

**AKTUALITY PRO LÉKAŘSKOU
POSUDKOVOU SLUŽBU**

Praha 2012



Obsah

Prolog (R. Čevela)	5
Zpráva o činnosti lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení (odbor posudkové služby MPSV, úsek lékařské posudkové služby ČSSZ)	8
Milníky v odměňování práce lékařů posudkové služby (odbor posudkové služby MPSV)	22
Posuzování invalidity pro účely důchodového pojištění – výklad	24
(A. Zvoníková, J. Wernerová)	
Posuzování stupně závislosti pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů – výklad (J. Wernerová, A. Zvoníková)	45
Posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů – výklad (J. Koščálová, Dindošová	67
Aplikace ustanovení § 56 odst. 6 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů (A. Váňová, H. Šobíšková, J. Tábořská)	82
Zavádění klasifikace MKF (ICF) v ČR a posudková služba (J. Wernerová)	85
Individuální přístup k posuzovanému (E. Vohryzková)	86
Rizika při práci (A. Zvoníková)	90
Co nevíme o seniorech a stáří (J. Koščálová)	97
Náhrada škody podle zákona č. 82/1998 Sb., o odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu veřejné moci rozhodnutím nebo nesprávným úředním postupem, ve znění pozdějších předpisů, a stanovení data vzniku invalidity (H. Šobíšková)	103
Zavedení posudkového lékařství do pregraduální výuky na lékařských fakultách (L. Čeledová)	101

Kompetence lékařské posudkové služby v nepojistných sociálních systémech (R. Langer)	114
Judikatura Nejvyššího správního soudu ve vztahu k lékařské posudkové službě v roce 2011 (K. Došlá)	119
Reforma zdravotnictví a nové právní předpisy (A. Váňová)	124
Institut „dříve vyslovené přání“ (J. Táborská)	132
Epilog (L. Čeledová)	138
Laudiato u příležitosti životního jubilea MUDr. Hany Šobíškové (R. Čevela, A. Zvoníková)	141

Motto:

„Touha stát se nepostradatelnými je pákou pokroku. Ale brzdou pokroku je naše touha zůstat nepostradatelnými“.

(Tomáš Baťa)

Prolog

Na počátku dvacátého století vědci tvrdili, že podle zákonů aerodynamiky čmeláci nemohou létat, protože poměr váhy jejich těla a rozpětí křídel něco takového prostě neumožňuje. Čmeláci ale navzdory tomu létají. Tento druh pohybu jim dovoluje se nejen efektivně přemísťovat, ale také sbírat nektar z květů. Mají štěstí, že nečtou vědecké časopisy – kdyby to dělali, možná by se neodvážili vzlétnout.

Používají totiž zdravý rozum. Není jen výsadou čmeláků užívat zdravý rozum. Stejně jako oni můžeme zdravý rozum používat i my. A také to děláme. Zdravým rozumem se řídíme pokaždé, když je řešení nějakého problému natolik očividné a zřejmé, že nás ani nenapadne uvažovat o nějakém jiném.

I nás čeká v letošním roce výrazná změna myšlení, neboť se musíme připravit na projekt ESF „*Efektivita lékařské posudkové služby rezortu MPSV*“. Projekt představuje realizaci souhrnu minimálně následujících činností:

- sjednocení a racionalizace postupů a výstupů v posuzování zdravotních stavů a při provádění kontrolní činnosti v nemocenském pojištění,
- návrh organizační, ekonomické a kapacitní optimalizace LPS, návrh změny procesů posuzování zdravotního stavu, návrh nástrojů k řízení výkonů LPS včetně normativů,
- řízení a využití stávajících nástrojů – výstupů z ostatních projektů ČSSZ,
- napojení LPS na jednotnou datovou základnu rezortu práce a sociálních věcí,
- návrh architektury IS LPS a rozhraní pro datové služby,
- zajištění nového SW pro podporu výkonu činností LPS (aplikace IS LPS) včetně rozhraní pro datové služby (RDS LPS) umožňující propojení IS LPS s interními (v rámci resortu MPSV) i
- externími systémy včetně možnosti „mobilního“ přístupu k aplikaci,
- vytvoření funkčnosti elektronického příjmu žádostí o a poskytování informací s cílem rychlejšího a spolehlivějšího poskytování služeb veřejnosti a zadavatelům posouzení zdravotního stavu,
- zvýšení podílu elektronické komunikace orgánu LPS s orgány veřejné správy a poskytovateli zdravotních služeb s přímými vazbami na agendy LPS,
- propojení hodnocení výkonu lékařské posudkové činnosti se systémem hodnocení kvality,

- a detekce neobvyklých jevů (FAMS), jehož implementace v rámci LPS se předpokládá v letech 2012 – 2016,
- pilotní provoz systému LPS v nově nastaveném prostředí, včetně vyhodnocení navržených normativů a zpracování harmonogramu dokončení implementace cílových procesů a opatření k dosažení cílových výkonových normativů LPS,
- zajištění dalších podpůrných aplikací a činností,
- vzdělávání pracovníků LPS, zainteresovaných pracovníků Úřadu práce ČR a ČSSZ a poskytovatelů zdravotních služeb, kteří budou provádět agendy v nových aplikacích.

Projekt je především součástí modernizace veřejné správy a veřejných služeb vedoucích k rychlejšímu a spolehlivějšímu poskytování služeb veřejnosti. Povede ke zvýšení elektronické komunikace orgánů LPS s orgány veřejné správy s přímými integračními vazbami na agendy LPS, komunikaci v resortu MPSV se zaměstnavateli, soudy, finančními úřady, zdravotnickými orgány, podnikateli a vlastními zaměstnanci resortu, meziresortní komunikaci v rámci zdravotně sociálního systému a také k vytváření podmínek pro rozšíření a zjednodušení komunikace s veřejností. Hlavním smyslem projektu a výsledným efektem po realizaci změn ve výkonu posudkových služeb je racionalizace výkonů posudkových lékařů vyšším zapojením nových technologií a plnou elektronickou komunikací a tím zvýšení efektivity LPS v resortu MPSV ČR. Celkovým globálním cílem projektu je zefektivnění veřejné služby LPS. Projekt tak navazuje na již odzkoušené projektové řízení LPS resortu, které jsme před několika lety zahájili, a které se týkalo jak personálu, tak procesů i zdrojů.

Vraťme se však ke zdravému rozumu, který lze jednoduše definovat jako schopnost v pravou chvíli nalézt správné řešení skutečného problému. Za „správné“ lze pak považovat takové řešení, které nejlépe funguje. Zní to jednoduše, že ano? Proč je tedy tak obtížné nalézt ta pravá řešení? Protože neumíme zdravý rozum používat a proto často přistupujeme k řešení problémů nepřipraveni. Zatímco naše předky ohrožovaly hladomory a různé epidemie, my se musíme vyrovnat s novými výzvami informačních explozí, pracovních specializací a stále se zvyšujícímu vlivu sdělovacích prostředků. Jediné, co v tomto neustále se měnícím světě zůstává konstantní je zdravý rozum. Zdravý rozum je tím nejcennějším a současně přitom i nejméně využívaným nástrojem, který máme.

Ve světě, v němž žijeme, se setkáváme s pravdami dvojího druhu. Do jedné skupiny patří ty, které jsou v souladu se skutečností a druhou tvoří názory a teorie, jejichž „pravdivost“ vyplývá z našeho přesvědčení o jejich správnosti. První strategie zdravého rozumu pomáhá odlišit pravdu od pevně zakořeněného přesvědčení, tj. od mýtů, které omezují schopnost používat zdravý rozum. Dříve než začnete hledat skutečnou pravdu, musíte pochopit, jak předem zformované názory zatemňují pohled na svět kolem nás. Tyto názory představují vážnou překážku k jakýmkoliv změnám. Pokud je budeme považovat za pravdivé, výrazně tím omezíme svoji šanci využít zdravý rozum.

Co je pravda a co jsou mýty? Zkusme se na chvíli zahledět do zrcadla. Co vidíme? Pokud získáme dojem, že nejsme nic jiného, než různé části těla poskládané dohromady, nemáme však pravdu – je to mýtus. Ve skutečnosti je člověk

mnohem víc. Představuje komplexní, složitý organismus, přičemž většina z toho, co z nás dělá jedinečnou bytost, není vůbec vidět. Počátkem 16. století hvězdář Mikoláš Koperník zveřejnil svoji heliocentrickou teorii a převrátil svět vědy vzhůru nohama. Země, do té doby považovaná za střed vesmíru, z ničeho nic ztratila své výsadní postavení a stala se pouze jednou z planet kroužících kolem Slunce. Koperníkova teorie otřásla dva tisíce let všeobecně přijímaným názorem a prohlásila ho za chybný. Jeho heliocentrický model úspěšně vysvětlil odchylky v astronomických pozorováních. Přestože dnes o jeho správnosti nikdo nepochybuje, Koperník ve své době riskoval posměch, vyhoštění a dokonce i smrt.

V čem je tento příběh poučný? Koperník dokázal z fakt, která byla dostupná všem, vyvodit odlišné závěry, jejichž pravdivost prověřil čas. Básník P. B. Shelley kdysi řekl, že „neotřelé myšlenky se rodí z neobvyklých, dosud nevyzkoušených propojení běžně používaných konceptů“. Když používáme tento druh myšlení, hledáme netradiční odpovědi v nestandardní době. Chceme-li odlišit mýty od skutečnosti, musíme klást správné otázky a dostávat správné odpovědi. Neschopnost správně se ptát je zdrojem mnoha vážných problémů, jimž musíme čelit. Proto před námi stojí výzva v podobě projektu „Efektivita lékařské posudkové služby rezortu MPSV“.

Všichni si uvědomujeme kritické zatížení nadměrnou administrativní zátěží a potýkáme se s nedostatkem času na jednoho klienta. Cílem projektu „Efektivita lékařské posudkové služby rezortu MPSV“ (zahrnuje v sobě i výsledky projektu FAMS) je nejen zefektivnit činnost LPS, ale především omezit její zatížení zbytečnou administrativou. Ostatně stejný cíl má rozšíření pracovního týmu o připravovanou pracovní pozici odborného asistenta posudkového lékaře.

Jsem velmi rád, že se již v letošním roce podařilo uskutečnit významnou změnu, a to právě v odměňování posudkových lékařů a rozšířit okruh zaměstnanců, tj. lékařů poskytujících zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních ústavní péče a v záchranné službě o lékaře orgánu sociálního zabezpečení. Díky iniciativě ústředního ředitele ČSSZ a především podpoře ministra práce a sociálních věcí tak byla vládou ČR schválena novela přílohy č. 4 k Nařízení vlády č. 564/2006 Sb., podle které jsou lékaři odměňováni.

Pamatujme si, že nic není absolutní. Snažme se vidět každou situaci ze všech možných úhlů pohledu a snažme se klást si správné otázky. Lidé, kteří tvrdí, že existuje jenom jeden správný způsob, jak něco dělat, zavírají oči před dalšími možnostmi v dnešní komplikované době. Tito lidé sami sebe omezují tím, že respektují nejrůznější „mělo by se“ či „měl bych“. Všechna takováto konstatování nejsou ničím jiným, než účinnou překážkou pro uplatnění a rozvoj tvořivosti, porozumění věcem kolem nás. Místo nich pochybujme, zkoumejme nové neznámé možnosti a nacházejme nové způsoby řešení jak žít v souladu se zdravým rozumem.

MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D.

ředitel odboru posudkové služby MPSV

Zpráva o činnosti lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení

Odbor posudkové služby MPSV, úsek lékařské posudkové služby ČSSZ

Lékařská posudková služba sociálního zabezpečení (dále také LPS) je významnou složkou resortu práce a sociálních, která má vliv na výplatu dávek ze sociálních systémů v rozsahu až 100 miliard Kč ročně.

Vzhledem ke změnám v organizaci a kompetencích LPS, a v souvislosti s probíhajícími koncepčními pracemi, zpracoval odbor posudkové služby MPSV v součinnosti s úsekem LPS ČSSZ v březnu t. r. materiál, který popisuje trendy ve vývoji LPS (část A) a připravovaná či realizovaná koncepční řešení (část B).

A. Trendy ve vývoji LPS

1. Organizace

Prvoinstanční lékařská posudková služba prošla dvěma zásadními změnami organizace, a to k 1. 7. 2006 rozdělením na LPS ČSSZ a LPS Úřadů práce a k 1. 7. 2009 znovusjednocením LPS ve struktuře ČSSZ a vytvořením jednotné resortní posudkové služby sociálního zabezpečení. Tyto změny byly vyvolané nepříznivým vývojem výkonu LPS pro nepojistné systémy na ČSSZ do roku 2005, následně pak přetížením LPS úřadů práce v souvislosti s agendou posuzování stupně závislosti.

Od 1. 7. 2009 je tak opět výkon lékařské posudkové služby v prvním stupni v kompetenci okresních správ sociálního zabezpečení (dále také OSSZ/PSSZ), což bylo od 1. 1. 2012 promítnuto i do vnitřní organizační struktury ČSSZ. Do 31. 12. 2011 byli lékaři pracující na LPS OSSZ/PSSZ z hlediska pracovních vztahů přímou součástí ČSSZ.

V druhém stupni přibyla LPS nová kompetence ČSSZ posuzovat pro účely námitkového řízení od 1. 1. 2010, což ovlivnilo organizaci LPS uvnitř ČSSZ.

Žádná z uvedených změn se nedotkla kompetencí a organizace PK MPSV, které jsou dlouhodobě neměnné.

2. Kompetence

Posudková služba v resortu práce a sociálních věcí je soustava lékařských posudkových orgánů (OSSZ, ČSSZ a PK MPSV), jejichž úkolem je posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob pro účely jednotlivých systémů sociální ochrany. Kompetence LPS se zásadně změnily k 1. 1. 2007 zavedením posuzování stupně závislosti (který nahradil posuzování bezmocnosti a dítěte dlouhodobě těžce zdravotně postiženého vyžadující mimořádnou péči) s trojnásobným nárůstem zatížení LPS oproti bezmocnosti. V souvislosti s 1. etapou sociální reformy k 1. 1. 2012 byly dřívější posudkové agendy - mimořádné výhody a sociální příspěvky nahrazeny novými, stejně početnými (dávka mobility, příspěvky na zvláštní pomůcky, průkazy osob se zdravotním postižením). Od 1. 1. 2012 se již nově neposuzují dříve početně málo významné kategorie jako stupeň zdravotního

postižení, osoba zdravotně znevýhodněná a schopnost zvýšit si příjem vlastní prací. Ke změnám od 1. ledna 2012 došlo v důsledku účinnosti zákonů, kterými byla realizována první etapa sociální reformy, tj. zákona č. 329/2011 Sb., zákona č. 366/2011 Sb., zákona č. 364/2011 Sb., zákona č. 367/2011 Sb., zákona č. 470/2011 Sb. Kompetence LPS jsou dány v § 4 odst. 2 pro PK MPSV a v § 8 pro OSSZ/PSSZ a ČSSZ a v zákoně č. 582/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů a v zákoně č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

3. Personální situace

Počty míst v LPS v průběhu let celkově značně poklesly. Personální situace je i nadále na některých OSSZ nepříznivá, průměrný věk lékařů posudkové služby pozvolna narůstá. V oblasti specializované způsobilosti v oboru posudkové lékařství byly v průběhu posledních cca tří let nastoleny příznivé trendy s mírným zlepšováním. Lékaři pracující ve zdravotnictví dlouhodobě vnímají práci v lékařské posudkové službě jako neatraktivní. Stav by mohla zlepšit nová platová úprava platná od 1. 1. 2012.

a) LPS ČSSZ

V roce **1993** lékařská posudková služba OSSZ a ČSSZ disponovala **523 systemizovanými lékařskými místy** pro výkon všech posudkových činností. Od roku 2000 do loňského roku došlo k postupnému převedení 37 systemizovaných lékařských míst na MPSV a k úbytku 94 systemizovaných lékařských míst (s jejich využitím v rámci jiných agend ČSSZ). Do 31. 12. 2011 tak došlo postupně k **poklesu systemizovaných míst o 18%** oproti roku 1993, přičemž **objem práce na úseku podávání posudků vzrostl o cca 130 tisíc posudků** (tj. **o cca 42%** oproti roku 1993). Z uvedených 37 LM bylo v průběhu roku 2009 ze struktur LPS na OSSZ/PSSZ převedeno na PK MPSV 15 LM a 15 RM. **V roce 2011 bylo na ČSSZ celkem 392 systemizovaných lékařských míst** a průměrně bylo obsazeno 353,6 LM, tj. 90,21%. Na jejich naplnění se podílelo fyzicky 433 lékařů. Pro referáty LPS, které prováděly posuzování zdravotního stavu a kontrolu posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro potřebu OSSZ/PSSZ (LPS první instance), bylo na rok 2011 plánováno 350 LM, z toho bylo průměrně naplněno 316 LM. Pro účely námitkového řízení je vyhrazeno 22 LM a 22 RM. Do konce roku 2011 byl v práci LPS ČSSZ využíván prvek smluvních lékařů, zavedený při vzniku LPS na úřadech práce v roce 2006. Počet smluvních lékařů se pohyboval v letech 2006 – 2011 mezi 600 – 700.

Průměrný věk posudkových lékařů OSSZ/ČSSZ v roce 2011 činil cca **59 let**; přitom ještě v roce 2000 byl kolem 56 let, poté se postupně prodlužoval až v letech 2007- 2010 dosáhl cca 59,4 - 59,6 let. V roce 2011 bylo ve věkové struktuře 50 – 59 let 149 lékařů a ve věkové struktuře 60 – 69 let 164 lékařů. Jedna třetina lékařů je ve věku nároku na starobní důchod.

b) Posudkové komise MPSV

Do roku 2008 PK MPSV disponovaly posudkové komise MPSV **30 lékařskými místy a 30 tajemnickými místy**. V roce 2009 si enormní nárůst odvolací posudkové agendy zejména ve věcech stupně závislosti vyžádal personální posílení kapacit PK MPSV o 15 LM a 15 RM. K 31. 12. 2011 disponovaly PK MPSV celkem 45

systemizovanými lékařskými místy a 45 místy tajemnic. Obsazeno je **44 lékařských míst a 44 míst tajemnic**. Důvodem pro neobsazení 1 lékařského a 1 tajemnického místa od 1.1. 2011 jsou úsporná opatření související se snížením objemu prostředků na platy. Tato úspora je kompenzována zvýšeným výkonem ostatních PK MPSV a byla provázena příslušnými organizačními opatřeními.

c) Vzdělávání

Specializovanou způsobilost v oboru posudkové lékařství má na **LPS ČSSZ celkem 274 lékařů (tj. 61%)**, lékařů zařazených do předatestační přípravy je **47**. Počty lékařů se specializovanou způsobilostí v oboru posudkové lékařství se v posledních cca třech letech mírně zvýšily (v roce 2005 mělo specializovanou způsobilost 57% lékařů). **Zvláštní odbornou způsobilost** podle přechodných ustanovení zákona č. 346/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů – kritéria splňuje na LPS ČSSZ **teoreticky 64 lékařů, k dnešnímu dni mají rozhodnutí z MZ dva lékaři**, ostatní žádosti se posuzují na odboru vzdělávání MZ, a zatím nebyly vyřízeny. Lékařům, kteří specializovanou způsobilost nemají, musí být posudky aprobovány lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru posudkové lékařství. Tím je spotřebovávána část kapacity kvalifikovaných posudkových lékařů.

V PK MPSV má specializovanou způsobilost v oboru posudkové lékařství celkem **44** lékařů. Na odboru posudkové služby má z 12 lékařů specializovanou způsobilost v oboru posudkového lékařství 9 lékařů.

Lékaři posudkové služby si osvojili základy MKF/ICF. Tč. probíhá prohlubování jejich znalostí.

d) Platy lékařů posudkové služby

Do 31. 12. 2011 byli lékaři posudkové služby odměňováni ve smyslu § 5 odst. 2 nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů, dle přílohy č. 2. V roce 2011 průměrný plat lékaře na OSSZ/PSSZ činil 36 362,- Kč, na ústředí LPS ČSSZ to bylo 47 544,- Kč, průměrný plat lékaře v PK MPSV činil 46 387,- Kč a na odboru posudkové služby to bylo 43 822,- Kč. Pro srovnání dle údajů Ministerstva zdravotnictví v roce 2010 činil průměrný plat lékaře se specializací v pozici zaměstnance 50 235,- Kč; průměrný plat lékaře v podnikatelské sféře 74 469,-Kč.

Od 1. 1. 2012 vstoupila v platnost novela citovaného nařízení vlády, kterou dochází ke sjednocení platového zařazení lékařů lékařské posudkové služby se zařazením lékařů ve zdravotnických zařízeních a lékaři posudkové služby jsou odměňováni podle přílohy č. 4 nařízení vlády 564/2006 Sb. Průměrný plat lékaře na OSSZ/PSSZ ve 13. platové třídě tak činí 43 940,- Kč, průměrný plat lékaře ČSSZ ve 14. platové třídě činí 53 060,- Kč, na ústředí LPS ČSSZ je 56 411,- Kč. Průměrný plat lékaře ve 14. platové třídě v PK MPSV činí 54 671,- Kč a na odboru posudkové služby to je 52 676,- Kč. V oblasti mzdové politiky je jak při činnosti LPS OSSZ a ČSSZ, tak PK MPSV zohledňována nejen kvantita vypracovaných posudků, ale i jejich kvalita.

4. Kapacita

LPS prošla v letech 2006 - 2009 závažnými změnami, které se týkaly jednak její organizace (rozdělení na LPS ČSSZ a LPS úřadů práce k 1. 7. 2006, znovusjednocení k 1. 7. 2009), ale také změn v systému sociální ochrany, které vedly s účinností od 1. 1. 2007 k zavedení příspěvku na péči, který pro LPS představoval

více než **trojnásobný nárůst agendy** v této posudkové kategorii (původně bezmocnost a dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči, nově stupeň závislosti, nárůst z cca 50 tisíc posouzení na 160 tisíc), přičemž celkový počet systemizovaných lékařských míst, kterými disponovala prvoinstanční LPS zůstal stejný. Tento pro LPS nebyvalý nárůst činnosti zvládla LPS úřadů práce v letech 2007 a 2008 (s využitím smluvních lékařů) se zatížením na 1 LM 2.500 až 2.800 podaných posudků ročně. V letech 2008 a 2009 se s nárůstem agendy musely také vypořádat posudkové komise MPSV (dále také PK MPSV).

Po znovusjednocení lékařské posudkové služby ve struktuře České správy sociálního zabezpečení k 1. 7. 2009 trvalo dosažení stabilizace stavu lékařské posudkové služby a výkonu lékařské posudkové činnosti prakticky ještě další rok. S nárůstem agendy PK MPSV (nárůst z cca 9,5 tisíc posouzení v roce 2006 na cca 27,5 tisíc v roce 2009) souviselo převedení 15 lékařských míst (dále jen LM) a 15 referentských míst (dále jen RM) k posílení činnosti posudkových komisí MPSV.

Od 1. 1. 2010 se LPS dotkly významně další změny v oblasti důchodového pojištění, nová posudková kritéria posuzování invalidity a zavedení námitkového řízení – s ním souviselo vyčlenění dalších 22 LM a 22 RM z prvoinstanční LPS pro potřeby posudkové činnosti v námitkovém řízení ČSSZ. Vedle toho další neobsazená systemizovaná LPS ČSSZ byla v tomto období v rámci ČSSZ využita mimo úsek LPS.

Prvoinstanční lékařská služba tak během let 2009 a 2010 ztratila kapacity, které obnášejí téměř její měsíční výkon tj. kolem 40 tisíc posudků. To se odrazilo v prodloužení či případném neplnění lhůt pro podání posudku, zvýšení zatížení na jedno lékařské místo a určité „radikalizaci“ lékařů posudkové služby.

a) Činnost oddělení LPS na OSSZ/PSSZ

Činnost LPS OSSZ/PSSZ lze rozdělit do třech základních oblastí, a to posuzování zdravotního stavu pro účely nepojistných sociálních systémů s podílem 50% na celkové činnosti, posuzování zdravotního stavu pro pojistné sociální systémy s podílem 30% a kontrolní činnost v oblasti kontroly posuzování dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícími lékaři s podílem 20% na celkové činnosti. Ve srovnání s rokem 2010 se mírně se zvyšuje podíl posudkové činnosti pro účely nepojistných sociálních systémů. Situace viz graf č. 1 v příloze materiálu.

• celkový počet zpracovaných posudků

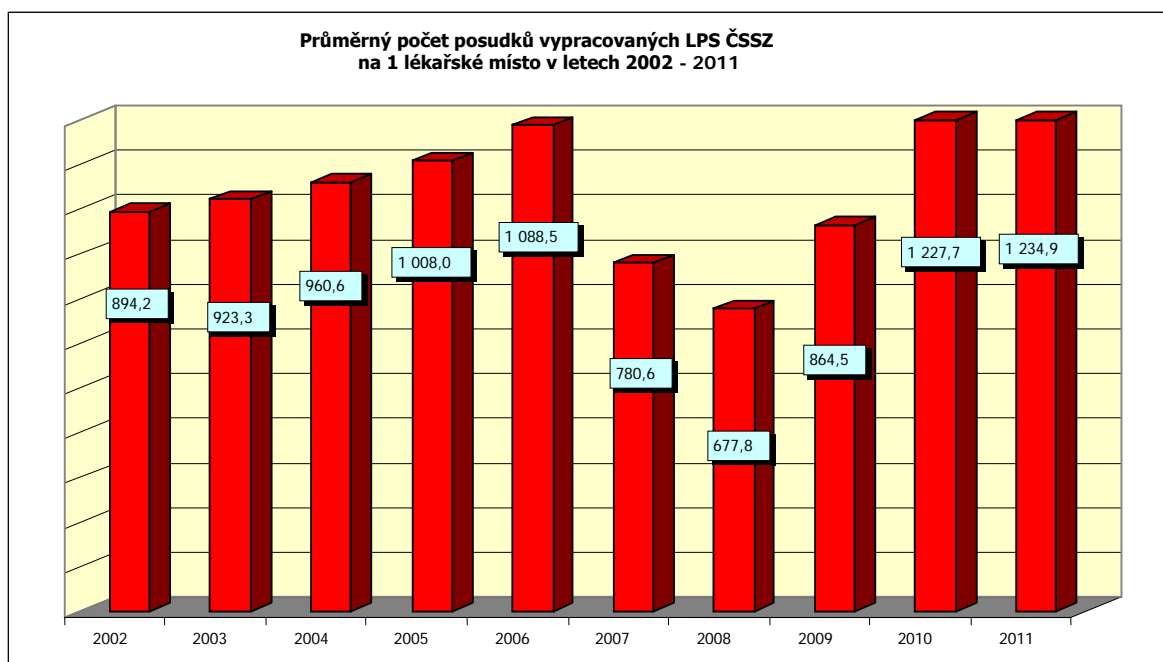
V roce 2011 bylo na I. instanci podáno celkem 437 987 posudků, z toho 179 344 posudků pro pojistné systémy a 258 643 posudků pro nepojistné systémy. Oproti roku 2010, kdy bylo podáno celkem 463 483 posudků (z toho 181 837 pro pojistné systémy a 281 646 pro nepojistné systémy), došlo ke snížení počtu celkem podaných posudků o cca 25 tisíc. Posuzování stupně závislosti pro účely sociálních služeb je nejčastější posuzovanou kategorií, která představovala cca 52 % všech posudků v tzv. nepojistných systémech. Naplnění počtu lékařských míst a počty posudků na 1 lékařské místo (LM) na OSSZ dokládá graf č. 2 v příloze materiálu.

• zatížení na 1 lékařské místo

Stále vzrůstající zatížení posudkových lékařů pokračovalo i v roce 2011, kdy na 1 lékařské místo připadlo v průměru 1 234,9 podaných posudků. Ve srovnání s rokem 2010 došlo dalšímu k nárůstu počtu podaných posudků na 1 lékařské místo o 7,2.

Zatížení v letech 2002 – 2011 na 1 lékařské místo na OSSZ/PSSZ je uvedeno v následujícím grafu.

Graf – počet podaných posudků na 1 LM v LPS na OSSZ v letech 2002 – 2011



Zdroj: ČSSZ

• dodržování lhůt

LPS na OSSZ/PSSZ se po znovusjednocení LPS k 1. 7. 2009 a během roku 2010 potýkala v důsledku snížení počtu LM na OSSZ/PSSZ (delimitace na PK MPSV a vytvoření a posléze i posílení kapacit LPS ČSSZ pro námitkové řízení) s dodržováním lhůt pro podání posudku. Od roku 2011 jsou v zásadě lhůty dodržovány; ke konci roku 2011 bylo nevyřízených případů po lhůtě celkem 24 054. Příčiny stávajících nedostatků jsou z části na straně zdravotnických zařízení, která poskytují podklady pro posouzení, z části na straně LPS. Podíl obou stran na případném nedodržení lhůt nelze stanovit. Z hlediska LPS je příčinou dlouhodobý nedostatek lékařů na některých OSSZ zejména Nymburk, Sokolov, Ostrava, Praha, Mladá Boleslav, Rakovník, Trutnov, České Budějovice, Svitavy, Kladno, a to i přes dlouhodobě poskytovanou výpomoc jiných pracovišť LPS. Situace viz graf č. 3 v příloze materiálu.

Na počátku roku 2012 došlo na OSSZ/PSSZ i PK MPSV k ovlivnění součinnosti se zadavateli posudků z důvodu přechodu agend, k dočasnému omezení či zpomalení možnosti odesílání již hotových posudků příslušnému správnímu orgánu jako podkladu pro rozhodnutí a zpomalení tempa zadávání nových požadavků na posouzení zdravotního stavu. Zároveň LPS začínají přicházet zadržované požadavky z roku 2011 z „nedodělků“ obecních úřadů či krajských úřadů. To se promítá do prodlužování lhůt pro podání posudku, případně i nedodržení stanovených lhůt. Situace je operativně řešena na obou stranách a ČSSZ na PV dne 14. 2. 2012 přijala interní opatření v činnosti LPS, aby došlo k zvládnutí situace. Opatření pro zlepšení situace v oblasti odvolacího řízení byla učiněna i na MPSV.

• kontrola posuzování dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícími lékaři

O dočasné pracovní neschopnosti (dále jen DPN) v rámci celé České republiky rozhoduje 10 332 ošetřujících lékařů/zdravotnických zařízení. Provádění kontrol DPN je nedílnou součástí práce lékaře OSSZ. V roce 2011 bylo ukončeno ošetřujícím lékařem 1 338 099 případů DPN a lékaři OSSZ provedli 112 311 kontrol DPN, tzn., že v roce 2011 bylo kontrolováno cca 8,4% případů DPN. V roce 2010 bylo ukončeno ošetřujícím lékařem 1 334 052 případů DPN. V tomto roce lékaři OSSZ provedli 135 053 kontrol, tzn., že bylo kontrolováno cca 10% případů DPN. V roce 2011 došlo k mírnému snížení kontrolovaných případů DPN o cca 1,6%. Průměrná délka jednoho případu DPN činí nyní cca 45 dní. Přitom průměrná délka 1 případu DPN činila v roce 1990 jen 20 dní a před nabytím účinnosti zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění cca 34 - 35 dní. V posledních letech dochází postupně k snižování podílu kontrolní činnosti LPS OSSZ/PSSZ v systému nemocenského pojištění (v roce 2009 dosahoval podíl kontrolní činnosti na celkovém objemu práce prvoinstanční LPS cca 30%, nyní jen 20%), neboť stále více kapacit LPS spotřebovává „výkon dlouhodobé posudkové činnosti“ tj. podávání posudků. Z rozhodnutí OSSZ bylo v roce 2011 ukončeno 480 případů, což je o 94 případů méně než v roce 2010.

Období činnosti LPS Úřadů práce od 1. 7. 2006 do 30. 6. 2009 dokládají grafy č. 4, 5 a 6 v příloze materiálu.

b) Činnost LPS ČSSZ

• odvolání proti ukončení DPN rozhodnutím OSSZ/PSSZ

V roce 2011 lékaři regionálních pracovišť ČSSZ podali 39 posudků ve věci odvolání proti rozhodnutí OSSZ o ukončení DPN a v roce 2010 bylo takových posudků podáno 103.

• prodloužení podpůrní doby

V roce 2011 lékaři regionálních pracovišť ČSSZ podali 111 posudků ve věci výplaty nemocenského pojištění po uplynutí podpůrní doby a v roce 2010 bylo takových posudků podáno 70.

• námitkové řízení

S účinností od 1. 1. 2010 lékaři posudkové služby ČSSZ podávají posudky pro účely námitkového řízení ve věcech důchodového pojištění. V roce 2011 bylo lékaři ČSSZ podáno 10 588 posudků pro účely námitkového řízení, což je o 6 880 více než v roce 2010. Ke stabilizaci lhůt v námitkovém řízení došlo zhruba v březnu 2011.

• metodická a kontrolní činnost LPS ČSSZ

Úsek LPS ČSSZ odborně řídí, metodicky usměrňuje a kontroluje činnost lékařské posudkové služby v ČSSZ a oddělení LPS OSSZ, PSSZ a MSSZ Brno v oblasti posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti fyzických osob, podílí se na celostátní koncepci LPS, kterou tvoří MPSV. Zastupuje ČSSZ při jednáních, týkajících se dalšího rozvoje LPS, spolupracuje s orgány státní zdravotní správy, zdravotními pojišťovnami, odbornými lékařskými společnostmi, se zahraničními partnery a institucemi států EU a smluvních států.

c) Činnost LPS MPSV

• PK MPSV

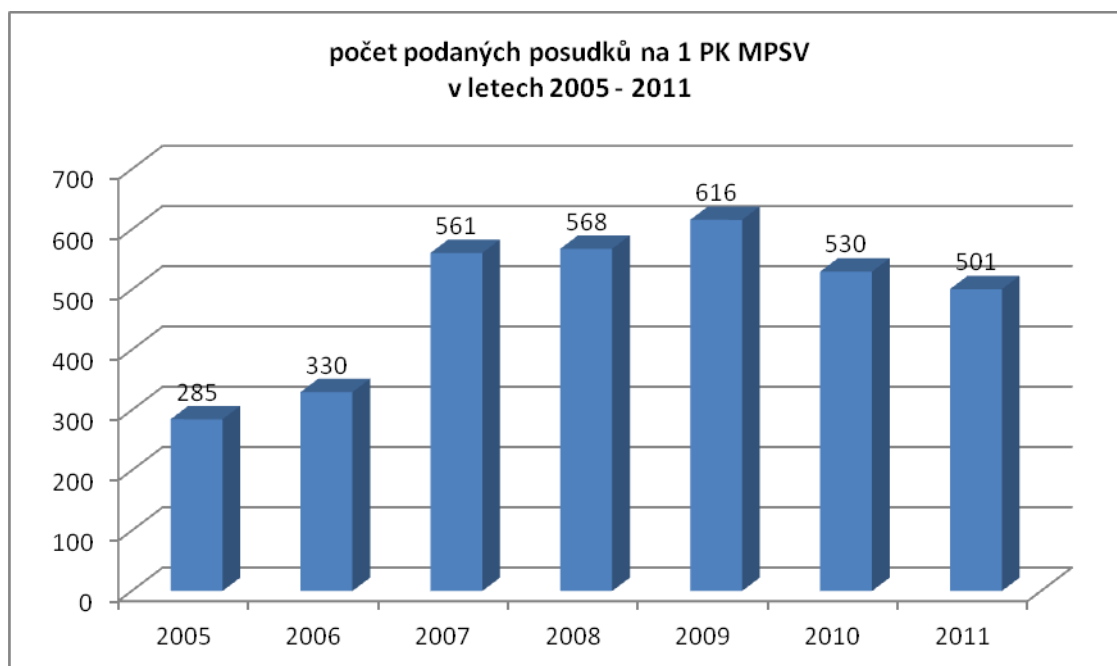
celkový počet podaných posudků

V roce **2011** bylo podáno celkem **22 043 posudků**, z toho 20 985 (tj. 95%) pro nepojistné systémy a v roce 2010 bylo podáno celkem 23 829 posudků, z toho 22 022 (tj. 92%) pro nepojistné systémy. Podíl posudků vypracovaných pro účely pojistné agendy souvisí se zavedením námitkového řízení v roce 2010. Ve srovnání s rokem 2010 došlo v roce 2011 opět k nárůstu agendy nepojistných systémů vzhledem k pojistným (tuto tendenci lze pozorovat zejména v souvislosti se zavedením posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči od roku 2007. Přitom v roce 2006 bylo potřebné podat 9 325 posudků a v roce **2009** již **27 707** posudků. V letech 2010 a 2011 se toto zatížení mírně snížilo; počty podávaných posudků zůstávají dvojnásobné (oproti roku 2006) při posílení kapacity PK MPSV o 50%.

zatížení na 1 posudkovou komisi

Průměrný počet podaných posudků na 1 posudkovou komisi byl v roce 2011 - 501, v roce 2010 - 530 a v roce 2009 – 616. Zatížení PK MPSV v letech 2005 – 2011 na jednu posudkovou komisi je zachyceno v následujícím grafu.

Graf – počet podaných posudků na 1 PK MPSV v letech 2005 – 2011



Zdroj dat: program posudky PK MPSV

dodržování lhůt

PK MPSV se daří v současnosti v podstatě vyřizovat žádosti ve lhůtě. Lze konstatovat, že došlo ke stabilizaci situace z roku 2008, kdy ke konci tohoto roku bylo nevyřízených žádostí po lhůtě celkem 7 538. **Kritická situace nastala v roce 2009, kdy bylo podáno cca 10 000 posudků po lhůtě, a proto došlo k personálnímu posílení kapacit PK MPSV.** V současné době zůstávají žádosti po lhůtě nevyřízené

pouze z důvodu nutnosti další objektivizace zdravotního stavu posuzovaného či odložení jednání na žádost posuzovaného.

• Odbor posudkové služby MPSV

V roce 2009 odbor posudkové služby v souladu s pokroky lékařské vědy modernizoval posuzování invalidity prostřednictvím nové vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity.

V roce 2011 se odbor posudkové služby v rámci normotvorby zapojil do příprav a realizace 1. etapy sociální reformy. Byl přijat nový způsob posuzování stupně závislosti a nový způsob posuzování zdravotního stavu pro účely zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. V oblasti normotvorby se odbor podílel i na přípravě a novelizaci zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a přípravě novely zákona o úrazovém pojištění zaměstnanců. Stěžejním úkolem odboru posudkové služby pro rok 2012 je monitorování dopadů 1. etapy sociální reformy a nového způsobu posuzování zdravotního stavu pro účely nepojistných sociálních systémů na činnost LPS OSSZ/PSSZ i PK MPSV a součinnost s LPS ČSSZ na zahájení a realizaci projektů, které se týkají LPS.

d) Normy činnosti LPS

MPSV a ČSSZ stanovily v roce 2006 normativy pro počet posudků na 1 lékařské místo a pro počet kontrol DPN. V průběhu dalších let (zejména v roce 2007 a 2008) docházelo k nárůstu zatížení posudkových lékařů. Vysoké pracovní zatížení si vyžádalo změnu stylu a organizace práce a současně bylo nutné stanovit nové normativy. Časová norma na zpracování 1 posudku lékařem **na OSSZ/PSSZ** je v současné době **75 minut v nepojistných systémech** (nižší časová norma vyplývá ze skutečnosti, že v předemtné agendě je podstatně méně přímých účastí posuzovaných osob při jednání na OSSZ/PSSZ) a **90 minut v pojistných systémech** (časová norma je vyšší, neboť účast posuzované osoby při jednání na OSSZ/PSSZ je obvyklá a rovněž zpracování posudku je odborně náročnější) a pro posudek podávaný **PK MPSV 210 minut**; to platí i pro posudek lékařů odvolací a námitkové agendy ČSSZ.

Z hlediska počtu posudků na 1 lékařské místo jsou normy pro rok 2012 stanoveny následovně: pro lékaře OSSZ/PSSZ základní počet posudků na **1 LM činí 1180** posudků za rok a **240 kontrol** dočasných pracovních neschopností za rok, pro lékaře ČSSZ základní počet posudků na 1 LM činí 450 posudků za rok a k tomu cca 300 recenzí v rámci kontrolně metodické činnosti první instance, pro **PK MPSV 500** posudků ročně na 1 PK.

5. Sociální reforma na LPS

B) Připravovaná či realizovaná koncepční řešení v LPS

1. Priority MPSV

Resort práce a sociálních věcí a jeho činnost v tomto volebním období vychází z Programového prohlášení vlády České republiky (ze dne 4. srpna 2010) a priorit

Ministerstva práce a sociálních věcí, kterými jsou reforma sociální a rodinné politiky, pokračování důchodové reformy, zpružnění trhu práce a zvýšení míry zaměstnanosti, úprava některých sociálních dávek, zpřísnění postojů vůči některým osobám (neplatičům, nemotivovaným k práci).

Lékařská posudková služba v oblasti normotvorby, působnosti, organizace, posudkových systémů i vlastního výkonu lékařské posudkové činnosti sleduje a navazuje na priority ministerstva v oblasti provádění sociálního zabezpečení a zaměstnanosti, zejména pak sekce 7, sekce 2 a 4 MPSV a priority a úkoly ČSSZ.

2. Kvalita posudků LPS

I když má v současné době ČSSZ i MPSV nastaveny interní mechanismy kontroly kvality posudků a MPSV provádí kontrolní činnost vůči lékařské posudkové činnosti vykonávané na OSSZ/PSSZ a ČSSZ, jde o systémy, které obsáhnou jen malou část celkové činnosti LPS. Tyto interní mechanismy jsou bez IT podpory. Očekává se, že zásadní zlepšení kvality posudků přinese zavedení systému FAMS.

Veřejná zakázka – FAMS

Předmětem veřejné zakázky je poskytnutí služby, která umožňuje detekci (odhalování) anomálních případů v procesu posuzování žádostí o sociální dávky. Toto řešení se vztahuje na současně vyplácené dávky z pojistných i nepojistných sociálních systémů, na jejichž výplatu má vliv činnost LPS.

Očekávanými přínosy jsou:

zlepšení adresnosti a účelovosti vyplácení sociálních dávek, zvýšení úrovně dodržování stanovených pravidel u žadatelů, posudkových lékařů a administrativních pracovníků, eliminace duplicit a mezer v činnosti LPS, zamezení výplatám neoprávněně přiznaných sociálních dávek, omezení chybných rozhodnutí o dávkách ještě před jejím přiznáním.

V současné době je na MPSV připravováno uzavření smlouvy s externím subjektem (IBM) na zavedení FAMS. Realizace FAMS bude pro LPS OSSZ/PSSZ a ČSSZ znamenat potenciální nárůst zatížení, a to nutností provedení mimořádných kontrolních lékařských prohlídek. Proto je třeba včas a podrobně rozpracovat praktické dopady FAMS na činnost LPS ČSSZ a hledat nástroje, opatření a cesty v přípravě na zajištění úkolů, které pro ČSSZ vyplynou ze smluvního vztahu.

3. Projekty

Cílem připravovaných projektů je zvýšení efektivity lékařské posudkové služby a tím i její institucionální kapacity, a to zejména cíleným rozšířením a využíváním IT, sjednocením a zjednodušením postupů a vytvořením nové kategorie pracovníka LPS (odborného asistenta) jako podpůrného činitele v práci lékařů posudkové služby. V letošním roce LPS ČSSZ pracuje na zavedení elektronické komunikace s úřady práce a s ošetřujícími lékaři. V současné době jsou vytvořeny pracovní verze elektronických formulářů pro zpracování lékařských nálezů ošetřujících lékařů pro posouzení zdravotního stavu.

a) Projekt Efektivita

Projektový záměr ČSSZ „Zvýšení efektivity lékařské posudkové služby v resortu MPSV ČR“ byl předložen ke schválení na Odbor strukturálních fondů Ministerstva vnitra ČR 7. 12. 2011 s tím, že do března t. r. nebyl schválen. Z rozhodnutí vedení MPSV byl návrh projektového záměru převzat MPSV s tím, že jeho rozsah, obsah a zaměření byly remodelovány. Projekt předpokládá spolufinancování z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, z prioritní osy 4 Veřejná správa a veřejné služby, oblast podpory 4.1 Posilování institucionální kapacity a efektivnosti státní správy. Realizace projektu se předpokládá po dobu 32 měsíců od 1. 10. 2012 do 31. 5. 2015. Cílem projektu je zvýšení institucionální kapacity, kvality, efektivnosti a transparentnosti poskytování veřejné služby a veřejné správy v oblasti lékařské posudkové služby resortu práce a sociálních věcí (dále také LPS). Partneři projektu budou ČSSZ a Úřad práce ČR. Klíčové aktivity projektu se uskuteční na České správě sociálního zabezpečení (projekt zahrnuje i posudkové komise MPSV).

b) Projekt č. 156

Projekt 156.1 – Personální zajištění procesů vytěžení informací pro vytváření a konsolidaci kmenových evidencí pojištěnců a jejich individuálních kont v návaznosti na základní registry veřejné správy – 1. Část. Cílem projektu je přispět k posílení institucionální kapacity, kvality, efektivnosti a transparentnosti činností ČSSZ a vytvořit předpoklady a podmínky k naplňování poslání ČSSZ v návaznosti na základní registry veřejné správy.

c) Elektronizace LPS

LPS ČSSZ i PK MPSV mají řadu let elektronizované základní činnosti, používají kombinované listinné a elektronické spisy a komunikují prostřednictvím datových schránek. V současné době ČSSZ pracuje na zavedení elektronické komunikace s úřady práce a s ošetřujícími lékaři. Elektronická komunikace přispěje k zrychlení rozhodovacího procesu. Pokračování elektronizace LPS je nedílnou součástí obou projektů zmíněných v písm. a) i b).

PK MPSV používají již nyní kombinované elektronické spisy, komunikují prostřednictvím datových schránek a dokumenty, u kterých je to technicky možné, elektronicky podepisují.

4. Transformace posudkových komisí MPSV

Postavení a kompetence PK MPSV upravuje nyní § 4 odst. 2 ZOPSZ, podle kterého MPSV posuzuje zdravotní stav a pracovní schopnost občanů pro účely přezkumného řízení soudního ve věcech důchodového pojištění a pro účely odvolacího řízení správního, pokud napadené rozhodnutí bylo vydáno na základě posudku okresní správy sociálního zabezpečení; za tím účelem zřizuje jako své orgány posudkové komise.

