



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Komprehenzivní péče v českém a britském
zdravotním systému**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Michaela Sýkorová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Hana Konečná, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Komprehenzivní péče v českém a britském zdravotním systému*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30. 4. 2018

.....

Michaela Sýkorová

Poděkování:

Děkuji vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Haně Konečné, Ph.D. za cenné rady a pomoc při zpracování práce.

Komprehenzivní péče v českém a britském zdravotním systému

Abstrakt

Téma předkládané bakalářské práce je Komprehenzivní péče ve českém a britském zdravotním systému. Je sondou do sociální politiky České republiky a Velké Británie, do dvou historicky i kulturně odlišných zemí. Cílem bylo zmapování a objasnění základních pojmů, principů, možností řešení a překážek komprehenzivní péče. Tato oblast sociální politiky se úzce dotýká každého z nás, a proto jde právem o velmi diskutované téma. Také z tohoto důvodu je důležité znát základní fakta, kdy srovnání s jinými zeměmi nám může pomoci mimo jiné při utváření vlastní strategie.

Teoretická část se dotýká historického vývoje sociální politiky obou zemí, jejím významem, organizací, jejími determinantami a modely (zejména v oblastech zdravotní a sociální). Dotýká se také současné situace oblasti rehabilitace (základní pojmy, transformace významu, zákonné ukotvení, změnou paradigmatu) z pohledu České republiky a Velké Británie.

Pro naplnění cílů práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Po analýze jednoho případu, konkrétně pacientky po cévní mozkové příhodě, jsem vytvořila několik okruhů otázek. Tyto okruhy se týkaly následné zdravotně sociální péče, které by v dané situaci mohly zkvalitnit, zjednodušit či zlepšit změněnou situaci dané pacientky. Mými informanty byli zdravotníci a sociální pracovníci z České republiky a Velké Británie. Získala jsem je metodou záměrného výběru. Metodou získání dat byl polostrukturovaný rozhovor.

Výsledky pozorování byly rozděleny do šesti částí charakterizujících nejen celkový pohled zdravotníků a sociálních pracovníků na koordinaci péče, ale také na jednotnost informací a možné překážky. Výsledky jsou vzájemně porovnávány mezi oběma zeměmi. Toto srovnání umožňuje posoudit přednosti a nedostatky komprehenzivní péče v daných zemích. Nejzřetelnější rozdíl je patrný v koordinaci zdravotně sociální péče, podle výsledků lze říci, že v České republice nefunguje, Velká Británie tento institut zcela běžně využívá. V praxi by bylo možné využít poznatky získané výzkumem jako podklad pro rozhodování manažerů ve zdravotně sociální oblasti.

Klíčová slova: komprehenzivní péče, zdravotně sociální péče, rehabilitace, sociální politika

Comprehensive Care in Czech and British Health Systems

Abstract

The topic of this bachelor thesis is Comprehensive Care in the Czech and British Health Systems. We put the finger on the social policy of the Czech Republic and Great Britain, in two historically and culturally different countries. The aim was to map out and clarify basic concepts, principles, possibilities of solution and obstacles to comprehensive care. This area of social policy is closely related to each of us, and therefore it is the most discussed topic. For this reason, it is important to know the basic facts and comparison within other countries which can help us in shaping our own strategy.

The theoretical part deals with the historical development of the social policy of the two countries, with their importance, organizations, their determinants and models (especially in health and social areas). It also touches the current situation in the area of rehabilitation (basic concepts, transformation of meaning, legal anchoring, change of paradigm) from the point of view of the Czech Republic and Great Britain.

To achieve the goals of my work, I chose a qualitative research strategy. After analyzing one case, specifically post-stroke patients, I created several questions for respondents. These sets of questions concerned post-health care, which could improve, simplify, or improve the situation of a patient in a given situation. My respondents were health and social workers from the Czech Republic and Great Britain. I acquired it through a method of deliberate choice. We used a semi-structured interview for data collection.

The results of the observations were divided into six parts characterizing not only the overall view of healthcare professionals and social workers on the coordination of care and unified information, but also possible barriers and obstacles. The results are compared to each other. These comparison makes possible to assess the strengths and weaknesses of comprehensive care in the both countries. The most noticeable difference is evident in the coordination of health and social care; according to the results, it can be said that it does not work in the Czech Republic, Great Britain uses this institute quite commonly without any significant difficulties. In practice, it would be possible to use the knowledge gained by the research as a basis for the decision making of managers in the health and social sphere.

Key words: comprehensive care, health care, rehabilitation, social policy

Obsah

| | |
|--|----|
| Teoretická část | 8 |
| Úvod | 8 |
| 1 Teoretická východiska | 10 |
| 1.1 Vymezení základních pojmů | 10 |
| 1.1.1 Sociální politika | 10 |
| 1.1.2 Zdravotní politika | 12 |
| 1.1.3 Zdravotní péče | 13 |
| 1.1.4 Rehabilitace | 14 |
| 1.1.5 Koordinovaná rehabilitace | 14 |
| 1.1.6 Sociální péče | 15 |
| 1.1.7 Sociální služby | 15 |
| 1.1.8 Sociální dávky | 15 |
| 1.2 Sociální politika v ČR | 16 |
| 1.2.1 Historický vývoj sociální politiky v České republice | 16 |
| 1.2.2 Zdravotní politika ČR | 18 |
| 1.3 Sociální politika ve Velké Británii | 20 |
| 1.3.1 Historický vývoj sociální politiky ve Velké Británii | 20 |
| 1.3.2 Zdravotní politika VB | 21 |
| 1.4 Aktuální situace | 23 |
| 1.4.1 Česká republika | 23 |
| 1.4.2 Velká Británie | 25 |
| 2 Cíl práce | 27 |
| 2.1 Výzkumné otázky | 27 |
| 2.2 Operacionalizace pojmů | 27 |
| 3 Metodika | 28 |
| 3.1 Použitá výzkumná strategie | 28 |

| | |
|--|----|
| 3.2 Popis výzkumného souboru | 28 |
| 3.3 Popis výzkumného nástroje | 28 |
| 3.4 Realizace výzkumu | 29 |
| 3.5 Způsob zpracovávání dat | 29 |
| 4 Výsledky | 31 |
| 4.1 Výzkumná otázka č. 1 | 31 |
| 4.1.1 Kategorie č. I - Koordinace sociální a zdravotní péče. | 31 |
| 4.1.2 Kategorie č. II. Jednotnost informací | 33 |
| 4.1.3 Kategorie č. III Překážky | 35 |
| 4.2 Výzkumná otázka č. 2 | 37 |
| 4.2.1 Kategorie č. I - Plán péče | 37 |
| 4.2.2 Kategorie č. II Dostupné služby | 39 |
| 4.2.3 Kategorie č. III - Legislativní a finanční opora osob potřebujících péči | 42 |
| 5 Diskuze | 46 |
| 6 Závěr | 52 |
| 7 Seznam literatury | 54 |

Teoretická část

Úvod

Historický vývoj zdravotní péče na jedné straně a sociální péče na straně druhé ve světě probíhal odděleně. V důsledku holistického přístupu k člověku dochází k asimilaci obou pohledů, kdy pečujeme o nemocného či o jedince, který nemůže zajistit své životní potřeby (Janečková, 2013). Výzkumy poslední doby upozornily na nutnost propojení obou oblastí, nicméně určení jednoznačných hranic zodpovědnosti zdravotníků a pracovníků v sociálních službách je velmi obtížné a vyvolává řadu nejasností (Winkler et al., 2012). V současné době se nacházíme v čase, kdy myšlenka návaznosti zdravotních a sociálních potřeb člověka je velmi aktuální a poměrně hodně diskutovaná, a to nejen v České republice, Velké Británii, ale i jiných evropských zemích (Bruthansová, Jeřábková, 2012). Snahou posledních let je i legislativní zakotvení koordinace zdravotní a sociální péče (Čevela, Čeledová, 2012).

Ovšem už samotná definice této péče je složitá, v současné době je moderním výrazem „koordinovaná rehabilitace“, objevuje se také výraz „dlouhodobá péče“. Jistě se oba názvy a jejich podstata liší, ale kdo určí, že teď jde o dlouhodobou a teď o koordinovanou péči? Teď o zdravotní a sociální? Rozhodla jsem se proto v mé práci používat termín komprehenzivní (vnímavá, chápavá, aperceptivní, pochopitelná, výstižná, srozumitelná), který považuji za název své práce přesnější, nicméně v textu budu používat všechny termíny v souladu s tím, jak je používají daní autoři. Významnými sjednocujícími prvky zdravotní a sociální péče se jeví vytvoření multidisciplinárních týmů a ustanovení koordinátora, case managera, průvodce či nezávislého zprostředkovatele (Janečková, 2013). Jako problém vzbuzující největší pozornost lze označit návaznost péče, vymezení kompetencí a rolí jednotlivých profesí, které se podílejí na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb člověka v jednotlivých konkrétních službách (Janečková, 2013). Nedílnou součástí je i ekonomické zajištění systému. Vurm (2007) dodává, že všude tam, kde je poskytována a zabezpečována péče zdravotní musí být jistě zabezpečena i péče sociální.

V ČR jsou v současné době zdravotní služby hrazeny ze zdravotního pojištění, naopak financování sociálních služeb si zajišťuje klient z vlastních zdrojů, případně ze sociálních dávek. Další rozdílnosti způsobuje nesystémové rozdělení kompetencí mezi ministerstvo práce a sociálních věcí a ministerstvo zdravotnictví, mezi kraje a obce

(Merhautová, 2015). Nyní dochází k mezirezortním vyjednáváním, dojde-li k dohodě a vzniku zákona bude to znamenat průlom v této problematice (Švestková, Pfeiffer, 2012).

Ve Velké Británii je problém komplexnosti a financování řešen tak, že tuto péči koordinuje Národní zdravotní systém (Robinson, 2004). Nadále zde dochází k diskuzím a průzkumům, jak tuto péči vylepšit, více propojit a zlevnit, kdy v současnosti probíhá projekt 2017–19 „Integration and better care fund“, jehož jedním cílem je integrace zdravotní a sociální péče (Integration and better..., 2017).

Podnětem napsání bakalářské práce na téma Komprehenzivní péče v českém a britském zdravotním systému byla moje osobní zkušenost s českým i anglickým zdravotním a sociálním systémem. Za jistý impuls také považuji zmapování možností a dalších eventualit pro svou kamarádku po těžké CMP. S ohledem na komplikovanost problematiky a její mezioborový přesah se nejedná o jednoduchý úkol. V mé práci bych ráda popsala hledání způsobu řešení a s tím spojené otázky a překážky.

V bakalářské práci jsem se zaměřila na rozdílnosti, ale i společné prvky komprehenzivní péče systémů české a britské sociální politiky, na problémy vycházející ze společného cíle, kterým je podpora důstojnosti a kvality života nemocného člověka s ohledem na celou bio – psycho – sociální a spirituální bytost, a to z pohledu zdravotníků a sociálních pracovníků z obou zemí.

1 Teoretická východiska

1.1 Vymezení základních pojmů

1.1.1 Sociální politika

Sociální politika má mnoho definic a nahlížení na ní není jednotné. Žižková (2015a) uvádí různorodé definice, ona sama ji vymezuje jako: „*politiku, která se primárně orientuje na člověka, na rozvoj a kultivaci jeho životních podmínek, dispizic, na rozvoj jeho osobnosti a kvality života*“ (s.17), autorka ještě dodává, že nestojí izolovaně, ale je vždy vázána na společenský systém. Potůček (1995) sociální politiku dělí na aktivní činnost a vědeckou disciplínu. Říká že: „*sociální politika jako praktická aktivita formuje vztah jedince a sociálních podmínek jejich života*“ (Potůček, 1995, s. 30). Tomeš (2010) sociální politiku vymezuje jako systematické a záměrné úsilí jednotlivých sociálních subjektů dosáhnout změny ve fungování, udržení nebo podpoře rozvoje svého či jiného sociálního systému nebo soustavy nástrojů k realizaci své či jiné sociální politiky, projevem je rozhodování nebo nerozhodování a činnost nebo nečinnost subjektů sociální politiky. Francová a Novotný (2008) popisují cíl sociální politiky jako poskytování sociální jistoty, umožnění přiměřeného životního způsobu a realizaci ústavou zajištěných práv, směřujících jednak k ochraně, ale i k individuálnímu rozvoji lidského kapitálu společnosti. Žižková (2015a) jako hlavní cíl sociální politiky uvádí cíle obecné, tj. rozvoj osobnosti člověka a též neustávající rozvoj životních podmínek. Duka (2013) za cíl považuje vytvoření důstojných podmínek pro život. Francová a Novotný (2008) ještě doplňují zajištění rovných příležitostí všem, když rovnost je zde zmíněna ve smyslu rovného přístupu ke zdravotní péči, ke vzdělání, k pracovním příležitostem, k bydlení apod.

Dle Žižkové (2015a) není sociální politika jen soustava jistých opatření, ale daleko výrazněji zasahuje do hodnotového systému člověka, zároveň spoluvytváří názory, postoje a chování dnešní dynamicky se rozvíjející společnosti.

Pojetí sociální politiky v různých zemích jsou samozřejmě odlišná, dle Rysa (2005) jsou odrazem rozdílných faktorů společenského prostředí.

Objektem sociální politiky Tomeš (2010) nazývá toho, na něž je sociální politika cílena, jsou mu určena opatření vyplývající z činnosti sociální politiky. Základním objektem jsou všichni obyvatelé, jedinci, tedy lidské osobnosti s jedinečnými vlastnostmi, schopnostmi, zájmy a potřebami v dané zemi, zároveň však určité sociální

skupiny (Žižková, 2015b).

Kolibová (2007) jako subjekty sociální politiky určuje instituce, které iniciují, zajišťují a naplňují praktické činnosti sociální politiky, tyto také nesou zodpovědnost za aktivity, a to objektům sociální politiky.

Sociální politiky se účastní dle Tomeše (2010) subjekty veřejnoprávní – ústřední orgány státu a státní korporace (vláda, ministerstva, finanční úřady apd.) s povahou regionální, oborovou nebo zájmovou. Dalšími jsou dle stejného autora soukromoprávní subjekty – jsou jimi převážně právnické osoby, fyzické pouze za určených podmínek. Dále autor subjekty rozděluje na ziskové (s.r.o., akciové společnosti) a neziskové.

Obecně rozlišujeme tři modely sociální politiky, tyto se však nevyskytují izolovaně, ale každý stát používá kombinaci různých prvků těchto modelů, a i když různé sociální systémy zabezpečují své občany proti stejným rizikům, jsou uskutečňovány v odlišném rozsahu a jinými způsoby financování (Žižková, 2010b). Francová a Novotný (2008) dále uvádí, že tato činnost je rozlišena podle toho, kdo a v jakém rozsahu sociální politiku provádí, kdo je objektem a v jakém rozměru jsou příspěvky a výdaje. Kolibová (2007) píše, že rozhodující úlohu v sociální politice nese vládnoucí politická strana. Žižková (2015b) uvádí tyto modely: redistributivní, výkonový (korporativní) a reziduální typ, jedná se o rozdělení dle míry účasti státu či jiných subjektů v sociální politice.

Redistributivní model, někdy označován jako univerzalistický s dominantní účastí státu, tatáž autorka charakterizuje tak, že sociální potřeby lidí jsou chápány jako sociální práva a hlavní aktivitou státu jsou plošně vyplácené dávky. Autorka dále uvádí, že tento systém je velmi ekonomicky náročný a nedemokratický, přibližuje se charakteristice sociální politiky skandinávských zemí, Holandska a Dánska a politice, která byla v České republice prosazována před rokem 1989.

Druhým modelem sociální politiky je model výkonový, někdy označovaný jako sociálně – demokratický. Duka (2013) jej definuje jako sociální ochranu závislou na výkonu občana a na jeho vlastním přičinění, stát garantuje základní minimum potřeb realizované sociálními dávkami, které jsou jasně definovány. Žižková (2010b) dodává, že tento model je charakteristický pro Rakousko, Německo a Francii a míra redistribuce je zde nižší oproti předchozímu typu.

Posledním modelem sociální politiky je model reziduální. Tento je Dukou (2013) popisován jako opak redistributivního typu, je zde zdůrazňována individuální

zodpovědnost za uspokojování sociálních potřeb každého občana. Podle Žižkové (2015b) se tento model opírá o trh, jeho instituce a rodinu, stát zasahuje pouze v případě selhání ostatních subjektů, dávky jsou skromné a závislé na příjmech, tomuto modelu se přibližuje USA, Japonsko a Velká Británie.

