

**UNIVERZITA  
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Bakalářské kombinované studium  
2009 – 2012

***BAKALÁŘSKÁ  
PRÁCE***

Luboš Randák

**Komplexní rehabilitace tělesně postižených,  
kompenzační a protetické pomůcky, ochrana práv  
osob se zdravotním postižením**

Praha 2012

**Vedoucí bakalářské práce:**

**Mgr. Milan Fleischmann**

**COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

Bachelor Combined Time Studies  
2009-2012

***BACHELOR  
THESIS***

Luboš Randák

**Complete rehabilitation of disabled, compensation  
and prosthetic device, protecting the rights of  
persons with disabilities**

Prague 2012

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:**

**Mgr. Milan Fleischmann**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 11. března 2012

.....

*Randák Luboš*

## **Poděkování**

Chtěl bych poděkovat mému vedoucímu práce Mgr. Milanu Fleischmannovi za jeho podnětné rady, podporu a pomoc při zpracování této bakalářské práce.

**Anotace:**

Tato bakalářská práce pojednává o problematice rehabilitace tělesně postižených, mapuje údaje z historie, vývoje a výroby kompenzačních a protetických pomůcek a zabývá se problematikou ochrany práv osob se zdravotním postižením na základě dat získaných z odborné literatury, legislativních předpisů, technických předpisů, kazuistických studií a statistických dat. V teoretické části vymezuje jednotlivé pojmy, poskytuje přehled o typech kompenzačních pomůcek, možnostech rehabilitace tělesně postižených a shrnuje právní předpisy, které upravují postavení tělesně postižených v naší společnosti. V navazující praktické části předkládá shromážděná a vyhodnocená data činnosti rehabilitačního oddělení nemocnice. V závěru pak hodnotí současnou situaci v ČR v této oblasti.

**Klíčové pojmy:**

Kompenzační a protetické pomůcky, národní plán, rehabilitace tělesně postižených, rehabilitační oddělení, zákon, zdravotně postižení

**Annotation:**

This bachelor thesis deals with the rehabilitation issues of disabled, mapping data from the history, development and production of compensatory and prosthetic appliances and deals with the issues of protection of the rights of persons with disabilities on the basis data obtained from literature, laws and regulations, technical regulations, case reports and statistical studies data. In the theoretical part defines the various concepts, provides an overview of the types of assistive devices, the possibilities of rehabilitation of disabled and summarizes the laws that regulate the status of disabled persons in our society. In the following practical part presents collected data and evaluated the activities of the hospital rehabilitation. In conclusion, assesses the current situation in the Czech Republic in this issue.

**Keywords:**

Compensation and prostheses devices, the national plan, the rehabilitation of disabled, rehabilitation department, law, people with disabilities

ÚVOD .....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
2.1. Klasifikace osob se zdravotním postižením .....	10
2.1.1. Postižení, poškození, zneschopnění, znevýhodnění .....	10
2.1.2. Osoba se zdravotním postižením dle Zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. § 67 .....	11
2.2. Rehabilitace tělesně postižených .....	13
2.2.1. Vymezení pojmů.....	13
2.2.2. Rehabilitační programy .....	14
2.2.3. Jednotlivé složky rehabilitace.....	15
2.2.4. Systém rehabilitačních zdravotnických zařízení a dalších institucí, které léčebnou rehabilitaci v ČR zajišťují.....	16
2.3. Kompenzační pomůcky .....	25
2.3.1. Základní pojmy.....	25
2.3.2. Historie výroby kompenzačních pomůcek v ČR.....	25
2.3.3. Rozdělení kompenzačních pomůcek .....	28
2.3.4. Vývoj, výroba a technická data pomůcek.....	30
2.3.5. Systém úhrady zdravotnických prostředků v ČR .....	32
2.3.6. Systém distribuce zdravotnických prostředků v ČR .....	34
2.4. Legislativa v ČR – ochrana práv osob se zdravotním postižením.....	36
2.4.1. Stěžejní zákony a další zákonné normy zaměřené na ochranu osob se zdravotním postižením.....	36
2.4.2. Ochrana práv osob se zdravotním postižením v praxi.....	38
PRAKTICKÁ ČÁST.....	45
3.1. Průzkum .....	45
3.1.1. Cíl .....	45
3.1.2. Metoda průzkumu.....	45
3.1.3. Úkoly .....	45
3.1.4. Charakteristika zkoumaného souboru .....	45
3.2. Analýza výsledků výzkumného šetření .....	46
3.2.1. Vyhodnocení činnosti rehabilitačního oddělení .....	46
3.2.2. Analýza výsledků získaných dotazníkem.....	51
3.2.3. Výsledek průzkumu.....	55
ZÁVĚR.....	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ .....	58
3.3. Monografie.....	58
3.4. Elektronické zdroje .....	58
3.5. Zákonné normy, interní předpisy.....	59
SEZNAM PŘÍLOH .....	60

## ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá v širších souvislostech problematikou života zdravotně postižených v naší společnosti. V současné době jsme svědky mnohých debat ve sdělovacích prostředcích o postavení zdravotně postižených, taktéž legislativa prochází průběžně velkým množstvím změn jednak z důvodu nutnosti vyhovět legislativním normám Evropské unie ale také proto, aby byly zohledněny moderní trendy v přístupu ke zdravotně postiženým spoluobčanům. Nezanedbatelné je samozřejmě i hledisko ekonomické, které se v současnosti více než kdy jindy promítá snad do všech oblastí našeho života a bohužel nejvíce zcela logicky postihuje ty skupiny osob, které jsou na pomoci státních institucí více závislé než běžná populace. Právě přístup k těmto skupinám občanů je velmi jasným měřítkem vyspělosti dané společnosti. Velmi dobrými příklady jsou např. severské země, jako je Švédsko a Norsko mající velmi dobře propracovaný systém pomoci ale i integrace zdravotně postižených ve společnosti při současně dobré ekonomické situaci těchto států. Samozřejmě, finanční odvody do sociální sféry jsou tam nadprůměrné, ale důležitá je především efektivita využití vložených prostředků, což je dle autora meritem správně nastaveného a fungujícího sociálního systému státu. Na druhou stranu je třeba ale také vidět fakt, že tyto země musely projít dlouhým vývojem společnosti, než se podařilo dosáhnout souladu mezi ekonomickými a sociálními potřebami výše jmenovaných států. V ČR je jedním ze základních vodítek sociální politiky Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.

Teoretická část objasňuje a vysvětluje základní pojmy používané v oblasti legislativy (kategorizace zdravotně postižených, zákony a další právní normy). Dále pak seznamuje s problematikou výroby pomůcek pro zdravotně postižené, jejich použitím a také distribucí v rámci ČR. Součástí teoretické části práce je taktéž kapitola věnovaná rehabilitaci tělesně postižených v níž autor poskytuje informace o systému a organizaci zařízení, jež se rehabilitací tělesně postižených zabývají. Poměrně široký záběr témat v teoretické části je podle autora práce nezbytný, neboť jednotlivé problematiky spolu velmi úzce souvisí a pro pochopení daného tématu je nezbytné se s nimi seznámit.

Praktická část se soustředila na strukturu činnosti rehabilitačního oddělení okresní nemocnice. Formou průzkumu zjistila zaměstnaneckou strukturu, činnost jednotlivých odborníků, druhy služeb a indikace léčebné rehabilitace. Zmapovala a vyhodnotila



nejčastěji se objevující diagnózy, poměr mužů a žen ve vztahu k jednotlivým diagnózám a počet odborných výkonů realizovaných rehabilitačním oddělením. Současně byl realizován a poté vyhodnocen průzkum názorů pacientů na provoz oddělení.

V závěru bakalářské práce byla shrnuta problematika péče o zdravotně postižené v ČR.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2.1. Klasifikace osob se zdravotním postižením

### 2.1.1. Postižení, poškození, zneschopnění, znevýhodnění

„Pojem „postižení“ může být chápán v různém významu, čemuž stále ještě napomáhá poměrně značná terminologická nejednotnost. Týká se to jednak druhů postižení, ale také samotného pojmu „postižení“. V současné době se stále více dostává do popředí člověk, a teprve následně se hovoří o tom, zda se jedná o člověka zdravého, či s postižením. Dříve se postižení vnímalo spíše jako kategorie, byl diagnostikován defekt, a podle druhu a stupně postižení následovalo opatření. Současnému pojetí péče mnohem lépe odpovídá vnímání postižení jako určitý rozměr života. Světová zdravotnická organizace vydala v roce 1980 Mezinárodní klasifikaci poruch, disabilit a handicapů MKPDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps). Jednotčím pojmem se stal pojem „**postižení**“, které zahrnuje tři nové základní komponenty poškození, zneschopnění a znevýhodnění.

**Poškozením** se rozumí jakákoli ztráta nebo abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické struktury či funkce. Poškozením je například „ztráta oka“. Tato porucha je tedy změna funkce na úrovni tělního orgánu či systému.

**Zneschopněním** se rozumí stav, kdy v důsledku poškození a ve srovnání se stavem zdraví je omezena nebo chybí schopnost jedince vykonávat nějakou činnost takovým způsobem či v takových mezích, které se v daném sociokulturním prostředí považují za normální. Jedná se tedy o poruchu na úrovni celého jedince.

**Znevýhodněním** se rozumí stav, kdy v důsledku poškození nebo zneschopnění a ve srovnání se stavem zdraví jedinec nemůže nebo může omezeně plnit role, které odpovídají jeho věku, pohlaví, sociálním a kulturním zvyklostem. Může být například znevýhodněn při hledání zaměstnání. Jde o změnu rolí, které člověk zastává ve vztahu ke společnosti.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Šesták J. Chráněná dílna – nástroj k pracovnímu uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením Tým nad Vltavou Domov sv. Anežky o.p.s, 2007, s.6

## Specifikace typů zdravotního postižení

Z hlediska postižení rozdělujeme postižené spoluobčany do šesti skupin:

1. **lidé s mentální retardací** (lehká, středně těžká, těžká, hluboká)
2. **lidé se smyslovým postižením** (vady a poruchy řeči, postižení zraku, postižení sluchu)
3. **lidé s tělesným postižením** (postižení horních a dolních končetin, postižení páteře, omezená pohyblivost)
4. **lidé s duševním onemocněním** (psychózy, neurózy, schizofrenie, poruchy osobnosti apod.)
5. **lidé s kombinovaným postižením** (do této kategorie patří mentální postižení kombinované s tělesným nebo smyslovým postižením)
6. **dlouhodobě (trvale) nemocní** (postižení respirační, kardiovaskulární, zažívací, kostní a svalové, imunogenní, kožní, alergické, karcinogenní, centrální nebo periferní nervové soustavy, získané poruchy pohybového a nosného aparátu).

### 2.1.2. Osoba se zdravotním postižením dle Zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. § 67

Zákon o zaměstnanosti říká, že osobou se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které byly:

#### Odstavec 2

- a) orgánem sociálního zabezpečení uznány **invalidními ve třetím stupni** (dále jen "osoby s těžším zdravotním postižením").
- b) orgánem sociálního zabezpečení uznány stupni **invalidními v prvním nebo druhém stupni**.
- c) rozhodnutím Úřadu práce vydaným krajskou pobočkou Úřadu práce uznány **zdravotně znevýhodněnými** (dále jen "osoby zdravotně znevýhodněné").

#### Odstavec 3

Za zdravotně znevýhodněnou osobu podle odstavce 2 písm. c) se považuje fyzická osoba, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

**Odstavec 4**

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

**Odstavec 5**

Skutečnost, že je osobou se zdravotním postižením podle odstavce 2 písm. a) a b), dokládá fyzická osoba potvrzením nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení. Skutečnost, že je osobou se zdravotním postižením podle odstavce 2 písm. c), dokládá fyzická osoba potvrzením nebo rozhodnutím Úřadu práce.

## **2.2. Rehabilitace tělesně postižených**

### **2.2.1. Vymezení pojmů**

*„Rehabilitace je obor, který se původně omezoval na nápravu nebo alespoň zmírnění škod vyvolaných nemocí nebo úrazem na pohybovém ústrojí. Používá k tomu tělesnou výchovu, fyzikální terapii, léčbu prací a reflexní terapii“.<sup>2</sup>*

Proces rehabilitace a následného začleňování zdravotně postižených do společnosti prošel dlouhým a často velmi bolestným vývojem. Od totální segregace např. v antické Spartě kde jakkoliv postižené nemilosrdně usmrcovali, přes nucenou segregaci v různých zařízeních pro válečné veterány, choromyslné atd. Obrat k větší humanizaci a cílevědomému řešení problematiky oboru rehabilitace zdravotně postižených, nastal až ve 20. století, kdy hlavně po skončení 2. světové války kdy mezi obyvatelstvem prudce vzrostl podíl těch, kteří byli postiženi hrůzami právě skončené války ať tělesně či psychicky. Nahrávala tomu i společenská situace v zemích, které v té době udávaly směr celosvětového vývoje. Počátkem 70. let minulého století byla rehabilitace zdravotně postižených definována jako kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkčních schopností. Během 80. let pak byl znatelný posun směrem k větší resocializaci postižených do společnosti a rehabilitace byla definována jako obor, který obsahuje všechny prostředky, odstraňující omezení, která brání postiženým, aby se mohli co nejvíce zapojit do běžného života. Z předchozích řádků je zřetelné že v moderních trendech rehabilitace je snaha tento obor vidět nejen jako lékařskou disciplínu ale daleko více do něj promítat sociální aspekty a poskytnout pacientům mnohem širší spektrum služeb, což by mělo v konečném důsledku vést ke snadnější integraci pacienta do společnosti.

---

<sup>2</sup> Vojtíšek et al. Chirurgie I Avicenum Praha 1986 s. 101

### 2.2.2. Rehabilitační programy

Cílem rehabilitačních programů je koordinace jednotlivých složek rehabilitace při daných úrazech či onemocněních s cílem co nejrychlejší socializace a resocializace nemocného.

Musí vycházet z následujících bodů:

- z patologického rozboru
- ze stupně a rozsahu sekundárních změn
- věku nemocného
- z kompenzačních a substitučních možností pacienta
- z tělesné zdatnosti nemocného
- ze sociálního a psychologického rozboru pacienta

Při sestavování rehabilitačního programu je třeba dodržet tyto principy:

- stanovení základní diagnózy, základní ošetření s přihlédnutím na včasnou rehabilitaci
- dbát na prevenci sekundárních změn
- vhodný a včasný trénink nepostižených částí těla
- včasná vertikalizace
- postupná mobilizace primárně poškozených partií
- vybavení pacienta vhodnými rehabilitačními, kompenzačními a ortopedickými pomůckami
- aktivní psychoterapie
- zajištění sociálních potřeb pacienta
- pokud je třeba, naplánovat lázeňské doléčování popř. zajistit pobyt ve specializovaném rehabilitačním ústavu
- ukončení rehabilitace při stabilizaci stavu pacienta a nemožnosti dalšího zlepšování
- závěrečné zhodnocení funkcí, jež pacientovi zůstaly vzhledem k jeho dalšímu životnímu uplatnění
- závěrečné překontrolování životního programu
- u pacienta s trvalými následky zajistit kontroly jeho zdravotního stavu a zajištění sociálních potřeb v součinnosti s příslušnými institucemi

### 2.2.3. Jednotlivé složky rehabilitace

#### Léčebná rehabilitace

Je soustava medicínských, diagnostických a terapeutických metod a postupů, hodnotících funkce orgánů a organismu jako celku ve vztahu k činnostem, které jsou pro člověka potřebné v jeho životním prostředí. Zaměřuje své úsilí na to, aby byly následky vady, choroby či úrazu v co nejkratší době odstraněny. „*Léčebná rehabilitace je ta část rehabilitace, která je zajišťována zdravotnickými rehabilitačními zařízeními.*“<sup>3</sup>

#### Sociální rehabilitace

Soubor sociálních opatření společnosti k zajištění důstojného a maximálně hodnotného života zdravotně postižených občanů podle stupně postižení. Týká se všech věkových kategorií, zahrnuje i péči o životní podmínky invalidních spoluobčanů. Je součástí pracovní rehabilitace a je zajišťována sociálními dávkami. Sociální rehabilitace se v jistých oblastech prolíná se systémem sociálních služeb, které jsou zřizovány Ministerstvem práce a sociálních věcí.

#### Pracovní rehabilitace

„*Pracovní rehabilitace (PrR) je Zákonem č.1/1991 Sb. o zaměstnanosti definována jako soustavná péče poskytovaná občanům se ZPS<sup>4</sup>, směřující k tomu, aby mohli vykonávat dosavadní nebo jiné vhodné zaměstnání.*“<sup>5</sup> Zahrnuje celou škálu poradenských služeb při Úřadech práce, přípravu pro povolání, přípravu pro pracovní uplatnění. Prolíná se s rehabilitací pedagogickou.

