za následek zhruba každé čtvrté úmrtí



k nepříznivým trendům ve zdravotním stavu české populace patří ***růst incidence diabetu*** a méně příznivá je i situace v ***oblasti duševního zdraví***, kde rostou počty léčených pacientů, přičemž rychleji roste počet žen než mužů

* lze shrnout, že v důsledku demografického stárnutí naší populace dochází ***u většiny chronických onemocnění k dlouhodobému nárůstu prevalence***
* ČR vykazuje ***nejvyšší prevalenci nadváhy a obezity*** mezi evropskými zeměmi
* nízká pohybová aktivita u dětí- ***nárůst prevalence dětské obezity***
* vysoká spotřeba soli- průměrné téměř 3x vyšší než doporučené množství (>5g/den), nízká konzumace ovoce a zeleniny
* ***kouření a konzumace alkoholu v maldších věkových skupinách***
* ***alkohol v ČR a některé důsledky:***
  + Problémy se závislostí na alkoholu má podle expertních odhadů až okolo 700 000 osob
  + Na intoxikaci etanolem (tj. „bezpečným“ alkoholem ) zemře ročně okolo 320 osob
  + Alkohol způsobuje předčasná úmrtí: podílí se na 25% úmrtí mužů a 17% úmrtí žen ve věku 35-44 let
  + Úmrtnost na alkoholickou cirhózu jater ve většině vyspělých zemí klesá, u nás nikoliv a přibývá žen s alkoholickou cirhózou
  + Poruchy vyvolané alkoholem patří k častým psychiatrickým diagnózám: 17,4 % hospitalizací v psychiatrických nemocnicích (2012) patří k pěti nejčastějším diagnózám v ambulantní psychiatrické péči
  + Až 60% rozvádějících udává jako jednu z příčin rozvodu problémy s alkoholem u jednoho z partnerů
  + Třetina všech trestných činů je spáchána pod vlivem alkoholu.
* v současné době již není zdravotní stav populace ohrožován ve větší míře infekcemi, jak tomu bylo v minulosti, stále však existují infekční nemoci, které jsou velmi závažné
* například virová hepatitida, tuberkulóza, pohlavní nemoci, nozokomiální („nemocniční“) infekce a zejména infekce HIV/AIDS, jejíž prevalence vykazuje vzestupný trend
* velmi závažným infekčním onemocněním je tuberkulóza (TBC), ale výskyt tohoto onemocnění má v České republice velmi pozitivní trend, od 80. let minulého století bylo u nás stran tohoto onemocnění dosaženo tak nízkého výskytu (20 onemocnění na 100 000 obyvatel), že nás to podle kritérií WHO řadí mezi země se zvládnutou TBC (a od této doby také incidence TBC u nás rok od roku stále klesá)

5. Základní demograficko-statistické ukazatele, mezinárodní srovnání

* základní sledované demograficko-statistické ukazatele (vysvětlení základních pojmů):

● **Úmrtnost (mortalita)** - počet zemřelých za určité období (nejčastěji počet zemřelých na 1000 osob středního stavu obyvatelstva za kalendářní rok)

- ***úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění klesá*** (avšak incidence a prevalence kardiovaskulárních onemocnění se stále zvyšuje), stejně tak mírně klesá také úmrtnost na onkologická onemocnění

● ***Specifická úmrtnost*** - počet zemřelých na 100 000 obyvatel příslušné věkové skupiny a pohlaví.

● ***Standardizovaná úmrtnost*** - úmrtnost teoretické evropské populace („evropského standardu“) vypočtená z jednotlivých specifických úmrtností konkrétní populace.

**Porodnost (natalita)-** počet živě narozených dětí v přepočtu na 1000 osob za dané časové období (1 rok). V posledních

3 letech má v ČR znovu vzrůstající tendenci. Počet živě narozených dětí, který v roce 2016 dosáhl 112 66. (nejvyšší za posledních 6 let) Důvodem byl zejména nárůst intenzity plodnosti, protože počet žen v reprodukčním věku se od roku 2010 snižuje

**Úhrnná plodnost-** průměrný počet dětí připadající na jednu ženu, již několik let roste, v roce 2016 dosáhla 1,63

● **Kojenecká úmrtnost** – podíl zemřelých dětí do 1 rok života na 1000 živě narozených v daném roce.; ČR patří dlouhodobě mezi státy s nejnižší novorozeneckou úmrtností vůbec

pozn.: (údaje z roku 2012)

**Perinatální mortalita** (4,58/1000) – zahrnuje živě narozené novorozence zemřelé do 7. dne po porodu (časná novorozenecká úmrtnost, 1,1/1000) a mrtvě rozené novorozence (mrtvorozenost, 3,5/1000)

- perinatální období - ***začíná dokončeným 24. týdnem gravidity a končí 7. dnem po porodu***

- živě narozené dítě – dítě bylo vypuzeno nebo vyjmuto z těla matky, projevilo alespoň jednu ze známek života (přítomnost dechu, srdeční činnosti a aktivního pohybu svalstva) a má porodní hmotnost 500 g a vyšší nebo menší než 500 g, ale přežije prvních 24 hodin po porodu

- mrtvě narozené dítě – dítě bylo vypuzeno nebo vyjmuto z tělo matky, neprojevilo ani jednu ze známek života a má porodní hmostnost 500 g a vyšší

- ***mrtvě narozené dítě s porodní hmotností menší než 500 g , nebo narozené před 22. týdnem je vedeno jako potrat***

- časná novorozenecká úmrtnost (1,1/1000) – živě narozené dítě, které zemřelo do 7. dne po porodu

- pozdní novorozenecká úmrtnost (0,5/1000)– živě narozené dítě, které zemřelo 8.-28. den po porodu

- ponovorozenecká úmrtnost – živě narozené dítě, které zemřelo 29.-365. den po porodu

- kojenecká úmrtnost (2,6/1000) – časná novorozenecká úmrtnost + pozdní novorozenecká úmrtnost + ponovorozenecká úmrtnost

- vyjadřuje se na 1000 živě a mrtvě narozených novorozenců

***- perinatální mortalita patří k historicky základním kritériím výsledků perinatální péče***

● **Střední očekávaná délka života (naděje dožití**) - jedná se o významný ukazatel zdravotního stavu jednotlivců, ale i populace jako celku a je často používána k mezinárodnímu srovnání. Střední délku života v žádném případě ***nelze zaměňovat s průměrným věkem žijících.*** Nejčastěji se udává střední délka života ve věku 0, tedy při narození, odděleně za obě pohlaví, která ***vyjadřuje předpokládanou délku života narozených v daném roce*** – tedy kolika let se ještě žena/muž dožije při svých x-tých (0.) narozeninách.

**● Incidence** – výskyt chorob v určitém časovém období, počet nově se vyskytujících případů onemocnění v určitém čase, obvykle za rok. V současné době ***roste incidence kardiovaskulárních onemocnění, onkologických onemocnění, diabetu a duševních chorob.***

**● Prevalence** – počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu. Prevalence se obvykle dává do poměru k velikosti populace a vyjadřuje se v procentech, např. jako podíl diabetiků (v %) v populaci mužů starších 60 let v ČR k 1. 1. 2011.

**Demografické trendy v ČR:**

* + - klesající porodnost (bude klesat ještě stále víc)
    - snižující se úmrtnost (ČR je na tom s úmrtností nejlépe v rámci postkomunistických zemí, nicméně v širším měřítku v rámci EU jsme stále ne chvostu)
    - prodlužování střední délky života
    - rostoucí počet velmi starých osob nad 80 let
    - růst indexu feminity – čím vyšší věková kategorie, tím vyšší počet žen

→ z uvedeného vyplývá, že bude stále přibývat seniorů

6. Základní principy fungování zdravotnictví v ČR, zdravotní politika, priority

**PRINCIPY FUNGOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR**

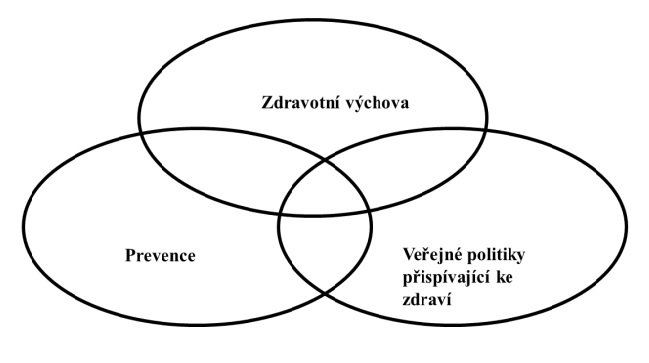
- viz sekce B

**ZDRAVOTNÍ POLITIKA**

* základní dokument: Zdraví 2020
* péči o zdraví obyvatel stát realizuje prostřednictvím zdravotní politiky - cíle v programech stran, vládním programu a prohlášení, součást vládních koncepčních materiálů
* nástroje - legislativní normy - zákony, vyhlášky, metodické pokyny
  + tvorba sítě zdravotnických zařízení - licence, registrace, výběrová řízení na poskytování zdravotní péče, ***koncentrace specializované a superspecializované péče***
  + financování zdravotní péče - zdroje, regulační mechanismy, úhradové vyhlášky, definování hrazených výkonů
  + vzdělávání zdravotnických pracovníků
  + sběr informací a zacházení s nimi
  + podpora vědy a výzkumu
  + léková politika - regulace cen, kontrola a transparentnost tvorby cen
* strategie dlouhodobá- přesahuje funkční období vlády, která je schválila, politicky problematická
* vliv orientace vlády
  + způsob financování - zdroje, míra solidarity
  + organizace zdravotních služeb - equita, dostupnost, návaznost, komplexnost, kvalita
  + určení role státu - centralizace/decentralizace
* hlavní problém: ***stanovení rozsahu garantované péče*** - rovnováha mezi solidaritou a osobní odpovědností občanů za své zdraví - nastavení společensky spravedlivého systému
  + spravedlnost (equita) = ***každý jedinec má rovnou příležitost dosáhnout plně svého zdravotního potenciálu***

7. Podpora zdraví, principy a východiska, Národní program zdraví, akční plány

* podpora zdraví, je důležitou součástí „public health“ – veřejného zdravotnictví
* znamená ***ovlivňování zdraví prostřednictvím systematického a koordinovaného úsilí celé společnosti, které usnadňuje lidem rozhodovat se v zájmu vlastního zdraví odpovědně***
* intenzivně se rozvíjí od osmdesátých let minulého století, kdy výzkumy jednoznačně prokázaly, že řada příčin civilizačních onemocnění je ovlivnitelná lidským chováním
* impulsem pro rozvoj podpory zdraví bylo přijetí Otavské Charty v roce 1986
  + Otavská Charta, 1986: *první mezinárodní konference podpory zdraví* v kanadské Ottawě, jež přijala tzv. Ottawskou chartu podpory zdraví, výstupy:
    - ***zdraví není záležitostí pouze zdravotnictví ale všech resortů a celé společnosti*** - „health in all policies“
    - téměř každé rozhodnutí (individuální i skupinové) má nějaký zdravotní dopad - ***ve všech politicko-strategických rozhodnutích by měly vlády zohledňovat dopady na zdraví*** (viz dále)
* v čem konkrétně spočívá podpora zdraví:
  + - uznání rizikového životního stylu jako hlavní příčinu nemocí a předčasného umírání
    - podporovat zdravý životní styl a motivovat lidi, aby pečovali o své zdraví
    - vytvářet prostředí, které umožňuje lidem žít zdravě
    - posílit role místních komunit a místních samospráv v péči o zdraví
* **podpora zdraví zahrnuje:**



● **ad prevence**

* prevence je soustava opatření, která mají předcházet či zabránit vzniku nemocí; rozlišujeme primární, sekundární, terciární prevenci
  + ***primární prevence*:** předcházení nemocem, které je ***cílené na konkrétní nemoci; cílem je snížit incidenci onemocnění*** (vyhledáváním rizikových skupin pacientů, intervence stran životního stylu – ***aktivní přístup pacienta je na této úrovni velmi důležitý***)
  + ***sekundární prevence*:** cílem je včasný záchyt nemocí (screeningové program – ca prsu, kolorektální ca, ca děložního čípku), ***zabránění progrese, nebo léčba časných stádií onemocnění***
  + ***terciární prevence*:** cílem je ***zabránění vzniku dalšího zhoršování zdraví*** (Tato prevence je zaměřena na pacienty v rozvinutém stádiu onemocnění. Do její náplně spadá léčba a rehabilitace se snahou navrátit pacienta do stavu před vypuknutím onemocnění)

**● ad zdravotní výchova**

* představuje ***edukaci jednotlivců, komunit i celé populace v problematice zdraví a péče o ně***; musí pracovat s aktuálními informacemi
* výsledkem je ***zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva***
* *„Zdravotní gramotnost (WHO) znamená posilovat způsobilost jednotlivců k tomu, aby se chovali ke svému zdraví odpovědně, dokázali si získat patřičné informace, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví“*
* zvyšování zdravotní gramotnosti je dnes důležitou prioritou podpory zdraví v ČR v rámci programu Zdraví 2020
* podpora zdraví ve školách – od roku 2007 je součástí osnov Výchova ke zdraví a člověk a jeho svět (v 8. a 9. ročníku Výchova ke zdraví)

**● ad veřejná politika přispívající ke zdraví**

* vychází z přesvědčení, že ***téměř všechna politická opatření mají dopad na zdraví***
* konkrétně se jedná o tyto opatření:
  + ochrana životního prostředí
  + antikuřácký zákon
  + zákaz/regulace reklamy na cigarety/alkohol
  + podpora rekreačního sportu
  + kvalita veřejného stravování, kvalita školního stravování

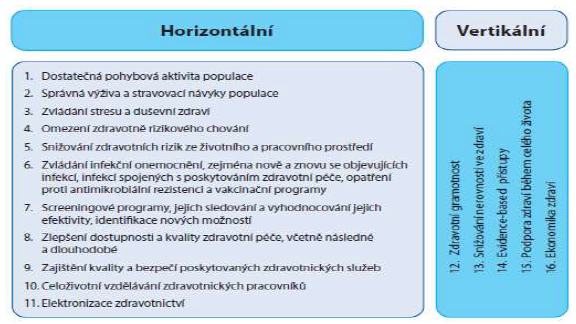
**Národní programy podpory zdraví: Zdraví 21, Zdraví 2020**

**Zdraví 21**

* program byl přijat v roce 2002 usnesením vlády ČR jako „***Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století“ (ZDRAVÍ 21)***
* v roce 2013 proběhlo jeho hodnocení – nefungoval – přišlo se na to, že rizikové chování české populace se zhoršilo
* příklady cílů programu Zdraví 21 (21 zásad):
  + solidarita ve zdraví v evropském regionu
  + spravedlnost ve zdraví
  + zdravý start do života
  + zdraví mladých
  + zdravé stárnutí
  + zlepšení duševního zdraví
  + prevence infekčních onemocnění
  + ***snížení výskytu neinfekčních onemocnění*** - do roku 2020 snížit nemocnost, četnost zdravotních následků a předčasnou úmrtnost
    - KVO, nádory, diabetes a prevence jeho komplikací, nemoci svalové a kosterní soustavy, prevence zubního kazu
    - poranění způsobená násilím a úrazy
  + zdravé a bezpečné životní prostředí
  + zdravější životní styl
  + snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem
  + zdravé místní životní podmínky
  + zdraví, hledisko v činnosti všech resortů
  + integrovaný zdravotnický sektor
  + řízení v zájmu kvality péče
  + financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů
  + příprava zdravotnických pracovníků
  + výzkum a znalosti v zájmu zdraví
  + mobilizace partnerů pro zdraví
  + opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny
  + …

**Zdraví 2020**

* opírá se o program WHO Health 2020 a je finančně podpořen z Evropských Fondů
  + orientuje se zejména na ***zvyšování zdravotní gramotnosti, výchovu ke zdravému životnímu stylu, sekundární prevenci (screeningy) a primární prevenci zdravotních rizik (kouření) a také na začlenění všech složek společnosti do zájmu o zdraví***
* Národní program Zdraví 2020 byl přijat těmito usneseními:
  + Usnesení vlády ČR z 8.ledna 2014
  + Usnesení Poslanecké sněmovny z 20.března 2014
* zasedání vlády (2015) odsouhlasilo 13 akčních plánů v rámci implementace Národní strategie Zdraví 2020 (je nezbytnou podmínkou pro využívání finančních prostředků z evropských fondů) :



* ***zdravotně-rizikové chování české populace patří v mezinárodním srovnání k nejhorším***, což má negativní dopad na vývoj zdraví
* zdravotní gramotnost je celkově nižší ve srovnání s ostatními zeměmi EU
  + nejhorší situace je ve sféře podpory zdraví, naopak poměrně slušná úroveň je v porozumění a orientaci v oblasti zdravotní péče
  + občané tedy snáze získávají informace týkající se fungování systému zdravotní péče, a na jejich základě se rozhodují, než informace týkající se jejich zdravého životního stylu a posilování jejich vlastního zdraví
* ***podpora zdraví je v ČR dlouhodobě podceněna a zanedbávána***
* Národní Program Zdraví 2020 a jeho akční plány by měly/mohly situaci zlepšit