Důležitým pojmem sociální politiky je sociální stát (welfare state), který je od pojmu sociální politika v některých publikacích odlišován. Podle Rákosníka (2012a) sociální politika tvoří jádro sociálního státu, sociální stát je obširnější pojmem, jeho cílem je zajištění všeobecného uspokojivého životního standardu (tzv. well – being). Kolibová (2007) sociální stát charakterizuje jako společnost, kde sociální podmínky, v nichž lidé žijí, jsou považovány za záležitost veřejnou ne pouze soukromou a tato idea je prosazována v zákonech, činnostech institucí i ve vědomí lidí. Dle Žižkové (2015b) se častěji, než o sociální politice obecně hovoří o jejích složkách, prvcích či oborech, je tak uváděna politika sociálního zabezpečení, zdravotní, speciální sociální služby, bydlení, zaměstnanosti a vzdělání. Autorka dále upozorňuje, že při vymezení sociálního státu musíme vzít v úvahu skutečnost, že fungování sociálního státu má různé modifikace, a to od sociálně demokratického modelu přes konzervativní až po liberální. Zásady sociálního státu jsou dle Kahouna et al. (2014) uplatňované pomocí sociálního a zdravotního pojištění, státními podporami a sociální pomocí, v dnešní době je postupně pojem social welfare nahrazován termínem sociální ochrana (social protection). U států s totalitními a autoritativními režimy nelze mluvit jako o sociálním státě (Kotous, Štefko 2013).

1.1.2 Zdravotní politika

Dle Durdisové (2015) je zdravotní politika cílevědomá činnost státu zaměřená na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatel, jedná se o činnosti léčebné či preventivní. Zdraví je dle Strejčkové (2007) chápáno jako základ kvality lidského života. Durdisová (2015) jej chápe jako politickou hodnotu či veřejné bohatství a zdroj společenského růstu země. Na zdraví lze dle Janečkové a Hnilicové (2009) nahlížet jako na zdraví ve všech dimenzích existence člověka: biologické, psychologické, sociální i duchovní.

Durdisová (2015) k této problematice dále uvádí, že v každé zemi je jiná strategie zdravotní politiky a její význam je dán společenským uspořádáním, ekonomickou silou země, ale také kulturou a složením obyvatelstva. Zdravotní politika přesahuje aktivity zdravotnických služeb a obsahuje zamýšlené i nezamýšlené jednání veřejnosti,

veřejných, soukromých i dobrovolných organizací a jedinců, které a kteří mají vliv na zdraví (Gladkij, 2003). Stejný autor z tohoto vyvozuje, že zdravotní politika je cílena na osobní, environmentální a socioekonomické ovlivňování zdraví a na složité a členěné poskytování zdravotní péče. Durdisová (2015) uvádí, že zdravotní politika by měla být součástí hospodářské a sociální politiky každého státu, na její realizaci by se kromě státu měly podílet další subjekty, např. pojišťovny, komory, asociace, zdravotnická zařízení, nadace, obce, zaměstnavatelé, rodiny, politické strany apod. Stejná autorka dále uvádí, že musí být realizovaná celospolečensky, účastní se jí tudíž všechny ekonomické a společenské subjekty, které mají nějaký vliv na zdraví obyvatelstva, a také samotní občané.

1.1.3 Zdravotní péče

Nedílnou částí zdravotní politiky je dle Durdisové (2015) zdravotní péče, která se zabývá aktivitami „ex post“, je výlučně zabezpečována zdravotnickým systémem. Tento systém je stejnou autorkou definován jako celek zahrnující vztahy mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, finančními subjekty a orgány vládní politiky, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče.

Obecně lze dle Koldové (2003) rozdělit zdravotnické systémy na modely: Národní zdravotní služba, Sémaškův model, tržní (liberální) model a Bismarckův systém.

Národní zdravotní služba (dále jen zkr. NHS) vznikla v roce 1948 na základě Beveridgeovy zprávy ve Velké Británii, kde je tento model uplatňován dodnes, je financována převážně z daní, ze státního rozpočtu a je dostupný pro všechny občany bez ohledu na platební schopnosti (Koldová, 2003; Munková, 2013).

Za podobný model považuje Koldová (2003) Sémaškův model, který byl uplatňován v bývalých socialistických státech, financování a řízení bylo v kompetencích státu, zdravotnictví bylo řízeno centrálně a služby pro obyvatele byly bezplatné.

Liberalní či tržní model je uplatňován dle stejné autorky hlavně v USA a Munková (2005) udává, že hlavní ideou je osobní zodpovědnost každého jedince za své zdraví a za zajištění svého pojištění, to může být soukromé či zaměstnanecké, stát zajišťuje péči pouze pro ohrožené a vybrané skupiny obyvatel.

Bismarckovský systém je založen na myšlence solidarity, kdy se každý občan povinně účastní na zdravotním pojištění, využíván je dnes také v České republice a dalších evropských zemích (Koldová, 2003; Munková, 2013).

1.1.4 Rehabilitace

Pojem rehabilitace vychází ze slova (habilis – schopný, re – znovuopakování), pochází z 19. století a byly jím označovány léčebné postupy směřující k návratu funkčních schopností (Jesenský, 1995). Světová zdravotnická organizace definovala rehabilitaci naposledy v roce 1994 jako: „*proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti*” (Jankovský, 2006 s.20). Jankovský (2014) k tomu dodává, že se dotýká osob nejen původně zdravých, ale také lidí, kteří se s postižením narodili. Zároveň Jankovský (2006) upozorňuje na nutnost odlišení krátkodobé a dlouhodobé rehabilitace, přičemž krátkodobá (přechodná) rehabilitace má za cíl návrat ke zdraví a upevnění celkové fyzické kondice, případně následuje po léčení méně závažného onemocnění. V tomto se zásadně liší dlouhodobá rehabilitace, která je shodná s termíny komprehenzivní, ucelená, či koordinovaná rehabilitace (Jankovský, 2006). Švestková (2017) uvádí, že dříve uváděný název rehabilitační „péče“ má v sobě prvky pasivity, a proto se dnes přechází na „rehabilitaci“, termín ze své podstaty aktivní.

1.1.5 Koordinovaná rehabilitace

Koordinovaná rehabilitace vychází z anglického pojmu comprehensive, který byl počestěn na „komprehenzivní“ a později přeložen jako „ucelená“ též celostní a celková, nyní „koordinovaná“, je tím myšleno, aby složky rehabilitace byly nejen koordinovány, ale takřka vytvářely jeden celek (Votava, 2012).

Koordinovaná rehabilitace je komplexní rehabilitace vycházející z celistvého pohledu na člověka jako bio – psycho – sociálně – spirituální bytost, tento pohled se také nazývá holistický (Jankovský, 2014). Autor dále uvádí, že ucelená rehabilitace nahlíží na člověka se zdravotním postižením se všemi východisky, spojitostmi a důsledky, z těchto důvodů je nezbytná spolupráce mnoha odborníků v tzv. multidisciplinárním týmu. Dochází tak k dynamickému procesu zahrnující oblast medicíny, speciální pedagogiky, psychologie, sociální práce a právních oborů (Jankovský, 2006). Novosad (2009) k definici ještě doplňuje, že cílem ucelené rehabilitace je zachování dobré kvality života vlivem zlepšení osobního a sociálního fungování. Dále uvádí, že staví na možnostech postiženého, respektuje holistické pojetí člověka a vychází z pozitivních vlastností a hodnot. Švestková (2017) definuje koordinovanou rehabilitaci jako plynulou a celistvou činnost uskutečňovanou

prostřednictvím rehabilitačních prostředků. Jankovský (2014) popisuje dělení těchto prostředků na léčebné, pedagogické, pracovní a sociální. Upravuje tím dřívější rozdělení komprehenzivní rehabilitace uvedené např. v Jesenském (1995) podle zaměření, plnění úkolů, dle použitých prostředků a zahrnutých institucí na rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou.

1.1.6 Sociální péče

Je popisována jako nejstarší forma přerozdělování občanům v hmotné nouzi, je poskytována osobám, u kterých se vyskytla obtížná životní situace a ony nejsou schopni ji vyřešit sami, nyní se spíše nahrazuje pojmem sociální pomoc, je poskytována formou sociálních dávek a sociálních služeb (Kahoun et. al., 2014).

1.1.7 Sociální služby

Zákon č. 108/2006 Sb. definuje sociální služby jako: „*činnost nebo soubor činností, zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“ (zákon č. 108/2006 Sb.).

1.1.8 Sociální dávky

Jak uvádí Kahoun et. al. (2014) jsou dány příslušnými zákony a obecně lze mluvit o dvou základních typech: nárokové (jsou financovány z rozpočtu, mohou být různě koncipovány) a nenárokové (financované většinou z rozpočtů územních samosprávních celků).

1.2 Sociální politika v ČR

1.2.1 Historický vývoj sociální politiky v České republice

Již od středověku byla poskytována převážně církví péče o chudé a nemocné, byly zřizovány špitály a útulky, v tomto byl vývoj sociální politiky na území dnešní České republiky obdobný jako u jiných států Evropy (Potůček, 1995). V období Rakouska – Uherska bylo uplatňováno tzv. domovské právo, dle kterého byla obec povinna poskytnout chudým jídlo, přístřešek a chudinskou dávku, v případě nutnosti i ústavní péči (Kodlinská, 2004). Rákosník (2012b) uvádí, že významný vliv na vývoj sociální politiky měly reformy Marie Terezie. Kotous (2013) upozorňuje na „nový trend“ v řešení sociálních problémů, a to vznik sociálního pojištění, které označuje za vyšší stupeň vývoje vzájemně podpůrné pomoci, tuto myšlenku legislativně prosadil Otto van Bismarck koncem 19. století v Německu. Za hlavní rys sociálního pojištění udává stejný autor povinnou účast zaměstnavatele na zabezpečení zaměstnance. Dalším významným faktorem bylo dle Rákosníka (2012b) vytvoření tzv. dělnické novely v roce 1885, která stanovovala pracovní dobu, nedělní klid a také přispěla ke zlepšení ochrany dětí, mladistvých a žen z pohledu pracovního práva. Potůček (1995) jako další mezník uvádí rok 1887, kdy byl pod vlivem Bismarckovy reformy přijat zákon o povinném úrazovém pojištění, později pak zákon o povinném nemocenském pojištění dělníků a nižších úředníků v nemoci. Kahoun et al. (2014) píše, že v Českých zemích se více ujalo označení Taafeho reforma, pojmenovaná podle předsedy rakousko – uherské vlády. Význam těchto kroků dle Munkové (2013) byl zvýrazněn první světovou válkou, kdy bezprostředně po jejím skončení spolu se vznikem republiky nastala zvláště příhodná doba pro postupné sociální reformy. V období první republiky byla sociální politika, jak uvádí Potůček (1995), v popředí světového vývoje díky sociální demokracii a osobnosti prezidenta T. G. Masaryka. Byla vytvářena taková opatření, která vedla dle Munkové (2013) k ustálení a zlepšení sociální situace všech obyvatel vyplývající převážně z nerovnoměrného majetkového rozdělení společnosti. Stejná autorka dále vypisuje oblasti sociální politiky, kterým stát věnoval pozornost, byly jimi: sociální zákonodárství (vznik zákona č.221/1924 o pojištění zaměstnanců), péče o osoby odkázané na veřejnou pomoc (ustanovení rent), péče o nezaměstnané (uzákonění podpory v nezaměstnanosti), sociální péče (chudinská péče) a dobrovolná sociální péče (doplňovala veřejnou péči). Sociální politika před válkou nebyla jen ve státní moci, ale zúčastňovala se jí i obecní samospráva, soukromoprávní pokladny a podniky (Munková,

2013). Nástroje používané v této době byly kolektivní smlouvy a pracovní řády (Rákosník, 2012). Potůček (1995) píše, že od roku 1948 do roku 1989 byla v Československé republice sociální politika v područí státu, nebyl zde dán prostor ostatním subjektům, občané byli pouze pasivními příjemci služeb, což bylo částečně důsledkem plné zaměstnanosti dané zákonem. Štefko (2013) udává, že sociální práva jako projev demokracie a svobody byly poprvé uznány v Ústavě vydané v roce 1948, byly však spojovány s ideou nového státního režimu. Jako jeden z posledních projevů demokracie vidí Munková (2013) v ustanovení zákona č.99/1948 o národním pojištění, který sjednotil pojistné nároky jednotlivých skupin pracujících a rozšířil pojištění pro další skupiny populace (např. občané samostatně hospodařící).

Duka (2013) dále dodává, že nastupujícím totalitním systémem bylo propagováno, že sociální problémy neexistují, stát deklaroval jejich odstranění socialismem. Typickým rysem totalitních politických systémů bylo centrální ekonomické plánování, Žižková (2015b) tento model popisuje jako model rovnostářský a nivelizační, náročný na ekonomické zdroje, opírající se o rozsáhlou redistribuci a podněcující spíše pasivní chování a postoje obyvatel. Munková (2013) píše, že v důsledku snahy o obnovu sociální politiky a upozornění na existující problémy v sociálním zabezpečení bylo vytvoření programu v roce 1968, který by uplatnil žádoucí změny, nikdy však nebyl schválen. Dle stejné autorky můžeme důsledky podceňování sociální politiky a sociálních problémů během komunismu vidět dodnes a to zejména v těžkém navazování přerušené kontinuity a také v oblasti povědomí lidí.

Po roce 1989 byl v Československu zahájen proces transformace, jehož cílem bylo dle Potůčka (1995) budování společnosti fungující na demokratických principech, nezbytnou součástí této transformace byla mimo jiné identifikace předvídatelných sociálních rizik a hledání způsobů, jak na ně vhodně reagovat prostřednictvím moderní koncepce sociální politiky. Munková (2013) k tomuto dodává, že muselo dojít také k přebudování ekonomiky z centrálně plánovaného hospodářství na tržní ekonomiku, toto však přineslo sociální dopady pro obyvatelstvo (nezaměstnanost, chudoba, pokles příjmů). Ke změnám dle stejné autorky došlo ve všech oblastech sociální politiky a tedy bytové, rodinné, zdravotní a také v politice zaměstnanosti a vzdělání. Žižková (2015d) upozorňuje, že s ohledem na nutnost změny zaběhlého systému, bylo nezbytné předpokládat určitou dobu trvání procesu transformace. Dále autorka uvádí, že reforma systému sociálního zabezpečení, budování nových nástrojů a institucí sociální politiky

včetně vytvoření záchranné sociální sítě, byly nezbytnou nutností pro vytvoření demokratického právního státu, který je schopen občanům garantovat lidská práva, včetně práv sociálních. Velkými změnami prošla též podle Munkové (2013) sociální péče, které se začaly mimo stát účastnit i církve a občanské iniciativy a významným krokem v této oblasti bylo přijetí zákona o sociálních službách v roce 2006. Stejná autorka uvádí, že důležité jsou i změny v myšlení lidí, uvědomění si významu vlastních zásluh a aktivity pro dosažení žádoucí životní úrovně. Nesmíme opomenout ani skutečnost, že Česká republika je vázána členstvím v Evropské unii, s tím jsou samozřejmě spojené i povinnosti v české sociální politice. Žižková (2015c) hodnotí dosavadní změny jako úspěšné s nejistotou do budoucna. V České republice spadá agenda sociálního zabezpečení a sociální politiky státu pod Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále zkr. MPSV) a Ministerstvo zdravotnictví. Tyto instituce jsou nadřazené řadě úřadů a organizací, zajišťují jejich koordinaci, k jejich kompetencím patří též legislativní pravomoc. MPSV spravuje sociální politiku, sociální pojištění, oblast práce a zaměstnanosti, oblast pracovněprávní legislativy, bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a rovné příležitosti pro ženy a muže (O MPSV, 2018). Dle stejného zdroje je další oblastí spadající do kompetence MPSV evropská integrace a oblast čerpání finanční pomoci z fondů Evropské unie (dale zkr. EU). Podřízenými institucemi MPSV jsou: Česká správa sociálního zabezpečení, Úřad práce ČR, Státní úřad inspekce práce a Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí a také zřizuje některé ústavy sociální péče (O MPSV, 2018). Ministerstvo zdravotnictví se skládá z 8 sekcí, např. Sekce zdravotní péče a Sekce zdravotního pojištění, které se dále dělí na odbory. Ve své přímé kompetenci má řadu organizací, včetně některých nemocnic, psychiatrických nemocnic, krajských hygienických stanic, rehabilitačních a zdravotních ústavů (Organizace v přímé..., 2018).

