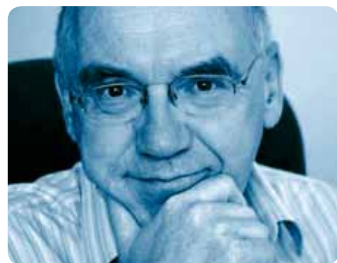


Začátkem devadesátých let se znám relativně rychle a úspěšně podařilo transformovat zdravotnictví ze státního přidělového systému do pluralitního systému



financovaného prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Při jeho přípravě jsme vycházeli z uspořádání zdravotnictví před komunistickým pučem a modifikovali jej v duchu změn, které během času doznaly obdobné systémy s nepřerušným vývojem. Na oltář průchodnosti změn byla v té době obětována provázanost zdravotnictví se sociálním zabezpečením souvisejícím se zdravotním stavem pojištěnce. Na rozdíl od klasického bismarckovského modelu, který financuje zdravotní služby v rámci širšího rámce sociálního zabezpečení, došlo k oddělení obou systémů a ty se nadále vyvíjely odlišně v rovině věcné, systémové i legislativní.

Zdravotnictví definuje nárok pacienta a platí za poskytnuté služby, sociální systém nárok klienta nedefinuje a poskytnuté služby platí klient v regulované výši a jejich poskytovatel je systémem dotován. Kupní sílu klienta závislého na péči jiné osoby může zvýšit příspěvek na péči ve výši závislejší na stupni postižení, ale až po proběhlém posudkovém řízení. Je proto nabíledni, že po-

skytování a financování péče na rozhraní obou systémů je spojeno se specifickými problémy. Služby na pomezí jsou horkým bramborem, který se ani jedné straně nedaří dobře uchopit. A tak se stává, že některé potřebné služby veřejný systém nehradí a jiné platí nevědomky dvakrát.

Zdravotní a sociální péče je vzájemně se prolínající kontinuum, s jedním pólem čistě zdravotnickým a druhým sociálním. Péče v místě největšího průniku se týká nezanedbatelného počtu našich spoluobčanů – seniorů s různým stupněm závislosti, lidí umírajících v domácím prostředí, psychiatrických pacientů v ambulantní péči, lidí s postižením a nadějí v koordinované rehabilitaci, ... Těm všem by bylo lépe, kdyby se v obou systémech mluvilo stejnou řečí, platila by stejná pravidla a rozhodovalo by se ve společném zájmu. Oddělení resortů nepostihuje jen „péči v pohraničí“, ale promítá se do mnoha dalších oblastí. Nastavuje míru vstřícnosti k nákladným zdravotnickým technologiím od dalujícím ztrátu průčeschnosti či ovlivňuje účinnost kontroly čerpání nemocenských dávek, invalidního důchodu či příspěvků na péči. A to jsme ještě nezmínili kroky, které před námi stojí v souvislosti s prodlužováním věku odchodu do důchodu.

Problémy známe, řešení tušíme. Nadcházející léta nám odpoví, zda bude dost kuráže a podpory pro systémovou změnu, nebo zda budeme pokračovat v drobných změnách „v mezích zákona“.

*Přijemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Péče na rozhraní zdravotního a sociálního systému



Martina Špinková



Iva Holmerová



Milada Emmerová

úhel pohledu

volné fórum



Olga Švestková

Rostislav Čevela



Václav Volejník



Jiří Horecký



Ondřej Pěč



Jana Lukášová

právní
okénko

Systém sociální pomoci zdravotně postiženým osobám



úhel pohledu >

**akad. mal. Martina Špinková
předsedkyně, hospicové sdružení Cesta domů**

O dvou ministerstvech a jedné posteli

Většina z nás si přirozeně přeje končit život doma v péči svých nejbližších. Ti by nezdídky byli ochotni pečovat, ale bez odborné podpory to většinou nezvládnou. Odborná podpora dle zkušenosti mnoha zemí okolo nás znamená paliativní tým složený z lékaře, sestry, sociálního pracovníka, psychologa a dalších profesí. Tito všichni či někteří z nich se u pacienta v rodině sejdou a jemu i pečujícím pomohou tím důležitým obdobím života dobře projít. Mají jasné role a používají je podle toho, jak je kde třeba. Umějí spolupracovat ve prospěch pacienta i jeho blízkých. Většina nákladů časových a materiálních zůstává na rodině, kdyby se tedy platil rozumně den takové péče, budou spokojeni nejen všichni zúčastnění, ale patrně i státní kasa. Přestože tento obrázek celý vypadá smysluplně, nahoře nad touto modelovou rodinou trůní dvě ministerstva, která by měla a mohla spolu spolupracovat, ale není tomu tak. Když tam dorazíte na jednání, máchají jedni rukou směrem jižním a druzí severním, ať to prý řeší ten druhý. A voda v nedaleké Vltavě plyne dál a nic se neděje. Jen nás ročně 100 000 zase umře a aspoň dvě třetiny by mohly zemřít o dost lépe – bez opuštěnosti, bez bolesti, vyrovnaní, rozloučení.

Podle výzkumu veřejného mínění agentury STEM/MARK a Cesty domů z roku 2011 si 78 % lidí přeje umírat doma, a dokonce 88 % zdravotníků pokládá domácí prostředí za nejvhodnější pro péči na konci života. Přesto služba, díky níž mohou i pacienti s komplikovanými symptomy zůstat až do konce života s odbornou péčí doma, zatím v naší zemi regulérně možná není. A je jen otázkou sil a naděje těch, kdo ji na pár místech v ČR poskytují bez smlouvy s pojišťovnami a s podporou dárců a stále nejistých a poměrně rozmarných státních dotací (někde již více než 10 let), jak

dlouho ještě vydrží ukazovat, že v nabídce služeb pro nevléčitelně nemocné existuje prázdný prostor mezi péčí v nemocnicích a péčí zajištěnou praktickým lékařem a agenturami home care. Tento prostor právě mobilní hospic umí smysluplně a efektivně zaplnit.

Již bezmála 10 let vedou přední paliativní odborníci v naší zemi četná jednání p ř e d e v š í m

s Ministerstvem zdravotnictví ČR a s vedením Všeobecné zdravotní pojišťovny, ale i s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR o možnosti přiznání místa pro mobilní specializovanou paliativní péči (mobilní hospic) v rámci našeho zdravotně-sociálního systému, především pak o možnosti a způsobu regulérní úhrady péče zdravotníků, kteří s umírajícími lidmi pracují v jejich přirozeném prostředí, doma.

Zdá se však, že kromě těch, kdo péči akutně potřebují a přejí si končit život doma, to zatím nikoho příliš nezajímá. Obě ministerstva na této péči zainteresovaná (multidisciplinární paliativní tým, pracující s nemocným člověkem doma, se skládá jak ze zdravotníků, tak z profesí nezdravotnických) si přehazují rozhodnutí jako horký brambor a nabízejí argumenty, které lidé v oboru pracující nedokážou a nemohou brát vážně. Všeobecná zdravotní pojišťovna to pak celé jen tvrdí tvrzením, že tato péče není třeba, je zajištěna, že ji již poskytují praktici společně se sestrami z agentur home care. Ale tak to není, je to veliký



Martina Špinková

(...) 78 % lidí (si) přeje umírat doma, a dokonce 88 % zdravotníků pokládá domácí prostředí za nejvhodnější pro péči na konci života. Přesto služba, díky níž mohou i pacienti s komplikovanými symptomy zůstat až do konce života s odbornou péčí doma, zatím v naší zemi regulérně možná není.

omyl. Svědčí o tom praxe v terénu, ale také různé výzkumy a čísla.

