

AKTUALITY PRO LÉKAŘSKOU POSUDKOVOU SLUŽBU



Praha 2009

© Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2009

ISBN 978-80-7421-008-2

Obsah:

Úvod	5
Perspektivy lékařské posudkové služby	7
Syndrom vyhoření u lékařů lékařské posudkové služby, jeho příčiny a řešení	10
Zefektivnění systému posudkové služby s možností snížení počtu Každoročně podávaných posudků, řešení v podmínkách sjednocené posudkové služby	13
Výsledky vlámsko-českého projektu o vzdělávání posudkových lékařů	15
Lékařská posudková služba a výzkumná činnost	21
Posuzování invalidity	25
Lékařská posudková služba úřadů práce v letech 2006 - 2009	35
Mimořádné výhody	39
Asistenční psi v ČR	43
Posuzování invalidity onkologicky nemocného	46
Nemoc a invalidita v kontextu životního stylu jako klíčové determinanty zdraví	51
Dynamicky formulovaná diagnóza při posuzování obecné invalidity	61

Úvod

Motto : „Když nevíte kam jdete, je dost pravděpodobné, že dojdete jinam“
(Lawrence Peter „Yogi“ Berra)

Vážené kolegyně a vážení kolegové,

Jsem přesvědčen, že na každou výzvu existuje řešení a to i v situaci nesmírných změn společenských a technologických. Vždyť kdo by nezaznamenal, že již v roce 1991 Sir Timothy „Tim“ John Berners - Lee vynalezl web, že Vinton Gray Cerf a Bob Kahn vynalezli internet (TCP/IP) a že roku 1995 firma Netscape vydala první emisi akcií a pobudila tak internet k životu za zvuku polnice alarmující svět, aby vzal na vědomí start nové doby. Změny a nároky na adaptabilitu čekají nás všechny a v obtížné situace LPS zvláště.

Ano kolegové, nacházíme se ve 3. fázi globalizace, což je zpráva dobrá. Tou špatnou je fakt, že LPS neexistuje izolovaně, ale taktéž ve třetí fázi globalizace. Krátká rekapitulace. Zatímco 1. fáze probíhala v letech 1492 - 1800, kdy se velký svět měnil ve středně velký, týkala se států a probíhala díky hrubé síle, ve 2. fázi cca od roku 1800 do roku 1995 se střední svět změnil na malý a týkala se hlavně nadnárodních společností a hybnou silou se stala průmyslová revoluce. Současný svět ve 3. fázi globalizace se změnil z malého na miniaturní a hybnou silou je schopnost jednotlivce globálně spolupracovat a soutěžit.

Jsme svědky postupující digitalizace, virtualizace a automatizace prakticky všeho. Země, firmy i jednotlivci, kteří dokáží nástroje nových technologií využívat, nesmírně získají. A lékařská posudková služba jako celek a každý jednotlivec nesmí zůstat stranou, jinak dopadneme, jak předvídal již J. Neruda: „...kdo chvíli stál, již stojí opodál - ...“

Slovo globalizace používáme k popisu měnících se vztahů mezi vládami a velkými společnostmi. Jenže to co se děje dnes je rozsáhlejší a intenzivnější. Nejde pouze o komunikaci vládních úřadů, firem a společností, ale vznikají nové společenské, politické a podnikatelské modely. Zkušenosti firem a společností, které se nedokáží vyrovnat se změnami vyvolanými působením nových sil, jsou varovné, neboť rychlost změny je prostě smete. Naší výzvou je vstřebávat změny způsobem, který nás nezahltí, ale také neodsune na vedlejší kolej a pokud LPS nestojí na koleji prestiže a stability, pak je třeba se tam urychleně dopravit, přesunout.

S těmito úmysly, vědomí si nesmírného respektu k jednotlivým krokům, připravujeme několik let řadu na sebe navazujících projektů (viz. příspěvek „Perspektivy lékařské posudkové služby“).

A tak se vracím k roku 1995 - od tohoto roku nám internet vytvořil úplně nový svět, který slouží k uspokojování všech lidských potřeb, od potřeby sexuální až po potřeby uznání. Přichází doba, kdy si o sobě a své práci začínáme číst na internetu. A snad pouze poznámka ke slovu outsourcing. Všechno, co je možno digitalizovat, je možné též „outsourcovat“ - dodávat či zajišťovat externím dodavatelem, tj. firmou, která se pro některé konkrétní a jasně definované činnosti najme a vykoná požadované co nejlépe a nejlevněji. Díky takové firmě lze intelektuální práci dodávat z jakéhokoliv místa na světě kamkoliv.

Jedna z možných budoucností LPS v naší zemi: outsourcing, homesourcing, teleassessment - výrazy s nimiž se začínáme seznamovat. Jedna z výrazných postav světového sportu - Wayne Gretzky říkával, že nejde o to být tam, kde puk právě je, nýbrž tam, kde za okamžik bude. Taková je situace v LPS. I proto se vyskytujeme v lokalitě, kde puk teprve bude, neboť pokrok se zastavit nedá a to je dobrá zpráva.

MUDr. Bc. Rostislav Čevela
ředitel odboru posudkové služby MPSV

Motto: „V teorii není žádný rozdíl mezi teorií a praxí. V praxi ale je.“
(Lawrence Peter „Yogi“ Berra)

Perspektivy lékařské posudkové služby

MUDr. Bc. Rostislav Čevela, ředitel odboru posudkové služby MPSV

Posudková služba se nachází desetiletí v obtížné situaci, kdy na jedné straně se zvyšují nároky na kvalitu a objem posudkové činnosti, na druhé straně však dlouhodobě přetrvávají personální problémy v důsledku neatraktivní lékařské posudkové činnosti, stárnutí lékařů pracujících v lékařské posudkové službě a nedostatečného počtu lékařů se specializovanou způsobilostí v oboru posudkového lékařství. Posudková služba stojí na okraji zájmu odborné i laické veřejnosti, ačkoliv důsledky práce několika set posudkových lékařů vykazují dopad do státního rozpočtu cca 100 mld. Kč. ročně. Kumulace všech zmíněných vlivů předurčila systém LPS k nastolení účinných opatření, nemají-li pokračovat další problémy. Výsledkem zahájeného procesu reformy LPS by měla být samostatná, nezávislá, finančně zabezpečená lékařská posudková služba s vysoce kvalifikovanými odborníky a s významnými prvky organizačně procesní stability.

Abychom se zorientovali v zamýšleném reorganizačním procesu, dovolím si krátkou rekapitulaci.

Za počátek vzniku lékařské posudkové služby v naší zemi můžeme považovat aplikaci zákona č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Posuzování zdravotního stavu pojištěnců patřilo do činnosti lékařů, kteří měli pracovní právní vztah k Ústřední sociální pojišťovně nebo okresním pobočkám sociální pojišťovny. Dalším důležitým mezníkem se stal rok 1948, kdy došlo k podstatným změnám a to jak ve způsobu posuzování, tak i v organizaci posudkové služby. Systém byl tvořen Ústřední národní pojišťovnou a sítí okresních národních pojišťoven. V 50. letech byl zřízen Státní úřad důchodového zabezpečení, v jehož okresních úřadovnách pracovali taktéž posudkoví lékaři. V průběhu let byly podle sovětského vzoru zřizovány prvoinstanční i druhoinstanční posudkové komise se začleněním do struktury národních výborů. Posudkové komise měly zpočátku povahu znaleckého orgánu s laickým prvkem. V novodobé historii byl snížen počet členů posudkových komisí z pěti na tři a následně byly prvoinstanční posudkové komise převedeny do struktury nově vzniklých okresních správ sociálního zabezpečení a druhoinstanční posudkové komise k Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR. Úřad důchodového zabezpečení se transformoval v Českou správu sociálního zabezpečení.

K další podstatné změně došlo sjednocením posudkové služby, zabývající se dočasnou pracovní neschopností (řízené MZ ČR) s posudkovou službou sociálního zabezpečení, působící ve věcech sociálního zabezpečení (řízené MPSV ČR). Od poloviny roku 2006 do 1.července 2009 byla lékařská posudková služba v oblasti působnosti MPSV rozdělena na část „pojistných“ agend (ČSSZ) a část „nepojistných“ agend (LPS na 77 úřadech práce). Před několika měsíci tak sice došlo ke sjednocení lékařské posudkové služby pro účely sociálního zabezpečení v první instanci na okresních správách sociálního zabezpečení, ale tato změna byla již v době přípravy považována za dočasnou.

Opětovné sloučení prvoinstanční lékařské posudkové služby, není konečným řešením..

Považuji za nutné se dále zabývat uspořádáním, řízením a činností lékařské posudkové služby tak, aby cílový navržený model byl uspořádán po stránce věcné, procesní a organizační optimálně a současně splňoval „proklientský“ přístup, efektivitu, kvalitu a včasnost posudkových výstupů, vysokou odbornou úroveň a zásady ekonomiky řízení, a to při zachování kontrolní a řídicí činnosti státu.

Základní strategické principy pro dokončení transformace LPS lze shrnout do následujících bodů:

- 1) Sjedení definice hodnocení zdravotního stavu
- 2) Sjedení posudkové činnosti
- 3) Zavedení principu nezávislého posuzování zdravotního stavu
- 4) Důsledné respektování práva na odvolání (dvouinstanční posuzování)
- 5) Konečné a závazné rozhodnutí odvolacího orgánu v medicínských otázkách
- 6) Soudní žaloba jen v otázkách právních a procedurálních

Jako nezbytný podklad k transformaci LPS sloužily závěry a zjištění následujících projektů jak v oblasti organizace, tak v oblasti činnosti.

- 1) Veřejná zakázka (rok 2007) „**Názory lékařů a veřejnosti na práci lékařské posudkové služby**“ Sociologické šetření bylo koncipováno tak, aby obsáhlo pokud možno všechny základní personální problémy LPS. Nejdůležitější opatření vyplývající ze závěrů projektu
 1. Zvýšení kreditu posudkového lékaře na úroveň lékařů ve zdravotnictví
 2. Zvýšení atraktivity oboru
 3. Zlepšení finančního ohodnocení posudkových lékařů
- 2) Projekt (rok 2008) - „**Zefektivnění systému posudkové služby s možností snížení počtu každoročně podávaných posudků, řešení v podmínkách sjednocené posudkové služby**“ Projekt se zaměřil na možnosti zjednodušení posudkových činností, podkladů a výstupů z posudkové činnosti a využití informačních a komunikačních technologií na podporu zefektivnění procesů LPS. Hlavní zjištění projektu potvrzuje, že k dosažení efektivity bude nezbytné optimalizovat nastavení a obsah procesů, které odstraní nadbytečné duplicitní činnosti, zjednoduší administrativu, vedení evidence a zefektivní podporu LPS informačními a komunikačními technologiemi.
- 3) Projekt (rok 2008) „**Syndrom vyhoření u lékařů lékařské posudkové služby, jeho příčiny a řešení**“. Projekt navázal na výsledky projektu „Názory lékařů a veřejnosti na práci lékařské posudkové služby“. Cílem projektu bylo zjistit jaká je psychická odolnost stávajících posudkových lékařů na pracovní zátěž způsobenou nejen zvyšujícím se kvalitativním a kvantitativním objemem činnosti, ale zejména kontinuálně probíhajícími organizačními změnami lékařské posudkové služby a jak budou schopni a ochotni akceptovat plánované organizační uspořádání lékařské posudkové služby. Hlavním zjištěním projektu: stávající ani chystané organizační změny nebudou pro posudkové lékaře představovat nezvladatelnou psychickou zátěž, ale je zapotřebí zaměřit individuální personální práci na každého posudkového lékaře.
- 4) Projekt (rok 2009) „**Optimalizace institucionálního uspořádání, řízení a činnosti lékařské posudkové služby, zefektivnění její činnosti, možnosti uspořádání a činnosti lékařské posudkové služby mimo struktury orgánů sociálního zabezpečení v kontextu českých a zahraničních systémů a zkušeností**“.

Projekt vycházel ze závěrů projektu „Zefektivnění systému posudkové služby s možností snížení počtu každoročně podávaných posudků, řešení v podmínkách sjednocené posudkové služby“

a zaměřil se na nalezení variantního řešení optimálního institucionálního uspořádání LPS včetně zefektivnění současné činnosti.

K hlavním závěrům projektu patří dva variantní návrhy institucionálního uspořádání LPS:

1) Samostatný správní úřad LPS (řízen MPSV)

Umožní a zajistí rovný a efektivní přístup ke službám LPS a kvalitu výkonů. Možnosti posudků ve 2. instanci v rámci variant je však zapotřebí ještě dořešit.

2) Externí dodavatel služeb LPS (mimo struktury veřejné správy)

Model externího dodavatel představuje zavedení outsourcingu služeb LPS, tzn. dlouhodobě smluvně upravený vztah mezi orgány veřejné správy a soukromým sektorem, který vede k plnění veřejných úkolů. Cílem spolupráce je získat vyšší hodnotu pro veřejný sektor a vyšší efektivitu a kvalitu veřejných služeb pro občany. Podstatou navrhovaného institucionálního uspořádání je výběr externího dodavatele posudkových služeb.

Obě navržené varianty mají dvojnásobně vyšší skóre v procesní efektivitě oproti stávajícímu uspořádání. Výzvou zůstává vyřešení uspořádání PK MPSV.

5) Veřejná zakázka (rok 2009) „**Studie proveditelnosti k výkonu posudkových služeb v rezortu MPSV**“. Veřejná zakázka rozpracovává výsledky projektu „Optimalizace institucionálního uspořádání, řízení a činnosti lékařské posudkové služby, zefektivnění její činnosti, možnosti uspořádání a činnosti lékařské posudkové služby mimo struktury orgánů sociálního zabezpečení v kontextu českých a zahraničních systémů a zkušeností“ a identifikuje možnosti budoucího konceptu poskytování lékařské posudkové služby. Návrh koncepce poskytování lékařské posudkové služby formou externího subjektu a varianta vytvoření nového nezávislého posudkového orgánu by měly být časově navázány. Čekají nás 4 základní optimalizační kroky a následně 4 kroky technologické. Posloupnost vidíme následující:

- a) Sjednocení lékařských posudkových kritérií v jednotný posudek
- b) Zkrácení procesu vyřízení žádosti
- c) Vytvoření jednotného portálu informačních systémů a integraci
- d) Ekonomická a výkonnostní analýza

6) Mimo koncepčních projektů směřujících k řešení optimálních procesů a organizace LPS bych rád upozornil na projekt, který jsme pojali jako prostředek ke snižování administrativní zátěže lékařů, jde o projekt výzkumu HR 168/08 elektronická neschopenka včetně elektronického hlášení změn v průběhu pracovní neschopnosti.

Koncepce poskytování LPS se za poslední dva roky dvakrát výrazně proměnila a do budoucna se počítá s dalšími významnými reformami. S představou jasných cílů, kterých chceme dosáhnout, tj. nezávislý efektivně fungující posudkový úřad se špičkovými odborníky ve svém oboru, lze považovat současné přechodné turbulentní prostředí lékařské posudkové služby za sice méně komfortní, ale opodstatněné a s perspektivou dalšího rozvoje. Až po odzkoušení teoretických návrhů fungování LPS v praxi budeme moci zhodnotit důsledky organizačních a procesních změn pro lékaře a klienty, ale i pro stát. Bude záležet na aktivním přístupu každého lékaře tajemnice, pokud se mají vize transformovat do reality. Je zřejmé, že musíme po sjednocení lékařských posudkových kritérií a vytvoření jednotného posudku začít pracovat na vytvoření kontaktního posudkového místa, které povede k vysoké efektivitě LPS, neboť mimo jiné bude ověřovat, zda již jednotný posudek existuje, platnost posudku, ale též informování o stavu posudku a odeslání posudku žadateli. Doba je zralá začít provádět alokaci nákladových položek dle dílčích činností, stanovit požadované výkonnostní cíle pro jednotlivé typy činností LPS, určit na základě očekávaného počtu žádostí optimální počet lékařů a počty naplnit. Čeká nás nesmírně hodně výzev a doba si žádá množství iniciativ. Takže na závěr mohu vzpomenout J. Nerudu „Kdo chvíli stál, již stojí opodál - den žádný dvakrát se již nenarodí, čin dvakrát neuzraje“ a takový osud si LPS nezaslouží.

Motto: „Nápadněji dávají najevo smutek ti, kteří mají menší bolest“ (Tacitus Publius Cornelius)

Syndrom vyhoření u lékařů lékařské posudkové služby, jeho příčiny a řešení

(závěry projektu MPSV - GK MPSV -01-175/08)

MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D., MPSV - odbor posudkové služby

Úvod

Z důvodu poznání jaká je psychická odolnost stávajících posudkových lékařek a lékařů na pracovní zátěž způsobenou nejen zvyšujícím se kvalitativním a kvantitativním objemem činnosti, ale zejména kontinuálně probíhajícími organizačními změnami lékařské posudkové služby a jak budou schopni a ochotni akceptovat plánované organizační uspořádání lékařské posudkové služby (LPS), realizovalo ministerstvo práce prostřednictvím společnosti Faktum Invenio na konci roku 2008 dotazníkovou akci „Syndrom vyhoření u lékařů lékařské posudkové služby, jeho příčiny a řešení“. Strukturu souboru respondentů ukazuje tabulka č. 1

Tabulka č. 1. Struktura kvantitativního souboru posudkových lékařů

		Celkem	
		N	%
Celkem		353	100,0 %
Pohlaví respondenta	Muž	134	38,0 %
	Žena	219	62,0 %
Věk	Do 49 let	49	13,9 %
	50-59 let	136	38,5 %
	60 let a více	166	47,0 %
	Neuvedl	2	0,6 %
Počet let v oboru	Do 9 let	148	41,9 %
	10-19 let	125	35,4 %
	20 a více let	80	22,7 %
Zaměstnavatel	ČSSZ	254	72,0 %
	MPSV	34	9,6 %
	Úřad práce	65	18,4 %

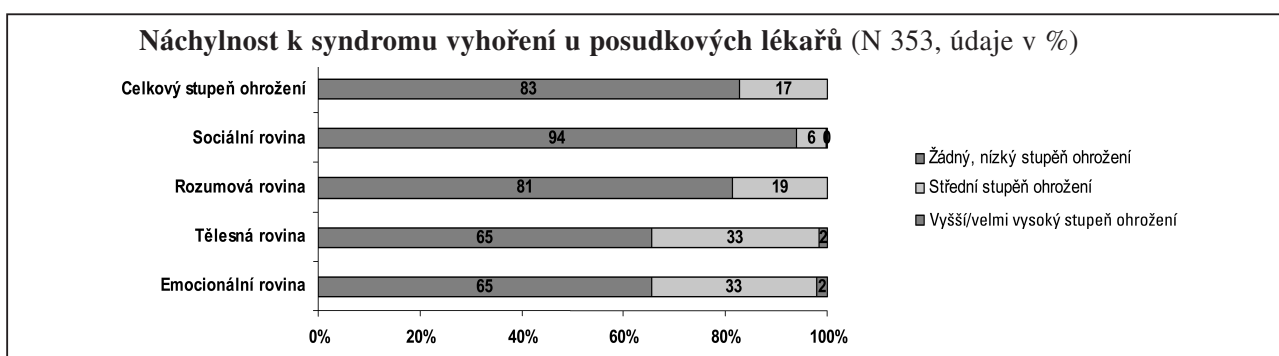
Metoda

Výzkumné šetření „Syndrom vyhoření u lékařů LPS, jeho příčiny a řešení“ bylo realizováno ve dvou fázích a respektovalo poměrné zastoupení probandů dle místa působiště, tzn. Česká správa sociálního zabezpečení, úřady práce a posudkové komise MPSV. V úvodní etapě projektu proběhly hloubkové rozhovory s 8 lékaři lékařské posudkové služby. V kvalitativní části výzkumu byla využita metoda individuálních hloubkových rozhovorů (in-depth interviews) Kvantitativní výzkum byl realizován pomocí telefonického dotazování (CATI). Telefonní rozhovor s posudkovým lékařem v průměru trval 21,5 minuty. Data byla zpracována a vyhodnocena statistickým softwarem SPSS. Ke zjištění přítomnosti příznaků syndromu vyhoření v rovině sociální, emocionální, rozumové a tělesné jsme použili inventář Tošnerových. Ještě před vlastním zahájením telefonického šetření byl všem posudkovým lékařům v České republice zaslán motivační dopis s žádostí o účast na výzkumu a s vysvětlujícími informacemi o projektu. Kvalitativní šetření bylo provedeno na vzorku 353 respondentů - posudkových lékařů Metodika zpracování výzkumu odpovídá standardům sdružení SIMAR a ESOMAR.

Hlavní zjištění

Jedním z hlavních zjištěných stresogenních faktorů profese posudkového lékaře je současný objem práce, tj. počet posudků, které musí lékař vyřešit. Jednoznačný požadavek lékařů na navýšení počtu posudkových lékařů a snížení objemu jejich práce by nahradilo převedení administrativní činnosti na asistentky/tajemnice, což, jak z výzkumu vyplývá, by lékaři i sami přivítali. Pokud lékaři vyjadřovali nějaké obavy do budoucna, pak se především týkaly transformace LPS. Proto řešitelé doporučují, aby vůči lékařům byla připravena správná komunikace sloučení a další následné reorganizace celé LPS. Zdůrazněny by měly být výhody, které nová koncepce s sebou přinese. Takováto komunikace napomůže k vyvrácení obav lékařů a přispěje ke zvýšení pracovního nasazení. Jistý podíl lékařů vyjádřil nespokojenost s metodikou/organizací práce, a proto se navrhuje využít zkušenosti lékařů LPS s dlouhou praxí v oboru pro tvorbu metodiky práce lékaře LPS. Participací lékařů na tvorbě metodiky a organizaci práce by se mohla zvýšit jejich zainteresovanost a tím i motivace k práci. Vzhledem k poměrně často zaznívajícimu pocitu nedocenenosti vyplývajícímu z vnímané nízké prestiže oboru, doporučují řešitelé projektu, aby tomuto aspektu byla věnována vyšší pozornost, tj. aby prestiž oboru byla posilována např. články v laickém i odborném tisku, zkouškami z posudkového lékařství na lékařských fakultách oceňováním práce lékařů LPS jejich nadřízenými atd. Jak z výzkumu vyplývá, více ohrožení syndromem vyhoření jsou věkově mladší lékaři. Tato věková skupina je pro posudkové lékařství z hlediska dlouhodobých perspektiv organizace práce zásadní a doporučujeme, aby právě těmto lékařům byla věnována zvýšená pozornost, především pak s ohledem na jejich potřeby a deklarované stížnosti. Graf. č. 2 přítomnost syndromu vyhoření dle inventáře Tošnerových.

Graf č. 2 Přítomnost syndromu vyhoření mezi posudkovými lékaři



Hlavní doporučení

Řešitelé doporučují zvážit myšlenku existence kariérního řádu. Ten je lékaři, především pak právě těmi mladšími, velmi vítán. Mladší lékaři jsou ochotni na sobě pracovat a pracovně se vyvíjet. Vytvoření kariérního řádu by pro ně bylo pracovně velmi motivující, především pak z hlediska perspektivy možnosti osobního růstu. Řešitelé doporučují při případné tvorbě kariérního řádu zvažovat rovněž benefity jako je mobil, notebook či služební automobil dle úrovně pozice. Dále doporučují zaměřit se, vzhledem k pocíťované pracovní přetíženosti, na technické vybavení pracovišť, především pak na kvalitu hardwarového a softwarového vybavení, vůči které mezi lékaři zaznívají vážné výhrady. Kvalitnější programy a přátelské uživatelské prostředí počítačových programů pro zpracování lékařských posudků umožní lékařům zefektivnit jejich práci. Velmi důležitá je u věkově mladších lékařů podpora vzdělávání nejen v posudkovém lékařství, ale i v ostatních lékařských oborech a větší propojení na „klinickou“ medicínu.

Závěr

Závěrečná zpráva je dobrým východiskem pro rozvoj personální politiky k personální stabilizaci lékařské posudkové služby, neboť definuje přijetí konkrétních opatření ke zlepšení kvality činnosti a kapacity LPS.. Ohrožení syndromem vyhoření u posudkových lékařů nemůžeme považovat dle zjištěných výsledků za alarmující, neboť střední stupeň ohrožení dle inventáře Tošnerových byl zjištěn pouze u necelé pětiny tázaných. Lze proto z výsledků šetření hypoteticky dovodit, že stávající ani chystané organizační změny nebudou pro posudkové lékaře představovat nevladatelnou psychickou zátěž. Více trpí vznikem ohrožení syndromem vyhoření posudkové lékařky než posudkoví lékaři. Rozdíly mezi ženami a muži byly shledány jako statisticky významné, a to v tělesné rovině. Ze závěrů šetření vyplývá, že je třeba i nadále s posudkovými lékaři personálně pracovat, nejlépe prostřednictvím profesionální firmy a větší pozornost by měla být zaměřena v souladu výsledky šetření věnována ženám. Za důležitá preventivní opatření vzniku ohrožení syndromem vyhoření posudkových lékařů považujeme zlepšení technického a hygienického vybavení pracovišť, včetně podpory IT, průběžné vzdělávání nejen v oboru samém, ale i v komunikaci a asertivním jednání, implementaci supervize, zavedení kariérního řádu. Dále snížení administrativní zátěže lékařů zkrácením řízení, zamezením podávání žádostí o posouzení tzv. „na zkoušku“ a bez potřebných podkladů. Posudkoví lékaři pocit osobního profesního nedocení a odbornou a laickou veřejností vyjadřované nízké ocenění prestiže celého oboru udávají jako jeden z hlavních faktorů nespokojenosti se svou profesí. Změnit vnímání činnosti lékařské posudkové služby však mohou především sami posudkoví lékaři.

Zefektivnění systému posudkové služby s možností snížení počtu každoročně podávaných posudků, řešení v podmínkách sjednocené posudkové služby

(závěry projektu MPSV - GK MPSV -01-174/08)

MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D., MPSV - odbor posudkové služby

Cíle

Cílem projektu bylo nalézt řešení stávajícího přetížení lékařské posudkové služby formou jednotlivých kroků se zjednodušením komunikačních technologií. Řešitelé projektu v první fázi analyzovali činnosti v rámci uspořádání a fungování lékařské posudkové služby. Současně bylo přihlédnuto k očekávaným úpravám organizační struktury po 1.7.2009 tj., znovu jednocení LPS v podmínkách ČSSZ. V oblasti procesní byly analyzovány postupy LPS pro účely jednotlivých dávkových systémů jak na prvním stupni řízení tak na druhém stupni. K právním předpisům bylo přihlíženo jen z pohledu úpravy organizační nebo procesní. Analýza naznačila i možné návaznosti na probíhající nebo připravované projekty a opatření i v dalších oblastech, které mohou efektivitu v LPS ovlivnit.

Hlavní zjištění

Řešitelé konstatují, že pouhá organizační změna LPS bude mít jen malé dopady na efektivitu jejího fungování. K dosažení efektivity bude nezbytné optimalizovat nastavení a obsah procesů, odstranit nadbytečné duplicitní činnosti, zjednodušit administrativu, vedení evidence a zefektivnit podporu LPS informačními a komunikačními technologiemi jako celku.

Některá z navržených řešení je možno realizovat v krátkodobém časovém horizontu jako např. používání jednotné SW podpory Posudky pro celou LPS, sloučení databázi ÚP, ČSSZ a MPSV, snížení počtu tiskopisů pro ošetřující lékaře za účelem zjišťování zdravotního stavu, racionalizace podmínek provádění kontrolních lékařských prohlídek, vytvoření jednotného postupu při posuzování zdravotního stavu klienta s tím, že při prvním vstupu klienta do systému LPS bude zpracováno komplexní zjištění zdravotního stavu a při dalších řízeních provádět jen aktualizaci zdravotního stavu a doplnění popisu zdravotního stavu. Ve střednědobém horizontu se jeví jako potřebné posílit odpovědnost ošetřujících lékařů při zpracování podkladů pro posouzení zdravotního stavu (podklady by měly být mnohem podrobnější a ucelené). V takovém případě by bylo možno povýšit tyto podklady na nedílnou součást posudku (příloha posudku) a LPS by zpracovávala pouze „garantované posud-

kové výstupy“ obsahující hodnocení stěžejních posudkově medicínských kategorií a potřebné skutečnosti pro rozhodovací činnost. Za náročnější podklady by bylo potřebné poskytnout vyšší úhradu a takové řešení by vedlo k omezení či nahrazení potřeby smluvních lékařů, kteří nyní zpracovávají pro posudkové lékaře podklady pro posouzení. Výsledné řešení by oddělilo popisnou zdravotně dokumentační část posudku od posudkových závěrů a výroků. Dalším z doporučení je i úvaha o možném zavedení poplatků za posouzení, které by mohlo ovlivnit chování klientů a snížení počtu nedůvodných žádostí. Posledním důležitým mechanismem je zavedení elektronické komunikace mezi zdravotnickým zařízením a LPS což by zefektivnilo předávání informovaní a snížilo administrativní náročnost procesů.