#### Pedagogická rehabilitace

Je soustavná pedagogická péče, která má směřovat k získání maximálně možné kvalifikace zdravotně postiženým osobám pro uplatnění ve společnosti v závislosti na druhu a stupni jejich postižení. „*Pedagogická rehabilitace je určena osobám, kterým jejich zdravotní postižení neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky.*“<sup>6</sup> Aplikuje se především u dětí.

---

<sup>3</sup> Votava J. et al. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením Praha Karolinum s.24

<sup>4</sup> ZPS – zkratka Občan se změněnou pracovní schopností

<sup>5</sup> Votava J. et al. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením Praha Karolinum s.107

<sup>6</sup> Votava J. et al. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením Praha Karolinum s.123

#### **2.2.4. Systém rehabilitačních zdravotnických zařízení a dalších institucí, které léčebnou rehabilitaci v ČR zajišťují**

##### Rehabilitační kliniky

Jsou pracoviště zřizovaná při fakultních nemocnicích. Mají svůj vlastní program pro ambulantní pacienty. Součástí bývá lůžkové oddělení, případně denní stacionář. V rámci naplně své činnosti zajišťují rehabilitaci pacientů i na dalších odděleních kliniky. Většinou se specializují na léčbu osob s následky akutních nemocí či úrazů a zajišťují rehabilitační program pro osoby s trvalým postižením. Na rozdíl od jiných rehabilitačních pracovišť se také aktivně účastní na výuce budoucích rehabilitačních odborníků tedy studentů medicíny. Velkou výhodou těchto pracovišť je integrita v rámci fakultních nemocnic čímž se otevírá možnost širokého využití nejmodernější medicínské techniky a nejnovějších lékařských poznatků v praxi. Taktéž velkým pozitivem je možnost úzké součinnosti s dalšími odděleními fakultní nemocnice. Opačným směrem pak je využívána v odůvodněných případech možnost doléčení pacientů z jiných klinik ambulantně nebo na lůžkách rehabilitační kliniky.

##### Rehabilitační ústavy

Jsou to většinou velká zdravotnická zařízení, v nichž probíhá dlouhodobá rehabilitace tělesně postižených pacientů v subakutní a v menší míře i v chronické fázi léčby.

##### **Mezi nejvýznamnější rehabilitační ústavy patří:**

###### *Rehabilitační ústav Hrabyně*

Je špičkovým zařízením poskytujícím velmi kvalitní péči klientům po úrazech, cévních mozkových příhodách nebo s onemocněním pohybového ústrojí či nervového aparátu.

Samotný ústav se skládá ze dvou areálů. První se nachází v Hrabyni a specializuje se na dospělé pacienty s neurologickými a poúrazovými stavy. Druhou částí je detašované pracoviště v Chuchelné zaměřené mimo ortopedických a neurologických diagnóz i na pacienty po amputacích, kam mohou být přijaty i děti, kterým je v průběhu školního roku zajištěna řádná výuka.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> <http://www.ruhrabyne.cz/Content/predstaveni-rehabilitacniho-ustavu>



## *Rehabilitační ústav Kladruby*

Rehabilitační ústav Kladruby je odborný léčebný ústav určený k poskytování ústavní celodenní komplexní rehabilitační léčby klientů po úrazech a operacích pohybového a nervového systému.

Od 1. 7. 2002 zajišťuje na Spinální rehabilitační jednotce (SRJ), která je součástí celostátní sítě, komplexní rehabilitační péči po závažných čerstvých míšních postiženích.

Ústav je státní příspěvkovou organizací, přímo řízenou Ministerstvem zdravotnictví ČR. Je samostatným právním subjektem – podle rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví zřizovací listina č.j. 5793/2005.

Mimořádná kvalita i výsledky poskytované péče jsou podloženy téměř 60letou tradicí, vysokou profesionální úrovní a zdatností ošetřujícího personálu, specifickou organizací léčby, která probíhá v příjemném prostředí s využitím nejmodernějších rehabilitačních metod, prostředků a zařízení. Rehabilitační péče je celodenní intenzivní, je nabízena i léčba ambulantní. Kapacita ústavu je 250 lůžek.

Rehabilitační léčba je uskutečňována v bezbariérovém prostředí, v komplexu budov vzájemně propojených systémem chodeb. Klienti jsou ubytováni v 6 lůžkových odděleních. Rehabilitace probíhá v nových budovách, v moderně vybavených cvičebnách, velké tělocvičně a menších tělocvičnách. Je zde bazén pro individuální fyzioterapii, 2 bazény pro skupinová cvičení, plavecký bazén a fitnesscentrum. Součástí rehabilitační budovy je též moderně vybavené oddělení hydroterapie, fyzikální terapie a ergoterapie.

Rehabilitační program zahrnuje rovněž péči logopedickou, psychologickou, služby socio-terapeutické a protetické.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> <http://rehabilitace.cz/czech/index.php?page=soucasnost>

## *Vojenský rehabilitační ústav Slapy*

Léčba ve VRÚ Slapy nad Vltavou je zaměřena především na pacienty s postižením centrálního nervového systému a celkově hybného systému. Lékaři, působící ve VRÚ mají atestaci RFM-FBLR a ostatních odborností, jsou zde špičkově vyškolení psychologové, logopedi, fyzioterapeuti, sestry a další zdravotnický personál, včetně technických profesí. Kvalitní je i technické vybavení – bazény, špičková zdravotnická technika, tělocvičny a krásný areál s výborným zázemím.

V současné době ústav disponuje smlouvami se všemi hlavními zdravotními pojišťovnami. Je nabízeno rovněž léčení formou samopláteckých pobytů.

Vojenský rehabilitační ústav je akreditován MZ ČR na výuku v oboru RFM – rehabilitační a fyzikální medicíny.

Léčba ve VRÚ je vhodná pro rekondice a rekonvalescence, má nemocniční charakter, součástí je i stálá ústavní pohotovostní služba.

Hlavní zaměření léčby:

- stavy po těžkých operacích (mozku, páteře, kloubů, kostí atd.)
- stavy po polytraumatech, včetně úrazů hlavy
- stavy po TEP a ostatních ortopedických onemocnění
- těžká neurologická onemocnění
- CMP-revmatologická onemocnění
- stavy po těžkých interních onemocnění<sup>9</sup>

## *Hamzova odborná léčebna Luže – Košumberk*

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé (dále HL) je léčebný odborný rehabilitační ústav poskytující navazující následnou léčebnou péči lůžkovou a zčásti i ambulantní, pro děti i dospělé nemocné z celé ČR. Léčí se zde stavy pohybových poruch a onemocnění neurologického typu, včetně stavů poúrazových a pooperačních. V oddělení Ortopedické protetiky HL je zajištěna výroba protetických pomůcek.

---

<sup>9</sup> <http://www.volareza.cz/www/index.php?z=12&s=text&c=43>

Od 1. 1. 2012 bylo v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé otevřeno v pavilónu C lůžkové oddělení ošetrovatelské péče (LOOP), v celkovém počtu 20 ošetrovatelských lůžek. Ošetrovatelská lůžka jsou lůžka určená pro pacienty, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, tzn. pro pacienty s chronickým onemocněním či po prodělání akutního stádia onemocnění. U těchto pacientů nesmí být riziko důvodného očekávání zvratu stability jejich zdravotního stavu, potřebují však odbornou ošetrovatelskou péči, jejíž poskytování je vázáno pouze na kvalifikovaný zdravotnický personál a překračuje možnosti domácí zdravotní péče.

Cílem oddělení LOOP v Hamzově léčebně bude pokrýt skupinu pacientů, kteří mají vysoce pravděpodobnou možnost vertikalizace a náviku schopnosti chůze. Tím by se zásadně změnila míra jejich sebeobsluhy. Léčebna nebude přijímat pacienty s dekubity a pacienty, kteří jsou zcela evidentně „odloženi“ ze systému akutní péče a jen se ještě nedostali na lůžka sociálně zdravotní.<sup>10</sup>

### Lázeňské léčebny

Lázeňské léčebny mají v naší republice dlouhou tradici a z toho plynoucí velkou oblibu mezi pacienty. Více než v jiných případech se zmiňuje účinek rekreační, neboť pacienti se mohou podstatně více soustředit na svou psychiku. Je zde možnost mnoha kulturních zážitků, člověk je daleko více odloučen od každodenního stresu a stereotypu života. To společně s odbornou léčbou vytváří velmi dobré podmínky všestranné rehabilitace pacientů. Právě zde je uváděn více než kde jinde blahodárny vliv vyrovnané psychiky člověka na jeho zdravotní stav. Léčba v lázních bývala založena prioritně na využívání přírodních zdrojů např. léčebné vody, peloidů a příznivých klimatických podmínek daného regionu. V současnosti se začíná daleko více promítat do léčebných procedur v lázeňských zařízeních rozmanité prostředky rehabilitačního lékařství. Není možné opomenout také poměrně zásadní změny v ekonomice těchto zařízení. Více je soustředěna pozornost na placené pobyty soukromých osob, což celkem logicky vede k směřování na zahraniční klientelu, která ve většině případů má podstatně lepší ekonomické zázemí než naši občané. S tím také souvisí razantní rozvoj různých doplňkových tzv. zážitkových služeb. *„Přesto však zůstává významným programem lázeňských služeb doléčování akutních stavů a také*

---

<sup>10</sup> <http://www.hamzova-lecebna.cz/cz/m/domu/>

*lčba osob zdravotně postižených v subakutní a chronické fázi onemocnění pohybového aparátu.*<sup>11</sup>

Mezi nejznámější lázeňské lokality patří Karlovy Vary kde se léčí především gastroenterologické diagnózy, v Mariánských Lázních urologické diagnózy, v Jánských Lázních se specializují na rehabilitaci následků po poliomyelitidě a např. v Poděbradech pak především kardiologické diagnózy.

V případě komplexní lázeňské léčby je pobyt v lázních plně hrazen zdravotní pojišťovnou a pacient má nárok na pracovní neschopnost po celou dobu pobytu. Další alternativou je tzv. příspěvková léčba kdy pojišťovna hradí pouze náklady spojené s léčbou a pacient hradí náklady na stravu a ubytování. Po dobu pobytu nemá nárok na pracovní neschopnost. Tento způsob se uplatňuje, pokud se jedná o méně závažné stavy.

### Rehabilitační centra

Jsou součástí nových trendů v ucelené rehabilitaci zdravotně postižených. Vznik prvních center se datuje do počátku 90. let minulého století. *„Rehabilitační centrum je zvláštní zdravotnické zařízení či pracoviště, které kromě léčebné rehabilitace provádí též další činnosti ze spektra ucelené rehabilitace tak aby klientům zprostředkovala plynulý přechod k využití prostředků mimo zdravotnictví, dostupných v regionu.*<sup>12</sup> Tato centra vznikají při fakultních nemocnicích např. v Hradci Králové, Brně Bohunicích, VFN Praha popřípadě v některých větších městech jako jsou např. České Budějovice, Pardubice, Ústí nad Labem, Chomutov ale také v odborném léčebném ústavu Luže Košumberk. Metodické vedení rehabilitačních center má ve své kompetenci Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF Praha.

Rehabilitační centra mají na rozdíl od běžných rehabilitačních oddělení, podstatně širší záběr kompetencí čemuž také odpovídá materiálové zabezpečení, náplň práce a také personální obsazenost kdy mimo rehabilitačních lékařů a fyzioterapeutů (jak tomu je na běžných rehabilitačních odděleních) pracují v centrech psycholog, sociální pracovník, ergoterapeut, logoped, speciální pedagog či technik zajišťující kvalifikovaný výběr rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pro pacienta.

---

<sup>11</sup> Votava J. et al. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením Praha Karolinum s.61

<sup>12</sup> Votava J. et al. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením Praha Karolinum s.63

Rehabilitační centra využívají při své činnosti širokou škálu léčebných, diagnostických, sociálních, pracovních a vzdělávacích prostředků. Rehabilitační centra vedle diagnostiky a léčby tělesně postižených provádějí vyšetření psycho-senzo-motorických schopností pacienta. Zajišťují také fundovaný výběr kompenzačních a rehabilitačních pomůcek a následnou instruktáž pro jejich správné využití. Nedílnou součástí naplně rehabilitačního centra je poradenství pro své klienty a jejich rodinné příslušníky v oblasti sociální, pracovně právní, zdravotní a psychologické. Dodává dokumentaci pro sociální odbory, které pak slouží jako podklad pro poskytnutí sociálních dávek a služeb. Na základě dodaných výsledků funkčního vyšetření a zhodnocení zachovalých tělesných, duševních a smyslových schopností České správě sociálního zabezpečení pak posudkový lékař rozhoduje např. o stupni invalidity. Nezanedbatelnou úlohu pak mají také v oblasti přípravy klienta na zapojení do pracovního procesu, pokud je toto možné. Jedná se o vypracování podkladů pro Úřady práce, které obsahují důležitá kritéria jako je motivace pacienta k práci, uzpůsobení pracovního prostředí, délku pracovní doby, četnost přestávek, vyjádření ke schopnosti rekvalifikace pacienta. V součinnosti s tím je také klient instruován jak co nejlépe zvládat svůj handicap v pracovním procesu.

#### Lůžková oddělení nemocnic

Začala vznikat v rámci v průběhu 70. let minulého století jako součást tehdejších okresních nemocnic i když ne automaticky ale spíše na základě spádovosti jednotlivých regionů tak aby byla v dostatečné míře (dáno tehdejšími předpisy) zajišťovala požadovanou rehabilitační péči. Hlavní náplní bylo a je to platné i pro současnost především subakutní rehabilitace, tedy doléčování po úrazech, akutních onemocněních a operacích. Je většinou velmi úzce provázáno s činností dalších oddělení příslušné nemocnice. Moderním trendem současnosti je budování lůžkových oddělení pro subakutní rehabilitaci osob specializujících se na určitý typ postižení. Asi nejznámějším příkladem jsou spinální jednotky, což jsou oddělení léčící pacienty s poraněním míchy. Tyto úzce spolupracují s vybranými rehabilitačními ústavami se spinálními rehabilitačními odděleními, které zajišťují následnou péči.

#### Denní rehabilitační stacionář

Zařízení, jež může být ustaveno jak při ambulantním tak lůžkovém oddělení léčebné rehabilitace. Je určen především pro pacienty, jež potřebují kontinuální péči bez nutnosti

jeho hospitalizace. Nevylučuje to však možnost krátkodobého pobytu na lůžku maximálně v rozsahu 24 hodin.

#### Ambulantní rehabilitační oddělení

V současné době u nás nejrozšířenější typ rehabilitačního zařízení. Je určeno především pro pacienty po úrazech, s bolestmi pohybového ústrojí často chronickými. Zaměstnání jsou zde především lékaři specializující se na rehabilitaci a fyzioterapeuti. Tato zařízení bývají velmi často soukromými subjekty. Trendem je také stále častější aplikace různých alternativních metod léčby, které ovšem zpravidla nejsou hrazena zdravotními pojišťovnami.

#### Léčebná rehabilitace v rámci nezdravotnických zařízení

Velký rozmach léčebné rehabilitace v těchto zřízeních nastal především po pádu komunismu, k čemuž velkou měrou přispěla změna společenského pohledu na zdravotně postižené. Dříve bohužel tato zařízení sloužila k jakémusi „ukrytí“ zdravotně postižených před většinovou populací. Paradoxem je, že například Jedličkův ústav měl již dlouhou dobu velice kvalitně zpracovanou metodiku pro práci s tělesně a mentálně postiženými dětmi, které tam zaměstnaní odborníci perfektně uváděli do praxe. Jako dalšími příklady nezdravotnických zařízení mohou být Arpida centrum v Českých Budějovicích či Centrum paraplegiků sídlící v Praze. Specifikem a jistou výhodou těchto zařízení je to, že nejsou závislé na platbách zdravotních pojišťoven, čímž mohou finance ve svých rozpočtech vynakládat daleko pružněji. Záběr činnosti těchto subjektů je navíc podstatně širší než u výše uvedených zařízení.

#### *Jedličkův ústav a Mateřská škola a Základní škola a Střední škola Praha 2*

Příspěvková organizace fungující již od roku 1913, která poskytuje školské a sociální služby mladým lidem s tělesným postižením po dobu jejich školní docházky a během přípravy na budoucí povolání. Důraz je kladen na vhodné vzdělávání, komplexní rozvoj dovedností a celkovou rehabilitaci. Cílem je co nejlepší integrace absolventů do běžného života a přirozeného sociálního prostředí.