Nabídnu pro ilustraci jeden „číselný“ pohled, zcela jednoduchý: ze zhruba 100 000 lidí, kteří ročně v naší zemi zemřou, jich 20 000 zemře doma. Máme přes 5 000 praktických lékařů. Na

j e d n o h o
p r a k t i k a
t e d y p ř i p a
d á j í č t y ř i
l í d é r o č n ě,
k t e ř í m u
z e m ř o u d
o m a .
D v a a ž t ř í
l í d é z t o h o
u m í r á j í d l e
d a t Ú Z I S
n á h l e, n e
č e k a n ě .

Z toho vy-

plývá, že praktický lékař se ročně postará průměrně doma od jednoho až dva umírající. Nemá tedy dostatečnou zkušenost a erudici pro tuto péči. Zdá se, že výše popsané tvrzení VZP stojí na vodě a rozhodně nevypadá jako systémové řešení – asi je tedy třeba hledat jiné.

Bohužel realita dnešních dnů je taková, že paliativní odborníci u nás místo seriózního vyjednávání o ukotvení potřebné a žádané služby v našem zdravotně-sociálním systému spíše bojují s podobnými představami v rovině mýtů a neověřených tvrzení, kdy ti „nahore“, navíc rozdělení do dvou sousedních institucí a budov, mají pocit, že je vše vyřešeno (nebo to má řešit ten druhý) a jedeme. A „dole“ zůstává odhadem nás 80 000 lidí ročně, kteří by to chtěli jinak, ale již mnoho a mnoho let to je stále stejné: v nemocnici nás každý rok zemře asi 60 000, v léčebnách dlouhodobě nemocných asi 10 000 a v sociálních ústavech asi 6 000. V paliativních zařízeních jen asi tři až čtyři tisíce... Představme si pro ilustraci v malých číslech třídu ve škole se 30 žáky: učitelka dostane paliativní péči a všichni žáci skončí svůj život v nemocnici. Nebo průměrně naplněný autobus: paliativní péči dostane řidič a všichni cestující opět budou odkázáni na nemocnice, které stojí stát více a kde je péče neadekvátní, tedy jiná, než je v závěru života potřeba.

Ptali jsme se na evropské koncepční řešení a vizi předsedy vědeckého výboru kongresu EAPC (Evropské asociace paliativní péče), který se letos bude konat v Praze. Pan Lukáš Radbruch řekl:

„Konsensus v celé Evropě je jednoznačný – většina pacientů si přeje zůstat doma, proto paliativní domácí týmy jsou tou hlavní cestou, kterou jdeme. Lůžkové hospice užije jen malá část pacientů, u nichž složité zdravotní problémy a absence pečujících blízkých osob neumožňují péči doma.“

„Konsensus v celé Evropě je jednoznačný – většína pacientů si přeje zůstat doma, proto paliativní domácí týmy jsou tou hlavní cestou, kterou jdeme. Lůžkové hospice užije jen malá část pacientů, u nichž složité zdravotní problémy a absence pečujících blízkých osob neumožňují péči doma.“ U příležitosti kongresu, na který přijede několik tisíc paliativních odborníků z celého světa, byla vydána Prague Charter – výzva vládám, aby uznaly právo na paliativní péči jako jedno ze základních práv, a podle toho konaly. Dolehne toto světové volání i do dvou hranatých budov v pražském Podskalí? A projeví se u nás doma?

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
ředitelka, Gerontologické centrum

Vymezení dlouhodobé péče

(z podkladů k publikaci Válková M, Korejsová M, Holmerová I: *Diskusní materiál k dlouhodobé péči, 2010*).

Co rozumíme pod pojmem dlouhodobá péče (long term care)? Jedná se o komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností. OECD ve své obsáhlé zprávě o dlouhodobé péči pro starší osoby vymezuje tuto péči jako určité spektrum služeb určených lidem závislým na pomoci v některých ze základních sebeobslužných aktivit (hygiena, oblékání, schopnost použít toaletu, schopnost najít se samostatně, přesunout se z postele či křesla).

Služby dlouhodobé péče tedy potřebují lidé, kteří mají omezenou soběstačnost zejména v základních sebeobslužných aktivitách, a tento stav je setrvalý („over an extended period of time“), může být způsoben jak chronickými onemocněními, tak může být důsledkem zdravotního postižení, ať již tělesného, nebo duševního. Většina těch, kdo potřebují služby dlouhodobé péče, jsou lidé vyššího věku.

Jaké jsou potřeby klientů/pacientů dlouhodobé péče? Pokud není možné, aby setrvali v domácím prostředí, potřebují zajistit dlouhodobý či trvalý pobyt v instituci, která bude umět řešit jejich situaci snížené soběstačnosti v důsledku zhoršení zdravotního stavu a bude respektovat jejich biopsychosociální i spirituální potřeby. Potřebují tedy dopomoc v základních sebeobslužných aktivitách, další individualizované služby a kvalifi-

kovaný zdravotnický dohled s ohledem na jejich sice relativně stabilizovaný, ale zhoršený zdravotní stav, který nesoběstačnost způsobuje.

Mezinárodní dokumenty, například dokument OECD, definují dlouhodobou péči (LTC) následovně:



Iva Holmerová

Jedná se o péči poskytovanou lidem, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jsou tedy závislí („when dependent for an extended period of time“) a jejich schopnost vykonávat každodenní sebeobslužné aktivity je snížena. Sebeobslužné aktivity dělíme na základní (bazální), kam řadíme oblékání, schopnost se najíst, kontinenci, schopnost provést základní hygienu, základní mobilitu, například přesun z lůžka na židli, a na instrumentální sebeobslužné aktivity, které člověku umožňují žít nezávisle ve své komunitě, jedná se například o nakupování, běžné domácí práce, přípravu jídla, obstarání financí. Dlouhodobou péčí rozumíme jak péči v domácím prostředí, tak péči v institucích.

Také EU hovoří ve svých materiálech zcela jednoznačně o dlouhodobé péči, kterou definuje jako péči poskytovanou lidem, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, avšak na tolik neuspokojivé úrovni, že tito jedinci nejsou soběstační a potřebují zcela logicky zdravotní, tak sociální služby.

Vzhledem k současným demografickým změnám je třeba považovat správné či alespoň uspokojivé řešení otázky dlouhodobé péče za důležitou podmínku udržitelnosti zdravotnických služeb a kvality služeb sociálních a zdravotně-sociálních.

Nesoběstačnost vzniká v důsledku dysability, chronického onemocnění, traumatu nebo onemoc-

nění, jež způsobují zhoršenou schopnost zvládat sebeobslužné aktivity. Do situace potřeby dlouhodobé péče se mohou dostat lidé všech věkových skupin, nejčastěji jsou to však lidé seniorského věku. Potřeba dlouhodobé péče výrazně narůstá ve věku nad 75 let. OECD zdůrazňuje potřebu rozlišovat na jedné straně mezi zdravotní péčí, která má jasně definovaný kurativní či rehabilitativní charakter (jde o léčení, doléčení a rehabilitaci), a tedy typickou dynamickou trajektorii, a na druhé straně je třeba definovat dlouhodobou péči vůči ostatním službám, které definujeme jako služby sociální. Cílem zdravotní péče je změna, zlepšení zdravotního stavu. Cílem dlouhodobé péče je kompenzace trvající nesoběstačnosti. Oba typy péče je tedy možné definovat, ale v praxi není možné je zcela oddělit, respektive není to účelné, neboť stav pacienta často vyžaduje jak poskytování zdravotní, tak dlouhodobé péče, a to již z toho důvodu, že dlouhodobá nesoběstačnost není fyziologickou záležitostí, ale výslednicí zhoršeného zdravotního stavu.

