



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra právních oborů, řízení a ekonomiky

Bakalářská práce

Úloha a kompetence lékařské posudkové služby v sociálním zabezpečení

Vypracovala: Romana Váňová
Vedoucí práce: MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce na téma *Úloha a kompetence lékařské posudkové služby v sociálním zabezpečení* se zabývá činností Lékařské posudkové služby a posuzováním zdravotního stavu osob pro účely dávek systému sociálního zabezpečení.

Lékařskou posudkovou službu tvoří posudkové komise, které disponují posudkovými pravomocemi. Vydávají posudky o zdravotním stavu osoby v souladu s kritérii obsaženými v právních předpisech. Posudek pak slouží jako podklad pro rozhodnutí k přiznání některé ze sociálních dávek. Jedná se o dávky poskytované na základě nemocenského a důchodového pojištění, o dávky tzv. nepojistné, tj. dávky státní sociální podpory, dávky sociální péče a zaměstnanosti.

Cílem této práce bylo popsat stávající kompetence posudkového orgánu a zjistit, zda lze tyto kompetence převést na jinou lékařskou či nelékařskou odbornost.

Teoretická část popisuje činnost Lékařské posudkové služby, kompetence a úlohu v jednotlivých systémech sociálního zabezpečení. Praktická část ověřuje hypotézy ohledně převedení kompetencí na jinou lékařskou či nelékařskou odbornost. V praktické části své práce jsem se zaměřila na posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči. Příspěvek na péči je poskytován osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné osoby.

Byl proveden kvantitativní výzkum. Celkem bylo rozdáno 90 dotazníků respondentům ve věku do 65 let z Benešova a okolí. V souvislosti s cílem práce byly určeny následující hypotézy.

Hypotéza H1: Kompetence LPS lze převést na jinou lékařskou odbornost při posuzování stupně závislosti. Tato hypotéza byla potvrzena. Zjistila jsem, že 62 % respondentů si přeje, aby je posuzoval pouze praktický lékař. Tudíž se nabízí možnost, převést kompetence LPS na praktické lékaře. Praktický lékař zná své pacienty více, nežli posudkový lékař.

Hypotéza H2: Kompetence LPS lze převést na jinou nelékařskou odbornost při posuzování stupně závislosti. Hypotéza H2 byla také potvrzena. 69 % respondentů chce, aby posudek sepsal někdo jiný než posudkový lékař, přičemž 55 % respondentů si

myslí, že lze převést kompetence na odborně proškolené osoby. Zde je možné převést kompetence posudkových lékařů na referentky posudkové služby.

Výsledky práce mohou sloužit jako ukazatel současného vnímání lékařské posudkové služby laickou veřejností.

Klíčová slova

Lékařská posudková služba – posudek – sociální zabezpečení – příspěvek na péči

Abstract

The Bachelor's thesis called *The Role and Competence of the Medical Assessment Service in the Social Security System* deals with the workings of the Medical Assessment Service and health assessment of people for the purposes of care allowance.

The Medical Assessment Service consists of the Consultative Committees. The Consultative Committees have the consultative authority. They give out opinions of objective ascertained state of health of the person in accordance with the law. The medical assessment is used as the basis for the decision of welfare benefits granting. It's about the sickness and pension insurance, non-insurance benefits, it means the social security benefits, benefits of social care and employment.

The goal of this thesis was a current competencies description of the Medical Assessment Service. Another purpose was to find out if it is possible to transfer the current competencies to another medical or non- medical institution.

Theoretical part describes the workings of the Medical Assessment Service, competencies and role in the particular social security systems. The practical part of the thesis is verifying the hypotheses of the transfer of competencies to another medical or non- medical institution. In the practical part of this thesis I focused on the assessment of health for the purpose of the care allowance. The care allowance is provided to those who are dependent on assistance of another person because of the long-term health condition.

It was made a quantitative research. There were distributed 90 questionnaires to respondents aged under 65 years from Benešov city and vicinity. In the connection with the goal of the thesis they were determined the following hypotheses.

The hypothesis H1: The Competence of the Medical Assessment Service can be transferred to another medical institution during the assessment of dependence degree. This hypothesis was confirmed. 62 % of respondents wants to be assessed only by a

general practitioner. I think there is a possibility of transferring the competencies of the medical assessment service on general physicians.

The hypothesis H2: The Competence of the Medical Assessment Service can be transferred to another non- medical institution during the assessment of dependence degree. The hypothesis H2 was confirmed as well. 69 % of respondents wants somebody else than the physician assessment service to write the medical assessment.

55 % of respondents thinks competencies of the Medical Assessment Service can transfer to specially trained people. So, there is a possibility to transfer the competencies to the assessment service's officer.

The results of the thesis may work as an indicator of the current perception of the Medical Assessment Service by the non-professional public.

Keywords

The Medical Assessment Service – medical assessment – The Social Security System – Care allowance

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. května 2015

.....

Romana Váňová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu své bakalářské práce, MUDr. Rostislavu Čevelovi, Ph.D., MBA za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady, připomínky a čas, který mi věnoval. Dále děkuji respondentům, kteří byli ochotni účastnit se výzkumného šetření k této bakalářské práci.

Obsah

Úvod	11
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Sociální zabezpečení	13
1.2 Systém sociálního zabezpečení	14
1.3 Úloha lékařské posudkové služby v systému sociálního zabezpečení a zaměstnanosti	15
1.3.1 Činnost lékařské posudkové služby	15
1.3.2 Role lékařské posudkové služby v sociálním zabezpečení	17
1.3.3 Práva a povinnosti orgánů LPS	17
1.4 Úloha lékařské posudkové služby v nemocenském pojištění	19
1.4.1 Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů	19
1.4.2 Druhy dávek nemocenského pojištění (§ 4 zák. 187/2006 Sb.)	19
1.4.3 Nemocenské	19
1.4.4 Peněžité pomoci v mateřství	21
1.4.5 Ošetřovné	21
1.4.6 Vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství	21
1.4.7 Úloha posudkových lékařů	22
1.5 Úloha lékařské posudkové služby v důchodovém pojištění	23
1.5.1 Druhy důchodů	23
1.5.2 Posudková činnost	23
1.5.3 Žádost o invalidní důchod	24
1.6 Systém sociální pomoci	25
1.6.1 Právní úprava	25
1.6.2 Organizace systému sociální pomoci	26
1.6.3 Dávky sociální pomoci	26
1.6.4 Příspěvek na péči	27
Zahájení řízení o dávce	29
1.7 Sociální služby	32
1.7.1 Obecně o sociálních službách	32
1.7.2 Standardy kvality sociálních služeb	33
1.7.3 Druhy sociálních služeb	34
1.7.4 Poskytování sociálních služeb	36
1.7.5 Financování sociálních služeb	37

1.8	Sociální pracovník a posudkový lékař, předpoklady k výkonu povolání	37
1.8.1	Sociální pracovník	37
1.8.2	Posudkový lékař	38
1.9	Syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby	39
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	41
2.1	Cíl práce	41
2.2	Hypotézy	41
3	METODIKA	42
3.1	Metoda a technika sběru dat	42
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	42
4	VÝSLEDKY	43
5	DISKUZE	58
6	ZÁVĚR	62
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	64
8	PŘÍLOHY	68

Seznam použitých zkratk

LPS – lékařská posudková služba

MPSV ČR – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

OSSZ – Okresní správa sociálního zabezpečení

DPN – dočasná pracovní neschopnost

DNZS – dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

ČR – Česká republika

Úvod

Pro zpracování bakalářské práce jsem zvolila téma Úloha a kompetence lékařské posudkové služby v sociálním zabezpečení. Toto téma jsem si vybrala, protože si myslím, že ačkoliv je velmi aktuální, málo se o něm píše a hovoří. To dokládá i fakt, jak malé množství odborné literatury je k dispozici na toto téma. Dalším důvodem výběru tohoto tématu je, že se může za vzniku nepříznivé sociální situace, ať už z důvodu nemoci či úrazu, dotýkat kohokoliv z nás. Za této situace se pak i my postavíme na stranu žadatele o sociální dávku a budeme čekat na výsledek posudku. Lékařskou posudkovou službou v rezortu MPSV České republiky se rozumí soustava specializovaných posudkových lékařů. Lékařská posudková činnost je vykonávána MPSV ČR, posudkovými komisemi MPSV, ČSSZ a OSSZ. Hlavní náplní práce lékařské posudkové služby je posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pro účely jednotlivých systémů sociální ochrany. Lékař posudkové služby vydává posudky, které pak slouží jako podklad pro rozhodnutí k přiznání některé ze sociálních dávek. Jedná se o dávky poskytované na základě nemocenského a důchodového pojištění, o dávky tzv. nepojistné, tj. dávky státní sociální podpory, dávky sociální péče a zaměstnanosti. Při posuzování zdravotního stavu vychází lékař ze zdravotního stavu konkrétní osoby, tedy z odborných lékařských zpráv, lékařských nálezů, z výsledků vlastního vyšetření a ze znalosti právních předpisů. V rámci toho pak zhotoví posudek objektivně zjištěného zdravotního stavu posuzované osoby, který je v souladu s posudkovými kritérii zakotvenými v právních předpisech. V roce 2011 se obor posudkové služby zapojil do příprav a realizace sociální reformy. Byl přijat nový způsob posuzování stupně závislosti a nový způsob posuzování zdravotního stavu pro účely poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

Cílem práce je zmapovat činnost a popsat stávající kompetence lékařské posudkové služby. Dále bych chtěla ve výzkumné části práce zjistit, zda lze tyto kompetence převést zčásti či zcela na jinou lékařskou či nelékařskou odbornost.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá popisem činnosti lékařské posudkové služby, jejich kompetencí a úlohou v jednotlivých systémech sociálního zabezpečení.

Praktická část je zaměřena na ověření hypotéz ohledně převedení kompetencí LPS na jinou lékařskou či nelékařskou odbornost. Jako model jsem si v praktické části zvolila proces posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči. Na základě kvantitativního výzkumu budou rozdány dotazníky respondentům. Šetření bude provedeno u osob do 65 let v okolí Benešova, které byly posouzeny a nyní pobírají či nikoliv příspěvek na péči. Získaná data budou analyzována a vyhodnocena. Výsledky budou zpracovány do podoby tabulek a grafů.

V závěru práce se věnuji výsledkům výzkumu, které mohou sloužit jako ukazatel současného vnímání lékařské posudkové služby laickou veřejností.

1 Současný stav

1.1 Sociální zabezpečení

V průběhu života každého člověka dochází k řadě změn. Některé ovlivní náš život krátce, jiné trvaleji. Každá změna přináší jistá rizika, jejichž důsledky se stávají břemenem, které jedinec není schopen nést.

Sociálním rizikem (též termín sociální událost, z *angl. social event*) rozumíme události předvídatelné (narození dítěte, stáří) a ty, které nelze předvídat (zejména nemoc, úrazy, invalidita, ztráta zaměstnání), způsobující tíživou situaci. V těchto životních situacích může jedinec uplatnit svůj nárok na sociální ochranu. (Matoušek, O., 2003)

Sociální zabezpečení lze charakterizovat jako prostředek k uskutečňování cílů sociální politiky. Ve své knize Sociální politika ho Krebs definuje jako soubor institucí, zařízení a opatření, jejichž prostřednictvím a pomocí se uskutečňuje předcházení, zmírňování a odstraňování následků sociálních událostí občanů. (Krebs, V., 2005)

Sociální zabezpečení je v každé zemi obsahově různě vnímáno. V užším pojetí ho lze vymezit na důchodové zabezpečení a sociální služby. Ovšem v širším pojetí zahrnujeme do sociálního zabezpečení státní sociální podporu, sociální pomoc a sociální služby, zabezpečení při dočasné neschopnosti pro nemoc a úraz, zabezpečení při invaliditě a ve stáří, zabezpečení v nezaměstnanosti. (Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A., 2010)

Mezi formy sociálního zabezpečení řadíme: sociální příjmy a sociální služby. (Ptáček, R., Čeledová, L., 2011)

Sociální příjmy představují významný nástroj sociální politiky. V ČR je tvoří zejména dávky důchodového a nemocenského pojištění, dávky státní sociální podpory, peněžité dávky sociální pomoci a podpory v nezaměstnanosti. Dávky máme jednorázové a opakující se, nebo peněžité a věcné. (Tröster, P. a kol., 2010)

Sociální služby slouží k uspokojování specifických potřeb určitých skupin obyvatel. Nejstarší formou sociálních služeb byly sociální azyly a útulky. (Šimák, M., 2013)

1.2 Systém sociálního zabezpečení

V průběhu devadesátých let proběhla transformace systému sociálního zabezpečení na systém sociální ochrany obyvatelstva. V České republice tak byly vytvořeny tři na sebe navazující systémy sociálního zabezpečení: systém sociálního pojištění, systém sociální podpory a systém sociální pomoci. (Krebs, V., 2005)

Systémy jsou od sebe odlišeny způsobem řešení sociální situace, financováním dávek v těchto systémech a organizačním zabezpečením. (Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A., 2010)

Do systému sociálního pojištění spadá důchodové a nemocenské pojištění. Jedná se v současné době o nejvíce preferovanou formu sociálního pojištění v moderních společnostech s tržní ekonomikou. Občan se tak předem pojistí vůči nejisté budoucí sociální události spojenou se ztrátou příjmu, v případě nemoci, invalidity, ztráty živitele apod. (Čeledová, L. *et al*, 2010)

Sociální pojištění vyjadřuje sociální odpovědnost občana vůči sobě samému, stejně tak jako ke své rodině. (Krebs, V., 2005)

Systém státní sociální podpory se zabývá situacemi, kdy je účelné podpořit rodinu, obzvláště pak rodinu s dětmi. V tomto případě zákon garantuje jednotlivé druhy základních sociálních dávek. Ty se v některých případech dále člení v závislosti na konkrétních sociálních situacích. (Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A., 2010)

Dle autora publikace o teorii a metodologii sociální politiky, dávkou rozumíme peněžité obnos k uspokojování svých potřeb tomu, kdo na něj má nárok dle zákonných podmínek. (Tomeš, I., 2010)

Dávky jsou financovány z daní a následně vypláceny prostřednictvím úřadů.