Součástí organizace jsou:

- mateřská škola
- základní škola
- střední školy
- zdravotně rehabilitační pracoviště
- domov mládeže
- speciálně pedagogické centrum
- rekreační zařízení Buková

Organizaci od roku 1991 zřizuje město Praha. Aktuální zřizovací listina byla schválena zastupitelstvem Prahy 18. 9. 2008 pod číslem usnesení 19/59. Příspěvek zřizovatele a dotace MPSV a MŠMT tvoří většinu finančních zdrojů. Klienti přispívají úhradou na péči, úhradou fakultativních služeb. Následné služby (tranzitní program, osobní asistence, finanční podpora, individuální doprava a dal.) zajišťují partnerské organizace sdružené do Centra služeb Vyšehrad.<sup>13</sup>

JÚŠ je registrován jako poskytovatel následujících sociálních služeb:

- domov pro lidi se zdravotním postižením
- denní stacionář
- odlehčovací služby

V programu léčebné rehabilitace nabízí fyzioterapii, hipoterapii, ergoterapii, rehabilitaci řeči a logopedii, psychologickou a sociální péči.

V rámci JÚŠ jsou realizovány krátkodobé pobyty:

- respitní (odlehčovací)
- diagnostické
- konzultační
- seznamovací pobyty pro nově nastupující studenty středních škol

JÚŠ také poskytuje ambulantní služby dětem v běžných školách. K tomu slouží speciální poradenské centrum, jehož náplní je péče o ambulantní klienty, koordinace

---

<sup>13</sup> <http://www.jus.cz/zakladni-udaje?p=1>

konzultačních a rehabilitačních pobytů, sledování žáků se specifickými potřebami v běžných školách, konzultace a podpora asistenčních služeb pro tyto žáky.

Personál zařízení tvoří především vychovatelé, učitelé, fyziotapeuti, ergoterapeuti., další rehabilitační pracovníci, zdravotní sestry a lékař. V organizaci dále pracuje cca 45 dalších specialistů, kam patří např. rehabilitační technik, sportovní trenér, metodik plavání, speciální pedagog, logoped, lingvista, asistent učitele, psycholog, sociální pracovníce, arteterapeut, koordinátor dobrovolníků, pracovník tranzitního programu.

Hlavní činnost organizace je financována:

- z příspěvku zřizovatele ze dvou kapitol - školské a sociální
- z dotace MPSV a MŠMT
- z vlastních výnosů, které tvoří zejména úhrada za služby od klientů
- z dalších grantů, darů a sponzorských příspěvků<sup>14</sup>

*ARPIDA centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, o.s.*

Nabízí pomoc rodinám pečujícím o děti, mladistvé a mladé dospělé osoby s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením.

Komplexní koordinovanou péči v duchu uceleného systému rehabilitace poskytuje prostřednictvím:

- střediska sociálních služeb
- nestátního zdravotnického zařízení
- škol a školských zařízení

Centrum ARPIDA je nestátní nezisková organizace pracující na bázi občanského sdružení a obecně prospěšné společnosti. Areál centra ARPIDA byl vybudován bez finanční účasti státu v letech 1990-1993. Odborný provoz byl zahájen v roce 1993. Při naplňování svého poslání účelně propojuje a koordinuje péči v oblasti zdravotní sociální a výchovně vzdělávací. Zajišťuje tak odbornou činnost detekční, diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační, respitní, výchovně vzdělávací, zájmovou, poradenskou, metodickou, posudkovou a preventivní, včetně tzv. rané péče. Cílem poskytované péče je dosažení pokud možno optimálního vývoje každého jednotlivého klienta (uživatele) ve

---

<sup>14</sup> <http://www.jus.cz/koncepce-cinnosti-JUS?p=1>



smyslu jeho maximální možné soběstačnosti a integrace v jeho přirozeném sociálním prostředí, tedy především v rodině. Při veškeré činnosti se ARPIDA opírá o základní principy křesťanské etiky respektující vzájemnou úctu, sounáležitost, sdílení, solidaritu a porozumění. V odborné práci jsou maximálně respektovány mezioborové vztahy. Důraz je kladen jednak na vysokou odbornost a zároveň též na lidský rozměr poskytované péče. Služby jsou zaměřeny nejen na děti (osoby) se zdravotním postižením, ale také na jejich rodiny. Důležitým mottem organizace je vnímat rodiče (zákonné zástupce) dítěte se zdravotním postižením jako partnery, jako přirozenou součást týmu odborníků pečujícího o jejich dítě.<sup>15</sup>

### ***2.3. Kompenzační pomůcky***

#### **2.3.1. Základní pojmy**

Kompenzační pomůcky definujeme jako produkt, nástroj, pomůcku, technický systém či zařízení, užívané osobou s handicapem.

Cílem těchto pomůcek je zvýšení kvality života člověka s handicapem.

Výběr kompenzačních pomůcek by měl být realizován vyškolenými odborníky v rámci zdravotnických rehabilitačních zařízení uvedených v kapitole 2.2.4. a v dalších specializovaných subjektech jako jsou specializované zdravotnické prodejny, výdejny zdravotnických potřeb popř. obchodní centra zřizovaná při firmách vyrábějících kompenzační pomůcky.

#### **2.3.2. Historie výroby kompenzačních pomůcek v ČR**

Výroba pomůcek pro invalidní spoluobčany sahá do samého vzniku Československé republiky. Už z té doby je zmínka o výrobě „křesla pro nemohoucí s koly“ v tehdy začínající firmě Liberta na Mělníku, která se v té době zabývala výrobou proutěného zboží počínaje košíky, přes proutěný nábytek až po dětské kočárky. Samozřejmě takováto křesla vyráběná na zakázku byla velmi vzdálena našim dnešním představám o rehabilitační technice. Paradoxem je, že situace se příliš nezměnila, ani po skončení 2. světové války, kdy se globálně začal přikládat mnohem větší význam péči o handicapované spoluobčany. U nás se výroba kompenzačních pomůcek realizovala většinou formou tzv. přidružené výroby, z čehož plynula velmi omezená produkce a bohužel i kvalita výrobků. Milníkem

---

<sup>15</sup> [http://www.arpida.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=19&Itemid=124](http://www.arpida.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=124)

bylo až zavedení výroby zdravotnických pomůcek<sup>16</sup> v pražské firmě Ergon na přelomu 60. a 70. let. Hlavním výrobním programem byla výroba transportní techniky pro nemocnice (transportní vozíky, vozíky pro převoz ležících pacientů atd.) a postupně se realizovala výroba ortopedické obuvi, holí a berlí. Dalším přelomovým momentem v produkci pomůcek pro invalidy bylo zakoupení licenčních práv na výrobu skládacího invalidního vozíku Libertou Mělník n.p. od německé firmy Ortopedia na počátku 80. let. Zajímavostí je, že firma Ortopedia sama získala licenční práva z USA v rámci pomoci Spojených států při obnově válkou zničeného německého hospodářství a do ČSSR se spolu s německou dokumentací dostalo i několik původních výkresů od amerického výrobce, kde rozměry byly ještě uváděny v palcových mírách. Daleko důležitějším faktem však bylo, že naše zdravotnictví konečně dostalo možnost zásobení vozíkem pro invalidy, který měl poměrně moderní koncepci a splňoval většinu požadavků kladených na takovýto vozík, jako byla snadná ovladatelnost, dobrá ergonomie a v neposlední řadě též skladnost. Pod označením 8UM a v dětské variantě 8JUM byl vyráběn ve velkých sériích a dodáván i do zemí v rámci tehdejší RVHP.<sup>17</sup> Nadčasovost a hlavně funkčnost koncepce tohoto vozíku se projeví tím, že pod různými označeními je vyráběn i v současné době. Původně doplňkový program Liberty n.p., jež se přednostně zaměřoval především na výrobu dětských kočárků a jízdních kol, dosáhl takové produkce, že v roce 1991 byla zřízena divize REHA která pracovala na dalším vývoji REHA sortimentu. Tak vznikl např. u nás první sériově vyráběný kočárek pro postižené děti a pod označením Astra byl vyráběn pro náš i zahraniční trh až do zániku firmy na konci 90. let minulého století. Vynikal především svojí jednoduchou a na údržbu nenáročnou koncepcí podloženou navíc použitím kvalitních materiálů, takže je možno vidět tyto kočárky v provozu i dnes. Práce na těchto projektech umožnily mnoha zaměstnancům přístup k nejnovějším poznatkům a technologiím v oblasti výroby kompenzačních pomůcek a vychovat generaci profesně velmi zdatných odborníků, kteří pak své znalosti uplatnili v nových firmách vznikajících především na Mělnicku. Prvním subjektem byla Pomreha s.r.o. Mělník kterou založila ing. Jana Kotíková se svými společníky a firma pokračovala ve výrobě sortimentu, jež byl zaveden v Libertě a.s. Mělník. Dále zde pak probíhal vývoj dalších výrobků pro zdravotně postižené jako byla koupelňová anatomicky tvarovaná madla, speciální typy mechanických vozíků (transportní, polohovatelné, dětské), zavedena byla výroba toaletních židlí a vozíků. Nejdůležitějším počinem se ale jeví zakoupení a zvládnutí výroby kočárku pro postižené

---

<sup>16</sup> takto byly v té době specifikovány v technické dokumentaci kompenzační pomůcky

<sup>17</sup> RVHP – Rada vzájemné hospodářské pomoci ( hospodářský blok socialistických států)

děti od firmy Horacek GmbH., který byl prvním plnohodnotným REHA kočárkem u nás vyráběným. Předností je především jeho velká variabilita nastavení (šíře, hloubka, sklon sedu, sklon podnožky a opěradla, možnost různých typů koleček) a množství doplňků, jež se ke kočárku dodávaly jako např. abdukční klín, fixační vesta, kyčelní a hlavové opěrky, fixační pasy těla a nohou. Tím byl na náš trh konečně dodán kočárek splňující i ta nejpřísnější kritéria na takovýto výrobek kladená.

V roce 1997 došlo ke sloučení Pomrehy s.r.o. s Ergonem Praha a následoval odprodej firmy společnosti ÚAMK s.r.o. Praha. Ta doplnila stávající program o výrobu přívěsných vozíků a dalšího doplňkového sortimentu. Provoz byl v roce 2002 zasažen povodní, z jejichž následků se nikdy plně nevzpamatoval a v roce 2006 byla činnost ukončena. Ne tak ale výroba kompenzačních pomůcek v mělnickém regionu. Již v roce 1994 zahájila činnost PATRON- Reha technik s.r.o. Později se transformovala na PATRON Bohemia a.s. a pod tímto názvem se rozvinula ve velmi dobře prosperující firmu se širokým sortimentem výrobků zahrnující nejen REHA techniku ale i kompletní dětský program. Důležitým krokem k prosperitě firmy byla cílená exportní politika (firma dnes vyvážá výrobky do více jak 20 zemí světa). Neméně důležitým krokem se ukázalo vybudování distribuční sítě v ČR pod názvem Helpcentrum, která dnes čítá 10 prodejen a svou činností pokrývá většinu území naší republiky.

Další důležitou firmou působící v mělnickém regionu, která vyrábí pomůcky pro mobilitu a transport je společnost Tina s.r.o. Ta se vydala cestou výroby malých sérií speciálních vozíků, židlí a chodítek s velkou nosností až do 400 kg zhotovených dle individuálních požadavků zákazníků, přičemž většina produkce směřuje do zahraničí. Firma je vybavena nejmodernějšími technologiemi včetně laserového obráběcího centra.

Poslední firmou je pak Bischoff & Bischoff CZ, s.r.o. Její doménou je výroba polohovacích postelí a dovoz a distribuce pomůcek pro tělesně postižené.

Mimo mělnický region působí jen málo prosperujících subjektů vyrábějících sortiment popisovaný v této bakalářské práci. Vyjímkami je Linet s.r.o. Slaný a PROMA REHA Česká Skalice vyrábějící kompletní sortiment nemocniční péče (polohovací lůžka, zdravotnický nábytek, antidekubitní systémy a matrace), dále pak již zmiňovaný Ergon Praha, který se zaměřil na výrobu ortopedické obuvi a ortopedických vložek. Sesterská firma Erilens vyrábí ucelenou kolekci berlí a holí, fixační materiály (dlahy a syntetické obvazy) a interiérové transportní systémy pro imobilní spoluobčany.

### 2.3.3. Rozdělení kompenzačních pomůcek

Rozdělení kompenzačních pomůcek:

- pomůcky protetické a ortotické
- pomůcky pro mobilitu a transport
- ergonomické pomůcky
- pomůcky pro kontrolu, úpravu prostředí
- pomůcky pro soběstačnost
- pomůcky pro vzdělávání
- pomůcky pro komunikaci
- pomůcky pro přístup k PC
- pomůcky pro osoby se zrakovým postižením
- pomůcky pro osoby se sluchovým postižením
- pomůcky pro osoby se sníženou řečovou schopností
- pomůcky pro volný čas

Dále je možno dělit kompenzační pomůcky na sériové (hromadná výroba) či pomůcky individuální, které se zhotovují na základě přesně zadaných technických specifikací. V další stati je uvedeno rozdělení kompenzačních pomůcek, jež jsou dle autora této práce stěžejními pro užití zdravotně postiženými spoluobčany.

#### *Pomůcky protetické a ortotické*

- protéza nahrazuje chybějící část končetiny
- dělí se na protézy horních končetin, protézy dolních končetin a protézy speciální

Protézy horních končetin dělíme na:

- protézy předloketní
- protézy pažní
- protézy pro exartikulaci v ramenním kloubu

Speciální skupinou jsou pak myoelektrické protézy. Jedná se o typ protéz, které jsou vybavené servomotoriky a hydraulickým zařízením, což společnou interakcí umožňuje provedení např. aktivního úchopu či otočení ruky.

Protézy dolních končetin dělíme na:

- protézy chodidla
- protézy bérce
- protézy pro exartikulaci v kolenním kloubu
- protézy stehenní
- protézy pro exartikulaci v kyčelním kloubu

Protézy speciální horních a dolních končetin jsou specifikovány v Číselníku VZP verze 630.<sup>18</sup>

Ortézy slouží k zajištění stability určité části těla jako jsou klouby, krk, trup.

Dle Číselníku VZP verze 630<sup>19</sup> patří ortézy do pomůcek ortopedickoprotetických a jsou děleny na:

- ortézy sériově vyráběné (podskupina 04)
- ortézy individuálně zhotovené (podskupina 05)
- ortézy pro stabilizaci sedu (podskupina 05)

*Pomůcky pro mobilitu a transport*

- zvyšují možnost pohybu pacientů, popřípadě usnadňují jejich transport
- dělí se na:
  - hole, berle
  - chodítka - pevná
    - kolečková
    - speciální (např. předloketní, pro nácvik chůze)
  - vozíky mechanické - skládací
    - pevné
    - speciální (Hemi-ovládání 1 rukou, transportní atd.)
  - vozíky elektrické - interiérové
    - exteriérové
  - dětské kočárky
  - toaletní židle - stacionární
    - pojízdné
  - skútry elektrické

---

<sup>18</sup> Číselník VZP verze 630 z r.2007 s.16,273,274

<sup>19</sup> Číselník VZP verze 630 z r.2007 s.14-16,188-204, 207-263,273

Velkým rozmachem především v posledních 10 letech prošly pomůcky pro komunikaci a přístup k PC.

Do této skupiny patří:

- adaptéry a tlačítka
- klávesnice
- dotekové obrazovky
- komunikátory
- speciální PC programy
- hlasové technologie což jsou PC aplikace, které umožňují rozpoznávání a převod řeči (hlasu) počítačem na text.

#### **2.3.4. Vývoj, výroba a technická data pomůcek**

Sériová výroba pomůcek a jejich vývoj je v dnešní době sofistikovaným procesem, na němž se podílí odborníci z mnoha oborů. Běžné jsou počítačové simulace při navrhování ideální ergonomie výrobku spojené samozřejmě se splněním všech požadavků, které jsou dány technickými normami a normou ISO 9001:2000.<sup>20</sup> V rámci vývoje spolupracují výrobci s rehabilitačními ústavy, kam míří prototypy výrobků k praktickému odzkoušení a připomínkování jak pacienty, tak zdravotnickými pracovníky. Na základě získaných informací výrobce realizuje potřebné změny a přípravu k výrobě. Nedílnou součástí je vypracování podnikové normy pro každý výrobek.

