

Problematika posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči u osob s onkologickým onemocněním

Libuše Čeledová, Rostislav Čevela

Ústav sociálního a posudkového lékařství,
Lékařská fakulta UK v Plzni

Článek přehledně seznamuje s problematikou posuzování stupně závislosti, zejména u osob s onkologickým onemocněním. Autoři vyslovují názor, že posudková kritéria pro posuzování stupně závislosti dostatečně nezohledňují potřeby žadatelů o příspěvek na péči, osob se zdravotním postižením a seniorů. Roztříštěnost procesu řízení o příspěvek na péči, dlouhé doby vyřizování žádostí, a to i nad zákonem stanovené lhůty, si vyžadují rychlou změnu celého procesu, včetně systému hodnocení závislosti. Autoři navrhnou připravit nová kritéria hodnocení závislosti pro účely příspěvku na péči inspirovaná německým systémem, hodnocení ponechat v kompetenci posudkových asistentů na krajských pobočkách Úřadu práce a celý proces řízení koncentrovat pod Úřad práce ČR.

Klíčová slova: lékařská posudková služba, stupeň závislosti, příspěvek na péči.

The issue of assessing the degree of dependence for the purposes of the care allowance for people with cancer

The authors clearly acquaint with the issue of assessing the degree of addiction, especially for people with cancer. The fragmentation of the care allowance process, the long processing times, even beyond the statutory deadlines, require a rapid change in the whole process, including the dependency assessment system. The authors propose to prepare new criteria for assessing dependence for the purposes of the care allowance inspired by the German system, to leave the assessment to the competence of assessment assistants at the regional branches of the Labor Office and to concentrate the whole management process under the Labor Office of the Czech Republic.

Key words: Medical Assessment Service, degree of dependence, care allowance.

Úvod

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. O příspěvku rozhoduje a příspěvek vyplácí krajská pobočka Úřadu práce. Nárok na příspěvek má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS) po-

třebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb.

Stupeň závislosti posuzuje lékař oddělení Lékařské posudkové služby (LPS) okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ). V rámci řízení o příspěvek na péči provádí sociální pra-

covník krajské pobočky Úřadu práce sociální šetření u žadatele o příspěvek na péči. Dle zákona o sociálních službách se provádí sociální šetření v přirozeném sociálním prostředí žadatele, což však může být i pobytové zařízení sociálních služeb či lůžkové zdravotnické zařízení. Záznam a závěr sociálního šetření je nezbytným podkladem pro posouzení stupně závislosti posudkovým lékařem.

Výše příspěvku závisí na uznaném stupni závislosti (SZ) a věku žadatele, zda jde o osobu do 18 let či starší 18 let. Při posuzování stupně

závislosti se hodnotí schopnost zvládat 10 základních životních potřeb (ZŽP): mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (ta se neposuzuje u osob do 18 let věku) (1, 2). Tabulka č. 1 ukazuje počet nezvládnutých základních životních potřeb v závislosti na stupni závislosti a měsíční výši příspěvku na péči v korunách u osob od jednoho roku do 18 let a tabulka č. 2 u osob starších 18 let. Kromě nezvládnutých ZŽP je další podmínkou u osob do 18 let potřeba každodenní mimořádné péče jiné fyzické osoby a u osob starších 18 let musí být potřeba každodenní pomoci, dohledu nebo péče jiné fyzické osoby.

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 vyhlášce č. 505/2006 Sb., ve znění pozd. předpisů, není schopna základní životní potřebu zvládat, a to bez ohledu na příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Příkladem uvádíme aktivity základní životní potřeby mobilita a orientace.

Mobilita: vstávání a usedání; stoj; zaujímat a měnit polohy; 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; otevírat a zavírat dveře; chůze po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů; nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových, a používat je.

Orientace: poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se osobou, časem a místem; orientovat se v přirozeném sociálním prostředí, orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat.

Hodnocení stupně závislosti dle vyhlášky č. 505/2006 Sb.

Dle vyhlášky 505/2006 Sb., se při hodnocení schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby hodnotí tělesné struktury a tělesné funkce duševní, mentální, smyslové, oběhové, dechové, hematologické, imunologické, endokrinologické, metabolické, zažívací, vylučovací, neuromuskuloskeletální, včetně

Tab. 1. Stupně závislosti a jejich charakteristika, stupně a výše PnP u osob od 1 roku do 18 let

Stupeň závislosti	Charakteristika závislosti	Počet nezvládnutých ZŽP	Stupeň PnP	Výše PnP Kč/měs
I.	lehká	3	I.	3 300
II.	středně těžká	4–5	II.	6 600
III.	těžká	6–7	III.	13 900
IV.	úplná	8–9	IV	19 200

Tab. 2. Stupně závislosti a jejich charakteristika, stupně a výše PnP u osob starších 18 let

Stupeň závislosti	Charakteristika závislosti	Počet nezvládnutých ZŽP	Stupeň PnP	Výše PnP Kč/měs
I.	lehká	3–4	I.	880
II.	středně těžká	5–6	II.	4 400
III.	těžká	7–8	III.	12 800
IV.	úplná	9–10	IV	19 200

hrubé a jemné motoriky, a funkce hlasu, řeči a kůže, a to ve vztahu k rozsahu a tíži poruchy funkčních schopností. Za neschopnost zvládnutí základní životní potřeby se považuje stav, kdy porucha funkčních schopností dosahuje úrovně úplné poruchy nebo poruchy těžké, kdy i přes využívání zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využívání běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku nelze zvládnout životní potřebu v přijatelném standardu. Za neschopnost zvládnutí základní životní potřeby se považuje rovněž stav, kdy režim nařízený odborným lékařem poskytujícím specializované zdravotnické služby neumožňuje provádění základní životní potřeby v přijatelném standardu. Přijatelným standardem se rozumí zvládnutí základní životní potřeby v kvalitě a způsobem, který je běžný a obvyklý, a který umožňuje, aby tato potřeba byla zvládnuta bez každodenní pomoci jiné osoby.

Při hodnocení schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby se posuzuje, zda z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný k pravidelnému zvládnutí základní životní potřeby a zda je fyzická osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí základní životní potřeby. Přitom se přihlíží k tomu, zda dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvale ovlivňuje funkční schopnosti, k výsledku rehabilitace a k adaptaci na zdravotní postižení.