Jak je z výše uvedeného patrné, můžeme skupinu pacientů/klientů dlouhodobé péče definovat jak oproti skupině pacientů s typickou zdravotní problematikou (akutní či postakutní), jak je uvedeno výše, tak i proti skupině seniorů, jejichž zdravotní stav nezpůsobuje omezení soběstačnosti. Tito senioři mohou být klienty sociálních služeb v případě, že se rozhodnou bydlet v rezidenčním zařízení nebo pokud potřebují pomoci v domácnosti.

V širším slova smyslu tedy komplex služeb dlouhodobé péče představují některé služby zdravotnické (léčba a rehabilitace, diagnostika komplikací, preskripce léků a pomůcek...) a také služby pomocné (péče o domácnost, stravování, transport, sociální aktivity a podobně). Nicméně pokud člověk vystačí pouze s posledně uvedenými pomocnými službami, nejedná se zpravidla o klienta dlouhodobé péče, tuto mez stanovuje OECD ve svém materiálu.

V těchto intencích definuje dlouhodobou péči také Národní program přípravy na stárnutí v článku 6.13.:

„Dlouhodobá péče je péče zdravotní i sociální. Zdravotní a sociální potřeby jsou u části starých osob neoddelitelné. Tyto osoby potřebují jak zdravotní, tak sociální péči. Systém dlouhodobé péče musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních a poskytovaných

Jedná se o péči poskytovanou lidem, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jsou tedy závislí („when dependent for an extended period of time“) a jejich schopnost vykonávat každodenní sebeobslužné aktivity je snížena.

v domácnosti. Rozvoj systému dlouhodobé péče vyžaduje transformaci léčen pro dlouhodobě nemocné a domovů pro seniory. Negativně lze hodnotit snižující se rozsah pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých občanů ve většině krajů.“

Velmi obdobně definují dlouhodobou péči konzultační podklady vydané v rámci konference Švédského předsednictví Evropské unie, a to následovně: „Dlouhodobá péče“ spojuje spektrum zdravotních a sociálních služeb, které jsou šity na míru potřebám lidí, kteří potřebují po delší dobu (extended period of time) pomoc v základních sebeobslužných aktivitách z důvodů chronické nemoci či jiné příčiny dysability (a to včetně demence či jiných poruch duševního zdraví). Zahrnuje pomoc jak profesionálních, tak i laických pečujících.“

Tato zpráva – konzultační materiál Švédského předsednictví EU – ve svých kalkulacích nezahrnuje zdravotní služby v užším slova smyslu, tedy péči na akutních lůžkách nemocnic, péči lékařských specialistů a podobně. Nicméně nezahrnuje ani některé pomocné služby („low-level“) ve smyslu současné praxe výkaznictví Eurostatu a OECD. Jedná se o služby, které nelze považovat za služby zdravotnické či sociální v pravém slova smyslu, ale za služby „občanské“, tedy například stravování a podobně, což je důležité si uvědomit v souvislosti s poskytováním pečovatelské služby, kdy například rozvoz obědů nebo nákup patří u nás mezi velmi časté výkony, avšak obdobné výkony nejsou velmi pravděpodobně v jiných zemích do statistik dlouhodobé péče (či péče sociální) vůbec zahrnuty.

Konzultační materiál Švédského předsednictví EU upozorňuje na značnou různorodost jednotlivých parametrů a indikátorů dlouhodobé péče, což velmi znesnadňuje mezinárodní srovnání. Tato nesourodost a všeobecný nedostatek dat a podkladů představují obecný evropský problém, a to i přesto, že jak EU, tak její členské státy deklarují, že je to právě dlouhodobá péče, která představuje velmi důležitý problém v souvislosti se současnými a budoucími demografickými změnami.

Zpráva na jiném místě také zdůrazňuje, že přestože je dlouhodobá péče v současné době již konsensuálně definována (jak jsme již uvedli), Evropská unie i jednotlivé členské země ještě mají

mnoho co činit, aby se tyto služby staly službami standardními a samozřejmými tak, jak je tomu například u péče zdravotní. Jednotlivé místní či regionální iniciativy jsou sice významné a přinášejí příklady dobré praxe, které jsou hodny následování, nicméně zatím ještě nevytvářejí „mainstream“ systém, který by byl schopen reagovat na potřeby dlouhodobé péče.

Systém dlouhodobé péče využívá a jistě i nadále bude využívat poznatky moderní medicíny, nicméně potřebuje ještě mnoho dalšího poznání, poznatků, znalostí a výzkumu, což se týká zejména sociální gerontologie, sociální práce, psychologie a celého spektra rozličných terapeutických metod, zejména s ohledem na specifickou problematiku jednotlivých onemocnění.

Medicína dlouhodobé péče

Medicína dlouhodobé péče je novým oborem, který se zaměřuje na specifické zdravotní potřeby právě dvou posledních výše uvedených skupin starších lidí a na určitá specifika péče i o mladší pacienty, kteří potřebují dlouhodobou péči. Dlouhodobá péče je u nás zatím velmi podceňována a trpí také tím, že existuje kdesi na pomezí oblasti zdravotnické a sociální, což je problém, který se u nás již dlouhou dobu nedaří uspokojivě řešit. Nicméně mnohé světové studie a také poznatky z našeho vlastního výzkumu ukazují, že právě tyto problémy jsou velmi aktuální a palčivé a opravdu

je třeba něco dělat. Týkají se velkých skupin lidí (u nás asi 350 tisíc lidí s potřebou dlouhodobé péče a dalších 800 tisíc lidí, kteří o ně pečují). Někteří z pacientů žijí v různých typech zdravotnických či sociálních zařízení, mnozí setrvávají v péči rodin.

Vzdělávací program se proto zaměřuje nejen na lékaře pracující v zařízeních dlouhodobé péče, ale také a zejména na praktické lékaře, kterým nabízí určitou specializaci,

zejména těm, kteří mají na starost pacienty žijící v některém z výše uvedených zařízení.

V severozápadní Evropě i USA se pomalu etablovuje pojem „medical director“, jedná se o specialistu, který dohlíží a koordinuje lékařskou péči v zařízeních dlouhodobé péče a spolupracuje jak s managementem ostatních služeb zařízení, tak s vedoucím (manažerem) ošetrovatelského úseku.

Cílem zdravotní péče je změna, zlepšení zdravotního stavu. Cílem dlouhodobé péče je kompenzace trvající nesoběstačnosti. Oba typy péče je tedy možné definovat, ale v praxi není možné je zcela oddělit, respektive není to účelné, neboť stav pacienta často vyžaduje jak poskytování zdravotní, tak dlouhodobé péče.

Náš vzdělávací program je zaměřen kromě čistě medicínské problematiky (demencí, cévních mozkových příhod, dalších různých, zejména chronických onemocnění, ale také akutních komorbidit při chronických onemocněních a křehkosti vyššího věku) také na otázky zlepšování kvality zdravotní péče v zařízeních dlouhodobé péče.

To je skutečně velice zapotřebí i v našich podmínkách, protože víme, že mnoho významných medicínských problémů není dostatečně řešeno, i když jsou to tak závažné problémy, jako je například bolest, demence, výživa a podobně.

**doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc.,
senátorka, výbor pro zdravotní a sociální
politiku, Senát PČR**

Koordinovaná rehabilitace z pohledu lékařky a senátorky

S termínem „ucelená rehabilitace“ jsem se poprvé setkala na parlamentní půdě kolem roku 2000, kdy nám danou problematiku přiblížila tehdejší náměstkyně ministra práce a sociálních věcí (MPSV) paní PhDr. Běla Hejná na schůzi Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví, a to v podobě věcného záměru příslušného zákona. Jako lékařka s dlouhodobou praxí v oboru vnitřní lékařství a hyperbaroxie jsem vnímala tento záměr jako velice prospěšný. Současně však byl nastolen i problém, jak by měla být tato komplexní rehabilitační péče financována. Záměr se jevil tehdy jako těžko řešitelný a vše pak poněkud zapadlo. Znovu se daný úmysl objevil po parlamentních volbách v r. 2010, kdy se na půdě

MPSV sešla skupina horlivých zastánců za přítomnosti skutečných průkopníků tohoto segmentu zdravotně-sociální péče v čele s panem profesorem Pfeifferem a s paní docentkou Švestkovou. Od té doby se opakovaně setkáváme za přítomnosti gestora pana náměstka MPSV Davida Kafky, kdy se zabýváme jak věcným záměrem, tak i způsobem financování s tím, že zákon by měl být předložen ještě v tomto volebním období Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky (PS PČR). Při

koncipování zákonné normy se ujal nově přiléhavější název „koordinovaná rehabilitace“ (krhc).

Byla uspořádána řada seminářů jak na půdě PS PČR, tak i na odborné platformě, kde segmenty krhc již pronikly do některých medicínských oborů. Stále však chybí pevná organizace této péče a přetrvává její problematičnost a zajišťování a propojení.

I když existuje řada racionálních zdůvodnění pro její uplatnění u mnoha etiologicky odlišných akutních i chronických chorobných stavů, je nejpřesvědčivějším důkazem její prospěšnosti i z pohledu laika tzv. neurorehabilitace. Nejen, že ovlivňuje kvalitu života daného jedince ve smyslu plus, ale představuje konečně zhodnocení počáteční náročné zdravotní péče. V neposlední řadě představuje i značné úspory veřejných prostředků z kategorie zdravotního a sociálního pojištění.

Tak například stoupající incidence poranění hlavy při četných dopravních a sportovních úrazech přináší četné zkušenosti především pro neurochirurgii. Jejich úspěšné léčebné zálkroky však potencují a podmiňují další moderní léčebné metody, jakými jsou:

- zajištění adekvátní nutrice s monitorováním vnitřního prostředí,
 - podávání kyslíku v přetlaku jako prevence, případně léčba sekundární hypoxie – zabránění tvorby hypoxického otoku mozku při nitrolební hypertenzi
 - prevence tromboembolické komplikace atd.
- Souběžná i následná koordinovaná rehabilitace (krhc) se stává dalším neodmyslitelným moderním léčebným přístupem, bez kterého by se



Milada Emmerová

**Souběžná i následná
koordinovaná rehabilitace
(krhc) se stává dalším
neodmyslitelným moderním
léčebným přístupem,
bez kterého by se v mnoha
případech nedosáhlo totálního,
anebo alespoň částečného
uzdravení a návratu do
rodinného i profesního života.**

v mnoha případech nedosáhlo totálního, anebo alespoň částečného uzdravení a návratu do rodinného i profesního života.

Výsledek neurorehabilitace je tím lepší, čím dříve, intenzivněji a soustavněji je prováděna. Klinické i experimentální zkušenosti totiž svědčí pro to, že funkční regenerace a kompenzace následků poranění mozku je možná. U každého tohoto nemocného je potřebné provést primárně především adekvátní ošetření úrazu hlavy a pak vypracovat aktuální i výhledový rehabilitační

program. Ten je nutné průběžně, etapovitě revidovat, adaptovat, modifikovat. Cílem má být rch pracovní, neboť je usilováno o návrat člověka ve fertilmní věku zpět do rodiny, do společnosti, do pracovního procesu.

Vyléčený nemocný se nestává kandidátem pro přiznání invalidního důchodu částečného či úplného. Ale co hlavně: dokonale se zhodnotí nákladná neurochirurgická péče a uzdravený nemocný je odměnou pro všechny participující členy multiorbového zaměření.

volné fórum

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Jak dobře je u nás provázána péče na rozhraní zdravotního a sociálního systému?
2. Jaké jsou největší potíže a co je jejich příčinou?
3. Co by se dalo udělat pro jejich odstranění?



MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D., ředitel, Odbor posudkové služby, MPSV

odpovědi Rostislava Čevely:

1. Dostatečné by bylo popídit se např. po výsledcích mezi-resortních letitých jednání při řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče nebo při rozvoji koordinované rehabilitace (před několika volebními obdobími nazývané ucelená rehabilitace) – obě problematiky ze zdravot-

ně-sociálního pomezí. Ale vážně si myslím, že nikdo potřebný bez péče v ČR nezůstává, a proto bych hodnotil příslovcem přiměřeně. Spolupráce je podmíněna průsečíkem dvou množin: státního rozpočtu a vybraného zdravotního pojištění; a ten zatím zeje prázdnotou.

Jedná se skutečně v mnoha případech o problém úhrady této péče, i když je ve svém důsledku uvedený problém irelevantní, protože náklady jdou vždy ve své podstatě na vrub státního rozpočtu, jen z různých kapitol. Striktně resortní pohled může vést k neefektivnímu vynakládání prostředků či úsilí na jedné či obou stranách, protože prvotní – úzce resortní zájem může být v protikladu k zájmu jiného resortu či celkovému efektu (např. samostatné fungování zdravotního a nemocenského pojištění).

Každý resort má oblast, která se dotýká, nebo je dokonce závislá na činnosti jiného resortu, proto jsou vytvářeny nástroje na sladění působení jednotlivých resortů.

Když už jsem se zmínil o prvním pilíři sociálního zabezpečení, měl bych připomenout kompletní systém sociálního zabezpečení: sociální pojištění, státní sociální podporu a sociální pomoc.

Péče ve smyslu položené otázky je v ČR provázána v 1. pilíři sociálního zabezpečení podle mého názoru relativně dobře. V této oblasti má ČR tradici sahající hluboko do dob Československa. Jako posudkový lékař mohu vzpomenout třeba tzv. konzultace po 180 dnech trvání dočasné pracovní neschopnosti podle předchozí právní úpravy, prováděné typicky na rozhraní zdravotního a sociálního systému, kdy při zjištění dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu bylo dříve zahájeno z moci úřední řízení o přechodu z pracovní neschopnosti do invalidity. Podle dnešní právní úpravy vyhodnotí ošetřující lékař s posudkovým lékařem nejpozději 30 dnů před skončením podpůrné doby zdravotní stav, přičemž při konstatování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS)

je pojištěnec poučen o tom, aby si požádal o invalidní důchod.

Složitější bude vyjádřit se kvalifikovaně ke druhému a třetímu pilíři. Pokud si uvědomíme fakt, že na ministerstvu práce a sociálních věcí (MPSV) končí často problémy, u kterých se neřeší příčina v rámci jednotlivých resortů, jsou důsledky přesouvány do sociální oblasti a MPSV je manévrováno do řešení důsledků bez možnosti efektivního vyřešení příčin. Nejde jen o zdravotnictví; zamysleme se společně:

bariérovost dopravy – řešeno příspěvkem na mobilitu;

bariérovost staveb a bytů – řešeno příspěvkem na zvláštní pomůcky;

nedostatek parkovacích míst – tlak na změnu posuzování zdravotního stavu a vydávání průkazů osobám se zdravotním postižením (na ty jsou navázány další benefity);

politika bydlení a energetická politika; nedostatek mateřských škol či záškoláctví – rovněž tlak na řešení sociálními dávkami;

léková politika a politika týkající se zdravotnických prostředků – samozřejmě další tlak na sociální dávky.