Systém sociální pomoci řeší situace hmotné a sociální nouze, které občan není schopen řešit sám nebo s pomocí vlastní rodiny. Sociální pomoc se poskytuje formou sociálních služeb (obce a kraje) a formou sociálně právní ochrany a dávek sociální pomoci (pověřené obecní úřady). Formy sociální pomoci (dávky a služby) jsou financovány ze státního rozpočtu a z rozpočtu obcí. (Šimák, M., 2013)

Sociální pomoc je obrazem toho, že se občan není schopen sám zaopatřit, nemá sociální pojištění a nesplnil podmínky vzniku nároku na státní zaopatření. (Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A., 2010)

1.3 Úloha lékařské posudkové služby v systému sociálního zabezpečení a zaměstnanosti

Lékařskou posudkovou službou rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) se rozumí soustava specializovaných posudkových lékařů. Náplní práce lékařské posudkové služby pro účely sociálního zabezpečení a zaměstnanosti je posuzování zdravotního stavu občanů a podávání posudků o zdravotním stavu a důsledcích z něj vyplývajících. Posudek pak slouží jako podklad pro rozhodnutí k přiznání některé ze sociálních dávek. (Čeledová, L. *et al*, 2010)

Lékařská posudková činnost je dále vykonávána v tzv. silových rezortech - obrany, vnitra, spravedlnosti a financí, což je mimo působnost Ministerstva práce a sociálních věcí. (Čeledová, L., Čevela, R., 2013)

1.3.1 Činnost lékařské posudkové služby

Lékařská posudková činnost v rezortu MPSV je vykonávána:

- Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR (MPSV),
- posudkovými komisemi Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (PK MPSV),
- Českou správou sociálního zabezpečení (ČSSZ),
- okresními správami sociálního zabezpečení (OSSZ). (MPSV, 2012)

Posudková služba na OSSZ působí jako prvoinstanční, zatímco na ČSSZ se zabývají posudky druhoinstančními. Jedná se o posudky ve věcech nemocenského pojištění pro účely odvolacích řízení a ve věcech důchodového pojištění. OSSZ posuzují zdravotní stav a pracovní schopnost fyzických osob. (Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A., 2010)

Posuzují:

- invaliditu a změnu stupně invalidity,
- dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte,
- zda je osoba zdravotně znevýhodněná,
- zda si fyzická osoba může zvýšit příjem vlastní prací s ohledem na svůj zdravotní stav,
- zda jde o fyzickou osobu těžce zdravotně postiženou,
- zda jde o fyzickou osobu dlouhodobě těžce zdravotně postiženou, dlouhodobě zdravotně postiženou nebo o dlouhodobě nemocné dítě pro účely dávek státní sociální podpory,
- stupně závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči. (Čeledová, L., Čevela, R., 2013)

Při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti se řídí místně příslušná OSSZ místem trvalého pobytu posuzované fyzické osoby.

V systému nemocenského pojištění lékaři provádějí kontrolu posuzování dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícími lékaři. (Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A., 2010)

Lékařskou posudkovou službu v organizačních strukturách MPSV tvoří tzv. posudkové komise. Komise mají posudkové pravomoci, nikoliv rozhodovací. Vydávají posudky pro účely odvolacích řízení ve věcech státní sociální podpory, sociální péče, aj. Komise musí být minimálně tříčlenné, a to v následujícím složení: předseda posudkové komise – posudkový lékař (zároveň zaměstnanec MPSV), tajemník komise (středoškolské vzdělání), odborný lékař – tzv. přisedící lékař (zastupující odbornou lékařskou veřejnost, činnost vykonává pro MPSV za úhradu). (Čeledová L., *et al*, 2010)

Posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí mají sídla v těchto městech – Praha, Brno, Ostrava, Ústí nad Labem, Hradec Králové, České Budějovice a Plzeň. (Čeledová, L., Čevela, R., 2013)

1.3.2 Role lékařské posudkové služby v sociálním zabezpečení

Lékařská posudková služba plní v sociálním zabezpečení několik rolí. (Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A., 2010)

- *Preventivní* – každý výrok LPS o pracovní schopnosti/neschopnosti je opatřením léčebně preventivním. Vlivy pracovního procesu a pracovního prostředí se eliminují, nebo nechají nadále působit na posuzovanou osobu.
- *Medicínská* – posouzením zjišťuje komplexní zdravotní stav fyzické osoby, vyhodnocuje všechny zjištěné informace o zdravotním stavu, stanoví posudkové závěry a prognózy.
- *Pracovní* – lékařská posudková činnost ovlivňuje množství ekonomicky aktivní populace.
- *Ekonomická* – díky své činnosti LPS ovlivňuje náklady vyplácené v systému sociálního zabezpečení na dávky podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem.
- *Sociální* – nepřímá účast na sociálním začleňování, spoluúčast na řešení konkrétní sociální situace žadatele o dávku za podmínky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Posudková služba posuzuje, zda jsou splněny podmínky nároku na příslušnou dávku, která příjemci umožní vyšší míru sociální nezávislosti.
- *Právní* – lékařská posudková služba vytváří odborné podklady pro rozhodování o nárocích na dávky žadateli podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. (Ptáček, R., Čeledová, L. a kol., 2011)

1.3.3 Práva a povinnosti orgánů LPS

Posouzení zdravotního stavu fyzické osoby provádí LPS na základě požadavku státního orgánu, u kterého byla podána žádost o dávku sociálního zabezpečení. Tento orgán vede řízení o této žádosti, a tudíž potřebuje posouzení zdravotního stavu žadatele

jako jeden z podkladů pro vydání rozhodnutí. V této souvislosti hovoříme o tzv. zjišťovací prohlídce. (Čeledová, L., Čevela, R., 2013)

Orgán LPS zhotoví posudek objektivně zjištěného zdravotního stavu posuzované osoby, který je v souladu s posudkovými kritérii zakotvenými v právních předpisech. Při posuzování stavu vychází orgán LPS z lékařských zpráv odborných lékařů, hodnotí všechny lékařské nálezy a dále vychází z výsledků vlastního vyšetření. (Čeledová, L., Čevela, R., 2013)

Orgán LPS má právo posuzovanou osobu vyzvat k podstoupení vyšetření svého zdravotního stavu nebo jiného odborného vyšetření v jím určeném zdravotnickém zařízení. Zdravotnická zařízení pak mají povinnost provést na vyžádání toto vyšetření. Zároveň mají povinnost na požádání zapůjčit zdravotní dokumentaci posuzované osoby, nebo vypracovat jiné podklady potřebné k posouzení zdravotního stavu.

Lékařská posudková služba provádí též tzv. kontrolní lékařské prohlídky. Jedná se o znovu posouzení zdravotního stavu se smyslem ověřit, zda zdravotní stav dotčené osoby stále odpovídá kritériím pro pobírání dávky. (Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A., 2010)

Povinností posuzované osoby je podrobit se na výzvu orgánu LPS prohlídce svého zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření. V případě, že se posuzovaná osoba odmítne vyšetření zdravotního stavu podrobit, výplata dávky sociálního zabezpečení je zastavena (pokud již dávku pobírá), nebo řízení o dávku je přerušeno (pokud o dávku žádá). (Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A., 2010)

Samotný posudek obsahuje výrok o plnění či neplnění zdravotní podmínky vymezené právní legislativou pro konkrétní okruh sociálních dávek. OSSZ předá nebo zašle občanovi stejnopis posudku do 7 dnů od vydání. (Arnoldová, A., 2010)

1.4 Úloha lékařské posudkové služby v nemocenském pojištění

1.4.1 Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Od 1. 1. 2009 vstoupil v platnost tento nový zákon o nemocenském pojištění. Upravuje nemocenské pojištění v případě dočasné pracovní neschopnosti, nařízené karantény, těhotenství a mateřství, ošetřování člena domácnosti nebo péče o něj a provádění pojištění. (Čeledová, L., 2010)

Hlavní úlohou nemocenského pojištění je zabezpečit pojištěnce některou z dávek za předpokladu, že splňuje podmínky k přiznání nároku na dávku. (Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A., 2010)

Orgány nemocenského pojištění – OSSZ, ČSSZ, MPSV, orgány ozbrojených sborů.

1.4.2 Druhy dávek nemocenského pojištění (§ 4 zák. 187/2006 Sb.)

- Nemocenské,
- peněžité pomoci v mateřství,
- ošetřovné,
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. (Česko, 2006)

1.4.3 Nemocenské

Jedná se o dávku, která je v našem systému čerpaná nejčastěji. Nárok na zmíněnou dávku má pojištěná fyzická osoba, které byla uznána dočasná pracovní neschopnost, nebo které byla nařízena karanténa, pokud dočasná pracovní neschopnost nebo karanténa trvá déle než 21 dní. (Kahoun, V., 2009)

Za dočasnou pracovní neschopnost považujeme (dle ust. §55 odst. 1, zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění) **stav, který pro poruchu zdraví nebo jiné v zákoně uvedené důvody neumožňuje pojištěnci:**

- vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dní, i jinou než dosavadní pojištěnou činnost,
- plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání podle zvláštního právního předpisu (tj. zák. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti), vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání, nebo trvá-li dočasná pracovní neschopnost po skončení dosavadní pojištěné činnosti. (Česko, 2006)

Za dočasnou pracovní neschopnost není považováno dle ust. §55 odst. 2, zák. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ošetřování pojištěnce

- v nočním sanatoriu,
- v době detoxikace po požití alkoholu, omamných nebo psychotropních látek, s výjimkou případů, kdy pojištěnec požil tyto látky bez vlastního zavinění,
- při poskytování zdravotní péče v osobním zájmu z kosmetických nebo estetických důvodů za úhradu pojištěncem. (Česko, 2006)

Doba, po kterou má být dávka vyplácena, tj. podpůrčí doba může nejdéle trvat 380 kalendářních dnů ode dne přiznání DPN a nemocenské se začíná vyplácet 15. kalendářním dnem DPN či od započetí karantény. (Arnoldová, A., 2012)

Ochranná lhůta je u nemocenského v rozsahu 7 kalendářních dnů od zániku pojištění. Ovšem v případě, že pojištění netrvalo ani 7 dnů, ochranná lhůta je pouze tolik dní, kolik pojištění opravdu trvalo. Ochranná lhůta běží samostatně z každé pojištěné činnosti. (Čeledová, 2010)

1.4.4 Peněžítá pomoc v mateřství

Dávka náleží těhotné ženě a matce po porodu, také otci dítěte, nebo manželovi ženy za podmínky, že si platil pojištění nejméně 270 kalendářních dní za poslední dva roky před nástupem peněžité pomoci v mateřství. Pokud má osoba více pojištění, náleží jí jen jedna dávka, avšak vypočtená ze všech pojištění. (Arnoldová, 2012)

Nárok na peněžitou pomoc v mateřství má pojištěnka, která porodí dítě. Za porod je v tomto případě považováno narození dítěte a následné zapsání dítěte do matriky. Při potratu nemůže pojištěnka uplatňovat nárok na dávku. (Tröster, P., 2010)

Dále nárok může uplatnit pojištěnec, který se stará o dítě a je biologickým otcem dítěte nebo manželem matky dítěte. Podmínkou je, že žena není schopna o dítě sama pečovat z důvodu dlouhodobého onemocnění a je vedena jako dočasně práce neschopná. Také má na dávku nárok pojištěnec, který má nezletilé dítě v náhradní rodinné péči. (Čeledová, 2010)

1.4.5 Ošetřovné

O této dávce nemocenského pojištění hovoříme v případě, že onemocní nějaký člen domácnosti a potřebuje péči jiné osoby. Pojištěná osoba má nárok na dávku, která nahradí úšlou mzdu z důvodu pečování o člena rodiny.

Pokud je ošetřovaným členem rodiny dítě, navíc starší 10 let, lékař posoudí, zda je nezbytně nutné ošetřování od jiného člena rodiny.

Ošetřovné je vypláceno závisle na tom, kolik dní je třeba dle posudku lékaře, aby ošetřování trvalo. (Arnoldová, 2012)

Uvedu příklad, kdy ošetřující lékař rozhodne, že je nutné ošetřování 5 dní. Pak tedy nositel nemocenského pojištění hradí jen těchto 5 dní.

1.4.6 Vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství

Jedná se o dávku, která je poskytnuta těhotné zaměstnané ženě, která je z důvodu ohrožení mateřské funkce či ohrožení života plodu převedena na jinou pracovní pozici.

Jedná se zejména o ženy pracující v nemocnicích na rtg, pracovnice v chemickém průmyslu, pracovnice v prostředí s rizikem infekce a další. Tento vyrovnávací příspěvek by měl nahradit pokles příjmu zaměstnankyně při přeložení na bezpečnější pracovní pozici. (Arnoldová, 2012)

1.4.7 Úloha posudkových lékařů

Úkolem lékařské posudkové služby je provádět kontroly posuzování zdravotního stavu ošetřujícími lékaři a také kontrolovat plnění jejich povinností. Posudkoví lékaři ověřují správnost posuzování zdravotního stavu, dočasnou pracovní neschopnost a potřebu ošetřování jinou osobou. Dále hodnotí ucelenost zdravotnické dokumentace při posuzování. (Čeledová, L., Čevela, R., 2013)

Kontrola probíhá na pracovišti ošetřujícího lékaře. Přítomen bývá i pojištěnec, kterého vyzve ošetřující lékař. Přítomnost je vyžadována, pokud posudkový lékař nestanoví jinak. Pojištěnec má povinnost se dostavit v navrhovaném termínu, identifikovat se platným průkazem a předat lékaři posudkové služby všechny dokumenty potřebné k posouzení zdravotního stavu.

Jestliže posudkový lékař zjistí, že není objektivní důvod pro trvání DPN nebo ošetřování, podá podnět OSSZ k vydání rozhodnutí o jeho ukončení, a to za předpokladu, že toto již neučinil ošetřující lékař. (Čeledová, 2010)

1.5 Úloha lékařské posudkové služby v důchodovém pojištění

1.5.1 Druhy důchodů

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění hovoří o čtyřech typech důchodových dávek:

- starobní,
- invalidní,
- vdovské a vdovecké,
- sirotčí. (Česko, 1995)

Pro přiznání příslušného důchodu je nutná účast na důchodovém pojištění, splněná potřebná doba pojištění a vznik příslušné sociální události. (Čeledová, L., Čevela, R., 2013)

1.5.2 Posudková činnost

V souvislosti s řízením o invalidní důchod provádí posudková služba posouzení zdravotního stavu, poklesu pracovní schopnosti a stupně invalidity. Toto provádí pro potřeby orgánu, který vydá rozhodnutí o nároku na invalidní důchod.