V případě zvažovaného zavedení klasického modelu odvolacího řízení do oblasti důchodového pojištění by odpadl zásadní důvod pro podávání posudků PK MPSV pro účely přezkumných soudních řízení. Pro další vývoj PK MPSV se tak nabízejí 2 alternativy:

1. zrušení PK MPSV a převod kompetencí na ČSSZ
2. zachování PK MPSV a pouze zrušení kompetence podávat posudky pro účely přezkumného řízení soudního

Závěr

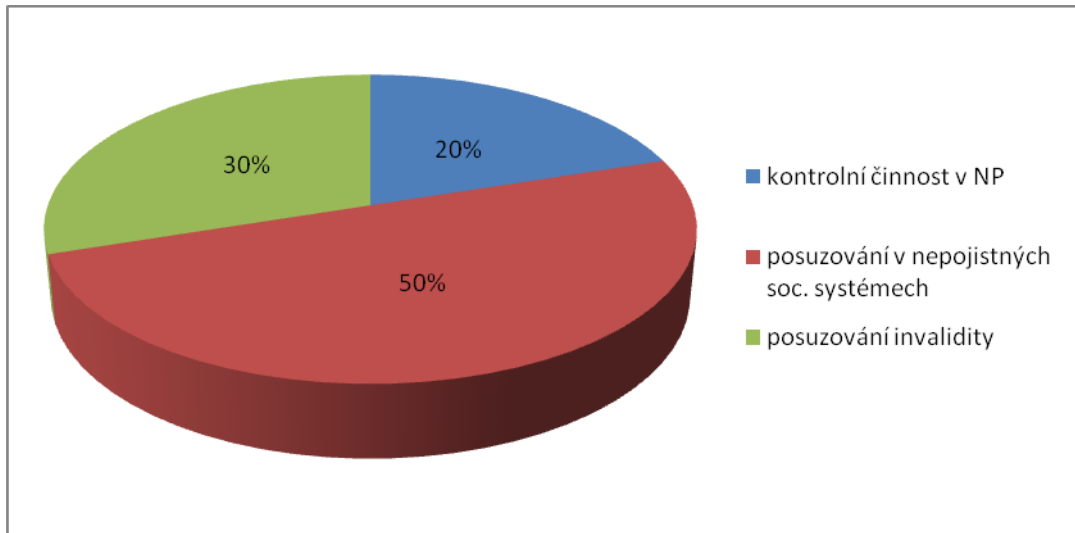
Lékařská posudková služba vykonávaná v sociálním zabezpečení je odbornou činností, nezbytnou pro provádění řady systémů sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a poskytování dávek podmíněných nepříznivým, resp. dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Proto je nezbytné, aby byla vždy odborně připravena reagovat a řešit v oblasti své působnosti potřeby změn a modernizaci systémů sociální ochrany v souladu s pokroky lékařské vědy i potřebami systémů. Stejně tak je důležité, aby disponovala dostatečnými odbornými kapacitami pro flexibilní, dlouhodobé a efektivní zvládnání velkého objemu práce v oblasti vlastního výkonu lékařské posudkové činnosti. Kvalitní, spolehlivá a včasná činnost LPS přispívá ke stabilitě a důvěryhodnosti systémů sociální ochrany.

V roce 2012 bude pro lékařskou posudkovou službu stěžejní monitorovat a vyhodnocovat dopady 1. etapy sociální reformy a doplnit stav lékařů LPS na OSSZ/PSSZ, aby byl zajištěn včasný a rovnoměrný výkon lékařské posudkové činnosti ve všech regionech. Současně lékařská posudková služba se v rozsahu potřebném pro věcná a právní řešení zapojí do normotvorby v rámci druhé etapy sociální reformy. Za stěžejní lze pro tento i příští roky považovat realizaci projektů, směřujících k zvýšení efektivity činnosti lékařské posudkové služby, i když jejich přínos se v praxi projeví až v horizontu dvou až tří let a přípravu na systém FAMS a zajištění součinnosti při jeho aplikaci.

Pro činnost lékařské posudkové služby OSSZ/PSSZ a ČSSZ bude velmi náročné období 2013-2015, kdy se projeví zvýšené požadavky na provádění kontrolních posouzení zdravotního stavu (dopady FAMS) a dopad přechodných ustanovení zákona č. 329/2011 Sb., se skončením platnosti dříve přiznaných mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany. Lékařská posudková služba OSSZ/PSSZ a ČSSZ musí být na situaci všestranně připravena z hlediska organizace a efektivity práce, IT podpory i připravenosti lidských zdrojů.

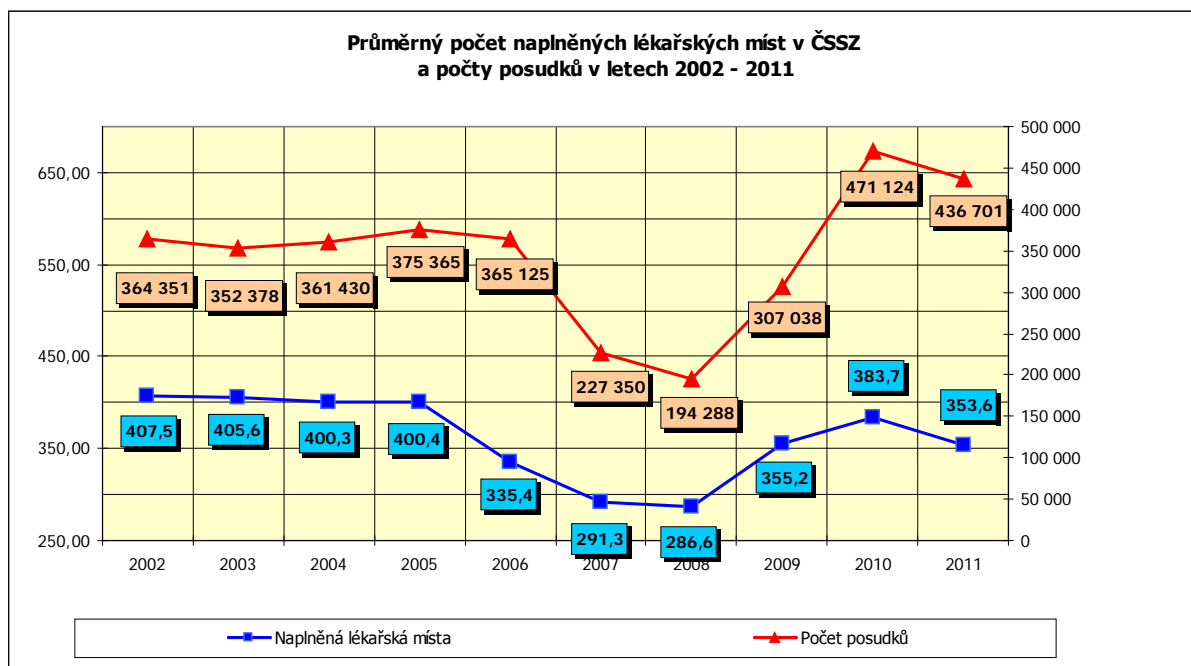
Vzhledem k očekávané náročnosti a inovativnosti změn v průběhu následujících dvou až tří let, je odbor 72 MPSV připraven plnit svou kontrolní a řídicí úlohu vůči LPS ČSSZ, i zajišťovat činnost PK MPSV dle zákonem stanovených kompetencí.

Graf č. 1 – podíl jednotlivých činností LPS OSSZ/PSSZ v roce 2011



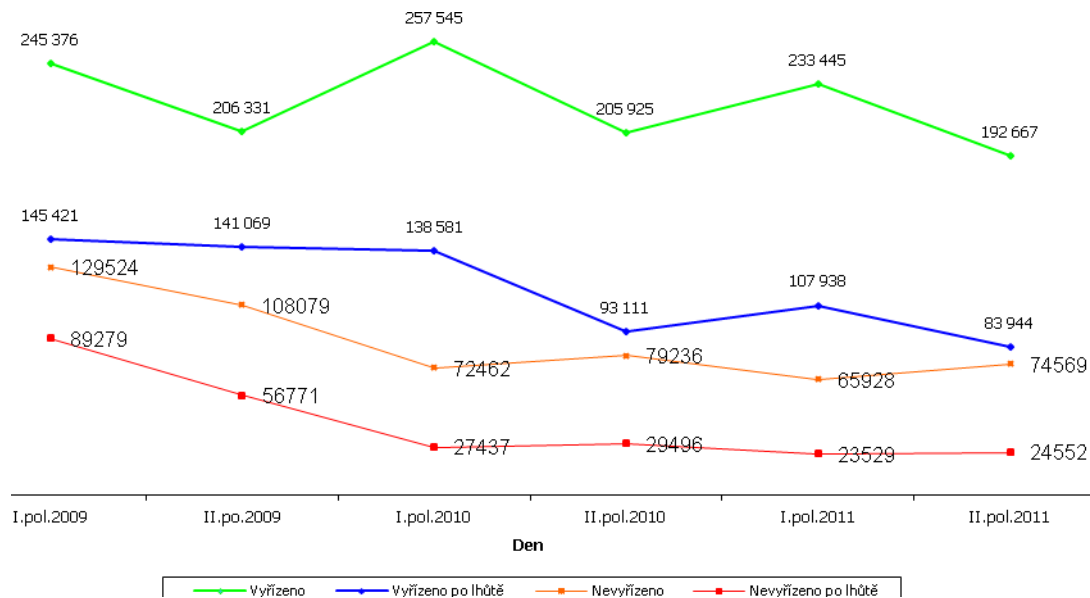
Zdroj: ČSSZ

Graf č. 2 - zatížení LPS OSSZ/ČSSZ v letech 2002-2011



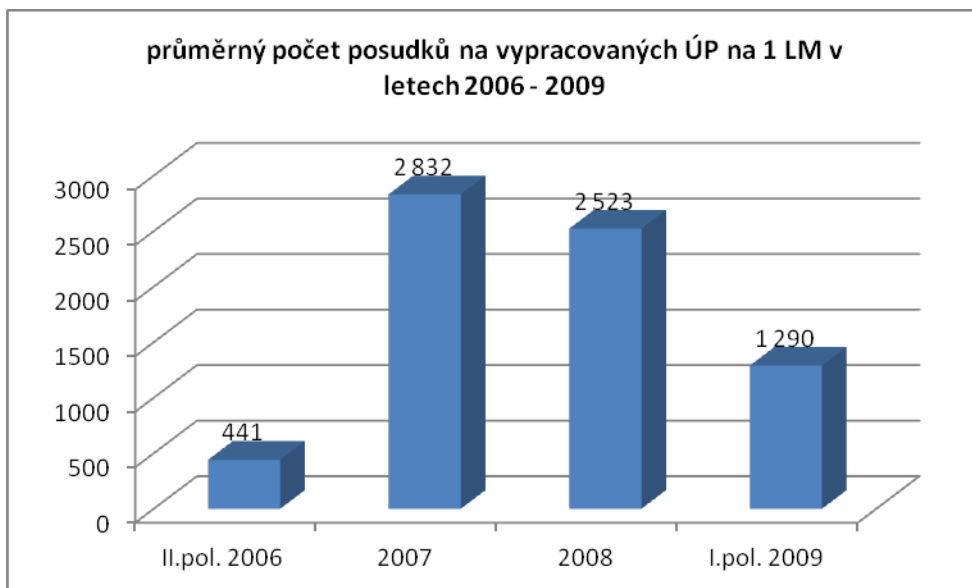
Zdroj: ČSSZ

Graf č. 3: Vývoj počtu nedodělků v r. 2009 – 2011 na OSSZ/PSSZ



Zdroj: ČSSZ

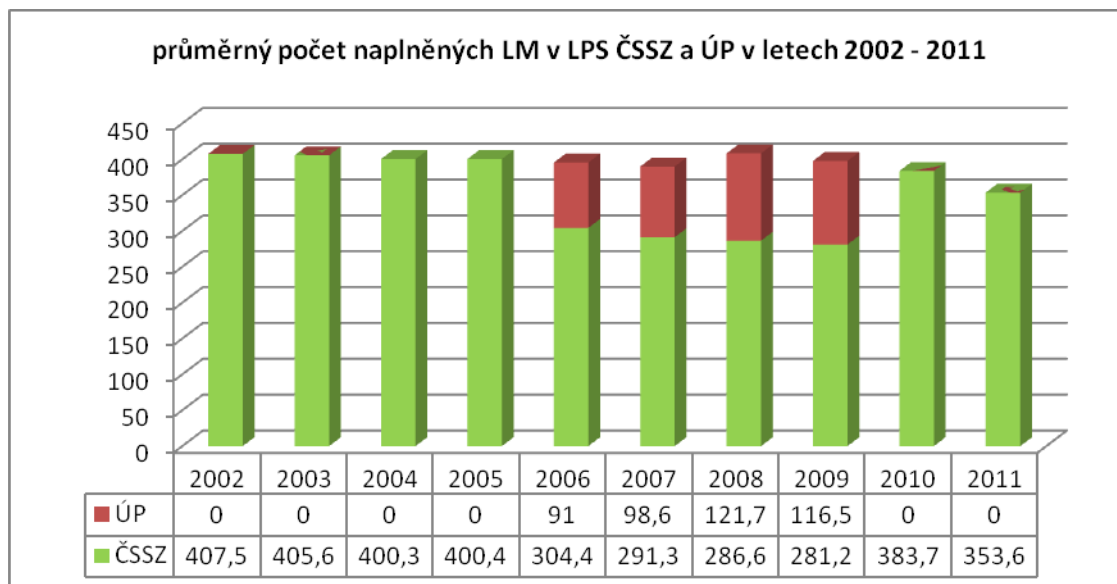
Graf č. 4: Počet podaných posudků na 1 LM v LPS ÚP v letech 2006 – 2009



Zdroj: LPS ÚP

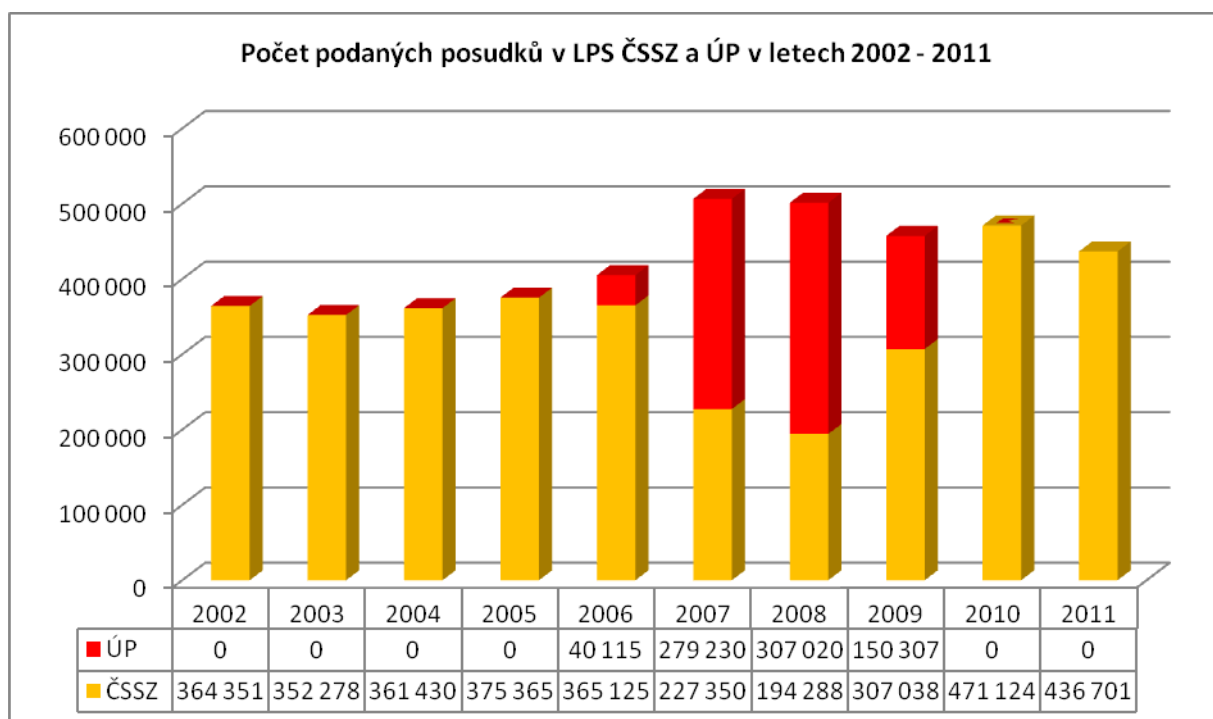
Poznámka: na vypracování posudků se podíleli i smluvní lékaři, a proto bylo možné na 1 LM podat více posudků než na 1 LM na OSSZ/PSSZ ve srovnatelném období.

Graf č. 5: Průměrný počet naplněných LM v LPS ČSSZ a v LPS ÚP v letech 2002 - 2011



Zdroj: LPS ČSSZ a ÚP

Graf č. 6: Počet podaných posudků v LPS ČSSZ a ÚP v letech 2002 - 2011



Zdroj: LPS ČSSZ a ÚP

Milníky v odměňování práce lékařů posudkové služby

Odbor posudkové služby MPSV

V posledních dvaceti letech se právní úprava, která řešila odměňování lékařů pracujících ve zdravotnictví a posudkové službě jako zaměstnanci státu, vždy lišila. Do vývoje platů lékařů zasáhly začátkem roku 2011 lékařské aktivity celorepublikového rozsahu, které vedly k příslibu vedení rezortu Ministerstva zdravotnictví na zvýšení platů lékařům ve zdravotnických zařízeních od druhého čtvrtletí roku 2011 a v letech následujících dle dohodnutých podmínek.

Uvedené kroky měly svůj dopad na rezort Ministerstva práce a sociálních věcí a na jeho lékařskou posudkovou službu. Část lékařů posudkové služby se ve druhém čtvrtletí roku 2011 obrátila na pana ministra Dr. Ing. Jaromíra Drábka ve věci složité situace v lékařské posudkové službě. Pan ministr reagoval svoláním celostátní porady lékařů lékařské posudkové služby, která se konala dne 16. srpna 2012. Na ní pan ministr zhodnotil aktuální situaci v lékařské posudkové službě a nastínil perspektivy jejího vývoje ve střednědobém horizontu. Ocenil práci posudkových lékařů a deklaroval osobní zájem o lékařskou posudkovou službu. Současně zdůraznil potřebu efektivní lékařské posudkové služby a příslibil zlepšení platových podmínek lékařů pracujících v lékařské posudkové službě.

K naplnění uvedeného záměru pana ministra v oblasti platů zpracovaly věcně příslušné útvary České správy sociálního zabezpečení (personální a mzdový) a Ministerstva práce a sociálních věcí (posudkové služby, právní, personální a mzdový) podklady, které byly bez zbytečných průtahů předloženy pro novelu nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů. Ministerstvo práce a sociálních věcí navrhlo sjednocení platového zařazení lékařů orgánů sociálního zabezpečení se zařazením lékařů ve zdravotnických zařízeních. Obsahem návrhu byla změna dosavadního způsobu odměňování lékařů orgánů sociálního zabezpečení dle přílohy č. 2 citovaného nařízení vlády, kterou se stanoví stupnice platových tarifů podle platových tříd platových stupňů pro zaměstnance státu nebo úředníky úředně samosprávných celků, na odměňování dle přílohy č. 4 citovaného nařízení vlády, kterou se stanoví stupnice platových tarifů podle platových tříd platových stupňů pro lékaře, zubní lékaře nebo lékaře orgánu sociálního zabezpečení. Novela nařízení vlády č. 448/2011 Sb., kterou byla navržena změna přijata, nabyla účinnosti 1. ledna 2012. Od 1. ledna 2012 je tak lékař orgánu sociálního zabezpečení hodnocen dle stejných pravidel jako lékař poskytující zdravotní péči ve zdravotnickém zařízení nebo v záchranné službě a jejich platy jsou srovnatelné. Vedení rezortu zajistilo finanční prostředky na pokrytí dopadu novely nařízení vlády, a proto mohlo dojít k průměrnému zvýšení platu o cca 6 000 – 8 000,- Kč na jedno lékařské místo za měsíc, které bylo provedeno individuálně s ohledem na kvalitu a množství odvedené práce. Podrobnosti jsou uvedeny ve Zprávě o činnosti lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení.

Příslib pana ministra se tak podařilo rychle a účinně naplnit a lze proto důvodně očekávat, že zlepšení situace v odměňování lékařů orgánů sociálního zabezpečení se odrazí v efektivně a kvalitně vykonávané práci a ve zvýšení zájmu o činnost v lékařské posudkové službě. Uvedenou změnu platového zařazení lékařů orgánů sociálního zabezpečení lze vnímat jako součást opatření ke stabilizaci situace v lékařské posudkové službě. Sjednocení formy odměňování tak přispívá navíc k zajištění srovnatelného významu práce lékaře orgánu sociálního zabezpečení s významem lékaře ve zdravotnickém zařízení.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

Odbor posudkové služby

V Praze dne 27. února 2012

Čj.: 2012 / 10566 - 72

Vyřizuje : MUDr. Alena Zvoníková

MUDr. Julie Wernerová

Výklad pro posudkovou službu sociálního zabezpečení

Posuzování invalidity pro účely důchodového pojištění

A. Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

§ 8

Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti

(1) Okresní správy sociálního zabezpečení posuzují zdravotní stav a pracovní schopnost fyzických osob pro účely sociálního zabezpečení a pro účely poskytnutí dávek a mimořádných výhod podle jiných právních předpisů při zjišťovacích a kontrolních lékařských prohlídkách. Za tím účelem posuzují

a) invaliditu a změnu stupně invalidity.

(4) Úkoly okresní správy sociálního zabezpečení uvedené v odstavci 1 může plnit pouze lékař.

(7) Okresní správy sociálního zabezpečení podávají posudky o tom, zda zdravotní stav osob, jejichž důchodové pojištění provádějí orgány uvedené v § 9, odůvodňuje poskytnutí dávky důchodového pojištění anebo dávky nebo služby sociální péče.

(8) Při posuzování podle odstavce 1 vychází okresní správa sociálního zabezpečení zejména z nálezu ošetřujícího lékaře, popřípadě výsledků funkčních vyšetření a výsledků vlastního vyšetření lékaře, který plní úkoly okresní správy sociálního zabezpečení podle odstavce 1, a z podkladů stanovených jinými právními předpisy. Při posuzování podle odstavce 1 lze

vycházet také z podkladů vypracovaných lékařem určeným Českou správou sociálního zabezpečení.

(9) Česká správa sociálního zabezpečení posuzuje invaliditu a dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte a jeho neschopnost vykonávat z důvodu tohoto zdravotního stavu výdělečnou činnost pro účely řízení o námitkách (§ 88). Rozhoduje-li o důchodu orgán sociálního zabezpečení uvedený v § 9 odst. 1, vydává Česká správa sociálního zabezpečení posudky podle věty první na základě žádosti tohoto orgánu. Úkoly České správy sociálního zabezpečení podle věty první může plnit pouze lékař. Z posuzování podle věty první je vyloučen lékař, který tutéž věc posuzoval nebo pro takové posouzení vypracoval podklad pro účely rozhodnutí správního orgánu v prvním stupni řízení.

(10) Okresní správa sociálního zabezpečení a Česká správa sociálního zabezpečení předá nebo zašle občanu do 7 dnů stejnopis posudku vydaného podle odstavce 1 písm. a) nebo podle odstavce 9; náležitosti tohoto posudku stanoví prováděcí právní předpis.

§ 16a odst. 6

(6) Ustanovení § 8 odst. 10 platí obdobně pro posudkovou komisi.

Výklad

Právní úprava dává kompetenci k posuzování invalidity a změny stupně invalidity okresním správám sociálního zabezpečení (dále jen „OSSZ“) s tím, že uvedený úkol může plnit pouze lékař. Současně se také vymezují základní vstupní informace, z nichž se při posuzování vychází. Do procesu posuzování mohou být zapojeni i lékaři, kteří nejsou „kmenovými“ pracovníky OSSZ, ale pro orgán sociálního zabezpečení pracují; jde o lékaře, které orgán sociálního zabezpečení určuje k plnění určitých cílených pracovních úkolů, spojených s posudkovým procesem. Výstupem z posouzení zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity je posudek o invaliditě, který je orgán sociálního zabezpečení povinen předat nebo ve stanovené lhůtě zaslat posuzovanému k zajištění jeho informovanosti. K posuzování invalidity v námitkovém řízení se stanovuje kompetence České správě sociálního zabezpečení. I v tomto případě posuzování může provádět jen lékař. Z posuzování invalidity v námitkovém řízení je vyloučen lékař, který tutéž věc posuzoval v prvním stupni řízení. Ustanovení o předání nebo zaslání posudku platí nejen pro lékaře OSSZ, ale také pro posudkovou komisi MPSV.

§ 16

Součinnost orgánů sociálního zabezpečení a zdravotnických zařízení

(1) Poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni za úhradu na žádost příslušného orgánu sociálního zabezpečení při posuzování podle § 4 odst. 2 a § 8

a) provést vyšetření zdravotního stavu fyzické osoby v rozsahu vyžádaného zdravotního výkonu,

b) zpracovat lékařské podklady ve vyžádaném rozsahu, jichž je třeba k posouzení zdravotního stavu fyzické osoby.

(2) Poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni bezplatně lékaři, který plní úkoly orgánu sociálního zabezpečení podle § 4 odst. 2 nebo § 8, na jeho žádost

a) sdělit informace potřebné pro posouzení zdravotního stavu fyzické osoby,

b) umožnit nahlížení do zdravotnické dokumentace a na nezbytně nutnou dobu zapůjčit zdravotnickou dokumentaci v rozsahu potřebném pro posouzení zdravotního stavu fyzické osoby.

(3) Poskytovatel zdravotních služeb plní povinnosti podle odstavce 1 ve lhůtě určené orgánem sociálního zabezpečení a povinnosti podle odstavce 2 ve lhůtě určené lékařem uvedeným v odstavci 2, a není-li tato lhůta určena, do 15 dnů ode dne, kdy obdržel žádost.

(4) Výše úhrady za výkony podle odstavce 1 se řídí seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a jinými právními předpisy. Úhradu poskytne orgán sociálního zabezpečení, který si provedení výkonu vyžádal, a to na základě vyúčtování předloženého zdravotnickým zařízením; to platí obdobně i pro náhradu poštovního za zaslání zdravotnické dokumentace podle odstavce 2.

(6) Uznávání nemocí z povolání pro účely důchodového pojištění a pro účely zvláštních zákonů provádějí poskytovatelé pracovně lékařských služeb určení podle zákona o specifických zdravotních službách; seznam těchto zařízení a bližší úpravu postupu při uznávání nemocí z povolání stanoví vyhláškou Ministerstvo zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Výklad

Pro činnost lékařské posudkové služby je nezbytná efektivní součinnost se zdravotnickými zařízeními - poskytovateli zdravotních služeb a ošetřujícími lékaři. Poskytovateli zdravotních služeb se ukládají povinnosti, které směřují k tomu, aby posudkový orgán získal ucelené informace o zdravotním stavu potřebné pro posouzení

zdravotního stavu fyzické osoby ve věcech sociálního zabezpečení. Poskytovatel zdravotních služeb musí plnit povinnosti ve stanovených lhůtách a za podklady vypracované pro posouzení zdravotního stavu mu náleží příslušné úhrady. Zvláštní kompetence ve vztahu k uznávání nemocí z povolání se pak vztahuje jen k určeným poskytovatelům lékařských služeb.

§ 12

Orgány sociálního zabezpečení mohou vyzvat

c) příjemce dávky sociálního zabezpečení podmíněné nepříznivým zdravotním stavem a žadatele o tuto dávku, aby se podrobil vyšetření zdravotního stavu, popřípadě jinému odbornému vyšetření,

e) občana, aby se za účelem osvědčení skutečností rozhodných pro provádění důchodového pojištění dostavil v určeném termínu na příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení; občan je povinen této výzvě vyhovět, pokud se předem z vážných důvodů neomluvil.

§ 53

(1) Příjemce dávky důchodového pojištění, který byl orgánem sociálního zabezpečení podle § 12 vyzván, aby osvědčil skutečnosti rozhodné pro nárok na dávku důchodového pojištění, její výši nebo výplatu, je povinen výzvě vyhovět, a to ve lhůtě do 8 dnů ode dne doručení výzvy, nestanovil-li orgán sociálního zabezpečení lhůtu delší.

(2) Příjemce dávky důchodového pojištění podmíněné nepříznivým zdravotním stavem, jakož i žadatel o tuto dávku, který byl vyzván orgánem sociálního zabezpečení podle § 12, aby se podrobil vyšetření zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření, je povinen této výzvě vyhovět. Příjemce dávky důchodového pojištění podmíněné nepříznivým zdravotním stavem, jakož i žadatel o tuto dávku jsou dále povinni na výzvu orgánu sociálního zabezpečení pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti předložit lékařské nálezy ošetřujících lékařů, které mají, a sdělit údaje o dosaženém vzdělání, zkušenostech a znalostech, předchozích výdělečných činnostech a o změnách ve sdělených skutečnostech, k nimž došlo od předchozího posouzení poklesu pracovní schopnosti, a to ve lhůtě uvedené v odstavci 1.

(3) Při nesplnění povinností uvedených v odstavcích 1 a 2 může být výplata důchodu z důchodového pojištění zastavena, jestliže příjemce dávky byl ve výzvě na tento následek upozorněn.

Výklad

Obě výše citovaná ustanovení řeší součinnost orgánu sociálního zabezpečení a pojištěnce. Jde o součinnost pojištěnce v oblasti posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity, která je nezbytná při zjišťování jeho zdravotního stavu a dalších potřebných skutečností, které jsou významné pro posouzení invalidity a pro řízení o důchod. Proto se pojištěnci stanovuje povinnost podrobit se na výzvu orgánu sociálního zabezpečení vyšetření zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření a lhůta ke splnění povinnosti, a následně i povinnost předložit lékařské nálezy ošetřujících lékařů, které má. Současně se mu ukládá povinnost sdělit údaje o dosaženém vzdělání, zkušenostech a znalostech, předchozích výdělečných činnostech a o změnách, které nastaly, neboť při posuzování invalidity je nutno zkoumat nejen zdravotní stav, ale i tzv. kvalifikační potenciál. Údaje, vztahující se k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem, předchozím výdělečným činnostem si nemůže orgán sociálního zabezpečení opatřit jiným způsobem než přímo u posuzovaného. Změny ve sdělených skutečnostech se týkají zejména změny kvalifikace, zahájení nebo naopak ukončení výdělečné činnosti. Oba mechanismy součinnosti, a to jak v oblasti zjišťování zdravotního stavu tak i kvalifikačního potenciálu, zajišťují i zainteresovanost pojištěnce na kvalitě a spolehlivosti posudkového procesu.

B. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů

§ 26

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významné pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok.

Výklad

Pro uznání zdravotního stavu dlouhodobě nepříznivým je potřebné prokázat současně dvě skutečnosti, kterými jsou:

- nepříznivost projevující se omezením tělesným, smyslových nebo duševních schopností a dopadem na pracovní schopnost, tedy jejím omezením/snížením oproti stavu před vznikem DNZS,
- trvání stavu nebo předpoklad trvání stavu déle než 1 rok, tzn. že může jít o skutečnou dobu trvání nebo předpokládanou dobu trvání (podle poznatků lékařské vědy) od doby vzniku DNZS.

Trvání dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se počítá od doby, kdy se začne projevovat nepříznivý dopad zdravotního postižení – omezení fyzických, smyslových a duševních schopností a tím i omezení/pokles pracovní schopnosti. To znamená, že

funkční dopad zdravotního postižení na pracovní schopnost by měl být určitým způsobem ustálen, aby bylo možno posoudit rozsah a tíži omezení fyzických, smyslových a duševních schopností a jejich dopad na pracovní schopnost. Dopad na omezení/ pokles pracovní schopnosti musí trvat déle než jeden rok nebo musí být naplněn předpoklad, že podle poznatků lékařské vědy potrvá déle než jeden rok. Prokázání dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je první a zcela nezbytnou podmínkou pro další postup při posouzení poklesu pracovní schopnosti a invalidity. Pokud se DNZS neprokáže, tj. neprokáže se dlouhodobé omezení tělesných, duševních nebo smyslových schopností s posudkově významným dopadem na pracovní schopnost, posudkový proces končí v tomto bodě a další skutečnosti se již neposuzují. Samotné prokázání dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu však nemusí znamenat následné uznání invalidity (např. pokles pracovní schopnosti činí jen 20%).

Datum vzniku DNZS nemusí být v řadě případů identické s datem vzniku invalidity, neboť DNZS může vzniknout a určitou dobu trvat v úrovni, která ještě neodpovídá míře poklesu pracovní schopnosti nutné pro uznání invalidity. To ale nevylučuje, že v některých případech DNZS poté během měsíců nebo let dosáhne úrovně invalidity. Jako DNZS není možno hodnotit nepříznivé zdravotní stavy, které nemají dlouhodobý charakter a nemají zároveň ani dopad na pracovní schopnost pojištěnce. Nestačí tedy pouhá existence nemoci, vady nebo poruchy zdravotního stavu, s přechodným, dočasným dopadem na pracovní schopnost tj. do jednoho roku trvání jako např. stavy po operacích, úrazech, stavy s několikaměsíčním léčením, s možností plnohodnotného návratu do práce nebo pokračování soustavné přípravy pro pracovní uplatnění, soustavného studia. Stejně tak za DNZS nelze uznat zdravotní postižení dlouhodobého charakteru, ale bez dopadu na pracovní schopnost nebo bez jakéhokoliv dopadu na schopnost výkonu práce, výdělečné činnosti nebo soustavné přípravy pro pracovní uplatnění.

§ 39

- (1) *Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.***
- (2) *Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla***
 - a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně,***
 - b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně,***
 - c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.***

Výklad

Právní úprava stanovuje, od jakého rozsahu – míry poklesu pracovní schopnosti z důvodu DNZS se stav považuje za invaliditu a podle míry poklesu pracovní schopnosti v procentech se invalidita diferencuje na invaliditu prvního, druhého a třetího stupně.

- (3) *Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím***

výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Výklad

Každý pojištěnec má svoji „individuální pracovní schopnost“, která se během jeho života mění, a to nejen v souvislosti se změnami jeho zdravotního stavu (pozitivními i negativními), ale také se změnami v důsledku věku, vzdělání, zkušeností a znalostí, zejména nabýváním nových pro práci užitečných poznatků a dovedností.

Pracovní schopnost je soubor všech schopností - tělesných, smyslových a duševních, ale také i zkušeností a znalostí pojištěnce včetně jeho vzdělání a kvalifikace, potřebných pro práci jako společensky užitečnou činnost (bez ohledu na konkrétní druh práce, zaměstnání, výdělečné činnosti nebo v případě mladistvých soustavné přípravy pro pracovní uplatnění, soustavného studia). Zahrnuje tedy nejen tzv. „fyzický potenciál“- tělesné, smyslové a duševní schopnosti, ale také „kvalifikační potenciál“- zkušenosti a znalosti pracovní i nepracovní, nabyté výchovou, vzděláním, životními zkušenostmi, včetně těch, které byly získány při předchozích výdělečných činnostech, v jiných zaměstnáních, výkonem různých výdělečných činností a „potenciál rehabilitační“- který může být záměrně ovlivňován, schopnosti, které lze rozvíjet, zlepšovat (např. léčebnou rehabilitací, pracovní rehabilitací, rekvalifikací, motivací aj.).

Poklesem pracovní schopnosti se pak rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem DNZS. Pokles pracovní schopnosti se tedy hodnotí ve vztahu ke stavu před vznikem DNZS a projevuje se v oblasti omezení schopností nutných pro práci, tj. v omezení tělesných, smyslových a duševních schopností. Současně a neoddělitelně má své konsekvence v oblasti pracovní - pracovního začlenění a schopnosti výkonu soustavné výdělečné činnosti. Ty se mohou projevovat např. existencí určitých omezení při práci, snížením schopnosti nebo neschopností vykonávat dosavadní práci, výdělečnou činnost, neschopností pracovat v takovém rozsahu a intenzitě jako před vznikem DNSZ nebo neschopností využívat z důvodu DNZS vzdělání, zkušenosti, znalosti, kvalifikaci včetně zkušeností a znalostí z předchozích výdělečných činností nebo v případě mladistvých neschopností soustavné přípravy pro pracovní uplatnění (za obvyklých, standardních podmínek).

Ve věci dosaženého vzdělání, zkušeností, znalostí a předchozích výdělečných činností musí vést posudkový orgán za součinnosti posuzovaného pojištěnce zjišťování. Jde o skutečnosti, které mají přímý vliv na stanovení míry poklesu pracovní schopnosti a také vypovídají o event. dopadu zdravotního postižení na tělesné, smyslové a duševní schopnosti včetně stabilizace nebo adaptace. Pokud pojištěnec pracuje s využitím svého vzdělání, zkušeností, znalostí, vykonává výdělečnou činnost v plném rozsahu a adekvátní své kvalifikaci, je účasten soustavné přípravy pro pracovní uplatnění (za obvyklých, standardních podmínek), svědčí to o posudkově málo významném dopadu zdravotního postižení na tělesné, smyslové a duševní schopnosti a tím o nepodstatném dopadu na pracovní schopnost pojištěnce.

(4) Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěnce doloženého výsledky funkčních vyšetření; přitom se bere v úvahu,

- a) zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost,**
- b) zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav,**
- c) zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován,**
- d) schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával,**
- e) schopnost využití zachované pracovní schopnosti v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % a nejvíce o 69 %,**
- f) v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70% též to, zda je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.**

Výklad

Právní úprava taxativně stanovuje, které skutečnosti jsou výchozí při určování poklesu pracovní schopnosti, tj. které musí být vždy zjištěny a posouzeny.

Pro posouzení zdravotního stavu a jeho dopadu na pracovní schopnost je důležité znát, k jakému datu pojištěnec uplatňuje nárok na invalidní důchod, neboť od uvedené skutečnosti se odvíjí jak dalece do minulosti je nutno zkoumat průběh a vývoj zdravotního stavu a pracovní schopnosti.

Pro posouzení pracovní schopnosti a poklesu pracovní schopnosti je nutno spolehlivě zjistit zdravotní stav, stav pracovní schopnosti a všech pro práci významných skutečností. Výchozím momentem je objektivizace stavu, tj. tělesných, smyslových a duševních schopností, ať zachovaných nebo ztracených, prostřednictvím nálezů, zpráv, vyšetření ošetřujících lékařů, psychologů, zjištění jiných zdravotnických pracovníků (ergoterapeutů, fyzioterapeutů), diagnostických zjištění laboratorních nebo přístrojových. Důraz je kladen na vyšetření funkcí a funkčních schopností, ze kterých vyplývá rozsah a tíže omezení funkce orgánu, systému a dopad zdravotního postižení na fyzické, duševní a smyslové schopnosti a tím i na pracovní schopnost. V řadě případů je nutno zkoumat nejen aktuální zdravotní stav, ale i zdravotní stav zpětně i několik měsíců či let, aby bylo možné správně určit datum vzniku invalidity. Na základě zkoumání zdravotního stavu posuzující lékař musí stanovit, zda jde či nejde o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav ve smyslu § 26 zákona o důchodovém pojištění.

Zjištění trvalosti dopadu zdravotního postižení na pracovní schopnost má význam zejména pro stanovení potřeby dalších kontrol zdravotního stavu a invalidity, tj. pro stanovení termínu kontrolní lékařské prohlídky (kdy je nutno vzít v úvahu i případné změny v oblasti stabilizace, adaptace a rekvalifikace s příznivým dopadem na stupeň invalidity).

V souladu s celostním pojetím zdravotního stavu a pracovní schopnosti je nutno při určování poklesu pracovní schopnosti vzít v úvahu nejen fyzický potenciál pojištěnce, ale také kvalifikační a rehabilitační potenciál. Uvedené posudkové kategorie se hodnotí ve vzájemných souvislostech a rovněž ve vztahu k stabilizaci zdravotního stavu, adaptaci na zdravotní postižení nebo ke schopnosti rekvalifikace na jiný druh výdělečné činnosti, protože všechny tyto skutečnosti mají vliv na pracovní schopnost, potažmo pokles pracovní schopnosti.

Při posuzování invalidity se hodnotí nejen samotný pokles pracovní schopnosti ale i zachovaná část pracovní schopnosti, tj. schopnost pojištěnce vykonávat práce

odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem a jeho schopnost se pracovně začlenit. Proto je nedílnou součástí určování poklesu pracovní schopnosti zhodnocení schopnosti využití zachované pracovní schopnosti v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35% a nejvíce o 69%. Pojištěnec je schopen využívat jen tu část své pracovní schopnosti, které mu reálně zbývá, tj. nemůže pracovat nad rámec zachované pracovní schopnosti (pracovat naplno jako před vznikem invalidity s mírou poklesu pracovní schopnosti 50%), s výjimkou invalidity třetího stupně, kdy je pojištěnec schopen soustavné výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Dále se posuzuje schopnost rekvalifikace. Posudkově rozhodné pro schopnost rekvalifikace je to, že pojištěnecův zdravotní stav je stabilizovaný nebo pojištěnec je na své zdravotní postižení adaptován a má i přes DNZS dostatečnou kapacitu duševních, tělesných nebo smyslových schopností, aby si osvojil nové/jiné dovednosti potřebné pro práci, zaměstnání, výdělečnou činnost, včetně jejich udržování nebo obnovování. Předmětem posudkové rozvahy je, zda zachovalý pracovní potenciál pojištěnce jak ve složce fyzické, tak i kvalifikační je dostatečný a přiměřeně flexibilní k dalšímu záměrnému ovlivňování formou rekvalifikace. Posudkově rozhodný není vlastní způsob či rozsah rekvalifikace. Za rekvalifikaci lze považovat každou, byť elementární změnu kvalifikace (tedy i zácvik, zaškolení, kurz, školení, výcvik apod.), každou přípravu (praktickou nebo teoretickou), získání nové kvalifikace, rozšíření nebo prohloubení dosavadní kvalifikace, včetně jejího udržování nebo obnovování, jestliže umožní další nebo nové pracovní uplatnění. Věkové hledisko nemá pro schopnost rekvalifikace význam; rozhodný je výlučně stav schopností.

V případě velmi těžkých zdravotních postižení, která odůvodňují míru poklesu pracovní schopnosti nejméně 70%, je nutno vzít v úvahu, zda je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek (viz § 6 vyhlášky č. 359/2009 Sb.).

(5) Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí.

(6) Za stabilizovaný zdravotní stav /odstavec 4 písm. b)/ se považuje takový zdravotní stav, který se ustálil na úrovni, která umožňuje pojištěnci vykonávat výdělečnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu vlivem takové činnosti; udržení stabilizace zdravotního stavu může být přitom podmíněno dodržováním určité léčby nebo pracovních omezení.

(7) Pojištěnec je adaptován na své zdravotní postižení /odstavec 4 písm. c)/, jestliže nabyl, popřípadě znovu nabyl schopností a dovedností, které mu spolu se zachovanými tělesnými, smyslovými a duševními schopnostmi umožňují vykonávat výdělečnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu vlivem takové činnosti.

(8) Pracovní míra poklesu pracovní schopnosti se určuje v celých číslech.

Výklad

Zdravotní postižení je posudkově medicínská kategorie vyjadřující dlouhodobost trvání (na rozdíl od nemoci nebo úrazu). Za zdravotní postižení se považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí. Tzn., že při posuzování poklesu pracovní schopnosti se vychází nejen z etiopatogeneze stavu (tj. jaký patologický proces, jakým způsobem a které systémy či orgány poškodil), ale hodnotí se také stav funkčního zdraví. Funkčním zdravím se rozumí hodnocení zachovaných schopností/funkcí a porušení nebo ztráta funkcí na systémech, orgánech, částech těla, které se zdravotním postižením souvisejí ať přímo jako nedílné klinické projevy či nepřímo v důsledku nepříznivých průvodních jevů léčby, komplikací, průvodních duševních poruch a jiné.

Protože nedílnou součástí je posouzení stabilizace zdravotního stavu a zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován, vymezuje se obsah uvedených posudkových kategorií. Stabilizace je kategorií zdravotní, odrážející průběh zdravotního postižení a výsledky léčby včetně léčebné rehabilitace na stav pracovní schopnosti. Stabilizace může být docíleno nejen tím, že se zdravotní stav ustálí (vlivem léčby, rehabilitace, režimových opatření) ale i tím, že se např. omezí/sníží počet záchvatů, atak, recidiv, zmírní zánětlivé nebo bolestivé projevy postižení a jiné. Kategorie adaptace na zdravotní postižení odráží výsledky rehabilitace léčebné, sociální, pracovní nebo pedagogické ale také vliv prostředí a motivaci pojištěnce. Jde především o osvojení si schopností a dovedností s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí (např. přecvičení praváka na leváctví, zvládnutí chůze s odlišným stereotypem, využívání jiných pohybových mechanismů, zlepšení srozumitelnosti řeči), s využíváním dostupných pomůcek, prostředků (např. zvládnutí chůze s opěrnou pomůckou, používání zdravotně vhodného oblečení a obutí, zdravotně vhodného sezení), zdravotnických prostředků (např. přínos protézy končetiny, ortézy).

§ 42

Invalidní důchod v mimořádných případech

- (1) Na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně má nárok též osoba, která dosáhla aspoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území České republiky a je invalidní pro invaliditu třetího stupně, jestliže tato invalidita vznikla před dosažením 18 let věku a tato osoba nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu (§ 40). Za invaliditu třetího stupně se pro účely věty první považuje též takové omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností, které má za následek neschopnost soustavné přípravy k pracovnímu uplatnění. Při posuzování invalidity pro účely nároku na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně podle věty první se neprovádí srovnání se stavem, který byl u osoby uvedené ve větě první před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (§ 39 odst. 3 věta druhá).***

Výklad

Pro účely nároku na invalidní důchod v mimořádných případech se vymezuje invalidita třetího stupně odchylným způsobem oproti § 39 odst. 2 písmeno c) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, jako takové omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností, které má za následek neschopnost soustavné přípravy k pracovnímu uplatnění.

Jde o situace, kdy zdravotní postižení a jím způsobená invalidita třetího stupně vznikne před dosažením 18 let věku a taková osoba do té doby nebyla pojištěncem, nebyla účastna důchodového pojištění po potřebnou dobu. Případné nejasnosti o tom, zda posuzovaná osoba je nebo byla účastna důchodového pojištění, musí posudkovému orgánu na vyžádání sdělit příslušný věcný útvar důchodového pojištění, zejména v situaci, kdy osoba absolvuje/absolvovala aktivity (včetně vzdělávacích aktivit), z nichž není zřejmé, zda je možno je považovat za soustavnou přípravu pro pracovní uplatnění, která zakládá účast na důchodovém pojištění.

Z hlediska zdravotního jde vždy o velmi těžká zdravotní postižení, vrozená, vzniklá během porodu nebo po porodu, během předškolního věku nebo povinné školní docházky, s těžkým omezením tělesných, smyslových nebo duševních schopností.

Zdravotní postižení neumožňuje, aby osoba absolvovala povinnou školní docházku nebo aby se po ukončení povinné školní docházky soustavně připravovala na pracovní uplatnění bez ohledu na typologii přípravy (praktická nebo teoretická příprava pro zaměstnání, studium). Taková osoba nemá žádnou pracovní schopnost nebo žádnou měřitelnou úroveň pracovní schopnosti, a proto nemůže zahájit ani soustavnou přípravu pro pracovní uplatnění a v důsledku toho nemá ani potřebnou dobu pojištění. Proto nelze ani provádět porovnání rozsahu pracovní schopnosti oproti stavu před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a zjistit míru poklesu pracovní schopnosti v procentech.

C. Vyhláška č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity)

§ 1

Procentní míry poklesu pracovní schopnosti

- (1) Procentní míry poklesu pracovní schopnosti podle druhů zdravotního postižení jsou uvedeny v příloze k této vyhlášce.***
- (2) Pokud zdravotní postižení, které je příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, není uvedeno v příloze, stanoví se procentní míra poklesu pracovní schopnosti podle takového zdravotního postižení uvedeného v příloze, které je s ním funkčním dopadem nejvíce srovnatelné.***

Výklad

Procentní míry poklesu pracovní schopnosti jsou uvedeny v příloze k vyhlášce v patnácti kapitolách, členěných podle jednotlivých skupin zdravotních postižení. V příloze jsou uvedena nejčastější zdravotní postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, která se vyskytují v populaci v České republice a mají nejčastěji dopad na pracovní schopnost. Pokud zdravotní postižení, které bylo u pojištěnce prokázáno není citováno přímo v právním předpise, stanoví se míra poklesu pracovní schopnosti podle takového zdravotního postižení, které je s ním nejvíce srovnatelné. Jde zejména o srovnatelnost z hlediska příčiny, charakteru, rozsahu a tíže funkčních poruch a srovnatelnost dopadu na pracovní schopnost. V konkrétních položkách zdravotních postižení jsou uvedeny obvyklé/průměrné míry poklesu pracovní schopnosti v procentech, které provázejí zdravotní postižení a příslušný rozsah funkční poruchy.

