

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Situace osob s revmatoidní artritidou v kontextu
legislativních změn**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Zuzana Kubalová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti,
dospělé a seniory
Vedoucí práce: Mgr. Hana Francová Ph.D.

Datum odevzdání práce: 15. 8. 2013

Abstrakt

Diplomová práce na téma **Situace osob s revmatoidní artritidou v kontextu legislativních změn** je jednou z kapitol, která není v české společnosti dostatečně řešena. Novému zákonu 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, taktéž není věnována taková pozornost, jakou by si zasloužil. Často se v souvislosti s tímto zákonem hovoří v médiích jako o zákonu, který nastavil pro osoby se zdravotním postižením tvrdší podmínky ke vzniku nároku na příspěvek na mobilitu či na zvláštní pomůcku.

Revmatoidní artritida je modelem chronické progresivní choroby vedoucí k fyzickému poškození – impairment, pracovní disabilitě a společenskému handicapu osoby, která tímto onemocněním trpí. Osoby mající revmatoidní artritidu častokrát trpí chronickou bolestí, která je součástí klinické symptomatologie revmatoidní artritidy. Bolest se podílí na vzniku disability a negativně ovlivňuje kvalitu života.

Bolest je u revmatických pacientů zapříčiněna především deformitami na drobných kloubech rukou a nohou, vychýlením kolenního kloubu z osy, nebo zborcenou klenbou nohou. Pohyb považujeme za neodmyslitelnou součást našeho života. Většina lidí si nedovede představit, jaké je žít s omezením pohybového aparátu. A přitom revmatici každý den překonávají tuto obtížnou životní situaci s nadhledem.

A právě k překonávání zdravotního postižení by jim mělo být nápomocno i přijetí nového zákona, který upravuje příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. Bohužel se tento zákon stal přísnějším než jeho předchůdce, a tak se staly příspěvky pro některé osoby nedosažitelné. Problematikou zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením se doposud zabývalo jen opravdu malé množství autorů, a proto tuto práci považuji za aktuální.

V teoretické části práce se věnuji obecně onemocnění revmatoidní artritidě. Dále se pak zaměřuji na psychosociální aspekty života pacientů s revmatoidní artritidou, na systém sociálního zabezpečení v České republice a na zákon 329/2011 Sb.

Pro dosažení stanovených cílů praktické části diplomové práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Pro získání všech potřebných dat byla použita metoda dotazování.

Jako technika, kterou byla potřebná data získávána, byl vybrán polořízený rozhovor. Rozhovor byl veden seznamem otázek, jenž bylo nutné v rámci rozhovoru probrat.

Základní soubor pro sběr dat tvořili osoby s revmatoidní artritidou. Výběrovým souborem byli klienti Revma liga Jihočeského kraje. Celkem bylo provedeno 20 rozhovorů.

Hlavní cíl práce bylo zjistit dopady změn vycházející ze zákona 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením na situaci osob s revmatoidní artritidou. Na tento cíl byly navázány další tři dílčí cíle a to zjistit, jak na osoby s revmatoidní artritidou nahlíží na změnu výplatního místa dávek pro osoby se zdravotním postižením. Zjistit, jaké dopady má změna koncepce příspěvku na mobilitu na osoby s revmatoidní artritidou. A zjistit, jak osoby s revmatoidní artritidou nahlíží na povinnost poskytovat údaje o příjmech při nároku na zvláštní pomůcku.

Na základě cílů práce byly stanoveny výzkumné otázky.

1. Došlo v souvislosti se změnou výše příspěvku na dopravování se ke snížení frekvence dopravování osob s revmatoidní artritidou? Na základě této otázky bylo zjištěno, že změna výše příspěvku na mobilitu neměla žádný vliv na frekvenci dopravování osob s revmatoidní artritidou.
2. Spatřují osoby s revmatoidní artritidou přínos ve sjednocení výplatního místa dávek na úřadu práce? Na tuto otázku by se dalo říct, že dotazovaní respondenti se k tomuto opatření staví neutrálně.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že dopady změn vycházející ze zákona 329/2011 Sb., neměly na situaci osob s revmatoidní artritidou žádný velký vliv. Při plnění cíle, zjistit, jak na osoby s revmatoidní artritidou nahlíží na změnu výplatního místa dávek pro osoby se zdravotním postižením, poukázaly dvě respondentky na to, že vydávání parkovacích průkazů označující vozidlo přepravující osobu těžce zdravotně postiženou dle zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, která s touto problematikou úzce souvisí, se provádí na Magistrátu města na odboru sociálních věcí. Dále na základě výzkumu bylo zjištěno, že změna koncepce příspěvku na mobilitu zatím neměla žádný vliv na osoby s revmatoidní artritidou. A jako poslední východisko

této práce je, že osobám s revmatoidní artritidou nevádí povinnost poskytovat údaje o příjmech při nároku na zvláštní pomůcku.

Otázky vhodné k zamyšlení se podle mého názoru týkají především problematiky posuzování zdravotního stavu u posudkových lékařů OSSZ. Také si myslím, že by se měla věnovat pozornost problematice zavádění nových karet sociálních systémů. Myslím si, že téma dávek pro osoby se zdravotním postižením bude stále velmi diskutované a doufám, že se budou nalézat stále lepší a lepší varianty těchto dávek.

Přínosem této diplomové práce je přispět k chápání celkové situace osob s revmatoidní artritidou v kontextu legislativních změn. Výsledky získané výzkumem by mohly být přínosem pro širší vědeckou veřejnost. Jako příloha k této práci je přiložena prezentace, která napomůže k lepší orientaci v novém zákoně. Tato prezentace bude použita jako materiál k přednášce ve sdružení Revma liga České Budějovice.

Klíčová slova:

Revmatoidní artritida, mobilita, zvláštní pomůcka, zdravotní postižení, zákon 329/2011 Sb.

Abstract

The Diploma thesis entitled **Situation of People with Rheumatoid Arthritis in the Context of Legislative Changes** deals with a topic which is not sufficiently resolved in the Czech society. Attention paid to the new Act no. 329/2011 Coll., on Provision of Subsidies to People with Disabilities and on Amendment to Related Acts, is not at a sufficient level either. Media often express opinions concerning this Act, indicating that it is a legal instrument which has set up harder conditions for people with disabilities with regard to the arising of entitlements for a subsidy for mobility or for a special device.

Rheumatoid arthritis is a model for a chronic progressive disease leading to physical damage – impairment, work disability and social handicaps of people suffering from this disease. People with rheumatoid arthritis often suffer from chronic pains which form a part of clinic symptomatology of rheumatoid arthritis. The pains take part in the arising of disability and negatively affect the quality of life.

In the case of rheumatic subjects, pain is caused especially by deformations on small ankles of hands and legs, by a deviation of the knee joint from the axis or by collapsed arches of the foot. Movement is considered as an indispensable part of our life. Most people are unable to imagine the quality of life with limitations of the movement system. And yet people suffering from rheumatoid illnesses overcome this difficult life situation on a daily basis with endurance.

And it is just the adoption of the new Act dealing with subsidies for mobility and for a special device that should help them to overcome difficulties caused by their health handicaps. Unfortunately, this Act has become stricter than its predecessor, and therefore the subsidies become unreachable for some persons. The issues of the Act on Provision of Subsidies to People with Disabilities have been dealt with by a really low number of authors so far, and therefore I deem this Diploma thesis as a highly up-to-date topic.

The theoretical part of the Diploma thesis deals, at a general level, with rheumatoid arthritis. This is followed up by a focus on psychosocial aspects of the life

of subjects with rheumatoid arthritis, on the social security system in the Czech Republic and on the Act no. 329/2011 Coll.

Qualitative research was selected to achieve specified objectives of the practical part of the Diploma thesis. Interviews were used to obtain all necessary data. The technique for acquisition of necessary data was based on semi-controlled interviews. The interviews consisted in a list of questions which were discussed within the framework of the interview.

The basic file for data collection was formed of people with rheumatoid arthritis. The selective file consisted of clients of the Rheumatology League of the Southern Bohemia Region. Altogether 20 interviews were made.

The main aim of the Diploma thesis was to identify the impacts of changes implying from the Act no. 329/2011 Coll., on Provision of Subsidies to People with Disabilities, on the situation of people with rheumatoid arthritis. This objective was followed up by another three partial objectives, namely to find out how people with rheumatoid arthritis perceive the change in the subsidy payment site for handicapped people; to find out the impacts of the change in concepts of subsidy for mobility on people with rheumatoid arthritis; and to find out how people with rheumatoid arthritis perceive their obligation to provide data on incomes for justification of their entitlement for a special device.

Survey questions were formulated on the basis of the Diploma thesis objectives as follows:

1. Did the frequency of transport decrease for people with rheumatoid arthritis in connection with the change in the amount of the subsidy for mobility? On the basis of this question it has been found out that the change in the amount of the subsidy for mobility did not affect the frequency of transport for people with rheumatoid arthritis.
2. Do people with rheumatoid arthritis perceive any benefits in unification of the subsidy payment place at the Labour Office? Concerning this question, it is possible to state that the respondents' attitude is neutral.

It implies from the results of the survey that the impacts of changes resulting from the Act no. 329/2011 Coll. did not have any impact on the situation of people with rheumatoid arthritis. During fulfilment of the objective of finding out how people with rheumatoid arthritis perceive the change in the subsidy payment place, two respondents pointed out that the issuing of the cards marking a vehicle transporting a person suffering from heavily impaired mobility pursuant to the Act no. 361/2000 Coll., on Road Traffic, which is closely interrelated with these issues, is performed at the Municipal Authority at the Department of Social Affairs. It has been furthermore found out on the basis of the survey that the change in the concepts of the subsidy for mobility has not had any impact on people with rheumatoid arthritis yet. And finally, the last conclusion of this Diploma thesis is the fact that people with rheumatoid arthritis do not mind the obligation to provide data on incomes while proving their entitlement for a special device.

Questions suitable for a more detailed analysis concern, in my opinion, especially the issues of assessment of the health condition by medical examiners of the District Social Security Administrations. I am also convinced that attention should be paid to the issues of introduction of new cards of social systems. I am convinced that the topic of subsidies for people with disabilities will always be frequently discussed and I hope that better and better variants of these subsidies will be found.

One of the aims of this Diploma thesis is to contribute to understanding of the entire situation of people with rheumatoid arthritis in the context of legislative changes. The results obtained from the survey could be useful for the general scientific public. An Annex to this Diploma thesis is a presentation which can facilitate orientation in the new Act. This presentation will be used as a material accompanying a lecture held in the Rheumatology League Association in České Budějovice.

Keywords:

Rheumatoid arthritis, mobility, special device, disability, Act no. 329/2011 Coll.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) 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 diplomové 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 15. 8. 2013

.....

Bc. Zuzana Kubalová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala především vedoucí práce Mgr. Haně Francové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří se ochotně zúčastnili výzkumné části této práce.

Obsah

Obsah	10
Seznam použitých zkratk	12
Úvod	13
1. Současný stav	15
1.1 Revmatoidní artritida.....	15
1.1.1 Revmatoidní artritida	15
1.1.2 Etiologie revmatoidní artritidy	17
1.1.3 Klinický obraz revmatoidní artritidy.....	18
1.1.4 Psychosociální aspekty života pacientů s revmatoidní artritidou.....	20
1.2 Sociální zabezpečení v ČR	22
1.2.1 Dávky dle vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb. kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení	23
1.2.2 Dávky dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.....	28
1.2.3 Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany.....	33
1.2.4 Průkaz osoby se zdravotním postižením	35
2. Cíle práce a výzkumné otázky	37
2.1 Cíle práce.....	37
2.2 Výzkumné otázky.....	37
3. Metodika	38
3.1 Použitá metodika	38
3.2 Techniky sběru dat	39
3.3 Charakteristika zkoumaného souboru	40
4. Výsledky	41
4.1 Hodnocení výzkumných otázek	60
5. Diskuze	64
6. Závěr	73
7. Seznam informačních zdrojů	75

Přílohy	82
----------------------	----

Seznam použitých zkratk

ACPA – Anti-citrullinated protein antibodies

č. – Číslo

ČR – Česká republika

DIP – Distální interfalangeální

et al. – A kolektiv

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

MCP – Metakarpofalangeální

MHD – Městská hromadná doprava

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MSSZ – Městská zpráva sociálního zabezpečení

ONP – Oddělení následné péče

OSSZ – Okresní správa sociálního zabezpečení

OSVČ – Osoba samostatně výdělečně činná

OZP – Osoby se zdravotním postižením

PIP – Proximální interfalangeální

PSSZ – Pražská správa sociálního zabezpečení

RA – revmatoidní artritida

RC – Radiokarpální

RTG - Radioizotopový termoelektrický generátor

Sb. – Sběrka zákonů

TP – Těžce zdravotně postižený

tzv. – tak zvaně

ÚP – úřad práce

vyhl. – Vyhláška

WC - Water closet – vodní záchod

WHO – World Health Organization

ZTP – Zvlášť těžce zdravotně postižený

ZTP/P – Zvlášť těžce zdravotně postižený s průvodcem

Úvod

Ontogeneze i fylogeneze člověka je neodmyslitelně spjata s pohybem. Pohyb lze považovat za činitele, který ovlivňuje nejen utváření vývoje tvaru a funkce organismu, ale i harmonický vývoj člověka jako osobnosti. Pohyb člověka lze definovat ve dvou rovinách. První rovina zahrnuje pohyb jako nezbytnou součást lidské existence, respektive k uspokojování základních fyziologických potřeb. Druhá rovina prezentuje pohyb jako faktor, který ovlivňuje vývoj a kvalitu života člověka zejména po stránce tělesné, duševní a společenské.

Právě vzhledem k tomuto tématu jsem si pro zpracování své diplomové práce vybrala problematiku osob s revmatoidní artritidou ve spojení se zákonem 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Tento zákon přišel v platnost 1. 1. 2012. K tomuto datu se pro osoby s diagnózou RA mnohé změnilo.

Revmatoidní artritida definována jako chronické, systémové, zánětlivé onemocnění, jehož hlavní projevy se týkají synoviální výstelky kloubů, šlach a tíhových váčků. Toto onemocnění je považováno za nejčastěji se vyskytující systémové autoimunitní onemocnění.

Zákeřné onemocnění, jako je revmatoidní artritida, postihuje všechny klouby těla. Nejčastěji jsou postiženy drobné klouby rukou, ramena, kolena a klouby na nohou. Většina pacientů v pokročilém stádiu nemoci má zborcenou klenbu nohou. Každý krok pro tyto osoby představuje nepředstavitelnou bolest. Osoby s RA jsou pak bohužel odkázány na invalidní důchod. S tím je spojená i určitá finanční tíseň při pořizování nejrůznějších pomůcek, které by jim usnadnily pohyb.

Výběr právě tohoto tématu spočívá v jeho aktuálnosti a neprozkoumatelnosti. Na základě nového zákona 329/2011 Sb., si mohou osoby se zdravotním postižením požádat o příspěvek na mobilitu, nebo příspěvek na zvláštní pomůcku. Tyto příspěvky by jim mohly aspoň částečně být nápomocny při zvládnání základních životních potřeb, jako je například pohyb.

Tato diplomová práce je zpracována za účelem zjistit, jak nový zákon ovlivnil příjem dávek osob s revmatoidní artritidou. Jak moc změny ovlivnily dopravování těchto osob a jaký mají na tento nový zákon názor.

V teoretické části práce se zaměřím na popis onemocnění revmatoidní artritida, na psychosociální aspekty života pacientů s revmatoidní artritidou, na systém sociálního zabezpečení v České republice a na zákon 329/2011 Sb. Praktická část vychází z poznatků a údajů mého kvalitativního výzkumu.

Předpokládám, že by tato diplomová práce mohla být přínosem nejen pro osoby, které se danou problematikou zabývají, ale i pro širší vědeckou veřejnost. Jako příloha k této práci bude přiložena prezentace, která napomůže k lepší orientaci v novém zákoně. Tato prezentace bude použita jako materiál k přednášce ve sdružení Revma liga České Budějovice.

1. Současný stav

1.1 Revmatoidní artritida

1.1.1 *Revmatoidní artritida*

Původ tohoto slova je v řeckém slově „rhoema“, které označovalo „to, co teče“. Termín „revma“ se proto používal pro označení otoků kloubů. Původní výraz „revma, revmatismus“ moderní medicína prakticky opustila (33).

Revmatoidní artritida (dále též RA) dostala své jméno před 150 lety, kdy ji popsal ve své knize *The Nature and Treatment of Gout and Rheumatic Gout* (1859) Alfred Garrod. Přesněji řečeno ji tento londýnský lékař rozlišil od dny, s níž byla po staletí zaměňována. Několik let předtím Garrod objevil, že příčina dny souvisí s kyselinou močovou, při negativním laboratorním nálezu. Z tohoto důvodu nejprve hovořil o „revmatické dně“, teprve později o revmatické artritidě. Před tím ale roku 1800 toto onemocnění poprvé popsal francouzský lékař Landree – Beauvais (34, 38).

Tři malé revoluce spojené s hledáním léčby proti této těžce invalidizující nemoci dobře charakterizují tři klíčová období. První významné období bylo v 19. století, kdy bylo známo, že nemocným mohou přinést úlevu salicyláty (38).

Druhé významné období bylo o půl století později, kdy se americký revmatolog Philipp Hench zabýval myšlenkou vyzkoušet u nemocných s revmatoidní artritidou hormony kůry nadledvin. Trvalo několik let, než byl kortizon připraven v dostatečném množství pro klinické pokusy. Hench ho v roce 1949 poprvé vyzkoušel. O rok později dostal Nobelovu cenu. Již v roce 1970 byl kladen velký důraz na včasnou diagnostiku a včasnou terapeutickou intervenci (38, 18).