8. Úloha a nástroje WHO v podpoře zdraví, Zdraví 2020, komunitní projekty

**WHO**

* specializovaná agentura Spojených národů, je ***koordinační autoritou v mezinárodním veřejném zdraví*** 
  + ***zakládací smlouva (1946)-*** podepsalo i Československo
  + **vznik 7.4.1948**  ratifikací této smlouvy 26 státy ze 61 podepsaných - oslavováno jako světový den zdraví
* cílem je ***dosažení co nejlepšího zdraví a kvality života pro všechny obyvatele planety***
* **hlavní strategické záměry:**
  + omezení úmrtnosti, nemocnosti a postižení zejména u chudých a sociálně slabých skupin populace
  + podpora zdravého životního stylu a omezování zdravotních rizik
  + ***rozvoj efektivnějších zdravotnických systémů***, které budou odpovídat legitimním potřebám lidí a budou pro ně finančně únosné
  + rozvoj odpovídajících zdravotních strategií a institucionálního zázemí a začleňování zdravotnických aspektů do sociálních, ekonomických, ekologických a rozvojových strategií (***multisektorální přístup***)
* hlavní strategické dokumenty: *Health 21, Closing the gap in a generation, Health systems, Health and wealth, Built healthy public policy*
* 194 členských států, 6 regionálních kanceláří, 147 národních kanceláří
  + regionální kanceláře - Afrika, Ameriky, Východní Středomoří, Evropa (Kodaň), jihovýchodní Asie, západní Pacifik
* **orgány:**
  + Výkonná rada- schází se cca 4x ročně, připravuje podklady pro světové zdravotnické shromáždění
  + Světové zdravotnické shromáždění
  + WHO Secretariat

**Klíčové oblasti ve veřejném zdravotnictví**

* + ***hlavně zvládání infekčních onemocnění*** - eliminováno mnoho hrozeb (polio, neštovice)
  + ***vzestup chronických nemocí multifaktoriální povahy*** (KVO, DM, chronická respirační onemocnění)
    - představují jednu z hlavních příčin předčasných úmrtí (před 60rokem) a značnou ekonomickou zátěž
    - souvisejí s organizací moderní společnosti a nezdravým životním stylem- kouření, výživa, pohyb, alkohol, psychosociální stres
    - kladou jiné nároky a vyžadují nové zdravotně politická strategie pro léčbu a prevenci
    - klíčové východisko boje proti nim je mezisektorový přístup a nové formy ochrany a podpory zdraví
  + ***globální stárnutí***
    - Počet lidí starších 60 let v poměru k celkovému počtu světového obyvatelstva se zvýší z 11% v roce 2006 na 22% do roku 2050 (v této době bude poprvé v lidských dějinách ve světové populaci více seniorů než dětí (do 14 r.)
    - Zvýšené sociální a ekonomické požadavky ve všech zemích
    - Nevyhnutelnost přijímat reformy a reorganizovat sociální a zdravotnický systém, přizpůsobený starším občanům
    - ***Vytvářet podmínky tzv. Aktivního stárnutí (WHO)*** - kvalita života (co nejméně nemocí, nezávislost/soběstačnost,aktivní přístup k životu)
* **podpora zdraví:**
  + **definice:** proces usnadňující jedincům zvýšit kontrolu a zlepšovat vlastní zdraví; zaměřuje se na populaci, ***orientuje se na ovlivnění determinant a podmínek zdraví***
  + ***největší vliv na zdraví mají sociální determinanty*** - vzdělání, příjem, etnicita, povolání, pohlaví
    - zejména pro low a middle income státy a sociálně slabší vrstvy bez ohledu na stát
* **nové úkoly v oblasti veřejného zdraví:**
  + identifikace a hodnocení determinant přírodního a sociálního prostředí a zdravotních rizik ve vztahu k vývojovým závislostem a rizikovým skupinám
  + ***povýšení zdravotní surveillance*** - monitoring, sběr informací, analýza, hodnocení a sledování tendencí vývoje - podklady pro státní správu - plánování, řízení, hodnocení služeb

**Úloha a nástroje WHO k ovlivnění zdraví populace v členských státech přes podporu zdraví a primární prevenci**

* + **globální a regionální rezoluce** **a strategie** zaměřené na redukci nejzávažnějších rizik s významným dopadem na zdraví
  + **koncepční programy** - komplexní metodika pro tvorbu zdravotní politiky
  + **dílčí programy a programy**
  + **komunitní přístupy** - programy Zdravá města, Školy podporující zdraví, Podpora zdraví na pracovišti, Bezpečné komunity atd.
  + **kampaně, tiskové materiály** - Světový den zdraví, Světový den proti tabáku
* **globální rezoluce a strategie:**
  + globální strategie zaměřená na výživu, fyzickou aktivitu a zdraví - Charta proti obezitě
  + Akční plán proti alkoholu
  + Strategie životní prostředí a zdraví dětí (CEHAPE)
  + Deklarace a akční plán o duševním zdraví pro Evropu
  + Rámcová úmluva o kontrole tabáku (FCTC)
* **koncepční programy:**
  + **Zdraví pro všechny do roku 2000**
    - národní program obnovy a podpory zdraví
    - střednědobá strategie
    - dlouhodobé strategie
  + **Zdraví 21** - dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR (vládní usnesení, 2002), viz výše
  + **Health 2020** - nově přijatá strategie Evropského regionu, dokument schválen členskými státy
* **dílčí projekty a strategické přístupy:** 
  + ozdravění výživy, omezení kuřáctví, omezení a zvládání nadměrného stresu, zlepšení reprodukčního zdraví, omezení spotřeby alkoholu, optimalizace pohybové aktivity, prevence škodlivého užívání drog, prevence úrazů a otrav
  + **nástroje k prosazení:**
    - zaměření se na skupinu populace - komunitu, charakterizovanou společně sdíleným programem - komunitní programy
    - networking- propojení sítí, spolupráce, předávání informací, sdílení metodiky, poučení z dobré i špatné praxe
    - plánovaný rozvoj, ne jednorázové akce
    - vyhodnocení
* **komunitní projekty**
  + **zdravé město** - cílem do roku 2015 zapojit 50% měst
  + **zdravá škola** - podpora zdraví a výchova ke zdraví v Rámcových vzdělávacích dokumentech
  + **zdravá školka**
  + **podpora zdraví na pracovišti**
  + **CINDI** - primární prevence; výživa, kouření, alkohol, návykové látky, fyzická aktivita, psychosociální stres; i sekundární prevence (onkologický screening)
  + **HPH** - změna kultury systému zdravotní péče, začlenění podpory zdraví do systému kvality, standardy pro podporu zdraví v nemocnici
    - propojení kritérií projektu s kritérii pro akreditaci
  + **bezpečná komunita** - snížení incidence a závažnosti úrazů, vytvoření sítě bezpečnostních komunit

9. Národní zdravotní služba, charakteristika

**Státní zdravotnictví**

* financováno z daní, které vybírá stát; takto vybrané prostředky jdou do státního rozpočtu, a pak se diskutuje, kolik prostředků bude věnováno na zdravotnictví
* státní zdravotnictví se historicky vyskytovalo ve dvou podobách:

**I. Beveridgův model** (myslitel, který chtěl zlepšit dostupnost zdravotní péče pro všechny Brity, a tak navrhnul principy státního zdravotnictví s hlavní rolí státu)

* + - jeho myšlenka se však ujala až po 2. světové válce – docela se to líbilo, a tak tento model přejala řada dalších zemí (Kanada, Španělsko, Portugalsko)

**II. model centralistického zdravotnictví** (Semaškův model)

* + - autorem je Semaško – ministr zdravotnictví v Rusku po Velké říjnové revoluci v roce 1918 – tehdy ještě v Rusku neexistoval žádný zdravotnický systém
    - v rámci tohoto modelu se všichni zdravotničtí pracovníci stali zaměstnanci státu, tento model fungoval i u nás, až do revoluce v roce 1989
    - v současné době se v této čisté podobě vyskytuje už jenom na Kubě

**NHS**

* Národní zdravotní služba je prototypem beveridgovského modelu státního zdravotnictví (typicky Velká Británie), jedná se o model státního zdravotnictví, které je ***financované z daní obyvatelstva***
* NHS je nejenom plátcem zdravotní péče, ale je zároveň i zaměstnavatelem těch, kteří péči poskytují; ***téměř všichni nemocniční lékaři a sestry v Anglii jsou zaměstnanci NHS***
* **finanční spoluúčast:**
  + existuje, avšak je nízká, tvoří ji poplatky za recepty, spoluplatba za zubní péči ve výši 80 % ceny ošetření a některé další platby
  + poplatky nejsou vybírány od dětí, nízkopříjmových skupin, těhotných a kojících matek, starých lidí či lidí se specifickými chronickými stavy a není zpoplatněna antikoncepce
* **soukromé zdravotnické služby:**
  + existují mimo rámec NHS a mají pouze doplňkový charakter
  + fungují jako alternativa například v případě dlouhých čekacích dob na některé výkony, eventuálně jako možnost většího komfortu pro bohatší pacienty
* NHS je tvořeno dvěma samosprávnými integrovanými segmenty:
  + - primární péče
    - sekundární péče
* základním trendem je ***rostoucí integrace a provázanost jednotlivých typů péče***, a to zejména posílením a rozvinutím funkce tzv. NHS trustů (řetězce, do kterých jsou průběžně sdružováni poskytovatelé primární i sekundární zdravotní péče v celé Anglii)
* rozhodující roli mají trusty primární péče (Primary Care Trusts, PCT) = jsou to integrovaná sdružení poskytovatelů primární péče na určitém území
* PCTs jednak poskytují primární péči, jednak zajišťují ostatní služby

1) PCTs poskytující primární zdravotní péči v rámci svého území jsou :

* + Praktičtí lékaři /General Practitioners(GP´s)
  + Zubní lékaři
  + Farmaceuti
  + Optometristé, optici
  + NHS Direct – poradenské telefonní linky o zdraví a zdravotní péči
  + NHS Walk-in centrech – jsou to zdravotní střediska, kde pracují sestry, řeší menší zdravotní problémy (menší úrazy, nachlazení…)
* ***primární péče je hrazena formou kapitace, tj. paušálním poplatkem za každého zaregistrovaného pacienta v kombinaci s výkonovými platbami***
* ***pacienti jsou registrováni podle místa svého bydliště a nemají volný přístup ke specializované péči***, ta je možná pouze na základě doporučení praktického lékaře, jehož ordinace je místem prvního kontaktu → praktičtí lékaři tudíž fungují jako tzv. „vrátní“ (gatekeepers), tedy ***rozhodují o čerpání specializované zdravotní péče***
* kompetence praktických lékařů jsou ve srovnání s našimi lékaři mnohem širší, poskytují také základní gynekologickou, prenatální a poporodní péči, základní dermatologickou péči, běžné ORL výkony, drobné chirurgické zákroky a podobně
* PCT mají důležitou roli také v ochraně veřejného zdraví a zodpovídají za primární a sekundární prevenci, vakcinaci a kontrolu epidemií

2) existuje několik typů dalších trustů, které se specializují na určité specifické druhy sekundární péče:

* + akutní trusty, které zajišťují standardní akutní péči a chirurgii
  + trusty duševního zdraví (mental health trusts) zaměřené na lůžkovou péči o duševně nemocné
  + ambulantní trusty, které poskytují hlavně neodkladnou péči; v některých oblastech působí také jako naše zdravotnická záchranná služba a zařizují akutní převoz pacientů do nemocnice
  + pečovatelské trusty (care trusts), které se zaměřují na poskytování integrované zdravotní a sociální péče o staré lidi a lidi s postižením či duševním onemocněním, posilují kontinuitu péče a zjednodušují administrativu

**Nemocnice:**

* jsou převážně veřejné, s velkou mírou nezávislosti; jsou sdruženy do nemocničních (acute) trustů, v jejichž rámci mohou být efektivně zajišťovány komplexní služby, ambulantní i lůžková péče
* poskytují sekundární i vysoce specializovanou péči, kterou s nimi nasmlouvají PCT, jež jsou zodpovědné za zajištění všech služeb a jejich provázanost
* *silné stránky NHS*:
* všeobecná dostupnost a rovný přístup
* velmi rozvinutá primární péče
* všeobecně úspornější, nižší celkové náklady
* *slabé stránky NHS*:
* dlouhé čekací doby na diagnostické výkony a na ambulantní specializované služby (několik měsíců až několik let!)
* omezená svobodná volba (toto se postupně odstraňuje – např. od roku 2013 může pacient požádat o změnu GP
* bývá označováno za hodně byrokratický systém (hodně různé administrativy)

10. Zdravotnické systémy založené na všeobecném zdravotním pojištění, charakteristika

* zdravotnický systém založený na veřejném zdravotním pojištění bývá také označován jako bismarckovský systém, jelikož jeho zakladatelem byl Otto von Bismarck (říšský kancléř v Německu na konci 19. století)
* v současné době je jeho modelovým příkladem zdravotnický systém v Německu (dále Rakousko, Švýcarsko, Francie, Holandsko, Belgie, ČR, Slovensko, Maďarsko, Polsko a další státy)
* jedná se o historicky nejstarší model
* **hlavní principy:**
  + daň ze mzdy nebo jiného příjmu včetně zdanění zaměstnavatele - spravuje pojišťovna (fond, pokladna)
  + pojišťovna vyplácí peněžní dávky (nemocenské; na stejném principu i důchody) a hradí zdravotní péči zdravotnickým zařízením (věcná dávka)
  + rozsah hrazené péče stanovuje stát
  + průběžný systém - co se v měsíci vybere, použije se ihned na úhradu péče
  + podmínka fungování: dostatečný poměr mezi plátci a příjemci dávek
* **výhody a nevýhody:**
  + s inflací rostou nominální mzdy - výběr od plátců daní roste, může to pokrýt inflaci nákladů péče
  + konkurence mezi pojišťovnami zvyšuje režii, ale tlačí na nižší ceny a hospodárnost; při špatném nastavení riziko opaku - přeplácení poskytovatelů pro přehlašování klientů
  + vybrané daně nejsou ohroženy riziky finančních trhů
  + snížení poměru mezi plátci a příjemci dávek (demografický vývoj) a jsou skupiny nebo příjmy osvobozené od placení daní (př. OSVČ - poloviční vyměřovací základ než zaměstnanci) - model přestává být ekonomicky udržitelný

**Německo**

* v současném Německu existuje zdravotnický systém veřejného zdravotního pojištění, které je ***povinné pro všechny do určité hodnoty ročního příjmu***
* rozhodující je tedy výška příjmu → od určitého příjmu se dotyčný může rozhodnout, jestli zůstane u veřejného zdravotního pojištění, nebo jestli zvolí soukromé zdravotní pojištění
* celkový počet lidí, kteří dosahují takových příjmů, aby vůbec mohli volit mezi veřejným a soukromým zdravotním pojištěním je asi 25 %, přičemž pouze 11 % z těchto se rozhodne pro soukromé zdravotní pojištění
* stát zasahuje do podmínek soukromého zdravotního pojištění tak, že v rámci soukromého zdravotního pojištění ***musí být pojištěnci nabízen minimálně jeden program, který podmínkami odpovídá veřejnému zdravotnímu pojištění*** (stát tím v podstatě reguluje to, že by si pojištěnec vybral špatně)
* ***pojistné platí zaměstnanci i zaměstnavatelé rovným dílem*** (50 % a 50 %; u nás platí 1/3 zaměstnanec a 2/3 zaměstnavatel)
* v Německu se platí ***spoluúčast a hospitalizační poplatek***
* **spoluúčast**:
  + pacienti s povinným pojištěním doplácí v hotovosti (spoluúčast) pouze menší poplatky, ***jejichž celková výše za rok nesmí přesáhnout 2% hrubého příjmu, což je tzv. „hranice zatížení“***
  + u chronicky nemocných a důchodců je hranice zatížení snížena na 1% hrubého příjmu
  + jsou také zvýhodněny rodiny s dětmi
  + od doplatků za zdravotní péči jsou osvobozeny děti a mladiství do 19 let
* *silné stránky veřejného zdravotnictví:*
* vysoká kvalita zdravotní péče
* možnost výběru praktického lékaře, ambulantní péče a nemocnice
* *slabé stránky veřejného zdravotnictví:*
* nákladný systém zdravotnictví
* velké administrativní náklady
* složitost vztahů poskytovatelé – plátci – stát

**Srovnání českého a německého zdravotnictví:**

* principiálně je německý systém podobný českému, přesto existují některé důležité rozdíly
* veřejné zdravotní pojištění není povinné pro všechny, rozhodující je výška příjmu
* okolo 25 % populace přesahuje tuto hranici: tito občané si mohou vybrat mezi soukromým nebo veřejným pojištěním, 10% volí soukromé pojištění
* ***výše pojistného není dána zákonem, liší se podle pojišťovny,*** průměr je 15 %; podle zákona mají pojišťovny právo zvýšit příspěvek, jestliže si to vyžaduje krytí nákladů
* pojistné: 50% zaměstnanci, 50% zaměstnavatelé
* za nezaměstnané platí pojistné stát
* striktní rozdělení nemocniční a ambulantní péče: ***nemocnice v zásadě neposkytují ambulantní péči*** (kromě 1-denní chirurgie a výkonů sloužících k výuce mediků)

11. Tržní zdravotnictví, liberální model, charakteristika

* soukromé (dobrovolné) zdravotní pojištění
* jediná země, ve které funguje tento typ zdravotnického systému: USA
* USA jsou jedinou zemí, kde je ***podíl soukromého financování zdravotního pojištění vyšší než ½***, přitom kdybychom se podívali na náklady, které tam má stát na zdravotnictví, tak bychom zjistili, že jsou zde nejvyšší v porovnání s ostatními zeměmi (poskytováno 17,6 % HDP)
* **základní principy:**
* ***stát negarantuje zdravotní péči pro všechny, garantuje péči pouze pro některé, a to formou státních a zdravotních programů:***

**● Medicare:**

* vznik tohoto programu je spojen se jménem amerického prezidenta J. F. Kennedyho, který se přičinil o jeho zavedení
* ***důchodci nad 65 let věku a určité skupiny chronicky nemocných a tělesně postižených*** mají zajištěnou zdravotní péči
* program financován převážně z federálních daní
* program je ***orientován převážně na akutní péči***; není z něj kryta dlouhodobá péče a řada služeb neakutního charakteru, např. běžné celkové prohlídky pacientů