1.2.2 Zdravotní politika ČR

Jak je již uvedeno výše v České republice je uplatňován model národního zdravotního pojištění, jehož charakteristikou je přerozdělovací funkce na podkladě principu solidarity a centralizace finančních zdrojů (Janečková, Hnilíčková, 2009; Durdisová, 2015,). Durdisová (2015) uvádí, že u tohoto modelu jsou finančními zdroji daně a zákonné pojištění. Hnilicová a Janečková (2009) dále uvádí, že zdravotnická zařízení poskytují pojištěncům bezplatnou zdravotní péči, ta je těmto zařízením hrazena

zdravotními pojišťovnami na základě uzavřených smluv a část zdravotní péče je hrazena ze státního rozpočtu. V České republice se vyskytují i čistě soukromá zařízení, kde poskytovaná péče je hrazena výhradně z přímé platby pacientů.

Zdravotní péče, jež je pro občany ČR zaručena Ústavou ČR, v čl. 31 Listině základních práv a svobod se stanovuje: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“. Zdravotní péče dle Tomeše (2010) zahrnuje nejen péči o zdraví, ale i samotnou léčbu, rehabilitaci a prevenci. Zdravotní péče je v České republice poskytována prostřednictvím zdravotnických služeb a upravena zákonem č. 372/2011 Sb.

Na našem území bylo dle Janečkové a Hnilicové (2009) zavedeno nemocenské a úrazové pojištění již za Rakouska-Uherska. Tento model, tzv. bismarckovský, převzala i první Československá republika, byl však nedostatečný a neúplný. Stejně autorky dále uvádí, že další vývoj byl ovlivněn II. světovou válkou. Za významný mezník v historii českého zdravotnictví pokládá Gladkij (2003) rok 1951, kdy byl zaveden sovětský (Semaškův) model zdravotnictví, péči o zdraví obyvatelstva převzal stát, zdravotní péče byla přístupná všem občanům a plně hrazena ze státního rozpočtu, bylo zrušeno národní pojištění. Tento model byl dle stejného autora funkční do roku 1989. Zavedení nového systému zdravotní péče, resp. navrácení k tzv. bismarckovskému modelu, došlo velmi rychle po pádu komunismu. Nový model je založen na solidaritě a povinném pojištění (Janečková, Hnilicová, 2009). Stejně autorky dále uvádí, že v roce 1992 zahájily činnost zdravotní pojišťovny, docházelo k postupné privatizaci zdravotnických zařízení a ke zlepšení technologického zařízení zdravotnictví, bylo však nutné hledat optimální podobu financování zdravotní péče. Přijetí zákona o veřejném zdravotním pojištění, upravující podmínky poskytování bezplatné péče a změny ve financování byly nezbytné kroky regulující celý zdravotnický systém (Janečková, Hnilicová, 2009). Od této doby se každá nová další vláda snaží o reformu zdravotní péče, a to v souvislosti se strárnutím populace a zvyšujícími se náklady na tuto péči. Munková (2013) uvádí, že se vyskytuje rozpor mezi možnostmi a požadavky medicíny a mezi schopností státu toto finančně zajišťovat. Durdisová (2015) k této problematice uvádí, že vlády všech vyspělých zemí se snaží najít takový poměr na trhu, který by co nejlépe zajistil potřeby dané zdravotní a sociální situací i stavem ekonomiky.

1.3 Sociální politika ve Velké Británii

1.3.1 Historický vývoj sociální politiky ve Velké Británii

Sociální politika každého jednotlivého státu je determinována vládnoucí politickou stranou a Velká Británie není výjimkou. Britský sociální stát Munková (2005) přiřazuje k liberálnímu modelu, jehož charakteristikou je důraz na participaci občanů na trhu práce a od ní odvozenou sociální ochranu, před prevencí má přednost vyrovnávání se se sociálními událostmi.

Počátky sociální ochrany se datují až k vládě královny Alžbety I., která přijala v letech 1598 a 1601 chudinské zákony, dle kterých bylo povinností farnosti zřídit chudinské nemocnice, ubytovny pro chudé, nemocné a osoby bez prostředků, též zodpovídala za vyhledání práce pro nezaměstnané (Munková, 2005). Ke zrušení chudinského zákona došlo až se vznikem moderního sociálního státu – social welfare state, po přijetí „Beveridgeova programu“ v roce 1948 (Koldinská, 2004). Alcock (2014) uvádí, že Sir William Beveridge, předseda a zpravodaj parlamentní komise roku 1942 vytvořil a předložil britskému parlamentu svůj program na poválečné sociální zabezpečení obyvatelstva, dle Kahouna et al. (2014) vycházel z ekonomických základů social welfare, které předložil již lord John Maynard Keynes v 1. pol. 20. století. Navrhl systém univerzálního národního pojištění a sociální pomoci, které mělo zajistit obyvatelstvo proti pěti zlům: hladu, nemoci, nevzdělanosti, bídě a zahálčivosti (Munková, 2005). Potůček (1995) dodává, že těmto zlům lze čelit pomocí rovného přístupu ke vzdělání a k veřejné zdravotní péči, politikou plné zaměstnanosti a systémem národního sociálního pojištění, doplněného systémem sociální pomoci. Tyto základy britské sociální politiky se začaly označovat jako ochrana občanů „od kolébky do hrobu“ (Francová, Novotný, 2008).

V roce 1946 byl přijat ve Velké Británii Zákon o národním pojištění National Insurance Act a ve spojení s National Health Service Act (Národním zdravotním pojištěním – dále zkr. NHSA) uzákoněným ve stejném roce se jednalo o nejvýznamnější nástroje poválečné sociální politiky (Robson, 1947).

Velká Británie upatňuje podle Kellera (2005) od 70. tých let 20. století liberální model sociální politiky vyznačující se tím, že aktéři nesou za sebe velkou zodpovědnost, selžou-li mohou očekávat jen malou pomoc od státu, do té doby byl uplatňován Beveridgeův model, který obsahoval prvky sociální demokracie, a to hlavně v univerzalismu (krytí rizik dávkami pro všechny). Autor dále uvádí, že povinnost státu

nastupuje až ve chvíli, kdy není nikdo schopen se postarat o neschopného člověka - jde tedy o residuální povinnost.

Radikální změny v sociální politice vidí Koldinská (2004) v reformách za vlády Thatcherové (od roku 1979), s čímž souhlasí i Tomeš (2010), který dodává, že vláda se postupně odkláněla od příliš štědrého sociálního státu k neoliberalismu, který prosazuje podporu tržních sil a odpovědnost každého jedince za svou životní úroveň. Koldinská (2004) ještě zmiňuje vznik institutu „case managera“, díky němuž stát přestal být poskytovatelem sociálního zabezpečení a pouze kontroloval a financoval tyto služby.

Období vlády Tonyho Blaira (od 1997) bylo obdobím změn, byla snaha o zapojení obyvatelstva do rizika práce oproti pasivnímu přijímání dávek, a to pomocí investic do lidského kapitálu – celoživotního vzdělávání, jsou patrné snahy o větší propojenost mezi zaměstnáním a péčí o děti a zlepšení mobility pracujících (Munková, 2005).

Každá změna vládnoucích politických stran s sebou přinesla změny preferencí a tím také nové sociální reformy. Morris (2015) zmiňuje reformu invalidních dávek v roce 2007, při které došlo ke změně posuzování zdravotního stavu osob s postižením na dvě skupiny, první byla s omezením pracovních schopností (snaha o pracovní začlenění) a druhá skupina byla práce neschopná, ta pobírala dávky v plné výši.

Ve Velké Británii zabezpečují sociální politiku mnohé státní instituce, každá má svoji vlastní agendu a své prostředky pro její uskutečňování, organizace je celkově složitá a z hlediska naší problematiky jsou nejdůležitější činnosti Ministerstva zdravotnictví (Department of Health) a Ministerstva pro práci a podporu ve stáří (Department for Work and Pensions) (Department of Work..., 2018).

1.3.2 Zdravotní politika VB

Ve Velké Británii je uplatňován dle Koldové (2003) model Národní zdravotní služby, který vznikl na podkladě Beveridgeovy zprávy. V tomto systému je zdravotní péče zajištěna pro všechny občany bez ohledu na jejich platební schopnosti, je financována z daní a státního rozpočtu a řízena státem. Takto nastavený systém trpí dle Robinsona (2004) celou řadou nedostatků, hlavní slabinou jsou omezené finanční zdroje se kterými stát nakládá. Problémy vidí stejný autor také v přílišné centralizaci a nedostatku národních standardů, které by vedly ke zvyšování efektivity. Barták (2010) k tomuto dodává, že systém není schopen uspokojit včas a za daných podmínek požadované služby. Tato situace dle stejného autora vedla k omezování růstu kvality

poskytovaných služeb a dlouhým čekacím lhůtám na elektivní chirurgické výkony. Všechny tyto slabé stránky NHS vedly k započetí reformy zdravotnictví ve Velké Británii v roce 1997, ke které Robinson (2004) uvádí, že hlavními tématy bylo zavedení prvků konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče, změny v úhradách a financování a svobodná volba lékaře pacientem. Ústřední postavou, či koordinátorem péče o zdraví, je praktický lékař, u kterého se pacient registruje. Tento lékař pacienta dále směřuje na příslušné specialisty (NHS...,2018). Stejný zdroj dále uvádí, že zdravotní péče je zajištěna zdarma, hrazeno pacienty je zubní ošetření a některá oční ošetření, v Anglii (ne ve Skotsku, Walesu a Severním Irsku) jsou ještě zavedeny poplatky za recept v lékárnách.

1.4 Aktuální situace

Nepříznivá demografická situace vedoucí ke zvyšování průměrného věku populace, je dnes řešena mnohými vyspělými zeměmi (Nováková, Konečná, Šídlo, 2016). Jak se vyrovnat s tímto stavem, je každodenní otázkou, zejména diskutovaný bod je financování.

1.4.1 Česká republika

Systémové řešení užší spolupráce a propojení poskytovatelů v oblasti péče zejména v oblasti rehabilitace a dlouhodobé péče jsou řešena odbornou komunitou již několik let (Janečková, Vepřková, 2017).

Mnoho autorů uvádí, že chybí zakotvení koordinované rehabilitace v české legislativě (Emerová, 2012; Válková, 2012). Čevela a Čeledová (2011) datují začátky ucelené (koordinované, komprehenzivní) rehabilitace (péče) v České republice až od roku 1991, kdy byla na Ministerstvu zdravotnictví zřízena skupina, která vytvořila „*Metodický návod k provádění léčebné rehabilitace a zajištění její návaznosti na pedagogickou, sociální a pracovní rehabilitaci*“. Další snažení přineslo v roce 1999 založení „Sekce ucelené rehabilitace“ na MPSV a stejní autoři uvádí, že v letech 1998–2010 bylo ještě několik legislativních pokusů o zakotvení a vymezení ucelené rehabilitace v českých zákonech, bohužel neúspěšných. Emmerová (2012) v přijetí zákona o koordinované rehabilitaci vidí velmi perspektivní krok, který představuje progres ve zdravotně sociální péči a pozitivní význam lze očekávat jak v individuálních osudech nemocných, tak i v nakládání s veřejnými prostředky. Jako další pozitivní přínos vidí Čevela a Čeledová (2011) ve schválení Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením v roce 1998, který formuloval zavedení komplexního systému rehabilitace osob se zdravotním postižením.

V roce 2003 byly přijaty Usnesením vlády České republiky „Teze ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením“, které byly včleněny do „Návrhu věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením“. Tento návrh však byl vrácen k přepracování (Čevela, Čeledová, 2011).

Stejní autoři uvádí, že v roce 2005 byl Usnesením vlády České republiky schválen „Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006–2009“. Také tento plán se zabýval úkoly týkající se zavedení a podpory komplexního

systemu rehabilitace osob se zdravotním postižením, tyto úkoly však nebyly naplněny (Čevelová, Čeleda, 2012).

V roce 2010 byl Usnesením vlády České republiky přijat „Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014“. I tento dokument se zabýval opatřeními v oblasti rehabilitace osob se zdravotním postižením (Čevelová, Čeleda, 2011).

Dodnes však legislativa v této oblasti chybí. Je připravován zákon, který vychází z Úmluvy OSN o občanech s disabilitou, kterou Česká republika přijala (Švestková, Pfeiffer, 2012). Zákon by měl vymezit práva a povinnosti zařízení, která budou koordinovanou rehabilitaci poskytovat, a osob, které je budou využívat, vymezuje rovněž kompetence a vzájemné vazby mezi jednotlivými prvky systému (Švestková, Pfeiffer, 2012).

Tuto problematiku částečně řeší dle Válkové (2012) sociální reforma z roku 2011, která upravuje poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, cílem změn bylo zvýšení adresnosti a efektivity dávek, zvýšení komfortu klienta a snížení nákladů na sociální systém.

Čevela a Čeledová (2012) uvádí, že jednotlivá právní odvětví mají tyto záležitosti ve svém obsahu, nicméně však netvoří ucelený celek, napomoci mohou zkušenosti, řady států, kde právně upravenou koordinovanou rehabilitaci mají.

Dlouhodobá péče je určena osobám jejíž stav je protrahovaný a které vyžadují pomoc při základních každodenních činnostech (přijímání potravy, hygiena, oblékání, používání toalety) prostřednictvím zdravotních, ošetrovatelských či sociálních služeb (Holmerová et al., 2014). Dle Kalvacha, Čevely a Čeledové jde o: „*třetí pilíř doplňující péči zdravotní a péči sociální a měla by překlénout problematiku zdravotně – sociálního pomezí*“ (str. 214, 2014). Pro správné navržení a fungování legislativy je nezbytné rozklíčovat všechny souvislosti, z tohoto důvodu byla vytvořena pracovní skupina z oblasti zdravotnictví a sociální péče, jejímž úkolem bylo stanovení jednotlivých typů činností a služeb nejen pro hendikepované, ale i seniory, porovnání odborných a ekonomických parametrů se standardy EU. Doposud posledním krokem bylo navržení řešení pro ČR v horizontu do roku 2020 s přijatelnou variantou pro státní rozpočet ČR pro následující roky (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010).

1.4.2 Velká Británie

Vedle již uvedené koordinované rehabilitace, která ve svém důsledku vede k dřívějšímu návratu pacienta do pracovního procesu a tím menšího odčerpávání dávek ze systému, se v oblasti zdravotní péče objevil program “patient-centred health care” (Ahmad, 2014). Stejný autor dále udává, že se jedná o nové pojetí zdravotní péče, která je zaměřená na člověka, jako bio-psycho-sociální bytost, jako jedince, který nejlépe zná své potřeby a je vnímán jako partner ve své péči o zdraví. Takto centralizovaná péče je ve svém důsledku levnější, ale hlavně pacient je v tomto pojetí respektován ve svém sociální prostředí se svými preferencemi a specifickými potřebami (Nováková, Konečná, Šídlo, 2016). Takto vedená zdravotní péče je podporována mnohými organizacemi včetně WHO, integrovat do svého zdravotního systému se jej rozhodla také Velká Británie (Ahmad, 2014).

V roce 2014 ve Velké Británii začal platit Zákon o zdraví a sociální péči, který přinesl do zdravotnictví mnoho změn nejen organizačních, jako např. přesunutí odpovědnosti za rozpočet, ale také z pohledu pacienta, tím hlavním bylo jeho větší zapojení a větší důraz na veřejné zdraví (Health and social ..., 2012). Ke změnám došlo i v sociální oblasti, byl zaveden strop pro výši sociálních dávek, změněna byla také podpora sociálního bydlení, hlavním cílem bylo, aby se práce stala výhodnou (Deeming, 2015). Salter (2012) doplňuje, že dalšími myšlenkami byla rovnost příležitostí, ve smyslu osob se zdravotním postižením, a snížení závislosti na sociálních dávkách. Tato reforma je stále diskutovaná a dle Reevea (2017) zasahuje do základních práv blahobytu sociálního státu Velké Británie a to zejména podmíněností příspěvku v nezaměstnanosti. Dle NHS (2018) je v zákoně zakotvena povinnost místní správy zajistit potřebnou péči svým obyvatelům, také stanovuje jednotná vnitrostátní pravidla, nároku na péči, dává záruky na kontinuitu péče, hlavním cílem je zlepšení nezávislosti a blahobytu lidí.