Poslední období charakterizuje nástup biologické léčby. Oproti kortikoidům jde o revoluci pomalejší, ale zasahující patologické mechanismy nemoci mnohem cíleněji. Otcem této terapie je prof. Ján Vilček, slovenský mikrobiolog (38).

Dnes je Revmatoidní artritida definována jako chronické, systémové, zánětlivé onemocnění, jehož hlavní projevy se týkají synoviální výstelky kloubů, šlach a tíhových

váčků. Podstatou je scestný imunitní proces, kdy organismus reaguje na neznámou škodlivinu tvorbou autoprotilátek a aktivací autoagresivních imunokompetentních buněk, které napadají a ničí struktury vlastního organismu (37, 20).

RA je považováno za nejčastěji se vyskytující systémové autoimunitní onemocnění, proto může postihovat kromě kloubů i jiné orgány (mimokloubní postižení). Část nemocných má v séru přítomen revmatoidní faktor nebo jiné autoprotilátky. Revmatoidní artritida byla dlouho považována za benigní, chronické onemocnění, které by nemocného nemělo ohrožovat na životě. Sledováním se však ukázalo, že RA zkracuje život pacientů průměrně o 10 let (32, 33).

Podle HWO (World Health Organization) je revmatoidní artritida modelem chronické progresivní choroby vedoucí k fyzickému poškození – impairment, pracovní disabilitě a společenskému hendicapu osoby, která tímto onemocněním trpí (6).

Revmatologických onemocnění je několik desítek a mají zcela odlišný původ, průběh, terapii i prognózu. K zařazení RA do revmatických onemocnění nám pomůže klasifikace dle prof. Pavelky et al. (37).

1. Zánětlivá revmatická onemocnění – revmatoidní artritida, systémová onemocnění pojiva, spondylartritidy
2. Degenerativní kloubní onemocnění – osteoartróza
3. Metabolické kostě-kloubní onemocnění – krystalové artropatie, osteoporóza, osteomalacie
4. Mimokloubní revmatismus – lokální, celkový (fibromyalgie)
5. Infekční artritidy – arteriální, virové, mykotické, parazitární
6. Další – nádory a paraneoplastické syndromy, loubní projevy při endokrinopatiích, neurovaskulární projevy (útlakové syndromy atd.), vaskulární osteonekróza, kloubní projevy při krvácivých onemocněních, amyloidóza, sarkoidóza.

1.1.2 Etiologie revmatoidní artritidy

RA nejčastěji postihuje populaci ve fertilním věku (nezřídka začíná u mladších žen do 30 let). Pouze asi jen u čtvrtiny onemocněných se artritida objeví ve vyšším věku (nad 65 let), jejich prognóza je však lepší. Revmatoidní artritida není onemocnění pocházející z prochlazení nebo nachlazení. Vyskytuje se na všech kontinentech a ve všech podnebných pásích (32).

Incidence RA se podle studií pohybuje okolo 0,15-0,26 na 100 tisíc obyvatel u mužů a 0,24-0,60 na 100 tisíc obyvatel u žen. Prevalence onemocnění je vyšší u žen 2-4x a v Evropě, Severní Americe, Asii a Jižní Americe se udává v rozmezí 0,5-1 %. Častější výskyt je u některých kmenů severoamerických indiánů a naopak vzácnější je u venkovské africké černé populace a u čínských skupin (38)

Sourozenci pacientů s RA mají 2-4x vyšší riziko vzniku tohoto onemocnění v porovnání s nepříbuznými. Predispozicí je nositel některých alel HLA-DR4 či HLA-DR1, pravděpodobnost onemocnění je 70-90 %. Většina nemocných má sérové autoprotilátky namířené proti IgG (revmatoidní faktory) a proti citrulinovaným peptidům (ACPA – anti-citrullinated protein antibodies). Produkce ACPA se dává do souvislosti s kouřením (38, 36).

Vyšší výskyt u žen ukazuje na možné ovlivnění vzniku a vývoje choroby hormonálními faktory. Ženy s tímto onemocněním mívají nižší koncentraci testosteronu a dehydroepiandrosteronu. Jisté je, že těhotenství ovlivňuje nástup RA. Studie ukazují, že riziko vzniku revmatoidní artritidy během těhotenství je velmi malé, na rozdíl od období 12 měsíců po porodu, kdy se zvyšuje. Tento vývoj je patrný nejvíce po prvním těhotenství (38).

Z ostatních vlivů je popisován vliv kouření na vyšší riziko vzniku RA, zvláště u pacientů s pozitivitou anti CCP protilátek a revmatoidních faktorů. Byly sledovány i dietní vlivy. Z některých studií vyplývá, že protektivním faktorem je vysoký obsah vitamínu C ve stravě, konzumace olivového oleje a ryb. Tato tvrzení však potřebují podrobnější sledování (38).

1.1.3 Klinický obraz revmatoidní artritidy

Klinický obraz se v jednotlivých stádiích nemoci liší. RA nejčastěji začíná plíživě, akutní začátek je méně častý. Manifestaci artritidy může předcházet prodromální období, kdy pacient pociťuje jen zvýšenou teplotu, únavu, bolesti kloubů a svalů a nechutenství. RA se vyvíjí v průběhu týdnů až měsíců a postihuje typicky klouby rukou (příloha č. 1). Toto onemocnění často vede k rozvoji kloubních destrukcí a deformit. Také vede k omezení fyzických funkcí, funkci končetin a má přímý vztah k rozvoji disability (32, 7).

Choroba nejčastěji začíná postižením drobných kloubů a u mužů zánětem jednoho nebo obou kolenních kloubů. Nejdříve bývají postiženy metakarpofalangeální (MCP), proximální interfalangeální (PIP) a radiokarpální (RC) klouby. Typické je polyartikulární, symetrické postižení, i když v počátcích nemoci může RA postihnout jen jeden nebo několik málo kloubů. Objevuje se ranní ztuhlost v kloubech, která trvá různě dlouhou dobu, často až několik hodin. Ústupu ranní ztuhlosti někdy napomáhá zahřátí a ponoření rukou do teplé vody (37, 31).

Postižené klouby jsou většinou bolestivé, teplejší a s omezenou hybností. Zduření je podmíněno výpotkem, synoviálním zesílením a prosáknutím měkkých tkání. Kůže nad klouby nebývá barevně změněna, klouby tedy nejsou zarudlé. Pacienti si stěžují na celkovou slabost, únavu, potivost, fyzickou nevykonnost, hubnutí a pocity deprese. Bolest je buď spontánní, nebo se zvyšuje palpací a pohybem kloubů. Při mírné synovitidě je bolest pozorovatelná jen v krajních polohách kloubu. Revmatoidní artritida může postihnout téměř všechny synoviální klouby těla, málokdy jsou zasaženy distální interfalangeální klouby (DIP) rukou a nohou. (36, 32).

Pro ruce je charakteristické vřetenovité zduření PIP kloubů a nápadná atrofie interoseálních svalů. S postupnou progresí onemocnění vedou destruktivní změny k radiální rotaci karpálních kostí a ulnární deviaci prstů rukou, především v NPC kloubech. Typické jsou změny a deformita labutí šije (flexe v MPC, hyperextenze v PIP a flexe v DIP kloubech) a deformita knoflíkové dírky (flexe v PIP a hyperextenze v DIP kloubech) (37).

Postižení loktů vede ke vzniku flekční kontraktury a teprve v pozdějších fázích k omezení hybnosti. Ramenní klouby jsou postiženy poměrně často jak v glenohumerálním, tak akromioklavikulárním kloubu. Kyčelní klouby bývají méně často postiženy. Jestliže se zde onemocnění objeví, je známkou nepříznivého vývoje (36).

Postižení kolenních kloubů bývá časté. Vede k vývoji osových deformit, laxitě vazů a flekční kontraktuře. Zmnožení synoviální tekutiny je v kolenním kloubu snadno prokazatelné a lehce dostupné pro případné diagnostické vyšetření (37).

Klouby hlezna bývají postiženy většinou u těžkých forem RA. Zato artritida MTP kloubů je častá a vede ke vzniku řady deformit. Dozrání subluxece proximálních falangů vede k deformitě tzv. kladívkových prstů, při kterém dochází k omezení chůze a stání (37).

Závažné může být postižení krční páteře, především v oblasti C1 a C2, kde synovitida může vést k atlantoaxiální subluxaci. Zvětšení vzdálenosti dens axis – zadní okraj předního oblouku atlasu nad 3 mm může vést k bolestem hlavy a krku, závratím, paresteziím a popř. vážnější komplikacím (36).

RA je často doprovázena zánětlivými změnami šlachových pochev, svalovými atrofiemi a nálezem revmatických uzlů v podkoží. Nejčastějším místem výskytu je krajina loketního kloubu. Vzácnější jsou útrobní projevy nemoci, které označujeme jako mimokloubní formy. Počet a závažnost mimokloubních příznaků kolísá. Jsou častější u déle probíhajícího a těžšího onemocnění (37, 31).

Způsoby léčby RA lze rozdělit na farmakologické, nefarmakologické a chirurgické. Léčba by měla být vždy komplexní a obsahovat více způsobů. Složitost buněčné a molekulární interakce mezi imunitou a kostní tkání znamená, že i přes intenzivní výzkum tohoto onemocnění zůstává hlavní výzvou zjistit, jak se specificky zaměřit na jeden systém aniž by se negativně ovlivnil jiný systém. Stručně lze shrnout: Pacient by měl na začátku nemoci být dostatečně poučen o své nemoci a zároveň být motivován k pravidelnému cvičení, jehož cílem je uchovat maximum kloubního pohybu, posílit svalové skupiny a uchovat funkční schopnost. Vhodná je konzultace

fyzioterapeuta, který může indikovat celé spektrum metod fyzikální medicíny. Doporučený algoritmus léčby revmatoidní artritidy je popsán v příloze č. 2 (35, 15).

V posledních 10 letech došlo k významnému pokroku ve výzkumu a léčbě pacientů s RA. Vývoj molekulární biologie dramaticky zvýšil vhléd do tohoto složitého onemocnění. Více než půl milionu pacientů bylo úspěšně léčeno biologickou léčbou a pokroky v zobrazovacích technikách umožnily časnější detekci vzniku nemoci (16).

1.1.4 Psychosociální aspekty života pacientů s revmatoidní artritidou

Chronická bolest je součástí klinické symptomatologie revmatoidní artritidy, podílí se na vzniku disability a negativně ovlivňuje kvalitu života. Je podmíněná zánětem a strukturálním poškozením kloubů a okolí, ale může být ovlivňována i psychosociálními faktory. V případě revmatických nemocí ztratila chronická bolest na rozdíl od bolesti akutní význam varovného signálu. Tato chronická bolest představuje obrovskou zátěž pro život v moderní společnosti (48, 21).

Na prožívání a projevy bolesti má vliv i osobnost pacienta, kognitivní procesy a adaptační schopnosti. Rozdíly ve vnímání jsou podmíněny i výchovou, rasou, někdy i pohlavím. Výše intenzity bolesti zvyrazňuje funkční disability, negativně ovlivňuje pohyb a energii potřebnou k běžným denním aktivitám. U pacientů se sociální izolací zvyšuje napětí, úzkost a nespavost. Častěji se projevují afektivní a neurotické stavy, zvýšená hladina deprese a úzkosti, sociální dysfunkce, introverze, závislost na okolí. Převládá pocit méněcennosti, obava z budoucnosti, ztráty nezávislosti a sebezpečí. Trvalý algický stav snižuje schopnost pacienta aktivně se s dyskomfortem vyrovnat, což dokladuje stoupající spotřeba analgetik, antidepresiv. (48, 7).

Klíčovým problémem v revmatologické péči je funkční disability. To je každé omezení nebo nedostatečná schopnost vykonávat činnost v normálním rozsahu běžném pro člověka. Zapříčiňuje neschopnost udržet chod domácnosti, omezuje činnosti sebezpečí, zvyšuje závislost na rodině, ovlivňuje její funkčnost, negativně mění sociální role, vede ke ztrátě zaměstnání (7).

V prvních 10 letech trvání nemoci více než 50 % pacientům nemoc znemožňuje jejich zapojení do pracovního procesu a činí je závislými na pomoci okolí. Po 10 - letém trvání onemocnění přestává pracovat 50-60 % pacientů v produktivním věku. Vyšší vzdělání a ekonomický status, nástup disability a invalidity oddaluje, částečná invalidita problémy pacientů řeší nedostatečně pro nemožnost získat práci na částečný, respektive poloviční úvazek. Riziko pracovní neschopnosti se zvyšuje s věkem, klinickou závažností RA, fyzicky namáhavou prací a prací, která vyžaduje manuální zručnost. Individuálními rizikovými faktory jsou celkový špatný zdravotní stav pacienta, nižší vzdělání a slabá sociální podpora. Samotné onemocnění limituje výběr zaměstnání, problematizují možnosti rekvalifikace, snižuje výdělečný potenciál a finanční status. Během prvních let trvání RA až 67% pacientů pociťuje nepříznivý finanční tlak na životní úroveň (7, 25).

Kromě základní příčiny onemocnění mohou mít vliv na funkční schopnost a kvalitu života i jiné faktory. Ve více studiích se monitoruje vnímání zdraví a nemoci, duševní zdraví, víra a náboženství, sebevědomí, vzdělání, postavení ve společnosti a v rodině, osamělost, míra schopnosti aktivně pracovat, způsob života (7).

Disabilita ovlivňuje nejen fyzickou a psychickou, ale i sociální kvalitu života. Lze ji však identifikovat a měřit pomocí subjektivních a objektivních měřítek. Jejich používání v klinické praxi přispívá k upřesnění důsledků onemocnění na každodenní život pacienta - psychické zdraví, prožívání a zvládání bolesti, změny osobnosti, socioekonomický status. Prognóza se ale u pacientů s revmatoidní artritidou dramaticky zlepšila. Mezi důvody lepší prognózy patří dřívější diagnostika, léčba využívající chorobu modifikující léky (DMARDs) v kombinacích, a dostupnost biologické léčby. Tomuto onemocnění pohybového aparátu se připisuje stejná ekonomická zátěž jako u kardiovaskulárních a onkologických onemocnění a to především v důsledku biologické léčby (7, 39).

1.2 Sociální zabezpečení v ČR

Sociální zabezpečení jako součást sociální politiky můžeme obecně chápat jako soubor institucí, zařízení a opatření, jejichž prostřednictvím a pomocí se uskutečňuje předcházení, zmírňování a odstraňování následků sociálních událostí občanů. Sociálnímu zabezpečení se v různých zemích přikládá různý obsah. Liší se charakterem, formou, cíli i náplní, vymezením okruhu sociálních událostí (24).

Občané České republiky jsou v případě potřeby zabezpečeni třemi systémy: sociální pojištění, státní sociální podpora a sociální péče. Tyto systémy se od sebe liší ve třech hlavních aspektech – jakou sociální situaci řeší, jakým způsobem jsou dávky v jednotlivých systémech financovány a jakým způsobem jsou tyto systémy organizačně zabezpečeni (40, 24).

Systém **sociálního pojištění** řeší sociální situace, na které je možné se dopředu připravit ve smyslu odložení části finančních prostředků k řešení budoucí sociální situace. Patří sem pojištění v nezaměstnanosti, nemocenské pojištění a důchodové pojištění. Sociální pojištění je financováno z příspěvků od zaměstnavatelů, zaměstnanců a státu. Systém pojištění dále doplňuje úrazové a zdravotní pojištění (40).

Státní sociální podpora vznikla v roce 1995 jako státní pomoc dětem a rodinám, trvale přihlášených na území České republiky. Tato pomoc má krýt náklady na výživu a některé sociální události a je někdy podmíněna výší příjmů. Je financována ze státního rozpočtu, tedy státem organizovaný transfer prostředků mezi bohatými a chudými rodinami a rodinami s dětmi a bez dětí. To znamená, že systém uplatňuje princip solidarity mezi nimi (40, 46).

Pomocí **sociální péče** stát zajišťuje pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy, a občanům, kteří ji potřebují vzhledem k svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry (40).

1.2.1 Dávky dle vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb. kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení

V této kapitole jsou uvedeny dávky podle vyhlášky č. 182/1991 Sb., které byly platné do 31.12.2011.

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek

Občanům s těžkým zdravotním postižením lze poskytovat peněžité příspěvky na opatření pomůcek, které potřebují k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Příspěvek se neposkytuje v případě, že potřebnou pomůcku propůjčuje nebo plně hradí příslušná zdravotní pojišťovna; pokud příslušná zdravotní pojišťovna hradí potřebnou pomůcku částečně, přihlédne se při stanovení výše příspěvku k této skutečnosti (9).

Tělesně postiženým občanům lze poskytovat příspěvky na pomůcky, které umožňují sebeobsluhu, samostatný pohyb nebo zachování zdravotního stavu, popřípadě na pomůcky na přípravu a realizaci pracovního uplatnění. Příspěvky lze poskytovat na opatření následujících zvláštních pomůcek (9):

Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro tělesně postižené občany

1. Polohovací zařízení do postele	100 %	z ceny
2. Obracecí postel	50 %	
3. Vodní zvedák do vany	50 %	
4. vypuštěno		
5. Přenosný WC	100 %	
6. Psací stroj se speciální klávesnicí	50 %	
7. Motorový vozík pro invalidy	50 %	
8. Židle na elektrický pohon	50 %	
9. Přenosná rampa (pro vozíčkáře)	100 %	
10. Zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu	100 %	

11. Zařízení pro přesun vozičkáře do automobilu	100 %
12. Individuální úpravy automobilu	100 %
13. vypuštěno	
14. Dvukolo	50 %
15. Šikmá schodišťová plošina	100 %
16. Signalizační pomůcka SYM-BLIK	80 %
17. Koupací lůžko	50 %
18. Nájezdové lyžiny pro vozičkáře	100 %

Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek se poskytuje ve výši, která umožňuje opatření pomůcky v základním provedení, čímž se rozumí takové provedení, které občanu plně vyhovuje a splňuje podmínky nejmenší ekonomické náročnosti (9).