§ 2

Způsob posouzení poklesu pracovní schopnosti

- (1) Pro stanovení procentní míry poklesu pracovní schopnosti je nutné určit zdravotní postižení, která jsou příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěnce, a jejich vliv na pokles pracovní schopnosti pojištěnce.***
- (2) U zdravotních postižení, u nichž dochází průběžně ke zhoršování a zlepšování zdravotního stavu, se stanoví procentní míra poklesu pracovní schopnosti tak, aby odpovídala průměrnému rozsahu funkčního postižení a tomu odpovídajícímu poklesu pracovní schopnosti.***
- (3) Je-li příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěnce více zdravotních postižení, jednotlivé hodnoty procentní míry poklesu pracovní schopnosti stanovené pro jednotlivá zdravotní postižení se nesčítají; v tomto případě se určí, které zdravotní postižení je rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a procentní míra poklesu pracovní schopnosti se stanoví podle tohoto zdravotního postižení se zřetelem k závažnosti vlivu ostatních zdravotních postižení na pokles pracovní schopnosti pojištěnce. Za rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se považuje takové zdravotní postižení, které má nejvýznamnější dopad na pokles pracovní schopnosti pojištěnce.***

Výklad

Pro stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je nutné určit, které/která zdravotní postižení jsou příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. K těm, která toto kritérium nenaplnují, se pak dále již nepřihlíží. Skutečnost, že zdravotní postižení má charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu však ještě nic neříká o tom, jak významný vliv má DNZS na míru poklesu pracovní schopnosti. Protože řada zdravotních postižení je provázena kolísáním zdravotního stavu tj. obdobími se zlepšením, zhoršením nebo stabilizací, atakami a remisemi, exacerbacemi či bezpříznakovým obdobím, stanovuje právní úprava mechanismus stanovení

průměrného rozsahu funkčního postižení a tomu odpovídajícího poklesu pracovní schopnosti.

V případě, že příčinou DNZS je více zdravotních postižení, míry poklesu pracovní schopnosti, stanovené právním předpisem pro jednotlivá postižení, se nesčítají. Dopady zdravotních postižení na pracovní schopnost pojištěnce totiž nemají plošný kumulativní efekt; dopad řady z nich se projeví jen minimálně nebo je nepodstatný, u jiných je dopad podobný nebo obdobný, v případě jiných dochází pouze k akcentaci důsledků na pracovní schopnost. Proto se vychází z rozhodující příčiny DNZS, tedy zdravotního postižení s nejtěžším funkčním postižením a nejvýznamnějším dopadem na pracovní schopnost a podle tohoto postižení se stanoví míra poklesu pracovní schopnosti. V rámci stanovení míry poklesu pracovní schopnosti, určené podle rozhodující příčiny DNZS, je pak možno přihlídnout k dopadu více příčin DNZS, pokud je takový dopad v konkrétním případě identifikován.

§ 3

- (1) V případě, že příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěnce je více zdravotních postižení a v důsledku působení těchto zdravotních postižení je pokles pracovní schopnosti pojištěnce větší, než odpovídá horní hranici míry poklesu pracovní schopnosti určené podle rozhodující příčiny dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, lze tuto horní hranici zvýšit až o 10 procentních bodů.***
- (2) V případě, že dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pojištěnce má takový vliv na jeho schopnost využívat dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti, na schopnost pokračovat v předchozí výdělečné činnosti nebo na schopnost rekvalifikace, že pokles pracovní schopnosti pojištěnce je větší, než odpovídá horní hranici míry poklesu pracovní schopnosti a příčiny, popřípadě rozhodující příčiny dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, lze tuto horní hranici zvýšit až o 10 procentních bodů.***
- (3) Zvýšení horní hranice míry poklesu pracovní schopnosti podle odstavců 1 a 2 nesmí v úhrnu převýšit 10 procentních bodů.***

Výklad

Pokud je u pojištěnce zjištěno více zdravotních postižení charakteru DNZS a z důvodu kumulace nebo kombinace jejich nepříznivých důsledků se jeví pokles pracovní schopnosti větší, než odpovídá horní hranici míry poklesu stanovené podle rozhodující příčiny DNSZ, lze tuto hranici navýšit až o 10 procentních bodů.

Jsou i takové situace, kdy DNZS má podstatně větší dopad na schopnost pojištěnce využívat dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti, na schopnost pokračovat v předchozí výdělečné činnosti nebo na schopnost rekvalifikace, než odpovídá horní hranici míry poklesu stanovené podle rozhodující příčiny DNSZ. Potom lze tuto hranici navýšit až o 10 procentních bodů. Tj. jde o situace, kdy pojištěnec není schopen využívat „kvalifikační potenciál“.

Posudkový orgán může podle individuálních zjištění u konkrétního pojištěnce použít ten postup, který je na místě; zvýšení horní hranice procentní míry poklesu však nesmí převýšit 10 procentních bodů.

§ 4

- (1) V případě, že dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pojištěnce nemá vliv, popřípadě má jen nepodstatný vliv na schopnost pojištěnce využívat dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti a na schopnost pokračovat v předchozí výdělečné činnosti a v důsledku toho je pokles pracovní schopnosti pojištěnce menší, než odpovídá dolní hranici míry poklesu pracovní schopnosti u příčiny, popřípadě rozhodující příčiny dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, lze tuto dolní hranici snížit až o 10 procentních bodů.**
- (2) V případě, že dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pojištěnce je stabilizovaný nebo pojištěnec je adaptován na své zdravotní postižení a v důsledku toho je pokles pracovní schopnosti pojištěnce menší, než odpovídá dolní hranici míry poklesu pracovní schopnosti u příčiny, popřípadě rozhodující příčiny dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, lze tuto dolní hranici snížit až o 10 procentních bodů.**
- (3) Snížení dolní hranice míry poklesu pracovní schopnosti podle odstavců 1 a 2 nesmí v úhrnu převýšit 10 procentních bodů.**

Výklad

DNZS může mít v individuálních případech jen zcela nepodstatný nebo žádný vliv na pracovní schopnost pojištěnce. Je to proto, že pracovní schopnost je dána nejen stavem duševních, tělesných a smyslových schopností (tzv. fyzickým potenciálem), ale také potenciálem kvalifikačním (dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti, předchozí výdělečné činnosti), a rehabilitačním (stabilizace, adaptace, schopnost rekvalifikace). Pojištěnec může mít zdravotní postižení charakteru DNZS a v důsledku toho disponovat menším rozsahem duševních, tělesných a smyslových schopností než před vznikem DNZS; tato skutečnost se ale neprojeví/nemá vliv, popřípadě má jen na nepodstatný vliv na schopnost pojištěnce využívat dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti a na schopnost pokračovat v předchozí výdělečné činnosti. V důsledku toho je pak pokles pracovní schopnosti pojištěnce menší, než odpovídá dolní hranici míry poklesu pracovní schopnosti stanovené podle rozhodující příčiny dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. V takovém případě lze při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti dolní hranici míry poklesu pracovní schopnosti snížit až o 10 procentních bodů.

To platí obdobně i pro situace, kdy dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pojištěnce je stabilizovaný nebo pojištěnec je adaptován na své zdravotní postižení a v důsledku toho je pokles pracovní schopnosti pojištěnce menší, než odpovídá dolní hranici míry poklesu pracovní schopnosti stanovené podle rozhodující příčiny dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu; i v těchto případech lze dolní hranici míry poklesu pracovní schopnosti snížit až o 10 procentních bodů.

Posudkový orgán může podle individuálních zjištění u konkrétního pojištěnce použít ten postup, který je na místě; snížení dolní hranice procentní míry poklesu však nesmí převýšit 10 procentních bodů.

Z hlediska zdravotního se nepodstatný nebo žádný vliv DNZS na pracovní schopnost projevuje stabilizací nebo adaptací a rovněž i tím, že se při DNZS minimalizoval

výskyt dočasných pracovních neschopností nebo řízení o invalidní důchod nepředchází dlouhodobá dočasná pracovní neschopnost. Z hlediska pracovního se pak nepodstatný nebo žádný vliv DNZS na pracovní schopnosti projevuje schopností soustavné přípravy pro pracovní uplatnění, tj. schopností studovat nebo absolvovat praktickou přípravu za obvyklých/standardních podmínek, vykonávat výdělečnou činnost v plném rozsahu a intenzitě, s využitím dosaženého vzdělání, zkušeností a znalostí včetně těch, které byly získány v předchozích výdělečných činnostech. Za nepodstatný vliv nelze považovat schopnost soustavné přípravy pro pracovní uplatnění, tj. schopností studovat nebo absolvovat praktickou přípravu s využíváním asistenta, ať osobního nebo školského.

§ 5

Způsob zhodnocení a využití zachované pracovní schopnosti u invalidity prvního a druhého stupně

V případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % a nejvíce o 69 % se stanoví, zda je pojištěnec schopen

a) vykonávat po vzniku invalidity prvního nebo druhého stupně výdělečnou činnost jen

1. s podstatně menšími nároky na tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti,

2. s podstatně menšími nároky na kvalifikaci,

3. v podstatně menším rozsahu a intenzitě;

za podstatně menší nároky, rozsah nebo intenzitu se přitom v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % a nejvíce o 49 % považuje snížení alespoň o třetinu a v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 50 % a nejvíce o 69 % snížení alespoň o polovinu,

b) rekvalifikace na jiný druh výdělečné činnosti, pokud není schopen využít dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti nebo pokračovat v předchozí výdělečné činnosti.

Výklad

Stanovená míra poklesu pracovní schopnosti znamená, že pojištěnec může na trhu práce využívat jen zbývající procento své zachované pracovní schopnosti. Tzn., že pokud míra poklesu pracovní schopnosti poklesla aspoň o 35%, není v plném rozsahu schopen soustavné přípravy pro pracovní uplatnění, soustavného studia nebo praktické přípravy, není schopen vykonávat výdělečnou činnost s obdobnými nároky na duševní, tělesné a smyslové schopnosti jako před vznikem invalidity nebo není schopen vykonávat výdělečné činnosti v plném rozsahu nebo intenzitě nebo s využitím dosaženého vzdělání, zkušeností a znalostí, včetně těch získaných v předchozích výdělečných činnostech jako před vznikem invalidity.

Proto je nedílnou součástí posouzení invalidity posudková úvaha nejen o míře poklesu pracovní schopnosti, ale také o schopnosti využití zachované pracovní

schopnosti, přičemž obě skutečnosti musí věcně korelovat. Vyjádření se k schopnosti využití zachované pracovní schopnosti činí posudkový orgán v obecné rovině, ve vztahu ke skutečnostem zjištěným o zdravotním stavu, pracovní schopnosti a kvalifikaci. Zdravotní stav a zachovaná pracovní schopnost mohou odůvodňovat schopnost výdělečné činnosti s podstatně menšími nároky na tělesné schopnosti (pokud je rozhodující příčinou DNZS zdravotní postižení s omezením fyzické výkonnosti), s podstatně menšími nároky na smyslové schopnosti (pokud je rozhodující příčinou DNZS smyslové postižení s omezením vnímání smysly) nebo duševní schopnosti (pokud je rozhodující příčinou DNZS duševní postižení s omezením duševních schopností); při polymorbiditě se mohou vyskytovat i kombinace citovaných situací. V důsledku poklesu pracovní schopnosti a invalidity pojištěnec není nadále schopen vykonávat dosavadní práci, zaměstnání, výdělečnou činnost jako před vznikem invalidity, ale jen jinou práci, zaměstnání, výdělečnou činnost s podstatně odlišnými nároky na jeho schopnosti. Při DNZS se snížením tělesných, duševních nebo smyslových schopností přichází v úvahu rovněž výkon výdělečné činnosti v podstatně menším rozsahu (tj. ve zkráceném pracovním úvazku nejméně o třetinu) nebo s podstatně nižší intenzitou (s nižší výkonovou pracovní normou nejméně o třetinu). I tento druhý mechanismus využití zachované pracovní schopnosti může zajistit optimalizaci využití zachované pracovní schopnosti, kdy pojištěnec může i nadále vykonávat dosavadní práci, zaměstnání, výdělečnou činnost, využívat kvalifikaci, ale není schopen pracovat ve stejném rozsahu nebo intenzitě jako před vznikem invalidity. Pokud DNZS působí „dequalifikaci“ nebo brání využívání kvalifikace, je pojištěnec schopen vykonávat výdělečnou činnost s podstatně menšími nároky na kvalifikaci. V individuálních situacích se mohou různá omezení ve schopnosti využití zachované pracovní schopnosti kombinovat nebo prolínat.

Skutečnost, že pojištěnec není podle posudku pracovních lékařských služeb způsobilý vykonávat konkrétní práci/zaměstnání/dosavadní výdělečnou činnost (tj. naposledy vykonávanou), neznámá sama o sobě jeho neschopnost vykonávat soustavnou výdělečnou činnost nebo invaliditu. Případné pozbytí zdravotní způsobilosti k práci, zaměstnání, ke konkrétní výdělečné činnosti je vyjádřením toho, že pracovní potenciál není v souladu s požadavky konkrétního zaměstnání, konkrétní práce, konkrétní výdělečné činnosti vymezené kvalifikačními nároky, pracovními podmínkami, pracovním prostředím.

Pro rekvalifikaci je důležité to, aby pojištěncův zdravotní stav byl stabilizovaný nebo aby pojištěnec byl na své zdravotní postižení adaptován, a současně aby při DNZS měl dostatečnou kapacitu duševních, tělesných nebo smyslových schopností k osvojení nových dovedností k práci, zaměstnání, výdělečné činnosti, včetně jejich udržování nebo obnovování. Posudkový orgán se k rekvalifikaci vyjadřuje jen v těch případech, kdy je zřejmé, že pojištěnec není schopen využít dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti nebo pokračovat v předchozí výdělečné činnosti.

§ 6

Zcela mimořádné podmínky

Zcela mimořádnými podmínkami, za nichž je pojištěnec schopen výdělečné činnosti v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 %, se rozumí zásadní úprava pracovních podmínek, pořízení a využívání zvláštního vybavení pracoviště, zvláštní úpravy stávajících strojů, nástrojů, používání zvláštních pracovních pomůcek nebo každodenní podpora nebo pomoc na pracovišti formou předčitatelských služeb, tlumočnických služeb nebo pracovní asistence.

Výklad

Zcela mimořádné podmínky se vymezují v obecné rovině ve vztahu k pracovním podmínkám nebo pracovnímu prostředí tak, aby respektovaly potřeby osob, které mají těžká zdravotní postižení smyslová, duševní nebo tělesná. Zcela mimořádné podmínky musí být v příčinné souvislosti s charakterem, rozsahem a tíží zdravotního postižení. Za zásadní úpravu pracovních podmínek lze považovat např. nutnost podstatných, rozsáhlých stavebně a finančně náročných úprav uspořádání pracoviště nad obecný rámec přístupnosti, bezpečnosti a bezbariérovosti, za zvláštní vybavení Braillův displej k PC, za zvláštní úpravu strojů a nástrojů jejich přestavění z ručního na nožní ovládání, za zvláštní pracovní pomůcky digitální zápisník pro zrakově postižené s hlasovým výstupem nebo braillovým displejem, předčitatelské služby pro nevidomé, tlumočnické služby pro osoby trpící hluchoslepotou, za pracovní asistenci pak každodenní, opakovaný dohled a kontrolu (velmi často během pracovní doby) při práci s nutností vedení při práci.

Z posudkově medicínského hlediska je nutno postupovat zcela individuálně a vzít v úvahu, že výdělečné činnosti za mimořádných podmínek je schopen pojištěnec zejména pokud jeho zdravotní stav je stabilizovaný, je na své zdravotní postižení adaptován, absolvoval rehabilitaci (pracovní, sociální).

§ 7

Náležitosti posudku o invaliditě

Posudek o invaliditě obsahuje

- a) označení orgánu sociálního zabezpečení, který posoudil zdravotní stav a pracovní schopnost pojištěnce, jméno, popřípadě jména, příjmení a titul příslušného lékaře a jeho podpis a razítko tohoto orgánu,**
- b) jméno, popřípadě jména a příjmení pojištěnce, rodné číslo pojištěnce, popřípadě není-li přiděleno, datum narození pojištěnce, adresu místa trvalého pobytu pojištěnce, popřípadě, jde-li o cizince, adresu místa pobytu na území České republiky a nemá-li ji, adresu bydliště v cizině,**
- c) účel posouzení a datum posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěnce,**
- d) výčet rozhodujících podkladů o zdravotním stavu pojištěnce, z nichž orgán sociálního zabezpečení vycházel při posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěnce,**

- e) **skutková zjištění, ke kterým orgán sociálního zabezpečení dospěl při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěnce,**
- f) **výsledek posouzení zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti se stanovením**
 - 1. **zda se jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav,**
 - 2. **procentní míry poklesu pracovní schopnosti,**
 - 3. **stupně invalidity,**
 - 4. **dne vzniku invalidity, dne změny stupně invalidity nebo dne zániku invalidity,**
 - 5. **schopnosti využití zachované pracovní schopnosti podle § 5 u pojištěnce, jehož míra poklesu pracovní schopnosti činí nejméně 35 % a nejvíce 69 %,**
 - 6. **zda je pojištěnec v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek,**
 - 7. **doby platnosti posudku pro účely prokázání, že fyzická osoba, která byla uznána invalidní, je osobou se zdravotním postižením podle zákona o zaměstnanosti, pokud tato osoba není poživitelem invalidního důchodu,**
- g) **odůvodnění výsledku posouzení zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti.**

Výklad

Náležitosti posudku o invaliditě obsahují informace o účastnících procesu posouzení (identifikační údaje pojištěnce a posudkového orgánu), datum posouzení a účel posouzení. Náležitosti posudku o invaliditě jsou přehledem o východiscích posudkového procesu (výčet rozhodujících podkladů o zdravotním stavu), učiněných skutkových zjištěních a výsledku posouzení s ohledem na posudkově rozhodné kategorie, uvedené v právních úpravách vztahujících se k posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity. Při vypracování posudku je třeba respektovat závěry judikatury Nejvyššího správního soudu o úplnosti a přesvědčivosti posudku.

Za stěžejní lze považovat skutková zjištění, ke kterým orgán sociálního zabezpečení dospěl při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěnce, tzn. ve vztahu ke všem posudkovým kategoriím obsaženým v příslušných právních úpravách. Jde o zjištění vypovídající o zdravotním stavu a zdravotních postiženích charakteru DNZS, o kvalifikačním potenciálu, o rozhodující příčině DNZS, více příčinách DNZS a jejich vlivu, o funkčních schopnostech, zachovaných i ztracených, o dopadu DNZS na kvalifikační a rehabilitační potenciál, o prokázání/neprokázání stabilizace či adaptace, popř. schopnosti/neschopnosti rekvalifikace, o zjištění vlastního poklesu pracovní schopnosti či zachované pracovní schopnosti. Skutková zjištění musí být dostatečně vypovídající, věcně logická, odůvodněná.

Výsledek posouzení zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti je pak právním vyjádřením posudkového zhodnocení – skutkových zjištění. To se rovněž promítá i do odůvodnění výsledku posouzení zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti. Výsledek posouzení zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti musí být v souladu s odůvodněním výsledku posouzení.

Posudkový orgán je povinen stanovit den vzniku invalidity, kterým je den, kdy se prokáže, že míra poklesu pracovní schopnosti z důvodu DNZS dosáhla stupně invalidity a odůvodnit, z čeho – z jakého důkazu/popř. důkazů bylo vycházeno. Dnem vzniku invalidity může být den vydání odborného lékařského nálezu, svědčícího o posudkově rozhodném rozsahu a tíži důsledků zdravotního postižení na

pracovní schopnost, den vydání posudku o ztrátě zdravotní způsobilosti k práci, den převedení pojištěnce na jinou práci, den ukončení/přerušeni výdělečné činnosti, soustavné přípravy pro pracovní uplatnění aj. Tzn., že den vzniku invalidity nemusí být podložen jen konkrétním lékařským nálezem, ale také spolehlivým údajem o převedení na jinou zdravotně vhodnou práci, zkrácením pracovního úvazku, změnou zaměstnání, ukončením zaměstnání nebo soustavné přípravy pro pracovní uplatnění, popř. sociálním šetřením.

Pro stanovení dne změny stupně invalidity jsou rozhodné lékařské nálezy dokládající posudkově významnou změnu zdravotního stavu (zlepšení nebo zhoršení), ale také údaje vztahující se k práci a soustavné přípravě pro pracovní uplatnění. Den změny stupně invalidity nebo den zániku invalidity je zpravidla den jednání posudkového orgánu (lékaře OSSZ/PSSZ), kdy dojde k vyhodnocení posudkově rozhodných skutečností o zdravotním stavu a pracovní schopnosti pojištěnce. Den změny nebo zániku invalidity lze ve výjimečných případech na základě provedené dokazování stanovit i zpětně, a to zejména v případě prokázání posudkového omylu nebo v případech, kdy nebyly dlouhodobě prováděny kontrolní lékařské prohlídky a posudkový orgán spolehlivě zjistí, že k podstatným změnám ve zdravotním stavu, pracovní schopnosti a invaliditě došlo již v minulosti.

Nedílnou součástí posudku je odůvodnění výsledku posouzení zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti, a to v souladu se všemi zjištěnými posudkově rozhodnými skutečnostmi promítnutými k příslušné právní úpravě. Finální výstupy musí korelovat se všemi výše uvedenými skutkovými zjištěními.

Příloha k vyhlášce č. 359/2009 Sb.

Výklad

Příloha k vyhlášce v patnácti kapitolách, členěných podle jednotlivých skupin zdravotních postižení v konkrétních položkách zdravotních postižení, uvádí „obvyklé /průměrné“ míry poklesu pracovní schopnosti v procentech, které provázejí zdravotní postižení a příslušný rozsah funkční poruchy.

V případě některých položek je taxativně uvedena jediná hodnota míry poklesu pracovní schopnosti, a to v případech, kdy zdravotní postižení má stejný rozsah a tíži a shodný nebo obdobný dopad na pracovní schopnost pojištěnce.

Ve většině položek, které jsou vymezeny více funkčními hledisky, je však uvedeno procentní rozpětí míry poklesu pracovní schopnosti, aby bylo možné stanovit míru poklesu zcela individuálně, podle povahy posuzovaného zdravotního postižení a rozsahu a intenzity jeho důsledků a projevů. V rámci procentního rozpětí míry poklesu pracovní schopnosti pak posuzující lékař může zohlednit vlastní dopad zdravotního postižení na pokles pracovní schopnosti i dopad více příčin dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu včetně otázek kvalifikačního nebo rehabilitačního potenciálu tak, že zvolí v rámci procentního rozpětí hodnotu minimální, střední nebo maximální.

Stanovení míry poklesu pracovní schopnosti se děje prostřednictvím rozhodující příčiny DNZS, druhu zdravotního postižení dle příslušné kapitoly, oddílu a položky citované vyhlášky, podle konkrétního zdravotního postižení, etiopatogenze a klinických projevů, přičemž obsah vymezení položky musí korespondovat se zdravotním stavem a funkčním postižením pojištěnce.

Při posuzování je třeba respektovat obecné posudkové zásady uvedené v záhlaví každé kapitoly, které určují pravidla postupu posudkového orgánu při zjišťování a hodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti, jako např. nutnost hodnocení aktivity procesu, provedení stanovených vyšetření a zjišťování (dotazníky, algofunkční indexy, posuzovací škály), dodržení rozhodného období pro posouzení v délce zpravidla jednoho roku, zhodnocení kvality života a jiné.

Následná posudková hlediska uvedená u jednotlivých zdravotních postižení upřesňují a individualizují způsob hodnocení konkrétních skutečností vztahujících se ke zdravotnímu postižení (např. zhodnocení BMI, NYHA, ejekční frakce, spirometrie, úroveň intelektu, počtu atak, délky remise, klinického stadia, celotělové kostní denzity, EMG, DAS, HAQ, svalové síly, délky zkratu a jiné).

Konkrétní funkční hlediska uvedená u jednotlivých položek zdravotního postižení jsou různého charakteru. Některá jsou taxativní - tzn., že musí být zcela jednoznačně splněna (např. amputace nohy v nártu).

U jiných položek jsou funkční hlediska uvedena příkladmo, s nejčastějšími nebo nejtypičtějšími funkčními poruchami (např. degenerativní změny na páteři a ploténkách, bez statického účinku, svalová dysbalance, postižení zpravidla jednoho úseku páteře, lokalizované blokády). V takovém případě musí být hlediska splněna v míře co největší (nepostačuje tedy prokázání jen jedné nebo dvou skutečností, uvedených v právní úpravě, pokud jich položka obsahuje pět nebo šest). Pokud by bylo zjištěno funkční postižení menšího rozsahu než v citované položce, tj. jen některé funkční projevy (degenerativní změny na páteři a ploténkách), je nutno použít položky jiné, s nižším procentním hodnocením, protože rozsah a tíže funkční poruchy jsou nižší než citované, nebo stav vyhodnotit jako dlouhodobou příznivou stabilizaci a v rámci dalšího postupu míru poklesu pracovní schopnosti snížit až o 10 procentních bodů.

Funkční hlediska mohou být také obecného charakteru (např. zaprášení plic, středně těžké poruchy ventilace, se snížením výkonnosti), kdy záleží na medicínských znalostech posuzujícího lékaře, aby věděl, jaké jsou příslušné spirometrické hodnoty charakteristické pro středně těžkou poruchu ventilace a ergometrické hodnoty zátěžových testů svědčících o snížení výkonnosti, jaké jsou výsledky vyšetření funkcí u posuzovaného pojištěnce, tj. zda splňuje nebo nesplňuje stanovená věcná a právní kritéria příslušné položky.

Příloha vyhlášky nemůže obsahovat všechna známá zdravotní postižení, ale zaměřuje se na ta, která mají charakter DNZS, s častým výskytem v populaci a která podle poznatků lékařské vědy působí invaliditu. V případě, že zdravotní postižení, které je příčinou DNZS a není v příloze k vyhlášce uvedeno, stanoví se pokles pracovní schopnosti podle takového zdravotního postižení v příloze uvedeného, které je s ním funkčním dopadem nejvíce srovnatelné.

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

§ 69

Na pracovní rehabilitaci mohou být na základě doporučení ošetřujícího lékaře vydaného jménem poskytovatele zdravotních služeb zařazeny fyzické osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce, a na základě doporučení okresní správy sociálního zabezpečení vydaného v rámci kontrolní lékařské

prohlídky též fyzické osoby, které přestaly být invalidními. Zařazení těchto fyzických osob na pracovní rehabilitaci nesmí být v rozporu s jejich zdravotní způsobilostí; krajská pobočka Úřadu práce je povinna zařazení písemně oznámit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení s uvedením data zahájení, místa výkonu, denního rozsahu a celkové délky trvání pracovní rehabilitace, a do 5 kalendářních dnů písemně oznámit její ukončení.

Výklad

Zákon o zaměstnanosti umožňuje, aby na pracovní rehabilitaci byli zařazeni dočasně práce neschopní pojištěnci, a to na základě doporučení jejich ošetřujícího lékaře. Obdobnou kompetenci, tj. vydávat doporučení o potřebě pracovní rehabilitace mají okresní správy sociálního zabezpečení při posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity. Doporučení se z posudkově medicínského hlediska vydává v situaci, kdy pojištěnec byl několik let invalidní (zpravidla 4-5 let a popř. i více), nepracoval, ztratil pracovní návyky a dovednosti a případně došlo také ke ztrátě jeho kvalifikace. Vzhledem k tomu, že jde o doporučení, mělo by být vydáváno v těch situacích, kdy to dle odborné úvahy lékaře OSSZ pojištěnec potřebuje, ale současně i za situace, kdy pojištěnec má zájem takové doporučení využít a obrátit se na úřad práce. Jde o nástroj, který má napomoci k zaměstnávání osob se zdravotním postižením a k jejich návratu na trh práce. Není v kompetenci OSSZ, aby doporučovala konkrétní nástroje pracovní rehabilitace. Ke zdravotní způsobilosti k provádění pracovní rehabilitace je kompetentní se vyjádřit ošetřující lékař pojištěnce.

MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D. v. r.

ředitel odboru posudkové služby

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

Odbor posudkové služby

V Praze dne 27. února 2012

Čj.: 2012/ 10 830 - 72

Vyřizuje: MUDr. Julie Wernerová

MUDr. Alena Zvoníková

Výklad pro posudkovou službu sociálního zabezpečení

Posuzování stupně závislosti pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

A. Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

§ 8

Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti

(1) Okresní správy sociálního zabezpečení posuzují zdravotní stav a pracovní schopnost fyzických osob pro účely sociálního zabezpečení a pro účely poskytnutí dávek a mimořádných výhod podle jiných právních předpisů při zjišťovacích a kontrolních lékařských prohlídkách. Za tím účelem posuzují g) stupeň závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči.

(4) Úkoly okresní správy sociálního zabezpečení uvedené v odstavci 1 může plnit pouze lékař.

(8) Při posuzování podle odstavce 1 vychází okresní správa sociálního zabezpečení zejména z nálezu ošetřujícího lékaře, popřípadě výsledků funkčních vyšetření a výsledků vlastního vyšetření lékaře, který plní úkoly okresní správy sociálního zabezpečení podle odstavce 1, a z podkladů stanovených jinými právními předpisy. Při posuzování podle odstavce 1 lze vycházet také z podkladů vypracovaných lékařem určeným Českou správou sociálního zabezpečení.

Výklad

Právní úprava dává kompetenci k posuzování stupně závislosti okresním správám sociálního zabezpečení s tím, že uvedený úkol může plnit pouze lékař. Do procesu posuzování mohou být zapojeni i lékaři, kteří nejsou „kmenovými“ pracovníky okresní správy sociálního zabezpečení, ale pro orgán sociálního zabezpečení pracují – jde o lékaře, které orgán sociálního zabezpečení určuje k plnění určitých cílených pracovních úkolů a povinností, spojených s posudkovým procesem. Současně se také vymezují základní vstupní informace, z nichž se při posuzování vychází.

B. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů – stav k 1. lednu 2012.

§ 3

Vymezení některých pojmů

Pro účely tohoto zákona se rozumí

c) dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb,

d) přirozeným sociálním prostředím rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity,

g) zdravotním postižením tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby,

Výklad

Základním předpokladem pro stanovení stupně závislosti je existence dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (dále jen „DNZS“). Od 1. ledna 2012 je DNZS nově definován. Jde o stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb.

Z definice vyplývá, že pro uznání DNZS musí být přítomno jedno či více zdravotních postižení takového charakteru, která nepříznivě omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb. To znamená, že je-li přítomno zdravotní postižení, třeba i vážného charakteru, které u konkrétní osoby neomezuje funkční schopnosti, nejde o nepříznivý zdravotní stav ve vztahu k tomuto zákonu. Další podmínkou uznání DNZS je dlouhodobost takového zdravotního postižení a jeho funkčních dopadů. Nepříznivý zdravotní stav tedy musí již trvat déle než rok nebo musí být předpoklad takového trvání. To znamená, že není třeba vyžadovat roční trvání nepříznivého stavu, ale stačí, že lze na základě lékařských znalostí očekávat,

že nepříznivý zdravotní stav bude trvat déle než 1 rok. To, že se posléze v ojedinělých případech prokáže, že nepříznivost déle než rok netrvala, nic nemění na správnosti počátečního předpokladu. Stav s předpokladem úpravy nepříznivých funkčních důsledků zdravotního postižení do 1 roku do výše uvedené kategorie nepatří.

Vymezení přirozeného sociálního prostředí má význam pro posouzení schopnosti zvládat základní životní potřeby, neboť schopnosti posuzované osoby se hodnotí ve vztahu k přirozenému sociálnímu prostředí, tj. v širších souvislostech života a potřeby sociálního začlenění. V závislosti na věku posuzované osoby se za přirozené sociální prostředí považuje „rodinné prostředí a domácnost“ posuzované osoby, bydliště a okolí bydliště s dosahem na místo, kde osoba realizuje své sociální aktivity, jako je návštěva mateřské školy, školy, vzdělávacího zařízení umožňujícího přípravu na budoucí povolání, zaměstnání.

Za zdravotní postižení, tj. stav s dlouhodobou prognózou nebo dlouhodobého trvání, se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení.

Podmínky nároku na příspěvek na péči

§ 7

(2) Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče uvedený v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 nebo dětský domov), anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu; nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu.

(3) Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku.

§ 8

(1) Osoba do 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři základní životní potřeby,

b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb,

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb,

d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb,

a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

(2) Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,

b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,

d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb,

a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Výklad

Zákon o sociálních službách mimo jiné upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím příspěvku na péči (dále jen „příspěvek“). Od 1. 1. 2012 jsou nově upravena kritéria pro uznání stupně závislosti pro účely přiznání příspěvku zavedením kategorie základní životní potřeby, která nahradila úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti a další skutečnosti.

Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nezvládá samostatné provedení předepsaného počtu základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby nebo každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby při jejich zvládní v rozsahu stanoveném stupněm závislosti.

Stupeň závislosti je tedy dán třemi kumulativními podmínkami, a to:

- DNZS,
- každodenním nezvládním určitého počtu základních životních potřeb a
- každodenní potřebou mimořádné pomoci/ pomoci, dohledu, péče.

Každodenností se myslí, že základní životní potřeby se u většinové populace vykonávají pravidelně každý den, i když v případě různých životních potřeb a aktivit s různou denní frekvencí a jejich nezvládní tedy vyžaduje každodenní mimořádnou péči, pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

V ojedinělých případech s ohledem na osobitý životní styl některých osob (např. nepřízpusobivé osoby, bezdomovci) nemusí být některé základní životní potřeby v praktickém životě každodenně realizovány, ale jsou realizovány nesporně často, s určitou soustavností (např. tělesná hygiena). I v takových případech je nutno při hodnocení schopnosti zvládní základních životních potřeb vycházet z toho, zda osoba má či nemá dostatečné schopnosti, aby byla schopna konkrétní základní životní potřeby každodenně zvládat, včetně předpokladu každodennosti pomoci, dohledu nebo péče.

Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku, neboť všechny děti do jednoho roku věku jsou zcela závislé na péči druhé osoby a vyžadují k zajištění svých fyziologických potřeb stejný či obdobný okruh péče druhé osoby, bez ohledu na jejich zdravotní stav.

Jednotlivé stupně závislosti I-IV, tj. lehká, středně těžká, těžká a úplná závislost, se definují samostatně pro osoby do 18 let věku a pro osoby starší 18 let věku, s odlišným vymezením vstupů (počtu nezvládaných základních životních potřeb) a charakteru dopadů neschopnosti zvládat základní životní potřeby. Jednotlivé stupně závislosti se v případě osob do 18 let věku vymezují prostřednictvím počtu základních životních potřeb, které osoba z důvodu DNZS není schopna zvládat a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby. Jednotlivé stupně závislosti se v případě osob starších 18 let věku vymezují prostřednictvím počtu základních životních potřeb, které osoba z důvodu DNZS není schopna zvládat a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. Rozdílnost podmínek pro uznání některého ze stupňů závislosti pramení z toho, že v případě osob do 18 let věku se hodnotí o jednu skutečnost – jednu základní životní potřebu méně, a proto je i vstup do stupně závislosti I u citované věkové skupiny podmíněn výlučně neschopností zvládat tři základní životní potřeby.

§ 9

(1) Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- a) mobilita,**
- b) orientace,**
- c) komunikace,**
- d) stravování,**
- e) oblékání a obouvání,**
- f) tělesná hygiena,**
- g) výkon fyziologické potřeby,**
- h) péče o zdraví,**
- i) osobní aktivity,**
- j) péče o domácnost.**

Výklad

Za základní životní potřeby jsou považovány: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Jde o aktivity z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, které uceleným způsobem sledují rozhodující oblasti života každého jedince ve vztahu k schopnosti péči o sebe a schopnosti sociálního začlenění v domácnosti, vztazích, sociálním a občanském životě.

(2) Schopnost zvládat základní životní potřebu uvedenou v odstavci 1 písm. h) se hodnotí ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem.

(3) Schopnost zvládat základní životní potřebu uvedenou v odstavci 1 písm. j) se nehodnotí u osob do 18 let věku.

(4) Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby; přitom se nepřihlíží k pomoci,

dohledu nebo péči, která nevyplývá z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

(5) Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Funkční schopnosti se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku.

(6) Bližší vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení stanoví prováděcí právní předpis.

Výklad

Právní úprava stanovuje základní pravidla posuzování základních životních potřeb (dále jen „ZŽP“) ve vztahu k schopnosti jejich zvládnutí a potřeby každodenní mimořádné péče jiné fyzické osoby nebo potřeby každodenní pomoci, dohledu nebo péče jiné fyzické osoby. Mimořádná péče ve vztahu k „dětem“ je vlastně vyjádřením dohledu, pomoci a péče včetně podpůrného a výchovného rozměru přístupů pečující osoby.

U osob do 18 let věku se hodnotí schopnost zvládat jen 9 základních životních potřeb, neboť se nehodnotí schopnost zvládat ZŽP - péče o domácnost. Důvodem citovaného přístupu je skutečnost, že vykonávání každodenních aktivit spojených s péčí o domácnost se neděje z důvodu nezralosti u dětí předškolního věku; u dětí školního věku se tak děje, ale ve velmi variabilní frekvenci a intenzitě, protože péče o domácnost není z důvodů jejich sociální role pro ně každodenní nutností a potřebou. Z fyziologických důvodů se tedy u osob mladších 18 let věku hodnotí nižší počet ZŽP. Stupeň závislosti se nestanovuje u osob mladších jednoho roku věku, protože tyto osoby nárok na příspěvek nemají.

Péče o zdraví se hodnotí jen ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem – léčebnému a ošetrovatelskému režimu, neboť z hlediska schopnosti samostatného života osoba musí cíleně zvládat to, co její zdravotní stav vyžaduje.

Při hodnocení schopnosti zvládat ZŽP se vychází z existence DNZS a zhodnocení dopadu DNZS na schopnost zvládnutí ZŽP. Pro uznání neschopnosti zvládnout základní životní potřebu v přijatelném standardu musí existovat příčinná souvislost mezi:

- poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu
- pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu.

Neschopnost zvládnout ZŽP lze tedy uznat jedině tam, kde neschopnost vyplývá ze zdravotního postižení charakteru DNZS. Nelze tedy uznat závislost v případě, že nezvládnutí ZŽP je dáno tím, že posuzovaná osoba potřebu, resp. aktivitu, která je součástí ZŽP, nikdy nevykonávala, protože nemusela, nikdy se její provedení nenaučila např. z důvodu nepodnětného prostředí či nezájmu nebo hyperprotektivní péče. Závislost nelze také uznat, pokud osoba disponuje dostatečnými schopnostmi, ale není motivována určité aktivity vykonávat .

Dalším důležitým posudkovým hlediskem je skutečnost, že k uznání neschopnosti zvládnutí ZŽP a tedy závislosti se vyžaduje prokázání neschopnosti zvládnutí ZŽP v přijatelném standardu. Nevyžaduje se tedy každodenní zvládnutí ve 100% kvalitě, zcela bezchybně ani úplné nezvládnutí ZŽP. Podstatné je, zda posuzovaná osoba je schopna/neschopna ZŽP zvládnout v obvyklé kvalitě a rozsahu, uspokojivě, tedy způsobem, který je společností ještě přijatelný a který umožňuje, aby její potřeby byly naplněny bez vazby na každodenní intervenci jiné osoby.

Přitom je třeba mít na paměti, že funkční schopnosti dané DNZS se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí osoby (tj. se zachovanými funkčními schopnostmi) a s využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku (tzv. „facilitátory, facilitující prostředky“). To znamená, že pro účely zákona o sociálních službách se hodnotí funkční dopady zdravotního postižení na schopnost zvládnutí ZŽP s využitím facilitujících prostředků, které vyrovnávají případné znevýhodnění a napomáhají nebo umožňují samostatnost. Přitom není nezbytné cíleně zkoumat, zda osoba takové běžně dostupné facilitátory má nebo ne, protože z kritéria dostupnosti i charakteru jejich vymezení vyplývá, že je má přímo (jako součást prostředí kde žije) nebo si je může obstarat. Může jít např. o zdravotně vyhovující oblečení a obuv, hůl, berli, chodítko, zábradlí, madlo, odstranění prahu, lžičky na obouvání, kompenzační pomůcky jako protézy, ortézy, brýle, sluchadla, pomůcky při úniku moče, chůze s přidržováním o zábradlí, vstávání s oporou o nábytek, přecvičení praváka na levorukost atd. Podstatné je, že posuzovaný je schopen facilitujících prostředky samostatně používat nebo se na své zdravotní postižení adaptoval a může využívat zachovaných potenciálů a kompetencí a ZŽP svede alternativním, ale vyhovujícím způsobem, v přijatelném standardu. Finančně a stavebně náročné úpravy bytu či okolí bytu a jiné finančně náročné zvláštní pomůcky ve smyslu z. č. 329/2011 Sb., a vyhlášky č. 388/2011 Sb. se nepovažují za běžně dostupné facilitátory.

§ 10

U osoby do 18 let věku se při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby podle § 9 odst. 1 a při hodnocení potřeby mimořádné péče porovnává rozsah, intenzita a náročnost péče, kterou je třeba věnovat posuzované osobě se zdravotním postižením, s péčí, kterou je třeba věnovat zdravé fyzické osobě téhož věku. Při stanovení stupně závislosti u osoby do 18 let věku se nepřihlíží k potřebě péče, která vyplývá z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje. Mimořádnou péčí se rozumí péče, která svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku.

Výklad

Hodnocení každodenní potřeby mimořádné péče jako posudkové kritérium odpovídá funkčním dopadům zdravotních postižení u jednotlivých věkových kategorií dětí (osob do 18 let věku). Především malé děti z důvodu stupně své biopsychosociální zralosti resp. nezralosti samy nevykonávají řadu ZŽP nebo je fyziologicky vykonávají s pomocí a dohledem jiné osoby, ale děti se zdravotním postižením potřebují „vícepéči“, tedy mimořádnou péči.

Právní předpis dále předepisuje z důvodu vývoje schopností u osoby do 18 let věku při hodnocení zvládnání základní životní potřeby a při hodnocení potřeby každodenní mimořádné péče porovnávat rozsah, intenzitu a náročnost péče, kterou je třeba věnovat posuzované osobě se zdravotním postižením, s péčí, kterou je třeba věnovat zdravé fyzické osobě téhož věku. Přitom se nepřihlíží k potřebě péče, která vyplývá z nízkého věku osoby a tomu odpovídajícímu nižšímu stupni biopsychosociálního vývoje a nižší úrovni dovedností a schopností. Při porovnávání je tedy nutno vycházet ze znalostí „věkových milníků“ fyziologického vývoje dítěte jak v oblasti duševních, tělesných a smyslových schopností, tak i vývoje jeho dovedností sociálních.

Zohledňuje se však situace, kdy z důvodu DNZS je třeba posuzované osobě při zvládnání ZŽP poskytovat každodenně péči navíc, podstatně většího rozsahu, intenzity nebo náročnosti, která tím nabývá charakteru mimořádnosti.

Mimořádnou péčí se rozumí péče, která svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku. Podstatností se rozumí zvýšení rozsahu, intenzity nebo věcné náročnosti péče o cca více než jednu třetinu oproti dítěti bez zdravotního postižení.

Jde tedy o takový typ péče, která se v daném věku dítěti bez zdravotního postižení neposkytuje vůbec (např. každodenní rehabilitace Vojtovou metodou, každodenní léčebná opatření, zajišťování pohybu na vozíku, komunikace znakováním, pomoc při oblékání nebo výkonu fyziologické potřeby kdy se již stejně staré zdravé dítě obléká samo a s přiměřenou spolehlivostí zachovává čistotu a zvládá WC) nebo se poskytuje každodenně v podstatně větším rozsahu, intenzitě nebo náročnosti (např. dieta náročná na složení potravy, intenzivní a velmi frekventní dohled na dítě se závažnou duševní poruchou, kdy zdravé dítě vyžaduje jen dohled pravidelný).

Podstatnost je nutno odlišovat od případné péče „jen lehce zvýšené“, která pramení z nutnosti individuálních přístupů k dítěti bez zdravotního postižení nebo i k dítěti se zdravotním postižením, např. stavy vyžadující jen dispensarizaci, stavy s minimálními nároky na léčebná opatření (ordinace 1 tab. denně nebo 1x denně ošetření lokálních malých ložisek na kůži), stavy dětské obezity (s opatřením nepřejídání se) nebo vadné držení těla (s připomínáním správného sezení a zaujímání poloh), příležitostný dohled nad denním režimem kompenzovaného epileptika apod. V uvedených případech tedy nejde o mimořádnou péči.

Potřeba každodenní mimořádné péče se z fyziologických důvodů může měnit v závislosti na věku, stupni sociální zralosti a v závislosti na vývoji zdravotního postižení, disability a sociálních dovedností dítěte. V některých případech se s vyšším věkem dítěte a díky znalostem, schopnostem a dovednostem, které dítě získalo věkem, výchovou a vzděláváním, potřeba péče snižuje nebo se minimalizuje rozsah, intenzita či náročnost péče do té míry, že ztrácí charakter každodenní mimořádné péče. V důsledku toho pak dochází k snížení či zániku závislosti. Jsou možné i opačné případy, kdy se progresí zdravotního postižení a disability závislost zvyšuje, event. se zvyšuje z důvodu větších potřeb dítěte při rozšiřování jeho sociálních aktivit, což může prohloubit omezení.

§ 25

(1) Krajská pobočka Úřadu práce provádí pro účely posuzování stupně závislosti podle odstavce 3 sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí. Sociální šetření provádí sociální pracovník. O provedeném sociálním šetření vyhotovuje sociální pracovník písemný záznam, který na požádání předkládá posuzované osobě.

(2) Krajská pobočka Úřadu práce zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby; součástí této žádosti je písemný záznam o sociálním šetření a kopie žádosti osoby o příspěvek.

(3) Při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře.

(4) Okresní správa sociálního zabezpečení zašle příslušné krajské pobočce Úřadu práce stejnopis posudku vydaného podle zvláštního právního předpisu s uvedením základních životních potřeb, které osoba není schopna zvládat, a dále s uvedením, zda jde o osobu s úplnou nebo praktickou hluchotou nebo hluchoslepu, jestliže tato osoba nezvládá základní životní potřeby v oblasti orientace. Toto posouzení je součástí rozhodnutí o přiznání či zamítnutí příspěvku, které obdrží žadatel.

Výklad

Sociální šetření provádí sociální pracovník Krajské pobočky Úřadu práce (KB ÚP). O provedeném sociálním šetření vyhotovuje sociální pracovník písemný záznam, který KP ÚP zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení spolu s žádostí o posouzení stupně závislosti osoby a s kopií žádosti osoby o příspěvek. Při sociálním šetření se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí. Sociální pracovník tedy na základě metod sociální práce zjistí a popíše schopnost samostatného života (podle metodiky WHO-DAS II).

Při posouzení stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře.