Vidím, jak zástupci MPSV se všemi resorty jednají a snaží se, aby v prvé řadě byl problém řešen tam, kde vzniká – skutečně ale úzce resortní zájem může být v protikladu k zájmu našeho resortu, ale především k zájmu celkového efektu. Vzhledem k tomuto je pak každý ministr MPSV nejen z hlediska státního rozpočtu otesánkem, ale i **otloukánek** a zasloužil by alespoň rizikový příplatek. Nikdy totiž nevyřeší příčiny, může pouze prostřednictvím sociálního zabezpečení poskytovat paliativní péči.

2. Z nepřeberného množství nedořešených témat bych se rád věnoval alespoň dvěma, v podstatě vzájemně propojeným a dosud málo akcentovaným.

a) Pracovně lékařské služby – jsou výlučnou součástí systému zdravotní péče a mají preventivní charakter. Vnímám je tak, že jejich součástí je hodnocení vlivu pracovní činnosti, pracovního prostředí a pracovních podmínek na zdraví, provádění preventivních prohlídek a hodnocení zdravotního stavu za účelem posuzování zdravotní způsobilosti k práci, poradenství zaměřené na ochranu zdraví při práci a ochranu před pracovními úrazy a nemocemi z povolání a nemocemi souvisejícími s prací. Poskytování uvedených služeb je upraveno ve vztahu k poskytování pracovních lékařských služeb v zákoně č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, v platném znění, a ve vztahu k zaměstnavatelům, zaměstnancům a zdravotní způsobilosti k práci zákonem č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění. Proto lze mít za to, že tyto služby mají i určité aspekty sociální, neboť přispívají k bezpečnosti a ochraně zdraví při práci.

V posledních 20 letech došlo díky změnám v národním hospodářství k velkému úbytku pracovních míst v odvětvích hornictví, těžební průmysl, hutnictví, těžké strojírenství a zemědělství. Tím ubylo i těžké fyzické práce. Současný rozvoj v jiných odvětvích (informační technologie, automatizace, služby) přispěl ke snížení podílu těžké fyzické práce a společně s opatřeními bezpečnosti a ochrany zdraví při práci došlo tak ke zlepšení pracovních podmínek. Rovněž sociální programy různých zaměstnava-

telů zaměřené na zaměstnance napomáhají k optimalizaci pracovních podmínek. Jsem přesvědčen o nezbytnosti intimního zapojení uvedených lékařů do systému trhu práce.

b) V souvislosti s prodlužováním věku odchodu do důchodu se nabízí otázka, jakým způsobem zabezpečíme podmínky pro tyto pracovníky na pracovišti, příp. jakou zdravotní reformu budeme muset vytvořit ke zlepšení zdravotní péče poskytované starším zaměstnancům. Speciální řešení bude požadováno u profesí fyzicky náročných. Další otázkou je, jak dalece je společnost schopna ovlivnit udržitelnost fyzicky náročného pracovního místa pro věkovou skupinu osob nad 60–65 let.

Fyzickou a psychickou pohodu na pracovišti je možné ovlivnit, je možné vypěstovat dobré návyky, ale je nezbytné učit přebírat jedince zodpovědnost za svůj zdravotní stav a tím i schopnost se udržet na pracovním trhu, tedy zodpovědnost za svoji pracovní schopnost. Nabízí se tedy provázanost opatření systémů na úrovni společnosti, firem i jednotlivců; a právě na úrovni společnosti musí fungovat efektivní zdravotně-sociální systém. Je třeba rozvinout **koncept age management** v ČR, tedy způsob řízení s přihlédnutím k věku. Uplatňováním jeho principů lze výrazně přispět k prodloužení pracovního života. Negativně působícím faktorem jsou předsudky a nevyužívání pracovního potenciálu starších pracovníků. Právě koncept age managementu v tomto směru nabízí změnu firemní kultury podporující využití silných stránek pracovníků a jejich nastřádaných životních zkušeností a dovedností, které

mohou vyvažovat úbytek fyzických sil. Problematice starších osob se šířeji věnuje Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. Využití konceptu pracovní schopnosti může iniciovat nový způsob pohledu na individuální zdroje klientů a iniciovat změny v oblasti zdraví, celoživotního vzdělávání, hodnot i postojů.

3. a) Pokud by v oblasti pracovních lékařských služeb platila pro OSVČ stejná pravidla jako pro zaměstnavatele a zaměstnance, přispělo by to k ochraně zdraví tohoto okruhu osob. Ve vztahu k mladistvým je nezbytné posílit význam péče o dorost, hodnocení zdravotní způsobilosti ke studiu, přípravě pro budoucí pracovní uplatnění a práci.

Lze mít za to, že také moderní systém úrazového pojištění by mohl vytvořit lepší podmínky pro prevenci pracovních úrazů, nemocí z povolání a zhoršení zdraví vlivem práce. Důvodné jsou obavy z převedení kompetencí z úrazového zákona na soukromé pojišťovny, a to zejména v úseku prevence, kde lze předpokládat roztržitost, preferenci finančně méně náročných opatření a limitované prosazování priorit státu v privátním sektoru.

Vzhledem k rozsáhlým celospolečenským změnám, které nastaly v devadesátých letech minulého století, a to jak změny v oblasti zdravotnictví (privatizace zdravotnictví, rozpad okresních ústavů národního zdraví a systému závodních lékařů), tak v oblasti trhu práce (restrukturalizace velkých závodů, vznik OSVČ), byl oslaben význam pracovních lékařských služeb, což považují za špatné. Právní úprava zakotvená v zákoně č. 373/2011 Sb., o speci-

fických zdravotních službách, by měla přispět k optimalizaci poskytování. A ještě ono doporučení pracovních lékařských služeb na MPSV, respektive trh práce.

b) Zde si dovoluji citaci Prof. J. Ilmarinena z Finského institutu pracovního zdraví (FIOH): Úspěch finského přístupu k aktivní politice stárnutí v pracovním životě závisí na integraci následujících faktorů:

Veřejná politika: poskytuje mandát a financování.

Výzkum: aktivně podporuje longitudinální studie a implementaci jejich výsledků.

Tripartita: podněcuje zájem a odezvu firem.

Propagace: vytváří a poskytuje praktické rady k implementaci a podpoře jednotlivých komponent Age Managementu.

Win-Win přístup: profituje jak zaměstnanec, tak firma či organizace

Prvním nezbytným předpokladem je tedy zvýšit povědomí u klíčových osob při implementaci age managementu. Dalším krokem je pak nastavení formy spolupráce, která zajistí, aby spolu komunikovaly osoby, které realizují související reformy a změny (např. definované v Národním akčním plánu přípravy na pozitivní stárnutí).

V každém případě je jasné, že neexistují jednoduchá a ani krátkodobá řešení, ale pouze systematická a dlouhodobá meziresortní práce (snad by pro začátek i stačilo nežádat o zkrácování termínů vnějšího připomínkového řízení). Očekávám zajímavou spolupráci obou resortů a především MMR při **podpoře sociálního bydlení** (Vláda v návaznosti na Koncept bydlení plánuje v letošním roce řešit problém dostupnosti bydlení pro sociálně ohrožené skupiny obyvatel – zejména

nízkopříjmových osob a seniorů – prostřednictvím komplexní úpravy sociálního bydlení.) Bezesporu nás bude také čekat radostná spolupráce nad **reformou psychiatrické péče**, když na základě strategického plánování zoptimalizujeme, následně implementujeme, abychom dosáhli zefektivnění... a ví někdo, čeho vlastně? Můžeme však využít zahraničních zkušeností, které by nás mohly výrazně inspirovat a přinesly by také příklady dobré praxe, které u nás často chybí. Takže mohou zůstat i nadále recidivujícím optimistou.



doc. MUDr. Olga Švestková,
Ph.D., přednostka, Klinika
rehabilitačního lékařství,
1. LF UK a VFN

odpovědi Olgy Švestkové:

1. Prakticky neexistuje systém a organizace provázanosti zdravotního a sociálního systému v České republice. Po ukončení zdravotnického procesu je člověk „ztracen“ a těžce hledá možnosti sociálních služeb a dlouhodobých podpor. Týká se to hlavně občanů s disabilitou (zdravotním postižením), kteří často nejsou schopni se ve

stávajícím systému vyznat a ani nemají často možnost se dostat do příslušného úřadu, kde musí o dávku/službu požádat.