Podniková norma musí obsahovat:

- citované normy ČSN a DIN komponentů, z nichž se výrobek skládá
- zpracovatele normy
- předmět normy
- účel použití pomůcky, popis výrobku, údaje pro objednávku, příslušenství
- technické požadavky (použité materiály, rozměry výrobku, dovolené zatížení, dynamická pevnost, značení pomůcky atd.)
- zkoušení pomůcky na základě čehož je pak vydán interní zkušební protokol
- popis přejímání do skladu a následné expedice odběrateli
- podmínky záruky

---

<sup>20</sup> Norma ISO 9001 specifikuje požadavky na systém managementu kvality v organizacích, které chtějí a potřebují prokázat svoji schopnost trvale poskytovat produkty v souladu s příslušnými předpisy a požadavky zákazníků, a které usilují o **zvyšování spokojenosti zákazníka**. Základní požadavek: zavést, dokumentovat, uplatňovat a udržovat systém managementu kvality (SMK) a neustále jej zlepšovat.

- popis výrobních technologií
- analýzu rizik při použití pomůcky

Podniková norma je jedním ze stěžejních dokumentů, které jsou nutné k následnému schvalovacímu procesu, jež provádí Strojírenský zkušební ústav. Ten následně vydává Rozhodnutí o schvalování výrobků. Na podkladě uvedených povinných dokumentů je možno zažádat o schválení pomůcky a její zařazení do Číselníku VZP, čímž je umožněno předepisování a případně i úhrada dané pomůcky.

### Technická data pomůcek

Specifikace technických dat se odvíjí od účelu použití dané pomůcky. Vždy se uvádí účel pomůcky a cílová skupina osob, pro které je výrobek určen. Pro správné předepsání pomůcky pacientovi je třeba dodání potřebných dat výrobcem, což se zajištěno technickou dokumentací výrobku, na druhé straně pak odbornost a správná interpretace dat medicínským odborníkem, jež pomůcku předepisuje.

Poměrně složitá je situace především v oblasti pomůcek pro mobilitu a transport. Jako příklad autor uvádí parametry potřebné pro správné určení a předepsání níže uvedených pomůcek.

*hole, berle* – účel použití, rozměrová nastavitelnost pomůcky, hmotnost

*chodítka* – účel použití, statická nebo pojízdná, výška nastavení rukojetí,

šířka chodítka, nosnost, hmotnost, doplňky

*vozíky mechanické* – účel použití, skládací x pevné, šíře, hloubka, výška

sedu, výška opěradla, nosnost a hmotnost vozíku,

typ područek a podnožek, příslušenství

*vozíky elektrické* – viz vozíky mechanické + typ pohonu, dojezd vozíku

interiérové x exteriérové

*dětské kočárky* – účel použití, šíře, hloubka, výška, sklon sedu, výška a

sklon opěradla, nastavitelnost podnožky, nosnost a

hmotnost kočárku, příslušenství

*toaletní židle* – stacionární x pojízdné, šíře, hloubka, výše sedu, nosnost a

hmotnost židle, příslušenství

*skútry elektrické* – viz vozíky elektrické

### 2.3.5. Systém úhrady zdravotnických prostředků<sup>21</sup> v ČR

V kapitole 2.3.4. jsou zmíněny dokumenty potřebné ke schválení zdravotnického prostředku v Číselníku VZP, na základě čehož je výrobek schválen k distribuci.

Jsou to tedy: podniková norma, rozhodnutí o schválení výrobku pověřeným zkušebním úřadem, dále prohlášení o shodě (dáno normou ISO 9001:2000), dokumenty identifikující podnikatelský subjekt přihlašující pomůcku. Následně má VZP právo si vyžádat další doplňující dokumenty potřebné ke schválení zdravotnického prostředku. Přihlašujícími subjekty jsou výrobci, dovozci či distributoři zdravotnických prostředků.

V rámci tohoto schvalování je výrobku přidělen kód ZP<sup>22</sup>, stanovena maximální cena úhrady a užitná doba pomůcky. Dále se pak u každého kódu ZP uvádí data specifikovaná Číselníkem VZP verze 630 na str. 3.

Zdravotnické prostředky předepisované na poukaz jsou v Číselníku VZP děleny do 17 podskupin:

- 01 Obvazový materiál
- 02 Pomůcky pro inkontinenci, kondomy urinální, sběrné sáčky urinální
- 03 Pomůcky stomické
- 04 Pomůcky ortopedickoprotetické
- 05 Pomůcky ortopedickoprotetické individuálně zhotovované
- 06 Kompresní punčochy a návleky
- 07 Vozíky včetně příslušenství
- 08 Sluchadla včetně příslušenství
- 09 Brýle a optické pomůcky
- 10 Pomůcky respirační a inhalační
- 11 Pomůcky pro diabetiky
- 12 Pomůcky kompenzační pro tělesně postižené
- 13 Pomůcky dále nespecifikované a paruky
- 14 Pomůcky kompenzační pro zrakově postižené
- 15 Pomůcky kompenzační pro sluchově postižené
- 16 Obuv ortopedická
- 17 Pomůcky pro laryngectomované

---

<sup>21</sup> zdravotnický prostředek – termín užitý v Číselníku VZP verze 630 z r.2007 s.3

<sup>22</sup> ZP – zdravotnický prostředek (zkratka v Číselníku VZP verze 630)



Číselník VZP obsahuje zdravotní pomůcky které jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou aby bylo možno:

- pokračovat v léčebném procesu
- stabilizovat zdravotní stav pacienta
- kompenzovat popř. zmírnit následky zdravotní vady

*„Pojišťovna hradí vždy zdravotnický prostředek v základním provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení. Úhrada typu pomůcek, neuvedených v Číselníku, důležitých při stabilizaci handicapu (zdravotní postižení je již trvalého charakteru, pomůcka umožňuje integritu do vnějšího prostředí, usnadňuje zdravotně postiženým běžný život v domácnosti nebo v povolání), spadá do sociální sféry.“<sup>23</sup>*

Na poukaz se vždy předepisuje pouze jedna položka. V přesně uvedených případech je třeba schválení revizním lékařem VZP.<sup>24</sup>

Poukaz na přidělení pomůcky musí obsahovat níže uvedené náležitosti:

1. jméno a příjmení, rodné číslo, plnou adresu pojištěnce
2. kód zdravotní pojišťovny, u které je pacient registrován
3. kód ZP, pod kterým je předepisovaný ZP uveden v Číselníku VZP
4. údaj o typu úhrady: plná úhrada x částečná úhrada pojišťovnou
5. diagnózu
6. podpis předepisujícího lékaře a datum vystavení poukazu
7. čitelný otisk razítka zdravotnického zařízení a jmenovky lékaře
8. vyplněné čestné prohlášení pojištěnce že má nárok úhrady ZP z prostředků veřejného zdravotního pojištění
9. pokud je uvedeno v Číselníku VZP u předepisované položky "Z" je nutné vyjádření revizního lékaře pojišťovny

V případě že lékař předepíše pomůcku, na jejíž úhradě se podílí pacient, má povinnost na toto pacienta upozornit!

Při spoluúčasti pacienta činí úhrada pojišťovny zpravidla částku, kterou je hrazen příslušný zdravotní prostředek v základním provedení. Základní provedení zdravotního

---

<sup>23</sup> Číselník VZP verze 630 z r.2007 s.5

<sup>24</sup> VZP –Všeobecná zdravotní pojišťovna

prostředku je takové, které po medicínské stránce pojištění plně vyhovuje a zároveň je ekonomicky nejméně náročné.

Pomoci příslušných kódů v Číselníku VZP jsou také řešeny případné individuální úpravy a opravy zdravotnických prostředků.

Po uplynutí užité doby zdravotnického prostředku nevzniká pacientovi automaticky nárok na přidělení nové pomůcky, o tomto rozhoduje lékař, v případě technických pomůcek je pak rozhodnutí na pověřené servisní organizaci. Ta vydává po zhodnocení technického stavu pomůcky vyjádření, zda je možno pomůcku přiměřenými prostředky opravit. Pokud ne, vystaví likvidační protokol, na základě kterého je pacientovi přidělena nová pomůcka. V případě invalidních vozíků se poměrně často využívá také možnost přidělení repasovaného vozíku ze skladů pojišťovny.

V případě, že zdravotní prostředek není hrazen pojišťovnou, nebo je-li vysoký doplatek, může pacient požádat podle vyhlášky č. 182/1991 Sb. na sociálním odboru městského úřadu v místě trvalého bydliště, nebo prostřednictvím nadace o jednorázový příspěvek na jeho pořízení, nebo úhrady doplatku. Poměrně častou praxí v posledních letech je realizace nákupu takovéto pomůcky formou sponzoringu.

### **2.3.6. Systém distribuce zdravotnických prostředků v ČR**

Systém distribuce zdravotnických prostředků v ČR je realizován následujícími způsoby:

- odběrem přímo u výrobce nebo prostřednictvím jeho prodejní sítě
- odběrem v síti zdravotnických prodejen nebo výdejen
- odběrem ve výdejně zdravotnických prostředků v rehabilitačních ústavech
- odběrem v centrech pro tělesně postižené

Na základě faktů uvedených v kapitole 2.3.5. dělíme zdravotnické prostředky z hlediska úhrady na:

- plně hrazené pojišťovnou
- hrazené pojišťovnou se spoluúčastí pacienta
- hrazené pacientem

Dovoz zdravotnického prostředku na adresu pojištěnce a jeho případné následné zaškolení pro správné použití pomůcky není pojišťovnou hrazeno.

Proto přebírají zodpovědnost za tyto nezbytné náležitosti výrobci či distributoři a to většinou bezplatně.

#### Postup při distribuci zdravotnického prostředku

- zdravotně postižený kontaktuje vybraného výrobce, výdejnu či prodejnu zdravotnických potřeb s požadavkem na zdravotnickou pomůcku
- v případech, kdy jde o sortiment jasně specifikovaný následuje dodání zboží oproti platbě nebo poukazu, je-li zdravotnická pomůcka hrazena
- pokud je potřeba pomůcku dále například odborně zaměřit nebo jinak vyspecifikovat, vyšle distributor odborníka, který navrhne optimální řešení či konfiguraci výrobku; další možností je zapůjčení pomůcky za účelem odzkoušení v praktickém provozu
- poté již dochází k samotné realizaci dodání pomůcky; v jejím rámci je buď na výdejně nebo v bydlišti pacienta provedeno odzkoušení pomůcky a následné zaškolení pacienta pro její správné používání

Poněkud jiná je situace, kdy pacient obdrží pomůcku v rehabilitačních ústavech. V rámci takovýchto zařízení jsou výdejny zdravotnických potřeb jejich součástí a tak je spolupráce takovéto výdejny s ošetřujícími a předepisujícími lékaři podstatně intenzivnější. Pacient je tak při ukončení léčby vybaven pomůckami, s kterými je dokonale seznámen už v průběhu jeho léčebného pobytu a pomůcky jsou průběžně optimalizovány dle jeho zdravotního stavu a potřeb. Tudíž odpadá jakási „zvykací“ doba na pomůcku, což působí na psychiku pacienta v takovýchto závažných životních situacích jako velmi pozitivní impuls.

Výdejní místa kde pacient zdravotní pomůcku obdržel, zajišťují také následný záruční a pozáruční servis, stejně tak případné úpravy pomůcky.

Větší distribuční organizace pak zajišťují navíc repase zdravotních pomůcek popř. vydávají protokoly o likvidaci pomůcky, pokud mají pověření zdravotní pojišťovny. Na základě tohoto protokolu se pomůcka vyřazuje z evidence pojišťovny, ekologicky zlikviduje, a pokud trvá nárok, je pacientovi přidělena odpovídající nová či v některých případech repasovaná pomůcka.

## **2.4. Legislativa v ČR – ochrana práv osob se zdravotním postižením**

### **2.4.1. Stěžejní zákony a další zákonné normy zaměřené na ochranu osob se zdravotním postižením**

*Dokumenty komplexního charakteru:*

- Všeobecná deklarace lidských práv (1948)
- Ústava ČR

*Zákony:*

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů s účinností od 1.4.1997<sup>25</sup>
- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách s účinností od 1.1.2007<sup>26</sup>
- Zákon č. 206/2009 Sb. ze dne 17.června 2009, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony
- Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů ze dne 13.10.2011<sup>27</sup>
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti platný s účinností od 1.10.2004<sup>28</sup>
- Zákon č. 198/2009 Sb., platný od 1.9.2009 (antidiskriminační zákon)

---

<sup>25</sup> Zákon upravuje veřejné zdravotní pojištění a rozsah a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona zdravotní péče poskytována.

<sup>26</sup> Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

<sup>27</sup> Tento zákon upravuje poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením určených ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování a průkaz osoby se zdravotním postižením.

<sup>28</sup> Tento zákon v souladu s právem Evropských společenství upravuje zabezpečování státní politiky zaměstnanosti, jejímž cílem je dosažení plné zaměstnanosti a ochrana proti nezaměstnanosti.

*Dokumenty zaměřené na zdravotně postižené v ČR:*

- usnesení vlády ČR č. 466 ze dne 29. 6. 1992 "Národní plán pomoci zdravotně postiženým"
- usnesení vlády č. 493 ze dne 8. 9. 1993 "Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení"
- usnesení vlády č. 256 ze dne 14. 4. 1998 "Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením"
- usnesení vlády č. 1004 ze 17.8. 2005 "Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009"
- usnesení vlády č.253 z 29.3.2010 "Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014"

*Dokumenty zaměřené na tělesně postižené v rámci EU a světových organizací*

- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením přijatá dne 13.12. 2006, ČR podepsána 30.3.2007
- Listina základních práv EU (čl. 26)
- Amsterdamská smlouva čl. 13 podepsaná 2.10.1997, platná od 1.5.1999

Na základě čl. 13 z Amsterdamské smlouvy byly vytvořeny a schváleny následující směrnice a programy:

- Směrnice, kterou se zavádí zásada rovného zacházení bez ohledu na rasový a etnický původ (směrnice Rady 2000/43/ES) přijatá dne 29. června 2000
- Směrnice, kterou se stanoví obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání a povolání na základě víry, zdravotního postižení, věku a sexuální orientace (směrnice Rady 2000/78/ES) přijatá dne 27. listopadu 2000.
- Komunitární akční program 2001-2006 (Rozhodnutí 2000/750/ES) pro boj s diskriminací na základě všech důvodů uvedených v čl. 13 (kromě pohlaví).

Právní výklad výše uvedených zákonů a dalších dokumentů by byl velice obsáhlý a je to spíše téma na samostatnou odbornou práci. Proto autor uvádí jen velmi krátce účel příslušného zákona ve vysvětlivkách na straně 38 této práce. Zásadní novinkou v našem právním systému bylo schválení antidiskriminačního zákona. „*Antidiskriminační zákon je první komplexní právní úpravou svého druhu u nás. Zapracovává směrnice Evropských společenství a v souladu s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána, a Listinou základních práv a svobod, vymezuje právo každé fyzické osoby na rovné zacházení a zákaz diskriminace v oblasti práva na zaměstnání a přístupu k zaměstnání, přístupu k povolání, podnikání a jiné samostatně výdělečné činnosti, členství v odborových organizacích, radách zaměstnanců nebo organizacích zaměstnavatelů, přístupu ke vzdělání, zdravotní péči, sociálnímu zabezpečení aj. V antidiskriminačním zákoně jsou vymezeny pojmy přímé a nepřímé diskriminace, obtěžování, vč. sexuálního obtěžování, přípustné formy rozdílného zacházení, zásada rovného zacházení pro muže a ženy v sociálním zabezpečení pracovníků a upraveny právní prostředky ochrany před diskriminací.*“<sup>29</sup>

Velmi důležitým dokumentem v legislativě ČR jsou Národní plány, v nichž je formulována politika státu ve vztahu ke zdravotně postiženým občanům a jsou v nich pro jednotlivá ministerstva stanovena konkrétní opatření, vytipována pro dané období jako důležitá a prioritní. Za tímto účelem bylo postupně vypracováno, vládou schváleno a realizováno již pět Národních plánů. Plnění Národních plánů každoročně vláda kontroluje a vyhodnocuje, v případě potřeby provádí jejich změny či doplnění.

#### **2.4.2. Ochrana práv osob se zdravotním postižením v praxi**

Ochrana práv osob se zdravotním postižením prochází v posledních 20 letech poměrně zásadním vývojem ať už v celosvětovém kontextu nebo v rámci ČR. Zásadními dokumenty v tomto procesu jsou především Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, v rámci Evropské unie pak Amsterdamská smlouva. V ČR jsou stěžejními dokumenty zákony uvedené na straně 38 a Národní plány uvedené na straně 39 této bakalářské práce. Tyto právní normy poměrně jasně definují pojem diskriminace osob se zdravotním postižením nebo jiným handicapem. Ale jaká je skutečnost?