Příčinou invalidity je zdravotní postižení, které má charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. (Čeledová, L., Čevela, R., 2013)

Dle Arnoldové se za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav považuje takový zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti fyzické osoby nezbytné pro jeho pracovní schopnost déle než 1 rok a má nepříznivý dopad na jeho tzv. fyzický potenciál. (Arnoldová, A., 2010)

Dle jiných autorů, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvá déle než 1 rok, avšak může trvat i řadu let a přejít do trvalého stavu. Projevuje se snížením až výpadkem fyzických, duševních nebo smyslových schopností. Nepříznivost se může

také projevit v neschopnost využívat svůj kvalifikační potenciál, tj. neschopnost vykonávat dosavadní zaměstnání. (Čeledová, L., Čevela, R., 2013)

Invalidita je dynamická a může docházet ke změnám stupně invalidity, nebo k zániku invalidity vlivem léčby, rehabilitace. (Čeledová, L., Čevela, R., 2013)

1.5.3 Žádost o invalidní důchod

Řízení o invalidní důchod se zahajuje podáním písemné žádosti pojištěnce. Příslušná osoba zažádá o invalidní důchod na místně příslušné okresní správě sociálního zabezpečení dle místa trvalého bydliště. Zdravotní stav pojištěnce musí vykazovat známky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který mu neumožňuje nadále vykonávat dosavadní zaměstnání. Pokud osoba není schopna podat žádost sama, může toto na základě jejího souhlasu za ni učinit jiný rodinný příslušník. (Čeledová, L., Čevela, R., 2013)

Žadatel je povinen se podrobit vyšetření svého zdravotního stavu. Pokud vyšetření přes výzvu odmítne, řízení o invalidním důchodu může být přerušeno nebo pozastaveno do doby, než tak neučiní.

Pojištěnec dále předkládá lékařské zprávy od svých ošetřujících lékařů, které slouží jako podklady pro posouzení poklesu pracovní schopnosti. (Zvoníková, A., Čeledová, L., Čevela, R., 2010)

Poté dochází k posouzení zdravotního stavu pojištěnce, poklesu jeho pracovní schopnosti a invalidity místně příslušnou okresní správou sociálního zabezpečení. Posudkový lékař sepíše posudek, který je důležitý pro rozhodnutí o přiznání dávky – invalidního důchodu. (Zvoníková, A., Čeledová, L., Čevela, R., 2010)

Rozhodnutí o přiznání či nepřiznání invalidního důchodu pak vydává Česká správa sociálního zabezpečení v písemné formě. Proti posudku zdravotního stavu nelze podat opravný prostředek. Opravný prostředek – námitky, lze podat proti rozhodnutí ČSSZ o invalidním důchodu. (Čeledová, L., Čevela, R., 2013)

1.6 Systém sociální pomoci

Sociální pomoc (z angl. *social assistance*), dříve též pojem sociální péče, tvoří třetí pilíř sociálního zabezpečení v ČR. (Matoušek, O., 2003)

Dle Šimáka můžeme sociální pomoc charakterizovat jako „*pomoc poskytovanou státem nebo jiným subjektem osobám, nacházejícím se ve stavu nouze, za účelem uspokojení jejich potřeb v nezbytném rozsahu.*“ (Šimák, M., 2013)

Hlavním úkolem je zabezpečit základní životní potřeby osob v situacích, kdy nejsou schopny si tyto potřeby zabezpečit samy, ani rodinou. Smyslem sociální pomoci je obnovit životní situaci osoby k normálu.

Nástroji sociální pomoci jsou sociální poradenství, sociálně právní ochrana, poskytování sociálních služeb a vyplácení dávek sociální pomoci. (Jaknapeníze.eu, 2014)

1.6.1 Právní úprava

V mezinárodních právních pramenech je sociální pomoc zakotvena v **Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (1966)** a v **Evropské sociální chartě (1999)**.

Ve vnitrostátních pramenech vycházíme z **Listiny základních práv a svobod**, dle které má každý, kdo se ocitne v hmotné nouzi, právo na pomoc, která je nezbytná k zajištění základních životních podmínek. (Šimák, M., 2013)

K hlavním právním pramenům systému sociální pomoci řadíme:

- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,
- vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,
- zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu,
- zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi,

- vyhláška č. 389/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi,
- zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením,
- vyhláška č. 388/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. (Šimák, M., 2013)

1.6.2 Organizace systému sociální pomoci

Stát poskytuje dávky a služby skrze orgány státní správy. (Šimák, M., 2013)

Řadíme sem:

- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR,
- Úřad práce ČR – krajské pobočky a hlavní město Praha,
- krajské úřady,
- okresní správy sociálního zabezpečení,
- obecní úřady s rozšířenou působností,
- pověřené obecní úřady,
- kraje,
- obce.

1.6.3 Dávky sociální pomoci

V obecném členění dávek sociální pomoci rozlišujeme dávky dle doby poskytování, a to na dávky jednorázové nebo opakující se. Jiné dělení z hlediska formy na peněžité a věcné.

Věcnou dávkou rozumíme poskytnutí konkrétní věci, nebo konkrétní služby. K věcným dávkám se přistupuje za okolností, že oprávněná osoba využívá peněžité dávky k jinému účelu, než ke kterému jsou určeny. (Šimák, M., 2013)

Z hlediska nárokovosti máme dávky fakultativní a obligatorní. V případě obligatorních dávek, náleží výplata dávky každému, kdo splnil podmínky k přiznání dávky. U dávek fakultativní závisí na správním uvážení orgánu, který dávku vyplácí. Říkáme, že správní orgán má tzv. diskreční pravomoc. (Sociální dávky, 2014)

Dávky pro osoby se zdravotním postižením máme *Příspěvek na mobilitu, Příspěvek na zvláštní pomůcku*. (Zákon č. 329/2011 Sb.)

Dávky hmotné nouze – *Příspěvek na živobytí, Dopltek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc*. (Zákon č. 111/2006 Sb.)

Dle zákona o sociálních službách stát přiznává dávku *Příspěvek na péči*. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

1.6.4 Příspěvek na péči

Tuto dávku ukotvuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, konkrétně pak § 8 tohoto zákona. Hlavním účelem dávky je pomoci uživateli s uhrazením sociální služby, která je pro něj vhodná a kterou potřebuje s ohledem na svůj zdravotní stav.

Nárok na příspěvek má osoba, která je starší jednoho roku. Ta z něj hradí pomoc či služby, které může poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov či jiné speciální zdravotnické zařízení pobytového typu. (MPSV, 2013)

Příspěvek náleží osobám, které kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu potřebují pomoc od jiné osoby při zvládnání základních životních potřeb. Osoba je přímo závislá na pomoci jiné fyzické osoby. (MPSV, 2014)

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvá déle než 1 rok a omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb. Právě dle zvládnání základních životních potřeb, čili dle počtu těchto potřeb, se hodnotí stupeň závislosti na pomoci jiné osoby. (Šimák, M., 2013)

Prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. vymezuje těchto 10 základních životních potřeb: *mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.*

Výjimka: péče o domácnost se nehodnotí u osob mladších 18 let. (Česko, 2006)

Při hodnocení schopnosti zvládat tyto potřeby se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby.

Zákon rozeznává čtyři stupně závislosti.

- **Lehká závislost**, osoba nezvládá 3 nebo 4 základní životní potřeby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (dále jen DNZS). U osob mladších 18 let pokud není schopen zvládat 3 potřeby.
- **Středně těžká závislost**, osoba není schopna zvládat 5 nebo 6 základních životních potřeb z důvodu DNZS. U mladistvých 4 nebo 5 potřeb.
- **Těžká závislost**, osoba není schopna zvládat 7 nebo 8 základních životních potřeb z důvodu DNZS. U mladistvých 6 nebo 7 potřeb.
- **Úplná závislost**, osoba nezvládá 9 nebo 10 základních životních potřeb z důvodu DNZS, vyžaduje každodenní pomoc fyzické osoby, dohled a péči. U mladistvých, kteří nejsou schopni zvládat 8 nebo 9 potřeb. (Šimák, M., 2013)

Příspěvek na péči je dávkou opakující se, vyplácí se měsíčně v kalendářním měsíci, za který částka náleží. (MPSV,2013)

Výše příspěvku **pro osoby do 18 let:**

- I. stupeň 3 000 Kč (*lehká závislost*),
- II. stupeň 6 000 Kč (*středně těžká závislost*),
- III. stupeň 9 000 Kč (*těžká závislost*),
- IV. stupeň 12 000 Kč (*úplná závislost*).

Výše příspěvku **pro osoby starší 18 let:**

- I. stupeň 800 Kč (*lehká závislost*),
- II. stupeň 4 000 Kč (*středně těžká závislost*),
- III. stupeň 8 000 Kč (*těžká závislost*),
- IV. stupeň 12 000 Kč (*úplná závislost*). (Česko, 2006)

Příspěvek na péči lze zvýšit o 2000 Kč za kalendářní měsíc, jestliže:

- se jedná o nezaopatřené dítě do 18 let, které má nárok příspěvek na péči,
- jde o rodiče, který má nárok na příspěvek na péči a pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let,
- rozhodný příjem oprávněné osoby i osob posuzovaných společně je nižší než dvojnásobek životního minima oprávněné osoby. (Šimák, M., 2013)

Zahájení řízení o dávce

Řízení o přiznání dávky příspěvku na péči se zahajuje na základě *dispozitivity*, tj. na návrh žadatele. Pokud žadatel není z jakéhokoliv důvodu (např. nezletilost) schopen si sám podat žádost, učiní tak skrze svého zástupce. (MPSV, 2014)

Z moci úřední, lze řízení také zahájit. Dle § 23 zák. č. 108/2006 Sb. se tak děje v případě, že osoba není schopna jednat samostatně, ani nemá zástupce.

Žádost se podává buď v písemné formě na tiskopise předepsaném ministerstvem, nebo elektronicky na webovém portálu Ministerstva práce a sociálních věcí, kde žadatel formulář může vyplnit a rovnou odeslat. (Sociální dávky 2014, 2014)

V žádosti uvede kromě obecných náležitostí také osobu blízkou nebo jinou fyzickou či právnickou osobu, která bude žadateli poskytovat pomoc. Dále uvede, jakou formou bude dávka vyplácena – v hotovosti či bankovním převodem. (Šimák, M., 2013)

O příspěvku a péči rozhoduje krajská pobočka úřadu práce dle trvalého bydliště žádající osoby. Ta provede na základě podané žádosti sociální šetření. Sociální pracovník zkoumá a zjišťuje, zda a jak je osoba schopna se o sebe samostatně postarat.

Záznam ze sociálního šetření obsahuje objektivně prokázané skutečnosti a srovnává žadatele s jeho vrstevníky v těchto šesti oblastech v přirozeném sociálním prostředí:

- schopnost pečovat o vlastní osobu,
- výdělečná činnost / školní docházka,
- rodinné vztahy,
- sociální vztahový rámec,
- domácnost,
- prostředí. (Musil, L., Hubíková, O., Havlíková, J., Kubalčíková, J., 2011)

Krajská pobočka úřadu práce pošle po provedení sociálního šetření tento záznam okresní správě sociálního zabezpečení s žádostí o posouzení stupně závislosti. (Šimák, M., 2013)

Záznam ze sociálního šetření

- Schopnost pečovat o vlastní osobu - v tomto okruhu sociální pracovník zkoumá mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby a péči o zdraví.
- Výdělečná činnost/školní docházka – zapojení žadatele do pracovní činnosti, studium, zda potřebuje doprovod nebo dochází sám, finanční zajištění, zda umí rozlišit hodnotu peněz a hospodařit s penězi.
- Rodinné vztahy – vztahy mezi partnery, rodiči a dětmi, způsob komunikace v rodině, navštěvování se členy rodiny, schopnost poznat jednotlivé členy rodiny u žadatele.
- Sociální vztahový rámec – osobní aktivity, trávení volného času, kontakty s vrstevníky.
- Domácnost - péče o domácnost, úklid, vybavenost spotřebiči, náklady na bydlení
- Prostředí – stav bydlení, vybavení domácnosti, bezbariérovost, dostupnost MHD, poschodí. (Musil, L., Hubíková, O., Havlíková, J., Kubalčíková, J., 2011)

Úloha posudkové služby v řízení o dávce

Posudkový lékař okresní správy sociálního zabezpečení provede posouzení stupně závislosti na žádost příslušného správního orgánu, který v této věci rozhoduje. Součástí posudku je stanovený stupeň závislosti, odůvodnění a doba platnosti posudku. Krajská pobočka úřadu práce pak na základě posudku vydá rozhodnutí. Proti tomuto rozhodnutí se oprávněná osoba může odvolat. (Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A., 2010)

Pokud se osoba odvolá, rozhoduje v odvolacím řízení krajský úřad a stupeň závislosti posuzují posudkové komise ministerstva práce a sociálních věcí.