**● Medicaid:**

* program zahrnuje neodkladnou akutní i dlouhodobou péči a některé preventivní služby (zejména očkování) ***pro lidi, kteří žijí pod úrovní životního minima, dále těhotné ženy a ženy vyživující nezletilé (či závislé) děti s nízkým příjmem, dále slepci a lidé, kteří z různých důvodů nemohou pracovat*** → v zásadě platí, že jsou preferovány matky s dětmi a práce neschopní občané

**● Veteran’s Health Care Administration**: pro vojáky, pro válečné veterány

**● Indian Health Care**: pro původní americké obyvatele (Indiáni, Eskymáci)

**● Neodkladná péče v ohrožení života**

* byl přijat zákon, podle něhož má ***každý v ohrožení života právo na poskytnutí zdravotní péče***
* Povinnost poskytnout neodkladnou péči se vztahuje na všechna zdravotnická zařízení i na všechny zdravotníky, kteří přijdou s takovou osobou do styku. Platí to tedy i pro situace, kdy např. chudý a na první pohled nesolventní pacient v ohrožení života je dopraven do nejbližší soukromé luxusní nemocnice, poskytující péči bohaté klientele. V tomto případě nemocnice nemůže pacienta ohroženého na životě odmítnout

→ ale co když nejsme ani staří, ani původní obyvatelé Ameriky, ani lidé žijící pod úrovní životního minima, ani nepotřebujeme neodkladnou péči? → pak je tu **soukromé zdravotní pojištění**:

* + přibližně dvě třetiny ekonomicky aktivních obyvatel USA jsou pojištěny u soukromých zdravotních pojišťoven, z toho většina jako skupina zaměstnanců určitého podniku- **zaměstnanecké zdravotní pojištění**:
    - většina amerických zaměstnavatelských organizací platí jako součást svých sociálních programů zdravotní pojištění pro své zaměstnance a jejich rodinné příslušníky. Činí tak i přesto, že tuto povinnost jim žádný federální zákon neukládá. Pojištění sjednávají u soukromých zdravotních pojišťoven, kterých je v celé zemi o něco více než tisíc.
  + **individuální zdravotní pojištění**:
    - tj. pojištění sjednané přímo mezi zdravotní pojišťovnou a klientem, má pouze menší část občanů, a to okolo 5 % obyvatelstva
  + zorientovat se v možnostech a programech soukromého pojištění je pro „normálního smrtelníka“ poměrně dosti obtížné, existují tedy firmy, které se specializují na poradenskou a konzultační činnost v oblasti zdravotního pojištění, avšak i jejich služby jsou zpoplatněny

**Nepojištěná populace:**

* největším problémem zdravotnického systému USA je skutečnost, že významná část amerických občanů dlouhodobě nemá zajištěné žádné zdravotní pojištění, tato skupina se v posledních letech ještě rozšířila
* kdo tvoří skupinu nepojištěných obyvatel:
  + chudí nebo zchudlí občané, tvořící asi jednu třetinu nepojištěných
  + mladí lidé do 25 let: v praxi to znamená, že těmto lidem je poskytována převážně akutní zdravotní péče při úrazech a nehodách, která je velmi nákladná
  + zaměstnaní lidé, avšak nepojištění zaměstnavateli: zaměstnavatelé argumentují tím, že zdravotní pojištění je pro ně příliš nákladné
* *silné stránky tržního zdravotnictví:*
* vysoká kvalita péče pokud je krytá pojištěním
* rozvinutý medicínský výzkum
* rychlé uplatňování nových technologií a výsledků výzkumu v praxi
* vysoké příjmy lékařů
* *slabé stránky tržního zdravotnictví:*
* sociální nerovnost (velká část populace je nepojištěná)
* ***underinsured***: v důsledku finanční krize bylo zaměstnavateli „okrájeno“ zdravotní pojištění zaměstnanců s vysvětlením, že je zdravotní pojištění zaměstnanců příliš nákladné
* vysoké náklady – 17,6 % HDP
* nadbytečná péče: poskytována proto, že se ***lékaři bojí soudních sporů***, medicínští právníci mají totiž v Americe v nemocnicích lidi, kteří je upozorňují na

složité případy, ze kterých by se případně dalo „něco vytřískat“; lékaři jsou proto neustále ve stresu, aby něco nepodcenili, a aby tím pádem někdo následně neupozornil na jejich chybu → rozvíjí se zde ***tzv. defenzivní medicína***

* pojistky se zpravidla uzavírají na dobu 5 let, pokud však během této doby například pacientka onemocní rakovinou prsu, po vypršení pojistky již s ní pojišťovna pojištění neuzavře, protože ji bude brát jako rizikového pojištěnce (pojišťovně se takový pacient nevyplatí, protože budou vysoké náklady na léčbu tohoto pacienta)
* vysoké administrativní náklady

**Obamacare**

* reforma zdravotnictví v USA z roku 2014, na základě které bylo zavedeno ***povinné pojištění všech občanů USA*** (později se mělo připojit také to, že nepojištění budou penalizováni – to se ale mělo začít uplatňovat, až když si na to lidi zvyknou)
* Obama chtěl prosadit vznik jedné velké veřejné pojišťovny, která by konkurovala soukromým pojišťovnám → proti tomu se samozřejmě zvedla vlna odporu ze strany soukromých pojišťoven
* mělo to spočívat v tom, že lidé, kteří nespadají do žádné z výše zmiňovaných skupin, na jejichž financování se podílí stát (Medicare, Medicaid, …) by si povinně platili nějaké VÝHODNÉ pojištění, a pokud by ani na toto neměli, bude to za ně hradit stát → právě zde Obamacare narážela na největší kritiku – a sice odpůrci se ptali, kde na to bude stát brát peníze?
* zároveň v této reformě zkrouhnul odmítání rizikových pacientů pojišťovnami (viz příklad s neprodloužením pojištění u pacientky s rakovinou prsu)
* po zavedení této reformy došlo během prvních dvou let k poklesu nepojištěných téměř o polovinu
* nový americký prezident tuto reformu již zrušil

12. European Health Consumer Index: Hodnocení výkonnosti a efektivity zdravotnických systémů v EU, oblasti a indikátory hodnocení a postavení ČR.

* **Evropský spotřebitelský index zdravotní péče** (EHCI) je od svého zavedení v roce 2005 ***uznávaným standardem moderního monitorování zdravotní péče.***
* Index je sestavován z kombinace veřejných statistických údajů, pacientských průzkumů a nezávislého výzkumu prováděného společností Health Consumer Powerhouse Ltd, což je švédská soukromá společnost zabývající se měřením výkonnosti zdravotní péče v Evropě a Kanadě se ***zaměřením na podporu postavení pacientů a spotřebitelů.***
* Porovnání fungování národních systémů zdravotní péče prostřednictvím EHCI si vysoce cení i Evropská komise
* ***Indikátory, které EHCI sleduje,*** jsou roztříděny do šesti subdisciplin (v závorce jsou uvedeny indikátory):

1. **Pacientská práva a informace-** Zákony založené na právech pacientů. Zapojení pacientských organizací do rozhodování. Pojištění odpovědnosti při výkonu povolání bez zavinění. Právo na druhý názor. Přístup ke zdravotnické dokumentaci. Registr lékařů oprávněných k výkonu povolání. Web nebo 24hodinová telefonní interaktivní informace o zdravotní péči. Přeshraniční péče, hrazená domovskou zemí. Katalog poskytovatelů péče s hodnocením jejich kvality. Elektronické záznamy pacientů. On-line objednávání. Elektronický recept.).
2. **Dostupnost, čekací doby na léčbu** (Dostupnost praktického lékaře v den potřeby. Přímý přístup ke specialistům, Velké elektivní operace do 90 dnů. Léčba rakoviny do 21 dnů. CT sken do 7 dnů. Čekací doby na pohotovostních příjmech.).
3. **Výsledky** (Pokles kardiovaskulárních úmrtí. Pokles úmrtí na mozkovou mrtvici. Kojenecká úmrtnost. Přežívání nemocných s rakovinou. Ztráta potenciálních roků života. Infekce MRSA – nemocniční nákaza zlatým stafylokokem. Podíl potratů. Deprese. Úmrtnost na CHOPN.).
4. **Rozsah a dosah poskytovaných služeb** (Spravedlnost zdravotního systému. Operace šedého zákalu lidí nad 65 let věku na 100 tisíc obyvatel. Transplantace ledvin na milion obyvatel. Zubní péče zahrnutá do veřejného zdravotnictví. Neoficiální platby lékařům. Dlouhodobá péče o staré občany. Procento dialýz mimo klinik. Císařské řezy).
5. **Prevence** (Vakcinace malých dětí proti 8 nemocem. Krevní tlak. Prevence kouření. Alkohol. Tělesná aktivita. Vakcinace proti HPV viru. Úmrtí na dopravní nehody.).
6. **Léky**(Úhrada léků na recept. Laikům k dispozici informace o lécích – laický „lékopis“. Míra zavádění nových onkologických léků. Přístup k novým lékům – čas zařazení do úhrad. Antirevmatika. Užívání statinů. Spotřeba antibiotik na hlavu.)

**Trendy zdravotnických systémů**

* v péči o zdraví je nyní zdůrazňována celá populace a její blaho, dobro, pohoda (wellness)
* k nejlépe investovaným prostředkům na zdravotní péči patří takové, které jsou ***zaměřeny na předcházení chorobám nebo oddálení doby jejich výskytu***
* posun od epizodického léčení akutních nemocí a příhod, směrem k ***poskytování koordinovaného kontinua služeb, jejichž cílem je uchovat dobré zdraví a zvyšovat kvalitu života celé populace***
* znamená to, že prioritou v péči o zdraví se stává ***provázanost a koordinovanost*** zdravotnických (a dalších souvisejících) služeb a jejich ***propojování s preventivními zdravotnickými programy a podporou zdraví v nejširším slova smyslu***
* důraz je kladen na ***nadresortní přístup*** v péči o zdraví – to znamená, že ve všech společenských oblastech by měly být při strategickém rozhodování zohledňovány dopady na zdraví
* prioritou se stává zachování zdravých životních podmínek, a to nejenom v ekologickém slova smyslu, ale i z hlediska sociálních faktorů (sociální soudržnost, participace na společenském životě, opatření proti sociálnímu vyloučení aj.)
* z hlediska zachování zdravých životních podmínek nabývají velkého významu stavebnictví a resort dopravy. V EU již například platí směrnice, podle které je nutné, aby každý významný investiční a stavební projekt byl před jeho schválením posouzen z hlediska jeho dopadu na zdraví dotčených obyvatel
* témata, týkající se podpory a zachování zdraví, zdravého životního stylu a rizikových faktorů se postupně stávají součástí vzdělávacích obsahů na různých typech škol
* **současné trendy:**

**1)** **zaměření na prevenci**:

* preventivní procedury se stávají součástí základního balíku služeb: screeningy, podpora nekuřáctví, zdravá výživa, zdravotníci se aktivně podílejí na prevenci nemocí i podpoře zdraví

**2)** **regulace nákladů**:

* zavádění opatření k udržení (růstu) nákladů na akceptovatelné úrovni;
* v posledních letech (díky ekonomické krizi) náklady na zdravotnictví spíše stagnují; dokonce v zemích OECD zaznamenán mírný pokles v letech 2010-2013 vč. ČR: 7,5% - 7,1% HDP

**3)** **přesun těžiště z nemocniční do ambulantní péče:**

* intensifikace nemocniční péče a podpora rozvoje primární péče, její ***návaznosti na ostatní segmenty***
* Konkrétně se to projevuje ***úbytkem nemocničních lůžek pro akutní péči a zkracováním průměrné délky hospitalizace***
* primární péče se postupně stává důležitým prvkem komunitní péče, která zahrnuje poskytování širokého spektra koordinovaných služeb sociálně-zdravotního charakteru, co nejblíže místu bydliště pacientů.

**4**) **důraz na primární péči**

* má velký přínos, pokud je kvalitní; poskytuje prostor pro prevenci na individuální úrovni

**5)** **rozvoj následné a dlouhodobé péče** – rehabilitační, ošetřovatelské, paliativní… aj

**6)** **změna role pacienta**

* již nechce a nemůže být převážně pasivním článkem v procesu léčebné péče. Paternalistické pojetí vztahu lékař - pacient se mění ve **vztah symetričtější**. Pacient se aktivně podílí na průběhu terapeutického procesu. Lékař a pacient se stávají partnery, jejichž společným zájmem je zvládnutí pacientovy nemoci. Lékař již pacientovï nevnucuje své názory a přesvědčení, **ale je pacientovi rádcem** v procesu rozhodování o léčbě, o jejím průběhu a o možných alternativách.

**7)** **management kvality**:

* na místní, národní i mezinárodní úrovni (OECD, WHO, EU: „dostupná péče by měla být kvalitní a kvalitní péče dostupná“)

**8)** Nutnost, aby zdravotnický sektor byl připraven reagovat na zdravotní problémy související s **globalizací**.

* Díky globalizaci a s ní související migrací lidí, pohybu zboží a služeb ***může snadno dojít k náhle vzniklým epidemiím nových infekčních nemocí***, které mohou ohrozit populaci na různých místech světa.
* Rovněž ***stále přítomna hrozba teroristických útoků a s ním spojená tragická a náhlá umírání*** mnoha lidí vyžadují, aby zdravotnictví bylo na takovéto situace připravené a v případě potřeby bylo sto okamžitě a kvalifikovaně reagovat

13. Zdravotně – sociální péče, principy, vzájemná návaznost

* jaké jsou **principy zdravotně sociální péče**:
  + zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ***předpokládá návaznou sociální péči***
* už definice zdraví podle WHO říká, že zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody → zdravotní a sociální péče by tedy měla jít spíš ruku v ruce
  + komplexní moderní zdravotně sociální péče vyžaduje, aby ***sociální péče doplňovala zdravotní péči vždy, jestliže ji klient potřebuje*** (z hlediska sociální péče hovoříme o klientovi, ne o pacientovi)
  + pro klienta je nejvhodnější, pokud je sociální péče poskytována ***přímo v místě jeho momentálního pobytu*** (ať je to v bytě nebo v nemocnici), i přechodného, aniž by docházelo k přemisťování klienta do jiného místa či zařízení
  + sociální péče by měla být doplňována zdravotní péčí v případě potřeby ve všech typech zařízení sociálních služeb (např. domovy důchodců zaměstnávají na nějaký úvazek zdravotní sestru, případně praktického lékaře – důchodci tak nemusí nikam docházet)
* **rizikové skupiny ze zdravotně-sociálního hlediska:**
* nutno myslet na fakt, že příjemcem sociální péče se může kdykoliv stát kdokoliv z nás, nicméně předpokládáme, že bude potřeba spíš u někoho jiného – kdo jsou tedy ony rizikové skupiny:
  + děti
  + senioři (chronické nemoci, nižší socioekonomická úroveň, nižší soběstačnost)
  + osoby s postižením
  + osoby na okraji společnosti (národnostní menšiny, etnické skupiny, migranti, azylanti, bezdomovci)
* **sociální péči tvoří dva hlavní pilíře:**
  + sociální služby
  + sociální dávky