Příspěvek na úpravu bytu

Občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí omezujícími ve značném rozsahu jejich pohyblivost a občanům úplně nebo prakticky nevidomým se poskytuje příspěvek na úpravu bytu, který užívají k trvalému bydlení. Pro účely přiznání příspěvku na úpravu bytu se považují za těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí následující zdravotní postižení (9):

1. Amputační ztráta dolní končetiny ve stehně.
2. Disproporční poruchy růstu provázené deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška postiženého po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm.

Rozsah úprav se posoudí se zřetelem na závažnost a druh zdravotního postižení občana. Výše příspěvku na úpravu bytu se určí se zřetelem na příjmy a majetkové poměry občana a jeho rodiny, a to až do výše 70 % prokázaných nákladů účtovaných fyzickými nebo právnickými osobami za materiál a práce spojené s nezbytnými výdaji, včetně projektových prací, nejvýše však 50 000 Kč nebo 100 000 Kč u příspěvku na stavební úpravy spojené s instalací výtahu, který je poskytován z toho důvodu, že nelze použít šikmou schodišťovou plošinu (9).

Příspěvky na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla nebo příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla se poskytne občanovi s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, jako je amputační ztráta dolní končetiny ve stehně, nebo disproporční poruchy růstu provázené deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška postiženého po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm. Tento občan bude motorové vozidlo používat pro svou dopravu, a zároveň tento občan není umístěn k celoročnímu pobytu v ústavu sociální péče, popřípadě ve zdravotnickém nebo obdobném zařízení a který je odkázán na individuální dopravu (9).

Výše příspěvku na zakoupení motorového vozidla činí nejvýše 100 000 Kč, výše příspěvku na celkovou opravu motorového vozidla činí nejvýše 60 000 Kč. Výše příspěvku se určí zejména s ohledem na majetkové poměry žadatele a osob považovaných podle zákona o důchodovém pojištění za osoby jemu blízké, které s ním žijí v domácnosti (9).

Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla se poskytne občanovi s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí jako jsou (9):

1. amputační ztráta dolní končetiny ve stehně,
2. amputační ztráta obou dolních končetin v bérkách a výše,
3. funkční ztráta obou dolních končetin na podkladě úplné obrny (plegie) nebo těžkého ochrnutí,
4. ankyloza obou kyčelních kloubů nebo obou kolenních kloubů nebo podstatné omezení hybnosti obou kyčelních nebo kolenních kloubů pro těžké kontraktury v okolí,
5. současné ztuhnutí všech úseků páteře s těžkým omezením pohyblivosti alespoň dvou nosných kloubů dolních končetin,
6. těžké funkční poruchy pohyblivosti na základě postižení několika funkčních celků pohybového ústrojí s případnou odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, pánev, končetina,
7. disproporční poruchy růstu provázené deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška postiženého po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm,

8. anatomická nebo funkční ztráta končetiny.

Podmínkou pro poskytnutí tohoto příspěvku je, že žadatel sám řídí motorové vozidlo a pro své trvalé zdravotní postižení zvláštní úpravu motorového vozidla nezbytně potřebuje. Příspěvek se poskytne v plné výši ceny takovéto úpravy, není-li dále stanoveno jinak (9).

Součet příspěvků vyplacených nesmí v období deseti let po sobě jdoucích přesáhnout částku 200 000 Kč (9).

Příspěvky na provoz motorového vozidla a na individuální dopravu

Dle vyhl. 182/1992 Sb. se příspěvek na provoz motorového vozidla poskytoval občanům na období kalendářního roku, kteří vlastní nebo provozují motorové vozidlo a (26, 9):

- a) jehož zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. nebo III. stupně, s výjimkou postižených úplnou nebo praktickou hluchotou, a který bude používat toto motorové vozidlo pro svou pravidelnou dopravu,
- b) který toto motorové vozidlo bude používat pro pravidelnou dopravu manžela (manželky), dítěte nebo jiné blízké osoby, jejich zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. stupně, s výjimkou postižených úplnou nebo praktickou hluchotou, nebo III. stupně, nebo
- c) který je rodičem nezaopatřeného dítěte, které je léčeno na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastosou, a to v době nezbytného léčení akutní fáze onemocnění v tomto zdravotnickém zařízení; za rodiče se považuje pro účely tohoto příspěvku též občan, kterému bylo dítě svěřeno do péče nahrazující péči rodičů na základě rozhodnutí příslušného orgánu.

Výše příspěvku činí pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany III. stupně, a pro rodiče dítěte uvedeného v odstavci 1 písm. c) **4 200 Kč** u jednostopého vozidla a **9 900 Kč** u ostatních vozidel a pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje

přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. stupně, **2 300 Kč** u jednostopého vozidla a **6 000 Kč** u ostatních vozidel (9).

Od 1. ledna 2010 nabyla účinnosti vyhláška č. 451/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 182/1991 Sb., a to tak, že se za § 36 této vyhlášky vkládá nový § 36a, který mění výši příspěvku na provoz motorového vozidla pro osoby, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. a III. stupně (29).

Tento právní předpis stanoví, že v letech 2010 - 2012 činí výše příspěvku na provoz motorového vozidla:

- 3360 Kč u jednostopého vozidla (dosud 4200 Kč) a 7920 Kč (dosud 9900 Kč) pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany III. stupně u ostatních vozidel.
- 1150 Kč u jednostopého vozidla (dosud 2300 Kč) a 3000 Kč (dosud 6000 Kč) pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. stupně u ostatních vozidel (29).

Příspěvek na individuální dopravu

Příspěvek na individuální dopravu se poskytne občanu na kalendářní rok, který má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí a to (9):

1. amputační ztráta dolní končetiny ve stehně
2. disproporční poruchy růstu provázené deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška postiženého po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm

Tento občan se pravidelně individuálně dopravuje a není vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla nebo občanem uvedeným v § 36 odst. 1 písm. b) nebo c), jenž je dopravován motorovým vozidlem, na jehož provoz je přiznán příspěvek podle § 36, zaváže-li se písemně předem, že vrátí poměrnou část vyplaceného příspěvku v případě, že přestane plnit podmínky pro přiznání příspěvku na individuální dopravu.

Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací v případě, že zemře občan, kterému byl vyplacen, nebo dítě, jehož rodičům byl vyplacen (9).

Výše příspěvku na individuální dopravu činí **6 500 Kč**. Jsou-li splněny podmínky pro přiznání příspěvku až v průběhu kalendářního roku, výše tohoto příspěvku činí poměrnou část z částky uvedené ve větě první. Příspěvek se vyplatí do konce kalendářního měsíce následujícího po měsíci, v němž byl příspěvek přiznán (9).

1.2.2 Dávky dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů

Zákon 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, upravuje poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením, které jsou určeny ke zmírnění sociálních dopadů jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování. Tento zákon přišel v platnost 1. 1. 2012 (13).

Příspěvek na opatření zvláštní pomůcky

Jednorázový příspěvek na opatření zvláštní pomůcky, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla byly transformovány do jednotného příspěvku a to do příspěvku na zvláštní pomůcku, jak stanoví zákon 329/2011 Sb. (27).

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku. Nárok na příspěvek poskytovaný na pořízení motorového vozidla má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku.

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok (11, 13).

Za těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí se pro účely tohoto zákona se považuje (11):

- a) anatomická ztráta obou dolních končetin v bércích a výše,
- b) funkční ztráta obou dolních končetin na podkladě úplné obrny (plegie) nebo těžkého ochrnutí,
- c) anatomická ztráta podstatných částí jedné horní a jedné dolní končetiny v předloktí a výše a v bérce a výše,
- d) funkční ztráta jedné horní a jedné dolní končetiny na podkladě úplné obrny (plegie) nebo těžkého ochrnutí,
- e) ankylóza obou kyčelních kloubů nebo obou kolenních kloubů nebo podstatné omezení hybnosti obou kyčelních nebo kolenních kloubů pro těžké kontraktury v okolí,
- f) ztuhnutí všech úseků páteře s těžkým omezením pohyblivosti alespoň dvou nosných kloubů dolních končetin,
- g) těžké funkční poruchy pohyblivosti na základě postižení tří a více funkčních celků pohybového ústrojí s případnou odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, pánev, končetina,
- h) disproporční poruchy růstu provázené deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška postiženého po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm,
- i) anatomická ztráta dolní končetiny ve stehně s krátkým pahýlem bez možnosti oprotézování nebo exatrikulace v kyčelním kloubu,
- j) anatomická nebo funkční ztráta končetiny,
- k) anatomická nebo funkční ztráta obou horních končetin.

Dalšími podmínkami pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku je, že osoba je starší 3 let, je-li tento příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla, schodolezu, stropního zvedacího systému, schodišťové plošiny, schodišťové sedačky nebo na úpravu bytu (11).

Zvláštní pomůcka by měla umožnit osobě sebeobsahu nebo pomůcku potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím (11).

Je-li příspěvek na zvláštní pomůcku poskytován na pořízení motorového vozidla, je podmínkou, že se osoba opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje a že je schopna řídit motorové vozidlo nebo je schopna být převážena motorovým vozidlem. Příspěvek nebude přiznán na pomůcku, jestliže tato zvláštní pomůcka je zdravotnickým prostředkem, který je plně nebo částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění anebo je osobě zapůjčen příslušnou zdravotní pojišťovnou (11).

Podrobný seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžce sluchově postiženým osobám, těžce zrakově postiženým osobám a osobám s těžkou nebo hlubokou mentální retardací, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek, stanoví prováděcí právní předpis (11).

Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám se zdravotním postižením, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcku (8):

Zvláštní pomůcky určené osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí

1. Osobám se zdravotním postižením, které jsou uvedeny v části I bodě 1 přílohy k zákonu:

- a) dodatečná úprava motorového vozidla; jedná se o úpravy vyžadující montáž, např. ruční ovládání, usnadňování nastupování, nakládání vozíku,
- b) stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC; jedná se o stavební práce a s nimi nezbytně související materiál na úpravu (nikoli o obklady, podlahové krytiny, sanitu apod.).

2. Osobám se zdravotním postižením, které jsou uvedeny v části I bodě 1 písm. c), d), g), j) a k) přílohy k zákonu:

speciální komponenty osobního počítače, např. uzpůsobená klávesnice, myš, speciální programové vybavení.

3. Osobám se zdravotním postižením, které jsou uvedeny v části I bodě 1 písm. a), b), d) až i) přílohy k zákonu:

- a) nájezdové ližiny,
- b) přenosná rampa,
- c) schodolez,
- d) schodišťová plošina, včetně instalace,
- e) stropní zvedací systém, včetně instalace.

4. Osobám se zdravotním postižením, které jsou uvedeny v části I bodě 1 písm. a) až g), i) a j) přílohy k zákonu:

stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě.

5. Osobám se zdravotním postižením, které jsou uvedeny v části I bodě 1 písm. a), d) a i) přílohy k zákonu:

schodišťová sedačka, včetně instalace.

Při rozhodování o poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku, která není uvedena v seznamu druhů a typů zvláštních pomůcek, se posuzuje, zda je tato konkrétní zvláštní pomůcka z hlediska využití srovnatelná s druhy a typy zvláštních pomůcek uvedenými v seznamu (11).

Zákon 329/2011 Sb. upravuje tři formy stanovení výše příspěvku na zvláštní pomůcku. Rozlišuje pomůcku do částky 24 000 Kč, nad 24 000 Kč, a zcela specifický postup stanový v přiznávání příspěvku na motorové vozidlo (2).

Příspěvek na zvláštní pomůcku, jejíž cena je nižší než 24 000 Kč, se poskytne v případě, je-li příjem osoby a příjem osob s ní společně posuzovaných nižší než osminásobek životního minima jednotlivce nebo životního minima společně posuzovaných osob podle zákona o životním a existenčním minimu. Výše příspěvku se stanoví tak, aby spoluúčast osoby činila 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky, nejméně však 1 000 Kč (11).

Výše příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky, jejíž cena je vyšší než 24 000 Kč, se stanoví tak, aby spoluúčast osoby činila 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky. Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000 Kč, s výjimkou příspěvku na zvláštní pomůcku poskytovaného na pořízení schodišťové plošiny, jehož maximální výše činí 400 000 Kč (11).

V případě poskytnutí příspěvku na pořízení motorového vozidla se částka stanoví s přihlédnutím k četnosti a důvodu dopravy, k příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných podle zákona o životním a existenčním minimu a k celkovým sociálním a majetkovým poměrům. Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku poskytovaného na pořízení motorového vozidla činí 200 000 Kč (11).

Součet všech vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících (5 letech) po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč nebo 850 000 Kč, jestliže byl v této době poskytnut příspěvek na zvláštní pomůcku na pořízení schodišťové plošiny (11).

Příspěvek na mobilitu

Příspěvky na provoz motorového vozidla a na individuální dopravu nahrazuje nový příspěvek na mobilitu. Nárok na příspěvek na mobilitu má podle zákona 329/2011 Sb. osoba starší jednoho roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče (11).

Z důvodu hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby uvedené výše, pokud splňuje ostatní podmínky (11).

Splněním podmínky opakovaného dopravování se prokazuje čestným prohlášením. Výše příspěvku na mobilitu je **400 Kč** za kalendářní měsíc (11).

Pojmy:

- MOBILITA – za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujmout polohu, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním a zastávkami, v dosahu alespoň 200 metrů, a to i po nerovném povrchu, chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových (26).
- ORIENTACE – za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna rozeznávat a poznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně na ně reagovat (26).

1.2.3 Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Občanům se zdravotním postižením je ze systému sociální péče poskytována podpora, jejímž cílem je přispět k odstranění bariér, které s sebou zdravotní postižení přináší. Dříve byl stanoven okruh oprávněných osob pro dávky sociální péče různými způsoby, některé z nich byly navázány na přiznání tzv. mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany. Jednalo se o přiznání určitého statutu občanovi s těžkým zdravotním postižením, který má význam i v jiných oblastech mimo systém sociální péče. Přiznáním mimořádných výhod vznikla občanovi s těžkým zdravotním postižením nárok na některé z příspěvků upravených ve vyhlášce č. 182/1991 Sb. a řadu dalších výhod (5, 4).

Občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se podle druhu a stupně postižení poskytují mimořádné výhody I., II. nebo III. Stupně (9).

1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP):

a) Nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích

pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nich je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky.

- b) Nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních.

2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP):

- a) Výhody uvedené pro I. stupeň.
- b) Nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvaji, trolejbusy, autobusy, metrem).
- c) Sleva 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P):

- a) výhody uvedené pro I. a II. stupeň.
- b) Nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě.
- c) U úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce.

4. Dále může být držitelům průkazů ZTP a ZTP/P poskytnuta sleva poloviny vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní podniky. Při poskytování slevy držitelům průkazu ZTP/P se poskytne sleva poloviny vstupného i jejich průvodci (9).

Dále vyhláška 182/1991 Sb. upravuje nárok na jednorázový příspěvek na opatření zvláštní pomůcky, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže, příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům a bezúročné půjčky (9).

1.2.4 Průkaz osoby se zdravotním postižením

Začátkem roku 2012 došlo k mnoha změnám v poskytování sociálních dávek. Asi nejvíce mediálně viditelnou změnou je jejich poskytování Úřadem práce. Některé formy pomoci byly zrušeny, jako je například bezúročná půjčka, jiné byly uzpůsobeny a transformovány do nové právní úpravy. Změny, které se týkají revmatických pacientů, jsou především v příspěvku na péči, v příspěvku na pomůcku, na mobilitu a nárok na průkaz TP, ZTP a ZTP/P (karta sociálních systémů) (27, 2).

Podle již zmiňované vyhl. 182/1991 Sb. se rozsah oprávnění vyplývající z průkazek TP, ZTP a ZTP/P nemění. Průkazky zůstávají v platnosti až do roku 2015. Souběžně se od roku 2012 začaly vydávat průkazy nové, které mají podobu karty sociálních systémů, které dále upravuje zákon 329/2011 Sb. (27, 11).

Zásadně se ale mění důvody pro přiznání průkazu ZTP. Průkaz osoby se zdravotní postihem se vydává osobám, kterým byl podle zákona o sociálních službách přiznán příspěvek na péči, a osobám, kterým byl přiznán příspěvek na mobilitu nebo příspěvek na zvláštní pomůcku. Vydává jí krajská pobočka Úřadu práce (11).

Dosavadní zdravotní indikace jsou nahrazeny stupni závislosti, přičemž platí, že průkaz TP náleží při I. stupni závislosti, ZTP při II. stupni závislosti nebo osobám starším 18 let, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace z důvodu úplné nebo praktické hluchoty. Průkaz ZTP/P pak náleží osobám s III. nebo IV. stupni závislosti, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace z jiných důvodů, než je praktická nebo úplná hluchota (27).