U osob, u nichž průběžně dochází ke zhoršování a zlepšování zdravotního stavu,

trvá sledované období rozhodně pro posouzení závislosti zpravidla jeden rok; funkční schopnost zvládat základní životní potřebu se v takovém případě stanoví tak, aby odpovídala převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období (3).

Posuzování stupně závislosti lékařem LPS OSSZ

Za základ posudkového hodnocení však slouží především tzv. „Lékařský nález pro posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení“, který dle účelu rozlišuje komplexní a cílené vyšetření provedené většinou registrujícím praktickým lékařem. Posudkový lékař vychází však i 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. Pokud je osoba hospitalizována ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče a je 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, vyžádá si posudkový lékař jak nález praktického lékaře, tak i nález lékaře zařízení, kde je nebo byla posuzovaná osoba hospitalizována (propouštěcí zpráva).

Posudek posudkového lékaře se musí řádně vypořádat také 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.

Základním principem hodnocení schopnosti zvládat ZŽP je hodnocení funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS) na tuto schopnost. Nepřihlíží se přitom k pomoci, dohledu nebo péči při zvládání ZŽP, která nevyplývá z funkčního dopadu DNZS. U osob do 18 let věku se přihlíží také k věkovým standardům (milníkům) psychomotorického vývoje dítěte, podle kterých se hodnotí, kdy se z fyziologických důvodů předpokládá zvládání ZŽP, a co se považuje za jejich nezvládání. 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.

Posudek o stupni závislosti 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.

Závěrečnou částí posudkové rozvahy je stanovení, jaké funkční schopnosti a jakým způsobem jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu omezeny, sníženy nebo zanikly a kolik a jaké základní životní potřeby posuzovaná osoba nezvládne, tj. je v nich závislá, z důvodu DNZS (4, 5). Tabulka č. 3 ukazuje počet posouzení stupně závislosti v letech 2016–2020 pro všechna onemocnění a tabulka č. 4 pro všechna onemocnění u osob starších 65 let.

Od roku 2016 do roku 2020 se snížil počet posouzení stupně závislosti o 6 %. Snížil se i počet neuznaných případů. V roce 2020 tvořil počet neuznaných SZ 8 % ze všech posouzení, zatímco v roce 2016 to bylo ještě 11 % neuznaných SZ. Za sledované období je nejvíce případů uznaných závislosti ve SZ II a ve SZ III.

V roce 2016 bylo vypláceno průměrně 342 tisíc příspěvků na péči měsíčně, v roce 2018 to bylo 350 tisíc a v roce 2020 dosáhl průměr

Tab. 3. Počet posouzení stupně závislosti (SZ) pro všechna onemocnění v letech 2016–2020 (Zdroj: MPSV, 2021)

SZ	2016	2017	2018	2019	2020
I	36 511	33 640	36 624	33 646	28 659
II	38 005	35 859	39 381	37 651	35 535
III	31 497	30 809	34 348	33 582	34 298
IV	20 938	21 211	24 494	23 613	24 909
neuznáno	16 997	15 416	16 408	15 069	11 940
Celkem	143 948	136 935	151 255	143 561	135 341

Tab. 4. Počet posouzení stupně závislosti (SZ) pro všechna onemocnění u osob starších 65 let v letech 2016–2020 (Zdroj: MPSV, 2021)

SZ	2016	2017	2018	2019	2020
I	25 409	23 688	25 585	23 686	19 409
II	28 352	27 143	29 992	28 790	26 965
III	24 887	24 689	27 815	27 280	27 807
IV	17 282	17 694	20 613	20 114	21 179
neuznáno	9 344	8 316	8 784	8 018	6 036
Celkem	105 275	101 531	112 790	107 889	101 398

měsíčně vyplacených příspěvků na péči 366 tisíc (6). Na základě provedených propočtů Průši (2018) lze očekávat, že počet příjemců příspěvku na péči vzroste z necelých 350 tis. osob v roce 2018 na 469–489 tis. osob v roce 2030 (7).

Velký vliv na počty posouzení a tím i příjemců příspěvků na péči má věková struktura žadatelů.

V roce 2016 tvořily osoby starší 65 let 73 % ze všech posouzených žadatelů, v roce 2020 to bylo 75 %. Za sledované období je i u této věkové skupiny nejvíce případů uznaných závislosti ve SZ II a ve SZ III. V roce 2016 tvořil počet neuznaných SZ u osob starších 65 let 8 %, a v roce 2020 5 %.

Dvě třetiny příjemců na péči tvoří osoby starší 65 let. Dle ČSÚ podíl osob s příspěvkem na péči ve vyšších věkových skupinách strmě narůstá. S rostoucím věkem se také snižuje zastoupení příspěvku na péči pro I. a II. stupeň závislosti, zatímco zastoupení příspěvku na péči pro III. a IV. stupeň závislosti se zvyšuje (6).

Při posuzování stupně závislosti u osob s onkologickým onemocněním vychází posuzující lékař 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. přítomnos-

ti nežádoucích účinků onkologické léčby, o míře rizika relapsu, diseminaci, o prognóze. 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). Při posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti osob s onkologickým onemocněním, které jsou léčeny paliativní protinádorovou léčbou, by měl posudkový lékař kromě informace o funkčním stavu ze zdravotnické dokumentace, zohlednit dopady symptomové zátěže plynoucí z nádorového onemocnění a jeho léčby a zjištění učiněná při sociálním šetření. Vzhledem k limitované prognóze přežití, křehkosti klinického stavu a rychle narůstajícímu rozsahu a objemu potřebné péče je u onkologicky nemocných v rámci symptomatické paliativní péče třeba vypracovat posudek neprodleně, i když zákonná lhůta pro vypracování posudku činí 45 dní (8, 9).

Tabulka č. 5 ukazuje počet posouzení stupně závislosti u osob s onkologickým onemocněním (C00–C97) v letech 2016–2020. Tabulka č. 6 u osob s onkologickým onemocněním starších 65 let.

V roce 2020 bylo posouzeno pro onkologické onemocnění o 1 525 osob více než v roce 2016, tj. navýšení o 13 %. Počet neuznaných případů v roce 2020 představoval 5,6 %, zatímco v roce 2016 činil 7,8 %. V letech 2016 až 2019 bylo uznáno nejvíce závislosti ve SZ II

a ve SZ III. V roce 2020 ve SZ III a ve SZ IV. Tuto změnu by bylo možné přičíst nově platným metodikám od roku 2019 o posuzování osob s onkologickým onemocněním.