14. Sociální služby, principy, druhy, legislativa

**Sociální služby**

* právní zakotvení v ***Zákoně o sociálních službách***
* cílem je pomoci lidem ***udržet si nebo znovu nabýt místo v životě*** (místem v životě myslíme nějaký sociální statut, sociální roli), ***pokud toho nejsou sami schopni***(nemá smysl poskytovat sociální pomoc tam, kde to není potřeba – bylo by to plýtvání)
* pomáhají lidem ***žít běžným životem*** (pracovat, nakupovat, navštěvovat školu, účastnit se aktivit volného času, vést domácnost atd.) → pomáhají člověku ***navrátit se k tomu, co dělal dříve*** (dáváme rybářům sítě, ne ryby)
* jsou zaměřeny na jedince, jejich rodiny a obklopující sociální síť (sociální sítí se míní obce – obec někdy dostane dotace pro to, aby například postavila domov pro seniory)
* jsou poskytovány podle individuálních potřeb a potřeb komunit, kde lidé žijí – obec tedy vytváří nějaké komunitní plánování, sama pak nejlépe ví, co je potřeba
* **hlavní principy sociálních služeb:** 
  + ***nezávislost a autonomie uživatele*** (klient rozhoduje, zda sociální službu chce, nebo nechce)
  + ***začlenění a integrace*** (nikoliv sociální vyloučení)
  + ***respektování potřeb*** (souvisí s prvním bodem, tedy s autonomií klienta; dříve např. pokud senior bydlel v bytě, která patřila nějaké městské části/obci, a ta tento byt potřebovala, v podstatě donutila seniora přestěhovat se do domova důchodců)
  + ***partnerství zdravotních a sociálních služeb*** (v současné době to není tak, jak bychom si představovali – např. senioři hospitalizovaní na akutních odděleních nemocnice zde často leží déle, než by bylo nutné, a čekají pouze na to, až se uvolní místo někde v sociálním zařízení – měla by tu být větší provázanost)
  + ***kvalita***– není to jako ve zdravotnictví, kde je zaručen nějaký postup lege artis, v sociálních službách se teprve pravidla a standardy postupně vytvářejí
  + ***rovnost*** bez diskriminace – sociální službu poskytujeme bez ohledu na etnickou příslušnost, náboženské vyznání nebo sexuální orientaci
  + ***národní standardy, rozhodování v místě*** (rozhodováním v místě míníme na úrovni komunit – zde se ví nejlépe, co daný klient potřebuje)
* **formy poskytování sociálních služeb:**
  + **pobytové (rezidenční)**, klient pobývá v zařízení sociálních služeb
  + **terénní** – poskytovány klientovi v jeho přirozeném prostředí (asistenční); pokud je to možné, má ***dnes terénní služba přednost před službou rezidenční***
  + někde mezi nimi **ambulantní** – klient za službami dochází, nebo je doprovázen do zařízení sociálních služeb, následně s zase vrací domů
* **zařízení sociálních služeb:**
  + ***stacionáře***
    - denní – patří vlastně k ambulanntím formám sociální péče
    - týdenní – bývá často výhodnější například pro klienty s mentálním postižením, zpravidla totiž trvá, než se tam dotyčný zaklimatizuje, za nějakou dobu si tedy zvykne a je možné s ním nějak pracovat – což u denní formy není až tak dobře možné – než si zvykne, pomalu už vlastně odchází domů, takhle tam dotyčný klient je na týden a na víkend odchází domů
  + ***domovy pro osoby se zdravotním postižením*** (dříve ÚSP = ústav sociální péče) – je to vlastně příklad rezidenční formy poskytování sociální péče
  + ***domovy pro seniory*** (dříve např. domovy důchodců)
  + ***chráněné bydlení***– dnes je snaha převádět ÚSP na tuto formu; chráněné bydlení například pro lidi s mentálním postižením, pro psychiatrické pacienty; klient zde má nějaký svůj vlastní byt, který je součástí nějakého komplexu, kde bydlí klienti zpravidla s obdobnými problémy, součástí tohoto bydlení je ***dispozice sociálního pracovníka***, který zde tvoří jakýsi dozor a je k dispozici pro klienty chráněného bydlení
  + ***azylové domy*** – např. pro ženy s dětmi, jejichž otec je alkoholik, nebo u nich doma probíhalo domácí násilí, nebo pro klientky, které mají problém se stalkerem; v rámci azylových domů se tedy jedná o jakousi ***dočasnou rezidenční formu sociální péče***
  + ***domy na půl cesty*** – např. pro klienty, kteří byli propuštěni z věznice; aby člověk překlenul nějaké těžší období
  + ***zařízení pro krizovou pomoc*** – poskytují telefonickou konzultaci, ale mohou mít také lůžkové zařízení, zde ale klient pobývá spíše nějakou kratší omezenou dobu; patří sem např. CKI, REAPS na Žižkově
  + ***nízkoprahová zařízení pro děti a mládež***– zařizuje se v místech, kde ***hrozí nějaké rizikové chování mládeže*** (většinou formou nějaké klubovny, hrají zde např. šipky, pořídí se sem počítače – je to lepší, než kdyby na ulicích devastovali auta, čmárali po barácích, …)
  + ***noclehárny*** – typická zařízení pro bezdomovce, mohou zde přespat a dostanou zde najíst; nesmí zde ale kouřit, pít alkohol a nesmí sem se psy
  + ***sociální poradny***– klient (např. s nějakou formou postižení) se sem může přijít poradit, na jakou formu sociální pomoci by měl nárok
  + ***sociálně terapeutické dílny*** – dříve tzv. chráněné dílny; pracují zde lidé, kteří by vzhledem ke svému postižení neměli velkou šanci na trhu práce; cílem těchto dílen není kdovíjaký zisk, ***cílem je dát možnost pracovat lidem, kteří by jinak zůstali doma*** (tito lidé si zde nicméně mohou něco vydělat, mají k tomu ale také invalidní důchod)
  + ***pracoviště rané péče*** – např. dítě, které se narodí nevidomé – může zůstat doma v péči rodičů, za kterým dochází nějací školení pracovníci, kteří rodiče učí, jak pečovat o postižené dítě, a to i po stránce odborné (dítě tedy nemusí do speciálního ústavu)
  + ***a jiné*** – např. streetworkeři, kteří chodí po ulicích a dávají uživatelům drog sterilní injekční stříkačky

**Poskytovatelé sociálních služeb:**

* ministerstvo práce a sociálních věcí (zcela omezeně, zřizuje například diagnostické ústavy)
* kraje – krajské úřady zřizují větší část sociálních služeb
* obce – zřizují např. domovy pro seniory
* nestátní neziskové organizace – patří sem také církevní organizace (ADRA, Diakonie evangelické církve, …)
* fyzické osoby – mohou si také zřídit např. domov pro seniory, otázkou by pak ale bylo, kdo by si pobyt v takovém soukromém zařízení mohl dovolit

15. Sociální dávky, cílové skupiny, druhy, legislativa

* systém sociálního zabezpečení stojí na **třech základních pilířích**:

1. sociální pojištění (spadá pod Správu sociálního zabezpečení)
   * + nemocenské pojištění (nemocenská dávka, peněžitá pomoc v mateřství, ošetřovné, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství)
     + důchodové pojištění
2. státní sociální podpora (spadá pod Úřád práce)
   * + rodičovský příspěvek
     + porodné
     + přídavky na děti
     + příspěvek na bydlení
     + pohřebné
3. sociální pomoc (spadá pod Úřád práce)
   * + dávky sociální péče (pro zdravotně postižené, příspěvek na péči)
     + pomoc v hmotné nouzi

**Nemocenské pojištění**

* Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění (účinný od roku 2009)
  + Jednotný a povinný systém pro všechny zaměstnance, s výjimkou zaměstnání malého rozsahu (do výše výdělku 2500 Kč)
  + Povinný i u dohody o provedení práce (práce na území ČR a příjem nad v 10 000 Kč za kalendářní měsíc).
  + Pro OSVČ (osoby samostatně výdělečně činné) nepovinné
* **vyplácejí se 4 typy dávek:** ( vyplácí okresní správa sociálního zabezpečení)

**1) nemocenská**

* + se vyplácí ***od 15. dne pracovní neschopnosti*** do konce PN, maxim. 380 kalendářních dnů
  + ***do 14. dne platí zaměstnavatel*** tzv. náhradu mzdy, tato náhrada mzdy se platí od 4. dne pracovní neschopnosti a má výši ***60 % redukovaného průměrného příjmu*** (podobná úprava jako u nemocenské)- vyplácí se však pouze v pracovních dnech
  + veškerý příjem podléhající odvodu pojistného v uplynulých 12 měsících se vydělí počtem dnů- ***denní vyměřovací základ***- podléhá redukci podle redukčních hranic- stanovovány na začátku každého roku- čím vyšší má dotyčný příjem tím proporcionálně méně dostává – bohatým lidem se tedy nemocenská nevyplácí a často si raději berou dovolenou)
  + Podmínka- zaměstnanec je uznán lékařem dočasně práce neschopným
  + navýšení nemocenských dávek od roku 2018:
    - 60 % denního vyměřovacího základu do 30. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény
    - 66 % denního vyměřovacího základu od 31. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény do 60. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény
    - 72 % denního vyměřovacího základu od 61. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény

**2) peněžitá pomoc v mateřství**

* + aby ji žena mohla čerpat, musela být ***v průběhu posledních 2 let minimálně 270 dnů zaměstnaná*** (u OSVČ je to minimálně 180 dnů za uplynulý rok)
  + nárok na peněžitou pomoc v mateřství vzniká ***od 6. do 8. týdne před termínem porodu*** (od 8. může od 6. musí)
  + poskytuje se maximálně 28 týdnů (u vícečetného těhotenství 37 týdnů)
  + výše dávky je 70 % redukovaného výdělku
  + výpočet na podkladě redukčních hranic
  + nárok na dávku má střídavě matka i otec – ale až od 7. týdne ode dne porodu; muž musí pečovat o dítě minim. 7 kalendářních dnů za sebou- ***tzv. otcovská dovolená***
    - Nová dávka – účinnost od února 2018
    - Musí být nemocensky pojištěn (OSVČ min. 3 měsíce)
    - Musí být v rodném listě dítěte
    - Otec musí nastoupit na otcovskou dovolenou do šesti týdnů po narození potomka a čerpání příslušné dávky není možno přerušit
    - Výše dávky bude stejná jako „peněžitá pomoc v mateřství“, tj. 70 procent z redukovaného denního vyměřovacího základu

**3) ošetřovné**

* + nárok na něj má zaměstnanec, který nemůže pracovat, protože:
    - ošetřuje nemocného člena domácnosti
    - pečuje o zdravé dítě mladší 10 let, protože dětské nebo školní zařízení bylo uzavřeno nebo byla dítěti nařízena karanténa
  + Dávka se poskytuje do 9. kalendářního dne (u osamělých rodičů pečujících o dítě do 16 let věku, které neukončilo povinnou školní docházku 16 dnů)

**4) vyrovnávací příspěvek v těhotenství a v mateřství**

* + nárok na tento příspěvek má žena, která ***byla z důvodu těhotenství přeřazena na pracovní místo, kde dosahuje nižšího příjmu*** (dávka tedy dorovnává rozdíl mezi těmito dvěma příjmy)

**5) dlouhodobé ošetřovné** (od června 2018)

* až 90 kalendářních dní v daném roce. NE ve dnech, kdy je nemocný příbuzný hospitalizován ve zdravotnickém zařízení.
* Ošetřovné bude náležet pečujícím osobám z rodiny, i mimo domácnost. Nárok bude mít pojištěnec, který poskytuje v domácím prostředí dlouhodobou ošetřovatelskou péči a nevykonává zaměstnání ani osobně nevykonává samostatnou výdělečnou činnost. Nebude tedy možné čerpat tuto dávku a současně pracovat nebo podnikat.
* Výše dlouhodobého ošetřovného bude stanovena na 60 % denního vyměřovacího základu
* Nutné schválení zaměstnavatele

**Důchodové pojištění**

* Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, který nabyl účinnosti dnem 1. ledna 1996 ve znění pozdějších předpisů
* Systém je:
  + povinný
  + solidární
  + jednotný- pro všechny kategorie pojištěnců jednotná právní úprava - zaměstnanci v pracovním poměru, osoby ve služebním poměru, členy družstev, OSVČ
* ***Ze základního důchodového pojištění se poskytují tyto důchody:***
  + starobní
  + invalidní
  + vdovský
  + sirotčí
* Jsou-li současně splněny podmínky nároku na výplatu více důchodů téhož druhu nebo na výplatu starobního důchodu nebo invalidního důchodu, vyplácí se jen jeden důchod, a to vyšší, z ostatních důchodů (vdovský, vdovecký, sirotčí) se vyplácí polovina procentní výměry
* **starobní**
  + dvě složky důchodu:
    - **ZÁKLADNÍ VÝMĚRA** pro všechny stejná – stanovena jako ***procentní výměra z průměrné mzdy (9%)***
    - část závislá na výši výdělku a počtu odpracovaných let – tzv. **PROCENTNÍ VÝMĚRA** – ***za každý rok pojištění náleží 1.5% výpočtového základu, minimálně 770 Kč měsíčně***
  + o nároku na důchod, jeho výši a výplatě rozhoduje Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ)

**invalidní**

* upravuje je ***Zákon o důchodovém pojištění:***
  + *„pojištěnec je invalidní, pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal u něj pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35%.“*
  + *„Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a předchozím výdělečným činnostem“ →* bere se v úvahu předchozí povolání
* při stanovení poklesu pracovní schopnosti se bere v úvahu:
  + zda jde o zdravotní postižení ***trvale*** ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o ***stabilizovaný*** zdravotní stav, zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení ***adaptován***, schopnost ***rekvalifikace*** pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával,…
* invalidní důchody vyřizuje **ČSSZ** (rozhoduje o nároku na důchod, o jeho výši a výplatě) – její součástí je***Lékařská posudková služba***, která zjišťuje stupeň invalidity a případně změny invalidity
* Pokud je příčinou invalidity více omezení, považuje se za rozhodující příčinu to omezení, které má za následek největší pokles pracovní schopnosti
* stupně invalidního důchodu:

1. Stupeň invalidity – pracovní schopnost poklesla v intervalu 35-49%

2. Stupeň invalidity – 50-69%

3. Stupeň invalidity – nejméně o 70%

* podmínky pro přiznání invalidního důchodu:
  + osoba pojištěná, která nedosáhla 65 let věku a stala se invalidní a ***získala potřebnou dobu pojištění nebo se stala invalidní následkem pracovního úrazu*** (výjimkou je invalidita z mládí – tedy osoby mladší 18 let – předpokládá se tam, že nemohli přispívat)
* nejčastější důvody invalidity:
  + nemoci kosterní soustavy
  + novotvary
  + duševní poruchy a poruchy chování
  + nemoci oběhové soustavy

**Dávky státní sociální podpory**

* zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů
* prostřednictvím státní sociální podpory stát přispívá ***především rodinám s nezaopatřenými dětmi v případě uznané sociální situace***
* ***vyřizují úřady práce***
* řadíme sem:
  + - rodičovský příspěvek
    - přídavek na dítě
    - porodné
    - pohřebné
    - příspěvek na bydlení
* **rodičovský příspěvek (rodičovská)**
* rozlišovat mezi:
  + peněžitou pomocí v mateřství a rodičovským příspěvkem
  + rodičovským příspěvkem a rodičovskou dovolenou
* celková částka rodičovského příspěvku představuje 220 000,-, přičemž tento obnos peněz může rodič čerpat do doby 4 let věku dítěte
* Rodič si výši příspěvku zvolí sám a to ***až ve výši odpovídající peněžité pomoci v mateřství***. U nejbohatších skupin mohou příspěvek vyčerpat za 6 měsíců. Maximální možnou částkou rodičovského příspěvku je 32 640 korun
* ***Výjimkou jsou ti, kteří nečerpali mateřskou:*** studenti, nepracující, například ženy v domácnosti či OSVČ, které si neplatí dobrovolné nemocenské pojištění – mohou čerpat částku maximálně 7600 Kč měsíčně
* Pozor: rodičovská dovolená (jiná právní norma) je do 3 let věku- zaměstnavatel je povinen držet místo 3 roky od porodu
* ***Je možné pobírat rodičovský příspěvek a rodičovskou dovolenou vůbec nečerpat, nebo naopak čerpat rodičovskou dovolenou bez nároku na rodičovský příspěvek***
* **přídavek na dítě**
* pouze u rodin, které mají příjem do 2,7 násobku životního minima; **výše dávky se pak odvíjí od věku dítěte**
* **porodné**
* jednorázová dávka na pokrytí části nákladů souvisejících s narozením dítěte. Nově jen pro rodiny, které nedosahují 2,7 násobku životního minima – první dítě 13.000 Kč, 2. dítě 10.000 Kč
* **pohřebné**
* jednorázová dávka na pokrytí nákladů pohřbu nezaopatřenému dítěti nebo osobě, která byla rodičem nezaopatřeného dítěte
* **příspěvek na bydlení**
* přispívá na náklady na bydlení rodinám i jednotlivcům s nízkými příjmy
* Nově se do příspěvku zavádí maximální doba pobírání této dávky, a to tak, že v průběhu 10 let může osoba pobírat příspěvek nejvýše po dobu 84 kalendářních měsíců
* jestliže 30 % (v Praze 35 %) příjmů rodiny nestačí k pokrytí nákladů na bydlení a zároveň těchto 30 % (v Praze 35 %) příjmů rodiny je nižší než příslušné normativní náklady stanovené zákonem

**Dávky sociální pomoci**

* určeno osobám, ***které se vyskytnou v nepříznivé životní situaci a nejsou kryty*** (nebo jsou kryty nedostatečně) sociálním a zdravotním pojištěním
* v těchto případech se pak přistupuje individuálně
* patří sem:
  + - dávky sociální péče
    - pomoc v hmotné nouzi
* **dávky sociální péče**- vyřizují úřady práce
  + **příspěvek na péči**
    - nárok má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti- 4 stupně závislosti
    - o příspěvku rozhoduje úřad práce
    - Pro posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby v 10 ucelených úkonech v oblasti každodenního života:
      * Mobilita (zvládat vstávání, usedání, chůze)
      * Orientace (orientovat se zrakem, sluchem, pomocí psychických funkcí)
      * Komunikace (dorozumět se a porozumět – mluvenou řečí i psanou zprávou)
      * Stravování (stravu naporcovat, najíst se a napít se, dodržovat dietní režim – dietu)
      * Oblékání a obouvání (vybrat si oblečení a obutí, oblékat se, obouvat se, svlékat se a zouvat se)
      * Tělesná hygiena (umývat si obličej, ruce a celé tělo, česat se, péče o ústní hygienu)
      * Výkon fyziologické potřeby (používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky)
      * Péče o zdraví (dodržování stanoveného léčebného režimu, ošetřovatelská opatření)
      * Osobní aktivity (stanovit si a dodržet denní režim, zapojit se do aktivit odpovídajících věku)
      * Péče o domácnost (nakládat s penězi, obstarat si nákup potravin, nosit běžné předměty)
  + **příspěvky pro zdravotně postižené**
    - příspěvek na mobilitu 400 Kč měsíčně
    - příspěvek na zvláštní pomůcku (berle, vozík, ale také to, aby si lidé mohli upravit byt)

**pomoc v hmotné nouzi**

* je určeno pro situace, kdy osoba či rodina ***nemá dostatečné příjmy***a její celkové sociální a majetkové poměry ***neumožňují uspokojení základních životních potřeb*** na úrovni ještě přijatelné pro společnost; současně si tyto příjmy nemůže z objektivních důvodů zvýšit (vlastní prací, uplatněním nároků a pohledávek, prodejem nebo využitím majetku) a vyřešit tak svoji nelehkou situaci vlastním přičiněním
  + **příspěvek na živobytí**
  + **doplatek na bydlení**
  + **mimořádná okamžitá pomoc**

16. Zdravotní a sociální charakteristika seniorů, systém péče

**▪ charakter morbidity ve stáří:**

* + narůstání celkové prevalence s věkem (čím je člověk starší, tím větší množství chorob má)
  + polymorbidita – sdružování chorob (kardioavaskulární onemocnění, artróza, …)
  + atypický průběh onemocnění (oligosymptomatologie, nespecifické příznaky)
  + vyšší mortalita (mj. v souvislosti s infekčními nemocemi)
  + riziko přechodu do chronicity a vysoký invalidizující potenciál
  + polypragmasie (za to nemohou pacienti, ale lékaři; často seniory zatěžují velkým množstvím léku, a to zcela zbytečně; jednak je to neekonomické, jednak to může pacienta zatěžovat velkým množstvím nežádoucích účinků)
  + významná sociální komponenta (např. právě ty artrózy – omezují seniora v jeho aktivitách – nemůže si dojít nakoupit, sociálně se izoluje, …)