Postup při podávání žádosti (26):

1. Žadatel podá žádost na kontaktní pracoviště Úřadu práce.
2. Po podání žádosti proběhne sociální šetření v domácnosti.
3. Dále požádá Úřad práce o posouzení schopnosti žadatele zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace OSSZ.
4. Posudkový lékař OSSZ si vyžádá u ošetřujících lékařů, na něž žadatel uvedl kontakty v žádosti, lékařské zprávy. Následně na základě všech podkladů

rozhodne, zda byla kritéria splněna pro přiznání průkazu OZP (osoby se zdravotním postižením).

5. Úřad práce pošle rozhodnutí o přiznání či nepřiznání nároku na průkaz OZP.

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Hlavní cíl: Zjistit dopady změn vycházející ze zákona 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením na situaci osob s revmatoidní artritidou.

Dílčí cíl 1: Zjistit, jak osoby s revmatoidní artritidou nahlíží na změnu výplatního místa dávek pro osoby se zdravotním postižením.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jaké dopady má změna koncepce příspěvků na dopravování se na osoby s revmatoidní artritidou.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jak osoby s revmatoidní artritidou nahlíží na povinnost poskytovat údaje o příjmech při nároku na zvláštní pomůcku.

2.2 Výzkumné otázky

1. Došlo v souvislosti se změnou výše příspěvku na dopravování se ke snížení frekvence dopravování osob s revmatoidní artritidou?
2. Spatřují osoby s revmatoidní artritidou přínos ve sjednocení výplatního místa dávek na úřadu práce?

3. Metodika

3.1 Použitá metodika

Pro dosažení stanovených cílů praktické části diplomové práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Pro kvalitativní přístup jsou charakteristické dva termíny a to jedinečnost a neopakovatelnost. Kvalitativní přístup se tedy nezřídka vyzkoumá fenoménů, které jsou jedinečné a neopakovatelné a které lidé mohou vnímat velmi odlišně a v různých kvalitách a rovinách (30).

Data byla přepsána do doslovné transkripce. Transkripce se nazývá proces převodu mluveného projevu z interview do písemné podoby. Pro podrobné vyhodnocení je transkripce podmínkou. Dále byla data kódována pomocí otevřeného kódování. Výzkumník lokalizuje témata v textu a přiřazuje jim označení. Otevřené kódování odhaluje v datech určitá témata. Mají vztah k položeným výzkumným otázkám, k přečtené literatuře, k pojmům používaným účastníky nebo jde o nové myšlenky. V každém případě tato fáze vede k seznamu témat, která pomáhají výzkumníkovi vidět témata v celku, a stimuluje ho při hledání dalších témat. Výzkumník tento seznam postupně třídí a organizuje, kombinuje a doplňuje v další analýze (19).

Termínem kvalitativní výzkum rozumíme takový výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Síla kvalitativních dat spočívá v tom, že jsou přirozeně uspořádaná a popisují každodenní život (19, 42).

Kvalitativní výzkum mohou dělat badatelé v sociálních a psychologických vědách, stejně jako praktičtí pracovníci v oborech zabývajících se lidským chováním a fungováním. Tento styl výzkumu se používá při zkoumání jak organizací, tak skupin i jednotlivých osob (42).

3.2 Techniky sběru dat

Pro získání všech potřebných dat byla použita metoda dotazování. Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu (45). Rozhovory byly provedeny s 20 komunikačními partnery a byly zaznamenávány na předem připravený diktafon. Všichni dotazovaní se záznamem na diktafon souhlasili.

Jako technika, kterou byla získávána potřebná data, byla vybrána určitá střední cesta v podobě polostrukturovaného dotazování, jež se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací (19).

Polořízený rozhovor představuje seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci rozhovoru probrat. Tento seznam otázek má zajistit, že se skutečně dostane na všechna pro tazatele zajímavá témata. Polořízený rozhovor pomáhá udržet zaměření rozhovoru, ale dovoluje dotazovanému zároveň uplatnit vlastní perspektivy a zkušenosti (19).

Koncept rozhovoru:

1. okruh otázek

- Jak dlouho vaše onemocnění trvá?
- Jaký je zdroj Vašich příjmů?
- Zda a jaké jste pobíral/a dávky v souvislosti se zdravotním postižením do konce roku 2011?
- Zda a jaké příspěvky pobíráte v souvislosti se zdravotním postižením od 1. 1. 2012?
- Máte průkaz osoby se zdravotním postižením?

2. okruh otázek

- Jak vnímáte zrušení příspěvku na provoz motorového vozidla a zavedení nového příspěvku na mobilitu?
- Projevila se změna tohoto příspěvku na četnosti vašeho dopravování?
- V jakých všech oblastech se Vás tato změna dotkla?
- Kdybyste mohl/a poupravit tento příspěvek, jaké změny byste v něm udělala?
- Kdybyste žádal/a o příspěvek na zvláštní pomůcku, věděla byste, kam máte jít s žádostí a jaké náležitosti od Vás budou požadovat?
- Jaký je Váš názor na to, kdybyste musel/a předložit potvrzení o příjmech?

- Jak vnímáte změnu výplatního místa dávek? Co si myslíte o této změně?
- Kdybyste mohl/a sama navrhnout kde, a za jakých podmínek budou příspěvky vypláceny, jak by to vypadalo?
- Vadila by Vám finanční spoluúčast na zvláštní pomůcce?
- Dotkly se Vás nějak změny v příspěvku na péči?

3. okruh otázek

- Chtěl/a byste něco zdůraznit?
- Chtěl/a byste se na něco zeptat vy?

3.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Základní soubor pro sběr dat tvořily osoby s revmatoidní artritidou. Výběrovým souborem byli klienti Revma liga Jihočeského kraje. Informanti byli vybíráni metodou samovýběru, která je založena na dobrovolnosti sdělení a dobrovolném zájmu zapojit se do výzkumu. U této metody oslovíme nejprve potencionální skupinu účastníků výzkumu a je na jejich vůli, zda se zapojí či nikoli (30). Celkem bylo provedeno 20 rozhovorů.

Sběr dat pro výzkum probíhal od dubna do června 2013.

4. Výsledky

Tabulka 1: Základní údaje o komunikačních partnerech.

	Délka onemocnění	Pohlaví	Zdroj příjmu
Komunikační partnerka 1	19 let	žena	Invalidní důchod
Komunikační partnerka 2	38 let	žena	Invalidní důchod
Komunikační partnerka 3	1,5 roku	žena	Starobní důchod
Komunikační partnerka 4	13 let	žena	Částečný invalidní důchod + zaměstnání
Komunikační partnerka 5	10 let	žena	Starobní důchod
Komunikační partnerka 6	23 let	žena	Starobní důchod
Komunikační partnerka 7	21 let	žena	Starobní důchod
Komunikační partnerka 8	13 let	žena	Starobní důchod
Komunikační partnerka 9	23 let	žena	Invalidní důchod + zaměstnání
Komunikační partnerka 10	30 let	žena	Starobní důchod
Komunikační partnerka 11	21 let	žena	Invalidní důchod
Komunikační partnerka 12	23 let	žena	Starobní důchod
Komunikační partnerka 13	3 roky	žena	Invalidní důchod
Komunikační partnerka 14	6 let	žena	Částečný invalidní důchod + zaměstnání
Komunikační partnerka 15	6 let	žena	Částečný invalidní důchod + zaměstnání
Komunikační partner 16	9 let	muž	Starobní důchod + zaměstnání
Komunikační partnerka 17	29 let	žena	Starobní důchod
Komunikační partnerka 18	15 let	žena	Částečný invalidní důchod + zaměstnání
Komunikační partnerka 19	22 let	žena	Částečný invalidní důchod + OSVČ
Komunikační partnerka 20	23 let	žena	Částečný invalidní důchod + OSVČ

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Z celkového počtu 20 komunikačních partnerů je 1 muž a 19 žen. Průměrná délka onemocnění je 17,5 let. 11 komunikačních partnerů má invalidní důchod a z těchto 11 komunikačních partnerů 7 chodí do zaměstnání nebo jsou OSVČ. Zbylých 9 komunikačních partnerů je ve starobním důchodu a 1 z nich chodí do zaměstnání.

Tabulka 2: Přehled dávek, které komunikační partneři pobírali do konce roku 2011.

	Jednorázový příspěvek na opatření zvláštní pomůcky	Příspěvek na úpravu bytu	Příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla	Příspěvek na provoz motorového vozidla	Příspěvek na individuální dopravu	Příspěvek na péči
Komunikační partnerka 1				X		
Komunikační partnerka 2		X		X		
Komunikační partnerka 3						
Komunikační partnerka 4						
Komunikační partnerka 5						
Komunikační partnerka 6				X		X
Komunikační partnerka 7				X		
Komunikační partnerka 8						
Komunikační partnerka 9				X		
Komunikační partnerka 10				X		
Komunikační partnerka 11	X			X		
Komunikační partnerka 12				X		
Komunikační partnerka 13						
Komunikační partnerka 14						
Komunikační partnerka 15						
Komunikační partner 16						
Komunikační partnerka 17						
Komunikační partnerka 18						
Komunikační partnerka 19				X		
Komunikační partnerka 20				X		

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Do konce roku 2011 pobíralo 10 komunikačních partnerů příspěvek na provoz motorového vozidla, 1 komunikační partnerka měla jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, 1 komunikační partnerka dostala příspěvek na úpravu bytu a 1 komunikační partnerka měla příspěvek na péči.

Tabulka 3: Přehled dávek, které komunikační partneři pobírají od 1. 1. 2012.

	Příspěvek na mobilitu	Příspěvek na zvláštní pomůcku	Příspěvek na péči
Komunikační partnerka 1	X	* podaná žádost	X
Komunikační partnerka 2	X		
Komunikační partnerka 3			
Komunikační partnerka 4			
Komunikační partnerka 5			
Komunikační partnerka 6	X		X
Komunikační partnerka 7	X		
Komunikační partnerka 8			
Komunikační partnerka 9	X		
Komunikační partnerka 10	X		
Komunikační partnerka 11	X		
Komunikační partnerka 12	X		X
Komunikační partnerka 13			
Komunikační partnerka 14			
Komunikační partnerka 15			
Komunikační partner 16			
Komunikační partnerka 17			
Komunikační partnerka 18			
Komunikační partnerka 19	X		
Komunikační partnerka 20	X		

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Od 1. 1. 2012 pobírají 10 komunikačních partnerek příspěvek na mobilitu a 3 komunikační partnerky příspěvek na péči.

Tabulka 4: Vnímání zrušení příspěvku na provoz motorového vozidla a zavedení nového příspěvku na dopravování se.

	Vnímám to záporně	Vnímám to kladně	Tuto změnu nevnímám	Tato změna neměla žádný význam
Komunikační partnerka 1	X			
Komunikační partnerka 2		X		
Komunikační partnerka 3			X	
Komunikační partnerka 4			X	
Komunikační partnerka 5	X			
Komunikační partnerka 6		X		
Komunikační partnerka 7		X		
Komunikační partnerka 8			X	
Komunikační partnerka 9				X
Komunikační partnerka 10	X			
Komunikační partnerka 11	X			
Komunikační partnerka 12			X	
Komunikační partnerka 13	X			
Komunikační partnerka 14			X	
Komunikační partnerka 15	X			
Komunikační partner 16			X	
Komunikační partnerka 17			X	
Komunikační partnerka 18	X			
Komunikační partnerka 19	X			
Komunikační partnerka 20			X	

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Z celkového počtu 20 komunikačních partnerů jich 8 vnímá zrušení příspěvku na provoz motorového vozidla a zavedení nového příspěvku na dopravování se záporně, 8 komunikačních partnerů tuto změnu nevnímá, 3 komunikační partnerky tuto změnu vnímají kladně a 1 komunikační partnerka si myslí, že tato změna neměla význam.

Mezi záporné odpovědi patřila například odpověď informantky číslo 1: „*Já to vnímám tak, že určité procento lidí je poškozeno.*“ „*Jak myslíte, že je určité*

procento lidí poškozeno?“ „Že třeba někteří revmatici jsou vážně nemocní a přitom nesplňují požadavky tohoto nového zákona. Jenom tím, že si nakrájí maso na talíři, třeba. I když s tím mají obrovský problém.“

Mezi kladné odpovědi patřila i odpověď informantky číslo 2: „To vnímám docela kladně, protože to vyjde na ještě víc, než dřív. Takže to kladně.“ I zbylé kladné odpovědi byly z důvodu navýšení částky.

Tabulka 5: Oblasti, ve kterých se dotkla změna příspěvku na dopravování se komunikačních partnerů.

	V žádné	Za podmínek nového zákona by příspěvek nedostali
Komunikační partnerka 1	X	
Komunikační partnerka 2		X
Komunikační partnerka 6	X	
Komunikační partnerka 7	X	
Komunikační partnerka 9	X	
Komunikační partnerka 10		X
Komunikační partnerka 11		X
Komunikační partnerka 12	X	
Komunikační partner 16	X	
Komunikační partnerka 19	X	
Komunikační partnerka 20		X

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

V tabulce číslo 5 jsou uvedeni pouze komunikační partneři, kteří mají příspěvek na mobilitu. Jsou zde rozděleni do dvou skupin. V první skupině je 7 komunikačních partnerů, kteří si myslí, že se jich změna v příspěvku na dopravování se nijak nedotkla. V druhé skupině jsou 4 komunikační partnerky, které si myslí, že by podle podmínek

stávajícího zákona tento příspěvek nedostaly. Obávají se toho, že až vyprší platnost jejich průkazu ZTP a půjdou si žádat o nový, tak že jim příspěvek seberou.

Komunikační partnerka číslo 2 vypověděla na otázku, v kterých oblastech se jí tato změna dotkla takto: *„Tak to si myslím, že se mě dotkla tato změna toho zákona hodně. Protože, kdybych si podala žádost před tím rokem 2012, tak mi říkají, že bych to určitě dostala. Takže příspěvek na auto mi zamítli, právě kvůli tomu zákonu, že je to tak zpřísněné. Je to diskriminační zákon. Já nechci být taková, ale je to tak.“*

Z odpovědi komunikační partnerky bych se chtěla pozastavit nad výrokem, že zákon je diskriminační. Respondentka mi to vysvětlila následovně: *„Myslela jsem to tak, jako že na příspěvek na zakoupení motorového vozidla mají nárok jen osoby, které mají anatomickou ztrátu dolních končetin, nebo i horních a tak podobně, jak to je v zákoně. Myslím si, že lidi, kteří už nemají dolní nebo horní končetiny necítí bolest. Já sice nohy i ruce mám, ale mám tak ukrutné bolesti, že mi ranní vstávání zabere i 2 hodiny. Nedokážu si vyčistit zuby normálním zubním kartáčkem, přes zborcené klenby na nohou nemohu sehnat žádnou obuv, musím si kupovat boty o 3 čísla větší. Nechci být hnusná na osoby, které prodělaly amputaci, ale i my revmatici to máme velmi těžké a automobil k dopravě potřebujeme. V autobuse mě v mých 50 letech nikdo nepustí sednout, protože mě nepovažují za starou osobu, ale já když musím stát, tak se neudržím a říkat si o to, aby mě někdo pustil sednout, v naší přeplněné MHD, mi je blbé.“*

Komunikační partnerka číslo 20 uvedla: *„Já když to vezmu sama za sebe, tak 400 Kč je sice dobrých, ale já bych klidně oželela ty peníze, hlavně abych měla tu kartu, abych mohla parkovat tam, kde potřebuji, tam, kde to je vyhrazený pro ty invalidy. Ale změnu jsem nijak nepocítila, ale bojím se toho roku 2015, to půjdu znovu před komisi. Uvidím, co přijde. A pokud vím, tak teď v tom zákoně udělali, že kdo dostane mobilitu, že dostane i příspěvek na péči. Ten já nechci, nechci ani těch 400 Kč, mně stačí, že budu mít kde parkovat, že si budu moci zastavit blízko obchodu a ušetří mi to nějaké kroky. Radši ať to nechají pro lidi, co jsou upoutaný na lůžku.“*

Tabulka 6: Kdyby komunikační partneři mohli poupravit tento příspěvek, udělali by v něm následující změny.

	Udělal/a bych kategorii onemocnění, která by měla nárok	Příspěvek pro pacienty s problémy s dolním pohybovým aparátem	Pouze bezplatné parkování na místech pro vozíčkáře	Žádné změny bych nedělal/a	Lepší lékařské posudky	Navýšil/a bych ho	Zrušil/a bych ho	Vrátil/a bych se k vyhl. 182/1991 Sb.
Komunikační partnerka 1	X							
Komunikační partnerka 2		X						
Komunikační partnerka 3			X					
Komunikační partnerka 4				X				
Komunikační partnerka 5		X						
Komunikační partnerka 6				X				
Komunikační partnerka 7					X	X		
Komunikační partnerka 8	X				X			
Komunikační partnerka 9							X	
Komunikační partnerka 10								X
Komunikační partnerka 11								X
Komunikační partnerka 12				X				
Komunikační partnerka 13	X				X			
Komunikační partnerka 14						X		
Komunikační partnerka 15	X				X			
Komunikační partner 16						X		

Komunikační partnerka 17						X		
Komunikační partnerka 18				X				
Komunikační partnerka 19						X		
Komunikační partnerka 20			X					

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Tabulka 6 znázorňuje možnosti, jak by komunikační partneři upravili nový zákon 329/2012 Sb., kdyby byla takováto změna možná. Celkové číslo neudává počet komunikačních partnerů, ale počet všech odpovědí, jelikož komunikační partneři udali více variant. Celkem 5 odpovědí bylo pro to, aby se tento příspěvek navýšil, 4 odpovědi byly pro to, aby se udělaly kategorie onemocnění, které by založily nárok na tento příspěvek. Pro žádnou změnu v zákoně byly 4 odpovědi, 4 odpovědi by nechaly udělat lepší lékařské posudky od lékařů, 2 odpovědi byly pro to, aby se tento příspěvek specifikoval pouze na osoby, které mají postižený dolní pohybový aparát, 2 odpovědi byly pro to, aby místo příspěvku dostali pouze povolení parkovat na místech pro vozíčkáře. Ke staré variantě by se podle odpovědí vrátily 2 komunikační partnerky a 1 komunikační partnerka by tento příspěvek zrušila úplně.