Počty posouzení stupně závislosti osob s onkologickým onemocněním narůstají se zvyšujícím se věkem žadatelů. Osoby starší 65 let v roce 2016 tvořily 65 % ze všech posouzených a v roce 2020 již 71 % ze všech posouzených osob s onkologickým onemocněním. Počet posouzení osob starších 65 let vzrostl o 20 % od roku 2016 do roku 2020. Naopak klesl počet neuznaných SZ. Počet neuznaných SZ u těchto osob v roce 2020 představoval 0,3 % zatímco v roce 2016 ještě činil 0,5 %. V letech 2016 až 2018 bylo uznáno nejvíce závislostí ve SZ II a ve SZ III. V roce 2019 a v roce 2020 ve SZ III a ve SZ IV.

Posudek o stupni závislosti

Obsah posudku pro účely řízení o přiznání příspěvku na péči (PnP) není výslovně stanoven v žádném právním předpise, ale posudkoví lékaři jsou metodicky vedeni k využití legislativně stanoveného obsahu posudku pro invaliditu a příslušných metodických doporučení. Posudek obsahuje všechna skutková zjištění, ke kterým posudkový lékař dospěl při posuzování stupně závislosti fyzické osoby pro účely PnP. Posudkový lékař musí v počítačovém programu Posudky uvést Zhodnocení a Diagnostický souhrn. První je posudkově nosná diagnóza, pak se uvádí další diagnózy v pořadí důležitosti z posudkového hlediska. Diagnózy by měly splňovat podmínku DNZS pro toto řízení. Pro posouzení pro účely řízení o přiznání PnP se formálně rozlišují dva typy posudkového hodnocení, a to zda se nejedná či jedná o DNZS. Pokud se nejedná o DNZS nezvládání základních životních potřeb se nehodnotí. Pokud se jedná o DNZS, uvádí se jeho rozhodující příčina a dopad na schopnost samostatně zvládat základní životní potřeby. Dále je třeba zhodnotit, zda posuzovaná osoba pro DNZS nezvládne ZŽP samostatně v přijatelném standardu ani s běžnými facilitátory. Posudek rovněž obsahuje vyjádření, zda existující porucha zdraví je nebo není léčebně zásadně ovlivnitelná, dle toho se odvíjí stanovená doba platnosti posudku, tj. s časovým omezením či bez omezení, tj. trvale (10). Na základě posudku LPS OSSZ je vydáno rozhod-

Tab. 5. Počet posouzení stupně závislosti (SZ) osob s dg. C00–C97 v letech 2016–2020 (Zdroj: MPSV, 2021)

SZ	2016	2017	2018	2019	2020
I	1 969	1 994	2 053	1 988	1 674
II	2 642	2 663	2 926	2 923	2 688
III	3 489	3 463	4 090	4 192	4 266
IV	2 040	2 108	2 658	2 727	3 203
neuznáno	869	825	833	799	704
Celkem	11 009	11 053	12 560	12 629	12 535

Tab. 6. Počet posouzení stupně závislosti (SZ) osob starších 65 let s dg. C00–C97 v letech 2016–2020 (Zdroj: MPSV, 2021)

SZ	2016	2017	2018	2019	2020
I	1 213	1 188	1 298	1 308	1 088
II	1 699	1 723	2 024	2 009	1 875
III	2 450	2 438	3 005	3 127	3 252
IV	1 500	1 562	2 040	2 119	2 497
neuznáno	386	369	371	361	298
Celkem	7 248	7 280	8 738	8 924	9 010

nutí o příspěvku na péči krajskou pobočkou Úřadu práce.

Lhůta pro vydání rozhodnutí o příspěvku na péči činí 60 dnů pro krajskou pobočku Úřadu práce, která rozhoduje o dávce. Do této lhůty se nezapočítává doba, kdy je řízení přerušeno z důvodu posuzování zdravotního stavu (LPS), nebo pokud je řízení přerušeno např. z důvodu hospitalizace žadatele před provedením sociálního šetření nebo po dobu, kdy je třeba opatřit doplňující informace nezbytné pro rozhodování.

Lhůta pro lékařskou posudkovou službu OSSZ, která posuzuje zdravotní stav žadatele, činí 45 dnů. Pokud posudkový lékař OSSZ nemůže ze závažných důvodů dodržet lhůtu 45 dnů, sdělí tyto důvody krajské pobočce Úřadu práce a lhůta pro vydání posudku se automaticky prodlužuje o dalších 30 dnů, tj. na 75 dnů. O žádosti o příspěvek na péči musí být rozhodnuto do 105 dní. Někdy však posudkové orgány mohou požádat o prodloužení lhůty až o 30 dní, tj. rozhodnutí o příspěvku na péči mohou žadatelé obdržet až za 135 dní (1, 2). Proti rozhodnutí o PnP je možné se odvolat. O odvolání proti rozhodnutí o příspěvku na péči rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí jako odvolací správní orgán. Posudek vypracovává posudková komise (PK) MPSV. Lhůta pro vydání posudku PK MPSV činí podle zákona 60 kalendářních dnů, ale může být ze závažných důvodů prodloužena až o 30 dnů.

Ve dvou kazuistikách uvádíme příklad odvolání proti rozhodnutí o PnP a výsledek

posouzení PK MPSV. Kazuistiky jsou z období koronavirové pandemie. Vzhledem k objektivní nemožnosti realizovat v této době návštěvu sociálního pracovníka v bydlišti žadatele, obdobně jako při pobytu žadatele v cizině, zasílaly Krajské pobočky ÚP zjišťovací dotazník k získání základních informací o soběstačnosti žadatele poštou, a proto je uvedeno konání sociálního šetření dotazníkovou formou. Zjišťovací sebehodnotící dotazník poté přepisovaly pracovnice úřadu práce do formy záznamu ze sociálního šetření, které obsahuje hodnocení deseti základních životních potřeb.

Kazuistiky

Muž, 83 let

Posudkové zhodnocení LPS OSSZ

Jedná se o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav (DNZS), jehož rozhodující příčinou je u 82letého posuzovaného adenokarcinom žaludku v komorbiditě s QIM zadní stěny, levostranné kardiální subkompenzací, hyperplazií prostaty a chronickým onemocněním ledvin.

Dopad DNZS na schopnost samostatně zvládat základní životní potřeby (ZŽP) je dokladován v lékařské zprávě ošetřujícího lékaře, interní ambulance, ze dne dd.mm.rr. Posuzovaný dosud vážněji nestonající hypertoniik s dobrou kvalitou života byl řešen pro subakutní IM nejasné lokalizace a mírné známky levostranné kardiální dekompenzace. Během vyšetření zjištěn kontaktně krvácející tumor

žaludku, operační řešení vzhledem k polymorbiditě vyloučeno, doporučen konzervativní postup. Nyní se pohybuje pouze na invalidním vozíku, atrofie svalstva DK. Chování, komunikace, paměť jsou přiměřené. Vzhledem k pozvolnému růstu TU žaludku nepříznivá prognóza.

Sociální šetření provedeno dotazníkovou metodou, není v rozporu s lékařským nálezem. Posuzovaný je mobilní pouze s pomocí, nezvládá se pohybovat v terénu v běžném rozsahu, chůzi po schodech nezvládá. Je orientovaný všemi kvalitami. Komunikuje bez potíží. Najíst a napít se zvládne sám, pije z lahve s pítkem. Oblékání a hygienu zvládne jen s pomocí pečující osoby. Je inkontinentní, používá močovou lahev, výměnu zajišťuje pečující osoba. Léčebný režim zvládá s pomocí, uvádí potřebu dohledu nad užíváním léků. Osobní záležitosti zařizuje vzhledem k imobilitě syn. Posuzovaný žije s manželkou, která o něho pečuje ve spolupráci se synem.

Z posuzovaných ZŽP nezvládne samostatně v přijatelném standardu ani s běžnými facilitátory pro DNZS šest základních životních potřeb: mobilita, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, osobní aktivity a péče o domácnost.

Existující porucha zdraví není léčebně zásadně ovlivnitelná, proto platnost posudku bez omezení.

Diagnostický souhrn

Adenokarcinom žaludku, kontaktně krvácející, QIM zadní stěny, dle SKG, MVD, konz. postup, levostranná kardiální subkompenzace, hraniční stenóza ACI vlevo, konz. postup, iatrogenní tromboflebitis PHK po intravenózní aplikaci železa, hyperplazie prostaty, akutní posthemoragická anémie, zdrojem tumor žaludku, 1 FFP, 3 EBR, anémie z nedostatku železa, sekundární po ztrátě krve (chronická), chron. zánět ledvin, art. hypertenze.

Výrok a odůvodnění LPS OSSZ

Jde o osobu starší 18 let věku, která se podle § 8 odst. 2 písm. b) zákona č. 108/2006 Sb., v pl. znění, považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II (středně těžká závislost).

Z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo

šest základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Platnost posudku: trvale.

Odvolací řízení

Žadatel o PnP se proti rozhodnutí odvolal a posudek v rámci odvolacího řízení vypracovala posudková komise MPSV, která změnila původní posudek LPS OSSZ ve prospěch žadatele.

Posudkové zhodnocení PK MPSV

Na rozdíl od posudkového hodnocení OSSZ PK MPSV přiznává navíc potřebu pomoci při zvládání základních životních potřeb: stravování a péče o zdraví. Komise zohlednila potřebu pomoci jiné fyzické osoby při přemísťování stravy a nápojů na místo konzumace, potřebu jiné fyzické osoby při provádění rehabilitačního cvičení a potřebu dohledu při užívání léků.

Celkem je potřeba pomoci a dohledu jiné fyzické osoby při zvládání 8 základních životních potřeb. Námitkám posuzovaného bylo vyhověno.

Vyjádření k sociálnímu šetření

Komise je v souladu se sociálním šetřením úřadu práce, i když bylo provedeno dotazníkovou formou, celkem je v souladu s lékařskými nálezy. Dle sociálního šetření jsou ZŽP: orientace a komunikace zachovány, zvládané.

Výrok a odůvodnění PK MPSV

Jde o osobu starší 18 let věku, která se podle § 8 odst. 2 písm. b) zákona č. 108/2006 Sb., v pl. znění, považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni III (těžká závislost).

Z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Platnost posudku: trvale.

Kazuistika č. 2

Žena, 75 let

Posudkové zhodnocení LPS OSSZ

Jedná se o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav (DNZS), jehož rozhodující příčinou dlaždicobuněčný karcinom hrdla děložního

s masivní infiltrací parametřií a před. pošev. stěny, infiltrace stěny močového měchýře. Zdravotní stav posuzovaný je komplikován gonartrózou až 3. stupně, DM 2. typu.

Dopad DNZS na schopnost samostatně zvládat základní životní potřeby (ZŽP) je dokládán v lékařské zprávě praktické lékařky ze dne dd.mm.rr. Posuzovaná se sama nají, při hygieně pomáhá pečující osoba. Chodí o hůlce, nyní s chodítkem. Není schopna pečovat o domácnost. Posuzovaná je orientovaná, komunikace, chování, paměť jsou přiměřené.

Sociální šetření bylo provedeno dotazníkovou metodou, není v rozporu s lékařskou zprávou. Posuzovaná je slabá, bývá unavená i po krátké procházce. Chodí s oporou hůlky. Je plně orientovaná, v běžných situacích reaguje přiměřeně. Zapomíná slova, uvádí, že není schopna psát. ZŽP komunikace jako samostatně nezvladatelnou neuznávám, posuzovaná nemá diagnostikovanou žádnou formu demence, nemá deformity HK. Je schopna si nakrýjet hotové jídlo a naservírovat ho. Nezvladatelnost uvařit stravu zohledňuji v ZŽP péče o domácnost. Je schopna se obléknout, hygienu také provede. Je inkontinentní, ale pomůcky si je schopna sama vyměnit, ZŽP výkon fyziologické potřeby neposuzuji jako samostatně nezvladatelnou. Léky užívá samostatně, je schopna dohlédnout na čas jejich užití. Žije sama. Péči o domácnost zajišťuje pečovatelka. Osobní záležitosti vyřizuje dcera.

Z posuzovaných ZŽP nezvládne samostatně v přijatelném standardu ani s běžnými facilitátory pro DNZS tři základní životní potřeby: mobilita, osobní aktivity, péče o domácnost.

Existující porucha zdraví není léčebně zásadně ovlivnitelná, proto platnost posudku bez omezení.

Diagnostický souhrn

Dlaždicobuněčný CA hrdlo dělož. s masiv. infiltrací parametřií bilat. a před. pošev. stěny, susp. infiltrace stěny měchýře, DM II. typu, gonartróza vpravo II.–III. st., vl. II. st., VAS Cp, Thp, sy RM vl., omartróza vl., glaukom, leukopenie, bronchopneumonie retrokard dd.mm.rr., CC sy, oper. třís. kýly, neuritis intracularis, atrofie n. optici dd.mm.rr., hypert. nemoc, vyšší kyč. moč., hypothyreóza, cholecystolitíáza, st. p. ERCP 07/13, dilatace žluč. cest, herpes zoster pr. hýždě, trombocytopenie.

Výrok a odůvodnění LPS OSSZ

Jde o osobu starší 18 let věku, která se podle § 8 odst. 2 písm. a) zákona č. 108/2006 Sb., v pl. znění, považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni I (lehká závislost).

Z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. Platnost posudku: trvale.

Odvolací řízení

Žadatelka o PnP se proti rozhodnutí odvolala a posudek v rámci odvolacího řízení vypracovala posudková komise MPSV, která změnila původní posudek LPS OSSZ ve prospěch žadatelky.

Posudkové zhodnocení PK MPSV

Jedná se o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jehož příčinou je tumor céka histologicky tubulovilózní HGD, indikována pravostranná hemikolektomie. Stav po radioterapii pro dlaždicový buněčný karcinom hrdla děložního, remise. Dále gonartróza II.–III. stupně vlevo, vertebrogenní algický syndrom krční a hrudní páteře, omartróza vlevo.

Vzhledem ke zjištěnému zdravotnímu stavu a doloženému sociálnímu šetření lze konstatovat, že posuzovaná nezvládá ZŽP: mobilitu, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, osobní aktivity a péči o domácnost. Námitkám posuzované bylo vyhověno.

Celkem potřebuje pomoc a dohled jiné fyzické osoby při zvládnutí 5 základních životních potřeb.

Vyjádření k sociálnímu šetření

Komise je v souladu se sociálním šetřením.

Výrok a odůvodnění PK MPSV

Jde o osobu starší 18 let věku, která se podle § 8 odst. 2 písm. a) zákona č. 108/2006 Sb., v pl. znění, považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II (středně těžká závislost).

Z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. Platnost posudku: trvale.

Diskuze

V letech 2007 až 2011 se pro účely posouzení stupně závislosti vyhodnocovala schopnost osoby zvládnout 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti. Jednalo se o úkony, z nichž každý obsahoval několik činností vymezených v příloze č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Výsledkem bylo, že v rámci těchto jednotlivých 36 úkonů se hodnotilo celkem 129 činností, a to 71 činností v rámci úkonů péče o vlastní osobu a 58 činností v rámci úkonů soběstačnosti. Mimo jiné také z důvodu vysokého počtu posuzovaných činností došlo od 1. ledna 2012 ke změně v posuzování zdravotního stavu žadatelů o příspěvek na péči, a to transformací těchto 36 úkonů do 10 ucelených a věcně souvisejících oblastí každodenního života, které mají popisovat, jak žadatel zvládá naplňování základních životních potřeb. Do 10 základních životních potřeb se v obecné rovině promítly všechny předchozí úkony. Změně pohledu na posudkové hodnocení stupně závislosti předcházela s účinností od 1. ledna 2011 změna, kdy obecní úřady obcí s rozšířenou působností prováděly pro účely posouzení stupně závislosti sociální šetření. Sociální pracovníci obcí vyhodnocovaly schopnost osoby zvládnout 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti. Od roku 2012 se v rámci sociální reformy přesunula tato agenda do kompetencí Úřadu práce ČR. Sociální pracovníci krajských poboček Úřadu práce vykonávají sociální šetření pro účely příspěvku na péči tak již 10 let a 10 let také s menšími úpravami a doplněními posuzují lékaři LPS stupeň závislosti na základě zvládnutí 10 základních životních potřeb. Původní politický záměr zákona o sociálních službách byl připravit posudková kritéria pouze pro první fázi Sociální reformy, tedy na přechodnou dobu.

Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči se provádí prostřednictvím hodnocení funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat zákonem a vyhláškou vymezené úkony. Od 1. 9. 2016 se rozšířil počet posuzovaných aktivit u některých ZŽP a vymezil obsah přijatelného standardu. V tomto roce došlo také od 1. srpna k zavedení možnosti sociál-

ního šetření již za hospitalizace za zákonem vymezených podmínek (11).

V případě sociálního šetření by sociální pracovníci měli postupovat dle příslušné metodiky MPSV z roku 2015 a vypracovat záznam ze sociálního šetření, který obsahuje informace o potřebné podpoře a popis situace žadatele v sedmibodové struktuře: péče o vlastní osobu, výdělečná činnost/školní povinnosti, rodinné vztahy, sociální vztahový rámec (mimo rodiny), domácnost, prostředí, závěr. Tato struktura sociálního šetření obsahově zahrnuje celou oblast deseti základních životních potřeb (12). Sociální pracovníci nemají přístup k informacím o zdravotním stavu osob, musí tak vycházet pouze z údajů, které jim poskytnout o svém zdravotním stavu osoby, u kterých provádí sociální šetření. Běžnou praxí je, že se sociální pracovník hodnotí přímo 10 ZŽP, tak jak uvádí Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí z roku 2015 (13). Sociální šetření se tak stává sebezposouzením žadatele, které zaznamenává sociální pracovník na základě vyjádření žadatele či jeho blízkých osob, a to i z důvodu nemožnosti sociálního pracovníka seznámit se ze zdravotním stavem žadatele. Během období koronavirové pandemie v letech 2020 až dosud se provádělo sociální šetření zasíláním zjišťovacího, tj. sebehodnotícího, dotazníku žadatelům o PnP, jak je uvedeno i v popsanych kazuistikách. K takovému postupu přistupuje krajské pobočka ÚP v případě pobytu žadatele o PnP v cizině. Forma dotazníkového sociálního šetření je využívána i v případech, kdy si žadatel vyloženě nepřeje návštěvu sociálního pracovníka ve své domácnosti, a to i přesto, že žadatel je ze zákona o sociálních službách (§21, §25) povinen umožnit sociálnímu pracovníkovi uskutečnit sociální šetření v jeho přirozeném prostředí a za tímto účelem poskytnout přiměřenou součinnost. Za přirozené sociální prostředí se považuje rodina žadatele a jeho sociální vazby k osobám blízkým, domácnost žadatele a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost a místa, kde žadatel pracuje, vzdělává se a realizuje běžné sociální aktivity (§3). Za přirozené sociální prostředí se však považuje i lůžkové zdravotnické zařízení, pokud je žadatel hospitalizován více než 60 dnů na lůžku dlouhodobě či následné péče, jak uvádí zákon o zdravotních službách (§45).

Sociálnímu šetření prováděné dotazníkovou formou řeší i judikatura Krajský soud v Ostravě, ve které se uvádí, že „provedení sociálního šetření v řízení o nároku a výši příspěvku na péči rozhodně nelze nahradit dotazníkem, byť na základě sdělení pečující osoby. Ze žádného z vládních nařízení v době koronavirové pandemie totiž není dovoditelná nemožnost či zákaz provádění sociálních šetření, jakožto důkazů uloženého právním předpisem; bezpečnost jeho provedení ze zdravotního hlediska je nepochybně možno zajistit negativním testem na covid-19, jak u sociálních pracovníků, tak i posuzovaných osob a jejich povinným použitím respirátorů“ (14).

Uvedená judikatura tedy vyvolává otázku, zda posudky o stupni závislosti prováděné LPS na základě předloženého sociálního šetření provedené dotazníkovou formou a na jejich podkladě vydané rozhodnutí o příspěvku na péči bylo v souladu se zákonem.

Předložené kazuistiky ilustrují subjektivnost hodnocení stupně závislosti jak lékaři LPS OSSZ, tak lékaři PK MPSV, neboť ze stejných lékařských pokladů a dotazníkového sociálního šetření dospějí k rozdílným závěrům, a to i přes metodická doporučení, která by měla sjednotit posudková hlediska LPS celorepublikově. Nabízí se proto zvážit vypracování nových jasných a přehledných zdravotně sociálních kritérií pro hodnocení soběstačnosti a péče o vlastní osobu pro účely příspěvku na péči.

Ze zjištěných údajů o počtu posouzení stupně závislosti, a to jak pro všechna onemocnění, tak pro onkologická onemocnění jsme zaznamenali mírné snížení celkového počtu posouzených případů ve sledovaném pětiletém období. Nejvyšší počet uznaných stupňů závislosti je SZ II a SZ III. Dle věkové struktury jsou mezi posouzenými osobami i příjemci příspěvku na péči zastoupeny osoby starší 65 let, což odpovídá filosofii příspěvku na péči, který byl zaváděn především z důvodu zachování přijatelné kvality života starších osob s nepříznivým zdravotním stavem, jejich soběstačnosti a udržení co nejdéle schopnosti péče o vlastní osobu v domácím prostředí. Rovněž Pastorková (2018) uvádí, že „smysl přiznání příspěvku na péči spočívá zejména v tom, že je umožněno osobám se sníženou soběstačností a sniže-

nou schopností zvládat péči o vlastní osobu zůstat v domácím prostředí a za vyplácený příspěvek si nakoupit služby, které jim zajistí pomoc či dohled při zvládání základních životních potřeb“ (15). Wernerová (2020) se domnívá, že posuzování stupně závislosti je z hlediska medicínského nejsložitější posudkově medicínský proces, neboť nastává konfrontace dvou naroveň postavených pokladů, a to sociálního šetření a lékařských nálezů. Dle Wernerové je to dáno tím, že „na jedné straně lékař zjišťuje zdravotní stav a tíži funkčního postižení, na druhé straně jsou funkční schopnosti popisovány v rámci sociálního šetření. Z lékařského hlediska je podstatné konstatování, že jde o DNZS a existenci DNZS je třeba promítnout do sociálního šetření“ (11). Holmerová (2016) navrhuje zlepšit a zkvalitnit posudek pro rozhodování o PnP doplněním podkladů o odborné funkční hodnocení soběstačnosti od odborníků, kteří se problematikou soběstačnosti zabývají, např. z oboru rehabilitace, geriatrické či dlouhodobé péče (16). Legislativní výklad přílohy vyhlášky Nováka (2021), ve kterém polemizuje o ustanovení vyhlášky o nezávládnutí alespoň jedné aktivity ZŽP a tím nezávládnutí ZŽP jako takové (17) dokládá složitost, která může nastat, pokud je v praxi medicína příliš svázána právem. To dokládá např. i potřeba Víškové (2018) upozornit na skutečnost, že poskytování paliativní péče svědčí o tom, že zdravotní stav je dlouhodobý a je zároveň i nepříznivý (18). U uvedeného vyplývá nezbytná potřeba zásadně změnit paradigma hodnocení soběstačnosti osob pro účely příspěvku na péči. Rovněž tak je třeba změnit proces celého řízení, neboť stav, kdy jedna organizace provádí posudkovou činnost a druhá vydává rozhodnutí neúměrně celé řízení, již tak ze zákona dlouhé, ještě prodlužuje. Čekat na vydání rozhodnutí až 135 dní je nejen pro onkologicky nemocné, ale i seniory a ostatní žadatele, kteří potřebují co nejrychlejší finanční pomoc, nedůstojné a ponižující. Stížnosti na dlouhé čekací doby na vyřízení PnP jsou tak oprávněné i při dodržení lhůt daných zákonem. Přerušení řízení se však v některých případech neúměrně protahuje z důvodu opožděného vypracování posudků LPS OSSZ, např. v lednu činila průměrná doba vypracování posudku

pro účely PnP 64 dnů. Dalším problémem je potřeba součinnosti krajské pobočky Úřadu práce a OSSZ. Zkušenosti z praxe jak lékařů, tak žadatelů o příspěvek na péči a sociálních pracovníků Úřadu práce potvrzují potřebu zcela zásadní změny v posuzování a procesu řízení o příspěvku na péči.

Potřeba změn v posuzování stupně závislosti a procesu řízení příspěvku na péči např. u osob s psychickým onemocněním je uvedena v Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020–2030, kde se v Opatření 2.1.3. uvádí „Revidovat kritéria pro hodnocení funkčních schopností a disability lidí s duševním onemocněním v rámci posuzování výše příspěvku na péči tak, aby reflektovala funkční postižení související s typem a tíží onemocnění. Optimalizovat čekací dobu na přiznání příspěvku na péči“ (19). Také v programovém prohlášení vlády je zmíněna lékařská posudková služba a její činnost: „Provedeme změny v posuzování ze strany Lékařské posudkové služby a v sociálním šetření sociálními pracovníky. Zjednodušíme a zrychlíme proces přiznávání finanční pomoci pro osoby se zdravotním postižením, zejména příspěvku na péči a invalidních důchodů.“ (20).

Inspiraci lze čerpat z německých zkušeností, kde bylo od roku 1995 zavedeno sociální pojištění dlouhodobé péče a v roce 2017 nastavena nová kritéria hodnocení závislosti pro přiznání příspěvku na péči. Otázkou zavedení sociálního pojištění na dlouhodobou péči se již zabývalo více autorů a není předmětem tohoto článku. Můžeme však připomenout, že ve státním rozpočtu bylo v roce 2007 rozpočtováno pro příspěvek na péči cca 8,9 miliard Kč, ale výdaje dosáhly 15 mld. Kč. V roce 2020 byly vyplaceny dávky na příspěvek na péči ve výši 33 mld. Kč. Další otázkou k zamyšlení je možný souběh příjmu dávek z důchodového pojištění, tedy invalidního důchodu a nepojistných dávek, jako je příspěvek na péči pro jedno a totéž onemocnění osoby. Ani tato problematika však není předmětem tohoto textu (21).

Jak uvádí Průša (2017), Německo reagovalo na skutečnost, že s rostoucí střední délkou života se zvyšoval počet osob, které potřebovaly pomoc, a prodlužovala se i doba potřebné péče. Systém hodnocení závislosti osoby spočívá na bodovém hodnocení v 6 modulech:

mobilita; kognitivní a komunikační dovednosti; chování a psychické problémy; péče o vlastní osobu; samostatné zvládání zdravotně a terapeuticky podmíněných požadavků a zatížení a uspořádání každodenního života a sociálních kontaktů. Jednotlivé moduly jsou definovány konkrétními schopnostmi. V závislosti na počtu získaných bodů je pak potřeba péče diferencována do 5 stupňů (22). Závisle na omezení schopnosti zvládat základní všední činnosti se při posuzování udělují body. Čím více je omezena schopnost zvládat základní životní potřeby, tím vyšší je počet bodů a také stupeň závislosti na pomoci jiných osob (23).

Jak uvádí Suchomelová (2017): „Zjišťování, zda jsou splněny podmínky potřebnosti péče a který stupeň žadateli o příspěvek na péči náleží, prověřují pokladny péče. Posuzování provádějí především speciálně kvalifikované odborné pečovatelské síly, ve zvláštních případech lékaři. Dávky pojištění péče jsou pak vázány na předpoklad, že potřebnost pomoci bude trvat minimálně po dobu šesti měsíců.“ (24).

Při zavedení obdobných kritérií pro hodnocení žadatelů o příspěvek na péči, jako jsou uplatňována v Německu, by odpadla potřeba stále podrobnějšího metodického výkladu posudkově medicínských kritérií, zkoumání dlouhodobě nepříznivého stavu a jeho možných dopadů i do budoucna, požadavek na posudkově lékaře vyrovnat se se závěry sociálního šetření a zejména potřeba právních výkladů posudkově medicínských kritérií. Žadatelé by mohli být posouzeni v okamžiku vzniku onemocnění či jiného poškození zdraví, pouze za stanovení predikce potřeby péče po dobu šesti měsíců. V zákonu o nemocenském pojištění je takováto predikce již použita při vyjádření nutné potřeby dlouhodobé péče po dobu 30 dnů od propuštění osoby z hospitalizace pro dávku dlouhodobého ošetrového pro pečující osobu.

Současně je třeba koncentrovat celé řízení o příspěvku na péči pod jeden orgán veřejné správy, a to jak hodnocení zdravotního stavu, tak vydání rozhodnutí. Jako nejlepší variantu vidíme krajské pobočky Úřadu práce a v odvolací agendu na Úřad práce ČR. Ostatně Úřadům práce náleželo posuzování pro nepojistnou agendu od 1. 7. 2006 (zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou ve smyslu § 67 odst. 2

písm. c) zákona o zaměstnanosti, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte, zda si fyzická osoba může zvýšit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu životní úroveň vlastní prací, zda jde o fyzickou osobu těžce zdravotně postiženou a druh a stupeň tohoto postižení pro účely mimořádných výhod, příspěvku na úpravu bytu, úhradu bezbariérového bytu nebo garáže, koupi, celkovou opravu a úpravu motorového vozidla a příspěvku na individuální dopravu, zda jde pro účely dávek státní sociální podpory o fyzickou osobu dlouhodobě těžce zdravotně postiženou, dlouhodobě zdravotně postiženou nebo o dítě dlouhodobě nemocné). Navíc od 1. 1. 2007 náleželo úřadům práce posuzování stupně závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči. Díky právní úpravě zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, došlo od 1. 7. 2006 k rozdělení do té doby jednotné prvoinstanční lékařské posudkové služby resortu práce a sociálních věcí, a to na část působící v soustavě orgánů sociálního pojištění (Česká správa sociálního zabezpečení a OSSZ) a vykonávané pro účely sociálního pojištění a na část působící na úřadech práce (pro účely ostatních systémů sociální ochrany). Toto rozdělení přetrvávalo do 1. 7. 2009, kdy došlo opět ke sloučení prvoinstanční LPS pod ČSSZ.

Na Slovensku také působí lékařská posudková služba v rámci úřadů práce, sociálních věcí a rodiny a v druhém stupni také na Ústředí práce, sociálních věcí a rodiny. LPS zde hodnotí zdravotní stav občanů za účely výplaty dávek pro osoby s tělesným postižením, pro výdej průkazů pro tyto osoby, pro výplatu státních sociálních dávek a za účely posouzení zdravotního stavu pro trh práce.

Vzhledem k uvedenému se nám jeví jako nejlepší varianta vytvořit novou pracovní pozici posudkového asistenta na krajských pobočkách Úřadu práce a pro odvolací agendu na Úřadu práce ČR. V České republice působí odborní asistenti posudkových lékařů na LPS OSSZ již od roku 2018 a zpracovávají podklady pro posouzení příspěvku na péči posudkovým lékařem. Mají také stanovenou normu, která jim ukládá zpracovat podklady pro posouzení 120 případů měsíčně, tj. posouzení pro účely všech dávek ze systému sociálního zabezpečení, kromě nemocenského pojištění (25). Jejich převedením pod Úřad práce by se kon-

centrovalo a především významně zkrátilo celé řízení o příspěvku na péči. Zákonná lhůta pro vyřízení žádosti o příspěvek na péči 60 dnů by tak mohla být nejen dodržena, ale i zkrácena.

Jak uvádí Maxová (2021) v současné době připravovaná změna zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, zavádí a legislativně ukotvuje pozici odborného nelékařského zdravotnického pracovníka, dříve tzv. odborného asistenta posudkového lékaře na ČSSZ. Předpokladem k výkonu povolání odborného nelékařského zdravotnického pracovníka má být zdravotnické vzdělání.“ (26). Aktualizací této dlouhodobě připravované novely na zavedení nové pozice posudkového asistenta LPS OSSZ, tj. zavedením této pozice na krajských pobočkách Úřadu práce a Úřadu práce ČR by došlo k rozdělení prvoinstanční LPS, obdobně jako tomu bylo v ČR v letech 2006–2009 a jak tomu je i v jiných evropských zemích.

Potřebná změna kritérií hodnocení soběstačnosti a schopnosti sebezpeče, rozdělení do pěti stupňů, odklon od posuzování DNZS a posudkově medicínského hodnocení soběstačnosti a potřeby péče lékařem LPS OSSZ, zrušení sociálního šetření pro účely příspěvku na péči, předání kompetencí pro hodnocení potřeby péče posudkovým asistentům působícím na krajských pobočkách Úřadu práce a na Úřadu práce ČR, povede k transparentnosti hodnocení potřeby péče pro příspěvek na péči, zrychlení celého řízení na dobu adekvátní pro onkologicky nemocné, seniory a osoby se zdravotním postižením a odstranění stávajících již neudržitelných problémů, které provází hodnotící proces a proces řízení o příspěvku na péči.

Závěr

Současná posudková kritéria a proces řízení o příspěvku na péči již neodpovídají požadavkům onkologicky nemocných ani potřebám jiných osob se zdravotním postižením, např. nevidomých. Roztříštěnost řízení a nejasná posudková kritéria, problematické sociální šetření a především neúměrně dlouhé doby vyřízení žádosti o příspěvek na péči vyžadují rychlou změnu celého procesu. Nelze opomíjet ani demografickou situaci

a prognózy na blížící se skokový nárůst počtu příjemců na péči zejména ve věku 75 let a starších. Podrobněji nastavené a srozumitelné hodnocení míry závislosti dle příkladu

německého systému, vykonávané zdravotně odborným a proškoleným posudkovým asistentem, na krajské pobočce Úřadu práce a koncentrace celého řízení včetně odvolání

pod Úřad práce ČR je nezbytným postupem k zabezpečení účelné a rychlé finanční pomoci státu osobám potřebujícím dlouhodobou zdravotně sociální péči.

LITERATURA

1. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozd. předpisů.
2. Čeledová L, Čevela R. Laskavý průvodce po sociálních dávkách. 2. akt. vyd. Praha: Karolinum; 2020.
3. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozd. předpisů.
4. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016. 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).
5. Česká správa sociálního zabezpečení. Metodický pokyn ředitelky odboru posudkové služby č. 8/2020. Posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
6. Český statistický úřad. Vybrané údaje o sociálním zabezpečení 2020, Internet. [cited 2022-28-02]. Available from: <https://www.czso.cz/csu/czso/vybrane-udaje-o-socialnim-zabezpeceni-2020>.
7. Průša L. Nová projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v ČR do roku 2030. Demografie. 2018;60(1):49-60s. Internet. [cited 2022-28-02]. Available from: <https://www.czso.cz/csu/czso/demografie-revue-pro-vyzkum-populacniho-vyvoje-c12018>.
8. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů a nepojistných dávek č.13/2019. Posuzování zdravotního stavu u některých onkologických onemocnění.
9. Česká správa sociálního zabezpečení. Metodický pokyn

- ústředního ředitele ČSSZ č. 1/2020. Posuzování zdravotního stavu u některých onkologických onemocnění.
10. Česká správa sociálního zabezpečení. Metodický pokyn ústředního ředitele ČSSZ č. 4/2019 v úplném znění účinném od 17.2.2021. Náležitosti posuzování zdravotního stavu lékaři ČSSZ/OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno.
11. Wernerová J. posuzování zdravotního stavu a soběstačnosti/schopnosti samostatného života, závislosti, příspěvek na péči. Reviz. posud. Léč. 2020;23(3-4):85-88.
12. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Instrukce č.5/2015. Postup při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozd. předpisů.
13. Musil L, et al. Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči. Praha: VÚPSV; 2015.
14. Rozsudek KS Ostrava. 2021, Internet. [cited 2022-28-02]. Available from: <https://www.zakonyprolidi.cz/judikat/ksos/18-ad-6-2021-40>.
15. Pastorková R. Stupeň závislosti z různých aspektů-věková struktura, finanční výdaje, počty posuzovaných. Reviz. posud. Léč. 2018;21(1):26-29.
16. Holmerová I. Soběstačnost a její posuzování v kontextu naší legislativy a praxe – s ohledem na příspěvek na péči. Geri a Gero. 2016;5(2):75-79.
17. Novák M. Ke schopnosti zvládat základní životní potřeby. Datum vzniku invalidity. Reviz. posud. Léč. 2021;24(1):26-27.
18. Víšková V. Paliativní péče – lékařská posudková činnost při posuzování zdravotního stavu a hodnocení stupně závislosti. Reviz. posud. Léč. 2018;21(1):8-11.

19. Ministerstvo zdravotnictví. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 Praha: MZ ČR 2020, Internet. [cited 2022-28-02]. Available from: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>.
20. Programové prohlášení vlády. 2022 Internet, [cited 2022-18-02]. Available from: <https://www.vlada.cz/cz/programove-prohlaseni-vlady-193547/>.
21. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Informace o vyplacených dávkách v resortu MPSV ČR v lednu 2021. Internet. [cited 2022-28-02]. Available from: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/2158556/Informace+o+vyplacen%C3%BDch+d%C3%A1vk%C3%A1ch+v+lednu+2021.pdf/83763933-8ddc-6400-f9f1-18d968f3155f>.
22. Průša L. Nová kritéria hodnocení závislosti pro přiznání příspěvku na péči v Německu. Fórum sociální politiky. 2017;11(6):14-18.
23. Medizinischer Dienst Sachsen. Internet. [cited 2022-28-02] Available from: <https://www.mdk-sachsen.de/start.html>.
24. Suchomelová M, et al. Organizace posuzování zdravotního stavu ve vztahu k rozhodovacím procesům v sociálním zabezpečení ve vybraných zemích EU. Praha: VÚPSV; 2017.
25. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Instrukce náměstkyně pro řízení sekce 7 č. 9/2019. Postupy k plnění úkolů lékařské posudkové služby.
26. Maxová R. Partnerem všeobecného praktického lékaře posudkový lékař nebo úředně uznávaný lékař? Prakt. Léč. 2021;101(4):194-200.