2. Chybí koordinace a spolupráce Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Ve světě je běžné, že sociální problémy, které vznikají na základě poruchy zdraví, spadají kompetenčně pod ministerstvo zdravotnictví (Ministry of Health and Welfare).

Sociální pracovník je velice důležitý a nezbytný jak ve zdravotním, tak sociálním systému. Příspěvky na péči jsou v současné době hodnoceny praktickým lékařem ve spolupráci se sociálním pracovníkem. Sociální pracovník navštíví klienta v jeho bytě a na základě otázek (dostanete se do vany, z vany, jste schopný se obléci apod.) navrhuje stupeň příspěvku na péči. Člověk s disabilitou by měl být však objektivně hodnocen interprofesním rehabilitačním týmem (lékař, psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, speciální pedagog, zdravotní sestra, sociální pracovník) s cílem obnovy nebo zmírnění funkčních poruch na úrovni aktivit a participace k dosažení maximální možné kvality života. Nejdříve se tým rehabilitační intervencí pokusí o znovunabytí funkčních schopností pacienta/klienta, poté je nezbytné indikovat individuálně potřebné pomůcky (i nejdražší pomůcka k aktivitám denního života je levnější než dlouhodobá pomoc druhé osoby), naučit je člověka s nimi zacházet. Dále je nezbytné provést evaluaci bytu s návrhem facilitujících prostředků k odstranění bariér, event. ve spolupráci s regionálním úřadem provést výměnu bytu za bezbariérový. Teprve po ukon-

čení tohoto procesu se vyjadřuje interprofesní rehabilitační tým a navrhuje potřebné individuálně zaměřené sociální služby a podpory, tedy i příspěvek na péči.

3. Je nezbytné přijetí zákona o koordinované rehabilitaci. Na ministerstvu práce a sociálních věcí od roku 1999 pracuje s přestávkami pracovní skupina a nyní jsou připraveny Teze zákona o koordinované rehabilitaci. Je potřeba připravit jeho paragrafově znění. Tento zákon by měl navazovat na Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením (platnost od 28. října 2009), která je součástí právního řádu České republiky.

Zákon by měl být nadresortní a obsahovat:

- práva a povinnosti klientů a zařízení
- vstupy a výstupy v rehabilitaci
- systém a organizace rehabilitace
- vzájemná součinnost složek rehabilitace – ve zdravotnictví, sociální, pedagogickou a pracovní rehabilitaci

Základní principy zákona o koordinované rehabilitaci jsou:

Včasnost – včasné zahájení rehabilitace ve všech jejích oblastech je základním předpokladem pro úspěšné naplnění jejího účelu a vede k potřebné aktivizaci a motivaci osoby s disabilitou při řešení její situace, jejího sociálního začlenění.

Komplexnost, návaznost a koordinovanost jsou základními atributy efektivního fungování systému rehabilitace. Absence kteréhokoli z nich může vést k nefunkčnosti systému a neúčelnému, popř. až duplicitnímu vynakládání finančních prostředků.

Dostupnost – je nutné zajistit nejen co nejširší dostupnost informací o rehabilitaci,

ale i přiblížit její zprostředkování a poskytování potřebným osobám.

Individuální přístup – provádění rehabilitace, tj. realizované prostředky musejí odpovídat konkrétním podmínkám a potřebám osoby s disabilitou a rehabilitace by měla trvat tak dlouho, dokud se člověk funkčně zlepšuje.

Interprofesní posouzení – individuální přístup, u osob s disabilitou musí vycházet z výsledků interprofesního posouzení, které je významným podkladem pro stanovení odpovídajících prostředků rehabilitace.

Na ministerstvu zdravotnictví, práce a sociálních věcí, školství a tělovýchovy by měl být odbor pro rehabilitaci a vzájemně úzce spolupracovat.

Bylo by velice vhodné zřídít akademické (teoretické) pracoviště pro teoretický výzkum s cílem praktického využití v oblasti rehabilitace ve zdravotnictví, sociální, pedagogické a pracovní rehabilitaci i s možností využití moderních technologií v rehabilitaci.

odpovědi Jiřího Horeckého:

1. + 2. Zdravotní a sociální péče je v ČR provázána minimálně až vůbec. K podrobnějšímu popisu je nutno rozdělit zdravotní i sociální péči na tři základní úrovně – pobytové, ambulantní a terénní služby. U služeb pobytových je provázanost obou služeb největší. V pobytových zařízeních sociálních služeb je poskytována zdravotní péče a opačně v lůžkových zdravotnických zařízeních na tzv. sociálních lůžkách naopak péče sociální. Problémem je financování této péče na obou stranách, které je rozdílné, resp. nesystematické a de facto

utlumuje potencionální rozvoj či zkvalitňování péče těchto služeb. U ambulantních služeb neexistuje žádná provázanost. V denních stacionářích, kde tráví např. děti s těžkým zdravotním postižením většinu dne, je nutné, aby zdravotní péče byla poskytována formou transportu dítěte do zdravotnického ambulantního zařízení, nebo v lepším, avšak zcela vzácném případě, zdravotní sestrou home care. Přitom se může jednat o elementární zdravotní úkon, jako je např. podání léků pro os.



Ing. Jiří Horecký, MBA, prezident, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

A naposledy v případě terénních služeb lze zaznamenat provázanost víceméně sporadickou či náhodnou. Sociální terénní péče je poskytována zejména pečovatelskou službou, zdravotní pak agenturami domácí péče (home care). Jde tedy v drtivé většině případů o rozdílné subjekty a zaměstnance s rozdílným systémem financování, ale i kvalifikací. Pouze tzv. charitní ošetrovatelské a pečovatelské služby, tj. spojení obou typů mohou představovat nějakou

formu spojení a spolupráce. Jinými slovy provázanost je minimální, nesystémová a neefektivní.

3. Zásadní paradigmatická změna přístupu a celkového pojetí zdravotně-sociální péče. Zde je ale základním předpokladem úzká a intenzivní spolupráce dvou hlavních resortů, tj. MZ ČR a MPSV ČR, která se stále, navzdory pokusům o sblížení v posledních letech, jeví jako minimálně problematická až nemožná.

odpovědi Václava Volejníka:

1. Bohužel je formální rozhraní dáno vztahem obou příslušných ministerstev. Poskytování zdravotně-sociálních služeb je ve zdravotnickém zařízení typicky nouzový kočkopes. Osobně si nemohu v samostatné poloze na spolupráci s ministerstvy stěžovat. Je ale evidentní, že nastavený systém podmínek pro vznik a provoz tohoto typu lůžek je byrokraticky neprůchodný.