---

<sup>29</sup> <http://www.epravo.cz/top/clanky/antidiskriminacni-zakon-59391.html>

Všeobecně je uznáváno, že osoby se zdravotním postižením mají nedostatek rovnosti v přístupu ke zboží, službám, dopravě, vzdělání i zaměstnání tzn., že dochází k diskriminaci. Diskriminaci lze definovat jako rozdílné zacházení, které někoho znevýhodňuje, aniž by k tomu existovaly rozumné a relevantní důvody. Člověk nebo skupina lidí, která ať už vědomě nebo nevědomě někoho diskriminuje, tak může činit otevřeně či „skrytě“. Na základě toho můžeme rozdělit diskriminaci na:

- přímou
- nepřímou

K přímé diskriminaci dochází, pokud se s jednou osobou zachází méně příznivým způsobem než s jinou ve srovnatelné situaci z kteréhokoliv důvodu, na jehož základě je diskriminace zakázána.

Při identifikaci přímé diskriminace není většinou snadné nalézt tzv. „referenční osobu“, což je osoba, jejíž situace se porovná se situací osoby, která se cítí být obětí diskriminace. Srovnání lze provést pouze pokud, jsou srovnávané osoby ve stejné nebo podobné situaci.

Legislativně jsou přesně vymezeny některé výjimky, mezi které patří např. podstatné profesní požadavky, pozitivní činnost, přiměřené přizpůsobení osobám se zdravotním postižením a konkrétní výjimky u věkové diskriminace.

U přímé diskriminace je důležitý efekt (tj. že došlo k újmě na základě rozdílnému zacházení), přičemž je jasné nebo vysoce pravděpodobné, že k rozdílnému zacházení došlo na základě některého z diskriminačních důvodů (diskriminovanému je např. řečeno, že na základě jeho zdravotního stavu jej není možno zaměstnat).

K nepřímé diskriminaci dochází, pokud na první pohled neutrální předpis či kritérium postaví osoby patřící ke chráněné skupině do specificky nevýhodného postavení v porovnání s jinými osobami. Dochází k ní, pokud daný předpis, kritérium není objektivně odůvodněné legitimním cílem a prostředky k dosažení tohoto cíle nejsou přiměřené a nezbytné.

Nepřímá diskriminace se vyskytuje podstatně častěji, ale hůře se zjišťuje a řeší. Vlastně jde o diskriminaci, která při prvotním pohledu nemusí ani naplňovat znaky diskriminace. Tj. je stanoveno nějaké kritérium, které platí pro všechny (tj. působí neutrálně), přitom ale ve skutečnosti znevýhodňuje právě příslušníky některé z chráněných skupin. Na základě

výše popsaného je zřejmé, že problematika ochrany práv po teoretické stránce je poměrně dobře zmapována a má kvalitní právní základ. A jaká je realita?

Počet uchazečů o zaměstnání se zdravotním postižením na jedno pracovní místo se za období 1993-2010 zvýšil z 12 na 35,9, zatímco celkový počet uchazečů se pak z 3,4 zvýšil na 18,2. Je tedy vidět jisté přibližování hodnot co se týče poměru počtu uchazečů na 1 volné pracovní místo mezi zdravotně postiženými a většinovou populací (cca 1:2), na druhou stranu je disproporce v nárůstu počtu uchazečů na 1 pracovní místo o 14,8 u většinové populace oproti 23,9 u zdravotně postižených. Z tabulky trhu práce uvedené na stránce 44 této práce je patrné, že ve sledovaném období počet osob zařazených do kategorie zdravotně postižených vzrostl zhruba 3,5 krát, zatímco počet volných pracovních míst pro zdravotně postižené se pohybuje v celém sledovaném období kolem 1700 (mimo roky 2006-2008 kdy naše republika zaznamenala mimořádný hospodářský růst).

Znepokojivým faktem se jeví také skutečnost, že na základě různých šetření byl zjištěn nejvyšší nárůst nezaměstnanosti v kategorii zdravotně postižených u uchazečů s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním.

Míra nezaměstnanosti osob se zdravotním postižením se za období 1993-2010 zvýšila ze 7,8 % na 27,2 % a výhled do dalšího období není příliš optimistický. K tomuto nepříznivému vývoji dochází přesto, že Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, diskriminaci z důvodu zdravotního stavu vysloveně zakazuje a že podstatně zvýšil jak částky odvodů do státního rozpočtu, tak přímou finanční pomoc z prostředků úřadu práce na zřizování chráněných pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením.

Jak uvádí JUDr. Jan Hutař z Národní rady zdravotně postižených ČR<sup>30</sup> na základě jím provedených analýz, není právní úprava příčinou neuspokojivé situace osob se zdravotním postižením na trhu práce. Právní řád České republiky poskytuje dostatečně široký sortiment nástrojů na podporu zaměstnávání osob se zdravotním, které mají motivační charakter a jsou spojeny s ekonomickým přínosem. Jsou dostupné jak pro malé tak velké zaměstnavatele a pokrývají jak oblast věcných tak osobních nákladů. V případě že právní předpisy ukládají nějakou povinnost, dávají zároveň zaměstnavateli právo volby formy

---

<sup>30</sup> [www.esfdb.esfcr.cz/file/207\\_1\\_1/download/](http://www.esfdb.esfcr.cz/file/207_1_1/download/)



jejího splnění a obsahují současně i ekonomickou kompenzaci při některých formách plnění.

Poměrně velkým nedostatkem současné právní úpravy je značná nejednotnost výkladů jednotlivých stupňů invalidity ve vztahu k možnosti zdravotně postiženého nadále pracovat. Velmi tristní situace je pak především u invalidity 3. stupně, kde ani odborníci na pracovní právo nejsou schopni jednoznačně odpovědět, zda takto postižený člověk vůbec může či za jakých přesně vymezených podmínek smí pracovat, což jen zvyšuje neochotu zaměstnavatelů poskytovat pracovní místa zdravotně postiženým. Potřeba novelizace vyvstává rovněž u ustanovení § 35 zákona č. 586/1992 Sb. o dani z příjmu ve smyslu jejího zvýšení, neboť výše slevy nedoznala úpravy od roku 2000, čímž její motivační význam velmi poklesl.

Ač existuje celá řada nástrojů ekonomické pomoci zaměstnavatelům, přičemž v převážné většině je výběr formy podpory zásadně v rukách zaměstnavatele nejsou tyto nástroje efektivně využívány. Paradoxem této neutěšené situace přitom je skutečnost, že zaměstnání i jedné osoby se zdravotním postižením může přinést zaměstnavateli kromě úspor i finanční prostředky v řádu statisíců Kč.

Uvedená fakta prokazují nejen existenci, ale bohužel i poměrně jasnou tendenci k dalšímu prohlubování nerovného postavení osob se zdravotním postižením na trhu práce.

Tabulka trhu práce – Statistická ročenka České republiky 2011 kapitola 10.

Trh práce, tabulka 10–7.

TRH PRÁCE		LABOUR MARKET						
10-7. Neumístění uchazeči o zaměstnání a volná pracovní místa (stav k 31. 12. 2010)								
Pramen: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR				Source: Ministry of Labour and Social Affairs of the CR				
Rok, kraje	Míra registr. nezaměstnanosti <sup>1)</sup> (%)	Neumístění uchazeči o zaměstnání					Volná pracovní místa	
		Unemployed job applicants					Job vacancies	
		celkem	z toho				celkem	z toho pro občany se zdravotním postižením
ženy	občané se zdravotním postižením		absolventi škol a mladiství <sup>1)</sup>	s nárokem na podporu v nezaměstnanosti	Total	incl.: for persons with disabilities		
Year, region	Registered unemployment rate <sup>1)</sup> (%)	Total	Females	Persons with disabilities	Graduates and the youth <sup>1)</sup>	Entitled to unemployment benefit	Total	incl.: for persons with disabilities
1990	0,73	39 379	20 169	.	3 505	24 627	57 616	.
1991	4,13	221 749	127 196	17 032	24 568	159 766	48 402	1 016
1992	2,57	134 788	77 684	15 502	17 435	62 289	79 422	2 316
1993	3,52	185 216	103 592	20 016	23 859	93 380	53 938	1 666
1994	3,19	166 480	96 632	22 015	19 997	78 331	76 581	1 418
1995	2,93	153 041	88 113	22 687	20 085	67 623	88 047	1 506
1996	3,52	186 339	105 100	31 455	27 178	93 430	83 976	1 489
1997	5,23	268 902	151 772	40 460	44 174	138 107	62 284	1 291
1998	7,48	386 918	205 401	48 951	68 220	190 396	37 641	1 242
1999	9,37	487 623	248 120	57 615	70 751	206 836	35 117	1 349
2000	8,78	457 369	229 804	59 025	57 938	164 139	52 060	2 811
2001	8,90	461 923	231 870	61 518	57 393	169 046	52 084	2 108
2002	9,81	514 435	257 438	66 907	59 895	192 615	40 651	1 747
2003	10,31	542 420	272 498	71 806	54 217	189 479	40 188	1 587
2004	9,47	541 675	276 254	74 672	47 260	143 236	51 203	1 704
2005	8,88	510 416	265 631	75 316	38 545	141 753	52 164	1 802
2006	7,67	448 545	238 713	71 318	31 955	129 882	93 425	3 170
2007	5,98	354 878	191 150	65 216	22 680	112 675	141 066	4 568
2008	5,96	352 250	183 639	61 136	24 634	138 506	91 189	3 290
2009	9,24	539 136	258 112	67 738	35 612	189 497	30 927	1 771
2010	9,57	561 551	268 200	69 499	35 357	178 962	30 803	1 934
v tom kraj/region:								
Hl. m. Praha	4,07	33 433	16 669	2 565	1 717	11 754	5 743	229
Středočeský	7,73	54 716	26 835	6 053	3 332	19 578	3 599	213
Jihočeský	8,50	29 545	14 114	4 151	2 084	11 834	1 850	149
Plzeňský	8,25	27 267	13 226	3 365	1 608	8 975	2 161	80
Karlovarský	11,39	19 922	9 232	1 762	1 173	5 234	748	29
Ústecký	13,90	61 947	30 349	7 611	3 606	15 239	2 238	203
Liberecký	10,54	25 653	12 867	3 138	1 390	7 585	1 417	100
Královéhradecký	8,37	24 678	11 596	2 926	1 703	9 754	1 365	132
Pardubický	9,87	27 359	12 226	3 996	1 784	10 329	2 165	193
Vysočina	10,73	29 410	13 687	4 159	2 196	11 071	916	105
Jihomoravský	10,87	69 342	32 494	9 281	4 644	22 009	2 955	114
Olomoucký	12,48	42 117	19 904	4 859	2 703	13 536	1 210	100
Zlínský	10,74	33 386	15 668	5 166	2 193	10 443	1 245	126
Moravskoslezský	12,36	82 776	39 333	10 467	5 224	21 621	3 191	161

<sup>1)</sup> do roku 1997 bez mladistvých

<sup>1)</sup> It was monitored excluding the youth till 1997.

Důležitým faktorem pro úspěšné začleňování zdravotně postižených do společnosti je správně nastavený systém sociální ochrany.

V ČR se systém sociální ochrany se skládá ze tří, vzájemně se doplňujících subsystémů:

- sociální pojištění
- státní sociální podpora
- sociální pomoc

Sociální pojištění je definováno jako odložení části spotřeby na budoucí sociální situace a jeho cílem je zachovat v přiměřeném rozsahu, po stanovenou dobu, dosažený standard životní úrovně, a to pomocí dávek nahrazujících příjem.

Státní sociální podpora posiluje příjmy v předem stanovených sociálních situacích a při udržení motivace k ekonomické aktivitě zabraňuje propadu velkých skupin obyvatel do chudoby.

Sociální pomoc slouží občanům, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Je to nově koncipovaný subsystém, Cílem sociální pomoci je kompenzace sociálních důsledků a odstraňování bariér vyplývajících ze společenského znevýhodnění v důsledku konkrétní sociální události, vyrovnání příležitostí občanů k rovnoprávné účasti na ekonomické aktivitě a společenském životě, zmírnění nebo odstranění dočasně nepříznivé sociální situace způsobené osobnostní či vztahovou krizí, případně způsobem života, a zabezpečení základních životních potřeb občanů, kteří se ocitli v hmotné nouzi. Sociální pomoc umožňuje tyto situace řešit a napomáhá tak kvalitnějšímu způsobu života jednotlivců, skupin a společenství. Sociální pomoc se realizuje prostřednictvím poskytování sociálních služeb nebo dávek fyzickým osobám, případně skupinám osob v nepříznivé sociální situaci.

*„Cílem sociálních služeb je pomoc v těch oblastech života a při výkonu těch pro život či pracovní uplatnění nezbytných činností, které zdravotně postižený občan není schopen samostatně zvládat ani po absolvování základní či akutní léčby a rehabilitačního procesu. Protože úspěšná rehabilitace pozitivně ovlivňuje míru samostatného zvládnutí jednotlivých dovedností, a to často s využitím speciálních technických prostředků, mělo by být při stanovování nároku zdravotně postiženého občana na jednotlivé sociální služby přihlíženo*

*také k výslednému efektu jeho rehabilitace.*“<sup>31</sup>

Sociální služby jsou poskytovány zejména v následujících formách:

- služby chráněného bydlení
- služby osobní asistence (tlumočníci, průvodci atd.)
- služby zajišťující dopravu zdravotně postižených žáků do škol a zařízení
- služby řešící dopravu zdravotně postižených pro jiné účely
- pečovatelská služba
- služby domácí péče
- respitní péče
- poradenství
- raná péče
- poskytování technických pomůcek včetně souvisejících služeb
- ústavy a domovy sociální péče pro postižené spoluobčany
- penziony a domovy pro seniory a občany se zdravotním postižením
- centra denních služeb

Při poskytování výše uváděných služeb platí, že zdravotně postižený občan (popř. jeho zákonný zástupce) musí mít právo volby, zda bude svou situaci řešit některou z uváděných služeb popřípadě jejich kombinacemi, nebo zda upřednostní pobyt v domově sociální péče.

Celou kapitolou prostupuje zřejmý rozpor mezi právy a potřebami zdravotně postižených na straně jedné a ekonomickou realitou naší společnosti na straně druhé, přičemž docílení souladu je úkolem dlouhodobým a celospolečenským, na němž se musí aktivně podílet stát, podnikatelská sféra ale i zdravotně postižení občané ať už osobně či prostřednictvím organizací sdružujících tyto občany.

---

<sup>31</sup> Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením 1998, s.11

# PRAKTICKÁ ČÁST

## **3.1. Průzkum**

### **3.1.1. Cíl**

Cílem průzkumu bylo zmapování provozu rehabilitačního oddělení okresní nemocnice, zjištění struktury pacientů a jejich diagnóz a zároveň zjistit jejich názor na poskytovanou péči tohoto oddělení.

### **3.1.2. Metoda průzkumu**

Metodou zvolenou k realizaci průzkumu byl jednak autorem zpracovaný dotazník a dále pak normalizovaný Roční výkaz činnosti zdravotnického zařízení viz kapitola Přílohy – příloha A. Autorem zpracovaný dotazník obsahuje celkem pět uzavřených otázek, které byly koncipovány tak aby měly jednoduchou a srozumitelnou formu a osloveného respondenta příliš nezatěžovaly a to ani po časové stránce ani složitostí odpovědi. Respondent zaškrtoval vždy pouze jednu z předem formulovaných odpovědí. Pouze otázka č. 6 byla koncipována jako otevřená. Dotazník je v této práci uveden jako příloha B.

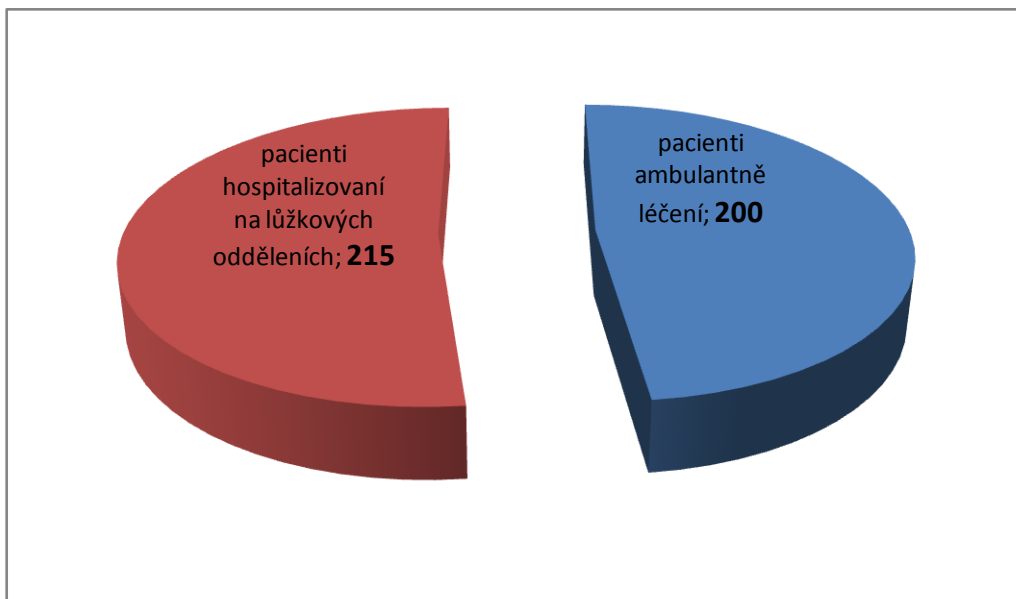
### **3.1.3. Úkoly**

Úkolem bylo za pomoci průzkumu a statistických dat získaných z výkazu činnosti rehabilitačního oddělení vyhodnotit personální obsazení oddělení, činnost oddělení, strukturu pacientů ve vztahu k jejich pohlaví, věku a zároveň indikaci jejich diagnóz. V rámci dat získaných dotazníkem pak vyhodnotit názory pacientů na provoz oddělení a kvalitu poskytované péče.