Pro posouzení zdravotního stavu a stupně závislosti je nutno spolehlivě zjistit zdravotní stav z hlediska schopnosti samostatného života. Výchozím momentem je objektivizace zdravotního stavu, tj. tělesných, smyslových a duševních schopností, ať zachovaných nebo ztracených, prostřednictvím nálezů, zpráv, vyšetření ošetřujících lékařů, psychologů, zjištění jiných zdravotnických pracovníků (ergoterapeutů, fyzioterapeutů), diagnostických zjištění laboratorních nebo přístrojových. Důraz je kladen na lékařské nálezy s popisem funkčních dopadů, tj. nálezy, ze kterých na základě klinických, laboratorních, zobrazovacích nebo jiných vyšetření vyplývá rozsah a tíže omezení fyzických, duševních a smyslových schopností a jejich dopad na funkční schopnosti a „funkční zdraví“.

Posudkový orgán vyhodnocuje a interpretuje výsledky sociálního šetření z pohledu existence DNZS a příčinné souvislosti jevů popsaných sociálním šetřením se schopnostmi zjištěnými lékařskými nálezy s funkčním zaměřením ve vztahu ke schopnosti, resp. neschopnosti zvládnání základních životních potřeb z důvodu DNZS. Přitom postupuje podle pravidel a kritérií posuzování stupně závislosti stanovených příslušnými právními předpisy. O posouzení vede posudkový orgán písemný záznam - posudek.

Výstupem z posouzení zdravotního stavu a stupně závislosti je posudek, který je orgán sociálního zabezpečení povinen zaslat příslušnému správnímu úřadu, který vede řízení o příspěvku na péči.

Posudek o zdravotním stavu a stupni závislosti musí být úplný a přesvědčivý a reflektovat stěžejní skutečnosti uvedené v právní úpravě, a to zejména:

- označení orgánu sociálního zabezpečení, který posoudil zdravotní stav a stupeň závislosti, označení fyzické osoby (dále jen osoby) jejíž zdravotní stav je posuzován,
- účel posouzení a datum posouzení zdravotního stavu a stupně závislosti osoby,
- výčet rozhodujících podkladů o zdravotním stavu osoby a její schopnosti samostatného života v přirozeném sociálním prostředí, z nichž orgán sociálního zabezpečení vycházel při posouzení zdravotního stavu a stupně závislosti osoby,
- skutková zjištění o funkčním dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby (funkčních schopnostech), ke kterým orgán sociálního zabezpečení dospěl při posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti,
- výsledek posouzení stupně závislosti s uvedením, zda se jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, základních životních potřeb, které osoba není schopna zvládat a vyžaduje v nich každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby nebo každodenní dohled, pomoc nebo péči jiné fyzické osoby, stupně závislosti, dne vzniku stupně závislosti, dne změny stupně závislosti nebo dne zániku stupně závislosti, doby platnosti posudku,
- odůvodnění výsledku posouzení zdravotního stavu a stupně závislosti.

V případě, že je z důvodu DNZS prokázána neschopnost zvládat základní životní potřebu v oblasti orientace, posudkový orgán dále do posudku uvede, zda jde o osobu s úplnou nebo praktickou hluchotou nebo hluchoslepu nebo praktickou nebo úplnou nevidomostí pro účely vyznačení příslušného piktogramu na průkazu.

U nevidomosti tato skutečnost nevyplývá přímo z § 25 odst. 4, ale z ustanovení § 2 odst. 2 vyhlášky č. 424/2011 Sb., o vzoru, náležitostech a provedení karty sociálních systémů, vzoru, náležitostech a provedení potvrzení o ztrátě, odcizení, poškození nebo zničení karty sociálních systémů a vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka.

Zákon č. 366/2011 Sb.

Čl. IV

Přechodná ustanovení

1. Řízení o příspěvku na péči zahájená a pravomocně neskončená přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona se dokončí podle předpisů účinných do dne nabytí účinnosti tohoto zákona. V řízení o příspěvku na péči zahájeném a pravomocně neskončeném přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona se

provede posouzení stupně závislosti za období do 31. prosince 2011 podle zákona č. 108/2006 Sb., ve znění účinném do dne nabytí účinnosti tohoto zákona, a za období ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona podle zákona č. 108/2006 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

3. Děti starší 1 roku věku, které podle § 30 odst. 1 písm. e) zákona č. 117/1995 Sb., ve znění účinném do dne nabytí účinnosti tohoto zákona, zakládaly ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona nárok na rodičovský příspěvek z důvodu zdravotního postižení, a kterým nenáležel k tomuto dni příspěvek na péči, se ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona považují za osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby

a) ve stupni I (lehká závislost), jde-li o děti dlouhodobě zdravotně postižené,

b) ve stupni II (středně těžká závislost), jde-li o děti dlouhodobě těžce zdravotně postižené.

Těmto osobám náleží ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona příspěvek na péči ve výši podle § 11 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, pokud si nezvolí rodičovský příspěvek nejpozději do 31. ledna 2012, a to po dobu, než je na základě nového posouzení zdravotního stavu vydáno rozhodnutí o příspěvku na péči, nejdéle však do 31. prosince 2012.

Výklad

Pro řízení zahájená do 31. 12. 2011 ve věci příspěvku na péči posudkový orgán stupeň závislosti posoudí do 31. 12. 2011 podle právní úpravy účinné do tohoto data a po 1. 1. 2012 podle zákona č. 366/2011 Sb., kterým byl s účinností od 1. 1. 2012 novelizován zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a podle vyhlášky 391/2011 Sb., kterou byla od 1. 1. 2012 novelizována vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Tzn., že se provede „dvojitý posouzení“.

V řízení ve věci dávky státní podpory – rodičovského příspěvku ve vztahu k přechodnému ustanovení lze uvést, že pokud posudkový orgán posuzuje stupeň zdravotního postižení pro účely rodičovského příspěvku zpětně (nárok na RP z důvodu zdravotního postižení dítěte se vztahuje k období před 1. 1. 2012) postupuje se podle právní úpravy účinné do 31. 12. 2011. Přitom posudkový orgán stanoví dobu platnosti posudku/posudkových závěrů o stupni zdravotního postižení s ohledem na konkrétní okolnosti případu a očekávanou dynamiku vývoje dítěte včetně zohlednění případných změn v důsledku biopsychosociálního vývoje dítěte. Pokud se stanoví platnost posudku i pro období po 1. 1. 2012, má to své dávkové konsekvence, neboť se tím umožní, aby takto přiznaný rodičovský příspěvek z důvodu zdravotního postižení dítěte byl podle přechodných ustanovení zákona 366/2011 Sb., Čl. IV, bod 3, transformován na příspěvek na péči ve stupni I, jde-li o děti dlouhodobě zdravotně postižené nebo ve stupni II, jde-li o děti dlouhodobě těžce zdravotně postižené.

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

ZPŮSOB HODNOCENÍ SCHOPNOSTI ZVLÁDAT ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ POTŘEBY

§ 1

(1) Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby se pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí podle aktivit, které jsou pro jednotlivé základní životní potřeby vymezeny v příloze č. 1 k této vyhlášce.

(2) Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí v přirozeném sociálním prostředí a s ohledem na věk fyzické osoby.

Výklad

Schopnost zvládat ZŽP se posuzuje podle jednotlivých aktivit, které jsou uvedeny v příloze k citované vyhlášce. Základní životní potřeby mají každodenní charakter i když se liší různou mírou opakování během dne. Proto rovněž aktivity, kterými se ZŽP vymezují jsou každodenního, opakujícího se charakteru. Přitom některé aktivity nemusí být v ojedinělých případech každodenně vykonávány vzhledem k osobitému způsobu života některých osob, ale je předpoklad, že by vykonávány být mohly a měly (např. používání dopravních prostředků, celková hygiena, obstarání běžného nákupu, psaná zpráva, uvařit si teplé jídlo, vzdělávání). I v takových případech je nutno při hodnocení schopnosti zvládat příslušné aktivity vycházet z toho, zda osoba má či nemá dostatečné schopnosti, aby byla schopna konkrétní aktivitu každodenně zvládat, včetně předpokladu každodennosti pomoci, dohledu nebo péče.

Obdobně jako při provádění sociálního šetření se schopnost zvládat ZŽP hodnotí v přirozeném sociálním prostředí. Tím se myslí rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými posuzovaná osoba sdílí domácnost, místa, kde osoba pracuje, vzdělává se a realizuje běžné sociální aktivity. Z uvedeného vyplývá, že schopnost zvládat ZŽP se nehodnotí pouze např. v prostoru místnosti, kde se osoba zdržuje nebo v prostoru bytu a ve vztahu pouze k nejbližším rodinným příslušníkům, ale hodnotí se v širších souvislostech. V závislosti na věku se hodnotí zvládat ZŽP v širším kontextu, a to i ve vztahu k pracovišti, škole a k příslušnému sociokulturnímu prostředí. U seniorů se postupuje zcela individuálně, např. i v závislosti na zvycích a způsobu života v mladším/dřívějším období. Nelze však předpokládat, že senior některé aktivity nevykonává, protože nemá potřebu je vykonávat, např. cestovat, nakupovat, uklízet. Lze vycházet z úvahy, že právním předpisem dané aktivity jsou každodenní, resp. téměř každodenní, a podstatné je, zda-li je senior při svém zdravotním stavu, který má charakter DNZS, samostatně svede.

(3) Při hodnocení schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby se hodnotí

a) tělesné struktury a

b) tělesné funkce duševní, mentální, smyslové, oběhové, dechové, hematologické, imunologické, endokrinologické, metabolické, zažívací, vylučovací, neuromuskuloskeletální, včetně hrubé a jemné motoriky, a funkce hlasu, řeči a kůže, a to ve vztahu k rozsahu a tíži poruchy funkčních schopností.

(4) Za neschopnost zvládnání základní životní potřeby se považuje stav, kdy porucha funkčních schopností dosahuje úrovně úplné poruchy nebo poruchy těžké, kdy i přes využívání zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využívání běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku nelze zvládnout životní potřebu v přijatelném standardu. Za neschopnost zvládnání základní životní potřeby se považuje rovněž stav, kdy režim nařízený odborným lékařem poskytujícím specializované zdravotnické služby neumožňuje provádění základní životní potřeby v přijatelném standardu.

Výklad

Ze zjištění o zdravotním stavu fyzické osoby vyplývá, zda a jaké tělesné struktury jsou v jejím případě postiženy a zda a jakým způsobem jsou postiženy i tělesné funkce; to vše ve vztahu k rozsahu a tíži poruchy funkčních schopností.

Při hodnocení rozsahu a tíže poruchy funkčních schopností je rozhodující, zda porucha při využívání zachovaných schopností a dovedností a „facilitujících prostředků“ dosahuje úrovně úplné poruchy (dle MKF 95-100%) nebo poruchy těžké (dle MKF 50-94%) a zda dochází k zvládnání ZŽP v přijatelném standardu či nikoliv.

Za neschopnost zvládat ZŽP se považuje situace, kdy osoba i s využitím běžně dostupných facilitátorů není schopna zvládat ZŽP v přijatelném standardu (viz výklad k zákonu).

Neschopnost lze uznat i ve zvláštních případech, kdy u fyzické osoby nebyl zjištěn výše uvedený stav, tj. těžká nebo úplná porucha funkčních schopností, ale režim nařízený odborným lékařem poskytujícím specializované zdravotnické služby neumožňuje provádění základní životní potřeby v přijatelném standardu.

Specializované zdravotní služby jsou poskytovány v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče. Potvrzení by mělo obsahovat podrobné informace o režimu, který lékař svému pacientovi nařídil.

Léčebným režimem se rozumí soubor opatření, která podporují léčbu a minimalizují její možná rizika, včetně doporučení úpravy životního stylu. Musí se tedy jednat o režim, který je v příčinné souvislosti se zdravotním postižením, je každodenní a v důsledku každodenních postupů, výkonů nebo opatření, není fyzické osobě umožněno provádět základní životní potřebu, i když má zachované funkční schopnosti nutné pro provádění základní životní potřeby v přijatelném standardu.

Jedná se např. o případy, kdy dítě/osoba má nařízený klidový režim, i když u nich nejde o neschopnost mobility a mají dostatek fyzických schopností nutných pro

pohyblivost (např. pobyt na lůžku při aseptické nekróze hlavice stehenní kosti, při závažném porušení celistvosti pánevního kruhu). To platí obdobně také např. pro dítě s hematologickým onemocněním nebo po transplantaci kmenových buněk krvetvorby, po dobu intenzivní léčby (chemoterapie - indukce, konsolidační léčba), po dobu jednoho roku a více, kdy je podstatně zhoršena funkce imunitního systému, dítě se nemůže volně pohybovat v přirozeném sociálním prostředí a používat hromadné dopravní prostředky a je tedy neschopno mobility, i když je samostatně pohyblivé. Pokud je dosaženo remise nebo nedojde k relapsu, po určité době (po roce, popř. více než roce) zpravidla nastupuje méně intenzivní léčba (udržovací léčba po dobu několika let) se zlepšením zdravotního stavu dítěte a včetně zlepšení funkce imunitního systému, odeznění nepříznivých fenoménů léčby a dítě se vrací do obvyklého života.

O neschopnost zvládat základní životní potřebu mobilitu nebo základní životní potřebu osobní aktivity se nejedná, pokud osoba (zejména dítě) s poruchou imunity nebo oslabením organismu v důsledku jiné nemoci (např. cystické fibrózy, astmatu) má doporučeno v době zvýšeného rizika respiračních onemocnění necestovat hromadnou dopravou a vyvarovat se pobytu ve větších kolektivech osob, tj. nejde o každodenní neschopnost mobility ani neschopnost vykonávat aktivity obvyklé věku. V tomto případě se nejedná o trvalé riziko ani každodenní opatření, ale pouze o preventivní opatření v době probíhající epidemie. Na mikrobiologické prostředí přirozeného sociálního prostředí je taková osoba zvyklá, má na něj protilátky a pobyt v něm neohrožuje její zdraví. V prostředcích hromadné dopravy nebo kolektivech vrstevníků (ve školských zařízeních), mimo období epidemií, nejde o infekční prostředí, které by ohrožovalo zdraví fyzické osoby.

O neschopnost zvládat základní životní potřebu výkon fyziologické potřeby se nejedná, pokud osoba (zejména dítě) s poruchou imunity nebo oslabením organismu v důsledku jiné nemoci (např. cystické fibrózy, astmatu, po transplantaci) má ošetřujícím lékařem doporučeno, aby před použitím WC bylo spláchnuto, neboť s využitím facilitátorů - vhodným vybavením domácnosti a využíváním zachovaných potenciálů (tj. spláchnutím WC při uzavřeném víku WC před vlastním použitím WC nebo použitím WC s ústní rouškou) je dosaženo potřebného cíle.

O neschopnost mobility se nejedná také v případech, kdy osoba s duševní poruchou nebo poruchou chování je schopna každodenně se zdržovat a pohybovat se v přirozeném sociálním prostředí a kolektivech lidí, ale má problémy v hromadné dopravě jen v určitých neobvyklých situacích nebo méně obvyklém prostředí, na které se zatím nestačila adaptovat, ale adaptaci je reálné po zácvičku očekávat.

Obecně platí, že pokud zdravotní postižení (bez ohledu na jeho druh) a každodenní režim, nařízený odborným lékařem osobě nebrání, aby ZŽP vykonávala v přijatelném standardu, nelze uznat neschopnost zvládat ZŽP.

Pro uznání neschopnosti z důvodu nařízeného režimu musí být vždy splněny následující podmínky: musí se jednat o formu výslovného a každodenního zákazu odborným lékařem, nikoliv o obvyklé lékařské doporučení, musí se jednat o dlouhodobé či trvalé izolační opatření (více jak rok), musí být prokázána příčinná souvislost tohoto opatření s DNZS a nelze využít přínos dostupných facilitátorů.

§ 2

(1) Při hodnocení schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby se posuzuje, zda z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je rozsah

duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný k pravidelnému zvládnání základní životní potřeby a zda je fyzická osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí základní životní potřeby. Přitom se přihlíží k tomu, zda dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvale ovlivňuje funkční schopnosti, k výsledku rehabilitace a k adaptaci na zdravotní postižení.

(2) U osob, u nichž průběžně dochází ke zhoršování a zlepšování zdravotního stavu, trvá sledované období rozhodné pro posouzení závislosti zpravidla jeden rok; funkční schopnost zvládat základní životní potřebu se v takovém případě stanoví tak, aby odpovídala převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období.

Výklad

Při hodnocení zdravotního stavu a schopnosti zvládat ZŽP vychází lékař ze stavu integrity organismu a integrity funkčních schopností a z rozsahu a tíže poruchy. Pro posouzení schopnosti zvládat základní životní potřeby je rozhodující „dostatek“ fyzických, duševních a smyslových funkčních schopností. Zvládnutí každé základní životní potřeby vyžaduje všechny komponenty - rozměry konání, přitom však ale v případě jednotlivých ZŽP je třeba jednotlivých funkčních schopností v různém rozsahu.

Proto není podstatná samotná diagnóza onemocnění, ale tíže funkční poruchy. Přitom musí jít o úplnou nebo těžkou poruchu ve smyslu MKF (nikoliv ve vztahu k etiopatogenetickému pojetí kdy např. těžké astma a těžká porucha ventilace nezakládá funkční poruchu ve vztahu k řadě aktivit). Funkční schopnosti se hodnotí po proběhlé rehabilitaci, zejména po absolvování léčebné rehabilitace. Je potřebné je znovu posoudit po absolvování sociální nebo pracovní rehabilitace, které mohou přispět k obnovení některých schopností a dovedností a tím mít dopad na snížení stupně závislosti. Podstatná je i adaptace na zdravotní postižení, tzn., že posuzovaný léčbou a rehabilitací nebo používáním facilitátorů nabyt, popřípadě znovu nabyt schopnosti a dovednosti ztracené či omezené zdravotním postižením.

Při hodnocení funkčních schopností se přihlíží k tomu, zda dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvale ovlivňuje tyto schopnosti. Jsou-li funkční schopnosti trvale negativně omezeny v důsledku DNZS, zjištění má zejména vliv na stanovení doby platnosti posudkových závěrů.

V řadě případů zdravotní postižení má vzhledem ke svému charakteru a průběhu kolísavý vliv na funkční schopnosti; v průběhu roku dochází ke zhoršování a zlepšování zdravotního stavu, atakám, exacerbacím, stabilizacím nebo remisím, bezpříznakovým obdobím. V takových případech se stanoví schopnost zvládat základní životní potřebu tak, aby odpovídala převažujícímu rozsahu úrovně schopnosti ve sledovaném období. Jedná se zejména o kolísání projevů např. u psychiatrických, neurologických, pohybových postižení a dalších, probíhajících v atakách.

§ 2a

Pokud osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat alespoň jednu z aktivit, která je pro schopnost zvládat základní životní potřebu vymezena v příloze č. 1 k této vyhlášce, není schopna základní životní potřebu zvládat, a to bez ohledu na příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Výklad

K uznání neschopnosti zvládat ZŽP stačí neschopnost zvládat alespoň jednu z příslušných aktivit, která má tak jako ZŽP, každodenní charakter. Z principu každodennosti mimořádné péče jiné fyzické osoby nebo každodennosti pomoci, dohledu nebo péče jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb vyplývá, že nejen všechny základní životní potřeby se pravidelně, každodenně a soustavně opakují, ale i následně všechny aktivity, kterými se základní životní potřeby vymezují v prováděcím právním předpise, jsou považovány za každodenního charakteru a neschopnost je zvládat vede k potřebě každodenní pomoci, dohledu, péče nebo mimořádné péče. Přitom některé aktivity nemusí být zcela bezpodmínečně každodenně vykonávány vzhledem k svému charakteru (např. vzdělávání - školní výuka je jen pět dní v týdnu) nebo nemusí být každodenně vykonávány z důvodu svébytného způsobu života, ale je předpoklad, že by vykonávány být mohly a měly (např. celková hygiena, používání dopravních prostředků, obstarání běžného nákupu, vaření aj.). Posudkově rozhodná je schopnost/ neschopnost příslušnou aktivitu každodenně zvládat.

§ 2b

Pokud osoba do 18 let věku nemá z důvodu nízkého věku a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje ještě vyvinutou schopnost zvládat některou ze základních životních potřeb nebo některou aktivitu, které jsou vymezeny v příloze č. 1 k této vyhlášce, není pro účely posuzování stupně závislosti považována za osobu, která je neschopna základní životní potřebu zvládat. To neplatí, pokud osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při zvládnutí základní životní potřeby nebo některé aktivity, které jsou vymezeny v příloze č. 1 k této vyhlášce, vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

Výklad

Vzhledem k přirozenému vývoji lidského organismu (osob do 18 let věku) a vývoji schopností, které jsou nezbytné pro zvládnutí ZŽP a aktivit, které je determinují, je zřejmé, že některé schopnosti nemá posuzovaná osoba z důvodu nízkého věku ještě vyvinuty. V takovém případě nelze uznat při nezvládnutí takové aktivity/ZŽP závislost. V případě, že osoba do 18 let ještě samostatně určitou aktivitu/ZŽP z důvodu věku nezvládá, ale z důvodu DNZS vyžaduje významně větší pomoc druhé osoby při zvládnutí aktivity/ZŽP než stejně staré zdravé dítě, charakteru mimořádné péče, pak se závislost uzná.

§ 2c

Při hodnocení základních životních potřeb pro účely stanovení stupně závislosti se základní životní potřeby, u nichž bylo zjištěno, že je osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat, sčítají.

Výklad

K uznání neschopnosti zvládat ZŽP stačí neschopnost zvládat alespoň jednu z příslušných aktivit, která má tak jako ZŽP každodenní charakter. Pro stanovení stupně závislosti se jednotlivé ZŽP sčítají.

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.

Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby

a) Mobilita:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

Výklad

Při posuzování schopnosti mobility se zkoumá, zda posuzovaná osoba má dostatečné pohybové schopnosti a fyzickou zdatnost, a dále duševní a smyslové (zrakové) schopnosti. Zkoumá se, zda je posuzovaná osoba schopna chůze krok za krokem bez pomoci druhé osoby. Je-li osoba odkázána trvale na invalidní vozík z důvodu neschopnosti takové schůze, pak osoba není chůze schopna. Schopnost chůze se uzná v případě, že k chůzi používá posuzovaná osoba podpůrné prostředky, ortézy, protézy, hole, berle, chodítko. Záleží na celkové fyzické a psychické zdatnosti posuzované osoby, zda tyto prostředky je schopna používat a svede s nimi chůzi. Posuzovaná osoba musí být chůze schopna v určitém dosahu, a to alespoň 200 m, který umožňuje realizovat aktivity v přirozeném sociálním prostředí. Připouští se možnost zastavení s odpočinkem a poté pokračování v další chůzi. Chůzí po nerovném povrchu se rozumí chůze po chodníku z dlažebních kostek, schopnost překonání obrubníků. Nezkoumá se např. schopnost chůze v kamenitém nebo kluzkém terénu.

Při změně polohy těla, stojí, při chůzi, chůzi do schodů, včetně použití dopravního prostředku, se stav hodnotí s facilitátory - jako je např. madlo, zábradlí, opěrné pomůcky, vhodná obuv, ortéza, protéza apod., event. s přidržováním o stěnu, nábytek.

Zaujímáním poloh se rozumí zvládnout polohu vsedě, ve stoje a vleže, neboť to jsou nejběžnější a nejčastější fyziologické polohy. U chůze po schodech není rozhodná plynulost chůze. U osob, které využívají invalidní vozík k mobilitě jen v určitých situacích (např. při cestování na delší vzdálenosti), je potřeba individuálně posoudit schopnost a rozsah chůze. Pro používání dopravního prostředku včetně bariérového je potřebná přiměřená fyzická schopnost, schopnost přidržovat se, zvládat vstávání, usedání a stoj, mít přiměřený rozsah hybnosti v kolenou a kyčlích (zejména flexi) k zvládnutí několika schodů nutných k výstupu nebo sestoupení z dopravního prostředku. Každodenně se opakující stavy agrese (objektivně přetrvávající i přes medikaci) nebo těžké mentální postižení s pozbytím rozpoznávacích a ovládacích schopností brání schopnosti používat hromadnou dopravu, ale nebrání obecně použít dopravní prostředek.

Pokud systém veřejného zdravotního pojištění poskytl osobě protézu, je nutno brát zřetel na to, že ji potřebuje a je schopna ji využívat – jinak by jí nebyla poskytnuta. Případné subjektivní údaje o nepoužívání je nutno posoudit prizmatem DNZS – tj. zda jde o každodenní nepoužívání ze zdravotních důvodů nebo jen občasné nepoužívání při dočasných otlacích nebo při chůzi na delší vzdálenosti, kdy z důvodu dyskomfortu osoba raději používá invalidní vozík.

b) Orientace:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

Výklad

Při posuzování schopnosti orientace se zkoumá, zda posuzovaná osoba má smyslové a duševní schopnosti k chápání v dostatečné míře toho kdo je, kde je a v jakém čase se nachází. Samotná porucha orientace v čase, není-li každodenní, opakovaná, však nepodmiňuje uznání závislosti. Uvedené jednotlivé schopnosti orientace musí být dostatečné i k chápání a řešení situací vyplývajících ze zvládnání ZŽP, které jsou realizované v obvyklém prostředí. Přiměřenost duševních kompetencí je nutno vztáhnout k věku a ke zvládnání základních životních potřeb. Obvyklost prostředí a situací se vztahuje k přirozenému sociálnímu prostředí a obvyklým každodenním situacím; za přiměřenost reakce se považuje reakce, která je obvyklá u osoby téhož věku v daném sociokulturním prostředí. U osob s poruchou smyslových schopností se zvládnání ZŽP hodnotí s využitím kompenzačních pomůcek.

c) Komunikace:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

Výklad

Při schopnosti zvládnání komunikace se zkoumají duševní a smyslové schopnosti, schopnosti mluvidel a jemná motorika rukou, které se podílí na schopnosti řeči,

mluvení a schopnosti psaní. Za schopnost zvládnání komunikace se nepovažuje hlas při používání elektrolarynxu u stavů po laryngektomii, protože nejde o schopnost řeči v přijatelném standardu. Základními obrazovými symboly se rozumí např. piktogramy signalizující místnost s WC, vyznačení přechodu pro chodce, světelná signalizace na přechodu pro chodce. Zvukovým signálem se rozumí např. troubení auta nebo oznámení poplachu. Běžnými komunikačními prostředky se rozumí schopnost telefonování (s facilitujícím prostředkem), psanou zprávou zpráva stručného obsahu a malého rozsahu (s facilitujícím prostředkem, zpráva psaná rukou, strojem nebo PC - záleží na zvyklostech jedince). U analfabetů nutno zkoumat, proč se psát osoba nenaučila, zda z důvodu nedostatečných duševních kompetencí nebo protože k tomu neměla příležitost nebo chuť nebo činnosti nikdy nebyla nucena požívat. V takovém případě se k neschopnosti psát nepřihlíží, protože osoba může využít facilitátor (má zachované kompetence a může se psát naučit).

d) Stravování:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.

Výklad

Při schopnosti zvládnání stravování se zkoumají duševní a smyslové schopnosti, schopnost příjmu potravy a jemná motorika rukou. Zkoumá se, zda posuzovaná osoba je schopna si vybrat samostatně hotovou stravu v tekutém i pevném stavu, nápoje si nalít, tekutou a pevnou stravu dát na talíř, stravu naporcovat (přičemž za přijatelný standard lze připustit i použití lžice), přemístit stravu (přenést, přesunout, převézt na vozíku tzn., že způsob přemístění není rozhodující) na místo konzumace (na stůl), a to i s použitím potřebných pomůcek, stravu požit obvyklým způsobem (přičemž za přijatelný standard lze připustit i použití lžice). Při hodnocení schopnosti dodržování diety se hodnotí, zda osoba má dostatek duševních schopností nutných k vybrání stravy odpovídající nařízené dietě.

e) Oblékání a obouvání:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

Výklad

Při schopnosti zvládnání oblékání a obouvání se zkoumají duševní a smyslové schopnosti a fyzické schopnosti (schopnost vstávání a usedání, ohnutí horních a dolních končetin a přiměřená motorika rukou). Jednotlivé aktivity se zkoumají s využitím facilitujících prostředků; u osob se zdravotním postižením, zvl. pak s poruchami zraku, je důležité zhodnotit přínos sociální rehabilitace na zvládnání ŽŽP. Pro schopnost oblékat si dolní části těla (kalhoty a manipulace s oděvem) je podstatná schopnost opřít se nebo nadzvednout dolní končetiny a alespoň mírně nadzvednout hýždě.

f) Tělesná hygiena:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

Výklad

Při schopnosti zvládnutí tělesné hygieny se zkoumá stav duševních a fyzických schopností, včetně přiměřené motoriky rukou. Hodnotí se schopnost umytí se u umyvadla, v případě použití přenosného umyvadla (např. u lůžka nebo na jiném místě v bytě, pokud není koupelna) musí existovat schopnost osoby nádobu připravit, zajistit vodu a vylít. Dále se hodnotí schopnost celkové hygieny, tj. umýt si celé tělo postupným umýváním jednotlivých částí, kdy posudkově rozhodné není místo provádění celkové hygieny, vybavení ani technický způsob provedení (ve stoje, v sedě, ve sprše nebo ve vaně). Tyto schopnosti se hodnotí i s využitím facilitátorů jako opěrných pomůcek, madel, sedáku ve vaně, protiskluzové podložky, včetně zdravotně přiměřeného holícího přístroje aj.

g) Výkon fyziologické potřeby:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

Výklad

Při schopnosti zvládnutí výkonu fyziologické potřeby se zkoumá stav duševních a fyzických schopností, včetně motoriky rukou. Nehodnotí se schopnost chůze, tedy dosažení WC ani manipulace s oděvem v souvislosti s WC- to je předmětem jiných ZŽP. Podstatná však je, podobně jako u oblékání, schopnost opřít se o nohy nebo dolní končetiny, nazvednout se, posadit se na WC/ přemístit se na WC (např. z lůžka, z invalidního vozíku), vyprázdnit se (i použitím léčebných prostředků) a otřít se. Za včas použité WC se považuje situace, kdy se osoba včas vyprázdní do WC; občasné selhání osoby z důvodu, že to nestihne a ušpiní se, není posudkově rozhodné. U močení lze za včasné použití WC považovat situaci, kdy v důsledku lehké inkontinence dojde k lehkému předčasnému úniku moče, ale převážná kapacita močového měchýře je vyprázdněna fyziologickým způsobem nebo kdy k selhání dojde jen někdy (např. při rozrušení, smíchu, kašli). U použití hygienických pomůcek je podstatná schopnost jak zavedení pomůcky, tak odstranění pomůcky. Jedná se nejčastěji o menstruační vložky, vložky- absorpční pomůcky při inkontinenci moče, stomické sáčky.

h) Péče o zdraví:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

Výklad

Při schopnosti zvládnutí výkonu péče o zdraví se zkoumá stav duševních a fyzických schopností, včetně jemné motoriky rukou, popř. i smyslových schopností pokud jsou

potřebné ve vztahu ke konkrétním opatřením (např. zrak pro aplikaci inzulínu). Schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se hodnotí vždy ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem. V případě, kdy určitý režim (rehabilitace, převazy, inhalace) nebo aplikace injekcí nebo používání pomůcky nejsou nařízeny nebo nejsou každodenní, nehodnotí se tyto skutečnosti stejně jako opatření preventivní. Nepřihlíží se k hyperprotektivní péči osob blízkých o zdravotně postižené, u nichž takovou péči charakter DNZS nevyžaduje a je poskytována nad rámce schopností posuzované osoby. Při dodržování léčebného režimu je nutno vzít v úvahu facilitátory jako např. dávkovače léků aj. Schopnost dodržování diety se v rámci této ZŽP nehodnotí, neboť je součástí hodnocení ZŽP stravování.

Léčebným režimem se rozumí soubor opatření, která podporují léčbu a minimalizují její možná rizika, včetně doporučení úpravy životního stylu. V případě malých dětí (předškolního věku) lze proto při uznání potřeby mimořádné péče zohlednit na přechodnou dobu i mimořádnou péči v oblasti úpravy a nácviku životního stylu (např. astmatika, epileptika, dítěte s nutností dietního stravování aj.). Musí se tedy jednat o režim, který je v příčinné souvislosti se zdravotním postižením (DNZS), je každodenní v důsledku každodenních postupů, výkonů nebo opatření.

i) Osobní aktivity:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

Výklad

Při schopnosti zvládnutí výkonu osobní aktivity se zkoumá stav duševních, smyslových a fyzických schopností. Hodnotí se, zda osoba je schopna navazovat vztahy s osobami blízkými, ale i jinými, které se v jejím přirozeném sociálním prostředí vyskytují, plánovat si a dodržet denní program. Dále se hodnotí schopnosti ve vztahu k pravidelnému každodennímu vykonání aktivit, a to vzhledem k věku a vzhledem k aktivitám vykonávaným před vznikem DNZS. Za aktivity se považují činnosti, které souvisí s realizací každodenních základních životních potřeb, velmi často až každodenně se opakující. U osob do 18 let věku se hodnotí jako aktivita obvyklá věku schopnost zapojit se do předškolní výchovy nebo do základní školní docházky nebo do přípravy na budoucí povolání. Za neschopnost vzdělávání se považuje stav, kdy osoba k tomu vyžaduje každodenní osobní asistenci. U osob v produktivním věku se za neschopnost zaměstnání považuje stav, kdy osoba invalidní ve třetím stupni vyžaduje k výkonu zaměstnání osobní asistenci; skutečnost, že invalidní osoba nepracuje, není pro účely tohoto právního předpisu posudkově rozhodná. U volnočasových aktivit (které by měly být opakujícího se, až každodenního charakteru) a vyřizování svých záležitostí se přihlíží i k situaci před vznikem DNZS. Volnočasovými aktivitami se rozumí návštěva kroužků, kulturní a sportovní aktivity, kontakt s vrstevníky či známými osobami. Svými záležitostmi se rozumí osobní věci související s existencí ve společnosti, kontakt s úřady apod., zde je nutno zohlednit individuální situaci posuzované osoby a její potřeby- tj. dosadit konkrétní skutečnosti ze života posuzované osoby. Pokud zdravotně postižená osoba při svých aktivitách potřebuje každodenně přítomnost a pomoc asistenta, pak aktivity nezvládá. Rovněž se musí vzít v úvahu realizace této potřeby s facilitátory.

j) Péče o domácnost:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.

Výklad

Při schopnosti zvládnutí výkonu péče o domácnost se zkoumá rozsah duševních a fyzických schopností, včetně chůze a jemné motoriky rukou. Schopností nakládat s penězi se rozumí schopnost vést domácí rozpočet a manipulovat s penězi v jeho rozsahu, v rozsahu příjmů posuzované osoby. To znamená rozeznat hodnotu jednotlivých bankovek a mincí a schopnost realizovat zaplacení potřebných osobních nákladů a nákladů domácnosti. V rámci zajištění chodu domácnosti se hodnotí rozsah schopností souvisejících s udržováním chodu domácnosti, ovládnutím běžných domácích spotřebičů (např. sporák, mikrovlnná trouba, lednice, rozhlas, TV), manipulací s běžnými předměty (nádobí, oblečení, potraviny), s běžným úklidem (povrchy), obsluhou topení (ovládat kohouty u topení, event. tlačítka elektrického a plynového kotle, WAW, akumulčních kamen event. přiložení uhlí a dřeva do kamen). Nehodnotí se donáška uhlí. Běžným úklidem se rozumí každodenní činnosti jako např. mytí nádobí (nikoliv mytí oken, velké prádlo, převlékání lůžka či jiné činnosti, které se nevykonávají denně, ale s malou frekvencí). Uvařením teplého jídla se rozumí uvaření jednoduchého teplého jídla, tj. polévky a hlavního jídla s malým počtem surovin. U obstarání nákupu se jedná o běžný každodenní nákup - výběr zboží, jeho umístění do nákupního koše, tašky a zaplacení nákupu, nikoliv o velký nákup. Posudkově rozhodné není způsob dopravení nákupu (donesení nebo dovezení), ale naplnění cíle - obstarání nákupu. Opět je nutno vzít v úvahu využití facilitátorů při provádění péče o domácnost.

Tato základní životní potřeba se nehodnotí u osob do 18 let věku.

MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D. v. r.

ředitel odboru posudkové služby

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

Odbor posudkové služby

V Praze dne 27. února 2012

Č. j.: 2012/10560 – 721

Vyřizuje: MUDr. Jaroslava Koščálová

MUDr. Marta Dindošová

Výklad pro posudkovou službu sociálního zabezpečení

Posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

I. Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

§ 8

Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti

(1) Okresní správy sociálního zabezpečení posuzují zdravotní stav a pracovní schopnost fyzických osob pro účely sociálního zabezpečení a pro účely poskytnutí dávek a mimořádných výhod podle jiných právních předpisů9b) při zjišťovacích a kontrolních lékařských prohlídkách. Za tím účelem posuzují

e) schopnost zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace pro účely příspěvku na mobilitu a pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením a zda jde pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku o osobu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí nebo s těžkým sluchovým postižením nebo s těžkým zrakovým postižením anebo s těžkou nebo hlubokou mentální retardací a zdravotní stav nevyklučuje poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku,

g) stupeň závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči a pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením.

(4) Úkoly okresní správy sociálního zabezpečení uvedené v odstavci 1 může plnit pouze lékař.

(8) Při posuzování podle odstavce 1 vychází okresní správa sociálního zabezpečení zejména z nálezu ošetřujícího lékaře, popřípadě výsledků

funkčních vyšetření a výsledků vlastního vyšetření lékaře, který plní úkoly okresní správy sociálního zabezpečení podle odstavce 1, a z podkladů stanovených jinými právními předpisy. Při posuzování podle odstavce 1 lze vycházet také z podkladů vypracovaných lékařem určeným Českou správou sociálního zabezpečení.

Výklad

Právní úprava dává kompetenci k posuzování zdravotního stavu pro účely zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením okresním správám sociálního zabezpečení s tím, že uvedený úkol může plnit pouze lékař. Do procesu posuzování mohou být zapojeni i lékaři, kteří nejsou „kmenovými“ pracovníky orgánu sociálního zabezpečení, ale pro orgán sociálního zabezpečení pracují – jde o lékaře, které orgán sociálního zabezpečení určuje k plnění určitých cílených pracovních úkolů a povinností spojených s posudkovým procesem. Současně se vymezují základní vstupní informace, z nichž se při posuzování vychází. Je nutno spolehlivě a přesvědčivě zjistit zdravotní stav, a to dostatečně objektivizovat tělesné, smyslové a duševní schopnosti posuzované osoby (příslušným odborným nálezem) ve vztahu k předmětu řízení. Pro posouzení není rozhodující diagnóza zdravotního postižení, ale jeho nepříznivé důsledky na funkční schopnosti. Tuto skutečnost dokládají lékařské nálezy, zprávy, ze kterých na základě klinických, laboratorních, zobrazovacích nebo jiných vyšetření vyplývá rozsah a tíže omezení funkce orgánu, systému a dopad zdravotního postižení na fyzické, duševní a smyslové schopnosti. Doložené lékařské nálezy a zprávy kromě obecných informací musí obsahovat cílené informace o zdravotním stavu, jež se vztahují k předmětu řízení. Posudkový orgán musí postupovat tak, aby byl zjištěn stav věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti, a to v rozsahu, který je nezbytný pro posouzení zdravotního stavu ve vztahu k posudkově medicínským kritériím daným právní úpravou a ve vztahu k předmětu řízení.

Výstupem z posouzení zdravotního stavu je písemný posudek, jehož stejnopis zašle orgán sociálního zabezpečení orgánu, který o posouzení požádal.

Při posuzování dle II. A, II. C se vychází navíc i z výsledků sociálního šetření – viz § 25 odst. 1 a 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

II. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů

Posuzování zdravotního stavu pro účely výše uvedeného zákona zahrnuje:

- A. Posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace pro účely příspěvku na mobilitu.
- B. Posuzování, zda jde pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku o osobu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí nebo s těžkým sluchovým postižením

nebo s těžkým zrakovým postižením anebo s těžkou nebo hlubokou mentální retardací a zdravotní stav nevyklučuje poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku.

- C. Posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace nebo posuzování stupně závislosti fyzické osoby pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením.

Při posuzování dle písmen A. a C. se vychází i z výsledků sociálního šetření.

Ad A. Posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace pro účely příspěvku na mobilitu.

§ 8

(1) Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace se pro nárok na příspěvek na mobilitu posuzuje podle zákona o sociálních službách stejným způsobem jako pro účely příspěvku na péči.

Výklad

Pro posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace pro účely příspěvku na mobilitu platí stejná pravidla jako pro posuzování pro účely příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Právní úprava stanovuje základní pravidla posuzování základních životních potřeb ve vztahu ke schopnosti jejich zvládnutí a potřeby každodenní pomoci, dohledu nebo péče jiné fyzické osoby nebo potřeby každodenní mimořádné péče jiné fyzické osoby. Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se vychází z existence dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a zhodnocení jeho funkčního dopadu na schopnost zvládat základní životní potřeby. Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Nevyžaduje se tedy každodenní zvládnutí základní životní potřeby ve 100 % kvalitě. Funkční schopnosti dané dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby (tj. se zachovanými funkčními schopnostmi) a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku. U osob do 18 let věku se hodnotí potřeba každodenní mimořádné péče, kterou se rozumí péče, která svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku. Podstatností se rozumí zvýšení rozsahu, intenzity nebo náročnosti péče o cca více než jednu třetinu oproti dítěti bez zdravotního postižení. Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby a při hodnocení potřeby mimořádné péče

se porovnává rozsah, intenzita a náročnost péče, kterou je třeba věnovat posuzované osobě se zdravotním postižením s péčí, kterou je třeba věnovat zdravé fyzické osobě téhož věku. Způsob hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby je uveden v části první vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace je uvedeno v příloze č. 1 k této vyhlášce.

a) Mobilita:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

Výklad

Při posuzování schopnosti mobility se zkoumá, zda posuzovaná osoba má dostatečné pohybové schopnosti a fyzickou zdatnost, a dále duševní a smyslové (zrakové) schopnosti. Zkoumá se, zda je posuzovaná osoba schopna chůze krok za krokem bez pomoci druhé osoby. Je - li osoba odkázána trvale na invalidní vozík z důvodu neschopnosti takové schůze, pak osoba není chůze schopna. Schopnost chůze se uzná v případě, že k chůzi používá posuzovaná osoba podpurné prostředky, ortézy, protézy, hole, berle, chodítko. Záleží na celkové fyzické a psychické zdatnosti posuzované osoby, zda tyto prostředky je schopna používat a svede s nimi chůzi. Posuzovaná osoba musí být chůze schopna v určitém dosahu, a to alespoň 200 m, který umožňuje realizovat aktivity v přirozeném sociálním prostředí. Připouští se možnost zastavení s odpočinkem a poté pokračování v další chůzi. Chůzí po nerovném povrchu se rozumí chůze po chodníku z dlažebních kostek, schopnost překonání obrubníků. Nezkoumá se např. schopnost chůze v kamenitém nebo kluzkém terénu.

Při změně polohy těla, stojí, při chůzi, chůzi do schodů, včetně použití dopravního prostředku, se stav hodnotí s facilitátory - jako je např. madlo, zábradlí, opěrné pomůcky, vhodná obuv, ortéza, protéza apod., event. s přidržováním o stěnu, nábytek.

Zaujímáním poloh se rozumí zvládnout polohu vsedě, ve stoje a vleže, neboť to jsou nejběžnější a nejčastější fyziologické polohy. U chůze po schodech není rozhodná plynulost chůze. U osob, které využívají invalidní vozík k mobilitě jen v určitých situacích (např. při cestování na delší vzdálenosti), je potřeba individuálně posoudit schopnost a rozsah chůze. Pro používání dopravního prostředku včetně bariérového je potřebná přiměřená fyzická schopnost, schopnost přidržovat se, zvládat vstávání, usedání a stoj, mít přiměřený rozsah hybnosti v kolenou a kyčlích k zvládnutí několika schodů nutných k výstupu nebo sestoupení z dopravního prostředku. Každodenně se opakující stavy agrese (objektivně přetrvávající i přes medikaci) nebo těžké mentální postižení s pozbytím rozpoznávacích a ovládacích schopností brání schopnosti používat hromadnou dopravu, ale nebrání obecně použít dopravní prostředek.

Pokud systém veřejného zdravotního pojištění poskytl osobě protézu, je nutno brát zřetel na to, že ji potřebuje a je schopna ji využívat – jinak by jí nebyla poskytnuta.

Případné subj. údaje o nepoužívání je nutno posoudit prizmatem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu – tj. zda jde o každodenní nepoužívání ze zdravotních důvodů nebo jen občasné nepoužívání při dočasných otlacích nebo při chůzi na delší vzdálenosti, kdy z důvodu dyskomfortu osoba raději používá invalidní vozík.

b) Orientace:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

Výklad

Při posuzování schopnosti orientace se zkoumá, zda posuzovaná osoba má smyslové a duševní schopnosti k chápání v dostatečné míře toho kdo je, kde je a v jakém čase se nachází. Samotná porucha orientace v čase, není-li každodenní, opakovaná, však nepodmiňuje uznání závislosti. Uvedené jednotlivé schopnosti orientace musí být dostatečné i k chápání a řešení situací vyplývajících ze zvládnutí základních životních potřeb, které jsou realizované v obvyklém prostředí. Přiměřenost duševních kompetencí je nutno vztáhnout k věku a ke zvládnutí základních životních potřeb. Obvyklost prostředí a situací se vztahuje k přirozenému sociálnímu prostředí a obvyklým každodenním situacím; za přiměřenost reakce se považuje reakce, která je obvyklá u osoby téhož věku v daném sociokulturním prostředí. U osob s poruchou smyslových schopností se zvládnutí základních životních potřeb hodnotí s využitím kompenzačních pomůcek.

Ad B. Posuzování, zda jde pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku o osobu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí nebo s těžkým sluchovým postižením nebo s těžkým zrakovým postižením anebo s těžkou nebo hlubokou mentální retardací a zdravotní stav nevyklučuje poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku.

§ 9

Podmínky nároku na příspěvek na zvláštní pomůcku

(1) Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku.

(2) Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení motorového vozidla má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardací charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku.

(3) Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok.

(4) Zdravotní postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou uvedeny v příloze k tomuto zákonu.

Výklad

Z medicínského hlediska se jedná o následující okruhy zdravotních postižení určených pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku:

- těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo
- těžké sluchové postižení anebo
- těžké zrakové postižení.

Pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení motorového vozidla:

- těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo
- těžkou nebo hlubokou mentální retardací.

Základní podmínkou zdravotního postižení je jeho nepříznivost vycházející z charakteru a tíže postižení a dlouhodobost. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav znamená tedy přítomnost obou komponent, tj. nepříznivosti a dlouhodobosti, která trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy je předpoklad, že bude trvat déle než 1 rok. Stavy s předpokladem úpravy nepříznivých funkčních důsledků zdravotního postižení do 1 roku do výše uvedených kategorií nepatří.

Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou taxativně uvedeny v příloze k zákonu č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. To znamená, že není možné využít institut srovnatelnosti funkčního dopadu zdravotního postižení osoby, které není v příloze uvedeno, s funkčním dopadem zdravotního postižení, které v příloze uvedeno je. Zdravotní stav vylučující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku uvedený v písmenu a) je obecnou kontraindikací, a to v případě, způsobuje-li nemožnost samostatného účelného užívání pomůcky. Kontraindikace uvedené v písmenu b) a c) platí jen ve vztahu k vodicímu psovi.