Zásady posuzování

Posudkový lékař vychází ve své práci z několika skutečností. Má k dispozici lékařské zprávy o zdravotním stavu posuzované osoby (záznamy ošetřujícího lékaře, jiná funkční lékařská vyšetření), výslednou zprávu ze sociálního šetření, které bylo prováděno sociálním pracovníkem v přirozeném prostředí posuzované osoby. Pokud je zapotřebí, tak i záznam vlastního šetření posuzované osoby. (MPSV, 2013)

Posudkový lékař komplexně a objektivně zhodnotí, zda se jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a posoudí, zda je osoba schopna zvládat úkony dle zákona. (Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A., 2010)

1.7 Sociální služby

Sociální služby, z angl. *social services*, jsou druhou základní formou sociální pomoci. Jsou to všechny služby poskytované jejich uživatelům pro zvýšení kvality života klienta. (Matoušek, O., 2003)

1.7.1 Obecně o sociálních službách

Sociální služby jsou právně upraveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Jak uvádí Šimák a Loukota, pomocí těchto služeb je zajišťována péče o vlastní osobu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, vzdělávací a aktivizační činnosti, kontakt se společenským prostředím a předcházení sociálnímu vyloučení, zprostředkování ubytování, zajištění stravy, pomoc při ošetřování, pomoc s péčí o domácnost, pomoc při prosazování práv a zájmů uživatele sociální služby. (2013)

Dle Kozlové jsou sociální služby poskytovány těm, kteří je potřebují z důvodu zdravotního stavu nebo věku a nemohou bez cizí pomoci překonat nepříznivou sociální situaci, ve které se ocitli. (2005)

V zákoně o sociálních službách je stanoveno, jaká by měla být poskytovaná podpora a pomoc:

- Dostupná (územně a finančně),
- Efektivní (musí vyhovovat potřebám člověka),
- Kvalitní,
- Bezpečná,
- Hospodárná. (Gulová, L., 2011)

Cílem je zlepšit kvalitu života lidí v nepříznivé sociální situaci. Rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost. (Šimák, M., Loukota, L., 2013)

Základní kategorizace sociálních služeb hovoří o těchto službách:

- *sociální poradenství,*
- *služby sociální péče,*
- *služby sociální prevence.* (Gulová, L., 2011)

Z hlediska formy rozdělujeme služby na:

- pobytové,
- ambulantní,
- terénní. (Šimák, M., Loukota, L., 2013)

Zákon o sociálních službách, konkrétně § 33, definuje jednotlivé formy sociálních služeb takto: u pobytových služeb je zájemce o službu ubytován přímo v zařízení sociálních služeb. Ambulantní služby jsou takové služby, za kterými klient sám dochází do zařízení, nebo je tam dopravován. Součástí ambulantních služeb však není ubytování. Terénní služby jsou poskytovány sociálním pracovníkem v přirozeném sociálním prostředí uživatele sociálních služeb. (Česko, 2006)

Sociální služby musí být registrovány a poskytovány v náležité kvalitě. Kvalita poskytování sociálních služeb se pravidelně hodnotí dle tzv. standardů kvality sociálních služeb. Kvalitu provádějí speciálně školení inspektoři. (Gulová, L., 2011)

1.7.2 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy jsou členěny do třech kategorií: procedurální, personální a provozní standardy.

Procedurální standardy dbají mimo jiné na ochranu práv uživatelů sociálních služeb, cíle služby, dohodu, individuální plánování služeb, dokumentaci a nakládání s osobními údaji.

Personální standardy zahrnují výběr a zaškolování nových pracovníků, pracovní podmínky, profesní rozvoj pracovníků.

Provozní standardy hodnotí místní a časovou dostupnost služby, informovanost o službě, prostředí a zázemí. (Kozlová, L., 2005)

1.7.3 Druhy sociálních služeb

Sociální poradenství

§ 37 zákona č. 180/2006 Sb., o sociálních službách rozlišuje dva typy sociálního poradenství: základní a odborné.

Základní sociální poradenství pomáhá lidem s řešením jejich nepříznivé sociální situace a hledá možnosti řešení. Toto poradenství je základní činností všech organizací sociálních služeb a jeho poskytování je bezplatné.

Odborné sociální poradenství se zaměřuje na konkrétní potřeby jednotlivých okruhů skupin lidí. Řadí se sem například občanské a manželské poradny, poradny pro seniory, poradny pro osoby se zdravotním postižením, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí. Odborné sociální poradenství zahrnuje také sociální práci s lidmi, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je půjčování kompenzačních pomůcek. (Poradenské služby, 2009)

Služby sociální péče

Jde o služby, které mají pomoci osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem těchto služeb je zapojení klienta do běžného života společnosti, případně jim zajistit důstojné prostředí a zacházení.

Jsou to tyto služby:

- denní a týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- odlehčovací služby,

- osobní asistence,
- pečovatelská služba,
- podpora samostatného bydlení,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče,
- tísňová péče. (Šimák, M., Loukota, I., 2013)

Služby sociální prevence

Jak uvádí zákon (č. 108/2006 Sb.), tyto služby pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob. Cílem pomoci je, aby osoby lépe zvládaly svou nepříznivou sociální situaci a dále chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Patří sem:

- azylové domy,
- azylové domy pro matky s dětmi,
- domy na půl cesty,
- kontaktní centra,
- krizová pomoc,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- raná péče,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- sociálně terapeutické dílny,
- sociální rehabilitace,
- telefonická krizová pomoc,
- terapeutické komunity,

- terénní programy,
- tlumočnické služby. (Šimák, M., Loukota, I., 2013)

1.7.4 Poskytování sociálních služeb

Poskytování služby je založeno na smluvním principu. Klient uzavírá smlouvu o poskytnutí sociální služby s poskytovatelem služby, kterého si zvolí. (Česko, 2006)

Smlouva má písemnou formu a musí obsahovat tyto náležitosti: označení smluvních stran, druh a rozsah poskytované sociální služby, místo a čas poskytování služby, výše úhrady a způsob placení za službu, pravidla stanovená poskytovatelem, která by měl žadatel dodržovat, výpovědní lhůty a doba platnosti ujednání. Na závěr smlouvy se uvede, kde a kdy byla smlouva uzavřena, připojí se vlastnoruční podpisy obou uzavírajících stran. (Šimák, M., Loukota, I., 2013)

Poskytovatel má právo odmítnout uzavřít smlouvu s žadatelem o službu v zákonem stanovených situacích:

- když požadovanou sociální službu ve svém zařízení neposkytuje,
- nemá dostatečnou kapacitu,
- poskytnutí požadované pobytové služby je nemožné, s ohledem na zdravotní stav žadatele. (Česko, 2006)

Pokud poskytovatel odmítne smlouvu uzavřít v jednom z výše zmíněných případů, vydá o tom písemné oznámení s odůvodněním.

Službu mohou poskytovat pouze oprávnění poskytovatelé (registrovaní u krajského úřadu nebo Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR).

Registrace k poskytování sociální služby není nutná, pokud pomoc zajišťuje osoba blízká nebo asistent sociální péče. (Šimák, M., Loukota, I., 2013)

Sociální služby se poskytují bezplatně, nebo v plné či částečné výši.

1.7.5 Financování sociálních služeb

Sociální služby jsou financovány vícezdrojově, a to z úhrad klientů, dotací z veřejného státního rozpočtu, dotace z evropských fondů, prostředků získaných vlastní činností poskytovatele, sponzorskými dary, z veřejných sbírek a jiné. (Šimák, M., Loukota, I., 2013)

1.8 Sociální pracovník a posudkový lékař, předpoklady k výkonu povolání

1.8.1 Sociální pracovník

Sociální pracovník je ten, kdo provádí sociální šetření, přispívá k řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytující sociální služby, poskytuje sociálně právní poradenství, vykonává odbornou činnost v zařízeních sociální prevence, depistáž, poskytuje krizovou pomoc, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. (Králová, J., Rážová, E., 2012)

Dle Žilové, sociální pracovník je odborník, který spolupracuje s jednotlivcem, skupinou nebo komunitou. Osoba se dočasně nebo trvale potýká s problémovou situací vyžadující společenskou intervenci. Sociální pracovník pomáhá zlepšovat životní funkčnost jednotlivce. Jeho funkcí je pomáhat a vytvářet společensky přiměřené podmínky života, aby uživatelé byli schopni na společensky uznávané úrovni existovat a fungovat v interakci se svým sociálním prostředím. (Žilová, A., 2005)

Náležitými předpoklady k výkonu povolání jsou:

- způsobilost k právním úkonům,
- bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost,
- odborná způsobilost. (Česko, 2006)

Odborná způsobilost sociálního pracovníka je blíže popsána v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Z osobnostních rysů by měl být sociální pracovník morální, empatický, tvořivý, flexibilní, rozhodný, důrazný, měl by umět improvizovat, psychicky odolný, trpělivý, schopný sebeovládání se a jiné. (Žilová, A., 2005)

Sociální pracovník dbá na dodržování lidských práv a drží se Etického kodexu sociálních pracovníků ČR. Sociální pracovník má povinnost dodržovat etické zásady a pravidla etického chování ke vztahu ke klientovi, ke svému zaměstnavateli, ke svým kolegům, ke svému povolání a odbornosti a ke vztahu ke společnosti. (Sociální revue, 2005)

Práce sociálního pracovníka je náročná z hlediska rozmanitosti problémových situací klientů a z hlediska vysoké míry individuálního prožívání těchto situací samotnými klienty. Velmi důležitý je vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem. Ideálně by měl být založen na důvěře, protože pak mezi nimi vzniká dobrá vzájemná spolupráce.

Sociální pracovník si klienty nevybírá, pomáhá každému, kdo jeho pomoc potřebuje. (Žilová, A., 2005)

1.8.2 Posudkový lékař

Úkolem lékaře posudkové služby sociálního zabezpečení je zpracování posudků o zdravotním stavu, které slouží jako podklady pro rozhodnutí o některé ze sociálních dávek. (Čeledová, L., Čevela, R., 2013)

Jak už bylo uvedeno v jedné z předchozích kapitol, posudkový lékař zastává tyto role: preventivní, medicínská, pracovní, ekonomická, sociální a právní.

Posudkové lékařství je specializovaný obor, lékař potřebuje ke své práci atestaci.

Lékař musí splňovat kvalifikační předpoklady dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Všichni posudkoví lékaři se musí každoročně podrobit školení v rámci celoživotního vzdělávání lékařů. (Csz, 2013)

Náležitými předpoklady k výkonu povolání dle zákona č. 95/2004 Sb. jsou:

- způsobilost k právním úkonům,
- bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost,
- odborná způsobilost. (Česko, 2004)

Odborná způsobilost lékaře se specializací je blíže popsána v zákoně č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.

1.9 Syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby

Syndrom vyhoření, nebo také burn- out syndrom je stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání projevujícího se v důsledku chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi. (Jankovský, J., 2003)

Předními spouštěči jsou dlouhodobý chronický stres, neustálý časový tlak a emoční napětí.

Syndrom vyhoření má pět fází:

- **nadšení** – práce člověka naplňuje, má jí rád a uspokojuje ho, stává se smyslem života,
- **stagnace** - práce již není tolik přitažlivá, nadšení upadá,
- **frustrace** – hledání smyslu práce, překážky na pracovišti, spory,
- **apatie** – reakce na bezvýchodný stav, člověka práce již netěší, dělá ji pouze proto, že musí,
- **vyhoření** – emocionální vyčerpání, ztráta profesionálního zájmu. (Ptáček, R., Čeledová, L., 2011)

Typickým projevem vyhořelého člověka je převaha negativních stanovisek nad pozitivními. Člověk se cítí být nedoceněn a zbytečný.

Významnou úlohu hraje také délka zaměstnání. Čím déle člověk pracuje v pomáhajících profesích, tím méně mu jeho práce přináší uspokojení. Začne se měnit jeho vztah ke klientům, kolegům i k rodině v negativním smyslu. (Jankovský, J., 2003)

Nejvíce jsou ohroženi ti, kteří berou v práci na sebe velkou odpovědnost, jsou na něj kladeny vysoké pracovní nároky a za svou práci je nedostatečně ohodnocen. Člověk ztrácí motivaci k práci.

Syndrom vyhoření se vyskytuje nejčastěji u lékařských povolání, učitelů a sociálních pracovníků. (Ptáček, R., Čeledová, L., 2011)

Příznaky syndromu

- **Fyzické:** celková únava až vyčerpání, apatie, tachykardie, bolest hlavy, nespavost, náchylnost k nemocem.
- **Psychické:** podrážděnost, náladovost, deprese, záchvaty zlosti, vztahovačnost, vyhýbání se pracovním povinnostem, nesoustředěnost.
- **Pracovní:** ztráta zájmu o svou profesi, negativní pohled na instituci, kde člověk pracuje, pocit nedostatku pracovního uznání, pocit bezcennosti. (Ptáček, R., Čeledová, L., 2011)

Na posudkové lékaře jsou kladeny vysoké nároky medicínské, právní i etické. Vlivem neustále se zvyšujícího množství práce a administrativy s ní spojené jsou posudkoví lékaři rizikovou skupinou ohroženou syndromem vyhoření.

Z hlediska prevence burn - out syndromu se doporučují tato obecná pravidla - práce a odpočinek by měly být v rovnováze, umět si dobře organizovat čas, dodržovat zásady zdravého životního stylu a umět být asertivní. (Ptáček, R., Čeledová, L., 2011)

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce bylo popsat stávající kompetence lékařské posudkové služby a zjistit, zda lze tyto kompetence převést zčásti či zcela na jinou lékařskou či nelékařskou odbornost.

2.2 Hypotézy

V souvislosti s výše uvedeným cílem byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Kompetence LPS lze převést na jinou lékařskou odbornost při posuzování stupně závislosti.

H2: Kompetence LPS lze převést na jinou nelékařskou odbornost při posuzování stupně závislosti.

3 Metodika

3.1 Metoda a technika sběru dat

Praktická část má formu kvantitativního výzkumu. Výzkum byl proveden metodou dotazování. Jako základní techniku sběru dat jsem zvolila dotazník. Je i součástí přílohy.

Dotazník jsem zvolila pro potřebu většího množství respondentů. Touto technikou lze získat větší množství dat v krátké době. (Hendl, J., 2005)

Dotazník obsahoval celkem 16 otázek. Úvodní část dotazníku tvořily otázky identifikační. Dále následovaly otázky týkající se pobírání příspěvku na péči. Třetí část dotazníku se zabývala zdravotním stavem respondenta a poslední část dotazníku sleduje posuzování zdravotního stavu LPS, spokojenost a názory posouzených na činnost LPS.

Výzkum probíhal v období od ledna 2015 do března 2015. Celkem bylo rozdáno 90 dotazníků. Návratnost byla 100%, dotazníky jsem respondentům předala nebo je s respondenty vyplňovala osobně.

Dotazník byl rozdán respondentům, kteří byli posouzeni LPS v rámci příspěvku na péči.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili respondenti, kteří byli posouzeni LPS a nyní pobírají či nepobírají příspěvek na péči. Výběrový soubor tvoří 90 respondentů. Dotazování byli vybráni na základě kvótního výběru, kde rozhodující byl trvalý pobyt respondentů v okrese Benešov a okolí a věk (15-65 let).

Dotazník byl vyplněn s osobami pobývajících v domově pro seniory v Benešově, domově s pečovatelskou službou v Benešově a integrovaném centru sociálních služeb Odlochovice. Dále byl předán osobám, které pobírají příspěvek na péči, ale nepobývají v žádném z těchto zařízení. Tyto osoby jsem oslovila v rámci sociálního šetření při vykonávání mé odborné praxe.