2. Největším problémem je samozřejmě financování této činnosti. Postup vedoucí ke vzniku lůžek je skutečně složitý, ale splnitelný. Vlastní problém vznikne při zajištění úhrady za náklady u konkrétního pacienta, který má většinou větší potřeby než rozsah možné speciální ambulantní zdravotní péče nebo domácí péče. Tito klienti ve zdravotnickém prostředí jsou stále vlastně pacienti. Obvykle není možné vyhradit pro tuto činnost izolovanou prostorovou část. Hrozbou celého složitějšího postupu složené příspěvkové úhrady je nejen nejistota přísunu prostředků cestou úřední, nejasná pozice příslušné zdravotní pojišťovny, ale hlavně krytí podílu ze strany dotčeného klienta. Pokud je

na hraně sociální nouze, vzniká zdravotnickému zařízení opět známý problém: kam s ním a co s tím? Kam s oním pacientem a jak situaci řešit?



MUDr. Václav Volejník, CSc., ředitel, Hamzova léčebna

3. Jedinou cestou je jasné vymezení pozice pacienta-klienta dnešní doby. Buď bude pacientem a úhrada jasně definovaných nákladů bude řešena pevnou cestou smlouvy se ZP, nebo bude klientem (byť s právem pobytu ve zdravotnickém zařízení) a veškeré náklady budou hrazeny cestou sociálních pravidel. Lze to udělat, pokud bude odpovídajícím způsobem upevněna pozice zdravotně-sociálních pracovníků ve zdravotnickém zařízení a příslušný sociální odbor bude se zdravotnickým zařízením pracovat na úrovni smluvních vztahů.

odpovědi Ondřeje Pěče:

1. Péče na tomto rozhraní je u nás provázána velmi špatně. Platí to především pro pacienty se závažnými a chronickými onemocněními, kteří potřebují péči z obou systémů. Mohu to dokumentovat na příkladu klientely, se kterou pracuji – pa-

cienti se závažnými duševními onemocněními. Ti mnohdy vyžadují kuratelu jak zdravotnicou (psychiatr, klinický psycholog, psychiatrická sestra), tak sociálně rehabilitační (sociální pracovníci). Proto, aby mohla být péče dostatečně efektivní, je zapotřebí ji provádět v multiprofesních týmech, ve kterých spolupracují zdravotníci se sociálními pracovníky. Abychom propojenou multidisciplinární týmovou práci mohli v našich službách realizovat, jsme nuceni vedle zdravotnického zařízení provozovat neziskovou organizaci s registrovanými sociálními službami a složitě kombinovat pracovníky do týmů pomocí částečných úvazků.

2. Hovořím-li o týmové spolupráci mezi zdravotníky a sociálními pracovníky v ambulanci, tak největšími překážkami jsou odlišná legislativa v rámci obou systémů



*MUDr. Ondřej Pěč, ředitel,
Psychoterapeutická a psychosomatická klinika Eset*

a odlišné požadavky na dokumentaci, výkaznictví. Tuto práci jsme pak nuceni činit dvakrát. V neposlední řadě je to i odlišný způsob financování (výkony zdravotním pojišťovnam versus

dotační programy), tím i rozdílný postup v hodnocení pracovníků a nerovnosti v jejich odměňování. Hlavní příčinu vidím v tom, že se doposud nepodařilo systémově popsat péči ve zdravotně-sociální oblasti a stanovit pro ní jednotná pravidla.

3. Vedle legislativního vytvoření zdravotně-sociální oblasti se společnými pravidly bych se přimlouval například i za to, aby současný Sazebník zdravotních výkonů mohl být rozšířen i o výkony sociální rehabilitace pro zdravotně postižené a týmová spolupráce zdravotníků a sociálních pracovníků mohla být činěna „pod jednou střešou“. Bylo by také vhodné, aby sociální pracovníci mohli absolvovat podobné postgraduální vzdělávání jako zdravotníci, které by je více specializovalo a profilovalo pro práci s určitou cílovou skupinou (např. pro práci s duševně nemocnými).



**S tématy otevíranými na seminářích
v CERGE-EI a v Občanovi v síti
se můžete pravidelně setkávat
na vlnách Českého rozhlasu 6.**

**Mgr. Jana Lukášová, advokátní koncipientka,
Advokátní kancelář Bradáč Advokáti**

System sociální pomoci zdravotně postiženým osobám

System sociálního zabezpečení v České republice bývá tradičně rozdělován do tří pilířů. Prvním je sociální pojištění, pod které spadá důchodové, nemocenské a veřejné zdravotní pojištění. Druhým je sociální zaopatření obsahující dávky testované, tedy příspěvek na dítě, na bydlení a porodné, a dávky netestované, tedy rodičovský příspěvek, pohřebné a dávky péstounské péče. Třetím a posledním pilířem systému sociálního zabezpečení potom je systém sociální pomoci, obsahující sociální péči, sociální služby a pomoc v hmotné nouzi.

Tento článek se bude vzhledem k tématu celého čísla zabývat třetím pilířem sociálního systému, konkrétně zákonem o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a zákonem o sociálních službách, neboť právě tyto zákony reflektují propojenost sociálních a zdravotních potřeb zdravotně postižených osob. Je zřejmé, že osoby zdravotně postižené potřebují k zajištění svých životních potřeb vynaložit větší množství finančních prostředků než osoby nehandikepované, přitom však mají pouze omezené pracovní možnosti, a nemohou tedy dosahovat příjmů, které by tyto zvýšené životní náklady dokázaly pokrýt. Uvedené zákony se snaží tuto sociální nerovnost snižovat, tak aby nemohlo být kladeno rovnítko mezi osobu zdravotně postiženou a sociálně vyloučenou.

Jak je stanoveno úvodním ustanovením, zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením upravuje poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením určených ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování. Podle tohoto zákona jsou poskytovány dvě dávky, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. O dávkách rozhoduje krajská pobočka úřadu práce, žádost o jejich přiznání však lze podat také na kontaktním pracovišti úřadu práce nebo elektronicky. Formuláře jsou k dispozici na webových stránkách ministerstva práce a sociálních věcí <http://portal.mpsv.cz/forms>.

Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové so-



Jana Lukášová

ciální služby. Výše příspěvku činí 400 Kč na kalendářní měsíc. K žádosti o příspěvek na mobilitu je třeba připojit označení praktického lékaře žadatele, důvod dopravy a čestné prohlášení, že se osoba opakovaně dopravuje nebo je dopravována.

Druhou dávkou poskytovanou dle zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením je příspěvek na zvláštní pomůcku. 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. Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovány na pořízení motorového vozidla má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se přitom považuje nepříznivý zdravotní stav, který trvá nebo má trvat déle než 1 rok.

Žadatel této dávky musí být vždy osoba starší jednoho roku, pro některé pomůcky je však stanovena věková hranice vyšší. Má-li být příspěvek použit pro pořízení motorového vozidla, schodolezu, stropního zvedacího systému, schodišťové plošiny, schodišťové sedačky nebo na úpravu bytu, musí být osoba starší tří let, a pro pořízení vodícího psa dokonce patnácti let.

Výše příspěvku je stanovena podle ceny pomůcky, avšak pokud jde o pomůcku levnější než 24 000 Kč, může být příspěvek poskytnut pouze osobám, jejichž příjem nebo příjem společně posuzovaných osob je nižší než osminásobek životního minima. Životní

minimum v současnosti činí 3 410 Kč pro první dospělou osobu v domácnosti. Tato dávka tedy může být poskytnuta pouze osobám s nižším měsíčním příjmem než 27 280 Kč. Pokud však žije v jedné domácnosti více osob, jejich životní minimum se posuzuje společně. Pro druhou a další dospělou osobu v domácnosti činí životní minimum již jen 2 830 Kč, pro dítě do 6 let 1 740 Kč, pro dítě od 6 do 15 let 2 140 Kč a pro nezaopatřené dítě od 15 do 26 let 2 450 Kč. Životním minimem společně posuzovaných osob je pak součet jednotlivých částek. Žijí-li tedy v domácnosti dvě dospělé osoby společně s jedním pětiletým a druhým desetiletým dítětem, činí jejich životní minimum 10 120 Kč. Pokud by jedna z těchto osob byla osobou zdravotně postiženou žádající o příspěvek na zvláštní pomůcku do 24 000 Kč, nesměl by celkový měsíční příjem takové domácnosti dosahovat 80 960 Kč.