Jak uvádí Greer (2016) je efektivní sociální péče schopná zvládnout péči o nemocného v domácím prostředí co nejdéle a naopak zajistit péči po propuštění z nemocnice co nejdříve. Stejný autor dodává, že tato péče je však velmi drahá a politicky determinovaná.

Ve Velké Británii probíhá program Integration and better care fund 2017-2019 (2017), z tohoto dokumentu jsem čerpala v tomto odstavci. Pojednává o integraci zdravotnictví, sociální péče a dalších veřejných služeb, poskytuje přehled souvisejících

politických iniciativ a právních předpisů. Dále informuje o zavedení statutárního Fondu lepší péče zaměřeného na efektivnější využívání financí na místní úrovni, a proaktivnější a preventivní péči v komunitních zařízeních a podporu neformálních pečovateli. Důležitým článkem celého procesu je plynulý management, který musí reagovat na rozličné podmínky a složité potřeby klientů spojené s prodlužující se délkou života člověka, a to kombinací zdravotnických a sociálních modelů péče. Cílem je propojenost a udržitelnost služeb a dosažení koordinované péče zaměřené na člověka, kde pacient či klient plánuje svou péči s odborníky různých oborů a společně se snaží dosáhnout co nejlepších výsledků. Jedním z prostředků je decentralizace systému a vytvoření kompletních komunitních plánů pro určité oblasti Velké Británie, a to včetně zapojení místních partnerů a financování služeb.

Dle dokumentu NHS (2018), ze kterého jsem čerpala informace do následujícího odstavce pacient opouštějící nemocnici je vybaven tzv. absolutoriem. To popisuje potřeby klienta po propuštění, je v něm ohodnoceno, zda bude nutná malá podpora či komplexnější péče. Na tomto hodnocení se podílí multidisciplinární tým zdravotníků nebo odborníků v oblasti sociální péče. Pro klienta je vypracován plán péče, který podrobně popisuje podporu zdravotní a sociální péče. Klient je do tohoto plánu plně zapojen. NHS nabízí též tzv. mediální péči, jedná se o krátkodobou péči, poskytovanou bezplatně osobám, které již nemusí být v nemocnici, ale potřebují další pomoc k navrácení do původní kondice. Sociální péče může být poskytována na základě přisouzení nároku na podporu. V tomto případě je také vypracován plán péče a podpory, který stanovuje potřeby hodnocením. Obsahuje cíle pro pečovatele, jakého efektu má být dosaženo, ale též plány vzdělávání i rekreace a osobní rozpočet. Poskytuje péči a podporu klientovi žít nezávisle, mít co největší kontrolu nad svým životem, účastnit se společenského dění, umožnit přístup k zaměstnání a rodinnému životu, mít co nejlepší kvalitu života, zachovat si co možná nejvyšší důstojnost a respekt.

Výzkumná část

2 Cíl práce

2.1 Výzkumné otázky

Cílem mé práce je zjistit jakým způsobem jsou uplatňovány formy komprehenzivní péče a jaké jsou rozdíly ve dvou zemích s rozdílnou historií sociální politiky a rozdílným zdravotním a sociálním systémem.

K naplnění cíle jsem si stanovila dvě výzkumné otázky.

1. Je patrný rozdíl mezi komprehenzivní péčí v České republice a Velké Británii?
2. Jak je komprehenzivní péče řešena v České republice a Velké Británii z pohledu sociální politiky?

2.2 Operacionalizace pojmů

Sociální politika je Tomešem (2010) vymezena jako systematické a záměrné úsilí jednotlivých sociálních subjektů dosáhnout změny ve fungování, udržení nebo podporu rozvoje svého či jiného sociálního systému nebo soustavy nástrojů k realizaci své či jiné sociální politiky, projevem je rozhodování nebo nerozhodování a činnost nebo nečinnost subjektů sociální politiky.

Komprehenzivní vychází z anglického pojmu *comprehensive*, který byl počestěn na „komprehenzivní“ a později přeložen jako „ucelená“ též celostní a celková, nyní koordinovaná (Votava, 2012).

Koordinovaná rehabilitace je plynulá a celistvá činnost uskutečňovaná prostřednictvím rehabilitačních prostředků (Švestková, 2017). Je tím myšleno aby složky rehabilitace byly nejen koordinovány, ale takřka vytvářely jeden celek (Votava, 2012).

3 Metodika

3.1 Použitá výzkumná strategie

V souvislosti se stanoveným cílem a výzkumnými otázkami jsem ve své práci zvolila kvalitativní přístup. Kvalitativní šetření jsem provedla metodou dotazování, pro sběr dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Pro potřeby výzkumu k mé bakalářské práci jsem podle Mayringova pravidla deskripce (Miovský, 2006) konkrétní případ jedné pacientky po cévní mozkové příhodě. Na základě tohoto případu jsem vytvořila několik okruhů otázek pro informanty, které se týkaly následné zdravotně sociální péče vedoucí ke zkvalitnění, zjednodušení či zlepšení změněné situace dané pacientky, a to z profesního pohledu osloveného odborníka.

Výsledky práce mohou být použity pro rozhodování zdravotnických manažerů.

3.2 Popis výzkumného souboru

Použila jsem dva výzkumné soubory, první reprezentuje pacientka po cévní mozkové příhodě a druhý tvořili 2 zdravotničtí pracovníci a 3 sociální pracovníci z České republiky a 2 zdravotničtí pracovníci a 2 sociální pracovníci z Velké Británie. Informanti byli vybráni metodou záměrného výběru. Miovský (2006) tento typ výběru charakterizuje tak, že účastníci jsou selektováni podle jejich určitých vlastností či předpokladů. Výzkumník si komunikační partnery vybírá právě na základě určitých kritérií, která v mém případě vycházela z pracovních pozic.

3.3 Popis výzkumného nástroje

Kvalitativní výzkum je charakterizován jako výzkum, kde výsledků nedosahujeme pomocí statistických metod nebo jinými způsoby kvantifikace (Hendl, 2016). Za hlavní klad této metody lze uvést zejména to, že získává podrobný popis a vzhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu, ale také, že zkoumá fenomén v přirozeném prostředí, dovoluje sledovat procesy a navrhopvat teorie, dobře reaguje na lokální situace a okolnosti, hledá místní příčinné souvislosti a napomáhá při počáteční exploraci fenoménů (Hendl, 2016).

U polostrukturovaného rozhovoru si připravujeme určitá schémata či okruhy otázek, které jsou pro nás závazné (Miovský, 2006). Za hlavní výhodu této metody považuje stejný autor využití přirozené a nenucené komunikace a možnost kladení doplňujících otázek v případě nejasností, ty nám mohou pomoci dosáhnout vyšší

přesnosti a výtěžnosti.

Účelem analýzy dokumentů je dle Miovského (2006) zpracování materiálu který již existuje a výzkumník jej může dle svého cíle vybírat a selektovat. Stejný autor také uvádí, že někteří odborníci považují analýzu za prioritní metodu ve výzkumu z důvodu neovlivnitelnosti informací, druzí zase namítají jistou konzervativnost a neznalost okolností vzniku tohoto materiálu.

Ve svém výzkumu jsem také využila oficiálních internetových stránek několika českých nemocnic a zdravotních pojišťoven a také oficiálních internetových stránek NHS.

3.4 Realizace výzkumu

Výzkum jsme prováděla v srpnu 2017 ve Velké Británii a v únoru a březnu 2018 v České republice. Zdravotničtí pracovníci pracovali v nemocnicích nebo ambulantním sektoru. Sociální pracovníci byli zařazeni v nemocnicích, sociálních službách a na úřadech. Většina rozhovorů (7) byla vedena s informantem/kou osobně s jejich souhlasem. Zbylé (2) byli vedeny formou chatů. Souhlas s nahráváním na diktafon jsem nezískala od všech účastníků, několik (2) rozhovorů jsem pouze písemně zaznamenala. Rozhovory nahrané na diktafon jsem následně doslovně přepsala. S ohledem na zachování anonymity jsem zdravotnické pracovníky z Čech označila ZČ a příslušným číslem a sociální pracovníky z Čech SČ a příslušným číslem. Stejně jsem postupovala i s informanty z Velké Británie, zdravotničtí pracovníci jsou označeni ZB a příslušným číslem a sociální pracovníci SB a příslušným číslem.

3.5 Způsob zpracování dat

Prováděla jsem polostrukturované rozhovory se zdravotníky a sociálními pracovníky z České republiky a Velké Británie. Po přeložení anglických rozhovorů do českého jazyka a po doslovném přepisu jsem si rozhovory důkladně pročetla. Nejprve jsem použila metodu barvení textu, ve které jsem si barevně odlišila určité výroky či slova týkající se určitých tematických celků. Poté jsem provedla kódování, v průběhu kterého jsem změnila základní data do datových jednotek, které lze dále zpracovávat (Miovský, 2006). Jako poslední část jsem použila prvky zakotvené teorie, jmenovitě otevřené a axiální kódování. Otevřené kódování je výchozím krokem, který dále pokračuje další analýzou. V této části jsou pojmy rozpoznány a rozvíjeny ve smyslu jejich vlastností a rozsahu (Kutnohorská, 2009). Na základě otevřeného kódování jsem

vytvořila šest oblastí: koordinace zdravotní a sociální péče, jednotnost informací, plán péče, dostupné služby, legislativní a finanční opora osob potřebujících péči a překážky. Pokračovala jsem axiálním kódováním, které sestavuje data rozdělené otevřeným kódováním dohromady a tvoří spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi (Kutnohorská, 2009).

4 Výsledky

K naplnění cíle jsem si stanovila dvě výzkumné otázky.

4.1 Výzkumná otázka č. 1

Je patrný rozdíl mezi komprehenzivní péčí v České republice a Velké Británii?

Kategorie k výzkumné otázce č.1: koordinace sociální a zdravotní péče, jednotnost informací, překážky.

4.1.1 Kategorie č. I – Koordinace sociální a zdravotní péče.

Tato kategorie obsahuje dvě subkategorie: spolupráce v multidisciplinárních týmech, koordinátor.

Subkategorie č. I a) spolupráce v multidisciplinárních týmech:

Informant ZČ1 k tomuto uvádí: „*V našem zařízení neexistuje centrální nebo nějaká koordinovaná péče o nemocné. Vždy postupujeme individuálně podle stávající situace...*“ Koordinace nefunguje ani v rámci nemocnice, situace je řešena tak, že pacient, který již nepotřebuje lékařskou péči, ale nemůže být propuštěn do domácího prostředí, je přeložen na oddělení následné péče, kde je jeho situace dále řešena: „*Málokdy mě volají z jiného oddělení, tady v nemocnici to funguje tak, že ho rovnou přeloží sem a tady se to vyřeší...*“ (SČ1) Spolupráce funguje mezi sociální pracovníci a zdravotníky pouze v rámci těchto oddělení: „*a ten zdravotní problém kterej tam je vlastně se řeší až v průběhu kdy já jsem součástí každostředěční velké vizity a tam jednak toho uživatele vidím....*“ (SČ1) Spolupráce s dalšími službami či institucemi je spíše výjimkou: „*Z nemocnice nás kontaktují sporadicky.*“ (SČ2)

Informant ZB2 popisuje situaci ve Velké Británii: „*Nazývá se to disciplinární tým, je složený ze zdravotních sester pracujících v nemocnici, ale i sester z komunity...*“ (ZB2)

Subkategorie č. I b) koordinátor

Stejně tak není v České republice stanovena osoba koordinátora. V problematice návratu nemocného z nemocnice zpět do svého sociálního prostředí by logickou spojkou měla být sociální pracovníce pracující v nemocnici, pro kterou je zažité starší pojmenování sociální sestra: „*Ano sociální pracovníci v nemocnici máme, ale nevyužíváme jí. Když se o pacienta nemůže nikdo starat doma, většinou jej překládáme na oddělení následné péče, kde asi tuto situaci řeší dál*“ (ZČ1) I přes přítomnost

sociálního pracovníka není tato funkce využívána ve smyslu koordinace: „Z mého pohledu bych objednal návštěvu sociální sestry, od které bych čekal, že pacienta někam umístí a přesune. Rozhodně bych neočekával nějakou schůzku, kde bychom řešili potřeby a možnosti konkrétního pacienta.“ (ZČ2) Hlavní náplní sociální pracovníce v nemocnici je zjištění, zda se pacient může vrátit do svého původního sociálního prostředí, popřípadě předá kontakty na dostupné sociální služby: „... mě zajímá jenom jestli se může ten člověk vrátit domů a jestli z mé strany potřebuje postrčit nějakou pečovatelskou službu, mě jakoby zajímá jestli se ten člověk může vrátit a nabídnou podmínky, který mu ten návrat umožní. Takže vybavíme letáčkama, stejně musí dohodnout sama, žejo jestli je ochotná zaplatit tu cenu, odkad' berou...“ (SČ1) Působení sociální pracovníce v nemocnici končí po propuštění pacienta do domácí péče: „To už já dál nezjišťuju, protože pokud jakmile je ten člověk jakoby propuštěnej tak už nemám žádnou zpětnou vazbu a ani to nelze...“ (SČ1) Další péči již nikdo nekoordinuje, respektive osoby poskytující sociální služby nevyvracejí formální existenci funkce koordinátora, nicméně v praxi se s ní nesetkávají a nejsou schopni jednoznačně určit, kdo touto osobou je: „Nevím o žádné takové osobě, možná na tom městě, na tom úřadě, nebo obvodní doktor, nebo ten kdo jí propouštěl? Nebo tahle osoba je možná ošetřovatelka, nebo paní ředitelka, ale nevím jestli to takhle opravdu dělají, jestli to tak je.“ (SČ3) Neexistující, či nefungující role koordinátora však neznamená, že by nebyla ze stran klientů nebo jejich blízkých potřebná: „tady byla paní, která vyřizuje pro své v podstatě známé udělala depistáž tady na okrese prostě co se týká sociálních služeb, že přijela paní, prostě, která to pojmula jako manažer hezky a bylo to úplně něco jinýho žejo, kolegyně z ostatních domů mi volaly, když jsem je tam jako poslala si myslely, že je to nějaká kontrola.“ (SČ1) Jak ale vyplývá z předchozí odpovědi, je tato činnost tak neobvyklá, že je vnímána negativně (v daném případě jako kontrola).

Ve Velké Británii je systém koordinace zdravotní a sociální péče jednotný, je jasně stanovena role koordinátora, každý ví, na koho se v případě potřeby obrátit: „Osoba, která koordinuje propuštění, by měla být pacientovi k dispozici každý den, pacient by měl znát její jméno a kontaktní údaje. Tyto osoby jsou někdy označovány jako "koordinátoři propuštění" nebo "koordinátoři oddělení.“ (SB2) Iniciační roli celého procesu koordinace má staniční sestra: „Vrchní sestra po rozhovoru s pacientem a jeho příbuznými zorganizuje společnou schůzku, kontaktuje sociální pracovníci.“ (ZB2)

Iniciační roli vrchní sestry potvrzuje i ZB1: „*Sister, jakási staniční sestra, je v kontaktu se sestrou sociální, která pomůže pacientovi a rodině s nalezením cesty domů a jeho dalšímu fungování.*“ Celý systém návaznosti zdravotní a sociální péče ve Velké Británii úzce souvisí s plánem péče: „*Každý by měl mít před propuštěním kopii propouštěcího plánu, ve kterém jsou uvedeny všechny kontakty na oddělení, lékárny, agenturu a sociální servis, všichni zúčastnění jsou seznámeni s daným případem a pacient i jeho blízcí mohou zavolat 24 hodin, 7 dní v týdnu. Po propuštění má každý svou sociální pracovníci a ta je neustále v kontaktu s rodinou, Ona řeší všechny problémy a potřeby.*” (ZB2)

4.1.2 Kategorie č. II. Jednotnost informací

Tato kategorie obsahuje dvě subkategorie: dostupnost informací, systém jednotných informací.