§ 26

Povinnosti žadatele o dávku

(1) Žadatel o dávku je povinen

a) podrobit se vyšetření zdravotního stavu lékařem plnicím úkoly okresní správy sociálního zabezpečení, popřípadě lékařem určeným Českou správou sociálního zabezpečení, podrobit se vyšetření zdravotního stavu ve zdravotnickém zařízení určeném okresní správou sociálního zabezpečení anebo jinému odbornému vyšetření, předložit určenému zdravotnickému zařízení lékařské nálezy ošetřujících lékařů, které mu byly vydány, sdělit a doložit další údaje, které jsou významné pro vypracování posudku, nebo poskytnout jinou součinnost, která je potřebná k vypracování posudku, je-li

k tomu okresní správou sociálního zabezpečení vyzván, a to ve lhůtě, kterou okresní správa sociálního zabezpečení určí,

Výklad

K posuzování zdravotního stavu je nezbytná součinnost posuzovaného žadatele o dávku s příslušnou okresní správou sociálního zabezpečení při zjišťování zdravotního stavu. Proto se mu stanovuje povinnost podrobit se vyšetření zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření, povinnost předložit určenému zdravotnickému zařízení lékařské nálezy ošetřujících lékařů, které mu byly vydány, sdělit a doložit další údaje, které jsou významné pro vypracování posudku, nebo poskytnout jinou součinnost, která je potřebná k vypracování posudku, je-li k tomu okresní správou sociálního zabezpečení vyzván, a to ve lhůtě, kterou okresní správa sociálního zabezpečení určí. Mechanismus součinnosti v oblasti zjišťování zdravotního stavu zajišťuje i zainteresovanost pojištěnce na kvalitě a spolehlivosti posudkového procesu.

Příloha k zákonu č. 329/2011 Sb.

Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání

I. Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku

1. Za těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí se považuje:

a) anatomická ztráta obou dolních končetin v bércích a výše,

Výklad

Jde o stav, který je jednoznačně definován po stránce chybění obou dolních končetin bez ohledu na stav a délku amputačních pahýlů, funkčnost či nefunkčnost protéz.

b) funkční ztráta obou dolních končetin na podkladě úplné obrny (plegie) nebo těžkého ochrnutí,

Výklad

Jde o paraplegii nebo těžkou paraparézu DK. Plegie znamená, že není motorická ani senzorická funkce v celém rozsahu končetiny, svalová síla je 0, tento funkční nález musí být prokázán na obou DK. Při těžké paréze není možný pohyb proti gravitaci, svalová síla dosahuje stupně 1 – 2 v celém rozsahu obou končetin, opěrná funkce obou DK je těžce narušena u spastické formy, u chabé chybí, chůze i s vydatnou oporou prakticky nemožná.

c) anatomická ztráta podstatných částí jedné horní a jedné dolní končetiny v předloktí a výše a v bérce a výše,

Výklad

Jde o stav, kdy podstatnou ztrátou se rozumí amputace na úrovni předloktí a bérce bez ohledu na stav a délku amputačního pahýlu, funkčnost či nefunkčnost protéz.

d) funkční ztráta jedné horní a jedné dolní končetiny na podkladě úplné obrny (plegie) nebo těžkého ochrnutí,

Výklad

Plegie znamená, že není motorická ani senzorická funkce v celém rozsahu končetiny, svalová síla je 0, tento funkční nález musí být prokázán na obou končetinách. Při těžké paréze není možný pohyb proti gravitaci, svalová síla dosahuje stupně 1 – 2 v celém rozsahu obou končetin, stav se blíží plegii končetin, chůze i s vydatnou oporou prakticky nemožná.

e) ankylóza obou kyčelních kloubů nebo obou kolenních kloubů nebo podstatné omezení hybnosti obou kyčelních nebo kolenních kloubů pro těžké kontraktury v okolí,

Výklad

Ankylóza je vazivové nebo kostěné spojení vznikající v důsledku onemocnění, úrazu či chirurgického výkonu nahrazující původní kloubní spojení. Jedná se o ztuhlost kloubu se ztrátou pohyblivosti kloubu. Ankylóza musí být přítomna na obou kyčelních nebo obou kolenních kloubech. K ztuhnutí kloubu může dojít v různém postavení kloubu, čím větší je ankylóza ve flexi, tím horší jsou podmínky pro chůzi. Podstatným omezením hybnosti se rozumí omezení hybnosti o 2/3 rozsahu kloubních exkurzí, přitom posudkově rozhodné je zejména omezení rozsahu flexe.

f) ztuhnutí všech úseků páteře s těžkým omezením pohyblivosti alespoň dvou nosných kloubů dolních končetin,

Výklad

Jedná se o kombinaci několika postižení pohybového systému s těžkými funkčními následky, tj. postižení celé páteře a dvou nosných kloubů – kyčlí, kolen nebo kolena a kyčle, přičemž těžkým omezením pohyblivosti se rozumí snížení kloubních exkurzí (nejvýznamnějším parametrem je omezení rozsahu flexe) pod kritické hodnoty pro běžný život, tj. o polovinu až dvě třetiny jejich rozsahu.

g) těžké funkční poruchy pohyblivosti na základě postižení tří a více funkčních celků pohybového ústrojí s případnou odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, pánev, končetina,

Výklad

Jedná se o kombinaci několika (tří a více) postižení pohybového systému s těžkými funkčními následky na pohyblivost, např. kombinaci těžkého postižení několika úseků páteře a těžkého postižení nosných kloubů dolních končetin nebo uvolňování a nestabilitu pánevního pletence se středně těžkými parézami dolních končetin nebo nedostatečný vývin dvou končetin a hrudníku (či jeho deformity) nebo těžké atrofie trupového a končetinového svalstva s odkázaností na invalidní vozík a jiné. Není-li těžce postižena funkce alespoň jedné dolní končetiny, postižení ostatních systémů zpravidla nemá podstatný vliv na pohyblivost. Odkázanost na vozík pro invalidy musí být dlouhodobá (déle než rok) a je dána pohybovým selháním při chůzi mimo přirozené prostředí (byt, nejbližší okolí bydliště).

h) disproporční poruchy růstu provázené deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška postiženého po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm,

Výklad

Jedná se o chondrodystrofii nebo nanismus jakéhokoliv původu, provázené výše uvedenými deformitami a malým vzrůstem do 120 cm. Ukončení růstu musí být doloženo odborným lékařským nálezem.

i) anatomická ztráta dolní končetiny ve stehně s krátkým pahýlem bez možnosti oprotézování nebo exartikulace v kyčelním kloubu,

Výklad

Jde o stav, který je definován po stránce chybění části těla, tj. dolní končetiny. Nemožnost oprotézování je zpravidla daná funkčně nepříznivým celkovým zdravotním stavem nebo nepříznivými lokálními poměry – krátkým pahýlem, deformitami nebo dlouhodobými trofickými změnami, které vedou k neposkytnutí protézy ze systému veřejného zdravotního pojištění. Za krátký pahýl se považuje pahýl kratší 1/3 stehna, i když jej lze v některých případech oprotézovat, ale stav nezajišťuje plnohodnotnou chůzi. V případě exartikulace v kyčelním kloubu se oprotézování nezohledňuje.

j) anatomická nebo funkční ztráta končetiny,

Výklad

Jde o stav po amputaci horní nebo dolní končetiny, stav funkčně významného omezení vývoje končetiny, plegie končetiny nebo takové postižení končetiny, kdy končetina neplní svoji funkci ve vztahu k činnostem, které jsou potřebné pro ovládání, řízení motorového vozidla, usnadňování nastupování a nakládání vozíku do něj, pro provádění celkové hygieny a WC, ovládání počítače nebo volný a samostatný pohyb v bytě. Z důvodů výše citovaných funkčních deficitů stav pak vyžaduje poskytnutí zvláštních pomůcek ve smyslu vyhlášky č. 388/2011 Sb. (příloha 1 část I). Za funkční ztrátu končetiny lze považovat rovněž i částečnou anatomickou ztrátu končetiny, pokud její důsledky jsou jako výše zmiňované.

k) anatomická nebo funkční ztráta obou horních končetin.

Výklad

Jde o stav po amputaci obou horních končetin funkčně významného rozsahu, stav funkčně významného omezení vývoje obou horních končetin nebo takové postižení obou končetin, kdy končetiny neplní svoji funkci. Pro účely tohoto zákona lze již ztrátu obou rukou považovat za ztrátu obou horních končetin.

2. Za těžké zrakové postižení se považuje:

a) úplná nevidomost obou očí, ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí,

b) praktická nevidomost obou očí, zraková ostrost s optimální korekcí v intervalu 1/60 (0,02) - světlocit s jistou projekcí nebo omezení zorného pole do 5 - 10 stupňů od bodu fixace, bez omezení zrakové ostrosti,

c) těžká slabozrakost obou očí, zraková ostrost s optimální korekcí v intervalu 3/60 (0,05) - lepší než 1/60 (0,02),

d) ztráta jednoho oka nebo ztráta visu jednoho oka se závažnější poruchou zrakových funkcí na druhém oku, visus vidoucího oka roven nebo horší než 6/60 (0,10) nebo koncentrické zúžení zorného pole do 45 stupňů od bodu fixace.

Výklad

Vymezují se úrovně závažných očních poruch podle rozsahu omezení vizu a zorného pole.

3. Za těžké sluchové postižení se považuje:

a) oboustranná úplná hluchota, neschopnost slyšet zvuky a rozumět řeči ani s nejvýkonnějším sluchadlem nebo přetrvávající neschopnost slyšení po implantaci kochleární nebo kmenové neuroprotézy,

b) oboustranná praktická hluchota, ztráta sluchu při tónové audiometrii v rozsahu 70 - 90 dB, zbytkový sluch se ztrátou slyšení 85 - 90 %, sluchově postižený je schopen vnímat zvuk mluvené řeči jen se sluchadlem, ale rozumí jí jen minimálně (z 10 - 15 %), přes používání kompenzační pomůcky nebo po implantaci kochleární nebo kmenové neuroprotézy,

c) těžká forma hluchoslepoty, kombinované těžké postižení sluchu a zraku, funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta sluchu v rozsahu 56 - 69 dB, ztráta slyšení 65 - 84 % až ztráta sluchu v rozsahu oboustranné hluchoty a ztráta zraku v rozsahu těžké slabozrakosti obou očí,

kteřou se rozumí zřaková ostřost s optimální korekcí v intervalu 3/60 (0,05) - lepší než 1/60 (0,02).

Výklad

Vymezují se úřovně těžkého sluchového postižení. V hodnocení podle Föwlera se pod úplnou hluchotou rozumí taková porucha sluchu, při které sluchově postižený s jakýmkoliv zesílením zvuku nevnímá zvuk, pouze případné vibrace. V případě implantace kochleární nebo kmenové neuroprotézy je posudkově rozhodné zhodnocení úspěšnosti zákroku; přínos implantátu z hlediska slyšení a komunikace lze zpravidla zhodnotit po 2 až 3 letech.

4. Za zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení motorového vozidla se považují:

a) zdravotní postižení uvedená v bodě 1 písm. a), b), d) až i),

b) těžká nebo hluboká mentální retardace a stavy na rozhraní těžké mentální retardace.

Výklad

Zdravotní postižení uvedená v písmenu a) představují stavy s velmi těžkou poruchou mobility bez ohledu na její etiologii.

U zdravotních postižení uvedených v písmenu b) se jedná o vrozenou nebo raně získanou (do 2 let věku) poruchu intelektu projevující se závažným postižením rozumových schopností. Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence; pro stanovení diagnózy a stupně retardace je rozhodující po vyšetření klinickým psychologem vyjádření psychiatra. Při těžké mentální retardaci se IQ pohybuje v pásmu 20 až 34, hodnoty IQ pod 20 odpovídají hluboké mentální retardaci. Stavy s IQ těsně nad hranicí těžké mentální retardace (tj. 34) spojené s dalšími poruchami, například poruchou chování nebo sociability, se považují za stavy na rozhraní těžké mentální retardace. U malých dětí v předškolním věku nelze spolehlivě hodnotit mentální postižení dle IQ; obtížně lze stanovit také přesnou míru poruchy intelektu, proto mentální postižení u těchto dětí je nutno posuzovat velmi individuálně, spíše na základě retardačního kvocientu (opozdění psychomotorického vývoje) s přihlédnutím k dalším poruchám, jako např. k poruchám chování; pro stanovení mentální úřovně dítěte s pervazivní poruchou a narušením verbálního myšlení se používají vývojové škály např. Gesell, Bayleová, PEP, APEP (diagnostická metoda by měla být součástí vyšetření klinickým psychologem); v případech, kde rozsah a tíže mentálního postižení u malého dítěte byla stanovena jen na základě retardačního kvocientu, se stanoví doba platnosti posudku na kratší dobu cca 2 až 3 roky, neboť další biopsychosociální vývoj dítěte a možnost přesnější diagnostiky ve vyšším věku dítěte může prokázat jinou tíži poruchy nebo dokonce zcela jinou poruchu.

Dané ustanovení se nevztahuje na demenci, kterou se oproti mentální retardaci rozumí snížení již nabytých intelektových schopností; může k ní dojít po dosažení 2 let věku jedince.

II. Zdravotní stav vylučující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku (kontraindikace)

a) duševní poruchy, poruchy chování a poruchy intelektu se závažnou poruchou, s narušením rozpoznávacích a ovládacích schopností, stavy závislosti na návykové látce nebo návykových látkách, způsobují-li nemožnost užívání pomůcky,

Výklad

Z důvodů výše uvedených duševních poruch a závislostí osoba není schopna přímo bez zprostředkování (bez pomoci či dohledu jiné fyzické osoby) zvláštní pomůcku ovládat a využívat, tj. nemůže účelně využít benefit zvláštní pomůcky; těžká nebo hluboká mentální retardace a stavy na rozhraní těžké mentální retardace však nejsou kontraindikací v případě příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení motorového vozidla, neboť v tomto případě se jedná o jednu z indikací.

b) hluchoněmost; tato kontraindikace platí jen ve vztahu k vodicímu psovi,

Výklad

Hluchoněmost je chorobný stav způsobený ztrátou sluchu buď vrozenou, nebo získanou v časném dětství. Němota je přidruženým jevem a její příčinou je hluchota vzniklá před začátkem vývoje řeči. Hluchoněmý nemůže dávat psovi řečové povely.

c) těžká polyvalentní alergie a alergie na zvířecí srst; tato kontraindikace platí jen ve vztahu k vodicímu psovi.

Výklad

Přítomnost psa ve výše uvedených případech by mohla vést ke zhoršení rozsahu a stupně alergie.

Ad C. Posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace nebo posuzování stupně závislosti pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením.

§ 34

(1) Osobám, kterým byl podle zákona o sociálních službách přiznán příspěvek na péči, a osobám, kterým byl přiznán příspěvek na mobilitu nebo příspěvek na zvláštní pomůcku, vydává krajská pobočka Úřadu práce podle jiného právního předpisu kartu sociálních systémů, která současně v zákonem stanovených případech slouží jako průkaz osoby s těžkým zdravotním postižením (průkaz TP) nebo průkaz osoby se zvláště těžkým zdravotním

postižením (průkaz ZTP) anebo průkaz osoby se zvlášt' těžkým zdravotním postižením s potřebou průvodce (průkaz ZTP/P).

(2) Průkaz osoby se zdravotním postižením uvedený v odstavci 1 náleží též osobě starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace nebo je uznána závislou na pomoci jiné osoby podle zákona o sociálních službách.

(3) Průkaz TP náleží osobám, které jsou podle zákona o sociálních službách považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni I (lehká závislost).

(4) Průkaz ZTP náleží osobám, které jsou podle zákona o sociálních službách považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost), a osobám starším 18 let, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace z důvodu úplné nebo praktické hluchoty.

(5) Průkaz ZTP/P náleží osobám, které jsou podle zákona o sociálních službách považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost), a osobám, u kterých bylo pro účely příspěvku na mobilitu zjištěno, že nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, s výjimkou osob uvedených v odstavci 4.

Výklad

Právní úprava stanoví komu náleží jednotlivé typy průkazů a co se v tomto typu řízení posuzuje. Při posuzování zdravotního stavu a jeho funkčních důsledků se postupuje podle pravidel a kritérií platných pro posuzování stupně závislosti ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a jeho prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

Osobě starší 18 let neschopné zvládat základní životní potřebu v oblasti orientace z důvodu úplné nebo praktické hluchoty, které je z důvodu jiných zdravotních postižení uznána závislost ve stupni III nebo IV, náleží průkaz ZTP/P.

Osobě neschopné zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace náleží průkaz ZTP/P (s výjimkou osob uvedených v § 34 odst. 4) i v případě, že jí byla uznána závislost ve stupni I nebo II.

Osobě mladší 18 let neschopné zvládat základní životní potřebu v oblasti orientace z důvodu úplné nebo praktické hluchoty náleží průkaz ZTP/P.

§ 35

(3) Pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením požádá krajská pobočka Úřadu práce příslušnou okresní správu sociálního

zabezpečení o posouzení schopnosti žadatele zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace a o posouzení stupně závislosti; při rozhodování o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením vychází krajská pobočka Úřadu práce z tohoto posudku.

Výklad

V uvedeném typu řízení se posuzují skutečnosti požadované zadavatelem, tj. posouzení schopnosti žadatele zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace a posouzení stupně závislosti podle příslušných posudkových kritérií a zásad.

V případě, že je z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu prokázána neschopnost zvládat základní životní potřebu v oblasti orientace, posudkový orgán do posudku uvede, zda jde o osobu s úplnou nebo praktickou hluchotou nebo hluchoslepu nebo o osobu s praktickou nebo úplnou nevidomostí. Tato druhá skutečnost nevyplývá přímo z § 25 odst. 4 zákona o sociálních službách, ale z ustanovení § 2 odst. 2 vyhlášky č. 424/2011 Sb., o vzoru, náležitostech a provedení karty sociálních systémů, vzoru, náležitostech a provedení potvrzení o ztrátě, odcizení, poškození nebo zničení karty sociálních systémů a vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka pro účely vyznačení příslušného piktogramu na průkazu.

§ 38

Přechodná ustanovení

(1) Řízení o peněžitých dávkách sociální péče a mimořádných výhodách podle vyhlášky č. 182/1991 Sb., ve znění účinném do dne nabytí účinnosti tohoto zákona, zahájená a pravomocně neskončená přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona pověřenými obecními úřady, obecními úřady obcí s rozšířenou působností a orgány Ministerstva obrany, které jsou příslušné k rozhodování o dávkách důchodového pojištění vojáků z povolání, dokončí krajské pobočky Úřadu práce podle předpisů účinných do dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

(2) Řízení o odvolání proti rozhodnutí o dávkách sociální péče a mimořádných výhodách podle odstavce 1, zahájená a pravomocně neskončená přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona krajskými úřady a Ministerstvem obrany, dokončí ministerstvo podle předpisů účinných do dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

(8) U osob, kterým byly rozhodnutím obecního úřadu obce s rozšířenou působností přiznány mimořádné výhody II. nebo III. stupně podle předpisů účinných do dne nabytí účinnosti tohoto zákona, se po dobu platnosti průkazu osvědčujícího stupeň těchto mimořádných výhod, nejdéle však do 31. prosince 2015, považuje podmínka neschopnosti zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace stanovená v § 6 odst. 1 pro přiznání příspěvku na mobilitu za splněnou.

Výklad

Posouzení zdravotního stavu pro řízení podle § 38 odst. 1 a 2 budou provedena podle předchozí právní úpravy, tj. zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 182/1991 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Při stanovení doby platnosti posudku musí posudkový orgán postupovat individuálně s ohledem na charakter a závažnost zdravotního postižení, jím podmíněné poruchy pohyblivosti nebo orientace, s ohledem na očekávanou dynamikou vývoje zdravotního postižení a s přihlédnutím ke konsekvencím vyplývajícím z transformace předchozích benefitů do stávající právní úpravy. Průkazy mimořádných výhod osvědčující stupeň mimořádných výhod vydané podle předchozích předpisů zůstávají v souladu s § 38 odst. 7 zákona č. 329/2011 Sb. v platnosti nejdéle do 31. prosince 2015. U osob, kterým byly přiznány mimořádné výhody II. nebo III. stupně podle předchozích předpisů, se po dobu platnosti průkazu, nejdéle však do 31. prosince 2015, považuje podmínka neschopnosti zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace, která je stanovena pro přiznání příspěvku na mobilitu, za splněnou.

MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D., v. r.

ředitel odboru posudkové služby

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

Odbor posudkové služby

V Praze dne 27. února 2012

Čj.: 2012 / 10764 - 72

Vyřizuje : MUDr. Alena Váňová
MUDr. Hana Šobíšková
Mgr. Jarmila Táborská

Výklad pro posudkovou službu sociálního zabezpečení

Aplikace ustanovení § 56 odst. 6 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů

§ 56

Režim dočasně práce neschopného pojištěnce a místo pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti

(1) Režim dočasně práce neschopného pojištěnce stanoví ošetřující lékař při rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti. Režim dočasně práce neschopného pojištěnce může být ošetřujícím lékařem změněn v souladu se změnou zdravotního stavu.

2) Režim dočasně práce neschopného pojištěnce zahrnuje

a) stanovení individuálního léčebného postupu podle zvláštního právního předpisu,

b) povinnost zdržovat se v době dočasné pracovní neschopnosti v místě pobytu a dodržovat rozsah a dobu povolených vycházek; místem pobytu dočasně práce neschopného pojištěnce je místo, které pojištěnec sdělil ošetřujícímu lékaři při vzniku dočasné pracovní neschopnosti, nebo místo, na které změnil pobyt v souladu s odstavcem 3,

c) povolení vycházek, včetně jejich rozsahu a doby, pokud zdravotní stav pojištěnce a stanovený individuální léčebný postup tyto vycházky nevyklučuje,

(6) Vycházky podle odstavce 2 písm. c) může ošetřující lékař povolit pouze v rozsahu, který odpovídá zdravotnímu stavu dočasně práce neschopného pojištěnce a který nenarušuje stanovený léčebný režim. Ošetřující lékař může vycházky povolit podle věty první nejvýše v celkovém rozsahu 6 hodin denně, a to v době od 7 hodin do 19 hodin; přitom vymezí konkrétní časový úsek nebo časové úseky těchto vycházek. Výjimečně může ošetřující lékař v případech, kdy mimořádně náročný léčebný plán, probíhající intenzivní léčba, nepříznivé vedlejší účinky léčby nebo celkově závažný zdravotní stav neumožňují

pojištěnci, aby využil pevně stanovenou dobu vycházek, na žádost dočasně práce neschopného pojištěnce a po předchozím písemném souhlasu příslušného orgánu nemocenského pojištění uděleného na základě žádosti ošetřujícího lékaře povolit, aby si tento pojištěnec volil dobu vycházek podle svého aktuálního zdravotního stavu. Povolit vycházky podle věty třetí lze nejvýše na dobu 3 měsíců; takto lze vycházky povolit i opakovaně".

Výklad

Režim dočasně práce neschopného pojištěnce stanovuje ošetřující lékař a týká se v zásadě čtyř skutečností, a to:

- stanovení individuálního léčebného postupu (před 1. 4. 2012 se jedná o léčebný režim)
- místa pobytu, popř. změny místa pobytu
- povolení vycházek
- provádění pracovní rehabilitace, pokud ji zabezpečuje úřad práce.

Ošetřující lékař může povolit vycházky pouze v rozsahu, který odpovídá aktuálnímu zdravotnímu stavu dočasně práce neschopného pojištěnce a který nenarušuje individuální léčebný postup, který mu byl stanoven. Ošetřující lékař může vycházky povolit nejvýše v celkovém rozsahu 6 hodin denně, a to v době od 7 do 19 hodin. V této době ošetřující lékař vymezí konkrétní časový úsek nebo časové úseky vycházek. Rozhodnutí, zda budou vycházky povoleny v jednom konkrétním časovém úseku nebo v několika časových úsecích, je plně v kompetenci ošetřujícího lékaře. Ten postupuje individuálně a posoudí, v jakém rozsahu jsou vycházky vzhledem ke zdravotnímu stavu a obnovení pracovní schopnosti vhodné; přitom se přihlíží i k sociální situaci a nutnosti zajištění nezbytných potřeb práce neschopného pojištěnce. Režim vycházek se může v průběhu dočasné pracovní neschopnosti měnit dle vývoje zdravotního stavu a pracovní schopnosti.

Výjimečné jsou případy, kdy pojištěnec nemůže využít pevně stanovený režim vycházek. Ošetřující lékař může při mimořádně náročném léčebném plánu, probíhající intenzivní léčbě, nepříznivých vedlejších účincích léčby nebo celkově závažném zdravotním stavu na žádost pojištěnce a po předchozím písemném souhlasu orgánu nemocenského pojištění povolit, aby si pojištěnec volil dobu vycházek podle svého aktuálního zdravotního stavu. Je tak umožněno, aby v lékařsky odůvodněných případech měl pojištěnec možnost přizpůsobit si dobu vycházek svému zdravotnímu stavu.

Za mimořádně náročný léčebný plán se považuje takový postup, který obsahuje kvalitativně a kvantitativně náročnou léčbu z hlediska způsobu, frekvence a trvání jednotlivých léčebných metod, například u onkologicky nemocného v průběhu chemoterapie či radioterapie. Za mimořádně náročný léčebný plán lze považovat rovněž provádění pracovní rehabilitace zabezpečené úřadem práce na doporučení ošetřujícího lékaře.

Za intenzivní léčbu se považuje léčba opakovaná (3x a vícekrát týdně), náročná jak na čas, tak na součinnost práce neschopného pojištěnce. O Intenzivní léčbu se jedná například u pojištěnce podstupujícího hemodialýzu nebo peritoneální dialýzu nebo u pojištěnce, který absolvuje komplexní rehabilitaci nebo psychoterapii ve zdravotnickém zařízení formou stacionární péče.

Za nepříznivé vedlejší účinky léčby se považují dopady léčby cytostatiky u onkologicky nemocných nebo léčby v období prvních 3 měsíců po transplantaci orgánu.

Za celkově závažný zdravotní stav se považuje takový stav, kdy dochází k selhávání orgánů nebo se jedná o terminální stadium nemoci nebo jsou již projevy metastazujícího procesu, případně je přistoupeno k paliativní léčbě.

Při posuzování možnosti přizpůsobení si doby čerpání vycházek aktuálnímu zdravotnímu stavu pojištěnce se předpokládá, že půjde zejména o dlouhodobé dočasné pracovní neschopnosti, kde je již stanovena diagnóza i léčebný plán. Pro povolení tohoto režimu vycházek je rozhodující, aby měl ošetřující lékař dostatek informací o způsobu léčby, její náročnosti a délce. Informace o zdravotním stavu pojištěnce musí být předány i orgánu nemocenského pojištění, který je jedině oprávněný dát souhlas ke změně režimu vycházek. Proto se žádostí o povolení tohoto režimu vycházek předává ošetřující lékař orgánu nemocenského pojištění spolu s údaji o zdravotním stavu i údaje o způsobu léčby a podrobnosti o individuálním léčebném postupu. Orgán nemocenského pojištění je podle § 155 odst. 2 zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, povinen udělit souhlas nebo žádost o udělení tohoto souhlasu zamítnout do 5 pracovních dnů ode dne následujícího po dni, kdy mu žádost byla doručena. Jestliže v této lhůtě ve věci nevyrozmí orgán nemocenského pojištění ošetřujícího lékaře, má se za to, že souhlas byl udělen. Vyrozmění ošetřujícího lékaře musí být provedeno prokazatelným způsobem. Z výše uvedeného vyplývá, že postup podle § 56 odst. 6 nelze aplikovat již od prvního dne dočasné pracovní neschopnosti ani ode dne podání žádosti ošetřujícím lékařem, ale až ode dne udělení souhlasu orgánu nemocenského pojištění.

Ošetřující lékař může úpravu režimu vycházek povolit na dobu nejvýše 3 měsíců. Doporučuje se, aby tento režim ošetřující lékař zvážil a povolil zpravidla až po jednom měsíci trvání dočasné pracovní neschopnosti, kdy má již dostatek informací o zdravotním stavu, jeho vývoji, je již stanovena přesná diagnóza, stanoven individuální léčebný postup, známa předpokládaná délka léčení, popř. i dopady léčby na práci neschopného pojištěnce. Takto lze vycházky povolit i opakovaně vždy na základě individuálního posouzení a s ohledem na aktuální zdravotní stav pojištěnce.

Pokud orgán nemocenského pojištění žádost schválí, ošetřující lékař vyznačí schválený režim v průkazu dočasně práce neschopného pojištěnce a příslušnému orgánu nemocenského pojištění zašle na předepsaném tiskopisu hlášení o změně režimu vycházek dočasně práce neschopného pojištěnce, a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy byla provedena změna režimu vycházek dočasně práce neschopného pojištěnce.

MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D., v.r.

ředitel odboru posudkové služby

Zavedení klasifikace MKF (ICF) v ČR a posudková služba

MUDr. Julie Wernerová, MPSV – odbor posudkové služby

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF) je součástí souboru klasifikací Světové zdravotnické organizace (dále WHO) podobně jako Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN). MKF byla schválena v roce 2001 na 54. světovém zdravotním shromáždění WHO a doporučena k mezinárodnímu používání. V České republice byla tato klasifikace zavedena Sdělením Českého statistického úřadu č. 431/2009 Sb. v listopadu 2009 s účinností od 1. července 2010. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, s účinností od 1. dubna 2013 zavádí MKF do systému zdravotní péče a práce ošetřujících lékařů a zdravotnických zařízení (par. 53, odst.2, písm. f)).

Klasifikace MKF je určena pro účely hodnocení stupně disability (tj. omezení nebo znemožnění některých běžných činností vyplývajících z poruchy), posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu. Příslušné klasifikační kódy dle klasifikace MKF musí být od 1. dubna 2013 uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní.

Uvedenou klasifikaci tedy primárně v České republice zavádí do praxe ošetřující lékaři a zdravotnických zařízení resort zdravotnictví. Resort práce a sociálních věcí a jeho lékařská posudková služba umí využívat výstupy ošetřujících lékařů/zdravotnických zařízení v klasifikaci MKF. Lékařská posudková služba se v problematice MKF opakovaně školí již od roku 2006. Klasifikaci byla věnována pozornost i v roce 2010 v rámci kulatého stolu mezi MPSV ČR a Ministerstvem práce, sociálních věcí a rodiny Slovenské republiky v Praze a v rámci semináře, které MPSV problematice MKF/ICF věnovalo. Řada lékařů resortu má již mezinárodní certifikát. Z uvedeného vyplývá, že lékaři posudkové služby jsou v MKF dobře orientováni a míra jejich znalostí systému je podstatně vyšší než u jiných kategorií zdravotnických pracovníků. Dále je třeba konstatovat, že resort práce a sociálních věcí již uvedenou klasifikaci implementoval do zákonů týkajících se posuzování zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení, a to do zákona o důchodovém pojištění a o sociálních službách, který se promítá i do dalších dávek pro zdravotně postižené osoby.

Individuální přístup k posuzovanému.

MUDr. Eva Vohryzková, ČSSZ – pracoviště Ústí nad Labem

Současnou humánní medicínu lze označit za vysoce vyspělou, technologickou, pracující s využitím všech výtěžků vědy a techniky, dostatečně komputerovanou. Přesto všechno základním stavebním kamenem při tvorbě diagnózy stále zůstává dobrá anamnéza a kvalitní vyšetření lékařem. Tak jako ve všech medicínských oborech tak i v posudkovém lékařství platí, že rozhovor s klientem přináší násobný užitek. Jednak navození slovního kontaktu vzbuzuje důvěru klienta v posuzujícího lékaře a pro posuzujícího lékaře vytváří dostatečný prostor pro otázky, které se mnohdy mohou zdát pro tázaného, ale i tazajícího nepříjemné. Zároveň již při rozhovoru může posuzující lékař nenásilně pozorovat například vnější projevy onemocnění, typy omezení hybnosti, bolestivé grimasy, způsob vyjadřování ale i konstatovat právě poruchu komunikace, poruchu smyslů, včetně poruchy řeči a podobně. Proto stále zůstává prioritním úkolem všechny zjišťovací prohlídky (kromě samozřejmě některých infaustních stavů) a všechny změnové posudky posuzovat za přítomnosti posuzovaného, s dostatečnou podkladovou odbornou dokumentací. (Ideálem by bylo provádět takto všechna posouzení zdravotního ať pro pojistné či nepojistné systémy.)

Při posouzení zdravotního stavu je třeba věnovat maximální pozornost stanovení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a zhodnotit odpovědně jeho dopad na funkci organismu. Při změnových posudcích je samozřejmým předpokladem, že bude posuzujícím lékařem dostatečně odborně posouzena dlouhodobá stabilizace zdravotního stavu, zhodnocení adaptace na zdravotní postižení a zhodnocení ostatních příčin DNZS na pokles pracovní schopnosti.

K ilustraci nutnosti individuálního přístupu k posuzovanému slouží následující kazuistiky.

Kazuistika č. 1

Posuzovaný F.O, narozený v r. 1951, vysokoškolsky vzdělaný. Z rodinné anamnézy je patrné, že oba rodiče jsou léčeni pro onemocnění kardiovaskulárního aparátu. Matka měla cévní mozkovou příhodu, otec je léčen pro arteriální hypertenzi a prodělal IM. 2 děti posuzovaného zemřely na cystickou fibrózu. V osobní anamnéze dominuje neléčená arteriální hypertenze od r.1974, s medikací až od r. 2007. Jinak je osobní anamnéza v předchorobí bezvýznamná. Pracovní anamnéza je pestrá. Absolvent Vysoké školy ekonomické byl na počátku své pracovní kariéry od r. 1971 12 let důstojníkem ČSLA. Od r. 1983 pracoval převážně na vyšších manažerských postech. V letech 2001 – 2009 byl osobou samostatně výdělečně činnou a realizoval se jako poradce pro krizové řízení firem.

Nynější onemocnění se projevilo v červenci 2008 brněním LHK, méně LDK, závrativými stavy, zvracením. Po několika dnech porucha řeči (vydával nearticulované zvuky), která se opakovala v následujících 3 dnech. Stěžoval si na

poruchu. Měl „okno“. Tyto stavy se opakovaly 5x. V r. 2009 při poslední atace pro kterou byl hospitalizován, byla provedena základní i specifická vyšetření. CT mozku, kde byla popsána postischemická pseudocysta v oblasti centrum semiovale vpravo – 9 mm. Magnetická rezonance (MRI) mozku prokazující drobná, v.s. postischemická ložiska oboustranně supratentoriálně, 2 ložiska paraventrikulárně vlevo charakteru subakutní ischemie. Neurologické vyšetření při příjmu konstatuje, že není fatická porucha, je významné oslabení svalové síly LHK a brnění LHK a LDK. ECHOkardiografické vyšetření srdce konstatuje mírnou dilataci a hypertrofii levé komory. Systolická funkce je dobrá, EF 65%. Internista konstatoval akceleraci hypertenze při TK 185/116. Oční vyšetření bylo bez patologického nálezu. Veškerá laboratorní vyšetření v normě.

Závěrečné diagnózy: arteriální hypertenze těžká, farmakorezistentní, recidivující TIA (5x) s expresivní afázií, levostrannou hemiparézou a výpadky paměti a hypertonická retinopatie vedly posuzovaného k podání žádosti o invalidní důchod. Posouzení pro zjištění invalidity bylo provedeno v červenci 2009. Byl uznán plně invalidním s datem vzniku 16.6.2009.

Kontrolní lékařskou prohlídkou v září 2010 byla konstatována změna stupně invalidity. Posouzení provedeno podle kapitoly IX, oddíl A, položka 8d – hypertenze a bylo konstatováno pokles míry pracovní schopnosti je již jenom 50%. V odůvodnění uvedeno, že se nejedná o farmakorezistentní hypertenzi (jak uvedeno v předchozích interních a kardiologických nálezech), ale spíše lze soudit na nespolupráci posuzovaného při léčbě.

Proti rozhodnutí ČSSZ podal posuzovaný námitku. Během přípravy řízení o námitkách bylo konstatováno, že posuzovaný nemá dokončená odborná vyšetření, proto bylo jednání odloženo. Posuzovaný v této době byl opakovaně s naším pracovištěm v kontaktu. Při každém setkání bylo jednání problematické. Kontakt s posuzovaným byl velmi obtížný pro špatnou, nesrozumitelnou řeč, nebyl schopen interpretovat text, nebyl schopen psát. Výbavnost dat a předchozích zážitků a dějů byla velmi útržkovitá, pomalá. Při jednání bylo patrné, jak ho jednání vyčerpává, není schopen udržet pozornost. Psychologické vyšetření popisuje difuzní kognitivní deficit, intelektovou úroveň v pásmu podprůměru, významné snížení vizuomotorické koordinace významně snížena (písmo, rychlost zpracování informací). Dále psycholog konstatuje, že řečová porucha snižuje verbální testy. Mnesticový deficit je dále prohlubován významně zhoršenou zrakovou a sluchovou pamětí. Významný pokles výkonnosti dále prohlubuje stres z nevykonnosti.

Při **námitkovém řízení** bylo konstatováno: Rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je postižení mozku po opakovaných mozkových příhodách při arteriální hypertenzi nejasné etiologie, která je obtížně korigovatelná medikamentózně. Přetrvává těžká porucha kognice a prohlubující se těžší porucha řeči a omezení hybnosti levostranných končetin. Významným negativním dopadem onemocnění je praktická ztráta zraku při těžké retinopatii.

Zdravotní stav lékař ČSSZ hodnotí jako těžké funkční postižení mozku s nejvýznamnějším dopadem v oblasti kognitivních funkcí, dále je výrazná porucha vyjadřování a porucha zraku. Všechna tato postižení mají dopad na duševní i fyzickou výkonnost a limitují schopnost zvládat denní aktivity.

Posouzeno podle kap. VI, položka 1, písmeno d – 70% - Těžké funkční postižení jako důsledek cévního postižení mozku.

Posuzovaný byl celoživotně až do roku 2008, kdy opakovaně prodělal cévní mozkovou příhodu, v rámci výkonu práce duševně velmi aktivní. Nápadné změny v chování a jednání, neschopnost souvislé řeči měly být pro posuzujícího lékaře I. instance upozorněním na těžké funkční postižení mozku, které je rozhodující příčinou invalidity a ne jenom hodnotit hypertenzi jako takovou. Při delší rozpravě lékaře s posuzovaným by tato skutečnost zcela jistě vyplynula napovrch.

Kazuistika č. 2

Posuzovaný J. K., narozený v r. 1978, vyučený zedníkem. Rodinná anamnéza je ve vztahu k posouzení bezvýznamná. Nikdy vážněji nestonal. Pracoval jako zedník až do 31.1.2011. Od 1.2.2011 je v evidenci Úřadu práce.

Dne 27. září 2011 utrpěl polytrauma na motorce. (Úraz zaviněný jinou osobou). Jednalo se o frakturu Th 9, léčenou osteosyntézou, frakturu diafýzy femuru vpravo, léčenou osteosyntézou, mnohočetnou zlomeninu žeber vpravo (zhojeno se vpáčením a těžkou deformitou hrudníku), frakturu pravé lopatky a luxaci pravého humeru s perforací do hrudníku. Po hospitalizaci, kdy provedena postupně všechna operační řešení, byl v péči odborných ambulancí. Trauma se postupně hojilo, nášlap na končetiny možný (problematické používání berlí pro úraz pravé poloviny hrudníku a PHK), přetrvávají obtíže s lopatkou, které se řeší.

Posuzující lékař I. Instance konstatuje při posouzení 22.2.2012, posuzovaný utrpěl polytrauma na motorce v září 2011, je v péči odborných ambulancí, trauma se hojí, je možný plný nášlap na končetiny, přetrvávají obtíže s lopatkou, které se řeší. Zdravotní stav není stabilizován, bude se vyvíjet a vzhledem k věku a celkovému zdravotnímu stavu lze předpokládat úzdrav. **Nejde o DNZS** (dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav).

Proti rozhodnutí ČSSZ podal účastník řízení námitku, že nebylo přihlédnuto ke všem odborným nálezům.

Na jednání o námitkách přichází obtížně s oporou 1 FH, vstává a usedá obtížně s oporou. Pravá DK je významně atrofická vůči levé. Jizvy na DK sytě červené až lividní, dle RTG linie lomu na pravém femuru je široká, reparace pomalá. Omezená hybnost pravého kolene pro významnou bolestivost. Jizva na zádech zhojená, lividní, omezené rozvíjení páteře. PHK na závěsu, atrofická, v podpažní jamce velká deformita po perforujícím úrazu. Oblast pravé lopatky projizvená, deformovaná, prakticky nepohyblivá po opakovaných operacích pro pokus o rekonstrukci lopatky (poslední před jednáním 1.3.2012, další 26.4.2012).

Zákon č. 155/1995 o důchodovém pojištění v platném znění ve svém § 26 říká: Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významně pro jeho pracovní schopnost, pokud tento stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok.

V případě posuzovaného J. K. je zcela zřejmé, že dopad polytraumatu na funkci organismu je tak rozsáhlý a jeho náprava bude tak dlouhá, že lze uplatnit § 26 a konstatovat, že se **jedná o DNZS**.

Při námitkovém řízení byl posouzen podle kapitoly XV., (funkční poruchy, postižení po úrazech, operacích) odd. A, (postižení hlavy, krku, těla) položce 7, (funkční poruchy po polytraumatu s mnohočetnými poúrazovými následky, zejména kombinované postižení hlavy, hrudníku a končetin), písm. C, (těžká porucha) přílohy k vyhlášce č. 359/2009 Sb., pro které se stanovuje míra poklesu pracovní schopnosti 60%. Vzhledem k jeho vlivu na schopnost využívat dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti, na schopnost pokračovat v předchozí výdělečné činnosti nebo na schopnost rekvalifikace se podle § 3 odst. 2 citované vyhlášky zvyšuje tato hodnota o 10 %, celkově činí 70 %.

Závěrem lze konstatovat, že v obou uvedených kazuistikách by nemuselo dojít k námitkovému řízení, kdyby posuzující lékař věnoval větší pozornost observaci a rozhovoru s posuzovaným. Pro první kazuistiku je zcela zřejmé, že při rozhovoru, ne jenom sdělení o závěru posouzení, by musel posuzující lékař velmi rychle zjistit, že propad osobnosti posuzovaného je takové hloubky, která je neslučitelná s výkonem jakéhokoliv povolání, natož povolání alespoň rámcově odpovídající jeho celoživotní kvalifikaci. Ve druhém případě alespoň povrchní observace musela přesvědčit posuzovaného o závažném dopadu polytraumatu na funkci osového skeletu, nosných kloubů a na funkci celé pravé horní (pro posuzovaného dominantní) končetiny.

Rizika při práci

MUDr. Alena Zvoníková, MPSV - odbor posudkové služby

Mění se svět práce vede k tomu, že vznikají nová rizika, která souvisejí se způsobem jakým je práce plánována, řízena, organizována a vykonávána, rizika, která souvisejí s hospodářským a sociálním kontextem práce. Ve svých důsledcích mohou vést ke stresu, narušení rovnováhy mezi prací a osobním životem, ke zdravotním problémům a narušení duševního a tělesného zdraví.

Za tradiční a dlouhodobá rizika, která jsou lékařům i zaměstnavatelům známa, lze považovat rizika fyzikální, biologická a chemická. V posledních dvaceti letech se objevila tzv. nová rizika a jejich výskyt stoupá. Za nová rizika se považují psychosociální rizika, z nichž za nejvýznamnější lze považovat stres při práci, muskuloskeletární poruchy, hluk, násilí a expozice materiálům, které se dříve v pracovním prostředí nevyskytovaly (např. práce při recyklaci, na kontaminovaných místech, s novými energiemi, nanotechnologiemi, nebezpečnými látkami).

Psychosociální rizika při práci se dnes stávají srovnatelným problémem jako pracovní úrazy; přitom uvedená rizika nevedou k tradičním nemocem z povolání, ale vzniku nových situací. Počty pracujících dotčených psychosociálními riziky zřejmě nadále porostou v důsledku vyšších požadavků kladených na pracovníky, snižování počtu pracovních míst, zvyšujících se nároků na pružnost a nové dovednosti při práci, zvyšování intenzity práce, měnících se pracovních podmínek ale i v důsledku prodlužování doby pracovních aktivit při zvyšujícím se věku odchodu do starobního důchodu. Přitom je nutno vzít v úvahu, že v Evropě sílí stárnutí populace, na trhu práce dochází k větší feminizaci, rozšiřuje se zaměstnávání migrujících osob včetně případného nelegálního zaměstnávání, dochází k stále většímu využívání zkrácených/částečných pracovních úvazků a zavádění nových technologií. Zcela specifickou oblast pak představují pracovní podmínky pro ženy v Evropské unii, neboť ženy tvoří cca 45% z celkového počtu zaměstnaných osob v zemích Evropské unie. Mění se pracovní podmínky přinášející jinou podobu práce, vedou ke ztížení pracovního života a je zřejmé, že tento trend se bude i nadále prohlubovat. To má dopad na ženy i muže jako pracovníky, ale ženy jsou zranitelnější zejména z hlediska „dvojí zátěže“ (placené práce, práce v domácnosti včetně péče o rodinné příslušníky).

1. Rizika při práci a LPS

Posudkový lékař se může s riziky práce setkat nepřímo při kontrole posuzování dočasné pracovní neschopnosti či posuzování invalidity. Řada psychosociálních rizik vede ve svých důsledcích k somatizaci obtíží, k uznání psychosociálního rizika jako „zdravotního problému a nemoci“, k uznání společenské důvodnosti stavu a nutnosti sociální ochrany pracovníka včetně potřeby sociálního zajištění v nepříznivé situaci. Jde zejména o širokou oblast psychosomatických poruch, které se stávají značným problémem diagnostiky a současné medicíny.

S novými riziky, zejména pak stresem a myoskeletárními poruchami, se posudkový lékař může setkat sám jako zaměstnanec, který je jejich vlivu vystaven při výkonu svého lékařského povolání. Proto by měl být informován o jejich výskytu, významu, dopadu na zdraví a spokojenost v práci včetně možnosti prevence.

2. Psychosomatika

Somatoformní poruchy představují vzájemné působení mezi jedincem a společností a medicínou a společností. Podněty ze sociálního prostředí, nefyziologické zatížení při práci, sociokulturní podmínky a prostředí při práci jsou jednotlivci přijímány, zpracovávány a vyhodnocovány. Sociokulturní podmínky naší doby dávají málo volného prostoru se „odreagovat“ od působení každodenního pracovního zatížení, k vyřazení nebo snížení negativních vlivů působících na jednotlivce. Podněty, zatížení, negativní vlivy a rizika při práci v řadě případů cestou psychiky a mediátorů stresu vedou k vzniku „omezujících příznaků“ s tělesnými a duševními projevy a medicínskými vlivy k vzniku a existenci psychofyziologických, psychosomatických poruch. Uvedené poruchy mohou být jednak primární, kdy přímo souvisejí s paralelní „negativní“ událostí, nebo jako sekundární nasedají na jiné chronické onemocnění. Základními projevy jsou somatické příznaky, které mohou zahrnovat jeden nebo více orgánů, často s množstvím projevů a s velkou „zranitelností“ některých orgánů a systémů jako např. zažívací potíže, oběhové potíže, bolestivé poruchy, muskuloskeletární poruchy, sexuální poruchy, stavy únavy, ale také duševní symptomatologie charakteru deprese, úzkostných stavů, nervozity, poruch koncentrace, paměti aj. Přitom subjektivní potíže přesahují objektivní nálezy, průběh a charakteristika symptomatologie neodpovídá klinickým zjištěním, při standardní léčbě dochází k minimální úlevě. Dalším z významných jevů je „anamnéza více lékařů“, u nichž jedinec hledá pomoc řešení svých zdravotních problémů. V průběhu diagnostiky a léčení takových stavů lze najít korelaci vzniku a vývoje poruchy s „negativní událostí, stresem, zatížením“ stejně jako vztah mezi působícími faktory a exacerbacemi a remisemi obtíží. Stane-li se problém chronickým, je velmi nesnadné ho změnit či řešit. Při léčení somatizačních a psychogenních poruch je zvláště důležité ovlivnit, řešit negativní sociální událost (v rodině nebo v práci), která byla spouštěčem nebo je zdrojem problémů.

