**III.**

**Teze právní úpravy koordinace rehabilitace osob se zdravotním postižením** (dále jen „OZP“)

verze ke dni 31. 10. 2013

připravila Mezirezortní pracovní skupina ve složení:

Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

Doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc.

Doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D.

MUDr. Jiří Fexa

MUDr. Markéta Brabcová

MUDr. Pavel Maršálek

MUDr. Alena Váňová

MUDr. Václav Volejník, CSc.

Ing. David Kafka, vedoucí skupiny

Ing. Daniela Lusková

Ing. Karel Rychtář

JUDr. Štefan Čulík

JUDr. Pavel Ptáčník

JUDr. Anna Samková

Mgr. Marcela Gerdová

Mgr. Dana Hacaperková

Mgr. Petr Chytil

Mgr. Václav Krása

Mgr. Jitka Marková

Mgr. Petra Odehnalová

Mgr. Petra Pešoutová

Mgr. Monika Válková

Mgr. Iveta Vernerová

Bc. Libuše Bělohlávková

Hana Pekárková, R.N.

**Manažerské shrnutí**

Autorský kolektiv se na dalších stránkách snaží vypořádat s fenoménem, který rozvinutější státy již před drahnou dobou zvládly – s koordinací rehabilitačních procedur. Ví se už dávno, že jsou-li jednotlivé oblasti rehabilitace započaty v optimálním čase a kvalitě, umožní člověku-pacientovi navrátit maximum možných kompetencí, které poztrácel díky nepříznivé zdravotní události. Stejně tak platí, že podcenění časových a věcných souvislostí vede k nenapravitelným komplikacím zdravotním i sociálním pro nedostatečně rehabilitovaného jedince a k ekonomickým ztrátám pro společnost. Přes tyto chronicky známé poznatky v ČR tato koordinovaná návaznost a souslednost existuje jen u malé části osvícených zdravotnických pracovišť a tak je počet optimálně zrehabilitovaných osob nevýznamný.

Podmínkou vytvoření fungujícího a účelného systému koordinace rehabilitace je legislativní zakotvení právní úpravy, vymezující právo oprávněných osob - na využití všech prostředků rehabilitace, na poradenství v této oblasti, na poskytnutí součinnosti s institucemi zajišťujícími podporu a především na koordinaci celého systému rehabilitace. Nedílnou součástí je i sledování plnění navržených doporučení (plánů), sestavených pro konkrétní osobu.

Předkládanou úpravou se stanovují podmínky pro vytvoření systému koordinace rehabilitace, který přispěje ke komplexnímu řešení situace oprávněných osob, návaznosti jednotlivých kroků, a který povede k efektivnímu využívání všech prostředků rehabilitace. Tím zajistí i jejich provázanost, místní a časová dostupnost.

Tento text byl zpracováván nejprve v rámci a posléze mimo legislativní plán vlády a popisuje základní teze - principy, jak se lze přiblížit účinnosti podobných procesů, jak je známe např. ze SRN. Nejsou-li některé partie textu dosti hluboce propracovány, jak bývá zvykem u věcných záměrů zákonů, pak proto, že jde o myšlenkový před-krok, který řeší základní konstrukci, koncept koordinace procesů stejně jako architektonická studie popisuje jen hlavní charakteristiku budovy. Bude-li tento koncept vládou podpořen, jeho převod do standardního věcného záměru zákona by již neměl být tak složitý.

V kapitole IV jsou naznačeny makroekonomické bilance, a autoři jsou přesvědčeni, že lze postupně dosahovat úspor v řádu zhruba 1 až 2 mld. Kč ročně.

**OBSAH**

I. Současný právní stav 5

I.1. Přehled platné právní úpravy 5

I.2. Zhodnocení platné právní úpravy ve vztahu ke koordinaci rehabilitace 7

II. Vymezení základních pojmů 8

II.1. Koordinace rehabilitace 8

II.1.1. Základní principy koordinace rehabilitace: 8

II.1.2. Vysvětlení dalších pojmů 9

II.2. Rehabilitační oblasti 9

II.3. Okruh oprávněných osob 10

II.4. Subjekty koordinace rehabilitace 10

II.5. Poskytovatel rehabilitace 10

III. Návrh věcného řešení 11

III.1. Předmět navrhované právní úpravy 12

III.1.1. Účel navrhované právní úpravy 12

III.1.2. Vztah návrhu k jiným právním předpisům upravující práva OZP 12

III.2. Zajištění koordinace rehabilitace 12

III.2.1. Institucionální zajištění koordinace rehabilitace 12

III.2.1.1. Rehabilitační koordinační centrum 12

III.2.1.2. Definování standardů Rehabilitačního koordinačního centra 13

III.2.1.3. Varianty umístění RKC 14

III.2.2. Role pracovníků a orgánů RKC 15

III.2.2.1. Kontaktní pracovník 15

III.2.2.2. Koordinátor 15

III.2.2.3 Regionální odborná rada 16

III.3. Vstup do procesu koordinace rehabilitace, jeho průběh a ukončení 16

III.3.1. Vstup oprávněných osob z léčebného procesu 16

III.3.2. Vstup na vlastní žádost 16

III.3.3. Plán koordinace rehabilitace 17

III.3.4. Dokumentace o průběhu koordinace rehabilitace 17

III.3.5. Přerušení průběhu koordinace rehabilitace 18

III.3.6. Ukončení procesu koordinace rehabilitace 18

III.3.7. Závěrečná rehabilitační zpráva 18

III.3.8 Informační povinnosti …………………………………………………………….. 18

III.3.9. Zhodnocení zdravotního stavu po skončení koordinované rehabilitace……....19

III.4. Práva a povinnosti oprávněných osob 19

III.4.1. Finanční zabezpečení oprávněných osob v průběhu koord. rehabilitace 19

III.4.2. Následky neplnění povinností oprávněné osoby……………………….……..…20 III.5. Práva a povinnosti poskytovatelů……………………………………………………..20

IV. Zásady financování koordinované rehabilitace 21

IV.1. Zdroje financování koordinace rehabilitace …………………………………………..22

IV.2. Financování Rehabilitačního koordinačního centra 22

V. Návrh na změny právních předpisů v souvislosti s koordinací rehabilitace 22

Přílohy – analytická část 24

# Současný právní stav

## I.1. Přehled platné právní úpravy

Jednotný systém koordinace při poskytování rehabilitace osobám se zdravotním postižením (dále jen „OZP“) platné právní předpisy České republiky neupravují. Existují však platné právní předpisy jednotlivých prostředků rehabilitace. Podle charakteru využívaných prostředků a rehabilitačních opatření je možné tuto rehabilitaci rozdělit na rehabilitaci ve zdravotnictví, sociální rehabilitaci, rehabilitaci při vzdělávání (pedagogickou rehabilitaci) a pracovní rehabilitaci.

**Rehabilitace ve zdravotnictví** je upravena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, dále v zákoně č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony a právní předpisy, zejména:

* zákon č. 375/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě,
* vyhláška č. 267/2012 Sb. o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost,
* vyhláška č. 350/2008 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 59/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách,
* vyhláška č. 493/2005 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů,
* vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
* vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.
* vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

**Sociální rehabilitaci** upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tato služba je předmětem smluvního vztahu mezi klientem a poskytovatelem a realizuje se souborem specifických činností k rozvoji schopností a dovedností posílení návyků a výcvikem ke zvládání běžných situací. Jde o nácvik dovedností péče o vlastní osobu, soběstačnost a sociální inkluzi, dále o zprostředkování kontaktu se společenským okolím, výchovné a aktivizační činnosti a o pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Mezi další právní předpisy upravující sociální rehabilitaci patří:

* vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Pro nedostatek synonym však stejným pojmem sociální rehabilitace v tomto textu **označujeme celou proceduru sociální readaptace klienta**.

Platné právní předpisy upravující oblast **vzdělávání dětí, žáků nebo studentů se zdravotním postižením** neznají sice pojem „vzdělávací rehabilitace“, avšak upravují celou uvedenou oblast velmi podrobně:

* zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů,
* zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů,
* zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
* zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
* zákon č. 306/1999 Sb., o poskytování dotací soukromým školám, předškolním a školským zařízením, ve znění pozdějších předpisů,
* vyhláška č. 10/2005 Sb., o vyšším odborném vzdělávání, ve znění vyhlášky č. 470/2006 Sb.,
* vyhláška č. 13/2005 Sb., o středním vzdělávání a vzdělávání v konzervatoři, ve znění pozdějších předpisů,
* vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky, ve znění pozdějších předpisů,
* vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů,
* vyhláška č. 47/2005 Sb., o ukončování vzdělávání ve středních školách závěrečnou zkouškou a o ukončování vzdělávání v konzervatoři absolutoriem, ve znění vyhlášky č. 126/2011 Sb.,
* vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních, ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb.,
* vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb.,
* vyhláška č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání, ve znění vyhlášky č. 109/2011 Sb.,
* vyhláška č. 108/2005 Sb., o školských výchovných a ubytovacích a školských účelových zařízeních, ve znění vyhlášky č. 436/2010 Sb.,
* vyhláška č. 671/2004 Sb., kterou se stanoví podrobnosti organizace přijímacího řízení ke vzdělávání ve středních školách, ve znění pozdějších předpisů,
* vyhláška č. 492/2005 Sb., o krajských normativech, ve znění pozdějších předpisů,
* nařízení vlády č. 211/2010 Sb., o soustavě oborů vzdělání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání.

Oblast **pracovní rehabilitace** vymezují platné právní předpisy upravující zaměstnanost, zejména:

* zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů
* vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Dále je problematika rehabilitace upravena vnitřními předpisy, směrnicemi a metodickými opatřeními jednotlivých orgánů státní správy.

Koordinovaná, stejně jako nekoordinovaná rehabilitace, se nepřímo váže na sociální dávkové systémy a to jak pojistné, tak i nepojistné. Tyto dávkové systémy jsou – mimo jiné, předmětem mezinárodní koordinace buď na úrovni dvojstranných smluv, nebo na úrovni unijního práva. Legislativní úprava koordinace rehabilitace by měla řešit i případy, kdy ČR bude státem příslušným pro poskytnutí invalidního důchodu nebo příspěvku na péči, avšak oprávněná osoba bude bydlet na území jiného členského státu EU, případně jinde v zahraničí. V dalších legislativních krocích doporučujeme tento aspekt podrobněji popsat.

## I.2. Zhodnocení platné právní úpravy ve vztahu ke koordinaci rehabilitace

Ačkoli se činnosti spadající do rehabilitace provádějí v České republice fakticky ve všech jejích výše uvedených oblastech, nenalezneme v právních předpisech dostatečnou oporu pro koordinaci jednotlivých rehabilitačních postupů, a to jak v systémovém, tak i v individuálním pojetí. Problémem současného stavu v této oblasti je, vedle nerovnoměrného fungování některých oblastí rehabilitace, nevyhovující zajištění potřebné součinnosti mezi jednotlivými subjekty, které patří do systému koordinace rehabilitace a poskytují její jednotlivé úkony.

Z hlediska účinnosti je nezbytné koordinovat jednotlivé oblasti rehabilitace tak, aby na sebe vzájemně navazovaly a doplňovaly se. Přičemž základem koordinace je návaznost procesů spojená s efektivním předáváním informací v rozsahu, formě a v termínech, které zajistí jejich maximální využitelnost ve prospěch účastníka i všech zapojených subjektů včetně jeho potenciálního zaměstnavatele.

Uvedené nedostatky a omezení přitom představují riziko opožděné realizace nutných intervenčních rehabilitačních postupů, což ve svém důsledku znamená snížení schopností oprávněných osob dosáhnout maximálně možného sociálního a pracovního začlenění, včetně poklesu nebo ztráty motivace. Zpožděný nebo nedostatečný intervenční rehabilitační zásah přitom vede ke zvýšeným nárokům především na pojistné i nepojistné sociální dávky a sociální služby podmíněné nepříznivým zdravotním stavem. Tyto dávky mají často - na rozdíl od intervence v době vhodné pro koordinaci rehabilitace - trvalý charakter s dopadem na rostoucí mandatorní výdaje veřejných rozpočtů státu a dlouhodobě se zablokuje pracovní potenciál těchto osob – jejich zaměstnatelnost.

Mezi hlavní výhody navrhovaného systému koordinace rehabilitace patří zejména:

- sdílení zdrojů, kontaktů, dovedností,

- včasné zprostředkování informací a postupů v rámci procesu rehabilitace oprávněné osoby,

- individuální přístup k oprávněným osobám,

- spolupráce lidí a subjektů na různých úrovních,

- předcházení duplicitní práci, činnost je efektivněji koordinována,

- usnadnění orientace v prostředcích rehabilitace,

- zefektivnění výdajů státního rozpočtu v pojistných i nepojistných

systémech,

- větší ochrana oprávněných osob v systému koordinace rehabilitace,

- možnost řízeného zavedení principu „benefit cost“ ve všech fázích procesu rehabilitace

- výraznější začlenění oprávněných osob, které v rámci systému koordinované rehabilitace úspěšně ukončily optimálně vedenou rehabilitaci, zpět do práce a do společnosti.

# Vymezení základních pojmů

## II.1. Rehabilitace

Rehabilitace je souvislá a komplexní činnost uskutečňovaná prostřednictvím rehabilitačních prostředků, jejichž základním úkolem je co nejvíce zmírňovat přímé i nepřímé důsledky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu oprávněné osoby, které významným způsobem omezují nebo zcela znemožňují její sociální začlenění. Rehabilitace je tak proces, jehož cílem je umožnit těmto osobám dosáhnout nebo udržet si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí a poskytnout těmto osobám prostředky a podporu pro dosažení vyšší nezávislosti.

## II.1.1. Základní principy rehabilitace

**Včasnost** je nasazení rehabilitačních prostředků v optimálním okamžiku. Jde o základní předpoklad pro úspěšné naplnění účelu rehabilitace a vede k potřebné aktivizaci a motivaci oprávněné osoby.

**Komplexnost** je stanovení postupu rehabilitace, kdy jsou brány v úvahu všechny dostupné informace, možnosti a hlediska.

**Návaznost** je souvislý sled akcí, které jsou navrženy tak, aby na sebe logicky navazovaly, podle dosaženého pokroku a bez zbytečných prodlev.

**Koordinovanost** činností je řízena podle předem připraveného plánu a je vedena takovým způsobem, aby byl výsledek co nejlepší a nejefektivnější.

**Součinnost** je spolupráce mezi zúčastněnými stranami, tj. oprávněnými osobami, poskytovateli rehabilitace, příslušnými orgány státní správy i samosprávy, včetně ministerstev, které se na rehabilitaci podílejí a velmi úzce spolupracují.

**Dostupnost** znamená, že rehabilitace probíhá tak, aby její služby mohla oprávněná osoba využívat a nebylo tak narušeno včasné zahájení, ani kontinuita procesu. Za dostupné a efektivní z hlediska finančního zajištění se zpravidla považují služby v teritoriu kraje.

**Přednost rehabilitace před posuzováním nepříznivého zdravotního stavu** je základním motivačním principem celého procesu. Dokud neskončí celý proces rehabilitace, nemělo by být rozhodováno o invaliditě. Tento princip znamená, že o dávkové podpoře by se nemělo rozhodovat podle časového principu, ale až v době, kdy bude provedeno maximum pro odstranění nebo alespoň zmírnění negativních dopadů zdravotního stavu oprávněné osoby, tj. do skončení rehabilitačního procesu.

Při zpracovávání posudků a zpráv je pro účely tohoto textu nezbytné používat Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví, dále jen MKF, která je mj. určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci, speciálních potřeb ve vzdělání, předepisování a proplácení zdravotních pomůcek a pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení. Pro účely zajištění systému koordinace rehabilitace je MKF a výstupy z ní ideálním nástrojem pro poskytování jednotlivých prostředků rehabilitace, což současně vyvolá potřebu, aby všichni pracovníci, kteří se budou na tomto procesu podílet, byli včas proškoleni, aby jej dovedli současně ve své praxi používat.

Tyto principy jsou základními atributy efektivního fungování procesu rehabilitace. Absence kteréhokoli z nich může vést k nefunkčnosti rehabilitace a neúčelnému, popř. až duplicitnímu vynakládání finančních prostředků.

## 

## II.1.2. Vysvětlení dalších pojmů

**Individuální přístup** znamená, žezajišťování koordinace rehabilitace musí odpovídat konkrétním podmínkám a potřebám oprávněné osoby a navržený plán a postupy koordinace rehabilitace musí vycházet z potřeb a možností této osoby.

**Mezioborové posouzení** V odůvodněných případech musí individuální přístup k oprávněným osobám, zejména u osob s těžším zdravotním postižením, vycházet z výsledků posouzení za účasti přizvaných medicínských i nemedicínských odborníků, které je významným podkladem pro stanovení, resp. doporučení odpovídajících rehabilitačních prostředků.

**Specializované poradenství** je předávání komplexních informací a doporučení se zaměřením na individuální potřeby oprávněné osoby. Jeho cílem je řešení nepříznivé zdravotní a sociální situace těchto osob a poskytuje se na základě zjištěných individuálních potřeb a mezioborového posouzení. Jde o druh sociální práce, který naplňuje definice sociálního poradenství obsažená v § 37 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

## II.2. Rehabilitační oblasti

Rehabilitačními oblastmi se rozumí:

* rehabilitace ve zdravotnictví včetně ergodiagnostiky
* sociální rehabilitace
* pracovní rehabilitace
* rehabilitace vzdělávací.

## 

## II.3. Okruh oprávněných osob

Za okruh oprávněných osob se pro účely procesu koordinace rehabilitace považují osoby s dlouhodobým fyzickým, duševním, mentálním nebo smyslovým postižením a osoby tímto postižením ohrožené, kterým, v interakci s různými překážkami, může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními jejími členy. Vstup oprávněných osob do systému koordinované rehabili-tace je popsán dále, v části III.3.

## II.4. Subjekty koordinace rehabilitace

* rehabilitační koordinační centrum – viz dále odst. III.2.1.1
* zdravotní pojišťovny
* Česká správa sociálního zabezpečení a Okresní správa sociálního zabezpečení
* Úřad práce České republiky
* Ministerstvo práce a sociálních věcí
* Ministerstvo zdravotnictví
* Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
* krajské úřady v přenesené působnosti
* po roce 2015 úrazové pojišťovny / úrazová pojišťovna , bude-li přijata nová úprava odpovědnosti zaměstnavatelů za škodu při pracovních úrazech či nemocech z povolání.

## II.5. Poskytovatelé rehabilitace

Poskytovatelem rehabilitace (dále jen „poskytovatel“) je fyzická nebo právnická osoba, která je v souladu s příslušnými právními předpisy oprávněna poskytovat rehabilitaci v rámci některého prostředku rehabilitace, popř. více z nich.

Pro účely věcného řešení koordinace rehabilitace poskytovatelem může být např:

* poskytovatel zdravotních služeb
* poskytovatel sociální rehabilitace
* vzdělávací zařízení
* školské poradenské zařízení
* poskytovatel pracovní rehabilitace.

Některá specifická práva a povinnosti těchto poskytovatelů obsahuje navrhovaná právní úprava. Ostatní podmínky a jejich postavení budou i nadále upravovat právní předpisy upravující jednotlivé oblasti rehabilitace.

# Návrh věcného řešení

Je možno brát za dostatečně prokázané, že proces koordinace rehabilitace obecně řídit lze. **Letité zkušenosti ukazují, že v systémovém měřítku nelze dosavadní izolované provádění jednotlivých součástí rehabilitace změnit jinak, než legislativním způsobem.**

Návrh věcného řešení je v souladu s úkoly vyplývajícími z „Národního plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014“, ve kterém je uvedena nutnost rozvíjet jednotlivé oblasti rehabilitace zaměřené na OZP a vytvářet legislativní i věcné podmínky pro jejich lepší součinnost a koordinaci. Také Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, která vstoupila pro Českou republiku v platnost dne 28. října 2009, ukládá smluvním státům přijmout vhodná a účinná opatření v oblasti rehabilitace a habilitace OZP.

Problematika koordinace rehabilitace spadá do věcné působnosti ministerstev zdravotnictví, školství, mládeže a tělovýchovy a ministerstva práce a sociálních věcí. Jednotlivé oblasti rehabilitace, které spadají do působnosti těchto ministerstev, jsou v současnosti právně upravené a samostatně fungují. Je však nutné podpořit právě proces koordinace, který mezi oblastmi rehabilitace nefunguje.

### Předkládané řešení zohledňuje platné právní předpisy, týkající se této oblasti, přičemž v úvahu přichází varianty:

### 

### zpracování rámcové úpravy koordinace rehabilitace v samostatném zákoně, přičemž bližší úprava jednotlivých oblastí rehabilitace by byla ponechána ve věcné působnosti příslušných ministerstev a jejich specifických právních předpisech

### b) začlenění koordinace do dílčích platných právních předpisů s tím, že by jeden rezort byl pověřen koordinací.

### Autoři tohoto textu, kteří tvoří mezirezortní pracovní skupinu, se domnívají, že koordinační roli nelze jednoduše přidělit organizacím některého ze zúčastněných rezortů. Realistické není ani spoléhat se na autonomní aktivní účast zúčastněných institucí, neboť dosavadní zkušenosti z praxe ukazují, že tento „legislativní automatismus“ obecně, až na výjimky, nefunguje. Vychází se přitom z odborných zkušeností jednotlivých členů pracovní skupiny a také ze zkušeností ostatních evropských států. Návrh řešení se také shoduje se závěry projektu uskutečněného Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí „Koordinovaná rehabilitace“, který byl ukončen v roce 2012 (viz odkaz v příloze).

**Mezirezortní pracovní skupina, která připravila tento návrh, se proto, po zvážení všech okolností, shodla na tom, že je nejvhodnější proces koordinace rehabilitace legislativně upravit samostatným zastřešujícím zákonem.**

## III.1. Předmět navrhované právní úpravy

Prvořadým cílem předkládaného návrhu řešení vzájemně provázaného a účinného systému rehabilitace je legislativní zakotvení podmínek pro zajištění koordinace při provádění všech prostředků rehabilitace pro oprávněné osoby.

## III.1.1. Účel navrhované právní úpravy

##### Účelem právní úpravy je legislativní zakotvení podmínek a stanovení způsobu koordinace rehabilitace přispívající k provázanosti a dostupnosti této podpory oprávněným osobám, za současného zohlednění individuálních potřeb a možností oprávněné osoby. Naplnění daného účelu bude zajištěno prostřednictvím poskytovatele specializovaného poradenství v oblasti rehabilitace, který bude vybaven koordinační rolí.

## III.1.2. Vztah návrhu k jiným právním předpisům upravující práva OZP

##### Proces koordinace rehabilitace se ze své podstaty dotýká více předpisů, které mají charakter zákona nebo vyhlášky. Autorský tým naznačuje v části V. hlavní směry, jimiž by se měly ubírat jejich změny, aby bylo možno propojit působení již dnes existujících a výše popsaných systémů. Z návrhu věcné úpravy samé vyplývá zavedení speciálních kompetencí, které umožní efektivní propojení výše uvedených systémů při řešení konkrétních situací.

### Úkolem koordinace rehabilitace je na jedné straně poskytnout oprávněné osobě včasnou a praktickou podporu a náležité poradenství při řešení nepříznivé životní situace zapříčiněné vznikem zdravotního postižení, ale na straně druhé vyjádřit zájem společnosti na maximálním zhodnocení a účelném vynakládání finančních prostředků na zdravotní, sociální a vzdělávací systémy.

## III.2. Zajištění koordinace rehabilitace

## III.2.1. Institucionální zajištění koordinace rehabilitace

Vzhledem k širokému záběru působení rehabilitace a k požadavku na její koordinovanost, je nutností určit subjekt zodpovědný za tuto oblast. Zástupci mezirezortní pracovní skupiny se shodli na tom, že pro účely zajištění procesu koordinace rehabilitace je vhodné ustanovit **rehabilitační koordinační centrum**, které bude svou činností naplňovat všechny úkoly spojené se zabezpečením tohoto procesu.

## III.2.1.1. Rehabilitační koordinační centrum

Rehabilitační koordinační centrum (dále jen „RKC“) je specializovaný orgán, která zajišťuje koordinaci rehabilitace na krajské úrovni. Jedná se o specializované poradenské pracoviště, které má definované minimální materiální, prostorové a personální zajištění. Mezi jeho hlavní činnosti patří:

• zjištění a zhodnocení situace oprávněných osob,

• zjištění konkrétních potřeb oprávněných osob,

• informování o možných a vhodných rehabilitačních prostředcích, službách a jiné pomoci pro oprávněné osoby,

• sestavení, odsouhlasení a revize Plánu koordinace rehabilitace, podle kterého se budou naplňovat individuální potřeby oprávněné osoby

• vedení a aktualizace dokumentace o jednotlivých osobách,

• shromažďování dílčích podkladů a vydávání závěrečné rehabilitační zprávy,

• zprostředkování vhodného poskytovatele rehabilitace,

• pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů oprávněných osob,

• podpora při zařazování oprávněných osob do pracovního a společenského života,

• podpora vytváření sítě poskytovatelů rehabilitace, sledování kvality

poskytovaných služeb, jejich dostupnosti a aktualizace tohoto okruhu.

V průběhu specializovaného poradenství má RKC i jednotliví poskytovatelé povinnost poskytovat oprávněným osobám informace o možných rehabilitačních prostředcích a zajistit tak nejen jejich včasnost a návaznost v praxi, ale i předcházet poskytování rehabilitace, které by bylo neúčelné a nehospodárné. Rehabilitaci lze poskytovat pouze tehdy, je-li vedena na bázi dobrovolnosti a vedou-li prováděné rehabilitační prostředky k dosažení individuálních záměrů. Zpravidla půjde o jednoznačně vymezený okruh rehabilitačních postupů, které lze zmapovat, vyhodnotit a ekonomicky vyčíslit.

RKC budou zřízena a personálně zabezpečena tak, aby mohla plnit komplexně a kvalifikovaně své úkoly a aby nedocházelo k přístupovým a komunikačním bariérám.

RKC při sestavování plánu navrhuje a doporučuje využití služeb poskytovatelů v potřebných oblastech – poskytovatel zdravotních služeb, speciálně-pedagogická centra, nevládní neziskové organizace, vybraní zaměstnavatelé atd., kteří působí v daném regionu.

Dohodou krajů mohou vzniknout sdílená RKC pro více regionů nebo jejich částí.

Každé RKC musí mít na základě personálních, věcných a materiálových standardů rozhodnutí o splnění podmínek od MPSV.

## III.2.1.2. Definování standardů Rehabilitačního koordinačního centra

Definování standardů vybavenosti po stránce materiální, odborně personální a prostorové, jejich zajištění a následné udržení je nedílnou součástí zabezpečení kvality poskytovaného poradenství a dalších služeb RKC. Žádost o ustanovení RKC posuzuje komise ustanovená ministerstvem práce a sociálních věcí, jejímiž členy jsou zástupci dotčených ministerstev a zainteresovaných subjektů.

Kritéria pro činnost RKC a pro posuzování návrhů na zařazení do sítě RKC se před-pokládají v samostatné vyhlášce.

## 

## III.2.1.3. Varianty umístění RKC

Pro zajištění koordinovaného provádění rehabilitace jsou navrženy následující varianty pro umístění RKC.

**VARIANTA č. 1 - Zřízení RKC v zařízeních služeb sociálního poradenství**

**V odborných sociálních poradnách** v systému sociálních služeb, pokud se k dané činnosti přihlásí a budou-li krajem určeny, za předpokladu splnění definovaných standardů.

Krajské úřady vytvářejí podmínky pro vznik a provoz sociálních poraden. Jejich počet v kraji není omezen, ale v každém kraji jich je zřízen dostatečný počet. Kraj určí, která z existujících poraden tuto roli převezme, či zda k tomuto účelu vznikne poradna další.

**Silné stránky**:

* Činnost odborné sociální poradny by se řídila zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, možná s upravenou charakteristikou.
* Bude-li v kraji RKC více, bude zajištěna lepší místní i časová dostupnost pro oprávněné osoby.

**Slabé stránky a rizika**:

* Finanční náročnost při zřizování odborných sociálních poraden; ideální by byla situace, kdy na každé obci s rozšířenou působností bude jedna tato poradna
* Není zajištěna jednotnost modelů – v každém kraji by mohla vzniknout originální struktura.

**VARIANTA č. 2 - RKC v územní blízkosti zdravotnických zařízení**

RKC **zřizují kraje** obvykle v areálu zdravotnických služeb nebo specializovaného rehabilitačního zařízení, resp. s dostupností specializovaných konsiliárních a komplementárních zdravotních služeb. Zpravidla vznikne jedno takové centrum v každém kraji, příp. s odloučenými pracovišti.

**Silné stránky:**

* Vznikne komplexní centrum pro danou problematiku.
* Snazší dostupnost zdravotnických služeb a odborníků, kteří tak mohou lépe zajistit mezioborové posouzení.
* Výrazně se zrychlí způsob předávání informací, nejsilnější výhoda této varianty se projeví ve včasnosti a návaznosti.

**Slabé stránky a rizika:**

* Vyjasnění otázek vícezdrojového financování.

.

**VARIANTA č. 3 – Koordinaci rehabilitace zajišťuje krajský úřad jako svou součást**

**Silné stránky**:

* Krajský úřad vydává oprávnění k provozování zdravotnických služeb, registruje poskytovatele sociálních služeb i speciálně-pedagogická centra, má tedy rozhodující předpoklady ke koordinaci.
* Znalost prostředí a regionálních specifik.

**Slabé stránky a rizika**:

* Vyjasnění správy – přenesená nebo samostatná působnost.

**III.2.2. Role pracovníků a orgánů RKC**

## 

## III.2.2.1. Kontaktní pracovník

Kontaktní pracovník se zabývá převážně sociální prací ve vztahu k oprávněným osobám a jejich okolí. Ve spolupráci s nimi zejména:

* kontaktuje osoby indikované pro koordinaci rehabilitace
* provádí odborné poradenství související s životem oprávněné osoby během koordinované rehabilitace i po jejím ukončení
* shromažďuje relevantní informace, které jsou nutné pro bezproblémový průběh koordinované rehabilitace
* pomáhá s uplatněním práv oprávněné osoby v průběhu koordinované rehabilitace
* v přesně vymezeném rozsahu může nahlížet do dokumentací, které souvisí se zdravotním a sociálním stavem oprávněné osoby
* osobám, vstupujícím do koordinované rehabilitace na vlastní žádost, zajišťuje potřebná vstupní vyšetření.

## III.2.2.2. Koordinátor

Koordinátorem je odborně způsobilá osoba s kvalifikací zdravotní a sociální, která v součinnosti s poskytovateli a oprávněnou osobou zejména:

* sestavuje individuální Plán koordinované rehabilitace, podle kterého se budou naplňovat individuální potřeby oprávněné osoby
* zprostředkovává vhodného poskytovatele rehabilitace
* v uzlových bodech kontroluje plnění Plánu koordinované rehabilitace, navrhuje další postup a alternativní řešení
* řeší výpadky a problémy, které se v průběhu koordinované rehabilitace mohou vyskytnout
* ukončuje koordinovanou rehabilitaci a informuje o tom orgány zdravotnictví a sociálních služeb
* je zpravodajem regionální odborné rady k jednotlivým případům

Z koordinátorů jmenuje zřizovatel vedoucího RKC.

## III.2.2.3 Regionální odborná rada

Regionální odborná rada je skupina přizvaných odborníků, která působí při procesu koordinace rehabilitace jako poradní orgán, jejíž hlavní činnost spočívá v navrhování a průběžném vyhodnocování odborného doporučení (Plánu koordinace rehabilitace) pro konkrétní oprávněné osoby. Regionální odborná rada působí v RKC a schází se podle potřeby, obvykle 1x měsíčně. Každý její člen je vázán povinností mlčenlivosti.

Součástí regionální odborné rady jsou:

* zástupci poskytovatelů
* zástupci zdravotních pojišťoven
* zástupce krajské pobočky Úřadu práce ČR
* odborníci, zástupci zaměstnavatelů
* koordinátor RKC.

Úkoly regionální odborné rady:

* u složitých a sporných případů pomoc při koncipování Plánu koordinace rehabilitace
* posuzování Plánu koordinace rehabilitace v případech, kdy je nesoulad mezi oprávněnou osobou a poskytovatelem rehabilitace, při nejasnostech nebo ve složitých případech
* sledování kvality služeb poskytovaných od poskytovatelů
* spolupodílení se na vzniku sítě poskytovatelů.
* k jednání mohou být pro konkrétní bod ad hoc pozvány další odborníci.

Členové regionální odborné rady jsou jmenováni a odvoláváni vedoucím RKC.

## 

## III.3. Vstup do procesu koordinace rehabilitace, jeho průběh a ukončení

## III.3.1. Vstup oprávněných osob z léčebného procesu

Vstup oprávněných osob do procesu koordinace rehabilitace bude zpravidla automatický a bude plynule navazovat na poskytování zdravotní péče a rehabilitace tak bude nasazena, jakmile to zdravotní stav dovolí. Jde o rozšíření tzv. pasivního automatismu, fakticky jde o automatickou nabídku zařazení z moci úřední s vyjádřením písemného souhlasu s právem odmítnutí. Pro společnost i jedince bude výhodnější, aby vstup do systému z léčebného procesu byl v zásadě prvotně pasivně nabídnutým aktem s vyjádřeným souhlasem, teprve jeho odmítnutí bude aktivním procesem a jednáním oprávněné osoby – de facto jde tedy o účast dobrovolnou.

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách v § 46, odst. 1, písm. c) ukládá poskytovatelům zdravotní péče zajistit *„aby byl pacient informován o dalších zdravot-ních službách a dalších možných sociálních službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav, zejména o možnostech sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace“*. Šíře této dobře myšlené povinnosti je věcně tak značná, že ji v praxi nelze naplňovat a informace předávané odcházejícímu pacientovi jsou proto málokdy komplexní. Autoři těchto tezí soudí, že efektivnější bude odkázat na specializovanou instituci, kde se klientovi nejen dostane kompletních informací, ale odkud bude řízeně a optimálně pokračovat jeho rehabilitační proces v potřebných oblastech.

**III.3.2. Vstup na vlastní žádost**

Oprávněná osoba může požádat o poskytování koordinace rehabilitace sama, a to podáním žádosti k RKC. Samo podání žádosti je vstupem do koordinované rehabilitace, na něž RKC zareaguje ve smyslu tohoto návrhu, tj. na počátku provede celkové vyšetření a zhodnocení oprávněné osoby k použití vhodných rehabilitačních prostředků.

## III.3.3. Plán koordinace rehabilitace

Plán koordinace rehabilitace je individuální dokument, který

* vychází z funkčního hodnocení oprávněné osoby,
* specifikuje cíle, návaznosti a součinnost postupů a činností při koordinaci rehabilitace.
* se upřesňuje se na počátku po 1 měsíci a následně podle potřeby a vždy při zahájení nebo ukončení některé rehabilitační oblasti .

Realizace tohoto plánu je v konkrétním případě podmíněna souhlasem a součinností oprávněné osoby.

Plán koordinace rehabilitace popisuje jednotlivé cíle, místa realizace a časově významné uzlové okamžiky rehabilitace. U osob, které vstupují do koordinace rehabilitace z léčebného procesu, vzniká jakmile to stav pacienta dovolí, u osob, které vstupují na vlastní žádost po zjištění jejich zdravotního stavu.

**III.3.4. Dokumentace o průběhu koordinace rehabilitace**

Každý poskytovatel rehabilitace zpracovává dokumentaci v rozsahu a čase podle svých rezortních pravidel. Tato dokumentace je v elektronické formě sdílená a přístupná – v rozsahu, který je možno sdělit oprávněné osobě, i pracovníkům RKC a dalším poskytovatelům podle Plánu koordinace rehabilitace. Pracovníci RKC i poskytovatelé rehabilitace jsou povinni o osobních údajích oprávněných osob zachovávat mlčenlivost.

## III.3.5. Přerušení průběhu koordinace rehabilitace

## RKC proces koordinace rehabilitace přeruší na nezbytnou dobu, jsou-li k tomu závažné důvody. Přerušení musí být zdokumentováno a závěr musí obsahovat možné varianty dalšího vývoje rehabilitace.

**III.3.6. Ukončení procesu koordinace rehabilitace**

Je-li naplněn Plán koordinace rehabilitace nebo rehabilitace ukončena z vůle oprávněné osoby, zajistí RKC závěrečné zhodnocení zdravotního stavu a sepsání **Závěrečné rehabilitační zprávy** podle následujícího odstavce**,** která obsahuje shrnutí všech provedených rehabilitačních opatření a jejich výsledků. Slouží jako jeden z podkladů pro posouzení zdravotního stavu Lékařskou posudkovou službou. Pokud se oprávněná osoba procesu rehabilitace neúčastnila vůbec nebo ji bez vážného důvodu sama ukončila, bude tato skutečnost uvedena v Závěrečné rehabilitační zprávě.

## III.3.7. Závěrečná rehabilitační zpráva

Závěrečná rehabilitační zpráva popisuje celkový funkční stav oprávněné osoby po skončení koordinované rehabilitace a obsahuje povinně tyto části:

* identifikaci oprávněné osoby,
* zprávu o léčebné rehabilitaci,
* zprávu o rehabilitaci vzdělávací,
* zprávu o rehabilitaci sociální,
* zprávu o rehabilitaci pracovní,
* informaci o průběhu rehabilitace a o míře spolupráce oprávněné osoby,
* pozitivní pracovní doporučení oprávněné osobě, její silné stránky a možné směry osobního vývoje,
* potřeby a možnosti oprávněné osoby.

Vyhotovuje se pro potřeby oprávněné osoby, zaměstnavatele apod. Pro informaci též

pro registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství, popř. v oboru praktické lékařství pro děti a dorost Vyhotovuje se tak, aby šetřila práva na ochranu osobních údajů.

**III.3.8. Informační povinnosti**

Poskytovatelé rehabilitace v konkrétní oblasti mají vůči RKC informační povinnost v dohodnutém časovém režimu, nejméně však při skončení rehabilitace, ke každé oprávněné osobě vstoupivší do dané oblasti rehabilitace. Současně jsou poskytova-telé oprávněni získávat od RKC i v předstihu potřebné informace pro zahájení rehabilitace s oprávněnou osobou která bude převedena do jejich péče.

RKC bez prodlení uvědomuje správce dávkových systémů – tj. Úřad práce ČR a označené příbuzné a též sociální odbory obcí III. typu podle bydliště oprávněné osoby o zahájení, přerušení a ukončení procesu koordinace rehabilitace oprávněné osoby.

**III.3.9. Zhodnocení zdravotního stavu po skončení koordinace rehabilitace**

Na žádost oprávněné osoby Lékařská posudková služba provede až po skončení rehabilitace zhodnocení zdravotního stavu pro účely dávkových pojistných i nepojistných systémů sociálního zabezpečení. Posuzování v průběhu rehabilitace není účelné provádět.

.

## III.4. Práva a povinnosti oprávněných osob

Oprávněná osoba má právo na koordinaci rehabilitace, nikoli povinnost účastnit se, což je v souladu s mezinárodními dokumenty, jimiž je ČR vázána. Oprávněná osoba může kdykoliv ukončit poskytování procesu koordinace rehabilitace a má také možnost se do procesu znovu zapojit na vlastní žádost.

Oprávněné osoby **mají právo**:

* využít prostředků rehabilitace za předpokladu její účelnosti,
* na specializované poradenství,
* na zohlednění individuálních potřeb,
* volby při výběru rehabilitačních opatření a nabízených služeb tak, aby odpoví-daly jejich zdravotnímu stavu
* na uplatňování práv a hájení oprávněných zájmů,
* na podporu pro zařazení do pracovního a společenského života,
* ukončit z vlastní vůle koordinaci rehabilitace.

Oprávněné osoby, které se koordinace rehabilitace účastní, **mají povinnost**:

* poskytovat pravdivé informace o současných nebo dříve absolvovaných rehabilitačních opatřeních a o skutečnostech potřebných pro poskytnutí poradenství a rehabilitace,
* podrobovat se potřebnému posouzení a šetření při naplňování koordinace rehabilitace,
* spolupracovat na naplnění Plánu koordinované rehabilitace, jeho aktualizaci.

## III.4.1. Finanční zabezpečení oprávněných osob v průběhu rehabilitace

Po dobu rehabilitačního procesu bude, stejně jako dosud, oprávněná osoba, která je v dočasné pracovní neschopnosti, zajištěna nemocenskými dávkami, které v tomto smyslu dávají dostatečný časový prostor tj. 380 dnů s možností prodloužení až na 2 roky, k pokrytí základních existenčních potřeb. U osob samostatně výdělečně činných a dalších osob, kde je nemocenské pojištění dosud dobrovolné a u neplátců se nemocenské dávky nevyplácejí a oprávněná osoba musí využít vlastní či rodinné zdroje nebo – splňuje-li zákonné podmínky, další sociální dávky.

Uvedené schéma nekoliduje s využitím principu přednosti koordinace rehabilitace před trvale vyplácenými dávkami.

## 

## III.4.2. Následky neplnění povinností oprávněné osoby

Rehabilitace jako nástroj intervence předpokládá a vyžaduje úzkou součinnost oprávněné osoby při řešení její nepříznivé situace. Nespolupracuje-li tato osoba, pak tím ztěžuje, nebo dokonce znemožňuje plnění úkolů vyplývajících z jednotlivých prostředků rehabilitace. V případech zjevné vědomé nespolupráce oprávněné osoby s poskytovateli či při porušení některé z povinnosti uvedené v bodě III.4, není účelné, aby se dále vyvíjela jakákoliv aktivita v její prospěch. Poskytování koordinace rehabilitace se pozastaví, pokud na tuto skutečnost byla oprávněná osoba předtím prokazatelně písemně upozorněna a kopie doložena v RKC.

M**otivačním prvkem** při provádění koordinace rehabilitace je v prvé řadě maximální zlepšení zdravotního stavu a větší pozornost věnovaná oprávněné osobě při získávání nových pracovních kompetencí v zájmu zprostředkování zaměstnání.

## 

## III.5. Práva a povinnosti poskytovatelů

Poskytovatel má právo:

* na poradenství ze strany RKC,
* na relevantní informace k rehabilitaci konkrétní oprávněné osoby (informace o výsledku posouzení podle MKF společně s informacemi o povaze a využitelnosti případného zbytkového pracovního potenciálu a směrech profesního rozvoje oprávněné osoby),
* na to, aby jeho služby byly nediskriminačně nabízeny RKC.

Poskytovatel má povinnost:

* vyvíjet veškeré úsilí směřující k odstranění či zmírnění postižení, předcházení jeho zhoršování nebo zmírnění jeho následků,
* spolupracovat s RKC,  ostatními poskytovateli rehabilitace a dalšími subjekty či institucemi, stejně jako s možnými zaměstnavateli v daném regionu,
* provádět posouzení podle jednotných zásad MKF,
* předat RKC obligatorní příspěvek do Závěrečné rehabilitační zprávy a vyhodnocení realizovaných rehabilitačních opatření dané osoby,
* poskytovat rehabilitační služby v potřebné odborné kvalitě a rozsahu,
* upozornit RKC na zjevnou nespolupráci mezi oprávněnou osobou a jím jako poskytovatelem,
* upozornit RKC na případnou nedostupnost potřebného prostředku rehabilitace v rámci daného regionu.

Poruší–li poskytovatel rehabilitace některou ze svých povinností nebo nebude–li zjevným způsobem součinný v celém procesu koordinace rehabilitace, spolupráce s ním bude po předchozím upozornění ukončena.

# Zásady financování koordinované rehabilitace

V souladu se zavedením koordinace rehabilitace je třeba vyčíslit finanční náklady na zajištění plnění úkolů spojených s její realizací. Výrazným rysem současného neuspokojivého stavu je přitom stále přetrvávající „rezortismus“, při kterém je obtížné změnit pohled na systém rehabilitace oprávněných osob jako na ucelený a propojený celek, ve kterém lze srovnávat na jedné straně finanční náklady na rehabilitaci ve zdravotnictví a na straně druhé ušetřené výdaje v sociální oblasti.

V našich podmínkách nejsou dosud známy žádné údaje o finanční výhodnosti zavedení systému koordinace rehabilitace. Není rovněž nastaven objektivní mechanismus hodnocení zdravotního stavu oprávněné osoby – pacienta a jejího rehabilitačního potenciálu, na základě kterého by bylo možno určit, do kdy je provádění rehabilitace u dané osoby ještě efektivní a tudíž by mělo být hrazeno a kdy již efektivní není.

V oblasti poskytování zdravotní péče proto například dochází k „turistice pacientů“ a tím i prodlužování doby léčby, doby využívání různých služeb a především ke značné a zbytečné finanční náročnosti a neefektivnosti současného systému začleňování OZP do práce a života.

Příznačné pro dosavadní stav v oblasti financování rehabilitace je, že nezohledňuje potřebu komplexnosti a potřebnou délku rehabilitace konkrétní oprávněné osoby. Stávající systém zdravotní péče nemotivuje poskytovatele zdravotních služeb k péči o těžce postižené pacienty (těžce postižený a lehce postižený pacient je pro poskytovatele zdravotních služeb téměř stejně ziskový). Zdravotní pojišťovny ani poskytovatelé zdravotních služeb nejsou dosud motivovány k dlouhodobému sledování svých pacientů a neřeší ani následnou soběstačnost těchto pacientů. Úhrady zdravotních pojišťoven za výkony na zdravotní péči nejsou nastaveny podle míry zdravotního postižení pacientů a jejich nepříznivé situace. Významně převládá orientace na akutní zdravotní péči na úkor následné a dlouhodobé péče.

V ČR neexistuje statistika, která by porovnávala vstupy s výstupy péče o pacienty s přihlédnutím k dlouhodobé nákladové efektivitě poskytované péče/rehabilitace (kdy není ohodnoceno to, že se pacient vrací do života, práce nebo to, že nebude muset být v budoucnu opětovně hospitalizován atd.).

Autoři těchto tezí soudí, že tak zřejmě nevzniká úspora finančních prostředků v rezortu zdravotnictví. Zcela jistě lze však říci, že v rezortu práce a sociálních věcí jsou nezrehabilitovaní a nedorehabilitovaní klienti zdrojem zbytečné a dlouhodobé zátěže sociálních systémů pojistných i nepojistných. Vyčíslit nelze ani další sociální dopady na rodinu a společnost.

**IV.1. Zdroje financování koordinace rehabilitace**

Koordinace rehabilitace se skládá z řady navazujících i souběžně běžících činností a jednotlivých rehabilitačních prostředků, které jsou popsány v příslušných existujících zákonech (viz kapitola I.) a to včetně jejich financování. Tento princip nezávislého financování poskytovatelů v závislosti na jejich individualizovaných výkonech považujeme za výhodný, zažitý a nepřinášející kolizní situace. Zbývá tak vyřešit jenom financování RKC, což je popsáno v navazujícím odstavci.

## IV.2. Financování Rehabilitačního koordinačního centra

Zajištění provozu tohoto typu zařízení předpokládáme vícezdrojově tak, jak byla ověřována činnost těchto center od roku 1993 na základě projektu a jeho financování v rezortu zdravotnictví. Se zřízením RKC bude nutné financovat následující položky:

* zřízení RKC, tj. materiální a technické prvovybavení
* personální výdaje
* provozní výdaje

Zdroje financování:

* kraje, které se navrhují jako zřizovatelé RKC
* nepřímo Ministerstvo zdravotnictví
* zdravotní pojišťovny
* nepřímo Ministerstvo práce a sociálních věcí
* nepřímo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
* sponzoři
* po roce 2015 pravděpodobně také úrazové pojišťovny, bude-li přijata nová právní úprava odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovních úrazech a nemocech z povolání.

# Návrh na změny právních předpisů v souvislosti s koordinací rehabilitace

**Zákon č. 129/ 2000 Sb. o krajích, ve znění pozdějších předpisů**

* do samostatné působnosti doplnit koordinaci rehabilitace a dále zřizování a provozování RKC.

**Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**

* zavedení akreditací u oboru sociálně-zdravotní pracovník.
* poskytovatel zdravotních služeb je povinen zprostředkovat kontakt pacienta na RKC.
* poskytovatel zdravotních služeb je povinen předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách RKC**.**
* doplnit definované sdílení informací zainteresovanými pracovníky
* výstupem zdravotní péče bude propouštěcí zpráva, kde se doporučuje, aby byla zpracována v souladu s Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví. To znamená vybrané skupině pracovníků zavést použítí MKF.
* poskytovatel zdravotních služeb je povinen upozornit pacienta na služby RKC a spolupracovat s ním.

**Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů**

* poskytovatel sociální rehabilitace a obec III. typu jsou povinni spolupracovat s RKC.

**Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů**

* poskytovatel pracovní rehabilitace je povinen spolupracovat s RKC.

**Předpisy upravující oblast vzdělávání dětí, žáků nebo studentů se zdravotním postižením**

* poskytovatel pedagogicko – výchovných prostředků rehabilitace je povinen spolupracovat s RKC.

**V novém zákoně o povinném pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu způsobenou úrazem nebo nemocí z povolání** zapsat povinnost úrazových pojišťoven, že v případě, že daný stav vznikne v souvislosti s výkonem práce, úrazová pojišťovna se bude podílet na refundaci nákladů spojených s koordinací rehabilitace a podílet se na spolufinancování Regionálních koordinačních center.

# Přílohy – analytická část

1. **Mezinárodní závazky – Úmluva o právech osob se zdravotním postižením**

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf>

1. **Studie – „Koordinovaná rehabilitace“ (VÚPSV, 2012)**

<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_344.pdf>

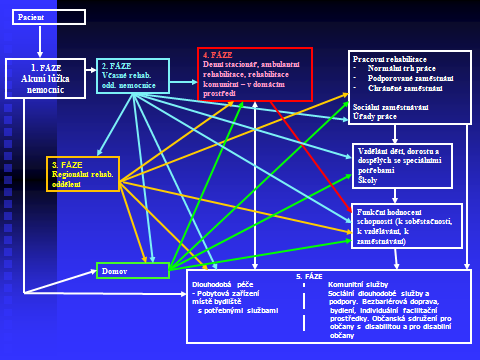
1. **Studie praktických a dětských lékařů z r. 2007 – „Výsledky šetření o zdravotně** **postižených osobách v České republice za rok 2007**

### <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>

1. **Systémový individuální projekt „Regionální sítě spolupráce v pracovní rehabilitaci“ realizovaný v rámci Oblasti podpory 2. 2 OP LZZ, číslo projektu CZ.1.04/2.2.00/11.00008 - zkráceně „PREGNET“** :

[http://www.pracovnirehabilitace.cz](http://www.pracovnirehabilitace.cz/) .

1. **Centrum koordinované rehabilitace**





27.7.2012 Doc. MUDr. Olga Švestková Ph.D., prim. MUDr. Pavel Maršálek

# Statistické údaje

# Typ zdravotního postižení

(zdroj Výsledky šetření o zdravotně postižených osobách v České republice za rok 2007)

V šetření VŠPO 07 bylo rozlišeno šest základních typů zdravotního postižení, které jsou detailně analyzovány v následující kapitole.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabulka č. 4: Typ zdravotního postižení podle pohlaví a věku** | | | | | | | | | |
| **Věková** | **Zdravotní postižení** | | | | | | | **celkem** | **četnost postižení** | |
| **skupina** | **tělesné** | **zrakové** | **sluchové** | **mentální** | **duševní** | **vnitřní** | **celkem** | **osob** | **na 1 osobu** | |
|  | **Muži** | | | | | | | | | |
| **0-14** | 9 703 | 4 393 | 1 154 | 7 549 | 3 285 | 13 552 | 39 636 | 27 941 | 1,419 | |
| **15-29** | 14 246 | 3 243 | 2 365 | 14 210 | 6 012 | 10 754 | 50 830 | 34 271 | 1,483 | |
| 30-44 | 22 855 | 4 451 | 1 981 | 9 742 | 10 806 | 18 333 | 68 168 | 52 984 | 1,287 | |
| **45-59** | 63 616 | 6 997 | 6 166 | 12 570 | 17 957 | 65 586 | 172 892 | 129 465 | 1,335 | |
| **60-74** | 73 687 | 10 785 | 9 361 | 8 682 | 11 411 | 102 745 | 216 671 | 152 443 | 1,421 | |
| **75+** | 54 267 | 8 844 | 14 875 | 5 830 | 9 354 | 66 603 | 159 773 | 92 624 | 1,725 | |
| **Celkem** | **238 428** | **38 713** | **35 902** | **58 675** | **58 986** | **277 954** | **708 658** | **490 452** | **1,445** | |
|  | Ženy | | | | | | | | | |
| **0-14** | 6 984 | 3 571 | 1 748 | 4 055 | 1 561 | 8 791 | 26 710 | 18 267 | 1,462 | |
| **15-29** | 11 464 | 3 075 | 1 470 | 8 754 | 3 140 | 10 177 | 38 080 | 26 350 | 1,445 | |
| **30-44** | 20 252 | 3 146 | 2 752 | 9 564 | 11 470 | 16 657 | 63 841 | 48 347 | 1,320 | |
| 45-59 | 64 343 | 5 781 | 5 060 | 7 732 | 16 705 | 52 961 | 152 582 | 116 278 | 1,312 | |
| **60-74** | 79 173 | 7 857 | 5 844 | 4 645 | 12 251 | 83 623 | 193 393 | 130 831 | 1,478 | |
| **75+** | 129 337 | 25 296 | 21 809 | 13 182 | 23 776 | 121 069 | 334 469 | 184 120 | 1,817 | |
| **Celkem** | **311 979** | **48 726** | **38 798** | **48 024** | **69 079** | **293 780** | **810 386** | **525 096** | **1,543** | |
|  | **Celkem** | | | | | | | | | |
| **0-14** | 16 687 | 7 964 | 2 902 | 11 604 | 4 846 | 22 343 | 66 346 | 46 208 | 1,436 | |
| **15-29** | 25 710 | 6 318 | 3 835 | 22 964 | 9 152 | 20 931 | 88 910 | 60 621 | 1,467 | |
| **30-44** | 43 107 | 7 597 | 4 733 | 19 306 | 22 276 | 34 990 | 132 009 | 101 331 | 1,303 | |
| **45-59** | 127 959 | 12 778 | 11 226 | 20 302 | 34 662 | 118 547 | 325 474 | 245 743 | 1,324 | |
| **60-74** | 152 860 | 18 642 | 15 205 | 13 327 | 23 662 | 186 368 | 410 064 | 283 274 | 1,448 | |
| **75+** | 183 604 | 34 140 | 36 684 | 19 012 | 33 130 | 187 672 | 494 242 | 276 744 | 1,786 | |
| **Celkem** | **550 407** | **87 439** | **74 700** | **106 699** | **128 065** | **571 734** | 1 519 044\*\* | 1 015 548\* | 1,496 | |

*\* V celku 1 015 548 je zahrnuto i 1627 osob, u kterých nebyl uveden věk*

*\*\* Vzhledem k možnosti více odpovědí uvedlo po přepočtu 1 015 548 osob celkem 1 519 044 různých typů postižení. V daném počtu je zahrnuto pouze jedno postižení vnitřních orgánů.*

K nejčastějším typům postižení u obyvatel České republiky obecně patří onemocnění vnitřních orgánů a to zejména nemoci oběhové soustavy, novotvary a nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek. S nepatrným rozdílem jsou následována nemocemi pohybového ústrojí. Oba uvedené typy postižení se vyskytují u nadpoloviční většiny osob se zdravotním postižením. Více než 100 tisíc lidí trpí duševním a mentálním postižením.

Právě nemoci oběhové soustavy a novotvary se staly výrazně převažujícími příčinami smrti zcela logicky v souvislosti se vzrůstajícím podílem starších osob v populaci. Nejčastější příčinou smrti u osob nad 65 let věku jsou totiž choroby kardiovaskulární, cerebrovaskulární a zhoubné nádory.

Z hlediska pohlaví uvádějí ženy častěji jako příčinu zdravotního postižení problémy pohybového aparátu 59%. U mužů byla zaznamenána nepatrná převaha chorob vnitřních orgánů.

Ve věku 45-59 let se rapidně zvyšuje výskyt většiny typů zdravotního postižení. Zatímco mladí lidé ve věku 15-29 let uvádějí postižení vnitřních orgánů pouze ve 4%, v kategorii 45-59 let dosahuje jejich podíl 21% a u lidí nad 60 let se vyskytují ve 33%. Obdobný vývoj byl zaznamenán i u ostatních zdravotních postižení, s výjimkou duševních a mentálních onemocnění. Podíl duševního a mentálního postižení vrcholí mezi 45-59 lety člověka. Ve vyšším věku se pak častěji vyskytují uvedená postižení jako doprovodné atributy stařecké demence.

S narůstajícím věkem se zvyšuje prevalence chronických chorob a současně se zvyšuje přítomnost více chorob u jednotlivců – 1,79 postižení na osobu starší 75 let.

### Příčina zdravotního postižení

Každé zdravotní postižení působí na člověka specifickým způsobem, vyplývajícím z  jeho typu, závažnosti i doby, ve které vzniklo.

Údaje v následující tabulce zobrazují příčiny zdravotního postižení z  hlediska pohlaví a typu postižení.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabulka č. 5: Příčina zdravotního postižení podle pohlaví a typu postižení** | | | | | | | |
|  |  | **Způsobené** | | |  |  |  | |
|  | **Vrozené** | **úrazem** | **nemocí** | **stářím** | **jiná** | **neuvedeno** | **celkem** | |
|  | **absolutně** | | | | | | | |
| **Pohlaví** |  | | | | | | | |
| **muži** | 104 709 | 61 360 | 584 550 | 37 318 | 22 150 | 45 685 | 855 772 | |
| **ženy** | 91 799 | 40 463 | 682 903 | 95 694 | 15 208 | 56 163 | 982 230 | |
| Celkem | **196 508** | **101 823** | **1 267 453** | **133 012** | **37 358** | **101 848** | **1 838 002** | |
| **Typ postižení** |  | | | | | | | |
| **tělesné** | 58 159 | 67 962 | 354 063 | 37 069 | 8 911 | 24 243 | 550 407 | |
| **zrakové** | 17 912 | 7 700 | 47 081 | 7 711 | 2 226 | 4 809 | 87 439 | |
| **sluchové** | 13 779 | 2 619 | 37 634 | 13 954 | 1 604 | 5 110 | 74 700 | |
| **mentální** | 62 257 | 5 207 | 25 502 | 7 123 | 1 041 | 5 569 | 106 699 | |
| **duševní** | 13 835 | 4 253 | 78 821 | 11 383 | 8 307 | 11 466 | 128 065 | |
| **vnitřní** | 30 567 | 14 082 | 724 352 | 55 773 | 15 269 | 50 649 | 890 692 | |
| **Celkem** | **196 509** | **101 823** | **1 267 453** | **133 013** | **37 358** | **101 846** | **1 838 002\*** | |

*\*Vzhledem k možnosti více odpovědí uvedlo po přepočtu 1 015 548 osob celkem 1 838 002 různých typů postižení. V daném počtu jsou zahrnuta všechna postižení vnitřních orgánů, která respondenti označili.*

S vrozenými vývojovými vadami jako příčinou zdravotního postižení se setkáváme častěji u mužů 53%. Z hlediska typu postižení - v prvé řadě - u lidí s různými stupni mentální retardace, které bývají velmi často doprovázeny chronickými zdravotními potížemi a zpožděným vývojem 32%.

Následkem úrazů vznikají častěji, ve srovnání s ostatními typy postižení, poruchy pohybového aparátu až 67%. Nemoc bývá nejčastější příčinou vzniku postižení vnitřních orgánů 57%. Vysoký věk člověka a s ním spojené degenerativní změny organizmu vedou ve zvýšené míře k chorobám vnitřních orgánů, zejména oběhového ústrojí 42%.

**6. Základní síť poskytovatelů rehabilitace**

Podle předkládaného návrhu bude v každém kraji zřízeno jedno RKC. Vzhledem k regionálním rozdílům je obtížné centrálně určovat kolik a jakých služeb a poskytovatelů má v daném kraji být. Pro zajištění kvalitního poskytování koordinace rehabilitace je však nutné stanovit minimální rozsah sítě těchto služeb. Kromě jednoho krajského RKC musí v každém kraji být zastoupeny i ostatní oblasti rehabilitace. Jejich počet však závisí na možnostech a požadavcích jednotlivých krajů.

**Počet poskytovatelů a zařízení vztahujících se ke koordinaci rehabilitace:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **poskytovatelé** | **Sociální rhb.** | **Zdravotní péče** | | |  | **Pracovní rhb.** |
| **kraj** | NNO | fakultní nem. | nemocnice | nem. následné péče | rehab. ústav | kontaktní prac.ÚP ČR |
| **Hl.m. Praha** | 23 | 5 | 15 | 7 | 0 | 8 |
| **Jihočeský** | 12 | 0 | 7 | 2 | 0 | 21 |
| **Jihomoravský** | 8 | 2 | 19 | 1 | 0 | 20 |
| **Karlovarský** | 4 | 0 | 5 | 0 | 0 | 7 |
| **Královéhradecký** | 5 | 1 | 9 | 0 | 1 | 15 |
| **Liberecký** | 12 | 0 | 8 | 0 | 0 | 15 |
| **Moravskoslezský** | 11 | 1 | 17 | 0 | 1 | 22 |
| **Olomoucký** | 8 | 1 | 7 | 1 | 0 | 17 |
| **Pardubický** | 10 | 0 | 6 | 3 | 1 | 17 |
| **Plzeňský** | 6 | 1 | 1 | 9 | 0 | 17 |
| **Středočeský** | 24 | 0 | 21 | 4 | 2 | 26 |
| **Ústecký** | 20 | 0 | 11 | 9 | 0 | 19 |
| **Vysočina** | 7 | 0 | 6 | 0 | 1 | 15 |
| **Zlínský** | 4 | 0 | 7 | 3 | 0 | 13 |

- zdroj počtu zdravotnických zařízení:

<http://www.uzis.cz/publikace/sit-zdravotnickych-zarizeni-2011>

**Lůžka následné ošetřovatelské péče v nemocnicích, LDN a hospicích**

**v roce 2011 na 10 tis. obyvatel starších 65 let**

(zdroj <http://www.uzis.cz/publikace/sit-zdravotnickych-zarizeni-2011>)

****