4 Výsledky

Výsledky byly matematicky a statisticky vyhodnoceny na základě dotazníků pomocí tabulek a grafů, připojeno je slovní hodnocení. Je vždy uveden počet odpovědí nebo procentuální zastoupení dané odpovědi z celého výzkumného vzorku.

Tabulka č. 1 Pohlaví

Pohlaví	Počet	%
Muži	35	38,9
Ženy	55	61,1
Celkem	90	100

Zdroj: Vlastní zpracování.

Dotazník vyplnilo celkem 90 respondentů z Benešova a okolí. Z celkového počtu se výzkumu účastnilo 55 žen a 35 mužů. Převažující ženské pohlaví tvořilo 61,1 % a mužské pohlaví zastupovalo 38,9 % respondentů.

Tabulka č. 2 a č. 3 Bydlení

Bydlení	Muži	%	Ženy	%
Město	24	68,6	40	72,7
Venkov	11	31,4	15	27,3
Celkem	35	38,9	55	61,1

	Počet	%
Město	64	71,1
Venkov	26	28,9
Celkem	90	100

Zdroj: Vlastní zpracování.

Z celkového počtu dotázaných mužů uvedlo, že 24 z nich bydlí ve městě (68,6 %) a zbylých 11 mužů na venkově (31,4 %). Respondentů ženského pohlaví, kteří bydlí ve městě, bylo 40 (72,7 %). Na venkově uvedlo, že žije 15 žen (27,3 %).

Z tabulky také vyplývá, že z celkového počtu zúčastněných výzkumu bydlí ve městě 64 respondentů, tomu odpovídá 71,1 %, na venkově bydlí celkem 26 dotázaných, tj. 28,9 %.

Tabulka č. 4 Věk

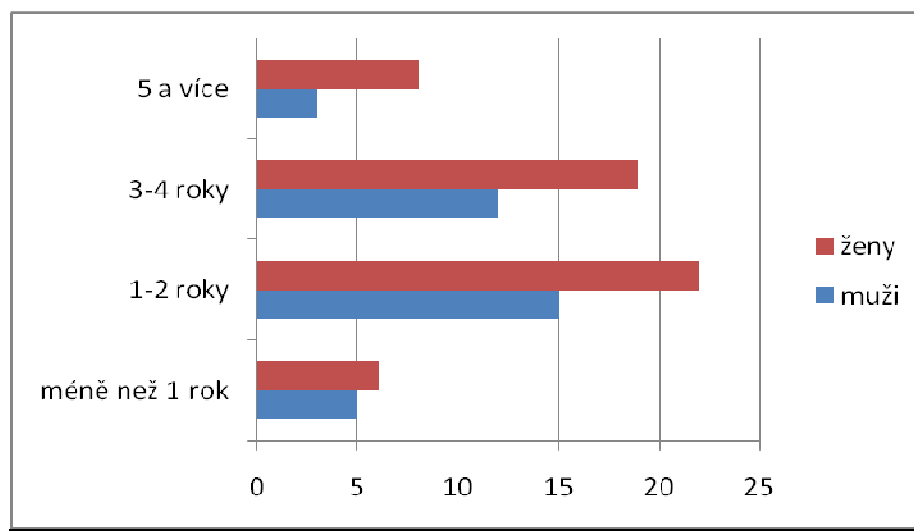
Věk	Průměr	Max	Min
Muži	58,5	65	21
Ženy	61,5	65	38

Zdroj: Vlastní zpracování.

Z pohledu věkového rozložení respondentů, průměrný věk u mužů byl 58,5 let, u žen 61,5 let. Nejvyšší věková hranice byla 65 let u mužů i u žen, což bylo dáno kvótním výběrem respondentů. Nejnižší věk u dotázaných mužů byl 20 let a u žen 38 let.

Graf č. 1 Doba pobírání příspěvku na péči

Otázka: *Jak dlouho pobíráte příspěvek na péči?*

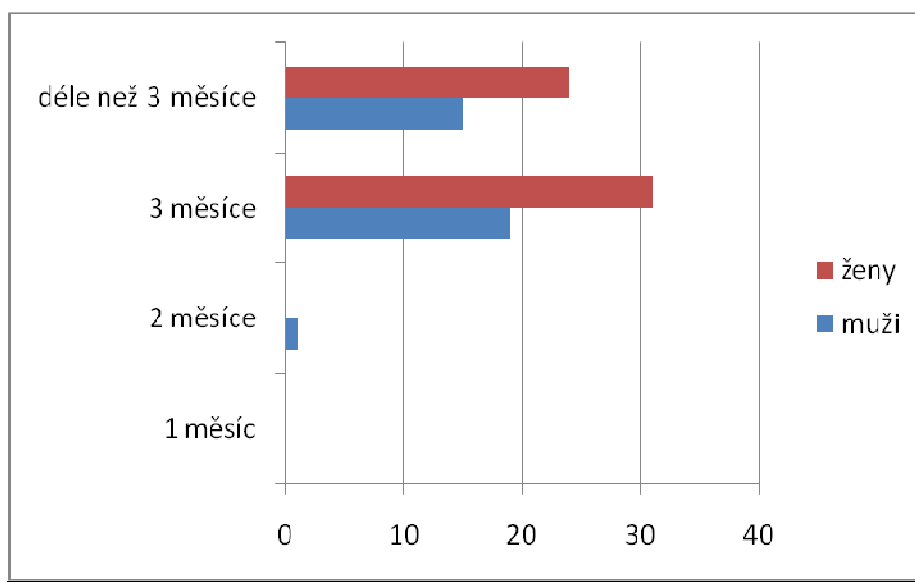


Zdroj: Vlastní zpracování.

V Grafu č.1 se promítá počet dotázaných respondentů v závislosti na době pobírání příspěvku na péči. Doba pobírání příspěvku na péči u dotázaných respondentů byla nejčastěji 1-2 roky nebo 3-4 roky. Čili můžeme říct, že 76 % pobírá příspěvek na péči 1-4 roky. Pouze 5 mužů pobírá Pnp po dobu kratší, než jeden rok. Oproti tomu 8 žen uvedlo, že Pnp pobírá již déle než 5 let.

Graf č. 2 Vyřízení příspěvku na péči

Otázka: *Jak dlouho trvalo vyřízení příspěvku?*

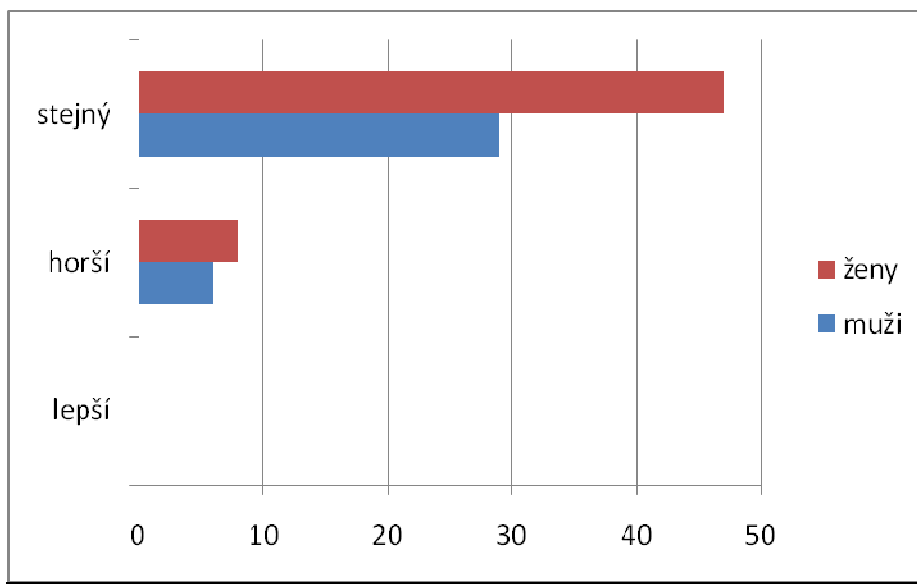


Zdroj: Vlastní zpracování.

Zde vidíme počet dotázaných v závislosti na dobu vyřízení přiznání příspěvku. Doba vyřízení příspěvku dle odpovědí dotázaných respondentů trvala nejméně 3 měsíce, u některých o trochu déle (tj. 4, 5 a více měsíců) . Nejčastější odpověď dle dotazníků byla 3, 4 nebo 5 měsíců jak u mužů, tak u žen. V jednom případě dotázaný uvedl, že vyřízení příspěvku trvalo 2 měsíce.

Graf č. 3 Změna zdravotního stavu

Otázka: *Změnil se Váš zdravotní stav během doby pobírání příspěvku na péči?*



Zdroj: Vlastní zpracování.

Tabulka č. 5 Změna zdravotního stavu

stav	zlepšení	horší	stejný
muži	0,00%	6,70%	32,20%
ženy	0,00%	8,90%	52,20%

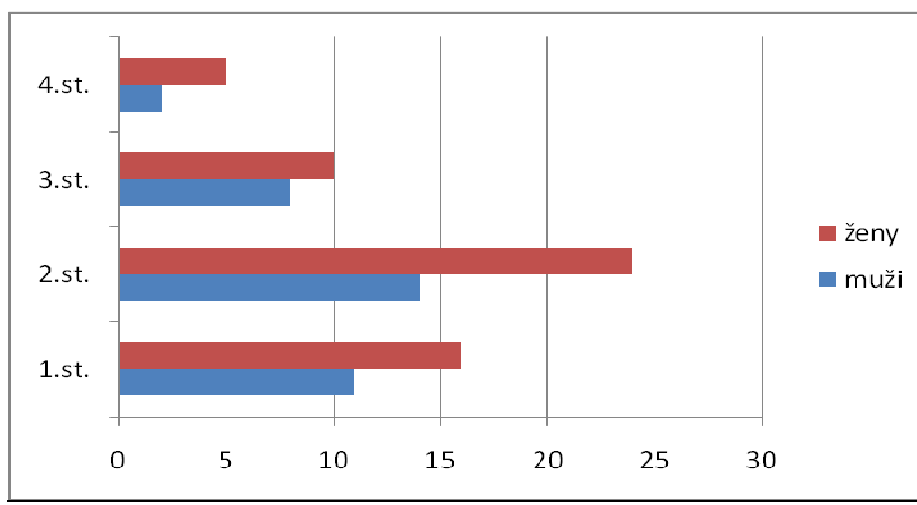
Zdroj: Vlastní zpracování.

V grafu č. 3 je znázorněno početní zastoupení odpovědí respondentů ke změně zdravotního stavu. Tabulka vykazuje procentuální vyjádření odpovědí. Zdravotní stav během doby pobírání příspěvku na péči zůstal stejný celkem u 84,4 % respondentů, odpovědělo tak 47 žen a 29 mužů. U zbylých 15,6 % se zdravotní stav zhoršil, v grafu

celkem jako 14 odpovědí (8 žen a 6 mužů). Zlepšení zdravotního stavu nevedl žádný respondent.

Graf č. 4 Stupeň závislosti

Otázka: *Jaký máte přiznán stupeň závislosti?*



Zdroj: Vlastní zpracování.

Tabulka č. 6 Stupeň závislosti

	1.st.	2.st.	3.st.	4.st.
muži	12,20%	15,60%	8,90%	2,20%
ženy	17,80%	26,70%	11,00%	5,60%

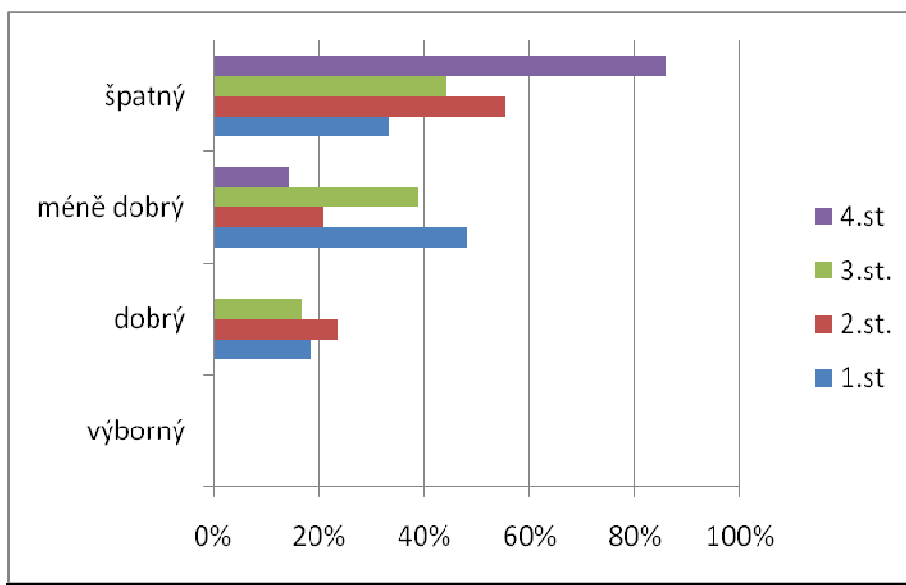
Zdroj: Vlastní zpracování.

Příspěvek na péči v 1. stupni závislosti, tj. lehká závislost, pobírá celkem 27 dotázaných (11 mužů, 16 žen), což tvoří celkem 30 % výběrového souboru. Nejčetnější druhý stupeň je zastoupen 42 %. Těchto 42 % přiznaných příspěvků v 2. stupni tvoří 24 žen a 14 mužů. Ve 3. stupni závislosti pobírá dávku 20 % zkoumaných osob.

Ve 4. stupni, tedy úplné závislosti, vyšlo 8 % respondentů, čemuž odpovídá 7 dotázaných.

Graf č. 5 Hodnocení svého zdraví respondentem s ohledem na stupeň závislosti

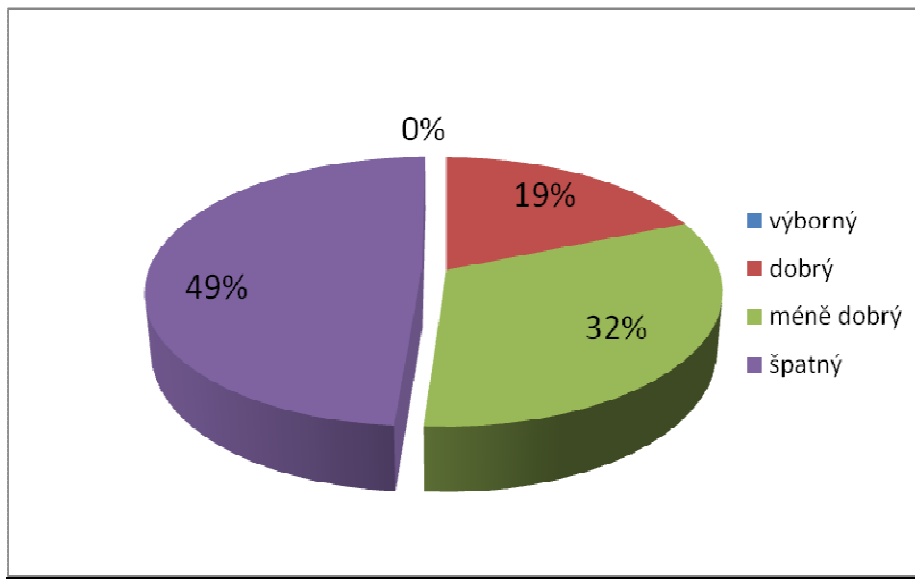
Otázka: *Myslím si, že můj zdravotní stav je: výborný/ dobrý/ méně dobrý/ špatný.*



Zdroj: Vlastní zpracování.

Dle grafu č. 5, svůj zdravotní stav považuje za špatný 33,4 % dotazovaných v I. stupni., 55,3 % ve II. stupni, 44,4 % ve III. stupni a 85,7 % ve IV. stupni přiznané závislosti. Jako méně dobré považuje své zdraví 48,1 % v I. stupni závislosti, 21 % ve II. stupni, 38,9 % ve III. a 14,3 % ve IV. stupni. Za výborný svůj zdravotní stav nepovažuje žádný respondent.

Graf č. 6 Celkový pohled na hodnocení zdraví respondentem



Zdroj: Vlastní zpracování.

Podíváme-li se na graf č. 6, tak z celkového počtu všech respondentů (90) považuje 49 % z nich (44) své zdraví za špatné, 32 % z nich (29) za méně dobré a 19 % z nich (17) za dobré.

Žádný z respondentů si nemyslí, že jeho zdravotní stav je výborný.

Tabulka č. 7 Druhy onemocnění u respondentů

(U otázky, jakým onemocněním trpí, měli respondenti možnost vybrat z více možností.)

pohlaví	muži		ženy		celkem	
	počet odpovědí	%	počet odpovědí	%	počet	%
o. smyslové - oka, ucha	1	2,6	3	4,3	4	3,7
o. psychické a duševní	9	23,1	19	27,1	28	25,7
o. trávicí soustavy	4	10,2	9	12,9	13	11,9
o. srdeční a oběhové soustavy	7	17,9	16	22,9	23	21,1
o. kosterní a svalové soustavy	4	10,2	7	10	11	10,1
o. onkologické	1	2,6	1	1,4	2	1,8
o. močové soustavy	6	15,4	4	5,7	10	9,2
o. dýchací soustavy	3	7,7	4	5,7	7	6,4
jiné	4	10,3	7	10	11	10,1
celkový počet odpovědí	39	100	70	100	109	100

Zdroj: Vlastní zpracování.

Tabulka znázorňuje, jakým druhem onemocnění respondenti trpí. Dotyční měli možnost vybrat z více nabízených odpovědí. Celkový počet odpovědí u mužů byl 39 a u žen 70.

Otázky byly položeny 35 mužům a 65 ženám.

Nejčastějším druhem onemocnění u mužů i žen je psychické a duševní onemocnění. Trpí jím 23 % mužů a 27 % dotázaných žen. Jako nejčastější odpovědi

byly uvedeny mentální onemocnění, následky po mozkové mrtvici, deprese, diagnostikovaná schizofrenie, autismus. Druhým větším okruhem onemocnění je onemocnění srdeční a oběhové soustavy (celkem 21 %). Zde se jedná hlavně o nemoci srdce, hypertenze, problémy se srážlivostí krve, cévní onemocnění.

Celkem 2 respondenti uvedli, že jsou po léčbě onkologického onemocnění. V konkrétním případě se jednalo o muže s leukémií a ženu po onkologickém onemocnění dělohy. Na onemocnění močové soustavy (celkem 9 %) se více léčí muži, kde podle tabulky tomu odpovídá 15 % odpovědí.

V tabulce vidíme kolonku *jiné*, celkem 10 % za muže i ženy. Zde respondenti uváděli například *amputace dolních končetin, epileptické záchvaty, diabetes mellitus, poruchy rovnováhy, bolest kloubů*.

Tabulka č. 8 Proběhlo sociální šetření?

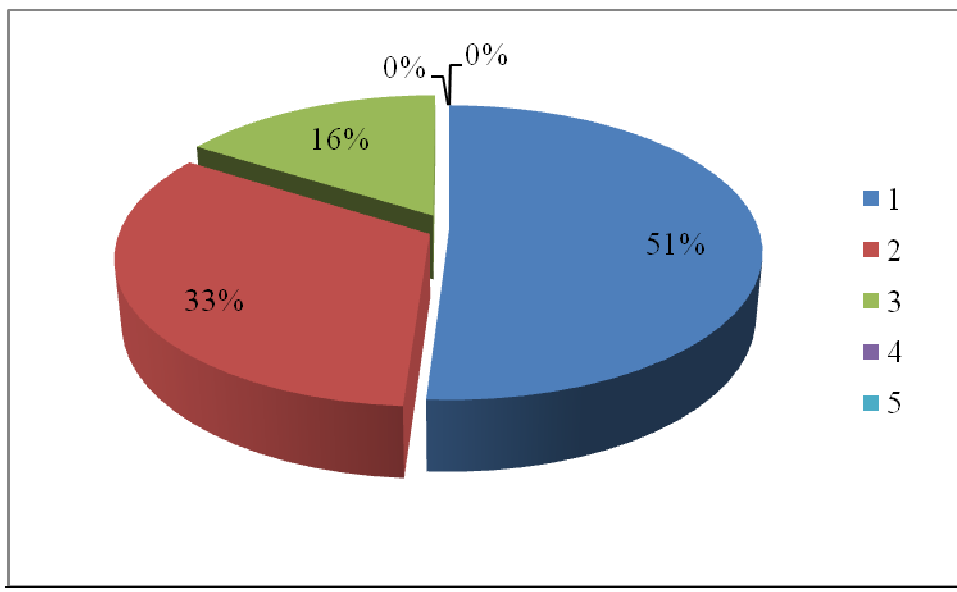
sociální šetření	ano	ne	nevzpomínám si
muži	32	0	3
ženy	51	0	4

Zdroj: Vlastní zpracování.

Na otázku, zda u respondentů proběhlo sociální šetření vykonávané sociální pracovníci Úřadu práce, odpověděli respondenti, že ano. Odpověď ano byla téměř 92%. Sedm respondentů uvedlo, že už si nevzpomínají. Musíme však přihlídnout k faktu, že část dotázaných respondentů trpí formou duševního onemocnění, tudíž si na sociální šetření aktuálně z nějakého důvodu nevzpomíná. To však neznamená, že sociální šetření neproběhlo.

Graf č. 7 Spokojenost s přístupem sociálních pracovníků při sociálním šetření

Otázka: *Ohodnoťte od 1 do 5, jak jste byl/a spokojen/a s přístupem sociálních pracovníků při sociálním šetření. (1=spokojen, 5= nespokojen)*



Zdroj: Vlastní zpracování.

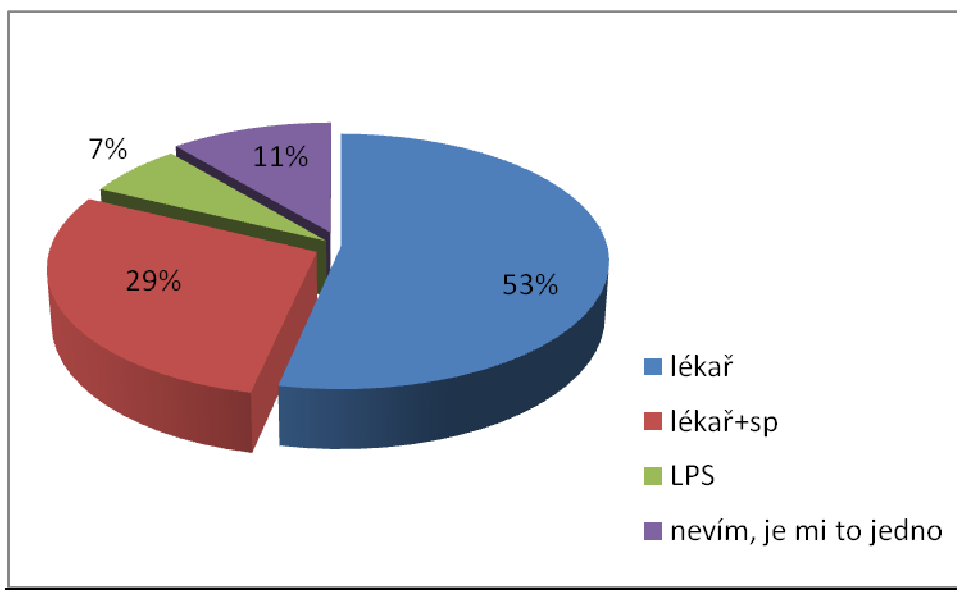
Respondentům byla položena otázka, jak byli spokojeni s přístupem sociálních úředníků při sociálním šetření. V odpovědích měli na výběr stupnici od 1 do 5, kde 1 značí spokojenost a 5 zcela nespokojen.

Dle výsledků je 51 % uživatelů spokojeno s přístupem sociálních pracovníků při provádění sociálního šetření v přirozeném prostředí žadatele. 33 % ohodnotilo spokojenost na stupnici 2, což můžeme hodnotit jako zcela spokojen. 16 % odpovědí bylo hodnoceno stupněm 3, tedy jako průměrná spokojenost při sociálním šetření.

Žádný z respondentů nevedl nespokojenost.

Graf č. 8 Posudek zdravotního stavu

Otázka: *Chtěl/a byste, aby posudek Vašeho zdravotního stavu zhotovil: lékař/lékař a SP, která prováděla sociální šetření/LPS/nevím, je mi to jedno.*



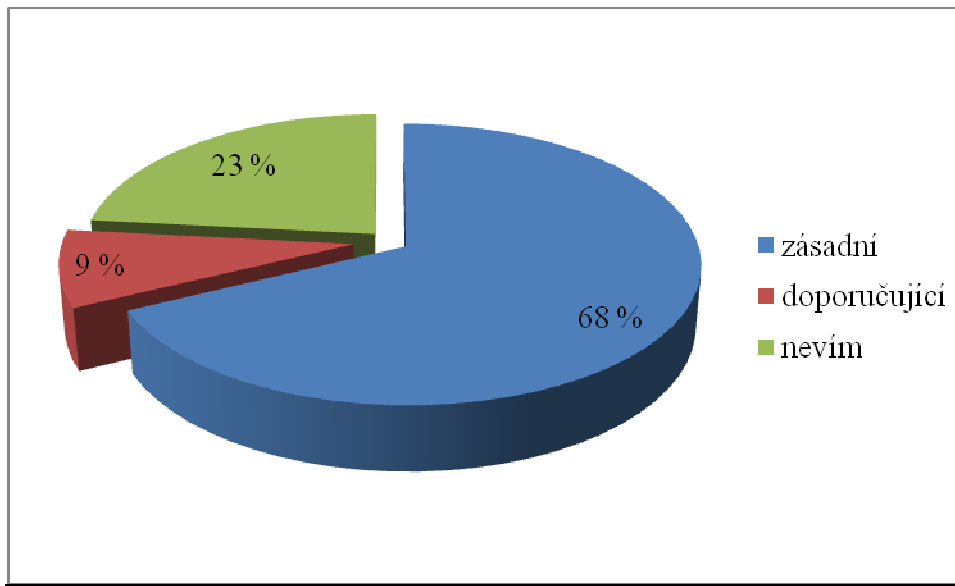
Zdroj: Vlastní zpracování.

Respondenti byli dotázáni na to, kdo by podle nich měl zhotovit posudek jejich zdravotního stavu. Měli na výběr ze čtyř možností – *ošetřující lékař, ošetřující lékař a sociální pracovnice, která prováděla sociální šetření, LPS* nebo se nechtěli vyjádřit k otázce a zvolili odpověď *nevím, je mi to jedno*.

Z výsledků vyplynulo, že 53 % respondentů by dala přednost vyhotovení posudku od svého lékaře. Mají k němu větší důvěru, ošetřující lékař zná jejich zdravotní stav lépe, než posudkový lékař. Dalších 29 % se přiklání k variantě ošetřujícího lékaře a sociální pracovnice, která prováděla sociální šetření. 7 % dotázaných je pro to, aby posudek vydal posudkový orgán. Zbylé 11% menšině respondentů je jedno, kdo vyhotoví posudek zdravotního stavu.

Graf č. 9 Role LPS v příspěvku na péči

Otázka: *Jakou roli podle Vás hraje LPS v přiznání příspěvku na péči?*



Zdroj: Vlastní zpracování.

Graf znázorňuje mínění respondentů o roli posudkového orgánu v řízení o přiznání příspěvku na péči.

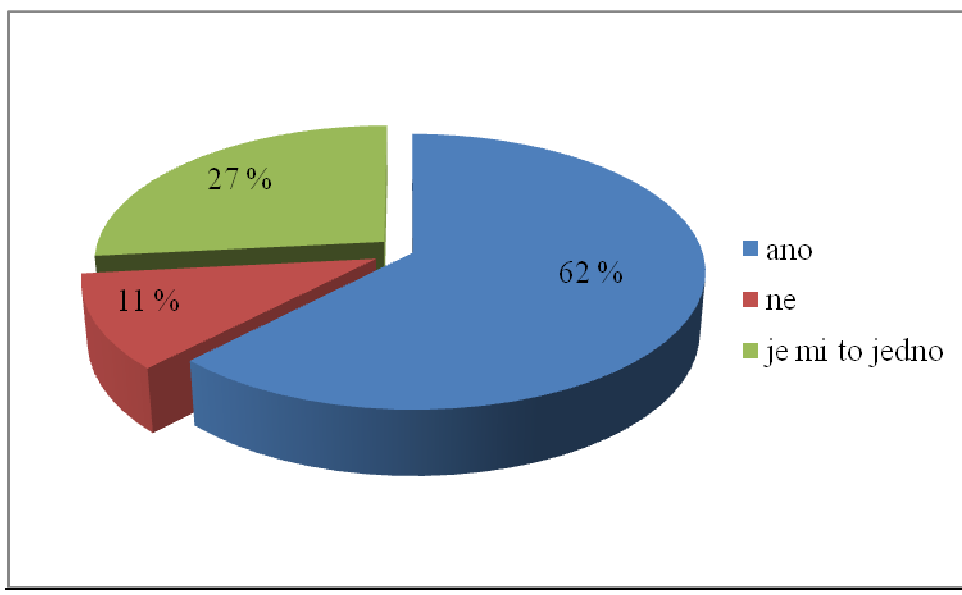
68 % respondentů si myslí, že role je zásadní a tudíž velmi záleží na znění posudku vydaného posudkovým lékařem.

Celých 23 % odpovědělo, že neví, jaká je role posudkového orgánu.

9 % si myslí, že role je doporučující, čemuž konkrétně odpovídalo 8 odpovědí ze všech dotázaných.

Graf č. 10 Priorita praktického lékaře jako posuzující osoby

Otázka: *Chtěl/a byste, aby Vás posuzoval pro účely příspěvku na péči pouze Váš praktický lékař?*



Zdroj: Vlastní zpracování.

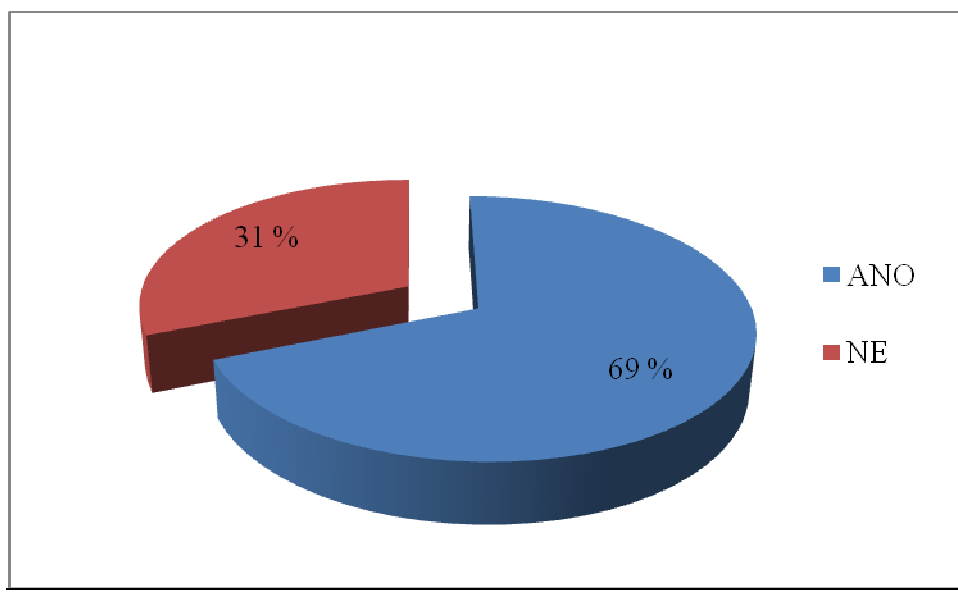
Na otázku, zda by respondent chtěl, aby byl posuzován pouze svým ošetřujícím lékařem (registrující lékař) pro účely příspěvku na péči, vyšly výsledky následovně.

Celých 62 % odpovědělo, že by si určitě přálo, aby jejich zdravotní stav posoudil pouze jejich ošetřující lékař. 27 % potvrdilo, že jim to je jedno.

Zbýlých 11 % nesouhlasí s výrokem, že by měl jejich zdravotní stav posuzovat pouze praktický lékař.

Graf č. 11 Názor respondentů, zda by chtěli, aby je posuzoval někdo jiný, než posudkový lékař

Otázka: *Chtěl/a byste, aby Váš zdravotní stav posuzoval někdo jiný, než posudkový lékař?*



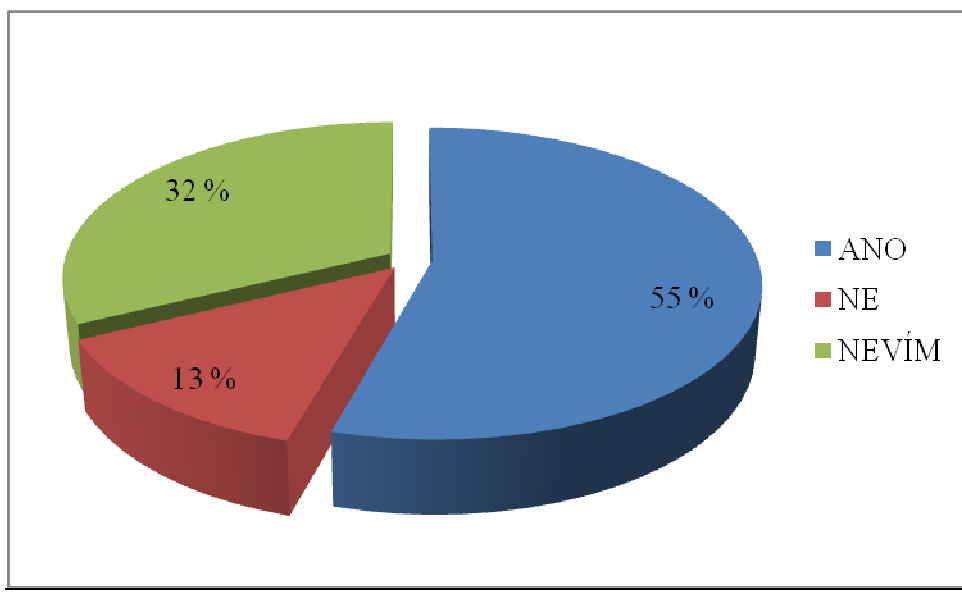
Zdroj: Vlastní zpracování.

Majoritní většina dotázaných respondentů, celých 69 % by si přálo, aby jejich zdravotní stav posuzoval někdo jiný, než posudkový lékař. Oproti tomu 31 % uvedlo názor, že souhlasí s posouzením od posudkového lékaře.

Můžeme tak vidět zajímavé výsledky. Nabízí se nám otázka. Co vede respondenty k tomu, že nechtějí, aby jejich stav posoudil posudkový lékař? Cítí nedůvěru, předsudky? Chtějí snad, aby je posoudil praktický lékař, který ví o zdravotním stavu dotyčného mnohem více, než lékař posudkový, který je nikdy neviděl? Možným závěrům se budu dále věnovat v diskuzi následující po této kapitole.

Graf č. 12

Otázka: V Německu posudky zdravotního stavu vydávají výhradně speciálně proškolené osoby, ne lékaři posudkové služby. Zamlouval by se Vám takový systém i u nás v ČR?



Zdroj: Vlastní zpracování.

Na položenou otázku, zda by se respondentům zamlouval podobný systém posuzování, jako je zaveden v Německu, odpověděli respondenti následovně.

Celkem 55 % z dotázaných uvedlo, že ano, tedy tuto myšlenku hodnotili kladně. Těchto 55 % tvořilo 49 dotázaných. Menší část, kterou tvoří 13 % respondentů, by tento systém u nás v České republice nechtělo. Zbýlých 32 % uvedlo neutrální odpověď *nevím*.

5 Diskuze

Cílem bakalářské práce na téma *Úloha a kompetence lékařské posudkové služby v sociálním zabezpečení* bylo popsat kompetence lékařské posudkové služby a zjistit, zda lze tyto kompetence převést zčásti či zcela na jinou lékařskou nebo nelékařskou odbornost v rámci posuzování příspěvku na péči.

K ověření stanovených hypotéz jsem zvolila kvantitativní výzkum. Za pomoci dotazníkového šetření jsem se pokusila zjistit, jaký postoj zaujímá laická veřejnost k orgánu posudkové služby, abych mohla následně navrhnout možná řešení daného problému.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 90 respondentů, kteří pobírají příspěvek na péči. Respondenti byli vybráni dle tzv. kvótního výběru, kde rozhodujícím prvkem bylo místo pobytu a věk. Respondenti byli vybráni z Benešova a okolí do věku 65 let. Cílovou skupinu tvořili lidé žijící v domově pro seniory v Benešově, lidé žijící v domě s pečovatelskou službou v Benešově, dále uživatelé sociálních služeb Integrovaného centra sociálních služeb v Odlochovicích a dále osoby, které nepobývají v žádném z těchto zařízení, žijí doma. S těmito osobami se mi podařilo navázat kontakt v rámci své odborné praxe, kde byl těmto osobám předán anonymní dotazník během sociálního šetření v jejich přirozeném prostředí.

Zastoupení mužů a žen v rámci výzkumu bylo následující. Téměř 61 % bylo tvořeno ženským pohlavím a 39 % zaujímalo pohlaví mužské. Průměrný věk u mužů byl 58,5 let. Nejmladší respondent byl ve věku 21 let. U žen byl průměrný věk 61,5 let. Nejmladší dotazované ženě bylo 38 let.

U respondentů jsme zjišťovala, zda bydlí ve městě či na venkově. Z výzkumu vyplynulo, že celkem 71 % respondentů zúčastněných výzkumu bydlí ve městě. Zbýlých 29 % žije na venkově. Dále jsem zjišťovala, jak dlouho již respondenti pobírají příspěvek na péči a jak dlouho trvalo vyřízení příspěvku. Zjistila jsem, že 76 % dotázaných pobírá příspěvek na péči 1-4 roky. Vyřízení příspěvku na péči na Benešovsku trvalo nejčastěji 3 až 4 měsíce. Dle tohoto zjištění si myslím, že spolupráce mezi orgánem Úřadu práce a LPS je velmi dobrá, úřady spolu komunikují dostatečně a

na velmi dobré úrovni. Ovšem takto hodnotím situaci na Benešovsku, v ostatních regionech ČR může být situace jiná.

V rámci výzkumu jsem také sledovala změnu zdravotního stavu. Zjistila jsem, že v 84 % případů zůstal zdravotní stav stejný. Nezhoršil se, ale ani nezlepšil. V 16 % respondenti zaznamenali zhoršení svého stavu. Dle výzkumu žádný respondent neuvedl zlepšení. Je jasné, že pokud osoba pobírá příspěvek na péči, tak se bohužel neočekává, že se zdravotní stav bude lepší. Závislost lze uznat pouze pokud je prokázán dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav osoby. Osoba potřebuje pomoc jiné osoby při zvládnání základních životních potřeb. (Šimák, M., 2013)

Prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. rozlišuje 10 základních životních potřeb. Jsou to: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. (Česko, 2006)

V ČR rozeznáváme čtyři stupně závislosti. Lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost. (Šimák, M., 2013)

V rámci provedeného šetření jsem zjistila, že 30 % dotázaných respondentů má přiznán 1. stupeň závislosti. Největší zastoupení má 2. st., který v tomto konkrétním případě tvořilo 42 % zúčastněných. Ve 3. st. závislosti je 20 % a ve 4. st., tedy plně závislí, je 8 % respondentů. V rámci hodnocení svého zdraví si pouze 19 % myslí, že jejich zdraví je dobré. Jako špatné hodnotí svůj stav 49 % respondentů, za méně dobré 32 %.

Dále jsem zjišťovala názory respondentů, kdo by měl podle nich zhotovit posudek o jejich zdravotním stavu. Celkem měli na výběr ze čtyř možností – *ošetřující lékař, ošetřující lékař a sociální pracovníce, která prováděla sociální šetření, lékařská posudková služba* nebo se nechtěli vyjádřit k otázce a zvolili odpověď *nevím, je mi to jedno*. Zjistila jsem, že nadpoloviční většina, tedy 53 %, by chtěla vyhotovit posudek svým praktickým lékařem. Na tomto výsledku mi nepřipadá nic neobvyklého. Myslím si, že lidé mají ke svému ošetřujícímu lékaři větší důvěru, neboť zná jejich zdravotní stav lépe, nežli posudkový lékař. Naopak 7 % dotázaných je pro variantu, aby posudek vyhotovil posudkový orgán. Takto nízké procento zájmu o posudkového lékaře coby

pomyslného rozhodčího značí o předsudcích respondentů vůči němu. Mohou za tím být například důvody, že se osobně s lékařem posudkové služby nikdy nesetkali a on hodnotí jejich zdraví „od stolu“ pouze na základě předložené dokumentace.

29 % respondentů by volilo pro zpracování posudku ošetřujícího lékaře a sociální pracovníci, která prováděla sociální šetření. Toto tvrzení bych ovšem neviděla jako ideální, neboť jak jsem byla svědkem při své odborné praxi, při sociálním šetření se stává, že klienti často lžou o svém zdravotním stavu i sociální situaci, a tak situaci zhoršují a komplikují. Myslím, že by pak mohlo docházet ke zkreslování skutečného stavu klienta a následně docházet k neoprávněnému přiznání dávky.

Lékařská posudková služba vykonává několik rolí (*medicínská, preventivní, pracovní, ekonomická, sociální právní*). (Ptáček, R., Čeledová, L. a kol., 2011)

Na základě tohoto jsem se snažila zjistit, co si myslí veřejnost o úloze posudkového orgánu v sociálním zabezpečení. Došla jsem k závěru, že 68 % respondentů si myslí, že role je zásadní a tudíž velmi záleží na znění posudku vydaného posudkovým lékařem. 9 % uvedlo, že role je doporučující. Za své odborné praxe jsem se setkala s lidmi, kteří si myslí, že zásadní podíl na přiznání dávky má sociální pracovnice, která provádí sociální šetření. Realita je ovšem jiná. Sociální pracovnice může svým šetřením ovlivnit pouze 1/10 výsledku posudku. Nejvíce záleží na zdravotním stavu žadatele. Celých 23 % dotázaných nevědělo, jaká je role posudkového orgánu.

V souladu se stanovenou hypotézou jsem sledovala, zda by chtěl být respondent posuzován pouze svým praktickým lékařem pro účely příspěvku na péči. Na toto odpovědělo 62 % respondentů, že ano. Zbylým 27 % je to jedno a 11 % nesouhlasí s výrokem o posuzování pouze praktickým lékařem.

Dalším zajímavým výsledkem se ukázalo, že celých 69 % by si přálo, aby jejich zdravotní stav posuzoval někdo jiný, než posudkový lékař. S tímto můžeme říci, že se hypotéza H1: *Kompetence lékařské posudkové služby lze převést na jinou lékařskou odbornost při posuzování stupně závislosti*, potvrdila. Kompetence lze převést na praktické lékaře v rámci nepojistných sociálních dávek. Toto řešení by mohlo prospět posudkovému procesu. V současné době je k dispozici kolem 400 posudkových lékařů,

což je s porovnáním s počtem před 20 lety téměř polovina. Věková struktura v řadách těchto lékařů roste, v roce 2011 byl průměrný věk posudkového lékaře 59 let. Celá polovina posudkových lékařů je již v důchodovém věku. Mladší generace lékařů má o specializaci v tomto oboru malý zájem, neboť práce není dostatečně finančně ohodnocena. Dále je nutná atestace v oboru posudkového lékařství. Pokud lékař nemá tuto atestaci, musí pracovat pod dohledem atestovaného lékaře. (Ptáček, R., Čeledová, L. a kol., 2011)

V tomto případě vidím jako vhodné převést kompetence na praktické lékaře, protože právě praktičtí lékaři mají široké znalosti v oblasti medicíny. Zároveň by spadla část pracovní zátěže z beder posudkových lékařů, kteří jsou zahlceni posudky. Za rok tak připadne na jednoho lékaře až 1245 posudků. (Ptáček, R., Čeledová, L. a kol., 2011)

Následující hypotéza H2: *Kompetence lékařské posudkové služby lze převést na jinou nelékařskou odbornost při posuzování stupně závislosti.* Zjišťovala jsem, zda by se respondentům zamlouvala možnost posuzování od osoby, která není výhradně lékařem posudkové služby. Tuto myšlenku zhodnotilo kladně celkem 55 % respondentů. Pouze 13 % odpovědělo, že by tento systém u nás nechtělo. 32 % uvedlo neutrální odpověď *nevím*. Můžeme říci, že tato hypotéza se také potvrdila, kompetence lze zčásti převést.

Navrhovala bych převedení kompetencí lékařské posudkové služby v rámci nepojistných sociálních dávek na referentky posudkové služby. Tyto pracovnice by bylo zapotřebí samozřejmě doškolit v rámci posudkového lékařství (oblast základní všeobecné medicíny a práva). Referentky by pracovaly pod dohledem posudkového lékaře s atestací k výkonu. Tímto by byla zabezpečena administrativní práce a snížila by se pracovní zátěž posudkových lékařů v rámci tzv. nepojistných dávek. Byla by zde nutná právní úprava, která by zakotvovala práci těchto speciálně proškolených referentek v rámci posuzování zdravotního stavu.

Podobná situace je v Německu, kde zdravotní stav posuzují v rámci příspěvku na péči tzv. ošetřovatelé, kteří mají minimálně středoškolské vzdělání, dlouhodobou praxi na klinických pracovištích a kurz k posuzování. Tento způsob posuzování si německé úřady chválí a považují ho za levný a velmi výkonný. (Zdravotnictví a medicína, 2003)

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá činností Lékařské posudkové služby, posuzováním zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob v rámci systémů sociálního zabezpečení. Jedná se o dávky nemocenského a důchodového pojištění, dávky tzv. nepojistné – dávky sociální podpory, dávky a služby sociální péče a zaměstnanosti. Posudkový lékař musí vycházet ze zdravotního stavu žadatele o dávku. Zdravotní stav objektivně hodnotí na základě předložených podkladů. Děje se tak v souladu s právními předpisy, které přesně vymezují, při jakém zdravotním stavu a okolností má žadatel legitimní nárok na konkrétní dávku či službu.

Cílem práce bylo v teoretické části popsat kompetence a úlohu posudkové služby v jednotlivých systémech sociální ochrany. Cíl byl splněn. Je popsán stručný, ač dostačující přehled sociálních systémů, náležejících dávek, charakteristika úlohy lékařské posudkové služby v těchto jednotlivých systémech a proces posuzování posudkovými lékaři.

Dále jsem zjišťovala, zda lze kompetence převést na jinou lékařskou či nelékařskou odbornost. V praktické části bakalářské práce jsem se zaměřila na proces posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči. Zkoumaný soubor tvořilo 90 respondentů z Benešova a okolí ve věku do 65 let, kteří pobírají příspěvek na péči. Pro potvrzení či vyvrácení hypotéz jsem použila dotazník, je součástí přílohy.

Byly stanoveny následující hypotézy.

Kompetence Lékařské posudkové služby lze převést na jinou lékařskou odbornost při posuzování stupně závislosti. 62 % respondentů se ztotožňuje s myšlenkou, aby je posuzoval pouze praktický lékař. V další zkoumané otázce respondenti uvedli, že 53 % si myslí, že by je měl posuzovat praktický lékař, 29 % praktický lékař a sociální pracovnice a pouze 7 % posudkový orgán. S tímto bych řekla, že hypotéza se potvrdila. Proto bych navrhovala převést kompetence na praktické lékaře.

Druhá hypotéza zní: *Kompetence Lékařské posudkové služby lze převést na jinou nelékařskou odbornost při posuzování stupně závislosti.* Tato hypotéza se také potvrdila. 55 % respondentů by si přálo, aby je neposuzoval výhradně lékař posudkové

služby, ale jinak vyškolená osoba. Zároveň 69 % respondentů chce, aby je posuzoval někdo jiný, než posudkový lékař. Proto navrhuji převést kompetence na referentky posudkového orgánu v rámci nepojistných dávek. Referentky by bylo nutné doškolit. Pracovaly by pod dohledem posudkového lékaře s atestací.

V současné době funguje Lékařská posudková služba z posledních sil. Je zde nedostatek posudkových lékařů oproti létům minulým. V očích lékařů se tento obor jeví jako málo perspektivní, finančně nepřilíš lákavý a spojený s obsáhlou administrativou. To má za následek, že v tomto oboru pracují především lékaři důchodového věku. Ti jsou ovšem po letech praxe v posudkovém lékařství ohroženi syndromem vyhoření. Myslím, že této problematice není věnována dostatečná pozornost. Proto bych viděla za žádoucí převést některé kompetence na jiné odborníky.

Výsledky práce by mohly sloužit jako ukazatel toho, jak je Lékařská posudková služba vnímána laickou veřejností.

7 Seznam informačních zdrojů

Monografie

1. ARNOLDOVÁ, A., 2012. *Sociální zabezpečení I*. Praha:Grada Publishing. s. 352. ISBN 978-80-247-3724-9.
2. ČELEDVÁ, L. a kol., 2010. *Posudkové lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1869-2.
3. ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., 2013. Posudková činnost lékařské posudkové služby v systému sociálního zabezpečení. In: KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení: Vybrané kapitoly*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-733-0.
4. ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L., ZVONÍKOVÁ, A., 2010. *Posudkové lékařství: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing a.s. 144. ISBN 978-80-247-3285-5.
5. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3379-1.
6. HENDL, J., 2005. *Kvantitativní výzkum*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
7. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profesie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-329-6.
8. KAHOUN, V. et al., 2009. *Sociální zabezpečení: Vybrané kapitoly*.1.vyd. Praha: Triton. s. 443. ISBN 978-80-7387-346-2.
9. KOZLOVÁ, L., 2005. *Sociální služby*. 1.vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-662-7.
10. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E., 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, s. 464. ISBN 978-80-7263-748-5.
11. KREBS, V. a kol., 2005. *Sociální politika*. 3. vyd. Praha:ASPI. s. 504. ISBN 80-7357-050-5.
12. MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha:Portál. s. 288. ISBN 80-7178-549-0.

13. MPSV, 2012. *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. s. 142. ISBN 978-80-7421-044-0. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13218/pos_sluzba.pdf
14. MUSIL, L., HUBÍKOVÁ, O., HAVLÍKOVÁ, J., KUBALČÍKOVÁ, J., 2011. *Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů a roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči*. 1.vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. s. 171. ISBN 978-80-7416-098-1. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_341.pdf
15. PTÁČEK, R., ČELEDOVÁ, L. a kol., 2011. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum. s. 117. ISBN 978-80-246-1998-9.
16. ŠIMÁK, M., 2013. Sociální pomoc. In: KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení: Vybrané kapitoly*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-733-0.
17. ŠIMÁK, M., 2013. Úvod do sociálního zabezpečení. In: KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení: Vybrané kapitoly*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-733-0.
18. ŠIMÁK, M., LOUKOTA, I., 2013. Sociální služby. In: KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení: Vybrané kapitoly*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-733-0.
19. TOMEŠ, I., 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál. s. 440. ISBN 978-80-7367-680-3.
20. TRÖSTER, P. a kol., 2010. *Právo sociálního zabezpečení*. Praha: C. H. BECK. ISBN 978-80-7400-322-6.
21. ŽILOVÁ, A., 2005. *Úvod do teórie sociálnej práce: Náuka o sociálnej práci*. 1.vyd. Badín: Mentor. ISBN 80-968932-1-1.

Legislativa

22. ČESKO. Zákon č. 155 ze dne 30. června 1995 o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
23. ČESKO. Zákon č. 95 ze dne 29. ledna 2004 o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, ve znění pozdějších předpisů.
24. ČESKO. Zákon č. 187 ze dne 14. března 2006 o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
25. ČESKO. Zákon č. 111 ze dne 14. března 2006 o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů.
26. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
27. ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
28. ČESKO. Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů.

Stránka webového portálu

29. CSSZ, 2013. *Lékařská posudková služba*. Csz.cz. [online]. [cit. 2014-11-28]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/lekarska-posudkova-sluzba/>.
30. Jaknapenize.eu., 2014. *Státní sociální pomoc*. [online]. [cit. 2014-11-06]. Dostupné z: <http://www.jaknapenize.eu/davky-statni-socialni-pomoci-v-ceske-republice>.
31. MPSV., 2013. *Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2014*. 1 vyd. Praha: MPSV ČR. s. 32. ISBN 978-80-7421-061-7.
32. MPSV., 2014. *Příspěvek na péči*. [online]. [cit. 2014-11-20]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>.

33. Portál sociální péče ve městě Brně, 2009. *Poradenské služby*. [online]. [cit. 2014-11-26]. Dostupné z: <http://socialnipece.brno.cz/skupina/poradenske-sluzby/>.
34. Sociální dávky 2014., 2014. *Příspěvek na péči 2014*. [online]. [cit. 2014-11-24]. Dostupné z: <http://socialni-davky-2014.eu/prispevek-na-peci-2014/>.
35. Sociální dávky., 2014. *Sociální dávky- úvod*. [online]. [cit. 2014-11-20]. Dostupné z: <http://www.socialni-davky.unas.cz/>.
36. Sociální revue, 2005. *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky*. [online]. [cit. 2014-11-28]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/eticky-kodex-socialnich-pracovniku-ceske-republiky>.
37. Zdravotnictví a medicína, 2003. *Posudkáři v Německu mají punc skutečně renomovaných expertů*. [online]. [cit. 2015-04-09]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/posudkari-v-nemecku-maji-punc-skutecne-renomovanych-expertu-153842>.

8 Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den,
jmenuji se Romana Váňová a studuji na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku týkajícího se příspěvku na péči a vnímání lékařské posudkové služby veřejností. Dotazník má 16 otázek, na které budete odpovídat zakroužkováním vždy jedné z nabízených možností, nebo dopsáním odpovědi na položenou otázku. Dotazník je anonymní a bude použit výhradně k výzkumným účelům.

Děkuji za Váš čas strávený při vyplňování dotazníku.
Romana Váňová

1. Pohlaví

- a. Muž
- b. Žena

2. Bydliště

- a. Město
- b. Venkov

3. Uved'te prosím věk.

.....

4. Příspěvek na péči pobírám:

- a. Méně, než 1 rok
- b. 1 - 2 roky
- c. 3 - 4 roky
- d. 5 a více let

5. Jak dlouho trvalo vyřízení příspěvku?

- a. 1 měsíc
- b. 2 měsíce
- c. 3 měsíce
- d. Déle než 3 měsíce

6. Změnil se Váš zdravotní stav během doby pobírání příspěvku na péči?

- a. Zlepšil se
- b. Zhoršil se
- c. Zůstal stejný
- d. Nevím

7. Myslím si, že můj zdravotní stav je:

- a. Výborný
- b. Dobrý
- c. Méně dobrý
- d. Špatný

8. Mám přiznán příspěvek na péči v:

- a. I. stupni závislosti
- b. II. stupni závislosti
- c. III. stupni závislosti
- d. IV. stupni závislosti

9. Jakým zdravotním postižením trpíte (možno vybrat více možností)

- a. Onemocnění smyslové – oka, ucha
- b. Psychické a duševní onemocnění
- c. Onemocnění trávicí soustavy
- d. Onemocnění srdeční a oběhové soustavy
- e. Onemocnění kosterní a svalové soustavy
- f. Onkologické onemocnění
- g. Onemocnění močové soustavy
- h. Onemocnění dýchací soustavy
- i. Jiné

10. Proběhlo u Vás doma sociální šetření?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevzpomínám si

11. Ohodnoťte na škále 1 až 5 jak jste byl/a spokojen/a s přístupem sociálních pracovníků při sociálním šetření? (1= spokojen, 5= nespokojen)

1....2....3....4....5

- 12. Chtěl/a byste, aby posudek vašeho zdravotního stavu zhotovil:**
- Pouze ošetřující lékař
 - Ošetřující lékař a sociální pracovnice, která prováděla sociální šetření
 - Lékařská posudková služba
 - Jiný orgán
- 13. Jakou si myslíte, že hraje roli LPS v přiznání příspěvku na péči?**
- Zásadní
 - Doporučující
 - Nevím
- 14. Chtěl/a byste, aby Vás posuzoval pro účely příspěvku na péči pouze Váš praktický lékař (registrující lékař)?**
- Určitě ano
 - Ne
 - Je mi to jedno
- 15. Chtěl/a byste, aby Váš zdravotní stav posuzoval někdo jiný, než posudkový lékař?**
- Ano
 - Ne
- 16. V Německu posudky zdravotního stavu vydávají výhradně speciálně proškolené osoby, ne lékaři posudkové služby. Líbil by se Vám takový systém i u nás v ČR?**
- Ano
 - Ne
 - Nevím, je mi to jedno.

Byly otázky srozumitelné? Ano - ne

Chcete se ještě více vyjádřit k nějaké otázce? Zde máte prostor.

.....

.....

.....

.....

.....