Subkategorie č. II a) dostupnost informací

Důležitou otázkou v problematice koordinované rehabilitace je také dostupnost a jednotnost informací pro pacienty a jejich blízké. Kompaktní informace o možnostech následné péče po propuštění z nemocnice do domácího prostředí, ať již o umístění do pobytového zařízení, podmínky poskytování dalších sociálních služeb, ale i obecné informace o tom, co dělat po propuštění z nemocnice se v České republice získávají složitě: „*Někdy dostanou klienti nebo jejich blízcí kontakt na městský či obecní úřad, častěji však tento kontakt předává praktický lékař. Pokud to mohu zhodnotit z pohledu pečovatelské služby, tak zde většinou mají klienti kontakty od známých – sousedů, příbuzných apod.*“ (SČ2)

Velká Británie nabízí na svých stránkách Národní sociální služby velmi podrobný přehled o možnostech, které má klient při propuštění z nemocnice: „*Systém je průhledný, je si možné udělat vlastní ohodnocení a zjistit možnosti online, k tomu mám k dispozici telefonické kontakty.*” (ZB1) Všichni dotazovaní sociální pracovníci odkázali na přehledné internetové stránky, kde jsou dostupné všechny kontakty, je možné poskytovatele kontaktovat i telefonicky a získat potřebné informace o dostupné zdravotní a sociální péči: „*Ve Spojeném království by manžel (nebo kdokoli koho se to týká) mohl podat žádost o sociální pomoc pro dospělé a bylo by jim nabídnuto hodnocení po telefonu. Během tohoto telefonického rozhovoru by se také mohli obrátit na pracovníky zdravotní péče.*“ (SB1) Internetové stránky obsahují přehledné

informace, na jednom místě je tak možné nalézt odpovědi na všechny otázky související s komprehenzivní péčí. Je možné si vybrat z různých kategorií, pro příklad uvádím: „*Potřebuji pomoc doma, Zůstávám v nemocnici, Chci radu o platbách za péči, Chci naplánovat svoji péči do budoucna, Chci poradit při výběru služeb, Obávám se, že se mnou někdo špatně zachází, Jsem nespokojen s péčí a podporou, Potřebuji pomoc s péčí o někoho, Moje dítě má zdravotní postižení, Jsem mladý pečovatel, Potřebuji odlehčovací služby, Jak získat služby, Vaše právo na péči a podporu, Posouzení potřeb péče, Poskytovatelé péče, péče po propuštění z nemocnice, plány péče a podpory.*” (SB2)

Subkategorie II. b) systém jednotných informací

Když budu uvažovat jako pacient, či blízký pacienta propuštěného z nemocnice, podle zvoleného případu, tak jako první v dnešní době budu hledat informace na internetu. Toto jsem také udělala a v první řadě se zaměřila na informace ohledně propuštění pacienta z nemocnice a další možné péče. Pro vyhledání těchto informací jsem musela navštívit internetové stránky každé nemocnice zvlášť, některé webové stránky nemocnic takto své klienty edukovaly, jiné ne. Nalézt tak na webových stránkách nemocnic informace o propuštění či následné péči či možnostech, které jsou dostupné je buď velmi pracné, nebo tyto informace některé nemocnice nenabízejí vůbec. Stejně je to i s vyhledáním sociálních služeb, stránky jsou nepřehledné, psané velmi malým písmem, popřípadě již musím znát přesně název sociální služby, abych jí mohla dohledat. Tato rozdílnost, nebo spíše nedostupnost sjednocených informací chybí i samotnému zdravotnickému personálu, který toto uvedl, jako návrh na zlepšení současné situace: „*Vytvoření centrálních stránek v rámci třeba Ministerstva zdravotnictví, co při propuštění je možné a jaké jsou možnosti systému, odkazy na internetové stránky a telefonní čísla, kam je se možné obrátit, by bylo jistě velmi užitečné.*“ (ZČ2)

Při hledání na webových stránkách ve Velké Británii, která má jednotnou NHS a také jednotné obecné informace po všechny nemocnice které spravuje, resp. pro všechny své klienty, jsem tyto informace našla a bylo možno zjistit i další odpovědi na otázky které si klade každý pacient při propuštění z nemocnice. Jako příklad mohu uvést: co dělat, když si myslíte, že potřebujete další péči, co dělat, když nejsem spokojena s verdiktem nemocnice, když si myslím, že ještě potřebuji zajistit další ošetrovatelskou

péči, dlouhodobou péči nebo péči sociální, kde mám hledat pomoc, kdo mi pomůže a jaká jsou moje práva.

4.1.3 Kategorie č. III Překážky

Tato kategorie obsahuje dvě subkategorie: překážky v českém systému, překážky v britském systému.

Subkategorie III a) překážky v českém systému

V Českém zdravotním a sociálním systému jsou překážky nejčastěji vnímány v nekomplexnosti poskytovaných služeb: „Bohužel neexistuje komplexní pomoc, nabídka je značně roztržštěná a nerovnoměrná.“ (SČ2) Setrvalosti, neměnnosti systému: „úplně nevím, my máme tyhle postupy, takhle to děláme. Jinak to snad ani nikdo v nemocnici nedělá. Mám takový pocit, že nějaká spolupráce není zažitá, takhle se to vždycky dělalo, a tak to tak děláme dál. Moc novot se na naší stanici nezavádí.“ (ZČ1) V neprofesionalitě: „Výškolená a kompetentní sociální sestra chybí. Kvalita sociálních sester v nemocnici je kapitola další.“ (ZČ2), nekoordinovanosti: „Již při přijetí začít s plánováním nejen zdravotnické péče, ale i dalších součástí rehabilitace.“ (ZČ2) A nedostatečném plánování: „Někdy mi vadí, že tady u nás musí pacient ležet dlouho a čekat, až se uvolní místo na LDN, asi by se ta jeho situace dala řešit dřív.“ (ZČ1)

Zdravotnickým personálem jsou více vnímané organizační nedostatky péče: „A když pomínu peníze, tak stále vidím nedostatky v organizaci, kdy mi přijde, že pravá ruka neví, co dělá levá. Není ani moc času si s lidmi povídat.“ (ZČ1) Vnímají také nedostatek personálu: „Nikdo nemá na nic čas, je nás málo. Doktoři vyřeší zdravotní problém a víc je většinou nezajímá. To nechávají na nás sestřích.“ (ZČ1) Zdravotníci se setkávají s mýty pacientů, které celý proces zdravotně sociální péče negativně ovlivňují: „Lidský život je nekonečný. Pobyt v nemocnici je normální, člověk je zde pod kontrolou a nemůže se mu nic stát (do nemocnice přišel devadesátiletý sportovec, který do té doby chodil dálkové pochody a fungoval zcela samostatně, zcela ignorují fakt, že proběhla nemoc či operace, která tento stav mění a od nemocnice se očekává, že vše bude jako dříve. Systém je zkorumpovaný, musím zaplatit, abych dostal nějakou péči. Moje potřeby jsou prioritní, mám tedy přednost před ostatními. Ostatní leží v nemocnici zbytečně a zatěžují systém, měli by se uskrovnit, já ne. V zdravotním systému se utopí zbytečně velké množství peněz, pokud se týká ostatních, výjimkou jsem já.“ (ZČ2)

Překážkou jsou i nereálná přání rodiny a pacientů a jejich nespolupráce: „Rodina často vznáší požadavky, aby se pacientce po operaci či úrazu udělalo oční či jiné vyšetření, na které pacient neměl jindy čas, čeká se na vyjádření sestřenice či jiného vzdáleného člena rodiny. Podle mojí zkušenosti systém spíše řeší rodinu a její problémy, hlavně aby nebyla stížnost, nikoliv problémy a potřeby pacienta.“ (ZČ2) To má za následek i přetíženost systému: „Když máme dostatek místa, tak je to jedno, ale když potom místo není a musíme dávat přistýlky, tak je to nepříjemné nejen nám, ale i ostatním pacientům.“ (ZČ1)

Rozhodující a často pro klienty limitující je místní dostupnost potřebných služeb: „Musí se podepisovat smlouva, domluvit, jestli je potřebná služba dostupná, důležité je i bydliště.“ (SČ3) Nabídka je velmi různorodá a její šíře se liší město od města: „Je samozřejmé, že ve větších městech je nabídka širší, v menších obcích a odlehlejších oblastech některé druhy služeb chybí úplně, tak jako u nás.“ (SČ2) a jejich financování: „to je největší problém, to že třeba i ty domovy je tam náhka péče a že se to doplácí do plný péče.“ (SČ1)

Jednou z doporučovaných služeb byla pomoc dobrovolníka, ta je však vnímána jako nedostupná: „vůbec, tady v životě nebyl žádný dobrovolník, tady v nemocnici je to asi jinak nastavený tým, že potřebujeme jiný pravidla.“ (ZČ1)

Subkategorie III b) překážky v britském systému

Informanti z Velké Británie vnímají překážky hlavně finanční: „Překážkou by mohla být finanční situace.“ (ZB2) Nevýhody přináší jak využití agentury domácí péče: „Při využití agentury domácí péče je potřeba zaplatit poplatek nad rámec platby, která by se platila pouze pečovateli.“ (SB2) Tak i při najmutí pečovatele bez agentury je nutno počítat s tím, že klient je jeho zaměstnavatelem a z toho pro něj vyplývají povinnosti: „Ale pokud zaměstnáváte pečovatele, máte právní odpovědnost zaměstnavatele.“ (SB2) Svá úskalí má i levnější varianta, kdy pečující osoba opustí své původní zaměstnání a pečuje o svého blízkého – ve chvíli, kdy osoba potřebující péči zemře: „Kamarádka pečovala o svojí maminku po cévní mozkové příhodě, maminka po několika měsících zemřela a ona je stále smutná, hledá si práci.“ (ZB2)

Zaznamenala jsem i stížnost na kvalitu pečovatelské služby: „a jsou poměrně nespolehliví z hlediska času, ne vždy dodrží přesně čas příchodu a odchodu. Služba není vůbec skvělá. Mám takové zkušenosti, že si lidé objednali pečovatelku na 9 hodin, aby jim pomohla vstát z postele, osprchovat se, obléct a připravit snídani, ale často

pečovatelé nepřijdou až do 11:00, což znamená, že mnozí lidé zůstávají v posteli, déle, než chtějí, dokud pomoc nedorazí.“ (SB1) V kontinuitě péče se díky plánu nevytvářejí žádné překážky: „Osobně jsem ještě nenašla překážky kontinuity péče, protože je vytvořen plán péče, který se musí dodržovat.“ (ZB2)

Z výše uvedeného vyplývá, že mezi komprehenzivní péčí v České republice a Velké Británii je patrný rozdíl, a to zejména v koordinaci péče, která v České republice zcela chybí, není určena ani osoba, která by celou péči koordinovala. Ve Velké Británii je koordinátorem celý multidisciplinární tým a klient vždy ví, kam a na jakou osobu se má v případě potřeby obrátit. Rozdíl je patrný také v jednotnosti a ucelenosti informací poskytovaných klientům při propuštění z nemocnice. Čeští klienti jsou odkázáni na náhodné získání kontaktů, případně složité vyhledávání z různých zdrojů. Klienti ve Velké Británii mají na webových stránkách zdravotního systému jasné a přesné informace. Bariéry ve zdravotně sociálním systému obou zemí tvoří financování, především sociální pomoci. Čeští informanti navíc zmiňují překážky na straně zdravotníků - např. nesystematické organizování, nekomplexnost a nekoordinovanost, ale i na straně samotných klientů - např. místní dostupnost, nereálná přání rodiny a jejich nespolupráce.

4.2 Výzkumná otázka č. 2

Jak je komprehenzivní péče řešena v České republice a Velké Británii z pohledu sociální politiky?

Kategorie k výzkumné otázce č.2: Plán péče, dostupné služby, legislativní a finanční opora osob potřebujících péči.

4.2.1 Kategorie č. I – Plán péče

Zkušenosti českých zdravotníků ukazují, že plán péče není vytvářen: *„Vycházím tedy z toho, s čím jsem se ve své praxi setkal tj., že nic takového sestaveno nebylo. Praxe je taková, že pacientovi je poskytnuta zdravotní péče a po ukončení léčby je nastolena nerudovská otázka, kam s ním. Někteří lidé odcházejí domů, ale to je spíše výjimka.“* (ZČ2) Nicméně připouštějí, že by vytvoření plánu péče bylo přínosné pro všechny zúčastněné: *„Asi by bylo dobré, kdyby se někdo od příjetí staral, kam pacient půjde po propuštění. Ne vždy je jistá situace pacienta po propuštění na začátku hospitalizace, ale nějaké prognózy jistě jsou, a tak asi rámcově zhodnotit situaci a vytvořit možné varianty*

by se dalo.“ (ZČ1) V České republice není návaznost zdravotní a sociální péče plánována s dostatečným předstihem. „Nepokrytý“ čas u osob, které se nemohou vrátit do svého původního sociálního prostředí, je řešen přeložením pacienta na oddělení následné péče nebo na sociální lůžka: „Jako, že všechny oddělení ty lidi museli nějak řešit, tak je nejjednodušší poslat žádanku na následnou péči, no.“ (SČ1) Přeložení na toto oddělení je pouze přechodné řešení a konečné řešení není ze dne na den, někdy tak dochází k situaci, kterou popisuje ZČ2: „Protože délka pobytu je omezena, přijímá se pacient na několik dní do nemocnice zpět, kdy se provede nějaké vyšetření a pacient pak může být zpátky na LDN.“

Plán péče není používán v plném, komplexním rozsahu, tak aby pokryl všechny oblasti následné péče, je používán pouze plán ošetrovatelské péče: „My vlastně jakýsi plán máme, tedy ošetrovatelský, a dokonce i hodnotíme jeho realizaci, ale nikdy jsem nezažila, ani se nesečkala s žádným týmem, který by to vzal, dalo by se říct z gruntu.“ (ZČ1) Pokud už jsou nějaké informace získávány, nejsou dále využívány tak, jak by bylo potřebné a účelné: „Nějakou kolonku při přijetí vyplňujeme, něco jako jestli bylo u pacienta uděláno sociální šetření, taky kde a s kým žije. Ale výstupy to nemá žádné, není nikde další postup.“ (ZČ1) Ze strany zdravotníků by byl plán péče vítaný: „To by nebylo od věci, my tohle řešíme, když to někoho napadne. Většinou jedna z nás třeba navrhně, že k tomuto pacientovi by mohl přijít například kaplan co v naší nemocnici poskytuje spirituální péči.“ (ZČ1) V potaz je brán i postoj a přání samotného pacienta: „Zásadní otázkou je, jak k nabídce pomoci přistupuje sama klientka. Pokud nemá reálný náhled na svou situaci (to bývá velmi často), může se rodina, okolí i samotní pracovníci služeb „přetřhnout snahou“, ale s klientem to nepohne.“ (SČ2)

Stanovení plánu péče je ve Velké Británii samozřejmostí a vychází z primárního zhodnocení potřeb pacienta: „Tato pacientka by měla stanoven plán, který by vycházel z primárního hodnocení. Pacient prochází na všech stupních hodnocením a podle příznaků, potřeb je mu určena další péče.“ (ZB1) Vytvoření plánu péče je přesně termínováno: „Každý pacient po přijetí do nemocnice prochází do 24 hodin od příjmu hodnocením, ve kterém je plánováno i pravděpodobné propuštění a zavčasu kontaktován celý tým. Týden před propuštěním je svolána schůzka, na kterou jsou pozváni i příbuzní.“ (ZB2) Velkou výhodou je, že pacienti jsou informováni o přibližném termínu propuštění z nemocnice a mohou tak tomu přizpůsobit vše potřebné: „Obvykle je pacientovi sdělen do 24 až 48 hodin od přijetí do nemocnice odhadnutý den

propuštění.” (ZB2) Propuštění pacienta z nemocnice je však podmíněno schválením plánu všemi členy týmu: „*Jestliže nemá pacient připravený a odsouhlasený plán od všech zúčastněných, nemůže být propuštěn.*“ (ZB2) Hlavní slovo v celém procesu komprehenzivní péče má pacient: „*Je zde velký respekt k přání pacienta. I v UK se občas najde velmi výjimečně člověk, který nechce nic, chce zůstat v nemocnici a není vlastně nějaká legální síla, jak pacienta z nemocnice vyprovodit.*” (ZB1)

Potřebuje-li klient pomoci při každodenních činnostech, kontaktuje oddělení sociálních služeb pro dospělé v místě bydliště, kde podstoupí hodnocení sociální péče za účelem zjištění potřebné péče: „*Místní úřad má zákonnou povinnost provést hodnocení a zjistit, jakou pomoc potřebujete.*” (SB1) Hodnocení potřeb je pravidelně aktualizováno, aktualizace může být pravidelná (minimálně jednou za rok): „*Poté by měl váš plán péče být přezkoumán alespoň jednou ročně nebo častěji, je-li to potřeba.*” (SB2), může o ní požádat i klient sám: „*Pokud se klient domnívá, že se jeho potřeba péče, případně jeho finanční situace změnila, má právo kdykoli požádat o přehodnocení.*“ (SB1)

4.2.2 Kategorie č. II Dostupné služby

Tato kategorie obsahuje tři subkategorie: pečující rodina, pečovatelská služba, další dostupné služby.