U příspěvku poskytovaného na pomůcku dražší než 24 000 Kč se příjem žadatele zpravidla nezkoumá. Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000 Kč, s výjimkou příspěvku na zvláštní pomůcku poskytovaného na pořízení schodišťové plošiny, jehož maximální výše činí 400 000 Kč. Spoluúčast žadatele na ceně pomůcky je 10 %, stejně jako u pomůcky levnější než 24 000 Kč, může být však s přihlédnutím k sociálním a majetkovým poměrům snížena. Nejméně však činí vždy 1 000 Kč.

Zvláštní podmínky má dále poskytnutí příspěvku na pořízení pomůcky, kterou je motorové vozidlo. Maximální výše tohoto příspěvku činí 200 000 Kč a může být opakovaně poskytnut jen jednou za deset let.

Cena pomůcek se zpravidla hodnotí v jejich základním a co možná nejvíc ekonomickém provedení. Maximální výše příspěvků na zvláštní pomůcku, která může být jednomu žadateli poskytnuta v pěti po sobě jdoucích letech, je 800 000 Kč, nebo 850 000 Kč, byl-li poskytnut příspěvek na schodišťovou plošinu.

K žádosti o příspěvek na zvláštní pomůcku je třeba doložit doklad o příjmu žadatele, označení praktického lékaře žadatele, četnost a důvod dopravy a čestné prohlášení o schopnosti řídit motorové vozidlo či být jím dopravován, jde-li o příspěvek na motorové vozidlo, druh a cenu zvláštní pomůcky, a souhlas vlastníka nemovitosti s instalací zařízení, jde-li o poskytnutí příspěvku na schodišťovou plošinu, schodišťovou sedačku či stropní zvedací systém.

Druhým výše zmiňovaným zákonem je zákon o sociálních službách, který definuje sám sebe jako úpravu podmínek poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči,

a nedotýká se tedy pouze osob se zdravotním postižením, ale v části o sociálních službách také osob sociálně slabých či vyloučených.

V první řadě se podle tohoto zákona poskytuje příspěvek na péči osobám závislým na péči jiné osoby. Také o přiznání tohoto příspěvku, stejně jako příspěvků výše uvedených, rozhoduje krajská pobočka úřadu práce a žádost lze podat také na nejbližším kontaktním pracovišti úřadu práce či elektronicky prostřednictvím portálu ministerstva práce a sociálních věcí.

Zákon rozlišuje čtyři stupně závislosti na péči jiné osoby, tedy lehkou závislost, středně těžkou závislost, těžkou závislost a úplnou závislost, a to podle počtu základních životních potřeb, které osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sama. Hranice těchto úkonů se pak liší u osob před dosažením osmnáctého roku věku a po jeho dosažení. U osoby starší 18 let, která nezvládá tři nebo čtyři základní životní potřeby, jde o lehkou závislost, o úplnou závislost pak jde, nezvládá-li tato osoba sama devět, nebo dokonce všech deset základních životních potřeb, které zákon stanoví. Jsou jimi mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

Výše příspěvku na péči je stanovena podle věku a stupně závislosti žadatele, přičemž osoba starší osmnácti let má za kalendářní měsíc nárok na 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost), 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost), 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost), a na 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Pro rozhodnutí o nároku na příspěvek na péči a jeho výši, tedy rozhodnutí o stupni závislosti žadatele, provádí krajská pobočka úřadu práce sociální šetření, při kterém zjišťuje schopnost samostatného života žadatele v jeho přirozeném prostředí. Toto šetření provádí sociální pracovník. Krajská pobočka úřadu práce si vyžadá posouzení stupně závislosti osoby od příslušné okresní správy sociálního zabezpečení. Posudek vychází zejména z nálezu zdravotnického zařízení a z výsledku sociálního šetření. Opravným prostředkem proti rozhodnutí krajské pobočky úřadu práce je odvolání, o kterém rozhoduje ministerstvo práce a sociálních věcí. Přiznáním příspěvku však povinnosti žadatele nekončí, krajská pobočka úřadu práce totiž také kontroluje jeho využití v souladu se zákonem. Příjemce příspěvku je tak na jeho žádost vždy povinen prokázat, že příspěvek je skutečně užíván k zajištění pomoci.

Druhou pomocí upravenou zákonem o sociálních službách je poskytování služeb sociálního poradenství, sociální péče a sociální prevence. Služby zákon dále dělí do tří kategorií na služby pobytové, spojené s ubytováním osoby v zařízení sociálních služeb, ambulanci, za kterými osoba dochází, a terénní, které se osobě poskytují v jejím přirozeném prostředí.

Dle zákona se zřizuje celkem dvacet druhů zařízení sociálních služeb se zaměřením na různé skupiny osob od zdravotně postižených, přes seniory, osoby bez domova či osoby po výkonu trestu odnětí svobody. Jsou to centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půli cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra a zařízení následné péče.

Hlavními činnostmi těchto zařízení podle jejich zaměření na jednotlivou skupinu osob jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. Je tedy zřejmé, že paleta poskytovaných služeb je velmi široká, a to v závislosti na rozdílnosti potřeb jednotlivých

skupin osob, kterým jsou sociální služby určeny. Společným pojítkem těchto služeb je však cíl zlepšit sociální situaci příjemce služby, začlenit ho více do společnosti a pomoci mu zvládat úkony či nástrahy každodenního života.

Sociální služby je dále možno rozdělit podle způsobu a výše úhrady za jejich poskytování. Některé jako např. sociální poradenství, raná péče, krizová pomoc, sociální služby intervenčních center jsou poskytovány zcela zdarma, některé však příjemce musí hradit.

U pobytových služeb poskytovaných v týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem a zdravotnických zařízeních lůžkové péče hradí příjemce jednak ubytování a stravu a jednak poskytovanou péči. Úhrada za péči je pak hrazena příspěvkem na péči osoby, v případě týdenního stacionáře pouze jeho třemi čtvrtinami. Po úhradě za ubytování a stravu při poskytování pobytových služeb v týdenních stacionářích musí dále osobě zůstat alespoň 25 % jejího příjmu a při poskytování dalších uvedených pobytových služeb alespoň 15 % jejího příjmu.

Poskytování dalších služeb pro zdravotně postižené, jako jsou např. asistenční a pečovatelské služby, předčitatelské a průvodcovské služby, odlehčovací služby apod., je plně hrazeno jejich příjemcem, a to až na výjimky, kdy příjemcem jsou např. rodiny, ve kterých se současně narodily 3 nebo více dětí, a to do čtyř let věku těchto dětí, účastníci odboje atd.

Systém sociální pomoci tedy obsahuje tři dávky určené výlučně pro zdravotně postižené osoby a také poskytování sociálních služeb, jejichž celá řada je určena právě těmto osobám. Ačkoli se jistě ukazuje, že konkrétní potřeby jednotlivých osob jsou často daleko nákladnější a sociální dávky k jejich úhradě nepostačují, je orientace v systému jednotlivých dávek a služeb velice důležitá a může přispět k maximální efektivitě jejich využití.