Komunikační partnerka číslo 1 uvedla: „*Určitě by tam byla změna, že od určitého stupně postižení, třeba RA 3. a 4. stupně by měli automaticky nárok na příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku. Protože si myslím, že když někomu chybí noha, tak má zdravé ruce, ale my máme nemocné všechny klouby v těle.*“

Komunikační partnerka číslo 8 řekla: „*No já to zatím ze svého hlediska nedokážu posoudit, protože jsem zatím pohyblivá. Ale chápu, nebo umím si představit, že když mám aktivní tu RA, tak se nedokážu hnout. Nemůžete vstát, nemůžete se hnout. Taky se mi párkrát stalo, že když už mi bylo špatně a šla jsem do školy, tak jsem třeba nebyla schopna psát na tabuli. Takže si myslím, že by měl být pro všechny od určitého stupně postižení dané nemoci. Plošně všem handicapovaným bych ho určitě nedávala, když vidím stav našeho státního finančnictví. Takže jak říkám, mělo by se postupovat individuálně a posoudit několik hledisek jako je věk, stupeň postižení, jestli ten člověk*

žije sám. Určitě by teda měly být lepší lékařské posudky. Zároveň bych brala zřetel na to, jaký stupeň postižený dotyčný má. Je rozdíl mezi 1. stupněm RA a 4. stupněm RA. Třeba já za sebe bych ani nechtěla příspěvek na mobilitu, ale chtěla bych dostat možnost být zařazena do biologické léčby. Protože, když jsem se ptala MUDr. Vlasákové, tak mi řekla, že jsem na BL už stará. Tenkrát se to dávalo jen do určitého věku. Takže kdybych já osobně dostala od státu nějaký příspěvek, a mohla si vybrat, na co ho použiju, tak bych si vybrala BL. Možná bych ten zákon formulovala takhle: člověk by měl nárok na určitý finanční příspěvek a sám by si mohl vybrat, jak by ho využil. Třeba právě jako příspěvek na léky, nebo na tu mobilitu. Takže bych chtěla, jako já občan ČR, nebo spíše jako nemocný, určitý příspěvek od státu a mohla bych ho čerpat. Já bych ho čerpala na BL.“

Komunikační partnerka číslo 20: „No já bych to právě separovala na více skupin. Aby oddělili ty, co mají problém s pohybovým ústrojím, kteří by měli ten průkaz do auta, aby mohli parkovat na těch vozíčkářích. A třeba by nedostávali ten příspěvek od státu, ten ať dají někomu, kdo je opravdu upoutaný na lůžko, a je s ním doma někdo, kdo se o něj stará.“

Tabulka 7: Zda by komunikační partneři věděli, kde mají žádat o zvláštní pomůcku.

	Věděl/a bych	Nevěděl/a bych
Komunikační partnerka 1	X	
Komunikační partnerka 2	X	
Komunikační partnerka 3		X
Komunikační partnerka 4		X
Komunikační partnerka 5		X
Komunikační partnerka 6		X
Komunikační partnerka 7	X	
Komunikační partnerka 8		X
Komunikační partnerka 9		X
Komunikační partnerka 10		X
Komunikační partnerka 11	X	
Komunikační partnerka 12		X
Komunikační partnerka 13		X
Komunikační partnerka 14		X
Komunikační partnerka 15		X
Komunikační partner 16		X
Komunikační partnerka 17		X
Komunikační partnerka 18		X
Komunikační partnerka 19		X
Komunikační partnerka 20		X

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Na otázku: „kdyby jste žádal/a o příspěvek na zvláštní pomůcku, věděla byste, kam máte jít a jaké náležitosti od Vás budou požadovat?“, odpovědělo 16 komunikačních partnerů, že by nevědělo, kam mají jít ani co po nich budou požadovat. Pouze 4 komunikační partneři věděli, kam mají jít a co po nich budou požadovat.

Odpověď komunikační partnerky číslo 7: „*No šla bych na úřad práce, protože tam jsem šla pro ten příspěvek na mobilitu si vystát 2 hodiny. Protože teď to ten úřad práce všechno vyřizuje.*“

Komunikační partnerka číslo 13 odpověděla: „*Na sociálku? Hm, to asi teda nevím.*“ Vysvětlila jsem, že na ÚP. „*No tak to mě přijde nelogické. Proč ÚP? Ten se má snad starat o to, jestli má člověk práci, a ne o to, jaké dávky komu budou vyplácet.*“

Tabulka 8: Kde by komunikační partneři získali informace o příspěvku.

	Zeptal/a bych se lékaře	Zeptal/a bych se na Revma lize	Hledal/a bych na internetu
Komunikační partnerka 3	X	X	
Komunikační partnerka 4	X	X	
Komunikační partnerka 5	X		
Komunikační partnerka 6		X	
Komunikační partnerka 8	X		
Komunikační partnerka 9	X		
Komunikační partnerka 10		X	
Komunikační partnerka 12	X		
Komunikační partnerka 13	X		
Komunikační partnerka 14	X		
Komunikační partnerka 15	X		
Komunikační partner 16	X		
Komunikační partnerka 17	X		
Komunikační partnerka 18	X		
Komunikační partnerka 19			X
Komunikační partnerka 20	X	X	

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Tato tabulka navazuje na předchozí tabulku číslo 7. Komunikační partneři, kteří by nevěděli, kam mají jít žádat o zvláštní pomůcku, uvedli, kde by sháněli informace.

Celkem 13 z nich by se zeptalo svého ošetřujícího lékaře, 5 z nich by se informovalo na sdružení Revma liga a jedna by informace hledala na internetu.

Tabulka 9: Zda by komunikačním partnerům vadilo, kdyby museli předložit potvrzení o příjmech.

	Nevadilo	Vadilo
Komunikační partnerka 1	X	
Komunikační partnerka 2	X	
Komunikační partnerka 3	X	
Komunikační partnerka 4		X
Komunikační partnerka 5	X	
Komunikační partnerka 6		X
Komunikační partnerka 7	X	
Komunikační partnerka 8	X	
Komunikační partnerka 9	X	
Komunikační partnerka 10	X	
Komunikační partnerka 11	X	
Komunikační partnerka 12	X	
Komunikační partnerka 13	X	
Komunikační partnerka 14	X	
Komunikační partnerka 15	X	
Komunikační partner 16	X	
Komunikační partnerka 17	X	
Komunikační partnerka 18	X	
Komunikační partnerka 19		X
Komunikační partnerka 20	X	

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Z celkového počtu 20 komunikačních partnerů by 17 nevadilo předložit své potvrzení o příjmech. Pouze 3 komunikačním partnerkám by to vadilo.

Komunikační partnerka číslo 6 uvedla: „*No tak, já nevím. Je to taková soukromá věc. Asi spíš ano.*“

Odpověď komunikační partnerky číslo 19 byla: „*No to by mi vadilo. To by vůbec nemělo být závislé na příjmech, protože to je hrozně nevyzpytatelné. Jeden den zaměstnání máte a druhý den dostanete výpověď, kvůli snižování stavů v podniku.*“

Tabulka 10: Kdyby komunikační partneři mohli sami navrhnout, kde budou příspěvek na dopravování se a na zvláštní pomůcku vypláceny.

	Na OSSZ	Na ÚP	Na pověřeném obecním úřadě	Roznášela by to pověřená osoba	Na ÚP, ale v jiné budově
Komunikační partnerka 1		X			
Komunikační partnerka 2		X			
Komunikační partnerka 3				X	
Komunikační partnerka 4	X				
Komunikační partnerka 5		X			
Komunikační partnerka 6			X		
Komunikační partnerka 7					X
Komunikační partnerka 8		X			
Komunikační partnerka 9			X		
Komunikační partnerka 10			X	X	
Komunikační partnerka 11		X			
Komunikační partnerka 12		X			
Komunikační partnerka 13	X				
Komunikační partnerka 14		X			
Komunikační partnerka 15			X		
Komunikační partner 16			X		
Komunikační partnerka 17		X			
Komunikační partnerka 18		X			
Komunikační partnerka 19			X		
Komunikační partnerka 20			X		

Zdroj: *Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.*

Z celkového počtu 21 odpovědí bylo 7 na pověřeném obecním úřadě, 9 na úřadu práce, 2 na OSSZ, 2 odpovědi byly pro to, aby příspěvky roznášela pověřená osoba a 1 aby se vyplácely na úřadu práce, ale v jiné budově.

K variantě, aby se příspěvky vrátily do kompetencí obecního úřadu obce s rozšířenou působností, by se přiklonili především ti, kteří bydlí v městech a vesnicích kolem Českých Budějovic a mají to tedy na Úřad práce dál než na pověřený úřad obce. Jako příklad odpovědi od komunikační partnerky číslo 9: *„Mně osobně to nevadí, že to je na úřadu práce, ale myslím si, že na obcích by to bylo lepší. Protože pro lidi, kteří nebydlí ve městě, kde je úřad práce by to mohl být problém. Mají problém s tím dojížděním, s pohybem, proto taky žádají o příspěvek na mobilitu a potom, když mají dojíždět někam dál, tak to může být obtížné. Takže by to mělo být i tam, kde nejsou úřady práce.“* Odpověď od komunikačního partnera číslo 16: *„Tak pro mě by byla samozřejmě lepší obec, protože to mám blíž.“* Odpověď od respondentky číslo 19: *„Určitě by to asi bylo lepší na té obci. Hlavně pro ty starší invalidní občany, aby nedojížděli, protože většinou nejezdí autem, a autobusem je to pro ně složité. Pak si musejí brát třeba příbuzní v práci volno, aby tam s nimi mohli dojet.“*

Jako možnost, kde by mohly být vypláceny dávky pro osoby se zdravotním postižením, uvedly 2 komunikační partnerky OSSZ. Informantka číslo 4 řekla: *„No kde – na sociálce, protože to je jako něco sociálního ne, mi to přijde.“* A respondentka číslo 13 uvedla: *„No jelikož s tím ještě nemám co do činění, tak jsem nad tím nepřemýšlela. Já si myslím, že by to na starosti měla mít sociálka. Protože tam je prvopočátek všeho, ne? Tak si člověk odvádí peníze ze mzdy a jsou z toho vypláceny důchody, tak by tam mohl být i nějaký odbor na dávky.“*

Jako variantu, že by to mohla roznášet pověřená osoba, uvedla informantka číslo 3: *„Kdyby měl třeba stát tu možnost a mít nějakého pracovníka, který by to roznášel. Místo pošťáka, prostě nějaký člověk, který by měl určitý region na starosti.“*

Komunikační partnerka číslo 7 uvedla: *„Já si myslím, aby bylo odděleně oddělení sociálních věcí a ÚP každý v jiné budově. Když se tam potkávají nemocní a ti, co hledají úřad práce. Lidi se tam potom těžko orientují. Mně se zdá, že se to tam těžko hledalo a tak. Ne aby to bylo v jedné budově.“*

Tabulka 11: Jakým způsobem by komunikačním partnerům vyhovovala výplata dávek.

	Na složenku	Na vlastní účet
Komunikační partnerka 1	X	X
Komunikační partnerka 2	X	X
Komunikační partnerka 3	X	
Komunikační partnerka 4		X
Komunikační partnerka 5		X
Komunikační partnerka 6	X	X
Komunikační partnerka 7	X	
Komunikační partnerka 8	X	X
Komunikační partnerka 9	X	X
Komunikační partnerka 10	X	X
Komunikační partnerka 11	X	X
Komunikační partnerka 12	X	X
Komunikační partnerka 13		X
Komunikační partnerka 14		X
Komunikační partnerka 15		X
Komunikační partner 16	X	X
Komunikační partnerka 17		X
Komunikační partnerka 18		X
Komunikační partnerka 19	X	X
Komunikační partnerka 20		X

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Z celkového počtu 30 odpovědí bylo 18 odpovědí pro to, aby se dávky vyplácely na účet 12 odpovědí pro to, aby byly dávky vypláceny na složenku.

Tabulka 12: Kdyby komunikační partneři mohli sami navrhnout, za jakých podmínek budou příspěvek na dopravování se a na zvláštní pomůcku vypláceny.

	Kategorie onemocnění	Provedl/a bych sociální šetření	Podmínky bych nechal/a stávající	Zmírnil/a bych podmínky	Lepší kontroly u posudkových lékařů	Na základě lékařské zprávy od odborného lékaře
Komunikační partnerka 1	X					
Komunikační partnerka 2	X					
Komunikační partnerka 3			X			
Komunikační partnerka 4		X				
Komunikační partnerka 5				X		
Komunikační partnerka 6				X		
Komunikační partnerka 7	X				X	
Komunikační partnerka 8		X			X	X
Komunikační partnerka 9			X			
Komunikační partnerka 10						X
Komunikační partnerka 11			X			
Komunikační partnerka 12			X			
Komunikační partnerka 13					X	X
Komunikační partnerka 14			X			
Komunikační partnerka 15	X				X	
Komunikační partner 16			X			
Komunikační partnerka 17			X			
Komunikační partnerka 18	X				X	X
Komunikační partnerka 19					X	X
Komunikační partnerka 20	X					

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Celkové číslo této tabulky neudává počet komunikačních partnerů, ale celkový počet odpovědí. Celkem 7 komunikačních partnerů by nechalo stávající podmínky, za kterých budou příspěvky vypláceny. 6 odpovědí bylo pro to, aby se vytvořily kategorie onemocnění, pro které bude příspěvek, 6 by chtělo lepší kontroly u posudkových lékařů. Další 4 odpovědi byly pro to, aby se rozhodovalo na základě lékařských zpráv

od ošetřujícího lékaře, 2 komunikační partnerky by provedly sociální šetření a 2 by podmínky zmírnilly.

Dotazovaným vadilo, že posudkový lékař rozhoduje o nich, bez nich. Jedna informantka uvedla: „*A podmínky by se určitě měli změnit. Protože ti, co mají amputovanou nohu, tak už třeba bolest necítí. Ale my máme to postižení takové, které není vidět, ale dost bolí. Když se mění počasí a tak. A ti doktoři to neberou. Nedělají na to žádný ohled, ale přitom my se tak sami neobsloužíme.*“

Další informantka uvedla: „*No já bych řekla, že na základě zdravotnické dokumentace, ten doktor ho léčí, tak ví, jak je na tom. Takže na základě lékaře, ale odborníka. Ne aby to dělal lékař od stolu. Musel by toho člověka vidět. Neměl by to být jen posudkový lékař, ten by byl až na konci. Takže by to nejdřív napsal ošetřující lékař, pak by byla kontrola u odborníka a na konci by byl posudkový doktor. To samé je s lázněmi, kde chtějí RTG, a tam koukají na deformity. Ty já zatím nemám, ale mám daleko větší bolesti než člověk s deformitami. Přes bolest se nemohu učesat, utřít si zadek, neotevřou si láhev. Opravdu bolesti jsou to ukrutné. Určitě by tam neměl být při posuzování pouze doktor, ale i pacient. A také aby se zohlednila ta sociální situace osob s postižením. Jestli žijí sami, nebo mají rodinu, která se může aspoň trochu postarat.*“

Mezi podobně orientované odpovědi patřila i odpověď: „*A podmínky? No podle zdravotnické dokumentace. Lékař, který mě sleduje 15 let, o mně určitě už hodně ví. Ten by napsal nějaké doporučení právě na nějakou pomůcku, nebo příspěvek. Poslal by to na komisi a tam by měli být natolik vzdělaní, že když uvidí, že má např. RA takového a takového stupně, tak si zaslouží takový a takový příspěvek. A ne aby to hodnotil takový doktor, který vám řekne, ale RA přece nebolí. Ať si třeba přizvou další doktory na konzultaci i odborníka na danou problematiku, na dané onemocnění. Nemělo by se stát, že rozhodnou od stolu bez toho, aby toho člověka ani neviděli.*“

Jedna z dotazovaných dokonce popisuje, jak její návštěva posudkové komise vypadala. „*Určitě řešení toho příspěvku na motorové vozidlo. Protože když vás při odvolání vyšetřuje nějaký internista. Poslouchá plíce a tak a pak před vás stoupne a řekne, no vy ale stejně nesplňujete ani jeden z bodů. Máte obě nohy, ruce, chodit ještě*

můžete, tak co byste chtěla? Tak mi řekněte, co tohle je za chování. Stát by se měl k postiženým chovat lépe. Já jsem ráda za to, že můžu chodit a že mám obě nohy i ruce, ale moje bolesti jsou tak silné, že si někdy říkám, jestli by to po amputaci nebylo lepší. To člověk už nic necítí.“

Tabulka 13: Vadila by komunikačním partnerům finanční spoluúčasť na zvláštní pomůcce.

