

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

ROZHLEDY POSUDKOVÉHO LÉKAŘE



Praha 2021



ROZHLEDY POSUDKOVÉHO LÉKAŘE

Obsah	str.
Úvod	4
1. Posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů – Instrukce č. 2/2016	5-22
2. Kazuistika PK MPSV Ústí nad Labem Průkaz OZP a PAS	23
3. Kazuistika PK MPSV Hradec Králové Příspěvek na zvláštní pomůcku u osoby „s interním stavem“	23-24
4. Posuzování invalidity pro účely zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů – Instrukce č. 12/2016	25-35
5. Posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči) - Instrukce č. 15/2016	36-54
6. Výklad k zákonu č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti – posuzování kategorie osoba se zdravotním postižením pro účely zaměstnanosti – Instrukce č. 10/2017	54-58
7. Odborný asistent posudkového lékaře	59-60
8. Vzdělávání lékařů posudkové služby	60-61
9. Úvodní slovo	62
10. Aktuality v lékařské posudkové službě za rok 2020	62-66
11. Nejlepší zájem dítěte	66-67
12. Sociální šetření v souvislosti s COVID-19	67-71
13. Ke schopnosti zvládat základní životní potřeby	71-72
14. Platnost posudku	72-73
15. Kontrolní lékařské prohlídky	73-75
16. Politika zaměstnanosti, zaměstnanost, nezaměstnanost a zaměstnatelnost	75-76
17. Posuzování zdravotního stavu u některých onkologických onemocnění – Instrukce č. 13/2019	77-86
18. Kazuistika PK MPSV Praha Posouzení invalidity u osoby s onkologickým onemocněním	87-88
19. Kazuistika PK MPSV Brno Onkologicky nemocné dítě a stupeň závislosti	88-89
20. Stanovení data vzniku invalidity pro účely zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů – Instrukce č. 14/2019	89-91
21. Kazuistika PK MPSV Plzeň Stanovení stupně invalidity a data vzniku invalidity	92-93
22. Posuzování stupně závislosti u osob s cystickou fibrózou – Instrukce č. 6/2020	93-97
23. Kazuistika PK MPSV Ostrava Posouzení stupně závislosti dítěte s cystickou fibrózou	98
24. Kazuistika PK MPSV České Budějovice Posouzení stupně závislosti u mladistvé s cystickou fibrózou	99-100
Použité zkratky	101-102

Úvod

Vážení čtenáři,

dostává se Vám do rukou první číslo časopisu Rozhledy posudkového lékaře.

V úvodu bych Vám všem chtěla velmi poděkovat za Vaši práci. V loňském roce jsme započali novou cestu směřující ke stabilizaci a rozvoji lékařské posudkové služby. Uvědomuji si, že ne vždy to bylo snadné, jak tvrdě jste museli pracovat a kolik úsilí jste museli vložit do současné podoby LPS. Díky Vám se již nyní může LPS pochlubit výsledky. V současné době se Vám podařilo eliminovat posudková řízení po lhůtě a obecně zkrátit doby trvání řízení, a to i přesto, že jste se po většinu roku 2020 potýkali s pandemií koronaviru na území České republiky. V roce 2020 docházelo také velmi aktivně k obsazování volných systemizovaných míst. Vaše řady jsou obohaceny o nové členy, kteří rovněž přispěli k pozitivně se vyvíjícímu stavu LPS. Odvedli jste obrovský kus práce. Proces obnovy fungování LPS nicméně není stále u konce. Věřím však, že jsme na dobré cestě k vybudování fungujícího, stabilního orgánu, který se bude těšit dobré pověsti ve společnosti.

Nyní již více k obsahu prvního čísla. Cílem této publikace je nabídnout Vám celistvé informace týkající se LPS. Časopis obsahuje čtyři typy příspěvků, a to metodiku, kazuistiku, aktuality a články. Jelikož si uvědomuji, že v průběhu roku vychází velké množství odborného materiálu, se kterým se musíte seznámit a jímž se musíte řídit při výkonu své práce, rozhodli jsme se proto všechny dosud vydané instrukce MPSV spojit do jednoho celku tak, aby pro Vás byly potřebné informace snadno

a přehledně dostupné. Zároveň, aby instrukce, které obsahují velké množství odborných textů, získaly srozumitelnější formu a byly snadněji aplikovatelné v praxi, jsou obohaceny o kazuistické případy popisující konkrétní situace. V publikaci nechybí ani odborné články, obsahující témata z různých oblastí LPS. Do aktualit jsou zařazeny i informace o dění v oblasti LPS.

Tato publikace je věnovaná Vám všem, každému, kdo v oblasti posudkového lékařství pracuje a neustále se v tomto oboru vzdělává. Jsem ráda, že byl pro Vás vytvořen tento časopis, který, jak věřím, bude mimo jiné i dobrým nástrojem k propojení jednotlivých orgánů LPS. Věřím, že pro Vás bude dobrým pomocníkem při Vaší práci, jelikož se bude snažit reagovat na aktuální situace, s kterými se LPS potýká. Bude Vás informovat o aktualitách, možnostech řešení různých situací, ale také Vám bude blíže představovat Vaše kolegy. Dále je záměrem, aby se prostřednictvím této publikace do budoucna vydávaly instrukce vztahující se k LPS také touto formou.

Tímto číslem zahajujeme novou formu komunikace mezi jednotlivými orgány LPS. Věřím, že se budete společně podílet na obsahové náplni jednotlivých čísel tak, aby Rozhledy posudkového lékaře odrážely aktuální dění v oboru a přinášely zajímavé a užitečné informace.

Přeji Vám příjemné čtení a doufám, že informace obsažené v prvním čísle časopisu pro Vás budou přínosem a obohacením. Věřím, že si tuto novou formu publikace oblíbíte a zachováte jí přízeň.

*Mgr. Kateřina Jirková
náměstkyně pro řízení sekce podpory rodiny MPSV*

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

Obsah:

- Čl. 1. Úvodní ustanovení
- Čl. 2. Vymezení základních pojmů a nároků na dávky a průkaz osoby se zdravotním postižením
- Čl. 3. Obecné zásady posuzování zdravotního stavu
- Čl. 4. Posuzování zdravotního stavu pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením
- Čl. 5. Zdravotní stavy, které lze považovat za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením
- Čl. 6. Posuzování zdravotního stavu pro účely řízení o přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku
- Čl. 7. Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání
- Čl. 8. Datum vzniku
- Čl. 9. Doba platnosti posudku
- Čl. 9a Spolupráce s lékařskými odbornými společnostmi a profesními sdruženími
- Čl. 10. Závěrečná ustanovení

Čl. 1 Úvodní ustanovení

- 1) Tato instrukce upravuje postupy lékařské posudkové služby OSSZ, ČSSZ a PK MPSV při posuzování zdravotního stavu fyzických osob pro účely ZPDOZP a vyhlášky k ZPDOZP.
- 2) Dle výše uvedených právních předpisů se konkrétně jedná o posuzování:
 - a) schopnosti pohyblivosti a orientace pro účely řízení o **přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením**,
 - b) zda jde **pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku** o osobu s postižením charakteru DNZS podle ZPDOZP a zdravotní stav nevylučuje poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku.
- 2) Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný **na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zadržního systému** má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru DNZS, a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku.
- 3) Za **dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** se pro účely ZPDOZP považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok. **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.**

Čl. 2 Vymezení základních pojmů a nároků na příspěvek na zvláštní pomůcku a průkaz osoby se zdravotním postižením

- 1) Nárok na **příspěvek na zvláštní pomůcku** má osoba se zdravotním postižením charakteru
- 4) Zdravotní postižení charakteru DNZS odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní

stavy vylučující jeho přiznání jsou taxativně uvedeny v příloze k ZPDOZP. Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku jsou uvedena v části I přílohy k ZPDOZP a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání v části II přílohy k ZPDOZP.

To znamená, že není možné využít institut srovnatelnosti funkčního dopadu zdravotního postižení osoby, které není v části I přílohy k ZPDOZP uvedeno, s funkčním dopadem zdravotního postižení, které v citované části přílohy k ZPDOZP uvedeno je. Zdravotní stavy vylučující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku uvedené v části II písm. a) citované přílohy jsou obecnou kontraindikací, a to v případě, způsobují-li nemožnost účelného užívání pomůcky. Kontraindikace uvedené v části II písm. b) a c) citované přílohy platí jen ve vztahu k vodícímu psovi.

5) Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku dále je, že

a) jde o osobu starší

- 3 let, je-li příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla, schodolezu, stropního zvedacího systému, schodišťové plošiny, schodišťové sedačky nebo na úpravu bytu,
- 15 let, je-li tento příspěvek poskytován na pořízení vodícího psa, nebo
- 1 roku v ostatních případech;

b) zvláštní pomůcka

- umožní osobě sebeobsahu, nebo
- zvláštní pomůcku osoba potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím;

přitom se přihlíží i k dalším pomůckám, zdravotnickým prostředkům, úpravám a předmětům, které osoba využívá;

c) osoba může zvláštní pomůcku využívat nebo ji může využívat ve svém sociálním prostředí.

6) Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru DNZS, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Zdravotní stavy s předpokladem úpravy nepříznivých funkčních důsledků zdravotního postižení na schopnost pohyblivosti nebo

orientace do 1 roku nezakládají DNZS a do výše uvedených kategorií nepatří.

Schopnost pohyblivosti a orientace se hodnotí v domácím prostředí a exteriéru. Domácím prostředím rozumíme prostředí bytu, domu a prostředí pobytových zařízení služeb sociální péče. Exteriérem rozumíme vše, co se nachází vně domácího prostředí.

7) Nárok na průkaz TP má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při DNZS schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, v exteriéru je schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu. Středně těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při DNZS schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a zhoršenou schopnost orientace má jen v exteriéru.

8) Nárok na průkaz ZTP má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při DNZS schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí a v exteriéru je schopna chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti. Těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při DNZS schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a v exteriéru má značné obtíže.

9) Nárok na průkaz ZTP/P má osoba se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra. Zvláště těžkým funkčním postižením pohyblivosti a úplným postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při DNZS schopna chůze v domácím prostředí se značnými obtížemi, popřípadě není schopna chůze, v exteriéru není schopna samostatné chůze a pohyb je možný zpravidla jen na invalidním vozíku. Zvláště těžkým funkčním postižením orientace a úplným postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba při DNZS není schopna samostatné orientace v exteriéru.

Čl. 3

Obecné zásady posuzování zdravotního stavu

1) Pro posuzování zdravotního stavu pro účely přiznání průkazu OZP a příspěvku na zvláštní pomůcku platí

obecné principy posudkové činnosti, vycházející ze zjištěného stavu věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti. Při posuzování zdravotního stavu vychází posudkový orgán zejména z nálezu ošetřujícího lékaře, popřípadě výsledků funkčních vyšetření a výsledků vlastního vyšetření. K posouzení je nutno zdravotní stav posuzované osoby spolehlivě a přesvědčivě zjistit, a to dostatečně objektivizovat jeho tělesné, smyslové a duševní schopnosti příslušným odborným nálezem, eventuálně vlastním zjištěním. Doložené lékařské nálezy a zprávy kromě obecných informací musí obsahovat cílené informace o zdravotním stavu, jež se vztahují k předmětu řízení. Pro posouzení není rozhodující diagnóza zdravotního postižení, ale jeho nepříznivé důsledky na funkční schopnosti.

- 2) Pro výše uvedené účely je rozhodující vyhodnocení zdravotního stavu a posouzení funkčního dopadu zdravotního postižení na omezení schopnosti pohyblivosti a orientace a pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku, zda jde o osobu s postižením charakteru DNZS podle ZPDOZP a zdravotní stav nevyklučuje poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku.
- 3) Pro posouzení zdravotního stavu pro výše uvedené účely je nezbytné:
 - a) objektivizovat zdravotní stav odbornými funkčními lékařskými nálezy, které dokládají pohybovou, orientační nebo smyslovou poruchu žadatele ve vztahu k předmětu řízení;
 - b) zjistit, zda zdravotní postižení je trvalé nebo dlouhodobé – má charakter DNZS, tj. s předpokladem trvání déle než rok;
 - c) stanovit druh zdravotního postižení a vyhodnotit stupeň funkčního postižení podle § 34 a 34b ZPDOZP a podle přílohy č. 4 k vyhlášce k ZPDOZP pro účely průkazu OZP;
 - d) stanovit druh zdravotního postižení pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku ve smyslu § 9 odst. 1 až 4 ZPDOZP ve vztahu ke stavům uvedeným v příloze k ZPDOZP.
- 4) Spolehlivě posoudit schopnost pohyblivosti a orientace pro účely řízení o přiznání průkazu OZP, anebo zda jde 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

pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku, a zda zdravotní stav nevyklučuje poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku, lze až v době, kdy je skončeno poskytování akutní zdravotní péče, proběhla základní (bazální) rehabilitace, zdravotní stav a funkční schopnosti jsou určitým způsobem ustálené.

Vždy je nutno vyhodnotit konkrétní situaci, druh zdravotního postižení, jeho průběh a vývoj a následně dopad na schopnost pohyblivosti a orientace pro účely průkazu OZP anebo posoudit, zda odpovídá zdravotnímu postižení odůvodňujícímu přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku.

- 5) Posudkový orgán zváží, zda je potřebné v konkrétním případě přizvat posuzovanou osobu k jednání. Projevu vůle osoby o přítomnost při jednání je nezbytné vyhovět.
- 6) Pokud má posudkový orgán pochybnosti o obsahu lékařských zpráv, může být při jednání lékařem posuzovaná osoba vyšetřena, včetně ověření její schopnosti pohyblivosti a orientace anebo splnění zdravotní podmínky pro nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku, popřípadě může být vyžádáno vyšetření zdravotního stavu posuzované osoby u poskytovatele zdravotních služeb. Tuto možnost využije posudkový orgán zejména v případech, kdy je zjevný nesoulad mezi jednotlivými závěry odborných vyšetření.
- 7) Posudek musí splňovat požadavek úplnosti a přesvědčivosti, který spočívá v tom, že posudkový orgán musí spolehlivě zjistit stav věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti. V posudkovém zhodnocení musí posudkový orgán posoudit předepsané skutečnosti a posudkově medicínsky se vyrovnat (vysvětlit, odůvodnit, vyhodnotit) se všemi posudkově významnými údaji uváděnými ve shromážděné podkladové dokumentaci, tj. lékařskými nálezy a předchozími posudky vydanými posudkovými orgány u posuzované osoby.
- 8) PK MPSV se v posudku musí vyrovnat také se všemi námítkami, tvrzeními a návrhy posuzované osoby a požadavky odvolacího správního orgánu, aby posudek splňoval požadavek úplnosti a přesvědčivosti.
- 9) Závěrečnou částí posudkové rozvahy je stanovení jaké funkční schopnosti a jakým způsobem jsou z důvodu DNZS omezeny, sníženy nebo zanikly a zda posuzovaný splňuje či nespĺňuje zdravotní podmínku pro přiznání průkazu OZP, tj. příslušný stupeň funkčního postižení pohyblivosti

nebo orientace podle § 34 ZPDOZP, nebo zdravotní podmínku pro přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a případně vyjádření ke kontraindikaci (zdravotní stav vylučující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku).

- 10) Jako statistická značka rozhodující diagnózy se uvádí hlavní zdravotní příčina způsobující podstatné omezení schopnosti pohyblivosti nebo orientace nebo naplňující zdravotní podmínku pro nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku, tzn. konečný funkční následek, nikoliv anatomický substrát. Tedy např. F00 – demence u Alzheimerovy nemoci (nikoliv Alzheimerova nemoc, G30) nebo H90 – porucha sluchu (nikoliv otoskleróza, H80) nebo I69 – hemiplegie po CMP (nikoliv CMP, I64) apod.

Čl. 4

Posuzování zdravotního stavu pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením

- 1) Při posuzování schopnosti pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu OZP se dle § 34b ZPDOZP hodnotí:

- a) zdravotní stav a funkční schopnosti fyzické osoby,
- b) zda jde o DNZS,

Funkční dopad následků úrazů, operací a mozkových příhod lze zpravidla posoudit až po skončení rekonvalescence a rehabilitace, když je již zřejmý celkový výsledek léčby. Krátkodobé a přechodné poruchy nelze posudkově hodnotit. Pokud dochází po zdravotní příhodě k progresi úbytku funkčních schopností proti premorbidnímu stavu a místo očekávaného zlepšování dochází ke stagnaci nebo dokonce k jeho zhoršování a přínos nelze očekávat ani od rehabilitace, vyhodnotí se tento stav jako DNZS.

- c) zda jde o podstatné omezení schopnosti pohyblivosti nebo orientace a závažnost funkčního postižení ve smyslu § 34 ZPDOZP.

Pro posouzení zdravotního stavu je nezbytné spolehlivě objektivizovat zdravotní stav a jeho funkční důsledky odbornými lékařskými nálezy, eventuálně vlastním vyšetřením při jednání; vyhodnotit, zda zdravotní postižení tělesné, smyslové nebo duševní zakládá DNZS a zda DNZS působí podstatné omezení schopnosti pohyblivosti nebo orientace, které je třístupňové (středně těžké,

těžké a zvláště těžké funkční postižení nebo úplné postižení).

- 2) Prováděcí právní předpis – příloha č. 4 k vyhlášce k ZPDOZP stanoví, které zdravotní stavy lze považovat za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace.

- 3) Při posuzování podstatného omezení schopnosti pohyblivosti a orientace u zdravotního stavu, který není uveden v prováděcím právním předpise, se hodnotí, kterému ze zdravotních stavů v něm uvedených funkční postižení odpovídá nebo je s ním funkčními důsledky srovnatelné.

Výše uvedený prováděcí právní předpis nemůže obsahovat zcela úplný výčet zdravotních postižení, která naplňují atributy středně těžkého, těžkého a zvláště těžkého funkčního postižení nebo úplného postižení pohyblivosti a orientace. Proto zákon umožňuje posoudit i zdravotní stavy, které nejsou v prováděcím právním předpise uvedeny, a to podle toho, kterému ze zdravotních stavů v prováděcím právním předpise uvedených funkční postižení odpovídá nebo je s ním funkčními důsledky srovnatelné.

- 4) Funkčními schopnostmi se rozumí tělesné, smyslové a duševní schopnosti, znalosti a dovednosti nezbytné pro schopnost pohyblivosti a orientace. Při posuzování se funkční schopnosti fyzické osoby porovnávají se schopnostmi stejně staré fyzické osoby bez znevýhodnění, tj. bez zdravotního postižení, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace. Při posuzování malých dětí, zejména předškolního věku, je třeba odlišit fyziologickou neschopnost dítěte v oblasti pohybových a orientačních schopností od patologické limitace způsobené konkrétním zdravotním postižením. Funkční schopnosti posuzované osoby se hodnotí s využitím běžně dostupných kompenzačních pomůcek (zejména zdravotnických prostředků).

- 5) Při hodnocení závažnosti funkčního postižení pohyblivosti a orientace pro účely nároku na průkaz OZP se vychází z poruchy funkčních schopností s nejvýznamnějším dopadem na schopnost pohyblivosti nebo orientace.

Při souběhu závažných, pohyb nebo orientaci omezujících zdravotních postižení, jejichž dopad se na schopnost pohyblivosti nebo orientace kumuluje, se využije postupu dle § 34b odst. 3 ZPDOZP, tj. srovnatelnosti funkčních důsledků

celkového zdravotního stavu, a uzná se vyšší stupeň funkčního postižení ve vztahu k § 34 ZPDOZP a příloze č. 4 k vyhlášce k ZPDOZP.

- 6) Při vyhodnocování tělesných schopností je třeba se zaměřit na celkový somatický stav, funkční stav jednotlivých částí těla a končetin (z hlediska anatomických a funkčních změn), stav a funkci kardiovaskulárního a dýchacího systému, parenchymových orgánů, nosného a pohybového ústrojí se zaměřením na svalovou sílu končetin, vytrvalost svalové kontrakce, kvalitu motorického reflexu, hybnost a stabilitu kloubů, zejména pak velkých kloubů končetin, páteře a pánve, kontrolu složitých volných pohybů, změny polohy těla. Je třeba popsat způsob chůze, její rozsah a dosah z hlediska vzdálenosti a nároků na povrch a překážky terénu, popř. kompenzační pomůcky nebo jiný náhradní způsob pohybu (lezení, invalidní vozík).
- 7) Vyhodnocení smyslových schopností zahrnuje zhodnocení stavu zraku a sluchu, tj. zrakové ostrosti do dálky, rozsahu zorného pole, kvality vidění, vnímání světla. V případě sluchu se hodnotí vnímání, tj. detekce zvuků, lokalizace zvuku, stav sluchu bez použití korekce, rozumění mluvené řeči bez sluchadla a potom se sluchadlem. Zjištěný rozsah zrakových a sluchových funkcí je třeba dát do vztahu ke schopnosti orientace.
- 8) Při mentálním a duševním postižení je třeba objektivizovat jeho závažnost a vyhodnotit schopnost orientace místem, časem a osobou, stav a kvalitu vědomí, úroveň intelektu a kognitivních funkcí, vnímání a myšlení, rozhodování, včetně schopnosti komunikace a poruchy chování. V případě posuzování dětí s mentálním postižením nebo duševními poruchami je podkladem psychiatrické vyšetření, je-li to nutné i vyšetření klinickým psychologem.
- 9) Pokud je zjištěno závažné zdravotní postižení charakteru DNZS, ať tělesné, smyslové, mentální nebo duševní, je třeba zhodnotit, do jaké míry toto postižení omezuje schopnost pohyblivosti a orientace, zda na úrovni středně těžkého, těžkého, zvláště těžkého funkčního postižení nebo úplného postižení ve smyslu § 34 ZPDOZP. Z tohoto pohledu samotnou dg. nemoci, úrazu nebo vady nelze považovat za posudkově rozhodnou skutečnost pro účely přiznání průkazu OZP. Vždy je třeba objektivizovat funkční dopad zdravotního postižení na schopnost pohyblivosti a orientace a příslušným funkčním vyšetřením ho prokázat. Z uvedeného vyplývá, že mohou nastat situace, kdy stejná dg.

působí různý stupeň postižení pohyblivosti nebo orientace. Při hodnocení se vychází z té poruchy funkčních schopností, která má nejvýznamnější dopad na schopnost pohyblivosti nebo orientace. Z hlediska posudkového zhodnocení a výroku ve vztahu k nároku na průkaz OZP je zcela zásadní a rozhodující splnění příslušného stupně funkčního postižení pohyblivosti nebo orientace dle § 34 ZPDOZP.

- 10) Při objektivizaci zdravotního postižení a posouzení funkčního omezení u dětí, zejména v raném dětském věku od 1 do 3 let, je nutno velmi pečlivě hodnotit omezení pohybových, mentálních a orientačních schopností. Zjištěné skutečnosti je třeba porovnávat se schopnostmi stejně starého zdravého dítěte. Pokud u velmi malého dítěte nelze pro jeho nízkou úroveň biopsychosociálního vývoje a neschopnost spolupráce při vyšetření přesněji diferencovat rozsah a stupeň funkčního postižení (např. tíži ventilační poruchy, stupeň oční vady nebo poruchy sluchu, stupeň poruchy intelektu), není možné v takovém případě učinit posudkový závěr.
- 11) Při zjištění podstatného omezení schopnosti pohyblivosti nebo orientace podle § 34 ZPDOZP se vyhodnotí, zda a kterému zdravotnímu stavu podle přílohy č. 4 k vyhlášce k ZPDOZP zjištěné zdravotní postižení odpovídá a stanoví se, v kterém odstavci a písmenu je příslušný zdravotní stav uveden. Pokud zdravotní stav ve výše uvedené příloze není uveden, pak se ve výroku uvede zdravotní stav, kterému funkční postižení odpovídá nebo se kterým je svými funkčními důsledky nejvíce srovnatelný.

Ve většině případů zdravotní stavy uvedené v jednotlivých bodech (1, 2 a 3) přílohy č. 4 k vyhlášce k ZPDOZP korelují s příslušným stupněm funkčního postižení pohyblivosti a orientace podle § 34 odst. 2, 3 a 4 ZPDOZP. Z hlediska posudkového zhodnocení je nezbytné, aby posudkový orgán nejdříve vyhodnotil stupeň funkčního postižení dle § 34 ZPDOZP a k němu vybral odpovídající zdravotní stav nebo funkčními důsledky srovnatelný zdravotní stav z přílohy č. 4. k vyhlášce k ZPDOZP.

Při posuzování zdravotního stavu je nutno si uvědomit, že z hlediska posudkového zhodnocení a výroku ve vztahu k nároku na průkaz OZP je zcela zásadní a rozhodující splnění příslušného stupně funkčního postižení pohyblivosti nebo orientace dle § 34 ZPDOZP.

Čl. 5

Zdravotní stavy, které lze považovat za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením

1) Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace **na úrovni středně těžkého funkčního postižení** pohyblivosti a orientace odůvodňující **přiznání průkazu TP** lze považovat tyto zdravotní stavy:

a) ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné omezení funkce horní končetiny,

Jde o stav, který je definován jednak ztrátou úchopové schopnosti různé etiologie, např. na podkladě anatomické ztráty, akrální plegie, flekční spasticity, lymfedému, nebo podstatným omezením funkce horní končetiny, např. na podkladě středně těžké parézy horní končetiny (středně těžká paréza: zachovány nekompletní sensorické funkce, zachován pohyb proti gravitaci), závažné artrózy loketního a ramenního kloubu. Paži nelze využívat pro přidržování se v prostředcích hromadné dopravy a k přenášení běžných předmětů.

b) anatomická ztráta několika prstů nohou nebo ztráta nohy v nártu a výše až po bérce včetně,

Jde o stav, který je definován ztrátou několika (tři a více) prstů na obou nohou nebo ztrátou jedné nohy v kloubu Lisfrankově nebo Chopartově a výše až po bérce včetně bez ohledu na funkčnost či nefunkčnost protéz.

c) podstatné omezení funkce dolní končetiny,

Jde o omezení funkce jedné dolní končetiny různé etiologie, např. na podkladě středně těžké parézy (středně těžká paréza: zachovány nekompletní sensorické funkce, zachován pohyb proti gravitaci), závažné artrózy dvou velkých kloubů dolní končetiny nebo ztuhnutí kolenního nebo kyčelního kloubu nebo stav po endoprotéze s funkčně závažným omezením hybnosti v operovaném kloubu (zejména flexe), pakloub bérce nebo stehenní kosti, postižení cév dolní končetiny s trofickými změnami, lymfedémem, klaudikacemi, s těžkým varikózním komplexem omezující schopnost pohyblivosti na úroveň středně těžkého funkčního postižení.

d) středně těžké omezení funkce dvou končetin,

Jde o omezení funkce dvou končetin, obou dolních končetin, obou horních končetin nebo jedné dolní končetiny a jedné horní končetiny, např. na podkladě lehké paraparézy, lehké hemiparézy (lehká paréza: zachovány nekompletní sensorické funkce, pohyb možný i proti mírnému odporu) mimo frustních forem, dále se může jednat o artrotické postižení nosných kloubů obou dolních končetin nebo postižení loketních a ramenních kloubů s poruchou funkce nejméně o třetinu rozsahu, závažné formy celkové osteoporózy, závažné polyneuropatie dvou končetin nebo postižení několika kloubů dvou končetin zánětlivé etiologie.

e) zkrácení dolní končetiny přesahující 5 cm,

Jde o přesně definovaný stav se zkrácením dolní končetiny na podkladě různé etiologie nejméně o 5 cm.

f) postižení pánve s poruchou pánevního prstence a závažnou neurologickou symptomatologií,

Jde o stav po operacích nebo úrazech pánve s poruchou pánevního prstence, s přetrvávajícími projevy nervového a svalového dráždění a narušenou funkcí dolních končetin omezující schopnost pohyblivosti na úroveň středně těžkého funkčního postižení.

g) postižení páteře s často recidivujícími projevy nervosvalového dráždění a poruchou svalového korzetu nebo se ztuhnutím dvou úseků páteře,

Jde o onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře s přetrvávajícími nebo často recidivujícími projevy nervového a svalového dráždění, nálezem na EMG a s insuficiencí svalového korzetu nebo se ztuhnutím dvou úseků páteře.

h) stavy spojené s často se opakujícími poruchami vědomí nebo závrativými stavy,

Jde o záchvatová onemocnění různé etiologie spojená s opakovanými poruchami vědomí (zpravidla 3 – 4krát za měsíc) nebo závrativými stavy opakujícími se několikrát týdně omezující celkovou výkonnost při běžné denní činnosti.

i) omezení pohyblivosti a celkové výkonnosti při běžném zatížení při interních a onkologických postiženích,

Jde o celkové stavy různé etiologie omezující pohyblivost zejména sníženým dosahem chůze v exteriéru a limitující výkon při běžných činnostech, např. NYHA II až III, tolerovaná zátěž kolem 1 W/kg, METS kolem 3, Fontaine stadium IIb na obou dolních končetinách, středně těžká ventilační porucha, WHO index 2 při onkologických postiženích.

- j) psychické postižení s opakujícími se poruchami komunikace a orientace v exteriéru; u mírného stupně autistické poruchy se zachovanou přiměřenou komunikací a chováním v obvyklých situacích, s obtížným navazováním sociálních kontaktů, s projevy zvláštních nebo neadekvátních odpovědí na sociální stimulaci okolí,

Jde o širokou škálu psychických postižení různé etiologie s občasnými poruchami komunikace, zpravidla několikrát týdně, občasnými poruchami paměti, schopností orientovat se ve známém prostředí a zhoršenou schopností orientace pouze v neznámém prostředí nebo neobvyklých situacích (po naučené cestě je schopen se pohybovat sám). Patří sem také v textu popsaný mírný stupeň autistické poruchy.

- k) neurodegenerativní postižení s pohybovou chudostí, poruchou posturální stability, slabostí dvou končetin a podstatným snížením dosahu chůze,

Jde o neurodegenerativní postižení projevující se pohybovou chudostí, poruchou posturální stability, slabostí dvou končetin a podstatným snížením dosahu chůze, což omezuje schopnost pohyblivosti na úroveň středně těžkého funkčního postižení.

- 2) Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace **na úrovni těžkého funkčního postižení** pohyblivosti a orientace odůvodňující **přiznání průkazu ZTP** lze považovat tyto zdravotní stavy:

- a) anatomická ztráta dolní končetiny v kolenním kloubu nebo výše, exteriérový uživatel protézy,

Jde o stav, který je definován ztrátou jedné dolní končetiny v kolenním kloubu nebo výše, při kterém je fyzická osoba schopna v exteriéru používat protézu, nepotřebuje nebo nepoužívá invalidní vozík. Exteriérovým typem uživatele protézy se rozumí využívání protézy pro chůzi v interiéru (pohyb na rovném povrchu)

a omezeně v exteriéru (schopnost překonávání malých přírodních nerovností a bariér - nerovný povrch, schody apod., a to při pomalé konstantní rychlosti chůze) nebo využití protézy v exteriéru bez omezení (uživatel protézy má schopnost používat protézu i při střední a vysoké poměrné rychlosti chůze s překonáváním většiny přírodních nerovností a bariér).

- b) anatomická ztráta dolních končetin v nártch nebo v nártu a bércei,

Jde o stav, který je definován ztrátou obou dolních končetin v úrovni Lisfrankova nebo Chopartova kloubu nebo ztrátou jedné dolní končetiny v úrovni uvedených kloubů a druhé končetiny v kterékoliv úrovni bérce bez ohledu na stav a délku amputačních pahýlů, bez ohledu na funkčnost či nefunkčnost protéz.

- c) funkční ztráta dolní končetiny se ztrátou opěrné funkce,

Jde o těžkou poruchu funkce jedné dolní končetiny, např. na podkladě těžké parézy nebo plegie (těžká paréza: zachovány nekompletní sensorické funkce, není možný pohyb proti gravitaci; plegie: není motorická ani sensorická funkce v celém rozsahu končetiny), stavu po implantaci endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu s výrazně porušenou funkcí operované končetiny v důsledku uvolňování TEP nebo závažné poruchy inervace končetiny (omezení rozsahu hybnosti v kloubu po implantaci TEP nepůsobí ztrátu statické – opěrné funkce). Samostatná artróza nebo stav po implantaci TEP nenarušuje statickou funkci končetiny. Chůze je možná pouze za pomoci kompenzačních pomůcek.

- d) anatomická ztráta dolní a horní končetiny v úrovni bérce a předloktí,

Jde o stav, který je definován současným chyběním dolní a horní končetiny v kterékoliv úrovni bérce a předloktí bez ohledu na stav a délku amputačních pahýlů, funkčnost či nefunkčnost protéz.

- e) anatomická ztráta horních končetin v úrovni předloktí,

Jde o stav, kdy došlo ke ztrátě obou horních končetin v kterékoliv části předloktí.

- f) těžké omezení funkce dvou končetin,

Jde o stav na dvou končetinách, obou dolních končetinách, obou horních končetinách nebo jedné dolní končetině a jedné horní končetině, na podkladě různé etiologie se závažnými poruchami pohybových schopností, např. středně těžká hemiparéza nebo paraparéza (středně těžká paréza: zachovány nekompletní sensorické funkce, zachován pohyb proti gravitaci), těžké omezení hybnosti kyčelních nebo kolenních kloubů na obou dolních končetinách zpravidla o polovinu fyziologického rozsahu, zejména pak flexe v uvedených kloubech.

- g) postižení pánve provázené těžkými parézami dolních končetin nebo těžkou nestabilitou pánevního prstence,

Jde o stavy po operacích nebo úrazech pánve s těžkou poruchou funkce obou dolních končetin umožňující chůzi pouze za pomoci kompenzační pomůcky nebo se závažnou nestabilitou pánevního prstence vyžadující při chůzi použití kompenzační pomůcky; schopnost pohyblivosti je omezena na úroveň těžkého funkčního postižení.

- h) postižení páteře provázené těžkými parézami končetin nebo ztuhnutím tří úseků páteře nebo závažné deformity páteře s omezením exkurzí hrudníku,

Jde o onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře s těžkou poruchou funkce obou dolních končetin nebo obou horních končetin nebo jejich kombinací na úrovni těžkých paréz jednotlivých nervů s výraznými svalovými atrofiemi nebo stavy se závažnými deformitami páteře s omezením exkurzí hrudníku a tím i závažnou poruchou ventilace nebo stavy se ztuhnutím tří úseků páteře.

- i) těžké postižení pohyblivosti a celkové výkonnosti již při lehkém zatížení při interních a onkologických postiženích,

Jde o chronické stavy interního charakteru různé etiologie značně omezující pohyblivost a výkon běžných činností, např. onemocnění kardiovaskulárního aparátu s trvající oběhovou nedostatečností, NYHA III až IV i při zavedené léčbě, tolerovaná zátěž kolem 0,5 W/kg, METS kolem 2, dechová nedostatečnost těžkého stupně, selhání ledvin ve stadiu dialýzy provázené závažnými tělesnými komplikacemi, zejména osteopatií, neurologickými nebo

duševními poruchami, těžké obliterace cév obou dolních končetin s výrazným trofickým postižením a výrazným funkčním postižením hybnosti, Fontaine stadium IIc, dále onkologická onemocnění s WHO indexem 3, nepříznivými průvodními projevy na pohybové schopnosti (na úrovni těžkých paréz, těžkých neuropatií, lymfedému dolních končetin, pneumopatie s dechovou nedostatečností těžkého stupně, kardiopatie s oboustrannou srdeční nedostatečností na úrovni NYHA III až IV, mnohočetného postižení skeletu).

- j) celková ztráta sluchu podle Fowlera 85 % a více s neschopností slyšet zvuky a rozumět řeči i přes nejlepší korekci (oboustranná praktická nebo úplná hluchota) u osoby starší 18 let věku,

Jde o přesně definovaný stav u osob starších 18 let věku, kdy neslyší a nerozumí řeči ani při použití nejvýkonnějších sluchadel či po implantaci kochleární nebo kmenové neuroprotézy a následné rehabilitaci.

- k) kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta sluchu podle Fowlera 40 až 65 %, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické zúžení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena,

Jde o přesně definované kombinované postižení zraku a sluchu, přičemž se poruchy hodnotí při optimální korekci sluchu i zraku.

- l) oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60,

Jde o přesně definovaný stav, kdy zraková ostrost se hodnotí s optimální korekcí.

- m) psychické postižení s často se opakujícími závažnými poruchami komunikace a orientace v exteriéru; u středně těžkého stupně autistické poruchy s nápadnými deficity ve verbální a nonverbální komunikaci, značně abnormálním nebo rušivým chováním, s výrazně redukovanou nebo výrazně abnormální reakcí na sociální stimulaci okolí,

Jde o širokou škálu psychických postižení různé etiologie se závažnými poruchami komunikace, schopností orientovat se pouze v domácím prostředí, se značnými obtížemi v neznámém prostředí a exteriéru. Patří sem také v textu popsany středně těžký stupeň autistické poruchy.

- n) neurodegenerativní postižení s mnohočetnými hybnými komplikacemi typu rigidity, hypokinézy, tremoru, ataxie, mimovolných pohybů.

Jde o neurodegenerativní postižení projevující se mnohočetnými hybnými komplikacemi typu rigidity, hypokinézy, tremoru, ataxie, mimovolných pohybů, což omezuje schopnost pohyblivosti na úroveň těžkého funkčního postižení.

- 3) Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace **na úrovni zvláště těžkého funkčního postižení nebo úplného postižení** pohyblivosti a orientace odůvodňující **přiznání průkazu ZTP/P** lze považovat tyto zdravotní stavy:

- a) anatomická ztráta dolní končetiny v kolenním kloubu nebo výše, interiérový uživatel protézy nebo odkázanost na invalidní vozík z uvedeného důvodu,

Jde o stav, který je definován ztrátou jedné dolní končetiny v kolenním kloubu nebo výše, při kterém je fyzická osoba schopna se pohybovat po bytě s použitím protézy, v exteriéru však potřebuje invalidní vozík nebo je odkázaná pouze na pohyb na invalidním vozíku. Interiérovým uživatelem protézy je uživatel, který má schopnost nebo předpoklady používat protézu pouze pro pohyb na rovném povrchu a při pomalé konstantní rychlosti chůze, tj. v zásadě jen v interiérech.

- b) anatomická ztráta dolních končetin v bérkách nebo výše,

Jde o stav, který je definován ztrátou obou dolních končetin v bérkách (na kterékoliv úrovni) nebo výše bez ohledu na stav a délku amputačních pahýlů, funkčnost či nefunkčnost protéz.

- c) anatomická ztráta horních končetin v úrovni lokte nebo výše nebo anatomická ztráta horní a dolní končetiny v úrovni paže a stehna,

Jde o stav s významnou ztrátou obou horních končetin v loketních kloubech nebo v kterékoliv

úrovni paže nebo o stav charakterizovaný ztrátou jedné horní končetiny v kterékoliv části paže a ztrátou jedné dolní končetiny v kterékoliv části stehna bez ohledu na stav a délku amputačních pahýlů, funkčnost či nefunkčnost protéz.

- d) funkční ztráta dolní končetiny se ztrátou opěrné funkce a současná funkční ztráta horní končetiny,

Jde o těžkou poruchu funkce na jedné dolní končetině a jedné horní končetině, např. na podkladě těžké hemiparézy nebo hemiplegie (těžká paréza: zachovány nekompletní sensorické funkce, není možný pohyb proti gravitaci; plegie: není motorická ani sensorická funkce v celém rozsahu končetiny); chůze i s vydatnou oporou prakticky nemožná, odkázanost na invalidní vozík.

- e) funkční ztráta dolních končetin se ztrátou opěrných funkcí,

Jde o ztrátu funkce obou dolních končetin, např. na podkladě těžké paraparézy nebo paraplegie (těžká paréza: zachovány nekompletní sensorické funkce, není možný pohyb proti gravitaci; plegie: není motorická ani sensorická funkce v celém rozsahu končetiny), těžké poruchy funkce nosných kloubů na obou dolních končetinách se ztrátou opěrné funkce končetin; neschopnost chůze a trvalá odkázanost na invalidní vozík.

- f) zvláště těžká porucha pohyblivosti na základě závažného postižení tří a více funkčních celků pohybového ústrojí; funkčním celkem se rozumí hrudník, páteř, pánev, končetina,

Jedná se o kombinaci několika (tří a více) postižení pohybového systému se zvláště těžkými funkčními následky na pohyblivost, např. kombinaci těžkého postižení několika úseků páteře a těžkého postižení nosných kloubů obou dolních končetin nebo uvolňování a nestabilitu pánevního pletence se středně těžkými parézami obou dolních končetin nebo nedostatečný vývin dvou končetin a hrudníku (či jeho deformity) nebo těžké atrofie trupového a končetinového svalstva zpravidla s odkázaností na invalidní vozík. 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).

- g) disproporční poruchy růstu provázené závažnými deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška nepřesahuje po ukončení růstu 120 cm,

Jedná se o přesně definovaný stav, kdy kromě poruchy vzrůstu musí být přítomny závažné deformity končetin a hrudníku, např. dysmelie a těžká kyfokolióza s gibbem.

- h) multiorgánové selhávání dvou a více orgánů nebo ztráta imunity spojené se zvláště těžkým postižením orientace nebo pohyblivosti,

Jde o chronické a zpravidla i terminální stavy interního charakteru různé etiologie postihující dva a více tělesných orgánů, které selhávají, nebo ztrátu imunity, kdy není fyzická osoba schopna se pohybovat nebo orientovat samostatně a potřebuje průvodce, např. kardiopulmonální selhávání, hepatorenální selhávání s celkovým metabolickým rozvratem, dále onkologická onemocnění s metastatickým rozsevem do různých orgánů a selháváním funkce některého z nich, ztráta imunity, např. z důvodu agamaglobulinemie, terminální fáze AIDS, stavy během transplantace krevetvorných buněk do jednoho roku po jejím provedení.

- i) celková ztráta sluchu podle Fowlera 85 % a více s neschopností slyšet zvuky a rozumět řeči i přes nejlepší korekci (oboustranná praktická nebo úplná hluchota) u osoby mladší 18 let věku,

Jde o přesně definovaný stav u osob mladších 18 let věku, kdy neslyší a nerozumí řeči ani při použití nejvýkonnějších sluchadel či po implantaci kochleární nebo kmenové neuroprotézy a následné rehabilitaci.

- j) neúplná (praktická) nevidomost obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit se správnou světelnou projekcí nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální zraková ostrost není postižena, nebo úplná nevidomost obou očí, kterou se rozumí ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybou světelnou projekcí,
Jde o přesně definovaný stav.

- k) kombinované těžké postižení sluchu a zraku (těžká hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta sluchu podle Fowlera horší než 65 %, a oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60,

Jde o přesně definované kombinované postižení zraku a sluchu, jejichž poruchy se hodnotí při optimální korekci sluchu a zraku.

- l) střední, těžká nebo hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ nižší než 50,

Jedná se o dvě rozdílné skupiny postižení. Za mentální retardaci se považuje stav, kdy nedojde k přiměřenému vývoji duševních schopností do dvou let věku z různých příčin. Za demenci se považuje chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností. Stupeň mentální retardace a demence se prokazuje testy IQ (u střední mentální retardace dosahuje IQ hodnot 35 až 49, u těžké se IQ pohybuje v pásmu 20 až 34, u hluboké je pod 20), v případech demence lze připustit i vyšetření MMSE. Za středně těžkou demenci se považují stavy s MMSE v rozmezí 6 až 17 bodů, za těžkou demenci se považují stavy s poklesem MMSE pod 6 bodů. Ke stanovení tíže postižení je potřebné příslušné odborné lékařské vyšetření.

- m) psychické postižení se ztrátou duševních kompetencí, s neschopností komunikace a orientace; u těžkého stupně autistické poruchy s těžkou poruchou verbální a nonverbální komunikace, těžce abnormálním nebo rušivým chováním, s minimální odpovědí nebo těžce abnormální reakcí na sociální stimulaci okolí,

Jde o širokou škálu psychických postižení různé etiologie s neschopností se dorozumět s jinými osobami, porozumět sdělovaným obvyklým/běžným skutečnostem a neschopností orientovat se samostatně v exteriéru. Funkční porucha musí být prokázána psychiatrickým vyšetřením. Patří sem také v textu popsany těžký stupeň autistické poruchy.

- n) neurodegenerativní postižení s akinézou, mnohočetnými velmi těžkými hybnými komplikacemi a těžkými neuropsychickými projevy,

Jde o neurodegenerativní postižení projevující se akinézou, mnohočetnými velmi těžkými hybnými komplikacemi, např. fluktuacemi těžkými poruchami stability s pády, imobilitou, zpravidla s odkázaností na invalidní vozík a těžkými neuropsychickými projevy s neschopností se dorozumět s jinými osobami a porozumět sdělovaným běžným skutečnostem, s neschopností se orientovat v exteriéru.

Čl. 6

Posuzování zdravotního stavu pro účely řízení o přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku

- 1) Posouzení zdravotního stavu pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku se provádí dle § 9 odst. 1 až 4 ZPDOZP a jeho přílohy. K jiným skutečnostem než zde uvedeným se posudkový orgán nevyjadřuje.
- 2) Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou taxativně uvedeny v příloze k ZPDOZP. To znamená, že při posuzování zdravotního stavu nelze použít princip srovnatelnosti jako u posuzování zdravotního stavu pro účely průkazu OZP.

Povinnost doložení „určeného odborného vyšetření“ pro účely posouzení zdravotního stavu pro potřeby řízení o příspěvku na zvláštní pomůcku stanovují níže uvedená zákonná ustanovení. V souladu s ustanovením § 16a odst. 4 písm. b) zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, je orgán sociálního zabezpečení příslušný k posouzení zdravotního stavu podle § 4 odst. 2 nebo § 8 oprávněn vyzvat posuzovanou fyzickou osobu, aby se podrobila vyšetření svého zdravotního stavu u určeného poskytovatele zdravotních služeb nebo jinému odbornému vyšetření; posuzovaná fyzická osoba je povinna výzvě vyhovět. Stejně tak dle ustanovení § 26 odst. 1 písm. a) ZPDOZP je žadatel o dávku povinen podrobit se vyšetření zdravotního stavu ve zdravotnickém zařízení určeném OSSZ anebo jinému odbornému vyšetření.

Objektivizace zdravotního stavu s doložením příslušného odborného nálezu k jednání na OSSZ je prioritní před dodržením lhůty pro vydání posudku

- 3) Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám se zdravotním postižením, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní

pomůcku, je uveden v příloze č. 1 k vyhlášce k ZPDOZP.

- 4) Při posuzování zdravotního stavu se posudkový orgán k jednotlivým pomůckám nevyjadřuje, ale potřebuje vědět, pro kterou konkrétní pomůcku je zdravotní stav posuzován. Posudkový orgán se v posudku vyjádří k tomu, zda posuzovaný splňuje/nesplňuje zdravotní podmínku k přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku podle kategorie pomůcek, tj. zda se jedná o osobu s postižením charakteru DNZS podle ZPDOZP. Při splnění zdravotní podmínky uvede, kterému písmenu předmětného bodu části I přílohy k ZPDOZP zdravotní stav odpovídá a vyhodnotí, zda zdravotní stav nevylučuje poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku. Tomu odpovídá výroková část posudku.
- 5) Při posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku poskytovaného na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému se posudkový orgán řídí především skutečnostmi uvedenými v části I bodě 5 přílohy k ZPDOZP, tzn. zdravotními postiženími odůvodňujícími přiznání příspěvku. Až na druhém místě se řídí kontraindikacemi. To co je indikací, nemůže být kontraindikací, takže při tomto posuzování posudkový orgán vychází z dalších uvedených kontraindikací, tj. poruch chování a stavů závislosti na návykové látce nebo návykových látkách.
- 6) V posudkovém zhodnocení se uvede, že jde o osobu s postižením charakteru DNZS podle ZPDOZP odůvodňujícím přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku. Zároveň se uvede, zda se nejedná/jedná o zdravotní stav vylučující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku (kontraindikaci). Upozorňujeme, že jsou definovány 3 typy kontraindikací, ale týkají se dvou okruhů zvláštních pomůcek. Jeden okruh tvoří vodící psi a druhý okruh ostatní zvláštní pomůcky. Na závěr se uvede, o jaké konkrétní zdravotní postižení se jedná (jeho název, funkční vymezení, jako např. funkční ztráta obou dolních končetin na podkladě úplné obrny, těžká forma hluchoslepoty atd.).
Osoba s praktickou nebo úplnou nevidomostí, která požádala o příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení vodícího psa, nebude splňovat podmínky pro přiznání příspěvku, pokud bude alergická na zvířecí srst nebo bude hluchoněmá; osoba s těžkou mentální retardací, která je současně slepá, nebude splňovat podmínky pro přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku -

slepecký psací stroj, protože se nebude schopna naučit používat tuto zvláštní pomůcku.

Čl. 7

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

I. Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku

1) Těžká vada nosného nebo pohybového ústrojí, za kterou se považuje:

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

Jedná se o stav, který je definován po stránce chybění části těla, bez ohledu na stav a délku amputačního pahýlu, funkčnost či nefunkčnost protézy.

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

Jde o paraplegii nebo těžkou paraparézu dolních končetin. Plegie znamená, že není motorická ani senzorická funkce v celém rozsahu končetiny, svalová síla je 0, tento funkční nálezn musí být prokázán na obou dolních končetinách. Při těžké paréze není možný pohyb proti gravitaci, svalová síla dosahuje stupně 1 – 2 v celém rozsahu obou končetin, opěrná funkce obou dolních končetin 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,

Podstatnou částí se rozumí chybění horní končetiny v předloktí a výše a chybění dolní končetiny v bérce a výše. Jde o stav, který je přesně definován po stránce chybění části těla, bez ohledu na stav a délku amputačního pahýlu, funkčnost či nefunkčnost protézy (pozn.: toto zdravotní postižení neodůvodňuje přiznání příspěvku na pořízení motorového vozidla).

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

Plegie znamená, že není motorická ani senzorická funkce v celém rozsahu končetiny, svalová síla je 0, tento funkční nálezn 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,

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,

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,

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 obou 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 dystrofie či 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,*

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

- i) *anatomická ztráta dolní končetiny ve stehně bez možnosti oprotézování nebo exartikulace v kyčelním kloubu,*

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. V případě exartikulace v kyčelním kloubu se oprotézování nezohledňuje.

- j) *anatomická nebo funkční ztráta končetiny,*

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 k ZPDOZP (příloha č. 1 část I). Za funkční ztrátu končetiny lze považovat rovněž i částečnou anatomickou ztrátu končetiny, pokud její důsledky jsou jako výše zmiňované. Např. u horní končetiny lze za příslušnou ztrátu považovat i anatomickou ztrátu ruky v zápěstí nebo u dolní končetiny anatomickou ztrátu v kotníku, neboť obě tyto vady vyžadují speciální úpravu motorového vozidla.

- k) *anatomická nebo funkční ztráta obou horních končetin,*

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.

- l) *anatomická ztráta dolní končetiny ve stehně s možností oprotézování,*

Jde o stav, který je definován po stránce chybění části těla, tj. dolní končetiny, a možnosti oprotézování. Nezáleží na tom, jaký typ protézy je poskytován, o jakého uživatele protézy jde (exteriérový typ, interiérový typ) a zda protézu využívá.

- m) *anatomické ztráty horních končetin na úrovni obou zápěstí a výše nebo vrozené či získané vady obou horních končetin s úplnou ztrátou základní funkce obou rukou (úchopu a přidržování) závažně narušující posturální funkce těla.*

Jde o anatomickou ztrátu obou horních končetin od zápěstí výše nebo vrozené či získané vady s funkční ztrátou základní funkce obou rukou, tj. úchopu a přidržování, které současně závažným způsobem narušují stabilitu trupu/těla – posturální stabilitu a působí osobě se zdravotním postižením závažné problémy v celkové mobilitě. Pro ztrátu nebo nefunkčnost obou horních končetin/ztrátu funkce obou rukou nebo celých paží není schopna otevírat nebo zavírat dveře, má závažné problémy při nastupování a vystupování do prostředků hromadné dopravy; závažné problémy v oblasti posturální stability z důvodu anatomické nebo funkční ztráty obou horních končetin mohou mít dopad i na schopnost chůze.

Závažné narušení posturální funkce těla při uvedeném zdravotním postižení je třeba prokázat neurologickým nálezem nebo nálezem rehabilitačního lékaře.

2) Těžké zrakové postižení, za které se považuje:

- a) úplná nevidomost obou očí, ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybou 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.

Vymezují se úrovně závažných očních poruch podle rozsahu omezení vizu do dálky s optimální korekcí a zorného pole.

Při těžké slabozrakosti vymezené Snellenovým zlomkem (zraková ostrost do dálky s optimální korekcí) je současně závažným způsobem postižen i vizus do blízka a tato osoba je neschopna práce do blízka. Z uvedeného vyplývá potřeba příslušné zvláštní pomůcky vymezené právním předpisem.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat stavům, kdy vizus do dálky může být v přijatelné míře zachován (nedosahuje úrovně těžké slabozrakosti), ale vizus do blízka je zcela zásadním způsobem narušen (např. makulární degenerace).

Naopak u některých stavů může nastat situace, kdy vizus do dálky je těžce postižen, ale vizus do blízka je přijatelný (např. senilní katarakta). Stav je operabilní a neměl by tedy zakládat DNZS.

3) Těžké sluchové postižení, za které 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, kterou se rozumí zraková ostrost s optimální korekcí v intervalu 3/60 (0,05) - lepší než 1/60 (0,02).

Vymezují se úrovně těžkého sluchového postižení. V hodnocení podle Fowlera 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 a následné rehabilitace; přínos implantátu z hlediska slyšení a komunikace lze zpravidla zhodnotit po 2 až 3 letech.

4) Zdravotní postižení interní povahy způsobující těžké omezení pohyblivosti, za které se považuje:

- a) ischemická choroba dolních končetin ve stadiu kritické končetinové ischemie na jedné nebo obou dolních končetinách ohrožující vitalitu končetiny, a to ve stadiu II/IV podle Fontaina, resp. ve stadiu II/4, III/5 nebo III/6 podle Rutherforda, přičemž nebylo možno provést revaskularisaci nebo tato selhala,

Kritická končetinová ischemie, ohrožující vitalitu končetiny a spojená s poruchou mobility, je definována:

- klinicky (klidové ischemické bolesti a vznik ulcerace nebo gangrény končetiny);
- současně je přítomen z měřitelných parametrů
 - pokles periferních systolických arteriálních tlaků u kotníku pod 50 mm Hg nebo prstový tlak nižší než 30 mm Hg, popř. transkutánní tlak kyslíku (TcPO₂) nižší 30 mm Hg v místě lézí

- ABI (ischemický index kotník – paže měřený dopplerovsky) $\leq 0,4$;
- průkaz významných stenóz (větších než 75 %) / uzávěrů přívodných tepen pomocí zobrazovacích angiografických metod.

Ve Fontainově klasifikaci odpovídá kritické končetinové ischemii stadium III a IV, resp. dle Rutherforda stadium III/4 a zejména III/5 a III/6.

Popisované zdravotní postižení, včetně nemožnosti provést revaskularizaci ke zlepšení perfuze nebo tato selhala, je třeba doložit angiologickým nálezem, ev. nálezem chirurga se specializací v cévní chirurgii.

- b) chronická žilní insuficience (CVI) ve stupni postižení C6a/s (CVI s floridním vředem) nebo C5a/s (CVI se zhojeným vředem) nebo skóre žilní disability (VDS) ve stupni 3,

Do této skupiny patří nejtěžší výjimečné formy chronické žilní insuficience vzniklé především na podkladě posttrombotického syndromu nebo vzniklé plynulým rozvojem neřešených primárních varixů s rozsáhlými nehojícími se defekty, otoky, venózními klaudikacemi, flebolymfedémem a podobně způsobující těžké omezení pohyblivosti. Skóre žilní disability ve stupni 3 znamená neschopnost vykonávat běžné aktivity ani při kompresní terapii či elevaci končetiny (běžné aktivity jsou definovány jako aktivity před vznikem omezení při žilní nedostatečnosti). To znamená, že u těchto stavů i přes vyčerpání všech dostupných léčebných prostředků a postupů není možné očekávat zlepšení zdravotního stavu. Jde o výjimečné stavy chronické žilní insuficience, které zásadním způsobem omezují pohyblivost na byt a jeho okolí.

Stupeň zdravotního postižení nebo skóre žilní disability je třeba objektivizovat příslušným odborným lékařským nálezem – flebologickým, ev. nálezem vaskulárního specialisty (angiologa, cévního chirurga nebo dermatologa činného v oblasti dermatologické angiologie).

- c) lymfedém dolní končetiny (primární i sekundární) ve stupni postižení 3 (elefantiáza),

Nejvyšší stupeň postižení (3) je ve většině případů označován jako elefantiáza, která je charakterizovaná tuhou fibrotizací podkoží,

monstrózním zbytněním končetiny a význačně omezenou hybností.

Stupeň postižení s uvedením, že v daném případě byly využity veškeré dostupné terapeutické postupy, je třeba objektivizovat příslušným odborným lékařským nálezem vedoucího lékaře specializovaného lymfocentra, jejichž seznam je uveden na webových stránkách České lymfologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně – www.lympho.cz.

- d) nezhojený defekt jedné nebo obou dolních končetin léčený adekvátním odlehčením (ortéza, vozík) po dobu nejméně 12 měsíců v certifikované podiatrické ambulanci pro diabetiky,

Jde o těžké omezení pohyblivosti v důsledku syndromu diabetické nohy, který je dle Mezinárodního konsenzu pro syndrom diabetické nohy z roku 2015 definován jako infekce, ulcerace nebo destrukce tkání nohou (tj. struktur pod kotníkem) u diabetiků asociovaná s diabetickou neuropatií a různým stupněm ischemické choroby dolních končetin.

Zdravotní postižení včetně popisovaného léčení defektu je třeba objektivizovat nálezem z příslušné podiatrické ambulance pro diabetiky certifikované Českou diabetologickou společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, respektive její podiatrickou sekcí. Aktuální verze seznamu těchto ambulancí je zveřejněna jen na webových stránkách společnosti - www.diab.cz.

- e) Charcotova neuropatická osteoarthropatie jedné nebo obou končetin s nestabilitou nebo funkční deformitou nohy vyžadující trvalé odlehčení končetin pomocí ortézy nebo vozíku, Charcotova neuropatická osteoarthropatie je chronické, progresivní onemocnění kostí a kloubů vznikající na podkladě neuropatie nejčastěji v oblasti nohy. Pokud není urgentně zahájena adekvátní terapie, pak často dochází k destrukci postižených kostí a kloubů, což vede ke vzniku deformit nohy. Nestabilita a funkční deformita popisuje stav, kdy **noha nedokáže udržet fyziologický tvar při zátěži**, což vede k jejímu následnému poškození. Znamená to, že ačkoliv noha může být za klidového stavu (sed, leh) bez deformit, pod zátěží (stoj, chůze) nedokáže poskytnout normální funkci, deformuje se, dochází k abnormálnímu rozložení plantárních tlaků (do míst, která na to

nejsou uzpůsobena), což může vést ke vzniku otlaků, případně časem morfologických deformit fixovaných i za klidového stavu (např. propadnutí klenby nohy).

Zdravotní postižení s nutností trvalého odlehčení končetin je třeba objektivizovat u diabetické Charcotovy neuropatické osteoartropatie nálezem z příslušné podiatrické ambulance – odkaz na jejich seznam je uveden výše; u nediabetické Charcotovy neuropatické osteoartropatie nálezem neurologa vypracovaným ve spolupráci s ortopedem nebo rehabilitačním lékařem.

f) srdeční selhání u osob zařazených na čekací listinu k transplantaci srdce,
Zařazení na čekací listinu k transplantaci srdce je třeba doložit příslušným kardiologickým nálezem.

g) implantace dlouhodobých podpor oběhu,
Oběhovými podporami jsou míněny mechanické srdeční podpory, což jsou čerpadla krve, která jsou schopna u pacientů s pokročilým srdečním selháním částečně nebo úplně převzít úlohu srdce v krevním oběhu s cílem obnovení dostatečného srdečního výdeje. U některých pacientů může jít o konečné řešení jejich onemocnění, u jiných jde o přemostující řešení při čekání na transplantaci srdce.

Implantaci dlouhodobé (mechanické) podpory oběhu je třeba doložit kardiologickým nálezem.

h) srdeční selhání s klidovými formami dušnosti ve funkční třídě NYHA IV,
Jde o srdeční selhání s klidovými formami dušnosti trvale ve funkční třídě NYHA IV. Dočasné stavy, kdy srdeční selhání s klidovými formami dušnosti ve funkční třídě NYHA IV trvá přechodně, do této kategorie nepatří.

Popisované zdravotní postižení je třeba doložit kardiologickým nálezem, ze kterého musí vyplývat trvalost funkčního stavu – NYHA IV.

i) srdeční selhání ve funkční třídě NYHA III, pro které došlo v posledních 12 měsících alespoň dvakrát k hospitalizaci, kdy i po hospitalizacích zůstává funkční třída NYHA III,
Jde o srdeční selhání trvale ve funkční třídě NYHA III, pro které došlo v posledních 12 měsících alespoň dvakrát k hospitalizaci, kdy i po hospitalizacích zůstává funkční třída NYHA III. Rozhodující příčinou hospitalizace musí být vždy

primárně zhoršení stávajícího srdečního selhání, nikoliv jiné onemocnění, které vede sekundárně ke zhoršení srdečního selhání.

Popisované zdravotní postižení je třeba doložit kardiologickým nálezem a příslušnými propouštěcími zprávami z hospitalizací pro srdeční selhání.

j) srdeční selhání nejméně ve funkční třídě nejméně NYHA III, je-li objektivně doloženo omezení funkční výkonnosti, za něž je považován výsledek spiroergometrického vyšetření s dokumentovaným $VO_2\max \leq 14$ ml/kg/min, nebo u dítěte $<50\%$ předpokládaných hodnot pro daný věk dítěte,

Popisované zdravotní postižení je třeba doložit kardiologickým nálezem spolu s výsledkem spiroergometrického vyšetření.

k) těžká vleklá plicní nemoc vedoucí k respirační insuficienci, pro kterou je poskytována dlouhodobá domácí oxygenoterapie (DDOT),

Dlouhodobá domácí oxygenoterapie (léčba pomocí inhalace kyslíku) je nemocným indikována na podkladě provedeného standardního kyslíkového testu s prokázanou příznivou reakcí na podání kyslíku podle metodiky schválené plátcí. Tito nemocní jsou nekuřáci s dobrou adherencí k léčbě, která může být prováděna pomocí koncentrátorů kyslíku nebo systémy kapalného kyslíku. Kyslík se obvykle podává pomocí kyslíkových brýlí, výjimečně inhalační maskou. Nemocní inhalují kyslík minimálně 16 hodin denně s pauzami ne delšími než 2 hodiny. Cílem dlouhodobé domácí oxygenoterapie je zlepšení kvality života nemocných, snížení potřeby hospitalizací (snížení exacerbací onemocnění) a snížení úmrtnosti.

Popisované zdravotní postižení je třeba doložit nálezem ošetřujícího pneumologa, který provádí nebo hodnotí kyslíkový test u nemocného a sleduje jeho adherenci k léčbě dlouhodobou domácí oxygenoterapií.

l) těžká vleklá plicní nemoc vedoucí k respirační insuficienci s hyperkapnií, pro kterou je poskytována domácí neinvazivní ventilační podpora (NIV).

Neinvazivní ventilace je definována jako mechanická ventilační podpora bez invazivního zajištění dýchacích cest. V současné době dominuje ventilace pozitivním tlakem, přenášeným

do horních dýchacích cest přes masku. Hlavní výhody oproti invazivní ventilaci jsou absence endotracheální kanyly, laryngeální masky či tracheostomie, dále nižší riziko poranění dýchacích cest, méně infekčních komplikací a ve většině případů též nepotřeba sedace pacienta. Domácí neinvazivní ventilační podpora je indikována na základě prokázání hyperkapnie (zvýšený parciální tlak CO² v krvi) měřením krevních plynů.

Popisované zdravotní postižení je třeba doložit odborným lékařským nálezem ošetřujícího lékaře akreditované spánkové laboratoře, který provádí vyšetření krevních plynů, kontrolu účinnosti přístroje BiPAP (druh mechanické ventilace, při které pacient dýchá samovolně a výměna vzduchu je usnadněna kontinuálním působením tlaku, který se do plic přenáší pomocí nazální nebo nazoorální masky) a sleduje adherenci konkrétního pacienta k léčbě domácí neinvazivní ventilační podporou. Seznam akreditovaných pracovišť lze najít na webových stránkách odborné společnosti – www.pneumologie.cz. zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému, za které se považují:

5) Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému, za které se považují:

- a) zdravotní postižení uvedená v odst. 3 tohoto článku (tj. těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí), písm. a), b), d) až i), l) a m),

(Tj. kromě anatomické ztráty podstatných částí jedné horní a jedné dolní končetiny v předloktí a výše a v bérce a výše, dále kromě anatomické nebo funkční ztráty končetiny a kromě anatomické nebo funkční ztráty obou horních končetin.)

Uvedená zdravotní postižení odůvodňující přiznání výše uvedených příspěvků představují stavy s velmi těžkou poruchou mobility bez ohledu na její etiologii.

- b) těžká nebo hluboká mentální retardace a stavy na rozhraní těžké mentální retardace. Jedná se 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 a duševními kompetencemi těsně nad hranicí těžké mentální retardace spojené s dalšími poruchami, například závažnými poruchami chování a sociability, stavy agresivity, se považují za stavy na rozhraní těžké mentální retardace.** U malých dětí předškolního 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.

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,

Z důvodů výše uvedených duševních poruch a závislosti osoba není schopna zvláštní pomůcku samostatně nebo s pomocí či dohledem jiné fyzické osoby smysluplně využívat, tj. ani s pomocí druhé osoby nemůže účelně využít benefit zvláštní pomůcky. Např. příspěvek na zvláštní pomůcku stropní zvedací systém, včetně instalace, může být přiznán i osobě s výše uvedenou poruchou, pokud s pomocí druhé osoby může účelně zvláštní pomůcku užívat.

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 nebo speciálního zádržního systému, neboť v tomto případě se jedná o jednu z indikací.

- b) hluchoněmost; tato kontraindikace platí jen ve vztahu k vodicímu spovi.

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 vodícímu psovi.

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

Čl. 8 Datum vzniku

- 1) Jako datum vzniku se uvede datum, ke kterému příslušná krajská pobočka Úřadu práce ČR ve věci žádá posouzení zdravotního stavu, pokud zdravotní stav odpovídá nároku na průkaz OZP nebo příspěvek na zvláštní pomůcku. Pokud je požadováno posouzení zdravotního stavu do budoucna, uvede se jako datum vzniku den posouzení, pokud zdravotní stav odpovídá nároku.
- 2) Datum vzniku zdravotního stavu odpovídajícího nároku na průkaz OZP nebo příspěvek na zvláštní pomůcku stanovuje PK MPSV pouze tehdy, pokud to výslovně požaduje odvolací správní orgán anebo tehdy, pokud to odpovídá zjištěné změně zdravotního stavu v průběhu období, které bylo PK MPSV hodnoceno.

Čl. 9 Doba platnosti posudku

- 1) Doba platnosti posudku pro účely přiznání průkazu OZP se určuje v závislosti na předpokládané změně zdravotního stavu. Pokud se jedná o zdravotní postižení, jehož funkční dopad na schopnost pohyblivosti nebo orientace se může měnit, stanoví se platnost posudku s ohledem na předpokládanou dynamiku vývoje zdravotního stavu a jeho funkčních důsledků. U trvalých stavů (trvalé ochrnutí, amputační ztráty končetin, nevidomost, hluchota) se platnost posudku stanoví trvale. U osob mladších 18 let věku se doba platnosti posudku obvykle stanovuje při nástupu povinné školní docházky (v 6 až 7 letech), pak ve stěžejních věkových milnících (10 let, 15 let a 18 let), pokud se nejedná o stav neměnný, kdy se rovněž stanoví platnost posudku trvale, vyjma úplné nebo praktické hluchoty, kdy se stanoví platnost posudku do 18 let věku. Pokud posudkový orgán stanovuje platnost

posudku a stanovuje ji na omezenou dobu, je nutno v posudkovém zhodnocení tuto skutečnost vždy řádně zdůvodnit (obvykle očekávaným zlepšením zdravotního stavu). Nárok na průkaz OZP trvá po dobu platnosti výsledku posouzení schopnosti pohyblivosti a orientace žadatele o průkaz.

- 2) Doba platnosti posudku pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku je třeba stanovovat individuálně, a to v závislosti na předpokládané změně zdravotního stavu ve vztahu k indikacím i kontraindikacím. U některých zdravotních postižení uvedených v příloze k zákonu lze dlouhodobou rehabilitací nebo řadou korekčních ortopedických operací nebo kochleárním implantátem nebo transplantací orgánu docílit během tří, maximálně pěti let, zlepšení funkčních schopností a snížení rozsahu a stupně postižení.

Současně je nutno vzít v úvahu pravděpodobnost vzniku kontraindikací ve střednědobém horizontu (cca do pěti let), kdy například s přibývajícím věkem dochází u posuzovaných osob ke změnám zdravotního stavu, které mohou zakládat i kontraindikace pro přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku (například prohloubení tíže duševní poruchy, prohloubení úbytku intelektu do úrovně demence, vznik alergie na zvířecí srst u osoby s polyvalentní alergií).

Pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku je možno stanovit trvalou platnost posudku, a to v případech spolehlivě zjištěných zdravotních stavů trvalého charakteru, kdy nelze očekávat zlepšení funkčních schopností probíhající léčbou, rehabilitací a ani adaptací na zdravotní postižení a není důvodné očekávat vznik možných kontraindikací.

Čl. 9a Spolupráce s lékařskými odbornými společnostmi a profesními sdruženími

Ministerstvo práce a sociálních věcí může ve spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi nebo s profesními lékařskými sdruženími vydávat u vybraných druhů nebo skupin zdravotních postižení doporučené postupy k posuzování.

Čl. 10 Závěrečné ustanovení

Tato instrukce nabývá účinnosti dnem 1. 2. 2016, dodatek č. 1 dnem 15. 10. 2017, dodatek č. 2 dnem podpisu náměstkyně pro řízení sekce podpory rodiny.

2. Kazuistika PK MPSV Ústí nad Labem

Průkaz OZP a PAS

Hladíková H., předseda PK MPSV

Posuzovaný 11letý chlapec, posuzován pro účely odvolacího řízení ve věci nároku na průkaz OZP – žádán průkaz ZTP (který dítě předtím mělo). Posudkem lékaře OSSZ ze dne 1. 6. 2020 byl uznán nárok na průkaz TP.

PK MPSV při vypracování posudku dne 25. 9. 2020 vycházela z posudku lékaře OSSZ, podkladů praktického lékaře pro děti a dorost, psychiatrického vyšetření, neurologického vyšetření, zprávy z třídní hospitalizace na dětské psychiatrické klinice.

Diagnostický souhrn

ADHD syndrom, poruchy pozornosti a aktivity, hyperaktivita

Insomnie

Atypický dětský autismus v.s.

Alergie na pyl, prach, trávy

Zjištění o zdravotním stavu

Předčasný porod, extrémní nezralost, RDS.

V současné době psychomotorický vývoj v širší normě, základní škola, 3. třída, prospěch průměrný až podprůměrný (matematika, český jazyk), má asistenta pedagoga. Orientován časem, místem, osobou, na otázky odpovídá adekvátně. Vidí a slyší dobře. Kardiopulmonálně kompenzovaný, bez poruch hybnosti HK a DK, chůze samostatná, bez poruch. Dle polysomnografie insomnie, v.s. při základním onemocnění.

Od 4 let věku suspekce na atypický autismus nebo středně funkční autismus, v 10 letech diagnóza PAS při hospitalizaci zpochybněna. Z psychických obtíží dlouhodobě poruchy soustředění, hyperaktivita, úzkostné nastavení, bez specifických zájmů, samotářský, somatizační stesky, sklon k rituálům, nespavost, stavy únavy. Objektivně intelektový výkon v pásmu podprůměru, lucidní, kontakt navazuje, psychomotorické tempo v normě, situační tenze, poruchy pozornosti, hyperaktivita, emoční projev přiměřený, vnímání intaktní, špatně vyhodnocuje situace, abstraktní myšlené příliš nerozvinuto, bez známek agrese, bohatá gesta, spolupracuje, bez zvláštností ve verbálním projevu, oční kontakt užívá, chování v normě, patrné hyperprotektivní nastavení rodičů, malá samostatnost.

Posudkové hodnocení

PK MPSV prokázala, že u chlapce jde o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který je v současné době podmíněn ADHD syndromem, s poruchami pozornosti, hyperaktivitou, insomnií, sklonem k rituálům. Chlapec má dostatek duševních schopností pro orientaci v přirozeném sociálním prostředí/v interiéru, je samostatně pohyblivý v dostatečném dosahu v exteriéru. Má zhoršenou schopnost orientace jen v exteriéru z důvodu poruch pozornosti, hyperaktivity a IQ v pásmu podprůměru.

PK MPSV se ztotožnila s posudkem lékaře OSSZ v oblasti hodnocení stupně funkční poruchy orientace a konstatovala, že jde o středně těžké funkční postižení orientace dle § 34 odst. 2 zákona č. 329/2011 Sb., v platném znění, a zdravotní stav funkčními důsledky srovnatelný se stavem v odst. 1 písm. j) přílohy č. 4 k vyhlášce č. 388/2011 Sb., v platném znění.

Je předpoklad, že u dítěte biopsychosociálním vývojem, výchovou a vzděláváním do 15 let věku zhoršená schopnost orientace v exteriéru pomine.

3. Kazuistika PK MPSV Hradec Králové

Příspěvek na zvláštní pomůcku u osoby „s interním stavem“

Koldinská E., předseda PK MPSV

PK MPSV byla požádána o zpracování posudku pro účely odvolacího řízení ve věci přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku schodolez ke dni 6. 8. 2019. Lékař prvoinstančního posudkového orgánu posoudil zdravotní stav jmenovaného dne 8. 10. 2019 se závěrem, že nejde o osobu, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí ve smyslu ust. § 9 odst. 1 a odst. 4 zákona č. 329/2011 Sb., v platném znění, pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku. Posuzovaný dne 14. 11. 2019 podal odvolání.

Jedná se o posuzovaného rok narození 1927.

Diagnostický souhrn

amputace pravé dolní končetiny ve stehně pro diabetickou gangrénu v roce 2001, oprotézováno, ischemická choroba dolních končetin po revaskularizačních zákrocích na levé dolní končetině, diabetes mellitus 2. typu na inzulinu, hypertenzní nemoc sekundární - po zavedení stentu do renální tepny vpravo v roce 2004, stav po cévní mozkové příhodě s minimální lehkou reziduální levostrannou hemiparézou v anamnéze, t. č. bez udávaného rezidua, chronická žilní insuficience dolních končetin, křečové žíly, ulcerace bérce levé dolní končetiny kombinované etiologie, stav po erysipelu levé dolní končetiny v 7-8/2018, chronický vertebrogenní algický syndrom, stav po zlomenině krčku kosti stehenní vpravo bez dislokace řešené konzervativně v roce 2015, nově paréza n. VI vlevo v.s. při diabetické neuropatii dle vyšetření z 12/2019.

Zjištění o zdravotním stavu

Z podkladové dokumentace dle lékařského nálezu praktického lékaře z 9/2019 neurologicky orientačně bez zřetelného deficitu na horních končetinách, jako reziduum po cévní mozkové příhodě se levostranná hemiparéza nejeví. Na dolních končetinách vpravo amputace vysoko ve stehně, pahýl zhojen, bolestivější hybnost v kyčli, levá dolní končetina s dystrofickými změnami, hyperpigmentace bérce, pergamenová kůže, chronický prosak mírně nad koleno, trofické kožní povrchní defekty mírně secernující nad kotníky, levé koleno volnější, zásuvka negativní, ale viklavost, volnější postranní vazy. Předsunutá hlava, hyperkyfóza hrudní páteře. Chůze s protézou, s 2 berlami a zajištěním pár kroků, sám nechodí. Fyzické síly, postižení i neamputované LDK a porucha stability neumožňují chůzi s protézou po schodech, převážně odkázán na mechanický vozík, který po bytě zvládá. 12/2019 vyšetřen neurologem na doporučení oční lékařky pro dvojité vidění k vyloučení cévní mozkové příhody. Objektivně levý bulbus nepřetáhne přes střední čáru doleva, při pohledu zevně zachycen jemný horizontální nystagmus, subjektivně konstatuje diplopii při pohledu přímo, nahoru a dolů, šije vcelku volná, na končetinách bez paréz a poruch čítí, reflexy C5-8 symetricky, taxe přesné, pyramidové jevy negativní, akromotorika a stisk symetricky, v Mingazzinim bez poklesu, dolní končetiny: stav po amputaci vpravo nad kolenem, reflexy L2-S2 vlevo nízké až 0, pyramidové jevy negativní, hybnost levé dolní končetiny v plném rozsahu, elevaci udrží, pohyb na vozíku. Přiměřený CT nález.

Posudkové hodnocení

PK MPSV posouzen dne 6. 2. 2020. V podkladové dokumentaci nebylo doloženo a ani z ní nevyplývá, že by se u posuzovaného jednalo o těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí uvedenou v příloze k zákonu č. 329/2011 Sb., v platném znění, v části I bodě 1 písm. a), b), d) až i).

PK MPSV byla dne 9. 3. 2020 požádána o zpracování doplňujícího posudku pro účely odvolacího řízení ve věci přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku – schodolez, přiloženy starší lékařské nálezy z angiologické poradny a kardiologie. PK si vyžádala zdravotní dokumentaci z FN.

Dle závěrečné zprávy z hospitalizace na angiologickém oddělení 24. 3. - 29. 3. 2017 plánovaně přijat k angiografickému vyšetření tepen levé dolní končetiny. Provedena angiografie s úspěšnou PTA stenóz na ATP a ATA, reziduální úsek ATA vlevo uzavřen, pokus o rekanalizaci neúspěšný. Péče o defekty levé dolní končetiny je zajištěna cestou domácí ošetrovatelské péče. Dle kardiologického nálezu z 13. 11. 2017 chůze s holí a protézou na kratší vzdálenosti, jinak na vozíku. Objektivně dolní končetina s trofickými defekty. Dle angiologického nálezu z 13. 11. 2017 defekt nad kotníkem mediálně se hojí, je nový defekt na bérce levé dolní končetiny. Vpravo protéza. Prosáknutí podkoží, kůže suchá, šupivá. Diagnosticky uzavíráno jako ischemická choroba dolních končetin, stadium IV dle Fontaina, III/5 dle Rutherforda vlevo, po opakovaných zákrocích na tepnách levé dolní končetiny v 6/2003, 2/2004, 7/2004 a 3/2017.

PK MPSV vypracovala doplňující posudek dne 2. 4. 2020. V souvislosti s novelizací právních předpisů k 1. 3. 2020 byla doložena tíže postižení levé dolní končetiny pro ischemickou chorobu dolních končetin hodnocena jako odpovídající daným posudkovým kritériím onemocnění interní povahy způsobující těžké omezení pohyblivosti. Jedná se o stav po opakovaných revaskularizačních zákrocích, dle daných posudkových kritérií nález anamnesticky odpovídající Fontain IV, již bez možnosti dalšího zlepšení stavu, s reziduálním uzávěrem periferie arteria tibialis anterior. Dle vyžádané ZD z angiologické poradny FN již další kontroly ani zákroky neproběhly. Posuzovaný je polymorbidní, ve věku 92 let. Nelze předpokládat, že by došlo k funkčně významnému zlepšení tíže postižení v čase, které by neodpovídalo daným posudkovým kritériím ICHDK Fontain II/IV. Celkově stav komplikován amputací pravé dolní končetiny v oblasti stehna, již minimálně a s obtížemi schopen použít protézu. PK vzhledem k novelizaci právních předpisů k 1. 3. 2020 doplnila posudkový závěr. Od 6. 8. 2019 do 29. 2. 2020 nešlo o těžkou vadu nosného (pohybového) ústrojí, uvedenou v bodu 1 části I písm. a), b), d) až i) přílohy k zákonu č. 329/2011 Sb. Od data 1. 3. 2020 jde ve smyslu § 9 odst. 1 a 4 zákona č. 329/2011 Sb., ve znění zákona č. 228/2019 Sb., o osobu se zdravotním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu uvedeným v bodu 4. části I písm. a) přílohy k uvedenému zákonu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku.

4. Posuzování invalidity pro účely zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Obsah

- Čl. 1. Úvodní ustanovení
- Čl. 2. Vymezení základních pojmů
- Čl. 3. Obecné zásady posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity
- Čl. 4. Stanovení poklesu pracovní schopnosti, příloha k vyhlášce o posuzování invalidity
- Čl. 5. Způsob zhodnocení a využití zachované pracovní schopnosti u invalidity prvního a druhého stupně
- Čl. 6. Zcela mimořádné podmínky
- Čl. 7. Náležitosti posudku o invaliditě
- Čl. 8. Invalidní důchod v mimořádných případech
- Čl. 9. Stanovení termínu kontrolní lékařské prohlídky
- Čl. 10. Závěrečné ustanovení

Čl. 1 Úvodní ustanovení

- 1) Tato instrukce upravuje postupy lékařské posudkové služby OSSZ, ČSSZ a PK MPSV při posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity fyzických osob pro účely důchodového pojištění.
- 2) Podmínky nároku na invalidní důchod upravuje ZDP. Ten dále vymezuje základní pojmy a kategorie, ze kterých se při posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity vychází. Způsob posouzení zdravotního stavu, procentní míry poklesu pracovní schopnosti, způsob zhodnocení a využití zachované pracovní schopnosti stanovuje vyhláška o posuzování invalidity. Uvedené právní předpisy obsahují skutečnosti významné pro komplexní posouzení důsledků zdravotního postižení na pracovní schopnost a pro stanovení poklesu pracovní schopnosti.

Čl. 2 Vymezení základních pojmů

- 1) Za **dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** se pro účely ZDP 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.

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

- nepříznivost projevující se omezením tělesných, smyslových nebo duševních schopností a dopadem na pracovní schopnost;

- dlouhodobost, kterou se myslí trvání stavu nebo předpoklad trvání stavu podle poznatků lékařské vědy déle než 1 rok.

Prokázání DNZS je první a zcela nezbytnou podmínkou pro další postup při posouzení poklesu pracovní schopnosti a invalidity.

- 2) **Pojištěnec je invalidní**, jestliže z důvodu DNZS nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

- 3) 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**.

- 4) **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.

Pracovní schopnost je soubor všech schopností, tělesných, smyslových a duševních, ale také zkušeností a znalostí pojištěnce, včetně jeho vzdělání a kvalifikace, potřebných pro práci jako společensky užitečnou činnost. Zahrnuje tedy nejen tzv. fyzický potenciál - tělesné, smyslové a duševní schopnosti, ale také kvalifikační potenciál - zkušeností a znalostí pracovní i nepracovní nabyté výchovou, vzděláním, životními zkušenostmi včetně těch, které byly získány při předchozích výdělečných činnostech, v jiných zaměstnáních, výkonem různých výdělečných činností (hodnotí se z vyplněného profesního dotazníku a eventuálně z rozhovoru s posuzovaným) a potenciál rehabilitační – co je pojištěnec schopen se naučit, zvládnout, může být cíleně ovlivňován např. léčebnou rehabilitací, pracovní rehabilitací, rekvalifikací, motivací (hodnotí se z nálezů ošetřujících lékařů).

- 5) **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 DNZS.

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 (s výjimkou pojištěnců, kteří jsou invalidní ve třetím stupni a jsou schopni výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek).

- 6) **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.

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

- 8) **Za stabilizovaný zdravotní stav** 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.

- 9) **Pojištěnec je adaptován** na své zdravotní postižení, jestliže nabyt, popřípadě znovu nabyt schopností

a dovedností, které mu spolu se zachovanými tělesnými, smyslovými a duševními schopnostmi umožňují vykonávat výdělečnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu vlivem takové činnosti.

- 10) **Procentní míra** poklesu pracovní schopnosti se určuje v celých číslech.

Čl. 3

Obecné zásady posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity

- 1) Pro posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity platí obecné principy posudkové činnosti vycházející ze zjištěného stavu věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti. Shromážděná podkladová dokumentace musí být úplná a dostačující k posouzení zdravotního stavu. Pro posouzení pracovní schopnosti a poklesu pracovní schopnosti je nutno spolehlivě zjistit zdravotní stav, stav pracovní schopnosti a všech pro práci významných skutečností, neboť při posuzování invalidity je nutno zkoumat nejen zdravotní stav,

- ale i ostatní podklady týkající se kvalifikačního a rehabilitačního potenciálu posuzovaného.
- 2) Výchozím momentem je objektivizace zdravotního stavu, tj. tělesných, smyslových a duševních schopností, ať zachovaných nebo ztracených, prostřednictvím nálezů, zpráv nebo vyšetření ošetřujících lékařů, klinických psychologů, zjištění jiných zdravotnických pracovníků (ergoterapeutů, fyzioterapeutů), diagnostických zjištění laboratorních nebo přístrojových, popřípadě prostřednictvím výsledků vlastního zjištění posudkového orgánu. Důraz je kladen na vyšetření funkcí a funkčních schopností, ze kterých vyplývá dopad zdravotního postižení na tělesné, smyslové a duševní schopnosti, a tím i na pracovní schopnost pojištěnce.
 - 3) 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 pojištěnce, potažmo na pokles jeho pracovní schopnosti.
 - 4) Základní podmínkou pro uznání invalidity je prokázání DNZS a zákonem stanoveného poklesu pracovní schopnosti. Na základě zkoumání zdravotního stavu posuzující lékař musí stanovit, zda jde či nejde o DNZS ve smyslu § 26 ZDP. Pokud se DNZS neprokáže, tj. neprokáže se dlouhodobé omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností s posudkově významným dopadem na pracovní schopnost, posudkový proces končí v tomto bodě a další skutečnosti se již neposuzují. Samotné prokázání DNZS nemusí znamenat následné uznání invalidity, např. pokud pokles pracovní schopnosti činí jen 20 %. Na základě uvedeného doba vzniku DNZS nemusí být v řadě případů identická 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 pokles pracovní schopnosti z důvodu DNZS poté během měsíců nebo let dosáhne úrovně invalidity.
 - 5) Pro posouzení zdravotního stavu a jeho dopadu na pracovní schopnost je třeba znát zejména v případech, kdy pojištěnec požaduje přiznání invalidního důchodu se zpětnou platností, k jakému datu uplatňuje nárok na invalidní důchod, neboť od uvedené skutečnosti se odvíjí, jak dalece do minulosti je třeba zkoumat průběh a vývoj zdravotního stavu a pracovní schopnosti. V takových případech je nutné provést zjišťování zdravotního stavu u ošetřujícího lékaře do minulosti. Současně je potřebné zabývat se změnami v profesním uplatnění a v sociálním životě pojištěnce, do nichž se projevují závažná zdravotní postižení. V posudku je potom nutné se posudkově medicínsky vypořádat s celým rozhodným obdobím od data pojištěncem požadovaného přiznání invalidního důchodu do dne posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti. V řadě případů je datum, od kterého pojištěnec požaduje přiznání invalidního důchodu, uvedeno paušálně např. „od vzniku nároku“ nebo není uvedeno, proto je třeba se vždy podrobně a někdy i do minula zabývat vývojem zdravotního stavu a pracovní schopnosti, a to zejména u duševních onemocnění, aby den vzniku invalidity byl stanoven v souladu s objektivně zjištěnými a přesvědčivými důkazy o invaliditě odpovídající míře poklesu pracovní schopnosti z důvodu DNZS.
 - 6) Pokud se stanoví datum vzniku invalidity do minulosti i za období, které zasahuje do předchozích právních úprav, posudkový orgán musí posuzovat DNZS a hodnotit invaliditu i podle kritérií příslušných předchozích právních úprav včetně poslední právní úpravy.
 - 7) 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.
 - 8) Při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti se posuzuje též schopnost rekvalifikace na jiný druh výdělečné činnosti. Rekvalifikací se ve smyslu ZoZ rozumí získání nové kvalifikace a zvýšení, rozšíření nebo prohloubení dosavadní kvalifikace, včetně jejího udržování nebo obnovování. Za rekvalifikaci se považuje i získání kvalifikace pro pracovní uplatnění fyzické osoby, která dosud žádnou kvalifikaci nezískala. Posudkově rozhodné pro schopnost rekvalifikace

je zjištění, že pojištěncův zdravotní stav je stabilizovaný nebo pojištěnec je na své zdravotní postižení adaptován a má i přes DNZS dostatečnou kapacitu tělesných, smyslových nebo duševních 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. Věkové hledisko nemá pro schopnost rekvalifikace význam; rozhodný je výlučně stav schopností.

9) 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 pracovní začlenit. Proto nedílnou součástí určování poklesu pracovní schopnosti je 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, která mu reálně zbývá, tj. nemůže pracovat nad rámec zachované pracovní schopnosti (nemůže pracovat naplno jako před vznikem invalidity např. s mírou poklesu pracovní schopnosti 50 %; zachovaná část pracovní schopnosti a ztracená část pracovní schopnosti musí dát dohromady 100 %) s výjimkou invalidity třetího stupně, kdy je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

10) Posudkový orgán se musí náležitě posudkově medicínsky vypořádat se všemi doloženými odbornými zejména lékařskými nálezy, dále skutečnostmi uvedenými v profesním dotazníku, s výsledky předchozích posouzení provedených posudkovými orgány u posuzované osoby, eventuálně tvrzeními posuzované osoby a příléhavě je zhodnotit z hlediska jejich relevance pro posouzení zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity.

11) Posudkový orgán zváží, zda je potřebné v konkrétním případě přizvat posuzovanou osobu k jednání. Projevu vůle osoby o přítomnost při jednání je nezbytné vyhovět.

12) Pokud má posudkový orgán pochybnosti o obsahu lékařských zpráv, může být při jednání lékařem

posuzovaná osoba vyšetřena, popřípadě může být vyžádáno vyšetření zdravotního stavu posuzované osoby u poskytovatele zdravotních služeb. Tuto možnost využije posudkový orgán zejména v případech, kdy je zjevný nesoulad mezi jednotlivými obsahy a závěry odborných vyšetření.

Vypracovaný posudek o invaliditě musí splňovat požadavek úplnosti, přesvědčivosti a správnosti, který spočívá v tom, že posudkový orgán musí spolehlivě zjistit stav věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti, musí posoudit právním předpisem předepsané skutečnosti a posudkově medicínsky se vyrovnat (vysvětlit, odůvodnit, vyhodnotit) se všemi posudkově významnými údaji uváděnými ve shromážděné podkladové dokumentaci, tj. odbornými zejména lékařskými nálezy, skutečnostmi uváděnými v profesním dotazníku, předchozími posudky vydanými posudkovými orgány u posuzované osoby a také se všemi námitkami, tvrzeními a návrhy posuzované osoby v rámci opravných řízení.

Čl. 4

Stanovení poklesu pracovní schopnosti, příloha k vyhlášce o posuzování invalidity

1) Procentní míry poklesu pracovní schopnosti podle druhů zdravotního postižení jsou uvedeny v příloze k vyhlášce o posuzování invalidity. Pokud zdravotní postižení, které je příčinou DNZS, není uvedeno v této příloze, stanoví se procentní míra poklesu pracovní schopnosti podle takového zdravotního postižení uvedeného v příloze, které je s ním funkčním dopadem nejvíce srovnatelné. Jde zejména o srovnatelnost z hlediska příčiny, charakteru, rozsahu a tíže funkčních poruch a srovnatelnost dopadu na pracovní schopnost.

2) Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěnce doloženého výsledky funkčních vyšetření, přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti než dosud vykonával, schopnost využití zachované pracovní schopnosti v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % a nejvíce o 69 % a v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % též to, zda je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

- 3) Pro stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je nutné určit, která zdravotní postižení jsou příčinou DNZS, a vyhodnotit jejich vliv na pokles pracovní schopnosti pojištěnce. K těm zdravotním postižením, která kritérium DNZS nenaplnují, se pak dále již nepřihlíží. Při posuzování poklesu pracovní schopnosti je nutno vycházet jak z obecných posudkových zásad uvedených u jednotlivých kapitol přílohy k vyhlášce o posuzování invalidity (která stanoví např. jaké je rozhodné období pro posouzení míry poklesu pracovní schopnosti, na jaké skutečnosti je nutné se při posouzení zaměřit, jaké dokazování by mělo být provedeno), tak z konkrétních posudkových hledisek uvedených u jednotlivých zdravotních postižení (která blíže definují rozsah a tíži zdravotního postižení, symptomatologii, projevy a dopady zdravotního postižení).
- 4) 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.
- 5) Při souběhu několika zdravotních postižení majících vliv na pokles pracovní schopnosti se jednotlivé hodnoty procentní míry poklesu pracovní schopnosti stanovené pro jednotlivá zdravotní postižení nesčítají. V tomto případě je nutné určit, které zdravotní postižení je svým dopadem na pokles pracovní schopnosti nejvýznamnější, a procentní míru poklesu pracovní schopnosti stanovit podle tohoto zdravotního postižení se zřetelem k závažnosti vlivu ostatních zdravotních postižení na pokles pracovní schopnosti pojištěnce.
- 6) Za rozhodující příčinu DNZS se považuje to zdravotní postižení, které způsobuje nejvyšší míru poklesu pracovní schopnosti. Tato tzv. „invalidizující diagnóza“ se uvede na prvním místě diagnostického souhrnu v posudku o invaliditě. Na dalších místech se uvedou ostatní diagnózy v pořadí podle jejich posudkového významu.
- 7) Konkrétní procentní míra poklesu pracovní schopnosti se stanoví dle rozsahu omezení tělesných, smyslových a duševních schopností způsobených rozhodující příčinou DNZS se zřetelem k závažnosti vlivu ostatních zdravotních postižení a s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem, znalostem a předchozím výdělečným činnostem.
- 8) Podle ustanovení § 3 vyhlášky o posuzování invalidity lze při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti za určitých podmínek zvýšit horní hranici stanoveného procentního rozmezí dané položky přílohy k vyhlášce o posuzování invalidity až o 10 procentních bodů. Při zvyšování procentní míry poklesu pracovní schopnosti se zohledňuje působení více příčin DNZS, schopnost využívat dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti, schopnost pokračovat v předchozí výdělečné činnosti nebo schopnost rekvalifikace.
- 9) Při hodnocení více zdravotních postižení, které jsou příčinou DNZS, se nevyhodnocuje pouze „množství“ zdravotních postižení. Samotná polymorbidita nemůže být důvodem pro zvýšení horní procentní hranice poklesu pracovní schopnosti. Pouze v případě, že důsledkem působení těchto zdravotních postižení z důvodu kumulace nebo kombinace jejich nepříznivých projevů je takový vliv na pracovní schopnost pojištěnce, že způsobuje větší pokles pracovní schopnosti, než je horní procentní hranice dané položky určené podle rozhodující příčiny DNZS, lze tuto horní hranici zvýšit až o 10 procentních bodů. Vyhodnocují se pouze ta zdravotní postižení charakteru DNZS, která mají podstatný vliv na pracovní schopnost pojištěnce. Z tohoto pohledu jsou posudkově nevýznamná (nelze je zohlednit) ta zdravotní postižení, která nemají žádný nebo mají minimální funkční dopad na pracovní schopnost.
- 10) Obdobným způsobem se zohlední podstatně větší dopad zdravotního postižení charakteru DNZS na schopnost pojištěnce využívat dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti, na schopnost pokračovat v předchozí výdělečné činnosti nebo na schopnost rekvalifikace. Jde o situace, kdy pojištěnec není schopen využívat svůj kvalifikační potenciál.
- 11) Zvýšení horní hranice míry poklesu pracovní schopnosti nesmí v úhrnu převýšit 10 procentních bodů.
- 12) Podle ustanovení § 4 citované vyhlášky lze dolní hranici poklesu pracovní schopnosti snížit až o 10 procentních bodů. V takovém případě se zohledňuje skutečnost, že DNZS má nepatrný nebo 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 18) podle rozhodující příčiny DNZS. Stejným způsobem lze vyhodnotit příznivou stabilizaci DNZS nebo adaptaci pojištěnce na své zdravotní postižení.
- 13) Z hlediska zdravotního malý vliv DNZS na pracovní schopnost lze dovodit např. ze skutečnosti, že DNZS nepodmiňuje opakované DPN nebo řízení o invalidní důchod nepředchází dlouhodobá DPN. Z hlediska pracovního malý vliv DNZS na pracovní schopnost lze dovodit ze schopnosti soustavné přípravy pro pracovní uplatnění, tj. ze schopnosti studovat nebo absolvovat praktickou přípravu na budoucí povolání za obvyklých podmínek, vykonávat výdělečnou činnost v plném rozsahu a intenzitě a s využitím dosaženého vzdělání, zkušeností a znalostí včetně těch, které byly získány v předchozích výdělečných činnostech. 19)
- 14) Stabilizace zdravotního stavu je kategorií zdravotní odražející průběh zdravotního postižení a výsledky léčby včetně vlivu léčebné rehabilitace na stav pracovní schopnosti. Příznivou stabilizací se myslí ustálení zdravotního stavu na určité stabilní úrovni; její udržení přitom může záviset na dodržování určitého individuálního léčebného postupu, 20) režimových opatření, užívání léků a pracovním omezení.
- 15) Kategorie adaptace na zdravotní postižení odráží výsledky rehabilitace léčebné, sociální, pracovní nebo pedagogické, ale také vliv prostředí a motivace pojištěnce. Adaptací na zdravotní postižení se myslí především nabytí nebo opětovné nabytí schopností a dovedností, které spolu s využíváním zachovaných tělesných, smyslových 21) a duševních schopností a eventuálně s využíváním dostupných pomůcek umožní pojištěnci vykonávat výdělečnou činnost.
- 16) Snížení dolní hranice míry poklesu pracovní schopnosti nesmí v úhrnu převýšit 10 procentních bodů. 22)
- 17) Pokud je pro daný druh zdravotního postižení uvedena ve sloupku míra poklesu pracovní schopnosti v procentech pouze jedna konkrétní číselná hodnota místo procentního rozmezí poklesu pracovní schopnosti, považuje se tato hodnota za hranici horní v případě potřeby použití navýšení procentní míry poklesu pracovní schopnosti dle ustanovení § 3 citované vyhlášky nebo za hranici dolní v případě potřeby použití snížení procentní míry poklesu pracovní schopnosti dle ustanovení § 4 citované vyhlášky.
- Výše uvedený způsob posouzení umožňuje zcela individuální a komplexní zhodnocení dopadu DNZS na pokles pracovní schopnosti posuzovaného. V praxi může mít využití tohoto ustanovení zcela zásadní vliv na výsledný stupeň invalidity, resp. neuznání žádného stupně invalidity. Tak např. v řadě položek je horní hranice procentního rozmezí stanovena na 25 %, 40 % či 60 % a lze ji navýšit až na 35 %, 50 %, resp. 70 %, nebo dolní hranice procentního rozmezí činí 40 %, 50 % či 70 % a lze ji snížit až na 30 %, 40 %, resp. 60 %. Vliv na posudkový závěr je z těchto příkladů zřejmý. Uvedené posudkově významné skutečnosti se vždy vyhodnocují ve vzájemných souvislostech, nikoli odděleně.
- Vlastní určení konkrétní procentní míry poklesu pracovní schopnosti, stanovení horní, střední či dolní hranice daného rozmezí, stejně tak jako využití možnosti zvýšení horní či snížení dolní procentní hranice až o 10 procentních bodů, musí být v posudcích vždy náležitě, dostatečně a přesvědčivě odůvodněno.
- Procentní míry poklesu pracovní schopnosti podle druhů zdravotního postižení jsou uvedeny v příloze k vyhlášce o posuzování invalidity. V patnácti kapitolách členěných podle jednotlivých druhů zdravotních postižení jsou v konkrétních položkách zdravotních postižení uvedeny 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 v procentech, a to v případech, kdy zdravotní postižení má stejný rozsah a tíži projevů 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, projevů a dopadů. 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 DNZS včetně otázek kvalifikačního nebo rehabilitačního potenciálu tak, že zvolí v rámci procentního rozpětí hodnotu minimální, střední nebo maximální.

- 23) Stanovení míry poklesu pracovní schopnosti se děje prostřednictvím rozhodující příčiny DNZS - druhu zdravotního postižení dle příslušné kapitoly, oddílu a položky citované přílohy k vyhlášce o posuzování invalidity, a to podle konkrétního zdravotního postižení, jeho etiopatogenze a klinických a sociálních projevů (dopadu na zatížení, denní aktivity, sociální fungování), přičemž obsah vymezení položky musí korespondovat se zdravotním stavem a funkčním postižením pojištěnce.
- 24) 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.
- 25) Následná posudková hlediska uvedená u jednotlivých zdravotních postižení upřesňují a individualizují způsob hodnocení konkrétních skutečností vztahujících se ke zdravotnímu postižení (např. zhodnocení BMI, klasifikace NYHA, ejekční frakce, spirometrie, úroveň intelektu, počtu atak, délky remise, klinického stadia, celotělové kostní denzity, svalové síly), popř. jeho dopad do sociální a pracovní oblasti.
- 26) Funkční hlediska uvedená u jednotlivých položek zdravotního postižení jsou různého charakteru. Některá jsou taxativní - to znamená, že musí být zcela jednoznačně splněna (např. amputace nohy v nártu).
- 27) U jiných položek jsou funkční hlediska uvedena příkladem s nejčastějšími nebo nejtypičtějšími funkčními poruchami (např. degenerativní změny páteře a plotének, 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 je uvedeno v dané položce, tj. zjištěny jen některé funkční projevy (degenerativní změny na páteři a ploténkách, svalová dysbalance), je nutno použít položky jiné s nižším procentním hodnocením míry poklesu pracovní schopnosti, protože rozsah a tíže funkční poruchy jsou nižší než citované, nebo stav vyhodnotit jako dlouhodobou příznivou stabilizaci a v rámci dalšího postupu příslušnou dolní hranici míry poklesu pracovní schopnosti snížit až o 10 procentních bodů.
- 28) Funkční hlediska mohou být rovněž sociálního a pracovního významu jako např. zvládání zátěže, schopnost sociálního zapojení a sociálního fungování, zvládání denních aktivit.
- 29) Příloha k vyhlášce o posuzování invalidity 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 a statistických dat o invalidizaci jsou častými příčinami invalidity. V případě, že zdravotní postižení, které je příčinou DNZS a není v příloze k vyhlášce o posuzování invalidity uvedeno, stanoví se pokles pracovní schopnosti podle takového zdravotního postižení v příloze uvedeného, které je s ním funkčním dopadem nejvíce srovnatelné.

Čl. 5

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

- 1) Při posuzování invalidity se hodnotí nejen samotný pokles pracovní schopnosti, ale i zachovaná část pracovní schopnosti, přičemž obě skutečnosti musí spolu věcně korelovat. Proto je nedílnou součástí posuzování pracovní schopnosti a invalidity zhodnocení schopnosti využití zachované pracovní schopnosti v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % a nejvíce o 69 %.
- 2) V případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % a nejvíce o 69 % se v obecné rovině stanoví, zda je pojištěnec schopen po vzniku invalidity prvního nebo druhého stupně vykonávat výdělečnou činnost a za jakých podmínek. Pokud není schopen využít dosaženého vzdělání, zkušeností a znalostí nebo pokračovat v předchozí výdělečné činnosti, je třeba stanovit, zda je pojištěnec schopen rekvalifikace na jiný druh výdělečné činnosti.
- 3) Pojištěnec je schopen využívat na trhu práce jen tu část své pracovní schopnosti, která mu zbývá.
- 4) Při hodnocení schopnosti vykonávat výdělečnou činnost po uznání invalidity prvního nebo druhého stupně se stanoví, zda tuto činnost je schopen vykonávat jen

- a) s podstatně menšími nároky na tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti;
 - b) s podstatně menšími nároky na kvalifikaci;
 - c) v podstatně menším rozsahu a intenzitě.
- 5) Podstatně menší nároky, rozsah nebo intenzita se posuzují ve vztahu ke stavu před vznikem DNZS a invalidity. 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. V posudkové praxi mohou nastat též kombinace uvedených možností.
- 6) Zdravotní stav a zachovaná pracovní schopnost mohou odůvodňovat schopnost výdělečné činnosti s podstatně menšími nároky na tělesné schopnosti, pokud je rozhodující příčinou DNZS tělesné postižení s omezením fyzické výkonnosti, s podstatně menšími nároky na smyslové schopnosti, pokud je rozhodující příčinou DNZS smyslové postižení s omezením vnímání smysly, nebo s podstatně menšími nároky na duševní schopnosti, pokud je rozhodující příčinou DNZS duševní postižení s omezením duševních schopností. Při polymorbiditě se mohou vyskytovat i kombinace citovaných situací.
- 7) Pokud DNZS působí snížení kvalifikace nebo brání využívání kvalifikace, je pojištěnec schopen vykonávat výdělečnou činnost s podstatně menšími nároky na kvalifikaci.
- 8) Při DNZS se snížením tělesných, smyslových nebo duševních 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 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.
- 9) V individuálních situacích se mohou různá omezení ve schopnosti využití zachované pracovní schopnosti kombinovat nebo prolínat.
- 10) Schopnost rekvalifikace na jiný druh výdělečné činnosti se hodnotí v případě, pokud pojištěnec není schopen využít dosažené vzdělání, zkušenosti

a znalosti nebo pokračovat v předchozí výdělečné činnosti. Pro rekvalifikaci je důležité, aby zdravotní stav pojištěnce byl stabilizovaný nebo aby pojištěnec byl na své zdravotní postižení adaptován a aby měl i přes DNZS dostatečnou kapacitu tělesných, smyslových nebo duševních schopností k osvojení si nových dovedností potřebných pro práci, zaměstnání, výdělečnou činnost včetně jejich udržování nebo obnovování.

Čl. 6

Zcela mimořádné podmínky

- 1) Při uznání invalidity třetího stupně, tzn. v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 %, posudkový orgán stanoví, zda je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek. V případě, že tuto situaci posudkový orgán zjistí, uvede ji v posudku o invaliditě.
- 2) 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. V posudkové praxi to znamená zvážit, zda za takovýchto mimořádných podmínek je schopen pojištěnec, invalidní ve třetím stupni, pracovat.
- 3) 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 pracoviště lze považovat např. braillový displej k PC, za zvláštní úpravu strojů a nástrojů jejich přestavění z ručního na nožní ovládání, za zvláštní pracovní pomůcky např. digitální zápisník pro zrakově postižené s hlasovým výstupem nebo braillovým displejem, předčitatelské služby pro nevidomé, tlumočnické služby pro hluchoslepé. Za pracovní asistenci lze považovat každodenní opakovaný soustavný dohled a kontrolu (velmi často během pracovní doby) při práci s nutností vedení při práci např. osob s mentálním postižením.
- 4) V právní úpravě od 01.01.2010 není taxativně vymezen okruh zdravotních postižení umožňujících výdělečnou činnost za zcela mimořádných podmínek. 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 tělesná, smyslová nebo duševní.

- 5) Zcela mimořádné podmínky musí být v příčinné souvislosti s charakterem, rozsahem a tíží zdravotního postižení.
- 6) Mezi schopností vykonávat výdělečnou činnost za zcela mimořádných podmínek a invaliditou třetího stupně existuje vzájemná souvztažnost. Pokud je pojištěnec schopen výdělečné činnosti pouze za zcela mimořádných podmínek, pak tato skutečnost automaticky podmiňuje invaliditu třetího stupně.
- 7) Bez zajištění zcela mimořádných podmínek by pojištěnec zpravidla nebyl schopen výdělečnou činnost vykonávat vůbec nebo jen ve velmi omezeném rozsahu.
- 8) Při posuzování schopnosti výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek je nutno z posudkově medicínského hlediska postupovat zcela individuálně a vzít v úvahu, že výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek je pojištěnec schopen zejména, pokud je jeho zdravotní stav stabilizovaný, je na své zdravotní postižení adaptován, absolvoval rehabilitaci (pracovní, sociální).

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 DNZS;
 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 vyhlášky o posuzování invalidity 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.

Čl. 7

Náležitosti posudku o invaliditě

Posudek o invaliditě dle ustanovení § 7 vyhlášky o posuzování invalidity 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

Náležitosti posudku o invaliditě jsou přehledem o východiscích posudkového procesu s výčtem rozhodujících podkladů, učiněných skutkových zjištěních a výsledku posouzení zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti 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 také závěry judikatury Nejvyššího správního soudu o úplnosti a přesvědčivosti posudku.

Za stěžejní lze považovat skutková zjištění, ke kterým posudkový orgán 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 na pokles pracovní schopnosti pojištěnce, 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. Součástí skutkových zjištění by měl být i přehled výsledků předchozích posouzení zdravotního stavu u pojištěnce s odůvodněním, kdy a k jakým posudkově významným změnám došlo, proč a čím byly podmíněny. Je nutné, aby všechny vypracované posudky, potažmo výsledky posouzení zdravotního stavu, na sebe navazovaly v souladu s učiněnými skutkovými zjištěními. Uvedená skutková zjištění musí být dostatečně vypovídající, věcně logická a řádně 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 dále řádně odůvodnit, z čeho – z jakého důkazu/popř. důkazů a proč 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 nebo soustavné přípravy pro pracovní uplatnění ze zdravotních důvodů a jiné. To znamená, že den vzniku invalidity nemusí být podložen jen konkrétním lékařským nálezem, ale také spolehlivým a prokazatelným údajem o převedení na jinou zdravotně vhodnou práci, zkrácením pracovního úvazku, změnou zaměstnání, ukončením zaměstnání nebo soustavné přípravy pro pracovní uplatnění.

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 (zejména snížení) nebo den zániku invalidity je zpravidla den jednání posudkového orgánu (lékaře OSSZ), kdy dojde k vyhodnocení posudkově rozhodných skutečností o zdravotním stavu a pracovní schopnosti pojištěnce. Změna stupně invalidity nebo její zánik musí být v posudku o invaliditě řádně posudkově medicínsky odůvodněny

(v čem je spatřována změna zdravotního stavu a pracovní schopnosti).

Nedílnou součástí posudku o invaliditě 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.

Čl. 8

Invalidní důchod v mimořádných případech

- 1) Na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně má dle § 42 odst. 1 ZDP 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 dle § 40 ZDP (nebyla účastna důchodového pojištění).
- 2) Pro účely nároku na invalidní důchod v mimořádných případech se vymezuje invalidita třetího stupně odchylným způsobem, jako takové omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností, které má za následek neschopnost soustavné přípravy k pracovnímu uplatnění. Nutno přitom zdůraznit, že se jedná o úplnou neschopnost přípravy k jakémukoliv pracovnímu uplatnění, tedy i k takovému, které v budoucnu umožňuje výdělečnou činnost za zcela mimořádných podmínek.
- 3) Při posuzování invalidity pro účely nároku na invalidní důchod v mimořádných případech se neprovádí srovnání se stavem, který byl u osoby před vznikem DNZS. Na základě uvedeného se v těchto případech nezjišťuje a nestanovuje procentní míra poklesu pracovní schopnosti podle přílohy k vyhlášce o posuzování invalidity. Z tohoto důvodu se v posudku o invaliditě neuvádí, zda je zachována schopnost výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.
- 4) 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 formu 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 budoucí pracovní uplatnění a v důsledku toho nemá ani potřebnou dobu pojištění. Proto nelze ani provádět porovnání rozsahu pracovní schopnosti oproti stavu před vznikem DNZS a zjistit míru poklesu pracovní schopnosti v procentech.

- 5) V praxi se bude jednat 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 útvar důchodového pojištění, zejména v situaci, kdy osoba absolvuje nebo absolvovala aktivity, o nichž není zřejmé, zda je lze považovat za soustavnou přípravu pro pracovní uplatnění, která zakládá nebo zakládala účast na důchodovém pojištění.
- 6) Do kolonky den vzniku invalidity se v uvedeném případě uvede obecný údaj **před 18. rokem věku** a nehledá se žádné konkrétní datum posudkově rozhodné skutečnosti. Děti do ukončení povinné školní docházky nedisponují pracovní schopností. Při posuzování invalidity nelze tedy v žádném případě stanovit datum vzniku invalidity před ukončení povinné školní docházky.
- 7) Pokud by posuzovaná osoba s těžkým zdravotním postižením získala potřebnou dobu pojištění dle § 40 ZDP, nepřipadá u ní v úvahu uznání

- a) sledování vývoje zdravotního stavu v případech, kdy lze očekávat jeho posudkově významné zlepšení nebo stabilizaci anebo adaptaci na zdravotní postižení;
- b) sledování vývoje v ostatních posudkově rozhodných skutečnostech, kdy lze očekávat změny zejména v oblasti kvalifikačního potenciálu nebo využití zachované pracovní schopnosti.

Termín kontrolní lékařské prohlídky se stanoví s ohledem na předpokládaný vývoj zdravotního stavu a ostatních posudkově rozhodných skutečností, kdy lze reálně očekávat snížení stupně invalidity nebo její zánik.

- 2) Kontrolní lékařská prohlídka se nestanovuje v případech
- a) kdy podle poznatků lékařské vědy a z dynamiky vývoje zdravotního postižení nelze očekávat, že léčbou, rekonvalescencí nebo rehabilitací dojde ke zlepšení zdravotního stavu a tím ke snížení stupně invalidity nebo k jejímu zániku;
- b) kdy z povahy chorobného procesu nelze očekávat, že dojde ke stabilizaci zdravotního stavu nebo k adaptaci na zdravotní postižení a tím ke změně stupně invalidity nebo k jejímu zániku.
- c) kdy není reálně očekávat změny ve využití zachované pracovní schopnosti a v kvalifikačním potenciálu, tj. v oblasti vzdělávání, znalostech, rekvalifikaci na jiný druh výdělečné činnosti, které by odůvodnily snížení míry poklesu pracovní schopnosti a tím i snížení stupně invalidity nebo zánik invalidity.
- 3) Stanovení či nestanovení kontrolní lékařské prohlídky je nutné v posudkovém zhodnocení vždy řádně zdůvodnit.

Čl. 9

Stanovení termínu kontrolní lékařské prohlídky

- 1) Obecnými požadavky pro stanovení kontrolní lékařské prohlídky jsou

Čl. 10

Závěrečné ustanovení

Tato instrukce nabývá účinnosti dnem 15.07.2016.

**5. Posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 108/2006 Sb.,
o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
(Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči)**

Obsah

- Čl. 1. Úvodní ustanovení
 - Čl. 2. Vymezení základních pojmů
 - Čl. 3. Obecné zásady posuzování stupně závislosti
 - Čl. 4. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
 - Čl. 5. Principy hodnocení schopnosti zvládat ZŽP
 - Čl. 6. Posuzování jednotlivých ZŽP
 - Čl. 7. Specifický přístup k posuzování stupně závislosti osob do 18 let věku
 - Čl. 8. Doba platnosti posudku
 - Čl. 9. Součinnost LPS OSSZ a KP ÚP podle § 25 ZSS
 - Čl. 9a Spolupráce s lékařskými odbornými společnostmi a profesními sdruženími
 - Čl. 10. Závěrečná ustanovení
- Příloha: Psychomotorický vývoj dítěte

**Čl. 1
Úvodní ustanovení**

- 1) Tato instrukce upravuje pracovní postupy LPS OSSZ, ČSSZ a PK MPSV při posuzování stupně závislosti pro účely PnP podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, ve vztahu k ust. § 8 odst. 1 písm. g) a § 4 odst. 2 ZOPSZ.
- 2) Při posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči postupují LPS OSSZ i dle procesních pravidel stanovených ČSSZ, PK MPSV i podle procesních pravidel stanovených v „Metodickém pokynu ředitele odboru posudkové služby pro postupy posudkových komisí MPSV při posuzování zdravotního stavu pro účely opravných řízení“, č. j. 2013/77855-722, v platném znění.

**Čl. 2
Vymezení základních pojmů**

- 1) **Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** podle § 3 písm. c) ZSS je takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který **omezuje funkční schopnosti** nutné pro zvládnutí ZŽP.
- 2) **Přírozeným sociálním prostředím** podle § 3 písm. d) ZSS se míní rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, s nimiž se sdílí domácnost, a místa,

kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.

Za přirozené sociální prostředí lze pro účely posuzování stupně závislosti fyzické osoby považovat též pobytová zařízení služeb sociální péče.

- 3) **Zdravotním postižením** podle § 3 písm. g) ZSS se míní tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby.
- 4) **Základní životní potřeby** jsou životní potřeby uvedené v § 9 odst. 1 ZSS.
- 5) **Příspěvek na péči se poskytuje** podle § 7 ZSS osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle ZSS při zvládnutí ZŽP osob. Náklady na PnP se hradí ze státního rozpočtu.
- 6) **Osoba starší 18 let věku** se podle § 8 odst. 2 ZSS považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve
 - a) **stupni I** (lehká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **tři nebo čtyři** ZŽP,
 - b) **stupni II** (středně těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **pět nebo šest** ZŽP,
 - c) **stupni III** (těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **sedm nebo osm** ZŽP,

d) **stupni IV** (úplná závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **devět nebo deset** ZŽP,

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

7) **Osoba do 18 let věku** se podle § 8 odst. 1 ZSS považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

a) **stupni I** (lehká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **tři** ZŽP,

b) **stupni II** (středně těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **čtyři nebo pět** ZŽP,

c) **stupni III** (těžká závislost) jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **šest nebo sedm** ZŽP,

d) **stupni IV** (úplná závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **osm nebo devět** ZŽP,

a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

8) **Nárok na PnP** má osoba uvedená v § 4 odst. 1 ZSS, která z důvodu DNZS potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí ZŽP v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8 ZSS, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče uvedený v § 83 ZSS nebo poskytovatel sociálních služeb podle § 85 odst. 1 ZSS nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.

9) **Nárok na PnP nemá** osoba mladší jednoho roku.

10) **Každodenní pomocí se rozumí** činnosti, které jsou jinou fyzickou osobou/poskytovatelem sociálních služeb prováděny na základě každodenní objektivní potřeby a konkrétního individualizovaného požadavku osoby se zdravotním postižením (klienta) k naplnění některých aktivit. Klient si tedy aktivně řídí poskytování sociálních služeb, tj. rozsah, frekvenci, dobu poskytování pomoci aj. Obecně se jedná o aktivní spoluúčast při dosahování nějakého cíle nebo odvracení nebo odstraňování nežádoucích následků. Pomoc se poskytuje formou asistence jako aktivní podpora směřující ke zvládnutí jednotlivých ZŽP při částečně zachovaných schopnostech k jejich zvládnutí u osoby se zdravotním postižením.

11) **Každodenní péčí se rozumí** činnosti, které jsou jinou fyzickou osobou/poskytovatelem sociálních služeb každodenně prováděny v prospěch osoby se zdravotním postižením (klienta), který pro absenci svých schopností nezvládá ZŽP. Péče je tedy vyšším stupněm pomoci, respektive saturací potřeb u těch osob, které nemají zachovány schopnosti ke zvládnutí jednotlivých ZŽP. Jejím účelem

je udržení a podpora sociálního postavení osoby se zdravotním postižením.

12) **Každodenním dohledem se rozumí** forma podpory, kdy osoba se zdravotním postižením (klient) realizuje ZŽP/jednotlivé každodenní aktivity pouze za přítomnosti jiné fyzické osoby, která klienta vede, motivuje a kontroluje. Tato kontrola je specifická forma dohledu, kdy pečující osoba nemusí být přítomna po celou dobu provádění jednotlivých aktivit, ale pouze v určité fázi nebo na konci aktivity. Dohled se tedy poskytuje formou asistence jako pasivní podpora směřující ke zvládnutí ZŽP osoby se zdravotním postižením, která má částečně zachovány schopnosti k jejich zvládnutí.

13) **Mimořádnou péčí** se podle § 10 věty třetí ZSS rozumí péče poskytovaná osobě do 18 let věku, která svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku.

14) **Přijatelným standardem** se rozumí zvládnutí příslušné základní životní potřeby v kvalitě a způsobem, který je běžný, obvyklý a akceptovatelný, a který umožňuje, aby tato potřeba byla zvládnuta bez každodenní pomoci jiné osoby (viz dále čl. 5 odst. 9).

Čl. 3

Obecné zásady posuzování stupně závislosti

1) Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto **ZŽP**:

- 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.

2) Pro posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti platí obecné principy posudkové činnosti, vycházející ze zjištěného stavu věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti. Při posuzování stupně závislosti osoby vychází OSSZ ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře (§ 25 odst. 3 ZSS). PK MPSV přitom vychází z dokumentace OSSZ, lékařských nálezů doložených posuzovaným během řízení, výsledku vlastního vyšetření a ev. dalších podkladů dle úvahy předsedy PK MPSV nebo celé PK MPSV.

- 3) Závislost v jednotlivé ZŽP a stupeň závislosti lze spolehlivě stanovit až v době, kdy je skončeno poskytování akutní zdravotní péče, proběhla základní rehabilitace a zdravotní stav a funkční schopnosti jsou určitým způsobem ustálené. Stran ustálenosti zdravotního stavu je proto zapotřebí vždy vyhodnotit konkrétní situaci ve vztahu k shora uvedeným skutečnostem.
- 8) Jako statistická značka rozhodující diagnózy se uvádí hlavní zdravotní příčina způsobující závislost, tzn. konečný funkční následek, nikoliv anatomický substrát. Tedy např. H90 – porucha sluchu (nikoliv otoskleróza, H80) nebo I69 – hemiplegie po CMP (nikoliv CMP, I64) apod.

Čl. 4

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

- Pokud dochází po zdravotní příhodě k progresi úbytku funkčních schopností proti premorbidnímu stavu a místo očekávaného zlepšování dochází ke stagnaci nebo dokonce k jeho zhoršování a přínos nelze očekávat ani od rehabilitace, vyhodnotí se tento stav jako DNZS s dopadem na zvládání jednotlivých ZŽP a uzná se příslušný stupeň závislosti.
- Může se jednat např. o nepříznivý vývoj po CMP.*
- 4) K uznání neschopnosti zvládat ZŽP z důvodu DNZS postačuje prokázání neschopnosti zvládat aspoň jednu z aktivit, která je pro schopnost zvládat ZŽP vymezena v příloze č. 1 k vyhlášce, a to bez ohledu na příčinu DNZS.
- 5) Při posuzování stupně závislosti se ZŽP, u nichž bylo zjištěno, že tyto ZŽP osoba z důvodu DNZS není schopna zvládat, sčítají.
- 6) Posudek musí splňovat požadavek úplnosti, objektivnosti a přesvědčivosti, který spočívá v tom, že posudkový lékař musí spolehlivě zjistit stav věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti. V posudkovém hodnocení musí posudkový lékař posoudit předepsané skutečnosti a posudkově medicínsky se vyrovnat (vysvětlit, odůvodnit) se všemi posudkově významnými údaji uváděnými ve shromážděné podkladové dokumentaci, tj. lékařskými nálezy, sociálním šetřením. PK MPSV se musí vypořádat i se skutečnostmi uvedenými v posudku lékaře OSSZ, a to jak s těmi, které akceptuje, tak i s těmi, které nejsou PK MPSV akceptovány nebo jsou akceptovány jen částečně, dále s námitkami uvedenými v odvolání, jež se týkají jednotlivých aktivit v rámci ZŽP, a lékařskými nálezy doloženými v průběhu odvolacího řízení. Zejména je třeba podrobně odůvodnit, z jakého důvodu dochází k rozdílnému posouzení ZŽP oproti posudku lékaře OSSZ, popřípadě proč dochází v rámci dalšího posouzení k přehodnocení dříve uznaných ZŽP. PK MPSV se v posudku vždy vypořádá také s požadavky odvolacího správního orgánu.
- 7) Závěrečnou částí posudkové rozvahy je stanovení, jaké funkční schopnosti a jakým způsobem jsou z důvodu DNZS omezeny, sníženy nebo zanikly a kolik a jaké ZŽP posuzovaná osoba nezvládne (je v nich závislá) z důvodu DNZS.
- 1) Základním předpokladem pro stanovení stupně závislosti je existence DNZS. Z definice vyplývá, že pro uznání DNZS musí být přítomno zdravotní postižení, které dlouhodobě nepříznivě omezuje nebo bude omezovat funkční schopnosti nutné pro zvládání jednotlivých ZŽP. To znamená, že je-li přítomno zdravotní postižení, třeba i vážného charakteru, které u konkrétní osoby neomezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání jednotlivých ZŽP, nejde ve smyslu ZSS o nepříznivý zdravotní stav, neboť není naplněno kritérium nepříznivosti, tj. nejsou omezeny funkční schopnosti nutné pro ZŽP.
- Jedná se např. o degenerativní změny kloubů bez závažného omezení funkce končetin, které nevedou k neschopnosti zvládat ZŽP.*
- 2) Další podmínkou uznání DNZS je kritérium dlouhodobosti takového zdravotního postižení a jeho funkčních dopadů, tj. nezvládání ZŽP z důvodu nepříznivého zdravotního stavu trvá nebo bude trvat déle než 1 rok.
- V kritériu dlouhodobosti by měla být zohledněna i skutečnost, zda jsou zdravotní stav a funkční schopnosti posuzované osoby stabilizované, tzn. ustálené na určité úrovni, a zda je osoba na své zdravotní postižení adaptovaná (tj. osoba se naučila zvládat příslušnou aktivitu náhradním způsobem, s facilitátory apod.).*
- 3) Kritérium nepříznivosti a kritérium dlouhodobosti se zkoumá ve vztahu ke každé ZŽP. U akutně nebo náhle vzniklých stavů musí předpoklad dlouhodobosti a nepříznivosti vycházet ze zhodnocení dynamiky jeho vývoje u konkrétní osoby s ohledem na premorbidní stav a z obecných lékařských znalostí o průběhu daného stavu (nemoci, úrazu). K uznání DNZS postačuje předpoklad trvání nebo faktické trvání neschopnosti zvládat jednu ze ZŽP déle než 1 rok.
- Hodnocení DNZS souvisí též s hodnocením toho, zda zdravotní stav a funkční schopnosti jsou určitým způsobem ustálené – viz též čl. 3 odst. 3.*
- 4) Nelze-li konstatovat DNZS, další skutečnosti se již neposuzují (neprovádí se hodnocení ZŽP).

Do výrokové části posudkového závěru se uvede, že nejde o DNZS ve smyslu ZSS.

- 5) Při zjištění DNZS vyhodnotí posudkový lékař informace o zdravotním stavu a informace obsažené v sociálním šetření ve vztahu k:
 - a) funkčnímu dopadu DNZS na schopnost zvládat ZŽP,
 - b) existenci příčinné souvislosti mezi poruchou funkčních schopností z důvodu DNZS a pozbytím schopnosti zvládat ZŽP v přijatelném standardu a
 - c) přínosu „facilitátorů“.

ČI. 5

Principy hodnocení schopnosti zvládat ZŽP

- 1) Základním principem hodnocení schopnosti zvládat ZŽP je hodnocení funkčního dopadu DNZS na tuto schopnost. Nepřihlíží se přitom k pomoci, dohledu nebo péči při zvládnutí ZŽP, která nevyplývá z funkčního dopadu DNZS.
- 2) Schopnost osoby zvládat ZŽP se hodnotí podle aktivit vymezených v příloze č. 1 k vyhlášce. ZŽP mají každodenní charakter, i když se liší různou mírou opakování během dne. Rovněž aktivity, kterými se ZŽP vymezují, jsou každodenně se opakujícího charakteru. Nepřihlíží se k pomoci, dohledu nebo péči při zvládnutí ZŽP, které nevyplývají z funkčního dopadu DNZS.
- 3) Schopnost osoby zvládat ZŽP pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí v přirozeném sociálním prostředí, tj. v prostředí, kde osoba žije, realizuje své běžné sociální aktivity, a s ohledem na věk fyzické osoby.
- 4) Při hodnocení schopnosti zvládat ZŽP se hodnotí:
 - a) **tělesné struktury** a
 - b) **tělesné funkce** duševní, mentální, smyslové, oběhové, dechové, hematologické, imunologické, endokrinní, 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.

- 5) Zvládnutí ZŽP se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí osoby, tj. se zachovanými funkčními schopnostmi, a s využíváním běžně dostupných a obvyklých pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku (tzv. „facilitátory“), aniž posudkový lékař zjišťuje, zda je osoba

má či nemá k dispozici (jako brýle, sluchadlo, otvírák na šroubovací láhve, nástavec na záchodě, sedák ve vaně, opěrná pomůcka, nízké chodítko, madla, odstranění prahů, zábradlí apod.). Podstatné je, že posuzovaný je schopen facilitující prostředky samostatně používat a ZŽP svede alternativním, ale vyhovujícím způsobem v přijatelném standardu.

- 6) Za neschopnost zvládnutí ZŽP 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 ZŽP v přijatelném standardu.

V této souvislosti je třeba připomenout, že porucha funkce (orgánu nebo systému) a porucha funkčních schopností fyzické osoby nejsou totožné pojmy. Tj. porucha funkce orgánu nebo systému nemusí vždy vést k omezení funkčních schopností nutných pro zvládnutí ZŽP. Pokud fyzická osoba zvládá aktivity za použití facilitátorů sama (např. brýle, sluchadla, vybavení koupací vany madlem či sedátkem apod.) bez pomoci druhé osoby, nejde o neschopnost zvládat ZŽP a tedy ani o závislost v příslušné oblasti.

- 7) Za neschopnost zvládnutí ZŽP se považuje rovněž stav, kdy režim nařízený odborným lékařem poskytujícím specializované zdravotnické služby neumožňuje provádění ZŽP v přijatelném standardu.

Jedná se např. o případy, kdy dítě s morbus Perthes má nařízený dlouhodobý klid na lůžku (do stabilizace stavu); v takovém případě není schopno zvládat mobilitu.

Jiným příkladem je dítě s hematologickým onemocněním, které je v akutní fázi nemoci léčeno vysokými dávkami cytostatik se zásadním dopadem na imunitu dítěte, přičemž nemůže používat veřejné dopravní prostředky.

O neschopnost zvládat ZŽP v oblasti mobility se však nejedná, pokud osoba s poruchou imunity má v době zvýšeného rizika respiračních onemocnění doporučeno necestovat prostředky hromadné dopravy, ale jinak se běžně v kolektivech lidí pohybuje (např. nemocní s mukoviscidózou, onkologickým onemocněním apod.). V tomto případě se nejedná o trvalé riziko, ale pouze o preventivní opatření v době probíhající epidemie.

*Pro uznání neschopnosti zvládat ZŽP v uvedených případech musí být vždy splněny **následující podmínky**: musí se jednat o formu **výslovného zákazu odborným lékařem, nikoliv o obvyklé lékařské***

doporučení, dále se musí jednat o dlouhodobé či trvalé izolační opatření (nejméně jeden rok) a musí být prokázána příčinná souvislost tohoto opatření s DNZS.

- 8) Výsledek hodnocení jednotlivých ZŽP pro účely stanovení stupně závislosti musí odrážet rozsah duševních (týkajících se zejména chování, emotivity, schopnosti abstrakce), mentálních (zejména rozhodovací a poznávací schopnosti), tělesných a smyslových funkčních schopností posuzované osoby ve vztahu k DNZS. Jejich hodnocení (schopnost zvládat či neschopnost zvládat ZŽP) by mělo spolu vzájemně korespondovat, neboť k zvládnutí některých ZŽP a řady aktivit, kterými se ZŽP vymezují, je potřebný obdobný rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností.
- 9) **Přijatelným standardem** se rozumí zvládnutí příslušné ZŽP v kvalitě a způsobem, který je běžný, obvyklý a akceptovatelný, a který umožňuje, aby potřeba byla zvládnuta bez každodenní pomoci jiné osoby. Obě podmínky (tj. kvalita a samostatnost) musí být splněny současně, podstatnou skutečností je naplnění účelu u konkrétní ZŽP.

Za přijatelný standard lze považovat např. konzumaci teplého jídla lžící. Za přijatelný standard však nelze považovat, pokud osoba není schopna lžící používat a jí rukama.

Za přijatelný standard nelze pokládat komunikaci pomocí elektrolaryngu nebo jícnovým hlasem, příp. tracheostomovaných osob s trvalou kanylou při tvorbě hlasu překrýváním kanyly k vytvoření proudu vzduchu k hlasivkám, která působí komunikační problémy.

- 10) Při hodnocení schopnosti zvládat ZŽP se posuzuje, zda z důvodu DNZS je rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný k pravidelnému zvládnutí ZŽP a zda je fyzická osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí ZŽP. Přitom se přihlíží k tomu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující funkční schopnosti, k výsledku rehabilitace a k adaptaci na zdravotní postižení.

Za stabilizaci zdravotního stavu nelze považovat dosažení „křehké“ stabilizace, zejména v případě geriatrických syndromů. V takových případech by ztrátou podpory osoby se zdravotním postižením při eventuálním snížení stupně závislosti mohlo dojít ke zhoršení funkčního dopadu zdravotního postižení na zvládnutí ZŽP, což je nežádoucí a z hlediska podpory osoby se zdravotním postižením nepřijatelné. Obdobně je třeba přistupovat k osobám s velmi těžkým zdravotním postižením, kde díky soustavné sociální péči a silné vůli osoby se

zdravotním postižením se zdánlivě daří zlepšit zvládnutí některé ZŽP, takže při kontrolním posouzení stupně závislosti (pozn.: u trvalých postižení by měla být pravidlem trvalá platnost posudku!) se zdravotní stav zdánlivě jeví jako stabilizovaný, což může svádět k uznání zvládnutí některé ZŽP a potažmo snížení stupně závislosti.

Obdobně je třeba přistupovat k adaptaci na zdravotní postižení. To se týká zejména stavů s úplnou závislostí ve stupni IV nebo s těžkou závislostí ve stupni III. V těchto případech je třeba přihlížet k tomu, že bez sociální podpory by se zdravotní stav a zvládnutí některých ZŽP velmi rychle zvrátilo do původního stavu, což není smyslem kontrolního posouzení. Adaptace musí být dlouhodobá, nikoliv křehká, která je přechodná a je přímo závislá na poskytování sociálních služeb a sociální péče. Zejména u křehkých seniorů, kterým je poskytována soustavná sociálně-rehabilitační péče, na jejímž podkladě dojde k zlepšení dovedností, se tato skutečnost nepokládá za adaptaci, neboť při přerušení intenzivní péče dochází k rychlému zhoršení zdravotního stavu a závislosti na péči druhé osoby.

K případné argumentaci dostatečného rozsahu funkčních schopností se doporučuje vycházet i z anamnestických zjištění, např. údajů o návštěvě předškolních zařízení, školním vzdělání, výdělečné činnosti, zájmových aktivitách, řízení motorového vozidla, způsobu bydlení, zda jedinec žije sám, z frekvence návštěv pečující osoby apod. Argumentačně lze využít i srovnatelnosti náročnosti při zvládnutí některých ZŽP a jejich aktivit.

U osob s MR se neposuzuje jen diagnóza a výše IQ, ale je třeba vzít v úvahu vliv prostředí, rané péče, sociální rehabilitace, výchovy, vzdělávání, adaptace i případné komorbidity. MR představuje kontinuum s různým stupněm narušení adaptivního chování. Duševní a intelektové schopnosti, sociální dovednosti a sociální přizpůsobivost se mohou v jednotlivých případech při stejném stupni IQ (u lehkých a středních MR) v některých aspektech lišit. Současně je třeba vyhodnotit adaptaci na zdravotní postižení dosaženou vlivem sociálního prostředí, v němž osoba se zdravotním postižením vyrůstá.

U lehké MR se IQ pohybuje přibližně mezi 50 – 69, což se u dospělých srovnává s mentálním věkem cca 10 – 12 let. Děti s lehkou MR si potřebné dovednosti osvojují pomalejším způsobem. Při nástupu povinné školní docházky zpravidla zvládají stravování, oblékání, tělesnou hygienu, WC i komunikaci. Stav vede k obtížím při školní výuce. Pokud se IQ blíží dolní hranici rozmezí, mohou být některé sociální schopnosti a dovednosti více omezeny a stav si vyžádá i specifické výukové

postupy. Mnoho dospělých je schopno jednoduché fyzické práce a udržují sociální vztahy.

U střední MR dosahuje IQ hodnot 35 – 49, což se u dospělých srovnává s mentálním věkem cca 6 – 9 let. Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, s opožděním rozvoje péče o vlastní osobu a značným omezením komunikačních schopností a širších sociálních dovedností, z čehož plyne potřeba vzdělávání v speciálních vzdělávacích zařízeních. Zpravidla kolem 15. roku věku mladiství se středně těžkou MR disponují dostatečnými schopnostmi a dovednostmi v oblasti péče o svoji osobu (stravování, oblékání, obouvání, hygiena, výkon fyziologické potřeby), zvládají jednodušší/bazální komunikaci a orientaci (pouze) v obvyklém prostředí. Pokud se IQ blíží dolní hranici rozmezí střední MR, bývají dopady z hlediska péče nebo pomoci významnější.

Potřeba „občasného připomenutí či kontroly“ v oblasti péče o vlastní osobu se nehodnotí jako mimořádná péče, nicméně v posudku je třeba se s touto skutečností řádně vyrovnat a podrobně ji popsat, neboť hranice mezi zvládáním a nezvládáním ZŽP v těchto případech může být jemná.

U těžké MR se IQ pohybuje v pásmu 20 – 34, což se u dospělých srovnává s mentálním věkem cca 3 – 6 let. Stav vždy vyžaduje trvalou a maximální potřebu podpory. Při hodnocení zdravotního stavu a stupně závislosti je třeba zohlednit vliv přidružených zdravotních postižení (např. kvadruparéza).

Základem pro hodnocení zvládání ZŽP osobami s pervazivními vývojovými poruchami je vždy klinické posouzení zdravotního stavu jedince psychiatrem (ve věku do 18 let psychiatrem pro děti a dorost), neboť hodnocení psychopatologie a provedení kvalitní diferenciativní diagnostiky přísluší především jemu. Psychiatrické vyšetření by mělo být doplněno kvalitním psychologickým vyšetřením provedeným na pracovišti klinické psychologie (klinickým psychologem), nestačí vyšetření psychologem bez této požadované kvalifikace. Ostatní vyšetření, např. školním psychologem, různými poradnami apod., mohou mít pro posudkové zhodnocení pouze podpůrný (informativní) charakter a je nutno dát je do kontextu s ostatními zjištěnými skutečnostmi.

U poruch autistického spektra a dalších duševních poruch je třeba přihlížet nejen k stanovenému IQ, které nemusí být vzhledem k schopnosti zvládat ZŽP rozhodující, ale též k přidruženým poruchám, např. chování, osobnosti atd.

Klasifikace nízkofunkční, středněfunkční a vysokofunkční autismus vyjadřuje určitou míru

schopnosti socializace a sociálního začleňování, což může ovlivnit zvládání ZŽP v různé míře. Kombinace autismu s defektem mentálních schopností vždy zvládání ZŽP významně zhoršuje.

11) U osob, u nichž průběžně dochází ke zhoršování a zlepšování zdravotního stavu, trvá sledované období, rozhodné pro posouzení závislosti zpravidla 1 rok; funkční schopnost zvládat ZŽP se v takovém případě stanoví tak, aby odpovídala převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období.

12) Souvislost mezi DNZS a jeho dopadem na schopnost zvládat ZŽP musí být zřejmá. Není-li prokázána příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu DNZS a pozbytím schopnosti zvládat konkrétní ZŽP v přijatelném standardu, nelze u ní závislost uznat.

Pokud nezvládání ZŽP není z důvodu DNZS, ale např. z důvodu neznalosti, nezkušenosti, pohodlnosti apod., nelze její nezvládání uznat. Např. 20letá osoba nebo muž senior (vdovec) nebyli díky dělbě prací v rodině vedeni k přípravě teplého jídla a nejsou si sami schopni uvařit. Přitom mají dostatečné fyzické, duševní a smyslové schopnosti, aby tuto činnost zvládli. V posudku je však nutno tuto skutečnost podrobně vysvětlit.

Čl. 6

Posuzování jednotlivých ZŽP

A. Mobilita

- a) Za schopnost zvládat tuto základní ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat
1. vstávání a usedání,
 2. stoj,
 3. zaujímat a měnit polohy,
 4. pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v bytě a běžném terénu v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu,
 5. otevírat a zavírat dveře,
 6. chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů,
 7. nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových, a používat je.

Při hodnocení ZŽP mobilita se posuzuje funkční dopad postižení pohybového aparátu (končetin, pánve a páteře), tj. postižení kostí, svalů a nervů, a vliv tohoto postižení na schopnost samostatně se pohybovat ve smyslu shora uvedené definice.

Neschopnost zvládat aktivitu otevírání a zavírání dveří nejčastěji může být důsledkem současného postižení funkce horních a dolních končetin, případně ztrátových poranění obou horních končetin.

Zvládání ZŽP u ztrátových poranění se přitom hodnotí s facilitátory (zejména protézami).

Zvládání ZŽP mobilita se neposuzuje ve vztahu k postižení smyslů (a to ani aktivity otevírání a zavírání dveří, chůze po schodech a nastupování a vystupování z dopravních prostředků u nevidomých) a mentálního či duševního postižení, které jsou zahrnuty a hodnoceny v ZŽP orientace.

- b) Za bariérové dopravní prostředky se považují takové dopravní prostředky, do kterých se vstupuje/vystupuje po schodech.
- c) Za chůzi po nerovném povrchu se považuje zejména chůze po chodníku s dlažebními kostkami nebo po vyspravovaných komunikacích. Schopnost chůze se hodnotí v obvyklém prostředí, tj. chůze po chodnicích a dalších městských komunikacích, nehodnotí se chůze např. na turistické horské stezce, protože se nejedná o obvyklou každodenní aktivitu.
- d) Za neschopnost mobility se nepovažuje chůze, kterou je osoba schopna zvládnout každodenní pohyb po bytě třeba s přidržováním se nábytku, mimo byt a mimo bydliště za pomoci opěrných pomůcek, tj. hůlek, FH, berlí a event. chodítka.
- e) Za neschopnost mobility se považuje pohyblivost s odkázaností na invalidní vozík, pokud není vozík pro invalidy používán krátkodobě při aktuálním zhoršení zdravotního stavu. Za neschopnost mobility lze považovat i chůzi v malém rozsahu s těžce porušeným stereotypem chůze (souhyby obou DKK s výraznou oporou o 2 FH), neboť nejde o chůzi v „přijatelném standardu“.
- f) K neschopnosti mobility mohou vést těžká postižení až úplná ztráta funkce obou DKK na podkladě vrozených nebo získaných vad bez ohledu na etiologii. Plegie znamená, že není přítomna motorická ani sensorická funkce, případně je zachována nekompletní sensorická funkce, svalová síla 0 až 1. Minimálně těžká paréza (svalová síla 2) by měla být prokázána obvykle na dvou končetinách; osoba bývá pro své zdravotní postižení zpravidla odkázána na použití invalidního vozíku.
- g) Z interních onemocnění mohou k neschopnosti mobility vést těžká (terminální) stadia onemocnění, při kterých fyzická osoba pozbývá schopnost samostatného života, např. globální srdeční nebo dechová nedostatečnost, v případech seniorů těžká sarkopenie.

Za potřebu pomoci nebo dohledu druhé osoby při mobilitě nelze považovat doprovod při vycházce z důvodu zvýšení bezpečnosti pro běžné riziko pádu seniora nebo k zvýšení bezpečnosti dítěte v hromadné dopravě a silničním provozu.

B. Orientace

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
 1. poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem,
 2. mít přiměřené duševní kompetence,
 3. orientovat se osobou, časem a místem,
 4. orientovat se v přirozeném sociálním prostředí,
 5. orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat.

Schopnost orientace má dva rozměry – smyslový a duševní, tj. zvládání této ZŽP se posuzuje pouze ve vztahu k zachování smyslových a duševních či mentálních schopností.

Přiměřenost duševních schopností se hodnotí ve vztahu k uvědomění si vlastní identity v prostředí a čase, k schopnosti poznávat a řešit či rozhodovat obvyklé, každodenní situace, úkoly a problémy a k schopnosti regulovat své chování v přirozeném sociálním prostředí.

Stav fyzických schopností nemá vliv na orientaci pomocí smyslů ani na využívání duševních kompetencí k orientaci. Např. neschopnost či nemožnost otáčet hlavou do stran nemá za následek ztrátu orientace.

- b) Za neschopnost orientace se považuje např. stav, kdy osoba není schopna se smysly orientovat po bytě, v místě bydliště (dům, obydlí), na ulici a okolí, rozpoznávat jiné osoby, nebo nedisponuje přiměřenými duševními kompetencemi, které by jí umožnily orientovat se v obvyklém prostředí a v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat. Samotná „občasná“ ztráta orientace v čase, pokud není každodenní, neznamena neschopnost zvládat tuto ZŽP.
- c) K neschopnosti orientace může vést oboustranná praktická nebo úplná hluchota, praktická nebo úplná slepota, hluchoslepota, pokud ani za pomoci zdravotnických prostředků (sluchadla, implantované neuroprotézy) neumožňuje zvládat aktivity, kterými je orientace vymezena. K neschopnosti orientace z důvodu „nedostatku duševních kompetencí“ vede také např. středně těžká, těžká a hluboká MR, dále středně těžká a těžká demence nebo jiná těžká psychická postižení, která působí narušení

duševních kompetencí s prokazatelnými dlouhodobými těžkými poruchami orientace.

U neslyšících s implantovanou kochleární nebo kmenovou neuroprotézou je třeba vyhodnotit dobu od implantace, průběh rehabilitace a adaptaci na neuroprotézu, a to vše ve vztahu k věku příjemce. Přetrvávající porucha komunikace může být provázena též poruchou orientace, zvládnutí obou ZŽP je však třeba posuzovat odděleně.

Za MR se považuje pouze porucha intelektu, která je vrozená nebo získaná během prvních dvou let života dítěte. Vznikne-li porucha intelektu později, nejedná se o MR, ale jde o demenci.

U malých dětí v předškolním věku nelze spolehlivě hodnotit IQ. Obtížně lze stanovit také přesnou míru závažnosti poruchy intelektu. Z uvedených důvodů poruchu orientace u dětí z důvodu poruchy intelektu je nutno posuzovat velmi individuálně na základě odborných nálezů (především neurologického – úroveň psychomotorického vývoje, v předškolním věku lze obvykle již využít i psychiatrického a psychologického vyšetření), doložených známek opožděného vývoje s přihlédnutím k dalším poruchám, jako např. k poruchám chování apod.

- d) Za neschopnost orientace se nepovažuje znevýhodnění v důsledku poruchy růstu, pokud je výška osoby větší než je obvyklá výška dítěte kolem 6. roku věku (cca 120 cm), kdy je dítě schopno při cestě do školy se spolehlivě orientovat i přes svůj malý vzrůst.
- e) Za neschopnost orientace se nepovažuje jízda na invalidním vozíku, neboť osoba na invalidním vozíku se stran orientace nachází ve stejné situaci (má stejný rozhled) jako řidič osobního automobilu. Kromě toho je tato skutečnost již zohledněna v nezvládnutí ZŽP mobilita. Případné omezení pohyblivosti páteře u některých osob používajících invalidní vozík (zejména otáčení hlavou) a tím působeného znevýhodnění vyrovnává facilitující pomůcka (zpětná zrcátka obdobně jako u cyklisty na kole nebo u řidiče automobilu).

C. Komunikace

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
 1. vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby

odpovídající věku a sociálnímu postavení,

2. chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv,
3. vytvářet rukou psanou krátkou zprávu,
4. porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům,
5. používat běžné komunikační prostředky.

K základním obrazovým symbolům patří např. označení WC obrázkem, světla na semaforu, k zvukovým signálům např. bzučák na semaforu, klakson auta apod.

Za komunikaci v přijatelném standardu nelze považovat např. obtížné a špatně čitelné napsání krátké zprávy rukou např. z důvodu třesu nebo parézy horní končetiny, či obtížné „vytūkávání“ textu na počítači jedním prstem při postižení rukou. To se může dotýkat např. vozíčkářů s postižením funkce horních končetin, nemocných s Parkinsonovou chorobou, křehkých seniorů apod. Za přijatelný standard se nepokládá komunikace Braillovým písmem. Telefon se považuje za běžný komunikační prostředek, z toho důvodu neschopnost telefonovat z důvodu DNZS podmiňuje nezvládnutí ZŽP komunikace.

- b) Za neschopnost komunikace lze považovat např. stav, kdy osoba není schopna řádně vytvářet smysluplné mluvené a písemné zprávy a hovořit srozumitelnou řečí ani za použití pomůcek (sluchadel nebo brýlí), pochopit obsah přijímaných a sdělovaných zpráv a dorozumívat se v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající jejímu věku a sociálnímu postavení.

Za neschopnost komunikace lze považovat stavy s obrnou obou vratných nervů, tracheostomií, kanylonosičství s následnými poruchami fonace (řeči) a komunikace působícími poruchy porozumění a dorozumění.

Za neschopnost slovní komunikace v přijatelném standardu se považuje komunikace jícnovým hlasem nebo pomocí elektrolaryngu. Neschopnost komunikace mohou způsobit též nervosvalová postižení takového stupně, kdy stav vede k těžké poruše artikulace s nesrozumitelnou řečí.

- c) K neschopnosti komunikace může vést praktická a úplná nevidomost obou očí (neschopnost produkovat psanou zprávu), praktická a úplná hluchota (neschopnost dorozumět se mluvenou řečí) a těžké formy hluchoslepoty.

K posuzování osob s kochleárním nebo kmenovým implantátem je třeba přistupovat individuálně, obdobně jako u hodnocení ZŽP orientace. Přitom je třeba mít na zřeteli, že příjemce implantátu není normálně slyšící člověk. Kromě poruchy vnímání zvuku může trpět poruchou prostorové (směrové) orientace. Vjemy vznikající z implantátu jsou u dospělých zcela odlišné od předchozích zkušeností posuzovaného. Musí si úplně přestavět asociační spoje ohledně zvuků za pomoci integrace s jinými smysly, zejména se zrakem, posuzovaný se musí novému slyšení učit. Při posuzování zvládání této ZŽP se obdobně jako u ZŽP orientace hodnotí doba od implantace, průběh rekonvalescence, adaptace, schopnost dorozumívat se bez odezírání, výsledek audiologického vyšetření, současně se přihlíží k věku posuzovaného.

- d) K neschopnosti komunikace dále mohou vést závažné duševní a mentální poruchy, jako např. středně těžká, těžká a hluboká MR nebo demence, případně jiná těžká psychická postižení.

D. Stravování

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
1. vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny,
 2. nalít nápoj,
 3. rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat ji,
 4. najíst se a napít,
 5. dodržovat stanovený dietní režim,
 6. konzumovat stravu v obvyklém denním režimu,
 7. přemístit nápoj a stravu na místo konzumace.
- b) U některých osob se posuzuje též neschopnost dodržování dietního režimu nebo dodržování speciální stravovací potřeby, kdy je rozhodné vybrat si „správné/vhodné“ dietní nápoje a potraviny a konzumovat je v potřebných časových intervalech, resp. v obvyklém denním režimu. Součástí zvládání této ZŽP je i schopnost přemístit nápoj a stravu z místa přípravy na místo konzumace.

Za neschopnost v oblasti dietní stravy se nepovažuje vyloučení některých potravinových alergenů u dětí, jako např. jahod, ořechů a dalších alergenů, které nejsou každodenními a obvyklými složkami potravin. Nepřihlíží se také k potřebě pomoci, dohledu a péče, která vyplývá z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje. Schopnost uvařit

si teplé jídlo a nápoj se hodnotí v rámci ZŽP péče o domácnost a nelze tedy tuto aktivitu zohledňovat při hodnocení ZŽP stravování.

- c) K neschopnosti zvládat stravování může dojít např. při anatomické nebo funkční ztrátě obou HKK nebo anatomické ztrátě podstatných částí obou HKK s nemožností využít protézu k uchopení věcí, při ztrátě úchopové schopnosti obou rukou, při praktické a úplné nevidomosti obou očí a také při těžkých duševních poruchách, spojených se sociální dezintegrací, kdy jsou narušeny stravovací stereotypy.

Naservírování stravy (přemístění stravy a nápoje z místa přípravy na místo konzumace) je možno realizovat nejen přenášením, ale i posouváním nebo např. převozením na servírovacím stolku nebo na invalidním vozíku. Tzn., že samotný údaj o používání 2 FH nebo invalidního vozíku nemusí podmiňovat neschopnost naservírovat stravu. Předpokladem k tomu však je zejména zachovaná funkce obou HKK (včetně rukou) a přiměřené duševní kompetence.

Nezvládání naservírování nelze uznat např. v situaci, kdy muž – senior nebyl díky dělbě prací v rodině veden k provádění servírování stravy a je proto méně obratný, ale přitom má dostatečné fyzické, duševní a smyslové schopnosti, aby tuto činnost zvládl.

Za neschopnost zvládat ZŽP stravování se považuje nutnost přijímání potravy žaludeční nebo jinou sondou (PEG, PEJ) s pomocí druhé osoby.

- d) Stravování v obvyklém denním režimu stejně jako pitný režim jsou důležitými skutečnostmi ve vztahu k potřebám dětí a osob s mentálním postižením nebo demencí, které nemají dostatečný náhled na stravovací a pitný režim a potřebu jeho dodržování.

E. Oblékání a obouvání

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
1. vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem,
 2. rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit,
 3. oblékat se a obouvat se,
 4. svlékat se a zouvat se,
 5. manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

Manipulací s oblečením v souvislosti s denním režimem se rozumí např. svléknout si noční košili nebo pyžamo, obléknout/svléknout si každodenní

běžný denní oděv, svlékat a oblékat si části oblečení při použití WC, přezout se v souvislosti s vycházkou apod. Při hodnocení zvládnání ZŽP oblékání a obouvání se berou v úvahu facilitační pomůcky (např. suché zipy).

- b) Za neschopnost oblékání a obouvání lze pokládat stav, kdy osoba není schopna řádného výběru oblečení a obuvi (přiměřené situaci nebo počasí), navlékání, svlékání, nazouvání a vyzouvání ani za použití různých pomůcek. Za neschopnost obouvání se považuje také obouvání ortopedické obuvi, pokud k tomu je nutná pomoc jiné fyzické osoby.
- c) K neschopnosti zvládat oblékání a obouvání může dojít např. při anatomické nebo funkční ztrátě obou HKK, anatomické ztrátě podstatných částí obou HKK nebo anatomické či funkční ztrátě DKK, těžkém funkčním postižení páteře s celkovým ztuhnutím a omezením exkurzí hrudníku, při praktické a úplné nevidomosti obou očí, a také při těžkých duševních poruchách spojených se sociální dezintegrací, kdy jsou narušeny tyto stereotypy.
- d) K neschopnosti zvládat oblékání a obouvání může dojít u některých osob s mentálním postižením nebo demencí a osob nevidomých, které sice zvládnou oblékání, ale správnost vrstvení a rozlišení rubu a líce oblečení nerozeznají.

F. Tělesná hygiena

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
 1. použít hygienické zařízení,
 2. dodržovat tělesnou hygienu, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla,
 3. provádět celkovou hygienu,
 4. česat se, provádět ústní hygienu, holit se.
- b) **Schopností použít hygienické zařízení** se rozumí použít umyvadlo, vanu/sprchový kout, manipulovat s baterií, připravit si lázeň. Za neschopnost tělesné hygieny nelze pokládat stav, kdy osoba je schopna umývat se, osprchovat se, učesat se nebo pečovat o ústní hygienu za pomoci různých pomůcek, jako např. přidržovacích madel v koupelně, sedáku u umyvadla nebo ve vaně apod. Za neschopnost tělesné hygieny se nepovažuje preventivní přítomnost druhé osoby z důvodu posílení jistoty a vyloučení případného rizika pádu.
- c) K neschopnosti zvládat tělesnou hygienu může dojít např. při anatomické nebo funkční ztrátě

dominantní HK nebo podstatného omezení funkce obou HKK různé etiologie, při anatomické či funkční ztrátě jedné nebo obou DKK nebo jejich podstatném funkčním omezení. Dále k této neschopnosti může vést praktická a úplná nevidomost obou očí a různá těžká psychická postižení s těžce narušenými stereotypy v oblasti tělesné hygieny.

U osob se zhoršenou mobilitou používajících 2 FH je třeba detailně zkoumat stav fyzických schopností a funkci končetin zejména pak ve vztahu k jejich schopnosti použít hygienické zařízení a provádět celkovou hygienu. Pokud je osoba schopna měnit pozice svého těla, přemísťovat se ze sedu do stoje nebo přeseďávat z místa na místo, má zachovanou schopnost úchopu a přidržování se, dosáhne na potřebné věci (baterii, mýdlo), existuje předpoklad, že svede i celkovou hygienu ve sprchovacím koutu s příslušným facilitátorem (sedák, mýdlo, protiskluzová podložka).

Preventivní dohled z důvodu případného rizika pádu na kluzkém povrchu při celkové hygieně seniora nebo dítěte nelze považovat za neschopnost zvládat tuto ZŽP, pokud jinak všechny aktivity zvládá.

U osob s duševním nebo mentálním postižením nebo demencí, je potřeba posoudit, zda, i přes to, že sice hygienu fyzicky zvládnou, mají problém s jejím dodržováním ve společensky přiměřeném/obvyklém standardu.

G. Výkon fyziologické potřeby

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
 1. včas používat WC,
 2. zaujmout vhodnou polohu,
 3. vyprázdnit se,
 4. provést očistu,
 5. používat hygienické pomůcky.

Přitom se hodnotí smyslové, mentální, duševní a tělesné schopnosti zvládat jednotlivé aktivity této ZŽP.
- b) Za neschopnost výkonu fyziologické potřeby lze pokládat stav, kdy osoba není schopna bez pomoci druhé osoby řádně se vyprázdnit, provést očistu po provedení fyziologické potřeby, použít včas WC a používat potřebné pomůcky (absorpční/stomické cévky, klyasma). Součástí hodnocení je schopnost zaujmout vhodnou polohu. Při hodnocení schopnosti zvládat ZŽP výkon fyziologické potřeby se nebere v úvahu manipulace s oblečením (ta je součástí hodnocení ZŽP oblékání a obouvání).

- c) Za neschopnost se nepovažuje inkontinence moči nebo stolice nebo ošetřování stomií, pokud osoba je schopna sama vyměnit si absorpční pomůcky a očistit se, nebo retence moči a stolice, pokud osoba sama zvládne vyprázdnit se cévkováním či s využitím projímadel a klysmatu.
- d) K neschopnosti zvládat ZŽP výkon fyziologické potřeby může dále dojít při anatomické nebo funkční ztrátě úchopové schopnosti obou rukou (osoba není schopna provést očistu), při anatomické či funkční ztrátě jedné nebo obou DKK a také při těžkém duševním onemocnění spojeném se sociální dezintegrací.
- e) U osob odkázaných na invalidní vozík je třeba u schopnosti výkonu fyziologické potřeby a schopnosti používat WC vyhodnotit funkci obou HKK včetně funkce rukou z hlediska jejich pohyblivosti a svalové síly ve vztahu ke schopnosti přemístit se z vozíku na WC a zpět (tj. zaujmout vhodnou polohu).

Ošetřování výlevků, odpadů, WC, denní používání dezinfekčních prostředků z důvodu prevence šíření rizika infekce se nepovažuje za nezvládnutí ZŽP výkon fyziologické potřeby. Tato aktivita je již vyhodnocena v ZŽP péče o zdraví (jedná se o stanovený léčebný režim).

H. Péče o zdraví

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
1. dodržovat stanovený léčebný režim,
 2. provádět stanovené preventivní, léčebné a léčebně rehabilitační a ošetřovatelské postupy a opatření a používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky,
 3. rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc.
- b) Schopnost zvládat tuto ZŽP se hodnotí vždy ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem. V rámci stanoveného režimu se zohledňují i preventivní opatření nařízená lékařem.

Za schopnost péče o zdraví se považují preventivní opatření nařízená ošetřujícím lékařem. Nedílnou součástí preventivních opatření jsou cílená každodenní hygienická a protiepidemická opatření snižující šíření infekčních agens v domácím prostředí (např. nutná dezinfekce výlevků, odpadů a WC).

- c) K neschopnosti zvládat péči o zdraví může dojít např. při ztrátě úchopové schopnosti obou rukou, ztrátě jemné motoriky, těžké poruše funkce

nosného a pohybového ústrojí, praktické a úplné nevidomosti obou očí a při těžkých duševních poruchách spojených se sociální dezintegrací.

Za neschopnost zvládat ZŽP péče o zdraví lze pokládat stav, kdy z důvodu DNZS osoba není schopna provádět si sama každodenní ošetřování rozsáhlejších patologických kožních procesů, použít nebo vyměnit ortopedickou nebo kompenzační pomůcku (např. sluchadlo, kompresivní punčochy), dodržovat léčebný režim, rozpoznat správný lék, pravidelně užívat léky, aplikovat injekce, včetně inzulínu, provádět léčebná opatření, inhalovat, rehabilitovat, provádět logopedická cvičení, měřit metabolity v krvi a moči, provádět nezbytná preventivní opatření.

Za neschopnost péče o zdraví se považuje též stav, kdy osoba z důvodu těžkého narušení nebo pozbytí duševních kompetencí (např. v případě střední, těžké nebo hluboké mentální retardace) nemá dostatečné dispozice, aby pečovala o své zdraví v případě potřeby, přestože nemá stanovenou každodenní medikaci ani každodenní provádění léčebných a ošetřovatelských opatření. Pokud dlouhodobě a každodenně osoba není schopna rozpoznat rizika ohrožení svého zdraví a života, pečovat o své zdraví v běžných, opakovaně se vyskytujících „banálních“ situacích (drobné poranění, nevolnost, bolest, teplota aj.), jedná se o nezvládnutí ZŽP péče o zdraví.

I. Osobní aktivity

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
1. navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami,
 2. plánovat a uspořádat osobní aktivity,
 3. styku se společenským prostředím,
 4. stanovit si a dodržet denní program,
 5. vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, například vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

Vyřizováním svých záležitostí se rozumí věcné zvládnutí vyřizování záležitostí, které souvisí se sociálním životem posuzované osoby ve vztahu k jejímu věku. Pro zvládnutí není stěžejní stav mobility, ale zda posuzovaná osoba svým záležitostem rozumí, umí je vyhodnotit a řešit je na příslušném místě.

Schopností zapojení se do sociálních aktivit odpovídající věku se rozumí každodenní aktivity podle zájmů, sociálního postavení a místních možností, uspořádání času, plánování

života a obstarávání osobních záležitostí. Za posudkově významné se považují jen obvyklé aktivity v porovnání s běžnou populací téhož věku, tj. nepatří sem zcela individuální zapojení, kdy např. senior ve věku 85 let po CMP nemůže hrát tenis nebo tancovat či řídit auto, ale jinak „sleduje všeobecné dění“.

- b) Za neschopnost zvládat ZŽP osobní aktivity se považuje stav, kdy osoba není schopna zapojit se přiměřeně podle místních možností do obvyklých aktivit pro daný věk, uspořádat si svůj čas a plánovat život. Tento stav se hodnotí ve vztahu k období před vznikem závislosti, resp. před vznikem DNZS, který má za následek neschopnost zvládat tuto ZŽP.

Pokud osoba se zdravotním postižením při zapojení do volnočasových aktivit, povinné školní docházky, přípravy na pracovní uplatnění nebo při svém zaměstnání potřebuje přítomnost a pomoc osobního asistenta resp. jiné fyzické osoby, tj. bez jeho asistence by se do volnočasových, vzdělávacích nebo pracovních aktivit nemohla vůbec zapojit, pak tuto ZŽP nevládá.

U schopnosti vyřizovat si své záležitosti se hodnotí pouze každodenní aktivity, nikoliv např. neschopnost navštívit lékaře. Takovou službu; lze též vyřídít prostřednictvím návštěvní služby v přirozeném sociálním prostředí, v němž se posuzovaná osoba zdržuje.

- c) **U dětí** se za neschopnost zvládat tuto ZŽP považuje zejména stav, kdy podle posudku ošetřujícího lékaře není dítě zdravotně způsobilé navštěvovat předškolní kolektivní zařízení nebo dítě ve věku školní docházky má povolenou individuální výuku v domácím prostředí ze zdravotních důvodů.

Za neschopnost v oblasti volnočasových aktivit (zdravotně a věkově přiměřených dítěti) nezbytných ke zvládnutí ZŽP osobní aktivity se považuje též stav, kdy dítěti musí být zajištěn nepřetržitý dohled ze zdravotních důvodů nebo situace, kdy jsou jeho aktivity ze zdravotních důvodů podstatným způsobem redukovány (např. jen hry doma).

Za neschopnost osobních aktivit u dětí předškolního věku se považuje i omezení vyplývající z nutnosti dodržování dietního stravování nebo potřeba provedení ošetření. Musí však jít o takový dietní režim nebo způsob ošetření, které svojí náročností limitují zapojení se do aktivit včetně obvyklých her v dětském kolektivu či do návštěvy předškolního

zařízení a vyžadují každodenní mimořádnou péči.

J. Péče o domácnost

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
1. nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti,
 2. manipulovat s předměty denní potřeby,
 3. obstarat si běžný nákup,
 4. ovládat běžné domácí spotřebiče,
 5. uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj,
 6. vykonávat běžné domácí práce, nakládat s prádlem, mýt nádobí,
 7. obsluhovat topení,
 8. udržovat pořádek
- b) Pro manipulaci s předměty denní potřeby, kterými se myslí prádlo, oblečení, obutí, potraviny, nápoje, jídlo, nádobí, hygienické potřeby, spínače/vypínače je stěžejní funkce paže a ruky (zvláště úchop), podání si věci, její udržení po potřebnou dobu, jemná motorika s přiměřenou zručností a svalovou silou.
- c) Za běžné spotřebiče se považuje sporák/vařič, mikrovlnná trouba, rychlovarná konvice, rozhlas, televize. Za běžné domácí práce se považuje úklid povrchů, ukládání prádla, potravin, umytí nádobí po sobě a jeho uložení.
- d) K neschopnosti zvládat péči o domácnost může dojít např. při těžké poruše funkce nosného a pohybového ústrojí, velmi těžkém úbytku fyzických schopností při interních a onkologických postiženích, těžké poruše komunikace a orientace, těžkých duševních poruchách se ztrátou kontroly reality, středně těžké, těžké a hluboké MR, dále středně těžké a těžké demenci nebo jiných těžkých duševních poruchách spojených se sociální dezintegrací. K neschopnosti v této základní životní potřebě může také vést praktická a úplná nevidomost obou očí.

Za neschopnost péče o domácnost se považuje stav, kdy osoba není schopna zajistit si běžný nákup a provádět jednoduché úkony spojené s běžným chodem a udržováním domácnosti. Nejedná se tedy o obstarávání velkých nákupů, velkého úklidu domácnosti spojeného např. s mytím oken, velké prádlo apod., jedná se jen o běžnou nezbytnou každodenní činnost, která se hodnotí jako celek.

Aktivita podle bodu 5. uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj je zařazena do této ZŽP z toho důvodu, že ji nelze hodnotit u osob do 18 let věku a z důvodu, že ZŽP stravování je zaměřena

na schopnost vlastní konzumace již připravených nápojů a stravy.

Tato ZŽP se nehodnotí u osob do 18 let věku.

Čl. 7

Specifický přístup k posuzování stupně závislosti osob do 18 let věku

- 1) Osobou do 18 let věku se rozumí osoba, která nedovršila stanovený věk ke dni rozhodnému pro stanovení stupně závislosti.
- 2) U osob do 18 let věku se hodnotí schopnost zvládat ZŽP jako u osob starších 18 let věku kromě ZŽP uvedené v § 9 odst. 1 písm. j) ZSS, tj. „péče o domácnost“, která se u nich nehodnotí. Přitom se přihlíží také k věkovým standardům (milníkům) psychomotorického vývoje dítěte, podle kterých se hodnotí, kdy se z fyziologických důvodů předpokládá zvládnutí ZŽP, a co se považuje za jejich nezvládnutí (viz příloha k tomuto metodickému pokynu).
- 3) 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. To znamená, že neschopnost zvládnout některou aktivitu v určité ZŽP z důvodu nízkého věku a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje se nepovažuje za neschopnost zvládat ZŽP. **To však neplatí, pokud osoba z důvodu DNZS** při zvládnutí ZŽP nebo některé z aktivit, které jsou pro schopnost zvládat ZŽP stanoveny v příloze č. 1 k vyhlášce, vyžaduje **každodenní mimořádnou péči** jiné fyzické osoby.
- 4) U mimořádné péče se jedná o péči poskytovanou navíc (tj. nad rámec běžně poskytované péče) dítěti či mladistvému, která je mu poskytována rodičem či jinou osobou z důvodu DNZS.
Např. se jedná o situace, kdy osoba pečující o dítě musí vzhledem k jeho zdravotnímu stavu často během dne nebo i v noci dítě ošetřovat, každodenně provádět rehabilitaci v domácím prostředí, každodenně dohlížet nad dodržováním ZŽP stravování, každodenně realizovat léčebná opatření a poskytovat mimořádnou péči ve vztahu k realizaci některé z hodnocených ZŽP, např. krmit dítě, oblékat či umývat, ač vzhledem k věku by to mělo zvládat.
- 5) 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. Touto péčí se rozumí péče, která **podstatně** přesahuje péči poskytovanou

osobě téhož věku svým rozsahem, intenzitou nebo náročností.

- 6) **Podstatností** se rozumí zvýšení rozsahu, intenzity nebo náročnosti péče o cca více než jednu třetinu oproti péči věnované dítěti bez zdravotního postižení. Jde tedy o takový typ péče, která se v daném věku dítěti bez zdravotního postižení neposkytuje vůbec.

Jedná se např. o každodenní rehabilitaci Vojtovou metodou, každodenní léčebná opatření, zajišťování pohybu na invalidním vozíku, komunikaci znakovou řečí, pomoc při oblékání nebo výkonu fyziologické potřeby, kdy se již stejně staré zdravé dítě obléká samo a s průměrnou spolehlivostí zachovává čistotu a zvládá WC, dále sem patří např. příprava diety náročné na složení a množství potravy, intenzivní 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 dispenciarizaci, stavy s minimálními nároky na léčebná opatření (ordinace 1 léku 1 x denně nebo 1 x denně ošetření lokálních malých ložisek na kůži), stavy dětské obezity (s připomínáním nepřejídání se) nebo vadné držení těla (s připomínáním správného sezení a zaujímání poloh), příležitostný dohled nad denním režimem u kompenzovaného epileptika apod.

- 7) Podstatně zvýšeným rozsahem péče se rozumí např. nutnost soustavně aplikovat dítěti staršímu 3 let věku ze zdravotních důvodů plenkové kalhotky. Podmínkou je však přítomnost DNZS a prokázání příčinné souvislosti této nutnosti s DNZS.
- 8) Podstatně zvýšenou frekvencí péče se rozumí např. nutnost častějšího stravování, tj. častější příprava a krmení dítěte (více než 5x denně) u rozštěpových vad v oblasti otorinolaryngologické (do dosažení funkčně uspokojivého stavu).
- 9) Podstatně zvýšenou intenzitou péče se rozumí např. nutnost soustavného poskytování péče během noci (při imobilitě, při dechové podpoře či umělé plicní ventilaci u nervosvalových nemocí).
- 10) Potřeba každodenní mimořádné péče se může z fyziologických důvodů měnit v závislosti na věku a stupni sociální zralosti.

Pokud se vlivem biopsychosociálního vývoje potřeba péče snižuje nebo se minimalizuje rozsah, intenzita či náročnost péče do té míry, že ztrácí charakter každodenní mimořádné péče, může se změnit též schopnost zvládat příslušnou ZŽP.

V jiných případech s progresí zdravotního postižení a stagnací biopsychosociálního vývoje (nebo jeho regresí) může dojít k nárůstu potřeby mimořádné péče i do dalších oblastí ZŽP, kdy v mladším věku jí nebylo nutno poskytovat.

Čl. 8

Doba platnosti posudku

- 1) Platnost posudku u osob starších 18 let věku se stanoví s ohledem na předpokládaný vývoj zdravotního stavu. U trvalých stavů a zejména u starších žadatelů se platnost stanoví trvale. U stavů, kde lze racionálně předpokládat zlepšení zdravotního stavu, funkčních schopností a zvládnání jednotlivých ZŽP se platnost posudku omezí na dobu, kdy lze změnu očekávat. Trvalou i omezenou platnost posudku je nutno v posudkovém zhodnocení vždy řádně zdůvodnit.
- 2) Platnost posudku u osob do 18 let věku se stanoví racionálně na dobu, kdy lze očekávat zlepšení zdravotního stavu, dosažení pokroku v biopsychosociálním vývoji nebo nabytí přiměřených schopností a dovedností vzděláním a výchovou. Jako pomůcku lze využít přílohu k tomuto metodickému pokynu „Psychomotorický vývoj dítěte“, v níž jsou uvedeny standardy vývoje dítěte. Podle nich se hodnotí, na základě jakých aktivit dítěte lze posoudit zvládnutí či nezvládnutí ZŽP, a které ZŽP se vzhledem k dosaženému věku neposuzují.

Platnost posudku u dětí se nestanovuje paušálně, např. na dobu 1 roku, ale racionálně dle předpokládaného vývoje zdravotního stavu dítěte, jeho schopností a dovedností s přihlédnutím k vývojovému schématu „Psychomotorický vývoj“ a k tomu, kdy lze očekávat posudkově významné změny.

Např. u posuzovaného šestiletého dítěte s Downovým syndromem, poruchou mobility a těžkým opožděním psychomotorického vývoje na úrovni dvouletého dítěte, lze stanovit dobu platnosti až do 15 let věku, protože po tuto dobu se nepředpokládá posudkově významná změna zdravotního stavu, schopností dítěte a stupně jeho závislosti.

Čl. 9

Součinnost LPS OSSZ a KP ÚP podle § 25 ZSS

- 1) Jedním z podkladů pro posouzení zdravotního stavu pro účely posuzování stupně závislosti je výsledek sociálního šetření. To provádí sociální pracovníci příslušné KP ÚP, která vede řízení. Při sociálním šetření se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí.

- 2) Přirozeným sociálním prostředím se rozumí rodina a domácnost osoby a dále pak místo, kde osoba pracuje, vzdělává se a realizuje běžné sociální aktivity. Pokud osoba žije v zařízení sociálních služeb, provádí se sociální šetření v tomto zařízení.
- 3) Je-li osoba hospitalizována ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče a je-li jí poskytována u jednoho nebo postupně u více poskytovatelů zdravotních služeb následná nebo dlouhodobá lůžková péče pro tutéž nemoc nebo úraz trvající nepřetržitě déle než 60 dnů a současně byla-li tato skutečnost oznámena a doložena KP ÚP podle § 21 odst. 1 písm. e) ZSS, provádí příslušná KP ÚP sociální šetření v tomto zdravotnickém zařízení.
- 4) Součástí záznamu o sociálním šetření dle odst. 3) tohoto článku musí být rovněž přesný údaj o tom, kde je žadatel hospitalizován, tj. název a adresa poskytovatele zdravotních služeb (zdravotnického zařízení) a označení příslušného lůžkového pracoviště (oddělení), aby si LPS OSSZ, příp. i PK MPSV mohla vyžádat lékařské podklady pro posouzení.
- 5) Při posouzení stupně závislosti vychází LPS OSSZ ze zdravotního stavu posuzované osoby doloženého nálezem praktického lékaře, popř. z nálezů jiných odborných lékařů, nálezů poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posudkového lékaře. Je-li osoba hospitalizována ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče a je-li jí poskytována u jednoho nebo postupně u více poskytovatelů zdravotních služeb následná nebo dlouhodobá lůžková péče pro tutéž nemoc nebo úraz trvající nepřetržitě déle než 60 dnů, je nutné si vyžádat jak nález praktického lékaře (v obvyklém rozsahu „Lékařského nálezu pro posouzení zdravotního stavu“), tak i nález lékaře zařízení, kde je nebo byla posuzovaná osoba hospitalizována (zde postačí propouštěcí zpráva z hospitalizace nebo výpis ze zdrav. dokumentace). O případné podklady musí být požádán poskytovatel zdravotních služeb, nikoli lékař.
- 6) Posudek posudkového lékaře se musí řádně vypořádat se všemi skutečnostmi uvedenými v záznamu o sociálním šetření. V případě, kdy posuzující lékař nesouhlasí se skutečnostmi uvedenými v sociálním šetření, musí být každá neakceptovaná skutečnost podložena relevantním důkazem a posudkovým zdůvodněním (např. výsledkem vlastního vyšetření, důkazem vyplývajícím z nálezů ošetřujícího lékaře, dostatkem funkčních schopností, vysvětlením, že nejde o těžkou nebo úplnou poruchu funkčních schopností atd.). Za vypovídající a přesvědčivé nelze považovat schématické konstatování posuzujícího lékaře,

že údaje v sociálním šetření nejsou v souladu se zdravotním stavem bez dalšího odůvodnění.

Čl. 9a

Spolupráce s lékařskými odbornými společnostmi a profesními sdruženími

Ministerstvo práce a sociálních věcí může ve spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi nebo s profesními lékařskými sdruženími vydávat u vybraných druhů nebo skupin zdravotních postižení doporučené postupy k posuzování.

Čl. 10

Závěrečná ustanovení

- 1) Posouzení stupně závislosti se provede k datu, k němuž je požaduje správní orgán, který si posudek vyžádal.
- 2) Řízení o PnP zahájená a pravomocně neskončená přede dnem nabytí účinnosti ZSS ve znění zákona č. 189/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších

předpisů, zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění zákona č. 87/2015 Sb., a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, se dokončí podle tohoto zákona ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti novely tohoto zákona.

- 3) V řízeních o PnP, která byla zahájena a nebyla pravomocně skončena přede dnem nabytí účinnosti vyhlášky č. 218/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se schopnost zvládat ZŽP posuzuje podle vyhlášky ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti její novely.
- 4) Tato instrukce nabývá účinnosti dnem 1 9. 2016, dodatek č. 1 dnem 15. 10. 2017.

Příloha k Instrukci NM 7 č. 15/2016

Psychomotorický vývoj dítěte

1 rok až 2 roky		
	zvládá	nezvládá
mobilita	samo se posadí a sedí jistě, vytáhne se do stoje, obchází postýlku, chodí kolem nábytku, začíná chodit, samostatně chodí	samo se neposadí, nevytáhne se do stoje, neudělá pár kroků s oporou
orientace	rozlišuje osoby blízké a cizí, obrací se za zvukem, sleduje očima, splní jednoduchý pokyn	nerozlišuje osoby blízké a cizí, neobrací se za zvukem, nesleduje očima
komunikace	projevuje osobě blízké náklonnost, projevuje obavy z cizích lidí, dá najevo své přání jinak než pláčem, zdvojuje slabiky, bezvýznamně žvatlá, používá několik slov	neprojevuje osobě blízké náklonnost, neprojevuje obavy z cizích lidí, nedá najevo své přání jinak než pláčem, nežvatlá
stravování	pokouší se o samostatné jídlo lžičkou	není schopno přijímat stravu způsobem věku obvyklým, potřeba speciální diety
oblékání obouvání	samo se neoblékne ani neobuje	mimořádnou péči v tomto věku nelze hodnotit
tělesná hygiena	hygienu samo nezvládá	mimořádnou péči v tomto věku nelze hodnotit

výkon fyziologické potřeby	učí se vysazovat na nočník, samo ještě nezvládá	mimořádnou péčí je např. vybavování stolice, opakované cévkování, ošetřování stomie, ošetřování rozštěpových vad vývodných cest
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví	mimořádnou péčí je např. podávání medikace, opakovaná rehabilitace, péče o patologické procesy na kůži apod.
osobní aktivity	zajímá se o okolí a hračky	apatie

2 roky až 3 roky		
	zvládá	nezvládá
mobilita	samostatně chodí, pobíhá, šplhá po schodech, s oporou chodí do i ze schodů	nechodí
orientace	rozlišuje osoby blízké a cizí, orientuje se na obličeji i těle, obrací se za zvukem, sleduje očima	nerozlišuje osoby blízké, neobrací se za zvukem, nesleduje očima
komunikace	umí cíleně používat alespoň 20 slov, tvoří věty minimálně o 2 slovech, splní několik pokynů	nemluví, neumí ani několik slov, nesplní pokyn
stravování	jí lžičkou, pije z hrníčku (příliš nebryndá), řekne si o jídlo a pití	nejí lžičkou, nepije z hrníčku, neřekne si o jídlo a pití
oblékání obouvání	samo se neoblékne ani neobuje, ke konci druhého roku věku se učí spolupracovat	mimořádnou péčí v tomto věku nelze hodnotit
tělesná hygiena	umyje si ruce	neumyje si ruce
výkon fyziologické potřeby	vysazuje se na nočník, samo obvykle ještě plně nezvládá	mimořádná péče viz výše
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví	mimořádná péče viz výše
osobní aktivity	hraje si mezi dětmi - ale ne s nimi, řadí kostky za sebou, chová panenku nebo medvídka	nehraje si

3 roky až 4 roky		
	zvládá	nezvládá
mobilita	jistě chodí, do schodů a ze schodů chodí se střídáním nohou, umí kopat do	samostatně nechodí

	většího míče	
orientace	rozlišuje osoby blízké a cizí, orientuje se v bytě, řekne své jméno, ví, zda je kluk nebo holčička	nerozlišuje osoby blízké, neobrací se za zvukem, nesleduje očima
komunikace	dobře rozumí mluvené řeči, mluví v jednoduchých větách, používá jednotné a množné číslo	nerozumí mluvené řeči, nemluví v jednoduchých větách
stravování	samostatně se nají lžičkou	samostatně se nenají a nenapije, nepoužívá lžíci
oblékání obouvání	spolupracuje při vysvlékání a oblékání	nespolupracuje při vysvlékání a oblékání
tělesná hygiena	umyje si a osuší si ruce	neumyje si a neosuší si ruce
výkon fyziologické potřeby	zpravidla již nevyžaduje plenky, občasné selhání možné	neudrží stolicí a moč, nutnost vybavování
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví	mimořádná péče viz výše
osobní aktivity	sleduje hru ostatních dětí, přidává se k jednotlivým hrám, poslouchá pohádky, svoje hračky a věci si brání, maluje si po papíře	nehraje si, nesleduje hru ostatních dětí, nepřidává se k jednotlivým hrám

	4 roky až 5 let	4 roky a více
	zvládá	nezvládá
mobilita	chodí rovně, dodržuje směr, zvládá dětské prolézačky, poskakuje; na delší vzdálenosti se připouští kočárek nebo krosna	samostatně nechodí
orientace	rozeznává den a noc, orientuje se v okolí domu, školky, poznává důvěrně známá místa	nerozlišuje osoby blízké, nerozeznává den a noc, neorientuje se v okolí domu, neobrací se za zvukem, nesleduje očima
komunikace	mluví ve větách, používá minulý čas, hodně se ptá	nerozumí mluvené řeči, nemluví ani v jednoduchých větách
stravování	samostatně jí a pije	samostatně se nenají a nenapije, nepoužívá lžíci
oblékání obouvání	oblékne si některé kusy oblečení, např. svetr, čepici; obuje si bačkůrky, sandálky, obuv na suchý zip	nespolupracuje při vysvlékání a oblékání ani na pokyn
tělesná hygiena	umyje si obličej, ruce, čistí si zuby	neumyje si obličej a ruce, nečistí si zuby ani na pokyn
výkon fyziologické	je suché ve dne i v noci, na provedení	neudrží stolicí a moč, nutnost

METODIKA

potřeby	očisty dohlédne nebo ji provede druhá osoba	vybavování, neumí použít WC
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví	mimořádná péče viz výše
osobní aktivity	sleduje pohádky, hraje si v kolektivu, mluví s ostatními, má první kamarády, zvládá jednoduché hry, kreslí kruh, lidskou postavu kreslí bez trupu	nehraje si v kolektivu dětí, nestaví kostky, nečmárá

5 let až 6 let		
	zvládá	
mobilita	skáče na 1 noze, skáče do dálky, učí se jezdit na kole, v doprovodu chodí na procházky	
orientace	rozlišuje domácí a vnější prostředí, chápe pojmy tma, světlo, brzy, rozeznává barvy a strany (levá/pravá)	
komunikace	má kamarády, při společné hře se dobrovolně podrobuje pravidlům, je schopno dělat to, co po něm dospělí chtějí, chlubí se, rádo vypráví a rozesmává ostatní	
stravování	samostatně jí a pije	
oblékání obouvání	pozná jednotlivé části oblečení, s dopomocí se oblékne	
tělesná hygiena	samo se umyje, učeše, čistí si zuby	
výkon fyziologické potřeby	zvládá úkon fyziologické potřeby, nutná dopomoc s očištěním	
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví do 12 let věku, mimořádná péče viz výše	
osobní aktivity	hraje si s dětmi, kreslí s detaily, s barevností a představivostí, lidskou postavu kreslí realisticky	

6 let až 7 let		
	zvládá	
mobilita	zlepšují se dovednosti hrubé i jemné motoriky, pohyby jsou přesnější, účelnější, rychlejší a koordinovanější	
orientace	orientuje se již osobou, místem, částečně časem	
komunikace	správně se gramaticky vyjadřuje	
stravování	začíná jíst příborem	
oblékání obouvání	zvládá oblékání a obouvání, při výběru se připouští pomoc druhé osoby	

tělesná hygiena	samo se umyje, učeše, čistí si zuby, umyje si celé tělo za účasti druhé osoby
výkon fyziologické potřeby	zvládá
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví do 12 let věku, mimořádná péče viz výše
osobní aktivity	zapojí se do kolektivních aktivit

7 let a více	
	zvládá
mobilita	zvládá, dojde do školy a ze školy
orientace	zvládá, trefí na známá místa
komunikace	je hotový základní vývoj řeči, dítě je schopno odloučit se od rodiče, umí se podřídit jiné dospělé osobě (nejen rodičům), je schopno používat mobil, PC, učí se psát a zdokonaluje si psaní
stravování	jí příborem
oblékání obouvání	zvládá
tělesná hygiena	zvládá
výkon fyziologické potřeby	zvládá
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví do 12 let věku, mimořádná péče viz výše
osobní aktivity	zvládá

6. Výklad k zákonu č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti – posuzování kategorie osoba se zdravotním postižením pro účely zaměstnanosti

Obsah

- Čl. 1. Úvodní ustanovení
- Čl. 2. Právní úprava
- Čl. 3. Vymezení základních pojmů
- Čl. 4. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti v řízení o uznání osoby za osobu zdravotně znevýhodněnou
- Čl. 5. Zrušení řídicího aktu
- Čl. 6. Závěrečná ustanovení

Čl. 1 Úvodní ustanovení

Touto instrukcí se vydává výklad k posuzování kategorie osoba se zdravotním postižením pro účely zaměstnanosti. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o zaměstnanosti), zavedl posudkovou podkategorii osoba zdravotně znevýhodněná patřící do kategorie osob se zdravotním postižením. Existence institutu osoby zdravotně znevýhodněné byla v období od ledna 2012 do prosince 2014 dočasně zrušena. Zákonem č. 136/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 251/2005 Sb., o inspekci práce, ve znění pozdějších předpisů, byla kategorie osoba zdravotně znevýhodněná s účinností od 01.01.2015 znovuoobnovena.

Čl. 2 Právní úprava

Zákon o zaměstnanosti

§ 67

(1) Fyzickým osobám se zdravotním postižením (dále jen „osoby se zdravotním postižením“) se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce.

(2) Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou

- a) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni (dále jen "osoby s těžším zdravotním postižením"),
- b) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni,
- c) uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen "osoba zdravotně znevýhodněná").

(3) Osobou zdravotně znevýhodněnou je fyzická osoba, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavně zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu; osobou zdravotně znevýhodněnou však nemůže být osoba, která je osobou se zdravotním postižením podle odstavce 2 písm. a) nebo b).

(4) Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění.

(5) Skutečnost, že je osobou se zdravotním postižením, dokládá fyzická osoba posudkem nebo potvrzením

orgánu sociálního zabezpečení v případech uvedených v odstavci 2 písm. a) nebo b), potvrzením nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení v případě uvedeném v odstavci 2 písm. c).

(6) Za osoby se zdravotním postižením podle odstavce 2 písm. b) se považují i fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení posouzeny, že již nejsou invalidní, a to po dobu 12 měsíců ode dne tohoto posouzení.

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

§ 8

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

c) zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou.

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

(9) Česká správa sociálního zabezpečení posuzuje, zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou pro účely odvolacího řízení.

Čl. 3 Vymezení základních pojmů

Zákon o zaměstnanosti rozlišuje čtyři kategorie osob se zdravotním postižením:

- osoby se zdravotním postižením podle § 67 odst. 2 písm. b),
- osoby s těžším zdravotním postižením podle § 67 odst. 2 písm. a),
- podle § 67 odst. 6 za osoby se zdravotním postižením podle odstavce 2 písm. b) se považují i fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení posouzeny, že již nejsou invalidní, a to po dobu 12 měsíců ode dne tohoto posouzení,
- osoby zdravotně znevýhodněné podle § 67 odst. 2 písm. c).

V zákoně o zaměstnanosti lze rozlišit dvě možnosti vzniku statusu osoby se zdravotním postižením, tzv. automatický okruh osob a získání statusu na žádost.

Tzv. automatický okruh osob se zdravotním postižením

Status prvních tří shora uvedených kategorií vzniká přímo ze zákona. Hovoříme o tzv. automatickém okruhu osob se zdravotním postižením. Osobami se zdravotním

postížením podle § 67 odst. 2 písm. b) zákona o zaměstnanosti jsou fyzické osoby, které jsou posudkovým orgánem uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni, osobami s těžším zdravotním postižením podle § 67 odst. 2 písm. a) zákona o zaměstnanosti jsou fyzické osoby, které jsou posudkovým orgánem uznány invalidními ve třetím stupni.

Z výše uvedeného vyplývá, že osoba získá status osoby se zdravotním postižením, event. osoby s těžším zdravotním postižením, uznáním některého stupně invalidity orgánem sociálního zabezpečení v řízení o přiznání dávky důchodového pojištění nebo řízení o změně poskytování nebo výše již přiznané dávky důchodového pojištění (invalidního důchodu). Definice osoby se zdravotním postižením, event. s těžším zdravotním postižením tedy není spojována s pobíráním invalidního důchodu, ale pouze s uznáním některého ze tří stupňů invalidity. Posuzování invalidity upravuje zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity.

K posouzení invalidity jsou kompetentní lékaři okresních správ sociálního zabezpečení (dále jen „OSSZ“) dle § 8 odst. 1 písm. a) zákona č. 582/ 1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZOPSZ“). V námitkovém řízení jsou k posouzení invalidity kompetentní lékaři České správy sociálního zabezpečení (dále jen „ČSSZ“) dle § 8 odst. 9 ZOPSZ. V přezkumném řízení soudním mají kompetenci k posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pro účely přezkumného řízení soudního ve věcech důchodového pojištění posudkové komise ministerstva práce a sociálních věcí dle § 4 odst. 2 ZOPSZ.

Z důvodu ochrany pracovníků se za osoby se zdravotním postižením podle odstavce 2 písm. b) považují automaticky i fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení posouzeny, že již nejsou invalidní, ale pouze po dobu 12 měsíců ode dne tohoto posouzení.

Osoby zdravotně znevýhodněné

Status osoby zdravotně znevýhodněné podle § 67 odst. 2 písm. c) zákona o zaměstnanosti získá fyzická osoba rozhodnutím příslušné OSSZ - viz § 6 odst. 4 písm. a) bod 18 ZOPSZ. O odvolání rozhoduje ČSSZ - § 5 písm. a) bod 4 ZOPSZ.

Kompetentní k posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti občanů jsou OSSZ, které podle § 8 odst. 1 písm. c) ZOPSZ posuzují, zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou. Úkoly OSSZ uvedené v § 8 odst. 1 ZOPSZ může plnit pouze lékař. V odvolacím řízení správním jsou k posouzení, zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou, kompetentní lékaři ČSSZ podle § 8 odst. 9 ZOPSZ.

Čl. 4

Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti v řízení o uznání osoby za osobu zdravotně znevýhodněnou

Při posuzování zdravotního stavu a jeho důsledků v řízení o uznání osoby za osobu zdravotně znevýhodněnou musí posudkový orgán (lékař OSSZ, lékař ČSSZ v odvolacím řízení) vycházet z lékařských zpráv, nálezů a posudků vypracovaných poskytovateli zdravotních služeb o zdravotním stavu fyzické osoby a přihlédne i k výsledkům vlastního vyšetření. Dále vychází z údajů této osoby o její kvalifikaci - zaměstnání, výdělečných činnostech, které vykonávala/vykonává a z dalších údajů potřebných k posouzení - dosaženém vzdělání a povolání. Uvedené podklady získá orgán sociálního zabezpečení příslušný k posouzení zdravotního stavu na základě postupu dle § 16a odst. 4 a § 16 ZOPSZ. Fyzická osoba má povinnost součinnosti v oblasti zjišťování jejího zdravotního stavu, tj. podrobit se vyšetření svého zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření a sdělit a doložit údaje, které jsou významné pro vypracování posudku nebo poskytnout jinou součinnost.

Na postup při vydávání posudků v řízení o uznání osoby za osobu zdravotně znevýhodněnou se použijí ustanovení obecných předpisů o správním řízení, avšak pouze v rozsahu stanoveném v § 16a odst. 1 ZOPSZ.

Základem pro vypracování posudku pro účely zjištění, zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou, jsou tedy tyto posudkově rozhodné skutečnosti:

- podrobná objektivizace zdravotního stavu osoby funkčními lékařskými nálezy
- objektivizace jejího kvalifikačního potenciálu
- objektivizace její pracovní/výdělečné schopnosti, schopnosti vykonávat soustavné zaměstnání
- posouzení schopnosti vykonávat dosavadní povolání, využití nebo získání kvalifikace
- posouzení schopnosti pracovního začlenění.

Prvotním předpokladem pro uznání osobou zdravotně znevýhodněnou je prokázání přítomnosti dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se přitom pro účely zákona o zaměstnanosti považuje takový nepříznivý zdravotní stav, který má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než 1 rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění.

Dlouhodobostí se rozumí situace, kdy nepříznivý zdravotní stav má trvat déle než rok, tzn., že v době

posouzení nemusí trvat exaktně déle než rok, ale pro uznání stačí předpoklad, že podle současných lékařských znalostí lze trvání stavu déle než jeden rok předpokládat.

Nepříznivým zdravotním stavem se pro účely zákona o zaměstnanosti rozumí takový zdravotní stav, který podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti. Eliminují se tedy lehčí funkční poruchy, které uvedené funkce podstatně neomezují. Další důležitou skutečností je, že funkční porucha musí mít negativní dopad na schopnost pracovního začlenění. To znamená, že je-li nějaká schopnost podstatně omezena, ale nemá u konkrétní fyzické osoby nepříznivý dopad na schopnost pracovního uplatnění včetně schopnosti využít nebo získání kvalifikace, vykonávat dosavadní povolání, nejde o nepříznivý zdravotní stav ve vztahu k tomuto zákonu (např. řada kožních nebo interních chorob apod., které při dodržování léčby a léčebného režimu jsou plně stabilizovány, nepůsobí omezení funkčních schopností a nemají na schopnost pracovního uplatnění vliv).

Po zjištění existence dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se zkoumá, zda při zjištěném dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu a prokázaných zdravotních postiženích je zachována schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost. Na vysvětlenou se uvádí, že v tomto spojení užitým pojmem „jiná výdělečná činnost“ se rozumí činnost např. osob samostatně výdělečně činných.

Zachování schopnosti vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost se rozumí, že zdravotní stav, rozsah pracovní schopnosti a kvalifikace umožňuje fyzické osobě vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost s obdobnými nároky na duševní, smyslové a tělesné schopnosti a na dosavadní kvalifikaci, jaké vyžadovalo dosavadní povolání. Zjistí-li však posudkový orgán (lékař OSSZ nebo lékař ČSSZ), že osoba není vzhledem ke svému velmi závažnému zdravotnímu postižení schopna vykonávat soustavné zaměstnání, osobou zdravotně znevýhodněnou ji neuzná. Tato situace může nastat jen výjimečně, např. když fyzická osoba si doposud nepožádala o invalidní důchod.

Po zjištění, že fyzická osoba s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, se zjišťují další skutečnosti.

Podstatným omezením schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání a využít kvalifikaci se rozumí, že fyzická osoba:

a) dlouhodobě pozbyla způsobilosti konat dosavadní práci a vyžaduje proto změnu pracovních podmínek nebo kvalifikace, nebo

b) z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je schopna vykonávat podstatně omezený počet zaměstnání nebo výdělečných činností, a to zpravidla o jednu třetinu oproti osobě bez zdravotního postižení stejného věku a kvalifikace.

Schopností kvalifikaci získat se rozumí, že fyzická osoba má dostatek duševních, smyslových a tělesných schopností k získání nových znalostí, dovedností a kompetencí, které jí umožní pracovní uplatnění v zaměstnání nebo výkon výdělečné činnosti.

Pro tyto účely musí posudkový orgán zhodnotit zdravotní stav i ve vztahu ke kvalifikaci, tedy provést bilanci pracovního potenciálu. Musí vyhodnotit zjištěný fyzický potenciál, který je v podstatě výrazem tělesné, duševní a smyslové zdatnosti a výkonnosti organismu, ve vztahu ke kvalifikačnímu potenciálu. Kvalifikační potenciál je dán rozsahem vědomostí, dovedností, zkušeností a schopností, ale i povahových a charakterových vlastností získaných výchovou, výukou, výcvikem, zkušenostmi atd. Posudkový orgán musí tedy zkoumat dosažené vzdělání, povolání posuzovaného, vykonávaná zaměstnání, další dovednosti a schopnosti významné pro zaměstnatelnost.

Posudkový orgán musí při bilanci pracovního potenciálu zvažovat i možnost změny jednotlivých veličin. Platí, že fyzický potenciál se může měnit věkem, a to v různých svých složkách ve smyslu minus (stárí, úbytek sil, přítomnost dlouhodobých stabilizovaných chorob), ale i plus (věkem přibývá rozvaha, vyrovnanost, zkušenosti apod.); ve smyslu plus se fyzický potenciál může měnit i cíleně léčbou, rehabilitací, adaptací apod. Rovněž kvalifikační potenciál je veličina dynamická, ovlivnitelná pozitivně dalším výcvikem, rekvalifikací, nabytím nových znalostí, zkušeností a dovedností apod. Na druhou stranu se může dosavadní dlouhodobá a jednostranná kvalifikace nebo absence odborné kvalifikace stát již nepostačující pro měnící se podmínky a požadavky trhu práce.

Teprve po zvážení a vyhodnocení všech výše uvedených skutečností může posudkový orgán zhodnotit, zda schopnosti osoby být nebo zůstat pracovně začleněna, schopnost vykonávat dosavadní povolání nebo schopnost využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Přitom platí, že pro uznání osobou zdravotně znevýhodněnou stačí prokázání podstatného omezení jedné ze shora uvedených možností.

Doba platnosti posudku

Nezbytnou součástí posudku je vyznačení doby platnosti posudku. Vzhledem k charakteru řízení ve věcech osoby zdravotně znevýhodněné se zdravotní stav a pracovní schopnost fyzické osoby posuzuje ke dni

jednání. Při stanovování doby platnosti posudku vychází posudkový orgán zejména ze zdravotního stavu a z jeho předpokládaného vývoje. Vzhledem k neustálým pokrokům lékařské vědy, který má odraz ve zlepšujícím se zdravotním stavu obyvatel, lze docílit u řady osob zlepšení nebo funkčně příznivé stabilizace zdravotního stavu a dobré úrovně kompenzace funkčních poruch. Současně musí posudkový orgán zvažovat i předpokládaný vývoj kvalifikačního potenciálu, který je možno určitými nástroji záměrně a příznivě ovlivňovat (prohlubování nebo doplnění vzdělávání). Vzhledem k pozitivnímu vlivu pracovní rehabilitace, uplatnění teoretické a praktické přípravy pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, přípravy k práci osob se zdravotním postižením nebo opatření aktivní politiky zaměstnanosti (např. rekvalifikace, společensky účelná pracovní místa, příspěvek na zapracování), je třeba předpokládat, že schopnosti řady fyzických osob na trhu práce budou cíleně ovlivňovány a doba trvání znevýhodnění může být u nich časově omezená.

Proto podle individuálních okolností případu, zejména charakteru a rozsahu funkční poruchy a při zohlednění možnosti účinnosti citovaných nástrojů, které mohou ovlivnit kvalifikační potenciál, lze důvodně očekávat, že podstatné omezení schopnosti pracovního začlenění by mělo pominout zpravidla po 3 - 5 ti letech. V souladu s tímto předpokladem je nutno stanovit i časově omezenou platnost posudku zpravidla na 3 - 5 let. V případě trvalosti dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a neschopnosti změny kvalifikačního potenciálu lze stanovit platnost posudku trvale.

Pokud se osobě zdravotně znevýhodněné podaří setrvat na trhu práce a dlouhodobě vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost např. díky uplatnění ve zdravotně přiměřeném zaměstnání či získání potřebné kvalifikace, mohou tím pominout důvody, které působily omezení schopnosti být nebo zůstat pracovním začleněna a důvody k uznání statusu osoby zdravotně znevýhodněné. Dochází k vyrovnání zdravotního znevýhodnění těchto osob na trhu práce. To platí i v situaci, kdy u osoby nadále přetrvává funkční porucha zdravotního stavu, ale dopad na pracovní začlenění se minimalizoval.

Posuzování statusu osoby zdravotně znevýhodněné u osob mladistvých

Status osoby zdravotně znevýhodněné lze uznat nejdříve v souvislosti s dosahováním věku 15 let a v souvislosti s ukončováním povinné školní docházky, tedy v posledním roce povinné školní docházky. Podle § 121 odst. 1 zákona o zaměstnanosti jde u osoby mladšího věku nebo u osoby před ukončením povinné školní docházky o dítě, které dle § 121 odst. 2 téhož zákona může vykonávat pouze uměleckou, kulturní, sportovní a reklamní činnosti – tedy nikoliv soustavně pracovat, vykonávat soustavné zaměstnání, výdělečnou činnost. Účel přiznání statusu osoby zdravotně

znevýhodněné u osob mladistvých je spjat s doporučením nejvhodnějšího způsobu přípravy pro pracovní uplatnění, získání optimální kvalifikace a zdravotně odpovídajícího pracovního začlenění vzhledem ke zjištěnému zdravotnímu postižení. Výkon zdravotně přiměřeného zaměstnání je prevencí invalidity nebo vznik invalidity může podstatně oddálit.

Při posuzování zdravotního stavu mladistvých je třeba se zaměřit na čtyři základní hlediska ve vztahu k pracovnímu potenciálu a k nárokům povolání:

- hledisko klinické přiměřenosti - to, co mladistvý smí, co pro něho není klinicky kontraindikováno,
- hledisko technické přiměřenosti - to, co mladistvý může, na co stačí,
- hledisko kvalifikace - co mladistvý umí, k čemu má předpoklady, schopnosti, dovednosti; jde spíše o predikci vhodnosti kvalifikace, tedy zcela jiný přístup v dospívání než v dospělosti,
- hledisko subjektivního vztahu k práci - co mladistvý dělat chce.

Posudkový orgán, který mladistvého posuzuje, musí správně posoudit nejen nálezy poskytovatelů zdravotních služeb, ale citlivě zhodnotit průběh a výsledky školní docházky, jeho sociální situaci, zájmy, volnočasové aktivity, míru jeho schopností i dovedností a odhadnout perspektivy v oblasti jeho uplatnění. V případě nejasnosti si musí provést došetření - vyžádat odborný lékařský nález poskytovatele zdravotních služeb.

Posuzování zdravotně postiženého mladistvého je otázkou odpovědnou a složitou také proto, že se předem neví, zda, do jaké míry se příprava pro pracovní uplatnění zdaří a jak se následné pracovní zatížení na organismu projeví. U mladistvých je posuzování z hlediska lidského i společenského o to závažnější, že se vlastně hodnotí nejen současný zdravotní stav a současná pracovní schopnost, ale i vysoce prognosticky další průběh zdravotního postižení ve vztahu k práci a životnímu režimu, tedy pracovní schopnost budoucí.

Platnost posudku musí být časově omezená, a to do doby nabytí předpokládané kvalifikace, dokončení přípravy na budoucí povolání a vstupu na trh práce, tedy zpravidla 3 - 5 let, popř. i více.

Čl. 5 Zrušení řídicího aktu

Stávající výklad nahrazuje řídicí akt č. 2004/42438/ 23 - Výklad k zákonu č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti - posuzování kategorie osoba se zdravotním postižením pro účely zaměstnanosti.

Čl. 6 Závěrečná ustanovení

Tato instrukce nabývá účinnosti dnem 1. 7. 2017.

7. Odborný asistent posudkového lékaře

Bosák M.,

Oddělení koncepce posuzování zdravotního stavu MPSV

Úvod

Příklady dobré praxe ze zahraničí (Nizozemí, Belgie) vedly Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (dále jen „MPSV“) a Českou správu sociálního zabezpečení (dále jen „ČSSZ“) na základě systemizace od 1. 1. 2018 k zavedení na vybraná pracoviště lékařské posudkové služby (dále jen „LPS“) novou pracovní pozici odborného asistenta posudkového lékaře (dále jen „OAPL“). Jejich kompetence byla uvedena v Nařízení vlády č. 399/2017 Sb. ze dne 6. listopadu 2017, kterým se mj. mění katalog správních činností; kde se v části 2.20.10.6 uvádí – Analýza, komplexní vyhodnocování a vypracovávání odborných podkladů pro posudky o zdravotním stavu žadatelů o dávky nepojistných systémů sociálního zabezpečení. Od roku 2020 byla činnost OAPL vztažena i na oblast pojistných systémů. Náročnost jejich práce, dle citovaného nařízení odpovídá 10. platové třídě.

V roce 2018 bylo transformací 32 neobsazených systemizovaných míst lékařů okresních správ sociálního zabezpečení (dále jen „OSSZ“) vytvořeno 52 systemizovaných míst OAPL, z nichž se v uvedeném roce podařilo obsadit 35 systemizovaných míst OAPL. Od roku 2020 došlo k navýšení počtu systemizovaných míst OAPL na 67, a to na základě transformace dalších lékařských míst OSSZ, kdy několik míst OAPL bylo poté obsazeno vybranými referenty LPS OSSZ.

Činnost OAPL byla primárně koncipována pro první stupeň lékařské posudkové činnosti. I proto OAPL se v činnosti posudkových komisí MPSV neosvědčily a jejich systemizovaná místa (v počtu 5) byla k 1. 1. 2020 zrušena.

Záměrem bylo, aby činnost OAPL vykonávali pracovníci, kteří nabytím odborné způsobilosti k povolání všeobecné sestry či zdravotně-sociálního pracovníka na vyšší odborné nebo vysoké škole splní kvalifikační předpoklady pro výkon služby na pozici odborného asistenta posudkového lékaře.

Náplň práce

Práce OAPL se vykonává v režimu státní služby podle zákona č. 234/2014 Sb., o státní službě, ve znění pozdějších předpisů, a je zařazena do oboru státní služby č. 16 Lékařská posudková služba. **Stěžejní pracovní náplní OAPL je vypracovávání odborných podkladů pro posudky o zdravotním stavu žadatelů o dávky nepojistných systémů sociálního zabezpečení. Konečným zpracovatelem**

posudku o zdravotním stavu však zůstává lékař, jehož úloha je nezastupitelná a ani v budoucnu tomu nemůže být jinak.

Další náplní činnosti OAPL je provádět shromažďování a třídění odborných podkladů pro posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení (lékařských zpráv a nálezů od poskytovatelů zdravotních služeb, sociálního šetření, profesního dotazníku, popř. dalších podkladů), vyhodnocení jejich úplnosti a významnosti obsahu z hlediska posouzení a následné zpracování podkladů o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu a jeho nepříznivých důsledcích. OAPL úzce spolupracuje s posudkovým lékařem a referentem lékařské posudkové služby OSSZ. Nedílnou součástí práce OAPL je i sledování lhůt, výkon základního poradenství na úseku posudkové služby sociálního zabezpečení, zpracování zpráv, statistik a vedení potřebné administrativy.

Prohlubování odbornosti

Za účelem prohloubení vzdělání odborných asistentů speciálně ve vztahu k výkonu agend LPS byl ve spolupráci s Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (dále jen „IPVZ“) vypracován obsah vzdělávacího certifikovaného kurzu, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví ČR a získal jeho akreditaci. Certifikovaný kurz je realizován IPVZ v Praze nebo ČSSZ a náklady na školení OAPL hradí jeho zaměstnavatel. Certifikovaný kurz, který byl připraven za součinnosti MPSV, ČSSZ a Ministerstva zdravotnictví „na míru potřeb OAPL,“ je zaměřen na osvojení znalostí a dovedností ve vybraných činnostech nezbytných k vypracování odborných podkladů pro posudky o zdravotním stavu a pracovní schopnosti fyzické osoby ve vztahu k důsledkům zdravotních postižení a k získání ucelených znalostí o systémech sociálního zabezpečení a posuzování zdravotního stavu v jednotlivých systémech. Získané poznatky zvýší odborné znalosti OAPL, aby byli lépe a komplexněji připraveni ke zvládnutí pracovních úkolů.

Kvalifikační předpoklady

Uchazeč o práci odborného asistenta posudkového lékaře musí mít zdárně ukončené minimálně vyšší odborné vzdělání a splňovat podmínku odborné způsobilosti, tou je pro dané účely odborná způsobilost

k výkonu povolání všeobecné sestry nebo k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka dle zákona č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. Z dnešního pohledu se ukazuje, že v případě „náboru“ pracovníků pro obsazení pozic OAPL byla podceněna oblast osvěty, informovanosti a cíleného personálního náboru. Proto má v současné době ze stávajících 52 OAPL požadovanou kvalifikaci pouze 25. Ostatní pozice jsou obsazeny pracovníky se zcela odlišnou kvalifikací (např. ekonomického, sociálního, pedagogického nebo technického zaměření).

Výkonnost OAPL

V srpnu 2019 byl, v návaznosti na Instrukci náměstkyně ministryně Mgr. Kateřiny Jirkové č. 9/2019, Postupy k plnění úkolů lékařské posudkové služby, kterou byly stanoveny optimální ukazatele zatížení pro pracovníky LPS OSSZ, ČSSZ a posudkové komise MPSV, zaveden monitoring výkonnosti všech pracovníků LPS. Z monitoringu činnosti OAPL vyplynulo, že v roce 2019 OAPL plnili optimální ukazatele zatížení v průměru na 70 %, v průběhu 1. pololetí 2020 došlo k mírnému zvyšování výkonnosti s naplňováním optimálních

ukazatelů zatížení na 74 %, s koncem 3. čtvrtletí 2020 bylo dosaženo plnění v průměru na 88 %. V roce 2019 na 1 systemizované místo OAPL připadalo měsíčně v průměru 68 vypracovaných podkladů a celkově cca 2 200-2 300 podkladů měsíčně; v roce 2020 již v průměru 82 podkladů měsíčně a celkově cca 4 300-4 500 podkladů měsíčně. Nejčastější agendou OAPL byly podklady pro posudek o stupni závislosti ve věci nároku na příspěvek na péči (48 %) a posudek ve věci nároku na průkaz osoby se zdravotním postižením (45 %).

Závěr

Z téměř tříleté existence pozice OAPL na OSSZ vyplývá, že limitujícím faktorem pro jejich další rozvoj a působnost v činnosti LPS je u některých OAPL jejich „nezdravotní“ kvalifikace. Lepší výsledky jsou docilovány v oblasti přípravy podkladů pro posouzení ve věcech tzv. nepojistné agendy. V oblasti pojistných systémů jsou OAPL do činnosti LPS OSSZ zapojování sporadicky. Úskalím se ukazuje i organizace práce, kdy dle monitoringu někteří OAPL jsou pověřováni i jinou agendou, než pro ně stanoví katalog správních činností.

8. Vzdělávání lékařů posudkové služby

Wernerová J.,

Oddělení koncepce posuzování zdravotního stavu MPSV

Úvod

Vzdělávání lékařů v oboru posudkové lékařství se řídí zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů a prováděcími vyhláškami - vyhláškou č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláškou 152/2018 Sb., o nastavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů.

Odborná způsobilost

Posudkový lékař musí absolvovat několikastupňové vzdělání, aby mohl vykonávat práci posudkového lékaře. Nejprve musí získat **odbornou způsobilost** k výkonu povolání lékaře, která se získá absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia na lékařské fakultě, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku

v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství. Po absolvování lékařské fakulty následuje specializační vzdělávání, které je dvoustupňové a průběžné celoživotní vzdělávání.

Specializační vzdělávání

Nejprve je nutné získat specializovanou způsobilost, a to absolvováním specializačního vzdělávání v některém specializačním oboru ukončeným atestační zkouškou, např. v oboru vnitřní lékařství. Absolvování tohoto specializačního vzdělávání je nutný předpoklad pro zařazení do nastavbového oboru Posudkové lékařství.

Po získání specializované způsobilosti může být lékař zařazen do **nastavbového oboru Posudkové lékařství**. Vzdělávání se uskutečňuje podle Vzdělávacího programu nastavbového oboru Posudkové lékařství, který schválilo Ministerstvo zdravotnictví a zveřejnilo ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 10/ 2019, který vyšel dne 25. října 2019. Vzdělávací program

stanoví celkovou délku přípravy, která je nyní stanovena v délce minimálně 1 rok. Dále stanovuje rozsah a obsah přípravy, zejména počet hodin praktického a teoretického vyučování, a výuková pracoviště, na kterých probíhá, popřípadě další požadavky pro získání zvláštní odborné způsobilosti. Po absolvování příslušné praxe na pracovištích lékařské posudkové služby a předepsaných vzdělávacích kurzů lékař skládá zkoušku před komisí zřízenou Ministerstvem zdravotnictví (dále jen „MZ“). Tím lékaři získávají zvláštní specializovanou způsobilost v oboru Posudkové lékařství. Vzdělávací program dále stanoví, která specializovaná způsobilost je předpokladem pro zařazení do nástavbového oboru. Podmínkou pro zařazení do nástavbového oboru Posudkové lékařství je získání specializované způsobilosti ve všech oborech specializačního vzdělávání s výjimkou oborů: hygiena a epidemiologie, klinická biochemie, lékařská genetika, lékařská mikrobiologie, nukleární medicína, patologie a radiologie a zobrazovací metody. Vzdělávání v nástavbovém oboru probíhá jako celodenní průprava v zařízeních akreditovaných v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době a je odměňována. Vzdělávání v nástavbovém oboru může probíhat jako rozvolněná příprava, to je při nižším rozsahu, než je stanovená týdenní pracovní doba, přitom její rozsah nesmí být nižší, než je polovina stanovené týdenní pracovní doby. V současné době je ve schvalovacím procesu změna zákona, která umožňuje, že rozsah rozvolněné přípravy v nástavbovém oboru nesmí být nižší než pětina stanovené týdenní pracovní doby.

Celoživotní vzdělávání

Další forma vzdělávání lékařů je celoživotní vzdělávání, které je definováno zákonem č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, jako průběžné obnovování vědomostí, dovedností a způsobilostí odpovídajících získané odbornosti v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Celoživotním vzděláváním by měl průběžně procházet každý lékař během výkonu svého povolání. Formy celoživotního vzdělávání jsou zejména samostatné studium odborné literatury, účast na kurzu, školicí akci, seminářích, odborných a vědeckých konferencích a kongresech v České republice a v zahraničí, absolvování klinické stáže v akreditovaném zařízení v České republice nebo v obdobných zařízeních v zahraničí, účast na odborně vědeckých aktivitách, publikační a pedagogická činnost a vědecko-výzkumná činnost. Celoživotní vzdělávání

organizují a pořádají zejména Ministerstvo zdravotnictví, vysoké školy připravující studenty k výkonu zdravotnického povolání, Česká lékařská komora a odborné lékařské společnosti ve spolupráci s akreditovanými vzdělávacími zařízeními, poskytovateli zdravotních služeb, Ministerstvem práce a sociálních věcí a Českou správou sociálního zabezpečení.

Celoživotní vzdělávání prokazuje „**Diplom celoživotního vzdělávání lékařů**“. Doklad vystavuje Česká lékařská komora (dále jen „ČLK“) při splnění získání 150 kreditů za 5 let podle Stavovského předpisu číslo 16 ČLK. Přitom každý posudkový lékař je povinně členem ČLK.

Na vzdělávání posudkových lékařů se podílí katedra posudkového lékařství Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, která pořádá jednak kurzy v rámci specializačního vzdělávání v nástavbovém oboru posudkové lékařství a na základě jmenování Ministerstvem zdravotnictví realizuje zkoušky z oboru posudkové lékařství. Dále uskutečňuje kurzy v rámci celoživotního vzdělávání posudkových lékařů. Ve své činnosti katedra spolupracuje s odbornými lékařskými společnostmi, sdružujícími posudkové lékaře. Jde o Českou společnost posudkového lékařství a Společnost lékařů sociálního zabezpečení.

Uvedené odborné lékařské společnosti patří mezi základní organizační složky České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále jen „ČLS JEP“), které jsou vytvářené na profesním (oborovém) základě. ČLS JEP je právnickou osobou, má vlastní Stanovy, které byly přijaty na sjezdu delegátů 11. 11. 1992 a upraveny na dalších sjezdech delegátů. Jednotlivé odborné lékařské společnosti ČLS JEP jsou ve své odborné činnosti autonomní a nesou za její výkon plnou odpovědnost. Uvedené odborné společnosti spolupracují s MPSV a ČSSZ na přípravě právních předpisů upravujících posuzování zdravotního stavu a na vzdělávání posudkových lékařů. Společnosti pořádají 1x ročně dvoudenní celorepublikové sjezdy posudkových lékařů a 1x ročně pořádají Pracovní dny Posudkového lékařství. Cílem těchto akcí je vzdělávání posudkových lékařů jak ve vlastním oboru, tak v dalších lékařských oborech. Průřezová znalost medicíny z hlediska věku a různých věkových skupin je pro posudkové lékaře zásadní při posuzování dopadů zdravotních postižení na posuzovanou oblast. Společnosti spolupracují i s dalšími lékařskými odbornými společnostmi a lékařskými spolky, spolupodílí se na šíření odborných znalostí z oboru posudkové lékařství mezi lékaři jiných odborností, poskytují odborné rady apod.

9. Úvodní slovo

Vážení čtenáři,

jistě chápete, že příprava tohoto prvního vydání nebyla jednoduchá a mým záměrem do budoucna je, aby se jednalo o časopis, který bude z odborného (lékařského) a metodického hlediska tvořen „posudkovými lékaři“ pro „posudkové lékaře“ spolu s přispěním všeobecně uznávaných odborníků nelékařských profesí, kteří by svými příspěvky dokázali materii vhodně doplnit o aktuální problematiku. Cílem naopak není vydávat časopis, na kterém se posudkoví lékaři nebudou přímo podílet, neboť jsou to právě jejich odborné zkušenosti, které bych rád využil nejen k sjednocení postupů napříč územím, ale také k obohacení zkušeností těch kolegů, kteří do lékařské posudkové služby teprve přišli či přicházejí budou. Není zapotřebí, abych se rozepisoval dlouze, za osoby mohou hovořit také konkrétní činy, úkony nebo jen suchá statistická čísla, která Vám jsou představena v této části, části korespondující s uplynulým obdobím (aktuality je tedy vhodné vnímat optikou plánované periodicity).

V uplynulém období jste však zaznamenali moji hlavní snahu ve vztahu k celé lékařské posudkové službě, kterou bylo, řečeno možná bližší lékařskou terminologií, aby pacient nezemřel dříve, než je učiněn alespoň pokus o jeho záchranu. A i když zde představená čísla jsou mírně příznivá a optimistická, z mého pohledu máme za sebou teprve určitou fázi resuscitace.

Za relativně krátkou dobu jsem však stihl poznat celou řadu velmi dobře profesně vybavených posudkových lékařů napříč územím (ale také odborných asistentů, tajemníků či referentů) a měl tak možnost se seznámit s velkým počtem vydaných posudků, které svou kvalitou přesáhly má očekávání, a byť se vnímání ze strany širší veřejnosti nepodařilo zásadním způsobem změnit (snad jen s výjimkou vnímání výrazného zkrácení lhůt v posudkovém řízení), věřím, že vytrvalostí a precizací naší společné práce ve smyslu enumerativnosti veřejnoprávních pretenzí, uspějeme časem i v této oblasti.

Závěrem bych chtěl jmenovitě poděkovat MUDr. Aleně Zvoníkové, bez jejíhož rozhledu bych se do problematiky LPS jen stěží dostal, dále již nominovaným zástupcům do Meziresortní pracovní komise pro přípravu a koordinaci zavedení MKN-11 v ČR, konkrétně doc. MUDr. Libuši Čeledové, Ph.D., MUDr. Rostislavu Čevelovi, Ph.D., MBA a MUDr. Miroslavu Bosákovi, jejichž úkolem bude Vás v navazujícím vydání seznámit se zásadními pokroky v této oblasti a v řadě neposlední MUDr. Janě Venclové, na které stojí nelehký úkol provázanosti LPS na jednotlivých úrovních (OSSZ + ČSSZ). Za snahu a píli i v nelehké pandemické době, Vám však děkuji všem.

Mgr. Michal Novák

Ředitel odboru odvolání a správních činností nepojistných dávek a LPS MPSV

10. Aktuality v lékařské posudkové službě za rok 2020

Hlavním cílem lékařské posudkové služby pro rok 2020 bylo dosažení její stabilizace, a to jak po stránce personální, tak po stránce její činnosti. Ostatně obsazenost systemizovaných míst posudkových lékařů jde ruku v ruce s řádným výkonem agendy v patřičné kvalitě jednotlivých výstupů, tedy posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti občanů, a to v zákonem stanovených lhůtách.

Problémy, se kterými se LPS dlouhodobě potýká, ovšem nelze vytrhnout z kontextu předcházejících let a pro náhled za rok 2020 je potřeba ohlédnout se v čase. **Dne 20. února 2020 se konala 46. schůze výboru pro sociální politiku** Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, kde jedním z témat byla aktuální situace v oblasti lékařské posudkové služby. MPSV zde ve spolupráci s ČSSZ zhodnotilo vývoj personální situace a zpracované agendy za období od roku 2015 do roku 2019. V oblasti obsazenosti systemizovaných míst je patrný výrazný pokles od počátku sledovaného období, což je znázorněno v přiložené tabulce níže.

Přepočtený počet SM k 31. prosinci	2015	2016	2017	2018	2019
PK MPSV	43,25	41,85	34,2	28,95	26,8
ČSSZ	33,6	31,45	31,94	31,34	28,94
OSSZ	314,03	292,09	265,97	261,09	251,58

Zdroj: ČSSZ, MPSV

Je však potřeba zdůraznit, že i přes tento úbytek personální kapacity, celková výkonnost lékařů rostla. Touto výkonností je myšlen průměrný počet vypracovaných posudků měsíčně na jeden úvazek lékaře, tedy vztah zpracované agendy a počtu obsazených systemizovaných míst. Jednotlivé hodnoty je opět možno porovnat z tabulky.

Průměrný počet posudků na jeden úvazek lékaře/měsíc	2015	2016	2017	2018	2019
PK MPSV	44,12	42,45	43,95	49,73	64,41
ČSSZ	19,55	21,63	22,02	25,34	27,84
OSSZ	111,78	118,53	119,05	130,8	129,92

Zdroj: ČSSZ, MPSV

Průměrný věk posudkového lékaře stoupal a v roce 2019 činil 62 let, přičemž z celkového počtu lékařů bylo starších 70 let přes 100 lékařů. Ke snížení zátěže posudkových lékařů byla v roce 2018 zavedena pozice odborného asistenta posudkového lékaře, jehož hlavní náplní činnosti je vypracovávání odborných podkladů pro posudky o zdravotním stavu. Jejich hlavní využití je v oblasti nepojistných sociálních dávek, a to v prvostupňovém posudkovém řízení na OSSZ. Přestože lékaři zvládali zpracovat velký objem agendy, důsledky nízké obsazenosti se projevily na lhůtách pro vyřízení. Vedle prodlužování doby trvání posudkového řízení bylo nutné stanovit priority činnosti. Pro OSSZ to znamenalo útlum kontrolní činnosti v nemocenském pojištění. Omezení kontrolní činnosti v oblasti dočasné pracovní neschopnosti zvyšuje riziko nedůvodných výplat nemocenského, potažmo může ovlivnit též agendy, kde se posuzuje dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, zejména posuzování invalidity. Vývoj počtu provedených kontrol posuzování dočasné pracovní neschopnosti u ošetřujících lékařů zachycuje přiložená tabulka.

Počet kontrol posuzování DPN u ošetřujících lékařů	2015	2016	2017	2018	2019
OSSZ	166991	153500	113049	73598	65377

Zdroj: ČSSZ

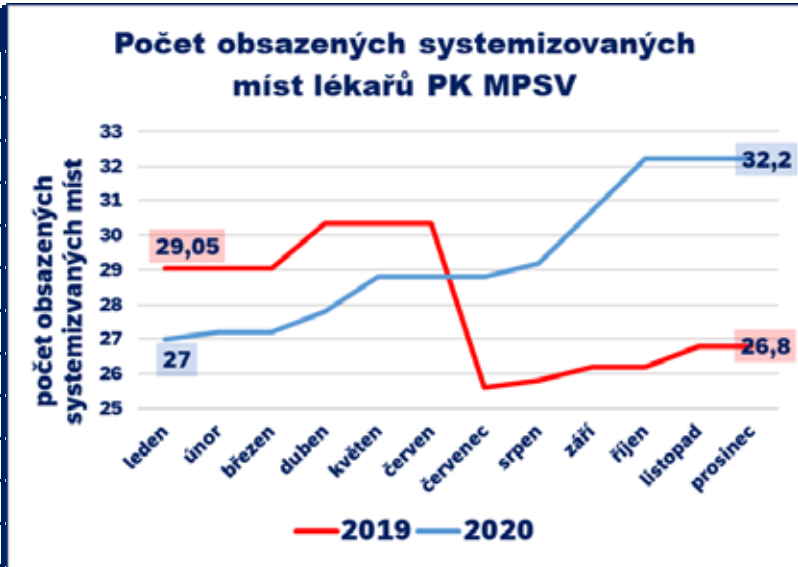
Na výše uvedenou problematiku MPSV reagovalo a již v roce 2019 přijalo řadu interních opatření v řízení lékařské posudkové služby, kterými se postupně dařilo (a nadále daří) zajistit plynulý chod činnosti, udržet kvalitu a odbornou úroveň, snížit počet posudkových řízení po lhůtě a zkrátit doby řízení. Za účelem zefektivnění činnosti lékařské posudkové služby byla také vydána Instrukce náměstkyně pro řízení sekce 7 MPSV č. 9/2019 *Postupy k plnění úkolů lékařské posudkové služby*. Tato instrukce nastavila optimální ukazatele zatížení pracovníků podílejících se na výkonu posudkové činnosti, pravidla pro pravidelný monitoring činnosti a zavedla strukturovanou formu posudku.

Činnost lékařské posudkové služby byla od druhého čtvrtletí roku 2020 zasažena nepříznivou epidemiologickou situací v souvislosti s výskytem onemocnění COVID-19. Z důvodu ochrany zdraví posudkových orgánů i posuzovaných osob byla zaváděna dílčí opatření k omezení fyzického styku osob a tím k omezení rizika nákazy. Bohužel riziko nákazy nebylo možné zcela eliminovat, takže onemocnění zkomplikovalo postup v jednotlivých posudkových řízeních, kdy např. musela být rušena nebo odložena jednání, kde byla nezbytná přítomnost posuzované osoby. Je však nutno konstatovat, že lékařská posudková služba zůstala i při všech těchto komplikacích nadále provozuschopná a nedošlo k zásadnímu systémovému ohrožení činnosti.

Dne 8. října 2020 se konala 57. schůze výboru pro sociální politiku Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, na které se opětovně řešil aktuální stav fungování lékařské posudkové služby. MPSV ve spolupráci s ČSSZ zhodnotilo výsledky činnosti za rok 2020. Jedním z dílčích úspěchů bylo udělení akreditace nástavbového oboru posudkové lékařství od Ministerstva zdravotnictví jak pro MPSV, tak pro ČSSZ, které tak mohou vzdělávat lékaře v tomto oboru.

MPSV představilo svůj postup v dalších dílčích cílech, kterými pro rok 2020 bylo zejména obsazování volných systemizovaných míst, ukončení posudkových řízení po lhůtě, zamezení vzniku nových posudkových řízení po lhůtě a celková stabilizace LPS. MPSV za účelem nábory lékařů oslovilo prezidenta České lékařské komory se žádostí o spolupráci, výsledek za MPSV je znázorněn při srovnání roku 2019 a 2020 na níže uvedených grafech.

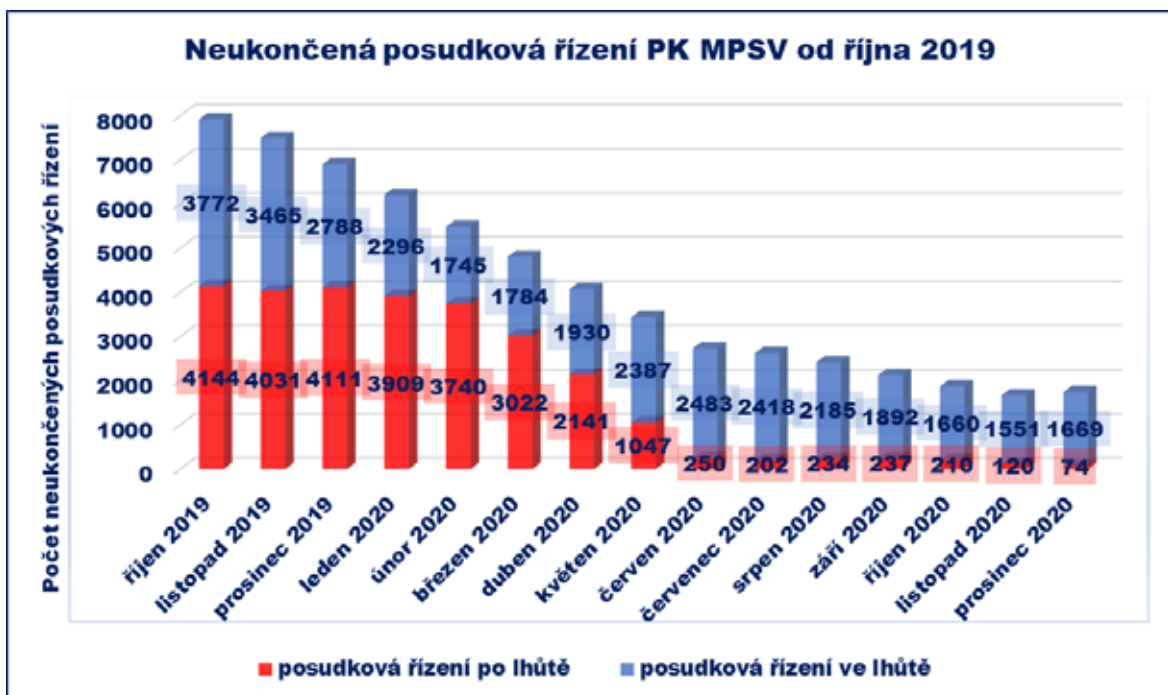
období	2019	2020
leden	29,05	27
únor	29,05	27,2
březen	29,05	27,2
duben	30,35	27,8
květen	30,35	28,8
červen	30,35	28,8
červenec	25,6	28,8
srpen	25,8	29,2
září	26,2	30,7
říjen	26,2	32,2
listopad	26,8	32,2
prosinec	26,8	32,2



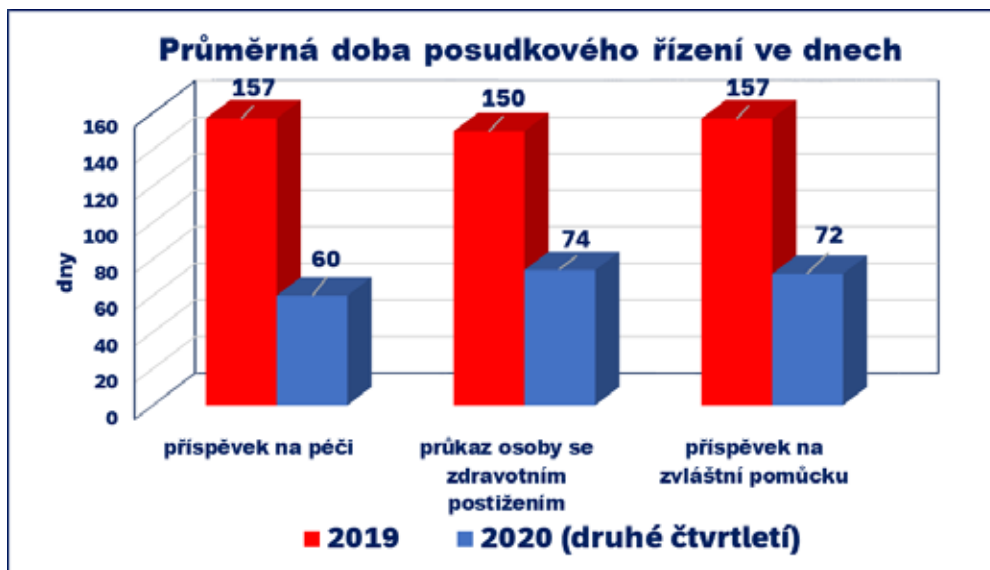
Zdroj: MPSV, aktualizováno k 31. prosinci 2020

ČSSZ též vyvíjela úsilí v oblasti náborových opatření, kdy docházelo k oslovování jak konkrétních lékařů, tak zdravotnických zařízení, lékařských sdružení, využití inzerce apod. ČSSZ se tak daří ročně přijmout v průměru 30–40 nových lékařů. V září 2020 bylo z 298 systemizovaných míst na OSSZ obsazeno 238,6 míst a na ČSSZ z 38 systemizovaných míst obsazeno 28,8 míst. Přestože ČSSZ využívá všech dostupných prostředků k přijetí lékařů do LPS, bohužel počet odcházejících lékařů převyšuje počet nově příchozích. ČSSZ připravuje novou komunikační strategii, a to vydávání Zpravodaje ČSSZ, v rámci kterého bude proaktivně zveřejňovat volné pracovní pozice.

Velkým úspěchem MPSV pak byla eliminace posudkových řízení po zákonné lhůtě. Zatímco v lednu 2019 se jednalo o 8 047 takových řízení, v lednu 2020 se již jejich počet snížil o více než polovinu na 3 909 a k 31. říjnu 2020 se jednalo o 210 posudkových řízení po lhůtě. Tyto poslední zbylé případy jsou zapříčiněny nezbytností osobní přítomnosti klienta u jednání PK MPSV, která musela být odložena v souvislosti s koronavirem. Shodně jako se podařilo odstranit tyto nedodělky, došlo též ke zkrácení průměrných dob posudkových řízení. V oblasti nepojistných sociálních dávek tato doba na PK MPSV činila v roce 2019 přes 150 dní. V druhém čtvrtletí roku 2020 činila již pouze 60 dní u příspěvku na péči, 74 dní u průkazu osoby se zdravotním postižením a 72 dní u příspěvku na zvláštní pomůcku – viz grafy níže.



Zdroj: MPSV, aktualizováno k 31. prosinci 2020



Zdroj: MPSV

Je nepochybné, že bez vysokého pracovního nasazení předsedů PK MPSV a tajemníků by tohoto nebylo možno dosáhnout. MPSV se tak podařilo obsadit volná systemizovaná místa lékařů, eliminovat nedodělky a zkrátit dobu posudkového řízení. Krizové řízení tak bylo na PK MPSV k 30. září 2020 ukončeno. MPSV si nastavilo navazující dílčí cíle pro další období, kterými jsou další zkracování dob posudkových řízení (pod 60 dní), zaměření se na kvalitu posudků a kontrolní činnost, kladení důrazu na vzdělávací a další aktivity lékařů k rozvoji jejich kompetencí. Vzhledem k vysokému průměrnému věku lékařů PK MPSV je nadále nutno počítat s obsazováním systemizovaných míst, která se budou průběžně uvolňovat.

ČSSZ na výboru pro sociální politiku prezentovala na předložených číslech též pozitivní posun. Podařilo se navzdory komplikacím spojených s koronavirem snížit celkový počet nevyřízených řízení na OSSZ z 55 179 řízení v lednu 2020 na 53 366 řízení, z toho po lhůtě bylo 126 případů. Na ČSSZ se jednalo o 979 posudkových řízení, po lhůtě byl jeden případ. Posuzování zdravotního stavu tak až na ojedinělé výjimky probíhalo v zákonem stanovených lhůtách. Lékaři OSSZ a ČSSZ v průměru plnili (mírně překračovali) doporučené ukazatele výkonnosti a významně poklesnul počet kontrolních lékařských prohlídek. Opět je potřeba ocenit vysoké pracovní nasazení všech osob podílejících se na vedení posudkového řízení.

V souladu s materiálem *Informace o řešení lékařské posudkové služby, návrh dalšího postupu*, který dne 13. ledna 2020 projednala a schválila vláda ČR, byl dne **10. září 2020** Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR předložen návrh zákona poslanců Jiřího Běhounka a Víta Kaňkovského, kterým se mění zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony (sněmovní tisk 1010). V tomto sněmovním tisku je promítnuta řada opatření, které MPSV navrhovalo pro personální stabilizaci a plynulý výkon činnosti v oblasti LPS. Konkrétně jde o tato opatření:

- **zavedení institutu odborného nelékařského zdravotnického pracovníka (ONZP)** - jde o odborně způsobilého pracovníka k výkonu povolání všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, fyzioterapeut, zdravotnický záchranář, zdravotně-sociální pracovník, který by dále absolvoval certifikovaný kurz na posudkovou činnost. Jeho využití by bylo na první instanci při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti, avšak posudek by musel být vždy schválen a podepsán posudkovým lékařem OSSZ. ONZP se s ohledem na zdravotní vzdělání jeví jako vhodnější a efektivnější pro účely LPS než dosavadní odborní asistenti posudkového lékaře, kteří zhruba v polovině případů nesplňují vhodnou kvalifikaci pro práci v LPS. Od ONZP se očekává především snížení zátěže posudkových lékařů a vytvoření účelné dělby práce za zachování dosavadní kvality posudků
- **specifikace podkladů k posouzení přímo v zákoně** – vyžádaný rozsah
- **oprávnění žádat o doplnění neúplných podkladů** – ve vyžádaném rozsahu
- **předávání podkladů elektronicky** – předepsané tiskopisy
- **zásada koncentrace řízení** – stanovení lhůty k předložení podkladů posuzovanou osobou
- **povinnost prizvat posuzovanou osobu na její žádost**
- **možnost posuzované osoby prizvat k jednání poskytovatele zdravotních služeb**

- kontrola posuzování dočasné pracovní neschopnosti na základě písemné informace od poskytovatele zdravotních služeb – bez osobní účasti posuzovaného
- možnost ukončení dočasné pracovní neschopnosti v průběhu posuzování nároku na nemocenské po uplynutí podpůrní doby

S ohledem na výše uvedené lze konstatovat, že činnost lékařské posudkové služby byla v roce 2020 stabilizována a podařilo se zmírnit důsledky některých dlouhodobých problémů. Vzhledem k vysokému průměrnému věku posudkových lékařů je však nadále nutno pokračovat v náborových akcích a obsazování volných či postupně uvolňovaných systemizovaných míst.

MPSV v roce 2020 také identifikovalo potřebu dalšího koncepčního uchopení lékařské posudkové služby na další roky a zahájilo tak v součinnosti s ČSSZ přípravy na koncepci na období 2022–2027. Hlavní cíle koncepce jsou v těchto oblastech:

- organizace a řízení LPS
- lidské zdroje
- financování činnosti LPS
- vzdělávání
- spolupráce a odpovědnost dalších subjektů
- informační technologie.

Na konci roku 2020 byly zahájeny analytické práce. Z analýz z uvedených oblastí budou dále nastavena implementační opatření k dalšímu rozvoji lékařské posudkové služby.

ČLÁNKY

11. Nejlepší zájem dítěte

Grunerová I.,

Oddělení odvolání a správní agendy Moravskoslezský kraj MPSV

Úvod
Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále též „zákon“), obsahuje zvláštní ustanovení ve vztahu k dětem v § 4 odst. 1, kdy je-li oprávněnou osobou dítě, je orgán příslušný k rozhodování o dávkách povinen při rozhodování o nároku na dávku a její výši vždy sledovat **dosazení nejlepšího zájmu dítěte**.

Do zákona se tak přejímá interpretační pravidlo pro případ, je-li dávka přiznávána osobě do 18 let věku, kdy dle čl. 7 odst. 2 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením platí, že při jakémkoliv činnosti týkající se dětí se zdravotním postižením musí být **předním hlediskem nejlepší zájem dítěte**. Pojem nejlepší zájem dítěte se objevuje ve všech mezinárodních smlouvách, k jejichž dodržování se Česká republika zavázala.

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Základní podmínku nároku na příspěvek na zvláštní pomůcku definuje ustanovení § 9 odst. 1 zákona, kdy nárok má osoba se zdravotním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu uvedeným v příloze tohoto zákona, a její zdravotní stav

nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku. Potřeba a vhodnost zvláštní pomůcky by však měla být posuzována jak z hlediska zdravotního stavu, tak i z hlediska sociálního (viz důvodová zpráva k zákonu).

Je tedy třeba se zamyslet, jakým způsobem lze při stanovení nároku na příspěvek na zvláštní pomůcku zohlednit hledisko sociální a současně v případě dítěte jeho nejlepší zájem, když z výše citovaného ustanovení se jeví jako primární splnění podmínky taxativně vymezeného zdravotního postižení, vč. nemožnosti užití pomůcky z důvodu kontraindikací.

Jak judikoval KS v Ostravě, č. j. 20 Ad 4/2020-40, posouzení povahy zdravotního postižení z hlediska splnění podmínek nároku na dávku podle zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením je věcí odborně medicínskou, k níž správní orgán ani soud nemají potřebné odborné znalosti, a proto se vždy obrací k osobám, které jimi disponují, aby se k těmto otázkám vyjádřily.

Stěžejní je pak úvaha posudkové komise o nemožnosti oprávněné osoby pomůcku užívat, tedy o podmínce, jejíž kumulativní splnění zákon nezbytně vyžaduje

pro závěr o vyloučení přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku.

V tomto případě soud konstatuje, že závěr o kontraindikaci zvláštní pomůcky u nezletilé není posudkovou komisí, resp. žalovaným, vyhodnocen ani z pohledu metodiky vrchního ředitele úseku lékařské posudkové služby č. 6/2013, a že závěry posudků, z nichž žalovaný v souzené věci vycházel, nebyly formulovány tak, aby z hlediska své celistvosti a přesvědčivosti nevzbuzovaly žádné pochyby.

Rozhodnutí o předmětném příspěvku závisí převážně na posouzení zdravotního stavu žadatele ve smyslu § 9 odst. 2 zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, nicméně správní orgán, který ve věci rozhoduje, musí zohlednit i další podmínky a okolnosti případu.

Již výše bylo zmíněno, že při rozhodování o nároku na příspěvek na zvláštní pomůcku správní orgán hodnotí otázky právní i skutkové, přičemž skutková zjištění nezávisí výlučně na posouzení zdravotního stavu osoby žadatele. Potřeba a vhodnost zvláštní pomůcky má být posuzována jak z hlediska zdravotního stavu, tak i z hlediska sociálního, přičemž v souzené věci žalovaný disponoval drahně důkazy, z nichž vyplývá prospěch žádané pomůcky pro nezletilou a její schopnost ji ovládat.

Posudky PK MPSV tak soud nepovažoval za úplné a přesvědčivé. Odvolacímu orgánu je pak vytýkáno, že pochybil, pokud nekriticky závěry posudkových komisí bez dalšího přijal, sám je nevyhodnotil v kontextu dalších důkazů předkládaných žalobkyní svědčících ve prospěch schopnosti nezletilé žádanou pomůcku smysluplně užít, a závěrů, že její používání bude pro nezletilou přínosem a jediným možným způsobem komunikace s okolím. Nebyl nikterak zohledněn zájem dítěte jakožto interpretační vodítko pro přiznání dávky a v napadeném rozhodnutí nevysvětlil, proč zjištění plynoucí z dokládaných zpráv o smysluplnosti pomůcky pro nezletilou, na něž žalobkyně poukazovala, pod zákonná kritéria podřadit nelze.

V novém řízení bude tedy nezbytné odstranit nepřesvědčivost a nepřezkoumatelnost posudků posudkové komise řádným odůvodněním závěru o kontraindikaci u nezletilé ve smyslu přílohy části II. písmene a) k zákonu. Následně pak o nároku nově rozhodnout při vyhodnocení všech důkazních materiálů přítomných ve správním spise a ve světle interpretačního vodítka k zákonu, tedy z pohledu nejlepšího zájmu dítěte, jakož i z hlediska sociálního.

Závěr

V případě, kdy oprávněná osoba má zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku uvedená v příloze části I zákona a zároveň by se mohlo jednat o zdravotní stav vylučující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku (kontraindikace) uvedený v příloze části II zákona, avšak příslušnou kontraindikaci nelze s jistotou potvrdit ani vyvrátit, neboť zdravotní testací nelze tento zdravotní stav jednoznačně prokázat, je nezbytné, aby tato skutečnost byla z posudkového závěru zřejmá. Kontraindikací u dětí je takový stav, kdy nelze ani předpokládat smysluplné využití pomůcky. V těchto případech je na správním orgánu, aby při posouzení nároku na příspěvek přihlédl také k hledisku sociálnímu a u dětí zejména k ustanovení § 4 odst. 1 zákona, tj. k nejlepšímu zájmu dítěte.

I těchto případech však platí, že pro vznik nároku na příspěvek na zvláštní pomůcku musí být splněny ostatní podmínky nároku uvedené v ustanovení § 9 zákona, a to mimo jiné, že zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsahu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím; přitom se přihlíží i k dalším pomůckám, zdravotnickým prostředkům, úpravám a předmětům, které osoba využívá a současně osoba může zvláštní pomůcku využívat, a to také ve svém sociálním prostředí. Jde-li o pořízení motorového vozidla, je rovněž podmínkou, že se osoba opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje a že je schopna řídit motorové vozidlo nebo je schopna být motorovým vozidlem převážena.

12. Sociální šetření v souvislosti s COVID-19

Jasovská H.,

Oddělení odvolání a správní agendy Jihomoravský kraj MPSV

Úvod

V rámci správního řízení vedeného o **příspěvku na péči** provádí Úřad práce České republiky (dále jen „Úřad

práce“) podle ustanovení § 25 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“), **pro účely**

posuzování stupně závislosti sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Sociální šetření provádí Úřad práce také v průběhu hospitalizace osoby ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, jestliže je této osobě poskytována u jednoho nebo postupně u více poskytovatelů zdravotních služeb následná nebo dlouhodobá lůžková péče pro tutéž nemoc nebo úraz trvající nepřetržitě déle než 60 dnů; podmínkou je, že tato skutečnost byla oznámena a doložena podle ustanovení § 21 odst. 1 písm. e) výše uvedeného zákona. Sociální šetření provádí sociální pracovník, který o něm vyhotovuje písemný záznam. Krajská pobočka Úřadu práce provádí sociální šetření také, pokud o to okresní správa sociálního zabezpečení požádá v případech, kdy provádí kontrolu původního posouzení zdravotního stavu osoby.

Sociální šetření

Z hlediska zákona o sociálních službách je sociální šetření podpůrným prostředkem při posuzování stupně závislosti posudkovými lékaři příslušných orgánů lékařské posudkové služby. Sociální šetření je standardně prováděno v místě přirozeného prostředí žadatele, popřípadě ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče v průběhu hospitalizace osoby, a to za splnění zákonem stanovených podmínek. Sociální pracovník při svém hodnocení vychází z informací, které získal při sociálním šetření v aktuálním čase, tedy v časovém úseku samotného provádění sociálního šetření. Jedná se o shromážděný anamnestický údaj, který slouží jako podklad pro posudkové lékaře k posouzení zdravotního stavu žadatele pro účely příspěvku na péči. Je nutno podotknout, že závěr sociálního šetření se může zakládat na subjektivních zjištěních, pocitech a sděleních, často bez možnosti jejich faktického ověřování. Sociální šetření má tedy své limity a vychází zejména z pozorování a rozhovoru sociálního pracovníka s žadatelem, popřípadě jeho pečující osobou či s dalšími přítomnými osobami.

Sociální pracovník do předem připraveného formuláře zapisuje během sociálního šetření své poznatky a zjištěné informace, které následně přepisuje do tištěné podoby. Po provedeném sociálním šetření je tedy zpracován záznam, ve kterém jsou uváděny skutečnosti, které byly sociálním pracovníkem zjištěny, zpozorovány a které mu byly přítomnými osobami sděleny. Do sociálního šetření se zaznamenává stanovisko žadatele, pečujících osob i hledisko samotného sociálního pracovníka. Nestranný pohled sociálního pracovníka může často přispět k dalším zjištěním, které si například žadatel či pečující osoby neuvědomovali nebo je dosud neřešili. Tento záznam obsahuje i informace o obydlí žadatele, možnostech

využití pomoci okolí, případné další možnosti pomoci a dalších faktorech, jež mohou ovlivňovat zdravotní stav i psychickou pohodu žadatele. Díky osobnímu setkání může sociální pracovník efektivně reagovat na situaci žadatele a poskytnout jemu i pečující osobě příslušné základní či odborné poradenství, jež má být součástí provedeného sociálního šetření.

Sociální šetření v době epidemie COVID-19

Vláda České republiky přijala řadu opatření s cílem zamezit šíření viru COVID-19. Aktuální epidemiologická situace neumožňuje odklon od ustanovení § 25 zákona o sociálních službách, neboť při posuzování zdravotního stavu musí orgán lékařské posudkové služby vycházet i z výsledků sociálního šetření.

Je zřejmé, že primárním zdrojem informací pro vypracování sociálního šetření je vždy posuzovaná osoba, tedy žadatel. V případě, že kontakt s žadatelem nelze navázat, může být dalším zdrojem informací pečující osoba či další osoby. Je nutno mít na vědomí, že žadatelé o příspěvek na péči jsou v souvislosti se zmíněnou epidemií ohroženi skupinou obyvatel. Výkon sociálního šetření tak musí být přizpůsoben současné situaci.

S ohledem na přijatá opatření proti zamezení šíření viru COVID-19 není možné provádět sociální šetření v přirozeném prostředí žadatelů. Jako vhodné řešení se jeví sběr informací za pomoci elektronických prostředků či jiných vhodných způsobů komunikace, které nahradí osobní návštěvu žadatele v jeho přirozeném prostředí.

V souvislosti s touto skutečností provádí Úřad práce **sociální šetření formou písemných dotazníků.** Tyto dotazníky jsou Úřadem práce zasílány žadatelům či jejich zástupcům k vyplnění. Dotazníky jsou Úřadem práce zasílány spolu s písemnou výzvou s určením lhůty pro jejich dodání. Tato výzva samozřejmě obsahuje i řádné poučení o následcích v případě nedodání vyplněného dotazníku. Dotazník zahrnuje jednotlivé hodnocené úkony základních životních potřeb, u kterých je možnost volby formou zaškrtnutí, zda daný úkon žadatel zvládá či ne. Současně je v dotazníku i prostor pro vyjádření žadatele, kde může sepsat své odůvodnění nezvládnutí daného úkonu. Úřadem práce je žadateli spolu s výzvou zasílán i stručný formulář určený pečující osobě, která má možnost vyjádřit se ke zdravotnímu stavu žadatele a poskytované péči.

Sociální šetření v době epidemie COVID-19 může probíhat i **formou telefonického hovoru,** kdy sociální pracovník prostřednictvím něj podává žadateli, popřípadě

jeho zástupci či pečující osobě, dotazy a zjištěné údaje následně do formuláře sociálního šetření zaznamenává.

Aktuálně je nejčastěji Úřadem práce prováděno sociální šetření **kombinací obou výše uvedených forem provedení**. Děje se tak v situaci, kdy Úřad práce obdrží vyplněný dotazník žadatele a v tomto dotazníku některé skutečnosti například absentují, nejsou dostatečně uvedeny a popsány či vyplněny. V tomto případě sociální pracovník dotazník sociálního šetření doplní prostřednictvím telefonického hovoru a zapíše jím zjištěné skutečnosti do záznamu.

Z výše uvedeného je zřejmé, že v současné situaci se nejedná o standardní postup provádění sociálního šetření a došlo k zásadním rozdílům. Tyto rozdíly nastávají především ve způsobu získávání informací pro vypracování záznamu ze sociálního šetření. Je však nutno podotknout, že jde prozatím o jediný možný způsob, jak získání informací zajistit a sociální šetření provést.

Možná úskalí nestandardního provedení sociálního šetření

Současně s výše zmíněnou rozdílností provedení sociálního šetření mohou nastat i úskalí, se kterými se mohou setkat jak sociální pracovníci, tak posudkoví lékaři. Je vhodné uvědomovat si je a pohotově, správně a včas na ně reagovat.

Jedním z úskalí může být například **doručování dotazníků sociálního šetření**. Mohou nastávat situace, kdy i přes opakované zaslání výzvy Úřadem práce, nemusí být písemnost vyplněného dotazníku od žadatele Úřadu práce řádně doručena. Současně je třeba brát na vědomí, že pro zamezení šíření epidemie COVID-19 je všem osobám doporučováno omezit kontakt s veřejností. Žadatelé o příspěvek na péči jsou často osobami, které jsou díky svým zdravotním obtížím rizikovou a ohroženou skupinou a kontakt s okolím ve značné míře, někdy dokonce zcela omezují. Je tedy třeba mít na vědomí, že mohou nastávat komplikace při doručování výzvy obsahující dotazník sociálního šetření, neboť se žadatel může dostat do situace, kdy ji není schopen od doručovacího orgánu převzít. Díky opakované snaze Úřadu práce písemnou výzvu žadateli doručit se může rovněž délka správního řízení prodloužit. Je důležité, aby ke zbytečným průtahům řízení nedocházelo. Pokud je doručení komplikované a naskytou se překážky, je v tomto případě vhodné, aby se sociální pracovník Úřadu práce telefonicky spojil s žadatelem, popř. jeho pečující osobou a veškeré skutečnosti dojednal, případně provedl sociální šetření po telefonickém hovoru. Úskalím může být samozřejmě i jakási **nemožnost ověřitelnosti**

totožnosti osoby, se kterou je po telefonu hovor veden, přestože je Úřadem práce vždy komunikováno skrze kontakt, jenž byl v předmětném řízení žadatelem uveden.

Ze strany sociálních pracovníků se může jevit jako práci ulehčující stav, kdy si žadatel přijatý dotazník sociálního šetření sám vyplní a odevzdá jej Úřadu práce. Tím se zdá, že dotazník ušetří pracovníkům čas strávený návštěvou v přirozeném sociálním prostředí žadatele. Opak se však stává pravdou, je třeba mít na vědomí, že **žadatelem vyplněný dotazník nemusí být vždy úplný, čitelný a řádně vyplněný**. Stává se, že dotazník bývá vyplněn například příliš stroze, nesrozumitelně nebo neadekvátně stanovené otázky.

Dalším úskalím může být i skutečnost, že **žadatelé či pečující osoby mohou do dotazníku záměrně uvádět zavádějící informace**. Pro sociálního pracovníka je při prvotním sociálním šetření provedeným nestandardním způsobem obtížně zhodnotitelné, zda se jedná o informace odpovídající stavu žadatele či ne. Výhodou mohou být případy, kdy v předchozích správních řízeních bylo sociální šetření u žadatele vypracováno dle standardního postupu. Sociální pracovník, popřípadě i posudkový lékař, tak má možnost výpovědi zavedené do dotazníku sociálního šetření porovnat a zhodnotit ve vztahu k dříve standardně provedeným sociálním šetřením.

Sociální pracovník má povinnost po obdržení dotazníku zajistit při přepisu jeho úplnost. Pokud **vytvářejí další otázky či pochybnosti**, může takto učinit písemnou výzvou, nebo telefonickým hovorem s žadatelem či jeho pečující osobou. V případě, že sledává nějaké pochybnosti, nebo **potřebuje další informace**, je tu možnost spojit se s ošetřujícím lékařem žadatele či dalšími institucemi, které mohou rovněž poskytnout požadované relevantní informace o stavu žadatele. Sociální pracovník má tak odpovědnost za řádný přepis dotazníku do tištěné podoby tak, aby byl úplný, jednoznačný a byl dostatečným podkladem pro posudkové lékaře při posuzování zdravotního stavu žadatele.

Nemalým úskalím může být i skutečnost, že **žadatel nebo i pečující osoba nemusí být vždy erudovaní v oblasti zákona**. Orientace v zákoně o sociálních službách a znalosti vyhlášky č. 505/2006 Sb. i dalších souvisejících zákonů spadá především do kompetence sociálního pracovníka. Tudíž může nastat situace, že pro žadatele může být **obtížné porozumět dotazům položeným v dotazníku sociálního šetření**. Například v části dotazníku sociálního šetření, kdy má žadatel vyjmenovat, které konkrétní

kompenzační pomůcky používá či při odůvodnění nezvládání jednotlivých úkonů základních životních potřeb.

Při osobním kontaktu se sociální pracovník v rámci standardního sociálního šetření snaží vždy pokládat dotazy srozumitelně tak, aby vedly k získání potřebných informací. Pracovník při osobním setkání vždy přizpůsobuje komunikaci s žadatelem s ohledem na jeho zdravotní stav. **Dotazník neumožňuje doplňující či srozumitelněji položené dotazy vedoucí k odpovědi.** Tyto by však měly být doplněny na základě např. telefonického hovoru sociálního pracovníka s žadatelem či pečující osobou. Případně je možné celé sociální šetření provést prostřednictvím telefonického hovoru s žadatelem či jeho pečující osobou.

V rámci sociálního šetření má sociální pracovník poskytnout žadateli a jeho pečující osobě základní či odborné sociální poradenství. Pro pracovníka je **obtížné reagovat na situaci žadatele a poskytnout jemu i pečující osobě příslušné adekvátní poradenství, pokud vychází pouze z informací uvedených v dotazníku sociálního šetření.** Zde je namístě citlivý, a především vnímavý přístup sociálního pracovníka k informacím uvedeným v dotazníku, kdy případně následné využití telefonického hovoru s žadatelem či pečující osobou může napomoci zjistit další skutečnosti, na základě kterých může poradenství poskytnout.

Komplikací může být i **stav spokojenosti žadatele po odevzdání vyplněného dotazníku,** který může zahrnovat pochybnosti o správně vyplněném dotazníku z jeho strany. Přestože sociální pracovník může dospět k závěru, že doložený dotazník byl úplný a provede jeho přepis a následně postoupení příslušnému orgánu lékařské posudkové služby, může u žadatele nastat tzv. nejistota, kdy si žadatel není jistý, zda vyplnil vše tak, aby byl jeho zdravotní stav a sociální situace popsána dostatečně a objektivně. U žadatele se mohou vyskytnout obavy, že jím uvedené informace nemusí mít pro orgán lékařské posudkové služby tu správnou vypovídající hodnotu, neboť zde absentuje stanovisko sociálního pracovníka, jakožto erudované osoby v dané oblasti. V této situaci je tak vhodné, aby se sociální pracovník s žadatelem spojil a veškeré skutečnosti uvedené v sociálním šetření probrali, popřípadě doplnili.

Vyplnění dotazníku sociálního šetření žadatelem **může rovněž směřovat spíše k sebehodnocení, než k objektivnímu a nestrannému zaznamenání aktuální situace** a zvládání či nezvládání hodnocených úkonů základních životních potřeb. Jak již bylo uvedeno i výše, osobní návštěva sociálního pracovníka obnáší

i pohled nestranné osoby, která může přinést další úhel pohledu na věc, dále nová řešení situace a zdravotního stavu žadatele.

Vzhledem k tomu, že sociální šetření provedené prostřednictvím dotazníku je právě často jen výpovědí, nebo subjektivním popisem žadatele či pečující osoby **a absentuje zde profesionální nezaujatá výpověď sociálního pracovníka,** může toto vést či nabádat lékaře posuzujícího zdravotní stav **k hodnocení zdravotního stavu pouze na základě dostupné zdravotnické dokumentace žadatele.**

Je však zapotřebí mít na vědomí, že sociální šetření, ať už je provedeno standardně či alternativní formou s ohledem na stanovená opatření, je jedním z podkladů pro posouzení zdravotního stavu žadatele a je zapotřebí jej řádně zhodnotit. Při posouzení zdravotního stavu žadatele má tak posudkový lékař mimo jiné skutečnosti povinnost zhodnotit i zaznamenané sociální šetření v podobně vyplněného dotazníku a podat k němu příslušné stanovisko. V případě, že v přepisu sociálního šetření nalezne posudkový lékař absenci některých skutečností, nejasnosti či rozpory, je zapotřebí, aby vyžádal doplnění sociálního šetření prostřednictvím Úřadu práce, který je povinen požadované skutečnosti doplnit.

Závěr

Sociální šetření provedené formou dotazníku či telefonického hovoru, a to s ohledem na stanovená opatření k zamezení šíření viru COVID-19, je nestandardní formou jeho provedení. Dochází tedy k zásadním rozdílům ve způsobu získávání informací pro vypracování záznamu ze sociálního šetření. S ohledem na tuto skutečnost je zapotřebí vnímat, že tyto změny obnáší i možná úskalí, se kterými se dostávají do kontaktu jak sociální pracovníci, tak posudkoví lékaři. Ze strany sociálních pracovníků je nutno uvést, že dotazník sociálního šetření, jež postupují příslušným orgánům lékařské posudkové služby, musí být úplný, řádně vyplněný a měl by obsahovat veškeré náležitosti. Posudkoví lékaři pak mají za povinnost vypracovaný dotazník sociálního šetření prostudovat, zhodnotit a uvést k němu své stanovisko ve vztahu k hodnoceným základním životním potřebám. Přestože posudkoví lékaři vycházejí z objektivně doloženého zdravotního stavu žadatele ve spojení s konkrétní náplní jednotlivých zkoumaných úkonů základních životních potřeb, je možné, že se závěry dotazníku sociálního šetření a lékařských posudků mohou do určité míry lišit. Zde je pak zapotřebí tyto odlišnosti řádně v posudku vypořádat a zdůvodnit, popřípadě objasnit, zda sociální šetření koreluje s možnostmi, které žadatel může vykonávat v souvislosti se svými zdravotními postiženími v důsledku dlouhodobě

nepříznivého zdravotního stavu. Posuzovaný zdravotní stav musí být v posudku popsán dostatečně jasně a přesně, aby nevystávaly žádné další pochybnosti. Současně je v posudku zapotřebí posoudit základní životní potřeby skrze dílčí aktivity vymezené pro jednotlivé potřeby v souladu s ustanovením § 2a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. V případě, že jsou posudkovými lékaři základní životní potřeby vyhodnoceny za zvládané, je toto jejich vyhodnocení zapotřebí řádně a jasně zdůvodnit, neboť správní orgán nemůže zdůvodnění neuznaných základních životních potřeb nahradit vlastní úvahou, neb pro ni nemá potřebnou odbornou erudici. Ačkoliv závěr ze sociálního šetření tvoří pouze jeden z podkladů pro posuzování stupně závislosti posudkovými lékaři, je v této současné situaci více než nutné, aby se Úřad práce i posudkoví lékaři jeho záznamem náležitě zaobírali

a podklady pro posouzení byly úplné. Posudkové zhodnocení pak jednoznačné a přesvědčivé.

Vzhledem ke skutečnosti, že se v době epidemiologické situace COVID-19 jedná o nestandardní situaci, se kterou všichni bojujeme a dotýká se nás všech (Úřadu práce, orgánů lékařské posudkové služby i žadatelů o příspěvek na péči a jejich pečujících osob), je nutné a zapotřebí, abychom i přes nepříznivou situaci za ztížených pracovních podmínek odváděli kvalitní práci na základě společné spolupráce všech. Žadatelé o příspěvek na péči jsou v současné době nejvíce rizikovou a ohroženou skupinou obyvatel. I s ohledem na tuto skutečnost je třeba citlivého a zároveň efektivního přístupu, jenž povede vždy ke zjištění stavu, o němž nejsou důvodné pochybnosti, a to v souladu s ustanovením § 3 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu, ve znění pozdějších předpisů.

13. Ke schopnosti zvládat základní životní potřeby

Novák M.

Úvod

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby podle ustanovení § 9 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. K bližšímu vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsobu jejich hodnocení je nezbytné aplikovat prováděcí právní předpis, kterým je vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška“).

V tomto článku se pokusím stručně nastínit základní výkladovou problematiku ustanovení § 2a vyhlášky, resp. navazující Přílohy č. 1 k vyhlášce, a to z pohledu vnímání osob se zdravotním postižením nebo laickou veřejností chcete-li, a pohledem posudkového lékaře.

Jistě řada z Vás zaznamenala, že naši klienti si již zvykli využívat všech právně přípustných forem napadnutí nejen rozhodnutí samotného (řádné a mimořádné opravné prostředky, žaloby), ale také i příslušného posouzení zdravotního stavu (zpravidla formou námitek, stížností, předložením nových lékařských zpráv v průběhu řízení atd.) s tím, že v poslední době se množí případy, kdy klienti při vymezení schopností zvládat základní životní potřeby využívají právě ustanovení § 2a vyhlášky ve vztahu k Příloze č. 1 k vyhlášce tak, aby posudkoví lékaři byli dále povinni se ve svém posouzení vypořádat u každé jednotlivé základní životní potřeby také s jednotlivými schopnostmi (aktivitami),

kteří jsou určující pro zvládání příslušné základní životní potřeby.

Výjimkou však nejsou také případy, kdy argumentace našich klientů jde ještě dále a v zásadě zcela proti smyslu uvedeného ustanovení, kdy z jejich pohledu je zapotřebí vykládat předmětné ustanovení takto: „Nezvládám-li z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu jednu z aktivit, která je pro schopnost zvládat základní životní potřebu vymezena v Příloze č. 1 k vyhlášce, nejsem schopen základní životní potřebu zvládat, a to bez ohledu na příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.“ Tvrzení ze strany klienta může vypadat následovně – nebyla zohledněna potřeba jiné pomoci při podávání a porcování stravy, což spadá do schopností (aktivit) uvedených v písm. d) bodu 3. rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat ji a bodu 7. přemístit nápoj a stravu na místo konzumace. Jinými slovy klient namítá, že nezvládá dokonce dvě ze sedmi schopností (aktivit), které jsou podřazeny pod základní životní potřebu stravování, tj. je dostatečně zřejmé, že nemůže tuto základní životní potřebu zvládnout celkově.

Abychom dokázali vhodným způsobem argumentovat k obdobným námitkám klienta je vhodné si nejprve znovu připomenout samotné ustanovení § 2a vyhlášky, které zní takto: „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

vyhláše, není schopna základní životní potřebu zvládat, a to bez ohledu na příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.“

Pro snadné pochopení problematiky plně postačí soustředit pozornost k slovnímu spojení „zvládat alespoň jednu z aktivit“ s důrazem na slovo „alespoň“. Zatímco laickým pohledem toto spojení svádí k rychlému zjednodušení, tj. když nejsem schopen zvládat jednu aktivitu, nezvládám celou základní životní potřebu, při výkladu je skutečně naprosto zásadní vnímat nejen kontext samotný, tj. celou vedlejší větu, ale také logické uspořádání užitých slov. V rámci logického výkladu a za použití *argumentum a contrario* a *argumentum per eliminationem* zjistíme, že ustanovení § 2a vyhlášky je třeba rozumět tak, že:

- pokud posuzovaný zvládá všechny aktivity, zvládá i odpovídající základní životní potřeby.
- pokud posuzovaný nezvládá jednu nebo více aktivit, je třeba brát ohled na příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
- i přes nezvládnutí jedné či více aktivit lze podle okolností dospět k závěru, že posuzovaný odpovídající základní životní potřebu zvládá, pokud zvládá alespoň jednu aktivitu.
- pokud posuzovaný nezvládá žádnou z aktivit vymezených k základní životní potřebě, tj. není schopen zvládat alespoň jednu, je třeba bez dalšího dospět k závěru o nezvládnutí základní životní potřeby.

Ostatně v tomto smyslu se také vyjádřil Krajský soud v Plzni, č. j. Ad 82/2019–62, který navíc uvedl, že § 2a

vyhlášky jasně stanoví, že pokud osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat alespoň jednu z aktivit (tj. nezvládá žádnou), 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. Ostatně takto je zapotřebí také rozumět i rozsudku NSS č. j. 3 Ads 50/2013-32, který zcela logicky připouští celkové zvládnutí základní životní potřeby i přes nezvládnutí některých posudkově významných aktivit.

Závěr

Pro posudkovou činnost je podpoření tohoto výkladu také Krajským soudem v Plzni nepochybně pozitivní. I nadále je však zapotřebí vnímat, že je to právě posuzovaná osoba, která má právo upozornit na to, že dle jejího subjektivního názoru nejsou některé dílčí aktivity v určité základní životní potřebě zvládané. Povinností lékaře posudkové služby (OSSZ, MSSZ, PSSZ, PK MPSV) tak zůstává, aby se případnými dílčími (spornými) aktivitami detailněji zabýval a své úvahy opřel o dostatečně zjištěný skutkový stav, což v našich podmínkách představuje záznam ze sociálního šetření, zdravotnická dokumentace, příp. dále vyžádané lékařské nálezy specialistů či vyšetření posuzované osoby v přítomnosti. Ostatně, jak je dlouhodobě judikováno, posudek je rozhodujícím důkazem v řízení, pokud nevzbuzuje pochyby o své celistvosti a přesvědčivosti a neexistují jiné důkazy, které jeho správnost zpochybňují (např. rozsudky NSS č. j. 3 Ads 77/2013-22, č. j. 9 Ads 35/2015-44, č. j. 4 Ads 167/2015-27, č. j. 4 Ads 100/2016-25 atd.).

14. Platnost posudku

Viták P.,

Oddělení koncepce posuzování zdravotního stavu MPSV

Úvod

Podmínky pro stanovení platnosti posudku nejsou na úrovni legislativy sociálního zabezpečení nikterak vymezeny. Důležitost správného určení platnosti posudku je však nutno chápat v kontextu samotného účelu posuzování zdravotního stavu, tedy zjistit skutečný stav, o kterém není důvodných pochyb. Zdravotní stav se v čase může vyvíjet a nemusí po určité době odpovídat výši či samotnému nároku již přiznané konkrétní dávky. Současně se zdravotním stavem se rovněž vyvíjí i jiné posudkově rozhodné skutečnosti stanovené právními předpisy, které mohou mít na platnost posudku také vliv. Z tohoto důvodů je potřebné kvalifikovaně vymezit platnost posudku.

Platnost posudku

Posudkově medicínské skutečnosti, které jsou podstatné pro stanovení platnosti posudku, jsou totožné i pro určení termínu kontrolní lékařské prohlídky (dále jen „KLP“). Platnost posudku však nelze zaměňovat se stanoveným termínem provedení KLP. KLP se v posudkové praxi rozumí postup OSSZ, který směřuje ke kontrole trvání/naplněnosti posudkově rozhodných skutečností pro již přiznanou dávku/příspěvek nebo průkaz osoby se zdravotním postižením (dále jen „OZP“). Jedná se v podstatě o ověření, zda skutkový stav u konkrétní fyzické osoby se zdravotním postižením odpovídá posudkově medicínským kritériím pro další trvání nároku.

Stanovený termín KLP nemá přímo procesně právně vliv na pobírání invalidního důchodu v tom smyslu, že by marné uplynutí termínu KLP mělo bezprostřední dopad na platnost rozhodnutí, jako je tomu v případě agendy průkazu OZP.

V nepojistných posudkových agendách se termín KLP neurčuje, ale stanoví se platnost posudku jako časové vymezení použitelnosti posudku a výsledku posouzení obsaženého v posudku.

Stanovení platnosti posudku, resp. jeho omezená platnost, má vliv na stanovení platnosti správního rozhodnutí, které je na jeho podkladě vydáváno. V agendě průkazu osob se zdravotním postižením (dále jen „průkaz OZP“), kde rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce ČR (dále jen „KP ÚP“), se s pojmem platnost posudku setkáme přímo v ustanovení § 35 odst. 5 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů, dle kterého nárok na průkaz OZP trvá po dobu platnosti výsledku posouzení schopnosti a pohyblivosti a orientace žadatele. Ve stejném ustanovení pak nalezneme provázanost mezi platností posudku a platností správního rozhodnutí, kde se uvádí, že doba trvání nároku na průkaz OZP je součástí výroku rozhodnutí o přiznání průkazu. Následně pak žadatel, který byl dosud držitelem průkazu OZP, podává v souvislosti s omezenou platností posudku, resp. rozhodnutím, novou žádost o průkaz.

Omezená platnost posudku se obdobně promítá i do posudkové agendy, kde je žadatel uznán osobou zdravotně znevýhodněnou (dále jen „OZZ“), kdy nedílnou součástí rozhodnutí o statusu OZZ je platnost rozhodnutí.

Potřeba stanovení platnosti posudku není v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, přímo zakotvena. Lze dovozovat nepřímo ze skutečnosti, že KP ÚP dle § 23 odst. 4 citovaného zákona vede ve stanovených případech řízení z moci úřední, a to za účelem nového posouzení nároku na příspěvek a jeho výši. Současně je nutno vzít v úvahu, že stanovení platnosti posudku se nejeví zcela jednoznačné ve vztahu ke skutečnosti, že výstupem

z řízení o přiznání příspěvku na péči je **rozhodnutí, jehož součástí není stanovení doby jeho platnosti**. Tzn., že v agendě posuzování stupně závislosti a nároku na příspěvek na péči **nenalezneme přímou provázanost** mezi platností posudku a platností správního rozhodnutí.

Obecné zásady pro stanovení platnosti posudku

Platnost posudku se v případě trvalých a neměnných stavů stanovuje trvale. Časově omezenou platnost posudku je pak nutno stanovovat se zřetelem na odůvodněný předpoklad změny dříve zjištěného skutkového stavu věci a učiněných posudkových závěrů, čímž se rozumí obnovení schopnosti pohyblivosti nebo orientace, snížení, popř. zvýšení nebo zánik stupně závislosti, a to v důsledku posudkově významného zlepšení či stabilizace zdravotního stavu anebo adaptace na zdravotní postižení, očekávané změny v oblasti kvalifikačního potenciálu, biopsychosociálního vývoje či využití pracovní schopnosti. Jelikož je posudek o zdravotním stavu brán jako povinný důkaz ve správním řízení a je podkladem pro vydání rozhodnutí, jsou na něj kladeny požadavky na úplnost a přesvědčivost. Z tohoto důvodu je nutno zvolenou omezenou platnost posudku zdůvodnit v posudkovém zhodnocení.

Souběh KLP a platnosti posudku

Při vydávání posudků v agendách uvedených v § 8 odst. 1 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, je nutno dbát na efektivitu postupů LPS, tzn. sjednotit stanovení omezené platnosti posudku v nepojistných agendách nebo v nepojistné agendě s termínem KLP, pokud to stav věci umožňuje. Soulad je promítnutím zásady hospodárnosti (§ 6 správního řádu) do posudkové činnosti, a to s cílem zamezení duplicity požadavků na vyplnění předepsaného tiskopisu poskytovatelem zdravotních služeb nebo zapůjčení zdravotnické dokumentace. Sjednocení platnosti posudku při souběhu dávek vede rovněž k nižší zátěži klientů, ošetřujících lékařů a optimalizuje procesy lékařské posudkové služby.

15. Kontrolní lékařské prohlídky

Táborská J.,

Oddělení koncepce posuzování zdravotního stavu MPSV

Úvod

Základní procesní normou v oblasti sociálního zabezpečení je zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZOPSZ“). Současná právní úprava problematiku zjišťovacích prohlídek zmiňuje v § 8 odst. 1

a 2 ZOPSZ a kontrolních lékařských prohlídek (dále jen „KLP“) v § 8 odst. 1 a 3 ZOPSZ, kdy odstavec třetí uvádí sedm případů, kdy okresní správa sociálního zabezpečení (dále jen „OSSZ“) KLP provádí.

(3) *Okresní správa sociálního zabezpečení provede kontrolní lékařskou prohlídku*

a) v termínu určeném při předchozím posouzení okresní správou sociálního zabezpečení na základě žádosti správního orgánu, který vede řízení, pro jehož účely je posudek žádán,

b) zjistí-li posudkové významné skutečnosti, které odůvodňují provedení kontrolní lékařské prohlídky,

c) z podnětu orgánu sociálního zabezpečení nebo správního orgánu, na základě jehož žádosti provedla okresní správa sociálního zabezpečení zjišťovací lékařskou prohlídku; v těchto případech je okresní správa sociálního zabezpečení povinna informovat příslušný orgán o výsledku posouzení,

d) z podnětu orgánu pomoci v hmotné nouzi, jde-li o prokázání trvání invalidity třetího stupně pro účely řízení o dávce pomoci v hmotné nouzi a již uplynula platnost posudku; v těchto případech je okresní správa sociálního zabezpečení povinna informovat orgán pomoci v hmotné nouzi o výsledku posouzení,

e) z podnětu Úřadu práce České republiky, jde-li o ověření skutečnosti, zda fyzická osoba je osobou se zdravotním postižením; v těchto případech je okresní správa sociálního zabezpečení povinna informovat Úřad práce České republiky o výsledku posouzení, nebo

f) z podnětu fyzické osoby, která byla uznána invalidní, avšak její žádost o přiznání invalidního důchodu byla zamítnuta a již uplynula platnost posudku, jde-li o prokázání, že je osobou se zdravotním postižením podle zákona o zaměstnanosti,

g) z podnětu ministerstva; v tomto případě je okresní správa sociálního zabezpečení povinna informovat ministerstvo o výsledku posouzení.

Pojem zjišťovací lékařské prohlídky a KLP není v právní úpravě blíže definován. Právní úprava uvádí pouze na základě jaké skutečnosti – žádosti nebo podnětu se prohlídka provede. Z dikce § 8 odst. 3 ZOPSZ vyplývá, že pojem KLP se aplikuje do praxe lékařské posudkové služby ve všech případech uvedených pod písm. a) až g) a ve všech posudkových agendách uvedených v § 8 odst. 1 ZOPSZ.

Obecně je třeba za **zjišťovací lékařskou prohlídku** považovat provedení takových úkonů, které směřují k posouzení zdravotního stavu a jeho důsledků v souvislosti s žádostí správního orgánu při uplatnění na dávku sociálního zabezpečení/průkazu osoby zdravotně postižené podmíněně dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, tj. prvotní posouzení ve věci.

Za kontrolní lékařskou prohlídku je třeba považovat provedení takových úkonů, jejichž účelem je přezkoumat zdravotní stav a jeho důsledky a na tomto základě posoudit, zda je i nadále splněna podmínka nároku na dávku/průkaz osoby zdravotně postižené podmíněně dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, o níž bylo rozhodnuto.

Správné chápání KLP má význam pro statistická zjišťování o činnosti lékařské posudkové služby (dále jen „LPS“), kdy nejen celkový počet KLP, ale také podíl zjišťovacích lékařských prohlídek a KLP svědčí o efektivitě činnosti LPS. KLP se uskutečňují v době určené při předchozím jednání lékaře OSSZ, s ohledem na rozsah a tíži zdravotního postižení osoby, předpokládanou dynamiku vývoje zdravotního stavu a při zohlednění řady dalších významných faktorů dotýkajících se povahy posuzovaného případu. Kontrolní lékařská prohlídka se provádí i v situaci, kdy se zjistí posudkově významné skutečnosti nebo z podnětu jiného orgánu sociálního zabezpečení nebo úřadu práce. KLP by měla být stanovena s určitým záměrem a cílem spojeným s „posudkovou prognózou“, tj. tam, kde je třeba ověřit další vývoj zdravotního stavu (zejména v situacích, kdy při zjišťovací prohlídce nebyl zdravotní stav diagnosticky a prognosticky zcela jednoznačný), k posouzení přínosu léčby, rehabilitace, při očekávání stabilizace stavu nebo adaptace na zdravotní postižení, změny kvalifikace, dosažení vyššího stupně schopností a dovedností dítěte z důvodu jeho biopsychosociálního vývoje. Správně stanovená posudková prognóza a tím i kontrolní lékařská prohlídka by měla s sebou nést i značně vysoký podíl změn posudkových závěrů. Účelem kontrolních lékařských prohlídek by nemělo být pouhé schématické ověření dalšího trvání invalidity, závislosti, poruchy mobility a orientace s potvrzováním předchozích posudkových závěrů – takový postup lze považovat za značně neefektivní jak pro posudkovou službu, tak pro posuzovanou osobu.

Závěr

Výstupem ze zjišťovací i KLP prohlídky je posudek, jehož nedílnou součástí je stanovení termínu další KLP nebo doby platnosti posudku. Z hlediska lékařského – posudkově medicínského jde o vyjádření stejné skutečnosti: dočasnosti zjištěného skutkového stavu věci a dočasnosti výroku ve věci a jeho odůvodnění. Z hlediska právního a nároku na dávku/průkaz osoby se zdravotním postižením se význam KLP nebo platnosti posudku liší.

Pojem platnost posudku je uveden v § 8 odst. 3 písm. f) ZOPSZ ve vztahu k § 7 písm. f) bodu 7, vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, pro úzký okruh posudků o invaliditě a v § 35 odst. 5 zákona č. 329/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, pro posudky ve věci nároku na průkaz osoby se zdravotním postižením.

V této souvislosti se nabízí úvaha, zda je v případě posudků o invaliditě potřebná dualita řešení a proč zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, neobsahuje stejné nebo obdobné ustanovení o platnosti posudku jako zákon č. 329/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Pokud legislativa sociálního

zabezpečení zavedla pojem platnost posudku, jak je tomu v § 44 odst. 6 zákona č. 373/2011 Sb., nabízí se k zamyšlení, zda v právní úpravě nechybí ve znění pozdějších předpisů. řešení, kdy posudek LPS pozbývá platnost tak,

16. Politika zaměstnanosti, zaměstnanost, nezaměstnanost a zaměstnatelnost

Zvoníková A.,

Oddělení koncepce posuzování zdravotního stavu MPSV

Souhrn

Článek předkládá lékařům posudkové služby sociálního zabezpečení průřezové informace o problematice politiky zaměstnanosti, pracovního uplatnění, zaměstnanosti a zaměstnatelnosti, neboť ústředním tématem oboru a lékařské posudkové činnosti je teorie pracovního potenciálu, jednota organismu a prostředí, otázky přiměřeného zdraví, vztah zdravotního a funkčního stavu a požadavků práce jako celospolečensky užitečné činnosti.

Politika zaměstnanosti

Posláním státní politiky zaměstnanosti je zabezpečování zaměstnanosti, přispívat k podpoře rovnováhy na trhu práce, k ochraně před nezaměstnaností a omezení nezaměstnanosti. Lze ji vymezit jako soubor opatření, kterými jsou vytvářeny podmínky pro rovnováhu na trhu práce a efektivní využití pracovních sil. Státní politika zaměstnanosti je výsledkem úsilí státu, zaměstnavatelů, zaměstnanců a odborů. V politice zaměstnanosti se projevuje podmíněnost a vzájemná propojenost ekonomických a sociálních vlivů a dopadů a jejich příčin. Trh práce je významně ovlivňován ze strany státu, a to pracovním zákonodárstvím, délkou školní docházky, věkem odchodu do starobního důchodu, systémem předčasných starobních důchodů, výší sociálních dávek aj. Základním článkem, který realizuje politiku zaměstnanosti, je Úřad práce České republiky a síť jeho pracovišť. Oblast zabezpečování státní politiky zaměstnanosti upravuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Nezaměstnanost

Nezaměstnanost je složitým, multifaktoriálním jevem. Je projevem a důsledkem vzniku, zániku a omezení některých výrobních, činností a technologických změn a tím i pracovních míst a je spojena i s mobilitou pracovní síly. Nezaměstnanost má své ekonomické a sociální důsledky, které jsou spojeny s dopady nezaměstnanosti na životní situaci, životní úroveň, chování a postoje nezaměstnaných a jejich rodin. Trvá-li nezaměstnanost dlouho, může způsobit narušení vztahů, chování, omezení sociálních kontaktů a sociální izolaci, změnu

postojů nezaměstnaných k práci a ztrátu jejich motivace k pracovnímu uplatnění. Nelze opominout ani dopady na duševní a tělesné zdraví stejně jako skutečnost, že dlouhodobá ztráta příjmů z výdělečné činnosti a nemožnost překonat nepříznivou situaci vlastními silami, mohou vést k stavu hmotné nouze a chudobě. Obecně platí, že čím je doba nezaměstnanosti delší, tím jsou zpravidla horší její dopady na nezaměstnaného a tím je i obtížnější řešení jeho situace prostřednictvím některého z opatření státní politiky zaměstnanosti. Je rovněž známo, že nezaměstnaností nejsou ohroženy všechny skupiny pracovníků stejně. Proto se v rámci státní politiky zaměstnanosti při zprostředkování zaměstnání věnuje zvýšená péče uchazečům o zaměstnání, kteří ji z důvodu zdravotního stavu, věku nebo jiných vážných důvodů potřebují.

Krebs (1997) rozlišuje nezaměstnanost:

- frikční, spojenou s životním cyklem a hledáním lepšího pracovního uplatnění (kdy jde zpravidla o nezaměstnanost přechodnou a dobrovolnou),
- strukturální, spojenou s nesouladem mezi nabídkou a poptávkou po pracovních silách v jednotlivých odvětvích ekonomiky a segmentech trhu práce,
- cyklickou, která souvisí s ekonomickým cyklem.

Jiné členění rozlišuje nezaměstnanost dobrovolnou (kdy část osob nechce při určitých mzdách pracovat, pracovní místa existují, ale není o ně zájem) a nedobrovolnou, kdy existuje víc osob, které chtějí pracovat než je pracovních míst.

Pracovní uplatnění a zaměstnatelnost

To, že jedinec má „určitý rozsah a kvalitu“ svého pracovního potenciálu neznámá, že jsou pro něj dosažitelné a vhodné všechny druhy zaměstnání/prací/výdělečných činností. Pracovní uplatnění má své hranice dané rozsahem pracovního potenciálu a zdravotní přiměřeností/vhodností vykonávané práce a situací na trhu práce. Pracovní uplatnění závisí nejen na zdravotním stavu, pracovní schopnosti a zdravotní způsobilosti k práci,

ale také na kvalifikaci, motivaci, postojích a na situaci na trhu práce. Schopnost jedince vykonávat práci, soustavné zaměstnání, soustavnou výdělečnou činnost není totožná s pojmem **zaměstnatelnost**, kterou se rozumí možnost realizovat, upotřebit existující pracovní potenciál na trhu práce, jeho společensky účelné, efektivní využití. Rozdíly v zaměstnatelnosti závisí nejen na tom, co může konkrétní jedinec „nabídnout“ zaměstnavateli, ale také na konkrétní situaci na trhu práce v konkrétní oblasti, kde mohou být značné rozdíly v nabídce pracovních příležitostí jak obecně, tak v nabídce pracovních příležitostí určitého druhu. Pro oblast zaměstnanosti je důležitá oblast rozvoje lidských zdrojů na úseku trhu práce a její význam pro pracovní uplatnění jednotlivců prostřednictvím jejich znalostí, dovedností a kvalifikace. S rozvojem vědy, techniky a růstem složitosti práce se totiž vzdělávání stává stále významnějším předpokladem pro pracovní uplatnění.

Změna pracovního potenciálu znamená stav nepřiměřenosti mezi schopnostmi jedince a požadavky práce/zaměstnání. Změna pracovního potenciálu zužuje, omezuje možnosti výběru adekvátních zaměstnání. Proto je třeba zjistit vliv, který má porucha zdraví, zdravotní postižení na schopnost jedince vykonávat soustavné zaměstnání, soustavnou výdělečnou činnost. Porucha zdraví může změnit zdravotní způsobilost k práci, popř. vést k významnému poklesu pracovní schopnosti ve smyslu invalidity. Pozitivní dopad na zvýšení možnosti pracovního uplatnění a přístup k širšímu okruhu zdravotně přiměřených zaměstnání má kvalifikace, reedukace, rehabilitace a rekvalifikace a podpora zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Význam mají také různé formy zaměstnání, např. zkrácené pracovní úvazky, podporované zaměstnání, chráněná pracovní místa, mimořádné podmínky.

Pozitivní výběr představuje vyhledání optimálních zaměstnání z hlediska všech složek pracovního potenciálu, tj. co jedinec smí, může, umí a chce dělat. Negativní výběr představuje eliminaci kontraindikovaných prací, zaměstnání, tj. co jedinec nesmí, nemůže, neumí, nechce dělat.

Personální fáze procesu realizace pracovního uplatnění představuje zjištění kvalifikačních a psychologických předpokladů k práci včetně motivace a postojů jedince k práci.

Zdravotní – medicínská fáze procesu realizace pracovního uplatnění představuje posouzení zdravotní způsobilosti k práci lékařem pracovnělékařských služeb. K tomu musí posuzující lékař znát jak zdravotní stav posuzované osoby a mít od zaměstnavatele dostupné informace o požadavcích zaměstnání, nárocích práce,

pracovní náplni, pracovních podmínkách, pracovním prostředím. Výstupem posouzení je posudek o zdravotní způsobilosti konkrétní osoby k práci se zcela jednoznačným závěrem o způsobilosti nebo nezpůsobilosti k práci.

Výsledkem zkoumání a hodnocení obou oblastí – personální a zdravotní je pak výběr a realizace vhodného zaměstnání. U osob ve věku 15-20 let je stěžejní poradenská činnost zaměřená na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti a praktickou přípravu pro zaměstnání. Jde o nástroj k jejich správnému uplatnění v profesním životě a na trhu práce, ale také nástroj pro zajištění jejich zdravého vývoje v dospívání, prevence zhoršování zdraví vlivem nesprávné volby povolání, výkonem ne zcela vhodného zaměstnání, ale také prostředek odvracení pozdější invalidity. Velkou roli v oblasti volby povolání a přípravy pro pracovní uplatnění mají praktičtí lékaři pro děti a dorost při posuzování zdravotní způsobilosti k přípravě na budoucí povolání.

Fyzická osoba, které krajská pobočka Úřadu práce ČR poskytuje služby podle zákona o zaměstnanosti, je povinna pobočce sdělit údaje o svých zdravotních omezeních v rozsahu potřebném pro vyhledání vhodného zaměstnání, rekvalifikace nebo pro stanovení vhodné formy pracovní rehabilitace a dále sdělit, zda je osobou se zdravotním postižením. Omezení ze zdravotních důvodů dokládá lékařským posudkem registrujícího praktického lékaře (event. jiného lékaře – poskytovatele zdravotních služeb). Skutečnost, že fyzická osoba je osobou se zdravotním postižením, dokládá rozhodnutím, kterým jí byl přiznán status osoby zdravotně znevýhodněné, posudkem o invaliditě nebo potvrzením orgánu sociálního zabezpečení. Zákon o zaměstnanosti přiznává fyzickým osobám se zdravotním postižením zvýšenou ochranu na trhu práce a stanoví právo osob se zdravotním postižením na pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitaci zabezpečuje krajská pobočka Úřadu práce ČR místně příslušná podle bydliště osoby se zdravotním postižením ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky. Zákon o zaměstnanosti dává ošetřujícímu lékaři kompetenci doporučit na pracovní rehabilitaci fyzické osoby, které byly uznány dočasně práce neschopné a okresní správě sociálního zabezpečení kompetenci vydat doporučení v rámci kontrolní lékařské prohlídky fyzické osobě, která přestala být invalidní. Bohužel, tyto kompetence jsou v praxi využívány jen zcela výjimečně.

17. Posuzování zdravotního stavu u některých onkologických onemocnění

Obsah

Část I: Posuzování dlouhodobé pracovní neschopnosti u onkologických onemocnění

- Čl. I Onkologická péče
- Čl. II Základní pojmy
- Čl. III Vedlejší účinky onkologické léčby - side effects
- Čl. IV Onkologický nález
- Čl. V Hodnocení kvality života onkologicky nemocného
- Čl. VI Průběh onemocnění a posudková prognóza
- Čl. VII Dočasná pracovní neschopnost
- Čl. VIII Posuzování invalidity
- Čl. IX Přehled průměrné doby a typu léčby u nejfrekventovanějších zhoubných nádorů

Část II: Problematika onkologických postižení, protinádorové léčby, jejích komplikací u dětí (osob do 18 let věku) z hlediska potřeby každodenní mimořádné péče

- Čl. I Výskyt nádorových onemocnění u dětí
- Čl. II Léčba a její délka
- Čl. III Komplikace, rekonvalescence a pozdní následky
- Čl. IV Posudkové konsekvence
- Čl. V Potřeba každodenní mimořádné péče

Část III: Posuzování stupně závislosti u nemocných s pokročilým onkologickým onemocněním

- Čl. I Klinická stádia nádorových onemocnění
- Čl. II Dělení protinádorové léčby z hlediska záměru
- Čl. III Posudkové konsekvence

Část I.

Posuzování dlouhodobé pracovní neschopnosti u onkologických onemocnění

Článek I Onkologická péče

Zlepšená diagnostika zhoubných novotvarů a celková kvalita lékařské péče znamená vyšší počty hlášených onkologických onemocnění. Organizace protinádorové léčby v onkologických centrech, uplatňování multidisciplinárních přístupů a nových a účinnějších protokolů léčby vede v posledních desetiletích ke snížení úmrtnosti a ke zlepšení prognózy onkologicky nemocných, udržuje také déle kvalitu života i pracovní schopnost. U některých typů novotvarů se daří vyléčit až 80 % osob, ovšem u poloviny onkologicky nemocných v následujících letech dojde k opětovnému výskytu nádorového onemocnění.

Léčba onkologického onemocnění se skládá z řady lékařských postupů, podílí se na ní lékaři několika odborností a onkologicky nemocný obvykle podstupuje

více druhů léčby – chirurgickou, farmakoterapii, hormonoterapii, biologickou léčbu, radioterapii, popř. paliativní péči, psychoterapii, nutriční terapii a jiné druhy podpůrné péče.

Kombinace metod onkologické léčby potencuje vyšší podíl a intenzitu vedlejších účinků jednotlivých metod. Všichni onkologicky nemocní jsou ve vyšším riziku vzniku tzv. sekundárních nádorů.

Článek I Základní pojmy

Kompletní remise je klinické vymizení všech známek nádoru, včetně normalizace laboratorních hodnot a nálezu ze zobrazovacích vyšetření. **Zobrazovací remise** je stav, kdy nádor není detekovatelný pomocí zobrazovacích metod, ale neznamená vyléčení. **Parciální remise** znamená zmenšení nádoru o 50 % v průměru největších ložisek; menší efekt léčby se hodnotí jako **stabilizace**. **Generalizované (diseminované) onemocnění** – generalizace onemocnění.

Performance status je zhodnocení celkového stavu nemocných a stavu tělesné výkonnosti. Obsahuje kategorizaci zdravotního stavu dle klíčových parametrů (pohyblivost, aktivita a přítomnost nemoci, soběstačnost).

Protinádorová léčba je léčba zaměřená na odstranění nádoru, jeho zmenšení, zpomalení nebo zastavení jeho růstu.

Podpůrná onkologická péče je zaměřena na řešení problémů souvisejících s nádorem (dušnost, bolest, výživa, psychologická podpora atd.) nebo na řešení nežádoucích účinků samotné protinádorové léčby (léčba nevolnosti a zvracení, management hematologické toxicity, infekčních komplikací atd.). Komplexní podpůrná péče v situaci pokročilého onemocnění se nazývá **paliativní péče**.

Kurativní protinádorová terapie je léčba, která má za cíl zcela vyléčit onkologické onemocnění. Příkladem jsou chirurgické výkony u časných stádií nemoci bez postižení lymfatických uzlin. Kurativní léčbou je i chemoterapie u velice senzitivních nádorů, u hematologických malignit, radioterapie u radiosenzitivních nádorů.

Nekurativní (paliativní) protinádorová terapie je souhrnné označení pro různé modalitativní protinádorové léčby, které sice nemají potenciál onkologicky nemocného zcela vyléčit (navodit dlouhodobou kompletní remisi), ale mohou nádor zmenšit, zpomalit jeho růst a přechodně zabránit jeho šíření.

Adjuvantní terapie je léčba, která následuje po chirurgickém výkonu. Koncepte adjuvantní terapie vychází z předpokladu, že i v případě malého lokalizovaného nádoru, se mohou z primárního nádoru uvolňovat nádorové buňky, které se dostávají do krevních a lymfatických cév a mohou tak dát vzniku mikrometastáz a následně makrometastáz. Cílem adjuvantní terapie je právě eradikace mikrometastáz a tím zabránění diseminace a relapsu onkologického onemocnění.

Neoadjuvantní terapie je léčba aplikovaná před chirurgickým výkonem. Cílem této terapie je jednak podobně jako v případě adjuvance eradikace mikrometastáz a současně snaha o zmenšení nádoru, aby mohl být chirurgický výkon co nejméně rozsáhlý a mutilující.

Udržovací (maintenance) terapie je aplikace chemoterapie, hormonoterapie nebo biologické léčby v nízkých dávkách u nemocných, kteří dosáhli předchozí léčbou remise, s cílem prodloužení trvání remise onemocnění.

Symptomatická léčba/péče označuje léčebný přístup u nemocných, u kterých byly vyčerpány možnosti ovlivnit nádor jakoukoliv protinádorovou léčbou. Cílem je pečlivé hodnocení a mírnění symptomů, které nádorové

onemocnění působí (např. bolest, dušnost, špatná výživa atd.). Pojem symptomatická péče se do značné míry překrývá s konceptem paliativní péče.

Článek III

Vedlejší účinky onkologické léčby – side effects

Prakticky všechna protinádorová léčiva mají s ohledem na mechanismus svého působení celou řadu nežádoucích účinků, což platí nejen pro klasická konvenční cytostatika, ale také pro modernější cílené preparáty, u kterých je ale profil nežádoucích účinků v mnohém odlišný. V rámci protinádorové léčby jsou podávány kombinace a dávky léčiv, které mohou vést až k život ohrožujícím stavům. Systematické hodnocení závažnosti nežádoucích účinků a jejich aktivní profylaxe a léčba jsou proto nedílnou součástí komplexní onkologické péče. Většina závažných toxických účinků je závislá na dávce protinádorového léku. Obecně lze konstatovat, že u kurativní či adjuvantní terapie se často pokračuje v intenzivní léčbě i v případě výskytu závažných reverzibilních nežádoucích účinků, protože dostatečná intenzita terapie je často jedinou nadějí na úplné vyléčení onkologicky nemocného. Naopak v paliativní terapii je primárně volena strategie zaměřená na udržení maximální kvality života nevyléčitelně nemocných, proto v případě na dávce závislých nežádoucích účinků neváháme dávkovou intenzitu individuálně upravovat.

Radioterapie

Systémové (celkové) radiační reakce bývají přítomny zejména při ozařování větších objemů. Nejčastěji jsou pozorovány projevy, jako je únava, nechutenství, nevolnost, zvracení či psychické změny nazývané souhrnně postradiační syndrom. Při ozařování většího objemu kostní dřene dochází k poklesu krevních elementů.

Lokální (místní) radiační reakce jsou lokalizovány v dané ozařované oblasti. V praxi jsou nežádoucí účinky hodnoceny jako časně, pozdní a velmi pozdní. Liší se nejen dobou nástupu, ale zejména svým mechanismem vzniku a následnou odpovědí dané tkáně.

Akutní (časně) radiační reakce vznikají v průběhu ozařování a přetrvávají několik týdnů po jeho ukončení (do tří měsíců po léčbě). Jsou nejvýraznější ve tkáních s rychle proliferujícími buňkami, jako je epitel kůže, sliznice nebo hematopoetický systém. Akutní změny jsou reverzibilní.

Pozdní (chronické) radiační reakce vznikají v průběhu měsíců či roků po léčbě. Vyskytují se ve tkáních s nízkým a pomalým obratem buněk, jako je podkožní tkáň, plíce, ledviny, mozek, srdce, kosti nebo svaly. Klinicky se projevují až s odstupem týdnů či měsíců. Změny jsou rozmanité, charakteru atrofie, nekrózy, fibrózy nebo poškození mikrovaskulatury. Chronické změny jsou ireverzibilní. Pozdní změny mohou vznikat

postupně nebo náhle. Rozvoj pozdních změn ve většině případů nelze předpokládat na základě intenzity akutních změn.

Velmi pozdní změny vznikají s odstupem let a jsou způsobené vzniklými mutacemi po ozáření. Somatické mutace jsou příčinou sekundárních malignit. Jejich výskyt je dvouvrcholový. Časně, v prvních letech po ozáření s vrcholem kolem 3. roku po ozáření, vznikají zejména hematologické malignity. Pozdě, s odstupem 10 a více let, jsou diagnostikovány solidní nádory.

Chemoterapie

Mezi klasické nežádoucí účinky u většiny konvenčních cytostatik patří **hematologická toxicita (myelotoxicita), gastrointestinální toxicita, únava**. Dochází k projevům anémie, neutropenie, trombocytopenie, poškození sliznic, průjmům a zvracení, ztrátě vlasů, kožní toxicity, poruchám srdečního rytmu, vývoji srdečního selhávání, parestesie končetin, selhávání ledvin, pneumonitidě.

Pozdní reakce se rozvíjejí v průběhu měsíců i let, dominuje především srdeční selhávání, těžší projevy polyneuropatie, selhávání ledvin, fibrotizace plic, neplodnost. Dalším závažným nežádoucím účinkem chemoterapie je indukce **sekundárních malignit**, které vznikají po několika letech od ukončení protinádorové léčby.

Hormonální terapie

Časně vedlejší účinky se projevují návaly, poruchami nálad, pocením, únavou a muskuloskeletálními potížemi. Mezi pozdní vedlejší účinky patří vypadávání vlasů, změny vaginální sliznice s možností krvácení a riziko vzniku karcinomu endometria, gynekomastie u mužů, dále změny na rohovce a na retině, osteoporóza při kortikoterapii.

Biologická, cílená léčba a imunoterapie

Vedlejší reakce se objevují již v průběhu léčby - alergie, dušnost, horečky, změny krevního tlaku, dominuje kožní toxicita (estetické hledisko), bolesti kloubů, hand-foot syndrom, slizniční toxicita, poruchy pigmentace vlasů, nehtů, průjmy, poruchy hojení ran, krvácivé příhody, pneumonitidy, endokrinopatie, kolitidy, oční záněty, poruchy imunity, únavový syndrom.

Mezi **dlouhodobé komplikace** patří zejména orgánové postižení systémovou onkologickou léčbou, radioterapií nebo léčbou chirurgickou, akcelerovaná ateroskleróza, chronický únavový syndrom a poruchy anxiózní depresivního typu.

Onkochirurgie

Operační obory představují jeden ze 4 pilířů protinádorové léčby (radiodiagnostika, onkochirurgie, klinická onkologie, radiační onkologie). Nejčastějšími komplikacemi operačních výkonů jsou střevní neprůchodnost (ileus), krvácení, perforační příhody, záněty, poruchy hojení, tromboembolické příhody.

Článek IV Onkologický nález

Po průkazu nádorového onemocnění je dalším krokem přesné stanovení jeho pokročilosti, určení klinického stadia (staging). Přesné stanovení rozsahu nádorového postižení má význam prognostický a je předpokladem pro naplňování optimálního léčebného postupu, který se v různých stadiích nemoci může zásadně lišit. Standardizovaný systém klasifikace nádorů usnadňuje komunikaci mezi lékaři a umožňuje stanovit léčebné postupy pro jednotlivá klinická stadia a také hodnotit výsledky léčby.

Posuzující lékař vychází z nálezu ošetřujícího onkologa, který musí obsahovat informace o typu zhoubného nádoru, výsledek histologického vyšetření, grading, hormonální dependence, přítomnost genetických mutací, hodnocení TNM klasifikace, klinické stadium, u generalizace lokalizaci a rozsah metastáz, performance status dle WHO, zhodnocení léčby a léčebného záměru (kurativní, paliativní), informace o předpokládané délce léčby, ev. přítomnosti nežádoucích účinků onkologické léčby, o míře rizika relapsu, diseminaci, o prognóze.

V případě, že zpráva ošetřujícího onkologa neobsahuje příslušné údaje, je třeba si je vyžádat. V případě potřeby je vhodné ošetřujícího onkologa vždy osobně kontaktovat.

Článek V

Hodnocení kvality života onkologicky nemocného

Zásadním faktorem, který určuje prognózu a možnosti protinádorové léčby u konkrétního onkologicky nemocného, je jeho výkonnostní stav, který lze popsat klasifikacemi - Karnofského skóre, WHO index, ECOG.

Článek VI

Průběh onemocnění a posudková prognóza

Podle rozsahu a tíže onkologického onemocnění, způsobu a průběhu léčby a jejích výsledků a s ohledem na další prognózu stavu mohou nastat níže uvedené situace:

- **příznivé stavy** (počáteční stadia, s dobrou odpovědí na léčbu u jinak dobře komponovaného jedince, lokalizované formy onemocnění), léčba proběhne v DPN, vedlejší účinky léčby popř. komplikace léčení odezní nebo se minimalizují, nemají dopad na schopnost pokračovat v práci, v podpůrní době dojde k uschopnění – návratu do práce (není důvodné uznat invaliditu),
- **příznivé stavy s delší dobou léčby** než je obvyklá (např. pro komplikace související s onkologickou léčbou) s potřebou prodloužení podpůrní doby pro další výplatu nemocenského, s následným návratem do práce, zaměstnání,

popř. i k jiné než pojištěné činnosti (není důvodné uznávat invaliditu, ev. lze uznat invaliditu nižšího stupně, stav může také odůvodnit uznání OZZ),

- **vysoce nepříznivé stavy** (vysoce maligní typy onemocnění s primárně nepříznivou prognózou, generalizované formy onemocnění, recidivující stavy) bez možnosti návratu do práce ve střednědobém horizontu (dva až tři roky) nebo vůbec, tzn. stavy, situace, kdy bude důvodné uznat invaliditu třetího stupně (neschopnost pracovat, vykonávat jakékoliv zaměstnání, práci, výdělečnou činnost), popř. uznat invaliditu třetího stupně trvale,
- **částečně nepříznivé stavy s dílčí možností pracovat**, tzn. stavy, situace, kdy bude důvodné uznat invaliditu prvního nebo druhého stupně, případně status OZZ (s větší mírou nežádoucích účinků nebo s udržovací onkologickou léčbou, např. hormonoterapií),
- **stavy v remisi**, kdy bylo dosaženo kompletní remise a lze předpokládat obnovení pracovní schopnosti, tzn., že bude důvodné při KLP snížit stupeň invalidity, ev. invaliditu zcela oduznat.

Článek VII

Dočasná pracovní neschopnost

Léčba onkologického onemocnění trvá řadu měsíců a obvykle probíhá v dočasné pracovní neschopnosti (dále „DPN“). Řada onkologických onemocnění je léčitelná a v průběhu DPN lze dosáhnout stavu remise onkologického onemocnění a příznivé funkční stabilizace zdravotního stavu. Kontrola DPN podle § 61 odst. 1 písm. h) a § 74 ZNP by měla být provedena po 180 dnech, aby mohla být vyhodnocena prognóza onemocnění ve vztahu k prognóze vývoje pracovní schopnosti a dalším kontrolám. K posouzení je orgán nemocenského pojištění oprávněn požádat ošetřujícího lékaře o vyjádření o zdravotním stavu dočasně práce neschopného pojištěnce a o předložení lékařských zpráv, nálezů a posudků a zpráv o průběhu nemoci.

Další kontrola se provádí formou „konzultace“ podle § 75a odst. 2 ZNP. Pokud se ve smyslu § 75a odst. 1 písm. a) zjistí, že lze očekávat, že pojištěnec před uplynutím podpůrní doby nabude pracovní schopnost, protože došlo ke stabilizaci zdravotního stavu a pracovní schopnost se obnovuje, je DPN následně ukončena.

Pokud se ve smyslu § 75a odst. 1 písm. b) zjistí, že ze zdravotních důvodů lze předpokládat, že pojištěnec v krátké době po uplynutí podpůrní doby nabude pracovní schopnost, pojištěnec se poučí o možnosti požádat o prodloužení podpůrní doby a výplaty nemocenského.

Pokud se ve smyslu § 75a odst. 1 písm. c) zjistí, že zdravotní stav je dlouhodobě nepříznivý podle ZDP, pojištěnec se poučí o možnosti požádat o invalidní důchod.

Lékař orgánu nemocenského pojištění posuzuje na základě žádosti dočasně práce neschopného pojištěnce podané tomuto orgánu, zda lze očekávat, že po uplynutí podpůrní doby nabude v krátké době pracovní schopnost, a to i k jiné než dosavadní pojištěné činnosti. Takto lze postupovat i opakovaně, přičemž při jednotlivém prodloužení výplaty nemocenského nesmí být doba tohoto prodloužení delší než 3 měsíce (v odůvodněných případech bude celková délka DPN trvat např. až 15 nebo 18 měsíců celkem). Prodloužení podpůrní doby slouží k dokončení onkologické léčby, dosažení remise onemocnění a stabilizace stavu a potřebné rekonvalescenci po dokončení léčby a tím i k obnovení pracovní schopnosti. Takový postup je nejen v souladu s právní úpravou, ale má také příznivé vlivy na psychiku onkologicky léčeného nemocného, neboť udržuje pozitivní motivaci k návratu do zaměstnání.

Článek VIII

Posuzování invalidity

Při posuzování zdravotního stavu, poklesu pracovní schopnosti a invalidity onkologicky nemocných platí, že samotné stanovení diagnózy, popř. zahájení léčby nevede k poklesu pracovní schopnosti a invaliditě. Pokles pracovní schopnosti a invalidita jsou způsobeny v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a prokázaného snížení/poklesu tělesných, smyslových nebo duševních schopností ve smyslu § 39 odst. 3 ZDP, při postižení orgánových funkcí nádorovým onemocněním nebo dopady léčby (vedlejšími nebo pozdními účinky), následky chirurgického zákroku (např. amputace, stomie), popř. psychickými dopady.

Teprve po proběhlé léčbě, vyhodnocení jejích výsledků onkologem a stabilizaci zdravotního stavu a funkčního postižení na určité úrovni, lze zhodnotit dlouhodobé nepříznivé dopady na pracovní schopnost, stanovit, které schopnosti a v jakém rozsahu a tíži jsou postiženy, zhodnotit skutečnosti uvedené v § 39 odst. 4 ZDP (stabilizaci, adaptaci, schopnost rekvalifikace, schopnost využití zachované pracovní schopnosti), stanovit odpovídající pokles pracovní schopnosti a tomu odpovídající stupeň invalidity.

Současně musí mít LPS na mysli, že díky pokrokům, včasné diagnostice a úspěchům onkologické léčby existují případy, kdy dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav:

- nemá vliv, popř. má jen nepodstatný vliv na schopnost využívat „kvalifikační potenciál“ (§ 4 odst. 1 vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity),

- je stabilizovaný nebo je pojištěnec adaptován na své zdravotní postižení (§ 4 odst. 2 citované vyhlášky).

V důsledku toho je pokles pracovní schopnosti pojištěnce menší, než odpovídá dolní hranici míry poklesu pracovní schopnosti rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého

zdravotního stavu, v takových případech je na místě tuto dolní hranici snížit až o 10 procentních bodů.

Termín kontrolní lékařské prohlídky se stanoví jen v případech a v termínu, kdy lze reálně očekávat (na základě prognózy ošetřujícího lékaře onkologa) zlepšení zdravotního stavu, odeznění vedlejších účinků léčby, stabilizaci stavu, obnovení (částečné nebo úplné) pracovní schopnosti, adaptaci na zdravotní postižení nebo v případech, kdy ze zjištění LPS vyplynou poznatky o příznivých změnách v oblasti kvalifikačního potenciálu (např. dokončení přípravy pro pracovní uplatnění, rekvalifikace), které pojištěnci umožní setrvání nebo návrat na trh práce.

V případech s trvalým těžkým funkčním postižením, vysoce nepříznivou prognózou, se zhoršováním stavu, selháváním onkologické léčby, rozvojem komplikací a pozdních následků léčby, se termín kontrolní lékařské prohlídky nestanovuje.

Článek IX

Přehled průměrné doby a typu léčby u nejméně frekventovaných zhoubných nádorů

a) Karcinom ledviny C64

Pro **lokalizované onemocnění** stadium I., II., ev. operabilní st. III. je základem chirurgická léčba. Při radikální nefrektomii bez komplikací je předpokládána délka léčby 4 - 6 týdnů, následná rekonvalescence se předpokládá do 6 - 8 týdnů. Při hodnocení pracovní schopnosti nemocného se solitární ledvinou je třeba vycházet z prognózy konkrétního onemocnění, výše rizika, funkce zbylé ledviny a konkrétního pracovního zařazení nemocného.

Základem léčby **generalizovaného onemocnění** je léčba paliativní, individualizovaná. Zahrnuje částečné operační výkony na ledvině, selektivně metastazektomie. Systémová biologická cílená léčba je podávána trvale. Vyskytují se čtenější nežádoucí účinky. V případě diseminace nádoru je indikace paliativní radioterapie kostních metastáz, orgánových metastáz a metastáz CNS, systémová léčba bisfosfonáty. Jedná se o těžké postižení, prognóza vážná, nepříznivá.

b) Karcinom plic C34

V době stanovení diagnózy je bohužel většina nádorů plic v pokročilém stadiu.

Nemalobuněčný karcinom

Stadium I.

Operační léčba v délce 5 - 7 týdnů s následnou rekonvalescencí 4 - 6 měsíců. Radioterapie u nemocných s kontraindikací operace v délce 5 - 7 týdnů, následná rekonvalescence 4 - 6 měsíců. Častými vedlejšími účinky jsou: do 3 měsíců postradiační pneumonitida, dysfagie, vývoj fibrotizace plic do 3 - 9 let, kardiotoxicita, která se může projevit v průběhu prvního měsíce i několik let po ukončení léčby.

Stadium II. a III. A operabilní

Operační léčba v délce 5 - 7 týdnů, následuje adjuvantní chemoterapie po dobu 3 měsíců, ev. sekvenční radioterapie 5 - 6 týdnů. Rekonvalescence od ukončení trvá cca 6 měsíců. Nežádoucí účinky jsou dány typem operace a druhem následné onkologické léčby.

Stadium III. B + III. C

Radikální operační léčba dle vybraných indikací, podmínkou je dobrý klinický stav. U ostatních neradikální léčebný záměr. Kombinovaná chemoradioterapie v délce 4 - 5 měsíců, následná rekonvalescence 6 měsíců. Nežádoucí účinky terapie nejčastěji vlivem hematotoxicity a neurotoxicity, časně a pozdní pneumonitidy, s těžkým funkčním postižením.

Stadium IV.

Stadium IV. – paliativní systémová léčba, chemoterapie, ev. Biologická cílená léčba a imunoterapie, trvání léčby podle efektu a tolerance, paliativní radioterapie, vedlejší reakce podle léčebných modalit. Jedná se o nevyléčitelný stav s těžkým funkčním postižením.

Malobuněčný karcinom

Jedná se o nádorové onemocnění s agresivním průběhem, vážnou prognózou a vysokým rizikem diseminace. Používá se systémová léčba, chemoterapie, paliativní radioterapie nádoru, radioterapie CNS - preventivní a při meta postižení.

Lokalizovaná choroba (LD local disease)

Operační léčba v délce 5 - 7 týdnů, následná rekonvalescence do 6 měsíců. Vedlejší funkční postižení podle typu operace. Chemoradioterapie 4 - 5 měsíců s rekonvalescencí cca 6 měsíců.

Preventivní ozáření mozku při stabilizaci onemocnění, délka léčby 2 týdny, rekonvalescence do 2 měsíců. Velmi často dochází postupně k rozvoji poruchy kognitivních funkcí a projevům organického psychosyndromu.

Pokročilá choroba (ED extended disease)

Selektivně indikace k chemoterapii, délka léčby cca 4 měsíce. Vždy se jedná o těžké funkční postižení se závažnou prognózou a omezenou dobou přežití.

c) Karcinom prostaty C61

Stadium I.

Radikální prostatektomie, léčba v délce 6 týdnů, rekonvalescence 8 - 12 týdnů (dle stupně inkontinence). Další možností léčby je kurativní radioterapie v délce 8 týdnů, rekonvalescence 3 - 6 měsíců; nežádoucí účinky - postradiační proktitis a cystitis, ev. pozdní rozvoj inkontinence.

Stadium II.

Chirurgická léčba viz stadium I., s následnou rekonvalescencí do 3 měsíců. Kurativní radioterapie viz I.

stadium. Neoadjuvantní hormonální léčba v délce 3 - 6 - 9 měsíců, následuje 2měsíční radioterapeutická léčba, rekonvalescence 3 - 6 měsíců. High riziko léčba obsahuje protokol neoadjuvantní léčby a radioterapeutické léčby (viz výše) a následuje hormonální léčba po dobu 2–3 let.

Lokálně pokročilé stadium III.

Radioterapie s následnou androgen deprivací hormonoterapií v délce 2 - 3 roky, rozvoj pozdních následků (metabolický syndrom, bolestivá gynekomastie).

Stadium IV.

Metastatický karcinom – jedná se o těžké funkční postižení, léčba paliativní (kastrace, androgen deprivace, hormonoterapie, chemoterapie, radioterapie metastáz).

d) Karcinom prsu C50

Karcinom prsu je značně heterogenní skupina nemocných s různou biologickou aktivitou nádoru, tudíž s rozdílnou léčbou i prognózou. Histologicky se jedná nejčastěji o nádory duktální, lobulární, inflamatorní typ je značně agresivní. Podmínkou léčby je stanovení genetické exprese HER2 mutace a hormonálních receptorů.

Individuálně je třeba řešit situace, kdy nemocná podstupuje rekonstrukční operace prsu. Při posuzování zdravotního stavu je nutné zhodnotit profesní a pracovní zátěž dominantní horní končetiny s ohledem na nežádoucí účinky onkologické léčby (lymfedém).

Zvláštní pozornost vyžaduje skupina nemocných, u kterých je diagnostikována přítomnost genetických mutací především BRCA 1/2. Onkologicky nemocné s BRCA1/2 mutací i jinými genetickými vadami podstupují preventivní operace prsů a vaječníků: bilaterální ovariectomii, bilaterální mastektomii, následně rekonstrukční výkony prsů. Jsou selektivně adeptkami pro možnost prodloužení DPN.

Lokalizované onemocnění

Prodloužení DPN je indikované u nemocných s časným nebo lokálně pokročilým karcinomem prsu, kteří absolvovali kurativní terapii, mají vysokou naději na dosažení remise a s ohledem na míru vedlejších účinků a snášení léčby je reálný předpoklad, že se budou moci vrátit do práce. Prodloužení DPN jim umožní dokončit v některých případech delší léčebný plán a potřebnou dobu rekonvalescence, pokud to individuální situace vyžaduje.

Stadium I.

Mastektomie, ev. prs šetřící výkony, exstirpace sentinelové uzliny, ev. exenterace axily, délka operační léčby 4 - 6 týdnů, adjuvantní radioterapie 5 - 6 týdnů, rekonvalescence cca 4 - 6 měsíců.

Stadium II.

Délka operační léčby 4 - 6 týdnů, radioterapie 5 - 6 týdnů, adjuvantní chemoterapie 3 - 4 měsíce.

Rekonvalescence cca 6 měsíců. V případě positivity mutací antiHER2 léčba 1 rok. Další variantou je shodný léčebný postup s následnou adjuvantní hormonální léčbou 5 - 10 let.

Stadium III.

Neoadjuvantní chemoterapie v délce cca 21 týdnů, operační léčba do 4 - 6 týdnů, následná rekonvalescence cca 6 měsíců. V případě positivity mutací antiHER 2 léčba trvá 1 rok. U hormonální dependence hormonální léčba 5 - 10 let. Přítomnost nepříznivých závažnějších reakcí je u toho stadia četnější; současně představuje vyšší psychickou zátěž.

Metastatický karcinom - stadium IV.

Jedná se o diseminaci onemocnění do viscerálních orgánů, mozku, skeletu.

Systémová paliativní léčba - chemoterapie, biologická léčba, hormonoterapie, radioterapie, kombinace onkologických metod, bisfosfonáty. Podpůrná léčba, psychologické intervence. U nemocných s pozitivitou hormonálních receptorů je indikována adjuvantní hormonoterapie 5 - 10 let. Vybraná léčba je podávána do doby efektu léčby a její tolerance s ovlivnitelnou mírou vedlejších účinků léčby. V průběhu léčby může dojít i k jejímu přerušování. Vedlejší účinky chemoterapie a biologické léčby jsou vyššího stupně v souvislosti s typem léčebných režimů chemoterapie (kardiotoxicita, polyneuropatie) a cílené biologické léčby. Jedná se o těžké postižení.

e) Karcinom kolorekta C18-C20

Jedná se o karcinom rekta, sigmoidu a tračnicku. Histologicky jde o adenokarcinomy. Adenomové polypy jsou považovány za prekancerózní stavy. Po kurativní resekci kolorektálního karcinomu v časném (nemetastatickém) stadiu dochází později k relapsu u 30 - 50% nemocných. K relapsu dochází nejčastěji v prvních 3 letech po operaci, po 5 letech jsou relapsy vzácnější. Založení stomie může vést k výskytu zánětů, stenóz, vyprazdňovacích obtíží, krvácení, psychických důsledků. U onkologicky nemocných s trvalou stomií, která je stabilizovaná a bez komplikací, je třeba v rámci hodnocení pracovní schopnosti/neschopnosti mít na mysli, že i když je pracovní schopnost zachována, nemohou vykonávat některá zaměstnání (s ohledem na pracovní podmínky a pracovní prostředí). Nezanedbatelnou stránkou věci je psychický stav.

Kolon

Stadium I.

Operační léčba v délce 4 - 6 týdnů, rekonvalescence 3 - 4 měsíce.

Komplikace podle typu a rozsahu operace a hojení, platí i u dalších stadií.

Stadium II.

Operační léčba v délce 4 - 6 týdnů, při vyšším riziku adjuvantní chemoterapie 3 - 6 měsíců, rekonvalescence cca 6 měsíců.

Stadium III.

Operační léčba v délce 4 - 6 týdnů, adjuvantní chemoterapie 3 - 6 měsíců, rekonvalescence cca 6 měsíců.

Stadium IV.

Paliativní záměr léčby podle konkrétního stavu onemocnění a stavu nemocného jsou indikovány různé modalities léčby - chirurgická, intervenční radiologie, radioterapie, chemoterapie, biologická léčba. V indikovaných případech metastazektomie a poté systémová léčba, ev. operace primárního nádoru. Vedlejší reakce se vyskytují v souvislosti s konkrétní léčbou i jejich kombinacemi. Jedná se o těžké postižení.

Rektum

Stadium I.

Operační léčba v délce 4 - 6 týdnů, rekonvalescence 3 - 4 měsíce.

Komplikace podle typu a rozsahu operace a hojení, platí i u dalších stadií.

Stadium II., III.

Operační léčba v délce 4 - 6 týdnů. Neoadjuvantní chemoradioterapie v délce 5 týdnů, za cca 8 - 12 týdnů od operace, ev. adjuvantní chemoterapie 3 - 6 měsíců. Rekonvalescence po ukončení léčby cca 6 měsíců.

Stadium IV.

Paliativní výkony, radioterapie, systémová léčba chemoterapie, biologická léčba, imunoterapie. Jedná se o těžké postižení.

Část II.

Onkologická onemocnění u dětí (osob do 18 let věku) z hlediska potřeby každodenní mimořádné péče

Článek I

Výskyt nádorových onemocnění u dětí

V ČR je ročně diagnostikován zhoubný nádor/nádorové onemocnění u cca **200 osob** dětského věku a u několika desítek dětí dojde k relapsům nádorového onemocnění. Nejedná se o frekventní problematiku, ale výskyt nádorového onemocnění v dětském věku je spojen s posudkově významnými dopady.

Za zhoubné nádory jsou považovány i některé nádory, které z pohledu biologie zhoubné nejsou; největší skupiny tvoří nízké maligní (low grade) gliomy /LGG/-mozkové nádory, které díky své lokalizaci mohou nemocného ohrožovat na životě a které jsou, pokud není možné radikální chirurgické odstranění, léčeny i chemo a/nebo radioterapií. LGG tvořily 9 % ZN.

Přehled nejčastějších diagnóz onkologických onemocnění dětí (procenta jsou z dat výskytu v ČR v posledních letech):

Leukémie 30 % z toho ALL 22 % AML 4 %

Nádory CNS 21 % z toho 9 % LGG

Lymfomy 13 % Hodgkinův 7 % non-Hodgkinské 6 %

Neuroblastom 7 %

Sarkomy měkkých tkání 6 %

Nádory ledvin (převažuje nefroblastom) 4 %

Germinální nádory 4 %

Osteosarkom 3 %

Ewingův sarkom a PNET 3 %

Retinoblastom 2 %

Většina z těchto nádorů patří mezi vysoce maligní nádory, výjimku tvoří LGG, neuroblastom nízkého rizika a některé vzácné nádory.

Článek II

Léčba a její délka

Léčba dětských onkologických onemocnění zahrnuje zpravidla **operační léčbu (s výjimkou leukémií), chemoterapii a často i radioterapii. Část nemocných je léčena i léčbou cílenou (biologickou)** a tato skupina stále roste.

Délka chemoterapie se liší u jednotlivých nádorů, ale i v závislosti na klinickém stadiu (u některých nádorů závisí i na jiných prognostických faktorech) a **zpravidla se pohybuje mezi 4 až 24 měsíci**. Chemoterapie probíhá většinou v cyklech – krátké podání cytostatik (1 - 5 dní), zpravidla v průběhu hospitalizace

a různě dlouhá pauza (ve většině případů 1 - 3 týdny), kdy je dítě většinou doma. Někteří nemocní léčení chemoterapií jsou v pauze ohroženi různými komplikacemi, a proto jsou i v mezidobí často hospitalizováni.

Délka léčby nejčastějších nádorů podle v současnosti užívaných protokolů trvá u:

ALL 2 roky, AML 2 roky,

Hodgkinův lymfom 4 - 6 měsíců, v případě že není dosaženo kompletní remise, po úvodní chemoterapii následuje radioterapie,

non-Hodgkinské lymfomy lymfoblastické 2 roky včetně udržovací terapie, ze zralých B lymfocytů - velmi intenzivní chemoterapie 1 - 4 měsíce,

meduloblastom, standardního rizika 50 týdnů, s generalizací 60 týdnů,

gliomy vysokého stupně malignity - 46 týdnů, gliomy nízkého rizika, pokud nebyla možná radikální operace, je indikována radioterapie cca 6 týdnů nebo chemoterapie (dětí do 8 let vzhledem k pozdním následkům radioterapie podle rozsahu nádorového rezidua), která trvá 79 týdnů, kdy součástí chemoterapie je konsolidační chemoterapie v šestitýdenních intervalech,

ependymomy 32 týdnů u dětí starších 3 let věku,

54 týdnů u dětí mladších 3 let (není možná radioterapie),

neuroblastom vysokého rizika vlastní léčba včetně

udržovací léčby 13-cis retinovou kyselinou téměř 1 rok,

součástí je i autologní transplantace, proto lze očekávat akutní komplikace i déle než dva roky po ukončení léčby,

nefibrosarcom 10 týdnů 1. klinické stadium, 10 měsíců 4. klinické stadium při špatné odpovědi na předoperační chemoterapii, sarkomy měkkých tkání-rabdomyosarkom 25 týdnů méně rizikové formy, 1 rok více rizikové formy, „nonrabdomyosarkomy“ podle rozsahu (od pouze chirurgické léčby po 30 týdnů intenzivní chemo a radioterapii), Ewingův sarkom 65 týdnů u generalizovaného onemocnění (může být zařazena i autologní transplantace, proto lze očekávat akutní komplikace i déle než dva roky po ukončení léčby), osteosarkom 29 - 40 týdnů podle odpovědi na iniciační terapii, v některých případech je podáván ještě interferon dalších 17 měsíců.

V řadě případů je skutečná délka terapie o něco delší, protože u řady dětí je léčba přerušována pro komplikace. Často je součástí léčby i radioterapie, která trvá většinou několik týdnů a probíhá zpravidla za hospitalizace. Pro průběh léčení jsou charakteristické opakované hospitalizace dětí, při nich je velmi vhodná přítomnost jednoho z rodičů.

Článek III

Komplikace, rekonvalescence a pozdní následky

Nejčastějšími **akutními komplikacemi** v průběhu protinádorové léčby jsou:

- **útlum krvetvorby vedoucí k poruše imunity** provázený ohrožením infekcemi, nutností vyloučení návštěvy kolektivních předškolních a školních zařízení a nutností nepoužívání prostředků hromadné dopravy,
- **nausea a zvracení**, které se většinou daří zvládat antiemetickou terapií, ale častým problémem je nechutenství, které vyžaduje individuální přístup k výživě při hospitalizaci i během pobytu doma; včetně potřeby podávání nízkobakteriální stravy,
- specifické, méně často se vyskytující, **nežádoucí účinky jednotlivých cytostatik** jako je nefrotoxicita, pneumotoxicita, kardiotoxicita apod.

Za období s výskytem akutních komplikací léčby lze tedy považovat období v průběhu chemo a/nebo radioterapie a dva roky od ukončení.

Zotavení po ukončení onkologické terapie – **rekonvalescence**, je individuální, ale u většiny dětských pacientů je **návrat k normě** dosažen zpravidla **do dvou let po ukončení terapie první linie, pokud se podařilo navodit remisi**. V té době je také možné postupně doplnit očkování, které může chybět pro kontraindikaci vakcinace v průběhu protinádorové léčby.

V případě, že nádor na léčbu neodpovídá, došlo k jeho progresi nebo recidivě, je dětský pacient léčen více liniemi léčby a lze očekávat pomalejší zotavení – zpravidla tři roky.

Pozdní následky se ve větší či menší míře vyskytují u většiny vyléčených a mohou vzniknout od **několika měsíců po desítky let od ukončení léčby**.

Časté jsou endokrinní poruchy, předčasný rozvoj aterosklerózy, a to i při řádné životosprávě, skolióza jako následek po rozsáhlé laparotomii nebo thorakotomii nebo po ozáření, po operaci páteře, různé závažné poruchy sluchu po chemoterapii cisplatinou (používá se u řady nádorů), nefropatie po terapii cisplatinou, hepatopatie různého stupně po terapii metotrexátem, cisplatinou a/nebo ozáření oblasti jater. Nejobávanější jsou sekundární nádory – k nejčastějším patří karcinom štítné žlázy po ozáření krku, karcinom prsu po ozáření hrudníku, sarkomy v ozařovaném poli, myelodysplastický syndrom nebo akutní myeloidní leukémie po chemoterapii inhibitory topoisomerázy II, meningeomy po ozáření krania. Řada dalších pozdních následků neovlivňuje stav tak, aby vždy vyžadoval zvýšenou péči, např. neplodnost, přetrvávající alopecie, zvýšená kazivost zubů, i když nepříznivě ovlivňují kvalitu života.

Transplantace kostní dřeně je ročně provedena u několika desítek dětských pacientů; je to velmi specifická problematika **zatížená ještě více komplikacemi než konvenční protinádorová léčba**.

Proto je vždy nutno postupovat individuálně. Pokud je součástí léčebného postupu transplantace kostní dřeně, je doba trvání celodenní mimořádné péče o dítě nejméně dva roky od propuštění z transplantační jednotky, zpravidla však vzhledem k podávání imunosuprese a řady komplikací delší.

Pokud je transplantace prováděna pro maligní nádorové onemocnění (transplantace kostní dřeně se provádí i pro některé nenádorové poruchy krvetvorby, některé imunodeficity a některé vrozené metabolické vady) je zařazována na konec komplexní léčby; pouze u neuroblastomu ještě následuje udržovací biologická léčba.

Článek IV

Posudkové konsekvence

LPS vychází z nálezu praktického lékaře pro děti a dorost a z nálezů ošetřujícího onkologa.

Nález praktického lékaře obsahuje stupeň psychomotorického vývoje dítěte, jeho premorbidní zdravotní stav a informace o výsledcích provedených lékařských vyšetření.

Onkologický nález musí obsahovat informace o typu zhoubného nádoru, hodnocení TNM klasifikace, klinické stadium, u generalizace - lokalizace a rozsah metastáz a informace o zvoleném způsobu léčby (léčebném protokolu), předpokládané době léčby a prognóze. Pokud bylo již k léčbě přikročeno, jsou potřebné informace onkologa o průběhu léčby, event. o přítomnosti nežádoucích účinků onkologické léčby (akutních komplikací), o dosažení remise, riziku relapsu, diseminaci procesu, účinku léčby. V průběhu léčby je nutné sledovat celkový zdravotní stav dítěte a jeho vývoj v čase (psychiku, prospívání, růst, výživu,

kvalitu života apod.). V případě, že by zpráva ošetřujícího onkologa neobsahovala příslušné údaje, je třeba si je dožádat nebo je vhodné ošetřujícího onkologa vždy osobně kontaktovat.

Při posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti LPS:

- vychází ze zdravotního stavu dítěte doloženého lékařskými nálezy poskytovatelů zdravotních služeb,
- z úrovně biopsychosociálního vývoje dítěte
- z výsledku funkčních vyšetření, popř. výsledku vlastního vyšetření dítěte,
- z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb dítěte,
- přihlíží k odborným informacím o předpokládané délce léčby, očekávaným akutním komplikacím léčby, době rekonvalescence a pozdním následkům,
- hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na funkční schopnosti dítěte a potřebu každodenní mimořádné péče.

Při posuzování potřeby každodenní mimořádné péče se posuzující lékař zaměřuje zejména na ty základní životní potřeby, které jsou v průběhu onkologického léčení a rekonvalescence nejčastěji dotčeny a dítě v nich zpravidla vyžaduje každodenní mimořádnou péči.

Článek V

Potřeba každodenní mimořádné péče

Rozsah, intenzita a náročnost péče – každodenní mimořádné péče je ve své podstatě u **kurabilních onkologických onemocnění dětí srovnatelná**.

Děti vyžadují:

- soustavný dohled při péči o zdraví dítěte, nad dodržováním stanoveného léčebného režimu a režimových opatření (zvl. podávání medikace, ošetřování), opakované kontroly ve zdravotnických zařízeních;
- přípravu a podávání nízkobakteriální stravy, dohled nad příjmem tekutin a množstvím stravy;
- pomoc při tělesné hygieně (s ohledem na zavedený centrální žilní katetr, cévku, sondu apod.), zvýšené nároky při péči o dutinu ústní (soor), péči o kůži (sekundární infekty),
- péči v oblasti mobility - potřebu individuální dopravy z důvodu režimu nařízeného odborným lékařem poskytujícím onkologickou péči (vysoké riziko ohrožení infekcemi při poruše imunity);
- péči v oblasti osobních aktivit (nemožnost návštěvy školky, individuální učební plán, upuštění od volnočasových aktivit nebo jejich podstatné omezení, nutnost domácí výuky apod.).

Rozsah, frekvence a náročnost mimořádné péče o dítě s onkologickým onemocněním, trvá nejen **v průběhu léčby**, ale také řadu měsíců po jejím ukončení, **po dobu**

rekonvalescence a zpravidla odpovídá **stupni závislosti II - středně těžká závislost**.

V případě mladistvých ve věku 16 - 18 let, vzhledem ke stupni jejich biopsychosociálního vývoje, nemusí být s ohledem na povahu onkologického onemocnění, způsobu léčby a celkový zdravotní stav (pokud je stabilizován), v některých případech prokázána potřeba každodenní mimořádné péče ve všech výše citovaných oblastech života.

Doba platnosti posudku se stanovuje zpravidla v rozmezí 2 - 3 let, s ohledem na individuální skutečnosti případu, typ a rozsah nádoru, způsob, délku a výsledky léčby, prognózu stavu; přihlíží i k věku a době potřebné rekonvalescence.

Pokud se onkologické onemocnění dostane do fáze **zlomu** (dekompenzace) a **nastává preterminální a terminální fáze** a nevratné zhoršování stavu (stav trvá zpravidla řadu týdnů popř. i několik měsíců), selhává onkologická léčba, rozvíjí se komplikace, významně se zhoršuje stav dítěte, prognóza je vysoce nepříznivá, narůstá rozsah a objem péče a potřeba paliativní péče, jde zpravidla již o **stupeň závislosti III - těžká závislost** nebo **stupeň závislosti IV - úplná závislost**. V uvedených případech se doba platnosti posudku nestanoví. Vzhledem ke křehkosti stavu v případech, kdy se onkologické onemocnění dostane do fáze zlomu, preterminální a terminální fáze, je třeba **vypracovat posudek neprodleně** a zohlednit rychlou progresi stavu.

Část III.

Posuzování stupně závislosti u nemocných s pokročilým onkologickým onemocněním

Článek I

Klinická stádia nádorových onemocnění

Určení klinického stádia nádoru (tzv. staging) má zcela zásadní význam pro stanovení optimálního léčebného postupu. U většiny nádorů je klinické stádium také významný prognostický faktor. Čím vyšší klinické stádium, tím nižší pravděpodobnost dosažení dlouhodobé léčebné odpovědi a tím kratší je doba celkového přežití.

Klinické stádium se určuje na základě rozsahu primárního nádoru (velikost nádoru a jeho vztah k okolním tkáním) a přítomnosti metastáz. U většiny nádorů se stanovuje na základě tzv. TNM klasifikace (zpravidla se používá dělení na stádia I až IV). Specifické klasifikační systémy se používají ke stanovení klinického stádia v hematonekologii. Jako pokročilé onkologické onemocnění obvykle označujeme stavy lokálně pokročilého onemocnění (obvykle klinické

stádium a diseminované (generalizované) onemocnění (klinické stádium IV). Pro účely metodiky označujeme jako pokročilé onkologické onemocnění stav, kdy je zřejmé, že nádorové onemocnění není prostředky současné medicíny vyléčitelné (nelze dosáhnout trvalé kompletní remise).

Článek II

Dělení protinádorové léčby z hlediska záměru

Jako protinádorovou léčbu označujeme všechny léčebné modalidy, kterými se snažíme ovlivnit velikost a aktivitu nádorové nemoci. Do této skupiny patří operační postupy (chirurgie), radioterapie a systémová protinádorová léčba: hormonoterapie, chemoterapie, cílená léčba, imunoterapie atd. Jednotlivé modalidy protinádorové léčby se v průběhu léčby různým způsobem kombinují (tzv. multimodální protinádorová léčba).

Z hlediska léčebného záměru lze všechny modalidy protinádorové léčby dělit na **kurativní a paliativní (nekurativní)**. Cílem **kurativní protinádorové léčby** je navodit dlouhodobou kompletní remisi. Termínem kompletní remise označujeme situaci, kdy žádnou dostupnou vyšetřovací metodou nelze zjistit přítomnost nádorové nemoci v těle. Cílem **paliativní (nekurativní) protinádorové léčby** je zmenšení nádoru, zpomalení jeho růstu a šíření a zmírnění projevů, které působí. Paliativní protinádorová léčba nevede k vyléčení (dlouhodobé kompletní remisi). V závislosti na typu nádoru ale může vést k prodloužení života o několik měsíců až o řadu let. U části nemocných léčených primárně s kurativním záměrem dochází po určité době k relapsu (návratu) onkologického onemocnění. Podle charakteru a rozsahu je relaps léčen kurativní nebo paliativní protinádorovou léčbou. Podávání paliativní protinádorové léčby je obvykle dlouhodobé. Nemocní jsou postupně (sekvenčně) léčeni několika liniemi léčby. V průběhu kurativní i paliativní (nekurativní) protinádorové léčby je nemocných poskytována **komplexní podpůrná péče**. Cílem podpůrné péče je mírnit a řešit projevy a důsledky nádorové nemoci (např. bolest, dušnost, poruchy výživy) a komplikace protinádorové léčby (např. nevolnost, zvracení, infekční komplikace, imunologické komplikace). Nedílnou součástí podpůrné péče je psychologická podpora/psychoterapie nemocných i jejich blízkých, sociální poradenství a duchovní péče. U všech nemocných léčených paliativní (nekurativní) protinádorovou léčbou dochází po určité době k progresi nádoru a zhoršení celkového klinického stavu, kdy podání další protinádorové léčby není možné nebo není pro nemocného prospěšné, nebo si ho nepřeje. Nemocný je z onkologického hlediska dále léčen symptomaticky (léčba je zaměřená výhradně na mírnění projevů-symptomů pokročilé nádorové nemoci). Komplexní podpůrná péče v této fázi onemocnění bývá označována jako **paliativní péče**. Cílem paliativní péče je udržet nejvyšší možnou kvalitu života i v jeho závěrečné fázi. Období **symptomatické paliativní péče**

u onkologicky nemocných trvá obvykle několik týdnů až několik měsíců (výjimečně několik let). Z hlediska organizačního zajištění péče jsou nemocní v této fázi v péči poskytovatelů obecné paliativní péče (praktický lékař, ambulantní onkolog, domácí zdravotní péče - home care) nebo specializované paliativní péče (mobilní nebo lůžkové hospic, konziliární tým paliativní péče atd.)

Článek III

Posudkové konsekvence

Pokročilé onkologické onemocnění, kdy je onkologicky nemocný léčen paliativní (nekurativní) protinádorovou léčbou nebo je mu poskytována symptomatická paliativní péče, svou nepříznivostí a dlouhodobostí naplňuje kritéria dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS).

U nemocných léčených paliativní protinádorovou léčbou je léčba podávána dlouhodobě (řadu měsíců až řadu let). V závislosti na léčebné odpovědi je často s krátkými přestávkami systémová léčba podávána trvale. Obvykle nedochází k úplnému vymizení příznaků onemocnění. Přestože dochází k přechodným parciálním remisím a stabilizacím nádorového onemocnění, nemocní většinou trpí jedním a více symptomy pokročilého nádorového onemocnění (bolest, námahová dušnost, nevolnost, nechutenství, úbytek svalové hmoty, kachexie, únava, úzkost, deprese, stavy zmatenosti, poruchy spánku) a nežádoucími účinky protinádorové léčby (únava, nauzea, zvracení, bolesti svalů a kloubů, periferní senzorká a senzorko-motorická neuropatie, výrazné imunodeficity), které mohou významným způsobem snižovat jejich schopnost zvládat základní životní potřeby (ZŽP). Funkční stav (performance status - PS dle ECOG nebo Karnofského) dle hodnocení ošetřujícího lékaře bývá v průběhu paliativní protinádorové léčby v rozmezí 0 - 2 (KI 100 - 70 %). Řada nemocných s PS 1 a 2 má ale vzhledem k výše popsaným symptomům celkovou schopnost zvládat ZŽP významně sniženu.

Při posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti osob s onkologickým onemocněním, kteří jsou léčeni paliativní protinádorovou léčbou, je proto třeba kromě informace o funkčním stavu (PS) ze zdravotnické dokumentace, zohlednit dopady symptomové zátěže plynoucí z nádorového onemocnění a jeho léčby a zjištění učiněná při sociálním šetření.

U nemocných **léčených v rámci symptomatické paliativní péče** dochází v důsledku progresu onkologického onemocnění k postupnému zhoršování celkového funkčního stavu, narůstající symptomové zátěži a výraznému omezení soběstačnosti.

Dynamika zhoršování stavu je individuální. Vzhledem k limitované prognóze přežití (týdny až měsíce), křehkosti klinického stavu a rychle narůstajícímu rozsahu a objemu potřebné péče je **u onkologicky nemocných v rámci symptomatické paliativní péče třeba vypracovat posudek neprodlené.**

18. Kazuistika PK MPSV Praha

Posouzení invalidity u osoby s onkologickým onemocněním

Bělohávková J., předseda PK MPSV

Zjištění o zdravotním stavu

V 05/2017 byl tehdy 58leté ženě odstraněn zhoubný nádor levého prsu a sentinelových uzlin levého podpaží. Následovala chemoterapie, která byla ukončena v 10/2017 a poté radioterapie, která byla ukončena v 02/2018. Od 08/2017 do 08/2018 posuzovaná osoba absolvovala biologickou léčbu. Následně byla, a to i v posuzovaném období v roce 2019, zajištěna hormonální terapií. Onemocnění bylo po absolvované aktivní onkologické léčbě stabilizované – bez známek generalizace a recidivy, v roce 2020 byla zjištěna postchemoterapeutická polyneuropatie. Dále se posuzovaná osoba léčila pro plicní astma a chronickou žilní nedostatečnost. V roce 2020 byla prokázána osteoporóza. V roce 2004 byla posuzované osobě odstraněna děloha pro zvýšené krvácení a myomatózu.

Jednalo se o vysokoškolsky vzdělanou ženu, která po celou svou dosavadní pracovní kariéru vykonávala a dosud vykonává kvalifikované činnosti administrativního charakteru v plném pracovním úvazku.

V 09/2018 byla posuzovaná posouzena příslušnou OSSZ invalidní ve třetím stupni pro onkologické onemocnění – odstranění nádoru levého prsu a odstranění sentinelových uzlin levé axily v roce 2017 s ukončením onkologické léčby v srpnu 2018. Jednalo se o dosud ne plně stabilizovaný stav bezprostředně po ukončení aktivní onkologické léčby při pokračující rekonvalescenci. Existoval předpoklad zlepšení zdravotního stavu v dalším období, proto byla stanovena kontrolní lékařská prohlídka za 1 rok.

Od ukončení aktivní onkologické léčby bylo pokračováno v hormonální léčbě. Onemocnění bylo při KLP invalidity v roce 2019 v remisi, bez známek recidivy či generalizace. Dle nálezu z onkologického pracoviště byl biochemický obraz přiměřený, onkologické markery byly v normě. Vyšetření magnetickou rezonancí a ultrazvukové vyšetření neprokázaly lokoregionální recidivu. Klinicky byly prsy oboustranně bez hmatné rezistence, jizvy byly zhojeny, nadklíčky byly bez hmatných lymfatických uzlin. Neurologickým vyšetřením byl prokázán na horních končetinách normální tonus, přesná taxace, čití bez patologického nálezu, symetrická svalová síla bez oslabení. Na dolních končetinách byly reflexy nízké, tonus a svalová síla symetrické, taxace byla přesná a čití bez patologického nálezu. Stoj a chůze byly normální, bez nutnosti opory o opěrné pomůcky. Subjektivně posuzovaná udávala celkovou únavu a parestezie dolních končetin. Provedené EMG vyšetření v 06/2019 nicméně podezření na neuropatii vyloučilo. Neuropatie byla prokázána až novým EMG vyšetřením v 07/2020, tj. až několik měsíců po datu, ke kterému směřovalo posouzení posudkovými orgány všech instancí. Nové EMG vyšetření prokázalo pouze frustní axonální distální motorickou neuropatii a středně těžké axonální postižení senzitivních vláken. Novým nálezem z denzitometrie z 05/2020, tj. několik měsíců po posuzované době, byla prokázána denzita v pásmu osteoporózy v oblasti páteřních obratlů a v pásmu osteopenie v oblasti krčku levé stehenní kosti. Dle závěru tohoto nálezu odpovídal pokles kostní denzity meziročnímu poklesu u postmenopauzální ženy. Astma plicní bylo stabilizované. Nebyly přítomny významné poruchy ventilačních funkcí. Na dolních končetinách byla popsána chronická žilní nedostatečnost. Končetiny byly klidné, bez těžších trofických změn, pulzace byla zachována.

Posudkové hodnocení

Posudkově byl zjištěn dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jehož rozhodující příčinou byl stav po odstranění nádoru levého prsu a odstranění sentinelových uzlin 05/2017, s následnou chemoterapií do 10/2017, radioterapií do 02/2018, biologickou léčbou do 08/2018 a od 01/2017 zajištění hormonální terapií, kdy onemocnění bylo v remisi, bez známek generalizace a recidivy.

Lékař OSSZ, lékař námitkového oddělení ČSSZ (v roce 2019) a PK MPSV (v roce 2020) hodnotili procentní míru poklesu pracovní schopnosti dle kapit. II, oddílu A, pol. 1b) přílohy k vyhl. č. 359/2009 Sb. shodně 25 %. Důvodem bylo jednak ukončení aktivní onkologické léčby před více než 12 měsíci, dále jednoznačně dlouhodobá kompletní remise a stabilizace onemocnění, kde funkční postižení některých orgánů či systémů jako důsledek onkologického onemocnění či terapie bylo maximálně lehkého stupně, a to i v korelaci s nálezy později doloženými po posuzované době.

Hodnoceno bylo maximalisticky na horní hranici procentního rozmezí i se zohledněním ostatních onemocnění, která posuzovanou neomezovala nad rámec základního onemocnění. Adekvátně povaze onemocnění byly vyhodnoceny i skutečnosti (polyneuropatie) prokazané několik měsíců po posuzované době s tím, že i kdyby tyto skutečnosti byly prokázány již v posuzované době, nebyly by důvodem pro změnu stupně invalidity, neboť svou tíží nepřesahovaly kritéria uvedená v pol. 1b).

Pro zvýšení horní hranice procentního rozmezí ve smyslu § 3 dané vyhlášky nebyl nalezen posudkově-medicínský důvod. Procentní pokles pracovní schopnosti neodpovídal invaliditě ani prvního stupně.

Pro hodnocení dle pol. 1c) či 1d) nebyl shledán důvod, neboť u posuzované osoby nebyly prokázány stavy v těchto položkách uvedené.

Datum zániku invalidity bylo lékařem OSSZ i lékařem námitkového řízení stanoveno k datu jednání na OSSZ, jednalo se tedy o datum náhodné, nemající oporu v klinickém stavu posuzované. PK MPSV stanovila datum zániku invalidity dříve, a to k datu lékařského nálezu z onkologie, který komplexně (klinicky, laboratorně i specializovanými vyšetřovacími metodami) dokumentoval dlouhodobou remisi onemocnění.

Posuzovaná byla schopná práce s využitím své vysokoškolské kvalifikace, zejm. práce administrativního charakteru, kterou vykonávala v plném pracovním úvazku. Nevhodné byly fyzicky náročné práce, práce v toxickém prostředí apod.

19. Kazuistika PK MPSV Brno

Onkologicky nemocné dítě a stupeň závislosti

Seitlová Z., předseda PK MPSV

Jednalo se o posuzovanou dívku ve věku 16 let s onkologickou diagnózou, se kterou se dlouhodobě léčila.

Dne 7. 11. 2018 byla podána žádost o zvýšení příspěvku na péči, stávající stanovený stupeň závislosti byl II. stupeň. Posouzením na MSSZ byl nadále uznán II. stupeň závislosti. Dle MSSZ jí byly uznány jako nezvládané 4 základní životní potřeby: stravování, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity.

Diagnostický souhrn

progredující rhabdomyosarkom malé pánve se sarkomatózou peritonea a pravostranným pleurálním výpotkem, který odtlačoval mediastinum druhostranně, diagnostikováno v roce 2014, opakované recidivy

Stav po radikální cystektomii, hysterektomii, kolpektomii, ureterostomii, term. bilat. 12. 7. 2018 pro 2 lokoregionální recidivy.

Stav po opakované CHT, RT

Zjištění o zdravotním stavu

Dle onkologického vyšetření ze dne 17. 1. 2019 usměvavá, aktivní, Karnofsky 90, ústní dutina čistá, AS pravidelná, dýchání alv. čisté, břicho měkké prohmatné, nebolestivé, peristaltika +, okolí nefrostomií klidné, DKK bez otoků. Kůže čistá, bez krvácivých projevů.

Dne 25. 1. 2019 pro bolesti v podbřišku dále došetřována, zjištěna rozsáhlá recidiva v malé pánvi, sytící se nádorové hmoty infiltrující střevní kličky včetně rekta.

Od 1/2019 zjištěna rozsáhlá 3. lokoregionální recidiva, nutnost parenterální výživy, otoky, lymfedém, hypokalémie, hypofosfatémie, anémie, hypertenze.

Od 29. 1. 2019 hospitalizována, provedena biopsie tumoru a transversotomie s plánem ambulantní paliativní léčby. Pro otoky a pozitivní bilanci tekutin zahájena substituce albuminu a podpora diurézy s dobrým efektem, pro hypertenzi a doprovodnou tachykardii zaléčena. Nasazena terapie fentanylem v náplastové formě. Stomie odvádí, postupně se rozjedla, KP kompenzovaná, stabilizovaná propuštěna do domácí péče 13. 2. 2019 s infaustní prognózou, paliativní léčba.

Při onkologické kontrole dne 9. 10. 2019 konstatována 4. lokoregionální recidiva, od 5. 10. 2019 – maligní ascites v.s., sarkomatóza peritonea dutiny břišní. Objektivně bledá, aktivní, v dobré náladě, 2x ureterostomie, + transversostomie, otoky 0. Dne 10. 10. 2019 nechutenství, pocit plného břicha, čilá, soběstačná, bledá, aktivní, KI 70.

Od 11. 11. 2019 pak k dispozici kyslíkový koncentrátor dle potřeby, úlevová poloha na pravém boku, nadále fentanylové náplasti.

Posuzovaná dívka zemřela 28. 11. 2019.

Posudkové hodnocení

PK MPSV po prostudování podkladové dokumentace a sociálního šetření ponechala od data podání žádosti do 8. 10. 2019 II. stupeň závislosti ve shodě s posudkem MSSZ.

Po smrti posuzované dívky se otec chtěl zúčastnit jednání komise v rámci doplňku, kdy požadoval III. stupeň závislosti od dřívějšího data, než byl stanoven PK. Doplněk byl projednán v přítomnosti otce dne 27. února 2020. PK MPSV si vyžádala celou onkologickou dokumentaci, aby mohla podrobně vyhodnotit všechny onkologické

kontroly.

Stav byl zhodnocen jako III. stupeň závislosti, který byl uznán od data 29. 1. 2019.

Z doložené dokumentace bylo zjištěno, že posuzovaná trpěla těžkou únavou na podkladě onkologické léčby, těžké anemie, neutropenie a trombocytopenie a celkové slabosti. Dle dokumentace byl sice ústup otoků dolní poloviny těla, který byl dán útlakem cévních struktur pánve, přesto otoky přetrvávaly. Tumor byl hmatný po pupek. Stomie byly funkční. V průběhu dokumentován opar rtu opakovaně, dále poléková polyneuropatie, paréza n. peroneus vlevo. Rozvoj sarkomatózy peritonea a pleurálního výpotku.

Ve finální fázi onemocnění se stav horšil akutně a rychle a onkologické onemocnění vyústilo v exitus posuzované, jehož příčinou bylo samotné progredující onkologické onemocnění.

V posudkovém závěru PK uvedla: Na základě doplněné dokumentace PK mění svůj posudkový závěr.

Od 7. 11. 2018 do 28. 1. 2019 nebyla z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu schopna zvládat 4 základní životní potřeby – stravování, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, a vyžadovala každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby. Z těchto důvodů se považovala dle § 8 odst. 1 písm. b) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění za osobu závislou na pomoci jiné osoby ve stupni II., tj. středně těžká závislost.

Od 29. 1. 2019 do 28. 11. 2019 nebyla z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu schopna zvládat 7 základních životních potřeb – mobilita, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, a potřebovala každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

Z těchto důvodů se považovala dle § 8 odst. 1 písm. c) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění za osobu závislou na pomoci jiné osoby ve stupni III., tj. těžká závislost.

METODIKA

20. Stanovení data vzniku invalidity pro účely zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Obsah

Čl. I. Úvodní ustanovení

Čl. II. Náležitosti posudku o invaliditě

Čl. III. Zjišťování posudkově rozhodných skutečností

Čl. IV. Stanovení data vzniku invalidity do minulosti

Čl. V. Postupy při stanovení data vzniku invalidity do minulosti

Čl. VI. Datum vzniku invalidity

Čl. VII. Postup v případě neúplných zjištění

Článek I Úvodní ustanovení

Tato instrukce navazuje na Instrukci náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 12/2016 „Posuzování invalidity pro účely zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů“ o postupy lékařské posudkové služby OSSZ, ČSSZ a PK MPSV při stanovení data vzniku invalidity.

Datum vzniku invalidity je nedílnou součástí posouzení zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity podle ZDP a vyhlášky o posuzování invalidity. Stanovení správného data vzniku invalidity má zásadní význam pro nárok pojištěnce na invalidní důchod a jeho výši. Dávková skutečnost však nemůže být pro stanovení data vzniku invalidity rozhodující; tou je prokázání dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu s poklesem pracovní schopnosti dosahujícím úrovně některého stupně invalidity.

Článek II

Náležitosti posudku o invaliditě

Náležitosti posudku o invaliditě jsou stanoveny v § 7 vyhlášky; dle § 7 písm. f) bod 4. posudek obsahuje výsledek posouzení zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti se stanovením dne vzniku invalidity, dne změny stupně invalidity nebo dne zániku invalidity.

Článek III

Zjišťování posudkově rozhodných skutečností

Pojištěnec – žadatel o invalidní důchod, má podle § 53 odst. 2 ZOPSZ, povinnost na výzvu orgánu sociálního zabezpečení pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti předložit lékařské nálezy ošetřujících lékařů, které má, a sdělit údaje o dosaženém vzdělání, zkušenostech a znalostech, předchozích výdělečných činnostech. Podle § 8 odst. 8 ZOPSZ, platí, že při posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity vychází OSSZ zejména z nálezu ošetřujícího lékaře, popř. z výsledků funkčních vyšetření, a výsledků vlastního vyšetření lékaře, který plní úkoly OSSZ. Výsledky vlastního vyšetření lékaře OSSZ pak nelze chápat úzce jako fyzikální vyšetření, ale jako komplex učiněných zjištění ve vzájemných souvislostech.

Lékař OSSZ, lékař ČSSZ (v námitkovém řízení) a PK MPSV (v přezkumném řízení soudním ve věcech důchodového pojištění), v souladu s obecnými posudkovými zásadami uvedenými v jednotlivých kapitolách přílohy vyhlášky o posuzování invalidity, vychází při posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity ze skutečnosti, že sledované období rozhodné pro posouzení by mělo trvat zpravidla rok. Z posudkové praxe a implementace vyhlášky o posuzování invalidity vyplývá, že uvedený přístup vyhovuje většině posuzovaných případů. Umožňuje posoudit průběh a závažnost zdravotního postižení, dopad na pracovní schopnost i schopnost vykonávat denní aktivity, zda postižení trvá po celé sledované období a v jaké intenzitě nebo je zaznamenáno jen v určitých kratších obdobích, jaká je adherence k léčbě, jaká je adaptace na zdravotní postižení, a zda a jak je situace po zdravotní, pracovní a sociální stránce konsolidovaná.

Stále ale existují a budou i nadále existovat malé počty případů, kde uvedený postup ke stanovení správného data vzniku invalidity nepostačuje a je nutné se zaměřit na zjištění data vzniku invalidity zpětně do minulosti, a to i několik let zpět. Nejčastěji se jedná o poruchy duševní a poruchy chování.

Článek IV

Stanovení data vzniku invalidity do minulosti

Stanovením data vzniku invalidity do minulosti se rozumí datování více než jeden rok před podáním žádosti. Žadatel o invalidní důchod nebo jeho zástupce má i nyní možnost požádat o stanovení konkrétního data vzniku invalidity; v praxi je takový postup málo využíván.

Z hlediska LPS je v některých případech obtížné stanovit datum vzniku invalidity do minulosti v situaci, kdy zpravidla chybí informace:

- a) z oblasti vývoje zdravotního stavu, poskytování zdravotních služeb, o poskytovatelích zdravotních služeb na určité období života,
- b) ve zdravotnické dokumentaci,
- c) o přípravě na pracovní uplatnění, o pracovním začlenění, průběhu zaměstnání.

Článek V

Postupy při stanovení data vzniku invalidity do minulosti

Zvýšenou pozornost musí LPS věnovat případům, kdy z povahy a obsahu shromážděných podkladů pro posouzení zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity lze usuzovat, že invalidita pojištěnce vznikla podstatně dříve než před datem uplatnění nároku na invalidní důchod/před podáním žádosti o invalidní důchod, tj. zpravidla více než jeden rok před jednáním LPS.

Při zjišťování zdravotního stavu do minulosti je nutné vyvinout maximální úsilí o kompletaci zdravotnické dokumentace, doplnění lékařských zpráv a nálezů vydaných různými poskytovateli zdravotních služeb, zabývat se údaji z osobní, sociální a pracovní anamnézy. Lze využít i sociální šetření, pokud bylo provedeno v souvislosti s řízením o nároku na příspěvek na péči. Pozornost je třeba věnovat také dokumentaci nezdravotní povahy, pokud existuje a pojištěnec nebo jeho zástupce ji LPS předloží; může jít například o zprávu/hodnocení školského/vzdělávacího zařízení, speciálně pedagogického centra nebo pedagogicko-psychologické poradny, rozsudek soudu, zprávu policie.

Za účelem zjištění skutkového stavu je zpravidla potřebné přizvat pojištěnce/posuzovanou osobu/jejího zástupce k jednání LPS a projednat chybějící informace a došetřit stav věci.

Při jednání LPS s posuzovaným pojištěncem je potřebné zaměřit se na:

- a) doplnění údajů z oblasti osobní, rodinné, pracovní a sociální anamnézy,
- b) upřesnění chybějících údajů o zdravotním stavu, ošetřujících lékařích, hospitalizacích a jejich

následné dožádání u jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb - vyžádání zdravotnické dokumentace praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, odborného lékaře, zprávy z hospitalizace (např. v psychiatrické léčebně/psychiatrické nemocnici), o ošetření lékařskou službou první pomoci, rychlou zdravotnickou službou, o pobytu ve stacionáři,

- c) identifikaci období, kdy se objevily první známky poruchy nebo nemoci, zda a jak se měnily v čase, zda vedly k dočasným pracovním neschopnostem, jak častým nebo jak dlouhým,
- d) informace o přípravě na pracovní uplatnění nebo o pracovním začlenění, průběhu zaměstnání (např. přerušení nebo předčasné ukončení přípravy pro pracovní uplatnění, u mladistvého nedokončení studia nebo učebního oboru, časté střídání zaměstnání, výpovědi z pracovního poměru, krátkodobé brigády, profesní degradace, období bez zaměstnání a bez evidence uchazečství o zaměstnání; pracovní anamnéza a profesní dotazník vykazují nejasná, slepá místa a období),
- d) rizikové skutečnosti z rodinné a sociální anamnézy s možným dopadem na kvalitu života a pracovní schopnost (např. rozpad rodiny, bezdomovectví, život v sektě, požívání alkoholu a návykových látek, toulání, vyhýbání se práci, trestná činnost, prostituce).
- e) zjištění, jaký dopad a kdy mělo zdravotní postižení na pracovní kariéru a pracovní začlenění (např. časté nebo déle trvající DPN, přerušení či ukončení studia/zaměstnání, kariérní „propad“, dequalifikace, nezaměstnanost).

K upřesnění průběhu pracovního začlenění si lékař OSSZ může vyžádat informaci o evidovaných dobách důchodového pojištění na důchodovém oddělení OSSZ, které mu mohou poskytnout rámcovou informaci nejen o době pojištění/zaměstnání/výdělečné činnosti, ale i vyloučených dobách (například z důvodu dočasné pracovní neschopnosti) nebo dobách bez pojištění. To mu umožní zacílit zjišťování zdravotního stavu a jiných posudkově rozhodných skutečností na určité období do minulosti.

Článek VI Datum vzniku invalidity

LPS musí všechny získané informace včetně údajů z osobní, pracovní a sociální anamnézy posudkově vyhodnotit individuálně i ve vzájemných souvislostech, sledovat časový průběh vývoje zdravotního stavu a pracovní schopnosti, kdy nemoc/porucha/zdravotní postižení dosáhlo takového rozsahu a tíže, že začalo působit závažné problémy v sociálním a pracovním životě pojištěnce (tj. období možného vzniku invalidity prvního nebo druhého stupně, případně částečné invalidity) a zda a kdy již dosáhla

nemoc/porucha/zdravotní postižení takového rozsahu a stupně („krizového stupně“ nebo úrovně poruchy těžké nebo úplně), že pojištěnec nebyl schopen již soustavně pracovat/vykonávat soustavnou výdělečnou činnost (doba možného vzniku invalidity třetího stupně, popřípadě plné invalidity).

Dnem vzniku invalidity může být:

- a) den přijetí k hospitalizaci v případech, kdy průběh hospitalizace zcela jednoznačně prokáže, že již k tomuto datu šlo o trvalé těžké funkční postižení, které nešlo léčbou zlepšit (v zcela ojedinělých případech),
- b) den propuštění z hospitalizace nebo den vydání odborného lékařského nálezu svědčícího o posudkově rozhodném rozsahu a tíži důsledků zdravotního postižení na pracovní schopnost,
- c) den, který vyplývá z odborného lékařského nálezu/zprávy z hospitalizace a anamnestických zjištění v něm uvedených jako den vzniku invalidity,
- d) den vydání posudku o ztrátě zdravotní způsobilosti k práci, den převedení pojištěnce na jinou práci nebo zkrácení pracovního úvazku ze zdravotních důvodů, den ukončení/přerušení výdělečné činnosti ze zdravotních důvodů,
- e) den přerušení nebo předčasného ukončení přípravy pro pracovní uplatnění ze zdravotních důvodů,
- f) den, kdy se prokáží posudkově významné skutečnosti, které ve vzájemné souvislosti svědčí o dopadu na schopnost soustavně pracovat/poklesu pracovní schopnosti do úrovně invalidity a tyto skutečnosti jsou v souladu s poznatky lékařské vědy o dynamice vývoje a průběhu konkrétního zdravotního postižení a zjištěními odborného lékaře.

Posuzující lékař hodnotí všechny získané údaje individuálně i ve vzájemných souvislostech, ale vždy v souvislosti se zdravotním stavem a pracovní schopností. Den vzniku invalidity musí být v posudku řádně odůvodněn.

Článek VII Postup v případě časově neúplných zjištění

V případě, kdy na určité období života pojištěnce do minulosti neexistuje žádná zdravotnická dokumentace a LPS se nepodařilo zjistit jiné posudkově validní skutečnosti, které by svědčily o DNZS s dopadem na schopnost pracovat, datum vzniku invalidity se stanoví první spolehlivě prokazatelnou posudkově rozhodnou skutečností. Pokud nelze datum vzniku invalidity stanovit alespoň s vysokou pravděpodobností, např. vznikla-li invalidita postupně, je třeba tuto skutečnost v posudku blíže zdůvodnit a uvést den, kdy již byla její existence nepochybná.

21. Kazuistika PK MPSV Plzeň

Stanovení stupně invalidity a data vzniku invalidity

Steidlová K., předseda PK MPSV

Muž, ročník 1950, v roce 1969 vyučený zedníkem, 1. 2. 1969–31. 3. 1991 horník, razič, od 1. 8. 1984 uznán částečně invalidní pro chorobu z povolání hlášenou 17. 5. 1983 onemocnění nervů a kloubů z vibrace. Poté 17. 11. 1992–25. 6. 1993 při DIČ zedník a v letech 27. 8. 1993–11. 9. 1995 topič. Od 12. 9. 1995 uznán plně invalidní z obecných příčin, nepracuje.

Diagnostický souhrn

Polytopní VAS C a LS páteře, CB syndrom oboustranný při stenóze páteř. kanálu C4-7 bez známek míšní léze s irit. projevy a pravostranný LS sy s kořen. lézí L5 vpravo při degenerativních změnách.

Polyartrotický syndrom, sy bolestivého ramene bilat, artróza pr. lokte II.-III. st., levého lokte I.-II.st, artrótické změny DRK, gonartróza bilat I. - II. st.

Profesionální onemocnění kloubů a nervů z vibrace, sy KT vpravo, artróza loketního kloubu vpravo a drobných kloubů ručních vpravo – hlášeno jako choroba z povolání 17. 5. 1983

Organický psychosyndrom dle anam. (neuznána profesionální souvislost s otravou CO z roku 1981), anxiózně – depresivní syndrom.

St. po intoxikaci CO (1981) hlášena jako profesionální intoxikace.

Lehká percepční nedoslýchavost s tinnitem, ztráta dle Fowlera 24,2 %

Posudková řízení a jejich výsledky

Od 1. 8. 1984 do 30. 9. 1988 byl **částečně invalidní podle § 25 odst. 4 písm. a) zákona č. 121/1975 Sb., v platném znění, v souvislosti s chorobou z povolání** hlášenou dne 17. 5. 1983. Pro svůj DNZS nebyl schopen svého původního zaměstnání raziče, byl však schopen jiného méně kvalifikovaného zaměstnání a v důsledku toho jeho výdělek podstatně poklesl. Schopen jako obsluha pásovky. Podstatný pokles výdělku byl prokázán.

Od 1. 10. 1988 do 11. 9. 1995 byl **částečně invalidní dle ust. § 37 odst. 2 zákona č. 100/1988 Sb., v platném znění, v souvislosti s chorobou z povolání** hlášenou dne 17. 5. 1983. Pro DNZS byl i nadále neschopen vykonávat své dosavadní zaměstnání raziče, ale byl schopen vykonávat jiné zaměstnání s podstatně menšími nároky na fyzické a psychické schopnosti a v důsledku toho jeho výdělek podstatně poklesl.

V průběhu roku **1995** byl dlouhodobě v DPN pro CB a LS syndrom. Byl projednán a po skončení podpůrní doby a byl uznán **od 12. 9. 1995 plně invalidní**, ale již z **obecných příčin**.

Posuzovaný si zažádal o plný invalidní důchod v souvislosti s chorobou z povolání a posudkem ze dne **1. 3. 1999 a byl nadále uznán plně invalidní z obecných příčin**.

Při KLP dne 15. 4. 2002 byl posuzovaný uznán nadále plně invalidní z obecných příčin.

V roce **2009** si znovu zažádal o plný invalidní důchod pro invaliditu z důvodu choroby z povolání. Posudkem lékaře OSSZ ze dne **19. 8. 2009 byl nadále uznán plně invalidní z obecných příčin**.

Přezkumné řízení soudní

Proti zamítavému rozhodnutí ČSSZ podal pojištěnec žalobu ke krajskému soudu. **Posudkem PK MPSV ze dne 29. 4. 2010** byl uznán částečně invalidní pro pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti 50 %. Dále se posudek vyjadřuje k tomu, že plná invalidita nebyla v předchozích letech odůvodněná ani z důvodu vertebrogenního postižení při zjišťovací prohlídce 5. 2. 1996, ani při dalších posouzeních z důvodu dalších uvedených onemocnění.

Proto PK MPSV v posudku ze dne 29. 4. 2010 uvedla, že pojištěnec od 12. 9. 1995 do 31. 12. 1995 nebyl plně invalidní dle ust. § 29 odst. 2 zákona č. 100/1988 Sb., v platném znění, ale byl částečně invalidní podle § 37 odst. 2 zákona č. 100/1988 Sb., v platném znění. Jednalo se o částečnou invaliditu z příčin obecných. Pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav byl schopen vykonávat zaměstnání jen za zvlášť ulehčených pracovních podmínek nebo jiné než dosavadní zaměstnání s podstatně menšími požadavky na fyzické nebo psychické schopnosti a v důsledku toho jeho výdělek podstatně poklesl. Nešlo o zaměstnání zcela nepřiměřené jeho dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního zaměstnání a byl schopen je vykonávat bez zcela mimořádných podmínek a bez předpokladu vážného zhoršení zdravotního stavu.

Od 1. 1. 1996 do 31. 12. 2009 byl částečně invalidní dle § 44 odst.1 zákona č. 155/1955 Sb., v platném znění do 31. 12. 2009. Částečná invalidita byla z příčin obecných. Z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti poklesla nejméně o 33 %, nedosahovala však výše 66 %. Nejednalo se o zdravotní postižení odpovídající příloze č. 3 vyhlášky 284/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů, umožňující soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek. Ani se nejednalo o postižení odpovídající příloze č. 4 vyhl. č. 284/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů, značně ztěžující obecné životní podmínky.

Od 1. 1. 2010 je invalidní podle § 39 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., ve znění zákona č. 306/2008 Sb. Jde o invaliditu druhého stupně podle § 39 odst. 2 písm. b) zákona č. 155/1995 Sb., ve znění zákona č. 306/2008 Sb. Z důvodu nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho pracovní schopnost o 50 %. Platnost trvale. Jedná se dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jehož rozhodující příčinou bylo a je onemocnění páteře při pokročilých degenerativních změnách s projevy cervikobrachiálního syndromu a lumboischiadického syndromu vpravo s kořenovou symptomatikou C6, C87 a L5, se středně těžkým funkčním omezením v obou uvedených úsecích páteře. Dále se na dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu podílí polyartotický syndrom s prokázanými degenerativními změnami na vyšetřovaných kloubech povšechně, v oblasti horních končetin pak v důsledku vibrací, a to jak onemocnění kloubů, tak také nervů z vibrací, v popředí se syndromem karpálního tunelu vpravo, přičemž postižení kloubní ani nervové není provázeno těžším funkčním omezením. Rovněž na dolních končetinách nebyla zjištěna závažná porucha funkce kloubů. Duševní stav je dlouhodobě stabilizovaný, opakovanými psychologickými vyšetřeními prokázána jen lehká forma organicity, intelektové schopnosti jsou v pásmu průměru, trvá sklon k občasným subdepresivním rozladám, závažnější kognitivní porucha neprokázána. Zjištěná porucha sluchu odpovídá lehké percepční nedoslýchavosti. Ostatní uvedená zdravotní postižení, včetně úrazové etiologie, jsou funkčně málo významná. Hematologické onemocnění vyžaduje pouze dispenzarizaci.

Objektivními lékařskými vyšetřeními nebyl na páteři prokázán trvale nepříznivý funkční nález s trvalými silnými projevy dráždění nervů a svalů, se závažnými parézami, významnými svalovými atrofiemi, event. s poruchami svěračů. Takovýto nález nebyl přítomen ani při zjišťovací lékařské prohlídce – posudek lékaře OSSZ ze dne 5. 2. 1996, kdy byla uznána plná invalidita, ani později v průběhu dalších KLP nebo nových řízení o ID, a to až do dne 19. 8. 2009.

To znamená, že po dobu od roku 1995 až do roku 2009 nebylo uznání plné invalidity důvodné a stav byl významně posudkově nadhodnocen.

METODIKA

22. Posuzování stupně závislosti u osob s cystickou fibrózou

Obsah

- Čl. I Základní pojmy, výskyt CF
- Čl. II Diagnostika, systém péče o nemocné s CF
- Čl. III Průběh onemocnění a symptomatologie
- Čl. IV Obecné zásady terapie CF
- Čl. V Režimová doporučení při CF
- Čl. VI Podklady pro posouzení
- Čl. VII Posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti osob s CF
- Čl. VIII CF u osob do 18 let věku
- Čl. IX CF a stupeň závislosti u osob starších 18 let věku
- Čl. X Platnost posudku

Článek I Základní pojmy, výskyt CF

Cystická fibróza, dříve také mukoviscidóza, je autozomálně recesivně dědičné onemocnění, které má charakter multiorgánového postižení. CF je způsobena mutacemi v genu (CFTR) kódujícím CFTR protein (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator, transmembránový regulátor vodivosti), jehož narušením dochází k abnormálnímu transportu chloridových a sodíkových iontů přes epiteliální membrány.

U většiny nemocných se choroba manifestuje pod obrazem chronického sinobronchiálního („plicního“) onemocnění, pankreatické insuficience a zvýšené koncentrace chloridů v potu. Onemocnění je sice nevyléčitelné, v mutacích s těžším průběhem nezřídka smrtelné, ale stále více a lépe léčitelné s postupným zlepšováním kvality a prodloužováním délky života nemocných. Prognóza velmi závisí na včasné diagnostice a multioborovém léčebném přístupu.

S incidencí 1: 4500 se CF v ČR řadí mezi nejčastější vzácná onemocnění. V ČR je registrováno celkem 670

nemocných, z nichž asi polovina je ve věku do 18 let. Každý zhruba 27. - 34. člověk v české populaci je zdravým nosičem mutace genu pro CF.

Článek II Diagnostika, systém péče o nemocné s CF

Celoplošný novorozenecký screening CF byl v ČR zaveden od roku 2009. Novorozenecký screening není nástroj diagnostický, ale pouze vyhledávací, tudíž se ještě nejedná o konečnou diagnózu, ale pouze o naléhavé podezření na CF a je nutné chorobu vyloučit nebo potvrdit pomocí dalšího neinvazivního vyšetření. Diagnóza CF je potvrzena či vyloučena stanovením koncentrace chloridů v potu, tzv. potním testem. Při pozitivním (v některých vzácných případech i nejasném) výsledku potního testu se potvrzení diagnózy doplňuje diagnostickým molekulárně genetickým vyšetřením genu CFTR z venózní krve od probanda a jeho rodičů. Je-li onemocnění CF potvrzeno, je pacient předán k iniciální edukační hospitalizaci do Národního Centra CF Fakultní nemocnice Motol v Praze.

Následně jsou pacienti předáni do spádových regionálních center, která jsou součástí pediatrických klinik (Hradec Králové, Plzeň, Olomouc) nebo Kliniky dětských infekčních nemocí (Brno) fakultních nemocnic, kde probíhají pravidelné kontroly v intervalu 3 měsíců. Během nich se kontrolují hodnoty plicních funkcí, mikrobiologický nálezn ze sputa, stav výživy a další potřebné parametry. Běžnou léčebnou a preventivní péči poskytují praktičtí lékaři pro děti a dorost. V případě respiračních infekcí postupují podle protokolů CF centra, při rozvoji komplikací dítě přechází do péče spádového centra pro CF. Jednou ročně centrum pro CF vydává souhrnnou zprávu o zdravotním stavu, kde je zhodnocen průběh onemocnění za uplynulé období.

Po 18. roce věku péči o pacienty s CF přebírají CF centra pneumologických klinik fakultních nemocnic.

Článek III Průběh onemocnění a symptomatologie

Nástup symptomů: většina nemocných jeví symptomy již v době odhalení novorozeneckým screeningem, ve 4 týdnech věku, v 10–15 % jsou příznaky již při narození (mekoniový ileus), nástup symptomů je ale i s ohledem na genotyp značně variabilní.

Nejčastější symptomy CF:

1. V důsledku insuficience zevně sekretorické funkce pankreatu:

řidká, objemná, mastná, páchnoucí stolice. Projevem insuficience zevně sekretorické funkce pankreatu je i mekoniový ileus, vyskytující se u 10–15 % novorozenců s CF, a prolaps rekta u starších dětí. Malabsorbce vede k neprospívání, typickému habitu s velkým bříškem, tenkými končetinami; při dobré chuti k jídlu však stav výživy na první pohled může být dobrý. V důsledku malabsorbce jsou časté i příznaky

hypoproteinémie, hypoalbuminémie s edémy, anémie, popřípadě kožní projevy karence stopových prvků a vitamínů.

Insuficience zevně sekretorické funkce pankreatu však nemusí být v 10–20 % případů vůbec přítomna, známky malabsorbce pak nejsou vyjádřeny.

2. V důsledku poruchy hlenotvorby v dýchacích cestách:

dlouhodobý vlhký či suchý dráždivý kašel, opakované či protrahované respirační infekty, zvl. bronchitidy, bronchopneumonie. RTG nálezy atelektáz, zejm. pravého horního laloku, bronchiektázií, hyperinflace. Kultivace neobvyklých patogenů ze sputa, zvl. *Pseudomonas aeruginosa*. Při vyšetření funkce plic obstrukční křivka nereagující na antiastmatika. Recidivující sinusitidy s trvalým zastřením dutin na RTG, nosní polypóza. Paličkovité prsty.

3. Další symptomy mimo respirační trakt:

výrazně slaný pot (silně slaná chuť potu), metabolický rozvrat v důsledku ztrát elektrolytů (hypoelektrolytémie s metabolickou alkalózou), protrahovaný novorozenecký ikterus, mužská neplodnost, recidivující pankreatitidy, dilatační kardiomyopatie. V imunologii může být nápadné snížení nebo naopak zvýšení hladin imunoglobulinů hlavně IgG, pozitivita autoprotilátek, zvl. ANCA. Častou komplikací je cukrovka, která se liší od „běžné“ cukrovky dětí, které CF nemají. Její začátek může být nenápadný a je třeba po ní u všech dětí s CF po 10. roce života pátrat.

Liší se i její léčba: podává se inzulín a neomezuje se dieta, protože nemocní musejí stále dodržovat zásady příjmu vysokokalorické stravy. Jaterní onemocnění vázané na CF může vyústit v cirhózu jater.

Průběh onemocnění a klinická prognóza: onemocnění je v současné době léčitelné, i když stále ještě nevléčitelné a zůstává zatím stále progresivním onemocněním, v těžších formách mutací nezřídka smrtelné. Včasně zahájená léčba významně přispěje ke zlepšení klinického průběhu, kvality a délky života. Cílem léčby je oddálení rozvoje komplikací a udržení co nejlepšího stavu funkce plic a dobrého stavu výživy. Při zhoršení zdravotního stavu je třeba nemocné hospitalizovat, aplikovat intravenózně antibiotika, v těžších formách, např. v případě rezistence bakterií, měnit kombinace podaných i.v. antibiotik k dosažení zlepšení klinického stavu, zavést ventilační podporu. Nelze-li průběh nemoci zvládnout intenzivní léčbou a stav se nezadržitelně zhoršuje, je v některých případech indikována transplantace plic.

Komplikace při selhávání nebo nedostatečné terapii: časté exacerbace respiračních infekcí, postupná ztráta funkční plicní tkáně se selháním dýchání, neprospívání, podvýživa, rozvoj cirhózy jater, diabetu, osteoporózy. Uvedené skutečnosti působí snížení fyzických schopností a mají dopad na schopnost samostatného života v přirozeném sociálním prostředí. Proto osoby s CF vyžadují během svého života různé formy podpory a pomoci.

Článek IV Obecné zásady terapie CF

Komplexní léčba je zaměřená na péči o dobrou průchodnost dýchacích cest, péči o dobrý stav výživy, boj proti infekci a zánětu a soustavné vyhledávání a léčbu komplikací. Důležité je včasné zahájení léčby. Nejnovější terapeutické trendy směřují k léčbě kauzální na principu nápravy defektního proteinu zodpovědného za patologické složení sekretů exokrinních žláz; modulátory proteinu CFTR jsou první kauzální léčbou pro pacienty s CF.

Tři základní pilíře léčby CF:

- **Péče o dobrou průchodnost dýchacích cest:** inhalace mukolytik + dechová fyzioterapie (optimálně 3x denně), u těžších průběhů nemoci 5x denně.
- **Péče o dobrý stav výživy** je důležitá i pro činnost dýchacího ústrojí: substituce pankreatických enzymů (vysoké dávky, až 10.000 IU lipázy/kg tělesné hmotnosti), vysokokalorická strava na 120-150 % doporučených denních dávek pro běžnou populaci, suplementace vitamínů rozpustných v tucích, suplementace NaCl.
- **Kontrola infekce:** antibiotika při každé akutní exacerbaci respirační infekce – širokospektrá ATB s protistafylokokovým účinkem; při záchytu *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* nebo *Burkholderia cepacia* pak cílená antibiotická terapie proti tomuto patogenu, i když nejsou klinické příznaky. Dávkování vždy na horní hranici dávkovacího rozmezí, minimálně na 14 dnů, aplikace perorálně nebo inhalačně, v případě neefektní perorální léčby indikace hospitalizace a aplikace intravenózní antibiotické kombinace.

Článek V Režimová doporučení při CF

V domácnosti se doporučuje:

- aplikovat na noc desinfekční prostředek do odpadu umyvadel, vany;
- často si mýt ruce (lze používat antibakteriální mýdla);
- před spláchnutím WC dávat dolů víko záchodové mísy;
- často měnit houbičky k mytí nádobí;
- pozor na odstátou vodu (vázy, dešťová voda, odpařovače u topení);
- okamžitě sanovat vlhká místa, kde se tvoří plíseň;
- aby osoby s CF chodily ráno do koupelny či na WC jako první;
- pravidelně čistit po použití inhalátor a ostatní pomůcky k dechové rehabilitaci.

Opatření mimo domácnost:

- je vhodné omezit jízdu v prostředcích hromadné dopravy a návštěvy uzavřených prostor s větší koncentrací lidí (jako jsou kina, divadla);
- používat u osob s CF roušky jako bariérovou ochranu v době nepříznivé epidemiologické situace.

Dítě a předškolní zařízení, školní docházka:

- dítě s CF by nemělo v prvních letech života navštěvovat dětská kolektivní zařízení, aby se nevystavovalo styku s infekcí;
- návštěva jeslí se nedoporučuje vůbec a návštěva mateřské školy se doporučuje až v posledním předškolním roce;
- u některých dětí je vhodné doporučit odklad školní docházky, ve škole lze mít individuální vzdělávací plán, pokud to zdravotní stav dítěte vyžaduje.

Článek VI Podklady pro posouzení

Vzhledem k tomu, že průběh onemocnění CF může být kolísavý, měly by lékařské nálezy, které jsou podkladem pro vypracování posudku LPS, zachytit průběh onemocnění v posledním roce. Pro posouzení osob s CF platí § 2 odst. 2 vyhlášky, tj. že u osob, u nichž průběžně dochází ke zhoršování a zlepšování zdravotního stavu, trvá sledované období rozhodné pro posouzení závislosti zpravidla jeden rok.

Při posuzování zdravotního stavu pro účely nároku na příspěvek na péči LPS vychází z **nálezů ošetřujícího specialisty/specialistů, z výsledků funkčních vyšetření, popř. z nálezu praktického lékaře pro děti a dorost** nebo z **nálezu praktického lékaře**, kteří poskytují komplexní informace o zdravotním stavu. Osoby s CF jsou v centru kontrolovány zpravidla 4 x ročně a 1 x ročně je vydán souhrnný nález; ten se považuje za podrobně vypovídající o průběhu CF v posledním roce. Dalším podkladem pro posouzení je záznam o provedeném sociálním šetření a zjištění potřeb osoby, ev. vlastní zjištění posudkového orgánu. Za významné pro posouzení se považují zejména údaje o průběhu povinné školní docházky, přípravy pro pracovní uplatnění, průběhu zaměstnání, realizaci volnočasových aktivit. Tyto informace mohou být obsahem vyšetření ve speciálně pedagogickém centru, sdělení vzdělávacího zařízení, součástí záznamu poskytovatele sociálních služeb nebo informací od zaměstnavatele.

Článek VII Posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti osob s CF

Při posuzování schopnosti zvládat jednotlivé ZŽP je třeba postupovat individuálně, na základě zhodnocení všech podstatných skutečností a objektivizovat tíži funkčního dopadu. Schopnost zvládat jednotlivé ZŽP a potřeba každodenní pomoci, péče nebo dohledu

nebo každodenní potřeba mimořádné péče jiné fyzické osoby se může v průběhu času měnit v závislosti na stavu nemoci, její případné progresi, vzniku závažných komplikací (např. rozvoj dechové nedostatečnosti), celkovém zdravotním stavu a také s ohledem na věk posuzované osoby a případné komorbidity.

Pro posuzování zdravotního stavu platí obecná pravidla uvedená v § 8 až 10 ZSS, v části první a v příloze č. 1 vyhlášky a v Instrukci náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016.

▪ Jde o posouzení:

DNZS, hodnocení funkčního dopadu DNZS na schopnost zvládat ZŽP, hodnocení schopnosti zvládat ZŽP, nepřihlížení k pomoci, dohledu nebo péči, která nevyplývá z funkčního dopadu DNZS, prokázání existence příčinné souvislosti mezi poruchou funkčních schopností z důvodu DNZS a pozbytím schopnosti zvládat ZŽP, hodnocení funkčních schopností s využíváním „facilitátorů“, hodnocení potřeby mimořádné péče, nepřihlížení k potřebě péče vyplývající z věku a stupně biopsychosociálního vývoje, hodnocení schopnosti zvládat ZŽP podle aktivit, kterými jsou vymezeny, hodnocení schopnosti zvládat ZŽP v přirozeném sociálním prostředí a s ohledem na věk posuzované osoby, hodnocení tělesných struktur a funkcí, prokázání poruchy funkčních schopností úrovně úplné poruchy nebo poruchy těžké, prokázání neschopnosti zvládat ZŽP v přijatelném standardu.

▪ Dále se hodnotí:

zda rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností je dostatečný k pravidelnému zvládnutí ZŽP a zda je posuzovaná osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí ZŽP, zda DNZS trvale ovlivňuje funkční schopnosti, výsledek rehabilitace, adaptace na zdravotní postižení, u osob s kolísáním zdravotního stavu trvá sledované období rozhodné pro posouzení závislosti zpravidla jeden rok; funkční schopnost zvládat ZŽP se v takovém případě stanoví tak, aby odpovídala převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období.

Článek VIII CF u osob do 18 let věku

Příspěvek na péči je určen dítěti, které potřebuje **každodenní mimořádnou péči** při zvládnutí stanoveného počtu ZŽP. Příspěvek na péči je přiznáván dle uznaného stupně závislosti, a to v závislosti na tíži

funkčních projevů onemocnění a rozsahu potřeby každodenní mimořádné péče jiné fyzické osoby.

Mimořádnou péčí se podle § 10 věty třetí ZSS rozumí péče poskytovaná osobě do 18 let věku, která svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku co do frekvence a náročnosti. 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. Touto péčí se rozumí péče, která **podstatně** přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku svým rozsahem, intenzitou nebo náročností. Podstatností se rozumí zvýšení rozsahu, intenzity nebo náročnosti péče o cca více než jednu třetinu oproti péči věnované dítěti bez zdravotního postižení.

V případě osob do 18 let je třeba se také zabývat **každodenním dohledem**, kdy osoba se zdravotním postižením realizuje ZŽP/jednotlivé každodenní aktivity pouze za přítomnosti jiné fyzické osoby, která ji vede, motivuje a kontroluje. Dohled se tedy poskytuje dítěti s CF, které má fyzicky zachovány schopnosti k jejich zvládnutí, ale z hlediska „nezralosti dítěte“ - jeho stupně biopsychosociálního vývoje a „mentální kapacity“ je nezbytný každodenní soustavný dohled nad realizací ZŽP. Potřeba „občasného připomenutí či pravidelné rodičovské kontroly“ v oblasti péče o vlastní osobu u starších dětí a mladistvých (s přiměřeným stupněm jejich biopsychosociálního vývoje), kteří si již osvojili režimová opatření a CF zahrnují do konceptu svého života, se nehodnotí jako mimořádná péče. Pozornost je třeba věnovat non-compliance syndromu starších dětí a mladistvých a jeho dopadu na potřebu mimořádné péče.

Při posuzování potřeby každodenní mimořádné péče posuzující lékař hodnotí zvládnutí všech 9 ZŽP. Přitom je třeba mít na mysli, že rozsah, frekvence a náročnost mimořádné péče o dítě CF při zvládnutí jednotlivých ZŽP se může v průběhu času měnit podle toho, jak postupuje vývoj dítěte, jak dítě reaguje na léčbu, jak jsou dodržována režimová opatření, a také v závislosti na progresi onemocnění a vzniku závažných komplikací. Mladší děti zpravidla vyžadují větší objem péče. Dle aktuálního stupně biopsychosociálního vývoje a s ohledem na celkový zdravotní stav (pokud je stabilizován), nemusí být u starších dětí a mladistvých prokázána potřeba každodenní mimořádné péče ve stejném rozsahu a u stejných ZŽP jako u dětí předškolního věku a mladších dětí. Přitom také platí, že u některých dětí (bez ohledu na jejich věk), s velmi těžkým průběhem CF, časnými a těžkými komplikacemi, může vzniknout potřeba mimořádné péče v daleko širším rozsahu než u dětí se stabilizovaným stavem a průběhem CF. K jednotlivým případům je nutno přistupovat individuálně a posuzovat všechny dotčené skutečnosti ve vzájemných souvislostech.

Potřeba každodenní mimořádné péče bývá u dětí s CF zejména v těchto oblastech:

- péče o zdraví – dodržování stanoveného léčebného režimu, kterým se rozumí soubor opatření, která podporují léčbu a minimalizují její možná rizika, provádění stanovených preventivních, léčebných a léčebně rehabilitačních a ošetrovatelských postupů a opatření a používání k tomu potřebných léků nebo pomůcek;
- stravování – dohled nad příjmem dostatečného množství stravy, nad dostatečným kalorickým příjmem a adekvátním dosolováním stravy;
- mobilita – potřeba individuální dopravy z důvodu režimu nařízeného odborným lékařem (zejména u těch dětí, které mohou mít v důsledku CF sníženou imunitu nebo vzhledem ke stupni biopsychosociálního vývoje u nich nelze při cestování prostředky hromadné dopravy uspokojivě zajistit dodržování potřebných ochranných opatření proti infekcím);
- osobní aktivity – nemožnost pobytu v jeslích a mateřských školách, v případě povinné školní docházky individuální vzdělávací plán s nutností domácí výuky, upuštění od volnočasových aktivit nebo jejich podstatné omezení apod.;
- výkon fyziologické potřeby – každodenní kontrola vyprazdňování (se zaměřením na kvalitu stolice jako prostředku ke sledování kvality výživy a dostatečnosti jaterní a pankreatické substituce aplikace u malých dětí, které nejsou schopny o této věci rodiče informovat), pomoc nebo dohled na provedení očisty po defekaci mastné stolice;

Dále je třeba v individuálních případech zvážit potřebu mimořádné péče v oblasti:

- tělesná hygiena - ZŽP tělesná hygiena lze uznat jako nezvládanou např. v případě pokročilé respirační insuficience, při zavedení TCHST, při závažném úbytku tělesných sil před transplantací, při rozsáhlých kožních změnách, apod.
- oblékání a obouvání.

Jde o případy, kdy stav tělesných a duševních schopností není dostatečný ve smyslu § 2 odst. 1 vyhlášky a pokud zdravotní stav neumožňuje výše jmenované ZŽP provádět v přijatelném standardu dle § 1 odst. 4 věta druhá, téže vyhlášky, kdy dítě proto vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

- komunikace - nezvládnání ZŽP komunikace přichází v úvahu u závažných stavů s provedenou tracheostomií.

V případě starších dětí a mladistvých, nemusí být s ohledem na povahu a průběh CF, způsob léčení a celkový zdravotní stav (pokud je stabilizován), v některých případech prokázána potřeba každodenní mimořádné péče ve všech výše citovaných oblastech života, protože vzhledem ke stupni jejich biopsychosociálního vývoje, v některé hodnocené oblasti již nabyli přiměřených schopností k samostatnému zvládnání. V případě dětí s velmi těžkým průběhem CF,

časnými a těžkými komplikacemi vedoucími ke snížení kvality života může vzniknout potřeba mimořádné péče i v dalších ZŽP a dojít i k uznání stupně závislosti III a IV (např. jde o děti s těžkou dechovou nedostatečností, děti indikované k transplantaci plic aj.).

Článek IX

CF a stupeň závislosti u osob starších 18 let věku

Pokud se daří řadu let udržet CF pod kontrolou, s dobrou stabilizací stavu, plicních, jaterních a pankreatických funkcí, a dobrým stavem funkčních schopností, může v takových případech nastat mnohaleté období, kdy osoba s CF starší 18 let věku je plnohodnotně sociálně začleněna a schopna samostatného života v přirozeném sociálním prostředí, tj. není závislá ve smyslu podmínek ZSS. Toto ovšem se děje pouze za intenzivní rehabilitačně medikamentózní terapie, a dodržování léčebného režimu osobou s CF. Aktuálně (červen 2020) je v ČR asi 24 % nemocných CF ve věku 30 a více let (a asi 10 % ve věku 40 a více let). Se zvyšujícím se věkem dochází k postupné progresi onemocnění, k omezení schopnosti samostatného života v přirozeném sociálním prostředí a vzniku některého stupně závislosti. Jsou i případy s vysoce nepříznivým průběhem, kdy se závislost (potřeba péče a pomoci jiné fyzické osoby) od dětského věku do produktivního věku postupně prohlubuje a zvyšuje, tj. stupeň závislosti se zvyšuje postupně či skokem, dle vývoje nemoci. Pokud má CF nepříznivý průběh, vede k dechové nedostatečnosti, její progresi, ke zhoršení kvality života a k omezení v řadě aktivit běžného života, objevuje se závislost s potřebou každodenní pomoci nebo péče zpravidla nejdříve v ZŽP osobní aktivity, péče o domácnost a mobilita, neboť jsou z hlediska fyzických nároků na jejich realizaci, podstatně náročnější než ostatní ZŽP a osoba se závažnou dechovou nedostatečností již nemá dostatek fyzických schopností k jejich zvládnání v přijatelném standardu. V případě těžké dechové nedostatečnosti nebo u stavů před transplantací plic nebo preterminálních a terminálních stavů bývá závislost i v dalších ZŽP a dosahuje stupně III až IV.

Článek X

Platnost posudku

Platnost posudku u osob do 18 let věku se stanoví racionálně na dobu, kdy lze očekávat zlepšení zdravotního stavu, dosažení pokroku v biopsychosociálním vývoji nebo nabytí přiměřených schopností a dovedností vzděláním a výchovou, s přihlédnutím k věkovým vývojovým milníkům, zejména v období nástupu povinné školní docházky a v období puberty a dospívání.

U osob starších 18 let věku se doba platnosti zpravidla nestanovuje. V případech, kdy je indikována transplantace plic, která značně zlepšuje kvalitu života, je vhodné provést kontrolní lékařskou prohlídku v odstupu cca 1 – 1,5 roku od transplantace, aby bylo možno vyhodnotit funkční dopad na stupeň závislosti.

23. Kazuistika PK MPSV Ostrava

Posouzení stupně závislosti dítěte s cystickou fibrózou

Kudělová M., předseda PK MPSV

Dne 30. 10. 2017 podala zákonná zástupkyně dítěte žádost o příspěvek na péči.

Dne 29. 11. 2017 provedeno sociální šetření soc. prac. ÚP prac. Opava.

Lékař LPS OSSZ posoudil dne 29. 1. 2018 zdravotní stav se závěrem: jedná se o osobu do 18 let věku závislou na pomoci jiné fyzické osoby dle § 8 zákona č. 108/2006 Sb. ve stupni I, tj. lehké závislosti.

Proti vydanému rozhodnutí ze dne 14. 2. 2018 podala zákonná zástupkyně dne 5. 3. 2018 odvolání. Nesouhlasí s nezohledněním osobních aktivit, mobility, tělesné hygieny, výkonu fyziologické potřeby. Osobní přítomnost účastníka řízení ani zákonného zástupce nebyla žádána, ZD dostačující. Jednáno tedy v nepřítomnosti.

Jednání PK MPSV proběhlo dne 2. 5. 2019, /další pak v rámci doplňkového řízení při dodání zprávy z hospitalizace z FN Motol, pediatrická klinika, ze dne 30. 1. - 18. 2. 2019 realizováno dne 20. 6. 2019 a 3. 10. 2019 vzhledem k opětovným námitkám.

Podklady, z nichž PK MPSV vycházela při vypracování doplňujícího posudku: - spis odvolacího orgánu: oddělení odvolání a správní agendy Moravskoslezského kraje, prop. zprávy FN Motol, pediatrická klinika, ze dne 30. 1.-18. 2. 2019, 2. 8.-13. 8. 2018, 28. 7.- 31. 7. 2018, sociální šetření provedené krajskou pobočkou Úřadu práce ze dne 29. 11. 2017, spisová dokumentace PK MPSV ČR, pracoviště Ostrava, vyjádření k podkladům v odvolacím řízení z 13. 5. 2019.

Podklady, z nichž PK MPSV vycházela při vypracování posudku: - posudkový spis OSSZ, spis odvolacího orgánu: oddělení odvolání a správní agendy Moravskoslezského kraje – sociální šetření provedené krajskou pobočkou Úřadu práce ze dne 29. 11. 2017

Diagnostický souhrn

Cystická fibróza se střevními projevy.

Stp. ileostomie pro ileus.

Zjištění o zdravotním stavu

Anamnesticky: dle ZD praktického lékaře z 15. 12. 2017: dítě z 1. fyziol. gravidity, porod v termínu, 3 400 g, 50 cm. AS s lehkou respirační arytmií, ozvy ohraničené, poslech čistý bvf., břicho měkké, bez rezist. Zhojené jizvy po opakovaných operacích střeva, genitál klidový, pokožka s normálním nálezem. Po opakované operaci pro mekoniový ileus v prvních dnech života (20. 5. a 26. 5. 2016). Dg: Cystická fibróza se střevními projevy v anamnéze.

Doložena prop. zpráva z dětské chir. a traumatol. Thomayerova nemocnice Praha 31. 7.- 11. 8. 2016: 2,5 měsíce stará dívka, s prokázanou cystickou fibrózou, přijata plánovitě k zanoření ileostomie, výkon bez komplikací, hemodynamicky i ventilačně kompenzovaná, přechodně nárůst zánětlivých markerů a teploty, proto antimikrobiální terapie. Pozvolně zatěžování GIT, vše dobře toleruje. Pro příznivý pooperační vývoj propuštěna do domácí péče.

Sociální šetření ÚP ze 29. 11. 2017 – sociální šetření proběhlo v 18 měsíci věku dítěte. Bez pohybových omezení, zrak a sluch v pořádku, blízké osoby pozná, komunikace v rámci věku v pořádku, je nutné pravidelné podávání jídla 6x denně, provádí matka, není schopna se sama najíst a napít. Je odkázána na matku při oblékání, tělesné hygieně a výkonu fyziologické potřeby. Je nutné pravidelné podávání více druhů léků.

Posudkové zhodnocení

Po prostudování doložené spisové a zdravotnické dokumentace PK MPSV hodnotí částečně odlišně od lékaře OSSZ ze dne 29. 1. 2018, nezvládá 3 základní životní potřeby – d) stravování, h) péče o zdraví, i) osobní aktivity.

Mobilita – dle sociálního šetření je schopna sama posadit, zaujímat polohy, je schopna se pohybovat krok za krokem. Doprava je doporučena individuální, k riziku nákazy je přihlédnuto v osobních aktivitách.

Orientace nehodnocena jako nezvládaná, protože je posuzovaná dívka schopna rozlišit osoby blízké a cizí, dítě se obrací za zvukem, sleduje očima, kognitivní deficit není zjevný.

Osobní aktivity příznány vzhledem ke zdravotnímu postižení, kdy je omezen pobyt v dětském kolektivu (možnost infekcí).

Tělesná hygiena: dítě v tomto věku hygienu nezvládá, připouští se dohled druhé osoby, mimořádnou péči v tomto věku dítěte nelze zohlednit vzhledem k dokumentovanému zdravotnímu stavu, péče je poskytována adekvátně.

Tuto základní životní potřebu lze zohlednit jako nezvládatelnou např. jen v případě pokročilé respirační trvalé insuficience, při zavedení TCHST, při závažném úbytku tělesných sil před transplantací, při rozsáhlých kožních změnách apod.

24. Kazuistika PK MPSV České Budějovice

Posouzení stupně závislosti u mladistvé s cystickou fibrózou

Elexhauserová M., předseda PK MPSV

Tč. 16,5letá dívka, 2. ročník střední školy, denní studium.

Dne 10. 2. 2020 lékař LPS OSSZ konstatoval, že nejde o osobu, která se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby – nezvládá 2 základní životní potřeby – osobní aktivity a péče o zdraví.

Diagnostický souhrn

Cystická fibróza

- pankreaticky insuficientní (prolaps recta v 1,5 roce)

- CFRD na inzulínoterapii od 07.2015

- postižení plicní – kolonizace PSA, funkce plic normální x intermit. lehká i těžká obstrukce, normalizace plicních funkcí po iv. ATB léčbě 03.2020

-chronický zánět vedlejších nosních dutin

Defekt humorální imunity, pozitivní ASCA, ANA, pylová alergie

Karence vitamínu A

Zjištění o zdravotním stavu

Podle nálezu PL 165 cm, 53 kg, psychický stav ve všech složkách v normě, klinický interní nález bez patologie (to i na plicích), nález na pohybovém aparátu v normě. Dle nálezu PL není potřeba pomoci v žádné oblasti, soběstačná.

K dispozici byly nálezy Pediatrie, FN Motol, dle kterých dg CF stanovena v 1,6 letech na podkladě prolapsu recta a řídkých stolic. Mutace F508del/F508del, chloridy v potu 131,7 mmol/l. R. 2018 exacerbace 1x s drobnou hemoptýzou 01.2018, spirometrie 01.2018, 04.2018, 10.2018 - normální fce plic, kultivace negat., dle psychologického vyšetření z 10.2018 zhoršující se compliance, konflikty v rodině, zejména s matkou, adekvátní k věku. R.2019 medikace kreon, vitaE, vita A, Vigantol, Xyzal, Kanavit, inhalace – solný roztok, Pulmozyne, Bramitob, Insulatrad. Dle kontroly 05.2019: spirometrie mírná obstrukce DC, z minulé kultivace PSA, rezistentní na genta a amikacin. Konstatováno, že letí do USA. Dle kontroly 07.2019: byla v USA, zde bez obtíží, cítí se dobře, je aktivní, v poslední době trochu více vykašlává, spirometrie – mírná obstrukce DC. Z minulé kultivace PSA, rezist. na genta a amikacin. Dle nálezu z 11.2019: během r.2019 exacerbace 1x, kultivace PSA opakovaně, spirometrie – normální VC, těžká obstrukce DC, Sat 97 %. Pak 03.2020 hospitalizace ve FN Motol pro kolonizaci PSA – přijata k iv. přeléčení, po prodělané chřipce zhoršení plicních funkcí, při přijetí Sat. 98%, dýchání čisté, sklípkové, CRP 9,0...1,0, za hospitalizace opakovaně spirometrie: 4.3. – středně těžká až těžká obstrukce periferních DC, vitální kapacita v normě, FEV1 83%, PEF 94%, 12.3. spirometrie normální, FEV1 97 %, PEF 96 %.

Pro PK MPSV doložen nález FNM z 03.2020 - shrnuje všeobecně charakteristiku nemoci a potřeby režimových opatření u nemocných s CF, nález se nijak netýká míry funkčního postižení u posuzované.

Podle ORL nálezů rhinoskopicky bilat. polypóza, dle CT VDN výrazné slizniční změny VDN, stp. fenestraci, OMJ bil obturovány, deviace NS – indikována FES, septoplastika. Dokumentace interní z 02.2020 dokládala, že posuzovaná prodělala chřipku typu A, dle RTG susp. bronchopneumonie dx, na medikaci Tamiflu zlepšena.

Podle sociálního šetření z 11.2019 mobilita bez omezení, nepoužívá veřejnou dopravu kvůli infekcím, orientace a komunikace schopna, vysokokalorickou dietu vaří matka, do školy si bere jídlo s sebou, sama zvládne oblékání i obouvání i tělesnou hygienu i výkon fyziologické potřeby, sama si bere léky i aplikuje inzulín, její osobní aktivity jsou omezené, o domácnost pečuje matka – nutno dezinfikovat.

Posudkové hodnocení

Posuzovaná není nijak omezena v psycho-senzo-motorických funkcích nutných pro zvládnání základních životních potřeb – nemá poruchy struktur a funkcí v oblasti sensoriky, psychiky i jemné motoriky rukou s rozhodným dopadem na zvládnání základních životních potřeb.

Onemocnění vyžaduje vysokokalorickou dietu, inzulínoterapii kvůli CFRD, medikaci kvůli defektu zevně sekretorické funkce pankreatu a medikaci kvůli postižení plic. Posuzovaná má normální psychické funkce, je již biosociálně zralá – je schopna dodržovat dietu a užívat medikaci a aplikovat inzulín. Posuzovaná je samostatně pohyblivá, je plně orientovaná, schopna komunikace ve všech složkách, je schopna sama jíst i jídlo servírovat, sama se převléká, myje, sama používá WC.

Je potřeba, aby se vyvarovala pobytu v rizikovém prostředí, nejsou pro ni vhodné některé fyzicky náročné aktivity; je schopna zvládat v přijatelném standardu osobní aktivity – studuje, je v kontaktu s vrstevníky, občas návštěva kulturní akce, v létě zvládla měsíční jazykový kurz v cizině, absolvovala taneční, na SŠ není osvobozena od tělesné

výchovy. Je potřeba zvýšené péče o úklid domácnosti včetně např. dezinfekce toalety a vodovodních odpadů – uvedené skutečnosti nejsou posudkově rozhodné.

Posuzovaná byla v minulosti hodnocena jako závislá ve stupni I., v tomto smyslu byly hodnoceny, jako nezvládané ZŽP stravování, péče o zdraví, osobní aktivity.

PK MPSV v posudku ze dne 18. 8. 2020 konstatovala, že nejde o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav; posuzovaná věkem, biopsychosociální zralostí, výchovou a vzděláváním nabyla potřebných schopností a dovedností a zahrnula onemocnění do konceptu svého života. V 16,5 letech věku má dostatek tělesných, duševních a smyslových schopností pro zvládnutí všech 9 ZŽP v přijatelném standardu, je schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost jejich provedení. Uvedené zjištění PK MPSV je v souladu s vyjádřením v nálezů praktického lékaře pro děti a dorost o plné soběstačnosti dívky, kdy PL má dlouhodobé a podrobné informace o zdravotním stavu a jeho důsledcích na kvalitu života a schopnost samostatného života v přirozeném sociální prostředí.

Použité zkratky:

ALL	akutní lymfoblastická leukemie
AML	akutní myeloidní leukemie
ATB	antibiotika
CF	cystická fibróza
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
dg.	diagnóza
DK	dolní končetina
DKK	dolní končetiny
DNZS	dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
DPN	dočasná pracovní neschopnost
EMG	elektromyografie
FH	francouzské hole
HK	horní končetina
HKK	horní končetiny
IQ	inteligenční kvocient
KP ÚP	krajská pobočka Úřadu práce ČR
lékaři orgánů sociálního zabezpečení	lékaři OSSZ, ČSSZ, PK MPSV
METS	metabolické ekvivalenty pro vyjádření zátěžové kapacity
MMSE	angl. zkratka Mini-Mental State Examination, diagnostická kognitivní škála k vyšetřování demence
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MR	mentální retardace
NYHA	funkční klasifikace srdečního selhání, kritéria vypracovaná New York Heart Association
LPS	lékařská posudková služba
OL	ošetřující lékař
OSSZ	okresní správa sociálního zabezpečení; v textu se tím míní též Pražská správa sociálního zabezpečení a Městská správa sociálního zabezpečení Brno
OZP	osoba se zdravotním postižením
OZZ	osoba zdravotně znevýhodněná
PC	personal computer (osobní počítač)
PEG (PEJ)	perkutánní endoskopická gastrostomie (jejunostomie)
PK MPSV	posudková komise Ministerstva práce a sociálních věcí
PnP	příspěvek na péči
průkaz OZP	průkaz osoby se zdravotním postižením
průkaz TP	průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „TP“
průkaz ZTP	průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“
průkaz ZTP/P	průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP/P“
příloha k ZPDOZP	příloha k zákonu č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů – Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání
TEP	totální endoprotéza
TNM	Classification of Malignant Tumours, klasifikace zhoubných novotvarů
vyhláška k ZPDOZP	vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů
WHO	Světová zdravotnická organizace – World Health Organisation

ZPDOZP	zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
vyhláška	vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů <i>nebo</i> 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)
ZDP	zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů
ZNP	zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů
ZOPSZ	zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
ZoZ	zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů
ZSS	zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
ZŽP	základní životní potřeby

Vyšlo v roce 2021,
vydání 1., 104 stran, 600 výtisků.
Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí,
Na Poříčnickém právu 1, 128 01 Praha 2
jako neprodejnou účelovou publikaci.

ISBN 978-80-7421-235-2

N e p r o d e j n é