3. Jak vnímají pracující v Evropské unii pracovní zátěž, duševní a tělesné zdraví při práci ?

Pro zhodnocení pracovní zátěže byly vybrány tři okruhy pocitů „subjektivního zdraví“, popsaných prostřednictvím různých situací, tak jak jsou vnímány pracovníky v souvislosti s výkonem práce – celkové vnímání pracovní zátěže, dopady na duševní zdraví a dopady na tělesné zdraví (fyzický stav).

Pocity pracovní zátěže

Situace	Výskyt jevu v populaci pracujících v %
Celková pracovní zátěž	50%
Fyzická zátěž v práci	34%
Senzorická a pozornost	56%
Neuropsychická zátěž (monotónnost, směny, tempo)	47%
Psychická zátěž (odpovědnost, rušivé jevy)	54%
Sociálně psychologická zátěž (vztahy, postavení, ocenění)	46%
Náročnost práce (vysoký výkon po celou pracovní dobu)	26%

Přetížení	33%
Jednostrannost	20%
Nedostatek prostoru pro rozhodování	25%
Nesamostatnost, manipulovatelnost, závislost	23%

Faktory duševního zdraví

<u>Situace</u>	<u>Výskyt jevu v populaci pracujících v %</u>
Nepříznivá rodinná nebo osobní situace	12%
Psychické potíže, duševní napětí	35%
Únava, snížení duševní výkonnosti, nespavost, poruchy koncentrace	62%
Duševní napětí, osobnost, chování	18%
Duševní labilita	37%
Psychopatické rysy a nepřízpusobivost	34%
Neschopnost relaxace	30%
Negativní vztah k lidem, nejistota ve společenském styku	22%
Nespokojenost v práci, v rodině, jinde	40%
Nedostatek podpory v práci, doma, jinde	29%
Životní nespokojenost	34%

Tělesný stav a kondice

<u>Situace</u>	<u>Výskyt jevu v populaci pracujících v %</u>
Nedostatek tělesného zdraví	43%
Tělesné obtíže	36%
Zvýšená nemocnost	47%
Snížená fyzická kondice a výkonnost	46%
Vegetativní dysregulace, oběhové potíže	23%
Zažívací potíže	21%
Poruchy imunity, alergie	13%
Potíže s pohybovým systémem	38%
Nepříznivá RA nebo OA	35%

4. Psychosociální rizika

Dle studie ESENER jsou psychosociální rizika mnohem častější v sektoru zdravotnictví a sociálním (37%), školství (33%) a dále v oblasti restauračního provozu, ve velkých podnicích, veřejné správě a finančním sektoru. Za nejčastější psychosociální rizika se v současné době považují dlouhodobý stres při práci, myoskeletární poruchy, hluk, nebezpečné látky a napadání, násilí.

Dlouhodobý stres při práci

Hranice mezi zátěží, kterou jedinec zvládá, a stresem je velmi individuální. Na zvládání stresu se podílejí zejména osobnostní rysy, prožívání a sociální zázemí. Důsledky nadměrného nebo dlouhodobého stresu se mohou projevat ve všech oblastech života jedince, tj. v oblasti zdravotní, sociální i pracovní. V řadě případů pak může dlouhodobý stres vést k syndromu vyhoření. Stres, zejména pak dlouhodobý stres při práci, se stává v posledních letech jedním z nejzávažnějších problémů při práci a v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Stres může mít své konsekvence v různých zdravotních obtížích, nemocech, v chování, práci, životní a pracovní pohodě. Má vliv na zátěž pracovníků, jejich pracovní výkonnost, může ohrozit bezpečnost a zdraví při práci, být příčinnou špatné situace na pracovišti, má

nepochybný vliv na hospodářský výsledek organizací ale i celkovou hospodářskou prosperitu. Poklud zaměstnanci nemají motivaci chodit do práce, je jejich produktivita nízká.

Studie ukazují, že téměř jeden ze čtyř pracovníků v zemích Evropské unie trpí dlouhodobým stresem při práci, což představuje cca 22% pracujících v E27, celkem 40 mil. osob. Je pravděpodobné, že počty osob trpících stresem budou narůstat a že téměř 50% všech prostonaných dnů souvisí s pracovním stresem.

Co nejčastěji způsobovalo pracovní stres v zemích E 27 v roce 2010 ?

Nedostatek času na práci, nároky práce, pracovní zatížení, odpovědnost	52%
Složité jednání s klienty, pacienty, zákazníky, studenty	50%
Komunikační problémy v rámci pracoviště, organizace, mezi pracovníky	27%
Pracovní podmínky a prostředí, nedostatečná bezpečnost práce	27%
Organizace práce, přesčasy a nepravidelná pracovní doba	22%
Nejasná podniková politika lidských zdrojů, perspektiva	14%
Diskriminace (z důvodu věku, pohlaví, rasy)	7%

Stres při práci může vzniknout na jakémkoliv pracovišti, v jakémkoliv odvětví. Na úrovni organizace se projevuje pracovní neschopností, vysokou fluktuací zaměstnanců, nedochvilností, problémy s disciplínou, sníženou produktivitou, chybami, úrazy při práci, násilím. Na úrovni jedince způsobuje mnoho problémů zdravotních, psychických i fyzických. Jde o emotivní reakce (podrážděnost, úzkost, deprese, pesimismus, hypochondrie, apatie, odcizení, syndrom vyhoření), problémy se vztahy v rodině, kognitivní reakce (nízká soustředěnost, špatná paměť, problémy při učení se nových věcí, při rozhodování), behaviorální reakce (užívání alkoholu, tabáku, návykových látek, destruktivní chování) i fyziologické reakce (únava, bolesti zad, bolesti hlavy, oslabená imunita, peptické vředy, ztráta chuti k jídlu, poruchy spánku, onemocnění srdce a vysoký krevní tlak). Snížení stresu při práci je tedy nutné nejen z hlediska zdravotního ale i ekonomického.

Muskuloskeletární poruchy (MSD)

MSD jsou způsobeny přímo prací nebo pracovním prostředím a postihují svaly, klouby, šlachy, nervy, lokální cirkulaci. Většinou jde o kumulativní obtíže, které představují širokou škálu problémů postihující krk, ramena, záda, bedra, horní končetiny, od nepříjemných pocitů po závažné stavy vyžadující léčbu a podmiňující pracovní neschopnost a případně i invaliditu. Kromě fyzikálních příčin jako je zvedání, nošení břemen, jde i o opakované pohyby (přetěžování opakovanými pohyby) a nepřírozené statické polohy (psaní na klávesnici, dlouhé stání a sezení, práce s rukama nad hlavou), kontaktní tlak. Závažné jsou zejména tzv. „organizační faktory“ jako vysoké pracovní nasazení, malé pracovní uspokojení, časový tlak. V EU je cca 62% pracovníků vystaveno po čtvrtinu pracovní doby opakovaným pohybům rukou nebo paží, cca 46% únavným nebo bolestivým polohám a 35% nošení těžších břemen nebo manipulací s nimi.

MSD představuje nejčastější zdravotní problém podmíněný prací; u cca 25% pracujících se vyskytuje MSD jako často se opakující nebo déle trvající zdravotní problém a u cca 60% pracujících EU jde jen o občasný zdravotní problém. Typická je chronicita potíží s častým dopadem na sociální a pracovní jistoty jako např. snížení nebo ztráta příjmů, snížení možnosti pracovního začlenění, ztráta zaměstnání, přičemž náprava situace bývá často neuspokojivá. K MSD dochází ve všech

povoláních a prostředích, některé skupiny však mohou být ohroženy více (pracovníci ve stavebnictví, zemědělství, obsluha strojů, služby, některé administrativní profese). Obecně je menší výskyt popisován u žen, neboť jsou vystaveny méně často fyzikálním rizikům, ale na pracovních místech, kde dochází k manipulaci s lidmi (při ošetřování) jsou ženy vystaveny rizikům podstatně více. MSD jsou i nákladným onemocněním, neboť jsou spojeny se značnými přímými náklady (na pojištění, léčení, na dávky v nemoci, při invaliditě) i nepřímými (ztráta produktivity). MSD je považován za prioritu EU ve strategii bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, protože jde o nejčastější zdravotní problém podmíněný prací.

Hluk při práci

Problematika hluku je charakteristická nejen pro oblast průmyslové výroby a stavebnictví, ale v posledním desetiletí i pro jiná pracovní prostředí (supermarkety, školy, call centra, stravovací a restaurační provozy, bary apod.). Studie ukazují, že téměř každý pátý pracovník v EU, aby se na pracovišti domluvil, je nucen zvyšovat hlas a celkem cca 7% pracovníků trpí poruchami sluchu souvisejícími s vykonávanou prací. Cca 60 mil. osob je vystaveno vyšším hladinám hluku více než ¼ jejich pracovní doby.

Dlouhodobé působení vyšších hladin hluku může vést k pocitům duševní i tělesné únavy, nervozitě, poruchám soustředění, podrážděnosti, bolestem hlavy, nespavosti; může působit i některé tělesné potíže. Vede i k vyšší fluktuaci pracovníků, snížení pracovního výkonu, k chybám při práci. Dlouhodobým dopadům hluku v práci je proto nutno věnovat pozornost jak v oblasti zdravotní tak i pracovní, zejména v oblasti pracovních podmínek.

Diskriminace, zastrašování, obtěžování, násilí, mobbing

Násilí na pracovišti, diskriminace, segregace, nespravedlivý přístup, sexuální obtěžování, zastrašování včetně „psychického teroru“ na pracovišti patří mezi největší osobní tragédie a tyto ničivé jevy by měly být z pracovišť odstraněny. Dle různých anket a šetření je jim vystaveno cca 5% pracovníků v EU; v některých zemích se s nimi setkalo dokonce až 10-17% pracovníků. Důvody napadání mohou být různé, např. osobnost, profesní kompetence, osobní život, etnický původ, věk, sexuální orientace aj. Sexuální obtěžování a „nespravedlivý přístup“ je jevem, se kterým se setkává při práci cca 3% žen a 1% mužů, na věkovou diskriminaci si stěžuje cca 3% pracovníků, na fyzické násilí a zastrašování 7 - 8% pracovníků. Uvedené negativní jevy se vyskytují vně i uvnitř organizace zaměstnavatele a za rizikové faktory pro vznik a působení se považují práce spojené s lidmi, práce spojené s manipulací s penězi, práce v izolovaném prostředí.

Manifestují se nesprávným chováním některých jedinců vůči jiným, vytvářením strachu a nepřátelského pracovního ovzduší, slovními popř. i fyzickými inzulty, obtěžováním, zastrašováním, napadáním, šikanou, psychickou agresí obtěžovatele vůči pracovníkovi, od nepatrných projevů, které oslabují chování a vůli, vedou k destabilizaci či snížení pracovního výkonu až k těm nejzávažnějším, které vedou k pokoření a sociální izolaci pracovníka - oběti. V řadě případů pak oběti nejsou schopny se chovat normálně v práci, v profesním životě i v každodenním privátním životě. Obtěžování, diskriminace, násilí u obětí působí stres, postraumatickou stresovou poruchu, strach, deprese, apatii, podrážděnost, poruchy paměti nebo spánku, zářivací nebo oběhové potíže a je příčinnou častých pracovních neschopností. V některých případech může vést až k suicidii. Potíže oběti mohou přetrvávat i řadu let po ukončení násilí. Stresu jsou sekundárně vystaveni

i spolupracovníci oběti, její rodina a přátelé. Dopady napadání, násilí jsou tak významné nejen pro jednotlivce, ale i pro zaměstnavatele.

Nebezpečné látky

V zemích EU se cca 19% pracujících setkává po více než ¼ pracovní doby s nebezpečnými látkami a cca 15% pracujících musí s nimi manipulovat po celou pracovní dobu. Může jít o kratší i delší expozice, expozice jedné látky i vícečetné, včetně možnosti akumulace nebezpečných látek v těle během dlouhodobé expozice. Nejsou-li rizika práce s nebezpečnými látkami řádně řízena, může být zdraví pracovníků poškozeno. Nejčastěji je nutno na ně myslet v tzv. zelených pracovních místech (při pracích spojených s recyklací materiálů, na kontaminovaných místech aj.). Mohou vést k iritaci očí, kůže, astmatu, reprodukčním potížím, vzniku vrozených vad, rakovině.

5. Dopady psychosociálních rizik při práci

Pro informaci a pro srovnání tradičních rizik při práci s významem psychosociálních rizik lze uvést, že podle Mezinárodní organizace práce v zemích Evropské unie (dále jen EU) každoročně umírá na následky pracovního úrazu cca 5 700 osob a celkem cca 160 000 osob má nemoc z povolání. Největší podíl „pracovní úrazovosti“ v zemích EU je v malých firmách, ve kterých dochází k cca 82% všech pracovních úrazů; přitom v EU je cca 19 milionů malých firem, které zaměstnávají téměř 75 mil. osob.

Psychosociální rizika na rozdíl od pracovních úrazů a nemocí z povolání postihují daleko větší počty pracovníků, v řádu mnoha milionů osob (téměř jednu třetinu pracujících v EU). Proto prevence a snižování výskytu psychosociálních rizik by měla být předním zájmem zaměstnavatelů i zaměstnanců. Přitom je třeba mít na paměti, že prevence je vždy účinnější než řešení následků. Nejběžnějšími zdravotními problémy, vztahujícími se k práci jsou bolesti zad, stres, bolesti svalů na končetinách. Zdravotní problémy jsou spjaty nejčastěji se špatnými podmínkami. Narůstají počty pracovníků, kteří jsou vystaveni fyzicky nevhodným rizikovým jevům (únavné pracovní pozice, hluk, nebezpečné látky, hektické pracovní tempo, monotónní práce, rozptýlení pracovní doby a její nepravidelnost, vnější zatížení klientem, násilí).

V této souvislosti je nutno ocenit, že předmětná problematika rizik při práci - zejména se zaměřením na dopady dlouhodobého stresu na posudkové lékaře byly zkoumány již v roce 2008, kdy se na základě zadání MPSV uskutečnil výzkum na téma „Syndrom vyhoření u lékařů lékařské posudkové služby, jeho příčiny a řešení“. Následně v roce 2010 byl v rámci projektu zadaného MPSV proveden výzkum na téma „Zjištění stresové zátěže a faktorů ovlivňujících odolnost vůči stresu posudkových lékařů v probíhající reorganizaci lékařské posudkové služby.“ Předmětná problematika byla v ucelené podobě, s konsekvencemi na teoretické i praktické informace o stresu, dlouhodobém stresu, stresové zátěži a syndromu vyhoření publikována v roce 2011 (Ptáček, R., Čeledová, L.: Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby). Lze jen věřit, že učiněná zjištění, která byla publikována, se stala cenným přínosem a zdrojem pro posudkové lékaře, kterým záleží na jejich práci, k jejich větší zainteresovanosti na kvalitě pracovních podmínek a prostředí, organizaci a způsobu práce, vzdělávání, vztazích na pracovišti, neboť učiněná poznání jsou příležitostí k iniciování změn za účelem zajištění pohody v práci a tím i vytvořením předpokladů pro pohodu i v privátním životě, což jsou kvality velmi cenné.

6. Závěr

Psychosociální rizika jsou jednou z hlavních výzev, která ovlivní další směřování politiky zdraví a bezpečnosti v práci. Politika zaměstnanosti a pracovní podmínky, prostředí se přizpůsobují novým technologiím, změnám organizace práce, změnám ekonomických, sociálních a demografických podmínek. Proto je potřebné vytvářet příznivé pracovní prostředí, zvýšit význam pracovnělékařských služeb a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, zvyšovat informovanost pracovníků o nových rizicích při práci včetně zvýšení jejich zainteresovanosti při prevenci, při snižování či odstraňování rizik při práci. Důležitou roli má i vzdělávání, změny organizace práce, vyhodnocování rizik. Snižování psychosociálních rizik je nutné nejen z hlediska zdravotního ale i ekonomického. Pokud se zvyšuje věk odchodu pracovníků do starobního důchodu, je nutné, aby na pracovištích existovala vhodná opatření týkající se zdraví a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, která pomohou lidem pracovat déle, v dobré kondici a s dobrým pracovním výkonem.

Literatura:

Web. stránky EU-OSHA – Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci

ESENEP- Anketa evropských zaměstnavatelů a evropský průzkum veřejného mínění o BOZP

Studie Evropské nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek (Dublinská studie)

Ptáček, R., Čeledová, L.: Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby.

Karolinum , 2011: 26-27

Co nevíme o seniorech a stáří

MUDr. Jaroslava Koščálová, MPSV - odbor posudkové služby

ÚVOD

Lidský věk se neustále prodlužuje a v důsledku toho dochází k nárůstu absolutního počtu seniorů v populaci u nás i ve světě. Současně je pro země Evropské unie charakteristické, že klesá porodnost a mění se věková struktura populace, která jako celek stárne. Demografické studie do roku 2050 předpokládají pokračování tohoto ne příliš povzbudivého trendu. Statistický úřad ČR a Statistický úřad OSN potvrzují, že v České republice bude do roku 2050 nejvyšší nárůst seniorů ve světě. V roce 1999 bylo v České republice 18 % seniorů a v roce 2050 jich bude již 40 %. Střední délka života při narození se za posledních 100 roků téměř zdvojnásobila, v České republice je nyní u mužů 74,2 a u žen 80,1 roku; pro rok 2060 se předpokládá u mužů 85,5 roku a u žen 90,1 roku. Absolutně i relativně přibývá lidí starých i velmi starých a dlouhověkých. Dle Světové zdravotnické organizace stáří dělíme na rané stáří (60 – 74 let), vlastní stáří (75 – 89 let) a dlouhověkost (90 a více let).

S ohledem na trendy stárnutí populace a její demografickou prognózu by si všichni lékaři měli osvojit základní znalosti geriatrické problematiky, správně chápat multimorbiditu ve stáří, rozpoznávat geriatrickou křehkost („frailty“) a geriatrické syndromy, a to včetně jejich vzájemných vztahů a funkčních propojení. Celková léčba jakékoli nemoci v pokročilém věku včetně geriatrických syndromů a křehkosti, by měla být zaměřena nejen na vyvolávající onemocnění, ale také na udržení eventuelně zlepšení soběstačnosti, případně zachování intelektových funkcí a fungujících sociálních vztahů v rodině a komunitě.

STÁRNUTÍ

Stárnutí představuje neodvratný fyziologický děj, jenž je poslední vývojovou fází lidského života. Většina lidí dospěje do stáří v relativně uspokojivé tělesné, duševní i sociální rovnováze. V rozmezí 65–75 roků nemá dokonce 85 % jedinců žádné významné handicapující nebo běžný život omezující choroby. Ve věku nad 85 roků je ještě 40 % osob schopno vést samostatný normální život. Problémy v oblasti somatické, psychické i sociální začínají vystupovat do popředí zejména po 75. roce života (více u žen), který se jeví jako zlomový bod ontogeneze, kdy dochází k rozvoji významnějších změn spojovaných s fyziologickým stárnutím. S prodlužujícím se věkem se stále častěji setkáváme s fyziologickými projevy stáří, které samostatně nebo v kombinaci s multimorbiditou postupně zhoršují soběstačnost a jsou příčinou různého stupně imobility seniorů.

Fyziologické stárnutí začíná přibližně od 20 let věku a akceleruje právě v raném stáří, kdy začínáme pozorovat jeho rozmanité klinické projevy. Fyziologické stárnutí je proces, při kterém dochází k systémovým funkčním a strukturálním změnám různého stupně, které mají za následek postupný a progresivní pokles globálních funkčních schopností organismu. Proto i u zdravého seniora je nutné při programování jeho fyzických nebo duševních aktivit s klinickými projevy fyziologického stárnutí počítat. Samo fyziologické stárnutí modifikuje průběhy jednotlivých chorob a tím činí geriatrickou medicínu a farmakoterapii zvláštní a odlišnou od medicíny dětského a středního věku.

Při správně provedené diagnostice a s použitím vyšetřovacích technik současné geriatry je možno ve většině případů rozlišit symptomy fyziologického stárnutí (jakým je především instabilita, poruchy chůze nebo inkontinence) od nemoci a zavést léčbu nebo doporučit seniorovi soubor režimových opatření vedoucích ke zkvalitnění jeho života (např. psychoterapeutickou podporu, využití opěrných a inkontinenčních pomůcek).

GERIATRICKÝ PACIENT

I přes nesporný význam atypičnosti nemocí ve stáří stojí ve středu zájmu geriatrické medicíny pokles potenciálu zdraví, stařecká (geriatrická) křehkost a s ní související geriatrické syndromy a funkční deficity. Geriatrický pacient je člověk vyššího věku, u kterého involuční a chorobné změny významně ovlivnily funkční stav, adaptabilitu, regulační schopnosti a toleranci k zátěži. Je specifický tím, že jeho diagnóza stanovená klasickými biomedicínskými metodami nevypovídá o tom, kolik potřebuje péče, jak se stává závislým na okolí, ani o tom, jak a kde bude moci prožívat další život. Má snížené funkční rezervy a horší adaptabilitu. K základním charakteristikám geriatrických pacientů patří stařecká (geriatrická) křehkost. Jde o klinicky a funkčně závažný multikauzálně podmíněný pokles potenciálu zdraví (funkční zdatnosti, odolnosti, adaptability organismu s kritickým poklesem funkčních rezerv) převážně v pokročilém stáří s kumulací funkčně závažných deficitů a změn, zvláště mentálních, pohybových a nutričních, zatížený nepříznivou prognózou a ztrátou soběstačnosti. Křehký jedinec má téměř vyčerpanou funkční rezervu a při působení i minimální zátěže hrozí riziko dekompenzace. Křehkost se v čase prohlubuje, zhoršuje se zdatnost, odolnost i adaptabilita organismu, přibývá funkčních deficitů, narůstá disabilita, stále nižší intenzita četných stresorů (druhů zátěže) vede ke stále delším a hlubším dekompenzačním stavu. Etiologie manifestní stařecké křehkosti je multikauzální a individuálně variabilní. Podílejí se na ní především fyziologické změny stáří, choroby, jejich kombinace, životní způsob (chybění aktivity, špatná výživa) a genetická predispozice. K jejím hlavním projevům patří nechutenství s hubnutím, úbytek svalové hmoty a síly, omezování pohybové aktivity, zpomalování chůze, instabilita, únava, ubývání zájmu, mnohdy i chronická bolest a mírný kognitivní deficit. Tyto projevy vznikají bez jednoznačné či přímé vazby na konkrétní chorobu. Nejdůležitějším diagnostickým kritériem křehkosti je funkční výkonnost jedince.

DEFINICE STAŘECKÉ KŘEHKOSTI

Nejuznávanější definice stařecké (geriatrické) křehkosti byla vymezena L. P. Friedovou a spol. v rámci studie kardiovaskulárního zdraví v 90. letech 20. století. Stařecká (geriatrická) křehkost, respektive její fenotyp, jsou dány přítomností alespoň tří z pěti základních znaků. K základním znakům patří nechtěný úbytek tělesné hmotnosti alespoň o 4,5 kg za rok; subjektivně vnímaná únava, vyčerpanost; svalová slabost, nízká hodnota stisku ruky; celkové psychomotorické zpomalení, zejména chůze a nízká úroveň pohybové aktivity (hypomobilita). V pokročilé fázi geriatrické křehkosti, označované někdy jako syndrom terminální geriatrické deteriorace, jsou obvykle přítomny: imobilita na lůžku, závažná inkontinence, delirantní stavy, pokles zájmu o okolí a ireverzibilní zhoršování nutričního stavu.

Stařecká (geriatrická) křehkost se obvykle manifestuje tzv. geriatrickými syndromy.

Oproti běžnému chápání syndromu jako množiny příznaků jedné příčiny, jsou geriatrické syndromy chápány jako klinicky významné a časté stereotypní, multikauzálně podmíněné a kauzálně obvykle neřešitelné obtíže. Nejvýznamnější z nich byly vymezeny v 70. letech 20. století. Šlo o instabilitu, imobilitu, inkontinenci, intelektové poruchy (delirium, demence) a iatrogenní poškození (nežádoucí účinky léků a geriatrický hospitalismus včetně navození imobilizačního syndromu). Dnes se hovoří především o geriatrických syndromech anorexie s hubnutím, hypomobility s dekondíci a svalovou slabostí, instabilitou s pády, imobilitou, kognitivního deficitu a poruch chování, inkontinence či terminální geriatrické deteriorace. Těmito syndromy lze často vystihnout klinickou problematiku křehkého pacienta podstatně lépe a z hlediska koordinace intervenčních opatření a kontinuity péče účelněji než dlouhým výčtem chorob.

ZÁKLADNÍ GERIATRICKÉ SYNDROMY

- syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti (sarkopenie)

Hypomobilita má ve stáří často komplexní psychosomatickou povahu. Uplatňuje se mnohdy celoživotní nechuť k pohybovým aktivitám (pohodlnost), ztráta motivace k překonávání pohybového dyskomfortu (ovdovění, penzionování, ztráta vycházkového partnera, osamělost) a jeho narůstání (bolest, především muskuloskeletální, dušnost, únava, nevýhodná změna pohybového stereotypu), instabilita (centrální či periferní vestibulární syndrom, neuropatie, parézy, osteoartróza), nejistota v prostoru (poruchy zraku), strach z pádu, deprese, demence s hypobulií, extrapyramidový syndrom, poruchy výživy (malnutrice i obezita) atd. Hypomobilita vede k dekondíci, svalové slabosti a horšení pohybového stereotypu, což dále hypomobilitu zhoršuje.

Stárnutí doprovází postupná ztráta objemu hmoty kosterního svalstva podmíněná biologickým věkem – tzv. involuční sarkopenie. Je charakterizovaná poklesem svalové hmoty na podkladě degenerace, atrofie a zániku svalových vláken. Pokles svalové hmoty je spojen se ztrátou svalové síly a celkové fyzické zdatnosti. V průměru k 5% ztrátě svalové hmoty za dekádu a k jejímu nahrazování tukovou tkání dochází od 40 let věku, výraznější ztráta je po 65 letech věku. U sarkopenie nejde jen o prostou ztrátu svaloviny, ale mění se i kvalita zbývající svalové hmoty. Odlišuje se od svalové devastace při hladovění a u nádorové kachexie, postihuje dříve svaly fázické než tonické a má multikauzální povahu. Počáteční znaky sarkopenie jsou plíživé a nenápadné. Jde o postupně narůstající celkovou slabost a nezdatnost, rychlou fyzickou unavitelnost s nutností odpočívat. Chůze se stává pomalou, objevují se potíže s chůzí do schodů, později i se vstáváním ze židle, s nošením břemen (běžný nákup), zhoršuje se rovnováha. Při závažnějším úbytku svalové hmoty dochází k opakovaným pádům, často doprovázeným vážnějším úrazem, nejčastěji zlomeninou stehenní kosti. Senior není schopen vykonávat běžné činnosti v domácnosti, v pokročilé fázi má obtíže i v péči o sebe. Objem svalů je znatelně snížen, zvláště na stehnech a pažích. Při imobilizaci na lůžku klesá svalová síla během 4-6 týdnů asi o 40 %, nejvýrazněji na m. quadriceps femoris. Proto je nezbytná rehabilitační prevence imobilizačního syndromu. Sarkopenie úzce souvisí s věkem, ale může být akcelerována množstvím dalších faktorů včetně inaktivity, malnutrice či chronických onemocnění. Ve věkové skupině nad 65 let trpí sarkopenií asi 15 % osob, věku nad 80 let již 30 – 45 %. Preventivní i terapeutickou intervencí je fyzická aktivita.

- syndrom anorexie a malnutrice

Jde o nechutenství s hubnutím a rozvojem malnutrice multikauzální povahy bez přítomnosti vysvětlující choroby. Jídlo je méně časté, porce jsou menší, mizí pocit hladu a potřeby jídla, pití. Důsledkem je pokles tělesné hmotnosti a svalové hmoty provázený poklesem svalové síly – kachektizace potencuje involuční sarkopenii. K pozdějším projevům patří především progredující malnutrice, hypomobilita a dekonidice, únava, instabilita s pády, otoky, imunodeficit s recidivujícími infekty, iontová dysbalance, rozvoj disability a finálně imobilizačního syndromu.

- syndrom instability s pády

Geriatrická instabilita má heterogenní povahu a svými důsledky – pády – spoluvytváří komplexní problém – instabilita – pády – osteoporóza – zlomeniny. I když při pádu nedojde k poranění nebo jiné komplikaci, může mít první pád určité následky do budoucna - strach z dalšího pádu. Kolem 40 % starších nemocných se obává pádu a asi 20 % se vyhýbá nebo omezuje některé aktivity v důsledku tohoto strachu. K pádům dochází nejčastěji doma, jsou častější u žen až do věku 75 let, po 75 letech je frekvence obdobná u obou pohlaví.

- syndrom imobility (imobilizační syndrom)

Jde o nekonstantní označení souboru negativních důsledků a projevů dlouhodobého podstatného omezení pohybové aktivity seniora, především ve smyslu upoutání na lůžko. Na omezenou pohyblivost a imobilitu reagují všechny tělesné systémy; již za 36 hodin úplného klidu na lůžku se začínají projevovat změny v pohybovém a oběhovém systému, postupně se přidávají další orgánové systémy. Dlouhodobá imobilizace seniora vede k rozvoji průjevů imobilizačního syndromu (hrozí flekční kontraktury, dekubity, pneumonie, tromboembolie atd.). Rozvoj negativních následků upoutání na lůžko zvláště u „křehkých“ seniorů je velmi rychlý.

- syndrom inkontinence

Inkontinence se týká až 30 % lidí starších 65 let. Na jejím vzniku se podílí poruchy CNS, urogenitálního traktu, multimorbidita a některá farmaka. Ve svém důsledku vede ke ztrátě sociálního života („raději zůstanu doma“), hypomobilitě a dalším komplikacím.

- syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti a chování

Kognitivní porucha spojená s normálním stárnutím je obvykle jen mírná. Většinou jde o benigní zapomínání. Jde o neschopnost vzpomenout si na určitou událost nebo jméno, pokud je osoba přímo na tuto okolnost koncentrována. Často se tato událost nebo jméno vybaví později, naprosto nečekaně.

- k dalším geriatrickým syndromům patří syndrom maladaptace (špatné přizpůsobování se změně prostředí), syndrom dehydratace (staří lidé fyziologicky nepocítují žízeň), syndrom kombinovaného sensorického deficitu (hlavně porucha zraku a sluchu), syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka a syndrom terminální geriatrické deteriorace

Geriatrické syndromy neohrožují život pacienta, ale podstatně ovlivňují jeho další kvalitu. Senioři se postupně stávají plně závislí na pomoci druhých a nezřídka mohou geriatrické syndromy vést k nutnosti institucionální péče přechodně nebo i dlouhodobě.

Tuto specifickou klinickou problematiku musí ovládat nejen geriatři, ale měli by si ji osvojit i praktičtí lékaři, neboť seniorů, které mají ve své péči, přibývá. Praktičtí lékaři by neměli stále uvažovat a konat jen v rozsahu indexových chorob a Mezinárodní statistické klasifikace nemocí, ale na funkční omezení svých starších pacientů a seniorů by mělo být nahlíženo prizmatem geriatrických syndromů. Pojmově, diferenciatně diagnosticky i terapeuticky by mělo být pracováno s konceptem stařecké (geriatrické) křehkosti a funkčních deficitů.

Toto platí obdobně i pro posudkové lékaře, neboť senior je dominantním klientem sociálních služeb a příspěvku na péči. Na potřeby a závislost klienta v seniorském věku nelze nahlížet jen schematicky tím, že věk ho činí závislým, ale naopak moderně v souladu s pokroky lékařské vědy. Posudkoví lékaři by měli citlivě vnímat situace, kdy klasické choroby mohou být u seniora plně stabilizované, umí s nimi žít, a závislost na pomoci jiné osoby způsobují právě geriatrické syndromy a funkční deficity.

Zároveň je třeba zdůraznit, že záleží na autoritě posudkových lékařů, aby zvýšili svoji náročnost na úroveň zasílaných podkladových materiálů ošetřujících lékařů, aby získali ucelené a spolehlivé informace o zdravotním stavu posuzovaných seniorů. Žádný sebelepší předpis, který v obecné rovině řeší problematiku součinnosti ošetřujících lékařů a lékařské posudkové služby, nemůže sám o sobě zajistit optimalizaci podkladových lékařských nálezů v konkrétních případech, neboť dává jen obecná pravidla pro spolupráci. Jedině vzájemný a rovnocenný dialog dvou partnerů lékařů může kvalitativní rozměr problematiky povýšit na vyšší úroveň.

ZÁVĚR

Formulování stařecké (geriatrické) křehkosti a geriatrických syndromů je významným pokrokem v medicíně, neboť přináší lepší pochopení významné části geriatrických pacientů. Smysluplnější klinický popis za současného úsilí o co nejdlejší zachování přiměřené tělesné a duševní aktivity přispívá k odvrácení ztráty soběstačnosti a zlepšení prognózy seniorů v případě onemocnění.

Základními cíli moderní medicíny je zachovat zdraví seniorů, žít kvalitní a nezávislý život co nejdéle a minimalizovat období života se syndromem stařecké (geriatrické) křehkosti.

Stárnutí populace se stalo významným celospolečenským faktorem a vyžaduje aktivní přístup profesionálů a hledání optimálních východisek a řešení ve všech sférách života.

Život ve stáří obecně totiž není snadný a čelí mnoha ohrožením – zdravotním problémům, osamělosti, nepochopení, ztrátě smysluplnosti, soběstačnosti a autonomie, chudobě, věkové segregaci a diskriminaci. Je na nás nejen jako na občanech této společnosti, ale také jako na lékařích, abychom správně vnímali problematiku seniorů a stárnutí a společně si položili otázku, jaké chceme stáří pro sebe a pro své rodiče a co je nezbytné pro naplnění naší představy učinit. Téma stárnutí populace a kvality života ve stáří se týká nás všech.

Použitá literatura:

1. Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Holmerová, Weber: Geriatrické syndromy a geriatrický pacient, Grada - 2008
2. MUDr. Kalvach, CSc., MUDr. Holmerová, Ph.D.: Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén, Medicína pro praxi - 2008
3. Weber, Ambrošová, Weberová, Bieláková: Geriatrické syndromy a syndrom frailty, Vnitřní lékařství - 2011
4. Ambler: Neurologické problémy ve starším věku, Postgraduální medicína 2012
5. prof. MUDr. Topinková, CSc.: Nemoc jménem sarkopenie, Sanquis 2010
6. doc. MUDr. Weber, CSc.: Stárnutí a stáří v 21. století, Sanquis 2010
7. webové stránky Geriatrické kliniky 1. LF UK a VFN

Náhrada škody podle zákona č. 82/1998 Sb., o odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu veřejné moci rozhodnutím nebo nesprávným úředním postupem, ve znění pozdějších předpisů, a stanovení data vzniku invalidity.

MUDr. Hana Šobíšková, MPSV - odbor posudkové služby

Na odbor posudkové služby Ministerstva práce a sociálních věcí se se žádostí o stanovisko k posouzení zdravotního stavu obrací právní odbor ministerstva v případě, kdy posuzovaný nebo jeho zákonný zástupce žádá náhradu škody podle zákona č.82/1998 Sb., o odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu veřejné moci rozhodnutím nebo nesprávným úředním postupem, ve znění pozdějších předpisů. Jde o případy, kdy žádost o náhradu škody souvisí s posouzením zdravotního stavu.

Odbor posudkové služby Ministerstva práce a sociálních věcí zpracoval v r. 2010 a v r. 2012 stanoviska k posouzení zdravotního stavu a výdělečné schopnosti paní Č., jejíž zákonný zástupce požádal o náhradu škody. Na konkrétním případě chceme v tomto sdělení ukázat, jak důležité je správné určení data vzniku invalidity a jaké důsledky může mít nedostatečná objektivizace zdravotního stavu do minulosti.

V listopadu 2009 se na veřejného ochránce práv (dále jen VOP) obrátila paní Č. s podnětem týkajícím se prokázání doby svých zaměstnání pro účely důchodového pojištění. Paní Č. byla uznána plně invalidní, ale invalidní důchod jí nebyl přiznán s odůvodněním, že nesplňuje podmínku potřebné doby pojištění. Šetřením VOP vyšly najevo i nesrovnalosti týkající se určení data vzniku invalidity, proto se z jeho podnětu uskutečnila dne 1. 3. 2010 mimořádná kontrolní lékařská prohlídka, která se měla zaměřit na určení data vzniku plné invalidity. O rok později, v říjnu 2010, se na ministra práce a sociálních věcí obrátila zástupkyně VOP a požádala ministra práce a sociálních věcí o přijetí nápravných opatření ve věci invalidního důchodu paní Č. Podle jejího názoru nebyla pochybení namítaná VOP při posouzení invalidity paní Č., které se uskutečnilo dne 1. 3. 2010, napravena.

Z dokumentace OSSZ Ústí nad Orlicí a PSSZ Praha 8 bylo zjištěno:

Dne 27. 9. 2001 uplatnila paní Č. žádost o invalidní důchod. Dne 1. 11. 2001 byl posouzen její zdravotní stav LPS PSSZ Praha 8 se závěrem, že je plně invalidní dle § 39 odst. 1 písm. a) zákona č. 155/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla její schopnost soustavné výdělečné činnosti, pokles byl hodnocen dle kapitoly X, oddílu D, položky 1 písm e) přílohy č. 2 k vyhl. č. 284/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a jeho míra byla stanovena na 80%. **Datum vzniku invalidity** bylo stanoveno dnem uplatnění žádosti o důchod – tedy dnem **27. 9. 2001** a platnost posudku stanovena do 11/2002. Záznam o kontrolní lékařské prohlídce ve věci invalidity paní Č., plánované na rok 2002, nebyl nalezen ani ve spisové dokumentaci PSSZ Praha 8 ani v dokumentaci OSSZ Ústí nad Orlicí.

Dne 22. 8. 2007 uplatnila paní Č. novou žádost o invalidní důchod. Dne 2. 10. 2007 byl posouzen její zdravotní stav LPS OSSZ Ústí nad Orlicí se závěrem, že je plně invalidní. Pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti byl tentokrát hodnocen 80% podle téže kapitoly, oddílu, položky i písmene vyhl. č. 284/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů. **Datum vzniku invalidity** bylo stanoveno na **5. 6. 2007** - dnem propuštění z hospitalizace. Platnost posudku byla stanovena do 31. 10. 2008. Dne 20. 1. 2009 se uskutečnila kontrolní lékařská prohlídka invalidity paní Č. se závěrem – je nadále plně invalidní, **datum vzniku invalidity** bylo stanoveno shodně s posudkem ze dne 2. 10. 2007, t.j. na **5. 6. 2007**, platnost stanovena do 31. 1. 2012. Při mimořádné kontrolní lékařské prohlídce invalidity uskutečněné z podnětu VOP dne 1. 3. 2010, která byla posléze zástupkyní VOP zpochybněna, bylo **datum vzniku invalidity** stanoveno na **18. 9. 2001**. Závěr posouzení zněl, že paní Č. byla od 18. 9. 2001 do 31. 12. 2009 plně invalidní dle § 39 odst. 1 písm. a) zákona č. 155/1995 Sb., v pl. znění. Od 1. 1. 2010 je invalidní dle § 39 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Jde nadále o invaliditu třetího stupně dle § 39 odst. 2 písm. c) cit. zákona. Z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla její pracovní schopnost o 70% a nadále nesplňuje podmínky ust. § 6 vyhl. č. 359/2009 Sb. (výdělečná činnosti za zcela mimořádných podmínek). Ve všech výše uvedených případech nebyl paní Č. přiznán plný invalidní důchod s odůvodněním, že nesplňuje podmínku potřebné doby pojištění. K posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti paní Č. vydal odbor posudkové služby MPSV v říjnu 2010 následující stanovisko: Jedná se o 38letou ženu se závažným postižením zdravotního stavu (cirhosis hepatis s komplikacemi), pro které je v dlouhodobé péči odborných zdravotnických zařízení. Po prostudování podkladové spisové dokumentace paní Č., která je vedena na Územním pracovišti Pražské správy sociálního zabezpečení pro Prahu 8 a na Okresní správě sociálního zabezpečení Ústí nad Orlicí, odbor posudkové služby konstatuje, že je nutno se ztotožnit s názorem VOP, že se posudkový orgán při prvním posouzení zdravotního stavu paní Č. v r. 2001 pro účely invalidity nevyrovnal v posudkovém zhodnocení s anamnestickými údaji, které jsou v posudku uváděny, tj. že posuzovaná je pro své zdravotní postižení již od roku 1996 v péči odborných ambulancí. Nevyrovnal se ani s několika propouštěcími zprávami z hospitalizací paní Č. z roku 1999, které byly součástí zdravotní dokumentace, ze které ve svém posudku vycházel. Posudkový orgán se při mimořádné kontrolní lékařské prohlídce provedené dne 1. 3. 2010 ve věci stanovení data vzniku plně invalidy výše jmenované nevyrovnal s námitkami veřejného ochránce práv, že ani posudek z roku 2001 ani posudek z roku 2007 posudkově nevyhodnotily dostatečným způsobem posudkově významné skutečnosti uvedené v anamnéze, nezjistil řádně a úplně skutečný stav. Odbor posudkové služby MPSV ve svém stanovisku z výše uvedených důvodů dospěl k závěru, že LPS OSSZ Ústí nad Orlicí ve svém posudku ze dne 1. 3. 2010 ve věci určení data vzniku invalidity paní Č. vycházela z nedostatečně zjištěného stavu a bylo proto shledáno porušení § 3 zák. č. 500/2004 Sb., správního řádu, ve vztahu k § 16a odst. 1 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve vztahu k zák. č. 155/1995 Sb., v pl. znění, v tom, že při posouzení zdravotního stavu výše jmenované vycházela LPS OSSZ Ústí nad Orlicí z nedostatečně objektivizovaného zdravotního stavu.

Na základě stanoviska odboru posudkové služby vydal následně dne 26. 10. 2010 odbor sociálního pojištění MPSV rozhodnutí, kterým rozhodnutí ČSSZ ze dne 1. 9. 2010 o nepřiznání invalidního důchodu pro nesplnění podmínky potřebné doby důchodového pojištění zrušil, s odůvodněním, že ČSSZ rozhodla na základě lékařského posudku OSSZ Ústí nad Orlicí ze dne 1. 3. 2010 ve věci data vzniku plné invalidity, který vycházel z nedostatečně zjištěného stavu věci.

ČSSZ proto vyvolala další mimořádnou kontrolní lékařskou prohlídku invalidity, která se uskutečnila dne 9. 11. 2010. V posudku je uvedeno, že je posuzovaná od r. 1996 léčena pro hepatopatii a následně pro cirrhosis hepatis, opakovaně byla hospitalizována, včetně psychiatrické a odvykací léčby. U posuzované jde o jaterní cirhózu etylické etiologie, funkčně Child.Pug A / 5 bodů/. V r. 1999 byla opakovaně hospitalizována na chirurgické klinice FN Bulovka pro opakované krvácení z jícnových varixů. Provedena sklerotizace varixů (celkem 5x). Po sklerotizaci varixů došlo ke stenóze jícnu, 3x byla provedena endoskopická dilatace jícnu. Pro opětovné krvácení z neovarixů byla v červenci 2002 provedena TIPS (transjugulární intrahepatální portosystémová spojka). Pro trombózu spojky došlo v prosinci 2002 k reoperaci. Již v propouštěcí zprávě ze srpna 1999 je uvedeno, že se posuzovaná léčí pro jaterní cirhózu s ascitem, má jícnové varixy a jedná se o recidivující krvácení z jícnových varixů do GIT. Z toho lze soudit, že jde o dlouhodobý stav, který zřejmě trval již několik let. Posuzovaná byla uznána plně invalidní a **datum vzniku invalidity** bylo stanoveno na **7. 11. 1998**. Dne 8. 6. 2011 vydala ČSSZ na základě posudku OSSZ Ústí nad Orlicí ze dne 9. 11. 2010 rozhodnutí, kterým paní Č. přiznala podle zákona č. 155/1995 Sb., ve znění platném do 31. 12. 2009 od 7. 11. 1998 plný invalidní důchod, neboť v rozhodném období před 7. 11. 1998 získala jmenovanou potřebnou dobu pojištění. Doplátek k důchodu byl však v souladu s ust. § 55 odst. 2 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a čl. II bodu 14 zákona č. 306/2008 Sb., ve znění zákona č. 479/2008 Sb., poskytnut až od 1. 1. 2006.

Na základě doporučení veřejného ochránce práv uplatnila paní Č. prostřednictvím veřejného opatrovníka dne 1. 11. 2011 žádost o náhradu škody a přiměřené zadostiučinění. Přímá finanční škoda byla vyčíslena na 194.615,- Kč a přiměřené zadostiučinění na 50.000,- Kč.

Pro právní odbor MPSV vydal odbor posudkové služby v lednu 2012 následující stanovisko:

Po prostudování podkladů týkajících se záležitosti paní Č. lze konstatovat, že posudky ve věci invalidity provedené před 9. 11. 2010 nevyhodnotily dostatečným způsobem posudkově významné skutečnosti. Datum vzniku invalidity bylo stanoveno nahodile (např. v r. 2001 podáním žádosti o invalidní důchod, v r. 2005 vyhotovením formuláře T 400, v r. 2007 propuštěním posuzované z IKEM). Skutečnosti uvedené v anamnéze, v propouštěcích zprávách z hospitalizací a v záznamech o jednání byly při stanovení data vzniku plné invalidity opomenuty a v důsledku toho nebyl řádně a úplně zjištěn skutečný stav věci. V posledním posouzení zdravotního stavu a výtěžné/pracovní schopnosti provedeném OSSZ Ústí nad Orlicí dne 9. 11. 2010 bylo již zohledněno to, že se pro hepatopatii a následně cirhózu jaterní posuzovaná léčila od r. 1996. Opakované krvácení z jícnových varixů v r. 1999 dokládá, že již před r.1999 šlo o těžkou poruchu s přetlakem v portálním řečišti,

s městnáním a ascitem, s opakovaně krvácejícími jícnovými varixy, pro které byla v r. 2002 provedena 2x TIPS.

Z výše uvedených skutečností o řízeních a šetřeních v důchodové věci paní Č. vyplývá, že po desetiletém vývoji s několika posouzeními zdravotního stavu a výdělečné/pracovní schopnosti (v letech 2001, 2002, 2007, 2009 a 2010) bylo až při poslední mimořádné kontrolní lékařské prohlídce invalidity, provedené z podnětu VOP, dosaženo úplného a spolehlivého určení posudkově rozhodné skutečnosti, kterým je datum vzniku invalidity, a posuzovaná se domohla svého nároku na invalidní důchod. Pokud jde o náhradu škody a přiměřené zadostiučinění, lze se oprávněně domnívat, že paní Č. se žádostí uspěje, neboť pochybení bylo primárně způsobeno nedostatečným posudkovým zhodnocením.