	Ano	Ne	Do jaké výše jste ochoten přispívat?
Komunikační partnerka 1		X	10%
Komunikační partnerka 2		X	
Komunikační partnerka 3		X	
Komunikační partnerka 4	X		
Komunikační partnerka 5		X	
Komunikační partnerka 6		X	
Komunikační partnerka 7		X	
Komunikační partnerka 8		X	
Komunikační partnerka 9		X	
Komunikační partnerka 10		X	
Komunikační partnerka 11		X	do 10 000 Kč
Komunikační partnerka 12		X	do 10 000 Kč
Komunikační partnerka 13		X	1/3 z ceny
Komunikační partnerka 14		X	20-30 %
Komunikační partnerka 15		X	50%
Komunikační partner 16		X	50%
Komunikační partnerka 17	X		
Komunikační partnerka 18		X	
Komunikační partnerka 19		X	10%
Komunikační partnerka 20		X	

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Z 20 komunikačních partnerů by 18 komunikačních partnerů nevadilo přispívat si na zakoupení zvláštní pomůcky. Pouze 2 komunikačním partnerkám by to vadilo.

Komunikační partnerka číslo 4 řekla: „*No vůbec by mě to nepřekvapilo. To víte, že to člověku vadí. Ale v dnešní době už mě to nepřekvapí. Ale asi by mě nic jiného nezbylo. Ale vadilo by mně to.*“ A komunikační partnerka číslo 17 uvedla: „*Docela by mi to vadilo, protože mám důchod 8 500 Kč.*“

Tabulka 14: Dotkly se komunikačních partnerek změny v příspěvku na péči.

	Ano	Ne
Komunikační partnerka 1		X
Komunikační partnerka 6		X
Komunikační partnerka 12		X

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Z tabulky vyplývá, že se žádné komunikační partnerky nedotkly změny v příspěvku na péči.

4.1 Hodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka číslo 1: Došlo v souvislosti se změnou výše příspěvku na dopravování se ke snížení frekvence dopravování osob s revmatoidní artritidou?

Tabulka 15: Frekvence dopravování se.

	Neprojevila, jezdím pořád stejně.	Navýšila jsem četnost dopravování.
Komunikační partnerka 1	X	
Komunikační partnerka 2	X	
Komunikační partnerka 6		X
Komunikační partnerka 7	X	
Komunikační partnerka 9	X	
Komunikační partnerka 10	X	
Komunikační partnerka 11	X	
Komunikační partnerka 12	X	
Komunikační partner 16	X	
Komunikační partnerka 19	X	
Komunikační partnerka 20	X	

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Z této tabulky vyplývá, že u 10 komunikačních partnerů nedošlo v souvislosti se změnou výše příspěvku na mobilitu ke snížení frekvence dopravování, pouze u jedné komunikační partnerky se tato změna projevila. Pouze jedna z dotazovaných odpověděla, že se její frekvence navýšila. Její odpověď byla následující: „*No navýšila. Protože dřív jsem jezdila méně k lékařům. Teď vlivem nemoci a stárím jezdím častěji. Vozí mě syn. A protože jsem 15 km od Č. Budějovic, tak musím autem, protože do vlaku a autobusu už nenastoupím.*“

Výzkumná otázka číslo 2: Spatřují osoby s revmatoidní artritidou přínos ve sjednocení výplatního místa dávek na úřadu práce?

Tabulka 16: Vnímání sjednocení výplatního místa dávek.

	Vnímám to kladně	Vnímám to negativně	Ještě více sjednotit
Komunikační partnerka 1	X		X
Komunikační partnerka 2	X		
Komunikační partnerka 3		X	
Komunikační partnerka 4		X	
Komunikační partnerka 5	X		
Komunikační partnerka 6	X		
Komunikační partnerka 7		X	
Komunikační partnerka 8	X		
Komunikační partnerka 9		X	
Komunikační partnerka 10		X	
Komunikační partnerka 11	X		
Komunikační partnerka 12	X		
Komunikační partnerka 13		X	
Komunikační partnerka 14		X	X
Komunikační partnerka 15		X	
Komunikační partner 16	X		
Komunikační partnerka 17	X		
Komunikační partnerka 18		X	
Komunikační partnerka 19	X		
Komunikační partnerka 20		X	X

Zdroj: Vlastní zpracování na základě provedených rozhovorů.

Tato tabulka znázorňuje, jak komunikační partneři vnímají změnu výplatního místa dávek. Celkem 10 komunikačních partnerů tuto změnu vnímá kladně, 10 komunikačních partnerů jí vnímá záporně. Z počtu 20 komunikačních partnerů by 2 komunikační partnerky chtěly vyplácení dávek ještě více sjednotit.

Mezi záporně vnímající patřila například informantka číslo 4, která odpověděla následovně: *„Já to, zaplat' pán bůh, nepotřebuju, ale manžel sháněl práci a ten úřad práce vám vůbec neshání práci, ale vyřizuje právě všechny tyhle věci. Původně úřad práce by se měl zabývat hledáním práce pro osoby bez zaměstnání. Tak mně to přijde postavený na hlavu. Měla by to dělat nějaká sociálka ne. Nevím, jestli jsou na té sociálce nebo tom nějakém sociálním úřadě tak vytížený, že už to tam nemůže být. Tomu našemu tátovi úřad práce nenabídl ani jedno zaměstnání, no hrůza.“*

Informantka číslo 20 tuto změnu vidí záporně z toho důvodu, že se na úřadu práce potkávají invalidní lidé a ti, co hledají práci. V rozhovoru řekla: *„No na úřadu práce mi to teda přijde hrozný. Tam chodí lidi, kteří jsou nezaměstnaní, a pak tam chodí lidi na dávky, to mi přijde hrozný. To mi přišlo lepší, když to bylo na tom magistrátu. Když jsem si tam byla žádat a viděla jsem tam ty nezaměstnaný, tak to bylo hrozný, ty davy. Ještě tady v Č. Budějovicích se tam nedá zaparkovat.“*

Naopak jako příklad kladné odpovědi uvádím úryvek z rozhovoru s komunikační partnerkou číslo 8: *„To jak sjednotili? To si myslím, že to je ideální. Ani ty sKARTY se mi nezdají špatné. Já teda mám svůj účet. Opravdu si myslím, že to sjednocení je ideální, protože když si představím běhat sem a tam, pak tam čekáte a třeba jsou to už starší lidé a dělají vám problém ty pohyby.“*

Informantka číslo 1 uvedla: *„Myslím si, že by to mohlo být ještě více sjednoceno, protože kartičku do auta (vozičkář) vydávají zase jinde. Dokonce v Č. Budějovicích musíte do 4. poschodí.“*

Také v rozhovorech bylo poukázáno na špatnou dostupnost Krajské pobočky úřadu práce v Českých Budějovicích. *„Myslím si, že u úřadu, kde se zpracovávají dávky pro osoby se zdravotním postižením a kde jsou vydávány průkazy pro osoby se zdravotním postižením, by mělo být více než dvě parkovací místa pro vozičkáře. Tento počet se mi zdá nedostačující.“*

Respondentka číslo 7 odpověděla: *„Ted' je to teda všechno v jednom. Já jsem tam sice asi 1,5 roku nebyla. Tak tam je to místo dobrý, ale nedá se tam zaparkovat. Je to daleko, bez holí tam těžko dojdu, takže si musím brát hole. Dřív to bylo asi lepší, když to bylo na obci.“ „A vy když jste ze Zlivi, tak musíte do Č. Budějovic?“ „Měli jsme*

tu pobočku, byla tu asi dvakrát do týdne. Ale pak to zrušili.“ Další respondentka číslo 19, která byla z Bavorovic, odpověděla takto: „Jde asi o to si na to zvyknout. Jde o ten první kontakt s úřadem práce. Ted' už mi to nevadí. Akorát musím dojíždět do Trhových Svinů, to je nějakých 6 km.“

5. Diskuze

V této části práce se budu věnovat vyhodnocení a komentování jednotlivých výsledků výzkumu. Zjištěná data, která jsem získala z polostrukturovaného interview se celkem shodovala s mým očekáváním.

V této diplomové práci byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka číslo 1 se ptala, zda **došlo v souvislosti se změnou výše příspěvku na dopravování se ke snížení frekvence dopravování osob s revmatoidní artritidou?**

Z výsledků rozhovorů vyplývá, že se změnou výše příspěvku na mobilitu nedošlo ke snížení frekvence dopravování osob s revmatoidní artritidou. Všichni dotazovaní, kterým se transformovaly příspěvky na dopravování se do nového příspěvku na mobilitu, měli před 1. 1. 2012 upravenou výši příspěvků na dopravování se vyhláškou č. 451/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 182/1991 Sb. Vyhláška č. 451/2009 Sb. nabyla účinnosti 1. 1. 2010 (29).

To znamená, že u všech dotazovaných činil příspěvek na provoz motorového vozidla před schválením nového zákona 329/2012 Sb. 3000 Kč po provedení právní úpravy podle vyhlášky č. 451/2009 Sb. Od 1. 1. 2012 přišel v platnost nový zákon 329/2012 Sb., který tento příspěvek na provoz motorového vozidla a příspěvek na individuální dopravu transformoval v příspěvek na mobilitu. Příspěvek na mobilitu činí za kalendářní měsíc 400 Kč, to znamená, že v porovnání s vyhláškou 451/2009 Sb. došlo k navýšení příspěvku o 1800 Kč za kalendářní rok.

Pouze jedna z dotazovaných odpověděla, že se její frekvence navýšila. Z její odpovědi ale vyplývá, že změna frekvence dopravování nebyla zapříčiněna zvýšením příspěvku, nýbrž zhoršením zdravotního stavu.

Jeden z cílů, který se týká této výzkumné otázky, měl za úkol **zjistit, jaké dopady má změna koncepce příspěvku na mobilitu na osoby s revmatoidní artritidou.** Tato změna v koncepci se zatím nijak zvlášť u osob s revmatoidní artritidou neprojevila. Jedna část dotazovaných již příspěvek na mobilitu měla před změnou zákona, a tak tato změna na ně neměla vliv. Druhá část dotazovaných zatím příspěvek na mobilitu nevyužívá. Z tohoto důvodu na ně změna taktéž neměla žádný vliv.

V rozhovorech se ale objevilo, že některé respondentky mají obavu z toho, že jim tento průkaz seberou a s ním i příspěvek na mobilitu, až půjdou žádat o prodloužení ZTP průkazky.

Výzkumná otázka číslo 2 se ptala, zda **spatřují osoby s revmatoidní artritidou přínos ve sjednocení výplatního místa dávek na úřadu práce?**

Z mého výzkumu vyplývá, že se odpovědi dotazovaných v této oblasti rozdělily přesně na dvě poloviny. Jedna polovina tuto změnu vnímá jako kladné rozhodnutí a druhá polovina tuto změnu výplatního místa dávek vnímá záporně.

Komunikační partneři poukazují na to, že úřad práce plní úkoly jak v oblastech zaměstnanosti, ochrany zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele, tak i v oblastech státní sociální podpory, v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o zaměstnanosti, zákonem o ochraně zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele a o změně některých zákonů a zákonem o státní sociální podpoře. Úřad práce plní další úkoly v rozsahu a za podmínek stanovených jinými právními předpisy (12). Zřejmě se domnívají, že je to příliš mnoho kompetencí na jeden úřad.

Také v rozhovorech bylo poukázáno na špatnou dostupnost Krajské pobočky úřadu práce v Českých Budějovicích. Komunikační partneři poukázali na fakt, že Krajské pobočky úřadu práce mají kontaktní pracoviště. Krajská pobočka je v Českých Budějovicích, kontaktní pracoviště jsou v: Blatné, Českém Krumlově, Dačicích, Jindřichově Hradci, Kaplici, Milevsku, Mirovicích, Nových Hradech, Písku, Prachaticích, Soběslavi, Strakonících, Táboře, Trhových Svinech, Třeboni, Týně nad Vltavou, Vimperku, Vodňanech a Volarech (17).

Při rozhovorech byla respondentům položena následující otázka: *„Kdybyste mohl/a sama navrhnout kde, a za jakých podmínek budou příspěvky vypláceny, jak by to vypadalo?“* Odpovědi jsou upraveny do tabulek 10 a 12.

Celkem 6 respondentů by chtělo, aby to měl zpět na starosti obecní úřad obce s rozšířenou působností, jako tomu bylo před změnou zákona. K této variantě se přikláněli především ti, kteří bydlí v městech a vesnicích kolem Českých Budějovic a mají to tedy na Úřad práce dál než na pověřený úřad obce.

Jako možnost, kde by mohly být vypláceny dávky pro osoby se zdravotním postižením, uvedly 2 komunikační partnerky OSSZ. OSSZ plní úkoly v oblastech důchodového pojištění – starobní důchody, invalidní důchody, pozůstalostní důchody. Dále v oblastech nemocenského pojištění – nemocenská, peněžitá pomoc v mateřství, ošetrovné, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. Také plní úkoly výběru pojistného na sociálním pojištění, lékařské posudkové činnosti a kontrolní činnosti (50). Pojistné na sociálním zabezpečení zahrnuje platby na nemocenské pojištění, důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti (12). Bohužel mají komunikační partneři zřejmě mylné informace o tom, jak se provádí financování sociálního zabezpečení.

Možná, že je pro občany zavádějící slovo sociální. Zaměňují pojem sociální pojištění a sociální péče. Sociální pojištění zahrnuje již zmiňované platby na důchodové a nemocenské pojištění a na státní politiku zaměstnanosti. Tyto platby jsou příjmem státního rozpočtu a jsou vedeny na samostatném účtu státního rozpočtu. Ze sociálního pojištění se řeší situace, na které je možno se nějakým způsobem připravit. Je to například ztráta příjmu z důvodu mateřství, nemoci, ošetřování, stáří, invalidity nebo ztráty živitele (1).

Sociální péče je jediným systémem, z něhož je možno čerpat dávky či služby sociální péče, respektive sociální pomoci. V právních předpisech sociální péče jsou právní úpravy některých dávek pro občany s těžkým zdravotním postižením (47).

V tabulce číslo 12 je znázorněno, za jakých podmínek by chtěli komunikační partneři, aby byly příspěvky vypláceny. Celkem 7 komunikačních partnerů se shodlo, že by nechali stávající podmínky ke vzniku nároku na příspěvky. Následně uvedlo 6 komunikačních partnerů, že by chtěli lepší kontroly u posudkových lékařů a stejný počet komunikačních partnerů uvedlo, že by chtěli rozdělení onemocnění do kategorií, které by přesně říkaly, jaké onemocnění má nárok a jaký musí být stupeň postižení.

Dotazovaným vadilo, že posudkoví lékaři rozhodují o nich, bez nich. Jedna z dotazovaných dokonce popisuje, jak její návštěva posudkové komise vypadala. „*Určitě řešení toho příspěvku na motorové vozidlo. Protože když vás při odvolání*

vyšetřuje nějaký internista. Poslouchá plíce a tak, a pak před vás stoupne a řekne, no vy ale stejně nesplňujete ani jeden z bodů. Máte obě nohy, ruce, chodit ještě můžete, tak co byste chtěla? Tak mi řekněte, co tohle je za chování. Stát by se měl k postiženým chovat lépe. Já jsem ráda za to, že můžu chodit a že mám obě nohy i ruce, ale moje bolesti jsou tak silné, že si někdy říkám, jestli by to po amputaci nebylo lepší. To člověk už nic necítí.“

Pokud by toto jednání posudkového lékaře opravdu nastalo, pak je v rozporu s etikou v posudkovém lékařství. Jak uvádí MPSV, všechny principy etického chování lékařů se vztahují i na lékaře posudkové, ale zároveň je nutno dodat, že nejen ty. Je to obsahem specifického oboru posudkového lékařství. Posudkoví lékaři však nemají vlastní etický kodex. Řídí se etickým kodexem odsouhlaseným Českou lékařskou komorou. Na druhé straně jsou přijímány různé charty, deklarace či smlouvy, které by měly pacientům a klientům zaručovat, že s nimi bude jednáno slušně, mravně a eticky, jak je uvedeno např. v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, která byla ratifikována v roce 2001 (28, 14).

Posudkoví lékaři jsou však vázáni i Kodexem etiky zaměstnanců ministerstva práce a sociálních věcí, který je zavazuje k vynakládání veškerého jejich úsilí, aby zajistili maximálně efektivní a ekonomické spravování a využívání finančních zdrojů, zařízení a služeb, které jim byly svěřeny. Na lékaře posudkové služby se vztahují tedy nejen všechny principy etického chování lékařů a státních zaměstnanců, ale ještě navíc by se do jejich činnosti měly promítnout některé zásady z etických principů sociální práce (28).

Mezi úkoly lékařské posudkové služby OSSZ/PSSZ/MSSZ patří zajistit plynulé vyřizování posudkových agend v pojistných i nepojistných systémech. Pro tyto účely, ve smyslu ust. § 8 odst. 1 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, OSSZ posuzují svými lékaři: invaliditu a změnu stupně invalidity, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte a jeho neschopnost vykonávat z důvodu tohoto zdravotního stavu výdělečnou činnost, schopnost zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace pro účely příspěvku na mobilitu a pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním

postižením, a zda jde pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku o osobu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, nebo s těžkým sluchovým postižením, nebo s těžkým zrakovým postižením, anebo s těžkou nebo hlubokou mentální retardací a zdravotní stav nevyklučuje poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku, stupeň závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči a pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením (12).

Dvě dotazované respondentky uvedly, že by výplatní místo dávek pro osoby se zdravotním postižením chtělo ještě více sjednotit. Měly na mysli tu skutečnost, že pro průkazy označující vozidlo převážející osobu těžce zdravotně postiženou, se musí na magistrát.

Jak je uvedeno na webových stránkách města České Budějovice, tak odbor sociálních věcí na magistrátu má jako jednu z činností také vydávání parkovacích průkazů označující vozidlo přepravující osobu těžce zdravotně postiženou dle zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích (41).