Závěr

Závěry projektu MPSV - GK MPSV -01-174/08 jasně prokázaly potřebu pokračování provádění dalších analýz jako podkladů pro nalezení optimálního uspořádání a činnosti LPS. Z uvedeného důvodu na projekt „Zefektivnění systému posudkové služby s možností snížení počtu každoročně podávaných posudků, řešení v podmínkách sjednocené posudkové služby“ přirozeně navázal projektu výzkumu HR 178/08 „Optimalizace institucionálního uspořádání, řízení a činnosti lékařské posudkové služby, zefektivnění její činnosti, možnosti uspořádání a činnosti lékařské posudkové služby mimo struktury orgánů sociálního zabezpečení v kontextu českých a zahraničních systémů a zkušeností“. Teprve však až po aplikaci do praxe konečného výsledku všech projektů hledajících optimální organizačně procesní uspořádání LPS, budeme moci celkově vyhodnotit navržená teoretická řešení.

Motto: „Nestačí vědět, vědění se musí použít“ (Johann Wolfgang von Goethe).

Výsledky vlámsko českého projektu o vzdělávání posudkových lékařů

**Training for the assessment service of doctors in compliance with
the implementation of Guidelines 2005/36/ES and
the assessment service organization.**

**Vzdělávání lékařů posudkové služby v souladu s implementací
Směrnice 2005/36/ES a organizace posudkové služby**

MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D., MPSV - odbor posudkové služby

Vlámsko- český projekt spolupráce

Seminářem na téma „Celoživotní vzdělávání lékařů lékařské posudkové služby v souladu s implementací směrnice 2005/36/ES“ byl zahájen v září roku 2008 projekt vlámsko české spolupráce. Projekt, vybraný k realizaci jako jediný z projektů nejen MPSV, ale i v celé ČR, vznikl v rámci realizace spolupráce dané prováděním Dohody o spolupráci mezi vládou České republiky a vlámskou vládou. Projekt garantovala vlámská vláda a realizovala instituce Vlaamse Christelijke Mutualiteit (VCM) z Bruselu prostřednictvím Jean - Pierre Descana, vedoucího mezinárodního oddělení Národní křesťanské aliance vzájemného pojištění (ANMC) z Bruselu. Odbornými garanty projektu za vlámskou stranu se stali Michael Callens, vedoucí lékař Křesťanského nemocenského fondu z Bruselu a Peter Donceel profesor revizního a posudkového lékařství a ředitel odboru pracovní a pojistné medicíny a medicíny životního prostředí Katolické univerzity v Leuvenu. Projekt ukončený prosinci roku 2008 přinesl poznatky o systému zdravotní a sociální péče v Belgii, o vzdělávání posudkových lékařů - „lékařských poradců“ a o náplni jejich činnosti. Získané poznatky budou využity jako jeden z podkladů pro další činnost lékařské posudkové služby.

Posuzování pracovní neschopnosti v belgickém systému sociálního zabezpečení

Pokud zaměstnanec nebo osoba samostatně výdělečně činná nemůže nadále vykonávat práci z důvodů nemoci či úrazu, může nárokovat nemocenskou z **národního pojištění invalidity a zdravotní péče**. Jde o sociální pojištění v rámci belgického systému sociálního zabezpečení. Další sociální pojištění kryjí rizika nezaměstnanosti, stáří, postižení, nemocí z povolání a pracovních úrazů. Pojištění invalidity a zdravotní péče je všeobecným systémem dávek.

Kritéria pracovní neschopnosti jsou stanovena zákonem ze 14. července 1994 (Zákon GVU týkající se povinného pojištění dávek a zdravotní péče). Tento zákon zároveň předpokládá i pojištění

dávek u osob samostatně výdělečně činných s odlišnými kritérii. Neméně důležitá či ještě důležitější než kritéria pracovní neschopnosti je organizace posudkového a revizního lékařství, tedy lékařů sociálního pojištění. U pojištění dávek posuzují pracovní neschopnost lékaři sociálního pojištění, které zaměstnává nemocenský fond: jde o tzv. „lékařské poradce“. Ti jsou zaměstnanci nemocenských fondů, musí však dodržovat obecné zásady Národního institutu.

Lékařský poradce konstatuje stav počáteční pracovní neschopnosti (za prvních 12 měsíců) a určuje jeho trvání. Rozhodnutí lékařského poradce je pro pojišťovnu závazné.

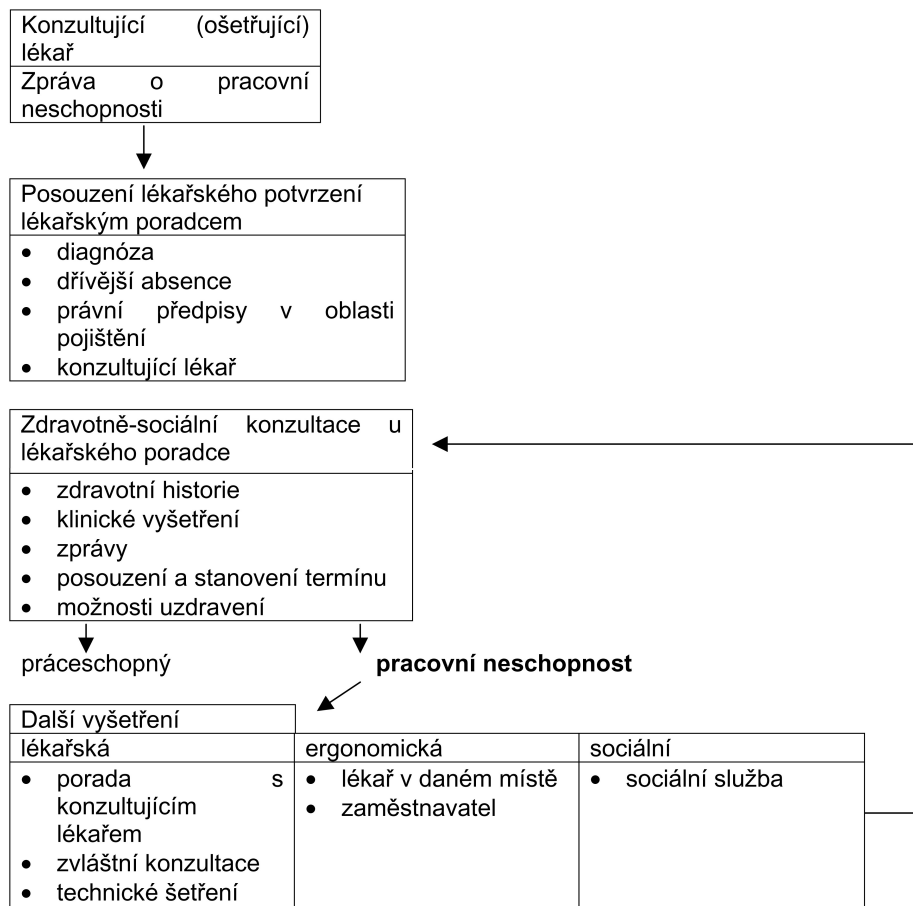
V průběhu jakéhokoli období invalidity, tzn. po více než 12 měsících v pracovní neschopnosti, přijme rozhodnutí Rada pro zdravotní postižení na žádost lékařského poradce. Obecné pravidlo, že prevence je lepší než léčba, se týká i poškození zdraví. V ideálním případě mají veškeré zásahy ze strany pojištění vést k tomu, aby poškození v maximální možné míře předcházely. Pokud ke škodě přece jen dojde, pak je nejlepším postupem zaměřit se na omezení škody a co nejrychlejší uzdravení. V rámci pojištění nemocenských dávek existuje v současné době jen několik málo či vůbec žádné možnosti věnovat pozornost primární prevenci pracovní neschopnosti. V naší zemi toto spadá spíše do domény lékařství, které se týká zaměstnanců. Jakmile dojde ke škodě v důsledku pracovní neschopnosti, je podstatou příslušné zdravotně pojistné politiky co nejrychleji a nejefektivněji přinést uzdravení.

Organizace posuzování pracovní neschopnosti

Z pohledu pojištění se rozlišuje mezi obdobím invalidity, která začíná po uplynutí jednoho roku pracovní neschopnosti, a předchozím obdobím počáteční pracovní neschopnosti. V předpisech pro zaměstnance zůstává kritérium pracovní neschopnosti po dobu trvání invalidity nezměněno. V programu pro osoby samostatně výdělečně činné se začátek invalidity kryje s prodloužením souvisejících povolání.

Posouzení pracovní neschopnosti je zcela v rukou lékařských pracovníků. Během počáteční pracovní neschopnosti provádí posouzení a přijímá rozhodnutí lékařský poradce nemocenského fondu, s nímž je pojištěnec spojen. Schéma č. 1

Schéma č.1: Organizace posuzování pracovní neschopnosti v rámci nemocenského pojištění v době počáteční pracovní neschopnosti



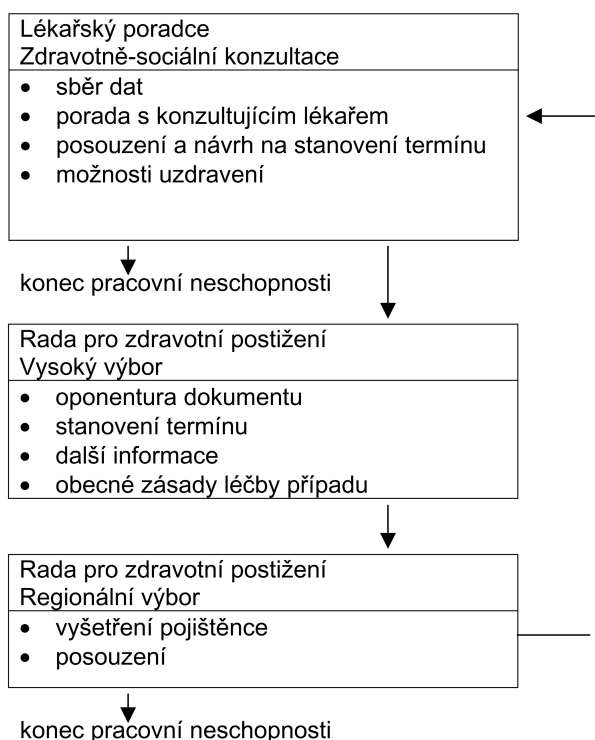
Pojištěnec, který se stal práce neschopným, tuto skutečnost oznamuje přímo lékařskému poradci a to formou potvrzení o pracovní neschopnosti, což je lékařské potvrzení od jeho konzultujícího lékaře, v němž je uvedena diagnóza či zdravotní důvod pracovní neschopnosti. Na základě tohoto potvrzení, dřívějších absencí a spisu zdravotního pojištění lékařský poradce rozhoduje, zda lze pracovní neschopnost uznat. Právě on stanovuje dobu tohoto uznání.

Datum uznání určuje období předvolání ke **zdravotně sociální konzultaci** konzultujícího lékaře. Pokud pojištěnec v této fázi nezačal opětovně pracovat, musí se dostavit na konzultaci. Lékařský poradce rozhoduje na základě zdravotní historie a klinického vyšetření, doplněného o výsledky provedených vyšetření. V případě pokračující pracovní neschopnosti vychází její trvání z lékařských znalostí. V případě práceschopnosti je pojištěnec poslán zpět do své práce, event. odkázán na podporu v nezaměstnanosti.

Komunikace mezi lékařským poradcem a konzultujícím lékařem má zásadní význam pro rychlé a správné posouzení pracovní neschopnosti na základě skutečností. Výměna podrobností je organizována podle kodexu praxe a formou státem nařízeného sdílení profesního tajemství. V případě nutnosti může lékařský poradce nechat provést další vyšetření pokud možno, avšak nikoli povinně, u konzultujícího lékaře. To by mělo umožnit shromáždění nezbytných údajů, vyžadovaných k prvnímu a zásadnímu kroku každého posouzení pracovní neschopnosti, tedy bezodkladné důkladné kvantitativně lékařské diagnóze a prognóze.

Během období invalidity již lékařský poradce není jediným, kdo rozhoduje o trvání pracovní neschopnosti či invaliditě . Schéma č.2

Schéma č. 2: Organizace posuzování pracovní neschopnosti v průběhu období invalidity



Na konci období počáteční pracovní neschopnosti musí lékařský poradce vypracovat zprávu pro Radu pro zdravotní postižení, která obsahuje návrh na uznání invalidity. Rada pro zdravotní postižení nedávno vypracovala obecné zásady pro přípravu těchto zpráv, aby dosáhla větší stejnorodosti v oblasti posuzování. Zpráva lékařského poradce je uceleným souborem jeho vlastních úvah o případu, doplněným o shrnutí zpráv z dalších vyšetření.

Rada pro zdravotní postižení, která je sestavena z lékařských poradců a kontroluje lékařské poradce Belgického národního institutu pro zdravotní pojištění a pojištění invalidity (RIZIV), funguje jako oponentní orgán. V 90 % případů je návrh lékařského poradce zcela nebo zčásti přijat. V ostatních případech je pojištěnec vyšetřen a posouzen radou, sestávající ze 3 lékařů pojišťovny, na regionálním oddělení Rady pro zdravotní postižení.

Ačkoli Rada pro zdravotní postižení je orgánem, který rozhoduje o době invalidity, ve skutečnosti funguje jako dozorčí rada. Pojištěnec nadále sleduje a pečuje o něj lékařský poradce, přičemž k tomu má k dispozici stejné prostředky jako v počátečním období. Za žádných okolností nemůže to, že rozhodnutí přijímá Rada pro zdravotní postižení, sloužit jako důvod ke snížení odpovědnosti lékařského poradce či ukončení jeho dohledu, který má za cíl opětovné začlenění do pracovního procesu.

V případě, že pojištěnec nesouhlasí s rozhodnutím, že je práce schopný ve smyslu Zákona GVU, může se obrátit na Pracovní tribunál. Pokud soudce není schopen spor okamžitě rozhodnout, jmenuje nezávislého lékařského odborníka. Po vyšetření ze strany odpůrce v souladu s předpisy o lékařské odbornosti, předloží soudu písemnou radu, který poté vynese v daném sporu rozsudek. Odvoláním k vyšší instanci se zabývá Pracovní soud.

Kompetence lékařského poradce

Posouzení pracovní neschopnosti v rámci nemocenského pojištění vychází z kritérií „všechno nebo nic“, přičemž většina z nich pochází ještě z minulého století, kdy byly zavedeny první právní normy v oblasti sociálního pojištění. Zaměstnávání se od té doby výrazně změnilo, což má vliv i na uplatňování v praxi.

Ekonomická definice pracovní neschopnosti je posuzována z lékařského pohledu. V počátečním období výhradně lékařským poradcem nemocenského fondu. Od dvanáctého měsíce dále, tedy v období invalidity, hraje rozhodující a dozorčí roli Rada pro zdravotní postižení. Možnosti uzdravení existují, ale jsou spíše výjimkou než pravidlem. K částečnému či postupnému znovuzahájení práce a určitě také rekvalifikačním dochází pouze u (příliš?) malé části osob v pracovní neschopnosti. S touto situací by mohlo částečně souviset právo na uzdravení, ale nikoli povinnost uzdravení. Je zajímavé, že v oblasti nemocenského pojištění nefungují žádné vědecké normy a kritéria posuzování pracovní neschopnosti. K nápravě tohoto stavu bylo do Zákona GUV zapracováno zřízení lékařsko-technické rady pro pojištění nemocenských dávek. V právních normách týkajících se nemocenského pojištění je mandát lékařského poradce popsán především jako mandát kontrolní.

Pokud rozebereme příslušné předpisy z perspektivy uzdravení, v souladu se zásadami odškodnění, jsou nejvýznamnějšími nástroji, které má lékařský poradce k dispozici, tyto:

- 1) Pouze lékařský poradce zodpovídá za postup předvolávání pacientů a rozhoduje o něm. On rozhoduje, jak často a kdy bude v kontaktu s pojištěncem v pracovní neschopnosti během lékařsko-sociální konzultace. Lékařský poradce má volnou ruku při určování obsahu konzultace.
- 2) Existují téměř neomezené možnosti v oblasti výměny dat s odvětvím léčby. Jak v právních normách, které se zabývají nemocenským pojištěním, tak v lékařském kodexu praxe (sdílení profesního tajemství) se spíše volí spolupráce než diferenciaci sociální a léčebné medicíny. Od okamžiku ohlášení nemoci (lékařské potvrzení s uvedením diagnózy) může lékařský poradce v případě zájmu použít údaje jakýchkoli provedených vyšetření a dokonce může jít ještě dále tím, že se poradí ohledně dalších terapeutických plánů a požádá o informace k nim. Navíc, aby lékařský poradce dospěl ke správnému posouzení a odborné rehabilitaci, může si vyžádat další lékařská vyšetření, pokud možno a obvykle v první instanci od konzultujícího lékaře.
- 3) Lékařský poradce se rovněž může obracet na další poskytovatele péče či instituce, např. lékaře v daném místě, psychologa v práci či profesně zaměřené pracoviště a radit se s nimi.
- 4) Neurčitá kritéria postupného nebo částečného návratu do práce poskytují lékařskému poradci prostor směrem k další reintegraci a uzdravení v maximální míře.
- 5) Místo lékařského poradce v rámci orgánu sociálního pojištění je vynikající příležitostí ke spolupráci s dalšími službami, např. ze strany sociálních pracovníků.
- 6) Práce organizovaná ve skupině umožňuje diskutovat případy s dalšími lékařskými poradci (vzájemné posuzování a kontrola mezi kolegy).

Úkolem lékaře pojišťovny či lékařského poradce je obecně využívání možností v rámci (a občas navzdory) aktuálnímu právnímu rámci pro uzdravení, který již máme, a účinně podporovat pojištěného jednotlivce směrem k co nejúplnějšímu opětovnému začlenění do společnosti a pracovního procesu.

Vzdělávání belgických lékařů sociálního zabezpečení

Lékař může pracovat jako lékařský poradce pro nemocenský fond po absolvování dvouletého magisterského vzdělání (Master Degree) v pojistné medicíně a zdravotně.právní kvalifikaci. Výuka je zajišťována na třech univerzitách, a to v Ghentu, Leuvenu a Antverpách. Výuka obsahuje šest modulů:

- 1) Posuzování tělesného poškození (posuzování snížení pracovní schopnosti,etika,psychiatrická postižení,apod.)
- 2) Pojistná medicína v sociálních pojišťovnách(organizace sociálního pojištění,organizační a ekonomické aspekty zdravotní péče,apod.)
- 3) Pojistná medicína v soukromých pojišťovnách (organizace komerčního pojištění, medicínsko-právní specializace, odpovědnost a pojistná legislativa,apod.)
- 4) Pracovní a mimopracovní výkonnost a rehabilitace (práce zdraví, a nemoc, psychologie práce a zdraví, povolání a pracovní trh,apod.)
- 5) Kvantitativní metody (epidemiologie a biostatika, správa zdravotních údajů)
- 6) Závěrečná práce a praxe (praxe 8 týdnů, mezi univerzitní řídicí skupina schvaluje téma závěrečné práce a jmenuje promotora a spolu promotora)

Po dosažení titulu Master Degree následuje kontinuální vzdělávání a každý rok jsou předepsána čtyři povinná odborná školení na aktuální témata. Lékař dokládá, kolik kreditů ve vzdělávacích programech získal. Nesplnění předepsaného počtu kreditů může být důvodem k ukončení pracovního poměru lékaře. Výuka lékařského poradce v Belgii se realizuje na akademické půdě a následně v rámci celoživotního vzdělávání mohou proto lékaři získat i další akademické hodnosti jako Ph.D., docentury či profesury.

Závěr

I belgický systém posuzování pracovní neschopnosti a invalidity prochází neustálými změnami, které mají v první řadě za cíl na základě moderních lékařských poznatků posuzování pracovní schopnosti či neschopnosti a ve svém důsledku v co nejkratším čase vrátit pojištěnce na pracovní trh. S tím souvisí možnosti lékařského poradce vyžádat si doplňující vyšetření, což je totožné s naším systémem, ale navíc poslat pojištěnce na rehabilitaci, což je v našem systému otázka dobrovolnosti. Rovněž je kladen velký důraz na spolupráci se všemi profesemi nejen lékařskými, ale i např. sociálními pracovníky. Neopominutelná je otázka etických pravidel činnosti lékařských poradců, neboť etický kodex je pro jejich činnost závazný. Náplní činnosti odpovídá i náročnost požadovaného magisterského vzdělání, na které navazuje povinné celoživotní vzdělávání. V ČR je současné době připraven návrh vyhlášky o oborech specializačního vzdělávání lékařů. Zda se postgraduální vzdělávání posudkových lékařů v ČR vydá podobně náročnou cestou jako je vzdělávání lékařských poradců v Belgii, a jak se v praxi odrazí aplikace nové vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a o oborech certifikovaných kurzů, na kvalitě postgraduálního vzdělávání posudkových lékařů, budeme moci hodnotit až s potřebným časovým odstupem. S jistotou můžeme však říci, že informace a podněty získané z vlámsko českého projektu o vzdělávání posudkových lékařů se stanou podkladem k další náročné personální práci s posudkovými lékaři v probíhajících organizačních změnách lékařské posudkové služby. A protože je vzdělávání schopnost porozumět druhým, jak řekl J.W. von Goethe, snad i tento projekt přispěl k hlubšímu vzájemnému porozumění mezi partnery projektu.

Lékařská posudková služba a výzkumná činnost

MUDr. Alena Zvoníková, MPSV - odbor posudkové služby

Mgr. Jarmila Tábořská, MPSV - odbor posudkové služby

Posudková služba sociálního zabezpečení

Posudková služba sociálního zabezpečení působí v České republice na úrovni České správy sociálního zabezpečení a Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“) a posuzuje v zákonem stanovených případech zdravotní stav a pracovní schopnost fyzických osob pro účely sociálního zabezpečení.

Nezbytnou součástí oboru posudkového lékařství je studium vývoje zdravotního stavu obyvatel České republiky, demografických analýz, analýz nemocnosti a pracovní neschopnosti, invalidity, úrazovosti apod., s vyhodnocováním dopadu do oblasti posudkových systémů a sociálního zabezpečení a zaměstnanosti. Sběr dat z výkonu lékařské posudkové činnosti, analýzy údajů, epidemiologická sledování spojená se zdravotními postiženími, nemocemi z povolání, úrazy, pracovními neschopnostmi a invaliditami, jsou cenným zdrojem při tvorbě předpisů pro oblast posuzování zdravotního stavu a pro poskytování dávek a služeb sociálního zabezpečení a zaměstnanosti. S oborem posudkové lékařství a lékařskou posudkovou činností souvisí i další oblasti, a to zejména problematika vzdělávání v lékařské posudkové službě, efektivita její činnosti, otázky kvality a spolehlivosti posudků, optimalizace zatížení, mezioborová spolupráce atd. I když se výše uvedená problematika promítá do kompetencí a činností útvarů řídicích činností lékařské posudkové služby, zejména pak MPSV jako ústředního orgánu státní správy, který řídí a kontroluje výkon státní správy v sociálním zabezpečení, jsou potřeby v oblasti teoretického poznání a vědecko výzkumné činnosti pro potřeby posudkové služby, podstatně rozsáhlejší. Posudkové lékařství a lékaři posuzující zdravotní stav pro účely sociálního zabezpečení a zaměstnanosti jsou v důsledku svého specifického postavení v rámci zdravotní péče a specializačních oborů znevýhodněni tím, že nemají vlastní klinickou základnu, která by pro potřeby oboru a terénní praxe zajišťovala teoretický základ oboru a oblast vědecko výzkumné činnosti. Probíhající reforma sociálního zabezpečení, prováděná modernizací systémů sociální ochrany, vznikem nových systémů a řešením globálních problémů jako např. udržitelnost rozvoje, stárnutí populace, sociální vyloučení apod., měla dopad nejen na činnost resortu, ale i na lékařskou posudkovou službu. Lékařská posudková služba, zejména v oblasti koncepční činnosti pro potřeby jednotlivých sociálních systémů, neměla vždy dostatečné domácí odborné zdroje jako teoretickou a odbornou oporu pro nová řešení a koncipování nových posudkových systémů. Proto bylo a je doposud využíváno zahraničních teoretických i praktických poznatků a informací. Absence klinické základny v posudkovém lékařství si vyžádala náhradní řešení formou projektů výzkumu pro potřeby státu. Poprvé k tomuto způsobu, kterým chtělo vedení lékařské posudkové služby MPSV získat široké odborné výstupy, převyšující rámec úkolů věcně příslušného oboru, bylo přikročeno koncem 90. tých let minulého století.

Počátky výzkumné činnosti pro potřeby posudkové služby

V roce 2001 byl realizován projekt „Analýza příčin oduznávání plné a částečné invalidity a jejich sociálně pracovní důsledky“, jehož řešitelem byl Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Zpracování zhodnotilo vzájemné návaznosti jednotlivých oblastí sociálního zabezpečení a jejich vztah s oblastí zaměstnanosti. Následně pak byl téhož roku uskutečněn projekt „Motivace lékařů k práci v posudkové službě sociálního zabezpečení a návrh řešení nepříznivé personální situace na tomto úseku“, jehož řešitelem byla Česká správa sociálního zabezpečení. Výsledek projektu naznačil řešení ve formě komplexu opatření ve dvou rozhodujících oblastech: v postavení posudkových lékařů vůči lékařům jiných medicínských oborů a ve zvýšení společenského postavení, kompetencí a prestiže posudkových lékařů. V dalším roce, v roce 2002 byl realizován výzkumný úkol „Porovnání invalidizace v českém důchodovém systému a v evropských zemích“, jehož řešitelem byl Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Výsledné řešení bylo zúročeno z pohledu MPSV při zpracování důležitých materiálů týkajících se navrhovaných koncepčních změn při přípravě 1. etapy důchodové reformy.

Nové potřeby ve výzkumné činnosti

V roce 2007 proběhlo „Šetření názorů občanů, odborné lékařské veřejnosti a lékařů posudkové služby sociálního zabezpečení“, které bylo zpracováno agenturou Faktum Invenio, s.r.o. Výstupy řešení zhodnotily, jak veřejnost vnímá lékařskou posudkovou službu, jak sami posudkoví lékaři vidí své postavení na poli pracovním i společenském a jak je lékařská posudková činnost vnímána ošetřujícími lékaři, pracujícími v resortu zdravotnictví. V souvislosti s přípravou 1. etapy důchodové reformy vznikla znovu potřeba využít možnosti projektového řešení jedné ze stěžejních posudkových problematik, a to posuzování zdravotního stavu a invalidity pro účely důchodového pojištění. V letech 2007 až 2008 byl realizován projekt výzkumu pro potřeby státu „Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti ve vztahu k zdravotním postižením dle Mezinárodní klasifikace nemocí a s přihlédnutím k Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností“, jehož řešitelem se stala Česká lékařská společnost J.E. Purkyně. Zadané řešení bylo zaměřeno na zpracování problematiky ve vztahu k nejčastějším příčinám invalidity, a to k nemocem pohybového a nosného ústrojí, nemocem srdce a oběhu, nemocem onkologickým, nemocem neurologickým, poruchám duševním a poruchám chování. Závěrečná zpráva uvedeného řešitele projektu výzkumu, schválená vedením MPSV, představuje odborný metodický návod pro posudkovou praxi (jako „posudkové guidelines“) pro posuzování invalidity a odborný podklad pro zpracování návrhu prováděcího právního předpisu pro posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity. V návaznosti na ukončení uvedeného projektu řešitel projektu - Česká lékařská společnost J.E. Purkyně - zastoupená prof. MUDr. J. Blahošem, Dr.Sc., spoluřešitelé jednotlivých částí řešení spolu s odborným garantem projektu za MPSV, uspořádali veřejnou prezentaci výsledku projektu dne 6.10.2008 v sídle České lékařské společnosti J.E. Purkyně (dále jen ČLS JEP), v Lékařském době. Veřejné prezentace v rámci programu ČLS JEP se zúčastnilo cca 110 pozvaných účastníků z řad zástupců odborné medicíny, zástupců zainteresovaných odborů MPSV a předsedů posudkových komisí MPSV, zástupců lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení a lékařské posudkové služby úřadů práce, zástupců odborových svazů, zaměstnavatelů a organizací a sdružení osob se zdravotním postižením. Jednotlivé řešitelské výstupy projektu přiblížili jednotliví spoluřešitelé přítomným a v rámci svých prezentací akcentovali, jak se pokroky lékařské vědy promítají do kvality života a schopnosti pracovního začlenění.