Zavedení posudkového lékařství do pregraduální výuky na lékařských fakultách

**doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.¹, prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.²,
MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D.¹, prof. MUDr. Daniela Pelclová, CSc.³,
MUDr. Markéta Petrovová²**

¹ Odbor posudkové služby MPSV

² Klinika pracovního lékařství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

³ Klinika pracovního lékařství 1. LF Univerzity Karlovy v Praze a VFN v Praze

Úvod

Obor posudkové lékařství a lékařská posudková služba sociálního zabezpečení má zvláštní místo v systému lékařských oborů i v oblasti vzdělávání. Vzdělávání se řídí sice podle zdravotnických předpisů, ale za situace, kdy je obor vykonáván mimo resort zdravotnictví, tj. v resortu práce a sociální věci, a nemá vlastní klinickou medicínskou základnu. Vzhledem k důležitosti systémů sociální ochrany, a tím i významu posudkového lékařství a lékařské posudkové služby, se vzdělanost a kvalita práce považují za prioritní. Zaměstnavatel - Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“) a Česká správa sociálního zabezpečení (dále jen ČSSZ) - zajišťuje vzdělání lékařů posudkové služby po linii zaměstnavatelské. MPSV jako ústřední orgán státní správy řídící lékařskou posudkovou službu nemá příliš možností ovlivňovat vzdělávací proces v systému zdravotnictví v oblasti pre a postgraduálního vzdělávání co do priorit, rozsahu, kvality a aktuálních potřeb. Ke zvýšení zájmu o obor posudkové lékařství je potřebné se zaměřit již na oblast pregraduálního vzdělávání v posledních ročnících studia na lékařských fakultách a ucelenou formou poskytnout budoucím lékařům základní teoretické a praktické znalosti z oblasti posudkového lékařství a jednotlivých sociálních systémů, potřebné pro výkon zdravotnického povolání. Obor posudkové lékařství vzhledem ke svému zaměření má řadu společných oblastí s oborem pracovní lékařství, a to zejména v oblasti populace v produktivním věku. I proto se zdálo jako nejvhodnější začít pregraduální vzdělávání posudkového lékařství v garanci klinik pracovního lékařství.

Systém pregraduálního vzdělávání na lékařských fakultách

Pro pregraduální vzdělávání lékařů v posudkovém lékařství na lékařských fakultách přichází v úvahu pouze šestileté prezenční magisterské studium v programu „Všeobecné lékařství“.

Lékařské fakulty v programu „Všeobecné lékařství“ během 12 semestrů vychovávají lékaře, kteří jsou po ukončení studia schopni zařazení do postgraduální výchovy (Ph.D.) a specializačního vzdělávání.

Náplň studia zpravidla zahrnuje tři navazující etapy:

- a) studium teoretických oborů, tj. zejména biologie, lékařské biofyziky, lékařské chemie a biochemie, histologie a embryologie, normální anatomie a fyziologie, a to zhruba v 1.- 4. semestru,
- b) studium preklinických předmětů (patologie, patologická fyziologie, mikrobiologie, imunologie, diagnostické zobrazovací metody, farmakologie aj.), kterým je věnován zpravidla 5.-7. semestr,
- c) výuka klinických předmětů, zvl. vnitřní lékařství, chirurgie, porodnictví a gynekologie, pediatrie, neurologie, psychiatrie, anesteziologie a resuscitace, dermatovenerologie, a to s návazností na předměty veřejného zdravotnictví (preventivní lékařství, sociální lékařství a zdravotní politika, soudní lékařství a medicínské právo). Na tyto předměty je zaměřena pozornost zejména v 8.-12. semestru.

Během studia je věnován prostor i dalším předmětům, jako je studium cizích jazyků, lékařská terminologie, lékařská psychologie a psychosomatika, genetika a lékařská etika. Při výuce teoretických a preklinických oborů se zpravidla uplatňuje průběžný systém výuky, při výuce oborů klinických většinou systém blokový.

Splnění požadavků studia v programu se eviduje prostřednictvím kreditového systému založeného na zásadách Evropského systému převodu kreditů (ECTS). Základní jednotkou studia je předmět, jehož úspěšné absolvování se vyjadřuje přidělením určitého počtu kreditů. Podmínkou absolvování studia je získání kreditů za absolvování předmětů v předepsané skladbě, v celkové hodnotě představující alespoň minimální kreditovou hodnotu studia, která činí třicetinasobek standardní doby studia v programu vyjádřené v semestrech.

Předměty a jejich bloky, které jsou součástí programů uskutečňovaných na lékařských fakultách, se zpravidla dělí na povinné, povinně volitelné a volitelné.

Výuka předmětů na lékařských fakultách se může uskutečňovat prostřednictvím přednášek, cvičení, seminářů, praktik, laboratorních cvičení, praxí, exkurzí, stáží, terénních cvičení, kurzů a konzultací.

Účast na výuce je pro studenty prezenční formy studia povinná, s výjimkou přednášek a konzultací.

Registrace a zápis předmětů. V období stanoveném pro zápis předmětů pro následující semestr provádí student do každého svého studia v informačním systému (IS) výběr předmětů, které hodlá v tomto semestru absolvovat, tzv. „zápis předmětů“. Žádost o zápis předmětů podává student prostřednictvím registrace v IS (tzv. „registrace“), a to v tzv. období registrace, uvedeném v harmonogramu akademického školního roku, popřípadě i během období zápisu předmětů. Počet studentů, kteří budou zapsáni do předmětu, může děkan v odůvodněných případech omezit. V těchto případech musí určit podmínky stanovení přednosti studentů při zápisu tak, aby přednost byla dána studentům, kteří podali žádost o zápis předmětů v období registrace, a studentům, pro něž je tento předmět povinný nebo povinně volitelný. Děkan je oprávněn zrušit konání předmětů, pokud se do něj zapsalo nebo registrovalo méně studentů, než činí předem stanovený počet. Tento limit je stanoven před zahájením registrace.

Ukončením předmětu se rozumí splnění jeho požadavků jedním z těchto způsobů:

- a) zápočtem
- b) kolokviem
- c) zkouškou
- d) klasifikovaným zápočtem.

Termíny pro ukončení předmětů zveřejní zkoušející nejméně dva týdny před zahájením zkouškového období. Řádné termíny pro ukončení předmětů jsou zařazovány do zkouškového období, případně i do posledních dvou týdnů semestrální výuky. Výjimku tvoří předměty s blokovou výukou a předměty se zvláštním časovým režimem, jejichž řádné termíny ukončení mohou být vypisovány již v průběhu semestrální výuky. Řádný termín zápočtu nebo klasifikovaného zápočtu lze na žádost studenta vypsát kdykoli v průběhu výuky předmětu, pokud student splnil požadavky pro jeho ukončení. Opravné termíny jsou zařazovány do zkouškového období. U kolokvia nebo zkoušky může zkoušející stanovit opravné termíny na období výuky v následujícím semestru, nejpozději však na třináctý kalendářní den po dni zahájení výuky, nebo na zkouškové období následujícího semestru, pokud toto období předchází zahájení výuky znovu vypsaneho předmětu; této možnosti může student využít pouze u předmětů zapsaných poprvé.

Jestliže student předmět neukončí úspěšně ani při využití práva opakovaného termínu ukončení předmětu, může ukončení předmětu mimořádně opakovat ve druhém opravném termínu; této možnosti může využít v daném studiu nejvýše tolikrát, kolik činí standardní doba tohoto studia vyjádřená v letech.

Kolokviem nebo zkouškou se ukončují předměty, u nichž je podstatná část zátěže studenta soustředěna mimo dobu jejich výuky stanovenou týdenním nebo blokovým rozvrhem. Zkoušející je povinen zveřejnit požadavky pro ukončení předmětu před zahájením týdenní výuky nebo před zahájením blokové výuky. Neuspěje-li student v řádném termínu u kolokvia nebo zkoušky, může je opakovat v opravných termínech. Podmínkou přihlášky ke kolokviu nebo zkoušce může být splnění požadavků v průběhu semestrální výuky. Výsledky hodnocení těchto požadavků mohou být zahrnuty do hodnocení kolokvia nebo zkoušky. Kolokviem se rozumí ukončení předmětu rozpravou o problematice předmětu, nebo vypracováním písemné práce zabývající se dílčí problematikou předmětu, případně obojím způsobem. Kolokvium se hodnotí slovy „prospěl(a)“, nebo „neprospěl(a)“.

Za nejdůležitější **zdroje informací** při studiu považujeme: přednášky, praktika (protokoly), semináře, skripta, učebnice, příručky a atlasy, odborné časopisy, konzultace, výukové filmy, výuková videa, .ppt prezentace, učební pomůcky typu modelů, preparátů aj., databázové a internetové rešerše.

Profil absolventa. Absolventi studijního programu „Všeobecné lékařství“ jsou plně připraveni na výkon povolání lékaře ve zdravotnických zařízeních všech typů s možností dalšího profesního vzdělávání v kterémkoli lékařském oboru. Absolventům se nabízí i další možnost uplatnění, a to mimo zdravotnická zařízení (teoretické lékařské obory, výzkum, farmaceutický průmysl, krajské hygienické stanice apod.). Absolventi mají také možnost pokračovat dalším studiem na lékařských fakultách v doktorských studijních programech (Ph.D.).

Historie pregraduální výuky posudkového lékařství na klinikách pracovního lékařství

Lékařské fakulty v současnosti v rámci pregraduální výuky vychovávají především mladé lékaře, u nichž předpokládají, že budou v budoucnu pracovat zejména jako všeobecní praktičtí lékaři pro dospělé. Lékařská posudková činnost je nedílná součást jejich léčebně preventivní péče. Je proto nutné seznámení s významem a rolí lékařské posudkové služby v systému sociálního zabezpečení a s konkrétními úkoly praktických lékařů, které plní ve spolupráci s posudkovými lékaři. I proto se posudkové lékařství zařadilo na LF MU mezi povinně volitelné předměty.

Při tom byly využity zkušenosti získané během předchozích let. Výuka posudkového lékařství byla zavedena poprvé v akademickém školním roce 2009/2010 na LF MU a 1. LF UK po předchozí dohodě MPSV a vedení obou uvedených fakult. V jejím rámci probíhala se souhlasem kolegií děkanů výuka základů posudkového lékařství na LF MU v rozsahu 3 vyučovacích hodin v rámci výuky vnitřního lékařství v bloku 6 - pracovní lékařství, a to v 5. ročníku ve všech studijních skupinách všeobecného směru. Na 1. LF UK probíhala výuka v rámci volitelného předmětu v rozsahu 3x2 hodiny na Klinice pracovního lékařství 1. LF UK. Obdobně tomu bylo v obou semestrech od akademického školního roku 2010/2011 na LF Masarykovy univerzity. Studenti měli v rámci výuky k dispozici učební text v rozsahu 26 stran v elektronické podobě pod názvem Minimum posudkového lékařství. Vyučovali lékaři z oboru posudkové služby MPSV. Na obou lékařských fakultách výuku garantovali přednostové klinik pracovního lékařství a v prostorách učeben jejich pracovišť a s jejich věcným zajištěním výuka probíhala. Garantem výuky musí být akademický pracovník LF s patřičnou pedagogicko-vědeckou erudicí a titulem. Při tom jde o přednosty klinik pracovního lékařství, které jsou oboru posudkového lékařství nejbližším výukovým klinickým pracovištěm lékařských fakult s vlastní bohatou posudkovou praxí a nejbližším oborem posudkovému lékařství vůbec. Oba přednostové se výuky posudkového lékařství účastnili a společnými konzultacemi, ale také na základě dotazníku vyplňovaného anonymně studenty po ukončení výuky byly získány cenné poznatky a postupně se upravovala jak forma, tak obsah a rozsah jednotlivých částí výuky.

Pro ukázkou názoru studentů, kteří absolvovali výuku posudkového lékařství, vybíráme ze 112 po ukončení výuky odevzdaných dotazníků:

76,7 % studentů se s problematikou posudkového lékařství během absolvované pregraduální výuky seznámilo poprvé,

66,9 % považuje tuto výuku pro svou budoucí lékařskou praxi za přínosnou,

65,1 % má zájem získat více dalších informací o posudkovém lékařství,

u 58,9 % studentů pobírá v okruhu rodiny či blízkého okolí některou z dávek sociálního zabezpečení.

Za nejvíce přínosné považovali studenti informace z oblasti nemocenského pojištění, důchodového pojištění a o zásadách spolupráce ošetřujících lékařů s posudkovou službou.

Na základě získaných zkušeností je od akademického školního roku 2010/2011 stabilně zařazena výuka základů posudkového lékařství jako volitelného předmětu do Studijních katalogů a zahájena pravidelná výuka na LF MU a 1. LF UK. Z důvodu nečekaného zájmu studentů o volitelný předmět posudkové lékařství na LF MU, kdy nebylo možno přihlášených 70 zájemců plně uspokojit, bylo od roku 2011/2012 posudkové lékařství zařazeno do předmětů povinně volitelných.

Současný stav výuky posudkového lékařství na LF MU v Brně

Posudkové lékařství je od roku 2011/2012 zařazeno mezi povinné předměty v pregraduální výuce na LF MU. Oproti tomu na 1. LF UK se pojmy povinné nebo nepovinně volitelný předmět nepoužívají, všechny nabízené předměty jsou volitelné. Výuka posudkového lékařství probíhá od roku 2009/2010 stále jako volitelný předmět v rozsahu 3x2 hodiny.

Mezi povinně volitelné předměty v 7. až 10. semestru na LF MU v akademickém školním roce 2011/2012 kromě posudkového lékařství patřily předměty právní aspekty v medicíně, vybrané kapitoly z klinické farmakologie, základy antimikrobiální terapie, paliativní medicína, klinická imunologie a alergologie, komunikace v medicíně, anesteziologie a léčba bolesti a tělovýchovné lékařství.

Všechny povinně volitelné předměty jsou na LF MU vyučovány 1,3 - 2 hodiny týdně po dobu 15 výukových týdnů a jsou ukončeny kolokviem. Kreditová hodnota povinně volitelných předmětů včetně posudkového lékařství je 1 kredit. Za celé studium si student vybere nejméně 3 povinně volitelné předměty.

Posudkové lékařství se nyní vyučuje v zimním semestru v rozsahu 30 hodin (15 x 2 hodiny) v rámci přednášek a seminářů. Výuka je umístěna v systému dvanáctisemestrální výuky příslušného studijního programu na LF do období 7. až 10. semestru. Jako prerekvizity požadujeme předchozí absolvování patologické fyziologie, patologie, interní a chirurgické propedeutiky. Počty přihlášených studentů se mohou pohybovat v rozmezí od 5 do 60.

Během výuky je poskytnuta relevantní informace o systému sociálního zabezpečení a o roli lékařské posudkové služby. Nejedná se čistě o vysvětlení obecných zásad, důraz je kladen na konkrétní metodiku posuzování zdravotního stavu zejména pro účely nemocenského a důchodového pojištění, ale také sociálních služeb, dávek osobám se zdravotním postižením, pro účely sociálně-právní ochrany dětí apod. Přednášky jsou obohaceny prezentací konkrétních kazistik. Na závěr výuky je upozorněno také na některé etické konflikty v posudkové činnosti. Přednášky a semináře zabezpečují pracovníci LPS MPSV, LPS ČSSZ a kliniky pracovního lékařství. Garantem výuky je přednosta kliniky pracovního lékařství. Garantující pracoviště je klinika pracovního lékařství.

Předmět je ukončen kolokviem, které uděluje garant výuky.

Požadavkem pro ukončení předmětu posudkové lékařství je 80% účast na výuce a úspěšné absolvování testu získaných znalostí. Otázky testu jsou zaměřeny na problematiku systému sociálního zabezpečení, nemocenské a důchodové pojištění (2/3 otázek) a na sociální služby.

Jako zdroje informací pro studenty slouží přednášky, internetová prezentace Minimum z posudkového lékařství dostupná studentům na stránkách LF a skriptum (Čeledová, L. a kol. Posudkové lékařství. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. Praha: Karolinum 2010, 127 s. ISBN 978-80-246-1869-2). V současnosti je připravován kolektivem autorů nový učební text Posudkové lékařství pro studenty lékařských fakult. Jeho vydání je plánováno na druhou polovinu roku 2012.

Mezi doporučenou studijní literaturu je zařazena publikace R. Čevely, L. Čeledové a A. Zvoníkové Posudkové lékařství. Vybrané kapitoly. Praha: Grada Publishing 2010, 144 s. ISBN 978-80-247-3285-5 a publikace A. Zvoníkové, L. Čeledové a R. Čevely Základy posuzování invalidity. Praha: Grada Publishing 2010, 360 s. ISBN 978-80-247-3535-1, z odborných časopisů Revizní a posudkové lékařství. Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, ISSN 1214-3170

Diskuse

Lékařské fakulty jsou ideálními partnery MPSV pro vzdělávání v předmětu Posudkové lékařství, a to ve všech jeho formách. Mají staletými ověřené zkušenosti ve vzdělávání a jsou základními pilíři naší vzdělanosti. I proto jsou schopny samy zcela zabezpečit nejen pregraduální, ale i postgraduální a celoživotní vzdělávání posudkových lékařů. Jsou vybavené personálně, zaměstnávají špičkové odborníky všech oborů, mají kvalitní zázemí technické, prostorové. Oproti jiným subjektům, které se částečně podílí na různých formách vzdělávání lékařů, poskytují komplexní personální, technickou a vysoce odbornou úroveň pro zajištění komplexního vzdělávání, a tím i návaznosti jednotlivých stupňů vzdělání lékařů.

Z hlediska pedagogického je třeba vyzdvihnout využívání moderních komunikačních technologií a výukových metod, společnou tvorbu a přípravu studijních materiálů s důrazem na jejich interaktivitu a možnost sdílení mezi jednotlivými fakultami v prostředí výukových portálů a vzdělávací sítě Mefanet.

Odborně nejbližším příbuzným oborem posudkového lékařství je pracovní lékařství, jehož hlavním cílem je prevence a zjišťování funkčních schopností osob, pracujících v rizikových profesích, a ještě zřetelněji zjišťování stupně závažnosti poškození pracovními noxami u osob, ucházejících se o nemoc z povolání, kdy je rovněž nezbytnou podmínkou exaktní posouzení zdravotního stavu. Pozice klinik pracovního lékařství je výhodná i z hlediska přístupu ke statistickým údajům ČR v databázích provozovaných ÚZIS – v první řadě Registru nemocí z povolání, kde jsou dostupné aktuální informace o počtech, typech a regionální či oborové distribuci nemocí z povolání, ohrožení nemocí z povolání i pracovních úrazů. Dále je možno získat informace ze systému KAPR provozovaného hygienickou službou o kategorizaci prací u jednotlivých zaměstnavatelů, nebo z celostátní databáze infekčních onemocnění Epidat.

Pracovní lékařství je na lékařských fakultách dobře zavedeným předmětem s pregraduální výukou, která byla zahájena na Karlově univerzitě v Praze (doc. MUDr. J. Teisinger) a Masarykově univerzitě v Brně (doc. MUDr. J. Urbánek) již v roce 1937. Kliniky pracovního lékařství jsou pracoviště akreditovaná i na postgraduální specializační vzdělávání, jejich odborníci bývají zastoupeni v oborových radách pro doktorandské studium, někteří garantují také habilitační a jmenovací řízení na lékařských fakultách. Do různé míry vychovávají další odborníky, kteří jsou schopni uplatnit výsledky své práce ve světové literatuře a v mezinárodně uznávaných časopisech.

Vzhledem k tomu, že posudková služba nemá svoji vlastní klinickou základnu, nabídka spolupráce od klinik pracovního lékařství na zajištění pregraduálního vzdělávání v oboru posudkové lékařství byla velice významným mezníkem pro získání povědomí budoucích lékařů o činnosti lékařské posudkové služby.

Pouze moderně koncipované vzdělávání založené na principech komplexnosti, odbornosti, všestrannosti a propojení teorie a praxe, může zabezpečit zvýšení pozitivního povědomí o lékařské posudkové činnosti a zkvalitnit posudkovou činnost vykonávanou v rezortu práce a sociálních věcí. Bude mít také nepochybně pozitivní dopad i na klienty sociálních systémů.

Závěr

Cílem MPSV a garantujících pracovišť obou lékařských fakult je, aby i v následujících letech zůstalo posudkové lékařství povinně volitelným předmětem na LF MU a volitelným předmětem na 1. LF UK s navýšením počtu hodin volitelného předmětu již vyučovaného z 6 na 30 hodin. Cílem výuky je, aby si studenti osvojili základy posudkové problematiky, objasnili si podmínky vzájemné součinnosti ošetřujících a posudkových lékařů a získali základní poznatky o činnosti posudkové služby, které by jim pomohly v orientaci při řešení sociálních důsledků zdravotních postižení jejich pacientů.

Podmínkou uskutečněné změny zařazení posudkového lékařství z nepovinně volitelného předmětu v roce 2010/2011 na předmět povinně volitelný v roce 2011/2012 na LF MU bylo, že zájem studentů o „Základy posudkového lékařství“ jako o nepovinně volitelný předmět bude vyšší než zájem o nejméně navštěvovaný předmět povinně volitelný v témž akademickém školním roce. Druhou podmínkou byl potřebný souhlas kolegia děkana. Díky mimořádnému zájmu studentů o posudkové lékařství, kdy bylo 70 přihlášených, se změna mohla uskutečnit. Tak se posudkové lékařství plnohodnotně zařadilo mezi ostatní medicínské obory vyučované na lékařských fakultách v ČR.

Vzhledem k významu posudkového lékařství a lékařské posudkové služby, kde je vzdělanost a kvalita práce prioritou, je realizace pregraduálního vzdělávání pod garancí klinik pracovního lékařství tím nejlepším možným řešením. Ke zvýšení zájmu o obor posudkové lékařství je potřebné i nadále podporovat oblast pregraduálního vzdělávání v posledních ročnících studia na lékařských fakultách, a tak možnost ucelenou formou poskytnout budoucím lékařům základní teoretické a praktické znalosti z oblasti posudkového lékařství a jednotlivých sociálních systémů, potřebné pro výkon zdravotnického povolání. Dosavadní zkušenosti z výuky ukazují, že mezi studenty je o problematiku posudkového lékařství zájem a i vedení klinik pracovního lékařství si je vědomo praktického přínosu získaných informací pro potřeby klinické praxe.

„Tato práce je podpořena projektem MU FRVS/1017/2012“.

Literatura

Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách ve znění pozdějších předpisů
Závěrečná zpráva veřejné zakázky „Možnosti a podmínky pre a postgraduálního vzdělávání v oboru posudkové lékařství a lékařů posudkové služby v podmínkách lékařských fakult a klinik pracovního lékařství/nemocí z povolání“ Praha:MPSV.2010.

Kompetence lékařské posudkové služby v nepojistných sociálních systémech

JUDr. Radim Langer, MPSV – odbor posudkové služby

1. Úvod

Přijetím **zákona č. 329/2011 Sb.**, o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, **zákona č. 366/2011 Sb.**, kterým se mění zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, jakož i **zákona č. 367/2011 Sb.**, kterým se mění zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, došlo s účinností od 1. 1. 2012 rovněž ke změnám kompetencí lékařské posudkové služby pro posuzování v nepojistných sociálních systémech.

Následující text má poskytnout základní přehled o tom, co lékařská posudková služba (LPS) v nepojistných sociálních systémech od 1. 1. 2012 v důsledku legislativních změn posuzuje. Na okraj lze ještě připomenout, že v důsledku přechodných ustanovení posuzuje LPS v nepojistných sociálních systémech po přechodnou dobu i kategorie, které jsou jinak zrušeny, avšak jejich posouzení je nutné pro účely dokončení řízení zahájených a pravomocně neukončených do 31. 12. 2011.

2. Dávky osobám se zdravotním postižením

Jde o zcela novou kompetenci LPS, která je odrazem nového systému dávek osobám se zdravotním postižením.

LPS zde posuzuje tyto posudkové kategorie:

- a) **schopnost zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace**

Tato posudková kategorie je za stanovených podmínek posuzována samostatně **pro účely příspěvku na mobilitu**, a to podle stejných posudkových kritérií, jako schopnost zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace pro účely příspěvku na péči (§ 6 a 8 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů – dále jen ZPDOZP). Zmíněná kritéria jsou konkrétně upravena zejména v § 9 odst. 1 písm. a) a b) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a také novelou prováděcí vyhlášky, pokud jde o písm. a) a b) přílohy č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.

Dále lze tuto posudkovou kategorii samostatně posuzovat také **pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením** (§ 35 odst. 3 ZPDOZP), a to rovněž podle stejných posudkových kritérií jako schopnost zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace pro účely příspěvku na péči.

Kompetence OSSZ k samostatnému posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace pro účely příspěvku na mobilitu a pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením vychází z § 8 odst. 1 písm. e) zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení (ZOPSZ). Pokud jde o kompetenci posudkových komisí (PK) MPSV k posuzování této kategorie pro účely odvolacího správního řízení, vychází z § 4 odst. 2 ZOPSZ.

b) těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí

Tato posudková kategorie je v návaznosti na § 9 odst. 4 ZPDOZP nově vymezena v části I bodě 1 přílohy k ZPDOZP.

Je posuzována pro účely:

- **příspěvku na zvláštní pomůcku** (§ 9 odst.1 ZPDOZP);
- **příspěvku na zvláštní pomůcku poskytovaného na pořízení motorového vozidla** (§ 9 odst. 2 ZPDOZP);
- **výpůjčky zvláštní pomůcky** (§ 13 odst. 1 ZPDOZP), pro kterou jsou ovšem významné jen těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí, uvedené v části I bodě 1 písm. a), b) nebo d) až i) přílohy k ZPDOZP.

Kompetence OSSZ k tomuto posuzování vychází z § 8 odst. 1 písm. e) ZOPSZ, kompetence PK MPSV k posuzování pro účely odvolacího správního řízení vychází z § 4 odst. 2 ZOPSZ.

c) těžké sluchové postižení nebo těžké zrakové postižení

Tato posudková kategorie je v návaznosti na § 9 odst. 4 ZPDOZP vymezena v části I bodech 2 a 3 přílohy k ZPDOZP.

Je posuzována pro účely **příspěvku na zvláštní pomůcku** (§ 9 odst.1 ZPDOZP).

Kompetence OSSZ k tomuto posuzování vychází z § 8 odst. 1 písm. e) ZOPSZ, kompetence PK MPSV k posuzování pro účely odvolacího správního řízení vychází z § 4 odst. 2 ZOPSZ.

d) těžká nebo hluboká mentální retardace

Tato posudková kategorie je v návaznosti na § 9 odst. 4 ZPDOZP vymezena v části I bodě 4 písm. b) přílohy k ZPDOZP.

Je posuzována **pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku poskytovaného na pořízení motorového vozidla** (§ 9 odst. 2 ZPDOZP).

Kompetence OSSZ k tomuto posuzování vychází z § 8 odst. 1 písm. e) ZOPSZ, kompetence PK MPSV k posuzování pro účely odvolacího správního řízení vychází z § 4 odst. 2 ZOPSZ.

e) zdravotní stav vylučující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku (tzv. kontraindikace)

Kontraindikace jsou v návaznosti na § 9 odst. 4 ZPDOZP vymezeny v části II přílohy k ZPDOZP.

Jsou posuzovány pro účely:

- **příspěvku na zvláštní pomůcku** (§ 9 odst.1 ZPDOZP);
- **příspěvku na zvláštní pomůcku poskytovaného na pořízení motorového vozidla** (§ 9 odst. 2 ZPDOZP).

Kompetence OSSZ k posuzování kontraindikací vychází z § 8 odst. 1 písm. e) ZOPSZ, kompetence PK MPSV k jejich posuzování pro účely odvolacího správního řízení vychází z § 4 odst. 2 ZOPSZ.

f) stupeň závislosti

Tato posudková kategorie je posuzována pro účely **řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením** (§ 35 odst. 3 ZPDOZP) podle stejných posudkových kritérií jako stupeň závislosti pro účely příspěvku na péči (jde o kritéria novelizovaná podle právních předpisů účinných od 1. 1. 2012 – viz v části 3 tohoto článku).

Kompetence OSSZ k tomuto posuzování pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením vychází z § 8 odst. 1 písm. g) ZOPSZ, a pokud jde o kompetenci PK MPSV k posuzování této kategorie pro účely odvolacího správního řízení, z § 4 odst. 2 ZOPSZ.

3. Sociální služby

V systému sociálních služeb LPS nadále posuzuje posudkovou kategorii **stupeň závislosti** (§ 8 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů), a to **pro účely příspěvku na péči**.

Posudková kritéria, která stupeň závislosti vymezují, se ovšem podle právní úpravy účinné od 1. 1. 2012 výrazně změnila, a to jak v důsledku změn zákona, tak změn prováděcí vyhlášky (§ 7, § 9 a 10 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhláška MPSV č. 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Kompetence k tomuto posuzování je pro OSSZ nadále založena v § 8 odst. 1 písm. g) ZOPSZ, a pokud jde o kompetenci PK MPSV k posuzování této kategorie pro účely odvolacího správního řízení, v § 28 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a v § 4 odst. 2 ZOPSZ.

4. Státní sociální podpora

V systému státní sociální podpory LPS i po 1. 1. 2012 posuzuje posudkovou kategorii **dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte a jeho neschopnost vykonávat z důvodu tohoto zdravotního stavu výdělečnou činnost**. Tato kategorie je vymezena v § 11 odst. 1 písm. c) zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění čl. V bod 8 zákona č. 366/2011 Sb.,

Uvedená posudková kategorie je nadále jednou z alternativních podmínek pro účely hodnocení dítěte do 26 let věku jako **dítěte nezaopatřeného**, a to s důsledky pro poskytnutí některých dávek státní sociální podpory.

Kompetence OSSZ k tomuto posuzování je nadále založena v § 8 odst. 1 písm. b) ZOPSZ a pokud jde o kompetenci PK MPSV k posuzování této kategorie pro účely odvolacího správního řízení, v § 4 odst. 2 ZOPSZ.

Ostatní tři posudkové kategorie, doposud posuzované LPS pro účely systému státní sociální podpory v návaznosti na vyhodnocení stupně zdravotního postižení z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu – tj. osoba dlouhodobě těžce zdravotně postižená, osoba dlouhodobě zdravotně postižená a dítě dlouhodobě nemocné – byly s účinností od 1. 1. 2012 zrušeny a jejich posuzování bylo proto ke stejnému datu z posudkových kompetencí OSSZ podle § 8 odst. 1 ZOPSZ **vypuštěno**.

5. Pomoc v hmotné nouzi

V systému pomoci v hmotné nouzi LPS i po 1. 1. 2012 zůstala LPS kompetence k posuzování posudkové kategorie **dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte a jeho neschopnost vykonávat z důvodu tohoto zdravotního stavu výdělečnou činnost**.

Tato kategorie je v návaznosti na § 18 zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, posuzována i pro účely systému pomoci v hmotné nouzi nadále podle v § 11 odst. 1 písm. c) ZSSP. Uvedená posudková kategorie zůstává i po 1. 1. 2012 jednou z alternativních podmínek pro účely hodnocení dítěte do 26 let věku jako **dítěte nezaopatřeného**, a to s důsledky, nově upravenými novelou zákona č. 111/2006 Sb. od 1. 1. 2012.

Kompetence OSSZ k tomuto posuzování je nadále založena v § 8 odst. 1 písm. b) ZOPSZ a pokud jde o kompetenci PK MPSV k posuzování této kategorie pro účely odvolacího správního řízení, v § 4 odst. 2 ZOPSZ.

Dosavadní posuzování schopnosti osoby zvýšit si příjem vlastní prací vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu bylo – v návaznosti na změny zákona č. 111/2006 Sb., provedené od 1. 1. 2012 – ke stejnému datu z posudkových kompetencí OSSZ podle § 8 odst. 1 ZOPSZ **vypuštěno**.

6. Zaměstnanost

V návaznosti na změny, provedené v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, zákonem č. 367/2011 Sb., došlo i ke změnám v kompetenci LPS.

Konkrétně šlo o nové vymezení osob se zdravotním postižením, provedené od 1. 1. 2012 v § 67 zákona o zaměstnanosti a spojené se zrušením dosavadní kategorie osoby zdravotně znevýhodněné. Z uvedeného důvodu bylo k témuž datu **posuzování osoby zdravotně znevýhodněné** z posudkových kompetencí OSSZ podle § 8 odst. 1 ZOPSZ **vypuštěno**.

7. Sociální péče

Vzhledem ke zrušení tohoto systému, resp. k jeho nahrazení systémem dávek osobám se zdravotním postižením, došlo k datu 1. 1. 2012 také **k vypuštění** kategorií, které byly LPS doposud pro účely poskytování dávek a mimořádných výhod těžce zdravotně postiženým občanům hodnoceny, z posudkových kompetencí OSSZ podle § 8 odst. 1 ZOPSZ.

Judikatura Nejvyššího správního soudu ve vztahu k lékařské posudkové službě v roce 2011

JUDr. Kateřina Došlá, ČSSZ

Judikatura Nejvyššího správního soudu (dále jen NSS) a rozhodovací praxe krajských soudů je v oblasti lékařské posudkové služby významným pomocníkem při řešení mnohdy nelehkých otázek vnikajících v souvislosti s posuzování zdravotního stavu občana v sociálním zabezpečení. Rozhodnutí NSS jsou závazná pouze pro rozhodnutí v konkrétní věci, neformálně z nich však často soudy a případně další orgány vycházejí, respektujíce jeho autoritu, jakož i pro přesvědčivost výkladu sporných otázek. Navíc NSS svými rozhodnutími do určité míry avizuje, jakým způsobem bude s největší pravděpodobností rozhodovat v obdobných věcech, pokud se jimi, např. na základě mimořádných opravných prostředků, bude v budoucnosti zabývat. Judikatura je proto vítanou pomůckou a návodem pro správnou interpretaci a aplikaci právních norem v praxi.

Na základě svých zkušeností z práce na oddělení právní agendy LPS ČSSZ mohu konstatovat, že nejčastěji skloňovaným problémem posudkových lékařů je správné formulování posudkového závěru tak, aby u soudu obstál. Z ustálené judikatury vyplývá, že posudkový lékař musí při posuzování zdravotního stavu a invalidity vždy vycházet z lékařských zpráv a posudků vypracovaných odbornými lékaři o zdravotním stavu občana, a přihlížet též k výsledkům vlastního vyšetření. Posudkový lékař je tak povinen zjistit všechny skutečnosti významné pro posudkové zhodnocení. Výstupem jeho činnosti je pak posudek, který musí obsahovat takové náležitosti, aby odpovídaly požadavkům, jež pro posudek vyplývají z jeho významu v řízení o nároku na dávku podmíněnou nepříznivým zdravotním stavem. Zejména se jedná o **požadavek úplnosti**, tzn. že v posudku musí být uvedeny všechny rozhodné a posudkově významné skutečnosti a **požadavek přesvědčivosti**, který je splněn tehdy, obsahuje-li posudek náležité odůvodnění posudkového lékaře. Jen tak může být naplněna právní jistota posuzovaných osob. Při zjištění posudkově významných skutečností, je lékař povinen zdůvodnit, v čem spočívá zlepšení či stabilizace zdravotního stavu posuzované osoby nebo případný dřívější posudkový omyl.

Z počtu 23 nejnovějších rozsudků NSS, které mělo oddělení právní agendy LPS ČSSZ k dispozici, jsem vybrala 4 nejzajímavější případy, které vykládají některé pojmy a skutečnosti vyplývající z činnosti LPS nebo poukazují na chyby, které jsou správními orgány v rámci své rozhodovací praxe dělány.

1. Role posudkového lékaře při určení, které onemocnění má vliv na míru poklesu pracovní schopnosti posuzovaného (sp.zn. 6 Ads 166/2011-58 ze dne 22.2.2012)

Ve stížnostech, se kterými se oddělení právní agendy LPS setkává, je často skloňovanou výtkou posuzovaných fakt, že posudkový lékař nevzal v potaz názor ošetřujícího lékaře, který zná zdravotní stav posuzovaného lépe, neboť k němu posuzovaný pravidelně dochází. K tomuto problému se vyjádřil NSS ve svém rozsudku.

NSS se zabýval případem, v němž byl rozhodnutím ČSSZ ze dne 10.9.2010 žalobkyni odňat invalidní důchod prvního stupně, jelikož dle posudku o jejím zdravotním stavu činila míra poklesu její pracovní schopnosti pouze 15%. Po řádném uplatnění námitek bylo vydáno rozhodnutí ČSSZ o námitkách, jež potvrdilo rozhodnutí první instance. Dne 18.3.2011 uplatnila posuzovaná žalobu k Městskému soudu v Praze a její zdravotní stav byl v rámci soudního přezkumu posouzen posudkovou komisí MPSV ČR (dále jen PK MPSV), která určila míru poklesu pracovní schopnosti žalobkyně na 20% a žaloba tak byla zamítnuta. Žalobkyně poté uplatnila u NSS kasační stížnost, která však byla zamítnuta. V odůvodnění svého rozhodnutí NSS konstatoval, že „ze samotného faktu, že byly stěžovatelkou doloženy lékařské zprávy týkající se jejího stavu, ještě podle názoru Nejvyššího správního soudu nevyplývají žádné konsekvence pro uznání invalidity. Nejvyšší správní soud nezpochybuje skutečnost, že stěžovatelka určitými bolestmi a komplikacemi po implantaci totální endoprotézy pravého kyčelního kloubu pro nekrózu hlavice kosti stehenní trpí, což odůvodňuje její míru poklesu pracovní schopnosti ve výši 20%. Jak ale vyplývá z ustanovení § 39 odst. 2 zákona o důchodovém pojištění, při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se vychází ze zdravotního stavu, který musí být objektivně posouzen (srov. rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 30. 11. 2009, č. j. 4 Ads 81/2009 - 46) a zhodnocen i z hlediska schopnosti pojištěnce vykonávat práce.“

Dále bylo konstatováno, že lékařské zprávy popisující onemocnění stěžovatelky samy o sobě nedokládají, že určité onemocnění z hlediska zákona o důchodovém pojištění a vyhlášky o posuzování invalidity odůvodňuje ponechání invalidního důchodu pro invaliditu prvního stupně. Nejvyšší správní soud je toho názoru, že **„je věcí posudkového lékaře, a nikoli ošetřujícího lékaře, určit, jaký vliv má určité onemocnění na schopnost pracovat pro účely přiznání nebo odněmání důchodů podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem.“**

2. Pracovní rekomandace a procentní snížení pracovní schopnosti (sp.zn. 6 Ads 149/2011-64 ze dne 22.12.2011)

Další zajímavý případ se týká vymezení pojmu pracovní rekomandace obsažené v posudcích o zdravotním stavu posuzované osoby. Pracovní rekomandace je klienty vnímána jen jako souhrn jím vykonávaných zaměstnání, která je schopen zvládnout a již si neuvědomují, že pro posudkové lékaře obsahuje řadu informací klinických, psychologických i sociálně-ekonomických. V praxi se mnohdy setkáme s případy, kdy po posouzení zdravotního stavu klient s ohledem na posudkový závěr vyžaduje nalezení pracovního místa přímo od posudkového lékaře. Těmto požadavkům je třeba se bránit s odkazem na věcnou působnost úřadu práce.

Účel a věrohodnost pracovní rekomandace vymezil NSS ve svém rozsudku, ze kterého vyplývá, že **„pracovní rekomandace je obsažena v posudcích lékařů OSSZ a posléze v posudcích PK MPSV především za účelem stanovení obecných indikací a kontraindikací pro výkon povolání zdravotně postiženého pojištěnce“**. Výčet doporučených zaměstnání je toliko demonstrativní a slouží spíše úřadům práce jako pomůcka při hledání vhodného zaměstnání. Věrohodnost pracovní rekomandace je posuzována především z toho hlediska, zda je pojištěnec po zdravotní stránce schopen obecně formulovaná doporučená zaměstnání vykonávat, nikoliv to, zda takováto zaměstnání jsou v určitém čase a místě pro pojištěnce k dispozici.“

Z uvedeného lze dovodit, že **pracovní rekomandace v posudku nemá význam pro samotné přiznání či nepřiznání invalidního důchodu, protože to se neodvíjí od pracovní rekomandace v posudku a jejího srovnání s kvalifikací stěžovatelky, ale výlučně od procentní míry snížení pracovní schopnosti**. Kasační stížnost byla v tomto případě také zamítnuta jako nedůvodná.

3. Subjektivní pocity a stesky žalobce (sp.zn. 6 Ads 154/2011-170 ze dne 31.1.2012)

Subjektivní vnímání svého špatného zdravotního stavu neodmyslitelně patří ke každému jednání, při němž je posuzován zdravotní stav klienta. Jak již bylo uvedeno výše, posudkový lékař se při vypracování posudku musí vypořádat se všemi rozhodnými skutečnostmi, především pak s těmi, které posuzovaný namítá. Z posudku musí být zřejmé, že zdravotní stav posuzovaného byl komplexně posouzen na základě úplné zdravotnické dokumentace i s přihlédnutím ke všem jím tvrzeným obtížím.

V této souvislosti NSS ve svém rozsudku vyslovil názor, že pouhé subjektivní prohlášení stěžovatelky uplatněné v řízení před krajským soudem o tom, že její stav se naopak od minulého posouzení ještě zhoršil, je irelevantní. NSS se v tomto rozsudku odvolává na své starší rozhodnutí (4 Ads 81/2009-46 ze dne 30.11.2009), dle kterého **„při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se vychází ze zdravotního stavu doloženého výsledky funkčních vyšetření, nikoliv**

ze subjektivních pocitů a stesků žalobce.“ Samotný fakt, že stěžovatelka v řízení o kasační stížnosti doložila rozsáhlou zdravotnickou dokumentaci týkající se jejího stavu, nezakládá ještě podle názoru NSS žádné konsekvence pro uznání invalidity dotčené osoby. I v tomto případě shledal NSS kasační stížnost žalobkyně za nedůvodnou a zamítl ji.

4. Nepřezkoumatelná rozhodnutí ČSSZ (sp.zn. 6 Ads 8/2012-30)

Poslední případ, na který bych chtěla upozornit, se týká práce posudkových lékařů, jak v první, tak ve druhé instanci. Pro daný případ je charakteristické, že kasační stížnost byla podána ČSSZ, která se domáhala zrušení rozsudku krajského soudu, kterým bylo zrušeno její rozhodnutí o námitkách posuzovaného. Krajský soud v Ústí nad Labem ve svém rozhodnutí zrušil obě rozhodnutí ČSSZ (rozhodnutí první i druhé instance) pro vady řízení spočívající v tom, že ČSSZ přezkoumávala v řízení o námitkách nepřezkoumatelné rozhodnutí správního orgánu prvního stupně. Stěžejním důvodem pro zrušení obou rozhodnutí ČSSZ byl postup ČSSZ, která rozhodnutí prvního stupně nezrušila pro nepřezkoumatelnost a nevrátila k dalšímu řízení podle §90 odst.1 písm. b) správního řádu, ale přistoupila k vlastnímu posouzení nároku žalobce na invalidní důchod.

Krajský soud konstatoval, že odůvodnění posudku první instance obsahovalo pouze citaci právního předpisu a dále jen obecné tvrzení, že podle posudku OSSZ již žalobce není invalidní pro invaliditu třetího stupně, ale žalobce byl uznán invalidní pouze pro invaliditu prvního stupně, neboť jeho pracovní schopnost poklesla o 45%. Tím, že odůvodnění rozhodnutí správního orgánu prvního stupně postrádá úvahu správního orgánu (oddělení LPS), kterou se řídil při hodnocení podkladů pro vydání rozhodnutí a z rozhodnutí není patrné, zda byla žalobci dána možnost se k podkladům vyjádřit, zda vznesl nějaké námitky a jak se s nimi správní orgán vypořádal, shledal soud toto rozhodnutí nepřezkoumatelným.

Krajský soud byl toho názoru, že v rámci námitkového řízení mělo být rozhodnutí ČSSZ v první instanci zrušeno pro nepřezkoumatelnost a věc měla být vrácena k dalšímu řízení dle §90 odst.1 správního řádu. V řízení o kasační stížnosti, kterou podala ČSSZ došel NSS k závěru, že rozhodnutí ČSSZ o námitkách bylo bez právních vad, neboť se lékař při posouzení zdravotního stavu žalobce náležitě vypořádal se všemi namítanými skutečnostmi, které náležitě odůvodnil. Z tohoto důvodu NSS rozsudek krajského soudu zrušil a věc vrátil k dalšímu řízení.

K tomuto případu bych chtěla doplnit, že přestože je posuzování zdravotního stavu a invalidity především odbornou medicínskou záležitostí, jedná se v každém posuzování i o určitý správní proces podléhající procedurálním pravidlům upraveným obecně závaznými právními předpisy. Zde je kladen důraz na požadavek zjištění stavu věcí, o nichž pak nejsou důvodné pochybnosti (ustanovení § 2 a § 3 správního řádu). Závěry lékaře a jeho posudkový výrok musí vycházet ze skutečností, které jsou pro vyslovení výroku směrodatné a které byly zjištěny co nejpřesněji a nejúplněji. Za tím účelem je lékař povinen opatřit si a využít všech důkazních prostředků způsobilých pro zjištění posudkově významných a rozhodných

skutečností. Pokud tedy chceme předcházet případným dalším soudním sporům, je třeba tento postup bez výhrady uplatňovat.

Závěrem stojí za zmínku, že z námi dostupné judikatury bylo zjištěno, že z 23 zkoumaných rozsudků byla kasační stížnost 19x zamítnuta (a to ve prospěch ČSSZ), v jednom případě odmítnuta pro její opožděné podání a ve třech případech bylo rozsudkem NSS rozhodnutí krajského soudu zrušeno a věc byla vrácena k novému projednání.

Reforma zdravotnictví a nové právní předpisy

MUDr. Alena Váňová, MPSV - odbor posudkové služby

Koncem roku 2011 byly v rámci první části reformy zdravotnictví schváleny nové zákony, které zásadně mění dosavadní způsob poskytování zdravotní péče a současně mají dopad i do dalších oblastí, oblast sociální nevyjímaje. Mezi schválené normy, o kterých je třeba se zmínit zejména, patří zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách, zákon o zdravotnické záchranné službě a zákon, kterým se mění zákony v souvislosti s přijetím uvedených tří zákonů. Neopominutelná je i novela zákona o veřejném zdravotním pojištění. Účinnost zmíněných zákonů byla stanovena na 1. duben 2012.

Zákon o zdravotních službách a zákon o specifických zdravotních službách zrušil řadu právních předpisů, které oblast do 31.3.2012 upravovaly. Za nejvýznamnější změnu lze považovat zrušení zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, včetně prováděcích předpisů k tomuto zákonu a zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

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

Obsahem zákona o zdravotních službách je především stanovení pravidel poskytování zdravotních služeb a úprava povinností jejich poskytovatelů. Zároveň také stanoví práva a povinnosti jak zdravotnických pracovníků, tak pacientů. Důraz je kladen nejen na práva pacienta, ale také na jeho individuální potřeby. Zákon tak stanoví základní podmínky poskytování zdravotních služeb, postavení státu, poskytovatele zdravotních služeb a pacienta a jejich vzájemné vztahy.

Poskytovatelem zdravotních služeb je podle zákona fyzická nebo právnická osoba, která splní podmínky pro poskytování zdravotních služeb a získá oprávnění k jejich poskytování. Mezi podmínky, které musí být splněny, patří například dodržení požadavků na věcné a technické vybavení zdravotnického zařízení, zajištění odborně způsobilého zdravotnického personálu, hygienických požadavků, a to podle druhu a formy poskytovaných zdravotních služeb a oboru zdravotní péče. Podmínky poskytování zdravotních služeb jsou stanoveny jednotně pro všechny poskytovatele.