V této diplomové práci jsem si stanovila za hlavní cíl **zjistit dopady změn vycházející ze zákona č. 329/2012 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením na situaci osob s revmatoidní artritidou.**

Abych dosáhla stanoveného cíle, naplňovala jsem cíle dílčí. Celkem byly tři dílčí cíle. **Zjistit, jak osoby s revmatoidní artritidou nahlíží na změnu výplatního místa dávek pro osoby se zdravotním postižením. Zjistit, jaké dopady má změna koncepce příspěvku na mobilitu na osoby s revmatoidní artritidou. Zjistit, jak osoby s revmatoidní artritidou nahlíží na povinnost poskytovat údaje o příjmech při nároku na zvláštní pomůcku.**

Komunikačních partnerů jsem se zeptala na projevy změn vycházející ze zákona 329/2012 Sb., jak tyto změny vnímají a jak by sami tento zákon upravili.

Tři z dotazovaných vypověděli, že se obávají toho, že po právní úpravě v dávkách pro osoby se zdravotním postižením již nebudou mít nárok na příspěvky, na které by měli nárok před rokem 2012. Komunikační partnerka číslo 3 uvedla, že je tento zákon diskriminační. Celá její odpověď je u tabulky číslo 5. Paní poukazuje

na fakt, že sice má ruce i nohy, ale nemá nárok na příspěvek na zakoupení motorového vozidla. Zdůrazňuje, jak silné a ukrutné má bolesti. Ranní vstávání jí zabere i 2 hodiny.

Podobně o zákoně mluvila i komunikační partnerka číslo 1. Bolesti jsou pro ni nesnesitelné, uvádí bolesti všech kloubů v těle.

Bolest rozdělujeme na akutní a chronickou. Za chronickou je považována taková bolest, jestliže přetrvává déle než 6 měsíců. Tato bolest může trvat celý pacientův život. Bolest nemocného tělesně i duševně vyčerpává a deprimuje, což ohrožuje proces uzdravování. Z tohoto důvodu je třeba bolest co nejrychleji odstranit. Při chronické bolesti je člověk těmito nepříjemnými prožitky velmi vyčerpán a unaven, má špatnou náladu, reaguje i na běžné záležitosti nepřiměřeně nebo je skeptický až apatický (23, 43).

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jak osoby s revmatoidní artritidou nahlíží na povinnost poskytovat údaje o příjmech při nároku na zvláštní pomůcku. V rámci rozhovoru jsem se s dotazovanými dostala i na to, zda by jim vadilo, poskytnout i tak citlivé údaje, jako je jejich potvrzení o příjmu. Z tabulky číslo 9 vyplývá, že by to většině respondentů nevadilo. Celkem 17 z nich odpovědělo, že jim předložení potvrzení o příjmech nedělá žádný problém. Myslím si, že to je hodně ovlivněno tím, že všichni dotazovaní pobírají buď invalidní, nebo starobní důchod.

Na základě provedených rozhovorů jsem zjistila, že osoby s revmatoidní artritidou jsou málo informované ohledně nároků na zvláštní pomůcky a příspěvku na mobilitu. Většina dotazovaných si zaměňuje zvláštní pomůcky a kompenzační/rehabilitační pomůcky.

Kompenzační pomůcky jsou postiženým používány jen tehdy, když danou činnost vykonává. Těchto pomůcek je navrženo velké množství, patří mezi ně například berle, nástavec na WC, madla do koupelny, vanová sedačka či přístroje s tvarovanou rukojetí. Tyto pomůcky jsou buďto plně nebo částečně hrazeny ze zdravotního pojištění (49).

Zatím co zvláštní pomůcky jsou pro osoby s těžkou vadou nosného aparátu nebo pohybového ústrojí přesně definované v příloze vyhlášky 388/2011 Sb. takto:

- dodatečná úprava motorového vozidla; jedná se o úpravy vyžadující montáž, např. ruční ovládání, usnadňování nastupování, nakládání vozíku,
- stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC; jedná se o stavební práce a s nimi nezbytně související materiál na úpravu (nikoli o obklady, podlahové krytiny, sanitu apod.)
- speciální komponenty osobního počítače, např. uzpůsobená klávesnice, myš, speciální programové vybavení,
- nájezdové ližiny,
- přenosná rampa,
- schodolez,
- schodišťová plošina, včetně instalace,
- stropní zvedací systém, včetně instalace,
- stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě,
- schodišťová sedačka, včetně instalace (8).

Respondentka číslo 9 v závěrečném shrnutí rozhovoru uvedla: *„Chtěla bych zdůraznit, že je malá informovanost. Protože to, že se změnil nějaký zákon, neznamená, že si ho hned všichni půjdou přečíst. Nemluvím o tom, aby ho správně pochopili a vyznali se v něm.“* Jiná respondentka uvedla: *„Já si myslím, že se o tom dost málo ví. Vzhledem k tomu, kolik je lidí třeba na ONP nebo LDN. Lidi si je potom nechtějí vzít domů, protože o ničem neví, nikdo jim neporadí. Nevědí, na co mají nárok, kam mají jít, o co mohou žádat. A nevím, kdo by jim to měl teda říkat. Jestli by neměli rozdávat aspoň nějaké letáky v nemocnici.“*

Na samém závěru rozhovorů jsem se dotazovaných zeptala, zda by chtěli něco zdůraznit, jestli jsme během rozhovoru něco zapomněli nebo zda se chtějí na něco informovat u mě.

Respondentka číslo 18 chtěla zdůraznit následující: *„No tak hlavně bych chtěla, aby to měli ti lidé bez dohadů. Protože, když už je ten člověk nemocný, je ponížěn tou nemocí. Například v autobuse, když si lidi říkají, podívej se na ty její ruce, nebo když mám pantofle, tak na ty nohy, tak je člověk na tom z toho psychicky špatně. A pak když se má dohadovat u nějaké komise, která se nad něj povyšuje, o příspěvek,*

tak to pro něj musí být opravdu strašný a radši sklapne paty a odchází, než by si nějakou korunu vydobyl. Chtělo by to empatické chování ze strany komise.“

Respondentka poukazuje na výše zmiňované chování lékařské posudkové komise. Jak uvádí kodex České lékařské komory, lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemorálnímu jednání. Bere ohled na práva nemocného. Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postoji vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi včetně odpovědnosti za své zdraví (44).

Další respondentka v závěru rozhovoru řekla: *„No já bych chtěla zdůraznit to, že ten pán, co mi opravoval tu schodišťovou plošinu, říkal, že v ostatních zemí evropské unie mají postižení hrazeno všechno. Je tam k nim úplně jiný přístup. Třeba teď jsem měla rozbitý ten výtah. Oprava vyšla přes 10 tisíc. Ale už mi s tím nikdo nepomůže. Ano, jsem ráda, že mi umožnili ho mít, dali mi opravdu velký balík peněz, ale teď mi bude k ničemu, když si nemůžu zaplatit opravu. A to v té cizině mají také hrazeno.“* Dále jsem paní vysvětlila, že v rámci sociálního zabezpečení existují dávky v hmotné nouzi. Sdělila jsem jí následující informace: *„Hmotná nouze je stanovena podle zákona 111/2006 Sb. Jako jedna z dávek podle tohoto zákona je mimořádná okamžitá pomoc.“*

Za osobu v hmotné nouzi může orgán pomoci v hmotné nouzi považovat též osobu, která nemá vzhledem k příjmům a celkovým sociálním a majetkovým poměrům dostatečné prostředky na úhradu nákladů spojených s pořízením nebo opravou nezbytných základních předmětů dlouhodobé potřeby (10). Myslím si, že vzhledem k tomuto bodu zákona by měla nárok aspoň na částečný příspěvek. Jelikož paní je samoživitelka nezaopatřeného dítěte a pobírá pouze invalidní důchod. Odkázala jsem jí na Krajskou pobočku úřadu práce v Českých Budějovicích, aby si zde opatřila potřebné písemnosti.

Otázky vhodné k zamyšlení se podle mého názoru týkají především problematiky posuzování zdravotního stavu u posudkových lékařů OSSZ. Také si myslím, že by se měla věnovat pozornost problematice zavádění nových karet sociálních systémů. Myslím si, že téma dávek pro osoby se zdravotním postižením bude

stále velmi diskutované a doufám, že se budou nalézat stále lepší a lepší varianty těchto dávek.

Na samém závěru diskuze bych ráda konstatovala, že z výsledků provedeného šetření vyplývá, že změna koncepce příspěvku na mobilitu doteď neměla na osoby s revmatoidní artritidou žádný výrazný vliv. Dále z výsledků vyplývá, že osobám s revmatoidní artritidou nevádí poskytovat údaje o příjmech při nároku na zvláštní pomůcku. A v neposlední řadě lze konstatovat, že změna výše příspěvku na mobilitu neměla vliv na změně frekvence dopravování u osob s RA.

6. Závěr

Diplomová práce s názvem „Situace osob s revmatoidní artritidou v kontextu legislativních změn“ byla zaměřená především na problematiku zákona 329/ 2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Jako hlavní cíl práce bylo zjistit dopady změn vycházející ze zákona 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením na situaci osob s revmatoidní artritidou. Na tento cíl byly navázány další tři dílčí cíle a to zjistit, jak osoby s revmatoidní artritidou nahlíží na změnu výplatního místa dávek pro osoby se zdravotním postižením. Zjistit, jaké dopady má změna koncepce příspěvku na mobilitu na osoby s revmatoidní artritidou. A zjistit, jak osoby s revmatoidní artritidou nahlíží na povinnost poskytovat údaje o příjmech při nároku na zvláštní pomůcku.

Základní soubor pro sběr dat tvořily osoby s revmatoidní artritidou. Výběrovým souborem byli klienti sdružení Revma liga Jihočeského kraje. Celkem bylo provedeno 20 rozhovorů.

Na základě cílů práce byly stanoveny výzkumné otázky.

1. Došlo v souvislosti se změnou výše příspěvku na dopravování se ke snížení frekvence dopravování osob s revmatoidní artritidou? Na základě této otázky bylo zjištěno, že změna výše příspěvku na mobilitu neměla žádný vliv na frekvenci dopravování osob s revmatoidní artritidou.
2. Spatřují osoby s revmatoidní artritidou přínos ve sjednocení výplatního místa dávek na úřadu práce? Komunikační partneři našli ve sjednocení výplatního místa dávek jak kladné, tak záporné aspekty této provedené změny.

1. závěr: Z výsledků šetření vyplývá, že dopady změn vycházející ze zákona 329/2011 Sb., neměly na situaci osob s revmatoidní artritidou žádný velký vliv.

2. závěr: Při plnění cíle, zjistit, jak na osoby s revmatoidní artritidou nahlíží na změnu výplatního místa dávek pro osoby se zdravotním postižením, se odpovědi dotazovaných klasifikovaly do dvou skupin. Jedna skupina tuto změnu vnímala kladně a druhá skupina záporně. Dvě komunikační partnerky poukázaly na to, že vydávání parkovacích

průkazů označující vozidlo přepravující osobu těžce zdravotně postiženou dle zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích, která s touto problematikou úzce souvisí, se provádí na Magistrátu města na odboru sociálních věcí.

3. závěr: Z výzkumu vyplývá, že změna koncepce příspěvku na mobilitu zatím neměla žádný vliv na osoby s revmatoidní artritidou. Tato změna bude nastávat zřejmě postupně, až těmto osobám vyprší stávající platnost průkazu osoby se zdravotním postižením a budou si muset zažádat o nové posouzení zdravotního stavu.

4. závěr: Osobám s revmatoidní artritidou nevádí povinnost poskytovat údaje o příjmech při nároku na zvláštní pomůcku.

Přínosem této diplomové práce je přispět k chápání celkové situace osob s revmatoidní artritidou v kontextu legislativních změn. Výsledky získané výzkumem by mohly být přínosem pro širší vědeckou veřejnost. Jako příloha k této práci je přiložena prezentace, která napomůže k lepší orientaci v novém zákoně. Tato prezentace bude použita jako materiál k přednášce ve sdružení Revma liga České Budějovice.

7. Seznam informačních zdrojů

1. ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální zabezpečení I.* Praha: Grada, 2012, 352 s. ISBN 978-80-247-3724-9.
2. BECK, Petr a kol. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením.* Olomouc: Anag, 2012. 448 s. ISBN 978-80-7263-744-7.
3. BENDOVIÁ, Petra. JEŘÁBKOVÁ, Kateřina. RŮŽIČKOVÁ, Veronika. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 104 s. ISBN 80-244-1436-8.
4. BŘESKÁ, Naděžda. VRÁNOVÁ, Lucie. *Dávky sociální péče.* Olomouc: ANAG, 2004. 279 s. ISBN 80-7263-228-0.
5. BŘESKÁ, Naděžda. VRÁNOVÁ, Lucie. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky péče pro zdravotně postižené osoby.* Olomouc: ANAG, 2007. 407 s. ISBN 978-80-7263-378-4.
6. ČÁP, Juraj a Katarína ŽIAKOVÁ. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a v pôrodnej asistencii* [CD-ROM]. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovatel'stva a Ústav nelekárskych študijných programov, 2009. 752 s. ISBN 978-80-88866-61-9.
7. ČÁP, Juraj a kol. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve.* [CD-ROM]. 1. vyd. Martin: JLF UK, 2005. 826 s. ISBN 80-88866-32-4.

8. ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v plném znění.
9. ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb. Kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, v plném znění.
10. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 111/2006 sb., o pomoci v hmotné nouzi, v plném znění.
11. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v plném znění.
12. *Česká zpráva sociálního zabezpečení*. [online]. [cit. 20. 7. 2013]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz>
13. ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
14. ČEVELA, Rostislav. ČELEDOVÁ, Libuše. ZVONÍKOVÁ, Alena. *Posudkové lékařství: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010, 144 s. ISBN 978-80-247-3285-5.
15. DANKS, Lynett. TAKAYANAGI, Hiroshi. Immunology and bone. *The journal of biochemistry* [online]. Oxford journals, 2013, 154, 29-39 [cit. 20. 6. 2013]. ISSN 1756-2651. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23750028>

16. FIRESTEIN, Gary et al. Rheumatoid arthritis. *Journal of applied biomedicine* [on-line]. 2006 [cit. 20. 6. 2013]. Dostupné z: <http://www.lavoisier.fr/livre/notice.asp?id=OR6WSAAXX2OOWM>
17. Generální ředitelství Úřadu práce ČR. *Úřad práce České Republiky* [online]. [cit. 20. 7. 2013]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/upcr>
18. GREMESE, Elisa et al. Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. *Annals of the Rheumatic Diseases* [online]. 2012, 72, 6 [cit. 20. 6. 2013]. ISSN 1468-2060. Dostupné z: <http://ard.bmj.com/content/72/6/858.full?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&andorexacttitle=and&andorexacttitleabs=and&fulltext=rheumatoid+arthritis&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&tdate=6/30/2013&resourcetype=HWCIT>
19. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2006. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
20. HRBA, Jaroslav. *Revmatoidní artritida: Doporučené postupy pro praktické lékaře*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2002. 10 s. Dostupné z: www.cls.cz/dokumenty2/os/t300.rtf
21. HUGHES, Jane et al. Biologic Drugs for Analgesia: Redefining the Opportunity. *Current pharmaceutical biotechnology* [online]. Hilversum, Netherlands: Bentham Science Publishers, 2000, 1660-1670 [cit. 20. 6. 2013]. ISSN 1873-4316. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21466448>
22. KINLOCH, Andrew et al. Clinical applications of autoimmunity to citrullinated proteins in rheumatoid arthritis, from improving diagnostics to future therapies.

- Recent Patents on Inflammation & Allergy Drug Discover.* [online]. 2011, 5, 108-127 [cit. 20. 6. 2013]. ISSN 2212-2710. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21453269>
23. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 1-58255-227-4.
24. KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI Publishing, 2002. 376 s. ISBN 80-86395-33-2.
25. MACEJOVÁ, Ž., SZILASIOVÁ, A., TREJBAL, D. 2002. Faktory ovlivňující sociálně-ekonomické důsledky reumatoidnej artritídy. *Slovenský LEKÁR*, 2002, č. 1-2, s. 27 – 30. ISSN 1335-0234.
26. MÁDLOVÁ, Helena. Karta sociálních systémů = sKARTA . Revma liga ČR informační bulletin. Praha: Občanské sdružení REVMA LIGA, 2012, 55, s. 8-11.
27. MÁDLOVÁ, Helena. Právní úpravy ve vztahu k osobám se zdravotním postižením pro rok 2012. *Revma liga ČR informační bulletin*. Praha: Občanské sdružení REVMA LIGA, 2012, 54, s. 10-11.
28. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. [cit. 20. 7. 2013]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz>
29. *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. MPSV: © 2010 [cit. 20. 7. 2013]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz>
30. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

31. NAVRÁTIL, Leoš a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
32. OLEJÁROVÁ, Marta a Jana KORANDOVÁ. *Lexikon revmatologie pro sestry: průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 182 s. ISBN 978-802-0424-556.
33. OLEJÁROVÁ, Martina a Michal PROKEŠ. *Praktická revmatologie pro lékaře a farmaceuty*. Praha: Apotex, 2005. 172 s. ISBN 80-217-0432-5.
34. PAVELKA, Karel a Jozef ROVENSKÝ. *Klinická revmatologie: průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003, 952 s. ISBN 80-726-2174-2.
35. PAVELKA, Karel a kol. Doporučení České revmatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy. Praha: Česká revmatologie, 2010, 4, s. 182-191. [online]. [cit. 20. 6. 2013]. Dostupné z: http://www.revmatologicka-spolecnost.cz/dokumenty/doporučení_RA.pdf
36. PAVELKA, Karel a kol. *Revmatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2010. 177 s. ISBN 978-80-7262-688-5.
37. PAVELKA, Karel a kol. *Revmatologie. Vnitřní lékařství. Svazek VII*. Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80-7262-145-9.
38. PAVELKOVÁ, Andrea. *Revmatoidní artritida a biologická léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2009, 125 s. ISBN 978-807-3451-929.
39. R. O'DELL, James et al. Therapies for Active Rheumatoid Arthritis after Methotrexate Failure. *The New England journal of medicine* [online]. © 2013

[cit. 20. 6. 2013]. Dostupné z:
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1303006>

40. *Státní sociální podpora: stručný průvodce dávkami státní sociální podpory*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005. 72 s. ISBN 80-86878-28-7.
41. STATUTÁRNÍ MĚSTO ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Město_České Budějovice*. [online]. [cit. 20. 7. 2013]. Dostupné z: <http://www.c-budejovice.cz>
42. STRAUSS, Anselm. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie* Přel. S. Ježek. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.
43. ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. HERMANOVÁ, Miroslava. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
44. ŠTEFAN, Jiří. MACH, Jan. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada, 2005, 264 s. ISBN 978-80-247-6369-9.
45. ŠVARŤÍČEK, Roman a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
46. TOMEŠ, Igor a kol. *Sociální správa*. Praha: Portál, 2002. 304 s. ISBN 80-7178-560-1.
47. TOMEŠ, Igor a kol. *Sociální správa: úvod do teorie a praxe*. Praha: Portál, 2009. 304 s. ISBN 978-80-7367-483-0.