**▪ nejčastější choroby vyššího věku**

* + kardiovaskulární (všechny formy ICHS, hypertenze, ikty)
  + nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, artróza)
  + metabolická onemocnění (diabetes mellitus)
  + gastroinstestinální a respirační onemocnění

**▪ postižení a disability ve vyšším věku**

* + ***omezená schopnost či neschopnost vykonávat věku přiměřenou aktivitu*** (věku přiměřená aktivita = aby byl člověk schopen postarat se sám o sebe, sám sebe obsloužit, žít soběstačně v rámci nějaké komunity)
  + omezená schopnost či neschopnost vést nezávislý život v komunitě, starat se o sebe a svou domácnost
  + ztráta soběstačnosti – ***člověk nezvládá bez pomoci či asistence potřebné činnosti denního života***

**▪ posouzení funkčních schopností**

* provádíme pomocí dvou skupin testů:
  + **testy pro hodnocení základních sebeobslužných činností (BADL)** 
    - schopnost chůze, pohyblivost na lůžku a mimo ně, osobní hygiena, použití WC, oblékání, najedení
  + **testy pro hodnocení tzv. instrumentálních činností (IADL)**
    - schopnost nakupovat, vařit, provádět domácí práce, cestovat mimo byt, telefonovat, užívat správně léky, spravovat své finance
* senior nejprve bude ztrácet schopnost instrumentálních činností a pak k teprve schopnost základních sebeobslužných činností

**▪ sociální a psychosociální rizika ve stáří**

* + maladaptace na odchod do důchodu – setkáváme se s tím zejména u vojáků z povolání (doma najednou nemají koho dirigovat, dochází k častějším konfliktům s rodinou, začnou se izolovat)
  + ztráta dřívějších rolí, aktivity, programu
  + nespolupráce a poruchy osobnosti/chování
  + sociální izolace, osamělost (jednočlenná domácnost) – zejména v důsledku smrti partnera
  + konflikty s partnerem, členy rodiny
  + ekonomické problémy
  + život s vážně nemocným partnerem – druhý partner se tak stává ošetřovatelem – ne každý to ustojí
  + úmrtí blízké osoby
  + poruchy adaptace na stresovou situaci nebo změnu prostředí – když někam jedou, jsou všude raději o 2 hodiny dříve; po cestě vlakem se 100x ujišťují, jestli to tam fakt jede…

**▪ cíle služeb pro seniory**

* + co nejdelší ***zachování zdraví a soběstačnosti***
  + ***integrace ve společnosti*** (i při zhoršení zdravotního stavu) - integrovat ho tam, kde je zvyklý:
  + co nejdelší ***setrvání v rodinném a domácím prostředí;*** velkým trendem je ***bránit počtu vyloučení a osamocení seniorů****,* v současné době jsou programy, kdy mladí lidé (studenti) navštěvují seniory u nich doma, nebo v domech s pečovatelskou službou a povídají si s nimi
  + v období nemoci ***přiměřené intenzivní a šetrné léčení*** a rehabilitace se zřetelem na potřeby seniorů → to už je poněkud etická otázka: prodloužit život o 3 měsíce, kdy bude pacient ležet v nemocnici na kapačkách, nebo ho pustit z akutního lůžka domů za cenu toho, že dříve umře, ale za to ještě uvidí vnoučata, rodinu, psa…

**▪ zdravotní péče o seniory**

* + **Ambulantní** 
    - praktický lékař
    - geriatrická ambulance
    - domácí péče (home care) – např. převazy bércových vředů, aplikace inzulinu, rehabilitace proti vzniku kontraktur; je hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění
  + **Lůžková** 
    - akutní (nemocniční oddělení, včetně geriatrických odd.)
    - doléčovací a následná (LDN, gerontopsychiatrická odd. – pro pacienty s těžkou formou demence + často zde končí také starší mentálně retardovaní pacienti, kterým již zemřeli rodiče, kteří se o ně starali)

**▪ sociální služby pro seniory**

* + **Rezidenční** 
    - dlouhodobé (domovy pro postižené, domovy pro seniory, domovy – penziony, domovy s pečovatelskou službou)
      * **dům s pečovatelskou službou:** domy s garsonkami, kde bydlí klienti třeba se svými partnery, mají tam i svůj nábytek, normálně tam platí nájem
    - krátkodobé („domovinky“, stacionáře, respitní péče)
      * **domovinky**: denní zařízení, kam rodina seniora zaveze ráno, když odcházejí do práce (nemohl by být doma sám) a odpoledne si ho zase vyzvednou, když jedou z práce
      * **respitní péče**: úlevová péče pro ty, kteří se 24/7 o někoho starají – těmto osobám se má ulevit, aby nevyhořeli – ústav respitní péče osobu, o kterou se dotyčný stará, přijme a daná ošetřující osoba, může jet někam na dovolenou
  + **Asistenční** 
    - osobní asistence - na toto zpravidla senioři nemají finance
    - pečovatelská služba

17. Sociální služby pro seniory, charakteristika

viz otázka 16

18. Zdravotní a sociální charakteristika osob s postižením, systém péče

* postížení/handicap má podle WHO jakési 3 úrovně:

1. porucha struktury či funkce organismu (impairment)
2. z toho plynoucí ztráta schopnosti nebo neschopnost (disabilita)
3. handicap (nevýhoda) – psychické a sociální důsledky plynoucí z disability

▪ když vznikne handicap, má vliv na:

* + na jedince (ztráta sociální role, pocit méněcennosti, závislost …)
  + na rodinu (ekonomické, psychické, emoční břemeno…)
  + na společnost (ztráta produktivního jedince, nutnost podpory a péče)

**▪ zdravotně sociální charakteristika osob s postižením**

* omezená schopnost či neschopnost, plynoucí ze zdravotního stavu (postižení vrozené či získané)
* nižší socioekonomická úroveň – nemohou pracovat, zůstávají spíše doma
* sociální izolace – buď nemohou, nebo se bojí chodit do společnosti
* emoční i ekonomické břemeno rodiny

**▪ v čem spočívá omezení handicapovaných – příklady:**

* **partnerského života** (výběr partnera) – vybírají si buď partnera, který má také nějaký handicap, případně navazují partnerské vztahy se svými ošetřovateli (tam to většinou ale často končí vzájemným obviňováním, vydíráním, …)
* **aktivit volného času**
* **pracovních aktivit** – postižení mají možnost zaměstnání v chráněných dílnách; případně možnost zaměstnání u zaměstnavatele, který pak dostává úlevy, aby zdravotně postiženého člověka zaměstnal
* **pohybu a dopravy** (architektonické bariéry)
* **integrace** (psychické bariéry)
  + máme docela dobrou integraci zrakově postižených, s kým ale ještě neumíme dost dobře zacházet, jsou mentálně retardovaní
  + poměrně dlouhou dobu byli totiž tito lidé zavírání za zdi psychiatrických nemocnic
  + stále ještě u nás platí ta představa, že jsou to strašní chudáčci a že je potřeba je litovat, přitom je ale potřeba, abychom s těmito lidmi zacházeli jako se sobě rovnýma; navíc je u nás stále integrace mentálně postižených ***založená na výkonu*** (aby se naučili počítat,…) – ale k čemu jim to vlastně bude? Nebylo by vlastně lepší v nich spíš pěstovat a dále rozvíjet něco, co jim jde? Malování, kreslení, hra na hudební nástroj, …

**▪ zdravotní péče o osoby s postižením**

* + **Ambulantní** 
    - praktický lékař – postižené dispenzarizuje a posílá dále na konziliární vyšetření do odborných ambulancí
    - odborné ambulantní služby
    - rehabilitační ambulance
  + **Lůžkové** 
    - odborná oddělení
    - rehabilitační odd.
    - rehabilitační ústavy – postižený zde pobývá nějakou dobu a učí se sžít se svým handicapem a během jeho pobytu v rehabilitačním ústavu se mu zatím třeba může upravit bydlení
    - odborné léčebny
    - lázně – pokud je to ze zdravotní indikace a pokud to schválil revizní lékař, tak je to celé hrazené

**▪ sociální služby pro postižené**

* + **Rezidenční** 
    - krátkodobé (denní či týdenní stacionáře)
    - dlouhodobé
      * chráněné bydlení – poměrně moderní šance jak žít samostatně pod nějakým malým odborným dohledem
      * domovy pro postižené:
        + tělesně – Jedličkův ústav
        + smyslově – Domov Palata pod Strahovem
        + mentálně
        + kombinovaně
  + **Asistenční** 
    - osobní asistence – dotyčný si najímá asistenta, uzavírá s ním v podstatě pracovní poměr, doporučuje se, aby to nebyl příbuzný
    - pečovatelská služba
    - tlumočnická služba (neslyšící) – člověk se sluchovým postižením má nárok na tlumočníka na určitý počet hodin na měsíc

**▪ sociální dávky pro postižené**

* + invalidní důchod (I. – III.stupně)
    - ***při poklesu pracovní schopnosti*** se stanovuje invalidita ve třech stupních:
    - 1. Nejméně o 35%, avšak nejvíce o 49%, jedná se o invaliditu prvního stupně
    - 2. Nejméně o 50%, avšak nejvíce o 69%, jedná se o invaliditu druhého stupně
    - 3. Nejméně o 70%, jedná se o invaliditu třetího stupně.
  + příspěvek na mobilitu
  + příspěvek na zvláštní pomůcku
  + příspěvek na péči
  + průkaz osoby se zdravotním postižením: Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

**▪ další úlevy pro osoby s postižením**

* + změněná pracovní schopnost
  + daňové úlevy pro jedince i zaměstnavatele
  + ***povinnost zaměstnávat osoby s postižením*** – firmy nad určitý počet zaměstnanců musí zaměstnávat určitý počet lidí s omezenou pracovní schopností; když se takto neděje, tak firma musí například odebírat nějaké produkty například z chráněných dílen
  + povinnost budovat bezbariérové vstupy do veřejných budov
  + povinnost budovat bezbariérové byty – ***1 % bytové výstavby má být bezbariérové***

19. ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ CHARAKTERISTIKA PŘÍSLUŠNÍKŮ NÁRODNOSTNÍCH MENŠIN A ETNICKÝCH SKUPIN, SYSTÉM PÉČE

**NÁRODNOSTNÍ MENŠINY**

* **Zákon č. 273/2001 Sb. o právech příslušníků národnostních menšin**
  + národnostní menšina definována jako ***společenství občanů ČR, žijících na území ČR, kteří se odlišují od ostatních občanů:***
    - zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi
    - tvoří početní menšinu obyvatelstva
    - projevují vůli být považováni za národnostní menšinu
    - společně usilují o zachování a rozvoj své vlastní svébytnosti, jazyka, kultury
  + **práva:**
    - společně s jinými příslušníky menšiny rozvíjet vlastní kulturu
    - rozlišovat, rozšiřovat a přijímat informace v mateřském jazyce
    - sdružovat se v národních sdruženích
    - vzdělávat se v mateřském jazyce
    - užívat mateřského jazyka v úředním styku
    - účastnit se řešení věcí, týkajících se národnostních a etnických menšin
* **menšiny podle zdravotního stavu**
  + **staré** - nepředstavují problém; Poláci, Němci, Slováci
  + **nové** - mohou představovat zdravotně sociální problém
    - Ukrajinci, Vietnamci, Číňani

**ETNICKÉ MENŠINY**

* **etnické menšiny** - neodpovídají výše uvedeným kritériím; v ČR jde zejména o Romy

**Romská populace**

* podle poslední sčítání cca 20 000 odhaduje se však 10x tolik- většina se hlásí k české národnosti)
* nejedná se o jednotnou komunitu- nemají své představitele, se kterými by bylo možné jednat
* v zásadě lze dělit na 2 části:
  + potomci Romů, kteří přežili 2. světovou válku- zpravidla vzdělaní a dobře integrovaní, pouze malá část
  + migrace- v podstatě nucený přesun ze Slovenska v 70. letech jako levné pracovní síly, většina
* **sociální charakteristika romské populace:**
  + nižší socioekonomická úroveň
  + početné rodiny, žijí klanovým způsobem
  + nižší kvalifikace, vysoká nezaměstnanost
  + nízká úroveň bydlení
  + téměř nulová integrace
  + jiné kulturní hodnoty- ne vždy negativní, např. péče o seniory (minimum Romů v domovech pro seniory), vzájemná solidarita (minimum romských bezdomovců)
  + krátkodobé plánování budoucnosti
  + rodinné tradice
* **zdravotní charakteristika romské populace**
  + cca o 10 let nižší průměrný věk
  + obtížná zdravotní osvěta
  + velký výskyt obezity, v současnosti stoupá výskyt závislostí
  + infekční onemocnění - hepatitidy, tbc, parazitární onemocnění - svrab
  + u dětí častější výskyt opakovaných respiračních infekcí, průjmů, anémie; častější hospitalizace
* **možnosti řešení romské problematiky:**
  + již od předškolní a školní výchovy
  + snaha udržet zaměstnanost Romů - veřejně prospěšné práce, živnostenské listy na jednoduché práce a pod.
  + podpora samosprávy v domech, kde žijí

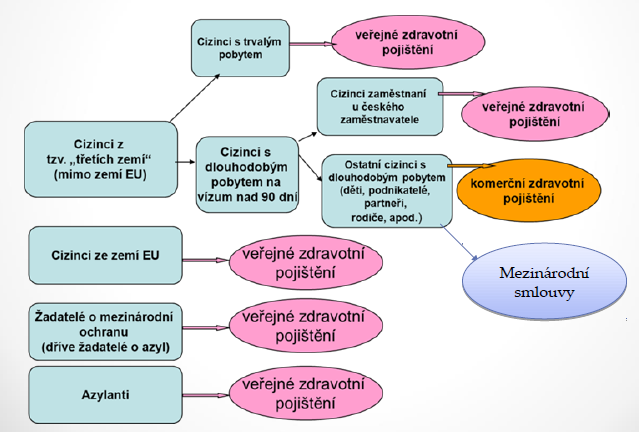
**20. ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ CHARAKTERISTIKA MIGRANTŮ A ŽADATELŮ O AZYL, SYSTÉM PÉČE**

**CIZINCI**

* osoby v ČR:
  + státní občané - mají základní práva a povinnosti (volit a být volen)
  + cizinci = každý, kdo není státním občanem ČR
* podmínky vstupu a pobytu cizinců v ČR - ***tzv. cizinecký zákon***
* cizinec může na území ČR pobývat bez víza, na základě víza nebo na základě povolení k dlouhodobému pobytu
* **druhy pobytu cizinců na území ČR:**
  + **přechodný bezvízový pobyt** - na základě mezinárodní smlouvy, ČR vázána předpisy EU
  + **přechodný pobyt na základě víza**
    - krátkodobá - letištní, průjezdní; k pobytu ***do 90 dnů***
    - dlouhodobá - pobyt delší než 90 dnů, ***maximálně 1 rok***
  + **povolení k dlouhodobému pobytu** - pro cizince, jejichž pobyt v ČR bude delší než 1 rok
  + **trvalý pobyt** - pokud 4x požádá o prodloužení dlouhodobého pobytu
  + **státní občanství** - lze udělit osobě, která má na území ČR ***trvalý pobyt nejméně 5 let, má znalost češtiny a čistý trestní rejstřík*** (+ test z jazyka a historie)
* v ČR celkem cca 500 000 cizinců, cca 150 000 s trvalým pobytem, s pobytem nad 90 dní cca 50 000, cca 2000 schválených azylantů
* složení cizinců: Ukrajinci, Slováci, Vietnamci, Rusové, Poláci, Němci, Moldavci, Mongolové

**MIGRANTI**

* **migrace v ČR**
  + **legální** - na základě výše uvedených možností
  + **ilegální** - vstup na území ČR neoprávněně, pobývá zde i po uplynutí lhůty povoleného pobytu atd.
    - počet nelze zjistit, odhadem desetitisíce; ***souvisí se zaměstnáváním načerno***
* **zdravotní charakteristika:**
  + **legální**
    - časté u nás se již nevyskytující nemoci - TBC, u dětí pertusse
    - podchyceni, zavzati do zdravotnického systému- ***všichni legální migranti musejí být pojištěni***



* + **ilegální**
    - ***neznámý zdravotní stav, mohou být roznašeči infekcí***
    - černá práce - vysoká úrazovost
  + obecně vysoké riziko ***ohrožení veřejného zájmu na ochranu zdraví*** a s tím spojené právní důsledky

**ŽADATELÉ O MEZINÁRODNÍ OCHRANU (AZYL)**

* požádat o mezinárodní ochranu může každý cizinec
* o poskytnutí azylu rozhoduje odbor azylové a migrační politiky MV ČR do 90 dnů, případně do 30 dnů ve zkrácené lhůtě
* azyl bývá ***většinou poskytnut pouze z humanitárních důvodů*** (žadatel je v zemi svého původu pronásledován z důvodů politických, náboženských, národnostních, z důvodů spojení rodiny...)
* možnost poskytnout mezinárodní ochranu - krátkodobý pobyt, v době války v dané zemi a pod.
* **podmínky:**
* pobyt v přijímacím středisku - letiště Ruzyně, Zastávka u Brna - nesmějí opustit zařízení, zdravotní péči poskytuje přítomný lékař
* pobytové zařízení (Kostelec nad Orlicí, Vyšné Lehoty) - volnější režim, smějí opustit zařízení se svolením; v zařízení není lékař, péči poskytuje praktický lékař v blízkém okolí
* ***během prvního roku azylové procedury nesmějí pracovat***
* po dobu řízení je ***poskytována veškerá potřebná péče, včetně lékařské*** (podle tzv. azylového zákona)
* **azylanti**
  + ročně vyřízeno jen málo žádostí
  + po získání azylu mají ***všechna práva na péči jako občané ČR***
  + obce i podniky finančně stimulovány k zajištění bydlení a zaměstnání