Subkategorie č. II a) pečující rodina

V péči o klienta je uplatňován princip subsidiarity, tzn. řešení problému na nejnižší úrovni se zapojením širšího sociálního prostředí v čele s blízkou rodinou: „*Vždycky je tam rodina a jestli si naobjednají tři pečovatelské služby, nebo jenom jednu anebo jestli to tam prostě vykrývají svejma vlastníma silama to už je na nich.*“ (SČ1) Se zajišťováním péče rodinou úzce souvisí také podpora pečujících, tu však zmínil pouze jediný informant: „*Pomoc i podporu by si jistě zasloužil i manžel klientky.*“ (SČ2)

Podpora ze strany státu je ve Velké Británii cílena i na rodinné pečovatele: „*Jestliže se o vás dobrovolně stará kamarád nebo rodinný příslušník, který není za péči placen, může dostávat podporu.*“ (SB2)

Subkategorie č. II b) pečovatelská služba

Pokud nelze zajistit péči pouze prostřednictvím rodiny: „*Jasně, já si jako myslím, že je to hrozně jako individuální, protože jsou rodiny, které řeknou, není žádný problém, my se nák postaráme, je nás hodně. A pak jsou prostě lidi, který řeknou my chodíme do*

práce a potom jsou rodiny, třeba i těm rodinám voláme, tady třeba leží někdo tři týdny a rodina se třeba vůbec nepřihlásí.“ (SČ1), je potřeba využít poskytovatelů sociální služeb, nejčastěji zmiňovanou byla pečovatelská služba (na tuto odkázali všechny dotazované sociální pracovníce): „Určitě bych předala kontakt na pečovatelskou službu, pro využití pomoci v domácnosti.“ (SČ1) Zdůrazňováno je i, že pečovatelská služba nezajišťuje péči o klienta 24 hodin denně 7 dní v týdnu: „tak v podstatě vysvětlit tej rodině, že spolupráce s pečovatelský služby nefunguje jenom pečovatelská služba, že tam musí být 50 % péče z té rodiny a 50% té služby, té pečovatelský služby.“ (SČ1) Je také rozlišováno, zda se jedná čistě o poskytování pečovatelské služby nebo také o poskytování služby ošetrovatelské: „Jó a to se ještě dál rozděluje jestli ten člověk potřebuje zdravotní péči doma a nebo jenom tu ošetrovatelskou péči.“ (SČ1) Pečovatelská služba je zajišťována pečovatelkami a je popisována následovně: „Naše zařízení také poskytuje ošetrovatelské a pečovatelské služby, záleží, co by paní potřebovala, co by byla schopna třeba zvládnout s pomocí rodiny. Potom tady pracují ještě pečovatelky, ty zase pomáhají v domácnosti a zajišťují i obědy a také s hygienou pomůžou. Když někdo potřebuje dojdou nakoupit, nebo s nákupem pomůže.“ (SČ3) Naopak ošetrovatelská péče je zajišťována zdravotními sestrami pracujícími v terénu: „Ošetrovatelskou péči zajišťují zdravotní sestry, jezdí do terénu, myslím, že jí musí schválit obvodák a pak je zdarma. Sestřičky ošetřují skoro jako ve špitále. Mají služby 24 hodin. Píchají inzulin, převazují nohy, taky asi i vycévkuji.“ (SČ3)

Velká Británie nabízí pro své občany v rámci NHS pokračující zdravotní péči, která je vykonávána buď doma nebo v instituci po dobu maximálně 6 týdnů. Tato péče je také nazývána jako mediální: „Mediální péče je krátkodobá péče, která je poskytována zdarma osobám, u kterých již není nezbytný pobyt v nemocnici, ale je u nich potřebná dodatečná podpora, která pomůže zotavení.“ (SB2) Po uplynutí 5 týdnů je situace pacienta přehodnocena a je rozhodnuto, zda má dotyčný nárok na další pokračující zdravotní péči, nebo péči ošetrovatelskou, nebo sociální: „Když stále potřebují servis mohou jej stále využívat. Pomoc s osobní hygienou a děláním společnosti.“ (ZB2) Hodnocení je vždy individuální a je dále využito i pro další služby: „Nárok na bezplatnou zdravotní péči v rámci NHS vzniká, pokud máte zdravotní postižení nebo komplexní zdravotní potíže, mnoho lidí o tom není informováno.“ (SB1) V závislosti na zmiňovaném hodnocení může mít klient přiznaný nárok na domácí péči hrazenou místním úřadem: „Pokud máte nárok na služby domácí péče financované vaší místní

radou, může vám místní zastupitelstvo poskytnout nebo zajistit pomoc samo.“ (SB2), nebo si každý může tyto služby zajistit sám a hradit z příspěvků od místních úřadů: „Popřípadě si můžete zajistit vlastní péči financovanou úřady prostřednictvím přímých plateb nebo osobního rozpočtu.“ (SB2) Financování prostřednictvím osobního rozpočtu je pro klienta flexibilnější: „Osobní rozpočet na zdravotní péči dává větší volbu a kontrolu nad plánováním.“ (SB1) Velká Británie má velké množství typů domácí péče: „je poskytována v mnoha podobách a má mnoho názvů: dlouhodobá 24 hodinová péče, krátké pauzy pro rodinného pečovatele, nouzová péče, denní péče, návštěvy od 15 minut až po 24 hodinovou pomoc (a vše mezi nimi).“ (SB2) Různé jsou i druhy zprostředkování domácí péče: „Pomocí agentury, zapůjčení osobního asistenta, získání domácí péče z charity.“ (SB2)

Subkategorie II c) další dostupné služby

Jako další byla zmiňována služba osobní asistence: *„Kontakt na osobní asistenci – pomoc při osobní hygieně, při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatnění práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (SČ2), dále informanti zmiňovali půjčovnu pomůcek: „A ještě si také může půjčit pomůcky co potřebuje, vozíky, berle, gramofony.“ (SČ3) a službu sociální rehabilitace: „Hovořila bych i o nabídce služeb sociální rehabilitace – lze využít formu terénní služby, kdy pracovník dochází do bydliště klienta, či ambulantní formy, která probíhá v prostorách služby.“ (SČ2) „Mě jako nejlepší řešení přijde nabídnout paní sužbu sociální rehabilitace.“ (SČ3) Výhodu výše uvedených služeb vidí pracovník ve zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím při zachování přirozeného prostředí: „V domácnosti klienta mu pracovník pomáhá např. s vařením, poskytne mu doprovod při pochůzkách apod. Při využití ambulantní služby se klient setkává s ostatními klienty, společně mohou vytvářet výrobky, vykonávat různé činnosti – práce na zahradě, absolvování výletů, divadelních představení přednášek atd.“ (SČ2)*

Z institucí byly zmiňovány městské úřady a jejich sociální odbory: *„Jistě bych ji navrhla sociální odbor na městském úřadě, který by jí mohl navrhnou další možná řešení její situace, popřípadě bychom byli schopni paní na tento úřad doprovodit, kdyby měla zájem.“ (SČ3) Zde lze také požádat o vydání parkovacího průkazu označující vozidlo přepravující osobu těžce zdravotně postiženou: „V případě přiznání průkazu ZTP či ZTP/P – je možné na odboru sociálních věcí městského úřadu požádat o vystavení parkovacího průkazu označující vozidlo přepravující osobu těžce zdravotně*

postiženou.“ (SČ2) Jako další instituce byl zmiňován úřad práce pro zajištění pracovní rehabilitace: „*No a potom třeba ještě další možností by byl úřad práce, kdyby chtěla nějak řešit zaměstnání, nebo by toho byla schopna, vždy se dohodneme s klientem, o co by měl zájem. Záleželo by, co by jí její zdravotní stav dovolil.*“ (SČ3), ale také jako místo pro podání žádostí o sociální dávky (bude podrobněji rozebráno v kapitole financování).

Zcela mimo systém stojí otázka dobrovolnictví, přesto však není tato alternativa opomíjena: „*Uvažovala bych o využití dobrovolníka, bývají např. v rámci Charity, kde bych výhodu spatřovala v tom, že by za klientkou chodila pravidelně jedna konkrétní osoba, nedošlo by ke střídání pečovatelek tak, jak je tomu v případě poskytování pečovatelské služby či osobní asistence a mohlo by tak dojít k navázání užšího vztahu, snadnější vybudování důvěry atd.*“ (SČ2)

Pokud nelze zajistit péči v přirozeném prostředí, přichází v úvahu zajištění péče prostřednictvím pobytových služeb: „*Záleží na té rodině, kam si dá žádosti, když si je dám třeba do toho většího města, tak mám trochu větší šanci, protože ten obrat je tady trošku větší, mám tady trochu víc možností.*“ (SČ1)

Další uváděné možnosti podpory klienta byly také ve Velké Británii zvláštní pomůcky, které mohou klientovi zkvalitnit osobní fungování: „*Je možné přizpůsobení domova, např. instalace zábradlí, schodolezu nebo rampy.*“ (SB1). Z pobytových služeb nabízející pomoc v mnou popisovaném případě byla zmíněna rehabilitační klinika: „*Po propuštění z nemocnice by byla paní umístěna do rehabilitačního centra pro osoby po cévní mozkové příhodě. V rehabilitačním centru by byla umístěna podle potřeby někdy na 6–12 měsíců.*“ (ZB2)

Odpovědnost za dostupnost sociální péče ve Velké Británii mají úřady na místní úrovni: „*Místní úřad je zodpovědný za vaše osobní potřeby péče. Požadavky na zdravotní péči jsou v odpovědnosti NHS.*“ (SB1)

4.2.3 Kategorie č. III – Legislativní a finanční opora osob potřebujících péči

Tato kategorie obsahuje dvě subkategorie: finanční opora, legislativní opora.

Subkategorie č. III a) finanční opora

Zdravotní a ošetrovatelská péče je v České republice hrazena ze zdravotního pojištění, a to jak v léčebnách dlouhodobě nemocných a na odděleních následné péče: „*často je zvolena LDN, a protože délka pobytu je omezena, přijímá se pacient na*

několik dní do nemocnice zpět, kdy se provede nějaké vyšetření a pacient pak může být zpátky v LDN.“ (ZČ2), tak i terénní ošetrovatelská péče: *„Ošetrovatelskou péči zajišťují zdravotní sestry, jezdí do terénu, myslím, že jí musí schválit obvodák a pak je zdarma.“* (SČ3)

Sociální služby jsou na rozdíl od zdravotních služeb hrazené klientem: *„Tahle služba je placená a není 24 hodin denně.“* (SČ3), což může pro některé být překvapující: *„samozřejmě co je asi nejvíc bolestný pro ty uživatele, že se to všechno platí, protože si myslí, že je to taková charita a všechny jiné pečovatelské služby jsou v rámci lásky k bližnímu, což je jako nereálný.“* (SČ1) Nejčastěji jsou poskytované služby financovány příspěvkem na péči: *„My nejvíce pracujeme s dávkou příspěvek na péči.“* (SČ1) Tento příspěvek se používá jak na úhradu institucionální péče: *„a tam je potřeba do všech těch pobytových zařízeních.“* (SČ1), tak na úhradu pečovatelské služby: *„ale i na uplacení ty pečovatelský služby, abych to nemusela platit ze svých vlastních zdrojů.“* (SČ1) Pokud nemá osoba přiznaný příspěvek na péči, je odkázána na svůj příjem, většinou starobní nebo invalidní důchod: *„Ty peníze, ty důchody jsou někdy tak malé.“* (SČ1), mnohdy je třeba podpory od rodiny, aby mohla být určitá služba pokryta: *„A ty lidi na to nejsou připravený a nejsou na to už vůbec připravený ty rodiny ani na to pečování a ani na to, že by třeba za ty svoje rodiče mohli třeba doplatit něco.“* (SČ1) Nastavení výše poplatků určitých pobytových služeb je individuální, zákonem je stanovena maximální výše: *„ten pobyt a tu stravu si prostě platím do ty jejich zvolený taxy, která je podle zákona prostě nastavená, jo.“* (SČ1) To má za následek i nespravedlivé umístování do zařízení poskytující pobytové služby: *„Určitě poslední slovo má ten domov a ten si určitě ty svoje uživatele selektuje, protože všichni chtějí, aby měli velké důchody, aby měli plné příspěvky, aby popřípadě rodina doplácela a aby byla s tím uživatelem co nejmenší práce a byl aktivizován.“* (SČ1) Zmiňována je i korupce: *„Někdo jde třeba hned z následný péče, záleží samozřejmě taky na tom. Nebudem si říkat, že konexe nejsou.“* (SČ1)

Obyvatelé Velké Británie mají hrazenou zdravotní péči z Národní zdravotní služby, v prvních týdnech je poskytována bezplatně i v domácnosti: *„Každý pacient má po propuštění nárok na 6 týdnů bezplatného servisu.“* (ZB2) Další financování je vázáno na posouzení potřeb dotyčného klienta, na uznání či neuznání bezplatné pokračující NHS péče: *„Po 5 týdnech, když stále potřebují servis mohou jej stále využívat, buď si jej platí sami, nebo jim sociální servis schválí platby za tyto služby a mají je zdarma.“*

(ZB2) „NHS pokračující zdravotní péče nebo pokračující péče pokrývá osobní péči a náklady na zdravotní péči, např. proplacení specializované terapie, ale i pomoc při koupání a oblékání.“ (SB1) Rozdíl v pokračující péči NHS a sociální péči je především v tom, že pokračující péče NHS nezohledňuje příjmy a úspory klienta: „Místní úřady mimo jiné požádají rodinu, aby provedla finanční posouzení a podle toho bude rozhodnuto o finanční podpoře. Finanční práh pro sociální služby, činí 23 250 liber; tzn., že pokud má rodina více úspor než je 23 250 liber, tak musí platit za veškerou péči, kterou klient využívá. Pokud jsou úspory nižší, než je daná částka, předpokládá se, že klient uhradí pouze část nákladů na péči.“ (SB1) Posuzována je celá rodina: „Záleží na stavu jejich účtu a příjmů rodiny.“ (ZB1) Takto nastavený systém nevyhovuje všem, zdravotní sestrou je považován za nespravedlivý: „Záleží na finanční situaci. Když je někdo bez rodiny dostane víc. Není to férové, když někdo dělá celý život a má úspory, tak péči zdarma nemá, ale někdo, kdo nikdy nepracoval ano!!!“ (ZB1) Levnější variantou je péče ze strany příbuzných: „Když chce rodina víc pomoci je pro ně výhodnější, když se jeden člen rodiny vzdá práce. Sociální pracovníce mu pomůže získat status pečovatele a ve většině případů se všemi podporami je to lépe placené než předešlá práce.“ (ZB1) Odměna pro pečující osobu se pohybuje okolo 55 liber za týden: „myslím, že by mohl obdržet asi 55 liber za týden.“ (SB1) Financování služeb je místně determinováno: „Financování se liší podle regionu, je potřeba ověřit přesné podmínky u místního úřadu nebo trustu NHS.“ (SB1)

Subkategorie III b) legislativní opora

Osoba potřebující péči si může zažádat o různé druhy finanční i nefinanční podpory: „Klientce bych navrhla, aby si, pokud tak již neučinila, podala na příslušné pobočce Úřadu práce ČR žádost o přiznání průkazu pro osoby se zdravotním postižením (průkaz TP, ZTP, ZTP/P) a žádost o přiznání příspěvku na mobilitu a také žádost o přiznání příspěvku na péči.“ (SČ3)

Ve Velké Británii určuje zákon o péči povinnost místních úřadů posoudit „blaho“ klienta: „Zákon o péči z roku 2014 ukládá místním orgánům obecnou povinnost plně posoudit blaho člověka při hodnocení a poskytování péče a podpůrných služeb.“ (SB2) V zákoně o péči je ukotveno i spolupodílení klienta na procesu hodnocení: „vaše spokojenost a vaše přání musí být zohledněny v procesu hodnocení. Můžete například chtít zůstat ve svém domě a toto musí být zohledněno.“ (SB1) Pacienti jsou o tomto svém právu informováni i na internetových stránkách: „Měli byste se plně podílet na

hodnocení „absolutoria“ a vašim názorům by mělo být nasloucháno. S vaším svolením budou všichni opatrovníci v rodině informováni a budou se moci také spolupodílet na vytváření plánu.“ (SB2)

Zmiňován je i parkovací průkaz, který usnadní parkování: „Dále může ona nebo manžel požádat o invalidní modré označení do auta, aby mohli zaparkovat v zónách pro invalidy.“ (SB1)

V České republice je z pohledu sociální politiky komprehenzivní péče řešena v souladu se souvisejícími zákony, samotný zákon o komprehenzivní péči chybí. Zdravotní a ošetrovatelská péče je hrazena státem, sociální služby jsou hrazeny klientem z příspěvku na péči. Plán péče jako nástroj sociální politiky není využíván. Pro klienty potřebující následnou péči po propuštění z nemocnice je dostupná široká škála služeb, jak terénních, tak pobytových. „“

Komprehenzivní péče ve Velké Británii je zakotvena v zákoně „Health and social care“, který určuje nejen vytváření plánu péče jako stěžejního dokumentu pro další postupy v péči o klienta, ale upravuje také financování komprehenzivní péče a odpovědnost úřadů za poskytování této péče. V důsledku toho jsou plány péče vytvářeny automaticky, je přesně dáno jejich naplánování. Zdravotní péče je ve Velké Británii také financována státem, sociální péče klientem. Ten má možnost také získat příspěvky od státu, zde je kromě samotné potřeby péče ještě zohledňována finanční situace klienta a jeho rodiny. Rozsah sociálních služeb ve Velké Británii je obdobný jako v České republice.