### **3.1.4. Charakteristika zkoumaného souboru**

Šetření bylo prováděno na rehabilitačním oddělení nemocnice ale i na ostatních odděleních, kde pracovníci rehabilitačního oddělení vykonávají léčebnou rehabilitaci. Během období od 2. května 2011 do 31. prosince 2011 bylo osloveno 500 pacientů, z nichž 415 dotazníky vyplnilo a odevzdalo. Zastoupení jsou jak pacienti léčeni ambulantně tak pacienti hospitalizovaní na lůžkových odděleních nemocnice viz Obrázek A.

**Obrázek A: Grafické znázornění složení osloveného vzorku pacientů**



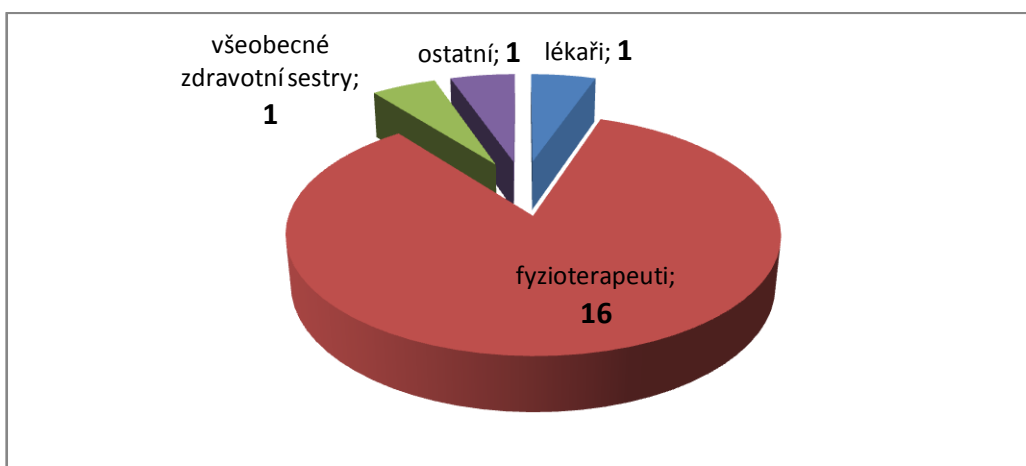
### ***3.2. Analýza výsledků výzkumného šetření***

#### **3.2.1. Vyhodnocení činnosti rehabilitačního oddělení**

Po zpracování Ročního výkazu o činnosti zdravotnického zařízení v roce 2011 byly zjištěny níže uvedené skutečnosti a ukazatele. K lepšímu znázornění a vyhodnocení dotazníku autor využil grafů.

#### **Personální složení rehabilitačního oddělení**

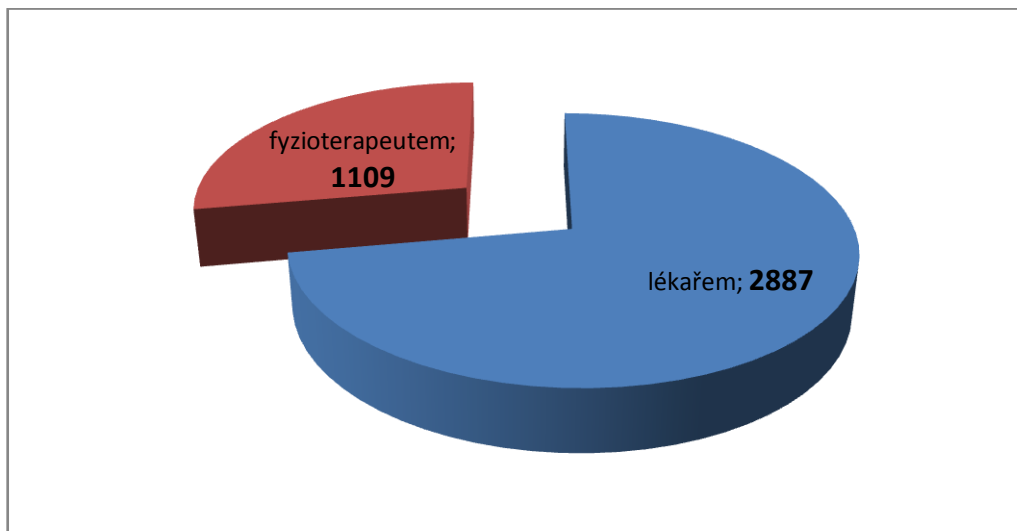
*graf 1*



## Činnost rehabilitačního oddělení

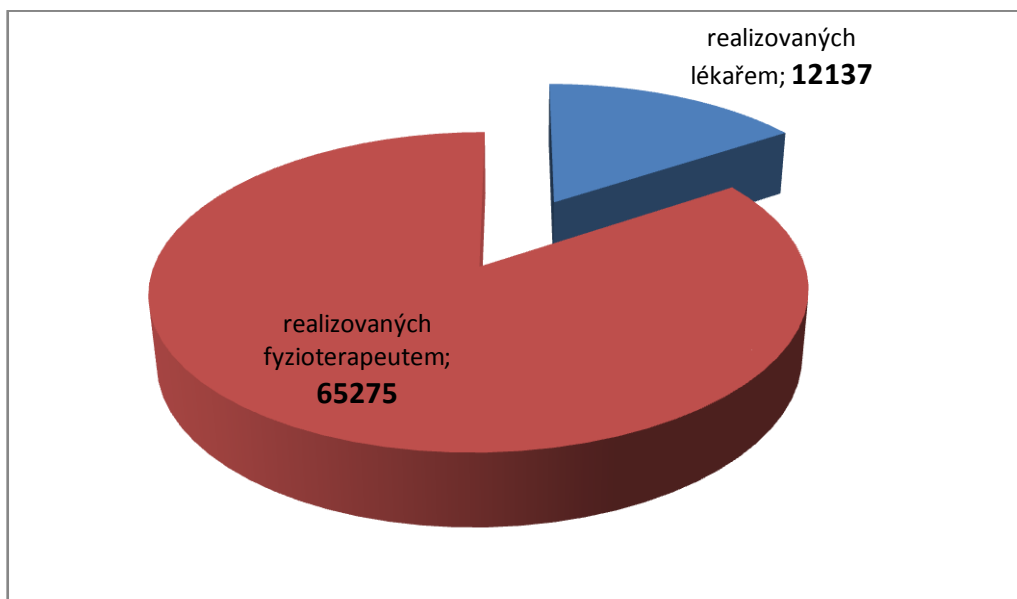
### Počet vyšetření

graf 2



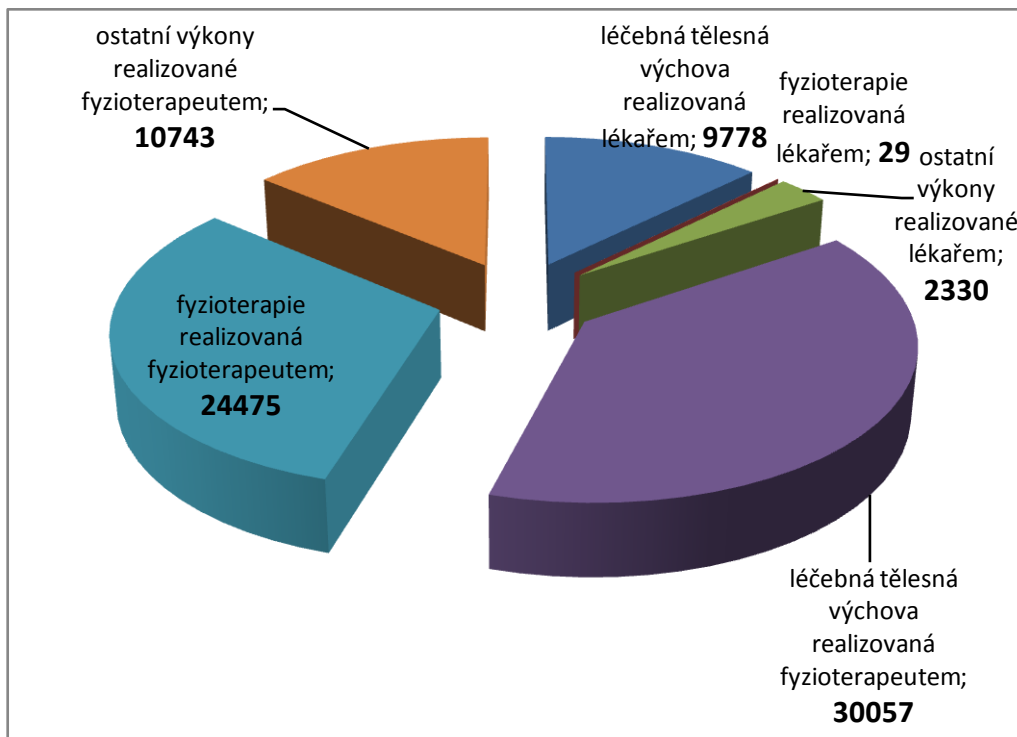
### Počet výkonů

graf 3

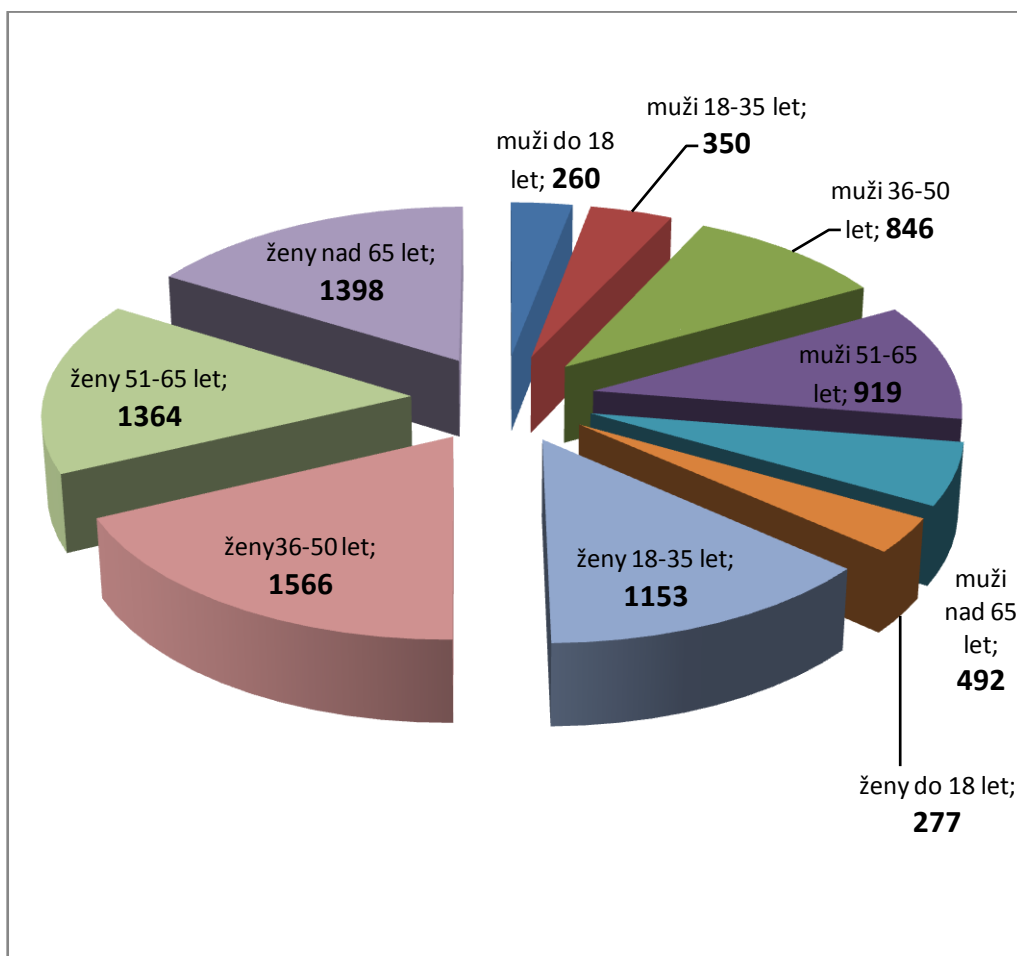


Z těchto grafů je jasně zřetelné rozložení pracovní činnosti lékařů a fyzioterapeutů, kdy za diagnostiku zodpovídají především lékaři a za praktickou část rehabilitace především fyzioterapeuti. Vyšetření fyzioterapeuty a opačně výkony realizované lékaři vyplývají dle pracovních výkazů pracovníků především z provozních důvodů (např. dovolená, onemocnění pracovníků atd.), v menší míře pak z důvodu specifické diagnózy pacientů.

**Rozdělení výkonů dle klasifikace v Ročním výkazu o činnosti ZZ** *graf 4*



**Rozdělení přijatých pacientů na oddělení dle pohlaví a věku** *graf 5*

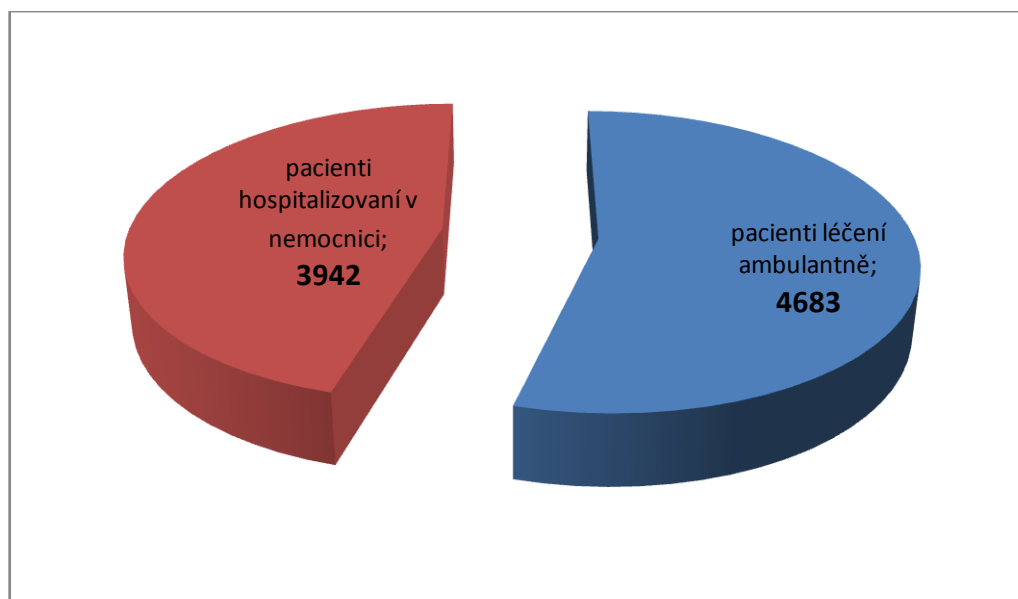




Z grafu 5 (str.48 této práce) jsou jasně patrné disproporce v některých věkově srovnatelných kategoriích mužů a žen. Dle vyjádření primářky rehabilitačního oddělení je tato disproporce v kategorii 18-35 let a 36-50 let zapříčiněna léčbou diagnóz vzniklých během těhotenství, porodu, šestinedělí a stavů vzniklých v perinatálním období, což se zcela logicky týká jen žen. Jiná situace je pak v kategorii nad 65 let, kde je velká nerovnováha dána jednak demografickým vývojem obyvatelstva, kdy se ženy dožívají podstatně vyššího věku a dále pak větším počtem léčených diagnóz vzniklých nemocemi svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně u žen jak dokládá tabulka Indikace léčebné rehabilitace na str. 50 této práce. Na základě lékařské dokumentace vedené rehabilitačním oddělením je velkým problémem pacientek s touto diagnózou především nadváha. Problémem s nadváhou bylo zatíženo ve sledovaném období (rok 2011) 60 % pacientek což je proti 21% mužů markantní rozdíl.