21. BEZDOMOVECTVÍ JAKO ZÁVAŽNÝ ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PROBLÉM SOUČASNOSTI

* Bezdomovectví je ***krajní formou sociálního vyloučení*** (vyloučení z klíčových společenských aktivit působením faktorů, které jsou mimo rámec jejich vlastní kontroly)
* bezdomovec (resp. osoba bez přístřeší nebo osoba bez domova) je člověk, kterého z různých důvodů ***postihla ztráta bydlení, nebo který je touto ztrátou ohrožen,*** žije na veřejných místech či v neadekvátních nebo v nejistých bytových podmínkách
* Bezdomovci jsou odříznutí od stálého zaměstnání a dalších zdrojů, které jsou přístupné většině ostatních občanů
* skryté bezdomovectví existovalo vždy - tuláci, komedianti, kočující etnika
* ***otevřené bezdomovectví až po roce 1989*** - do té doby každý, kdo neměl v OP potvrzení o zaměstnání, seděl za příživnictví
* Charitativní organizace odhadují, že na území ČR je více než 35 000 bezdomovců a cca 100 000 potencionálních bezdomovců
* **faktory vedoucí k bezdomovectví:**
  + ***vnější faktory-*** souvisejí s hospodářskou a sociální politikou státu (např. proměny trhu práce, nedostatečné zabezpečení, pomoc a podpora v nemoci, ve stáří, v nezaměstnanosti
  + ***vnitřní faktory:***
    - materiální - ztráta zaměstnání, majetku, bydlení
    - vztahové - týrání, zneužívání v rodině, útěk od partnera, vyhození z domácnosti
    - osobnostní - alkoholismus, gamblerství, závislost, poruchy osobnosti, maniodeprese
    - institucionální - neschopnost společnosti a jejích institucí postarat se o propuštěné vězně, absolventy dětských domovů a pod.
* **sociální charakteristika:**
  + většinou muži, mladí nebo starší 50 let
  + žádné nebo nedokončené vzdělání
  + původně nekvalifikované zaměstnání, častá fluktuace
  + chtěné bezdomovectví - squatteři, obtížná resocializace; u nechtěného šance na resocializaci větší
* **typy bezdomovectví**
  + ***Zjevné bezdomovectví:*** osoby se vyznačují tím, že žijí na ulicích, nádražích, v parcích, přespávají v tramvajích apod. V chladnějších měsících vyhledávají veřejné noclehárny.
  + ***Skryté bezdomovectví:*** vyznačuje se tím, že lidé bez domova ***nevyhledávají veřejné služby, nejsou tedy evidováni.*** Počet těchto lidí může být vysoký, neboť potřebné služby jsou leckde naprosto nedostačující. Tyto osoby lze nalézt ve sklepích, demoličních objektech, ve vracích aut, v kanálech i v kontejnerech apod. Občas přespávají u známých.
  + ***Potencionální bezdomovectví:*** do této skupiny patří osoby, kterým bezdomovectví reálně hrozí z důvodu nevhodných nebo nejistých bytových podmínek
* **zdravotní charakteristika:**
  + 150x vyšší pravděpodobnost nepřirozeného úmrtí
  + 20x větší pravděpodobnost sebevraždy
  + nemoci plynoucí ze špatné hygieny - svrab, plísně, infekční hepatitida
  + nemoci plynoucí ze životních podmínek - artrózy, chronické bronchitidy, tuberkulóza
  + závislosti - cirhóza, demence
  + průměrný věk dožití o 10-20 let nižší
* **zdravotní pojištění**
  + Bezdomovci, kteří mají trvalý pobyt v České republice, jsou pojištěnci veřejného zdravotního pojištění, ovšem pojistné často neplatí, a ani nevědí, že ho za ně v některých případech platí stát (stát je plátcem pojistného, pokud je daná osoba v hmotné nouzi, nebo pobírá důchod).
  + Problém nastává, pokud se bezdomovec nepřihlásí o žádné dávky, na které by mohl mít nárok. Takový jedinec pak propadá legislativním rámcem a nikde není uvedeno kdo by měl být plátcem jeho zdravotního pojištění.
  + V takových případech jsou někdy bezdomovci odmítáni, protože se lékaři bojí o proplacení poskytnutých služeb- ***to je v rozporu se zákonem***
* **možnosti pomoci**
  + sociální služby
    - sociální poradny
    - terénní služby: streetwork, mobilní terénní práce
    - ambulantní služby: nízkoprahová denní centra, noclehárny
    - pobytové služby: azylové domy
    - krizové služby: zejména zimní úkryty a noclehárny, potravinová pomoc
  + systémy sociálních dávek
  + zákonem nespecifikovaná pomoc (hygienická střediska, šatníky, právní poradenství, apod.)
  + Největší poskytovatelé služeb bezdomovcům v ČR: Armáda spásy ČR, sdružení Naděje a Charita Česká republika, městské úřady a magistráty velkých měst a jimi zřizovaná nejrůznější Centra sociálních služeb
* **specifická zdravotní péče**
  + specializované bezprahové ordinace praktického lékaře a gynekologická ambulance (provozovaná při sdružení Naděje v Praze)
  + nově i stomatologie a psychiatr
  + Zdravotníci na lodi Hermes, která poskytuje noclehy
  + preventivní vyhledávání TBC
  + (Národní jednotka kontroly nad TBC)
  + mobilní ordinace
* **postup resocializace:**
  + 0. stupeň - 1x denně možnost teplého jídla nebo nápoje, umytí a převlečení, v případě zájmu navázání kontaktu s cílem navrácení identity
  + 1. stupeň - možnost přespání v noclehárně, pouze přes noc, bez nároku na trvalé místo
  + 2. stupeň - ubytování v ubytovně, přespání přes noc s drobným vlastnictvím (noční stolek, postel)
  + 3. stupeň - možnost ubytování v hromadné ubytovně
  + 4. stupeň - vlastní byt (garsonka)
* **úloha subjektů v péči o bezdomovce:**
  + **stát** - podpora zaměstnanosti, sociálního bydlení, vízová politika
  + **obce** - povinny postarat se o bezdomovce na svém území, vlastní noclehárny, ubytovny, poskytuje dotace na taková zařízení pro nestátní subjekt, který by je provozoval
  + **nestátní subjekty** - terénní práce, provozování zařízení pro bezdomovce včetně stravování, poradenství a pod.

22. ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ CHARAKTERISTIKA POPULACE DĚTSKÉHO VĚKU

**ZDRAVOTNÍ CHARAKTERISTIKA**

* hlavní problémy dětského věku a nejčastější příčina úmrtí - úrazy a otravy
* **mortalita**
  + **1. rok života**
    - nejčastější příčinou úmrtí asfyxie nebo hypoxie - odchylky v dýchacím nebo kardiovaskulárním systému - často kombinace s nízkou porodní hmotností, VVV
    - infekce, prenatální, natální nebo krátce postnatální komplikace
    - cca 5% dětí se rodí s VVV - hlavně srdce a cévy, hypospadie, Downův syndrom, rozštěpové vady, vady uropoetického traktu
    - ***„rok životaschopnosti“*** - pokud dítě přežije rok, má dobrou prognózu pro budoucnost
  + **od 1 roku** - nejčastější příčinou smrti úraz nebo otrava
    - kategorie 1-14 let - cca 200 úmrtí ročně, z toho 80 úrazy a otravy(tonutí u batola, dopravní nehody a úrazy při hrách a sportu u předškolních dětí)
    - otravy a úrazy přetrvávají jako hlavní příčina úmrtí až do 35 let u žen a 45 let u mužů
* **morbidita** - nejčastějším onemocněním zubní kaz, poté onemocnění horních cest dýchacích, do 1 roku průjmy, úrazy
  + roste prevalence alergií - cca 25-30% dětí trpí nějakou formou alergie
  + vzrůst nadváhy a obezity
  + ortopedické odchylky - ploché nohy, vadné držení těla, skoliózy
  + více dětí v ambulancích dětských psychiatrů, více lehkých poruch chování, vzdělávacích poruch, poruchy autistického spektra
  + více násilí - možná vliv médií
  + více dětí se závažnými následky po úrazu nebo otravě
* **adolescenti** - považováni za jednu z nejrizikovějších skupin i podle WHO
  + zejména behaviorální problémy
  + nejhorší skupina ***adolescenti, kteří vypadli ze systému vzdělávání a přípravy na povolání*** - medicínsky nejhůř dostupná, nejvíc násilí, kriminality, závislostí a pohlavních nemocí
  + nová morbidita mládeže - velká role životního stylu

**SOCIÁLNÍ CHARAKTERISTIKA**

* rozevírání sociálních nůžek - ***cca 10% dětí žije pod hranicí životního minima (číslo roste), z toho cca 5% v chudobě***
* řada rodin není schopna se o dítě ekonomicky postarat
* více psychosociálních problémů

23. ZÁKLADNÍ POTŘEBY A PRÁVA DÍTĚTE

**POTŘEBY**

* ***závislé na věku, pohlaví, zdravotním stavu a prostředí, ze kterého dítě pochází***
* dělení: biologické, psychické, sociální, vývojové
* **biologické potřeby**
  + **základní:**
    - odpovídající výživa podle věku- množství, kvalita
    - uspokojení hygienických požadavků - čistota, teplo, světlo
    - ***stimulace*** - dostatek adekvátních podnětů pro nervovou soustavu a s tím související pohybový rozvoj
    - preventivní a kurativní péče, rehabilitační a případně resocializační péče
    - potřeba dostatečné obranyschopnosti - ***očkování*** (populaci chrání aspoň 95% proočkovanost)
  + s nadsázkou ***potřeba dobře se narodit*** - dítě zdravé, chtěné, vítané, nadané schopnostmi a předpoklady pro dobrý rozvoj
* **psychické potřeby** - uspokojování psychických potřeb umožňuje dítěti nejenom se ***přiměřeně rozvíjet v oblasti intelektu, citů a vůle, ale i v chování, interakci s okolím, chápání sebe a lidí, společenských hodnot i celého prostředí***, jehož je dítě důležitou součástí
  + **potřeba náležitého přívodu podnětů** - stimulace v pravý čas, v patřičném množství a kvalitě
  + **potřeba vědomí vlastní identity** - vlastního já - vlastní společenské hodnoty
    - ta se za normálních podmínek objevuje mezi druhým a třetím rokem života
    - Dítě si vytváří představu o sobě podle toho, ***jak jej lidé přijímají, jak hodnotí jeho projevy, co oceňují, co odmítají*** apod. Jde především o lidi nejbližší a jejich názory.
    - Takto utvářená identita (případně sebevědomí) ovlivňuje jeho prožívání společenských vztahů a vývoj jeho společenských postojů v dalších vývojových fázích.
  + **potřeba smysluplnosti světa**
    - myslí se tím ta skutečnost, ***aby se ze spousty podnětů, které dítě přijímá, staly poznatky a zkušenosti***
    - K tomu je třeba určitý smysl a řád, ***podněty musí být postupně organizovány a zpracovávány***.
    - Jestliže jsou podněty dítěti předkládány v určitém logickém sledu a dítě je odměňováno sympatickou pozorností vychovatelů, pak se proces učení může rozvíjet celkem snadno jako jistá samozřejmost
  + **potřeba jistoty a bezpečí** - ve vztahu dítěte k vychovatelům
    - zejména ***jistota, jak dospělý zareaguje na chování dítěte***
    - důležitá kolem 10-11 let
    - pozor na ***syndrom přetékajícího poháru*** (hrozí zejména u matek)- opakované přehlížení závažných prohřešků vyvrcholí v trest za relativní drobnost
    - lepší je přístup co se řekne, to platí; pravidla odměn a trestů podle věku a přečinů
    - Pro dítě je akceptabilnější „méně příjemná jistota“ než „příjemnější nejistota“. Tyto skutečnosti dávají předpoklad pro ***utváření vztahu důvěry k druhým lidem vůbec***
  + **potřeba otevřené budoucnosti** - jasná životní perspektiva - motivace k aktivitě, činorodosti
  + když není jedinec dlouhodobě uspokojován, ***může dojít k psychické deprivaci*** - projeví se jako neschopnost přizpůsobení, atypické až asociální chování
* **sociální potřeby-** člověk je tvor společenský a s tím souvisí i ***požadavek optimální socializace, jež bez uspokojování základních sociálních potřeb je nereálná*** 
  + zajištění svého prostoru kde má dítě své věci a do kterého příliš nezasahujeme
  + potřeba lásky a bezpečí
  + potřeba přijetí dítěte, identifikace s ním
  + rozvinutí sil a schopností
* **vývojové potřeby** - činnosti, kterými se lidský jedinec sám rozvíjí; aby mohlo dojít k jejich plnění, musí být splněny ty předchozí
* ***potřeby se mění s časem a růstem dítěte***
* ***důležitá je motivace*** - vede k vyhledávání a poznávání nových skutečností, poznatků, činností

**PRÁVA DÍTĚTE**

* mezníky ve vývoji práv dítěte:
  + 1924 - Ženevská deklarace práv dítěte
  + 1959 - Charta práv dítěte
  + 1989 - Úmluva o právech dítěte - součást právního řádu
  + 1990 - Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dětí
  + 1999- Zákon o sociálně-právní ochraně dítěte (ČR)
* charakteristické rysy nových lidských práv: ***všezahrnující, individuální, vrozená, zakládají nároky vůči státu***
* **základní práva:**
  + prosazování nejlepšího zájmu dítěte
  + nepostradatelný význam rodiny
  + nepřípustnost diskriminace
  + ***maximální ochrana před nepříznivými vlivy a podmínkami, již před narozením***
  + plná právní subjektivita dítěte
  + ***respektování názoru dítěte, je-li ho schopno formulovat***
  + účast na veřejném životě
  + plnohodnotné zastoupení zájmu a prospěchu dítěte
* **systém tří P - Provision, Protection, Participation** - podle Úmluvy o právech dítěte
  + **provision** = právo získat nebo vlastnit nebo mít přístup ke všem zdrojům a službám pro děti
    - lékař, prevence, kurativa, ošacení, prenatální péče pro matku, právo na rodinu, podpora návratu k rodině
  + **protection** - ochrana před jakýmkoliv zneužíváním, zanedbáváním, mučením, vykořisťováním, špatným zacházením, před diskriminací
    - právo na ochranu, pokud je bez rodinného zázemí, ochrana před drogami, proti práci
    - zkvalitnění péče o děti s postižením, o děti, které se ocitly v konfliktu se zákonem, respektování jejich osobnosti
  + **participation** - aktivní účast dítěte na veřejném životě

**SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANA DÍTĚTE**

* naplnění bodů Úmluvy o právech dítěte - zájem a blaho dítěte, ***hlavním zájmem je dítě ohrožené***
* zakotvena v právním řádu ČR - ***Zákon o sociálně-právní ochraně dítěte***
* ***vyhledávání dětí ohrožených, působení na rodiče, projednávání nedostatků ve výchově, sledování dalšího vývoje na základě kontrolních opatření a oprávnění, poskytování poradenství rodičům***
* všechny mezinárodní dokumenty ratifikované parlamentem ČR jsou součástí českého práva

**PRÁVNÍ ÚPRAVA VZTAHU RODIČŮ K DĚTEM**

* rodičovská zodpovědnost
* I. právo a povinnost vychovávat, řádně se starat, být s ním, zabezpečit rozvoj, ochránit dítě
* II. právo a povinnost zastupovat
* III. právo a povinnost spravovat jeho majetek
* důraz kladen na psychickou dimenzi rodičovství
* povinnosti dítěte: nejsou jasně ukotveny v zákonech, ale v zásadě se jedná o ***pomoc rodičům dle svých možností a schopností***

24. VÝZNAM RODINY PRO VÝVOJ DÍTĚTE

* **rodina**
  + nejstarší základní společenská skupina, spjata nejrůznějšími vnitřními vztahy
  + podle Dunovského: rodina = ***malá primární společenská skupina, založená na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a dětí nebo na vztahu jej substituujícím (osvojení) a pod.***
  + Rodina představuje bio-sociální systém, neustále se vyvíjející
* **význam rodiny pro vývoj dítěte:**
  + nezastupitelný - dítě se rodí do rodiny, dostává genetickou výbavu
  + ***rozhodující vliv na rozvoj osobnosti***, hlavně v raném dětství, v oblasti tělesné, duševní i sociální
  + na začátku života se v rodině děje ***proces socializace***
  + rodina určuje sociální status dítěte - ***prostřednictvím rodiny si dítě uvědomuje své místo a roli ve společnosti***
* **funkce rodiny:**
  + biologicko-reprodukční
  + ekonomicko-zabezpečovací
  + emocionální
  + výchovně-vzdělávací a socializační
* **poruchy rodiny** = taková situace, kdy rodina v různé míře neplní svoje funkce (jednu nebo více) - ve vztahu k dítěti je ***zásadní porucha funkce socializačně výchovné***
* podle kvality naplňování funkci:
  + funkční rodina - 80%
  + problémová rodina - 15% - závažnější porucha některých funkcí rodiny, ***není ale ohrožen vývoj dítěte*** nebo rodinný systém
  + dysfunkční rodina - 4% - vážné poruchy, které ohrožují rodinu jako celek a zejména vývoj dítěte
    - ***rodina není schopna sama zvládnout, je potřeba přistoupit k sérii opatření - sanace rodiny***
  + afunkční rodina - 1% - rodina neplní svůj účel, ***dítěti škodí ohrožuje dítě v samotné existenci***
    - sanace bezpředmětná, jedinou cestou je dítě odebrat a umístit jinam
* **příčiny poruchy rodiny:**
  + objektivní - na vůli rodičů nezávislé
  + subjektivní - na vůli rodičů závislé
  + smíšené
* rodiče se nemohou - neumí - nechtějí o dítě postarat
  + **nemohou**
    - úmrtí, výkon trestu, dlouhodobě mimo domov studijně/pracovně, dříve delší vojenská služba, invalidita, nemoc rodiče nebo dítěte
    - přírodní katastrofy a devastace prostředí, válečné konflikty, pronásledování, hladomor, epidemie
    - nezaměstnanost, bída, velký počet dětí
    - rozpad rodiny (rozvod - svěření dítěte do péče jednoho z rodičů), neupřesněný styk druhého rodiče s dítětem, časté je zabraňování styku dítěte s jedním z rodičů
    - zbavení svéprávnosti, zbavení rodičovských práv
    - rodič (otec) neví, že je rodičem
  + **nechtějí** - psychopatické rysy osobnosti, maladaptace, alkoholik, drogově závislý, gambler, nechtěné dítě
    - dítě de facto osiřelé, ohrožené vlastním rodinným prostředím
  + **neumí** - nezralost (adolescentní rodič), starší rodiče neschopní se vyrovnat se zvláštními skutečnostmi, rodič s mentálním postižením, dítě s postižením
* protipólem nadměrně starostliví rodiče - nadměrné nároky na dítě, rozmazlování, nerespektování druhých, nepřipravenost na samostatný život
  + ***důsledek zvyšování věku rodičů a snižování počtu dětí v rodině***
  + hyperprotektivní a ambiciózní rodiče
* **deprivace** = dlouhodobě nenaplňování odůvodněných potřeb; biologická, psychická, sociální
* **současné trendy v rodinách**
  + úbytek dětí - průměrně 1,6 dítěte na ženu, negativní populační bilance
  + více mladých párů, které zůstávají cíleně bezdětné- ***tzv. sociální neplodnost***
  + cca 18% párů neplodných
  + odkládání dítěte na pozdější dobu - průměrný věk prvorodičky 29 let
  + kvalitní antikoncepce - více dětí plánovaných, méně nechtěných
  + častější soužití lidí bez sňatku
  + vyšší podíl dětí narozených mimo manželství
  + ubývá společně stráveného času rodičů a dětí, obecně chronický nedostatek času v péči o dítě- ***tzv. dysharmonie času rodičů a dětí***