5 Diskuze

Jsem si vědoma toho, že provedeným výzkumem nelze prohlásit problematiku za definitivně zpracovanou. Z výsledků výzkumu lze přesto odvodit, že existuje markantní rozdíl mezi komprehenzivní péčí v českém a britském zdravotním systému. Je patrný rozdíl jednak v celkovém chápání a fungování komprehenzivní péče, ale také v některých dílčích skutečnostech úzce souvisejících s komprehenzivní péčí. Výsledky výzkumu budu z důvodu větší přehlednosti analyzovat ve stejných kategoriích, jak byly vyhodnocovány, uvědomuji si, že jednotlivé oblasti spolu úzce souvisí a vzájemně se propojují.

Koordinace péče

Prvním zkoumaným jevem byla koordinace zdravotně sociální péče. Mezi oběma státy je v této oblasti patrný značný rozdíl. Propojenost a vazby jednotlivých oblastí je potřeba náležitě zohledňovat tak, aby nevznikaly systémy, které jsou od ostatních izolované a náročné jak po stránce administrativní, tak i finanční.

Ve Velké Británii funguje komprehenzivní péče ve smyslu spolupráce v multidisciplinárních týmech, které zároveň celý proces komprehenzivní péče koordinují. Je zároveň jasně stanovena osoba, na kterou se mohou všichni obracet, všichni znají její jméno a mají její kontakt. Dle mého názoru je základem skutečnost, že celá problematika koordinované rehabilitace spadá pod jedno ministerstvo – Department of health and social care, nedochází tak jako v České republice k mezirezortním nesrovnalostem. Další aspekty podporující koordinovanost a návaznost zdravotní a sociální péče (např. vytváření plánů péče, využívání multidisciplinárních týmů, ucelené informace), jsou podle mne logickým důsledkem jednotného vedení.

V České republice je situace zcela odlišná – výše popsané nefunguje, multidisciplinární týmy nejsou ustanovovány, koordinace zcela chybí. Příčinou může být roztržitost problematiky mezi třemi ministerstvy, což potvrzuje i Merhautová (2015), která sice nenavrhuje sjednocení vedení pod jedno ministerstvo, ale zmiňuje potřebu jasného stanovení kompetencí ministerstev. To potvrzují ve svém výzkumu Janečková a Vepřková (2017), které uvádí, že legislativní nebo koncepční „neukotvenost“ ve svém důsledku způsobuje, že některé oblasti, které se vyskytují na tzv. pomezí sociální a zdravotní problematiky, kam právě podle mne spadá komprehenzivní péče a její koordinace, často nejsou nijak zakotvené a definované a v praxi pak dochází k tzv. propadu některých pacientů systémem. Domnívám se, že změna nebude jednoduchá, jak

je uvedeno ve výzkumu, vychází se ze „zajetého“ systému, o kterém všichni (zdravotní i sociální pracovníci) soudí, že je nefunkční, nicméně přijímají jej takový, jaký je. Snahy o změnu lze pozorovat, většinou však na regionálních úrovních, např. odborná studie zpracovaná v rámci 3. komunitního plánu sociálních služeb města Brna - Propojování sociálních a zdravotních služeb. Základním zjištěním této studie je ovšem skutečnost, že členové pracovní skupiny komunitního plánování pro oblasti propojování zdravotní a sociální péče a další experti zdravotně sociálních služeb nemají zatím vzájemně diskutovaný a vyjasněný cíl podpory spolupráce uvedených veřejných služeb (Winkler et al, 2012). Myslím si, že s ohledem na výše uvedené lze těžko očekávat shodu na celorepublikové úrovni, což může být vysvětlením absence legislativního zakotvení. Roli koordinátora by mohla zajišťovat komunitní sestra. Vytvoření této funkce je dle Průši (2011) jedním z principů připravované právní úpravy systému dlouhodobé sociálně zdravotní péče, měla by pracovat v týmu se sociálním pracovníkem na obecním úřadu obce s rozšířenou působností a zajišťovat podporu, poradenství a hodnocení zdravotních a sociálních potřeb potenciálních klientů dlouhodobé péče. Dle stejného autora by charakterem své činnosti komunitní sestra mohla představovat určitého case managera, který je významným prvkem v systémech sociálních služeb evropských zemí a který v systému sociálních služeb v naší zemi chybí.

Výsledky mého výzkumu v oblasti nevytváření multidisciplinárních týmů jsou však v rozporu s tvrzením Bara a Chmelové (2011), kteří uvádí, že léčebně rehabilitační program je realizován multidisciplinárním týmem, kromě lékařů řady odborností jsou členy týmu fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog, protetik, sociální pracovník, často opomíjenou profesí je pedagog, zvláště v akutním stadiu významnou roli sehrávají profese zajišťující péči ošetrovatelskou.

Jednotnost informací

Objektivně lze konstatovat, že získání relevantních informací ve Velké Británii je mnohem jednodušší, všechny lze najít na jedné internetové stránce. Samozřejmě podle mého názoru tomuto přispívá celková jednotnost komprehenzivní péče, ale je tím eliminován „lidský faktor“, tzn. že klient a jeho blízcí nejsou závislí na informovanosti daného zdravotníka nebo sociálního pracovníka. Mohou si informace jednoduše najít sami.

Nejednotnost a neúplnost podávaných informací českým pacientům potvrzuje i Abrahámová (2014), jejíž výsledky kvalitativního výzkumu ukazují, že pouze jeden z

dotazovaných pacientů byl kontaktován sociálním pracovníkem, který mu poskytl informace o možnostech využívání sociálních služeb a dávek. Ostatní čtyři dotazovaní si museli tyto informace zjistit sami, či prostřednictvím svých rodinných příslušníků. Stejná autorka dále uvádí, že sociální systém všem informantům připadal velmi složitý a chaotický, nespokojenost vyjádřili pacienti se skutečností, že jim každý tvrdí něco jiného a instituce navzájem nekomunikují.

Domnívám se, že změna v této oblasti v České republice je, na rozdíl od systémové změny, reálnější, když by se jednalo především o shromáždění a zveřejnění informací pro osoby potřebující pomoc a jejich blízké včetně odkazů na dostupné služby a instituce, přehledně na jednom místě. Jedná se o řešení, které nepotřebuje žádnou legislativní změnu ani změnu v ustálených postupech. Pevně doufám, že brzy budou takové stránky zpracovány a možnosti a obzory klientů se tak rozšíří.

Jsem si vědoma, že přístup k podávání a přijímání informací může souviset s kulturními a sociologickými faktory, např. s počtem obyvatel a jejich postojem k získávání informací.

Plán péče

Samostatnou kapitolou v komprehenzivní péči, je její plán. V České republice jsou vytvářeny pouze dílčí plány, které neřeší komprehenzivní péči komplexně, ale jen její určitou oblast. V důsledku toho není následná péče plánována s dostatečným předstihem, pacienti jsou z oddělení, kde je řešen jejich akutní stav překládáni na oddělení následné péče či do léčeben dlouhodobě nemocných. Nevýhodou je, že dle Podivínského, Kostelecké a Balogové (2003) tato zařízení mnohdy nemají personální ani věcné vybavení a finanční krytí na komplexní potřebnou terapii. Logicky by tak pobyt na těchto odděleních měl být co nejkratší, dle informací Veřejného ochánce práv však může od 1. 8. 2016 úřad práce provést sociální šetření i v průběhu hospitalizace osoby ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče (typicky tzv. LDN), trvá-li hospitalizace nepřetržitě déle než 60 dnů. Délka pobytu je na těchto odděleních časově omezena, tato doba je často nedostačující pro vyřešení následné péče (např. v důsledku nedostatku míst v pobytových službách a s tím související dlouhé čekací doby na umístění v těchto zařízeních), dochází tak k obcházení systému, který uvedl jeden z respondentů z České republiky – pacient je přijat na pár dní zpět do nemocnice, je mu provedeno nějaké vyšetření a poté se vrací zpět na oddělení následné péče či do léčebny dlouhodobě nemocných.

Osobně považuji myšlenku vytváření komplexních plánů péče, tak jak jsou využívány ve Velké Británii, za velice zajímavou, a to zejména ve vztahu k dalšímu využití pro poskytování služeb a posouzení nároku na finanční podporu. Dle mého názoru by tak mohlo dojít ke zkrácení doby přiznání příspěvku na péči a to tím, že by se nemuselo čekat na vyjádření posudkového lékaře, který má na vypracování posouzení 45 dní. Navíc tato lhůta může být ještě prodloužena, k čemuž zpravidla dochází, a přiznání příspěvku na péči může trvat, jak znám ze svého okolí, i déle než půl roku. Nicméně ani připravovaná právní úprava systému dlouhodobé sociálně zdravotní péče s mnou popisovanou variantou dle Průši (2011) nepočítá – činnost posudkových lékařů by měla dle návrhu být nahrazena pětičlennou komisí pro posuzování potřeby dlouhodobé péče při Úřadu práce ČR.

Dostupné služby

V obou zemích je na prvním místě zmiňována péče nejbližších, toto je v souladu s dnešním pojetím sociální politiky a principu subsidiarity. Specializované rehabilitační ústavy nebyly respondenty vůbec zmiňovány. To může být způsobeno jejich špatnou regionální dostupností, jak uvádí Analýza současné situace dostupnosti vybrané zdravotní a sociální péče a rehabilitace pro pacienty po získaném poškození mozku v České republice, vypracovaná společností CEREBRUM. Autorky této analýzy Janečková, Vepřková (2010) uvádí, že v současné době neexistují komplexní rehabilitační centra na úrovni krajů, většina těžce postižených pacientů je posílána za rehabilitací do velkých rehabilitačních ústavů, některých krajích/regionech žádné rehabilitační ústavy nejsou a pacienti tak putují za rehabilitací do jiných regionů, někdy i přes celou republiku.

Při přiznání příspěvku na péči v České republice je stejně jako ve velké Británii posuzována situace klienta, ve Velké Británii je navíc zohledňována finanční situace pacienta, včetně jeho úspor. V obou zemích je shodně posuzována mobilita, orientace, komunikace, stravování (výživa) a výkon fyziologické potřeby. V České republice je dále posuzováno oblékání a obouvání, tělesná hygiena, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Ve Velké Británii je naopak posuzováno dýchání, stav kůže, psychologické a emocionální potřeby, změny stavu vědomí, ovládání symptomů prostřednictvím léků a další významné potřeby péče. Z výše uvedeného vyplývá, že ve Velké Británii jsou více zohledňovány ošetrovatelské potřeby pacienta, v České

republiky je naopak více posuzováno sociální fungování klienta a jeho zapojení do sociálního prostředí.

Legislativní a finanční opora osob potřebujících péči

V České republice existuje průkaz pro osoby se zdravotním postižením, který držitele opravňuje k využití benefitů tak, aby se jim kompenzovalo omezení, které jim zdravotní postižení vytváří. Velká Británie, žádný podobný průkaz nenabízí a lze využít pouze výhody v oblasti dopravy či parkování. Osobně považuji řešení v České republice v tomto směru za vhodnější, především z pohledu adresnosti.

V obou zemích je shodné, že zdravotní péče je hrazena státem. Sociální služby jsou financovány různě – v České republice je financování jednotné, klient dostane určitý obnos (dávku příspěvek na péči) a z něj si tyto služby hradí. Ve Velké Británii má klient možnost stejného systému, může si však vybrat ještě druhou variantu, kdy mu sociální služby zprostředkovává a financují místní úřady. V každém případě v obou státech se koordinace služeb stane z pohledu finanční náročnosti nezbytná, a to také v důsledku stárnutí populace. To potvrzuje i Geissler et al. (2015), který uvádí, že v Anglii je spolkem The King's Fund rozšiřována myšlenka projektu „Rapid response team“. Tento tým prostřednictvím tohoto projektu podporuje nový směr v rozvoji a podpoře integrované péče v Anglii. Z výše uvedeného vyplývá, že i přesto, že zdravotní péče ve Velké Británii je koordinována mnohem lépe než v České republice, je potřeba její koordinaci v souvislosti s finanční hospodárností zefektivnit, tím spíše pak v České republice, kde koordinace nefunguje.

Překážky

Poslední zkoumanou oblastí byly překážky ve fungování komprehenzivní péče obou zemí. Zde se logicky vykristalizovaly problémy vycházející z výše popisovaného. V obou zemích jsou zmiňovány finanční překážky. V České republice ještě naráží na systémové bariéry. To potvrzuje i Koubová (2016), která uvádí jako největší překážky špatně nastavené financování, resortismus a nedostatečnou spolupráci. Ztotožňuji se s názorem stejné autorky, která píše, že většina zúčastněných vnímá zdravotně sociální systém za neefektivní, nikomu to ale nevádí, nikdo bariéry neřeší, protože za výsledky nemá nikdo zodpovědnost.

Jako slabou stránku mé bakalářské práce lze vnímat fakt, že jsem se snažila porovnat, skoro se nebojím říci, neporovnatelné. Při výzkumu se vyskytly pouze drobné problémy (ztížená komunikace s respondenty z UK), které však neměly vliv na

výsledky výzkumu. Opakující se výpovědi respondentů mne vedou k oprávněnému názoru, že i při větším výzkumném vzorku bych dospěla ke stejnému výsledku.

6 Závěr

Cílem teoretické části práce bylo zmapovat možnosti komprehenzivní péče v České republice a Velké Británii. V praktické části práce jsem si kladla za cíl srovnat situaci komprehenzivní péče v České republice a Velké Británii. Výzkumná strategie byla kvalitativní, hlavní metodou získávání dat byly polostrukturované rozhovory s českými a britskými odborníky. Stanovila jsem si dvě výzkumné otázky: jednak jsem ptala na rozdíly mezi komprehenzivní péčí v České republice a Velké Británii, za druhé jak je tato problematika v obou zemích řešena konkrétně z pohledu sociální politiky.

Východiskem pro formulaci okruhů a otázek pro informanty byl konkrétní případ jedné pacientky po cévní mozkové příhodě. Tyto okruhy otázek se týkaly následné zdravotně sociální péče, které by v dané situaci mohly zkvalitnit, zjednodušit či zlepšit změněnou situaci dané pacientky, a to z profesního pohledu osloveného odborníka. Výzkumný soubor tvořili 2 zdravotničtí a 3 sociální pracovníci z České republiky a 2 zdravotničtí a 2 sociální pracovníci z Velké Británie. Výsledky pozorování byly rozděleny do šesti kategorií a jedenáct subkategorií charakterizujících nejen celkový pohled zdravotníků a sociálních pracovníků na koordinaci péče, jednotné informace, ale zahrnuje i možné překážky. Výsledky jsou vzájemně porovnávány mezi oběma zeměmi.