Na uvedený projekt výzkumu navázala v roce 2008 realizace druhé části řešení dané materie formou veřejné zakázky na téma „Zpracování odborných lékařských podkladů pro funkční posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti“ zaměřené na zbyvajících okruhy příčin invalidity: infek-

ce a parazitární nemoci, poruchy mechanismu imunity, poruchy endokrinní, výživy a přeměny látek, nemoci oka a očních adnex, nemoci ucha a bradavkového výběžku, nemoci dýchací soustavy, nemoci trávicí soustavy nemoci kůže a podkožního vaziva, nemoci močové a nemoci pohlavní soustavy. Řešitelem předmětné veřejné zakázky se stala ČLS JEP.

Výsledné řešení veřejné zakázky bylo rovněž prezentováno zástupci MPSV a zástupci ČLS JEP na odborném semináři v prostorách Lékařském domě, dne 10. 3. 2009. Výsledná řešení citovaného projektu výzkumu i veřejné zakázky byla pak představena Parlamentu ČR - Poslanecké sněmovně - na semináři dne 9. dubna 2009 prezentována jednotlivými spoluřešiteli; zástupci MPSV byl pak zdůrazněn význam materie, coby odborných lékařských podkladů pro zpracování prováděcího právního předpisu k novele zákona o důchodovém pojištění a dále jako odborného podkladu pro činnost lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení na úseku posuzování zdravotního stavu pro účely důchodového pojištění. Dále byl zdůrazněn význam renomovaného řešitele/zpracovatele věci, sdružujícího všechny odborné lékařské společnosti v ČR, zaručující potřebnou následnou společenskou podporu legislativního řešení věci.

V návaznosti na uvedený projekt výzkumu a veřejnou zakázku je v roce 2009 realizována veřejná zakázka „Klasifikace funkčních schopností a vyjádření stupně postižení u osob se zdravotním postižením do 18 let věku“. Řešitelem je rovněž ČLS JEP. Jde o získání podkladových materiálů navazujících na předešlý projekt výzkumu a veřejnou zakázku - se zaměřením na dospělé populaci.

V roce 2008 byly dále realizovány formou projektu výzkumu pro potřeby státu dvě důležitá témata: „Zefektivnění systému posudkové služby s možností snížení počtu každoročně podávaných posudků, řešení v podmínkách sjednocené posudkové služby“ zaměřený na možnosti zjednodušení posudkových činností, podkladů a výstupů z posudkové činnosti a využití informačních komunikačních technologií na podporu zefektivnění procesů lékařské posudkové služby, kde řešitelem byla firma Deloitte Advisory s.r.o., a „Syndrom vyhoření u lékařů lékařské posudkové služby, jeho příčiny a řešení“ zaměřený na problematiku psychické odolnosti stávajících posudkových lékařů na pracovní zátěž způsobenou nejen zvyšujícím se kvalitativním a kvantitativním objemem činnosti, ale zejména kontinuálně probíhajícími organizačními změnami lékařské posudkové služby a na ochotu akceptace plánovaného organizačního uspořádání lékařské posudkové služby, kde řešitelem byla agentura Factum Invenio, s.r.o.

V roce 2009 pak byl realizován projekt výzkumu „Optimalizace institucionálního uspořádání, řízení a činnosti lékařské posudkové služby, zefektivnění její činnosti, možnosti uspořádání a činnosti lékařské posudkové služby mimo struktury orgánů sociálního zabezpečení v kontextu českých a zahraničních systémů a zkušeností“, jehož řešitelem se stala firma Deloitte Advisory s.r.o. Výsledné řešení představuje dva variantní návrhy institucionálního uspořádání lékařské posudkové služby (Samostatný správní úřad LPS řízen MPSV nebo Externí dodavatel služeb LPS - mimo struktury veřejné správy) a dále projekt výzkumu „Elektronická neschopenka včetně elektronického hlášení změn v průběhu pracovní neschopnosti jako prostředek ke snížení administrativní zátěže ošetřujících lékařů, zefektivnění součinnosti orgánů nemocenského pojištění, lékařské posudkové služby a ošetřujících lékařů a možnosti efektivního provádění kontroly posuzování dočasné pracovní neschopnosti; možnosti propojení na program EPN“, jehož řešitelem byla firma Deloitte Advisory s.r.o. Výsledné řešení úzce souvisí s nabytím účinnosti zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů s tím, že závěrečná zpráva řešitele po schválení vedením MPSV, bude předána České správě sociálního zabezpečení k dalšímu projektovému využití.

V tomto roce je dále realizována veřejná zakázka „Studie proveditelnosti k výkonu posudkových služeb v rezortu MPSV“, která rozpracovává výsledky projektu „Optimalizace institucionálního

uspořádání, řízení a činnosti lékařské posudkové služby, zefektivnění její činnosti, možnosti uspořádání a činnosti lékařské posudkové služby mimo struktury orgánů sociálního zabezpečení v kontextu českých a zahraničních systémů a zkušeností“ a identifikuje možnosti budoucího konceptu poskytování lékařské posudkové služby. Řešitelem se stala fa IBM.

Další záměry

Vzhledem k tomu, že MPSV věnuje velkou pozornost činnosti lékařské posudkové služby, podmínkám její činnosti, organizaci i kvalitě výstupů, promítá se tato skutečnost i do plánu vědecko-výzkumné činnosti na období let 2010 až 2011. Z hlediska vědecko-výzkumné činnosti a potřeby získání odborných podkladů pro nová koncepční řešení již bylo odborem posudkové služby navrženo pro rok 2010 pět zadání projektů výzkumu s tím, že tři z nich (níže uvedené) jsou považována za stěžejní ve smyslu návaznosti na dosavadní projektovou činnost.

- „Identifikace poruchy mobility osob se zdravotním postižením, možnosti hodnocení dopadu zdravotního postižení na mobilitu s ohledem na věk, sociální postavení a sociální začlenění“;
- „Právní aspekty zřízení samostatného úřadu k posuzování zdravotního stavu v resortu práce a sociálních věcí, popř. převedení těchto kompetencí zcela nebo zčásti na externího dodavatele mimo strukturu orgánů veřejné správy“ a
- „Zjištění stresové zátěže a faktorů ovlivňujících odolnost vůči stresu posudkových lékařů v probíhající reorganizaci lékařské posudkové službě“.

Hodnocení dosavadní výzkumné činnosti

Vedení lékařské posudkové služby přistupuje k vědecko-výzkumné činnosti odpovědně, neboť má zájem modernizovat lékařskou posudkovou službu z hlediska kvality a spolehlivosti posudkových systémů, funkčnosti, spolehlivosti a efektivity organizace, řízení a práce lékařské posudkové služby. K tomu přistupují i širší sociální souvislosti ve vazbě na dávkové systémy, principy sociálního začleňování a zajištění ochrany zájmů jak nositelů dávkových systémů, tak osob se zdravotním postižením. Nedílnou součástí přístupu MPSV k problematice lékařské posudkové služby je i její postavení a činnost v mezinárodním kontextu. Jde zejména o využívání zahraničních zkušeností, srovnatelnosti našich a zahraničních posudkových systémů a oblast organizace a činnosti lékařské posudkové služby. Z pohledu lékařské posudkové služby a téměř desetiletých zkušeností s využíváním výzkumu pro potřeby státu je nutno ocenit pozornost, jakou věnuje MPSV a jeho odborné útvary přípravě, zadávání řešení projektů výzkumu a jejich administrativně organizačnímu zajištění včetně hledání optimálních řešení. Rovněž je třeba zmínit i dosavadní dobrou spolupráci s řešiteli projektů výzkumu. Uvedená pozitiva přispívají k získání kvalitních řešení, které pak jsou zdrojem dobré materie pro další rozvoj lékařské posudkové služby a posudkových systémů.

Posuzování invalidity

Mgr. Jarmila Tábořská, MPSV - odbor posudkové služby
MUDr. Alena Zvoníková, MPSV - odbor posudkové služby

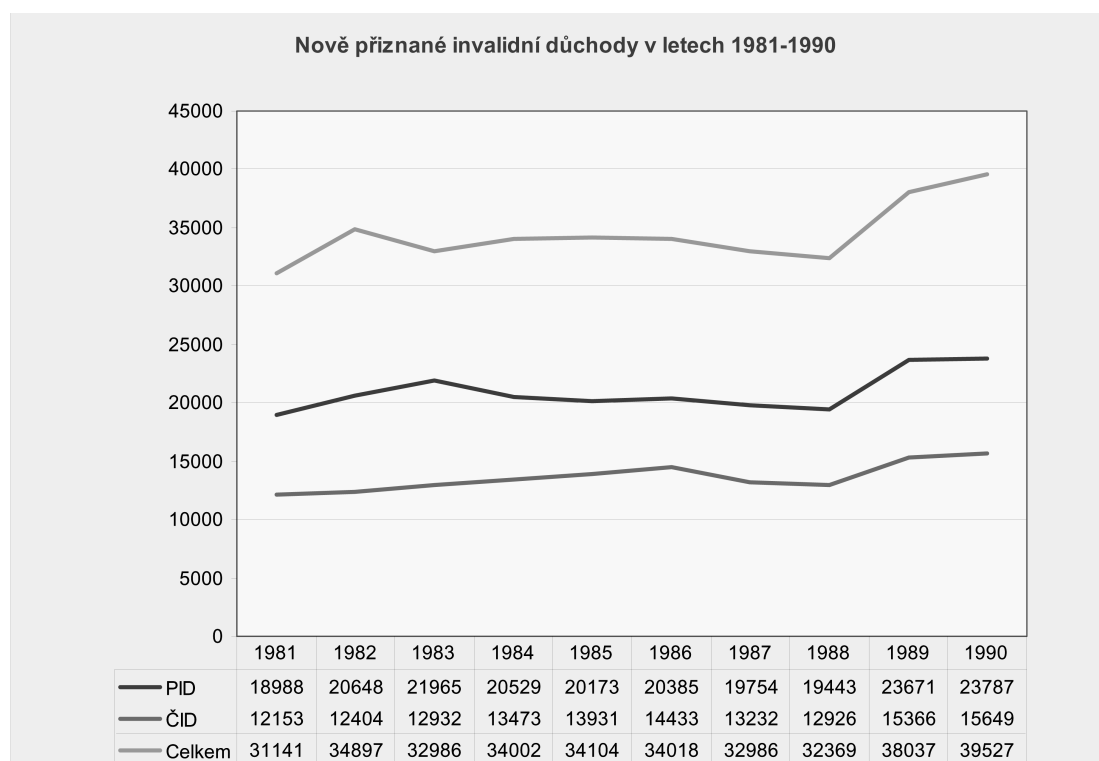
1. Úvod

Systém důchodového pojištění je rozsáhlým ekonomickým systémem, jehož funkčnost nelze zajistit bez činnosti lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení a posuzování invalidity. Předkládaná informace se zabývá vývojem posuzování invalidity v České republice, a to jak s ohledem na období, kdy posuzování invalidity nebylo podrobně věcně a právně regulováno, tak i v období právní regulace.

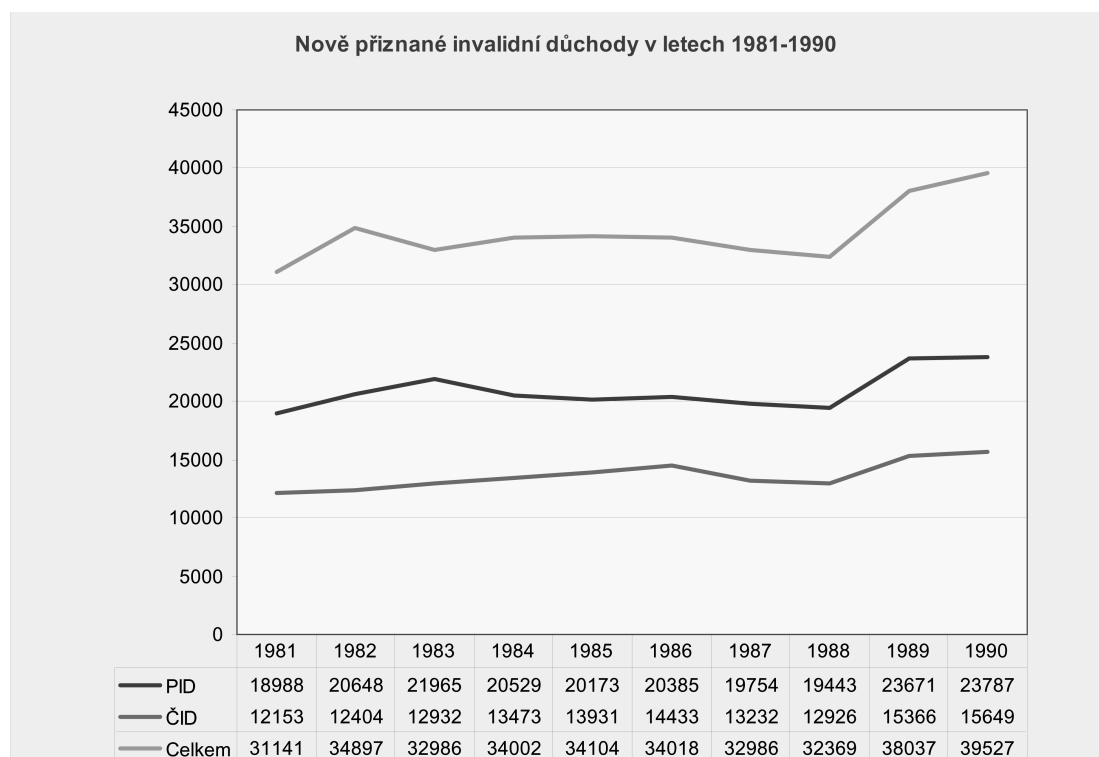
2. Období právně neregulovaného posuzování invalidity u jednotlivých druhů zdravotních postižení

S ohledem na historický vývoj posuzování invalidity je nutno uvést, že všechny právní úpravy posudkové činnosti na úseku posuzování invalidity až do 31. 12. 1996 vycházely pouze ze zákonem vymezené skutečnosti, kdy se pojištěnec považoval za invalidního (ve smyslu stávající plné nebo částečné invalidity), popř. jednotlivých typů plné či částečné invalidity. Právní předpisy rovněž definovaly dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, dosavadní zaměstnání a zdravotní postižení značně ztěžující obecné životní podmínky. Vlastní posudkově medicínské přístupy ve vztahu k posuzování důsledků jednotlivých zdravotních postižení na schopnost soustavně pracovat byly ryze odbornou lékařskou záležitostí, sjednocovanou pouze metodikami a odborným vzděláváním. Stěžejní roli plnilo odborné metodické vedení posudkových komisí sociálního zabezpečení - tehdejších ONV a KNV, dále Institut krajských odborníků a hlavního odborníka a jednotný model vzdělávání, zejména po roce 1971, kdy vznikl samostatný specializační obor - posudkové lékařství. Zmiňovaní odborníci vydávali aktuální medicínsko-posudkové metodické pokyny, instrukce, stanoviska, která byla pro posudkové lékaře, jako členy posudkových komisí sociálního zabezpečení, závazná. Významnou roli měly i publikace pro činnost lékařské posudkové služby a posudkových komisí sociálního zabezpečení ONV, KNV. Součástí metodického vedení byla i kontrolní činnost a poznatky z ní získané byly zpětně promítány do metodické činnosti. Tento model (defacto fungující v naší zemi cca 40 let) byl poměrně účinný a efektivní a byl provázen stabilitou vývoje invalidizace. Zajišťoval současně jednotné posuzování invalidity za poměrně složité situace, kdy převážný počet členů tehdejších komisí sociálního zabezpečení neměl lékařské vzdělání. Zpravidla v pětičlenných komisích byli pouze dva lékaři tj. posudkový lékař a lékař státní zdravotní správy; předsedou komise byl poslanec ONV/KNV, tajemníkem komise byl administrativní pracovník ONV/KNV a dalším členem byl zástupce ROH. Uvedený způsob metodického řízení umožňoval poměrně rychle reagovat na novinky v medicíně a zohlednit je při výkonu posudkové činnosti a posuzování invalidity. Zároveň případná změnovost (tj. změny stupně invalidity či její případné neuznání) v jednotlivých letech byla poměrně malá, pozvolná a laickou veřejností akceptovatelná. Stav dokládají níže uvedené grafy a data.

Situace v invalidizaci v letech 1981-1990



Situace v invalidizaci v letech 1990-1994



Zdroj: MPSV - statistické ročenky

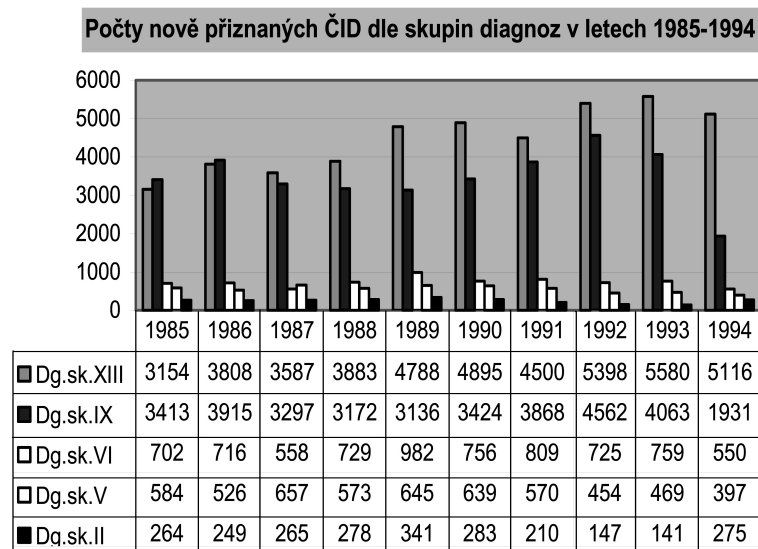
Vysvětlivky: PID-plné invalidní důchody, ČID-částečné invalidní důchody

V souvislosti s celospolečenskými změnami po roce 1989 došlo ke změnám také v organizaci sociálního zabezpečení a činnosti lékařské posudkové služby (zákon 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení). Se zrušením ONV a KNV byly zrušeny i posudkové komise sociálního zabezpečení ONV a KNV a byly nahrazeny posudkovými komisemi nově vzniklých okresních (Pražské) správ sociálního zabezpečení a posudkovými komisemi MPSV, s jiným složením. Tehdejší Úřad důchodového zabezpečení se transformoval v Českou správu sociálního zabezpečení. S účinností od 1. 1. 1993 pak byly zrušeny prvoinstanční posudkové komise OSSZ/PSSZ a bylo zavedeno posuzování lékařem OSSZ/PSSZ. K 1. 1. 1993 došlo také ke sloučení lékařské posudkové služby bývalých OÚNZ (okresních, obvodních ústavů národního zdraví) s lékařskou posudkovou službou sociálního zabezpečení, přičemž však správy sociálního zabezpečení převzaly jen cca polovinu pracovních míst z LPS OÚNZ.

Změny ve zdravotnictví vedly ke zrušení institutu krajských odborníků a hlavního odborníka. V důsledku řady organizačních a věcných změn, jak v oblasti zdravotnictví, tak i v oblasti sociálního zabezpečení, došlo po roce 1990 k oslabení do té doby jednotného a intenzivního metodického řízení lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení. Nebyly vydávány nové odborné metodické pokyny k usměrnění lékařské posudkové činnosti. V kontextu změn na trhu práce, zejména v důsledku rušení řady podniků a pracovních míst a vzniku nezaměstnanosti, byla postižena i řada osob se zdravotním postižením, které do té doby pracovaly a vznik nepříznivé sociální a pracovní situace řešily následně v rámci systému důchodového pojištění prostřednictvím přiznáním invalidního (plného nebo částečného) důchodu. To vše ve svých důsledcích vedlo k nárůstu invalidizace v letech 1990 -1994.

Vývoj invalidizace podle počtu nově přiznaných plných a částečných invalidních důchodů podle nejčastějších zdravotních příčin invalidity v období 1985 -1994 uvádějí následující grafy.

Situace v invalidizaci v letech 1985-1994 dle zdravotních příčin



Zdroj: ČSSZ, MPSV - interní statistické ročenky

Vysvětlivky:

Postižení nosného a pohybového systému (dg. sk. XIII)

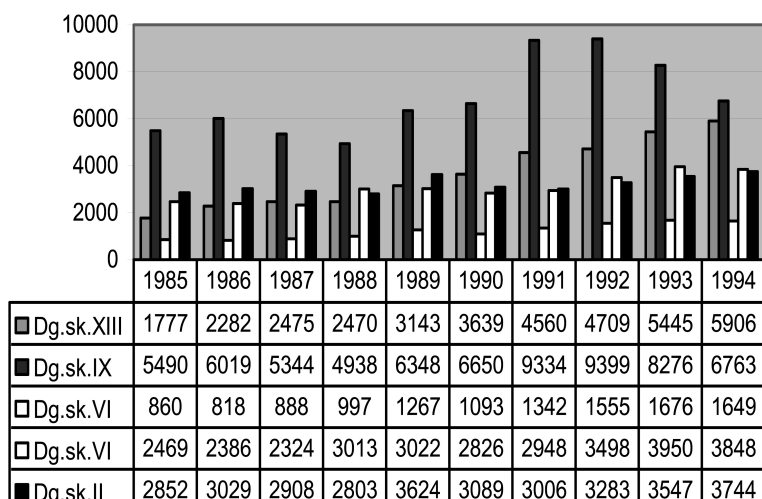
Kardiovaskulární postižení (dg. sk. IX)

Poruchy duševní a poruchy chování (dg. sk. V)

Onkologická postižení (dg. sk. II)

Postižení nervové soustavy (dg. sk. VI)

Počty nově přiznaných PID dle skupin diagnóz v letech 1985-1994



Zdroj: ČSSZ, MPSV - interní statistické ročenky

Vysvětlivky :

Postižení nosného a pohybového systému (dg. sk. XIII)

Kardiovaskulární postižení (dg. sk. IX)

Poruchy duševní a poruchy chování (dg. sk. V)

Onkologická postižení (dg. sk. II)

Postižení nervové soustavy (dg. sk. VI)

Výše uvedené grafy dokládají, že v systému, kde posuzování invalidity nebylo regulováno právním předpisem, ale metodické vedení bylo jednotné a účinné (v letech 1981-1988) byl vývoj invalidizace stabilní. Případné pokroky lékařské vědy byly do lékařské posudkové činnosti přenášeny postupně a bez větších výkyvů v oblasti invalidizace, než v systému, kde dochází k promítnutí změn skokem tj. novelizací právního předpisu v několikaletých intervalech.

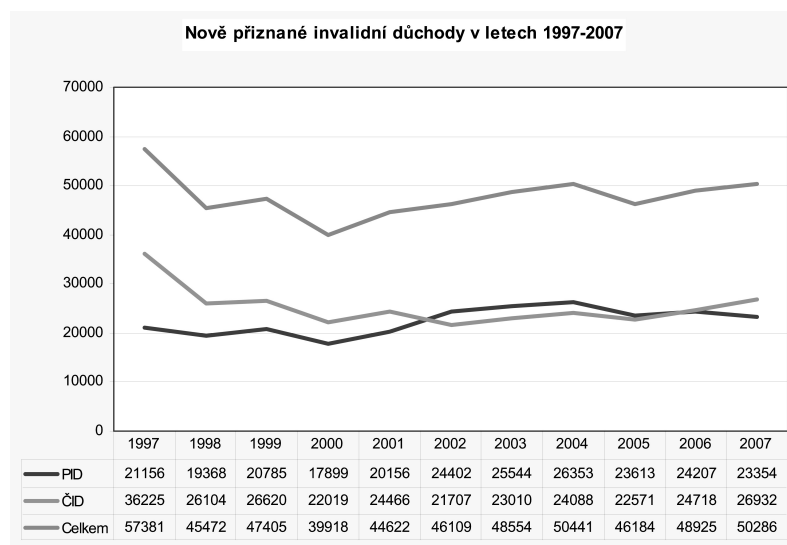
3. Období právně regulovaného posuzování invalidity u jednotlivých druhů zdravotních postižení

Teprve Vyhláška č. 284/1995 Sb. (dále jen „vyhláška“) s účinností od 1. 1. 1996 podrobným způsobem upravila posuzování invalidity formou prováděcího právního předpisu. Stanovila způsob hodnocení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti a vymezila posudkové zásady a hlediska pro jednotlivé skupiny a nejčastější druhy zdravotních postižení. Zároveň v příloze č. 2 vyhlášky k vymezeným druhům zdravotního postižení, podle rozsahu a tíže funkční poruchy, stanovila obvyklou/průměrnou míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v procentech. V příloze č. 3 vyhlášky stanovila „zdravotní postižení umožňující soustavnou výdělečnou činnost za zcela mimořádných podmínek“ a v příloze č. 4 vyhlášky „zdravotní postižení značně ztěžující obecné životní podmínky“. V roce 1995 bylo vydání vyhlášky regulující posuzování invalidity a míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v důsledku zdravotních postižení velmi progresivním krokem. Právní úprava zajistila jednotné posuzování invalidity v celém státě, sjednotila názory a postupy lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení a odborné lékařské veřejnosti a postihla potřeby systému důchodového pojištění. Podle citované vyhlášky postupují posudkové orgány při posuzování invalidity doposud.

Zavedení principu funkčního hodnocení důsledků zdravotních postižení přispělo v druhé polovině devadesátých let k postižení nedůvodné invalidizace. Nový systém vedl i k zajištění sociálně-právních jistot posuzovaných pojištěnců a zvýšil důvěryhodnost posuzování invalidity pro osoby se zdravotním postižením. V letech 1997 a 2000 došlo k novelizacím přílohy č. 2 vyhlášky, z hlediska rozsahu změn je nutno uvést, že šlo pouze o dílčí změny. Je evidentní, že zavedení právní regulace posuzování míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti a invalidity od 1. 1. 1996 citovanou vyhláškou, která v době nabytí účinnosti byla v souladu se stavem lékařské vědy a názory odborné lékařské veřejnosti na důsledky zdravotního postižení na schopnost pracovat / na schopnost soustavné výdělečné činnosti, vedlo k mírnému snížení invalidizace tj. snížení každoročně nově uznávaných plných a částečných invalidit a tím i ke snížení počtu každoročně nově přiznávaných plných a částečných invalidních důchodů. Tento regulační princip začal být po roce 2001 oslabován, neboť dochází k mírnému nárůstu každoročně nově přiznávaných částečných invalidit a stagnaci ve vývoji plných invalidit. Také zdravotní příčiny invalidity nejsou v posledních letech v souladu s léčebnými možnostmi a výsledky, které jsou vykazovány v oblasti zdravotní péče, zejména u některých typů zdravotních postižení. Současně je nutno připomenout, že v posledních deseti letech Ministerstvo zdravotnictví a jím předkládaná data o vývoji zdravotního stavu populace v ČR, referují zlepšující se zdravotní stav obyvatel České republiky. Přitom však zejména v posledních cca 5-ti letech nedochází k pozitivnímu odrazu tohoto jevu na vývoj invalidizace. V roce 2006 mělo MPSV záměr provést poměrně rozsáhlou novelizaci citované vyhlášky, zejména její přílohy č. 2, s cílem zajistit modernizaci posudkově medicínských hledisek pro jednotlivé skupiny a druhy zdravotních postižení a jejich soulad s názory odborné lékařské veřejnosti na důsledky zdravotních postižení na schopnost pracovat a tím i korigovat „nedůvodnou invalidizaci“. Již v té době bylo zřejmé, že řada zdravotních postižení má díky léčebným úspěchům méně závažný dopad na schopnost soustavné výdělečné činnosti, než v době vzniku citované vyhlášky. Vzhledem k postojům některých připomínkových míst byl však proces novelizace v roce 2007 zastaven. Současně ministr práce a sociálních věcí rozhodl, že pro přípravu změn v posuzování invalidity musí být zvolen zcela nový přístup a taková forma, aby způsob řešení a jeho výsledek měl odborný kredit jak v rámci lékařské veřejnosti, tak i u všech aktérů daného systému.