Zákon se zabývá přesným vymezením zdravotní péče, přičemž specifikuje druhy a formy zdravotní péče, s jejichž poskytováním jsou v dalších ustanoveních zákona spojena konkrétní práva a povinnosti. Uvedené rozdělení zdravotní péče je nezbytné pro potřeby udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb, při definování nároku pacienta a úhrady zdravotních služeb. Druhy zdravotní péče rozlišuje zákon dle časové naléhavosti (neodkladná, akutní, nezbytná a plánovaná péče) a dle účelu poskytování (preventivní, diagnostická, dispenzární, léčebná, posudková, léčebně-rehabilitační, ošetřovatelská, paliativní a lékárenská péče). Z hlediska forem je zdravotní péče rozdělena na péči ambulantní (se složkou primárně ambulantní,

léčebně posudkovou, specializovanou a stacionární), jednodenní, lůžkovou (akutní, intenzivní, standardní, následná a dlouhodobá péče) a zdravotní péči poskytovanou ve vlastním prostředí pacienta (návštěvní a domácí péče).

Práva pacientů jsou v zákoně vymezena mnohem konkrétněji než v předchozích právních předpisech. Pacient je při poskytování zdravotních služeb rovnocenným partnerem poskytovatele a zdravotnických pracovníků a má právo se k poskytovaným zdravotním službám vyjádřit. Práva pacientů jsou řešena zejména v souladu s principy Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a dalšími principy zohledňovanými ve státech Evropské Unie.

Zákon se také zabývá pravidly pro nakládání s dokumentací, upravuje účel a podmínky činnosti národního informačního systému a postup při podávání stížností na poskytování zdravotní péče. Novou oblastí úpravy jsou správní delikty a sankce, které je možné v případě těchto deliktů uložit. Za přestupky a správní delikty je možné uložit pokuty ve výši od sto tisíc až do jednoho milionu korun. Lze tedy předpokládat, že práva pacientů a povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb se tak stanou lépe vymahatelnými.

Zákon ve svém § 120 zmocňuje ministerstvo zdravotnictví k vydání prováděcích předpisů, které podrobně upravují následujících oblastí:

- druh, obsah, časové rozmezí a okruh osob, kterým jsou poskytovány jednotlivé druhy preventivních prohlídek a okruh poskytovatelů, nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí těchto prohlídek a okruh poskytovatelů provádějících dispenzární péči (dle § 5 odst. 3 zákona),
- personální, věcné a technické vybavení a zabezpečení poskytování zdravotních služeb (§ 11 odst. 4,6,7 zákona),
- výše příspěvku na úhradu zaopatření dítěte a jeho průvodce na zdravotní služby a zaopatření poskytování v dětských domovech pro děti do 3 let věku (§ 44 odst. 4 zákona),
- obsah traumatologického plánu a postup při jeho zpracování a projednávání s příslušným správním úřadem nebo ministerstvem (§ 47 odst. 1 písm. c) zákona),
- náležitosti zdravotnické dokumentace, podrobnosti a způsob vedení zpracování a zacházení se zdravotnickou dokumentací, způsob jejího uchování (§ 69 písm. a) - e) zákona),
- způsob předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému (§ 70 odst. 6), § 75 odst. 3), § 77 odst. 3), § 78 zákona)
- náležitosti Listu o prohlídce zemřelého a způsob jejího vyplnění, náležitosti hlášení o ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky (§ 92 zákona),
- minimální hodnotící standardy kvality a bezpečí pro jednotlivé formy zdravotní péče (§ 98 odst. 7 zákona).

Do doby uzávěrky Sborníku bylo schváleno a účinnosti nabylo 8 následujících vyhlášek k zákonu upravujících výše uvedené oblasti:

1. Vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči

Obsahem vyhlášky je úprava časového rozmezí provádění dispenzárních prohlídek poskytovatelem zdravotních služeb podle zdravotního stavu pacienta, nejméně však 1x ročně. Nemoci, vady nebo stavy, u nichž se dispenzární péče

poskytuje, jsou uvedeny v příloze vyhlášky v členění dle odbornosti poskytovatele zdravotních služeb.

2. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách

Vyhláška specifikuje jednotlivé druhy preventivních prohlídek dle oboru, obsah a časové rozmezí všeobecné preventivní prohlídky, která se provádí vždy 1x za dva roky a jejich obsahem je doplnění anamnézy – včetně anamnézy sociální, kontrola očkování, komplexní fyzikální vyšetření, vyšetření moči dg papírkem, kontrola a zhodnocení výsledků dalších předepsaných preventivních vyšetření. V případě všeobecné preventivní prohlídky dětí je obsah prohlídky obdobný se specifickým pro jednotlivé věkové skupiny do 18 let věku. K preventivním prohlídkám patří i stomatologické a gynekologické preventivní prohlídky, jejichž obsah a časové rozmezí vyhláška rovněž podrobně upravuje.

3. Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče

Obsahem vyhlášky je úprava požadavků provozování zdravotnického zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče z hlediska věcného a technického vybavení. Obecné požadavky jsou uvedeny v příloze č. 1, specifické požadavky pro ambulantní, lůžkovou, lékárenskou a neodkladnou péči, zdravotní dopravní služby a zdravotnickou záchrannou službu jsou uvedeny v příloze č. 2 až 8 vyhlášky. Zásadní rozdíl oproti předchozí právní úpravě představuje příloha č. 9, která nově upravuje požadavky na vybavení kontaktních míst domácí péče. Uvedené požadavky musí zdravotnické zařízení, v němž je poskytovatel zdravotních služeb tyto služby oprávněn poskytovat, splňovat nejpozději do 12 měsíců ode dne nabytí účinnosti vyhlášky.

4. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb

Vyhláška svým obsahem doplňuje předchozí vyhlášku a upravuje minimální personální požadavky pro ambulantní, lůžkovou, lékárenskou, neodkladnou a domácí péči, zdravotní dopravní služby a zdravotnickou záchrannou službu. Požadavky jsou specifikovány v jednotlivých přílohách. Uvedené požadavky musí zdravotnické zařízení, v němž je poskytovatel zdravotních služeb tyto služby oprávněn poskytovat, splňovat nejpozději do 12 měsíců ode dne nabytí účinnosti vyhlášky.

5. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Část právní úpravy o zdravotnické dokumentaci vychází z předchozího právního stavu; jednotlivé podmínky, které byly dříve upraveny ve více předpisech, zakotvuje do jednoho prováděcího právního předpisu. Podrobně jsou stanoveny podmínky požadovaných identifikačních a dalších osobních údajů vztahujících se ke zdravotnímu stavu za současného respektování zákona na ochranu osobních údajů. Vyhláška podrobně upravuje některé oblasti, které v předchozí právní úpravě nebyly jednoznačně stanoveny. Jedná se například o jasné podmínky pro vedení elektronické dokumentace, kdy každý zápis do dokumentace vedené v elektronické podobě musí být opatřen identifikátorem záznamu.

Nově bude zdravotnická dokumentace obsahovat též klasifikaci pacienta, jehož zdravotní stav vykazuje určitý stupeň částečného nebo úplného omezení či znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí, které bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Vyhláška také přesně stanoví způsob vedení zdravotnické dokumentace z hlediska technicko administrativního, její zabezpečení a uchování a předávání informací oprávněným subjektům.

Přílohy vyhlášky upravují minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace (například vyžádání dalších služeb, obsah výpisu ze zdravotnické dokumentace, písemný souhlas s poskytováním zdravotních služeb, lékařský posudek aj.), zásady pro uchování zdravotnické dokumentace, dobu uchování zdravotnické dokumentace nebo její části a postup při jejím vyřazování a zničení po uplynutí doby uchování.

6. Vyhláška č. 101/2012 Sb., o podrobnostech obsahu traumatologického plánu poskytovatele jednodenní nebo lůžkové zdravotní péče a postup při jeho zpracování a projednání.

Předmětem úpravy jsou, jak sám název říká, podrobnosti obsahu traumatologického plánu poskytovatele jednodenní nebo lůžkové zdravotní péče a postup při jeho zpracování a projednání. V části upravující obsah traumatologického plánu je základem identifikace poskytovatele, v operativní části je řešen postup poskytovatele zdravotních služeb v případě řešení hromadných neštěstí a v části pomocné je řešeno technicko administrativní zajištění, tj. seznam zdravotnických pracovníků včetně jejich odbornosti, materiální kapacity pro zajištění zdravotní péče aj. Vyhláška dále stanoví postup při zpracování a projednání traumatologického plánu, ke kterému je příslušný správní orgán udělující oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo ministerstvo zdravotnictví v případě fakultních nemocnic.

7. Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb není dle zákona o zdravotních službách povinné; bude však v zájmu poskytovatele zdravotních služeb certifikátem o kvalitě a bezpečí jím poskytovaných služeb disponovat. Vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí obsahuje kritéria, podle kterých bude zmíněný certifikát udělen. Jedná se o řízení kvality a bezpečí, péči o pacienty, řízení lidských zdrojů a zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance poskytovatele lůžkové zdravotní péče. Přílohy vyhlášky obsahují minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí včetně požadavků na personální zajištění, způsobu a postupů hodnocení kvality a bezpečí.

8. Vyhláška č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému.

Oblastí, která je nově komplexně upravena jak zákonem, tak prováděcím předpisem, je sběr dat v Národním zdravotnickém informačním systému (dále jen NZIS). NZIS slouží k dlouhodobému sběru a zpracování informací (údajů), které jsou zejména z hlediska sledování zdraví obyvatelstva, i jednotlivých pacientů, zdravotnických zařízení

a efektivitu jejich činnosti a zabezpečení poskytování zdravotní péče (zdravotních služeb), včetně potřeb vědy, státní statistiky a vymezování zdravotnických koncepcí. Na základě sebraných informací lze dále sledovat vývoj, příčiny a důsledky závažných onemocnění, a to včetně důsledků ekonomických a jejich dopadu do sociální sféry a ekonomiky sociálního systému. NZIS obsahuje celkem 15 registrů – například onkologický registr, registr hospitalizovaných, registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, registr poskytovatelů zdravotních služeb aj.

Vyhláška podrobně upravuje obsah a způsob předávání údajů do NZIS, náležitosti žádosti o oprávnění k přístupu k osobním a dalším údajům NZIS. V příloze vyhlášky je stanoven okruh poskytovatelů zdravotních služeb a dalších osob předávajících údaje do registru, periodicita a lhůty pro předávání informací.

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

Vzhledem k tomu, že předchozí právní předpisy díky své značné zastaralosti dostatečně neupravovaly poskytování některých druhů zdravotních služeb v konkrétních případech, bylo třeba tyto služby nově vymezit a zároveň se podrobněji zaměřit na jejich věcnou a právní úpravu. Tento zákon bezprostředně navazuje na zákon o zdravotních službách.

Zákon o specifických zdravotních službách upravuje řadu specifických oblastí zdravotních služeb a s tím spojený výkon státní správy, práva a povinnosti pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb včetně práv a povinností dalších právnických a fyzických osob v souvislosti s poskytováním specifických zdravotních služeb. Příkladem specifických zdravotních služeb, které zákon upravuje je sterilizace, kastrace, asistovaná reprodukce, tzv. psychochirurgické výkony či změna pohlaví u transsexuálů, zákon se též zabývá ochrannou léčbou a radiační ochranou osob v souvislosti s lékařským ozářením. Významnou změnou je z hlediska dopadu do sociální oblasti úprava posudkové činnosti lékařů, pracovnělékařských služeb a posuzování nemocí z povolání. Posudková péče je nedílnou součástí zdravotních služeb a zákon vymezuje její principy, a to jak se zohledněním odborných potřeb, tak i stránky právní, včetně možných důsledků. Tato oblast je upravena v § 41 – 52 zákona.

Zákon také nově definuje a upravuje jejich obsah pracovnělékařských služeb podle Úmluvy Mezinárodní organizace práce (MPO/ILO) o závodních zdravotních službách, zejména v oblasti práv a povinností zúčastněných subjektů. Podle uvedené Úmluvy je závodní zdravotní služba širší činností než pouze provádění pracovnělékařských prohlídek zaměstnanců. Její provádění má význam především pro prevenci vzniku onemocnění a tu nelze provádět bez důkladné znalosti pracovního prostředí. Lékař poskytující pracovnělékařské služby proto musí mít přehled o podmínkách práce u zaměstnavatele. Odlišnost pracovnělékařských služeb spočívá i v okruhu osob, kterým jsou tyto služby poskytovány, tj. zaměstnancům a ve způsobu, jakým jsou poskytovány, tj. na základě smlouvy mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zaměstnavatelem.

Zákon ve svém § 95 zmocňuje ministerstvo zdravotnictví k vydání prováděcích předpisů, které podrobně upravují následujících oblastí:

- postupy při zajišťování lékařských prohlídek, druhy, četnost a obsah lékařských prohlídek pro zjištění zdravotní způsobilosti posuzované osoby k práci a ke vzdělávání (§52 písm. a) zákona)
- seznam nemocí, stavů nebo vad vylučující zdravotní způsobilosti ke vzdělávání (§52 písm. b) zákona)
- náležitosti lékařského posudku ve vztahu k posuzované činnosti (§52 písm. c) zákona)
- postupy při zajišťování lékařských prohlídek, druhy, četnost a obsah lékařských prohlídek nezbytných pro zjištění zdravotního stavu posuzované osoby a posuzování zdravotní způsobilosti, organizaci, obsah a rozsah pracovnělékařských služeb, rizikové faktory pracovního prostředí, náležitosti žádosti o provedení pracovnělékařské prohlídky (§60 písm. a) – d) zákona)
- bližší požadavky na postup při posuzování a uznávání nemoci z povolání, podmínky, za nichž nelze nemoc nadále uznat za nemoc z povolání, náležitosti lékařského posudku, kterým se uznává (nebo neuznává) nemoc z povolání (§65 písm. a) – e) zákona)
- způsob zajištění dostupnosti zdravotnického pracoviště a rozsah zajištění činnosti vykonávaných při lékařském ozáření (§71 odst. 2 písm. b) a pravidla a postupy při radiační ochraně v rámci lékařského ozáření (§72 odst. 3 písm. a) – h) zákona).

Do doby uzávěrky Sborníku byla schválena a účinnosti nabyla jedna vyhláška k zákonu, upravující oblast posuzování a uznávání nemocí z povolání.

1. Vyhláška č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání

Obecně lze konstatovat, že vyhláška upravuje bližší požadavky na postup při posuzování a uznávání nemoci z povolání a okruh osob, kterým se předává lékařský posudek o nemoci z povolání a podmínky, za nichž nemoc nelze nadále uznat za nemoc z povolání.

Konkrétně prováděcí právní předpis vymezuje místní a věcné určení posuzování a uznávání nemoci z povolání. Nemoci z povolání podle nařízení vlády, kterým se stanoví seznam nemocí z povolání, posuzují a uznávají poskytovatelé v oboru pracovní lékařství, v jejichž území se nachází místo výkonu práce nebo služby posuzované osoby, sídlo nebo místo podnikání vysílajícího zaměstnavatele, adresa místa trvalého pobytu posuzované osoby, která již není v pracovně právním vztahu k zaměstnavateli v případě, že pracovala za podmínek, jejichž vlivem posuzované nemoc z povolání vzniká.

Podmínky, za nichž nelze nemoc, která byla uznaná za nemoc z povolání podle citovaného nařízení vlády, nadále uznat za nemoc z povolání, jsou uvedeny v příloze vyhlášky. Podmínky se zjišťují na základě posouzení zdravotního stavu posuzované osoby a výsledků odborných vyšetření. Jedná se například o stavy po normalizaci klinického a hematologického nálezu při akutní nemoci z ozáření, neoplastické procesy po jejich vyléčení na základě závěru příslušných odborných vyšetření nebo stavy po úspěšné operaci katarakty a náhradě oční čočky se zákalem umělou čočkou apod.

Lékařský posudek o uznání nemoci z povolání, o neuznání nemoci z povolání nebo ukončení nemoci z povolání poskytovatel v oboru pracovní lékařství prokazatelně předá zaměstnavateli, u něhož osoba pracovala naposledy před

zjištěním nemoci z povolání nebo jinému subjektu, který poskytuje peněžité plnění související s nemocí z povolání; tomuto subjektu se nepředává posudek o neuznání nemoci z povolání. Posudek o nemoci z povolání, u kterého nastaly právní účinky, předá poskytovatel v oboru pracovní lékařství registrujícímu poskytovateli v oboru praktické lékařství, příslušnému poskytovateli pracovnělékařské služby, příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví nebo Státnímu úřadu pro jadernou bezpečnost a zdravotní pojišťovně, u které je posuzovaná osoba pojištěna; tomuto subjektu se nepředává posudek o neuznání nemoci z povolání.

Posudek o nemoci z povolání obsahuje náležitosti zdravotnické dokumentace, identifikační údaje zaměstnavatele, datum zjištění nemoci z povolání nebo učinění závěru, že nemoc z povolání splňuje podmínky, za nichž již nadále uznat nemoc z povolání nelze, a označení příslušné kapitoly a položky seznamu nemocí z povolání podle nařízení vlády.

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě

Zákon o zdravotnické záchranné službě má za cíl stanovit podmínky poskytování této služby a upravit práva a povinnosti záchranářů či poskytovatelů akutní lůžkové péče. Jeho součástí jsou i podmínky financování této služby. Zabývá se také podmínkami, které mají při řešení krizových situací zajistit, aby poskytovatel zdravotnické záchranné služby byl na tyto mimořádné události připraven. Dostupnost zdravotnické záchranné služby je nově řešena tzv. plánem pokrytí území kraje výjezdovými základnami, který bude vydáván příslušným krajem. Důležitou změnou je stanovení povinnosti poskytovatelů akutní zdravotní péče při zajištění návaznosti zdravotních služeb jimi poskytovaných na zdravotnickou záchrannou službu.

Změny financování se dotknou především poskytování přednemocniční neodkladné péče výjezdovými skupinami. To bude nyní hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Provozní náklady, které použijí záchranáři na svou činnost a provoz svých zařízení, pak půjdou z prostředků jednotlivých krajů. Na rozdíl od předchozí právní úpravy zákon stanoví skutkové podstaty správních deliktů se sankcemi až do výše 1 milionu korun.

Zákon ve svém § 30 zmocňuje ministerstvo zdravotnictví k vydání prováděcích předpisů, které upravují podrobnosti a obsah traumatologického plánu, obsah činnosti operačního řízení a obsah organizačně provozního řádu zdravotnického operačního střediska, komunikační řád poskytovatele zdravotnické záchranné služby, podrobnosti o činnosti výjezdových skupin a označení jejich členův místě mimořádné události s hromadným postižením osob a způsob označení zařízení zdravotnické záchranné služby a pracovních oděvů výjezdových skupin.

Zákon č. 375/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, o specifických zdravotních službách a o zdravotnické záchranné službě

Cílem právní úpravy obsažené ve spojeném “změnovém” zákoně je zajistit soulad dotčených právních předpisů s výše uvedenými zákony upravujícími zdravotní služby a zdravotnickou záchrannou službu, neboť po nové úpravě vztahů v oblasti poskytování zdravotních služeb a zdravotní záchranné služby by mnohé právní úpravy byly zcela nesrozumitelné nebo duplicitní.

V sociální oblasti byly provedeny změny v zákoně o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v zákoně o státní sociální podpoře, v zákoně o sociálně-právní ochraně dětí, v zákoně o zaměstnanosti, v zákoně o sociálních službách, v zákoně o pomoci v hmotné nouzi, v zákoně o nemocenském pojištění, v zákoně o úrazovém pojištění a v zákoníku práce. Jedná se zejména o změny terminologické.

Zákon č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony

Zákon upravující veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, za nichž je poskytována zdravotní péče, způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků, doznává v souvislosti s novou zdravotnickou legislativou věcné i technické změny. Ze zásadních změn lze příkladmo uvést rozdělení zdravotní péče na základní a nadstandardní, za kterou si pacienti budou připlácet, úpravu výběrových řízení pojišťoven na poskytovatele péče, povinnost zdravotních pojišťoven vést a zveřejňovat seznam smluvních poskytovatelů péče, povinnost zaměstnavatelů hradit závodní preventivní péči v plném rozsahu bez plateb zdravotních pojišťoven a změny v úhradách léků.

Nová právní úprava zákona o veřejném zdravotním pojištění tak zajišťuje soulad s výše uvedenými zákony upravujícími zdravotní služby a zdravotnickou záchrannou službu a týká se především terminologických změn a obsahuje rovněž změny vyvolané novou úpravou podmínek poskytování zdravotních služeb, kdy dochází ke změnám stávajících podmínek, nebo se stanoví podmínky zcela nové.

Plné znění uvedených právních předpisů lze nalézt na webu Ministerstva zdravotnictví (v části reforma zdravotnictví) nebo na Portálu veřejné správy.

Institut „dříve vyslovené přání“ ve zdravotnictví

Mgr. Jarmila Tábořská, MPSV – odbor posudkové služby

Ochrana osobnosti v českém právním řádu je zakotvena na ústavní úrovni v Listině základních práv a svobod v několika svých člancích, uvedených v Hlavě druhé, Oddíl první „Základní práva a základní svobody“ prostřednictvím nichž deklaruje ochranu života, nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, osobní svobodu, lidskou důstojnost, osobní čest, dobrou pověst, ochranu soukromého rodinného života, ochranu zdraví.

Základní lidské právo „právo na život“ je považováno za stěžejní všeobecné osobnostní právo, jeho základní ochrana je právu na život poskytována normami ústavního, správního, občanského a především trestního práva. Každý má právo na život, nikdo nesmí být života zbaven, ledaže by byl zbaven života v souvislosti s jednáním, které dle zákona není trestné – typicky za okolností vylučujících protiprávnost (např. krajní nouze).

Činnost lékaře je pojímána jako činnost, kterou právo dovoluje, jinak by šlo o trestné činy proti životu a zdraví. Odůvodnění vyloučení protiprávnosti bývá různé, rozlišují se různé konstrukce právní odpovědnosti v medicíně a vyloučení protiprávnosti z hlediska trestního práva. Model vycházející z francouzského pojetí, vysvětluje nedostatek protiprávnosti lékařské činnosti tím, že se jedná o zákrok v rámci lékařské profese, zákrok provedený za účelem, který právní řád schvaluje, čímž schvaluje i prostředky k jeho dosažení. Zdůrazňován je takový postup léčení, který musí být proveden dle pravidel lékařské vědy, potom je vyloučena odpovědnost za delikty proti zdraví, nikoliv automaticky odpovědnost za případné omezování osobní svobody, k jejímuž zamezení je nutný souhlas pacienta. Základním právem a povinností lékaře je sice zbavovat nemocného podle možnosti neduhů, ale toto právo a povinnost lékaře mají své hranice, dané právem pacienta rozhodovat o svém těle. Lékařský zákrok prováděný v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (lege artis) nenaplňuje znaky trestného činu ublížení na zdraví, a to ani tehdy, když se nezdaří. Při posuzování právního charakteru zásahu do lidského těla nelze opomenout Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Dostávají se nám tak do střetu dva důležité zájmy:

- svoboda každého rozhodovat o svém osudu a
- ochrana života a zdraví,

přičemž jednomu z těchto zájmů musí být v případě jejich kolize dána přednost. V současné době převažuje názor, že legálnost lékařského zákroku vychází z vyloučení protiprávnosti činu za předpokladu splnění pregnantně vymezených podmínek, kdy zákrok provádí oprávněná osoba způsobem odpovídajícím

současným poznatkům lékařské vědy, se souhlasem pacienta a v souladu s léčeným záměrem (D. Císařová „Trestní právo a zdravotnictví“).

Se základním lidským právem „právo na život“ úzce souvisí institut „dříve vyslovené přání“, který lze v zásadě definovat jako více či méně závazné pokyny pacienta ohledně léčby, které pacient učinil v okamžiku své způsobilosti k takovému právnímu úkonu pro případ své budoucí nezpůsobilosti vyjádřit se k léčbě.

Za průkopníka institutu „dříve vyslovených přání“ jsou považovány Spojené státy americké, potažmo pak bojovník za lidská práva – americký právník Luis Kutner, který již v 50. letech minulého století použil termíny *advance directives a living will* v souvislosti s předem učiněným pokynem pacienta, aby případně nebyl dlouhodobě udržován při životě prostřednictvím přístrojové techniky. Spojené státy americké v oblasti medicíny vykazují určitý předstih oproti evropským státům, tak tomu je i v případě užití institutu „předem vysloveného přání“; zákonně zakotven mají tento institut na federální i národní úrovni. V Evropě je institut „dříve vyslovených přání“ spjat se členstvím států v Radě Evropy, z jehož pera pochází „Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny o biomedicině“, poté s její ratifikací a jejím zavedením do národních legislativ.

Míra závaznosti „dříve vyslovených přání“ se odvíjí od vnitrostátní právní úpravy státu. Na jedné straně spektra je např. možná doslovná implementace článku 9 Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny o biomedicině a na „dříve vyslovená přání“ brát pouhý zřetel, na straně druhé je možné, tak jako tomu bylo po dlouhá léta v Německu, aby „dříve vyslovená přání“ byla téměř ve všech případech určující, ač ve skutečnosti nebyla jako institut sám o sobě vůbec regulována výslovně, a jen vyplývala z výkladu obecného práva na rozhodování o léčbě. Ve většině členských států Rady Evropy stále ještě nejsou „dříve vyslovená přání“ považována za základní element, který zásadním způsobem utváří rozhodnutí lékaře o dalším léčebném postupu. Rozhodování a konečné rozhodnutí je až na výjimky v praxi založeno spíše na klinickém názoru lékaře a jím uznanými postupy *lege artis* v kontextu tradic svého státu (etických, právních). V poslední době si státy přinejmenším začínají uvědomovat potenciální využitelnost a užitečnost „dříve vyslovených přání“ a adekvátně tomu rozvíjejí jistou zákonodárnou aktivitu.

V současné době je v Evropských státech právní úprava institutu „dříve vyslovených přání“ velmi různorodá, zjednodušeně lze rozeznat čtyři základní přístupy zákonodárce k institutu dříve vysloveného přání :

a) v národním právním řádu existuje speciální zákonná úprava „dříve vyslovených přání“, která jsou *prima facie* uznané za závazné, a na které lze nedbat jen v případě, že pro takový postup existuje přesvědčivý důvod (Velká Británie, Německo, Rakousko, Španělsko, Maďarsko, Finsko, Belgie, Nizozemí, Česká republika),

b) v národním právním řádu existuje výslovně „dříve vyslovená přání“ vymezuje jako pouhá doporučení pro určitý postup (Francie),

c) právní řád neobsahuje žádné specifické další ustanovení o „dříve vyslovených přáních“, nicméně do budoucna se o zákonné úpravě uvažuje (Švýcarsko, Itálie, Portugalsko),

d) právní řád neobsahuje speciální ustanovení o „dříve vyslovených přání“, a do budoucna ani o ničem takovém neuvažuje (Bulharsko, Litva, Turecko, Řecko, Norsko, Slovensko, Srbsko).

V zásadě ovšem lze konstatovat, že „dříve vyslovené přání“ podle žádného právního řádu nemá závaznost absolutní, a vždy ponechává alespoň nějaký prostor pro uvážení každého jednoho lékaře, který nemusí postupovat podle takového přání, pokud by bylo v rozporu s jeho odborným klinickým názorem. Za další uznávaný důvod pro nerespektování dříve vysloveného přání pacienta je považované náboženské či jiné přesvědčení lékaře, který ovšem je v takovém případě povinen umožnit pacientovi péči jiného lékaře. Samozřejmě bezvýhradně platí, že dříve vyslovené přání není závazné, pokud směřuje k dosažení právem nedovoleného popř. zakázaného cíle, kterým typicky je aktivní euthanasie, tedy aktivní konání směřující k usmrcení na žádost, motivované lítostí s utrpením nevléčitelně nemocného sužovaného bolestmi.

Institut „dříve vyslovená přání“ byl poprvé zaveden do českého právního řádu Úmluvou na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny o biomedicíně č. 96/2001 Sb. (dále jen „Úmluva o biomedicíně“) s účinností od roku 2001.

Úmluva o biomedicíně v článku 9 stanoví :**„bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání“.**

Jednotlivá přání nejsou v článku konkretizována a vyjmenována, přesto patří k právům pacienta a je třeba je respektovat. Účelem je postihnout případy, kdy osoby, schopné pochopit situaci, již dříve vyslovily své platné stanovisko (tj. schválení nebo zamítnutí) se zřetelem k předvídatelným situacím, za kterých by nemohly vyjádřit svůj názor na takový zákrok. Pokud někdo již dříve vyjádřil svá přání, pak je bylo nutno respektovat. Ovšem „Úmluva o biomedicíně“ nevykládá článek 9 ve smyslu absolutní povinnosti takto „dříve vyslovená přání“ respektovat – pokud byla např. přání vyjádřena dlouho před zákrokem a věda mezitím pokročila, mohou existovat důvody, aby přání pacienta splněno nebylo – teoreticky lze dovodit, že aby lékař dříve vysloveného přání se nedržel, musí pro to svědčit opravdu dostatečně dobrý důvod.

I když potřeba zákonného provedení institutu „dříve vyslovených přání“ se jevila nezbytností, především z pohledu právní jistoty zúčastněných na rozhodování o léčbě – pacientů a jeho blízkých i zdravotníků, nebylo možno hovořit o jakékoliv praktické a bezprostředně aplikovatelné právní úpravě. Článek 9 „Úmluvy o biomedicíně“ je považován za přespříliš obecný, než aby zaručil eventuelní právní ochranu.

Předchozí právní úprava zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, institut „dříve vyslovené přání“ neznala. Po dobu více jak 10 let (od zavedení „Úmluvy o biomedicíně“ do českého právního řádu) existovala pro účely praxe pouze doporučení formou metodických materiálů, doporučení a stanovisek zaštitěných především Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně

(dále jen „ČLS JEP“) a Českou lékařskou komorou (např. Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP vydaly Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním; Česká lékařská komora vydala doporučení představenstva č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli).

Zákonného provedení se institut „dříve vyslovená přání“ dočkal v souvislosti s přijetím nové zdravotnické legislativy s účinností od 1. 4. 2012, která zakotvila institut „dříve vyslovené přání“ do ustanovení § 36 zákona č. 472/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen „zákon“). Tím bylo docíleno, že institut „dříve vyslovené přání“ se dostal do běžného života. Je třeba upozornit na to, že vztah „Úmluvy o biomedicině“ k jiným právním předpisům je obecně definován poměrně přesně – dle čl. 10 Ústavy ČR má „Úmluva o biomedicině“ v případě sporu se zákonem aplikační přednost, s tím, že Ústavní soud ji dokonce prohlašuje za součást ústavního pořádku, tzn. v případě rozporu s „Úmluvou o biomedicině“ lze zákonný či podzákonný předpis v předepsaném řízení zrušit.

Níže uvedené ustanovení zakotvuje institut „dříve vyslovené přání“ do národního právního řádu a rozvádí obecný článek 9 Úmluvy o biomedicině: **„bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání“**.

§ 36 Dříve vyslovené přání

(1) Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).

(2) Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.

(3) Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2. Platnost dříve vysloveného přání je 5 let.

(4) Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání

se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.

(5) Dříve vyslovené přání

a) není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,

b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,

c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,

d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti,

(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům.

Zákon stanoví formální kritéria institutu „dříve vyslovené přání“ a určuje mantinely, v rámci nichž lékař může na základě klinického úsudku respektovat či nerespektovat „dříve vyslovené přání“ pacienta. Omezuje dobu platnosti „dříve vysloveného přání“ na 5 let s ohledem na rychlý pokrok v medicíně. Součástí „dříve vysloveného přání“ stanoví písemné poučení příslušným lékařem o důsledcích pacientova rozhodnutí. Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud nabádá k činnostem, které vedou k aktivnímu ukončení života pacienta, nebo byly započaty již takové služby, jejichž ukončení by způsobilo aktivní smrt pacienta.

Institut „dříve vyslovené přání“ se prostřednictvím zákonného ustanovení aplikuje do praxe. Nelze předjímat, zda a v jaké míře bude tento institut v praxi užíván a zda a v jaké míře přinese očekávané právní jistoty pro zúčastněné na rozhodování o léčbě – pro pacienty a jeho blízké i zdravotníky. Odborná medicínská a právní veřejnost iniciuje v současné době odbornou diskusi k zákonnému provedení institutu „dříve vyslovené přání. Obrací se na zákonodárce se spornými otázkami ve věci dikce předmětného ustanovení a považuje za potřebné nedostatky překlenout odborným výkladem, případně precizací /novelizací/ předmětného ustanovení.

Sporné otázky - příkladmo:

- zda příslušný lékař je povinen vystavit písemné poučení pacientovi a kdo je plátcem takového úkonu,
- jaký bude postup ve věci po uplynutí zákonem stanovené pětileté lhůty,
- co se rozumí aktivním způsobem smrti,
- zda dojde ke zřízení národního registru „dříve vyslovených přání“ (uložiště dříve vyslovených přání) - analogie k registrům: Národní registr osob čekajících na transplantaci orgánů, Národní registr dárců tkání a orgánů, Národní registr provedených transplantací tkání a orgánů.

Závěr

Nová právní úprava zdravotnické legislativy s účinností od 1. 4. 2012 zahrnuje zákonné provedení institutu „dříve vyslovené přání“ v § 36 zákona č. 472/2011 Sb., o zdravotních službách, které může přinést více světla do rozhodování o otázkách poskytování zdravotní péče. Jeho používání však není bez nebezpečí ani pro pacienta ani pro zdravotnický personál. Jde o to, jak toto nebezpečí minimalizovat.

Každý lékařský zákrok musí být proveden se souhlasem pacienta (informovaný souhlas), aby nebyl protiprávním úkonem. Z tohoto postupu se vymykají úkony a výkony bezprostředně zachraňující život – poskytnutí první pomoci. Mohou však nastat situace, ve kterých není možno tento souhlas získat. Pak je pacientovi ponechána možnost svobodně rozhodovat o své léčbě, a to prostřednictvím institutu „dříve vyslovených přání“. V praxi tedy může pacient dopředu vyslovit souhlas nebo nesouhlas s lékařským zákrokem pro případ, že se v budoucnu dostane do bezvědomí nebo že kvůli např. Alzheimerově chorobě ztratí schopnost o sobě rozhodovat. Nahrazuje se tím tak samotný souhlas či nesouhlas se zákrokem, pokud jej nebude moci udělit přímo. V „dříve vysloveném přání“ je uvedena situace a postup lékaře, který si v ní pacient přeje realizovat (např. „v případě, že mě potká autonehoda, si nepřeji, aby mě byla podána krevní transfuze“). Je povinností kteréhokoliv zdravotnického pracovníka, aby respektoval „dříve vyslovené přání“ pacienta, a přizpůsobil mu léčbu, pokud mu je existence takového přání známa v době započetí zdravotnického zákroku. Naprosto zásadní je u „dříve vysloveného přání“ poučení příslušným lékařem – jde o neopominutelnou součást dříve vysloveného přání, které není nic jiného, než informovaný souhlas formulovaný pro futuro. „Dříve vyslovené přání“ je třeba individualizovat, při převzetí pacienta do intenzivní péče je třeba včas věnovat pozornost dříve vysloveným přáním a pečlivě je ve zdravotnické dokumentaci uvést jako ověřená a platná.

Lze předpokládat, že v České republice, tak, jako v ostatních evropských státech, majících speciální zákonnou úpravu „dříve vyslovených přání“, nebude „dříve vyslovené přání“ pacienty chápáno jako běžný právní úkon, ke kterému by se uchýlovali. Pozitivním je, že český právní řád již disponuje zákonným provedením institutu „dříve vyslovené přání“ a tím je umožněno pacientům tento institut využívat. Využitelnost a užitečnost předmětného institutu v praxi bude možno hodnotit až po uplynutí určitého časového období od data účinnosti jeho zákonného provedení.

Prameny:

- JUDr. Helena Peterková „Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi“
- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách,
- důvodová zpráva k návrhu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách,
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001 Sb.

Motto:

Člověk zůstává mladý, dokud je schopen se učit, získávat nové vlastnosti a snášet odlišné názory ostatních. (Marie von Ebner – Eschenbachová)

Epilog

Zkouškové období. Na chodbách lékařských fakult potkávám mladé ženy a mladé muže, kteří s obavami a netrpělivostí čekají, až si je zavolá zkoušející a otestuje a prověří jejich vědomosti. Každý z těchto mladých lidí má své plány a představy o své profesní budoucnosti. I my jsme je měli. Naše další zaměření v medicíně ovlivňovaly rodinné a osobní zkušenosti, ale i osobnosti přednášejících. Měli jsme oblíbené a méně oblíbené obory a své sny, ve kterém z medicínských oborů se uplatníme a zvítězíme. S naprostou určitostí však mohu tvrdit, že žádný z mých kolegů nepřemýšlel o své budoucí profesní dráze jako o dráze posudkového lékaře. Tento obor byl méně než na okraji našeho zájmu, obdobně jako např. obor sociálního lékařství. Proč? Pokládám si tuto otázku s dosti velkým časovým odstupem a sama pro sebe nalézám několik možných odpovědí. Některé z nich by snad byly hodny i hlubšího zamyšlení. Jaké je profesní sebeuvědomění lékařů a jaké je profesní sebeuvědomění posudkových lékařů?

Řek Galén provozoval lékařskou praxi v Římě, neboť Římané považovali povolání lékaře za „infra dignitatem“, tedy nedůstojné římského občana. Hippokrates (460 – 370 př.Kr.), tento otec klinické medicíny, který sepsal přísahu pro lékaře na svém rodném ostrově Kos, tak položil nejen základy klinických oborů, ale naopak i definoval zásady etického přístupu lékařů ke svým „nemocným“. I když jsme na ni všichni přísahali, jen málo lékařů ji dokáže odcitovat. V dějinách lékařství pak následuje mnoho zvučných známých jmen mužů a žen, kteří se zasloužili o rozvoj různých lékařských oborů jako např. J. A. Purkyně, H. Pelc, H. Rašková, V. Vondráček, či kteří byli první jako např. W. Harvey, L. Pasteur, S. Freud a jako špičky ledovce činily a ční nad průměrem.

Kdo však zná např. jméno Ignáce Nádherného (1789 – 1867), profesora státního lékařství na pražské lékařské fakultě a protomedika pro Čechy, který se ve své funkci snažil prosadit mnohá zlepšení ve veřejném zdravotnictví i na lékařské fakultě. Protomedik byl v roce 1806 nejvyšším řídicím a kontrolním orgánem veřejného zdravotnictví v zemi a stal se i ředitelem univerzitních lékařských studií a lyceí. Dozoroval a sledoval jednotlivé kategorie zdravotníků, aby nepřekračovaly povolený rozsah působnosti a dohlížel, aby byl dostatečný počet zdravotníků i na odlehlých místech, což je problém stále aktuální. Protomedik měl tuto úlohu v rozsahu celozemském a krajští ranlékaři v jednotlivých zemích. Profesor Nádherný se mimo jiné snažil, ve své roli zemského lékařského rady, prosadit v roce 1856 vytvoření sítě obecních lékařů, ale tento jeho plán ztroskotál. Další jméno, kterým se může obor sociálního lékařství pochlubit, je jméno jeho zakladatele Františka Procházky (1864 - 1934). Díky němu se prosadil obor sociálního lékařství na české fakultě jako

univerzitní disciplína, i když on sám jej chápal především z pohledu lékaře v systému zdravotního pojištění a o nemocech z povolání.

Jak je vidno i obor sociálního lékařství, který se v očích mediků jeví jako méně atraktivní, má svá velká jména. A co obor posudkového lékařství? Ten na svá velká jména teprve čeká. Možná je to tím, že vznikl až v roce 1972 a je tedy oproti jiným oborům teprve ve věku batolecím. Přesto však velkých lékařských osobností zná již dostatek. Nelze nezpomenout osobnost prof. MUDr. Rudolfa Bureše, přednosty katedry sociálního lékařství a děkana lékařské fakulty UK v Plzni. Za hlavním přínos působení profesora Bureše pro obor považujeme vytvoření ucelené teorie a metodologie posudkové činnosti (skripta z roku 1972). Nově definoval základní posudkové kategorie a vymezil jejich obsah. Odkazem pana profesora je reedice Kompendia posudkového lékařství, jehož redakční přípravě se katedra věnovala od roku 1974. Další velkou osobností byl MUDr. Jiří Jeřábek, CSc., který nastoupil v roce 1975 po profesoru Burešovi jako druhý vedoucí katedry. Za vrchol činnosti katedry pod působením Jiřího Jeřábka lze považovat zpracování třísvazkového Kompendia posudkové činnosti vydaného v reedici v roce 1982. Od roku 1990 působil jako vedoucí katedry doc. MUDr. Jan Vrbík, CSc., první habilitovaný lékař pracující v oboru posudkového lékařství.

Odlišuje se však i jinak obor posudkového lékařství od ostatních lékařských oborů? Ano, a to velice významně. Lékařská posudková služba existuje v každé zemi, která má vypracovaný sociální systém. Lékaři této služby pracují v organizacích nemocenských, úrazových, důchodových či sociálních pojišťoven. Posudkový lékař musí disponovat nejen medicínskými a praktickými znalostmi, ale i právními vědomostmi. Neméně důležité jsou jeho znalosti z oblasti etiky a schopnost komunikace s klienty. Jak vyplývá z již řečeného, musí lékaři pracující v tomto oboru disponovat mimořádným rozsahem znalostí, což je možná jedním z důvodů, proč není tento obor považován lékařskou veřejností za přitažlivý. Výlučnost oboru však není dána jen vysokými odbornými nároky, ale i mimořádnou osobní odpovědností a možností ovlivňovat osudy jiných, což v sobě obnáší specifická etická dilemata profese. Otázky

- jak moc mohu věřit tomu co klient tvrdí?
- jak moc mohu věřit tomu co píše lékař ve své zprávě?
- jak porovnat práce schopnost s množstvím žádostí při nezaměstnanosti?
- jak se bránit hrubým verbálním (brachiálním) atakům ze strany klienta?

si lékaři jiných odborností klást nemusí.

I přes vysokou administrativní zátěž a nedostatek času na jednoho klienta mají posudkoví lékaři mimořádný zájem se dále vzdělávat v medicíně, v právu i v IT technologiích. Dle výsledků projektu MPSV HC 201/10 „Zjištění stresové zátěže a faktorů ovlivňujících odolnost vůči stresu posudkových lékařů v probíhající reorganizaci lékařské posudkové služby“ 72% posudkových lékařů by uvítalo právě větší možnosti osobnostního rozvoje ve zmiňovaných oblastech.

V rámci celoživotního vzdělávání hraje důležitou roli nejen samostudium domácí i zahraniční literatury, různé druhy distančního vzdělávání, přednášková, publikační a výzkumná činnost, ale i systematicky pravidelně organizované regionální akce po celé republice, na kterých je možnost informovat a diskutovat významné aktuální náměty posudkové činnosti. Vzdělávání s pomocí moderních informačních médií

a vytvoření systému zajišťujícího mezi posudkovými lékaři včasnou distribuci odborných i profesních informací a efektivní implementaci zaváděných doporučených postupů a metodik patří rovněž k moderním způsobům výuky.

Součástí celoživotního vzdělávání mohou být rovněž stáže a klinické dny v oborech, v nichž mají lékaři svoji základní specializaci, či ve variantě vedlejšího pracovního poměru. Další možností jsou nejen národní, ale i mezinárodní interaktivní konference lékařů pracujících v sociálním zabezpečení. Prvním mezinárodním počinem jsou každoročně pořádané Slovenské posudkové dny, kterých se aktivně účastní i čeští lékaři. Rovněž aktivní účast našich lékařů na pravidelných kongresech EUMASS (European Union of Medicine in Assurance and Social Security) přispívá k tolik potřebné mezinárodní výměně zkušeností. Samozřejmý cíl každého lékařského oboru je vytvořit takové časové, technické i organizační podmínky, aby se celoživotní vzdělávání lékařů dostalo na evropsky srovnatelnou úroveň.

Vrátím se zpět na chodby lékařské fakulty do okamžiku, kdy mladí, nadějní a neklidní skoro kolegové postávají přede dveřmi examinátorů. Mnoho z nich ujde dlouhou cestu, aby se stali dobrými a ještě lepšími internisty, chirurgy či psychiatry. Málokdo z nich však tuší, že pokud by se rozhodl přijmout výzvu oboru posudkového lékařství, byla by jeho cesta snad ještě delší a ještě obtížnější neboť posudkové lékařství skutečně představuje specifickou profesi s vysokou náročností, která plyne ze samotného předmětu profese.

doc .MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.

odbor posudkové služby MPSV

LAUDATIO

u příležitosti životního jubilea

MUDr. HANY ŠOBÍŠKOVÉ

V souvislosti s významným, životním jubileem MUDr. Hany Šobíškové si za odbor posudkové služby MPSV dovoluujeme uvést několik vzpomínek. Bývá zvykem začít chronologickým přehledem studia, vzdělání a celého vývoje osobnosti. Právě v tom se mohou objevit okamžiky nebo jindy zachytit nit, od nichž se odvíjí život jedince. Nebudeme však zmiňovat řadu čísel, které jsou dostupné v každé bibliografii. Je však třeba vzpomenout oněch 27 let, které se paní doktorko Šobíšková věnuje posudkové činnosti. Každý člověk má ve svém životě milníky, které orientují jeho další životní dráhu. Těmi jsou někdy události, někdy osobnosti. Pro naši kolegyni byl takovým milníkem rok, ve kterém složila atestační zkoušku z posudkového lékařství. Přidala tak ke svým medicínským znalostem i znalosti z oblasti legislativy a stala se nepřehlédnutelnou osobností generace posudkových lékařů, kteří záhy po vzniku samostatného oboru posudkové lékařství a samostatné specializované způsobilosti vstoupili do lékařské posudkové služby. Díky ní a jí podobným nadšencům byly rozvinuty základy našeho oboru jak po stránce teoretické, tak praktické. Přispěla tak k jeho prosazení mezi jinými lékařskými obory a k získání prestiže posudkového lékařství v odborných lékařských kruzích. Ostatně i v pozici vedoucí lékařky posudkové služby Pražské správy sociálního zabezpečení se významně zasadila o stabilizaci lékařské posudkové služby v Praze v nových společenských podmínkách po sametové revoluci. V oboru je nepřehlédnutelnou i nepřeslechnutelnou odbornicí. Její práce v posudkové službě má však i mimořádný etický rozměr ať již ve vztahu ke kolegům či klientům, což dokládá svou každodenní činností, která je především svázána s mezioborovou působností, a to zejména ve vztahu k praktickým lékařům. I když těžiště její práce spočívá v oblasti nemocenského a úrazového pojištění, tak se paní doktorka pohybuje se stejnou lehkostí a hlubokou odborností v posudkové problematice celého systému sociálního zabezpečení. Snad bychom ji mohli přirovnat k Pablu Picassovi, který řekl „nehledám, ale nacházím“. Malování mu šlo snadno, jedno vedlo k druhému. Obdobně naše kolegyně našla a nachází svou energii a životní

sílu ve své práci posudkové lékařky. Blahopřejeme MUDr. Haně Šobíškové k jejímu životnímu jubileu a zároveň vyslovujeme do dalších let přání zdraví a životní síly, kterou nám rozdává.

Milá kolegyně, Hanko Šobíšková, gratias vobis ago.

MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D.

MUDr. Alena Zvoníková

Účelová neperiodická publikace

**AKTUALITY PRO LÉKAŘSKOU
POSUDKOVOU SLUŽBU
2012**

Vyšlo v roce 2012,
vydání první, 142 stran, 700 výtisků.
Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí,
Na Poříčnickém právu 1, 128 01 Praha 2
jako neprodejnou účelovou publikaci.

ISBN 978-80-7421-044-0
N e p r o d e j n é