Koordinace komprehenzivní péče v České republice zcela chybí, není určena osoba, která by celou péči koordinovala, je zde patrný rozdíl oproti Velké Británii, kde koordinátorem je celý multidisciplinární tým.

Srovnám-li jednotnost a ucelenost informací poskytované klientům při propuštění z nemocnice v obou zemích, je zde veliký rozdíl. Čeští klienti jsou odkázáni na náhodné získání kontaktů, případně složité vyhledávání z různých zdrojů. Oproti tomu klienti ve Velké Británii, mají na webových stránkách jejich zdravotního systému jasně řečeno co udělat v jakém případě.

Porovnání plánu péče o Českého a Britského klienta zdravotně sociálních služeb ukázalo zcela evidentní odlišnost. V českém systému je možno postřehnout částečné plány péče v určitých oblastech, systematické řešení však chybí. Ve Velké Británii je plán péče využíván jako stěžejní dokument pro další postupy v péči o klienta.

Rozdíl je také v zodpovědnosti za poskytování sociálních služeb – ve Velké Británii jsou za toto zodpovědné místní úřady, stejně jako za přiznání příspěvku. Zodpovědnost českými respondenty nebyla zmiňována. Za společné lze také označit

pečování v rámci rodiny, ve Velké Británii je pečovatelům z řad blízkých poskytována větší podpora. Pouze okrajově byla v obou zemích nastíněna institucionální péče.

Finanční zabezpečení zdravotních služeb je obdobné u obou posuzovaných zemí, zdravotní péče je financována státem, různí se zdroje. Rozdíl ve finančním zabezpečení sociální péče je možno spatřovat v posuzovaných parametrech.

Bariéru ve zdravotně sociálním systému obou zemí tvoří financování, především sociální pomoci.

Nejznamenatelnější rozdíl je patrný v koordinaci zdravotně sociální péče. Lze podle výsledků říci, že v České republice nefunguje, Velká Británie tento institut zcela běžně využívá bez ztelných potíží.

Domnívám se, že zpracováním teorie a výsledků byly cíle naplněny.

Podle mého názoru by mohly být výsledky této práce použity ve vzdělávání pracovníků v pomáhajících profesích, ale také jako podklad pro rozhodování zdravotnických manažerů.

7 Seznam literatury

1. ABRAHÁMOVÁ, M., 2014. *Komplexní péče a rehabilitace u osob po cévní mozkové příhodě*. Olomouc. Diplomová práce. UPOL, Pedagogická fakulta
2. AHMAD, N. et al., 2014. *Person – centered care: from ideas to action*. London: The Health foundation. 97 s. ISBN 978-1-906461-55-3.
3. ALCOCK, P., MAY, M., 2014. *Social policy in Britain*. 4 vydání. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 360 s. ISBN 978-0-230-34635-2.
4. BAR, M., CHMELOVÁ, I., 2011. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína*. 13(2), 128-35. ISSN 1212-4184.
5. BARTÁK, M., 2010. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer. s. 224. ISBN 978-80-7357-503-8.
6. BRUTHANSLOVÁ, B., JEŘÁBKOVÁ, V., 2012. *Možnosti řešení sociálních důsledků zdravotního postižení - synergické efekty a bílá místa současné právní úpravy*. Praha: VÚPSV. 81 s. ISBN 978-80-7416-103-2.
7. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2011. *Osud ucelené rehabilitace*. [on-line]. Praha: Portál MPSV [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>
8. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2012. Koordinovaná rehabilitace v uceleném pojetí. In: *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, s. 13-16. ISBN 978-80-7421-052-5.
9. DEEMING, CH., 2015. Foundations of the Workfare State – Reflections on the Political Transformation of the Welfare State in Britain. *Social policy & administration*. 49(7), 862-86, DOI: 10.1111/spol.12096
10. DUKA, M., 2013. Sociální stát. In: DUKOVÁ, I., DUKA, M., KOHOUTOVÁ, I. *Sociální politika*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3880-2.
11. DURDISOVÁ, J., 2015. Zdravotní politika. In: KREBS V., et al., *Sociální politika*. 6. vydání. Praha: Wolters Kluwer, s. 342-80. ISBN 978-80-7478-921-2.
12. EMMEROVÁ, M., 2012. Co je koordinovaná rehabilitace? In: *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, s. 5- 13. ISBN 978-80-7421-052-5.
13. FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A., 2008. *Sociální politika v základech*. Praha: TRITON. 185 s. ISBN 978-80-7387-125-3.

14. GEISLER, H., et al., 2015. *Neformální péče ve vybraných státech EU - Komparativní rešerže a identifikace příkladů dobré praxe*. [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání MPSV. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <https://koopolis.cz/file/home/download/1212?key=2fd7643342>
15. GLADKIJ, I., 2003. Zdravotní politika, její úkoly a koncepce. In: GLADKIJ et al., *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, s. 30-45. ISBN 80-7226-996-8.
16. DEPARTMENT FOR WORK AND PENSIONS, 2018. [online]. GOV.UK. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/organisations/department-for-work-pensions>
17. GREER, S.L., 2016. Devolution and health in the UK: policy and its lessons since 1998. *British Medical Bulletin* 2016, 118(1) 17–25, doi: 10.1093/bmb/ldw013
18. Health and social care act, 2012. [online]. Department of Health. [cit. 2017-09-16]. Dostupné z: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/pdfs/ukpga_20120007_en.pdf
19. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum*. 3. vydání. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-262-0987-9.
20. HOLMEROVÁ, I., et al. 2014. *Dlouhodobá péče geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5923-4.
21. *Integration and Better Care Fund Policy Framework 2017 to 2019*, 2017. [online]. Department of Health. Department for Communities and Local Government. [cit. 2017-09-16]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/publications/integration-and-better-care-fund-policy-framework-2017-to-2019>
22. JANEČKOVÁ, H., 2013. Zdravotně-sociální péče v individuálním projektu MPSV Inovace systému kvality sociálních služeb. *Zdravotnické noviny*. 62(36), 7. ISSN: 0044-1996.
23. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H., 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
24. JANEČKOVÁ, M., VEPŘKOVÁ, R., 2010. *Analýza současné situace dostupnosti vybrané zdravotní péče a rehabilitace po získaném poškození mozku*

- v České republice. [online]. Praha: CEREBRUM. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: http://www.poranenimozku.cz/files/633_4404345232.pdf
25. JANEČKOVÁ, M., VEPŘKOVÁ, R., 2017. *Integrace péče- reflexe stavu ČR*. [online]. Praha: Karlova univerzita. [cit. 2017-09-16]. Dostupné z: https://www.cello-ilc.fhs.cuni.cz/CEL-144-version1-vyzkumna_zprava_integrace_pece.pdf
 26. JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vydání. Praha: Triton. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
 27. JANKOVSKÝ, J., 2014. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. In: PFEIFFER, J., et.al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, s. 49-120. ISBN 978-80-7394-461-2.
 28. JESENSKÝ, J., 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
 29. KAHOUN, V. et al., 2014. Sociální zabezpečení vybrané kapitoly. 2. vydání. Praha. Triton. 448 s. ISBN 978-80-7387-733-0.
 30. KALVACH, Z., ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2014. Zdravotní a zdravotně-sociální péče o zdraví seniorů. In: ČEVELA, R., et al., *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, s.206-27. ISBN 978-80-247-4544-2.
 31. KELLER, J., 2005. *Soumrak sociálního státu*. Praha: SLON. 157 s. ISBN 157-80-86429-41-5.
 32. KOLDINSKÁ, K., 2004. *Britská právní úprava a praxe sociálních služeb jako inspirace pro Českou republiku?* Praha: Vysoká škola aplikovaného práva. [cit. 2018-03-03]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/310660-Britska-pravni-uprava-a-praxe-socialnich-sluzeb-jako-inspirace-pro-ceskou-republiku.html>
 33. KOLDOVÁ, Z., 2003. Systémy zdravotního pojištění. In: Gladkij et al. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, s. 30-45. ISBN 80-7226-996-8.
 34. KOLIBOVÁ, H., 2007. *Sociální politika I*. Praha: Optys. 132s. ISBN-13: 978-80-85819-62-5.
 35. KOTOUS, J., 2013. Historické zdroje novodobé sociální politiky. In: KOTOUS, J., MUNKOVÁ, G., ŠTEFKO, M. *Obecné otázky sociální politiky*. Ústav státu a práva AV ČR, s. 78-99. ISBN 978-80-87439-08-1.

36. KOTOUS, J., ŠTEFKO, M., 2013. Sociální stat. In: KOTOUS, J., MUNKOVÁ, G., ŠTEFKO, M. *Obecné otázky sociální politiky*. Ústav státu a práva AV ČR, s. 59-70. ISBN 978-80-87439-08-1.
37. KOUBOVÁ, M., 2016. Největší překážky integrace zdravotní a sociální péče? Finance, rezortismus, neochota spolupracovat a něco řešit. [online]. Praha: Zdravotnický deník. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/12/nejvetsi-prekazky-integrace-zdravotni-socialni-pece-finance-resortismus-neochota-spolupracovat-neco-resit/>
38. KUTNOHORSKÁ, J. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-802-4727-134.
39. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
40. O MPSV. 2018. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/65>
41. MERHAUTOVÁ, I., 2015. Záměry MPSV v oblasti zdravotně-sociální péče. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <http://www.senat.cz/xqw/webdav/pssenat/original/76114/64000>
42. MORRIS, Z., 2015. Constructing the need for retrenchment: disability benefits in the United States and Great Britain. *Policy & Politics*. 44(4), 609-26, doi.org/10.1332/030557315X14381812909357
43. MUNKOVÁ, G., 2013. Sociální politika a její vývoj na území České republiky. In: KOTOUS, J., MUNKOVÁ, G., ŠTEFKO, M. *Obecné otázky sociální politiky*. Ústav státu a práva AV ČR, s. 78-99. ISBN 978-80-87439-08-1.
44. MUNKOVÁ, G., et al., 2005. Sociální politika ve Velké Británii. In: MUNKOVÁ, G., et al. *Sociální politika v evropských zemích*. Praha: Karolinum, s.71-92. ISBN 80-246-0780-8.
45. NHS. 2018. [online]. GOV.UK. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/pages/home.aspx>
46. NOVÁKOVÁ, K., KONEČNÁ, H., ŠÍDLO, L., 2016. Principy zdravotní péče zaměřené na člověka – person- centered health care. In: *Praktický lékař*. (96)1, 14-17. ISSN 0032-6739.

47. NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. 268 s. ISBN: 978-80-7367-509-7.
48. ORGANIZACE V PŘÍMÉ PŮSOBNOSTI MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ. 2018. [online]. Praha: MZ. [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/p_10031_843_1.html
49. PODIVÍNSKÝ, L., KOSTELECKÁ, L., BALOGOVÁ, K., 2003. Nemocný po cévní mozkové příhodě kam s ním? *Česká geriatrická revue*. 1(2), s. 28-32. ISSN 1214-0732.
50. POTŮČEK, M., 1995. *Sociální politika*. Praha: SLON. 142 s. ISBN 80-85850-01-X.
51. PRŮŠA, L., 2011. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. Praha: VÚPSV. 60 s. ISBN 978-80-7416-097-4.
52. PUBLIC HEALTH ENGLAND. 2018. [online]. GOV.UK. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>
53. RÁKOSNÍK, J., 2012a. Sociální stát – jeho geneze a vývojové fáze v transnacionální perspektivě. In: RÁKOSNÍK, J., TOMEŠ, I., et al., 2012. *Sociální stát v Československu: právně institucionální vývoj v letech 1918–1992*. Praha: Auditorium, s. 7-48. ISBN 978-80-87284-30-8.
54. RÁKOSNÍK, J., 2012b. Vývoj sociálního státu v Československu. In: RÁKOSNÍK, J., TOMEŠ, I., et al., 2012. *Sociální stát v Československu: právně institucionální vývoj v letech 1918–1992*. Praha: Auditorium, s. 49-212. ISBN 978-80-87284-30-8.
55. REEVE, K., 2017. Welfare conditionality, benefit sanctions and homelessness in the UK: ending the 'something for nothing culture' or punishing the poor? *Journal of Poverty and Social Justice*. 25 (1), 65-78, doi.org/10.1332/175982717X14842281240539
56. ROBINSON, R, 2004. *Velká Británie I. (zdravotnický systém)*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 76 s. ISBN 80-86625-38-9.
57. ROBSON, W., A., 1947. *The National Insurance Act, 1946*. The Modern Law Review. 10(2). 171-179. Dostupné z: http://www.jstor.org/stable/1090066?seq=1#page_scan_tab_contents

58. RYS, V., 2005. Teorie a praxe srovnávacích studií v oblasti sociálního zabezpečení. In: MUNKOVÁ, G., et al. *Sociální politika v evropských zemích*. Praha: Karolinum, s.11-46. ISBN 80-246-0780-8.
59. SLATER, T., 2012. The Myth of „Broken Britain “. *Antipode*. 46(4), 948-69, doi:10.1111/anti.12002
60. ŠTEFKO, M., 2013. Sociální práva. In: KOTOUS, J., MUNKOVÁ, G., ŠTEFKO, M. *Obecné otázky sociální politiky*. Ústav státu a práva AV ČR, s. 78-99. ISBN 978-80-87439-08-1.
61. STREJČKOVÁ, A., et al. 2007. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Fortuna. 111 s. ISBN 978-80-7168-943-0.
62. ŠVESTKOVÁ, O., 2017. Úvod. In: ŠVESTKOVÁ, O., et al. *Rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, s.6–36. ISBN 978-80-271-9796-5.
63. ŠVESTKOVÁ, O., PFEIFFER, J., 2012. Připravovaný zákon koordinované rehabilitace občanů s disabilitou (zdravotním postižením). In: *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, s. 16-18. ISBN 978-80-7421-052-5.
64. TOMEŠ, I., 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-7367-680-3.
65. TOMEŠ, I., 2012. Vývoj jednotlivých odvětví sociální politiky. In: RÁKOSNÍK, J., TOMEŠ, I., et al., 2012. *Sociální stát v Československu: právně institucionální vývoj v letech 1918–1992*. Praha: Auditorium, s. 213-386. ISBN 978-80-87284-30-8.
66. VÁLKOVÁ, M., 2012. Předmluva. In: *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, s. 4. ISBN 978-80-7421-052-5.
67. VÁLKOVÁ, M., KOJESOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I., © 2010 *Diskusní material k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2018-03-18] ISBN 978-80-7421-021-1.
68. VOTAVA, J., 2012. Ucelenost a koordinace v rehabilitaci osob se zdravotním postižením – konkrétní cíle a problémy. In: *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, s. 18-20. ISBN 978-80-7421-052-5.

69. VURM, V., at al, 2007. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Triton. 128 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
70. WINKLER, J., at al., 2012. *Propojování sociálních a zdravotních služeb. Zajištění odborných studií a analýzy pro účely sestavení 3. komunitního plánu sociálních služeb měst.* Brno: Masarykova univerzita. s. 68.
71. Zákon č. 108/2006 Sb., o Sociálních službách, 2006. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 37, s. 1257-89. ISSN 1211-1244.
72. Zákon č. 23/1991 Sb. Listina základních práv a svobod. 1991. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 6, s. 114-21. ISSN 1211-1244.
73. ŽIŽKOVÁ, J., 2015 a. Sociální politika, její podstata a základní charakteristika. In: KREBS V., et al., *Sociální politika*. 6. vydání. Praha: Wolters Kluwer, s. 17-48. ISBN 978-80-7478-921-2.
74. ŽIŽKOVÁ, J., 2015 b. Typy (modely) sociální politiky, její funkce a nástroje. In: KREBS V., et al., *Sociální politika*. 6. vydání. Praha: Wolters Kluwer, s. 49–72. ISBN 978-80-7478-921-2.
75. ŽIŽKOVÁ, J., 2015 c. Účast státu v sociální politice. In: KREBS V., et al., *Sociální politika*. 6. vydání. Praha: Wolters Kluwer, s. 73–99. ISBN 978-80-7478-921-2.
76. ŽIŽKOVÁ, J., 2015 d. Transformace sociální politiky po roce 1989. In: KREBS V., et al., *Sociální politika*. 6. vydání. Praha: Wolters Kluwer, s. 100–114. ISBN 978-80-7478-921-2.