Výsledky posuzování, jak z hlediska počtu každoročně nově přiznávaných plných a částečných invalidních důchodů a uznávaných plných a částečných invalidit, tak z hlediska zdravotních příčin invalidit, uvádějí následující graf a tabulka.

Invalidizace v letech 1997- 2007 podle počtu nově přiznávaných invalidních důchodů



Zdroj: MPSV - Statistické ročenky 1997-2007

Vysvětlivky: PID - plný invalidní důchod, ČID - částečný invalidní důchod, Celkem -PID+ČID

Pro informaci je nutno uvést, že existující rozdíly v invalidizaci, vykazované podle počtu uznávaných invalidit a počtu přiznávaných invalidních důchodů, jsou důsledkem skutečnosti, že v případech, kdy je uznána invalidita (plná nebo částečná), ale pojištěnec nezískal potřebnou dobu pojištění, není invalidní důchod (plný nebo částečný) přiznán.

Rok	2003		2004		2005		2006		2007	
	Ip	Ič	Ip	Ič	Ip	Ič	Ip	Ič	Ip	Ič
1.skupina	199	152	202	171	165	132	163	137	149	151
2.skupina	4 559	1 343	4 918	1 475	4 778	1 366	4 841	1 842	4 656	2 089
3.skupina	74	74	66	81	49	53	86	79	53	78
4.skupina	1 079	1 014	1 197	1 092	1 074	1 097	1 012	1 244	941	1 189
5.skupina	3 492	1 943	3 743	2 208	3 394	2 266	3 382	2 334	3 226	2 816
6.skupina	1 123	1 095	1 232	1 166	1 141	1 181	1 145	1 298	1 120	1 372
7.skupina	232	292	235	307	198	339	184	330	189	295
8.skupina	79	322	84	321	67	357	100	320	64	305
9.skupina	3 791	3 098	3 860	3 201	3 526	2 966	3 324	2 791	2 806	2 882
10.skupina	707	622	674	612	596	557	613	606	538	601
11.skupina	861	791	901	798	816	783	808	768	764	833
12.skupina	119	171	156	194	104	194	111	206	105	222
13.skupina	7 226	10 265	7 185	10 924	5 880	9 657	6 404	10 685	6 752	12 038
14.skupina	259	192	283	248	264	200	293	214	281	211
15.skupina	2	3	6	3	8	2	5	3	6	1
16.skupina	4	2	1	3	3	5	4	1	0	4
17.skupina	105	117	119	118	104	114	98	117	144	124
18.skupina	9	11	14	7	13	11	11	13	14	11
19.skupina	1 288	1 185	1 434	1 120	1 360	1 215	1 303	1 378	1 235	1 362
NEZÁRAZENO	336	318	43	39	73	76	320	352	311	348
celkem	25 544	23 010	26 353	24 088	23 613	22 571	24 207	24 718	23 354	26 932

Zdroj: ČSSZ - interní materiál

Vysvětlivky: Ip-invalidita plná, Ič-invalidita částečná

1. skupina infekční nemoci, 2. skupina novotvary, 3. skupina nemoci krve, imunity, 4. skupina nemoci endokrinní, výživy, přeměny látek, 5. skupina poruchy duševní a poruchy chování, 6. skupina nemoci nervové soustavy, 7. skupina nemoci oka, 8. skupina nemoci ucha, 9. skupina nemoci oběhové soustavy, 10. skupina nemoci dýchací soustavy, 11. skupina nemoci trávicí soustavy, 12. skupina nemoci kůže, 13. skupina nemoci sval. a koster. soustavy, 14. skupina nemoci močové a pohlavní soustavy, 15. skupina těhotenství, porod, šestinedělí, 16. skupina některé stavy vzniklé v perinatálním období, 17. skupina vrozené vady, 18. skupina příznaky, abnormální znaky, 19. skupina poranění, otravy (označení dle Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize)

Z údajů systému důchodového pojištění vyplývá, že dlouhodobě je nejvyšší výskyt invalidizace ve věkové skupině 50 - 54 let, dále 55 - 59 let a poté 45 - 49 let.

4. Pokroky lékařské vědy

Z hlediska pokroku dochází každých pět let v oblasti medicíny k obměně v cca 1/3 odborných, teoretických i praktických znalostí, k podstatným změnám v diagnostice, léčbě, výsledcích léčby. Řadu chorobných stavů je možno diagnostikovat podstatně dříve, v počátečním stadiu a tím dosáhnout i lepších léčebných výsledků, řada stavů dříve neléčitelných nebo obtížně léčitelných se dá úspěšně léčit, vyléčit nebo stabilizovat, lze zpomalit progresi či zmírnit nepříznivé dopady, tj. rozsah a tíži případných nepříznivých průvodních jevů nebo následků zdravotního postižení. Tyto skutečnosti mají příznivý vliv na osoby se zdravotním postižením, neboť výsledný funkční stav organismu v důsledku zdravotního postižení je díky výše uvedenému pokroku v řadě případů podstatně lepší než jak umožňovaly možnosti medicíny v době, kdy vznikla vyhláška č. 284/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Uvedená pozitiva moderní medicíny mají samozřejmě nejen příznivý dopad na zdravotní stav, ale i na kvalitu života a schopnost pracovního začlenění jedince se zdravotním postižením. Měla by se tedy také následně odrazit ve vývoji a příčinách invalidizace. Je však nutno uvést, že v současné době vývoj invalidizace není zcela v souladu se změnami v oblasti lékařské vědy a zdravotní péče. Jako příklady lze uvést následující skutečnosti. Onkologové deklarují, že cca 75 procent onkologických nemocí je léčitelných, zejména pokud jsou zjištěny v počátečních stádiích, ale v systému důchodového pojištění vedou tyto stavy převážně k plné invaliditě. Rovněž v situaci, kdy se každoročně zvyšuje počet operačních zákroků na pohybovém a nosném ústrojí, které zlepšují funkční stav, přetrvává vysoká invalidizace na postižení pohybového a nosného systému. Rostou počty prováděných revaskularizačních a intervenčních zákroků na kardiovaskulárním systému, ale bez větší odezvy v oblasti invalidizace. Rovněž rozšiřující se dostupnost biologické léčby, kochleárních implantátů, moderní léčba diabetu, osteoporózy, roztroušené mozkomíšní sklerózy, pokroky moderní psychofarmakologie, rozvoj rehabilitace atd., neměly zatím vliv na stav invalidizace.

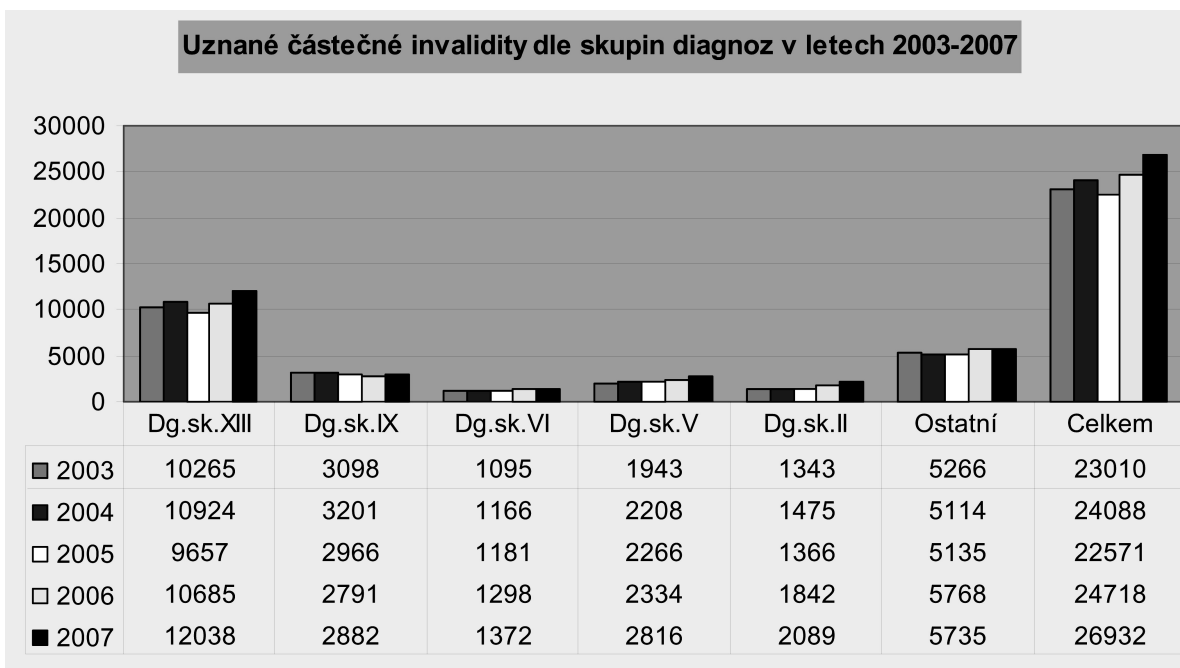
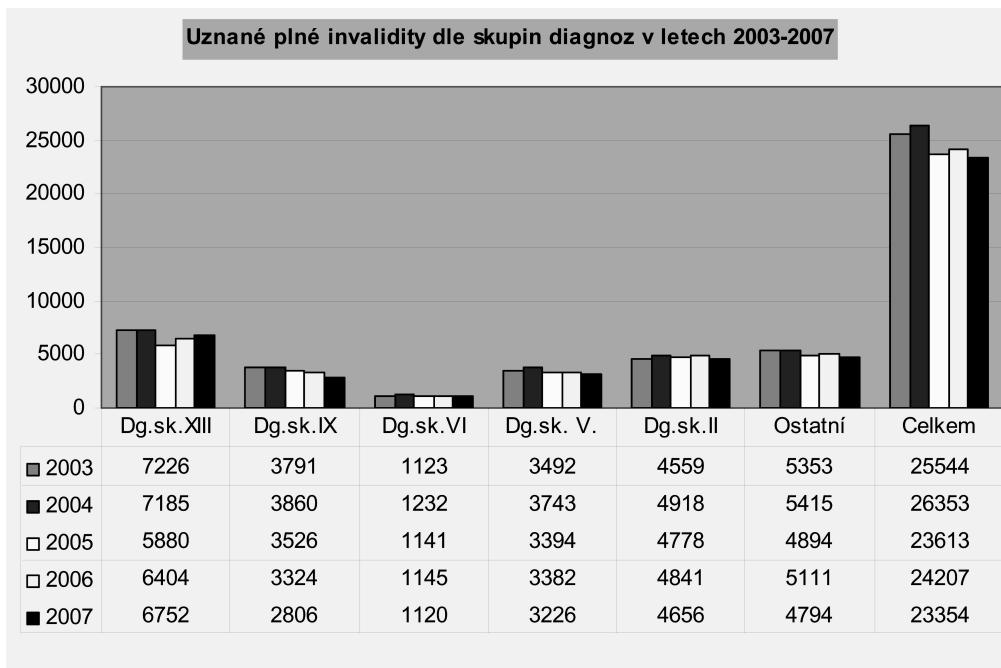
Současně je nutno konstatovat, že vývoj invalidizace a její příčiny v posledních letech neodráží ani změny na trhu práce. V devadesátých letech proběhly značné změny v počtech pracovních míst v jednotlivých odvětvích národního hospodářství a změnil se i charakter řady zaměstnání. Snížil se počet zaměstnání s vysokým podílem těžké fyzické práce (např. v důsledku restrukturalizace průmyslu, útlumových programů, úbytku pracovních míst v těžkém průmyslu a zemědělství). I přes tyto skutečnosti však nyní, téměř o deset až patnáct let později, přetrvává velká invalidizace na postižení pohybového a nosného ústrojí.

Jedním z důvodů citovaných disproporcí je nepochybně i skutečnost, že od roku 2000, tj. za více než osm let, nedošlo k zásadní modernizaci systému posuzování invalidity s promítnutím pokroků lékařské vědy a jejich přínosu pro funkční zdatnost jedince a jeho schopnost pracovat. Proto v některých případech dochází ke zbytečné/nedůvodné invalidizaci.

Uvedené skutečnosti dokládají následující grafy.

Nejčastější zdravotní příčiny plné a částečné invalidity v letech 2003-2007:

1. Postižení nosného a pohybového systému (dg. sk. XIII)
2. Onkologická postižení (dg. sk. II)
3. Kardiovaskulární postižení (dg. sk. IX)
4. Poruchy duševní a poruchy chování (dg. sk. V)
5. Postižení nervové soustavy (dg. sk. VI)



Zdroj: ČSSZ - interní materiál

Vysvětlivky: ostatní - ostatní skupiny nemocí dle MKN 10. revize

6. Posuzování invalidity po 1. 1. 2010

Vyhláška č. 284/1995 Sb., ve znění pozdějších právních předpisů, pozbude dnem 31. 12. 2009 své platnosti. Navíc, v současné době, v odstupu čtrnácti let od vzniku citované vyhlášky, je nutno konstatovat, že již neumožňuje v dostatečné míře aplikovat poznatky lékařské vědy, tak, jak k nim došlo zejména po roce 2000. Jak ukazuje vývoj invalidizace v letech 2003 -2007, dosavadní systém posuzování míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti není již dostatečně flexibilní ve vztahu k pokrokům medicíny a posuzování invalidity vyžaduje novou právní úpravu.

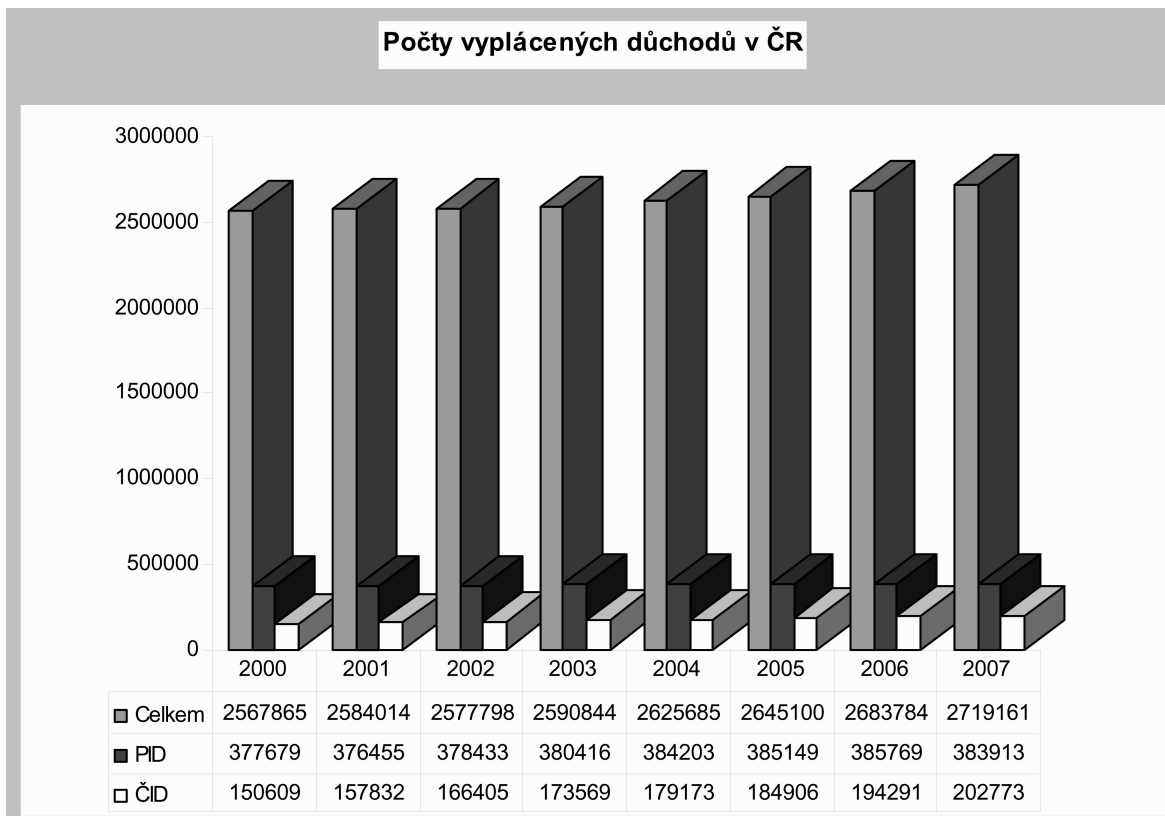
Proto byl Ministerstvem práce a sociálních věcí, na základě odborné platformy, zpracované Českou lékařskou společností J. E. Purkyně formou projektu a veřejné zakázky pro MPSV, připraven návrh nového prováděcího předpisu o posuzování invalidity, který by předmětnou vyhlášku s účinností od 1. 1. 2010 nahradil. Cílem regulace problematiky posuzování invalidity formou právního předpisu je sladit tento proces s pokroky lékařské vědy a stanovit jednotné zásady, které by zajistily individuální a flexibilní posuzování zdravotního stavu.

Nastavením posudkově medicínských hledisek pro posuzování zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti se reguluje míra invalidizace a tím i počty pracovních a ekonomicky aktivních, částečně aktivních nebo neaktivních osob. Přiznáváním invalidních důchodů v těch případech, v kterých by zdravotní stav nepodmiňoval podstatný pokles pracovní schopnosti, by docházelo k odklonu od účelu, ke kterému mají invalidní důchody sloužit - tj. kompenzaci ekonomické újmy v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a neschopnosti pracovat nebo pracovat v obvyklém rozsahu a intenzitě, jako osoby bez zdravotního postižení. Na druhou stranu nepřiznáváním invalidních důchodů v těch případech, ve kterých by zdravotní stav podmiňoval podstatný pokles pracovní schopnosti a neschopnost pracovat, by tito pojištěnci poškozeni. Správné nastavení posuzování invalidity má dopad nejen na konkrétní pojištěnce a systém důchodového pojištění ale také na zaměstnavatele. Případné opomíjení pokroků lékařské vědy vede k biologicky nedůvodné invalidizaci, vyřazuje z trhu práce pojištěnce, kteří by mohli pracovat, zhoršuje tím jejich míru sociálního začlenění a má i dopad na důchodový systém. Posuzování invalidity nepřímo dopadá i na zaměstnavatele tím, že zaměstnavatelům, kteří zaměstnávají osoby se zdravotním postižením, za něž se považují i pojištěnci invalidní, se poskytuje podle zákona o zaměstnanosti příslušným úřadem práce příspěvek na zaměstnávání těchto osob.

7. Ekonomické důsledky posuzování invalidity a důchodové pojištění

Situaci v oblasti nákladů na důchody a důchody podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem (plné a částečné invalidní důchody) dokládají následující grafy.

Počty vyplácených důchodů v letech 2000-2007 v České republice



Zdroj: MPSV - statistické ročenky

Vysvětlivky: PID - plné invalidní důchody, ČID - částečné invalidní důchody, Celkem všechny důchody (starobní, invalidní, vdovské, vdovecké, sirotčí)

8. Závěr

Správci systému důchodového pojištění ale i pojištěnci a další nepřímo dotčené subjekty - organizace osob se zdravotním postižením, zaměstnavatelé a odborové svazy - musí mít společný zájem na existenci moderního a efektivně fungujícího systému posuzování invalidity. Efektivní činnost lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení a spolehlivé posuzování invalidity přispívají k efektivnímu fungování důchodového pojištění. Tento cíl je možno naplnit pouze z centrální úrovně prostřednictvím právní úpravy, která umožní jednotnost a transparentnost procesu posuzování a bude ochraňovat postavení pojištěnců i správců systému důchodového pojištění.

Lékařská posudková služba úřadů práce v letech 2006 - 2009.

MUDr. Alena Váňová, MPSV - odbor posudkové služby

Schválením zákona č. 479/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti ve znění pozdějších předpisů a některé další zákony, dochází od 1. 7. 2009 k podstatným změnám v organizaci lékařské posudkové služby. Prvoinstanční posudková činnost vykonávaná do 30.6. 2009 na úřadech práce je dle uvedeného zákona od 1. 7. 2009 vykonávána na ČSSZ, resp. OSSZ v rámci jednotné lékařské posudkové služby. Podívejme se nyní zpětně na uplynulá tři léta činnosti lékařské posudkové služby na úřadech práce.

1. Vývoj situace v letech 2006 - 2009

Vznik lékařské posudkové služby na úřadech práce (dále jen LPS ÚP) k 1. 7. 2006 byl realizován zákonem č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. K uvedenému datu LPS ÚP začala posuzovat zdravotní stav občanů pro systémy státní sociální podpory, příspěvků sociální péče, sociální potřebnosti (od 1. 1. 2007 hmotné nouze) a zaměstnanosti (osoba zdravotně znevýhodněná). V souvislosti s účinností zákona o sociálních službách začaly od 1. 1. 2007 úřady práce posuzovat novou posudkovou kategorii, tzv. stupeň závislosti, který nahradil dosavadní posudkové kategorie bezmocnost a dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči.

Základ LPS ÚP vznikl delimitací míst z ČSSZ, přičemž bylo delimitováno 5 lékařských míst pro odbor posudkové služby, ze kterých vzniklo oddělení zabývající se především metodickým vedením nově vzniklé LPS na ÚP. Dále bylo na úřady práce delimitováno 85 lékařských a 30 referentských míst. Delimitovaní lékaři byli v poměrně nepříznivé vzdělanostní a věkové struktuře. Další 55 referentských míst pro LPS uvolnily úřady práce z vlastních zdrojů. Celou potřebu posuzování zdravotního stavu doplnil nově zavedený systém smluvních lékařů v počtu cca 700. Celý systém reorganizace lékařské posudkové služby byl připraven na určitou zátěž, kdy se předpokládalo, že v prvním pololetí činnosti LPS v roce 2006 bude zpracováno cca 60 000 posudků a od roku 2007 se očekával větší objem žádostí o posouzení díky stupni závislosti. Podle kvalifikovaných odhadů se předpokládalo v roce 2007 zpracování cca 125 tisíc posudků ve věci stupně závislosti a 120 tisíc ostatních posudků.

Již v prvních měsících existence LPS ÚP v roce 2006 však bylo zřejmé, že nově vzniklé útvary LPS na úřadech práce zahájily činnost personálně poddimenzované s minimální možností zastupování lékařů. Systém smluvních lékařů se rozjížděl pomalu, protože se musela vytvořit síť smluvních lékařů - zcela nový prvek, v našem státě zatím nerealizovaný. Smluvní lékaři museli být nově proškoleni v problematice, kterou se nikdy nezabývali. Bylo zřejmé, že nově se utvářející útvary LPS na ÚP nestíhají zpracovat všechny žádosti o posouzení a začaly přibývat nevyřízené spisy po lhůtě (k 31.12.2006 nevyřízeno po lhůtě cca 9 tis. žádostí). K tomu se od ledna 2007 očekával nápor žádostí ve věci stupně závislosti, a proto bylo převedeno z LPS ČSSZ na LPS ÚP dalších 30 funkčních lékařských míst a 25 funkčních referentských míst.

I přes provedená opatření se situace v LPS ÚP v průběhu roku 2007 stala kritickou. Počet žádostí o stanovení stupně závislosti v roce 2007 byl vyšší, než činily kvalifikované odhady. Například jen za první pololetí roku 2007 obdržela LPS ÚP více než 112 tisíc žádostí o posouzení zdravotního stavu pro účely stanovení stupně závislosti, což byl téměř odhadovaný počet žádostí očekávaných za celý rok. Po podrobné analýze a vyhodnocení efektivitě posudkové agendy v pojistných a nepojistných systémech bylo k 1. 6. 2007 převedeno z LPS ČSSZ na LPS ÚP dalších 40 funkčních lékařských míst a na přechodnou dobu 70 administrativních míst pro referenty/referentky a obslužný personál. K 31. 12. 2007 bylo na LPS ÚP 155 systemizovaných lékařských míst a 125 systemizovaných míst referentských, dalších 55 referentských míst poskytly ÚP z vlastních zdrojů. V průběhu roku 2007 se také ukázalo, že největší nápor žádostí a tím nejkritičtější situace v LPS je na ÚP hl.m.Prahy, proto k 1. 11. 2007 proběhlo dílčí přerozdělení 2 funkčních lékařských míst - z méně zatížených úřadů práce byla převedena 2 funkční lékařská místa na Úřad práce hl.m. Prahy. I s odstupem času lze potvrdit, že uvedenou kritickou situaci nebylo možno řešit jinak než okamžitým personálním posílením a realizací opatření ke zvýšení efektivitě práce. Nezbytnou podmínkou výkonu efektivní posudkové činnosti je kvalifikovaný posudkový lékař. Za období působnosti lékařské posudkové služby na úřadech práce se podařilo zvýšit počet lékařů s atestací z oboru posudkové lékařství o 13 %.

ak již bylo uvedeno, v souvislosti s účinností zákona o sociálních službách začaly od 1.1. 2007 úřady práce posuzovat novou posudkovou kategorii - stupeň závislosti. V důsledku nového zákona a značného objemu žádostí o posouzení zdravotního stavu, především pro účely příspěvku na péči, došlo k přetížení lékařské posudkové služby úřadů práce v roce 2007. Za rok 2007 obdržela LPS ÚP více než 341 tisíc všech žádostí o posouzení zdravotního stavu a k 1. 1. 2007 bylo nevyřízeno necelých 19 tisíc případů z předchozího pololetí roku 2006. Za rok 2007 bylo ukončeno posudkem více než 279 tisíc případů a neukončeno bylo 76 tisíc případů. Pro urychlené vyřízení neukončených případů z roku 2007 byla realizována v prvním pololetí roku 2008 výpomoc lékařů ČSSZ. Díky přijatým opatřením došlo ke zvýšení efektivitě práce a situace se postupně ke konci roku 2008 stabilizovala.

První polovina roku 2009 byla již charakterizována změnami vedoucími ke sloučení posudkové služby. Pro pracovníky lékařské posudkové služby úřadů práce to znamenalo řešit další problémy organizačního a provozního charakteru navíc ke své běžné činnosti, která musela být zachována až do 30. června 2009. To se nakonec podařilo a lékařská posudková služba úřadů práce byla ke sloučení s lékařskou posudkovou službou ČSSZ připravena bez větších problémů. Nepotvrdily se tak obavy z destabilizace systému před sloučením.

2. Statistické údaje k činnosti lékařské posudkové služby úřadů práce v letech 2006 - 2009.

O objemu vykonané práce za období let 2006 - 2009 dobře vypovídají statistické údaje o počtu doručených žádostí a zpracovaných posudků. V době od 1. 7. 2006 do 30. 6. 2009 bylo doručeno LPS ÚP celkem 824 165 žádostí o posouzení zdravotního stavu a za stejné období bylo zpracováno 776 672 posudků. V tabulce č.1 je uveden počet doručených žádostí o posouzení zdravotního stavu a počet zpracovaných posudků v jednotlivých letech působení lékařské posudkové služby úřadů práce.

Tab. č 1: Počet doručených žádostí a zpracovaných posudků v letech 2006 - 2009

	doručené žádosti	zpracované posudky
2006 (od 1.7.)	59 495	40 115
2007	341 132	279 230
2008	282 825	307 020
2009 (do 30.6.)	140 713	150 307
celkem	824 165	776 672

Zdroj: Statistika programu Posudky k 30. 6. 2009.

Velmi zajímavá je i statistika jednotlivých posuzovaných předmětů řízení. Pro informaci je nutno uvést, že se v tzv. nepojistných systémech jedná o 7 předmětů řízení pro oblasti sociálních služeb, státní sociální podpory a sociální péče. Nejčastěji byl posuzován stupeň závislosti pro účely příspěvku na péči - celkem bylo za uvedené období vypracováno 402 045 posudků, tj. cca 53 % z celkového počtu zpracovaných posudků, druhým nejčastěji posuzovaným předmětem řízení bylo posuzování zdravotního stavu pro mimořádné výhody - celkem 249 312 posudků, tj. cca 32% z celkového počtu zpracovaných posudků. Podíl ostatních předmětů řízení se pohybuje v rozmezí od 0,1 do 6,3 %.

Tab. č.2: Počet zpracovaných posudků v jednotlivých předmětech řízení v letech 2006 - 2009

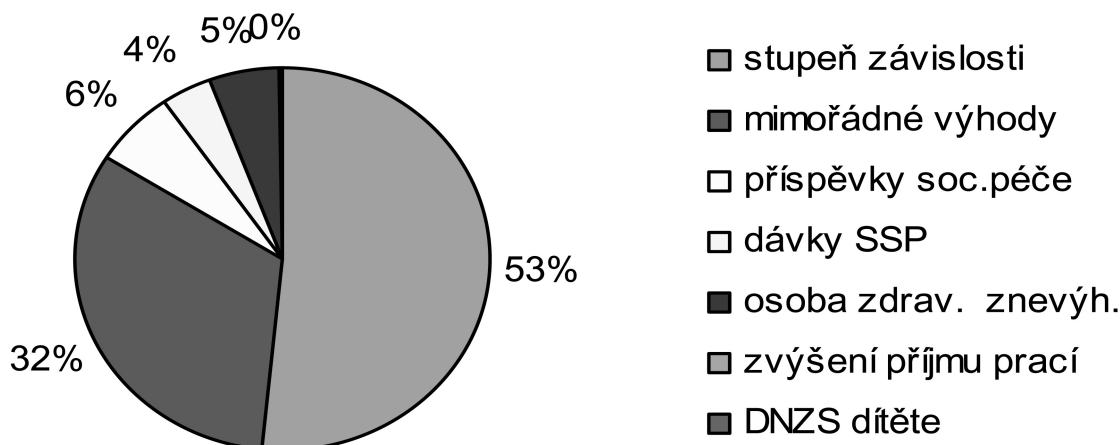
rok	všechny předměty řízení	stupeň závislosti	mimoř. výhody	příspěvky soc.péče	dávky SSP	osoba zdrav. znevýh.	zvýšení příjmu prací	DNZS dítěte
2006(od 1.7.)	40 115	0	27 286	5 351	4 267	2 994	32	185
2007	279 230	146 598	83 690	16 892	11 038	20 167	296	549
2008	307 020	172 396	91 806	17 427	12 181	12 322	289	599
2009(do 30.6)	150 307	83 051	46 530	9 500	5 478	5 383	113	252
celkem	776 672	402 045	249 312	49 170	32 964	40 866	730	1585

Zdroj: Statistika programu Posudky k 30. 6. 2009.

Názornější představu o podílu jednotlivých předmětů řízení na celkovém počtu zpracovaných posudků za celé tříleté období podává grafické znázornění grafu č.1. Pro úplnost je ještě třeba uvést, že podíl jednotlivých předmětů řízení na celkovém počtu zpracovaných posudků v jednotli-

vých letech je podobný jako za celé období, pouze s výjimkou roku 2006, kdy se posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči neprovádělo (provádí se od 1.1. 2007 dle zákona o sociálních službách).

Graf č. 1: Podíl jednotlivých předmětů řízení na celkovém počtu zpracovaných posudků souhrnně za léta 2006 - 2009.



Zdroj: Statistika programu Posudky k 30. 6. 2009.

Závěrečné shrnutí

Z předchozího textu vyplývá, že se lékařská posudková služba úřadů práce po počátečních obtížích v prvním roce činnosti stabilizovala ve velice výkonnou složku, o čemž svědčí množství zpracovaných posudků. Při této činnosti byly vyzkoušeny nové formy práce - to se týká např. smluvních lékařů a současně se podařilo zvládnout nepříznivou personální situaci. K příznivé změně došlo i v oblasti vzdělávání, kdy si lékaři kromě odborných medicínských informací osvojili i nové poznatky z oblasti právní a sociální. Posudková služba se z úřadů práce předala na ČSSZ konsolidovaná, dobře fungující a výkonná. To se týká nejen vlastní činnosti, ale i personálního obsazení, zejména pak kvalifikační struktury lékařů. Současně je třeba zpětně ocenit i soustavné úsilí vedení úřadů práce, které zajistilo lékařské posudkové službě dobré pracovní podmínky.

Mimořádné výhody

MUDr. Julie Wernerová, MPSV - odbor posudkové služby

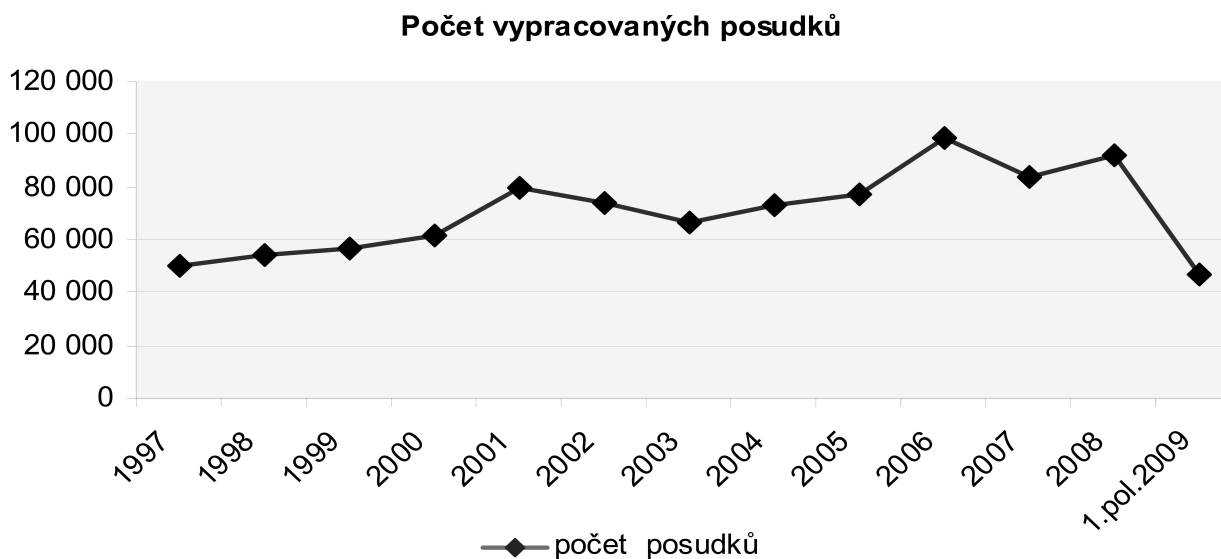
Mimořádné výhody (dále MV) jsou institut, který má v České republice trvání prakticky více než 50 let. Institut výhod, zejména v osobní dopravě, byl zaveden zákonem č. 55/ 1956 Sb., k usnadnění osobní dopravy osobám trvale těžce postiženým. Princip poskytování výhod, později MV, je prakticky po celou dobu obdobný. MV se poskytují ve třech stupních a dokládají se průkazem TP, ZTP a ZTP/ P. Postupem doby se rozšířil okruh zdravotních postižení, pro které bylo možno MV přiznat. Od roku 1964 do dnes se poskytují osobám s těžkým tělesným nebo smyslovým postižením, které podstatně omezuje pohybovou nebo orientační schopnost. Okruh postižení, která odůvodňují přiznání MV, je v právním předpise uveden příkladmo, tzn., že zdravotní postižení, která v právním předpise nejsou uvedena a mají nepříznivý vliv na pohybovou schopnost a orientaci, se mohou přirovnat k funkčním postižením, která v předpise uvedena jsou.

Současná zákonná úprava poskytování MV je dána zákonem č. 100/ 1988 Sb., v pl. znění. Zdravotní kritéria jsou uvedena v příl. č. 2 k vyhl. č. 182/ 1991 Sb. Příloha byla několikrát novelizována, poslední velká úprava zdravotních postižení odůvodňujících poskytování MV byla provedena novelou vyhlášky účinnou od 1. 1. 2006, drobná novela nabyla účinnosti od 1. 1. 2007. Samotné MV jsou uvedeny v příloze č. 3 k uvedené vyhlášce, okruh poskytovaných výhod je však širší.

Mimořádné výhody byly zamýšleny jako výhody pro osoby s těžkým postižením zejména v dopravě a při osobním vyřizování jejich záležitostí, např. na úřadech. V současné době jediné konkrétní výhody v osobní dopravě jsou nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu (mimo místenky) a možnost parkování na vyhrazeném místě pro držitele průkazu ZTP a ZTP/P. Ostatní výhody jsou finanční výhody - sleva na jízdném až bezplatné jízdné, vč. úlev pro průvodce, event. vodícího psa. Na držení průkazu ZTP/P, event. i ZTP jsou vázány i jiné finanční výhody, např. příspěvek na provoz motorového vozidla, ale i další výhody, které s pohybovou nebo orientační schopností zcela nesouvisí- např. sleva na kulturní a sportovní představení, daňové úlevy, úlevy na provoz telefonu, dálniční známka, úlevy ve správních poplatcích, místních poplatcích atd. Jedná se vlastně o finanční zvýhodnění některých vybraných okruhů zdravotně postižených, především osob s těžkými vadami pohybového aparátu, s nejtěžšími smyslovými a interními vadami nebo s těžším mentálním a psychickým postižením. Přitom existují skupiny osob s rovněž závažnými postiženími, které se však neprojevují těžkou poruchou chůze nebo orientace a MV a z toho vyplývající finanční výhody jim přiznat nelze. Z tohoto pohledu je celkové pojetí MV překonané. O atraktivitě MV svědčí skutečnost, že v roce 1965 bylo v ČR evidováno cca 83 tis. držitelů, v roce 2006 cca 350 tis. držitelů a v roce 2007 cca 400 tis., tj. za cca 40 let se počet držitelů MV zvýšil více jak 4 x, a to při stále se zlepšující zdravotní péči o obyvatele a zlepšujícím se zdravotním stavu.

Rozhodující pro účely přiznání MV je splnění zdravotní podmínky. Posudek o zdravotním stavu pro účely přiznání MV obecním úřadem vypracovává lékařská posudková služba ČSSZ. Ročně jde již o cca 90 tis. posudků.

Graf: Počet posudků ve věci MV vypracovaných v letech 1997 až 1. pol. 2009 LPS ČSSZ a úřady práce



Z hlediska posudkové služby je zajímavé zjištění, pro která zdravotní postižení jsou mimořádné výhody nejčastěji přiznány.

Rok 2007

V roce 2007 bylo LPS vypracováno cca 84 tis. posudků pro účely MV. V cca 72 tis. případech byl zjištěn zdravotní stav odpovídající některému stupni mimořádných výhod. V cca 24 tis. případech byl zjištěn zdravotní stav odpovídající MV I. stupně, v cca 36 tis. případech zdravotní stav odpovídající MV II. stupně a v cca 12 tis. případech zdravotní stav odpovídající MV III. stupně. V cca 12 tis. případech nebyl zjištěn zdravotní stav odpovídající uznání některému stupni MV.

Nejčastějším důvodem k uznání **MV I.** stupně byly nemoci svalové a kosterní soustavy (cca 15 tis. případů), dále nemoci oběhové soustavy (3, 2 tis. případů) a nemoci nervové soustavy (cca 2 tis. případů). V kapitole nemocí svalové a kosterní soustavy byly nejčastějším důvodem k uznání MV I. stupně artróza kolenního kloubu (3, 53 tis. případů) a artróza kyčelního kloubu (3, 52 tis. případů), na dalším místě byly dorzalgie (3, 2 tis. případů). Z uvedeného je patrné, že jen tyto kloubní artrózy činní téměř polovinu důvodů k uznání MV I. st.

Z nemocí oběhové soustavy byla nejčastějším důvodem uznání MV I. st. ateroskleróza (cca 760 případů), dále následky cévních nemocí mozku (cca 580 případů) a na třetím místě chronická ischemická choroba srdeční- cca 420 případů. onemocnění.

Z nemocí nervové soustavy byla nejčastějším důvodem k uznání MV I. st. epilepsie- cca 540 případů a dále roztroušená skleróza- cca 290 případů.

Nejčastějším důvodem k uznání **MV II.** stupně byly opět nemoci svalové a kosterní soustavy (cca 13 tis. případů), dále nemoci oběhové soustavy (cca 7, 8 tis. případů) a nemoci onkologické (více jak 4 tis. případů). V kapitole nemocí svalové a kosterní soustavy byly nejčastějším důvodem k uznání MV II. stupně artróza kyčelního kloubu (4, 7 tis. případů), dále artróza kolenního kloubu (3, 1 tis. případů), na dalším místě byla polyartróza (1, 6 tis. případů), teprve čtvrtou nejčastější příčinou byly dorzalgie (3, 2 tis. případů). Z uvedeného je patrné, že kloubní artrózy činily téměř 60 % důvodů k uznání MV II.st.

Z nemocí oběhové soustavy byla nejčastějším důvodem uznání MV II. st. chronická ischemická choroba srdeční- téměř 2, 9 tis. případů, dále ateroskleróza (cca 1, 2 tis. případů) a následky cévních nemocí mozku (cca 1 tis. případů).

Z onkologických příčin byl nejčastějším důvodem k uznání MV II. st. zhoubný novotvar prsnecelých 600 případů, dále zhoubný novotvar průdušky- 430 případů a zhoubný novotvar tlustého střeva- cca 260 případů.

Nejčastějším důvodem k uznání **MV III.** stupně byly poruchy duševní a poruchy chování- cca 3, 3 tis. případů, dále nemoci nervové soustavy- cca 2, 3 tis. případů a nemoci oběhové soustavy- téměř 2 tis. případů.

Z duševních poruch byla nejčastějším důvodem k uznání MV III. st. střední mentální retardace cca 1, 3 tis. případů, těžká mentální retardace- necelých 500 případů a vaskulární demence- cca 330 případů.

Z nemocí nervové soustavy byla nejčastějším důvodem uznání MV III. st. dětská mozková obrna- téměř 1 tis. případů, dále Alzheimerova nemoc (cca 260 případů) a paraplegie a tetraplegie (cca 240 případů).

Z nemocí oběhové soustavy byly nejčastějším důvodem uznání MV III. st. následky cévních nemocí mozku (cca 600 případů), dále ateroskleróza (cca 440 případů) a dále jiná cévní onemocnění mozku- téměř 230 případů).

Závěrem lze konstatovat, že z jednotlivých diagnóz byla v r. 2007 nejčastějším důvodem k uznání MV I. stupně artróza kolenního kloubu, MV II. st. artróza kyčelního kloubu a MV III. st. středně těžká mentální retardace.

Rok 2008

V roce 2008 bylo LPS vypracováno téměř 92 tis. posudků pro účely MV, z toho v cca 79,5 tis. případů byl zjištěn zdravotní stav odpovídající některému stupni MV. V cca 26 tis. případů byl zjištěn zdravotní stav odpovídající uznání MV I. stupně, v cca 41 tis. případů uznání MV II. stupně a v cca 12, 5 tis. případech uznání MV III. stupně. V 12, 5 tis. případů bylo zjištěno, že zdravotní stav neodpovídá některému stupni MV. Zdravotní příčiny uznání jednotlivých stupňů MV jsou obdobné jako v roce 2007.

Nejčastějším důvodem k uznání **MV I.** stupně byly nemoci svalové a kosterní soustavy (cca 15, 8 tis. případů), dále nemoci oběhové soustavy (3, 3 tis. případů) a nemoci nervové soustavy (cca 2, 3 tis. případů). V kapitole nemocí svalové a kosterní soustavy byly nejčastějším důvodem k uznání MV I. stupně artróza kolenního kloubu (3, 58 tis. případů) a dorzalgie (3, 5 tis. případů), dále artróza kyčelního kloubu (3, 4 tis. případů).

Z nemocí oběhové soustavy byla nejčastějším důvodem uznání MV I. st. ateroskleróza (cca 840 případů), dále následky cévních nemocí mozku (cca 630 případů) a na třetím místě chronická ischemická choroba srdeční- cca 340 případů. onemocnění. Z nemocí nervové soustavy byla nejčastějším důvodem k uznání MV I. st. epilepsie- cca 570 případů a dále roztroušená skleróza- cca 300 případů.

Nejčastějším důvodem k uznání **MV II.** stupně byly opět nemoci svalové a kosterní soustavy (cca 14,4 tis. případů), dále nemoci oběhové soustavy (cca 8,1 tis. případů) a nemoci onkologické (téměř 5,2 tis. případů). V kapitole nemocí svalové a kosterní soustavy byla nejčastějším důvodem k uznání MV II. stupně artróza kyčelního kloubu (4, 4 tis. případů), dále artróza kolenního kloubu (3, 2 tis. případů), na dalším místě byla polyartróza (2, 2 tis. případů), až čtvrtou nejčastější příčinou byly dorzalgie (1, 4 tis. případů). Z uvedeného je patrné, že uvedená kloubní onemocnění činí téměř 70 % důvodů k uznání MV II. st. z pohybových příčin.

Z nemocí oběhové soustavy byla nejčastějším důvodem uznání MV II. st. chronická ischemická choroba srdeční- téměř 2, 9 tis. případů, pak ateroskleróza (cca 1, 4 tis. případů) a dále následky cévních nemocí mozku (cca 1, 2 tis. případů).

Z onkologických příčin byl nejčastějším důvodem k uznání MV II. st. zhoubný novotvar prsnecelých cca 710 případů, dále zhoubný novotvar průdušky- cca 550 případů a zhoubný novotvar konečníku- cca 330 případů.

Nejčastějším důvodem k uznání **MV III.** stupně byly poruchy duševní a poruchy chování cca 3, 7 tis. případů, dále nemoci nervové soustavy- cca 2, 6 tis. případů a nemoci oběhové soustavy- více jak 1, 8 tis. případů.

Z duševních poruch byla nejčastějším důvodem k uznání střední mentální retardace cca 1,5 tis. případů, těžká mentální retardace- cca 460 případů a vaskulární demence- cca 400 případů.

Z nemocí nervové soustavy byla nejčastějším důvodem uznání MV III. st. dětská mozková obrna- téměř necelých 900 případů, dále Alzheimerova nemoc (cca 420 případů) a paraplegie a tetraplegie- cca 300 případů.

Z nemocí oběhové soustavy byly nejčastějším důvodem uznání MV III. st. následky cévních nemocí mozku (cca 660 případů), ateroskleróza (cca 450 případů) a dále cévní příhoda mozková neurčená- 180 případů.

Z jednotlivých diagnóz byla v roce 2008 nejčastějším důvodem k uznání MV I. stupně artróza kolenního kloubu, MV II. st. artróza kyčelního kloubu a MV III. st. střední mentální retardace.

Závěr:

Z uvedených statistických zjištění, vyplývá, že posudková obec musí věnovat posuzování zdravotního stavu pro účely MV velkou pozornost. Na jedné straně pozorujeme stále zvyšující se zájem veřejnosti o přiznání MV- především II. nebo III. stupně, což je dáno benefity, které plynou z přiznání uvedených výhod. Na druhé straně je dokladován stále se zlepšující zdravotní stav obyvatelstva, na čemž se podílí úspěchy lékařské vědy a velmi dobré výsledky operačních řešení např. kloubních artróz, srdečních onemocnění atd. Tato pozitiva by měla vést spíše k snižování počtu držitelů MV a příslušných průkazů, nikoliv naopak.

Asistenční psi v ČR

MUDr. Jaroslava Koščálová, MPSV - odbor posudkové služby

Asistenční pes je buď souhrnný název pro psy pomáhající všem zdravotně postiženým nebo pro psy, jejichž úkolem je pomáhat tělesně postiženým (obvykle, ale ne výlučně, vozíčkářům). Dle společností Helpes, o.s., Pomocné tlapky, o.p.s. a Elva Help, o.s. asistenční psy rozdělujeme dle druhu zdravotního handicapu uživatele služby na:

- a) **Vodící pes** pro osoby se zrakovým postižením, také „slepecký pes“ - pes je vycvičen k bezpečné navigaci v prostoru.
- b) **Asistenční pes** pro osoby s tělesným postižením, také „pes pro vozíčkáře“ - pes je vycvičen podle konkrétního typu tělesného postižení klienta. Hlavním smyslem výcviku je pomoci postiženému k větší samostatnosti.
- c) **Balanční pes** - pes je vycvičen pro osoby s poruchou rovnováhy či tělesným postižením, které se pohybují výlučně pomocí francouzských holí, chodítek apod. Ten, díky speciálnímu postoji, pomáhá při „vybalancování“ chůze, nástupu do autobusu apod.
- d) **Signální pes** pro neslyšící osoby - pes je vycvičen k upozorňování na zvuky v jejich okolí; budík, zvonek, plačící dítě apod.
- e) **Signální pes** pro osoby se záchvatovými onemocněními - pes je veden k tomu, aby předem vycítil nadcházející epileptický nebo jiný záchvat a postiženého na něj upozornil. V případě záchvatu pes upozorňuje okolí na osobu, která dostala záchvat.
- f) **Signální pes** pro „alergiky“ - pes je vycvičen k identifikaci pachů, které způsobují postižené osobě záchvaty astmatického typu.
- g) **Šikovný společník** - asistenční pes, jehož pánem není postižený, ale osoba pečující o postiženého. Tito psi jsou umisťováni do domácností s velmi těžce postiženými osobami, které by samy nemohly dávat psům povely. Pes pomáhá např. matce otvírat dveře, když přenáší postižené dítě v náručí atd. Velkou součástí práce šikovného společníka je domácí canisterapie.
- h) **Vodící pes** pro pacienta se ztrátami paměti - pes je vycvičen v orientaci v okolí bydliště nato-lik, aby dokázal postiženého bezpečně dovést domů, pokud se není schopen sám zorientovat.
- i) **Pes poskytující emocionální podporu** - pes je určený osobám trpícím psychickými poruchami, kvůli kterým se obávají sami vycházet z domova a zapojovat se do běžného života. Pes snižuje dezorientaci, přináší pocit bezpečí v neznámém prostoru apod.

Způsob financování výcviku psa

Mezi nejdůležitější téma problematiky speciálně vycvičených psů na pomoc osobám se zdravotním handicapem patří cena a způsob financování výcviku psa. Počet vycvičených vodících a asistenčních psů je ovlivněn legislativními podmínkami v ČR, finančními možnostmi organizace a poptávkou klientů. Výcvik asistenčních psů je ze všech typů výcviku nejnáročnější a na rozdíl od výcviku vodících psů pro nevidomé se na něj nevztahuje státní příspěvek.

Cenu vodícího a asistenčního psa tvoří objektivní náklady výcvikových subjektů vynaložených na nákup, veterinární péči, výcvik a předání speciálně vycvičeného psa do užívání klienta. Platná legislativa ve svých předpisech uvádí, které položky je možno započítat do konečné ceny vodícího psa uvedené na kupní smlouvě či předávacím protokolu. Současná výše obvyklých nákladů spoje-

ných s výcvikem a odevzdáním vodícího psa se pohybuje až do výše 210 000 Kč. Pokud je takový pes předčasně usmrcen, ukraden nebo nějak poškozen, nemá klient na nového psa právo, dokud neuplyne příslušná doba pro „opotřebení pomůcky“ (5 let).

Výcvik asistenčního psa stojí 150 000 až 200 000 Kč. Pes je vybírán pro konkrétního zdravotně postiženého člověka a náročný výcvik se přizpůsobuje jeho individuálním potřebám. Do ceny asistenčního psa se musí zákonitě promítnout pomůcky - prokousnutý mobil, poškrábaný nábytek, dveře či zničená lednička. Výcvikový subjekt musí mít pro trénink k dispozici invalidní vozík, berle či jiné speciální pomůcky.

Poskytování příspěvků osobám se zdravotním postižením upravuje vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Dle ustanovení § 33 odst. 9 úplně nebo prakticky nevidomým občanům lze hradit výdaje spojené s výcvikem a odevzdáním vodícího psa až do výše obvyklých nákladů (až do výše 210 000 Kč). Obecně nelze stanovit jakoukoliv minimální či maximální výši spolupodílení se klienta na pořizovacích nákladech vodícího psa. Dle výsledku sociálního šetření u konkrétního žadatele se určí, v jaké výši se žadatel bude podílet na nákladech vodícího psa. Výše spolupodílení je různá a není nijak stanoveno, do jaké maximální výše se bude klient spolupodílet.

Asistenční psi na rozdíl od vodících jsou v současné době hrazeni pouze sponzorskými dary, výcvikovou organizací, veřejnými sbírkami či se na této částce podílejí potencionální držitelé.

Poznatky ze zahraničí

Slovenská republika poskytuje finanční příspěvek na pořízení pomůcky (za níž se považuje i pes se speciálním výcvikem) maximálně do výše 260 000 Sk. Výše peněžního příspěvku na pořízení psa se speciálním výcvikem se stanoví procentní sazbou v závislosti na ceně a příjmech občana s těžkým zdravotním postižením.

V Rakousku stojí vzdělání vodícího psa přes 30 000 Euro. Uhrazení částky za výcvik vodícího psa od příslušného sociálního úřadu je úspěšné jen v případě, že žadatel je zaměstnán.

V Německu jsou nezbytné náklady na výcvik a předání vodícího psa (včetně dávků na úhradu krmiva a očkování) hrazeny z nemocenského pojištění. Odborná příprava trvá půl až tři čtvrtě roku a náklady se pohybují mezi 17 000 až 25 000 Euro. Bohužel ani v Německu neexistují jednotné normy a předpisy kontrolující kvalitu vzdělávání psů. Kvalita výcviku záleží především na znalostech a zkušenostech trenéra a jeho tréninkových metodách. Většina trenérů spolupracujících s různými asociacemi se přiklání k zavedení jednotné normy. Na rozdíl od vodících psů, asistenční psi na pomoc tělesně postiženým nejsou hrazeni z veřejných zdrojů. Výcvikové kluby se snaží tyto psy zaplatit především díky podpoře sponzorů. Výcvik stojí od 7 000 až do 15 000 Euro. Záleží ovšem na provozních nákladech dané organizace, proto mohou pořizovací náklady dosáhnout i částky 26 644 Euro.

Příspěvek na krmivo pro psa

Úplně nebo prakticky nevidomému vlastníku vodícího psa může pověřený obecní úřad v souladu s ustanovením § 46 vyhlášky MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním

zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, poskytnout příspěvek na krmivo pro tohoto psa, a to ve výši 800 Kč měsíčně.

Dle současné právní úpravy na příspěvek na krmivo ve výši 800 Kč měsíčně držitel asistenčního psa nemá nárok a výdaje na jeho výživu musí hradit se svých příjmů.

Poznatky ze zahraničí

Slovenská republika dle zákona o sociálnej pomoci poskytuje peněžní příspěvek ve výši 1 200 Sk měsíčně na kompenzaci zvýšených výdajů souvisejících s péčí o psa se speciálním výcvikem na pomoc občanům s těžkým zdravotním postižením. Do této péče jsou započítané výdaje na krmivo a na veterinární péči. Tento peněžní příspěvek nebude poskytnut plnoleté fyzické osobě s těžkým zdravotním postižením, pokud ve sledovaném kalendářním roce jeho příjem přesáhl 2násobek částky životního minima a jeho majetek nebo úspory převyšují 800 000 Sk.

V Německu držitelům vodících psů poskytuje zdravotní pojišťovna příspěvek na krmivo psa ve výši 141 Euro měsíčně. Z této částky je hrazeno kromě krmiva také nezbytné každoroční očkování, pomůcky na péči psa a pravidelná antiparazitární vnější i vnitřní léčba psa.

Závěr:

V současné době probíhají na MPSV jednání zaměřená na problematiku vodících a asistenčních psů s cílem zrovnoprávnění asistenčních psů s vodícími.

Došlo ke shodě, že problematika psů se speciálním výcvikem má být řešena komplexně zákonem způsobem. Jakékoli dílčí řešení prostřednictvím změny vyhlášky MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, metodického pokynu apod. by současný stav nezlepšilo.

Zákon by měl obsahovat dvě hlavní linie. První linií by byla oblast regulace, a to především výcviku (vymezení subjektů výcviku, jejich povinností, oprávnění, vymezení psů, jejich oprávnění, oprávnění uživatelů psů apod.). Druhou linií by byla forma státní intervence (pravděpodobně dávka).

Posuzování invalidity onkologicky nemocného

MUDr. Marcelína Čejková, ČSSZ

Úvodem

Posuzování zdravotního stavu pro účely důchodového pojištění je upraveno zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění. Způsob posouzení stanoví do 31. 12. 2009 prováděcí předpis, vyhláška č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, v platném znění (dále vyhláška). Posuzování invalidity se odvozuje od poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Jednotlivé procentní hodnoty míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti jsou uvedeny v příloze č. 2 vyhlášky v rámci jednotlivých kapitol, a to zpravidla v určitém procentním rozmezí.

Od 1. 1. 2010 v nové vyhlášce o posuzování invalidity bude zhoubným novotvarům věnována samostatná kapitola. Při hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti se vychází z funkčního postižení, které způsobuje jak nádorová nemoc, tak onkologická léčba.

Onkologická onemocnění

Nově přiznaných plných invalidních důchodů pro novotvary bylo v roce 2007 celkem 4 656 (muži 2 303, ženy 2 353)² a částečných invalidních důchodů celkem 2 089 (muži 746, ženy 1 343)². Novotvary se tímto počtem dostaly na druhé místo v počtu přiznaných invalidních důchodů. Nejčastější příčinou invalidity, s podílem 37%, byly nemoci svalové a kosterní soustavy. Novotvary se vyznačují nejdelší průměrnou pracovní neschopností. Průměrné trvání jednoho hlášeného případu PN pro nemoc bylo v roce 2007 34,6 dne². Průměrné trvání jednoho případu PN pro novotvar bylo roce 2007 98,4 dne oproti roku 1981, kdy se jednalo o 56,3 dne³.

Nejčastějším zhoubným nádorem u žen je karcinom prsu, u mužské populace karcinom prostaty.

V příloze č. 2 vyhlášky onkologická onemocnění nemají samostatnou kapitolu (stav k 31. 12. roku 2009) a jsou zde uvedena podle orgánové lokalizace. Vyhláška většinou rozlišuje zdravotní stav během onkologické léčby, po dosažení stabilizace zdravotního stavu a při nepříznivých formách onemocnění. U některých diagnóz rozlišuje stadia nemoci.

Nová vyhláška (účinnost od 1. 1. 2010) neuvádí onkologická postižení v rámci jednotlivých systémů. Při posuzování invalidity se hodnotí nejenom celkový stav postižení tělesných systémů nebo funkce orgánů, ale také dlouhodobost nebo trvalost postižení, která vznikla následkem chemoterapie, radioterapie, hormonoterapie, biologické léčby nebo po alogenní transplantaci krevetvorných buněk. Hodnotí se také rozsah zachovaných funkčních schopností (funkční staging dle WHO) a schopnost vykonávat denní aktivity.

Stádia nádorů jsou hodnocena systémem TNM. Písmeno **T** určuje rozsah primárního nádoru, písmeno **N** regionální uzliny, písmeno **M** metastázy.

Používá se ještě písmeno **G** pro histopatologický grading.

Nádory mohou být lokalizované (stádium I, II a III) a generalizované (stádium IV).

Některé hematologické malignity (akutní a chronické leukémie, myelodysplastický syndrom, myeloproliferativní choroby a mnohočetný myelom) jsou vždy považované za diseminované.

Cílem každé léčby je prodloužení života v co nejlepší kvalitě. Avšak v případě onkologicky nemocného může být léčba příčinou vzniku komplikací, které způsobí pokles funkční schopnosti.

Tab. 1: Nově přiznané invalidní důchody v roce 2007,
Zdravotnická ročenka České republiky 2007, ÚZIS, str.96

Kapitola MKN-10	Nově přiznané invalidní důchody					
	plné invalidní důchody			částečné invalidní důchody		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
	<i>absolutně / number</i>					
I. Některé infekční a parazitární nemoci	149	93	56	151	84	67
II. Novotvary	4 656	2 303	2 353	2 089	746	1 343
III. Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy mechanismu imunity	53	27	26	78	32	46
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	941	634	307	1 189	680	509
V. Poruchy duševní a poruchy chování	3 226	1 675	1 551	2 816	1 097	1 719
VI. Nemoci nervové soustavy	1 120	573	547	1 372	610	762
VII. Nemoci oka a očních adnex	189	122	67	295	157	138
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku	64	37	27	305	173	132
IX. Nemoci oběhové soustavy	2 806	2 196	610	2 882	2 112	770
X. Nemoci dýchací soustavy	538	359	179	601	299	302
XI. Nemoci trávicí soustavy	764	489	275	833	504	329
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva	105	57	48	222	112	110
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	6 752	3 867	2 885	12 038	6 019	6 019
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy	281	172	109	211	97	114
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí	-	x	-	-	x	-
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období	-	-	-	4	2	2
XVII. Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	144	70	74	124	65	59
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	14	5	9	11	3	8
XIX. Poranění a otravy	1 235	918	317	1 362	993	369
Neudáno	317	191	126	349	190	159
Celkem	23 354	13 788	9 566	26 932	13 975	12 957

Hodnocení funkčního postižení při onkologické léčbě

Jako trvalé těžké funkční postižení, a to bez ohledu na aktuální klinický obraz, hodnotíme **dise-minovaný** nádor, tj. stádium **IV.** Výjimkou jsou testikulární nádory a jiné nádory ze zárodečných buněk, Hodgkinský lymfom, non-Hodgkinský lymfom, akutní leukémie a chronická myeloidní leukémie.

Avšak odborné společnosti navrhuji hodnotit jako těžké funkční postižení také maligní onemocnění ve stádiu I, II, III a u léčitelných nádorů i ve stadiu IV, u těch pacientů, kde příslušný odborný lékař upustí od další léčebné terapie.

Funkční schopnost je **snížena** nejenom během onkologické léčby, ale i po jejím ukončení.

Chemoterapie se během léčby a do 6 měsíců po jejím ukončení hodnotí jako **těžké funkční postižení**. Dlouhodobými následky po ukončení léčby mohou být chronická cytopenie při chronické hypoplazii kostní dřeně, polyneuropatie zejména sensorická, intersticiální plicní změny - fibróza, imunosuprese a riziko vzniku sekundárních malignit.

Celoživotní postižení funkčních schopností způsobuje **alogenní transplantace krvetvorných buněk** (transplantace kostní dřeně), která je vysoce toxická. Používá se v léčbě některých hematologických malignit. Během transplantační léčby a do 6 měsíců po jejím ukončení, při probíhající imunosupresivní terapii, a při projevech chronického multiorgánového autoimunitního postižení, se jedná vždy o **těžké funkční postižení**. Pacienti stabilizovaní po léčbě jsou celoživotně **středně těžce** funkčně postižení.

Biologická terapie a hormonoterapie má nižší dlouhodobé nežádoucí účinky.

Hormonální terapie může být podávána i celoživotně. Hlavními nežádoucími účinky během podávání jsou zvýšené riziko fraktur a osteoporóza, zvýšené pocení a návaly horka, kožní změny, poruchy hojení ran, zvýšené riziko krvácivých a trombotických komplikací. Během podávání anti-estrogenní léčby, antiandrogenní léčby a během supresivní terapie tyroidními hormony zdravotní postižení klasifikujeme jako **lehké**.

O **středně těžké** postižení se jedná během podávání biologické terapie a během podávání glukokortikoidů.

Těžké funkční postižení není při biologické terapii a hormonoterapii definované.

U **radioterapie** se jedná zpravidla o chronické, ireverzibilní změny. Poruchy orgánových funkcí se mohou zhoršovat i během dalších let. Dlouhodobými následky jsou především fibrotické změny s následnou poruchou funkce (plíce, močový měchýř, střevo), imunosuprese, fibróza kůže a podkoží v ozařovacím poli, encefalopatie, chronické cytopenie při hypoplazii kostní dřeně pro zasažení kostní dřeně, riziko sekundárních malignit. Stav při a po léčbě radioterapií se hodnotí jako **těžké funkční postižení**. Orgánové následky hodnotíme podle specifického orgánového nálezu.

Při hodnocení **chirurgické** léčby se řídíme funkčním postižením orgánů nebo systémů.

Následné funkční postižení

Následek	Hodnocení
Chronická bolest	Po zavedení léčby, především podle nálezů odborníka oboru paliativní medicíny, onkologa nebo neurologa. K hodnocení napomáhá hodnocení škály bolesti VAS.
Psychické změny	Nález psychiatra nebo psychologa. Pro hodnocení prognózy neexistují literární údaje a nebyly publikované větší intervenční studie.
Chronická únava	Objektivní vyšetření na kvantifikaci únavy není k dispozici. Pro klasifikaci může pomoci škála WHO.
Námahová dušnost	Klasifikace NYHA (I - toleruje fyzickou zátěž bez obtíží; II - dušnost při větší běžné námaze, 2-3 poschodí bez zastavení; III - dušnost při běžné činnosti, chůze po rovině, při běžné domácí činnosti, při vyjití do 1. poschodí; IV - klidově dušný). Jako lehké postižení lze hodnotit NYHA II, středně těžké postižení není definováno. NYHA III-IV hodnotíme jako těžké funkční postižení.
Muskuloskeletální změny	Posuzujeme podle škály WHO (0 - úplně bez potíží; 1 - neschopen těžší fyzické práce; 2 - soběstačný, ale neschopen práce, na lůžku tráví méně jak 50% času za den; 3 - omezeně soběstačný, na lůžku tráví více jak 50% času; 4 - nesoběstačný, trvale upoután na lůžko.) O středně těžkém postižení hovoříme pokud je hodnocení WHO 2, o těžkém funkčním postižení pokud je WHO 3 - 4.
Estetické poškození	Funkční postižení podle rozsahu, lokalizace, závažnosti a podle individuální psychické dispozice
Cytopenie a poruchy imunity	Častá akutní komplikace systémové onkologické léčby. Při hematologických malignitách a po transplantacích krvetvorných buněk jsou cytopenie dlouhotrvající až ireverzibilní. Anemie je přítomna téměř u všech pacientů s nádorem. Častá je hypogamaglobulinemie, především při mnohočetném myelomu a chronické lymfatické leukémii.
Urostomie, nefrostomie, kolostomie, ileostomie	Trvalé postižení, pokud není možné zanoření stomie. Ileostomie a kolostomie způsobuje středně těžké funkční postižení. O těžkém postižení hovoříme u bilaterální nefrostomie nebo u kombinace kolo - nebo ileostomie a urostomie.
Narušení mobility končetin, lymfedém	Lze ovlivnit rehabilitací. Pokud je příčinou lymfedému infiltrace regionálních lymfatických uzlin nádorem, pak rozhoduje úspěšnost protinádorové léčby. Při hodnocení funkční schopnosti se zaměřujeme na to, zda se jedná o postižení dominantní nebo nedominantní končetiny a zda jde o horní nebo dolní končetiny. Pokud edém nereaguje na elevaci končetiny, ale není přítomna proliferace pojiva, jde o postižení středně těžké. Jestliže lymfedém je již ve stádiu fibrózy až lymfostatické elefantiazy, jedná se vždy o postižení těžké.

Závěr

Úkolem posudkového lékaře je kvalitní odborné a individuální posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti. Při posuzování zdravotního stavu onkologicky nemocného je třeba si uvědomit, že nové léčebné režimy dávají pacientům s onkologickým onemocněním solidní naději na vyléčení nebo prodloužení života.

Rozhovor posudkového lékaře s klientem trpícím onkologickým postižením není z psychologického hlediska jednoduchý a nesprávný posudkový závěr může posuzovanému významně ovlivnit psychosomatickou rovnováhu a kvalitu života.

Literatura

1. Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti ve vztahu k zdravotním postižením podle Mezinárodní klasifikace nemocí a s přihlédnutím k Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, MPSV, 2008, s. 3 - 22
2. Zdravotnická ročenka ČR 2007, s. 79, s. 96
3. Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2007, ÚZIS, s. 24 - 25
4. Lékařské listy příloha Zdravotnických novin 3/2009

Nemoc a invalidita v kontextu životního stylu jako klíčové determinanty zdraví

(Sepsáno pro časopis Zdravotnictví v ČR, do redakce časopisu přijato dne 29.6.2009; v této publikaci uvedeno s vědomím a laskavým svolením redakce výše uvedeného periodika)

MUDr. Radmila Pastorková, ČSSZ
Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, PhDr., LF UP Olomouc

Klíčová slova: životní styl - disabilita – handicap – invalidita - genderové rozdíly – ekonomický dopad

Key words: healthy lifestyle - disability – handicap – invalidity – gender differences - economic impact

Souhrn:

Životní styl jako klíčová determinanta zdraví a nemoci. Vliv nemoci na kvalitu života a socioekonomický dopad nemoci z pohledu jedince a z pohledu společnosti.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) v novém pohledu potřeby funkčního zhodnocení.

Invalidita a nemocnost ve statistickém zpracování ekonomických ukazatelů a jejich vývoj v čase se zaměřením genderové rozdíly statistických ukazatelů nemocnosti a invalidizace.

Summary:

Healthy lifestyle like a key determinant of human health and diseases. A sickness and a disease - a treatment - a lower quality of human life - and their impact on socioeconomic parameters of individual (society). The sickness classification problems – International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. An Invalidity, a sickness rate, number of disabled people in human population. Statistical indexes, economic expenses in the social area focused on the evolution during the time and stressing gender differences.

Úvod

Zdraví je dle nerozšířenější oficiální definice WHO „stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody, nejen nepřítomnost nemoci“. Podle prof. Bureše „zdravím nazýváme potenciál schopnosti člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí“. (2) Zdraví není izolovaný jev, vždy je výsledkem interakce člověka s prostředím, přírodním i společenským. Významnou roli v této interakci sehrává životní styl, řazený mezi klíčové determinanty zdraví, jehož hlavní dimenze zásadně ovlivňují vývoj zdravotního stavu. (11) Životní styl je konzistentní životní způsob jedince, jehož jednotlivé části se prolínají a mají společný jednotící základ, je variantní a diferenciovaný. Jednou z diferenciací je např. pohlaví, dále bydliště, věk, vzdělání atd.

V diferenciaci hrají velkou roli konkrétní podmínky, které určují větší pravděpodobnost k inklinaci jedince k určitému životnímu stylu. (8) Výsledky Studie MZČR MZOPCP 2005 potvrzují rozhodující vliv rodiny a to úplné rodiny v kombinaci s vyšším vzděláním při formování zdravého životního stylu dětí. Rozhodujícím faktorem není ekonomická situace rodiny, ale výše vzdělání rodičů a tím určitý vzorec chování specifické sociální skupiny. (13)

Epidemiologie nemoci

Nemoc má stejně jako zdraví multifaktoriální základ. Četné mezikulturní studie uvádějí odhady o více než 50% ovlivnění všech náhlých úmrtí faktory souvisejícími s chováním a životním stylem. Podobně je v literatuře doloženo, že chování a životní styl přispívají pravděpodobně ve více než v 54% k variabilitě příčin kardiovaskulárních onemocnění, dosud nejčastější příčině úmrtí ve vyspělých zemích. (3, 11)

Z patofyziologického hlediska je třeba zmínit dělení nemocí na autochtonní a xenochtonní. Dělení je závislé na příčině nemoci z hlediska vztahu jedince a okolí. U autochtonní nemoci je důraz kladen na vnitřní příčinu vzniku – genetická, imunologická.

Druhou skupinou jsou nemoci xenochtonní – tedy takové, u nichž je kladen důraz na zevní příčinu vzniku – viry, těžké kovy. (20)

V toto souvislosti se nabízí se dvě otázky: otázka ovlivnění obou skupin nemocí, bez ohledu na jejich patogenezi, tedy následné ovlivnění exprese takového onemocnění, případně ovlivnění průběhu onemocnění a to nejen ve smyslu medikamentózní léčby, ale také možnost ovlivnění behaviorální by byla. A dále zjištění, zda je tento vliv různě modifikován etiopatogenetickým mechanismem - původem nemoci autochotonním či xenochotonním.

Jedním z nejvýznamnějších vnějších faktorů, které prokazatelně ovlivňují nemoc a nemocnost je zdravý životní styl.

Z konkrétních nemocí, které jsou jednoznačně ovlivněny zdravým životním stylem je významná epidemie metabolického kardiovaskulárního syndromu, jehož jednotlivé fenomény mají vysokou prevalenci v naší populaci a ve středním věku je asi 20% hypertoniků, 10% diabetiků, 40% obézních s dyslipemií. Tato onemocnění – zejména obezita - není vázána pouze na vyšší socioekonomické skupiny, ale prostupuje napříč celou populací. (11,18)

Kardiovaskulární onemocnění jako nejčastější příčina úmrtí v naší populaci je známým faktem. Dalším notoricky známým faktem je rizikovost kouření. Jen pro připomenutí, incidence chronické

obstrukční nemoci u celoživotních kuřáků je 35,5% proti 7,8% u nekuřáků. Vznik karcinomu plic vlivem kouření u 90% ze všech případů není třeba blíže komentovat. (12)

Dílčí závěry Krajské hygienické stanice Moravskoslezského kraje, která se účastní – mezinárodní studie „Zdraví a životní styl“ jako součásti projektu HAPIEE ukazují jednoznačně na tělesnou hmotnost, jako jeden z důležitých faktorů ovlivňující zdraví a její kontrolu jako efektivní cestu ke snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze a diabetu. 30% mužů a žen v populaci je obézních, 27% účastníků studie byli kuřáci a 21% kuřačky, přičemž s věkem se podíl kuřáků snižuje a byly zjištěny rozdíly i mezi ženami a muži. Pitný režim dodržovalo 42% mužů a 33% žen. 50% mužů a 30% žen ze sledovaného souboru konzumovalo potraviny s vysokým obsahem soli, zejména uzeniny. (15)

Závěry Rady o zdraví žen Council conclusions on womens health (2006/C 146/02) RADA EVROPSKÉ UNIE :THE COUNCIL OF THE EUROPIAN UNION ukazují, že mohou existovat genderové rozdíly v sociálních a zdravotních faktorech onemocnění a léčby, zdůrazňují, že pohlaví je klíčovým faktorem z hlediska zdraví a vyzývá členské státy ke shromažďování údajů o zdraví se specifikací a možnostmi analýzy dle pohlaví. Současně poukazuje na potřebu biomedicínského výzkumu v souvislosti s genderovými aspekty, jakož i potřebu výzkumu socioekonomických faktorů. (26)

Zároveň v programu WHO Zdraví 21 je zdůrazněn mezirezortní přístup k dané problematice, vzhledem k vzájemné podmíněnosti determinant zdraví jsou mnohá relativně izolovaná opatření málo účinná a ukazují se jako neúčinné a zbytečně nákladné, pokud se zdravotními problémy zabývá pouze rezort zdravotnictví. (9)

Zdravotní stav, nemoc, klasifikace nemocí, funkční pojetí pojmů disease, illness, disability, disorder,

Zdravotní stav vymezuje aktuální situaci jedince v pojetí kontinua – „zdraví – nemoc“. Pojem nemoc obsahuje příznaky, příčiny, a důsledky nemoci. Příčinami a příznaky nemoci se zabývá zdravotnický sektor, zdravotní péče. Důsledky nemoci nejsou ale doménou pouze zdravotníků, promítají se do dalších oblastí, zejména sociálních, do oblasti zaměstnanosti. Pro popisné pojetí nemoci se užívají různé klasifikace a termíny.

Základní klasifikací je Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a to zejména její poslední, desátá revize – MKN –10, v originále „Internacional Statistical Clasification of Diseases and Related Health Problems, ICD –10. Klasifikace vznikla původně jako klasifikace příčin smrti, v šesté decennální revizi v roce 1948 byly do systému zakomponovány i stavy nekončící smrti, ale uzdravením případně přechodem nemoci do chronického stádia a WHO zavázala všechny členské státy k jejímu užívání. V České republice byla zavedena k 1.1.1949. (11, 14, 19).

Tato klasifikace má ale své limity, je popisná a nepostihuje důležitou sledovanou oblast zdravotní péče – dopad choroby na kvalitu života jedince ve všech jeho složkách.

Částečně toto negativum odstraňuje používání anglosaské terminologie, která pracuje s nemocí nejen jako s nosologickou jednotkou založenou na diagnóze – disease, ale pracuje s nemocí jako subjektivním prožitkem – illness.

Významné pojmy jsou v této souvislosti:

- disorder – porucha
- handicap – znevýhodnění, postižení, vada, která se může projevit jako možný dopad sociálních důsledků nemoci
- disability – tělesná nebo duševní nezpůsobilost, event. incapacity v českém ekvivalentu invalidita, která se může projevit jako možný důsledek objektivně či subjektivně vnímané nemoci
- impairment – jakékoliv poškození, ztráta nebo abnormalita psychická, fyzická nebo anatomická nebo funkční, která se může projevit jako možný důsledek objektivně pojímané choroby. (11)

Je třeba poznamenat, že v britské terminologii se nepoužívá pro invaliditu v českém významu anglický výraz invalidity, protože tento výraz znamená ve Velké Británii také „neplatnost“. Správná terminologie je incapacity - ve smyslu invalidita a disability - ve smyslu nezpůsobilost. (17)

Tyto pojmy se objevují v nové mezinárodní klasifikaci nemocí vydané WHO v roce 2001: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) - Internacional Clasification of Functioning, Disability and Health, ICF (WHO, 2001).

Cílem klasifikace MKF bylo poskytnutí jednotného, standardizovaného popisu zdraví a stavů, které se ke zdraví vztahují. Domény MKF jsou popsány z hlediska těla, individua a společenských perspektiv a v MKF jsou systematicky členěny ve dvou základních seznámech: 1. Tělesné funkce a struktury a 2. Aktivity a participace. Tyto pojmy nahrazují dříve používané pojmy „porucha“ (impairment) a „disabilita“ a „handicap“. Jednotkou klasifikace je kategorie. Nejzásadnější rozdíl proti MKN je fakt, že tato klasifikace nezahrnuje pouze osoby s disabilitou, ale ve skutečnosti zahrnuje všechny osoby, všechny stavy, které se vztahují ke zdraví a zdravotním problémům. Má tedy univerzální použití. (14)

Oproti MKN klasifikaci tato funkční klasifikace nehodnotí nemoc, ale hodnotí zdraví. Je koncipována pozitivně – tedy nikoliv co jedinec omezený handicapem nedokáže, ale naopak co dokáže být za cenu použití pomůcek, úpravy okolí, změny přístupu. Klasifikace MKF má oproti používané MKN výhodu v komplexnějším pojetí nemoci a poruch zdraví a umožňuje orientaci nejen na diagnostiku a léčbu, ale také na následnou péči. (19)

Do českého jazyka byla MKF přeložena prof. MUDr. J. Pfeifferem, Dr.Cs. a doc. MUDr. O. Švestkovou, Ph.D. Jedná se o první české vydání překladu, který byl vytvořen se souhlasem WHO. (14)

V současné době pracuje v ČR skupina odborníků, kteří se podílí na vypracování doplňujících klasifikačních dokumentů – checklist a coreset – zde je podrobněji rozveden způsob funkční klasifikace u nejčastějších nemocí. (19)

S vývojem medicíny vzniká nová problematika jedinců, kteří díky pokrokům lékařské vědy přežijí své onemocnění, ale za cenu zhoršení kvality života, ztrátu soběstačnosti, snížení pracovního potenciálu, omezení v sociálním začlenění. Negativní dopad takové péče se pak může projevit ve všech oblastech a sociálních rolích jedince – v rodině, sociálních vztazích, pracovním zařazení atd.

Uvedené důsledky nás vedou ke komplexnějšímu pojetí zdravotní péče. Taková péče zahrnuje nejen prevenci, diagnostiku a léčbu, ale také rehabilitaci a reintegraci jedince s cílem obnovení plnohodnotného života po úrazu nebo nemoci, anebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu v běžném i pracovním životě člověka. Nedílnou součástí by měla být kompenzace ztrát na zdraví v oblasti společenských rolí, v rodině, v práci v rámci reintegrace. (10)

Handicap, invalidita

Nemoc sama o sobě je vždy sociální událostí.

Důsledky nemoci nebo léčby ale mohou vést k trvalému poškození zdraví a ve svém dopadu k další sociální události - ke ztrátě zaměstnání, případně k nutnosti změny zaměstnání, kvalifikace. Tato sociální událost může být mimo jiné řešena přiznáním invalidity, tedy medicínsko – právním přiznáním snížené schopnosti pracovat.

Je třeba rozlišit pojmy invalidita a handicap. Invalidita je definovaná jako dlouhodobé významné poškození zdraví, funkce organismu, které vede ke snížené schopnosti pracovat a může vést až ke snížení společenského uplatnění. Kriteria invalidity jsou nastavena zákonem a každá země má svá vlastní kriteria, podle kterých jsou občané posuzováni.

Handicap naproti tomu vyjadřuje spíše důsledky invalidity, důsledky nemoci, funkční poruchy či postižení zdraví. Dva jedinci se stejnou funkční poruchou se mohou cítit různě handicapováni. Zde se promítá důležitá vlastnost jedince vyrovnat se svým postižením a také možnosti nového uplatnění ve svých sociálních rolích s ohledem na dopad zdravotního omezení. (10)

V naší legislativě v současné době platí důchodový zákon 155/1995 Sb., v pl. zn. a doprovodná vyhláška 284/1995 Sb., v pl. zn. a zejména pak její přílohy č. 2, 3, 4. V ČR dle platné legislativy rozlišujeme dvoustupňovou invaliditu - invalidní důchod částečný a plný. Při posuzování invalidity vychází posudkoví lékaři z § 26 zákona 155/1995 Sb., v pl. zn., kde je definovaný dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav (DNZS). Pro účely tohoto zákona se za takový považuje DNZS, který má podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než rok. Dopad DNZS na pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti je vyjádřen v %. Pro přiznání plné invalidity musí být splněn pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66% nebo je posuzovaný schopen výdělečné činnosti pro své zdravotní postižení jen za zcela mimořádných podmínek - § 39 zákona 155/1995 Sb., v pl. zn. Částečný invalidní důchod je pak přiznán jestliže z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu poklesla schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33% případně pojištění jeho dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav značně sťažuje obecné životní podmínky - § 44 zákona 155/1995 Sb., v pl. zn.

Připravovaná novela důchodového zákona a prováděcí vyhlášky nově zohledňuje MKF nemocí. Připravuje se zavedení invalidity třístupňové a nově se pracuje s termínem pracovní schopnost. Při posuzování bude více kladen důraz na funkční zhodnocení dopadu zdravotního postižení resp. DNZS na pracovní schopnost posuzovaného. Pokles pracovní schopnosti se bude posuzovat rovněž v % míře. (4, 24, 25)

Přesněji je v novele definován DNZS - § 26 zákona 306/2008 Sb. Za DNZS se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významné pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok.

Podle § 39 zákona 306/2008 s účinností od 1.1.2010 vyjadřuje procentní míra poklesu pracovní schopnosti stupeň invalidity. Jestliže poklesla pracovní schopnost

- 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.

Zákon také zcela nově a přesně definuje stabilizaci stavu, schopnost adaptace na zdravotní postižení a schopnost využití zbytkového pracovního potenciálu. (25) Tato nová, zákonem stanovená definice, je velmi zásadní, neboť nedílnou součástí celého léčebného procesu je již zmíněná rehabilitace a reintegrace a to nejen léčebná ale především rehabilitace pracovní a sociální. Nezbytným předpokladem k naplnění je součinnost nejen lékařů ale také oborů sociologie, veřejných institucí, orgánů státní správy, veřejného i privátního sektoru.

Tato spolupráce by se pak měla projevit v konečném dopadu nemoci, zdravotního postižení, resp. dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na znovu začlenění jedince do původního sociálního prostředí a stanovení výsledné míry invalidizace v důsledku zdravotního omezení. (6, 16)

Okruh problémů týkajících se vztahu choroby k možnosti obnovení zaměstnání nebyl zatím důkladně prozkoumán, ale lze předpokládat, že u osob s chronickým onemocněním bude jeho schopnost zvládnout chorobu i jeho další začlenění významně ovlivňovat právě perspektiva dalšího sociálního a zejména pracovního zařazení, obnovení pracovní činnosti a tím splnění role pracujícího a následně např. role živitele rodiny. (10)

Ekonomické dopady

Výdaje na zdravotní péči jsou v ČR hrazeny ze 78% ze systému zdravotních pojišťoven. Jejich statistické ukazatele lze považovat za nejkvalitnější zdroje informací v této oblasti.

Výdaje na zdravotní péči má stoupající tendenci, v roce 2000 částka 115 792 mil. Kč, v roce 2007 už 183 713 mil. Kč. Pokud bychom se zaměřili na výdaje na péči strukturované dle věku a pohlaví, pak je třeba vzít v úvahu, že každá věková skupina má odlišný počet pojištěnců a také jinou strukturu poskytované péče. Velmi zajímavé je srovnání výdajů mezi muži a ženami. Ženy se obecně dožívají vyššího věku než muži a proto je struktura výdajů odlišná. Ve věkových skupinách 00-14 a 55-64 jsou vyšší výdaje u mužů, v ostatních věkových skupinách byly vyšší výdaje zaznamenány u žen. Nejvyšší výdaje jsou ve skupině 60-64, a to u obou pohlaví. U žen je vyšší výdaj ve věkové skupině 20-39, což lze vysvětlit mateřstvím. Z časového hlediska se od roku 2000 zvýšily výdaje celkově o 59%, přičemž u mužů o 64% a u žen o 54%. Absolutní čísla v roce 2007: u mužů 83 520 a u žen 100 194 v mil. Kč.