#### Počet pacientů přijatých k léčbě v roce 2011

graf 6



U pacientů hospitalizovaných v nemocnici se provádí rehabilitace z větší části přímo na oddělení, kde jsou umístěni, v menší míře pak přímo na rehabilitačním oddělení. Ambulantní léčba probíhá výhradně na rehabilitačním oddělení ve specializovaných prostorách. Ambulantní léčba v bydlišti pacienta se neprovádí.

### Indikace léčebné rehabilitace (dělení diagnóz dle MKN<sup>32</sup>10)

diagnóza	počet pacientů nově přijatých k léčbě	muži	ženy
nemoci infekční a parazitární	118	55	63
novotvary	190	107	83
nemoci endokrinní	106	39	67
poruchy duševní a poruchy chování	10	7	3
nemoci nervové soustavy	263	119	144
nemoci oběhové soustavy	654	266	388
nemoci dýchací soustavy	209	115	94
nemoci trávicí soustavy	328	150	178
nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	4323	1333	2990
nemoci močové a pohlavní soustavy	92	47	45
těhotenství, porod a šesti nedělí, stavy vzniklé v perinatálním období	938	0	938
poranění, otravy	1100	495	605
ostatní neuvedené skupiny nemocí	294	126	168
<b>CELKEM</b>	<b>8625</b>	<b>2859</b>	<b>5766</b>

Za rok 2011 bylo na rehabilitačním oddělení provedeno celkem 3996 vyšetření viz graf 2 a 77412 výkonů hrazených zdravotními pojišťovkami viz graf 3. Počet výkonů hrazených pacientem byl 1260 což je pouhých 1,6% všech výkonů realizovaných rehabilitačním oddělením a jedná se především o klasické masáže a léčbu neinvazivním laserem. Počet pacientů nově přijatých k léčbě, jejich složení z hlediska pohlaví a diagnóz je uveden v tabulce na této straně. Nejčastějšími metodami rehabilitace ve sledovaném období byla fyzikální terapie, vodoléčba, thermoterapie, techniky měkkých tkání, mobilizace páteře a kloubů a léčebná tělesná výchova.

<sup>32</sup> **Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů** (v češtině označovaná zkratkou **MKN**, v originále **International Classification of Diseases and Related Health Problems**, zkratka **ICD**) je publikace, která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností, publikovaný Světovou zdravotnickou organizací (WHO), přičemž některé národní zdravotní organizace vydávají její modifikované verze přizpůsobené místním podmínkám a speciálním účelům. dostupné na [http://cs.wikipedia.org/wiki/Mezinárodní\\_klasifikace\\_nemocí](http://cs.wikipedia.org/wiki/Mezinárodní_klasifikace_nemocí)

### 3.2.2. Analýza výsledků získaných dotazníkem

Cílem průzkumu realizovaným dotazníkem (viz příloha B) bylo zjistit názor pacientů na poskytovanou péči rehabilitačního oddělení.

**Otázka č. 1 :** Váš věk je: méně než 18 let, 18 - 35 let, 36- 50 let, 51 – 65 let ,  
více než 65 let?

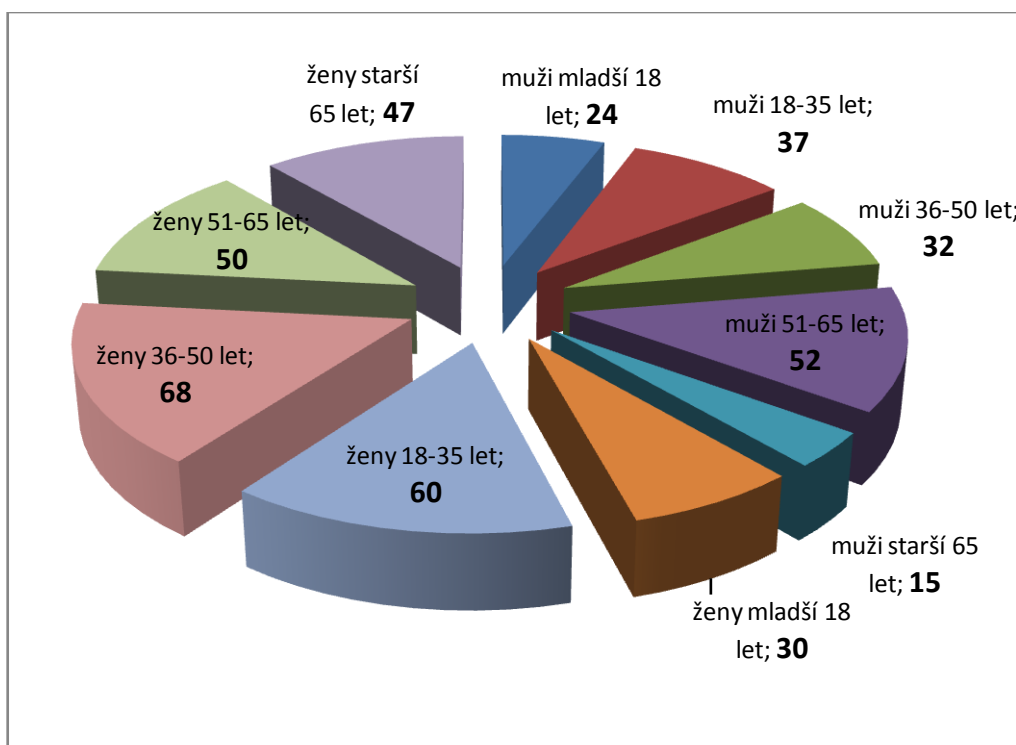
Na základě otázky týkající se věku dotazovaných pacientů bylo zjištěno, že největší zastoupení v realizovaném průzkumu měla kategorie 51-65 let a druhá nejpočetnější byla kategorie s věkovým rozpětím 36-50 let. Přesné rozložení věkové struktury ve vztahu k pohlaví respondentů (otázka č.2 v dotazníku) je uvedeno v grafu 7.

**Otázka č.2 :** Jste muž x žena?

Ve skupině respondentů bylo zastoupeno 160 mužů a 255 žen.

**Struktura respondentů, kteří vyplnili dotazník**

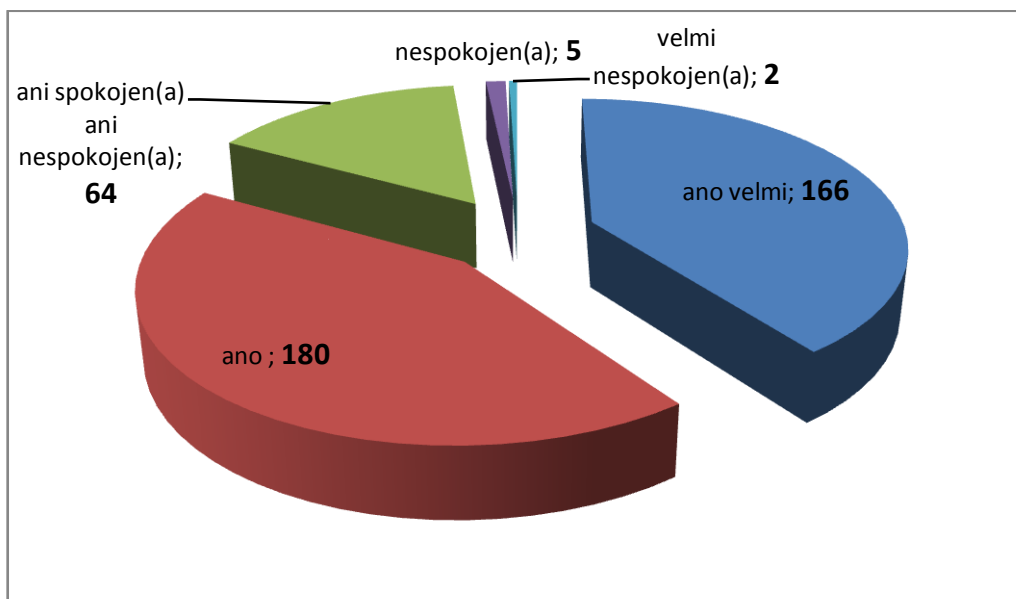
*graf 7*



**Otázka č.3:** Jste spokojeni s přístupem lékařského a ostatního zdravotnického personálu?

**Spokojenost s přístupem lékařského personálu**

graf 8

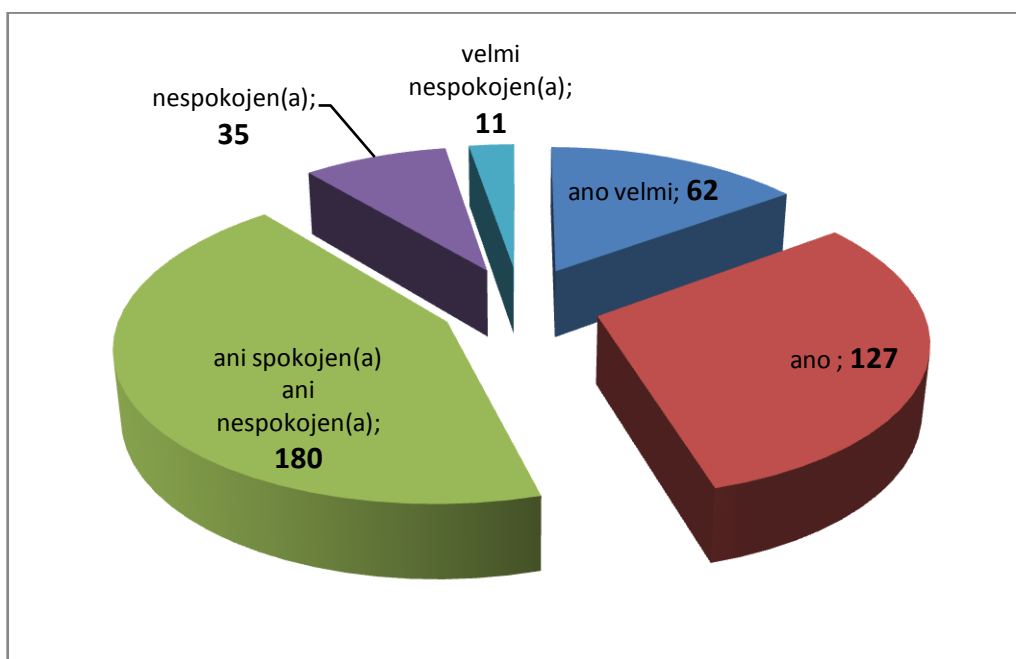


Odpovědi respondentů ukazují velmi kladné hodnocení lékařského a dalšího zdravotnického personálu, kdy pozitivně hodnotilo 344 dotázaných a jen 7 vyjádřilo svou nespokojenost.

**Otázka č.4:** Jste spokojeni s vybavením naší nemocnice?

**Spokojenost s vybaveností nemocnice**

graf 9

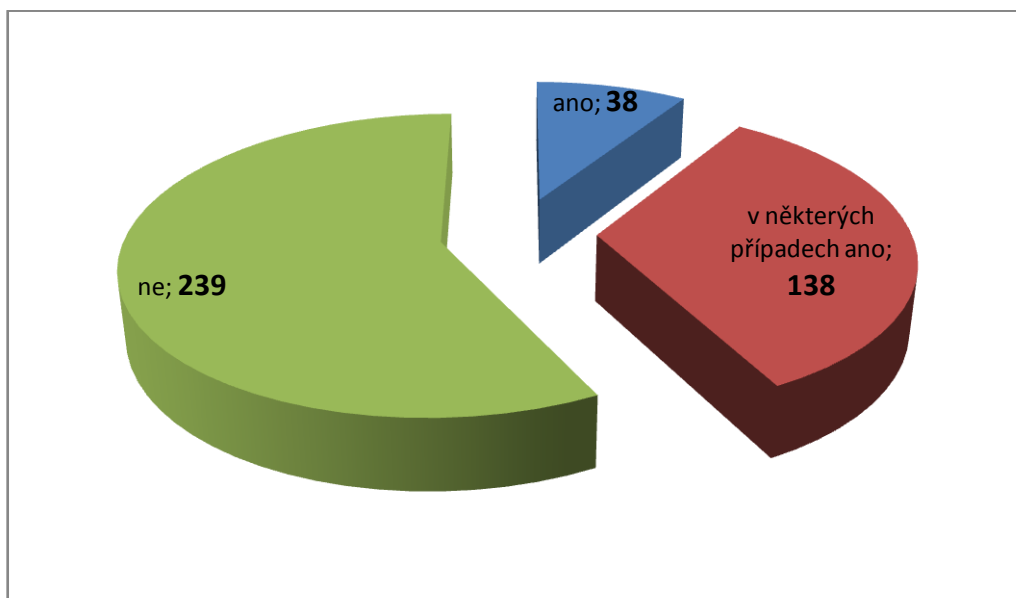


Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou poměrně rozporuplné což dokládá jednak 180 odpovědí „ani spokojen(a) ani nespokojen(a)“ a také 46 negativních odpovědí, které zaškrtili především respondenti ze skupiny do 18 let (38x). Vysvětlení této velké disproporce vůči celému vzorku dotazovaných nám dalo vyhodnocení otázky č.6. Naopak spokojenost s vybavením nemocnice vyjádřilo 91 respondentů z kategorie 51-65 let což je 89% respondentů patřících do této skupiny a 57 respondentů z kategorie nad 65 let což je dokonce 92% respondentů této skupiny. Zde zřejmě sehrál úlohu fakt, že starší generace pacientů posuzuje současnou vybavenost nemocnice s obdobím před rokem 1989 a z toho plynoucí menší náročnost na materiální vybavení nemocnice.

**Otázka č.5:** Byl(a) by jste ochoten(na) se finančně podílet na vaší léčbě pokud by to vedlo k podstatnému zvýšení standartu léčby?

#### Financování léčby pacientem

graf 10

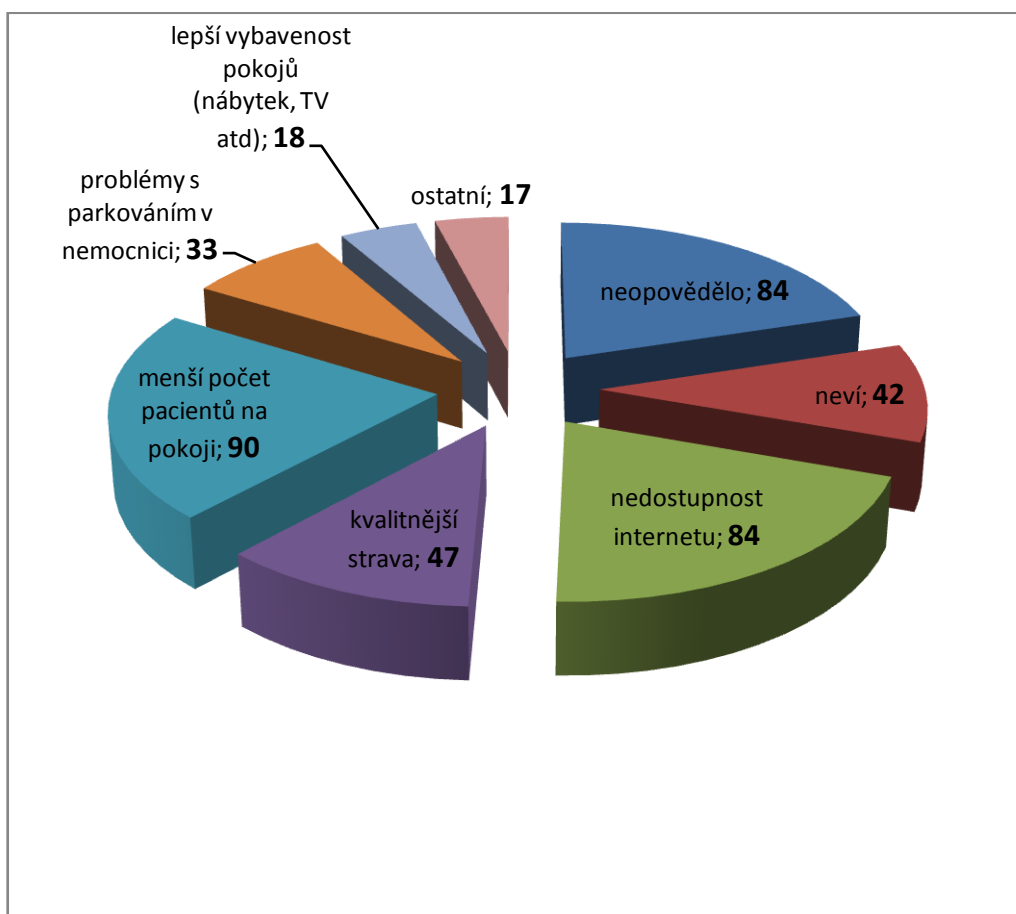


Odpovědi respondentů ukazují neochotu především starší generace finančně se podílet na léčbě a raději se spokojit se současným standartem. Z kategorie nad 65 let zvolilo odpověď ne 60 pacientů (97% skupiny), z kategorie 51-65 let pak 94 pacientů (92% skupiny). Naopak finanční spoluúčast pokud by přispěla ke zvýšení standartu léčby preferovala především skupina mezi 18-35 lety kdy kladnou odpověď zvolilo 86 dotázaných, což je 89% respondentů této kategorie.