48. TRNAVSKÝ, K. 2000. Komunikace mezi lékařem a nemocným s chronickou reumatickou chorobou. *Rheumatologia*, 2000, 2, s. 143-149. ISSN 1210-1931.
49. VOTAVA, Jiří. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. 71 s. ISBN 978-80-7372-449-8.
50. *Zpráva o činnosti České správy sociálního zabezpečení za rok 2011*. [online]. [cit. 20. 7. 2013]. Dostupné z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/10D126B2-B120-45BB-8B6E-1A8EFE436390/0/zc_2011.pdf

Přílohy

Příloha č. 1

Fotografie ruky ženy s revmatoidní artritidou

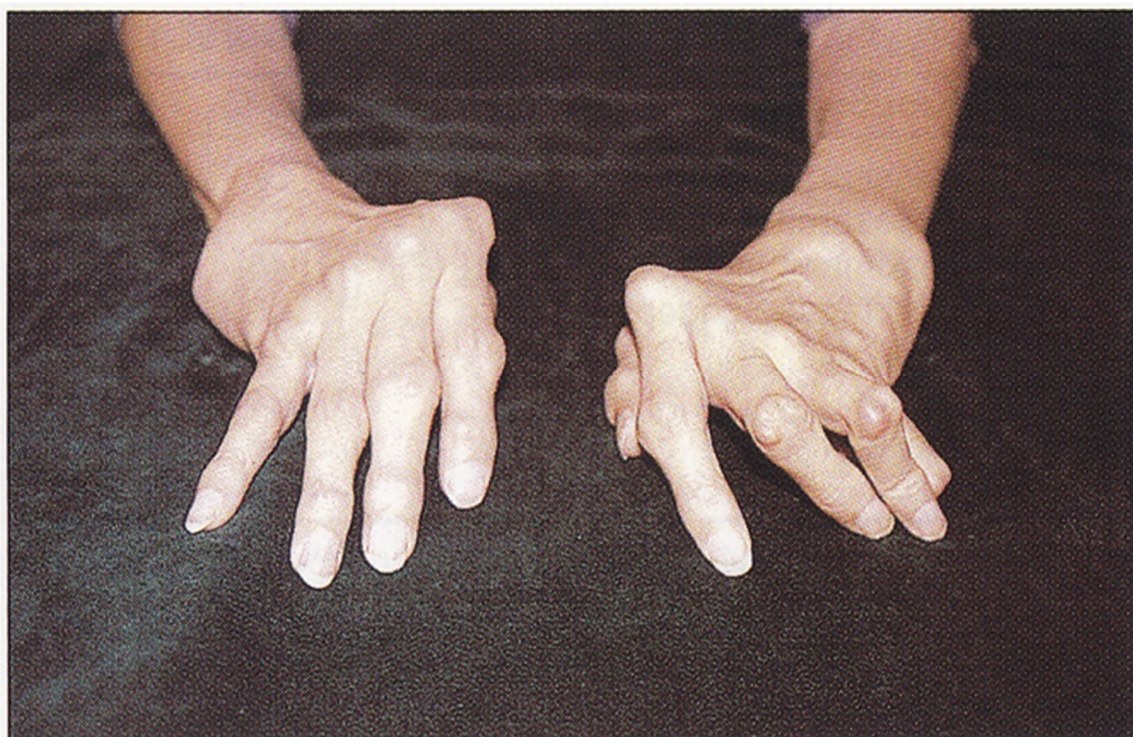
Příloha č. 2

Postup při léčbě revmatoidní artritidy

Příloha č. 3

Prezentace pro sdružení Revma liga

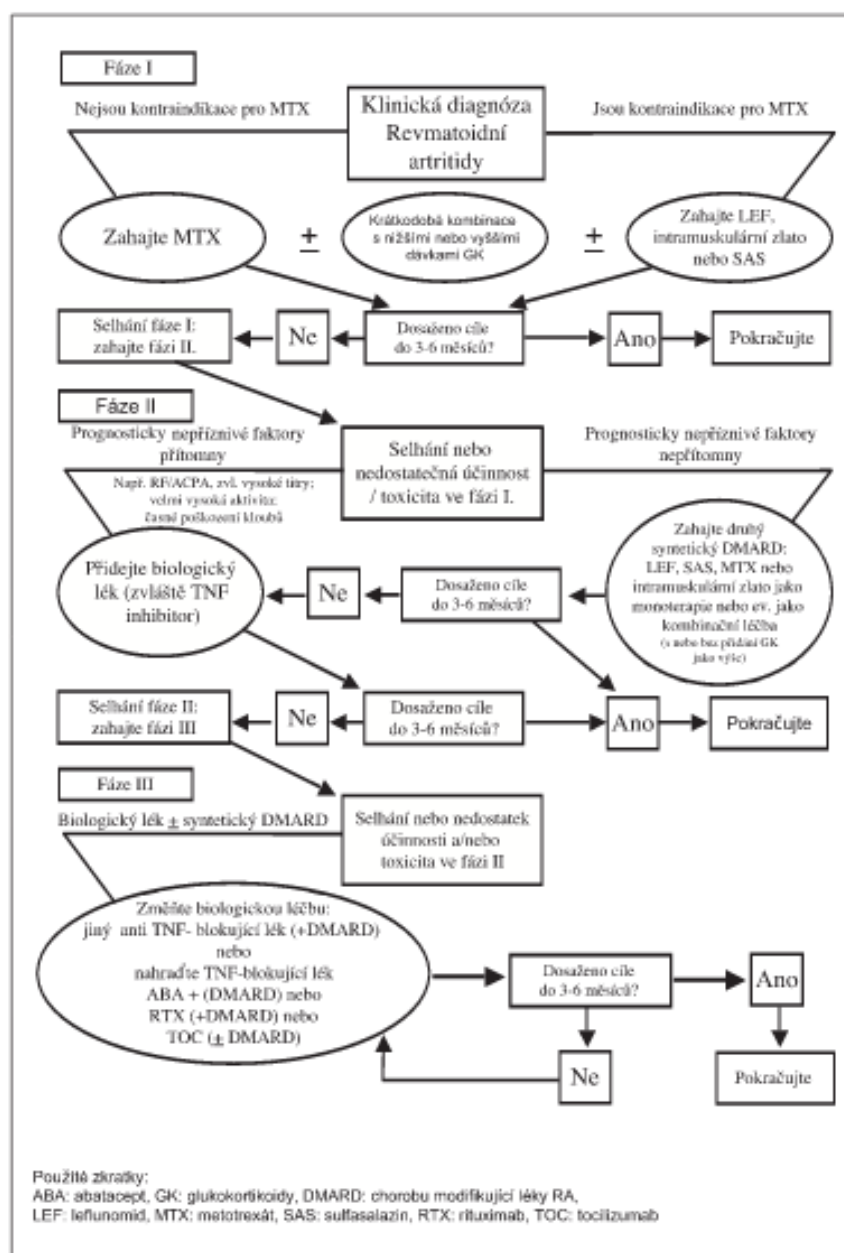
Příloha č. 1: Fotografie pokročilých změn v RA.



Těžká ulnární deviace prstů v MCP kloubech, vřetenovité zduření PIP (proximálních interfalangeálních) kloubů. Revmatoidní uzly nad drobnými ručními klouby. Tendovaginitida extenzorů ruky, především vlevo. Ulnární subluxace v RC (radiokarpálním) kloubu pravé ruky.

ZDROJ: PAVELKA, K. a kol. *Revmatologie. Vnitřní lékařství. Svazek VII.* Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80 – 7262 – 145 – 9.

Příloha č. 2: Doporučený algoritmus léčby RA



PAVELKA, Karel a kol. Doporučení České reumatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy. Praha: Česká reumatologie, 2010, 4, s. 182-191. [online]. [cit. 20. 6. 2013]. Dostupné z: http://www.reumatologicka-spolecnost.cz/dokumenty/doporuzeni_RA.pdf

Příloha č. 3:



Zákon
329/2011 Sb.

Bc. Zuzana Kubalová

- Zákon 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, upravuje poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením, které jsou určeny ke zmírnění sociálních dopadů jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování
- Tento zákon přišel v platnost 1. 1. 2012

Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek

- Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
- Nárok na příspěvek poskytovaný na pořízení motorového vozidla má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
- Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok.

Za těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí se pro účely tohoto zákona považuje:

- anatomická ztráta obou dolních končetin v bércích a výše
- funkční ztráta obou dolních končetin na podkladě úplné obrny (plegie) nebo těžkého ochrnutí
- anatomická ztráta podstatných částí jedné horní a jedné dolní končetiny v předloktí a výše a v bérci a výše
- funkční ztráta jedné horní a jedné dolní končetiny na podkladě úplné obrny (plegie) nebo těžkého ochrnutí
- ankylóza obou kyčelních kloubů nebo obou kolenních kloubů nebo podstatné omezení hybnosti obou kyčelních nebo kolenních kloubů pro těžké kontraktury v okolí

- ztuhnutí všech úseků páteře s těžkým omezením pohyblivosti alespoň dvou nosných kloubů dolních končetin
- těžké funkční poruchy pohyblivosti na základě postižení tří a více funkčních celků pohybového ústrojí s případnou odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, pánev, končetina
- disproporční poruchy růstu provázené deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška postiženého po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm
- anatomická ztráta dolní končetiny ve stehně s krátkým pahýlem bez možnosti oprotézování nebo exartikulace v kyčelním kloubu
- anatomická nebo funkční ztráta končetiny
- anatomická nebo funkční ztráta obou horních končetin

- Dalšími podmínkami pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku je, že osoba je starší 3 let, je-li tento příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla, schodolezu, stropního zvedacího systému, schodišťové plošiny, schodišťové sedačky nebo na úpravu bytu.
- Zvláštní pomůcka by měla umožnit osobě sebeobsahu nebo pomůcku potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím.

- Motorové vozidlo – podmínkou je, že se osoba opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje a že je schopna řídit motorové vozidlo, nebo je schopna být převážena motorovým vozidlem.
- Příspěvek nebude přiznán na pomůcku, jestliže tato zvláštní pomůcka je zdravotnickým prostředkem, který je plně nebo částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění anebo je osobě zapůjčen příslušnou zdravotní pojišťovnou.

Zvláštní pomůcky určené osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí

1. Osobám se zdravotním postižením, které jsou uvedeny v části I bodě 1 přílohy k zákonu:
 - a) dodatečná úprava motorového vozidla; jedná se o úpravy vyžadující montáž, např. ruční ovládání, usnadňování nastupování, nakládání vozíku
 - b) stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC; jedná se o stavební práce a s nimi nezbytně související materiál na úpravu (nikoli o obklady, podlahové krytiny, sanitu apod.).

2. Osobám se zdravotním postižením, které jsou uvedeny v části I bodě 1 písm. c), d), g), j) a k) přílohy k zákonu:

speciální komponenty osobního počítače, např. uzpůsobená klávesnice, myš, speciální programové vybavení.

3. Osobám se zdravotním postižením, které jsou uvedeny v části I bodě 1 písm. a), b), d) až i) přílohy k zákonu:

- a) nájezdové ližiny
- b) přenosná rampa
- c) schodolez
- d) schodišťová plošina, včetně instalace
- e) stropní zvedací systém, včetně instalace

4. Osobám se zdravotním postižením, které jsou uvedeny v části I bodě 1 písm. a) až g), i) a j) přílohy k zákonu:
stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě.
5. Osobám se zdravotním postižením, které jsou uvedeno v části I bodě 1 písm. a), d) a i) přílohy k zákonu:
schodišťová sedačka, včetně instalace.

- Zákon 329/2011 Sb. upravuje tři formy stanovení výše příspěvku na zvláštní pomůcku.
- Rozlišuje pomůcku do částky 24 000 Kč, nad 24 000 Kč, a zcela specifický postup stanový v přiznávání příspěvku na motorové vozidlo

Pomůcka, jejíž cena je nižší než 24 000 Kč

- poskytne se v případě, je-li příjem osoby a příjem osob s ní společně posuzovaných nižší než osminásobek životního minima jednotlivce nebo životního minima společně posuzovaných osob podle zákona o životním a existenčním minimu.
- spoluúčast osoby činí 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky, nejméně však 1 000 Kč

Pomůcka, jejíž cena je vyšší než 24 000 Kč

- spoluúčast osoby činí 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky
- Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000 Kč
- výjimka - příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení schodišťové plošiny, jehož maximální výše činí 400 000 Kč

Příspěvek na pořízení motorového vozidla

- částka se stanoví s přihlédnutím k četnosti a důvodu dopravy, k příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných podle zákona o životním a existenčním minimu a k celkovým sociálním a majetkovým poměrům.
- Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku poskytovaného na pořízení motorového vozidla činí 200 000 Kč

- Součet všech vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících (5 letech) po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč nebo 850 000 Kč, jestliže byl v této době poskytnut příspěvek na zvláštní pomůcku na pořízení schodišťové plošiny.

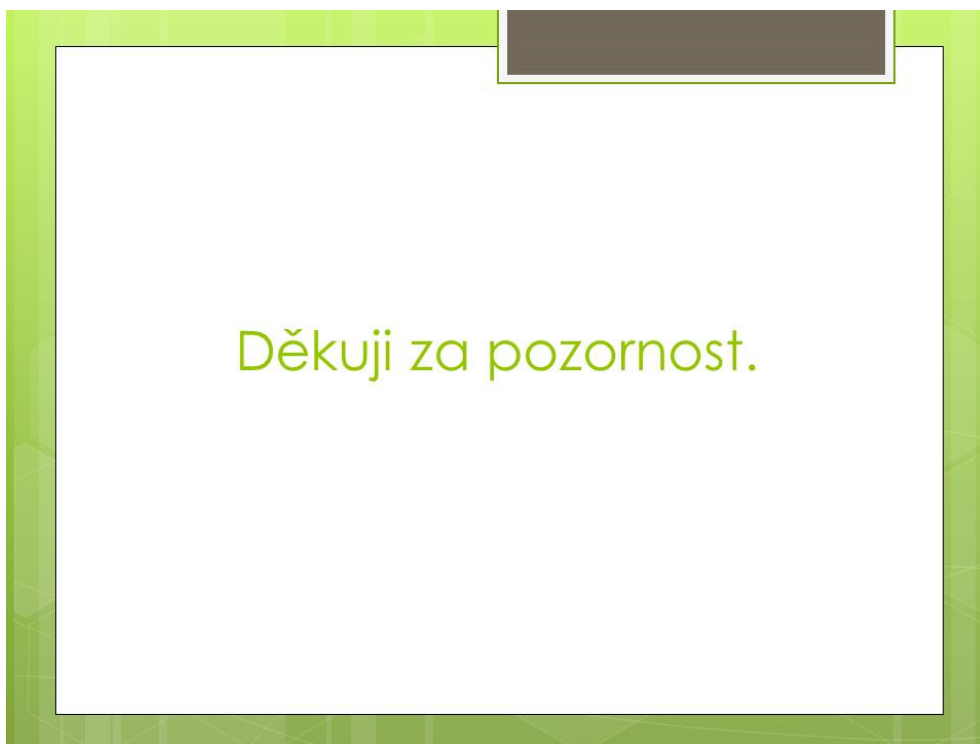
Mobilita

- Nárok na příspěvek na mobilitu má podle zákona 329/2011 Sb. osoba starší jednoho roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče.

- Z důvodu hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby uvedené výše, pokud splňuje ostatní podmínky.
- Splněním podmínky opakovaného dopravování se prokazuje čestným prohlášením.
- Výše příspěvku na mobilitu je **400 Kč** za kalendářní měsíc.

- MOBILITA – za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujmout polohu, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním a zastávkami, v dosahu alespoň 200 metrů, a to i po nerovném povrchu, chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

- ORIENTACE – za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna rozeznávat a poznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně na ně reagovat.



Zdroj: Vlastní zpracování na podkladu diplomové práce.