25. RIZIKOVÉ A OHROŽENÉ DÍTĚ, CHARAKTERISTIKA, FAKTORY OHROŽENÍ

* **ohrožené dítě**
  + takové dítě, u kterého se jeho prostředí nebo podmínky života natolik odchýlily od normy, že ***mohou bezprostředně poškozovat jeho vývoj a začleňování do společnosti***
  + současně je potřeba respektovat dítě jako individualitu a jeho vývojovou etapu, ve které se nachází
    - **vnitřní příčiny ohrožení** - vycházejí z dítěte - etnická příslušnost, chronická nemoc, vzhledová odlišnost, vrozená vada nebo jiné postižení - narušení, deviace nebo znemožnění odpovídajícího vývoje
    - **vnější příčiny ohrožení** – faktory prostředí - faktory fyzikální, chemické, biologické
    - **sociální faktory**
      * nedostatky fungování společnosti jako celku (bída, hlad, nedostatek, diskriminace, válka)
      * nedostatky fungování společenských skupin - hlavně rodiny
    - **smíšené**
* **rizikové dítě**
  + dítě, které se ***narodilo např. z nefyziologicky probíhajícího těhotenství nebo porod a období po něm proběhly nenormálním způsobem*** - u těchto dětí se odchylky vyskytují častěji než u jiných

26. SYSTÉM PÉČE O DÍTĚ S POSTIŽENÍM A JEHO RODINU

* **dítě s postižením** (tělesným, smyslovým, mentálním, kombinovaným)
  + omezení společenských aktivit, kulturních, sportovních, pracovních, horší kontakt s vrstevníky
  + trendem je ***snaha o integraci*** - mateřské školy a školy, pokud to postižení umožňuje
  + vyžaduje péči svého okolí a rodiny - ***představuje zátěž psychickou, sociální i ekonomickou***
  + často výchovný problém - dysharmonický přívod podnětů
  + často není schopno se do společnosti plně začlenit a znamená tak ztrátu produktivní síly
* **příspěvek na péči** - podle stupně závislosti
  + a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
  + b) 6 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
  + c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
  + d)12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).
* **závislost na pomoci jiné osoby:**
  + *na stupni I (lehká závislost),* jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři základní životní potřeby,
  + *na* *stupni II (středně těžká závislost),* jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb,
  + *na stupni III (těžká závislost),* jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb,
  + *na stupni IV (úplná závislost),* jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.
  + **životní potřeby** - mobilita, orientace a spol. (viz otázka 15)
* **sociální služby**
  + sociální poradenství
  + osobní asistence
  + pečovatelská služba
  + služby rané péče - pro rodiny, kde se narodilo postižené dítě, do 7 let věku - podpora rodiny a dítěte s ohledem na specifické potřeby; výchova, vzdělání, kontakt s okolím, terapeutické činnosti
  + domovy pro osoby se zdravotním postižením - tam, kde vyžaduje každodenní péči jiné osoby
* **systém dávek:**
  + **životní minimum** - náklady na výživu a potřeby všech osob v domácnosti, náklady na bydlení
  + **státní sociální podpora** - dávky odvozené od příjmů/neodvozené, viz sociální dávky
    - přídavek na dítě - když je v rodině nezaopatřené dítě; podle výše příjmů
    - sociální příplatek - rodiny, ve kterých vyrůstá dlouhodobě nemocné nebo zdravotně postižené dítě, případně když je jeden z rodičů nebo oba zdravotně postižen; podle výše příjmů
    - příspěvek na bydlení a dopravu - podle výše příjmů
    - rodičovský příspěvek - rodič pečující o dítě i bez postižení; pokud o postižené, prodlužuje se až do 7 let věku
    - dávky pěstounské péče
    - porodné a pohřebné
  + **dávky sociální péče**
    - příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu - zdravotně postižené dítě nad 1 rok
    - další dávky při postižení, vyžadujícím speciální diety - mění se životní minimum
    - dávky sociální péče pro těžce zdravotně postižené občany + příspěvek na motorové vozidlo, úpravu bytu, pořízení pomůcek

27. CHRONICKY NEMOCNÉ A SOCIÁLNĚ MALADAPTOVANÉ DÍTĚ, CHARAKTERISTIKA

**SOCIÁLNĚ MALADAPTOVANÉ DÍTĚ**

* nemá definovaná kritéria - špatně se srovnává v rámci komunity i mezinárodně
* nelze přenášet nálezy z jedné kultury do kultury jiné
* sociální maladaptace = ***poškození vývoje dítěte ve sféře sociálního života***
  + poruchy sociálních vztahů, neschopnost adaptace na okolní svět, změny v chování, sociální, školní, výchovné potíže
* **predisponující faktory:**
  + **celospolečenské**
    - rychle probíhající změny ve společnosti, na které se obtížně adaptujeme
    - rozpad nebo oslabení rodin
    - umělý svět mass-médií - zkreslený pohled na svět
    - pro děti chybí kladné vzory
    - prodloužení závislosti mladé generace na rodičích
    - ztráta perspektiv vývoje mladé generace - únik k drogám a pod.
  + **individuální**
    - genetická zátěž
    - biologické oslabení plodu v těhotenství
    - oslabení dítěte v časných vývojových fázích
    - dispozice ke vzniku chronických nemocí
    - odchylky ve vývoji temperamentu, osobnosti a pod.
  + **rodinné**
    - selhávání rodiny v péči o dítě
    - chybný výchovný systém tradovaný po generace
  + **ekologické**
    - důsledky zhoršení životního prostředí - oslabení mladého jedince vůči některým nemocem a stresům
  + **kulturní a sociální**
    - prostředí ve škole
    - vrstevníci, neformální skupiny
    - negativní vlivy dospělých - kouření, alkohol, špatné vztahy, agresivita, sledování násilí v televizi, počítačové hry
    - předsudky a nevhodné formy jednání
  + **životní okolnosti**
    - aktuálně vzniklé - nemoc, úmrtí v rodině, rozvod nebo těžké konflikty, neúspěchy ve škole, šikana
    - psychická subdeprivace nechtěného dítěte, které není matkou plně přijímáno - často horší následky než rozvod rodičů
  + **predisponující situace** - svádějí k chybnému jednání (alkohol, krádeže, vandalismus, silácké činy)
  + **oslabení jedince během života**
    - attachment - porucha vztahů s matkou (rozvíjí se již prenatálně od 28. týdne gravidity)
    - nevhodný styl výchovy (oběma směry), špatné vzory okolí, narušení rodiny, sociální rizika
* **projevy:**
  + **nová morbidita** - přetěžování dítěte nároky školy a okolí, rychlé změny v rodině (rozvody) a v okolí, agresivita, zneužívání
  + **školní problémy** - dítě někdy nezralé, špatně zvládá tlak - současný tlak rodičů na zlepšení výsledků vede ke zhoršení stresu a vzniku bludného kruhu
    - etiologie: dočasné nebo trvalé biologické oslabení, poruchy učení, sociální zanedbání, emocionálně náročné situace
  + **psychická deprivace** - emoční oploštělost, uzavřenost, agresivita, provokace, vyžadování pozornosti; i subdeprivace
  + **poruchy chování** - lži, zapírání, záškoláctví, agresivita, šikana
  + **asociální chování** - pasivní, agresivní, kompromisní (nestálost, promiskuita, pocity odcizení a ztráty smyslu života)
  + **sebepoškozování**
* **prevence:**
  + časné podchycení signálů, že je něco špatně
  + využití volného času dětí

**CHRONICKY NEMOCNÉ DÍTĚ**

* postupný průběh, opakující se - ***opakované návštěvy lékaře, užívání léků, dlouhodobé omezení běžných aktivit***
* významné zasažení rodiny - nadměrný strach o dítě, zvýšená opatrnost - může v dítěti generovat pocit úzkosti
* nemoc funguje jako ***faktor ovlivňující vývoj dítěte*** - oslabení CNS - psychomotorický neklid, dráždivost, netrpělivost, náladovost, sklon k afektům
* self help kluby, kluby rodičů
* specifické problémy některých skupin onemocnění - mukoviscidóza, svalové atrofie, smrtelné nemoci (leukémie a pod.)
  + proces: šok - zoufalství - obranná reakce - akceptace
  + nutno sdělit šetrně, ale co nejdříve
  + dlouhodobá psychologická pomoc
* odborná pomoc a terapie
* prevence a podpora zdraví

28. INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE O DĚTI, VYMEZENÍ

* v ČR v kompetenci tří ministerstev:
  + **MZ ČR** - kojenecké ústavy, dětské domovy do 3 let, dětská centra
  + **MŠMT** - dětský domov, dětský domov se školou, diagnostický ústav, výchovný ústav
  + **MPSV** - domov pro osoby (děti) se zdravotním postižením
* institucemi ročně proteče asi 2500 dětí

**MZ ČR**

* ***komplexní interdisciplinární péče*** - výchovná, sociální, zdravotní
* indikace přijetí - zdravotní, sociální, zdravotně-sociální
  + **zdravotní indikace přijetí** - neprospívání, umělá výživa, nutnost trvalé ošetřovatelské péče, nemoc matky nebo obou rodičů (izolace dítěte)
    - kombinace postižení - mentální, smyslové, tělesné - etiologie: VVV. VMV, genetika, drogy, alkoholismus, nikotinismus, psychiatrie
  + **sociální indikace přijetí**
    - nezájem rodičů, souhlas rodičů s osvojením
    - studentky, děti narozené mimo manželství, matky ve výkonu trestu
    - bytové problémy
    - rozvrat rodiny, zanedbávání, nezletilé matky, svobodné matky bez bytu, rodinné poměry, trestná činnost rodičů, výchova dítěte, týrání
    - výchovné - zácvik: neumí, nezvládá, nechce, má strach
    - diagnostické - drogy, psychiatrie, suspektní týrání
  + **sociálně-zdravotní indikace**
    - odložené děti s postižením
    - nutná intenzivní rehabilitační péče
* **cíl pobytu:** diagnóza a prognóza, ***co nejrychlejší převedení dítěte do rodinné péče***
  + cca 50% dětí zpět do rodiny, část do širší rodiny, poté NRP nebo mezinárodní adopce
  + pouze malá část (z velké části děti s mentálním postižením) zůstává a postupuju hierarchií sociálních služeb
* **přijetí**
  + z porodnice - dle zákona o rodině
  + z nemocnice - postižení, rizika, nezralost
  + z domova - sociální nebo zdravotní indikace
  + z ulice - opuštěné nebo nalezené dítě, cizí státní příslušník
* **podmínky přijetí:**
  + rozhoduje ředitel - informace sociální, pracovní, lékařské
  + evidenční list - indikace OA, SA, RA
  + podpis rodičů
  + souhlas rodičů - NRP, zdravotní indikace, akutní, přechodný nebo dlouhodobý pobyt, výchova
  + předběžné opatření - vydáno soudem na návrh orgánu sociálně právní ochrany, dítě ohrožené na životě; dořeší se po měsíci - zrušení předběžného opatření nebo ústavní výchova
  + dotazy od soudu
    - zdravotní stav, vývoj a prognóza dítěte, náročnost ošetřovatelské nebo rodičovské péče
    - zájem rodičů, průběh a frekvence návštěv
    - platba rodičů
* ***pobyt má být dočasný (přechodný) a co možná nejkratší***
* **typy pobytu:**
  + **krátkodobý** - pomoc rodinám, které se akutně ocitly v tíživé sociální nebo zdravotní situaci; respitní péče (krátkodobá úleva pro rodinu, která dlouhodobě pečuje o dítě zdravotně postižené)
  + **dlouhodobý** - celoroční nebo delší
    - těžký zdravotní stav vylučující péči v rodině
    - dítě ohrožené prostředím - týrání, zanedbávání, drogy, alkohol, psychiatrie
    - opuštěné, nalezené dítě
  + **pobyt matky s dítětem**
    - důvody: zdravotní, sociální, výchovné, diagnostické
    - sociální - gravidní ženy nebo kojící matky, které nemohou zůstat ve své rodině, utajené porody, azyl matky s dítětem
    - výchovné - nezletilé matky, zácvik nezkušené nebo simplexní matky, zácvik rodičů v péči o postižené dítě, zácvik adoptivních rodičů nebo pěstounů v péči o dítě
    - diagnostické - psychiatrická zátěž v OA matky - abusus, tělesné a mentální postižení, podezření na týrání dítěte
* **propuštění**
  + ***do vlastní rodiny*** - zdařilá sanace - zácvik v rhb. péči, zlepšení zdravotního stavu nebo zácvik v ošetřování, zlepšení sociálních a bytových podmínek
  + u nejisté sanace propuštění do rodiny, náhradní rodinné péče nebo jiného zařízení; ***vždy zvýšený dohled sociálně právní ochrany***
  + ***do náhradní rodinné péče*** - nezdařilá nebo nejistá sanace, nesouhlas, nezájem
  + ***do jiného zařízení***- dětský domov atd.
* do tří let věku děti v péči zařízení MZ ČR - po třetím roce věku se dělí podle mentální kondice:
  + ***děti s dobrou mentální kondicí*** - zařízení v gesci MŠMT
  + ***děti s mentálním postižením*** (hlavně těžším) - zařízení v gesci MPSV

**MŠMT**

* zařízení:
  + dětské domovy
  + dětské domovy se školou
  + dětské diagnostické ústavy - krátkodobé pobyty ke kompletnímu vyšetření a sledování, určení dalšího postupu pro výchovu a terapii
  + dětské výchovné ústavy - děti s poruchami chování
  + domovy pro děti vyžadující zvláštní péči
* **dětské domovy rodinného typu**
  + snaha co nejvíce se přiblížit rodině - umělé sourozenecké skupiny různého věku a pohlaví, stálé vychovatelské skupiny (ženy i muži)
* **vzdělávací systém** - princip: každé dítě je vzdělavatelné, případně vychovatelné
  + ***snaha o integraci dětí do běžných ZŠ*** - kde není možné, tak do Speciální školy a Školy praktické
  + internátní školy patří pod MŠMT - upravuje zákon o výkonu ústavní a ochranné výchovy a školský zákon - o předškolním, základním, středním a vyšším odborném vzdělání
    - omezení internátních škol - přeměňovány na DD
  + zvláštní škola, pomocná škola

**MPSV**

* **domov pro osoby (děti) se zdravotním postižením**
  + rámcově řeší nový Zákon o sociálních službách
  + zřizovatel: MPSV, kraj, obce, neziskové organizace
  + pomoc a veškerá péče pro osoby, které nemohou být v domácí péči - lehké až těžké mentální, tělesné nebo kombinované postižení
  + zajišťuje stravování, ubytování, ošetřování, psychosociální terapii, vzdělávání, kontakt se sociálním prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů
  + stanovené standardy kvality
  + řídí se vlastním etickým kodexem

**DALŠÍ INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE**

* **stacionáře** - raná péče, odlehčovací služby
* **centra**
* ambulantní, denní nebo týdenní služby
* služby výchovné, vzdělávací, rehabilitační, sociální, terapeutické
* sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, které jsou dlouhodobě ohrožené nepříznivou sociální situací

29. NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE, FORMY, PODMÍNKY

* **náhradní rodinná péče** = forma péče o dítě, které nemůže být z nejrůznějších důvodů vychováváno ve vlastní rodině; dítě je vychováváno náhradními rodiči nebo pěstouny v prostředí, které se nejvíce blíží přirozené rodině
  + náhradní rodinná péče zajišťuje potřeby dětí tam, kde se nezdařila sanace vlastní biologické rodiny, u dětí opuštěných, nalezených nebo osiřelých, v případě, že se rodiče nemohou/neumějí/nechtějí o dítě starat, u dětí týraných, zanedbávaných a zneužívaných
  + **očekávaný přínos pro dítě:**
    - stabilní prostředí - pocit domova, identifikace s rodinným prostředím
    - stabilní vychovatelé - citové pouto, trvalá vazba, uspokojení fyzických, psychických a sociálních potřeb
    - stabilní postavení v heterogenní skupině - osvojení si rolí a postupů
  + podle prof. Matějíčka - NRP naplňuje potřebu: stimulace, smysluplného světa, životní jistoty a citových rodinných vztahů, vědomí identity a příslušnosti k rodině, perspektivy otevřené budoucnosti
  + **zákonná úprava:**
    - Úmluva o právech dítěte (1989)
    - Haagská úmluva o ochraně dětí a mezinárodním osvojení
    - Zákon o sociálně právní ochraně dětí
    - Zákon o rodině
    - atd.
  + východiska: naslouchat - porozumět - mít rád - být laskavý, ale důsledný
* **náhradní výchovná péče** = péče o dítě, které nemůže:
  + být vychováváno ve vlastní rodině
  + být z nejrůznějších důvodů osvojeno náhradní rodinou
  + být v pěstounské péči

**FORMY NRP**

* **adopce** **(osvojení)** (cca 15-20% odchází z ústavů a dětských domovů do rodin osvojitelů)
  + intimní forma NRP
  + pravomocným rozhodnutím soudu; svazek definován jako svazek osob, který nabývá práva a povinnosti jako rodina
  + ***zanikají všechny povinnosti a práva biologických rodičů***
  + **adopce I. stupně** - zrušitelná, biologičtí rodiče jsou uvedeni v rodném listě dítěte
  + **adopce II. stupně** - nezrušitelná, v rodném listě uvedeni pouze adoptivní rodiče
  + velký zájem v rámci systému mezinárodní adopce - Dánsko, Itálie, Španělsko, Švédsko
* **pěstounská péče**
  + **individuální** - cizí osoby nebo příbuzní
  + **kolektivní** - SOS dětské vesničky, zvláštní zařízení pro výkon PP
  + končí zletilostí
  + může být kdykoliv zrušena na žádost pěstouna nebo na návrh oddělení sociálně právní ochrany dítěte
  + svazek vzniklý na základě soudního rozhodnutí
  + ***nezískávají práva rodičů a dětí, pouze spravují běžné záležitosti***
  + placená
  + **děti:**
    - těžší zdravotní riziko, handicap, nejistá nebo nepříznivá prognóza
    - těžší sociální riziko nebo handicap v RA (psychiatrie, alkoholismus)
    - starší děti, sourozenecké skupiny
    - děti, které se z právního hlediska nemohou uvolnit pro osvojení
  + ***nutná stabilita a zralost žadatelů***
  + **klasická forma**- biologičtí rodiče mohou děti navštěvovat
    - v případě obtížného styku soud:
      * pozastaví výkon rodičovské zodpovědnosti
      * omezí rodičovskou zodpovědnost
      * zbaví RZ - rodiče nemohou dítě navštěvovat
    - individuální - 1-4 děti, menší podíl státu; cizí osoby nebo příbuzní
  + **zvláštní zařízení pro výkon PP** - minimálně 4 děti v péči
    - vyšší podíl státní správy - materiálně, finančně
  + **SOS dětské vesničky**
    - mateřský princip = žena - přebírá do péče skupinu dětí, má přidělený rodinný domek
    - mužský princip = muž - profesionál, vedoucí vesničky
    - teta = pomoc s provozem rodiny - vaření, úklid
  + **dávky v pěstounské péči:**
    - příspěvek při převzetí - nákup věcí pro dítě: do 6 let 8 000 Kč, 6-15 let 9 000 Kč, 16-24 let 10 000 Kč
    - příspěvek na úhradu potřeb dítěte - nejdéle do 26 let; 3-7 tisíc podle věku, handicapu
    - odměna pěstouna - 3126 Kč měsíčně
* **poručnictví**
* **kolizní opatrovník** - př. v případě rozvodů, hájí zájmy dítěte

**ALGORITMUS NRP**

* **právní uvolnění dítěte**
  + dítě do osvojení ***musí být právně volné***: souhlas, 2 měsíce žádný zájem, 6 měsíců opravdový nezájem, zbavení rodičovské zodpovědnosti, rodiče zemřeli
* **vyšetření** - informace o zdravotním stavu dítěte
  + RA - rodiče, sourozenci, prarodiče
  + sociální úroveň biologické rodiny
  + intelektuální úroveň biologických rodičů
  + vždy pediatrické vyšetření, neurologické a vývojové vyšetření, psychologické vývojové vyšetření, genetika, screening, infekce (hepatitidy, pohlavní nemoci, HIV), screening TEOAE (tranzientní evokované otoakustické emise), vyšetření fyzioterapeutem
  + fakultativně sono břicha, kardiologie, oční vyšetření, u rizikových dětí vývojové vady, další specializovaná vyšetření podle příznaků; neurologie - EEG, CT, MRI
* **prognóza, doporučená forma NRP**
* **žadatel:**
  + žádost
  + přípravný kurz - sebepoznání, sebereflexe, ***snaha o eliminaci neúspěšných NRP***
    - teoretická část, praktická část, individuální prohlídka
    - výsledek: schopnost přijmout cizí dítě
  + zážitkové kurzy včetně psychologického vyšetření
  + posouzení posudkovým lékařem, zda jsou vhodní pro NRP
  + rozhodnutí o zařazení do evidence vhodných osvojitelů nebo pěstounů
* **sbor pro NRP**
  + odborníci - sociální pracovník, lékař, psycholog, zástupce dítěte ze zařízení
  + rodina vybraná pro dítě
  + navázání kontaktu, převzetí dítěte, vznik nové rodiny, zatímní péče, návštěva v rodině, soudní jednání
* **další spolupráce s adoptivními rodiči:**
  + individuální pomoc a spolupráce
  + samostatné kluby a skupiny adoptivních rodičů
  + setkání 3-4x ročně na půdě domovského zařízení
* hlavní zásada: ***pro dítě se vybírá rodina, ne že si rodiče vybírají dítě***

**HODNOCENÍ NRP:**

* **úspěšná**
* **neúspěšná**
  + nezpracované téma
  + zamlčení pravdy dítěti
  + věk dítěte, věk rodičů
  + 1 dítě v rodině - žádní sourozenci
  + nevhodní rodiče - egoismus, neurotizace - nutno doporučit řešení situace
  + širší rodina dítě nepřijme, není informována
  + neuvážená adopce - rodiče se přecení
  + v pěstounské péči možný negativní vliv biologických rodičů

30. SYNDROM CAN A JINÉ FORMY NÁSILÍ NA DÍTĚTI

* CAN = child abuse and neglect; česky syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
* v ČR cca 1-2% týrání a zanedbávání, častější výskyt zneužívání
  + podle výzkumů má s některou formou sexuálního zneužívání zkušenost 10% žen a 5% mužů
* **historie:**
  + právní norma: **Ženevská deklarace práv dítěte** - 1924
  + od padesátých let pojem **neúrazová poranění** - závažná poranění, která nebylo možno vysvětlit nahodilým úrazem
    - mnohočetné fraktury, četné zlomeniny žeber a lopatek, vnější a vnitřní krvácení, poranění vnitřních orgánů, nitrolební krvácení a další
  + 1962 - **syndrom bitého dítěte** (Kempe) - začátek kampaně proti týrání
  + v ČR zájem od 1970
* **kategorie násilí vůči dítěti:**
  + zahubení dítěte při ohrožení samotné existence rodičů či rodinného společenství - dítě se stalo existenční přítěží v době nouze, hladu, těžkého strádání
    - narozené přespočetné dítě je odloženo, ponecháno bez pomoci nebo aktivně usmrceno
  + zahubení dítěte dle výběru pohlaví - vybráno dítě, které je na základě pohlaví označeno za méněcenné (častěji dívky)
  + pomsta - vybít nepříteli děti, aby neměl potomstvo (Slavníkovci, nacisté a vyhlazovací tábory, Stalinské čistky, gulagy)
  + dítě jako oběť - usmíření rozhněvaného božstva
  + zahubení dítěte z hanby, studu a strachu před společenským zavržením - typicky osamělé matky v těžké sociální situaci těsně po porodu
  + tělesná poškození (mutilace) - genitál, obličej, ruce, nohy, záda - často součást rituálů při přijetí mezi dospělé
* **týrání** = nenáhodné vědomé nebo nevědomé násilné psychické nebo fyzické poškozování dítěte, které se odehrává v rodině nebo v instituci a vede ke zranění, zastavení vývoje, popřípadě k smrti, a které omezuje či ohrožuje blaho a práva dítěte
* **rizikové faktory:**
  + **z pohledu dítěte** - nedonošené, neklidné, hyperaktivní nebo impulsivní (LMD, ADHD), labilní, úzkostlivé, plačtivé, dítě s postižením, chronicky nebo opakovaně nemocné, dítě s poruchou chování, dětské lhaní, záškoláctví, toulání, útěky z domova, dítě nesplňující očekávání rodičů
  + **ze strany rodičů** - lidé s anomálním vývojem osobnosti (psychopatie) a agresivními povahovými rysy, psychické choroby (psychotici), rodiče s neurotickými obtížemi (chronická frustrace), rodiče žijící atypickým životním stylem (příslušníci sekt a pod.), stoupenci agresivních rituálů, rozvodové situace, porozvodové spory o děti
  + **z pohledu rodinné situace a rodinných vztahů** - nechtěné dítě, dítě nezletilé matky nebo rodičů, dítě simplexní matky, matka samoživitelka, rodiče drogově závislí, alkoholici, dítě s jedním nevlastním rodičem, dítě žijící v rodině bezdomovců nebo squatterů, dítě žijící v rodině s mnoha dětmi ve stísněném prostoru
  + **z pohledu širších společenských souvislostí** - etnické skupiny nebo jiné minority, dítě žijící v chudobě, nezaměstnaní rodiče, dítě žijící ve venkovských, málo civilizovaných oblastech
* **RF pro sexuální zneužívání**
  + **rizikoví dospělí** - sexuálně hyperaktivní muži, sexuální devianti, alkoholici, toxikomani, starší muži, kteří pro stařeckou demenci mají omezenou kontrolu pudového jednání
  + **rizikové děti** - předčasně vyspělé dívky ženských tvarů, mazlivé, svádivé, koketní
  + **rizikové situace**
    - dříve stísněný prostor - rodiče spící s dětmi
    - příležitost - nemocné dítě, pečuje otec, péče vyžaduje intenzivní tělesný kontakt
    - přítel rodiny
    - uvolněná sexualita v rodině
    - vychovatelé v různých zařízeních
    - prázdninové tábory a zájmové kroužky
* **syndrom CAN** - zanedbávání, týrání tělesné a duševní, sexuální zneužívání
* **příznaky zanedbávání**
  + dítě depresivní, plačtivé, opožděné, ***při převzetí do péče jiné osoby "rozkvete"***
  + zanedbaný zevnějšek, dítě páchne stolicí, močí, má špinavé a roztrhané oblečení
  + dlouhou dobu (hodiny i dny) bez náležité výživy, péče, dohledu
  + dvě kategorie:
    - **těžké zanedbávání** - ohroženo zdraví i život
    - **všeobecné zanedbávání** - tělesné, citové, zanedbávání výchovy a vzdělávání
  + nepravidelný denní rytmus, nevhodné prostředí (zakouřené místnosti)
  + dítě z pohodlnosti odložené do péče sousedky, kamarádky, často nepříliš známé; dítě odložené do kolektivní péče
  + dítě, které nemá řádné preventivní prohlídky, očkování
* **příznaky tělesného týrání**
  + **uzavřená poranění**
    - otřesy - nejhorší otřesy mozku a míchy, pohmoždění mozku, subdurální krvácení, subarachnoidální krvácení, povrchová poranění hlavy, zlomeniny kalvy (bezvědomí, brýlový hematom)
    - ***Shaken Baby Syndrome*** - syndrom třesení - extrémní násilí, může způsobit smrt nebo trvalé neurologické potíže
    - pohmoždění, modřiny různého stáří; možnost odtržení kůže a poškození hlubších tkání a vnitřních orgánů
    - zranění nástroji použitými při bití - řemen, důtky, hůl, hadice, vařečky
    - vytrhávání vlasů - lysiny
    - kousnutí - otisky zubů
    - poranění šlach, svalů, nervů, cév, kloubů
    - fraktury a fisury - u mnohočetných myslet na CAN
      * speciálně ***chip zlomeniny*** - konce dlouhých kostí, vznikají nadměrným tahem, kroucením, škubnutím
      * typicky spirální zlomenina humeru, zlomenina stehenní kosti u dítěte do dvou let, zlomenina zevní části klíčku, zlomeniny lopatky
    - strangulační rýhy, tepelná poranění, rány a jizvy po úderech a opařenínách, omrzliny
    - zhmožděniny kolenou od klečení
  + **otevřená poranění**
    - rány řezné, bodné, tržné, tržně zhmožděné, sečné, hlubší rány kousnutím, střelné rány, poranění sliznic, popáleniny
    - mnohočetná poranění
  + **další příznaky** - bezvědomí, bolesti hlavy, bolesti břicha, závratě, bolesti svalů až křeče, poruchy dýchání a oběhu, krvácení - nebezpečí infekce
* dif. dg.: krvácení - poruchy krevní srážlivosti (hemofilie, destičkové poruchy), fraktury - křivice, osteogenesis imperfecta, deficit mědi, poranění při porodu
* pozor na úmyslné otravy - chemikálie, předávkování léky, jedy, alkohol, drogy
* **příznaky duševního týrání:**
  + **aktivní složka** - nadávky, ponižování, zesměšňování, nedůvěra, opovrhování, hostilita
  + **pasivní složka** - neláska, nezájem, nevšímavost, nedostatek péče
  + **plně vytížení rodiče** - nemají čas na dítě
  + horší známky ve škole, represivní opatření - zákaz chození ven, koukání na TV a pod.
  + **emoční vydírání**
  + **srovnávání se sourozenci**
  + **srovnávání s rodičem**
* **sexuální zneužívání**
  + **bezkontaktní** - exhibicionismus (ukazuje dítěti genitál), předvádění sexuálních aktivit dospělých před dítětem, nabízení erotických pomůcek a časopisů, obscénní hovory a telefonáty
  + **kontaktní**
    - pasivní abusor - nechá se osahávat nebo vzrušovat
    - aktivní abusor - harassment, obtěžování (dotýká se dítěte), realizace pohlavního styku
  + většinou vykonává osoba dospělá nebo o několik let starší než dítě; vždy je viníkem dospělý
  + **komerční** - využití dítěte pro komerční sexuální aktivity (prostituce, pornografie, obchod s dětmi)
* **zvláštní formy CAN**
  + systémové týrání, druhotné ubližování (sekundární viktimizace) - dítěti je ubližováno systémem, který byl založen pro ochranu dětí a rodin
    - dítěti je upřeno právo na informace, právo na slyšení, je neprávem odděleno od rodičů, traumatizace opakovanými necitlivými lékařskými prohlídkami, úzkost způsobená kontaktem se soudy (svědek), nedostatečné služby na pomoc týranému dítěti
  + rituální zneužívání
  + Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení) - rodiče si vymýšlejí nebo vyrábějí dítěti příznaky onemocnění - opakované vyšetřování a léčba
* **nové formy týrání:**
  + kyberšikana - informační technologie
  + happy slapping - natáčení brutálních útoků na nic netušící oběť
  + bumfights - brutální likvidační zákroky, nejčastěji na bezdomovce
  + grooming - lákání dětí ke schůzce a sexuálním praktikám, většinou přes chatování; hlavně IT a psychologie znalí vysokoškoláci
* **vyšetření:**
  + **anamnéza** - důkladně rodinnou, osobní, sociální
  + **zásady:**
    - dítě vyšetřovat vždy zcela odhalené
    - pozorovat chování dítěte a rodičů
    - sledovat případný přehnaný stud dítěte
    - vše zaznamenat do ZD
    - speciální vyšetřovací místnosti
* **intervence**
  + **zásady:**
    - pomoc má přednost před trestem
    - nutno vyloučit opakování
    - prolomení lékařské mlčenlivosti
    - problém týraného dítěte je problém týrajících osob
    - akutní ohrožení - umístit dítě mimo rodinu
    - neprodleně zahájit řízení o osudu dítěte
    - anonymita oznamovatele činu
    - na prvním místě prospěch dítěte
  + **typy intervence:**
    - akutní - okamžité řešení ohrožení nebo poškození dítěte, stanovení dg., ošetření, přesun dítěte do neutrálního prostředí
    - střednědobá - dokončení definitivní dg., dodání podkladů pro řešení případu, stanovení léčebného plánu
    - dlouhodobá - odstranění nebo zmírnění škod na dítěti
* **prevence:**
  + národní koncepce rodinné politiky
  + koncepce péče o ohrožené děti a sociálně-právní ochrana dětí
  + rovnost žen a mužů
  + pomoc rodinám v hmotné nouzi
  + zákon o pedagogických pracovnících a navazující vyhlášky
  + zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně-výchovné péči ve školských zařízeních
  + metodický pokyn k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí, žáků, studentů ve školách a školských zařízeních, zřizovaných MŠMT
  + metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení
  + rámcové vzdělávací programy
  + novelizace občanského soudního řádu
  + nový trestní zákon
  + zákon o probační a mediační službě
  + koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže
  + národní strategie protidrogové politiky
  + prevence kriminality, boj proti extremismu, rasismu a xenofobii
  + koncepce boje proti trestné činnosti v oblasti IT
  + podpora integrace romské komunity
  + národní plán proti KZS dětí
  + národní plán boje proti obchodování s lidmi
  + dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel ČR
  + národní strategie prevence násilí na dětech
  + metodické opatření MZ ČR Postup lékařů primární péče při podezření na syndrom CAN
* oznamovací povinnost podle trestního zákona
  + sledované trestné činy: znásilnění, sexuální nátlak, pohlavní zneužívání, kuplířství, prostituce ohrožující mravní vývoj, šíření pornografie, výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií, zneužití dítěte k výrobě pornografie, trestný čin opuštění dítěte, trestný čin zanedbání povinné výživy, týrání svěřené osoby, trestný čin únosu, ohrožování mravní výchovy dítěte, svádění k pohlavnímu styku