Stoupají i průměrné výdaje na jednoho pojištěnce a opět je rozdíl mezi muži a ženami. V roce 2007 u muže 16 418 Kč a u ženy 19 029 Kč. I zde vykazují rozdíly jednotlivé věkové skupiny, muži mají vyšší průměrný výdaj na osobu v kategoriích 00-09 let a dále pak ve vyšších věkových skupinách. U žen opět vyšší výdaje zaznamenáváme v kategorii mladšího a středního věku. (22, 23)

Sociální zabezpečení

Neopominutelný je socioekonomický kontext zdravotní politiky, proto je třeba do problematiky zdravotní péče zahrnout také systém sociálního zabezpečení, které se v našich podmínkách skládá s pojištěním nemocenského a důchodového a pojištěním proti nezaměstnanosti. Péče o zdraví by tak neměla zůstat pouze v resortu zdravotnictví, stěžejní determinanty zdraví se nachází mimo toto odvětví. (7)

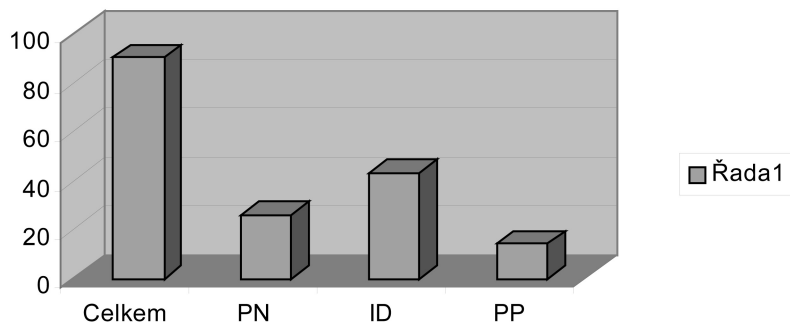
Částky vydané státem v této oblasti mají vzrůstající tendenci.

Za rok 2007 činily dopady činnosti Lékařské posudkové služby v resortu MPSV cca 90 mld.

**Viz Tabulka č.1. – výdaje ze státního rozpočtu na sociální oblast – kategorie posuzované LPS
– čísla uvedena v mld. korun (16)**

Zkratky – PN – nemocenské
– ID – invalidní důchody
– PP – příspěvky na péči

Tab. č. 1.



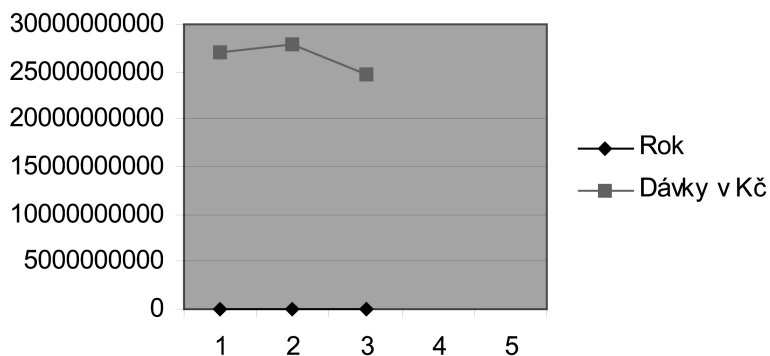
Statistika výběru pojistného na sociálním zabezpečení v milionech korun ukazuje zřetelný nárůst příjmů oproti roku 1993 kdy šlo o částku 106 027 000, v roce 1999 byla přesažena hranice 200 000 000 a v roce 2008 to již byla částka 375 368 000 Kč. (21, 22, 23)

Nemocenské

Objem vyplacených nemocenských dávek v roce 2008 významně poklesl, což lze spíše vysvětlit změnou legislativy a určitého znevýhodnění praceneschopných v počátku pracovní neschopnosti, než zlepšením zdravotní kondice obyvatelstva.

Viz tab. č. 2

Rok	Dávky v Kč
2006	26 962 635 796
2007	27 880 800 788
2008	24 769 072 712



Naopak ale stoupá průměrná doba trvání jedné pracovní neschopnosti – v roce 1993 to bylo 23,22 dne, v roce 2005 to bylo 33,62 dne a v roce 2008 již 39,50 dne.

Pokud bychom chtěli i zde srovnat genderové rozdíly, pak průměrné procento pracovní neschopnosti (% vyjádření podílu praceneschopných z celkového počtu pojištěnců) celkem je 4,646 pro nemoc a průměrný denní stav práce neschopných (počet osob, které byly ve sledovaném období denně v pracovní neschopnosti) činí 212 478 pro nemoc.

Z toho u žen je průměrné procento pracovní neschopnosti 5,560 a průměrný denní stav práce neschopných je 119 519, tedy asi polovina.

Tady není statisticky významný rozdíl.

Údaje jsou platné pro 2 pololetí roku 2008 – tedy leden až červen. (21)

Invalidní důchody

Počet invalidních důchodců v roce 2008 představoval s číslem 534 578 cca 11,8% k celkovému počtu poplatníků pojistného. Počet všech důchodců v roce 2008 představoval 2 066 005. Z toho vyplývá, že invalidní důchodci tvoří zhruba čtvrtinu z celkového počtu.

Počet poplatníků na jednoho důchodce statisticky vyčíslen činí 1,808 osoby. I to by mělo být varující číslo.

Prokazatelně existují rozdíly v invalidizaci dle pohlaví. Rozdíl je vyjádřen jednak v počtu a jednak v zastoupení jednotlivých skupin diagnóz, pro které byla invalidita přiznána.

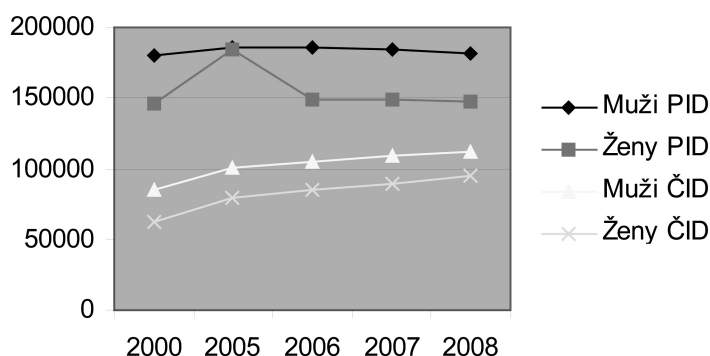
Početně jsou zastoupeni více muži – a to jak v počtu částečných invalidit tak i plných.

Vzhledem k tomu, že v celkovém počtu obyvatel se zastoupení mužů a žen zásadněji neliší, otázkou zůstává důvod vyššího podílu invalidizace u mužů.

Je skutečně více mužů omezeno ve svém pracovním potenciálu nemocí a tudíž invalidních, nebo si jen muži žádají častěji o posouzení, resp. přiznání invalidity. K tomu by bylo třeba shromáždit údaje o počtu žádostí a výsledku posouzení vztaheno k pohlaví.

Viz tab. č. 3

Vývoj invalidizace v letech v závislosti na stupni invalidního důchodu a pohlaví v ČR



Stejně tak jsou rozdíly i v zastoupení diagnóz dle pohlaví – u obou pohlaví je nejčastější příčinou invalidizace onemocnění svalové a kosterní soustavy, ale druhou nejčastější příčinou u mužů tvoří nemoci oběhové soustavy, zatímco u žen novotvary.

Třetí místo u žen zaujímají duševní nemoci, u mužů novotvary.

Čtvrté místo ženy oběhová soustava, muži duševní nemoci.

Zajímavé je páté místo, kdy u žen jsou nejčastější příčinou invalidit nervové nemoci, zatímco u mužů úrazy.

Dle kapitol MKN v 9, 11, a 19 kapitole převažují výrazně muži, zatímco v 2 a 5 kapitole celkově ženy.

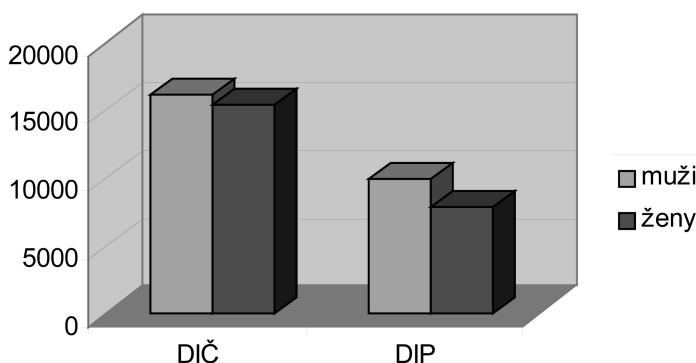
Z věkového hlediska muži převažují v kategoriích do 29 let, od 30 do 54 let převažují ženy a nad 55 let převažují opět muži.

Invalidizace dosahuje maxima u žen mezi 50-54 rokem věku, u mužů později, a to ve věku 55-59 let. Tento rozdíl snad lze vysvětlit pozdějším věkem odchodu do starobního důchodu u mužů. (1, 16, 21, 22, 23)

Tab. č. 4

Srovnání počtu nově přiznaných důchodů v roce 2008 dle pohlaví a stupně invalidity ČR

	DIČ	DIP
muži	16289	10063
ženy	15449	7855



Závěr:

Z výše uvedených souhrnných údajů vyplývá jediné, je jednoznačná příčinná souvislost mezi zdravým jednáním, zdravým životním stylem a vývojem chronických nemocí. Následný socioekonomický dopad nemoci a zejména snížené kvality života ve všech jejích složkách je vyčíslitelný ekonomicky a jedná se nezanedbatelné částky.

Stejně tak je jednoznačná souvislost mezi možností ovlivnění zdravého chování, jednání osob, a následným socioekonomickým dopadem ve sledovaných oblastech při předpokládaném snížení nemocnosti a tím snížení výdajů v resortu zdravotnictví, resp. invalidizace a tím snížení výdajů v sociální oblasti.

Otázkou zůstává, jak stanoveného cíle dosáhnout.

Literatura:

- (1) Aktuality lékařské posudkové služby, kolektiv autorů, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008, ISBN 978-80-86878-68-3
- (2) Gladkij, I., Koldová, Z., Propedeutika sociálního lékařství, 2005, ISBN 80-244-1120-2
- (3) Bártlová, S., Sociologie medicíny a zdravotnictví, 6., přepracované a doplněné vydání, 2005, ISBN 80-247-1197-4
- (4) Čeledová, L., Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti ve vztahu k Mezinárodní klasifikaci nemocí a s přihlédnutím k mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, Praktický lékař, 2008, 88/11, str. 675
- (5) Čeledová, L., Dopad pokroků lékařské vědy na posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení a zaměstnanosti, Zdravotnictví v ČR, 4/2008, str. 131
- (6) Čeledová, L., Čevela, R., Postgraduál posudkových lékařů, Vlámsko – český vzdělávací projekt, Zdravotnictví v ČR, 4/2008, str. 132-134
- (7) Dlouhý, M., Havelková, J., Investice pro zdraví – Zdravotnictví v sociálním a hospodářském rozvoji, Zdravotnictví v ČR, 1/x/2007, str. 10-15
- (8) Duffková, J., Životní způsob/styl a jeho variantnost, 1.5.2006, online c 2005-2008, eStránky.cz
- (9) Holčík, J., Priority evropské zdravotní politiky, Zdravotnictví v ČR, březen 1/XII/2009, str. 2-6
- (10) Ivanová, K., Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví, 2006, ISBN 80-7013-442-9
- (11) Kebza, V., Psychosociální determinanty zdraví, Praha:Academia, 2005, ISBN 80-2001-30-75
- (12) Králíková, E., Kouření, podceňované riziko v pneumologii, Lékařské listy, 2/2008
- (13) Krch, Csémy, Rodinná struktura a životní styl českých dětí, Praktický lékař, 86/12, str. 676
- (14) Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, překlad Pfeiffer, J., Švestková, O., ISBN 978-80-247-1587-2
- (15) Projekt HAPIEE – Mezinárodní studie „Zdraví a životní styl“ - KHS Moravskoslezského kraje, on line – http://www.khsova.cz/01-odborna_cinnost/studie-hapiee.php
- (16) Sborník informací o posudkové službě sociálního zabezpečení, MPSV, 2007, ISBN 978-80-86878-30-0
- (17) Semiginovský, B., Zkušenosti s činností posudkového lékaře ve Velké Británii, Vědecký pracovní den SLSZ, Praha, 9.6.2009
- (18) Stejskal, D., a kol., Metabolická onemocnění hromadného výskytu, 1996
- (19) Švestková, O., Mezinárodní klasifikace funkčních postižení a handicapu – ICF – Vědecký pracovní den SLSZ, Praha, 9.6.2009
- (20) Wikipedie–otevřená encyklopedie,<http://cs.wikipedia.org/wiki/Etiopatogeneze>
- (21) Webové stránky ČSSZ
- (22) Webové stránky MPSV
- (23) Webové stránky NSÚ
- (24) Zákon 155/95 Sb., v pl. zn., o důchodovém pojištění
- (25) Zákon 306/08 Sb., novelizace zákona o důchodovém pojištění s platností od 1.1.2010
- (26) Závěry Rady o zdraví žen Council conclusions on womens health (2006/C 146/02) RADA EVROPSKÉ UNIE :THE COUNCIL OF THE EUROPIAN UNION
- (27) Zdraví 21 – zdraví do 21. století, MZ 2001, ISBN 80-85047-95-5

Dynamicky formulovaná diagnóza při posuzování obecné invalidity

MUDr. Ivan Mervart, ČSSZ

Úvod

Cílem mého sdělení je upozornit na užitečnost strukturované zdravotnické dokumentace v posudkovém lékařství. Jedním z prvků Weedovy problémově orientované zdravotnické dokumentace je dynamicky formulovaná diagnóza. Ověřil jsem si její užití na jednoročním souboru vlastních posudků, týkajících se tří diagnostických skupin, a to kardiologické, neurologické a psychiatrické. Zvolil jsem je jako ilustraci tří odlišných stupňů posuzovaných lékařských dat, a tedy i tří stupňů posudkové obtížnosti. Z celkového počtu 782 posudků za rok 2008 jsem vybral 14 posudků kardiologických, 256 posudků neurologických a 54 posudků psychiatrických, týkajících se tří konkrétních diagnóz: ischemická choroba srdeční, vertebrogenní algický syndrom, smíšená úzkostně depresivní porucha.

Principem **dynamicky formulované diagnózy** je nahrazení statického nozologického názvu chorobného stavu dynamickou chronologickou řadou klíčových ověřených lékařských dat, která ve výstižné zkratce plní tyto úkoly: dokládá začátek choroby, dále dokládá, kdy a na základě jakých dat byla diagnóza vyslovena, dokládá další klíčové diagnostické nálezy a projevy funkční poruchy, tedy časově označené milníky v průběhu choroby až po současný stav. Prvkem, modulem dynamicky formulované diagnózy tedy nemůže být nález neověřený, nejistý, z druhé ruky, nedatovaný.

Při formulování dynamické diagnózy přiřazuji lékařským informacím jakožto výchozím a stavebním prvkům dynamické diagnózy určitou **specifickou váhu**. Rozumím tím míru spolehlivosti, ověřitelnosti a funkční závažnosti lékařských nálezů při jejich poměrném zvažování jako důkazních prostředků.

Sestavení dynamicky formulované diagnózy z přesně pojmenovaných a časově označených nálezů souvisí se **sémantickým aspektem** jazykové práce posudkového lékaře. Naše práce s důkazními prostředky musí vyjadřovat respekt k vědeckým základům medicíny. Sémantika jako teorie významu a smyslu slov zahrnuje i zkoumání konkrétního versus obecného pojmenování jako výrazu stupně poznání a ukazuje významově nepřesný jazyk jako obraz nepřesného myšlení. Znalost sémantických principů a hledání stále přesnějších jazykových pracovních nástrojů posudkového lékaře je součástí úsilí o vědeckou pravdivost posudkové práce.

Kapitola 1: základní pojmy

1 - 1: dynamicky formulovaná diagnóza

Pojem dynamická formulace diagnózy pochází z prací, které se od sedmdesátých let minulého století zabývaly strukturovanou zdravotnickou dokumentací. Weed nazval svůj systém „problem oriented medical records“ (1,2), problémově orientovaná lékařská dokumentace. Je založena na popisu pacientova problému jako otázky, k níž jsou postupně přiřazovány lékařské odpovědi, to jest ověřené a časově určené klinické, přístrojové a laboratorní údaje, jakož i léčebné zákroky a jejich výsledky. Vzniká chronologický záznam vývoje pacientovy zdravotní poruchy a ze statického diagnostického pojmenování nozologické jednotky se tak stává otevřený příběh konkrétního člověka (3). Lékaři při každém kontaktu s pacientem pracují s celým, stále aktualizovaným seznamem jeho aktivních i neaktivních zdravotních problémů a stále si tak připomínají jejich existenci a možný kontext.

Základním prvkem této dokumentace je dynamická formulace již stanovených diagnóz i otevřených diferenciatně diagnostických stavů. Ta obsahuje chronologicky řazené projevy nemoci i získané lékařské údaje, stručně pojmenované a časově určené. Dynamická formulace obsahuje také funkční důsledky chorobného stavu v jejich časovém vývoji. Přestože funkční, z našeho hlediska i posudkový rozměr diagnózy by měl patřit do každého svědomitého pojmenování chorobného stavu, víme, že kliničtí lékaři tento rozměr diagnózy často pomíjejí. Posudkové lékařství připomíná ostatním oborům, že tento rozměr diagnózy je rovnocenný s ostatními rozměry diagnózy. Navíc má kvalitní metodiku pro jeho formální strukturu včetně zřetelného zdůvodnění posudkového závěru. Máme tedy klinickým kolegům v tomto punktu medicínsky co nabídnout. Naší práci pomáhají vystoupení lékařů z klinických oborů na našich seminářích. Naší součinnosti se zdravotnickými zařízeními by stejně tak prospěla krátká vystoupení zkušených posudkových lékařů na odborných seminářích klinických oborů, s připomenutím funkčních a posudkových rozměrů diagnóz.

Tabulka 1 uvádí pro větší názornost obecné pojmenování jednotlivých prvků dynamické diagnózy, tak jak jdou v časové řadě obvykle za sebou, a konkrétní aplikace u tří diagnostických skupin.

Tabulka 2 připomíná standardní řazení prvků posudkového rozměru diagnózy podle běžné metodiky, uváděné v příslušných metodických pokynech pro práci posudkového lékaře (7, 8).

Tabulka 1: obecná forma dynamické diagnózy a její konkrétní aplikace

obecné pojmenování jednotlivých prvků dynamické diagnózy
základní název chorobného stavu – měsíc/rok začátku obtíží, manifestace choroby, či stanovení diagnózy - měsíc/rok určujícího vyšetření, nálezu - měsíc/rok dalších projevů nemoci, klíčových nálezů, vyšetření - měsíc/rok aktuálního nálezu, vyšetření, určení stupně funkční poruchy

konkrétní aplikace řazení prvků u kardiologické diagnózy
ischemická choroba srdeční - manifestní akutním předním STE srdečním infarktem 8/2007 - časná koronární angioplastika a stenty dvou tepen 8/2007 - kontrolní koronarografie pro bolesti na hrudi 3/2008: bez nové stenózy, bez intervence - sonografie srdeční 4/2008: klidová ejetční frakce levé komory 60% - klinicky 8/2008: stabilizovaný stav bez anginy, bez dysrytmie, bez selhávání srdeční pumpy, NYHA II

konkrétní aplikace řazení prvků u neurologické diagnózy

chronický vertebrogenní algický syndrom lumbosakrální - obtíže od 2000 - zhoršení obtíží 1/2008 - CT a MR vyšetření 4/2008: hernie disku a střední foraminostenozy L5/S1 - klinicky 4/2008: lumboischialgický syndrom kořenový, lehčí tibiooperoneální insuficience vlevo - operační hemilaminektomie L5/S1 a extrakce sekvestru 6/2008 - klinicky 9/2008: ústup kořenové symptomatiky lumbosakrální, časné pooperační období rehabilitační

konkrétní aplikace řazení prvků u psychiatrické diagnózy

smíšená úzkostně depresivní porucha - obtíže a ambulantní léčení od 1/2006 - klinicky 3/2007: reaktivní zhoršení depresivní symptomatiky při rodinné krizi - klinicky 9/2007: polymorfní somatické obtíže, interní a neurologické vyšetření negativní - klinicky 5/2008: nekompenzovaný psychický stav, sezónní výkyvy, nízká tolerance zátěže a stresu, únavový syndrom, trvalá medikace psychofarmaky

Tabulka 2 : posudkový rozměr diagnózy podle standardní posudkové metodiky

obecné řazení relevantních údajů

název funkční poruchy - stupeň její závažnosti - vztah k žadatelově věku, vzdělání, kvalifikaci, k dosavadním jeho zaměstnáním, jejich náročnost vzhledem k funkční poruše - rekvalifikační potenciál - stupeň žadatelovy motivace - zdůvodnění volby odstavce příslušné kapitoly, zdůvodnění dolní hranice, středu či horní hranice příslušného procentního rozmezí - výsledné označení invalidity či neinvalidity - datum konstatování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti

příklad konkrétního řazení povinných posudkových prvků u tří různých diagnóz

srdeční choroba středně závažná - u muže středního věku, středoškoláka, s fyzicky nenáročným zaměstnáním projektanta, ověřil si uplatnění v dosavadním zaměstnání s nevelkými úlevami - stabilizovaný zdravotní stav, posuzují jej proto dolní hranicí příslušného procentního rozmezí

degenerativní funkční porucha páteře, středně těžká, opakované silnější projevy nervového a svalového dráždění - u ženy čtyři roky před možností starobního důchodu, vyučené, s předchozími dělnickými, fyzicky středně náročnými zaměstnáními, čtyři roky před možností starobního důchodu - nízký rekvalifikační potenciál - zdravotní stav proto posuzují horní hranicí příslušného procentního rozmezí

úzkostná funkční porucha psychická - těžšího stupně, chronifikovaná - u ženy středního věku, nevyučené, s předchozími pomocnými fyzicky a psychicky méně náročnými zaměstnáními - zdravotní stav proto posuzují středem příslušného procentního rozmezí

Zkrácené příklady záznamu posudkového rozměru diagnózy uvádím jen proto, abych ukázal, jak nynější standardně užívaná metodika dobře odpovídá stavebnicové struktuře dynamicky formulované diagnózy. Výstižný a přesvědčivý popis posudkové úvahy nad závažností funkční poruchy v celém sociálně pracovním kontextu by měl být ale stejně dlouhý či delší než výpis relevantních dat z odborných lékařských nálezů.

1 - 2: specifická váha lékařské informace

Specifická váha lékařské informace je pojem pro komparativní posuzování výpovědní hodnoty jednotlivých stavebních prvků diagnózy. Váha informace o zdravotním stavu závisí na měřitelnosti a ověřitelnosti jejích parametrů jak po stránce morfologické, tak hlavně po stránce dopadů na fungování lidského organismu jako celku. Škála specifické váhy diagnostických prvků musí být nutně arbitrární. Vždyť údaje vycházejí z mnoha odlišných medicínských a biologických oborů, s různě pokročilým stupněm poznání. Řešením je její důkladné zakotvení v naší klinické a posudkové zkušenosti. Nízkou specifickou váhu mají často vyšetření praktických lékařů. Jejich osobní angažovanost na straně klienta často překračuje hranici objektivitu klinických dat a vstupuje na zakázané území klientelismu. Neplní tak zákonnou povinnost poskytovat orgánům sociálního zabezpečení pravdivé, úplné a nezkreslené údaje pro správné řízení. Stav věcí je takový i podle jiných autorů (9).

Příkladem vysoké specifické váhy je specifická váha selektivní koronarografie s vysokou korelací morfologických a funkčních změn či nálezy histologické. Příkladem střední a vyšší střední specifické váhy je specifická váha magnetické rezonance páteře s kolísavou korelací morfologických a funkčních změn. Příkladem nižší střední a nízké specifické váhy jsou neurotické příznaky s obtížnou korelací subjektivních a objektivních dat.

1 - 3: sémantický aspekt lékařských dat

Sémantickým aspektem důkazních prostředků, lékařských dat, rozumím péči o přesnou, co nejvíce vědeckou práci s pojmovou, obsahovou stránkou slov, která užíváme při popisu morfologických, funkčních i časových rozměrů diagnózy, ve společném zájmu o řešení situace postiženého člověka. Respekt k vědeckým základům medicíny a kolegiální respekt vůči všem zúčastněným lékařům nenechává prostor pro nepřesné, přibližné či nedostatečně podložené vyslovování diagnostických názvů, pro žargon, pro účelové zdůraznění jedněch dat a účelové oslabení dat druhých, pro zkratky srozumitelné jen uvnitř úzké skupiny a vyjadřující nezáměr o mezioborovou komunikaci, úzce odbornou omezenost či nezdvořilost vůči kolegům jiných oborů.

Kapitola 2: ischemická choroba srdeční jako dynamicky formulovaná diagnóza

2 - 1: dynamické formulace kardiologických diagnóz

Pod běžnou statickou diagnózou: ischemická choroba srdeční, stav po infarktu, angína pectoris, se skrývá tento dynamický příběh:

Ischemická choroba srdeční, manifestní akutním nonSTE srdečním infarktem 1/2007 - časná koronární angioplastika a stent 1/2007 - UZ vyšetření 5/2007 a 5/2008: normální systolická funkce, ejekční frakce levé komory 65%, ergometrie 5/2008 negativní - dle kardiologického vyšetření 5/2008 bez anginy, klidové píchání u srdečního hrotu neanginozního charakteru, oběhově kompenzován NYHA I. Posudkově kardiální nemoc stabilizovaná, bez průkazného zhoršení funkce srdeční pumpy, omezení jen pro těžkou fyzickou práci a ve smyslu sekundární prevence cévních chorob, u muže středního věku, se zaměstnáním fyzicky nenáročným, bez nutnosti rekvalifikace. Posuzuji stav dolní hranicí příslušného procentního rozmezí.

Pod další statickou diagnózou : ischemická choroba srdeční, stav po infarktu, fibrilace síní, srdeční dekompenzace, je tento dynamický příběh:

Ischemická choroba srdeční, manifestní pohybovou anginou 2/2008, akutní STE srdeční infarkt 3/2008 - časná koronární angioplastika a stent dvou tepen 3/2008 - epizoda fibrilace síní s přechodným zhoršením dechovým 6/2008, medikamentózní verze na sinusový rytmus a úprava oběhová 6/2008 - UZ vyšetření 7/2008: snížená systolická funkce, hypokineza srdečního hrotu, ejekční frakce levé komory 40%, funkční omezení NYHA III. Posudkově kardiální nemoc nestabilizovaná, omezení zatím pro tělesnou práci mimo lehké, u muže vyššího středního věku, se zaměstnáním fyzicky náročným, s věkově omezeným rekvalifikačním potenciálem. Posuzuji stav horní hranici příslušného procentního rozmezí.

2 - 2: specifická váha kardiologických dat

Kardiologické a kardiologické nemocniční i ambulantní zprávy v naprosté většině dnes obsahují data, která nám umožňují formulovat dynamickou diagnózu bez větších nesnází. Kardiologové většinou dobře formulují funkční projevy srdečních nemocí a umožňují nám tak popsat posudkový rozměr diagnózy přesněji než v jiných oborech. Funkční omezení je někdy označeno pouhým uvedením obvyklých zkratk kardiologických společností NYHA a CCS. Číslo ale nestačí. Zdůvodnění uvedeného stupně funkční poruchy v nálezů chybět nemůže. Situace se zhorší, je-li kardiologický pacient předán do péče interní ambulance. Ze zpráv většinou mizí aktuální popis funkčního omezení, projevy nemoci se kopírují ze starých nálezů, mizí data projevů nemoci, specifická váha nálezů klesá. Specifická váha klinických dat od kardiologů je však většinou vysoká. Medicinská a technická přesnost kardiologie je provázána přesností její terminologie a je tak po stránce sémantické důkazem, že kvalitní rozvoj vědeckomedicinský kultivuje vyjadřování a přesně vymezuje obsah užitých slov a termínů. Diagnóza „ischemická choroba srdeční“ bez prokazujících vyšetření musí být dnes v jakékoli dokumentaci nepřijatelná.