**Otázka č.6:** Uved'te prosím co by dle Vás nejvíce přispělo k větší spokojenosti pacienta při pobytu v naší nemocnici?

**Možné zvýšení standartu výbavy nemocnice dle pacientů**

*graf 11*



Škála odpovědí na otázku č.6 je velmi různorodá a je zřejmě dána odlišným pohledem respondentů na tuto otázku. Jisté zkresení přinesl také fakt, že 84 respondentů na otázku neodpovědělo a 42 jich nenapsalo konkrétní poznatek. Zcela chybí výhrady k personální oblasti, naopak respondenti preferují oblast služeb a materiální vybavenost nemocnice. Dominují především požadavky na snížení počtu pacientů na pokojích a to napříč věkovými kategoriemi a bez rozdílu zda se jedná o ženy nebo muže. Velmi specifický je požadavek na zpřístupnění internetu v prostorách nemocnice, což preferovalo 50 respondentů mladších 18 let tedy 93% dané skupiny a 33 respondentů ze skupiny 18-35 let což je 34% této skupiny, opět bez rozdílu zda jde o muže či ženy. Kvalitnější stravu by pak uvítaly především ženy ve věku 36-65 let, které tuto možnost uvedly v 37 případech, naopak mezi muži uvedli tento požadavek pouze 4 dotazovaní. Kategorie ostatní obsahuje požadavky, jež respondenti uvedli maximálně 3x.

### 3.2.3. Výsledek průzkumu

Během průzkumu autor mapoval v jeho první části provoz rehabilitačního oddělení, jeho personální obsazení, strukturu léčených pacientů a jejich diagnóz. Na základě dat získaných tímto průzkumem je vyšetření a stanovení léčby na rehabilitačním oddělení především v kompetenci lékaře, zatímco samotná rehabilitace je pracovní náplní fyzioterapeutů viz grafy č.2, 3, 4 uvedené v předchozí kapitole. Pacienti jsou léčeni jak ambulantně tak i na příslušných lůžkových odděleních nemocnice. Vlastní lůžkovou část rehabilitačního oddělení nemá.

V roce 2011 bylo provedeno v rámci oddělení 3996 vyšetření pacientů a 78672 výkonů, z toho 1260 výkonů bylo hrazených pacientem.

Struktura nově přijatých pacientů k léčbě dle pohlaví je 2867 mužů a 5758 žen, přičemž nejpočetnější skupinou jsou ženy ve věku 36-50 let, kterých je 1566 a druhou nejpočetnější skupinou ženy ve věku nad 65 let v počtu 1398. Nejpočetnější skupinou mužů s počtem 919 pacientů je věková kategorie 51-65 let. Podrobnější informace obsahuje graf č.5.

V rámci tohoto průzkumu byla provedena analýza léčených diagnóz viz tabulka: Indikace léčebné rehabilitace na str. 50 této práce. Nejčastější byli léčeni pacienti s nemocemi svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně a to jak v kategorii mužů, tak i v kategorii žen.

Druhá část průzkumu proběhla ve spolupráci s pacienty, kteří vyplňovali připravený dotazník, zaměřený na jejich názory v otázkách lékařského a dalšího zdravotnického personálu a provozu nemocnice. Dotazník vyplnilo 415 respondentů, kteří pozitivně hodnotili především přístup zdravotnického personálu a lékařů (344 respondentů), poněkud méně jednoznačně byla vnímána otázka vybavenosti nemocnice, kdy pozitivně odpovědělo 189 a negativně 46 respondentů. Dalších 180 respondentů nemělo vyhraněný názor. Spokojeni byli především starší pacienti, naopak většinu nespokojených pacientů tvořila kategorie do 18 let, kteří postrádali hlavně přístup ke komunikačním technologiím v prostorách nemocnice.

Na dotaz zda by byli ochotni se finančně podílet na své léčbě, pokud by to přineslo podstatné zvýšení standartu léčby, odpovědělo 239 respondentů negativně, což činí 58% dotazovaných, naopak jednoznačně pozitivně odpovědělo pouze 9% dotazovaných.

## ZÁVĚR

Problematika zdravotně postižených je velice rozsáhlým tématem a zcela jistě přesahuje rámec této bakalářské práce. I proto bylo mým cílem vytvořit spíše průřez touto problematikou a dotknout se stěžejních témat. Vodítkem v teoretické části bylo pro mě nejen studium odborné literatury a dalších souvisejících pramenů ale také dlouholeté vlastní zkušenosti z tohoto oboru, coby pracovníka podílejícího se více jak 14 let na vývoji, výrobě a distribuci protetických pomůcek v mělnickém regionu. Více než v jiných oborech lidské činnosti jsou zde neocenitelné praktické zkušenosti a osobní kontakt s klienty, z nichž mnozí se stali mými přáteli i se svými všedními problémy, které pro většinovou populaci jsou často nepochopitelné. A zde vidím osobně jádro problému soužití a integrace zdravotně postižených do společnosti. Vytváření legislativních norem upravujících postavení zdravotně postižených v našem státě odborníky na právo bez součinnosti se zástupci této skupiny se v konečném důsledku často jeví jako kontraproduktivní, neboť zatímco litera zákona je naplňována, chybí konsensus s praktickými potřebami zdravotně postižených a jistý lidský rozměr těchto právních norem. Přitom právě tato skupina spoluobčanů více než která jiná potřebuje velmi specifický přístup při řešení svých problémů. Bohužel rétorika současné společnosti klade důraz především na ekonomická hlediska, což se promítá nejen do často až nedůstojného ekonomického zajištění zdravotně postižených ale též se promítá do distribuce zdravotnických prostředků, kdy se upřednostňuje výdej pomůcek finančně nejméně náročných, u nichž je často diskutabilní výrobní kvalita a často i jejich funkčnost. Pacient pak řeší například dilema, kdy nefunkční výrobek je již po záruční době ale zároveň nemá dle úhradových předpisů nárok na novou pomůcku.

Poměrně tristní je i situace v zaměstnávání zdravotně postižených, všeobecně převládá nechuť zdravotně postižené zaměstnávat. Legislativa je v tomto případě velmi kvalitně zpracovaná, problémem je spíše její uvedení do praxe. Státní instituce nedokáží vhodně informovat podnikatelské subjekty o pozitivních možnostech pro jejich činnost, vyplývajících z této legislativy.

Na vysoké úrovni je dle mého názoru v ČR zvládnuta rehabilitace zdravotně postižených systémem specializovaných zdravotnických zařízení, na které vhodně navazují rehabilitační oddělení ve všeobecných nemocnicích. Velkou devízou je komplexnost



služeb, jež tato zařízení poskytují v široké škále od lékařské péče až po poradenskou činnost.

Závěrem mé bakalářské práce si dovoluji vyslovit osobní přání, aby se naše společnost stala společností opravdu demokratickou a především „lidskou“, neboť žádné byt' sebelépe vypracované zákony nenahradí pochopení, vstřícnost a slušnost mezi lidmi. A ve vztahu k handicapovaným spoluobčanům výše napsané řádky platí ještě mnohem více.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ

### 3.3. Monografie

HROMÁDKOVÁ J. et al. *Fyzioterapie*. Praha: H&H, 1999. ISBN 80-86022-45-5

ŠESTÁK J. *Chráněná dílna – nástroj k pracovnímu uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením*. Týn nad Vltavou, vydal Domov sv. Anežky, o.p.s, 2007. ISBN 978-80-254-0108-8

VOJTÍŠEK V. et al. *Chirurgie I*. Praha: Avicenum, 1986

VOJTÍŠEK V. et al. *Chirurgie II*. Praha: Avicenum, 1987

VOTAVA J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5

### 3.4. Elektronické zdroje

*Antidiskriminační zákon* [cit.2012-01-12]. Dostupné na WWW:<<http://www.epravo.cz/top/clanky/antidiskriminacni-zakon59391.html>>

*Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, o.s.* [cit.2012-01-03]. Dostupné na WWW:<[http://www.arpida.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=19&Itemid=124](http://www.arpida.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=124)>

*Hamzova odborná léčebna* [cit.2011-12-29]. Dostupné na WWW: <<http://www.hamzova-lecebna.cz/cz/m/domu>>

*Hlubková analýza právních předpisů vztahujících se k zaměstnávání osob se zdravotním postižením* [cit.2012-01-03]. Dostupné na WWW:<[www.esfdb.esfcr.cz/file/207\\_1\\_1/download/](http://www.esfdb.esfcr.cz/file/207_1_1/download/)>

*Jedličkův ústav a Mateřská škola a Základní škola a Střední škola* [cit.2011-12-30]. Dostupné na WWW: <<http://www.jus.cz/koncepce-cinnosti-JUS?p=1>>

*Jedličkův ústav a Mateřská škola a Základní škola a Střední škola* [cit.2011-12-30]. Dostupné na WWW:<<http://www.jus.cz/zakladni-udaje?p=1>>

*Rehabilitační ústav Hrabyně* [cit.2012-01-22]. Dostupné na WWW:<<http://www.ruhrabyne.cz/Content/predstaveni-rehabilitacniho-ustavu>>

*Rehabilitační ústav Kladruby* [cit.2011-12-30]. Dostupné na WWW:<<http://rehabilitace.cz/czech/index.php?page=soucasnost>>

*Statistická ročenka České republiky 2011 kapitola 10. Trh práce, tabulka 10–7.* [cit.2012-01-26]. Dostupné na WWW:<<http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/kapitola/0001-11-2010-1000>>

*Vojenský rehabilitační ústav Slapy* [cit.2011-12-30]. Dostupné na WWW:  
<<http://www.volareza.cz/www/index.php?z=12&s=text&c=43>>

### **3.5. Zákonné normy, interní předpisy**

*Číselník VZP verze 630 z r.2007*

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1992.*

*Národní plán pro vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením schválený usnesením vlády ČR č. 256 ze dne 14. dubna 1998*

*Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014 schválený usnesením vlády České republiky ze dne 29. března 2010 č. 253, aktualizovaný na základě usnesení vlády České republiky ze dne 20. července 2011 č. 568. ISBN 978-80-7440-024-7*

*Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů s účinností od 1.4.1997*

*Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách s účinností od 1.1.2007*

*Zákon č. 198/2009 Sb., platný od 1.9.2009 (antidiskriminační zákon)*

*Zákon č. 206/2009 Sb. ze dne 17. června 2009, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony*

*Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů ze dne 13.10.2011*

*Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti platný s účinností od 1.10.2004*

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Roční výkaz o činnosti zdravotnického zařízení .....	I
Příloha B – Dotazník .....	II

# Příloha A – Roční výkaz o činnosti zdravotnického zařízení

Ministerstvo zdravotnictví  
Schváleno ČSÚ pro Ministerstvo  
zdravotnictví, ČV 177/10 ze dne  
20.10.2009 v rámci Programu  
statistických zjišťování na rok  
2010.

Vyplněný výkaz taskavě  
předložte pracovišti státní  
statistické služby resortu  
zdravotnictví podle závazných  
pokynů ÚZIS ČR

Ochrana důvěrnosti údajů je  
zaručena zákonem č. 89/1995  
Slk., o státní statistické službě ve  
změně pozdějších předpisů. Údaje  
se zjišťují pro potřebu  
Ministerstva zdravotnictví, které  
odpovídá za jejich ochranu

## Roční výkaz o činnosti ZZ

Druh ZZ (obor): **rehabilitační a fyzikální medicíny (FBLR)**

Za rok 2010

**A (MZ) 1-01**

IČO	Zpravodajská jednotka (adresa):
PČZ	
Oddělení, pracoviště, druh ZZ	
<b>A052</b>	

### I. Pracovníci ve zdravotnictví

	Č.ř.	Lékaři	Fyzioterapeuti	ZPBD	ze sl. 3		Ostatní odborní pracovníci
					všeobecné sestry	ergoterapeuti	
a	b	1	2	3	4	5	6
Fyzické osoby (počet k 31.12.)	11						
Přepočtené počty (úvazek k 31.12.)	12						
Smluvní pracovníci (úvazek k 31.12.)	13						
Průměrný roční přepočtený počet pracov. celkem (včetně smluvních)	14						

### II. Činnost

	Č.ř.	Počet vyšetření	Počet výkonů celkem	ze sl. 2 výkony			
				LTV	FT	ERGO	ostatní
a	b	1	2	3	4	5	6
Lékařem	21						
Psychologem, logopedem, soc. prac.	22						
Fyzioterapeutem, ergoterapeutem	23						

### III. Indikace léčebné rehabilitace (dělení diagnóz podle MKN 10)

Diagnóza	Č.ř.	Počet pacientů nově přijatých k léčbě pro	ze sl. 1		4	5	6
			muži	ženy			
a	b	1	2	3			
nemoci infekční a parazitární	A00 - B99	41					
novotvary	C00 - D48	42					
nemoci endokrinní	E00 - E90	43					
poruchy duševní a poruchy chování	F00 - F99	44					
nemoci nervové soustavy	G00 - G99	45					
nemoci oběhové soustavy	I00 - I99	46					
nemoci dýchací soustavy	J00 - J99	47					
nemoci trávicí soustavy	K00 - K93	48					
nem. svalové a kosterní soust. a pojivové tkáně	M00 - M99	49					
nemoci močové a pohlavní soustavy	N00 - N99	50					
těhotenství, porod a šestinedělí, stavy vzniklé v perinatálním období	O00 - O99 P00 - P96	51					
poranění, otravy	S00 - T98	52					
ostatní neuvedené skupiny nemocí		53					
Celkem (součet ř. 41 až 53)		54					

### IV. Druh služby

	Č.ř.	Ambulantní		Hospitalizovaní		Celkem (součet sl. 1, 2, 3, 4)	6
		ve zdravot. zařízení	doma	na lůžkovém rehab. odd.	ostatní nem. odd.		
a	b	1	2	3	4	5	
Počet pacientů nově přijatých k léčbě	71						

Razítko:

Výkaz sestavil:

Telefon:

E-mail:

Podpis vedoucího zpravodajské jednotky:

Datum:

## **Příloha B – Dotazník**

Vážený pane, paní!

Chtěl bych Vás touto cestou požádat o pomoc při psaní mé bakalářské práce, která se zabývá problematikou zdravotně postižených spoluobčanů a jednou z kapitol je i jejich rehabilitace v nemocničních zařízeních. Dotazník, který jste obdržel je jednou z částí mé závěrečné práce a jeho vyplněním mi poskytnete velmi cenné informace potřebné k jejímu zdárnému zkompletování.

Dotazník je samozřejmě anonymní a využiji ho pouze k účelům mé bakalářské práce.

***Pokud se rozhodnete dotazník vyplnit, své odpovědi prosím kroužkujte.***

1) Váš věk je v rozmezí?

méně než 18 let      18 - 35 let      36- 50 let      51 – 65 let      více než 65 let

2) Jste:                      muž                      žena

3) Jste spokojeni s přístupem lékařského a ostatního zdravotnického personálu?

ano velmi    ano    ani spokojen(a) ani nespokojen(a)    nespokojen(a)    velmi nespokojen(a)

4) Jste spokojeni s vybaveností naší nemocnice?

ano velmi    ano    ani spokojen(a) ani nespokojen(a)    nespokojen(a)    velmi nespokojen(a)

5) Byl(a) by jste ochoten(na) se finančně podílet na vaší léčbě pokud by to vedlo k podstatnému zvýšení standartu léčby?

ano                      v některých případech    ano                      ne

6) Uveďte prosím co by dle Vás nejvíce přispělo k větší spokojenosti pacienta při pobytu v naší nemocnici?

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Luboš Randák**

**Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství**

**Forma studia: kombinovaná**

**Název práce: Komplexní rehabilitace tělesně postižených, kompenzační a  
protetické pomůcky, ochrana práv osob se zdravotním  
postižením.**

**Rok: 2012**

**Počet stran bez příloh: 60**

**Celkový počet stran příloh: 2**

**Počet titulů české literatury a pramenů: 14**

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1**

**Počet internetových zdrojů: 10**

**Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann**