



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Vnímání lékařské posudkové služby žadateli příspěvku
na péči**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Autor: Jaroslava Kozinová

Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Vnímání lékařské posudkové služby žadateli příspěvku na péči*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2019

.....

Jaroslava Kozinová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za odborné vedení, cenné připomínky, vstřícný přístup a věnovaný čas. Dále bych chtěla poděkovat svým nejbližším za podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

Vnímání lékařské posudkové služby žadateli příspěvku na péči

Abstrakt

V bakalářské práci jsem se zaměřila na vnímání lékařské posudkové služby, jejíž cílem je kromě dalších úloh i posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči.

Cílem teoretické části je zmapovat proces posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči a v této části popisuji členění a úlohy lékařské posudkové služby, posudkové lékaře, nově zavedenou pozici odborného asistenta posudkového lékaře, posudková kritéria, zásady posuzování zdravotního stavu a principy hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby. Ve třetí kapitole jsem nastínila vnímání, předsudky, stereotypy a chyby v sociální percepci.

Cílem empirické části je zjistit, jaké jsou stereotypy a předsudky u žadatelů příspěvku na péči. Byly stanoveny 3 hypotézy, které byly v rámci kvantitativního výzkumu zkoumány metodou dotazování, prostřednictvím techniky sémantického diferenciálu.

Výběrový soubor byl vybrán náhodně z evidence doručených žádostí o posouzení zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči a tvořilo jej 400 respondentů. Návratnost dotazníků byla 62 %, výzkumný soubor byl tedy složen z 212 respondentů. K vyhodnocení dat a ověření hypotéz byly využity statistické metody pro třídění dat prvního a druhého stupně.

Výzkumem byla potvrzena pouze hypotéza, že žadatelé příspěvku na péči nejsou spokojeni s délkou trvání posuzování zdravotního stavu. Ostatní 2 hypotézy nebyly potvrzeny a zjistilo se, že žadatelé příspěvku na péči vnímají lékařskou posudkovou službu spíše neutrálně a stejně tak neutrálně vnímají i objektivitu posudků.

Výsledky bakalářské práce mohou být využity orgány státní správy jako ukazatel současného vnímání lékařské posudkové služby žadateli příspěvku na péči a mohou být využity při procesu posuzování stupně závislosti v aspektech nelegislativní povahy.

Klíčová slova

Lékařská posudková služba; příspěvek na péči; posuzování zdravotního stavu; vnímání; předsudek; stereotyp; sémantický diferenciál

Perception of the Medical Assessment Service by Applicants of the Care Allowance

Abstract

In bachelor thesis I focused on the perception of the medical assessment service, whose aim is, besides other tasks, also to assess the health condition for the purpose of the care allowance.

The aim of the theoretical part is to map the process of assessing health condition of the applicants of the care allowance and in this part, I describe the classification and tasks of the medical assessment service, medical assessors, newly established position as the specialist assistant of the medical assessor, assessment criteria, principles of health assessment and principles of assessing the ability to handle basic living needs. In the third chapter I outlined perceptions, prejudices, stereotypes and mistakes in social perception.

The aim of the empirical part is to find out what are the stereotypes and prejudices by applicants of the care allowance. Three hypotheses have been established, which were investigated in the quantitative research by the questioning method, through the semantic differential technique.

The selection sample was chosen randomly from the records of received applications for assess the health condition for the purpose of care allowance and was made up of 400 respondents. The return rate of questionnaires was 62 %, so the research sample was composed of 212 respondents. To evaluate the data and verify the hypotheses, statistical methods were used to sort the data for first and second degree.

The research confirmed only the hypothesis that applicants for care allowance are not satisfied with the length of assess the health condition. Other 2 hypotheses have been disproved and it has been found out that applicants of the care allowance perceive the medical assessment service rather neutral, as well as they perceive neutral the objectivity of the assessment.

The results of the bachelor thesis can be used by the state administrative bodies as an indicator of current perception of the medical assessment service by applicants of the

care allowance and can be used in the process of assessing the dependence levels in non-legislative aspects.

Key words

Medical assessment service; care allowance; health assessment; perception; prejudice; stereotype; semantic differential

Obsah

Úvod.....	9
1 Lékařská posudková služba	10
1.1 Členění LPS	10
1.1.1 Úkoly Ministerstva práce a sociálních věcí	10
1.1.2 Úkoly posudkové komise MPSV.....	10
1.1.3 Úkoly České správy sociálního zabezpečení	11
1.1.4 Úkoly Okresní správy sociálního zabezpečení	11
1.2 Posudkový lékař.....	12
1.2.1 Vzdělávání posudkových lékařů	12
1.2.2 Odborný asistent posudkového lékaře	13
1.2.3 Posudková kritéria	14
2 Příspěvek na péči	15
2.1 Řízení o příspěvku na péči – krajská pobočka Úřadu práce	17
2.1.1 Sociální šetření.....	17
2.1.2 Výplata příspěvku na péči.....	19
2.1.3 Výše příspěvku na péči	20
2.2 Lékařská posudková služba OSSZ	21
2.2.1 Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav	23
2.2.2 Zásady posuzování stupně závislosti	23
2.2.3 Principy hodnocení schopnosti zvládat ZŽP	24
2.3 Opravné prostředky.....	26
3 Sociální percepce	28
3.1 Vnímání	28
3.1.1 Chyby v sociální percepci.....	29
3.2 Předsudky.....	30
3.3 Stereotypy	31

4 Cíl práce a hypotézy	33
4.1 Cíl práce	33
4.2 Hypotézy	33
5 Operacionalizace pojmů	34
6 Metodický postup	35
6.1 Sémantický diferenciál	35
6.2 Charakteristika výzkumného souboru	35
7 Výsledky	37
7.1 Vyhodnocení identifikačních otázek	37
7.2 Vyhodnocení sémantického diferenciálu	40
7.3 Názory respondentů	48
8 Diskuze	51
9 Závěr	55
10 Seznam použitých zdrojů	56
11 Seznam příloh	59
12 Seznam tabulek	66
13 Seznam obrázků	67
14 Seznam zkratk	68

Úvod

Téma vnímání lékařské posudkové služby žadateli příspěvku na péči jsem si zvolila, protože již několik let pracuji na pozici referentky lékařské posudkové služby Okresní správy sociálního zabezpečení a v poslední době se především její personální situace stala veřejně velmi diskutovanou. Počet žádostí roste vlivem demografického vývoje populace, posudkových lékařů naopak ubývá, a proto se délka řízení zvyšuje. Lékařská posudková služba již nestíhala odolávat tlaku neustále se zvyšujícího počtu nových žádostí, a to vedlo začátkem roku 2018 k zavedení krizového scénáře a zároveň nové pracovní pozice, tzv. odborného asistenta posudkového lékaře, protože bylo stále obtížnější dodržovat zákonem stanovené lhůty. V rámci udržení stability zpracovávali lékaři posudky i nad rámec své pracovní doby, o víkendech, dojížděli vypomáhat na jiná pracoviště, kde posudkoví lékaři dlouhodobě chyběli, a to napříč celou republikou, aby svoje úlohy zvládala lékařská posudková služba plnit v řádných lhůtách. V současné době vlivem krizového scénáře a zavedení nové odborné pozice sice klesl počet nevyřízených žádostí o posouzení zdravotního stavu po zákonem stanovené lhůtě, ale chtěla bych zjistit, zda tento postup ovlivnil kvalitu posudků a spokojenost žadatelů. Rychlost posouzení totiž nemusí zaručovat kvalitu. Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na posuzování příspěvku na péči, protože právě tato agenda je nejvytíženější. Populace stárne, senioři nejsou schopni sami se postarat o svoje základní potřeby a bude se tak čím dál víc zvyšovat počet osob závislých na pomoci jiných osob. Toto téma jsem si zvolila kromě toho, že mě daná problematika zajímá také proto, že se jí denně věnuji ve své profesi a chtěla bych zjistit, jak mé pracovní úsilí vnímají žadatelé příspěvku na péči. Mojí snahou je především poukázat na problematiku posuzování zdravotního stavu, se kterou se potýkají jak posudkoví lékaři, tak i žadatelé příspěvku na péči z řad laické veřejnosti.

1 Lékařská posudková služba

Lékařskou posudkovou službou (dále jen LPS) sociálního zabezpečení rozumíme soustavu specializovaných lékařských posudkových subjektů působících v rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí (Čevela et al., 2010). Činností LPS je posuzování zdravotního stavu pro účely jednotlivých systémů sociální ochrany a v současné době LPS realizuje svou činnost výhradně skrze orgány státní správy v oblasti sociálního zabezpečení (Čeledová et al., 2015).

1.1 Členění LPS

Podle Čeledové et al. (2015) lze rozčlenit LPS na orgány, které ji vykonávají na:

- Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV),
- posudkové komise MPSV (dále jen PK MPSV),
- Českou správu sociálního zabezpečení (dále jen ČSSZ),
- Okresní správy sociálního zabezpečení (dále jen OSSZ).

1.1.1 Úkoly Ministerstva práce a sociálních věcí

Lékaři MPSV vykonávají koncepční, výkladovou a metodickou činnost, kromě toho také rozhodují o obnově řízení v rámci přezkumného řízení (Budilová a Lamková, 2003). MPSV mimo jiné zajišťuje aplikaci nových poznatků lékařské vědy do všech sociálních systémů, zpracovává kritéria pro posuzování zdravotního stavu, zabezpečuje řídicí, organizační a kontrolní činnost a zastupuje posudkovou službu v mezinárodních vztazích (Čeledová et al., 2015).

1.1.2 Úkoly posudkové komise MPSV

PK MPSV vydávají posudky výlučně v rámci správního odvolacího řízení a soudního přezkumného řízení (Budilová a Lamková, 2003). Řadí se do regionálních organizačních struktur a v současné době se jedná o detašovaná pracoviště MPSV v 7 krajských městech (Čeledová et al., 2015). Čeledová et al. (2015) dále uvádějí, že jde o orgány LPS, které své posudkové závěry posuzují v rámci komise, která se skládá

minimálně ze 3 členů – posudkovým lékařem (předsedou komise), tajemnicí a odborným lékařem některého klinického oboru. Tyto komise nejsou předem pevně stanovené, ale jsou sestavovány předsedou komise individuálně podle předmětu projednávaného řízení a vždy s ohledem na určitou lékařskou oblast (Čeledová et al., 2015).

1.1.3 Úkoly České správy sociálního zabezpečení

Na úrovni ČSSZ odbor LPS odborně řídí, metodicky usměrňuje a kontroluje činnost oddělení LPS OSSZ v oblasti posuzování zdravotního stavu pro účely systémů sociálního zabezpečení (Čeledová et al., 2015). Kromě toho lékaři ČSSZ vykonávají také lékařskou posudkovou činnost pro účely správního odvolacího řízení prostřednictvím svých posudkových lékařů na regionálních pracovištích a zároveň v těchto řízeních vydávají správní rozhodnutí (Budilová a Lamková, 2003).

1.1.4 Úkoly Okresní správy sociálního zabezpečení

Dle Čeledové et al. (2015) lékaři oddělení LPS OSSZ vykonávají lékařskou posudkovou činnost a plní některé další úkoly, které jsou zákonem svěřeny do působnosti OSSZ jako orgánu sociálního zabezpečení.

Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob ve věcech sociálního zabezpečení zahrnuje dle Čeledové et al. (2015) posuzování:

- invalidity a změny stupně invalidity;
- dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dítěte;
- stupně závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči;
- zdravotního postižení osoby pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením, včetně mobility;
- zdravotního postižení osoby pro účely příspěvku na zvláštní pomůcky;
- zdravotního stavu osoby pro účely přiznání statusu osoby zdravotně znevýhodněné;
- pracovní schopnosti dočasně práce neschopných pojištěnců po uplynutí podpůrčí doby;

- dočasné pracovní neschopnosti a potřeby ošetřování ošetřujícími lékaři vykonávané pro účely nemocenského pojištění, kdy je sledováno zejména účelné vynakládání prostředků na nemocenské pojištění.

Tyto úkoly dle zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, může provádět pouze lékař.

1.2 Posudkový lékař

Posudkoví lékaři na OSSZ představují základní článek posudkové služby v organizační struktuře sociálního zabezpečení (Arnoldová, 2013a). Podle Budilové et al. (2003) posudkoví lékaři OSSZ vykonávají posudkovou činnost prostřednictvím posudkového řízení, které je zakončeno vydáním posudku, přijímaného na principu individuálního posouzení, jinak řečeno – každý jednotlivý lékař nese odpovědnost za jím přijatý posudkový závěr. Sixtová a Matějčková (2015) poukazují na skutečnost, že čím více vnímá konkrétní posudkový lékař svou odpovědnost, tím těžší bývá jeho rozhodování, s ohledem na velký potenciál pro stížnosti a žaloby.

1.2.1 Vzdělávání posudkových lékařů

Arnoldová (2013c) uvádí, že vzdělávací programy týkající se posudkového lékařství stanovuje Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s MPSV, přičemž v současné době se posudkové lékařství řadí do certifikovaných kurzů s minimální délkou vzdělávání 2 roky. Profesní organizací je i pro posudkové lékaře Česká lékařská komora (Čevela et al., 2010).

V rámci specializačního vzdělávání je každému účastníkovi přidělen školitel, který může být pouze zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí v oboru, ve kterém se účastník vzdělává a který dohlíží na odbornou stránku, průběžně prověřuje teoretické znalosti a praktické dovednosti účastníka. Specializační vzdělávání je ukončeno atestační zkouškou před oborovou komisí a výsledným dokumentem opravňující posudkového lékaře k výkonu povolání je diplom o specializaci (Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře

a farmaceuta). V případě, že posudkový lékař nemá atestaci z posudkového lékařství, musejí být podle Bosáka (2017a) jeho posudky aprobovány zkušenějším kolegou, který zmíněnou atestaci úspěšně složil. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta ukládá posudkovým lékařům povinnost účastnit se celoživotního vzdělávání a průběžně tak obnovovat své vědomosti vzhledem k rozvoji oboru a nejnovějším vědeckým poznatkům.

1.2.2 Odborný asistent posudkového lékaře

Ředitel odboru LPS ČSSZ MUDr. Miroslav Bosák (2017b) poukázal na skutečnost, že ČSSZ v roce 2016 evidovala 80 neobsazených systemizovaných lékařských míst, věkový průměr posudkových lékařů byl okolo 62 let a spolu demografickým vývojem populace se zvyšoval počet žádostí a narůstala tedy i délka řízení. V souvislosti s platností služebního zákona dokonce podle Bosáka (2017a) hrozil odchod až 122 posudkových lékařů, z důvodu věku nad 70 let – tedy téměř jejich třetina. Byl však zpracován pozměňovací návrh k novele tohoto zákona, aby došlo k oddálení věkové hranice pro lékaře v pracovním i služebním poměru (Bosák, 2017a). Mezi faktory problematické personální situace řadí Bosák (2017a) vysokou náročnost oboru, přísná přijímací kritéria (nutnost specializované způsobilosti a praxe), nízké finanční ohodnocení posudkových lékařů oproti lékařům ve zdravotnických službách, stále častější útoky ze strany klientů (od roku 2017 zaměstnancům LPS náleží příplatek za neuropsychickou zátěž) a negativní mediální kampaň.

O rok později již Bosák (2018) popisuje nově vzniklou pracovní pozici po vzoru Belgie a Nizozemí – odborný asistent posudkového lékaře (dále jen OAPL), která byla začleněna do struktury LPS od 1.1.2018 z důvodu zmírnění dlouhodobé pracovní zátěže posudkových lékařů a kritickou personální situací v LPS. Toto opatření bylo již v roce 2016 úspěšně testováno na několika vybraných OSSZ (Bosák, 2017b). Podmínkou přijetí na novou pracovní pozici je úspěšně zakončené minimálně vyšší odborné vzdělání a získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry nebo zdravotně-sociálního pracovníka, případně absolvování nejméně šestiletého prezenčního studia v akreditovaném magisterském studijním programu všeobecné lékařství (Bosák, 2018). Bosák (2018) dále uvádí, že byl vytvořen certifikovaný kurz ve spolupráci

s Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, akreditovaný Ministerstvem zdravotnictví České republiky, jehož cílem je připravit budoucí OAPL k výkonu agend LPS. Hlavní pracovní náplní OAPL je vypracování odborných podkladů pro posudky o zdravotním stavu žadatelů o dávky nepojistných systémů (Bosák, 2018). Bosák (2017b) původně informoval, že OAPL mají plnit úkoly jen v nepojistných systémech, tedy konkrétně průkazy pro osoby se zdravotním postižením a příspěvky na zvláštní pomůcky. Postupně však OAPL začali posuzovat i příspěvek na péči a výhledově se dokonce zvažuje i jejich využití v oblasti pojistných agend (Bosák, 2018). Bosák (2018) zdůrazňuje, že konečným zpracovatelem posudku však stále zůstává posudkový lékař. Pozici OAPL bylo přiděleno 52 systematizovaných míst a v první polovině roku 2018 se již podařilo obsadit 27 míst (Bosák, 2018).

1.2.3 Posudková kritéria

Posudek musí odpovídat kritériím zakotveným v právních předpisech (Čeledová et al., 2015). Základním kritériem je posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (Budilová a Lamková, 2003), ale podle Čeledové et al. (2015) teprve za použití dalších kritérií je hodnocen jeho vztah a dopad do některých právně významných důsledků. Čeledová et al. (2015) poukazuje situaci, kdy sice může být přítomen dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, avšak jeho funkční dopad na posuzovanou oblast nesplňuje podmínky pro přiznání určité dávky. Avšak to neznamená, že toto zdravotní postižení posuzovaná osoba nemá. Pouze jeho rozsah v době posouzení nesplňuje konkrétní posudková kritéria.

2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je určen pro občany, kteří jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby v oblasti péče o vlastní osobu a při soběstačnosti (Duková et al., 2013, s. 117). Dle Dukové et al. (2013) se péčí o vlastní osobu rozumí výkon fyziologických potřeb, tělesné hygieny, oblékání a obouvání, péče o zdraví, přijímání stravy a soběstačností se rozumí příprava stravy, schopnost komunikace, orientace, úklid domácnosti a nakupování.

Podle Králové a Rážové (2012) se jedná o sociální dávku určenou pro osoby v nepříznivé sociální situaci a účelem je zajistit těmto osobám podle vlastního uvážení potřebnou pomoc při zvládnutí základních životních potřeb. Je tedy poskytován přímo závislé osobě, která jakožto její příjemce se sama může rozhodnout, zda z příspěvku bude hradit profesionální sociální službu nebo jej využít k pokrytí nezbytných výdajů při zajištění péče v rodině (Arnoldová, 2016). *Z poskytnutého příspěvku lze hradit pomoc, kterou jim může poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu* (Slovník sociálního zabezpečení, 2015, s. 78). Příspěvek by neměl být využíván na nákup léků a zdravotnických pomůcek, na rehabilitační a kompenzační pomůcky, na dopravu ani na bydlení, kterou v případě nízkých příjmů mají řešit dávky státní sociální podpory, popř. dávky hmotné nouze (Arnoldová, 2016). Sixtová a Matějčková (2015) upozorňují na zneužívání příspěvku na péči, kdy si lidé žádají o zmíněný příspěvek z důvodu zlepšení svého finančního příjmu, který vnímají jako nedostatečný. Dále Sixtová a Matějčková (2015) popisuje osoby, které sice byly uznány invalidními, ale invalidní důchod jim z důvodu nesplnění podmínky potřebné doby pojištění není vyplácen, a proto si požádají o příspěvek na péči, aby pokryly své životní náklady.

Na příspěvek na péči má nárok osoba starší jednoho roku a podmínkou je uznání dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (dále jen DNZS) závislé osoby – tím se rozumí pro účely posuzování stupně závislosti *zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb* (Arnoldová, 2016, s. 21).

Základní životní potřeby (dále jen ZŽP) popisuje Seifert a Čeledová (2012, s. 100) jako *stěžejní každodenní skutečnosti nezbytné pro schopnost nezávislého života*. Schopnost

zvládat ZŽP se hodnotí v přirozeném prostředí s ohledem na věk fyzické osoby (Čeledová et al., 2015). Králová a Rážová (2012) uvádí, že mezi ZŽP patří – mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologických potřeb, péče o zdraví a osobní aktivity (ty se nehodnotí u osob do 18 let věku).

Čevela (2017) uvádí, že osoba do 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby:

- ve stupni I (lehká závislost), pokud z důvodu DNZS není schopna zvládat 3 ZŽP;
- ve stupni II (středně těžká závislost), pokud z důvodu DNZS není schopna zvládat 4 nebo 5 ZŽP;
- ve stupni III (těžká závislost), pokud z důvodu DNZS není schopna zvládat 6 nebo 7 ZŽP;
- ve stupni IV (úplná závislost), pokud z důvodu DNZS není schopna zvládat 8 nebo 9 ZŽP a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

Čevela (2017) dále uvádí, že osoba starší 18 let se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby:

- ve stupni I (lehká závislost), pokud z důvodu DNZS není schopna zvládat 3 nebo 4 ZŽP;
- ve stupni II (středně těžká závislost), pokud z důvodu DNZS není schopna zvládat 5 nebo 6 ZŽP;
- ve stupni III (těžká závislost), pokud z důvodu DNZS není schopna zvládat 7 nebo 8 ZŽP;
- ve stupni IV (úplná závislost), pokud z důvodu DNZS není schopna zvládat 9 nebo 10 ZŽP a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Podmínky nároku na příspěvek na péči, jeho výši a výplatu, povinnosti žadatele nebo oprávněné osoby, řízení o příspěvku a kontrolu jeho využívání upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Žádost o příspěvek na péči se uplatňuje na místně příslušné krajské pobočce Úřadu práce, které má rozhodovací pravomoc o jeho nároku, ale posouzení zdravotního stavu je v kompetenci oddělení LPS OSSZ (Arnoldová, 2016). V případném správním

odvolacím řízení rozhoduje MPSV a následně příspěvek vyplácí krajská pobočka Úřadu práce (Čeledová et al., 2015).

Bosák (2017a) si všímá, že žadatelé příspěvku na péči upozorňují na velice dlouhé čekání na rozhodnutí o dávce, ale přičítá to faktu, že žádost z Úřadu práce je doručena na LPS OSSZ až po provedení sociálního šetření, které se může zdržet často až v řádech měsíců.

2.1 Řízení o příspěvku na péči – krajská pobočka Úřadu práce

Řízení o příspěvku na péči se zahajuje uplatněním písemné žádosti podané na předepsaném tiskopisu MPSV na místně příslušném kontaktním pracovišti nebo přímo na krajské pobočce Úřadu práce, která o příspěvku rozhoduje (Čevela, 2017).

Řízení o trvání nároku na příspěvek na péči po uplynutí platnosti předchozího posudku je zahájena vždy z moci úřední (Čeledová et al., 2015). Čevela (2017) dodává, že řízení o změně výši již priznaného příspěvku, zastavení jeho výplaty nebo jeho odnětí se zahajuje jak na návrh příjemce příspěvku, tak i z moci úřední. Bosák (2017a) popisuje, že v agendě nepojistných dávek, tedy i příspěvku na péči, se v naprosté většině případů řízení zahajuje na základě požadavku klienta.

Arnoldová (2016) uvádí, že krajská pobočka Úřadu práce provede sociální šetření a jeho záznam spolu s kopií samotné žádosti postoupí na oddělení LPS místně příslušné OSSZ. V žádosti krajské pobočky Úřadu práce jsou uvedeny údaje o ošetřujícím lékaři žadatele, datum podání žádosti a datum, k němuž má posudkový lékař provést posouzení stupně závislosti (Čeledová et al., 2015).

2.1.1 Sociální šetření

Bez sociálního šetření nelze posudek vypracovat, výjimkou je pouze posudek o zdravotním stavu do zahraničí (Seifert a Čeledová, 2012). V případě, že žadatel o příspěvek na péči zemře před vykonáním sociálního šetření, krajská pobočka Úřadu práce zastaví řízení, ale pokud žadatel zemře až po provedení sociálního šetření, řízení

je nutno dokončit a oddělení LPS musí posoudit zdravotní stav žadatele k požadovanému datu uvedenému v žádosti (Čeledová et al., 2015).

Účelem sociálního šetření je zjistit, v jakých sociálních i materiálních podmínkách žadatel žije (Arnoldová, 2016). Sociální pracovník Úřadu práce při něm zjišťuje schopnost samostatného života žadatele v přirozeném prostředí z hlediska péče o vlastní osobu a soběstačnosti, přičemž respektuje úroveň bio-psycho-sociálního vývoje osoby do 18 let věku (Seifert a Čeledová, 2012). Čevela (2017) vysvětluje, že přirozeným sociálním prostředím se rozumí rodina a domácnost osoby, dále pak místo, kde osoba pracuje, vzdělává se a realizuje běžné sociální aktivity. Sixtová a Matějčková (2015) upozorňují, že sociální šetření lze provést pouze po předchozím ohlášení, což může v některých případech vést k oslabení hodnověrnosti zjištěných informací. Cílem sociálního šetření dle Seiferta a Čeledové (2012) není určování konkrétního stupně závislosti, ale spíše poskytnutí ucelené informace posudkovému lékaři, který se pak při posuzování zdravotního stavu může zaměřit na ty skutečnosti, které se jeví jako významné pro uznání stupně závislosti.

Původní představa byla taková, že posudkový lékař by nejprve prostudoval zdravotnickou dokumentaci a teprve na jejím základě by vyžádal sociální šetření a mohl by tak sociálnímu pracovníkovi předem určit, co má během šetření zjistit a na co se nejvíce zaměřit (Sixtová a Matějčková, 2015). *Stávající sociální šetření se skládá z výčtu poskytovatelů péče, jejího rozsahu, popisu situace žadatele se zaměřením na potřebu péče, popisu schopnosti pečovat o vlastní osobu, zmiňuje se výtěžná činnost/školní povinnosti, popisují se rodinné vztahy, sociální vztahový rámec mimo rodinu, vedení domácnosti, prostředí, jiná zjištění, závěrem se uvede jméno a příjmení pracovníka, který sociální šetření provedl a datum tohoto šetření* (Sixtová a Matějčková, 2015, s. 28). Sixtová a Matějčková (2015) ještě popisují, že se pátrá po ztrátě schopnosti zvládat konkrétní ZŽP, kterými jsou pro tyto účely – mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

Arnoldová (2016) uvádí, že sociální šetření lze od 1. srpna 2016 realizovat i ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče. Čevela (2017) konkretizuje, že tak lze činit v případě, pokud je posuzované osobě poskytována péče u jednoho nebo postupně

u více poskytovatelů zdravotních služeb dlouhodobá lůžková péče pro tutéž nemoc nebo úraz trvající nepřetržitě déle než 60 dnů.

2.1.2 Výplata příspěvku na péči

Slovník sociálního zabezpečení (2015) popisuje, že příspěvek vyplácí krajská pobočka Úřadu práce měsíčně, a to bezhotovostně převodem na účet určený příjemcem příspěvku nebo poštovní poukázkou vždy v kalendářním měsíci, za který náleží. Náklady na poskytování příspěvku na péči jsou hrazeny ze státního rozpočtu (Čevela, 2017). Podle Čeledové et al. (2015) se na vyplácení příspěvku na péči vztahují koordinační nařízení Evropské unie, a proto jej lze vyplácet i do zahraničí.

Příspěvek se nevyplácí, jestliže je oprávněná osoba po celý kalendářní měsíc hospitalizována, ale stačí jen 1 den bez hospitalizace a příspěvek oprávněné osobě náleží (Arnoldová, 2016). Přijetí či propuštění z hospitalizace jsou povinni písemně ohlásit pečující osoby či osoby blízké, a to ve stanovené lhůtě do 8 dnů (Arnoldová, 2016).

Jestliže oprávněná osoba nemůže příspěvek přijímat, nevyužívá či ho nemůže využívat k zajištění potřebné péče, krajská pobočka Úřadu práce ustanoví rozhodnutím tzv. zvláštního příjemce příspěvku, jehož zájmy nesmí být ve střetu se zájmy oprávněné osoby (Králová a Rážová, 2012). S ustanovením zvláštního příjemce příspěvku musí oprávněná osoba souhlasit, výjimkou je neschopnost tento souhlas vyjádřit v souvislosti se zdravotním stavem, který musí být podložen poskytovatelem zdravotních služeb (Arnoldová, 2016). Zvláštní příjemce musí příspěvek využívat ve prospěch oprávněné osoby, podle jejích pokynů a na žádost krajské pobočky Úřadu práce je povinen písemně doložit, jak s příspěvkem nakládal, a to ve lhůtě 1 měsíce ode dne doručení této žádosti (Králová a Rážová, 2012). Pokud důvody ustanovení zvláštního příjemce pominuly nebo zvláštní příjemce neplnil stanovené povinnosti, krajská pobočka Úřadu práce může zrušit rozhodnutí o ustanovení zvláštního příjemce příspěvku (Arnoldová, 2016).

2.1.3 Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku se odvíjí podle věku žadatele (osoba do 18 let věku a osoba starší 18 let) a míry jeho stupně závislosti na pomoci jiné osoby (Arnoldová, 2016). V následující tabulce je uvedena výše příspěvku na péči v závislosti na daných kritériích.

Tabulka 1: Výše příspěvku na péči platná od 1.8.2016

Stupeň závislosti	Osoba do 18 let věku	Osoba starší 18 let
I. lehká závislost	3 300 Kč	880 Kč
II. středně těžká závislost	6 600 Kč	4 400 Kč
III. těžká závislost	9 900 Kč	8 800 Kč
IV. úplná závislost	13 200 Kč	13 200 Kč

Zdroj: (Čevela, 2017)

Čeledová a Holčík (2017) upozorňují na připravovanou novelu zákona o sociálních službách, podle které by mělo dojít k navýšení vypláceného příspěvku na péči pro osoby ve IV. stupni závislosti, které pobývají v domácím prostředí na 19 200 Kč. U osob využívajících pobytové sociální služby by měla zůstat výše příspěvku nezměněna.

Arnoldová (2016) popisuje, že lze příspěvek na péči zvýšit o 2 000 Kč měsíčně:

- nezaopatřenému dítěti do 18 let věku, kterému náleží příspěvek na péči s ohledem na příjmy rodiny nebo
- rodiči, kterému náleží příspěvek na péči a který pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let věku v případě, že jeho rozhodný příjem spolu s osobami s ním posuzovanými je nižší než dvojnásobek částky životního minima.

Čevela (2017) dodává, že lze zvýšit o 2 000 Kč měsíčně i nezaopatřenému dítěti od 4 do 7 let věku, kterému náleží příspěvek na péči ve stupni III nebo stupni IV bez ohledu na příjmy rodiny.

Králová a Rážová (2012) popisují, že na žádost orgánu, který provádí kontrolu využívání příspěvku, je jeho příjemce povinen prokázat až rok zpětně, jak příspěvek využíval k zajištění pomoci. Zaměstnanci krajské pobočky Úřadu práce jsou oprávněni vstupovat do bydliště příjemců příspěvku za účelem kontroly využívání příspěvku a provedení kontrolního sociálního šetření (Králová a Rážová, 2012). Pokud zjistí, že příspěvek není využíván k zajištění potřebné pomoci, je nutné posoudit okolnosti

konkrétního případu a je dokonce možné zastavit výplatu příspěvku, případně zahájit řízení z moci úřední ohledně nového posouzení stupně závislosti (Králová a Rážová, 2012).

2.2 Lékařská posudková služba OSSZ

Den doručení žádosti z Úřadu práce na místně příslušnou LPS OSSZ je dnem zahájení posudkové činnosti (Seifert a Čeledová, 2012). Po přijetí žádosti zašle referentka oddělení LPS žádost o vyšetření zdravotního stavu společně s tiskopisem „Lékařský nález“ ošetřujícímu praktickému lékaři žadatele (Čeledová et al., 2015). Lhůtu pro vyplnění a navrácení tiskopisu je možné stanovit až na 15 dnů a současně zašle referentka oddělení LPS i žadateli informativní dopis s požadavkem na podrobení se vyšetření u praktického lékaře s doporučenou lhůtou 8 dnů (Seifert a Čeledová, 2012).

Pokud z žádosti není zřejmé, kdo je ošetřující lékař, vyzve se posuzovaná osoba k součinnosti, aby potřebné údaje sdělila oddělení LPS, a kromě toho je žadatel povinen předložit na výzvu odborné nálezy ošetřujících lékařů, které mu byly vydány, sdělit další údaje nebo poskytnout jinou součinnost, která je potřebná k vypracování posudku, a to ve lhůtě, kterou LPS určí (Čeledová et al., 2015). Čeledová et al. (2015) dále sdělují, že pokud se žadatel nepodrobí vyšetření zdravotního stavu nebo neposkytne součinnost a nelze proto vypracovat posudek, neprodleně se tato skutečnost sdělí orgánu, který vede řízení. V případě neposkytnutí součinnosti pak může být posuzované osobě výplata dávky zastavena (pokud je již poživitelem dávky) nebo může být řízení zastaveno (jde-li o žadatele o dávku) (Čeledová et al., 2015).

Lhůta pro vypracování posudku činí 45 dnů, nestanoví-li orgán, který posudek žádal, lhůtu delší a lze ji prodloužit v odůvodněných případech až o 30 dnů (Čeledová, 2017).

Pokud existují zásadní rozpory mezi sociálním šetřením a dostupnými lékařskými nálezy, může si posudkový lékař vyžádat provedení nového sociálního šetření (Čeledová et al., 2015). Čeledová (2017) charakterizuje, že posudkový lékař posuzuje zdravotní stav na základě zhodnocení zpráv ošetřujícího praktického lékaře a odborných lékařů, popřípadě na základě vlastního vyšetření posuzované osoby a i z výsledků sociálního šetření. Čeledová et al. (2015) dodávají, že posudkový lékař může posuzovanou osobu dodatečně vyzvat k podrobení se vyšetření u určeného

poskytovatele zdravotních služeb nebo jinému odbornému vyšetření, stejně tak si může zažádat o zapůjčení zdravotnické dokumentace. Poskytovatelé zdravotních služeb mají povinnost za úhradu provést vyšetření žadatele a zpracovat z něj lékařskou zprávu ve vyžádaném rozsahu, jelikož kvalitní sepsání lékařského nálezu je pro posouzení zdravotního stavu velmi významné (Seifert a Čeledová, 2012). Dále jsou dle Arnoldové (2013) povinni bezplatně sdělit LPS potřebné informace týkající se zdravotního stavu posuzované osoby a umožnit nahlížení do zdravotnické dokumentace. Posudkový lékař sice může žádat o poskytnutí součinnosti zdravotnických zařízení, je ale striktně vázán mlčenlivostí s ohledem na údaje o zdravotním stavu posuzovaných osob a je také vázán přesně vymezeným způsobem, jak nakládat se získanými údaji (Budilová a Lamková, 2003).

Posudkový lékař není při posuzování zdravotního stavu vázán jednotlivými lékařskými zprávami, ale hodnotí zdravotní stav jako celek a ve svém posudku se proto musí vypořádat se všemi zjištěnými skutečnostmi (Čeledová, 2017). Výsledkem posudku je stanovení stupně závislosti spolu s uvedením platnosti posudku a stejnopis posudku následně zašle referentka LPS na příslušnou krajskou pobočku Úřadu práce, která posouzení stupně závislosti požadovala (Čeledová et al., 2015).

Platnost posudku se stanovuje s ohledem na předpokládaný vývoj zdravotního stavu a je nutno ji v posudkovém zhodnocení vždy řádně zdůvodnit (Čeledová, 2017). U trvalých stavů a zejména u starších žadatelů by se měla platnost stanovovat trvale, omezená platnost se stanovuje obvykle očekávaným zlepšením zdravotního stavu (Čeledová et al., 2015). Bosák (2017a) však uvádí, že platnost posudku trvale nezaručuje, že žadatel po nějaké době sám neuplatní novou žádost v domněnce, že došlo ke zhoršení zdravotního stavu. Platnost posudku u dětí se nestanovuje paušálně, ale vždy racionálně podle předpokládaného vývoje zdravotního stavu, jeho schopností a dovedností s přihlédnutím k jeho psychomotorickému vývoji a k tomu, kdy lze očekávat posudkově významné změny (Čeledová et al., 2015). Čeledová (2017) zdůrazňuje, že výsledkem posouzení zdravotního stavu není rozhodnutí o dávce, ale posudek, který slouží pouze jako podklad orgánu, který vydává rozhodnutí.

2.2.1 Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Pro uznání DNZS musí být přítomno zdravotní postižení, které dlouhodobě nepříznivě omezuje nebo bude omezovat funkční schopnosti nutné pro zvládnání jednotlivých ZŽP (Čeledová et al., 2015). Může se stát, že posuzovaná osoba trpí zdravotním postižením, třeba i vážného charakteru, omezující její funkční schopnosti, ale nebude jí uznán nepříznivý zdravotní stav, protože nemusí být naplněno kritérium nepříznivosti, tj. nejsou omezeny funkční schopnosti nutné pro ZŽP – jedná se např. o degenerativní změny kloubů bez závažného omezení funkce končetin, které nevedou k neschopnosti zvládat ZŽP (Čeledová et al., 2015).

Další podmínkou uznání DNZS je kritérium dlouhodobosti, kdy nepříznivý zdravotní stav trvá nebo podle poznatků lékařské vědy bude trvat déle než jeden rok (Čevela, 2017). V kritériu dlouhodobosti by měla být zohledněna i skutečnost, zda jsou zdravotní stav a funkční schopnosti posuzované osoby stabilizované, tzn. ustálené na určité úrovni, a zda je osoba na své zdravotní postižení adaptovaná (Čeledová et al., 2015).

Kritérium nepříznivosti a kritérium dlouhodobosti se zkoumá ve vztahu ke každé ZŽP (Čeledová et al., 2015). Nelze-li konstatovat DNZS, tak se další skutečnosti již neposuzují, tedy neprovádí se hodnocení ZŽP (Čeledová et al., 2015).

2.2.2 Zásady posuzování stupně závislosti

Stupeň závislosti posuzované osoby lze spolehlivě stanovit až po stabilizaci zdravotního stavu, tedy až po skončení poskytování akutní péče (Čeledová et al., 2015). Výjimkou může být amputace končetiny nebo probíhající onkologická léčba, kdy zdravotní stav ještě není stabilizován, ale lze uznat DNZS a stupeň závislosti, který by bylo vhodné stanovit s omezenou platností, po jejímž skončení je nutné znovu přehodnotit zdravotní stav (Čeledová et al., 2015). Po přehodnocení může dojít ke stagnaci či zhoršení zdravotního stavu, namísto očekávaného zlepšení, a proto je žádoucí vyhodnocovat konkrétní situaci individuálně (Čeledová et al., 2015).

Seifert a Čeledová (2012) konstatují, že k uznání neschopnosti zvládat ZŽP postačuje prokázání, že posuzovaná osoba není schopna zvládat alespoň jednu z aktivit, která je vymezena v příloze vyhlášky č. 505/2006 Sb., se kterou provádějí některá ustanovení

zákona o sociálních službách (příloha 1 této práce). Při posuzování stupně závislosti se nezvládané ZŽP sčítají a podle jejich počtu se uzná konkrétní stupeň závislosti (Čevela, 2017).

Posudek musí splňovat požadavek správnosti, úplnosti a přesvědčivosti, tedy o posudku nesmí být důvodné pochybnosti, posudkový lékař musí posoudit předepsané skutečnosti a posudkově medicínsky je všechny odůvodnit a musí uvést, zda a v jaké míře je akceptuje (Čeledová et al., 2015). Jestliže posuzovaná osoba žádá o účast na jednání na OSSZ, musí jí být vyhověno (Seifert a Čeledová, 2012). Závěrečnou částí posudku je stanovení, jaké funkční schopnosti a jakým způsobem jsou z důvodu DNZS omezeny, kolik a jaké konkrétně ZŽP posuzovaná osoba nezvládne a je na nich proto závislá (Čeledová et al., 2015).

Sixtová a Matějčková (2015) poukazují na problematiku posuzování zdravotního stavu starších občanů, zvláště těch žijících mimo velká města, kteří odborné lékaře již řadu let nenavštěvují a jejich rodiny na vyšetřování jejich potíží již rezignovaly. Velmi těžko se podle Sixtové a Matějčkové (2015) posuzuje zdravotní stav u seniora, který byl přivedený ze svého bydliště do domova důchodců či do nemocnice k hospitalizaci – takovýto senior pak samozřejmě bude bloudit po chodbách, nebude orientovaný, nemusí spolupracovat, může se zlobit, uzavírat se do sebe či ztrácet zájem o okolí, ale to ovšem neznamená, že se jedná o projevy demence. Ve většině případů se jedná jen o depresi ze změny sociální situace, na kterou se někdy těžko adaptují i lidé mladší a bez vleklých chorob. Sixtová a Matějčková (2015) pak poukazují na to, že posuzování zdravotního stavu lze v těchto případech udělat jen kvalifikovaným odhadem a oporou ve vlastní medicínské a životní zkušenosti. Bosák (2016b) však upozorňuje, že posudkový lékař nesmí brát v potaz během posuzování zdravotního stavu finanční situaci rodiny, protože na to ze zákona jednoduše nemá právo. Nemoc si nevybírám, jestli postihne bohatého či chudého. Nelze rozdílně posoudit dva lidi se stejnou nemocí a stejným funkčním postižením jen proto, že pocházejí z rozdílných finančně zajištěných rodin.

2.2.3 Principy hodnocení schopnosti zvládat ZŽP

Základním principem hodnocení schopnosti zvládat ZŽP je hodnocení dopadu DNZS na tyto schopnosti, avšak nepřihlíží se přitom k pomoci, dohledu nebo péči, která

nevyplývá z funkčního dopadu DNZS – může se jednat například o neznalost, nezkušenost nebo pohodlnost posuzované osoby (Čeledová et al., 2015).

Seifert a Čeledová (2012) informují, že pro uznání závislosti v dané ZŽP musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu DNZS a ztrátou schopnosti zvládat ZŽP v přijatelném standardu. Čeledová et al. (2015) upřesňují, že přijatelným standardem se rozumí zvládnutí konkrétní ZŽP v kvalitě a způsobem, který je běžný, obvyklý a akceptovatelný a který umožňuje, aby potřeby byly naplněny bez každodenní pomoci druhé osoby. Za nezvládnutí ZŽP se považuje *stav, kdy i přes využití zachovaného potenciálu a kompetencí posuzované osoby a využívání běžně dostupných pomůcek, předmětů denní potřeby, vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnických prostředků nelze zvládnout ZŽP v přijatelném standardu* (Seifert a Čeledová, 2012, s. 93). Posudkový lékař ve svém posudkovém závěru vyhodnocuje mimo jiné i možnost využití zdravotnických prostředků, tzv. facilitátorů a jejich přínosů (Čeledová et al., 2015). Při hodnocení využití facilitátorů, posudkový lékař již nemá zjišťovat, zda je posuzovaná osoba má či nemá k dispozici – může se jednat o brýle, sluchadlo, nástavec na záchod, sedák ve vaně, nízké chodítko, madla apod. (Čeledová et al., 2015). Podstatné je, zda je posuzovaná osoba schopna tyto facilitátory samostatně používat a zda dokáže ZŽP provádět alternativním způsobem v přijatelném standardu.

Arnoldová (2016) si myslí, že veřejnost nemá zájem být objektivně informována o ustanoveních zákona ohledně posuzování příspěvku na péči a jako příklad popisuje 78letého starobního důchodce, kterému zemřela manželka a on není schopen se o sebe postarat, protože si neumí vyprat, uklidit, uvařit teplou stravu apod. Z lékařských nálezů však vyplývá, že senior netrpí žádným vážným postižením ani nemocí, jen má lehce zvýšený krevní tlak a lehký stupeň cukrovky. Při posuzování stupně závislosti tudíž nebyl zjištěn DNZS a posudkový lékař nemůže posoudit nárok na žádný stupeň závislosti, jelikož nezvládnutí ZŽP není podmíněno zdravotním stavem, ale tím, že zesnulá manželka ho to „nenaučila“.

Schopnost osoby zvládat ZŽP se hodnotí podle vymezených aktivit, které mají každodenní charakter, i když se mohou lišit mírou opakování během dne (Čeledová et al., 2015). Při tomto hodnocení je potřeba i zohlednit, zda je posuzovaná osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost provedení ZŽP (Seifert a Čeledová, 2012).

Čevela (2017) dodává, že schopnost osoby zvládat ZŽP se hodnotí v přirozeném prostředí, kde posuzovaná osoba žije, realizuje své běžné aktivity a s ohledem na věk fyzické osoby. Při posuzování osob do 18 let věku je nutno zohlednit potřebu mimořádné péče, *kteřá svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou zdravé osobě téhož věku* (Seifert a Čeledová, 2012, s. 91).

Při posuzování schopnosti zvládat ZŽP se hodnotí dle Arnoldové (2016):

- tělesné struktury,
- tělesné funkce (duševní, mentální, smyslové, oběhové, dechové, zažívací, vylučovací, včetně hrubé a jemné motoriky a funkce hlasu, řeči a kůže) a to ve vztahu k rozsahu a tíži poruchy funkčních schopností.

Funkční schopnosti se posuzují podle zbytkového potenciálu a kompetencí posuzované osoby a využívání běžně dostupných pomůcek, vybavení domácnosti i veřejných prostor (Seifert a Čeledová, 2012).

2.3 Opravné prostředky

Posudek je pouze podklad pro rozhodnutí, proto se proti němu nelze odvolat, ale existuje institut vyjádření se k podkladům před vydáním rozhodnutí, kdy krajské pobočka Úřadu práce o této možnosti účastníka řízení vyrozumí a v případě jeho nesouhlasu s posudkem může vznést námitku a zároveň doložit další podklady (Čeledová et al., 2015). Lékař, který posudek vypracoval, je povinen buď jasně vyjádřit souhlas se svým původním posudkem, nebo pokud předložené nálezy přinášejí nové rozhodné skutečnosti o zdravotním stavu, vypracuje nový posudek v rámci stejného řízení, tedy provede tzv. autoremeduru (Čeledová et al., 2015).

Účastník řízení může podat odvolání ve správním řízení až proti rozhodnutí krajské pobočky Úřadu práce (Seifert a Čeledová, 2012). Posudek pro odvolací řízení vypracovává na žádost odvolacího orgánu příslušná PK MPSV, které na výzvu zašle LPS OSSZ kompletní posudkovou dokumentaci, ze které vycházela (Čeledová et al., 2015). Pro PK MPSV platí při posuzování stupně závislosti obdobné obecné principy posudkové činnosti (Seifert a Čeledová, 2012).

Předseda PK MPSV může vyžádat nové sociální šetření buď v plném rozsahu, nebo se zaměřením ke konkrétnímu problému, a to i v jiném sociálním prostředí, než je domácnost, např. stacionář, školka nebo pracoviště (Čeledová et al., 2015). Pokud má PK MPSV pochybnosti o obsahu lékařských nálezů, může předseda nebo přisedící odborný lékař osobně vyšetřit zdravotní stav posuzované osoby nebo si vyžádat nový lékařský nález určeného poskytovatele zdravotních služeb (Čeledová, 2017).

Stejně jako u posudku lékaře OSSZ není výsledkem jednání PK MPSV rozhodnutí, ale pouze posudek o zdravotním stavu. Rozdílem je pouze skutečnost, že v tomto případě posuzovala zdravotní stav žadatele posudková komise (Čeledová, 2017). Čeledová (2017) udává lhůtu pro vydání posudku PK MPSV 60 dnů, nestanoví-li orgán, který posudek žádal, lhůtu delší.

Posudek PK MPSV musí splňovat požadavek úplnosti a přesvědčivosti, tedy musí se posudkově medicínsky vyrovnat se všemi posudkově významnými údaji uváděnými v podkladové dokumentaci (lékařské nálezy, sociální šetření, posudek lékaře OSSZ) a je třeba podrobně odůvodnit, z jakého důvodu dochází k případnému rozdílnému posouzení ZŽP oproti posudku lékaře OSSZ (Seifert a Čeledová, 2012). PK MPSV se v posudku musí vyrovnat také s námitkami a návrhy posuzované osoby a požadavky odvolacího správního orgánu, aby posudek splňoval požadavek úplnosti a přesvědčivosti (Čeledová et al., 2015).

Bosák (2017a) uvádí, že ke změně posudkového závěru dochází ve většině případů s předložením nových lékařských nálezů, které žadatel v rámci prvoinstančního posouzení na LPS OSSZ nepředložil.

3 Sociální percepce

3.1 Vnímání

Bednář (2013, s. 164) popisuje sociální percepci jako *proces, ve kterém jedinec usuzuje z vnějších projevů druhého jedince na jeho vnitřní psychické charakteristiky, aby mohl lépe reagovat na jeho chování*. Sociální percepce je součástí každého sociálního vztahu (Urban, 2011). Tento proces určuje naše chování k lidem okolo nás, pomáhá nám orientovat se a fungovat v sociálním světě (Kopecká, 2015). Procesy, které jsou za naše vnímání odpovědné, nejsou vůbec očividné nebo jednoznačné, protože naše vnímání může být oklamáno – někdy můžeme vnímat svět nesprávně či dokonce zažívat iluzi (Rogers, 2017).

Bednář (2013) zastává názor, že pro vzájemný mezilidský vztah je důležitější, jak na sebe působíme a jak se vzájemně vnímáme, než jací doopravdy jsme. Každý člověk pro nás představuje obrovské množství informací, které získáváme z jeho chování, verbálních a neverbálních projevů a závisí také na vnějších i vnitřních faktorech, na krátkodobých i dlouhodobých vlivech (např. citové reakce, citové stavy, zdravotní stav, sociální situace a další) (Kopecká, 2015). Mezi nejvýznamnější psychologické činitele vnímání patří časné učení, individuální zkušenost, bezprostřední zkušenost, emoční ladění, motivace, zájmy a posléze sociální postoj (Cakirpaloglu, 2012). Minulé zkušenosti vytvářejí určitá očekávání, která mohou výrazně zabarvit momentálně probíhající vnímání a důležitou roli sehrávají i další faktory, jako je motivační zaměření nebo aktuální emocionální stav pozorovatele (Jiřincová, 2010).

Občas si bezděčně zařadíme člověka do určité kategorie a tohoto pohledu se pak držíme a velmi obtížně své přesvědčení měníme (Kopecká, 2015). Zásady pro sociální percepci podle Kopecké (2015) je neprovádět ukvapená hodnocení, snažit se o vztah plný důvěry a pochopení, používat empatii vůči projevům druhých, respektovat ostatní lidi, vážit si jejich názoru a umět je ocenit.

V procesu a okolnostech sociálního vnímání se podle Kopecké (2015) kombinují tři základní jevy:

- kategorizace (zařazování vnímaného do určitých skupin podle shodnosti znaků a vytváření schémat, která nám pomáhají zpracovávat a třídit informace),

- selekce (výběr, kdy se naše pozornost přesouvá a my vnímáme jen některé podněty, všímáme si jen některých vlastností, a to zejména těch výraznějších nebo těch, kterým přisuzujeme důležitost vzhledem k našemu očekávání, zaměření nebo potřebám),
- interference (do vnímání vnášíme víc, než jen informace získané našimi smysly; tyto informace různě interpretujeme a podle předchozích zkušeností, tendencí a očekávání si vytváříme komplexní dojmy).

V okamžicích, kdy nemáme dostatek času nebo informací pro rozhodování, využíváme mentální zkratky, tzv. heuristiky, které mají za úkol nám ušetřit energii a pomoci snadněji a rychleji se zorientovat v sociálním prostředí (Bednář, 2013). Tyto mentální zkratky však mají zvýšený výskyt chybovosti, což může mít negativní vliv na kvalitu samotného vnímání (Bednář, 2013).

3.1.1 Chyby v sociální percepci

Haló efekt – Bednář (2013) uvádí, že některé osobnostní rysy vnímáme významněji než jiné, a proto zaujmou naši pozornost a ovlivňují naše vnímání druhých lidí natolik, že zkreslí náš další pohled na ni.

První dojem, tzv. efekt primárnosti vychází z evoluční potřeby dokázat během prvního kontaktu s novým jedincem předvídat jeho chování (Bednář, 2013). Urban (2011) uvádí jako příklad tohoto efektu vliv oblečení, osobní hygieny nebo představení se. Tento vliv nás v současné době ovlivňuje do té míry, že první zaznamenané projevy jsou pro nás daleko významnější než ty, které přijdou až v určitém časovém odstupu (Bednář, 2013). Způsob, jakým na jedince pohlížíme, je tedy ovlivněn pořadím informací, které se o něm dozvídáme (Bednář, 2013).

Sklon uvažovat o druhých kontrastním způsobem – pokud si o druhém člověku vytvoříme negativní obraz, sami sebe pak vnímáme velmi pozitivně nebo naopak pokud si o někom utvoříme vysoce pozitivní mínění, máme pak tendenci sami sebe podceňovat nebo podhodnocovat (Jirincová, 2010).

Kauzální atribuce – lidé si často nevědomě během interpersonální percepce vzájemně připisují pravděpodobné příčiny jednání (Jirincová, 2010).

Analogizace představuje sklon vytvářet si určitá schémata osobností, která později aplikujeme na základě jejich shody či podobnosti (Jiřincová, 2010).

Efekt novosti – pokud se o jedinci dozvídáme informace v delším časovém odstupu, má na nás největší vliv nejnovější informace (Bednář, 2013).

Projekce je charakterizována jako promítání sebe sama (svých snů, představ, ale i svých negativních vlastností a chyb) do druhých (Urban, 2011).

Podezření je předpoklad, který vyvolává pochybnosti a nedůvěru (Jiřincová, 2010).

Figura a pozadí – v nepěkně zařízené místnosti jsou naše dojmy o dané osobě nepříznivé a naopak na příjemném pozadí je náš názor pozitivní (Jiřincová, 2010).

Ovlivnění citovým vztahem k druhé osobě – u člověka, kterého máme rádi přehlídíme negativní vlastnosti a u osoby, kterou nemáme rádi, nevidíme pozitivní vlastnosti (Jiřincová, 2010).

Profesní deformace – pokud optika přestane být specifickou a stane se zavádějící; je dobře pozorovatelná u lékařů, policistů, učitelů nebo vojáků (Urban, 2011).

Generalizace negativní citové zkušenosti – čím bylo citové zklamání větší, tím více tato chyba ve vnímání platí (Jiřincová, 2010).

Vliv minulé zkušenosti a unáhlené zobecňování – zkušenost učiněnou při kontaktu s jedním člověkem začneme vztahovat na celou skupinu (Urban, 2011).

3.2 Předsudky

Předsudek znamená smýšlet o ostatních špatně bez náležitého opodstatnění (Čeněk et al., 2016, s. 198). Augoustinos et al. (2014) popisují předsudek jako škodlivý, všudypřítomný a obtížně odstranitelný sociální problém, který je nejintenzivněji pocíten lidmi, které přímo postihuje.

K předsudkům patří silné zobecňování a projevují se jako samozřejmá a nezpochybnitelná přesvědčení (Recknagel a Rohmann-van Wüllen, 2007). *Předsudek je vnímán jako určitá předpojatost nebo názorová strnulost, která je charakteristická emočně nabitým a kriticky nezhodnoceným úsudkem a z toho následně vyplývajícím*

postojem jedince či skupiny (Čeněk et al., 2016, s. 198). Běžně bývají předsudky chápány jako vytváření si názoru na někoho bez předchozího poznání této osoby (Augoustinos et al., 2014).

Když něco posuzujeme, vyjadřujeme většinou jen svůj vlastní pohled a náš úsudek téměř vždy obsahuje nějaké zobecnění, a proto můžeme téměř v každém úsudku najít i prvky předsudků (Recknagel a Rohmann-van Wüllen, 2007). Kutnohorská (2013) dodává, že racionální obsah může být potlačen a nahrazen zevšeobecnujícím názorem či představou přijímanou neověřeně od jiných lidí.

Podle Čenka et al. (2016) se objekt předsudku tedy dostává do nevýhodného postavení, aniž by si to zasloužil svým špatným chováním. Je proto nutné vyvarovat se předsudkům založených na neprozkoumaných skutečnostech, na nedostatečných znalostech, na iracionálním zkreslení nebo spekulací založených na nepodložených důkazech (Hanna, 2016). Recknagel a Rohmann-van Wüllen (2007) zastávají názor, že je snazší si předsudků všimnout, když na ně sami narazíme u druhých.

Podle Jiřincové (2010) předsudky značně snižují naši citlivost a vnímavost vůči projevům druhých lidí. Jestliže máme o někom předsudky, máme tendenci přehlížet, případně mylně interpretovat i jeho pozitivní chování (Jiřincová, 2010). K předsudkům patří i neodůvodnitelné představy o tom, že lidé z určité společenské vrstvy nebo skupiny automaticky musí mít určité vlastnosti (Jiřincová, 2010). Barnes (2006) tvrdí, že přesvědčení na základě předsudků vede k nerovnému zacházení, případně až k diskriminaci.

Čeněk et al. (2016) uvádí tři komponenty předsudků – kognitivní (sdílené názory), afektivní (postoje, v nichž se odráží hodnocení) a behaviorální (diskriminace v jednání).

3.3 Stereotypy

Stereotyp je *jednotvárný, ustálený, navyklý vzorec chování a myšlení* (Kutnohorská, 2013, s. 33). Podle Čenka et al. (2016) nejsou stereotypy produktem přímé zkušenosti jedince, ale jsou přejímány od druhých. Kutnohorská (2013) dále charakterizuje, že stereotypy jsou dlouhodobé, mají často negativní podtext a vznikají na základě zjednodušení, přehánění nebo překroucení pravdy. Funkce stereotypů spočívá v tom, že

mají ospravedlnit naše chování a postoje (Čeněk et al., 2016). Stereotypní představy mohou být i neškodné, ale jen v případě, když mají neutrální emotivní náboj a pokud se nedotýkají zájmů jedince (Čeněk et al., 2016).

4 Cíl práce a hypotézy

4.1 Cíl práce

Cílem je zmapovat proces posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči a zjistit, jaké jsou stereotypy a předsudky vůči lékařské posudkové službě u žadatelů příspěvku na péči.

4.2 Hypotézy

Pro výzkumnou část bakalářské práce byly stanoveny 3 hypotézy, které se pokusím potvrdit či vyvrátit:

- H1: Žadatelé příspěvku na péči hodnotí lékařskou posudkovou službu negativně.
- H2: Žadatelé příspěvku na péči se domnívají, že posudkoví lékaři hodnotí jejich zdravotní stav subjektivně namísto objektivních skutečností zjištěných ze zdravotní dokumentace.
- H3: Žadatelé příspěvku na péči nejsou spokojeni s délkou řízení.

5 Operacionalizace pojmů

Proces posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči – postup orgánů veřejné správy od uplatnění žádosti o příspěvek na péči až po vydání rozhodnutí, případně až po opravné prostředky. Detailní popis je rozpracován v teoretické části bakalářské práce.

Stereotypy – ustálené a navyklé vzorce myšlení a chování (Kutnohorská, 2013).

Předsudky – určitá předpojatost nebo názorová strnulost, která je charakteristická emočně nabitým a kriticky nezhodnoceným úsudkem a z toho následně vyplývajícím postojem jedince vůči ostatním (Čeněk et al., 2016).

Lékařská posudková služba – soustava specializovaných lékařských posudkových subjektů působících v rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí (Čevela et al., 2010).

Žadatelé příspěvku na péči – osoby, jejichž žádost o příspěvek na péči je postoupena na oddělení LPS OSSZ k posouzení zdravotního stavu.

Negativní hodnocení – opak kladného smýšlení, tedy nepříznivý, nežádoucí nebo záporný názor.

Subjektivní hodnocení – zaujatý, jednostranný úsudek na základě vnitřního osobního hlediska.

Objektivní skutečnosti – věcná a nestranná fakta obsažená ve zdravotní dokumentaci.

Zdravotní dokumentace – soubor odborných lékařských nálezů, propouštěcích zpráv z hospitalizace a tiskopisu vyplněném praktickým lékařem doložených k posuzování zdravotního stavu pro účelu příspěvku na péči.

Nespokojenost s délkou řízení – nepříznivé a negativní vnímání délky řízení od uplatnění žádosti po obdržení pravomocného rozhodnutí o přiznání či nepřiznání příspěvku na péči, které pociťují žadatelé příspěvku na péči.

6 Metodický postup

V rámci kvantitativního výzkumu byla použita metoda dotazování u žadatelů příspěvku na péči, prostřednictvím techniky sémantického diferenciálu, který obsahoval otázky související se stanoveným cílem a týkající se monitoringu posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči. Výběr do výzkumného souboru probíhal náhodným výběrem. Reichel (2009, s. 78) uvádí, že *podstatou náhodných, pravděpodobnostních výběrů je, že každý prvek, každá jednotka základního souboru má stejnou šanci, stejnou pravděpodobnost stát se prvkem výběrového souboru*. K vyhodnocení dat a ověření hypotéz byly využity adekvátní statistické metody pro třídění dat prvního a druhého stupně.

Dotazník (příloha č. 2 této práce) obsahoval 3 identifikační otázky pro pozdější třídění – pohlaví, věk a stupeň priznaného příspěvku. Následovala 1 uzavřená otázka a ostatních 15 otázek již bylo položeno technikou sémantického diferenciálu.

6.1 Sémantický diferenciál

Kopecká (2015) popisuje sémantický diferenciál jako bipolární stupnici se dvěma póly mající opačný význam, kde je ke každé položce přiřazena škála, která se využívá k měření intenzity psychologických a sociologických postojů jedinců. Respondenti mají za úkol zaznamenat svoje mínění výběrem určitého bodu na těchto škálách. Jednotlivým bodům se pak přiřazují číselné hodnoty. Je totiž známo, že individuální jedinci mají na konkrétní věc či situaci rozličné názory a vnímají stejné věci či události rozdílně. Tuto techniku zformuloval v roce 1957 americký profesor C. Osgood, právě k měření mnoha proměnných, které lze jinými metodami identifikovat jen velmi obtížně (Chráska, 2016).

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili žadatelé příspěvku na péči, jejichž žádost byla doručena a projednána na oddělení LPS OSSZ Domažlice od 1. ledna do 31. prosince 2018. Z evidence doručených žádostí o příspěvek na péči byl zjištěn základní soubor

996 žadatelů. Respondenti byli vybráni pro účely dotazníkového šetření náhodně z evidence doručených žádostí na oddělení LPS OSSZ Domažlice.

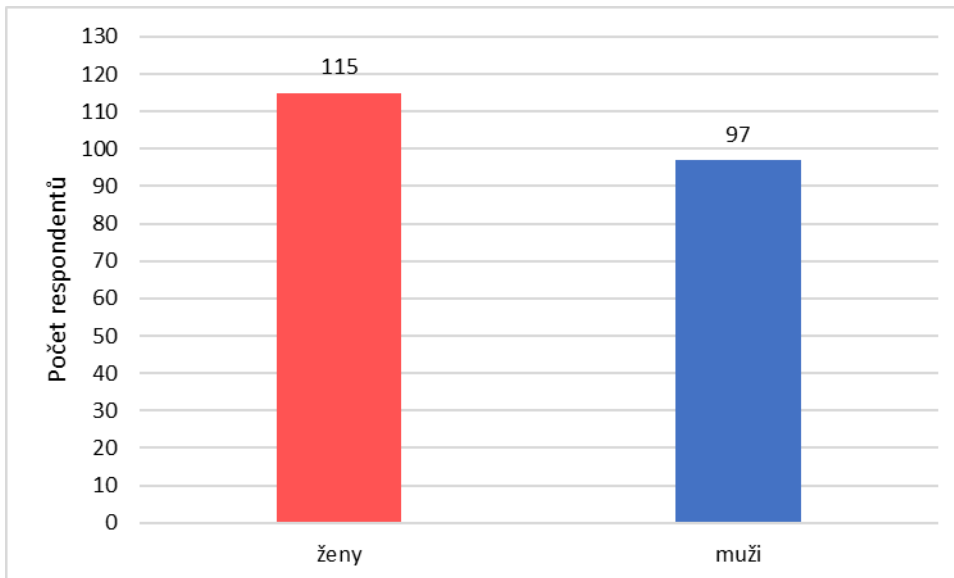
Takto vybraným respondentům byl zaslán dotazník v obálce velikosti A5 prostřednictvím České pošty. Tato obálka obsahovala ještě jednu menší obálku velikosti C5 s nadepsanou adresou a byla opatřena poštovní známkou, aby se zvýšili šance návratnosti. S ohledem na finanční a časovou náročnost výzkumu bylo rozesláno 400 dotazníků.

Dotazníkové šetření probíhalo téměř 2 měsíce, konkrétně od 28. ledna do 22. března 2019, kdy se již delší dobu nevracely vyplněné dotazníky od respondentů. Prostřednictvím České pošty bylo navraceno 248 vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků tedy činila 62 %. Po získání dat byla provedena kontrola a z důvodu neúplného vyplnění bylo 36 dotazníků vyřazeno. Konečný počet tedy činil 212 dotazníků. Při výzkumu se tedy nepodařilo zajistit reprezentativnost výzkumného souboru a výsledky tedy nelze zobecnit a vztáhnout na celý základní soubor.

Získaná data byla zpracována v programech Microsoft Office – Word a Excel. Výsledky jsou prezentovány především graficky, ale některé i matematicky v procentuálním vyjádření.

7 Výsledky

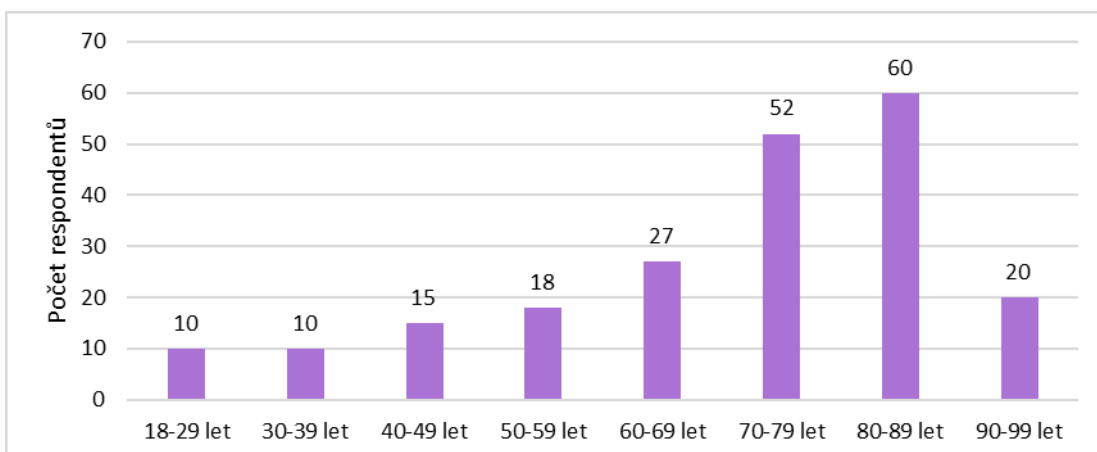
7.1 Vyhodnocení identifikačních otázek



Obrázek 1: Pohlaví respondentů

Zdroj: vlastní

Na obr. 1 je rozložení respondentů podle pohlaví. Z celkového počtu 212 respondentů zařazených do výzkumu tvořilo výzkumný soubor 115 žen, což odpovídá 54 % a 97 mužů, což odpovídá 46 %.

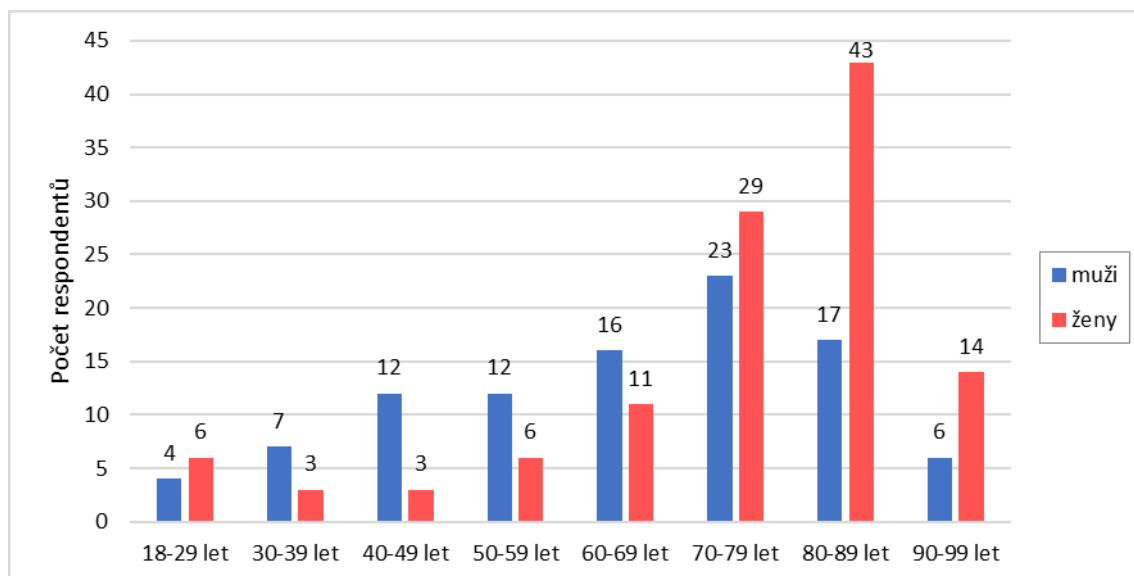


Obrázek 2: Věkové zastoupení respondentů

Zdroj: vlastní

V obr. 2 je uvedeno věkové rozložení respondentů, které bylo roztříděno do intervalů pro lepší přehlednost. Ve výzkumném souboru nejsou zastoupeny osoby do 18 let věku z důvodu vyřazení dotazníků při jejich kontrole pro neúplnost dat. Obr. 2 graficky

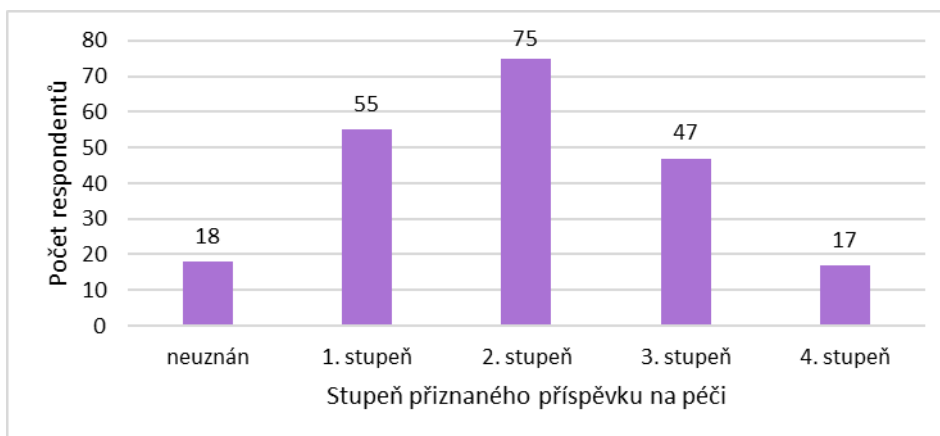
vyjadřuje, že respondenti věku 18-29 let představují 5% výzkumného souboru, stejného zastoupení, tedy 5 %, dosahují respondenti ve věku 30-39 let, respondenti ve věku 40-49 let mají zastoupení 7 %, respondenti ve věku 50-59 let mají zastoupení 13 %, respondenti ve věku 60-69 let mají zastoupení 13 %, respondenti ve věku 70-79 let již činí 25 % výzkumného souboru a respondenti ve věku 80-89 let dosahují největšího zastoupení a to konkrétně 28 %. Respondenti ve věku nad 90 jsou již zastoupeny ve výzkumném souboru jen 9 %.



Obrázek 3: Věkové zastoupení respondentů podle pohlaví

Zdroj: vlastní

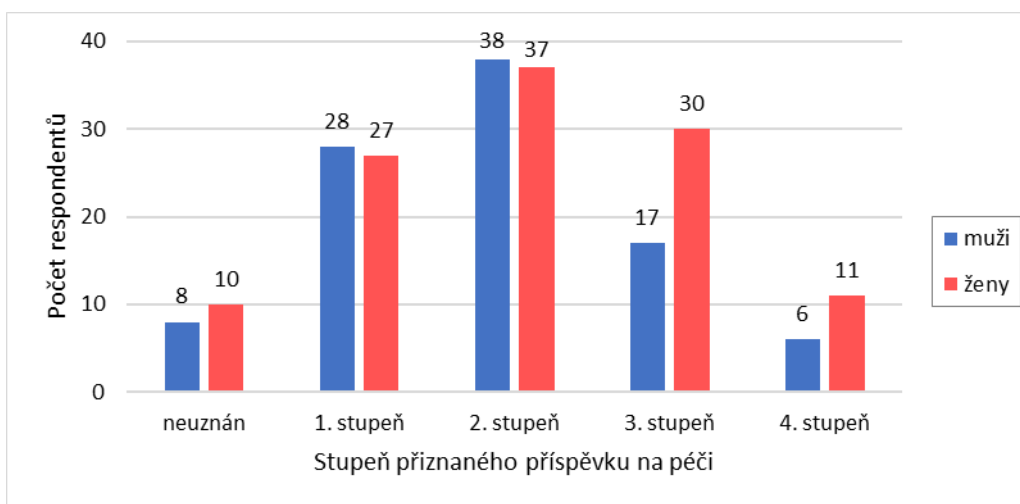
Obr. 3 navazuje na předchozí obrázek a zobrazuje počet respondentů podle věkového zastoupení ve vztahu k pohlaví. Je evidentní, že výzkumný soubor tvoří v mladším věku převážně muži a tento stav se začíná obracet až v pozdějším věkovém zastoupení respondentů. K obratu dochází konkrétně ve věku 70-79 let, kdy již začíná ve výzkumném souboru převažovat zastoupení žen. Zatímco ve věku 18-29 let je poměr mezi pohlavím poměrně vyrovnaný, ve věku 80-89 let je již zřetelný větší nepoměr mezi pohlavím žadatelů a v jejich zastoupení začínají převažovat ženy. Počet žen v tomto věkovém zastoupení činí 72 % a počet mužů 28 %. Ve věkové kategorii 40-49 let jsou naopak muži zastoupeni třikrát více než ženy.



Obrázek 4: Stupeň přiznaného příspěvku na péči

Zdroj: vlastní

Na obr. 4 je uvedeno třídění respondentů podle přiznaného a pobíraného stupně příspěvku na péči. Příspěvek na péči nebyl uznán 8 % výzkumného souboru, 1. stupeň příspěvku na péči pobírá 26 % respondentů, 2. stupeň příspěvku na péči pobírá 35 % respondentů a jedná se o největší zastoupení ve výzkumném souboru. Respondenti pobírající 3. stupeň příspěvku na péči jsou zastoupeny 22 % a respondenti pobírající 4. stupeň příspěvku na péči jsou zastoupeny pouze 8 % ve výzkumném souboru.



Obrázek 5: Stupeň přiznaného příspěvku na péči podle pohlaví respondentů

Zdroj: vlastní

Obr. 5 navazuje na předchozí obrázek a zobrazuje stupeň přiznaného příspěvku na péči podle pohlaví respondentů. V případě neuznání příspěvku na péči a v případech jeho přiznání 1. a 2. stupně jsou jen nepatrné rozdíly v počtu mužů a žen. V případě přiznání 3. a 4. stupně příspěvku na péči je již zřetelný nepoměr mezi pohlavím žadatelů z důvodu jejich početního zastoupení ve výzkumném souboru (viz obr. 3).



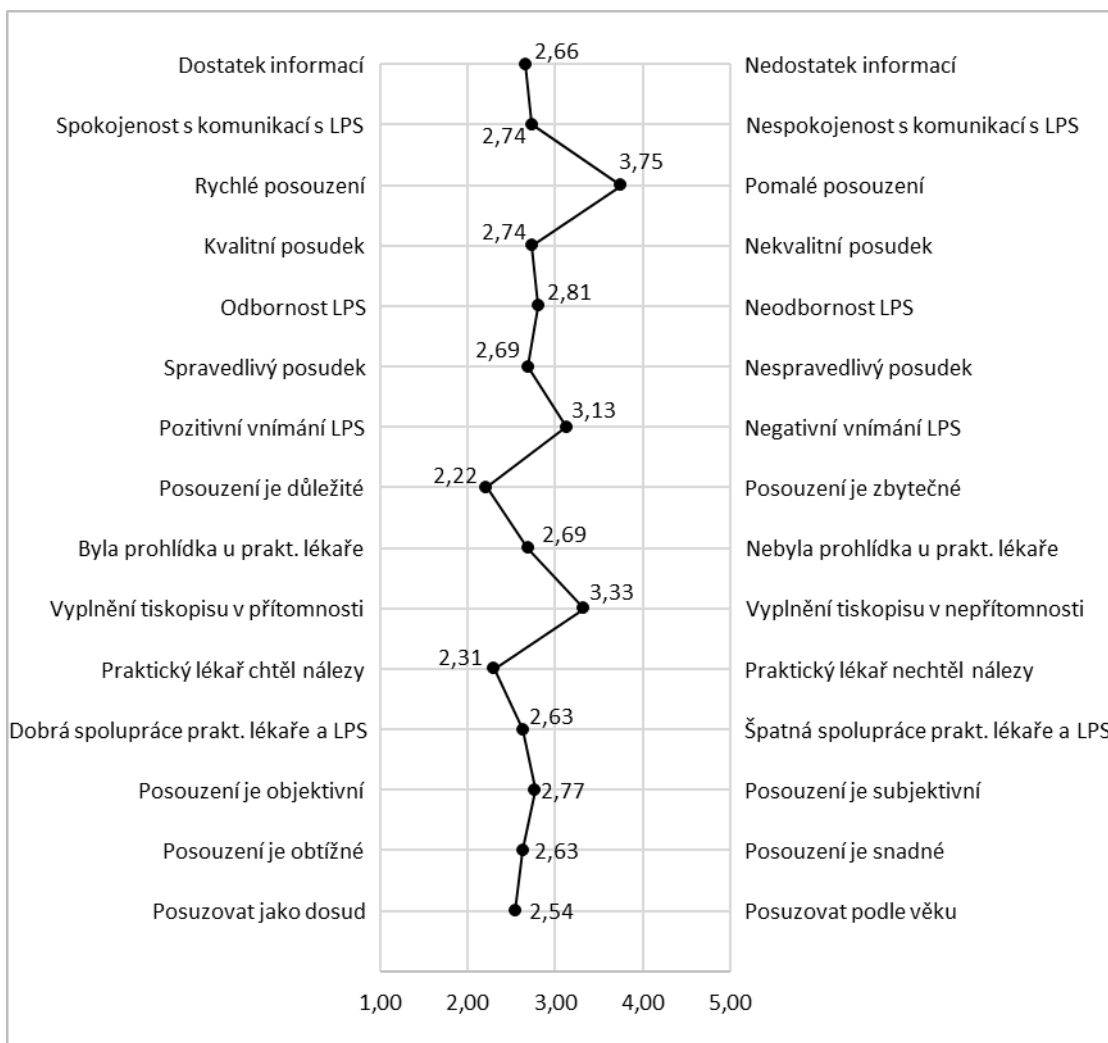
Obrázek 6: Uplatnění nároku na seznámení se s posudkem

Zdroj: vlastní

Na obr. 6 je zobrazeno, kolik respondentů z výzkumného souboru uplatnilo právo na seznámení se s posudkem a vyjádření se k němu před vydáním rozhodnutí krajské pobočky Úřadu práce. Z celého výzkumného souboru tak učinilo pouze 54 respondentů (tedy 25 %), z toho bylo 26 žen a 28 mužů. Z třídění dat druhého stupně bylo zjištěno, že se s posudkem seznámilo 6 respondentů, kterým nebyl uznán příspěvek na péči (tzn. 11 % respondentů z výzkumného souboru, kteří toto právo uplatnili). Dále pak toto právo uplatnilo 21 respondentů (39 %), kterým byl uznán 1. stupeň závislosti, dále 23 respondentů (43 %), kterým byl uznán 2. stupeň příspěvku na péči, dále 4 respondenti (7 %) s uznaným 3. stupněm příspěvku na péči a s uznaným 4. stupněm příspěvku na péči se s posudkem neseznámil již žádný z respondentů. Ostatních 158 respondentů (tedy 75 % z celého výzkumného souboru) se s posudkem neseznámilo, z toho bylo 89 žen a 69 mužů.

7.2 Vyhodnocení sémantického diferenciálu

Po sestavení sémantického diferenciálu (obr. 7) bylo zjištěno, že názory respondentů se pohybují převážně kolem průměru v neutrálním pásmu a až na některé výjimky nedochází k výraznějším výkyvům od tohoto průměru.



Obrázek 7: Sémantický diferencíál

Zdroj: vlastní

Do průměrného hodnocení, které se ale spíše blížilo pozitivnímu, bych zařadila počáteční otázky na dostatek informací a spokojenost s komunikací s LPS. Průměr odpovědí respondentů, kteří se přiklání k názoru, že měli k dispozici dostatek informací ohledně probíhajícího řízení činí 2,66. Průměr odpovědí na otázku, zda jsou respondenti spokojeni s komunikací s LPS činí 2,74.

Největší odchýlení bylo zjištěno na otázku, zda si respondenti myslí, že je posuzování zdravotního stavu rychlé. Průměr jejich odpovědí činí 3,75 a přiklání se tedy spíše k negativnímu názoru, že posuzování zdravotního stavu trvá příliš dlouho.

Odpovědi na otázku ohledně kvality posudku lze zařadit k neutrálním, ale spíše se respondenti přiklání k názoru, že jim byl zpracován posudek kvalitní. Průměrná hodnota této otázky činí 2,74.

Názor na úroveň odbornosti LPS lze opět shledat u respondentů výzkumného souboru jako průměrný, jeho hodnota dosahuje 2,81 a pohybuje se tedy kolem střední hodnoty, pouze nepatrně se přiklání k pozitivnímu hodnocení úrovně odbornosti LPS.

Odpovědi na otázku spravedlnosti zpracovaného posudku se přiklání spíše k pozitivním názorům, že byl respondentům zpracován spravedlivý posudek. Průměrná hodnota zde činí 2,69.

Vnímání LPS respondenty výzkumného souboru dosahovalo neutrálního výsledku, konkrétně 3,13 a hodnota se tedy jen velmi nepatrně odchýlila od středu směrem k negativnímu hodnocení LPS.

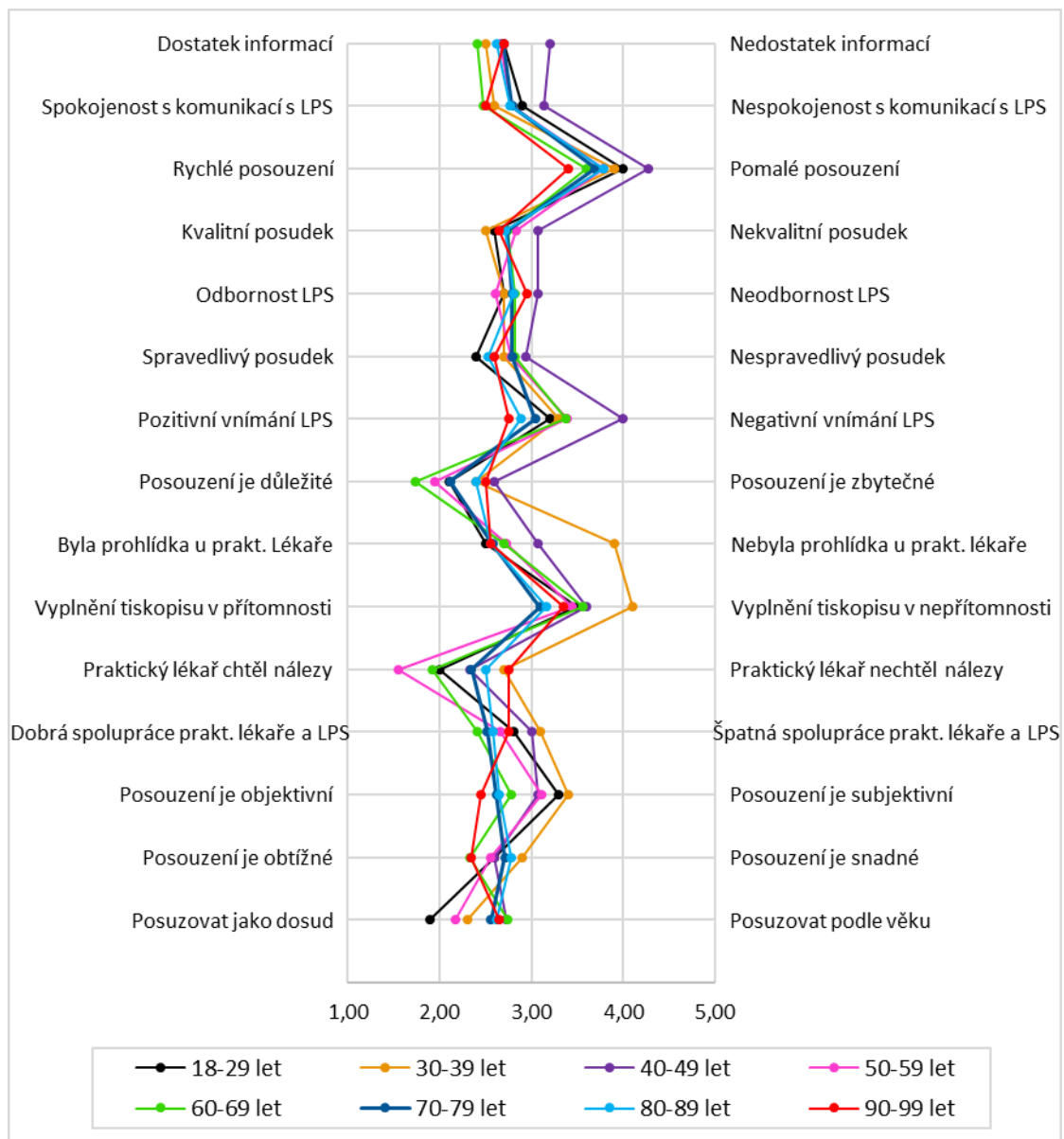
Další větší odchýlení od neutrálního středu bylo dosaženo v otázce, zda respondenti shledávají posuzování zdravotního stavu jako důležité či naopak zbytečné. Zde se respondenti přiklánějí k pozitivnímu hodnocení, tedy že posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči je nezbytné a důležité a průměr odpovědí v tomto tvrzení činí 2,22.

Další pozitivní odklon od průměru lze spatřovat v otázce, zda praktický lékař vyžadoval prohlídku zdravotního stavu respondentů pro účely příspěvku na péči, kde průměr odpovědí činí 2,69. S tím související otázka na vyplňování tiskopisu o jejich zdravotním stavu ukázala, že praktičtí lékaři respondentů spíše vyplňovali tiskopis v jejich nepřítomnosti a průměr odpovědí zde činí 3,33. Zároveň ale chtěli předložit aktuální lékařské nálezy, případně propouštěcí zprávy z hospitalizace. V této otázce byl průměr odpovědí respondentů 2,31. Průměrná odpověď na dotaz, zda respondenti shledávají spolupráci praktického lékaře a LPS jako dostatečnou byl 2,63.

Názor respondentů v souvislosti s objektivitou posuzování jejich zdravotního stavu byl opět kolem průměru a má hodnotu 2,77. Více se tedy ale přiklání k názoru, že posudkový lékař nehodnotil žádost o příspěvek na péči subjektivně, na základě svého vlastního názoru na respondenty a jejich zdravotní stav, ale spíše že posudkový lékař posuzoval zdravotní stav objektivně na základě skutečností zjištěných ze zdravotní dokumentace. S tímto tvrzením lze porovnat otázku ohledně spravedlnosti zpracovaného posudku, kde jeho hodnota činila 2,69 a respondenti se tak stejně jako v otázce na objektivitu přikláněli spíše k pozitivnímu hodnocení.

Respondenti výzkumného souboru shledávají posuzování zdravotní stavu spíše jako obtížné, průměrná hodnota získaná v této otázce činí 2,63.

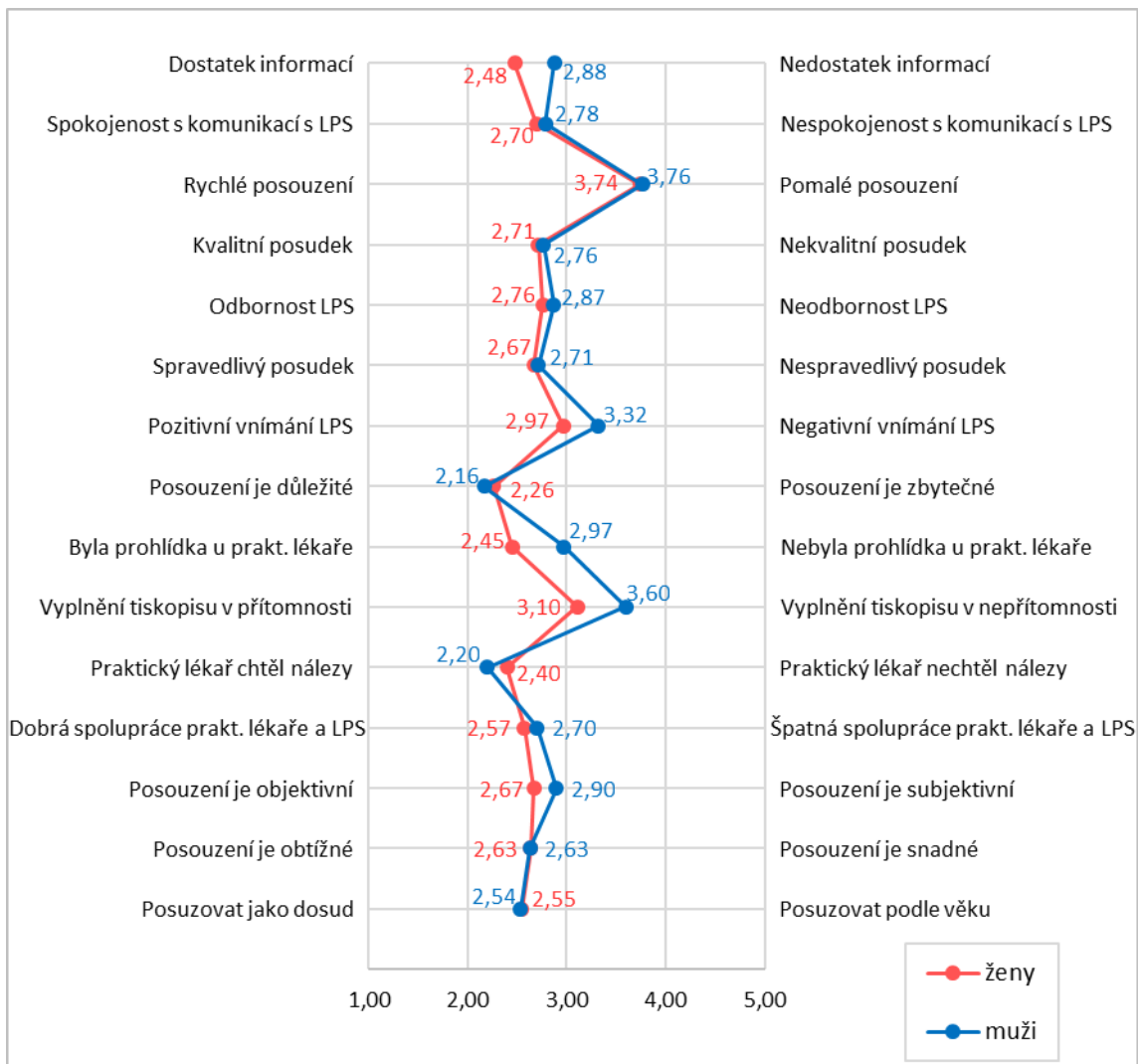
V poslední otázce bylo zjištěno, že respondenti by spíše neuvítali změnu v posuzování zdravotního stavu a nezastávají tak názor, že by se měl příspěvek na péči přiznávat podle věku žadatele, kdy s rostoucím věkem klesá soběstačnost. Průměrná hodnota odpovědi činí 2,54 a respondenti se tak spíše přiklánějí k názoru, že příspěvek na péči by se měl přiznávat na základě posouzení zdravotního stavu žadatele, jako je tomu dosud.



Obrázek 8: Sémantický diferenciál podle věku respondentů

Zdroj: vlastní

V souvislosti s touto otázkou bylo provedeno ještě vyhodnocení sémantického diferenciálu (obr. 8) podle věku respondentů. V obrázku nejsou znázorněny průměrné hodnoty odpovědí respondentů kvůli přehlednosti, ale jsou uvedeny v příloze č. 3 této práce. Bylo zjištěno, že s ohledem na věk se hodnocení respondentů neposunovalo nějak výrazně směrem k pozitivnímu či negativnímu hodnocení a všechny kategorie jsou vesměs vyrovnané ve svých názorech. Jen respondenti ve věku od 40-49 let jsou jemně odchýleni oproti hodnocení ostatních věkových kategorií a více se přiklánějí k negativnějším tvrzením, ale i tak se nachází většinou v neutrální oblasti sémantického diferenciálu. Tato věková kategorie nejvíce vnímá posuzování zdravotního stavu jako zdoluhavé a nejvíce se přiklání i k negativnímu hodnocení LPS, kde průměrná hodnota jejich odpovědí dosahuje hodnoty 4. Stejně tak respondenti v této věkové kategorii nejčastěji ze všech věkových kategorií označovali, že neměli v průběhu řízení o příspěvku na péči dostatek informací. Respondenti staršího věku neprojevili zájem o změnu posuzování v závislosti na věku žadatele a vlastně všechny věkové kategorie se spíše přikláněly k tvrzení, že příspěvek na péči by se měl přiznávat podle zdravotního stavu žadatele jako tomu je dosud, a ne podle věku žadatele. K tomuto názoru se nejvíce přikláněli mladší respondenti, tedy ve věku 18-29 let. Střední hodnotě se nejvíce blížili respondenti starší 60 let, jejichž průměrné hodnoty odpovědí se téměř shodovaly. Jako důležité vnímají posuzování zdravotního stavu nejvíce respondenti ve věku 50-79 let a nejvíce vyžadoval praktický lékař aktuální nálezy a propouštěcí zprávy z hospitalizace po respondentech ve věku 50-59 let, jejichž průměr odpovědí dosahoval hodnoty 1,56. Ohledně odbornosti LPS se kategorie respondentů nedokázaly přiklonit na jednu či druhou stranu a nejvíce se zde shodovaly v neutrálním středu spíše ve směru k pozitivnímu vnímání odbornosti LPS. Další výraznější odchýlení od ostatních kategorií se ukázalo u respondentů ve věku 30-39 let ohledně prohlídky svého zdravotního stavu u praktického lékaře, kdy se razantněji přiklonili k tvrzení, že praktický lékař tuto prohlídku nevyžadoval (průměrná hodnota 3,9) a tiskopis o jejich zdravotním stavu vyplnil v jejich nepřítomnosti (průměrná hodnota 4,1). Praktickému lékaři pravděpodobně stačilo dodat aktuální lékařské nálezy, protože v této otázce se již tato věková kategorie přemístila zpět k neutrálním hodnotám. Tato věková kategorie se ale vzápětí nejvíce přiklonila k názoru, že posudkový lékař hodnotí jejich zdravotní stav subjektivně namísto objektivních skutečností zjištěných v lékařských nálezech. V této otázce se nejbližší k objektivnímu hodnocení jejich zdravotního stavu přikláněli starší respondenti ve věku nad 60 let.

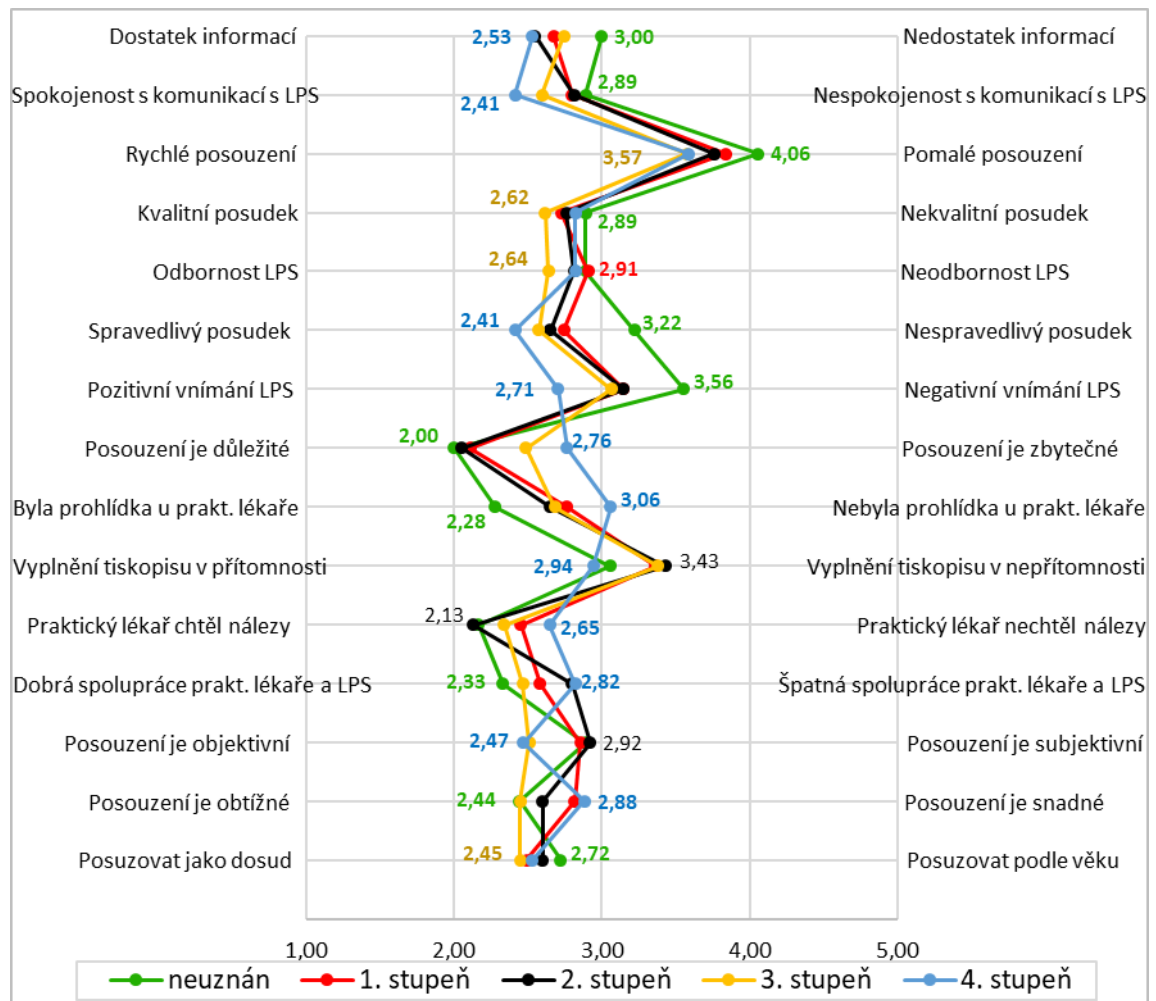


Obrázek 9: Sémantický diferenciál podle pohlaví respondentů

Zdroj: vlastní

Obr. 9 ukazuje vyhodnocení sémantického diferenciálu ve vztahu k pohlaví respondentů. Výsledná osa je téměř shodná jak pro muže, tak pro ženy. Obě tyto pohlaví se v podstatě shodují ve většině názorů a na zásadní rozdíly v hodnocení respondentů tedy pohlaví nemělo vliv. Například, že délku posuzování zdravotního stavu vnímají jako pomalejší, kvalitu posudku, odbornost LPS, spravedlnost posudku a jeho důležitost, spolupráci svého praktického lékaře s LPS a obtížnost posuzování vnímají totožně. Shodli se i v otázce na změnu posuzování zdravotního stavu a uvedli, že by se měl příspěvek na péči přiznávat jako dosud. Odchylna se ukázala v informovanosti ohledně probíhajícího řízení, kdy ženy uváděly, že měly k dispozici dostatek informací a muži spíše inklinovali k neutrálnímu středu hodnot. Naopak tomu je ve vnímání LPS, kdy se muži přikláněli spíše k negativnímu hodnocení LPS a názor

žen se v podstatě ukázal přesně ve středu hodnot a dalo by se tedy konstatovat, že ženy vnímají LPS neutrálně. Nejvíce se názor mužů a žen odchýlil v otázce týkající se prohlídky u praktického lékaře. Zatímco názor mužů se nachází téměř uprostřed, ženy více uváděly, že praktický lékař po nich vyžadoval prohlídku jejich zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči. Stejný rozdíl zjištěný i v otázce vyplňování tiskopisu praktickým lékařem, kdy se ženy drželi neutrálního středu, zatímco muži více uváděly, že praktický lékař vyplnil tiskopis v jejich nepřítomnosti.



Obrázek 10: Sémantický diferenciál podle stupně přiznaného příspěvku na péči

Zdroj: vlastní

Obr. 10 zobrazuje vyhodnocení sémantického diferenciálu podle přiznaného stupně příspěvku na péči. Pro lepší přehlednost nejsou uvedeny všechny průměrné hodnoty zjištěné z výzkumu (jsou uvedené v příloze č. 4 této práce), ale jen ty krajní a pro lepší orientaci jsou tyto hodnoty odlišeny i barevně, aby tak odpovídaly stupni přiznaného příspěvku na péči podle legendy v dolní části obrázku. Bylo zjištěno, že nejvíce krajních

hodnot nabývají názory respondentů, kterým byl přiznán 4. stupeň příspěvku na péči (znázorněno modře) nebo naopak jim příspěvek na péči nebyl přiznán (znázorněno zeleně). Je vhodné brát ohled na reprezentativnost vzhledem k nižšímu zastoupení respondentů v těchto kategoriích oproti ostatním. Je patrné, že zde se názory respondentů již trochu více rozcházejí. V otázce týkající se rychlosti posouzení zdravotního stavu se respondenti všech kategorií přiklání k delšímu čekání na posouzení, ale respondenti, kterým příspěvek na péči nebyl přiznán jsou ve svých názorech razantnější než například respondenti, kterým byl přiznán příspěvek na péči ve 3. nebo 4. stupni. Podobně tomu je i v názoru na spravedlnost posudku, kdy stejně jako v minulém případě, i tady respondenti, kterým příspěvek na péči nebyl přiznán, se razantněji přiklání k názoru, že jim byl zpracován nespravedlivý posudek. Naopak respondenti, kterým byl přiznán 4. stupeň příspěvku na péči shledávají posudek spravedlivějším a zároveň vnímají LPS pozitivněji než ostatní kategorie, jejichž vnímání je spíše neutrální a osciluje téměř shodně kolem středu. Respondenti, kterým příspěvek na péči nebyl přiznán, se nebáli razantněji přiklonit k negativnějšímu tvrzení, že hodnotí LPS negativně. Dále bylo zjištěno, že čím nižší příspěvek na péči (nebo vůbec žádný) byl respondentům uznán, tím více se přiklání k tvrzení, že posuzování zdravotního stavu je důležité. Větší výkyvy jsou patrné i v případě prohlídky u praktického lékaře. Zatímco respondenti pobírající 4. stupeň závislosti se nedokázali přiklonit k jednomu z tvrzení, ostatní kategorie spíše tíhly svými odpověďmi k pozitivnímu pólu, že praktický lékař vyžadoval prohlídku jejich zdravotního stavu. Stupeň přiznaného příspěvku ovlivňoval i názory respondentů na objektivitu posudku. Zatímco respondenti pobírající 3. a 4. stupeň příspěvku na péči se více přiklánějí k objektivnímu posouzení, ostatní kategorie se svými názory pohybují spíše okolo neutrálního středu. Jako obtížné shledávají posuzování zdravotního stavu respondenti, kterým příspěvek na péči nebyl přiznán, i když téměř shodný názor mají i respondenti pobírající 3. stupeň příspěvku na péči. Blíže k neutrálnímu středu se pak přibližují respondenti pobírající 1. a 4. stupeň závislosti. Bylo zjištěno, že stupeň přiznaného příspěvku na péči má tedy vliv na názory respondentů.

7.3 *Názory respondentů*

V poslední části dotazníku bylo umožněno respondentům vyjádřit svůj názor k posuzování příspěvku na péči a lékařské posudkové službě, proto jsou v této části zveřejněny jejich názory, které uvedly:

1. Neměla jsem žádnou možnost obhájit příspěvek a můj zdravotní stav před posudkovým lékařem, který vydal rozhodnutí bez předvolání a na základě mého dotazu mě bylo sděleno, že pokud nesouhlasím, můžu se odvolat (*žena, 84 let, uznán 2. stupeň příspěvku na péči*).
2. Výše příspěvku je nedostačující vzhledem k rostoucí životní úrovni a nákladů pacientů vynakládaných na léky, jakož i na úhradu pečovatelské služby stárnoucí populace, jejíž zdraví je ohrožováno pesticidy při výrobě zemědělských potravinových produktů, zejména pak obilovin s onkologickými důsledky (*muž, 75 let, uznán 2. stupeň příspěvku na péči*).
3. Vše se dobře dělá od stolu, ale skutečnost je jiná (*muž, 69 let, uznán 2. stupeň příspěvku na péči*).
4. Děkovat lékařům! (*muž, 71 let, uznán 4. stupeň příspěvku na péči – dotazník byl velmi pozitivní, proto jeho názor není brán jako ironický*).
5. Byla jsem spokojena - rychlost vyřízení a ochota pracovníků (*žena, 78 let, uznán 2. stupeň příspěvku na péči*).
6. Dle mého názoru nedostatečná komunikace mezi praktickými lékaři stran předávání dokumentace - přechod od jednoho lékaře k druhému -> jen strohá zpráva, bez předání dokumentace -> chyba spíše v legislativě (*žena, 84 let, uznán 2. stupeň příspěvku na péči*).
7. Odbornost lékařské posudkové služby je na vysoké úrovni (internetová služba, e-maily, mobilní telefon - velké plus) (*žena, 82 let, uznán 2. stupeň příspěvku na péči*).
8. U žádného posudkového lékaře jsem nebyla, jen u své praktické lékařky, kde jsem nechala veškerou dokumentaci z nemocnic a odborných lékařů, ke kterým chodím (*žena, 75 let, uznán 1. stupeň příspěvku na péči*).

9. Před podáním žádosti o příspěvek jsem byla po operaci páteře, výměně kolenního kloubu a další operace páteře mě čekala (před 5 měsíci proběhla). Posudková komise mi ze všech žádostí schválila 1. st. TP, to znamená, že mám průkaz pro přednostní uvolnění místa ve veřejném dopravním prostředku, do kterého ale kvůli potížím nenastoupím. Co dodat? Asi nejsem dost nemocná! Moje hodnocení asi pro bakalářskou práci nevyužijete, nicméně Vám přeji hodně úspěchů, ať se Vám daří *(žena, 64 let, příspěvek na péči neuznán)*.
10. Nejsem stará, ale potřebuji příspěvek na péči, protože se o sebe sama nepostarám. O příspěvku bylo rozhodnuto během mé hospitalizace, takže jsem se nemohla ani vyjádřit *(žena, 34 let, uznán 1. stupeň příspěvku na péči)*.
11. Jsem dlouhodobě invalidní - praktický lékař nevyžadoval prohlídku, jelikož jsem pod stálou kontrolou *(žena, 63 let, příspěvek na péči neuznán)*.
12. V některých oblastech dotazníku mám záporné odpovědi. Je to proto, že do dnešního dne nemám žádné kladné výsledky. Dnes je 1.3., den, kdy by hmatatelné výsledky měly být už dávno u mě na účtě a ono ne! *(žena, 75 let, uznán 1. stupeň příspěvku na péči)*.
13. Moc děkuji za ochotu *(žena, 88 let, uznán 1. stupeň příspěvku na péči – dotazník byl opět velmi pozitivní, proto názor respondentky není brán jako ironický)*.
14. Dle zjištění posudkový lékař méně přihlédl k sociálnímu šetření. Posudkový lékař by měl žadatele osobně vidět *(žena, 52 let, uznán 1. stupeň příspěvku na péči)*.
15. Je krásné, že se věnujete tomuto povolání pomáhat starým lidem a je také velice důležité pomáhat duševně a dávat jim lásku. A nehledat v nich méněcennost, jak jsem mnohdy viděla *(žena, 98 let, uznán 2. stupeň příspěvku na péči)*.
16. Všichni říkali jak to vyřízení trvá dlouho, ale nebylo to až tak strašné *(žena, 85 let, uznán 1. stupeň příspěvku na péči)*.
17. Tento tiskopis vyplňovala manželka za nemocného manžela (pro jeho závažný zdravotní stav). Vzhledem k tomu, že jsem byla přítomna u všech jednání společně s manželem, mohu říci, že jsem spokojena s prací posudkové komise *(muž, 58 let, uznán 3. stupeň příspěvku na péči)*.

18. Posudek píši za bratra, požádal o 2. stupeň - vyřízení se nedožil (*muž, 67 let, uznán 1. stupeň závislosti*).
19. Posudek jsem neviděla, nedojdu na úřad (*žena, 77 let, uznán 3. stupeň závislosti*).
20. Můj soused bere příspěvek a není tak nemocný jako já (*muž, 63 let, příspěvek na péči neuznán*).
21. Je mi 81 let a pořád nemám nárok (*žena, 81 let, příspěvek na péči neuznán*).
22. Nevím jak má o mě rozhodovat lékař, který mě neviděl a nikdy nebyl svědkem toho, v jakém jsem stavu po záchvatu svého zdravotního omezení (*muž, 52 let, uznán 1. stupeň příspěvku na péči*).
23. Nejvíce záleželo na zprávě o mém zdravotním stavu od odborného lékaře, specialisty a jeho doporučení. Chápu, že lékaři posudkové služby nemohou znát všechny choroby a obtíže s tím spojené. V mém případě šlo o vzácnou chorobu (*žena, 46 let, uznán 2. stupeň příspěvku na péči*).

8 Diskuze

Při výzkumu se nepodařilo zajistit dostatečnou reprezentativnost výzkumného souboru a výsledky tedy nelze zobecnit a vztáhnout na celý základní soubor všech žadatelů příspěvku na péči, jejichž žádost byla doručena a projednána na oddělení LPS OSSZ Domažlice od 1. ledna do 31. prosince 2018. Z evidence doručených žádostí o příspěvek na péči byl zjištěn základní soubor 996 žadatelů, kdežto výzkumný soubor obsahoval pouze 212 respondentů. Po provedení kvantitativního výzkumu bylo zjištěno, že výzkumný soubor respondentů názorově osciloval kolem neutrálních postojů, a proto nebylo potvrzeno, že by žadatelé příspěvku na péči měli stereotypy a předsudky vůči lékařské posudkové službě.

Nejrazantněji došlo k odchylce od neutrální hodnoty u rychlosti posuzování zdravotního stavu, kterou vnímají respondenti výzkumného souboru jako příliš dlouhou. Průměrná hodnota odpovědí činí 3,75, a proto hypotéza H3: Žadatelé příspěvku na péči nejsou spokojeni s délkou řízení byla potvrzena.

Průměrná hodnota odpovědí respondentů na pozitivní či negativní hodnocení LPS činí 3,13 a pohybuje se tedy ve středu stupnice. Hypotéza H1: Žadatelé příspěvku na péči hodnotí lékařskou posudkovou službu negativně nebyla potvrzena, protože respondenti vnímají LPS spíše neutrálně.

Hypotéza H2: Žadatelé příspěvku na péči se domnívají, že posudkoví lékaři hodnotí jejich zdravotní stav subjektivně namísto objektivních skutečností zjištěných ze zdravotní dokumentace nebyla potvrzena. Průměrná hodnota odpovědí respondentů dosáhla hodnoty 2,77 a pohybuje se tedy také ve středu stupnice na neutrální pozici, ale přiklání se spíše k tvrzení, že posudkoví lékaři hodnotí zdravotní stav žadatelů příspěvku na péči objektivně.

Z výzkumu vyplynulo, že praktičtí lékaři vyplňovali tiskopis pro účely posouzení stupně závislosti v nepřítomnosti klientů. K tomuto tvrzení se více přikláněli muži než ženy a častěji respondenti pobírající 1., 2., a 3. stupeň příspěvku na péči. Je pravděpodobné, že praktický lékař vyšetří žadatele příspěvku na péči a tiskopis vyplňuje až po ordinačních hodinách. Z důvodu časové náročnosti a v době ordinačních hodin se raději věnuje vyšetřování, diagnostice a léčbě pacientů.

Dále bylo při zadávání výstupů z dotazníkového šetření do programu zjištěno, že poměrně často praktičtí lékaři nevyžadovali po žadatelích příspěvku na péči osobní prohlídku a vyšetření jejich zdravotního stavu, ale stačilo jim v těchto případech jen předložit aktuální lékařské nálezy, případně propouštěcí zprávy z hospitalizace. Toto zjištění pro mě bylo překvapivé a nemyslím si, že by to bylo dostačující. Stejný názor má i Seifert a Čeledová (2012), kteří tvrdí, že kvalitní vyplnění tiskopisu ze strany praktických lékařů je pro posuzování zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení velmi důležité. Bosák (2016c) upozorňuje, že jsou zde zákonem stanovená pravidla a to konkrétně, že žadatel se má dostavit ke svému ošetřujícímu lékaři za účelem provedení vyšetření a má mu předložit veškeré dostupné odborné lékařské nálezy, aby tiskopis praktického lékaře obsahoval všechny důležité informace o aktuálním zdravotním stavu. Pokud praktický lékař žadatele vůbec nevyšetří a nezná tedy jeho aktuální zdravotní stav, nemůže být schopen dostatečně podrobně vyplnit tiskopis a pravděpodobně při jeho vyplňování vychází pouze na základě odborných lékařských nálezů, které k tiskopisu přiloží. V této souvislosti nemůže ani posudkový lékař řádně posoudit aktuální zdravotní stav žadatele. Žadatelům pravděpodobně jejich zdravotní stav nedovoluje dostavit se do ordinace praktického lékaře. Zde je ovšem vhodné, podle mého názoru, aby praktický lékař navštívil žadatele v domácím prostředí. Arnoldová (2012) souhlasí, že v případech, kdy se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže dostavit do zdravotnického zařízení, ošetřující praktický lékař by měl v rámci návštěvní služby poskytnout pacientovi zdravotní péči v jeho domácím prostředí a ještě dodává, že tuto návštěvní službu mohou poskytovat všichni poskytovatelé ambulantní péče jako součást služeb svým pacientům.

Ve výzkumném souboru bylo zastoupeno 17 respondentů pobírajících 4. stupeň příspěvku na péči, což odpovídá 8 % výzkumného souboru. Čeledová a Holčík (2017) popisují, že 4. stupeň závislosti pro účely příspěvku na péči je přiznáván osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nejsou schopny zvládat devět nebo deset základních životních potřeb. S ohledem na tuto skutečnost, je nízké zastoupení těchto osob ve výzkumu dosti očekávané. Zůstává však otázkou, zda i těchto 17 osob pobírající 4. stupeň příspěvku na péči opravdu vyplňovalo dotazník samo podle svého uvážení nebo zda dotazník pro výzkumné účely vyplnila jejich rodina či pečující osoby.

Čevela (2017) popisuje, že příspěvek na péči je rozčleněn na 4 stupně závislosti podle počtu nezvládaných základních životních potřeb žadatele a podle konkrétního stupně závislosti se vyplácí příspěvek na péči v odpovídající výši. Při výzkumu bylo zjištěno, že žadatelé příspěvku na péči se neorientují v těchto stupních závislosti. Někteří žadatelé uváděli, kolik pobírají peněz namísto přiznaného stupně závislosti. Namátkou uvedu příklad 62leté ženy, která uvedla, že pobírá 4. stupeň závislosti ve výši 4 400 Kč, což ale ve skutečnosti odpovídá 2. stupni. Na správný stupeň závislosti pobíraného příspěvku byly opraveny pouze ty dotazníky, kde žadatelé uvedli pobíranou částku v Kč, v ostatních případech nelze s jistotou zaručit správnost výsledků. Tato neinformovanost ohledně existujících stupních závislosti u žadatelů mohla ve více dotaznících zkreslit výsledky výzkumu.

Zjištění, že žadatelé příspěvku na péči nejsou spokojeni s délkou řízení bylo očekávané. Překvapivé byly ale výsledky ohledně vnímání a hodnocení LPS. Zde jsem očekávala razantnější výkyv k negativnímu pólu stupnice, především z důvodu svých praktických zkušeností, kdy si žadatelé stěžují na činnost LPS. Předpokládám, že žadatelé, kteří jsou s posudkem spokojeni se již neozvou, aby poděkovali, kdežto ti nespokojení nám na oddělení LPS OSSZ zavolají nebo dokonce nám osobně přijdou sdělit svůj názor a rozhořčení. Arnoldová (2013b) uvádí ve vztahu k této problematice, že veřejnost nemá dostatečný zájem být objektivně a vyváženě informována o platných zákonných ustanoveních o posuzování zdravotního stavu. Podle předpokladu se také prokázalo, že vliv na hodnocení LPS má stupeň přiznaného příspěvku na péči, kde byla prokázána přímá úměrnost. Bylo zjištěno, že čím vyšší stupeň byl žadatelům přiznán, tím pozitivnější bylo jejich hodnocení a naopak čím nižší stupeň byl uznán (nebo vůbec žádný), tím více se respondenti přikláněli k negativnějšímu hodnocení.

V nepovinné části dotazníku uvedla jedna z respondentek, že posudkoví lékaři nemohou znát všechny choroby a obtíže s tím spojené. Ve svém zaměstnání se občas s těmito názory také setkávám. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta však ukládá posudkovým lékařům povinnost účastnit se celoživotního vzdělávání a průběžně tak obnovovat své vědomosti vzhledem k rozvoji oboru a nejnovějším vědeckým poznatkům. Po vyhodnocení dat získaných z výzkumu se neprokázalo, že by více žadatelů bylo nakloněno názoru, že odbornost posudkových lékařů je nedostatečná. Bosák (2016a) uvádí, že posudkoví lékaři se

podobně jako lékaři ostatních medicínských oborů v rámci celoživotního vzdělávání proškolují v několika medicínských oblastech a v interpretaci posudku o zdravotním stavu vychází z poznatků všech klinických oborů. Bosák (2016a) dále dodává, že o příspěvku na péči nemůže rozhodovat lékař s hlubší specializací na dané onemocnění, protože sice chirurg by mohl posuzovat chirurgický handicap, psychiatr psychiatrické onemocnění, ale kdo by v takovém případě měl posuzovat klienty s kombinovaným postižením, kteří tvoří většinu žadatelů o příspěvek na péči?

9 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat proces posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči a zjistit, jaké jsou stereotypy a předsudky vůči lékařské posudkové službě u žadatelů příspěvku na péči.

Při výzkumu se nepodařilo zajistit dostatečnou reprezentativnost výzkumného souboru, který tvořilo jen 212 respondentů a výsledky tedy nelze zobecnit a vztáhnout na celý základní soubor, který obsahoval 996 žadatelů příspěvku na péči.

Bylo zjištěno, že výzkumný soubor respondentů názorově osciloval kolem neutrálních postojů, a proto nebylo potvrzeno, že by žadatelé příspěvku na péči měli stereotypy a předsudky vůči lékařské posudkové službě. Respondenti se nejrazantněji přiklonili k tvrzení, že posuzování zdravotního stavu trvá příliš dlouho a zároveň, že toto posuzování vnímají jako nutné a důležité.

Výzkumem nebyla potvrzena hypotéza, že by žadatelé příspěvku na péči hodnotili LPS negativně a spíše se prokázalo, že respondenti hodnotí LPS neutrálně. Dále nebyla potvrzena ani hypotéza, že se žadatelé příspěvku na péči domnívají, že posudkoví lékaři hodnotí jejich zdravotní stav subjektivně namísto objektivních skutečností zjištěných ze zdravotní dokumentace. Byla tedy potvrzena pouze hypotéza, že žadatelé příspěvku na péči nejsou spokojeni s délkou řízení. Srovnání výsledků podle pohlaví nepřineslo žádné výraznější výkyvy v názorech respondentů. V závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči již byly sledovány určité rozdíly, například ve vnímání LPS, kdy respondenti s přiznaným 4. stupněm hodnotili LPS pozitivněji než respondenti, kterým příspěvek na péči nebyl přiznán a hodnotili tak LPS spíše negativněji.

Jako námět pro zlepšení v uvedené oblasti bych navrhla zvýšení informovanosti žadatelů příspěvku na péči o posuzování zdravotního stavu a ohledně členění jednotlivých stupňů závislosti.

Výsledky bakalářské práce mohou být využity orgány státní správy jako ukazatel současného vnímání lékařské posudkové služby žadateli příspěvku na péči a mohou být využity při procesu posuzování stupě závislosti v aspektech nelegislativní povahy.

10 Seznam použitých zdrojů

1. ARNOLDOVÁ, A., 2012. Sociální zabezpečení I. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-3724-9.
2. ARNOLDOVÁ, A., 2013a. LPS a její funkce v systému sociálního zabezpečení v České republice – 1. část. *Národní pojištění*. 44(4), 29-32. ISSN 0323-2395.
3. ARNOLDOVÁ, A., 2013b. LPS a její funkce v systému sociálního zabezpečení v České republice – 2. část. *Národní pojištění*. 44(5), 24-7. ISSN 0323-2395.
4. ARNOLDOVÁ, A., 2013c. LPS a její funkce v systému sociálního zabezpečení v České republice – 3. část. *Národní pojištění*. 44(6), 23-6. ISSN 0323-2395.
5. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
6. AUGOUSTINOS, M., WALKER, I., DONAGHUE, N., 2014. *Social Cognition: an Integrated Introduction*. 3. issue. London: Sage Publications. 386 p. ISBN 978-1-4462-1052-9.
7. BARNES, S., 2006. *Subverting the Power of Prejudice: Resources for Individual and Social Change*. Downers Grove, Ill.: IVP Academic. 214 p. ISBN 978-0-8308-3339-9.
8. BEDNÁŘ, V., 2013. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-4211-3.
9. BOSÁK, M., 2016a. Specializace posudkových lékařů. *Národní pojištění*. 47(3). 44. ISSN 0323-2395.
10. BOSÁK, M., 2016b. Ohled na stav rodiny při posuzování nároku na příspěvek na péči. *Národní pojištění*. 47(5). 44. ISSN 0323-2395.
11. BOSÁK, M., 2016c. Kvalita podkladů pro posudkového lékaře. *Národní pojištění*. 47(7). 45-6. ISSN 0323-2395.
12. BOSÁK, M., 2017a. LPS v hledáčku médií. *Národní pojištění*. 48(5). 19-22. ISSN 0323-2395.
13. BOSÁK, M., 2017b. Mezinárodní praxe v posuzování zdravotního stavu. *Národní pojištění*. 48(11), 18-20. ISSN 0323-2395.
14. BOSÁK, M., 2018. Odborní asistenti posudkového lékaře v praxi LPS ČSSZ. *Národní pojištění*. 49(8-9), 35-6. ISSN 0323-2395.

15. BUDILOVÁ, A., LAMKOVÁ, J. et al., 2003. *Příručka pro posudkovou službu sociálního zabezpečení*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 335 s. ISBN 80-86552-42-x.
16. ÇAKIRPALOGLU, P., 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4033-1.
17. ČELEDOVÁ, L., 2017. Posuzování zdravotního stavu seniorů pro účely dávek a benefitů ze systému sociálního zabezpečení. In: ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. et al. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Karolinum, s. 425-27. ISBN 978-80-246-3828-7.
18. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., BOSÁK, M., 2015. *Posudková činnost v ordinaci praktického lékaře: manuál pro praxi v oblasti sociálního zabezpečení a zaměstnanosti*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4844-3.
19. ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J., 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 203 s. ISBN 978-80-246-3809-6.
20. ČENĚK, J., SMOLÍK, J., VYKOUKALOVÁ, Z., 2016. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5414-7.
21. ČEVELA, R., 2017. Příspěvek na péči, stupeň závislosti. In: ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. et al. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Karolinum, s. 442-49. ISBN 978-80-246-3828-7.
22. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., ZVONÍKOVÁ, A., 2010. *Posudkové lékařství: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-3285-5.
23. DUKOVÁ, I., DUKA, M., KOHOUTOVÁ, I., 2013. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3880-2.
24. HANNA, D., 2016. *Mastering Self: To Lead Self and Others*. Bloomington: WestBow Press. 722 p. ISBN 978-1-5127-2589-6.
25. CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. vydání. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
26. JIŘINCOVÁ, B., 2010. *Efektivní komunikace pro manažery*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1708-1.
27. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
28. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E., 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči k 1.7.2012: komentář, právní předpisy*. 4. vydání. Olomouc: Anag. 464 s. ISBN 978-80-7263-748-5.

29. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
30. RECKNAGEL, M., ROHMANN-VAN WÜLLEN, H., 2007. *Clever kommunizieren: Schwierige Gespräche souverän meistern*. Offenbach am Main: Gabal. 175 s. ISBN 978-3-8448-8938-3.
31. REICHEL, J., 2009. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
32. ROGERS, B., 2017. *Perception: a Very Short Introduction*. New York: Oxford University Press. 162 p. ISBN 978-0-19-879100-3.
33. SEIFERT, B., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 978-80-246-2082-4.
34. SIXTOVÁ, E., MATĚJČKOVÁ, J., 2015. Mýty a omyly spojené s příspěvkem na péči a jejich uvedení na pravou míru. *Národní pojištění*. 46(1), 25-9. ISSN 0323-2395.
35. *Slovník sociálního zabezpečení 2015*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 130 s. ISBN 978-80-7421-114-0.
36. URBAN, L., 2011. *Sociologie trochu jinak*. 2. vydání. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3562-7.
37. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, 2004. [online]. [cit. 2018-08-11]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1434-51. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=95/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
38. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2018-08-18]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-89. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
39. Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, 2009. [online]. [cit. 2018-08-07]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 21, s. 798-839, ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2009&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=14>

11 Seznam příloh

Příloha č. 1: Vymezení schopnosti zvládat základní životní potřeby

Příloha č. 2: Dotazník

Příloha č. 3: Průměrné hodnoty respondentů podle věku

Příloha č. 4: Průměrné hodnoty podle stupně příspěvku na péči

Příloha č. 1: Vymezení schopnosti zvládat základní životní potřeby

a) Mobilita

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat:

- vstávání a usedání,
- stoj,
- zaujímat a měnit polohy,
- pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v bytě a běžném terénu v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu,
- otevírat a zavírat dveře,
- chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů,
- nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových, a používat je.

b) Orientace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna:

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

c) Komunikace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna:

- vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající věku a sociálnímu postavení,
- chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv,
- vytvářet rukou psanou krátkou zprávu,
- porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům,
- používat běžné komunikační prostředky.

d) Stravování

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna:

- vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny,
- nalít nápoj,
- rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat ji,
- najíst se a napít,
- dodržovat stanovený dietní režim,
- konzumovat stravu v obvyklém denním režimu,
- přemístit nápoj a stravu na místo konzumace.

e) Oblékání a obouvání

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna:

- vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem,
- rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit,

- oblékat se a obouvat se,
- svlékat se a zouvat se,
- manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

f) Tělesná hygiena

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna:

- použít hygienické zařízení,
- dodržovat tělesnou hygienu, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla,
- provádět celkovou hygienu,
- česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

g) Výkon fyziologické potřeby

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna:

- včas používat WC,
- zaujmout vhodnou polohu,
- vyprázdnit se,
- provést očistu,
- používat hygienické pomůcky.

h) Péče o zdraví

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna:

- dodržovat stanovený léčebný režim,
- provádět stanovené preventivní, léčebné a léčebně rehabilitační a ošetrovatelské postupy a opatření a používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky,
- rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc.

i) Osobní aktivity

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna:

- navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami,
- plánovat a uspořádat osobní aktivity,
- styku se společenským prostředím,
- stanovit si a dodržet denní program,
- vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, například vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

j) Péče o domácnost

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna:

- nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti,
- manipulovat s předměty denní potřeby,
- obstarat si běžný nákup,
- ovládat běžné domácí spotřebiče,
- uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj,
- vykonávat běžné domácí práce, nakládat s prádlem, mýt nádobí,
- obsluhovat topení,
- udržovat pořádek.

Příloha č. 2: Dotazník

Vážení,

jmenuji se Jaroslava Kozinová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás pro potřeby mé bakalářské práce na téma „Vnímání lékařské posudkové služby žadateli příspěvku na péči“ požádala o vyplnění krátkého dotazníku. Při vyplňování nepřemýšlejte příliš dlouho o jednotlivých výrociích, ale odpovědte pokud možno spontánně.

Vyplněním dotazníku vyjadřujete souhlas, že jste seznámen/a s povahou a metodami tohoto výzkumu.

Chtěla bych Vás ujistit, že veškeré informace budou použity výhradně ke studijním účelům a veškeré Vaše odpovědi (i případné připomínky) jsou zcela anonymní.

Vyplněný dotazník prosím vložte do přiložené obálky s nadepsanou adresou. Obálku poté prosím zašlete prostřednictvím České pošty.

Děkuji za vyplnění.

Pohlaví: žena muž

Věk: let

Byl mi přiznán příspěvek na péči ve (1-4) stupni závislosti (v případě, že Vám příspěvek na péči nebyl uznán, vepište křížek).

Uplatnil/a jsem právo vidět posudek o svém zdravotním stavu? ano ne

Nyní z následujících tvrzení vyberte to, které se nejvíce ztotožňuje s Vaším názorem na posuzování Vašeho zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči. (Čím více souhlasíte s jedním z dvojic tvrzení, tím blíže k němu udělejte křížek (X) v daném řádku. Pokud souhlasíte v oběma možnostech stejně, udělejte křížek v prostřední kolonce):

Měl/a jsem k dispozici dostatek informací ohledně probíhajícího řízení.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neměl/a jsem k dispozici dostatek informací ohledně probíhajícího řízení.
S komunikací s lékařskou posudkovou službou jsem spokojen/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S komunikací s lékařskou posudkovou službou nejsem spokojen/a.
Posuzování zdravotního stavu je rychlé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posuzování zdravotního stavu trvá příliš dlouho.
Byl mi zpracován kvalitní posudek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Byl mi zpracován nekvalitní posudek.
Odbornost lékařské posudkové služby je na vysoké úrovni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odbornost lékařské posudkové služby je na nízké úrovni.
Posudek, na jehož základě mi byl/nebyl přiznán příspěvek na péči je spravedlivý.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posudek, na jehož základě mi byl/nebyl přiznán příspěvek na péči je nespravedlivý.
Lékařskou posudkovou službu hodnotím pozitivně.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lékařskou posudkovou službu hodnotím negativně.
Posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči je podle mého názoru nezbytné (důležité).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči je podle mého názoru zbytečné.

Praktický lékař vyžadoval prohlídku mého zdravotní stavu pro účely příspěvku na péči.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praktický lékař nevyžadoval prohlídku mého zdravotní stavu pro účely příspěvku na péči.
Praktický lékař vyplnil tiskopis o mém zdravotním stavu v mé přítomnosti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praktický lékař vyplnil tiskopis o mém zdravotním stavu v mé nepřítomnosti.
Praktický lékař ode mě chtěl předložit aktuální lékařské nálezy, případně propouštěcí zprávy z hospitalizace.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praktický lékař ode mě nechtěl předložit aktuální lékařské nálezy, případně propouštěcí zprávy z hospitalizace.
Myslím si, že spolupráce mého praktického lékaře s lékařskou posudkovou službou je dostatečná.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Myslím si, že spolupráce mého praktického lékaře s lékařskou posudkovou službou je nedostatečná.
Posudkový lékař hodnotil moji žádost na základě skutečností zjištěných v lékařských nálezech (objektivně).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posudkový lékař hodnotil moji žádost na základě svého vlastního názoru na mě a mé onemocnění (subjektivně).
Posoudit zdravotní stav na základě lékařské dokumentace je podle mě obtížné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posoudit zdravotní stav na základě lékařské dokumentace je podle mě snadné.
Příspěvek na péči by se měl přiznávat podle zdravotního stavu žadatele jako je tomu dosud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Příspěvek na péči by se měl přiznávat podle věku žadatele, protože s rostoucím věkem klesá soběstačnost.

Zde můžete vyjádřit Váš názor k posuzování příspěvku na péči a lékařské posudkové službě (nepovinné):

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji za vstřícnost a vyplnění dotazníku.

Příloha č. 3: Průměrné hodnoty respondentů podle věku

	18-29 let	30-39 let	40-49 let	50-59 let	
Dostatek informací	2,70	2,50	3,20	2,67	Nedostatek informací
Spokojenost s komunikací s LPS	2,90	2,60	3,13	2,78	Nespokojenost s komunikací s LPS
Rychlé posouzení	4,00	3,90	4,27	3,78	Pomalé posouzení
Kvalitní posudek	2,60	2,50	3,07	2,83	Nekvalitní posudek
Odbornost LPS	2,70	2,70	3,07	2,61	Neodbornost LPS
Spravedlivý posudek	2,40	2,70	2,93	2,78	Nespravedlivý posudek
Pozitivní vnímání LPS	3,20	3,30	4,00	3,39	Negativní vnímání LPS
Posouzení je důležité	2,10	2,40	2,60	1,94	Posouzení je zbytečné
Byla prohlídka u prakt. lékaře	2,50	3,90	3,07	2,72	Nebyla prohlídka u prakt. lékaře
Vyplnění tiskopisu v přítomnosti	3,50	4,10	3,60	3,44	Vyplnění tiskopisu v nepřítomnosti
Praktický lékař chtěl nálezy	2,00	2,70	2,33	1,56	Praktický lékař nechtěl nálezy
Dobrá spolupráce prakt. lékaře a LPS	2,80	3,10	3,00	2,67	Špatná spolupráce prakt. lékaře a LPS
Posouzení je objektivní	3,30	3,40	3,07	3,11	Posouzení je subjektivní
Posouzení je obtížné	2,60	2,90	2,60	2,56	Posouzení je snadné
Posuzovat jako dosud	1,90	2,30	2,73	2,17	Posuzovat podle věku

	60-69 let	70-79 let	80-89 let	90-99 let	
Dostatek informací	2,41	2,69	2,62	2,70	Nedostatek informací
Spokojenost s komunikací s LPS	2,48	2,79	2,77	2,50	Nespokojenost s komunikací s LPS
Rychlé posouzení	3,59	3,69	3,78	3,40	Pomalé posouzení
Kvalitní posudek	2,74	2,73	2,72	2,65	Nekvalitní posudek
Odbornost LPS	2,81	2,79	2,80	2,95	Neodbornost LPS
Spravedlivý posudek	2,81	2,79	2,53	2,60	Nespravedlivý posudek
Pozitivní vnímání LPS	3,37	3,04	2,88	2,75	Negativní vnímání LPS
Posouzení je důležité	1,74	2,12	2,40	2,50	Posouzení je zbytečné
Byla prohlídka u prakt. lékaře	2,70	2,58	2,55	2,55	Nebyla prohlídka u prakt. lékaře
Vyplnění tiskopisu v přítomnosti	3,56	3,10	3,17	3,35	Vyplnění tiskopisu v nepřítomnosti
Praktický lékař chtěl nálezy	1,93	2,35	2,50	2,75	Praktický lékař nechtěl nálezy
Dobrá spolupráce prakt. lékaře a LPS	2,41	2,52	2,58	2,75	Špatná spolupráce prakt. lékaře a LPS
Posouzení je objektivní	2,78	2,62	2,65	2,45	Posouzení je subjektivní
Posouzení je obtížné	2,33	2,71	2,78	2,35	Posouzení je snadné
Posuzovat jako dosud	2,74	2,56	2,62	2,65	Posuzovat podle věku

Příloha č. 3: Průměrné hodnoty podle stupně příspěvku na péči

	neuznán	1. stupeň	2. stupeň	3. stupeň	4. stupeň	
Dostatek informací	3,00	2,67	2,55	2,74	2,53	Nedostatek informací
Spokojenost s komunikací s LPS	2,89	2,80	2,81	2,60	2,41	Nespokojenost s komunikací s LPS
Rychlé posouzení	4,06	3,84	3,76	3,57	3,59	Pomalé posouzení
Kvalitní posudek	2,89	2,73	2,76	2,62	2,82	Nekvalitní posudek
Odbornost LPS	2,89	2,91	2,81	2,64	2,82	Neodbornost LPS
Spravedlivý posudek	3,22	2,75	2,65	2,57	2,41	Nespravedlivý posudek
Posouzení je důležité	3,56	3,15	3,15	3,06	2,71	Negativní vnímání LPS
Posouzení je důležité	2,00	2,11	2,05	2,49	2,76	Posouzení je zbytečné
Byla prohlídka u prakt. lékaře	2,28	2,76	2,65	2,68	3,06	Nebyla prohlídka u prakt. lékaře
Vyplnění tiskopisu v přítomnosti	3,06	3,36	3,43	3,38	2,94	Vyplnění tiskopisu v nepřítomnosti
Praktický lékař chtěl nálezy	2,17	2,45	2,13	2,34	2,65	Praktický lékař nechtěl nálezy
Dobrá spolupráce prakt. lékaře a LPS	2,33	2,58	2,80	2,47	2,82	Špatná spolupráce prakt. lékaře a LPS
Posouzení je objektivní	2,89	2,85	2,92	2,51	2,47	Posouzení je subjektivní
Posouzení je obtížné	2,44	2,82	2,60	2,45	2,88	Posouzení je snadné
Posuzovat jako dosud	2,72	2,49	2,60	2,45	2,53	Posuzovat podle věku

12 Seznam tabulek

Tabulka 1: Výše příspěvku na péči platná od 1.8.2016	20
--	----

13 Seznam obrázků

Obrázek 1: Pohlaví respondentů	37
Obrázek 2: Věkové zastoupení respondentů.....	37
Obrázek 3: Věkové zastoupení respondentů podle pohlaví.....	38
Obrázek 4: Stupeň přiznaného příspěvku na péči.....	39
Obrázek 5: Stupeň přiznaného příspěvku na péči podle pohlaví respondentů	39
Obrázek 6: Uplatnění nároku na seznámení se s posudkem.....	40
Obrázek 7: Sémantický diferenciál.....	41
Obrázek 8: Sémantický diferenciál podle věku respondentů.....	43
Obrázek 9: Sémantický diferenciál podle pohlaví respondentů	45
Obrázek 10: Sémantický diferenciál podle stupně přiznaného příspěvku na péči	46

14 Seznam zkratk

ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
LPS	lékařská posudková služba
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OAPL	odborný asistent posudkového lékaře
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
PK MPSV	posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí
ZŽP	základní životní potřeby