2 - 3: komentář

14 pacientů s ischemickou chorobou srdeční jsou méně než dvě procenta všech posouzených. Všichni jsou muži ve věku 41-60 let, 13 pracuje manuálně. Invazivní reperfuční zákrok podstoupilo 10 nemocných. Téměř ve všech případech byla pro posouzení invalidity k dispozici kombinace dat angiografických, klinických a přístrojových (40 vstupů u 14 posuzovaných). Koronarografická data jsou lékařské nálezy s vysokou specifickou váhou, které s vysokou specifitou spojují morfologické změny koronárního řečiště s funkčními změnami ve výkonu srdeční pumpy. Vysokou specifickou váhu má i pokles klidového systolického výkonu srdečního, zjištěný ultrazvukovým měřením ejekční frakce levé komory. Ergometrická měření mají své limity, pro které je přijímáme jako nálezy s vyšší střední, střední a nižší střední specifickou váhou. Podle odborných nálezů v příslušném posudkovém kontextu v této skupině odpovídal stav v 5 případech plné invalidity, v 9 případech částečné invalidity. Posouzení vedlo v 5 případech ke snížení žádané či kontrolované invalidity. U 5 posouzených došlo k desetiprocentnímu navýšení horní hranice procentního rozmezí kvůli dalším funkčně významným diagnózám.

Kapitola 3: vertebrogenní algický syndrom jako dynamicky formulovaná diagnóza

3 - 1: dynamické diagnózy vertebrogenního syndromu

Pod běžnou staticky formulovanou diagnózou: chronický vertebrogenní algický syndrom krční a bederní, cervikobrachiální syndrom, běží tento dynamický příběh:

Chronický vertebrogenní algický syndrom, krční a bederní, obtíže od 2000 - MR nález 5/2004: hernie disku C6/7, bez myelopatie, bez foraminostenoz, neurochirurgicky konzervativní postup 6/2004 - CT nález 8/2007: protruze disku L5/S1 3 mm bez foraminostenoz - klinicky cervikobrachiální syndrom 5/2004, cervikalgie a lumbalgie blokové bez kořenové symptomatiky 8/2007, relativní remise 8/2008.

Posudkově lehčí funkční postižení dvou úseků páteře s občasnými projevy nervového a svalového dráždění, s mírným omezením pohybu v postiženém úseku krčním, s omezením pro vynucené polohy a pro fyzicky náročné aktivity, u ženy středního věku, s dělnickými zaměstnáními, přesněji nepopsanými, nyní nezaměstnané, s určitým rekvalifikačním potenciálem. Posuzuji stav středem příslušného procentního rozmezí.

3 - 2: specifická váha neurologických nálezů

Nejednoznačná korelace morfologických změn páteře a pohybové funkční poruchy snižuje specifickou váhu posuzovaných lékařských dat do oblasti nižší až vyšší střední specifické váhy. U dvou třetin posuzovaných bylo k dispozici vyšetření páteře počítačovou tomografií či magnetickou rezonancí, u poloviny takto vyšetřených dokonce obojí. Časové určení nálezu v dynamicky formulované diagnóze odstraňuje zavádějící a někdy úmyslně zneužívané přetahování starších klinických i rentgenových nálezů do zpráv aktuálních, tedy manipulaci s důkazními prostředky.

3 - 3 : komentář

256 posuzovaných s diagnózou chronický vertebrogenní algický syndrom je 32% ze 782 všech posuzovaných. 80% mužů a 68% žen bylo ve věkové skupině 40-60 let. Ženy převažovaly o 16%. 94% posuzovaných pracovalo v manuálních profesích. Údaje o pracovní anamnéze, o kvalifikaci, o pracovních dovednostech, o současném pracovním zařazení, dále popis pracovní zátěže zejména u dělnických manuálních zaměstnání, to vše je slabá část podkladových dat pro posudkové řízení a nedrží krok s rychlými změnami pracovních nároků a zatížení. Profesionální dotazník posílaný žadatelem s tiskopisem „T400“ situaci zlepšuje.

Nad odbornými nálezy s touto diagnózou se vtírá otázka, jaké by asi byly morfologické změny páteře u věkově stejných kontrolních skupin lidí bez vertebrogeních obtíží nebo s vertebrogenními obtížemi zvládanými režimovými prostředky při normálním plnění všech životních nároků a povinností. Je jasné, že z etických důvodů se takový údaj nikdy nedozvíme. Rozdíly by ale nemusely být tak velké. Vlivy nepřiměřené a nerovnoměrné pracovní zátěže na jedné straně, a vlivy genetické, sociální, kulturní, vlivy stravování a životního stylu na druhé straně, mohou být dosti vyrovnané.

CT nález byl k dispozici u 120 (47%) posuzovaných, MR nález u 104 (40%) posuzovaných. Kořenová symptomatika byla popsána u 104 (40%) posuzovaných. 26% posuzovaných prodělalo operaci páteře. To svědčí o stále aktivnějším přístupu neurochirurgickém.

Na základě odborných nálezů v příslušném posudkovém kontextu bylo 26 (10%) případů posouzeno jako plně invalidní, 179 (70%) jako částečně invalidní, 51 (20%) jako neinvalidní. Z 256 posouzených v této skupině bylo 94, to je 37%, posouzeno procentním poklesem schopnosti soustavné výdělečné činnosti o 15-25%, nedosahujícím invalidity. Horní hranice 25% umožňuje ale při desetiprocentním navýšení částečné invalidity dosáhnout. To se stalo u 70 (28%) posouzených. 39% částečných invalidit tak vzniklo tímto způsobem. Sporně vysoké užití tohoto postupu odráží zvykovou posudkovou praxi, spočívající v nápadně nerovnoměrném využívání celého procentního rozmezí. Jedním z důvodů může být silný tlak řešit sociální problematiku této skupiny posuzovaných z prostředků důchodového pojištění. Pro řešení sociálních problémů jsou však určeny jiné subsystémy sociálního zabezpečení než dávky důchodového pojištění (9). Přiznání invalidity pro relativně mírné funkční omezení pohybové může být paradoxně negativním krokem proti sociálně pracovní rehabilitaci postiženého člověka a pro společnost ztrátou neodkrytého pracovního potenciálu. U kořene této problematiky je používání méně kvalifikovaných lidí jako doplňků strojů při sériové výrobě. Stereotypní pohybové zatížení vede k časným zdravotním potížím a zaměstnavatel pak poškozeného člověka předává k odškodnění státnímu sociálnímu zabezpečení. Řešení je spíše v společenském tlaku na technologickou prevenci těchto zdravotních poškození.

Statisticky zjiřitelné vychylování posudkové praxe oproti legislativnímu záměru mělo být tématem kontinuální analýzy a diskuse i na stránkách našeho odborného tisku.

Snížení žádané či kontrolované invalidity v této diagnostické skupině u 123 (52%) posudků má dva aspekty. Snížení u 89 (64%) zjiřovacích posudků je hlavně dáno převahou žádostí o plnou invaliditu. Konzultační role posudkového lékaře před podáním žádosti o invaliditu není v rámci kontroly dočasné pracovní neschopnosti definována a proto převažují rady nekvalifikovaných úředních mezičlánků. Snížení u 43 (36%) kontrolních posudků už lépe odráží kritičtější práci s důkazními prostředky, užíváme-li dynamicky formulovanou diagnózu. Prospěšnost dynamické diagnózy se mi proto jeví u této posudkově náročné diagnostické skupiny jako výrazná.

K funkčním poruchám pohybovým patří dvě poznámky. První se týká součinnosti lékařů závodní preventivní péče a lékařů posudkových. Setkáváme se s tím, že závodní lékaři potvrdí pracovní zařazení občanů částečně invalidních na plný pracovní úvazek do práce, jejíž zátěž byla uvedena jako jedna z příčin invalidity. V jednotném zákonném rámci by výroky obou lékařů neměly platit zároveň. Druhá poznámka: víme, že bolesti zad jsou často projevem jiné poruchy než poškození páteřní struktury. Opravdovou příčinou bývá problém osobnostní, rodinný, pracovní, v sociální skupině. Když posudkový lékař svým výrokem podpoří význam zástupné somatické diagnózy, podílí se na jevu zvaném medicinalizace běžného lidského života (4,5,6). Uvedení autoři tím rozumí odbornické uzurpování těch oblastí lidského života, v nichž je plně dostačující skupinová a jednotlivá lidská zkušenost a odhodlání. Navozovat pocit méněcennosti u tak zvaných laiků jistě posiluje moc odbornické zájmové skupiny, ale celospolečensky je škodlivé.

Kapitola 4: úzkostně depresivní porucha jako dynamicky formulovaná diagnóza

4 - 1: dynamické formulace smíšené úzkostně depresivní poruchy

Pod statickou diagnózou: úzkostně depresivní porucha, chronifikovaná, nekompenzovaná nacházíme tento dynamický příběh:

smíšená úzkostně depresivní porucha - obtíže a ambulantní léčení od 1/2006 - klinicky 3/2007: reaktivní zhoršení depresivní symptomatiky při rodinné krizi - klinicky 9/2007: polymorfní somatické obtíže, interní a neurologické vyšetření negativní - klinicky 5/2008: nekompenzovaný psychický stav, sezónní výkyvy, nízká tolerance zátěže a stresu, únavový syndrom, trvalá medikace psychofarmaky.

Posudkově úzkostná funkční porucha psychická, těžšího stupně, chronifikovaná - u ženy středního věku, nevyučené, s předchozími pomocnými fyzicky a psychicky méně náročnými zaměstnáními - manuálně zdatná, rekvalifikační potenciál omezený z psychických důvodů. Zdravotní stav posuzují středem příslušného procentního rozmezí.

4 - 2: specifická váha psychiatrických dat

Smíšená úzkostně depresivní porucha je diagnostickou skupinou, u níž jsem odkázán na lékařské nálezy s nízkou a s nízkou střední specifickou vahou. Současně vnímám medicínskou obtížnost těchto diagnóz, která se projevuje v občasném kolísání diagnostických označení mezi neurotickými poruchami, afektivními poruchami a poruchami osobnosti. Dále se tato medicínská obtížnost projevuje kolísavým či nevelkým efektem dlouhodobé léčby farmakologické i psychoterapeutické. Souvislost poruchy s premorbidně anomálně strukturovanou osobností je častá.

Nejčastějšími lékařskými označeními, se kterými se zde posudkový lékař setkává, jsou: kolísavý nekompenzovaný stav, chronifikovaný stav, trvale snížená tolerance zátěže. Podívejme se blíže, z jakých příznaků vychází psychiatr i posudkový lékař při svém hodnocení této poruchy: nesoustředěnost, plačtivost, výkyvy nálady, podrážděnost, nervozita, emoční labilita, zvýšená citlivost, snížení pracovní zátěže, pocit nedostačivosti pro běžné denní úkony, rozladění, špatné zvládnání stresů. Součástí nálezu je často varování: každý stres a zvýšení psychické zátěže může vést k další dekompenzaci a k zhoršení stavu. Není divu, že přiznanou invaliditu v této skupině snižujeme málokdy. Posudkový lékař si zde opakovaně klade otázku, zda invalidizace, tedy další izolování nemocného od rehabilitačně působícího prostředí sociálně pracovního, je nejvhodnějším léčebným postupem.

4 - 3: komentář

Tuto diagnostickou skupinu jsem si vybral proto, že v širší škále psychiatrických funkčních poruch neurotických, stresových, poststresových, úzkostných a poruch přizpůsobení (kapitola V 4 a – d přílohy č.2 k vyhlášce č.284/1995 Sb.v platném znění) představuje narůstající, medicínsky i posudkově obtížnou podskupinu. Užší skupina 49 posouzených se smíšenou úzkostně depresivní poruchou představuje 6% posuzovaných.

Při zastoupení 22% mužů a 78% žen bylo 90% mužů ve věkové skupině 41 -60 let, 34% žen ve věku 21-40 let a 66% žen ve věku 41-60 let. 30% posuzovaných mělo středoškolské či vysokoškolské

ské vzdělání. V souboru 49 posuzovaných jsem posoudil lékařské nálezy v pracovně sociálním kontextu u 40 (81%) jako odpovídající částečné invaliditě, u 4 (8%) jako odpovídající plné invaliditě a u 5 (11%) jako neodpovídající ani plné, ani částečné invaliditě. Znamená to, že jsem čtyři pětiny nálezů hodnotil jako těžkou psychickou funkční poruchu s mírou poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti o 25-50% , a jen jednu pětinu nálezů jako středně těžkou funkční poruchu s mírou poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti o 15-20% , či lehkou funkční poruchu s mírou poklesu o 5-10% . Posudkově je obtížné interpretovat často dramaticky formulované odborné lékařské nálezy i výrazně nižší počet opěrných vstupů do dynamicky formulované diagnózy.

Kapitola 5 - závěr

5 - 1 : přínos dynamicky formulované diagnózy

Přínos dynamicky formulované diagnózy pro práci posudkového lékaře vidím v těchto oblastech:

- A/ První oblastí je posun lékařovy duševní práce s daty od nozologického statického označení chorobného stavu **k individualizovanému popisu** vývoje a následků chorobného procesu . Ten umožňuje ve zkratce zachytit nejen dynamiku chorobných změn, ale i procesů adaptačních, kompenzačních a resocializačních. Mezinárodní klasifikace nemocí , 10.revize, z pera Světové zdravotnické organizace, je jen dílčím nástrojem, jehož omezení a úskalí si musíme uvědomit při každém otevření jeho stránek. Snaha o medicinalizaci malých odchylek v lidské výbavě tělesné i duševní, ve své podstatě biologicky a vývojově přirozených, je zarážející. Pro ilustraci si stačí nalistovat diagnózu s označením R 54, stáří. Fyziologický stav, stáří, v seznamu nemocí?
- B/ Důsledné **časové určování jednotlivých lékařských nálezů** je nezbytné pro posouzení dynamiky chorobného procesu a pro zdůvodnění stupně výsledné funkční poruchy. Brání vědomému či nedbalostnímu posouvání a podsouvání lékařských dat do dalších, novějších, aktuálních nálezů, a tím brání nežádoucí manipulaci s důkazními prostředky. Ideální by bylo označit lékařský nález jménem lékaře, který je autorem nálezu a jeho interpretace. Víme, že právě interpretace nálezu může být rozhodující v pozitivním i v negativním smyslu. Taková důslednost v označování nálezů je ale časově a prostorově natolik náročná, že je v praxi bohužel zatím nereálná. Smyslu by nabyla ve chvíli, kdy bychom použili **dynamicky formulovanou diagnózu jako základ jednotného lékařského posudku** pro všechny subsystemy sociálního zabezpečení. Posudkový lékař by nevypisoval mechanicky relevantní údaje z mnoha odborných lékařských nálezů, které jsou stejně povinnou součástí spisu , a soustředil by se na jejich posudkovou interpretaci, vyjádřenou příběhovou dynamicky formulovanou diagnózou. Ta obsahuje všechny posudkově důležité údaje, určené datem a jménem odpovědného odborníka. Obsahuje i anamnézu zdravotních poruch, čímž odpadá další duplicitní psaní. Celý posudek, časově oprostěný od vypisů z lékařských nálezů, by tak sestával jen ze seznamu přiložených odborných lékařských nálezů a z dynamicky formulovaných diagnóz, obsahujících všechna posudkově závažná data, výsledky opěrných vyšetření, a stupeň a stav rozhodující či vedlejší funkční poruchy. U posuzování stupně invalidity je nedílnou součástí dynamicky formulované diagnózy plně rozvedená úvaha posudkového rozměru diagnózy, u nedýchodových subsystemů je aplikace posudkového závěru již nastavena v programu Posudky. Časová úspora výrazná, využití posudkového lékaře jako odborníka a ne jako mechanického písaře zásadně důležité pro celý systém.
- C/ Modulové složení dynamicky formulované diagnózy umožňuje, aby všichni další lékaři při své posudkové činnosti pokračovali **přidáváním dalších vstupů**, modulů, bez pracného shledávání

starších dat a nálezů, bez ověřování, zda jde o nález původní, citovaný, či převzatý z neznámého zdroje, bez pátrání, jak předchozí posudkové hodnocení vzniklo. Je-li jednou základní příběh posuzovaného a vývoje jeho funkční poruchy srozumitelně a přehledně formulován a doložen, přidáváme k němu jen další aktuální klíčové lékařské nálezy a další označení současného stupně funkční poruchy. V této fázi je pracovní a časová úspornost i vnitřní logika tohoto pracovního postupu nejnvýraznější.

- D/ Dynamicky formulovaná diagnóza je pracovní nástroj pro přesnější a kritičtější posudkovou práci se vstupními daty. Přesnější a tím i úspornější přiznávání invalidity lze předpokládat, ale potvrzení předpokladu by vyžadovalo srovnávací studii s kontrolní skupinou posuzovaných.
- E/ Sémanticky pozitivním dopadem dynamicky formulované diagnózy rozumím takovou práci se slovy a s údaji, která pečlivě váží **význam slov**, vznik slovního označení, dbá na ověřený a ověřitelný obsah slovního označení. Přesné vyjadřování je výrazem přesného myšlení. V medicíně jakožto ve vědním oboru je každé nepodložené, významově posunuté slovní označení profesně nepřijatelné. Nadhodnocením či podhodnocením lékařského nálezu, vychýlením posudku lékař porušuje zásadu materiální rovnosti a zásadu zjištění stavu věci, dané zákonnou normou. Navíc ruší spolehlivost, důvěryhodnost a integritu svého oboru a snižuje jeho společenské postavení a sebevědomí. Přesné a uměřené vyjadřování má i svůj estetický rozměr, jak dokazuje jazyk Darwinova díla O původu druhů přírodním výběrem, vědecké básně v próze, plné obdivu k vynalézavosti, k pestrosti a k proměnlivosti života, i respektu k názorovým odpůrcům.

5 – 2 : obecná invalidita

V názvu práce jsem připomněl, proč se snažíme své pracovní nástroje zdokonalovat. Cílem je co nejpřesnější posouzení obecné invalidity, to jest významně omezené či zaniklé schopnosti, přechodně či trvale, vydělat si na přiměřené živobytí jakoukoli prací. Teoreticky to je jasné, ale v praxi se vše neuvěřitelně komplikuje. Dle zákonné normy je invalidita odvozena od procentně významného poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Víme, že jde o schopnost zprůměrovanou. Určité zdravotní omezení, objektivně doložená funkční porucha, která znamená pro jednoho člověka úplné pracovní sociální vyřazení, nezabrání druhému v plném pracovním sociálním zařazení a uplatnění. K vyjádření individuálních rozdílů je určeno relativně široké procentní pásmo pro každou z funkčních poruch a zdravotních omezení. V praxi však vidíme, že převažuje užívání horních hranic rozmezí včetně desetiprocentního, málokdy pětiprocentního navýšení. Rozbor příčin subjektivních i objektivních si zaslouží samostatné pojednání, dále podrobnější statistické údaje než máme dosud, i legislativní a metodologickou pozornost. Vychýlení systému jedním směrem jistě neodpovídá původnímu zákonodárcovu záměru.

Při posuzování obecné invalidity má posudkový lékař dále vážit i budoucí rekvalifikovatelnost, vzdělavatelnost, adaptabilitu, možnosti prosazení se posuzovaného na trhu práce. K tomu máme posoudit jeho vědomosti, dovednosti, nadání, povahu, motivace, postoje, zájmy, osobnostní a charakterové rysy. S dosud dostupnými daty to je úkol nesplnitelný. Část takových údajů zjišťují finančně a časově náročným způsobem příslušní odborníci v kurzech úřadů práce. Nám zbývá jen přibližný odhad, odvozený z kvalifikační, pracovní a zdravotní anamnézy. Není divu, že z nezbytnosti posuzujeme spíše minulost, to je dosavadní uplatnění a zaměstnání, než budoucnost, to jest nevyužití schopností, vlohy, nadání, skryté možnosti. Posuzujeme tak proti záměru zákona spíše invaliditu profesní než obecnou.

Důvody invalidity jsou jednoznačné u menšiny žadatelů. U většiny převažují důvody relativní, které by bylo možné v řadě případů kompenzovat vhodným pracovním zařazením, úpravou pracov-

ního prostředí a podmínek. Připomeňme si slavný zlomek, který definuje pracovní způsobilost jako poměr mezi pracovním potenciálem a mezi nároky zaměstnání. Čitatel zlomku je většinou dobře definován a užíván. Jmenovatel zlomku, nároky zaměstnání a jejich vhodná úprava, to jest udržení a využití kvalifikovaného zaměstnance v upravených pracovních podmínkách, je ke škodě systému sociálního zabezpečení užíván málo. Řešit pracovní zdravotní handicap uplatněním, prospěšností, validitou, je vždy individuálně i společensky prospěšnější, zdravější a důstojnější, než řešení neplatností, neprospěšností, in-validitou.

U důvodů relativních také častěji posuzujeme spíše předpokládaný než již existující pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Často tak přiznáme invaliditu člověku, který pak pokračuje bez omezení v původní, či v jiné soustavné výdělečné činnosti. Je zřejmé, že tím zaniká invalidita ze své definice: nedošlo k závažnému poklesu schopnosti soustavné výdělečné schopnosti o nejméně 33% nebo nejméně o 66%. Současná právní úprava nám ale brání tento rozpor řešit a kategorii obecné invalidity dále relativizuje.

Další obtíž s posouzením obecné invalidity nastává v případech, kdy zjistíme posudkově závažnou skutečnost, která problematizuje existující stupeň invalidity. Údaje o změně pracovní způsobilosti či o novém pracovním uplatnění jsou i v režimu kontrolních lékařských prohlídek neúplné. Mimo tento režim je situace ještě horší. Zjistíme-li, že invalidní občan výkonem soustavné výdělečné činnosti dokazuje, že je schopen bez zhoršení zdravotního stavu vykonávat výdělečnou činnost vůbec nebo ve větším rozsahu než posuzující lékař původně předpokládal, máme provést mimořádnou kontrolu invalidity. Jak zjištění této skutečnosti, tak nařízení mimořádné kontroly invalidity není však v současném systému standardizováno, přestože se týkají situací zpochybňujících objektivitu posuzování v očích veřejnosti. Současný výklad umožňuje, aby člověk částečně či plně invalidní pracoval v plném pracovním úvazku. Tím denně prokazuje, že pokles jeho schopnosti soustavné výdělečné činnosti není významný. To je v rozporu se základním vymezením obecné invalidity. Ve svém důsledku to znamená, že je absolutizována funkční zdravotní porucha jako prakticky jediný důvod invalidity a potlačen její kvalifikační a sociálně pracovní kontext. V jedné debatě posudkových lékařů zazněl názor, že nelze trestat odejmutím invalidity toho, kdo se snaží pracovat. Až tak daleko, k chybné argumentaci používající termíny „trest za snahu, odměna za snahu“ můžeme dojít při současném rozkolísání pojmu obecná invalidita.

Domnívám se, že k úkolům posudkových lékařů patří nejen snaha o přesnější pracovní nástroje k posuzování zdravotního stavu, ale i snaha o přesnější vymezení základních posudkových kategorií.

5 - 3: vývoj pracovních nástrojů posudkového lékaře

I po krátkém působení v oboru se mi jeví posudkové lékařství nejen jako mezioborová disciplína, ale jako vysoce specializovaná odbornost, která se zabývá tím, co by měly obsahovat všechny lékařské obory. Tedy nejen diagnostickými zjištěními a léčebnými výsledky, ale i funkčními důsledky chorobných změn pro celý lidský organismus v kontextu adaptačních a kompenzačních procesů, v kontextu prostředí rodinného, skupinového a sociálně pracovního. V tomto ohledu je jeho přínos ostatním medicínským oborům významný a nesporný. Kvalita české posudkové školy získala uznání v rámci evropské organizace posudkových lékařů. Je výrazně patrná i z kurzů a z učebních textů katedry posudkového lékařství Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Je v zájmu celého státního systému sociálního zabezpečení, aby rozvoj oboru posudkové lékařství byl generován akademickým centrem s dostatečnou kapacitou pro všechny teoretické a výukové úkoly.

Nezáleží tolik na tom, jak bude výkonná složka posudkového lékařství v budoucnu organizována a jak se bude jmenovat. Důležitější je, kdo bude každodenní posudkovou práci vykonávat. Vyšší pro-

cento starších lékařů v oboru je často prezentováno jako nevýhoda. Je možné, že v tak náročném oboru je to spíše výhoda. Kombinace lékařské a lidské zkušenosti je cenná jak pro interpretaci nálezů a pro posouzení zdravotně sociálního handicapu posuzovaných občanů, tak pro komunikačně náročná jednání s klienty sociálně a zdravotně definované skupiny. Náborová akce mezi staršími lékaři malých nemocnic, kde narůstá frustrace z nezbytného omezování vyšších odborných služeb, by mohla přivést do oboru řadu cenných osobností. A rozdělení posudkové kvalifikace na stupeň bazální a vyšší by mohlo usnadnit starším lékařům nižším stupněm kvalifikace základní orientaci v oboru a snížit náklady na vzdělání u skupiny věkově rizikovější.

Nejen kritikům, ale i zastáncům tak zvaného sociálního státu je dnes zřejmé, že podávání státní sociální pomoci se nápadně podobá podávání antibiotik. Indikované podávání antibiotik u infekcí život ohrožujících a za všeobecného respektování dohodnutých indikačních kritérií je nesporně blahodárné. Podávání antibiotik u banálních infekcí, s přestupováním dohodnutých indikačních kritérií, narušuje přirozenou přizpůsobivost a obranyschopnost lidských organismů, dlouhodobě poškozuje schopnost jedinců i celého druhu čelit dalším výzvám zevního prostředí. Indikované podání státní sociální pomoci v situacích hrožících sociálním pádem postižených je zachraňující. Podávání státní sociální pomoci v situacích banálnějších, řešitelných silami vlastními a rodinnými, narušuje přirozenou sílu a vůli lidských jedinců a následně i celého společenství postavit se nepřízni, hledat a nalézat řešení, osvědčit se a posílit své schopnosti pro budoucnost. Nezapomínejme také, že při vši sociální problematice žijeme v zemi, která patří k 18% nejlépe materiálně zajištěným obyvatelům planety.

Posudkové lékařství ve své historii neustále hledá a zdokonaluje své pracovní nástroje k přesnějšímu a objektivnějšímu posuzování zdravotního stavu. Informace a zkušenosti získané prací posudkových lékařů slouží jako jeden z podkladů pro postupné legislativní změny v oblasti sociálního zabezpečení a pro adresnější směřování státní pomoci postiženým lidem. Pokusil jsem se upozornit na jeden z prvků strukturované zdravotnické dokumentace, na dynamicky formulovanou diagnózu, jako na pracovní nástroj použitelný v práci posudkového lékaře.

Seznam použité literatury:

- 1) WEED, L. The problem orientated record as a basic tool in medical education, patient care and clinical research. Ann. Clin. Res. 1971 January, 3 (3) : 131 – 4.
- 2) PETRIE, J.C. , MC INTYRE , N. The problem orientated medical record (POMR), its use in hospitals, general practice and medical education. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1979.
- 3) KLUGE, E. H. The medical record: narration and story as a path through patient data. Methods Inf. Med. 1996 June, 35 (2) : 88 – 92.
- 4) ILLICH, I. Medical nemesis: the expropriation of health. London, 1975.
- 5) ILLICH, I. The medicalization of life. J Med Ethics, 1975 July, 1 (2) : 73 – 77.
- 6) KOMÁREK, S. Spasení těla. Moc, nemoc a psychosomatika. Mladá fronta, 2005. ISBN 80-204-1287-5.
- 7) PECHAN, L. Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely zákona č. 155 / 1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, od 1.1.2009. Metodický pokyn vrchního ředitele úseku lékařské posudkové služby č. 1 / 2009.
- 8) BOJIČOVÁ, L. Zajištění důkazních prostředků k podání posudku o zdravotním stavu pro účely sociálního zabezpečení. Zpravodaj LPS č. 3 / 2008.
- 9) ŠEDIVÝ, A. Trendy v sociální politice. Přednáška 11.5.1999, vědecko-pracovní den posudkových lékařů, Lékařský dům, Praha.

Účelová neperiodická publikace

**AKTUALITY PRO LÉKAŘSKOU
POSUDKOVOU SLUŽBU**

Zpracoval odbor posudkové služby MPSV.

Vyšlo v roce 2009, počet stran 74, 800 výtisků, vydání druhé.

Ministerstvo práce a sociálních věcí,

Na Poříčnickém právu 1, 128 00 Praha 2.

ISBN 978-80-7421-008-2

N e p r o d e j n é